

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΟΡΘΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΑΠΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

ΣΑΛΤΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2020

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΟΡΘΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΑΠΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΟΡΘΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΑΠΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

ΣΑΛΤΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2020

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καθηγητής Π. ΜΥΡΙΑΝΘΕΥΣ (Επιβλέπων)

Καθηγητής Θ. ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ

Αν. Καθηγητής Θ. ΜΑΡΙΟΛΗΣ- ΣΑΨΑΚΟΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματά της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (συνολικά ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο συγγραφέας, ο τίτλος, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Ο/Η υποφαινόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρόπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής της λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
Α΄ ΜΕΡΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
2. ΟΡΙΣΜΟΙ	10
3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	23
Β΄ ΜΕΡΟΣ- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	27
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	28
2. ΣΚΟΠΟΣ	29
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	29
4. ΜΕΘΟΔΟΣ & ΥΛΙΚΟ	30
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	38
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	85
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	91
8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	94
9. ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ	95
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	96
ABSTRACT	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	105
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	139

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εν λόγω εργασία φαινομενικά είναι το αποτέλεσμα ερευνητικής μελέτης στην προσπάθεια απόκτησης μεταπτυχιακού διπλώματος. Ωστόσο, είναι κάτι περισσότερο· γεγονός που μπορεί να το επιβεβαιώσει οποιοσδήποτε έχει αναμειχθεί με ανάλογες ενασχολήσεις.

Η μελέτη ενός φαινομένου- γεγονότος ξεκινά με την παρατήρησή του. Συνάμα, προκύπτει η επεξήγησή του με τα μέχρι πρότινος εγγεγραμμένα για αυτό. Με απλούστερα λόγια, προκύπτει το «ξεσκόνισμα» της βιβλιογραφίας για αυτό το γεγονός, ώστε να βρεθούν απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτώμενου. Η μετέπειτα πορεία είναι και η πιο συναρπαστική. Η διερεύνηση του φαινομένου θέτοντας τα προσωπικά ερωτήματα και ο έλεγχος των υποθέσεων που τέθηκαν, καταλήγει να ικανοποιεί αυτό που θα έλεγε ο Maslow κορωνίδα των ανθρωπίνων αναγκών. Ικανοποιεί ,δηλαδή, την ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης του ατόμου. Όσο περισσότερο βυθίζεσαι στη μελέτη, τόσο περισσότερο ανακαλύπτεις τη μαγεία της, εθίζεσαι, δυναμώνεις και εκπλήσσεσαι με το μεγαλείο της ανθρώπινης ικανότητας στην επίτευξη προσδοκιών, στην επίλυση δυσκολιών και στη διεκπεραίωση στόχων.

Κάπως έτσι εκτυλίχθηκε και αυτό το ταξίδι στην προκείμενη ερευνητική εργασία. Με την παρατήρηση δυσκολιών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών όπου εργάζομαι, με την επικέντρωση στο ουσιαστικότερο και βαθύτερο πρόβλημα, κατά την προσωπική μου εκτίμηση, με την ενδελεχή ανασκόπηση στη βιβλιογραφία για πιθανές απαντήσεις στα ερωτήματά μου και με την εμφάνιση μπροστά σε αυτό που ονομάζουμε «Αποτελεσματικότητα στη Διαλογή» να μας απασχολεί επί του παρόντος.

Εύχομαι η προσπάθεια κατανόησης του προβλήματος και η αναζήτηση συσχετίσεων που αφορούν την αποτελεσματική και μη Διαλογή να σας φανούν ενδιαφέρουσες.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή κ. Παύλο Μυριανθέα, τόσο για την συνεχή παρακολούθηση της πορείας της εργασίας και το εμφανές ενδιαφέρον για το θέμα επιλογής, καθώς και για την ηθική συμπαράσταση, προτροπή, ενθάρρυνση και ανθρώπινη προσέγγιση. Οι συμβουλές και οι διορθώσεις του ήταν πολύτιμες. Η επιστημονική και η κοινωνική του δράση, καθώς και το καινοτόμο πνεύμα του αποτέλεσαν πρότυπο για μένα.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στο προσωπικό του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου από το οποίο συλλέχθηκαν τα δεδομένα. Συγκεκριμένα, την αμέριστη ευχαρίστησή μου δίνω στον Υποδιευθύνοντα του νοσοκομείου, κ. Πάρη Μπουλέ, στην Προϊσταμένη του ΤΕΠ, κα Ουρανία Ντούγκα, καθώς και τις νοσηλεύτριες του ΤΕΠ που τα ονόματά τους θα παραμείνουν προστατευμένα, διότι ήταν συμμετέχοντες στη μελέτη. Η άμεση και έμμεση γνώση που μου προσέφεραν και η διάθεση χρόνου και κόπου για τη μελέτη ήταν αναμφισβήτητα καταλυτικά για το πέρας της προκείμενης εργασίας.

Φυσικά, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στην οικογένειά μου και τα αγαπημένα μου πρόσωπα που είναι το σημαντικότερο στήριγμα. Είναι πάντα δίπλα μου σε όλα τα εγχειρήματά μου, μεταδίδοντάς μου υπομονή και επιμονή.

Α΄ ΜΕΡΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Γενικό Μέρος της εργασίας αφορά την γενικότερη εισαγωγή μας στο θέμα που πραγματεύεται. Εδώ θα αναλυθούν διάφοροι ορισμοί όπως πληροφορίες για το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τη Διαλογή. Θα αναπτυχθεί το πρόβλημα που υπάρχει στους χώρους διαλογής και το οποίο θα μελετηθεί. Επίσης, παρατίθενται διάφορες ερευνητικές προσπάθειες που έχουν λάβει χώρα αναφορικά με αυτό το πρόβλημα και τονίζεται η σπουδαιότητα αυτού του θέματος. Ακόμη, διευκρινίζεται το θεωρητικό πλαίσιο προκειμένου να υπάρχει κοινός κώδικας ορισμών και αναφέρονται διάφορα εμπειρικά δεδομένα που προέκυψαν μέσω των μελετών.

2. ΟΡΙΣΜΟΙ

2.1 ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM), το ΤΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείρισή τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό». «Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός νοσοκομείου αποτελεί βασικό δείκτη της ποιοτικής και αποτελεσματικής λειτουργίας του νοσοκομείου, καθώς επηρεάζει την ομαλή λειτουργία των άλλων τμημάτων του και δοκιμάζει τη συνεργασία μεταξύ των άλλων τμημάτων και των υπηρεσιών». ^[1]

Καθώς τα ΤΕΠ καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά υγείας, θα πρέπει να συνδυάζουν την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, τον κατάλληλο εξοπλισμό καθώς και το εξειδικευμένο έμπυχο δυναμικό που απαιτείται, ώστε να εξασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η παροχή άμεσης και ποιοτικής επείγουσας φροντίδας. Όσον αφορά την Ελλάδα, η επείγουσα θεραπεία παρέχεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων, αλλά και από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) που παρέχει άμεση ιατρική φροντίδα και μεταφορά στα νοσοκομεία δωρεάν.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΕΠ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών επιτελεί συγκεκριμένες λειτουργίες ώστε να παρέχονται συγκεκριμένες υπηρεσίες. Αυτές οι λειτουργίες κατατάσσονται παρακάτω.

- 1. Διαλογή** (Αναλύεται εκτενώς στην πορεία)
- 2. Πρωτοβάθμια εκτίμηση και σταθεροποίηση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων**, με βάση το σύστημα προσέγγισης ABCDE (ακρωνύμιο των airway, breathing, circulation, disability, exposure) το οποίο είναι εργαλείο πρωτοβάθμιας εκτίμησης για όλους τους ασθενείς και δεν απαιτεί

παρακλινικό έλεγχο. Είναι μια δομημένη προσέγγιση για την αναγνώριση και αναζωογόνηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση και τραυματιών.

3. **Εστιασμένο ιατρικό ιστορικό**, στα συμπτώματα για τα οποία ο ασθενής προσέρχεται, σε κλινικά ευρήματα όσο και σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση φροντίδα.
4. **Δευτεροβάθμια εκτίμηση και άμεση κλινική διαχείριση**, με έγκαιρη επιλογή παρακλινικών εξετάσεων και με εστίαση στην ανάγκη για άμεση παρέμβαση.
5. **Λήψη κλινικών αποφάσεων**, με δεύτερη διαλογή, άμεση ή/και οριστική φροντίδα στο ΤΕΠ και σχεδιασμό για εισαγωγή ή εξιτήριο.
6. **Συνεχής επανεκτίμηση και περαιτέρω διαχείριση του ασθενούς**, με σχέδιο διαδικασίας εξόδου.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΠ

Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες, καθώς και στο Νοσοκομείο με τη μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας, οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με ειδική διατομεακή στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. ^[2]

Η συνολική επιφάνεια της περιοχής υποδοχής- πληροφοριών- διαλογής θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 1,8 m² ανά 1000 ετήσιες επισκέψεις. Το εξεταστήριο διαλογής απαιτεί χώρο τουλάχιστον 4 x 3 m² και βρίσκεται ακριβώς δίπλα στη γραμματεία και σε άμεση γειτνίαση με τον υπάλληλο μητρώου. Διαθέτει ξεχωριστή είσοδο, εξεταστική κλίνη και γραφείο. ^[1]

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΕΠ

Κάθε τμήμα επειγόντων περιστατικών πρέπει να αποτελείται από συγκεκριμένους χώρους, ώστε να καλύπτει όλες τις αναμενόμενες παροχές υπηρεσιών που θα χρειαστούν. Αυτές είναι:

- ✓ Υποδοχή- Γραμματεία- Διαλογή
- ✓ Αίθουσα αναμονής- Χώρος ενημέρωσης συγγενών
- ✓ Αίθουσα αναζωογόνησης

- ✓ Εξεταστήρια- Αίθουσα γύψου
- ✓ Αίθουσα ελάσσανος τραύματος (μικρό χειρουργείο)
- ✓ Θάλαμοι Βραχείας Νοσηλείας
- ✓ Χώρος απομόνωσης μολυσματικών ασθενών
- ✓ Ακτινολογικό και Βιοπαθολογικό εργαστήριο
- ✓ Χώρος απολύμανσης εκτεθειμένου ατόμου
- ✓ Χώρος ανάπαυσης προσωπικού
- ✓ Γραφεία- Αποθήκες ^[2]

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ

Στο ΤΕΠ των νοσοκομείων του ΕΣΥ προΐσταται ιατρός με βαθμό Διευθυντή του κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας χειρουργικής ή αναισθησιολογίας ή παθολογίας ή καρδιολογίας ή πνευμονολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας).

Το ΤΕΠ στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το τμήμα αυτό, καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το ΤΕΠ καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό προσερχόμενων ασθενών.

Ακολουθώντας, ορίζεται ότι ο προϊστάμενος του ΤΕΠ έχει την πλήρη ευθύνη λειτουργίας του και ασκεί όλες τις αρμοδιότητες, διοικητικές και επιστημονικές, που απορρέουν από τη θέση του. Ο προϊστάμενος (ιατρός) του ΤΕΠ, όταν απουσιάζει ή κωλύεται, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν ιατρό του ΤΕΠ, Αναπληρωτή Διευθυντή, ή αν δεν υπάρχει, έναν Επιμελητή Α'.

ΠΟΡΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΠ

Στο χώρο διαλογής, υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής του, τον κατευθύνουν στους χώρους του ΤΕΠ. Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά με σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στους θαλάμους

εξέτασης του ΤΕΠ. Ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του ΤΕΠ όπου εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Στην πορεία:

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

Για τις υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στο ΤΕΠ συντάσσεται αναλυτικό σημείωμα που συνοδεύει το εισιτήριο του ασθενούς και υπογράφεται απαραίτητως από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον Αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

Με ευθύνη του Διευθυντή του ΤΕΠ καταγράφονται σε ειδικό έντυπο και σε ηλεκτρονική μορφή τα στοιχεία των προσερχόμενων ασθενών, καθώς και την πορεία εξέλιξής τους.

Τέλος, οι προϊστάμενοι των ΤΕΠ ενημερώνουν το συντονιστικό κέντρο του ΕΚΕΠΥ (Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων)/ ΕΚΑΒ για τον αριθμό των κενών νοσηλευτικών κλινών, τον αριθμό των κλινών ΜΕΘ και τον αριθμό των περιστατικών που υποδέχεται ώστε να εκτιμάται η δυνατότητα ή μη άμεσης αντιμετώπισης νέων περιστατικών. [2]

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΤΕΠ

Κάθε τμήμα επειγόντων περιστατικών οφείλει να κατέχει συγκεκριμένο και αυτοδιαχειριζόμενο εξοπλισμό. Αυτά που πρέπει να περιλαμβάνει είναι:

- ✓ 6 Ηλεκτροκαρδιογράφοι
- ✓ 3 Απινιδωτές
- ✓ 2 Εξωτερικούς Βηματοδότες
- ✓ 2 Φορητούς Αναπνευστήρες

- ✓ 4 Μόνιτορ με δυνατότητες ΗΚΓφικής παρακολούθησης, περιφερικής οξυμετρίας, μη επεμβατικής μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και καπνογραφίας
- ✓ 4 Ηλεκτρονικά πιεσόμετρα- οξύμετρα
- ✓ 2 Τροχήλατα αναζωογόνησης
- ✓ 2 Συσκευές θέρμανσης αίματος
- ✓ 4 Αντλίες χορήγησης υγρών
- ✓ 1 Χειρουργική διαθερμία
- ✓ 1 Συσκευή Θέρμανσης- Ψύξης ασθενούς
- ✓ 6 Ειδικά φορεία μεταφοράς ασθενών
- ✓ 6 Φιάλες οξυγόνου
- ✓ 1 Πολυαναλυτή αίματος
- ✓ 1 Φορητό υπέρηχο
- ✓ 2 Σετ παροχέτευσης θώρακος
- ✓ 1 Σετ επείγουσας περιτοναϊκής πλύσης
- ✓ 2 Σάκους ανάνηψης
- ✓ Σετ ειδικών ιατρείων (ΩΡΛ, Οφθαλμολογικού, Γυναικολογικού, Ορθοπαιδικού) ^[2]

2.2 ΔΙΑΛΟΓΗ

Η λέξη Διαλογή ή διεθνώς Triage προέρχεται από το γαλλικό ρήμα trier που σημαίνει διαλέγω- ταξινομώ. Ως Διαλογή ορίζεται η επιλογή και η κατά σειρά αντιμετώπιση των ασθενών, ανάλογα με την ανάγκη που έχουν για αντιμετώπιση και τα μέσα που υπάρχουν για την αντιμετώπισή τους^[3]. Το triage είναι διαδικασία η οποία εφαρμόζεται σε σημεία όπου υπάρχει μαζική προσέλευση κόσμου, όπως στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και σε συμβάντα μαζικών τραυματισμών, με σκοπό την ιεράρχηση.

ΣΤΟΧΟΙ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η Διαλογή όπως επιτελείται στη σημερινή κοινωνία οφείλει να εκπληρώνει ορισμένους στόχους. Αυτοί είναι:

1. Η γρήγορη αντιμετώπιση των ασθενών με επείγουσες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις
2. Η άμεση κατάταξη των περιστατικών σε μια κατηγορία της κλίμακας διαλογής, κατά την άφιξή τους στο ΤΕΠ
3. Η επιλογή του καταλληλότερου τρόπου αντιμετώπισης κάθε ασθενή του ΤΕΠ, ανάλογα με τον βαθμό- προτεραιότητα
4. Η εξυπηρέτηση του μεγάλου αριθμού ασθενών που συνωστίζονται στα ΤΕΠ και η αποσυμφόρησή τους
5. Η πληροφόρηση των ασθενών και συνοδών σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τους χρόνους αναμονής^[2]

ΙΣΤΟΡΙΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Ουσιαστικά η ιστορία της διαλογής αρχίζει στον 1^ο Παγκόσμιο Πόλεμο από τους υπηρετούντες στην πρώτη γραμμή των μετώπων Γάλλους ιατρούς. Οι ρίζες της όμως βρίσκονται έναν αιώνα πιο πίσω κατά τη διάρκεια των Ναπολεόντειων Πολέμων, όταν ο Γάλλος στρατιωτικός χειρουργός Jean Dominique Larrey (1766-1842), Αρχίατρος της Αυτοκρατορικής Φρουράς, συνοδεύοντας τον Ναπολέοντα σε όλες τις μάχες έγινε ο πρωτεργάτης της επείγουσας παροχής πρώτων βοηθειών στο

πεδίο της μάχης^[4] θεραπεύοντας με βάση το παρατηρούμενο επίπεδο βαρύτητας των τραυματισμών τους.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η προσέγγιση του ασθενούς κατά τη Διαλογή είναι επιστημονική και βασίζεται σε αντικειμενικά ευρήματα. Σε ορισμένα νοσοκομεία χρησιμοποιείται και ειδικό λογισμικό ώστε να βελτιώνει συνεχώς τον κοινό αλγόριθμο που χρησιμοποιεί τόσο ο διασώστης πεδίου όσο και το κέντρο υποδοχής και περίθαλψης^[4].

Ουσιαστικά κατά την έλευση του ασθενούς:

1. Ερωτάται το πρωταρχικό κύριο σύμπτωμα που τον οδήγησε στο νοσοκομείο
2. Εκτιμάται το ABCDE και η γενική εικόνα του ασθενούς, ώστε να Κατηγοριοποιηθεί
3. Διαμορφώνεται ένα σύνολο πιθανών διαγνώσεων (Διαφορική Διάγνωση)
4. Γίνονται ερωτήσεις ή παρεμβάσεις αποκλεισμού, ώστε να καταλήξουμε σε μία διάγνωση
5. Καλείται η απαραίτητη ιατρική ειδικότητα
6. Λαμβάνονται τα προσωπικά στοιχεία του ασθενούς [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ]

Το σύστημα διαλογής ποικίλλει από χώρα σε χώρα και μεταξύ των νοσοκομείων της ίδιας χώρας, ανάλογα με τις διαθέσιμες ιατρικές υπηρεσίες, τις ανάγκες της κοινότητας και την πολιτική του εκάστοτε ΤΕΠ^[5].

Υπάρχουν διάφορα πρωτόκολλα, που χρησιμοποιούνται για την Διαλογή στα Τ.Ε.Π. (E.D.-Triage) και τα οποία διαφέρουν και ως προς τα κριτήρια αξιολόγησης των ασθενών, αλλά και ως προς τον αριθμό των επιπέδων κατηγοριοποίησης. Έτσι, υπάρχουν συστήματα E.D.-Triage, δύο, τριών, τεσσάρων και πέντε επιπέδων. Είναι τεκμηριωμένο ερευνητικά, ότι τα συστήματα πέντε επιπέδων είναι περισσότερο αξιόπιστα και έγκυρα έναντι των άλλων^[6]. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συστήματος πέντε επιπέδων, είναι το **Emergency Severity Index (ESI)**, το οποίο εφαρμόζεται στην Αμερική και στην Ευρώπη (το σύστημα αυτό χρησιμοποιούμε και στην παρούσα εργασία).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η λήψη κλινικής απόφασης κατά τη Διαλογή περιλαμβάνει τον συνδυασμό συγκεκριμένων κριτηρίων. Τα κριτήρια αυτά αφορούν το κύριο σύμπτωμα του ασθενούς που αποτελεί και την αιτία προσέλευσής του στο ΤΕΠ, τα ζωτικά του σημεία, την σταθερότητα της κλινικής του κατάστασης και τα ευρήματα της κλινικής του εξέτασης. ^[2]

ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Γενικότερα η διαλογή διακρίνεται σε 3 τύπους αναλόγως την κατασταση που αφορούν. Υπάρχει το Triage Καταστροφών που αφορά μεγάλο πληθυσμό που έχει πληγεί σε Μαζική Καταστροφή, όπως είναι οι φυσικές καταστροφές. Υπάρχει το Στρατιωτικό Triage που αφορά τη διαλογή σε πεδίο μάχης. Τέλος, υπάρχει το Νοσοκομειακό Triage που αφορά τη διαλογή σε χώρο νοσοκομείου.

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Οι κλίμακες διαλογής χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της διαλογής με σκοπό τη βαθμολόγηση της οξύτητας του ασθενούς και την κατανομή της φροντίδας κατά σειρά προτεραιότητας. Στοιχεία που αυξάνουν τη χρησιμότητα μιας τέτοιας κλίμακας είναι η δυνατότητα εύκολης κατανόησής της, η δυνατότητα βελτίωσης της παροχής φροντίδας στον εκάστοτε ασθενή και η δυνατότητα απλοποίησης της λειτουργίας του ΤΕΠ όπου χρησιμοποιείται. Υπάρχουν 5 Κλίμακες Διαλογής μέχρι σήμερα, οι οποίες θα αναλυθούν κάτωθεν. [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ Α & Β]

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

Η ESI είναι μια κλίμακα διαλογής με πέντε επίπεδα που αναπτύχθηκε από τους γιατρούς Richard Wuerz και David Eitel στις ΗΠΑ. Είναι ένας συνδυαστικός αλγόριθμος, διότι εκτός των σημείων και συμπτωμάτων του ασθενούς, λαμβάνει υπόψη και τους πόρους που καταναλώνονται για την αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού. Αναπτύχθηκε γύρω από ένα νέο εννοιολογικό μοντέλο της διαλογής στο ΤΕΠ. Διατηρεί την παραδοσιακή βάση της αξιολόγησης του αρχικά επείγοντος

περιστατικού, και στη συνέχεια επιδιώκει να μεγιστοποιήσει τη ροή των ασθενών δίνοντας το δικαίωμα στους ασθενείς για εξέταση με τους κατάλληλους πόρους, στο σωστό τόπο και την κατάλληλη στιγμή.

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

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

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

Βήμα 3: Στο σημείο αυτό καθορίζονται οι απαιτούμενοι πόροι για την αντιμετώπιση περιστατικών. Ασθενείς που απαιτούν τουλάχιστον δύο κατηγορίες πόρων του ΤΕΠ για να θεραπευτούν χαρακτηρίζονται ως ασθενείς Επιπέδου 3. Ωστόσο, οι ασθενείς στο Επίπεδο 3 μπορούν να ανέβουν στο Επίπεδο 2 της κλίμακας, εάν τα ζωτικά τους σημεία μεταβληθούν εκτός των φυσιολογικών ορίων.

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

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

Η κλίμακα ESI χρησιμοποιείται και διδάσκεται με πιστοποίηση στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη.

Αυστραλιανή κλίμακα διαλογής ATS

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

Η ATS έχει πέντε επίπεδα οξύτητας:

- i. Άμεσα απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (επίπεδο 1)
- ii. Επικείμενα απειλητικές για τη ζωή (επίπεδο 2)
- iii. Δυνητικά απειλητικές για τη ζωή ή σε σημαντικό χρόνο κρίσιμες θεραπείας ή έντονο πόνο (επίπεδο 3)

- iv. Δυνητικά σοβαρή για τη ζωή ή κατάσταση έκτακτης ανάγκης ή σημαντική πολυπλοκότητα (επίπεδο 4)
- v. Λιγότερο επείγουσες καταστάσεις (επίπεδο 5)

Καναδική κλίμακα διαλογής AQUITY (CTAS)

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

Επίπεδα AQUITY:

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

Αγγλική κλίμακα διαλογής MTS (Manchester Triage Scale)

Η εθνική κλίμακα διαλογής του Ηνωμένου Βασιλείου (MTS) αναπτύχθηκε από το Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτικής, τον Σύνδεσμο Επειγόντων, την Βρετανική Ένωση Ατυχημάτων και την Επείγουσα Ιατρική.

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

Η MTS πιστεύεται ότι είναι ιδιαίτερα επωφελής για αρχάριους νοσηλευτές, επειδή η διαδικασία λήψης αποφάσεων γίνεται μέσα από πολύ καλά καθορισμένες παραμέτρους.

Κλίμακα START (Simple Triage and Rapid Treatment)

Η κλίμακα START αναπτύχθηκε το 1983 από την Πυροσβεστική Υπηρεσία και το Νοσοκομείο Hoag στην Καλιφόρνια και τροποποιήθηκε το 1996. Είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος σε προ-νοσοκομειακό επίπεδο. Αποτελεί γρήγορη προσέγγιση και εκτίμηση μεγάλου αριθμού θυμάτων με έναν απλό μνημονικό κανόνα. Δίνονται 30'' για κάθε περιστατικό. Οι ασθενείς αξιολογούνται σε 4 παράγοντες:

- Ικανότητα βάδισης
- Αναπνοή (<30/λεπτό)
- Παλμός ή Τριχοειδική Επαναπλήρωση (<2'')
- Νόηση (Υπακούει σε απλές εντολές Άμεσα/Καθυστερημένα)

30-2-can do ^[51]

Κλίμακα JumpSTART

Η κλίμακα JumpSTART είναι παγκόσμιο εργαλείο για τη διαλογή των παιδιών. Αναπτύχθηκε το 1995 και είναι παρόμοια με το START. Αποτελεί το Εθνικό Σύστημα Διαλογής για τα παιδιά στις ΗΠΑ και στον Καναδά. Η διαφορά εδώ είναι πως προστίθενται επιπλέον 30 sec έναντι του START triage για τη διάνοιξη αεραγωγών με τεχνητή αναπνοή. Αξίζει να σημειωθεί πως τα παιδιά κάτω των 8 ετών δεν προηγούνται των ενηλίκων.

Γρήγορη κλίμακα SOFA (qSOFA)

Η κλίμακα Quick SOFA (quickSOFA ή qSOFA) εισήχθη από την ομάδα Sepsis-3 τον Φεβρουάριο του 2016 ως μια απλοποιημένη έκδοση του SOFA Score που χρησιμοποιείται στη ΜΕΘ ως αρχική εκτίμηση για τον εντοπισμό ασθενών με υψηλό κίνδυνο για κακή έκβαση με λοίμωξη. Οι ορισμοί των κριτηρίων SIRS για τη σήψη αντικαθίστανται καθώς διαπιστώθηκε ότι έχουν πάρα πολλούς περιορισμούς. Η τρέχουσα χρήση 2 ή περισσότερων κριτηρίων SIRS για τον προσδιορισμό της σήψης θεωρήθηκε ομόφωνα από την ειδική ομάδα ως μη χρήσιμη. Το qSOFA απλοποιεί τη βαθμολογία SOFA δραστικά με τη συμπερίληψη μόνο των 3 κλινικών κριτηρίων του

και συμπεριλαμβάνοντας "οποιαδήποτε τροποποιημένη διατύπωση" αντί να απαιτείται $GCS \leq 13$. Το qSOFA μπορεί εύκολα και γρήγορα να επαναληφθεί σειριακά σε ασθενείς.

Το σκορ κυμαίνεται από 0 έως 3 πόντους. Η παρουσία 2 ή περισσότερων σημείων qSOFA κοντά στην έναρξη της λοίμωξης συσχετίστηκε με μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου ή παρατεταμένης παραμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Αυτά είναι αποτελέσματα που είναι πιο συχνά σε μολυσμένους ασθενείς που μπορεί να είναι σηπτικοί από εκείνους με απλή λοίμωξη. Με βάση αυτά τα ευρήματα, ο τρίτος διεθνής ορισμός συναίνεσης για το Sepsis συνιστά το qSOFA ως απλή προτροπή για τον εντοπισμό μολυσμένων ασθενών εκτός της ΜΕΘ που είναι πιθανό να είναι σηπτικοί. Η εκτίμηση συνιστά:

- Χαμηλή συστολική πίεση (<100 mmHg)
- Υψηλή αναπνευστική συχνότητα (>22 /λεπτό)
- Μειωμένο επίπεδο συνείδησης ($GCS < 15$)^[52]

Κλίμακα NEWS

Η κλίμακα NEWS (National Early Warning Score) μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε ανεξάρτητα, είτε ως βοήθημα στην αρχική αξιολόγηση ενηλίκων. Κύρια στο Αγγλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει υιοθετηθεί η χρήση της τόσο σε Νοσοκομειακό όσο και σε προ-νοσοκομειακό περιβάλλον. Επιπρόσθετα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο παρακολούθησης της εξέλιξης της πορείας υγείας του ασθενούς. Πρόκειται για έναν ευαίσθητο και όχι ειδικό δείκτη. Περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες: α) χαμηλής βαρύτητας με score 0-4 όπου δε χρήζει εξέτασης από ιατρό, β) μέσης βαρύτητας με score 5-6 όπου χρήζει επείγουσας παρέμβασης και γ) υψηλής βαρύτητας με score ≥ 7 όπου χρήζει αναζωογόνησης. Εκτιμά:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| • Συχνότητα αναπνοών ανά λεπτό | • Συστολική αρτηριακή πίεση |
| • Κορεσμό αιμοσφαιρίνης | • Σφύξεις ανά λεπτό |
| • Εισπνοή αέρα ή οξυγόνου | • Συνείδηση |
| | • Θερμοκρασία ^[59] |

«Scoop and Run» Ή «Stay and Play»

Εκτός από τα Διεθνή Πρότυπα Συστημάτων Επείγουσας Φροντίδας εντοπίζονται και τα συστήματα διαλογής σε χώρο διάσωσης. Προσεγγίζοντας το

σημείο του συμβάντος, το εξειδικευμένο προσωπικό διάσωσης διαλέγει την επιλογή «Scoop and Run» ή την επιλογή «Stay and Play». Το πρώτο ορίζεται ως η μεταφορά του ασθενούς στο κοντινότερο νοσοκομείο χωρίς τη θεμελιώδη θεραπεία, ενώ το δεύτερο αφορά την εξασφάλιση φλεβικής γραμμής χορήγησης υγρών, διαχείριση πνευμοθώρακα, διασφάλιση αεραγωγού, υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών και σημαντική ελάττωση των δευτεροπαθών βλαβών σε περιστατικά βαρέως τραυματισμένων. Η πρώτη προσέγγιση χρησιμοποιείται κυρίως στις ΗΠΑ, ενώ η δεύτερη στην Ευρώπη. Σήμερα πιστεύεται ότι η προσέγγιση πρέπει να είναι εξατομικευμένη και βασισμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενούς με αποτέλεσμα αυτές οι δύο προσεγγίσεις να έχουν ενσωματωθεί σε μια κοινή:

- Ταχεία παρέμβαση και άμεση υποστήριξη
- Ταχεία μεταφορά με υποστήριξη «Scoop and Play»

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η διαλογή επιτρέπει την παραπομπή του ασθενούς στην καταλληλότερη ειδικότητα για εκτίμηση και θεραπεία εντός του κατάλληλου χρόνου με σκοπό την καταλληλότερη έκβαση για την εκάστοτε κλινική περίπτωση.

Η διαδικασία της διαλογής από νοσηλευτές δεν είναι τόσο εύκολη υπόθεση. Η συλλογή των δεδομένων που καθοδηγεί τους νοσηλευτές να παραπέμπουν τον ασθενή στη σωστή ειδικότητα κάποιες φορές είναι ελλιπής ή εσφαλμένη. Ένα λάθος σε εκείνο το σημείο δημιουργεί πληθώρα προβλημάτων μετέπειτα με αποτέλεσμα να παρακωλύεται το επιθυμητό πέρας, δηλαδή η ίαση του ασθενούς.

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η αποτελεσματικότητα της ορθής διαλογής εξαρτάται από συγκεκριμένους παράγοντες, κάποιοι από τους οποίους παρουσιάζονται και μελετήθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη. Επιγραμματικά είναι οι εξής:

1. Τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού
2. Η ώρα προσέλευσης του περιστατικού (βάρδια)
3. Η σκόπιμη ή μη απόκρυψη στοιχείων από τον ασθενή
4. Η σύμφωνη γνώμη του ιατρού για την πρώτη εκτίμηση του περιστατικού
5. Η πληθώρα προσέλευσης ανά βάρδια- Νοσηλευτικός Φόρτος.

3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Πραγματοποιήθηκε διεξοδική ανασκόπηση των μελετών που δημοσιεύτηκαν μέχρι τις 28 Φεβρουαρίου του 2019, στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus με τις λέξεις κλειδιά: “effective nurse triage”.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ

Κατά καιρούς πολλοί ερευνητές ενασχολήθηκαν με τη μελέτη της Διαλογής με σκοπό να τη βελτιώσουν. Πολλές δημοσιεύσεις τα τελευταία χρόνια έχουν καταγράψει το γεγονός ότι τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών έχουν αντιμετωπίσει το πρόβλημα λάθους κατά τη Διαλογή λόγω της υπέρμετρης προσέλευσης για περίθαλψη ευρέως φάσματος αναγκών, οι οποίες κυμαίνονται από πρωτοβάθμιας φροντίδας έως δραματικά επείγοντα περιστατικά^[7].

Σε απάντηση στην υπέρμετρη προσέλευση, μερικές μελέτες προσπάθησαν να άγουν την αύξηση της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας της διαλογής αναφορικά με την επέκταση του ρόλου ιατρών και νοσηλευτών ως ομάδα triage^[8-12].

Οι μελέτες που καταγράφουν τις φορές που η Διαλογή ήταν επιτυχής^[5,13,14], καθώς και τον τρόπο λήψης απόφασης για κατάταξη των περιστατικών^[15,16] είναι αναρίθμητες. Ο αριθμός των ερευνητικών μελετών σχετικά με τις αιτίες μιας προβληματικής, μη αποτελεσματικής διαδικασίας Διαλογής είναι μεγάλος^[7]. Παράλληλα, ο αριθμός των ερευνητών που αναζητούν λύση στις αιτίες αυτές μέσω χρήσης ειδικών υπολογιστικών προγραμμάτων σε Η/Υ ή κινητή συσκευή είναι αξιόλογος^[17-19]. Διαχρονικά συγκεντρώνονται όλο και περισσότερα στοιχεία που αποσκοπούν στη βελτίωση της διαδικασίας και την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Ποικίλες μελέτες έχουν εστιάσει στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία των κλιμάκων Διαλογής^[20-24] και έχουν εκτιμήσει την συμφωνία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών^[25-27] ακόμα και άλλων ομάδων, όπως αυτή των διασωστών^[28]. Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την πρακτική έχουν επίσης διερευνηθεί^[29]. Κάποιες μελέτες έχουν εξερευνήσει τον ρόλο των νοσηλευτών στην καθημερινή διαδικασία της διαλογής, μέσω συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων^[30]. Επιπροσθέτως, αρκετές φορές έχει

καταμετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών για τους νοσηλευτές που τελούν τη διαλογή^[31], καθώς και η ικανοποίηση και η προσωπική αυτοπεποίθηση που αποκτούν οι νοσηλευτές έπειτα από εκπαίδευση στη διαλογή^[32-34]. Η βιβλιογραφία επίσης βρίθει από μελέτες που στόχευσαν στην αποτελεσματικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διαδικασία της διαλογής, όσον αφορά τον χρόνο αναμονής των περιστατικών στο χώρο των επειγόντων πριν και μετά την ιατρική εκτίμηση^[35-38]. Φυσικά, έχει καταμετρηθεί και η αξία του νοσηλευτικού triage σε σύγκριση με την απουσία νοσηλευτή στο triage^[39,40].

ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΘΕΜΑΤΟΣ

Αυτή η πληθώρα ερευνητικών προσπαθειών επιβεβαιώνει και τη σπουδαιότητα του θέματος.

Η διαδικασία της διαλογής καθώς και τα συστήματα διαλογής που έχουν κατοχυρωθεί ανά τον κόσμο σχεδιάστηκαν όλα για τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών και την εγγύηση της καλύτερης εν δυνάμει απόδοσης των εργαζομένων. Για αυτό το λόγο, τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μεγάλη κινητοποίηση όσον αφορά τον καθορισμό του ρόλου του «νοσηλευτή διαλογής» με σκοπό να προφυλαχθεί η ασφάλεια των ασθενών στο ΤΕΠ.

Οι επιπτώσεις λανθασμένου triage είναι πολλές αν αναλογιστεί κανείς το ίδιο το άτομο, τον ασθενή, το νοσοκομείο, την κοινωνία και την πολιτεία. Το κόστος μιας λάθους εκτίμησης είναι πολύπλευρο καθώς μπορεί να είναι ασήμαντο ή μοιραίο. Επομένως, η επικινδυνότητα λανθασμένης διαλογής είναι ένα κίνητρο να προχωρήσει κανείς σε μελέτη περί αυτού. Συνάμα, ο πληθυσμός που αφορά αυτή η μελέτη είναι μεγάλος καθώς δεν αποσκοπεί μόνο στην διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών αλλά και στην προφύλαξη της ζωής των ασθενών, που είναι το πλέον σημαντικό. Η συχνότητα και η πιθανότητα εμφάνισης αυτού του φαινομένου που ονομάζουμε λανθασμένο triage (mistriage) ή λανθασμένη εκτίμηση μπορεί να καταμετρηθεί σε ποικίλες μελέτες.

ΑΕΛΟΜΕΝΑ ΕΡΕΥΝΩΝ

Ερευνητικά δεδομένα

Οι μελέτες άλλων ερευνητών έχουν καταλήξει σε κάποια σημαντικά και εύλογα συμπεράσματα για τη διαδικασία της Διαλογής από νοσηλευτές. Έως τώρα έχουν συμπεράνει πως οι νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και συνάμα εγκυρότητα όταν προηγουμένως έχουν εκπαιδευτεί σε κάποιο πρωτόκολλο Διαλογής^[32-34]. Ακόμη, προτείνουν τη χρήση λογισμικών ή γραπτών φορμών για την ορθή λήψη απόφασης κατά τη Διαλογή^[17-19]. Υπάρχουν μελέτες που παραδέχονται την μείωση του χρόνου αναμονής όταν οι νοσηλευτές παραπέμπουν για εξετάσεις πριν την ιατρική εκτίμηση^[41,42] και άλλες που αμφιβάλλουν^[43,44]. Υποστηρίζουν ακόμα τη Διαλογή από ομάδα ιατρού- νοσηλευτή^[8-12]. Τέλος, έχει προκύψει ότι η έκβαση των ασθενών είναι η ορθή και αναμενόμενη όταν η Διαλογή γίνεται από εκπαιδευμένους νοσηλευτές συγκρίνοντας τις δυνητικές αποφάσεις των ιατρών για τους ίδιους ασθενείς^[7].

Επιπλέον, φαίνεται πως αρκετοί νοσηλευτές έχουν μέτριο επίπεδο ικανότητας triage. Βρέθηκε μια ισχυρή θετική σχέση μεταξύ του επιπέδου των γνώσεων και των δεξιοτήτων στη διαλογή των νοσηλευτών. Η γνώση σχετικά με το triage, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η εμπειρία κατάρτισης μέσω ειδικών σεμιναριακών μαθημάτων (triage training) είχαν σημαντική σχέση με την ικανότητα σωστού triage^[5].

Σύμφωνα με άλλη μελέτη η διαδικασία triage ήταν επιτυχής στις περισσότερες περιπτώσεις διαφοροποίησης του βαθμού βαρύτητας του περιστατικού χρησιμοποιώντας τη διαφορική διάγνωση ως σημείο αναφοράς. Η χρήση των κανόνων triage ήταν επίσης επιτυχής στη μείωση του χρόνου αναμονής για τις πιο επείγουσες περιπτώσεις. Ο συνολικός μέσος χρόνος αναμονής βελτιώθηκε ελαφρώς σε σύγκριση με την περίοδο μη χρήσης κανόνων triage^[45].

Εν κατακλείδι, μια ακόμη μελέτη κατέδειξε πως πενήντα νοσηλευτές (5 άνδρες, 45 γυναίκες), με μέση ηλικία 45 ετών, που υποδέχθηκαν 67.803 ασθενείς κατά τη διάρκεια ενός έτους, ταξινόμησαν τους περισσότερους ασθενείς στο επίπεδο 5 στην πρωινή βάρδια (7,9%) από ό, τι στην απογευματινή βάρδια (5,5%). Η διαφορά στο ρυθμό ταξινόμησης triage επιπέδου 5 ήταν σημαντική όταν οι νοσηλευτές ήταν μεγαλύτεροι ηλικιακά και η εμπειρία ήταν μεγαλύτερη. Ο αριθμός των περιστατικών που καταγράφηκαν από έναν νοσηλευτή συσχετίστηκε σημαντικά και άμεσα με το

ποσοστό των ασθενών που είχαν ανατεθεί στο επίπεδο 3 και αντιστρόφως σχετιζόταν με τα ποσοστά που αντιστοιχούσαν στο επίπεδο 4 και 5. Με λίγα λόγια διαπιστώθηκε ότι οι αναθέσεις σε επίπεδο triage σχετίζονται με την ηλικία, την εμπειρία, τη βάρδια και τον συνολικό αριθμό ασθενών που υποβλήθηκαν σε δοκιμασία από νοσηλευτή^[46].

Εμπειρικά δεδομένα

Σίγουρα τα εμπειρικά δεδομένα για την Διαλογή και την Αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών είναι ποικίλα και αυτό επιβεβαιώνεται από όσους εργάζονται σε ΤΕΠ και μάλιστα σε χώρο Διαλογής. Πολλοί υπεραμύνονται της άποψης πως η αποτελεσματικότητα έγκειται στην εμπειρία του νοσηλευτή ή στο μορφωτικό του επίπεδο από πλευράς τίτλων σπουδών. Ωστόσο, πολλοί είναι εκείνοι που παραδέχονται την προσωπική μορφωτική ανάπτυξη του καθενός εκτός πανεπιστημιακών ή άλλων τίτλων. Αν μη τι άλλο, στην καθημερινότητα θα παρατηρήσουμε νοσηλευτές Διετούς Εκπαίδευσης να επιτελούν αξιοθαύμαστο triage, αλλά και νοσηλευτές μικρής εμπειρίας να καλύπτουν αξιόλογα τη θέση του νοσηλευτή διαλογής.

Επιπροσθέτως, παρατηρούμε στο νοσηλευτικό προσωπικό μεγάλη θετική αλλαγή ικανοτήτων triage έπειτα από ολιγόωρη εκπαίδευση, ακόμη και αν η προσέλευση ασθενών είναι διπλάσια. Ακόμη, βλέπουμε αποτελεσματική διαλογή και σε περιπτώσεις που δεν ακολουθούνται κατά γράμμα οι κατευθυντήριες οδηγίες διαλογής, αλλά υπεισέρχονται βαθύτερες σκέψεις απόφασης, όπως το ένστικτο του νοσηλευτή στη γενική όψη του ασθενούς που προκαλεί ανησυχία παρόλο που ο ίδιος μπορεί να αιτιάζεται σύμπτωμα προσέλευσης ήσσονος σημασίας.

Γενικότερα, η συζήτηση περί παραγόντων ορθής διαλογής και προτάσεων βελτίωσης της διαδικασίας ή του αποτελέσματος της διαλογής είναι μακρά. Τα εμπειρικά δεδομένα που μπορεί να παρουσιάσει ο καθένας μας διαφέρουν. Εξαιτίας αυτού, γίνεται προσπάθεια εξακρίβωσης της αλήθειας μέσω συνεχών ερευνητικών μελετών.

Β΄ ΜΕΡΟΣ – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Ειδικό Μέρος της εργασίας αφορά την προσωπική μελέτη στο θέμα που αναπτύχθηκε. Εδώ θα παρουσιαστεί ο σκοπός της ερευνητικής μελέτης και τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και που θα απαντηθούν. Επίσης, θα κοινοποιηθεί η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων και τη δόμηση του προβλήματος έως τη λύση του, καθώς και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε. Εν τη πορεία, παρουσιάζεται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση αναλύει περιγραφικά όλες τις μεταβλητές των δεδομένων. Η δεύτερη φάση πραγματοποιεί έλεγχο υπόθεσης ανάμεσα στις βασικές μεταβλητές, ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε εξαρχής. Στο τέλος, ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, η εξαγωγή συμπερασμάτων, η συγκριτική συζήτηση για παρόμοιες με το θέμα μελέτες και οι περιορισμοί που εντοπίζονται στην παρούσα μελέτη. Στο ειδικό μέρος περιλαμβάνεται και η περίληψη.

2. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η **απόφαση παραπομπής από το Νοσηλευτικό προσωπικό που πραγματοποιεί την διαλογή (Triage)** στην πρώτη ιατρική **ειδικότητα** παραπομπής για αξιολόγηση που εξέτασε τον ασθενή **ήταν ορθή ή εσφαλμένη**, σύμφωνα με την **τελική διάγνωση** που τέθηκε, και αν αυτή οφειλόταν η απόφαση στο **νοσηλευτικό προσωπικό**. Δευτερευόντως, θα παρουσιαστούν όλα τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά, επιδημιολογικά) για τον πληθυσμό των ασθενών που προσήλθε στο ΤΕΠ. Παράλληλα εξετάζονται ο φόρτος εργασίας, οι γνώσεις, η εμπειρία και η εκπαίδευση που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν υπεύθυνοι για τη διαλογή όπως και το επίπεδο των γνώσεων τους. Επιπλέον αναλύεται ο αριθμός των εξετάσεων που υποβλήθηκε κάθε ασθενής, το κόστος των εξετάσεων καθώς και η έκβαση των ασθενών αυτών.

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Στην εργασία αυτή θα μας απασχολήσουν τέσσερα (4) κύρια ερωτήματα, τα οποία θα απαντηθούν εφαρμόζοντας στατιστικό έλεγχο της υπόθεσης. Η διερεύνηση θα γίνει ανάμεσα σε πέντε μεταβλητές:

1. Εσφαλμένη απόφαση
2. Εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού στη διαλογή
3. Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού
4. Γνώση νοσηλευτικού προσωπικού
5. Φόρτος νοσηλευτικού έργου (βάσει πληθώρας προσέλευσης)

Συγκεκριμένα θα ερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στον πληθυσμό- δείγμα μεταξύ της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και την λήψη εσφαλμένης απόφασης ή όχι. Επιπλέον, θα μελετηθεί η σχέση μεταξύ της εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού σε χώρο διαλογής και της λήψης εσφαλμένης απόφασης. Ακόμη, θα διερευνηθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού και της λήψης εσφαλμένης απόφασης. Τέλος, θα εξεταστεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φόρτου εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, δηλαδή της πληθώρας προσέλευσης, και της συχνότητας του λάθους στη διαλογή.

4. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πρόκειται για μια αναδρομική περιγραφική επιδημιολογική μελέτη παρατήρησης και καταγραφής των χαρακτηριστικών των ασθενών που επισκέπτονται το ΤΕΠ ενός μεγάλου ιδιωτικού Νοσοκομείου.

ΧΩΡΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ιδιωτικού νοσοκομείου της Αθήνας στα πλαίσια εργασίας για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο όρος Αποτελεσματικότητα Διαλογής είναι πρισματικός καθώς μπορούμε να περικλύσουμε πολλές έννοιες. Ένα αποτελεσματικό triage περιλαμβάνει την **ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ** για τέσσερα επίπεδα:

- 1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**
- 2. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ**
- 3. ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ**
- 4. ΕΚΒΑΣΗ**

Ο όρος κατηγορία είναι η βαθμολογία βαρύτητας που θέτουμε σε κάθε περιστατικό και προκύπτει από πρωτόκολλα Διαλογής. Εδώ θα χρησιμοποιηθεί το σύστημα βαρύτητας Emergency Severity Index (ESI) με πέντε κατηγορίες επείγοντος. [βλέπε Παράρτημα Α]

Ο όρος ειδικότητα αφορά τον αρχικό ιατρό στον οποίο παραπέμφθηκε ο ασθενής από το νοσηλευτικό προσωπικό που τελούσε τη Διαλογή.

Ο όρος χρόνος αναφέρεται στον χρόνο αντιμετώπισης και διεκπεραίωσης του περιστατικού και τα όρια προκύπτουν από την κατηγορία βαρύτητας του περιστατικού. [βλέπε Παράρτημα Β]

Ο όρος έκβαση ορίζεται με τρία ενδεχόμενα:

- 1. Η ΕΞΟΔΟΣ**

2. Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ

3. Ο ΘΑΝΑΤΟΣ

Στην παρούσα μελέτη μελετήθηκε η δεύτερη κατηγορία αποτελεσματικότητας, καθώς κύριο μέλημα ήταν όχι να μειωθεί ο χρόνος αναμονής ή να κριθεί η σωστότερη χρήση του συστήματος ESI, αλλά να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η εκτίμηση της απόφασης του νοσηλευτικού προσωπικού κρίθηκε ως εσφαλμένη ή μη με βάση την **Τελική Διάγνωση** του ασθενούς και αν αυτή συνάδει με την αρχική ειδικότητα ιατρού που εκλήθη για το κάθε περιστατικό του δείγματος της μελέτης.

Κάθε λάθος διαλογή προσδιορίζεται επιπλέον ως εξής:

- ✓ ΛΑΘΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = σημαίνει ότι η Διαλογή ήταν λανθασμένη καθώς επιλέχθηκε λάθος ιατρική ειδικότητα σύμφωνα με την τελική διάγνωση του περιστατικού
- ✓ ΛΑΘΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ = σημαίνει ότι η Διαλογή ήταν λανθασμένη διότι το πρωτόκολλο του νοσοκομείου προσδιόρισε την επιλογή της ιατρικής ειδικότητας και όχι το νοσηλευτικό προσωπικό αυτοβούλως
- ✓ ΛΑΘΟΣ ΥΠΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ = σε κάθε περιστατικό όπου η Διαλογή ήταν λάθος εξαιτίας των ελλিপών ειδικοτήτων που είδαν ένα περιστατικό, δηλαδή υποεκτιμήθηκε
- ✓ ΛΑΘΟΣ ΥΠΕΡΕΚΤΙΜΗΣΗΣ = σε κάθε περιστατικό όπου οι ειδικότητες ήταν περίσσιες, δηλαδή υπερεκτιμήθηκε.

Η μελέτη εστίασε κυρίως στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού που έκανε τη Διαλογή των συγκεκριμένων ασθενών και στον Νοσηλευτικό Φόρτο εργασίας, για τα οποία θα παρουσιαστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με την αποτελεσματικότητα.

Αναφορά θα γίνει και στην ώρα προσέλευσης και στη συμφωνία ιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς ωστόσο να μελετηθούν οι στατιστικές συσχετίσεις. Η απόκρυψη στοιχείων δεν μπορεί να διερευνηθεί, καθώς η μελέτη δεν είναι συγχρονική ώστε να καταγράφεται επιτόπου η συνομιλία ασθενούς και νοσηλευτικού προσωπικού.

Ως χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού που μπορεί να έχουν επίπτωση στην ορθότητα της Διαλογής ορίζονται τα εξής:

1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

3. ΓΝΩΣΗ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

4. ΣΥΛΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Η εκπαίδευση αφορά το επίπεδο σπουδών κάθε ατόμου του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στη μελέτη.

Η εμπειρία αφορά τρία (3) επίπεδα. Εμπειρία όσον αφορά το πλήθος των ετών εργασίας ως νοσηλεύτης ή βοηθός νοσηλεύτη, των ετών εργασίας σε ΤΕΠ και των ετών εργασίας στη Διαλογή. Στην παρούσα μελέτη έγινε χρήση μόνο της τελευταίας κατηγορίας εμπειρίας, δηλαδή η εμπειρία σε χώρο διαλογής.

Η γνώση αφορά από τη μία πλευρά τις πληροφορίες που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό για τον ορισμό της Διαλογής και την κλίμακα που χρησιμοποιείται στο συγκεκριμένο τμήμα. Από την άλλη πλευρά, αφορά την ορθότητα των απαντήσεων έκαστου σε κλινικά σενάρια βαρύτητας και παραπομπής [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ Γ & Δ].

Η συλλογιστική εξήλθε από την απάντηση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον λόγο που τους οδήγησε στην απόφαση παραπομπής των ασθενών στις εκάστοτε ιατρικές ειδικότητες.

Τέλος, ο φόρτος του νοσηλευτικού έργου αξιολογήθηκε ως προς την πληθώρα προσέλευσης των ασθενών ανά βάρδια (8ωρο).

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο πληθυσμός της μελέτης αφορά όλους τους ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ σε διάστημα 8 τυχαίων ημερών του 2019, καθώς και του νοσηλευτικού προσωπικού που είχε την υπευθυνότητα της Διαλογής αυτών των ασθενών εκείνες τις ημέρες και είχαν υπηρεσία.

Το νοσηλευτικό προσωπικό Διαλογής του συγκεκριμένου τμήματος που συμμετείχε στη διαδικασία της Διαλογής εκείνο το διάστημα ήταν 12 άτομα, βάσει των καταγραφών και του προγράμματος του Νοσοκομείου. Το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογήθηκε σε πραγματικό χρόνο διαλογής με γνώμονα:

1. Την εκπαίδευση (Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής και Διετούς)
2. Την εμπειρία ως νοσηλευτές ή βοηθοί νοσηλευτές (μετρημένη σε έτη)
3. Την εμπειρία σε ΤΕΠ (μετρημένη σε έτη)
4. Την εμπειρία στη Διαλογή (μετρημένη σε έτη)

5. Την γνώση για την διαδικασία της Διαλογής όσον αφορά τη βαρύτητα των περιστατικών (με την βαθμολογία που θα καταφέρει έκαστος σε 10 τυχαία επιλεγμένα Σενάρια ESI) ^[47]
6. Την γνώση για τη διαδικασία της Διαλογής όσον αφορά την παραπομπή περιστατικών στις ανάλογες ιατρικές ειδικότητες (με την βαθμολογία που θα φέρει έκαστος σε 10 τυχαία επιλεγμένες Υποθέσεις Κλινικής Ιατρικής) ^[48]
7. Τους λόγους που συμβάλλουν στην λήψη απόφασης για την παραπομπή των ασθενών στην εκάστοτε ιατρική ειδικότητα

ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Έπειτα από χρήση κληρωτίδας επιλέχθηκαν οι εξής ημερομηνίες που αποτέλεσαν την πηγή των δεδομένων:

- ✓ Σάββατο 27 Απριλίου 2019
- ✓ Τετάρτη 23 Οκτωβρίου 2019
- ✓ Τρίτη 1 Ιανουαρίου 2019
- ✓ Κυριακή 24 Νοεμβρίου 2019
- ✓ Παρασκευή 13 Δεκεμβρίου 2019
- ✓ Τρίτη 2 Ιουλίου 2019
- ✓ Πέμπτη 23 Μαΐου 2019
- ✓ Δευτέρα 24 Ιουνίου 2019

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Κάποιοι ασθενείς αυτού του χρονικού διαστήματος παρέμειναν εκτός της μελέτης βάσει κριτηρίων αποκλεισμού. Τα κριτήρια αποκλεισμούς ήταν τα εξής:

1. Ηλικία. Αποκλείονται όλοι οι ασθενείς κάτω των 18 ετών
2. Ογκολογικά περιστατικά. Αποκλείονται όλοι οι καρκινοπαθείς ασθενείς, καθώς οι συγκεκριμένοι βάσει πρωτοκόλλου εξετάζονται μόνο από Ιατρούς Ογκολόγους. Επομένως, δεν υπάρχει διαλογή αυτών των ασθενών βάσει των συμπτωμάτων τους.
3. Ελλιπείς πληροφορίες. Αποκλείονται όλοι οι ασθενείς για τους οποίους τα στοιχεία που οδηγούν στην Τελική Διάγνωση δεν είναι επαρκή. Χωρίς την τελική διάγνωση δεν μπορεί να προκύψει αν η διαλογή ήταν ορθή.
4. Σύσταση. Αποκλείονται όλοι οι ασθενείς που ήρθαν συστημένοι από ιατρό του νοσοκομείου, ώστε να εξεταστούν από συγκεκριμένη ειδικότητα στο

ΤΕΠ, εφόσον σε αυτές τις προγραμματισμένες περιπτώσεις δεν λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των νοσηλευτών στη διαλογή.

5. Προγραμματισμένο ραντεβού. Αποκλείονται όλοι οι ασθενείς που προσήχθησαν στο ΤΕΠ, έπειτα από προγραμματισμό. Αυτό αφορά τους ασθενείς που προσήλθαν για τον δερματολόγο έπειτα από συνεννόηση, με χρήση του μικρού χειρουργείου των ΤΕΠ.
6. Επανεξέταση. Αποκλείονται οι ασθενείς που προσέγγισαν το ΤΕΠ για επανεξέταση, χορήγηση φαρμάκων σε τακτική βάση ή συνταγογράφηση.
7. Άρνηση. Αποκλείονται όλοι οι ασθενείς που αρνήθηκαν ίδια βουλήσει να εξεταστούν από την κατάλληλη (κατά τον εκάστοτε νοσηλευτή ή βοηθό νοσηλευτή) ειδικότητα, λόγω οικονομικών ή προσωπικών λόγων.
8. Έξοδος. Αποκλείονται όλοι οι ασθενείς που εξήλθαν λάθρα πριν εξεταστούν ή όσοι εξήλθαν χωρίς τις προτεινόμενες εξετάσεις προκειμένου να υπάρξει διάγνωση.

ΕΙΔΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Σημειώνεται ότι από τις 00:00 το βράδυ έως τις 09:00 της επόμενης την πνευμονολογική ειδικότητα καλύπτουν οι παθολόγοι οπότε οποιοδήποτε πνευμονολογικό περιστατικό που προσέρχεται αυτές τις ώρες και παραπέμπεται σε παθολόγο θα θεωρείται σωστή απόφαση. Επιπροσθέτως, ουρολογικά, γαστρεντερολογικά και δερματολογικά περιστατικά εκτιμώνται από παθολόγο από τις 15:00 έως τις 09:00 της επόμενης, καθώς οι παραπάνω ειδικότητες εφημερεύουν μόνο πρωινές ώρες, εκτός κάποιων εξαιρέσεων που δεν αντιμετωπίζονται από τον τελευταίο, όπως ανώδυνη αιματοουρία ή στάση βλωμού, όπου καλείται ουρολόγος και γαστρεντερολόγος αντίστοιχα. Τέλος, οι ειδικότητες θωρακοχειρουργικής και αγγειοχειρουργικής καλύπτονται από τον γενικό χειρουργό από τις 15:00 έως τις 09:00 της επόμενης για τον ίδιο λόγο.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η καταγραφή των περιστατικών γίνεται στο Βιβλίο Επειγόντων Περιστατικών και σε ειδικό λογισμικό σύστημα σε Η/Υ από τη γραμματειακή υποστήριξη του Τμήματος. Επομένως, η συλλογή των δεδομένων για τους ασθενείς προέκυψε μέσω

αυτών. Η συλλογή των δεδομένων για τους νοσηλευτές προέκυψε μέσω ειδικού έντυπου ερωτηματολογίου [Παράρτημα Δ].

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΚΑΝ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν τα εξής:

- Ηλικία
- Φύλο
- Ωρα προσέλευσης
- Αιτία προσέλευσης
- Κατηγορία επείγοντος (βάσει ESI)
- 1^η Ιατρική ειδικότητα (παραπομπή από νοσηλευτικό προσωπικό)
- 2^η Ιατρική ειδικότητα (παραπομπή από ιατρό)
- Ιατρικός φόρτος εργασίας
- Πλήθος ιατρών που εξέτασαν τον κάθε ασθενή
- Συμφωνία ιατρού – νοσηλευτικού προσωπικού για την 1^η παραπομπή
- Είδος Εξετάσεων
- Πλήθος Εξετάσεων
- Θεραπευτική παρέμβαση στον ασθενή
- Ύπαρξη Ιδιωτικής Ασφάλισης
- Κόστος για τον ασθενή
- Κόστος για το νοσοκομείο
- Διάγνωση
- Έκβαση
- Αποτέλεσμα παραπομπής (ορθό ή εσφαλμένο)
- Εκπαίδευση Νοσηλευτικού προσωπικού που έκανε τη διαλογή
- Εμπειρία Νοσηλευτικού προσωπικού που έκανε τη διαλογή
 - ✓ έτη εργασίας ως Νοσηλεύτης ή Βοηθός Νοσηλεύτης
 - ✓ έτη εργασίας σε ΤΕΠ και
 - ✓ έτη εργασίας στη Διαλογή
- Γνώση νοσηλευτικού προσωπικού που έκανε τη διαλογή
 - ✓ Σενάρια βαρύτητας ESI
 - ✓ Σενάρια παραπομπής

- Λόγοι που οδηγούν στη Λήψης απόφασης για την παραπομπή του ασθενούς- Λογική νοσηλευτικού προσωπικού
- Αποτέλεσμα Λογικής
- Νοσηλευτικός φόρτος εργασίας- Πλήθος ασθενών ανά βάρδια
- Λάθη ανά βάρδια

Η μεταβλητή **ESI** περιλαμβάνει τις τιμές κατάταξης κάθε ασθενούς, αναλόγως της βαρύτητάς τους, στις πέντε (5) κατηγορίες του ESI, όπως καταγράφηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό Διαλογής [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α].

Για κάποιους ασθενείς δεν καταγράφηκε αριθμός βαρύτητας (συμβολίζεται με 0). Αυτό συμβαίνει καθώς στο συγκεκριμένο νοσοκομείο που πραγματοποιήθηκε η μελέτη δεν είναι υποχρεωτικό να καταγραφεί αριθμός βαρύτητας, αλλά γίνεται με προαίρεση του εκάστοτε νοσηλευτή ή βοηθού νοσηλευτή. Επίσης, δεν αξιολογήθηκε αν οι κατηγοριοποιήσεις ήταν σωστές.

Η μεταβλητή **ΓΝΩΣΗ ESI** προκύπτει από το αποτέλεσμα της βαθμολογίας του εκάστοτε νοσηλευτή και βοηθού νοσηλευτή στα σενάρια βαρύτητας του ερωτηματολογίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ). Κάθε λάθος απάντηση βαθμολογήθηκε με 0 και κάθε σωστή με 1. Επομένως έχουμε διακύμανση βαθμολογιών από το 0 έως το 10 για τα 10 σενάρια.

Η μεταβλητή **ΓΝΩΣΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ** προκύπτει από το αποτέλεσμα της βαθμολογίας του εκάστοτε νοσηλευτή και βοηθού νοσηλευτή στα σενάρια παραπομπής στη σωστή ιατρική ειδικότητα ανάλογα με τα συμπτώματα που τους περιγράφονται (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ). Τα σενάρια παραπομπής είναι 10. Η βαθμολογία είναι από το 0 έως το 20. Για κάθε σωστή απάντηση δίνονται 2 βαθμοί, για κάθε παραπλήσια σωστή απάντηση δίνεται 1 βαθμός, για κάθε λανθασμένη απάντηση δίνονται 0 βαθμοί και για κάθε απάντηση που επιλέχθηκε ο παθολόγος ως ειδικότητα δώθηκε 0,5 βαθμός, καθώς ο παθολόγος είναι μια ειδικότητα διευκόλυνσης που θα μπορούσε να επιληφθεί κάθε σεναρίου.

Επίσης, διανεμήθηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό ο παρακάτω Πίνακας Α, προκειμένου να αποφασιστεί ποιος είναι ο πρωτεύων και ο έσχατος λόγος που τους οδηγεί να αποφασίσουν την ιατρική ειδικότητα 1^{ης} παραπομπής. Ο συγκεκριμένος πίνακας συμπληρώθηκε από 5 άτομα στο σύνολο των 12 που συμμετείχαν στη μελέτη.

Πίνακας Α. Αιτιολόγηση απόφασης νοσηλευτή κατά τη διαλογή

No	Ικανότητες	ΝΑΙ (1)	ΟΧΙ (0)
	Παραπέμπω τον ασθενή βάσει		
1	Πιθανότερης αιτίας		
2	Του βασικότερου αιτήματός του κατά την έλευση (αναφερόμενη αιτία)		
3	Κυριότερων συμπτωμάτων		
4	Αξιολόγησης (Ιστορικό, Κλινική εξέταση, Γενική εικόνα του ασθενούς, ΖΣ, ΗΚΓ)		
5	Πιθανότερης διάγνωσης		
6	Της κυριότερης θεραπείας που πρέπει να λάβουν		
7	Των πιθανότερων κινδύνων- επιπλοκών		
8	Ερωτήσεων αποκλεισμού υποθέσεων (ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΙΣ ΑΤΟΠΟΝ ΑΠΑΓΩΓΗ)		
9	Των γνώσεών μου		
10	Της εμπειρίας μου		
11	Εκπαίδευσης που έχω λάβει για το triage		
12	Του εφημερεύοντος ιατρού		
13	Της γνώμης κάποιου τρίτου (συγγενείς, συνάδελφοι)		
14	Του πρωτοκόλλου του νοσοκομείου		
15	Της προσέλευσης (αναμονή)		
16	Άλλο (Διευκρινίστε)		

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα αυτά καταχωρήθηκαν και θα αναλύθηκαν στατιστικά χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS 22.

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ- ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Η έναρξη της μελέτης ορίστηκε την 1^η Ιανουαρίου 2020, εφόσον εγκρίθηκε από τις αρμόδιες επιτροπές του Τμήματος της Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και του Ιδιωτικού Νοσοκομείου και αφότου συμφώνησαν όλα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που θα συμμετάσχουν στη μελέτη. Το πέρας της μελέτης ορίστηκε και επήλθε τον Οκτώβριο του 2020.

Το οικονομικό κόστος της μελέτης είναι μηδενικό και δεν υπήρξε χρηματοδότηση, καθώς δε χρησιμοποιήθηκαν αναλώσιμος υλικοτεχνικός εξοπλισμός ή οδοιπορικές δαπάνες.

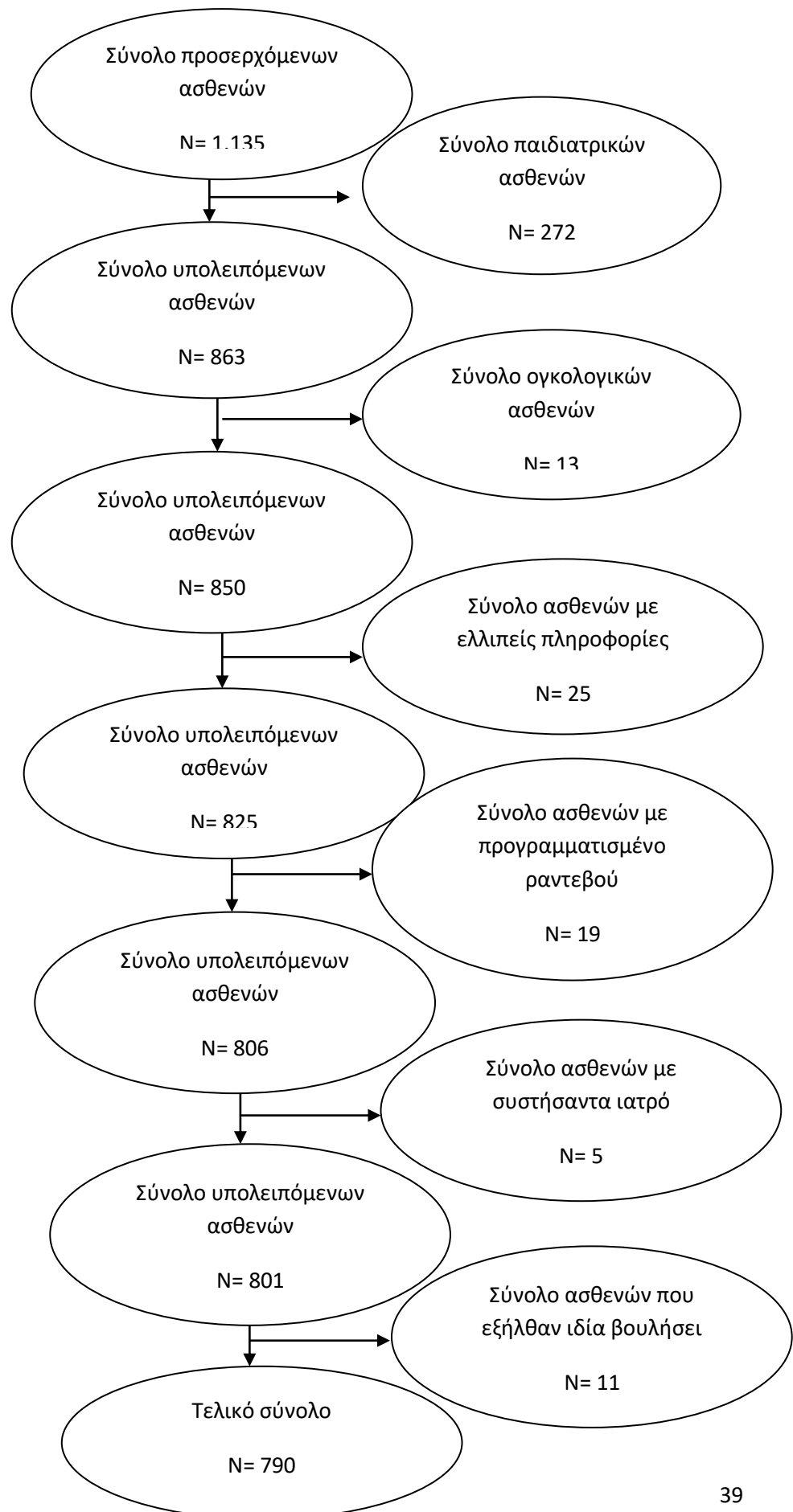
ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Κάθε ασθενής που συμπεριλήφθη στη μελέτη προστατεύεται σύμφωνα με την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων να μην αποκαλυφθεί οποιοδήποτε στοιχείο το οποίο θα σκιαγραφούσε τον ίδιο και θα εξέθετε προσωπικές πληροφορίες που οφείλουν να είναι απόρρητες. Κάθε νοσηλευτής ή βοηθός νοσηλευτή που έγινε μέλος της μελέτης έχει ενημερωθεί πλήρως για όλη τη διαδικασία και το περιεχόμενο της μελέτης και έχει συμφωνήσει εγγράφως για την συμμετοχή του, αφού έχει κατανοήσει σαφώς τα οφέλη και τους κινδύνους της συλλογής των δεδομένων που τον αφορούν. Το συμμετέχον νοσηλευτικό προσωπικό έχει επίσης ενημερωθεί για το δικαίωμά του να μην απαντήσει στο ερωτηματολόγιο που προορίζεται για αυτούς αν δεν το επιθυμούν ή να εξέλθουν από την μελέτη οποιαδήποτε στιγμή με κανένα κόστος. Υπογράφηκαν δύο αντίγραφα. Το ένα αντίγραφο προορίζεται για το νοσηλευτικό προσωπικό. [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η]

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο διάστημα που πραγματοποιήθηκε η μελέτη προσήλθαν 790 ασθενείς στο ΤΕΠ του Ιδιωτικού Νοσοκομείου. Παρακάτω φαίνεται πως προέκυψαν οι 790 ασθενείς.

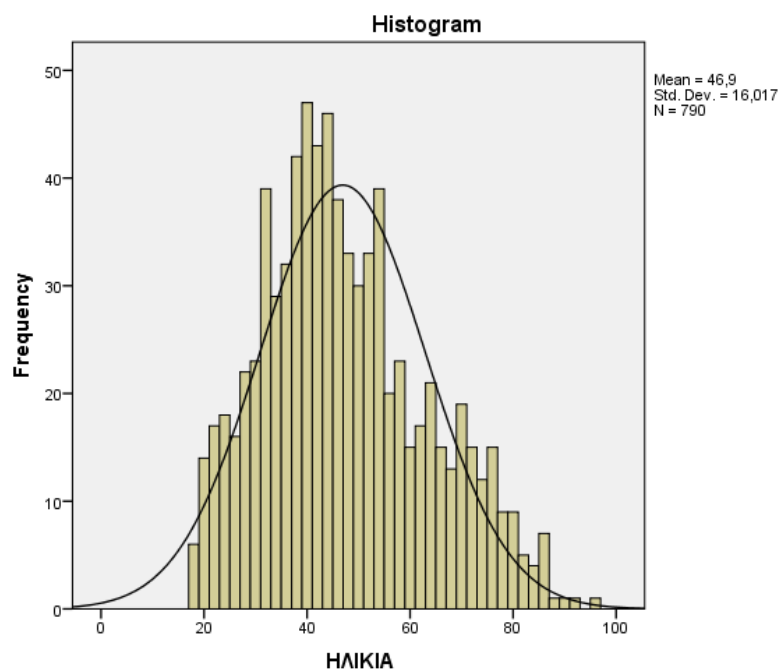
Σχήμα 1- Διάγραμμα ροής ασθενών



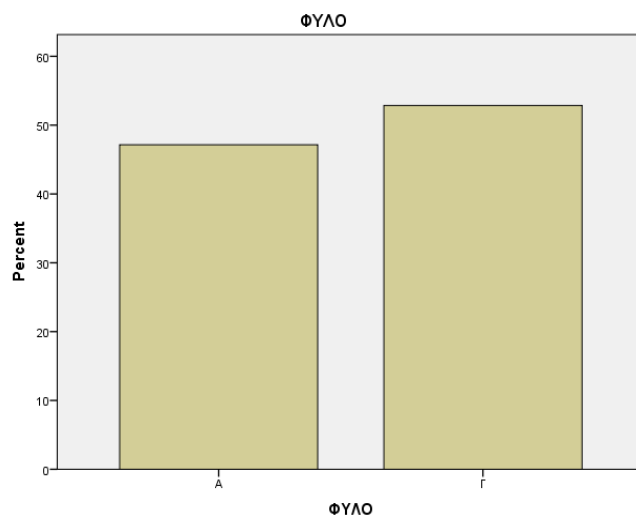
ΗΛΙΚΙΑ και ΦΥΛΟ

Η μέση ηλικία των ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ το διάστημα που μελετήσαμε ήταν $46,9 \pm 0,6$ με εύρος 18 έως 95 έτη. Οι 2 επικρατούσες τιμές ηλικιών που είχαν τη μεγαλύτερη προσέλευση στο ΤΕΠ που είναι οι 40χρονοι και οι 43χρονοι (30 ασθενείς αντίστοιχα, 3,8%). Η κατανομή των ηλικιών και η καμπύλη κανονικότητας φαίνεται στο Σχήμα 1Α. Από τους 790 ασθενείς οι 373 ήταν άνδρες (47,2%) και οι 417 γυναίκες (52.8%) (Σχήμα 2Α).

Σχήμα 1Α. Ιστόγραμμα κατανομής της ηλικίας.



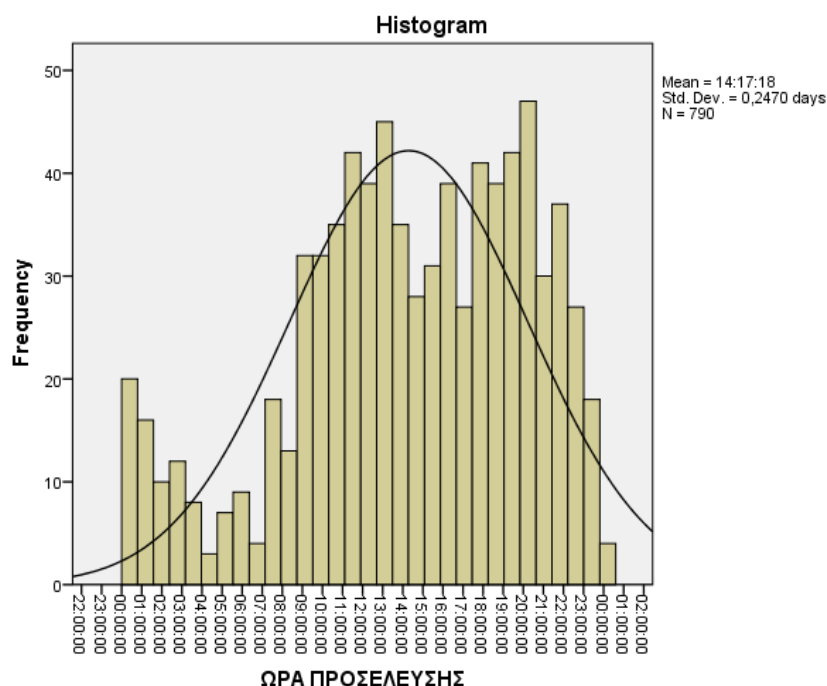
Σχήμα 2Α. Κατανομή φύλου στο πληθυσμό των 790 ατόμων.



ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Ο όγκος ασθενών και η ακριβής ώρα προσέλευσης που καταγράφηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη στιγμή που κατέφθασε ο ασθενής στο ΤΕΠ φαίνεται στο σχήμα 3Α. Η ώρα που υπήρξε η μεγαλύτερη προσέλευση στο ΤΕΠ ήταν στις 20:30 και ακολούθως στις 13:00. Η δικόρυφη κατανομή της ώρας προσέλευσης φαίνεται στο ιστόγραμμα του σχήματος 3Α.

Σχήμα 3Α. Κατανομή της ώρας προσέλευσης. Παρουσιάζει 2 κορυφές 13.00 και 20.30



ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Η αιτία προσέλευσης των ασθενών στο ΤΕΠ φαίνεται αναλυτικά κατά σύστημα στον πίνακα 4Α.

Πίνακας 4Α. Αιτία προσέλευσης των ασθενών στο ΤΕΠ ανάλογα με το οργανικό σύστημα.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ	1. Υπέρταση	2	0,3
	2. Αίσθημα παλμών	15	1,9

	3. Δυσφορία	5	0,6
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	1. Βήχας	38	4,8
	2. Δύσπνοια	12	1,5
	3. Αιμόπτυση	1	0,1
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1. Αιμοδία	6	0,8
	2. Απώλεια μνήμης	1	0,1
	3. Αστάθεια	1	0,1
	4. Δυσαρθρία	3	0,4
	5. Ζάλη	25	3,2
	6. Πάρεση άκρου	1	0,1
	7. Τρόμος	2	0,3
ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ	1. Υπεργλυκαιμία	1	0,1
ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ	1. Δερματικές εκδηλώσεις (εκχυμώσεις, πετέχειες)	3	0,4
	2. Μετεγχειρητική αιμορραγία αμυγδαλών	4	0,5
	3. Πτώση αιματοκρίτη σε εργαστηριακές εξ.	1	0,1
ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ	1. Δυσουρία	17	2,2
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ	1. Έμετοι- Διαρροϊκές κενώσεις	28	3,5
	2. Μέλαινες κενώσεις	4	0,5
ΔΕΡΜΑ	1. Έγκαυμα	1	0,1
	2. Εξάνθημα	22	2,8
	3. Κνησμός	1	0,1
	4. Μόρφωμα	29	3,7
	5. Οίδημα	14	1,8
ΟΦΘΑΛΜΟΙ	1. Ερεθισμός	4	0,5
ΡΙΣ	1. Ρινική καταρροή	4	0,5
ΤΡΑΥΜΑ	1. Άκρου	113	14,3

	2. Θώρακος	6	0,8
	3. Κεφαλής- προσώπου	11	1,4
	4. Κοιλίας	1	0,1
	5. Σπονδυλικής Στήλης	5	0,6
	6. Ξένο σώμα	4	0,5
	7. Θλαστικό	27	3,4
	8. Πολλαπλό (από πτώση)	18	2,3
	9. Πολλαπλό (από τροχαίο)	9	1,1
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	1. Ανησυχία	2	0,3
ΑΛΛΟ	1. Κόπωση	4	0,5
	2. Λιποθυμικό	13	1,6
	3. Πυρετός	14	1,8
	4. Ρίγος	2	0,3
ΑΛΓΟΣ	1. Άκρου	73	9,3
	2. Θωρακικό	46	5,8
	3. Κοιλιακό	66	8,4
	4. Κεφαλής	18	2,3
	5. ΑΜΣΣ	10	1,3
	6. Οσφύος	49	6,2
	7. Πρωκτού	3	0,4
	8. Γενν. Οργάνων	1	0,1
	9. Ωτών	26	3,3
	10. Φάρυγγος	25	3,2

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΒΑΣΕΙ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ESI

Η μεταβλητή **ESI** περιλαμβάνει τις τιμές κατάταξης κάθε ασθενούς, αναλόγως της βαρύτητάς τους, στις πέντε (5) κατηγορίες του Emergency Severity Index, όπως καταγράφηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό Διαλογής [Για την κλίμακα ESI βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α].

Για 180 ασθενείς δεν καταγράφηκε αριθμός βαρύτητας βάσει ESI από το νοσηλευτικό προσωπικό Διαλογής (συμβολίζεται με 0). Οι υπόλοιποι ασθενείς κατατάχθηκαν όπως φαίνεται στον Πίνακα 5Α (Σχήμα 5Α). Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που αξιολογήθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίστηκαν ως χαμηλής βαρύτητας επείγοντος περιστατικά (No 4).

Πίνακας 5Α. Κατάταξη Ασθενών βάσει κλίμακας ESI

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δεν κατατάχθηκαν (0)	180	22,8
1	0	0
2	0	0
3	2	0,3
4	601	76,2
5	7	0,9
Σύνολο	790	100,0

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ 1^{ΗΣ} ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (από τον νοσηλευτή)

Η μεταβλητή **Ιατρός 1** δείχνει την επιλογή ιατρικής ειδικότητας από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ουσιαστικά είναι η 1^η παραπομπή του ασθενούς. (Πίνακας 6Α). Αξιοσημείωτο είναι πως για αρχική εκτίμηση το νοσηλευτικό προσωπικό επέλεξε παραπάνω από μία ειδικότητες για 30 μόνο ασθενείς (3,8%) (Πίνακας 6Β).

Πίνακας 6Α. Ειδικότητα πρώτης παραπομπής από το Νοσηλευτικό προσωπικό.

1 ^Η ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	257	32,5
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	125	15,8
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	97	12,3
ΩΡΛ	83	10,5
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	64	8,1
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	55	7
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	49	6,2
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4	0,5
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	4	0,5
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	2	0,3
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	7	0,9
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	11	1,4
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	2	0,3
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ	30	3,8
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ		

Οι ασθενείς για τους οποίους χρειάστηκε παράλληλη αξιολόγηση από 2 ειδικότητες λόγω συν-νοσηρότητας φαίνονται στον παρακάτω πίνακα 6Β και αποτελούν ανάλυση της τελευταίας κατηγορίας του πίνακα 6Α.

Πίνακας 6B. Οι 30 ασθενείς για τους οποίους απαιτήθηκε παράλληλη αξιολόγηση από 2 ιατρικές ειδικότητες από το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	+	5	0,6
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	+	1	0,1
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ + ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ		1	0,1
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ + ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ		2	0,3
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ + ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	+ +	1	0,1
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ + ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		3	0,4
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ + ΩΡΛ		1	0,1
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	+	1	0,1
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	+	14	1,8
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	+	1	0,1
ΣΥΝΟΛΟ		30	3,8%

Επομένως, το πλήθος των ασθενών που εξέτασε η κάθε ειδικότητα είτε μόνη της είτε συνδυαστικά με άλλη είναι:

- ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ = 275, (34,8%)
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ = 127, (16,1%)
- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ = 115, (14,6%)
- ΩΡΛ = 84, (10,6%)
- ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ = 71, (8,9%)
- ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ = 62, (7,8%)
- ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ = 15, (1,9%)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ 2^{ΗΣ} ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (από τον ιατρό 1)

Η μεταβλητή **Ιατρός 2** δείχνει την επιλογή ιατρικής ειδικότητας από τον Ιατρό_1. Ουσιαστικά, είναι η παραπομπή του ασθενούς από τον ιατρό που επιλέχθηκε αρχικά από το νοσηλευτικό προσωπικό και αποτελεί τη δεύτερη παραπομπή του ασθενούς. Οι περισσότεροι ασθενείς 692 (87,6%) δεν παραπέμφθηκαν σε 2^η ειδικότητα πέραν αυτής που τους παρέπεμψε το νοσηλευτικό προσωπικό αρχικά. Άλλοι 98 παραπέμφθηκαν σε δεύτερο (Πίνακας 7Α).

Επίσης, η ειδικότητα που παραπέμπει συχνότερα σε άλλη ειδικότητα είναι η Νευρολογική με 25 παραπομπές συνολικά.

Πίνακας 7Α. Κατανομή ειδικότητας 2^{ης} παραπομπής από τον 1^ο ιατρό.

2 ^Η ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΠΕΜΨΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	%
ΚΑΜΙΑ		692	87,6
ΩΡΛ	12 από Νευρολόγο 8 από Πνευμονολόγο 5 από Παθολόγο 1 από Καρδιολόγο	26	3,3
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	8 από Νευρολόγο 4 από ΩΡΛ 2 από Ορθοπεδικό 2 από Χειρουργό 1 από Καρδιολόγο 1 από Πνευμονολόγο	18	2,3
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	5 από ΩΡΛ 4 από Καρδιολόγο 2 από Παθολόγο	11	1,4
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	4 από Παθολόγο 2 από Νευρολόγο 2 από Πνευμονολόγο 1 από Χειρουργό	9	1,1
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	4 από ΩΡΛ 1 από Καρδιολόγο 1 από Χειρουργό 1 από Ορθοπεδικό 1 από Παθολόγο	8	1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2 από Παθολόγο 2 από Καρδιολόγο 1 από Νευρολόγο 1 από Πνευμονολόγο 1 από Ορθοπεδικό	7	0,9
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	2 από Καρδιολόγο 1 από Πνευμονολόγο 1 από Νευρολόγο 1 από Νευροχειρουργό	5	0,6

ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2 από Ορθοπεδικό 1 από Χειρουργό	3	0,4
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Από χειρουργό	1	0,1
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	Από Νευρολόγο	1	0,1
ΠΛΑΣΤΙΚΗ	Από Χειρουργό	1	0,1
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ		8	1

Σημειώνεται πως η 2^η παραπομπή σε παραπάνω από μία ειδικότητες από τον πρώτο ιατρό έγινε για 8 ασθενείς συνολικά (1%). (Πίνακας 7Α τελευταία γραμμή και Πίνακας 7Β πλήρης ανάλυση των 8 ασθενών). Για τους ασθενείς που χρειάστηκε παράλληλη αξιολόγηση από 2 ειδικότητες λόγω συν-νοσηρότητας φαίνεται παρακάτω και αποτελούν ανάλυση της τελευταίας κατηγορίας του πίνακα 7Α

Πίνακας 7Β. Κατανομή παραπομπής συνδυασμού ειδικοτήτων.

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΠΕΜΨΕ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	+	Παθολόγος	1	0,1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	+	ΩΡΛ, Νευρολόγος	2	0,3
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	+	Καρδιολόγος	2	0,3
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	+	Νευροχειρουργός	1	0,1
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	+	ΩΡΛ	1	0,1
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	+	Καρδιολόγος	1	0,1
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΟΛΟ	+		8	1

ΦΟΡΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αθροίζοντας τους ασθενείς που εξέτασε τελικά η κάθε ειδικότητα ξεχωριστά με βάση τα δεδομένα των μεταβλητών Ιατρός_1 και Ιατρός_2, έχουμε τα πιο κάτω αποτελέσματα:

- Ορθοπεδική = 281 (επιπλέον 6)
- Παθολογική = 146 (επιπλέον 19)
- Χειρουργική = 122 (επιπλέον 7)
- ΩΡΛ = 110 (επιπλέον 26)
- Καρδιολογική = 83 (επιπλέον 12)
- Νευρολογική = 78 (επιπλέον 16)
- Πνευμονολογική = 62 (επιπλέον 13)
- Νευροχειρουργική = 18 (επιπλέον 3)
- Ουρολογική = 12 (επιπλέον 1)
- Αγγειοχειρουργική = 4, όλοι 1^η παραπομπή
- Γαστρεντερολογική = 4, όλοι 1^η παραπομπή
- Οφθαλμολογική = 3 (επιπλέον 1)
- Δερματολογική = 2, όλοι 1^η παραπομπή
- Πλαστική = 1, όλοι 2^η παραπομπή
- Γυναικολόγος = 4, όλοι 2^η παραπομπή

Να σημειωθεί ότι για την θωρακοχειρουργική ειδικότητα υπήρξε ένας ασθενής που παραπέμφθηκε. Ωστόσο, δεν συμπεριλήφθηκε καθώς δεν επιθυμούσε να εξεταστεί από την εν λόγω ειδικότητα λόγω κόστους. Επιπλέον, υπήρξαν 4 παραπομπές σε Γυναικολόγο σε τακτική βάση.

ΠΛΗΘΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΑΝ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Η μεταβλητή **Πλήθος Ιατρών** δείχνει το πλήθος των ιατρικών ειδικοτήτων που εξέτασαν έναν ασθενή. (Πίνακας 8Α). Το 98,2% εξετάστηκε από έναν ή δυο γιατρούς.

Πίνακας 8Α. Πλήθος ιατρών που εξέτασαν τον ασθενή

ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1	667	84,4
2	109	13,8
3	13	1,6
4	1	0,1
Σύνολο	790	100,0

ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ 1^Η ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ

Η μεταβλητή **Συμφωνία Ιατρού-Νοσηλευτικού προσωπικού** αφορά τη συμφωνία του Ιατρού_1 με την επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού στην 1^η παραπομπή του ασθενούς. Η μεταβλητή έχει τιμές ΘΕΤΙΚΟΣ, όταν ο ιατρός συμφωνεί με το νοσηλευτικό προσωπικό στην 1^η ειδικότητα που πρέπει να εξετάσει τον ασθενή, και ΑΡΝΗΤΙΚΟΣ όταν δεν συμφωνούν ή όταν ο ιατρός προτείνει περισσότερες ειδικότητες να εξετάσουν τον ασθενή, που το νοσηλευτικό προσωπικό έπρεπε να παραπέμψει και παρέλειψε (Πίνακας 9Α).

Πίνακας 9Α. Συμφωνία Ιατρού – Νοσηλευτικού προσωπικού για την 1^η παραπομπή

ΙΑΤΡΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΡΝΗΤΙΚΟΣ	102	12,9
ΘΕΤΙΚΟΣ	688	87,1
Σύνολο	790	100,0

ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Η μεταβλητή **Εξετάσεις** περιλαμβάνει αναλυτικά τα είδη των εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε ο κάθε ασθενής (Πίνακας 10Α).

Πίνακας 10Α. Είδος και σύνολο εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ	245	31
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ	305	38,6
ΑΞΟΝΙΚΗ	113	14,3
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ	1	0,1
ΥΠΕΡΗΧΟΣ	108	13,7
ΟΥΡΩΝ	30	3,8
ΚΟΠΡΑΝΩΝ	2	0,3
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	18	2,3
ΑΚΟΟΓΡΑΜΜΑ	2	0,3

ΠΛΗΘΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Η μεταβλητή **Πλήθος Εξετάσεων** αφορά το πλήθος των διαφορετικών εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε ο κάθε ασθενής (Πίνακας 11Α). Το 33,7% των ασθενών δεν υποβλήθηκε σε καμία εργαστηριακή εξέταση.

Πίνακας 11Α. Πλήθος εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε ο κάθε ασθενής

ΠΛΗΘΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0	266	33,7
1	295	37,3
2	167	21,1
3	53	6,7
4	9	1,1
Σύνολο	790	100,0

ΑΝΑΓΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η μεταβλητή **Θεραπευτική** προσδιορίζει αν χρειάστηκε θεραπευτική παρέμβαση ο ασθενής. Είναι μια κατηγορική τριχότομη μεταβλητή με τις τιμές ΚΑΜΙΑ, όταν δεν έγινε καμία θεραπευτική παρέμβαση, ΦΑΡΜΑΚΑ, όταν εφαρμόστηκε κάποια φαρμακευτική αγωγή φάρμακα, και ΠΡΑΞΗ, όταν η παρέμβαση αφορούσε ιατρική πράξη όπως είναι η συρραφή τραύματος και η τοποθέτηση γυψονάρθηκα (Πίνακας 12Α). Στο 79,9 % των ασθενών δεν χρειάστηκε κάποια θεραπεία ή αγωγή.

Πίνακας 12Α. Ανάγκη ή όχι χορήγησης αγωγής ή εφαρμογής θεραπείας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΜΙΑ	631	79,9
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	78	9,9
ΦΑΡΜΑΚΑ	81	10,3
Σύνολο	790	100,0

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η μεταβλητή **Ασφάλιση** διαχωρίζει τους ασθενείς σε δύο ομάδες, αναλόγως ύπαρξης ιδιωτικής ασφάλειας ή όχι. Αξίζει εδώ να σημειωθεί πως 4 από τους 790 ασθενείς παρ' όλο που ήταν ιδιώτες τους παρασχέθηκαν οι πρώτες βοήθειες χωρίς κόστος, καλύπτοντας τα έξοδα το ίδιο το νοσοκομείο.

Πίνακας 13Α. Κατοχή ή όχι ιδιωτικής ασφάλισης.

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	626	79,2
ΟΧΙ	164	20,8
Σύνολο	790	100,0

ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Η μεταβλητή **Κόστος Ασθενούς** αφορά το κόστος για τον ασθενή από την συνολική αντιμετώπισή του στο ΤΕΠ και μετριέται σε €. Το Κόστος_Ασθενούς μπορεί να είναι μηδενικό όταν ο ασθενής καλύπτεται από κάποια Ιδιωτική Ασφάλιση στις παροχές που του προσφέρθηκαν και αυξάνεται όταν η Ασφάλισή του δεν τον καλύπτει ολοκληρωτικά. Το μέσο κόστος ήταν $63,2 \pm 4,4$ ευρώ με εύρος 0-868,35 ευρώ και συνολικό κόστος 49.891,12 ευρώ. Η επικρατούσα τιμή ήταν μηδέν (0) λόγω ασφαλιστικής κάλυψης (ιδιωτικής).

Η μεταβλητή κατηγοριοποιήθηκε για την καλύτερη απεικόνιση και μελέτη του κόστους του κάθε ασθενούς σε υποκατηγορίες ανά 100 ευρώ (Πίνακας 14Α).

Πίνακας 14Α. Η κατανομή του κόστους σε υποομάδες φαίνεται παρακάτω.

ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΗ (€)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ	Αθροιστική Σχετική Συχνότητα
0	475	60,1	60,1
0- 100	134	17,0	77,1
100- 200	109	13,8	90,9
200- 300	32	4,1	94,9
300- 400	18	2,3	97,2
400- 500	10	1,3	98,5
500- 600	3	0,4	98,9
600- 700	3	0,4	99,2
700- 800	3	0,4	99,6
800- 900	3	0,4	100,0
Σύνολο	790	100,0	

ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η μεταβλητή **Κόστος Νοσοκομείου** αφορά το κόστος για το νοσοκομείο από την συνολική αντιμετώπιση του κάθε ασθενούς στο ΤΕΠ και μετριέται σε €. Το Κόστος_Νοσοκομείου μπορεί να είναι μηδενικό όταν ο ασθενής δεν καλύπτεται από κάποια Ιδιωτική Ασφάλιση και αυξάνεται όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί παροχές του νοσοκομείου δωρεάν λόγω κάλυψης από την Ασφάλισή του. Σε σύνολο κόστους 117.175,00 ευρώ, το μέσο κόστος ήταν $148,1 \pm 5,2$ (Εύρος 0-775,00) με επικρατούσα τιμή το μηδενικό κόστος.

Η μεταβλητή μετατράπηκε επίσης σε κατηγορική για την καλύτερη απεικόνιση και μελέτη του κόστους του νοσοκομείου (Πίνακας 15Α).

Πίνακας 15Α. Κατανομή κόστους για το Νοσοκομείο ανάλογα με το μέγεθος του κόστους.

ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (€)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ	Αθροιστική Σχετική Συχνότητα
0	184	23,3	23,3
0-100	162	20,5	43,8
100-200	226	28,6	72,4
200-300	92	11,6	84,1
300-400	74	9,4	93,4
400-500	29	3,7	97,1
500-600	17	2,2	99,2
600-700	3	,4	99,6
700-800	3	,4	100,0
Σύνολο	790	100,0	

ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η μεταβλητή Διάγνωση περιγράφει την τελική ιατρική διάγνωση που τέθηκε σε κάθε ασθενή (Πίνακας 16Α). Η συχνότερη διάγνωση ήταν η απλή κάκωση κάποιου άκρου. Σημαντικό εδώ θα ήταν να προσθέσουμε τους ασθενείς που είχαν Μικτό πρόβλημα που είναι 15 (1,9%) και Ουδέν εύρημα που είναι 23 (2,9%)..

Πίνακας 16Α. Τελική διάγνωση κατά σύστημα. 23 είχαν ως διάγνωση κανένα πρόβλημα και 15 είχαν μικτή διάγνωση.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
	ΟΥΔΕΝ	23	2,9

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ	1. Αγγειόσπασμος στεφανιαίων λόγω χρήσης ουσιών	1	0,1
	2. Αίσθημα παλμών	3	0,4
	3. Αλλοιώσεις ΗΚΓ	1	0,1
	4. Ανεπάρκεια βαλβίδας	1	0,1
	5. Άτυπο θωρακικό άλγος	1	0,1
	6. Βαγοτονία	2	0,3
	7. Βραδυκαρδία	1	0,1
	8. Καρδιακή ανεπάρκεια	1	0,1
	9. Κιρσοί κάτω άκρων	2	0,3
	10. Κολπική μαρμαρυγή	5	0,6
	11. Κολπικός περυγισμός	1	0,1
	12. Καρδιογενές Οξύ Πνευμονικό Οίδημα	1	0,1
	13. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	5	0,6
	14. Προσυγκοπικό επεισόδιο (λόγω αφυδάτωσης)	1	0,1
	15. Στεφανιαία νόσος	2	0,3
	16. Στένωση αορτικής βαλβίδας	1	0,1
	17. Στηθάγχη	4	0,5

	18. Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία	1	0,1
	19. Υπέρταση	1	0,1
	20. Φλεβική ανεπάρκεια	1	0,1

ΑΝΩΤΕΡΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ (ΩΤΑ- ΡΙΣ- ΦΑΡΥΓΓΑΣ- ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ)	1. Αμυγδαλίτιδα	13	1,6
	2. Βύσματα ωτών	3	0,4
	3. Εμβοές	1	0,1
	4. Επίσταξη	1	0,1
	5. Ιγμορίτιδα	1	0,1
	6. Ήλιγγος λαβυρίνθου	14	1,8
	7. Λοίμωξη	8	1
	8. Παραρρινοκολπίτιδα	5	0,6
	9. Πνιγμονή	1	0,1
	10. Ρινίτιδα	2	0,3
	11. Ρινορραγία	1	0,1
	12. Στοματίτιδα	2	0,3
	13. Τραυματισμός ωτός	2	0,3
	14. Φαρυγγίτιδα	11	1,4
	15. Ωτίτιδα	17	2,2

ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	1. Άμβλυυση πλευροδιαφραγματικής γωνίας	1	0,1
	2. Βρογχικό άσθμα	3	0,4
	3. Βρογχεκτασίες	1	0,1
	4. Βρογχίτιδα	13	1,6
	5. Εμφύσημα	2	0,3
	6. Ερεθιστικός βήχας	5	0,6
	7. Ίνωση	1	0,1
	8. Καρκίνος πνεύμονος	1	0,1
	9. Κρίση άσθματος	1	0,1
	10. Λαρυγγίτιδα	3	0,4
	11. Λοίμωξη	13	1,6

	12. Πνευμονική εμβολή	1	0,1
	13. Πνευμονία	8	1
	14. Σκιερότητα ακτινογραφίας ως εύρημα	1	0,1

ΝΕΥΡΙΚΟ	1. Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ)	8	1
	2. Αιμάτωμα εγκεφάλου	1	0,1
	3. Ημικρανία	6	0,8
	4. Κεφαλαλγία από χρόνια παραρρινοκολπίτιδα	1	0,1
	5. Ωλένια νευρίτιδα	1	0,1
	6. Παλαιό ΑΕΕ	1	0,1
	7. Πάρεση προσωπικού	3	0,4
	8. Σφαιρική αμνησία	1	0,1
	9. Σφηνοειδίτιδα	2	0,3

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ	1. Απορρύθμιση Σακχαρώδη Διαβήτη	1	0,1
	2. Θυρεοειδοπάθεια	1	0,1
	3. Όζοι θυρεοειδούς	1	0,1

ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ	1. Αιμοποιητική διαταραχή	1	0,1
	2. Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση άκρου	1	0,1
	3. Ουδετεροπενία	1	0,1

ΛΕΜΦΙΚΟ	1. Λεμφαδενική διόγκωση	3	0,4
	2. Λεμφαδενίτιδα	2	0,3

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ	1. Αιματουρία	1	0,1
	2. Αποτιτανώσεις κύστεως	1	0,1

	3. Αποτιτανώσεις προστάτη	1	0,1
	4. Επίσχεση ούρων	1	0,1
	5. Κυστίτιδα	12	1,5
	6. Κωλικός νεφρού	18	2,3
	7. Ουρηθρίτιδα	1	0,1
	8. Προστατίτιδα	2	0,3
	9. Συχνουρία (λόγω υπερτροφίας προστάτου)	1	0,1
	10. Τραυματισμός ουρήθρας	1	0,1

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ	1. Άλγος μαστών λόγω θηλασμού	1	0,1
	2. Ινομώματα	1	0,1
	3. Κιρσοκήλη οσχέου	2	0,3
	4. Ρήξη ωχρού	2	0,3
	5. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	1	0,1
	6. Ωορρηξία επώδυνη	1	0,1

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ	1. Αεροκολία	4	0,5
	2. Αιμορροειδοπάθεια	4	0,5
	3. Αχαλασία οισοφάγου	1	0,1
	4. Γαστρεντερίτιδα	21	2,7
	5. Γαστρίτιδα	5	0,6
	6. Στομαχικός ίλιγγος	1	0,1
	7. Διαφραγματοκήλη	1	0,1
	8. Δυσκοιλιότητα	1	0,1
	9. Ειλεός	1	0,1
	10. Εκκολπωματίτιδα	4	0,5
	11. Ελκώδης ορθίτιδα	1	0,1
	12. Έλκος στόμαχος	10	1,3
	13. Ευερέθιστο έντερο	2	0,3
	14. Ηπατίτιδα	1	0,1

	15. Καρκίνος Γαστρεντερικού	2	0,3
	16. Κήλη κοιλιακού τοιχώματος	3	0,4
	17. Κιρσοί οισοφάγου	1	0,1
	18. Κωλικός εντέρου	1	0,1
	19. Κωλικός χοληφόρων	4	0,5
	20. Λιπώδης διήθηση ήπατος	3	0,4
	21. Οισοφαγικός σπασμός	1	0,1
	22. Ομφαλοκήλη	1	0,1
	23. Ραγάδα ορθού	1	0,1
	24. Σιγμοειδίτιδα	1	0,1
	25. Σκωληκοειδίτιδα	3	0,4
	26. Χολολιθίαση	4	0,5

ΔΕΡΜΑ	1. Αιμάτωμα	1	0,1
	2. Αιμορραγούσα κύστη	1	0,1
	3. Αλλεργική αντίδραση	13	1,6
	4. Απόστημα	4	0,5
	5. Βλατίδες	1	0,1
	6. Δερματίτιδα	7	0,9
	7. Δήγμα	4	0,5
	8. Είσφρηση όνυχος	3	0,4
	9. Εκδορές	2	0,3
	10. Εκχύμωση	3	0,4
	11. Έρπης	1	0,1
	12. Κάκωση όνυχος	2	0,3
	13. Κύστη	2	0,3
	14. Κυτταρίτιδα	1	0,1
	15. Λοίμωξη μαλακών μορίων	1	0,1
	16. Ξένο σώμα	1	0,1
	17. Ομφαλίτιδα	1	0,1
	18. Τραυματισμός σπίλου	1	0,1
	19. Υποδόριο αιμάτωμα	4	0,5

	κεφαλής		
	20. Φλεγμονή	12	1,5

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ-ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ	1. Άλγος κροταφογναθικής άρθρωσης	1	0,1
	2. Αρθρίτιδα	3	0,4
	3. Αυχεναλγία	1	0,1
	4. Γάγγλιο	2	0,3
	5. Γωνίωση οστού	1	0,1
	6. Διάστρεμμα	7	0,9
	7. Δισκοπάθεια	1	0,1
	8. Εκφύλιση Μεσοσπονδύλιου Διαστήματος	3	0,4
	9. Εξάρθρωμα	3	0,4
	10. Επασβεστώσεις Σπονδυλικής Στήλης	1	0,1
	11. Επικονδυλίτιδα	1	0,1
	12. Ευθειασμός ΑΜΣΣ	4	0,5
	13. Θλάση μυών άκρων	2	0,3
	14. Θλάση κοιλιακών μυών	1	0,1
	15. Θυλακίτιδα ωλέκρανου	1	0,1
	16. Κάκωση άκρου	83	10,5
	17. Κάκωση κοιλιακών μυών	1	0,1
	18. Κάκωση πλευρών	1	0,1
	19. Κάκωση συνδέσμου	1	0,1
	20. Κάταγμα	53	6,7
	21. Καταπόνηση	18	2,3
	22. Κήλη Σπονδυλικής Στήλης	2	0,3
	23. Κύστη Baker	2	0,3
	24. Μυϊκός σπασμός	3	0,4
	25. Μαστοειδίτιδα	1	0,1
	26. Μετατραυματικό άλγος	1	0,1

	27. Μυοσκελετικό άλγος θώρακος	18	2,3
	28. Ολίσθηση σπονδύλου	3	0,4
	29. Οστική άκανθα	2	0,3
	30. Οσφυαλγία	16	2
	31. Παλαιό κάταγμα	1	0,1
	32. Παραμόρφωση οστού	1	0,1
	33. Ρήξη μυός	2	0,3
	34. Ρήξη συνδέσμου	1	0,1
	35. Σκολίωση Σπονδυλικής Στήλης	3	0,4
	36. Στένωση μεσαρθρίου	1	0,1
	37. Στένωση μεσοσπονδύλιου διαστήματος	3	0,4
	38. Συλλογή υγρού σε άρθρωση	3	0,4
	39. Τενοντίτιδα	16	2
	40. Τροχαντηρίτιδα	3	0,4
	41. Χονδροπάθεια	1	0,1
	42. Ψωριασική αρθρίτιδα	1	0,1

ΟΦΘΑΛΜΟΙ	1. Επιπεφυκίτιδα	3	0,4
	2. Πρόβλημα όρασης	1	0,1

ΤΡΑΥΜΑ	1. Διαπύση	1	0,1
	2. Έγκαυμα	1	0,1
	3. Κρανιοεγκεφαλική κάκωση	2	0,3
	4. Θλαστικό άκρων	17	2,2
	5. Λοίμωξη τραύματος	1	0,1
	6. Χρόνιο μετατραυματικό έλκος	1	0,1

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	1. Άγχος	12	1,5
	2. Κρίση πανικού	3	0,4
	3. Κρίση υστερίας	2	0,3

ΑΛΛΟ	1. Ανεπιθύμητες Ενέργειες φαρμάκων	1	0,1
	2. Αυτοάνοσο νόσημα	1	0,1
	3. Αφυδάτωση	1	0,1
	4. Δηλητηρίαση από τοξικές ουσίες	2	0,3
	5. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές	3	0,4
	6. Ηλίαση	2	0,3
	7. Λοιμώδης μονοπυρήνωση	1	0,1
	8. Μέθη	1	0,1
	9. Μεταστάσεις	2	0,3
	10. Μετεγχειρητική επιπλοκή	8	1
	11. Ραβδομύλωση	1	0,1
	12. Τρανσαμινασαιμία	1	0,1

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ	1. Αμυγδαλίτιδα- Ηλίαση- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές	1	0,1
	2. Εγκεφαλικές Ισχαιμικές Αλλοιώσεις- Βλεννοκύστη ιγμορείου	1	0,1
	3. Ευθειασμός ΑΜΣΣ- Εκδορές	1	0,1
	4. Θλαστικό τραύμα- ΚΕΚ	3	0,4
	5. Ήλιγγος- Εγκ. Μικροαγγειοπάθεια- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές	1	0,1
	6. Ινομύωμα- Αεροκολία	1	0,1
	7. Ινομύωμα- Αιμαγγείωμα ήπατος	1	0,1
	8. Λοίμωξη ανώτερου & κατώτερου αναπνευστικού	1	0,1
	9. Όζοι πνεύμονος- Εμφύσημα- Υπεξωκοτικό υγρό- Λεμφαδενίτιδα μεσοθωρακίου	1	0,1
	10. Πάχυνση κύστεως- προβολή	1	0,1

	προστάτη στην ουροδόχο		
	11. Σκολίωση ρινικού διαφράγματος- πάχυνση ρινικής κόγχης- αλλοίωση παραρρίνιων κόλπων	1	0,1
	12. Σφηνοειδίτιδα- βρογχική υπερδραστηριότητα	1	0,1
	13. Υγρό δουγλασείου- κυστίτιδα	1	0,1
	14. Υγρό δουγλασείου- αεροκολία	1	0,1

Πίνακας 16Α

ΕΚΒΑΣΗ

Η μεταβλητή **Έκβαση** αναφέρεται στην πορεία του ασθενούς μετά την επίσκεψη στο ΤΕΠ. Η συντριπτική πλειοψηφία εξήλθε από το Νοσοκομείο μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης ενώ η θνητότητα ήταν μηδενική.

Πίνακας 17Α. Τελική απόφαση για τον ασθενή. Το 11,8% εισήχθη στο νοσοκομείο για περαιτέρω φροντίδα.

ΕΚΒΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	93	11,8
ΕΞΟΔΟΣ	697	88,2
ΘΑΝΑΤΟΣ	0	0,0
Σύνολο	790	100,0

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στη διαλογή ήταν 12 άτομα και ήταν όλοι γένους θηλυκού, ηλικιών από 27 έως 47 και με ανώτερο όριο εμπειρίας τα 20 έτη.

Η μεταβλητή Αποτέλεσμα Διαλογής περιγράφει το κύριο ζητούμενο της εργασίας, δηλαδή την ορθότητα της Διαλογής από το νοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε ασθενή. Προκύπτει από τη συμφωνία της τελικής διάγνωσης με την 1^η ειδικότητα που εξέτασε έκαστο ασθενή. Συνολικά έχουμε στο 82,7% των περιστατικών ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ και στο 17,3% ΛΑΘΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗ.

Πίνακας 18Α. Ανάλυση των λαθών κατά τη διαλογή των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΛΑΘΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	77	9,7
ΛΑΘΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	44	5,6
ΛΑΘΟΣ ΥΠΕΡΕΚΤΙΜΗΣΗΣ	7	0,9
ΛΑΘΟΣ ΥΠΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ	9	1,1
ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ	653	82,7
Σύνολο	790	100,0

Τα λάθη που έγιναν αφορούν τις αιτίες προσέλευσης που φαίνονται στον Πίνακα 18Β. Συχνότερα λάθη γίνονται στο Θωρακικό άλγος (21,2% των λαθών) και στο Κοιλιακό άλγος (10,9%).

Πίνακας 18Β. Συσχέτιση λάθους και αιτίας προσέλευσης.

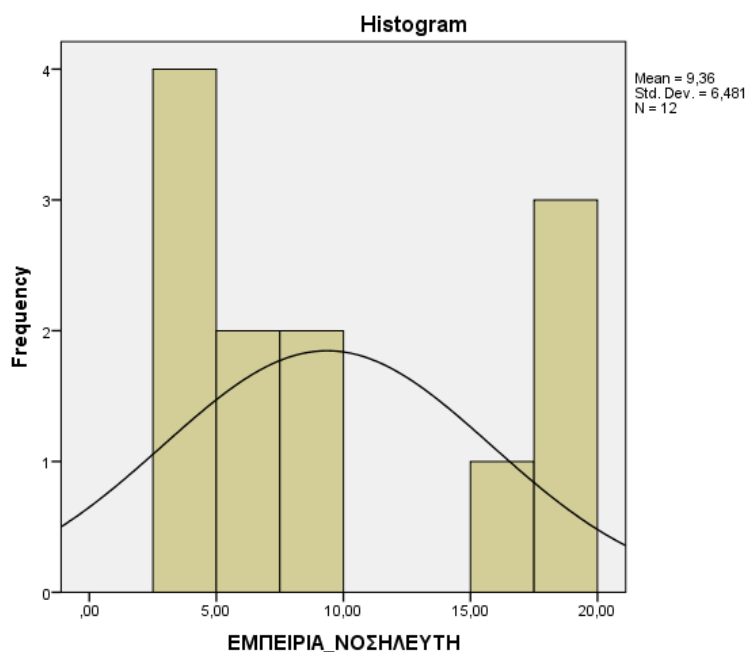
ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΛΑΘΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗ				ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
	ΛΑΘΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΑΘΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΛΑΘΟΣ ΥΠΕΡΕΚΤΙΜΗΣΗΣ	ΛΑΘΟΣ ΥΠΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ		
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	1				1	0,7

ΑΙΜΩΔΙΑ		2			2	1,5
ΑΛΓΟΣ ΑΚΡΟΥ	7				7	5,1
ΑΛΓΟΣ ΟΣΦΥΟΣ	3				3	2,2
ΑΝΗΣΥΧΙΑ	1		1		2	1,5
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	1	1			2	1,5
ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΑΛΜΩΝ	1	3			4	2,9
ΒΗΧΑΣ	5				5	3,6
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ	2	1			3	2,2
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (έμετοι/διαρ. κενώσεις)						
ΔΥΣΟΥΡΙΑ	2				2	1,5
ΔΥΣΠΝΟΙΑ		3			3	2,2
ΔΥΣΦΟΡΙΑ		1			1	0,7
ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ	1				1	0,7
ΟΦΘΑΛΜΩΝ						
ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΩΤΩΝ	1			1	2	1,5
ΕΞΑΝΘΗΜΑ	4				4	2,9
ΖΑΛΗ	4	5			9	6,5
ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	8	19		2	29	21,2
ΚΑΚΩΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ		1		1	2	1,5
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	4				4	2,9
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	12	2	1		15	10,9
ΚΟΠΩΣΗ		1			1	0,7
ΛΙΠΟΘΥΜΙΚΟ	4		4		8	5,8
ΜΟΡΦΩΜΑ		2			2	1,5
ΟΙΔΗΜΑ	2	1			3	2,2
ΠΤΩΣΗ				2	2	1,5
ΠΥΡΕΤΟΣ	8		1		9	6,5
ΡΙΓΟΣ	1				1	0,7
ΤΡΑΥΜΑ	2	1			3	2,2
ΤΡΟΜΟΣ	1	1			2	1,5
ΤΡΟΧΑΙΟ				3	3	2,2
ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ	2				2	1,5
ΣΥΝΟΛΟ	77	44	7	9	137	100,0

ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η μεταβλητή ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ προσδιορίζει την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού σε έτη εργασίας. Η μέση εμπειρία ήταν $9,4 \pm 0,2$ έτη (εύρος 3-19 έτη).

Σχήμα 19Α. Η κατανομή συχνοτήτων όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας – εμπειρίας ως Νοσηλεύτης ή Βοηθός Νοσηλεύτης φαίνεται στο σχήμα .



Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε ήταν 12 άτομα. Κατηγοριοποιώντας τους σε δύο ομάδες μικρής και μεγάλης εμπειρίας έχουμε τα αποτελέσματα του Πίνακα 19Α.

Πίνακας 19Α. Εμπειρία Νοσηλευτικού προσωπικού (n = 12)

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΜΙΚΡΗ (κάτω των 10 ετών)	8
ΜΕΓΑΛΗ (άνω των 10 ετών)	4
Σύνολο	12

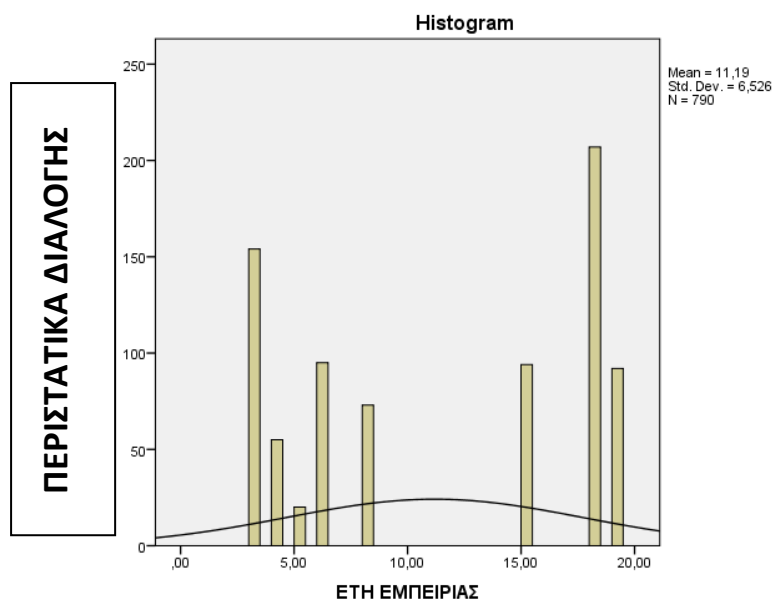
ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Στη μεταβλητή ΕΜΠΕΙΡΙΑ_ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ_ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ + ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ_ΔΙΑΛΟΓΗΣ, η οποία διαχωρίζει την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού σε μικρή και μεγάλη. Επιπλέον, προσδιορίζει πόσοι ασθενείς υφίσταντο διαλογή από την κάθε ομάδα. Ουσιαστικά, περίπου οι μισοί ασθενείς υφίσταντο διαλογή από νοσηλευτικό προσωπικό με μεγάλη εμπειρία το υπόλοιπο μισό από μικρής (Πίνακας 19B)

Πίνακας 19B. Αριθμός ασθενών ανάλογα με την εμπειρία του Νοσηλευτικού προσωπικού διαλογής.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	Αθροιστική Σχετική Συχνότητα
ΜΙΚΡΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (κάτω των 10 ετών)	397	50,3	50,3
ΜΕΓΑΛΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (άνω των 10 ετών)	393	49,7	100,0
Σύνολο	790	100,0	

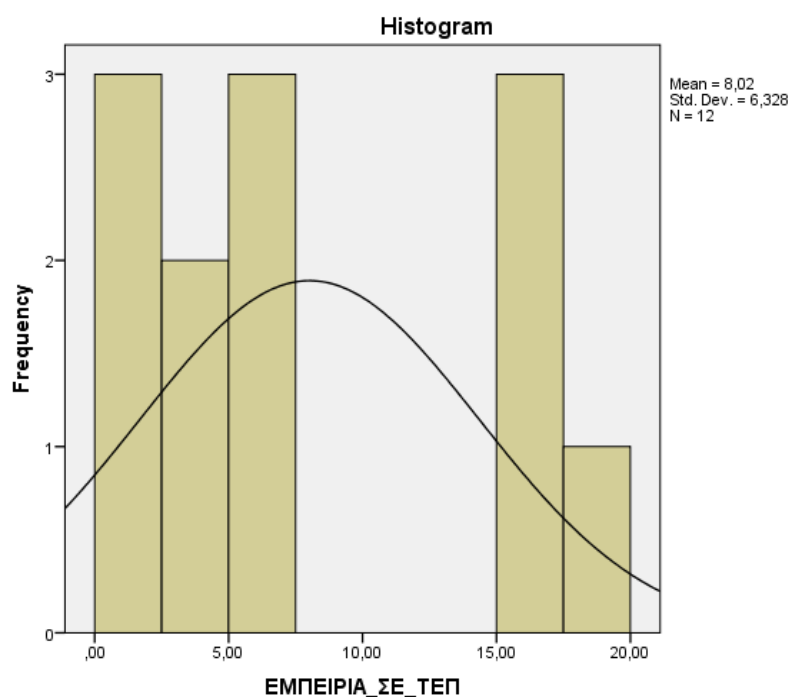
Σχήμα 19B. Έτη εμπειρίας Νοσηλευτικού προσωπικού και αριθμός ασθενών που είχαν υποβληθεί σε διαλογή



ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΣΕ ΤΕΠ

Η μεταβλητή ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΕΠ προσδιορίζει την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού σε έτη εργασίας σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Η μέση εμπειρία ήταν $8,0 \pm 0,2$ έτη (εύρος 2-18 έτη).

Σχήμα 20Α. Η κατανομή συχνοτήτων όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας φαίνεται στο σχήμα .



Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε ήταν 12 άτομα και από αυτούς οι 8 ήταν μικρής εμπειρίας και οι 4 μεγάλης (Πίνακας 20Α).

Πίνακας 20Α. Εμπειρία Νοσηλευτικού προσωπικού σε ΤΕΠ (n = 12)

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΤΕΠ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΜΙΚΡΗ (κάτω των 10 ετών)	8
ΜΕΓΑΛΗ (άνω των 10 ετών)	4
Σύνολο	12

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΕΠ ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

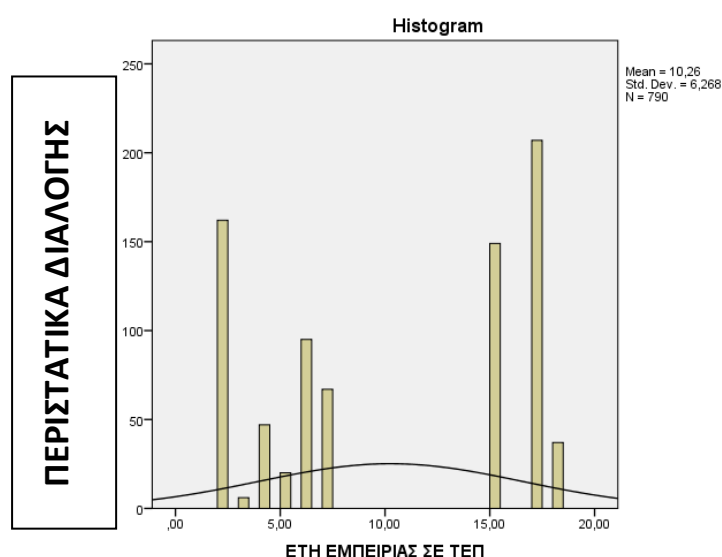
Επιπλέον, προστέθηκε η μεταβλητή ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΕΠ + ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ, η οποία διαχωρίζει την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού σε έτη εργασίας σε ΤΕΠ, σε μικρή και μεγάλη.

Επιπλέον, προσδιορίζει πόσοι ασθενείς υφίσταντο διαλογή από την κάθε ομάδα (Πίνακας 20B). Όπως φαίνεται το ½ των περιστατικών παραπέμφθηκε από νοσηλευτικό προσωπικό μεγάλης εμπειρίας σε ΤΕΠ, το υπόλοιπο ½ από μικρής.

Πίνακας 20B. Αριθμός ασθενών ανάλογα με την εμπειρία του Νοσηλευτικού προσωπικού διαλογής σε ΤΕΠ.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΤΕΠ	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΙΚΡΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (κάτω των 10 ετών)	397	50,3
ΜΕΓΑΛΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (άνω των 10 ετών)	393	49,7
Σύνολο	790	100,0

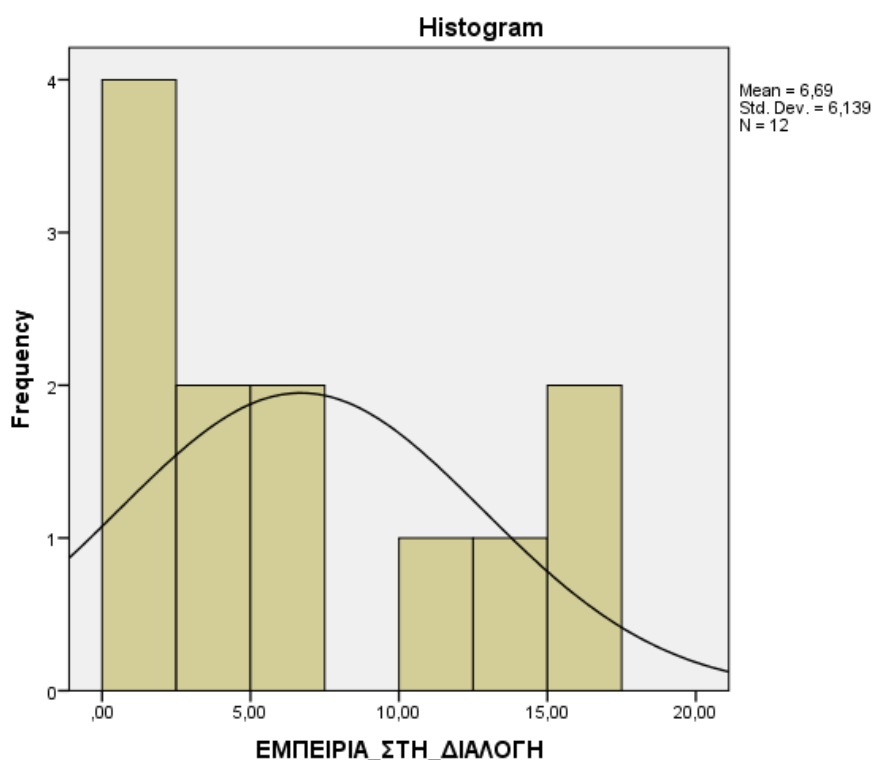
Σχήμα 20B. Έτη εμπειρίας Νοσηλευτικού προσωπικού σε ΤΕΠ και αριθμός ασθενών που είχαν υποβληθεί σε διαλογή



ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

Η μεταβλητή ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ προσδιορίζει την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού σε έτη εργασίας σε χώρο Διαλογής. Η μέση εμπειρία ήταν $6,7 \pm 0,2$ (εύρος 0,09 – 17 έτη)

Σχήμα 21Α. Κατανομή ετών εμπειρίας σε διαλογή των 12 ατόμων του Νοσηλευτικού προσωπικού



Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε ήταν 12 άτομα. Οι 8 ήταν μικρής εμπειρίας και οι 4 μεγάλης (Πίνακας 21Α).

Πίνακας 21Α. Εμπειρία του Νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή (n=12)

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΜΙΚΡΗ (κάτω των 10 ετών)	8
ΜΕΓΑΛΗ (άνω των 10 ετών)	4
Σύνολο	12

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

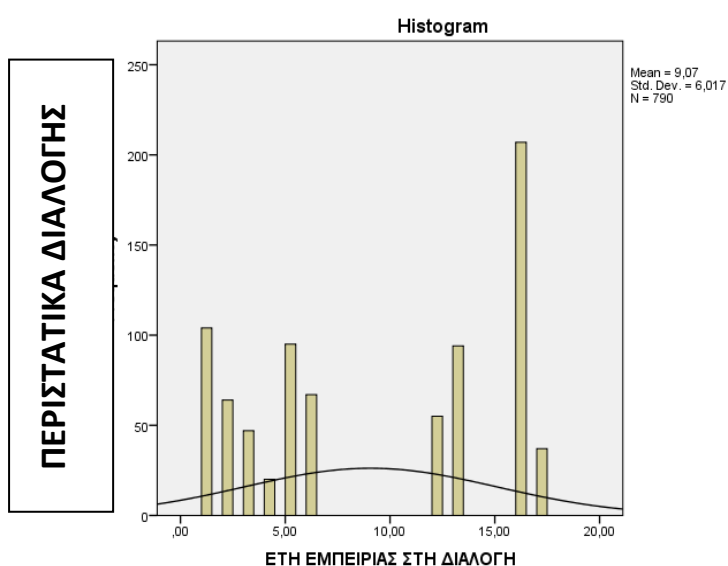
Στη μεταβλητή ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ + ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ, διαχωρίζεται η εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού σε χώρο διαλογής σε μικρή και μεγάλη.

Επιπλέον, προσδιορίζει πόσοι ασθενείς υφίσταντο διαλογή από την κάθε ομάδα. Ουσιαστικά, περίπου οι μισοί ασθενείς υφίσταντο διαλογή από νοσηλευτικό προσωπικό με μεγάλη εμπειρία το υπόλοιπο μισό από μικρής (Πίνακας 21B)

Πίνακας 21B. Αριθμός ασθενών ανάλογα με την εμπειρία του Νοσηλευτικού προσωπικού διαλογής στη Διαλογή.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΙΚΡΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (κάτω των 10 ετών)	397	50,3
ΜΕΓΑΛΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (άνω των 10 ετών)	393	49,7
Σύνολο	790	100,0

Σχήμα 21B. Εμπειρία Νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή και αριθμός ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαδικασία διαλογής



ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η μεταβλητή **Εκπαίδευση** προσδιορίζει το επίπεδο σπουδών του νοσηλευτικού προσωπικού. Στο δείγμα των 12 ατόμων, οι 4 είναι Νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) και οι 8 είναι Βοηθοί Νοσηλευτές Διετούς Εκπαίδευσης (ΔΕ).

Πίνακας 22Α. Επίπεδο εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού (n=12)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΠΕ	0
ΤΕ	8
ΔΕ	4
Σύνολο	12

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού που θα τελέσει τη διαλογή σε κάθε βάρδια είναι τυχαία. Παρακάτω απεικονίζεται το πλήθος των περιστατικών που παραπέμφθηκαν από τις δύο ομάδες (Πίνακας 22Β).

Πίνακας 22Β. Κατανομή διαλογής ασθενών ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	Αθροιστική Σχετική Συχνότητα
ΔΕ	348	44,1	44,1
ΤΕ	442	55,9	100,0
Σύνολο	790	100,0	

ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ESI - ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΩΣΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ **ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ESI**

Η μεταβλητή **ΓΝΩΣΗ ESI** προκύπτει από το αποτέλεσμα της βαθμολογίας του εκάστοτε νοσηλευτή και βοηθού νοσηλευτή στα σενάρια βαρύτητας του ερωτηματολογίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ). Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από τα 8 άτομα εκ των 12 που είναι συνολικά. (Πίνακας 23Α).

Πίνακας 23Α. Αναλυτική Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού στα σενάρια ESI με άριστα το 10.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ESI	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
Δεν απάντησαν	4
2 στα 10	1
4 στα 10	4
5 στα 10	2
6 στα 10	1
Σύνολο	12

Με διάκριση σε τρεις ομάδες έχουμε τα αποτελέσματα του Πίνακα 23Β. Οι περισσότεροι πέτυχαν μέτρια βαθμολογία, δηλαδή η ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ESI είναι μέτρια.

Πίνακας 23Β. Αποτελέσματα όσον αφορά τη βαθμολογία Νοσηλευτικού προσωπικού στο ερωτηματολόγιο ESI

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ESI	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΥΨΗΛΗ (7-10 βαθμοί)	0
ΜΕΤΡΙΑ (4-7 βαθμοί)	7
ΧΑΜΗΛΗ (0-3 βαθμοί)	1

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ESI ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

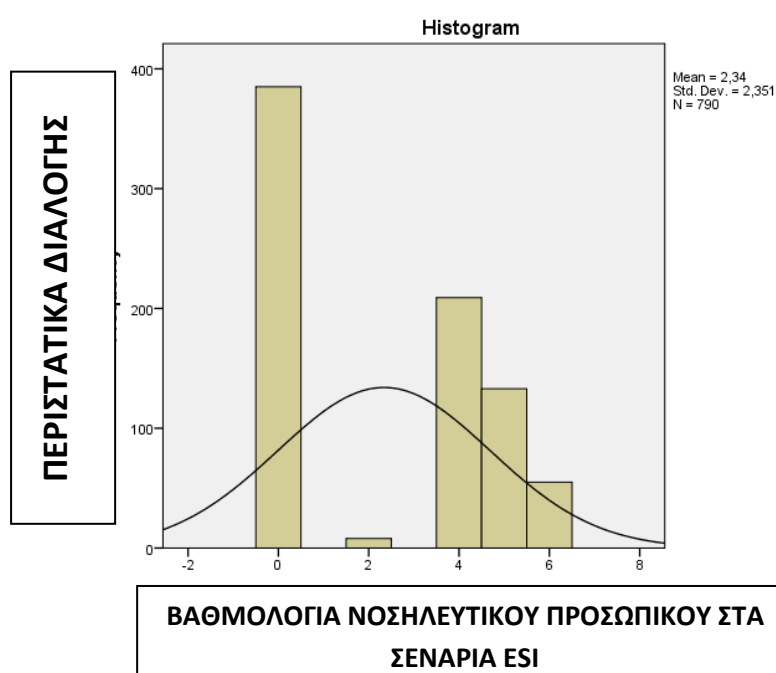
Επιπλέον, προστέθηκε η μεταβλητή ΓΝΩΣΗ ESI + ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ, η οποία προσδιορίζει πόσοι ασθενείς υφίσταντο διαλογή από την κάθε ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού με την ίδια βαθμολογία (Πίνακας 23Γ).

Έχουμε 385 ασθενείς (48,7%) οι οποίοι υφίσταντο διαλογή από νοσηλευτικό προσωπικό που δεν απάντησε στο ερωτηματολόγιο που διανεμήθη.

Πίνακας 23Γ. Βαθμολογία Νοσηλευτικού προσωπικού στα σενάρια ESI και αριθμός ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαλογή

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ESI	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	385	48,7
2/10	8	1,0
4/10	209	26,5
5/10	133	16,8
6/10	55	7,0
Σύνολο	790	100,0

Σχήμα 23Α. Βαθμολογία Νοσηλευτικού προσωπικού στα σενάρια ESI και αριθμός ασθενών που είχαν υποβληθεί σε διαλογή



ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΩΣΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

Η μεταβλητή **ΓΝΩΣΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ** προκύπτει από το αποτέλεσμα της βαθμολογίας του εκάστοτε νοσηλευτή και βοηθού νοσηλευτή στα σενάρια παραπομπής στη σωστή ιατρική ειδικότητα ανάλογα με τα συμπτώματα που τους περιγράφονται (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από τους 8 εκ των 12 που είναι συνολικά, οι οποίοι κατέκτησαν τις εξής βαθμολογίες: 4,5, 6,5, 9, 11, 11,5, 12, 13,5, 14. Η υψηλότερη βαθμολογία ήταν οι 14 βαθμοί από ένα άτομο με άριστα το 20. Η χαμηλότερη ήταν 4,5 από επίσης ένα. Η μέση τιμή ήταν $10,3 \pm 1,2$. Οι περισσότεροι πέτυχαν μέτρια βαθμολογία, δηλαδή η ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ στη σωστή ιατρική ειδικότητα ανάλογα με τα συμπτώματα που περιγράφονται είναι μέτρια (Σχήμα 24Α).

Πίνακας 24Α. Με διάκριση σε τρεις ομάδες έχουμε τα αποτελέσματα της βαθμολογίας.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (διαχωρισμός σε 3 ομάδες)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΥΨΗΛΗ (13-20 βαθμοί)	2
ΜΕΤΡΙΑ (6-13 βαθμοί)	5
ΧΑΜΗΛΗ (0-6 βαθμοί)	1

Πίνακας 24Β. Με διάκριση σε δύο ομάδες, έχουμε χαμηλή βαθμολογία για 5 και υψηλή για 3.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (διαχωρισμός σε 2 ομάδες)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΥΨΗΛΗ (άνω των 10 βαθμών)	5
ΧΑΜΗΛΗ (κάτω των 10 βαθμών)	3

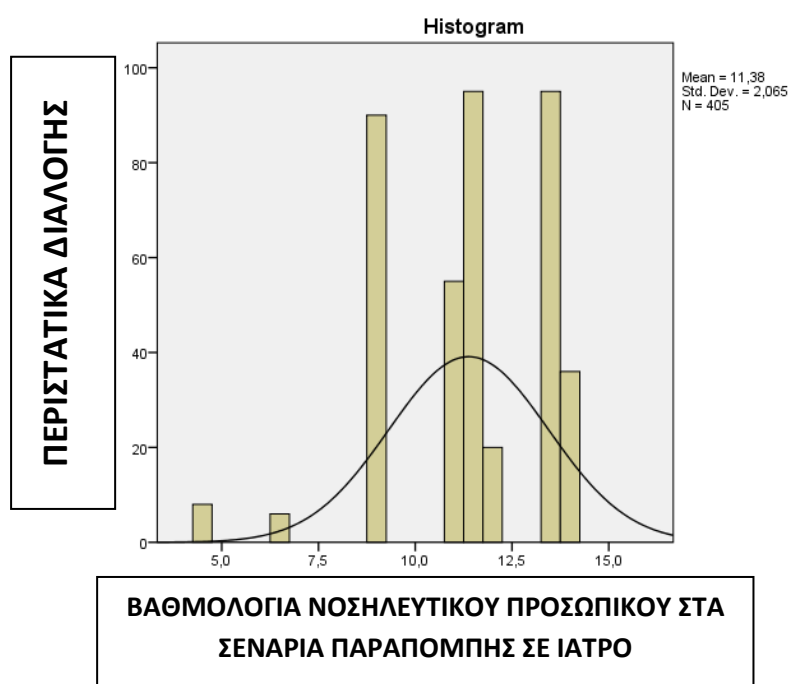
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Επιπλέον, προστέθηκε η μεταβλητή ΓΝΩΣΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ + ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ, η οποία προσδιορίζει πόσοι ασθενείς υφίσταντο διαλογή από την κάθε ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού με υψηλή και χαμηλή βαθμολογία αντίστοιχα (Πίνακας 24Γ).

Πίνακας 24Γ. Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού στα σενάρια Παραπομπής και αριθμός ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαλογή

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΧΑΜΗΛΗ (0-10 Βαθμοί)	104	13,2
ΥΨΗΛΗ (10-20 Βαθμοί)	301	38,1
Σύνολο	405	51,3
Δεν απάντησαν	385	48,7
Σύνολο	790	100,0

Σχήμα 24Α. Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού στα σενάρια Παραπομπής και αριθμός ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαλογή

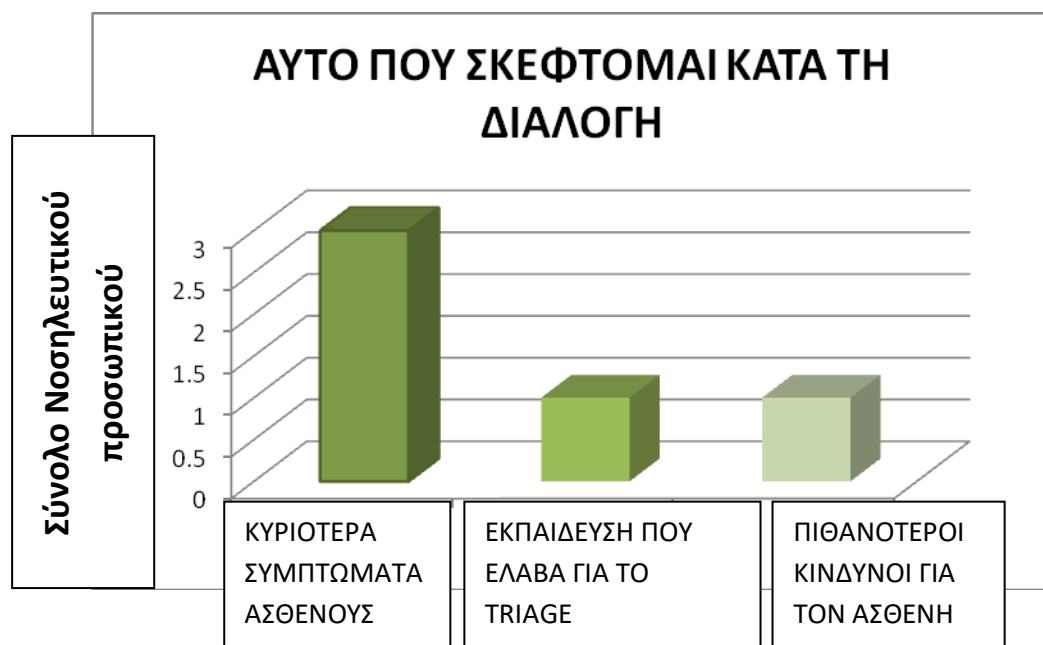


ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ – Λογική νοσηλευτικού
προσωπικού

Πρωτεύων λόγος που οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη απόφασης για την επιλογή ιατρικής ειδικότητας κατά τη διαλογή

Τρεις εξέφρασαν πως κατά τη λήψη απόφασης αυτό που τους βοηθά είναι τα κυριότερα συμπτώματα του ασθενούς (δηλαδή την επιλογή 3), ένας οι πιθανότεροι κίνδυνοι- επιπλοκές για τον ασθενή (δηλαδή την επιλογή 7) και ένας η εκπαίδευση που έχει λάβει για τη διαδικασία της Διαλογής (δηλαδή την επιλογή 11).

Σχήμα 25Α. Πρωτεύουσα σκέψη κατά τη διαλογή, όπως αναφέρθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό



Έσχατος λόγος που οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη απόφασης για την επιλογή ιατρικής ειδικότητας κατά τη διαλογή

Ενδιαφέρον θα είχε εδώ να προσθέσουμε τον τελευταίο σε σημαντικότητα λόγο που οδηγεί έκαστο νοσηλευτή και βοηθό νοσηλευτή στην επιλογή μιας ιατρικής ειδικότητας κατά τη Διαλογή.

Δύο εξέφρασαν ως ελάχιστονος σημασίας σκέψη κατά τη Διαλογή το χρόνο αναμονής που θα έχει ο ασθενής για την ειδικότητα που επιλέχθηκε (δηλαδή την επιλογή 15). Πολλές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να επιλέγει διαφορετική ειδικότητα από αυτή που θα επέλεγε προκειμένου να αποφορτίσει μια ιατρική ειδικότητα που έχει υψηλό φόρτο εργασίας λόγω μεγάλης προσέλευσης, αλλά και για να μειώσει τον χρόνο αναμονής για έναν ασθενή.

Επιπλέον, ένας αναφέρει λιγότερο σημαντικό λόγο για τη Διαλογή το βασικό αίτημα του ασθενούς κατά την προσέλευσή του (δηλαδή την επιλογή 2), ένας το πρωτόκολλο του νοσοκομείου (δηλαδή την επιλογή 14) και ένας την εφαρμογή της νοσηλευτικής αξιολόγησης που όλοι έχουν διδαχθεί κατά την φοίτησή τους (δηλαδή την επιλογή 4).

Σχήμα 26Α. Έσχατη σκέψη κατά τη διαλογή, όπως αναφέρθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό.



ΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

Η μεταβλητή Λογική καταδεικνύει αν εν τέλει η σκέψη που οδηγεί κάθε νοσηλεύτη και βοηθό νοσηλεύτη στην λήψη απόφασης, τον οδήγησε και σε ορθό αποτέλεσμα κατά τη Διαλογή των περιστατικών. Αναλογικά βλέπουμε πως ορθότερη διαλογή επιτελούσαν τα άτομα που έδιναν έμφαση στα κυριότερα συμπτώματα του ασθενούς. Επίσης, ορθότερη διαλογή επιτελούσαν όσοι δεν παρέπεμπαν τον ασθενή βάσει του πρωτοκόλλου του νοσοκομείου. Ωστόσο, ας σημειωθεί πως το νοσηλευτικό προσωπικό της κάθε ομάδας δεν αντιμετώπισε ίσο αριθμό περιστατικών.

Πίνακας 27Α. Παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή του Νοσηλευτικού προσωπικού στη διαλογή των ασθενών και Αποτέλεσμα Ορθής Διαλογής.

		ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΟΡΘΟΤΗΤΑΣ
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ ΕΙΝΑΙ:	Δεν απάντησαν (0)	106	426	80,0 %
	Κυριότερα Συμπτώματα ασθενούς (3)	23	174	88,3 %
	Πιθανότεροι Κίνδυνοι για τον ασθενή (7)	1	5	83,3 %
	Εκπαίδευση που έχω λάβει για το triage (11)	7	48	87,3 %

Πίνακας 27B. Παράγοντες που δεν καθορίζουν την επιλογή του Νοσηλευτικού προσωπικού στη διαλογή των ασθενών και Αποτέλεσμα Ορθής Διαλογής.

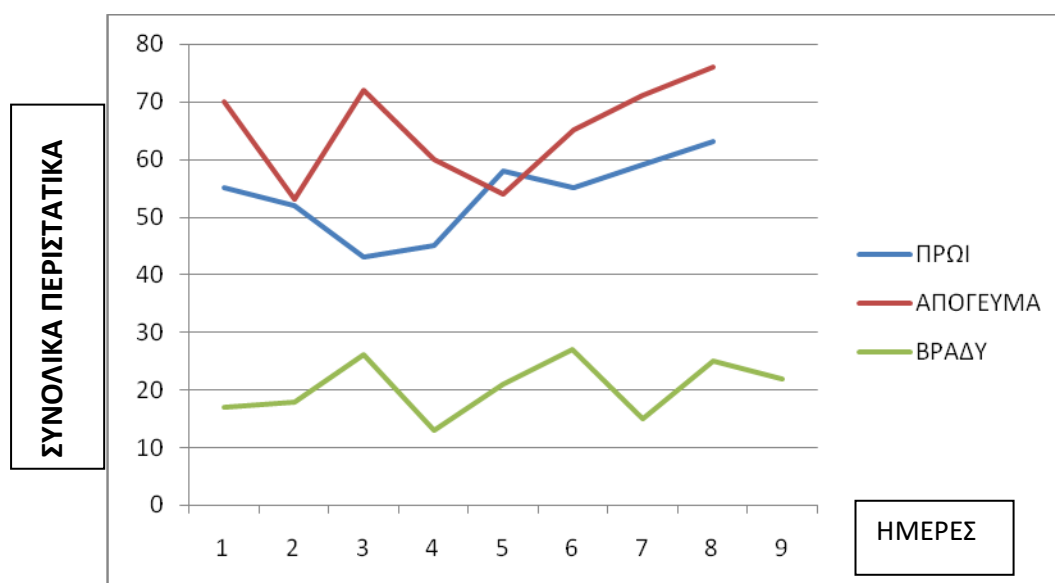
		ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΟΡΘΟΤΗΤΑΣ
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ ΕΙΝΑΙ:	Δεν απάντησαν (0)	106	426	80,0 %
	Αίτημα ασθενούς (2)	2	6	75,0 %
	Νοσηλευτική Αξιολόγηση (4)	1	5	83,3 %
	Πρωτόκολλο νοσοκομείου (14)	9	86	90,5 %
	Ώρα αναμονής για τον ιατρό (15)	19	130	87,2 %

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ- Πλήθος ασθενών ανά βάρδια

Η μεταβλητή Φόρτος προκύπτει από το άθροισμα των περιστατικών που προσήχθησαν στο ΤΕΠ ανά βάρδια (Πίνακας 28Α).

Ο μέσος αριθμός ασθενών που προσήλθε σε κάθε βάρδια ήταν $45,4 \pm 4,2$ (13-76) σε σύνολο 1135 ασθενών.

Σχήμα 28Α. Κατανομή ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ ανάλογα με το ωράριο (πρωινό, απογευματινό, βραδινό).



Πίνακας 28Β. Συνολικός αριθμός ασθενών που προσήλθε στο ΤΕΠ σε κάθε βάρδια

ΒΑΡΔΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ που προσήλθαν στο ΤΕΠ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΩΙ	430	37,9
ΑΠΟΓΕΥΜΑ	521	45,9
ΒΡΑΔΥ	184	16,2
ΣΥΝΟΛΟ	1.135	100,0

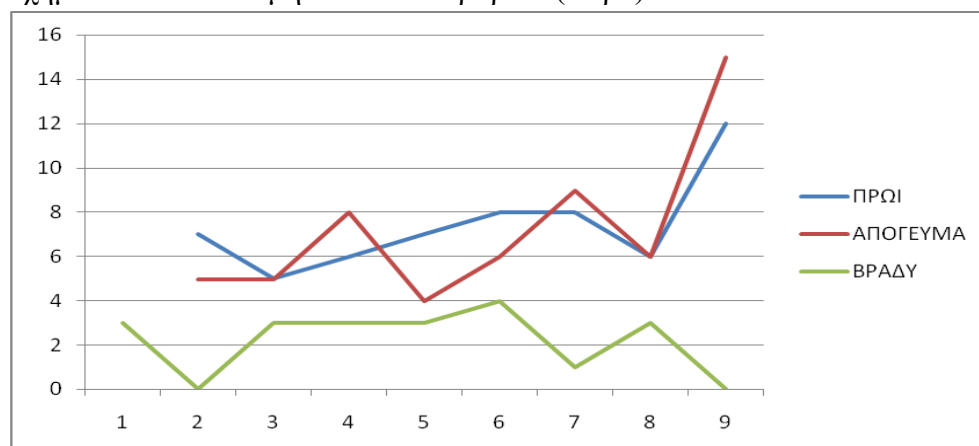
Πίνακας 28Γ. Αριθμός ασθενών που προσήλθε στο ΤΕΠ σε κάθε βάρδια και συμπεριλήφθηκε στη μελέτη.

ΒΑΡΔΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ που προσήλθαν στο ΤΕΠ και συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΩΙ	317	40,1
ΑΠΟΓΕΥΜΑ	361	45,7
ΒΡΑΔΥ	112	14,2
ΣΥΝΟΛΟ	790	100,0

ΛΑΘΗ ΑΝΑ ΒΑΡΔΙΑ

Η μεταβλητή Λάθη προκύπτει από την καταμέτρηση των λαθών του νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή ανά βάρδια (Πίνακας 29Α). Ο μέσος όρος των λαθών ανά βάρδια ήταν $5,5 \pm 0,7$ (0-15) ενώ συνολικά ήταν 137.

Σχήμα 29Α. Κατανομή λαθών ανά βάρδια (8ωρο)



ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Στην προκείμενη εργασία μας απασχόλησαν 4 ερωτήματα τα οποία απαντήθηκαν διεξάγοντας στατιστικό έλεγχο υπόθεσης. Η διερεύνηση έγινε ανάμεσα σε τέσσερις μεταβλητές που αναλύθηκαν στην προηγούμενη ενότητα. Συγκεκριμένα ερευνήθηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στο δείγμα των 790 ασθενών μεταξύ της εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή και του αποτελέσματος διαλογής. Επιπλέον, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και του αποτελέσματος διαλογής. Ακόμη, διερευνήθηκε αν υπάρχει σύνδεση μεταξύ των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για τη διαδικασία της διαλογής αναφορικά με τις παραπομπές των ασθενών σε ιατρικές ειδικότητες και του αποτελέσματος διαλογής. Τέλος, ελέγχθηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας και των λαθών ανά βάρδια. Συνεπώς, συγκρίθηκαν οι εξής μεταβλητές:

- Εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή- Αποτέλεσμα ορθής διαλογής
- Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού- Αποτέλεσμα ορθής διαλογής
- Γνώση διαλογής για την παραπομπή ασθενών σε ιατρικές ειδικότητες- Αποτέλεσμα ορθής διαλογής
- Νοσηλευτικός Φόρτος- Λάθη ανά βάρδια

Οι έλεγχοι υποθέσεων που διεξήχθησαν ήταν αμφίπλευροι με επίπεδο σημαντικότητας (significance level ή α) 0,05 για κάθε σύγκριση και με ισχύ της τάξεως του 80%.

1° ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Η πρώτη υπόθεση που ερευνήθηκε σε αυτό το δείγμα είναι αυτή που υποστηρίζει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή και του αποτελέσματος της διαλογής.

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή και της Ορθότητας της Διαλογής ($\chi^2=0,609$, με 1 βαθμό ελευθερίας, $p\text{-value}=0,435$) [βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ Πίνακες B1 και B2]

2° ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Η δεύτερη υπόθεση που ερευνήθηκε σε αυτό το δείγμα είναι αυτή που υποστηρίζει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και του αποτελέσματος της διαλογής.

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και της ορθής διαλογής ($\chi^2=0,775$ 1 βαθμό ελευθερίας, $p=0,379$) [βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ Πίνακες B3 και B4]

3° ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Η τρίτη υπόθεση που ερευνήθηκε σε αυτό το δείγμα είναι αυτή που υποστηρίζει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού στη Διαλογή, όπως αυτή αξιολογήθηκε σε 10 σενάρια παραπομπών [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ] και του αποτελέσματος της διαλογής.

Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού για τη σωστή παραπομπή των ασθενών στις ιατρικές ειδικότητες και της ορθής διαλογής στους 790 ασθενείς ($\chi^2=11,535$ με 1 βαθμό ελευθερίας, $p=0,001$) [βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ Πίνακες B5 και B6]

4^ο ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Η τέταρτη υπόθεση που θα ερευνηθεί σε αυτό το δείγμα είναι αυτή που υποστηρίζει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας βάσει των εισερχόμενων περιστατικών ανά βάρδια και της συχνότητας των λαθών ανά βάρδια.

Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας και της συχνότητας των λαθών ανά βάρδια ($r= 0,808$, $p< 0,001$) [βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ Πίνακα Β7 και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ Σχήμα Β8)

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με μια συγχρονική μελέτη ανάμεσα σε 189 νοσηλευτές, η οποία έλαβε χώρα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των δημόσιων νοσοκομείων της Αντίς Αμπέμπα στην Αιθιοπία το 2017, αναφέρει πως πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (52,9%) είχαν μέτριο επίπεδο **Ικανότητας** triage σε ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε^[5]. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη γνώση για τη διαλογή, δηλαδή τον ορισμό της διαλογής και τον χρόνο αναμονής για κάθε επίπεδο βαρύτητας της κλίμακας που χρησιμοποιούν. Επιπλέον, περιείχε 8 κλινικά σενάρια για να τοποθετηθούν σε προτεραιότητα επιπέδου 1, 2 και 3. Ακόμη, συμπεριλαμβανόταν ένας πίνακας επιλογής δεξιοτήτων που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές κατά την αξιολόγηση του ασθενούς και ένας πίνακας αυτό-αξιολόγησης 5 επιπέδων για την προσωπική άποψη του νοσηλευτή αναφορικά με τις ικανότητές του κατά την γρήγορη αξιολόγηση του ασθενούς, την κατηγοριοποίησή του και την παραπομπή του. Τέλος, υπήρχαν ερωτήσεις αναφορικά με τον απαραίτητο εξοπλισμό κατά τη διαλογή.

Συγκριτικά με την παρούσα μελέτη η Ικανότητα triage εδώ μπορούσε να μελετηθεί σε 3 επίπεδα. Πρώτον, μελετήθηκε σε πραγματικά περιστατικά που προσήλθαν στο ΤΕΠ του νοσοκομείου που έγινε η μελέτη. Βρέθηκε ορθότητα διαλογής στο 82,7% των περιστατικών. Δεύτερον, μελετήθηκε σε κλινικά σενάρια κατηγοριοποίησης σε κλίμακα ESI. Το συγκεκριμένο τμήμα ερωτήσεων απαντήθηκε από 8 στους 12 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτές (66%) με 7 στους 8 (87,5%) να συγκεντρώνουν μέτρια βαθμολογία ικανότητας triage ως προς την κλίμακα ESI, δηλαδή βαθμούς 4 έως 7 με άριστα το 10. Σημαντικό είναι πως κανένας δεν κατάφερε υψηλή βαθμολογία. Τρίτον, μελετήθηκε σε κλινικά σενάρια παραπομπής σε ιατρική ειδικότητα. Στο συγκεκριμένο τμήμα απαντήσεων υπήρξε επίσης ανταπόκριση από τους 8 στους 12. Εδώ, οι 5 στους 8 (62,5%), που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ώστε να μπορέσει να μετρηθεί η ικανότητα triage, συγκέντρωσαν μέτρια βαθμολογία δηλαδή από 6 έως 13 βαθμούς με άριστα το 20. Σημαντικό είναι πως εδώ δύο συγκέντρωσαν υψηλή βαθμολογία. Ωστόσο, τα συμπεράσματα θα ήταν περισσότερο αξιόπιστα αυξάνοντας τον πληθυσμό- δείγμα του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στη μελέτη μας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι επίσης συγκρίσιμα με τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Dar Es Salaam, στην Τανζανία, όπου 52% των νοσηλευτών

κατείχε μέτρια ικανότητα triage ^[53], και με τη μελέτη που διεξήχθη στην Ινδονησία, όπου η μέση βαθμολογία της ικανότητας triage και οι υποδιαστάσεις της ήταν σε μέτριο επίπεδο ^[54]. Ωστόσο, το αποτέλεσμα είναι χαμηλότερο από τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ινδονησία 65,4% ^[54], τη Σουηδία 60,3% ^[55] και την Ελβετία 59,6% ^[56].

Η διαφοράς μπορεί να οφείλονται στη διακύμανση του μεγέθους του δείγματος και των ρυθμίσεων της κάθε μελέτης. Για παράδειγμα, η ινδονησιακή μελέτη περιελάμβανε 266 νοσηλευτές από δύο δευτεροβάθμια και δύο τριτοβάθμια νοσοκομεία. Η μελέτη της Αιθιοπίας επέλεξε νοσηλευτές από ένα τριτοβάθμιο και εννέα δευτεροβάθμια νοσοκομεία. Η μελέτη μας επέλεξε 12 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού από ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Η εργασία στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο έχει περισσότερες πιθανότητες να εκτεθεί σε πιο περίπλοκες και ποικίλες περιπτώσεις. Αυτή η πρόκληση μπορεί να αναγκάσει τα ιδρύματα και τους νοσηλευτές να αναπτύξουν μια ικανότητα να χειρίζονται αυτές τις περιπτώσεις. Επιπλέον, είναι σημαντικό το πλήθος των περιπτώσεων που αξιολόγησε ο καθένας και αν είχαν όλοι ίσο αριθμό περιστατικών μεταξύ τους. Όσο περισσότερα είναι τα περιστατικά διαλογής τόσο περισσότερο διαιρείται η πιθανότητα λάθους στη Διαλογή. Ακόμη, σημαντικό είναι πως στη μελέτη μας συμμετείχαν και βοηθοί νοσηλευτές Διευτούς Εκπαίδευσης στη Διαλογή και όχι μόνο νοσηλευτές τετραετούς εκπαίδευσης.

Στην περίπτωση των μελετών που πραγματοποιήθηκαν στην Ελβετία και τη Σουηδία, η πιθανή απόκλιση μπορεί να οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος και στη διαφορά του εργαλείου. Σε αυτές τις δύο μελέτες το μέγεθος του δείγματος και το εργαλείο ήταν 69.423 νοσηλευτές και χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα ο δείκτης σοβαρότητας έκτακτης ανάγκης και η κλίμακα Canadian Triage and Acuity. Στη μελέτη της Αιθιοπίας, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δεξιοτήτων triage, ενώ στη δική μας κλινικά σενάρια πραγματικά και φανταστικά.

Εκτός από αυτό, η διαφορά μπορεί να οφείλεται στο πρόγραμμα σπουδών σε διάφορες χώρες, τις εγκαταστάσεις των νοσοκομείων και την γενικότερη επαγγελματική εμπειρία μεταξύ των επαγγελματιών. Στην Αιθιοπία, η ειδικότητα της επείγουσας νοσηλευτικής ξεκίνησε τα τελευταία χρόνια. Ως αποτέλεσμα, σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονταν στο τμήμα επειγόντων ήταν πιστοποιημένοι.

Βρέθηκε επίσης ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου των **Γνώσεων** και των **Δεξιοτήτων** στη διαλογή των νοσηλευτών στη μελέτη της Αιθιοπίας ($r = 0,68$,

$p = 0,01$). Η **Γνώση** σχετικά με το triage, το **Εκπαιδευτικό επίπεδο** και η **Εμπειρία Κατάρτισης** μέσω ειδικών σεμιναριακών μαθημάτων (triage training) είχαν σημαντική σχέση με την **Ικανότητα σωστού triage** [$B = 1,09$, $CI (1,41, 1,77)$, $p = 0,002$], [$B = -19,96$, $CI (-30,208, -9,715)$, $p = 0,001$], [$B = 0,55$, $CI (0,16, 0,94)$, $p = 0,006$] αντίστοιχα.

Συγκριτικά με τη μελέτη μας, η **Γνώση** σχετικά με το triage μέσω των Ικανοτήτων στις ερωτήσεις παραπομπής και η **Ορθότητα** διαλογής μέσω των Ικανοτήτων σε πραγματικό χρόνο συσχετίζονται επίσης [$B = 0,14$, $x^2 = 11,535$, $CI (0,04805, 0,23195)$, $p = 0,001$]. Από την άλλη, το **Εκπαιδευτικό επίπεδο** δεν είχε στατιστικά σημαντική σχέση με την **Ικανότητα σωστού triage** στην παρούσα μελέτη, καθώς επίσης και η **Εμπειρία** του νοσηλευτικού προσωπικού σε χώρους Διαλογής, μετρημένη σε έτη [$B = 2,4$, $x^2 = 0,775$, $CI (-0,02952, 0,07752)$, $p = 0,379$] και [$B = 2,1$, $x^2 = 0,609$, $CI (-0,03179, 0,07379)$, $p = 0,435$] αντίστοιχα. Η μη επίπτωση της Εκπαίδευσης στην Ορθότητα της διαλογής ίσως οφείλεται στην πολυετή εμπειρία. Με λίγα λόγια, ένας βοηθός νοσηλευτής Διευτούς Εκπαίδευσης (ΔΕ) είναι πιθανό αν έχει μεγάλη εμπειρία να αναβαθμίζεται επιστημονικά και να επιτελεί ορθότερη διαλογή από έναν νοσηλευτή Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) με μικρή εμπειρία.

Η εκπαίδευση σχετικά με το triage μπορεί επίσης να είναι ένας άλλος λόγος για τη διαφορά. Μεταξύ των συμμετεχόντων της μελέτης στην Αιθιοπία μόνο το ένα τέταρτο από αυτούς παρακολούθησαν εκπαίδευση σχετικά με το triage. Στη δική μας μελέτη κανείς από τους συμμετέχοντες δεν είχε παρακολουθήσει ειδική εκπαίδευση για τη Διαλογή, ώστε να καταρτιθεί. Οι νοσηλευτές που έχουν παρακολουθήσει εκπαίδευση σχετικά με την Διαλογή, μπορούν να καλύψουν το κενό που έχουν και αυτό με τη σειρά του αυξάνει την ικανότητα του σωστού triage.

Ο άλλος πιθανός λόγος για αυτό το εύρημα διαφοράς μπορεί να είναι οικονομικοί παράγοντες, καθώς η Αιθιοπία είναι αναπτυσσόμενη χώρα, με λιγοστούς πόρους για φοιτητές νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Ακόμη, το πλήθος των διαθέσιμων νοσοκομείων και η έλλειψη βασικών υποδομών για τα νοσοκομεία μπορεί να εμποδίσει τους ασκούμενους να δώσουν προτεραιότητα στους ασθενείς στο τμήμα επειγόντων.

Σε αυτή τη μελέτη, η ικανότητα triage του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάστηκε μόνο από τις γνώσεις για τη Διαλογή. Αντίθετα στη μελέτη της Αιθιοπίας φαίνεται πως επηρεάζεται από την κατάρτιση στη Διαλογή, τις γνώσεις σχετικά με την

Διαλογή και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με διαφορετικές μελέτες ^[54, 56-58].

Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου, της κατάρτισης και της γνώσης αυξάνει την απόκτηση δεξιοτήτων. Όταν ένας νοσηλευτής αντιλαμβάνεται τον επείγοντα χαρακτήρα, τη σοβαρότητα και την έκβαση του προβλήματος νωρίς, είναι εύκολο να παραπέμψει και να διευθετήσει τα περιστατικά αμέσως. Η συνεχής εκπαίδευση και τα ανώτερα εκπαιδευτικά επίπεδα είναι ένα μέσο για την αύξηση της γνώσης και της ικανότητας των νοσηλευτών σε μια διαφορετική πτυχή καταστάσεων που τους προετοιμάζουν ψυχολογικά και επαγγελματικά για να ανταποκριθούν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Συμπληρωματικά, ειδικά στη μελέτη της Σουηδίας με 423 νοσηλευτές από 48 (62%) Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών της χώρας και με 18 μεμονωμένα σενάρια ασθενών χρησιμοποιώντας την Καναδική κλίμακα διαλογής, δεν βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ των προσωπικών χαρακτηριστικών και της ικανότητας Διαλογής ^[55]. Αυτό υποδηλώνει πως μπορεί να υπάρχουν ενδοπροσωπικά χαρακτηριστικά και ιδιαίτερες στρατηγικές λήψης αποφάσεων, που μπορούν εν μέρει να εξηγήσουν αυτή τη διαφορά.

Εν κατακλείδι, μια ακόμη μελέτη στην Ισπανία κατέδειξε πως πενήντα νοσηλευτές (5 άνδρες, 45 γυναίκες), με μέση ηλικία 45 ετών, που υποδέχθηκαν 67.803 ασθενείς κατά τη διάρκεια ενός έτους, ταξινομήσαν τους περισσότερους ασθενείς στο επίπεδο 5 στην πρωινή βάρδια (7,9%) από ό, τι στην απογευματινή βάρδια (5,5%) ($P = 0,003$). Η διαφορά στο ρυθμό ταξινόμησης triage επιπέδου 5 ήταν σημαντική όταν οι νοσηλευτές ήταν μεγαλύτεροι ηλικιακά ($\beta = 0,092$, $P = 0,037$) και η εμπειρία ήταν μεγαλύτερη ($\beta = 0,103$, $P = 0,017$). Ο αριθμός των περιστατικών που καταγράφηκαν από έναν νοσηλευτή συσχετίστηκε σημαντικά και άμεσα με το ποσοστό των ασθενών που είχαν ανατεθεί στο επίπεδο 3 ($\beta = 0,003$, $P = 0,006$) και αντιστρόφως σχετιζόταν με τα ποσοστά που αντιστοιχούσαν στο επίπεδο 4 ($\beta = -0,002$, $P = 0,008$) και στο επίπεδο 5 ($\beta = -0,001$, $P = 0,017$). Με λίγα λόγια διαπιστώθηκε ότι οι αναθέσεις σε επίπεδο triage σχετίζονται με την ηλικία, την εμπειρία, τη βάρδια και τον συνολικό αριθμό ασθενών που υποβλήθηκαν σε δοκιμασία από νοσηλευτή. ^[46]

Εν συγκρίσει, με τη δική μας μελέτη, δεν υπήρξε συσχέτιση της ακρίβειας στην **ορθότητα χρήσης της κλίμακας Διαλογής με τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού και των βαρδιών**. Ωστόσο, καταλήγουμε σε παρόμοια συμπεράσματα όσον αφορά τον συνολικό **αριθμό ασθενών** που προσήλθαν ανά

βάρδια και την ικανότητα ορθής διαλογής μετρώντας τα λάθη με βάσει τις τελικές διαγνώσεις.

Η μελλοντική έρευνα που εστιάζει στη λήψη αποφάσεων είναι πιθανό να συμβάλει στον εντοπισμό και την περιγραφή βασικών νοσηλευτικών χαρακτηριστικών για την επιτυχή διαλογή στα τμήματα έκτακτης ανάγκης.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ	ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ
Ορθότητα διαλογής (στον πληθυσμό των 790 ασθενών)= 82,7%	Αιθιοπία= 52,9%
Ορθότητα διαλογής (στα κλινικά σενάρια παραπομπής)= 62,5 % μέτρια	Τανζανία= 52%
	Ινδονησία= 65,4%
	Σουηδία= 60,3%
	Ελβετία= 59,6%

ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ	ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ
Συσχέτιση Εμπειρίας- Ορθότητας Διαλογής = καμία (p=0,435)	Ισπανία= Ταξινόμηση στο επίπεδο 5 όταν η εμπειρία ήταν μεγαλύτερη (p=0,017)

ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ	ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ
Συσχέτιση Εκπαίδευσης- Ορθότητα Διαλογής= καμία (p=0,379)	Αιθιοπία= θετική (p=0,001)
	Ινδονησία= θετική (p=0,001)
	Σουηδία= καμία

ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ	ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ
Συσχέτιση Γνώσης- Ορθότητα Διαλογής= υπάρχει ($p=0,001$)	Αιθιοπία= θετική ($p=0,002$)
	Ινδονησία= θετική
	Σουηδία= καμία

ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ	ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ
Συσχέτιση Κατάρτισης στο triage μέσω σεμιναρίων- Ορθότητας Διαλογής= δεν μελετήθηκε	Αιθιοπία= θετική ($p=0,006$)
	Ινδονησία= θετική
	Σουηδία= καμία

ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ	ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ
Συσχέτιση Βάρδιας- Λάθη νοσηλευτικού προσωπικού διαλογής= 0,6 φορές περισσότερα το πρωί και το απόγευμα σε σύγκριση με το βράδυ	Ισπανία Συσχέτιση Βάρδιας- Ταξινόμησης ασθενών από νοσηλευτές διαλογής= ταξινόμηση περισσότερων στο επίπεδο 5 το πρωί σε σύγκριση με το απόγευμα ($p=0,003$)

ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ	ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ
Συσχέτιση Αριθμού ασθενών- Λάθη νοσηλευτών διαλογής= θετική ($r= 0,808$, $p<0,001$)	Ισπανία Συσχέτιση Αριθμού ασθενών- Ταξινόμησης στο επίπεδο 5= αρνητική ($p= 0,017$)

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τους προηγηθέντες ελέγχους, καταλήξαμε σε κάποια συμπεράσματα.

Δεν μπορούμε να υποθέσουμε επίπτωση της νοσηλευτικής εμπειρίας στο αποτέλεσμα της Διαλογής.

Δεν μπορούμε να υποθέσουμε επίπτωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στο αποτέλεσμα της Διαλογής.

Μπορούμε να υποθέσουμε επίπτωση της νοσηλευτικής γνώσης στο αποτέλεσμα της Διαλογής.

Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε επίσης ανάμεσα στο πλήθος των περιστατικών και το πλήθος των λαθών. Συγκεκριμένα βρέθηκε θετική σχέση. Με λίγα λόγια όσο αυξάνεται ο αριθμός των περιστατικών που προσέρχονται στο ΤΕΠ, τόσο περισσότερο αυξάνεται το πλήθος των λαθών.

Συνολικά, στο μελετώμενο δείγμα των 790 ατόμων βρέθηκε μεγαλύτερη προσέλευση σε ηλικίες 40 και 43 και κυρίως από γυναίκες (52,8%). Επιπλέον, οι πολυπληθέστερες ώρες προσέλευσης βρέθηκαν οι 20:30 και 13:00 και συνηθέστερη αιτία η κάκωση κάποιου άκρου (14,3%). Επίσης, βρέθηκε συχνότερη κατάταξη ESI η 4^η κατηγορία (76,1%), χωρίς ωστόσο να διερευνάται αν η κατάταξη που έθεσε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν η σωστή.

Η ειδικότητα που εξέτασε τους περισσότερους ασθενείς αθροιστικά ήταν η ορθοπεδική (35,6%). Ως ειδικότητα πρώτης παραπομπής έρχεται και πάλι η ορθοπεδική, δηλαδή 32,5% των ατόμων παραπέμφθηκαν από τον νοσηλευτή διαλογής σε ορθοπεδικό. Δεύτερη παραπομπή, δηλαδή από τον ιατρό που εξέτασε πρώτος, δεν υπήρξε για τους περισσότερους ασθενείς (87,6%). Ως ειδικότητα δεύτερης παραπομπής, για όσους έκρινε ο πρώτος ιατρός ότι χρήζουν να παραπεμφθούν, έρχεται η ΩΡΛ (3,3%). Ακόμη, οι περισσότεροι ασθενείς (84,4%) χρειάστηκε να εξεταστούν από μια ιατρική ειδικότητα και επίσης για τους περισσότερους (87,1) ο ιατρός συμφωνούσε με την επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την πρώτη ειδικότητα που έπρεπε να δει τον κάθε ασθενή.

Επιπροσθέτως, συνηθέστερη επιλογή διαγνωστικής εξέτασης αποδείχθηκε η ακτινογραφία για 38,6% των ατόμων, γεγονός που δικαιολογείται καθώς τα περισσότερα περιστατικά όπως είδαμε παραπάνω είναι ορθοπεδικά. Συνολικά, οι περισσότεροι ασθενείς (37,3%), ενώ 33,7% δεν υποβλήθηκαν σε καμία. Ως θεραπευτική μέθοδος στον χώρο των Επειγόντων επιλέχθηκε για τους περισσότερους ασθενείς (80%) η απουσία παρέμβασης, καθώς δεν έχριζε.

Οι περισσότεροι ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ την περίοδο που μελετάμε είχαν ιδιωτική ασφάλιση (79,2%). Το συνηθέστερο κόστος για έναν ασθενή ήταν τα 0 € (60,1%). Από την άλλη, όσον αφορά το κόστος για το νοσοκομείο βλέπουμε πως για τους περισσότερους ασθενείς (28,6%) το νοσοκομείο κάλυψε ποσά από 100-200 €. Αντίθετα, μόνο το 23,3% δεν καλύφθηκαν από το νοσοκομείο.

Αναφορικά με την έκβαση των ασθενών έχουμε σημαντική υπεροχή αυτών που εξήλθαν με οδηγίες για το σπίτι (88,2%) και μηδενικά ποσοστά για την έκβαση του θανάτου.

Ένα ακόμη σημαντικό συμπέρασμα ήταν τα αποτελέσματα της Διαλογής. Έχουμε την πλειονότητα να έχει υποστεί Σωστή διαλογή (82,7%), ενώ λάθος ειδικότητα επιλέχθηκε για το 9,7%. Το λάθος λόγω Πρωτοκόλλου έγινε για το 5,6%. Τέλος, διακρίθηκε το λάθος Υπερεκτίμησης και Υποτίμησης ενός περιστατικού ως προς το πλήθος των ιατρών που χρήζει να το εξετάσουν. Το αποτέλεσμα, ήταν 0,9% να υπέστησαν Λάθος Υπερεκτίμησης, δηλαδή να εξετάστηκαν από περισσότερους ιατρούς από ό, τι χρειαζόνταν, και 1,1% να υπέστησαν Λάθος Υποεκτίμησης, δηλαδή να εξετάστηκαν από λιγότερους. Συνολικά τα λάθη ήταν για το 17,3%.

Συνολικά συμμετείχαν 12 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού. Ο μέσος όρος των ετών εμπειρίας ως νοσηλεύτης ή βοηθός νοσηλευτής είναι τα 9,4 έτη, των ετών εμπειρίας σε ΤΕΠ είναι τα 8 έτη και των ετών εμπειρίας στη Διαλογή τα 6,7 έτη. Με διάκριση σε δύο κατηγορίες, έχουμε 4 με μεγάλη εμπειρία, δηλαδή άνω των 10 ετών, και 8 με μικρή. Ακόμη έχουμε 393 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαδικασία triage από νοσηλευτικό προσωπικό μεγάλης εμπειρίας και 397 από νοσηλευτικό προσωπικό μικρής. Το γεγονός πως και στις δύο ομάδες υπήρχαν ισάριθμα μέλη ασθενών μας επιβεβαιώνει την αξιοπιστία του αποτελέσματος του ελέγχου υπόθεσης καθώς δεν υπήρχε μεροληψία υπεροχής μεγέθους δείγματος για κάποια από τις δύο ομάδες.

Αναφορικά με την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού έχουμε 4 νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) και 8 βοηθούς νοσηλευτές Διαιτούς Εκπαίδευσης (ΔΕ). Από το σύνολο των περιστατικών 348 υπέστησαν Διαλογή από ΤΕ και 442 από ΔΕ, δηλαδή περίπου ίδια ποσοστά και για τις δύο ομάδες.

Αναφορικά με την γνώση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη διαλογή διακρίθηκαν οι βαθμολογίες για κλινικά σενάρια εκτίμησης της βαρύτητας του περιστατικού, με βάση την κλίμακα ESI, και οι βαθμολογίες για κλινικά σενάρια παραπομπής, με επιλογή της κατάλληλης ιατρικής ειδικότητας. Σχετικά με τα σενάρια ESI είδαμε ανώτερη βαθμολογία 6, με άριστα το 10, και κατώτερη το 2. Σχετικά με τα σενάρια παραπομπής σε ιατρική ειδικότητα είδαμε ανώτερη βαθμολογία 14, με άριστα το 20, και κατώτερη το 4,5. Με την κατηγοριοποίηση της γνώσης για την παραπομπή, έχουμε 3 με χαμηλή βαθμολογία, δηλαδή κάτω των 10 βαθμών, και 5 με υψηλή. Τέσσερις δεν απάντησαν στα σενάρια. Επίσης, το 1/3 των ασθενών κρίθηκαν από νοσηλευτικό προσωπικό χαμηλής γνώσης, και τα 2/3 από νοσηλευτικό προσωπικό υψηλής γνώσης.

Αναφορικά με τους λόγους που οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη απόφασης κατά την Διαλογή, έχουμε την πλειονότητα να αποφασίζει με βάση τα κυριότερα συμπτώματα και την πλειονότητα να μην αποφασίζει βάση της αναμονής για συγκεκριμένη ειδικότητα λόγω αυξημένης προσέλευσης. Ορθότερη διαλογή επιτελούσαν όσοι έδιναν έμφαση στα κυριότερα συμπτώματα του ασθενούς. Επίσης, ορθότερη διαλογή επιτελούσαν όσοι δεν παρέπεμπαν τον ασθενή βάσει του πρωτοκόλλου του νοσοκομείου. Ωστόσο, ας σημειωθεί πως το συγκεκριμένο τμήμα του ερωτηματολογίου απαντήθηκε από 5 μόνο.

Εν κατακλείδι, έχουμε μεγαλύτερο νοσηλευτικό φόρτο λόγω μεγάλης προσέλευσης τις απογευματινές ώρες με μέσο όρο τους 45 ασθενείς ανά βάρδια. Μέγιστο αριθμό ασθενών σε βάρδια ήταν τα 76 άτομα (απογευματινή) και ελάχιστη τα 13 (βραδινή). Όσον αφορά τα νοσηλευτικά λάθη διαλογής ανά βάρδια ήταν κατ' ελάχιστη τιμή 0 και κατά μέγιστη 15. Ο μέσος όρος των λαθών ανά βάρδια ήταν 5.

8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στην προκείμενη μελέτη υπήρξαν περιορισμοί που εξαλείφθηκαν και περιορισμοί που παρέμειναν.

Ο σημαντικότερος περιορισμός που εξαλείφθηκε ήταν το συστηματικό σφάλμα κατά την επιλογή του δείγματος των περιστατικών. Η χρήση κληρωτίδας για την επιλογή των ημερών κατά τη διάρκεια όλου του έτους και όχι μόνο συγκεκριμένων ημερών ενός μηνός, απάλλαξε από την μεροληψία για το είδος των περιστατικών που προσήλθαν στο ΤΕΠ. Για παράδειγμα, η επιλογή περιστατικών χειμερινού μήνα θα περιόριζε τα περιστατικά σε κυρίως πνευμονολογικά, λόγω αύξησης των κρουσμάτων λοίμωξης αυτούς τους μήνες.

Ένας ακόμη περιορισμός, που εξαλείφθηκε, ήταν ο χαρακτηρισμός της διαλογής ανά περιστατικό ως ορθή ή εσφαλμένη. Ήταν σημαντικό να διαχωριστεί η λανθασμένη διαλογή διότι ο νοσηλευτής διέγνωσε λάθος και παρέπεμψε σε λάθος ιατρική ειδικότητα, από τη λανθασμένη διαλογή διότι ο νοσηλευτής έπρεπε να πράξει όπως έπραξε λόγω πρωτοκόλλου. Για παράδειγμα, το θωρακικό άλγος παραπέμφθηκε πολλές φορές λανθασμένα σε καρδιολόγο ενώ ήταν μυοσκελετικό άλγος, αφού ο νοσηλευτής βάσει πρωτοκόλλου του νοσοκομείου οφείλει να αποκλείει τα πρωτεύοντα και σημαντικότερα πιθανά συμβάματα για το εκάστοτε σύμπτωμα.

Τέλος, ένας ακόμη συγχυτής που εξαλείφθηκε ήταν κατά τη σύγκριση των δύο ομάδων μικρής εμπειρίας και μεγάλης εμπειρίας, όπου χρησιμοποιήθηκε περίπου ίσος αριθμός περιστατικών εκατέρωθεν. Με αυτό μελετήθηκε αξιόπιστα η ορθή διαλογή από τις δύο ομάδες, καθώς δεν θα μπορούσαμε να εξάγουμε συμπέρασμα αν η μια ομάδα είχε περισσότερα περιστατικά διαλογής, διότι πιθανόν θα είχε και περισσότερα λάθη διαλογής.

Από την άλλη, περιορισμοί υπήρξαν λόγω μειωμένου αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε, καθώς η μελέτη περιορίστηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες δεν ήταν ισάριθμοι στις δύο ομάδες μικρής και μεγάλης εμπειρίας και τις δύο ομάδες ΤΕ και ΔΕ, αλλά υπερτερούσαν τα άτομα μικρής εμπειρίας και οι ΔΕ.

Ακόμη, σε μελλοντική μελέτη θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν όμοια πραγματικά περιστατικά για Διαλογή για τον κάθε νοσηλευτή και βοηθό νοσηλευτή, ώστε να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα ισότιμα. Έτσι, η Ικανότητα triage θα μπορούσε να μετρηθεί ισότιμα σε πραγματικά περιστατικά, εκτός από τα περιστατικά

των υποθετικών σεναρίων. Επιπλέον, μελλοντικά θα μπορούσε να γίνει συγκερασμός της εμπειρίας και της εκπαίδευσης, ώστε να μην υπάρχει σύγχυση αν η ορθότητα της διαλογής ενός βοηθού νοσηλευτή Διευτούς Εκπαίδευσης επηρεάζεται ή όχι από την πολυετή εμπειρία του.

Περιορισμός υπήρξε επίσης διότι η μελέτη ήταν αναδρομική. Σε μελλοντική μελέτη θα μπορούσε να γίνει ταυτόχρονη καταγραφή των λεγομένων των ασθενών που μπορεί να επηρεάζουν την κρίση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Περιορισμός υπήρξε και όσον αφορά τη συλλογιστική του νοσηλευτικού προσωπικού. Ήταν δύσκολο να εξαχθεί ασφαλές αποτέλεσμα, καθώς ο Πίνακας των Λόγων που οδηγούν στη λήψη απόφασης (Πίνακας Α, ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ) δεν απαντήθηκε από όλους. Επιπλέον, τα συμπεράσματα που εξήχθησαν όσον αφορά το αποτέλεσμα της συλλογιστικής και αν κάποιες σκέψεις οδηγούν σε μεγαλύτερο ποσοστό ορθών διαλογών θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με επιφύλαξη, καθώς δεν είχε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό τον ίδιο αριθμό περιστατικών. Επομένως, δεν μπορεί να συγκριθεί αν μια σκέψη βοηθά περισσότερο αναλογικά με την άλλη για την ορθότερη διαλογή.

Περιορισμοί υπάρχουν και από μη προβλέψιμους παράγοντες όπως είναι η απόκρυψη στοιχείων από τους ασθενείς εσκεμμένη -όπως σε περιπτώσεις κακώσεων από ημερών- ή μη εσκεμμένη -όπως σε ασθενείς με άνοια. Συμπληρωματικά, απρόβλεπτος παράγοντας χαρακτηρίζεται και η αναμονή για μια ιατρική ειδικότητα που μπορεί να οδηγήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να παραπέμψει ασθενή σε άλλη ειδικότητα ώστε να αποφύγει τον συμφόρηση, όπως συμβαίνει με το κοιλιακό άλγος που μπορεί να εκτιμηθεί από χειρουργό παρόλο που το θέμα μπορεί να άπτεται παθολογικής ειδικότητας.

Εν γένει, περιορισμός υπήρξε κατά τον καθορισμό του φόρτου του νοσηλευτικού έργου. Στην προκειμένη ο φόρτος ορίστηκε μόνο βάσει της πληθώρας προσέλευσης των ασθενών. Σε μελλοντική μελέτη θα μπορούσαν να προστεθούν κι άλλες παράμετροι που επιβαρύνουν το έργο των νοσηλευτών διαλογής.

9. ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η νοσηλευτική επιστήμη έχει αναπτυχθεί πολύ τα τελευταία χρόνια με τους νοσηλευτές να αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες αρμοδιότητες στο χώρο των Επιστημών Υγείας, όπως αυτή της Διαλογής (triage). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διαδικασία της διαλογής επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων, τροποποιήσιμων και μη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί η ικανότητα για διαλογή από το νοσηλευτικό προσωπικό διερευνώντας τους πιθανούς παράγοντες μη αποτελεσματικότητας.

Μέθοδος: Μια αναδρομική μελέτη έλαβε χώρα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ιδιωτικού νοσοκομείου στα πλαίσια εργασίας για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Αφορά την καταγραφή 790 περιστατικών ηλικίας άνω των 18 ετών που προσήλθαν στο ΤΕΠ σε διάστημα 8 τυχαίων ημερών, καθώς και 12 ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που υπάγεται στην ευθύνη της Διαλογής αυτών των περιστατικών. Το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογήθηκε σε πραγματικό χρόνο διαλογής με γνώμονα την βαθμίδα εκπαίδευσης, την χρονική εμπειρία σε χώρους Διαλογής, την γνώση Διαλογής για τη παραπομπή των ασθενών στη σωστή ιατρική ειδικότητα, μέσω ερωτηματολογίου, καθώς και τον φόρτο εργασίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά το νοσηλευτικό προσωπικό επιτέλεσε ορθή διαλογή στο 82,7% των περιστατικών. Οι 5 στους 8 που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (62,5%) είχαν **μέτριο επίπεδο ικανότητας triage** με βάση φανταστικά σενάρια παραπομπής ασθενών σε ιατρική ειδικότητα. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της **Γνώσης** για το triage και της **Ορθότητας** διαλογής ($p=0,001$). Το **Εκπαιδευτικό επίπεδο** και η **Εμπειρία** του νοσηλευτικού προσωπικού σε χώρους Διαλογής, μετρημένη σε έτη, δεν είχαν στατιστικά σημαντική σχέση με την **Ικανότητα σωστού triage** ($p = 0,379$) και ($p = 0,435$) αντίστοιχα. Συσχέτιση βρέθηκε και ανάμεσα στον **Νοσηλευτικό Φόρτο εργασίας** ως προς το πλήθος των ασθενών και το **Πλήθος των λαθών** ($r = 0,808$, $p = 0,001$).

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα σε μια τέτοια μελέτη βοηθούν να εξαχθεί μια ποσοτική καταμέτρηση της αποτελεσματικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη Διαλογή. Συνάμα, συμβάλλουν και στην εύρεση πιθανών αιτιών λανθασμένου triage αλλά και στοχευμένων λύσεων. Δεν μπορούμε να υποθέσουμε

ότι η νοσηλευτική εμπειρία και η νοσηλευτική εκπαίδευση έχουν επίπτωση στην ορθότητα της Διαλογής. Αντίθετα, φαίνεται πως το επίπεδο των προσωπικών γνώσεων σχετίζεται με την ορθή Διαλογή. Επιπροσθέτως, η πληθώρα προσέλευσης ασθενών, ένας δείκτης του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας, κατέδειξε αρνητική συσχέτιση με την ορθή Διαλογή. Ωστόσο, πληθώρα μελετών πρέπει να ακολουθήσουν.

ABSTRACT

Purpose: The nursing science has been developed a lot in recent years, with nurses taking on more and more responsibilities in the field of Health Sciences, such as triage. However, the effectiveness of nursing staff in the screening process is affected by a variety of factors, modifiable and non-modifiable. The purpose of this study is to evaluate the ability of nursing staff to triage correctly by investigating possible factors of ineffectiveness.

Method: A retrospective study took place at the Emergency Department of a private hospital as part of the Postgraduate Program of the Department of Nursing of the National Kapodistrian University of Athens. It concerns the recording of 790 cases over the age of 18 who arrived at the ED in a period of 8 random days, as well as 12 individuals of the nursing staff who are under the responsibility of the Sorting of these incidents. The Nursing Staff was evaluated for correct triage, based on the level of education, the time experience in Sorting places, the knowledge about triage, especially for the referral of patients to the correct medical specialty, through a questionnaire, as well as the workload.

Results: Overall the nursing staff achieved right triage in 82.7% of the cases. Five of eight who completed the questionnaire (62.5%) had a moderate level of triage ability based on imaginary scenarios of patients' referral to medical specialty. A statistically significant relationship was found between Knowledge for triage and Correctness of sorting ($p=0.001$). The Educational Level and Experience of the Nursing Staff in Sorting Areas, measured in years, had no statistically significant relationship with the Ability of correct triage ($p=0.379$) and ($p=0.435$) respectively. A correlation was also found between the Nursing Workload in terms of the number of patients and the Number of errors ($r=0.808$, $p=0.001$).

Conclusion: The findings in such a study help to derive a quantitative measure of the effectiveness of nursing staff in Triage. At the same time, they contribute to finding possible causes of wrong triage and targeted solutions. We cannot assume that nursing experience and nursing education affect the correctness of Triage. On the contrary, it seems that the level of personal knowledge is related to the correct triage. Moreover, the large number of patients in the ED, an indicator of nursing workload, showed a negative correlation with the correct triage. However, a multitude of studies must follow.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Ασκητοπούλου Ε. *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση & Ανάπτυξη*. 2009; Σελ 2-5, 8-9.
2. Μυριανθεύς Π. *Οργάνωση & Λειτουργία ΤΕΠ*. Σημειώσεις Επειγοντολογίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ. 2019; Σελ 1-101.
3. Μυριανθεύς Π. *Εισαγωγή στην Επειγοντολογία*. Σημειώσεις Επειγοντολογίας για το Προπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ. 2015; Σελ. 35.
4. Ζαφειρίου Χ. *Triage (Διαλογή)*. [online] 2013 Οκτ 18; Διαθέσιμο μέσω: URL: [http// www.fire.gr](http://www.fire.gr)
5. Kerie S, Tilahun A, Mandesh A. *Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa, Ethiopia 2017: a cross- sectional study*. BMC Res Notes 2018 Σεπ 10;11:658 doi: 10.1186/s13104-018-3769-8
6. Κηπουργός Γ. *Δημιουργία ευφυνούς συστήματος για τη διαχείριση και τη διαλογή των ασθενών Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών*. [online] 2015; Διαθέσιμο μέσω: URL: nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/8531/1/Nimertis_Kipourgou.pdf
7. S L Albin, S Wassertheil-Smoller, S Jacobson και B Bell. *Evaluation of emergency room triage performed by nurses*. AM J Public Health 1975 Οκτ; 65(10): 1063-1068
8. Holroyd B. R., Bullard M. J., Latoszek K., et al. *Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial*. Academic Emergency Medicine. 2007;14(8):702–708. doi: 10.1197/j.aem.2007.04.018
9. Travers J. P., Lee F. C. Y. *Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: is there a role for the senior emergency physician in triage?* *European Journal of Emergency Medicine*. 2006;13(6):342–348. doi: 10.1097/01.mej.0000224425.36444.50.
10. Rowe B. H., Villa-Roel C., Guo X., et al. *The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review*. *Academic Emergency Medicine*. 2011;18(12):1349–1357. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x.
11. Reveley S. *The role of the triage nurse practitioner in general medical practice: an analysis of the role*. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28(3):584–591. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00685.x.

12. Subash F, Dunn F, McNicholl B, Marlow J. Team triage improves emergency department efficiency. Emerg Med J. 2004 Σεπ;21(5):542-4
13. Wong TW, Tseng G, Lee LW. Report of an audit of nurse triage in an accident and emergency department. J Accid Emerg Med. 1994 Ιov;11(2):91-5.
14. Williams JC, Jones NL, Richardson FJ, Jones C, Richmond PW. The nursing triage process: a video review and a proposed audit tool. J Accid Emerg Med. 1996 Νοε;13(6):398-9.
15. Gerdtz M. F., Bucknall T. K. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal of Advanced Nursing.* 2001;35(4):550–561. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01871.x.
16. Fry M., Burr G. Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Australia. *Accident and Emergency Nursing.* 2001;9(4):227–234. doi: 10.1054/aaen.2001.0268.
17. Erratum: Utilizing mobile health method to emergency nurses' knowledge about Emergency Severity Index triage. J Educ Health Promot. 2018 Νοε 27;7:151. doi: 10.4103/2277-9531.246100. eCollection 2018.
18. Kihlgren A, Svensson F, Lövbrand C, Gifford M, Adolfsson A. A Decision support system (DSS) for municipal nurses encountering health deterioration among older people. BMC Nurs. 2016 Νοε 8;15:63. eCollection 2016.
19. Levin S, France D, Mayberry RS, Stonemetz S, Jones I, Aronsky D. The effects of computerized triage on nurse work behavior. AMIA Annu Symp Proc. 2006:1005.
20. Farrohknia N., Castrén M., Ehrenberg A., et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.* 2011;19, article 42 doi: 10.1186/1757-7241-19-42.
21. Mirhaghi A., Heydari A., Mazlom R., Ebrahimi M. The reliability of the canadian triage and acuity scale: meta-analysis. *North American Journal of Medical Sciences.* 2015;7(7):299–305. doi: 10.4103/1947-2714.161243.
22. Jordi K, Grossmann F, Gaddis GM, Cignacco E, Denhaerynck K, Schwendimann R και Nickel CH. Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: a cross-sectional study in four Swiss hospitals. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2015 Αυγ 28;23:62. doi: 10.1186/s13049-015-0142-y.
23. Sánchez-Bermejo R. Spanish nurses' survey on triage in hospital emergency departments. Emergencias. 2015 Απρ;27(2):103-108.

24. Swedish Council on Health Technology Assessment. *Triage Methods and Patient Flow Processes in Emergency Departments: A Systematic Review* [online]. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2010. Απρ. SBU Yellow Report No. 197. SBU Systematic Review Summaries.
25. Allen A. R., Spittal M. J., Nicolas C., Oakley E., Freed G. L. *Accuracy and interrater reliability of paediatric emergency department triage*. *Emergency Medicine Australasia*. 2015;27(5):447–452. doi: 10.1111/1742-6723.12455.
26. Ebrahimi M., Heydari A., Mazlom R., Mirhaghi A. *Reliability of the Australasian triage scale: meta-analysis*. *World Journal of Emergency Medicine*. 2015;6(2):94–99. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.02.002.
27. Loke SS, Liaw SJ, Tiong LK_, Ling TS_ και Chiang WT_ *Evaluation of nurse-physician inter-observer agreement on triage categorization in the emergency department of a Taiwan medical center*. Chang Gung Medical Journal 01 Ιολ 2002; 25(7):446-452
28. Ghanbarzehi N_, Balouchi A_, Sabzevari S_, Darban F_, Khayat NH_. *Effect of Triage Training on Concordance of Triage Level between Triage Nurses and Emergency Medical Technicians*. Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR 01 Μαι 2016; 10(5):IC05-IC07
29. Andersson A.-K., Omberg M., Svedlund M. *Triage in the emergency department—a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions*. *Nursing in Critical Care*. 2006;11(3):136–145. doi: 10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x.
30. Mohsen Ebrahimi, Amir Mirhaghi, Reza Mazlom, Abbas Heydari, Asra Nassehi, και Mojtaba Jafari. *The Role Descriptions of Triage Nurse in Emergency Department: A Delphi Study*. Scientifica (Cairo). 2016; 2016: 5269815.
31. Rehman SA, Ali PA. *A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments*. Int Emerg Nurs. 2016 Νοε;29:38-44. doi: 10.1016/j.ienj.2015.11.002. Epub 2015 Dec 4.
32. Martínez-Segura E_, Lleixà-Fortuño M_, Salvadó-Usach T_, Solà-Miravete E_, Adell-Lleixà M_, Chanovas-Borrás MR_, March-Pallarés G_, Mora-López G_. *Competence of triage nurses in hospital emergency departments*. Emergencias : Revista de la Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias 01 Ιοβ 2017; 29(3):173-177
33. Firouzkouhi M, Zargham-Boroujeni A, Kako M, Abdollahimohammad A. *Experiences of civilian nurses in triage during the Iran-Iraq War: An oral history*. Chin J Traumatol. 2017 Οκτ;20(5):288-292.

34. Rautava VP, Palomäki E, Innamaa T, Perttu M, Lehto P, Palomäki A. *Improvement in self-reported confidence in nurses' professional skills in the emergency department.* Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013 Μαρ 5;21:16. doi: 10.1186/1757-7241-21-16.
35. Chan TC, Killeen JP, Vilke GM, Marshall JB, Castillo EM. *Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department.* Acad Emerg Med. 2010 Μαρ;17(5):545-52. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00727.x.
36. George S, Read S, Westlake L, Williams B, Pritty P, Fraser-Moodie A. *Nurse triage in theory and in practice.* Arch Emerg Med. 1993 Σεπ;10(3):220-8.
37. George S, Read S, Williams B. *Nurse triage.* BMJ. 1993 Ιαν 16;306(6871):208.
38. George S, Read S, Williams B. *Nurse triage increases emergency department waiting times.* BMJ. 1995 Νοε 11;311(7015):1305.
39. Porter JE. *Nurse triage in accident and emergency departments.* BMJ. 1992 Μαρ 23;304(6838):1378-9.
40. Gräff I, Goldschmidt B, Glien P, Klockner S, Erdfelder F, Schiefer JL, Grigutsch D. *Nurse Staffing Calculation in the Emergency Department - Performance-Oriented Calculation Based on the Manchester Triage System at the University Hospital Bonn.* PLoS One. 2016 Μαρ 3;11(5):e0154344. doi: 10.1371/journal.pone.0154344. eCollection 2016.
41. Rowe B. H., Villa-Roel C., Guo X., et al. *The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review.* Academic Emergency Medicine. 2011;18(12):1349–1357. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x.
42. Rowe BH, Villa-Roel C, Guo X, Bullard MJ, Ospina M, Vandermeer B, Innes G, Schull MJ, Holroyd BR. *The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review.* Acad Emerg Med. 2011 Δεκ;18(12):1349-57. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x. Epub 2011 Ιοβ 21.
43. Parris W., McCarthy S., Kelly A.-M., Richardson S. *Do triage nurse-initiated X-rays for limb injuries reduce patient transit time?* Accident and Emergency Nursing. 1997;5(1):14–15. doi: 10.1016/S0965-2302(97)90056-4.
44. Pringle D. *Expanding nurses' scope of practice.* Nurs Leadersh (Tor Ont). 2009;22(2):1-4.
45. T W Wong, G Tseng, and L W Lee. *Report of an audit of nurse triage in an accident and emergency department.* J Accid Emerg Med. 1994 Ιοβ; 11(2): 91–95. doi: 10.1136/emj.11.2.91

46. Gómez-Angelats E, Miró Ò, Bragulat Baur E, Antolín Santaliestra A, Sánchez Sánchez M. *Triage level assignment and nurse characteristics and experience*. *Emergencias*. 2018 Ιov;30(3):163-168.
47. Nicki Gilboy et al. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. [online]. 2005 Μαΐ; (9-10): 63-72. Διαθέσιμο μέσω: URL: https://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Downloads/Esi_Handbook.pdf
48. Rees P. J., Pattison J., Williams G. *100 Cases in Clinical Medicine Second Edition*. [online]. 2007; Διαθέσιμο μέσω: URL: moscmm.org/pdf/100_Cases_in_Clinical_Medicine
49. Pagano M., Gauvreau K. *Αρχές βιοστατιστικής*. 2002; Εκδόσεις Έλλην
50. Σύνδεσμος Ελλήνων Παραγωγών Αποσταγμάτων Αλκοολούχων Ποτών. *Τι σημαίνει μια μονάδα αλκοόλ*. [online] Διαθέσιμο μέσω: URL: <http://www.apolafste.ypefthina.gr/ypefthini-katanalosi/ti-simainei-mia-monada-alkool/>
51. Κορομπέλη Α. *Triage*. Σημειώσεις Επειγοντολογίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ. 2019; Σελ. 51-57.
52. Κορομπέλη Α. *Κλίμακες Βαρύτητας*. Σημειώσεις Εντατικής Θεραπείας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ. 2019; Σελ. 66.
53. Aloyce R, Leshabari S, Brysiewicz P. *Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania*. *Afr J Emerg Med*. 2014;4(1):14–18. doi: 10.1016/j.afjem.2013.04.009.
54. Fathoni M, Sangchan H, Songwathana P. *Triage knowledge and skills among emergency nurses in East Java Province, Indonesia*. *Aust Emerg Nurs J*. 2010;13(4):153. doi: 10.1016/j.aenj.2010.08.304.
55. Göransson KE, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. *Emergency department triage: is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions?* *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(2):83–88. doi: 10.1016/j.aen.2005.12.001.
56. Jordi K, Grossmann F, Gaddis GM, Cignacco E, Denhaerynck K, Schwendimann R, Nickel CH. *Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: a cross-sectional study in four Swiss hospitals*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2015;23(1):62. doi: 10.1186/s13049-015-0142-y.
57. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson LW, Greenspan J, Hwang U, John DP, Lyons WL, Platts-Mills TF. *Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines*

from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(7):1360–1363. doi: 10.1111/jgs.12883.

11. Afaya A, Azongo TB, Yakong VN. *Perceptions and knowledge on triage of nurses working in emergency Departments of Hospitals in the Tamale Metropolis, Ghana.* IOSR JNHS. 2017;6(3):59–65. doi: 10.9790/1959-0603065965.

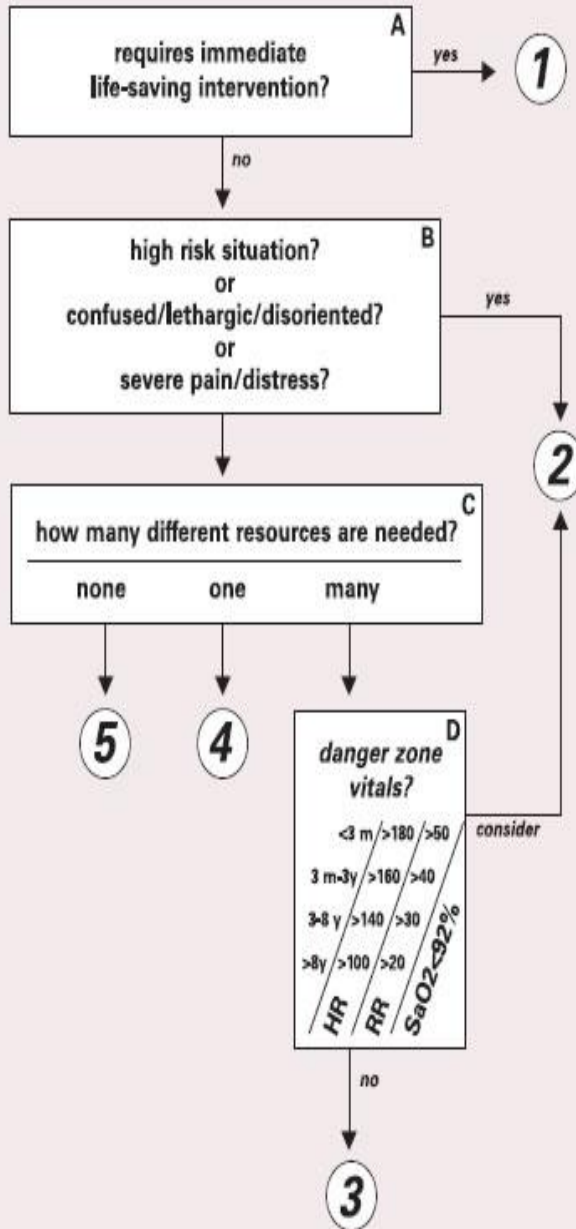
58. Chan MF. *Factors affecting knowledge, attitudes, and skills levels for nursing staff toward the clinical management system in Hong Kong.* CIN Comput Inform Nurs. 2009;27(1):57–65. doi: 10.1097/NCN.0b013e31818dd3b0.

59. Μπαλτόπουλος Γ., Λαγονίδης Δ., Αλοΐζος Σ., Μπούτζουκα Ε., Κατσούλας Θ. *Κλίμακες, Αλγόριθμοι, Πρωτόκολλα, Όρια, Κριτήρια & Δείκτες.* 22^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας & Επείγουσας Ιατρικής. Εκδόσεις Επιστημών ΕΠΕ, 2019. Σελ.305.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ (ΣΥΣΤΗΜΑ ESI)



A. Immediate life-saving intervention required: airway, emergency medications, or other hemodynamic interventions (IV, supplemental O₂, monitor, ECG or labs DO NOT count); and/or any of the following clinical conditions: intubated, apneic, pulseless, severe respiratory distress, SPO₂<90, acute mental status changes, or unresponsive.

Unresponsiveness is defined as a patient that is either:

- (1) nonverbal and not following commands (acutely); or
- (2) requires noxious stimulus (P or U on AVPU) scale.

B. High risk situation is a patient you would put in your last open bed.

Severe pain/distress is determined by clinical observation and/or patient rating of greater than or equal to 7 on 0-10 pain scale.

C. Resources: Count the number of different types of resources, not the individual tests or x-rays (examples: CBC, electrolytes and coags equals one resource; CBC plus chest x-ray equals two resources).

Resources	Not Resources
• Labs (blood, urine) • ECG, X-rays • CT-MRI-ultrasound-angiography	• History & physical (including pelvic) • Point-of-care testing
• IV fluids (hydration)	• Saline or heparin
• IV or IM or nebulized medications	• PO medications • Tetanus immunization • Prescription refills
• Specialty consultation	• Phone call to PCP
• Simple procedure -1 (i.e. repair, Foley cath) • Complex procedure -2 (conscious sedation)	• Simple wound care (dressings, recheck) • Crutches, splints, slings

D. Danger Zone Vital Signs

Consider uptriage to ESI 2 if any vital sign criterion is exceeded.

Pediatric Fever Considerations

1 to 28 days of age: assign at least ESI 2 if temp >38.0 C (100.4F)

1-3 months of age: consider assigning ESI 2 if temp >38.0 C (100.4F)

3 months to 3 yrs of age: consider assigning ESI 3 if: temp >39.0 C (102.2 F), or incomplete immunizations, or no obvious source of fever

©ESI Triage Research Team, 2004 - (Refer to teaching materials for further clarification)

©ESI Triage Research Team, 2004. Reproduced with permission.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ATS

ΝΟΥΜΕΡΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΧΡΩΜΑ	ΜΕΓΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ (σε λεπτά)
1	ΑΜΕΣΗ ΔΙΑΣΩΣΗ	ΚΟΚΚΙΝΟ	0
2	ΠΟΛΥ ΕΠΕΙΓΟΝ	ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ	10
3	ΕΠΕΙΓΟΝ	ΚΙΤΡΙΝΟ	30
4	ΣΤΑΘΕΡΟ	ΠΡΑΣΙΝΟ	60
5	ΜΗ ΕΠΕΙΓΟΝ	ΜΠΛΕ	120

ACTAS

ΝΟΥΜΕΡΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΧΡΩΜΑ	ΜΕΓΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ (σε λεπτά)
1	ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ	ΜΠΛΕ	0
2	ΠΟΛΥ ΕΠΕΙΓΟΝ	ΚΟΚΚΙΝΟ	15
3	ΕΠΕΙΓΟΝ	ΚΙΤΡΙΝΟ	30
4	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΕΙΓΟΝ	ΠΡΑΣΙΝΟ	60
5	ΜΗ ΕΠΕΙΓΟΝ	ΛΕΥΚΟ	120

MTS

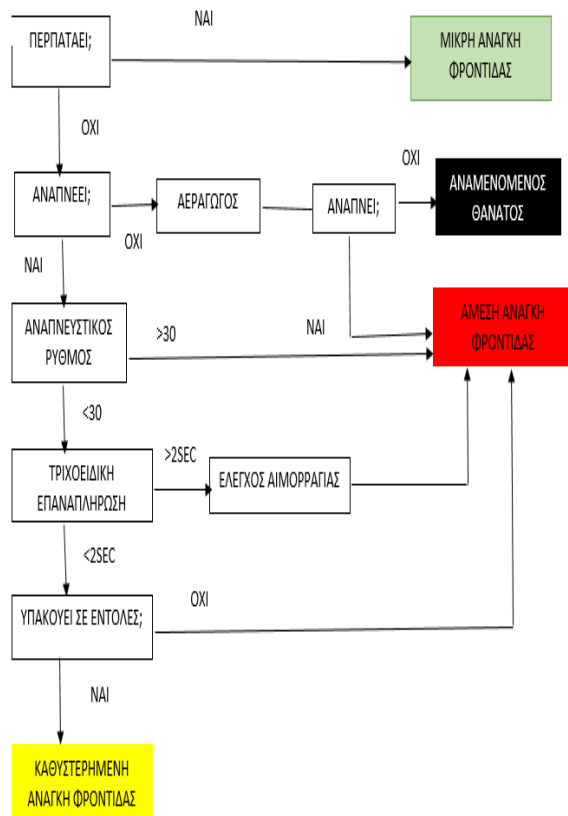
ΝΟΥΜΕΡΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΧΡΩΜΑ	ΜΕΓΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ (σε λεπτά)	ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
1	ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ	ΚΟΚΚΙΝΟ	0	Ασθενείς με ανάγκη άμεσης θεραπείας για διατήρηση της ζωής
2	ΠΟΛΥ ΕΠΕΙΓΟΝ	ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ	10	Σοβαρά ασθενείς ή τραυματίες των οποίων οι ζωές δεν είναι σε άμεσο κίνδυνο
3	ΕΠΕΙΓΟΝ	ΚΙΤΡΙΝΟ	60	Ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σταθερή κατάσταση

4	ΤΑΚΤΙΚΟ	ΠΡΑΣΙΝΟ	120	Σταθερές περιπτώσεις χωρίς άμεσο κίνδυνο ή δυσφορία
5	ΜΗ ΕΠΕΙΓΟΝ	ΜΠΛΕ	240	Ασθενείς που η κατάστασή τους δεν είναι επείγουσα

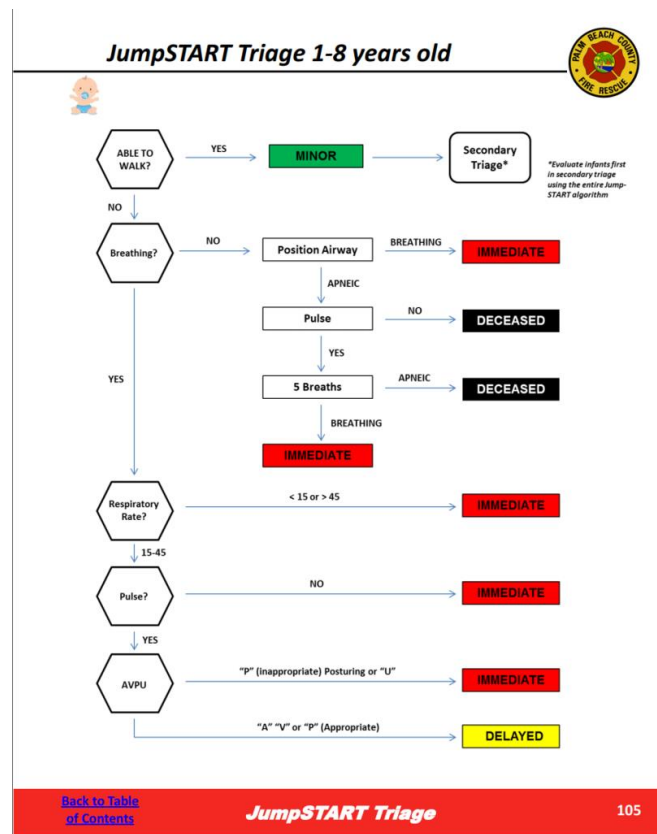
START

Κατηγορία	Χρώμα	Χρόνος αναμονής (λεπτά)
ΑΜΕΣΗ	κόκκινο	0
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	κίτρινο	60
ΜΙΚΡΗ	πράσινο	180
ΝΕΚΡΟΣ	μαύρο	-

START



JUMP START



qSOFA

Assessment	qSOFA score
Low blood pressure (SBP $\leq$ 100 mmHg)	1
High respiratory rate ($\geq$ 22 breaths/min)	1
Altered mentation (GCS $<$ 15)	1

Σύστημα NEWS

Φυσιολογική παράμετρος	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Αναπνοές ανά λεπτό	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Κορεσμός αιμοσφαιρίνης % κλίμακα 1	≤91	92-93	94-95	96			
Κορεσμός αιμοσφαιρίνης % κλίμακα 2	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 σε αέρα	93-94 σε οξυγόνο	95-96 σε οξυγόνο	≥97 σε οξυγόνο
Αέρας ή Οξυγόνο		Οξυγόνο		Αέρας			
Συστολική Αρτηριακή Πίεση	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Σφύξεις ανά λεπτό	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥130
Συνείδηση				Εγρήγορση			CVPU
Θερμοκρασία (C°)	≤35.0		35.1	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

5 Practice Cases (ESI Handbook) ^[45]

13, 21, 5, 23, 29

5 Competency Cases (ESI Handbook) ^[45]

9, 5, 21, 20, 3

10 Clinical Cases (100 Cases in Clinical Medicine) ^[46]

55, 77, 9, 21, 33, 68, 35, 100, 81, 58

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

Το προκείμενο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της γνώσης των νοσηλευτών, που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Ιδιωτικού Νοσοκομείου, για τη Διαλογή. Διενεργείται στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας της φοιτήτριας Δήμητρας Σαλτού του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις ανοιχτής απάντησης, 20 κλινικά σενάρια και 15 συνθήκες επιλογής. Η συμμετοχή είναι ελεύθερας βούλησης. Διατίθεται πρωτόκολλο της εργασίας προς ενημέρωσή σας. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση είμαι στη διάθεσή σας.

Δημογραφικά Στοιχεία

Κωδικός:

1. ΗΛΙΚΙΑ

2. ΦΥΛΟ ☐ ΑΡΡΕΝ ☐ ΘΗΛΥ

3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

☐ ΠΕ ☐ ΤΕ ☐ ΔΕ
☐ MSc ΑΛΛΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ.....

4. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑχρόνιαμήνες

5. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΤΕΠχρόνιαμήνες

6. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗχρόνιαμήνες

7. Εργάζεστε αυτή τη στιγμή σε χώρο Διαλογής ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

8. Έχετε λάβει μέρος σε πρόγραμμα εκπαίδευσης για τη Διαλογή

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Ερωτήσεις ανάπτυξης

1. Αναπτύξτε τον ορισμό της Διαλογής (triage). Τι σημαίνει Διαλογή; Ποιος είναι ο σκοπός της;

.....
.....

2. Πόσες κατηγορίες έχει το σύστημα διαλογής που χρησιμοποιείτε; Πως διακρίνονται; Πόσο μπορεί να περιμένει ο ασθενής στην κάθε κατηγορία;

.....

.....

.....

.....

Ερωτήσεις κλινικών σεναρίων

Περιπτώσεις κατηγοριοποίησης

Οι περιπτώσεις αυτές παρέχονται για εξάσκηση στην κατηγοριοποίηση των ασθενών με ESI. Διαβάστε κάθε περίπτωση και βάσει των παρεχόμενων πληροφοριών ορίστε μια **βαθμολογία οξύτητας triage** χρησιμοποιώντας ESI.

1. Ένας 16χρονος άνδρας που φοράει μαγιό μπαίνει στο ΤΕΠ. Εξηγεί ότι έκανε βουτιά σε μια πισίνα και το πρόσωπό του χτύπησε τον πυθμένα. Παρατηρείτε μια εκδορά στο μέτωπό του και στη μύτη καθώς σας λέει ότι χρειάζεται να δει έναν γιατρό εξαιτίας μυρμηγκιάσματος και στα δύο χέρια.

2. Μια 68χρονη γυναίκα παρουσιάζεται στο ΤΕΠ με το δεξί της χέρι σε έναν φάκελο ανάρτησης. Περπατούσε προς το γραμματοκιβώτιο όταν γλίστρησε στον πάγο. "Έβαλα το χέρι μου για να μην χτυπήσω από την πτώση μου. Ήμουν τυχερή που δεν χτύπησα το κεφάλι μου." Δεξί χέρι με καλή κυκλοφορία, αισθητικότητα και κινητικότητα, παρατηρείται εμφανής παραμόρφωση. Ιστορικό: αρθρίτιδα, Φάρμακα: ιβουπροφαίνη, καμία γνωστή αλλεργία. Ζωτικές ενδείξεις εντός των κανονικών ορίων. Εκτιμά τον πόνο της ως 6/10.

3. "Έχω αυτή τη μόλυνση στην επιδερμίδα μου", αναφέρει ένα 26χρονο υγιές κορίτσι. "Άρχισε να πονάει πριν από 2 ημέρες και σήμερα παρατήρησα το πύον." Η ασθενής έχει μια μικρή παρωνυχία στο δεξί δεύτερο δάκτυλο της άκρας χειρός. Καμία γνωστή αλλεργία, θ 37,1 ° C, RR 14 αναπνοές/min, HR 62 σφύξεις/min, ΑΠ 108/70 mmHg.

4. Το ασθενοφόρο φτάνει με οδηγό ηλικίας 17 ετών, ο οποίος συμμετείχε σε συντριβή μηχανοκίνητων οχημάτων υψηλής ταχύτητας. Ο ασθενής είναι ακινητοποιημένος σε μια σανίδα και διαμαρτύρεται για κοιλιακό άλγος. Έχει πολλαπλές λύσεις της

συνεχείας του δέρματος στον αριστερό του βραχίονα. Ζωτικά σήματα κατά την άφιξη: ΑΠ 102/60 mmHg, HR 86 σφύξεις/min, RR 28 αναπνοές/min, SpO2 96%.

☐

5. Το ασθενοφόρο φτάνει με μια 32χρονη γυναίκα που έπεσε από μια σκαλωσιά κατά τον καθαρισμό των υδρορροών του πρώτου ορόφου. Έχει ένα εμφανές ανοιχτό κάταγμα στο δεξί κάτω άκρο. Έχει + 2 παλμό ραχιαία άκρου ποδός (ελαφρώς μειωμένο παλμό από το κανονικό). Τα δάχτυλα των ποδιών είναι ζεστά και μπορεί να τα κουνάει. Ελεύθερο Ιστορικό νόσου, φαρμάκων ή αλλεργιών. Τα ζωτικά σημεία είναι εντός των φυσιολογικών ορίων για την ηλικία της.

☐

6. «Πόση ώρα θα πρέπει να περιμένω για να δω τον γιατρό;», ρωτά μια 27χρονη γυναίκα με ημικρανία. Ο ασθενής είναι γνωστός σε εσάς και στο τμήμα σας. Εκτιμά τον πόνο της ως 20/10 και σας λέει ότι είναι έτσι εδώ και 2 μέρες. Έκανε δύο εμμέτους αυτό το πρωί. Ιστορικό: ημικρανίες, δεν υπάρχουν αλλεργίες, τα φάρμακα περιλαμβάνουν το fioricet (παρακεταμόλη και βαρβιτουρικό).

☐

7. "Νομίζω ότι χρειάζομαι έναν αντιτετανικό ορό" σας λέει μια 29χρονη γυναίκα. "Πάτησα ένα σκουριασμένο καρφί σήμερα το πρωί και ξέρω ότι δεν έχω κάνει εμβόλιο για χρόνια." Δεν υπάρχει προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, καμία γνωστή αλλεργία φαρμάκων, καμία φαρμακευτική αγωγή.

☐

8. "Νομίζω ότι ο γιος μου έχει ωτίτιδα. Περνάει τη μισή ημέρα στην πισίνα με τους φίλους του, οπότε δεν εκπλήσσομαι ", λέει η μητέρα ενός 10χρονου αγοριού. Το παιδί δεν έχει παράπονα εκτός από επώδυνα, κνησμώδη αυτιά. ΖΣ: θ 36,1 ° C, HR 88 σφύξεις/min, RR 18 αναπνοές/min, ΑΠ 100/68 mmHg.

☐

9. «Πονάει τόσο πολύ όταν ουρώ», αναφέρει μια κατά τα άλλα υγιής 25χρονη. Αρνείται πυρετό, ρίγη, κοιλιακό άλγος ή κοιλιακή έκκριση. ΖΣ: θ 36,7 ° C, HR 66 σφύξεις/min, RR 14 αναπνοές/min, BP 114/60 mmHg.

☐

10. Ένας 63χρονος καχεκτικός άνδρας εισάγεται από το τοπικό γηροκομείο επειδή ο σωλήνας τροφοδοσίας του (Levin) αφαιρέθηκε ξανά. Ο ασθενής συνήθως δεν

αποκρίνεται. Έχει βρεθεί στο γηροκομείο αφού υπέστη εκτεταμένο εγκεφαλικό επεισόδιο πριν από περίπου 4 χρόνια.



Περιπτώσεις παραπομπής

Οι περιπτώσεις αυτές παρέχονται για εξάσκηση στην παραπομπή των ασθενών στην κατάλληλη ιατρική ειδικότητα. Διαβάστε κάθε περίπτωση και βάσει των παρεχόμενων πληροφοριών ορίστε την καταλληλότερη **ιατρική ειδικότητα** που θα παραπέμπατε τον εκάστοτε ασθενή. Θεωρείστε ότι έχετε στη διάθεσή σας όλες τις ιατρικές ειδικότητες και παραπέμψτε βάσει της πιθανότερης διάγνωσης. Διαλέγετε έναν ιατρό κάθε φορά.

Παρέχεται το ιστορικό και η κλινική εξέταση κάθε περίπτωσης καθώς αυτά οφείλει να πράττει κάθε νοσηλευτής διαλογής για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση του περιστατικού.

1.

Ιστορικό: Μια 45χρονη γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο. Έχει εμφανίσει τρία επεισόδια βήχα, πυρετό και πυώδη πτύελα τους τελευταίους 6 μήνες. Ένα από αυτά συνδέθηκε με δεξιό πλευριτικό πόνο. Αυτά έχουν αντιμετωπιστεί στο σπίτι από γενικό ιατρό. Επιπλέον, έχει ένα ιστορικό 5 χρόνων δυσκολίας στην κατάποση. Αρχικά, αυτό ήταν ήπιο αλλά έχει γίνει σταδιακά χειρότερο. Λέει ότι το φαγητό φαίνεται να κολλάει στην κάτω οπίσθια θωρακική περιοχή. Αυτό ισχύει για όλους τους τύπους στερεών τροφίμων. Έχει χάσει 5 κιλά τους τελευταίους 2 μήνες. Μερικές φορές η δυσκολία κατάποσης φαίνεται να βελτιώνεται κατά τη διάρκεια ενός γεύματος. Πρόσφατα αντιμετώπισε προβλήματα με παλινδρόμηση και εμετό αναγνωρίσιμων τροφών. Πριν από τρία χρόνια, ο γενικός ιατρός της προγραμμάτισε γαστροσκόπηση, η οποία ήταν φυσιολογική. Είχε καθησυχαστεί, αλλά το πρόβλημα έχει επιδεινωθεί. Δεν υπάρχει άλλο σχετικό ιατρικό ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό. Ζούσε στη βορειοδυτική ακτή των Ηνωμένων Πολιτειών για 4 χρόνια πριν από 10 χρόνια. Εργάζεται ως βοηθός του καταστήματος. Δεν έχει καπνίσει ποτέ και πίνει λιγότερο από 5 μονάδες αλκοόλ κάθε εβδομάδα (Για τις μονάδες βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε). Δεν υπήρξε διαταραχή της ούρησης. Έχει πάντα τάση δυσκοιλιότητας και αυτό ήταν λίγο χειρότερο πρόσφατα.

Κλινική Εξέταση: Φαίνεται λεπτή. Στο αναπνευστικό σύστημα κατά την ακρόαση παρατηρούνται τα crackles (φυσαλίδες που σκάνε) στη δεξιά βάση. Δεν υπάρχουν ανωμαλίες που να εντοπίζονται στο καρδιαγγειακό σύστημα, στην κοιλιά ή σε άλλα συστήματα.

.....

2.

Ιστορικό: Μια 70χρονη γυναίκα έχει διαμαρτυρηθεί για άλγος άνω κοιλίας που έχει αυξηθεί της τελευταίες 3 ημέρες. Ήταν ένας γενικευμένος πόνος στην άνω κοιλιακή χώρα και υπήρξαν κάποια πιο έντονα κύματα πόνου. Έχει κάνει εμετό τρεις φορές της τελευταίες 24 ώρες. Σε δύο ή τρεις περιστάσεις τα τελευταία 5 χρόνια είχε πιο έντονο πόνο στη δεξιά άνω κοιλιακή χώρα. Αυτό της φορές συσχετίζεται με την αίσθηση ότι είχε πυρετό και στη μια περίπτωση αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτικά. Η όρεξή της είναι εν γένει καλή αλλά την έχει χάσει την τελευταία εβδομάδα. Δεν έχει χάσει βάρος. Δεν έχουν παρουσιαστεί προβλήματα με το ουροποιητικό ή το γαστρεντερικό, αλλά λέει ότι τα ούρα της μπορεί να ήταν πιο σκούρα από το συνηθισμένο για της ημέρες και πιστεύει ότι το πρόβλημα μπορεί να είναι μια ουρολοίμωξη. Στο προηγούμενο ιατρικό της ιστορικό είχε υποθυρεοειδισμό και είναι σε υποκατάσταση με θυροξίνη. Έχει ετήσιες εξετάσεις αίματος για να ελέγχει τη δόση. Ο τελευταίος έλεγχος ήταν πριν από 3 μήνες. Έχει εμφανίσει κάποια επεισόδια θωρακικού πόνου κατά την άσκηση μία ή δύο φορές την εβδομάδα για 6 μήνες και έχει λάβει ατενολόλη 50 mg ημερησίως και ένα σπρέι τρινιτριλίου γλυκερίνης για χρήση υπογλώσσια ανάλογα με της ανάγκες.

Κλινική Εξέταση: Οι σκληροί χιτώνες είναι κίτρινοι. Ο παλμός της είναι 56 / λεπτό και κανονικός. Η αρτηριακή πίεση είναι 122 / 80 mmHg. Δεν υπάρχουν ανωμαλίες στο καρδιαγγειακό σύστημα ή στο αναπνευστικό σύστημα. Έχει ευαισθησία στη δεξιά άνω κοιλιακή χώρα και υπάρχει έντονος πόνος όταν ψηλαφάτε το ήπαρ σε εισπνοή. Καμία μάζα δεν είναι αισθητή στην κοιλιά.

.....

3.

Ιστορικό: Μια 85χρονη γυναίκα διερευνάται από τον γενικό ιατρό της για επιδεινούμενη κόπωση που έχει αναπτυχθεί τους τελευταίους 6 μήνες. Έχει χάσει την όρεξή της και αισθάνεται συνεχώς ναυτία. Έχει χάσει περίπου 8 κιλά τους

τελευταίους 6 μήνες. Για τις τελευταίες 4 εβδομάδες έχει επίσης παραπονεθεί για γενικευμένο κνησμό και κράμπες. Είναι υπέρτασική και είναι σε αντιυπερτασική αγωγή τα τελευταία 20 χρόνια. Είχε δύο αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια που έχουν περιορίσει την κινητικότητά της. Είναι Αφρο-Αμερικανικής καταγωγής από την Καραϊβική, έχοντας μεταναστεύσει στο Ηνωμένο Βασίλειο τη δεκαετία του 1960. Ζει μόνη της, αλλά χρησιμοποιεί «υπηρεσία μεταφοράς γευμάτων» και πηγαίνει σε νοσοκομείο δύο φορές την εβδομάδα. Έχει δύο κόρες.

Κλινική Εξέταση: Οι επιπεφυκότες είναι χλωμοί. Ο παλμός της είναι 88 / min ομαλός, η πίεση του αίματος 190 / 110mmHg· εμφανίζεται ήπιο οίδημα αστραγάλων. Η εξέταση του καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού συστήματος είναι φυσιολογική. Η νευρολογική εξέταση παρουσιάζει παράλυση του αριστερού άνω κινητικού νευρώνα του προσώπου με ήπια αδυναμία και αυξημένα αντανάκλαστικά στο αριστερό χέρι και πόδι. Είναι σε θέση να περπατά με ραβδί. Η βυθοσκόπηση παρουσιάζει αρτηριοφλεβική άμβλυνση και αυξημένη αρρυθμία των αρτηριών.

.....

4.

Ιστορικό: Ένας 55χρονος άνδρας παρουσιάζεται στον γενικό του ιατρό, παραπονούμενος για έλλειψη ενέργειας. Γίνεται όλο και πιο κουρασμένος άλλες τελευταίους 18 μήνες. Εργάζεται ως δικηγόρος και περιγράφει επεισόδια όπου έχει κοιμηθεί στο γραφείο του. Δεν είναι σε θέση να μείνει ξύπνιος μετά άλλες 21.30 και να κοιμηθεί μέχρι άλλες 7.30. Είναι δύσκολο να επικεντρωθεί στην εργασία του και έχει σταματήσει να παίζει το εβδομαδιαίο παιχνίδι τένις. Είχε ένα επεισόδιο κατάθλιψης πριν από 10 χρόνια που σχετίζεται με το διαζύγιο του πρώτου γάμου του. Δεν έχει τρέχοντα προσωπικά προβλήματα. Δεν είχε άλλες μείζονες ασθένειες. Ο αδελφός του ανέπτυξε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 σε ηλικία 13 ετών. Σε σχετική ερώτηση, έχει παρατηρήσει ότι έχει αποκτήσει δυσκοιλιότητα, αλλά αρνείται οποιοδήποτε πόνο στην κοιλιά ή αιμορραγία του ορθού. Έχει πάρει 8 κιλά το τελευταίο έτος.

Κλινική Εξέταση: Είναι υπέρβαρος. Το δέρμα του προσώπου του είναι ξηρό και φολιδωτό. Ο παλμός του είναι 56 / λεπτό και ομαλός και η πίεση του αίματος 146 / 88mmHg. Η εξέταση του καρδιαγγειακού, αναπνευστικού και κοιλιακού συστήματος είναι φυσιολογική. Δεν πραγματοποιήθηκε νευρολογική εξέταση.

.....

5.

Ιστορικό: Μια 28χρονη Νοτιο- Αφρικανή νοσηλεύτρια χειρουργείου στο Λονδίνο προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων παραπονούμενη για πονοκεφάλους και σύγχυση. Οι πονοκέφαλοί της έχουν αναπτυχθεί τις τελευταίες 3 εβδομάδες και έχουν γίνει σταδιακά πιο σοβαροί. Οι πονοκέφαλοι είναι πλέον επίμονοι και διάχυτοι. Ο φίλος της που την συνοδεύει λέει ότι έχει χάσει 10 κιλά σε 6 μήνες και πρόσφατα έχει γίνει αυξητικά συγχυτική. Η ομιλία της είναι προβληματική. Ενώ βρίσκεται στο ΤΕΠ κάνει έναν γενικευμένο τονικοκλονικό σπασμό.

Κλινική Εξέταση: Είναι λεπτή και ζυγίζει 55 κιλά. Η θερμοκρασία της είναι 38,5 ° C. Εμφανίζει στοματική καντιντίαση. Δεν υπάρχει λεμφαδενοπάθεια. Η εξέταση του καρδιαγγειακού, αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος είναι φυσιολογική. Η νευρολογική εξέταση πριν από την τοποθέτησή της έδειξε αποπροσανατολισμό σε χρόνο, τόπο και πρόσωπα. Δεν υπήρχαν εστιακά νευρολογικά σημεία. Η βυθοσκόπηση παρουσιάζει αμφοτερόπλευρο οίδημα οπτικής θηλής.

.....

6.

Ιστορικό: Ένας 66χρονος αγρότης προσέρχεται για μια βλάβη στο αντιβράχιο του. Είναι ανυψωμένη, διαμέτρου 1,5 εκ., με ακανόνιστα όρια και ελαφρώς εξελκωμένο κέντρο. Είναι ανώδυνη και εμφανίστηκε άλλες τελευταίους 6-8 μήνες. Δεκαπέντε χρόνια νωρίτερα ο ασθενής είχε πτωματικό νεφρικό μόσχευμα λόγω νεφρικής ανεπάρκειας λόγω χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας που προκλήθηκε από νεφροπάθεια ανοσοσφαιρίνης Α (IgA). Αυτό έχει λειτουργήσει καλά και βρίσκεται υπό συνεχή ανοσοκαταστολή. Αρχικά αυτό ήταν με πρεδνιζολόνη και αζαθειοπρίνη, αλλά αργότερα μετατράπηκε σε κυκλοσπορίνη. Το μόνο άλλο φάρμακό του είναι η προπρανολόλη για υπέρταση που παίρνει τα τελευταία 20 χρόνια. Δεν υπάρχει άλλο σχετικό ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό. Δεν έχει καπνίσει ποτέ και πίνει 3-6 μονάδες αλκοόλ ανά εβδομάδα.

Κλινική Εξέταση: Η βλάβη είναι άλλες περιγράφεται στο δεξιό αντιβράχιο και υπάρχουν αρκετές ηλιακές υπερκερατώσεις στα μάγουλα, το μέτωπο και το τριχωτό άλλες κεφαλής (είναι φαλακρός). Η αρτηριακή πίεση είναι 144 / 82mmHg. Δεν

υπάρχουν άλλες ανωμαλίες εκτός από την μεταμόσχευση νεφρού στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

.....

7.

Ιστορικό: Ένας 38χρονος άνδρας παρουσιάζεται στον γενικό γιατρό του και παραπονιέται για ένα ανώδυνο μώρωμα στη δεξιά πλευρά του λαιμού του. Αυτό είναι παρόν για περίπου 2 μήνες και φαίνεται να διευρύνεται. Δεν είχε πρόσφατες λοιμώξεις στο λαιμό. Έχει γενικά αδιαθεσία και έχει χάσει περίπου 5kg. Ο ασθενής έχει επίσης αναπτύξει νυχτερινές εφιδρώσεις. Ταυτόχρονα έχει παρατηρήσει σοβαρή γενικευμένη φαγούρα. Δεν είχε σημαντικό ιατρικό ιστορικό. Είναι λογιστής και παντρεμένος με τρία παιδιά. Δεν καπνίζει ούτε πίνει αλκοόλ και δεν παίρνει κανένα τακτικό φάρμακο.

Κλινική Εξέταση: Η θερμοκρασία του είναι 37,8 ° C. Υπάρχει μια ομαλή, σταθερή 3 x 4cm ψηλαφισθείσα μάζα στον δεξιό υπερκλείδιο βόθρο. Υπάρχουν επίσης λεμφαδένες με διάμετρο 1-2 εκ., ψηλαφητοί και στις δύο μασχαλιαίες και βουβωνικές περιοχές. Ο στοματοφάρυγγας του φαίνεται κανονικός. Υπάρχουν πολλές εκδορές στο δέρμα του. Ο καρδιακός ρυθμός είναι 100 / λεπτό και ομαλός και η αρτηριακή πίεση 112 / 66mmHg. Η εξέταση του καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού συστήματος είναι φυσιολογική. Στην κοιλιακή εξέταση, υπάρχει μια ψηλαφητή μάζα 3 εκ. κάτω από το αριστερό πλευριτικό όριο. Η μάζα εμφανίζει αμβλύ ήχο κατά την επίκρουση και είναι αδύνατο να ψηλαφηθεί το ανώτερο άκρο της. Η νευρολογική εξέταση είναι φυσιολογική.

.....

8.

Ιστορικό: Μια 22χρονη γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο με ένα επώδυνο αριστερό πόδι. Χρησιμοποιεί ενδοφλέβια φάρμακα και κάνει ενέσεις σε φλέβες στα χέρια και στις βουβωνικές περιοχές. Το αριστερό πόδι έχει πρηστεί και είναι επώδυνο την τελευταία εβδομάδα. Είχε δύο προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο στις τελευταίους 6 μήνες, μία φορά για υπερβολική δόση ηρωίνης και μία φορά για μόλυνση στον αριστερό βραχίονα. Καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως και πίνει έως και 40 μονάδες αλκοόλ ανά εβδομάδα.

Κλινική Εξέταση: Ο παλμός στις είναι 84 / λεπτό και κανονικός. Η αρτηριακή πίεση είναι 124 / 74mmHg. Η θερμοκρασία στις είναι 37,2 ° C. Οι ήχοι στις καρδιάς είναι φυσιολογικοί και δεν υπάρχουν μη φυσιολογικά ευρήματα στην εξέταση του αναπνευστικού συστήματος. Έχει οίδημα αριστερής γαστροκνημίας με τοπική ευαισθησία. Υπάρχουν σημεία διάτρησης και στις δύο βουβωνικές κοιλότητες αλλά δεν υπάρχει προφανής σήψη.

.....

9.

Ιστορικό: Ένας άνδρας 38 ετών έχει ιστορικό κοιλιακού πόνου διάρκειας δύο μηνών. Ο πόνος είναι στο επιγάστριο ή κεντρικός και είναι διακεκομμένος. Είχε ένα παρόμοιο επεισόδιο πριν από ένα χρόνο. Με αυτή την ευκαιρία έλαβε κάποιο μείγμα δυσπεψίας που λήφθηκε από ένα φαρμακείο λιανικής πώλησης και τα συμπτώματα λύθηκαν μετά από 10 εβδομάδες. Ο πόνος συνήθως διαρκεί για 30-60 λεπτά. Συχνά εμφανίζεται τη νύχτα, όπου μπορεί να τον ξυπνήσει, και φαίνεται να βελτιώνεται μετά τα γεύματα. Ορισμένα τρόφιμα όπως το κάρυ και άλλες πικάντικες τροφές φαίνεται να προκαλούν τον πόνο σε ορισμένες περιπτώσεις. Καπνίζει 10-15 τσιγάρα την ημέρα για 25 χρόνια και πίνει περίπου 30 μονάδες αλκοόλ κάθε εβδομάδα. Δεν παίρνει φάρμακα επί του παρόντος. Δεν υπάρχει άλλο σχετικό ιατρικό ιστορικό. Εργάζεται ως χρηματοοικονομικός μεσίτης στην πόλη της Νέας Υόρκης. Αισθάνθηκε πιο κουρασμένος πρόσφατα και του έχει δημιουργήσει πίεση στην εργασία του. Στάλθηκαν εξετάσεις αίματος.

Κλινική Εξέταση: Υπάρχει ήπια ευαισθησία στο επιγάστριο, αλλά δεν υπάρχουν άλλες ανωμαλίες.

.....

10.

Ιστορικό: Μια 63χρονη γυναίκα προσέρχεται για τη διερεύνηση της πολυουρίας. Περίπου 4 εβδομάδες πριν παρουσίασε απότομη υπερβολική δίψα και πολυουρία. Σηκώνεται για να ουρήσει πέντε φορές τη νύχτα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών αισθάνεται γενικά αδιαθεσία και σημειώνει πόνο στην πλάτη της. Έχει χάσει 3kg κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Έχει της έναν επίμονο μετωπιαίο πονοκέφαλο που σχετίζεται με πρωινή ναυτία. Ο πονοκέφαλος επιδεινώνεται με βήχα ή ξαπλωμένη. Οκτώ χρόνια πριν είχε αριστερή μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία για

καρκίνωμα του μαστού. Είναι συνταξιούχος δημόσιος υπάλληλος, είναι μη καπνίστρια και πίνει 10 μονάδες αλκοόλ ανά εβδομάδα. Δεν παίρνει καμία φαρμακευτική αγωγή.

Κλινική Εξέταση: Είναι λεπτή και οι μύες της χαλαροί. Ο ρυθμός παλμών της είναι 72 / λεπτό, η αρτηριακή πίεση 120 / 84mmHg, η σφαγιτιδική φλεβική πίεση δεν αυξάνεται, οι καρδιακοί ήχοι είναι φυσιολογικοί και δεν έχει περιφερικό οίδημα. Η εξέταση του αναπνευστικού, κοιλιακού και νευρολογικού συστήματος είναι φυσιολογική. Η βυθοσκόπηση δείχνει οίδημα οπτικής θηλής.

.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ- ΠΙΝΑΚΑΣ Α

No	Ικανότητες	NAI	OXI
		(1)	(0)
	Παραπέμπω τον ασθενή βάσει		
1	Πιθανότερης αιτίας		
2	Του βασικότερου αιτήματός του κατά την έλευση (αναφερόμενη αιτία)		
3	Κυριότερων συμπτωμάτων		
4	Αξιολόγησης (Ιστορικό, Κλινική εξέταση, Γενική εικόνα του ασθενούς, ΖΣ, ΗΚΓ)		
5	Πιθανότερης διάγνωσης		
6	Της κυριότερης θεραπείας που πρέπει να λάβουν		
7	Των πιθανότερων κινδύνων- επιπλοκών		
8	Ερωτήσεων αποκλεισμού υποθέσεων (ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΙΣ ΑΤΟΠΟΝ ΑΠΑΓΩΓΗ)		
9	Των γνώσεών μου		
10	Της εμπειρίας μου		
11	Εκπαίδευσης που έχω λάβει για το triage		
12	Του εφημερεύοντος ιατρού		

No	Ικανότητες	NAI	OXI
		(1)	(0)
13	Της γνώμης κάποιου τρίτου (συγγενείς, συνάδελφοι)		
14	Του πρωτοκόλλου του νοσοκομείου		
15	Της προσέλευσης (αναμονή)		
16	Άλλο (Διευκρινίστε)		

Ταξινομήστε τις άνωθεν δηλώσεις με σειρά προτίμησης

.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε ^[50]

Το αλκοόλ μετριέται σε μονάδες.

Η μερίδα σερβιρίσματος είναι διαφορετική σε κάθε χώρα, ανάλογα με την κουλτούρα και τις παραδόσεις του κάθε λαού. Στην Ευρώπη, περιέχει κατά μέσο όρο από 8g έως 13g αιθανόλης.

Όσο περισσότερο αλκοόλ περιέχει ένα ποτό τόσο μικρότερη είναι η μονάδα σερβιρίσματος.

Στην Ελλάδα μία μονάδα αλκοόλ ισοδυναμεί με 10g καθαρού αλκοόλ, τα οποία περιέχονται στα ακόλουθα ποτά:



ΟΥΪΣΚΥ

30ml / 40% vol

ΟΥΖΟ

30ml / 40% vol

ΒΟΤΚΑ

30ml / 40% vol

ΜΠΥΡΑ

250ml / 5% vol

ΚΡΑΣΙ

100ml / 12% vol

Δεν πρέπει να συγχέεις τη μονάδα αλκοόλ με τη σερβιριζόμενη μερίδα. Αυτή μπορεί να είναι διαφορετική από μπαρ σε μπαρ ή από εστιατόριο σε εστιατόριο κ.λπ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ Β1. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ * ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας για cells<25% (Αμφίπλευρο)	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας για cells≥25% (Αμφίπλευρο)	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας (Μονόπλευρο)
Pearson Chi-Square	,609^a	1	,435		
Continuity Correction ^b	,471	1	,492		
Likelihood Ratio	,610	1	,435		
Fisher's Exact Test				,453	,246
Linear-by-Linear Association	,609	1	,435		
N of Valid Cases	790				

a. **0 cells (0,0%)** have expected count less than 5. The minimum expected count is 68,15.

b. Computed only for a 2x2 table

ΠΙΝΑΚΑΣ Β2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ * ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

			ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ		Σύνολο
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ	ΜΙΚΡΗ	Τιμή	73	324	397
		Ποσοστό	18,4%	81,6%	100,0%
	ΜΕΓΑΛΗ	Τιμή	64	329	393
		Ποσοστό	16,3%	83,7%	100,0%
Σύνολο		Τιμή	137	653	790
		Ποσοστό	17,3%	82,7%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ Β3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ * ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας για cells<25% (Αμφίπλευρο)	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας για cells≥25% (Αμφίπλευρο)	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας (Μονόπλευρο)
Pearson Chi-Square	,775^a	1	,379		
Continuity Correction ^b	,617	1	,432		
Likelihood Ratio	,772	1	,380		
Fisher's Exact Test				,395	,216
N of Valid Cases	790				

a. **0 cells (0,0%)** have expected count less than 5. The minimum expected count is 60,35.

b. Computed only for a 2x2 table

ΠΙΝΑΚΑΣ Β4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ * ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

			ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ		Σύνολο
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΔΕ	Τιμή	65	283	348
		Ποσοστό	18,7%	81,3%	100,0%
	ΤΕ	Τιμή	72	370	442
		Ποσοστό	16,3%	83,7%	100,0%
Σύνολο		Τιμή	137	653	790
		Ποσοστό	17,3%	82,7%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ Β5. ΓΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας για cells<25% (Αμφίπλευρο)	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας για cells≥25% (Αμφίπλευρο)	Παρατηρούμενο Επίπεδο Σημαντικότητας (Μονόπλευρο)
Pearson Chi-Square	11,535^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	10,494	1	,001		
Likelihood Ratio	10,581	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,507	1	,001		
N of Valid Cases	405				

a. **0 cells (0,0%)** have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,18.

b. Computed only for a 2x2 table

ΠΙΝΑΚΑΣ Β6. ΓΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ* ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

			ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ		Σύνολο
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΧΑΜΗΛΗ	Τιμή	27	77	104
		Ποσοστό	26,0%	74,0%	100,0%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ	ΥΨΗΛΗ	Τιμή	36	265	301
		Ποσοστό	12,0%	88,0%	100,0%
ΣΕΝΑΡΙΑ	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	Τιμή	63	342	405
		Ποσοστό	15,6%	84,4%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ Β7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ * ΛΑΘΗ ΑΝΑ ΒΑΡΔΙΑ

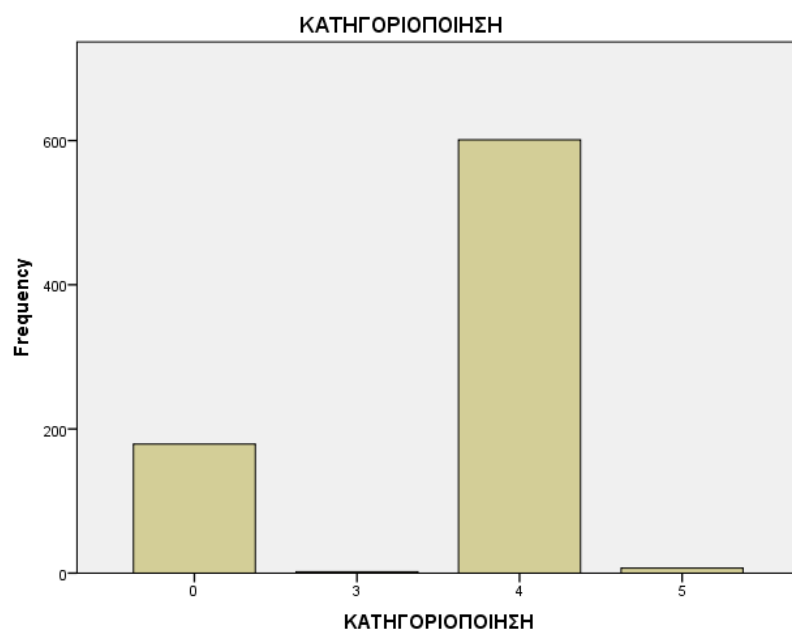
			ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΛΑΘΗ ΒΑΡΔΙΑΣ
Spearman's rho	ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Correlation Coefficient (r)	1,000	,808**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	25	25
	ΛΑΘΗ ΒΑΡΔΙΑΣ	Correlation Coefficient (r)	,808**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	25	25

******. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

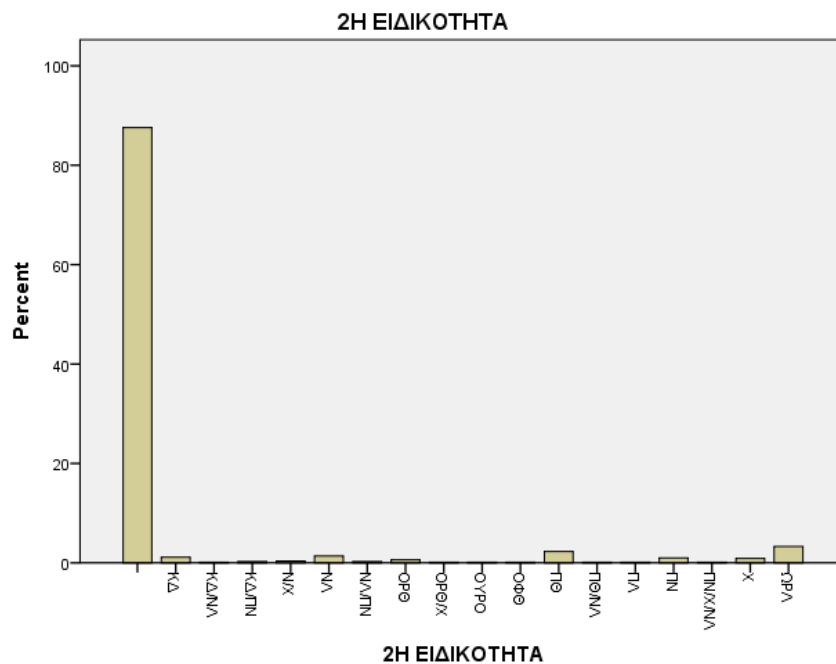
Σχήμα 5Α. Κλίμακας ESI. Η πολύ μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών κατατάχτηκαν στην κατηγορία 4.



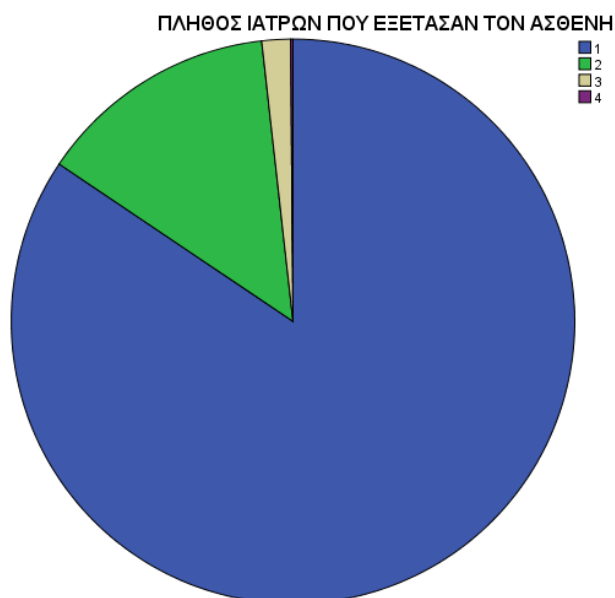
Σχήμα 6Α. Πλήθος ασθενών που εξέτασε κάθε ειδικότητα ξεχωριστά.



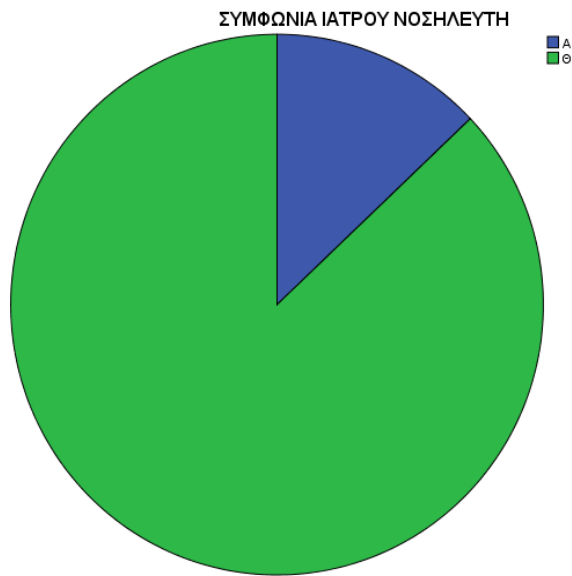
Σχήμα 7Α. Κατανομή ειδικότητας 2^{ης} παραπομπής. Στο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών 87,6% δεν χρειάστηκε να γίνει 2^η παραπομπή.



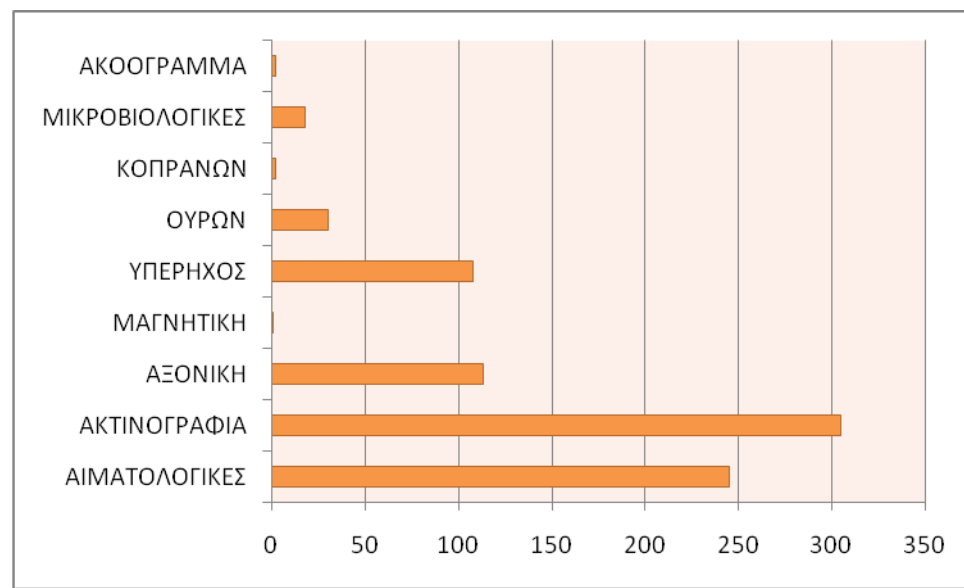
Σχήμα 8Α. Η συντριπτική πλειοψηφία εξετάστηκε από 1 ιατρό ενώ μόνο 14 ασθενείς (1,7%) χρειάστηκε να αξιολογηθεί από περισσότερες από 2 ιατρικές ειδικότητες.



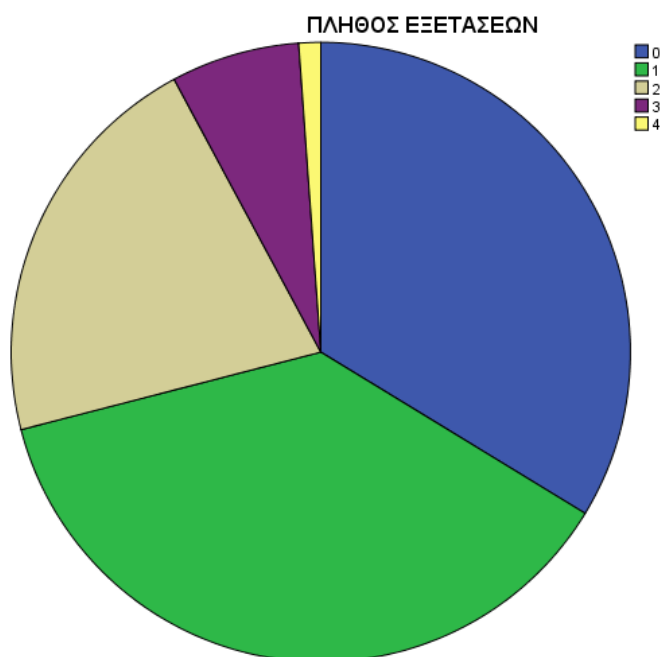
Σχήμα 9Α. Ποσοστό συμφωνίας μεταξύ Ιατρού – Νοσηλεύτη. Στο 87,1% υπήρξε συμφωνία



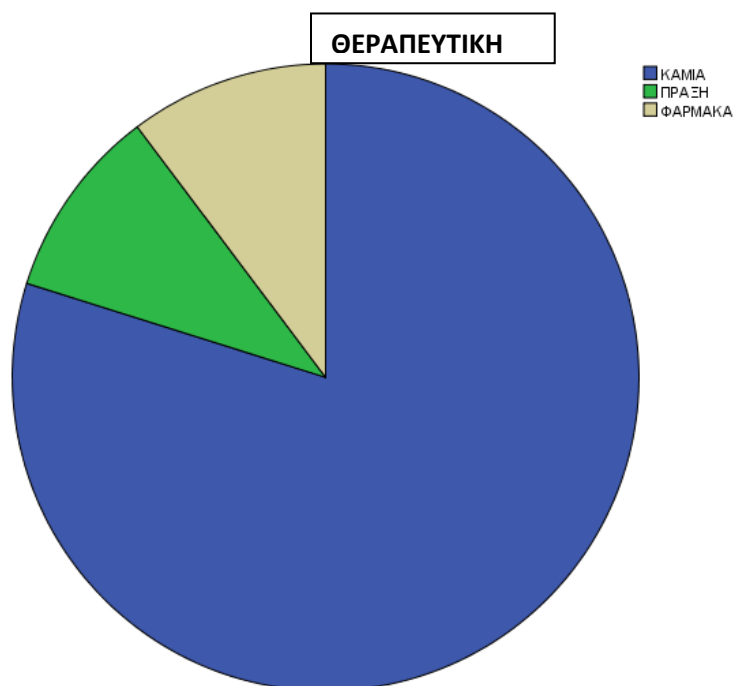
Σχήμα 10Α. Σχηματική αναπαράσταση των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν.



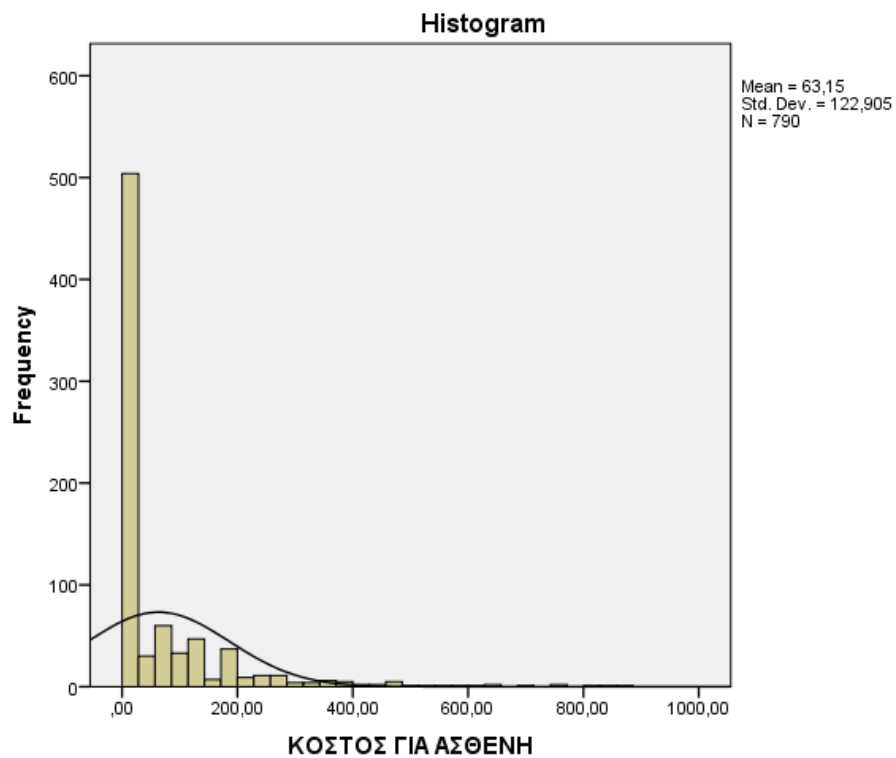
Σχήμα 11Α. Πλήθος εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε ο κάθε ασθενής.



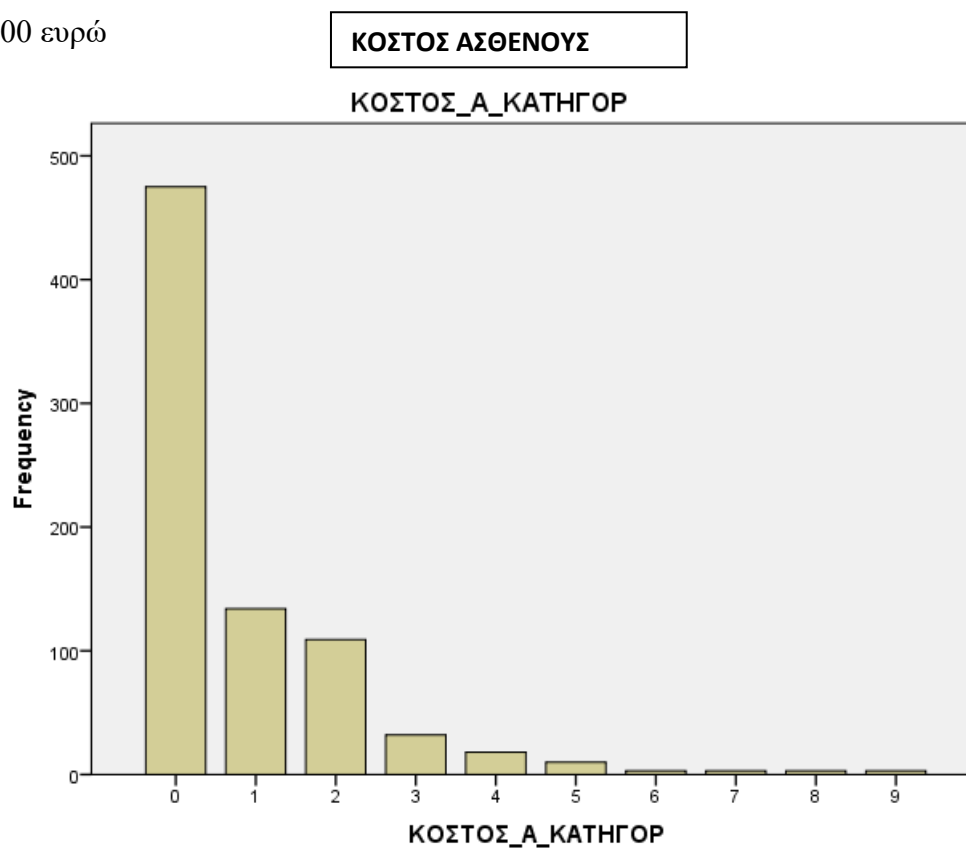
Σχήμα 12Α. Ανάγκη ή όχι χορήγησης αγωγής ή εφαρμογής θεραπείας.



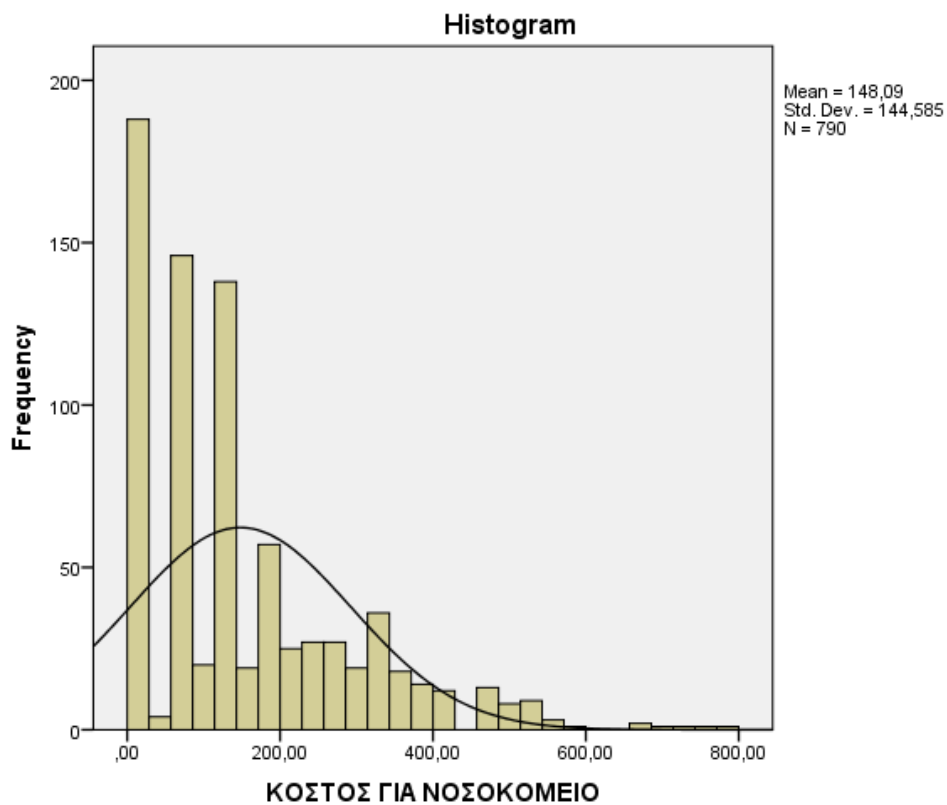
Σχήμα 14Α. Κατανομή του κόστους για τον ασθενή ανάλογα με το ύψος του.



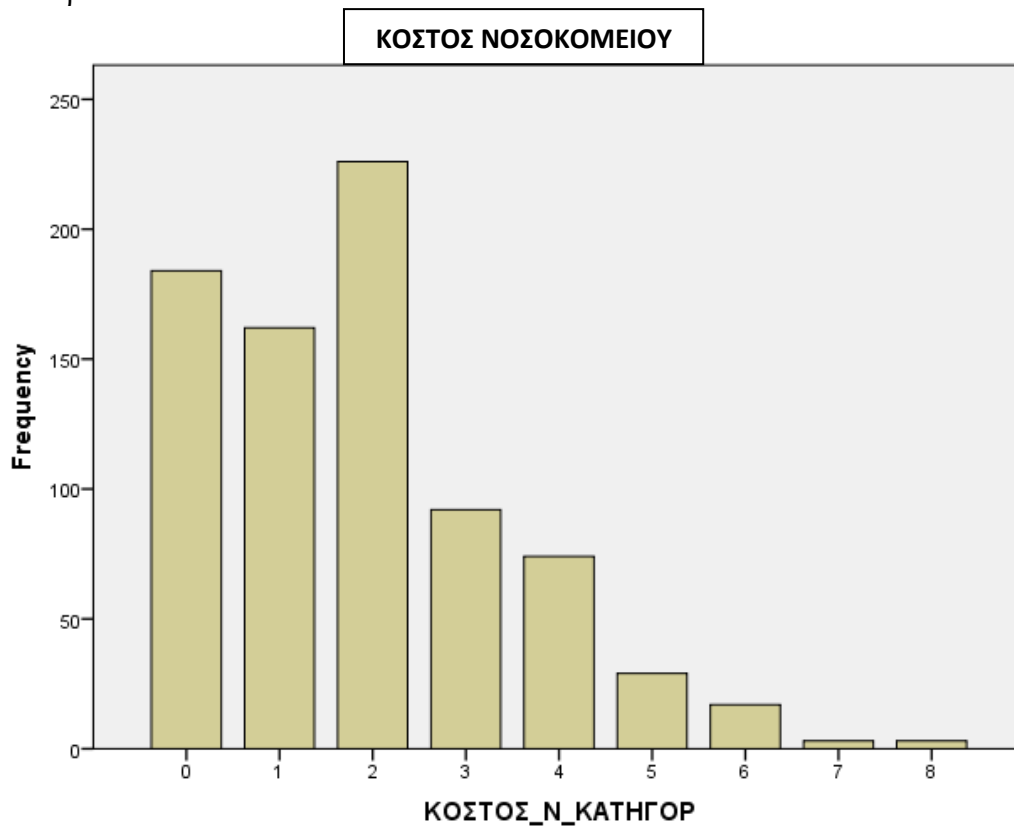
Σχήμα 14Β. Κατηγοριοποίηση του κόστους για τον ασθενή σε υποκατηγορίες ανά 100 ευρώ



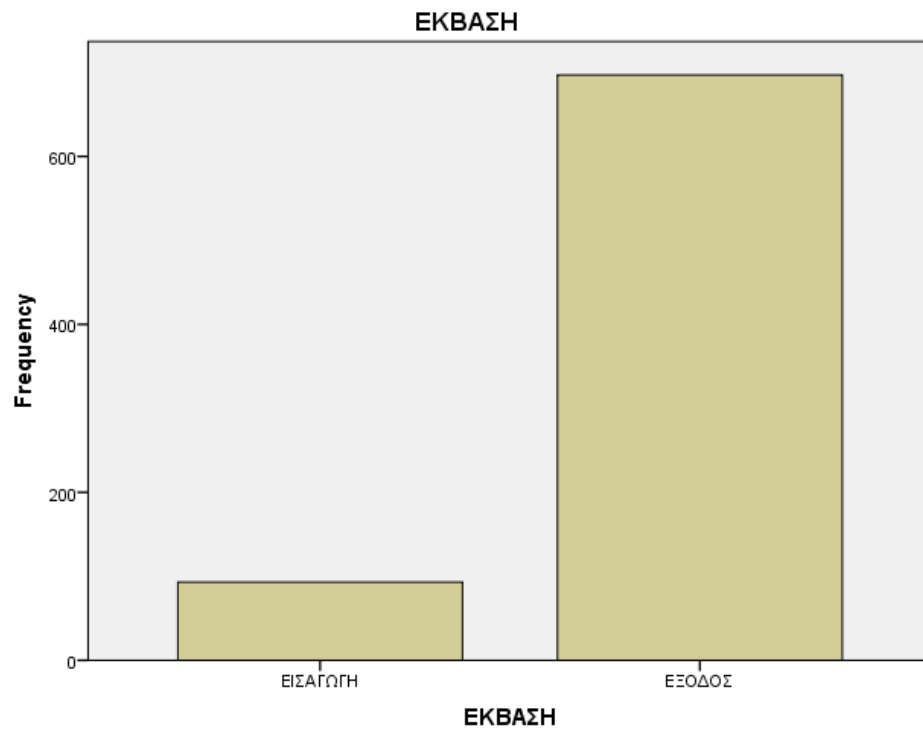
Σχήμα 15Α. Κατανομή του κόστους για το νοσοκομείο ανάλογα με το ύψος του.



Σχήμα 15Β. Κατηγοριοποίηση του κόστους για το νοσοκομείο σε υποκατηγορίες ανά 100 ευρώ.



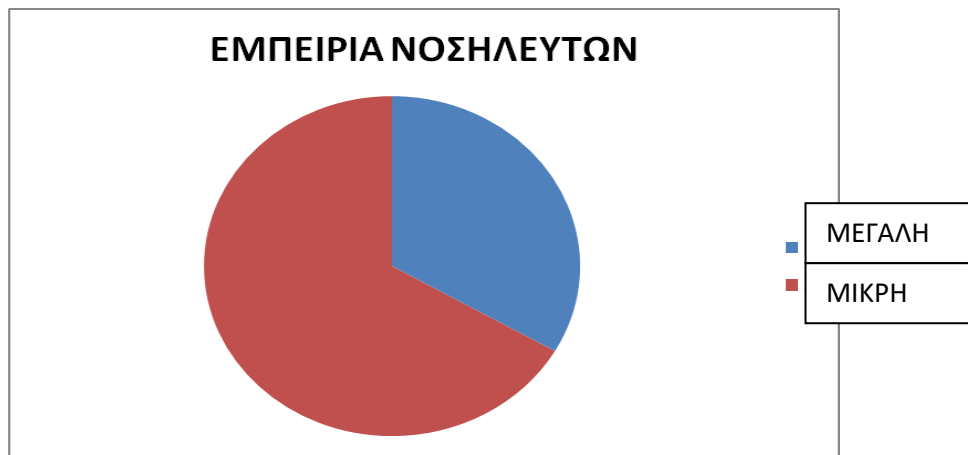
Σχήμα 17Α. Τελική απόφαση για τον ασθενή. Η μεγάλη πλειοψηφία έλαβε με οδηγίες για το σπίτι.



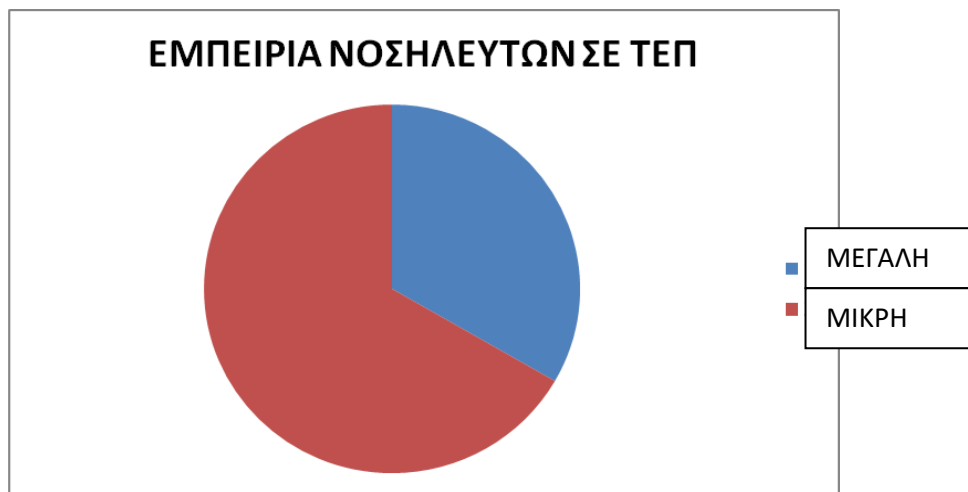
Σχήμα 18Α. Στο 82.7% η απόφαση της διαλογής ήταν ορθή.



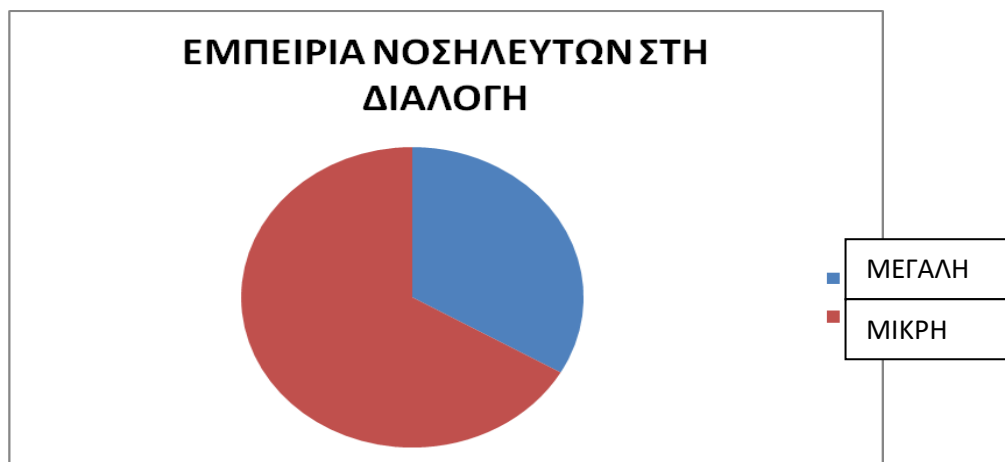
Σχήμα 19B. Εμπειρία Νοσηλευτών (n = 12)



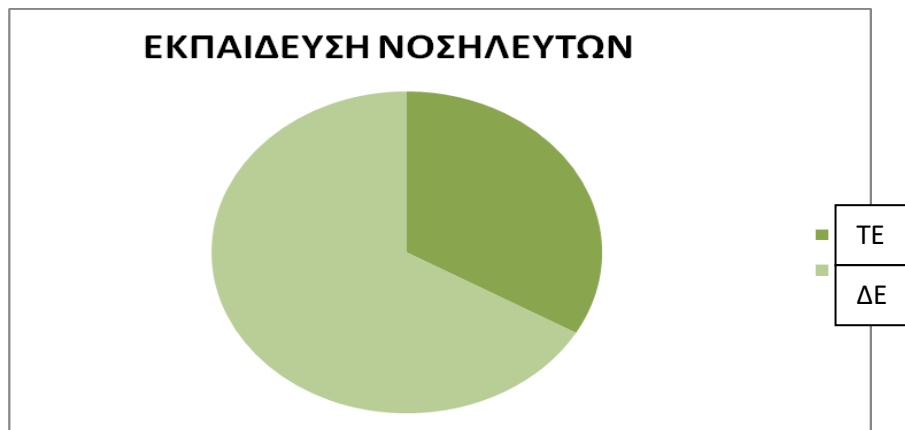
Σχήμα 20B. Εμπειρία Νοσηλευτών σε ΤΕΠ (n = 12). Κατανομή συχνοτήτων.



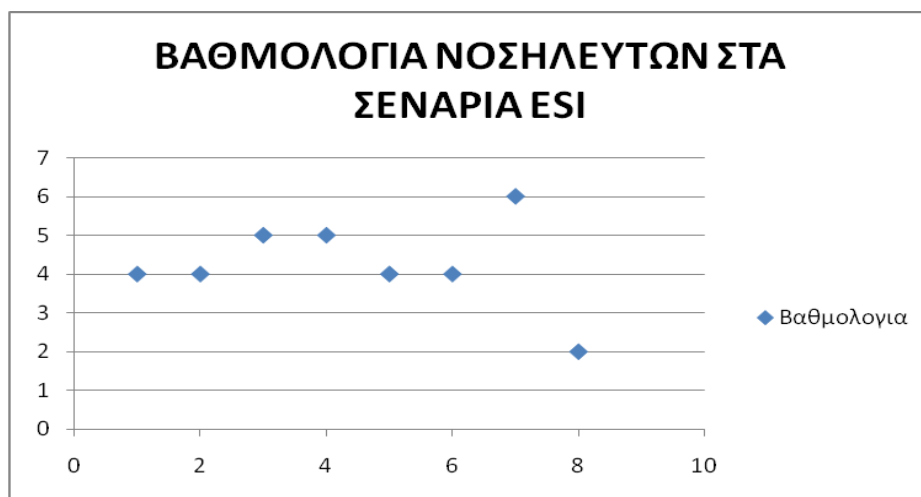
Σχήμα 21B. Εμπειρία Νοσηλευτών στη Διαλογή (n=12). Κατανομή συχνοτήτων



Σχήμα 22Α. Κατανομή συχνοτήτων όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης.

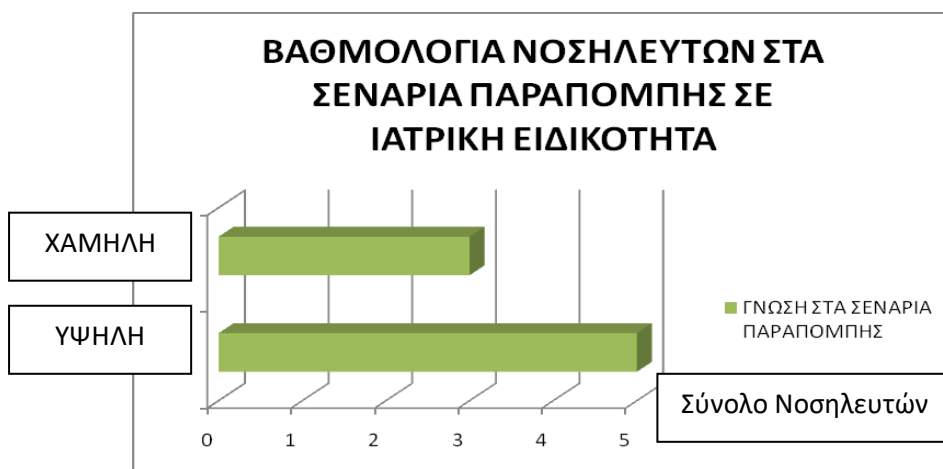


Σχήμα 23Α. Κατανομή συχνοτήτων όσον αφορά τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο ESI

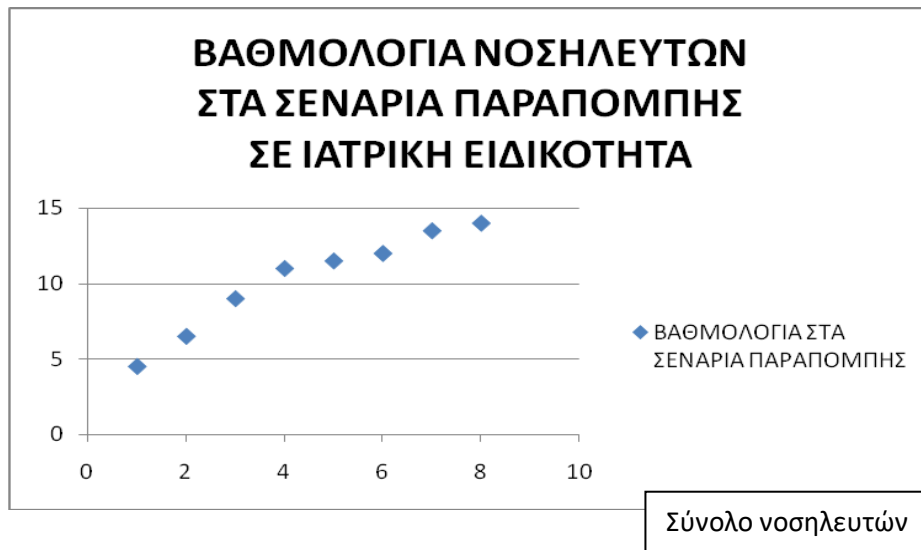


Σύνολο νοσηλευτών

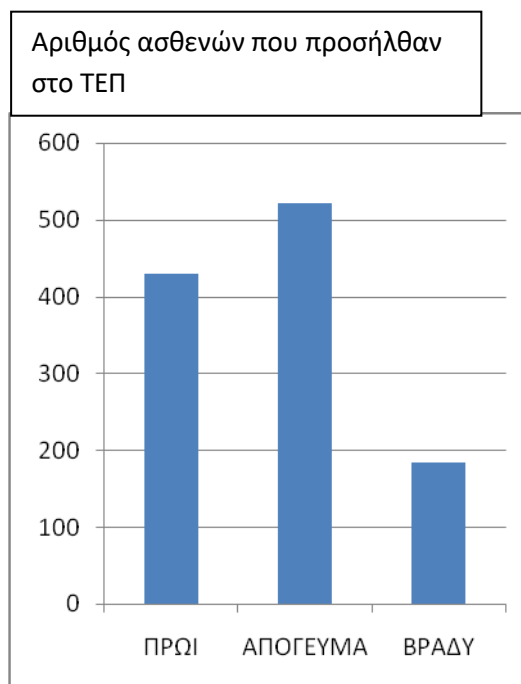
Σχήμα 24Β. Κατανομή συχνοτήτων όσον αφορά τη βαθμολογία στα σενάρια παραπομπή



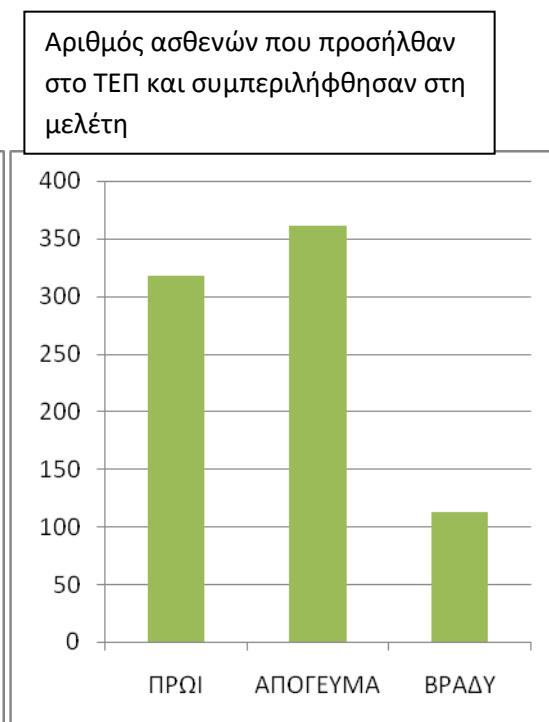
Σχήμα 24Α. Κατανομή βαθμολογίας στους 12 Νοσηλευτές



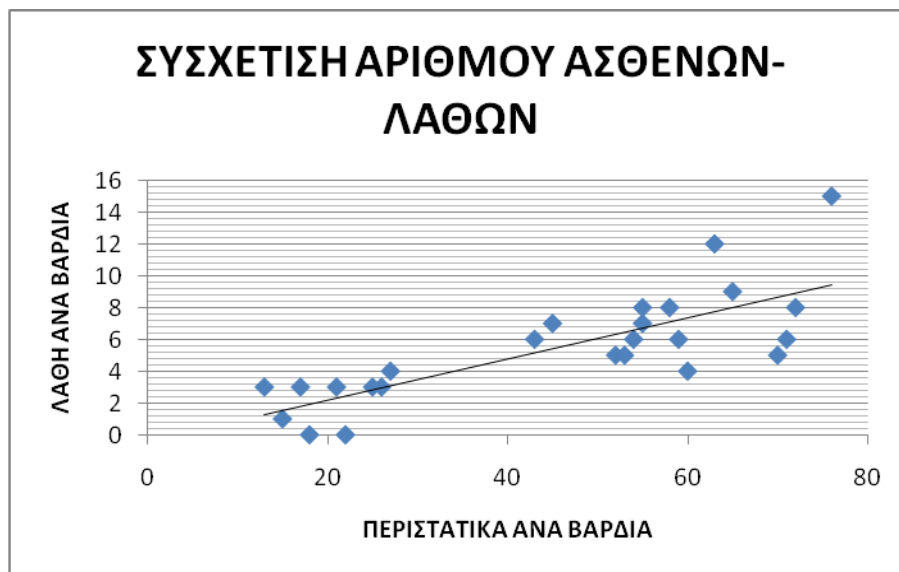
Σχήμα 28Β



Σχήμα 28Γ



Σχήμα Β8. Συσχέτιση πληθώρας προσέλευσης ασθενών και αριθμού λαθών διαλογής από τους νοσηλευτές



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

_____/_____/2020

ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: **Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΟΡΘΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ
ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

ΚΩΔΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ :

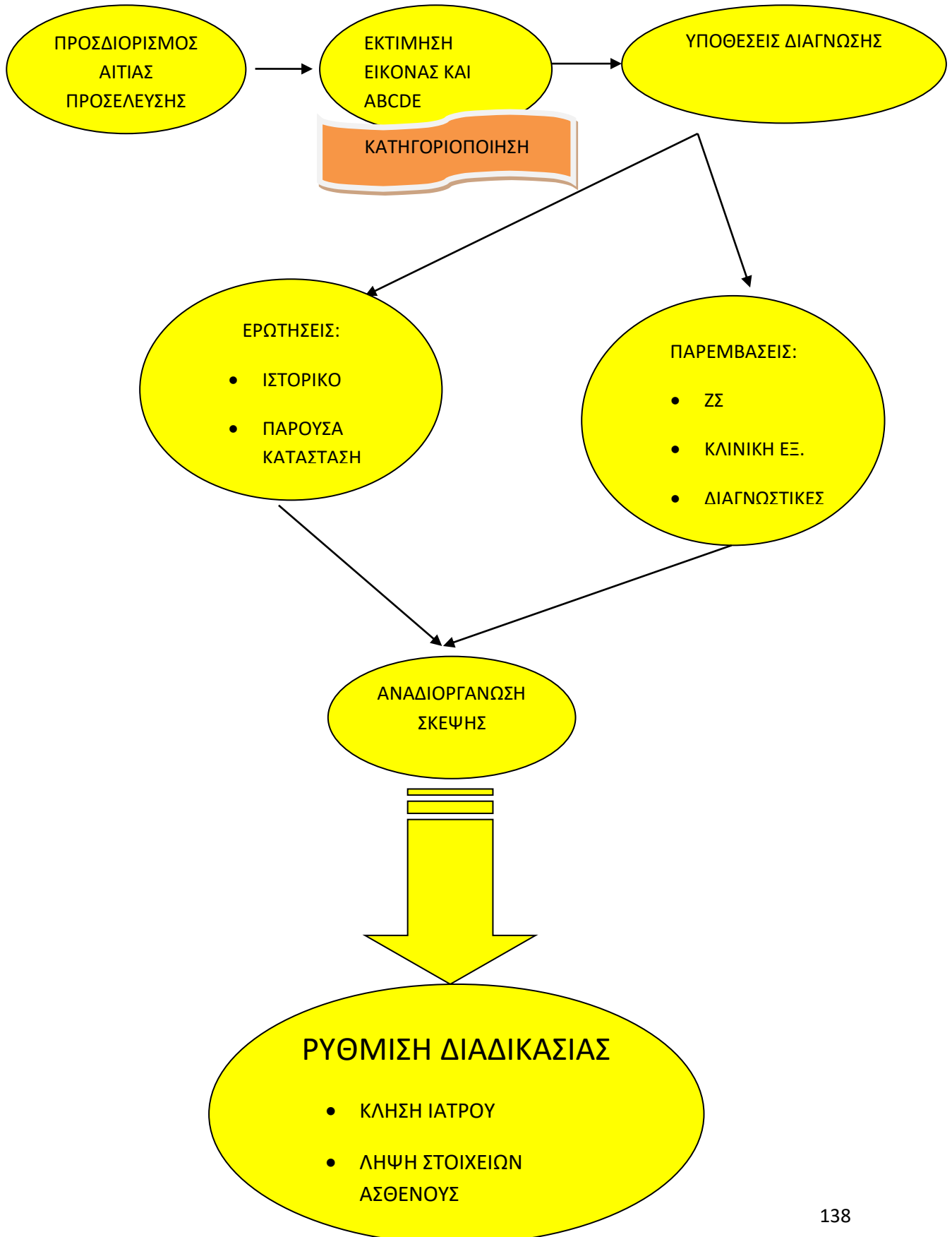
Η κάτωθι υπογεγραμμένη
μετά από λεπτομερή ενημέρωση από την ερευνήτρια Σαλτού Δημήτρα, συγκατατίθεμαι να συμμετάσχω στην παραπάνω μελέτη για κλινικές και επιδημιολογικές πληροφορίες που αφορούν τις γνώσεις μου και τα προσωπικά μου στοιχεία εμπειρίας και εκπαίδευσης να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς λόγους με την ελπίδα να προσφέρουν χρήσιμα επιστημονικά συμπεράσματα και υπό την προϋπόθεση πως διασφαλίζονται απόλυτα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και τηρούνται οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Η συμμετέχουσα ερευνήτρια νοσηλεύτρια μου εξήγησε τις λεπτομέρειες της μελέτης της οποίας διάβασα και το πρωτόκολλο. Επιπλέον έχω το δικαίωμα να υποβάλλω επιπρόσθετες ερωτήσεις. Εάν θέλω επιπρόσθετες πληροφορίες για την μελέτη αυτή και τα δικαιώματά μου ως συμμετέχουσα στην μελέτη μπορώ να απευθυνθώ στη επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου για περαιτέρω πληροφορίες. Γνωρίζω ότι πρόκειται για ερευνητικό πρωτόκολλο και πως μπορεί η επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου να επικοινωνήσει μαζί μου ως μέρος την προσπάθειας ελέγχου της εμπειρίας των νοσηλευτών που συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες. Η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι ηθελημένη και μπορώ να διακόψω την συμμετοχή μου σε αυτή οιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς κάποια προκατάληψη ή ποινή εναντίον μου όσον αφορά την συνέχιση της εργασίας μου και συνεργασίας μου και όλες τις παρερχόμενες υπηρεσίες.

Η υπογράφουσα

Ο ερευνητής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ



ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Δήμητρα Σαλτού
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: Παναγιώτης
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 21/05/1994
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: Χολαργός Αττικής
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΕΙΑΣ: Αμφιτρύωνος 84- 86, Πετράλωνα
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 6978812211, 2103424075
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΟΥ: disaltou@yahoo.gr
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Άγαμη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2020- σήμερα Εξειδίκευση στη Σχολική Νοσηλευτική:
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2020- σήμερα Μετεκπαίδευση στη Νεογνολογία:
*Μαθήματα Νεογνολογικής Κλινικής του
ΕΚΠΑ στο Αρεταίειο*
2018-2020 Μεταπτυχιακό Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ:
*Προηγμένη Κλινική Νοσηλευτική
Ειδίκευση: Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική*
2012-2016 Πτυχίο Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
Βαθμός πτυχίου: 8,12
2009-2012 Φοίτηση στο 12^ο Γενικό Λύκειο Πετραλώνων
Βαθμός Απολυτηρίου: 19

ΓΝΩΣΕΙΣ

Αγγλικά: Άριστη γνώση

Γαλλικά: Καλή γνώση

Η/Υ: Πιστοποίηση παρακολούθησης 4 εξαμήνων πληροφορικής και
προγραμματισμού: Μαθήματα κατ' επιλογήν υποχρεωτικά του ΕΚΠΑ Νοσηλευτικής

Νοηματική: Πιστοποίηση παρακολούθησης 30 ωρών νοηματικής γλώσσας για
νοσηλευτές: Μαθήματα Κέντρου Εκπαίδευσης Νοηματικής Γλώσσας «Πολυχώρος
Κιβωτός»

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

Νοσηλεύτρια στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Νοσοκομείου «Metropolitan» (Φεβρουάριος 2017- σήμερα)

Νοσηλεύτρια σε Κλινική με Μικτά περιστατικά του Νοσοκομείου «Metropolitan» (Πρακτική μέσω προγράμματος ΕΣΠΑ Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 2016, 2 μήνες)

Εθελόντρια Νοσηλεύτρια Πρώτων Βοηθειών στον Αθλητικό Σύλλογο Φλωριάδας Άρτας κατά τη θερινή περίοδο για 3 χρόνια (2014-2016)

Στο πρόγραμμα σπουδών της σχολής μου έχω κάνει πρακτική σε τμήματα όπως:

- Παθολογικό και Ψυχιατρικό Τμήμα του «Γενικού Νοσοκομείου της Αεροπορίας 251»,
- Γαστρεντερολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας»,
- Χειρουργικό Τμήμα, Χειρουργεία και Ιατρείο Πόνου στο νοσοκομείο «Αγία Όλγα»,
- Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα»,
- Πλαστική Κλινική του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»,
- Γυναικολογικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου «Αρεταίειο»,
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών του Νοσοκομείου «Παίδων Π. & Α. Κυριακού»,
- Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας Νεογνών του Νοσοκομείου «Έλενα Μαρίκα Ηλιάδη»,
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Χειρουργεία και Μονάδα Ανάνηψης Μετά το Χειρουργείο του Νοσοκομείου «ΚΑΤ»,
- Παθολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ερυθρός Σταυρός»
- Κέντρο Υγείας Βύρωνα
- Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία»
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι»

ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 12 μηνών: «**Διδακτική Νοσηλευτικής και άλλων Επιστημών Φροντίδας Υγείας**» (Νοέμβριος 2020- Νοέμβριος 2021, ΚΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ. Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)
- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 9 μηνών: «**Σχολική Νοσηλευτική**» (Νοέμβριος 2020- Ιούλιος 2021, ΚΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ. Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)
- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 3 μηνών: «**Επιστήμες Εκπαίδευσης**» (Νοέμβριος 2020- Φεβρουάριος 2021, ΚΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ. Freestudies)

- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 9 εβδομάδων: «**Causal Diagrams: Draw your assumptions before your conclusions**» (28 Απριλίου- 1 Σεπτεμβρίου 2020, Harvard University, edX)
- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 6 εβδομάδων: «**Clinical Reasoning Process**» (13 Μαρτίου- 24 Απριλίου 2020, University of Montreal, edX)
- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 2 εβδομάδων: «**Assessment of the Newborn**» (17-28 Φεβρουαρίου 2020, Griffith University, Future Learn)
- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 3 μηνών: «**Διδακτική και Μεθοδολογία Νοσηλευτικής**» (3 Φεβρουαρίου- 8 Μαΐου 2020, ΚΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ. Easy-Education)
- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως 5 μηνών: «**Διαγνωστικός και Εργαστηριακός Έλεγχος για τον Κλινικό Φροντιστή Υγείας**» (29 Οκτωβρίου 2019- 25 Μαΐου 2020, ΚΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ. ΕΚΠΑ)
- Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα εξ' αποστάσεως: «**Good Clinical Practice**» (11 Σεπτεμβρίου 2019, NIDA Clinical Trials Network)

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- Διαδικτυακό Σεμινάριο: «**Πρόωρος Τοκετός- Up to date**» (5 Δεκεμβρίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Περιγεννητικής Φροντίδας)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής στο Τραύμα– Advanced Trauma Life Support (ATLS)**» (23-24 Οκτωβρίου 2020, ΕΚΑΒ)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Εξειδικευμένη Ιατρική Υποστήριξη της Ζωής – Advanced Medical Life Support (AMLS)**» (17-18 Οκτωβρίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης)
- Διαδικτυακό Σεμινάριο: «**Περιγεννητική Φροντίδα**» (16 Οκτωβρίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Περιγεννητικής Φροντίδας)
- 16^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής: «**Ημέρες Παιδιατρικής Ενημέρωσης**» (19-20 Σεπτεμβρίου 2020, Κτίριο ΑΚΙΣΑ Αττικού Νοσοκομείου)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**ΗΚΓ & Φαρμακολογία- ECG & Pharmacology**» (1 Ιουλίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης)
- Διαδικτυακό Σεμινάριο: «**Η Γενετική στην Εμβρυομητρική Ιατρική και Παιδιατρική**» (27 Ιουνίου 2020, Ιατρική ΕΚΠΑ)

- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Υποστήριξη της Ζωής του Νεογνού- Neonatal Life Support (NLS)**» (21 Ιουνίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Διαχείριση αεραγωγού- Airway Management**» (17 Ιουνίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης)
- Διαδικτυακό Σεμινάριο: «**Προχωρημένη Υποστήριξη της Ζωής στη Μαιευτική (Θεωρία ALSO)**» (30 Μαΐου & 13 Ιουνίου 2020, Εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος)
- Διαδικτυακό Σεμινάριο: «**Εμβρυϊκές Ανωμαλίες και Επιπλοκές Κύησης: Πληθυσμιακός Έλεγχος και Διάγνωση με βάση το Υπερηχογράφημα**» (17 Μαΐου 2020, Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Προχωρημένη Υποστήριξη της Ζωής στη Γυναικολογία- Advanced Life Support in Gynecology**» (ALSG) (2 Μαΐου 2020, Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος)
- Διαδικτυακό Σεμινάριο: «**Υπερηχογράφημα Αρχόμενης Κύησης (5-10 εβδομάδων)**» (26 Απριλίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Ενδο-οστικός Καθετηριασμός**» (15 Απριλίου 2020, Metropolitan Hospital)
- Διαδικτυακό Σεμινάριο: «**Μαιευτικό Υπερηχογράφημα 3^ο τριμήνου**» (12 Απριλίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Καρδιοτοκογράφημα και STAN**» (22 Φεβρουαρίου 2020, Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος)
- Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτών: «**Αναγνώριση και Αντιμετώπιση Αναφυλαξίας από τον Νοσηλευτή**» (25 Ιανουαρίου 2019, Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Εκπαίδευση Κλινικών και Σχολικών Νοσηλευτών School Health 2019-2020**» (11 Δεκεμβρίου 2019, Γ.Ν.Α. Ελπίς)
- 3^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο **Παιδιατρικής** της Εταιρείας Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Παιδιατρική και της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Metropolitan (30 Νοεμβρίου 2019, Divani Caravel Hotel)
- Πρόγραμμα Επιμορφωτικών Σεμιναρίων **ΜΕΘ** του 1^{ου} Π.Τ. της ΕΝΕ (22-23 Νοεμβρίου 2019, Γ.Ν.Α. Ελπίς)

- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Βασική Υποστήριξη της Ζωής στη Μαιευτική- Basic Life Support in Obstetrics**» (BLSO) (27 Οκτωβρίου 2019, Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού και Γυναικολογικού Επείγοντος)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Βασική Υποστήριξη της Ζωής – Basic Life Support**» (BLS) (27 Μαρτίου 2019, Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Άμεση Υποστήριξη της Ζωής – Immediate Life Support**» (ILS) (24 Ιουνίου 2018, Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης)
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: «**Υποστήριξη Αυτοδιαχείρισης σε Χρόνιους ασθενείς- Το μοντέλο των 5' As**» (19 Μαρτίου και 6 Απριλίου 2015, Γ.Ν.Α. Γ.Γεννηματάς)

ΗΜΕΡΙΔΕΣ

- 20^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού: «**Στηρίζουμε τον Μητρικό Θηλασμό-Στηρίζουμε την βιωσιμότητα του πλανήτη Support Breast Feeding for a healthier planet**» (21 Νοεμβρίου 2020, Νεογνολογική Κλινική ΕΚΠΑ)
- 1^η Διαδικτυακή Ημερίδα Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλίας: «**Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Οι προκλήσεις του μέλλοντος**» (2 Οκτωβρίου 2020, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)
- 1^η Ημερίδα της Ελληνικής Περιαναισθησιολογικής Νοσηλευτικής Εταιρείας και κλινικό φροντιστήριο με θέμα: «**Προηγμένη Νοσηλευτική: Βασικοί & Εξειδικευμένοι Χειρισμοί Απελευθέρωσης του Αεραγωγού**» (14 Δεκεμβρίου 2019, Άγιος Σάββας)
- 15^η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων : «**Επείγοντα και μη Παιδιατρικά προβλήματα**» (16 Νοεμβρίου 2019, Αίγλη Ζαπτείου)
- 4^η Ετήσια Μετεκπαιδευτική Ημερίδα: «**Επίκαιρα κλινικονοσηλευτικά παιδιατρικά προβλήματα**» (11 Δεκεμβρίου 2015, Παίδων Π. & Α. Κυριακού)
- Επιστημονική Ημερίδα: «**Εξελιξείς και προοπτικές της παρεχόμενης παιδιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας**» (31 Οκτωβρίου 2015, Μητέρα)
- Ενημερωτική ομιλία του Τομέα Ψυχικής Υγείας της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος με θέμα: «**Το φαινόμενο του Εθισμού των εφήβων στο διαδίκτυο, καθώς και οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι από την ανεξέλεγκτη χρήση του διαδικτύου**» (14 Μαΐου 2015, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»)

- Ημερίδα Νοσηλευτικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, επ' ευκαιρία του εορτασμού της **Διεθνούς Ημέρας Νοσηλευτικής** (12 Μαΐου 2015, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών)

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- 22^ο Πανελλήνιο Θεματικό Συνέδριο: «**Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική: Κλίμακες, Αλγόριθμοι, Πρωτόκολλα, Όρια, Κριτήρια & Δείκτες**» (28-30 Νοεμβρίου 2019, 251 Γ.Ν.Α.)
- 4^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Εξωνοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής: «**Το επείγον στο σπίτι. Ιατρική εκτός νοσοκομείου**» (10-11 Νοεμβρίου 2017, Divani Caravel Hotel)
- 18^ο Θεματικό Συνέδριο: «**Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική: Καρδιακή Ανεπάρκεια & Στεφανιαία Νόσος**» (27-28 Νοεμβρίου 2015, 251 Γ.Ν.Α.)
- 24^ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο με θέμα: «**Τραύμα**» (26 Μαρτίου 2014, 251 Γ.Ν.Α.)

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

Ενασχόληση με Μουσικό Όργανο, Μαγειρική και Ζαχαροπλαστική, Πλεκτά και Κεντητά Δημιουργήματα, Αυτοδίδακτη εκμάθηση ξένων γλωσσών, Χορός

Πιστοποιήσεις και συστάσεις διαθέσιμες εφ' όσον ζητηθούν