

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**



**ΣΧΟΛΗ Σ.Δ.Ο
ΤΜΗΜΑ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ**

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΙΛΤΙΑΔΟΥΣ ΜΑΡΙΛΕΝΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΚΑΙΤΗ ΜΠΟΓΚΑ –ΚΑΡΤΕΡΗ**

**Θεσσαλονίκη
Φεβρουάριος 2011**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ 4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ 5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	σελ 7
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	σελ 8
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	σελ 9
ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	σελ 10

ΜΕΡΟΣ Ι

1. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

1.1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ	σελ 11
1.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.....	σελ 14
1.3 ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	σελ 21
2. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	σελ 28
2.1 ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	σελ 37
2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	σελ 45
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	σελ 53

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

3.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ
ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ(ΑΜΕΡΙΚΗ,ΚΑΝΑΔΑ)σελ 57

3.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ,ΚΑΙ
ΠΟΙΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥΣσελ 61

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

4. ΕΡΕΥΝΑ.....σελ 73

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣσελ 73

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑσελ 74

4.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟσελ 74

4.4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑσελ 90

4.5 ΛΥΣΕΙΣσελ 93

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ 98

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ σελ 102

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

"Ποια είναι η "γυναίκα " που ο Έλληνας πληρώνει πολύ ακριβά χωρίς ωστόσο να καταφέρνει να την κατακτήσει και που το κράτος τον <<παροτρύνει >> να την πληρώσει περισσότερο προκειμένου να την έχει δική του ; Η... υγεία. Αυτό αποδεικνύουν οι αμείλικτοι αριθμοί των διεθνών και ευρωπαϊκών οργανισμών που μετρούν τους δείκτες υγείας των κρατών μελών της Ε.Ε. Ο συγκεκριμένος τομέας στη χώρα μας φαίνεται να ασθενεί βαρέως και να βρίσκεται στην εντατική του ευρωπαϊκού <<νοσοκομείου>>" (Τσώλη,2003)

Μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία πραγματοποιήθηκε αλλά και από έρευνα η οποία διεξήχθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης βγήκαν κάποια συμπεράσματα για την λειτουργία των ΤΕΠ των νοσοκομείων της Ελλάδας αλλά και για την λειτουργία των ΤΕΠ στα νοσοκομεία του εξωτερικού. Βρέθηκαν ποιές είναι οι αιτίες συμφόρησης των τμημάτων αυτών και πώς μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Όλα τα δεδομένα και τα συμπεράσματα αναφέρονται στην εργασία, ξεκινώντας πρώτα από το τι είναι Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), πώς λειτουργούν τα τμήματα αυτά, ποιά πρέπει να είναι η στελέχωση τους και ποιά η αρχιτεκτονική τους. Ένα σημαντικό κεφάλαιο είναι και το ποιοι είναι οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική λειτουργία των τμημάτων αυτών. Παραθέτονται επίσης στοιχεία από την βιβλιογραφία σχετικά με τα επιστημονικά δεδομένα . Στο τελευταίο μέρος δίνετε έρευνα η οποία έγινε και δίνει απαντήσεις σε μερικά ερωτήματα που απασχόλησαν κατά την διάρκεια της εργασίας .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι "η Διαχείριση του Τμήματος επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία" σε σύγκριση με τα Νοσοκομεία του Εξωτερικού. Σκοπό της ήταν η ανάδειξη του τμήματος των επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), πώς πρέπει να λειτουργεί και ποια τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Το θέμα αυτό επηρεάζει όλα τα νοσοκομεία που έχουν τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η "Υγεία παίζει" σημαντικό ρόλο στην ζωή όλων μας και πόσο μάλλον όταν καθημερινά χιλιάδες συμπολίτες μας χρειάζονται άμεση ιατρική φροντίδα.

Η πτυχιακή εργασία επικεντρώθηκε στα ουσιώδη για την στελέχωση και λειτουργία των ΤΕΠ, την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και στην μεγάλη έλλειψη σε είδη πρώτης ανάγκης, στην έλλειψη ή μη καλή λειτουργία των μηχανημάτων καθώς και στην ανύπαρκτη οργάνωση του τμήματος γενικά.

Χιλιάδες συμπολίτες μας καθημερινά συρρέουν στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, και αντιμετωπίζουν τις πολυάριθμες ώρες αναμονής. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών είναι ζήτημα υψίστης σημασίας για την αξιοπιστία κάθε συστήματος υγείας.

Η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η έλλειψη γνώσεων που απαιτούνται για τον τομέα της άμεσης και γρήγορης περίθαλψης είναι μερικά από τα θέματα που έχουν μελετηθεί και αναπτυχτεί στα επόμενα κεφάλαια.

Οι πληροφορίες και οι γνώσεις που πάρθηκαν πάνω σε αυτό το θέμα βοήθησαν στο να κατανοηθούν και να αναπτυχτούν θέματα που αφορούν τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών .

Στο πρώτο μέρος αναφέρετε τι είναι ΤΕΠ ,πώς είναι στελεχωμένο ένα ΤΕΠ, για το πώς πρέπει να είναι η λειτουργία των ΤΕΠ αλλά και ποια η σωστή στελέχωση τους σύμφωνα με τους νόμους και τους κανόνες ασφάλειας .

Στη συνέχεια αναφέρονται κάποια παραδείγματα επειγόντων περιστατικών στην Αμερική και Καναδά, για το πώς λειτουργούν σε αυτές τις χώρες τα τμήματα αυτά και ποιές λύσεις βρήκαν για να διορθώσουν την οργάνωση τους και την ομαλότερη λειτουργία τους.

Στο επόμενο κεφάλαιο δίνεται η έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε και τα αποτελέσματα τα οποία εξήχθησαν. Υπάρχει το ερωτηματολόγιο το οποίο μοιράστηκε στα άτομα που επισκέφτηκαν το τμήμα αυτό και κάποιες πληροφορίες στις οποίες έγινε μια επεξεργασία και βγήκαν τα αποτελέσματα σχετικά με τα ΤΕΠ και την διαχείριση τους.

Στο τέλος αναφέρονται τα συμπεράσματα αλλά και κάποιες λύσεις οι οποίες βρέθηκαν μέσα από την βιβλιογραφική έρευνα.



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους με βοήθησαν στην συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτρια μου κυρία Καίτη Μπόγκα-Καρτέρη για την καθοδήγηση της και την μεγάλη βοήθεια που μου έδωσε με τις συμβουλές της και τις παρατηρήσεις της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κύριο Χρίστο Δ. Τσιότρα Προϊστάμενο στο ΤΕΠ του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης για όλες αυτές τις πληροφορίες που μου έδωσε, πάνω στο θέμα που μελετούσα.

Ευχαριστώ θα ήθελα να πω επίσης στον καθηγητή μου Δρ. Νικόλαο Εξαδάκτυλο που με την βοήθεια του κατάφερα να έρθω σε επαφή με τα κατάλληλα (αρμόδια) πρόσωπα έτσι ώστε να συλλέξω αρκετές πληροφορίες για την πτυχιακή μου.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών(ΤΕΠ κατά την Wikipedia είναι τμήμα Νοσοκομείου ή μονάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας για την αρχική αντιμετώπιση των ασθενών με ένα ευρύ φάσμα νόσων και κακώσεων κάποιες από τις οποίες είναι απειλητικές για τη ζωή και απαιτούν άμεση φροντίδα)
- ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- ΕΚΑΒ: Ελληνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
- ΜΑΦ: Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
- ΜΜΕ: Μέσα Μαζική Ενημέρωσης

ΑΓΓΛΙΚΕΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- EDs: EMERGENCY DEPARTMENTS
- Triage: Άμεση Διαλογή
- EuSEM: European Society for Emergency Medicine=Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής
- BLS: Basic Life Support= Βασική Υποστήριξη της Ζωής
- ALS: Advanced Life Support
- ALTS: Advanced Trauma Life Support
- ALPS: Advanced Paediatric Life Support
- AIDC: Automatic identification and data capture

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

- ΠΙΝΑΚΑΣ 1** :Όρια χρόνων αναμονής από την ώρα άφιξης του ασθενή μέχρι το εξιτήριοσελ 22
- ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Αποτελέσματα κίνησης ασθενών από την πρωινή λειτουργία των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης το 2006σελ 24
- ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Σύγκριση μεταξύ της κύριας και της ειδικής εφημερίας του 2006 και της γενικής και ειδικής εφημερίας του 2004σελ 25
- ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Εξετασθέντες ασθενείς κατά την λειτουργία του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Θεσσαλονίκηςσελ 25
- ΠΙΝΑΚΑΣ 5 :** Σύνολο εξετασθέντων σε 4 ειδικότητες στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο Θεσσαλονίκηςσελ 26
- ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Εξετασθέντες ασθενείς σε εφημερία του Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκηςσελ 26
- ΠΙΝΑΚΑΣ 7 :** Κατηγορίες διαχωρισμού triageσελ 31
- ΠΙΝΑΚΑΣ 8 :** Στελέχωση Νοσηλευτικής Μονάδασελ 35
- ΠΙΝΑΚΑΣ 9 :**Χρόνος διαλογής ασθενώνσελ 51
- ΠΙΝΑΚΑΣ 10 :** Προτεινόμενη Κλίμακα Διαλογής επειγόντων περιστατικών ανάλογα με το είδος περιστατικούσελ 52
- ΠΙΝΑΚΑΣ 11:** Λόγοι καθυστερήσεων στα ΤΕΠσελ 55
- ΠΙΝΑΚΑΣ 12:** Μέσος χρόνος αναμονής για να δουν ένα γιατρόσελ 62
- ΠΙΝΑΚΑΣ 13:** Αριθμός Τμημάτων που λειτουργούν και πόσες επισκέψεις δέχονται από το 2001-2006σελ 65
- ΠΙΝΑΚΑΣ 14:** Ποσοστό επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από την ώρα που εισέρχεται ο ασθενής στο ΤΕΠ και περιμένει να δει ένα γιατρό από το 2003 -2006σελ 69

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:** Ετήσιες επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Αμερικήσελ 58
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2:** Ώρες αναμονής ασθενών σε λεπτά και πόση ώρα χρειάζονταν για περίθαλψησελ 59
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3:** Ο αριθμός των ασθενών που φτάνει στα επείγοντα περιστατικά κάθε ώρα της ημέρας το 2006 και τι γίνεται με αυτόν τον ασθενήσελ 60
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4:** Ώρα αναμονής για τα επείγοντα περιστατικά τις χρονιές 1991 και 2001σελ 63
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5:** Ποιοί είναι οι ασθενείς που επισκέπτονται συχνά τα επείγοντα περιστατικάσελ 63
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6:** Ποσοστά των υπηρεσιών των ΤΕΠ στην πρωτεύουσα και σε άλλες περιοχές της Αμερικής (συνδέονται με το κείμενο)σελ 66
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7:** Ποσοστά των υπηρεσιών των ΤΕΠ στην πρωτεύουσα και σε άλλες περιοχές της Αμερικής (συνδέονται με το κείμενο)σελ 66
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8:** Ποσοστό επισκέψεων στα ΤΕΠ κατά επίπεδο κρισιμότητας περιστατικού το 2006 στην Αμερικήσελ 67

1.1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ

Επείγουσα ιατρική είναι μια σχετικά νέα ειδικότητα που έχει εξελιχθεί σε έναν τομέα της ιατρικής που εστιάζει στη διαχείριση και την αξιολόγηση σε κρίσιμη κατάσταση των τραυματισμένων ασθενών ή πασχόντων ασθενών. Επείγουσα ιατρική έχει σχεδιαστεί για να παρέχει ιατρική φροντίδα στο το ευρύ κοινό 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, κάθε μέρα του χρόνου. Η επείγουσα ιατρική έχει την πόρτα της ανοικτή σε ασφαλισμένους και ανασφάλιστους.

Όλοι οι ελθόντες που φθάνουν στο τμήμα αυτό αξιολογούνται χωρίς οικονομική οθόνη. Ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, την εθνικότητα, το φύλο ή την εθνικότητα τους. Το πρόσωπο που φτάνει στο τμήμα θεωρείται και αντιμετωπίζεται άμεσα. Εγγυάται προσιτή ιατρική περίθαλψη και υπηρεσίες για το ευρύτερο κοινό. (Hirshon, J. M. & et all, 2006)

"Η επείγουσα ιατρική παραδοσιακά βασίζετε στα αναπτυγμένα κράτη σε δύο διαφορετικές πρακτικές. Η πρώτη, γνωστή ως Άγγλο – Αμερικανική, χρησιμοποιεί ειδικευμένα τμήματα επειγόντων περιστατικών και Προνοσοκομειακές Υπηρεσίες Επείγουσας Ιατρικής που χρησιμοποιούν εκπαιδευόμενους “διασώστες” (paramedics). Η δεύτερη, γνωστή ως Γάλλο – Γερμανική, βασίζετε σε ένα πολύ καλά οργανωμένο προνοσοκομιακό σύστημα Υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής με γιατρούς, που όμως έχει μια στοιχειώδη οργάνωση της νοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής. Η τελευταία πρακτική είναι αυτή που εφαρμόζετε και στην Ελλάδα από το 1985, έτος που ιδρύθηκε επίσημα το Ελληνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) ως ΝΠΔΔ που υπάγεται στην εποπτεία του υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (Ν.1579/85)" (Ασκητοπούλου, 2009)

Ένα επιτυχημένο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι σαν μια καλολαδωμένη μηχανή, με κάθε μέρος της να κάνει συγκεκριμένη δουλειά αποτελεσματικά, έτσι ώστε να μην καταρρεύσει και να συνεχίσει να λειτουργεί ομαλά. Ενώ οι περισσότερες καταστάσεις που εξετάζονται σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών μπορεί να φαίνεται σχετικά μικρές και εύκολα ιάσιμες, άλλες συνθήκες απαιτούν οι γιατροί έκτακτης ανάγκης ξέρουν πώς να ενεργοποιούν αμέσως τις σωστικές διαδικασίες.

ΤΕΠ :Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

"Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) το ΤΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό»." (Ασκητοπούλου ,2009)

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

Οι πολίτες των προηγμένων χωρών θεωρούν αναφαίρετο δικαίωμά τους την κρατική προστασία από κάθε αιφνίδια απειλή για τη ζωή τους.

Ένα καλά οργανωμένο πλέγμα προστασίας κινητοποιείται στον ταχύτερο δυνατό χρόνο από τον τόπο του συμβάντος έως τον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό όπου και διακομίζεται ο αιφνιδίως πάσχων. Το πλέγμα αυτό συνιστά την αποκαλούμενη διεθνώς *αλυσίδα επιβίωσης* που ταυτίζεται με την έννοια της Επείγουσας Ιατρικής. 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. (Ασκητοπούλου, 2009)

Σκοποί που υπηρετεί ένα ΤΕΠ:

α) Υποδέχεται, διαγιγνώσκει και προβαίνει σε άμεση διαλογή (triage) με κριτήριο την βαρύτητα των προσερχόμενων ασθενών.

β) Παρέχει άμεση πολυδύναμη και υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε επείγουσες περιπτώσεις πασχόντων από οξείες ή απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή.

γ) Νοσηλεύει σε δικούς του χώρους:

- Ασθενείς των οποίων το πρόβλημα μπορεί να επιλυθεί σε λίγες ώρες χωρίς την ανάγκη εισαγωγής στο Νοσοκομείο.

- Αμφίβολες περιπτώσεις ως προς την διάγνωση, έως ότου διευκρινισθεί και αποφασισθεί η περαιτέρω πορεία τους, νοσηλεύοντας τα στην βραχεία νοσηλεία.

- Αντιμετωπίζει ασθενείς που χρειάζονται άμεση και προωθημένη αντιμετώπιση (π.χ. μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, καρδιακό monitoring, αιμοδυναμική υποστήριξη) με δικά του μέσα στους δικούς του χώρους έως ότου ο ασθενής οδηγηθεί στη συνέχεια στο ανάλογο τμήμα, σταθερός και ελεγχμένος απεικονιστικά.

Επίσης:

- ✓ Προβαίνει σε διαχωρισμό των περιστατικών που κρίνονται ότι έχουν ανάγκη νοσηλείας, επιλέγοντας την αρμόζουσα ειδικότητα και ενημερώνει το τμήμα στο οποίο θα νοσηλευθούν.

✓ Κατευθύνει τους ασθενείς με μη-επείγοντα προβλήματα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

✓ Οργανώνει και συντονίζει το μαζικό ατύχημα ή τις μαζικές καταστροφές στην υγειονομική περιφέρεια που αυτό καλύπτει.(Ασκητοπούλου, 2009)

1.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Υ4α/οικ. 117448/2007 - ΦΕΚ 1900/Β'/14.9.2007

Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του άρθρου 6 παρ. 5 του ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις » (Φ.Ε.Κ. Α 37).

2. Το άρθρο 90 του «Κώδικα νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα», που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του π.δ/τος 63/2005 (Α 98) και το γεγονός ότι από την εφαρμογή των διατάξεων της παρούσας απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

1. Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) ως διατομεακό τμήμα αυτού.

2. Το Τ.Ε.Π. λειτουργεί κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας όλο το 24ωρο τις δε υπόλοιπες εργάσιμες ημέρες μόνο κατά το πρωινό ωράριο.

3. Στο Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. προΐσταται ιατρός με βαθμό Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ, ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση - διοίκηση - συντονισμό του έργου της εφημερίας.

4. Το Τ.Ε.Π. στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το Τμήμα αυτό, καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

4.1. Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με ιατρικό προσωπικό συνιστώνται: Μία θέση Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση - διοίκηση - συντονισμό του έργου της εφημερίας, μία θέση Επιμελητή Α, και μία θέση Επιμελητή Β του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Χειρουργικής ή Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας ή Ορθοπαιδικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση - διοίκηση - συντονισμό του έργου της εφημερίας.

4.2. Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου ώστε η ελάχιστη στελέχωση του Τ.Ε.Π. σε ιατρικό προσωπικό να είναι ένας Διευθυντής , δύο Επιμελητές Α και τέσσερις Επιμελητές Β. Με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του ν. 2889/2001 όπως ισχύει όπως ισχύει και γνώμη του Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και λαμβάνοντας υπόψη την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και τον μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών, καθορίζεται ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται για την επιπλέον στελέχωση του Τ.Ε.Π..

4.3. Μέχρι τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων που αναφέρονται στην παρ. 4.1 καθώς και για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με το ιατρικό προσωπικό που αναφέρεται στην παρ. 4.2, τηρείται η ακόλουθη διαδικασία:

Για τη θέση προϊσταμένου Τ.Ε.Π. υποβάλλουν αίτηση και πλήρες βιογραφικό σημείωμα εντός δέκα ημερών από τη δημοσίευση σχετικής πρόσκλησης του Διοικητή ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του ν. 2889/2001 όπως ισχύει, γιατροί Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή ή Αναπληρωτή Διευθυντή. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων με κριτήρια:

α) την επιστημονική επάρκεια, η οποία τεκμηριώνεται από το επιστημονικό και κλινικό έργο του υποψηφίου

β) τη διοικητική ικανότητα, η οποία τεκμηριώνεται από προηγούμενη θητεία του σε θέσεις διοικητικής ευθύνης

γ) την εμπειρία και γνώση του στην επείγουσα ιατρική, η οποία τεκμηριώνεται είτε από πιστοποιητικό επάρκειας στην επείγουσα ιατρική

είτε από τη θητεία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας ή της αλλοδαπής ή από τη θητεία στο ΕΚΑΒ

δ) την εξειδίκευση σε ΜΕΘ.

Ο πίνακας αξιολόγησης των υποψηφίων υποβάλλεται στο Διοικητή του νοσοκομείου ή στο Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του ν. 2889/2001. Ο Διοικητής του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του ν. 2889/2001 όπως ισχύει με απόφασή του τοποθετεί ως προϊστάμενο Τ.Ε.Π. έναν από τους τρεις πρώτους στον πίνακα χωρίς να δεσμεύεται από τη σειρά εγγραφής.

Εάν δεν υποβληθούν αιτήσεις μέσα στην αποκλειστική προθεσμία των δέκα ημερών, ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζεται από τον Διοικητή του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του ν. 2889/2001 όπως ισχύει μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

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

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

4.4. 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..

4.5. Η κάλυψη των αναγκών του Τ.Ε.Π. με μη ιατρικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας γίνεται βάση μηνιαίου προγράμματος που καταρτίζεται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με το Διευθυντή του Τ.Ε.Π..

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

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

Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η προϋπηρεσία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης καθώς και η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας.

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

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

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

6. Στο χώρο διαλογής, υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλεύτριες και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής του τον κατευθύνουν στους χώρους του Τ.Ε.Π.. Οι απειλητικές για τη ζωή και υπέρ-επείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π..

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

α. του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθησή του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.

β. οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του Τ.Ε.Π. για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωση του τμήμα

γ. εισάγεται στο οικείο με την πάθησή του τμήμα

δ. διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο κατόπιν συνεννόησης με τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

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

Με ευθύνη του Διευθυντή του Τ.Ε.Π. καταγράφονται σε ειδικό έντυπο και σε ηλεκτρονική μορφή τα στοιχεία των προσερχόμενων ασθενών, καθώς και η πορεία εξέλιξης των.

7. Με ευθύνη του Διοικητή του νοσοκομείου, του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και του προϊσταμένου του Τ.Ε.Π. 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 Τ.Ε.Π. ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

8. Οι προϊστάμενοι των Τ.Ε.Π. ενημερώνουν το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ για τον αριθμό των κενών νοσηλευτικών κλινών, τον αριθμό των κενών κλινών ΜΕΘ και τον αριθμό των περιστατικών που υποδέχεται 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 Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου προς το οποίο κατευθύνεται το ασθενοφόρο και παρέχει και τις σχετικές πληροφορίες ως προς το περιστατικό.

Κάθε περιστατικό που διακομίζεται με το ΕΚΑΒ πρέπει να παραλαμβάνεται ενυπόγραφα από τον Προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον Αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

9. Η ισχύς της παρούσας απόφασης αρχίζει από την ημερομηνία που θα δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και καταργείται η υπ' αριθμ. η Υ4α/οικ. 4472/2003 υπουργική απόφαση «Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας του τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.» (32'Β).(Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2007)

1.3 ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Τα επείγοντα στα ελληνικά νοσοκομεία

Στην Ελλάδα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών αποτελούνται από μια τελείως παραμελημένη πραγματικότητα των ελληνικών

νοσοκομείων. Και όμως τα ΤΕΠ αποτελούν μια σημαντική πύλη εισόδου ασθενών στο νοσοκομείο και τη Λυδία λίθο όχι μόνο του νοσοκομείου αλλά και ολοκλήρου του συστήματος υγείας, καθώς διακινούν ανά εφημερία ισάριθμους περίπου ασθενείς προς τον αριθμό των νοσηλευτικών κρεβατιών ενός νοσοκομείου. Όλο και περισσότεροι γιατροί, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, διαπιστώνουν πλέον ότι στο αντικείμενο της επείγουσας και εντατικής ιατρικής «η εντατική θεραπεία έχει φτάσει στο μέγιστο της απόδοσης της και ότι το μυστικό για την βελτίωση της έκβασης του οξέως και βαρέως πάσχοντα πρέπει να αναζητηθεί στην εντατική ιατρική.»(Ασκητοπούλου, 2009)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Όρια χρόνων αναμονής από την ώρα άφιξης του ασθενή μέχρι το εξιτήριο

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

Τις μέρες των εφημεριών στα ΤΕΠ υπάρχει μεγάλος συνωστισμός σε ολόκληρη την χώρα. Συγκεκριμένα στην Θεσσαλονίκη το σύνολο των εφημεριών (πρωινή λειτουργία ,κύρια εφημερία ,ειδική εφημερία) των

νοσοκομείων, κατά το 2006, στα ΤΕΠ προσήλθαν 554.869 ασθενείς, από τους οποίους οι 85.119 εισήλθαν σε αντίστοιχες με το πρόβλημα υγείας τους κλινικές. Από το συνολικό αυτό αριθμό, μόνο οι 21.035 χρησιμοποίησαν την υπηρεσία του ΕΚΑΒ, για την διακομιδή τους στο νοσοκομείο. (Βλέπετε πίνακες 2-6 που αφορούν τα ΤΕΠ των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης)

Το Ιπποκράτειο νοσοκομείο εμφανίζεται να εισπράττει το μικρότερο ποσοστό αποφόρτισης. Η θέση του στο κέντρο της πόλης και η δυνατότητα πρόσβασης από όλη την ανατολική περιφέρεια του νομού Θεσσαλονίκης, η ύπαρξη περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων, μεταξύ των οποίων βασικές, όπως παιδιατρική, μαιευτική/γυναικολογίας, ουρολογική κτλ., είναι οι αιτίες της μειωμένης αποφόρτισης.

Όταν το Ιπποκράτειο είναι νοσοκομείο πρωινής λειτουργίας καταγράφει αυξημένη προέλευση σε σύγκριση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία όπως Παπαγεωργίου και Παπανικολάου.

"Η αριθμητική διαφορά του Ιπποκρατείου, σε σχέση με το ΑΧΕΠΑ, μονολότι έχουν κοινά χαρακτηριστικά, οφείλεται στους εξής λόγους :

1) το ΑΧΕΠΑ βρίσκεται εντός της Πανεπιστημιούπολης ,ενώ το Ιπποκράτειο βρίσκεται σε δομημένο (ασφυκτικά) σημείο της Θεσσαλονίκης

2) στην ύπαρξη βασικών ειδικοτήτων παιδιατρικής, μαιευτικής γυναικολογίας, ορθοπδικής και ουρολογίας, που διαθέτει το Ιπποκράτειο" (Μακρίδου-Βαρδαβέξη, και άλλοι 2008)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2:

Αποτελέσματα κίνησης ασθενών από την πρωινή λειτουργία των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης το 2006.

ΠΥΛΩΝΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΕΙΣ	ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΕ ΙΣ ΠΡΩΙΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Α ΠΥΛΩΝΑΣ	ΑΧΕΠΑ	78715	18265
	ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	42509	12055
Β ΠΥΛΩΝΑΣ	ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	91153	16819
	Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	66281	12533
Γ ΠΥΛΩΝΑΣ	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	141260	27653
	Β'ΙΚΑ-ΠΑΝΑΓΙΑ	20203	
Δ ΠΥΛΩΝΑΣ	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	66887	16100
	ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	35744	4538
ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΥΛΩΝΩΝ	ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	12117	
	ΣΥΝΟΛΟ	554869	107963

(Μακρίδου-Βαρδαβέξη, και άλλοι 2008)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3:

Σύγκριση μεταξύ της κύριας και της ειδικής εφημερίας του 2006 και της γενικής και ειδικής εφημερίας του 2004

ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ ΣΤΑ ΤΕΠ			
ΕΤΗ	ΑΧΕΠΑ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ
2004	78.142	125.305	70.592
2006	60.450	113.607	50.787
ΔΙΑΦΟΡΑ	17.692	11.698	19.805
%	22,64%	9,33%	28,05%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:

Εξετασθέντες ασθενείς κατά την λειτουργία του <<Ιπποκράτειου>>.

Εξετασθέντες ασθενείς	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ		
	Πρωινή λειτουργία	Κύρια Εφημερία	Ειδική Εφημερία
Σύνολο	27323	90733	22521

(Μακρίδου-Βαρδαβέξη, και άλλοι 2008)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5:

Σύνολο εξετασθέντων σε 4 ειδικότητες στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. (Μακρίδου-Βαρδαβέξη, και άλλοι 2008)

ΙΑΤΡΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ	ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ
Παιδιατρικό	21686
Μαιευτικό/Γυναικολογικό	16166
Ορθοπεδικό	17741
Ουρολογικό	3380
Σύνολο	58973

ΠΙΝΑΚΑΣ 6:

Εξετασθέντες ασθενείς σε εφημερία του Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκης .

Ιατρεία Επειγόντων	2004	2006	Πολλαπλάσια
Μαιευτικό/Γθναικολογικό	6925	16166	2,33
Παιδιατρικό	13432	21686	1,61
Ωτορινολαρυγγολογικό	12657	13614	1,07
Ορθοπεδικό	15574	17741	1,13
Ουρολογικό	3313	3279	1,5
Οφθαλμολογικό	10146	10048	1,5

(Μακρίδου-Βαρδαβέξη, και άλλοι 2008)

Ροή ασθενών στο ΤΕΠ

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

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

Ο συνωστισμός οφείλετε στη διαταραχή της ροής των ασθενών, που καθορίζεται από την ισορροπία μεταξύ της εισροής ασθενών, του χρόνου παραμονής στο ΤΕΠ και της εκροής των ασθενών. Η εισροή ασθενών, εξαρτάτε από τη διαλογή και το είδος των ασθενών σε αριθμό και βαρύτητα. Ο χρόνος παραμονής των ασθενών και των διεργασιών στο ΤΕΠ εξαρτάτε από το ιστορικό, την αρχική διάγνωση και την έναρξη αντιμετώπισης. Τέλος η εκροή ασθενών, εξαρτάτε από τις δυνατότητες

παρακολούθησης και βραχείας νοσηλείας και τα πρωτόκολλα εξόδου στο νοσηλευτικό τμήμα ή σπίτι.

Στη βελτίωση του προβλήματος του συνωστισμού των ασθενών στο ΤΕΠ πρέπει να βελτιωθεί η οργάνωση του ΤΕΠ και από πλευράς ταχύτητας διαλογής, αριθμού ανθρωπίνου δυναμικού και ευρύτητας διαγνωστικών αλλά και έκτασης της κτιριακής υποδομής ανάλογα με τις προσελεύσεις ασθενών." (Ασκητοπούλου, 2009)

2. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

"Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής «η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής θα αποκτήσει την πλήρη δυναμική της, όταν εξειδικευμένοι επειγοντολόγοι έχουν πλήρη δικαιοδοσία στη διαχείριση των φροντίδων που παρέχονται στους ασθενείς με επείγοντα προβλήματα και είναι υπεύθυνοι για την έκβαση αυτών των φροντίδων».

Ανάλογα με το επίπεδο του νοσοκομείου, τον αριθμό και την ποικιλία των ασθενών που υποδέχεται είναι και η διοικητική ανάπτυξη και στελέχωση του ΤΕΠ. Το προσωπικό του ΤΕΠ, πρέπει να επιλέγεται με αυστηρά κριτήρια (από τους μεταφορείς μέχρι τους γιατρούς) και μετά από προσωπική συνέντευξη, να εκπαιδεύεται συνεχώς, και να ακολουθεί συγκεκριμένα πρωτόκολλα δράσεις. Η στελέχωση πρέπει να περιλαμβάνει ανάλογα με το επίπεδο του νοσοκομείου:

- Μόνιμο εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό με αποκλειστική απασχόληση στο ΤΕΠ
- Μη μόνιμο ανακυκλούμενο, ανά π.χ. εξάμηνο, ιατρικό προσωπικό από τις βασικές ειδικότητες"(Ασκητοπούλου, 2009)

"Προκειμένου το κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εργαστεί στο ΤΕΠ θα πρέπει να θεσπιστούν κίνητρα για την προσέλκυση τους είτε για μόνιμη ή μη μόνιμη υπηρεσία.

Το μόνιμο προσωπικό του ΤΕΠ είναι αποκλειστικής απασχόλησης στο ΤΕΠ, και έχει την ειδικότητα/εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική (επειγοντολόγοι). Μέχρι την ανάπτυξη της εξειδίκευσης στην Επείγουσα Ιατρική αυτοί οι γιατροί μπορεί να προέρχονται από την Εντατική Θεραπεία και Αναισθησιολογία και έχουν πιστοποίηση σε προγράμματα υποστήριξης της ζωής όπως BLS,ALS ,ALTS και ALPS. Οι ειδικοί επειγοντολόγοι έχουν αποδειχτεί ότι μειώνουν περίπου κατά το ήμισυ όχι μόνον τον αριθμό των εισαγωγών αλλά και το κόστος των εξετάσεων.

Οι μόνιμοι γιατροί του ΤΕΠ δεν υποκαθιστούν αλλά συνεργάζονται, συνεπικουρούν και συντονίζουν το έργο των υπολοίπων ιατρικών ειδικοτήτων, ενώ έχουν την ευθύνη λειτουργίας του ΤΕΠ. Η επιλογή του ιατρικού προσωπικού πρέπει να γίνεται εκτός των προβλεπόμενων από το νόμο διαδικασιών και με προσωπική συνέντευξη για την αξιολόγηση των ειδικών χαρακτηριστικών που απαιτούνται για την άσκηση αυτής της ειδικότητας, έως κατάλληλη προσωπικότητα, αποδεδειγμένο ενδιαφέρον, πίστη και αφοσίωση στο αντικείμενο.

Το προσωπικό αυτό πρέπει να καλύπτει το ΤΕΠ σε καθημερινή 24ωρη βάση σε κυκλικό ωράριο ανά 12ωρο. Για αυτές τις ανάγκες απαιτούνται ένας Δ/ντής και 4-5 Επιμελητές σε εβδομαδιαία βάση: $14 \times 12 \text{ωρα} = 168 \text{ ώρες} / 48 \text{ωρο (ανά γιατρό)} = 3.5 \text{ γιατροί}$.

Δεν υπάρχουν προς το παρόν αρκετά δεδομένα και στοιχεία για το πιο είναι το πιο κατάλληλο οργανωτικό μοντέλο των ΤΕΠ για την ελληνική πραγματικότητα. Γι' αυτό η ανάπτυξη και οργάνωση των ΤΕΠ στην Ελλάδα θα πρέπει να γίνει προοδευτικά, χωρίς να ληφθούν άμεσα οριστικά μέτρα σχετικά με τη στελέχωση που πιθανά θα πρέπει να

τροποποιηθούν έτσι ώστε αφενός να εξασφαλιστεί μεσοπρόθεσμα καλύτερη και ταχύτερη υποδοχή, σταθεροποίηση και διαγνωστική προσπέλαση των επειγόντων, ενώ θα δοθεί χρόνος για τη δημιουργία κατάλληλων στελεχών." (Ασκητοπούλου,2009)

Διοικητική λειτουργία- γραμματεία του ΤΕΠ

Απαρτίζεται από διοικητικούς υπαλλήλους, με γνώση στην πληροφορική. Στο τμήμα αυτό καταχωρούνται δημογραφικά και ασφαλιστικά στοιχεία του ασθενή, εκτυπώνονται στην καρτέλα του ασθενή, όπου και τον συνοδεύει καθ όλη την παραμονή του στο χώρο του ΤΕΠ. Η συνολική διάρκεια της διοικητικής διεκπεραίωσης κάθε περιστατικού δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 5min. Στα περιστατικά κατηγορίας διαλογής κατεπείγοντα και επείγοντα η διοικητική διεκπεραίωση γίνεται εκ των υστέρων.

Στη περίπτωση που δεν είναι σε θέση να τα δώσει ο ασθενής, τότε την υποχρέωση αυτή αναλαμβάνει ο συνοδός ή ο διασώστης (τραυματιοφορέας ΕΚΑΒ). Αν δεν υπάρχει συνοδός αναγράφεται η λέξη «άγνωστος άνδρας ή γυναίκα» με αύξων αριθμό.

Μετά την πλήρη καταγραφή των στοιχείων, το μηχανογραφημένο περιβάλλον του γραφείου εκδίδει μηχανογραφημένο έντυπο «Προσέλευση ασθενή στα Τ.Ε.Π.», δίνει τον κωδικό αριθμό του ασθενή καθώς και κωδικό περιστατικού. Ο διοικητικός υπάλληλος δημιουργεί τον ατομικό ιατρικό φάκελο του ασθενή. Στη συνέχεια ο φάκελος του ασθενή παραδίδεται στην ομάδα που κάνει τη αξιολόγηση των περιστατικών με βάση τη βαρύτητά τους (triage). (Ασκητοπούλου ,2009)

(ΠΙΝΑΚΑΣ 7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

(Κατηγορίες διαχωρισμού triage)

Triage						
5 κατηγορίες κατάταξης						
	1	2	3	4	5	
Χρωματική Κατηγορία	Κόκκινο	Πορτοκαλί	Κίτρινο	Πράσινο	Μπλε	
Κλινική ταξινόμηση	Άμεσα αναζωογόνηση	Υπέρ-επείγον	Επείγον	Ημί-επείγον	Μη επείγον	
Ταχύτητα Αντιμετώπισης	Άμεση	Εντός 10'	Εντός 30-60'	Εντός 60-120'	Εντός 120-240'	

Ιατρικό προσωπικό

Η παροχή μιας υψηλής ποιότητας επείγουσας περίθαλψης απαιτεί όπως το ιατρικό προσωπικό των ΤΕΠ προέρχεται από γιατρούς που πρέπει να έχουν ειδική εκπαίδευση στην **Επείγουσα Ιατρική**, η να προέρχεται από ειδικότητες που έχουν σχέση με το επείγον.

Η εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική απαιτεί τουλάχιστον δύο χρόνια εμπειρία που αποκτάται μετά από πλήρη απασχόληση σε ένα Τμήμα που παρέχει Φροντίδα σε ένα ευρύ φάσμα Επειγόντων. Γιατροί που έχουν την βασική εκπαίδευση στην, Αναισθησιολογία Γεν.Χειρουργική, Εντατική Θεραπεία, Παθολογία, Παιδιατρική, είναι κατάλληλοι για εκπαίδευση και εξειδίκευση στην Επείγουσα ιατρική. Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που δεν είναι ειδικοί στην Επείγουσα Ιατρική

εμπλέκονται στη περίθαλψη των Επειγόντων και πλαισιώνουν το ΤΕΠ κάτω όμως από τον επικεφαλής και το μόνιμο προσωπικό του Τμήματος Επείγουσας Ιατρικής που είναι αναγνωρισμένοι ειδικοί σ' αυτό το Επιστημονικό πεδίο. Στις ΗΠΑ το 60% των γιατρών που επανδρώνουν τα ΤΕΠ είναι επειγοντολόγοι.

Οι γιατροί των ειδικοτήτων κινούνται μαζί προς τον άρρωστο και δεν περιπλανάτε ο άρρωστος στις διάφορες ειδικότητες για εξέταση. Ο γιατρός σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει την κλινική εξέταση των ασθενών για την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, παραγγέλλει διαγνωστικές εξετάσεις, θα χορηγήσει οδηγίες για άμεση θεραπεία, θα επανεκτιμήσει την κατάσταση και τέλος θα αποτιμήσει τα αποτελέσματα της θεραπείας. (Ασκητοπούλου, 2009, Καραμπίνης και άλλοι, 2006)

Διευθυντής του ΤΕΠ

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

β) Έχει την ευθύνη της εκπαίδευσης του υπηρετούντος προσωπικού δεδομένου ότι τα ΤΕΠ αποτελούν εκπαιδευτικά Τμήματα για την πρακτική άσκηση ιατρών που παρακολουθούν ολοκληρωμένα προγράμματα εκπαίδευσης στην Επείγουσα Ιατρική. (Καραμπίνης και άλλοι, 2006)

Νοσηλευτικό προσωπικό

Η κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας γενικά είναι από τα δυσκολότερα έργα λόγω της πολυπλοκότητας, των ειδικών προβλημάτων υγείας του πληθυσμού και της έλλειψης ή περίσσειας ορισμένων κατηγοριών και ειδικοτήτων προσωπικού.

Τα κύρια στελέχη του νοσηλευτικού προσωπικού προέρχονται από ανώτατες και ανώτερες σχολές Νοσηλευτικής και έχουν ειδική εκπαίδευση στην αντιμετώπιση Επειγόντων και βαρέων περιστατικών,(Χειρουργεία, Αναισθησιολογικό, ΜΕΘ,). Η πλαισίωσή τους γίνεται με επιλογή πρόσθετου νοσηλευτικού προσωπικού, κατά προτίμηση του νεωτέρου στην ηλικία, το οποίο εξειδικεύεται με κοινή μέριμνα του ιατρικού προσωπικού του ΤΕΠ και της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ακόμη πιο δύσκολη εξαιτίας πολλών παραγόντων που εμπλέκονται κυρίως από την μόνιμη σχεδόν, έλλειψη νοσηλευτών. Γεγονός είναι ότι υπάρχει έλλειψη καταρτισμένο νοσηλευτικού προσωπικού σε αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, με επίπτωση την ανεπαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και υποβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας.(Λανάρα, 2004), (Καραμπίνης και άλλοι, 2006)

(ΠΙΑΝΑΚΑΣ 8)

Ο αριθμός του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα του νοσοκομείου σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του και τον αριθμό των προσερχόμενων ασθενών,

(1 νοσηλευτής /5000επισκέψεις).

Η χώρα βρίσκεται στην τελευταία θέση σε ότι αφορά την αναλογία νοσηλευτών ανά 100.000 πληθυσμού (256,51 ανά 100.000), τη στιγμή

που στην πρώτη σε αναλογία χώρα της Ε.Ε ,τη Φιλανδία , η αναλογία είναι περίπου 2.179 ανά 100.000 κατοίκους. (Τσώλη, 2003)

Σύμφωνα με δεδομένα διεθνούς βιβλιογραφίας όσο αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στο ΤΕΠ απαιτούνται: (Μαλλιαρού, 2008)

- Ένας νοσηλευτής ανά δέκα προσερχόμενους ασθενείς σε μέρα εφημερίας, με μόνιμη απασχόληση στο ΤΕΠ.

- 4 νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με λιγότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας.

- 6-10 νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με περισσότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας.

Σύμφωνα με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ, έχει προσδιοριστεί ότι απαιτείται ένας τουλάχιστον διπλωματούχος νοσηλευτής για κάθε 5000 ετήσιες επισκέψεις ασθενών στο ΤΕΠ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Στελέχωση Νοσηλευτικής Μονάδας

Στελέχωση Νοσηλευτικής Μονάδας Χ			
Ωράριο :	7-3	3-11	11-7
Προϊστάμενος	1	Νοσηλευτές 3	Νοσηλευτής 1
Νοσηλευτές	5	Βοηθοί 2	Βοηθοί 2
Βοηθοί	3		
Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού	9	5	3

"Βοηθητικό προσωπικό

- Καθαριότητα, τραυματιοφορείς κτλ.

Διοικητική υποστήριξη

- Άτομα που εργάζονται στο μητρώο ασθενών, λογιστήριο, γραφείο πληροφοριών.

Προσωπικό για ψυχολογική υποστήριξη και μέριμνα πασχόντων ειδικών κατηγοριών.

Προσωπικό ασφαλείας.

- Για προστασία εργαζομένων, αλλά και ασθενών"

(Καραμπίνης και άλλοι, 2006)

Το μοντέλο στελέχωσης σε κάθε ΤΕΠ πρέπει να επιλέγεται με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως είναι τα εξής: (Μαλλιαρού, 2008)

1. αριθμός περιστατικών
2. οξύτητα περιστατικών
3. συνεπαγόμενος φόρτος εργασίας
4. σύνθεση περιστατικών
5. συνδυασμός όλων των παραπάνω.

Προβλήματα που προκύπτουν από την ανεπαρκή στελέχωση

- Κλινικά λάθη: Τα λάθη στην σύνθεση και στελέχωση του προσωπικού οδηγούν σε κλινικά λάθη, τα οποία μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα την δυσμενή οργανωτική έκβαση. Προκύπτουν μεγάλος κόπος για το προσωπικό που δεν αναγνωρίζεται αλλά και χαμηλή αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Συγκρούσεις και ελλιπή συνεργασία. Όλα αυτά οδηγούν σε δημιουργία κακού κλίματος και μειωμένης αποδοτικότητας στην ομάδα συνεργατών ιδίου επιστημονικού επιπέδου αλλά και κακή διεπαγγελματική συνεργασία.
- Έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Συμφόρηση των ασθενών σε ουρές αναμονής στο ΤΕΠ.
- Αδυναμία παρακολούθησης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

- Φόρτος εργασίας, μειωμένη ποιότητα στη φροντίδα.
- Μειωμένη επαγγελματική Υγεία Νοσηλευτών (Μαλλιαρού,2008)

2.1 ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

" Η αρχιτεκτονική του ΤΕΠ εξαρτάται απόλυτα από τις υπηρεσίες που προσφέρει, τον τύπο των ασθενών που δέχεται, το προσωπικό που απασχολεί και τον εξοπλισμό που διαθέτει.

Σε ένα καλά οργανωμένο ΤΕΠ υπάρχει διαχωρισμός στην είσοδο των περιπατητικών ασθενών και των ασθενοφόρων.

Ο χώρος αναζωογόνησης πρέπει να βρίσκεται κοντά στην είσοδο για άμεση παρέμβαση.

Το ΤΕΠ δεν είναι Εξωτερικό Ιατρείο ούτε Κέντρο Υγείας. Αντίθετα τόσο διοικητικά όσο και οργανωτικά και χωροταξικά, ξεχωρίζει σαφώς από αυτά. Διαθέτει αυτόνομη πρόσβαση και δυνατότητα προσέγγισης των επειγόντων περιστατικών ανεξαρτήτως του τρόπου προσέλευσης .

Το ΤΕΠ αποτελεί αυτοτελές και αυτόνομο τμήμα άμεσου ετοιμότητας του Νοσοκομείου, το οποίο διακινεί ανά εφημερία ισάριθμους περίπου ασθενείς προς τον αριθμό των νοσηλευτικών κρεβατιών του νοσοκομείου. Διακινείται μέσω του ΤΕΠ ένας μη προγραμματισμένος ανομοιόμορφος όγκος ασθενών διαφορετικής βαρύτητας και πολυπλοκότητας." (Μαλλιαρού ,2008)

Οι χώροι που πρέπει να έχει το ΤΕΠ είναι:

- Χώρο υποδοχής - διαλογής , αναμονής

- Χώρο αναζωογόνησης
- Χώρο οξείας αντιμετώπισης
- Ιατρεία : Ατομικά εξεταστήρια ασθενών

Είναι κοινά για όλες τις ιατρικές ειδικότητες και είναι κατανεμημένα γύρω από τον κεντρικό σταθμό νοσηλείας όπου υπάρχει άμεση πρόσβαση και επίβλεψη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. (Καραμπίνης και άλλοι,2006)

"Τρία εξεταστήρια είναι κατάλληλα εξοπλισμένα για :

- Γυναικολογικές εξετάσεις.
 - ΩΡΛ εξετάσεις
 - Οφθαλμολογικές εξετάσεις
- Γραφεία
 - Βοηθητικούς χώρους
 - Αποθηκευτικούς χώρους
 - Εργαστήρια
 - Χώρο για συνέντευξη των συγγενών
 - Βραχεία νοσηλεία
 - Χώρο φύλαξης προσωπικών ειδών των ασθενών που προσέρχονται
 - Χώρο για αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ασθενών." (Μαλλιαρού, 2008)

Μονάδα βραχείας νοσηλείας

Ο χώρος βραχείας νοσηλείας είναι εξοπλισμένος με 8-14 τροχήλατα κρεβάτια, για ευκολότερη διακίνηση των ασθενών προς τα εργαστήρια (ακτινολογικό κλπ). Οι υπηρεσίες του χώρου βραχείας νοσηλείας, έχουν αποβεί πολύτιμες διότι έδρασαν αποτρεπτικά προς την συμφόρηση και την αποδιοργάνωση των τμημάτων διαφόρων ειδικοτήτων του νοσοκομείου, διότι απελευθέρωσαν σημαντικά τους γιατρούς από το δίλημμα και τον φόβο μεταξύ μιας λανθασμένης εκτίμησης και μιας άσκοπης εισαγωγής και μειώνει το κόστος νοσηλείας έως 50%. Ανά δύο κλίνες θα πρέπει να υπάρχει φορητό monitor. (Ασκητοπούλου,2009)

Οι παράμετροι που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την κατάταξη των ΤΕΠ είναι οι ακόλουθοι:

- ο όγκος των ασθενών που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο ανά εφημερία
- το μέγεθος και το είδος του νοσοκομείου
 - αριθμός κρεβατιών
 - αριθμός και είδος ιατρικών ειδικοτήτων
 - λειτουργία ΜΕΘ και/ή ΜΑΦ
 - αριθμός αιθουσών χειρουργείου
 - είδος και 24ωρη λειτουργία εργαστηρίων (αξονικός τομογράφος, τράπεζα αίματος κλπ)
- οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού που εξυπηρετεί το ΤΕΠ και το νοσοκομείο
 - αστική ή βιομηχανική περιοχή
 - συγκοινωνιακός κόμβος
 - οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα κλπ
- οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της περιφέρειας

➤ π.χ. απομόνωση από ξηράς ή θαλάσσης

Οι χώροι του ΤΕΠ είναι βασικά δύο ειδών : χώροι ασθενών (κλινική περιοχή) και χώροι υποστήριξης και προσωπικού.

Το ΤΕΠ πρέπει να είναι στο ισόγειο του νοσοκομείου, σε χώρο εμφανή και άμεσα προσβάσιμο, με ευδιάκριτη σήμανση και εύκολη πρόσβαση από περιπατητικούς ασθενείς και ασθενοφόρα.

Στα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να προβλέπεται ελικοδρόμιο με άμεση πρόσβαση στο ΤΕΠ.

Το ΤΕΠ, έχει δικούς του χώρους, που είναι ανεξάρτητοι από τους χώρους των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου. Ένα από τα βασικά στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την διαμόρφωση του τρόπου οργάνωσης και στελέχωσης των ΤΕΠ στην Ελλάδα είναι ότι το τμήμα επειγόντων περιστατικών **αποτελεί τον μοναδικό ίσως φορέα παροχής επείγουσας φροντίδας σε ολόκληρους πληθυσμούς νομών**, δεδομένης της παντελούς έλλειψης ή ανεπάρκειας υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και άλλων υπηρεσιών παροχής επείγουσας φροντίδας στις περιοχές αυτές. (Ασκητοπούλου,2009)

Είσοδος ΤΕΠ

Η είσοδος του ΤΕΠ είναι ανεξάρτητη και δεν έχει καμία σχέση με άλλες δραστηριότητες του νοσοκομείου (είσοδος κοινού κλπ). (ΕΙΚΟΝΑ1)

Σε ένα καλά οργανωμένο ΤΕΠ επίσης υπάρχει διαχωρισμός στην είσοδο των περιπατητικών και των ασθενοφόρων.

ΕΙΚΟΝΑ 1

Πρέπει να υπάρχει ανεξάρτητη είσοδος για το ΤΕΠ και στα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να υπάρχει και ένα ελικοδρόμιο για τα πολύ σοβαρά περιστατικά



Το ΤΕΠ έχει δυο εισόδους ασθενών

- μια για περιπατητικούς ασθενείς που προσέρχονται μόνοι τους ή προσκομίζονται από τρίτους στο ΤΕΠ
- ξεχωριστή είσοδο για τους ασθενείς που διακομίζουν τα ασθενοφόρα

Οι ασθενείς προωθούνται στους αντιστοίχους «δρόμους φροντίδων» ανάλογα με την κατηγορία του επείγοντος

- **κόκκινος δρόμος** αυξημένης βαρύτητας προς την αίθουσα αναζωογόνησης, όπου προσκομίζονται και αντιμετωπίζονται σε 0-10min οι ασθενείς κατηγορίας 1 και 2
- **κίτρινος δρόμος** μέσης βαρύτητας, προς την περιοχή μικροεπεμβάσεων και ελασσόνων προβλημάτων, όπου κατευθύνεται η κατηγορία 4 ασθενών για να εξεταστούν μέσα στα επόμενα 60-120min
- αίθουσα αναμονής για την κατηγορία 5 ασθενών

Το ΤΕΠ συνδέεται με το υπόλοιπο νοσοκομείο μέσω ενός κεντρικού διαδρόμου, έχει όμως χωριστή πρόσβαση στα χειρουργεία και το ακτινολογικό τμήμα.(Ασκητοπούλου,2009)

ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΕΠ

Εξαρτάται από

- τον αριθμό προσέλευσης οξέως πασχόντων
- τον αριθμό εισαγωγών μέσω ΤΕΠ
- τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού που εξυπηρετεί το ΤΕΠ και τις δυνατότητες του νοσοκομείου.

Χώρος αναμονής:

Ο χώρος αναμονής θα πρέπει να έχει συνολική επιφάνεια τουλάχιστον 4.4 m² ανά 1000 ετήσιες επισκέψεις. (ΕΙΚΟΝΑ 2)

ΕΙΚΟΝΑ 2



Χώρος διαλογής (triage)

Ο χώρος διαλογής απαιτεί εμβαδόν τουλάχιστον 20 τ.μ και πρέπει να βρίσκεται δίπλα στην γραμματεία και τον χώρο αναμονής και κοντά στις δύο εισόδους του ΤΕΠ.

Ένα σύγχρονο ΤΕΠ διαθέτει

1) Χειρουργείο Επειγόντων για συρραφές εκτεταμένων θλαστικών τραυμάτων κλπ.

2) Εργαστήριο απεικονιστικών μεθόδων (Ακτινογραφίες, υπέρηχοι) μέσα στο χώρο του ΤΕΠ περιλαμβανομένου Αξονικού Τομογράφου. (ΕΙΚΟΝΑ 3)

3) Εργαστήριο αιματολογικών-βιοχημικών εξετάσεων. (Ασκητοπούλου, 2009ιγ)

ΕΙΚΟΝΑ 3

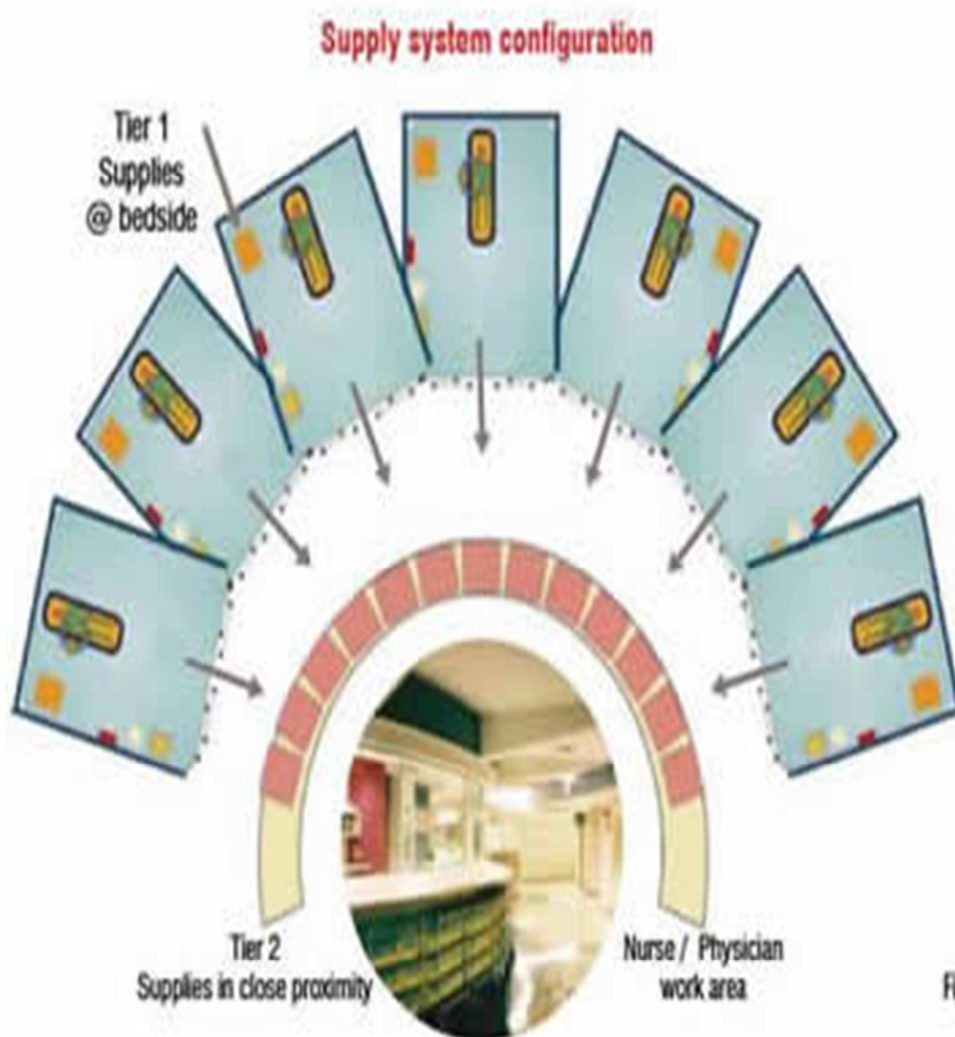


Figure 1

Στην πιο πάνω φωτογραφία είναι ένας τρόπος διαρρύθμισης που θα βοηθούσε να έχει το ΤΕΠ έτσι ώστε το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό να έχει εύκολη πρόσβαση σε ασθενείς αλλά και στους χώρους εξέτασης.

Κλινική Περιοχή

Η κλινική περιοχή περιλαμβάνει:

- χώρους διάγνωσης και άμεσης αντιμετώπισης:
 - ⇒ γραμματεία
 - ⇒ χώρους διαλογής
 - ⇒ αίθουσα αναζωογόνησης
 - ⇒ εξεταστικοί χώροι
- χώρους παρακολούθησης ασθενών:
 - ⇒ μικρή ΜΑΦ ή ΜΕΘ
 - ⇒ θαλάμους βραχείας παρακολούθησης.

Υποστηρικτική Περιοχή

Αυτή η περιοχή περιλαμβάνει:

- ⇒ αναμονή ασθενών – συγγενών
- ⇒ αίθουσα σεμιναρίων
- ⇒ αποθηκευτικούς και βοηθητικούς χώρους
- ⇒ χώρους προσωπικού (Ασκητοπούλου,2009ιδ)

2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Γραμματεία του ΤΕΠ:

Είναι το πρώτο τμήμα που βλέπει κάποιος όταν εισέρχεται μέσα στα ΤΕΠ. Εκεί είτε ο ασθενής είτε ο συνοδός δίνει τα εξής προσωπικά στοιχεία για τον ασθενή: (Ασκητοπούλου,2009)

Τα προσωπικά στοιχεία είναι

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

Μετά ο ασθενής πηγαίνει στον χώρο διαλογής ο οποίος βρίσκετε στον διπλανό χώρο και εκεί εξετάζετε από τον ιατρό (διαλογή ασθενούς ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης του). Στην συνέχεια ο ενδιαφερόμενος περιμένει για να εξεταστεί διεξοδικά από τους υπεύθυνους και κατάλληλους ιατρούς.

Όταν τελειώσει με τις εξετάσεις του ,περιμένει για τα αποτελέσματα ή αν είναι πιο βαρύ περιστατικό του κάνουν εισαγωγή για περεταιίρω παρακολούθηση. Αν ο ασθενής δεν είναι βαριά άρρωστος ή χτυπημένος και μπορεί απλά να πάει στο σπίτι του παίρνοντας εξιτήριο καθώς και τις οδηγίες που πρέπει να εξακολουθήσει.

Διαλογή

"Για να αντιμετωπίζονται χωρίς καθυστερήσεις τα πραγματικά επείγοντα και να ξεχωρίζουν αποτελεσματικά από τα χρονίζοντα περιστατικά, είναι επιβεβλημένη η άμεση διαλογή (triage) των προσερχόμενων ασθενών από ειδικευόμενο προσωπικό (ιατρικό ή

νοσηλευτικό). Διαλογή είναι η διαδικασία κατανομής και ιατρικής ιεράρχησης των προτεραιοτήτων παροχής φροντίδων σε επείγοντα περιστατικά. Με συγκεκριμένα πρωτόκολλα βασίζεται κυρίως στην αξιολόγηση ζωτικών παραμέτρων και συμπτωμάτων- κλειδιά ώστε να διαβαθμίζει προτεραιότητες και να ταξινομεί τους ασθενείς σύμφωνα με τη σοβαρότητα του τραυματισμού ή της νόσου, της πρόγνωσης και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών.

Οι ασθενείς που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ διεθνώς ταξινομούνται σε τέσσερις- πέντε κλινικές κατηγορίες σύμφωνα με το χρωματικό φάσμα του ουράνιου τόξου (κίτρινο/πορτοκαλί, κίτρινο, πράσινο, θαλασσί). Στην κάθε κατηγορία περιλαμβάνονται ασθενείς με βάση τα κύρια συμπτώματα 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 περιθώρια αντιμετώπισης.

1. **Κόκκινη κατηγορία- Ασθενείς για άμεση αναζωογόνηση (immediate resuscitation):** οι ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις απαιτούν άμεση αναζωογόνηση και θεραπεία (0 min). Παραδείγματα καταστάσεων: καρδιακή ανακοπή, οξεία απόφραξη αεροφόρων οδών, σοβαρά τραυματισμένοι σε κατάσταση shock, πολυτραυματίες με σοβαρά τραύματα, σοβαρά εγκαύματα, αιφνίδια μαζική απώλεια συνείδησης.

2. **Πορτοκαλί κατηγορία- υπέρ επείγον (very- urgent):** οι ασθενείς αυτοί είναι βαριά πάσχοντες ή τραυματίες που η ζωή τους δεν είναι σε άμεσο κίνδυνο, αλλά απαιτούν επείγουσα αξιολόγηση και

αντιμετώπιση από γιατρό εντός 10min από την άφιξη τους στο ΤΕΠ. Παραδείγματα διαγνώσεων: οξεία δύσπνοια, οξύ έντονο περικάρδιο άλγος, επιμένοντες σπασμοί, υπογλυκαιμία, κώμα με κλίμακα Γλασκόβης <9, δηλητηρίαση με απώλεια συνείδησης, ή οποιοσδήποτε έντονο πόνο.

3. **Κίτρινη κατηγορία III- επείγων (urgent):** οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σχετικά σταθερή κατάσταση, που χρειάζονται διαγνωστική και θεραπευτική νοσοκομειακή προσέγγιση μέσα στα επόμενα 30-60 min. Παραδείγματα διαγνώσεων: τραύματα οφθαλμών, οξεία ισχαιμία άκρων, οξύ κοιλιακό άλγος, οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις, κοιλιακό άλγος, υψηλός πυρετός, σοβαρές κακώσεις άκρων, εκτεταμένες ή υψηλού κινδύνου εκδορές, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια ανεξάρτητα αιτιολογίας, οξεία σύγχυση, οξεία σκωληκοειδίτιδα, κατάγματα, ορισμένες οξείες δηλητηριάσεις, οξείες ψυχιατρικές, διαταραχές κτλ.

4. **Κατηγορία VI- Ημι- επείγων (standard):** οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με πρόσφατες επικίνδυνες βλάβες και μικρής σημασίας οξεία προβλήματα, στους οποίους τα χρονικά όρια αντιμετώπισης εξαρτώνται από την υπάρχουσα υποδομή και τους διαθέσιμους χώρους και συνήθως 60-120min. Παραδείγματα διαγνώσεων: επώδυνες με απειλητικές βλάβες, μικρό- τραυματισμοί, εκδορές, ελαφρές οξείες καταστάσεις κτλ.

5. **Κατηγορία V- Μη- επείγων (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 120-240min. Παραδείγματα διαγνώσεων: χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή, μη οξεία ερυθρήματα, συνταγογράφηση, γνωματεύσεις κλπ.

Η διαλογή στα ΤΕΠ των Ελληνικών νοσοκομείων πρέπει να γίνεται από ένα νοσηλευτή και ένα γιατρό σε συνεργασία, ώστε ο ένας να υποστηρίζει τον άλλο στον ρόλο του και η διάρκεια της διαλογής δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10min. Η εναλλαγή του προσωπικού στη θέση της διαλογής ανά τακτά χρονικά διαστήματα είναι αναγκαία. Η στελέχωση δε του εξεταστηρίου διαλογής θα πρέπει να εξαρτάται από τον αριθμό διακινουμένων ασθενών ανά εφημερία. Ένας σημαντικός αριθμός περιστατικών που εξετάζονται στην διαλογή δεν πρέπει να εισάγεται στο ΤΕΠ αλλά να παραπέμπετε σε άλλες υπηρεσίες ή τμήματα.

Η διεργασία της διαλογής είναι θεμελιώδης και κρίσιμη για τη λειτουργία κάθε ΤΕΠ. Συχνά η εργασία αυτή διευκολύνεται από το προσωπικό του ασθενοφόρου. Ο υπεύθυνος διαλογής αρχίζει την εκτίμηση με την πρώτη επαφή. Η αξιολόγηση δε των συμπτωμάτων διαφέρει εξαρτώμενη από την ηλικία, την γενική κατάσταση, τα συμπτώματα και τους επιβαρυντικούς παράγοντες. Η ομάδα που κάνει το triage έχει βασικό στόχο της την αξιολόγηση και την καταγραφή της βαρύτητας του κάθε περιστατικού βάσει της σοβαρότητας της νόσου ή του τραύματος και ανάλογα με την κατηγορία χρώμα καθορίζεται πόσο επείγον είναι το κάθε περιστατικό, τον χρόνο στον οποίο πρέπει να αντιμετωπισθεί και σε ποιο χώρο του Τ.Ε.Π. θα οδηγηθεί, ποια δηλαδή ειδικότητα θα αναλάβει την κλινική εξέταση του ασθενή." (Ασκητοπούλου,2009) (ΠΙΝΑΚΑΣ 9),(ΠΙΝΑΚΑΣ 10)

Επομένως το ΤΕΠ οφείλει να διαθέτει όλους τους απαιτούμενους χώρους υποδοχής, αναμονής, διαλογής, διεκπεραίωσης, διάγνωσης και αντιμετώπισης, δηλ. κεντρικό Νοσηλευτικό Σταθμό, ανεξάρτητα εξεταστήρια ασθενών σε ικανό αριθμό για την κάλυψη των προσελεύσεων, χώρους παρακολούθησης βαρέως πασχόντων σε περιβάλλον αυξημένης φροντίδας, χώρους Βραχείας Νοσηλείας με ικανό αριθμό κλινών.

Μετά την διαλογή, η επόμενη στάση είναι η εγγραφή δεν είναι πολύ συναρπαστικό όπως δείχνει η τηλεόραση. (Το κομμάτι της εγγραφής μπορεί να γίνει πριν ή και μετά την διαλογή, αυτό εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενή). Εδώ είναι που αποκτούν ζωτική σημασία τα στοιχεία του ασθενή όπως το όνομα, η ηλικία και ο ιατρικός φάκελος. Το βήμα αυτό είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί ένα ιατρικό αρχείο, έτσι ώστε το ιατρικό ιστορικό του ασθενή με τις εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες, κλπ., να είναι όλα σε ένα γράφημα που μπορεί να το δει κανείς οποιαδήποτε στιγμή.

Αν η κατάσταση του ασθενούς είναι απειλητική για τη ζωή του ή εάν ο ασθενής φτάνει με ασθενοφόρο, αυτό το βήμα μπορεί να ολοκληρωθεί αργότερα ή από κάποιον συνοδό.

Ορισμένα τμήματα επειγόντων περιστατικών υποδιαιρούνται σε ξεχωριστές περιοχές για να εξυπηρετήσει καλύτερα τους ασθενείς τους. Αυτές οι χωριστές περιοχές μπορεί να περιλαμβάνει μια παιδιατρική κλινική επειγόντων περιστατικών, ένα κέντρο τραυμάτων (συνήθως σε σοβαρά τραυματισμένους ασθενείς) και μία μονάδα παρατήρησης (για ασθενείς που δεν απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο αλλά να απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία ή πολλά διαγνωστικά τεστ).

Στην συνέχεια αν ο ασθενής είναι κρίσιμα του δίνεται προτεραιότητα αν κατά την διάρκεια της διαλογής κρίθηκε ότι η κατάσταση του δεν είναι κρίσιμη για την ζωή του πηγαίνει στην αίθουσα αναμονής στην οποία υπάρχει ένας ιατρός και μια νοσοκόμα οι οποίοι παρακολουθούν τους ασθενείς αυτούς κατά διαστήματα. Αν ο ασθενής είναι σε κρίσιμη κατάσταση μεταφέρετε είτε στα χειρουργεία είτε στο χώρο ανάνηψης ή όπου αλλού είναι απαραίτητο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Χρόνος διαλογής ασθενών

ΔΙΑΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΧΡΟΝΟΣ(min)	
Αναζωογόνηση	0
Υπέρ-επείγοντα	10
Επείγοντα	30-60
Ημι-επείγοντα	60-120
Μη επείγοντα	120-240

Οι ασθενείς ερχόμενοι στο ΤΕΠ πρέπει ανάλογα με την κατάσταση τους να εξετάζονται άμεσα ή να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής μαζί με τον συνοδό τους μέχρι να έρθει η στιγμή που θα εξεταστούν .Αυτή η διαδικασία μπορεί να πάρει από μερικά λεπτά μέχρι και αρκετές ώρες.

Στον πίνακα δέκα φαίνεται πόση ώρα χρειάζεται το κάθε περιστατικό από την ώρα που θα καταφθάσει στο ΤΕΠ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Προτεινόμενη Κλίμακα Διαλογής επειγόντων με αντίστοιχους χρόνους-στόχους για αντιμετώπιση στο ΤΕΠ

Αριθμητική αξιόμηση	Χρωματική ταξινόμηση	Κλινική ταξινόμηση	Ταχύτητα αντιμετώπισης	Είδος περιστατικού
1	Κόκκινο	Άμεση αναζωογόνηση	Άμεση	<ul style="list-style-type: none">• Ανακοπή• Οξεία απόφραξη αεραγωγού• Σοβαρό τραύμα σε shock
2	Πορτοκαλί	Υπέρ – επείγων	Εντός 10min	<ul style="list-style-type: none">• Στηθαγγχικός πόνος• Σπασμοί• Υπογλυκαιμία
3	Κίτρινο	Επείγων	Εντός 30-60min	<ul style="list-style-type: none">• Τραύμα οφθαλμών• Οξείες ψυχιατρικές διαταραχές
4	Πράσινο	Ημι-επείγων	Εντός 60-120min	<ul style="list-style-type: none">• Επώδυνες μη απειλητικές βλάβες• Ελαφρές οξείες καταστάσεις
5	Μπλέ	Μη-επείγων	Εντός 120-240 min	<ul style="list-style-type: none">• Χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή• Συνταγογραφήσεις, γνωματεύσεις

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Είναι γνωστό από διεθνείς μελέτες ότι σημειώνεται ιδιαίτερη αύξηση της ροής των ασθενών από Παρασκευή έως Δευτέρα.

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

1. Η έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας ή η υπολειτουργία τακτικών εξωτερικών ιατρείων οδηγεί ένα μεγάλο μέρος χρόνιων περιστατικών στο ΤΕΠ για προβλήματα που δεν είναι επείγοντα.

2. Συχνά το επείγον περιστατικό καταλήγει να παραπέμπετε από γιατρό σε γιατρό με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αντιμετώπισή του, ορισμένες φορές και σε επικίνδυνο βαθμό. Η έλλειψη επιτόπιας συνεχούς παρουσίας μιας ιατρικής ειδικότητας που να αξιολογεί, να αντιμετωπίζει σφαιρικά το επείγον και να το χρεώνεται μέχρι την τελική διεκπεραίωσή του είναι αισθητή.

3. Η κατά κύριο λόγο ενασχόληση στο ΤΕΠ των ειδικευόμενων, αντί των ειδικών γιατρών των βασικών ειδικοτήτων, έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση στη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση, διενέργεια μη αναγκαίων εξετάσεων, μη αναγκαίες εισαγωγές στο νοσοκομείο για λόγους ιατρικής ευθυνοφοβίας ή αντίθετα χορήγηση εξιτηρίων σε ασθενείς που θα έπρεπε να έχουν διερευνηθεί ή παρακολουθηθεί πιο επισταμένα.

4. Η απουσία ενός υπεύθυνου συντονιστή που να επιβλέπει συνολικά τις εργασίες και τη διεκπεραίωση των ασθενών στο ΤΕΠ

οδηγεί σε μεγάλες καθυστερήσεις μέχρι την τελική απόφαση για εφαρμογή θεραπείας, εισαγωγή ή εξιτήριο του ασθενούς.

5.Υπάρχει απροθυμία του ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού να ασχοληθεί με έναν έντονα φορτισμένο χώρο όπως είναι το ΤΕΠ λόγω απουσίας κινήτρων.

6.Το ΤΕΠ χρησιμοποιείται σαν πύλη εισόδου των «πλασματικών επειγόντων», δηλαδή ασθενών που χαρακτηρίζονται ως επείγοντα προκειμένου να υπερπηδήσουν τη λίστα αναμονής για είσοδο στο νοσοκομείο.

7.Η ανεπαρκής έως ελλιπής γνώση του αντικειμένου της Επείγουσας Ιατρικής μεταξύ των γιατρών επηρεάζει αρνητικά την ενασχόλησή τους με αυτό το αντικείμενο.(Ασκητοπούλου,2009)

Οι σπουδαιότεροι λόγοι που προκαλούν συνωστισμό στο ΤΕΠ είναι:

- ✓ η έλλειψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- ✓ η μείωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- ✓ η ενασχόληση των ειδικευομένων αντί των ειδικών ιατρών.
- ✓ η μεγάλη καθυστέρηση που παρατηρείται στην διεξαγωγή αιματολογικών και απεικονιστικών εξετάσεων
- ✓ η μεγάλη αύξηση των μεταναστών και των φτωχών
- ✓ η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού.
- ✓ άλλος λόγος είναι η έλλειψη κρεβατιών για άμεση εισαγωγή
- ✓ ανεπάρκεια γιατρών για όλες τις ώρες της ημέρας
(Ασκητοπούλου,2009) (ΠΙΝΑΚΑΣ 11)

Πίνακας 11

Λόγοι καθυστερήσεων στα ΤΕΠ (Αδάλογλου,2008)

Λόγοι καθυστερήσεων στα ΤΕΠ
Συμφόρηση σε ώρες αιχμής
Καθυστερήσεις εργαστηριακών αποτελεσμάτων
Εγγραφή ασθενών
Πληροφόρηση ασθενών
Ανάκτηση ιατρικού φακέλου
Παραγγελία εξετάσεων
Άπειρο /ειδικευόμενο προσωπικό

Κτιριακή και λειτουργική ανεπάρκεια των Νοσοκομείων σε σχέση με την ζήτηση υπηρεσιών.

Τα περισσότερα σήμερα Νοσοκομεία, χαρακτηρίζονται από μία άναρχα αυτοδιαμορφωμένη λειτουργική δομή της ποίας τα κυριότερα αίτια είναι:

- Η έλλειψη μιας τεκμηριωμένης προοπτικής μελέτης κοινής αποδοχής από τους κοινωνικούς φορείς για ένα ολοκληρωμένο Σύστημα Υγείας.
- Η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη νέων τμημάτων στα Νοσοκομεία που δεν αφορούσαν την προώθηση νέων μεθόδων ή ιατρικών τεχνικών, αλλά κατάτμηση Κλινικών βασικών ιατρικών ειδικοτήτων ή δημιουργία «ειδικών ιατρείων» για δημιουργία νέων Διευθυντικών και άλλων ιατρικών θέσεων.

Έλλειψη στα μεγάλα Νοσοκομεία ζωτικών τμημάτων(Νευροχειρουργικό, ορθοπαιδικό, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας) (Καραμπίνης και άλλοι 2006)

Διοικητική διάρθρωση των Νοσοκομείων

Η Διοικητική διάρθρωση των Νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από ένα δύσκαμπτο χρονοβόρο και αναποτελεσματικό μηχανισμό για την αντιμετώπιση ζωτικών προβλημάτων αλλά και την ορθολογική διάθεση πόρων. Τα σημεία όπου γίνονται ιδιαίτερα εμφανή τα αποτελέσματα της Διοικητικής δυσκαμψίας ή ανεπάρκειας είναι:

- Αδυναμία ταχείας αποκατάστασης βλαβών στην κτιριακή υποδομή ή σε μηχανήματα υψηλής τεχνολογικής και οικονομικής αξίας.
- Αδυναμία στην πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι γνωστό το φαινόμενο, μετά την «προκήρυξη» κενών νοσηλευτικών θέσεων, η πλήρωσή τους να γίνεται μετά από δύο και πλέον έτη.
- Αναποτελεσματικός μηχανισμός στην είσπραξη εσόδων από νοσηλευόμενους.
- Αδυναμία ουσιαστικού και ορθολογικού ελέγχου κατά την προμήθεια και χρήση αναλώσιμου και μη αναλώσιμου υλικού.

Τεχνολογική υποδομή – εξοπλισμός των Νοσοκομείων

Η κακή χρήση και η περιστασιακή συντήρηση των κτιρίων και των μηχανημάτων οδηγούν στην κακή λειτουργία τους και στην φθορά.

Το ανθρώπινο δυναμικό των Νοσοκομείων και η κατανομή του.

(Καραμπίνης και άλλοι 2006)

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

3.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (EDS) βρίσκονται σε μια κρίσιμη θέση στην διασύνδεση του αμερικανικού πληθυσμού και το σύστημα υγείας (Hirshon et all,2006)

Για πολλές αμερικανικές κοινότητες, το τοπικό τμήμα ΤΕΠ έχει γίνει η βάση της φροντίδας υγείας . Οι ιατροί πρέπει να δουν όλους τους ασθενείς ανά πάσα στιγμή, και με περισσότερους ανθρώπους από ποτέ να αναζητούν τις υπηρεσίες τους, αυτό είναι ακατόρθωτο, και μερικές φορές μοιραίο.

Από το 1992 έως το 2002, ο αριθμός των ετήσιων επισκέψεων στα ΤΕΠ αυξήθηκαν 23% στις ΗΠΑ. (Βλέπετε διαγράμματα 1-3) Σχεδόν καθημερινά, στα πρωτοσέλιδα των εφημερίδων σε ολόκληρη την χώρα υπάρχουν ιστορίες ανθρώπων που περίμενα για ώρες στην αίθουσα αναμονής των τμημάτων αυτών πριν να τους δει κάποιος γιατρός, υπάρχουν ιστορίες για ασθενοφόρα που αναγκάστηκαν να μεταφέρουν ασθενείς σε άλλα νοσοκομεία λόγω υπερπληθυσμού σε κάποιο νοσοκομείο. (Wilson et all,2004) & (Niska, et all ,2007)

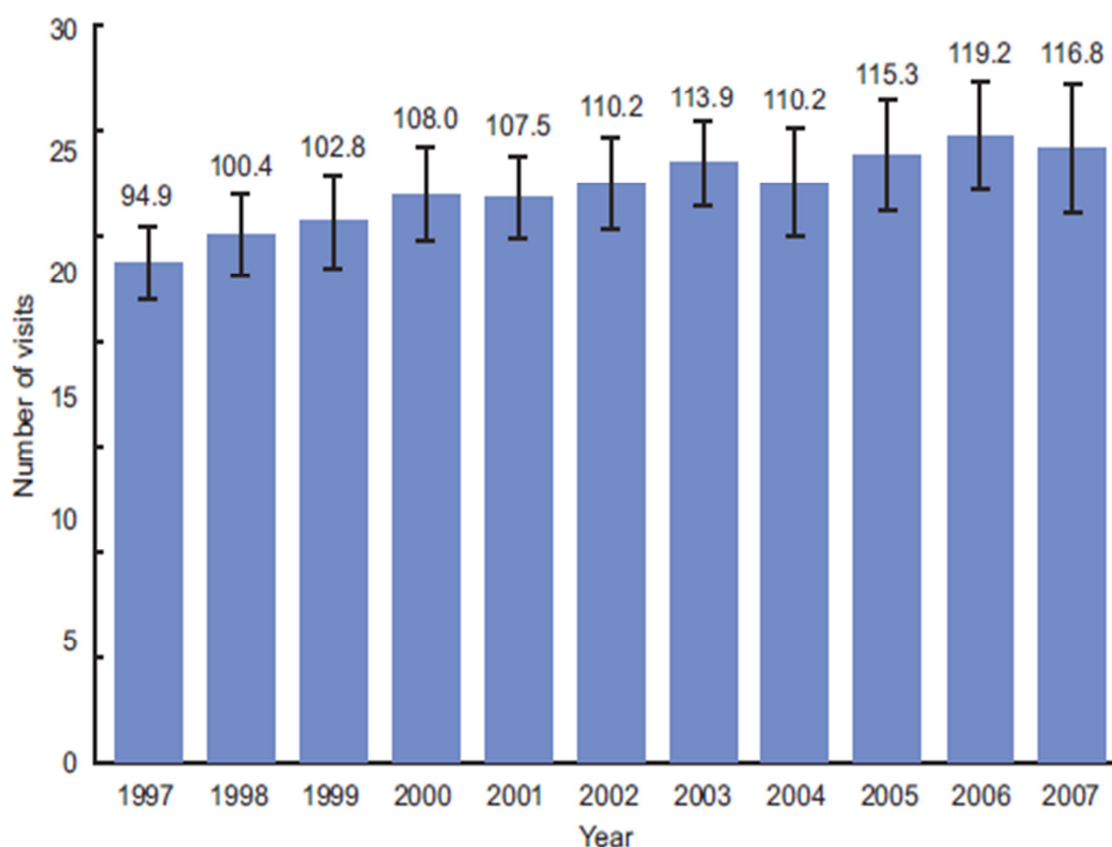
Σε ολόκληρη την Αμερική, τμήματα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου (EDS) βρίσκονται σε κρίση, δεδομένου ότι είναι συγκλονισμένοι με αύξηση του αριθμού των ασθενών. (Wilson et all ,2004)

Οι αμερικανοί αναζητούν ένα μεγάλο μέρος της μη επείγουσας φροντίδας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, όπου συχνά αντιμετωπίζουν τη μεγάλη αναμονή για να δουν ένα γιατρό.

Εκτιμάται ότι 13,7 έως 27,1 τοις εκατό όλων των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών θα μπορούσε να λάβει χώρα σε μία εναλλακτική τοποθεσία, με μια ενδεχόμενη μείωση των δαπανών κατά περίπου 4,4 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.(Weinick et all ,2010)

Διάγραμμα 1

Ετήσιες επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Αμερική



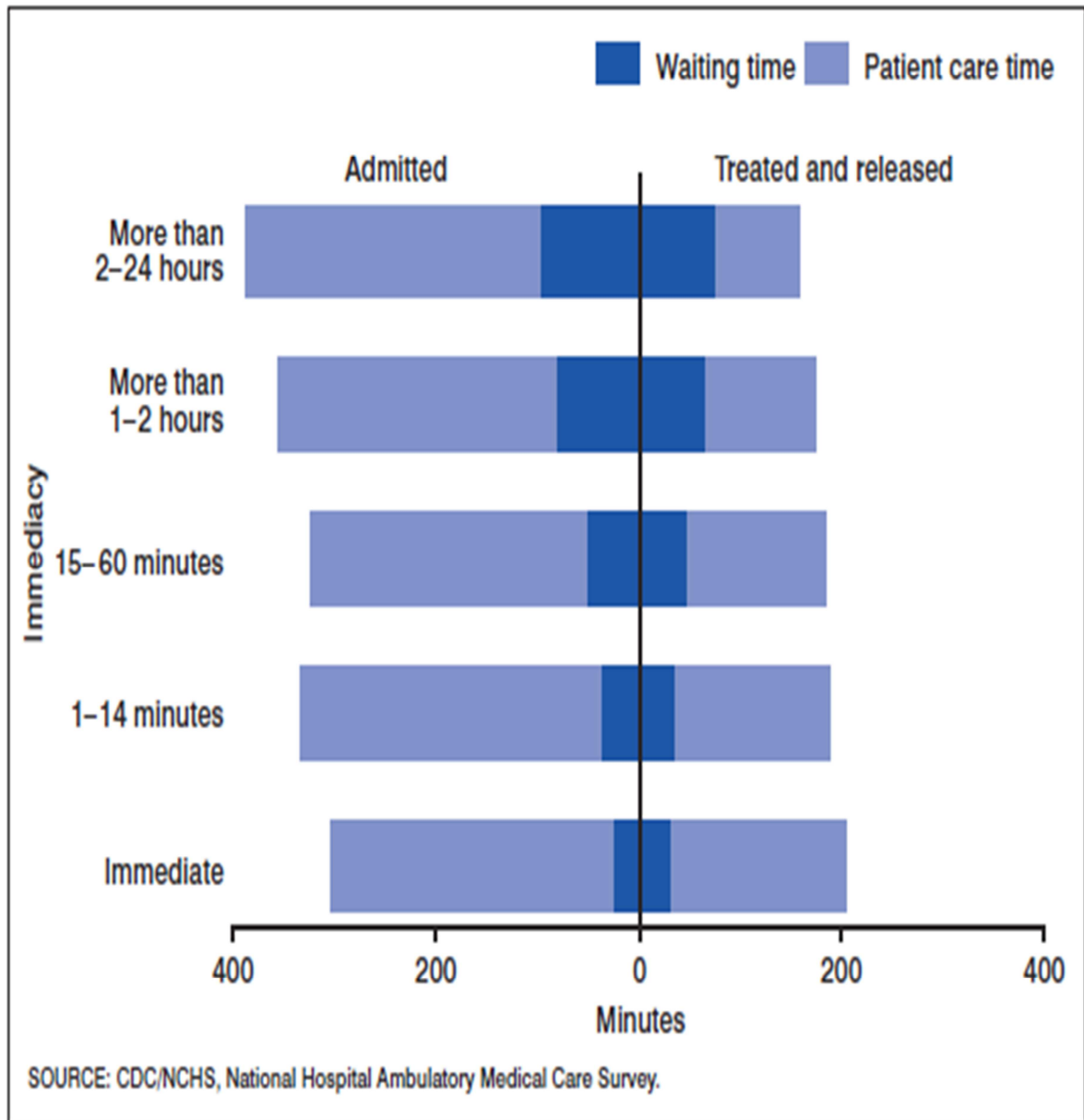
SOURCE: CDC/NCHS, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey

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

(Niska et all ,2007)

Διάγραμμα 2

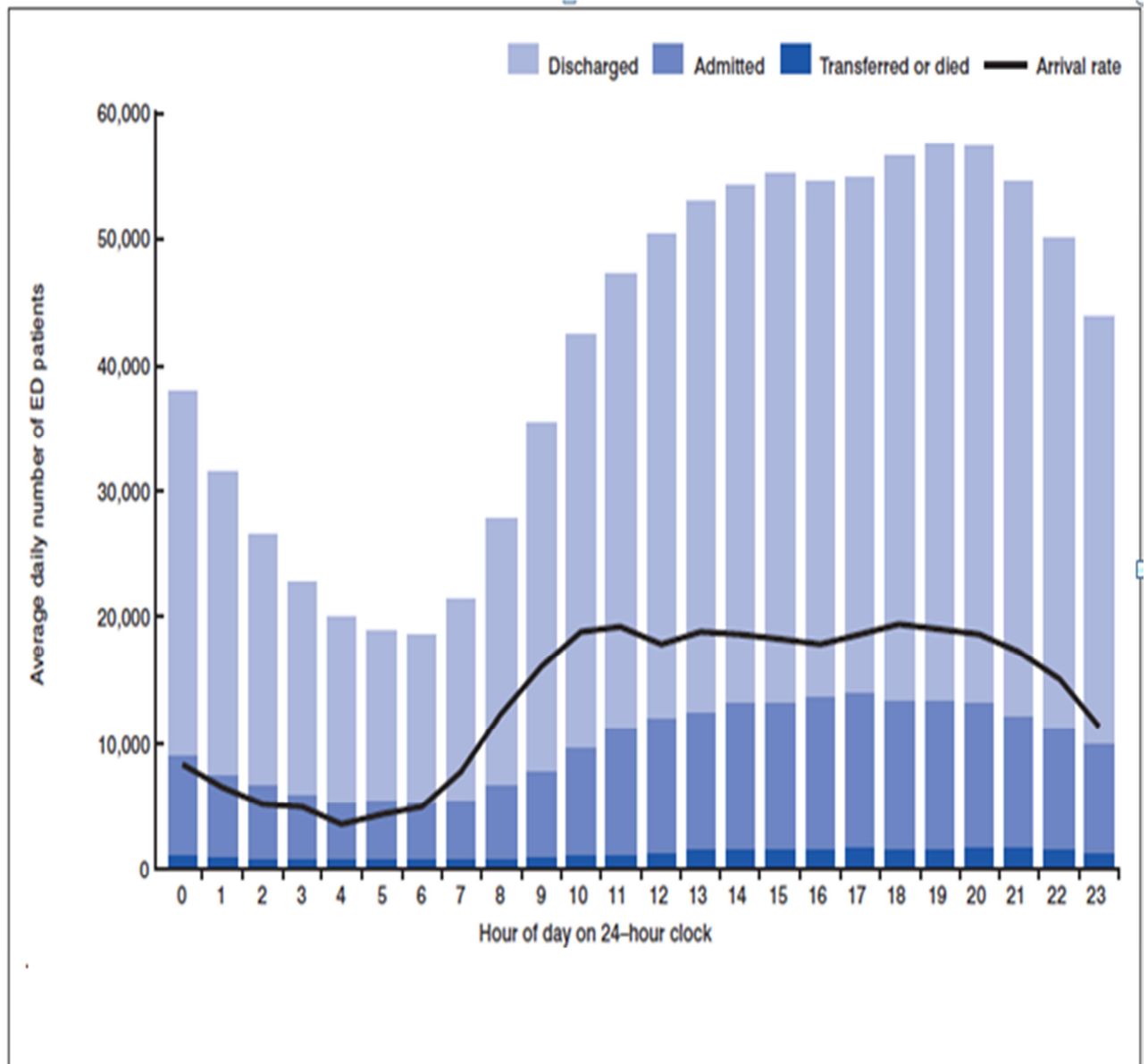
Ώρες αναμονής ασθενών σε λεπτά και πόση ώρα χρειάζονταν για περίθαλψη (waiting time=ώρες αναμονής, patient care time=πόση ώρα χρειαζόταν για περίθαλψη)



(Niska et al, 2007)

Διάγραμμα 3

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



(Niska et all ,2007)

3.2 Έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό

Συνωστισμός εξακολουθεί να εμφανίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σύμφωνα με τα εθνικά στοιχεία. Τα εθνικά στοιχεία δείχνουν ότι τα νοσοκομεία εξακολουθούν να εκτρέπουν τα ασθενοφόρα, ο χρόνος αναμονής στα επείγοντα Τμήματα αυξήθηκε, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις υπερέβησαν τον συνιστώμενο χρόνο κατά πολύ. Για παράδειγμα, ο μέσος χρόνος αναμονής για να δουν οι ασθενείς με επείγων πρόβλημα ένα γιατρό ήταν από 1 έως 14 λεπτά το 2001 και το 2006 ήταν 37 λεπτά, περισσότερο από το διπλάσιο χρόνο, όπως συνιστάται για το επίπεδο επείγοντος. (βλέπετε πίνακα 12) (Βλέπετε διάγραμμα 4) (Cunningham et al, 2003)

Η έλλειψη πρόσβασης σε ενδονοσοκομειακά κρεβάτια εξακολουθεί να είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στον συνωστισμό. Ακόμα μερικοί λόγοι που μπορεί να συμβάλουν στον συνωστισμό, είναι η έλλειψη ειδικευμένων ιατρών και νοσοκόμων, και η μαζική προσέλευση ανασφάλιστων ατόμων οι οποίοι έρχονται στα επείγοντα όχι γιατί είναι άρρωστοι σοβαρά αλλά γιατί δεν μπορούν να πάνε σε κάποιον ιδιωτικό ιατρό, λόγω οικονομικών προβλημάτων.

Τα τμήματα των ΤΕΠ τα χρησιμοποιούν άνθρωποι όλων των ηλικιών και των εθνικοτήτων. Μπορεί ένας ασθενής να χρειαστεί να μεταβεί σε ένα ΤΕΠ πάνω από μια φορά τον χρόνο ή και ποτέ ξανά. Ποτέ κανείς δεν ξέρει πότε θα χρειαστεί την άμεση ιατρική. (Βλέπετε διάγραμμα 5)

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

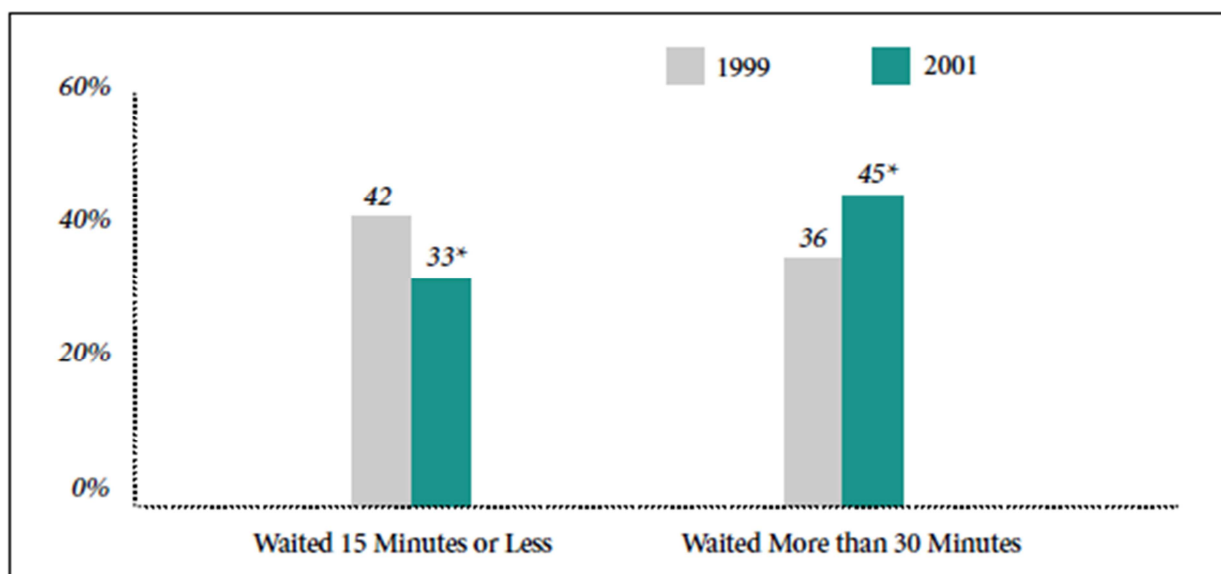
Μέσος χρόνος αναμονής για να δουν ένα γιατρό	
Ασθενής και πόσο γρήγορα χρειάζεται ιατρική βοήθεια	Μέσος χρόνος αναμονής μέσα σε λίγα λεπτά
Άμεση (λιγότερο από 1 λεπτό)	28
Ξαφνική (1 έως 14 λεπτά)	37
Επείγον (15 έως 60 λεπτά)	50
Ημι Επείγον (μεγαλύτερη από 1 έως 2 ώρες)	68
Όχι επείγων (μεγαλύτερη από 2 έως 24 ώρες)	76

Οι υπηρεσίες στο τμήμα των ΤΕΠ οδήγησαν σε ανησυχίες για πιθανές αρνητικές επιπτώσεις για την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών, όπως παρατεταμένη ταλαιπωρία και πόνο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

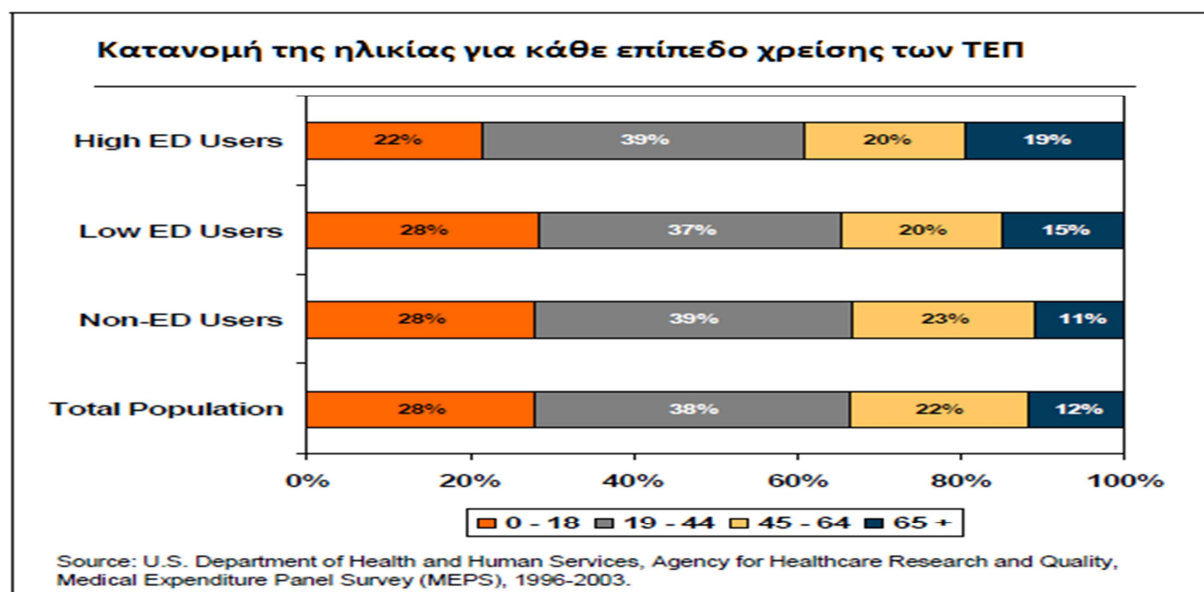
Ωρα αναμονής για τα επείγοντα περιστατικά τις χρονιές 1991 και 2001

Waiting Times for Emergency Department Visits, 1999 and 2001



Διάγραμμα 5

(High ED users =ασθενείς που συχνά επισκέπτονται τα ΤΕΠ ,Low ED users =ασθενείς που δεν επισκέπτονται συχνά τα ΤΕΠ, Non-ED users=ασθενείς που δεν έχουν επισκευτεί τα ΤΕΠ άλλη φορά, Total Population=Σύνολο πληθυσμού) (Peppe, et all,2007.)



Το 2003, έγινε μια έρευνα σε πάνω από 2.000 νοσοκομεία με υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης που βρίσκονται στις μητροπολιτικές περιοχές της χώρας για να αναδειχτούν τα προβλήματα που αναφέρονται συνεχώς για το τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Σε γενικές γραμμές, τα νοσοκομεία ανέφεραν ότι τα περισσότερα προβλήματα του τμήματος των επειγόντων περιστατικών ήταν ο συνωστισμός, στις μητροπολιτικές περιοχές με πληθυσμούς των 2,5 εκατομμυρίων ή περισσότερο.

Βρέθηκε επίσης ότι ο συνωστισμός είναι πολύπλοκο ζήτημα και ότι ένας βασικός παράγοντας που συμβάλλει σε αυτό είναι ότι δεν υπάρχουν πολλά κρεβάτια, και δεύτερο πρόβλημα ήταν ότι τα άτομα που ήταν ανασφάλιστα πήγαιναν στα επείγοντα απλά γιατί δεν είχαν χρήματα να πληρώσουν ένα ιδιωτικό γιατρό.

Διενεργήθηκε ακόμα μια έρευνα από το Μάιο του 2008 έως τον Απρίλιο του 2009 σύμφωνα με τα γενικώς αποδεκτά ελεγκτικά πρότυπα της Αμερικανικής κυβέρνησης η οποία έδειχνε ότι εκατομμύρια ασθενείς κάθε χρόνο επισκέπτονται τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, χωρίς κάποιο προφανή επείγοντα λόγο.

Το 2003 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα για τον συνωστισμό στα τμήματα ΤΕΠ σε μητροπολιτικές περιοχές. Κατά την περίοδο 2001-2006, ο εκτιμώμενος αριθμός των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των ΗΠΑ υπερέβη 107 εκατομμύρια επισκέψεις κάθε έτος, που κυμαίνονται από περίπου 107 εκατομμύρια επισκέψεις το 2001 σε περίπου 119 εκατομμύρια επισκέψεων το 2006.(Βλέπετε πίνακα 13)

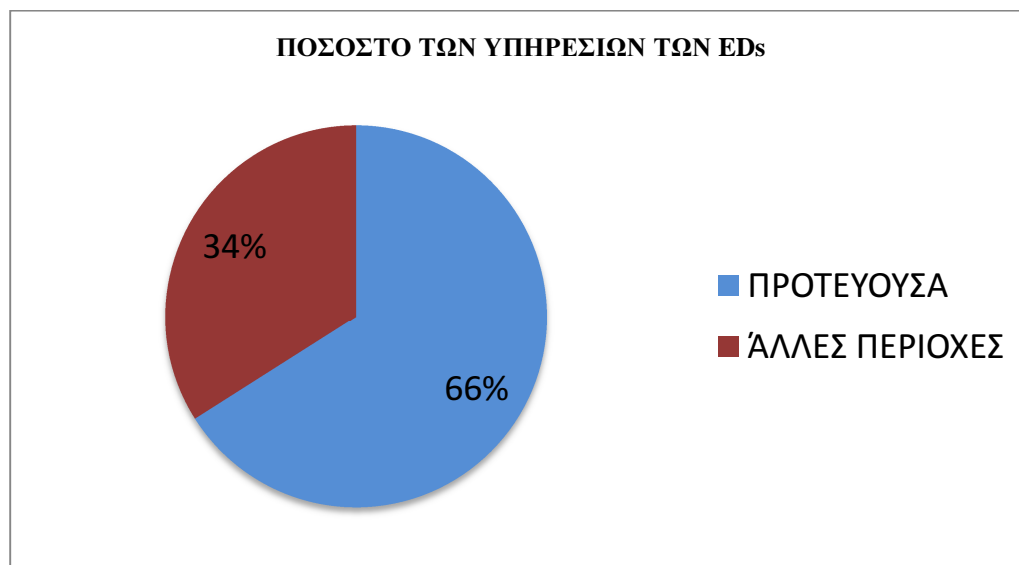
Τα περισσότερα νοσοκομεία με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης σε μητροπολιτικές περιοχές, ήταν αυτά που είχαν και την πλειοψηφία των επισκέψεων στα τμήμα επειγόντων περιστατικών .

Πίνακας 13

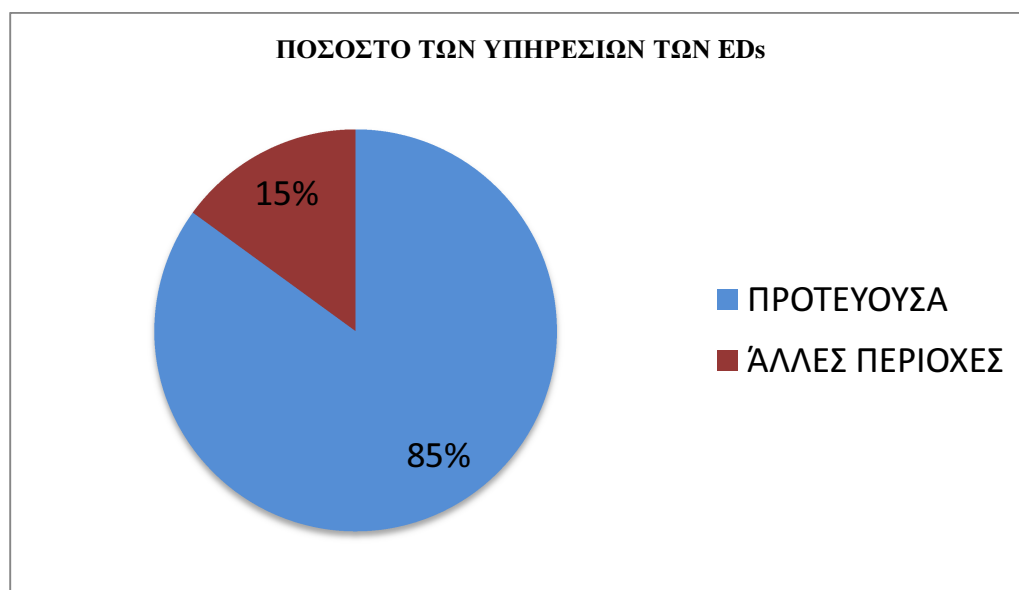
Αριθμός Έκτακτης Ανάγκης Τμήματα και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Επισκέψεις το 2001 έως το 2006 ΣΕ ΧΙΛΙΑΔΕΣ						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Συνολικός αριθμός EDs που λειτουργούν	4.6	4.9	4.7	4.7	4.6	4.8
Οι συνολικές ετήσιες επισκέψεις στα EDs	107.490	110.155	113.903	110.216	115.323	119.191

Η έρευνα έδειξε ακόμη ότι το 2006, περίπου τα δύο τρίτα των νοσοκομείων με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης βρίσκονται στις μητροπολιτικές περιοχές σε σύγκριση με περίπου το ένα τρίτο σε περιοχές έξω από τις μητροπολιτικές . Κατά το ίδιο έτος, περίπου 119 εκατομμύρια επισκέφτηκαν τα τμήματα ΤΕΠ. Περίπου 101 εκατομμύρια (85%) των έκτακτων περιστατικών συνέβη στις μητροπολιτικές περιοχές σε σύγκριση με περίπου 18 εκατ. (15%), συνέβησαν σε άλλες περιοχές.(Βλέπετε διαγράμματα 6,7)

Διάγραμμα 6



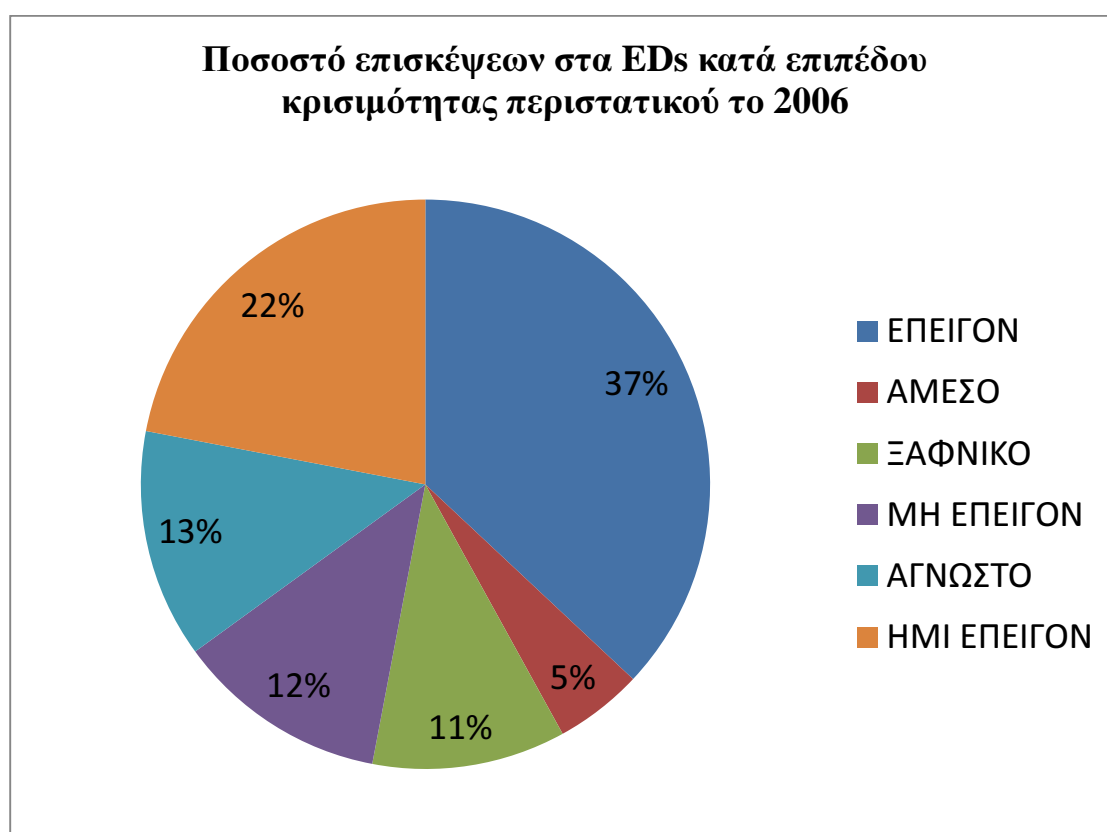
Διάγραμμα 7



Οι ασθενείς που έρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με ασθένειες ή τραύματα ποικίλης σοβαρότητας, αναφέρονται ως επίπεδο οξύτητας. Κάθε επίπεδο αντιστοιχεί οξύτητα σε μια συνιστώμενη σε ένα χρονοδιάγραμμα για να δει το περιστατικό ένας γιατρός.

Παράδειγμα: ασθενείς με άμεσο πρόβλημα πρέπει να εξεταστεί μέσα σε 1 λεπτό και ασθενείς με αναδυόμενες συνθήκες θα πρέπει να εξεταστούν μέσα σε 1 έως 14 λεπτά. (Βλέπετε διάγραμμα 8)

Διάγραμμα 8



Από το 2001-2006 ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο αριθμό και το ποσοστό των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Κατά την ίδια περίοδο, το ποσοστό των ανασφάλιστων ασθενών που αναζητούν περίθαλψη σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης στα τμήματα ΤΕΠ κυμάνθηκε μεταξύ 15% -17 % των συνολικών επισκέψεων.

Τα εθνικά στοιχεία έδειξαν ότι οι χρόνοι αναμονής στα επείγοντα έχουν αυξηθεί και σε ορισμένες περιπτώσεις υπερέβησαν τα χρονικά πλαίσια τα οποία συνιστώνται . Για παράδειγμα, ο μέσος χρόνος αναμονής για να δει ένας ασθενής ένα γιατρό αυξήθηκε από 46 λεπτά το 2003 σε 56 λεπτά το 2006.

Στις μητροπολιτικές περιοχές ο μέσος χρόνος αναμονής για να δει ένας ασθενής γιατρό αυξήθηκε από 51 λεπτά το 2003 σε 60 λεπτά το 2006. Σε άλλες περιοχές ο μέσος χρόνος αναμονής για να δουν ένα γιατρό εκτιμάται σε περίπου 26 λεπτά το 2003 και 33 λεπτά το 2006. (Βλέπετε πίνακα 14)

Πληροφορίες από μια βάση δεδομένων από 90 νοσοκομεία της έρευνας που έγινε έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν προσέλθει στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για πάνω από 6 ώρες πριν να μεταφερθούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου είχαν σχεδόν 5 % υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας στο νοσοκομείο από εκείνους που είχαν επιβιβαστεί για λιγότερο από 6 ώρες. Άλλες πληροφορίες που έδωσε η σχετική έρευνα ήταν και η έλλειψη ειδικών ιατρών και νοσηλευτών στα θέματα επείγουσας ιατρικής. (Report to the Chairman, Committee on Finance, U.S. Senate, 2009)

Από την ετών εμπειρία οργανωμένων ΤΕΠ άλλων χωρών προκύπτει:

A) 10% επί του συνόλου των εξεταζόμενων από τα περιστατικά που διακομίζονται ή προσέρχονται στα ΤΕΠ, έχουν άμεση ανάγκη αντιμετώπισης λόγω απειλής των ζωτικών τους λειτουργιών.

B) 60% είναι περιστατικά που αυτοχαρακτηρίζονται σαν επείγοντα και μετά από μια αδρή κλινική ή και στοιχειώδη εργαστηριακή εκτίμηση παραπέμπονται για πρωτοβάθμια φροντίδα.

Γ) 30% έχει ανάγκη μιας περαιτέρω ιατρικής εκτίμησης και αναλόγου σε χρόνο όχι άμεσο.

Πίνακας 14

Ποσοστό επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από την ώρα που εισέρχεται ο ασθενής στο ΤΕΠ και περιμένει να δει ένα γιατρό (2003 -2006)				
Χρόνος αναμονής για να εξεταστούν από ένα γιατρό	2003	2004	2005	2006
Λιγότερο από 15 λεπτά	23.4	21.5	22.2	21.9
15- 59 λεπτά	39.2	42.3	41.0	39.9
1 ώρα ή περισσότερο, αλλά λιγότερες από 2 ώρες	13.3	14.3	15.4	14.8
2 ώρες ή περισσότερο, αλλά λιγότερο από 3 ώρες	4.3	4.4	5.2	5.5
3 ή περισσότερες ώρες, αλλά λιγότερες από 4 ώρες	1.6	1.8	2.3	2.2
4 ώρες ή περισσότερο, αλλά λιγότερο από 6 ώρες	1.4	1.2	1.4	1.4
6 ή περισσότερες ώρες	0,1	0,1	1,1	0,9
	16.7	14.4	11.4	13.5

Η βαρύτητα της κατάστασης των προσερχόμενων στα ΤΕΠ

- ✓ άμεσα απειλητικά για την ζωή 2%
- ✓ επείγοντα, μη άμεσα απειλητικά για την ζωή 20%
- ✓ έκτακτα μη απειλητικά για την ζωή 20%
- ✓ χρόνια περιστατικά 50%
- ✓ άσχετα 8%

"Σε πολλές χώρες του εξωτερικού ,η χρήση της τεχνολογίας Barcode για την αναγνώριση και ταυτοποίηση των ασθενών ,έχει συσχετιστεί με πολλές βελτιώσεις στην αποτελεσματικότητα της παροχής της υγείας προς όφελος του ασθενή. Ωστόσο τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία δεν έχουν ακόμα αναπτύξει την τεχνολογία AIDC ,για ποικίλους λόγους όπως κόστος και τεχνικά θέματα ,αναποτελεσματική διαχείριση και αντίσταση στην αλλαγή." (Μούρτου και άλλοι, 2007)

Οι σημαντικότερες αλλαγές που έκαναν τα ξένα νοσοκομεία ήταν :

- Πρώτον δημιουργία αυτόνομων ΤΕΠ έτσι ώστε να έχει δικό του χώρο και δικά του μηχανήματα
- Δεύτερον διαχωρισμός του χώρου διαλογής με χρωματικές ζώνες οι οποίες χωρίζονταν ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης του ασθενή έτσι ώστε ο ασθενής γνώριζε που έπρεπε να κατευθυνθεί όταν ερχόταν στο ΤΕΠ.

- Τρίτον αύξησαν τους ιατρούς στον χώρο διαλογής έτσι ώστε να γίνεται πιο γρήγορα και να αποφεύγονται δυσάρεστες καταστάσεις.
- Τέταρτον δημιούργησαν τον λεγόμενο ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή ο οποίος λειτουργεί με τον εξής τρόπο. Μόλις μπει μέσα στο νοσοκομείο ο ασθενής του δίνετε ένας αριθμός ο οποίος είναι και η ταυτότητα του, εκεί έχει όλα τα στοιχεία με το όνομα του, ηλικία, τηλέφωνο, τι σπιτώματα έχει, και γενικά οποιαδήποτε άλλη πληροφορία θα φανεί χρήσιμη στους ιατρούς και τις νοσοκόμες. Με αυτόν τον τρόπο οι ιατροί γνωρίζουν άμεσα τι γίνεται με τις εξετάσεις του ασθενή καθώς αυτές πηγαίνουν αυτόματα στον φάκελο του κάθε ασθενή και γλιτώνουν και χρόνο από το να τις γράψουν στο χέρι.(EIKONA 4)
- Πέμπτον το κάθε νοσοκομείο ανάλογα με την περιοχή που βρισκόταν μεγάλωσε ή μίκρυνε τον χώρο των ΤΕΠ του. Δημιούργησαν άλλες εισόδους και εξόδους για καλύτερη πρόσβαση των ασθενοφόρων στα επείγοντα.
- Έκτον τα νοσοκομεία συνεργάστηκαν με το κράτος και με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για να μπορέσουν να ενημερώσουν και να διδάξουν στον κόσμο ότι τα ΤΕΠ δεν είναι απλά ιατρικά κέντρα και δεν μπορούν να τα επισκέπτονται με το παραμικρό ή γιατί δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν από κάποιον ιδιώτη. Τα ΤΕΠ είναι για την άμεση φροντίδα ατόμων τα οποία έχουν κάποιο επείγον και πολύ σοβαρό πρόβλημα.

ΕΙΚΟΝΑ 4



Στην εικόνα αυτή είναι ένα δείγμα του φορητού υπολογιστή που διαθέτουν οι ιατροί στις χώρες τις Αμερικής για την καλύτερη διαχείριση των ηλεκτρονικών φακέλων των ασθενών. Μέσα σε αυτόν τον υπολογιστή βρίσκονται τα δεδομένα των ασθενών που βρίσκονται στο ΤΕΠ, οι εξετάσεις τους και ότι άλλο είναι χρήσιμο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να μπορούν να εργάζονται πιο γρήγορα και αποτελεσματικότερα.)

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

4. ΕΡΕΥΝΑ

Για το θέμα της πτυχιακής αυτής έγινε έρευνα για να διαπιστωθεί ποια είναι η λειτουργία του τμήματος επειγόντων περιστατικών κατά τις μέρες εφημερίας.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης γιατί είναι ένα κεντρικό και πολύ μεγάλο νοσοκομείο το οποίο δέχεται ασθενείς από την Θεσσαλονίκη αλλά και από την περιφέρεια έτσι το δείγμα θα είναι πιο μεγάλο και πιο ποικιλόμορφο . Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της συνέντευξης (ερωτηματολόγιο).

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση, καταγραφή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για το ποιό είναι το προφίλ των ασθενών που επισκέφτηκαν το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης τις μέρες των εφημέριων, ποια η γνώμη τους για την κατάσταση που επικρατεί στο τμήμα του ΤΕΠ, έτσι ώστε να δοθούν λύσεις σύμφωνα με το προφίλ τους για την καλυτέρευση της οργάνωσης και διαχείρισης της λειτουργίας του ΤΕΠ.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

- Ποιοι είναι οι ασθενείς που επισκέπτονται το ΤΕΠ
- Είναι ασφαλισμένοι ή ανασφάλιστοι αυτοί οι ασθενείς
- Οι ασθενείς αυτοί έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας και επισκέπτονται το ΤΕΠ ή απλά πάνε στο ΤΕΠ για κάτι πολύ απλό

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πλάνο δειγματοληψίας

Η μέθοδος συγκέντρωσης των πρωτογενών στοιχείων που επιλέχτηκε ήταν η δημοσκόπηση με προσωπική συνέντευξη που έγινε με ένα δομημένο ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά το τελευταίο 10ήμερο του Νοεμβρίου 2010, σε δείγμα 50 ασθενών στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης σε άτομα που είχαν επισκεφτεί τα ΤΕΠ του νοσοκομείου.

Μονάδα πληθυσμού- Μονάδα δειγματοληψίας

Μονάδα πληθυσμού αποτελούσε κάθε άτομο το οποίο ήταν μέσα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είτε σαν ασθενής είτε σαν συνοδός.

Μέθοδος δειγματοληψίας

Η μέθοδος δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν δειγματοληψία ευκολίας.

Μέγεθος του δείγματος

Το μέγεθος του δείγματος ορίστηκε στα 50 άτομα.

4.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο περιείχε 18 ερωτήσεις, μαζί με τα δημογραφικά. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας μου περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και 13 ερωτήσεις που αφορούσαν το θέμα της ερευνάς.

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

Κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπήρξαν πολλά προβλήματα. Ένα από αυτά ήταν στην αρχή είχε μοιραστεί ένα άλλο ερωτηματολόγιο με πιο πολλές ερωτήσεις και πιο περίπλοκη γλώσσα ,στο ερωτηματολόγιο αυτό απάντησαν μόνο 10 άτομα και αυτά όχι σε όλες τις ερωτήσεις. Ο λόγος που έγινε αυτό ήταν ότι τα άτομα που ήταν στα ΤΕΠ δεν είχαν διάθεση να απαντούν σε τόσες ερωτήσεις είτε γιατί ήταν άρρωστοι, είτε γιατί ήταν κουρασμένοι και εκνευρισμένοι από τις τόσες ώρες αναμονής.

Στους παρακάτω πίνακες είναι οι κωδικοί που δόθηκαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για να γίνει πιο εύκολη η αποκωδικοποίηση των αποτελεσμάτων.

1	WHO	1,2
2	FYL	1,2
3	AGE	1,2,3,4,5
4	NATION	1,2
5	ASFA	1,2
6	WHERE	1,2,3
7	WHY	1,2,3,4
8	HOW	1,2,3
9	TIME	1,2,3,4
10	PROBLEM	1,2,3,4,5
11	AGAIN	1,2
12	GOOD	1,2,3,4,5
13	WAIT1	1,2,3,4,5
14	WAIT2	1,2,3,4,5
15	WAIT3	1,2,3,4,5
16	WAIT4	1,2,3,4,5
17	WAIT5	1,2,3,4,5
18	WAIT6	1,2,3,4,5

1. **WHO** = Ποιος είναι ο ενδιαφερόμενος(ασθενής ή συνοδός)
2. **FYL** = Το φύλο του ασθενή
3. **AGE** = Η ηλικία του ασθενή
4. **NATION** = Η υπηκοότητα του ασθενή
5. **ASFA** = Ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή ανασφάλιστος
6. **WHERE** = Που κατοικεί ο ασθενής
7. **WHY** = Για πιο ιατρικό τμήμα ήρθε στα ΤΕΠ ο ασθενής
8. **HOW** = Με ποιο μέσο ήρθε ο ασθενής στα ΤΕΠ
9. **TIME** = Πόση ώρα περιμένουν στην αίθουσα αναμονής
- 10.**PROBLEM** = Ποιο θεωρούν ότι είναι το πρόβλημα των ΤΕΠ
- 11.**AGAIN** = Αν έχουν επισπευτεί ξανά τα ΤΕΠ
- 12.**GOOD** = Αν θεωρούν ότι τα ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κάνουν καλά την δουλειά τους
- 13.**WAIT1** = Ποιοι ευθύνονται για την αναμονή (οι νοσοκόμοι/-όμες)
- 14.**WAIT2** == Ποιοι ευθύνονται για την αναμονή (οι ιατροί)
- 15.**WAIT3** == Ποιοι ευθύνονται για την αναμονή (οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό)
- 16.**WAIT4** == Ποιοι ευθύνονται για την αναμονή (οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό)
- 17.**WAIT5** == Ποιοι ευθύνονται για την αναμονή (η διοίκηση)
- 18.**WAIT6** == Ποιοι ευθύνονται για την αναμονή (το κράτος)

1	WHO	1(ΑΣΘΕΝΗΣ), 2 (ΣΥΝΟΔΟΣ)
2	FYL	1 (ΑΝΤΡΑΣ), 2 (ΓΥΝΑΙΚΑ)
3	AGE	1(18-35 ετών), 2(36-50ετών), 3(51-65 ετών), 4(66-75 ετών) ,5(>75 ετών)
4	NATION	1(ΕΛΛΗΝΙΚΗ), 2(ΑΛΛΗ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ)
5	ASFA	1(ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ), 2(ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ)
6	WHERE	1(ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ), 2(ΑΛΛΟΣ ΝΟΜΟΣ Κ.ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ), 3(ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΟΧΗ)
7	WHY	1(ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ), 2(ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ), 3(ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ), 4(ΑΛΛΟ ΤΜΗΜΑ)
8	HOW	1(ΠΕΡΠΑΤΩΝΤΑΣ), 2(ΜΕ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ), 3(ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ)
9	TIME	1(0-30 λεπτά), 2(30 λεπτά – 1 ώρα), 3(1-2 ώρες), 4(Πάνω από 2 ώρες)
10	PROBLEM	1(ΜΙΚΡΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ), 2(ΕΛΛΕΙΨΗ ΜΑΧΑΝΗΜΑΤΩΝ), 3(ΕΛΛΕΙΨΗ ΓΝΩΣΕΩΝ), 4(ΜΕΓΑΛΗ ΕΙΣΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ ΑΜΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ), 5(ΕΛΛΕΙΨΗ ΥΠΟΔΟΜΩΝ)
11	AGAIN	1(ΝΑΙ), 2(ΟΧΙ)
12	GOOD	1(ΚΑΘΟΛΟΥ), 2(ΛΙΓΟ), 3(ΜΕΤΡΙΑ), 4(ΠΟΛΥ), 5(ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)
13	WAIT1	1(ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ), 2(ΔΙΑΦΩΝΩ), 3(ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ), 4(ΣΥΜΦΩΝΩ), 5(ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ)
14	WAIT2	1(ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ), 2(ΔΙΑΦΩΝΩ), 3(ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ), 4(ΣΥΜΦΩΝΩ), 5(ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ)
15	WAIT3	1(ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ), 2(ΔΙΑΦΩΝΩ), 3(ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ), 4(ΣΥΜΦΩΝΩ), 5(ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ)
16	WAIT4	1(ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ), 2(ΔΙΑΦΩΝΩ), 3(ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ), 4(ΣΥΜΦΩΝΩ), 5(ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ)
17	WAIT5	1(ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ), 2(ΔΙΑΦΩΝΩ), 3(ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ), 4(ΣΥΜΦΩΝΩ), 5(ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ)
18	WAIT6	1(ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ), 2(ΔΙΑΦΩΝΩ), 3(ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ), 4(ΣΥΜΦΩΝΩ), 5(ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ)

	EP.1	EP.2	EP.3	EP.4	EP.5	EP.6	EP.7	EP.8	EP.9
	WHO	FYL	AGE	NATION	ASFA	WHERE	WHY	HOW	TIME
1	2	1	5	1	1	2	1	2	2
2	1	1	1	1	1	1	4	2	3
3	1	1	3	2	2	3	3	2	4
4	1	2	1	2	2	3	2	2	3
5	1	2	4	1	1	1	1	3	1
6	1	1	2	1	1	1	3	1	4
7	1	1	2	1	1	2	2	2	2
8	1	1	3	1	1	1	1	2	3
9	1	1	1	2	1	3	3	2	4
10	1	1	2	1	2	2	3	2	3
11	1	1	5	1	1	2	1	3	1
12	2	2	2	2	2	2	2	2	3
13	2	1	5	2	2	3	1	3	1
14	1	1	3	1	1	1	3	2	2
15	1	1	4	1	1	3	2	2	2
16	1	1	3	1	1	1	3	1	4
17	1	1	1	1	2	2	2	2	3
18	1	2	5	2	2	3	1	3	1
19	1	2	3	1	1	1	2	2	2
20	2	2	4	2	1	1	1	3	1
21	1	1	5	1	1	1	3	2	3
22	1	1	1	1	2	1	3	1	4
23	1	1	1	1	2	1	3	1	4
24	1	1	2	1	2	1	4	2	4
25	1	1	4	1	1	2	4	2	3
26	2	2	1	1	1	3	1	3	1
27	1	2	1	2	2	3	2	2	3
28	1	2	1	1	2	3	2	2	3
29	1	2	5	1	1	1	3	2	4
30	1	1	5	1	1	1	2	2	2
31	1	1	3	1	1	1	1	2	2
32	1	1	1	2	1	1	4	2	4
33	1	1	1	1	2	1	2	2	2
34	1	1	3	1	2	1	4	2	4
35	2	1	2	1	1	1	1	3	1
36	1	1	2	1	1	1	2	2	3
37	1	2	3	2	2	1	1	2	1

38	1	1	4	1	1	1	2	2	2
39	1	1	3	1	1	3	1	2	2
40	1	2	2	2	1	1	1	2	2
41	2	1	5	1	2	2	1	3	1
42	1	1	2	1	1	2	3	2	4
43	1	1	2	1	2	2	3	2	4
44	1	2	2	2	2	1	2	2	2
45	1	2	3	1	1	1	1	2	2
46	1	2	2	2	2	1	2	2	2
47	1	1	2	1	1	1	3	2	4
48	1	1	2	1	2	2	3	2	4
49	1	1	1	1	2	2	3	2	4
50	1	1	3	1	1	1	2	2	3

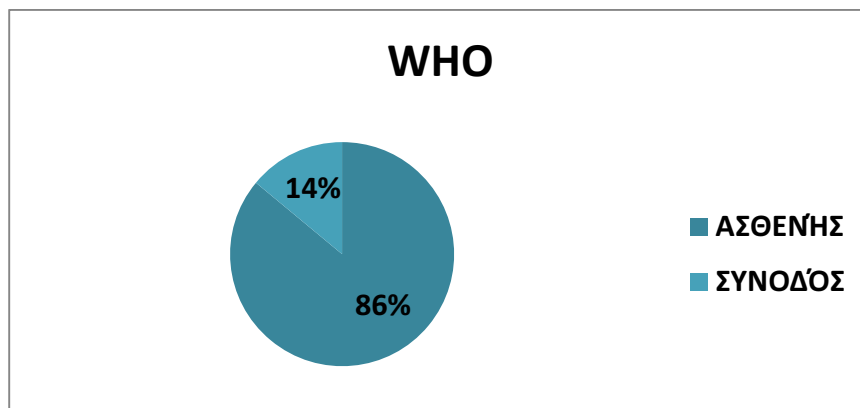
	EP.10	EP.11	EP.12	EP.13	EP.14	EP.15	EP.16	EP.17	EP.18
	PROBLEM	AGAIN	GOOD	WAIT1	WAIT2	WAIT3	WAIT4	WAIT5	WAIT6
1	1	1	3	4	4	4	4	3	5
2	2	2	1	5	5	5	5	5	5
3	1	1	2	4	4	4	4	3	3
4	2	1	3	3	3	5	5	3	5
5	4	1	4	2	2	4	4	4	4
6	4	2	4	2	2	4	4	5	5
7	3	2	3	4	4	4	4	4	4
8	2	1	3	3	3	4	4	3	3
9	1	2	2	4	4	4	4	5	5
10	3	2	4	3	3	4	3	4	4
11	4	1	4	2	2	3	3	1	1
12	1	2	2	4	4	4	4	4	4
13	1	1	3	3	4	4	4	3	3
14	3	2	3	4	4	3	3	3	3
15	1	1	4	2	2	4	4	5	5
16	1	2	4	3	3	4	4	5	5
17	1	2	3	3	3	4	4	5	5
18	4	1	4	2	2	4	4	4	4
19	4	2	4	2	2	4	4	4	4
20	4	1	3	3	3	4	3	5	5
21	2	2	3	3	3	4	4	4	4
22	3	2	3	3	3	4	3	5	4
23	2	2	3	3	3	4	3	5	4
24	4	2	3	3	3	4	4	5	4
25	5	2	3	3	4	4	4	3	3
26	4	2	3	1	3	4	4	4	4
27	1	2	3	1	3	3	3	4	4
28	1	2	2	2	4	4	4	4	4
29	4	1	4	2	2	4	4	4	4
30	4	1	3	2	3	4	3	4	4
31	5	2	3	3	3	4	3	4	4
32	1	2	3	3	3	4	4	4	4
33	1	2	4	2	2	3	4	4	4
34	1	2	3	3	3	4	4	4	4
35	1	2	4	2	2	4	4	1	1
36	1	2	3	3	3	4	4	4	4

37	1	1	3	3	3	4	4	4	4
38	1	1	4	3	2	4	4	4	4
39	1	2	3	3	3	3	4	4	4
40	1	2	3	3	3	4	4	4	4
41	1	1	2	3	4	3	4	2	2
42	2	2	3	2	2	4	4	4	4
43	2	2	3	3	3	4	4	4	4
44	1	2	3	3	3	4	4	4	4
45	1	2	3	3	3	3	4	4	4
46	1	2	3	3	3	4	4	4	4
47	2	2	3	2	3	4	4	4	4
48	5	2	3	2	3	3	4	5	5
49	2	2	3	3	3	3	4	5	5
50	5	2	4	3	3	4	4	5	5

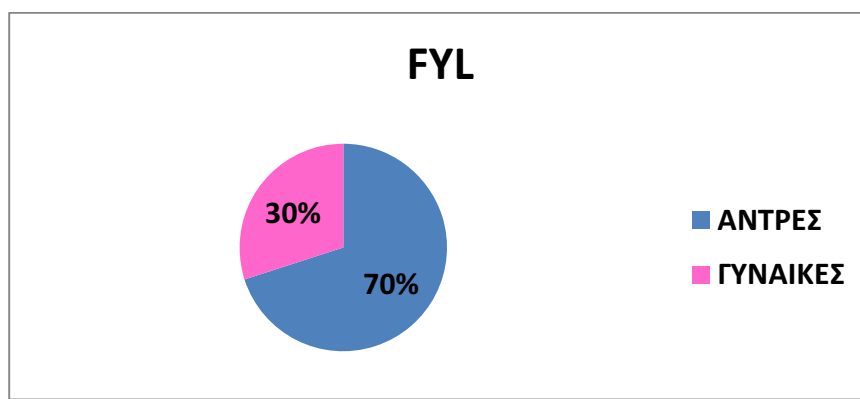
1	1.ΑΣΘΕΝΗΣ=43 2.ΣΥΝΟΔΟΣ=7
2	1.ΑΝΤΡΕΣ=35 2.ΓΥΝΑΙΚΕΣ=15
3	1.(18-35 ετών)=12 2.(36-50ετών)=14 3.(51-65 ετών)=11 4.(66-75 ετών) =5 5.(>75 ετών)=8
4	1.ΕΛΛΗΝΙΚΗ=37 2.ΑΛΛΗ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ=13
5	1.ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ =29 2.ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ=21
6	1.ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ= 28 2.ΑΛΛΟΣ ΝΟΜΟΣ Κ.ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ=12 3.ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΟΧΗ= 10
7	1.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ= 15 2.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ=15 3.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ=15 4.ΑΛΛΟ ΤΜΗΜΑ=5
8	1.ΠΕΡΠΑΤΩΝΤΑΣ=4 2.ΜΕ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ=38 3.ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ=8
9	1.0-30 λεπτά=9 2.30 λεπτά – 1 ώρα=14 3.1-2 ώρες=12 4.Πάνω από 2 ώρες=15
10	1.ΜΙΚΡΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ=23 2.ΕΛΛΕΙΨΗ ΜΑΧΑΝΗΜΑΤΩΝ=9 3.ΕΛΛΕΙΨΗ ΓΝΩΣΕΩΝ=4 4.ΜΕΓΑΛΗ ΕΙΣΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ ΑΜΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ=10 5.ΕΛΛΕΙΨΗ ΥΠΟΔΟΜΩΝ=4
11	1.ΝΑΙ=15 2.ΟΧΙ=35
12	1.ΚΑΘΟΛΟΥ=1 2.ΛΙΓΟ=5 3.ΜΕΤΡΙΑ=31 4.ΠΟΛΥ=13 5.ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ=0
13	1.ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ= 2 2.ΔΙΑΦΩΝΩ=14 3.ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ=27 4.ΣΥΜΦΩΝΩ=6 5.ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=1
14	1.ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ= 0 2.ΔΙΑΦΩΝΩ=11 3.ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ=28 4.ΣΥΜΦΩΝΩ=10 5.ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=1
15	1.ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=0 2.ΔΙΑΦΩΝΩ=0 3.ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ=9 4.ΣΥΜΦΩΝΩ=39 5.ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=2
16	1.ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=0 2.ΔΙΑΦΩΝΩ=0 3.ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ=9 4.ΣΥΜΦΩΝΩ=39 5.ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ= 2
17	1.ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=2 2.ΔΙΑΦΩΝΩ=1 3.ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ=7 4.ΣΥΜΦΩΝΩ=27 5.ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=13
18	1.ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=2 2.ΔΙΑΦΩΝΩ=1 3.ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ=5 4.ΣΥΜΦΩΝΩ=30 5.ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ=12

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΕ ΜΟΡΦΗ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

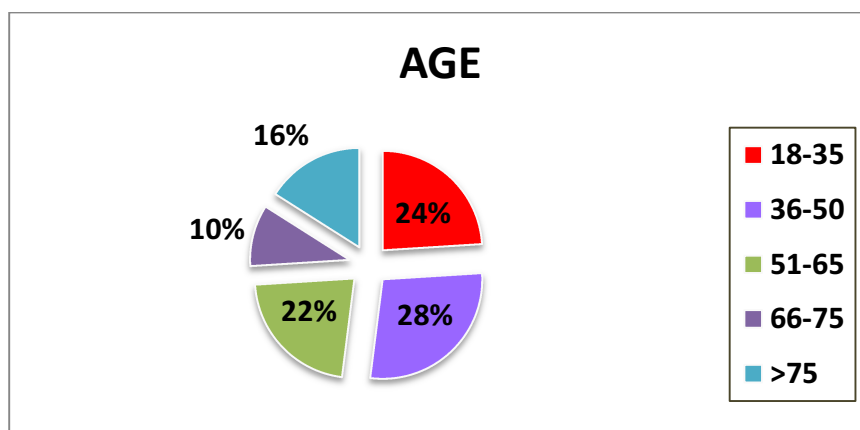
Ερώτηση 1-Πίνακας 1



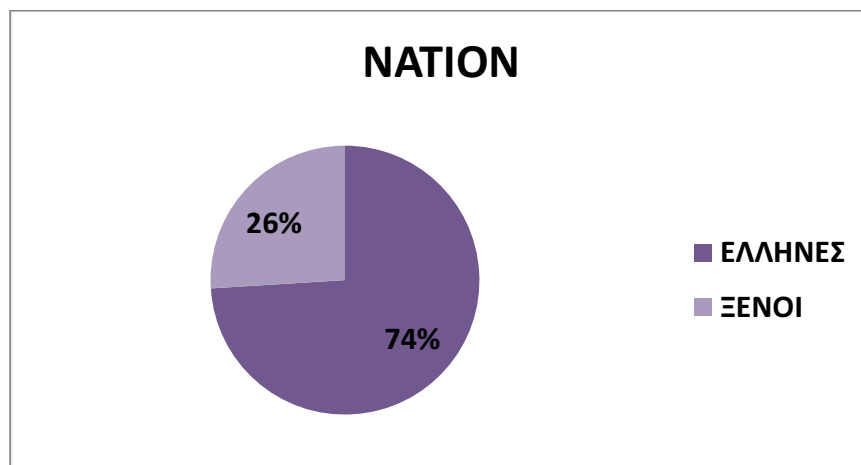
Ερώτηση 2-Πίνακας 2



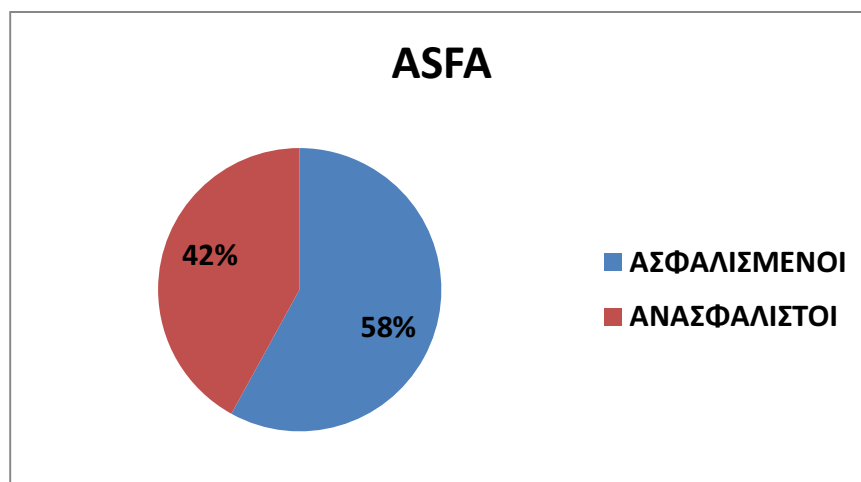
Ερώτηση 3-Πίνακας 3



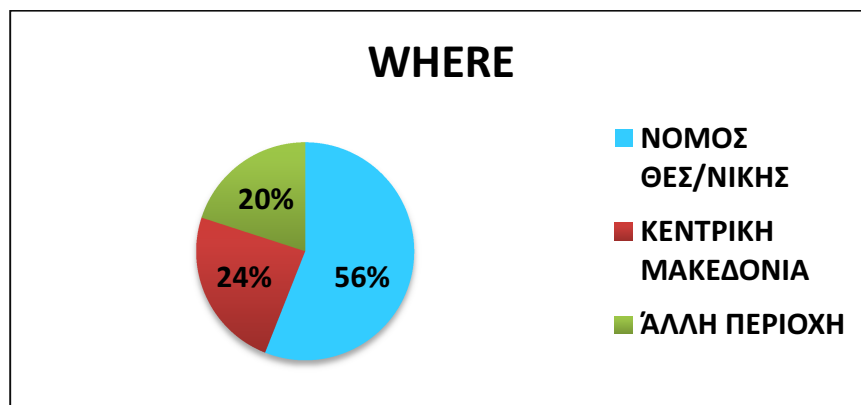
Ερώτηση 4-Πίνακας 4



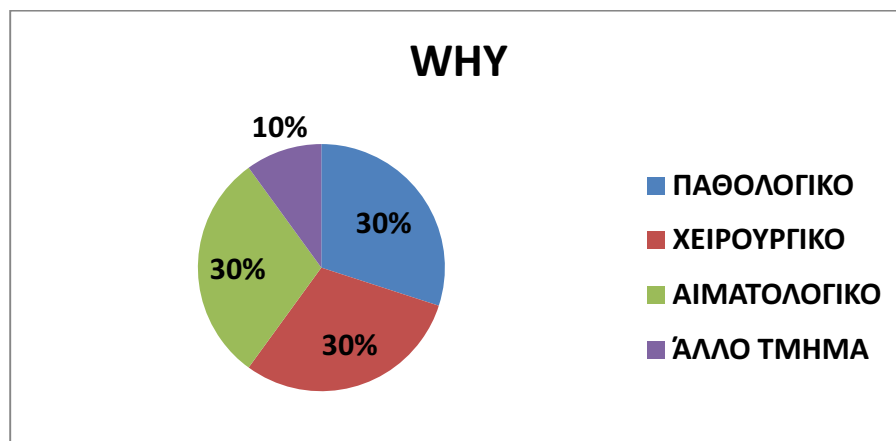
Ερώτηση 5-Πίνακας 5



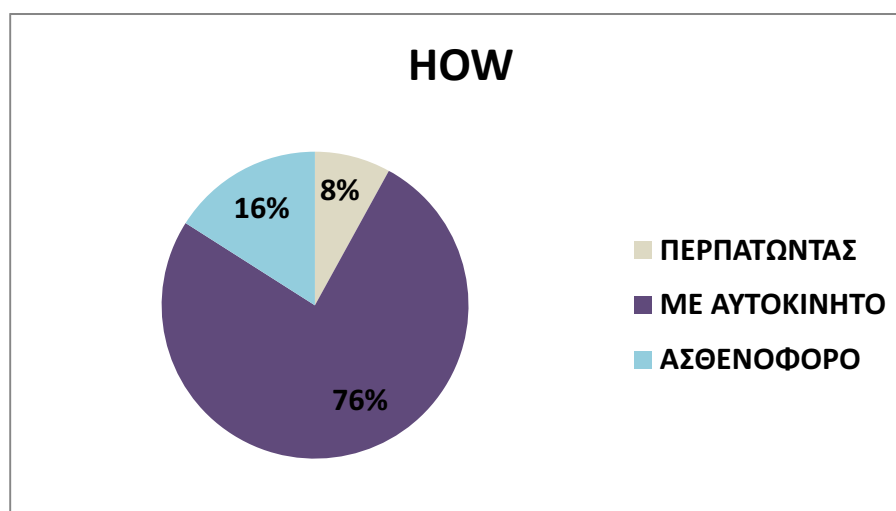
Ερώτηση 6-Πίνακας 6



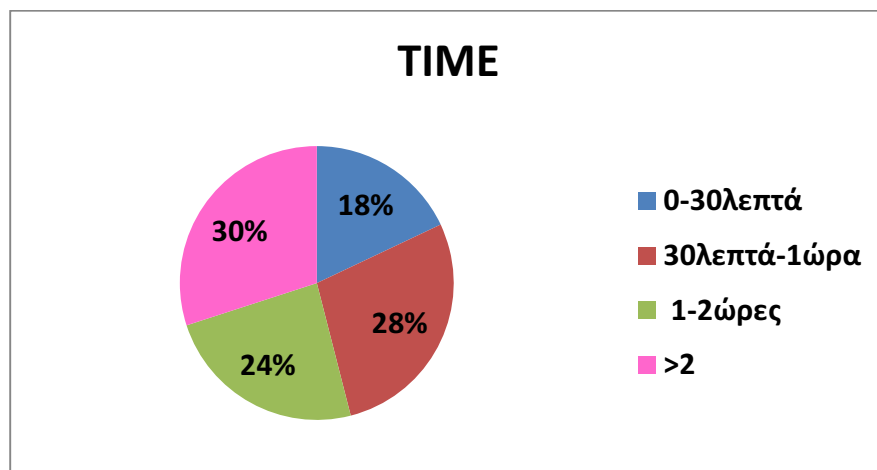
Ερώτηση 7-Πίνακας 7



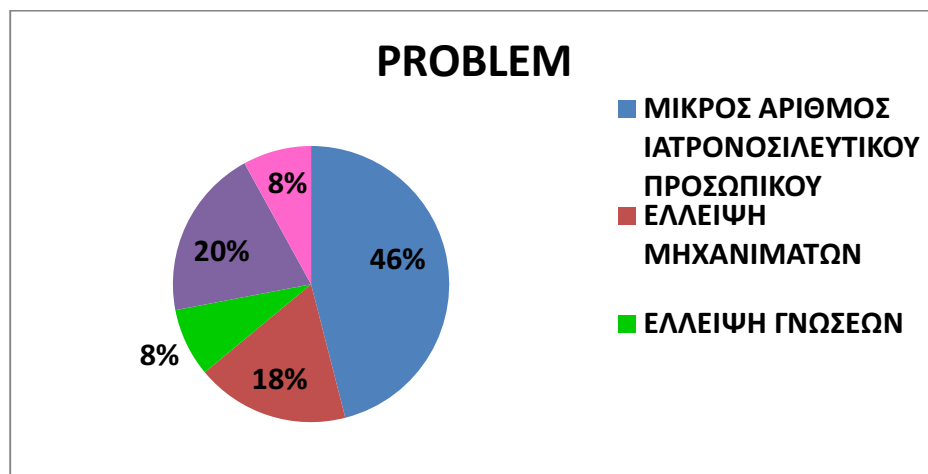
Ερώτηση 8-Πίνακας 8



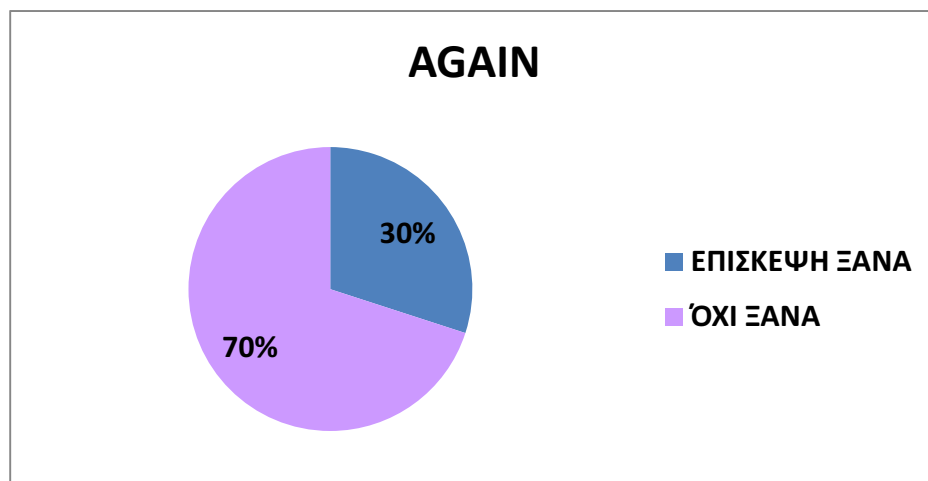
Ερώτηση 9-Πίνακας 9



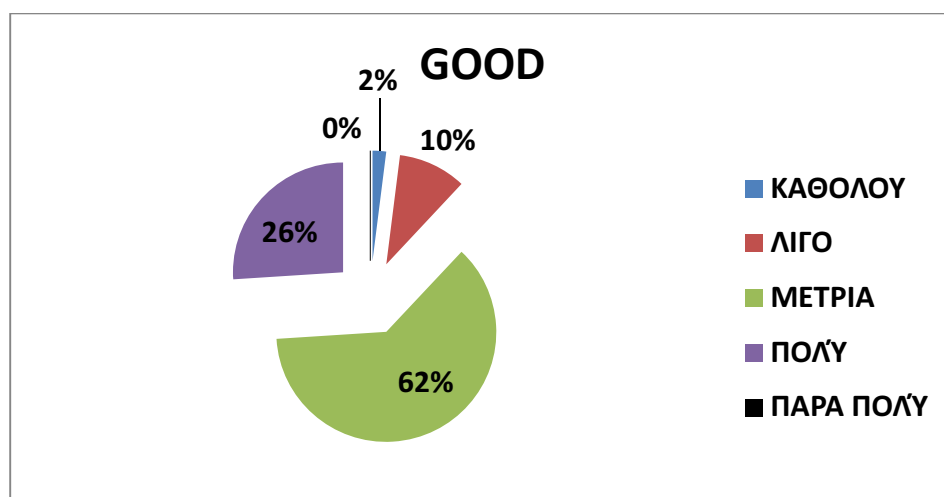
Ερώτηση 10-Πίνακας 10



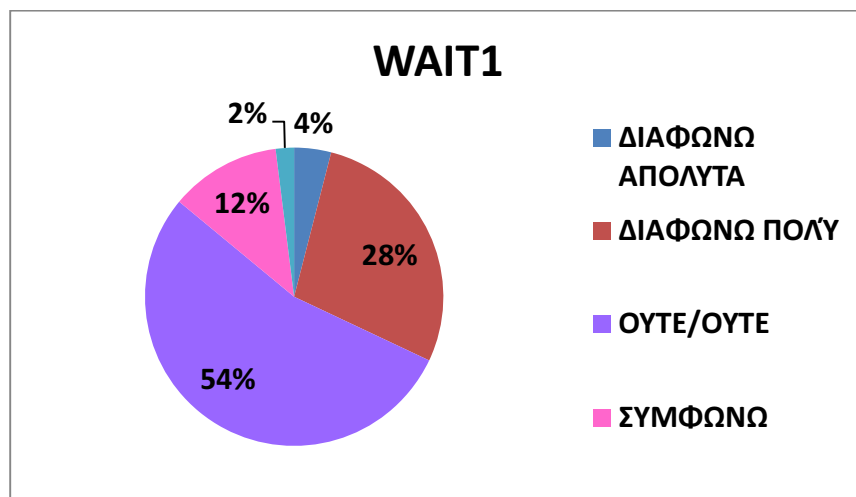
Ερώτηση 11-Πίνακας 11



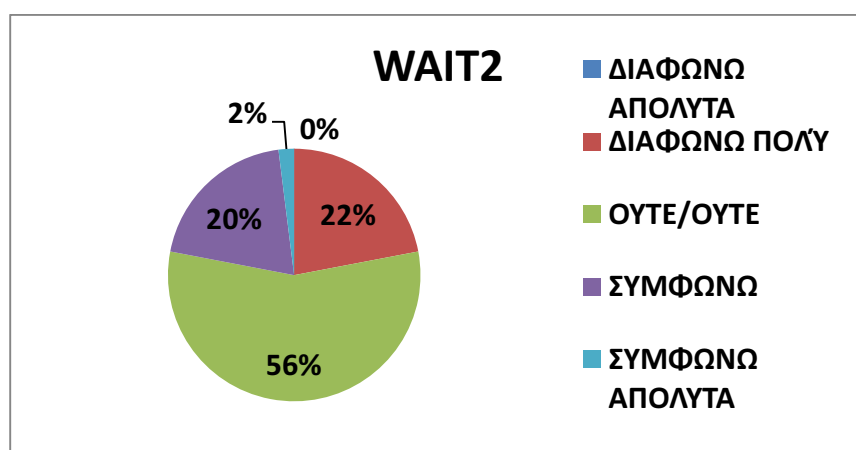
Ερώτηση 12-Πίνακας 12



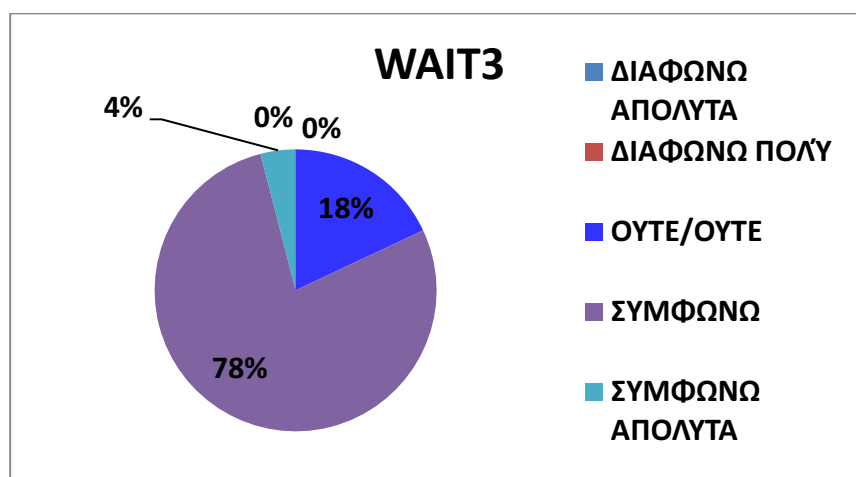
Ερώτηση 13-Πίνακας 13



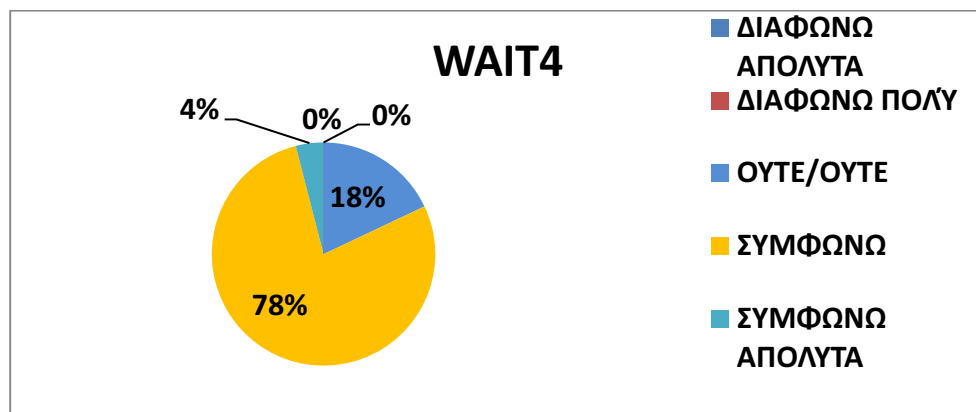
Ερώτηση 14-Πίνακας 14



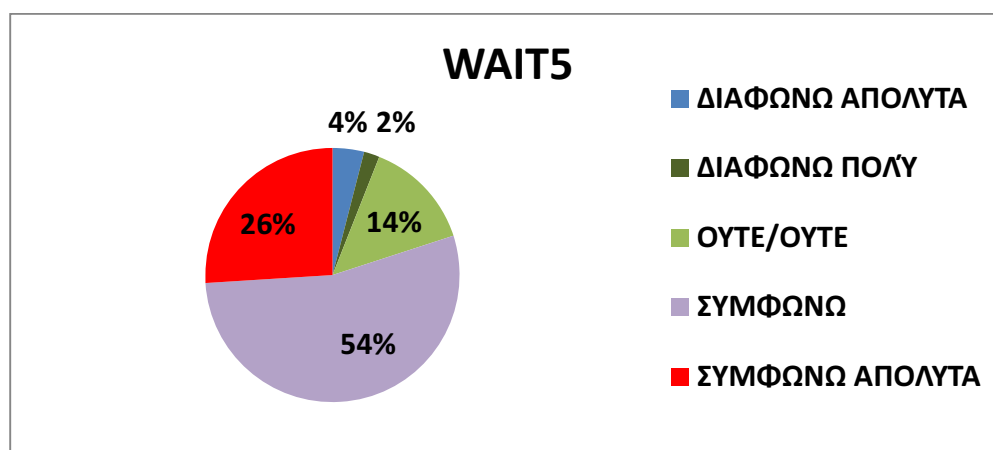
Ερώτηση 15-Πίνακας 15



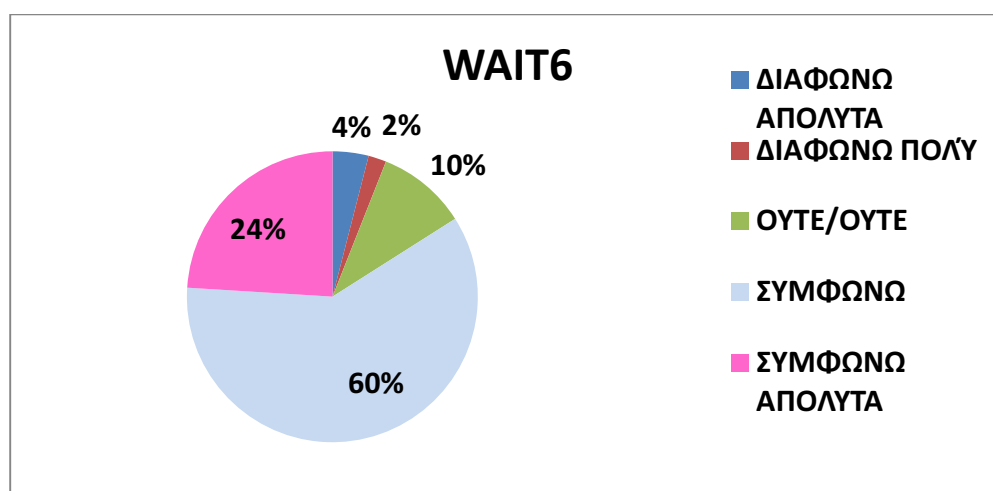
Ερώτηση 16-Πίνακας 16



Ερώτηση 17-Πίνακας 17



Ερώτηση 18-Πίνακας 18



4.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Το ΤΕΠ αποτελεί, τρόπον τινά, τη βιτρίνα του εκάστοτε νοσοκομείου, δεχόμενο τους περισσότερους ασθενείς, άλλοι εκ των οποίων θεραπεύονται επιτόπου και επιστρέφουν σπίτι τους, άλλοι παραπέμπονται σε Τακτικά Ιατρεία, ενώ άλλοι, μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης τους, εισάγονται στο νοσοκομείο ή διακομίζονται αλλού για εξειδικευμένη θεραπεία. Η έλλειψη θεσμοθετημένου ανεξάρτητου Τ.Ε.Π., όπως και μηχανοργανωμένου συστήματος καταγραφής, μαζί με την ανεπαρκή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προκαλούν σημαντικά προβλήματα στα Τ.Ε.Π. και εύλογα παράπονα των χρηστών των υπηρεσιών. (Μπουτάρης και άλλοι,2003)

Το υπάρχον σύστημα αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών είναι απαράδεκτο και αναποτελεσματικό. Η λειτουργία του δεν γίνεται ομαλά και αυτό μπορεί να αποτελέσει άμεσο κίνδυνο για την ζωή των ασθενών. Αυτή η αναποτελεσματικότητα δημιουργεί ένα αίσθημα απογοήτευσης και αμφισβήτησης του γενικού συνόλου της υγείας που προσφέρετε από το κράτος. Το σύστημα αντιμετώπισης των Επειγόντων αφέθηκε να αναδιαμορφωθεί, άναρχα, μη έχοντας μια οργανωτική δομή.

Στις χώρες της Ευρώπης αλλά και της Αμερικής τα τμήματα των επειγόντων περιστατικών άρχισαν να γίνονται όλο και πιο σημαντικά στην καθημερινότητα των πολιτών και ο λόγος είναι πως εκατομμύρια συνάνθρωποι μας σε ολόκληρο τον κόσμο πηγαίνουν στα επείγοντα περιστατικά είτε βαριά τραυματισμένοι και άρρωστοι είτε απλά για μια απλή εξέταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Όπως και στις άλλες χώρες του εξωτερικού τα προβλήματα των ΤΕΠ είναι τα ίδια. Μεγάλος συνωστισμός ο οποίος οδηγεί στις πολύωρες αναμονές. Ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν κάτι σημαντικό πηγαίνουν στα ΤΕΠ για μια απλή εξέταση και αυτό προκαλεί αργοπορία.

Τα κυριότερα καταγραφέντα παράπονα των ασθενών και των συνοδών τους είναι η μακροχρόνια αναμονή, καθυστέρηση στην εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων, η κακή εξυπηρέτηση λόγω ελλείψεων προσωπικού καθώς και κτιριακών υποδομών και μηχανημάτων.

Τα συμπεράσματα που βγήκαν από την έρευνα ήταν ξεκάθαρα οι πολίτες θεωρούν υπαίτιους για την ταλαιπωρία που περνούν στο ΤΕΠ αλλά και για τις μεγάλες αναμονές το κράτος και την διοίκηση, και κατόπιν τις ελλείψεις που παρουσιάζονται.

Από τα 50 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 35 ήταν άντρες και οι 10 ήταν γυναίκες .Οι ανασφάλιστοι ήταν κυρίως άντρες ηλικίας 18-35. Ο αριθμός των ελλήνων ήταν 37 και από αυτούς οι 31 ήταν άντρες.

Αυτοί που περίμεναν περισσότερη ώρα για να εξεταστούν από κάποιο ιατρό ήταν αυτοί που είχαν έρθει στα ΤΕΠ με τα πόδια ,ενώ αυτοί που έρχονταν με το ασθενοφόρο είχαν άμεση προτεραιότητα λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης τους.

Τα περισσότερα περιστατικά δεν ήταν σοβαρά και είχαν έρθει για άπλα για μια εξέταση. Αυτό τους οδήγησε στο να περιμένουν πάνω από δυο ώρες στην αίθουσα αναμονής.

Μόνο το 30% ήταν χρόνια πάσχοντες και είχαν ξαναέρθει στο ΤΕΠ, ενώ το 70% των ασθενών απάντησαν ότι ήταν η πρώτη τους επίσκεψη.

Ένα μικρό ποσοστό μόλις 28% ήταν ανασφάλιστοι και είχαν έρθει στο ΤΕΠ για απλές εξετάσεις και όχι γιατί είχαν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας.

Αυτό μας δείχνει για το προφίλ των ασθενών ότι οι περισσότεροι επισκέπτες των ΤΕΠ είναι άντρες, ηλικίας 36-50 οι οποίοι δεν είχαν επισκεφτεί ξανά το ΤΕΠ και είχαν έρθει για να κάνουν μόνο εξετάσεις

Από τα παραπάνω δεδομένα που δόθηκαν στο ερωτηματολόγιο και απεργαστήκαν ένα είναι το τελικό γενικό συμπέρασμα. Ο κόσμος δεν αντιλαμβάνονται την έννοια ΤΕΠ. Θεωρούν αναφαίρετο δικαίωμα τους να πηγαίνουν στα Τμήματα αυτά και να απαιτούν από το προσωπικό να τους εξετάσει αλλά και να τους δώσει προτεραιότητα χωρίς κάποιο σοβαρό λόγο.

4.5 ΛΥΣΕΙΣ

Το μοντέλο του ΤΕΠ δεν μπορεί να είναι το ίδιο για κάθε χώρα, αλλά ούτε και για κάθε νοσοκομείο. Φυσικά θα υπάρχουν κάποιοι γενικοί κανόνες λειτουργίας και διαχείρισης του τμήματος αλλά και κανόνες για την μεγαλύτερη ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού. Κάθε υγειονομικό σύστημα πρέπει να σχεδιάσει και αναπτύξει το δικό του μοντέλο, που να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες πολιτισμικές, γεωγραφικές, πληθυσμιακές και άλλες ανάγκες του:

- Με την ανάπτυξη αυτόνομων ΤΕΠ θα επιτευχτεί καλύτερη έκβαση των επειγόντων με αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης. Θα περιοριστούν οι αμφιλεγόμενες εισαγωγές, θα μειωθεί ο χρόνος νοσηλείας.
- Η καταγραφή των ασθενών η οποία εξακολουθεί να γίνεται με το χειρονακτικό τρόπο από τους γιατρούς ή τους νοσηλευτές ,απαιτεί μηχανογράφηση και γραμματειακή υποστήριξη. Έτσι θα διευκολυνθεί η ιεραρχική διεκπεραίωση των ασθενών και θα επιτευχθεί μείωση του χρόνου αναμονής. (Στις επόμενες σελίδες δίνονται κάποιες εικόνες με παραδείγματα ενός ηλεκτρονικού φακέλου, ΕΙΚΟΝΕΣ 3,4,5)
- Η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών Υγείας στο Τ.Ε.Π.
- Πρέπει να γίνουν άμεσες προσλήψεις ειδικευμένων ιατρών αλλά και νοσηλευτών που ασχολούνται με την έκτακτη ιατρική

- Αγορά καινούργιων μηχανημάτων καθώς και αλλαγές στην κτιριακή δομή του τμήματος.(Προσθήκη ελικοδρομίου και επιπρόσθετων εργαστηρίων και κλινών στα μεγάλα νοσοκομεία όπου και παρατηρείτε και ο μεγαλύτερος συνωστισμός.
- Όπως έγινε και στην Αμερική, το κράτος και τα νοσοκομεία πρέπει να συνεργαστούν άμεσα με τα ΜΜΕ ώστε να δημιουργήσουν μια καμπάνια η οποία θα ενημερώνει και θα εξηγεί στον κόσμο ότι τα Τμήματα των ΤΕΠ δεν είναι ιατρεία, και ότι δεν μπορεί ο κάθε ένας να τα επισκέπτεται χωρίς κάποιο σοβαρό και επείγοντα λόγο.
- Ένα ακόμα σημαντικό πράγμα που μπορεί να γίνει είναι να αρχίσουν να οργανώνουν το ΤΕΠ να καθορίσουν κάποιο διευθυντή για το τμήμα, ένα προϊστάμενο για τους ιατρούς ,ένα για τους νοσηλευτές, και γενικά να φτιάξουν ένα οργανωτικό πρόγραμμα που θα μπορεί να βοηθήσει στην πιο ομαλή λειτουργία του τμήματος.
- Μπορούν να δώσουν περισσότερη σημασία στην διαλογή των ασθενών φτιάχνοντας ζώνες διαλογής έτσι ώστε ο ασθενής να γνωρίζει σε πιο χώρο να κατευθύνετε καθώς εισέρχεται στον χώρο του ΤΕΠ.

ΕΙΚΟΝΑ 3 α) Δείγμα ενός ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών

← Νέα Εγγραφή →

Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

6/11/2010 9:13:04 μμ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Φύλο: Ημερομηνία Γέννησης: Οικογενειακή κατάσταση:

A.M.: ΑΜΚΑ: Ταμεία:

Επάγγελμα: Παρούσα απασχόληση:




Πόλη κατοικίας: Διεύθυνση κατοικίας: ΤΚ Οικίας:



Τηλέφωνο Οικίας: Κινητό: Τύπος ΣΔ: Έτος διάγνωσης:

Βάρος σε kg: Ύψος σε m: BMI:

Source of Referral:

Απαραίτητο στοιχείο *

Εξετάσεις αίματος/ούρων Επίσκεψη στο ιατρείο Ιστορικό συγγενών Ιατρικό Ιστορικό Φαρμακευτική Αγωγή Εισαγωγή εικόνας, ΗΚΓ, MRI, κτλ Εισαγωγή video

ΕΙΚΟΝΑ 4

β) Δείγμα ενός ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ/ΟΥΡΩΝ

6/11/2010 9:15:58 μμ

Επώνυμο: ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΥΔΑΚΗΣ Όνομα: ΕΥΓΥΧΙΟΣ Πατρώνυμο: _____
A.M: 12344444 Έτος Γέννησης: 10/10/1900

Βιοχημικές Αίματος

A.M: 12344444 Ημερήσια Εξέταση: _____

Βιοχημικά

Σάκχαρο: 400	Κάλιο ορού: <input type="text"/>	SGOT: <input type="text"/>	Προστατική Φωσφατάση: <input type="text"/>
Ουρία: <input type="text"/>	Νάτριο ορού: <input type="text"/>	SGPT: <input type="text"/>	Fe ορού: <input type="text"/>
Ουρικό Οξύ: <input type="text"/>	Ασβέστιο: <input type="text"/>	γ-GT: <input type="text"/>	Φερριπίνη: <input type="text"/>
Χοληστερόλη: <input type="text"/>	Φωσφόρος: <input type="text"/>	Χολερυθρίνη ολ.: <input type="text"/>	CRP: <input type="text"/>
Τριγλυκερίδια: 100	Μαγνήσιο: <input type="text"/>	Χολερυθρίνη άμ.: <input type="text"/>	CK-MB: <input type="text"/>
HDL: <input type="text"/>	ALP: <input type="text"/>	Ολικά Λευκώματα: <input type="text"/>	
LDL: <input type="text"/>	CRP: <input type="text"/>	Αμυλάση: <input type="text"/>	
LDH: <input type="text"/>	Κρεατινίνη: <input type="text"/>	Λευκωματίνη: <input type="text"/>	
Hba1c%: <input type="text"/>			

← Προσθήκη εγγραφής →

Εγγραφή: 1 από 1 Χωρίς φίτρο Αναζήτηση

ΕΙΚΟΝΑ 5

γ) Δείγμα ενός ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών

Συντήρ. Επείγουσα Εισαγωγή Εξωτ. Ασθενή: Δεδομένα Επίσκεψης

Επείγουσα εισαγωγή Επεξεργασία Προς Επιπρόσθετες λειτουργίες(Χ) Περιβάλλον Σύστημα Βοήθεια

Ασφάλιση Δεδομένα Ατυχήματος... Οικον. εκκρεμ.

Ασθενής 1366059 Ιδρυμα ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Περιστ. []

Δεδομένα Ασθενή

Επίθετο ΣΟΠΡΑΝΙΩΗΣ Ημερ. γέν. 07.08.1971

Όνομα ΙΩΑΝΝΗΣ Φύλο αρσενικό

Όνομα πατέρα ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

Οδός/Αριθμός []

Χώρα GR Ελλάδα

Ταχ. Κώδ./Πόλη [] ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Περιοχή ΜΠΟΤΣΑΡΗ

Τηλέφωνο 2310 857510

Σχόλιο []

Δεδομένα Επίσκεψης

Τύπ. επίσκ. ΕΚ εκτακτο περιστ. Τρόπος άφιξης []

Ημερ. 11.07.2006 Χρόν. 13:48:42

Ου θεραπ. ΕΠΕΙΓ ΤΕΠ (Επειγ. []

[]

Αδάλογλου Μαρία, 2008

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αδάλογλου,Μ.,2008.Μοντέλο Ηλεκτρονικής λειτουργίας ,Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Μεταπτυχιακή εργασία, σ.13,47
- Ασκητοπούλου,Ε.,2009. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση &Ανάπτυξη, σ.2-5,8-9,11-12,13-16,17-18,21-22
- Θ.Π.Μπουτάρης,&Ι.Μητρόπουλος,& Μ.Μπουντούρη, & Π.Μπουντούρης,& Ι.Μπουντούρης, 2003. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης, Επιθεώρηση υγείας, σ. 20
- Καραμπίνης,Α.,& Κουκουλίτσιος,Γ.,2006. Δημιουργία Τ.Ε.Π. -Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών-Χώροι Υποδοχής Περιστατικών ,σ.3-4
- Λαναρά,Β.Α.,2004.Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο .Β΄ έκδοση.
- Μακρίδου-Βαρδαβέξη,Ελισ. ,&Ιωακείμ Σιγάλας,2008. Διερεύνηση και αξιολόγηση της εφαρμογής του νέου συστήματος εφημερίας των νοσοκομείων ΕΣΥ στη Θεσσαλονίκη, Επιθεώρηση υγείας σ. 11-12
- Μούρτου,Ε.Χ,& Παναγακοπούλου,Β.,2007.Η χρήση των Γραμμωτών Κωδικών στις Ενδονοσοκομειακές Διαδικασίες Μέσω Ανάπτυξης Μοντέλου, Επιθεώρηση υγείας σ.31
- Τσώλη, Θεοδ.,2003. Ο Έλληνας ασθενής στην << Εντατική>> της Ε.Ε, Επιθεώρηση υγείας, σ. 47
- Υ4α/οικ. 117448/2007 -ΦΕΚ1900/Β'/14.9.2007, 2007. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως,Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Cunningham ,P.& May,J.,2003.Insured drive surge in emergency department visits, Issue Brief Findings from HSC,pp.1-6
- Hirshon,J.M, & Morris, D,M ,2006. Emergency medicine and the health of the public: the critical role of emergency departments in US public health, p.816-818
- National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2007 ,Emergency Department Summary, tables 1, 4, 10, 12, 21
- Niska R, Bhuiya F, Xu J.,2007. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary.National Health Statistics Reports .pp. 1-27
- Peppe, E.M. ,& Mays, J.W & Chang, H.C.& Becker, E. & DiJulio, B.,2007. Characteristics of Frequent Emergency Department Users –*brief*, pp.1,6,8-10
- Report to the Chairman, Committee on Finance, U.S. Senate,2009. Hospital emergency departments Crowding Continues to Occur, and Some Patients Wait Longer than Recommended Time Frames. pp.1-49
- Weinick, R. M.& Burns, R. M.& Mehrotra, A.,2010.Many Emergency Department Visits Could Be Managed At Urgent Care Centers And Retail Clinics.HealthAffairs
- Wilson, M. J. & Nguyen, K.,2004. Bursting at the seam ,*Improving Patient Flow to Help America's Emergency Departments*. pp.1-4
- Lawrence, L.,2008. The Future of Emergency Medicine-How Far Have We Come Since the Institute of Medicine Report?. Pp.10-11

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://www.giatroi.info/ekav.html>

<http://maestria77.wordpress.com/2009/06/>

<http://www.foxnews.com/story/0,2933,337295,00.html>

<http://www.cep.com/siteinfo/sitelist.asp?c=ED>

http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_department

http://www.et.gr/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=104&lang=el

http://www.rwjf.org/files/research/Learning_Network5.pdf

<http://www.gao.gov/new.items/d09347.pdf>

<http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/03/24/hlthaff.w4.136.full.pdf+html>

<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db38.pdf>

<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/ervisits.htm>

<http://www.kff.org/insurance/upload/7696.pdf>

<http://www.ippokratio.gr/>

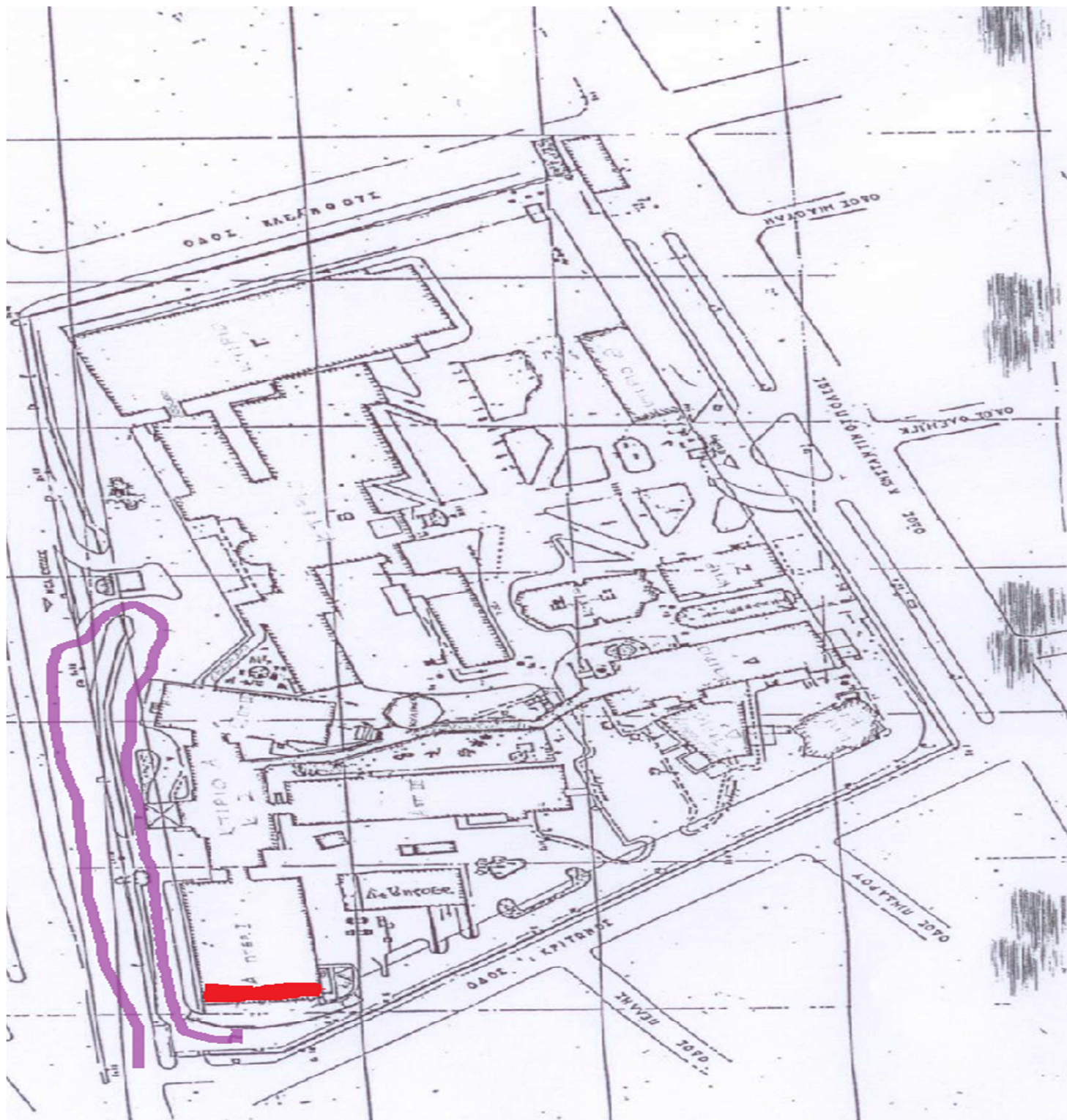
http://ekonstadoudakis.blogspot.com/2010/11/blog-post_06.html

<http://healthblog.ncpa.org/the-downside-of-emrs/>

<http://www.google.gr/imgres?imgurl=http://3.bp.blogspot.com>

ΕΙΚΟΝΑ 4

Χάρτης Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Στο σημείο όπου είναι κόκκινο εκεί είναι το ΤΕΠ και με την μωβ γραμμή είναι από εκεί που εισέρχονται τα ασθενοφόρα.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τ.Ε.Ι ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ : ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητή /-έ κυρία /-έ

Πραγματοποιούμε μία έρευνα για να διερευνήσουμε τις απόψεις σας για ορισμένα θέματα που αφορούν την κατάσταση που επικρατεί στα ΤΕΠ κατά τις μέρες των εφημερίων και αν κατά τις μέρες αυτές παρατηρούνται κάποια προβλήματα και αν ναι με ποιούς τρόπους μπορεί το κράτος ή η διοίκηση να βοηθήσει στην εξομάλυνση των προβλημάτων αυτών. Θα ήθελα να σας διαβεβαιώσω ότι οι απαντήσεις σας είναι απολύτως εμπιστευτικές και ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς. Τα προσωπικά σας δεδομένα δεν πρόκειται ποτέ και για κανένα λόγο να δημοσιοποιηθούν.

Σας ευχαριστώ θερμά

Νοέμβριος 2010

Ερευνήτρια

Μαριλένα Μιλτιάδου

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. α) Ασθενής β) Συνοδός
2. Φύλο
α) Άντρας β) Γυναίκα
3. Ηλικία
18-35 ετών 36-50ετών 51-65 ετών 66-75 ετών >75 ετών
4. Υπηκοότητα
α) Ελληνική β) Ξένη
5. α) Ασφαλισμένος β) Ανασφάλιστος
6. Τόπος κατοικίας
α) Νομός Θεσσαλονίκης
β) Άλλος νομός Κεντρικής Μακεδονίας
γ) Άλλη περιοχή
7. Για ποιον ιατρικό τομέα είστε στα ΤΕΠ;
α) Παθολογικό(καρδιολογικό, νεφρολογικό)
β) Χειρουργικό(ουρολογικό, γυναικολογικό, ΜΕΘ)
γ) Εργαστηριακό(μικροβιολογικό, αιματολογικό, ακτινολογικό)
δ) Άλλο τμήμα
8. Πώς ήρθατε στο ΤΕΠ
α)Περπατώντας β)Με αυτοκίνητο γ)Ασθενοφόρο
9. Πόση ώρα περιμένετε για την εξέταση;
α) 0-30 λεπτά
β) 30 λεπτά – 1 ώρα
γ) 1-2 ώρες
δ) Πάνω από 2 ώρες

10. Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο πρόβλημα στα ΤΕΠ;

- α) μικρός αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- β) έλλειψη μηχανημάτων
- γ) έλλειψη γνώσεων
- δ) μεγάλη εισροή ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ανάγκη από άμεση ιατρική φροντίδα
- ε) έλλειψη υποδομών

11. Έχετε επισκεφτεί ξανά τα επείγοντα;

- α) ναι β) όχι

12. Θεωρείτε ότι οι γιατροί και οι νοσοκόμοι κάνουν καλή δουλειά;

- α) Καθόλου
- β) Λίγο
- γ) Μέτρια
- δ) Πολύ
- ε) Πάρα πολύ

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

13. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι νοσοκόμοι/-όμες

1 2 3 4 5

14. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνονται οι γιατροί

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

17. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνεται η διοίκηση

1 2 3 4 5

18. Για τα προβλήματα αναμονής ευθύνεται το κράτος

1 2 3 4 5

Το Αυστραλιανό κολέγιο της επείγουσας ιατρικής προτείνει:

- 50m² / 1000 εισαγωγές / έτος –
- Ή 145 m² ανά 1000 εισαγωγές / έτος από το ΤΕΠ, ανάλογα με το πιο μέγεθος είναι μεγαλύτερο.

χωρίς RX και θάλαμο βραχείας νοσηλείας

Το ελάχιστο μέγεθος ενός λειτουργικού ΤΕΠ πρέπει να είναι τουλάχιστον 700m²

Emergency Department Visits

(Data are for the U.S.)

- Number of visits: 116.8 million
- Number of injury-related visits: 39.4 million
- Number of visits per 100 persons: 39.4
- Percent of visits with patient seen in fewer than 15 minutes: 18%
- Percent of visits resulting in hospital admission: 12.5%
- Percent of visits resulting in transfer to a different hospital: 1.8%

(National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2007.)

