



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ Τ.Ε.Π ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΗΤΡΟ ΣΤΕΛΑ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΠΑΤΡΑ 2017

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή κ. Μιχάλη Ηγουμενίδη, τόσο για την ανάθεση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας, όσο και για τις πολύτιμες συμβουλές και διορθώσεις του. Η επιστημονική και κοινωνική του δράση καθώς και το καινοτόμο πνεύμα του αποτέλεσαν πρότυπο για μένα.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στο προσωπικό του τμήματος επαγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Πατρών Άγιος Άνδreas, για κάθε πληροφορία και άμεση ή έμμεση γνώση που μου προσέφεραν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ΤΕΠ είναι ένα πολύ ιδιαίτερο τμήμα του νοσοκομειολόγου υποδοχής τόσο επειγόντων περιστατικών βαριάς μορφής, αλλά και ελαφρύτερων περιστατικών. Οι προσερχόμενοι ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης κατανομούνται στο αντίστοιχο τμήμα των ΤΕΠ. Η βαρύτητα της κατάστασης καθορίζεται αρχικά κατά τη διαδικασία της διαλογής, όπου είναι υπεύθυνοι εξειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές.

Στην εποχή μας το ΤΕΠ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα εξαιτίας της μαζικής προσέλευσης περιστατικών που δημιουργούν συνθήκες συνωστισμού στους χώρους των ΤΕΠ, προκαλώντας αυξημένους χρόνους αναμονής και πολλές επιπρόσθετες ανεπιθύμητες επιπτώσεις. Η οικονομική κρίση και η απουσία μόνιμου και εξειδικευμένου προσωπικού συμβάλλει στην επιδείνωση αυτών των προβλημάτων.

Η λειτουργία του ΤΕΠ μπορεί να βελτιωθεί με την παροχή καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή εξασφαλίζοντας του υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας. Η αποτελεσματικότητα επιτυγχάνεται με επαρκή στελέχωση κατάλληλου εκπαιδευμένου προσωπικού και με τον ποιοτικό έλεγχο. Χρειάζεται ακόμα να σημειωθεί ότι για την καλή και σωστή παροχή υπηρεσιών υγείας σημαντικός παράγοντας λειτουργίας και πλήρους εξυπηρέτησης είναι και η καλή επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενή για την γρήγορη αντιμετώπιση της απειλητικής για τη ζωή κατάστασης. Η τεχνολογία μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση του ΤΕΠ με ηλεκτρονικά μέσα τα οποία θεωρούνται σημαντικά λόγω της ταχύτητας και της αξιοπιστίας τους. Σε όλες αυτές τις βελτιωτικές κινήσεις, σημαντικός θα πρέπει να θεωρείται ο ρόλος ειδικού νοσηλευτικού προσωπικού που θα διαχειρίζεται την φροντίδα, την ασφάλεια και την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: τμήμα επειγόντων, υποστελέχωση, συστήματα διαλογής

ABSTRACT

The Emergency Department (ED) is a very special part of a hospital, as it hosts both serious medical emergencies as well as lighter cases. Patients are allocated to the appropriate section depending on the gravity of their condition. This gravity is estimated initially during the triage process, under the responsibility of expert physicians and nurses.

Recently EDs have been facing serious problems due to overcrowding, which causes longer waiting times and many other side-effects. Financial crisis and lack of permanent, adequate staffing, augment the problem further.

ED functioning can be ameliorated by providing better access to appropriate quality treatments. The effectiveness is achieved by adequate numbers of appropriately trained staff, and by quality control. It needs to be noted that another important factor is good communication between health care professionals and patients, in order to address directly life-threatening situations. Technology can improve ED functioning with electronic means that are fast and reliable. In all these improvement efforts, the nursing role and participation should be considered highly important, as the appropriately trained nurse is in a position to handle patients' care, safety, and health restoration.

Key words: emergency department, triage tools, understaffing

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 1:Περιγραφή των ΤΕΠ	
1.1 Ορισμός ΤΕΠ.....	10
1.2 Περιστατικά που εξυπηρετούνται.....	10
1.3 Οργανωτική δομή του ΤΕΠ.....	11
1.4 Στελέχωση προσωπικού.....	14
1.4.1 Ιατρικό προσωπικό.....	14
1.4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό.....	15
1.5 Ωράρια-εφημερίες.....	16
1.6 Χωροταξία του ΤΕΠ.....	16
1.7 Διαλογή.....	18
1.7.1 Ορισμός.....	18
1.7.2 Ιστορική εξέλιξη της διαλογής.....	19
1.7.3 Στόχοι συστημάτων διαλογή.....	20
1.7.4 Χώρος διαλογής.....	20
1.7.5 Σύστημα ταξινόμησης περιστατικών.....	22
1.7.6 Κλίμακες διαλογής.....	22
1.7.7 Διαλογή στο ΤΕΠ μετά από μαζικές καταστροφές.....	24
1.8 Λειτουργία των ΤΕΠ.....	26
1.9 Επικοινωνία στο ΤΕΠ.....	26
1.10 Διακομιδές.....	27
1.10.1 Ορισμός.....	27
1.10.2 Είδη διακομιδών.....	27
1.10.3 Μέσα διακομιδών.....	28

1.10.4 Διαχείριση εσωτερικών και εξωτερικών διακομιδών.....	29
1.10.5 Συνεργασία ΤΕΠ και Ε.Κ.Α.Β.....	30

Κεφάλαιο 2: Προβλήματα των ΤΕΠ

2.1 Άτομα με μη επείγοντα προβλήματα υγείας και συνωστισμός στα ΤΕΠ.....	31
2.2 Προβλήματα διαλογής.....	32
2.3 Προβλήματα συνθηκών εργασίας και εκπαίδευσης των ειδικευόμενων γιατρών και νοσηλευτών.....	33
2.4 Έλλειψη κατάλληλης κτηριακής υποδομής και του απαραίτητου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.....	34
2.5 Έλλειψη μηχανογραφικού συστήματος.....	35
2.6 Προβλήματα Ε.Κ.Α.Β.....	36
2.7 Προβλήματα επικοινωνίας.....	36
2.8 Προβλήματα με την συνταγογράφηση εξετάσεων.....	37
2.9 Προβλήματα με τους μετανάστες.....	38
2.10 Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη.....	39

Κεφάλαιο 3: Τρόποι καλύτερης λειτουργίας

3.1 Διεθνής ταξινόμηση ασθενών στο ΤΕΠ με βάση την κλίμακα.....	41
3.1.1 Αμερικάνικη εθνική κλίμακα ESI – δείκτης επείγουσας σοβαρότητας (emergency severity index).....	41
3.1.2 Η Αυστραλιανή κλίμακα διαλογής ATS.....	42
3.1.3 Καναδική κλίμακα διαλογής AQUITY (actas).....	43
3.1.4 Manchester triage scale (mts).....	44
3.2 Βελτίωση της ποιότητας στο ΤΕΠ.....	44
3.2.1. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	44

3.2.2 Στόχοι της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	45
3.2.3 Παράγοντες για να επιτευχθούν οι στόχοι της ποιότητας.....	46
3.2.4 Δείκτες ποιότητας.....	47
3.2.5 Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	48
3.2.6 Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας στο ΤΕΠ.....	49
3.3 Η σημασία της επικοινωνίας στο τομέα της υγείας.....	50
3.3.1 Στόχοι καλής επικοινωνίας.....	50
3.3.2 Η επικοινωνία στο ΤΕΠ σε ηθικά και δεοντολογικά πλαίσια.....	51
3.3.3 Η επικοινωνίας στις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων στο ΤΕΠ.....	51
3.3.4 Η επικοινωνία στη σχέση εργαζομένου και ασθενή-συνοδού.....	52
3.4 Το πληροφοριακό σύστημα ως απαραίτητη υποδομή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.....	53
3.4.1 Τα πληροφοριακά συστήματα.....	53
3.4.2 Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενή στο ΤΕΠ.....	54
3.4.3 E-emergency.....	54
3.4.4 I-triage.....	55
3.4.5 Υπολογιστές παλάμης-ασύρματα δίκτυα.....	55
3.4.6 Εκπαίδευση προσωπικού.....	56

Κεφάλαιο 4: Τα καθήκοντα του νοσηλευτή στο ΤΕΠ

4.1 Γενικά.....	57
4.2 Αρμοδιότητες και καθήκοντα προϊστάμενου νοσηλευτή του ΤΕΠ.....	57
4.3 Αρμοδιότητες και καθήκοντα συντονιστή νοσηλευτή ΤΕΠ.....	58
4.4 Αρμοδιότητες και καθήκοντα νοσηλευτή διαλογής.....	58
4.5 Αρμοδιότητες και καθήκοντα νοσηλευτή του ΤΕΠ.....	59
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	60

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός για τον οποίο πραγματοποιήθηκε η παρούσα εργασία είναι η ανάδειξη σοβαρών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Ελλάδα, λόγω της γενικότερης δυσλειτουργίας του συστήματος υγείας. Οι έρευνες που έχουν γίνει δείχνουν ότι είναι αναγκαία η σωστή διαχείριση της οργάνωσης και λειτουργίας του τμήματος επειγόντων περιστατικών, όπου στην πορεία θα οδηγήσει στην βελτίωση της συνολικής ποιότητας υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην λειτουργία ΤΕΠ, στην στελέχωση του και σε βασικές έννοιες και ορισμούς του συστήματος υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα κύρια προβλήματα σχετικά με την λειτουργία και οργάνωση που αντιμετωπίζει το ΤΕΠ στις μέρες μας.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρει τρόπους και μέσα για την βελτίωση της λειτουργίας του ΤΕΠ καθώς και κλίμακες διαλογής σε άλλες χώρες.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναλύει της αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των νοσηλευτών στο ΤΕΠ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Περιγραφή των ΤΕΠ

1.1 Ορισμός ΤΕΠ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί αυτόνομο τμήμα άμεσου ετοιμότητας του νοσοκομείου που έχει στόχο την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξεία προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό.

Παρέχει απαιτούμενη ταχύτητα αντιμετώπισης των ασθενών, την αναγκαιότητα για άμεση λήψη αποφάσεων, την άμεση πολυδύναμη και υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε οξείες ή απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών είναι ζήτημα υψίστης σημασίας για την αξιοπιστία κάθε συστήματος υγείας. (EUSEM 2007)

1.2 Περιστατικά που εξυπηρετούνται

Επείγον περιστατικό εννοούμε όταν κάποιος ασθενής αντιμετωπίζει μία επείγουσα κατάσταση, η οποία με τη σειρά της είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενούς και απαιτεί γρήγορη εκτίμηση και άμεση αντιμετώπιση μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα ΤΕΠ εξυπηρετούν ασθενείς ποικίλων περιστατικών, όλων των ηλικιών ωστόσο η κύρια λειτουργία του αφορά την γρήγορη εκτίμηση και αντιμετώπιση οξέων περιστατικών όπως: (Λάμπρου 2005)

- i. Οξείες διαταραχές από το κεντρικό νευρικό σύστημα
- ii. Δηλητηριάσεις
- iii. Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια
- iv. Πνευμοθώρακας
- v. Κρίσεις άσθματος
- vi. Οξεία στεφανιαία σύνδρομο
- vii. Αρρυθμίες
- viii. Αιμορραγίες του γαστρεντερικού
- ix. Βαρύ τραύμα
- x. Οξεία κυκλοφορική κατάρριψη (σοκ)
- xi. Υπογλυκαιμικό κώμα
- xii. Καρδιοαναπνευστική ανακοπή

Τα ΤΕΠ εξυπηρετούν επίσης περιστατικά που χρειάζονται ελάχιστη φροντίδα ή μέτρια υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών: για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να

καταλήγει στο ΤΕΠ για εξέταση ή για μια σειρά από ιατρικούς λόγους όπως είναι οι μικροτραυματισμοί, απλά κατάγματα, διαστρέμματα άκρων, ήπιες λοιμώξεις κλπ. Επίσης εξυπηρετούν ασθενείς που χρήζουν παρακολούθησης για ένα χρονικό διάστημα μέχρι να διευκρινιστεί εάν πρέπει να εισαχθούν ή όχι στο νοσοκομείο.

1.3 Οργανωτική δομή του ΤΕΠ

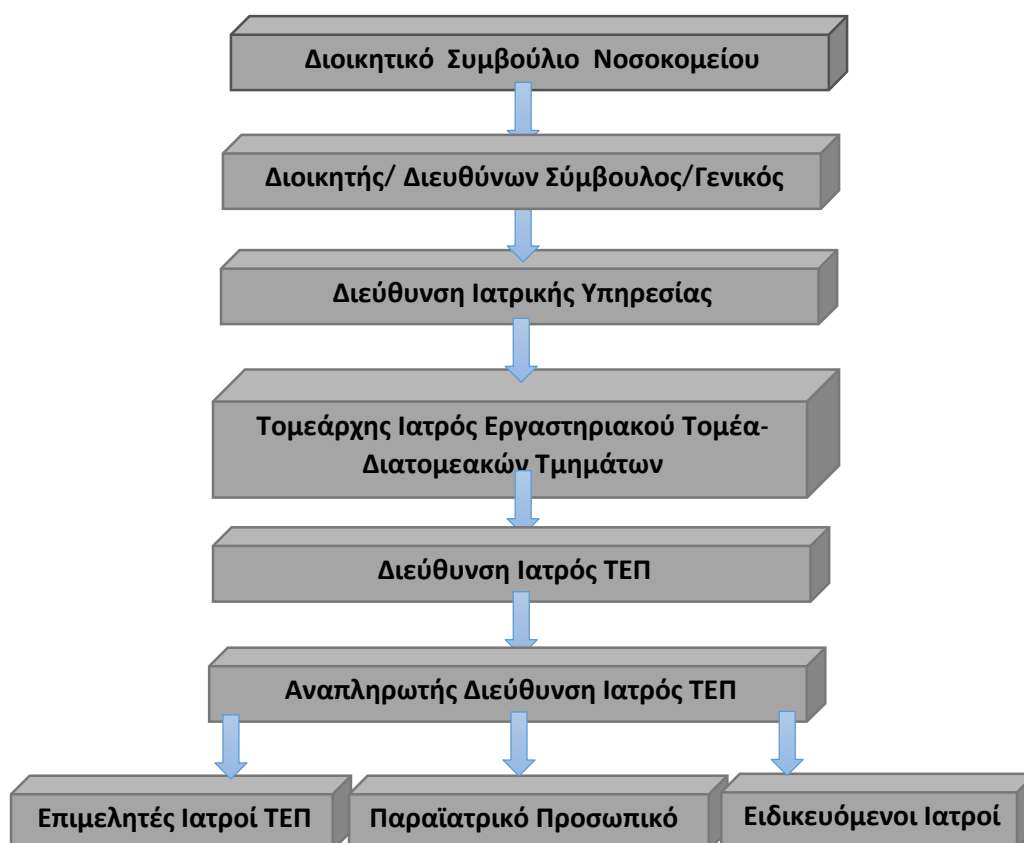
Σε κάθε ΤΕΠ υφίστανται οργανωτικά τρεις βασικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι οι εξής: (Λάμπρου 2005)

- i. Ιατρική υπηρεσία
- ii. Νοσηλευτική υπηρεσία
- iii. Διοικητική υπηρεσία

Οι ανωτέρω υπηρεσίες υπάγονται απευθείας στο Διοικητή / Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου και κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ιεραρχική διάρθρωση και στελέχωση.

Επιπλέον, υφίστανται οι υποστηρικτικές υπηρεσίες (π.χ. εργαστήρια, ακτινολογικό τμήμα, αιμοδοσία κλπ) του νοσοκομείου, οι οποίες δεν ανήκουν μεν οργανωτικά στο ΤΕΠ, υποστηρίζουν δε το τμήμα αυτό στις λειτουργίες του.

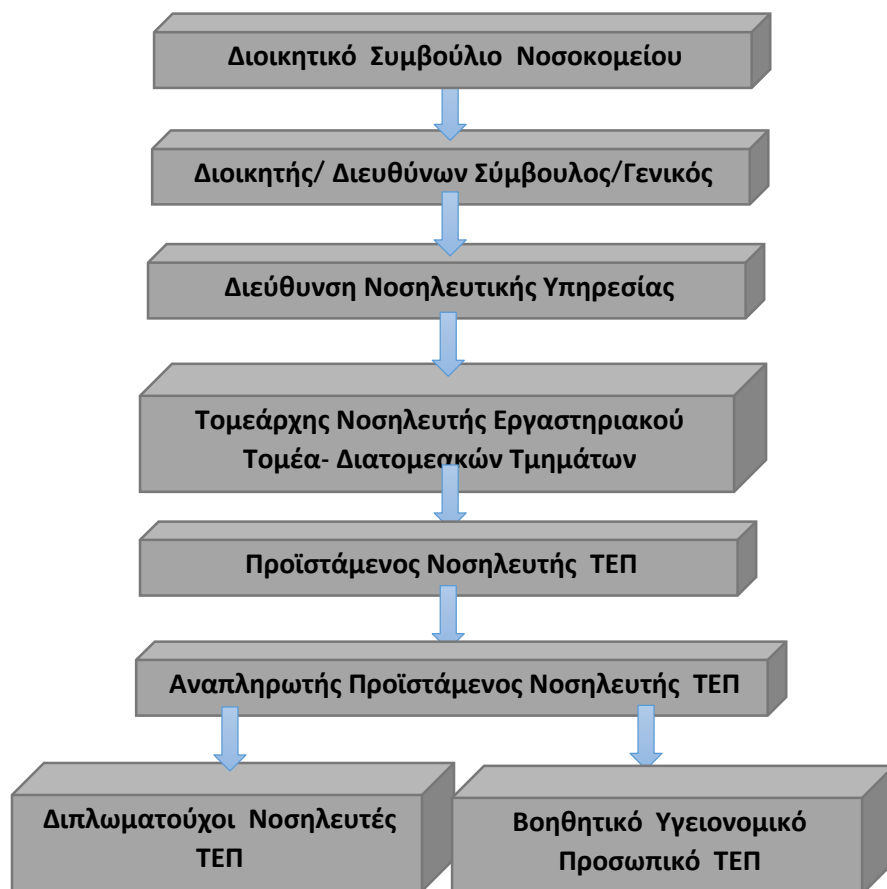
Οι βασικές λειτουργίες του ΤΕΠ, όπως μπορεί να δει κανείς και στα οργανογράμματα που ακολουθούν (Σχήματα 1, 2, 3), παρουσιάζουν κατακόρυφα οργανωτική διάρθρωση.



Σχήμα 1. Οργανόγραμμα Ιατρικής Υπηρεσίας ΤΕΠ

Στο οργανόγραμμα που παρατίθεται στο Σχήμα 1 εμφανίζεται σχηματικά η οργανωτική δομή της ιατρικής υπηρεσίας, με τους βασικούς της άξονες, που διαρθρώνεται κατακόρυφα στο ΤΕΠ. Ως προς την οργανωτική δομή της Ιατρικής Υπηρεσίας πρέπει να επισημανθεί ότι αυτή διαρθρώνεται σε Τομείς, που είναι:

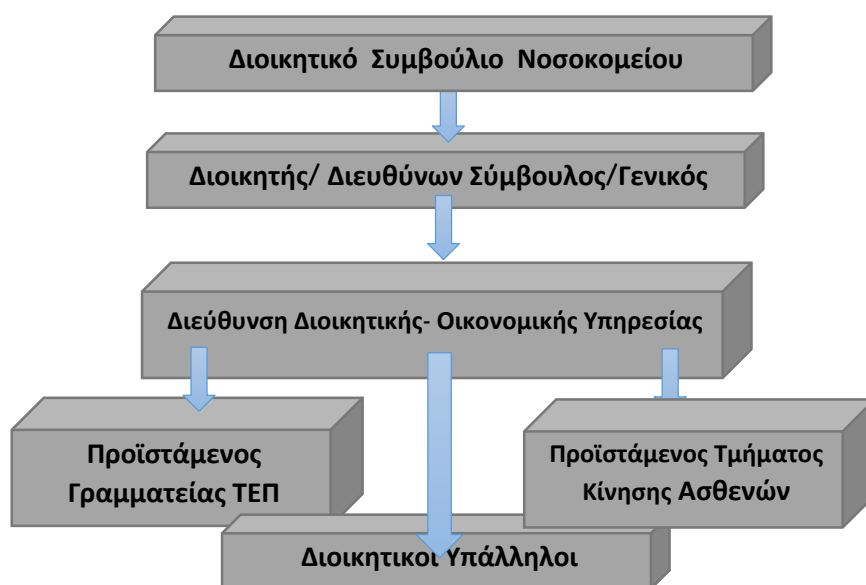
- i. Παθολογικός τομέας
- ii. Χειρουργικός τομέας
- iii. Εργαστηριακός – απεικονιστικός-διατομεακών τμημάτων Τομέας
- iv. Τομέας Ψυχικής Υγείας (σε ορισμένα μόνο νοσοκομεία)



Σχήμα 2. Οργανόγραμμα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΤΕΠ

Στο οργανόγραμμα που απεικονίζεται στο Σχήμα 2 εμφανίζεται η οργανωτική δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας, με τους βασικούς της άξονες, που επίσης διαρθρώνεται κατακόρυφα στο ΤΕΠ. Κάθε νοσηλευτικός τομέας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα που ακολουθούν την διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2889/2001. Ο 3ος νοσηλευτικός Τομέας καλύπτει τον τομέα εργαστηριακό καθώς και τα διατομεακά τμήματα, στα οποία ανήκει και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Όπως φαίνεται σχηματικά παραπάνω, όλοι οι νοσηλευτές και το βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ λογοδοτούν στον προϊστάμενο νοσηλευτή του ΤΕΠ, ο οποίος με τη σειρά

του αναφέρεται, κατά κανόνα, στον τομεάρχη του 3ου νοσηλευτικού τομέα. Ο τομεάρχης αναφέρεται στο Διευθυντή/-ντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας και εκείνος/-η με τη σειρά του/της στην ανώτατη διοίκηση του νοσοκομείου. Τον προϊστάμενο νοσηλευτή του ΤΕΠ αναπληρώνει αρμοδίως κατάλληλος νοσηλευτής που τοποθετείται στη θέση αυτή. Ο ορισμός αναπληρωτή προϊσταμένου ΤΕΠ δυστυχώς δεν αποτελεί κανόνα σε όλα τα ΤΕΠ της Ελλάδας. Σημειωτέον ότι ο προϊστάμενος νοσηλευτής του ΤΕΠ, ως θέση ή ως φυσικό πρόσωπο, δεν υφίσταται σε όλα τα ΤΕΠ των νοσοκομείων της χώρας. Σε πολλές περιπτώσεις ο προϊστάμενος νοσηλευτής του τμήματος των εξωτερικών ιατρείων εκτελεί ταυτόχρονα καθήκοντα προϊσταμένου ΤΕΠ, πράγμα που συνιστά αμιγώς Ελληνικό φαινόμενο το οποίο δεν συναντάται σε οργανωμένα νοσοκομεία του εξωτερικού. (Potter MA et al. 2010)



Σχήμα 3. Οργανόγραμμα Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας ΤΕΠ

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

1.4 Στελέχωση προσωπικού

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

- i. Ιατρικό προσωπικό, το οποίο περιλαμβάνει μόνιμους ειδικευμένους ιατρούς, ειδικευμένους ιατρούς συμβούλους, ειδικευόμενους ιατρούς.
- ii. Νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι διπλωματούχοι νοσηλευτές.
- iii. Διοικητικό προσωπικό, που απαρτίζεται από διοικητικούς υπαλλήλους της γραμματείας του ΤΕΠ.
- iv. Βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι βοηθοί νοσηλευτών, οι μεταφορείς ασθενών, οι βοηθοί θαλάμου. Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ, αλλά κατανέμεται στα επιμέρους Τμήματα του κάθε νοσοκομείου, με αποφάσεις της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης, στην οποία υπάγεται.
- v. Υποστηρικτικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει υπηρεσίες στο τμήμα αυτό, όπως είναι το τεχνολογικό- παραϊατρικό προσωπικό. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, οι παρασκευαστές, οι ραδιολόγοι-ακτινολόγοι ή οι χειριστές-εμφανιστές.
- vi. Βοηθητικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει κυρίως υπηρεσίες φύλαξης, καθαριότητας, εστίασης. Σε αρκετές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει καν στο νοσοκομείο, αλλά προέρχεται από ειδικά συνεργεία παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών (πχ συνεργεία φύλαξης ή security, συνεργεία καθαρισμού, εταιρίες catering). Τέτοιες λύσεις συναντώνται κυρίως στις κλινικές του ιδιωτικού τομέα, αλλά πιο πρόσφατα άρχισαν να εφαρμόζονται και στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

1.4.1 Ιατρικό προσωπικό

Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου. Για το πρόγραμμα σε κάθε εφημερία υπεύθυνος είναι ο Διοικητής νοσοκομείου. 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. Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με ιατρικό προσωπικό συνίστανται μία θέση διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., μία θέση Επιμελητή Α, και μία θέση επιμελητή Β του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. με ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας 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.(*ΦΕΚ 874/Β/12 2012*)

1.4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό

Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικά Τμήματα που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2889/2001. Ο 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. (Ασκητοπούλου 2004)

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

- vii. Έχει επαρκή προηγούμενη εμπειρία σε ΤΕΠ
- viii. Έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- ix. Να έχει ειδικευση Επείγουσας νοσηλευτικής

Όσο αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στο ΤΕΠ απαιτούνται: (Λάμπρου 2005)

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

1.4.3 Διοικητικό προσωπικό

Ο προϊστάμενος του ΤΕΠ έχει την ευθύνη λειτουργίας του ΤΕΠ και ασκεί όλες τις διοικητικές και επιστημονικές αρμοδιότητες που απορρέουν από τη θέση του ως προϊσταμένου του τμήματος και σε συνεργασία με το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου καθορίζει τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού που θα καλύψει τις ανάγκες του ΤΕΠ. Για τις ημέρες Γενικής Εφημερίας ο προϊστάμενος του ΤΕΠ ορίζει έναν Επ. Α΄ ως υπεύθυνο εφημερίας. Μόνο σε περίπτωση που δεν υπηρετεί Επ. Α΄ ορίζει ως υπεύθυνο εφημερίας γιατρό με βαθμό Επ. Β΄ επίσης σε γραμματειακή υποστήριξη καθώς και για την καθαριότητα και ασφάλεια του χώρου.

Με ευθύνη του Διοικητή του νοσοκομείου, του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και του Προϊσταμένου του ΤΕΠ γίνεται η κατανομή των κρεβατιών μεταξύ των επειγόντων περιστατικών και των τακτικών περιστατικών, ώστε να εξασφαλίζεται η δυνατότητα εισαγωγής των επειγόντων περιστατικών όσο και των ευρισκόμενων σε αναμονή νοσηλείας τακτικών ασθενών. Για την εισαγωγή επειγόντος περιστατικού στο νοσοκομείο το εισιτήριο υπογράφεται από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας. (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

1.5 Ωράρια-Εφημερίες

Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης, ένα ΤΕΠ πρέπει απαραίτητα να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό. Το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και καλύπτει ολόκληρο το 24ωρο. (*Wise et al. 2015*)

Επισημαίνεται, ωστόσο ότι στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δεν ακολουθούν αυτό το διεθνή κανόνα λειτουργίας, αλλά λειτουργούν με βάση το σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων. Συνεπώς, η κατανομή του προσωπικού στα ωράρια εργασίας θα καλύπτει το σύνολο των ωρών εφημερίας. Λόγω της μη προβλέψιμης φύσης της εργασίας στο ΤΕΠ, η επί 24ωρης βάσης (ή στην Ελλάδα επί του ωραρίου της εφημερίας) παρουσία υγειονομικού προσωπικού (κατανεμημένη σε ωράρια εργασίας) στο Τμήμα αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή ή για την πρόκληση μόνιμης αναπηρίας. (*ΦΕΚ 874/Β/12 2012*)

1.6 Χωροταξία του ΤΕΠ

Το δομημένο περιβάλλον των νοσοκομείων επιδρά στο ευ ζην και στην ασφάλεια του ασθενούς, αλλά και ταυτόχρονα στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του προσωπικού και γενικότερα στην ποιότητα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. (*Wilsonetal. 2011*)

Ένας από τους βασικότερους σκοπούς ίδρυσης ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι η εξασφάλιση καλά οργανωμένων χώρων που θα είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στους σκοπούς λειτουργίας για τους οποίους κατασκευάζεται και θα εξυπηρετεί τις ανάγκες της υγειονομικής περιοχής που καλύπτει με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του. (*Σκλάβου & Τζουβαδάκης 2014*)

Τα ΤΕΠ περιλαμβάνουν χωροταξικά τμήματα και χώρους τα οποία διακρίνονται ως εξής: (*Λάμπρου 2005*)

ΠΡΩΤΟ ΤΜΗΜΑ

Αφορά την είσοδο με την υποδοχή, τη διαλογή (triage) περιστατικών και την αναμονή ασθενών και συνοδών και ποιο συγκεκριμένα:

- i. Χώρο εισόδου
- ii. Χώρο υποδοχής
- iii. Χώρο διαλογής (triage) περιστατικών
- iv. Χώρος γραμματείας (διοικητικής υποστήριξης ΤΕΠ)
- v. Χώροι αναμονής
- vi. Λουτρό ασθενών/ Χώρος πλύσης ασθενών

ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΜΗΜΑ

Περιλαμβάνει χώρους που σχετίζονται με την εξέταση-διάγνωση-αντιμετώπιση όπως:

- i. Εξεταστήρια-ιατρεία πολλαπλών χρήσεων (ανοικτού τύπου).
- ii. Μεμονωμένα εξεταστήρια-ιατρεία: Τα εξεταστήρια-ιατρεία για κάθε ιατρικό τομέα (π.χ. παθολογικό, χειρουργικό, ψυχιατρικό) - Τα εξεταστήρια-ιατρεία για κάθε ιατρική ειδικότητα (π.χ. καρδιολογικό, ορθοπεδικό, κλπ.)
- iii. Χώρος γρήγορης διέλευσης
- iv. Μόνωση-Δηλητηριάσεις.

ΤΡΙΤΟ ΤΜΗΜΑ

Εδώ εντάσσονται χώροι που εξυπηρετούν στη θεραπεία, αντιμετώπιση και νοσηλεία:

- i. Χώρος αναζωογόνησης
- ii. Σταθμός εργασίας νοσηλευτών
- iii. Αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων
- iv. Ανάνηψη
- v. Αίθουσα γύψου
- vi. Παιδικό υποσυγκρότημα
- vii. Μαιευτικό-γυναικολογικό υποσυγκρότημα
- viii. Ψυχιατρικό υποσυγκρότημα (εφ' όσον υπάρχει)
- ix. Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (MBN) ή παρακολούθησης

ΤΕΤΑΡΤΟ ΤΜΗΜΑ

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

- i. Γραφείο προϊσταμένου ΤΕΠ
- ii. Γραφείο (ανάπαυσης) ιατρών
- iii. Γραφείο κοινωνικού λειτουργού /κοινων. Υπηρεσίας
- iv. Γραφείο (ανάπαυσης) νοσηλευτικού προσωπικού
- v. Χώρος συγκέντρωσης βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού
- vi. Χώρος συγκέντρωσης λοιπού βοηθητικού προσωπικού
- vii. Χώρος πληρωμάτων ασθενοφόρου
- viii. Αποδυτήρια προσωπικού
- ix. Εφημερείο ιατρών ΤΕΠ

ΠΕΜΠΤΟ ΤΜΗΜΑ

Σε αυτόν υπάγονται όλοι οι λοιποί χώροι του ΤΕΠ:

- i. Γραφείο ή σταθμός φύλαξης-ασφάλειας ΤΕΠ
- ii. Κέντρο συντονισμού επειγουσών κλήσεων (τηλεφωνικό κέντρο)
- iii. Αίθουσα συσκέψεων

- iv. Χώρος αστυνομίας
- v. Νεκροθάλαμος

ΕΚΤΟ ΤΜΗΜΑ

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

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

1.7 Διαλογή

1.7.1 Ορισμός

Διαλογή καλείται η αντιμετώπιση κατά σειρά των ασθενών ανάλογα με την ανάγκη που έχουν για αντιμετώπιση. Ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές υποδέχονται, αξιολογούν την κατάσταση του ασθενή και παρέχουν άμεση φροντίδα του περιστατικού, ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και τη βαρύτητα της κατάστασης του κάθε ασθενή τον κατευθύνουν στο αντίστοιχο ιατρείο στους χώρους του Τ.Ε.Π. Οι απειλητικές για τη ζωή και επείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης, οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στα ιατρεία του ΤΕΠ.(*Λάμπρου 2005*)

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- i. Την λήψη ιστορικού Διαλογής από τον ασθενή ή τον συνοδό του (λήψη ατομικών στοιχείων του ασθενή, κύρια σύμπτωμα, παρούσα νόσος, φάρμακα κ.ά.)
- ii. Την λήψη και εκτίμηση των ζωτικών σημείων (αναπνοές, σφυγμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης). Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται σε ειδικό έντυπο δελτίο διαλογής του ασθενούς. (Triage

Record) και ο ασθενής κατατάσσεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του σε επίπεδα προτεραιότητας

1.7.2 Ιστορική εξέλιξη της διαλογής

Η λέξη διαλογή ή διεθνώς Triage προέρχεται από το γαλλικό ρήμα Trier που σημαίνει διαλέγω – ταξινομώ. Η έννοια της διαλογής (triage) χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά σε καιρούς πολέμου προκειμένου να διευκολυνθεί η γρήγορη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανάλωση των λιγοστών διαθέσιμων πόρων στην ιατρική περίθαλψη τραυματισμένων στρατιωτών, με σκοπό τη διάσωση όσον το δυνατόν περισσότερων. (Λάμπρου 2005)

Καταγράφεται ότι η διαλογή (triage) εφαρμόστηκε κατά τους Ναπολεόντειους πολέμους, αν και πιθανολογείται ότι μπορεί να είχε χρησιμοποιηθεί και παλαιότερα. Ο Dominique Jean Larrey, γενικός χειρουργός, ο οποίος συμμετείχε στις μάχες αυτές, εφάρμοσε τη διαλογή (triage), με σκοπό την αντιμετώπιση των τραυματιών του πολέμου και την παροχή άμεσης φροντίδας, κατά προτεραιότητα, σε εκείνους που είχαν τις πιο επείγουσες ανάγκες, ανεξάρτητα από την θέση τους στην στρατιωτική ιεραρχία. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνταν ασθενοφόρα-ιππήλατα οχήματα με τα οποία μεταφέρονταν οι τραυματισμένοι στρατιώτες σε ένα κεντρικό σημείο, όπου εκτελούνταν οι απαραίτητες χειρουργικές επεμβάσεις από εξειδικευμένους χειρουργούς. Με το πέρασμα όμως τον χρόνων παρατηρήθηκε ότι η ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας παρουσίαζε αυξητική τάση, η οποία δεν μπορούσε να καλυφθεί από τις υπάρχουσες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) οι οποίες λειτουργούσαν συγκεκριμένες ώρες κάθε ημέρα. Τότε λοιπόν οι πολίτες άρχισαν πλέον να αντιλαμβάνονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω κυρίως της 24ωρης λειτουργίας του, ως σημαντική προσβάσιμη πηγή παροχής φροντίδας ακόμη και για τα μη επείγοντα ή τα τακτικά περιστατικά, με αποτέλεσμα να συνωστιζονται όλο και περισσότεροι ασθενείς στα ΤΕΠ, πολλοί από τους οποίους κανονικά θα έπρεπε να απευθύνονται στις υπηρεσίες ΠΦΥ. Λόγω της αυξημένης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, η διαλογή εξελίχθηκε διαχρονικά και αναδείχθηκε ως μέθοδος διαλογής περιστατικών στον τομέα αυτό. Άρχισε να εφαρμόζεται στα τότε Τμήματα Ατυχημάτων και στη συνέχεια στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Έτσι, όταν η αύξηση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονταν στα ΤΕΠ των νοσοκομείων υπερέβη τις δυνατότητές τους, από πλευράς στελέχωσης, διαθέσιμων κλινών, εξοπλισμού και γενικά υποδομής και παρατηρήθηκε το πρόβλημα της συμφόρησης, εισήχθη επίσημα η διεργασία της διαλογής στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ως άμεση αντίδραση με σκοπό την επίλυση του σοβαρού αυτού προβλήματος. (Somerson & Markovchick 1997)

Γενικότερα η διαλογή διακρίνεται σε:

- i. TRIAGE Καταστροφών
- ii. TRIAGE Στρατιωτικό που έχουν ως στόχο την παροχή φροντίδας σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και
- iii. TRIAGE Νοσοκομειακό, για την καθημερινή λειτουργία του ΤΕΠ.

1.7.3 Στόχοι συστημάτων διαλογής

Οι βασικοί στόχοι που επιδιώκονται μέσω των συστημάτων διαλογής είναι: (Λάμπρου 2005)

- i. Η γρήγορη αναγνώριση και αντιμετώπιση των ασθενών με επείγοντα και απειλητικά για την ζωή κατάσταση.
- ii. Η άμεση κατάταξη των περιστατικών σε μία κατηγορία της κλίμακας διαλογής, ρυθμίζοντας τη ροή των ασθενών κατά την άφιξη τους στο ΤΕΠ.
- iii. Η αξιολόγηση και επαναξιολόγηση του κύριου ενοχλήματος που αναφέρει ο ασθενής καθώς και των σχετιζόμενων συμπτωμάτων για την επιλογή του καταλληλότερου τρόπου αντιμετώπισης κάθε προβλήματος.
- iv. Η εξυπηρέτηση του μεγάλου αριθμού ασθενών που συνωστίζονται στα ΤΕΠ και η αποσυμφόρηση τους.
- v. Η πληροφόρηση των ασθενών και συνοδών σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τους χρόνους αναμονής.

Κατά τη διαδικασία της διαλογής πρωτεύον σκοπός είναι ο διαχωρισμός των ασθενών που αντιμετωπίζουν άμεσο κίνδυνο και των οποίων η κλινική κατάσταση τείνει να επιδεινωθεί, εάν δεν λάβουν άμεσα την απαραίτητη νοσηλεία και δευτερεύον σκοπός είναι η αναγνώριση εκείνων των ασθενών οι οποίοι, χωρίς κίνδυνο, μπορούν να περιμένουν μέχρι να τους χορηγηθεί απαιτούμενη φροντίδα. Με τον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης ενός συστήματος διαλογής εξασφαλίζεται ότι το κάθε άτομο με βάση το πρόβλημα του κατευθύνεται στο σωστό χώρο, για το σωστό λόγο και κατά το σωστό χρόνο. (Jayashree & Singhi 2011)

Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των συστημάτων διαλογής είναι:

- i. Ο αριθμός των επισκεπτών που συνοδεύουν τα περιστατικά στα ΤΕΠ.
- ii. Ο αριθμός των προσερχόμενων ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης και αντιμετώπισης.
- iii. Η διαθεσιμότητα των πόρων του ΤΕΠ.
- iv. Η ύπαρξη-διαθεσιμότητα εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- v. Νομικά και διοικητικά ζητήματα.
- vi. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- vii. Η διαθεσιμότητα πόρων ΠΦΥ.
- viii. Η ύπαρξη εφαρμογών πληροφοριακού συστήματος στο ΤΕΠ για την εισαγωγή-μεταφορά-εξιτήριο του ασθενή και για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα.

Τέλος η αποτελεσματικότητα Διαλογής εξαρτάται άμεσα και από την διασφάλιση ενός σωστά οργανωμένου ΤΕΠ, το οποίο θα έχει ένα αξιόπιστο ηλεκτρονικό σύστημα, το οποίο θα παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες στον εξειδικευμένο προσωπικό διαλογής σε πραγματικό χρόνο.

1.7.4 Χώρος διαλογής

Για να εφαρμοστεί ένα σύστημα διαλογής απαιτείται συγκεκριμένος χώρος με ειδικά χαρακτηριστικά του οποίου εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από το μέγεθος και τη χωροταξική διάρθρωση του ίδιου του ΤΕΠ. Σε κάποιες περιπτώσεις μία απλή εσωτερική διαρρύθμιση των χώρων του ΤΕΠ είναι αρκετή για τη διαμόρφωση του

χώρου της διαλογής. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί οι χώροι να μην επαρκούν, οπότε απαιτείται επέκταση και δημιουργία νέων χώρων. Τα βασικά χαρακτηριστικά του χώρου της διαλογής είναι:(Λάμπρου 2005)

- i. Η διαδικασία της διαλογής θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ανοικτό χώρο (με γκισέ) και όχι σε κλειστό δωμάτιο. Ακόμα και σε περίπτωση που υπάρχει ήδη διαμορφωμένο δωμάτιο, η θύρα θα πρέπει να έχει ικανό πλάτος ώστε να επιτρέπει την ασφαλή διέλευση των φορειών, των τροχήλατων καθισμάτων και ογκώδους εξοπλισμού που ίσως χρειαστεί σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (π.χ. αναπνευστήρα, απινιδωτή κλπ). Ακόμα η τοποθέτηση καθρέπτη στον τοίχο έναντι της θύρας του δωματίου της διαλογής διευκολύνει την οπτική επαφή.
- ii. Σε περίπτωση που ο χώρος της διαλογής είναι ανοικτός, χρήσιμο είναι να διαθέτει μέτρα για την επιλεκτική οπτική απομόνωση των περιστατικών σε αυτόν, όπως κουρτίνες, παραβάν κ.ά. Εναλλακτικά, σημαντική είναι η ύπαρξη δωματίου, τύπου ιατρείου-εξεταστηρίου, με WC, δίπλα ακριβώς στο χώρο της διαλογής, ώστε να πραγματοποιούνται σε αυτό οι κλινικές εξετάσεις των ασθενών.
- iii. Ο χώρος της διαλογής θα πρέπει να εποπτεύεται από το προσωπικό φύλαξης-ασφάλειας σε 24ωρη βάση.
- iv. Το εμβαδόν του χώρου της διαλογής πρέπει να είναι αρκετό ώστε να υπάρχει διαθέσιμος χώρος για την τοποθέτηση φορείου, τροχήλατου καθίσματος καθώς και εξοπλισμού και για την επαρκή κίνηση των επαγγελματιών μέσα στο χώρο. Η ύπαρξη νιπτήρα μέσα στον ίδιο χώρο, για την πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων, είναι επίσης απαραίτητη.
- v. Ο χώρος της διαλογής θα πρέπει να βρίσκεται σε κοντινή απόσταση με τις δύο κύριες εισόδους του ΤΕΠ και μάλιστα η θέση του να είναι στρατηγικά τοποθετημένη ώστε να εποπτεύονται επαρκώς και οι δύο εισοδοί στο ΤΕΠ. Σε αρκετά τμήματα, ωστόσο, υπάρχει μία μοναδική είσοδος για όλα τα περιστατικά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η Διοίκηση του ΤΕΠ πρέπει να λαμβάνει τη βασική απόφαση εάν το προσωπικό στο χώρο της διαλογής θα εφαρμόζει διαλογή σε όλα ή μόνο στα περιπατητικά περιστατικά, ώστε να διευκολύνεται η κίνηση των ασθενών στους χώρους. Σε τέτοιες περιπτώσεις καλό είναι οι κλινήρεις ασθενείς να εισέρχονται κατευθείαν στους χώρους εξέτασης. Διαφορετικά τα φορεία και τα λοιπά περιστατικά θα συνωστίζονται κοντά στη μοναδική είσοδο του ΤΕΠ μέχρι να ολοκληρωθεί η διαλογή, για να προχωρήσουν στους εσωτερικούς χώρους.
- vi. Ο διάδρομος που οδηγεί από τη διαλογή προς το χώρο της αναζωογόνησης θα πρέπει να είναι σύντομος κι ευθύς, χωρίς εμπόδια κατά μήκος (π.χ. καθίσματα, φορεία κλπ).
- vii. Ακόμα η διαλογή θα πρέπει να διαθέτει σύστημα ενδοεπικοινωνίας, με όλους τους υπόλοιπους χώρους μέσα στο ΤΕΠ και με τα υποσυγκροτήματα αυτού (π.χ. μαιευτικό-γυναικολογικό, παιδιατρικό) καθώς και σύστημα επικοινωνίας με τα υποστηρικτικά νοσοκομειακά τμήματα.



Εικόνα 1: Χώρος διαλογής

1.7.5 Σύστημα ταξινόμησης περιστατικών

Η τεκμηρίωση αποτελεί βασική αρχή σε κάθε εφαρμοσμένο σύστημα διαλογής. Αυτό σημαίνει ότι τα δεδομένα της διαλογής πρέπει να καταγράφονται κατά συστηματικό τρόπο, χειρόγραφα ή ηλεκτρονικά σε ειδικό έντυπο δελτίο διαλογής του ασθενούς, και να τηρούνται σε αρχείο, το οποίο πρέπει να είναι ασφαλές και ολοκληρωμένο. Ο ασθενής κατατάσσεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του σε επίπεδα προτεραιότητας. Τα κύρια στοιχεία που καταγράφονται στη διεργασία της διαλογής είναι: (Λάμπρου 2005)

- i. Ατομικά στοιχεία του ασθενή
- ii. Κύριο σύμπτωμα
- iii. Παρούσα νόσος
- iv. Ζωτικά Σημεία (σφυγμός, αναπνοές, συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση θερμοκρασία και επίπεδο συνείδησης)
- v. Συνωδά συμπτώματα (π.χ. πόνος, δύσπνοια, κλπ)
- vi. Παρουσία χρόνιου νοσήματος (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κλπ)
- vii. Ιστορικό εμβολιασμών (για παιδιά)
- viii. Αλλεργίες
- ix. Ευρήματα από την κλινική εξέταση του ασθενή, κατά σύστημα π.χ. καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, νευρικό, μυοσκελετικό ή κατά λειτουργία π.χ. αναπνοή, καρδιακή λειτουργία κ.ά.
- x. Χορηγούμενα φάρμακα
- xi. Λήψη ουσιών (για περιπτώσεις δηλητηριάσεων ή άτομα εξαρτημένα από ουσίες)

1.7.6 Κλίμακες διαλογής

Οι κλίμακες διαλογής χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της διαλογής με σκοπό τη βαθμολόγηση της οξύτητας του ασθενή και την κατανομή της φροντίδας κατά σειρά προτεραιότητας. Στοιχεία που αυξάνουν τη χρησιμότητα μίας τέτοιας

κλίμακας είναι η δυνατότητα εύκολης κατανόησής της, η δυνατότητα βελτίωσης της παροχής φροντίδας στον εκάστοτε ασθενή και η δυνατότητα απλοποίησης της λειτουργίας του ΤΕΠ όπου χρησιμοποιείται. (Farrohkniaetal. 2011)

Οι περισσότερες από τις υπάρχουσες κλίμακες εστιάζουν σε παραμέτρους όπως φυσιολογικές μεταβλητές, υπάρχοντα συμπτώματα ή κύριο σύμπτωμα, στοιχεία από τον ιστορικό, παράγοντες κινδύνου, φυσιολογικές μετρήσεις και αποτελέσματα δοκιμασιών. Οι κλίμακες που βρίσκονται σε χρήση σήμερα χρησιμοποιούν από 2-12 βαθμίδες ή επίπεδα προτεραιότητας, με πιο συνηθισμένες τις κλίμακες των τριών (3) διαβαθμίσεων. Σ' αυτές οι βαθμίδες δηλώνονται με τα ονόματα Απειλητική-Πολύ επείγουσα, Επείγουσα και Μη επείγουσα. Όσο περισσότερες είναι οι βαθμίδες/κατηγορίες επείγουσας ανάγκης, τόσο περισσότερο αποτελεσματικό μπορεί να είναι το ΤΕΠ ως προς την κάλυψη των αναγκών των ασθενών του. Μερικές κλίμακες μάλιστα περιλαμβάνουν μία επιπλέον βαθμίδα υψηλότερης προτεραιότητας από την «Πολύ Επείγουσα», αποσκοπώντας στην διάκριση των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων που απαιτούν άμεση -στη στιγμή- αντιμετώπιση (απόφραξη αεροφόρων οδών), από εκείνες που απαιτούν άμεση - μέσα σε λίγα λεπτά

Επίπεδο Ταξινόμησης	Αριθμητικός Κωδικός (Βαθμίδα Διαλογής)	Επιθυμητός Χρόνος για Ιατρική Εξέταση (σε min)	Χρωματικός Κωδικός
----------------------------	---	---	---------------------------

αντιμετώπιση (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου). Οι Κλίμακες Διαλογής εκτός από τις βαθμίδες, μπορεί να περιλαμβάνουν και άλλα συμπληρωματικά στοιχεία δηλωτικά της οξύτητας, όπως: αριθμητικούς κωδικούς (1, 2, 3, 4) ή χρωματικούς κωδικούς. Χωρίς να υπάρχει επίσημη τυποποίηση (προτυποποίηση), συνήθως χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα χρώματα για τα επίπεδα προτεραιότητας. Έτσι: το κόκκινο δηλώνει ανάγκη για άμεση φροντίδα, το κίτρινο ή το πορτοκαλί δηλώνει επείγουσα κατάσταση, το πράσινο έκτακτη κατάσταση το γαλάζιο μη επείγουσα κατάσταση και το λευκό μη έκτακτη κατάσταση.

Τέλος πολλά ιδρύματα έχουν καθιερώσει τη λειτουργία του προγράμματος Γρήγορης Διακίνησης (Fast Track) στο χώρο του ΤΕΠ, το οποίο προσθέτει ένα ακόμη επίπεδο στην ταξινόμηση των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά γρήγορης διακίνησης ή μονάδες έκτακτης φροντίδας, 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. (Λάμπρου 2005)

Άμεση φροντίδα	1	Αμέσως	Κόκκινο
Επείγουσα κατάσταση	2	10'	Πορτοκαλί
Έκτακτη κατάσταση	3	30'	Πράσινο
Ημι-έκτακτη κατάσταση	4	60'	Γαλάζιο
Μη έκτακτη κατάσταση	5	120'	Λευκό

Πίνακας.1: Κλίμακες διαλογής

1.7.7 Διαλογή στο ΤΕΠ μετά από μαζικές καταστροφές

Η προνοσοκομειακή διαλογή είναι το πρώτο βήμα για τη σωστή αντιμετώπιση καταστάσεων μαζικής καταστροφής. Για την επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος στην αντιμετώπιση και φροντίδα των τραυματιών βασική ανάγκη για κάθε ΤΕΠ είναι να υπάρχει σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών. Για τον συντονισμό του προσωπικού είναι απαραίτητη η παρουσία ενός συντονιστή υπεύθυνου γιατρού. Ο συντονιστής είναι επίσης υπεύθυνος για τον καθορισμό του επιπέδου ετοιμότητας του νοσοκομείου.

Τα επίπεδα ετοιμότητας είναι τρία:

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

Η σωστή εφαρμογή ενός σχεδίου μαζικών καταστροφών απαιτεί από το προσωπικό των ΤΕΠ να ακολουθήσει προκαθορισμένα βήματα. Αυτά είναι:(Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

- i. Η Πρωτογενής Εκτίμηση που αποσκοπεί στην άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση των βαρέων καταστάσεων και δεν πρέπει να ξεπερνά τα 2-5 λεπτά. Πιο συγκεκριμένα ελέγχεται να εξασφαλίζεται η βατότητα της ανώτερης αναπνευστικής οδού και εκτιμάται αν υπάρχει. Εξασφαλίζεται ο επαρκής αερισμός, εκτιμάται η επαρκής λειτουργία των πνευμόνων του θωρακικού τοιχώματος και του διαφράγματος Στην συνέχεια εξασφαλίζεται η κυκλοφορία του αίματος. Διερευνάται η νευρολογική κατάσταση του τραυματία με την μέθοδο AVPU ή για πιο λεπτομερή νευρολογική εξέταση χρησιμοποιείται η κλίμακα Γλασκόβης CS και τέλος γίνεται πλήρης αποκάλυψη του αρρώστου με αφαίρεση των ρούχων του και διασφαλίζεται η διατήρηση ή η επαναφορά της φυσιολογικής θερμοκρασίας του τραυματία.
- ii. Η Δευτερογενής Εκτίμηση όπου μετά την πρωτογενή, γίνεται λεπτομερή εξέταση του τραυματία. Εξετάζεται αρχικά το κρανίο, η σπονδυλική στήλη και ο αυχένας, στη συνέχεια ο θώρακας, η κοιλιά και η λεκάνη και τέλος τα άκρα, ενώ γίνεται και νευρολογική εξέταση. Η δευτερογενής αυτή εκτίμηση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 5-10 λεπτά.
- iii. Η Διαλογή των τραυματιών που γίνεται εφόσον ολοκληρωθεί και η δευτερογενής εκτίμηση. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν δεν έχει γίνει προνοσοκομειακή διαλογή και υπάρχει ανεξέλεγκτη συρροή τραυματισμένων, αυτοί συγκεντρώνονται σε μία αίθουσα του ΤΕΠ, την αίθουσα διαλογής όπου και γίνεται η πρωτογενής εκτίμηση και διαλογή τους. Στην περίπτωση τώρα που έχει γίνει η διαλογή στον τόπο του ατυχήματος, στο χώρο του ΤΕΠ γίνεται η επαναδιαλογή τους και έτσι αποφασίζεται ή η μεταφορά τους σε άλλο κέντρο ή τέλος προσδίδονται στους τραυματίες ετικέτες διαλογής, ανάλογα πάντοτε με την βαρύτητά τους και την ανάγκη αντιμετώπισής τους. Έτσι εδώ διακρίνονται:
 - iv. Τα υπερεπείγοντα περιστατικά που σημειώνονται με κόκκινη ετικέτα και τα οποία χρήζουν άμεση αντιμετώπιση και μεταφορά σε μονάδες ή χειρουργεία. Τέτοια περιστατικά είναι η αιμορραγία, το shock κ.ά.
 - v. Τα επείγοντα περιστατικά που σημειώνονται με κίτρινη ετικέτα και τα οποία έχουν ανάγκη παροχής πρώτων βοηθειών και μεταφοράς σε καθορισμένο χώρο όπου και παρακολουθούνται, επανεξετάζονται και καθορίζεται η περαιτέρω θεραπεία τους. Τέτοια περιστατικά είναι τα ανοιχτά κατάγματα κ.ά.
 - vi. Τα περιστατικά που δύναται να αναμένουν και σημειώνονται με πράσινη ετικέτα. Πρόκειται για περιστατικά που παραμένουν σε αίθουσες αναμονής μέχρι την αποσυμφόρηση του ΤΕΠ από τα επείγοντα περιστατικά. Τέτοια περιστατικά είναι μικρά θλαστικά τραύματα, σταθεροποιημένα κλειστά κατάγματα κ.ά.
 - vii. Τέλος με μαύρη ετικέτα σημειώνονται οι τραυματίες που είναι νεκροί ή και χωρίς ζωικά σημεία.

Κατά την παραμονή των τραυματισμένων στην αίθουσα διαλογής γίνεται τακτικά επανεκτίμηση και επαναδιαλογή τους για ανεύρεση τυχόν μεταβολών στην κατάστασή τους μέχρι

viii. Την Αντιμετώπισή τους

Η αλυσίδα της φροντίδας ενός τραυματία μαζικής καταστροφής τελειώνει με

- ix. Τη Μεταφορά του στο χειρουργείο, στη ΜΕΘ ή κάποια κλινική και
- x. Την Οριστική Θεραπεία του.

1.8 Λειτουργία των ΤΕΠ

Το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημιουργήθηκε έτσι ώστε να καλύπτει άμεσα και γρήγορα οξεία και επείγοντα προβλήματα. Ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του ΤΕΠ. Η λειτουργία του ΤΕΠ για να επιτευχθεί η άμεση και σωστή εξυπηρέτηση των περιστατικών είναι η εξής:

Με την άφιξη του ασθενή στο νοσοκομείο, θα τον υποδέχεται γιατρός και νοσηλεύτρια που θα είναι εξειδικευμένοι στην διαλογή των προσερχόμενων ασθενών και ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει θα τον κατευθύνουν σε εξειδικευμένες και διαφορετικές υπηρεσίες του Τμήματος. Το εισιτήριο του ασθενούς συνοδεύεται από ένα σημείωμα που καταγράφονται αναλυτικά οι υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΤΕΠ και υπογράφεται απαραίτητως από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας. Στο ανάλογο τμήμα ο ασθενής εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Με ευθύνη του διευθυντή του ΤΕΠ καταγράφονται σε ειδικό έντυπο και σε ηλεκτρονική μορφή τα στοιχεία των προσερχόμενων ασθενών, καθώς και η πορεία εξέλιξής του, και στη συνέχεια εναλλακτικά είτε:

- i. Του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.
- ii. Οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωση του τμήμα.
- iii. Διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο κατόπιν συνεννόησης με τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

Οι ασθενείς κατά τη έξοδο τους παραλαμβάνουν γραπτές ιατρικές οδηγίες, ενώ για ορισμένες περιπτώσεις, το προσωπικό του ΤΕΠ θα παρακολουθεί την πορεία των ασθενών. (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

1.9 Επικοινωνία στο ΤΕΠ

Το ΤΕΠ πρέπει να είναι άμεσα συνδεδεμένο με το Συντονιστικό Κέντρο Προνοσοκομειακής Ιατρικής Βοήθειας, καθώς και με τα γραφεία κίνησης ασθενών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής που καλύπτει. Ειδικός χώρος προβλέπεται στο χώρο του ΤΕΠ για την εγκατάσταση του τηλεπικοινωνιακού κέντρου και τον συντονισμό ενεργειών για την αντιμετώπιση κρίσεων όπως π.χ. μαζικά ατυχήματα /καταστροφές. Το κέντρο αυτό πρέπει να διαθέτει και συσκευή καταγραφής των συνδιαλέξεων που σχετίζονται με κλήσεις για επείγουσα βοήθεια, όταν το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι επιφορτισμένο και με την παροχή υπηρεσιών προνοσοκομειακής φροντίδας με διάθεση ασθενοφόρων. (Kreisbergetal 2016)

Η ενδοεπικοινωνία στο ΤΕΠ είναι επίσης βασικής σημασίας για την αποτελεσματική λειτουργία του τμήματος και την ασφάλεια των ασθενών του. Έτσι ένα κατάλληλο σύστημα εσωτερικής επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των άσκοπων μετακινήσεών του, εξυπηρετώντας παράλληλα

ένα μεγάλο πεδίο λειτουργιών ρουτίνας ή και ανάγκης άμεσης κλήσης για βοήθεια.(Punetal 2016)

Πρόβλεψη θα πρέπει να υπάρχει και για συστήματα κλήσης ασθενών προς το προσωπικό του τμήματος, ιδιαίτερα από περιοχές όπως είναι οι χώροι των W.C. ή περιοχές όπου οι ασθενείς παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (χώροι ανάρρωσης).

Τα συστήματα ενδοεπικοινωνίας μπορεί να περιλαμβάνουν ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τηλέφωνα, οπτικά συστήματα εντοπισμού, πομπούς, ηχητικά ή οπτικά συστήματα συναγερμών και σωληνωτό σύστημα πεπιεσμένου αέρα. Προσωπικοί πομποί χρησιμοποιούνται ευρέως από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την άμεση κλήση τους σε περίπτωση ανάγκης.

Πολύχρωμοι πίνακες εντοπισμού με λαμπτήρες αποτελούν έναν άλλο τρόπο επικοινωνίας. Οι πίνακες αυτοί συνδεδεμένοι με σύστημα συναγερμού ή με ένα οπτικό σύστημα ελέγχου (φως), επιτρέπουν στο προσωπικό να εντοπίσει αλλαγές στο χώρο ή και να επικοινωνήσει. Συστήματα οπτικού ελέγχου τοποθετούνται συχνά στον νοσηλευτικό σταθμό για την παρακολούθηση του χώρου φύλαξης φαρμάκων.

Τέλος σωλήνες που λειτουργούν με πεπιεσμένο αέρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για γρήγορη μεταφορά μικρών εφοδίων, υλικού και φαρμάκων, παρουσία ηχητικής ή φωτεινής ένδειξης άφιξης του υλικού. Η μέθοδος αυτή του σωληνωτού ταχυδρομείου ενδείκνυται για την αυτόματη αποστολή δειγμάτων στα εργαστήρια του νοσοκομείου και εξυπηρετεί άμεσα τις ανάγκες των ΤΕΠ μειώνοντας σημαντικά τους χρόνους αναμονής των ασθενών, ιδιαίτερα στην περίπτωση εκείνη που το τμήμα δεν έχει τέτοιες εγκαταστάσεις (STAT Lab).(Τσουνής &Σαράφης 2014)

1.10 Διακομιδές

1.10.1 Ορισμός

Ως διακομιδή ορίζεται η μεταφορά ενός ασθενή/τραυματία από ένα σημείο σε κάποιο άλλο. Τα τελευταία 40 κυρίως χρόνια μία μεγάλη μερίδα επιστημόνων και επαγγελματιών υγείας έχει στρέψει το ενδιαφέρον προς τον τρόπο με τον οποίο οι διακομιδές θα μπορούν να εκτελούνται με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια για τον ασθενή.(Cooneyetal 2011)

1.10.2 Είδη διακομιδών

Η διακομιδή μπορεί να γίνει από το χώρο του συμβάντος ή ατυχήματος στο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας (πρωτογενής διακομιδή) ή από το χώρο νοσηλείας του ασθενούς σε άλλο τμήμα του ίδιου νοσοκομείου (ενδονοσοκομειακή) ή σε άλλο νοσοκομείο (διανοσοκομειακή) (δευτερογενής διακομιδή). Η πρωτογενής διακομιδή μπορεί να γίνει μόνο με ασθενοφόρο ή ελικόπτερο, ενώ η δευτερογενής με όλα τα διαθέσιμα μέσα, όπως είναι το ασθενοφόρο, ελικόπτερο, αεροπλάνο και πλωτά μέσα. Ανάλογα με το μεταφορικό μέσο που θα χρησιμοποιηθεί, οι διακομιδές διακρίνονται σε επίγειες (ασθενοφόρο, πλωτά μέσα) και εναέριες ή αεροδιακομιδές (αεροπλάνο,

ελικόπτερο). Στην πρωτογενή διακομιδή ο ασθενής είναι δυνητικά ασταθής, ενώ στη δευτερογενή πρέπει να είναι σταθεροποιημένος. Ασθενής μη σταθεροποιημένος δεν πρέπει να διακομίζεται. (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

1.10.3 Μέσα διακομιδών

1. Οδική μεταφορά

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διακομιδών γίνεται με τα ασθενοφόρα (Ε.Κ.Α.Β), τα οποία έχουν ειδικευμένο προσωπικό και όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό για την εξασφάλιση αεραγωγού, ακινητοποίηση και χορήγηση υγρών στον ασθενή. Υπάρχουν λίγα ασθενοφόρα στα οποία βρίσκεται ιατρός και είναι ειδικά εξοπλισμένα για τη μεταφορά βαριά πασχόντων και λέγονται κινητές μονάδες. Το ασθενοφόρο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για αποστάσεις μεγαλύτερες από 50 χλμ. Υπάρχει άμεση πρόσβαση στον τόπο του ατυχήματος, ενώ αποφεύγεται η μετακίνηση του ασθενούς από όχημα σε όχημα που μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση του ασθενούς. Επίσης είναι δυνατή η ακινητοποίηση του ασθενοφόρου σε περίπτωση που χρειαστεί να γίνει απινίδωση από τους διασώστες. Μπορεί να γίνει ανεφοδιασμός υλικού και κυρίως φιαλών οξυγόνου από ένα ενδιάμεσο νοσοκομείο που δεν αποτελεί το σταθμό παράδοσης (π.χ. ανεφοδιασμός κατασταλτικών φαρμάκων και οξυγόνου για μεταφορά διασωληνωμένου ασθενούς σε μεγάλες αποστάσεις). Το κόστος κίνησης και συντήρησης του οχήματος είναι μικρό. Επίσης υπάρχει η δυνατότητα να παρευρίσκονται συγγενείς μέσα στο ασθενοφόρο, αν και νομικά απαγορεύεται, κυρίως κατά τη διακομιδή παιδιών ή νεογνών. (Καραμπίνης & Κουκουλίτσιος 2006)

Η στάθμευση όλων των οχημάτων που μεταφέρουν ασθενείς στο ΤΕΠ θα πρέπει να διευκολύνεται από τους υπάρχοντες χώρους. Θα πρέπει να υπάρχει:

- i. Χώρος στάθμευσης ασθενοφόρων. Η διακίνηση των ασθενοφόρων θα πρέπει να γίνεται πάνω σε ειδικά σχεδιασμένο μονόδρομο ο οποίος να διαθέτει ειδικό στέγαστρο για την προστασία των ασθενών με φορείο
- ii. Χώρος στάθμευσης λοιπών οχημάτων (επισκεπτών, αστυνομικών ή πυροσβεστικών οχημάτων κλπ). Βασική προϋπόθεση κατά το σχεδιασμό ενός ΤΕΠ είναι η δημιουργία τουλάχιστον 10 θέσεων στάθμευσης για τους επισκέπτες προκειμένου να αποφευχθεί η κάλυψη των θέσεων στάθμευσης των ασθενοφόρων από τα ιδιωτικά οχήματα.

2. Αεροδιακομιδές

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι το ελικόπτερο που καλύπτει αποστάσεις μέχρι 250 χλμ και το αεροπλάνο που χρησιμοποιείται για μεγαλύτερες αποστάσεις. Το ελικόπτερο πετάει σε ύψος 1.000-1.500 ft και το αεροπλάνο σε 35.000-40.000 ft. Για το λόγο αυτό το αεροπλάνο μπορεί να πετάξει ακόμη και με άσχημες καιρικές συνθήκες. Το χρονικό κέρδος από τις αεροδιακομιδές έναντι των επιγείων υπάρχει όταν η καλυπτόμενη απόσταση είναι τουλάχιστον 120 χλμ. Με τη χρήση εναέριων μέσων μειώνεται ο χρόνος διακομιδής στο μισό ή κατά ένα τρίτο σε σχέση με τα επίγεια μέσα. Το ελικόπτερο μπορεί να προσεγγίσει δύσβατες περιοχές ή νησιά, όπου

η χρήση του ασθενοφόρου είναι αδύνατη. Το αεροπλάνο περιορίζεται από την απουσία αεροδρομίου. Τα εναέρια μέσα έχουν συνήθως πιο εξειδικευμένο προσωπικό, καλύτερη επικοινωνία με το κέντρο αναφοράς, ενώ στο αεροπλάνο συγκεκριμένα υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς και των συνοδών μελών με αποτέλεσμα να μειώνεται το άγχος των ασθενών κατά την πτήση. Με το αεροπλάνο δύναται να μεταφερθούν ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως με νόσο των δυτών, γιατί υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς του θαλάμου αποσυμπίεσης, κάτι που δεν είναι εφικτό στα υπόλοιπα μέσα. Επίσης με το αεροπλάνο είναι δυνατή η διακομιδή περισσότερων από έναν ασθενών, με αποτέλεσμα να θεωρούνται αναντικατάστατα σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών. Το κόστος κίνησης και συντήρησης είναι μεγαλύτερο από εκείνο του ασθενοφόρου, ενώ ακόμη μεγαλύτερο είναι του αεροπλάνου. (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

1.10.4 Διαχείριση εσωτερικών και εξωτερικών διακομιδών

Ο θεράπων γιατρός με τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή της κλινικής κρίνει την αναγκαιότητα διακομιδής του ασθενούς. Καμιά διακομιδή δεν γίνεται χωρίς να προηγηθεί επικοινωνία, ενημέρωση και σύμφωνη γνώμη μεταξύ του τμήματος που νοσηλεύεται και του τμήματος που θα φιλοξενηθεί. Για διακομιδή προς νοσηλεία ή εξέταση σε άλλο νοσοκομείο ή διαγνωστικό κέντρο απαιτείται η υπογραφή του θεράποντος γιατρού και του Οικονομικού Διευθυντή (Οικονομική ενημέρωση της Διοίκησης έστω και την επομένη για εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο). Για τη διακομιδή σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο για εξετάσεις, απαιτείται προσωρινό εξιτήριο.

Ο θεράπων γιατρός συντάσσει το έγγραφο διακομιδής του ασθενή, είτε πρόκειται για εσωτερική διακομιδή είτε για εξωτερική. Στην περίπτωση εσωτερικής διακομιδής, ο θεράπων γιατρός επικοινωνεί με την αντίστοιχη κλινική που κρίνει ότι χρειάζεται για τη συνέχιση της θεραπείας του ασθενή. Με τη συγκατάθεση της κλινικής αποφασίζεται ο τρόπος μεταφοράς (σύμφωνα με την βαρύτητα και το είδος της νόσου) με τη συμμετοχή της προϊστάμενης του τμήματος. Στη συνέχεια και αφού ολοκληρωθεί η μεταφορά η προϊστάμενη του νοσηλευτικού τμήματος που υποδέχθηκε τον ασθενή, ενημερώνει την γραμματεία του συγκεκριμένου τμήματος (αφού παραλάβει τον ιατρικό και τον χρεωστικό φάκελο), η οποία καταχωρεί το διακομιστήριο στο πληροφοριακό σύστημα και το αρχειοθετεί στον χρεωστικό φάκελο. Το Γραφείο Κίνησης ενημερώνεται ηλεκτρονικά και στη συνέχεια με υπογεγραμμένο έντυπο για την αλλαγή και ελέγχει για τυχόν αλλαγή χρέωσης του ασθενή στο σύστημα. Σε περίπτωση μεταφοράς μέσω Ε.Κ.Α.Β., συντάσσεται και «Αίτηση Μεταφοράς» εις διπλούν, η οποία αποστέλλεται με τηλεμοιοτυπία (φαξ) την προηγούμενη της ορισθείσας ημερομηνίας διακομιδής στην υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. για προγραμματισμό. Όταν πρόκειται για διακομιδή – εξέταση του ασθενή σε άλλο νοσοκομείο ή διαγνωστικό κέντρο, το Γραφείο Κίνησης μεριμνά έτσι ώστε στο διακομιστήριο να υπάρχει υπογραφή από τον προϊστάμενο του Λογιστηρίου Ασθενών. (Καραμπίνης & Κουκουλίτσιος 2006)

1.10.5 Συνεργασία ΤΕΠ και Ε.Κ.Α.Β.

Κατά την μεταφορά ασθενών με ασθενοφόρα του Ε.Κ.Α.Β. στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων, με ευθύνη του εκάστοτε Προϊσταμένου των ΤΕΠ 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.

Ο χώρος πρόσβασης/στάθμευσης των ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β. στα ΤΕΠ 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 Ε.Κ.Α.Β. στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων, υπογράφεται έγγραφο – έντυπο παράδοσης και παραλαβής του περιστατικού από τον εκάστοτε Προϊστάμενο των ΤΕΠ ή τον Αναπληρωτή του. Για την πληρότητα του αρχείου του ασθενούς, κατά την υπογραφή του άνω εγγράφου – εντύπου, παραδίδεται από το πλήρωμα του ασθενοφόρου ή της κινητής μονάδας του Ε.Κ.Α.Β. στον εκάστοτε Προϊστάμενο των ΤΕΠ 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 την διευκόλυνση της διαδικασίας παράδοσης και παραλαβής των διακομιζόμενων ασθενών με ασθενοφόρα του Ε.Κ.Α.Β., οι προϊστάμενοι των ΤΕΠ ή αναπληρωτές τους πρέπει να μεριμνούν προκειμένου να εξασφαλίζεται η συνεχής διαθεσιμότητα φορείων και χρησιμοποιούμενων υλικών, σε σχέση με τα χρησιμοποιούμενα από το Ε.Κ.Α.Β., ώστε να διευκολύνεται η ταχεία παράδοση των περιστατικών. Επίσης, η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να εξασφαλίζει τους διακομιζόμενους ασθενείς στα ΤΕΠ, καθώς και τα πληρώματα των ασθενοφόρων από τις καιρικές συνθήκες με την ύπαρξη των κατάλληλων για το σκοπό αυτό υποδομών. *(Καραμπίνης & Κουκουλίτσιος 2006)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Προβλήματα των ΤΕΠ

2.1 Άτομα με μη επείγοντα προβλήματα υγείας και συνωστισμός στα ΤΕΠ

Η λειτουργία των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) έχει αλλάξει κατά τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε όχι μόνο να παρέχουν φροντίδα στα επείγοντα περιστατικά, αλλά και σε περιστατικά που δεν χρήζουν άμεσης φροντίδας. Επίσης αποτελούν ένα δίκτυο ασφάλειας για απόρους, μια συστηματική δομή παρακολούθησης της δημόσιας υγείας, χώρο επιτέλεσης διαφόρων ιατρικών διαδικασιών (π.χ. μεταγγίσεις), χώρο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στους εργαζόμενους και τέλος, σε πολλές περιπτώσεις χώρο παροχής πρωτοβάθμιας υγείας.

Η μαζική περιοδική και κατά τακτά διαστήματα προσέλευση οξέων περιστατικών για αντιμετώπιση και περίθαλψη στα νοσοκομεία, σε ανάμιξη πάντα με σημαντικό αριθμό περιστατικών που έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας, οδηγεί όπως είναι επόμενο, σε συνωστισμό που είναι ένα από τα μείζονα εμπόδια για την επίτευξη του πολλαπλού ρόλου των ΤΕΠ. Όταν ο αριθμός των προσερχόμενων ασθενών στα ΤΕΠ ξεπερνά τις δυνατότητες που υπάρχουν σε ανθρώπινο δυναμικό, χώρους και διατιθέμενα μέσα, τα καθιστά ανεπαρκή, υποβαθμίζοντας τον οποιοδήποτε υγειονομικό σχηματισμό. Το φαινόμενο του συνωστισμού στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) είναι παγκόσμιο. (*Legramante et al 2016*)

Ειδικά στην Ελλάδα το πρόβλημα επιτείνεται από την προσέλευση μεγάλου ποσοστού ασθενών λόγω ελασσόνων ιατρικών προβλημάτων. Στην Ελλάδα, το φαινόμενο του συνωστισμού στα ΤΕΠ είναι σύνθηρες καθημερινό πρόβλημα και εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα. (*Λυδάκης και συν. 2014*)

Τα αίτια είναι πολλαπλά:

- i. Η έλλειψη οργανωμένων ΤΕΠ κατά τα διεθνή πρότυπα (με λειτουργία ιατρικού διαλογής - triage).
- ii. Η αύξηση της προσέλευσης ασθενών (με ή χωρίς ασφάλιση) λόγω της οικονομικής κρίσης ή υπάρχουν υγειονομικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς.
- iii. Στα ΤΕΠ παρατηρείται το φαινόμενο συρροής ασθενών με προβλήματα υγείας που δεν είναι αμιγώς επείγοντα, με αποτέλεσμα επίταση του προβλήματος του συνωστισμού. σύμφωνα μάλιστα με έρευνες φάνηκε ότι τα μη επείγοντα περιστατικά ανέρχονται στο 78,1% του συνόλου.

- iv. Δεν υπάρχει ενημέρωση για την πρόληψη ελαφριών ασθενειών για αποφυγή τους.
- v. Η ανεπάρκεια δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ο συνωστισμός στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, εκτός από τους αυξημένους χρόνους αναμονής, έχει και πολλές επιπρόσθετες ανεπιθύμητες επιπτώσεις, όπως:(*McCaugheyetal 2015*)

- i. Αυξημένη πιθανότητα ιατρικών λαθών λόγω της μαζικότητας που επικρατεί αναστάτωση και ηχορύπανση.
- ii. Ανισότητα στην κατανομή των διατιθέμενων πόρων, ανθρώπινων και υλικών, με αποτέλεσμα ενδεχόμενη πλημμελής και καθυστερημένη αντιμετώπιση των αμιγώς επειγόντων περιστατικών (έμφραγμα μυο-καρδίου, μηνιγγίτιδα, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κ.λπ.).
- iii. Αφαίρεση του δικαιώματος των ασθενών για αξιοπρεπή εχέμυθη και ιδιοτικότητα διαχείριση του προβλήματος υγείας τους.

Οι μέχρι σήμερα πολύχρονες προσπάθειες για βελτίωση του συστήματος επικεντρώθηκαν σε αλληλεπάλληλες αλλαγές που αφορούσαν μόνο την περιοδικότητα. Αναλάμβαναν να αντιμετωπίσουν την μαζική συνήθως προσέλευση εκτάκτων περιστατικών. Μέχρι σήμερα έχουν δοκιμασθεί διάφορα «σχήματαεφημερίας» κατά νοσοκομεία (μια φορά την εβδομάδα, ανά τετραήμερο, καθημερινά κλπ). αλλά δεν ήταν αποτελεσματικά.

2.2 Προβλήματα διαλογής

Η λειτουργική αποστολή ενός σύγχρονου ΤΕΠ περιλαμβάνει πρωτίστως την υποδοχή, την θεραπευτική αντιμετώπιση και την έξοδο των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα και οι οποίοι είναι δυνατόν να παρουσιάζουν μία μεγάλη ποικιλία επειγουσών, αλλά και μη επειγουσών καταστάσεων. Η διαλογή είναι μια διαδικασία η οποία είναι σημαντική για τα ΤΕΠ διότι η απόφαση που θα παρθεί από τον ειδικευμένο ιατρό και νοσηλευτή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την διαδικασία που θα ακολουθήσουν τα περιστατικά καθορίζοντας την περαιτέρω πορεία των ασθενών στα ΤΕΠ. Παρόλα αυτά η λειτουργία της διαλογής αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα.(*Hitchcocketal 2014*)

Ένα από τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει η διαλογή είναι η αδυναμία διαχείρισης προσερχόμενων ασθενών όπου ο αριθμός τους είναι μεγαλύτερος από τις δυνατότητες του εκάστοτε τμήματος. Είναι γεγονός πώς πολλοί ανασφάλιστοι και λόγω της οικονομικής ύφεσης προσέρχονται στα ΤΕΠ με αποτέλεσμα να δημιουργείται συνωστισμός στην διαλογή και τα κριτήρια ταξινόμησης τους να μην είναι σωστά.(*Rousseauetal 2013*)

Παράλληλα η έλλειψη ή μη συστηματική και οργανωμένη εφαρμογή πρωτοκόλλων διαλογής από το προσωπικό των ΤΕΠ για την κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες προτεραιότητας, έχει σαν αποτέλεσμα τον μη τεκμηριωμένο διαχωρισμό των περιστατικών, γεγονός που δυσχεραίνει και την ορθολογική διαχείριση των κλινών του νοσοκομείου. Στην διαλογή δεν υπάρχουν ειδικευμένοι

γιατροί ή νοσηλευτές έτσι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή γίνεται από την γραμματειακή υποστήριξη, όπου η ταξινόμηση των ασθενών σε τμήματα γίνεται σύμφωνα με τα συμπτώματα που θα αναφέρει ο ίδιος ο ασθενής. Με τον τρόπο αυτό η αξιολόγηση της κατάστασης και της ανάγκης του κάθε ασθενή και ύστερα η ταξινόμηση τους σε ιατρεία δεν είναι πάντα αξιόπιστη, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παίρνουν προτεραιότητα ελαφριά περιστατικά ακόμα και περιστατικά που χρειάζονται συνταγογράφηση ενώ πιο σοβαρά και επείγοντα περιστατικά να βρίσκονται στην αναμονή. (Λάμπρου 2005)

2.3 Προβλήματα συνθηκών εργασίας και εκπαίδευσης των ειδικευομένων γιατρών και νοσηλευτών

Τα περισσότερα ΤΕΠ των νοσοκομείων της χώρας μας δεν είναι στελεχωμένα με ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό. Η απουσία ενός οργανωμένου συστήματος επείγουσας ιατρικής στις μέρες μας και η ανομοιογενής ή ελλιπής κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού εγκυμονούν επικίνδυνες καθυστερήσεις και έλλειψη ετοιμότητας στην παροχή άμεσης και επείγουσας φροντίδας. Συγκεκριμένα στα περισσότερα, αν όχι σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας μας, η απουσία μόνιμου και εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού επειγόντων περιστατικών και η λειτουργία ιατρείων εκτάκτων περιστατικών καθορισμένων ειδικοτήτων (Παθολογικό, Καρδιολογικό, Χειρουργικό, κ.ά.) στη βάση των εφημεριών, συμβάλλει σε μία αποσπασματική και πολλές φορές χρονοβόρα και αναποτελεσματική διαδικασία διεκπεραίωσης των επειγόντων περιστατικών. Επίσης το γεγονός ότι το ιατρικό αυτό προσωπικό των ΤΕΠ δεν ανήκει σήμερα αποκλειστικά στο τμήμα, αλλά διασυνδέεται με τις κλινικές των νοσοκομείων, δημιουργεί ένα μεγάλο ποσοστό «πλασματικών» εισαγωγών με την μορφή του επείγοντος, επιβαρύνοντας σημαντικά την λειτουργία των νοσοκομείων τις ημέρες γενικής εφημερίας. (Σωματείο Εργαζομένων Νοσοκομείου Ευαγγελισμός & Επιτροπή E.I.N.A.Π 2016)

Είναι γνωστά σε όλους τα προβλήματα που συναντάμε καθημερινά πλέον στον τομέα της υγείας: ανεπάρκεια σε υγειονομικό υλικό, σε φάρμακα, σε ιατρικά μηχανήματα κ.λπ. Κυρίως όμως, τεράστιες ελλείψεις σε προσωπικό με τη συνακόλουθη εντατικοποίηση της εργασίας και συνέπεια την ολοένα και μεγαλύτερη ταλαιπωρία των ασθενών, την έκθεσή τους σε κίνδυνο, αλλά και την ολοένα και μεγαλύτερη μεταφορά και οικονομικών βαρών στις πλάτες των ασθενών, με την περαιτέρω ιδιωτικοποίηση του τομέα της υγείας.

Κρίσιμος παράγοντας στον τομέα της υγείας είναι οι νέοι ειδικευόμενοι γιατροί και νοσηλευτές που εκπαιδεύονται και ασκούνται στα δημόσια νοσοκομεία με σκοπό να αποκτήσουν την ειδικότητα και την εμπειρία αντίστοιχα. Δεδομένου ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές αυτοί είναι περισσότεροι αριθμητικά, νεότεροι σε ηλικία με μεγαλύτερη διάθεση και όρεξη για μάθηση, αλλά και εξαιτίας του παγώματος των διορισμών μόνιμου προσωπικού, γίνεται φανερό πως ένα μεγάλο κομμάτι της ευθύνης και του βάρους λειτουργίας των νοσοκομείων πέφτει στις πλάτες τους.

Όμως, οι συνθήκες που επικρατούν σήμερα στα δημόσια νοσοκομεία κάθε άλλο παρά ευνοούν την εκπαίδευση των νέων γιατρών και νοσηλευτών. Ο ειδικευόμενος γιατρός και ο νοσηλευτής στο σημερινό ΕΣΥ, έτσι όπως έχει δομηθεί και λειτουργεί, χρησιμοποιείται περισσότερο ως ένα μάλωμα στις τεράστιες τρύπες

του συστήματος υγείας, χωρίς από ότι φαίνεται να υπάρχει η πρόθεση να εκπαιδευτεί και να εξειδικευτεί με σκοπό να αποτελέσει την νέα γενιά των γιατρών και νοσηλευτών που θα υπηρετήσουν τις λαϊκές ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Έτσι η καθημερινότητα του ειδικευόμενου γιατρού και νοσηλευτή περιλαμβάνει:

- i. Πολλές ώρες εργασίας με συνεχόμενες υπερωρίες.
- ii. Έκθεση σε ευθύνες που τις περισσότερες φορές δεν αναλογούν στο νέο γιατρό και νοσηλευτή, που ακόμα εκπαιδύεται, καθώς λόγω των ελλείψεων και των περικοπών στους εφημερεύοντες ειδικευμένους ιατρούς και νοσηλευτές υπάρχει προφανής αναντιστοιχία σε σχέση με τις ανάγκες (πχ στον Ευαγγελισμό πάνω από 200 θέσεις ειδικευμένων γιατρών και νοσηλευτών παραμένουν κενές και χωρίς δυνατότητα να προκηρυχθούν. Και αυτές βέβαια θα ήταν πολλαπλάσιες αν δεν είχαν χαθεί δεκάδες θέσεις λόγω των συγχωνεύσεων και καταργήσεων στους νέους Οργανισμούς). Έτσι, αρκετές φορές αντιμετωπίζουν μόνοι τους περιστατικά για τα οποία δεν έχουν την απαιτούμενη εμπειρία κι εξειδίκευση γεγονός που εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για τους ασθενείς.(*Saeedietal 2014*)
- iii. Επαναλαμβανόμενη είναι η έκθεσή τους σε επαγγελματικούς κινδύνους εξαιτίας της εντατικοποίησης της εργασίας. Δεν είναι λίγα τα περιστατικά με σοβαρά προβλήματα υγείας που εκδηλώθηκαν κατά την διάρκεια της εργασίας τους. Πλήθος είναι προφανώς οι άλλοι παράγοντες κινδύνου (βιολογικοί, χημικοί, μολυσματικοί κλπ) στους οποίους εκτίθενται. Επιπλέον, είναι οι κύριοι αποδέκτες της έντασης και επιθέσεων από πλευράς αγανακτισμένων συνοδών που τους αντιμετωπίζουν ως υπαίτιους των προβλημάτων των δημόσιων νοσοκομείων.(*Yoon&Sok 2016*)
- iv. Αδιαφορία, κάποιες φορές και απειλές από τους προϊσταμένους του όταν διεκδικήσει τα δικαιώματά του, όπως ρεπό, εκπαίδευση, δεδουλευμένα κ.λπ.

Όσον αφορά στο κομμάτι της επιμόρφωσης και βιβλιογραφικής ενημέρωσης, συμμετοχής σε συνέδρια και σεμινάρια, είναι γνωστό πως ελάχιστες κλινικές έχουν οργανωμένο πρόγραμμα. Το κομμάτι της θεωρητικής τεκμηρίωσης κι εκπαίδευσης λείπει, ενώ η επιμόρφωση έχει γίνει υπόθεση των φαρμακευτικών εταιρειών και των σχέσεων εμπορικής συναλλαγής που θα πρέπει να έχει κάποιος γιατρός για να μπορέσει να επιμορφωθεί σύμφωνα με αυτά που πρεσβεύει.(*Σωματείο Εργαζομένων Νοσοκομείου Ευαγγελισμός & Επιτροπή Ε.Ι.Ν.Α.Π 2016*)

2.4 Έλλειψη κατάλληλης κτηριακής υποδομής και του απαραίτητου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Οι υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών στη χώρα μας στεγάζονται τις περισσότερες φορές σε χώρους ακατάλληλους τόσο για τις συνθήκες περίθαλψης των ασθενών τους όσο και για τις δύσκολες συνθήκες εργασίας του προσωπικού τους. Συγκεκριμένα πολλά ΤΕΠ παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα χωροθέτησης, παροχής κτιριακών διευκολύνσεων (διασύνδεση με άλλα τμήματα) καθώς και ακατάλληλες συνθήκες εσωτερικού περιβάλλοντος (φωτισμός, αερισμός). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο σχεδιασμός για την χωροταξική κατανομή των διαφόρων

τμημάτων και κλινικών των περισσότερων νοσοκομείων της χώρας μας, πραγματοποιήθηκε τις δεκαετίες που πέρασαν χωρίς να προβλεφθεί η εξέλιξη και το είδος των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης της σύγχρονης κοινωνίας και με τη μορφή που αυτές οι παράμετροι εμφανίζονται σήμερα. Έτσι το σχεδιαστικό αυτό κενό σε συνδυασμό με την ακαμψία των παλιών νοσοκομειακών κτιρίων να ανταποκριθούν σε διαχρονικές ανακατατάξεις και αλλαγές, κατέχουν το σημαντικότερο μερίδιο ευθύνης για την ελλιπή κτιριακή υποδομή των περισσότερων ΤΕΠ στις μέρες μας.

Η έλλειψη χωροταξικού και ιατρικού διαχωρισμού του ΤΕΠ από τα Εξωτερικά Ιατρεία οδηγεί σε αργή και μη ορθολογική διαχείριση της ροής ασθενών. Χαρακτηριστικό είναι επίσης το γεγονός ότι πολλές φορές επιχειρούνται μετατροπές των παλιών δομών με προσθήκες σχεδιασμού οι οποίες όμως δεν ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών και του προσωπικού.

Τέλος ως προς τον απαιτούμενο εξοπλισμό, είναι χαρακτηριστικό ότι η δημιουργία πολλών διαφορετικών ιατρείων καθορισμένων ειδικοτήτων πολλαπλασίασε τις ανάγκες εξοπλισμού με σύγχρονη ιατρική τεχνολογία για κάθε ένα από αυτά ξεχωριστά, αυξάνοντας έτσι το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής φροντίδας. Ενώ σε άλλες περιπτώσεις, η έλλειψη κατάλληλης επικοινωνίας του χώρου του ΤΕΠ με τις απαραίτητες διαγνωστικές υπηρεσίες, δημιούργησε ανάγκες πρόσθετου εξοπλισμού. (Καρλατήρα 2016)

2.5 Έλλειψη μηχανογραφικού συστήματος

Στην Ελλάδα, το δημόσιο νοσοκομείο λειτουργεί με το γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης που εμφανίζει φαινόμενα διαρθρωτικού κατακερματισμού, σύγχυσης αρμοδιοτήτων, έλλειψης συντονισμού, λανθασμένης γραφειοκρατικής νοοτροπίας, έλλειψης εμπιστοσύνης, δυσαρέσκειας του κοινού, πελατειακών σχέσεων, φόβου εκσυγχρονισμού, τάσης προς την αδιαφάνεια και περιορισμένου βαθμού αξιοποίησης των ανθρωπίνων πόρων. Οι αρνητικές αυτές συνέπειες στη λειτουργία του συνιστούν το θεμέλιο της αναγκαιότητας αλλαγής του μοντέλου διοίκησης.

Η μηχανογράφηση στα ΤΕΠ των περισσότερων νοσοκομείων είναι ανύπαρκτη έως και προβληματική. Επίσης οι κύριες ενέργειες κατά τη διαδικασία της υποδοχής και διαλογής των ασθενών που είναι: (Γούλα και συν. 2014)

- i. Η καταχώρηση των στοιχείων των προσερχόμενων ή προσκομιζόμενων ασθενών (στοιχεία ταυτότητας, ακριβής ώρα προσέλευσης στο ΤΕΠ, το πρόβλημα για το οποίο ζητείται ιατρική φροντίδα)
- ii. Η αρχική κλινική εκτίμηση των ζωτικών σημείων (σφυγμός, αρτηριακή πίεση, συχνότητα αναπνοών, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης)
παραλείπονται ή δεν εφαρμόζονται συστηματικά και οργανωμένα σε ένα πρώτο στάδιο υποδοχής του ασθενούς. Έτσι είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι η καταχώρηση αυτών των στοιχείων μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές και ξεχωριστά για κάθε ιατρείο εξέτασης, στην περίπτωση που ο ασθενής πρέπει να εξετασθεί από δύο ή περισσότερες ειδικότητες.

2.6 Προβλήματα Ε.Κ.Α.Β

Τα τελευταία χρόνια της κρίσης δημιούργησαν πολλά προβλήματα στο Ε.Κ.Α.Β. Πάρα πολλά ασθενοφόρα είναι ακινητοποιημένα λόγω σοβαρών βλαβών και ο αριθμός των ασθενοφόρων που «βγαίνει» στην δρόμο έχει μειωθεί σε μεγάλο ποσοστό λόγω έλλειψης προσωπικού.

Στα νοσοκομεία, η απουσία ομάδων διαλογής στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και οι ελλείψεις τραυματιοφορέων έχουν ως αποτέλεσμα κάθε πλήρωμα ασθενοφόρου να καθυστερεί κατά μέσο όρο 20 λεπτά εντός του νοσοκομείου ανά περιστατικό. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι διασώστες καλούνται να παίξουν τον ρόλο του τραυματιοφορέα, μεταφέροντας από τμήμα σε τμήμα τους ασθενείς. Με δεδομένο ότι γίνονται 7 διακομιδές την ημέρα ανά ασθενοφόρο, εκτιμάται ότι κάθε όχημα «χάνει» 2 ώρες από τη βάρδιά του. Παράλληλα, το σύστημα των τηλεπικοινωνιών του Ε.Κ.Α.Β σε πολλές πόλεις είναι αναλογικό, που σημαίνει ότι σε ορισμένα σημεία της πόλης δεν «πιάνει» και η διαβίβαση σήματος γίνεται μέσω κινητών τηλεφώνων.

Οι ελλείψεις του Ε.Κ.Α.Β κατά τόπους, οδηγούν σε κίνδυνο τους ασθενείς. Η καθυστέρηση ανταπόκρισης ασθενοφόρου του Ε.Κ.Α.Β λόγω έλλειψης και η μη έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ασθενή στον χώρο συμβάντος μπορεί να έχει στοιχίσει κάποια ανθρώπινη ζωή.

Με ένα γερασμένο στόλο ασθενοφόρων, προσωπικό που δεν επαρκεί και τις επιπτώσεις της προβληματικής οργάνωσης των νοσοκομείων είναι η ελληνική πραγματικότητα την σήμερα εποχή. (Μπουλούτζα 2015)

2.7 Προβλήματα επικοινωνίας

Η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας εξασφαλίζεται με την καλή επικοινωνία. Οι ιατροί συνεργάζονται στενά με το νοσηλευτικό προσωπικό, μολονότι η συνεργασία μεταξύ των δυο επαγγελματιών υγείας είναι δύσκολη, κυρίως στη διαχείριση των αποφάσεων. Η έλλειψη υπομονής, από την πλευρά των ιατρών, η άρνηση να απαντήσουν σε ερωτήσεις, ή στις επαναλαμβανόμενες κλήσεις των νοσηλευτών, η αρνητική κριτική, τα φυλετικά ή τα εθνικά σχόλια είναι συμπεριφορές που δηλώνουν έλλειψη σεβασμού των ιατρών απέναντι στους νοσηλευτές, προκαλώντας πίεση και σύγκρουση στον εργασιακό χώρο.

Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι αποτέλεσμα ενός διαφορετικού τρόπου εργασίας, όπου οι νοσηλευτές εστιάζουν στην ομαδική εργασία ενώ οι ιατροί αποδίδουν στον εαυτό τους κυρίαρχο ρόλο στην παροχή φροντίδας. Έτσι, δημιουργείται ένα αρνητικό κλίμα το οποίο εύκολα πυροδοτεί αρνητικές συμπεριφορές, επηρεάζοντας έτσι την επικοινωνία.

Πλήθος παραγόντων επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, όπως η πολυπλοκότητα και η πληθώρα των μηνυμάτων ενώ από την πλευρά του

δέκτη, η έλλειψη προσοχής, η βιαστική αξιολόγηση και η έλλειψη κοινού λεξιλογίου. Όσο πιο εξειδικευμένη είναι η νοσηλευτική εργασία, τόσο πιο πολύπλοκη γίνεται η επικοινωνία.

Στα μεγάλα νοσοκομεία, όπου οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, με ειδικευόμενους, φαρμακοποιούς, κ.ά., η επανάληψη της ίδιας πληροφορίας σε διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. Η επικοινωνία γίνεται είτε προφορικά είτε μέσα από τηλεφωνήματα, σημειώσεις και φύλλα νοσηλείας. Προβλήματα δημιουργούν οι ασαφείς και πολύπλοκες οδηγίες των ιατρών, οι ταυτόχρονες εντολές από πολλούς ιατρούς, η κόπωση που οδηγεί σε έλλειψη προσοχής, η ανομοιογενής αντίληψη της έννοιας του επείγοντος.

Ένας άλλος παράγοντας που υπονομεύει την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι δύο ξεχωριστές επαγγελματικές κουλτούρες ιατρών-νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές, περνώντας περισσότερο χρόνο με τον ασθενή επικεντρώνονται περισσότερο στην φροντίδα και όχι στη θεραπεία. Επίσης, ενδιαφέρονται περισσότερο για τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ιατρούς ενώ οι ιατροί ενδιαφέρονται για την λήψη δομημένων πληροφοριών από τους νοσηλευτές. Άλλα εξίσου σημαντικά εμπόδια θεωρούνται η απουσία ή η λανθασμένη τήρηση αρχείου, η απουσία σεβασμού του χρόνου των συνεργατών, όπως επίσης η απασχόληση τους κατά την ώρα διαλείμματος.

Το σύστημα υγείας απαιτεί από τους νοσηλευτές να επικοινωνούν επιτυχώς και να είναι αποτελεσματικοί τόσο στην παροχή φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης όσο και στις σχέσεις με τους ιατρούς. Οι ιατροί σε πολλές περιπτώσεις είναι περισσότερο αισιόδοξοι στην ενημέρωση των ασθενών και λιγότερο σαφείς, ακριβείς και ρεαλιστές στην πρόγνωση της νόσου. Χρησιμοποιούν συνεχώς ιατρική ορολογία, απομακρύνονται νωρίς από τον ασθενή και αποφεύγουν την οικογένεια, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών-ασθενών. Παράλληλα, επιτρέπουν στους νοσηλευτές να διευκρινίζουν τις λεπτομέρειες, συχνά όμως αγνοούν τις απόψεις τους.

Σήμερα, η επικοινωνία των ιατρών με τους νοσηλευτές παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας όπου ο σύγχρονος νοσηλευτής συντονίζει τις δραστηριότητες όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και τους ενημερώνει επαρκώς. Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή διαχείριση των ασθενών.(Α. Βενιού & Ν. Τεντολούρης 2013)

2.8 Προβλήματα με την συνταγογράφηση εξετάσεων

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση των εξετάσεων που διενεργούνται στα τμήματα επειγόντων των δημόσιων νοσοκομείων έχει χαρακτηριστεί από πολλούς συλλόγους ως πρακτικά ανεφάρμοστη και εν δυνάμει επικίνδυνη για τους ασθενείς. Οι εφημερεύοντες γιατροί πρέπει να συνταγογραφούν ηλεκτρονικά μέσω της ΗΔΙΚΑ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε.) τις επείγουσες παρακλινικές ενδονοσοκομειακές εξετάσεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων.

Η εφαρμογή μίας τέτοιας απόφασης δεν είναι εφικτή λόγω των συνθηκών που επικρατούν στα επείγοντα κατά την εφημερία, του αυξημένου φόρτου εργασίας και της έλλειψης ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού. (Μπουλούτζα Π. 2016)

2.9 Προβλήματα με τους μετανάστες

Όταν στις δομές του ΕΣΥ προσέρχεται ένας παράνομος μετανάστης, η κατάσταση είναι αρκετά σύνθετη. Όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, ο νόμος καθορίζει ότι οι μετανάστες που δεν μπορούν να αποδείξουν ότι διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα δεν δικαιούνται πρόσβαση σε δημόσια νοσοκομεία ή κέντρα υγείας· η μόνη εξαίρεση αφορά σε όσους εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία (Ν. 2910/2001, άρθρο 51, παράγραφος 1): «Οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε αλλοδαπούς, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο ή θεώρηση εισόδου ή άδεια παραμονής ή γενικά δεν αποδεικνύουν ότι παραμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία». Ο πιο πρόσφατος νόμος του 2005 (Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια) στο άρθρο 84 επίσης εξαιρεί τους παράνομους μετανάστες που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία. Για να αποφασιστεί όμως μια έκτακτη νοσηλεία χρειάζεται να υπάρχει ούτως ή άλλως πρόσβαση σε δομές υγείας, ώστε να πραγματοποιηθεί η κατάλληλη ιατρική εκτίμηση. Συνεπώς μπορεί να ειπωθεί ότι ο νόμος είναι αρκετά ελαστικός, αναθέτοντας κατά κάποιον τρόπο στους λειτουργούς υγείας να αποφασίσουν για την αντιμετώπιση ενός μετανάστη χωρίς νόμιμα έγγραφα.

Αυτή η ελαστικότητα έρχεται σε αντιπαράθεση με το αρχικό κείμενο του Ν. 2910/2001, που προέβλεπε στο άρθρο 54 ότι σε περίπτωση νοσηλείας μεταναστών χωρίς επίσημα έγγραφα, ο επικεφαλής του ιδρύματος ήταν υποχρεωμένος να ειδοποιήσει τις αρχές· παράλειψη να δράσει κατ' αυτόν τον τρόπο θα επέφερε τη δίωξή του για παράβαση καθήκοντος. Η συγκεκριμένη διάταξη προκάλεσε πρωτοφανείς αντιδράσεις από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας αφού ερχόταν σε σαφή αντίθεση με ορισμένες βασικές ηθικές και δεοντολογικές αξίες τους. Οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ αρνήθηκαν να το εφαρμόσουν στην πράξη και ο νόμος του 2005 κατήργησε το ούτως ή άλλως ανενεργό άρθρο 54, καθώς αναφέρει ότι μπορεί να χορηγηθεί άδεια παραμονής σε πρόσωπα που πάσχουν από σοβαρά προβλήματα υγείας (άρθρο 44 – Χορήγηση και ανανέωση αδειών διαμονής για ανθρωπιστικούς λόγους). Όμως, η συνολική αντιμετώπιση του άρθρου 54 καταδεικνύει ότι η επίσημη πολιτική σε ένα τόσο ευαίσθητο θέμα, όπως είναι αυτό της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, μπορεί να συμβιβαστεί ολοκληρωτικά στην πράξη. Αυτό εξάλλου αντανακλά και ένα γενικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας: οι νόμοι υπάρχουν, αλλά συχνά δεν εφαρμόζονται. (European Union Agency for Fundamental Rights 2011)

2.10 Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την κοινωνία σε όλους του τομείς που συνιστούν την ποιότητα ζωής. Μια σημαντική πτυχή της ποιότητας ζωής των ανθρώπων μέσα σε μια κοινωνία, είναι η υγεία. Είναι γεγονός ότι το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, πριν από την οικονομική κρίση αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα στη χώρα μας. Από τον καιρό που εμφανίστηκε η οικονομική κρίση, η παροχή και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας έχει φτάσει στο πιο χαμηλό επίπεδο δεκαετιών για τους πολίτες.

Η παρούσα κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας, με τις χαμηλότερα κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας στη διαμόρφωση του επιπέδου της υγείας και η ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, όπως για παράδειγμα επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα. Ο λόγος είναι ότι λόγω της οικονομικής κρίσης, ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν έχει χρήματα για ιατρική περίθαλψη είτε για εξετάσεις για κάποιο πρόβλημα που αντιμετωπίζει, είτε για προληπτικές εξετάσεις. Και αυτό παρά το γεγονός ότι «στα χαρτιά» πολλοί μπορεί να φαίνονται ότι έχουν κάλυψη. Οι συμπολίτες μας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και έχουν κάποια ιδιωτική ασφάλιση πολλοί από αυτούς παρά την κάλυψη που έχουν, δεν διαθέτουν τα χρήματα που χρειάζονται για την ιατρική επίσκεψη μέχρις ότου επιστραφεί το ποσόν από την ασφαλιστική εταιρεία. Και σε αυτή την περίπτωση για να πάρει ο πολίτης αυτή την κάλυψη θα πάρει πίσω μόνο ένα μέρος του ποσού που πλήρωσε και αυτό μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες.

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

- i. Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας
- ii. Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών.

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

Αν και το μεγαλύτερο κύμα της ύφεσης φαίνεται να έχει παρέλθει και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης αρχίζουν να διαφαίνονται στην παγκόσμια οικονομία, ωστόσο πολλά ζητήματα μένουν ακόμη προς διευθέτηση ώστε να επιστρέψει η αγορά στους κανονικούς της ρυθμούς, να αποκατασταθούν τα πλήγματα της οικονομικής κρίσης και να επανέλθει μια ισορροπία.

Σ' ό,τι αφορά στα συστήματα υγείας, ενδεχομένως η οικονομική κρίση να έχει τελικά, θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και στην εισαγωγή οιονεί αγορών στην παροχή υπηρεσιών υγείας. (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Τρόποι καλύτερης λειτουργίας

Στο τρίτο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται ορισμένες προτάσεις για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των ΤΕΠ, βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία των ΤΕΠ είναι και ο τρόπος διαλογής των ασθενών, και στη συνέχεια αναλύονται ορισμένες σύγχρονες κλίμακες διαλογής που θα μπορούσαν να έχουν ευρεία εφαρμογή και στα ΤΕΠ της χώρας μας. Ακολούθως θα γίνει αναφορά στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στην αναβάθμιση των συστημάτων επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών, όπως και των επαγγελματιών μεταξύ τους, καθώς επίσης και στην ενσωμάτωση από τα ΤΕΠ όλων των σύγχρονων ηλεκτρονικών μέσων που διευκολύνουν τη διαδικασία.

3.1 Διεθνής ταξινόμηση ασθενών στο ΤΕΠ

3.1.1 Αμερικάνικη εθνική κλίμακα ESI–Δείκτης επείγουσας σοβαρότητας (emergency severity index)

Η ESI είναι μια κλίμακα διαλογής με πέντε επίπεδα που αναπτύχθηκε από τους γιατρούς: Ρίτσαρντ Wuerz και David Eitel στις ΗΠΑ. Είναι ένας συνδυαστικός αλγόριθμος, διότι εκτός των σημείων και συμπτωμάτων του ασθενή, λαμβάνει υπόψη της τους πόρους που καταναλώνονται για την αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού. Αναπτύχθηκε γύρω από ένα νέο εννοιολογικό μοντέλο της διαλογής στο ΤΕΠ. Διατηρεί την παραδοσιακή βάση της αξιολόγησης του αρχικά επείγοντος ασθενούς, και στη συνέχεια επιδιώκει να μεγιστοποιήσει τη ροή των ασθενών δίνοντας το δικαίωμα στους ασθενείς για εξέταση με τους κατάλληλους πόρους, στο σωστό τόπο και την κατάλληλη στιγμή. (*Agency for Healthcare Research and Quality 2017*)

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη κλίμακα διαλογής, ισχύουν τα παρακάτω βήματα:

Βήμα 1: Στο σημείο αυτό ελέγχονται οι αεραγωγοί του ασθενή, οι καρδιακοί παλμοί και η ανταπόκρισή του στα ερεθίσματα. Εάν ο ασθενής είναι διασωληνωμένος, απνοικός, χωρίς καρδιακό παλμό ή δεν ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα ανήκει στο Επίπεδο 1.

Βήμα 2: Εντοπισμός ασθενών σε κατάσταση υψηλού κινδύνου. Ασθενείς με έντονο πόνο και δυσφορία, σε ληθαργική κατάσταση, με έλλειψη ικανότητας προσανατολισμού-συγχυτικοί ανήκουν στο Επίπεδο 2.

Βήμα 3: Στο σημείο αυτό καθορίζονται οι απαιτούμενοι πόροι για την αντιμετώπιση περιστατικών. Ασθενείς που απαιτούν τουλάχιστον δύο κατηγορίες πόρων του ΤΕΠ

για να θεραπευτούν χαρακτηρίζονται ως ασθενείς στο Επίπεδο 3. Ωστόσο, οι ασθενείς του Επιπέδου 3 μπορεί να ανέβουν στο Επίπεδο 2 της Κλίμακας, εάν τα ζωτικά τους σημεία μεταβληθούν εκτός των φυσιολογικών ορίων.

Βήμα 4: Ταξινομούνται οι ασθενείς για την θεραπεία των οποίων απαιτείται μόνο μια κατηγορία πόρων του ΤΕΠ και ανήκουν στο επίπεδο 4.

Βήμα 5: Το Επίπεδο 5 κατατάσσονται οι ασθενείς που δεν απαιτούν κατανάλωση πόρων του ΤΕΠ για τη θεραπεία τους.

Το καινούριο σημαντικό στοιχείο στην Αμερικάνικη κλίμακα διαλογής, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες, είναι το γεγονός ότι λαμβάνεται υπόψη η κατανομή των πόρων του ΤΕΠ για την αντιμετώπιση των περιστατικών. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό επειγόντων στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά αξιολόγησαν την αξιοπιστία και το κύρος της ESI. Επίσης, για λιγότερο οξείες καταστάσεις ασθενών, απαιτεί από τον νοσηλευτή να προβλέψει τις αναμενόμενες ανάγκες των πόρων (π.χ., διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες), εκτός από την αξιολόγηση της οξύτητας. Η ESI έχει εφαρμοστεί από τα νοσοκομεία σε διάφορες περιοχές των ΗΠΑ. (Λάμπρου 2005)

3.1.2 Η Αυστραλιανή κλίμακα διαλογής ATS

Η Αυστραλιανή Κλίμακα NTS (National Triage Scale) τέθηκε σε εφαρμογή το 1993, και έγινε το πρώτο σύστημα διαλογής που χρησιμοποιείται στην Αυστραλία. Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, η NTS υποβλήθηκε σε αξιολόγηση και στη συνέχεια μετονομάστηκε σε Australasian Triage Κλίμακα (ATS). (Australian Government 2017)

Η ATS έχει πέντε επίπεδα της οξύτητας:

- i. Αμέσως απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (επίπεδο 1)
- ii. Επικείμενα απειλητικές για τη ζωή (επίπεδο 2)
- iii. Δυνητικά απειλητικές για τη ζωή ή σημαντικό χρόνο κρίσιμες θεραπεία ή έντονο πόνο (επίπεδο 3)
- iv. Δυνητικά σοβαρή για τη ζωή ή κατάσταση έκτακτης ανάγκης ή σημαντική πολυπλοκότητα (επίπεδο 4)
- v. Λιγότερο επείγουσες καταστάσεις (επίπεδο 5)

Η ATS έχει εγκριθεί από το Αυστραλιανό Σώμα Επείγουσας Ιατρικής και θεσπίζονται δείκτες απόδοσης από το Αυστραλιανό Συμβούλιο για τα Πρότυπα Υγείας. (Australian Government 2017)

Level	Name	Colour	Maxtime
1	Immediate resuscitation	Red	0 minutes

2	Veryurgent	Orange	10 minutes
3	Urgent	Yellow	30 minutes
4	Standard	Green	90 minutes
5	Non-urgent	Blue	120 minutes

Πίνακας 2: Australian triage scale (ATS)

3.1.3 Καναδική κλίμακα διαλογής AQUITY (ACTAS)

Η καναδική κλίμακα AQUITY (ACTAS) συμπεριλήφθηκε επίσημα σε όλο τον Καναδά το 1997. Προσπαθεί να προσδιορίσει με μεγαλύτερη ακρίβεια τους ασθενείς, που χρειάζονται την έγκαιρη φροντίδα, επιτρέπει στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης να αξιολογήσουν το επίπεδο οξύτητας, τις ανάγκες των πόρων τους και να αποδώσουν σε σχέση με ορισμένους λειτουργικούς στόχους.(*Canadian Triage and Acuity Scale 2017*)

Επίπεδα AQUITY:

1. CTAS Επίπεδο 1 – Οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται από γιατρό αμέσως, (98% του χρόνου).
2. CTAS Επίπεδο 2 – Οι ασθενείς πρέπει να εξεταστούν από ιατρό μέσα σε 15 λεπτά, (95% του χρόνου).
3. CTAS Επίπεδο 3 – Οι ασθενείς πρέπει να εξεταστούν από ιατρό εντός 30 λεπτών, (90% του χρόνου).
4. CTAS Επίπεδο 4 - Οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται από γιατρό μέσα σε 60 λεπτά, (85% του χρόνου).
5. CTAS Επίπεδο 5 – Οι ασθενείς πρέπει να εξεταστούν από ιατρό εντός 120 λεπτών, (80% του χρόνου).

Τρεις σημαντικές έννοιες περιλαμβάνονται στο σχεδιασμό αυτής της κλίμακας:

1. Χρησιμότητα
2. Συνάφεια
3. Εγκυρότητα

Level	Name	Colour	Max time
1	Resuscitation	Blue	0 minutes
2	Emergency	Red	15 minutes
3	Urgency	Yellow	30 minutes
4	Less Urgency	Green	60 minutes

5	Non Urgency	White	120 minutes
---	-------------	-------	-------------

Πίνακας 3: Καναδική κλίμακα διαλογής AQUITY (ACTAS)

3.1.4 ManchesterTriageScale(MTS)

Η ManchesterTriageScale (MTS) αναπτύχθηκε από το Βασιλικό Κολέγιο Νοσηλευτικής, τον Σύνδεσμο Επειγόντων, την Βρετανική Ένωση Ατυχημάτων και την Επείγουσα Ιατρική.

Η MTS διαφέρει από τις δύο προηγούμενες κλίμακες ATS και CTAS στο ότι πρόκειται για μια προσέγγιση αλγόριθμου που βασίζεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η MTS περιλαμβάνει τη χρήση 52 χωριστών διαγραμμάτων ροής που απαιτούν την λήψη των αποφάσεων σύμφωνα με την απειλή της ζωής, τον πόνο, αιμορραγία, επίπεδο συνείδησης, την θερμοκρασία και την διάρκεια των σημείων και συμπτωμάτων με κατάλληλο αλγόριθμο, με βάση την αναφορά και στη συνέχεια τη συλλογή και ανάλυση πληροφοριών. (Zachariasseet al 2017)

Η MTS απαιτεί πρότυπη τεκμηρίωση, και αυτή η εξορθολογισμένη προσέγγιση είναι εξοικονόμηση χρόνου, όπως και η τεκμηρίωση είναι απλουστευμένη. Επιπλέον, η προσέγγιση αυτή πιστεύεται ότι είναι ιδιαίτερα επωφελής για αρχάριους νοσηλευτές, επειδή η διαδικασία λήψης αποφάσεων γίνεται μέσα από πολύ καλά καθορισμένες παραμέτρους. (ManchesterTriageSustem 2017)

Level	Name	Colour	Decision making
1	Immediate resuscitation	Red	Patient in need of immediate treatment for preservation of life
2	Very urgent	Orange	Seriously ill or injured patients whose lives are not in immediate danger
3	Urgent	Yellow	Patients with serious problems, but apparently stable condition
4	Standard	Green	Standard cases without immediate danger or distress
5	Non-urgent	Blue	Patients whose conditions are not true accidents or emergencies

Πίνακας 4: Manchester Triage Κλίμακα (MTS)

3.2 Βελτίωση της ποιότητας στο ΤΕΠ

3.2.1. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας υψηλότερης ποιότητας, που να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών είναι έντονη και λαμβάνει υψηλή θέση στις προτεραιότητες των διοικητών μονάδων υγείας. Σε αυτά τα συστήματα υιοθετούνται

πρακτικές ποιότητας που ελαχιστοποιούν το ιατρικό και νοσηλευτικό λάθος και αυξάνουν την ασφάλεια του ασθενή, με στόχο τον περιορισμό του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας των επαγγελματιών έτσι ώστε να γίνει χρήση πλήρων των οφελών των χρησιμοποιούμενων πόρων.(Μαλλιαρού 2009)

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα. Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα αναφέρει ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιον τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών. Αρκετές φορές, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους και ένας αποτελεσματικός τρόπος να προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας τις προσδοκίες των ασθενών είναι η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μαζί τους και οι περιοδικές έρευνες (ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας). Ακόμη, ένας ορισμός για την ποιότητα που έχει διατυπωθεί είναι και ο εξής: Να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς (αυτό ισχύει, για παράδειγμα, όταν ο ιατρός κινητοποιείται για την καλύτερη προσέγγιση μιας περίπτωσης που είναι αφορμή για περισσότερη γνώση και εμπειρία που θα αποδοθεί στον επόμενο ασθενή).(Παπακωστίδη &Τσουκαλάς, 2012)

3.2.2 Στόχοι της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι στόχοι για την ποιότητα στα συστήματα υγείας, στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας, είναι: (Παπακωστίδη &Τσουκαλάς, 2012)

- i. Αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και τεχνική ικανότητα. Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες και ορθές διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων. Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαλειφθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτούνται τεκμηριωμένοι στόχοι και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται κάθε φορά να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας.
- ii. Ασφάλεια. Όσον αφορά στις απαιτήσεις ασφάλειας, εκτός από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική βλάβη των ατόμων και τις δικαστικές αντιδικίες, η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη.

- iii. Προσβασιμότητα των υπηρεσιών και ανάπτυξη τους με επίκεντρο τον ασθενή. Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική και την κοινωνικό-πολιτισμική διάσταση. Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις. Καθώς ο ασθενής έρχεται στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας, η φροντίδα που του παρέχεται θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες, στις προτιμήσεις, στις ανάγκες και στις αξίες του.
- iv. Συνέχεια της φροντίδας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, η συνέχεια των υπηρεσιών αφορά στη μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο επόμενο, ανεξάρτητα από το χρόνο ή τον τόπο. Σε κατακερματισμένα και αποσυνδεδεμένα συστήματα υγείας δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας.
- v. Διαπροσωπικές σχέσεις. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων. Μέσα από μια καλή ομάδα μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα. Τέλος, δεν μπορεί να παραλειφθεί ότι πάντα είναι προτιμότερο να εργάζεται κάποιος ή να προσφέρονται υπηρεσίες σε ένα αισθητικά αποδεκτό περιβάλλον. Όπου υπάρχει φροντίδα για την άνεση και την ευεξία των ανθρώπων, εκεί υπάρχει ποιότητα.

3.2.3 Παράγοντες για να επιτευχθούν οι στόχοι της ποιότητας

Για να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας, οι ακόλουθοι παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί: (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

- i. Ηγεσία. Με ένα χαρισματικό ηγέτη μπορεί να επιτευχθεί η συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας σε έναν οργανισμό. Αυτός ο οποίος θα συντονίζει τις διαδικασίες πρέπει να είναι άνθρωπος με όραμα, πειθώ, ικανότητες και επικοινωνιακό ταλέντο που θα υποστηρίζει ένα συμμετοχικό τρόπο διοίκησης.
- ii. Δέσμευση στο στόχο. Εκφράζεται με ενεργό συμμετοχή. Ειδικά, ένας ηγέτης θα πρέπει να είναι παρών στη λήψη αποφάσεων, ενώ παράλληλα να εκχωρεί αρμοδιότητες με τη σύσταση ομάδων, τη δράση των οποίων θα υποστηρίζει και θα επιβλέπει.
- iii. Επικέντρωση στους ασθενείς, στους χρήστες των υπηρεσιών και στους προμηθευτές. Καθώς ο λόγος ύπαρξης ενός οργανισμού είναι οι «πελάτες» του, χρειάζεται προσεκτική ανάγνωση των αναγκών και των προσδοκιών τους, ώστε να ανευρεθούν τρόποι να ικανοποιηθούν.
- iv. Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών, με στόχο καλύτερα αποτελέσματα. Τα επιθυμητά αποτελέσματα που κινητοποιούν τους μηχανισμούς ποιότητας επιλέγονται σύμφωνα με τις προτεραιότητες του οργανισμού και εναρμονίζονται με τα διεθνώς αποδεκτά επιστημονικά πρότυπα. Με την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης, επιτυγχάνονται οι στόχοι.
- v. Ενδυνάμωση των εργαζομένων. Είναι οι εσωτερικοί «πελάτες» και η βάση του συστήματος. Θα πρέπει να εκπαιδεύονται συστηματικά για να παρέχουν τις καλύτερες υπηρεσίες στους «εξωτερικούς πελάτες». Αρκεί να τους παρέχονται τα εργαλεία, οι τεχνικές και η υποστήριξη ώστε να είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στις διαδικασίες βελτίωσης

- ποιότητας. Η ηγεσία θα πρέπει να αφουγκράζεται τις ανάγκες των εργαζομένων, τις αδυναμίες και τα δυνατά σημεία τους.
- vi. Προληπτικές βελτιώσεις. Είναι προτιμότερο για έναν οργανισμό να αποφύγει το μοντέλο της «διαχείρισης κρίσεων», στο οποίο οι δράσεις για την όποια βελτίωση κινητοποιούνται από κάποιο λάθος ή κάποια κρίση. Μια τέτοια πρακτική προάγει την αδράνεια αντί της διάθεσης για καινοτομία. Το κλειδί της υπεροχής είναι η διάθεση να αναζητηθούν οι ευκαιρίες για περαιτέρω βελτίωση.
 - vii. Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Η σωστή διαχείριση της πληροφορίας και η αξιοποίηση επιστημονικών εργαλείων αποτελούν τη βάση για τη λήψη αποφάσεων προς αποφυγή σφαλμάτων και αυθαιρεσιών.
 - viii. Πολυσυλλεκτική, ομαδική εργασία. Παρέχει το πλεονέκτημα της συνέργειας των ατόμων, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι πολύ περισσότερο από το απλό άθροισμα των επί μέρους στοιχείων.
 - ix. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση. Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό είναι η πλέον επιτυχής και εξασφαλίζει την υγιή ανάπτυξη και τη συνεχιζόμενη βελτίωση. Επί πλέον, όταν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι, με υψηλό ηθικό, τότε δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για αυξημένη παραγωγικότητα και υπερβάσεις.

3.2.4 Δείκτες ποιότητας

Η ποιότητα είναι σαφή και μπορεί να μετρηθεί. Σύμφωνα με τη θεωρία του Donebedian, στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να διακριθούν τρία συστατικά στοιχεία:

- i. Η δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές)
- ii. Οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας)
- iii. Τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών).

Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα έτη εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά. Αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης.

Οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

Μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες: (Μαλλιάρου 2009)

- 1. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)
 - i. Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
 - ii. Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

- iii. Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
- iv. Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
 - v. Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών
 - vi. Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

2. Δείκτες διαδικασιών

- i. Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος
- ii. Κατάσταση αναμονής (για ριζικές ή για ανακουφιστικές θεραπείες του καρκίνου)
- iii. Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του
- iv. Αριθμός των σύμμορφων πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών
- v. Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal) films
- vi. Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ ώρα
- vii. Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
- viii. Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας

Παρ' ότι οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

3. Δείκτες αποτελέσματος

- i. Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
- ii. Διάστημα ελεύθερο νόσου
- iii. Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- iv. Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- v. Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- vi. Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Συχνά, ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία, η συν-νοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο).

3.2.5 Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι για την αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και αφορούν στον ποιοτικό έλεγχο και στην διασφάλιση της ποιότητας. (Μαλλιάρου 2009)

α. Ποιοτικός Έλεγχος

Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας. Ο Ποιοτικός Έλεγχος μπορεί να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση την επάρκεια ή την καταλληλότητα, είτε των δομών του συστήματος, είτε των διαδικασιών που ακολουθούνται ή, τέλος, να κρίνει τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων.

β. Η Διασφάλιση της Ποιότητας

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές. Η Διασφάλιση Ποιότητας αποτελεί μια πιο «προχωρημένη» μέθοδο για εξασφάλιση εκ των προτέρων ποιότητας στα προϊόντα και τις υπηρεσίες (εν αντιθέσει με τον Ποιοτικό Έλεγχο που παρουσιάσαμε πιο πάνω, ο οποίος «λειτουργεί» εκ των υστέρων). Ο αντικειμενικός σκοπός της είναι να βελτιώσει τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς και διασφαλίζει την αποτελεσματική εκτέλεση όλων των δραστηριοτήτων που αφορούν την επιτυχία της ποιότητας. Μεγάλος αριθμός δεικτών (δομής - διαδικασίας - έκβασης) έχει συμπεριληφθεί σε συστήματα διασφάλισης ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών και θα γίνει προσπάθεια καταγραφής ανάλογων στοιχείων για το ΤΕΠ.

3.2.6 Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας στο ΤΕΠ

Στην Ελλάδα μπορούν να γίνουν απλές παρεμβάσεις που θα οδηγήσουν στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Τέτοιες είναι η επιμόρφωση του προσωπικού με στόχο την ευαισθητοποίηση του απέναντι στην έννοια της ποιότητας και την δημιουργία κουλτούρας προς επιθυμητές συμπεριφορές που θα οδηγήσουν στο σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών, στην αποφυγή επεισοδίων με τους ασθενείς ή ακόμη και τους συγγενείς, η παροχή κινήτρων στο προσωπικό για να προωθήσει και να μην παρακωλύει τις διοικητικές αλλαγές, η θέσπιση συναντήσεων με όλο το προσωπικό για ανταλλαγή απόψεων και θέσπιση κοινών στόχων.

Επιπρόσθετα απαιτούνται, επάρκεια στελέχωσης με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των βαθμίδων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, εφαρμογή διεθνών πρωτοκόλλων για την διαχείριση περιστατικών, προώθηση συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού ανεξαρτήτου ειδικότητας και ανεξαρτήτου βαθμίδας.

Σημαινούσα αξίωση αποτελεί η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε οι ασθενείς με λιγότερο άμεσα και σοβαρά προβλήματα να μην φθάνουν έως το τριτοβάθμιο νοσοκομείο προκαλώντας συμφόρηση στη λειτουργία του. Η αναβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας, καθώς και του θεσμού του οικογενειακού γιατρού κρίνονται αναγκαίες. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα σχετικά απλά και καθημερινά περιστατικά, χωρίς να επιφορτίζεται η λειτουργία των νομαρχιακών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων με περιστατικά, τα οποία, έτσι και αλλιώς δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητες των τελευταίων.

Απαιτείται να αλλάξει και η κουλτούρα του ασθενή, ο οποίος όπως δείχνουν οι έρευνες προτιμά να απευθυνθεί στο ΤΕΠ τριτοβάθμιου νοσοκομείου γιατί νιώθει περισσότερη ασφάλεια και αναμένει από αυτό αξιόπιστη διάγνωση και λύση του προβλήματός του.

Τέλος απαιτείται εκτενής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της ηγεσίας σε θέματα ποιότητας καθώς και η ενσωμάτωση της ποιοτικής διοίκησης στην καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων. (Μαλλιάρου Μ. 2009)

3.3 Η σημασία της επικοινωνίας στο τομέα της υγείας

3.3.1 Στόχοι καλής επικοινωνίας

Η καλή και σωστή παροχή υπηρεσιών υγείας από ανθρώπους (προσωπικό μονάδας υγείας) σε ανθρώπους (ασθενείς-συνοδούς) είναι η βασική επιδίωξη του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος. Ο σημαντικότερος παράγοντας επίτευξης αυτού του στόχου είναι η καλή επικοινωνία μεταξύ αυτών των δύο ομάδων ανθρώπων. Η καλή επικοινωνία είναι πάντα παράγοντας σωστής λειτουργίας και πλήρους εξυπηρέτησης. Πιο συγκεκριμένα, η σωστή επικοινωνία είναι ένα εργαλείο διαχείρισης που συμβάλλει: (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

- i. Στη βελτίωση των ανθρώπινων σχέσεων μεταξύ των ατόμων που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με το Νοσοκομείο (νοσηλεύόμενοι, εξωτερικοί ασθενείς, επισκέπτες εργαζόμενοι κλπ). Σε αυτόν τον τομέα η επικοινωνία καθίσταται λειτουργικά αναγκαία.
- ii. Στην εξωτερίκευση μίας ορθής και κοινωνικώς επωφελούς και αποδεκτής εικόνας του Νοσοκομείου και της παροχής του σε υπηρεσίες υγείας προς το κοινό και προς τους εργαζόμενους του (κίνητρα, μισθοί κλπ).
- iii. Την πληροφόρηση-ενημέρωση. Μέσω των ΜΜΕ αλλά και άλλων εκδηλώσεων, η επικοινωνία μπορεί να συμβάλλει στη προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας, ενημερώνοντας το κοινό για το έργο που παράγεται στο Νοσοκομείο, τις ειδικές εργασίες και τις καινούριες μεθόδους θεραπείας, την έρευνα κλπ, ανταποκρινόμενη στο δικαίωμα του πολίτη να γνωρίζει και να προασπίζεται την υγεία του.
- iv. Δημιουργία εικόνας κύρους και εμπιστοσύνης. Όλοι ανεξαιρέτως επηρεαζόμαστε από την καλή ή την κακή φήμη ενός οργανισμού, ειδικότερα όταν πρόκειται για οργανισμό υγείας. Το "κτίσιμο" μίας ευνοϊκής εικόνας βασιζόμενη σε αληθινά γεγονότα στη συνείδηση του ευρύ κοινού αποτελεί τον πιο βασικό, πιο δύσκολο αλλά και τον πιο αποφασιστικό στόχο.
- v. Παραγωγικότητα. Με τη σωστή εφαρμογή μεθόδων επικοινωνίας μπορεί να επιτευχθεί αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, που σημαίνει προσπάθεια για μεγαλύτερη προσφορά και καλύτερη ποιότητα καθώς και αύξηση των εσόδων του.
- vi. Καλές σχέσεις με το υπόλοιπο κοινό (προμηθευτές, Υπουργείο Υγείας, τράπεζες και ΜΜΕ κ.α.). Σε αυτό το επίπεδο η σωστή επικοινωνία διευκολύνει την εξουδετέρωση των προκαταλήψεων, την ομαλή συνεργασία και την απόκτηση εμπιστοσύνης για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο.

3.3.2 Η επικοινωνία στο ΤΕΠ σε ηθικά και δεοντολογικά πλαίσια

Το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζονται σε ένα ΤΕΠ δημιουργούν τέτοιου είδους εσωτερική φόρτιση και τέτοια ένταση εργασίας που η σωστή επικοινωνία αποτελεί παράγοντα ζωτικής σημασίας. Σωστή λέγεται η επικοινωνία όταν υπακούει σε ηθικούς, δεοντολογικούς και νομικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι: (Λάμπρου 2005)

- i. Νομοθεσία (γενική ή ειδικών θεμάτων)
- ii. Κώδικες δεοντολογίας (ιατρικής, νοσηλευτικής δεοντολογίας)
- iii. Επαγγελματικά δικαιώματα
- iv. Απόρρητο ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (διαχείριση φακέλου ασθενή)
- v. Διαδικασίες που αφορούν στις τοπικές αστυνομικές και δικαστικές αρχές
- vi. Κοινωνικοί και ατομικοί παράγοντες (ήθη και έθιμα, πολιτισμός, ιδεολογίες, προσωπικές πεποιθήσεις και "πιστεύω")

Η επικοινωνία στο ΤΕΠ, όπως και σε κάθε άλλο τμήμα του Νοσοκομείου, αναπτύσσεται σε διάφορα επίπεδα, όπως είναι στις ανθρώπινες σχέσεις αλλά και στη ρύθμιση της ψυχολογίας από την επιρροή του χώρου. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα σε ένα ΤΕΠ είναι κυρίως δύο ειδών. Στη σχέση μεταξύ των εργαζομένων και στη σχέση εργαζόμενου - ασθενή (ή συνοδού).

3.3.3 Η επικοινωνία στις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων στο ΤΕΠ

Το προσωπικό που απασχολείται στο ΤΕΠ ενός Νοσοκομείου εμφανίζει, σύμφωνα με έρευνες, υψηλότερα επίπεδα άγχους, σε σχέση με άλλους εργαζόμενους, εφόσον αντιμετωπίζουν τον πόνο και το θάνατο στην προσπάθειά τους να σώσουν τη ζωή ενός ασθενούς. Οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν άγχος είναι ο συχνές βάρδιες, η συνεχής επικοινωνία με ποικιλία ατόμων, η έλλειψη αισθήματος ασφάλειας λόγω κάποιας επικείμενης λύσης της σύμβασης εργασίας, η βαρύτητα των περιστατικών και η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου. Συγχρόνως, αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν οικογενειακά προβλήματα λόγω της εργασίας τους (ωράριο, αναφορά γεγονότων στο σπίτι) δημιουργώντας έτσι μία αρνητική συναισθηματική φόρτιση την οποία και μεταφέρουν στο χώρο εργασίας τους. Όλα αυτά είναι στοιχεία που συχνά προκαλούν σύγκρουση των ρόλων τους, ένταση στις μεταξύ τους διαπροσωπικές σχέσεις και επομένως προβλήματα στην επικοινωνία με τους συναδέλφους τους. Υπάρχει ενεργή έρευνα που επιχειρεί να βελτιώσει με διάφορα σύγχρονα εργαλεία την επικοινωνία, και τα αποτελέσματά της θα οδηγήσουν πιθανόν σε καλύτερες μελλοντικές συνθήκες. (Falkson & Baetz 2016)

Επιπλέον, και λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω σημαντικούς παράγοντες, θα πρέπει να καθορίζονται τρόποι συμπεριφοράς και να υιοθετούνται ως προϋπόθεση για την επικοινωνία των επαγγελματιών μεταξύ τους. Δηλαδή, γενικές οδηγίες στις οποίες θα πρέπει να υπόκειται η επικοινωνία. Αν δεν είναι εφικτό κάτι τέτοιο, τότε

μία άλλη διέξοδος είναι η διδασκαλία μεθόδων αντιμετώπισης άγχους και μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης.(*Λάμπρου 2005*)

3.3.4 Η επικοινωνία στη σχέση εργαζομένου και ασθενή-συνοδού

Η ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που εισέρχονται στο ΤΕΠ είτε ως ασθενείς, είτε ως συνοδοί είναι άσχημη και κυρίως όταν πρόκειται για βαριά περιστατικά. Απαιτείται λοιπόν από το προσωπικό του ΤΕΠ κατανόηση, υπομονή και ψυχραιμία. Ο εισερχόμενος ασθενής και συνοδός αντιμετωπίζεται με ενδιαφέρον και ευαισθησία με γνώμονα πάντα την κάλυψη των αναγκών του, τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του, τη λήψη συναίνεσης για θεραπεία και την πλήρη και ορθή πληροφόρησή του.

Όσον αφορά τη συναίνεση για θεραπεία, θα πρέπει να δίδεται κατόπιν ορθής και πλήρους ενημέρωσής του ασθενή σχετικά με τα εξής:(*Λάμπρου 2005*)

- i. Είδος θεραπείας
- ii. Οφέλη και κίνδυνοι από τη θεραπεία
- iii. Εναλλακτικές μορφές θεραπείας, εφόσον υπάρχουν
- iv. Πιθανά συγκριτικά οφέλη και κίνδυνοι από τις εναλλακτικές θεραπείες
- v. Πιθανότητα κλινικού κινδύνου και/ ή οφέλους, εάν δεν εφαρμοστεί καθόλου θεραπεία.

Λόγω του είδους των έκτακτων ή επειγουσών καταστάσεων που αντιμετωπίζουν οι συνοδοί των περιστατικών βιώνουν άγχος και αγωνία για την έκβαση της κατάστασης του δικού τους προσώπου.

Στοιχεία που διέπουν την πλήρη και ορθή πληροφόρηση των συνοδών είναι τα εξής:(*Youngsonetal 2017*)

- i. Η ειλικρίνεια από όλους τους εμπλεκόμενους (ιατρούς, νοσηλευτές η διοικητικούς) προς τους συγγενείς που ζητούν πληροφόρηση είναι βασική αρχή, διαφορετικά χάνεται η αξιοπιστία.
- ii. Οι τεχνικοί ή επιστημονικοί όροι πρέπει να αποφεύγονται διότι δε γίνονται κατανοητοί από τους μη επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να μη δημιουργείται σύγχυση αλλά και φόβος ή ακόμη και πανικός στους συγγενείς.
- iii. Η επικέντρωση αποκλειστικά στις ενέργειες που γίνονται τώρα. Π.χ. «ο ασθενής σας υποστηρίζεται μηχανικά στην αναπνοή με αναπνευστήρα, του χορηγούμε αίμα κ.ά.
- iv. Επικέντρωση στα απολύτως βασικά στοιχεία. Έτσι η επικοινωνία τυποποιείται, γίνεται ρουτίνα, προκειμένου να περιοριστεί το ποσοστό της πληροφορίας η οποία μεταδίδεται. Οι λεπτομέρειες τις περισσότερες φορές είναι περιττές.
- v. Όχι βιασύνη στην πρόβλεψη για την έκβαση του περιστατικού. Όπου είναι δυνατόν να αποφεύγεται η πρόβλεψη, ας αποφεύγεται. Εστίαση στην παρούσα κατάσταση του ασθενούς και στους τρόπους βελτίωσης της.
- vi. Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των μηνύσεων που υποβάλλονται στα δικαστήρια από συγγενείς περιστατικών που είχαν ατυχή έκβαση αφορούν σε λανθασμένες πληροφορίες που τους δόθηκαν ή, θα προσθέταμε, σε "πρώιμη"

πληροφόρηση, οι παραπάνω χρήσιμες συμβουλές βοηθούν στην αποφυγή των μηνύσεων και στην προστασία των επαγγελματιών υγείας από την επιθετικότητα που εκδηλώνουν οι άνθρωποι σε περιπτώσεις απώλειας δικών τους ανθρώπων.

Για το ζήτημα του σεβασμού και της προστασίας της αξιοπρέπειας του ασθενή καθώς και η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου αποτελούν ευθύνη και αρμοδιότητα όλου του προσωπικού του ΤΕΠ, το οποίο με τη σειρά του οφείλει να τις εξασφαλίζει, με όλα τα μέσα τα οποία έχει στη διάθεση του. Για μία σωστή επικοινωνία μεταξύ ασθενή ή συνοδού και εργαζόμενου στο ΤΕΠ, θα πρέπει να τηρούνται όλα τα παραπάνω.

3.4 Το πληροφοριακό σύστημα ως απαραίτητη υποδομή στο ΤΕΠ

3.4.1 Τα πληροφοριακά συστήματα

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών είναι ζήτημα υψίστης σημασίας για την αξιοπιστία κάθε συστήματος υγείας. Στην Ελλάδα, η λειτουργία αυτή πάσχει σημαντικά, γεγονός που δεν οφείλεται στην ποιότητα παροχής ιατρικών υπηρεσιών, αλλά κυρίως στην οργάνωση του συστήματος καθώς και σε διοικητικές και υλικοτεχνικές ανεπάρκειες, οι οποίες οδήγησαν στη σημερινή εικόνα.

Μέχρι πρότινος, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών στελεχώνονταν με προσωπικό των υπολοίπων κλινικών τμημάτων των νοσοκομείων στα οποία ανήκαν. Η τελευταία σχετική νομοθετική ρύθμιση ορίζει αυτόνομα αυτοτελή τμήματα ΤΕΠ με μόνιμο στελεχιακό δυναμικό και ρυθμίζει όλο το απαραίτητο πλαίσιο λειτουργίας τους, χωρίς όμως να καθορίζει εκτενώς την αναγκαία πληροφοριακή υποδομή υποστήριξης.

Κατά γενική αποδοχή, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται, εκτός των άλλων, άμεσα, από την ταχύτητα και την αξιοπιστία με την οποία το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό μπορεί να έχει στη διάθεσή του τα ιατρικά δεδομένα κάθε ασθενούς. Ειδικά στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τα κρίσιμα αυτά δεδομένα μπορούν να κρίνουν ακόμα και την έκβαση ενός περιστατικού. Προς αυτή την κατεύθυνση, η παρουσία και η αξιοποίηση μιας κατάλληλα σχεδιασμένης πληροφοριακής υποδομής αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποδεκτή λειτουργία των ΤΕΠ.

Ο τρόπος λειτουργίας του ΤΕΠ για την παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών και η ανάγκη για καταγραφή των ιατρικών και άλλων δεδομένων επιβάλλουν τη χρήση ενός κατάλληλα προσαρμοσμένου πληροφοριακού συστήματος, με στόχο τη βέλτιστη και πλέον αξιόπιστη λειτουργία. Η ανάγκη της διαχείρισης και της επεξεργασίας των στοιχείων που είτε δημιουργούνται από την προσέλευση των ασθενών ή ακολουθούν τους ασθενείς ικανοποιείται υιοθετώντας κατάλληλα διαμορφωμένο λογισμικό, αναδεικνύοντας τα προτερήματα του τεχνολογικά προηγμένου περιβάλλοντος, προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη λειτουργία του ΤΕΠ. (Σαριβουγιούκας και συν. 2007)

3.4.2 Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενή στο ΤΕΠ

Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (HER, electronic health record) είναι πολύ σημαντική για τη δημιουργία δικτύων επικοινωνίας για ανταλλαγή πληροφοριών και για το συντονισμό της φροντίδας στο ΤΕΠ. Πρόκειται για ένα ψηφιακά αποθηκευμένο φάκελο με σκοπό να υποστηριχτεί η φροντίδα υγείας του ατόμου εφ' όρου ζωής, προωθεί την έρευνα, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, την συγκριτική αξιολόγηση, με έλεγχο και ασφάλεια των δεδομένων. Ένας πλήρης ηλεκτρονικός φάκελος υγείας μπορεί να ελέγξει αυτόματα για αλληλεπιδράσεις φαρμάκων, μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. (*Healthit 2017*)

Εισάγονται κλασικά δεδομένα όπως σε ένα χειρόγραφο ιατρικό φάκελο. Έτσι, υπάρχουν δημογραφικά δεδομένα του ασθενούς, τα αποτελέσματα των εξετάσεων, οι ιατρικές οδηγίες και η φαρμακευτική αγωγή και αποθηκεύονται, ακτινογραφίες ή αξονικές ή άλλες αντίστοιχες εξετάσεις. Τέτοια συστήματα μπορούν γενικά, να διευκολύνουν τη συνέχεια της περίθαλψης, την ευκολία και εξοικονόμηση χρόνου, την απομείωση του συνωστισμού, την ταχύτερη διάγνωση, την γρηγορότερη θεραπεία, παρέχουν μεγαλύτερη ασφάλεια, και συντελούν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας στο ΤΕΠ. Παρά το γεγονός ότι το κόστος είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για την εφαρμογή, τα οφέλη που εξοικονομούνται είναι ουσιαστικά. (*Κίτσιου Σ. & Βλαχοπούλου Μ. 2008*)

3.4.3e-EMERGENCY

Για να αντιμετωπιστούν σοβαροί τραυματισμοί που χρειάζονται περίθαλψη οι γιατροί και οι νοσηλευτές ακολουθούν εθνικές βέλτιστες πρακτικές και πρωτόκολλα. Τα e-Emergency, διαθέτουν εξελιγμένες τεχνολογίες πρώτων βοηθειών που συνδέονται με τους τοπικούς παρόχους οπουδήποτε και οποιαδήποτε στιγμή και χωρίς προειδοποίηση. Με τη σωστή διαμόρφωση και το σχεδιασμό, αυτά τα συστήματα μπορούν να παρακολουθούν την διατήρηση της προληπτικής υγείας δίνοντας κατευθυντήριες γραμμές, να διευκολύνουν την εκπαίδευση των ασθενών και την αυτοφροντίδα. (*Avera 2013*)

Ο ασθενής έχει πολλά εμπόδια για να λάβει έγκαιρη περίθαλψη όπως ότι πρέπει να ταξιδεύει συχνά μεγάλες αποστάσεις ή σε κακές συνθήκες κυκλοφορίας, κακές καιρικές συνθήκες ή την κυκλοφοριακή συμφόρηση για να λάβει φροντίδα στο ΤΕΠ. Χάρη στις τεχνολογίες και στα e-Emergency οι αποστάσεις εκμηδενίζονται και η διάθεση των υπηρεσιών μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε σημείο και αν ευρίσκεται ο πολίτης και ανεξάρτητα από την ώρα που τις επιζητεί. Η επίσκεψη του εκεί είναι, τις περισσότερες φορές, χρονοβόρα και δεν είναι οικονομικά παραγωγική σε σχέση με την απώλεια χρόνου εργασίας. Ακόμη η μεγάλη παραμονή του στα ΤΕΠ αποτελεί κίνδυνο να προσβληθεί από άλλες μολυσματικές ασθένειες στο χώρο αναμονής. Με τη χρησιμοποίηση της ηλεκτρονικής υγείας, ο ασθενής μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο και να πάρει άμεσα πληροφορίες και απαντήσεις για την κατάσταση της υγείας του. Ο ασθενής επίσης μπορεί να επωφεληθεί από την πιθανή βελτίωση της κατάστασής του λόγω στενότερης παρακολούθησης από το γιατρό του και το νοσηλευτή του. (*Κίτσιου & Βλαχοπούλου 2008*)

3.4.4 I-TRIAGE

Το i-Triage είναι μια δωρεάν κινητή διαδικτυακή πλατφόρμα υγείας αναπτυγμένη για τα λειτουργικά συστήματα IOS και Android. Χρησιμοποιείται σε κινητά τηλέφωνα καθώς και σε ταμπλέτες σε αγγλική έκδοση. Είναι διαθέσιμο σε πάνω από 80 χώρες καθιστώντας την, από τις πιο διαδεδομένες πλατφόρμες υγείας παγκοσμίως. Αρκετές από τις λειτουργίες του ωστόσο περιορίζονται μόνο για την Αμερική, χωρίς να παύει όμως να έχει χρησιμότητα και για τις υπόλοιπες χώρες. Δημιουργήθηκε το 2008 από 2 γιατρούς εκτάκτων περιστατικών. Η εταιρεία εδρεύει στο Denver του Colorado. Βασικός στόχος της εφαρμογής ήταν να διευκολύνει τους ασθενείς να διαγνώσουν την ασθένειά τους με βάση τα συμπτώματα και να πάρουν την σωστή απόφαση για την αντιμετώπιση της.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι οι πληροφορίες για χιλιάδες τύπους συμπτωμάτων, ασθενειών και ιατρικών διαγνώσεων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως, υπάρχει ολοκληρωμένος κατάλογος με όλα τα νοσοκομεία, κέντρα άμεσης βοήθειας, ιδιωτικές κλινικές και φαρμακεία. Επιπλέον έχει τη λειτουργία για αναζήτηση του κοντινότερου γιατρού από το σημείο που βρίσκεσαι από μία λίστα με πάνω από 750.000 γιατρούς με περισσότερες από 350 ειδικότητες. Δίνονται αναλυτικές οδηγίες καθοδήγησης για το επιλεγμένο σημείο μέσω GPS, διεύθυνσης ή ταχυδρομικού κώδικα. Ακόμη γίνεται ενημέρωση χρόνου αναμονής στα εφημερεύοντα τμήματα των νοσοκομείων και κατοχύρωσης θέσης στην ουρά κάποιου τμήματος σε συγκεκριμένα νοσοκομεία. Υπάρχει δημιουργία λίστας με τους γιατρούς της επιλογής σου και αποθήκευση στις επαφές σου για γρήγορη και ευκόλη πρόσβαση. (I-TriageHealth 2017)

3.4.5 Υπολογιστές παλάμης-ασύρματα δίκτυα

Οι απαιτήσεις της εργασίας στο χώρο του ΤΕΠ απαιτούν από τον εργαζόμενο να μετακινείται σχεδόν ακατάπαυστα από μέρος σε μέρος. Τα τελευταία χρόνια, μια σειρά από φορητούς υπολογιστές, από τους «υπολογιστές παλάμης» έως τους «υπολογιστές τσέπης», διατίθενται για να βοηθήσουν όλους αυτούς τους επαγγελματίες. Οι συσκευές αυτές όχι μόνο βοηθούν σε απλές διαδικασίες, όπως διαχείριση ραντεβού και επαφών, αλλά επιπλέον δίνουν τη δυνατότητα για αντικατάσταση της χειρόγραφης εργασίας. Σε συνδυασμό δε με τα ασύρματα δίκτυα, που ήδη έχουν αναπτυχθεί και προσφέρονται στο ευρύ κοινό, κάνουν τη χρήση των συσκευών αυτών ιδιαίτερα ελκυστική. Βέβαια, σε κάθε προσπάθεια εγκατάστασης ασύρματου δικτύου σε χώρους υγείας θα πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για πιθανές παρεμβολές σε βιοϊατρικές συσκευές (ειδικά στα παλαιότερου τύπου). Προς αυτή την κατεύθυνση, πέρα από τη συμμόρφωση με τα σχετικά πρότυπα, η συνήθης πρακτική είναι η εκτενής δοκιμασία των βιοϊατρικών συσκευών σε συνδυασμό με το υπό εγκατάσταση ασύρματο δίκτυο, ώστε να πιστοποιηθεί ότι δεν υπάρχουν παρεμβολές.

Στο χώρο των ΤΕΠ, η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο παρακολούθησης του ασθενούς (αποτελέσματα εξετάσεων κ.λπ.), αλλά και

παραγγελία εξετάσεων και καθορισμός φαρμακευτικής αγωγής, είναι μεταξύ των εργασιών στις οποίες μπορούν να υποβοηθήσουν. (Σαριβουγιούκας και συν. 2007)

3.4.6 Εκπαίδευση προσωπικού

Ένα από τα πλέον σημαντικά στάδια στην εφαρμογή ενός πληροφοριακού συστήματος είναι η προσαρμογή του πληροφοριακού συστήματος στην καθημερινή πρακτική των χρηστών (ροές εργασίας, φόρμες αναφορών, ειδικές απαιτήσεις κ.λπ.) και η θέση του σε λειτουργία.

Καθώς μεγαλώνει το ποσοστό παραγωγικής εκμετάλλευσης του πληροφοριακού συστήματος και καθώς το σύστημα καλύπτει περισσότερες λειτουργίες, δημιουργούνται νέες ομάδες χρηστών. Για να διευκολυνθεί η μετάβασή τους στο νέο περιβάλλον, οι χρήστες θα πρέπει

- i. να έχουν αποκτήσει τη βασική κουλτούρα σε σχέση με το τι είναι ο υπολογιστής και πώς μπορεί να αναβαθμίσει τον τρόπο εργασίας τους
- ii. να έχουν εισαχθεί στη φιλοσοφία του συστήματος (τι κάνει και ποια είναι τα οφέλη που προκύπτουν από τη λειτουργία του)
- iii. να έχουν εκπαιδευθεί στη χρήση του.

Η διαδικασία της εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι συνεχής, καθώς μεταβάλλονται οι ανάγκες, δημιουργούνται νέες λειτουργικές απαιτήσεις και εξελίσσεται η τεχνολογία. Για το σκοπό αυτόν, η κατάρτιση προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού σε σταθερή και διαχρονική βάση θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα στο ΤΕΠ. Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα πρέπει να εφαρμόζονται και για το προσωπικό πληροφορικής, ώστε να είναι σε θέση να παρακολουθεί τις εξελίξεις στην πληροφορική της υγείας αλλά και τις νέες τεχνολογίες γενικότερα. Με βάση τα παραπάνω, είναι απαραίτητο να εκπονηθεί ένα εμπειριστατωμένο σχέδιο εκπαίδευσης. Το σχέδιο αυτό θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το επίπεδο εκπαίδευσης των διαφόρων κατηγοριών των εργαζομένων και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό). Πρέπει επίσης να αξιοποιεί συνδυασμό εκπαιδευτικών μεθόδων, όπως η κλασική μέθοδος του αμφιθεάτρου, αλλά και η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της εργασίας και ακόμα πιο σύγχρονες μεθόδους, όπως προγράμματα πολυμέσων, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν οποτεδήποτε από τους χρήστες. Παράλληλα, κρίνεται ως αναγκαία η ύπαρξη ενός «γραφείου βοήθειας» (help desk), στο οποίο θα μπορεί να απευθύνεται κάθε χρήστης ανά πάσα στιγμή για την επίλυση του εκάστοτε προβλήματος που αντιμετωπίζει. (Σαριβουγιούκας και συν 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή στο ΤΕΠ

4.1 Γενικά

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

Για τη στελέχωση του ΤΕΠ με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών στην επείγουσα ιατρική και νοσηλευτική, η πιστοποίηση στη Βασική, Άμεση & Εξειδικευμένη Αναζωογόνηση, η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας καθώς επίσης και η προϋπηρεσία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης.

Στο χώρο διαλογής, υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής του, τον κατευθύνουν στους χώρους του ΤΕΠ. 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 ΤΕΠ.

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

- i. του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθησή του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- ii. οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωση του τμήμα
- iii. εισάγεται στο οικείο με την πάθησή του τμήμα
- iv. διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο κατόπιν συνεννόησης με τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

Οι νοσηλευτές του ΤΕΠ παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων και αυτό απαιτεί την κατάλληλη νοσηλευτική προσέγγιση σε άτομα με πιθανά ή πραγματικά επείγοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. (ENNE 2017)

4.2 Αρμοδιότητες και καθήκοντα προϊσταμένου νοσηλευτή του ΤΕΠ

Στο ΤΕΠ προϊσταται νοσηλευτής κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική η οποία τεκμηριώνεται από τη θητεία σε μέχρι σήμερα σε λειτουργούντα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας, τη θητεία σε ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης της Ελλάδας ή του

εξωτερικού καθώς και την εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

Ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής του ΤΕΠ φέρει τη συνολική ευθύνη λειτουργίας του ΤΕΠ και ασκεί όλες τις διοικητικές και επιστημονικές αρμοδιότητες που απορρέουν από τη θέση του ως προϊστάμενου νοσηλευτής του τμήματος.

Το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού μαζί και του βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού πρέπει να βρίσκεται υπό την εποπτεία του Προϊστάμενου Νοσηλευτή του ΤΕΠ.

Επίσης, είναι σημαντικό να έχει υπό την εποπτεία του και το βοηθητικό προσωπικό των εξωτερικών συνεργατών (καθαρίστριες, προσωπικό ασφάλειας κλπ), ώστε να εξασφαλίζει την άσπυγη λειτουργία από ξενοδοχειακής πλευράς.

Φροντίζει για την παραγγελία και προμήθεια του απαιτούμενου αναλώσιμου και υγειονομικού υλικού για τις ανάγκες του τμήματος καθώς επίσης και του μη συνταγογραφούμενου φαρμακευτικού υλικού.

Τέλος, ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής προβλέπει τις ανάγκες σε νοσηλευτικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό και υποβάλλει σχετικές εισηγήσεις προς τη Διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον ετήσιο προγραμματισμό προσλήψεων προσωπικού του νοσοκομείου. (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

4.3 Αρμοδιότητες και καθήκοντα συντονιστή νοσηλευτή ΤΕΠ

Η ευθύνη συντονισμού και διαχείρισης των λειτουργικών διεργασιών του ΤΕΠ, με σκοπό την ταχύτερη ροή των ασθενών, ανατίθεται σε ένα νοσηλευτή που αποκαλείται συντονιστής με τις παρακάτω αρμοδιότητες: (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

- i. Έλεγχο και διευκόλυνση ροής ασθενών στο ΤΕΠ
- ii. Επικοινωνία με όλους τους εμπλεκόμενους στην παροχή φροντίδας, δηλαδή ιατρούς, λοιπούς νοσηλευτές, βοηθούς κλπ
- iii. Συντονισμός και μέριμνα για εκτέλεση όλων των απαιτούμενων ενεργειών για την αντιμετώπιση ιδίως των σοβαρών περιστατικών
- iv. Έλεγχος εξοπλισμού και υλικού του ΤΕΠ

4.4 Αρμοδιότητες και καθήκοντα νοσηλευτή διαλογής

Ο νοσηλευτής διαλογής έχει την ευθύνη για τα ακόλουθα: (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

- i. Σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό γίνεται καθορισμός προτεραιότητας εξέτασης των ασθενών ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και καθορίζεται και η αμεσότητα ή όχι της παρέμβασης,
- ii. Επιβλέπει τους προς εξέταση ασθενείς, στο χώρο της αναμονής και έχει συνεχή επανεκτίμηση για επιδείνωση της συμπτωματολογίας.
- iii. Φροντίζει για τη διακίνηση των ασθενών στο ανάλογο ιατρείο.

- iv. Επίβλεψη των ασθενών στον χώρο της βραχείας νοσηλείας. Συστηματική επανεκτίμηση των ασθενών στο χώρο προσωρινής παραμονής του ΤΕΠ μετά το πέρας της ιατρικής εξέτασης, έως ότου υποχωρήσουν τα κύρια ενοχλήματα και γίνει η τελική διακίνησή τους.
- v. Ενημέρωση ασθενών και συνοδών

4.5 Αρμοδιότητες και καθήκοντα νοσηλευτή του ΤΕΠ

Ο νοσηλευτής έχει την ευθύνη για τα ακόλουθα: (ΦΕΚ 874/Β/12 2012)

- i. Τη νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενή.
- ii. Να καταγράφει τα (κλινικά) στοιχεία στην καρτέλα του ασθενή.
- iii. Να τοποθετεί τον ασθενή στην κλίνη, μαζί με την καρτέλα που τον συνοδεύει.
- iv. Να ενημερώνει τον αρμόδιο γιατρό για την πορεία των περιστατικών τα οποία παρακολουθεί.
- v. Να παρέχει την ενδεδειγμένη νοσηλευτική φροντίδα, εφαρμόζοντας τη νοσηλευτική διεργασία.
- vi. Να εφαρμόζει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση βάσει των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών μετά από ειδική πιστοποιημένη εκπαίδευση
- vii. Να ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους τους για τις νοσηλευτικές ενέργειες, εξηγώντας παράλληλα, όταν χρειάζεται, τους λόγους για τις εκτελούμενες πράξεις.
- viii. Να συνεργάζεται με τους συγγενείς όπου και όταν χρειάζεται για την αποτελεσματική διαχείριση των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν (π.χ. λήψη συναίνεσης, επικοινωνία κλπ).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το ΤΕΠ διεθνώς αποτελεί τη παροχή επείγουσας φροντίδας στον κατάλληλο χρόνο, στο κατάλληλο τμήμα και από το κατάλληλο προσωπικό. Λειτουργεί σαν «φίλτρο» για το νοσοκομείο, γιατί εξυπηρετεί περιστατικά από τα οποία μόνο ένα μικρό ποσοστό γίνονται εισαγωγή σε κλινική του νοσοκομείου. Ο σωστός σχεδιασμός του ΤΕΠ παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία όλου του νοσοκομείου, αλλά και στις προσπάθειες του νοσοκομείου να βελτιώσει την ποιότητα της υπάρχουσας φροντίδας. (Λάμπρου 2005)

Ο τρόπος που είναι σχεδιασμένο ένα ΤΕΠ επηρεάζει τόσο την ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα παροχής των φροντίδων, όσο και τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού για την παροχή αυτών των φροντίδων.

Το υπάρχον σύστημα αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών είναι αναποτελεσματικό. Η λειτουργία του δεν γίνεται ομαλά και αυτό μπορεί να αποτελέσει άμεσο κίνδυνο για την ζωή των ασθενών.

Η ύπαρξη οργανωμένου Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί επιτακτική ανάγκη για κάθε νοσοκομείο. Δημιουργείται υποχρεωτικά σε κάθε νοσοκομείο αυτοτελές διοικητικό τμήμα επειγόντων περιστατικών, με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Οι τελικές προτάσεις προέκυψαν από την προσεκτική μελέτη της βιβλιογραφίας:

- i. Η βελτίωση της ποιότητας είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας κρίνεται, εκτός των άλλων, άμεσα, από την ταχύτητα και την αξιοπιστία με την οποία το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό μπορεί να έχει στη διάθεσή του τα ιατρικά δεδομένα κάθε ασθενούς, γι' αυτό επιβάλλεται η χρήση ενός κατάλληλα προσαρμοσμένου πληροφοριακού συστήματος, έτσι θα διευκολυνθεί η ιεραρχική διεκπεραίωση των ασθενών και θα επιτευχθεί μείωση του χρόνου αναμονής. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς 2012)
- ii. Για την βελτίωση του συνωστισμού πρέπει να βελτιωθεί η οργάνωση του ΤΕΠ και από πλευράς ταχύτητας διαλογής, αριθμού ανθρώπινου δυναμικού και ευρύτητας διαγνωστικών αλλά και έκτασης της κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής ανάλογα με τις προσελεύσεις ασθενών και τα περιθώρια των πόρων. (Λυδάκης και συν. 2014, Γούλα και συν 2014)
- iii. Πρέπει να γίνουν άμεσες προσλήψεις ειδικευομένων ιατρών αλλά και νοσηλευτών που ασχολούνται με την έκτακτη ιατρική και να δημιουργούνται εκπαιδευτικά προγράμματα ενημέρωσης προσωπικού κατευθυντηρίων οδηγίων, καθώς και πιστοποιημένων πρωτοκόλλων.
- iv. Υποχρεωτική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προκειμένου να ανιχνευθούν οι ανάγκες των ασθενών και να διευρυνθεί η γνώση αυτών των αναγκών αλλά και η αποτελεσματικότητα των εμπλεκόμενων παροχών υγείας. (Τσουνής & Σαράφης 2014)

- v. Δημιουργία Ενημερωτικών προγραμμάτων ή ενημέρωση των πολιτών κατά την προσέλευση τους στα ΤΕΠ για τον ρόλο και την δυνατότητα των τμημάτων έκτακτης ανάγκης και κατευθυντήριες οδηγίες για την εξυπηρέτηση τους. *(Σαριβουγιούκας και συν. 2007)*

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- i.** Agency for Healthcare Research and Quality Web Page
<https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esi1.html>
Τελευταία προσπέλαση 11-1-2017
- ii.** Australian Government Web Page
<https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/casemix-ED-Triage+Review+Fact+Sheet+Documents>
Τελευταία προσπέλαση 11-1-2017
- iii.** Avera, “Emergency and trauma services” Web Page
<http://www.avera.org/services/emergency-trauma>
Τελευταία προσπέλαση 14-1-2017
- iv.** Canadian Triage and Acuity Scale Web Page
<http://caep.ca/resources/ctas>
Τελευταία προσπέλαση 12-1-2017
- v.** Cooney DR, Millin MG, Carter A, Lawner BJ, Nable JV, Wallus HJ. Ambulance diversion and emergency department offload delay: resource document for the National Association of EMS Physicians position statement. Prehosp Emerg Care. 2011; 15(4):555-61.
- vi.** European Union Agency for Fundamental Rights, Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011).
- vii.** EUSEM. (2007). PolicyStatement
- viii.** Falkson CB, Baetz TD. Using information technology (IT) to improve communication between the emergency room and cancer clinic. J Clin Oncol. 2016;34(7_suppl):158
- ix.** Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A. et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011;19:42
- x.** Healthit 2017 WebPage
<https://www.healthit.gov/providers-professionals/faqs/what-electronic-health-record-ehr>
Τελευταία προσπέλαση 14-1-2017
- xi.** Hitchcock M1, Gillespie B, Crilly J, Chaboyer W. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. J Adv Nurs. 2014;70(7):1532-41
- xii.** I-Triage Health Web Page
<http://about.itriagehealth.com/company-info/mission-vision>
Τελευταία προσπέλαση 15-1-2017
- xiii.** Jayashree M, Singhi SC. Initial assessment and triage in ER. Indian J Pediatr. 2011;78(9):1100-8.
- xiv.** Kreisberg D, Thomas DS, Valley M, Newell S, Janes E, Little C. Vulnerable Populations in Hospital and Health Care Emergency Preparedness Planning: A Comprehensive Framework for Inclusion. Prehosp Disaster Med. 2016;31(2):211-9
- xv.** Legramante JM, Morciano L, Lucaroni F et al. Frequent Use of Emergency Departments by the Elderly Population When Continuing Care Is Not Well Established. PLoS One. 2016;11(12):e0165939
- xvi.** Manchester Triage System Web Page
<http://www.triagenet.net/classroom>
Τελευταία προσπέλαση 12-1-2017

- xvii.** McCaughey D, Erwin CO, DelliFraine JL. Improving Capacity Management in the Emergency Department: A Review of the Literature, 2000-2012. *J Healthc Manag.* 2015;60(1):63-75
- xviii.** Potter MA, Miner KR, Barnett DJ et al. The evidence base for effectiveness of preparedness training: a retrospective analysis. *Public Health Rep.* 2010;125 Suppl 5:15-23
- xix.** Pun JK, Chan EA, Murray KA, Slade D, Matthiessen CM. Complexities of emergency communication: Clinicians' perceptions of communication challenges in a trilingual emergency department. *J Clin Nurs.* 2016 Dec 21. doi: 10.1111/jocn.13699
- xx.** Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Meloni F, Steinmetz N, Alvarez F. Uninsured immigrant and refugee children presenting to Canadian paediatric emergency departments: Disparities in help-seeking and service delivery. *Paediatr Child Health.* 2013;18(9):465-9
- xxi.** Saeedi M, Hajiseyedjavadi H, Seyedhosseini J, Eslami V, Sheikhmotaharvahedi H. Comparison of endotracheal intubation, combitube, and laryngeal mask airway between inexperienced and experienced emergency medical staff: A manikin study. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2014;4(4):303-8
- xxii.** Somerson, SW, Markovchick, VJ. Development of the triage system. in: RF Salluzzo, TA Mayer, RW Strauss, P Kidd (Eds.) *Emergency Department Management Principles and Applications.* 2nd ed. Mosby-Year Book, St Louis, MO; 1997:179–192.
- xxiii.** Wilson S, Bremner A, Hauck Y, Finn J. The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2011;9(2):97-121
- xxiv.** Wise S, Fry M, Duffield C et al. Ratios and nurse staffing: the vexed case of emergency departments. *Australas Emerg Nurs J.* 2015;18(1):49-55
- xxv.** Yoon HS, Sok SR. Experiences of violence, burnout and job satisfaction in Korean nurses in the emergency medical centre setting. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(6):596-604
- xxvi.** Youngson MJ, Currey J, Considine J. Current practices related to family presence during acute deterioration in adult emergency department patients. *J Clin Nurs.* 2017 Jan 19. doi: 10.1111/jocn.13733
- xxvii.** Zachariasse JM, Seiger N, Rood PP et al. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PLoS One.* 2017; 12(2):e0170811

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- i. Ασκητοπούλου, Ε. (2004). <<Επείγουσα Και Εντατική Ιατρική>> Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- ii. Βενιού Α., Τεντολούρης Ν., (2013) << Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- iii. Γούλα Α., Κέφης Β., Δημάκου Σ., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., (2014). <<Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο, Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης.>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- iv. E.N.N.E WebPage
<http://enne.gr/8980>
Τελευταία προσπέλαση 16-1-2017
- v. Καραμπίνης Α., Κουκουλίτσιος Γ., (2006) Ημερίδα «Οδική Ασφάλεια και Ε.Κ.Α.Β. Μετά το ατύχημα τι;», Αθήνα
- vi. Καρλατήρα Π. (28-11-2016). Εφημερίδα "ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ", Άρθρο << «SOS» εκπέμπουν τα Τμήματα Επειγόντων σε 61 νοσοκομεία της Ελλάδας>>
- vii. Κίτσιου, Σ. , Βλαχοπούλου, Μ. (2008), η-Υγεία: Πληροφοριακά Συστήματα και Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες στο Χώρο της Υγείας. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονία.
- viii. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2010). << Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- ix. Λυδάκης Χ., Πατραμάνης Ι., Λαυρεντάκη Κ., Καραβιτάκη Μ., Νεοφώτιστος Γ., (2014). <<Συνωστισμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- x. Μαλλιαρού Μ., (2009). << Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων>>. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 8ος, Τεύχος 1ο
- xi. Μεράκου Κ., (1995) <<Οι Δημόσιες Σχέσεις στα Νοσοκομεία>>, Επιθεώρηση Υγείας Τεύχος 44
- xii. Μπουλούτζα Π. (14-02-2015) Εφημερίδα "Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ", Άρθρο <<Στα 30 του, το ΕΚΑΒ μοιάζει γερασμένο>>
- xiii. Μπουλούτζα Π. (14-07-2016) Εφημερίδα "Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ", Άρθρο << Αντιδράσεις για e-συνταγογράφηση εξετάσεων στα επείγοντα.>>
- xiv. Παναγιώτα Γ. Λάμπρου, 2005 <<ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ>> Εκδόσεις MEDIFORCE
- xv. Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν., (2012) << Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της.>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- xvi. Σαριβουγιούκας Ι., Βαγγελάτος Α., Κατραβά Α., Καλαμαρά Χ., (2007). <<Τμήμα επειγόντων περιστατικών και πληροφοριακή υποστήριξη>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- xvii. Σκλάβου Ε., Τζουβαδάκης Ι., (2014). <<Θεραπευτικό περιβάλλον και στοιχειοθετημένος σχεδιασμός- Η διεθνής εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- xviii. ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ & Επιτροπή Ε.Ι.Ν.Α.Π., (2016) <<Προβλήματα συνθηκών εργασίας και εκπαίδευσης των ειδικευομένων γιατρών>>, ΑΘΗΝΑ
- xix. Τσουνής Α., Σαράφης Π., (2014). <<Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

xx. ΦΕΚ 874/Β/12, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 6/3/2012