



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ



ΚΑΠΛΑΝΟΓΛΟΥ ΚΛΕΙΩ

ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ Τ.Ε.Π. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 2009-2010



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Καπλάνογλου Κλειώ

Χαρτογράφηση των Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα 2009-2012

Επιβλέπων Καθηγητής : Διονύσιος Δ. Ιθακήσιος, Επίκουρος Καθηγητής

Διπλωματική εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

**POSTGRADUATE PROGRAM
IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI
OF PIRAEUS**

Kaplanoglou Kleio

**Mapping of Emergency Departments in Greece 2009-
2012**

Supervisor: Dionysios D. Ithakisios, Assistant Professor

**Dissertation Thesis for the Postgraduate Degree
in Health Management**

Piraeus, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους με βοήθησαν στη συγγραφή αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον καθηγητή μου κύριο Διονύσιο Ιθακήσιο για την καθοδήγηση και τη μεγάλη βοήθεια που μου έδωσε με τις συμβουλές και τις παρατηρήσεις του.

Η παρούσα μελέτη δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί, χωρίς τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων. Ειδικότερα οφείλω να ευχαριστήσω τον κ. Στέφανο Φούσα, συντονιστή διευθυντή της Καρδιολογικής Κλινικής του Τζάνειου Νοσοκομείου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής είναι η χαρτογράφηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών στα νοσοκομεία της Ελλάδας κατά την τελευταία τετραετία (2009 – 2012).

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι η διαπίστωση του βαθμού ικανοποίησης του κοινού – ασθενών, από την προσέλευσή τους στα Τ.Ε.Π. του Τζάνειου νοσοκομείου, ως προς την αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία του τμήματος, αλλά και τις ελλείψεις που παρατηρήθηκαν. Στόχος αποτελεί η ανάδειξη του τμήματος των επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.), του πώς πρέπει να λειτουργεί και να οργανώνεται σε σχέση με το υφιστάμενο Νομοθετικό Πλαίσιο, αλλά και ποια τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, ώστε να παρουσιαστούν προτάσεις βελτίωσης.

Λέξεις κλειδιά: Τ.Ε.Π., διαλογή, νομοθετικό πλαίσιο, διεθνή πρότυπα, χωροταξία, υγειονομικό προσωπικό, εξοπλισμός, βαθμός ικανοποίησης ασθενών

ABSTRACT

The subject of this thesis is the mapping of emergency departments in greek hospitals over the past four years (2009-2012).

In this thesis the aim is the rating of the arriving in Tzaneio's hospital ED patients' satisfaction level, related to the department effective organization and function and to the deficiencies that were observed. The purpose is to presentate the Emergency Departments and particularly, to describe how they should operate and be organized in accordance with the existing legal framework, as well as to highlight the problems that they face, so as for improvement recommendations to be implemented.

Key words: Emergency Departments, triage, legal framework, planning, healthcare providers, equipment, degree of patient satisfaction

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	<i>iv</i>
<i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</i>	<i>v</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>vi</i>
<i>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</i>	<i>vii</i>
<i>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</i>	<i>ix</i>
<i>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</i>	<i>x</i>
<i>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</i>	<i>xi</i>
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	<i>xii</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (Τ.Ε.Π.)	1
1.1 Τι είναι το Τ.Ε.Π.	1
1.2 Σκοποί του Τ.Ε.Π.	2
1.3 Αρμοδιότητες – Απαιτήσεις από ένα Τ.Ε.Π.	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	6
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ Τ.Ε.Π. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΤΥΠΑ	6
2.1 Δομή και Σκοπός	6
2.2 Τα Τ.Ε.Π. στην Ευρωπαϊκή Ένωση	8
2.3 Τα Τ.Ε.Π στις Η.Π.Α.	11
2.4 Προσωπικό	13
2.4.1 Ιατρικό προσωπικό	14
2.4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό	15
2.4.3 Διοικητικό και Βοηθητικό προσωπικό	16
2.5 Χωροταξία - Εξοπλισμός	17
2.6 Ροή ασθενών στο Τ.Ε.Π.	23
2.6.1 Διαλογή (Triage)	24
2.6.2 Υποδοχή	29
2.6.3 Θεραπεία	30
2.6.4 Διαδικασία εξόδου	30
2.7 Έρευνα που διενεργήθηκε στην Καλιφόρνια σχετικά με τα προβλήματα του συνωστισμού	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	33
Τ.Ε.Π. – ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	33

ΦΕΚ 874/Β/06.03.2012 Αριθμ. Πρωτ.: Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869	33
3.1 Γενικά.....	33
3.2 Νέοι Οργανισμοί Νοσοκομείων.....	33
3.3 Τα Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα.....	35
3.4 Προσωπικό.....	39
3.4.1 Ιατρικό προσωπικό.....	39
3.4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό	42
3.4.3 Διοικητικό προσωπικό.....	44
3.4.4 Διασύνδεση με το ΕΚΑΒ.....	45
3.5 Χωροταξία.....	46
3.5.1 Βασικές αρχές σχεδιασμού.....	46
3.5.2 Χωροταξικός σχεδιασμός	47
3.5.3 Μέθοδοι Καθορισμού του μεγέθους των χώρων.....	48
3.5.4 Βασικοί χώροι	50
3.6 Εξοπλισμός.....	50
3.7 Διαδικασίες εισαγωγής και εξαγωγής ασθενών από τα Τ.Ε.Π.....	52
3.8 Σύγκριση των Τ.Ε.Π. σύμφωνα με τα Διεθνή πρότυπα και την Ελληνική πραγματικότητα.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	57
ΔΕΛΟΜΕΝΑ ΤΩΝ Τ.Ε.Π. ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (2009-2012)	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	64
ΕΡΕΥΝΑ: ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ (ΑΣΘΕΝΩΝ) ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ Τ.Ε.Π.	64
5.1. Σκοπός της έρευνας	64
5.1.1. Μεθοδολογία.....	64
5.2. Στατιστική ανάλυση.....	65
5.3. Δείγμα	65
5.4.Αποτελέσματα έρευνας.....	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Χρόνος αναμονής ασθενών από την άφιξη έως το εξιτήριο.	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Αποτελέσματα από τη κίνηση ασθενών πρωινής βάρδιας των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης το 2006.	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Σύγκριση κύριας και ειδικής εφημερίας του 2006 και της γενικής και ειδικής εφημερίας του 2004.	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Ασθενείς που εξετάστηκαν κατά την λειτουργία του «Ιπποκράτειου».	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Εξετασθέντες ασθενείς σε 4 ειδικότητες στο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης.	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Εξετασθέντες σε εφημερία του Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκης.	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Βασικός εξοπλισμός Τ.Ε.Π. Νοσοκομείου.	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Συνολικός αριθμός επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ 2009-2012(Ανάλυση στοιχείων ανά νοσοκομείο).	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Ιατρικός τομέας στα Τ.Ε.Π.	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Τρόπος άφιξης στα Τ.Ε.Π.	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Χρόνος αναμονής για την εξέταση.	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Αξιολόγηση προβλημάτων στα Τ.Ε.Π.	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Προηγούμενη επίσκεψη στα Τ.Ε.Π.	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Αξιολόγηση του έργου του Ιατρικού & Νοσηλευτικού προσωπικού.	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή της ευθύνης ως προς τα προβλήματα αναμονής.	73

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Οι βασικές αρχές οργάνωσης ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών σε ένα νοσοκομείο και οι απαιτήσεις διασύνδεσης του με άλλα τμήματα του νοσοκομείου	10
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ετήσιες επισκέψεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στην Αμερική 1997-2007.....	12
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Ώρες αναμονής ασθενών σε λεπτά και πόση ώρα χρειάζονταν για περίθαλψη (waiting time=ώρες αναμονής ,patient care time=πόση ώρα χρειαζόταν για περίθαλψη) το 2007.	12
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Ο αριθμός των ασθενών που φτάνει στα επείγοντα περιστατικά κάθε ώρα της ημέρας το 2006 και τι γίνεται με αυτόν τον ασθενή. (discharged = παίρνει εξιτήριο, admitted = κάνει εισαγωγή, transferred or died = μεταφέρεται ή πεθαίνει, arrival rate=ώρες τις οποίες έρχεται).	13
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Ροή των ασθενών.	23
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Κατάταξη Νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2011.	58
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Κατάταξη Νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2012.	59
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Κατάταξη νοσοκομείων του ΕΣΥ (ανά Δ.Υ.Πε.) με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2011.	60
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Κατάταξη νοσοκομείων του ΕΣΥ (ανά Δ.Υ.Πε.) με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2012.	61

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Τ.Ε.Π.: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Μ.Ε.Θ.: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Μ.Α.Φ.: Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Φ.Ε.Κ.: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

Π.Ε.: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

Τ.Ε.: Τεχνολογική Εκπαίδευση

Δ.Ε.: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Ε.Κ.Α.Β.: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Ε.Κ.Δ.Δ.Α.: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

ΑΓΓΛΙΚΕΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

EDs: Emergency Departments

EuSEM: European Society for Emergency Medicine

UEMS: European Union of Medical Specialists

ATLS: Advanced Trauma Life Support

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή, τα υγειονομικά συστήματα παγκοσμίως είναι αντιμέτωπα με την εισροή ενός υψηλού ποσοστού ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), πολλά από τα οποία δεν χρήζουν θεραπεία έκτακτης ανάγκης. Το φαινόμενο αυτό δυσχεραίνει την αντιμετώπιση των πραγματικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, μειώνει το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται, καθώς επίσης αυξάνει και τις συνολικές δαπάνες.

Η συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη για νοσηλεία μεγάλου αριθμού περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχει προκαλέσει ανησυχία τόσο στην κυβέρνηση όσο και στην κοινή γνώμη. Ενώ οι προγραμματισμένες εισαγωγές μειώνονται, οι έκτακτες εισαγωγές αυξάνονται σε καθημερινή βάση, απαιτώντας από τα νοσοκομεία να φροντίσουν για τις απρόβλεπτες ανάγκες έκτακτης νοσηλείας.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) αποτελεί μία αυτόνομη νοσοκομειακή μονάδα που αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, οι οποίοι παρέχουν επείγουσα περίθαλψη σε 24-ωρη βάση. Παρέχει μια διεπαφή μεταξύ ασθενών και εξειδικευμένης θεραπείας τους, καθώς και ένα σημείο επαφής μεταξύ της πρωτογενούς και της οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης. Η ανάγκη για ιατρικές υπηρεσίες έχει αυξηθεί δυσανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους για την ιατρική περίθαλψη, ένα γεγονός που έχει αυξήσει τις δυσκολίες στη διατήρηση της αποτελεσματικής λειτουργίας του Τ.Ε.Π..

Ο ρόλος του Τ.Ε.Π. είναι η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, τα οποία προσέρχονται ή προσκομίζονται σε απροσδιόριστο και μη προγραμματισμένο όγκο και χρόνο. Επίσης δεν αποτελεί μόνο το συνδετικό κρίκο μεταξύ προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά και το φίλτρο που θα προστατεύσει τα νοσοκομεία από άσκοπες εισαγωγές.

Ως εκ τούτου, η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών δεν είναι εξασφαλισμένη. Η επέκταση και η ανάπτυξη των ειδικών υπηρεσιών που προσφέρονται από το Τ.Ε.Π θα το βοηθήσει στο να αποτελέσει ένα σύστημα ποιοτικής αξιολόγησης για την πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα. Αυτό θα οδηγήσει σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα για τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ως αποτέλεσμα της ταχείας, σφαιρικής και αποτελεσματικής θεραπείας.

Καθώς τα Τ.Ε.Π. καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά υγείας, θα πρέπει να συνδυάζουν την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, τον κατάλληλο εξοπλισμό καθώς και το εξειδικευμένο έμπνηχο δυναμικό που απαιτείται, ώστε να εξασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η παροχή άμεσης και ποιοτικής επείγουσας φροντίδας.

Όσον αφορά την Ελλάδα, η επείγουσα θεραπεία παρέχεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων, αλλά και από τα ασθενοφόρα (ΕΚΑΒ) που παρέχουν άμεση ιατρική φροντίδα και μεταφορά στα νοσοκομεία δωρεάν.

Αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι "η χαρτογράφηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών στα νοσοκομεία". Σκοπός της ήταν η ανάδειξη του Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), πώς πρέπει να λειτουργεί, ποια τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, καθώς και πιθανές προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων αυτών. Απώτερος στόχος είναι να αναδεχθεί η επιτακτική ανάγκη εκσυγχρονισμού του ρόλου των Τ.Ε.Π. στα νοσοκομεία της χώρας μας, καθώς και της καθιέρωσης ενός πρότυπου λειτουργικού μοντέλου δόμησης.

Αναλυτικότερα:

Στο Κεφάλαιο 1 γίνεται αναφορά στο Τ.Ε.Π. και προσδιορίζονται οι σκοποί και οι αρμοδιότητες ενός σύγχρονου τέτοιου τμήματος.

Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά οργάνωσης και λειτουργίας του Τ.Ε.Π. σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική. Γίνεται αναφορά σε ορισμένα στοιχεία που αφορούν τα Τ.Ε.Π. της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Αμερικής. Ενδεικτικά αναφέρεται ένα παράδειγμα λειτουργίας των Τ.Ε.Π. στην Μ. Βρετανία, καθώς επίσης και ο αριθμός των ασθενών που επισκέπτονται τα Τ.Ε.Π. της Αμερικής και οι ώρες αναμονής προκειμένου οι ίδιοι να εξυπηρετηθούν. Τέλος, γίνεται αναφορά σε μία έρευνα, η οποία διεξήχθη στην Καλιφόρνια σχετικά με τις επιπτώσεις του συνωστισμού στα Τ.Ε.Π..

Στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζεται η λειτουργία και η στελέχωση των Τ.Ε.Π., σύμφωνα με το Νομοθετικό Πλαίσιο. Στο ίδιο κεφάλαιο εξετάζεται η δομή και λειτουργία των Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα.

Στο Κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται τα δεδομένα από τα Τ.Ε.Π. της χώρας κατά την τελευταία τετραετία και συγκεκριμένα την περίοδο 2009-2012.

Στο Κεφάλαιο 5 παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός ικανοποίησης του κοινού – ασθενών από την προσέλευσή τους στα Τ.Ε.Π., η αποτελεσματική λειτουργία και οργάνωση αυτών, από τους ίδιους τους ασθενείς, καθώς και οι ελλείψεις που παρατηρήθηκαν.

Τέλος η διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την σχετική έρευνα και με προτάσεις βελτίωσης των Τ.Ε.Π. της χώρας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (Τ.Ε.Π.)

1.1 Τι είναι το Τ.Ε.Π.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) το Τ.Ε.Π. είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείρισή τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό».¹ Αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της προνοσοκομειακής και της ενδονοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών, ενώ παράλληλα λειτουργεί ως «φίλτρο», προστατεύοντας το νοσοκομείο από άσκοπες εισαγωγές που επιβαρύνουν τη λειτουργία του και τον προϋπολογισμό του.² Το Τ.Ε.Π. δεν είναι ούτε εξωτερικό ιατρείο, ούτε κέντρο υγείας, αντίθετα μάλιστα διοικητικά, οργανωτικά και χωροταξικά είναι σαφώς διαφοροποιημένο από αυτά.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών είναι ζήτημα υψίστης σημασίας για την αξιοπιστία κάθε συστήματος υγείας.

Ένα καλά οργανωμένο πλέγμα προστασίας κινητοποιείται στον ταχύτερο δυνατό χρόνο από τον τόπο του συμβάντος έως τον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό όπου και διακομίζεται ο αιφνιδώς πάσχων. Το πλέγμα αυτό συνιστά την αποκαλούμενη διεθνώς αλυσίδα επιβίωσης που ταυτίζεται με την έννοια της Επείγουσας Ιατρικής. Στην Ελλάδα, το πλέγμα προστασίας αυτό υπολειτουργεί, γεγονός που δεν οφείλεται στην ποιότητα παροχής ιατρικών υπηρεσιών, αλλά κυρίως στην οργάνωση του συστήματος καθώς και σε διοικητικές και υλικοτεχνικές ανεπάρκειες.³

¹ EuSEM (2007)

² Μαλλιαρού, Μ. κ.ά. (2009, σ. 25 – 36)

³ Benjamin, C. et all (2012, p. 2-6)

1.2 Σκοποί του Τ.Ε.Π.

Στόχος του ΤΕΠ είναι να παρέχει ένα υψηλό επίπεδο ιατρικής περίθαλψης με σωστή διάγνωση και επείγουσα ιατρική θεραπευτική, έτσι ώστε να ελαχιστοποιείται το επίπεδο θνησιμότητας και νοσηρότητας. Επιπλέον, αποτελεί έναν βασικό δείκτη αποτελεσματικής και ποιοτικής λειτουργίας του ίδιου του νοσοκομείου, δεδομένου ότι επηρεάζει την ομαλή λειτουργία των άλλων νοσοκομειακών τμημάτων, κλινικές, εργαστήρια κλπ, και θέτει σε δοκιμασία τη συνεργασία μεταξύ των άλλων τμημάτων και υπηρεσιών. Το ΤΕΠ είναι το τμήμα στο οποίο ελέγχεται η αξιοπιστία και η ποιότητα του ΕΣΥ σε καθημερινή βάση. Οι επιμέρους στόχοι της αποστολής του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών καθιστούν αναγκαία για το τμήμα την παροχή επείγουσας ιατρικής σε ένα λειτουργικό περιβάλλον στελεχωμένο με κατάλληλο, εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Απαιτείται επίσης από το τμήμα να διαθέτει όλον τον απαραίτητο, σύγχρονο εξοπλισμό βιοϊατρικής τεχνολογίας. Η συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη για νοσηλεία μεγάλου αριθμού περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχει οδηγήσει σε προβληματισμό τις κυβερνήσεις και την κοινή γνώμη. Καθώς οι προγραμματισμένες εισαγωγές μειώνονται, οι έκτακτες εισαγωγές έχουν την τάση να αυξάνονται σε καθημερινή βάση, απαιτώντας έτσι από τα νοσοκομεία να φροντίζουν για τις διακυμάνσεις και τις απρόβλεπτες ανάγκες των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.

Η παροχή επείγουσας ιατρικής φροντίδας από τα Τ.Ε.Π. έχει ως προτεραιότητα:

- τη διάσωση της ζωής
- την παροχή αναλγησίας
- τη διάγνωση ασθενειών και την έναρξη της θεραπείας
- τη διαλογή με βάση την βαρύτητα των προσερχόμενων ασθενών⁴

Επίσης,

- ✓ Νοσηλεύει σε δικούς του χώρους:
- 🚦 Ασθενείς των οποίων το πρόβλημα μπορεί να επιλυθεί σε λίγες ώρες χωρίς την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο.
- 🚦 Αμφίβολες περιπτώσεις ως προς τη διάγνωση, έως ότου διευκρινισθεί και αποφασισθεί η περαιτέρω πορεία τους, νοσηλεύοντάς τα στην βραχεία

⁴ Niska, R. et all (2007, p. 1-27)

νοσηλεία.

- ✚ Αντιμετωπίζει ασθενείς που χρειάζονται άμεση και προωθημένη αντιμετώπιση (π.χ. μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, καρδιακό monitoring, αιμοδυναμική υποστήριξη) με δικά του μέσα, στους δικούς του χώρους, έως ότου ο ασθενής οδηγηθεί στη συνέχεια στο ανάλογο τμήμα, σταθερός και ελεγχόμενος απεικονιστικά
- ✓ Προβαίνει σε διαχωρισμό των περιστατικών που κρίνονται ότι έχουν ανάγκη νοσηλείας, επιλέγοντας την αρμόζουσα ειδικότητα και ενημερώνει το τμήμα στο οποίο θα νοσηλευθούν.
- ✓ Κατευθύνει τους ασθενείς με μη-επείγοντα προβλήματα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.⁵

Ακόμη, προσπαθεί:

- ✓ Να αποτελέσει ένα σύστημα ποιοτικής αξιολόγησης της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και των προνοσοκομειακών και νοσοκομειακών ιατρικών φροντίδων μέσω της καταγραφής και συνολικής αντιμετώπισης των επειγόντων.
- ✓ Να βελτιωθεί η ετοιμότητα και εγρήγορση των επαγγελματιών υγείας στην οξεία Ιατρική μέσω της υποστήριξης γιατρών σε απομονωμένα κέντρα π.χ. κέντρα υγείας με τηλεϊατρική συνδιάσκεψη για την αντιμετώπιση οξέων ιατρικών καταστάσεων.
- ✓ Να επιτευχθεί καλύτερη έκβαση των επειγόντων με την ταχεία, σφαιρική και αποτελεσματική σταθεροποίηση και αντιμετώπισή τους.
- ✓ Να αναβαθμιστεί η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στον τομέα των Επειγόντων.
- ✓ Να περιοριστεί η θνητότητα και νοσηρότητα των επειγόντων και το παράλληλο τεράστιο κοινωνικο-οικονομικό κόστος.
- ✓ Να μειωθεί η διάρκεια και η βαρύτητα της νοσηρότητας από αιφνίδια νόσο ή κάκωση, με ταυτόχρονη μείωση του χρόνου και του κόστους της νοσοκομειακής νοσηλείας των επειγόντων.
- ✓ Να προωθηθεί η έρευνα στο αντικείμενο της Επείγουσας Ιατρικής στην

⁵ Weinick, R. et all (2010, p.1630-1636)

Ελλάδα.

- ✓ Να προστατευτεί το νοσοκομείο από τις άσκοπες και αμφιλεγόμενες εισαγωγές με την επιλεκτική εισαγωγή στο νοσοκομείο μόνο των ασθενών που έχουν συγκεκριμένη επείγουσα ένδειξη, επιτυγχάνοντας έτσι την ορθολογικότερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων και της υποδομής του νοσοκομείου και ταυτόχρονα διασφαλίζοντας τον ασθενή που δεν εισάγεται στο νοσοκομείο.

1.3 Αρμοδιότητες – Απαιτήσεις από ένα Τ.Ε.Π.

Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται:

- Η παροχή εκπαίδευσης στους ασθενείς, στις οικογένειες και σε άλλα άτομα για τη διευκόλυνση της φροντίδας μετά την έξοδο από το ΤΕΠ.
- Η συλλογή δεδομένων που αφορούν τη φροντίδα του ασθενή, με σκοπό την εκτίμηση των αποτελεσμάτων και των λειτουργιών του ΤΕΠ.
- Η συγκρότηση και λειτουργία της επιτροπής «Μαζικών Ατυχημάτων και Καταστροφών» στην υγειονομική περιοχή που καλύπτει και για την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών ή άλλων μαζικών περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης.
- Η οργάνωση των διακομιδών των ασθενών σε περίπτωση όπου δεν υπάρχει δυνατότητα εξειδικευμένης αντιμετώπισης βαρέων περιστατικών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (π.χ. μονάδα εγκαυμάτων).
- Είναι υπεύθυνο για την προ-νοσοκομειακή, εφ' όσον κληθεί και την άμεση νοσοκομειακή αντιμετώπιση των ασθενών με επείγοντα προβλήματα.
- Στελεχώνει και εξοπλίζει με δική του ευθύνη τις κινητές μονάδες της αρμοδιότητάς του.
- Νοσηλεύει τα αμφίβολα και ασαφή περιστατικά σε δικούς του χώρους μέχρι την τελική αξιολόγησή τους.
- Προωθεί τους ασθενείς σ' άλλα τμήματα και μονάδες μετά από συνεννόηση με τον υπεύθυνο του αντίστοιχου τμήματος. Η γνώμη του Τ.Ε.Π. για την

προώθηση του ασθενούς είναι αποφασιστική.⁶

Επομένως η λειτουργική αποστολή ενός σύγχρονου ΤΕΠ πρέπει να περιλαμβάνει την υποδοχή, τη σταθεροποίηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση όλων των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα και οι οποίοι είναι δυνατόν να παρουσιάζουν μία μεγάλη ποικιλία επειγουσών αλλά και μη επειγουσών καταστάσεων όπως:

- Ασθενείς που υποφέρουν από μία τραυματική ή άλλη οξεία κατάσταση της υγείας τους, που απειλεί την ζωή τους.
- Ασθενείς που έχουν κάποιο παθολογικό, χειρουργικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα που χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης.
- Ασθενείς που νομίζουν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα που χρήζει άμεσης ιατρικής φροντίδας.

Η εμπειρία όλων αυτών των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν στο Τ.Ε.Π., επηρεάζει σημαντικά τη συνολική δημόσια εικόνα του. Έτσι θα πρέπει αυτό να συνδυάζει την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή και το ανθρώπινο δυναμικό που απαιτείται για μία αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία.

Ο τρόπος οργάνωσης ενός ΤΕΠ θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την αποτελεσματική λειτουργία του και την ικανότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς του.

⁶ Λιονάκη, Ε. κ.ά. (2004, σ. 58 – 61)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ Τ.Ε.Π. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΤΥΠΑ

2.1 Δομή και Σκοπός

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Επείγουσα Ιατρική (EuSEM, European Society of Emergency Medicine) προς την οποία βαίνουν προσαρμοζόμενα όλα τα μέλη της Ε.Ε., το ΤΕΠ αποτελεί αυτοτελές και αυτόνομο τμήμα αμέσου ετοιμότητας του νοσοκομείου, στόχος του οποίου είναι να παρέχει υψηλού επιπέδου ιατρικής φροντίδας μέσω της σωστής διάγνωσης και θεραπείας, έτσι ώστε να ελαχιστοποιήσει τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας.⁷ Είναι υπεύθυνο για τη συγκρότηση και λειτουργία του ιατρικού και νοσηλευτικού μέρους της επιτροπής μαζικού ατυχήματος και συναποφασίζει για την κήρυξη μιας τέτοιας κατάστασης. Προβαίνει σε διαχωρισμό των περιστατικών που κρίνονται ότι έχουν ανάγκη νοσηλείας, επιλέγοντας την αρμόζουσα ειδικότητα και ενημερώνοντας το τμήμα στο οποίο θα νοσηλευθούν. Τέλος, νοσηλεύει σε δικούς του χώρους:

- Ασθενείς των οποίων το πρόβλημα μπορεί να επιλυθεί σε λίγες ώρες χωρίς την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο
- Αμφίβολες περιπτώσεις ως προς τη διάγνωση, έως ότου διευκρινισθεί και αποφασισθεί η περαιτέρω πορεία τους
- Αντιμετωπίζει ασθενείς που χρειάζονται άμεση και προωθημένη αντιμετώπιση (π.χ. μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, καρδιακό monitoring, αιμοδυναμική υποστήριξη) με δικά του μέσα στους δικούς του χώρους έως ότου ο ασθενής οδηγηθεί στη συνέχεια στο ανάλογο τμήμα.

Επιπλέον, αποτελεί βασικό δείκτη της ποιοτικής και αποτελεσματικής λειτουργίας του νοσοκομείου, καθώς επηρεάζει την ομαλή λειτουργία των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου και δοκιμάζει τη συνεργασία μεταξύ των άλλων τμημάτων και των υπηρεσιών. Οι στόχοι της αποστολής του Τ.Ε.Π. καθιστούν αναγκαία για το τμήμα να παρέχει επείγουσα ιατρική σε ένα περιβάλλον στελεχωμένο με το κατάλληλο, εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης απαιτεί να είναι

⁷ Ασκητοπούλου, Ε. (2009, σ. 2)

εξοπλισμένο με όλο το σύγχρονο και απαραίτητο τεχνολογικό εξοπλισμό.

Οι πρωτοβουλίες για την υγεία που αναπτύσσονται στο πλαίσιο του ΕΣΥ μέσω της προ-νοσοκομειακής, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, συνήθως συνδέονται με τις ελλείψεις σε βασικούς τομείς που αποτελούν την αρχή της δυσλειτουργίας στα ΤΕΠ. Αυτό, με τη σειρά του, οδηγεί σε υπερφόρτωση των υπηρεσιών.⁸ Η ανάγκη για άμεση και έγκαιρη παροχή επείγουσας περίθαλψης σε μη προγραμματισμένο και μη ομοιόμορφο αριθμό υποθέσεων με διαφορετικά επίπεδα πολυπλοκότητας και σοβαρότητας, απαιτεί την ύπαρξη μιας λειτουργικής και διοικητικά αυτόνομης μονάδας μέσα στο νοσοκομείο, η οποία θα είναι αφιερωμένη σε τέτοιου είδους υπηρεσίες.⁹ Η άμεση περίθαλψη και υποστήριξη μιας περίπτωσης έκτακτης ανάγκης, με έναν ολοκληρωμένο και με διάρκεια τρόπο, παρουσιάζει διαφορετικά οφέλη για το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών για τους ακόλουθους λόγους:

1. Καταλήγει σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα για τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης όσον αφορά στις πιθανότητες επιβίωσης και τη μείωση της νοσηρότητας από την άποψη της διάρκειας και της σοβαρότητας.
2. Περιορίζει τις ασαφείς εισαγωγές αξιοποιώντας έτσι πιο σωστά τις υποδομές του νοσοκομείου.
3. Μειώνει το χρόνο νοσηλείας.
4. Μειώνει σημαντικά το κοινωνικοοικονομικό κόστος μιας υπόθεσης έκτακτης ανάγκης.
5. Αποτελεί ένα σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας της προ-νοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
6. Παρέχει εκπαίδευση στην ιατρική έκτακτης ανάγκης και επείγουσας περίθαλψης για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.
7. Προάγει την έρευνα στον τομέα της ιατρικής έκτακτης ανάγκης, όπου ο χρόνος είναι πολύτιμος.

Μια άλλη παράμετρος, η οποία καθίσταται άμεση ανάγκη για την κατάλληλη οργάνωση και διοίκηση των ΤΕΠ είναι η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής, η

⁸ Zilidis, Ch. et all (1992, p. 165- 75)

⁹ Ασκητοπούλου, Ε. (1991, σ. 4)

αναγνώριση της οποίας βοήθησε σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη των ΤΕΠ.¹⁰ Η Επείγουσα Ιατρική στην Ευρώπη αποτελείται παραδοσιακά από δύο ιδεολογίες: α) την αγγλο-αμερικανική, η οποία χρησιμοποιεί εξειδικευμένα τμήματα προνοσοκομειακών υπηρεσιών Επειγόντων Περιστατικών και Επείγουσας Ιατρικής με εκπαιδευμένους διασώστες (ασθενοφόρα), β) την γαλλο-γερμανική, η οποία βασίζεται σε ένα πολύ καλά οργανωμένο σύστημα προ-νοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής που συμπεριλαμβάνει γιατρούς και νοσηλευτές με την βασική εγκατάσταση της Επείγουσας Ιατρικής στο νοσοκομείο.¹¹ Τα τελευταία χρόνια, η διαφορά μεταξύ των δύο αυτών πρακτικών μειώνεται με αποτέλεσμα την ταχεία ανάπτυξη σε όλη την Ευρώπη ανεξάρτητων ΤΕΠ σε επίπεδο κλινικών, οικονομικών και διαχειριστικών όρων. Με τον ίδιο τρόπο που ένας σοβαρός τραυματισμός απαιτεί φροντίδα από τα ειδικά τμήματα του νοσοκομείου, έτσι και μία οξεία βλάβη χρειάζεται θεραπεία σε ένα ειδικευμένο τμήμα όπως το ΤΕΠ.

Η επέκταση και η ανάπτυξη των υπηρεσιών που προσφέρονται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μέσω των πρακτικών Επείγουσας Ιατρικής αποσκοπεί στη δημιουργία ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών που θα μετατρέπεται σε ένα σύστημα ποιοτικής αξιολόγησης για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Στοχεύει, επίσης, σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα για τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, μέσω ενός σφαιρικού, ταχύτατου και αποτελεσματικού τρόπου σταθεροποίησης και θεραπείας του ασθενή. Φιλοδοξεί για την περαιτέρω αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται στον τομέα της έκτακτης ανάγκης, ενώ ταυτόχρονα προστατεύει το νοσοκομείο από τις ασαφείς εισαγωγές. Η στελέχωση των ΤΕΠ με εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η ώθησή τους προς την αυτονομία, θα βελτιώσει σημαντικά τις υπηρεσίες τους, γεγονός που θα έχει μια ηχηρή επίδραση στην κοινωνία.

2.2 Τα Τ.Ε.Π. στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η Ευρωπαϊκή Εταιρία για την Επείγουσα Ιατρική αποτελεί μια ομοσπονδία η οποία για τώρα περιλαμβάνει 24 Ευρωπαϊκές Εθνικές Εταιρίες Επείγουσας ιατρικής και εκπροσωπεί περισσότερους από 16.000 γιατρούς στα πλαίσια της Επείγουσας Ιατρικής στην Ευρώπη. Η κοινή επιτροπή πολλαπλών ειδικοτήτων για την Επείγουσα

¹⁰ American College of Emergency Physicians. (2008, p. 189-90)

¹¹ Anderson, S.P. et all (2006, p. 835-839)

Ιατρική αποτελεί ένα όργανο της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων. Η επιτροπή λειτουργεί με τη συμβολή εκπροσώπων από τους τομείς αναισθησιολογίας, καρδιολογίας, γηριατρικής, παθολογίας, νευρολογίας, ορθοπαιδικής, παιδιατρικής και χειρουργικής της UEMS από την κοινή επιτροπή της UEMS αναφορικά με την εντατική ιατρική.

Η Επείγουσα Ιατρική αποτελεί μια ανεξάρτητη ειδικότητα ανάμεσα στα 27 μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αν και σε μόλις 9 χώρες είναι καταχωρημένη στην οδηγία 2005/36/EK και μόνο σε 5 χώρες υπάρχει ως εξειδίκευση. Η EuSEM θεωρεί ότι η παροχή επείγουσών ιατρικών φροντίδων υψηλών προδιαγραφών απαιτεί γιατρούς που να κατέχουν ειδική εκπαίδευση σε σχέση με την επείγουσα ιατρική μιας και αυτός είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος. Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στην Ε.Ε. εστιάζουν στη διασφάλιση:

1. Ύψιστη φροντίδα για όλους τους ασθενείς.
2. Παροχή αυτών των φροντίδων από ειδικούς ιατρούς, εκπαιδευμένους στην ιατρική.
3. Συγκρίσιμο πρότυπο κλινικών φροντίδων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

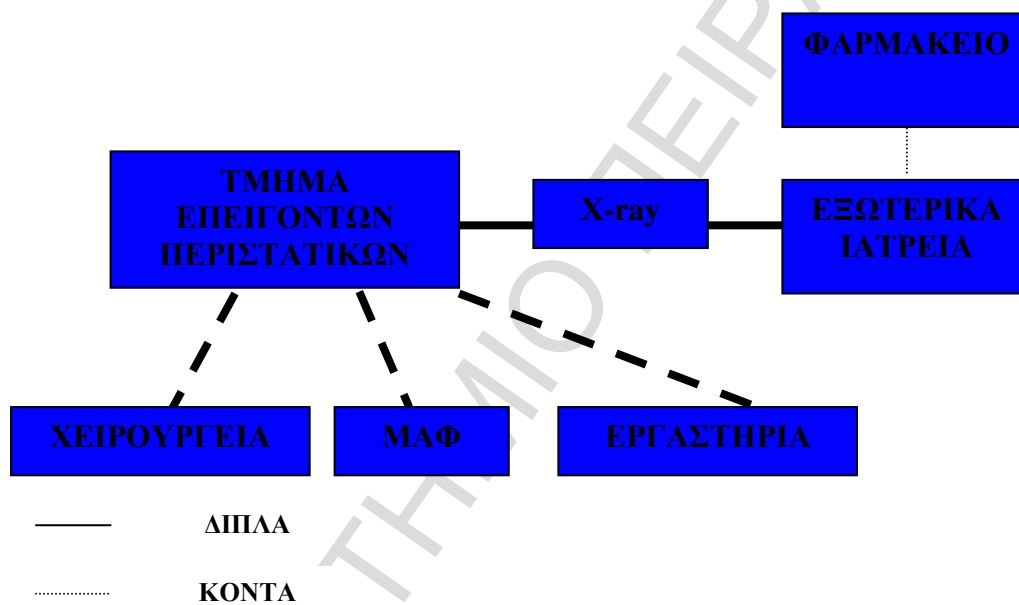
Το Ευρωπαϊκό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών που ελέγχει όλα τα τμήματα στις χώρες της Ε.Ε. περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις:¹²

1. Ιατρική φροντίδα των ασθενών.
2. Ιατρική γνώση.
3. Επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις.
4. Επαγγελματισμό, ηθικά και νομικά θέματα.
5. Οργανωτικό σχεδιασμό και ικανότητα διαχείρισης υπηρεσιών.
6. Ακαδημαϊκές δράσεις - εκπαίδευση και έρευνα.
7. Επιμορφωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα για τη παροχή διδακτέας ύλης.
8. Αξιολόγηση και εξέταση των ικανοτήτων που έχει το προσωπικό.
9. Κλινικά πρότυπα και αυτοδύναμα προγράμματα επαγγελματικού ελέγχου.
10. Ερευνητικά προγράμματα που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη μιας διεθνούς βάσης δεδομένων για την ειδικότητα.

¹² ΕΚΔΔΑ. (2011, σ. 62)

Συνεχίζοντας παρατίθεται το παράδειγμα λειτουργίας των επειγόντων περιστατικών στη Μ. Βρετανία. Στη Μ. Βρετανία οι βασικές αρχές οργάνωσης ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών σε ένα νοσοκομείο και οι απαιτήσεις διασύνδεσής του με άλλα τμήματα του νοσοκομείου παραθέτονται στο παρακάτω διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Οι βασικές αρχές οργάνωσης ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών σε ένα νοσοκομείο και οι απαιτήσεις διασύνδεσης του με άλλα τμήματα του νοσοκομείου



Πηγή: ΕΚΔΔΑ.(2011, σ. 63)

Το συγκεκριμένο τμήμα βρίσκεται δίπλα στο ακτινοδιαγνωστικό τμήμα και τα ιατρεία εξωτερικών ασθενών, ενώ συνάμα θα πρέπει να εξασφαλίζεται η καλύτερη λειτουργική διαδικασία και οι μικρότερες δυνατές αποστάσεις του τμήματος από μονάδες αυξημένης φροντίδας, εντατικής θεραπείας, από το τμήμα χειρουργικών επεμβάσεων, τα εργαστήρια και το φαρμακείο του νοσοκομείου. Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στη Μ. Βρετανία προήλθαν από τις αίθουσες ατυχημάτων, που τη δεκαετία του 1950 δέχονταν και περιθάλλονταν οι βαριά άρρωστοι και οι τραυματίες ασθενείς, ιδιαίτερα αυτοί που δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα για οικογενειακό γιατρό. Οι χώροι αυτοί είχαν τις πόρτες τους συνεχώς ανοιχτές για

εκείνους τους πολίτες που είχαν ανάγκη για άμεση ιατρική βοήθεια.¹³ Οι ετήσιες σήμερα κινήσεις στο ΤΕΠ στη Μεγάλη Βρετανία βασίζονται στις ετήσιες κινήσεις των τμημάτων και παρέχει διαβαθμίσεις για 10.000-20.000-30.000-50.000 και 70.000 προσερχόμενους ασθενείς.

2.3 Τα Τ.Ε.Π στις Η.Π.Α.

Οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (EDS) βρίσκονται σε μια κρίσιμη θέση στην διασύνδεση του αμερικανικού πληθυσμού και του συστήματος υγείας.¹⁴

Για πολλές αμερικανικές κοινότητες, το τοπικό Τ.Ε.Π. έχει γίνει η βάση της φροντίδας υγείας. Οι ιατροί καλούνται να δουν όλους τους ασθενείς ανά πάσα στιγμή και δεδομένης της αύξησης του αριθμού των ασθενών που αναζητούν τις υπηρεσίες τους, αυτό είναι ακατόρθωτο, και μερικές φορές μοιραίο.

Από το 1992 έως το 2002, ο αριθμός των ετήσιων επισκέψεων στα Τ.Ε.Π. των Η.Π.Α. αυξήθηκε 23%. Σχεδόν καθημερινά, στα πρωτοσέλιδα των εφημερίδων σε ολόκληρη τη χώρα δημοσιεύονται ιστορίες ανθρώπων που περίμεναν για ώρες στην αίθουσα αναμονής των τμημάτων αυτών πριν να τους δει κάποιος γιατρός, ιστορίες για ασθενοφόρα που αναγκάστηκαν να μεταφέρουν ασθενείς σε άλλα νοσοκομεία λόγω υπερπληθυσμού σε κάποιο άλλο.¹⁵

Σε ολόκληρη την Αμερική, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (EDS) βρίσκονται σε κρίση, δεδομένου της αύξησης του αριθμού των ασθενών.¹⁶

Οι Αμερικανοί αναζητούν ένα μεγάλο μέρος της μη επείγουσας φροντίδας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, όπου συχνά αντιμετωπίζουν την μεγάλη αναμονή για να δουν ένα γιατρό.

Εκτιμάται ότι το 13,7% έως 27,1% όλων των επισκέψεων στο ΤΕΠ θα μπορούσε να λάβει χώρα σε μία εναλλακτική τοποθεσία, με μια ενδεχόμενη μείωση των δαπανών κατά περίπου 4,4 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.¹⁷

¹³ ΕΚΔΔΑ. (2011, σ. 62)

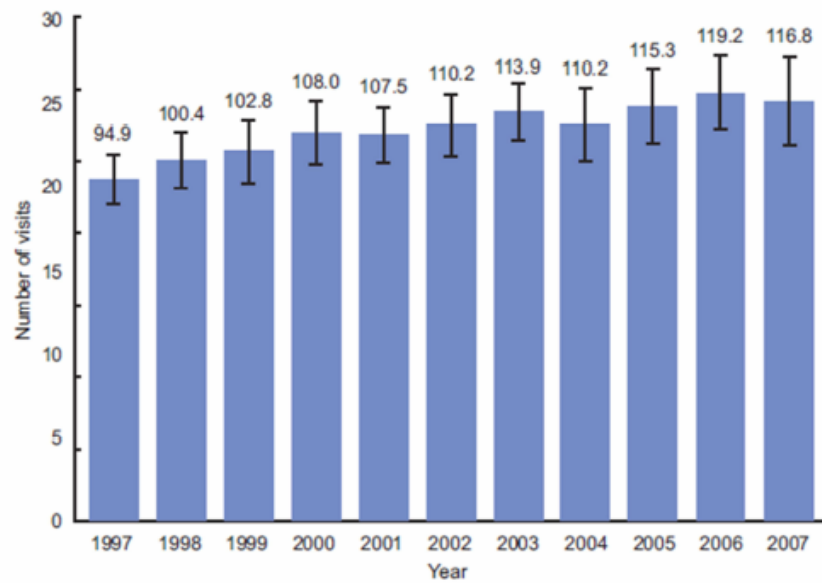
¹⁴ Australasian College for Emergency Medicine Policy Document. (1994, p. 145 – 146)

¹⁵ Australasian College for Emergency Medicine Policy Document. (όπ. π)

¹⁶ Carpentier, F. et all (1990, p. 551 – 564)

¹⁷ Carpentier, F. et all (1990, όπ. π.)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ετήσιες επισκέψεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στην Αμερική 1997-2007.

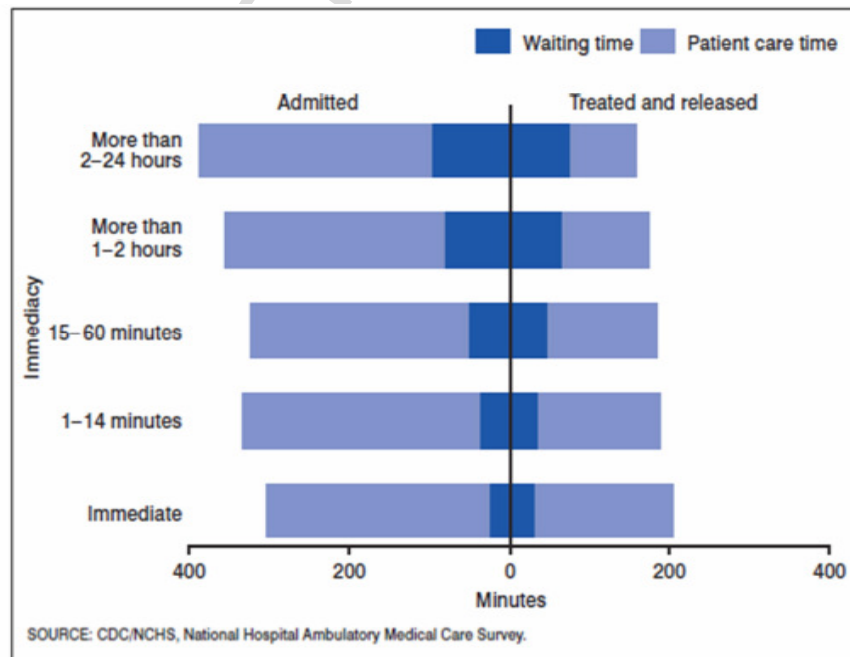


SOURCE: CDC/NCHS, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey

Figure 1. Annual number of emergency department visits (and 95% confidence intervals): United States 1997–2007

Πηγή: Niska et all, (2007, p. 6)

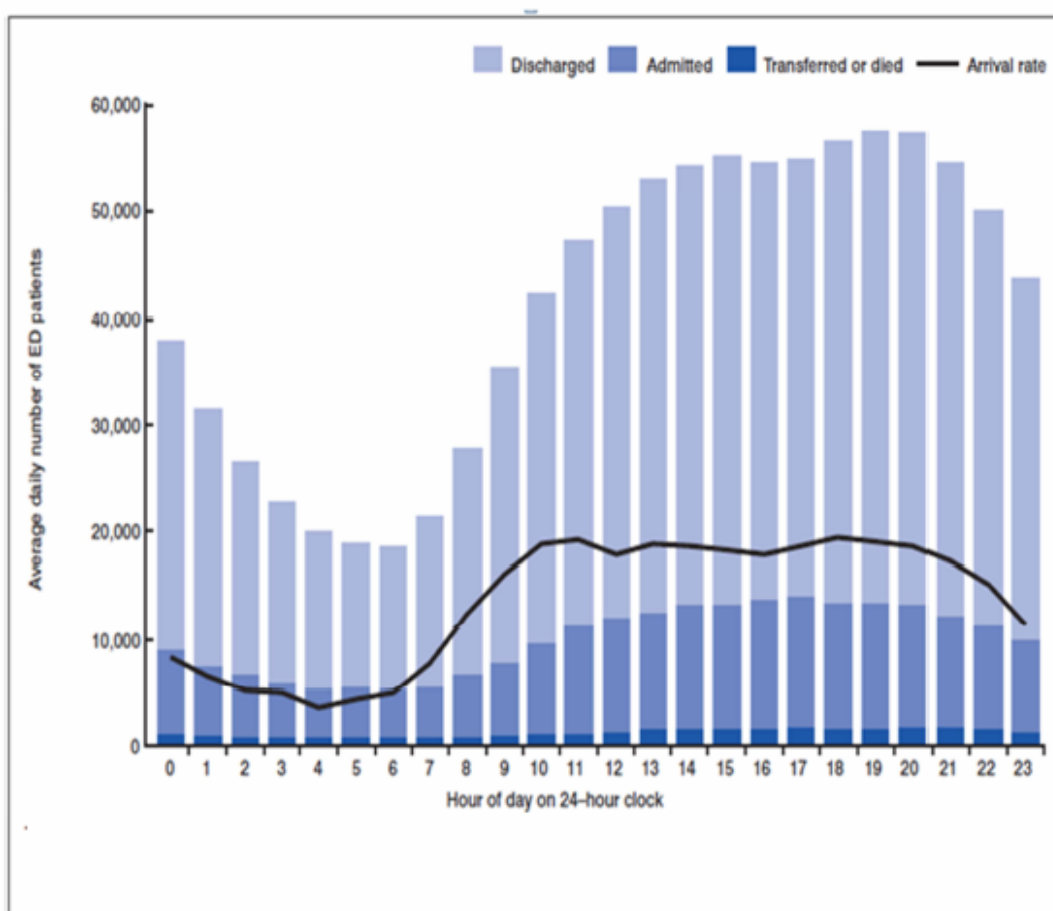
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Ώρες αναμονής ασθενών σε λεπτά και πόση ώρα χρειάζονται για περίθαλψη (waiting time=ώρες αναμονής, patient care time=πόση ώρα χρειάζονται για περίθαλψη) το 2007.



SOURCE: CDC/NCHS, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey.

Πηγή: Niska et all, (2007, p.8)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Ο αριθμός των ασθενών που φτάνει στα επείγοντα περιστατικά κάθε ώρα της ημέρας το 2006 και τι γίνεται με αυτόν τον ασθενή. (discharged = παίρνει εξιτήριο ,admitted=κάνει εισαγωγή, transferred or died = μεταφέρεται ή πεθαίνει, arrival rate=ώρες τις οποίες έρχεται).



Πηγή: Niska et all, (2007, p. 9)

2.4 Προσωπικό

Το νοσοκομείο οφείλει να απασχολεί προσωπικό στο ΤΕΠ για μόνιμη ή προσωρινή εργασία.

Το προσωπικό οφείλει να καλύπτει το ΤΕΠ σε καθημερινή 24ωρη βάση σε ωράριο ανά 12ωρο.

Σε ένα χώρο όπου η ζωή ή η ακεραιότητα του αρρώστου χάνεται ή κερδίζεται μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας, το προσωπικό από το διευθυντή μέχρι τους μεταφορείς θα πρέπει : α) να επαρκεί αριθμητικά όλες τις ώρες του 24ώρου, β) να έχει επιλεγεί με

αυστηρά κριτήρια, γ) να διαθέτει ιδιαίτερες ικανότητες, δ) να ακολουθεί εξειδικευμένο και συνεχές εκπαιδευτικό πρόγραμμα θεωρίας και πράξης και ε) να λειτουργεί με βάση συγκεκριμένα πρωτόκολλα παροχής φροντίδων.

Στο προσωπικό του Τ.Ε.Π. περιλαμβάνονται:

- Ιατρικό προσωπικό
- Νοσηλευτικό προσωπικό
- Διοικητικό - Βοηθητικό προσωπικό

2.4.1 Ιατρικό προσωπικό

Η παροχή περίθαλψης προϋποθέτει όπως το ιατρικό προσωπικό των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών να προέρχεται από γιατρούς με ειδική εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική, η να προέρχεται από ειδικότητες που σχετίζονται με το επείγον.

Η εκπαίδευση σε αυτό τον κλάδο χρειάζεται το λιγότερο δύο έτη εμπειρία.

Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα η παροχή επείγουσας ιατρικής φροντίδας υψηλών προδιαγραφών απαιτεί γιατρούς με ειδική εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική, γιατί αυτός είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος (με κλινικά όσο και οικονομικά κριτήρια) για να παρασχεθούν υψηλής ποιότητας φροντίδες κατά τη διάρκεια των κρίσιμων αρχικών σταδίων μιας επείγουσας θεραπείας.

Η Οδηγία Ιατρών της Ε.Ε. (Ευρωπαϊκή Ένωση) προϋποθέτει ότι η εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική θα πρέπει να είναι το λιγότερο πέντε χρόνια. Οι βασικές αρχές του Ευρωπαϊκού Οδηγού Σπουδών είναι εκπαίδευση για 5 έτη σε πιστοποιημένα εκπαιδευτικά κέντρα με αναπτυγμένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Κατά τα 5 χρόνια της υποχρεωτικής εκπαίδευσης στην ειδικότητα, ένα ελάχιστο διάστημα 3 ετών πρέπει να είναι στο Τ.Ε.Π. με ταυτόχρονη έκθεση σε άλλες ειδικότητες, ανάλογα με τις εκπαιδευτικές ανάγκες.

Η εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική απαιτεί τουλάχιστον δύο χρόνια εμπειρία που αποκτάται μετά από πλήρη απασχόληση σε ένα τμήμα που παρέχει φροντίδα σε ένα ευρύ φάσμα Επειγόντων.

Γιατροί που έχουν τη βασική εκπαίδευση στην Αναισθησιολογία, Γενική Χειρουργική, Εντατική Θεραπεία, Παθολογία, Παιδιατρική, είναι κατάλληλοι για

εκπαίδευση και εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική.

Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που δεν είναι ειδικοί στην Επείγουσα Ιατρική εμπλέκονται στην περίθαλψη των Επειγόντων και πλαισιώνουν το Τ.Ε.Π. κάτω όμως από τον επικεφαλής και το μόνιμο προσωπικό του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών που είναι αναγνωρισμένοι ειδικοί σ' αυτό το επιστημονικό πεδίο.

Ειδικότερα ο Διευθυντής του Τ.Ε.Π.:

α) Έχει την τελική ευθύνη για την περαιτέρω διαχείριση του ασθενή όσο χρόνο παραμένει στο Τ.Ε.Π. και η γνώμη του έχει αποφασιστική σημασία για την περαιτέρω κατεύθυνση του ασθενή. Οι αποφάσεις του υπόκεινται στον έλεγχο του ανωτέρου επιστημονικού οργάνου του νοσοκομείου

β) Έχει την ευθύνη της εκπαίδευσης του υπηρετούντος προσωπικού, δεδομένου ότι τα Τ.Ε.Π. αποτελούν εκπαιδευτικά τμήματα για την πρακτική άσκηση ιατρών που παρακολουθούν ολοκληρωμένα προγράμματα εκπαίδευσης στην Επείγουσα Ιατρική.¹⁸

2.4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό

Όσον αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στα Τ.Ε.Π., σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία απαιτούνται:

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

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., προέκυψε ότι απαιτείται τουλάχιστον ένας διπλωματούχος νοσηλευτής για κάθε 5000 ετήσιες επισκέψεις ασθενών στο Τ.Ε.Π.. Επίσης αναφέρεται ότι οι βοηθοί νοσηλευτών δεν πρέπει να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και το ποσοστό δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 50%

¹⁸ Wilson, M.J. & Nguyen, K.. (2004, p.1-4)

του απασχολούμενου προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Τ.Ε.Π., ενώ σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές από το Ηνωμένο Βασίλειο η αναλογία διπλωματούχων νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές θα πρέπει να είναι 80% προς 20%.

Ιδιαίτερες επιπλέον παράμετροι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη νοσηλευτική στελέχωση όπως το εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας, οι άδειες του προσωπικού, η παρουσία ή μη βοηθητικού προσωπικού, η κάλυψη του Τ.Ε.Π. σε ώρες αιχμής με περισσότερο προσωπικό. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή Τ.Ε.Π. σύμφωνα με τις ανάγκες του τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού.

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

- έχει επαρκή προηγούμενη εμπειρία σε Τ.Ε.Π.
- έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- 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.

2.4.3 Διοικητικό και Βοηθητικό προσωπικό

Το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό αποτελείται από διοικητικούς υπαλλήλους, με γνώση στον κλάδο της πληροφορικής. Στο εν λόγω τμήμα καταχωρούνται δημογραφικά στοιχεία του ασθενή και πληροφορίες για την ασφάλιση του κάθε ατόμου, εκτυπώνονται στην καρτέλα του ασθενή, όπου και τον συνοδεύει σε όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο χώρο του ΤΕΠ. Η όλη διάρκεια του κάθε περιστατικού δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 5min. Στα συμβάντα των κατεπειγόντων

και επειγόντων, η διοικητική διεκπεραίωση γίνεται εκ των υστέρων.

Στην περίπτωση που δεν είναι σε θέση ο ίδιος ο ασθενής να δώσει τα παραπάνω στοιχεία, τότε την υποχρέωση αυτή αναλαμβάνει ο συνοδός ή ο διασώστης (τραυματιοφορέας ΕΚΑΒ). Όταν δεν εμφανίζεται συνοδός, φαίνεται η λέξη «άγνωστος άνδρας ή γυναίκα» με αύξοντα αριθμό.

Ο διοικητικός υπάλληλος κατασκευάζει το φάκελο του εκάστοτε ασθενή. Έπειτα ο φάκελος αυτός παραδίδεται στην ομάδα που κάνει την αξιολόγηση των περιστατικών αναλογικά με τη βαρύτητα των περιστατικών (triage).¹⁹

Επιπλέον, το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, που απαιτείται για την λειτουργία των Τ.Ε.Π., αποτελείται από το διοικητικό προσωπικό για την υποδοχή και διακίνηση των ασθενών, την γραμματειακή υποστήριξη και το τηλεφωνικό κέντρο, την κοινωνική λειτουργό, τους τραυματιοφορείς, το προσωπικό ασφαλείας, και τους καθαριστές.

Η κοινωνική λειτουργός είναι υπεύθυνη για την προσέγγιση και υποστήριξη ειδικών ομάδων ασθενών, όπως οι ηλικιωμένοι, τα μοναχικά άτομα, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, οι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, τα άτομα με ψυχικά προβλήματα και οι ειδικές φυλετικές πολιτισμικές ομάδες.

Το προσωπικό ασφαλείας παρευρίσκεται συνεχώς στο χώρο των Τ.Ε.Π. και μεριμνά για την τήρηση της τάξης και την ασφάλεια του προσωπικού. Δεν είναι λίγες οι φορές που, λόγω υπερφόρτωσης των Τ.Ε.Π., δημιουργούνται διαπληκτισμοί και εντάσεις μεταξύ ασθενών, συνοδών ή και του προσωπικού.

2.5 Χωροταξία - Εξοπλισμός

Σύμφωνα με το Αυστραλιανό Κολλέγιο για την Επείγουσα Ιατρική, καθώς το Τ.Ε.Π. περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό εργατικού δυναμικού, διαφορετικά ιατρικά περιστατικά και ποικιλία ασθενών, ο σχεδιασμός του είναι ζωτικής σημασίας για την λειτουργία του. Θα πρέπει να σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπεται η πιθανή επέκτασή του, αλλά και η αλλαγή στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι η ασφάλεια, η προστασία, η πρόσβαση, η εικόνα και οι προσδοκίες των καταναλωτών και τέλος οι

¹⁹ Ασκητοπούλου, Ε. (2009. σ. 2-5)

εξελισσόμενες πρακτικές εργασίας.

Ο σχεδιασμός επίσης διαμορφώνεται και από άλλους παράγοντες που προσδιορίζουν την έκταση του χώρου, όπως:

- Ο μέσος όρος του συνόλου των ασθενών που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών τα τελευταία 10 χρόνια και η πρόβλεψη της ετήσιας διακίνησης των ασθενών τα επόμενα 10 χρόνια.
- Οι ώρες της μεγαλύτερης διακίνησης των ασθενών.
- Τα χαρακτηριστικά των ασθενών: διάγνωση, ηλικία κ.λ.π.
- Το μέγεθος του νοσοκομείου του οποίου αποτελεί τμήμα²⁰.

Έχει αποδειχθεί ότι η καλύτερη λύση για την αντιμετώπιση των ασθενών με ατυχήματα και επείγουσες νοσηρές καταστάσεις, αποτελεί το Τ.Ε.Π., το οποίο λειτουργεί ως αυτοτελές τμήμα με όλες τις υπηρεσίες εργαστηριακής υποστήριξης.

Ο βασικός χωροταξικός σχεδιασμός περιστρέφεται γύρω από τις κύριες λειτουργικές περιοχές του τμήματος. Θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Ασθενοφόρα και περιπατική είσοδο
- Υποδοχή / Διαλογή / Αναμονή
- Διοικητική περιοχή
- Αίθουσα αναζωογόνησης
- Περιοχή οξείας θεραπείας (για μη περιπατικούς ασθενείς)
- Χώρους εργασίας προσωπικού
- Εξειδικευμένες περιοχές:
 - ✓ Παιδιατρικοί χώροι
 - ✓ Χώρος ενημέρωσης συγγενών
 - ✓ Εξεταστήρια
 - ✓ Αίθουσα γύψου

²⁰ Charalampous, G. (2012, p. 215-216)

- ✓ Φαρμακείο
- ✓ Οφθαλμολογικό
- ✓ Χώρο απομόνωσης
- ✓ Αίθουσα αξιολόγησης ψυχικής υγείας
- ✓ Χώρο απολύμανσης
- ✓ Χώρο εκπαίδευσης και έρευνας
- ✓ Γραφεία – αποθήκες
- ✓ Χώρο ανάπαυσης προσωπικού
- ✓ Ακτινολογικό εργαστήριο
- ✓ Ντουζιέρα / μπάνιο / τουαλέτα²¹

Το Τ.Ε.Π. που εξυπηρετεί μεγάλο αριθμό ασθενών μπορεί να είναι χωρισμένο σε πέντε ξεχωριστούς λειτουργικούς χώρους, που θα καλύπτουν τις εξής ειδικότητες: χειρουργική, παθολογική, γυναικολογική, παιδιατρική και ψυχιατρική. Ορισμένες από τις παραπάνω ειδικότητες χωρίζονται λειτουργικά σε υποειδικότητες.

Στο σχεδιασμό του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών έχει προβλεφθεί και η αντιμετώπιση μαζικού ατυχήματος.

Τα βασικά στοιχεία της οργάνωσης και λειτουργίας του Τ.Ε.Π. επηρεάζουν το σχεδιασμό του. Το χάος που συχνά περιβάλλει την είσοδο και το χώρο υποδοχής μπορεί να προληφθεί, όταν ο σχεδιασμός προβλέπει μια είσοδο για τους ασθενείς που προσέρχονται με φορείο και μια δεύτερη για τους περιπατητικούς, ώστε να μην αναμιγνύονται στις διάφορες φάσεις της μετακίνησής τους.

Οι χώροι αντιμετώπισης των ασθενών που προσέρχονται με φορείο θα έχουν κατευθείαν σύντομη πρόσβαση από την είσοδο των ασθενοφόρων, ενώ οι περιπατητικοί ασθενείς θα αντιμετωπίζονται σε χώρους που θα βρίσκονται πολύ κοντά στην είσοδο των περιπατητικών ασθενών.

Ακόμη ο διαχωρισμός των ασθενών με ατυχήματα από τους ασθενείς με επείγουσες νοσηρές καταστάσεις, εξυπηρετεί τη γρήγορη διακίνησή τους και διευκολύνει την εργασία του προσωπικού.

²¹ Μπουντούρης, Θ. κ.ά. (2003, σ. 20 – 26)

Η δυνατότητα αξιολόγησης και διαλογής των ασθενών από τους υπεύθυνους νοσηλευτές, πρέπει να προβλέπεται στο σχεδιασμό του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Αυτή η αξιολόγηση και ο καθορισμός προτεραιοτήτων κατά την άφιξη του αρρώστου στο Τ.Ε.Π. θεωρείται υπεύθυνο έργο του νοσηλευτή και σύστημα νοσηλευτικής εργασίας, που διεθνώς ονομάζεται triage. Ο χώρος που διεξάγεται η διαδικασία της αξιολόγησης και της διαλογής ονομάζεται επίσης triage και συνιστάται να βρίσκεται σε κεντρική θέση σε σχέση με την είσοδο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

Οι νοσηλευτές αυτοί κάνουν την πρώτη αξιολόγηση των ασθενών και βάσει των ευρημάτων ρυθμίζουν την άμεση διακίνηση και αντιμετώπισή τους. Αν ο άρρωστος έχει ανάγκη από άμεση ιατρική παρέμβαση, οδηγείται στον ειδικά εξοπλισμένο χώρο, ενώ συγχρόνως ενημερώνεται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένη έρευνα διαπίστωσε ότι η πρώτη αξιολόγηση αρρώστων από νοσηλευτές είναι σωστή σε ποσοστό 92%.²²

Η καλή επικοινωνία και η παρακολούθηση των ασθενών είναι τα βασικά στοιχεία που προβλέπει ο σχεδιασμός. Εκτός από το γραφείο υποδοχής, ένα κέντρο ελέγχου είναι πολύ σημαντικό και απαραίτητο. Ο κεντρικός αυτός σταθμός με ευρεία θέα του τμήματος δίδει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές οπτικής παρακολούθησης και ελέγχου όλου του χώρου των ασθενών, αφού μπορούν άμεσα να βλέπουν ό,τι συμβαίνει, να ταξινομούν προτεραιότητες και να επικοινωνούν με τις διάφορες υπηρεσίες.

Η πρόσβαση πρέπει να είναι εύκολη και σύντομη, ώστε τα ασθενοφόρα και τα ιδιωτικά μέσα μεταφοράς των ασθενών να μπορούν να φθάνουν μέχρι την είσοδο του τμήματος. Η δε μετακίνηση των φορείων και των άλλων τροχοφόρων πρέπει να είναι ανεμπόδιστη.

Η μεταφορά και προσέλευση μεγάλου αριθμού ασθενών με διαφορετικές και ίσως απρόβλεπτες ανάγκες σε κάποια ώρα που το προσωπικό δεν επαρκεί, απαιτεί σχεδιασμό που να κάνει εύκολη την επίβλεψη. Γι' αυτό ένα κεντρικό γραφείο νοσηλευτών, στρατηγικά τοποθετημένο για την υποδοχή των περιπατητικών ασθενών και όσων προσέρχονται με φορείο, δίδει ικανοποιητικά τη δυνατότητα επίβλεψης.

²² Καραμπίνης, Α. και Κουκουλίτσιος, Γ. (2006, σ. 6 – 10)

Στην αίθουσα αναμονής ασθενών οι νοσηλευτές είναι σε θέση να διακρίνουν χωρίς καθυστέρηση τον άρρωστο που έχει ανάγκη άμεσης παρακολούθησης. Επίσης μια ξεχωριστή και με πληρέστερη επίβλεψη αίθουσα αναμονής για παιδιά πρέπει να προβλέπεται από το σχεδιασμό.

Η επίβλεψη και παρακολούθηση των ασθενών στα ξεχωριστά μικρά δωμάτια είναι δύσκολη. Ο συνδυασμός ανοικτού χώρου σε ορθογώνιο σχήμα με εξεταστήρια από την άποψη προσωπικού είναι περισσότερο οικονομικός, από τα δωμάτια που ανοιγοκλείνουν κατά μήκος του διαδρόμου.

Το Τ.Ε.Π. πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερους χώρους, όχι σε απόμερη γωνιά, για αλκοολικούς, ανήσυχους και ψυχασθενείς, διότι οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγάλη ανάγκη από παρακολούθηση και νοσηλευτική επίβλεψη.

Είναι ανάγκη επίσης να υπάρχουν κρεβάτια προσωρινής παραμονής για τους ασθενείς που δεν έχει διαγνωστεί το πρόβλημα της υγείας τους και χρειάζονται παρακολούθηση, αλλά και για προεγχειρητική και μετεγχειρητική παραμονή των ασθενών με μικροτραυματισμούς που δεν θα εισαχθούν στο νοσοκομείο.

Όταν ο σχεδιασμός προβλέπει καλές γραμμές κυκλοφορίας, διευκολύνεται η οργάνωση και αποφεύγεται ο συνωστισμός μεγάλης κυκλοφορίας. Η ιδανική λύση σχεδιασμού είναι η κανονική προώθηση των αρρώστων: υποδοχή και αξιολόγηση, καταγραφή στοιχείων, ιατρική εξέταση, διάγνωση και θεραπεία με χώρους αναμονής και υποαναμονής κατά διαστήματα της γραμμής. Το ορθογώνιο ή τετράγωνο σχέδιο βοηθάει την γρήγορη διακίνηση και αντιμετώπιση των ασθενών και θεωρείται το σπουδαιότερο θέμα που έχει απασχολήσει και θα συνεχίσει να απασχολεί τους μελετητές και προγραμματιστές των Τ.Ε.Π..

Η εξασφάλιση ιδιωτικού χώρου για κάθε ασθενή στους χώρους ιατρικής εξέτασης και νοσηλείας είναι βασικό στοιχείο του σχεδιασμού. Τα ιδιαίτερα μικρά δωμάτια ιατρικής εξέτασης εξασφαλίζουν μεν ιδιωτικό χώρο στους ασθενείς, αλλά η παρακολούθηση και η επίβλεψή τους επιτυγχάνεται πολύ δύσκολα.

Η σύνδεση του τμήματος με τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται από τους προσερχόμενους ασθενείς αποτελεί βασικό στοιχείο του σχεδιασμού. Η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών στη διαδοχική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών βοηθάει στην ομαδοποίηση των υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται συχνότερα.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη λειτουργική σχέση του Τμήματος Επειγόντων

Περιστατικών με το ακτινολογικό εργαστήριο, καθώς χρησιμοποιείται από μεγάλο αριθμό προσερχόμενων ασθενών. Δημιουργείται έτσι μεγάλη διακίνηση ασθενών μεταξύ αυτού και του ακτινολογικού εργαστηρίου αποτελώντας πορεία δύο κατευθύνσεων για τους ασθενείς.

Για να ελαχιστοποιείται η μετακίνηση των ασθενών, το ακτινολογικό εργαστήριο πρέπει να είναι μέσα στο χώρο του Τ.Ε.Π., να έχει εύκολη και σύντομη πρόσβαση και να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο, καθώς οι ασθενείς μεταφέρονται σε τροχήλατη καρέκλα ή σε φορείο.

Σημαντικής σημασίας σύνδεση έχουν επίσης με το Τ.Ε.Π τα εργαστήρια, βιοχημικό και αιματολογικό, καθώς μεγάλος αριθμός των προσερχόμενων ασθενών υποβάλλεται σε εργαστηριακές εξετάσεις. Αν και δεν μετακινούνται προς τα εργαστήρια ούτε οι ασθενείς ούτε μεγάλος αριθμός προσωπικού, επιβάλλεται να είναι εύκολη η πρόσβαση, διότι η μεταφορά των δειγμάτων αίματος και ούρων προς τα εργαστήρια είναι συνεχής.

Σε καινούργια νοσοκομεία είναι δυνατόν να τοποθετηθούν αυτόματα συστήματα μεταφοράς ή άλλα μηχανικά μέσα επικοινωνίας για τη μεταφορά δειγμάτων, ακτινογραφιών από το ακτινολογικό και προς το ακτινολογικό εργαστήριο, ως και τη μεταφορά φακέλων των ασθενών από το αρχείο κ.λ.π. Οι σύγχρονοι αυτοί εξοπλισμοί θα ελαχιστοποιήσουν οπωσδήποτε το χρόνο παραμονής των ασθενών στο Τ.Ε.Π. και θα αναβαθμίσουν την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλείας.

Ο εξοπλισμός του Τ.Ε.Π. καθορίζεται από τον υπεύθυνο ανάλογα με το επίπεδο νοσηλείας και τις λοιπές δυνατότητες του νοσοκομείου. Απαραίτητος θεωρείται ο εξοπλισμός των χώρων αναζωογόνησης και ΜΕΘ.

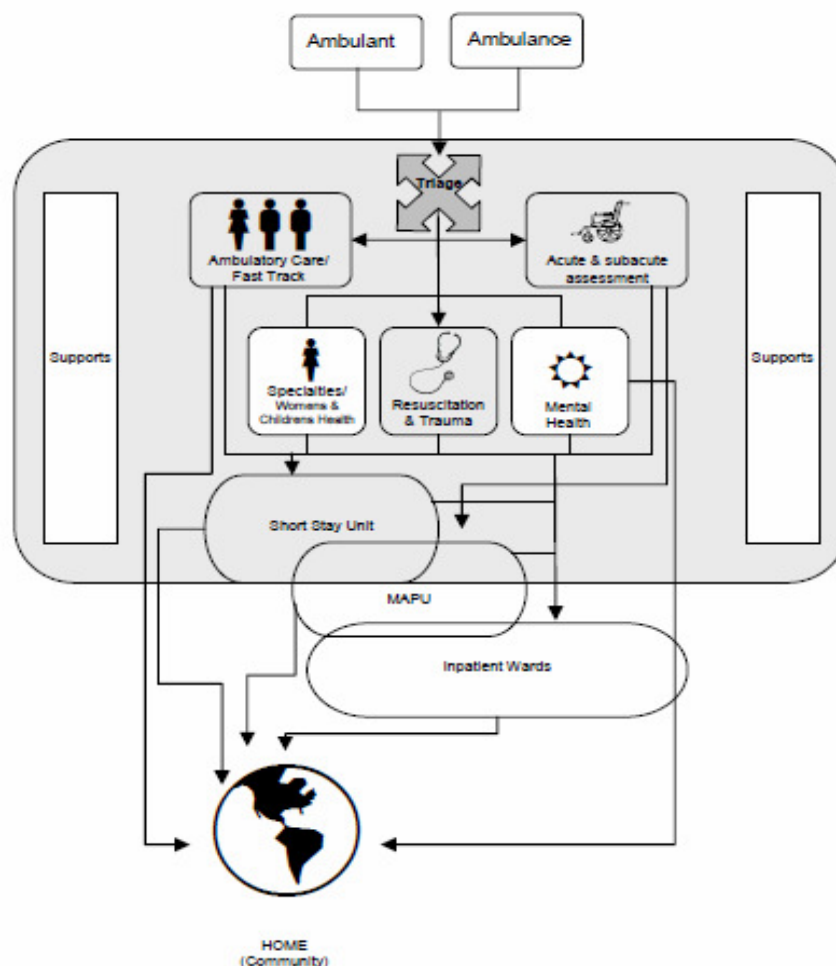
Είναι παγκόσμια αποδεκτό ότι δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη λύση που να μπορεί να χρησιμεύει ως πρότυπο για το σχεδιασμό νοσοκομείων ή άλλων υγειονομικών διευκολύνσεων. Αυτό συμβαίνει επειδή κάθε χώρα παρουσιάζει τις δικές της ιδιομορφίες στο χώρο της κοινωνικής δομής, του κλίματος, της νοσηρότητας του πληθυσμού, του διαθέσιμου εξοπλισμού και των οικονομικών πόρων.²³

²³ Jeremiah, D. and Venkatesh, A. (2013, p. 390-393)

2.6 Ροή ασθενών στο Τ.Ε.Π.

Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει τους διάφορους δρόμους που μπορεί να ακολουθήσει ένας ασθενής όταν εισέρχεται στο Τ.Ε.Π.:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Ροή των ασθενών.



Πηγή: Jeremiah, D. & Venkatesh, A. (2013, p. 391)

Το βασικό πρόβλημα του συνόλου των ΤΕΠ είναι ο συνωστισμός. Οι λόγοι που τον προκαλούν είναι πολλοί και προβλέπονται να αυξηθούν στο μέλλον.

Οι πιο κύριοι από αυτούς είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η αύξηση των φτωχών και των μεταναστών, η μείωση του προσωπικού και τα γραφειοκρατικά θέματα, καθώς και άλλοι παράγοντες που δημιουργούν μεγάλες κωλυσιεργίες. Ο συνωστισμός αφορά κυρίως τη διαταραχή της ροής των ασθενών και το χρόνο παραμονής τους, ενώ η εκροή ασθενών εξαρτάται από την παρακολούθηση

της νοσηλείας και των πρωτοκόλλων εξόδου.

Η είσοδος ασθενών στο ΤΕΠ μπορεί να ελεγχθεί μέσα από ενημέρωση των ιδιωτών και αγροτικών γιατρών, μέσα από παραπομπή στο ΤΕΠ μόνον του «επείγοντος» αλλά και μέσα από εφαρμογή διαλογής για την αντιμετώπιση προσερχόμενων ασθενών σε συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια και τέλος μέσα από νέους δρόμους φροντίδας, ώστε να εξασφαλιστεί η εμπρόθεσμη υποστήριξη των ασθενών.

2.6.1 Διαλογή (Triage)

Η σημασία του «συστήματος διαλογής» (Triage System) εννοεί τη διαδικασία της διαλογής (Triage ή Triage Process) που επεκτείνεται και στους τομείς της στελέχωσης. Το εκάστοτε σύστημα διαλογής παρουσιάζει πρωταρχικές και δευτερεύουσες διαδικασίες.

Στην πρώτη κατηγορία βρίσκεται η άμεση διάγνωση επειγόντων περιστατικών ασθενών των οποίων η ζωή κινδυνεύει. Έπειτα η επανεξέταση και αξιολόγηση του ενοχλήματος, η λήψη ιστορικού και η ιατρική εξέταση.

Στη δεύτερη περίπτωση αξιολογούνται οι διαδικασίες ρύθμισης ροών των ασθενών, τα καθήκοντα της γραμματείας, η συνεργασία των τμημάτων.

Τα συστήματα αυτά διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό.

Σύμφωνα με τους Thompson και Dains ρυθμίζουν πιο κοινά μοντέλα συστημάτων διαλογής: **(I)** το μοντέλο «Διευθέτησης της κυκλοφορίας» (Traffic Director), **(II)** το απλό μοντέλο του «Ελέγχου των σημείων» (Spot Check) και **(III)** το προχωρημένο (Advanced) «Ευρύ» (Comprehensive) μοντέλο.

Στο **(I)** μοντέλο, χωρίζει αδρά τους ασθενείς σε δύο (2) κατηγορίες: Επείγον και μη επείγον. Η αξιολόγηση στηρίζεται στο βασικό σύμπτωμα που αναφέρει ο ασθενής, ο οποίος στη συνέχεια κατευθύνεται ή προς την αίθουσα αναμονής ή προς το χώρο θεραπείας, σχετικά με την αρχική του ταξινόμηση. Το μοντέλο αυτό δεν προσδιορίζει την επαναξιολόγηση του ασθενή.

Στο δεύτερο **(II)** μοντέλο «Ελέγχου των Σημείων», η διαλογή γίνεται από επαγγελματίες του χώρου υγείας.

Το τρίτο **(III)** «Ευρύ» μοντέλο, είναι το πιο ολοκληρωμένο. Ο προβλεπόμενος

χρόνος για την ολοκλήρωση της αξιολόγησης προσδιορίζεται στα 5 λεπτά.²⁴

Σχετικά με την ιστορική εμφάνιση των προαναφερόμενων τύπων διαλογής, το πρώτο είδος, ήταν αυτό του «Αστυνόμου Κυκλοφορίας», το οποίο εφαρμοζόταν ήδη από το 1950 στα ΤΕΠ της Αμερικής.

Στις μέρες μας στις ΗΠΑ πραγματώνονται μόνο τα δύο άλλα μοντέλα, πιο αναλυτικά: το μοντέλο του «Ελέγχου των σημείων» έχει εφαρμογή γύρω στο 25% του συνόλου των ΤΕΠ.

Οι ασθενείς μπορεί να φτάσουν στα Τ.Ε.Π., είτε μόνοι τους είτε με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (ασθενοφόρο, αστυνομία). Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να διαλέγονται μέσω ενός ενιαίου σημείου. Ο στόχος της διαλογής είναι η κατηγοριοποίηση των ασθενών, ώστε να παρέχεται η βέλτιστη φροντίδα, σύμφωνα με τις ιατρικές τους ανάγκες και η εξασφάλιση της αποτελεσματικής αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων.

Οι ασθενείς που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο Τ.Ε.Π. διεθνώς ταξινομούνται σε τέσσερις - πέντε κλινικές κατηγορίες σύμφωνα με το χρωματικό φάσμα του ουράνιου τόξου (κόκκινο/πορτοκαλί, κίτρινο, πράσινο, γαλάζιο). Στην κάθε κατηγορία περιλαμβάνονται ασθενείς με βάση τα κύρια συμπτώματά τους, παρά διαγνώσεις. Παρακάτω αναφέρονται οι πέντε κατηγορίες ασθενών, που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο Τ.Ε.Π. 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.

Οι κλίμακες διαλογής έχουν χρήση στη διαδικασία της διαλογής με στόχο την αξιολόγηση της οξύτητας του ασθενή και την κατανομή της φροντίδας κατά σειρά προτεραιότητας. Δεδομένα που αυξάνουν τη χρησιμότητα μίας ανάλογης κλίμακας είναι η ικανότητα ευχερούς κατανόησής της, στον κάθε ασθενή και η δυνατότητα απλοποίησης της λειτουργίας του ΤΕΠ όπου χρησιμοποιείται.

Οι πιο πολλές κλίμακες τονίζουν τις φυσιολογικές μεταβλητές. Υπάρχουν κλίμακες που χρησιμοποιούν από μία μέχρι και δώδεκα βαθμίδες, με πιο βασικές τις κλίμακες των τριών (3) διαβαθμίσεων. Οι εν λόγω βαθμίδες αναφέρονται με τα ονόματα Απειλητική-Πολύ επείγουσα (Emergent), Επείγουσα (Urgent) και Μη

²⁴ Australian College for Emergency Medicine. (2007, p. 145-146)

επείγουσα (Non urgent).

Όσο πιο πολλές είναι οι βαθμίδες επείγουσας ανάγκης, τόσο πιο αποτελεσματικό θα είναι το ΤΕΠ. Κάποιες κλίμακες βέβαια αφορούν μία βαθμίδα μεγάλης προτεραιότητας από την «Πολύ Επείγουσα», στοχεύοντας στη διάκριση των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση όπως για παράδειγμα η ενίσχυση αναπνοής από αυτές που χρειάζονται αντιμετώπιση που λαμβάνει χρονικό διάστημα λίγων λεπτών όπως σε περίπτωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Για πάρα πολλά ιδρύματα έχει οριστεί η λειτουργία του προγράμματος Γρήγορης Διακίνησης (Fast Track) στο χώρο του ΤΕΠ, που προσθέτει ένα επιπλέον επίπεδο στην ταξινόμηση των αρρώστων. Τα εν λόγω προγράμματα διακίνησης ή μονάδες έκτακτης φροντίδας (urgent care units), είναι χώροι προορισμένοι για τη φροντίδα ασθενών με έκτακτα αλλά απλά προβλήματα (απλό κρυολόγημα, πονόλαιμος, ωταλγία κ.ά.), τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν γρήγορα και αποτελεσματικά σε περιβάλλοντα με μικρότερο βαθμό εξοπλισμού εντατικής φύσης.

Οι βαθμίδες διαλογής πέρα από τις βαθμίδες, μπορεί να περιέχουν και άλλα συμπληρωματικά στοιχεία όπως είναι οι αριθμητικοί κωδικοί (1, 2, 3, 4,...) ή χρωματικούς κωδικούς. Χωρίς να υπάρχει προτυποποίηση, τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται αναλυτικά χρώματα για τα επίπεδα προτεραιότητας. Οπότε: το κόκκινο φανερώνει ανάγκη άμεσης φροντίδας, το κίτρινο ή το πορτοκαλί φανερώνει επείγουσα κατάσταση, το πράσινο: ημι- επείγουσα κατάσταση και το γαλάζιο: μη επείγουσα κατάσταση.

Πιο αναλυτικά:

1. **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.

2. 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 άφιξή τους στο Τ.Ε.Π.. 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.

3. 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 σκοληκοειδίτιδα, κατάγματα, ορισμένες οξείες δηλητηριάσεις, οξείες ψυχιατρικές διαταραχές, κλπ.

4. Κατηγορία IV – Ημι-επείγον (standard):

οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με πρόσφατες επικίνδυνες πρόσφατες βλάβες και μικρής σημασίας οξέα 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.

5. 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 οξέα ερυθήματα,

συνταγογραφήσεις, γνωματεύσεις, κλπ.

Οι κατηγορίες βαρύτητας I και II αφορούν το 5% περίπου του συνόλου των διακινουμένων ασθενών μέσω του Τ.Ε.Π., 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. 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 Τ.Ε.Π. και απ' αυτούς μόνον οι μισοί χρειάζεται να εισαχθούν στη συνέχεια στο νοσοκομείο.²⁵

Όταν υπάρχουν φαινόμενα μαζικών καταστροφών η «αλυσίδα» της φροντίδας αρχίζει από τον τόπο του ατυχήματος και συνεχίζεται στο χώρο του νοσοκομείου των επειγόντων περιστατικών.

Σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών τις πιο πολλές φορές εμφανίζεται μεγάλος όγκος τραυματιών οπότε και εμφανίζεται δυσαναλογία ανάμεσα σε τραυματίες και των μέσων διάσωσης γι αυτό κατασκευάστηκε ένα σύστημα διαλογής, το Triage Μαζικών Καταστροφών (Mass Casualty Triage), για άμεση αναγνώριση αντιμετώπιση των τραυματιών σημαντικής βαρύτητας.

Για να υπάρχει το καλύτερο αποτέλεσμα πρέπει να υπάρχει ένα σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, που να έχει σχέση με τις αρχές του ATLS (Advanced Trauma Life Support).

Τα επίπεδα ετοιμότητας έχουν ως εξής:

- **1ο Επίπεδο (πράσινης) ετοιμότητας:** Υπάρχει μικρός αριθμός τραυματιών και γίνεται κινητοποίηση μόνο του προσωπικού του ΤΕΠ.
- **2ο Επίπεδο (κίτρινης) ετοιμότητας:** Γίνεται υποδοχή μεγαλύτερου αριθμού θυμάτων και κινητοποιείται και το προσωπικό των χειρουργείων και της ΜΕΘ.
- **3ο Επίπεδο (κόκκινης) ετοιμότητας:** Γίνεται υποδοχή εκτεταμένου αριθμού θυμάτων και κινητοποιείται όλο το προσωπικό του νοσοκομείου.

²⁵ Jeremiah, D. and Venkatesh, A. (2013, p. 390-393)

Η σωστή εφαρμογή ενός σχεδίου μαζικών καταστροφών απαιτεί από το προσωπικό των ΤΕΠ να ακολουθήσει προκαθορισμένα βήματα. Αυτά είναι:

1. Η Πρωτογενής Εκτίμηση (Primary Survey) που έχει να κάνει με την άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση των δύσκολων και άμεσων καταστάσεων.
2. Η Δευτερογενής Εκτίμηση όπου έπειτα από την αρχική, γίνεται αναλυτική εξέταση του τραυματία ξεκινώντας από το κρανίο, τη σπονδυλική στήλη τον αυχένα, το θώρακα, τη κοιλιά και τη λεκάνη και τέλος τα άκρα, μέσα σε περίπου 10 λεπτά.
3. Η Διαλογή των τραυματιών που εφαρμόζεται μόλις ολοκληρωθεί και η δευτερογενής εκτίμηση, όπου κατά τη συγκεκριμένη φάση τα περιστατικά διακρίνονται σε υπερεπείγοντα όπου σημειώνονται με κόκκινη ετικέτα, σε επείγοντα που σημειώνονται με κίτρινη ετικέτα, σε αυτά που μπορούν να αναμένουν και σημειώνονται με πράσινη ετικέτα και τέλος σε αυτά με μαύρη ετικέτα όπου καταγράφονται οι τραυματίες που είναι νεκροί.

2.6.2 Υποδοχή

Υπάρχει στενή λειτουργική σχέση μεταξύ της διαλογής και της υποδοχής. Μετά τη διαλογή τα στοιχεία των ασθενών καταγράφονται από το υπαλληλικό προσωπικό. Όσον αφορά το ιστορικό των ασθενών, είτε προκύπτει από παλαιότερη νοσηλεία, είτε τους ζητείται εκείνη τη στιγμή. Για τη διαδικασία αυτή πρέπει να υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό ώστε να μην διαρκεί περισσότερο από 5-8 λεπτά κατά μέσο όρο. Γενικά θεωρείται ότι για την αποτελεσματική ροή των ασθενών στο Τ.Ε.Π., απαιτείται ένας υπάλληλος-γραμματείας για κάθε 7.000-10.000 επισκέψεις στο Τ.Ε.Π.. Τα στοιχεία τα οποία θα πρέπει να καταχωρηθούν σε πρώτη φάση είναι²⁶:

- Ημέρα και ώρα άφιξης στο τμήμα
- Ονοματεπώνυμο ασθενή
- Ηλικία
- Διεύθυνση κατοικίας
- Πρόβλημα υγείας

²⁶ Hirshon, J.M, & Morris, D.M. (2006, p. 816-818)

2.6.3 Θεραπεία

Μετά την αξιολόγηση της κρισιμότητας της κατάστασης του ασθενή προσδιορίζεται η ώρα αναμονής του και κατευθύνεται προς εξέταση και παροχή φροντίδας στον ανάλογο τομέα του Τ.Ε.Π. και από το ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό του. Ο ελεύθερος χρόνος εδώ ποικίλλει ανάλογα με το επείγον της κατάστασης του ασθενή, ωστόσο για μη οξείες καταστάσεις ένας γιατρός θα πρέπει να βλέπει τον ασθενή στα πρώτα 20 λεπτά από την άφιξή του στο Τ.Ε.Π.

Οι ασθενείς μπορεί να κατευθυνθούν προς:

- Αίθουσα βραχείας νοσηλείας
- Χώρο Fast Track
- Χώρο ιατρικής απεικόνισης
- Αίθουσα αναμονής

Στις παραπάνω περιοχές θα πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα είτε σε αλληλουχία εξετάσεις, έρευνα, θεραπεία ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν κάποιες υποστηρικτικές υπηρεσίες ή ακόμα και κάποιες ειδικές περιοχές όπως η αίθουσα γύψου. Τέλος, μετά την αξιολόγηση και τη θεραπεία οι ασθενείς εισάγονται, μεταφέρονται ή επιστρέφουν σπίτι τους.

2.6.4 Διαδικασία εξόδου

Το τελευταίο βήμα της πορείας του ασθενή στο Τ.Ε.Π. είναι η έξοδος του από αυτό. Εδώ αποφασίζεται βάσει κριτηρίων η έναρξη της διαδικασίας εξόδου και επειδή μάλιστα αυτή δημιουργεί και την τελική εντύπωση στον ασθενή για το τμήμα, θα πρέπει να είναι καλά οργανωμένη, ώστε να είναι σύντομη χωρίς να ταλαιπωρεί τον ασθενή και τους συνοδούς του. Έτσι αν αποφασιστεί έξοδος του ασθενή από το Τ.Ε.Π., θα πρέπει αυτή να ολοκληρωθεί μέσα σε 10 λεπτά μετά την απόφαση του ιατρού.

Η συνολική τώρα διακίνηση των ασθενών στο Τ.Ε.Π., εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ροή των ασθενών και το συνολικό χρόνο παραμονής τους στο τμήμα και γι αυτό θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λαμβάνονται υπόψη.

Μεταξύ αυτών σημαντικότεροι θεωρούνται: ο σχεδιασμός και το συνολικό μέγεθος του Τ.Ε.Π., η σύνθεση και ο αριθμός του προσωπικού του, η επιδημιολογία των περιστατικών, η ώρα, η ημέρα ή και ο μήνας επίσκεψης στο Τ.Ε.Π., οι διαδικασίες παραπομπής & εκτέλεσης των διαγνωστικών εξετάσεων και ο αριθμός των ασθενοφόρων.

2.7 Έρευνα που διενεργήθηκε στην Καλιφόρνια σχετικά με τα προβλήματα του συνωστισμού

Συνωστισμός εξακολουθεί να εμφανίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών των Η.Π.Α. σύμφωνα με εθνικά στοιχεία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα νοσοκομεία εξακολουθούν να εκτρέπουν τα ασθενοφόρα, ο χρόνος αναμονής να αυξάνεται, με ορισμένες περιπτώσεις να υπερβαίνει το συνιστώμενο χρόνο κατά πολύ. Για παράδειγμα, ο μέσος χρόνος αναμονής για να δουν οι ασθενείς με επείγον 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.²⁷

Η δημιουργία μιας οριστικής σχέσης μεταξύ του συνωστισμού στα Τ.Ε.Π. και της θνησιμότητας μπορεί να οδηγήσει στη χάραξη πολιτικής για την αντιμετώπιση του συνωστισμού, ως ένα θέμα υψηλής προτεραιότητας για τη δημόσια υγεία.

Το 2012 διενεργήθηκε έρευνα σε 187 νοσοκομεία της Αμερικής ώστε να αναδειχθεί η επιπλέον επιβάρυνση που υφίστανται οι εισερχόμενοι ασθενείς στα Τ.Ε.Π., λόγω του συνωστισμού.

Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη κοορτής στους ενήλικες που εισήχθησαν στα επείγοντα περιστατικά σε νοσοκομεία της Καλιφόρνιας το 2007. Αποκλείστηκαν από την έρευνα νοσοκομεία που δεν παρείχαν υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, είχαν ελλιπή εγκατάσταση σε επίπεδο πληροφοριών, καθώς και νοσοκομεία που δεν είχαν προβεί σε εκτροπή ασθενοφόρων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς που εισήχθησαν στα Τ.Ε.Π. σε περίοδο συνωστισμού, έχαναν πιο συχνά τη ζωή τους σε σχέση με παρόμοιους ασθενείς που εισήχθησαν στα Τ.Ε.Π. του ίδιου νοσοκομείου σε περίοδο που δεν υπήρχε τόσοσ συνωστισμός. Υπήρχε 5% μεγαλύτερη πιθανότητα ενδονοσοκομειακού

²⁷ Cunningham, P. & May, J. (2010, p. 1-6)

θανάτου. Υπήρξε επίσης μικρή αύξηση στο χρόνο νοσηλείας κατά 0,8% και αύξηση 1% στο κόστος ανά εισοδο. Κάποια αποτελέσματα σε περιόδους υψηλού συνωστισμού παρουσίασαν τα εξής στοιχεία: 300 θανάτους, 6.200 ημέρες νοσηλείας και 17.000.000 δολάρια σε δαπάνες.²⁸

Παρά τη διατήρηση και τα αρνητικά αποτελέσματα του συνωστισμού στα Τ.Ε.Π. οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες δεν έχουν ανταποκριθεί με συντονισμένες εθνικές πολιτικές. Το 2005 το Ηνωμένο Βασίλειο εφάρμοσε έναν κανόνα περιορισμού της διάρκειας παραμονής στα Τ.Ε.Π. στις 4 ώρες. Παρ'ολ'αυτά η πολιτική αυτή εγκαταλείφθηκε πρόσφατα και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την εκτίμηση της πολιτικής αυτής.

Παρά τις αυξανόμενες ενδείξεις ότι ο συνωστισμός στα Τ.Ε.Π. αποτελεί ένα πρόβλημα, το οποίο περιορίζει τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, ως αποτέλεσμα της χαμηλής ποιότητας στην περίθαλψη και οδηγεί σε μείωση της ικανοποίησης των ασθενών, έχουν υπάρξει λίγες συστηματικές δράσεις για την αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής. Συνεπώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από τους ειδικούς ως ένα θέμα υψηλής προτεραιότητας για τη δημόσια υγεία.

²⁸ Cunningham, P. & May, J. (2010, p. 1-6)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Τ.Ε.Π. – ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΦΕΚ 874/Β/06.03.2012 Αριθμ. Πρωτ.: Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869

3.1 Γενικά

Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες, καθώς και στο νοσοκομείο με τη μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με ειδική διατομεακή στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Το Τ.Ε.Π. λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο με κυλιόμενες 8ωρες βάρδιες του προσωπικού. Ειδικά για τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία μπορεί με απόφαση του Διοικητή να λειτουργεί σε ένα από αυτά το Τ.Ε.Π. 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 Τ.Ε.Π. 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 Τ.Ε.Π. έτσι ώστε να κατευθύνει το ΕΚΑΒ προς λιγότερο επιβαρυσμένους υγειονομικούς σχηματισμούς.

3.2 Νέοι Οργανισμοί Νοσοκομείων

Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως μια σειρά υπουργικών αποφάσεων, που αποτελούν τους νέους οργανισμούς των νοσοκομείων. Στόχος τους, σύμφωνα με την κυβέρνηση αποτελεί ο εξορθολογισμός του συστήματος, η περιστολή των δαπανών, καθώς και η διόρθωση λαθών και παραλείψεων. Αποσκοπούν στον εκσυγχρονισμό και στη βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι υπουργικές αποφάσεις αναφέρονται σε κάθε Νοσοκομείο ξεχωριστά, δημοσιευμένες σε ΦΕΚ. Περιλαμβάνουν το σκοπό του νοσοκομείου, τη δύναμη των κλινών, τη διάκριση των υπηρεσιών υγείας και όλους τους τομείς λειτουργίας και οργάνωσης ενός νοσοκομείου.

Όσον αφορά τα Τ.Ε.Π. γίνεται λόγος για αυτά στο άρθρο 6 στη διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας. Για πολλά νοσοκομεία προβλέπεται η μετατροπή των Τ.Ε.Π. σε αυτοτελή τμήματα, με διοικητική αυτονομία, εξειδικευμένο προσωπικό, προσδιορίζοντας χωροταξικά λειτουργικότερο χώρο και σχεδιασμένη διαχείριση της ροής των προσερχόμενων ασθενών. Παραδείγματα αποτελούν το νοσοκομείο του Ρεθύμνου, της Άρτας, το Μαιευτήριο Έλενα, το Αλεξάνδρα, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος». Βέβαια κάποια θα συνεχίσουν να λειτουργούν ως μη αυτοτελή και να στελεχώνονται με προσωπικό των υπόλοιπων κλινικών τμημάτων των νοσοκομείων στα οποία ανήκουν.

Οι περισσότερες απόψεις όμως για την πολιτική των νέων οργανισμών είναι αρνητικές, καθώς υποστηρίζουν, ότι αναπαράγει το ίδιο αναποτελεσματικό μοντέλο διοίκησης, δομής και λειτουργίας. Υποθάλλει φαινόμενα παραοικονομίας και λειτουργεί αντιαναπτυξιακά παρατείνοντας το κλίμα ανασφάλειας και αβεβαιότητας αναφορικά με το μέλλον των δημόσιων νοσοκομείων. Διαιωνίζει την υποστελέχωση, την αναποτελεσματικότητα, τη γραφειοκρατία και τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συνεπώς, οι οργανισμοί όλων των νοσοκομείων της χώρας πρέπει να επανεξεταστούν – τροποποιηθούν, ώστε να υπηρετούν:

- Την αποκεντρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο της χώρας, στη βάση δεδομένων που αποκαλύπτει ο υγειονομικός χάρτης.
- Τη διασύνδεση με υπηρεσίες που μπορεί να παρέχει η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Την καλύτερη δυνατή πρόσβαση των κατοίκων της Ελλάδας (ακόμη και εκείνων που διαμένουν σε δυσπρόσιτες ορεινές και νησιωτικές περιοχές) σε δωρεάν και αποτελεσματικές υπηρεσίες επείγουσας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας και εξειδικευμένης περίθαλψης.
- Την επάρκεια σε κλίνες ΜΕΘ-ΜΑΦ, την οργάνωση αυτοτελών Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, τον πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, την ασφάλεια

του συστήματος εφημερίας.

- Την ποιοτική ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

3.3 Τα Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αποτελούν μία τελείως παραμελημένη πραγματικότητα. Όμως είναι αυτά που αποτελούν μία σημαντική πύλη εισόδου ασθενών στο νοσοκομείο και τη Λύδια λίθο τόσο του νοσοκομείου, όσο 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 μόνο στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, διαπιστώνουν πλέον ότι στο αντικείμενο της επείγουσας και εντατικής ιατρικής «η εντατική θεραπεία έχει φτάσει 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».²⁹

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

1. 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.
2. 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.

²⁹ Hillman, K. et all (1996, p. 834)

3. 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.
4. Υπάρχει απροθυμία του ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού να ασχοληθεί με έναν έντονα φορτισμένο χώρο όπως είναι το ΤΕΠ λόγω απουσίας κινήτρων.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.³⁰

³⁰ Ασκητοπούλου, Ε. (2009, σ. 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Χρόνος αναμονής ασθενών από την άφιξη έως το εξιτήριο.

Όρια χρόνων αναμονής	ΛΕΠΤΑ
Εγγραφή	0
Διαλογή	3-5
Κλινική Εξέταση	120
Διαγνωστικές Εξετάσεις	15-60
Εξιτήριο	0

Τις μέρες των εφημεριών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών υπάρχει τεράστιος συνωστισμός σε όλη την Ελλάδα. Και η Θεσσαλονίκη το 2006 σημείωσε είσοδο από 554.869 ασθενείς, από τους οποίους μόνο οι 21.035 χρησιμοποίησαν την υπηρεσία του ΕΚΑΒ, για τη διακομιδή τους στο νοσοκομείο.

Το Ιπποκράτειο φαίνεται ότι εισπράττει το μικρότερο ποσοστό αποφόρτισης και όταν η λειτουργία του είναι πρωινή καταγράφει αυξημένη προέλευση αναλογικά με τα υπόλοιπα νοσοκομεία όπως για παράδειγμα το Παπαγεωργίου και το νοσοκομείο Παπανικολάου.

Η αριθμητική διαφορά του Ιπποκράτειου, σε σχέση με το ΑΧΕΠΑ, μολονότι έχουν κοινά χαρακτηριστικά, οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ότι το ΑΧΕΠΑ είναι μέσα στο χώρο της Πανεπιστημιούπολης, ενώ το Ιπποκράτειο σε πολυπυκνοκατοικημένο σημείο στη Θεσσαλονίκη. Επίσης το Ιπποκράτειο διαθέτει ειδικότητες όπως η παιδιατρική, η μαιευτική, η ορθοπεδική και η ουρολογία.³¹

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Αποτελέσματα από τη κίνηση ασθενών πρωινής βάρδιας των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης το 2006.

ΠΥΛΩΝΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΕΙΣ	ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΕΙΣ ΠΡΩΙΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Α ΠΥΛΩΝΑΣ	ΑΧΕΠΑ	78715	18265
	ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	42509	12055

³¹ Μακρίδου-Βαρδαβέξη, Ε. (2008, σ. 11-12)

Β ΠΥΛΩΝΑΣ	ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	91153	16819
	Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	66281	12533
Γ ΠΥΛΩΝΑΣ	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	141260	27653
	Β' ΙΚΑ-ΠΑΝΑΓΙΑ	20203	
Δ ΠΥΛΩΝΑΣ	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	66887	16100
	ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	35744	4538
ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΥΛΩΝΩΝ	ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	12117	
ΣΥΝΟΛΟ		554869	107963

Πηγή: Υ4α/οικ. (2007)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Σύγκριση κύριας και ειδικής εφημερίας του 2006 και της γενικής και ειδικής εφημερίας του 2004.

ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ ΣΤΑ ΤΕΠ			
ΕΤΗ	ΑΧΕΠΑ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ
2004	78142	125305	70592
2006	60450	113607	50787
ΔΙΑΦΟΡΑ	17692	11698	19805
%	22,64%	9,33%	28,05%

Πηγή: Υ4α/οικ. (2007)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Ασθενείς που εξετάστηκαν κατά την λειτουργία του «Ιπποκράτειου».

Πρωινή λειτουργία	Κύρια Εφημερία	Ειδική Εφημερία
27323	90733	22521

Πηγή: Μακρίδου – Βαρδαβέξη, Ε. και Σιγάλας, Ι. (2008, σ. 11-12)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Εξετασθέντες ασθενείς σε 4 ειδικότητες στο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης.

ΙΑΤΡΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ	ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	21686
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	16166
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	17741
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	3380
ΣΥΝΟΛΟ	58973

Πηγή: Υ4α/οικ. (2007)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Εξετασθέντες σε εφημερία του Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκης .

ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ	2004	2006	ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	6925	16166	2,33
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	13432	21686	1,61
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΟ	12657	13614	1,07
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	15574	17741	1,13
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	3313	3279	1,5
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	10146	10048	1,5

Πηγή: Υ4α/οικ. (2007)

3.4 Προσωπικό

Το Τ.Ε.Π. στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το τμήμα αυτό, καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Για το πρόγραμμα σε κάθε εφημερία υπεύθυνος είναι ο Διοικητής ή Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου.

3.4.1 Ιατρικό προσωπικό

Στο Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. προΐσταται ιατρός (για την ιατρική υπηρεσία) με βαθμό Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας-

Φυματιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή ΜΑΦ, ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προνοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση - συντονισμό του έργου της εφημερίας.

Στο Τ.Ε.Π. των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων :

- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου,

δύναται να προΐσταται ιατρός μέλος ΔΕΠ αντίστοιχης βαθμίδας και ειδικότητας.

Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με ιατρικό προσωπικό σύμφωνα με άρθρ. 6 παρ.

του Ν.2889/2001 συνιστώνται:

Μία θέση Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση-διοίκηση-συντονισμό του έργου της εφημερίας. Δύο θέσεις Επιμελητή Α, και μία θέση Επιμελητή Β του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Χειρουργικής ή Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας ή Ορθοπαιδικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προνοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση-διοίκηση-συντονισμό του έργου της εφημερίας.

Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου ώστε η στελέχωση του Τ.Ε.Π. σε ιατρικό προσωπικό να είναι ένας Διευθυντής, δύο Επιμελητές Α και

τέσσερις Επιμελητές Β αναλόγων με τα ανωτέρω ειδικοτήτων. Με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων 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.

Μέχρι τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με το ιατρικό προσωπικό που αναφέρεται, τηρείται άμεσα η ακόλουθη διαδικασία:

Για τη θέση προϊσταμένου Τ.Ε.Π. υποβάλλουν αίτηση και πλήρες βιογραφικό σημείωμα εντός δέκα (10) ημερών από τη δημοσίευση σχετικής πρόσκλησης του Διοικητή ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων, γιατροί Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων με κριτήρια:

- α) την επιστημονική επάρκεια, η οποία τεκμηριώνεται από το επιστημονικό και κλινικό έργο του υποψηφίου
- β) τη διοικητική ικανότητα, η οποία τεκμηριώνεται από προηγούμενη θητεία του σε θέσεις διοικητικής ευθύνης
- γ) την εμπειρία και γνώση του στην επείγουσα ιατρική, η οποία τεκμηριώνεται είτε από πιστοποιητικό επάρκειας στην επείγουσα ιατρική είτε από τη θητεία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας ή της αλλοδαπής ή από τη θητεία στο ΕΚΑΒ
- δ) την εξειδίκευση σε ΜΕΘ.

Ο πίνακας αξιολόγησης των υποψηφίων υποβάλλεται στο Διοικητή του νοσοκομείου ή στο Δ.Σ. των νοσοκομείων. Ο Διοικητής του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. των νοσοκομείων με απόφαση του τοποθετεί ως προϊστάμενο Τ.Ε.Π. έναν από τους τρεις πρώτους στον πίνακα χωρίς να δεσμεύεται από τη σειρά εγγραφής.

Εάν δεν υποβληθούν αιτήσεις μέσα στην αποκλειστική προθεσμία των δέκα ημερών, ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζεται από τον Διοικητή του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. των νοσοκομείων μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Για τις λοιπές θέσεις ιατρικού προσωπικού τηρείται η ίδια διαδικασία που προβλέπεται για τον ορισμό του προϊσταμένου.

Η θητεία των γιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. είναι για ένα έτος, η οποία δύναται να ανανεώνεται μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου.

Οι ιατροί του Τ.Ε.Π. μπορούν να καλούν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τους εφημερεύοντες στα τμήματα, οι οποίοι υποχρεούνται να προσέλθουν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Τ.Ε.Π.. Για το σκοπό αυτό συντάσσεται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, σε συνεργασία με τους Διευθυντές των Τμημάτων μηνιαίος κατάλογος από τους εφημερεύοντες ιατρούς των τμημάτων του νοσοκομείου που θα καλύπτουν τις ανάγκες του Τ.Ε.Π., ενώ παράλληλα οργανώνονται ομάδες φροντίδας με διατομεακή σύνθεση (π.χ. τραύματος, καρδιαναπνευστικής αναζωογόνησης κ.α.).

Οι υπόλοιπες ειδικότητες (ορθοπαιδικός, νευρολόγος, οφθαλμίατρος, πνευμονολόγος, γυναικολόγος, κ.λ.π.) θα καλούνται βάσει μηνιαίου προγράμματος, να καλύψουν τα ιατρεία επειγόντων και να συνδράμουν το μόνιμο ιατρικό προσωπικό του Τ.Ε.Π..

Ο υπεύθυνος του Τ.Ε.Π. οφείλει, εκτός των άλλων αρμοδιοτήτων του, να συγκροτήσει και να μπορεί να κινητοποιήσει, σε περίπτωση ανάγκης, την ιατρική ομάδα ετοιμότητας των «Μαζικών Ατυχημάτων».

Δυστυχώς, παρά τις διατάξεις του νόμου 2889/2001, σε κανένα νοσοκομείο της χώρας μας, δεν λειτουργεί Τ.Ε.Π. με το δικό του ανεξάρτητο προσωπικό. Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό, που υπάγεται στο τομέα των εξωτερικών ασθενών, το ιατρικό προσωπικό, που παρευρίσκεται στα Τ.Ε.Π. την ώρα της λειτουργίας τους, προέρχεται από τις Κλινικές του νοσοκομείου που εφημερεύουν τη συγκεκριμένη ημέρα. Βέβαια με τις πρόσφατες υπουργικές αποφάσεις ορίζονται Τ.Ε.Π. κάποιων νοσοκομείων ως αυτοτελή τμήματα.

3.4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό

Στο Τ.Ε.Π. προϊστάται νοσηλευτής/τρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική, η οποία τεκμηριώνεται από τη θητεία σε μέχρι σήμερα λειτουργούντα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας ή της αλλοδαπής, τη θητεία σε ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης της Ελλάδας ή του εξωτερικού καθώς και την εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας.

Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις εφημερίες του νοσοκομείου, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών.

Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η προϋπηρεσία σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης καθώς και η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή Τ.Ε.Π. σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού.

Προσφάτως δημοσιεύθηκαν σε φύλλα της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως αποφάσεις των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί της συστάσεως νέων Οργανισμών στα δημόσια νοσοκομεία.

Κοινό χαρακτηριστικό του συνόλου των ως άνω υπουργικών αποφάσεων είναι η καθιέρωση σαφούς προβαδίσματος υπέρ των νοσηλευτών της κατηγορίας ΠΕ, έναντι των συναδέλφων τους της κατηγορίας ΤΕ επί του κρίσιμου ζητήματος της κατάληψης θέσεων ευθύνης των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Ειδικότερα, εις όλους τους νέους Οργανισμούς περιλαμβάνονται διατάξεις, σύμφωνα με τις οποίες στη Διεύθυνση, στους Τομείς και στα Τμήματα των νοσηλευτικών υπηρεσιών προΐστανται υπάλληλοι του κλάδου ΠΕ Νοσηλευτικής και αν δεν υπάρχουν υπάλληλοι του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής.

Τα στοιχεία στην πλειοψηφία των Ελληνικών νοσοκομείων αναφορικά με την νοσηλευτική στελέχωση είναι δηλωτικά των χρόνιων και δραματικών ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό. 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.

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 Τ.Ε.Π. 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.

Για τις ημέρες Γενικής Εφημερίας ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζει έναν Επιμελητή Α΄ ως υπεύθυνο εφημερίας. Μόνο σε περίπτωση που δεν υπηρετεί Επιμελητής Α΄ ορίζει ως υπεύθυνο εφημερίας γιατρό με βαθμό Επιμελητή Β΄.

3.4.3 Διοικητικό προσωπικό

Η καθημερινή λειτουργία της μονάδας είναι ευθύνη του διοικητή των Τ.Ε.Π.. Αυτό το πρόσωπο είναι ικανό να ασχοληθεί με τις πολιτικές του νοσοκομείου και την εξάσκηση και με τις απαιτήσεις και τις διαδικασίες όσον αφορά τον ιδιωτικό και κυβερνητικό οργανισμό που συνδέεται με τη φροντίδα υγείας. Σε συνεννόηση με τον ανώτερο υπάλληλο του Τ.Ε.Π., ο διοικητής είναι αρμόδιος για την έναρξη του σχεδίου καταστροφής στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου. Αυτό το πρόσωπο χρεώνεται επίσης την επίβλεψη του διοικητικού και κληρικού προσωπικού, το οποίο επιτηρεί τις προμήθειες και τον εξοπλισμό που συνδέει τα Τ.Ε.Π. με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου και με τους ασθενείς, το κοινό και άλλους εξωτερικούς οργανισμούς.

Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. έχει την ευθύνη λειτουργίας του Τ.Ε.Π. και ασκεί όλες τις αρμοδιότητες διοικητικές και επιστημονικές που απορρέουν από τη θέση του ως προϊσταμένου τμήματος. Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. όταν απουσιάζει ή κωλύεται, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν ιατρό του Τ.Ε.Π. Επιμελητή Α΄.

Για τις ημέρες Γενικής Εφημερίας ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζει έναν Επιμελητή Α΄ ως υπεύθυνο εφημερίας. Μόνο σε περίπτωση που δεν υπηρετεί Επιμελητής Α΄ ορίζει ως υπεύθυνο εφημερίας γιατρό με βαθμό Επιμελητή Β΄.

Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. σε συνεργασία με το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου καθορίζει τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού που θα καλύψει τις ανάγκες του Τ.Ε.Π. σε γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και για την καθαριότητα και ασφάλεια του χώρου.

Ο ρόλος του Προϊσταμένου Τ.Ε.Π. 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 Τ.Ε.Π. που είναι η ταχύτερη και η ασφαλέστερη παροχή φροντίδας υγείας.

3.4.4 Διασύνδεση με το ΕΚΑΒ

Κατά τη μεταφορά των διακομιζόμενων με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ ασθενών στα Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων, με ευθύνη του εκάστοτε Προϊσταμένου των Τ.Ε.Π. ή του Αναπληρωτή του ή του Υπευθύνου Εφημερίας, θα πρέπει να γίνεται άμεσα εκτίμηση της κατάστασης των διακομιζόμενων ώστε να παρέχεται προτεραιότητα στην παραλαβή και εισαγωγή των επειγόντων περιστατικών, που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, έναντι των λοιπών που δεν διατρέχουν κίνδυνο εκ της αναμονής κατά την σειρά αφίξεως. Σημειώνεται ότι η προσέλευση ασθενοφόρου του ΕΚΑΒ δεν συνιστά λόγο αυτόματης παραχώρησης προτεραιότητας.

Ο χώρος πρόσβασης/στάθμευσης των ασθενοφόρων του ΕΚΑΒ στα Τ.Ε.Π. πρέπει να διατηρείται πάντοτε ελεύθερος και να μην παρεμποδίζεται η πρόσβαση των ασθενοφόρων του κατά την είσοδο τους στους χώρους των νοσοκομείων.

Κατά την παραλαβή των διακομιζόμενων με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ ασθενών στα Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων, υπογράφεται έγγραφο – έντυπο παράδοσης και παραλαβής του περιστατικού από τον εκάστοτε Προϊστάμενο των Τ.Ε.Π. ή τον Αναπληρωτή του. Για την πληρότητα του αρχείου του ασθενούς, κατά την υπογραφή του ως άνω εγγράφου – εντύπου, παραδίδεται από το πλήρωμα του ασθενοφόρου ή της κινητής μονάδας του ΕΚΑΒ στον εκάστοτε Προϊστάμενο των Τ.Ε.Π. ή Αναπληρωτή του, αντίγραφο του συντασσόμενου Δελτίου Ασθενοφόρου – Κινητής Μονάδας στο οποίο καταγράφονται η κατάσταση του ασθενούς κατά τον χρόνο παραλαβής του και οι παρασχεθείσες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες κατά την διάρκεια της διακομιδής του, μέχρι την παράδοση του στα Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου.

Για τη διευκόλυνση της διαδικασίας παράδοσης και παραλαβής των διακομιζόμενων ασθενών με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ, οι προϊστάμενοι των Τ.Ε.Π. ή αναπληρωτές τους πρέπει να μεριμνούν προκειμένου να εξασφαλίζεται η συνεχής διαθεσιμότητα φορείων και χρησιμοποιούμενων υλικών, σε σχέση με τα χρησιμοποιούμενα από το ΕΚΑΒ (διαλειτουργικότητα και συμβατότητα του εξοπλισμού των Τ.Ε.Π. με τον εξοπλισμό του ΕΚΑΒ), ώστε να διευκολύνεται η

ταχεία παράδοση των περιστατικών. Επίσης, η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να εξασφαλίζει τους διακομιζόμενους ασθενείς στα Τ.Ε.Π., καθώς και τα πληρώματα των ασθενοφόρων από τις καιρικές συνθήκες με την ύπαρξη των κατάλληλων για το σκοπό αυτό υποδομών.

3.5 Χωροταξία

Ο σωστός σχεδιασμός του Τ.Ε.Π. παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία όλου του νοσοκομείου, αλλά και στις προσπάθειές του να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων και να αλλάξει την εικόνα του στην κοινωνία. Ο τρόπος οργάνωσης και σχεδίασης του Τ.Ε.Π. καθορίζει την ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού.

3.5.1 Βασικές αρχές σχεδιασμού

Η αρχιτεκτονική του διαμόρφωση καθορίζεται με βάση τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών και των χρηστών. Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- ο όγκος και το είδος των ασθενών που αναμένεται να αντιμετωπίσει συνολικά αλλά και τις ώρες αιχμής
- ποιες είναι οι ώρες αιχμής
- ο τρόπος διαλογής που θα ακολουθήσει
- ο μέσος χρόνος παραμονής των ασθενών στο Τ.Ε.Π.
- το ποσοστό των εισαγωγών του νοσοκομείου από το Τ.Ε.Π.
- τυχόν καινούργιες υπηρεσίες που θα παράσχει ή καινούργιοι χώροι παρακολούθησης ή θεραπείας.

Ο τρόπος με τον οποίο είναι σχεδιασμένο ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών μπορεί να καθορίσει:

- Την ικανότητα παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς.
- Την ταχύτητα και την αποδοτικότητα με την οποία παρέχεται η φροντίδα.
- Τον απαραίτητο αριθμό προσωπικού για να παρασχεθεί η φροντίδα αυτή

- Ένα σημαντικό μέρος της αντίληψης του ασθενή για την παρεχόμενη σε αυτόν φροντίδα.
- Την ικανότητα του προσωπικού για την συμμετοχή του στην παροχή φροντίδας στον ασθενή.

Η θέση του Τ.Ε.Π., στο κτιριακό συγκρότημα του Νοσοκομείου, πρέπει να διασφαλίζει τα ακόλουθα:

α. την άμεση, άνετη και απρόσκοπτη πρόσβαση και στάση του ασθενοφόρου οχήματος, στην είσοδο του Τ.Ε.Π., η οποία πρέπει οπωσδήποτε να καλύπτεται με μεγάλης έκτασης στέγαστρο. Για το λόγο αυτό, συνιστάται η τοποθέτηση του τμήματος στο Ισόγειο και σε καλή σχέση με την οδό πρόσβασης στο χώρο του νοσοκομείου.

β. την καλύτερη δυνατή λειτουργική σχέση με τα ακόλουθα τμήματα του νοσοκομείου:

- Τμήμα Απεικονίσεων
- Τμήμα Επεμβάσεων
- Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης
- Διαγνωστικά Εργαστήρια

Συνεπώς γίνεται φανερό ότι ο τρόπος λειτουργίας του Τ.Ε.Π. παίζει καθοριστικό ρόλο στο σχεδιασμό του, ενώ ανάλογη είναι και η επίδραση του σχεδιασμού στη συνολική λειτουργία του.

3.5.2 Χωροταξικός σχεδιασμός

Η σχέση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών με την κοινότητα έξω από το νοσοκομείο καθώς και με τα άλλα νοσοκομεία ή οργανισμούς υγείας επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργία του και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του καθώς η θέση του τμήματος και η δυνατότητα πρόσβασης σ' αυτό έχουν σημαντική επιρροή στην χρήση του χώρου του.

Συνεπώς η θέση του Τ.Ε.Π. θα πρέπει να εξασφαλίζει την εύκολη πρόσβαση σε αυτό. Μάλιστα καθώς κάποιοι ασθενείς μπορεί να καταφθάνουν εκεί πεζοί, με ασθενοφόρο ή και με αυτοκίνητο, ιδανικά θα πρέπει να βρίσκεται στο ισόγειο. Τέλος

σημαντική είναι και η ύπαρξη κατάλληλης σήμανσης (χρώμα, ύψος υλικά, φωτισμός), προκειμένου να εξασφαλίζει την εύκολη πρόσβαση στο τμήμα.

Η πρόβλεψη χώρων στάθμευσης ικανού αριθμού θέσεων, κοντά στην είσοδο του τμήματος είναι σημαντική, για την εξυπηρέτηση των ασθενών, των συνοδών, του προσωπικού και για άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ).

Επίσης για τη δυνατότητα άφιξης ασθενών με ελικόπτερο, πρέπει να προβλέπεται και να μελετάται σε μερικά νοσοκομεία, η ανάπτυξη και η κατάλληλη διαμόρφωση ικανών χώρων προσγείωσης (ελικοδρόμιο).

Η χωροθέτηση του Τ.Ε.Π. ως προς τη σχέση του με άλλες ενδονοσοκομειακές εγκαταστάσεις είναι πολύ σημαντική. Έτσι ιδανικά πρέπει να εξασφαλίζεται εύκολη πρόσβαση και διασύνδεση πρωτίστως με τα τμήματα των απεικονίσεων & των εργαστηρίων, τα χειρουργεία, τις μονάδες εντατικής θεραπείας, αυξημένης φροντίδας, τα εξωτερικά ιατρεία και δευτερευόντως με το φαρμακείο, το νεκροτομείο, τις αποθήκες κεντρικών προμηθειών κ.ά.. Οι εγκαταστάσεις αυτές πρέπει να είναι οριζόντια παρακείμενες ή σε άμεση κατακόρυφη επικοινωνία μεταξύ τους (κοινός ανελκυστήρας), ώστε να εξασφαλίζεται η άμεση επικοινωνία χωρίς να απαιτείται προσπέλαση των κοινόχρηστων διαδρόμων του νοσοκομείου από τους ασθενείς που μεταφέρονται. Επειδή μάλιστα το τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι ένας σημαντικός χρήστης των εργαστηριακών υπηρεσιών και των υπηρεσιών απεικόνισης, είναι συνήθης τόσο η ανάπτυξη εσωτερικών εργαστηρίων στο τμήμα για εξετάσεις ρουτίνας (ανάλυση ούρων, ηλεκτρολύτες κ.ά.), όσο και η παροχή ορισμένου ακτινολογικού εξοπλισμού (ακτινογραφίες θώρακος, κοιλίας, άκρων κ.ά.) σ' αυτό.

3.5.3 Μέθοδοι Καθορισμού του μεγέθους των χώρων

Με τις συνεχείς και συχνά απρόβλεπτες κοινωνικές, ιατρικές και τεχνολογικές εξελίξεις, μεταβάλλονται ταχύτατα και οι λειτουργίες των υπηρεσιών του Τ.Ε.Π. και επομένως και οι απαιτήσεις των χώρων του. Μεταβολές επίσης προκαλούνται και από τη συνεχή ποσοστιαία μεταβολή των προσερχόμενων ασθενών, που απαιτούν επέκταση του διατιθέμενου χώρου.

Η μη δυνατή προσαρμογή του χώρου στις ανάγκες που διαμορφώνονται κάθε φορά, οδηγεί σε παραμόρφωση των λειτουργιών, καθώς καταβάλλεται προσπάθεια να

προσαρμοστούν εκείνες σ' αυτόν.

Ο πρόχειρος και χωρίς προηγούμενη μελέτη σχεδιασμός για τον καθορισμό των χώρων εγκαταστάσεων υγείας έχει σαν συνέπεια συχνά τη δημιουργία χώρων μεγαλύτερων ή μικρότερων από τους απαιτούμενους. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει σπατάλη, ενώ στη δεύτερη ανεπάρκεια. Οικονομία βέβαια επιτυγχάνεται εκεί όπου προκαθορίζεται το μέγεθος των χώρων ώστε να επαρκούν χωρίς να περισσεύουν.

Το απαιτούμενο μέγεθος ορισμένων χώρων μπορεί να καθοριστεί με ικανοποιητική προσέγγιση με τις παρακάτω μεθόδους:

1. Μελέτη δραστηριοτήτων

Μελετώνται οι εξυπηρετούμενοι που χρησιμοποιούν το χώρο, η συχνότητα χρήσεως, η αλληλουχία των δραστηριοτήτων κάθε εξυπηρετούμενου και η χωροχρονική αλληλεπίδρασή τους, τα ακριβή χωρικά, εργονομικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά κάθε δραστηριότητας, τα χρησιμοποιούμενα εξαρτήματα και οι ιδιότητές τους.

Αφού καταγραφούν οι πιθανές δραστηριότητες, εκλέγονται σε σχέση με τους κανονισμούς λειτουργίας οι εναλλακτικές μέθοδοι οργάνωσης των δραστηριοτήτων που ικανοποιούν διάφορα κριτήρια, μεταξύ των οποίων και την οικονομική αξιοποίηση του χώρου. Κάθε αίθουσα προγραμματίζεται και σχεδιάζεται με βάση τη λεπτομερή ανάλυση. Η λεπτομερής ανάλυση των δραστηριοτήτων που απαιτούνται στο Τ.Ε.Π. και η οργάνωση των αποτελεσμάτων κωδικοποιούνται σε πίνακες.

2. Στατιστικός καθορισμός του μεγέθους του χώρου

Το απαιτούμενο μέγεθος ορισμένων χώρων μπορεί να καθοριστεί με ικανοποιητική προσέγγιση με τη χρησιμοποίηση στατιστικών μεθόδων.

3. Η θεωρία των πιθανοτήτων

Αυτή η θεωρία δίνει τη δυνατότητα προσδιορισμού του μεγέθους των τμημάτων μιας εγκατάστασης με τον υπολογισμό του μεγίστου αριθμού προσερχομένων ασθενών που δεν θα εξυπηρετηθούν σε πρώτη ζήτηση.

4. Η θεωρία της σειράς (ουράς)

Δίνει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα στον προκαθορισμό των ποσοτικών απαιτήσεων. Κλασική είναι η εφαρμογή αυτής της θεωρίας για τον καθορισμό του

μεγέθους χώρων αναμονής στο Τ.Ε.Π. και στα εξωτερικά ιατρεία.³²

3.5.4 Βασικοί χώροι

Η χωροταξία του Τ.Ε.Π. 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 Τ.Ε.Π. 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 – Αποθήκες³³

3.6 Εξοπλισμός

Σύμφωνα με τις σχετικές προτάσεις του Υπουργείου για την οργάνωση, τον τρόπο λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., έχει προταθεί ένας ελάχιστος βασικός εξοπλισμός Τ.Ε.Π. νοσοκομείου, με αντίστοιχη αύξηση του εξοπλισμού αυτού ανάλογα με τις κλίνες του νοσοκομείου.

³² Australasian College for Emergency Medicine. (2007, p.145-146)

³³ Μπουντούρης, Θ. κ.ά. (2003, σ. 20 – 26)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Βασικός εξοπλισμός Τ.Ε.Π. Νοσοκομείου.

Είδος εξοπλισμού	Βασικές ανάγκες	Αύξηση ανά κλίνες
ΗΚΓφοι	6	1 / 200 κλίνες
Απινιδωτές	3	1 / 400 κλίνες
Εξωτερικός βηματοδότης	2	-
Φορητοί Αναπνευστήρες	2	1 / 200 κλίνες
Μόνιτορ	4	1 / 200 κλίνες
Ηλεκτρονικά πιεσόμετρα – οξύμετρα	4	1 / 100 κλίνες
Τροχήλατα αναζωογόνησης	2	1 / 200 κλίνες
Συσκευές θέρμανσης αίματος	2	1 / 400 κλίνες
Αντλίες χορήγησης υγρών	4	1 / 200 κλίνες
Χειρουργική διαθερμία	1	1 / 400 κλίνες
Συσκευή Θέρμανσης – Ψύξης ασθενούς	1	1 / 400 κλίνες
Φορεία μεταφοράς Ασθενών	6	1 / 100 κλίνες
Φιάλες Οξυγόνου	6	1 / 100 κλίνες
Πολυαναλυτής αερίων αίματος	1	1 / 400 κλίνες
Φορητό Υπέρηχο	1	1 / 400 κλίνες
Σέτ Παροχέτευσης θώρακα	2	1 / 200 κλίνες
Σετ ειδικών ιατρείων (ΩΡΛ, Οφθαλμολογικού, Γυναικολογικού, Ορθοπαιδικού)	-	-

Πηγή: Αγγουριδάκης, Π. και Συμπυράκης, Ν. (2010, σ. 15-16)

Επίσης όσον αφορά τον εξοπλισμό τα Τ.Ε.Π. θα πρέπει να διαθέτουν τους παρακάτω τύπους ασθενοφόρων:

- Ασθενοφόρο τύπου I, για τη μεταφορά απλών περιπτώσεων με δύο οδηγούς – νοσοκόμους ή με έναν οδηγό και μια μαία, προκειμένου για επιτόκους.
- Ασθενοφόρο τύπου II, για τη διακομιδή βαριά πασχόντων. Είναι εξοπλισμένο με φορείο, ηλεκτροκαρδιογράφο, μικρή συσκευή οξυγόνου, συσκευή αναρρόφησης και βασικά φάρμακα άμεσης ανάγκης. Είναι στελεχωμένο με έναν νοσηλευτή, ειδικευμένο στην Επείγουσα Ιατρική και έναν οδηγό-νοσοκόμο.
- Ασθενοφόρο τύπου III, για την επιτόπου αντιμετώπιση και μεταφορά βαριά

πασχόντων. Είναι μεγάλη κινητή μονάδα σε διαστάσεις καμπίνας, για να είναι δυνατή η εργασία σε όρθια θέση. Είναι εφοδιασμένο με 2 φορεία, ηλεκτροκαρδιογράφο με καταγραφικό, απινιδωτή, εξοπλισμό διασωλήνωσης, φορητό αναπνευστήρα, συσκευή αναρρόφησης, συσκευή παροχέτευσης θώρακα, οβίδες οξυγόνου, ορούς, υποκατάστατα αίματος και φάρμακα. Η μονάδα αυτή στελεχώνεται, ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού, με γιατρούς, νοσηλευτές των Τ.Ε.Π. και οδηγούς-νοσοκόμους.

- Ασθενοφόρο τύπου IV, για την ταχεία προσπέλαση, επιτόπου αντιμετώπιση, και μεταφορά στη συνέχεια βαριά πασχόντων. Είναι ελικόπτερο ή ταχύπλοο σκάφος με προδιαγραφές ασθενοφόρου τύπου III, που εξυπηρετεί περιοχές με γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (π.χ. νησιά, δυσπρόσιτες οδικά ή ορεινές περιοχές).³⁴

3.7 Διαδικασίες εισαγωγής και εξαγωγής ασθενών από τα Τ.Ε.Π.

Γραμματεία του Τ.Ε.Π.:

Αποτελεί το πρώτο τμήμα που βλέπει κάποιος όταν εισέρχεται μέσα στα ΤΕΠ. Εκεί είτε ο ασθενής είτε ο συνοδός δίνει τα εξής προσωπικά στοιχεία για τον ασθενή³⁵:

- Ονοματεπώνυμο
- Ηλικία
- Διεύθυνση κατοικίας
- Τηλέφωνο
- Μέσο και ώρα προσέλευσης
- Ημερομηνία
- Α.Μ.Κ.Α
- Πρόβλημα Υγείας

Στη συνέχεια ο ασθενής προσέρχεται στο χώρο διαλογής, ο οποίος βρίσκεται στο διπλανό χώρο, όπου εξετάζεται από τον ιατρό (διαλογή ασθενούς ανάλογα με την

³⁴ Charalampous, G. (2012, p. 215-216)

³⁵ Australasian College for Emergency Medicine. (2007, p. 145-146)

κρισιμότητα της κατάστασης του). Εν συνεχεία, ο ενδιαφερόμενος περιμένει για να εξεταστεί διεξοδικά από τους υπεύθυνους και κατάλληλους ιατρούς. Με το πέρας των εξετάσεών του, περιμένει για τα αποτελέσματα ή αν πρόκειται για βαρύ περιστατικό γίνεται εισαγωγή για περαιτέρω παρακολούθηση. Σε περίπτωση όπου ο ασθενής δεν είναι βαριά άρρωστος ή χτυπημένος παρέχεται σε αυτόν εξιτήριο καθώς και οδηγίες που πρέπει να εξακολουθήσει.

Διαλογή

Ο αριθμός των ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας υγείας είναι διαρκώς αυξανόμενος με αποτέλεσμα την συμφόρηση των Τ.Ε.Π. πολλές φορές σε βάρος της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς.

Σε κάθε Τ.Ε.Π. είναι επιβεβλημένη η δημιουργία χώρου διαλογής, όπου αντιμετωπίζονται άμεσα και χωρίς καθυστερήσεις τα επείγοντα περιστατικά 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.³⁶

Ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή κατευθύνεται στους χώρους του Τ.Ε.Π.. Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π..

Ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του Τ.Ε.Π., όπου εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και στη συνέχεια είτε:

- του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία,
- οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του Τ.Ε.Π. για ολιγόωρη παραμονή

³⁶ Jeremiah, D. & Venkatesh, A. (2013, p. 391-393)

και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωση του τμήμα,

- εισάγεται στο οικείο με την πάθηση του τμήμα,
- διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο κατόπιν συνεννόησης με τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

Στο χώρο διαλογής, στο στάδιο δηλαδή της υποδοχής του ασθενούς, αρμόδιοι να παράσχουν τις κατάλληλες κατευθύνσεις και να οδηγήσουν τον ασθενή στους χώρους του Τ.Ε.Π. είναι κατά πρώτον οι ειδικευμένοι ιατροί που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. και ακολούθως οι νοσηλεύτες/νοσηλεύτριες που απαρτίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό του εν λόγω τμήματος. Ωστόσο, οι αρμοδιότητες, εννοούμενες ως περιθώριο δράσης, των παραπάνω προσώπων στο στάδιο αυτό ευθέως περιορίζονται από το νόμο αφού απ αριθμούνται οι σχετικές «κινήσεις» και δράσεις που πρέπει να αναληφθούν ανάλογα και με τη φύση του κάθε περιστατικού. Έτσι για παράδειγμα, οι υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης ενώ οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π..

3.8 Σύγκριση των Τ.Ε.Π. σύμφωνα με τα Διεθνή πρότυπα και την Ελληνική πραγματικότητα

Αναφορικά με διεθνή πρότυπα, το κάθε ΤΕΠ οφείλει οπωσδήποτε να έχει δικό του μόνιμο προσωπικό. Το ιατρονοσηλευτικό και υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ διαχωρίζεται σε ωράρια εργασίας και συμπληρώνει όλο το 24ωρο. Τονίζεται, βέβαια ότι στη χώρα μας τα Τμήματα Επείγοντων 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 του ωραρίου 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 ουσιαστική παροχή φροντίδας σε νοσηλευόμενους που έχουν απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή ή για την πρόκληση μόνιμης αναπηρίας.

Βέβαια, οι ελλείψεις προσωπικού, που αποτελούν σοβαρό πρόβλημα διεθνώς, δεν επιτρέπουν πάντοτε την εφαρμογή ανάλογων συστημάτων. Στην Ελλάδα το

σημαντικό πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτικό προσωπικό είναι έντονο. Στην Αγγλία, η μείωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι κύριες αιτίες ελλιπούς στελέχωσης των ΤΕΠ.³⁷

Από όλες τις πλευρές (διοικητικά, λειτουργικά κλπ) είναι σημαντική η επί 24ώρου βάσης λειτουργία γραμματείας του ΤΕΠ, η οποία πρέπει να είναι επαρκώς στελεχωμένη και εποπτευόμενη από το προσωπικό φύλαξης - ασφαλείας του ΤΕΠ.

Στην Ελληνική πραγματικότητα γενικά δεν υπάρχει η «πολυτέλεια» της λειτουργίας ξεχωριστής γραμματείας σε όλα τα ΤΕΠ, παρά μόνο μιας ενιαίας γραμματείας η οποία καλύπτει το συγκρότημα των Εξωτερικών Ιατρείων (Ε.Ι.) και του ΤΕΠ ή παροχή υποστήριξης από το Γραφείο Κίνησης Ασθενών.

Αυτό συμβαίνει γιατί στην πράξη δεν εφαρμόζεται ο νόμος όπως πρέπει, καθώς οφείλεται να συστήνονται οργανικές θέσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ειδικά για το ΤΕΠ. Επιπλέον, στις περιπτώσεις που υπάρχουν κάποιες θέσεις για τα ΤΕΠ, οι συγκεκριμένες δεν προκηρύσσονται, εξαιτίας της έλλειψης συχνά των πιστώσεων στον προϋπολογισμό για την κάλυψη των προκαλούμενων δαπανών από τις θέσεις αυτές.

Όταν όμως οι οργανικές θέσεις προκηρύσσονται, δεν είναι πάντα ενδιαφέρουσες από αντίστοιχους επαγγελματίες.

Κάποιες φορές δεν υπάρχει διαθέσιμο προσωπικό για την κάλυψη των θέσεων των ΤΕΠ, ενώ άλλοτε δεν υφίστανται πολλά κίνητρα για την απασχόληση του προσωπικού σε ένα τέτοιο τμήμα υψηλών απαιτήσεων, όπου η εργασία καλύπτει όλο το 24ωρο και όλο το έτος, σε συνδυασμό με τις συνθήκες πίεσης, έντασης και στρες που επικρατούν.

Σε χώρες του εξωτερικού, όπως για παράδειγμα ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία, τα ΤΕΠ λειτουργούν σε συνεχή ετήσια και εικοσιτετράωρη βάση παρέχοντας διαρκείς υπηρεσίες στους ασθενείς. Στη χώρα μας τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών λειτουργούν σύμφωνα με τις εφημερίες και όχι σε συνεχή βάση. Αναλογικά με τις εφημερίες, τα νοσοκομειακά αυτοκίνητα ΕΚΑΒ μεταφέρουν τα επείγοντα περιστατικά στα κοντινότερα εφημερεύοντα νοσοκομεία.³⁸

Μία ακόμα διαφορά των ΤΕΠ Ελλάδας και εξωτερικού είναι ότι στα ΤΕΠ του εξωτερικού υπάρχει απόλυτα εκπαιδευμένο στην επείγουσα φροντίδα ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στην Ελλάδα είτε υπάρχει στελέχωση από

³⁷ Λάμπρος, Π. (2005, σ. 50-56)

³⁸ Λάμπρος, Π. (2005, όπ. π.)

γενικούς νοσηλευτές και ιατρούς ποικίλων ειδικοτήτων, είτε στελέχωση με προσωπικό από τα Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων.³⁹

Όσον αφορά τη διεργασία της διαλογής, στα ΤΕΠ του Ην. Βασιλείου, των ΗΠΑ και άλλων χωρών πραγματοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένους νοσηλευτές, συνήθως nurse practitioners. Οι ίδιοι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη λήψη του ιστορικού ασθενή καθώς και για βασική φροντίδα των περιστατικών παράλληλα με τη διαλογή, όπως χορήγηση αναλγητικών επί πόνου, όπου ενδείκνυται, ώστε να μην υποφέρουν οι ασθενείς κατά την αναμονή για εξέταση από γιατρό. Ακόμη και η παραγγελία εκτέλεσης απλών διαγνωστικών εξετάσεων αποτελεί καθήκον των νοσηλευτών της διαλογής.

Αντίθετα, στα ΤΕΠ της Ελλάδας αρμόδιοι για τη διεργασία λήψης του ιστορικού από τους ασθενείς καθώς και για τη λήψη όλων των κλινικών αποφάσεων, όπως είναι η χορήγηση αναλγησίας, η οδηγία για εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων είναι οι γιατροί, ακόμη και οι ειδικευόμενοι. Επίσης, κατά κανόνα, διαλογή περιστατικών δεν εφαρμόζεται στα ΤΕΠ, με ορισμένες βέβαια λαμπρές εξαιρέσεις.

Τέλος, όσον αφορά την αναλογία βοηθητικού προσωπικού επί του συνόλου του προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας 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%.

Αντίθετα, σύμφωνα με την παράγραφο 4.6 της Υπουργικής Απόφασης του 2007 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».

³⁹ Λάμπρος, Π. (2005, σ. 50-56)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ Τ.Ε.Π. ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (2009-2012)

Ο πίνακας 8 παρουσιάζει τον αριθμό των ασθενών που επισκέφθηκαν τα Τ.Ε.Π. ανά ΥΠΕ την περίοδο 2009-2012. Το 2011 το σύνολο των εξετασθέντων ήταν 4.848.849, χωρίς να παρουσιάζει σημαντική μεταβολή σε σχέση με το 2010 (-1%), ενώ το 2012 ανήλθε στους 4.936.410, μια αύξηση της τάξης του 2% σε σχέση με το 2011.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Συνολικός αριθμός επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ 2009-2012(Ανάλυση στοιχείων ανά νοσοκομείο).

ΥΠΕ	ΤΕΠ 2009	ΤΕΠ 2010	ΤΕΠ 2011	ΤΕΠ 2012	% μεταβολή 2010-2009	% μεταβολή 2011-2010	% μεταβολή 2012-2011
1	1.159.138	1.52.255	1.020.008	1.116.548	-9%	-3%	9%
2	632.055	562.593	617.640	616.76	-11%	10%	0%
3	721.813	668.215	667.287	651.696	-7%	0%	-2%
4	879.267	841.898	825.211	870.604	-4%	-2%	5%
5	500.311	488.812	487.055	483.506	-2%	0%	-1%
6	902.719	950.996	822.235	804.945	5%	-14%	-2%
7	394.798	344.509	409.403	392.348	-13%	19%	-4%
ΣΥΝΟΛΟ	5.190.101	4.909.280	4.848.849	4.936.410	-5%	-1%	2%

Πηγή: ΥΥΚΑ (2012)

Συγκεκριμένα το 2010, παρατηρήθηκε:

Μείωση στο συνολικό αριθμό προσέλευσης των ασθενών στα Τ.Ε.Π. της τάξεως του 5% (σε σχέση με το 2009). Η 6^η ΥΠΕ ήταν η μόνη που παρουσίασε μια αύξηση της τάξεως του 5%. Όλες οι υπόλοιπες είχαν αρνητικό πρόσημο, δηλαδή μείωση του αριθμού των επισκέψεων στα Τ.Ε.Π., με πιο σημαντικές μειώσεις στην 7η με -13% και στην 2η με -11%.

Το 2011 παρατηρήθηκε:

Ελάχιστη μείωση στον αριθμό προσέλευσης στην 1^η και 4^η ΥΠΕ (-3% και -2%), ενώ αντίθετα μεγάλη μείωση της τάξης του 14% στην 6^η ΥΠΕ. Η 3^η και η 5^η δεν

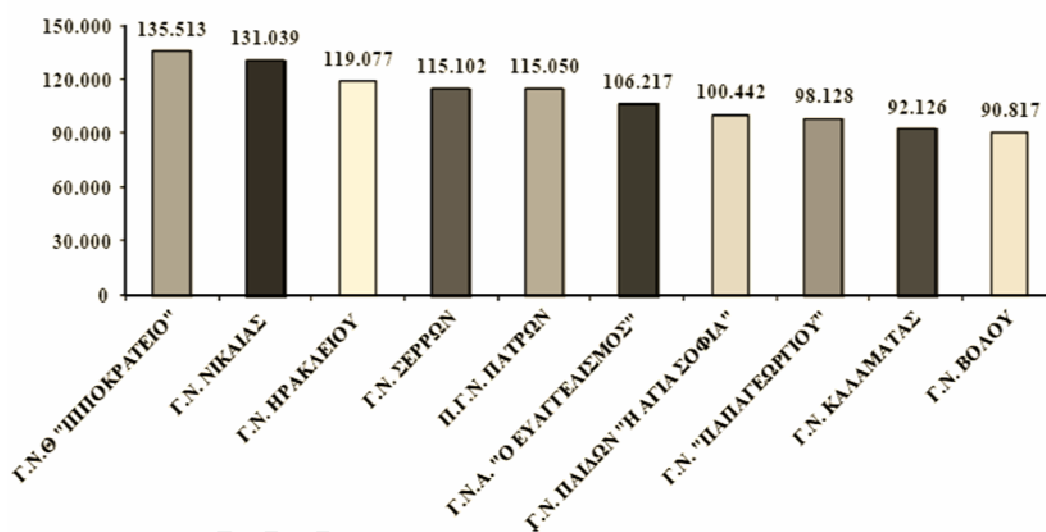
παρουσίασαν καμία μεταβολή (0%). Τέλος η 2^η και η 7^η παρουσίασαν σημαντική αύξηση, με το ποσοστό να φτάνει τα 10% και 19% αντίστοιχα.

Το 2012 παρατηρήθηκε:

Αύξηση κατά 2% σε σχέση με το 2011 στο συνολικό αριθμό επισκέψεων στα Τ.Ε.Π.. Η 1^η και η 4^η ΥΠΕ είναι οι μόνες που παρουσίασαν μια αύξηση της τάξεως του 9% και 5%, ενώ η 2^η δεν παρουσίασε κάποια μεταβολή. Στις υπόλοιπες ΥΠΕ μειώθηκε ο αριθμός των εξετασθέντων την περίοδο αυτή.

Στο διάγραμμα 6 παρουσιάζονται τα δέκα πρώτα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με βάση τον ετήσιο αριθμό επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για το 2011.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Κατάταξη Νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2011.

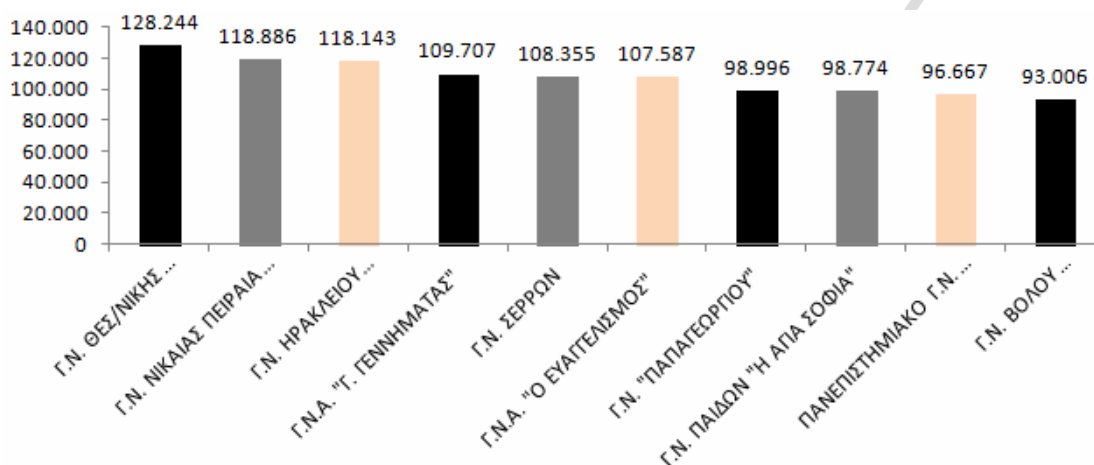


Πηγή: ESY.net (2011)

Από το διάγραμμα φαίνεται ότι το νοσοκομείο με τις περισσότερες επισκέψεις για το 2011 ήταν το Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο και ακολουθούν το Γ.Ν. Νίκαιας και το Γ.Ν. Ηρακλείου. Η επισκεψιμότητα στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο ανήλθε στους 135.513 ασθενείς, ενώ στις Νίκαιας και του Ηρακλείου στους 131.039 και 119.077 αντίστοιχα. Τελευταίο σε επισκεψιμότητα φαίνεται να είναι το Γ.Ν. Βόλου με 90.817 επισκέψεις.

Στο διάγραμμα 7 παρουσιάζονται τα δέκα πρώτα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με βάση τον ετήσιο αριθμό επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για το 2012.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Κατάταξη Νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2012.

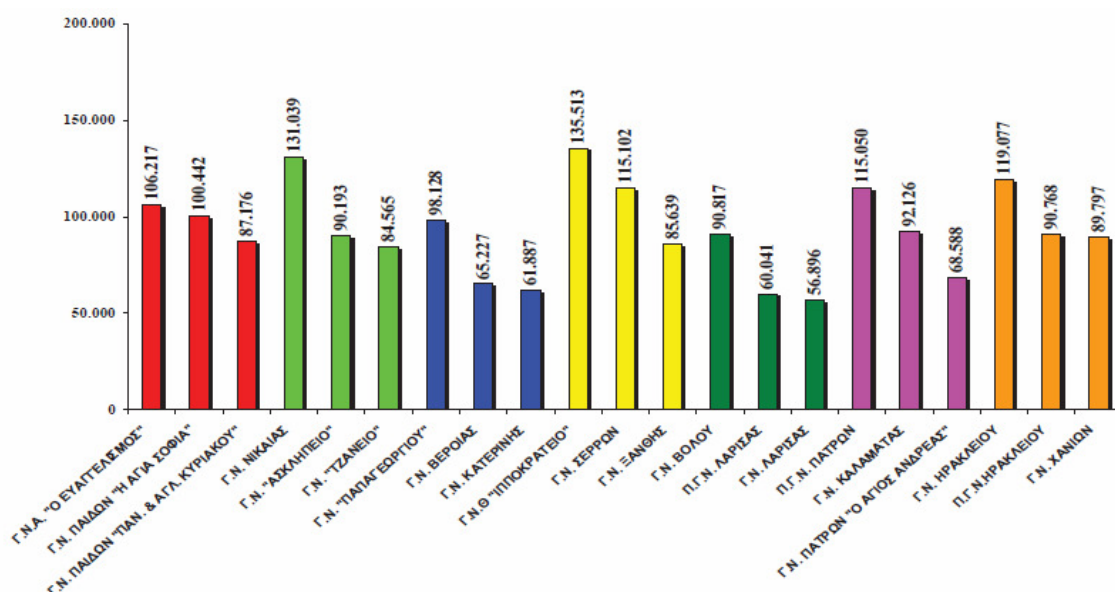


Από το διάγραμμα φαίνεται ότι το νοσοκομείο με τις περισσότερες επισκέψεις για το 2012 ήταν το Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο και ακολουθούν το Γ.Ν. Νίκαιας και το Γ.Ν. Ηρακλείου. Η επισκεψημότητα στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο ανήλθε στους 128.244 ασθενείς, ενώ στις Νίκαιας και του Ηρακλείου στους 118.886 και 118.143 αντίστοιχα. Τελευταίο σε επισκεψημότητα φαίνεται να είναι το Γ.Ν. Βόλου με 93.006 επισκέψεις.

Σε σύγκριση με το διάγραμμα του έτους 2011 προκύπτει πως τα νοσοκομεία Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Γ.Ν. Νίκαιας και Γ.Ν. Ηρακλείου παραμένουν πρώτα στην κατάταξη, παρουσιάζοντας μία μικρή μείωση στην επισκεψημότητα. Παράλληλα εμφανίζονται ανακατατάξεις στα υπόλοιπα νοσοκομεία με μειώσεις και αυξήσεις στον αριθμό των επισκέψεων.

Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζονται τα τρία πρώτα νοσοκομεία όλων των ΔΥΠε με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2011.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Κατάταξη νοσοκομείων του ΕΣΥ (ανά Δ.Υ.Πε.) με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2011.

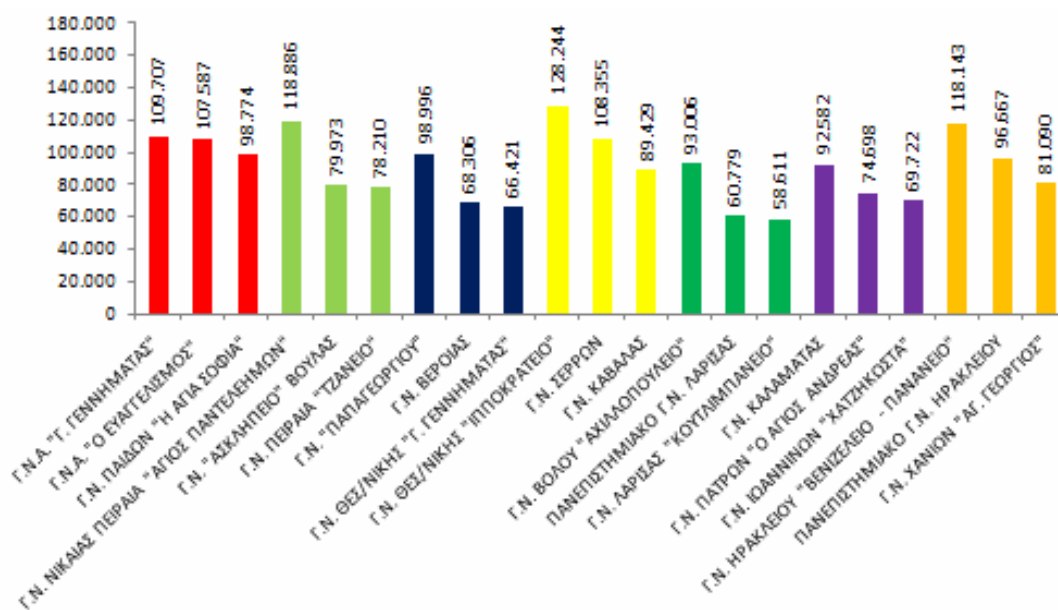


Πηγή: ESY.net (2011)

Στην 1^η ΔΥΠε οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν. Ευαγγελισμός (106.217) και ακολουθούν το Νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία (100.442) και το Νοσοκομείο Παιδών Αγ. Κυριακού (87.176). Στην 2^η ΔΥΠε τα τρία πρώτα Νοσοκομεία ήταν τα Γ.Ν. Νίκαιας (131.039), Γ.Ν. Ασκληπιείο (90.193) και το Γ.Ν. Τζάνειο (84.565). Στην 3^η Υγειονομική Περιφέρεια πρώτο σε επισκεψημότητα όσον αφορά τα Τ.Ε.Π. ήταν το Γ.Ν. Παπαγεωργίου (98.128) και ακολουθούν το Γ.Ν. Βέροιας (65.227) και το Γ.Ν. Κατερίνης (61.887). Στην 4^η Δ.Υ.Πε. τα τρία πρώτα νοσοκομεία ήταν το Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο (135.513), το Γ.Ν. Σερρών (115.102) και το Γ.Ν. Ξάνθης (85.639). Το Γ.Ν. Βόλου αποτελεί το πρώτο νοσοκομείο σε επισκεψημότητα στα Τ.Ε.Π. για το 2011 της 5^{ης} Δ.Υ.Πε. με 90.817 επισκέψεις. Ακολουθούν το Π.Γ.Ν. Λάρισας και το Γ.Ν. Λάρισας με 60.041 και 56.896 επισκέψεις αντίστοιχα. Στην 6^η και 7^η Δ.Υ.Πε. οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν στο Π.Γ.Ν. Πατρών (115.050) και στο Γ.Ν. Ηρακλείου (119.077) αντίστοιχα.

Στο διάγραμμα 9 παρουσιάζονται τα τρία πρώτα νοσοκομεία όλων των ΔΥΠε με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2012.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Κατάταξη νοσοκομείων του ΕΣΥ (ανά Δ.Υ.Πε.) με βάση τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. για το 2012.



Στην 1^η ΔΥΠε οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν. Α. «Γ. Γεννηματάς» (109.707) και ακολουθούν ο Ευαγγελισμός (107.587) και το Παίδων Αγία Σοφία (98.774). Σε σύγκριση με το 2011, παρατηρείται η κατά πολύ αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στα ΤΕΠ του νοσοκομείου Γ. Γεννηματάς, με αποτέλεσμα το Παίδων Αγ. Κυριακού να μην συμπεριλαμβάνεται στην κατάταξη. Στην 2^η ΔΥΠε τα τρία πρώτα Νοσοκομεία ήταν τα Γ.Ν. Νίκαιας (118.866), Γ.Ν. Ασκληπιείο (79.973) και το Γ.Ν. Τζάνειο (78.210). Σε σχέση με το 2011 παρατηρήθηκε μία ελάχιστη μείωση στην επισκεψιμότητα των νοσοκομείων αυτών, χωρίς κάποια μεταβολή στην κατάταξη. Στην 3^η Υγειονομική Περιφέρεια πρώτο σε επισκεψιμότητα όσον αφορά τα Τ.Ε.Π. ήταν το Γ.Ν. Παπαγεωργίου (98.996) και ακολουθούν το Γ.Ν. Βέροιας (68.306) και το Γ.Ν. Θεσ/νικης «Γ. Γεννηματάς» (66.421). Το τελευταίο σε σχέση με το 2011 παρουσίασε αύξηση στον αριθμό των επισκέψεων στα Τ.Ε.Π. με αποτέλεσμα να εμφανίζεται τρίτο το έτος 2012. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως η Υ.Πε αυτή εμφανίζει την περισσότερη επισκεψιμότητα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες. Στην 4^η Δ.Υ.Πε. τα τρία πρώτα νοσοκομεία ήταν το Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο (128.244), το Γ.Ν. Σερρών (108.355) και το Γ.Ν. Καβάλας (89.429). Το Γ.Ν. Βόλου αποτελεί το πρώτο νοσοκομείο σε επισκεψιμότητα στα Τ.Ε.Π. για το 2012 της 5^{ης} Δ.Υ.Πε. με 93.006 επισκέψεις. Ακολουθούν το Π.Γ.Ν. Λάρισας και το Γ.Ν. Λάρισας με 60.779 και 56.611

επισκέψεις αντίστοιχα. Στην 6^η και 7^η Δ.Υ.Πε. οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν. Καλαμάτας (92.582) και στο Π.Γ.Ν. Ηρακλείου (118.143) αντίστοιχα.

Η οικονομική κρίση, που έχει οδηγήσει εκτός ασφαλιστικών ταμείων χιλιάδες Έλληνες, οδηγεί τους πάντες στα επείγοντα περιστατικά όταν πλέον το κάθε ιατρικό πρόβλημα έχει προχωρήσει.

Από τα παραπάνω δεδομένα γίνεται εμφανές ότι αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των επισκέψεων στα Τ.Ε.Π.. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην οικονομική κρίση και συνεπώς στην ανεργία. Οι άνθρωποι έχουν αφήσει πίσω το θέμα της υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν λειτουργεί με αποτέλεσμα να επισκέπτονται τα έκτακτα ΤΕΠ όταν το πρόβλημα έχει προχωρήσει.

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός πως παρά τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν σήμερα τα ελληνικά νοσοκομεία (ελλείψεις προσωπικού, εξοπλισμού, μείωση δαπανών) σε συνδυασμό με την αυξανόμενη επισκεψιμότητα, καταφέρνουν να ανταποκρίνονται αρκετά καλά στην καθημερινή πραγματικότητα.

Συμπερασματικά, η προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία με την μορφή των επειγόντων περιστατικών έχει παρουσιάσει σημαντική αύξηση τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση αυτή αφορά κυρίως τις μεγάλες πόλεις αλλά και τις επαρχιακές περιοχές. Οι παράγοντες που φαίνεται να έχουν συντελέσει στο γεγονός αυτό είναι:

- Η ανεπαρκής λειτουργία της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και η έλλειψη της διαθεσιμότητας των γιατρών επί 24ώρου βάσεως.
- Η αύξηση ανασφάλιστων.

Μάλιστα, η έλλειψη ενός οργανωμένου και αποτελεσματικού συστήματος παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς με χρόνιες ή μη και πάντως όχι επείγουσες καταστάσεις υγείας, να καταφεύγουν στο εφημερεύον νοσοκομείο, επιφορτίζοντας με τον τρόπο αυτό την λειτουργία του τμήματος επειγόντων περιστατικών που στόχο του έχει πρωτίστως τη παροχή έκτακτης & επείγουσας φροντίδας. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι ένα ποσοστό πάνω από το 40% των ασθενών που προσέρχονται στα Τ.Ε.Π. της χώρας μας θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Η λειτουργία των Τ.Ε.Π. στη χώρα μας σε μία 24ωρη βάση μόνο κατά τις μέρες γενικής εφημερίας των νοσοκομείων θεωρείται υπεύθυνη σε έναν μεγάλο βαθμό για

την συμφόρηση που παρατηρείται κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία των αστικών κέντρων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της κατάστασης αυτής είναι ότι την ημέρα γενικής εφημερίας στο Τ.Ε.Π. του «Ευαγγελισμού» προσέρχονται περισσότεροι από 1.200 - 1.500 ασθενείς, ενώ οι εισαγωγές πολλές φορές υπερβαίνουν και τις 300.

Έτσι ο αυξημένος αριθμός προσέλευσης των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, σε συνδυασμό με την ανορθολογική ή άναρχη κατανομή τους μεταξύ των νοσοκομείων της χώρας μας, δημιουργεί σε κάθε περίπτωση μία έντονη δυσλειτουργία με σημαντική απώλεια χρόνου ως προς την εφαρμογή των κατάλληλων ιατρικών ενεργειών, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο σύστημα παροχής επείγουσας φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΕΥΝΑ: ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ (ΑΣΘΕΝΩΝ) ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ Τ.Ε.Π.

5.1. Σκοπός της έρευνας

Το ερευνητικό τμήμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αποσκοπεί στη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης του κοινού-ασθενών από την προσέλευσή τους στα Τ.Ε.Π. όσον αφορά την οργάνωση και λειτουργία αυτών, καθώς και τις ελλείψεις που παρατηρήθηκαν. Για το σκοπό αυτό επιλέχθηκε το Νοσοκομείο «ΤΖΑΝΕΙΟ».

5.1.1. Μεθοδολογία

Προκειμένου να διερευνηθεί η γνώμη του κοινού (ασθενών) ως προς την αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία των ΤΕΠ, αλλά και να διαπιστωθούν οι όποιες ελλείψεις που παρουσιάζουν, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο ως η πιο κατάλληλη μέθοδος για την συλλογή των σχετικών δεδομένων για την έρευνα αυτή. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το κατάλληλο μέσο για την συλλογή πληροφοριών, σχετικά με την γνώμη μεγάλου πλήθους ατόμων. Επίσης είναι σχετικά πιο φθινό και απαιτεί λιγότερο χρόνο σε σχέση με τις προσωπικές συνεντεύξεις.

Το ερωτηματολόγιο θα ήταν καλό να μην ξεπερνάει τις τέσσερις σελίδες και οι ερωτήσεις που έχουν τεθεί προτιμότερο είναι, να μην είναι μακροσκελής (ένας καλός κανόνας είναι κάτω από 25 λέξεις) έτσι ώστε να ευκολοδιάβαστες και κατανοητές. Επίσης οι ερωτήσεις που θέτουμε δεν πρέπει να προκαταλαμβάνουν τον ερωτώμενο.

Επίσης καλό θα ήταν να δοθούν κάποια κίνητρα στον ερωτώμενο έτσι ώστε το ποσοστό των απαντήσεων να παραμένει υψηλό. Για παράδειγμα να είναι διατυπωμένο αρχικά ο σκοπός της έρευνάς μας αποσκοπεί στο να βοηθήσει στη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα Τ.Ε.Π..

Επίσης κάτι που είναι σημαντικό είναι να δοθούν οδηγίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δηλαδή αν πρέπει να χρησιμοποιηθεί μολύβι ή στυλό ή το τι ζητάει κάποια ερώτηση. Επίσης πρέπει να είναι σαφές το πώς θα επιστραφεί το ερωτηματολόγιο σε αυτόν που διεξάγει την έρευνα δηλαδή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή ταχυδρομείου κ.τ.λ.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο τμήμα αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά δεδομένα σχετικά με την ηλικία, την μόρφωση κ.τ.λ. Ένα φανερό επιχείρημα υπέρ αυτής της διάταξης είναι ότι ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό του ατόμου είναι πιο εύκολο να απαντηθούν και μπορούν να εισαγάγουν τον ερωτώμενο σε αυτό. Το δεύτερο τμήμα αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν το θέμα της έρευνας.

Επιπλέον, υπήρχε δυνατότητα στο τέλος του ερωτηματολογίου, ο ερωτώμενος να συμπληρώσει οτιδήποτε θεωρούσε πως δεν είχε καλυφθεί από το ερωτηματολόγιο σε μορφή σχολίου ή παρατήρησης.

5.2. Στατιστική ανάλυση

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των δεδομένων ήταν το στατιστικό πρόγραμμα SPSS17.0 και στην ανάλυση που παρουσιάζεται παρακάτω χρησιμοποιείται η περιγραφική στατιστική.

5.3. Δείγμα

Ως προς το δείγμα που συλλέχθηκε από το συγκεκριμένο Τ.Ε.Π (Νοσοκομείο «ΤΖΑΝΕΙΟ») ανήλθε στα 100 άτομα, ασθενείς ή συνοδοί των ασθενών. Ο πληθυσμός της έρευνάς μας ήταν κυρίως οι ασθενείς, ενώ σε περιπτώσεις που οι ίδιοι αδυνατούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα απαντούσαν στην θέση τους οι συνοδοί. Πιο συγκεκριμένα ο πληθυσμός της έρευνας ανήλθε στους 6336 εξετασθέντες στα Τ.Ε.Π, εκ των οποίων οι 1114 νοσηλευθέντες, τα 325 άτομα βραχύβιας νοσηλείας του παθολογικού-χειρουργικού τομέα. Επιπλέον, τα Τ.Ε.Π παρουσίασαν 61 διακομιδές από το νοσοκομείο και 62 προς το νοσοκομείο το χρονικό διάστημα της έρευνας.

5.4. Αποτελέσματα έρευνας

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.

		N	%
Βρίσκεστε στα Τ.Ε.Π. ως:	Ασθενής	67	67,0%

	Συνοδός	33	33,0%
Φύλο	Άνδρας	63	63,0%
	Γυναίκα	37	37,0%
Ηλικία	18-35	20	20,0%
	36-50	18	18,0%
	51-65	12	12,0%
	66-75	37	37,0%
	75+	13	13,0%
Υπηκοότητα	Ελληνική	90	95,7%
	Ξένη	4	4,3%
Μορφωτικό επίπεδο	Α΄βάθμια	62	62,0%
	Β΄βάθμια	12	12,0%
	Γ΄βάθμια	24	24,0%
	Μεταπτυχιακοί τίτλοι	2	2,0%
Ασφάλεια υγείας	Ασφαλισμένος	92	95,8%
	Ανασφάλιστος	4	4,2%
Ασφαλιστικός φορέας	Χωρίς ασφάλεια	4	4,0%
	ΔΗΜΟΣΙΟ	8	8,0%
	ΕΔΟΕΑΠ	2	2,0%
	ΕΟΠΥΥ	2	2,0%
	ΙΚΑ	64	64,0%
	NAT	2	2,0%
	ΟΑΕΕ	2	2,0%
	ΟΓΑ	16	16,0%

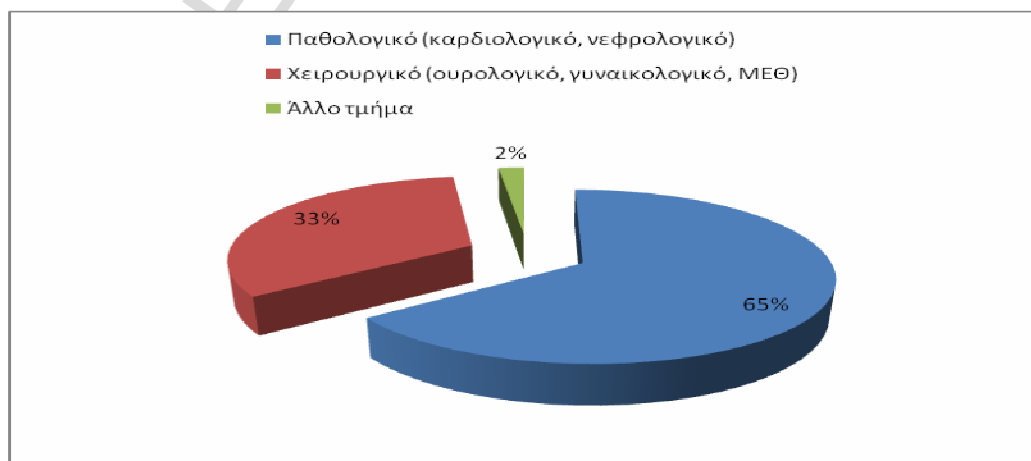
Σύμφωνα με τον Πίνακα 9, το 67% των ερωτώμενων βρίσκεται στα Τ.Ε.Π ως ασθενής και το υπόλοιπο 33% ως συνοδός. Η αναλογία ανδρών - γυναικών είναι 63% και 37% αντίστοιχα. Το 37% των ερωτώμενων είναι ηλικίας 66-75 ετών, το 20%

είναι από 18-35 ετών, το 18% είναι από 36-50 ετών, το 13% είναι άνω των 75 ετών και το υπόλοιπο 12% είναι από 51-65 ετών. Επιπλέον το 95,7% των ερωτώμενων έχει Ελληνική υπηκοότητα ενώ το 4,3% ξένη υπηκοότητα. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο το 62% των ερωτώμενων έχει Α΄ βάρθμια εκπαίδευση, το 24% Γ΄ βάρθμια, το 12% Β΄ βάρθμια και το 2% έχει μεταπτυχιακούς τίτλους. Παρατηρούμε ακόμα ότι το 95,8% των ερωτώμενων έχει ασφάλεια υγείας ενώ το υπόλοιπο 4,2% όχι. Επίσης το 64% των ερωτώμενων έχει ασφάλεια ΙΚΑ, το 16% του ΟΓΑ, το 8% του Δημοσίου και το υπόλοιπο 8% άλλου είδους ασφαλιστικό φορέα. Τέλος ο τόπος κατοικίας των ερωτώμενων είναι η Αθήνα και ο Πειραιάς (Παράρτημα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Ιατρικός τομέας στα Τ.Ε.Π..

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Παθολογικό (καρδιολογικό, νεφρολογικό)	65	65,0	65,0	65,0
Χειρουργικό (ουρολογικό, γυναικολογικό, ΜΕΘ)	33	33,0	33,0	98,0
Άλλο τμήμα	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

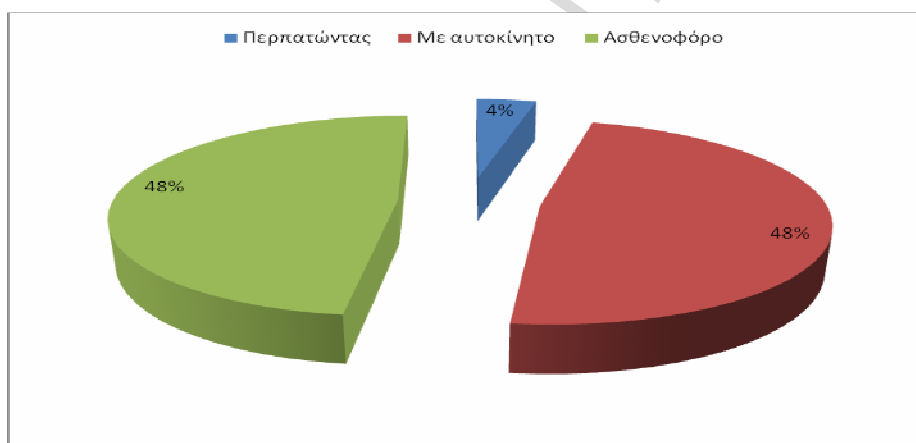
Σύμφωνα με τον Πίνακα 10, το 65% των ερωτώμενων επισκέφθηκε τον παθολογικό τομέα, το 33% το χειρουργικό τομέα και το 2% άλλο τμήμα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Τρόπος άφιξης στα Τ.Ε.Π..

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Περπατώντας	4	4,0	4,0	4,0
Με αυτοκίνητο	48	48,0	48,0	52,0
Ασθενοφόρο	48	48,0	48,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

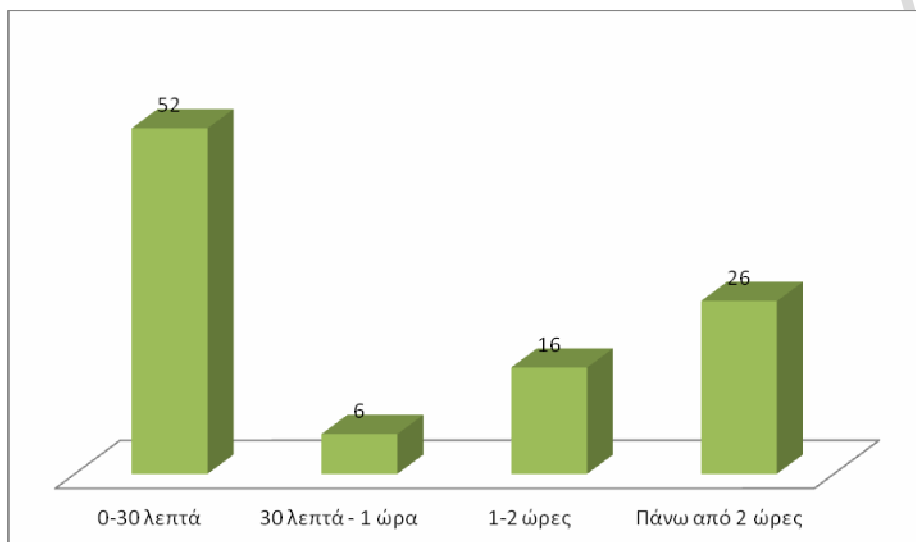
Σύμφωνα με τον Πίνακα 11, το 48% των ερωτώμενων προσήλθε στα Τ.Ε.Π με ασθενοφόρο, ένα επιπλέον 48% με αυτοκίνητο και το 4% περπατώντας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Χρόνος αναμονής για την εξέταση.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
0-30 λεπτά	52	52,0	52,0	52,0
30 λεπτά - 1 ώρα	6	6,0	6,0	58,0
1-2 ώρες	16	16,0	16,0	74,0
Πάνω από 2 ώρες	26	26,0	26,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

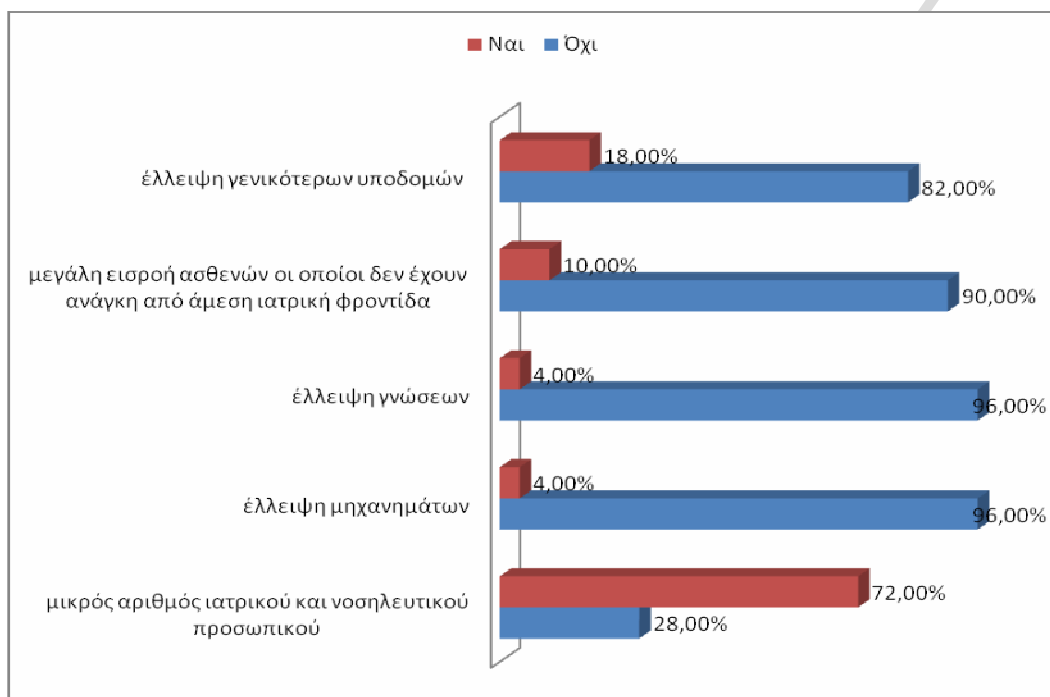
Σύμφωνα με τον Πίνακα 12, το 52% των ερωτώμενων περίμενε λιγότερο από 30 λεπτά για να πραγματοποιηθεί η εξέτασή του, το 26% πάνω από 2 ώρες, το 16% από 1-2 ώρες και το 6% από 30 λεπτά ως 1 ώρα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Αξιολόγηση προβλημάτων στα Τ.Ε.Π..

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
έλλειψη γενικότερων υποδομών	82	82,0%	18	18,0%
μεγάλη εισροή ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ανάγκη από άμεση ιατρική φροντίδα	90	90,0%	10	10,0%
έλλειψη γνώσεων	96	96,0%	4	4,0%
έλλειψη μηχανημάτων	96	96,0%	4	4,0%
μικρός αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	28	28,0%	72	72,0%

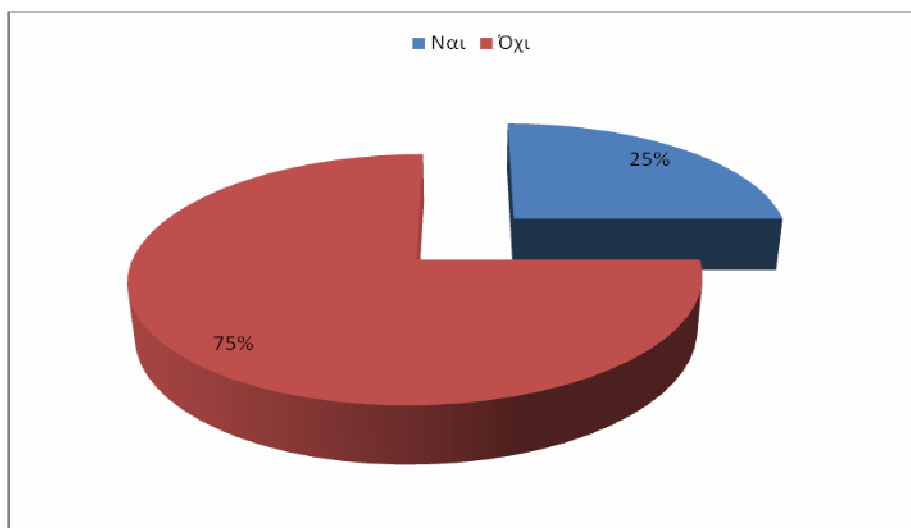
Σύμφωνα με τον Πίνακα 13, το 72% των ερωτώμενων θεωρεί πως το μεγαλύτερο πρόβλημα στα Τ.Ε.Π είναι ο μικρός αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το 18% την έλλειψη γενικότερων υποδομών, το 10% τη μεγάλη εισροή ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ανάγκη από άμεση ιατρική φροντίδα, το 4% την έλλειψη γνώσεων και ένα επιπλέον 4% την έλλειψη μηχανημάτων.



ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Προηγούμενη επίσκεψη στα Τ.Ε.Π..

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	25	25,0	25,0	25,0
Όχι	75	75,0	75,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

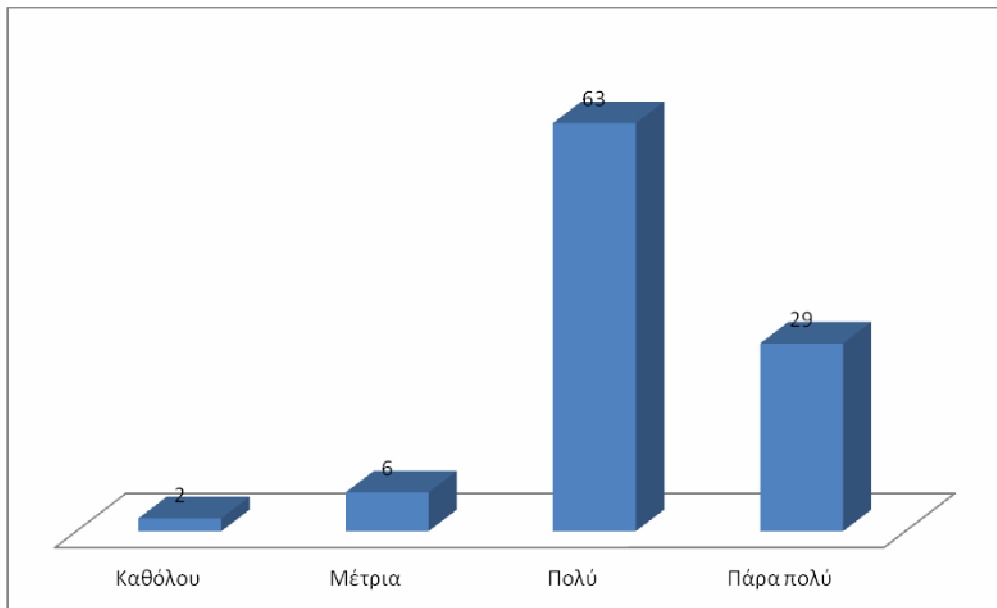
Σύμφωνα με τον Πίνακα 14 το 25% των ερωτώμενων έχει επισκεφθεί στο παρελθόν τα Τ.Ε.Π..



ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Αξιολόγηση του έργου του Ιατρικού & Νοσηλευτικού προσωπικού.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	2	2,0	2,0	2,0
Μέτρια	6	6,0	6,0	8,0
Πολύ	63	63,0	63,0	71,0
Πάρα πολύ	29	29,0	29,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον Πίνακα 15, το 92% των ερωτώμενων αξιολογεί ως τουλάχιστον πολύ καλό το έργο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το 6% ως μέτριο και το υπόλοιπο 2% ως καθόλου καλό.



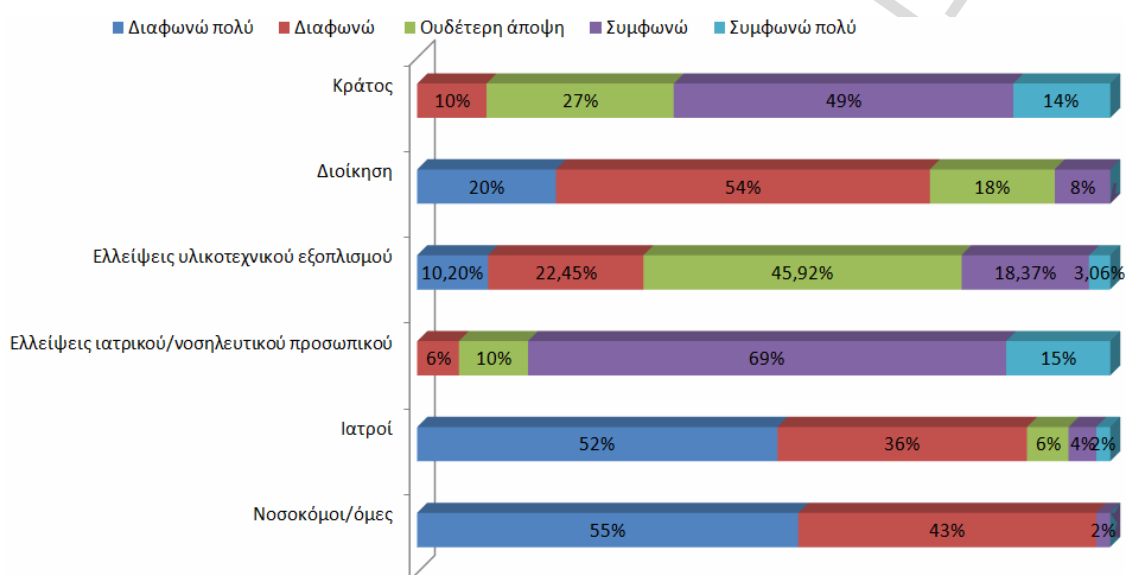
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή της ευθύνης ως προς τα προβλήματα αναμονής.

	Διαφωνώ πολύ		Διαφωνώ		Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι νοσοκόμοι/όμες	55	55,0%	43	43,0%	0	,0%	2	2,0%	0	,0%
Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ιατροί	52	52,0%	36	36,0%	6	6,0%	4	4,0%	2	2,0%
Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό	0	,0%	6	6,0%	10	10,0%	69	69,0%	15	15,0%
Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό	10	10,2%	22	22,4%	45	45,9%	18	18,4%	3	3,1%
Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνεται η διοίκηση	20	20,0%	54	54,0%	18	18,0%	8	8,0%	0	,0%
Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνεται το κράτος	0	,0%	10	10,0%	27	27,0%	49	49,0%	14	14,0%

Σύμφωνα με τον Πίνακα 16, το 84% (69% + 15%) των ερωτώμενων θεωρεί ότι για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (10%

έχει ουδέτερη άποψη), το 63% (49% + 14%) θεωρεί ότι ευθύνεται το κράτος (27% έχει ουδέτερη άποψη), το 21,5% (18,4% + 3,1%) θεωρεί ότι ευθύνονται οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό (45,9% έχει ουδέτερη άποψη), το 8% θεωρεί ότι ευθύνεται η διοίκηση (18% έχει ουδέτερη άποψη), το 6% θεωρεί ότι ευθύνονται οι γιατροί (6% έχει ουδέτερη άποψη) και το 2% θεωρεί ότι ευθύνονται οι νοσοκόμοι (0% έχει ουδέτερη άποψη).



Κάποια επιπλέον σχόλια που αφορούν την λειτουργία των Τ.Ε.Π σύμφωνα με τους ερωτώμενους είναι: η σωστή αναλογία γιατρών - νοσηλευτών, η αξιολόγηση των γιατρών, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, η έλλειψη ενημέρωσης από τους γιατρούς και η καθυστέρηση στις εξετάσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεράσματα έρευνας

Από την παραπάνω ανάλυση προέκυψε πως:

Οι τομείς με την περισσότερη επισκεψημότητα κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν αυτός του παθολογικού, με ακόλουθο αυτόν του χειρουργικού. Η πλειοψηφία των ασθενών προσήλθε στα ΤΕΠ είτε οδικώς, είτε με χρήση ασθενοφόρου, ενώ πολύ μικρό ήταν το ποσοστό των περιπατικών ασθενών.

Όσον αφορά το χρόνο αναμονής για την εξέταση, είναι αξιοσημείωτο ότι ένας στους δύο ασθενείς εξυπηρετήθηκε αρκετά γρήγορα, ενώ ένας στους τέσσερις πολύ αργά. Πιθανόν αυτό να οφείλεται σε κακή οργάνωση και λειτουργία των ΤΕΠ, όπως επίσης και στην προτεραιότητα που δίνεται στους ασθενείς που φτάνουν με ασθενοφόρο. Θεωρείται ότι για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Παρότι ως σημαντικότερο πρόβλημα στη λειτουργία των ΤΕΠ οι ασθενείς αναδεικνύουν την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και ακόλουθο την έλλειψη υποδομών, είναι ικανοποιημένοι από το έργο τους.

Συμπεράσματα βιβλιογραφίας - προτάσεις

Η εν λόγω μελέτη είχε ως κύριο στόχο να προβάλει κατά κύριο λόγο τα στοιχεία που ενεργούν υπέρ της λειτουργικής οργάνωσης ενός σύγχρονου νοσοκομειακού ΤΕΠ. Η εργασία τόνισε την αλληλεξάρτηση της άμεσης αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών που στις μέρες μας έχει πρωτεύουσα θέση στη μεταρρύθμιση που επιχειρείται για τον τομέα της υγείας στην χώρα μας, με τη λειτουργία των ΤΕΠ να συνιστά την κυρίαρχη πολιτική στη νοσοκομειακή μεταρρύθμιση.

Ο σχεδιασμός είναι απαραίτητος καθώς επίσης και ο προγραμματισμός της λειτουργίας των ΤΕΠ. Πιο αναλυτικά ενεργούν υπό άλλο πρίσμα λειτουργίας αναλογικά με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου.

Ένα άριστης λειτουργίας ΤΕΠ οφείλει να οργανώνεται έτσι ώστε να ανταποκρίνεται άμεσα στις απαιτητικές ανάγκες των ασθενών και να διαχειρίζεται το

ανθρώπινο δυναμικό και τους πόρους του με τον καλύτερο τρόπο.

Η διαρκής λειτουργία των ΤΕΠ καθημερινά κρίνει απαραίτητη την αυτοτέλειά του σε υλικοτεχνική υποδομή και η ανάπτυξη αυτόνομων ΤΕΠ εξασφαλίζει τις αναγκαίες δομές για άμεση αντιμετώπιση και υποστήριξη των επείγουσών καταστάσεων. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα αλλά και την ελληνική καθημερινότητα μειώνεται το κόστος του επείγοντος μέσα από τις παρακάτω δράσεις:

1. Υπάρχει μείωση άμεση αλλά και μεταγενέστερη θνητότητα
2. Μείωση νοσηρότητας (σε διάρκεια, βαρύτητα ή ανικανότητα)
3. Περιορισμός απειλής και αύξηση ποσοστών επιβίωσης
4. Μείωση νοσοκομειακού κόστους νοσηλείας

Ένα άριστα οργανωμένο ΤΕΠ, με εκπαιδευμένο προσωπικό είναι σε θέση να αποτελέσει το μέσο που θα προστατεύει το νοσοκομείο από άσκοπες εισαγωγές, διασφαλίζοντας την επιτυχή έκβαση του ασθενή που δεν εισάγεται τελικά στο νοσοκομείο.

Τα ΤΕΠ οφείλουν στις μέρες μας να διατηρούν μόνιμο προσωπικό και ειδικευμένες ειδικότητες. Οπότε η σωστή εκπαίδευση και δεξιότητες είναι δύο απαραίτητες παράμετροι για τη στελέχωση των ΤΕΠ.

Η διαρκής εκπαίδευση και συνεχής κατάρτιση σε νέες δεξιότητες, είναι απαραίτητα στοιχεία διατήρησης σε υψηλά επίπεδα των συνθηκών άσκησης της επείγουσας ιατρικής. Είναι πλέον γεγονός ότι η λειτουργία αυτοτελών Τμημάτων Επείγοντων Περιστατικών στα νοσοκομεία της Ελλάδας είναι απαραίτητη με σκοπό:

1. Τη συστηματική αντιμετώπιση των ασθενών
2. Την ουσιαστική απόδοση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
3. Τη συντομότερη διεκπεραίωση των άμεσων περιστατικών
4. Τη μη δυσλειτουργία των άλλων τμημάτων των νοσοκομείων
5. Τη διασφάλιση του ελέγχου των προσφερομένων υπηρεσιών

Για μια επιτυχημένη λειτουργία του ΤΕΠ χρειάζεται προσεκτική ανάλυση όλων των δεδομένων του συστήματος υγείας της χώρας μας. Πιο αναλυτικά, αντικείμενο μελέτης θα πρέπει να αποτελεί η εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και

βοηθητικού προσωπικού και η ανάπτυξη της επείγουσας ιατρικής φροντίδας.

Ταυτόχρονα η συνεχής αναβολή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και η έλλειψη πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, είναι δύο παράμετροι που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Επιπλέον στοιχεία προς μελέτη αποτελούν η πρόβλεψη οικονομικών κινήτρων όπως και αναβάθμισης του προσωπικού. Επίσης, η ανάπτυξη κλίμακας κατηγοριοποίησης των ασθενών και η καλύτερη επικοινωνία μεταξύ ΕΚΑΒ-ΤΕΠ. Τέλος, θα πρέπει να μελετηθούν ο εκσυγχρονισμός και η ηλεκτρονική υποστήριξη των ΤΕΠ και οι σωστά εξοπλισμένοι χώροι.

Για να είναι εφικτά τα παραπάνω, βασική προϋπόθεση αποτελεί η προσπάθεια δημιουργίας ενός πρότυπου σχεδίου ΤΕΠ στην Ελλάδα, αφού πρώτα μελετηθεί αναλυτικά η κοινωνική δομή, η συμπεριφορά, το κλίμα, οικονομικοί πόροι, κ.τ.λ..

Πολύ χρήσιμη είναι η εμπειρία που μπορεί να αποκτηθεί, από την μελέτη της οργάνωσης άλλων αντίστοιχων δομών από χώρες του εξωτερικού.

Τέλος, φαίνεται ότι για την υλοποίηση των νέων τακτικών είναι απαραίτητη η απαίτηση της εξεύρεσης ή επανασχεδίασης των απαιτούμενων χώρων.

Για το στόχο αυτό, απαιτείται η άμεση και αποτελεσματική συνεργασία των ομάδων σχεδιασμού με τις διοικήσεις των νοσοκομείων, προκειμένου να εντοπιστούν οι βασικές ανάγκες για κάθε ΤΕΠ αναλογικά με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους.

Ωστόσο, ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη μελέτη των βασικών χαρακτηριστικών της χώρας μας (κοινωνική δομή, συμπεριφορά, κλίμα, νοσηρότητα, διαθέσιμος εξοπλισμός, οικονομικοί πόροι, κ.ά.), έτσι ώστε να αποφευχθεί μία πιθανή αποτυχία από την άκριτη υιοθέτηση ξένων προτύπων ΤΕΠ του εξωτερικού (Μ. Βρετανία).

Αντίθετα, ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η εμπειρία που μπορεί να αποκτηθεί, μέσα από τη μελέτη της μεθοδολογίας οργάνωσης αντίστοιχων δομών σε χώρες του εξωτερικού, καθώς και από τη μελέτη των συγκριτικών τους αποτελεσμάτων. Τέλος, γίνεται φανερό ότι για την υλοποίηση των νέων λειτουργικών τακτικών, προβάλλεται σε κάθε περίπτωση επιτακτική η απαίτηση της εξεύρεσης ή επανασχεδίασης των απαιτούμενων χώρων.

Προς το σκοπό αυτό, κρίνεται απαραίτητη η άμεση και αποτελεσματική

συνεργασία των ομάδων σχεδιασμού με τις διοικήσεις των νοσοκομείων, ώστε να προσδιοριστούν οι πραγματικές ανάγκες για κάθε ΤΕΠ και με βάση τους διατιθέμενους πόρους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Γεωγραφική κατανομή του δείγματος

Τόπος κατοικίας			
	ΑΙΓΑΛΕΩ	18	18,0%
	ΑΙΓΙΝΑ	2	2,0%
	ΑΛΙΜΟ	2	2,0%
	ΚΑΛΛΙΘΕΑ	2	2,0%
	ΚΑΛΥΜΝΟ	2	2,0%
	ΚΕΡΑΤΣΙΝΙ	4	4,0%
	ΜΕΓΑΡΑ	2	2,0%
	ΜΥΤΙΛΗΝΗ	2	2,0%
	ΝΙΚΑΙΑ	15	15,0%
	ΠΑΛΑΙΟ ΦΑΛΗΡΟ	2	2,0%
	ΠΕΙΡΑΙΑ	7	7,0%
	ΠΕΙΡΑΙΑΣ	12	12,0%
	ΠΕΡΑΜΑ	12	12,0%
	ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ	6	6,0%
	ΣΑΛΑΜΙΝΑ	4	4,0%
	ΦΑΛΗΡΟ	6	6,0%
	ΧΑΙΔΑΡΙ	2	2,0%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ όπως απαντήσετε στο παρόν ερωτηματολόγιο. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει την απεικόνιση της υπάρχουσας κατάστασης στα Τ.Ε.Π.. Η συμβολή σας στην έρευνα αυτή θα είναι σημαντική.

1. Βρίσκεστε στα Τ.Ε.Π. ως:

α) Ασθενής β) Συνοδός

2. Φύλο:

α) Άντρας β) Γυναίκα

3. Ηλικία:

18-35 ετών 36-50ετών 51-65 ετών 66-75 ετών >75 ετών

4. Υπηκοότητα:

α) Ελληνική β) Ξένη

5. Μορφωτικό επίπεδο (εκπαίδευση):

α) Α'βάθμια β) Β'βάθμια γ) Γ'βάθμια Δ) Μεταπτυχιακοί τίτλοι

6. Είστε ή όχι ασφαλισμένος;

α) Ασφαλισμένος β) Ανασφάλιστος

7. Εάν είστε ασφαλισμένος σε ποιο Ασφαλιστικό Φορέα ανήκετε;

.....

8. Τόπος κατοικίας

9. Για ποιον ιατρικό τομέα είστε στα Τ.Ε.Π.;

α) Παθολογικό (καρδιολογικό, νεφρολογικό)

β) Χειρουργικό (ουρολογικό, γυναικολογικό, ΜΕΘ)

γ) Εργαστηριακό (микροβιολογικό, αιματολογικό, ακτινολογικό)

δ) Άλλο τμήμα

10. Πώς ήρθατε στο Τ.Ε.Π.;

α) Περπατώντας β) Με αυτοκίνητο γ) Ασθενοφόρο

11. Πόση ώρα περιμένετε για την εξέταση;

α) 0-30 λεπτά

β) 30 λεπτά - 1 ώρα

γ) 1-2 ώρες

δ) Πάνω από 2 ώρες

12. Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο πρόβλημα στα Τ.Ε.Π.;

α) μικρός αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

β) έλλειψη μηχανημάτων

γ) έλλειψη γνώσεων

δ) μεγάλη εισροή ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ανάγκη από άμεση ιατρική φροντίδα

ε) έλλειψη γενικότερων υποδομών

13. Έχετε επισκεφτεί ξανά το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών;

α) ναι β) όχι

14. Θεωρείτε ότι οι ιατροί και οι νοσοκόμοι κάνουν καλά τη δουλειά τους;

α) Καθόλου

β) Λίγο

γ) Μέτρια

δ) Πολύ

ε) Πάρα πολύ

Σημειώστε με κλίμακα από 1-5 το βαθμό συμφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις: (1 = διαφωνώ απολύτως, 2 = διαφωνώ, 3 = ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4 = συμφωνώ, 5 = συμφωνώ απολύτως)

15. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι νοσοκόμοι/όμες

1	2	3	4	5

16. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ιατροί

1	2	3	4	5

17. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

1	2	3	4	5

18. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό

1	2	3	4	5

19. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνεται η διοίκηση

1	2	3	4	5

20. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνεται το κράτος

1	2	3	4	5

21. Έχετε να παρατηρήσετε κάτι επιπλέον, σχετικά με τη λειτουργία των Τ.Ε.Π.;

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Ετήσιος αριθμός εξετασθέντων στα Τ.Ε.Π. το 2012 ανά Υ.Πε..

Νοσοκομεία ανά Υ.Πε.	Ετήσιος αριθμός εξετασθέντων στα Τ.Ε.Π. (2012)
1η Υ.Πε.	
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	48.998
1ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ	4.299
3ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ	-
6ο ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣ. ΙΚΑ	-
7ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ	786
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	81.266
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	29.522
Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	16.452
Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ"	28.136
Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	57.222
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	98.774
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	87.163
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	57.992
Γ.Ν. ΠΑΤΗΣΙΩΝ	16.674
Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"	30.432
Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	109.707
Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"	40.455

<i>Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"</i>	38.200
<i>Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"</i>	46.446
<i>Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.</i>	69.347
<i>Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"</i>	61.689
<i>Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"</i>	107.587
<i>Γ.Ν.Α. "ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"</i>	15.291
<i>ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"</i>	-
<i>ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"</i>	53.603
<i>ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</i>	-
<i>ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"</i>	1.067
<i>ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"</i>	25
<i>ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ</i>	15.415
<i>ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ</i>	-
<i>1η Υ.Πε.</i>	<u>1.116.548</u>
<i>2η Υ.Πε.</i>	
<i>Γ.Ν. "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ" ΒΟΥΛΑΣ</i>	79.973
<i>Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</i>	15.492
<i>Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"</i>	57.098
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ</i>	5.093
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ "ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ"</i>	6.821

<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΘΗΡΩΝ "ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ"</i>	1.882
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΩ</i>	13.349
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΔΗΜΝΟΥ</i>	7.143
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ</i>	10.810
<i>Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"</i>	38.685
<i>Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"</i>	118.886
<i>Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ"</i>	78.210
<i>Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"</i>	45.661
<i>Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"</i>	11.276
<i>Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ"</i>	12.797
<i>Γ.Ν. ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ"</i>	16.132
<i>ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚ. ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ"</i>	3.671
<i>ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ- Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ</i>	6.577
<i>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"</i>	76.284
<i>Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"</i>	4.262
<i>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ</i>	4.647
<i>ΩΝΑΣΣΕΙΟ Καρδιοχειρουργικό Κέντρο</i>	2.014
<i>2^η Υ.Πε.</i>	<u>616.763</u>
<i>3^η Υ.Πε.</i>	
<i>Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"</i>	98.996
<i>Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ</i>	68.306
<i>Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ</i>	62.326

<i>Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ</i>	15.913
<i>Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΣΑΣ</i>	40.069
<i>Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ "ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"</i>	37.037
<i>Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"</i>	66.421
<i>Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"</i>	59.380
<i>Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ</i>	26.292
<i>Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ</i>	54.966
<i>Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"</i>	31.922
<i>Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ</i>	18.273
<i>Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"</i>	30.832
<i>Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"</i>	35.757
<i>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</i>	5.206
<i>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ</i>	-
<i>3η Υ.Πε.</i>	<u>651.696</u>
<i>4η Υ.Πε.</i>	
<i>2ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ</i>	16.209
<i>ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"</i>	-
<i>Γ.Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ</i>	30.570
<i>Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ</i>	60.983
<i>Γ.Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"</i>	128.244
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ</i>	6.516

<i>Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ</i>	89.429
<i>Γ.Ν. ΚΙΑΚΙΣ</i>	46.369
<i>Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"</i>	59.045
<i>Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ</i>	84.591
<i>Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ</i>	108.355
<i>Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ</i>	36.910
<i>ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</i>	35.995
<i>ΝΟΣ. ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ</i>	16.753
<i>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ"</i>	63.057
<i>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ</i>	51.829
<i>ΠΡΩΤΟ ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"</i>	35.749
<i>4η Υ.Πε.</i>	<u>870.604</u>
<i>5η Υ.Πε.</i>	
<i>Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ</i>	15.095
<i>Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"</i>	93.006
<i>Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ</i>	9.514
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ</i>	3.169
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ</i>	4.277
<i>Γ.Ν. ΚΑΡΛΙΤΣΑΣ</i>	57.675
<i>Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ</i>	3.445
<i>Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ</i>	44.246
<i>Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ"</i>	58.611

<i>Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ</i>	26.604
<i>Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ</i>	55.957
<i>Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ</i>	51.128
<i>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ</i>	60.779
<i>5η Υ.Πε.</i>	<u>483.506</u>
<i>6η Υ.Πε.</i>	
<i>Γ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"</i>	26.963
<i>Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ</i>	56.160
<i>Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ</i>	22.706
<i>Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ</i>	13.795
<i>Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ</i>	14.624
<i>Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ</i>	48.600
<i>Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ "ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ"</i>	24.147
<i>Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"</i>	69.722
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ</i>	6.238
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ</i>	-
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ</i>	12.155
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ</i>	6.436
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ</i>	8.664
<i>Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ</i>	92.582
<i>Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ</i>	31.130

<i>Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ</i>	13.118
<i>Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ</i>	39.420
<i>Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ</i>	15.798
<i>Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ "ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ"</i>	3.209
<i>Γ.Ν. ΜΕΣΣΟΛΟΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"</i>	21.273
<i>Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ</i>	-
<i>Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ"</i>	35
<i>Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"</i>	74.698
<i>Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ</i>	28.123
<i>Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"</i>	57.811
<i>Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"</i>	19.455
<i>ΝΟΣ. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ Ν.Α. ΕΛΛΑΔΑΣ</i>	5.832
<i>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ</i>	34.590
<i>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ</i>	57.051
<i>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ</i>	610
<i>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ</i>	-
<i>6η Υ.Πε.</i>	<u>804.945</u>
<i>7η Υ.Πε.</i>	
<i>Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ</i>	16.235
<i>Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	118.143
<i>Γ.Ν. - Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας</i>	14.713
<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"</i>	7.101

<i>Γ.Ν.- Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ</i>	16.116
<i>Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ</i>	42.283
<i>Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"</i>	81.090
<i>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ</i>	96.667
<i>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ</i>	-
<i>7η Υ.Πε.</i>	<u>392.348</u>

Πηγή: ESY.net (2011)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αγγουριδάκης, Π. Σμπυράκης, Ν. (2010). «Επείγουσα Ιατρική: Αναφορά στη σημερινή πραγματικότητα», Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, Υ.Υ.Κ.Α., Αθήνα
2. Αγγουριδάκης, Π. Σμπυράκης, Ν. (2010). «Ανάπτυξη των Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα», Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, Αθήνα, Δεκέμβριος, σ.σ. 11 - 20
3. Ασκητοπούλου, Ε. (2009). «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση & Ανάπτυξη», Αθήνα, σ.σ. 2-5
4. Ασκητοπούλου, Ε. (1991). Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, Αθήνα, Εκδόσεις Λίτσας
5. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. Σούλης Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, σ.σ. 260 – 325
6. ΕΚΔΔΑ. (2011). «Δομή και Λειτουργία των ΤΕΠ», ΕΚΔΔΑ, σ.σ. 22-88
7. Καραμπίνης, Α. Κουκουλίτσιος, Γ. (2006). «Δημιουργία Τ.Ε.Π. (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών) Χώροι Υποδοχής Περιστατικών», Αθήνα, σ.σ. 6-10
8. Λάμπρος, Π. (2005). «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: οργάνωση και λειτουργία, Mediforce, Αθήνα, σ.σ. 50-56
9. Λιονάκη, Ε. Παναγιωτάκη, Γ. (2004). «Ανάλυση του συστήματος λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του ΠΕΠΑΓΝΗ, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Μελέτη Αποτελεσματικότητας, έρευνα βελτίωσης της λειτουργικότητας για τους ασθενείς και το προσωπικό», Ηράκλειο, σ.σ. 58 – 61
10. Μακρίδου-Βαρδαβέξη, Ε. και Σιγάλας, Ι. (2008). «Διερεύνηση και αξιολόγηση της εφαρμογής του νέου συστήματος εφημερίας των νοσοκομείων ΕΣΥ στη Θεσσαλονίκη», Επιθεώρηση υγείας, σ.σ. 11-12
11. Μαλλιάρου, Μ. Σαράφης, Π. Ζυγά, Σ. (2009). «Ποιότητα παροχής φροντίδας

στο Τμήμα Επειγόντων», Τόμος 8, Τεύχος 1, Αλεξανδρούπολη, Ιανουάριος-Μάρτιος, σ.σ. 25 - 36

12. Μπουντούρης, Θ. Μητρόπουλος, Ι. Μπουντούρη, Μ. Μπουντούρης, Π. Μπουντούρης, Ι. (2003). «Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης», Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 14, Τεύχος 83, Τρίπολη, Ιούλιος – Αύγουστος, σ.σ. 20 - 26
13. Πολύζος, Ν. Θηραίος, Ε. Καρανίκας, Χ. Κακαράς, Χ. Καστανιώτη, Α. Γεωργακόπουλος, Γ. Μανιαδάκης, Ν. Παντελάκη, Κ. (2012) «Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011», Γενική Γραμματεία (ΥΥΚΑ) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, σ.σ. 17-20
14. ΦΕΚ 874/Β/06.03.2012 Αριθμ. Πρωτ.: Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869 (2012). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

ENH

1. American College of Emergency Physicians. (2008). «Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine (Police Statement)», *Emergency Medicine*, 52: 189-90
2. Anderson, SP. Petrino, R. Kalpern, P. Tintinalli, J. (2006). «The Globalization Of Emergency Medicine and its Importance», *Bulletin of the World Health Organization*, 84: 835-839
3. Australasian College for Emergency Medicine Policy Document. (1994) «National Triage Scale», *Emergency Medicine*, pp. 145 – 146
4. Australasian College for Emergency Medicine. (2007) «Guidelines on Emergency Department Design», March, pp. 1-25
5. Benjamin, C. Renee, Y. Robert, E. Zingmond, D. Liang, L. Han, W. McCreath, H. Asch, S. (2012). «Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients», *American College of Emergency Physicians*, pp. 2-6
6. Carpentier, F. Guinier, M. Mignat, J. (1990). *Emergency Medicine in France: Examples of Organization and Services Provided*, In: J-L Vincent (ed.), *Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine*, Berlin, pp. 551 - 564
7. Charalampous, G. (2012). «Emergency Department: Basic Prerequisites for the Upgrade of the NHS», *International Journal of Caring Sciences*, Vol 5, Issue 3, September – December, pp. 215-216
8. Cunningham, P. & May, J. (2010). «Insured drive surge in emergency department visits», *Issue Brief Findings from HSC*, pp. 1-6
9. EuSEM. (2007). Policy Statement
10. Hillman, K. Bishop, G. Bristow, P. (1996). « Expanding the role of Intensive Care Medicine», *Intensive Care Update*, pp. 833-841
11. Hirshon, J.M, & Morris, DM. (2006). «Emergency medicine and the health of the public: the critical role of emergency departments in US public health», *Department of Emergency Medicine and Department of Epidemiology and Preventive Medicine*, pp. 816-818

12. Jeremiah, D. Venkatesh, A. (2013). «The Growing Role of Emergency Departments in Hospital Admissions», *The New England Journal of Medicine*, January, pp. 391-393
13. Lynn, S.G. & Rosenfeld, N. (1997). «Emergency Department Facility Design», In: *Emergency Department Management*, Eds Mosby
14. Niska, R. Bhuiya, F. Xu, J. (2007). «National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: Emergency department summary», *National Health Statistics Reports*, pp. 1-27
15. Weinick, R. M. & Burns, R. M. & Mehrotra, A. (2010). «Many Emergency Department Visits Could Be Managed At Urgent Care Centers And Retail Clinics», *HealthAffairs*
16. Wilson, M. J. & Nguyen, K. (2004). *Bursting at the seam, Improving Patient Flow to Help America's Emergency Departments*, pp. 1-4
17. Zilidis, Ch. Filalithis, A. Vlachonikolis, I. (1992). *The Use of Health Services in an Emergency Department*, *Materia Medica Greca*, pp. 165-175