



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄
ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ
ΤΕΠ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΨΥΧΑΡΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Τριμελής Επιτροπή : Μαρβάκη Χριστίνα

Παπαγεωργίου Δημήτριος

Νέστωρ Αθανασία

ΑΘΗΝΑ, 2015

Αφιέρωση

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στην οικογένειά μου για την κατανόηση και τη συμπαράσταση που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών σπουδών μου, το κουράγιο που μου έδινε για να συνεχίσω, κάθε φορά που συναντούσα εμπόδια και απογοητευόμουν, αλλά και για το χρόνο που της στέρησα.

Ευχαριστίες

Στην προσπάθεια ολοκλήρωσης αυτής της διπλωματικής ερευνητικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όσους με βοήθησαν πολύ, τους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη να τους αναφέρω.

Συγκεκριμένα, ευχαριστώ τα μέλη της τριμελούς επιτροπής:

- Την κ. **Μαρβάκη Χριστίνα**, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθήνας, ιδιαιτέρως για την υπομονή και το ενδιαφέρον που μου έδειξε τόσο κατά την ανάθεση της εργασίας, όσο και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των μαθημάτων του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τη συμπαράσταση και την επιστημονική καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης.
- Την κ. **Νέστωρ Αθανασία**, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθήνας
- Τον κ. **Παπαγεωργίου Δημήτριο**, Καθηγητής Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθήνας, για την πολύτιμη καθοδήγησή του.

Τη Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», την Προϊσταμένη των ΤΕΠ, την Επιστημονική Επιτροπή καθώς και τον Διοικητή του νοσοκομείου που μου ενέκριναν τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής.

Επίσης, αισθάνομαι βαθιά ευγνωμοσύνη και υποχρέωση να ευχαριστήσω το **Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ)** για την οικονομική στήριξη που μου παρείχε ανελλιπώς δύο χρόνια, κατά την διάρκεια της φοίτησης μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.

Περιεχόμενα

Αφιέρωση	2
Ευχαριστίες	3
Περιεχόμενα	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
1. ΤΕΠ	9
1.1 Ορισμός	9
1.2 Στόχοι του ΤΕΠ	9
1.3 Τα Επείγοντα στα Ελληνικά νοσοκομεία	10
1.4 Διαχείριση και ροή ασθενών στο ΤΕΠ.....	12
1.5 Πορεία του ασθενή στα ΤΕΠ	15
1.5.1 Υποδοχή - Καταγραφή	15
1.5.2 Η Διαλογή (Triage)	16
1.5.3 Αρχική εκτίμηση	18
1.5.4 Παραπομπή για Εργαστηριακές Εξετάσεις.....	19
1.5.5 Παροχή Φροντίδας.....	20
1.5.6 Διαδικασία Εξόδου	21
1.5.7 Ιδιαίτερες εκτιμήσεις	22
1.6 Αιτίες Δυσλειτουργίας των ΤΕΠ.....	25
1.7 Συνωστισμός των περιστατικών	28
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	29
Σκοπός	30
Υλικό- Μέθοδος	30
Κριτήρια ένταξης – αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη	31
Ηθική και Δεοντολογία	31

Στατιστική ανάλυση	32
Περιορισμοί.....	32
Αποτελέσματα	33
Περιγραφικά	33
Συγκριτικά	42
Συζήτηση	48
Συμπεράσματα.....	54
Προτάσεις.....	55
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	56
ABSTRACT	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή η οργάνωση για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση του Επείγοντος σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη αποτελεί έναν από τους κύριους δείκτες της υγειονομικής και κοινωνικής οργάνωσής του κάθε κράτους.

Οι πολίτες των προηγμένων χωρών θεωρούν αναφαίρετο δικαίωμά τους την κρατική προστασία από κάθε αιφνίδια απειλή για τη ζωή τους ή τον κίνδυνο πρόκλησης αναπηρίας. Ένα καλά οργανωμένο πλέγμα προστασίας κινητοποιείται στον ταχύτερο δυνατό χρόνο από τον τόπο του συμβάντος έως τον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό όπου και διακομίζεται ο αιφνιδίως πάσχων.¹

Το πλέγμα αυτό συνιστά την αποκαλούμενη διεθνώς αλυσίδα επιβίωσης που ταυτίζεται με την έννοια της Επείγουσας Ιατρικής : «μία ιατρική ειδικότητα η οποία βασίζεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες οι οποίες απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση των οξέων και επειγόντων πτυχών της ασθένειας και του τραύματος, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, οι οποίες εκδηλώνονται με ένα αδιαφοροποίητο, πλήρες φάσμα σωματικών παθήσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς».²

Η Επείγουσα Ιατρική είναι μία ειδικότητα στην οποία ο χρόνος είναι κρίσιμος. Η πρακτική της περιλαμβάνει προ-νοσοκομειακή και ενδο-νοσοκομειακή διαλογή, αναζωογόνηση, αρχική εκτίμηση και διαχείριση αδιαφοροποίητων έκτακτων και επειγόντων περιστατικών μέχρι την έξοδό τους ή τη μεταβίβασή τους στη φροντίδα άλλου γιατρού ή επαγγελματία υγείας. Επίσης περιλαμβάνει συμμετοχή στην ανάπτυξη προ-νοσοκομειακών και ενδο-νοσοκομειακών συστημάτων Επείγουσας Ιατρικής. Αν και δεν είναι ακόμα αναγνωρισμένη σαν ειδικότητα ή εξειδίκευση στην Ελλάδα, πρόσφατα έχει ενεργοποιηθεί από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας η διαδικασία για την αναγνώριση της ως εξειδίκευση.³

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων δεν αποτελούν ανεξάρτητα τμήματα από πλευράς ιατρικού κυρίως προσωπικού και οι ασθενείς τους εξυπηρετούνται από τους ιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων. Η καταγραφή, η αρχική αξιολόγηση (Διαλογή) και η εν γένει αντιμετώπιση των ασθενών δεν είναι η καλύτερη δυνατή λόγω της έλλειψης ειδικευμένων επειγοντολόγων και του εξαιρετικά μεγάλου αριθμού των προσερχόμενων ασθενών.³

Οι αιτίες του πολύ υψηλού αριθμού των προσερχόμενων στα ελληνικά ΤΕΠ είναι :

- Ανεπαρκής ανάπτυξη πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας
- Ανεπάρκεια των εξωτερικών τακτικών ιατρείων
- Το καθεστώς της μη καθημερινής 24ωρης εφημερίας των νοσοκομείων³.

Η διάγνωση με την οποία εισέρχεται ο ασθενής στο Νοσοκομείο ποικίλλει από την ειδική διάγνωση «οξεία κοιλιακή μαρμαρυγή» μέχρι την ασαφή «καταβολή δυνάμεων», η δε ποιότητα των πρόσθετων πληροφοριών είναι συνήθως πτωχή. Από τον καταγιστικό αριθμό μη επιλεγμένων και αδιάγνωστων περιστατικών θα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις για το :

- Ποιος χρειάζεται άμεση και τι είδους φροντίδα;
- Ποιος μπορεί να διακομιστεί προς άλλο τμήμα;
- Ποιος μπορεί να πάει σπίτι του;

Χρειάζεται βαθιά κατανόηση των επειγόντων περιστατικών, προκειμένου να γίνονται άμεσα αντιληπτά τα κλινικά γνωρίσματα, να δίνεται η επείγουσα θεραπεία, να ακολουθείται ένα εκλογικευμένο πρωτόκολλο ενεργειών και πάνω από όλα να κατανοούνται οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες, που δημιουργούνται τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειες τους εξ αιτίας της οξείας νόσου.⁴

Η εργασία αποτελείται από δυο κύρια μέρη, το Γενικό και το Ειδικό.

Στο γενικό μέρος της μελέτης αυτής περιγράφονται, ο ορισμός και οι στόχοι των ΤΕΠ, αναλύεται η τρέχουσα κατάσταση σε Ελλάδα, Ευρώπη και Αμερική, καθώς και η διαχείριση των ασθενών στο τμήμα, από την υποδοχή και την διαλογή τους έως την διεκπεραίωση τους ως περιστατικά. Επιπλέον περιγράφονται οι ιδιαιτερότητες και οι κίνδυνοι που караδοκούν, καθώς και οι αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε δυσλειτουργία των ΤΕΠ.

Στο Ειδικό Μέρος της εργασίας, περιγράφονται, ο σκοπός, η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα της εργασίας, καθώς και η σύγκριση με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΤΕΠ

1.1 Ορισμός

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής - European Society for Emergency Medicine (EuSEM) - το ΤΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση & αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξεία προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό».⁵

Αποτελεί κοινή παραδοχή ότι το ΤΕΠ στηρίζει αλλά και στηρίζεται από τα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου. Τα πλέον οργανωμένα ΤΕΠ διαθέτουν:

- χειρουργείο Επειγόντων
- εργαστήριο απεικονιστικών εξετάσεων παραπλεύρως του χειρουργείου μέσα στο χώρο δράσης για τους βαριά αρρώστους (χώρος καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης), περιλαμβανομένου Αξονικού Τομογράφου και
- εργαστήριο αιματολογικών-βιοχημικών εξετάσεων.¹

1.2 Στόχοι του ΤΕΠ

Τα ΤΕΠ είναι η μικρογραφία, ο «καθρέπτης» και το πιο «ζωντανό κύτταρο» κάθε νοσοκομείου. Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικοί σκοποί της ίδρυσης του Τμήματός Επειγόντων Περιστατικών.

- Η παροχή επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα και 365 ημέρες τον χρόνο σε άτομα που χρήζουν ιατρικής περίθαλψης.
- Νοσηλεία, σε δικούς τους χώρους (Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας), αναμφίβολων και ασαφών περιστατικών, μέχρι την τελική αξιολόγησή τους.

- Η λειτουργία του ως «φίλτρο», προλαμβάνοντας τις άσκοπες εισαγωγές (που επιβάρυναν κατά πολύ τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου).⁶ Προωθεί του ασθενείς που εισάγει σε άλλα τμήματα και μονάδες (ΜΕΘ - ΜΑΦ) του νοσοκομείου, μετά από συνεννόηση με τον υπεύθυνο του αντίστοιχου τμήματος. Η γνώμη του ΤΕΠ για την προώθηση του ασθενούς είναι αποφασιστική. Η μεταφορά του ασθενούς από το ΤΕΠ προς το τμήμα γίνεται βασικά με δική του κάλυψη και ευθύνη.
- Η αντιμετώπιση και φροντίδα μεγάλου αριθμού θυμάτων από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. φυσικές καταστροφές, ακραία καιρικά φαινόμενα ή τρομοκρατικές ενέργειες) για την υγειονομική περιοχή που καλύπτει και συναποφασίζει την κήρυξη μιας τέτοιας κατάστασης.
- Κινητοποιεί, μετά από συνεννόηση με τα κέντρα συντονισμού προνοσοκομειακής βοήθειας, τις κινητές μονάδες (ασθενοφόρα) της αρμοδιότητάς του.
- Στελεχώνει και εξοπλίζει με δική του ευθύνη τις κινητές μονάδες της αρμοδιότητάς του.
- Η διατήρηση και προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η διατήρηση της ζωής είναι αντικειμενικά αδύνατη.⁷
- Η συμβολή τους ώστε να προαχθεί η εκπαίδευση και η έρευνα στον τομέα της επείγουσας φροντίδας.
- Η εκπαίδευση και ενημέρωση των ενδιαφερόμενων ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με την διακοπή επιβλαβών συνηθειών, την σωστή συνέχιση της θεραπείας στο σπίτι και την αλλαγή του τρόπου ζωής, όπου ενδείκνυται, με στόχο την αποφυγή επίσκεψης ή διαμονής στο χώρο του νοσοκομείου για δεύτερη φορά.⁶

1.3 Τα Επείγοντα στα Ελληνικά νοσοκομεία

Στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αποτελούν μια τελείως παραμελημένη πραγματικότητα των Ελληνικών Νοσοκομείων. Και όμως τα ΤΕΠ αποτελούν μία σημαντική πύλη εισόδου ασθενών στο νοσοκομείο και τη Λυδία λίθο όχι μόνον του Νοσοκομείου αλλά και ολόκληρου του Συστήματος Υγείας, καθώς διακινούν ανά εφημερία ισάριθμους περίπου ασθενείς προς τον αριθμό των νοσηλευτικών κρεβατιών ενός νοσοκομείου. Όλο και περισσότεροι γιατροί, όχι μόνον στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, διαπιστώνουν πλέον

ότι στο αντικείμενο της Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής «η Εντατική θεραπεία έχει φθάσει στο μέγιστο της απόδοσής της και ότι το μυστικό για τη βελτίωση της έκβασης του οξέος και βαρέως πάσχοντα πρέπει να αναζητηθεί στην Επείγουσα Ιατρική»⁸.

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

- Η αντιμετώπιση του ασθενούς με επείγον πρόβλημα που προσέρχεται ή διακομίζεται στο νοσοκομείο είναι αποσπασματική και όχι άμεση. Συχνά το επείγον περιστατικό καταλήγει να παραπέμπεται από γιατρό σε γιατρό (να γίνεται μπαλάκι μεταξύ ειδικοτήτων) με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αντιμετώπισή του, ορισμένες φορές και σε επικίνδυνο βαθμό. Η έλλειψη επιτόπιας συνεχούς παρουσίας μιας ιατρικής ειδικότητας που να αξιολογεί, να αντιμετωπίζει σφαιρικά το επείγον και να το χρεώνεται μέχρι την τελική διεκπεραίωσή του είναι αισθητή.
- Η κατά κύριο λόγο ενασχόληση στο ΤΕΠ των ειδικευόμενων, αντί των ειδικών γιατρών των βασικών ειδικοτήτων, έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση στη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση, διενέργεια μη αναγκαίων εξετάσεων, μη αναγκαίες εισαγωγές στο νοσοκομείο για λόγους ιατρικής ευθυνοφοβίας ή αντίθετα χορήγηση εξιτηρίων σε ασθενείς που θα έπρεπε να έχουν διερευνηθεί ή παρακολουθηθεί πιο επιισταμένα.
- Η απουσία ενός υπεύθυνου συντονιστή που να επιβλέπει συνολικά τις εργασίες και τη διεκπεραίωση των ασθενών στο ΤΕΠ οδηγεί σε μεγάλες καθυστερήσεις μέχρι την τελική απόφαση για εφαρμογή θεραπείας, εισαγωγή ή εξιτήριο του ασθενούς.
- Υπάρχει απροθυμία του ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού να ασχοληθεί με έναν έντονα φορτισμένο χώρο όπως είναι το ΤΕΠ λόγω απουσίας κινήτρων.
- Οι σοβαρές ελλείψεις ή η ανυπαρξία ειδικών χώρων και υποδομής στα περισσότερα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των επειγόντων, ή ακόμη χειρότερα η έλλειψη χωροταξικού και ιατρικού διαχωρισμού του Τμήματος Επειγόντων από το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων, επιδρά στην αργή και μη ορθολογική διαχείριση της ροής των ασθενών.
- Η έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας ή η υπολειτουργία τακτικών εξωτερικών ιατρείων οδηγεί ένα μεγάλο μέρος χρόνιων περιστατικών στο ΤΕΠ για προβλήματα που δεν είναι επείγοντα.

- Το ΤΕΠ χρησιμοποιείται σαν πύλη εισόδου των «πλασματικών επειγόντων», δηλαδή ασθενών που χαρακτηρίζονται ως επείγοντα προκειμένου να υπερπηδήσουν τη λίστα αναμονής για είσοδο στο νοσοκομείο.
- Η αντιμετώπιση του επείγοντος μεταξύ του νοσοκομειακού και νοσοκομειακού χώρου δεν είναι συνεχής ως οφείλει να είναι. Είτε απουσιάζει η σωστή αντιμετώπιση στο προ-νοσοκομειακό επίπεδο, είτε όταν αυτή έχει ξεκινήσει προνοσοκομειακά συχνά καθυστερεί να συνεχιστεί σε νοσοκομειακό επίπεδο.
- Η ανεπαρκής έως ελλιπής γνώση του αντικείμενου της Επείγουσας Ιατρικής μεταξύ των γιατρών (από το προπτυχιακό μέχρι το μεταπτυχιακό επίπεδο) επηρεάζει αρνητικά την ενασχόλησή τους με αυτό το αντικείμενο⁹

1.4 Διαχείριση και ροή ασθενών στο ΤΕΠ

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

Το κύριο πρόβλημα όλων των ΤΕΠ είναι ο *συνωστισμός (overcrowding)*.¹⁰ Οι λόγοι που τον προκαλούν είναι πολλοί και προβλέπεται να αυξηθούν στο μέλλον. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η επιβίωση ασθενών με σοβαρά προβλήματα, η πρόωμη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, η αύξηση των φτωχών, των μεταναστών, η δυσκολία συνεννόησης με αλλοδαπούς, η καθυστέρηση διεξαγωγής εξετάσεων, η καθυστέρηση των εισαγωγών στις κλινικές, η μείωση του προσωπικού και η αύξηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Οι επιπτώσεις που προκαλεί ο συνωστισμός είναι πολλές με σπουδαιότερες την αύξηση της θνητότητας στο ΤΕΠ και της νοσηρότητας ιδίως μεταξύ αυτών που φεύγουν από το ΤΕΠ χωρίς να έχουν εξεταστεί από ιατρό. Επίσης η αύξηση του κόστους η αύξηση του χρόνου αναμονής, η μείωση της ικανοποίησης του κοινού, η ένταση και οι επιθέσεις εναντίον του προσωπικού δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο.¹⁰

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

Στη βελτίωση του προβλήματος του συνωστισμού των ασθενών στο ΤΕΠ πρέπει να βελτιωθεί η οργάνωση του ΤΕΠ και από πλευράς ταχύτητας διαλογής, αριθμού ανθρώπινου δυναμικού και ευρύτητας διαγνωστικών αλλά και έκτασης της κτιριακής υποδομής ανάλογα με τις προσελεύσεις ασθενών. Ταυτόχρονα όμως σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για παράδειγμα στη Μεγάλη Βρετανία μόνον το 5% των ασθενών που επισκέπτονται τους γενικούς γιατρούς προωθούνται στο ΤΕΠ, ενώ στην Γαλλία το 72% του συνόλου των προσερχόμενων στο ΤΕΠ έχει προωθηθεί από γιατρό.^{12,13}

Η εισροή ασθενών στο ΤΕΠ μπορεί να ελεγχθεί με:

- εκστρατεία ενημέρωσης των ιδιωτών και αγροτικών γιατρών, του κοινού και των ΜΜΕ για το «τι είναι το επείγον» και για τους στόχους του ΤΕΠ
- παραπομπή στο ΤΕΠ μόνον του «επείγοντος»
- εφαρμογή διαλογής για να αντιμετωπιστούν οι προσερχόμενοι ασθενείς σε συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια
- δημιουργία τριών «δρόμων φροντίδων».

Προκειμένου να εξασφαλιστεί η εμπρόθεσμη σταθεροποίηση, υποστήριξη και διαγνωστική προσπέλαση και αντιμετώπιση των ασθενών σύμφωνα με τις ανάγκες τους, η ροή των ασθενών θα πρέπει να είναι η ακόλουθη ανάλογα με το εάν οι ασθενείς προσέρχονται ή διακομίζονται στο ΤΕΠ.⁹

Οι περιπατητικοί ασθενείς

- εισέρχονται από την ειδική είσοδο για τους περιπατητικούς ασθενείς,
- προσέρχονται στη γραμματεία προκειμένου να καταχωρηθούν στο μητρώο ασθενών και να τους δοθεί η ατομική κάρτα ασθενούς του ΤΕΠ με τα στοιχεία του και την ώρα προσέλευσής του,
- αφήνουν την κάρτα στο ιατρείο διαλογής σε ειδικό πλαίσιο και περιμένει στο σαλόνι υποδοχής,
- αξιολογούνται αμέσως στο χώρο διαλογής από εκπαιδευμένο γιατρό,
- ταξινομούνται σύμφωνα με την κλίμακα διαλογής και συμπληρώνεται η αντίστοιχη κάρτα διαλογής με χρωματική διαφοροποίηση (κόκκινο, κίτρινο, πράσινο),
- προωθούνται ανάλογα με την κατηγορία του επείγοντος στους αντίστοιχους «δρόμους φροντίδων», δηλαδή τις τέσσερις κατηγορίες διαλογής σύμφωνα με το βρετανικό σύστημα το οποίο εξηγείτε παρακάτω):
 - κατηγορία I και II στην αίθουσα ανάνηψης όπου αντιμετωπίζονται μέσα σε 10 min,
 - κατηγορία III στα *ατομικά* εξεταστήρια όπου αναμένουν για να εξεταστούν μέσα στα επόμενα 30 – 60 min, και βρίσκονται υπό συνεχή εποπτεία από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό από το κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό,
 - κατηγορία IV στην αίθουσα αναμονής για να εξεταστούν αργότερα (όχι περισσότερο από 60 – 120 min)
 - κατηγορία V στο ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία,
- νοσηλεύονται στη ΜΕΘ ή ΜΑΦ εφόσον ανήκουν στην κατηγορία I ή II,
- νοσηλεύονται στους θαλάμους Βραχείας Νοσηλείας (για 6 – 48 ώρες) εφόσον έχουν μη ξεκαθαρισμένη αλλά οξεία, κλινική εικόνα μέχρις ότου γίνει η τελική τους αξιολόγηση και αποφασιστεί εάν χρειάζονται ή όχι εισαγωγή στο νοσοκομείο,
- οι συγγενείς κατευθύνονται στους χώρους αναμονής.⁹

Οι ασθενείς που διακομίζονται με ασθενοφόρο

- εισέρχονται από την *είσοδο των φορείων* στην οποία υπάρχει εύκολη προσέγγιση του ασθενοφόρου και
- εφόσον δεν έχουν συνείδηση, είναι διασωληνωμένοι, ή ανήκουν στην κατηγορία I κατευθύνονται αμέσως στην αίθουσα αναζωογόνησης,

- εφόσον ανήκουν στην κατηγορία II προσκομίζονται για να αντιμετωπιστούν μέσα σε 10 min στην αίθουσα αναζωογόνησης ή στη ΜΕΘ/ΜΑΦ,
- όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς καταχωρούνται από τη γραμματεία στο μητρώο ασθενών και τους δίδεται ατομική κάρτα ΤΕΠ,
- αξιολογούνται αμέσως από το γιατρό ή νοσηλεύτη στο χώρο διαλογής και προωθούνται ανάλογα με την κατηγορία του επείγοντος στα ατομικά εξεταστήρια (κατηγορίες III και IV) για να εξεταστούν όπως και οι περιπατητικοί ασθενείς.⁹

1.5 Πορεία του ασθενή στα ΤΕΠ

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση του ασθενή στο ΤΕΠ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οργάνωση της πορείας που πρέπει να ακολουθούν οι ασθενείς στο τμήμα. Προς το σκοπό αυτό απαιτείται ανάλυση των εργασιών που επιτελούνται και κυρίως των βημάτων που ακολουθεί ο ασθενής στο Τ.Ε.Π. Συγκεκριμένα η συνολική διαδικασία – «πορεία» του ασθενή αναλύεται σε μικρότερες υπο-διαδικασίες¹:

1.5.1 Υποδοχή - Καταγραφή

Κατά την προσέλευση των ασθενών στους χώρους των ΤΕΠ, καταγράφονται τα στοιχεία τους και όλες οι πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, οι οποίες προέρχονται από τους ίδιους και τους συγγενείς τους. Συγκεκριμένα εδώ καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή και δημιουργείται ή ανακτάται ο ιατρικός του φάκελος. Την διαδικασία αυτή αναλαμβάνει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, ενώ δεν διαρκεί περισσότερο από 5-8 λεπτά κατά μέσο όρο. Τα στοιχεία τα οποία θα πρέπει να καταχωρηθούν σε πρώτη φάση είναι: η ημέρα και ώρα άφιξης στο τμήμα, το ονοματεπώνυμο του ασθενή, η ηλικία του, η διεύθυνση κατοικίας και το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει¹

1.5.2 Η Διαλογή (Triage)

Κατηγορίες ασθενών που εξυπηρετούνται από τα οργανωμένα ΤΕΠ

Από την ετών εμπειρία οργανωμένων ΤΕΠ άλλων χωρών προκύπτει ότι το 10% - 20% των ασθενών που διακομίζονται ή προσέρχονται στα ΤΕΠ, έχει πράγματι επείγοντα προβλήματα, και άμεση ανάγκη αντιμετώπισης λόγω έκπτωσης ή απειλής έκπτωσης των ζωτικών τους λειτουργιών. Το 60% είναι περιστατικά που αυτοχαρακτηρίζονται σαν Επείγοντα και μετά από μια αδρή κλινική ή και στοιχειώδη εργαστηριακή εκτίμηση παραπέμπονται, στο αντίστοιχο ειδικό τμήμα για ιατρική συμβουλή, ή για πρωτοβάθμια φροντίδα. Ένα ποσοστό περί το 30% έχει ανάγκη μιας περαιτέρω ιατρικής εκτίμησης και ανάλογου παρέμβασης σε χρόνο όχι άμεσο, που μπορεί να ποικίλει από ολίγα λεπτά μέχρι και μερικές ώρες ανάλογα προς την ροή των περιστατικών και την εκτιμώμενη βαρύτητα της περίπτωσης των.¹⁴

Τα ποσοστά αυτά ποικίλουν από την μία χώρα στην άλλη και διαφέρουν πολύ στην Ελλάδα για τους λόγους που θα αναφερθούν παρακάτω.

Διαλογή και ταξινόμηση περιστατικών

Ως εκ τούτου, υπάρχει ανάγκη μιας πρώτης εκτίμησης και διαλογής για **τον καθορισμό της προτεραιότητας αντιμετώπισης**. Αυτή η πρώτη διαλογή αποτελεί το περιεχόμενο του Triage. Συνήθως εκτελείται από εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια, η οποία είναι σε θέση να εκτιμήσει το βαθμό του επείγοντος της καταστάσεως και να κατατάξει τον ασθενή σε σειρά προτεραιότητα για εξέταση και αντιμετώπιση.

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα Triage, κατά τα οποία οι προσερχόμενοι κατατάσσονται σε μία από τις προκαθορισμένου αριθμού κατηγορίες. Στο σύστημα που προτείνει η *Joint Commission International (JCI)* οι προσερχόμενοι κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες: την *κατεπείγουσα (emergent)*, την *επείγουσα (urgent)* και την *αναμένουσα (non-urgent)*.¹⁵

Στο σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου προβλέπονται 4 κατηγορίες:

1. Κατεπείγουσα (Very urgent).

Βαριά άρρωστοι ή τραυματισμένοι των οποίων η ζωή δεν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο.

2. Επείγουσα (Urgent).

Ασθενείς με σοβαρά προβλήματα, αλλά σε εμφανώς σταθερή κατάσταση.

3. **Συνήθης (Standard).**

Συνήθεις περιπτώσεις χωρίς άμεσο κίνδυνο ή δυσφορία.

4. **Τακτική (Non-urgent).**

Ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν είναι πράγματι ατύχημα ή επείγουσα.

Στην έρευνα μας χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Triage JCI και έτσι ανά κατηγορία, *τα κατεπείγοντα περιστατικά* χρήζουν άμεση αντιμετώπιση και μεταφορά σε μονάδες ή χειρουργεία. Τέτοια περιστατικά είναι η απόφραξη των αεροφόρων οδών, η κοιλιακή μαρμαρυγή, η άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία, η ανακοπή και η άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα. Ο ασθενής έχει ανάγκη από άμεση ιατρική παρέμβαση, οδηγείται στον ειδικά εξοπλισμένο χώρο της ανάνηψης του ΤΕΠ, ενώ συγχρόνως ενημερώνεται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Περισσότερο προσωπικό επιστρατεύεται, ιατρών άλλων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα των αναισθησιολόγων, για την παραλαβή, καταγραφή και φύλαξη των χρημάτων και των τιμαλφών του ασθενή, για τη συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή και το συμβάν, από τους συγγενείς του, το ΕΚΑΒ ή την αστυνομία και τέλος για τη διακίνηση του ασθενή προς το χειρουργείο, τις ειδικές μονάδες ή το νεκροτομείο, όταν η προσπάθεια αναζωογόνησης δεν αποδώσει.^{15,16}

Για τα **επείγοντα περιστατικά ή μείζονα** η κύρια μέριμνα επικεντρώνεται στην αποτελεσματική και σε όσο το δυνατόν συντομότερο χρονικό διάστημα παροχής πρώτων βοηθειών και μεταφορά των ασθενών σε συγκεκριμένο χώρο όπου παρακολουθούνται, επανεξετάζονται και καθορίζεται η περαιτέρω θεραπεία τους. Πρόκειται για υποθετικά επικίνδυνες για την ζωή καταστάσεις ή κατάσταση που συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα και απαιτούν γρήγορη εκτίμηση και αντιμετώπιση. Παραδείγματα είναι η οξεία παρόξυνση άσθματος, η αιμορραγία του γαστρεντερικού και πολλές δηλητηριάσεις.^{15,16}

Τα **αναμένοντα ή ελάσσονα περιστατικά** που δύναται να αναμένουν είναι τα περιστατικά που παραμένουν σε αίθουσες αναμονής μέχρι την αποσυμφόρηση του ΤΕΠ από τα επείγοντα περιστατικά. είναι μια κατάσταση που θα ωφεληθεί από ιατρική φροντίδα, αλλά δεν είναι επικίνδυνη για τη ζωή και στην οποία η νοσηρότητα δεν αυξάνει εάν υπάρξουν καθυστερήσεις. Τέτοια περιστατικά είναι οι ήπιες λοιμώξεις, οι μικροτραυματισμοί.^{15,16}

Όλοι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΤΕΠ θα πρέπει να υπόκεινται στη διαδικασία της διαλογής, με στόχο την ταξινόμησή τους σε κατηγορίες, οι οποίες και καθορίζουν την προτεραιότητά τους για ιατρική φροντίδα, σύμφωνα πάντα με τη φύση και τη σοβαρότητα του τραύματος ή του νοσήματος. Η διαδικασία αυτή της διαλογής δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 10-12 λεπτά καθώς θα πρέπει να εξασφαλίζεται η τοποθέτησή του στο σωστό τόπο και τη σωστή χρονική στιγμή, ώστε να λάβει το απαραίτητο επίπεδο φροντίδας.¹⁷

Συνήθως το Triage στηρίζεται σε δυο παραμέτρους: στο κύριο σύμπτωμα και στην κλινική εικόνα¹⁶

1.5.3 Αρχική εκτίμηση

Μετά το Triage, ο ιατρός είναι εκείνος που αναλαμβάνει την αντιμετώπιση και τη διεκπεραίωση του προβλήματος του ασθενούς. Το πρώτο μέλημά του είναι η αρχική εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, ώστε να απαντήσει στο ερώτημα: τι απειλεί τη ζωή του; Ο συμβατικός τρόπος σκέψης με την ανάπτυξη διαφορικής διάγνωσης δεν βοηθά στην ταχεία απάντηση και τα στενά χρονικά περιθώρια εμποδίζουν τη χρήση της συμβατικής μεθοδολογίας.

Τρία στοιχεία είναι αναγκαία για την ταχεία αναγνώριση του ασθενούς του οποίου κινδυνεύει η ζωή:

- Το κύριο σύμπτωμα και το βραχύ εστιασμένο στο κύριο σύμπτωμα ιστορικό.
- Η πλήρης και ακριβής καταμέτρηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων.
- Η επισκόπηση, η ακρόαση και η ψηλάφηση του ασθενούς.¹⁸

Το κύριο σύμπτωμα, το οποίο ενίοτε ο ασθενής δεν είναι σε θέση να το περιγράψει και το αναφέρουν οι συνοδοί, βοηθά αμέσως να στραφεί η προσοχή στον γενικό τύπο του προβλήματος (νευρικό, καρδιακό, αναπνευστικό, τραυματικό κ.λπ.). Τα ζωτικά σημεία (αναπνοή, καρδιακός ρυθμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία) εξαρτώνται από την ηλικία, τη φυσική κατάσταση, τις παθήσεις και τη φαρμακευτική αγωγή και η εκτίμησή τους συναρτάται με τις σχετικές πληροφορίες. Εντός των φυσιολογικών ορίων, κάποια ζωτικά σημεία μπορεί να είναι επικινδύνως παθολογικά σε ορισμένους ασθενείς. Ο φυσιολογικός

αριθμός αναπνοών σε νεαρό άτομο με κρίση άσθματος είναι ένδειξη καμάρου των αναπνευστικών μυών και αναπνευστικής ανεπάρκειας.^{16,18}

Η κλινική εξέταση με την επισκόπηση, την ακρόαση και την ψηλάφηση, ενίοτε δε και με την όσφρηση, δίδει τις πληροφορίες που χρειάζονται για τον εντοπισμό του προβλήματος.

Το επόμενο μέλημα είναι η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της απειλής και ακολουθεί η προσπάθεια διαγνώσεως.

Στο ΤΕΠ η διαφορική διαγνωστική ξεκινά από την πιο σοβαρή κατάσταση που μπορεί να εξηγήσει την εικόνα του ασθενούς και προχωρά στις πιο αθώες. Στον εξηντάρη ασθενή που προσέρχεται με ναυτία, εμέτους και επιγαστραλγία πρέπει πρώτα να αποκλειστεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Στο ΤΕΠ ο ιατρός πρέπει να είναι βέβαιος ότι δεν διέφυγαν της διάγνωσης οι πιο ασυνήθεις, αλλά όμως πιο σοβαρές καταστάσεις, και προχωρώντας με τη λογική της εις άτοπο απαγωγής να τις αποκλείσει και να φθάσει στις πιο συνήθεις και ήπιες.

Και πάλι δεν πρέπει να λησμονείται ότι σκοπός της λειτουργίας των ΤΕΠ είναι η άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων και όχι η ακριβής διάγνωση, που μπορεί να χρειασθεί χρόνο και πληθώρα εξετάσεων για να τεθεί. Είναι παραδοχή η οποία πρέπει να ομολογείται στον ασθενή και να καταγράφεται στο ιστορικό μαζί με τα υπόλοιπα στοιχεία και τις οδηγίες, εφόσον ο ασθενής αναχωρεί από το ΤΕΠ και δεν εισάγεται για περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία.^{16,18}

1.5.4 Παραπομπή για Εργαστηριακές Εξετάσεις

Η εξέταση, η θεραπεία, η συμβουλευτική και η διεξαγωγή των διαγνωστικών εξετάσεων μπορούν να γίνουν είτε ταυτόχρονα είτε σταδιακά, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή. Έτσι οι χώροι διεξαγωγής των διαγνωστικών εξετάσεων θα πρέπει να βρίσκονται σε άμεση επικοινωνία με το ΤΕΠ, ώστε να αποφεύγονται οι άσκοπες μετακινήσεις των ασθενών που ευθύνονται τόσο για χρονικές καθυστερήσεις όσο και για την ταλαιπωρία των ασθενών. Μάλιστα για να μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του τμήματος, καταγράφεται ο συνολικός αριθμός των αιματολογικών και εργαστηριακών

εξετάσεων που διεξάγονται, δίνοντας έτσι την δυνατότητα ελέγχου του ρυθμού και της αναγκαιότητας τους.

Η επιλογή των εξετάσεων οι οποίες παραγγέλλονται στοχεύει στην επιβεβαίωση ή απόρριψη των διαγνωστικών υποθέσεων που έχουν προκύψει από το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Οι απεικονιστικές εξετάσεις, οι οποίες σήμερα πλέον περιλαμβάνουν τα υπερηχοτομογραφήματα, τις αξονικές τομογραφίες και τα σπινθηρογραφήματα, δίδουν σημαντικές και καθοριστικές πληροφορίες. Η χρήση τους στο ΤΕΠ είναι πολλάκις τόσο αναγκαία όσο η α/α θώρακος και το ΗΚΓ. Κύριες αιματολογικές, βιοχημικές και ενζυμικές εξετάσεις μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση ή να αναδείξουν ζητήματα που δεν είναι εμφανή από το ιστορικό και την κλινική εξέταση.¹⁶

1.5.5 Παροχή Φροντίδας

Κατά την JCI, ο σκοπός της εκτίμησης του ασθενούς στο ΤΕΠ είναι ο προσδιορισμός του είδους της φροντίδας που αρχικώς χρειάζεται. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι η συλλογή των στοιχείων, η ανάλυση και η σύνθεσή τους και η λήψη αποφάσεων. Η συλλογή των στοιχείων στηρίζεται στη λήψη του ιστορικού, στην κλινική εξέταση και στα αποτελέσματα των παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων.¹⁵

Στο ΤΕΠ παρέχεται φροντίδα σε ασθενείς με ένα ευρύ φάσμα παθολογίας, από την απειλητική για τη ζωή ως την αυτοπεριοριζόμενη, και από όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η προσέλευση και ο αριθμός αυτών των ασθενών είναι απρόβλεπτοι παράγοντες και οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται με συμπτώματα και όχι με διαγνώσεις. Επομένως, η παροχή φροντίδων πρέπει να γίνεται με διαβάθμιση προτεραιοτήτων και αυτή είναι μία δυναμική διαδικασία. Η προσέγγιση του ασθενούς είναι σφαιρική χωρίς να επικεντρώνεται σε όργανα. Η φροντίδα του ασθενούς εστιάζεται στην αρχική φροντίδα ως τη στιγμή του εξιτηρίου από το ΤΕΠ ή την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες Υγείας.⁹

Ο χρόνος αναμονής προς εξέταση εδώ ποικίλλει ανάλογα με το επείγον της κατάστασης του ασθενή, ωστόσο για μη οξείες καταστάσεις ένας γιατρός θα πρέπει να βλέπει τον ασθενή στα πρώτα 20 λεπτά από την άφισή του στο Τ.Ε.Π. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα οι ασθενείς

οδηγούνται για την παροχή φροντίδας άμεσα και σε πιο εξειδικευμένους χώρους του ΤΕΠ, όπως είναι ο χώρος αναζωογόνησης, οι χώροι επεμβάσεων κ.ά.^{15,16}

1.5.6 Διαδικασία Εξόδου

Το τελευταίο βήμα της πορείας του ασθενή στο ΤΕΠ είναι η έξοδός του από αυτό. Εδώ αποφασίζεται βάσει κριτηρίων η έναρξη της διαδικασίας εξόδου και επειδή μάλιστα αυτή δημιουργεί και την τελική εντύπωση στον ασθενή για το τμήμα, θα πρέπει να είναι καλά οργανωμένη, ώστε να είναι σύντομη χωρίς να ταλαιπωρεί τον ασθενή και τους συνοδούς του. Έτσι αν αποφασιστεί έξοδος του ασθενή από το ΤΕΠ, θα πρέπει αυτή να ολοκληρωθεί μέσα σε 10 λεπτά μετά την απόφαση του ιατρού. Μετά την έξοδο του ασθενή από το Τ.Ε.Π., αυτός: μπορεί να εισαχθεί σαν εσωτερικός ασθενής στο νοσοκομείο ή να μεταφερθεί σε άλλο, να παραπεμφθεί σε ιατρείο εξωτερικών ασθενών ή να φύγει χωρίς περαιτέρω ιατρική περίθαλψη. Επίσης ασθενείς που πεθαίνουν στο τμήμα ή στο ασθενοφόρο οδηγούνται στο νεκροτομείο του νοσοκομείου.^{16,18}

Η συνολική τώρα διακίνηση των ασθενών στο ΤΕΠ, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν την ροή των ασθενών και τον συνολικό χρόνο παραμονής τους στο τμήμα και γι' αυτό θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λαμβάνονται υπόψη. Μεταξύ αυτών σημαντικότεροι θεωρούνται: ο σχεδιασμός και το συνολικό μέγεθος του ΤΕΠ, η σύνθεση και ο αριθμός του προσωπικού του, η επιδημιολογία των περιστατικών, η ώρα, η ημέρα ή και ο μήνας επίσκεψης στο ΤΕΠ, οι διαδικασίες παραπομπής & εκτέλεσης των διαγνωστικών εξετάσεων, και ο αριθμός των ασθενοφόρων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων εκτιμώνται οι ανάγκες της συνολικής φροντίδας του ασθενούς. Η τελευταία εκφεύγει των ορίων της όποιας μεμονωμένης παρέμβασης, εκτιμά και αντιμετωπίζει ανάγκες οι οποίες μπορεί να μοιάζουν ότι δεν έχουν άμεση σχέση με το παρόν πρόβλημα του ασθενούς, όμως είναι καθοριστικές για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την έκβαση της φροντίδας.

Πρέπει να εκτιμώνται οι άμεσες και επείγουσες ανάγκες, η κλινική κατάσταση, η ψυχική και η κοινωνική κατάσταση, η απόκριση σε προηγούμενες θεραπείες, ενίοτε δε μπορεί να

χρειασθούν περαιτέρω εκτιμήσεις από ειδικούς. Οι από ειδικούς εκτιμήσεις μπορεί να αφορούν στη διαιτητική εκτίμηση, στη λειτουργική εκτίμηση ή στην ανάγκη υπηρεσιών αποκατάστασης. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην εκτίμηση του άλγους και τονίζεται η ανάγκη άμεσης και αποτελεσματικής αντιμετώπισής του, εφόσον πλέον θεωρείται ότι η παραμονή του άλγους, πέραν της δυσφορίας που προκαλεί στον πάσχοντα, αποτελεί και ανεξάρτητο παράγοντα επιδείνωσης της νοσηρότητας και απόκρισης στην υπόλοιπη αγωγή. Η διαχείριση του άλγους είναι κριτήριο της ποιότητας των προσφερόμενων στο ΤΕΠ υπηρεσιών.

Η εκτίμηση πρέπει να είναι εξατομικευμένη για τον κάθε ασθενή και να ολοκληρώνεται εντός των προβλεπόμενων από τη διαδικασία του ΤΕΠ χρονικών ορίων. Είναι εμφανές ότι συχνά η εκτίμηση του ασθενούς και η παροχή της φροντίδας χρειάζεται να γίνει από πολλούς. Η ομαδική, από διαφόρων ειδικοτήτων ιατρούς και επαγγελματίες υγείας, εκτίμηση και αντιμετώπιση των ασθενών είναι πλέον αναπόδραστη ανάγκη, ενώ η επάρκεια, η επικοινωνία και ο συντονισμός μεταξύ των εμπλεκόμενων καθορίζουν την ποιότητα και την έκβαση της φροντίδας και περιορίζουν τα λάθη.

Η εκτίμηση πρέπει να είναι πλήρης, καταγεγραμμένη, ευανάγνωστη και εύκολα προσιτή από όσους εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς. Συνεκτιμώντας όλες αυτές τις παραμέτρους επιλέγεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα εξατομικευμένα για κάθε ασθενή.^{14,16,18}

1.5.7 Ιδιαίτερες εκτιμήσεις

Μέλη ορισμένων ομάδων του πληθυσμού χρειάζονται ιδιαίτερη εκτίμηση. Σ' αυτές περιλαμβάνονται τα παιδιά, οι έφηβοι, οι υπερήλικες, οι ασθενείς τελικού σταδίου, οι ασθενείς με έντονο ή χρόνιο άλγος, οι έγκυες, οι ασθενείς με συναισθηματικές ή ψυχικές διαταραχές, οι εξαρτημένοι, οι ασθενείς με λοιμώδη και μεταδοτικά νοσήματα, οι ανοσοκατεσταλμένοι και οι ασθενείς υπό χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Ιδιαίτερη εκτίμηση σημαίνει ότι σ' αυτήν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και άλλες, λεπτομερέστερες παράμετροι, που όμως είναι σημαντικές. Στα στοιχεία εκτίμησης των υπερηλίκων πρέπει να περιλαμβάνονται η λειτουργική ικανότητα, ο κίνδυνος πτώσεων, η νοητική κατάσταση, η συναισθηματική κατάσταση, η πολυφαρμακία, οι ακράτειες, η ερωτική λειτουργία, η ακοή, η όραση, οι οδοντοστοιχίες, οι συνθήκες ζωής, η κοινωνική και

οικογενειακή υποστήριξη, η οικονομική κατάσταση, οι πνευματικές ανάγκες και οι ιδιαίτερες προτιμήσεις.

Σε ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να εκτιμώνται και να αντιμετωπίζονται η ναυτία, οι έμετοι, η αναπνευστική δυσχέρεια, οι παράγοντες που επηρεάζουν τα συμπτώματα, οι πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας, η ψυχική κατάσταση του ασθενούς και της οικογένειας, η ανάγκη υποστήριξης, η ανάγκη για άλλες φροντίδες και οι παράγοντες κινδύνου για τους επιζώντες.

Η, μέσω διαδικασιών, μεθοδική και ομοιόμορφη ακολουθία ενεργειών καθώς και η ανά περίπτωση καταγραφή τους διευκολύνουν τη λειτουργία του ΤΕΠ, διατηρούν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, περιορίζουν τα λάθη, ικανοποιούν τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, μειώνουν τα παράπονα, τις αναφορές και τις αγωγές και καθιστούν σαφή την εκ των υστέρων αναγνώριση των ενεργειών που έγιναν, των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν και της έκβασής τους.

Είναι απαραίτητο στα αρχεία – μητρώα ασθενών, να καταγράφονται ευανάγνωστα τα στοιχεία αναγνώρισης του ασθενούς, η ημερομηνία και η ώρα προσέλευσης, τα στοιχεία εκείνου που δίδει τις πληροφορίες, το κύριο σύμπτωμα, το ατομικό αναμνηστικό, τα λαμβανόμενα φάρμακα, τα θετικά αλλά και τα αρνητικά ευρήματα, οι εξετάσεις και τα αποτελέσματά τους, η πιθανή διάγνωση, η χορηγούμενη θεραπεία, οι συναινέσεις, οι οδηγίες, το όνομα και η υπογραφή όποιων εκτιμούν τον ασθενή, καθώς και η υπογραφή του ασθενούς ή του συνοδού του.

Το ΤΕΠ είναι «πεδίο μάχης» με μεγάλο φόρτο δουλειάς, ένταση πνευματική και ψυχική, σωματικό κάματο, στενότητα χρόνου, έλλειψη προσωπικού και πόρων. Υπάρχουν θύματα και από τις δύο πλευρές, των ασθενών και των ιατρών. Η πιθανότητα κάθε είδους λάθους ή παράλειψης είναι υψηλή. Επίσης υψηλό είναι και το ενδεχόμενο αναζήτησης ευθυνών και απαιτήσεων αποζημιώσεως. Η τήρηση ορισμένων κανόνων λειτουργίας και συμπεριφοράς εκ μέρους του ιατρού τον κατοχυρώνει και αναδεικνύει την ποιότητα της εργασίας του και της φροντίδας του.^{16,18,19}

Οι συνήθεις αιτίες ανεπαρκούς συμμόρφωσης κατά την εκτίμηση των ασθενών είναι:

- Η ανεπαρκής εκπαίδευση του προσωπικού για πολιτισμικές, πνευματικές και θρησκευτικές εκτιμήσεις.
- Η απουσία διατροφικής εκτίμησης και επανεκτίμησης του άλγους.
- Οι καθυστερήσεις για εξέταση και λήψη των αποτελεσμάτων των εξετάσεων.

- Η απουσία επαρκούς εκτίμησης για κίνδυνο αυτοκτονίας, προβλημάτων συμπεριφοράς, οικογενειακής βίας ή βιασμό, κατάχρησης οινόπνευματων ή εθιστικών ουσιών.

Ο ιατρός οφείλει:

- Να γράφει ευανάγνωστα, κατά προτίμηση με μαύρο μελάνι, να σημειώνει πάντα την ημερομηνία και την ώρα, να υπογράφει και να σφραγίζει τα έγγραφα, να γράφει περιεκτικό και επικεντρωμένο ιστορικό, να χρησιμοποιεί απλά σχήματα για να δείξει τους τραυματισμούς ή άλλα σημεία, να αποφεύγει τις συντμήσεις.
- Να μη γράφει ποτέ αγενή ή επικριτικά ή κατηγορηματικά σχόλια.
- Να θυμάται ότι κάποτε μπορεί να χρειασθεί να διαβαστεί ό,τι έχει γράψει.
- Να εξετάζει προσεκτικά τον άρρωστο, να είναι βέβαιος για ό,τι κάνει.
- Να παραγγέλλει τις αναγκαίες και απαραίτητες εξετάσεις.
- Να συμβουλευέται, να ζητάει βοήθεια, να συνεργάζεται, να σέβεται.
- Να προετοιμάζει και να ολοκληρώνει τη μεταφορά των αρρώστων.
- Να προσέχει και να καταγράφει την παράδοση.
- Να δίδει πληροφορίες, να ενημερώνει τον ασθενή, να δίδει γραπτές και σαφείς οδηγίες.

Και για να αποφεύγονται μελλοντικά προβλήματα, ο ιατρός οφείλει:

- Να προσέχει τη στάση του (ευγενής, ειλικρινής, προσηνής).
- Να λαμβάνει ενυπόγραφη συναίνεση για ό,τι είναι παρεμβατικό, πολύπλοκο ή απαιτεί αναισθησία.
- Να καταγράφει ευανάγνωστα τις ενέργειές του. Οι καλές σημειώσεις μαρτυρούν καλή πρακτική.
- Να ζητάει συμβουλή ή βοήθεια (δεν τα ξέρει όλα και δεν μπορεί να τα κάνει όλα).
- Να προσέχει ιδιαίτερα και να εκτιμά εξ αρχής τους ασθενείς που επιστρέφουν.
- Να προσέχει ιδιαίτερα τους ασθενείς που φεύγουν από μόνοι τους.

Γενικώς, το ιστορικό πρέπει να περιέχει αρκετές πληροφορίες για την ταυτότητα του ασθενούς, την υποστήριξη της διάγνωσης, τη δικαιολόγηση της θεραπείας, την πορεία του

ασθενούς, τα αποτελέσματα και την εξασφάλιση της συνέχειας της αγωγής. Να μη λησμονείται ότι το ιστορικό χρησιμεύει ως οικονομικό και νομικό έγγραφο.^{16,18,19}

1.6 Αιτίες Δυσλειτουργίας των ΤΕΠ

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

- Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, που μεταξύ άλλων έχει αυξήσει την συχνότητα των ατυχημάτων και κυρίως των τροχαίων.
- Η παροχή υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας σε 24ωρη βάση κατά τις μέρες γενικής εφημερίας.
- Η οικονομική κάλυψη των ασφαλισμένων από τους ασφαλιστικούς τους φορείς για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο.
- Η εύκολη και χωρίς έλεγχο προσφυγή των ασθενών στο νοσοκομείο.
- Η ανεπαρκής λειτουργία της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και η έλλειψη της διαθεσιμότητας των γιατρών επί 24ώρου βάσεως.
- Μάλιστα, η έλλειψη ενός οργανωμένου και αποτελεσματικού συστήματος παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς με χρόνιες ή μη και πάντως όχι επείγουσες καταστάσεις υγείας, να καταφεύγουν στο εφημερεύον νοσοκομείο, επιφορτίζοντας με τον τρόπο αυτό την λειτουργία του τμήματος επειγόντων περιστατικών που στόχο του έχει πρωτίστως τη παροχή έκτακτης & επείγουσας φροντίδας. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι ένα ποσοστό πάνω από το 40% των ασθενών που προσέρχονται στα ΤΕΠ της χώρας μας θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Η αδυναμία των επαρχιακών νοσοκομείων να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους με επείγοντα προβλήματα υγείας, αποτελεί επίσης σημαντικό αίτιο αυξημένης ροής αυτών, προς τα ΤΕΠ των μεγάλων αστικών κέντρων, με όλες τις επιβαρυντικές συνέπειες της μεταφοράς

για την ζωή τους. Παράλληλα και η ελλιπής ανάπτυξη του ΕΚΑΒ έχει συντελέσει σε μία άναρχη και απρόβλεπτη προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία, ενώ η απουσία διάυλου επικοινωνίας ΕΚΑΒ - ΤΕΠ έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη σύνδεσης των «κρίκων» στην αλυσίδα αντιμετώπισης του ασθενή.

Τέλος η λειτουργία των ΤΕΠ στη χώρα μας σε μία 24ωρη βάση μόνο κατά τις μέρες γενικής εφημερίας των νοσοκομείων θεωρείται υπεύθυνη σε έναν μεγάλο βαθμό για την συμφόρηση που παρατηρείται κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία των αστικών κέντρων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της κατάστασης αυτής είναι ότι την ημέρα γενικής εφημερίας στο ΤΕΠ του «Ευαγγελισμού» προσέρχονται περισσότεροι από 1.200 - 1.500 ασθενείς, ενώ οι εισαγωγές πολλές φορές υπερβαίνουν και τις 300. Έτσι ο αυξημένος αριθμός προσέλευσης των ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, σε συνδυασμό με την ανορθολογική ή άναρχη κατανομή τους μεταξύ των νοσοκομείων της χώρας μας, δημιουργεί σε κάθε περίπτωση μία έντονη δυσλειτουργία με σημαντική απώλεια χρόνου ως προς την εφαρμογή των κατάλληλων ιατρικών ενεργειών, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο σύστημα παροχής επείγουσας φροντίδας.⁹

Τα κυριότερα πρόβλημα τα που αφορούν τις συνθήκες λειτουργίας των ΤΕΠ στη χώρα μας και συνδέονται άμεσα με την αναποτελεσματικότητα του συστήματος επείγουσας φροντίδας είναι:

1. Η απουσία Ανεξάρτητων & Οργανωμένων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών με την λειτουργική μορφή αυτόνομου και ξεχωριστού τμήματος του νοσοκομείου, στελεχωμένου με μόνιμο εξειδικευμένου ιατρικό προσωπικό και με διοικητική ιεραρχία (Διευθυντής, Επιμελητής Α', Επιμελητής Β' κ.λπ.). 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.

2. Η έλλειψη οργανωμένης διαδικασίας & εφαρμογής συστήματος διαλογής. Σε πολλά νοσοκομεία εφαρμόζεται το σύστημα της κατά σειρά προτεραιότητας εξέτασης των ασθενών που χρησιμοποιεί σαν αποκλειστικό κριτήριο τον χρόνο προσέλευσής τους ενώ παραβλέπετε το είδος του προβλήματος για το οποίο οι ασθενείς ζητούν ιατρική προσοχή, εκτός μόνο από τις πολύ εμφανείς περιπτώσεις σοβαρών καταστάσεων που εξετάζονται κατά προτεραιότητα. Το σύστημα αυτό εγκυμονεί κινδύνους για τις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών με σοβαρά ή

απειλητικά για την ζωή τους νοσήματα, τα οποία όμως εκδηλώνονται αρχικά με μη ειδικά και όχι κραυγαλέα συμπτώματα. 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.

3. Η έλλειψη μηχανογραφικού συστήματος. Η μηχανογράφηση στα ΤΕΠ των περισσότερων νοσοκομείων είναι από ανύπαρκτη έως και προβληματική. Επίσης οι κύριες ενέργειες κατά τη διαδικασία της υποδοχής & διαλογής των ασθενών που είναι:

A) Η καταχώρηση των στοιχείων των προσερχόμενων ασθενών (στοιχεία ταυτότητας, ακριβής ώρα προσέλευσης στο ΤΕΠ, το πρόβλημα για το οποίο ζητείται ιατρική φροντίδα).

B) 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.

4. Η ελλιπής εκπαίδευση σε θέματα Επείγουσας Ιατρικής. 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.

5. Η έλλειψη κατάλληλης κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου ιατρό-τεχνολογικού 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 και στρεσογόνες 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).^{6,9,17,20}

1.7 Συνωστισμός των περιστατικών

Ο συνωστισμός στα ΤΕΠ οφείλεται : στον μεγάλο όγκος περιστατικών, στην αντιμετώπιση βαρέως πασχόντων, στην αντιμετώπιση μη επειγόντων περιστατικών, σε επιδημίες γρίπης, στην έλλειψη προσωπικού, στην καθυστέρηση έλευσης ειδικού, σε καθυστερήσεις στη διακίνηση των εξετάσεων, την εισαγωγή στο τμήμα ή την ΜΕΘ.²⁰

Άμεσες συνέπειες των παραπάνω αποτελούν : η καθυστερημένη ή ανεπαρκής θεραπεία, η αύξηση της θνητότητας, της νοσηρότητας και του κόστους νοσηλείας, την εκτροπή φορείων από το ένα ιατρείο στο άλλο, την αύξηση του χρόνου παραμονής στο ΤΕΠ, πολλοί ασθενείς φεύγουν χωρίς να εξεταστούν, δημιουργείται δυσφορία προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, και αγανάκτηση των ασθενών – συγγενών, καθώς και επιθετική συμπεριφορά.²⁰

Το υπάρχων σύστημα αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών κατά κοινή διαπίστωση δεν είναι μόνον αναποτελεσματικό και απαράδεκτο για περαιτέρω λειτουργία, αλλά εκθέτει σε κίνδυνο ανθρώπινες ζωές και δημιουργεί αισθήματα απογοήτευσης που οδηγούν σε αμφισβήτηση των θεσμών και δομών της σύγχρονης κοινωνίας. Το «σύστημα» αντιμετώπισης των Επειγόντων αφέθηκε να αυτοδιαμορφωθεί, άναρχα, μη έχοντας μια οργανωτική δομή. Συμπλέκεται πάνω σε ένα χωροταξικό και επιστημονικό νοσοκομειακό ιστό μαζί με την πρωτοβάθμια φροντίδα που ασκείται στα νοσοκομεία, την εξειδικευμένη διαγνωστική συμβολή και τα χρόνια περιστατικά. Οι μέχρι σήμερα πολύχρονες προσπάθειες για βελτίωση του συστήματος επικεντρώθηκαν σε αλλεπάλληλες αλλαγές που αφορούσαν μόνον την περιοδικότητα με την οποία τα μεγάλα νοσοκομεία μόνα ή σε επικουρία με τα μικρότερα, σε μεταβαλλόμενα εκάστοτε σχήματα «ομαδοποιήσεων», ανέλαμβαναν να αντιμετωπίσουν την μαζική συνήθως προσέλευση εκτάκτων περιστατικών (πράγματι οξέων ή ευκαιριακάς χαρακτηριζομένων ως οξέων).¹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών των περιστατικών που διαχειρίζονται σε ΤΕΠ, και η αξιολόγηση του αριθμού εκείνων που προσήλθαν αδικαιολογήτως, χωρίς να αντιμετωπίζουν κάποιο επείγων πρόβλημα υγείας.

Υλικό- Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτελέσαν 1199 καταγεγραμμένα περιστατικά ασθενών, οι οποίοι προσήλθαν σε τέσσερις εικοσιτετράωρες γενικές εφημερίες (από 8:00πμ έως 8:00πμ της επομένης) σε μεγάλο νοσοκομείο του νομού Αττικής, με σκοπό να εξεταστούν.

Πηγή συλλογής των πρωτογενών στοιχείων αποτέλεσαν τα Βιβλία Μητρών Ασθενών των επτά παθολογικού τομέα κλινικών του νοσοκομείου: της Καρδιολογικής, Παθολογικής, Νευρολογικής και Πνευμονολογικής Κλινικής. Τα τρέχοντα βιβλία Μητρών Ασθενών κάθε Ιατρείου των ΤΕΠ φυλάσσονται στο γραφείο της προϊσταμένης των ΤΕΠ, ενώ αυτά τα οποία συμπληρώνονται ως το τέλος, παρακρατούνται στο αρχείο του νοσοκομείου.

Η επιλογή των εφημεριών προκύπτει από τις πιο πρόσφατες ημερολογιακά εφημερίες του πιο πρόσφατου Βιβλίου Μητρών Ασθενών του Αρχείου, από την στιγμή που ξεκινήσαμε τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τον Νοέμβριο του 2011.

Η συλλογή, η καταγραφή και η επεξεργασία των δεδομένων διήρκησε δυο ημερολογιακά έτη (2012 και 2013).

Το νοσοκομείο το οποίο επιλέχθηκε προς μελέτη εξυπηρετεί μια περιοχή, με έντονο το στοιχείο της πολυπολιτισμικότητας. Παράλληλα αποτελεί ένα μεγάλο νοσοκομείο, το οποίο διαθέτει⁶⁰ 618 κλίνες, νοσηλεύονται περίπου 31.000 ασθενείς ετησίως και εξετάζονται στα επείγοντα περίπου 131.000 πολίτες το χρόνο.

Όλα τα δεδομένα σε πρώτη φάση καταχωρήθηκαν σε ειδική φόρμα καταγραφής και σε δεύτερη φάση σε βάση δεδομένων της μορφής Microsoft Excel (2010), ώστε να υπάρχει

δυνατότητα αναζήτησης ή ελέγχου στο μέλλον. Στην τρίτη φάση όλα τα δεδομένα ομαδοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν και με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0

Εκτιμήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, οι αιτιολογικοί παράγοντες που τους οδήγησαν στην αναζήτηση βοήθειας στα ΤΕΠ, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, ο κλινικός έλεγχος σε συνδυασμό με τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, τα ευρήματα της αρχικής αξιολόγησης, οι ιατροφαρμακευτικές παρεμβάσεις και τελικά, η απόφαση εισαγωγής ή όχι στο νοσοκομείο και οι ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Κριτήρια ένταξης – αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη

Κριτήριο ένταξης των συμμετεχόντων στη μελέτη αποτέλεσαν:

- Όλοι οι εισερχόμενοι ασθενείς στα ΤΕΠ, σε γενική εφημερία.

Ενώ κριτήριο αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη αποτέλεσαν:

- Οι μη ευανάγνωστες πληροφορίες των ιατρών στα βιβλία εφημερίας.

Ηθική και Δεοντολογία

Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες εγκρίσεις, από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου, μετά από αντίστοιχο αίτημα προς αυτήν με την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου, από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου (εγκρίθηκε 14/11/2011 με Αρ. Πρωτ.: 51637).

Βασικός όρος της έγκρισης της έρευνας μας αποτελούσε η τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και εμπιστευτικότητας και να μην υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Όλες οι συνεχείς μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι ($\pm$ τυπικές αποκλίσεις).

Για την διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Pearson's χ^2 .

Ο έλεγχος μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών και των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με την ανάλυση διασποράς με έναν παράγοντα (One-Way ANOVA). Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$. Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS ver.17

Περιορισμοί

Περιορισμοί της μελέτης αποτέλεσαν τα εξής:

- Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο.
- Η δυσανάγνωστη ή ελλιπής καταγραφή των περιστατικών από τους εφημερεύοντες ιατρούς.
- Οι δυσκολίες πρόσβασης στα βιβλία μητρών ασθενών λόγω χωροταξικών προβλημάτων και περιορισμένου διαθέσιμου ωραρίου, του γραφείου φύλαξης αρχείων κ.ά.
- Οι προγραμματισμένες εισαγωγές ασθενών οι οποίες προσήλθαν στα ιατρεία ως μη επείγοντα περιστατικά.

Αποτελέσματα

Περιγραφικά

Χαρακτηριστικά Προσέλευσης ασθενών

Από τους 1199 ασθενείς που προσήλθαν στα ιατρεία του ΤΕΠ το 34% (n=414) επισκέφτηκαν αρχικώς το Παθολογικό ιατρείο, το 27,1% (n=325) το Καρδιολογικό, το 24,9% (n=299) το Νευρολογικό και το 13,4% (n=161) το Πνευμονολογικό.

Η πλειονότητα των ασθενών ήταν Έλληνες υπήκοοι 90,5% (n=1086), ενώ το 8,4% (n=101) αποτέλεσαν αλλοδαποί ασθενείς. Ως προς το φύλο των ασθενών, σε ποσοστό 52,3% (n=627) ήταν άνδρες.

Η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 55±21 έτη, με ελάχιστη την ηλικία των 13 ετών και μέγιστη την ηλικία των 95 ετών. Η ηλικιακή κλάση άνω των 65 ετών συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό προσέλευσης ασθενών στα ΤΕΠ 36,9% (n=397) (Πίνακας Π.1.).

Πίνακας Π.1. Κατανομή του πληθυσμού σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία (έτη)	%(n)
13-25	10 (107)
26-35	13,3 (143)
36-45	11,9 (128)
46-55	13,1 (141)
56-65	14,8 (159)
>65	36,9 (397)
Τόπος Διαμονής	
Δήμοι Πειραιώς	29,3 (352)
Δήμοι Δυτικού Τομέα Αθηνών	14,8 (177)
Δήμοι Νοτίου Τομέα Αθηνών	3,8 (45)
Δήμοι Δυτικής Αττικής	3,6 (43)
Δήμοι Κεντρικού Τομέα Αθηνών	2,2 (26)
Επαρχία	1,9 (23)
Δήμοι Νήσων	1,0 (12)
Δήμοι Βορείου Τομέα Αθηνών	0,3 (4)
Δήμοι Ανατολικής Αττικής	0,3 (3)
Εξωτερικό	0,2 (2)

Ως προς τον τόπο διαμονής των ασθενών του δείγματος, έγινε ομαδοποίηση των δήμων του νομού της Αττικής και των ευρύτερων περιοχών (Πίνακα Π.1.) και έτσι η πλειοψηφία 29,3% (n=352) των ατόμων του δείγματος προσήλθε από την περιφέρεια του Πειραιά (Δήμοι: Κερατσινίου – Δραπετσώνας, Κορυδαλλού, Νίκαιας - Αγίου Ιωάννου Ρέντη, Πειραιώς, Περάματος), ενώ εξυπηρετήθηκαν και περιστατικά τα οποία προέρχονται από επαρχία 1,9% (n=23) ή ακόμα και το εξωτερικό 0,2% (n=2).

Από την στιγμή της έναρξης των συμπτωμάτων έως την στιγμή της προσέλευσης του ασθενούς στα ΤΕΠ (Πίνακας Π2), το 9,6% (n=36) προσήλθε εντός 3ωρων, ενώ το 5,6% (n=21) προσήλθε μετά από 30 ημέρες από την έναρξη του προβλήματος, με μέση τιμή τις 11 ± 36 ημέρες.

Πίνακας Π.2. Κατανομή του πληθυσμού σύμφωνα με τον χρόνο από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Χρόνος	% (n)
<3h	9,67% (36)
4h-1d	26,07% (97)
2d-7d	43,27% (161)
8d-30d	15,32% (57)
>30	5,64% (21)

n: πλήθος ασθενών με συμπληρωμένα στοιχεία, h: χρόνος σε ώρες, d: χρόνος σε ημέρες.

Σχετικά με τον τρόπο προσέλευσης των ασθενών στα ΤΕΠ το 3,4% (n=40) χρειάστηκε να διακομιστούν στο νοσοκομείο από το σημείο του συμβάντος ή τη οικία, με ασθενοφόρο (του ΕΚΑΒ ή άλλου κρατικού ή ιδιωτικού φορέα). Το 0,2% (n=2) των ασθενών αποτέλεσαν κρατούμενοι των φυλακών οι οποίοι οδηγήθηκαν στο χώρο με συνοδεία και επίβλεψη αστυνομικών, μέσω περιπολικού της ΕΛ.ΑΣ. Για το υπόλοιπο 96,5% (n=1158) δεν καταγράφηκε από το προσωπικό του νοσοκομείου ο τρόπος προσέλευσης

Παρακλινικός Έλεγχος

Στο σύνολο των ασθενών μόνο για το 31,4% (n=377) κρίθηκε αναγκαία η διεξαγωγή περαιτέρω εξετάσεων προς διερεύνηση του προβλήματος, για το υπόλοιπο 68,6% (n=823) οι θεράποντες ιατροί αρκέστηκαν στην κλινική εξέταση και το ιστορικό του ασθενή.

Σχετικά με αυτούς οι οποίοι προχώρησαν σε περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο, το 13,8% (n=126) των εξεταζόμενων υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία (εγκεφάλου, θώρακα, κοιλίας), το 0,7% (n=6) σε μαγνητική τομογραφία (αυχενικής μοίρας, εγκεφάλου), το 6,7% (n=61) σε υπερήχους (κοιλίας, καρδιάς, αγγείων, μαλακών μορίων), ενώ το 28,9% (n=264) σε ακτινογραφία (θώρακος, κοιλίας).

Για το 75,7% (n=908) των ασθενών δεν χρειάστηκε παραπομπή σε άλλη ειδικότητα πέραν της πρωταρχικής. Από τους υπόλοιπους ασθενείς το 0,4% (n=9) παραπέμφθηκε σε γυναικολόγους, το 0,3% (n=6) σε θωρακοχειρουργούς, το 5,9% (n=140) σε καρδιολόγους, το 2,1% (n=50) σε νευρολόγους, το 0,7% (n=17) σε νευροχειρουργούς, το 0,3% (n=7) σε νεφρολόγους, το 0,7% (n=16) σε ορθοπεδικούς, το 0,4% (n=9) σε ουρολόγους, το 1,1% (n=26) σε οφθαλμιάτρους, το 6,6% (n=158) σε παθολόγους, το 0,3% (n=7) σε πνευμονολόγους, το 2,7% (n=120) σε χειρουργούς, το 0,3% (n=6) σε ψυχιάτρους και τέλος το 2,9% (n=69) σε ωτορινολαρυγγολόγους.

Αίτια Προσέλευσης

Στον Πίνακα Π.3. παρουσιάζονται αναλυτικά τα αίτια προσέλευσης των ασθενών στα ΤΕΠ, με τα εξής τρία πιο συχνά εμφανιζόμενα αίτια: το κοιλιακό άλγος με 8,7% (n=145) σύμπτωμα που εμφάνισε η πλειοψηφία των παθολογικών και καρδιολογικών περιστατικών, ο βήχας με 6,6% (n=111) και η θωρακαλγία με 6,6% (n=110) σύμπτωμα των περισσότερων καρδιολογικών περιστατικών. Συνολικά το 3,3% (n=55) των ασθενών διαπίστωσαν κάποια ενεργή αιμορραγία είτε από το γαστρεντερικό, είτε από αιμόπτυση και αιματουρία. Το 0,8% (n=14) προσήλθε σε αφασίας, (ημι)-κωματώδη κατάσταση, ενώ το 0,8% (n=14) των περιστατικών κατέληξε στους χώρους του ΤΕΠ.

Πίνακας Π.3. Κατανομή του πληθυσμού σύμφωνα με το αίτιο προσέλευσης.

Αίτιο προσέλευσης	% (N)	Αίτιο προσέλευσης	% (N)
Αφρίζουσες εκκρίσεις	0,06 % (1)	Φαρμακευτική δηλητηρίαση	0,90% (15)
Λήθαργος	0,06 % (1)	Τροχαίο	0,90% (15)
Στροφή γλώσσας	0,06 % (1)	Αναιμία	0,96% (16)
Αφυδάτωση	0,12 % (2)	Δυσφορία	0,96% (16)
Αδυναμία ομιλίας	0,18 % (3)	Διαταραχές επιπέδου συνείδησης	1,02% (17)
Κάταγμα	0,18 % (3)	Πτώση εξ ιδίου ύψους	1,08% (18)
Κνησμός	0,18% (3)	Σπασμοί	1,08% (18)
Ρίγος	0,18 % (3)	Αιμόπτυση	1,20% (20)
Αίσθημα πνιγμονής	0,24 % (4)	Δυσαρθρία	1,20% (20)
Αιματουρία	0,30% (5)	Ίλιγγος	1,20% (20)
Εφίδρωση	0,30% (5)	Αστάθεια - αδυναμία βάδισης	1,26% (21)
Ωχρότητα	0,30% (5)	Οιδήματα άκρων	1,26% (21)
Αδυναμία λήψης τροφής	0,36% (6)	Μυοσκελετικοί πόνοι	1,32% (22)
Ίκτερος	0,36% (6)	Αίσθημα παλμών	1,38% (23)
Ρινική καταρροή - συμφόρηση	0,36% (6)	Αγχώδεις διαταραχές	1,44% (24)
Διαταραχές επιπέδων σακχάρου	0,42% (7)	Αδυναμία άκρων	1,44% (24)
Διαταραχές ακοής	0,48% (8)	Υπέρταση	1,44% (24)
Διαταραχές μνήμης	0,48 % (8)	Δυσκοιλιότητα	1,62% (27)
Διαταραχές όρασης	0,48% (8)	Αιμορραγία εντέρου	1,80% (30)
Μυοκλώνιες άκρων	0,48% (8)	Διάρροιες	1,86% (31)
Ναυτία	0,54% (9)	Εξάνθημα	2,28% (38)
Προγραμματισμός χειρουργείου	0,60% (10)	Αιμωδίες άκρων	2,40% (40)
Στραβό στόμα	0,60% (10)	Εμετοί	2,64% (44)
Ταχυπαλμία	0,60% (10)	Καταβολή δυνάμεων	2,76% (46)
Υπόταση	0,60% (10)	Δυσουρικά προβλήματα	3,30% (55)
Πονόλαιμος	0,78% (13)	Κεφαλαλγία	4,20% (70)
Πόνος πλάτης	0,78% (13)	Επεισόδιο απώλειας συνείδησης	4,32% (72)
Τρόμος	0,78% (13)	Πυρετός	4,86% (81)
Σύγχυση - ανησυχία	0,84% (14)	Δύσπνοια	5,58% (93)
Αφασία	0,84% (14)	Ζάλη	6,12% (102)
Υποψία θανάτου	0,84% (14)	Θωρακαλγία	6,60% (110)
Προ-λιποθυμικό επεισόδιο	0,90% (15)	Βήχας	6,66% (111)
		Κοιλιακό άλγος	8,70% (145)

Καταγράφηκαν συνολικά 73 λόγοι προσέλευσης, οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε δεύτερο σκοπό σε πέντε κατηγορίες (παθολογικής, νευρολογικής, πνευμονολογικής, καρδιολογικής και άλλης αιτιολογίας). Αναφορικά, οι τρεις πιο συχνές αιτίες προσέλευσης ανά κατηγορία: τα περισσότερα παθολογικά περιστατικά προσήλθαν με κοιλιακό άλγος, λιγότερα με εμετούς και εξανθήματα. Η πλειοψηφία των νευρολογικών περιστατικών προσήλθε με απώλεια συνειδήσεως, λιγότεροι με κεφαλαλγία και ακόμα λιγότεροι με ζάλη. Όσο αναφορά τα πνευμονολογικά περιστατικά, τα περισσότερα προσήλθαν με βήχα, λιγότερα με δύσπνοια και

πυρετό, ενώ η πλειοψηφία των καρδιολογικών περιστατικών εμφάνισε θωρακαλγία, λιγότεροι δύσπνοια και κοιλιακό άλγος. Στην ευρύτερη κατηγορία περιστατικών λοιπής αιτιολογίας, η πλειοψηφία τους προσήλθε με κοιλιακό άλγος, λιγότεροι με ζάλη και ύστερα με καταβολή δυνάμεων.

Συνοδές Παθήσεις - Ιστορικό

Κατά την λήψη του ατομικού ιστορικού, το 3,7% (n=88) των ασθενών δήλωσαν πως πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση, το 2,7% (n=65) ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ το 2% (n=46) από στεφανιαία νόσο. Στον Πίνακα Π.4. παρουσιάζονται αναλυτικά οι γνωστές παθήσεις των ασθενών. Ακόμα, το 85,1% (n=1021) δήλωσε πως δεν λαμβάνει συστηματικά φάρμακα για κανέναν λόγο, το 13,2% (n=158) δήλωσε πως λαμβάνει για κάποιο λόγο φάρμακα, ενώ το 1,1% (n=13) κατά την προσέλευση του στα ΤΕΠ ήταν ήδη υπό αγωγή αντιβιοτικών, ενώ το 0,7% (n=8) ήταν ενεργός χρήστης ουσιών.

Πίνακας Π.4. Κατανομή του πληθυσμού σύμφωνα με το ιστορικό χρόνιων παθήσεων.

Πάθηση	%(n)	Πάθηση	%(n)
Ca μήτρας	0,1%(1)	Βηματοδότη	0,4%(5)
Ca παγκρέατος	0,1%(1)	Έμφραγμα	0,4%(5)
Αποβολές	0,1%(1)	Οργανικό ψυχρόσύνδρομο	0,4%(5)
Διαταραχές ακοής	0,1%(1)	Ca προστάτη	0,5%(6)
Έρπητας	0,1%(1)	Αγγειοπάθεια	0,5%(6)
Ίκτερος	0,1%(1)	Εγκεφαλοπάθεια	0,5%(6)
Λιποθυμικά επεισόδια	0,1%(1)	Άγνωστη	0,5%(6)
Λιποθυμικά επεισόδια	0,1%(1)	Φυματίωση	0,5%(6)
Μυασθένεια	0,1%(1)	Χολολιθίαση	0,5%(6)
Νοσηλεία σε ΜΕΘ	0,1%(1)	Ημικρανίες	0,6%(7)
Πνευμονικό Οίδημα	0,1%(1)	Σκλήρυνση κατά πλάκας	0,6%(7)
Παχυσαρκία	0,1%(1)	Δυσλιπιδαιμία	0,7%(9)
Πνευμονική εμβολή	0,1%(1)	Ίλιγγος	0,7%(9)
Τρόμος	0,1%(1)	Ca μαστού	0,8%(10)
Υπόταση	0,1%(1)	Καρδιακή ανεπάρκεια	0,8%(10)
Ca στομάχου	0,2%(2)	Θυροειδοπάθεια	0,9%(11)
Γαστρορραγία	0,2%(2)	Αναπνευστικά προβλήματα	1%(12)
Διαταραχές μνήμης	0,2%(2)	Άνοια	1,1%(13)
Διαταραχές όρασης	0,2%(2)	Βαλβιδοπάθεια	1,1%(13)
Εγκεφαλική αιμορραγία	0,2%(2)	Λοίμωξη	1,2%(15)
Κατάγματα	0,2%(2)	Αναιμία	1,3%(16)

Παγκρεατίτιδα	0,2%(2)	Επιληψία	1,3%(16)
Σ. Ε. Λύκος	0,2%(2)	Αρρυθμία	1,6%(19)
Parkinson's	0,3%(3)	Γαστρεντερολογικές διαταραχές	1,6%(19)
Διαταραχές ύπνου	0,3%(3)	Διαταραχές συναισθήματος	1,8%(22)
Πλευριτική συλλογή	0,3%(3)	Καπνιστής	1,9%(23)
Ca εντέρου	0,3%(4)	ΑΕΕ	2%(24)
Ca πνεύμονα	0,3%(4)	ΧΝΑ	2%(24)
Αναπνευστική ανεπάρκεια	0,3%(4)	ΧΑΠ	2,9%(34)
Ηπατίτιδα	0,3%(4)	Καμία	2,9%(35)
Κατακεκλιμένος	0,3%(4)	Χειρ/κες επεμβάσεις	3,2%(38)
Σαρκοείδωση	0,3%(4)	ΣΝ	3,8%(46)
Αλκοολισμός	0,4%(5)	ΣΔ	5,5%(65)
Αλλεργία	0,4%(5)	ΑΥ	7,4%(88)
Ανεύρυσμα	0,4%(5)		

Ιατρο - νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Όσο αφορά τις παρεμβάσεις που έγιναν στους ασθενείς:

- το 92,9% (n=1115) των ασθενών δεν έλαβαν ενδοφλέβια έγχυση ορού, σε αντίθεση με το 7,1% (n=85) που χορηγήθηκε.
- στο 2,8% (n=33) χορηγήθηκε οξυγόνο, ενώ το 0,2% (n=2) των περιστατικών διασωληνώθηκε στους χώρους του ΤΕΠ.
- στο 0,7% (n=8) των ασθενών τοποθετήθηκε ουροκαθετήρας τύπου Folley, στο 0,3% (n=3) εφαρμόστηκε καθετήρας τύπου Levin, στο 0,9% (n=11) ελήφθησαν αέρια αίματος, στο 0,1% (n=1) έγινε ΚΑΡΠΑ, στο 0,4% (n=4) έγινε επείγουσα αναρρόφηση, στο 1,3% (n=15) έγινε νεφελοποίηση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων, στο 0,4% (n=4) έγινε παρακέντηση υγρού (ΕΝΥ, πλευριτικού, ασκητικού), στο 0,2% (n=2) των ασθενών έγιναν πλύσεις στομάχου με ενεργό άνθρακα, ενώ στο 0,1% (n=1) έγινε συρραφή θλαστικού.
- Φάρμακα χορηγήθηκαν στο 13,9% (n=166) των ασθενών.

Αποτελέσματα εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων

Κατόπιν διεξαγωγής εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου στους ασθενείς για τους οποίους κρίθηκε αναγκαίο, διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα στο 18,1% (n=217) εξ αυτών, για το 21,3% (n=256) όλες οι εξετάσεις ήταν φυσιολογικές, ενώ για το υπόλοιπο 60,6% (n=727) δεν υπήρξε καταγραφή από τον θεράποντα ιατρό.

Τελική Διάγνωση

Το 11,1% (n=133) του δείγματος ήταν ασθενείς (οι οποίοι προσήλθαν κυρίως στο καρδιολογικό ιατρείο) με φυσιολογική καρδιαγγειακή δραστηριότητα, το 7,7% (n=92) ήταν ασθενείς (του νευρολογικού κυρίως ιατρείου) με φυσιολογική νευρολογική εικόνα, στο 4,2% (n=50) των ασθενών διαγνώστηκε λοίμωξη του αναπνευστικού. Το 0,9% (n=11) είχε κάνει κατάχρηση φαρμάκων, το 0,8% (n=10) κατάχρηση αλκοόλ, ενώ για το 0,3% (n=3) επρόκειτο για απόπειρα αυτοκτονίας. Στο Πίνακα Π.5. φαίνονται αναλυτικά οι διαγνώσεις των ασθενών.

Πίνακας Π.5. Κατανομή του πληθυσμού σύμφωνα με τις διαγνώσεις των ασθενών .

Διάγνωση	%(n)	Διάγνωση	%(n)
DVT	0,1% (1)	Πολυτραυματίας	0,3% (3)
Αιματοουρία	0,1% (1)	Πυελονεφρίτιδα	0,3% (4)
Αιμορραγικό ΑΕΕ	0,1% (1)	Ραβδομυόλυση	0,3% (3)
Ανάγκη Γαστροστομίας	0,1% (1)	Υπεργλυκαιμία	0,3% (3)
Ανεύρυσμα	0,1% (1)	Υπερκόπωση	0,3% (3)
Ανεύρυσμα Ρηγέν	0,1% (1)	Ca Εγκεφάλου	0,4% (5)
Διπλωπία	0,1% (1)	Άνοια	0,4% (5)
Εγκυμοσύνη	0,1% (1)	Βαγωτονικό Επεισόδιο	0,4% (5)
Επώδυνες Κρίσεις Δρεπάνωσης	0,1% (1)	Κήλη	0,4% (5)
Λέμφωμα	0,1% (1)	Λοίμωξη Ουροποιητικού	0,4% (5)
Λοιμώδης Μονοπυρήνωση	0,1% (1)	Παγκρεατίτιδα	0,4% (5)
Περιδρικό Συρίγγιο	0,1% (1)	Υπογλυκαιμία	0,4% (5)
Πλήρης Κ-Κ Αποκλεισμός	0,1% (1)	Ca Γενικευμένο	0,5% (6)
Προστατίτιδα	0,1% (1)	Αλλοιώσεις Ηλεκτρογραφήματος	0,5% (6)
Συγκοπτικό Επεισόδιο	0,1% (1)	Αρρυθμία	0,6% (7)
Τροφική Δηλητηρίαση	0,1% (1)	Διαταραχές Συναισθήματος	0,6% (7)
Υπερκοιλιακή Ταχυκαρδία	0,1% (1)	Καρδιακή Ανεπάρκεια	0,6% (7)
Ανακοπή	0,1% (1)	Κολίτιδα	0,6% (7)
Κατάγματα	0,1% (1)	Πλευριτική Συλλογή	0,6% (7)
Alzheimer's	0,2% (2)	Κρίση Πανικού	0,7% (8)
Guillien Barre	0,2% (2)	Χολολιθίαση	0,7% (8)
Ανεπιθύμητες Ενέργειες Φαρμάκων	0,2% (2)	Γριπώδες Σύνδρομο	0,8% (9)
Ασκίτης	0,2% (2)	Διαταραχές Επαναπόλωσης	0,8%(10)
Γαστρορραγία	0,2% (2)	Ηπατίτιδα	0,8%(10)
Εισπνοή Ερεθιστικών Ουσιών	0,2% (2)	Μέθη	0,8%(10)
Ερπητική Κρίση	0,2% (2)	Κατάχρηση Φαρμάκων	0,9%(11)
ΚΕΚ	0,2% (2)	Γαστρεντερίτιδα	0,9%(11)
Μόρφωμα	0,2% (2)	ΟΠΟ	0,9%(11)

Μυασθένεια	0,2% (2)	Αναιμία	1,1%(13)
Ουδέν Παθολογικό	0,2% (2)	Πάρεση Νεύρου	1,1%(13)
Περικαρδίτιδα	0,2% (2)	Αιμορραγία εντέρου	1,3%(16)
Πνευμονική Εμβολή	0,2% (2)	Διαταραχές Ηλεκτρολυτών	1,3%(16)
Σκωληκοειδίτιδα	0,2% (2)	Εγκεφαλοπάθεια	1,3%(15)
Στένωση Αορτής	0,2% (2)	Έμφραγμα	1,3%(15)
ΧΑΠ	0,2% (2)	Ημικρανιακή Κρίση	1,3%(16)
Αναπνευστική Ανεπάρκεια	0,3% (4)	Κρίσεις Επιληψίας	1,3%(15)
Απεγκεφαλισμός	0,3% (3)	Μπλοκ Σκέλους	1,3%(16)
Απόπειρα Αυτοκτονίας	0,3% (3)	Νευρολογικά ελλείματα	1,4%(17)
Διαβητική Κετοξέωση	0,3% (3)	Ασταθής Στηθάγχη	1,4%(17)
Διαταραχές Βηματοδότη	0,3% (3)	Μυοσκελετικοί Πόνοι	1,4%(17)
Δυσμηνόρροια	0,3% (4)	Σκλήρυνση Κατά Πλάκας	1,4%(17)
Εγκεφαλική Αιμορραγία	0,3% (4)	Αλλεργική Αντίδραση	1,8%(22)
Ειλεός	0,3% (4)	Κολπική Μαρμαρυγή	1,8%(21)
Ίκτερος	0,3% (3)	Ακροαστικά	2% (24)
Κρίση Ασθματος	0,3% (4)	Υπερτασική Κρίση	2% (24)
Κρίση Υστερίας	0,3% (3)	Πνευμονία	2,1%(25)
Κωλικός Νεφρού	0,3% (3)	Φυσιολογική Ακρόαση	2,1%(25)
Λοίμωξη Μαλακών Μορίων	0,3% (4)	Ίλιγγος	2,3%(27)
Λοίμωξη ΩΡΛ	0,3% (4)	ΑΕΕ	2,8%(33)
Νευροπάθεια	0,3% (3)	Επιγαστραλγία	2,8%(34)
ΟΝΑ	0,3% (4)	Λοίμωξη Αναπνευστικού	4,2%(50)
Πνευμονία Από Εισρόφηση	0,3% (4)	Φυσ/κή Νευρολογική Εξέταση	7,7%(92)
Πνευμονική Ινώδη	0,3% (3)	ΗΚΓ φυσιολογικό	11,1%(133)
		Αδιευκρίνιστο	15,6%(187)

Ανεξαρτήτως αρχικού ιατρείου εξέτασης και με βάση την τελική διάγνωση, έγινε ομαδοποίηση των διαγνώσεων σε πέντε κατηγορίες, έτσι το 23,7% (n=284) των ασθενών αντιμετώπιζε κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα, το 19,8% (n=237) νευρολογικό, το 16,8% (n=202) άλλης ειδικότητας πλην των τεσσάρων που ερευνήθηκαν (π.χ. ουρολογικό, χειρουργικό), το 12,7% (n=152) πνευμονολογικό και το 11,5% (n=138) παθολογικό, για το 15,6% (n=187) δεν υπήρξε πληροφορία.

Σύμφωνα με μια διαφορετική, πιο γενική ομαδοποίηση των διαγνώσεων, κατά σύστημα, το 0,4% (n=5) του δείγματος αντιμετώπιζε κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα, το 0,9% (n=11) ενδοκρινολογικό, το 1% (n=12) νεοπλασίες, το 1,4% (n=17) ουρολογικό, το 1,5% (n=18) ψυχιατρικό, το 1,6% (n=19) διαταραχές ηλεκτρολυτών, το 1,8% (n=21) κάποια αλλεργική αντίδραση, το 2,3% (n=27) μυοσκελετικά προβλήματα, το 2,4% (n=28) εμφάνισε ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων λόγω λανθασμένης χρήσης ή κατάχρησης, το 2,6% (n=31)

των ασθενών αντιμετώπιζε ωτορυνολαρυγγολογικό πρόβλημα, το 2,9% (n=35) αιματολογικό, το 7,9% (n=95) γαστρεντερολογικό, το 11,3% (n=136) πνευμονολογικό, το 12,7% (n=152) νευρολογικό, το 12,8% (n=154) καρδιαγγειακό, για το 15,6% (n=187) δεν διευκρινίστηκε η διάγνωση, ενώ για το 21% (n=252) η εξέταση στο ιατρείο δεν υπέδειξε τίποτα παθολογικό.

Έκβαση Περιστατικών

Η έκβαση του συνόλου των περιστατικών έχει ως εξής :

- στο 69,9% (n=839) των περιστατικών που εξετάστηκαν, έγιναν ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις και αποχώρησαν με οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος τους. Για το 23,6% (n=282) των ασθενών έγινε επείγουσα εισαγωγή στην αντίστοιχη κλινική, το 0,3% (n=3) εισήχθη σε Μονάδα Εμφραγμάτων, ενώ το 0,1% (n=1) των ασθενών κατέληξε στους χώρους του ΤΕΠ. Για το υπόλοιπο 6,3% (n=75) των ασθενών δεν είχε καταγραφεί η αντίστοιχη πληροφορία.
- Στο 5,3% (n=4) των ασθενών οι οποίοι αποχώρησαν, αφού τους δόθηκαν οδηγίες, έγινε σύσταση για περαιτέρω έλεγχο (π.χ. αζονική, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα) σε τακτική βάση.
- Κατά την διερεύνηση του προβλήματος κάθε ασθενούς χρειάστηκε να γίνουν παραπομπές προς εξέταση από άλλες ειδικότητες ιατρών στο 24,4% (n=268) αυτών.
- Το 3,2% (n=38) των ασθενών κατά την προσέλευση τους στο ιατρείο, αρνήθηκαν να εξεταστούν ή να υποβληθούν σε εργαστηριακό έλεγχο.
- Οι ασθενείς οι οποίοι παρά την σύσταση εισαγωγής στο νοσοκομείο εξήλθαν οικεία βούληση αποτελούν το 0,8% (n=10) του δείγματος, ενώ το 1,6% (n=19) εξήλθε του νοσοκομείου λαθραία, χωρίς να έχει ολοκληρωθεί η εξέταση.
- Όσο αφορά τις εισαγωγές στην αντίστοιχη κλινική, φαίνεται πως το 1,2% (n=14) ήταν προγραμματισμένες.
- Το 1,1% (n=13) των ασθενών, προσήλθαν στην εφημερία για την εξασφάλιση αναρρωτικής άδειας για την εργασία τους, ενώ το 0,4% (n=5) για γνωμάτευση ή συνταγογραφήσεις.
- Το 1% (n=11) των περιστατικών που διακομίστηκαν στα ΤΕΠ, ήταν νοσηλευόμενοι σε άλλη δομή (ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών).

Συγκριτικά

Για τις ανάγκες ανάλυσης των αποτελεσμάτων και σύμφωνα με τις διαγνώσεις που καταγράφηκαν στα ΤΕΠ, το δείγμα χωρίστηκε σε πέντε βασικές ομάδες διαγνώσεων. Οι ομάδες αυτές αφορούσαν προβλήματα: Νευρολογικά, Πνευμονολογικά, Παθολογικά, Καρδιολογικά και Άλλης Αιτιολογίας (ΩΡΛ, νεφρολογικά, γυναικολογικά κ. ά.).

Χαρακτηριστικά Προσέλευσης ασθενών

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εξετάστηκε, το φύλο δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάγνωση των ασθενών, σε αντίθεση με την εθνικότητα ($p=0,002$) και την ηλικία των ασθενών ($p<0,001$). Συγκεκριμένα η μεγαλύτερη ηλικία ασθενών βρέθηκε να σχετίζεται με τα καρδιολογικά προβλήματα και η μικρότερη με τα παθολογικά (Πίνακας Σ.1).

Πίνακας Σ.1. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις ομάδες διαγνώσεων.						
Μεταβλητή	Ομαδοποίηση Διαγνώσεων					
	Νευρολογικό	Πνευμονολογικό	Παθολογικό	Καρδιολογικό	Άλλο	p-value
Φύλο						
Ανδρας, % (n)	49,8 (115)	55 (83)	66,4 (51)	51,6 (145)	51 (100)	ns**
Γυναίκα, % (n)	50,2 (116)	45 (68)	33,6 (46)	48,4 (136)	49 (96)	
Εθνικότητα						
Ελληνική, % (n)	92.8 (220)	93,4 (142)	88,4 (122)	96,1 (273)	87,1 (175)	0,002
Αλλοδαπή, % (n)	7,2 (17)	6,6 (10)	11,6 (16)	3,9 (11)	12,9 (26)	
Ηλικία						
Ηλικία, ΜΤ±ΣΑ*	55±21	54±21	47±22	61±19	56±21	<0,001

*ΜΤ±ΣΑ = Μέση τιμή ± Σταθερή απόκλιση

** ns = χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά

Ακόμα βρέθηκε πως οι ασθενείς με παθολογικό πρόβλημα προσήλθαν πιο σύντομα στα ΤΕΠ από την έναρξη των συμπτωμάτων τους (Πίνακας Σ.2).

Η επιλογή του ιατρού εξέτασης από τους ασθενείς βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά ($p<0,001$) με τις ομάδες διαγνώσεων, ενώ φάνηκε ότι το 64,9% ($n=131$) των περιστατικών που δεν εντάσσονται στις τέσσερις εξεταζόμενες ειδικότητες (άλλης αιτιολογίας) προήρθαν από το Παθολογικό ιατρείο (Πίνακας Σ.2.). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τρόπου προσέλευσης στα ΤΕΠ και των ομάδων διαγνώσεων .

Πίνακας Σ.2. Κατανομή του πληθυσμού σύμφωνα με τον τρόπο που προσήλθαν, το ιατρείο που επισκέφτηκαν στα ΤΕΠ, τον χρόνο από την έναρξη των συμπτωμάτων και τις ομάδες διαγνώσεων.						
Μεταβλητή	Ομαδοποίηση Διαγνώσεων					p-value
	Νευρολογικό	Πνευμονολογικό	Παθολογικό	Καρδιολογικό	Άλλο	
Τρόπος Προσέλευσης ασθενούς						
Με δικό του μέσω, %(n)	92(218)	96,7(147)	98,6(136)	98,9(281)	96(194)	ns**
EKAB, %(n)	5,9(14)	2(3)	1,4(2)	1,1(3)	3(6)	
Ασθενοφόρο άλλης δομής, %(n)	1,7(4)	1,3(2)			0,5(1)	
Κρατούμενος, %(n)	0,4(1)				0,5(1)	
Ιατρεία						
Νευρολογικό, %(n)	87,3(207)		8,7(12)	1,1(3)	19,8(40)	0,000
Πνευμονολογικό, %(n)		80,3(122)	2,2(3)	0,7(2)	4(8)	
Παθολογικό, %(n)	9,7(23)	17,8(27)	83,3(115)	6,3(18)	64,9(131)	
Καρδιολογικό, %(n)	3(7)	2(3)	5,8(8)	91,6(261)	11,4(23)	
Ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων						
MT±ΣΑ*	15±47	14±42	7±16	12±49	12±19	

Γνωστές Παθήσεις – Ιστορικό

Σχετικά με το ατομικό ιστορικό των ασθενών, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p<0,001$) μεταξύ των ομάδων διάγνωσης και της ήδη ακολουθουμένης από τους ασθενείς φαρμακευτικής αγωγής, με το 90,8% ($n=258$) των ασθενών με καρδιολογικό πρόβλημα να μην λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή, ενώ το 22,5% ($n=34$) αυτών με πνευμονολογικό παίρνει ήδη σχετική φαρμακευτική αγωγή (Πίνακας Σ.3.).

Πίνακας Σ.3. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με το ατομικό ιστορικό κάθε περιστατικού και τις ομάδες διαγνώσεων.						
Μεταβλητή	Ομαδοποίηση Διαγνώσεων					
	Νευρολογικό	Πνευμονολογικό	Παθολογικό	Καρδιολογικό	Άλλο	p-value
Φάρμακα που ήδη λαμβάνει						
Δεν λαμβάνει, %(n)	81(192)	76,3(116)	76,6(106)	90,8(258)	91,1(184)	0,000
Ναι, %(n)	18,1(43)	22,5(34)	22,5(31)	8,8(25)	8,4(17)	
Ναρκωτικές ουσίες, %(n)	0,8(2)	1,3(2)	0,7(1)	0,4(1)	0,5(1)	

Παρακλινικός Έλεγχος

Αναφορικά με την διαχείριση και αντιμετώπιση κάθε περιστατικού του πληθυσμού (Πίνακας Σ.4.), βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά η διενέργεια ή όχι διαγνωστικών εξετάσεων με τις ομάδες διαγνώσεων ($p=0,002$), όπου για παραπάνω από τους μισούς επί του συνόλου του πληθυσμού χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί εργαστηριακός – απεικονιστικός έλεγχος.

Ομοίως στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p<0,001$) προέκυψε μεταξύ διενέργειας απεικονιστικών εξετάσεων και ομάδων διαγνώσεων όπου οι περισσότερες αξονικές τομογραφίες πραγματοποιήθηκαν σε νευρολογικά περιστατικά, ενώ οι περισσότερες ακτινογραφίες σε πνευμονολογικά.

Το ίδιο ισχύει για την συσχέτιση ($p<0,001$) μεταξύ συνεκτίμηση των ασθενών από άλλες ειδικότητες και των ομάδων διαγνώσεων, καθώς ζητήθηκε περισσότερο για τα περιστατικά λοιπών αιτιολογιών 32,5% ($n=131$) και ομοίως μεταξύ παραπομπής σε άλλη ειδικότητα και των ομάδων διαγνώσεων, με τις περισσότερες να γίνονται για τα νευρολογικά και καρδιολογικά περιστατικά προς παθολογική εκτίμηση 76,7% ($n=33$) και 81,4% ($n=57$) αντίστοιχα.

Πίνακας Σ.4. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τη διαχείριση - αντιμετώπιση κάθε περιστατικού και τις ομάδες διαγνώσεων.						
Μεταβλητή	Ομαδοποίηση Διαγνώσεων					
	Νευρολογικό	Πνευμονολογικό	Παθολογικό	Καρδιολογικό	Άλλο	p-value
Διενέργεια εξετάσεων						
Όχι, %(n)	82,7 (196)	69,1 (105)	48,6 (67)	76,4 (217)	55,4 (112)	0,002
Ναι, %(n)	16,9 (40)	30,9 (47)	51,4 (71)	23,6 (67)	44,1 (89)	
Απεικονιστικά						
Δεν πραγματοποιήθηκαν, %(n)	79,5 (377)	35,5(54)	65,2(90)	83,5(237)	67,3(136)	0,000
Αξονική Τομογραφία, %(n)	16(76)	2(3)	4,3(6)	1,1(3)	5,5(11)	

Μαγνητική Τομογραφία, %(n)	0,9(4)				0,5(1)	
Υπέρηχοι, %(n)	0,4(2)		4,2(6)	7,8(22)	7(14)	
Ακτινογραφίες, %(n)	1,5(7)	61,9(94)	26(36)	7,7(22)	19,4(39)	
Συνεκτίμηση από άλλη ειδικότητα						
Ναι, %(n)	28,9(137)	20,8(63)	20(55)	20,8(118)	32,5(131)	0,000
Όχι, %(n)	71,1(337)	79,3(241)	80(221)	79,2(450)	67,5(273)	
Παραπομπή σε άλλη ειδικότητα						
Εις Νευρολογική, %(n)	11,6(5)			7,1(5)	11,1(3)	0,000
Εις Πνευμονολογική, %(n)		9,1(1)		4,3(3)		
Εις Παθολογική, %(n)	76,7 (33)	36,4(4)	100(6)	81,4(57)	29,6(8)	
Εις Καρδιολογική, %(n)	2,3(1)	18,2(2)				
Εις άλλη ειδικότητα, %(n)	9,4(4)	36,3(4)		7,2(5)	59,3(16)	

Ιατρο - νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Σχετικά με τις παρεμβατικές διαδικασίες στην αντιμετώπιση των περιστατικών (Πίνακας Σ.5.) βρέθηκαν για όλες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ομάδων διαγνώσεων και

-της ενδοφλέβιας χορήγησης ορού, όπου στο 36,2% (n=50) των παθολογικών περιστατικών χρειάστηκε να χορηγηθεί ορός,

-της χορήγησης οξυγόνου, για τα 9,2% (n=14) των πνευμονολογικών περιστατικών,

-της χορήγησης φαρμάκων, όπου για το 92,4% (n=219) των νευρολογικών περιστατικών δεν χρειάστηκε, σε αντίθεση με το 42,8% (n=59) των παθολογικών που χρειάστηκε,

-της σύνθετης παρέμβασης (τοποθέτηση καθετήρα Folley, Levin), όπου για το 15,1% (n=23) των πνευμονολογικών περιστατικών χρειάστηκε να προβούν.

Πίνακας Σ.5. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τις παρεμβάσεις και τις ομάδες διαγνώσεων.						
Μεταβλητή	Ομαδοποίηση Διαγνώσεων					
	Νευρολογικό	Πνευμονολογικό	Παθολογικό	Καρδιολογικό	Άλλο	p-value
Χορήγηση ορού						
Όχι, %(n)	94,9(225)	96,7(147)	63,8(88)	98,6(280)	96,5(195)	0,000
Ναι, %(n)	5,1(12)	3,3(5)	36,2(50)	1,4(4)	3,5(7)	
Χορήγηση οξυγόνου						
Όχι, %(n)	98,3(233)	90,1(137)	97,8(135)	98,6(280)	98(198)	0,000

Ναι, %(n)	1,3(3)	9,2(14)	2,2(3)	1,4(4)	2(4)	
Διασωλήνωση, %(n)	0,4(1)	0,7(1)				
Χορήγηση φαρμάκων						
Όχι, %(n)	92,4(219)	84,2(128)	57,2(79)	90,5(257)	90,1(182)	0,000
Ναι, %(n)	7,6(18)	15,8(24)	42,8(59)	9,5(27)	9,9(20)	
Σύνθετες παρεμβάσεις (Folley, παρακέντηση, Levin, πλύση στομάχου, κ.τ.λ.)						
Όχι, %(n)	96,6(229)	84,9(129)	95,7(132)	98,6(280)	96(194)	0,000
Ναι, %(n)	3,4(8)	15,1(23)	4,3(6)	1,4(4)	4(8)	

Τελική Διάγνωση

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε επίσης μεταξύ των ομάδων διαγνώσεων, και της τελικής διάγνωσης - εξόδου (Πίνακας Σ.6.), τρία ενδεικτικά, το 32,9% (n=50) των πνευμονολογικών περιστατικών προσήλθε με λοίμωξη αναπνευστικού, το 24,6% (n=34) των παθολογικών με επιγαστραλγία και το 16,4% (n=25) των πνευμονολογικών με πνευμονία.

Μεταξύ μιας χονδροειδούς ομαδοποίησης – ανά συστήματα - των διαγνώσεων και των ομάδων διαγνώσεων (Πίνακας Σ.6.) βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p=0,000), όπου για το 46,8% (n=133) των καρδιολογικών, το 38,8% (n=92) των νευρολογικών, το 16,4% (n=25) των πνευμονολογικών και το 1,4% (n=2) των παθολογικών περιστατικών, η εκτίμηση ήταν φυσιολογική δίχως ευρήματα.

Πίνακας Σ.6. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την αναγραφόμενη τελική διάγνωση του θεράποντα και τις ομάδες διαγνώσεων.						
Μεταβλητή	Ομαδοποίηση Διαγνώσεων					
	Νευρολογικό	Πνευμονολογικό	Παθολογικό	Καρδιολογικό	Άλλο	p-value
Διάγνωση (12 από τις 107)						
ΗΚΓ ΚΦ* %(n)				46,8 (133)		0,000
ΑΝΕ ΚΦ** %(n)	38,8 (92)					
Λοίμωξη αναπνευστικού %(n)		32,9 (50)				
Επιγαστραλγία %(n)			24,6 (34)			
ΑΕΕ %(n)	13,9 (33)					
Τλιγγοζ %(n)					13,4 (27)	
Πνευμονία %(n)		16,4 (25)				
Φυσική ακρόαση %(n)		16,4 (25)				
Ακροαστικά %(n)		15,8 (24)				
Υπερτασική κρίση %(n)				8,5 (24)		
Κολπική μαρμαρυγή %(n)				7,7 (22)		

Αλλεργική αντίδραση %(n)			15,2 (21)			
Ομαδοποιημένη Διάγνωση						
Φυσική εξέταση, ουδέν παθολογικό	38,8(92)	16,4(25)	1,4(2)	46,8(133)		0,000
Καρδιαγγειακά				53,2(151)	1,5(3)	
Νευρολογικά	60,8(144)				4(8)	
Πνευμονολογικά		83,6(127)	6,5(9)			
Γαστρεντερολογικά			32,6(45)		24,8(50)	
Αιματολογικά			2,9(4)		15,3 (31)	
ΩΡΛ					15,3(31)	
Μυοσκελετικά					13,4(27)	
Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων			18,8(26)			
Αλλεργικές αντιδράσεις		15,2(21)				
Διαταραχή ηλεκτρολυτών			13,8(19)			0,000
Ψυχιατρικά					8,9(18)	
Ουρολογικά					8,8(18)	
Νεοπλασίες					5,9(12)	
Ενδοκρινολογικά			8(11)			
Γυναικολογικά					2,5(5)	
Κατάχρηση φαρμάκων			0,7(1)			

*ΗΚΓ ΚΦ = φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα,

**ΑΝΕ ΚΦ = φυσιολογική νευρολογική εξέταση

Έκβαση Περιστατικών

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε και για την έκβαση των περιστατικών σε σχέση με τις ομάδες διαγνώσεων, έτσι οι περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο, έγιναν στο 38,1% (n=75) των περιστατικών λοιπής αιτιολογίας, ενώ δόθηκαν οδηγίες και αποχώρησε το 87,1% (n=115) των παθολογικών περιστατικών (Πίνακας Σ.7.).

Πίνακας Σ.7. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την έκβαση των περιστατικών και τις ομάδες διαγνώσεων.						
Μεταβλητή	Ομαδοποίηση Διαγνώσεων					
	Νευρολογικό	Πνευμονολογικό	Παθολογικό	Καρδιολογικό	Άλλο	p-value
Έκβαση περιστατικών						
Εισαγωγές, %(n)	20,5(47)	31,1(46)	12,9(17)	21,8(61)	38,1(75)	0,000
Δόθηκαν οδηγίες, %(n)	79,1(182)	68,9(102)	87,1(115)	77,1(216)	61,9(122)	
Θάνατος, %(n)				0,4(1)		
Εισαγωγή σε ΜΕΘ, %(n)	0,4(1)			0,7(2)		

Συζήτηση

Στη παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια διερεύνησης των λόγων προσέλευσης 1199 ασθενών οι οποίοι προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μεγάλου νοσοκομείου και εξετάστηκαν κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της μελέτης, με απώτερο σκοπό την αξιολόγηση τους, κατά πόσο αποτέλεσαν επείγοντα περιστατικά, και έτσι έκαναν ορθή χρήση των υπηρεσιών των ΤΕΠ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος αποτέλεσαν ασθενείς με ελάσσονος σημασίας προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα την υπερφόρτωση και κακή χρήση των ΤΕΠ.

Τις περισσότερες φορές, ο χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων έως και την είσοδο του ασθενούς στα ΤΕΠ (Πίνακας Π.1.), αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο της σοβαρότητας και της κρισιμότητας του περιστατικού. Συνήθως η έλευση στο νοσοκομείο γίνεται άμεση αν διακυβεύεται η ακεραιότητα και η ασφάλεια του ατόμου. Από τα στοιχεία λοιπόν φαίνεται για πρώτη φορά στην έρευνα αυτή, πως η πλειονότητα του δείγματος με καταγεγραμμένο χρόνο έναρξης συμπτωμάτων, δεν αντιμετώπιζε τη στιγμή της προσέλευσης της στο νοσοκομείο κάποια πρωτοεμφανιζόμενη, οξεία, επείγουσα κατάσταση, μιας και ήταν δυνατόν να την υπομένει από 2 έως και 365 ημέρες.

Το ίδιο επαληθεύτηκε και για το 1/3 του δείγματος σε άλλη μελέτη²⁹, όπου χρειάστηκε μέχρι και μια εβδομάδα μετά την έναρξη του προβλήματός τους για να αποφασίσουν να επισκεφτούν τα ΤΕΠ. Ομοίως, μια Ιορδανική μελέτη²⁷ έδειξε ότι μόνο το 20% των ασθενών που παρουσιάστηκαν στα ΤΕΠ ήρθαν μέσα σε 24 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων τους, αντίθετα με μια άλλη³² για τα 2/3 περίπου του δείγματος.

Από προοπτική περιγραφική μελέτη του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης η οποία διεξήχθη για να προσδιορίσει τον ετήσια διαχείριση περιστατικών των ΤΕΠ (επισκέψεων και εισαγωγών στο νοσοκομείο) έδειξε υπερβολικό αριθμό επισκέψεων στα ΤΕΠ σε σχέση με τις δυνατότητες του νοσοκομείου και τον πληθυσμός που καλύπτει, ακριβώς όπως διαπιστώθηκε και σε αυτήν την μελέτη. Αυτό σημαίνει ότι περίπου 10 από τους 13 κατοίκους αναζητήσουν ιατρική βοήθεια κάθε χρόνο, έναν αριθμό που είναι 2,3 έως 4 φορές υψηλότερος από αναφορές άλλων χωρών.^{22,23}

Είναι αξιοσημείωτο ότι ο ημερήσιος αριθμός των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ σε σχέση με τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών είναι επίσης 1,5 έως 10 φορές υψηλότερη από εκείνη που αναφέρεται από άλλες χώρες.^{22,24,25}

Σε σχέση με παλαιότερη έρευνα του 1992²⁶, παρατηρείται αύξηση της προσέλευσης των ασθενών κατά 36,6%. Αυτή η αύξηση βέβαια μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση του πληθυσμού (σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης) αλλά και σε άλλους παράγοντες, όπως η αύξηση του αριθμού των ασθενών με μη επείγοντα προβλήματα (24 %) που αναζητούν πρωτοβάθμια φροντίδα στο ΤΕΠ, αριθμός ο οποίος εμφανίστηκε διπλασιασμένος στην παρούσα μελέτη)²⁶.

Στην έρευνα αυτή, έγινε προσπάθεια να αξιολογήσουμε τα περιστατικά που εξεταστήκαν – σύμφωνα με τις καταγραφές στα βιβλία Μητρώων-. Έγινε μια συσχέτιση μεταξύ κατανομής πληθυσμού σύμφωνα με την σοβαρότητα του προβλήματος που αντιμετώπιζαν - Triage 3ων κατηγοριών, όπου οι προσερχόμενοι κατατάχθηκαν στις εξής κατηγορίες: την κατεπείγουσα (emergent), την επείγουσα (urgent) και την αναμένουσα (non-urgent), σύμφωνα με την Joint Commission International (JCI)¹⁶ - και των αιτιών προσέλευσης. Αυτή η συσχέτιση βέβαια βρέθηκε να μην έχει στατιστική σημαντικότητα ($p=0,202$).

Στην κατεπείγουσα κατηγορία εντάξαμε περιστατικά με προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα σε δευτερόλεπτα ή μερικά λεπτά: ανακοπή, περιστατικά που προσήλθαν σε κωματώδη κατάσταση ή με GCS<9, με ενεργή βαρεία αιμορραγία π.χ. γαστρορραγία, αιμορραγικό ΑΕΕ, ρηγέντα ανευρύσματα, περισφιγμένη κήλη, διαβητική κετοξέωση, υπαραχνοειδή αιμορραγία, καρδιακή κάμψη, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και εν τέλη τους ασθενείς οι οποίοι κατέληξαν στους χώρους των ΤΕΠ.

Στην επείγουσα κατηγορία εντάξαμε τους ασθενείς με οξέα προβλήματα αλλά σε σχετικά σταθερή κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα σε 30-60 min περίπου : οξύ κοιλιακό άλγος, οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις, υψηλός πυρετός, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια ανεξάρτητα αιτιολογίας, οξεία σύγχυση, ορισμένες οξείες δηλητηριάσεις, κλπ. Βέβαια σε αυτήν την κατηγορία ασθενών, τα χρονικά όρια αντιμετώπισης εξαρτώνται από την υπάρχουσα υποδομή και τους διαθέσιμους χώρους.

Στην αναμένουσα κατηγορία τέλος εντάξαμε τα μη οξέα προβλήματα που μπορούν να περιμένουν, δηλαδή ασθενείς με πρόσφατες μη επικίνδυνες βλάβες και μικρής σημασίας οξέα προβλήματα, με καταστάσεις που δεν είναι πραγματικά επείγουσες για να χρειάζονται αντιμετώπιση και νοσηλεία, αλλά χρειάζεται να κατευθυνθούν σωστά και υπεύθυνα στα

αντίστοιχα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή σε ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Διαφορετικά να αντιμετωπιστούν εντός 120-240 min. και τέτοια είναι: τα χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή, μη οξέα ερυθρήματα, συνταγογραφήσεις, γνωματεύσεις, κλπ.

Με αυτόν τον τρόπο και κρίνοντας από την έκβαση, τις ιδιαιτερότητες και την σοβαρότητα κάθε περιστατικού του δείγματος, η πλειοψηφία αυτών εντάχθηκαν στα περιστατικά ελάσσονος σημασίας **Επιβεβαιώνεται λοιπόν από την παρούσα έρευνα η υπερφόρτωση του τμήματος από μη επείγοντα περιστατικά.**

Σε συμφωνία με αυτήν την μελέτη και άλλες οι οποίες έχουν ασχοληθεί με την υπερφόρτωση αυτού του τμήματος, για παράδειγμα, μια παλαιότερη ελληνική προοπτική περιγραφική μελέτη³³ που διεξήχθη από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, προσδιόρισε τον ετήσιο αριθμό περιστατικών για το 1997 που διαχειρίστηκαν από τα ΤΕΠ (επισκέψεις ασθενών και εισαγωγές στο νοσοκομείο), καθώς και τα χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών και επιβεβαίωσε την υπερφόρτωση των ΤΕΠ, - ειδικά αν συγκριθεί με αντίστοιχη έρευνα²⁶ 5 χρόνων πριν - από περιστατικά τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από άλλο φορέα υγείας. Σύμφωνα με την κλίμακα διαλογής του ATS – Australian Triage System, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν ως εξής: κατηγορία I: 5,7% n=198 (βαρέως πάσχοντες ασθενείς, σε επείγουσα και απειλητική για τη ζωή κατάσταση, κατεπείγοντα περιστατικά), κατηγορίες II & III: 53,8% n=1824 & 30% n=1017 αντίστοιχα (ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να καταφθάσουν μετά από 120 λεπτά ή περισσότερο στο τμήμα, ή που θα μπορούσαν να απευθυνθούν σε άλλους έξω – νοσοκομειακούς φορείς, (μείζονος σημασίας) και κατηγορία IV: 10.5% n=298 ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας τα οποία απαιτούν ανανέωση συνταγών φαρμάκων, πιστοποιητικά υγείας τα οποία θα μπορούσαν κάλλιστα να ζητηθούν από τον οικογενειακό γιατρό τους (ελάσσονος σημασίας). Σε συμφωνία με τον ορισμό της επείγουσας ιατρικής, περίπου το 1/2 των επισκέψεων ασθενών στα ΤΕΠ που μελετήθηκαν σε αυτήν την έρευνα, -μικρότερο ποσοστό από αυτό της δικής μας έρευνας - θα μπορούσε να θεωρηθεί ακατάλληλο, καθώς τα προβλήματά τους θα μπορούσαν πιθανότατα να διαχειριστούν από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας³³. Πάρα τις επικρίσεις, ο αριθμός των ακατάλληλων επισκέψεων στα ΤΕΠ, όπως αυτές έχουν καταγραφεί σε διάφορες έρευνες^{34,35,36,37,38} διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους, από 20% έως 80% και έχουν αποδοθεί σε διαφορετικά κριτήρια διαλογής ή πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης.

Τα παραπάνω ευρήματα είναι ακόλουθα με αυτά άλλης ελληνικής μελέτης³⁹ διερεύνησης των αιτιών της αυξημένης επισκεψιμότητας των ασθενών προς το ΤΕΠ, το 1/3 αυτών κρίθηκε

ότι προσήλθαν αδικαιολογήτως – ποσοστό και πάλι μικρότερο από αυτό της δικής μας έρευνας - εκ των οποίων αρκετοί (1/5) είχαν παραπομπή από εξωνοσοκομειακού γιατρό έναντι της πλειοψηφίας (4/5) των ασθενών που προσήλθαν με δική τους πρωτοβουλία.

Ενδιαφέρον εύρημα προέκυψε τέλος από μελέτη⁴⁰ κατά την οποία πάνω από το 1/2 των ασθενών του δείγματος παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια συνθηκών συνωστισμού στα ΤΕΠ. Αυτή η μεταβλητή δεν ήταν εφικτό να αξιολογηθεί στην παρούσα έρευνα λόγω πλημμελούς καταγραφής πληροφοριών ως προς την ώρα προσέλευσης. Αλλά επιβεβαιώνεται εμπειρικά, ως εργαζομένη στα ΤΕΠ.

Στην παρούσα έρευνα η πλειονότητα των ασθενών θεωρούσαν το πρόβλημα υγείας τους σοβαρό και επείγων - παρά την κατηγορία διαλογής στην οποία εντάχτηκαν, - γι' αυτό και αναζήτησαν βοήθεια στο νοσοκομείο. Παρόμοιο και το εύρημα μελέτης²⁷, όπου οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με το ποιο πρόβλημα υγείας θεωρούν επείγον διέφεραν σημαντικά από την κλινική κατάσταση που περιέγραφαν. Περίπου τα 2/3 των ασθενών πίστευε ότι η κατάσταση του ήταν πιο επείγουσα από αυτήν στην οποία ο υπεύθυνος triage του νοσοκομείου τον ένταξε. Τα ευρήματα αυτά συνδέονται με την Αυστραλιανή μελέτη⁴¹, η οποία δεν βρήκε καμία συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης του επείγοντος του ασθενούς και της κατηγορίας διαλογής. Έτσι λίγοι ασθενείς με επείγοντα προβλήματα δεν θεωρούσαν την κατάστασή τους να είναι απειλητική για τη ζωή, ενώ αρκετοί βρίσκονταν σε μη επείγουσα κατάσταση και παρουσίαζαν την κατάστασή τους να είναι κρίσιμη – όπως και στην δική μας έρευνα. Και άλλες μελέτες διαπίστωσαν διαφορές αντιλήψεων περί έκτακτου περιστατικού μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού triage των ΤΕΠ^{42,43}. Για παράδειγμα, μια καναδική μελέτη που σύγκρινε την αξιολόγηση του κατεπείγοντος περιστατικού με το προσωπικό triage, βρέθηκε ότι μόνο το 1/5 των ασθενών θεωρεί ότι η επίσκεψής του δεν ήταν τόσο επείγουσας σημασίας, σε σύγκριση με το 1/2 των ιατρών και 1/3 των νοσηλευτών των ΤΕΠ⁴⁴. Οι λόγοι διαφωνίας σχετικά με την αντίληψη του επείγοντος, μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες, όπως το χρονοδιάγραμμα της φροντίδας, η εμπάθεια, η τεχνογνωσία, η πληροφόρηση των ασθενών και αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, που συσχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών⁴⁵.

Στους πιο διαδεδομένους λόγους επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ περιλαμβάνεται επίσης η σαφώς αντιληπτή ευκολία στην πρόσβαση για εξέταση και θεραπεία, την ίδια ημέρα, χωρίς να προηγηθεί ραντεβού. Αυτό επιβεβαιώθηκε σε αυτήν την έρευνα, μιας και η πλειοψηφία των ασθενών με ελάχιστο προβλήματα υγείας, οι οποίοι επέλεξαν να περάσουν το κατώφλι αυτού του πολυδύναμου ΤΕΠ, προέρχονταν κυρίως από τις περιοχές του Πειραιά λόγω

ευκολίας στην πρόσβαση (Πίνακας Π.2.). Όπως ακριβώς δηλαδή και σε άλλες μελέτες^{32,46,47} όπου διαπιστώθηκε, ότι οι ασθενείς παρουσιάστηκαν με μη επείγοντα προβλήματα επειδή ήταν βολικό, είχαν εύκολη πρόσβαση, ανά πάσα στιγμή, και είχαν σύντομο χρόνο αναμονής σε σύγκριση με τις μονάδες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρομοίως,^{48,49,50} πολλοί ασθενείς προσήλθαν επειδή πίστευαν ότι θα αποκτήσουν γρήγορη πρόσβαση στην διερεύνηση του προβλήματος τους, με εξετάσεις αίματος και ακτινογραφίες, θεωρώντας τα ΤΕΠ ως το "one stop shop"²⁷, σημείο δηλαδή όπου παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες και χορηγούνται φάρμακα όλα στο ίδιο χώρο.

Σε συμφωνία βρέθηκε η παρούσα έρευνα με άλλη,²⁷ όσο αναφορά τις συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών μεταβλητών και λόγων προσέλευσης: οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ ήταν άνδρες, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 32 έτη. Λίγοι προσήλθαν με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ, ενώ περίπου 1/3 αυτών προχώρησε σε ακτινολογικό έλεγχο.

Ο λόγος για την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην προσέλευση των ασθενών. Όπως σε αυτήν την έρευνα έτσι και σε άλλη²⁸, ο οξύς πόνος ήταν το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα κατά την προσέλευση, για κάποιους ήταν πρωτοεμφανιζόμενος, ενώ για άλλους χρόνιος. Περίπου το 1/4 του δείγματος προσήλθε με συμπτώματα γρίπης – περισσότεροι σε σχέση με την παρούσα έρευνα-, ενώ οι υπόλοιποι εξαιτίας κάποιας χρόνιας πάθησης ή κάποιας δευτερεύουσας ασθένειας.

Παρόμοια και σε άλλη έρευνα²⁷ περίπου το ήμισυ του δείγματος παρουσιάστηκαν με οξύ πόνο, ενώ το υπόλοιπο μισό με συμπτώματα όπως: γρίπη, πυρετό, βήχα, αναπνευστικά προβλήματα, γαστρεντερολογικά προβλήματα, αλλεργίες, εμετό και ζάλη.

Σε μια προηγούμενη μελέτη²⁹, μια σημαντική μειονότητα των ασθενών που συμμετείχαν, προσήλθαν μόνο για ένα πιστοποιητικό ασθενείας, όπως και στην παρούσα έρευνα. Ενώ σε πιο πρόσφατη μελέτη²⁷, το ποσοστό αυτό βρέθηκε αρκετά αυξημένο.

Σύμφωνα με έρευνα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, σχετικά με την Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού³⁰, οι κυριότερες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού το 2003 ήταν, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα νεοπλάσματα και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα όπου οι κυριότερες αιτίες αφορούσαν τα καρδιαγγειακά, τα νευρολογικά, τα πνευμονολογικά και τα γαστρεντερολογικά νοσήματα.

Το 2006 πραγματοποιήθηκε από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής η έρευνα Hellas Health I³¹ σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τα ευρήματά της, περισσότεροι από το 1/3 του ελληνικού πληθυσμού δηλώνει ότι πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα, με πρώτο σε συχνότητα την αρτηριακή υπέρταση, όπως ακριβώς φάνηκε στην παρούσα έρευνα.

Όπως αποδείχθηκε στην έρευνα αυτή, μεγάλος είναι ο αριθμός των ατόμων με χρόνιες και περίπλοκες ασθένειες που συχνά έρχονται στα ΤΕΠ για επανεξέταση και θεραπεία, ασθενείς οι οποίοι σε άλλη έρευνα⁵¹ επισκέφθηκαν 3-20 φορές σε χρονικό διάστημα ενός έτους τα ΤΕΠ. Αυτοί οι ασθενείς αυξάνουν το χρόνο και τον αριθμό των γιατρών που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Επιπλέον και σε συμφωνία με την παρούσα έρευνα, σε άλλες μελέτες⁵², υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι γιατροί και οι κλινικές παραπέμπουν πολύ συχνά τους ασθενείς προς άλλες ειδικότητες εντός των ΤΕΠ. Και αυτό για διάφορους λόγους⁵³, όπως η άνεση χρόνου που τους δίνετε έτσι να επανεξετάσουν το ίδιο περιστατικό αργότερα για, η απροθυμία να αναλάβουν πολύπλοκες περιπτώσεις, τα θέματα αστικής ευθύνης και η ανάγκη για διαγνωστικές εξετάσεις που δεν μπορούν να εκτελέσουν οι ίδιοι.

Ως ιδανικός χρόνος παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ, ορίζονται οι 6 ώρες από την στιγμή της προσέλευσης του έως και της εξόδου ή εισαγωγής του. Όταν ο συνωστισμός οδηγεί αναπόφευκτα σε μεγάλους χρόνους αναμονής και υπέρβαση της ικανότητας διαχείρισης των περιστατικών από το ΤΕΠ, συνεπάγεται μειωμένη ικανότητα παροχής φροντίδας και προστασίας των ασθενών⁵⁴, και έτσι όλο το σύστημα μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο με αυξημένες ευκαιρίες για λάθη.⁵⁵ Ενώ κατά τα τελευταία λίγα χρόνια, αρκετές μελέτες έχουν παρουσιάσει σαφείς ενδείξεις ότι ο συνωστισμός στα ΤΕΠ, συμβάλλει στην κακής ποιότητας φροντίδα^{56,57,58,59} δείκτης ο οποίος αν και δεν καταφέραμε να τον προσδιορίσουμε ποσοτικά, επιβεβαιώθηκε εμπειρικά καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής μας στους χώρους φροντίδας.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται πως η πλειοψηφία των ασθενών, κάνουν ακατάλληλη χρήση του ΤΕΠ, με αποτέλεσμα τον συνωστισμό, τον μεγάλο χρόνο αναμονής και τις καθυστερήσεις στην φροντίδα αυτών που έχουν πραγματική ανάγκη. Αποτέλεσμα αυτού είναι η υπερφόρτωση του τμήματος από μη επείγοντα και ελάσσονος σημασίας περιστατικά, για τα οποία παρόλα αυτά απαιτείται παρακλινικός έλεγχος, με συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων, χωρίς πολλές φορές να καταλήγουν διαγνωσμένα.

Η πλειονότητα των ασθενών στην έρευνα μας άφησαν να περάσουν 2 - 7 ημέρες από την στιγμή της έναρξης των συμπτωμάτων τους, μέχρι να αναζητήσουν βοήθεια στο πρόβλημα τους. Αυτό δείχνει πως ίσως και να μην αντιμετώπιζαν κάποιο τόσο οξύ και πόσο μάλλον επείγον πρόβλημα υγείας.

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τις μη επείγουσες επισκέψεις στα ΤΕΠ, συμπεριλαμβανομένων της ανεπαρκούς ευαισθητοποίησης της κοινότητας σχετικά με τον ρόλο των ΤΕΠ και της δυσκολίας πρόσβασης σε φορέα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.

Με βάση αυτά τα ευρήματα υπάρχουν περιθώρια για μελλοντική έρευνα σε αυτόν τον τομέα, ώστε να αναπτύξουμε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για τη μείωση της μη-επείγουσας χρήσης των ΤΕΠ. Επίσης περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να προσδιορίσει εάν οι καθυστερήσεις στην διεκπεραίωση των περιστατικών έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην πορεία των βαρέως πασχόντων ασθενών. Τέλος χρησιμοποιώντας πρωτόκολλα ελέγχου ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσε στα πλαίσια υγιούς ανταγωνισμού να γίνει σύγκριση των επιδόσεων των ΤΕΠ του νοσοκομείου που εξετάσαμε με αυτά άλλων νοσοκομείων με σκοπό την βελτίωση τους.

Προτάσεις

Τροχοπέδη για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, την διαχείριση των επειγόντων περιστατικών στα ΤΕΠ, αλλά και την μείωση του συνωστισμού από μη επείγοντα περιστατικά, θα ήταν ωφέλιμο να ακολουθηθούν οι εθνικές πρωτοβουλίες, σε συμφωνία με τις προτάσεις και θέσεις του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου του Υπουργείου Υγείας⁶¹, με σκοπό την αποκέντρωση του συστήματος υγείας.

Έτσι προτείνεται η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου εξωνοσοκομειακού δικτύου (Κέντρα Υγείας, περιφερειακά ιατρεία Δήμων και Νομών, τακτικά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων, πολυιατρεία του ΙΚΑ, κέντρα αποκατάστασης, ειδικές δομές μειονοτήτων, ιδιώτες και οικογενειακοί ιατροί), εξοπλισμένο υλικοτεχνικά και στελεχωμένο με το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, καθώς και η λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των υγειονομικών βαθμίδων, πιθανόν να μετατοπίσουν το κέντρο βάρους από τον νοσοκομειακό χώρο προς την ΠΦΥ, κατευθύνοντας ανάλογα και τους ασθενείς στην αναζήτηση της κατάλληλης υγειονομικής δομής ανάλογα με το πρόβλημα υγείας τους. Έτσι το δίκτυο αυτό θα είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τα επείγοντα περιστατικά όλο το 24ωρο και θα παραπέμπει στα ΤΕΠ μόνο εκείνα τα περιστατικά που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις μη επείγουσες επισκέψεις ασθενών, μπορούν να αποτελέσουν στόχο για εκπαίδευση και βελτίωση της ευαισθητοποίησης της ελληνικής κοινότητας σχετικά με τον ρόλο, τους στόχους και τον τρόπο λειτουργίας των ΤΕΠ, ώστε να αλλάξει και η κουλτούρα του ασθενή, ο οποίος όπως δείχνουν οι έρευνες προτιμά να απευθυνθεί σε Νοσοκομείο ακόμη και για την επίλυση απλών χρόνιων προβλημάτων, είτε γιατί έτσι νιώθει περισσότερη ασφάλεια, είτε γιατί προσπαθεί να παρακάμψει τις υπερβολικές λίστες αναμονής και να εξυπηρετηθεί γρηγορότερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Υπάρχει η δημόσια προσδοκία ότι τα ΤΕΠ των μεγάλων νοσοκομείων της χώρας, πρέπει είναι σε θέση να παρέχουν κατάλληλη και έγκαιρη περίθαλψη, και ότι παράλληλα, έχουν την ικανότητα να προστατεύσουν και να φροντίσουν τον πληθυσμό μιας κοινότητας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, μαζικής καταστροφής ή απειλής της δημόσιας υγείας. Αυτό όμως δεν θα μπορεί να γίνει εφικτό σε ένα συνωστισμένο νοσοκομείο από ασθενείς της εφημερίας. Οι αιτίες που ωθούν τους ασθενείς να αναζητήσουν περίθαλψη σε ΤΕΠ μεγάλου νοσοκομείου, αφορούν οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναδειχθούν οι αιτίες προσέλευσης των ασθενών στα ΤΕΠ, με αποτέλεσμα την ακατάλληλη χρήση του τμήματος επειγόντων για προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να επιλυθούν εξωνοσοκομειακά. Μέσω αυτής της προσέγγισης πιθανόν να διευκρινιστούν και οι αδυναμίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και του υγειονομικού συστήματος γενικότερα.

Υλικό-Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελέσαν τα 1199 περιστατικά ασθενών, καταγεγραμμένα στα βιβλία μητρώων ασθενών, που προσήλθαν σε τέσσερις εικοσιτετράωρες γενικές εφημερίες (από 8:00πμ έως 8:00πμ της επομένης) στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» στην Αθήνα, με σκοπό να εξεταστούν.

Αποτελέσματα: Στην κορυφή της λίστας των λόγων αναζήτησης ιατρικής περίθαλψης βρίσκονται: το κοιλιακό άλγος με 8,7% (n=145), ο βήχας με 6,66% (n=111) και η θωρακαλγία με 6,60% (n=110), ενώ το (43,27%) των ασθενών άφησαν να περάσουν 2 - 7 ημέρες μέχρι να αναζητήσουν βοήθεια στο πρόβλημα τους. Οι περισσότεροι ασθενείς 69,9% (n=839) πήραν ιατρικές οδηγίες και αποχώρησαν, ενώ το 67%(n=654) των περιστατικών κρίθηκαν ελάσσονος σημασίας.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται πως η πλειοψηφία των ασθενών, κάνουν ακατάλληλη χρήση του ΤΕΠ, με αποτέλεσμα τον συνωστισμό, τον μεγάλο χρόνο αναμονής και τις καθυστερήσεις στην φροντίδα αυτών που έχουν πραγματική ανάγκη. Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τις μη επείγουσες επισκέψεις στα ΤΕΠ, συμπεριλαμβανομένων της ανεπαρκούς ευαισθητοποίησης της κοινότητας σχετικά με τον

ρόλο των ΤΕΠ και της δυσκολίας πρόσβασης σε φορέα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.

Λέξεις κλειδιά: Τμήμα επειγόντων περιστατικών, προσέλευση ασθενών, συνωστισμός.

ABSTRACT

Introduction: There is a public expectation that the Emergency Departments (ED) of major hospitals in the country, should be able to provide appropriate and timely care, while they should have the ability to protect and care for the population of a community, in case of an emergency, disaster or mass threat to public health. But this may not be possible in a crowded hospital full of patients. The causes that lead patients to seek care in the ED of a large hospital are related to organizational and operational weaknesses of primary care.

Purpose: The purpose of this study was to identify the reasons for patients' attendance in the ER, leading to inappropriate use of the emergency departments by patients with health problems that could be solved outpatient. Through this approach may, the weaknesses of primary care and the health system in general, be clarified.

Material and Methods: The study population consisted of 1199 cases of the patients, registered in the patients' record - books who attended in four general hospital casualties (from 8: 00am to 8:00am of the next day) in the General State Hospital of Nikaia "Agios Panteleimon" in Athens in order to be examined.

Results: At the top of the list of reasons for seeking medical care are: abdominal pain with 8,7% (n = 145), cough with 6,66% (n = 111) and chest pain with 6,60% (n = 110), while 43.27% of the patients passed 2-7 days to seek help in their problem. Most patients 69,9% (n = 839) took medical advice and left, while 67% (n = 654) of the cases were considered minor.

Conclusions: The results found that the majority of patients, used unsuitable the ED, resulting in overcrowding, long waiting time and delays in care for those in real need. Many factors affect non-urgent visits to the ED, including insufficient awareness of the community on the role of ED and the difficulty of access to primary health care institution.

Keywords: Emergency Department, patients' attendance, overcrowding.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καραμπίνης Α, Κουκουλίτσος Γ. Δημιουργία Τ.Ε.Π. (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών), χώροι υποδοχής περιστατικών. Ημερίδα «Οδική Ασφάλεια και Ε.Κ.Α.Β. Μετά το ατύχημα τι;» Αθήνα 28 Σεπτεμβρίου 2006;1-11.
2. European Curriculum For EM (EuSEM) - DRAFT, Ευρωπαϊκός Οδηγός Σπουδών Για την Επείγουσα Ιατρική. Μάιος 2008;8.
3. Αγγουριδάκης Π, Σμπυράκης Ν. Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα. Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι. για την αρμόδια Επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α. Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, Δεκέμβριος 2010; 2-6.
4. Harrison R, Daly L. Επείγοντα παθολογικά προβλήματα οδηγός για νοσηλευτές. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, 2004.
5. EuSEM. Policy Statement. Διαθέσιμο από: <http://www.eusem.org/policystatement/>
6. Λάμπρου Π. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Οργάνωση και Λειτουργία. Αθηνά, Εκδ. Mediforce, 2005.
7. Ασκητοπούλου Ε. Επείγουσα και Εντατική Ιατρική. Αθήνα, Εκδ. Λίτσας, 1991.
8. Hillman K, Bishop G, Bristow P: Expanding the role of Intensive Care Medicine. Intensive Care Update. 1996; 833-841.
9. Ασκητοπούλου Ε. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση & Ανάπτυξη, Ανασκόπηση. Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Ηράκλειο. 2009; 3-16.
10. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects. Ann Emerg Med 2000; 35: 63-68.
11. Khanna R, Chaudry M, Prescott M. Emergency department patients who leave the department without being seen by a doctor. Eur J of Emerg Med 1996; 6: 233-235.
12. Carpentier F, Guinier M, Mignat J. Emergency Medicine in France: Examples of Organization and Services Provided. In: J-L Vincent (ed.) Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine, Berlin 1990;551-564.
13. Editorial. Calling all gatekeepers. Lancet 1994;343:305-306.

14. Croskerry PG, Wears R. Safety errors in emergency medicine. In Markovchick VG and Pons PT eds, Emergency medicine secrets. Hanley and Belfur Inc. Philadelphia 3rd Ed. 2003;29 – 37.
15. Joint Commission International, Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, effective 1 January 2011.
16. Apostolakis I. Evaluation of patients in Emergency Department. Iatrika Analekta 2011, 3:385-389.
17. Χαραλάμπους ΚΓ. Εισηγητική Έκθεση Οργάνωσης και Λειτουργίας των ΤΕΠ και Κατάρτιση Προτύπων Εφημερίας. Αθήνα. 2010.
18. Markovchick VG. Decision making in emergency medicine. In Markovchick VG and Pons PT eds, Emergency medicine secrets. Hanley and Belfus Inc. Philadelphia 3rd Ed. 2003; 1 - 4.
19. Wu AW. Medical error: The second victim. BMJ 2000, 7237, 726 – 727.
20. Αγγουριδάκης Π. Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής Επείγουσα Ιατρική: Αναφορά στην σημερινή πραγματικότητα Υ.Υ.Κ.Α. 18/11/2010.
21. Agouridakis P, Hatzakisa K, Chatzimichaliba K, Psaromichalaki M, Askitopoulou H. Workload and case-mix in a Greek emergency department. European Journal of Emergency Medicine 2004;11:81-85.
22. Marrow J. Triage and case mix in accident and emergency medicine. Eur J Emerg Med 1998; 5:47–58.
23. McCraig LF. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1998 Emergency Department Summary. Advance data from vital and health statistics; Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2000.
24. Bur A, Mullner M, Sterz F, Hirschl MM, Laggner AN. The emergency department in a 2000-bed teaching hospital: saving open ward and intensive care facilities. Eur J Emerg Med 1997; 4:19–24.
25. Van Gerven R, Delooz H, Sermeus W. Systematic triage in the emergency department, using the Australian National Triage Scale: a pilot project. Eur J Emerg Med 2001; 8:3–8.

26. Zilidis C, Philalithis AE, Vlachonicolis I. Use of health services in an emergency department. *Materia Medica Creca* 1992; 20:165–175, 176-184.
27. Alyasin A, Douglas C. Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia. *International Emergency Nursing*, 2014. Διαθεσιμο από: <http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X%2814%2900023-8/abstract>
28. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *The American Journal of Managed Care*. 2013.19:47–59.
29. Siddiqui S, Ogbeide D. Utilization of emergency services in a community hospital. *Saudi Medical Journal*. 2002; 23: 69–72.
30. Τουντας Ι. και συνεργάτες. Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα. 2007. Σελ:36-41.
31. Μπερζοβίτης Α. Έρευνα για την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση υπηρεσιών υγείας των Ελλήνων. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Hellas Health I. Ιατρικό Βήμα – Πολιτική της Υγείας. Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2006. σελ. 58-60.
32. Jerius M, El-Salim A, Tarawneh M, Habashneh M.. Inappropriate utilization of emergency medical services at Prince Ali Military Hospital. *Journal of the Royal Medical Services*. 2010;17: 32–35.
33. Agouridakis P. Kostas Hatzakisa K. Katerina Chatzimichaliba K. Psaromichalaki M. and Askitopoulou H. Workload and case-mix in a Greek emergency department. *European Journal of Emergency Medicine* 2004;11:81-85.
34. Lowe RA, Abbuhl SB. Appropriate standards for “appropriateness” research. *Ann Emerg Med* 2001; 37:629–631.
35. Shapiro MJ, O’Brien GM. Deferral out of the Emergency Department: the wrong solution?. *Ann Emerg Med* 2000; 36:70–71.
36. Barlas D, Homan CS, Rakowski J, Houck M, Thode HC. How well do patients obtain short-term follow-up after discharge from the emergency department? *Ann Emerg Med* 1999; 34:610–614.

37. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizzaro M, et al. Appropriateness of Emergency Departments visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37:580–586.
38. Derlet RW. Overcrowding in Emergency Departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002; 39:430–432.
39. Πασσιού Μ. Διερεύνηση των αιτιών της αυξημένης επισκεψιμότητας των ασθενών προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. 2014.
40. O'Connor E, Gatien M, Weir C, Calder L. Evaluating the effect of emergency department crowding on triage destination. *Int J Emerg Med*. Apr 2014 28;7:16.
41. Callen J, Blundell L, Prgomet M.. Emergency department use in a rural Australian setting: are the factors prompting attendance appropriate? *Australian Health Review*. 2008;32: 710–720.
42. Durand A, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes*. 2012;5:525.
43. Sanders J. A review of health professional attitudes and patient perceptions on ‘inappropriate’ attenders at accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31: 1079–1105.
44. Harris L, Bombin M, Chi F, DeBortoli T, Long J. Use of the emergency room in Elliot Lake, a rural community of Northern Ontario, Canada. *Rural and Remote Health*. 2004;4:1–12.
45. Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *American Journal of Medical Quality*. 2010;25: 64–72.
46. Al-Hay A, Boresli M, Shaltout A. The utilization of a paediatric emergency room in a general hospital in Kuwait. *Annals of Tropical Paediatrics*. 1997;17:387–395.
47. Rehmani R, Norain A. Trends in emergency department utilization in a hospital in the Eastern region of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*. 2007;28: 236–240.
48. Field S, Lantz A. Emergency department use by CTAS Levels IV and V patients. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2006;8:317–322.

49. Masso M, Bezzina A, Siminski P, Middleton R, Eagar K. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ. *Emergency Medicine Australia*. 2007;19: 333–340.
50. Shakhathreh H, Karim A, Al-Durgam M, Jerius M, Khalifah N. Use and misuse of accident and emergency services at Queen Alia Military Hospital. *Journal of the Royal Medical Services*. 2003;10:44–47.
51. Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL., Jr Recently discharged inpatient as a source of emergency department. *Acad Emerg Med*. 2001; 8:1091–4.
52. Derek DeLia. The Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research; Hospital Capacity, Patient Flow, and Emergency Department Use in New Jersey. A Report to the New Jersey Department of Health and Senior Services. Sep. 2007.
53. Washington, DC: National Academies Press; 2006. Institute of Medicine. Hospital-based emergency care at the breaking point.
54. Gardner RL, Sarkar U, Maselli JH, Gonzales R. Factors associated with longer ED lengths of stay. *Am J Emerg Med*. 2007;25:643–50.
55. Oakbrook T. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations; 2004. JCAHO. Joint Commission Resources. Managing Patient Flow: Strategies and Solutions for Addressing Hospital Overcrowding.
56. Fee C, Weber EJ, Maak CA, Bacchetti P. Effect of emergency department crowding on time to antibiotics inpatients admitted with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med*. 2007;50:501–9.
57. Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acutemyocardial infarction. *Ann Emerg Med*. 2004;44:577–85.
58. Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Sean Morrison R. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Acad Emerg Med*. 2008;15:1248–55.
59. Pines J, Hollander J. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. 2008;51:1–5.

60. Κάρμεν Α., Δραγκιώτου Ε. Μελέτη περιβαλλοντικών επιπτώσεων 2η Υ. Π. Πειραιώς & Αιγαίου Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» 2012, σελ.6-7. Διαθεσιμο από: <http://www.nikaia-hosp.gr/dat/fa04562e/file.pdf>
61. Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προγραμματική περίοδος 2007-2013. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Ε. Π . «Υγεία - Πρόνοια». Ιανουάριος 2007».