ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »

Λειτουργία των Τ.Ε.Π., σύστημα διαλογής και ικανοποίησης και χρόνος αναμονής των ασθενών στο Τ.Ε.Π. του Γ.Ν.Α. <<Λαϊκόό>>

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της Ευγενίας Αλαβάνου

Επιβλέποντες:

Βασιλική Καπάκη

Δρ. Πολιτικής Υγείας

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Κυριάκος Σουλιώτης

Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αθήνα, 2020

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL SCHOOL OF ATHENS

POSTGRADUATE PROGRAMMEPLANNING AND HEALTH MANAGEMENT

Operation of Emergengy Department, triage system,satisfaction and waiting time of patients in the ED of Laiko Hospital

Thesis of

Evgenia Alavanou

Supervisors:

Vasiliki Kapaki

PhD in Health Policy

Postdoctoral Research Fellow in Health Economics,

University of Peloponnese

Kyriakos Souliotis

Professor of Health Policy,

School of Social and Political Sciences, University of Peloponnese

Athens, 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος – ευχαριστίες…….. 3

Περίληψη στα ελληνικά……. 4

Περίληψη στα αγγλικά……... 5

Κεφάλαιο 1: Περιγραφή των ΤΕΠ

1.1 Ορισμός των ΤΕΠ……6

1.2 Περιγραφή λειτουργίας των ΤΕΠ……6

1.3 Στελέχωση προσωπικού……...8

1.3.1 Ιατρικό προσωπικό……9

1.3.2 Νοσηλευτικό προσωπικό…….. 9

1.3.3 Διοικητικό προσωπικό……..10

1.4 Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού……11

1.5 Ροή ασθενών στο ΤΕΠ……13

1.6 Ωράρια – εφημερίες……14

1.7 Αποτελεσματικότητα των ΤΕΠ……..15

1.8 Ιστορική αναδρομή των ΤΕΠ……17

Κεφάλαιο 2: σύστημα διαλογής στο ΤΕΠ

2.1 Διαλογή (triage) και ταξινόμηση επειγόντων περιστατικών……..18

2.2 Ιστορική εξέλιξη διαλογής ……19

2.3 Σκοπός συστήματος διαλογής……19

2.4 Χαρακτηριστικά συστημάτων διαλογής……20

2.5 Αποτελεσματικότητα συστήματος διαλογής……21

2.6 Χρόνος αναμονής και ποιότητα στη διαλογή……21

Κεφάλαιο 3: Κλίμακες διαλογής στα ΤΕΠ

3.1 Κριτήρια αξιολόγησης κλιμάκων διαλογής……21

3.2 Διεθνής ταξινόμηση ασθενών στα ΤΕΠ με βάση κλίμακα βαρύτητας……22

3.3 Κλίμακες που χρησιμοποιούνται με αποτελεσματικότητα……..24

3.3.1 Australasian triage κλίμακα ……....25
3.3.2 Καναδική triage κλίμακα……26
3.3.3 Manchester triage κλίμακα……..28
3.3.4 Κλίμακα ESI……...29
Κεφάλαιο 4: Προβλήματα των ΤΕΠ
4.1 Ατομα με μη επείγοντα προβλήματα υγείας στα ΤΕΠ……..30
4.2 Προβλήματα στη διαλογή……..32
4.3 Προβλήματα συνθηκών ερασίας και εκπαίδευσης ιατρών……34
4.4 Έλλειψη κατάλληλης κτιριακής υποδομής και εξοπλισμού……..36
4.5 Έλλειψη μηχανογραφικού συστήματος…….38
4.6 Το πληροφοριακό σύστημα ως απαραίτητη υποδομή στα ΤΕΠ….……...38
4.6.1 Πληροφοριακά συστήματα……...38
4.6.2 Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος……...39
4.6.3E-Emergency……..40
4.6.4 i-Triage……..42
4.6.5 Υπολογιστές παλάμης-ασύρματα δίκτυα……..42
4.6.6 Εκπαίδευση προσωπικού……...…43
4.7 Αιτίες δυσλειτουργίας των ΤΕΠ στην Ελλάδα……...45
Κεφάλαιο 5: Βελτιώσεις στον χώρο των ΤΕΠ.....47
Κεφάλαιο 6: Έρευνα ικανοποίησης αθενών στα ΤΕΠ Γ.Ν.Α. Λαικού
6.1 Μεθοδολογία έρευνας……52
6.2 Αποτελέσματα έρευνας……..52
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση……..64
7.1 Περιορισμοί έρευνας…….65
7.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα……66
Κεφάλαιο 8 : Συμπεράσματα……....67
Παράρτημα 1.....69
Βιβλιογραφια-Αναφορές……...73

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους επιβλέποντες της διπλωματικής μου εργασίας Δρ. Βασιλική Καπάκη, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Καθηγητή Πολιτική Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου τόσο για την ανάθεση του συγκεκριμένου θέματος προς διερεύνηση όσο και για τις συμβουλές και τις διορθώσειςτους., Η επιστημονική και κοινωνική δράση τους αποτελεί πρότυπο για μένα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους όσους συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο.

Περίληψη

Θεωρητικό υπόβαθρο: Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είναι τμήμα υποδοχής επειγόντων περιστατικών. Η προτεραιότητα τους καθορίζεται από το σύστημα διαλογής. το τεπ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα μαζικής προσέλευσης περιστατικών με αποτέλεσμα αυξημένους χρόνους αναμονής και επιπρόσθετες ανεπιθύμητες επιπτώσεις.

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάδειξη της λειτουργίας του ΤΕΠ και της σημαντικότητας του συστήματος διαλογής, καθώς και η εκτίμηση της ικανοποίησης των ατόμων που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του ΤΕΠ, του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαικό».

Υλικό-Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική έρευνα με τη χρήση του ερωτηματολογίου BEPSS (Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale) των Atari & Atari (2015). Η εκτίμηση της ικανοποίησης έγινε με τη χρήση τετραβάθμιας κλίμακας, όπου το 1 αντιπροσώπευε το «καθόλου ικανοποιημένο»ς και το 4 το «απόλυτα ικανοποιημένος». Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για την επίτευξη των στόχων της έρευνας ήταν πρωτογενή και συγκεντρώθηκαν μέσω των 100 ερωτηματολογίων τυχαίου δείγματος ασθενών από το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαικό», με τη μέθοδο προσωπικής συνέντευξης. Το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) χρησιμοποιήθηκε για την διενέργεια της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας.

Αποτελέσματα: Η συνολική ικανοποίηση των επισκεπτών (ασθενών) των ΤΕΠ κυμάνθηκε σε ενδιάμεσα επίπεδα. Ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες σημειώθηκαν στη συμπεριφορά του ιατρού (Μ.Ο.3,35/4), στην ενημέρωση από το θεράποντα (Μ.Ο.3,44/4), καθώς επίσης και στη φροντίδα που δέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό (Μ.Ο. 3,29/4)

Η πιο χαμηλή βαθμολογία σχετίζεται με την ηρεμία του περιβάλλοντος του δωματίου των ΤΕΠ (Μ.Ο.1,39/4) το ότι ο χρόνος αναμονής ήταν ιδιαίτερα μεγάλος (Μ.Ο.1,74/4) η οικογένεια δεν ήταν σε θέση να περάσει αρκετό χρόνο με τον ασθενή (1,88/4).

Συμπεράσματα: Αν και το ανθρώπινο δυναμικό φαίνεται να συνεισφέρει θετικά στην αύξηση της ικανοποίησης στους επισκέπτες, υπάρχουν ζητήματα που χρήζουν βελτίωσης και σχετίζονται κυρίως με τις συνθήκες που επικρατούν και το χρόνο αναμονής.

Λέξεις κλειδιά: ΤΕΠ, σύστημα διαλογής, ικανοποίηση ασθενών,χρόνος αναμονής

ABSTRACT

Theoretical background: The emergency unit (EU) is the part of the hospital that receives the incoming medical emergencies. The severity of the emergency is determined initially in the screening process. The EU faces serious problems due to the massive incoming emergencies flows that lead to increased waiting time and to additional undesirable effects.

Purpose: The purpose of this study is the estimation of the satisfaction ratings of the people who used the hospital's services in the EU of the General Hospital of Athens "Laiko".

Methodology: The method that was used for this study is Qualitative Descriptive Analysis and the data that were collected, were analyzed in the software package SPSS Statistics. The questionnaire that was used was weighted and it was the BEPSS (Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale), retrieved from the article of Atari & Atari (2015), the satisfaction was measured using a four-point scale with 1 representing "not at all satisfied" and 4 representing "completely satisfied" . The data used in order to achieve the objectives of this research were primary and they were collected through the BEPSS questionnaire on a random sample of people-patients in the General Hospital of Athens "Laiko".

Results: Significant high gradings were observed in regards to the doctor's behaviour (average score: 3.35/4), in the briefing from the physician (average score: 3.44/4), as well as in the care provided by the nursing staff (average score: 3.29/4). The lowest gradings observed were regarding the quietness in the EU room (average score: 1.39/4), the long waiting times (average score: 1.74/4) and the insufficient time that the family members can spend with the patient (average score: 1.88/4)

Conclusion: Although the healthcare staff appears to contribute positively to the increase of the visitors' satisfaction, there are several issues that require improvement in regards to the current conditions as well as to the waiting time.

Key words: EU, screening process, patients' satisfaction, waiting time

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΤΕΠ

1.1 Ορισμός ΤΕΠ

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

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

1.2 Περιγραφή λειτουργίας των ΤΕΠ

Καθώς τα Τ.Ε.Π. καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά υγείας, θα πρέπει να συνδυάζουν την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, τον κατάλληλο εξοπλισμό καθώς και το εξειδικευμένο έμψυχο δυναμικό που απαιτείται, ώστε να εξασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η παροχή άμεσης και ποιοτικής επείγουσας φροντίδας. Όσον αφορά την Ελλάδα, η επείγουσα θεραπεία παρέχεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων, αλλά και από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) που παρέχει άμεση ιατρική φροντίδα και μεταφορά στα νοσοκομεία δωρεάν. (Καραμπίνης , Κουκουλίτσιος,2006)

Για να διασφαλισθούν τα παραπάνω, η ιατρική φροντίδα στο ΤΕΠ περιλαμβάνει:

- Διαλογή (αναλύεται εκτενώς παρακάτω)
- Πρωτοβάθμια εκτίμηση και σταθεροποίηση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, με βάση το σύστημα προσέγγισης ABCDE (ακρωνύμιο των air, breath, circulation, disability, expose and examine) το οποίο είναι εργαλείο πρωτοβάθμιας εκτίμησης για όλους τους ασθενείς και δεν απαιτεί παρακλινικό έλεγχο. Είναι μία δομημένη προσέγγιση για την αναγνώριση και αναζωογόνηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση και τραυματιών.
- Εστιασμένο ιατρικό ιστορικό, στα συμπτώματα για τα οποία ο ασθενής προσέρχεται, σε κλινικά ευρήματα όσο και σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση φροντίδα.

- Δευτεροβάθμια εκτίμηση και άμεση κλινική διαχείριση, με έγκαιρη επιλογή παρακλινικών εξετάσεων και με επικέντρωση στην ανάγκη για άμεση παρέμβαση.
- Λήψη κλινικών αποφάσεων, με δεύτερη διαλογή, άμεση και/ή οριστική φροντίδα στο ΤΕΠ και σχεδιασμό για εισαγωγή ή εξιτήριο
- Συνεχής επανεκτίμηση και περαιτέρω διαχείριση του ασθενούς.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

- Ν. 2889/2001-ΦΕΚ 37/Α' «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» άρ. 6 παρ. 5, όπως έχει τροποποιηθεί με τις διατάξεις της παρ. 6 του άρ. 55 του Ν. 3918/2011-ΦΕΚ 31/Α' «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»Ν. 3868/2010-ΦΕΚ 129/Α' «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
- Υπουργική απόφαση Υ4δ/Γ.Π. οικ. 22869/2012-ΦΕΚ 874/Β/20.03.2012 «Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
- Υπουργική απόφαση Α3α/οικ. 38643/2017-ΦΕΚ 1907/Β/2017 «Τροποποίηση και συμπλήρωση της αρ. Υ4δ/Γ.Π. οικ. 22869/06.03.2021 (Β'874) υπουργικής απόφασης «Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) των Νοσοκομείων του ΕΣΥ.»»

Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες, καθώς και στο Νοσοκομείο με την μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας των περιφερειών του Ν. 3852/2010-ΦΕΚ 87/Α' οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με ειδική διατομεακή στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

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 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

1.3 Στελέχωση προσωπικού

Σε κάθε ΤΕΠ υφίστανται οργανωτικά Βασικές Υπηρεσίες, οι οποίες είναι οι εξής:

1. Ιατρικό προσωπικό, το οποίο περιλαμβάνει μόνιμους και επικουρικούς ειδικευμένους ιατρούς που καλούνται συμβουλευτικά, ειδικευμένους ιατρούς συμβούλους, ειδικευόμενους ιατρούς.

2. Νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι διπλωματούχοι νοσηλευτές.

3. Διοικητικό προσωπικό, που απαρτίζεται από διοικητικούς υπαλλήλους της Διοικητικής υπηρεσίας του νοσοκομείου.

4. Βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι βοηθοί νοσηλευτών, οι μεταφορείς ασθενών, οι βοηθοί θαλάμου. Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ, αλλά κατανέμεται στα επιμέρους Τμήματα του κάθε νοσοκομείου, με αποφάσεις της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης, στην οποία υπάγεται.

5. Υποστηρικτικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει υπηρεσίες στο τμήμα αυτό, όπως είναι το τεχνολογικό-παραϊατρικό προσωπικό. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, οι παρασκευαστές, οι ραδιολόγοι-ακτινολόγοι ή οι χειριστές- εμφανιστές.

6. Βοηθητικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει κυρίως υπηρεσίες φύλαξης, καθαριότητας, εστίασης. Σε αρκετές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει καν στο νοσοκομείο, αλλά προέρχεται από ειδικά συνεργεία παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών (πχ συνεργεία φύλαξης ή security, συνεργεία καθαρισμού, εταιρίες catering). Τέτοιες λύσεις συναντώνται κυρίως στις κλινικές του ιδιωτικού τομέα, αλλά πιο πρόσφατα άρχισαν να εφαρμόζονται και στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας (Λάμπρου 2005).

1.3.1 Ιατρικό προσωπικό

Το ΤΕΠ στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό, που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το Τμήμα αυτό.

Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνει το Τ.Ε.Π. προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου. Για το πρόγραμμα σε κάθε εφημερία υπεύθυνος είναι ο Διοικητής ή ο Αν. Διοικητής του νοσοκομείου. Οι ιατροί του Τ.Ε.Π. μπορούν να καλούν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τους εφημερεύοντες στα τμήματα, οι οποίοι υποχρεούνται να προσέλθουν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Τ.Ε.Π. Για το σκοπό αυτό συντάσσεται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, σε συνεργασία με τους Διευθυντές των Τμημάτων μηνιαίος κατάλογος από τους εφημερεύοντες ιατρούς των τμημάτων του νοσοκομείου που θα καλύπτουν τις ανάγκες του Τ.Ε.Π., ενώ παράλληλα οργανώνονται ομάδες φροντίδας με διατομεακή σύνθεση. Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με ιατρικό προσωπικό συνίστανται μία (1) θέση διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., μία (1) θέση Επιμελητή Α, και μία (1) θέση επιμελητή Β του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. με ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προνοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση-διοίκηση- συντονισμό του έργου της εφημερίας (ΦΕΚ 874/Β/12 2012).

1.3.2 Νοσηλευτικό προσωπικό

Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικά Τμήματα που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2889/2001. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις εφημερίες του νοσοκομείου, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών (Ασκητοπούλου 2004).

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

1. Έχει επαρκή προηγουμένη εμπειρία σε ΤΕΠ
2. Έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
3. Έχει ειδίκευση Επείγουσας νοσηλευτικής

Όσο αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στο ΤΕΠ απαιτούνται:

i. Ένας νοσηλευτής ανά δέκα προσερχόμενους ασθενείς σε ημέρα εφημερίας, με μόνιμη απασχόληση στο ΤΕΠ
ii. Τέσσερις νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με λιγότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας

   Έξι έως δέκα νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με περισσότερους από 100ασθενείς σε ημέρα εφημερίας (Λάμπρου 2005).

1.3.3 Διοικητικό προσωπικό

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

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

1.4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΕΠ

Το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο πυλώνας του συστήματος υγείας κάθε χώρας, καθώς όλες οι μορφές της υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται σε ένα καλά εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό.

Ένας τρόπος βελτίωσης του συστήματος υγείας είναι να χρησιμοποιήσει τους πόρους πιο αποτελεσματικά, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στο πώς όλοι οι εργαζόμενοι της υγείας ασκούν τα καθήκοντά τους κατά το ωράριο εργασίας και ποια τα καθήκοντα που επιτελούν.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ποιότητα της περίθαλψης συνδέεται με αυξημένη απόδοση, και επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας ανασχεδιασμού. Οι βελτιώσεις είναι το αποτέλεσμα μιας συνολικής προσέγγισης του συστήματος.

Η ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού υψηλής απόδοσης στον τομέα της υγείας απαιτεί επίμονη και συνεχή προσπάθεια. Προκειμένου να είναι αποτελεσματικοί οι εργαζόμενοι, θα πρέπει να τους διατίθενται τα κατάλληλα μέσα που χρειάζονται για την περίθαλψη των ασθενών, ενώ για να χρησιμοποιήσουν τα διαθέσιμα μέσα με αποδοτικό τρόπο θα πρέπει να διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες και την απαραίτητη υποστήριξη.

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού δεν αποτελεί μία καθαρά τεχνική διαδικασία. Απαιτεί τη συνεργασία όλων των συμμετεχόντων, τοποθετώντας στο κέντρο τους εργαζόμενους αλλά συμπεριλαμβάνοντας τον τομέα της υγείας και την κυβέρνηση.

Ο στόχος της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού είναι να έχει:

- το σωστό αριθμό ανθρώπων
- με τα κατάλληλα προσόντα
- στη σωστή θέση
- την κατάλληλη χρονική στιγμή
- με την κατάλληλη συμπεριφορά

- εκτελώντας τη σωστή εργασία (Κτενά, 2015)

1.5 ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ

Η χωροταξία του ΤΕΠ εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών τους οποίους εξυπηρετεί, τις ημέρες εφημερίας, το προσωπικό που απασχολεί, τον εξοπλισμό, που διαθέτει, την οργανωτική δομή και τις δυνατότητες. Έτσι, κάθε ΤΕΠ μετά την υποδοχή/Γραμματεία διαθέτει Διαλογή. Διαλογή καλείται η αντιμετώπιση κατά σειρά των ασθενών, ανάλογα με την ανάγκη που έχουν για αντιμετώπιση.

Στο χώρο διαλογής, υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής του, τον κατευθύνουν στους χώρους/ιατρεία ειδικότητας 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 και στη συνέχεια:

- 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 περίπτωσή του τμήμα νοσηλείας ή

- εισάγεται στο οικείο με την πάθησή του τμήμα νοσηλείας ή

- διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο μετά από συνεννόηση με τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

Για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΤΕΠ συντάσσεται αναλυτικό σημείωμα που συνοδεύει το εισιτήριο του ασθενούς και υπογράφεται απαραιτήτως 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 προσερχομένων ασθενών, καθώς και η πορεία εξέλιξής τους.

Με ευθύνη της Ομάδας Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας (ΟΕΕΕ) ή του Συντονιστή Εφημερίας κάθε νοσοκομείου, του Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας και του προϊσταμένου του ΤΕΠ γίνεται η κατανομή των κρεβατιών μεταξύ των επειγόντων περιστατικών και των τακτικών περιστατικών ώστε να εξασφαλίζεται τόσο η δυνατότητα εισαγωγής των επειγόντων περιστατικών όσο και των ευρισκομένων σε αναμονή νοσηλείας τακτικών ασθενών. Για την εισαγωγή επείγοντος περιστατικού στο νοσοκομείο το εισιτήριο εισαγωγής υπογράφεται από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον συντονιστή της Ομάδας Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας ή τον Συντονιστή εφημερίας.

Οι προϊστάμενοι των ΤΕΠ ή οι αναπληρωτές τους ενημερώνουν την Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας ή τον Συντονιστή Εφημερίας κάθε Νοσοκομείου, καθώς και το Εθνικό κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ)του ΕΚΑΒ για τον αριθμό των περιστατικών που υποδέχονται (μέσω ΕΚΑΒ ή ίδιων μέσων), των κενών νοσηλευτικών κλινών, τον αριθμό των κλινών ΜΕΘ ώστε να εκτιμάται η δυνατότητα ή μη άμεσης αντιμετώπισης νέων περιστατικών.

Κατά τη μεταφορά του περιστατικού το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ ενημερώνει τον υπεύθυνο του ΤΕΠ του νοσοκομείου προς το οποίο κατευθύνεται το ασθενοφόρο και παρέχει τις σχετικές πληροφορίες ως προς το περιστατικό. Κάθε περιστατικό που διακομίζεται με το ΕΚΑΒ πρέπει να παραλαμβάνεται ενυπόγραφα από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

1.6 Ωράρια-Εφημερίες

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

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

1.7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΤΕΠ

Η αποτελεσματικότητα ενός τμήματος Επειγόντων εξαρτάται από:

- Τον αριθμό των επισκέψεων στα ΤΕΠ.
- Την βαρύτητα των περιστατικών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης και αντιμετώπισης.
- Την διαθεσιμότητα των πόρων του ΤΕΠ.
- Την διαθεσιμότητα εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- Νομικά και διοικητικά ζητήματα.
- Περιβαλλοντικούς-χωροταξικούς παράγοντες.
- Την ύπαρξη εφαρμογών πληροφοριακού συστήματος στο ΤΕΠ για την εισαγωγή-μεταφορά-εξιτήριο του ασθενή και για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα.
- Τις οδηγίες κατά την έξοδο.
- Την διασύνδεση με την προ νοσοκομειακή φροντίδα (ΕΚΑΒ).

Η αποτελεσματική διαχείριση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών έκτακτης ανάγκης απαιτεί μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, που να είναι ικανήνα προσδιορίσει τις ανάγκες των ασθενών, να καθορίσει τις προτεραιότητες καινα εφαρμόσει την κατάλληλη θεραπεία.

Σημαντικό ρόλο παίζει η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για παράδειγμα στη Μεγάλη Βρετανία μόνον το 5% των ασθενών που επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς προωθούνται στο ΤΕΠ, ενώ στη Γαλλία το 72% του συνόλου των προσερχόμενων στο ΤΕΠ έχει προωθηθεί από ιατρό (Ασκητοπούλου, 2009).

Κεφάλαιο 1.8 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΤΕΠ

Κατά τη δεκαετία του 1960 στη Βρετανία αναπτύχθηκαν τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών, τα οποία σταδιακά μετεξελίχθηκαν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Αργότερα, την δεκαετία του 1970 αναγνωρίστηκαν δύο ειδικοτήτες για τον τομέα επείγουσας φροντίδας (Emergency care), που είναι:

- Η επείγουσα Ιατρική (Emergency Medicine)

- Η επειγουσα νοσηλευτική (Emergency Nursing)

Στην Αυστραλία ο Σύνδεσμος Επείγουσας Ιατρικής (Australian Society for Emergency Medicine) ιδρύθηκε το 1981.

Στις ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1950 δεν υπήρχαν καθόλου γιατροί στα «Δωμάτια» Επειγόντων Περιστατικών (Emergency Rooms ή ER). Μετά το 1960 και με την αναγνώριση της Επείγουσας Ιατρικής ως ειδικότητας άρχισαν να λειτουργούν τα ΤΕΠ με μορφή που έμοιαζε αρκετά με το σήμερα (Λάμπρου, 2005).

Οι Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας (ΜΒΝ) (ολιγόκλινοι χώροι μέσα στο ΤΕΠ για ολιγόωρη θεραπεία) αναπτύχθηκαν κατά τη δεκαετία του 1970.

Στην Ελλάδα η Επείγουσα Ιατρική δεν είναι αναγνωρισμένη ειδικότητα. Τα ΤΕΠ στελεχώνονται από γενικούς νοσηλευτές και από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ. χειρουργούς, γενικούς, παθολόγους, αναισθησιολόγους κλπ) και σε κάποια ΤΕΠ, λειτουργούν με ενιαίο προσωπικό με τα Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Συστήματα διαλογής στο ΤΕΠ

2.1 ΔΙΑΛΟΓΗ (TRIAGE) ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Διαλογή είναι μια διαδικασία η οποία είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική διαχείριση των σύγχρονων τμημάτων επειγόντων περιστατικών. Το σύστημα αυτό αποβλέπει, όχι μόνο στο να εξασφαλίσει την κλινική δικαιοσύνη για τον ασθενή, αλλά επίσης και στη χρησιμοποίηση ενός αποτελεσματικού εργαλείου για την οργάνωση των υπηρεσιών, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση.

Κατά τα τελευταία 20 χρόνια, τα συστήματα διαλογής έχουν τυποποιηθεί σε διάφορες χώρες και καταβάλλονται προσπάθειες για να διασφαλιστεί η συνοχή της εφαρμογής.

Ωστόσο, ο συνεχιζόμενος συνωστισμός των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης που προκύπτει από μπλοκάρισμα στην πρόσβαση και η αύξηση της ζήτησης έχει οδηγήσει σε εκκλήσεις για επανεξέταση των συστημάτων διαλογής. Επιπλέον, η διεθνής διακύμανση σε συστήματα διαλογής περιορίζει την ικανότητα για συγκριτική αξιολόγηση (FitzGerald, 2009).

Ο Χώρος Διαλογής είναι ορισμένος για:

- Καταχώρηση στοιχείων (Registration),
- Αρχική εκτίμηση ζωτικών σημείων (Vital Signs Evaluation),

- Εφαρμογή Πρωτοκόλλων Διαλογής - επίπεδα Προτεραιότητας (Triage protocols - Priority levels),
- Εστιασμένο ιατρικό ιστορικό στα συμπτώματα για τα οποία ο ασθενής προσέρχεται, για κλινικά ευρήματα όσο και σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση φροντίδα.

«Το εξεταστήριο διαλογής απαιτεί χώρο τουλάχιστον 4 x 3 m2, και βρίσκεται ακριβώς δίπλα στη γραμματεία και σε άμεση γειτνίαση με τον υπάλληλο του μητρώου. Διαθέτει ξεχωριστή είσοδο, εξεταστική κλίνη και γραφείο.

Η συνολική επιφάνεια της περιοχής υποδοχής – πληροφοριών – διαλογής θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 1.8 m2 ανά 1000 ετήσιες επισκέψεις».

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η έννοια της διαλογής (triage) χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά σε καιρούς πολέμου προκειμένου να διευκολυνθεί η γρήγορη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανάλωση των λιγοστών διαθέσιμων πόρων στην ιατρική περίθαλψη τραυματισμένων στρατιωτών, με σκοπό τη διάσωση όσον το δυνατόν περισσότερων. Αργότερα, όταν η αύξηση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονταν στα ΤΕΠ των νοσοκομείων υπερέβη τις δυνατότητές τους, από πλευράς στελέχωσης, διαθέσιμων κλινών, εξοπλισμού και γενικά υποδομής και παρατηρήθηκε το πρόβλημα της συμφόρησης (ED saturation), εισήχθη επίσημα η διεργασία της διαλογής στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ως άμεση αντίδραση με σκοπό την επίλυση του σοβαρού αυτού προβλήματος.

2.3 ΣΚΟΠΟΣ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Ο σκοπός ενός συστήματος διαλογής είναι να διασφαλιστεί ότι το επίπεδο και η ποιότητα της φροντίδας που παραδίδεται στην κοινότητα είναι ανάλογη με αντικειμενικά κλινικά κριτήρια, παρά διοικητική ή οργανωτική ανάγκη (Bernstein et al., 2003).

Με τον τρόπο αυτό, τυποποιημένα συστήματα διαλογής αποσκοπούν στην βελτιστοποίηση της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου και μπορεί να διασφαλίσουν ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε όλο τον πληθυσμό (Bernstein et al., 2003).

Η χρήση ενός τυποποιημένου συστήματος διαλογής διευκολύνει τη βελτίωση της ποιότητας γιατί επιτρέπει συγκρίσεις των βασικών δεικτών.) απόδοσης (δηλαδή το χρόνο-

προς-θεραπεία κατά κατηγορία διαλογής) τόσο εντός, όσο και μεταξύ των EDS (Bernstein et al., 2003).

2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Αν και συστήματα διαλογής σε όλο τον κόσμο, λειτουργούν με ελαφρώς διαφορετικούς τρόπους, μοιράζονται τα ακόλουθα σημαντικά χαρακτηριστικά:

- Ένα ενιαίο σημείο εισόδου για όλες τους εισερχόμενους ασθενείς (περιπατητικούς και μη περιπατητικούς), έτσι ώστε να όλοι οι ασθενείς να υποβάλλονται στην ίδια διαδικασία αξιολόγησης.
- Ένα φυσικό περιβάλλον που είναι κατάλληλο για την ανάληψη μιας σύντομης αξιολόγησης. Χρειάζεται να περιλαμβάνει την εύκολη πρόσβαση για τους ασθενείς που εξισορροπεί την κλινικό έργο, την ασφάλεια και διοικητικές απαιτήσεις, καθώς και η διαθεσιμότητα εξοπλισμού πρώτων βοηθειών και εγκαταστάσεις ατομικής φροντίδας.
- Ένα οργανωμένο σύστημα επεξεργασίας των ασθενών που επιτρέπει την εύκολη ροή των πληροφοριών ασθενούς από το σημείο της διαλογής μέσα στα EDs για αξιολόγηση, επεξεργασία και διάθεση.
- Έγκαιρα στοιχεία για τα επίπεδα δραστηριότητας EDs, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων για την κοινοποίηση στην υπηρεσία της εισερχόμενων ασθενών από ασθενοφόρο και άλλες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.

2.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Για να μπορεί να έχει ένα σύστημα διαλογής αποτελεσματικότητα θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλό και κατανοητό ενώ θα πρέπει να είναι δεδομένη η συνεργασία και ομοφωνία στη διεπιστημονική-διεπαγγελματική ομάδα του ΤΕΠ ως προς την εφαρμογή του.

2.6 ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ

Ανεξάρτητα, από τα ακριβή βήματα και το μοντέλο της διεργασίας διαλογής που εφαρμόζεται σε κάθε ΤΕΠ, οι δύο βασικές παράμετροι που είναι αναγκαίο να ελέγχονται

και να αξιολογούνται συστηματικά είναι ο χρόνος και η ποιότητα. Συνολικά, η διάρκεια της διεργασίας της διαλογής δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10 – 12 λεπτά. Η μέση διάρκεια της διαλογής είναι εξίσου σημαντική. Επισημαίνεται ακόμη ότι ένας (σημαντικός) αριθμός περιστατικών που εξετάζονται στη διαλογή δεν εισάγεται στο ΤΕΠ, αλλά παραπέμπεται σε άλλες υπηρεσίες ή τμήματα, οπότε επιτυγχάνεται αποσυμφόρηση του Τμήματος με τον τρόπο αυτό και δεν απαιτείται άσκοπη αναμονή. Παρόλη την προσπάθεια αποσυμφόρησης των ΤΕΠ, βέβαια, δεν επιτυγχάνεται πάντα η μείωση του χρόνου αναμονής για να εισαχθεί ένας ασθενής στα ΤΕΠ, με αποτέλεσμα να είναι συνήθως μεγαλος ο χρόνος αναμονής των ασθενών. Γεγονός που δημιουργεί σύγχυση στους ασθενείς και δεν ικανοποιεί τις ανάγκες αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Κλίμακες διαλογής στο ΤΕΠ.

3.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός άρτιου συστήματος (κλίμακας) διαλογής μπορούν να αξιολογούνται σύμφωνα με τα ακόλουθα τέσσερα κριτήρια:

- Χρησιμότητα: Η κλίμακα πρέπει να είναι σχετικά εύκολη στην κατανόηση και απλή στην εφαρμογή της από νοσηλευτές και γιατρούς έκτακτης ανάγκης.

- Ισχύς: Η κλίμακα θα πρέπει να μετρά αυτό που έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση. Δηλαδή, την μέτρηση της κλινικής ανάγκης, σε αντίθεση με τη σοβαρότητα ή την πολυπλοκότητα της ασθένειας ή κάποια άλλη πτυχή της παρουσίασης ή του περιβάλλοντος έκτακτης ανάγκης.

- Αξιοπιστία: Η εφαρμογή της κλίμακας πρέπει να είναι ανεξάρτητη από το νοσηλευτή ή τον ιατρό που εκτελεί το ρόλο, δηλαδή, θα πρέπει να είναι συνεπής.

- Ασφάλεια: Οι αποφάσεις Triage πρέπει να είναι ανάλογες με αντικειμενικά κλινικά κριτήρια και πρέπει να βελτιστοποιούν το χρόνο ιατρικής παρέμβασης. Επιπλέον, οι κλίμακες διαλογής πρέπει να είναι ευαίσθητες αρκετά, για να συλλάβουν νέα περιστατικά υψηλής οξύτητας (Chapel Hill, 2006).

3.2 ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ (ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ)

Οι ασθενείς που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ διεθνώς ταξινομούνται σε τέσσερις-πέντε κλινικές κατηγορίες σύμφωνα με το χρωματικό φάσμα κόκκινο/πορτοκαλί, κίτρινο, πράσινο, μπλε (πίνακας, 1).

Στην κάθε κατηγορία περιλαμβάνονται ασθενείς με βάση τα κύρια συμπτώματά τους, παρά διαγνώσεις.

Παρακάτω αναφέρονται οι πέντε κατηγορίες ασθενών, που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ σύμφωνα με αναγνωρισμένες κλίμακες βαρύτητας όπως αυτές που έχουν αναπτύξει η British Association of Accident and Emergency Medicine και το Αυστραλιανό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής, με τα αντίστοιχα χρονικά περιθώρια.

Κόκκινη κατηγορία Ι

– Ασθενείς για άμεση αναζωογόνηση (immediate resuscitation):

ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις απαιτούν άμεση αναζωογόνηση και θεραπεία (0 min).

Πορτοκαλί κατηγορία ΙΙ

– Υπέρ-επείγον (very – urgent):

οι ασθενείς αυτοί είναι βαριά πάσχοντες ή τραυματίες που η ζωή τους δεν είναι σε άμεσο κίνδυνο, αλλά απαιτούν επείγουσα αξιολόγηση και αντιμετώπιση από γιατρό εντός 10 min από την άφιξη τους στο ΤΕΠ.

Κίτρινη κατηγορία ΙΙΙ

– Επείγον (urgent) : οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σχετικά σταθερή κατάσταση, που χρειάζονται διαγνωστική και θεραπευτική νοσοκομειακή προσέγγιση μέσα στα επόμενα 30-60 min.

Κατηγορία IV

– Ημι-επείγον (Standard) : οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με πρόσφατες επικίνδυνες πρόσφατες βλάβες και μικρής σημασίας οξέα προβλήματα, στους οποίους τα χρονικά όρια αντιμετώπισης εξαρτώνται από την υπάρχουσα υποδομή και τους διαθέσιμους χώρους, και συνήθως συνήθως 60 – 120 min.

Κατηγορία V

– Μη-επείγον (non-urgent) : οι ασθενείς αυτοί με καταστάσεις που δεν είναι πραγματικά επείγουσες για να χρειάζονται αντιμετώπιση και νοσηλεία, χρειάζεται να

κατευθυνθούν σωστά και υπεύθυνα στα αντίστοιχα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή σε ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαφορετικά να αντιμετωπιστούν εντός 120-240 min.

Πίνακας 1: Διεθνής ταξινόμηση ασθενών στο τεπ με βάση την κλίμακα βαρύτητας

Κατηγορία /Επίπεδο Ταξινόμησης	**Αριθμητικός Κωδικός (Βαθμίδα Διαλογής)**	**Επιθυμητός Χρόνος για Ιατρική Εξέταση (σε min)**	**Χρωματικός Κωδικός**
Ανάνηψη	1	Αμέσως	Κόκκινο
Επείγουσα κατάσταση	2	10	Πορτοκαλί
Έκτακτη κατάσταση	3	30	Πράσινο
Ημι-έκτακτη κατάσταση	4	60	Γαλάζιο
Μη έκτακτη κατάσταση	5	120	Λευκό

(British Association of Accident and Emergency Medicine, 2005)

3.3 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΛΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.3.1 Η AUSTRALASIAN TRIAGE ΚΛΙΜΑΚΑ (ATS), (ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ Η ΕΘΝΙΚΗ TRIAGE ΚΛΙΜΑΚΑ NTS)

Η Εθνική Κλίμακα Διαλογής (NTS-National Triage Scale) τέθηκε σε εφαρμογή το 1993, και έγινε το πρώτο σύστημα διαλογής που χρησιμοποιείται σε όλα τα δημόσια ED στην Αυστραλία. Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, η NTS υποβλήθηκε σε αξιολόγηση και στη συνέχεια μετονομάστηκε σε Australasian Triage Scale (ATS).

Η ATS έχει πέντε επίπεδα οξύτητας:

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

Η ATS έχει εγκριθεί από το Σώμα Επείγουσας Ιατρικής της Αυστραλίας και έχουν θεσπιστεί δείκτες απόδοσης από το Αυστραλιανό Συμβούλιο για τα Πρότυπα Υγείας. Συγκεκριμένα η Εθνική Κλίμακα Διαλογής *(National Triage Scale – NTS)*, αναπτύχθηκε από το Αυστραλιανό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής (ACEM), απευθυνόταν στον πληθυσμό των ασθενών των ΤΕΠ της ηπείρου και άρχισε να εφαρμόζεται από το 1994. Μέχρι σήμερα έχει γίνει αποδεκτό από τα ΤΕΠ των νοσοκομείων της Αυστραλίας, παράλληλα συστήνεται από το Αυστραλιανό Συμβούλιο Προτύπων για τη Φροντίδα Υγείας, ενώ εκτός των ορίων της Αυστραλίας, η NTS έχει υιοθετηθεί τόσο από τη Νέα Ζηλανδία όσο και από τη Β. Αμερική.

Τα χαρακτηριστικά αυτής της κλίμακας αναφέρονται συγκεντρωτικά στον παρακείμενο πίνακα.

Πίνακας 2 :Australian triage scale ATC

Επίπεδο Ταξινόμησης	Αριθμητικός Κωδικός (Βαθμίδα Διαλογής)	Επιθυμητός Χρόνος για Ιατρική Εξέταση (σε min)	Χρωματικός Κωδικός
Ανάνηψη	1	Αμέσως	Κόκκινο
Επείγουσα κατάσταση	2	10	Πορτοκαλί

Έκτακτη κατάσταση	3	30	Πράσινο
Ημι-έκτακτη κατάσταση	4	60	Γαλάζιο
Μη έκτακτη κατάσταση	5	120	Λευκό

(Australasian College for Emergency Medicine. (2007)

3.3.2 ΚΑΝΑΔΙΚΗ TRIAGE ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΑ AQUITY (ACTAS)

Η καναδική Triage και Κλίμακα Aquity (A) συμπεριλήφθηκε επίσημα στην καθ' 'όλη πολιτική στον Καναδά το 1997.

Αυτή η κλίμακα είναι πολύ παρόμοια με το ATS από άποψη χρόνου-προς-θεραπεία στόχων, με την εξαίρεση της κατηγορίας 2, τα οποία είναι <15 λεπτά και όχι <10 λεπτά, όπως στο ATS ΚΑΝΑΔΑ (CTAS):

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

Η καναδική Triage και Κλίμακα Acuity (CTAS) 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.

Τρεις σημαντικές έννοιες περιλαμβάνονται στο σχεδιασμό αυτής της κλίμακας:

- Χρησιμότητα
- Συνάφεια
- Εγκυρότητα

Η καναδική Triage και Κλίμακα Acuity βασίζεται στη δημιουργία μιας σχέσης μεταξύ μιας ομάδας, γεγονότα και δείκτες που ορίζονται από το ICD9CM-διάγνωση (η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων ICD: International Classification of Diseases έχει σχεδιαστεί για να προωθήσει τη διεθνή συγκρισιμότητα με τη συλλογή, επεξεργασία, ταξινόμηση και έκβαση κατά την έξοδο από το ΤΕΠ ή από την ενδονοσοκομειακή βάση δεδομένων) .

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ</u> 3: Καναδική Triage Κλίμακα και Acuity (ACTAS)

	Επίπεδο κατάταξης ασθενούς				
	1	2	3	4	5
Χαρακτηρισμός επείγοντος	Κατεπείγον - Αναζωογόνηση	Επείγον	Εξελισσόμενα επείγον	Λιγότερο επείγον	Μη επείγον
Χρόνος μέχρι την αντιμετώπιση (λεπτά)	0 (αμέσως)	Έως 15	Έως 30	Έως 60	Έως 120
Χρόνος	Συνεχής	Κάθε 15	Κάθε 60	Κάθε 60	Κάθε 120

(Bullard MJ,2008)

3.3.3 MANCHESTER TRIAGE ΚΛΙΜΑΚΑ (MTS)

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

Η MTS διαφέρει και από τις δύο ATS και την CTAS στο ότι πρόκειται για μια προσέγγιση αλγόριθμου που βασίζεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η MTS περιλαμβάνει τη χρήση 52 χωριστών διαγραμμάτων ροής που απαιτούν την λήψη των αποφάσεων σύμφωνα με την απειλή της ζωής, τον πόνο, αιμορραγία, επίπεδο συνείδησης, την θερμοκρασία και την διάρκεια των σημείων και συμπτωμάτων με κατάλληλο αλγόριθμο, με βάση την αναφορά και στη συνέχεια τη συλλογή και ανάλυση πληροφοριών.

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

3.3.4 ΚΛΙΜΑΚΑ ESI –ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ (Emergency Severity Index)

Η ESI είναι μια κλίμακα διαλογής με πέντε επίπεδα που αναπτύχθηκε από EDs γιατρούς: Ρίτσαρντ Wuerz και David Eitel στιςΗΠΑ (Gilboy 1999, Wuerz , 2000).

«Αναπτύχθηκε γύρω από ένα νέο εννοιολογικό μοντέλο της διαλογής στο ΤΕΠ. Διατηρεί την παραδοσιακή βάση της αξιολόγησης του αρχικά επείγοντος ασθενούς, και στη συνέχεια, επιδιώκει να μεγιστοποιήσει τη ροή των ασθενών δίνοντας το δικαίωμα στους

ασθενείς για εξέταση με τους κατάλληλους πόρους, στο σωστό τόπο και την κατάλληλη στιγμή» (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.). Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό επειγόντων στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά αξιολόγησαν την αξιοπιστία και το κύρος της ESI.

Μια σημαντική διαφορά μεταξύ του ESI του CTAS και την Australasian Triage Κλίμακα (ATS) είναι ότι η ESI δεν ορίζει τα αναμενόμενα χρονικά διαστήματα για την αξιολόγηση από τον γιατρό.

Επίσης, για λιγότερο οξείες καταστάσεις ασθενών, απαιτεί από τον νοσηλευτή triage να προβλέψει τις αναμενόμενες ανάγκες των πόρων (π.χ. διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες), εκτός από την αξιολόγηση της οξύτητας.

Η ESI έχει εφαρμοστεί από νοσοκομεία σε διάφορες περιοχές των ΗΠΑ.

Το 2008, πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Γνώμης μια έρευνα για βαθμολόγηση της ικανοποίησης σε 935 άτομα που ζήτησαν ESI εκπαιδευτικό υλικό από τον Οργανισμό για την Υγεία Έρευνας και Ποιότητας. Αυτοί, κλήθηκαν να βαθμολογήσουν την ικανοποίησή τους με ESI ως «εργαλείο» διαλογής και να την συγκρίνουν με άλλα παρόμοια «εργαλεία». Συνολικά, οι αξιολογήσεις της ικανοποίησης ήταν υψηλές και το σύνολο των

ερωτηθέντων ανέφεραν ότι η ESI ήταν απλή στη χρήση της, μείωσε την υποκειμενικότητα της απόφασης διαλογής, και ήταν πιο ακριβής από ό, τι άλλα συστήματα διαλογής (Friedman et al., n.d).

4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΕΠ

4.1 Άτομα με μη επείγοντα προβλήματα υγείας και συνωστισμός στα ΤΕΠ

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

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

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

i. Η έλλειψη οργανωμένων ΤΕΠ κατά τα διεθνή πρότυπα (με λειτουργία ιατρείου διαλογής - triage).

ii. Η αύξηση της προσέλευσης ασθενών (με ή χωρίς ασφάλιση) λόγω της οικονομικής κρίσης ή υπάρχουν υγειονομικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς.

iii. Στα ΤΕΠ παρατηρείται το φαινόμενο συρροής ασθενών με προβλήματα υγείας που δεν είναι αμιγώς επείγοντα, με αποτέλεσμα επίταση του προβλήματος του συνωστισμού. σύμφωνα μάλιστα με έρευνες φάνηκε ότι τα μη επείγοντα περιστατικά ανέρχονται στο 78,1% του συνόλου.

iv. Δεν υπάρχει ενημέρωση για την πρόληψη ελαφριών ασθενειώνμε σκοπό να αποφευχθεί η εμφάνισή τους.

v. .

vi. Η ανεπάρκεια δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας

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

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

Οι μέχρι σήμερα πολύχρονες προσπάθειες για βελτίωση του συστήματος επικεντρώθηκαν σε αλλεπάλληλες αλλαγές που αφορούσαν μόνο την περιοδικότητα. Αναλάμβαναν να αντιμετωπίσουν την μαζική συνήθως προσέλευση εκτάκτων περιστατικών. Μέχρι σήμερα έχουν δοκιμασθεί διάφορα

«σχήματα εφημερίας» κατά νοσοκομεία (μια φορά την εβδομάδα, ανά τετραήμερο, καθημερινά κλπ). αλλά δεν ήταν αποτελεσματικά (McCaughey, 2015).

4.2 Προβλήματα διαλογής

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

Ένα από τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει η διαλογή είναι η αδυναμία διαχείρισης προσερχόμενων ασθενών όπου ο αριθμός τους είναι μεγαλύτερος από τις δυνατότητες του εκάστοτε τμήματος. Είναι γεγονός πώς πολλοί ανασφάλιστοι και λόγω της οικονομικής ύφεσης προσέρχονται στα ΤΕΠ με αποτέλεσμα να

δημιουργείται συνωστισμός στην διαλογή και τα κριτήρια ταξινόμησης τους να μην είναι σωστά (Rousseau, 2013).

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

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

4.3 Προβλήματα συνθηκών εργασίας και εκπαίδευσης των ειδικευομένων ιατρών και νοσηλευτών

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

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

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

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

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

i. Πολλές ώρες εργασίας με συνεχόμενες υπερωρίες.

ii. Έκθεση σε ευθύνες που τις περισσότερες φορές δεν αναλογούν στο νέο γιατρό και νοσηλευτή, που ακόμα εκπαιδεύεται, καθώς λόγω των ελλείψεων και των περικοπών στους εφημερεύοντες ειδικευμένους ιατρούς και νοσηλευτές υπάρχει προφανής αναντιστοιχία σε σχέση με τις ανάγκες. Έτσι, αρκετές φορές αντιμετωπίζουν μόνοι τους περιστατικά για τα οποία δεν έχουν την απαιτούμενη εμπειρία και εξειδίκευση γεγονός που εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για τους ασθενείς (Saeedi,2014).

iii. Επαναλαμβανόμενη είναι η έκθεσή τους σε επαγγελματικούς κινδύνους εξαιτίας της εντατικοποίησης της εργασίας. Δεν είναι λίγα τα περιστατικά με σοβαρά προβλήματα υγείας που εκδηλώθηκαν κατά την διάρκεια της εργασίας τους. Πλήθος είναι προφανώς οι άλλοι παράγοντες κινδύνου (βιολογικοί, χημικοί, μολυσματικοί κλπ) στους οποίους εκτίθενται. Επιπλέον, είναι οι κύριοι αποδέκτες της έντασης και επιθέσεων από πλευράς αγανακτισμένων συνοδών που τους αντιμετωπίζουν ως υπαίτιους των προβλημάτων των δημόσιων νοσοκομείων (Yoon&Sok 2016).

iv. Αδιαφορία, κάποιες φορές και απειλές από τους προϊσταμένους του όταν διεκδικήσει τα δικαιώματά του, όπως ρεπό, εκπαίδευση, δεδουλευμένα κ.λπ.

4.4 Έλλειψη κατάλληλης κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Οι υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών στη χώρα μας στεγάζονται τις περισσότερες φορές σε χώρους ακατάλληλους τόσο για τις συνθήκες περίθαλψης των ασθενών τους όσο και για τις δύσκολες συνθήκες εργασίας του προσωπικού τους. Συγκεκριμένα πολλά ΤΕΠ παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα χωροθέτησης, παροχής κτιριακών διευκολύνσεων (διασύνδεση με άλλα τμήματα) καθώς και ακατάλληλες συνθήκες εσωτερικού περιβάλλοντος (φωτισμός, αερισμός). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο σχεδιασμός για την χωροταξική κατανομή των διαφόρων τμημάτων και κλινικών των περισσότερων νοσοκομείων της χώρας μας, πραγματοποιήθηκε τις δεκαετίες που πέρασαν χωρίς να προβλεφθεί η εξέλιξη και το είδος των αναγκών υγειονομικής

περίθαλψης της σύγχρονης κοινωνίας και με τη μορφή που αυτές οι παράμετροι εμφανίζονται σήμερα. Έτσι το σχεδιαστικό αυτό κενό σε συνδυασμό με την ακαμψία των παλιών νοσοκομειακών κτιρίων να ανταποκριθούν σε διαχρονικές ανακατατάξεις και αλλαγές, κατέχουν το σημαντικότερο μερίδιο ευθύνης για την ελλιπή κτιριακή υποδομή των περισσότερων ΤΕΠ στις μέρες μας.

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

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

4.5 Έλλειψη μηχανογραφικού συστήματος

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

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

- Η καταχώρηση των στοιχείων των προσερχόμενων ή προσκομιζομένων ασθενών (στοιχεία ταυτότητας, ακριβής ώρα προσέλευσης στο ΤΕΠ, το πρόβλημα για το οποίο ζητείται ιατρική φροντίδα)
- Η αρχική κλινική εκτίμηση των ζωτικών σημείων (σφυγμός, αρτηριακή πίεση, συχνότητα αναπνοών, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης) παραλείπονται ή δεν εφαρμόζονται συστηματικά και οργανωμένα σε ένα πρώτο στάδιο υποδοχής του ασθενούς. Έτσι είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι η καταχώρηση αυτών των στοιχείων μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές και ξεχωριστά για κάθε ιατρείο εξέτασης, στην περίπτωση που ο ασθενής πρέπει να εξεταστεί από δύο ή περισσότερες ειδικότητες (Γούλα και συν., 2014).

4.6 Το πληροφοριακό σύστημα ως απαραίτητη υποδομή στο ΤΕΠ

4.6.1 Τα πληροφοριακά συστήματα

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

Μέχρι πρότινος, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών στελεχώνονταν με προσωπικό

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

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

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

4.6.2 Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενή στο ΤΕΠ

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

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

4.6.3 e-EMERGENCY

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

Ο ασθενής έχει πολλά εμπόδια για να λάβει έγκαιρη περίθαλψη όπως ότι πρέπει να ταξιδεύει συχνά μεγάλες αποστάσεις ή σε κακές συνθήκες κυκλοφορίας, κακές καιρικές συνθήκες ή την κυκλοφοριακή συμφόρηση για να λάβει φροντίδα στο ΤΕΠ. Χάρη στις τεχνολογίες και στα e-Emergency οι αποστάσεις εκμηδενίζονται και η διάθεση των υπηρεσιών μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε σημείο και αν βρίσκεται ο πολίτης και ανεξάρτητα από την ώρα που τις επιζητεί. Η επίσκεψη του εκεί είναι, τις

περισσότερες φορές, χρονοβόρα και δεν είναι οικονομικά παραγωγική σε σχέση με την απώλεια χρόνου εργασίας. Ακόμη η μεγάλη παραμονή του στα ΤΕΠ αποτελεί κίνδυνο να προσβληθεί από άλλες μολυσματικές ασθένειες στο χώρο αναμονής. Με τη χρησιμοποίηση της ηλεκτρονικής υγείας, ο ασθενής μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο και να πάρει άμεσα πληροφορίες και απαντήσεις για την κατάσταση της υγείας του. Ο ασθενής επίσης μπορεί να επωφεληθεί από την πιθανή βελτίωση της κατάστασής του λόγω στενότερης παρακολούθησης από το γιατρό του και το νοσηλευτή του (Κίτσιου & Βλαχοπούλου, 2008.)

4.6.4 I-TRIAGE

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

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

4.6.5 Υπολογιστές παλάμης-ασύρματα δίκτυα

Οι απαιτήσεις της εργασίας στο χώρο του ΤΕΠ απαιτούν από τον εργαζόμενο να μετακινείται σχεδόν ακατάπαυστα από μέρος σε μέρος. Τα τελευταία χρόνια, μια σειρά από φορητούς υπολογιστές, από τους «υπολογιστές παλάμης» έως τους «υπολογιστές τσέπης», διατίθενται για να βοηθήσουν όλους αυτούς τους επαγγελματίες. Οι συσκευές αυτές όχι μόνο βοηθούν σε απλές διαδικασίες, όπως διαχείριση ραντεβού και επαφών, αλλά επιπλέον δίνουν τη δυνατότητα για αντικατάσταση της χειρόγραφης εργασίας. Σε συνδυασμό δε με τα ασύρματα δίκτυα, που ήδη έχουν αναπτυχθεί και προσφέρονται στο ευρύ κοινό, κάνουν τη χρήση των

συσκευών αυτών ιδιαίτερα ελκυστική. Βέβαια, σε κάθε προσπάθεια εγκατάστασης ασύρματου δικτύου σε χώρους υγείας θα πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για πιθανές παρεμβολές σε βιοϊατρικές συσκευές. Προς αυτή την κατεύθυνση, πέρα από τη συμμόρφωση με τα σχετικά πρότυπα, η συνήθης πρακτική είναι η εκτενής δοκιμασία των βιοϊατρικών συσκευών σε συνδυασμό με το υπό εγκατάσταση ασύρματο δίκτυο, ώστε να πιστοποιηθεί ότι δεν υπάρχουν παρεμβολές.Στο χώρο των ΤΕΠ, η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο παρακολούθησης του ασθενούς (αποτελέσματα εξετάσεων κ.λπ.), αλλά και παραγγελία εξετάσεων και καθορισμός φαρμακευτικής αγωγής, είναι μεταξύ των εργασιών στις οποίες μπορούν να υποβοηθήσουν (Σαριβουγιούκας , 2007).

4.6.6 Εκπαίδευση προσωπικού

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

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

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

Η διαδικασία της εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι συνεχής, καθόσον μεταβάλλονται οι ανάγκες, δημιουργούνται νέες λειτουργικές απαιτήσεις και εξελίσσεται η τεχνολογία. Για το σκοπό αυτόν, η κατάρτιση προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού σε σταθερή και διαχρονική βάση θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα στο ΤΕΠ. Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα πρέπει να εφαρμόζονται και για το προσωπικό πληροφορικής, ώστε να είναι σε θέση να παρακολουθεί τις εξελίξεις στην πληροφορική της υγείας αλλά και τις νέες τεχνολογίες γενικότερα. Με βάση τα παραπάνω, είναι απαραίτητο να εκπονηθεί ένα εμπεριστατωμένο σχέδιο εκπαίδευσης.

Το σχέδιο αυτό θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το επίπεδο εκπαίδευσης των διαφόρων κατηγοριών των εργαζομένων και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό). Πρέπει επίσης να αξιοποιεί συνδυασμό εκπαιδευτικών μεθόδων, όπως η κλασική μέθοδος του αμφιθεάτρου, αλλά και η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της εργασίας και ακόμα πιο σύγχρονες μεθόδους, όπως προγράμματα πολυμέσων, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν οποτεδήποτε από τους χρήστες. Παράλληλα, κρίνεται ως αναγκαία η ύπαρξη ενός «γραφείου βοήθειας» (helpdesk), στο οποίο θα μπορεί να απευθύνεται κάθε χρήστης ανά πάσα στιγμή για την επίλυση του εκάστοτε προβλήματος που αντιμετωπίζει.

4.7 Αιτίες δυσλειτουργίας των ΤΕΠ στην Ελλάδα

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

- Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, που μεταξύ άλλων έχει αυξήσει την συχνότητα των ατυχημάτων και κυρίως των τροχαίων.
- Η παροχή υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας σε 24ωρη βάση κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας.
- Η οικονομική κάλυψη των ασφαλισμένων από τους ασφαλιστικούς τους φορείς για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο.
- Η εύκολη και χωρίς έλεγχο προσφυγή των ασθενών στο νοσοκομείο.
- Η ανεπαρκής λειτουργία της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και η έλλειψη της διαθεσιμότητας των ιατρών επί 24ώρου βάσεως.

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

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

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

Τέλος η λειτουργία των ΤΕΠ στη χώρα μας σε μία 24ωρη βάση μόνο κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας των νοσοκομείων θεωρείται υπεύθυνη σε έναν μεγάλο βαθμό για την συμφόρηση που παρατηρείται κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία των αστικών κέντρων.

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

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

- **Η απουσία Ανεξάρτητων & Οργανωμένων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών**

Με την λειτουργική μορφή αυτόνομου και ξεχωριστού τμήματος του νοσοκομείου, στελεχωμένου με μόνιμο ιατρικό προσωπικό και με διοικητική ιεραρχία (Διευθυντής, Επιμελητής Α’, Επιμελητής Β’ κ.λ.π.).

Συγκεκριμένα στα περισσότερα, αν όχι σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας μας, η απουσία μόνιμου και εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού επειγόντων περιστατικών και η λειτουργία ιατρείων εκτάκτων περιστατικών καθορισμένων ειδικοτήτων (Παθολογικό, Καρδιολογικό, Χειρουργικό, κ.ά.) στη βάση των εφημερειών, συμβάλλει σε μία αποσπασματική και πολλές φορές χρονοβόρα και αναποτελεσματική διαδικασία διεκπεραίωσης των επειγόντων περιστατικών.

Επίσης το γεγονός ότι το ιατρικό αυτό προσωπικό των ΤΕΠ δεν ανήκει σήμερα αποκλειστικά στο τμήμα, αλλά διασυνδέεται με τις κλινικές των νοσοκομείων, δημιουργεί ένα μεγάλο ποσοστό «πλασματικών» εισαγωγών με την μορφή του επείγοντος, επιβαρύνοντας σημαντικά την λειτουργία των νοσοκομείων τις ημέρες γενικής εφημερίας.

- **Η έλλειψη οργανωμένης διαδικασίας & εφαρμογής συστήματος διαλογής**

Σε πολλά νοσοκομεία εφαρμόζεται το σύστημα της κατά σειρά προτεραιότητας εξέτασης των ασθενών που χρησιμοποιεί σαν αποκλειστικό κριτήριο τον χρόνο προσέλευσής τους (first come - first served), ενώ παραβλέπεται το είδος του προβλήματος για το οποίο οι ασθενείς ζητούν ιατρική προσοχή, εκτός μόνο από τις πολύ εμφανείς περιπτώσεις σοβαρών καταστάσεων που εξετάζονται κατά προτεραιότητα. Το σύστημα αυτό εγκυμονεί κινδύνους για τις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών με σοβαρά ή απειλητικά για την ζωή τους νοσήματα, τα οποία όμως εκδηλώνονται αρχικά με μη ειδικά και όχι κραυγαλέα συμπτώματα.

Παράλληλα η έλλειψη ή μη συστηματική και οργανωμένη εφαρμογή **πρωτοκόλλων διαλογής** (Triage Protocols) από το προσωπικό των ΤΕΠ για την κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες προτεραιότητας (priority levels), έχει σαν αποτέλεσμα τον μη τεκμηριωμένο διαχωρισμό των περιστατικών, γεγονός που δυσχεραίνει και την ορθολογική διαχείριση των κλινών του νοσοκομείου.

- **Η έλλειψη μηχανογραφικού συστήματος**

Η μηχανογράφηση στα ΤΕΠ των περισσότερων νοσοκομείων είναι από ανύπαρκτη έως και προβληματική.

Επίσης οι κύριες ενέργειες κατά τη διαδικασία της υποδοχής & διαλογής των ασθενών που είναι:

(α) Η καταχώρηση των στοιχείων (Registration) των προσερχόμενων ή προσκομιζομένων ασθενών (στοιχεία ταυτότητας, ακριβής ώρα προσέλευσης στο ΤΕΠ, το πρόβλημα για το οποίο ζητείται ιατρική φροντίδα) και

(β) η αρχική κλινική εκτίμηση των ζωτικών σημείων (σφυγμός, αρτηριακή πίεση, συχνότητα αναπνοών, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης) παραλείπονται ή δεν εφαρμόζονται συστηματικά και οργανωμένα σε ένα πρώτο στάδιο υποδοχής του ασθενούς. Έτσι είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι η καταχώρηση αυτών των στοιχείων μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές και ξεχωριστά για κάθε ιατρείο εξέτασης, στην περίπτωση που ο ασθενής πρέπει να εξεταστεί από δύο ή περισσότερες ειδικότητες.

- **Η ελλιπής εκπαίδευση σε θέματα Επείγουσας Ιατρικής**

Τα περισσότερα ΤΕΠ των νοσοκομείων της χώρας μας δεν είναι στελεχωμένα με ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό. Η απουσία ενός οργανωμένου συστήματος επείγουσας ιατρικής στις μέρες μας και η ανομοιογενής ή ελλιπής κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού εγκυμονούν επικίνδυνες καθυστερήσεις και έλλειψη ετοιμότητας στην παροχή άμεσης και επείγουσας φροντίδας.

- **Η έλλειψη κατάλληλης κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού**

Οι υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών στη χώρα μας στεγάζονται τις περισσότερες φορές σε χώρους ακατάλληλους τόσο για τις συνθήκες περίθαλψης των ασθενών τους όσο και για τις δύσκολες και στρεσογόνες συνθήκες εργασίας του προσωπικού τους. Συγκεκριμένα πολλά ΤΕΠ παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα χωροθέτησης, παροχής κτιριακών διευκολύνσεων (διασύνδεση με άλλα τμήματα) καθώς και ακατάλληλες συνθήκες εσωτερικού περιβάλλοντος (φωτισμός, αερισμός). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο σχεδιασμός για την χωροταξική κατανομή των διαφόρων τμημάτων και κλινικών των περισσότερων νοσοκομείων της χώρας μας, πραγματοποιήθηκε τις δεκαετίες που πέρασαν χωρίς να προβλεφθεί η εξέλιξη και το είδος των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης της σύγχρονης κοινωνίας (ΜΕΘ-ΤΕΠ) και με τη μορφή που αυτές οι παράμετροι εμφανίζονται σήμερα.

Έτσι το σχεδιαστικό αυτό κενό σε συνδυασμό με την ακαμψία των παλιών νοσοκομειακών κτιρίων να ανταποκριθούν σε διαχρονικές ανακατατάξεις και αλλαγές, κατέχουν το σημαντικότερο μερίδιο ευθύνης για την ελλιπή κτιριακή υποδομή των περισσότερων ΤΕΠ στις μέρες μας. Χαρακτηριστικό είναι επίσης το γεγονός ότι πολλές φορές επιχειρούνται μετατροπές των παλιών δομών με προσθήκες σχεδιασμού οι οποίες όμως δεν ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών και του προσωπικού.

Εξάλλου η πολυκατάτμηση του χώρου σε πολλά ιατρεία έκτακτων περιστατικών διαφόρων ειδικοτήτων, αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα εσφαλμένης εκμετάλλευσης του διατιθέμενου χώρου και ευθύνεται σε πολλές περιπτώσεις για την στενότητα των χώρων εξέτασης καθώς και για την απουσία των εργονομικών συνθηκών στον νοσηλευτικό και ιατρικό εργασιακό χώρο.

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

Έτσι είναι σήμερα κοινά αποδεκτό ότι τα ΤΕΠ των περισσότερων ,αν όχι όλων, νοσοκομείων της χώρας μας παρουσιάζουν σημαντικές αδυναμίες οργάνωσης, στελέχωσης και υλικοτεχνικής υποδομής, ενώ παράλληλα αποτελούν τον ασθενέστερο κρίκο στην αλυσίδα της νοσοκομειακής περίθαλψης αδυνατώντας να ανταποκριθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις παροχής άμεσης και αποτελεσματικής επείγουσας φροντίδας.

5. ΒΕΛΤΙΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΤΕΠ

Αυτοτελής χώρος ΤΕΠ και Πρότυπο Λειτουργικό Διάγραμμα

Στα πλαίσια της βελτίωσης και του εκσυγχρονισμού του Εθνικού μας Συστήματος Υγείας και σύμφωνα με τις απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης της σύγχρονης κοινωνίας για την παροχή άμεσης και αποτελεσματικής επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας, καταβάλλεται στις μέρες μας μία προσπάθεια για την οργάνωση και την λειτουργία **αυτοτελών** τμημάτων επειγόντων περιστατικών στη χώρα μας.

Συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001 και στο άρθρο 6 «περί οργάνωσης των νοσοκομείων», προβλέπεται σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, δυναμικότητας άνω των 200 κλινών, η υποχρεωτική συγκρότηση ΤΕΠ ως αυτοτελών χωροτακτικών και οργανωτικών ενοτήτων, με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Θέματα που αφορούν την οργάνωση, τον τρόπο λειτουργίας και στελέχωσης αυτών των ΤΕΠ καθώς και άλλες σχετικές λεπτομέρειες απαραίτητες για την εφαρμογή αυτών των διατάξεων, αναμένεται να ρυθμιστούν άμεσα με απόφαση του αρμόδιου υπουργού.

Σκοπός της σύστασης των αυτοτελών αυτών τμημάτων επειγόντων περιστατικών θα είναι η παροχή άμεσης και εξειδικευμένης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε μία 24ωρη βάση από μόνιμο, ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό και με διοικητική ιεραρχία (Διευθυντής, Επιμ. Α, Επιμ. Β. κ.λ.π.), καθώς και από ειδικευμένο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Επίσης με το νέο αυτό σύστημα, η φροντίδα στα ΤΕΠ θα προσδιορίζεται με βάση το βαθμό του επείγοντος και σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα και μεθόδους.

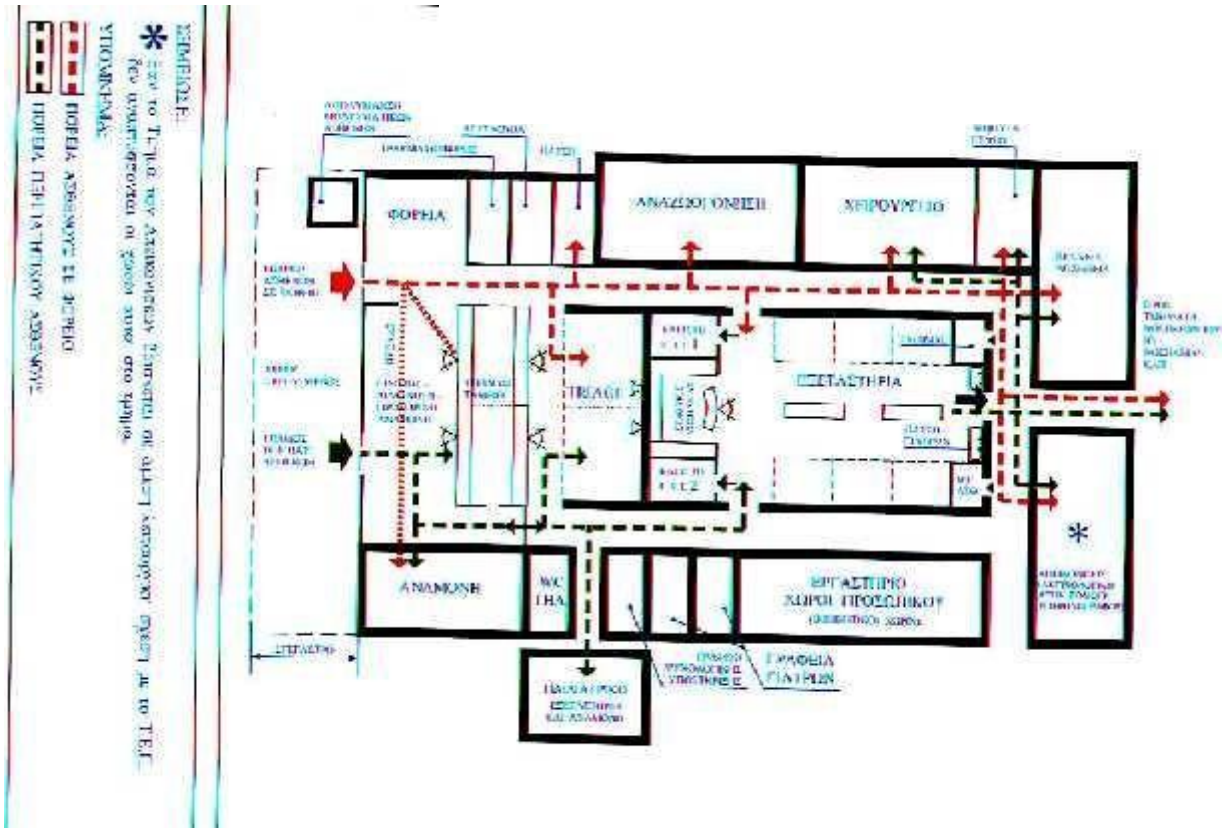
Έτσι επιχειρείται και στη χώρα μας η δημιουργία και λειτουργία τμημάτων επειγόντων περιστατικών που να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες και σύμφωνα με τις επικρατούσες διεθνείς προδιαγραφές.

Ωστόσο ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την υλοποίηση και την αποτελεσματική λειτουργία αυτών των αυτοτελών τμημάτων, είναι η οργάνωση και η δημιουργία των απαραίτητων και κατάλληλα σχεδιασμένων και εξοπλισμένων χώρων, που θα εκφράζουν τη φιλοσοφία της οργανωτικής δομής και λειτουργίας τους και θα εξυπηρετούν τις ανάγκες του προσωπικού και των ασθενών τους.

Για το λόγο αυτό επιχειρήθηκε ο σχεδιασμός ενός Λειτουργικού Διαγράμματος Πρότυπου ΤΕΠ για τα νοσοκομεία της χώρας μας.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί, απεικονίζονται οι βασικές αρχές διάταξης των χώρων του πρότυπου αυτού ΤΕΠ, καθώς και οι αρχές διακίνησης των ασθενών στο τμήμα.

Διάγραμμα 1: Λειτουργικό Διάγραμμα Πρότυπου ΤΕΠ



(Ελληνική Εταιρεία επειγοντων περιστατικών,1997)

Με βάση το γενικό αυτό λειτουργικό διάγραμμα, οι ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα πρέπει να διαχωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, οι οποίες θα ακολουθούν και διαφορετικές πορείες:

1. Πορεία Ασθενούς σε Φορείο **(κόκκινη γραμμή)**: πρόκειται για ασθενείς που έχουν ανάγκη άμεσης φροντίδας και γι' αυτό πρέπει άμεσα να οδηγηθούν στους χώρους εξέτασης – νοσηλείας ή αναζωογόνησης, όπου και γίνονται συνήθως οι διαδικασίες εισαγωγής τους στο τμήμα.
2. Πορεία Περιπατητικού Ασθενούς **(πράσινη γραμμή)**: πρόκειται για ασθενείς που δεν έχουν ανάγκη άμεσης βοήθειας και είναι δυνατόν να περιμένουν στο χώρο αναμονής, αφού ληφθούν τα στοιχεία τους στο χώρο υποδοχής-εισόδου.

Επίσης για την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών και τον προσδιορισμό του βαθμού του επείγοντος προβλέπεται ειδικά διαμορφωμένος χώρος διαλογής (triage) και σε συνδυασμό με την υποδοχή των ασθενών στο χώρο της εισόδου. Παράλληλα για να εξασφαλιστεί η διάκριση των κινήσεων των δύο κατηγοριών ασθενών (περιπατητικών και σε φορείο), απαιτούνται δύο διακεκριμένες πύλες εισόδου που θα οδηγούν στο χώρο αυτό της διαλογής από τον εξωτερικό χώρο.

Ως προς την γενική διάταξη των βασικών λειτουργικών περιοχών του προτύπου γίνεται φανερό ότι με βάση το λειτουργικό αυτό διάγραμμα καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για:

- μία συμπαγή τοπολογική διάταξη των χώρων με κριτήριο την αμεσότητα στην πρόσβαση σε συνδυασμό με
- μία ανεμπόδιστη οργάνωση της διακίνησης των δύο κατηγοριών ασθενών.

Έτσι κοντά στην είσοδο χωροθετούνται οι περιοχές άμεσης πρόσβασης: υποδοχή, διαλογή, αναμονή, απολύμανση, τραυματιοφορείς και αστυνομία, ενώ παράλληλα προβλέπεται χώρος αναζωογόνησης με δυνατότητα άμεσης πρόσβαση από τους ασθενείς σε φορείο και κοντά στους χώρους διαλογής, εξέτασης και χειρουργείων.

Επίσης είναι χαρακτηριστικό ότι υιοθετείται μία κεντροβαρική ανάπτυξη των χώρων εξέτασης με ιατρεία **«ανοιχτού τύπου»**, έτσι ώστε να αποφεύγεται η μετακίνηση των ασθενών από εξεταστήριο σε εξεταστήριο, να μειώνονται οι χρόνοι αναμονής και να εξασφαλίζεται η ταυτόχρονη παρακολούθησή τους από μία κεντρική στάση νοσηλείας.

Τέλος η ύπαρξη Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας (ΜΒΝ) θεωρείται απαραίτητο συμπλήρωμα του πρότυπου αυτού ΤΕΠ, έτσι ώστε να παραμένουν υπό παρακολούθηση οι ασθενείς που απαιτούν φροντίδα κάποιων ωρών, χωρίς να εισάγονται στο νοσοκομείο.

Στην συνέχεια αναφέρονται όλοι οι επιμέρους χώροι του πρότυπου αυτού ΤΕΠ, όπως απεικονίζονται στο παραπάνω λειτουργικό διάγραμμα και με βάση την κατηγοριοποίησή τους σε τρεις βασικές ομάδες:

(Α) Χώροι Εισόδου

Εδώ περιλαμβάνονται: οι χώροι των δύο διακεκριμένων εισόδων (περιπατητικών ασθενών & ασθενών σε φορείο), οι χώροι γραμματείας- υποδοχής & διαλογής των ασθενών, οι χώροι αναμονής ασθενών-συνοδών με τους χώρους υγιεινής, χώροι φορείων, τραυματιοφορέων, αστυνομίας και χώροι πλύσης /απολύμανσης ασθενών.

(Β) Χώροι Διάγνωσης & Νοσηλείας

Εδώ περιλαμβάνονται: ο ενιαίος χώρος εξέτασης και αντιμετώπισης περιστατικών μέτριας βαρύτητας, τα μεμονωμένα εξεταστήρια, η αίθουσα αναζωογόνησης, επεμβάσεων (trauma room), η αίθουσα γύψου και οι χώροι παρακολούθησης-βραχείας νοσηλείας και μόνωσης.

Ιδιαίτερα ο χώρος εξέτασης θα πρέπει να είναι ενιαίος και να εξασφαλίζει: ικανή εσωτερική κυκλοφορία, ευελιξία (θέσεις διαχωριζόμενες με κουρτίνες ή ελαφρά διαχωριστικά) και επαρκή χώρο για σταθμό νοσηλείας (τροχήλατα ιατρικά μηχανήματα & τροχήλατα νοσηλείας). Επίσης περιμετρικά προβλέπονται κατάλληλα διαμορφωμένα μεμονωμένα εξεταστήρια, ο αριθμός και το είδος των οποίων καθορίζεται από τις ειδικότητες του νοσοκομείου (συνήθως ένα για το κεφάλι: ΩΡΛ - Οφθαλμολογικό και ένα γυναικολογικό).

Σχετικά με τους χώρους αναζωογόνησης, επεμβάσεων και γυψώσεων επιβάλλεται να γειτνιάζουν μεταξύ τους και κυρίως να διαθέτουν κατάλληλα εξοπλισμένους χώρους για ανάνηψη, μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και τοποθέτηση γυψονάρθηκα αντίστοιχα.

Τέλος η ΜΒΝ επιτρέπει εύκολη πρόσβαση από τους χώρους εξέτασης & θεραπείας και περιλαμβάνει χώρο εποπτείας αδελφής.

(Γ) Εργαστήρια

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται εργαστήριο αναλύσεων, χώροι προσωπικού (αποδυτήρια, ανάπαυση, διανυκτέρευση, W.C.), τα γραφεία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι βοηθητικοί αποθηκευτικοί χώροι (αποθήκες), το γραφείο κοινωνικού λειτουργού (ψυχολογική υποστήριξη) και χώροι απεικονίσεων (ακτινολογικό-εμφανιστήριο, αξονικός τομογράφος και υπερηχογράφος).

Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι για λόγους οικονομίας σε χώρο και εξοπλισμό, το ακτινολογικό εργαστήριο θα προβλέπεται μόνο σε περίπτωση κακής λειτουργικής σχέσης του ΤΕΠ με το ακτινοδιαγνωστικό τμήμα του νοσοκομείου.

Εξάλλου όλοι οι χώροι αυτής της κατηγορίας θα πρέπει να μην εμποδίζουν την ομαλή ροή και κυκλοφορία των ασθενών στο τμήμα, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την εύκολη πρόσβαση του προσωπικού σε αυτούς.

Χαρακτηριστικό είναι τέλος το γεγονός ότι στην περίπτωση δημιουργίας παιδιατρικής ενότητας στο ΤΕΠ, αυτή προβλέπεται σε ειδική θέση και αποκεντρωμένα ως προς το υπόλοιπο τμήμα, ώστε τόσο το παιδιατρικό εξεταστήριο (1-2 χώροι) όσο και οι υποστηρικτικοί του χώροι (αναμονή & W.C.) να σχεδιάζονται και να χωροθετούνται με ειδική φροντίδα (περιβάλλον, χρώμα, υλικά).

6. Έρευνα ικανοποίησης ασθενών στα ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. Λαϊκού

6.1. Περιγραφή νοσοκομείου

Το «Λαϊκόν Νοσοκομείο Αθηνών Βασιλεύς Παύλος», όπως ήταν το αρχικό όνομά του, είναι ένα Νοσοκομείο με δράση 90 περίπου χρόνων.

Σήμερα το ΓΝΑ «Λαϊκό» είναι ένα τριτοβάθμιο σύγχρονο Νοσοκομείο της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, το οποίο διαθέτει Κλινικές και Εργαστήρια της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) και Κλινικές και Εργαστήρια του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Πλήρως ανακαινισμένο με σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, με εκπαιδευμένο προσωπικό υψηλής επιστημοσύνης, που παρέχει υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου προς τους πάσχοντες.

Το Νοσοκομείο ανήκει στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής. Η 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής συγκεντρώνει στην ευθύνη της τα μεγαλύτερα Νοσοκομεία της χώρας (Σύνολο 21 Νοσοκομεία).

Το Κεντρικό Κτίριο (Κ) επί της οδού Αγίου Θωμά 17 αποτελείται από το Κτίριο Α και το Κτίριο Β, σύμφωνα με τη χρήση γης που καθορίζεται από το θεσμοθετημένο Γενικό Πολεοδομικό Σχέδιο (ΓΠΣ) βρίσκεται σε χώρο, που είναι καθορισμένος ως ***«Περίθαλψη».***

Το Παράρτημα (Π) επί της οδού Σεβαστουπόλεως 16, χαρακτηρίζεται ως ***«Γενική Κατοικία».***

Το Νοσοκομείο **<u>διαθέτει 580 οργανικές</u>** κλίνες και διατίθενται στους τέσσερις (4) τομείς (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, διατομεακός). .

Το Νοσοκομείο, με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με αρ. πρωτ. Υ4δ/Γ.Π. οικ. 110076 (ΦΕΚ 2466/Β/04.11.2011),ανήκει στην Δ' Ομάδα Νοσοκομείων και ως Νοσοκομείο Γενικής Εφημερίας (Γ.Ε.) συνεφημερεύει με το Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» και το Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας «ΕΛΠΙΣ». Για τα περιστατικά που απαιτούν νευροχειρουργική εκτίμηση συνεφημερεύει με το Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ».

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (στο κτίριο Β επί της οδού Αγίου Θωμά 16), όπως ορίζεται με την Υ.Α. Υ4δ/Γ.Π. οικ. 53080-ΦΕΚ 740/Β/01.06.2005 (όπως ισχύει) εφημερεύει σύμφωνα με το πρόγραμμα Εναλλασσόμενης Καθημερινής Εφημερίας των Νοσοκομείων του Λεκανοπεδίου Αττικής, η οποία βασίζεται στην ενεργοποίηση και στη λειτουργία όλων των Νοσοκομείων σε καθημερινή βάση με εναλλασσόμενη μορφή ως Νοσοκομεία Πρωινής Λειτουργίας και ως Νοσοκομεία Κύριας/Γενικής Εφημερίας.

Τα Νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής ομαδοποιούνται λειτουργικά σε τέσσερις Ομάδες και περιλαμβάνουν Νοσοκομεία Γενικής Εφημερίας (Γ.Ε.), Νοσοκομεία Μερικής Εφημερίας (Μ.Ε) και Νοσοκομεία Ειδικής Εφημερίας (Ε.Ε.) Το ΓΝΑ «ΛΑΙΚΟ» ανήκει στην Δ' Ομάδα Νοσοκομείων ως Νοσοκομείο Γενικής Εφημερίας (Γ.Ε.).

Η εφημερία του ΤΕΠ οργανώνεται, ως εξής:

Α) Κατά την «Πρωινή Λειτουργία» το ΤΕΠ δέχεται τακτικά και έκτακτα περιστατικά κατά την καθημερινή πρωινή λειτουργία.

Β) Κατά την «Κύρια Εφημερία» (16ωρου βάσης απογευματινής και νυχτερινής εφημερίας) δέχεται μόνο έκτακτα περιστατικά από 14.30 μ.μ. μέχρι 08.00 π.μ. την επόμενη ημέρα.

Από 08.00 μέχρι 14.30 της επόμενης ημέρας της κύριας εφημερίας το ΤΕΠ δεν δέχεται περιστατικά (αγρανάπαυση)

Γ) Κατά την «Κύρια Εφημερία» 24ωρου βάσης για Σάββατα-Κυριακές και Αργίες δέχεται μόνο έκτακτα περιστατικά από 08.00 π.μ. μέχρι 08.00 π.μ. την επόμενη ημέρα.

Τα ιατρεία που λειτουργούν στην εφημερία είναι: Παθολογικό, Καρδιολογικό, Χειρουργικό, Αγγειοχειρουργικό, Γυναικολογικό, Ουρολογικό, Οφθαλμολογικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Αιματολογικό, Ορθοπεδικό, Γαστρεντερολογικό, Νευρολογικό, Αλλεργιολογικό, Νεφρολογικό.

Τα εργαστήρια που λειτουργούν στην εφημερία είναι: Ακτινοδιαγνωστικό, Βιοπαθολογικό, Βιοχημικό, Αιματολογικό, Αιμοδοσία.

Κάθε τέλος του μήνα συγκροτείται η Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας, (Ομάδα 3Ε), η σύνθεση της οποίας γνωστοποιείται καθημερινά στη Διοίκηση της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας.

Η Ομάδα 3Ε, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία (ΦΕΚ 740/Β/01.06.2005), απαρτίζεται, για κάθε ημέρα του μήνα, από τον Διοικητή ή τον Αναπληρωτή Διοικητή, τον Ιατρό Διευθυντή ΤΕΠ και τον Συντονιστή Εφημερίας, έναν εκπρόσωπο Ιατρό του Παθολογικού Τομέα, έναν εκπρόσωπο Ιατρό του Χειρουργικού Τομέα, έναν εκπρόσωπο της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και έναν εκπρόσωπο της Διοικητικής Υπηρεσίας.

Η μέθοδος ταξινόμησης των ασθενών γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, που επιτρέπει την φροντίδα σε προνοσοκομειακό επίπεδο, την παροχή πρώτων βοηθειών και την επανεκτίμηση/επαναδιαλογή (re-triage) σε τακτά χρονικά διαστήματα για τυχόν μεταβολή στην κατάστασή τους.

Το Αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί διατομεακό τμήμα του Οργανισμού του Νοσοκομείου. Ο σχεδιασμός και η οργάνωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών δεν είναι απόλυτα σύμφωνος με αυτόν που περιγράφεται στην υπ' αριθ. πρωτ. Υ4δ/Γ.Π. οικ. 22869-ΦΕΚ 874/Β/20.03.2012 απόφαση του Υπουργού Υγείας, ωστόσο

συνδέεται άμεσα με την φιλοσοφία αυτής της λειτουργίας και έχει προσαρμοστεί στις δυνατότητες του Νοσοκομείου.

Συγκεκριμένα:

Η αρχιτεκτονική του χώρου έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να υπάρχει άμεση οπτική επαφή με την είσοδο των εξεταζόμενων στο Τ.Ε.Π. Έτσι άμεσα και αποτελεσματικά υποδέχονται και διακινούνται τα περιστατικά όπου χρειαστεί, ανάλογα με τις ιατρικές εντολές.

Το Τ.Ε.Π. έχει ιδιαίτερη εξωτερική είσοδο, ευδιάκριτη και άνετα προσπελάσιμη από την είσοδο του περιβάλλοντα χώρου και το εσωτερικό οδικό δίκτυο του Νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τον χωροταξικό σχεδιασμό το ΤΕΠ περιλαμβάνει τα παρακάτω :

ΧΩΡΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ/ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ: Εξωθεν της Κεντρικής Εισόδου του ΤΕΠ (προαύλιος χώρος) υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος, που διατηρεί πάντοτε ελεύθερο το χώρο πρόσβασης/στάθμευσης των ασθενοφόρων του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας και δεν παρεμποδίζεται η διέλευσή τους.

ΧΩΡΟΣ PRE-SCREENING: Στον προαύλιο χώρο, πριν την είσοδο στο ΤΕΠ, έχει εγκατασταθεί προκατασκευασμένος οικίσκος μίας (1) θέσης εργασίας. Σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης (π.χ. υποδοχή «ύποπτων» περιστατικών για λοιμογόνο παράγοντα) στο χώρο τοποθετείται επαγγελματίας υγείας, ο/η οποίος/α πριν την είσοδο «ύποπτων» περιπατητικών ασθενών, απευθύνει ερωτήσεις στους προσερχόμενους για να αποφευχθεί η είσοδος και η διασπορά τυχόν λοιμογόνου παράγοντα (pre screening). Σε περίπτωση θετικής απάντησης το «ύποπτο» περιστατικό κατευθύνεται από διαφορετική πόρτα (όχι από την είσοδο του ΤΕΠ) στο χώρο απομόνωσης.

ΨΗΦΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΠΟΙΗΣΗΣ (για τη Διαλογή): Στην είσοδο είναι εγκαταστημένο ψηφιακό σύστημα καταγραφής της σειράς προτεραιότητας για το χώρο Διαλογής.

ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ : Χωροταξικά βρίσκεται στην είσοδο (έμπροσθεν δεξιά των κεντρικών θυρών) του Τ.Ε.Π. Σε αυτό το χώρο προσέρχονται τα περιστατικά που πρόκειται να εξεταστούν και έρχονται με ίδιον μέσο ή περιπατητικοί.

Ο χώρος Διαλογής έχει σχεδιαστεί για την κανονική προώθηση των περιπατητικών ασθενών: Υποδοχή-Καταγραφή Στοιχείων-Διαλογή/Ταξινόμηση-Ιατρική Εξέταση- Μετάβαση σε ιατρείο ειδικότητας.

Η μέθοδος ταξινόμησης των ασθενών γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, που επιτρέπει την φροντίδα σε προνοσοκομειακό επίπεδο, την παροχή πρώτων βοηθειών και την επανεκτίμηση/επαναδιαλογή (re-triage) σε τακτά χρονικά διαστήματα για τυχόν μεταβολή στην κατάστασή τους.

ΧΩΡΟΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ : Χωροταξικά βρίσκεται στο πίσω μέρος του χώρου Διαλογής. Ο θάλαμος αυτός χρησιμοποιείται για αναμονή περιστατικών εν δυνάμει ή βεβαιωμένων λοιμωδών (π.χ. γρίπη, κορωνοϊός, κ.α.). Διαθέτει ξεχωριστή θύρα και από τον προαύλιο χώρο και δύναται να χρησιμοποιηθεί και σε περίπτωση εκ των προτέρων διαγνωσμένου περιστατικού με λοιμογόνο παράγοντα.

Σε περίπτωση αναμονής πέραν των δύο (2) περιστατικών ως χώρος απομόνωσης λειτουργεί εξωτερικό Ιατρείο στα εξεταστήρια του 1ου ορόφου.

Περαιτέρω, στο χώρο στάθμευσης των αυτοκινήτων προσωπικού, έχει εγκατασταθεί προκατασκευασμένος οικίσκος τριών (3) θέσεων με προκατασκευασμένη τουαλέτα W.C., που χρησιμοποιείται σε έκτακτες καταστάσεις (π.χ. υποδοχή λοιμογόνων περιστατικών).

ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΣΑΛΟΝΙ) : Χωροταξικά βρίσκεται στην είσοδο (έμπροσθεν αριστερά των κεντρικών θυρών) του Τ.Ε.Π

ΧΩΡΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ: Χωροταξικά βρίσκεται στην είσοδο έναντι του χώρου διαλογής και δίπλα από το χώρο αναμονής ασθενών. Σε αυτό το χώρο σε κάθε 8ωρη βάρδια υπηρετούν διοικητικοί υπάλληλοι, οι οποίοι χορηγούν Αριθμό Μητρώου (καταγραφή ατομικών στοιχείων ασθενή στο Πληροφοριακό Σύστημα του Νοσοκομείου).

ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ: χωροταξικά βρίσκεται πίσω από το χώρο υποδοχής. Σε κάθε 8ωρη βάρδια υπηρετεί Νοσηλευτής, που ασκεί καθήκοντα Συντονιστή Εφημερίας. Εχει την εποπτεία του νοσηλευτικού προσωπικού, παρέχει πληροφορίες στους προσερχόμενους, μεριμνά για την άμεση διακίνηση των ταξινομημένων ως πρώτης προτεραιότητας περιστατικών, και για την παροχή υποστήριξης όπου υπάρχει ανάγκη.

ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΙΑΤΡΟΥ Τ.Ε.Π. Χωροταξικά βρίσκεται στην είσοδο πίσω από το χώρο αναμονής των ασθενών (σαλόνι).

ΧΩΡΟΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Διατίθενται χώροι υγιεινής ξεχωριστά για το προσωπικό του ΤΕΠ και ξεχωριστά για τους ασθενείς και για τους συνοδούς τους.

ΨΗΦΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΠΟΙΗΣΗΣ (για τα εξεταστήρια) : Στην είσοδο/έξοδο του χώρου Διαλογής είναι εγκαταστημένο σύστημα καταγραφής της σειράς προτεραιότητας για τα ιατρεία ειδικότητας.

ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΑ ΙΣΟΓΕΙΟΥ : Χωροταξικά βρίσκονται μετά το χώρο Διαλογής. Πρόκειται για συνολικά πέντε (5) εξεταστήρια (Παθολογίας / Αιματολογίας/ Νεφρολογίας, Καρδιολογίας, Γυναικολογίας, Χειρουργικής / Αγγειοχειρουργικής, Ορθοπεδικής με αίθουσα γύψου), τα οποία απομονώνονται μέσω κουρτίνας οροφής. Είναι δυνατή η τηλεφωνική επικοινωνία από και προς τα εξεταστήρια. Είναι πλήρως εξοπλισμένα, σύμφωνα με διεθνή πρότυπα.

Σε κάθε εξεταστήριο υπάρχει χώρος εργασίας ιατρών και νοσηλευτών, που διαθέτει τηλέφωνο, ηλεκτρονικό υπολογιστή και εκτυπωτή.

ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΑ 1ου ΟΡΟΦΟΥ: Χωροταξικά βρίσκονται στον 1ο όροφο, δηλαδή έναν όροφο πάνω από το ΤΕΠ. Πρόκειται για συνολικά έξι (6) εξεταστήρια (Ουρολογίας, Οφθαλμολογικής, ΩΡΛ, Αλλεργιολογίας, Νευρολογίας, Γαστρεντερολογίας). Είναι δυνατή η τηλεφωνική επικοινωνία από και προς τα εξεταστήρια. Είναι πλήρως εξοπλισμένα, σύμφωνα με διεθνή πρότυπα.

Σε κάθε εξεταστήριο υπάρχει χώρος εργασίας ιατρών και νοσηλευτών, που διαθέτει τηλέφωνο, ηλεκτρονικό υπολογιστή και εκτυπωτή.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΟ ΤΑΧΕΙΑΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ : Λειτουργεί στον 1ο όροφο, δηλαδή έναν όροφο πάνω από το ΤΕΠ. Πρόκειται για ιατρείο, που λειτουργεί για να εξυπηρετεί τα ταξινομομημένα περιπατητικά περιστατικά, ανάλογα με το βαθμό σημαντικότητας ("πράσινης" διαλογής), που πιθανόν δεν απαιτούν αναμονή για εργαστηριακές εξετάσεις και εξέταση σε πλέον του ενός εξεταστήριο ειδικότητας.

Στην παρούσα κατάσταση της πανδημίας covid-19, ο χώρος χρησιμοποιείται για εξέταση «ύποπτων» ή/και επιβεβαιωμένων ασθενών περιπατητικών με λοίμωξη covid-19.

ΑΙΘΟΥΣΑ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ (μικρό Χειρουργείο): Χωροταξικά βρίσκεται στον κυρίως χώρο του Χειρουργικού Εξεταστηρίου. Η αίθουσα είναι εξοπλισμένη με χειρουργικό τραπέζι και εξοπλισμό για τη διενέργεια μικρών χειρουργικών επεμβάσεων.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ (εφημερίας) : Χωροταξικά βρίσκεται πλησίον των Εξεταστηρίων. Στο Εργαστήριο γίνονται οι ακτινογραφίες των εξεταζόμενων. Υπάρχει σύστημα ενδοεπικοινωνίας με το σαλόνι αναμονής, προκειμένου να υπάρχει σειρά προτεραιότητας και αποφυγή συνωστισμού και δυσλειτουργίας.

ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (εφημερίας) : Χωροταξικά βρίσκεται μετά τα Εξεταστήρια και πλησίον του Ακτινολογικού Εργαστηρίου (εφημερίας). Μεριμνά για την έκδοση των εισιτηρίων και την ταμειακή εξυπηρέτηση των ασθενών για την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων. Το Τμήμα Κίνησης Ασθενών (εφημερίας) στελεχώνεται με Διοικητικό Προσωπικό, με αποδεδειγμένη εμπειρία στην άμεση διακίνηση των περιστατικών.

ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Β.Ν.) : Χωροταξικά βρίσκεται ανάμεσα στα Εξεταστήρια. Διαθέτει 7 κρεβάτια. Έχουν εγκατασταθεί κουρτίνες οροφής για απομόνωση και εξατομικευμένη φροντίδα. Η Μ.Β.Ν. είναι ο χώρος προσωρινής παραμονής των εξεταζόμενων, μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας αντιμετώπισης στα Τ.Ε.Π. Οι εξεταζόμενοι αναμένουν είτε την έκδοση εργαστηριακών αποτελεσμάτων, είτε χρήζουν θεραπείας στο Τ.Ε.Π., είτε να διακομιστούν σε άλλο Νοσοκομείο, μέσω ασθενοφόρου του ΕΚΑΒ, είτε να επιστρέψουν στο σπίτι τους μέσω ασθενοφόρου του Ε.Κ.Α.Β., είτε να επανεκτιμηθεί η κλινική τους κατάσταση, είτε να εισαχθούν σε Τμήμα Νοσηλείας.

Στην παρούσα κατάσταση πανδημίας, ο χώρος της Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας χρησιμοποιείται για εξέταση «ύποπτων» ή/και επιβεβαιωμένων ασθενών με λοίμωξη covid-19, που προσέρχονται με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ.

ΧΩΡΟΣ ΦΟΡΕΙΩΝ : Χωροταξικά γειτνιάζει απόλυτα με το ΤΕΠ.

ΧΩΡΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΩΝ: είναι πλησίον της κεντρικής θύρας του ΤΕΠ.

ΧΩΡΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ: Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ο χώρος αναμονής φορείων χρησιμοποιείται ως χώρος απολύμανσης/ απομίανσης, σύμφωνα με το Σχέδιο Αντιμετώπισης Εκτάκτων Αναγκών «ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ», για την αντιμετώπιση μέχρι 2 περιστατικών που τυχόν έχουν εκτεθεί σε χημικό παράγοντα.

Δυνητικά θα χωριστεί σε τρία (3) μέρη («ρυπαρή» περιοχή, περιοχή πλυσίματος, καθαρή περιοχή). Υπάρχει παροχή νερού (κρύο – ζεστό) και ρεύματος.

ΕΦΕΔΡΙΚΗ ΕΙΣΟΔΟΣ: Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης διπλή πόρτα θα ανοίξει και θα λειτουργήσει ως είσοδος ή ως έξοδος, ανάλογα με τις εντολές της Διοίκησης.

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ- ΥΠΕΡΗΧΟΙ Τ.Ε.Π : Χωροταξικά βρίσκεται πλησίον του ΤΕΠ. Είναι ο χώρος που γίνονται τα υπερηχογραφήματα των εξεταζόμενων, που προσέρχονται στο Τ.Ε.Π. Στελεχώνεται από Ιατρό ακτινολόγο εφημερίας, σύμφωνα με μηνιαίο πρόγραμμα.

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ-ΜΟΝΑΔΑ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ: Χωροταξικά βρίσκεται πλησίον του ΤΕΠ, δηλαδή έναν (1) όροφο κάτω από το ΤΕΠ. Είναι ο χώρος που γίνονται τα οι αξονικές τομογραφίες των εξεταζόμενων, που προσέρχονται στο Τ.Ε.Π. Στελεχώνεται από Ιατρό ακτινολόγο εφημερίας, σύμφωνα με μηνιαίο πρόγραμμα.

ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ (ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ – ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ) : Χωροταξικά βρίσκεται στον 1ο όροφο του Κεντρικού Κτιρίου, δηλαδή έναν όροφο πάνω από το ΤΕΠ. Η διακίνηση των εργαστηριακών δειγμάτων γίνεται με σωληνωτό ταχυδρομείο και τα αποτελέσματα παραλαμβάνονται ηλεκτρονικά στους Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές των ιατρών.

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ: Χωροταξικά βρίσκεται πλησίον του ΤΕΠ. Η διακίνηση των εργαστηριακών δειγμάτων γίνεται με βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό και τα αποτελέσματα παραλαμβάνονται ηλεκτρονικά στους Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές των ιατρών.

ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ: Χωροταξικά βρίσκεται πλησίον του ΤΕΠ και μεριμνά για την τροφοδοσία με φαρμακευστικά σκευάσματα. Διατηρείται απόθεμα, το οποίο με μέριμνα της ΠροΪσταμένης ΤΕΠ ανανεώνεται.

ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: Το ΤΕΠ έχει άμεση διασύνδεση με όλα τα τμήματα νοσηλείας, με τα Χειρουργεία, με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, με τη Μονάδα Λοιμώξεων, με τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, με τη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, με τη Μονάδα Εμφραγμάτων, με τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και με τα γραφεία της Διοικητικής Υπηρεσίας.

4. ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Όσον αφορά στις εγκαταστάσεις, το ΤΕΠ διαθέτει Κεντρικές εγκαταστάσεις:

- Ψύξης-Θέρμανσης
- Δικτύου παροχής Ιατρικών Αερίων
- Δικτύου παροχής Νερού
- Δικτύου παροχής Οξυγόνου
- Δικτύου παροχής ηλεκτρικού ρεύματος
- Δικτύου αποχέτευσης
- Φορητά μέσα πυρασφάλειας
- Σύστημα απαγωγής αέρα (εξαερισμός)
- Δάπεδα με αντιολισθητικό υλικό

Επιπλέον, το ΤΕΠ διαθέτει ικανοποιητικό Σύστημα Σήμανσης με αναρτημένες πινακίδες κατεύθυνσης και διασυνδέεται με τα τμήματα Νοσηλείας, με τα Χειρουργεία και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με κλίμακες και ανελκυστήρες.

Υπάλληλοι της Τεχνικής Υπηρεσίας (ηλεκτρολόγος και θερμαστής) υπηρετούν σε 24ωρη βάση, 365 ημέρες το χρόνο.

5.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΕΠ

Το ΤΕΠ στελεχώνεται από Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό, ως εξής:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Υπηρετούν:

- ένας (1) Διευθυντής κλάδου ιατρών ΕΣΥ με μόνιμη σχέση εργασίας.

- τρεις (3) ιατροί ειδικότητας Παθολογίας, Πνευμονολογίας, Ορθοπεδικής, Χειρουργικής, Αναισθησιολογίας και Καρδιολογίας κλάδου Ιατρών ΕΣΥ.

Στις ημέρες της κύριας/γενικής εφημερίας στα ιατρεία ειδικότητας, σύμφωνα με πρόγραμμα, υπηρετούν ειδικευμένοι κλάδου ιατρών ΕΣΥ και μέλη ΔΕΠ και ειδικευόμενοι ιατροί.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Υπηρετούν:

- μία (1) Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια κλάδου ΤΕ

- έξι (6) κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής (5 με μόνιμη σχέση εργασίας και 1 επικουρική)

- μία (1) κλάδου ΠΕ Νοσηλευτικής (με μόνιμη σχέση)

- μία (1) κλάδου ΤΕ Μαιών

- τρεις (3) κλάδου ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών (με μόνιμη σχέση)

- μία (1) κλάδου ΔΕ Βοηθού Νοσηλεύτριας (Γενικών Καθηκόντων)

- μία (1) κλάδου ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού (σύμβαση ΟΑΕΔ)

Στις ημέρες της κύριας/γενικής εφημερίας, σύμφωνα με πρόγραμμα, υπηρετεί σε κάθε βάρδια μία (1) Νοσηλεύτρια Προϊσταμένη (ή υπεύθυνη Τμήματος) με καθήκοντα συντονισμού της εφημερίας.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στις ημέρες της κύριας/γενικής εφημερίας, σύμφωνα με πρόγραμμα, υπηρετούν τρεις (3) Διοικητικοί Υπάλληλοι σε κάθε βάρδια με καθήκοντα έκδοσης εισιτηρίων νοσηλείας και οικονομικής τακτοποίησης παραπεμπτικών διενέργειας εργαστηριακών εξετάσεων.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Στις ημέρες της κύριας/γενικής εφημερίας ο Νοσηλευτής, που υπηρετεί στο γραφείο Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, εκτός των άλλων αρμοδιοτήτων του/της, ασχολείται με την καταγραφή των αναπτυγμένων, των κενών και των επικουρικών κλινών όλων των τμημάτων, συνεργάζεται με τον Διευθυντή του ΤΕΠ και έχει την επικοινωνία με το Ενιαίο Συντονιστικό Κέντρο ΕΚΑΒ, με τη Διοίκηση και με τον Συντονιστή Εφημερίας.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Σε κάθε βάρδια υπηρετούν υπάλληλοι εξωτερικού συνεργείου φύλαξης, οι οποίοι μεριμνούν για την ορθή καθοδήγηση των ασθενών και των συνοδών προς το χώρο της διαλογής και των ιατρείων ειδικότητας, για να αποφεύγεται η άσκοπη είσοδος στα εξεταστήρια.

6.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών παρέχει πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε Μονάδα Υγείας. Η συστηματική παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.

Έρευνες ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών στο ΤΕΠ εκτιμούν παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα και η συμπεριφορά του προσωπικού, η ικανότητα επικοινωνίας, ο χρόνος αναμονής, οι δομές και οι εγκαταστάσεις, κ.λπ.

Προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί, που σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης των επισκεπτών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό»., διαμοιράστηκε ερωτηματολόγιο, όπου και συλλέχτηκαν πρωτογενή δεδομένα μέσω ερωτηματολογίων τυχαίου δείγματος ατόμων-ασθενών από το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών συλλέχθηκεενα δείγμα περί των 150 ατόμων και οι ανταποκριθέντες διαμορφώθηκαν στα 100 άτομα, τα οποία αποτέλεσαν το τελικό δείγμα της μελέτης.

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε είναι μια συγχρονική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας που εφαρμόστηκε είναι η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία, που προσφέρει υψηλό βαθμό αντιπροσωπευτικότηας δείγματος και ποιότητας δεδομένων. Προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί, που σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης των επισκεπτών του Λαϊκού Νοσοκομείου, διαμοιράστηκε ερωτηματολόγιο, όπου και συλλεχθηκαν πρωτογενή δεδομένα μέσω ερωτηματολογίων τυχαίου δείγματος ατόμων-ασθενών από το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια, αφού προηγουμένως είχε ζητηθεί η έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου (αρ. πρωτ. XXX). Κάθε συμμετέχων (ασθενής ή συνοδός) ενημερώθηκε για τον στόχο της έρευνας και εξηγήθηκε ότι θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα των στοιχείων (ανώνυμα ερωτηματολόγια).

Διανεμήθηκαν συνολικά XXX ερωτηματολόγια. Επιστράφηκαν συμπληρωμένα ,99 ερωτηματολόγια. Ερωτήθηκαν ενήλικες άνδρες και γυναίκες, που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ του ΓΝΑ «ΛΑΙΚΟ» το διάστημα XXXX.

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιελάμβανε συγκεκριμένες μεταβλητές που συνδέονται με τη χρήση και την αξιολόγηση των υπηρεσιώνκαι αποτελείται από 20 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 2 μερη. Το Α μέρος αποτελείται από ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο), ενώ το Β μέρος που είναι το ειδικό μέρος απαντά στην ικανοποίηση. Στο ειδικό μέρος, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι το BEPSS (Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale) που αντλήθηκε από την έρευνα των Atari & Atari (2015). Στη συνέχεια αφού μεταφράστηκε, προστέθηκε το α μέρος των δημογραφικών στοιχείων και συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες. Το μέγεθος του δείγματος είναι 100 άτομα. Χρησιμοποιήθηκε τετραβάθμια κλίμακα στις ερωτήσεις, όπου βαθμολογούνταν από τους συμμετέχοντες από το 1 έως το 4, όπου το ένα σημαίνει διαφωνώ απολύτως, το 2 διαφωνώ, το 3 συμφωνώ και το 4 συμφωνώ απολύτως. Σκοπός της ερευνητικής μελέτης ήταν η εκτίμηση της ικανοποίησης των ατόμων που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. Λαικού.

Για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων σχεδιάστηκε ειδική βάση δεδομένων και επεξεργάστηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS v. 23.0 (Stastical package for social science), στο οποίο εισήχθησαν τα δεδομένα και πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος και στη συνέχεια στατιστική ανάλυση τους. Για τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος του Cronbach Alpha.

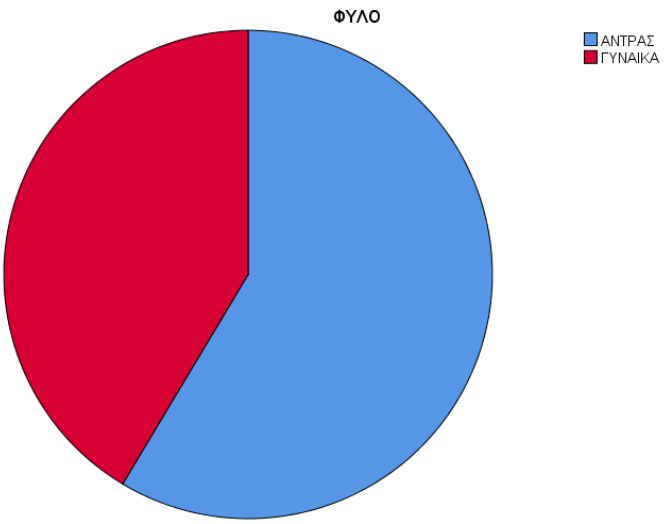
6.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Α ΜΕΡΟΣ: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην πρώτη ερώτηση που αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, το 41,4% είναι γυναίκες και το 58% είναι άνδρες.

ΦΥΛΟ

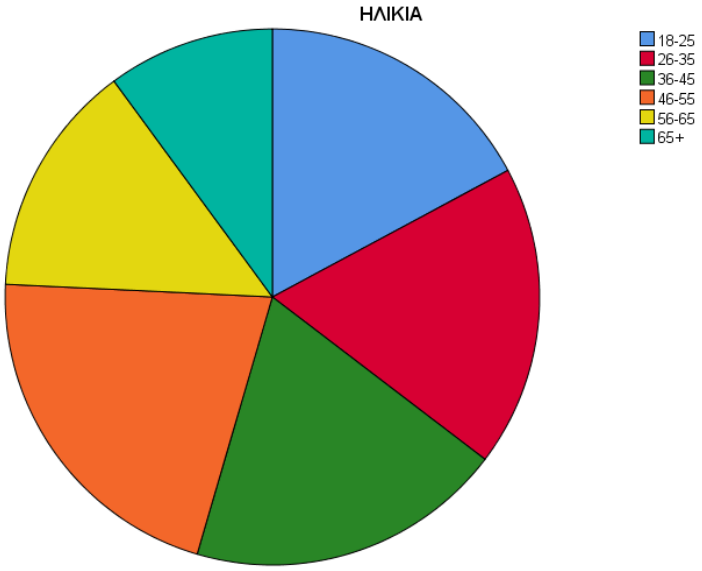
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΤΡΑΣ	58	58,6	58,6	58,6
	ΓΥΝΑΙΚΑ	41	41,4	41,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	



Όσον αφορά στην ηλικία των συμμετεχόντων, υπάρχει μια σχετική ισοκατανομή στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Το 21,2% είναι ηλικίας 46-55 ετών, ακολουθεί με 19,2% οι ηλικίες 36-45, το 18,2% είναι ηλικίας 26-35 ετών, το 17,2% 18-25 ετών, το 14,1% είναι 56-65 ετών, ενώ το 10,1% είναι άνω των 65 ετών.

ΗΛΙΚΙΑ

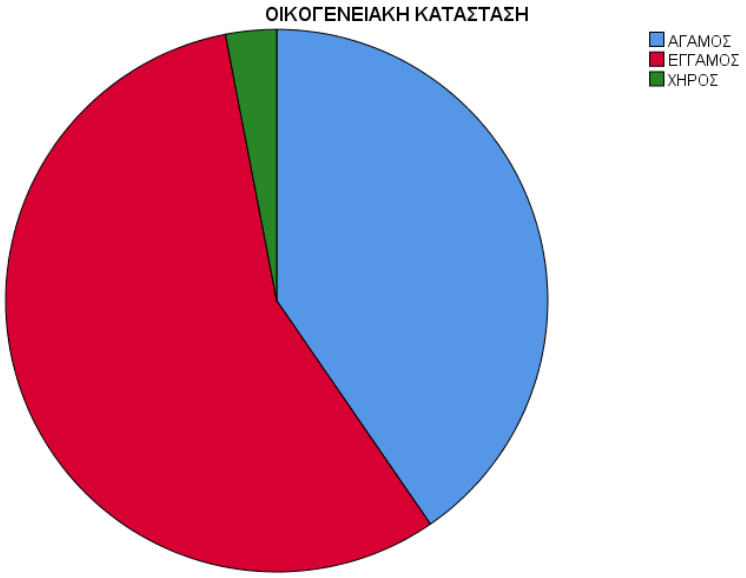
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	17	17,2	17,2	17,2
	26-35	18	18,2	18,2	35,4
	36-45	19	19,2	19,2	54,5
	46-55	21	21,2	21,2	75,8
	56-65	14	14,1	14,1	89,9
	65+	10	10,1	10,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	



Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, το 56,6% είναι έγγαμοι, το 40,4% είναι άγαμοι και το 3% είναι χήροι.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΑΜΟΣ	40	40,4	40,4	40,4
	ΕΓΓΑΜΟΣ	56	56,6	56,6	97,0
	ΧΗΡΟΣ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	



Το 56,6% έχει παιδιά, ενώ το 43,4% δεν έχει.

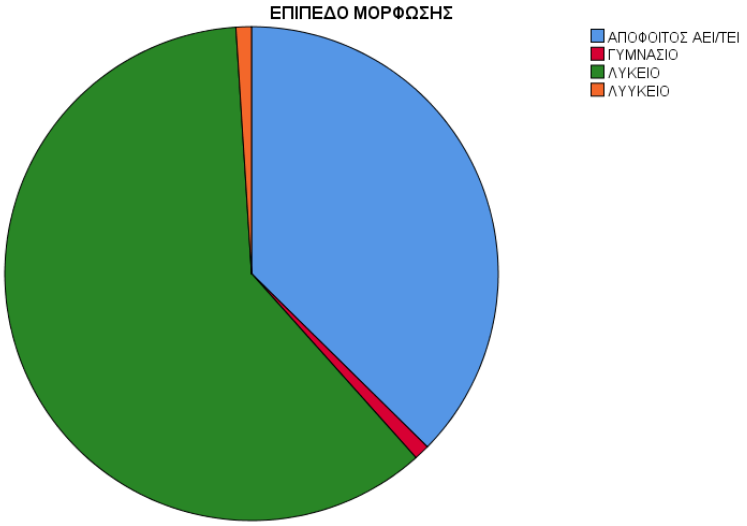
ΠΑΙΔΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	56	56,6	56,6	56,6
	ΟΧΙ	43	43,4	43,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Όσον αφορά στο επίπεδο μόρφωσης, το 61,6% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 37,4% είναι απόφοιτοι σχολής Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ), ενώ ένας συμμετέχων είναι απόφοιτος Γυμνασίου.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ	37	37,4	37,4	37,4
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1	1,0	1,0	38,4
	ΛΥΚΕΙΟ	61	61,6	61,6	100,0
	Total	99	100,0	100,0	



Β ΜΕΡΟΣ: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ανάλυση των δεδομένων του ειδικού μέρους έγινε μέσω περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στους παρακάτω πίνακες

Β1: Προσωπικό Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών

Descriptive Statistics

N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance

	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
1. Οι νοσηλεύτριες ενδιαφέρονται για τη θεραπεία μου	99	2	4	3,03	,046	,462	,213
2. Οι νοσηλεύτριες με ενημερώνουν για το υπόλοιπο της θεραπείας μου	99	1	3	2,40	,055	,552	,304
3. Οι νοσηλεύτριες με φρόντισαν με υπομονή	99	3	4	3,29	,046	,457	,209
4. Οι νοσηλεύτριες ανακούφισαν τον πόνο μου πολύ καλά	99	1	3	2,68	,049	,491	,241
5. Το προσωπικό για τις εισαγωγές με καθοδήγησε κατάλληλα	99	2	3	2,82	,039	,388	,150
6. Η συμπεριφορά του προσωπικού εισαγωγών ήταν σωστή	99	2	3	2,97	,017	,172	,030
Valid N (listwise)	99						

Όπως παρατηρείται από τον μέσο όρο των παραπάνω ερωτήσεων, οι ερωτηθέντες σε γενικές γραμμές εκφράζουν σχετική ικανοποίηση σε σχέση με την εξυπηρέτησή τους από το προσωπικό (νοσηλευτικό, διοικητικό) των ΤΕΠ. Η μεγαλύτερη βαθμολογία σημειώθηκε στην ερώτηση 3 (3,29) όπου αναφέρεται ότι οι νοσηλεύτριες του τμήματος φρόντισαν με υπομονή τους ερωτηθέντες, ενώ η αμέσως επόμενη σε βαθμολογία σημειώνεται στην ερώτηση 1 (3,03) ότι οι νοσηλεύτριες ενδιαφέρονται για τη θεραπεία των συμμετεχόντων. Επόμενη είναι η βαθμολογία στην ερώτηση 6 (2,97) που αναφέρεται στη συμπεριφορά του προσωπικού εισαγωγών. Η χαμηλότερη βαθμολογία δόθηκε στην ερώτηση 2 (2,40) που σχετίζεται με την ενημέρωση για το υπόλοιπο της θεραπείας των ασθενών από τις νοσηλεύτριες.

Β2. Περιβάλλον ΤΕΠ

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
7. Το περιβάλλον του δωματίου των επειγόντων ήταν ήρεμο και ήσυχο	99	1	3	1,39	,055	,550	,302
8. Το δωμάτιο των επειγόντων ήταν καλά εξοπλισμένο	99	1	3	2,21	,054	,540	,291
9. Το περιβάλλον του δωματίου των επειγόντων ήταν καθαρό/υγιεινό	99	2	3	2,19	,040	,396	,157
Valid N (listwise)	99						

Όσον αφορά στο περιβάλλον του ΤΕΠ, γενικά οι βαθμολογίες είναι αρκετά χαμηλές, γεγονός που δείχνει τη δυσαρέσκεια των ερωτηθέντων σε σχέση με το περιβάλλον του τμήματος. Η χαμηλότερη βαθμολογία δόθηκε στην ερώτηση 7 (1,39) που αναφέρεται στο περιβάλλον του δωματίου και την ησυχία/ηρεμία που επικρατεί σε αυτό. Αλλά και στις άλλες ερωτήσεις υπήρξε χαμηλή βαθμολογία.

Β3. Ικανοποίηση από ιατρούς ΤΕΠ

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
10. ο γιατρός μου μίλησε για τη θεραπεία μου	99	2	4	3,44	,066	,658	,433
11. η συμπεριφορά του γιατρού ήταν γεμάτη σεβασμό	99	1	4	3,35	,063	,628	,394
12. η εξήγηση που μου έδωσε ο γιατρός για το υπόλοιπο της θεραπείας μου ήταν επαρκής	99	2	4	3,30	,051	,504	,254
13. ο γιατρός δαπάνησε επαρκή χρόνο για να με εξετάσει	99	2	4	2,88	,065	,643	,414
Valid N (listwise)	99						

Σε σχέση με την ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση από τους ιατρούς του ΤΕΠ, φαίνεται ότι οι βαθμολογίες είναι αρκετά υψηλές, γεγονός που δείχνει, αρκετά μεγάλη ικανοποίηση. Η μεγαλύτερη βαθμολογία έχει δοθεί στην ερώτηση 10 όπου αναφέρεται στο ότι ο ιατρός ενημέρωσε τον ασθενή για τη θεραπεία του ασθενούς. Η μικρότερη βαθμολογία σημειώθηκε στην ερώτηση 13 (2,88) που αναφέρει το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση του ασθενούς, και πάλι όμως η βαθμολογία είναι παραπάνω από το μέσο όρο.

Β4. Γενική Ικανοποίηση Ασθενών

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
14. ο χρόνος αναμονής πριν τη διαδικασία εισαγωγής ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια	99	1	3	1,74	,071	,708	,502
15. ο χρόνος αναμονής πριν τη διαδικασία εισαγωγής ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια	99	2	4	2,95	,072	,720	,518
16. θα σύστηνα το συγκεκριμένο νοσοκομείο στον περίγυρό μου	99	2	3	2,48	,050	,502	,252
17. είμαι ικανοποιημένος από την ποιότητα υπηρεσιών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών	99	2	2	2,00	,000	,000	,000
18. το τμήμα επειγόντων σε αυτό το νοσοκομείο λειτουργεί καλά	99	2	2	2,00	,000	,000	,000
Valid N (listwise)	99						

Σε σχέση με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών, σε σχέση με τον χρόνο αναμονής και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών οι βαθμολογίες είναι αρκετά χαμηλές. Η μεγαλύτερη βαθμολογία σημειώνεται στην ερώτηση 15 (2,95) που αναφέρεται στο χρόνο

αναμονής μέχρι την εισαγωγή. Η επόμενη υψηλή βαθμολογία σημειώνεται στην ερώτηση 16 που έχει να κάνει με το αν ο ασθενής θα σύστηνε το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε άτομα του περιβάλλοντός του. Η χαμηλότερη βαθμολογία σημειώνεται στην ερώτηση 14 σε σχέση με το χρόνο αναμονής πριν την εισαγωγή (1,74), στην ερώτηση 17 που έχει να κάνει με την ποιότητα των υπηρεσιών και στην ερώτηση 18 που αναφέρεται στη λειτουργία των ΤΕΠ στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (βαθμολογία από 2 και στις 2 ερωτήσεις).

Β5. Ικανοποίηση οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενούς

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
19. σε αυτό το νοσοκομείο φέρθηκαν με σεβασμό στην οικογένεια του ασθενούς	99	3	3	3,00	,000	,000	,000
20. η οικογένεια είναι σε θέση να περάσει αρκετό χρόνο δίπλα στον ασθενή	99	1	2	1,88	,033	,328	,108
Valid N (listwise)	99						

Στην ερώτηση 19 που αναφέρεται στο σεβασμό που έδειξε το προσωπικό στην οικογένεια, όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν με βαθμολογία 3 (συμφωνούν), ενώ στην ερώτηση 20 που έχει να κάνει με το χρόνο που δύναται να περάσει ο ασθενής μαζί με την οικογένειά του, η βαθμολογία είναι αρκετά χαμηλή (1,88).

Β.6 Εξάρτηση βαθμού ικανοποίησης με δημογραφικά χαρακτηριστικά

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	MEAN SCORE	P-VALUE
ΦΥΛΟ		
ΑΝΔΡΕΣ vs ΓΥΝΑΙΚΕΣ	+	<0.05
ΗΛΙΚΙΑ		
ΗΛΙΚΙΑ 26-35 vs 18-25	+	<0.05
ΗΛΙΚΙΑ 36-45 vs 18-25	-	>0.05
ΗΛΙΚΙΑ 46-55 vs 18-25	+	<0.05
ΗΛΙΚΙΑ56-65 vs 18-25	-	>0.05
ΗΛΙΚΙΑ 65+ vs 18-25	-	<0.05
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΑΕΙ/ΤΕΙ vs ΒΑΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	-	>0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
ΕΓΓΑΜΟΙ vs ΑΓΑΜΟΙ	+	>0.05

Δημιουργήθηκε μια μοναδική τιμή δείκτη ικανοποίησης για κάθε ασθενή προκειμένου να συμπυκνωθεί με αντικειμενικό τρόπο το σύνολο της πληροφορίας των απαντήσεων και να διευκολυνθεί η σύγκριση και τα αποτελέσματα της σύγκρισης παρατιθονται στον παραπάνω πίνακα.

Με βάση τα δεδομένα συμπεραίνουμε ότι οι άνδρές φάνηκαν πιο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες του δείγματος και αυτό είναι στατιστικά σημαντικό αφού p-value<0.05 (mean score: 0,39286). Οι συσχετίσεις ηλικιών που είναι στατιστικά σημαντικές είναι οι ομάδες ηλικιών 26-35 vs 18-25 (ms: 2,06862), όπου φαίνεται ότι είναι πιο ικανοποιημένοι η ηλικιακή ομάδα 26-35 από τους 18-25, όπως και οι 46-55 σε σχέση με τους 18-25(

ms:1,04481), και η ομάδα 65+ πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους 18-25 (ms: -1,46471), αφού το p-value<0.05. Η εκπαίδευση, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ σε σχέση με βασική εκπαίδευση (ms: -0,39078) και η οικογενειακή κατάσταση, έγγαμοι σε σχέση με άγαμους (ms: 0,39286), φαίνεται να μην είναι στατιστικά σημαντική αφού p-value>0.05.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ασθενείς εκφράζουν ικανοποίηση σε μεγάλο βαθμό, σε σχέση με τη μεταχείριση τους από το προσωπικό του νοσοκομείου, τόσο από τους ιατρούς όσο και από τις νοσηλεύτριες και το προσωπικό υποδοχής. Η θετική απόκριση σχετίζεται με την επικοινωνία που αναπτύχθηκε μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή. Αντίθετα, οι ασθενείς δεν έχουν μείνει καθόλου ικανοποιημένοι από τις συνθήκες οι οποίες επικρατούν στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών, και ιδιαίτερα από την ταινία που επικρατούσε στα δωμάτια των ΤΕΠ. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών, παρόλο που η επικοινωνία τους με το προσωπικό ήταν καλή, κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, ενώ φαίνεται ότι οι ασθενείς είναι δυσαρεστημένοι σε σχέση με το χρόνο που δύναται να περάσουν με την οικογένειά τους.

Τα Εξωτερικά Ιατρεία στο ΓΝΑ «ΛΑΙΚΟ» λειτουργούν σε ενιαίο χώρο και απαιτείται επιπλέον χώρος κυρίως για τη διαχείριση των παθολογικών περιστατικών. Ο χρόνος αναμονής είναι άμεσος για τα επείγοντα περιστατικά (ταξινόμηση «πολύ επείγον»), που προσέρχονται με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ και μπορεί να ανέλθει μέχρι τέσσερις ώρες περίπου, όταν πρόκειται για περιπατητικά περιστατικά, των οποίων η κλινική κατάσταση μπορεί να επανελεγχθεί, εφόσον απαιτηθεί.

Όσον αφορά στη διαθέσιμη βιβλιογραφία, οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς δίνουν πολύ μεγάλη σημασία στην επικοινωνία και το βαθμό πληροφορίας που λαμβάνουν από το προσωπικό του νοσοκομείου και αυτό σχετίζεται με τη γενική ικανοποίηση που θα αποκομίσουν από την εμπειρία τους την επίσκεψή τους στα ΤΕΠ του νοσοκομείου (Bjorvell & Steig, 1991; Yarnold, 1998; Morgan, 2000), ενώ εμφανίζεται αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης και των πληροφοριών που δέχονται από τους θεράποντες ιατρούς και νοσηλευτές.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας για την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών είναι ο χρόνος αναμονής (Bourdeaux et al., 2000). Ένας παράγοντας που επίσης έχει αναγνωριστεί ως πολύ σημαντικός στην διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης από τους ασθενείς είναι και ο αριθμός των περιστατικών που βρίσκονται την ίδια ώρα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, και φαίνεται ότι όταν επικρατεί συνωστισμός ο ασθενής μένει με αρνητικές εντυπώσεις (Wang, 2017).

Σε ανάλογη έρευνα που έγινε σε νοσοκομείο στο Ιράν, αυτό που παρατηρήθηκε είναι ότι η υψηλότερη ικανοποίηση παρατηρήθηκε σε σχέση με την επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς, όπως και η μεταχείριση από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους υπαλλήλους ασφαλείας. Η συνολική ικανοποίηση και εδώ σχετίζεται άμεσα με τον χρόνο αναμονής (Soleimanpour 2011). Σε άλλη έρευνα στο νοσοκομείο Poursina πάλι στο Ιράν, βρέθηκε ότι

η ικανοποίηση ασθενών ήταν σχετικά υψηλή, όπως και η άνεση που ένιωθαν στο τμήμα, ενώ βαθμολογήθηκε σχετικά με μέτρια βαθμολογία η παροχή φροντίδας από τους ιατρούς ο χρόνος αναμονής και άλλη συμπεριφορική παράγοντες (Zohrevandi & Tjik, 2014). Στην έρευνα των Saleem, κ.α., 2018 βρέθηκε ότι ο παράγοντας που έπαιζε σημαντικότερο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών είναι η φροντίδα από τους θεράποντες ιατρούς, τους νοσηλευτές και το παραϊατρικό προσωπικό, ενώ η ικανοποίηση και πάλι σχετίζεται με τις επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών και νοσηλευτών.

Σε ανάλογες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν σε νοσοκομεία στην Ελλάδα, έχει βρεθεί σε έρευνα που διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής ότι οι ασθενείς που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και από τη συνολική τους εμπειρία, ενώ θα σύστηναν το συγκεκριμένο ΤΕΠ σε κάποιο γνωστό τους από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον (Αδάμη, 2012). Επίσης, και σε αυτήν την έρευνα, το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης σχετίζεται άμεσα με την επικοινωνία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, και αξιολόγησαν επίσης με υψηλό βαθμό το βαθμό παροχής πληροφοριών. Ο χρόνος αναμονής ήταν ένας λόγος μειωμένης ικανοποίησης από τους ασθενείς, γεγονός που δεν ήταν αξιοσημείωτο στην παρούσα έρευνα.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και άλλοι ερευνητές σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα (Niakas et al., 2004), δηλαδή ότι οι ασθενείς είχαν μείνει πολύ ικανοποιημένοι από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρήχθησαν στα ανάλογα ΤΕΠ. Η ίδια εικόνα σε σχέση με την ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει σημειωθεί και σε εργασίες που έχουν διεξαχθεί σε προπτυχιακό επίπεδο από φοιτητές, όπως για παράδειγμα σε πτυχιακή εργασία των Κρασνοστάν & Μπίστα (2016) για την Ευρωκλινική Αθηνών.

7.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα έρευνα σημειώθηκαν κάποιοι περιορισμοί. Οι περιορισμοί και οι δυσκολίες αυτές είναι σημαντικό να αναφερθούν, καθώς είναι ένας παράγοντας που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη σε μελλοντικές έρευνες τέτοιου είδους.

Μία βασική δυσκολία που υπήρξε ήταν σε σχέση με τη διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων, όπου αποδείχθηκε αρκετά επίπονη, αφού οι ασθενείς σε πολλές περιπτώσεις δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν ή δήλωναν απροθυμία να συμμετέχουν στην

παρούσα έρευνα, και αυτό είναι κάτι αναμενόμενο καθώς τα περιστατικά που έρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αναμένεται να έχουν εμφανίσει οξέα προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν την ψυχολογική τους κατάσταση. Βεβαίως, υπήρχαν αρκετοί ασθενείς οι οποίοι δεν θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν, λόγω της εξαιρετικά σοβαρής κατάστασης στην οποία βρίσκονταν.

Η φύση της εργασίας που σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών και συσχετίζει τον παράγοντα εξυπηρέτηση από μεριάς του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού πιθανώς να δημιουργήσει ένα κλίμα δυσπιστίας ως προς την έρευνα, καθώς υπήρχε η πιθανότητα εργαζόμενοι να αντιμετωπίσουν αυτήν την έρευνα ως μορφή απειλής. Ένας περιορισμός που τίθεται εδώ πέρα είναι το κατά πόσον από τη στιγμή που γνώριζαν ότι διεξάγεται αυτή η έρευνα υπήρχε μία αλλαγή στην καθημερινή συμπεριφορά των ιατρών και των νοσηλευτών αλλά και του υπολοίπου προσωπικού προς τους ασθενείς, δηλαδή να μην ήταν αντικειμενική παρατήρηση των ασθενών σε σχέση με τη συμπεριφορά που δέχονταν και να μην αντιπροσωπεύει αυτήν την καθημερινή συμπεριφορά που δέχεται ο ασθενής στα ΤΕΠ.

7.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Η παρούσα έρευνα δίνει το έναυσμα για τη διεξαγωγή περαιτέρω μελετών πάνω στο ζήτημα της ικανοποίησης επισκεπτών των ΤΕΠ τόσο στο Λαϊκό, όσο και σε άλλα νοσοκομεία στην Ελλάδα.

Θα ήταν ενδιαφέρον να διευρυνθεί η έρευνα και να μελετηθεί ποιος ήταν ο πιο βασικός παράγοντας στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Έρευνες που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα δείχνουν ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι είναι πολύ καθοριστική στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης, όπως για παράδειγμα ο χρόνος αναμονής, ο συνωστισμός, οι επικοινωνιακές δεξιότητες του Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κλπ. θα μπορούσε δηλαδή και σε συνδυασμό με τη μελέτη

πάνω στην συνολική ικανοποίηση να αναδειχθεί και μία σειρά από κύριους παράγοντες που διαμορφώνουν το αποτέλεσμα.

Επιπρόσθετα, θα ήταν ενδιαφέρον να διεξαχθεί μελέτη η οποία να είναι συγκριτική, όσον αφορά στα έκτακτα περιστατικά ανάλογα με τη σοβαρότητα που εμφανίζουν. επειδή είναι πιθανό η ικανοποίηση να σχετίζεται με την κατάσταση υγείας του επισκέπτη στα επείγοντα, θα μπορούσε να διεξαχθεί μία συγκριτική μελέτη η οποία να συσχετίζει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής όσον αφορά στο βαθμό πόνου ή δυσφορίας που εμφανίζει. Ακόμα θα μπορούσε να γίνει μία συγκριτική έρευνα μεταξύ του τμήματος επειγόντων του Λαϊκού νοσοκομείου σε σχέση με άλλα νοσοκομεία, τα οποία θα ήταν μικρότερου μεγέθους ή σε επαρχία.

Τέλος, θα μπορούσε να γίνει μία παράλληλη έρευνα όσον αφορά στις απόψεις και στάσεις των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται στα επείγοντα περιστατικά, να εξεταστεί η δική τους οπτική γωνία σε σχέση με το κατά πόσο θεωρούν ότι συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των επισκεπτών.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να παρουσιάσει όσο το δυνατόν πληρέστερα τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τις απαιτήσεις οργάνωσης και σχεδιασμού των τμημάτων αυτών. Ειδικότερα με την ερευνητική διαδικασία που ακολουθήθηκε μελετήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών και ο χρονος αναμονής μέχρι να εξεταστούν.Ως δείκτης φανέρωσε πόσο σημαντικός παράγοντας είναι για την ικανοποίηση των ασθενών στα ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Λαϊκού. Η μελέτη αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις μέρες μας, καθώς η επείγουσα αντιμετώπιση οξέων περιστατικών και έκτακτων συμβάντων έχει κεντρική θέση στη μεταρρύθμιση που επιχειρείται για την υγεία στην χώρα μας, με την λειτουργία των ΤΕΠ να συνιστά την κυρίαρχη πολιτική στη νοσοκομειακή μεταρρύθμιση.

Ο σχεδιασμός και εν γένει ο προγραμματισμός της λειτουργίας αυτών των τμημάτων είναι ένα έργο σύνθετο και απαιτητικό καθώς οι επείγουσες ανάγκες

που διαμορφώνονται στους χώρους αυτούς, δημιουργούν ένα εντελώς διαφορετικό οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας σε σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου. Έτσι ένα πετυχημένο-σύγχρονο ΤΕΠ θα πρέπει να σχεδιάζεται και να οργανώνεται με τέτοιο τρόπο, που να ανταποκρίνεται άμεσα στις απαιτητικές ανάγκες των ασθενών του και ταυτόχρονα να συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και υλικών πόρων του.

Η συνεχής και αδιάλειπτη λειτουργία του τμήματος (επί 24ωρου βάσεως και επί 365 ημέρες το χρόνο) και η αυτοτέλεια του σε υλικοτεχνική υποδομή και προσωπικό, φαίνεται να αποτελούν διεθνώς τις βασικές εκείνες παραμέτρους που εξασφαλίζουν την αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία του τμήματος καθώς και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη αυτόνομων ΤΕΠ εξασφαλίζει τις απαιτούμενες δομές για άμεση αντιμετώπιση και υποστήριξη των επειγουσών καταστάσεων με έναν ολοκληρωμένο και συνεχή τρόπο, βελτιώνοντας την άμεση και μακροπρόθεσμη έκβαση των περιστατικών. Έτσι, μειώνεται σημαντικά το κοινωνικο-οικονομικό κόστος του επείγοντος καθώς:

- μειώνεται η άμεση αλλά και μεταγενέστερη θνητότητα
- μειώνεται η νοσηρότητα (σε διάρκεια, βαρύτητα ή ανικανότητα)
- περιορίζεται η απειλή και αυξάνεται η πιθανότητα επιβίωσης
- μειώνεται το νοσοκομειακό κόστος νοσηλείας.

Μάλιστα ένα καλά οργανωμένο και άρτια στελεχωμένο ΤΕΠ, με εξειδικευμένο προσωπικό και με ανεπτυγμένες διαδικασίες συστηματικής και τεκμηριωμένης διαλογής, μπορεί να αποτελέσει το «φίλτρο», που θα προστατεύει το νοσοκομείο από άσκοπες εισαγωγές, προωθώντας επιλεκτικά για εισαγωγή εκείνους τους ασθενείς που θα έχουν πραγματική ανάγκη. Έτσι μειώνεται ο χρόνος και το κόστος νοσηλείας, αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η υποδομή και το δυναμικό του νοσοκομείου, ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η έκβαση του ασθενή που δεν εισάγεται στο νοσοκομείο.

Σε ότι αφορά εξάλλου στο προσωπικό, που αποτελεί και την ψυχή ενός τέτοιου τμήματος, οι απαιτήσεις για συνεχή υποστήριξη και ομαλή λειτουργία των ΤΕΠ

σε 24ωρη βάση, επιβάλλουν την μόνιμη απασχόληση ειδικευμένου ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Έτσι, η κατάλληλη εκπαίδευση και οι απαραίτητες δεξιότητες αποτελούν δύο βασικές παραμέτρους για την στελέχωση των ΤΕΠ, τόσο λόγω της ίδιας της αποστολής του τμήματος, όσο και λόγω της ιδιαιτερότητας των συνθηκών εργασίας (stress) που επικρατούν στους χώρους αυτούς. Τέλος, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η παρακολούθηση της βιβλιογραφίας και η συνεχής κατάρτιση σε νέες δεξιότητες, είναι στοιχεία που απαιτούνται για να διατηρούν σε υψηλά επίπεδα τις αναγκαίες συνθήκες άσκησης της επείγουσας ιατρικής.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι είναι απαραίτητη αν όχι επιτακτική, η οργάνωση και λειτουργία τέτοιων αυτοτελών τμημάτων επειγόντων περιστατικών και στα νοσοκομεία της χώρας μας, με σκοπό:

- Την συστηματική αντιμετώπιση των ασθενών και την αποτελεσματική απόδοση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Την ταχύτερη διεκπεραίωση των κρίσιμων περιστατικών προς όφελος της τελικής τους έκβασης.
- Την αποφυγή δυσλειτουργίας των υπόλοιπων τμημάτων των νοσοκομείων από την κατάργηση της αλληλοεπικάλυψης των αρμοδιοτήτων μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων.
- Την εξασφάλιση ελέγχου παρεχόμενων υπηρεσιών

Όσον αφορά στο ερευνητικό μέρος, σε σχέση με το νοσοκομείο στο οποίο έγινε η παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι οι επισκέπτες σημειώνουν αυξημένη ικανοποίηση σε σχέση με την μεταχείριση που δέχονται από το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού, όμως είναι αρκετά δυσαρεστημένοι από τις συνθήκες οι οποίες επικρατούν στο νοσοκομείο στα ΤΕΠ, καθώς και από το χρόνο αναμονής μέχρι την εξέταση, γεγονός που επηρεάζει κατά πολύ τη συνολική ικανοποίηση, όμως σε γενικές γραμμές οι ασθενείς θα συνέχιζαν το συγκεκριμένο τμήμα σε άτομα του περιβάλλοντός τους.

Από τα παραπάνω δεδομένα μπορεί κάποιος να διακρίνει την ανάγκη που υπάρχουν να

βελτιωθούν οι υπάρχουσες συνθήκες στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του συγκεκριμένου νοσοκομείου, ειδικά όσον αφορά στο χρόνο αναμονής, που σχετίζεται με τις εγκαταστάσεις και με το διαθέσιμο προσωπικό, και από τις συνθήκες που υπάρχουν εξαιτίας του θορύβου και της ικανότητας να επικρατεί μία ήρεμη ατμόσφαιρα. Βεβαίως, όλο αυτό δεν έχει να κάνει μόνο με το νοσοκομείο αυτό καθεαυτό, αλλά και με το γεγονός ότι πολλές φορές οι ασθενείς καταφθάνουν στο ΤΕΠ, ενώ δεν υπήρχε ανάγκη τόσο μεγάλη ούτως ώστε να είναι επιτακτικό να εξεταστούν από ιατρό και αυτός είναι ένας ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για την ομαλή διεξαγωγή της λειτουργίας των ΤΕΠ, όπως επίσης και το ότι πολλοί ασθενείς φτάνουν σε έσχατο σημείο πριν ζητήσουν βοήθεια από ειδικό, ενώ θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν την ίδια ασθένεια πολύ πιο ήπια και χωρίς την ανάγκη να φτάσουν στα επείγοντα περιστατικά ζητώντας τη γνώμη και τη συμβουλή ενός ειδικού σε πρώιμα στάδια στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το συγκεκριμένο ζήτημα σχετίζεται και με την γενική νοοτροπία που υπάρχει σε σχέση με το δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και με την ελλιπή πληροφόρηση που υπάρχει προς ασθενείς σε σχέση με τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισης.

Η παρούσα έρευνα μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για τη διεξαγωγή άλλων παρόμοιων ερευνών και τη διεύρυνση της γνώσης σχετικά με την ικανοποίηση των επισκεπτών και με την κατάλληλη χρήση των χωρισμάτων να δοθεί η αφορμή για αλλαγή σε συγκεκριμένες πτυχές της λειτουργίας των τεπ προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη ικανοποίηση των επισκεπτών.

ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΝΑ ΜΠΕΙ Η ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

1=διαφωνώ απόλυτα

2=διαφωνώ

3=συμφωνώ

4=συμφωνώ απόλυτα

Προσωπικό Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών	1	2	3	4
1. Οι νοσηλεύτριες ενδιαφέρονται για τη θεραπεία μου				
2. Οι νοσηλεύτριες με ενημερώνουν για το υπόλοιπο της θεραπείας μου				
3. Οι νοσηλεύτριες με φρόντισαν με υπομονή				
4. Οι νοσηλεύτριες ανακούφισαν τον πόνο μου πολύ καλά				
5. Το προσωπικό για τις εισαγωγές με καθοδήγησε κατάλληλα				
6. Η συμπεριφορά του προσωπικού εισαγωγών ήταν σωστή				
Περιβάλλον Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών				
7. το περιβάλλον του δωματίου των επειγόντων ήταν ήρεμο και ήσυχο				
8. το δωμάτιο των επειγόντων ήταν καλά εξοπλισμένο				
9. το περιβάλλον του δωματίου των επειγόντων ήταν καθαρό/υγιεινό				
Ικανοποίηση από θεράποντα ιατρό				

10. ο γιατρός μου μίλησε για τη θεραπεία μου				
11. η συμπεριφορά του γιατρού ήταν γεμάτη σεβασμό				
12. η εξήγηση που μου έδωσε ο γιατρός για το υπόλοιπο της θεραπείας μου ήταν επαρκής				
13. ο γιατρός δαπάνησε επαρκή χρόνο για να με εξετάσει				
Γενική ικανοποίηση ασθενούς				
14. ο χρόνος αναμονής πριν δω το γιατρό ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια				
15. ο χρόνος αναμονής πριν τη διαδικασία εισαγωγής ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια				
16. θα σύστηνα το συγκεκριμένο νοσοκομείο στον περίγυρό μου				
17. είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα υπηρεσιών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών				
18. το τμήμα επειγόντων σε αυτό το νοσοκομείο λειτουργεί καλά				
Ικανοποίηση οικογένειας ασθενούς				
19. σε αυτό το νοσοκομείο φέρθηκαν με σεβασμό στην οικογένεια του ασθενούς				
20. η οικογένεια είναι σε θέση να περάσει αρκετό χρόνο δίπλα στον ασθενή				

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΦΥΛΟ:

α. Άνδρας

β. Γυναίκα

2. Ηλικία

α. 18-25

β. 26-35

γ. 36-45

δ. 46-55

ε. 55-65

στ 65+

3. οικογενειακή κατάσταση

α. άγαμος/η

β. Έγγαμος/η

γ. Διαζευγμένος

δ. Χήρος

4. Έχετε παιδιά

α. ναι

β. όχι

5. Επίπεδο μόρφωσης:

α. δημοτικό

β. γυμνάσιο

γ. λύκειο

δ. φοιτητής/ρια

ε. Μεταλυκειακές σπουδές/Κολλέγιο κλπ

στ. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ

ζ. κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδάμη, Β. (2012) Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με τίτλο: «Μελέτη ικανοποίησης ασθενών σε τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η περίπτωση του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης». Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Ασκητοπούλου, Ε. (2004). <<Επείγουσα Και Εντατική Ιατρική>> Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Βενιού Α., Τεντολούρης Ν., (2013) << Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία

ιατρού-ασθενούς.>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Γούλα Α., Κέφης Β., Δημάκου Σ., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., (2014).

<<Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο, Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης.>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ (ΦΕΚ 129 Α΄) Ν. 3868/10 (Αριθμ.Απόφ. Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869 Αρ. Φύλλου 874 20 Μαρτίου 2012)

Θηραίος, Ε. «Στελέχωση του ΤΕΠ: ο ρόλος του γενικού ιατρού» available at :http://slideplayer.gr/slide/2606438/

στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ

Καραμπίνης Α., Κουκουλίτσιος Γ., (2006) Ημερίδα «Οδική Ασφάλεια και Ε.Κ.Α.Β. Μετά το ατύχημα τι;», Δημιουργία Τ.Ε.Π.(Τμήματα Επειγόντων περιστατικών) Αθήνα.

Κρασνοστάν, Κ. & Μπίστα, Π.Ν. (2016) Πτυχιακή εργασία με θέμα: «Ικνοποίηση ασθενών σπό τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ευρωκλινική Αθηνών». ΑΤΕΙ Πελοποννήσου, Σχολή Διοίκησης & Οικονομίας, τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών.

Κτενά, Σ.Η. (2012). «Αποδοτικός σχεδιασμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό μιας νοσοκομειακής μονάδας μέσω της πρόβλεψης ημερήσιων επειγόντων περιστατικών».σελ.13-14,118, Διπλωματική εργασία. Copyright © Σοφία – Ήρα Κτενά

Λάμπρου Π. (2005). «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: οργάνωση και λειτουργία, Mediforce, Αθήνα, Έκδοση Α΄ σ.σ. 50-56

Λυδάκης Χ., Πατραμάνης Ι., Λαυρεντάκη Κ., Καραβιτάκη Μ., Νεοφώτιστος Γ., (2014). <<Συνωστισμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Σωτηριάδου, Χ. (2014) «Νοσηλευτική ηλεκτρονική διαχείριση των περιστατικών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών-Διαλογή ασθενών», Διπλωματική Εργασία

Τσούνης Α., Σαράφης Π., (2014). <<Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας>>, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

ΦΕΚ 37/Α/01 Ν. 2889/2001, Ικανοποίηση Ασθενών στα Πλαίσια του Ν. 2889/2001

ΦΕΚ 874/Β/06.03.2012 Αριθμ. Πρωτ.: Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869 (2012).

ΔΙΕΘΝΗΣ

Agency for Healthcare Research and Quality Web Page https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esi1.html 2017

American College of Emergency Physicians (2010). ACEP policy statements: Triage scale standardization. Dallas, TX: American College of Emergency Physicians. Retrieved June 1, 2011

Australasian College for Emergency Medicine. (2007) «Guidelines on Emergency Department Design», March, pp. 1-25

Australian College for Emergency Medicine (2005), Australian

Avera, “Emergency and trauma services” Web Page http://www.avera.org/services/emergency-trauma -2017

Bjorvell H, Steig J. Patients’ perceptions of the healthcare received in an emergency department. Ann Emerg Med 1991;20:734–8

Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, et al. Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. Am J Emerg Med 2000;18:394–400.

Bullard MJ, Urger b. The CTAS National world groop Revision to the Canadian emergency department triage and acuilty scale CTAS,2008.

Emergency Department Benchmarks and Best Practice in PRACTICES A Report of the Premier ED Survey Findings January (2006

Emergency Departments Guidelines for Triage Education and Practice, July (2001)

EUSEM. (2007). PolicyStatement

Falkson CB, Baetz TD. Using information technology (IT) to improve communication between the emergency room and cancer clinic. J Clin Oncol. 2016;34(7_suppl):158

Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A. et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence.Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011;19:42

http://www.triagenet.net/classroom

Gilboy N. RN MS Reliability and Validity of a New Five-level Triage Instrument Richard c. Wuerz, md, leslie w. Milne, md, david r. Eitel, md, mba, debbie travers, rn, msn. 1999

Hao Wang, Jeffrey A Kline, Bradford E Jackson, Richard D Robinson, Matthew Sullivan, Marcus Holmes, Katherine A Watson, Chad D Cowden, Jessica Laureano Phillips, Chet D Schrader, JoAnna Leuck, Nestor R Zenarosa, The role of patient perception of crowding in the determination of real-time patient satisfaction at Emergency Department, International Journal for Quality in Health Care, Volume 29, Issue 5, October 2017, Pages 722–727, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx097

Healthit 2017 WebPage

https://www.healthit.gov/providers-professionals/faqs/what-electronic-health- record-ehr(2017)

I-Triage Health Web Page http://about.itriagehealth.com/company-info/mission-vision

Legramante JM, Morciano L, Lucaroni F et al. Frequent Use of Emergency Departments by the Elderly Population When Continuing Care Is Not Well Established. PLoS One. 2016;11(12):e0165939

McCaughey D, Erwin CO, DelliFraine JL. Improving Capacity Management in the Emergency Department: A Review of the Literature, 2000-2012. J Healthc Manag. 2015;60(1):63-75

Morgan A, Shackley P, Pickin M, et al. Quantifying patient preferences for out of hours primary care. J Health Serv Res Policy 2000;5:214–18.

Potter MA, Miner KR, Barnett DJ et al. The evidence base for effectiveness of preparedness training: a retrospective analysis. Public Health Rep. 2010;125 Suppl 5:15-23

Parenti N, Reggiani ML, Iannone P, Percudani D, Dowding D (2014). A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. Int J Nurs Stud, 51:1062-1069.

Society for Emergency Medicine 2005, available at: http://www.acem.org.au/).

Niakas, D., Gnardellis, C., Theodorou, M. (2004), Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey, Health Services Management Research, 17 (1), 62 - 69.

Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Meloni F, Steinmetz N, Alvarez F. Uninsured immigrant and refugee children presenting to Canadian paediatric emergency departments: Disparities in help-seeking and service delivery. Paediatr Child Health. 2013;18(9):465-9

Saeedi M, Hajiseyedjavadi H, Seyedhosseini J, Eslami V, Sheikhmotaharvahedi H. Comparison of endotracheal intubation, combitube, and laryngeal mask airway between inexperienced and experienced emergency medical staff: A manikin study. Int J Crit Illn Inj Sci. 2014;4(4):303-8

Soleimanpour, H., Gholipouri, C., Salarilak, S. et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. Int J Emerg Med 4, 2 (2011). https://doi.org/10.1186/1865-1380-4-2

Subbe CP, Kellett J, Whitaker CJ, Jishi F, White A, Price S, Ward-Jones J, Hubbard RE, Eeles E, Williams L (2014). A pragmatic triage system to reduce length of stay in medical emergency admission: feasibility study and health economic analysis. Eur J Intern Med, 25:815-820.

Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, et al. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. J Behav Med 1998;21:545–63.

Yoon HS, Sok SR. Experiences of violence, burnout and job satisfaction in Korean doctors and nurses in the emergency medical centre setting. Int J Nurs Pract. 2016;22(6):596-604