

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

## **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΕΠ**

**ΒΑΛΑΣΙΑ ΚΤΕΝΙΔΟΥ  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΦΑΦΟΥΤΗ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009**

# **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

**Μηνασίδου Ευγενία**, Καθηγήτρια Εφαρμογών(Επιβλέπουσα)

**Δρ. Μπελλάλη Θάλεια**, Επίκουρη Καθηγήτρια

**Βασιλοπούλου Μιχαλούλα**, Καθηγήτρια Εφαρμογών

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

#### **Κεφάλαιο 1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΠ**

- 1.1 Ορισμός ΤΕΠ σελ. 8
- 1.2 Ιστορική αναδρομή σελ. 8
- 1.3 Νομοθεσία για το ΤΕΠ σελ. 11
- 1.4 Ορισμός Επείγοντος Περιστατικού σελ. 11
- 1.5 Σκοπός ίδρυσης σελ. 12
- 1.6 Ρόλος και αρμοδιότητες Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών σελ. 13

#### **Κεφάλαιο 2. ΧΩΡΟΤΑΞΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΤΕΠ**

- 2.1 Εισαγωγή σελ. 15
- 2.2 Οι χώροι του ΤΕΠ σελ. 15
- 2.3 Το μέγεθος του ΤΕΠ σελ. 18
- 2.4 Σχεδιασμός ΤΕΠ σελ. 19
  - 2.4.1 Βασικές αρχές σελ. 19
- 2.5 Για να είναι λειτουργικό ένα ΤΕΠ σελ. 22
- 2.6 Προσβασιμότητα ΤΕΠ σελ. 23
- 2.7 Σήμανση ΤΕΠ σελ. 23
- 2.8 Χώροι εισόδου στο ΤΕΠ σελ. 24
- 2.9 Προδιαγραφές χώρων εισόδου σελ. 26
- 2.10 Χώροι στάθμευσης στο ΤΕΠ σελ. 26
- 2.11 Χώρος διαλογής (triage) σελ. 27
- 2.12 Λουτρό ή χώρος πλύσης ασθενών ΤΕΠ σελ. 27
- 2.13 Χώρος υποδοχής-αναμονής σελ. 28
- 2.14 Χώρος πληρωμάτων ασθενοφόρων σελ. 28
- 2.15 Χώρος εξεταστηρίων-ιατρείων σελ. 29
- 2.16 Μόνωση-Δηλητηριάσεις σελ. 30
- 2.17 Χώρος αναζωογόνησης σελ. 30
- 2.18 Σταθμός εργασίας νοσηλευτών ΤΕΠ σελ. 31
- 2.19 Αίθουσα χειρουργικών σελ. 31
- 2.20 Αίθουσα γύψου ΤΕΠ σελ. 32
- 2.21 Νεκροθάλαμος ΤΕΠ σελ. 33

2.22 Εξοπλισμός για εκτέλεση ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων στο ΤΕΠ σελ. 33

2.23 Αίθουσα συσκέψεων ΤΕΠ σελ. 33

### **Κεφάλαιο 3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

3.1 Οργανωτική δομή ΤΕΠ σελ. 35

3.1.1 Οργάνωση ιατρικής υπηρεσίας ΤΕΠ σελ. 35

3.1.2 Οργάνωση νοσηλευτικής υπηρεσίας ΤΕΠ σελ. 37

3.1.3 Οργάνωση διοικητικής υπηρεσίας ΤΕΠ σελ. 38

3.2 Στελέχωση ΤΕΠ σελ. 40

3.3 Στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό σελ. 42

3.4 Προβλήματα που προκύπτουν από την ανεπαρκή στελέχωση σελ. 45

3.5 Νομοθεσία σελ. 46

3.6 Εκπαίδευση σελ. 51

3.6.1 Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού στην Επείγουσα νοσηλευτική σελ. 51

### **Κεφάλαιο 4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

4.1 Ιστορική εξέλιξη της διαλογής σελ. 57

4.2 Εννοιολογικό πλαίσιο σελ. 58

4.3 Στόχοι συστημάτων διαλογής (triage) σελ. 59

4.4 Χωροταξική εργονομία σελ. 61

4.5 Συστήματα ταξινόμησης περιστατικών σελ. 63

4.5.1 Συστήματα καταγραφής δεδομένων διαλογής σελ. 63

4.6 Κλίμακες διαλογής σελ. 64

4.6.1. Εθνική κλίμακα διαλογής του Ην. Βασιλείου σελ. 65

4.6.2 Αμερικάνικη εθνική κλίμακα διαλογής σελ. 67

4.6.3 Εθνική κλίμακα διαλογής της Αυστραλίας σελ. 68

4.7 Δέντρο απόφασης διαλογής τραύματος σελ. 69

4.8 Διαλογή στο ΤΕΠ σελ. 70

4.8.1 Πρωτογενής εκτίμηση σελ. 71

4.8.2 Δευτερογενής εκτίμηση σελ. 72

4.8.3 Διαλογή σελ. 72

4.9 Συμπεράσματα σελ. 73

4.10 Αρμοδιότητες, καθήκοντα νοσηλευτή/-τριας "TRIAGE" σελ. 74

4.10.1 Αρμοδιότητες νοσηλευτή διαλογής σελ. 74

- 4.11 Ταξινόμηση των περιστατικών σελ. 75
- 4.12 Γενική φροντίδα του αρρώστου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σελ. 76
  - 4.12.1 Ορισμός Επείγουσας Ιατρικής σελ. 76
  - 4.12.2 Ορισμός προνοσοκομειακής φροντίδας σελ. 77
  - 4.12.3 Triage (Διαλογή) σελ. 77
- 4.13 Ταξινόμηση των παθήσεων και των κακώσεων σελ. 77
- 4.14 Αρχική εκτίμηση σελ. 78
- 4.15 Ανάνηψη/ αναζωογόνηση σελ. 79
- 4.16 Κυρίως εκτίμηση σελ. 79
- 4.17 Σταθεροποίηση σελ. 80
- 4.18 Φροντίδα σελ. 80

## **Κεφάλαιο 5. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΕΠ**

- 5.1 Αποστολή του ΤΕΠ σελ. 81
- 5.2 Λειτουργικό μέγεθος ΤΕΠ σελ. 81
- 5.3 Λειτουργία ΤΕΠ – γενικά σελ. 82
- 5.4 ΤΕΠ και Σύστημα Εφημεριών σελ. 84
- 5.5 Ανάλυση Λειτουργικών Διεργασιών ΤΕΠ σελ. 85
  - 5.5.1.α Είσοδος – Υποδοχή Περιστατικών στο ΤΕΠ σελ. 85
  - 5.5.1.β Λειτουργία Διαλογής [Triage] περιστατικών στο ΤΕΠ σελ. 86
  - 5.5.2 Διοικητική Λειτουργία (Γραμματεία) ΤΕΠ σελ. 89
  - 5.5.3 Νοσηλευτική Εκτίμηση [Nursing Evaluation] σελ. 91
    - 5.5.3.α Γρήγορη αναγνώριση περιστατικών σελ. 92
    - 5.5.3.β Ιατρική Εκτίμηση [Physician Evaluation] σελ. 93
  - 5.5.4 Λειτουργία Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας σελ. 95
    - 5.5.4.α Ορισμός Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας (MBN) σελ. 95
    - 5.5.4.β Πλεονεκτήματα από τη λειτουργία MBN σελ. 97
  - 5.5.5 Έξοδος από το ΤΕΠ σελ. 98
- 5.6 Μοντέλο εργασίας στο ΤΕΠ σελ. 99
- 5.7 Διεπαγγελματική – Διεπιστημονική Ομάδα εργασίας σελ. 100
- 5.8 Διοικητική – Επιστημονική Ευθύνη στο ΤΕΠ σελ. 101
- 5.9 Διευθυντής Ιατρός ΤΕΠ σελ. 103
- 5.10 Προϊστάμενος Νοσηλευτής ΤΕΠ σελ. 104
- 5.11 Συντονιστής Νοσηλευτής ΤΕΠ σελ. 105

5.12 Συντονιστής Εφημερίας σελ. 106

## **Κεφάλαιο 6. ΗΘΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΠ**

6.1 Εισαγωγή σελ. 107

6.2 Δεοντολογικά ζητήματα σελ. 108

6.3 Συναίνεση ασθενή στο ΤΕΠ σελ. 108

6.4 Ανήλικοι ασθενείς <18 ετών στο ΤΕΠ– Συναίνεση σελ. 109

6.5 Ενήλικοι ασθενείς στο ΤΕΠ - Συναίνεση σελ. 110

6.6 Ασθενείς που πιθανόν έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές ενέργειες σελ. 111

6.7 Ασθενείς εξαρτημένοι από αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες σελ. 111

6.8 ΤΕΠ και αστυνομικές αρχές σελ. 112

6.9 Παρουσία συγγενών στην αίθουσα αναζωογόνησης σελ. 113

6.10 Ενημέρωση συγγενών των ασθενών στο ΤΕΠ σελ. 114

6.10.1 Βασικές αρχές για την ενημέρωση των ασθενών στο ΤΕΠ σελ. 114

6.11 Προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων ασθενών σελ. 115

6.11.1 Τήρηση ιατρικού απορρήτου σελ. 115

6.12 Θάνατος ασθενή- ΤΕΠ σελ. 117

6.13 Κλινική αμέλεια (Clinical Negligence) και σφάλματα (Malpractice) σελ. 119

6.14 Επαγγελματική ασφάλιση-Κατοχύρωση προσωπικού ΤΕΠ σελ. 121

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σκοπός για τον οποίο πραγματοποιήθηκε η παρούσα εργασία είναι η μελέτη των βασικών αξόνων που διέπουν την καλή Οργάνωση και Λειτουργία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Η εργασία αποτελείται συνολικά από έξι κεφάλαια τα οποία συνοπτικά αναλύουν τα εξής περιεχόμενα:

*Κεφάλαιο 1:* Περιέχει βασικές έννοιες και ορισμούς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών

*Κεφάλαιο 2:* Αφορά τη χωροταξία και την υλικοτεχνική υποδομή του ΤΕΠ

*Κεφάλαιο 3:* Αναλύει την οργάνωση και στελέχωση του ΤΕΠ καθώς και την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού

*Κεφάλαιο 4:* Παρουσιάζονται τα συστήματα διαλογής περιστατικών

*Κεφάλαιο 5:* Αφορά τη λειτουργία του ΤΕΠ

*Κεφάλαιο 6:* Θίγονται ηθικά, δεοντολογικά και νομικά ζητήματα στο ΤΕΠ

Παρακάτω θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα τα περιεχόμενα κάθε κεφαλαίου ξεχωριστά. Στο *πρώτο κεφάλαιο* αναλύονται οι ορισμοί του ΤΕΠ και του επείγοντος περιστατικού καθώς επίσης η νομοθεσία, ο σκοπός ίδρυσής του και η ιστορική αναδρομή του ΤΕΠ. Το *δεύτερο κεφάλαιο* παρουσιάζει αναλυτικά τους χώρους του ΤΕΠ, το μέγεθός του, τις βασικές αρχές σχεδιασμού του, την σήμανση και τέλος την προσβασιμότητα. Το  *τρίτο κεφάλαιο* περιλαμβάνει την οργάνωση των τριών υπηρεσιών του ΤΕΠ: ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία καθώς επίσης και την στελέχωση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Το  *τέταρτο κεφάλαιο* ασχολείται με τον ορισμό, την ιστορική εξέλιξη και τους στόχους συστημάτων διαλογής, καθώς επίσης παρουσιάζονται οι κλίμακες διαλογής του Ην. Βασιλείου, της Αμερικής και της Αυστραλίας και τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών. Το  *πέμπτο κεφάλαιο* αναλύει την διαδικασία η οποία ακολουθείται με την είσοδο του ασθενή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Ενώ τέλος, στο  *έκτο κεφάλαιο* παρουσιάζεται η σχέση του ΤΕΠ με τις αστυνομικές αρχές, η συναίνεση του ασθενούς και η τήρηση του ιατρικού απορρήτου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΠ**



## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΕΠ

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου τα νοσηλευτικά ιδρύματα διαθέτουν ειδικά διαμορφωμένους και εξοπλισμένους χώρους με μόνιμο πυρήνα ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, για την αντιμετώπιση περιστατικών που χρήζουν άμεσης φροντίδας και νοσηλείας μέσα σε λίγα λεπτά ή δευτερόλεπτα. Στην Αυστραλία ονομάζονται τμήματα ατυχημάτων, στο Ηνωμένο Βασίλειο Τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών ενώ στην Ελλάδα και στις ΗΠΑ καλούνται τμήματα επειγόντων περιστατικών, αν και στις ΗΠΑ έχει επικρατήσει το ακρωνύμιο ER (Emergency Rooms).

## 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όταν ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας [National Health Service] στο Ην. Βασίλειο, κατά το 1948, τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών, έτσι όπως τα γνωρίζουμε σήμερα, δεν υπήρχαν. Αντίθετα, υπήρχαν τα λεγόμενα “casualty departments” ή “casualty services”, δηλαδή τμήματα ή υπηρεσίες ατυχημάτων που λειτουργούσαν κατά κύριο λόγο με πρωτοβουλία των χειρουργών και των ορθοπεδικών. Η ύπαρξη ή μη τέτοιων υπηρεσιών ήταν συνάρτηση κυρίως του μεγέθους του κάθε νοσοκομείου. Συνήθως, τα μεγάλα νοσοκομεία διέθεταν μεγάλα τμήματα ατυχημάτων ικανά να αντιμετωπίζουν πολλά και σοβαρά περιστατικά. Τα μικρότερα νοσοκομεία, από την άλλη πλευρά, διέθεταν απλές μονάδες αντιμετώπισης μικρών κακώσεων και τραυμάτων [minor injury units]. Επιπλέον, ορισμένα νοσοκομεία διέθεταν και κλινικές ή τμήματα ατυχημάτων, για τη νοσηλεία των περιστατικών αυτών (Department of Health 2004).

Κατά τη δεκαετία του 1960 άρχισαν να αναπτύσσονται τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, τα οποία σταδιακά στη συνέχεια μετεξελίχθηκαν σε Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όπως είναι σήμερα. Ιδιαίτερη επιρροή προς την κατεύθυνση αυτών των εξελίξεων άσκησε κατά την περίοδο εκείνη (το 1962 συγκεκριμένα) η Νομοθετική Επιτροπή επί των Θεμάτων Ιατρικής η οποία εξέδωσε μια εισηγητική έκθεση αναφορικά με την ανάπτυξη της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής (Department of Health 2004).

Κατά την δεκαετία του 1970 παρατηρήθηκαν σημαντικές εξελίξεις οι οποίες αφορούσαν στην ανάπτυξη και αναγνώριση των δύο ειδικοτήτων που αποτελούν πυλώνες για τον τομέα επείγουσας φροντίδας [emergency care], που είναι:

- ♦ Η Επείγουσα Ιατρική [Emergency Medicine] και
- ♦ Η Επείγουσα Νοσηλευτική [Emergency Nursing]

Τελικά το 1972, με πρωτοβουλία του τότε Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (νυν ονομαζόμενου: Υπουργείου Υγείας) εγκρίθηκαν πιλοτικά οι πρώτες τριάντα (30) θέσεις ειδικευομένων στην Επείγουσα Ιατρική μετά από πιέσεις των ιατρών που επί σειρά ετών υπηρετούσαν στον τομέα αυτό (British Association for Emergency Medicine 2005, <http://www.baem.org.uk>). Κατά τις αρχές της δεκαετίας του 1990 λειτούργησε Σχολή Επείγουσας Ιατρικής και Ατυχημάτων [Faculty of Accident and Emergency Medicine], στην οποία οι πρώτες εξετάσεις λήψης τίτλου ειδικότητας πραγματοποιήθηκαν μόλις κατά το 1996. Σήμερα ιατροί Επείγουσας Ιατρικής στελεχώνουν πολλά Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων του Ην. Βασιλείου σε συνεργασία με συναδέλφους τους από άλλες ειδικότητες (π.χ. χειρουργική, αναισθησιολογία κλπ).

Η ειδικότητα της Επείγουσας Νοσηλευτικής, από την άλλη πλευρά, είναι προφανώς πιο νέα ειδικότητα σε σύγκριση με τις άλλες που προϋπήρχαν: Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Κατά το 1972 δημιουργήθηκε ο Αγγλικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Επείγουσας Νοσηλευτικής [A & E Nursing Association] ο οποίος τελεί υπό την αιγίδα του Βασιλικού Συνδέσμου Νοσηλευτών του Ην. Βασιλείου [UK Royal College of Nursing ή RCN]. Στη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκε μια κρίσιμη μάζα νοσηλευτών – περί τα εξήντα άτομα – στην ειδικότητα της Επείγουσας Νοσηλευτικής, τα οποία οργανώθηκαν υπό την καθοδήγηση και με το συντονισμό της νοσηλεύτριας Margaret Lee, ειδικής συμβούλου του RCN για τα θέματα αυτά (Royal College of Nursing A & E Association 2005 <http://www.rcn.org.uk/>). Στη συνέχεια, η επείγουσα νοσηλευτική χάραξε την πορεία της και οδήγησε στο σήμερα όπου έχει ιδρυθεί και λειτουργεί με επιτυχία Σχολή Επείγουσας Νοσηλευτικής [Faculty of Emergency Nursing] (<http://www.rcn.org.uk/>) και όπου πρωταγωνιστικό ρόλο πλέον παίζουν οι νοσηλευτές Emergency Nurse Practitioners.

Στην Αυστραλία, τη Ν. Ζηλανδία και τον Καναδά οι ιστορικές εξελίξεις αναφορικά με τις ειδικότητες στον τομέα της επείγουσας φροντίδας ήταν ανάλογες με τις αντίστοιχες του Ην. Βασιλείου, παρά τις σημαντικές διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα υγειονομικά συστήματα των χωρών αυτών. Στην Αυστραλία ο Σύνδεσμος Επείγουσας Ιατρικής [Australian Society for Emergency Medicine]

ιδρύθηκε κατά το 1981, ενώ κατά το 1984 αριθμούσε εβδομήντα τρία ιδρυτικά μέλη (ιατρούς). Επίσης, ο πρώτος Διευθυντής ιατρός Τμήματος Ατυχημάτων διορίστηκε στο Geelong της Victoria κατά το 1967. Όμοια με το Ην. Βασίλειο, στην Αυστραλία, λειτουργεί Σχολή Επείγουσας Ιατρικής, η οποία απέκτησε τους πρώτους έξι φοιτητές κατά το 1986, ενώ κατά το 1993 αναγνωρίστηκε ως επίσημη ειδικότητα η Επείγουσα Ιατρική. Η Ν. Ζηλανδία ακολούθησε αργότερα, κατά το 1995. Σήμερα λειτουργούν 79 Διαπιστευμένα [Accredited] Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στην Αυστραλία και Ν. Ζηλανδία στα οποία ασκούνται επίσημα ειδικευόμενοι για λήψη ειδικότητας Επείγουσας Ιατρικής. (Australian College for Emergency Medicine 2005, Australian Society for Emergency Medicine 2005, <http://www.acem.org.au/>).

Στις ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1950 δεν υπήρχαν καθόλου γιατροί στα «Δωμάτια» Επειγόντων Περιστατικών [Emergency Rooms ή ER]. Οι ιδιώτες γιατροί που είχαν την ευθύνη για τους ασθενείς σε κάθε ER αποφάσιζαν είτε να εξετάσουν οι ίδιοι τους ασθενείς, είτε τέλος τους παρέπεμπαν σε κάποιο ιατρείο για να γίνει αξιολόγηση – διαλογή από το γιατρό του νοσοκομείου. Έτσι, καλούνταν ο χειρουργός για εξέταση γυναικών με άλγος στην κοιλιακή χώρα ή ο παθολόγος για εξέταση παθολογικών περιστατικών (π.χ. ασθενείς με πόνο στο θώρακα) κ.ο.κ. Εάν απαιτούνταν νοσηλεία ο ασθενής εισαγόταν απευθείας στο νοσοκομείο (Graff 1997). Μετά το 1960 και με την αναγνώριση της Επείγουσας Ιατρικής ως ειδικότητας άρχισαν να λειτουργούν τα ΤΕΠ με μορφή που έμοιαζε αρκετά με το σήμερα.

Όσον αφορά τις Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας (MBN), αυτές δεν υπήρχαν στα πρώτα ΤΕΠ. Αναπτύχθηκαν κατά τη δεκαετία του 1970 ως αποτέλεσμα των αναγκών ολιγόωρης παρακολούθησης και νοσηλείας ασθενών και ως συνέπεια της μόνιμης πλέον παρουσίας των ειδικευμένων ιατρών στην επείγουσα ιατρική στα νοσοκομεία (επί 24ώρου βάσης και επτά ημέρες την εβδομάδα) (Graff 1997).

Αναφορικά με την εξέλιξη της αναγνώρισης των ανωτέρω ειδικοτήτων, σημειώνεται ότι στην Ελλάδα τόσο η Επείγουσα Ιατρική όσο και η Επείγουσα Νοσηλευτική δεν αποτελούν επίσημα θεσμοθετημένες και αναγνωρισμένες ειδικότητες. Τα ΤΕΠ στελεχώνονται από γενικούς νοσηλευτές και από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ. χειρουργούς, παθολόγους, αναισθησιολόγους κλπ) και πολλές φορές λειτουργούσαν (και λειτουργούν) με ενιαίο προσωπικό με τα Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων (Ε.Ι.) (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### 1.3 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΠ

Στην ελληνική επικράτεια η ανάγκη δημιουργίας αυτόνομων τμημάτων που θα παρέχουν επείγουσα και εξειδικευμένη φροντίδα αναγνωρίστηκε μόλις την τελευταία δεκαετία. Αρχικά η βούληση αυτή αποτυπώνεται με το άρθρο 8 (παρ. 5) του Νόμου 2889/02-03-2001 (ΦΕΚ 37/Α') θεσπίστηκε η υποχρέωση των νοσοκομείων με δυναμικότητα άνω των 200 κλινών να οργανώνουν <<αυτοτελές>> ΤΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, με το νόμο αυτό ορίστηκε: <<...με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των ΤΕΠ με εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ο διορισμός ως προϊσταμένου αυτού, ιατρού Διευθυντή ή αναπληρωτή Διευθυντή του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος συνεργασίας αυτού με το ΕΚΑΒ και κάθε άλλη λεπτομέρεια που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των πιο πάνω διατάξεων...>>.

Στη συνέχεια, σε εφαρμογή του ανωτέρω νόμου, εκδόθηκε στο υπ' αριθμ. 32/20-01-2003 ΦΕΚ (Τεύχος Β') η υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.4472/ 20-01-2003 Υπουργική Απόφαση, με τίτλο: <<Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.>>, σύμφωνα με την οποία σε κάθε νοσοκομείο της χώρας, με δυναμικότητα άνω των 200 κλινών οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές, διατομεακό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το οποίο λειτουργεί κατά τις ημέρες της γενικής εφημερίας όλο το 24ωρο, ενώ τις υπόλοιπες μέρες μόνο κατά το πρωινό ωράριο ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Επείγον περιστατικό αποτελεί κάθε ασθενής ο οποίος αντιμετωπίζει μία επείγουσα κατάσταση, η οποία με τη σειρά της, είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενούς και απαιτεί γρήγορη εκτίμηση και άμεση αντιμετώπιση μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα(Μπαλτόπουλος 1997). Στην αγγλική βιβλιογραφία χρησιμοποιείται εκτός του όρου επείγον (emergent case) και ο όρος (urgent case), δηλαδή έκτακτο περιστατικό. Οι δύο όροι, έκτακτο και επείγον περιστατικό, δεν είναι ακριβώς ταυτόσημοι αλλά συνώνυμοι (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί το χώρο αντιμετώπισης καταστάσεων απειλητικών ή δυνητικά απειλητικών για τη ζωή του ατόμου καταστάσεων όπως (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- ♦ Καρδιοαναπνευστική ανακοπή
- ♦ Οξείες λοιμώξεις (π.χ. του αναπνευστικού κλπ.)
- ♦ Αναπνευστική δυσχέρεια
- ♦ Τραύματα (το αργότερο δύο ημέρες μετά το τραυματισμό)
- ♦ Πόνος (που δεν υποχωρεί με τα αναλγητικά)
- ♦ Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- ♦ Πνευμοθώρακας υπό τάση
- ♦ (Σοβαρή-παρατεινόμενη) καρδιακή αρρυθμία
- ♦ (Μαζική, ακατάσχετη) αιμορραγία γαστρεντερικού
- ♦ Κρίση άσθματος
- ♦ Υπογλυκαιμικό κώμα
- ♦ Μεταβολές επιπέδου συνείδησης
- ♦ Ψυχιατρικές διαταραχές (συνήθως προσκομίζονται παρά τη θέλησή τους)
- ♦ Δηλητηριάσεις (λόγω ατυχήματος ή λόγω απόπειρας)
- ♦ Λοιπές οξείες καταστάσεις και παθήσεις

### **1.5 ΣΚΟΠΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ**

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ιδρύθηκε με στόχο την άμεση, γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων καταστάσεων που θέτουν την ανθρώπινη ζωή σε κίνδυνο.

### **1.6 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Βασικός σκοπός της ίδρυσης του Τμήματός Επειγόντων Περιστατικών είναι:

- ♦ Η παροχή επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα και 365 ημέρες τον χρόνο σε άτομα που χρήζουν ιατρικής περίθαλψης
- ♦ Νοσηλεία, σε δικούς τους χώρους (Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας), περιστατικών των οποίων το πρόβλημα μπορεί να επιλυθεί σε λίγες ώρες ή υπάρχει αμφιβολία
- ♦ Η λειτουργία του ως «φίλτρο», προλαμβάνοντας τις άσκοπες εισαγωγές (που επιβάρυναν κατά πολύ τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου) (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)
- ♦ Προωθεί του ασθενείς που εισάγει σε άλλα τμήματα και μονάδες (ΜΕΘ-ΜΑΦ) του νοσοκομείου, μετά από συνεννόηση με τον υπεύθυνο του αντίστοιχου τμήματος. Η γνώμη του ΤΕΠ για την προώθηση του ασθενούς είναι αποφασιστική. Η μεταφορά του ασθενούς από το ΤΕΠ προς το τμήμα γίνεται βασικά με δική του κάλυψη και ευθύνη (Ελένη Ασκητοπούλου 1991)
- ♦ Η αντιμετώπιση και φροντίδα μεγάλου αριθμού θυμάτων από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. φυσικές καταστροφές, ακραία καιρικά φαινόμενα ή τρομοκρατικές ενέργειες) για την υγειονομική περιοχή που καλύπτει και συναποφασίζει την κήρυξη μιας τέτοιας κατάστασης
- ♦ Κινητοποιεί, μετά από συνεννόηση με τα κέντρα συντονισμού προνοσοκομειακής βοήθειας, τις κινητές μονάδες (ασθενοφόρα) της αρμοδιότητάς του
- ♦ Στελεχώνει και εξοπλίζει με δική του ευθύνη τις κινητές μονάδες της αρμοδιότητάς του (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)
- ♦ Η διατήρηση και προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η διατήρηση της ζωής είναι αντικειμενικά αδύνατη (Ελένη Ασκητοπούλου 1991)
- ♦ Η συμβολή τους ώστε να προαχθεί η εκπαίδευση και η έρευνα στον τομέα της επείγουσας φροντίδας

- ♦ Η εκπαίδευση και ενημέρωση των ενδιαφερόμενων ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με την διακοπή επιβλαβών συνηθειών, την σωστή συνέχιση της θεραπείας στο σπίτι και την αλλαγή του τρόπου ζωής, όπου ενδείκνυται, με στόχο την αποφυγή επίσκεψης ή διαμονής στο χώρο του νοσοκομείου για δεύτερη φορά (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΧΩΡΟΤΑΞΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΤΕΠ**

### **2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Έχει παρατηρηθεί ότι παρά την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου για την οργάνωση και λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, σε πολλά ελληνικά νοσοκομεία τα ΤΕΠ στερούνται βασικών κτιριακών διευκολύνσεων και απαραίτητου εξοπλισμού. Σημειώτέον ότι σε πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα τα ΤΕΠ φιλοξενούνται στον ίδιο χώρο με τα Εξωτερικά Ιατρεία (Ε.Ι.), ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες ένας και μοναδικός χώρος, που συνήθως είναι το παθολογικό ιατρείο, διαμορφώνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξυπηρετούνται και τα επείγοντα περιστατικά ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Βέβαια υπάρχουν και κάποιες εξαιρέσεις (Στάθης 1999), που επιβεβαιώνουν τον κανόνα, ο οποίος χαρακτηρίζει το ΤΕΠ ως ένα ολοκληρωμένο και αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου με δικό του ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και κατάλληλο εξοπλισμό.

Επιπλέον το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει χαρακτηριστεί ως το <<κατώφλι>> του νοσοκομείου και ως εκ τούτου, τα χωροταξικά χαρακτηριστικά του πρέπει να είναι τέτοια ώστε να επιτυγχάνονται τα εξής:

- Ταχεία και εύκολη πρόσβαση πεζών και ιδιωτικών οχημάτων και οχημάτων του ΕΚΑΒ
- Γρήγορη διακίνηση (εύκολος προσανατολισμός)
- Εύρυθμη και αυτάρκη λειτουργία
- Εύκολη πρόσβαση στα εργαστήρια, χειρουργεία και μονάδες εντατικής θεραπείας ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

### **2.2ΟΙ ΧΩΡΟΙ ΤΟΥ ΤΕΠ**

Τα ΤΕΠ περιλαμβάνουν χωροταξικά συγκροτήματα και επιμέρους χώρους μπορούν να διακριθούν στους εξής :



ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Αφορά την Είσοδο με την υποδοχή, τη Διαλογή (triage) περιστατικών και την αναμονή ασθενών και συνοδών και ποιο συγκεκριμένα:

- Χώρο εισόδου
- Χώρο υποδοχής
- Χώρο διαλογής (triage) περιστατικών
- Χώρος γραμματείας (διοικητικής υποστήριξης ΤΕΠ)
- Χώροι αναμονής
- Λουτρό ασθενών/ Χώρος πλύσης ασθενών

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΟΜΕΑΣ : Περιλαμβάνει χώρους που σχετίζονται με την Εξέταση-Διάγνωση (-αντιμετώπιση) όπως:

- Εξεταστήρια-ιατρεία πολλαπλών χρήσεων (ανοικτού τύπου).
- Μεμονωμένα εξεταστήρια-ιατρεία:
  - Τα εξεταστήρια-ιατρεία για κάθε ιατρικό τομέα (π.χ. παθολογικό, χειρουργικό, ψυχιατρικό)
  - Τα εξεταστήρια-ιατρεία για κάθε ιατρική ειδικότητα (π.χ. καρδιολογικό, ορθοπεδικό, κλπ.)
- Χώρος γρήγορης διέλευσης ( fast track ή see and treat):
  - Ambulatory Care Cubicles (ACC)
- Μόνωση-Δηλητηριάσεις.

ΤΡΙΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Εδώ εντάσσονται χώροι που εξυπηρετούν στη Θεραπεία-Αντιμετώπιση και Νοσηλεία:

- Χώρος αναζωογόνησης (resuscitation area)
- Σταθμός εργασίας νοσηλευτών
- Αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων
- Ανάνηψη
- Αίθουσα γύψου
- Παιδικό υποσυγκρότημα.
- Μαιευτικό-γυναικολογικό υποσυγκρότημα.
- Ψυχιατρικό υποσυγκρότημα (εφ' όσον υπάρχει)
- Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (MBN) ή παρακολούθησης

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

- Γραφείο προϊσταμένου ΤΕΠ
- Γραφείο (ανάπαυσης) ιατρών
- Γραφείο κοινωνικού λειτουργού /κοινων. Υπηρεσίας
- Γραφείο (ανάπαυσης) νοσηλευτικού προσωπικού
- Χώρος συγκέντρωσης βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού
- Χώρος συγκέντρωσης λοιπού βοηθητικού προσωπικού
- Χώρος πληρωμάτων ασθενοφόρου
- Αποδυτήρια προσωπικού
- Εφημερείο ιατρών ΤΕΠ

ΠΕΜΠΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Σε αυτόν υπάγονται όλοι οι λοιποί χώροι του ΤΕΠ:

- Γραφείο ή σταθμός φύλαξης-ασφάλειας ΤΕΠ
- Κέντρο συντονισμού επειγουσών κλήσεων (τηλεφωνικό κέντρο)
- Αίθουσα συσκέψεων
- Χώρος αστυνομίας
- Νεκροθάλαμος

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

- WC (με νιπτήρα), ξεχωριστό για άνδρες και γυναίκες
- WC για ΑΜΕΑ
- Αποθηκευτικοί χώροι:
  1. Αποθήκες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού
  2. Κλειδωμένος χώρος ναρκωτικών φαρμάκων
  3. Αποθήκη εργαλείων και αποστειρωμένου υλικού (εξυπηρετεί την αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων)
  4. Χώρος ιματισμού (λινοθήκες)
  5. Χώρος στάθμευσης ογκωδών μηχανημάτων (φορητό ακτινολογικό, υπερηχογράφος, απινιδωτές, κλπ)
- Χώροι ειδών καθαριότητας
- Χώρος πλύσης σκωραμίδων

- Χώροι συλλογής ακάθαρτων (χώρος προσωρινής αποθήκευσης απορριμμάτων, χώρος συλλογής ακάθαρτου ιματισμού, χώρος συλλογής εργαλείων-υλικών για αποστείρωση) ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

### 2.3 ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΤΕΠ

Προκειμένου να υπολογιστεί το εμβαδόν ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο κατά το παρελθόν ένας γενικός δείκτης ο οποίος ορίζει ότι απαιτούνται τουλάχιστον 1000 τ.μ. για προσέλευση 100 ασθενών σε καθημερινή βάση ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Ειδικότερα, στην βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί διάφορες μέθοδοι προσδιορισμού του μεγέθους των χώρων, όπως είναι οι εξής (Παπαντωνάκη 1989):

1. *Μελέτη δραστηριοτήτων σε κάθε χώρο του ΤΕΠ*: Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή για τον υπολογισμό του εμβαδού ενός ΤΕΠ συνεκτιμώνται: ο αριθμός των εξυπηρετούμενων, η συχνότητα χρήσης των χώρων, τα εργονομικά χαρακτηριστικά, τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά κάθε δραστηριότητας, ο χρησιμοποιούμενος εξοπλισμός και οι προδιαγραφές του
2. *Θεωρία των πιθανοτήτων*: Το μέγεθος των επιμέρους χώρων υπολογίζεται με βάση το μέγιστο αριθμό προσερχόμενων οι οποίοι δεν εξυπηρετούνται σε πρώτη ζήτηση (Jordan 1997).
3. *Θεωρία της σειράς (queue theory)*: Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συνήθως προκειμένου να προσδιοριστεί το μέγεθος των χώρων αναμονής-υποδοχής και των ιατρείων.
4. *Τυποποίηση των διαστάσεων οικοδομικών στοιχείων*: για προκατασκευή των χώρων του ΤΕΠ, με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του κόστους.
5. *Μέγεθος της Οξφόρδης*: επίσης για προκατασκευή νοσοκομειακών τμημάτων ακόμη και ολόκληρων νοσοκομείων π.χ. βάσει δυναμικότητας (αριθμού ανεπτυγμένων κλινών).

Ανεξάρτητα από την μέθοδο που θα χρησιμοποιηθεί προκειμένου να υπολογιστεί το μέγεθος των χώρων θα πρέπει να μην εμποδίζεται σε καμία περίπτωση η αυτόνομη επέκταση του ΤΕΠ με σκοπό να εξυπηρετούνται και μελλοντικές ανάγκες του (Παπαντωνάκη 1989). Σε κάθε περίπτωση, πάντως, πρέπει να αποφεύγεται ο αυθαίρετος (χωρίς προηγούμενο σχεδιασμό) καθορισμός του

μεγέθους ενός ΤΕΠ, διότι θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία χώρων μικρότερων ή μεγαλύτερων από αυτούς που πραγματικά απαιτούνται ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **2.4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΕΠ**

### **2.4.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Ένας από τους βασικότερους σκοπούς ίδρυσης ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι η εξασφάλιση καλά οργανωμένων χώρων που θα είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στους σκοπούς λειτουργίας για τους οποίους κατασκευάζεται και θα εξυπηρετεί τις ανάγκες της υγειονομικής περιοχής που καλύπτει με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Στη φάση του σχεδιασμού ενός ΤΕΠ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως η θέση, η σηματοδότηση και οι χωροταξική κατανομή. Σε ένα σύγχρονο ΤΕΠ πρέπει να εξασφαλίζεται η γρήγορη προσέγγιση ασθενοφόρων, η εύκολη προσέλευση ασθενών καθώς και η απρόσκοπτη επικοινωνία με τα τμήματα που παρέχουν 24ωρη υποστήριξη (μικροβιολογικό, ακτινολογικό, αξονικός τομογράφος, υπέρηχοι, χειρουργείο και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας -ΜΕΘ).

Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει κατάλληλη σηματοδότηση, στις περισσότερες περιπτώσεις η λέξη Επείγοντα σε κόκκινο φόντο, ενώ υπάρχει διαφορετική είσοδος για τα ασθενοφόρα και τους περιπατητικούς, με την ανάλογη σήμανση ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Η διαρρύθμιση των χώρων γίνεται με στόχο τη δημιουργία τριών ζωνών. Η πρώτη ζώνη περιλαμβάνει την υποδοχή με το χώρο διαλογής και αναμονής ασθενών και των συνοδών τους καθώς και τη γραμματειακή υποστήριξη, η δεύτερη περιλαμβάνει τους χώρους εξέτασης και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας και η τρίτη ζώνη περιλαμβάνει τους βοηθητικούς χώρους και τους χώρους ανάπαυσης του προσωπικού. Τέλος, η δεύτερη ζώνη του ΤΕΠ μπορεί να διακριθεί σε τρεις επιμέρους, αυτή των ενηλίκων, των ατυχημάτων και των παιδιατρικών περιστατικών.

Κατά τη φάση του σχεδιασμού ενός ή περισσότερων επιπρόσθετων χώρων σε ένα νοσοκομείο γενικά ή σε ένα ΤΕΠ ειδικότερα, πρέπει απαραίτητα να λαμβάνονται υπόψη τα εξής βασικά στοιχεία ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

**A)** Κάθε τμήμα ενός νοσηλευτικού ιδρύματος για να λειτουργήσει χρειάζεται προσωπικό. Σε περίπτωση όμως που το ανθρώπινο δυναμικό είναι ανεπαρκές ή η οικονομική κατάσταση δεν επιτρέπει την πρόσληψη νέου προσωπικού τότε αναγκαστικά εφευρίσκονται τεχνικές ώστε τα τμήματα να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με το διατιθέμενο προσωπικό.

Παρακάτω θα αναφερθούν ενδεικτικά κάποιοι τρόποι ώστε να μπορέσει το ΤΕΠ να παράσχει τις υπηρεσίες του με το ελάχιστο δυνατό προσωπικό:

-Συγκροτημένοι χώροι, κοντά ο ένας στον άλλον

-Κατασκευή διαφορετικών χώρων με τρόπο τέτοιο ώστε να εμποτεύονται από το ίδιο προσωπικό (π.χ. κοινό προσωπικό για τη διαλογή τόσο των περιπατητικών ασθενών όσο και των ασθενών στα φορεία)

-Να μην υπάρχουν διπλά τμήματα, δηλαδή δύο ακτινοδιαγνωστικά τμήματα ή δύο εργαστήρια

**B)** Πριν να κατασκευαστεί κάποιο νέο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή πριν να επεκταθεί κάποιο ήδη υπάρχον είναι σημαντικό να υπολογίζονται τα κατωτέρω:

1. Υπάρχουσα στελέχωση του νοσοκομείου.
2. Ύπαρξη ειδικών μονάδων (π.χ. ΜΕΘ, ΜΑΦ, μονάδα εγκαυμάτων κλπ.)
3. Προγραμματισμός προσλήψεων προσωπικού, με βάση τις διαθέσιμες πιστώσεις (του κρατικού προϋπολογισμού για το δημόσιο ή του νοσοκομείου για τον ιδιωτικό τομέα).

4. Προφίλ του πληθυσμού τον οποίο εξυπηρετεί το ΤΕΠ:

-Μέγεθος πληθυσμού

-Ηλικιακή σύνθεση (%παιδιών, ηλικιωμένων κλπ.)

-Λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού (%γεννήσεων, θνητότητα κλπ)

-Επιδημιολογικό προφίλ: αυξημένη επίπτωση συγκεκριμένων νοσημάτων π.χ. άσθμα, παθήσεις του αναπνευστικού, αιματολογικά προβλήματα κλπ.

5. Αν υπάρχουν ή όχι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στον έξω-νοσοκομειακό τομέα της περιοχής.

6. Παράγοντες εξωτερικού περιβάλλοντος, όπως ρύπανση, ειδικοί παράγοντες κινδύνου δημόσιου κινδύνου κ.ο.κ.

**Γ)** Πρέπει να τονιστεί ότι επειδή το Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών καλύπτει όλους τους ιατρικούς τομείς ενός νοσοκομείου θα πρέπει να είναι χωροταξικά και λειτουργικά αυτόνομο. Το ΤΕΠ δηλαδή δεν ανήκει σε κάποιο άλλο <<συγκρότημα>>

ιατρείων ή τμημάτων για αυτό και ο σχεδιασμός των χώρων του θα πρέπει να είναι προσεκτικός και ολοκληρωμένος.

**Δ)** Κατά το σχεδιασμό και την κατασκευή ενός ΤΕΠ είναι πολύ βασικός ο διαχωρισμός της κυκλοφορίας των περιπατητικών ασθενών, των ασθενών σε αναπηρική καρέκλα και των βαριών περιστατικών πάνω σε φορεία. Για αυτό το λόγο λοιπόν σχεδιάζονται διαφορετικοί είσοδοι για κάθε κατηγορία ασθενών ακόμα και για τους συνοδούς και το προσωπικό του νοσοκομείου.

**Ε)** Τα δάπεδα και οι τοίχοι του ΤΕΠ θα πρέπει να είναι κατασκευασμένοι από υλικά υψηλής αντοχής ώστε να προλαμβάνονται τυχόν φθορές, οι οποίες όταν συμβούν αφενός επιφέρουν δυσάρεστη όψη στο χώρο και αφετέρου επιτρέπουν την κατακράτηση μικροβίων. Επίσης, τα υλικά κατασκευής θα πρέπει να είναι ποιοτικά, με υψηλή μηχανική αντοχή, λεία επιφάνεια για εύκολο καθαρισμό, ακουστότητα, αντιολισθηρά (δάπεδα), με ευχάριστους χρωματικούς τόνους και να επιδέχονται εύκολης συντήρησης. Λόγω του αυξημένου θορύβου, στους χώρους του ΤΕΠ πρέπει να χρησιμοποιούνται ηχο-απορροφητικά υλικά (π.χ. Panels, ψευδοροφές, κλπ.), ώστε να μειώνεται ο θόρυβος, η δημιουργία ήχους και οι πολλές αντανάκλασεις των ήχων.

**ΣΤ)** Γενικά, ο σχεδιασμός όλων των χώρων του ΤΕΠ θα πρέπει να αίρει τα αρχιτεκτονικά εμπόδια για την διευκόλυνση της χρήσης τους τόσο στην πρόσβαση όσο και στη διακίνηση των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) (Αγγελίδης, Ζώρα, Ταβανιώτης 1982).

**Ζ)** Ακόμα και όταν κατά τη χρονική περίοδο κατά την οποία κατασκευάζεται ένα ΤΕΠ δεν υπάρχουν όλες οι ιατρικές ειδικότητες, αλλά μελλοντικά προβλέπεται η στελέχωση επιπρόσθετων τμημάτων, τότε προκειμένου να αποφευχθεί επιπλέον επιβάρυνση του προϋπολογισμού του νοσοκομείου είναι προτιμότερο να συμπεριληφθούν τα αντίστοιχα εξεταστήρια-ιατρεία στο σχεδιασμό του ΤΕΠ εξ'αρχής. Σε αντίθετη περίπτωση επινοούνται λύσεις οι οποίες δεν είναι πάντοτε λειτουργικές. Παραδείγματος χάρη μπορεί κάποιος βοηθητικός χώρος να μετατραπεί σε εξεταστήριο-ιατρείο αν υπάρχει έλλειψη χώρου ή να χρησιμοποιείται από κοινού ένας χώρος για διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες.

**Η)** Ο σχεδιασμός του ΤΕΠ θα πρέπει να γίνεται με τρόπο ώστε να προβλέπονται οι μελλοντικές ανάγκες των ασθενών από ιατρικής και νοσηλευτικής πλευράς, στο πλαίσιο της συνεχούς τεχνολογικής προόδου και των ταχέως εξελισσόμενων επιστημών υγείας. Κεντρικό ρόλο, προς την κατεύθυνση αυτή, μπορεί να παίζει ο νοσηλευτής. Αυτό συμβαίνει, διότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν τόσο τις καθημερινές

ανάγκες στο ΤΕΠ όσο και τους τρόπους αντιμετώπισής τους. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές, ως μέλη της ομάδας σχεδιασμού, μπορούν να τροφοδοτούν το σχεδιασμό με τις εξής πληροφορίες (Παπαδαντωνάκη 1989):

- Εκτελούμενες εργασίες
- Συγκεκριμένος χώρος στον οποίο εκτελείται κάθε εργασία
- Σύνολο ατόμων και ειδικοτήτων που λαμβάνουν μέρος σε κάθε εργασία
- Απαιτούμενος εξοπλισμός
- Μεταβολές στις λειτουργίες των τμημάτων διαχρονικά
- Ανάγκες ασθενών στα νοσηλευτικά τμήματα

Από την αναφορά των ανωτέρω καθίσταται σαφές ότι αν τα στοιχεία αυτά λείπουν κατά τη φάση σχεδιασμού και κατασκευής, θα υπάρξουν δυσμενείς επιπτώσεις στο τελικό σχέδιο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών με σοβαρές ή και ανεπανόρθωτες επιπτώσεις στο χρόνο και στο κόστος. Συνεπώς ο νοσηλευτής με σχετική εμπειρία θα πρέπει να συμμετέχει εξαρχής στο project του σχεδιασμού ενός ΤΕΠ ή εάν κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται, να καλείται ως ειδικός σύμβουλος ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## 2.5 ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΕΝΑ ΤΕΠ

Η θέση του ΤΕΠ μέσα στο νοσοκομείο θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε αφενός να εξασφαλίζεται η γρήγορη και απρόσκοπτη προσέγγιση των ασθενών στους χώρους υποδοχής, αφετέρου να υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία με τα υπόλοιπα νοσηλευτικά διαγνωστικά τμήματα.

Ειδικότερα θα πρέπει να έχει:

- ♦ Δύο εξωτερικές κύριες εισόδους (ασθενών περιπατητικών και φορείων)
- ♦ Γραφείο κίνησης ασθενών
- ♦ Τηλεφωνικό κέντρο (άμεση σύνδεση με το κέντρο επιχειρήσεων του ΕΚΑΒ)
- ♦ Χώρους αναμονής ασθενών
- ♦ Χώρους αναμονής συνοδών
- ♦ Ιατρεία όλων των βασικών ειδικοτήτων, παροχής εξειδικευμένης αντιμετώπισης
- ♦ Αίθουσα ανάνηψης με πλήρη εξοπλισμό (monitors, defibrillator, αναπνευστήρες, κ.λπ.)

- ♦ Αίθουσα χειρουργείου (σηπτικό)
- ♦ Αίθουσα γύψου
- ♦ Θαλάμους βραχείας νοσηλείας
- ♦ Χώρους εργαστηρίων
- ♦ Χώρους αποθήκευσης υλικών (φαρμακευτικό, υγειονομικό, τεχνικό)
- ♦ Χώρους υγιεινής ασθενών
- ♦ Χώρους για το προσωπικό (γραφεία, οφίς, αποδυτήρια)
- ♦ Είσοδος ασθενοφόρων

Για να μπορεί να κατοχυρώνεται κοινωνικά, επιστημονικά και οικονομικά ένα ΤΕΠ, εκτός της απαιτούμενης υποδομής του, απαιτεί μια ελάχιστη ροή περιστατικών περίπου 1000 βαρέως πάσχοντες ανά 1.000.000 κατοίκους, ώστε να εξασφαλιστεί τόσο η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών, όσο και η «απόσβεση» της ανθρωπο-υλικο-τεχνικής υποδομής.

## 2.6 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΕΠ

Το ΤΕΠ αποτελεί την πύλη εισόδου με την πρώτη επαφή με το νοσοκομείο για την πλειοψηφία των ασθενών και <<επισκεπτών>>. Σε πολλά νοσοκομεία τα , περιστατικά που προσέρχονται στο ΤΕΠ αντιπροσωπεύουν το 50% επί του συνόλου των ασθενών του νοσοκομείου. Από τα περιστατικά αυτά το 40% περίπου προσέρχεται στο ΤΕΠ κατά τα Σαββατοκύριακα, τις αργίες, τις διακοπές και τη νύκτα (Lynn & Rosenfeld 1997). Επομένως το τμήμα αυτό πρέπει να είναι εύκολα και άμεσα προσβάσιμο από όλους (πεζούς, ασθενείς σε φορεία, κοινό) και με όλα τα μεταφορικά μέσα (ΙΧ, συγκοινωνίες, ασθενοφόρα, κλπ) ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

## 2.7 ΣΗΜΑΝΣΗ ΤΕΠ

Η σήμανση σε ένα Πρότυπο ΤΕΠ πρέπει να είναι πλήρης, σαφής και κατατοπιστική για του ασθενείς και τους συνοδούς και να βασίζεται στη σύγχρονη νοσοκομειακή ορολογία. Η σήμανση αφορά τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς χώρους από την ευρύτερη περιοχή μέχρι την είσοδο καθώς και όλους τους εσωτερικούς χώρους του ΤΕΠ και είναι απαραίτητη σε κάθε ΤΕΠ. Σκοπός της σήμανσης είναι η διατήρηση του προσανατολισμού του κοινού και η διευκόλυνση για γρήγορη προσπέλαση στους ζητούμενους χώρους όλες τις ώρες (ημέρα και νύκτα).



Συνήθως η μελέτη της σήμανσης αποτελεί ειδική μελέτη, που δεν πρέπει να παραλείπεται κατά το σχεδιασμό ενός ΤΕΠ. Οι πινακίδες πρέπει να βρίσκονται τοποθετημένες ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Σε όλες τις πόρτες
- Σε όλα τα κλιμακοστάσια
- Σε όλους τους ανελκυστήρες
- Σε όλους τους διαδρόμους

Στους διαδρόμους χρησιμοποιούνται γραμμές κατεύθυνσης ενός χρώματος για κάθε προορισμό (π.χ. βέλη κατεύθυνσης στο δάπεδο ή στους τοίχους του ΤΕΠ). Οι πινακίδες του κατεύθυνσης και οι πινακίδες των εισόδων πρέπει να είναι φωσφορίζε ή φωτιζόμενες, ώστε να είναι ευκρινείς και κατά τις νυκτερινές ώρες. Οι μελετητές πρέπει πάντα να λαμβάνουν υπόψη τους, όταν εκπονούν μελέτες σήμανσης απευθύνονται στο πλατύ κοινό και όχι μόνο στους επαγγελματίες υγείας. Ως εκ τούτου, η χρήση επιστημονικής ορολογίας ή ακατανόητων λέξεων για να περιγράψουν τους χώρους, μόνο προβλήματα και αποπροσανατολισμό του κοινού προκαλεί. Ένα λάθος που παρατηρείται, όπως έχει δείξει η εμπειρία, στις μελέτες σήμανσης των τμημάτων, είναι η κατά λέξη αντιγραφή της αρχιτεκτονικής μελέτης στη μελέτη της σήμανσης. Για παράδειγμα, η ένδειξη <<ανεμοφράκτης>> στους προθαλάμους δεν προσθέτει καμία χρήσιμη πληροφορία για το κοινό. Επίσης, η συχνή επανάληψη της λέξης <<νεκροτομείο>> ή <<νεκροθάλαμος>> σε διαδρόμους από όπου διέρχονται ασθενείς δημιουργεί αρνητικές εντυπώσεις και επιδεινώνει την ήδη άσχημη ψυχολογία των ασθενών. Ακόμη, η χρήση παραχωρημένης ορολογίας από τους μελετητές δε συμβαδίζει με τις σύγχρονες νοσοκομειακές προδιαγραφές. Λόγω χάρη, οι ενδείξεις <<στάση αδερφής>> ή <<εργασία ασθενών>> είναι ξεπερασμένες, τη στιγμή που διεθνώς χρησιμοποιούνται οι όροι <<νοσηλευτικός σταθμός>> ή <<σταθμός εργασίας νοσηλευτών>> ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **2.8 ΧΩΡΟΙ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Ένα ΤΕΠ προκειμένου να είναι καλά σχεδιασμένο αλλά και λειτουργικό θα πρέπει να έχει ξεχωριστή είσοδο για τους ασθενείς σε φορεία και ξεχωριστή για τους περιπατητικούς και γενικά για τους πεζούς. Κατά κανόνα λοιπόν κατασκευάζονται

δύο είσοδοι ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

1. Κύριος χώρος εισόδου, για πρόσβαση πεζών, ο οποίος τοποθετείται κεντρικά και βρίσκεται στο ισόγειο.
2. Είσοδος φορείων, η οποία τοποθετείται έκκεντρα, σε πιο <<διακριτική>> θέση, αλλά κοντά στον κύριο χώρο εισόδου, επίσης στο υπόγειο. Πρέπει πάντα να διαχωρίζεται η είσοδος των φορείων από την είσοδο των περιπατητικών ασθενών. Κοντά στην θέση αυτή θα πρέπει να υπάρχουν μία ή δύο θέσεις στάθμευσης ασθενοφόρου. Η μεταφορά ασθενούς από το ασθενοφόρο στην είσοδο του τμήματος πρέπει να γίνεται σε χώρο στεγασμένο (ΠΔ 517/1991).

Και οι δύο αυτές είσοδοι του ΤΕΠ πρέπει να βρίσκονται σε εύκολα προσβάσιμο χώρο, με κατάλληλη σήμανση και φωτισμό, ώστε κάθε προσερχόμενος ασθενής να είναι σε θέση να τις εντοπίζει εύκολα και γρήγορα οποιαδήποτε χρονικά στιγμή ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Σύμφωνα με την διατύπωση της παρ. 2Α του Π.Δ. 517/1991, ορίζονται τα εξής: <<Το ΤΕΠ πρέπει να έχει ιδιαίτερη εξωτερική είσοδο ευδιάκριτη και άνετα προσπελάσιμη από την είσοδο του περιβάλλοντα χώρου και το εσωτερικό δίκτυο της κλινικής (όπου κλινική= ιδιωτικό νοσοκομείο), όχι όμως ορατή από τους θαλάμους νοσηλείας. Το τμήμα πρέπει να αναπτυχθεί στη στάθμη του διαμορφωμένου περιβάλλοντα χώρου. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, τότε πρέπει να εξυπηρετείται με ράμπες κατάλληλες για μικρά αυτοκίνητα, ασθενοφόρα, ανάπηρους και πεζούς>> ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Τα πλεονεκτήματα που διασφαλίζονται με τις δύο εισόδους είναι:

- Άμεσος διαχωρισμός των σοβαρών και πραγματικά επειγόντων περιστατικών
- Ασφαλή διακίνηση των φορείων
- Προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του ιδιωτικού- ιατρικού απορρήτου
- σοβαρά πασχόντων ή τραυματισμένων, που αποτελεί τραυματική εμπειρία

( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

Το κύριο μειονέκτημα που συνήθως προκύπτει είναι ότι προκειμένου να εποπτεύονται επαρκώς και οι δύο είσοδοι του ΤΕΠ και να μη διαφεύγει της διαλογής κανένα περιστατικό είναι απαραίτητο να διπλασιαστεί το προσωπικό της διαλογής πράγμα που δεν είναι εφικτό σε μικρότερα νοσοκομεία κυρίως για λόγους στελέχωσης ή έλλειψης χώρου ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

Τέλος στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας που έχουν και περισσότερο προσωπικό αλλά και διαθέτουν το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων, ενδείκνυται η ύπαρξη δύο επιπλέον εισόδων, για την εξασφάλιση λειτουργικότητας στο ΤΕΠ, που είναι:

- I. Είσοδος παιδιατρικών ασθενών: όταν τεχνικά υπάρχει τέτοια δυνατότητα.
- II. Είσοδος ψυχιατρικών ασθενών: στην Ελλάδα η κύρια τακτική νοσηλείας των ψυχιατρικών ασθενών είναι να νοσηλεύονται σε ειδικές ψυχιατρικές δομές και όχι σε γενικά νοσοκομεία. Για αυτό το λόγο δεν συναντούμε συχνά ψυχιατρικά ιατρεία στα ΤΕΠ των γενικών νοσοκομείων, δεδομένου ότι δεν υφίσταται πάντοτε η σχετική ανάγκη για δημιουργία τέτοιων χώρων  
( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## 2.9 ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΙΣΟΔΟΥ

- Όλες οι θύρες στο ΤΕΠ, εσωτερικές και εξωτερικές, είναι δύο κατευθύνσεων και πρέπει να διαθέτουν ελάχιστο πλάτος ανοίγματος 1,60μ
- Εάν υπάρχουν σκαλοπάτια στην είσοδο, θα πρέπει να γεφυρώνονται απαραίτητα με ράμπες οι οποίες διευκολύνουν και την είσοδο των ΑΜΕΑ
- Ειδικά, οι θύρες στις δύο εισόδους του ΤΕΠ πρέπει να είναι συρόμενες για λόγους εργονομίας και με αυτόνομο μηχανισμό με φύλλα που κλείνουν με ρυθμιζόμενη καθυστέρηση
- Όλες οι εισοδοί του ΤΕΠ θα πρέπει να διαθέτουν προθάλαμο με ανεμοφράκτη για προστασία από τα καιρικά φαινόμενα
- Ειδικά σχεδιασμένες ράμπες για τροχήλατα στις εισόδους διευκολύνουν την πρόσβαση ατόμων με ειδικές ανάγκες καθώς και ανελκυστήρες κατάλληλου μεγέθους και προδιαγραφών επιτρέπουν την κίνηση των ΑΜΕΑ εντός και εκτός των χώρων του ΤΕΠ (Αγγελίδης, Ζώρα, Ταβανιώτης 1982)

## 2.10 ΧΩΡΟΙ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ

Η στάθμευση όλων των οχημάτων που μεταφέρουν ασθενείς στο ΤΕΠ θα πρέπει να διευκολύνεται από τους υπάρχοντες χώρους. Ως εκ τούτου θα πρέπει να

- ♦ Χώρος στάθμευσης ασθενοφόρων. Η διακίνηση των ασθενοφόρων θα πρέπει να γίνεται πάνω σε ειδικά σχεδιασμένο μονόδρομο ο οποίος να διαθέτει ειδικό στέγαστρο για την προστασία των ασθενών με φορείο
- ♦ Χώρος στάθμευσης λοιπών οχημάτων (επισκεπτών, αστυνομικών ή πυροσβεστικών οχημάτων κλπ). Βασική προϋπόθεση κατά το σχεδιασμό ενός ΤΕΠ είναι η δημιουργία τουλάχιστον 10 θέσεων στάθμευσης για τους επισκέπτες προκειμένου να αποφευχθεί η κάλυψη των θέσεων στάθμευσης των ασθενοφόρων από τα ιδιωτικά οχήματα
- ♦ Χώρος στάθμευσης προσωπικού ΤΕΠ. Σε αυτόν τον χώρο δικαιούνται στάθμευση μόνο τα άτομα που εργάζονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **2.11 ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ (triage)**

Ο χώρος και η αίθουσα διαλογής απαιτεί εμβαδόν τουλάχιστον 20τ.μ. και κανονικά βρίσκεται δίπλα στη γραμματεία και το χώρο αναμονής και κοντά στις δύο εισόδους του ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **2.12 ΛΟΥΤΡΟ Ή ΧΩΡΟΣ ΠΛΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΠ**

Το λουτρό των ασθενών στην ελληνική βιβλιογραφία ονομάζεται και χώρος πλύσης ασθενών. Κοντά στην είσοδο των φορείων υπάρχει λουτρό ασθενών, με μπανιέρα και douche, το οποίο προορίζεται για καθαρισμό-απολύμανση των περιστατικών. Διαθέτει την είσοδο από τον προθάλαμο της εισόδου των φορείων, η οποία παραμένει κλειστή και ανοίγει μόνο όταν διακομίζεται περιστατικό που χρήζει πλύσης. Ο εξαερισμός του χώρου αυτού πρέπει να μην επικοινωνεί με τους γειτονικούς χώρους. Επίσης, η αποχέτευση καθώς και η απαγωγή των αερίων από το χώρο πλύσης ασθενών πρέπει να διαθέτουν ξεχωριστό δίκτυο σωληνώσεων. Για την διαχείριση των αποβλήτων του χώρου απολύμανσης ακολουθούνται οι αρχές διαχείρισης των μολυσματικών αποβλήτων. Εάν δεν υπάρχει δυνατότητα δημιουργίας ξεχωριστού δικτύου, σκόπιμο είναι τα δυνητικά μολυσματικά απόβλητα του ΤΕΠ να φιλτράρονται και εν συνεχεία να διοχετεύονται στο κεντρικό δίκτυο αποχέτευσης του νοσοκομείου (Lynn & Rosenfeld 1997).

### 2.13 ΧΩΡΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ - ΑΝΑΜΟΝΗΣ

Στο χώρο υποδοχής-αναμονής του ΤΕΠ θα πρέπει να καταφθάνει κάθε ασθενής άμεσα και γρήγορα, κινούμενος σε ευθεία γραμμή και χωρίς να χάνει τον προσανατολισμό του. Βασικά χαρακτηριστικά των χώρων αναμονής είναι τα ακόλουθα: θα πρέπει να είναι ικανού επιπέδου (τουλάχιστον 30 τ.μ. ανά 100 τ ασθενείς σε μέρα εφημερίας), να διαθέτουν άφθονα καθίσματα και να συνοδεύονται από όλες τις απαραίτητες διευκολύνσεις. Επίσης, κατά το σχεδιασμό των χώρων αναμονής θα πρέπει να εξασφαλίζεται η οπτική επαφή των γιατρών και κυρίως των νοσηλευτών (από τον κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό εργασίας του ΤΕΠ) με τους ασθενείς και τους συνοδούς που παραμένουν στους χώρους αυτούς (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Συγκεκριμένα πρέπει να υφίστανται οι κατωτέρω ξεχωριστοί χώροι αναμονής σε ένα ΤΕΠ (Jelinek & Little 1996, JCAHO 1996):

- Χώρος αναμονής για τους ενήλικες ασθενείς που να βρίσκεται σχετικά κοντά στα εξεταστήρια-ιατρεία και δίπλα στη διαλογή.
- Χώρος αναμονής για παιδιά ασθενείς, κοντά στο παιδιατρικό εξεταστήριο-ιατρείο.
- Χώρος αναμονής συνοδών. Επειδή στην Ελλάδα είναι σύνηθες φαινόμενο οι ασθενείς να συνοδεύονται από ένα ή περισσότερα άτομα στο ΤΕΠ η ύπαρξη χωριστής αίθουσας αναμονής για τους συγγενείς και τους συνοδούς είναι επιβεβλημένη.

### 2.14 ΧΩΡΟΣ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ

Ο συγκεκριμένος χώρος είναι αναγκαίο να βρίσκεται δίπλα στην είσοδο των φορείων και να διαθέτει ένα μεγάλο παράθυρο με θέα στο χώρο στάθμευσης των ασθενοφόρων. Στον κύριο διάδρομο του ΤΕΠ βρίσκεται η μοναδική είσοδος. Δεν υπάρχει άλλη πρόσβαση από τον εξωτερικό χώρο. Επίσης, στο χώρο των πληρωμάτων ασθενοφόρων βρίσκεται και το κέντρο κλήσεων, με το σύστημα ασύρματης επικοινωνίας, ο εξοπλισμός και το υλικό για τα ασθενοφόρα και γραφείο για το προσωπικό επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## 2.15 ΧΩΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΩΝ-ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Ένας από τους πιο ξεχωριστούς χώρους σε ένα ΤΕΠ είναι ο χώρος των εξεταστηρίων-ιατρείων και αυτό γιατί εκεί πραγματοποιούνται βασικές διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, όπως φλεβικός καθετηριασμός, χορήγηση οξυγόνου, λήψη αίματος για εξετάσεις, τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα κλπ. Επειδή κατά κανόνα όλες αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούν πρωτόγνωρες και δυσάρεστες εμπειρίες για τον ασθενή, ο οποίος δεν γνωρίζει ούτε κατανοεί για ποιο λόγο γίνονται όλα αυτά, ο χώρος εξέτασης θα πρέπει να είναι εύχρηστος και πλήρως εξοπλισμένος, ώστε να επιτρέπει την γρήγορη και αποτελεσματική εκτέλεση όλων των ανωτέρω ενεργειών, χωρίς να παρατείνεται η δυσμενής κατάσταση στην οποία βρίσκεται κάθε ασθενής.

Σημειωτέον, επίσης, ότι δεν είναι αναγκαία πάντοτε ξεχωριστά εξεταστήρια-ιατρεία για κάθε ιατρική ειδικότητα. Η ανάγκη αυτή καθορίζεται από τον μέσο, ετήσιο αριθμό των περιστατικών κάθε ειδικότητας, με βάση τα στατιστικά στοιχεία, και εξαρτάται από τον τρόπο λειτουργίας κάθε νοσοκομείου. Σε ορισμένα (μικρά κυρίως) νοσοκομεία τα περιστατικά αντιμετωπίζονται σε επίπεδο τομέα (πχ. Παθολογικό, χειρουργικό). Συνεπώς, στο ΤΕΠ αρκεί να διαμορφώνονται και λειτουργούν τα αντίστοιχα εξεταστήρια-ιατρεία. Πέραν των εξεταστηρίων ανοικτού τύπου στον ευρύτερο χώρο εξέτασης, περιμετρικά, τοποθετούνται τα κλασικά, μεμονωμένα εξεταστήρια-ιατρεία, ο αριθμός και το είδος των οποίων καθορίζεται από τις ιατρικές ειδικότητες που υπάρχουν σε κάθε νοσοκομείο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Κατά κανόνα, τοποθετούνται μεμονωμένα εξεταστήρια-ιατρεία για τα εξής περιστατικά:

- ✓ Ω.Ρ.Λ.
- ✓ Οφθαλμολογικά
- ✓ Γυναικολογικά.
- ✓ Παιδιατρικά.

Για το συγκρότημα των εξεταστηρίων-ιατρείων οι νιπτήρες και οι βοηθητικοί χώροι διατάσσονται ομαδοποιημένα σε μικρές αποστάσεις για να εξυπηρετούν το σύνολο το προσωπικού που εργάζεται στους χώρους αυτούς. Εξαιρέση αποτελούν το γυναικολογικό και το παιδιατρικό εξεταστήριο-ιατρείο, τα οποία δεν είναι απλά μεμονωμένα ιατρεία. Αποτελούν ολοκληρωμένα μικρά συγκροτήματα χώρων, τα οποία περιλαμβάνουν απαραίτητα δικούς τους βοηθητικούς

χώρους. Όσον αφορά το παιδιατρικό υποσυγκρότημα , σε μεγάλα, οργανωμένα νοσοκομεία προβλέπεται η ανάπτυξη αυτόνομου Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών παιδιών. Εάν υπάρχει διαθέσιμος χώρος και επαρκές προσωπικό, θεωρείται αναγκαία η λειτουργία παιδιατρικού ΤΕΠ, πλήρως εξοπλισμένου και λειτουργικά ολοκληρωμένου, δίπλα στο κύριο ΤΕΠ του νοσοκομείου. Έτσι εξασφαλίζεται η ποιοτική παροχή επείγουσας φροντίδας στα παιδιά, χωρίς να επιβαρύνεται η λειτουργία του ΤΕΠ. Δεδομένων, όμως των ανεπαρκών πόρων στο Ελληνικό Υγειονομικό σύστημα ένας τέτοιος σχεδιασμός δεν είναι σχεδόν ποτέ εφικτός (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **2.16 ΜΟΝΩΣΗ-ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ**

Περιστατικά τα οποία είναι ύποπτα για κάποιο μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα υποδέχονται σε ένα ειδικά διαμορφωμένο χώρο που ονομάζεται απομόνωση με σκοπό την ασφάλεια των υπολοίπων ασθενών αλλά και του προσωπικού . Έτσι, ένα ειδικά σχεδιασμένο δωμάτιο-μόνωση προορίζεται για την υποδοχή (και νοσηλεία) των περιστατικών με λοιμώδη, μεταδοτικά νοσήματα. Επειδή όμως τέτοιες περιπτώσεις είναι αρκετά σπάνιες κατά το υπόλοιπο διάστημα που ο χώρος αυτός είναι κενός μπορεί να χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των δηλητηριάσεων (φαρμακευτικών, χημικών κλπ)(Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **2.17 ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ**

Η αίθουσα της αναζωογόνησης όπως και οι χώροι που τη συνοδεύουν θα πρέπει να είναι προσβάσιμο και από τις δύο βασικές εισόδους του ΤΕΠ. Ανάλογα με το μέγεθος του ΤΕΠ ο χώρος αναζωογόνησης θα πρέπει να έχει εμβαδόν το οποίο θα κυμαίνεται από 12 ως 35 τ.μ. Βασική προϋπόθεση είναι να υπάρχει γύρω από κάθε θέση ασθενούς επαρκής χώρος από όλες τις πλευρές, ώστε να επιτρέπονται οι θεραπευτικοί χειρισμοί από τους διάφορους επαγγελματίες υγείας και αυτό γιατί σε πολλές περιπτώσεις η θεραπεία απαιτεί την ταυτόχρονη εργασία πάνω από τον ασθενή πολλών επιστημόνων υγείας. Επίσης με ευκολία πρέπει να μπορούν να προσεγγίζουν τους ασθενείς οι χειριστές με τα διαγνωστικά μηχανήματα, πολλά από τα οποία είναι και ογκώδη, π.χ. φορητό ακτινολογικό μηχάνημα ή ακόμη με μηχανήματα υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών, όπως αναπνευστήρας ή απινιδωτής. Σε όλους τους χώρους του ΤΕΠ, αλλά κυρίως στο χώρο της αναζωογόνησης απαιτείται η εξασφάλιση οπτικής επαφής όλων με όλους. Αυτό

πρακτικά σημαίνει ότι ο γιατρός και ο νοσηλευτής του ΤΕΠ πρέπει να έχουν την δυνατότητα συνεχούς οπτικής παρακολούθησης των νοσηλευόμενων. Αντίστροφα, ο κάθε νοσηλευόμενος πρέπει να είναι σε θέση να βλέπει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ, για να μην αισθάνεται ανασφάλεια. Ωστόσο, στο χώρο της αναζωογόνησης πρέπει να αποφεύγεται η οπτική επαφή των ασθενών μεταξύ τους. Για λόγους οπτικής απομόνωσης, κατά κανόνα, χρησιμοποιούνται κουρτίνες από διπλό, ηχο-απορροφητικό, αντιμικροβιακό υλικό. Άλλοι τρόποι που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι η τοποθέτηση ειδικών πτυσσόμενων διαχωριστικών (παραβάν), ή σταθερών διαχωριστικών, τα οποία είναι κατασκευασμένα από διαφανή διπλή τζαμαρία με περσίδες ενδιάμεσα, οι οποίες μπορούν να ανοίγουν και να κλείνουν. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται επιλεκτικά από το αρμόδιο προσωπικό οπτική απομόνωση ή επικοινωνία των ασθενών. Το μειονέκτημα των σταθερών διαχωριστικών είναι ότι δεν επιτρέπουν μεγάλη ευελιξία κινήσεων και ευρυχωρία. Για το λόγο αυτό, είναι προτιμότερα τα διαχωριστικά τύπου ακορντεόν (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **2.18 ΣΤΑΘΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΕΠ**

Προκειμένου να επιτυγχάνεται η πλήρης και συνεχής εποπτεία του χώρου από τους νοσηλευτές, ο νοσηλευτικός σταθμός εργασίας τοποθετείται στο κέντρο του βασικού χώρου αναζωογόνησης και θα πρέπει να έχει εμβαδόν τουλάχιστον 12τ.μ. Στις σταθερές παρειές του χώρου τοποθετούνται νιπτήρες, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για το συχνό πλύσιμο των χεριών των ιατρών και των νοσηλευτών του ΤΕΠ καθώς και ντουλάπια και ερμάρια με υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό. Τα τελευταία πρέπει να φέρουν κατάλληλη σήμανση, ώστε να διευκολύνονται οι νοσηλευτές στην εργασία τους. Οι εξεταστικές κλίνες (ή τα φορεία) των ασθενών τοποθετούνται περιμετρικά στο χώρο, γύρω από τον κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό. Επίσης, κανένας πάγκος εργασίας δεν πρέπει να είναι υψηλότερος από το ύψος ενός κανονικού γραφείου (80 εκ), για να μην διακόπτει το οπτικό πεδίο των ασθενών, ανάλογα με το ύψος ενός απλού φορείου. Εάν διατίθενται φορεία με αυξομειούμενο ύψος (>80 εκ.), η ανωτέρω προδιαγραφή αυτομάτως αναιρείται (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **2.19 ΑΙΘΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΤΕΠ-ΑΝΑΝΗΨΗ**

Τόσο βάση βιβλιογραφικών αναφορών (Ellis & Braydt 1997) όσο βάση προδιαγραφών (ΔΕΠΑΝΟΜ 2002) και Ελληνικής νομοθεσίας (Π.Δ. 235/2003),



προβλέπεται η λειτουργία αίθουσας χειρουργικών επεμβάσεων στο ΤΕΠ. Κατά κανόνα, πρόκειται για σηπτικό χειρουργείο το οποίο είναι πλήρως εξοπλισμένο και συνοδεύεται από το χώρο ανάνηψης που βρίσκεται δίπλα. Στην αίθουσα αυτή συνήθως αντιμετωπίζονται περιστατικά που δεν χρήζουν ολικής αναισθησίας π.χ. ασθενείς με επιφανειακά τραύματα, μικρά τραύματα κλπ ή περιστατικά όπου απαιτείται η άμεση εκτέλεση χειρουργικών πράξεων για την διάσωση της ανθρώπινης ζωής, π.χ. εκτέλεση επείγουσας τραχειοτομής, στερνοτομή για εσωτερική απινίδωση κ.ο.κ. Εν συνεχεία, μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης και εφόσον δεν απειλείται πλέον η ζωή του ασθενούς, μπορεί να μεταφερθεί το περιστατικό στο συγκρότημα των κεντρικών χειρουργείων του νοσοκομείου όπου ολοκληρώνεται η επέμβαση ή αποκαθίστανται χειρουργικά τα τραύματα τα οποία δεν αποτελούν την πρώτη προτεραιότητα. Το δάπεδο στην αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων πρέπει να είναι ημιαγωγίμο. Ο εξοπλισμός της πρέπει να είναι πλήρης και οι παροχές ιατρικών αερίων να περιλαμβάνουν ( $O_2$ ), πρωτοξείδιο του αζώτου ( $N_2O$ ), αέρα και παροχές κενού (vacuum). Επίσης, οι ρευματοδότες πρέπει απαραίτητα να συνοδεύονται με τα Ηλεκτροπαραγωγά Ζεύγη (H/Z) του νοσοκομείου, ώστε να εξασφαλίζεται αδιάλειπτη παροχή ηλεκτρικού ρεύματος. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων στο ΤΕΠ, το περιστατικό παραλαμβάνεται από τους εφημερεύοντες χειρουργούς και αντιμετωπίζεται απευθείας στις αίθουσες επεμβάσεων του κεντρικού χειρουργείου του νοσοκομείου (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **2.20 ΑΙΘΟΥΣΑ ΓΥΨΟΥ ΤΕΠ**

Σε μεγάλα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, που ο μέσος ετήσιος αριθμός των ασθενών ξεπερνά τους 15.000, συνηθίζεται η δημιουργία ξεχωριστής αίθουσας γύψου. Αυτή χρησιμεύει βασικά για την ακινητοποίηση των καταγμάτων, αλλά και για την αλλαγή ή αφαίρεση γύψου. Στο ΤΕΠ αποκαθίστανται κατάγματα με χρήση μόνο τοπικής αναισθησίας. Εάν πρόκειται για ορθοπεδική επέμβαση στην οποία απαιτείται ολική αναισθησία, τότε είναι προτιμότερο η επέμβαση να γίνεται στην αίθουσα ορθοπεδικών περιστατικών του κεντρικού χειρουργείου του νοσοκομείου (Lynn & Rosenfeld 1997). Όλος ο εξοπλισμός και ο τρόπος λειτουργίας είναι ο ίδιος με την αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων. Σε μικρότερα ΤΕΠ (<15.000 ασθενείς/έτος) δεν υπάρχει ένδειξη για δημιουργία χωριστής αίθουσας γύψου. Οι ανωτέρω

χειρουργικές πράξεις εκτελούνται μέσα στην αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων του ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **2.21 ΝΕΚΡΟΘΑΛΑΜΟΣ ΤΕΠ**

Ένα ποσοστό περιστατικών διακομίζονται νεκρά κατά την άφιξη στο ΤΕΠ (Dead on Arrival ή DEO). Λέγεται ότι στη Σουηδία το ποσοστό των DEO ανέρχεται περίπου στο 2% επί του συνόλου των προσερχόμενων στα ΤΕΠ των νοσοκομείων στη χώρα (Putsep 1981). Επομένως, πρέπει να υπάρχει χώρος για τους DEO ή για όσους αποβιώνουν μέσα στο ΤΕΠ (π.χ. κατά την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση). Σε περίπτωση που δεν υπάρχει νεκροθάλαμος, θα πρέπει να υπάρχει ειδική μέριμνα στο ΤΕΠ για τη μεταφορά του νεκρού μέσα σε ειδικό φορείο, τύπου ασανσέρ, μέσα στο οποίο τοποθετείται η σωρός χωρίς να φαίνεται. Έτσι, το φορείο μπορεί να διασχίσει τους διαδρόμους του νοσοκομείου είτε προς το νεκροτομείο, είτε προς την ιατροδικαστική υπηρεσία, χωρίς να δημιουργείται πρόβλημα ή να γίνεται αντιληπτό από τους παρευρισκόμενους (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **2.22 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Στο ΤΕΠ πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα για εκτέλεση βασικών ακτινογραφιών (θώρακος, κοιλίας, οστών), όταν δεν επιτρέπεται η μετακίνηση ενός περιστατικού. Ως εκ τούτου, πρέπει να διατίθενται (ΔΕΠΑΝΟΜ 2002):

- ✓ Ένα ή δύο φορητά ακτινολογικά μηχανήματα, σε μόνιμη βάση στο ΤΕΠ. Το ένα ακτινολογικό πρέπει να βρίσκεται στο χώρο της αναζωογόνησης.
- ✓ Ένας ή δύο υπερηχοτομογράφοι. Πρέπει ο ένας να τοποθετείται στο συγκρότημα των εξεταστηρίων (γενικό χώρο εξέτασης) του ΤΕΠ.
- ✓ Αξονικός τομογράφος, κοντά στο χώρο του ΤΕΠ (Lynn & Rosenfeld 1997).

### **2.23 ΑΙΘΟΥΣΑ ΣΥΣΚΕΨΕΩΝ ΤΕΠ**

Η αίθουσα συσκέψεων είναι ένας σημαντικός χώρος του ΤΕΠ, αν και σε περιπτώσεις έλλειψης χώρου είναι ένας από τους πρώτους χώρους που καταργείται για την εξοικονόμηση χώρων νοσηλείας. Η αίθουσα συσκέψεων πρέπει να βρίσκεται κοντά στο χώρο αναμονής και μακριά από τους χώρους επείγουσας αντιμετώπισης. Ο χώρος αυτός θα πρέπει να διαθέτει:

- Ηχομόνωση, ώστε να εξασφαλίζεται ησυχία μέσα στο θορυβώδες περιβάλλον του ΤΕΠ
- Τέσσερις έως έξι ξεχωριστές τηλεφωνικές συνδέσεις με αντίστοιχες (ασύρματες) συσκευές τηλεφώνου
- Τον ανάλογο ξενοδοχειακό εξοπλισμό (επαρκή καθίσματα, γραφεία κλπ)
- Ξεχωριστή τουαλέτα για εξυπηρέτηση του κοινού

Η χρησιμότητα της αίθουσας συσκέψεων του ΤΕΠ είναι πολλαπλή:

- Εκτέλεση ιατρικών συμβουλίων, όταν απαιτούνται – ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών
- Εκπαίδευση ειδικευόμενων γιατρών (π.χ. εκτέλεση σεμιναρίων)
- Ενημέρωση συγγενών – συνοδών από τους γιατρούς του ΤΕΠ για την εξέλιξη της κατάστασης των περιστατικών
- Ενημέρωση – παροχή πληροφοριών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ προς τους ασθενείς π.χ. μετά από μικρή επέμβαση, μετά την έξοδό τους από το ΤΕΠ, θέματα αγωγής υγείας και πρόληψης (π.χ. διατροφικές συμβουλές, διακοπή καπνίσματος κλπ)
- Ανακοίνωση δυσάρεστων νέων( π.χ. θάνατος συγγενούς, αυτόματη αποβολή κλπ). Είναι ουσιώδης η ύπαρξη ιδιαίτερου χώρου για τέτοια χρήση. Ποτέ δεν πρέπει να γίνεται ανακοίνωση δυσάρεστων συμβάντων στο διάδρομο του ΤΕΠ και ποτέ μπροστά σε ξένους (επισκέπτες κλπ). Πολλές φορές χρησιμοποιείται το γραφείο του προϊστάμενου νοσηλευτή για την προετοιμασία και την ανακοίνωση δυσάρεστων-οδυνηρών συμβάντων
- Χώρος θρήνου για τα άτομα που μόλις έχασαν κάποιο μέλος της οικογενείας τους στο ΤΕΠ. Είναι επιβεβλημένη η ύπαρξη χώρου για το θρήνο των πενθούντων
- Χρήση από τους αστυνομικούς και /ή τους πυροσβέστες σε περιπτώσεις ατυχημάτων, φυσικών καταστροφών κλπ

Χρήση ως γραφείο τύπου από τα ΜΜΕ για την έκδοση ιατρικών ανακοινώσεων (πχ νοσηλεία διασημοτήτων κλπ) και για τις συνεντεύξεις τύπου, οπότε συντρέχει τέτοιος λόγος (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

### **3.1 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΕΠ**

Σε κάθε ΤΕΠ υφίστανται οργανωτικά τρεις Βασικές Υπηρεσίες, οι οποίες είναι οι εξής (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

1. Ιατρική υπηρεσία
2. Νοσηλευτική υπηρεσία
3. Διοικητική υπηρεσία

Οι ανωτέρω Υπηρεσίες υπάγονται απευθείας στο Διοικητή / Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου και κάθε Υπηρεσία έχει τη δική της ιεραρχική διάρθρωση και στελέχωση (Π.Δ. 87/1986, ΦΕΚ 32/Α'). Επιπλέον, υφίστανται οι Υποστηρικτικές Υπηρεσίες (π.χ. εργαστήρια, ακτινολογικό τμήμα. Αιμοδοσία κλπ) του νοσοκομείου, οι οποίες δεν ανήκουν μεν οργανωτικά στο ΤΕΠ, υποστηρίζουν δε το τμήμα αυτό στις λειτουργίες του. Οι βασικές λειτουργίες του ΤΕΠ, όπως μπορεί να δει κανείς και στα οργανογράμματα που ακολουθούν (βλ. Σχήματα 1, 2, 3), παρουσιάζουν κατακόρυφα (vertical) οργανωτική διάρθρωση (Saluzzo et al 1997).

#### **3.1.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ**

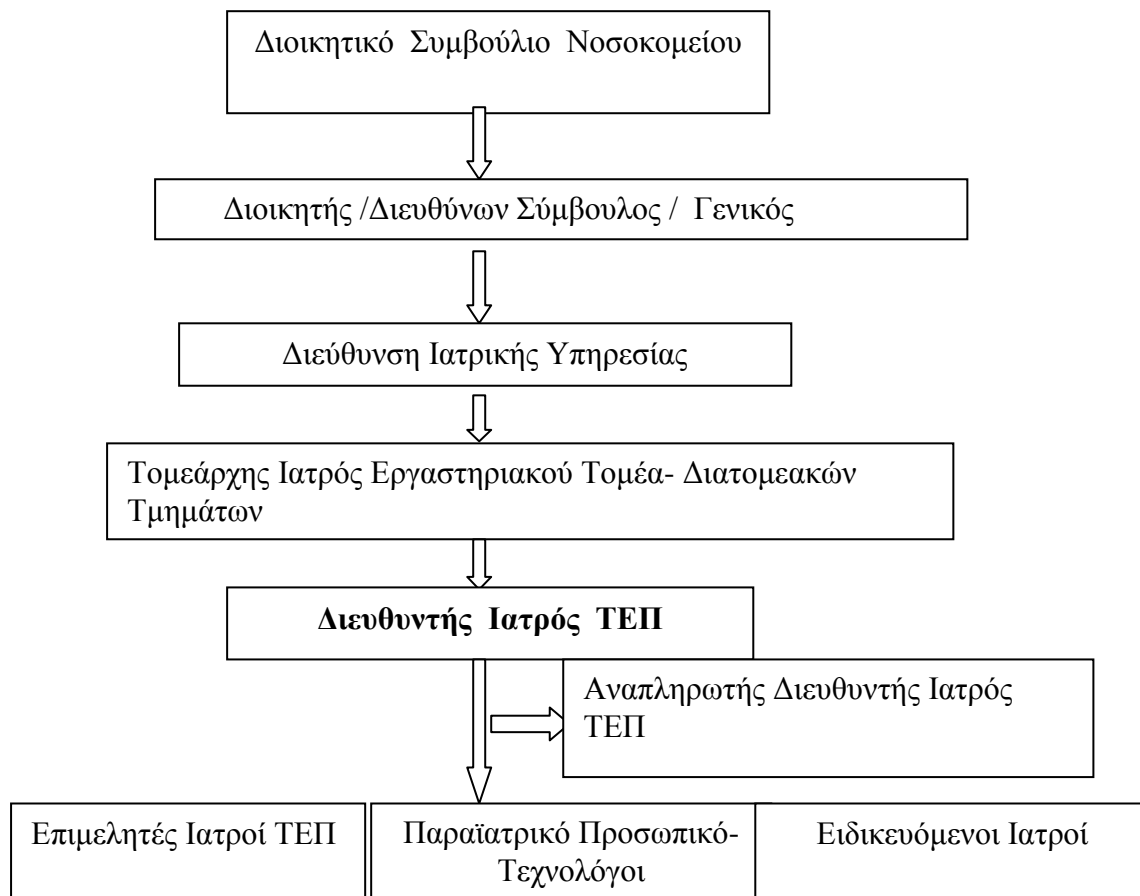
Στο οργανόγραμμα που παρατίθεται στο *Σχήμα 1* εμφανίζεται σχηματικά η οργανωτική δομή της ιατρικής υπηρεσίας, με τους βασικούς της άξονες, που διαρθρώνεται κατακόρυφα στο ΤΕΠ. Ως προς την οργανωτική δομή της Ιατρικής Υπηρεσίας πρέπει να επισημανθεί ότι αυτή διαρθρώνεται σε Τομείς, που είναι (αρθρ. 7, παρ. 4 του Ν.2889/2001):

1. Παθολογικός Τομέας
2. Χειρουργικός Τομέας
3. Εργαστηριακός – απεικονιστικός-διατομεακών τμημάτων Τομέας
4. Τομέας Ψυχικής Υγείας (σε ορισμένα μόνο νοσοκομεία)

Γίνεται κατανοητό από τη σχηματική απεικόνιση κατωτέρω, ότι όλοι οι ιατροί (ειδικευμένοι, ειδικευόμενοι) καθώς και το παραϊατρικό (τεχνολογικό) προσωπικό αναφέρονται στο Διευθυντή Ιατρό του ΤΕΠ, ο οποίος με τη σειρά του έχει ως προϊστάμενο τον Τομεάρχη του Τομέα: Εργαστηριακού-Απεικόνισης-Διατομεακών Τμημάτων της Ιατρικής Υπηρεσίας. Στις Ην. Πολιτείες υπάρχει διαφοροποίηση σε

σύγκριση με την Ελλάδα, από την άποψη ότι ο Διευθυντής Ιατρός του ΤΕΠ μπορεί να είναι μέλος του Δ.Σ. του νοσοκομείου (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

**Σχήμα 1-** Οργανόγραμμα Ιατρικής Υπηρεσίας ΤΕΠ

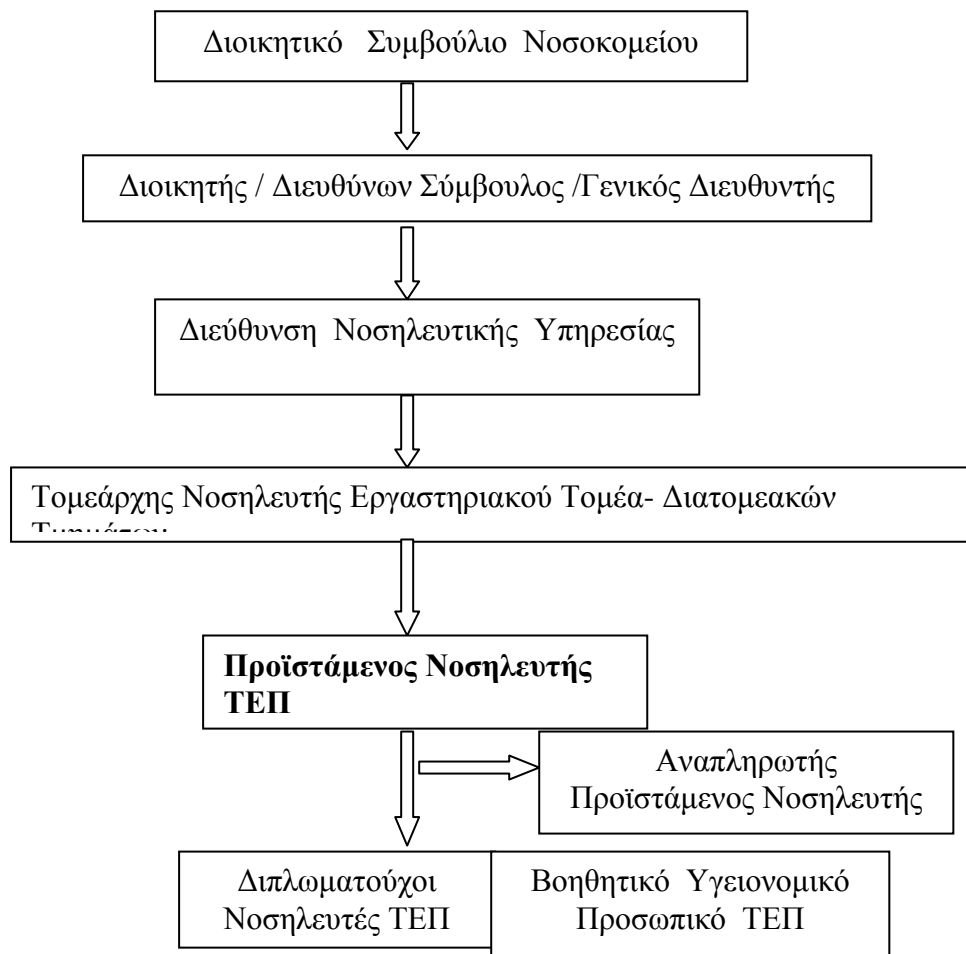


Σημειώτεον ότι δεν υφίσταται Διευθυντής Ιατρός ΤΕΠ, ως θέση ή ως φυσικό πρόσωπο, σε όλα τα ΤΕΠ των νοσοκομείων της Ελλάδας. Για την ακρίβεια, στα περισσότερα ΤΕΠ δεν υπάρχει Διευθυντής ιατρός. Η αναπλήρωση του Διευθυντή Ιατρού ΤΕΠ, όταν υπάρχει πραγματοποιείται με ορισμό Αναπληρωτή Διευθυντή Ιατρού ΤΕΠ (βλ. Σχήμα ανωτέρω), η οποία είναι μεν ουσιαστική, όμως δεν είναι υποχρεωτική. Στις περιπτώσεις που δεν υφίσταται Διευθυντής Ιατρός ΤΕΠ, ορίζεται αρμοδίως επιστημονικά υπεύθυνος ιατρός ΤΕΠ. Ο Τομεάρχης όλων των ιατρικών Τομέων αναφέρονται στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και εκείνος, με τη σειρά του, στο Διοικητή ή Γενικό Διευθυντή ή Διευθύνοντα Σύμβουλο ο οποίος τελικά είναι υπόλογος προς το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) του νοσοκομείου. (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

### 3.1.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ

Στο οργανόγραμμα που απεικονίζεται στο *Σχήμα 2* εμφανίζεται η οργανωτική δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας, με τους βασικούς της άξονες, που επίσης διαρθρώνεται κατακόρυφα στο ΤΕΠ. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις Τομείς οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιευθύνσεων (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

**Σχήμα 2-** Οργανόγραμμα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΤΕΠ



Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικά Τμήματα που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2889/2001. Ο Γ΄ Νοσηλευτικός Τομέας καλύπτει τον Τομέα Εργαστηριακό-Απεικόνισης καθώς και τα Διατομεακά Τμήματα, στα οποία ανήκει και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Όπως φαίνεται σχηματικά ανωτέρω, όλοι οι νοσηλευτές και το βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ λογοδοτούν

στον Προϊστάμενο Νοσηλευτή του ΤΕΠ, ο οποίος με τη σειρά του αναφέρεται, κατά κανόνα, στον Τομεάρχη Γ' Νοσηλευτικού Τομέα. Ο Τομεάρχης αναφέρεται στο Διευθυντή/-τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εκείνος/-η με τη σειρά του/της στην ανώτατη διοίκηση του νοσοκομείου, η οποία περιγράφηκε προηγουμένως στην οργάνωση της Ιατρικής υπηρεσίας. Τον Προϊστάμενο Νοσηλευτή του ΤΕΠ αναπληρώνει αρμοδίως κατάλληλος νοσηλευτής που τοποθετείται στη θέση αυτή (βλ. Σχήμα ανωτέρω). Ο ορισμός αναπληρωτή Προϊσταμένου ΤΕΠ δυστυχώς δεν αποτελεί κανόνα σε όλα τα ΤΕΠ της Ελλάδας (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Σημειωτέον ότι ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής του ΤΕΠ, ως θέση ή ως φυσικό πρόσωπο, δεν υφίσταται σε όλα τα ΤΕΠ των νοσοκομείων της χώρας. Σε πολλές περιπτώσεις ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής του Τμήματος των Εξωτερικών Ιατρείων εκτελεί ταυτόχρονα καθήκοντα Προϊσταμένου ΤΕΠ, πράγμα που συνιστά αμιγώς Ελληνικό φαινόμενο το οποίο δεν συναντάται σε οργανωμένα νοσοκομεία του εξωτερικού, ούτε διατυπώνεται ως ένδειξη στη διεθνή βιβλιογραφία (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

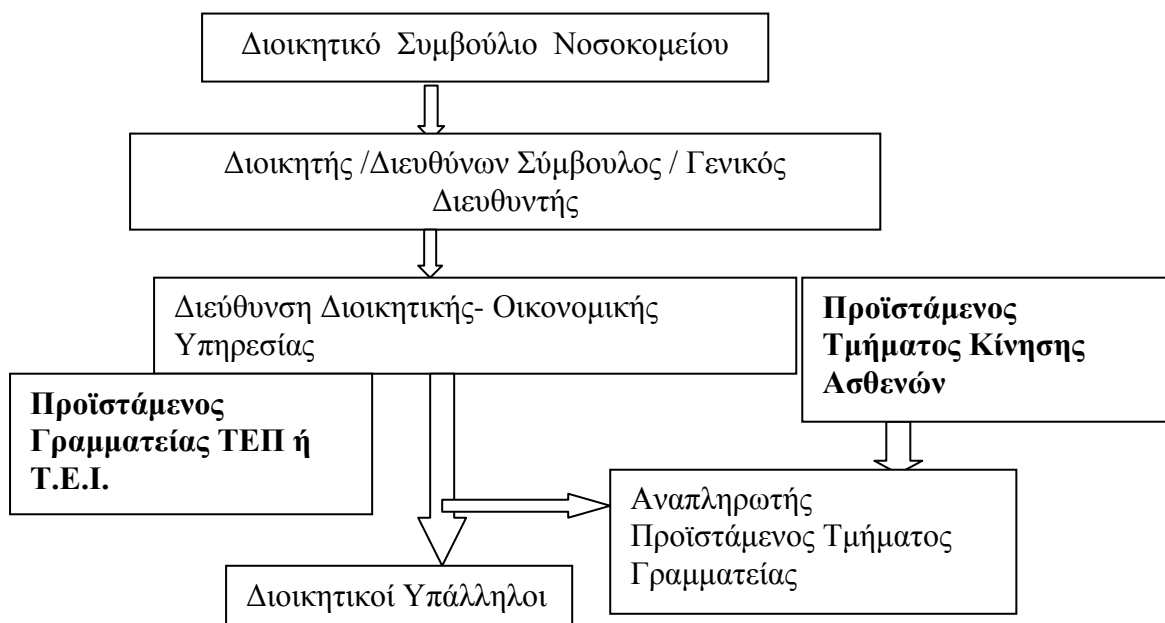
### **3.1.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ**

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

Σημειωτέον ότι στην παρουσίαση της οργανωτικής δομής της ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας, μέσα από τα ανωτέρω οργανογράμματα, έχουν ληφθεί υπόψη και οι σχετικές πρόσφατες νομοθετικές αλλαγές και συγκεκριμένα ο Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'), σύμφωνα με τον οποίο η οργανωτική διάρθρωση των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. έχει μεταβληθεί με την εισαγωγή στα όργανα της Διοίκησης των Δ.Σ. (Διοικητικών Συμβουλίων) των νοσοκομείων. Όσον αφορά στις ιδιωτικές κλινικές, ο γενικός κανόνας σε οργανωτικό επίπεδο είναι επίσης να υπάρχει ένα Δ.Σ., αποτελούμενο συνήθως από τους μετόχους, και ένας Διευθύνων Σύμβουλος ή Γενικός Διευθυντής ο οποίος υλοποιεί τις αποφάσεις του Δ.Σ. και είναι υπεύθυνος για τη στρατηγική διαχείριση του νοσοκομείου. Συνεπώς, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τα ανωτέρω οργανογράμματα καλύπτουν σε γενικές γραμμές αρκετά ικανοποιητικά τη γενική εικόνα που επικρατεί σε οργανωτικό επίπεδο στα νοσοκομεία της Ελλάδος (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων του εξωτερικού (ΗΠΑ, Ην. Βασίλειο κλπ) οι θέσεις του Διευθυντή Ιατρού, Προϊσταμένου Νοσηλευτή και Προϊσταμένου Γραμματείας ΤΕΠ είναι υπαρκτές, δεδομένες και θεωρείται αυτονόητο ότι οι θέσεις αυτές πρέπει να είναι πάντοτε καλυμμένες από αρμόδιους, ικανούς επαγγελματίες, ώστε να εξασφαλίζεται η ισόρροπη οργάνωση και η εύρυθμη λειτουργία του ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

**Σχήμα 3** –Οργανόγραμμα Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας ΤΕΠ





### 3.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όπως όλα σχεδόν τα κλινικά νοσοκομεία, στελεχώνονται με τις εξής κύριες κατηγορίες προσωπικού (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

1. Ιατρικό προσωπικό, το οποίο περιλαμβάνει μόνιμους ειδικευμένους ιατρούς, ειδικευμένους ιατρούς συμβούλους, ειδικευόμενους ιατρούς
2. Νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι διπλωματούχοι νοσηλευτές
3. Διοικητικό προσωπικό, που απαρτίζεται από διοικητικούς υπαλλήλους της γραμματείας του ΤΕΠ
4. Βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι βοηθοί νοσηλευτών, οι μεταφορείς ασθενών, οι βοηθοί θαλάμου. Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ, αλλά κατανέμεται στα επιμέρους Τμήματα του κάθε νοσοκομείου, με αποφάσεις της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης, στην οποία υπάγεται. Στις Ην. Πολιτείες και στο Ην. Βασίλειο στην κατηγορία αυτή ανήκουν και άλλοι κλάδοι, όπως: υγειονομικοί βοηθοί (healthcare assistants), βοηθοί ιατρών (physicians assistants) ή ακόμα και καταρτισμένοι διασώστες (emergency medical technicians)
5. Υποστηρικτικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει υπηρεσίες στο τμήμα αυτό, όπως είναι το τεχνολογικό- παραϊατρικό προσωπικό. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, οι παρασκευαστές, οι ραδιολόγοι-ακτινολόγοι ή οι χειριστές-εμφανιστές
6. Βοηθητικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει κυρίως υπηρεσίες φύλαξης, καθαριότητας, εστίασης. Σε αρκετές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει καν στο νοσοκομείο, αλλά προέρχεται από ειδικά συνεργεία παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών (πχ συνεργεία φύλαξης ή security, συνεργεία καθαρισμού, εταιρίες catering). Τέτοιες λύσεις συναντώνται κυρίως στις κλινικές του ιδιωτικού τομέα, αλλά πιο πρόσφατα άρχισαν να εφαρμόζονται και στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας

Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης, ένα ΤΕΠ πρέπει απαραίτητα να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό. Το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και καλύπτει ολόκληρο το 24ωρο. Επισημαίνεται, ωστόσο ότι στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δεν ακολουθούν αυτό το διεθνή κανόνα λειτουργίας, αλλά λειτουργούν με βάση το σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων. Συνεπώς, η κατανομή του προσωπικού στα ωράρια εργασίας θα καλύπτει το σύνολο των ωρών εφημερίας. Λόγω της μη προβλέψιμης φύσης της εργασίας στο ΤΕΠ, η επί 24ωρης βάσης (ή στην Ελλάδα επί του ωραρίου της εφημερίας) παρουσία υγειονομικού προσωπικού (κατανεμημένη σε ωράρια εργασίας) στο Τμήμα αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή ή για την πρόκληση μόνιμης αναπηρίας. Ωστόσο, οι ελλείψεις προσωπικού, οι οποίες αποτελούν σοβαρό πρόβλημα διεθνώς, δεν επιτρέπουν πάντοτε την εφαρμογή ανάλογων συστημάτων. Στην Ελλάδα το σοβαρό πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού αφορά κατά μείζονα λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό. Στην Αγγλία, από την άλλη πλευρά, η έλλειψη ιατρικού προσωπικού κυρίως αλλά και νοσηλευτικού (ίσως σε μικρότερο βαθμό) είναι βασικές αιτίες ελλιπούς στελέχωσης των ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Η ιδιαιτερότητα σε πολλά Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων της Ελλάδας είναι ότι δεν διαθέτουν, αυτόνομα, μόνιμο προσωπικό, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αλλά η στελέχωση είναι κοινή και ενιαία με το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρειών. Αυτό συμβαίνει διότι στην πράξη δεν εφαρμόζεται παντού το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο πρέπει να συστήνονται οργανικές θέσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ειδικά για το ΤΕΠ (Υπουργική απόφαση Υ4α/οικ.4472/2003 η οποία διέπει την οργάνωση και λειτουργία ΤΕΠ των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας και Προεδρικό Διάταγμα 235/2003, το οποίο διέπει τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών). Ακόμα και σε περιπτώσεις που υφίστανται οργανικές θέσεις για τα ΤΕΠ, αυτές δεν προκηρύσσονται, λόγω της έλλειψης πολλές φορές των απαιτούμενων πιστώσεων στον προϋπολογισμό για την κάλυψη των προκαλούμενων δαπανών από τις θέσεις αυτές. Τέλος σε περιπτώσεις που οι οργανικές θέσεις υφίστανται και προκηρύσσονται, δεν παρατηρείται πάντοτε ενδιαφέρον για την πλήρωση των θέσεων αυτών από αντίστοιχους επαγγελματίες. Ορισμένες φορές δεν υπάρχει διαθέσιμο προσωπικό για την κάλυψη των θέσεων των ΤΕΠ και άλλες φορές δεν υπάρχουν

ιδιαίτερα κίνητρα για την απασχόληση του προσωπικού αυτού σε ένα Τμήμα υψηλών απαιτήσεων όπου η εργασία καλύπτει 24 ώρες το 24ωρο και 365 ημέρες το έτος και συχνά κάτω από συνθήκες πίεσης, έντασης και στρες. Ένας επιπλέον λόγος που η εργασία του προσωπικού του ΤΕΠ καθίσταται λιγότερο ελκυστική αφορά στο ότι η ομάδα εργασίας που απασχολείται σε αυτό είναι ανομοιογενής, με ετερόκλητους επαγγελματικούς κλάδους και κατηγορίες (από μεταφορείς ασθενών ή προσωπικό καθαριότητας μέχρι επιστήμονες υγείας). Έτσι η ομάδα εργασίας μπορεί να αντιμετωπίζει αυξημένες δυσκολίες στον συντονισμό και στην οργανωμένη παροχή υπηρεσιών στο ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **3.3 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Ένας σημαντικός καθορισμός του όρου στελέχωση σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών είναι: « Ο αριθμός και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον άρρωστο ή τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας». Η καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών, η βέλτιστη χρήση των συγκεκριμένων υποδομών, και η πλέον οικονομική και εύρυθμη διαχείριση υπαγορεύουν την καθημερινή λειτουργία των ΤΕΠ σε 24ωρη βάση. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης ένα ΤΕΠ πρέπει να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό, το οποίο να κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και να καλύπτει όλο το 24ωρο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Τα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά της ευρύτερης περιοχής, το μέγεθος και η φύση του Νοσοκομείου υπαγορεύουν την λειτουργία του ΤΕΠ σε επίπεδο αντίστοιχο των αναγκών που καλείται να καλύψει. Έτσι ο αριθμός του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα του Νοσοκομείου σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών. Η ποιότητα των υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής ιατρικής, όπως και ο στόχος της βελτιστοποίησης των προσφερομένων υπηρεσιών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη προσαρμογής της στελέχωσης και λειτουργίας του ΤΕΠ στα ήδη ισχύοντα διεθνή πρότυπα και προδιαγραφές στελέχωσης και λειτουργίας (Βότση Ε. 2000), (Κωτούλα Σ. 2004).

Τα στοιχεία στην πλειοψηφία των Ελληνικών Νοσοκομείων αναφορικά με την νοσηλευτική στελέχωση είναι δηλωτικά των χρόνιων και δραματικών ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό. Από στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ για το έτος 2005

διαφαίνεται ότι η αναλογία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα βρίσκεται στο 3,6 ενώ στην Ιρλανδία είναι 16,5, ενώ ως προς την ιατρική στελέχωση σε εθνικό επίπεδο παρουσιάζεται τάση αύξησης ενώ η αναλογία ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού είναι 4,5 στην Ελλάδα, τη στιγμή που στην Ιρλανδία και σε άλλες χώρες της Ευρώπης είναι μόλις 2,4 (Στάθης Γ. 2005).

Όσο αφορά την αναλογία βοηθητικού προσωπικού επί του συνόλου του προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας σε βιβλιογραφία από Αμερικανικές έρευνες, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, αναφέρεται ότι οι βοηθοί νοσηλευτών δεν πρέπει να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και το ποσοστό δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 50% του απασχολούμενου προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας του ΤΕΠ, ενώ σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές από το Ην. Βασίλειο η αναλογία διπλωματούχων νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές θα πρέπει να είναι 80% προς 20%.

**Πίνακας 1: Αρχές για Νοσηλευτική στελέχωση σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών - Οδηγός λήψης αποφάσεων**

Είδος	Στοιχεία / ορισμοί
ασθενείς	Χαρακτηριστικά ασθενών και αριθμός ασθενών στους οποίους παρέχεται φροντίδα
Δυναμική μονάδας και περιβαλλής	Δυναμική του κάθε ασθενή ατομικά, συνολική δυναμική μονάδας (λαμβάνοντας υπόψη την ετερογένεια των συνθηκών ) ποικιλομορφία της περιβαλλής εισαγωγές, εξιτήρια και μεταφορές, όγκος.
Περιβάλλον	Αρχιτεκτονική (γεωγραφική κατανομή ασθενών μέγεθος και διάταξη των διωματίων των ασθενών ατομικά, διακανονισμός των συνολικών μονάδων φροντίδας ασθενών κλπ) τεχνολογία (βομβητές, κινητά τηλέφωνα, υπολογιστές) ίδια μονάδα ή ομάδα ασθενών
εξειδίκευση	Διάγραμμα εκπαίδευσης για άτομα και ομάδες νοσηλευτών, συνέπεια, συνέχεια και συνοχή προσωπικού, μετεκπαίδευση, έλεγχος πρακτικής, συμμετοχή σε δραστηριότητες βελτίωσης ποιότητας, επαγγελματικές προσδοκίες, προετοιμασία και εμπειρία.

Σύμφωνα με την παράγραφο 4.6 της Υπουργικής Απόφασης του 2003 για την «οργάνωση και τρόπο λειτουργίας και στελέχωσης του ΤΕΠ των νοσοκομείων» προβλέπονται τα εξής: «Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το ΤΕΠ, καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών».

Σύμφωνα με δεδομένα διεθνούς βιβλιογραφίας όσο αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στο ΤΕΠ απαιτούνται (Επιτροπής Π. 2001):

- ♦ 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. Με βάση αυτό το standard μπορεί κάποιος να υπολογίσει τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού για ένα συγκεκριμένο ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Ιδιαίτερες επιπλέον παράμετροι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για την νοσηλευτική στελέχωση όπως το εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας, οι άδειες του προσωπικού, η παρουσία ή μη βοηθητικού προσωπικού, η κάλυψη του ΤΕΠ σε ώρες αιχμής με περισσότερο προσωπικό. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού. Το μοντέλο στελέχωσης σε κάθε ΤΕΠ πρέπει να επιλέγεται με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως είναι τα εξής (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

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

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

- Έχει επαρκή προηγουμένη εμπειρία σε ΤΕΠ
- Έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας

- Να είναι έχει ειδικευση Επείγουσας νοσηλευτικής

Ασφαλής στελέχωση σημαίνει ότι ένα κατάλληλος αριθμός προσωπικού με κατάλληλο επίπεδο δεξιοτήτων είναι προσβάσιμο όλες τις ώρες για να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες του ασθενή ικανοποιούνται και ότι οι ελεύθερες από κινδύνους εργασιακές συνθήκες διατηρούνται. Ένας πτυχιούχος νοσηλευτής οδηγεί σε μικρότερη θνησιμότητα και θνητότητα των ασθενών, σε μειωμένα περιστατικά δυσχερών συμβάντων, σε λιγότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και σε καλύτερη ικανοποίηση του ασθενή (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΕΠΑΡΚΗ**

**ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ** (Διακήρυξη Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών για την Διεθνή ημέρα Νοσηλευτών 2006)

- **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 (Ένωση Καναδών Νοσηλευτών 2003). 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**

Αναγνωρίζεται από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ότι η ύπαρξη επαρκούς προσωπικού είναι σημαντική διότι έχει επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Σύμφωνα με έρευνα του 2001 των Baumann και συνεργατών, η εγγυημένη στελέχωση είναι ουσιαστική για τις απαιτήσεις των σύγχρονων περιβαλλόντων εργασίας. Το ΤΕΠ ανήκει σε αυτή την κατηγορία όπου τα περιβάλλοντα χαρακτηρίζονται από αυξανόμενη πίεση από την εργασία και στρες ως αποτέλεσμα της ανησυχίας για την απασχόληση, της ασφάλειας του εργασιακού χώρου, την υποστήριξη από τους διοικούντες και τους συναδέλφους, τον έλεγχο της πρακτικής, το σχεδιασμό, την ηγεσία και την ανεπαρκή στελέχωση (Διακήρυξη Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών για την Διεθνή ημέρα Νοσηλευτών 2006).

Η ανεπάρκεια της στελέχωσης δημιουργεί αυξανόμενο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι νοσηλευτές που συνεχώς εργάζονται υπερωριακά, χωρίς επαρκές στήριγμα είναι επιρρεπείς στην συστηματική απουσία από την εργασία και φτωχότερη υγεία.

Ο ρόλος του Προϊσταμένου ΤΕΠ είναι πολύ σημαντικός γιατί είναι αυτός υπεύθυνος για να διαγνώσει τις ανεπάρκειες του υφιστάμενου προσωπικού, τις ανάγκες για επιπλέον στελέχωση του χώρου και είναι αυτός που με διπλωματικό τρόπο θα απαιτήσει την κάλυψη των αναγκών για την επίτευξη των στόχων του ΤΕΠ που είναι η ταχύτερη και η ασφαλέστερη παροχή φροντίδας υγείας (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **3.5 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Το πλήρες κείμενο της Υπουργικής απόφασης αναφορικά με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών είναι το ακόλουθο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

**3.** Στο ΤΕΠ των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. προϊσταται διευθυντής ιατρός του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., με ειδικότητα χειρουργική ή αναισθησιολογία ή παθολογία ή καρδιολογία ή πνευμονολογία, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ

**4.** Το ΤΕΠ στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται στο τμήμα αυτό καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

**4.1** Οι θέσεις, κατά ειδικότητα, ιατρικού προσωπικού που συστήνονται για το ΤΕΠ είναι:

- Μία (1) θέση Διευθυντή κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας χειρουργικής ή αναισθησιολογίας ή παθολογίας ή καρδιολογίας ή πνευμονολογίας, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ
- Μία (1) θέση Επιμελητή Α΄ και:
- Μία (1) θέση Επιμελητή Β΄ του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ειδικότητας χειρουργικής ή αναισθησιολογίας ή παθολογίας ή καρδιολογίας ή πνευμονολογίας ή ορθοπαιδικής, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ

**4.2** Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το ΤΕΠ προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, ώστε η ελάχιστη στελέχωση με ιατρικό προσωπικό του ΤΕΠ να είναι η εξής:

- Ένας (1) Διευθυντής
- Δύο (2) Επιμελητές Α΄
- Τέσσερις (4) Επιμελητές Β΄

Για τυχόν επιπλέον στελέχωση του ΤΕΠ ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται καθορίζεται με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. του νοσοκομείου (για τις περιπτώσεις που αναφέρονται στην παρ.10 του άρθρου 13 του Ν.2889/2001), κατόπιν γνωμοδότησης του Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και λαμβάνοντας υπόψη τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό προσερχόμενων ασθενών, καθορίζεται ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται για την επιπλέον στελέχωση του ΤΕΠ.

**4.3** Μέχρι τη σύσταση και πλήρωση των προαναφερόμενων θέσεων ιατρικού προσωπικού, τηρείται η ακόλουθη διαδικασία:

- Για τη θέση προϊσταμένου ΤΕΠ υποβάλλουν αίτηση και πλήρες βιογραφικό σημείωμα εντός (10) ημερών από τη δημοσίευση σχετικής πρόσκλησης του Διοικητή (ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10, του άρθρου 13 του Ν.2889/2001), 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 με το κλινικό και επιστημονικό έργο

β) τη διοικητική ικανότητα, η οποία τεκμηριώνεται από προϋπηρεσία 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 του σε ΤΕΠ της Ελλάδος 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 το Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ.10, του άρθρου 13 του Ν.2889/2001) εκδίδεται απόφασή του, σύμφωνα με την οποία τοποθετείται Προϊστάμενος του ΤΕΠ ένας από τους τρεις πρώτους στον πίνακα χωρίς να δεσμεύεται από τη σειρά εγγραφής. Στην περίπτωση που δεν υποβληθούν αιτήσεις μέσα στην αποκλειστική προθεσμία των δέκα (10) ημερών, ο προϊστάμενος του ΤΕΠ ορίζεται από το Διοικητή του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθρ. 13 του Ν.2889/2001, μετά από εισήγηση του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

Για τις λοιπές θέσεις ιατρών ακολουθείται η ίδια διαδικασία που προβλέπεται για τον ορισμό του προϊσταμένου του ΤΕΠ.

Η θητεία των γιατρών του ΤΕΠ είναι ένα (1) έτος και δύναται να ανανεώνεται μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου.

**4.4** Οι γιατροί που στελεχώνουν το ΤΕΠ, για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών, δύνανται να καλούν ιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τους εφημερεύοντες στα τμήματα του νοσοκομείου, οι οποίοι υποχρεούνται να προσέλθουν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο ΤΕΠ. Για το σκοπό αυτό, ανακοινώνεται μηνιαίος κατάλογος εφημερευόντων ιατρών των τμημάτων, οι οποίοι θα καλύπτουν τις ανάγκες του ΤΕΠ, ο οποίος συντάσσεται από το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με τους Διευθυντές των τμημάτων.

**4.5** Η κάλυψη των αναγκών του ΤΕΠ με μη ιατρικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας γίνεται με βάση μηνιαίο πρόγραμμα που καταρτίζεται από το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με το Διευθυντή του ΤΕΠ.

**4.6** Στο ΤΕΠ προϊστάται νοσηλεύτης/-τρια, κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική η οποία τεκμηριώνεται από τη θητεία σε λειτουργούντα ΤΕΠ της Ελλάδος ή της αλλοδαπής, τη θητεία σε ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης καθώς και σε προγράμματα επείγουσας Προνοσοκομειακής φροντίδας. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνει το ΤΕΠ καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών.

Για τη στελέχωση του ΤΕΠ με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η προϋπηρεσία σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα ανάνηψης καθώς και η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας Προνοσοκομειακής φροντίδας.

**4.7** Ο προϊστάμενος του ΤΕΠ σε συνεργασία με τον Διευθυντή Διοικητικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, καθορίζει τον αριθμό του απαιτούμενου προσωπικού που θα καλύψει τις ανάγκες του ΤΕΠ σε γραμματειακή υποστήριξη καθώς και για την καθαριότητα και την ασφάλεια του χώρου.

**5.** Ο προϊστάμενος του ΤΕΠ έχει την ευθύνη λειτουργίας του ΤΕΠ και ασκεί όλες τις διοικητικές και επιστημονικές αρμοδιότητες που απορρέουν από την θέση του ως προϊσταμένου του τμήματος. Όταν απουσιάζει ή κωλύεται, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν ιατρό του ΤΕΠ Αναπληρωτή Διευθυντή ή αν δεν υπάρχει έναν Επιμελητή Α΄.

Για τις ημέρες γενικής εφημερίας ο προϊστάμενος του ΤΕΠ ορίζει έναν Αναπληρωτή Διευθυντή ή έναν 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 νοσηλευτές και τον κατευθύνουν σε χώρους του ΤΕΠ, ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του.

Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερ-επείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης.

Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας, αλλά σε σταθερή κατάσταση, αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης των ΤΕΠ.

Ο ασθενής δε μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται στο χώρο του ΤΕΠ όπου εξετάζεται και του παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Εν συνεχεία:

- A)** Χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση του από τα τακτικά Ε.Ι. ή
- B)** Οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή
- Γ)** Οδηγείται σε θάλαμο νοσηλευτικού τμήματος του νοσοκομείου, ανάλογα με την πάθησή του ή
- Δ)** Διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο, μετά από συνεννόηση με τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον υπεύθυνο της εφημερίας του άλλου νοσοκομείου. Για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΤΕΠ συντάσσεται αναλυτικό σημείωμα που συνοδεύει το εισιτήριο του ασθενούς και υπογράφεται απαραίτητα από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον Αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

Με ευθύνη του Διευθυντή του ΤΕΠ καταγράφονται σε ειδικό έντυπο και σε ηλεκτρονική μορφή τα στοιχεία των προσερχόμενων ασθενών καθώς και η πορεία Εξέλιξης των.

**7.** Με ευθύνη του Διοικητή του νοσοκομείου, του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και του Προϊσταμένου του ΤΕΠ γίνεται η κατανομή των κρεβατιών μεταξύ των επειγόντων περιστατικών και των τακτικών περιστατικών, ώστε να εξασφαλίζεται η δυνατότητα εισαγωγής των επειγόντων περιστατικών όσο και των ευρισκόμενων σε αναμονή νοσηλείας τακτικών ασθενών.

Για την εισαγωγή επείγοντος περιστατικού στο νοσοκομείο το εισιτήριο υπογράφεται από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

**8.** Οι προϊστάμενοι των ΤΕΠ ενημερώνουν το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ για τον αριθμό των κενών νοσηλευτικών κλινών, των αριθμών κενών κλινών ΜΕΘ, και τον αριθμό περιστατικών που υποδέχεται ώστε να εκτιμάται η δυνατότητα ή μη άμεσης αντιμετώπισης των περιστατικών.

Κατά την μεταφορά του περιστατικού το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ ενημερώνει τον υπεύθυνο του ΤΕΠ προς το οποίο κατευθύνεται το ασθενοφόρο και παρέχει τις σχετικές πληροφορίες ως προς το περιστατικό.

Κάθε περιστατικό που διακομίζεται με το ΕΚΑΒ πρέπει να παραλαμβάνεται ενυπόγραφα από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

Με την ανωτέρω Υπουργική απόφαση ορίζεται σε αδρές γραμμές το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των ΤΕΠ στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Όσον αφορά τη λογιστική διαδικασία στο ΤΕΠ, στην Ελληνική νομοθεσία ορίζεται ότι τα επείγοντα περιστατικά δεν υποχρεούνται στην καταβολή καμίας δαπάνης. Αντίθετα ορίζεται η υποχρέωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να δέχονται και να νοσηλεύουν κάθε σοβαρό και οξύ περιστατικό χωρίς να προβάλλουν οικονομικές αξιώσεις ή απαιτήσεις από τους ασθενείς.

Ειδικά ως προς τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ, στην Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. Φ.34/1202 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ με αριθμό 126 (Τεύχος Β') κατά την 07-02-2002 αναφορικά με <<Ρύθμιση θεμάτων τους ασφαλισμένους του κλάδου υγείας του ΟΓΑ>>, ορίζεται ότι το επείγον περιστατικό εισάγεται στο ΤΕΠ χωρίς άλλη διατύπωση και συγκεκριμένα αναφέρονται τα εξής:

*<< Σε επείγουσα περίπτωση κατά την οποία η άμεση παροχή περίθαλψης θεωρείται επιβεβλημένη εξαιτίας της κατάστασης της υγείας του ασθενή και για το λόγο αυτό είναι αδύνατη η τήρηση εκ των προτέρων της διαδικασίας που ορίζεται από τις διατάξεις των άρθρων 8 και 9 και των προηγούμενων παραγράφων του άρθρου αυτού επιτρέπεται η εισαγωγή του ασθενή στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Νοσηλευτικό ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική, χωρίς άλλη διατύπωση, δε βιβλιάριο του ασθενούς θα προσκομίζεται από τον ενδιαφερόμενο μέσα σε τρεις (3) ημέρες από την εισαγωγή του>>.*

### **3.6 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

#### **3.6.1 Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού στην Επείγουσα νοσηλευτική**

Σύμφωνα με τον Emergency Nurse Association και τον Canadian Nurse Association η άσκηση της Επείγουσας νοσηλευτικής αποτελεί έναν συγκερασμό γνώσεων και δεξιοτήτων που έχει το μοναδικό προνόμιο να συνδυάζει πολλές νοσηλευτικές ειδικότητες (Emergency Nurse Association, scope of emergency nursing practice, [http:// ena.org/pdf/scopeemnp.pdf](http://ena.org/pdf/scopeemnp.pdf)).

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

Σύμφωνα με τους παραπάνω οργανισμούς το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει εκπαιδευτεί και να έχει παρακολουθήσει μαθήματα επείγουσας νοσηλευτικής. Οφείλει να γνωρίζει τουλάχιστον:

- βασική καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (Cardio Pulmonary Resuscitation, CPR)
- εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (Advanced Cardiopulmonary Life Support, ACLS) με πιστοποιητικό επιτυχούς εξέτασης το τελευταίο 12μηνο
- 8ωρη τουλάχιστον εκπαίδευση ανά 2 χρόνια σε τραυματολογικό κέντρο
- εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε παιδιά (Paediatric Advanced Life Support -PALS) με πιστοποιητικό επιτυχούς εξέτασης το τελευταίο 12μηνο (Μπαλτόπουλος Γ. 1997),(Παπασάββας Ε. 2001), (Emergency Nurse Association, scope of emergency nursing practice, <http://ena.org/pdf/scopeemnp.pdf>)

και επιπλέον,

- επείγουσες γυναικολογικές και μαιευτικές καταστάσεις
- ενδοφλέβιες τεχνικές
- διαφορική διάγνωση κωματώδους κατάστασης
- Αντιμετώπιση shock
- ερμηνεία ΗΚΓ
- αντιμετώπιση κρίσεων
- εκπαίδευση ασθενούς (Παπασάββας Ε. 2001), (Emergency Nurse Association, scope of emergency nursing practice, <http://ena.org/pdf/scopeemnp.pdf>)

Οι απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την ενασχόληση με την επείγουσα νοσηλευτική προσφέρονται σε επίπεδο, μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και με τη μορφή σεμιναρίων, με τη λήξη των οποίων ο εκπαιδευόμενος ανανεώνει την επίσημη πιστοποίηση σε συγκεκριμένη κλινική δεξιότητα. Τα μεταπτυχιακά προγράμματα είναι διάρκειας 3 τετραμήνων συνεχούς παρακολούθησης ή 7 έως 10 τετραμήνων μερικής παρακολούθησης, και περιλαμβάνουν και 540 ώρες κλινικής άσκησης. Τα προγράμματα περιλαμβάνουν εκπαίδευση στη διαλογή, ετοιμότητα και αντιμετώπιση καταστροφών,

τραυματολογία και φάρμακα επειγουσών καταστάσεων. Το κλινικό κομμάτι εστιάζεται στην προνοσοκομειακή φροντίδα, στη χρήση φαρμάκων σε παθολογικά και χειρουργικά περιστατικά και στη διαλογή (National Institute of Emergency care inc, 2005 <http://niec.org/acls.Htm>).

Τα μετεκπαιδευτικά σεμινάρια έχουν σα στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στα ΤΕΠ και περιλαμβάνουν θεωρητική και πρακτική κατάρτιση, 120 ωρών, στα ίδια περίπου αντικείμενα και δεξιότητες με αυτά του μεταπτυχιακού προγράμματος (University of Pittsburgh chapter of school of nursing - clinical nurse specialist, 2005 <http://www.pitt.edu/-cnweb/tep.htm>).

Το νοσηλευτικό προσωπικό εκπαιδεύεται και επανεκπαιδεύεται στο ACLS και στο PALS και η διάρκεια εκπαίδευσης είναι 2 ημέρες για αυτούς που έρχονται πρώτη φορά σε επαφή με το αντικείμενο και 1 ημέρας για όσους ανανεώνουν την εκπαίδευσή τους, ενώ η πιστοποίηση που λαμβάνουν ισχύει για 2 χρόνια. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει : χειρισμό των αεραγωγών, διασωλήνωση, αναγνώριση καρδιακής δυσλειτουργίας, αλγόριθμος φαρμάκων, αναγνώριση μαρμαρυγής και εφαρμογή συγχρονισμένης απινίδωσης, καθώς και εξάσκηση σε σενάρια περιστατικών (Niagara College, Continuing Education, <http://ce.niagarac.on.ca>), (Advanced cardiac life support provider course, 2005 <http://64.233.183.104/custom>).

Τα σεμινάρια είναι μικρής διάρκειας και πριμοδοτούνται με μεταπτυχιακές διδακτικές μονάδες ενώ τελούν υπό την αιγίδα νοσηλευτικών και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων καθώς και Επιστημονικών Ενώσεων. Τα σεμινάρια αυτά αναφέρονται σε πεδία όπως η διαλογή περιστατικών (triage), η διαχείριση κρίσεων, η αντιμετώπιση ατόμων διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και η αντιμετώπιση ατυχημάτων. Η εκπαίδευση στο triage που προτείνεται από οργανισμούς, όπως ο Emergency Department Quality Solution, επεκτείνεται και σε άλλους τομείς όπως : *τη διαχείριση κρίσεων, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών τρίτης ηλικίας* (Emergency department education\_ staff training seminars for emergency nurse and physicians, 2004, [http://www.ed\\_qual.com./emergency\\_department\\_education\\_trainig.htm](http://www.ed_qual.com./emergency_department_education_trainig.htm)).

Η εκπαίδευση στο *triage* ακολουθεί τις οδηγίες του Emergency Nurses Association (ENA) όπως αυτές διαμορφώθηκαν σύμφωνα με το Emergency Severity Index (ESI) που προτείνει τη διαλογή των ασθενών σε 5 κατηγορίες. Στην *πρώτη κατηγορία* εντάσσονται τα άτομα που είναι διασωλημένα/ άσφυγμα/ απνοϊκά, καθώς

και όσα έχουν απώλεια αισθήσεων και δεν ανταποκρίνονται σε ερεθίσματα. Στη *δεύτερη κατηγορία* υπάγονται τα περιστατικά υψηλού κινδύνου, όσοι είναι σε σύγχυση, ληθαργικοί ή αποπροσανατολισμένοι, αλλά και όσοι πονούν ή δυσφορούν έντονα, ενώ οι τρεις υπόλοιπες κατηγορίες διακρίνονται με βάση τον αριθμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα τους γίνουν. Έτσι, στην *τρίτη κατηγορία* εντάσσονται όσοι πιθανόν χρήζουν πάνω από 2 νοσηλευτικών παρεμβάσεων και ένα τουλάχιστον από τα ζωτικά σημεία τους δεν είναι φυσιολογικό, στην *τέταρτη κατηγορία* όσοι πιθανόν θα χρειαστούν 1 νοσηλευτική παρέμβαση και έχουν ζωτικά σημεία εντός φυσιολογικών ορίων και στην *πέμπτη* όσοι δεν θα λάβουν καμία. Η 3ωρη αυτή εκπαίδευση συμβάλει στην προστασία των ασθενών και βελτιώνει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Το σεμινάριο απευθύνεται σε νέους αλλά και σε ήδη εκπαιδευμένους στο triage νοσηλευτές.

Το σεμινάριο για τη *διαχείριση κρίσεων* είναι διάρκειας 2 ωρών και απευθύνεται σε όλο το προσωπικό του ΤΕΠ νοσηλευτικό και μη, καθώς και σε ανώτερα νοσηλευτικά στελέχη. Κατά τη διάρκεια των μαθημάτων οι εκπαιδευτές υποδεικνύουν μεθόδους που προλαμβάνουν την ένταση και τις αντιπαραθέσεις. (Emergency department education\_ staff training seminars for emergency nurse and physicians, 2004, [http://www.ed\\_qual.com./emergency\\_department\\_education\\_trainig.htm](http://www.ed_qual.com./emergency_department_education_trainig.htm))

Το σεμινάριο για την *επείγουσα νοσηλευτική της τρίτης ηλικίας* περιλαμβάνει θέματα όπως η αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, η ανακούφιση του πόνου, η συνέργια φαρμάκων, θέματα που αναφέρονται στο θάνατο. Τα θέματα αυτά καλύπτονται στα πλαίσια ενός 2ωρου σεμιναρίου με μελέτη περιστατικών. (Emergency department education\_ staff training seminars for emergency nurse and physicians, 2004, [http://www.ed\\_qual.com./emergency\\_department\\_education\\_trainig.htm](http://www.ed_qual.com./emergency_department_education_trainig.htm))

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση τμήματα περιλαμβάνει μαθήματα διάρκειας 16 ή 20 ωρών. Η εκπαίδευση θεωρείται επιτυχής όταν ο εκπαιδευόμενος, μετά τις γραπτές εξετάσεις πολλαπλής επιλογής, συγκεντρώσει βαθμολογία 80% ή περισσότερο και 70% μετά από πρακτική εξέταση στις τέσσερις βασικές δεξιότητες. Οι εκπαιδευτές είναι νοσηλευτές που εργάζονται σε τραυματολογικά κέντρα και τα θέματα που πραγματεύονται είναι ([http://www.ena.org/catn\\_enpc\\_tucc/aboutcourse.asp](http://www.ena.org/catn_enpc_tucc/aboutcourse.asp)), (<http://www.cooperhealth.org/content/training-cc4.asp>), (<http://www.nena.ca/index.php>):

- νοσηλευτική προσέγγιση
- μηχανισμός κάκωσης
- αρχική εκτίμηση
- αντιμετώπιση shock
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Τραύματα αυχένα και θώρακα
- Μυοσκελετικά τραύματα
- Τραύματα κοιλίας
- Κακώσεις σπονδυλικής στήλης
- Παιδιατρικά τραύματα
- Εγκυμοσύνη και τραυματισμός
- Τραύματα τρίτης ηλικίας
- Ψυχο-κοινωνικές επιπτώσεις τραυματισμών
- Σταθεροποίηση και μεταφορά ασθενούς

Οι δεξιότητες που κρίνονται απαραίτητες από το πρόγραμμα είναι:

- Νοσηλευτική αντιμετώπιση τραυματία
- Εξασφάλιση αεραγωγών και υποστήριξη αναπνοής
- Ακινητοποίηση σπονδυλικής στήλης
- Αντιμετώπιση θωρακικού τραύματος

Στην Ελλάδα αντίστοιχα, ο νοσηλευτής δεν έχει πολλές επιλογές για την κατάρτιση του σε θέματα επείγουσας νοσηλευτικής. Σε προπτυχιακό επίπεδο οι γνώσεις είναι ανεπαρκείς καθώς περιορίζονται σε θεωρητική διδασκαλία 3 ωρών σε ένα ακαδημαϊκό εξάμηνο χωρίς κλινική άσκηση στο χώρο των ΤΕΠ, ενώ στην διάρκεια της εξάμηνης πρακτικής άσκησης των τελιοφοίτων των νοσηλευτικών σχολών των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων η άσκηση δεν είναι επαρκής και πάλι.

Σε μεταπτυχιακό επίπεδο και στα πλαίσια του προγράμματος της κατεύθυνσης της Κλινικής νοσηλευτικής δίνεται η ειδίκευση της επείγουσας και εντατικής νοσηλευτικής. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθημάτων αφορά θέματα εντατικής νοσηλευτικής περιλαμβάνουν ειδικές θεραπείες στην εντατική, διακομιδές και κατ' οίκον φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες και την πολυοργανική δυσλειτουργία (<http://icu.gr/pages-pdf-tep.pdf>).



Τέλος τα επιμορφωτικά σεμινάρια περιορίζονταν, μέχρι πρόσφατα μόνο σε αυτά της βασικής και εξειδικευμένης καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης τα οποία όμως είναι μεμονωμένα και δεν εντάσσονται στα πλαίσια ενός ευρύτερου προγράμματος κατάρτισης στην επείγουσα νοσηλευτική ενδονοσοκομειακά . Τα τελευταία χρόνια όμως παρατηρείται μια προσπάθεια βελτίωσης της κατάστασης με τη συνδρομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου η οποία έχει αναπτύξει πρόγραμμα επιμόρφωσης των υπαλλήλων ώστε να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την στελέχωση του ΤΕΠ, διάρκειας 14 μηνών. Το πρόγραμμα στηρίζεται στα διεθνή πρότυπα και περιλαμβάνει εκπαίδευση στο triage, σεμινάρια καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης και κλινική άσκηση σε ειδικά τμήματα όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα χειρουργεία (<http://icu.gr/pages-pdf-tep.pdf>).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω προκύπτει η σπουδαιότητα του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάγκη για συνεχή και κυρίως επαρκή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στα ΤΕΠ είναι επομένως επιτακτική για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού απαιτείται η συνεργασία όλων των φορέων και επιστημονικών εταιριών που εμπλέκονται στην με τη λειτουργία του ΤΕΠ (<http://icu.gr/pages-pdf-tep.pdf>).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

### 4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Η έννοια της διαλογής (triage) χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά σε καιρούς πολέμου προκειμένου να διευκολυνθεί η γρήγορη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανάλωση των λιγοστών διαθέσιμων πόρων στην ιατρική περίθαλψη τραυματισμένων στρατιωτών, με σκοπό τη διάσωση όσον το δυνατόν περισσότερων (Somerson & Markovchick 1997). Καταγράφεται στην βιβλιογραφία ότι η διαλογή (triage) εφαρμόστηκε κατά τους Ναπολεόντειους πολέμους, αν και πιθανολογείται ότι μπορεί να είχε χρησιμοποιηθεί και παλαιότερα (Gilboy et al 1999, Nocera & Garner 1999, Kennedy et al 1996). Ο Dominique Jean Larrey, γενικός χειρουργός, ο οποίος συμμετείχε στις μάχες αυτές, εφάρμοσε τη διαλογή (triage), με σκοπό την αντιμετώπιση των τραυματιών του πολέμου και την παροχή άμεσης φροντίδας, κατά προτεραιότητα, σε εκείνους που είχαν τις πιο επείγουσες ανάγκες, ανεξάρτητα από την θέση τους στην στρατιωτική ιεραρχία. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνταν ασθενοφόρα-ιππήλατα οχήματα με τα οποία μεταφέρονταν οι τραυματισμένοι στρατιώτες σε ένα κεντρικό σημείο, όπου εκτελούνταν οι απαραίτητες χειρουργικές επεμβάσεις από εξειδικευμένους χειρουργούς (Nocera & Garner 1999).

Με το πέρασμα όμως τον χρόνων παρατηρήθηκε ότι η ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας παρουσίαζε αυξητική τάση, η οποία δεν μπορούσε να καλυφθεί από τις υπάρχουσες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) οι οποίες λειτουργούσαν συγκεκριμένες ώρες κάθε ημέρα. Τότε λοιπόν οι πολίτες άρχισαν πλέον να αντιλαμβάνονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω κυρίως της 24ωρης λειτουργίας του, ως σημαντική προσβάσιμη πηγή παροχής φροντίδας ακόμη και για τα μη επείγοντα ή τα τακτικά περιστατικά, με αποτέλεσμα να συνωστίζονται όλο και περισσότεροι ασθενείς στα ΤΕΠ, πολλοί από τους οποίους κανονικά θα έπρεπε να απευθύνονται στις υπηρεσίες ΠΦΥ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Λόγω της αυξημένης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, η διαλογή εξελίχθηκε διαχρονικά και αναδείχθηκε ως μέθοδος διαλογής περιστατικών στον τομέα αυτό. Άρχισε να εφαρμόζεται στα τότε Τμήματα Ατυχημάτων και στη συνέχεια στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Έτσι, όταν η αύξηση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονταν στα ΤΕΠ των νοσοκομείων υπερέβη τις δυνατότητές τους, από πλευράς στελέχωσης, διαθέσιμων κλινών, εξοπλισμού και γενικά υποδομής

και παρατηρήθηκε το πρόβλημα της συμφόρησης (ED saturation), εισήχθη επίσημα η διεργασία της διαλογής στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ως άμεση αντίδραση με σκοπό την επίλυση του σοβαρού αυτού προβλήματος (Somerson & Markonchick 1997).

#### 4.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στη γαλλική γλώσσα η λέξη *triage* προέρχεται από το ρήμα “*trier*” και σημαίνει <<διαλέγω, ταξινομώ>> (Γεωργιάδης 2001). Η έννοια της διαλογής εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο Αγγλικό λεξιλόγιο μετά τους Ναπολεόντειους πολέμους ή κατ’ άλλους κατά τον Α΄ Παγκόσμιο πόλεμο (Kennedy, Aghababian et al 1996). Στην Ελληνική γλώσσα ο όρος διαλογή σημαίνει επιλογή, ξεδιάλεγμα (Τεγόπουλος-Φυτράκης 1993).

Όπως ειπώθηκε και στην ιστορική εξέλιξη, η διαδικασία της διαλογής αποδείχτηκε μια αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, με τον διαχωρισμό εκείνων των ασθενών που αντιμετώπιζαν επείγοντα προβλήματα από εκείνους που μπορούσαν με ασφάλεια να περιμένουν ή και να παραπεμφθούν σε άλλες υπηρεσίες, με στόχο τον καλύτερο καταμερισμό των διαθέσιμων πόρων (Bracken 1998). Πλούσια βιβλιογραφία έχει αναπτυχθεί σε χώρες όπως το Ην. Βασίλειο, οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Αυστραλία γύρω από τα θέματα της διαλογής. Στο πλαίσιο της βιβλιογραφίας αυτής, διάφοροι ορισμοί έχουν διατυπωθεί από πολλούς μελετητές, αναφορικά με την διεργασία της διαλογής. Οι ορισμοί αυτοί παραθέτονται διαδοχικά παρακάτω:

<<...ταξινόμηση τραυματιών ή νοσούντων ασθενών σε κατηγορίες, οι οποίες καθορίζουν την προτεραιότητά τους για ιατρική φροντίδα, σύμφωνα με τη φύση και τη σοβαρότητα του τραύματος ή του νοσήματος>> (Handysides 1996).

<<...η διαλογή στο ΤΕΠ είναι η διαδικασία με την οποία ένας ασθενής υποβάλλεται σε αξιολόγηση με την άφιξή του στο τμήμα, προκειμένου να αναγνωριστεί το επείγον του προβλήματος και να οριστούν οι κατάλληλοι πόροι φροντίδας υγείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος το οποίο εντοπίστηκε. Κατόπιν, ο ασθενής κατατάσσεται σε κάποια κατηγορία προτεραιότητας / ταξινομείται με κριτήριο την προτεραιότητα...>> (Cook & Sinclair 1997).

<<...η επίσημη διαδικασία της αξιολόγησης των ασθενών του ΤΕΠ, με την άφιξή τους από εκπαιδευμένο νοσηλευτή, με σκοπό να διασφαλιστεί η λήψη της

απαραίτητης προσοχής μέσα στο πλαίσιο των απαιτήσεων που απορρέουν από το επείγον της κατάστασής τους... (Wilkinson 1999).

<<...παραδοσιακά η διαλογή αναφέρεται στη διαδικασία του καθορισμού της προτεραιότητας αντιμετώπισης και θεραπείας πολλών ασθενών, οι οποίοι χρήζουν περίθαλψης ταυτόχρονα / κατά την ίδια χρονική στιγμή>>. Παράδειγμα μιας τέτοιας κατάστασης είναι η περίπτωση μιας φυσικής καταστροφής ή μιας πολεμικής σύγκρουσης (Wuerz, Fernandes, Alarcon 1998).

<<Διαλογή καλείται η επιλογή και αντιμετώπιση, κατά σειρά, των ασθενών ανάλογα με την ανάγκη που έχουν για αντιμετώπιση και τα μέσα που υπάρχουν για την φροντίδα τους>> (Μπαλτόπουλος 1997, Μετάφραση-Επιμέλεια από: Mengert & Eisenberg).

<< Η διαλογή είναι μία δυναμική διαδικασία που συνίσταται στην ταχεία ταξινόμηση των ασθενών με βάση τον βαθμό της επείγουσας θεραπείας που έχουν ανάγκη>> (University of Maryland, Emergency Nursing Department).

<< Η διαλογή αφορά στη διεργασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με την οξύτητα (aquity) ενός περιστατικού και την ιεράρχηση της προτεραιότητας σε σχέση με το βαθμό επείγοντος των άλλων περιστατικών και με την ένταση των δραστηριοτήτων μέσα στο ΤΕΠ>>. Το ερώτημα στο οποίο επιχειρεί να απαντήσει για κάθε περιστατικό η διαλογή είναι <<πού είναι καλύτερα να αντιμετωπιστεί ο συγκεκριμένος ασθενής, κατά τη δεδομένη στιγμή, μέσα στη λειτουργική δομή του ΤΕΠ;>> (Somerson & Markonchich 1997).

Κάνοντας μια σύνθεση των ανωτέρω ορισμών, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι εν συντομία η διαλογή, αφορά στη διεργασία (σύντομης) αξιολόγησης της (οξύτητάς της) κατάστασης ενός ασθενή η οποία επικεντρώνεται στις κλινικές ανάγκες με βάση τις οποίες καθορίζεται ο βαθμός προτεραιότητας για παροχή της ζητούμενης φροντίδας, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τις δυνατότητες (πόρους) του ΤΕΠ κατά τη δεδομένη χρονική στιγμή (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **4.3 ΣΤΟΧΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ (triage)**

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούν οι λόγοι για τους οποίους τα σύγχρονα νοσοκομεία χρησιμοποιούν τα συστήματα διαλογής στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Οι βασικοί στόχοι που επιδιώκονται μέσω των συστημάτων διαλογής είναι (Gilboy et al 1999, Beveridge, Clarke et al 1998, Manchester Triage Group 1997):

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

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι με την χρησιμοποίηση ενός συστήματος διαλογής (triage) εξασφαλίζεται ότι <<το σωστό άτομο κατευθύνεται στο σωστό χώρο, για το σωστό λόγο και κατά το σωστό χρόνο>> (Cook 1997, Manchester Triage Group 1997). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω προκύπτει ότι κατά τη διαδικασία της διαλογή πρωτεύον σκοπός είναι ο διαχωρισμός εκείνων των ασθενών που αντιμετωπίζουν άμεσο κίνδυνο και των οποίων η κλινική κατάσταση τείνει να επιδεινωθεί, εάν δεν λάβουν άμεσα την απαραίτητη νοσηλεία και δευτερεύον σκοπός είναι η αναγνώριση εκείνων των ασθενών οι οποίοι, χωρίς κίνδυνο, μπορούν να περιμένουν (ακόμη και αρκετό χρόνο) μέχρι να τους χορηγηθεί η απαιτούμενη φροντίδα ή να παραπεμφθούν σε άλλο τμήμα ή υπηρεσία, χωρίς καμιά επιβάρυνση της πρόγνωσής τους (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Σε κάθε περίπτωση, τα συστήματα διαλογής θα πρέπει να προσαρμόζονται ούτως ώστε να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ΤΕΠ των σύγχρονων νοσοκομείων, οι οποίες μεταβάλλονται, ανάλογα με τους πόρους που καταναλώνονται στο ΤΕΠ για την παροχή φροντίδας στις διάφορες κατηγορίες περιστατικών (Wuerz 1997). Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό και την εφαρμογή των συστημάτων διαλογής είναι (Beveridge, Clarke et al 1998):

- ✓ Ο αριθμός των επισκέψεων των περιστατικών στα ΤΕΠ.
- ✓ Ο αριθμός των ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης και αντιμετώπισης.
- ✓ Η διαθεσιμότητα των πόρων του ΤΕΠ.
- ✓ Η ύπαρξη-διαθεσιμότητα εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- ✓ Νομικά και διοικητικά ζητήματα.
- ✓ Περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- ✓ Η διαθεσιμότητα πόρων ΠΦΥ.

- ✓ Η ύπαρξη εφαρμογών πληροφοριακού συστήματος στο ΤΕΠ για την εισαγωγή-μεταφορά-εξιτήριο του ασθενή και για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα.

Τέλος, για να μπορεί να έχει ένα σύστημα διαλογής αποτελεσματικότητα θα πρέπει να παρουσιάζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά: να είναι όσον το δυνατόν απλό και κατανοητό ενώ θα πρέπει να είναι δεδομένη η συνεργασία και ομοφωνία στη διεπιστημονική-διεπαγγελματική ομάδα του ΤΕΠ ως προς την εφαρμογή του. Επίσης, είναι πιθανότερο να επιτύχει ένα σύστημα διαλογής όταν αυτό απαιτεί ενδομηματικές βελτιώσεις, π.χ. απασχόληση στη διαλογή των βοηθών νοσηλευτών για τη λήψη των ζωτικών σημείων των ασθενών, παρά όταν απαιτεί διαμηματικές αλλαγές. Για παράδειγμα, είναι δυσκολότερο να επιτευχθεί συμφωνία και συντονισμός με το ακτινολογικό τμήμα του νοσοκομείου, ώστε να παραπέμπονται απευθείας από τη διαλογή περιστατικά για εκτέλεση απλών ακτινογραφιών. Επομένως, όταν ξεκινάει κανείς να <<χτίζει>> ένα σύστημα διαλογής από την αρχή είναι προτιμότερο να υιοθετεί απλά και λειτουργικά μοντέλα και όταν αυτά εδραιώνουν, τότε μόνο να επιχειρεί βελτιώσεις ή αλλαγές προς πιο πολύπλοκα μοντέλα διαλογής (Somerson & Markovchick 1997).

#### 4.4 ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΕΡΓΟΝΟΜΙΑ

Προκειμένου να εφαρμοστεί ένα σύστημα διαλογής απαιτείται συγκεκριμένος χώρος τα ειδικά χαρακτηριστικά του οποίου εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από το μέγεθος και τη χωροταξική διάρθρωση του ίδιου του ΤΕΠ (Somerson & Markovchick 1997). Σε κάποιες περιπτώσεις μία απλή εσωτερική διαρρύθμιση των χώρων του ΤΕΠ είναι αρκετή για τη διαμόρφωση του χώρου της διαλογής. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί οι χώροι να μην επαρκούν, οπότε απαιτείται επέκταση και δημιουργία νέων χώρων. Παρακάτω θα αναφερθούν βασικά εργονομικά χαρακτηριστικά του χώρου της διαλογής τα οποία είναι:

- Η διαδικασία της διαλογής θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ανοικτό χώρο (με γκισέ) και όχι σε κλειστό δωμάτιο. Ακόμα και σε περίπτωση που υπάρχει ήδη διαμορφωμένο δωμάτιο, η θύρα θα πρέπει να έχει ικανό πλάτος ώστε να επιτρέπει την ασφαλή διέλευση των φορειών, των τροχήλατων καθισμάτων και ογκώδους εξοπλισμού που ίσως χρειαστεί σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (π.χ. αναπνευστήρα, απινιδωτή κλπ. Ακόμα η τοποθέτηση καθρέπτη

στον τοίχο έναντι της θύρας του δωματίου της διαλογής διευκολύνει την οπτική επαφή

- Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι σε περίπτωση που ο χώρος της διαλογής είναι ανοικτός, χρήσιμο είναι να διαθέτει μέτρα για την επιλεκτική οπτική απομόνωση των περιστατικών σε αυτόν, όπως κουρτίνες, παραβάν κ.ο.κ. Εναλλακτικά, σημαντική είναι η ύπαρξη δωματίου, τύπου ιατρείου-εξεταστηρίου, με WC, δίπλα ακριβώς στο χώρο της διαλογής, ώστε να πραγματοποιούνται σε αυτό οι κλινικές εξετάσεις των ασθενών
- Ο χώρος της διαλογής θα πρέπει να εποπτεύεται από το προσωπικό φύλαξης-ασφάλειας σε 24ωρη βάση
- Το εμβαδόν του χώρου της διαλογής πρέπει να είναι αρκετό ώστε να υπάρχει διαθέσιμος χώρος για την τοποθέτηση φορείου, τροχήλατου καθίσματος καθώς και εξοπλισμού και για την επαρκή κίνηση των επαγγελματιών μέσα στο χώρο. Η ύπαρξη νιπτήρα μέσα στον ίδιο χώρο, για την πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων, είναι επίσης απαραίτητη
- Ο χώρος της διαλογής θα πρέπει να βρίσκεται σε γειτνίαση με τις δύο κύριες εισόδους του ΤΕΠ (των περιπατητικών και των ασθενών στα φορεία) και μάλιστα η θέση του να είναι στρατηγικά τοποθετημένη ώστε να εποπτεύονται επαρκώς και οι δύο εισοδοί στο ΤΕΠ. Σε περίπτωση που οι δύο εισοδοί του ΤΕΠ απέχουν πολύ μεταξύ τους, τότε η διαλογή μπορεί να βρίσκεται κοντά στην είσοδο των περιπατητικών ασθενών, ενώ οι ασθενείς στα φορεία μπορούν να διακομίζονται απευθείας στους χώρους των εξεταστηρίων-ιατρείων. Με τον τρόπο αυτό, εξοικονομείται σημαντικός χρόνος και δεν απαιτείται διπλάσιο προσωπικό διαλογής για να καλύπτει και τις δύο εισόδους στο ΤΕΠ. Σε αρκετά τμήματα, ωστόσο, υπάρχει μία μοναδική είσοδος για όλα τα περιστατικά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η Διοίκηση του ΤΕΠ πρέπει να λαμβάνει τη βασική απόφαση εάν το προσωπικό στο χώρο της διαλογής θα εφαρμόζει διαλογή σε όλα ή μόνο στα περιπατητικά περιστατικά, ώστε να διευκολύνεται η κίνηση των ασθενών στους χώρους. Σε τέτοιες περιπτώσεις καλό είναι οι κλινήρεις ασθενείς να εισέρχονται κατευθείαν στους χώρους εξέτασης. Διαφορετικά τα φορεία και τα λοιπά περιστατικά θα συνωστίζονται κοντά στη μοναδική είσοδο του ΤΕΠ μέχρι να ολοκληρωθεί η διαλογή, για να προχωρήσουν στους εσωτερικούς χώρους

- Ο διάδρομος που οδηγεί από τη διαλογή προς το χώρο της αναζωογόνησης θα πρέπει να είναι σύντομος κι ευθύς, χωρίς εμπόδια κατά μήκος (π.χ. καθίσματα, φορεία κλπ)
- Ακόμα η διαλογή θα πρέπει να διαθέτει σύστημα ενδοεπικοινωνίας, με όλους τους υπόλοιπους χώρους μέσα στο ΤΕΠ και με τα υποσυγκροτήματα αυτού (π.χ. μαιευτικό-γυναικολογικό, παιδιατρικό) καθώς και σύστημα επικοινωνίας με τα υποστηρικτικά νοσοκομειακά τμήματα (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

## 4.5 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

### 4.5.1 Σύστημα Καταγραφής Δεδομένων Διαλογής

Η τεκμηρίωση αποτελεί βασική αρχή σε κάθε εφαρμοσμένο σύστημα διαλογής . Αυτό σημαίνει ότι τα δεδομένα της διαλογής πρέπει να καταγράφονται κατά συστηματικό τρόπο, χειρόγραφα ή ηλεκτρονικά, και να τηρούνται σε αρχείο, το οποίο πρέπει να είναι ασφαλές και ολοκληρωμένο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Παρακάτω θα αναφερθούν τα κύρια στοιχεία που καταγράφονται στη διεργασία της διαλογής (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Κύριο σύμπτωμα, που οδήγησε τον ασθενή (ή τους οικείους του) στο ΤΕΠ
- Ζωτικά Σημεία (σφυγμός, αναπνοές, συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση) και θερμοκρασία
- Συνοδά συμπτώματα (π.χ. πόνος, δύσπνοια, κλπ)
- Παρουσία χρόνιου νοσήματος (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κλπ)
- Ιστορικό εμβολιασμών (για παιδιά)
- Αλλεργίες
- Ευρήματα από την κλινική εξέταση του ασθενή (=σημεία), κατά σύστημα π.χ. καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, νευρικό, μυοσκελετικό ή κατά λειτουργία π.χ. αναπνοή, καρδιακή λειτουργία κ.ο.κ.
- Χορηγούμενα φάρμακα
- Λήψη ουσιών (για περιπτώσεις δηλητηριάσεων ή άτομα εξαρτημένα από ουσίες)
- Μαιευτικό- γυναικολογικό ιστορικό (για τις γυναίκες που προσέρχονται στο ΤΕΠ)



#### 4.6 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Με αφορμή τα συστήματα διαλογής έχουν δημιουργηθεί και χρησιμοποιούνται σε διεθνή επίπεδο ορισμένες κλίμακες για την ταξινόμηση των περιστατικών σε κατηγορίες ανάλογα με τις εξής κύριες παραμέτρους (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Κύριο σύμπτωμα-αιτία εισόδου στο ΤΕΠ.
- Ζωτικά σημεία.
- Σταθερότητα κλινικής κατάστασης.
- Ευρήματα κλινικής εξέτασης.
- Συνδυασμός των ανωτέρω

Πολλοί μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή των παραμέτρων αυτών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Τα ανωτέρω στοιχεία, για λόγους κυρίως εξοικονόμησης χρόνου, καταγράφονται σε τυποποιημένη μορφή, δηλαδή σε μορφή κλιμάκων, όπου πρέπει να σημειώνονται ορισμένα πεδία ή να συμπληρώνονται κάποια νούμερα στα αντίστοιχα πεδία. Συνήθως σε κάθε έντυπο της διαλογής, πέρα από τη δομημένη μορφή, παραχωρείται ένα ελεύθερο πεδίο, όπου ο υπεύθυνος της διαλογής καταγράφει σημειώσεις ή παρατηρήσεις σχετικά με την κλινική κατάσταση, τον τρόπο διακομιδής, τη βελτίωση ή την επιδείνωση κατά την αναμονή του περιστατικού (Somerson & Markovchick 1997).

Ειδικά έντυπα διαλογής χρησιμοποιούνται σε ορισμένα ΤΕΠ για τη χειρόγραφη καταγραφή των στοιχείων ενώ σε άλλα δεν υπάρχει ξεχωριστό έντυπο για τα στοιχεία της διαλογής, αλλά διατίθεται ειδικός χώρος στο έντυπο που χρησιμοποιείται για το ιστορικό του ασθενή. Τέλος, σε κάποια άλλα ΤΕΠ τα στοιχεία της διαλογής καταχωρούνται ηλεκτρονικά, με χρήση ειδικών προγραμμάτων λογισμικού (software) του πληροφοριακού συστήματος του ΤΕΠ και μπορούν να αποθηκεύονται και να τηρούνται σε ηλεκτρονικό αρχείο, που είναι μέρος του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή. Ορισμένα από τα πεδία δεδομένων που συμπληρώνονται ηλεκτρονικά είναι υποχρεωτικά, όπως τα ζωτικά σημεία, το κύριο σύμπτωμα, ενώ άλλα είναι προαιρετικά, όπως επιμέρους στοιχεία του ιστορικού ασθενή. Στα ηλεκτρονικά συστήματα η μετακίνηση από την μία οθόνη του προγράμματος στην επόμενη προϋποθέτει την συμπλήρωση των υποχρεωτικών πεδίων. Στα έντυπα που συμπληρώνονται χειρόγραφα η πληρότητα των στοιχείων εξαρτάται κατά μείζονα λόγο από τη γνώση και την ικανότητα του υπεύθυνου επαγγελματία υγείας αλλά και από τους ελέγχους που διεξάγονται συχνά από τα διοικητικά στελέχη του ΤΕΠ. Η

διοίκηση του ΤΕΠ έχει την ευθύνη να διασφαλίζει ότι η αρχή της ορθής και πλήρους τεκμηρίωσης της διαλογής εφαρμόζεται συστηματικά. Η σημασία και τα πλεονεκτήματα της τεκμηρίωσης της διαλογής είναι τεράστια, διότι με τη συμπλήρωση των τυποποιημένων εγγράφων αφενός εξοικονομείται χρόνος και αφετέρου περιορίζονται τα σφάλματα με την τήρηση καταγεγραμμένου αρχείου στο οποίο μπορεί να ανατρέξει για διασταύρωση στοιχείων ο επαγγελματίας υγείας, όποτε χρειαστεί. Η νομική κατοχύρωση του επαγγελματία υγείας, μέσω των συμπληρωμένων εγγράφων και του αρχείου, είναι εξίσου απαραίτητη και πρέπει να επισημαίνεται (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **4.6.1. ΕΘΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ (National Triage Scale ή NTS)**

Οι αρμόδιοι επαγγελματίες που απαρτίζουν το Manchester Triage Group φρόντισαν για την πιλοτική εφαρμογή του συγκεκριμένου συστήματος διαλογής (triage) στα εννέα νοσοκομεία του Manchester, για τα οποία και προοριζόταν, και εν συνεχεία τους ζητήθηκε να διδάξουν το σύστημα αυτό στα νοσοκομεία όλης της Αγγλίας (Manchester Triage Group, 1997).

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί η Εθνική Κλίμακα Διαλογής που έχει αναπτυχθεί στο Manchester από το λεγόμενο Manchester Triage Group. Στη συνέχεια η συγκεκριμένη κλίμακα διαλογής άρχισε να χρησιμοποιείται σε διάφορα εφαρμοσμένα συστήματα διαλογής σε εθνικό επίπεδο στο Ην. Βασίλειο. Προέκυψε μετά από δοκιμασίες συναίνεσης των ανώτερων στελεχών του ιατρικού και νοσηλευτικού κλάδου που είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των ΤΕΠ (Manchester Triage Group, 1997).

**Πίνακας 2.** Εθνική Κλίμακα Διαλογής του Ην. Βασιλείου UK National Triage Scale (NTS)

<b>Κωδικός</b>	<b>Χαρακτηρισμός Επείγοντος</b>	<b>Χρώμα</b>	<b>Επιθυμητός Χρόνος Αντιμετώπιση (σε λεπτά)</b>
<b>1</b>	Κατεπείγον	Κόκκινο	0 (αμέσως)
<b>2</b>	Πολύ επείγον	Πορτοκαλί	10
<b>3</b>	Επείγον	Κίτρινο	60
<b>4</b>	Τακτικό	Πράσινο	120

5	Μη επείγον	Μπλε	240 (ή παραπομπή σε άλλο τμήμα)
---	------------	------	------------------------------------

- Στον κωδικό 1 (1<sup>η</sup> βαθμίδα προτεραιότητας) ο χρόνος αναμονής για την αντιμετώπιση είναι μηδέν – δηλαδή απαιτείται άμεση ιατρική εξέταση και αναζωογόνηση
- Στον κωδικό 2 (2<sup>η</sup> βαθμίδα προτεραιότητας) ο χρόνος καθορίζεται έως 10 λεπτά αναμονής
- Στον κωδικό 3 (3<sup>η</sup> βαθμίδα προτεραιότητας) ο επιθυμητός χρόνος αντιμετώπισης των περιστατικών ανέρχεται έως 60 λεπτά
- Στον κωδικό 4 (4<sup>η</sup> βαθμίδα προτεραιότητας) ο επιθυμητός χρόνος αντιμετώπισης των περιστατικών είναι έως δύο ώρες
- Στον κωδικό 5 (5<sup>η</sup> βαθμίδα προτεραιότητας) ο επιθυμητός χρόνος αντιμετώπισης των περιστατικών είναι έως τέσσερις ώρες ή παραπέμπεται το περιστατικό σε άλλη υπηρεσία ή τμήμα

Ενδεικτικά, ο κάθε χρωματισμός της κλίμακας που αντιστοιχεί σε μια βαθμίδα προτεραιότητας 1,2,3,4,5 αντιστοιχίζεται με κάποιες κλινικές καταστάσεις οι οποίες είναι οι εξής (Manchester Triage Group, 1997):

**ΚΟΚΚΙΝΟ** - Καρδιοαναπνευστική ανακοπή

-Απόφραξη αεραγωγού

-Αναπνευστική ανεπάρκεια

-Σοκ (Shock)

-Σπασμοί

**ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ** -Σοβαρός πόνος (κλίμακα πόνου >4/10)

-Μαζική αιμορραγία (μη ελεγχόμενη)

-Μεταβολή του επιπέδου συνείδησης

-Θερμοκρασία 41<sup>0</sup>C

**ΚΙΤΡΙΝΟ** -Μέτριος πόνος (<4/10)

-Αιμορραγία (ελεγχόμενη)

	-Θερμοκρασία >38,5 <sup>0</sup> C
<b>ΠΡΑΣΙΝΟ</b>	-Ήπιος πόνος
	-Θερμοκρασία > 37,5 <sup>0</sup> C
	-Έμετοι
<b>ΜΠΛΕ</b>	-Πρόσφατο πρόβλημα υγείας

#### 4.6.2 . ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΕΘΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ (Emergency Severity Index ή ESI)

Η Αμερικάνικη κλίμακα διαλογής είναι ένας συνδυαστικός αλγόριθμος, διότι εκτός των σημείων και συμπτωμάτων του ασθενή, λαμβάνει υπόψη της τους πόρους που καταναλώνονται για την αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού (Eitel et al 2003).

Σύμφωνα με Αμερικάνικη κλίμακα διαλογής, ισχύουν τα παρακάτω:

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

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

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

Στο Επίπεδο 4 ταξινομούνται οι ασθενείς για την θεραπεία των οποίων απαιτείται μόνο μια κατηγορία πόρων του ΤΕΠ.

Τέλος, το Επίπεδο 5 κατατάσσονται οι ασθενείς που δεν απαιτούν κατανάλωση πόρων του ΤΕΠ για τη θεραπεία τους

Το καινούριο σημαντικό στοιχείο στην Αμερικάνικη κλίμακα διαλογής, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες, είναι το γεγονός ότι λαμβάνεται υπόψη η κατανομή των πόρων του ΤΕΠ για την αντιμετώπιση των περιστατικών (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### 4.6.3 ΕΘΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

#### (Australian National Triage Scale ή NTS)

Η Εθνική κλίμακα διαλογής της Αυστραλίας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 3, έχει προκύψει μέσα από διεργασίες συναίνεσης ανάμεσα σε επίσημους οργανισμούς-φορείς που αντιπροσωπεύουν τους κλάδους της επείγουσας ιατρικής και επείγουσας νοσηλευτικής της χώρας όπου εφαρμόζεται. Κάτι αντίστοιχο ισχύει και για την Καναδική κλίμακα που αναπτύχθηκε παραπάνω (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Έχει αποδειχτεί, μέσα από μελέτες (Beveridge et al 1999, Jelinek & Little 1996, Hollis & Spivulis 1996) ότι όλες οι εθνικές κλίμακες διαλογής έχουν σημαντικό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας και αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τη <<μέτρηση>> της οξύτητας-βαρύτητας της κατάστασης των περιστατικών στα ΤΕΠ. Στοιχεία που αυξάνουν τη χρησιμότητα μιας κλίμακας διαλογής στα ΤΕΠ είναι (Beveridge 1998):

- Σε τι βαθμό είναι η κλίμακα κατανοητή
- Κατά πόσο η λειτουργία του ΤΕΠ διευκολύνεται από την εφαρμογή της
- Κατά πόσο συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή
- Κατά πόσο επιτρέπει την σύγκριση κόστους-έκβασης μεταξύ διαφορετικών ΤΕΠ

#### Πίνακας 3. Εθνική Κλίμακα Διαλογής Αυστραλίας

Οι προϋποθέσεις για την υιοθέτηση μιας κοινά αποδεκτής κλίμακας διαλογής είναι (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

1. Η τυποποίηση των ορισμών που χρησιμοποιεί για τις κλινικές καταστάσεις

Κωδικός	Χαρακτηρισμός Επείγοντος	Χρωματισμός	Επιθυμητός Χρόνος Αντιμετώπισης (σε λεπτά)
1	Εξαιρετικά επείγον	Κόκκινο	0 (αμέσως)
2	Πολύ επείγον	Πορτοκαλί	10
3	Επείγον	Πράσινο	30
4	Σχετικά επείγον	Μπλε	60
5	Μη επείγον	Λευκό	120

2. Η χρησιμότητα

3. Η αξιοπιστία (reliability) και η εγκυρότητα (validity)

4. Η καταλληλότητα (relevance)

1. Η τυποποίηση των ορισμών εξυπηρετεί στο να γίνεται με κοινό τρόπο αντιληπτή και κατανοητή η κλίμακα από όλους όσους συμμετέχουν στη διεπιστημονική-διεπαγγελματική ομάδα που είναι υπεύθυνη για την αντιμετώπιση των περιστατικών. Δηλαδή όσοι χρησιμοποιούν τους ίδιους ορισμούς να εννοούν τα ίδια πράγματα σε κλινικό επίπεδο.

2. Ο βαθμός χρησιμότητας μπορεί να διαφέρει ανάμεσα στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες και στον ασθενή. Κάτι που είναι χρήσιμο για ένα επαγγελματία υγείας μπορεί να είναι λιγότερο χρήσιμο για έναν ασθενή και αντιστρόφως.

3. Η εγκυρότητα μιας κλίμακας αφορά όχι μόνο στη συνέπεια αλλά και στην ικανότητά της να προβλέπει τις κλινικές εκβάσεις των περιστατικών όσο και στην πρόβλεψη της κατανάλωσης πόρων (Beveridge 1998). Η εγκυρότητα των κλιμάκων εξασφαλίζεται όταν δεν υπάρχει περιθώριο χειρισμού των αποτελεσμάτων της διαλογής (δηλαδή της ταξινόμησης των ασθενών σε βαθμίδες προτεραιότητας) από κανέναν (Edhouse & Waldrop 1996). Επίσης έχει καταδειχτεί ότι οι κλίμακες με πέντε τουλάχιστον επίπεδα διαβάθμισης έχουν υψηλότερο βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Wuerz et al 1998, Beveridge et al 1999), σε αντίθεση με κλίμακες τριών ή τεσσάρων βαθμίδων οι οποίες εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνίας μεταξύ των εκτιμητών τους (Fernandes et al 1999). Μια σειρά αιτιών επηρεάζουν την αξιοπιστία και τη εγκυρότητα των κλιμάκων διαλογής. Ένα αίτιο είναι οι τρεις-τέσσερις βαθμίδες σε μία κλίμακα δεν επαρκούν για να περιγράψουν την ποικιλία των κλινικών καταστάσεων των ασθενών στα ΤΕΠ, με αποτέλεσμα να ανακύπτει διαφωνία ως προς το χαρακτηρισμό του επείγοντος. Για τους λόγους αυτούς υποστηρίζεται η χρησιμοποίηση των κλιμάκων πέντε βαθμίδων από την βιβλιογραφία (Beveridge et al 1999).

#### 4.7 ΔΕΝΤΡΟ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Ένας πολύ σημαντικός οδηγός που χρησιμοποιείται για τον καθορισμό της μεταφοράς του τραυματία από τον τόπο του ατυχήματος στο κατάλληλο νοσοκομείο ή τραυματολογικό κέντρο και περιλαμβάνει τα εξής κριτήρια για την διαλογή των τραυματιών (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001):

### **I. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ:**

- GCS<1
- Σ.Α.Π.<90mmHg
- Αναπνοές <10ή> 29

### **II. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

- Διαμπερή τραύματα της κεφαλής, του αυχένα, του θώρακα, της κοιλίας, της λεκάνης ή των άκρων
- Κακώσεις του θώρακα που έχουν ως αποτέλεσμα χαλαρό θώρακα ή ασταθές θωρακικό τοίχωμα
- Τραύματα με παράλυση
- Δύο ή περισσότερα κατάγματα μακρών οστών
- Κατάγματα της λεκάνης
- Ακρωτηριασμοί
- Τραυματίες με ακραίες ηλικίες όπου η εκτίμηση τους είναι δύσκολη
- Εγκαύματα

### **III. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΚΩΣΗΣ**

- Τροχαίο ατύχημα όπου κάποιος από τους εμπλεκόμενους συνεπιβάτες ανασύρθηκε νεκρός
- Πτώσεις μεγαλύτερες των 5 μέτρων
- Παράσυρση από όχημα ή μοτοσικλέτα
- Εκτίναξη από όχημα
- Όταν οι προσπάθειες απεγκλώβησης ενός τραυματία ξεπερνά τα 20 λεπτά.

### **4.8 ΔΙΑΛΟΓΗ ΣΤΟ ΤΕΠ**

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

υπεύθυνος για τον καθορισμό του επιπέδου ετοιμότητας του νοσοκομείου. Τα επίπεδα ετοιμότητας είναι τρία (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001):

- **1<sub>0</sub> επίπεδο (πράσινης)** ετοιμότητας: Υπάρχει μικρός αριθμός τραυματιών. Γίνεται κινητοποίηση μόνο του προσωπικού του ΤΕΠ
- **2<sub>0</sub> επίπεδο (κίτρινης)** ετοιμότητας: Γίνεται υποδοχή μεγαλύτερου αριθμού θυμάτων. Γίνεται κινητοποίηση και του προσωπικού των χειρουργείων και της ΜΕΘ
- **3<sub>0</sub> επίπεδο (κόκκινης)** ετοιμότητας: Γίνεται υποδοχή εκτεταμένου αριθμού θυμάτων. Κινητοποιείται όλο το προσωπικό του νοσοκομείου

Η σωστή εφαρμογή ενός σχεδίου μαζικών καταστροφών απαιτεί από το προσωπικό του ΤΕΠ να ακολουθήσει προκαθορισμένα βήματα. Αυτά είναι:

1. Πρωτογενής εκτίμηση
2. Δευτερογενής εκτίμηση
3. Διαλογή
4. Αντιμετώπιση
5. Μεταφορά σε χειρουργείο ή ΜΕΘ ή κάποια κλινική
6. Οριστική θεραπεία

#### 4.8.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Κατά την πρωτογενή εκτίμηση ελέγχεται το ABCDE του τραυματία. Δεν πρέπει να ξεπερνά τα 2-5 λεπτά. Πιο συγκεκριμένα ελέγχεται να εξασφαλίζεται η βατότητα της ανωτέρας αναπνευστικής οδού και εκτιμάται αν υπάρχει απόφραξη (A: airway) Εξασφαλίζεται ο επαρκής αερισμός, εκτιμάται η επαρκής λειτουργία των πνευμόνων, του θωρακικού τοιχώματος και του διαφράγματος

Στην συνέχεια εξασφαλίζεται η κυκλοφορία του αίματος (C-circulation). Διερευνάται η νευρολογική κατάσταση του τραυματία με την μέθοδο AVPU ή για πιο λεπτομερή νευρολογική εξέταση χρησιμοποιείται η κλίμακα Γλασκόβης CS (D-disability) και τέλος γίνεται πλήρης αποκάλυψη του αρρώστου με αφαίρεση των ρούχων του και διασφαλίζεται η διατήρηση ή η επαναφορά της φυσιολογικής θερμοκρασίας του τραυματία (E-exposure-environmental control) (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).



#### 4.8.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Μετά την πρωτογενή εκτίμηση των τραυματιών γίνεται δευτερογενής εκτίμηση. Στην δευτερογενή εκτίμηση γίνεται λεπτομερή εξέταση του τραυματία. Εξετάζεται αρχικά το κρανίο, η σπονδυλική στήλη, και ο αυχένας. Τέλος εξετάζονται τα άκρα και γίνεται νευρολογική εξέταση. Η δευτερογενής εκτίμηση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 5-10 λεπτά (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

#### 4.8.3 ΔΙΑΛΟΓΗ

Εφόσον ολοκληρωθεί και η δευτερογενής εκτίμηση γίνεται διαλογή των τραυματιών. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ αν δεν έχει γίνει προνοσοκομειακή διαλογή και υπάρχει ανεξέλεγκτη συρροή τραυματισμένων, οι τραυματίες συγκεντρώνονται σε μια αίθουσα, που ονομάζεται αίθουσα διαλογής και γίνεται πρωτογενής εκτίμηση και διαλογή τους. Αν όμως έχει γίνει διαλογή στον τόπο του ατυχήματος, στον χώρο των ΤΕΠ γίνεται η επαναδιαλογή (retriage) τους, έτσι αποφασίζεται ή η μεταφορά τους σε άλλο κέντρο ή προσδίδεται στους τραυματίες ετικέτες διαλογής ανάλογα με την βαρύτητά τους και ανάγκη για αντιμετώπιση. Έτσι υπάρχουν (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001):

- **Τα υπερεπείγον περιστατικά** που σημειώνονται με κόκκινη ετικέτα και τα οποία χρήζουν άμεση αντιμετώπιση και μεταφορά σε μονάδες ή χειρουργεία. Τέτοια περιστατικά είναι η αιμορραγία, το shock, κ.ά.
- **Τα επείγον περιστατικά** που σημειώνονται με κίτρινη ετικέτα και τα οποία έχουν ανάγκη παροχής πρώτων βοηθειών και μεταφοράς σε συγκεκριμένο χώρο όπου παρακολουθούνται, επανεξετάζονται και καθορίζεται η περαιτέρω θεραπεία τους. Τέτοια περιστατικά είναι οι κακώσεις κοιλίας, ανοιχτά κατάγματα κ.α.
- **Τα περιστατικά που δύναται να αναμένουν** που σημειώνονται με πράσινη ετικέτα και είναι τα περιστατικά που παραμένουν σε αίθουσες αναμονής μέχρι την αποσυμφόρηση του ΤΕΠ από τα επείγον περιστατικά. Τέτοια περιστατικά είναι μικρά θλαστικά τραύματα, σταθεροποιημένα κλειστά κατάγματα κ.ά.
- **Τέλος με μαύρη ετικέτα σημειώνονται οι νεκροί.**

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

Η αλυσίδα της φροντίδας ενός τραυματία μιας μαζικής καταστροφής τελειώνει με την μεταφορά του τραυματία στο χειρουργείο, στη μονάδα, ή σε κάποια κλινική και την οριστική θεραπεία του (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

#### **4.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω ότι η διαλογή είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τη σωστή διακίνηση και αντιμετώπιση θυμάτων μαζικών καταστροφών.

Προϋπόθεση όμως για ολοκληρωμένο σύστημα διαλογής μαζικών καταστροφών είναι (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001):

- 1.** Η ύπαρξη πρωτοκόλλου ή καταστατικού λειτουργίας που θα καθορίζει επακριβώς τον τρόπο λειτουργίας ενός συστήματος αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και διαλογής τόσο στον χώρο του ατυχήματος όσο και στον χώρο των ΤΕΠ, ανάλογα με τις ανάγκες και την υποδομή της κάθε περιφέρειας και νοσοκομεία της.
- 2.** Η ύπαρξη ενός σύγχρονου συστήματος επικοινωνίας για την ενημέρωση όλου του προσωπικού που εμπλέκεται στην αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών.
- 3.** Η συνεργασία της αστυνομίας, της πυροσβεστικής, του ΕΚΑΒ και των νοσοκομείων.
- 4.** Η ύπαρξη εξειδικευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και προσωπικού του ΕΚΑΒ, με βάση τις αρχές του PHTLS που θα παρέχουν τις Ά βοήθειες στο χώρο του ατυχήματος.
- 5.** Η σωστή οργάνωση του ΕΚΑΒ για γρήγορη μεταφορά τραυματιών σε νοσοκομεία καθώς και επάρκεια ασθενοφόρων.
- 6.** Τα ΤΕΠ πρέπει να είναι έτσι διοργανωμένο ώστε να μπορούν να υποδεχτούν μεγάλο αριθμό τραυματιών με κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή.
- 7.** Η ύπαρξη κατάλληλου εκπαιδευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, με βάση τις αρχές του ALTS στα ΤΕΠ.
- 8.** Τέλος η ύπαρξη συντονιστή τόσο στο χώρο του ατυχήματος όσο και στα ΤΕΠ.

#### **4.10 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ, ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/-ΤΡΙΑΣ “TRIAGE”**

Στην προσπάθεια της αναβάθμισης της επείγουσας περίθαλψης στο ΤΕΠ του Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, έχει εφαρμοστεί ένα σύστημα επείγουσας νοσηλευτικής, με αυξημένες αρμοδιότητες του νοσηλευτή/-τριας, ο οποίος/-α είναι υπεύθυνος/-η για την υποδοχή, αξιολόγηση και διακίνηση των ασθενών.

Από τις αρχές του καλοκαιριού του 1998 για την πρωινή και απογευματινή βάρδια, στις οποίες και παρατηρείται η μεγαλύτερη προσέλευση των ασθενών στο ΤΕΠ, ορίζεται σύμφωνα με το ημερήσιο πρόγραμμα εργασίας νοσηλευτή κίνησης. Συνήθως τα καθήκοντα αυτά επιτελεί ο μεγαλύτερος σε υπηρεσία νοσηλευτής/-τρια της κατηγορίας Τ.Ε. (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

Η στάση του νοσηλευτή κίνησης βρίσκεται ανάμεσα στις δύο εισόδους του τμήματος, το χώρο αναμονής των προς εξέταση ασθενών και στο κέντρο των ιατρικών εξετάσεων, απ’ όπου και διευκολύνεται η οπτική παρακολούθηση και ο συντονισμός όλων των ασθενών, των συνοδών και των υπολοίπων εργαζομένων.

Οι κύριες αρμοδιότητες του νοσηλευτή κίνησης είναι:

- Υποδοχή των ασθενών
- Άμεση νοσηλευτική αξιολόγηση των ασθενών.

Για τον καλύτερο έλεγχο των προσερχόμενων ή προσκομισθέντων ασθενών, έχει δημιουργηθεί μητρώο καταγραφής, όπου ο νοσηλευτής κίνησης αναγράφει τα πλήρη δημογραφικά στοιχεία του ασθενή, την ώρα προσέλευσης στο ΤΕΠ, τη δηλωθείσα από τον ίδιο τον ασθενή ή τους συνοδούς συμπτωματολογία, ένα σύντομο ιστορικό υγείας, το ιατρείο στο οποίο απευθύνθηκε ο ασθενής μετά την πρώτη νοσηλευτική αξιολόγηση και την ώρα εξέτασης. Ευνόητο είναι ότι η κλινική εικόνα του ασθενή είναι εκείνη που ουσιαστικά θέτει και τη νοσηλευτική διάγνωση (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

##### **4.10.1 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗΣ**

- Καθορισμός προτεραιότητας εξέτασης των ασθενών. Ανάλογα με την οξύτητα και την βαρύτητα των συμπτωμάτων, καθορίζεται και η αμεσότητα ή όχι της παρέμβασης, σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό
- Διακίνηση των ασθενών στο ανάλογο ιατρείο
- Συντονισμός κίνησης

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

#### 4.11 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Η διακίνηση των ασθενών συντονίζεται από τον νοσηλευτή κίνησης, ο οποίος κάνει και την πρώτη αξιολόγηση σε όλους τους ασθενείς, πριν από την ιατρική εξέταση. Σύμφωνα με τα ευρήματα του ρυθμίζεται και η άμεση ή όχι διακίνηση και αντιμετώπισή τους (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

##### **Κατεπείγοντα περιστατικά:**

Αν ο ασθενής έχει ανάγκη από άμεση ιατρική παρέμβαση, οδηγείται στον ειδικά εξοπλισμένο χώρο της ανάνηψης του ΤΕΠ, ενώ συγχρόνως ενημερώνεται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο εφοδιασμός του υπολοίπου προσωπικού με το αναγκαίο για την αντιμετώπιση του ασθενή φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού, η κλήση ιατρών άλλων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα των αναισθησιολόγων, η παραλαβή, καταγραφή και φύλαξη των χρημάτων και των τιμαλφών του ασθενή, η συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή και το συμβάν, από τους συγγενείς του, το ΕΚΑΒ ή την αστυνομία και τέλος η διακίνηση του ασθενή προς το χειρουργείο, τις ειδικές μονάδες ή το νεκροτομείο, όταν η προσπάθεια αναζωογόνησης δεν αποδώσει, είναι ορισμένα από τα καθήκοντα του νοσηλευτή κίνησης.

##### **Επείγοντα περιστατικά:**

Για τους ασθενείς που χαρακτηρίζονται ως επείγοντα περιστατικά από τον νοσηλευτή κίνησης, η κύρια μέριμνά του επικεντρώνεται στην αποτελεσματική και σε όσο το δυνατόν συντομότερο χρονικό διάστημα. Αντιμετώπιση του ασθενή.

### **Μη επείγοντα περιστατικά:**

Η διακίνηση των ασθενών που αξιολογήθηκαν από τον νοσηλευτή, ως μη επείγοντα, απαιτεί και το μεγαλύτερο χρόνο αναμονής για τους ασθενείς.

## **4.12 ΓΕΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

### **4.12.1 Ορισμός Επείγουσας Ιατρικής**

*Επείγουσα Ιατρική* είναι η ειδικότητα που περιλαμβάνει κάθε ιατρική γνώση, τεχνική και ικανότητα που είναι απαραίτητη για την φροντίδα των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τα τμήματα που σχετίζονται με αυτό. Στην ειδικότητα περιλαμβάνονται επίσης θέματα πρώτων βοηθειών πριν την άφιξη στο νοσοκομείο, αναζωογόνησης και σταθεροποίησης στον τόπο του συμβάντος, επείγουσας μεταφοράς, περιβαλλοντικής ιατρικής, ιατρικής των καταστροφών και τοξικολογίας. 1. Αυτός που ασκεί την επείγουσα ιατρική φροντίζει όλους τους ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και χρειάζονται ή ζητούν ιατρική εξέταση και αντιμετώπιση. Αυτοί οι άρρωστοι φτάνουν οποιαδήποτε ώρα, σε αριθμό που δεν μπορεί να προβλεφθεί και μπορεί να πάσχουν από ασθένειες ή κακώσεις οποιασδήποτε βαρύτητας και σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του σώματος. 2. Η φροντίδα του ασθενή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών γίνεται 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, 365 ημέρες το χρόνο. Η φροντίδα πρέπει να είναι όσον το δυνατόν πιο πλήρης ανεξάρτητα της ηλικίας, του φύλου, της φυλής, της πίστης, του εισοδήματος ή της φύσης της ασθένειας ή του τραύματος του αρρώστου. Επειδή ο ασθενείς είναι αυτός που έρχεται στο ΤΕΠ, αυτός είναι επίσης που καθορίζει τι είναι επείγον. 3. Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ, πάνω από 26.000 γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε πάνω από 5.600 τμήματα επειγόντων περιστατικών και δέχονται 90 εκατομμύρια επισκέψεις ασθενών. 4. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι η κύρια πηγή ιατρικής φροντίδας για τα θύματα βίας, καρδιακής ανακοπής, δηλητηρίασης και μαζικών καταστροφών. Για πολλούς αμερικάνους το τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι το αρχικό σημείο πρόσβασης στο σύστημα υγείας της χώρας. Για πολλούς, συμπεριλαμβανομένων και ανασφάλιστων, είναι συχνά η μοναδική πηγή ιατρικής φροντίδας. 5. Αν και η επείγουσα ιατρική θεωρείται ακριβή το συνολικό κόστος της φροντίδας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αντιπροσωπεύει μόνο το 2% των

εξόδων για την υγεία (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

#### 4.12.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η *προνοσοκομειακή φροντίδα* περιλαμβάνει όλη την ιατρική φροντίδα που λαμβάνει χώρα πριν την άφιξη του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Είναι μια επέκταση της επείγουσας ιατρικής στην αναζωογόνηση, την πρόσβαση στο ΕΚΑΒ, την επείγουσα εκτίμηση και αντιμετώπιση από παραϊατρικό προσωπικό, την ασφαλή μεταφορά του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και την αντιμετώπιση των μαζικών καταστροφών (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

#### 4.12.3 TRIAGE (‘‘Διαλογή’’)

**Triage** καλείται η επιλογή και αντιμετώπιση κατά σειρά των ασθενών ανάλογα με την ανάγκη που έχουν για αντιμετώπιση και τα μέσα που υπάρχουν για την αντιμετώπισή τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι ικανό να προσφέρει την απαραίτητη και κατάλληλη αρχική βοήθεια σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται. Αυτοί με πραγματικά ή επικίνδυνα για την ζωή προβλήματα αντιμετωπίζονται κατά προτεραιότητα. Όμως σε μια μαζική καταστροφή ο αριθμός των ασθενών και η σοβαρότητα της κατάστασής τους υπερβαίνει τις δυνατότητες του τμήματος. Σε αυτήν την κατάσταση οι ασθενείς με τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης, που απαιτούν την μικρότερη κατανάλωση των περιορισμένων δυνατοτήτων (συμπεριλαμβανομένων χρόνου, προσωπικού και μηχανημάτων) αντιμετωπίζονται πρώτοι (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

#### 4.13 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Στην επείγουσα ιατρική χρειάζεται να αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα πολλοί ασθενείς με παθήσεις διαφόρων βαθμών βαρύτητας. Για αυτό το λόγο και για την επιτυχή αντιμετώπισή τους χρειάζεται να ταξινομηθούν κατά προτεραιότητα τα προβλήματα υγείας τους πέρα από τις αρχικές triage. Ο γιατρός του τμήματος επειγόντων περιστατικών πρέπει να είναι ευέλικτος και ικανός να αλλάζει τις προτεραιότητες στην αντιμετώπιση καθώς ο χρόνος και οι διαγνωστικές προσπάθειες δίνουν περισσότερες πληροφορίες. Το ακόλουθο σχήμα είναι χρήσιμο στην

ταξινόμηση της κατάστασης των ασθενών (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001):

- **Απαιτητική (exigent)**, μια κατάσταση που είναι άμεση απειλή για τη ζωή και απαιτεί άμεση στη στιγμή αντιμετώπιση. Παραδείγματα είναι η απόφραξη των αεροφόρων οδών, η κοιλιακή μαρμαρυγή, η άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία και η άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα
- **Επείγουσα (emergent)**, μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση μέσα σε λίγα λεπτά. Παράδειγμα είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ένας ασταθής ασθενής με αρρυθμία και ο πνευμοθώρακας υπό τάση
- **Έκτακτη (urgent)**, μία υποθετικά επικίνδυνη για την ζωή κατάσταση ή κατάσταση που συνοδεύεται από σημαντική νοσηρότητα και απαιτεί γρήγορη εκτίμηση και αντιμετώπιση. Παραδείγματα είναι η οξεία παρόξυνση άσθματος, η αιμορραγία του γαστρεντερικού και πολλές δηλητηριάσεις
- **Μη πιεστική ή ελάσσων (non-urgent ή minor)** είναι μια κατάσταση που θα ωφεληθεί από ιατρική φροντίδα, αλλά δεν είναι επικίνδυνη για τη ζωή και στην οποία η νοσηρότητα δεν αυξάνει εάν υπάρξουν καθυστερήσεις. Παραδείγματα είναι οι ήπιες λοιμώξεις, οι μικροτραυματισμοί, τα απλά κατάγματα και διαστρέμματα των άκρων

#### 4.14 ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αρχικά γίνεται γρήγορη εκτίμηση των αεραγωγών, της αναπνοής, των ζωτικών σημείων και της νευρολογικής κατάστασης του ασθενούς. Η αρχική εκτίμηση και αναζωογόνηση του ασθενούς αναφέρεται συχνά ως "ABC" (σημ. μετ.: ABC, από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων airway, breathing, circulation= αεραγωγοί, αναπνοή, κυκλοφορία) (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

**A.** Σταθεροποίηση των αεραγωγών και σπονδυλικής στήλης.

**B.** Αναπνοή και αερισμός.

**Γ.** Κυκλοφορία με έλεγχο αιμορραγίας.

Δ. “Έλλειμματα” (disability, deficits) , ένας γρήγορος έλεγχος της νευρολογικής κατάστασης που γίνεται εξετάζοντας το επίπεδο συνείδησης, το μέγεθος και την αντίδραση των κορών και την ύπαρξη μεγάλων εστιακών ελλειμμάτων.

Ε. Έλεγχος περιβαλλοντικών (environmental) επιδράσεων-πρόληψη άλλης βλάβης. Ο ασθενής είναι γυμνός και η θερμοκρασία του σώματος (π.χ. υπο- ή υπερθερμία) πρέπει να εξετάζεται και να αντιμετωπίζεται όταν χρειάζεται.

Στην πράξη κάθε κατάσταση επικίνδυνη για τη ζωή που ανακαλύπτεται στην αρχική εκτίμηση πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως. Η αναζωογόνηση/ανάνηψη λοιπόν γίνεται ταυτόχρονα με την αρχική εκτίμηση σε όλους τους βαριά άρρωστους. Όλοι οι βαριά πάσχοντες και πολυτραυματίες αρχικά προσεγγίζονται με αυτόν τον τρόπο (σημείωση: η μόνη εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα είναι ο ασθενής με καρδιακή ανακοπή λόγω άσφυγμης κοιλιακής ταχυκαρδίας ή κοιλιακής μαρμαρυγής. Σε αυτήν την περίπτωση άμεσος απινιδισμός έχει προτεραιότητα) (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

#### **4.15 ΑΝΑΝΗΨΗ/ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ**

Ανάνηψη είναι η αποκατάσταση των αεραγωγών, της αναπνοής, της οξυγόνωσης, του αερισμού και των ζωτικών σημείων του βαρέως πάσχοντα. Γίνεται ταυτόχρονα με την αρχική εκτίμηση, όπως περιγράφεται. Η χορήγηση οξυγόνου στον ασθενή, η τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής, και η γρήγορη έναρξη παρακολούθηση του ΗΚΓ και του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης με οξύμετρο, είναι σημαντικά στοιχεία κάθε ανάνηψης (σπουδαία παρακολούθηση) (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

#### **4.16 ΚΥΡΙΩΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ**

Η κυρίως εκτίμηση είναι ο έλεγχος του ασθενή από την κορυφή ως τα νύχια, στην οποία περιλαμβάνονται οι εργαστηριακές, ακτινολογικές, και/ή άλλες απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις. Στον βαριά άρρωστο η κυρίως εκτίμηση γίνεται μόνο αφού έχει γίνει η αρχική εκτίμηση, έχει αρχίσει η ανάνηψη των αεραγωγών, της αναπνοής και της κυκλοφορίας και τα ζωτικά σημεία έχουν επανεκτιμηθεί (Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).



#### **4.17 ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ**

Σταθεροποίηση είναι η αποκατάσταση της βιολογικής ομοιοστασίας του ασθενούς. Περιλαμβάνει όλες τις διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις που είναι απαραίτητες για να εξασφαλιστεί ότι δεν θα συμβεί επιδείνωση της κατάστασής τους.

#### **4.18 ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η τελική φροντίδα περιέχει όλη την ιατρική.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΕΠ**

### **5.1 ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΤΕΠ**

Η λειτουργία ενός νοσοκομειακού τμήματος γενικά και ενός ΤΕΠ ειδικότερα καθορίζεται από την αποστολή την οποία καλείται να εκπληρώσει. Στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, ενώ η αποστολή του κάθε νοσοκομειακού τμήματος ορίζεται σε γενικές γραμμές από τη νομοθεσία, σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο νοσοκομείου σχεδόν ποτέ δεν οριοθετείται με μια επίσημη γραπτή δήλωση αποστολής [mission statement], όπως συμβαίνει στα νοσοκομεία του εξωτερικού (π.χ. ΗΠΑ, Ην. Βασίλειο κλπ).

Έτσι, κάθε εργαζόμενος που προσλαμβάνεται να εργαστεί σε ένα νοσοκομειακό τμήμα «ρίχνεται» κυριολεκτικά στην εργασία, χωρίς να γνωρίζει πραγματικά ποια είναι η αποστολή του τμήματος όπου θα υπηρετήσει, ποιοι είναι οι επιμέρους στόχοι, ποια θα είναι ή πρέπει να είναι η δική του συνεισφορά στην επίτευξη των στόχων αυτών. Την εικόνα αυτή έρχεται να συμπληρώσει η ανυπαρξία επίσημων και καταγεγραμμένων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων κατά κλάδο και κατηγορία υγειονομικού προσωπικού. Εν κατακλείδι, λοιπόν, πρέπει να περάσουν αρκετά χρόνια για να ωριμάσουν οι συνθήκες στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, προκειμένου να εφαρμοστούν οι βασικές αρχές Διαχείρισης Ανθρωπίνων Πόρων στα νοσοκομεία γενικά και στα ΤΕΠ ειδικότερα. (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

### **5.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΕΠ**

Όσον αφορά τα λειτουργικά μεγέθη, διάφοροι μελετητές αναφέρουν διαφορετικά στοιχεία για να κάνουν τη διάκριση ανάμεσα σε ένα μικρό και σε ένα μεγάλο ΤΕΠ. Ο βασικός δείκτης λειτουργικού μεγέθους είναι ο ετήσιος αριθμός επισκέψεων ασθενών στο ΤΕΠ. Λόγου χάρη, στις ΗΠΑ, σε αδρές γραμμές, θεωρείται μεγάλο ένα ΤΕΠ με περισσότερες από 50.000 ετήσιες επισκέψεις, ενώ μικρό ένα με λιγότερες από 50.000 επισκέψεις ανά έτος (Saluzzo et al 1997). Διευκρινίζουμε στο σημείο αυτό ότι με το δείκτη: «ετήσιος αριθμός επισκέψεων στο ΤΕΠ» καταμετρούνται όλα τα περιστατικά στο σύνολό τους, πράγμα που σημαίνει ότι δεν

είναι μόνο τα πραγματικά επείγοντα αλλά και όλα τα υπόλοιπα καθώς επίσης και οι τυχόν διπλές (ή και περισσότερες) επισκέψεις ορισμένων εξ αυτών. Σύμφωνα με ορισμένες προδιαγραφές το μέγεθος των χώρων, ο αριθμός των κλινών, η στελέχωση με προσωπικό κλπ συρνατώνται από αυτό το δείκτη, δηλαδή από τον αριθμό ετήσιων επισκέψεων ασθενών.

Μετά την μελέτη της Ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας, υιοθετήθηκε η ακόλουθη διάκριση λειτουργικού μεγέθους ΤΕΠ:

- Μικρό ΤΕΠ < 40.000 ετήσιες επισκέψεις
- Μεσαίο ΤΕΠ: 40.000 – 70.000 ετήσιες επισκέψεις
- Μεγάλο ΤΕΠ > 70.000 ετήσιες επισκέψεις

Κατά κανόνα, ο φόρτος εργασίας σε ένα ΤΕΠ και οι περισσότεροι λειτουργικοί δείκτες (ή δείκτες στελέχωσης) υπολογίζονται σε συνάρτηση με το λειτουργικό μέγεθος του ΤΕΠ. Μάλιστα ο Βρετανικός Σύνδεσμος Επείγουσας Ιατρικής από κοινού με την Σχολή Επείγουσας Ιατρικής έχουν εισάγει και υιοθετήσει για το ΤΕΠ τον όρο «μονάδα μέτρησης φόρτου εργασίας», ο οποίος μεταφράζεται από τον αντίστοιχο Αγγλικό «workload unit» ή χάριν συντομίας wlu, ο οποίος ορίζεται ως «3.000 νέοι ασθενείς στο ΤΕΠ σε ετήσια βάση» (BAEM & FAEM 2004). Επομένως, όταν ο ετήσιος αριθμός προσερχόμενων ασθενών σε ένα ΤΕΠ αυξάνεται κατά 3.000, με βάση τον παραπάνω ορισμό, ο φόρτος εργασίας στο Τμήμα αυτό αυξάνεται κατά μία (1) μονάδα wlu. Αυτός είναι πολύ χρήσιμος τρόπος για τον υπολογισμό του ενδεδειγμένου αριθμού προσωπικού που προσφέρει υπηρεσία στο ΤΕΠ καθώς και για τον καθορισμό των ωραρίων εργασίας. Έτσι, ανάλογα με τις μονάδες φόρτου εργασίας στο ΤΕΠ [wlu], προσαρμόζεται και το λειτουργικό του μέγεθος σε μικρό, μεσαίο ή μεγάλο.

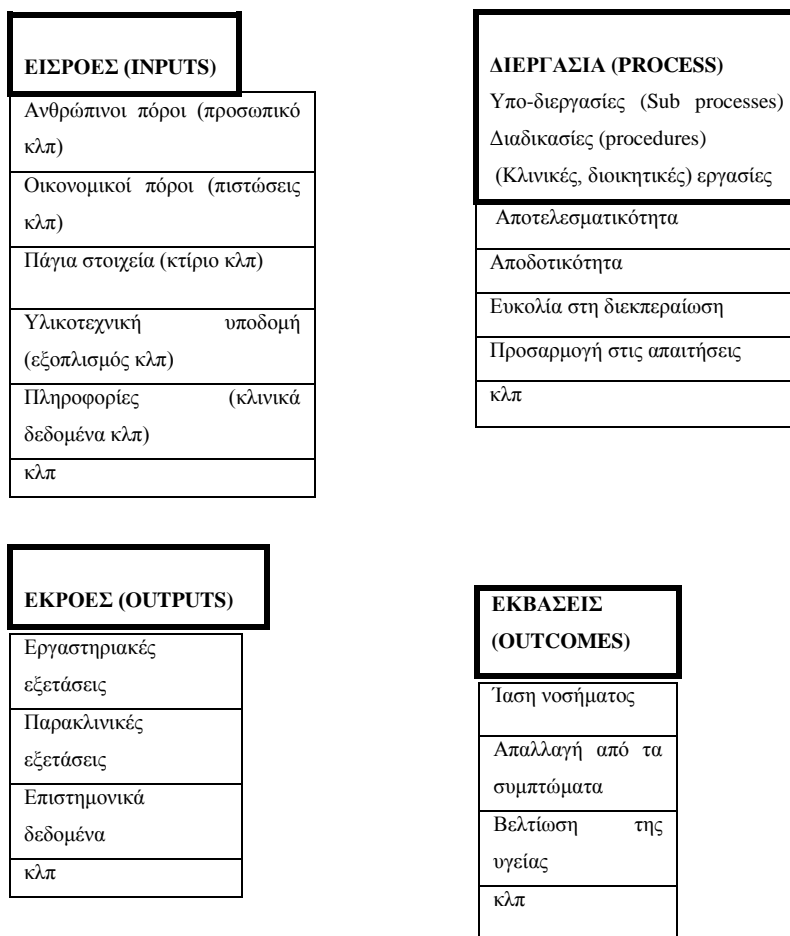
### 5.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΕΠ – ΓΕΝΙΚΑ

Η λειτουργία ενός Τμήματος Επείγοντων Περιστατικών μπορεί να αποδοθεί ως ένα σύστημα παροχής φροντίδας, το οποίο απεικονίζεται στο ακόλουθο Σχήμα 4. Στο σχήμα αυτό βλέπουμε ότι οι πόροι που διατίθενται για χρήση στο ΤΕΠ μπορεί να διακρίνονται ως εξής (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Ανθρώπινοι πόροι π.χ. προσωπικό
- Οικονομικοί πόροι π.χ. πιστώσεις προϋπολογισμού

- Υλικοί πόροι π.χ. εξοπλισμός
- Πάγια στοιχεία π.χ. κτίριο
- Πληροφορίες π.χ. κλινικά δεδομένα κλπ

#### Σχήμα 4. - Σύστημα Παροχής Φροντίδας στο ΤΕΠ



Οι πόροι αυτοί αποτελούν τις εισροές [inputs] του συστήματος οι οποίες συνδυάζονται κατάλληλα και τροφοδοτούν το σύστημα διεργασιών [processes] του ΤΕΠ. Το σύστημα παροχής φροντίδας στο ΤΕΠ *απαρτίζεται από ένα σύνολο βασικών λειτουργικών διεργασιών [macro processes] οι οποίες μπορούν να αναλύονται σε επί μέρους διεργασίες [sub processes] ή υπο-διεργασίες. Διεργασία* σημαίνει το σύνολο των αλληλοσχετιζόμενων εργασιών, ενεργειών ή δραστηριοτήτων και μηχανισμών μέσω των οποίων μετασχηματίζονται οι εισροές σε εκροές (JCAHO 1996). Το

σύνολο των λειτουργικών αυτών διεργασιών συνθέτει το σύστημα λειτουργιών του ΤΕΠ, το οποίο οδηγεί στις εκροές [outputs] (αποτελέσματα της φροντίδας) και τελικά στις εκβάσεις [outcomes] που αποτελούν το τελικό παραγόμενο «προϊόν» του συστήματος στο ΤΕΠ.

#### 5.4 ΤΕΠ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΦΗΜΕΡΙΩΝ

Η βασική αρχή λειτουργίας σε κάθε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων του εξωτερικού (ΗΠΑ, Ην. Βασίλειο κλπ) είναι η παροχή υπηρεσιών ολόκληρο το 24ωρο και 365 ημέρες το έτος.

Στην Ελλάδα αυτό δεν εφαρμόζεται, δεδομένου ότι η λειτουργία του ΤΕΠ ακολουθεί το σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, η λειτουργία των ΤΕΠ στην Ελλάδα περιορίζεται στο διάστημα της εφημερίας του κάθε νοσοκομείου, γι' αυτό και οι διακομιδές των περιστατικών μέσω του ΕΚΑΒ προγραμματίζονται με τρόπο ώστε τα ασθενοφόρα να κατευθύνονται προς τα κοντινότερα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Βέβαια με το νέο σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων, το οποίο εφαρμόζεται ήδη στην πρωτεύουσα, το χρονικό διάστημα λειτουργίας των ΤΕΠ θα επηρεαστεί σίγουρα και η τάση είναι αυτά να βρίσκονται σε εφημερία για μεγαλύτερο χρόνο. Ωστόσο, είναι πολύ νωρίς ακόμη για να διατυπώσει κανείς κρίσεις ως προς τη θετική ή αρνητική επίπτωση αυτού του συστήματος εφημεριών στη λειτουργία των ΤΕΠ και στην εξυπηρέτηση των επειγόντων περιστατικών γενικότερα. (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Όσον αφορά στη λειτουργική διεργασία [process] του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, παρατηρείται ότι αυτή κινείται σε οριζόντιο [horizontal] επίπεδο και τέμνεται κάθετα από τις βασικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες, την κατακόρυφη οργανωτική διάρθρωση των οποίων εξετάστηκε στο κεφάλαιο: Οργάνωση και Στελέχωση ΤΕΠ. Αυτό σημαίνει ότι για τις λειτουργίες που επιτελούνται στο ΤΕΠ χρησιμοποιούνται και καταναλώνονται πόροι (π.χ. ανθρωπο-ώρες, τεχνογνωσία, εξοπλισμός, υλικό κλπ) από τις περισσότερες ή όλες τις υπηρεσίες που διαρθρώνονται κατακόρυφα στο νοσοκομειακό σύστημα και είναι η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες (Saluzzo et al 1997).

Στην τυπική λειτουργική διεργασία του ΤΕΠ μπορούμε να διακρίνουμε τους εξής κύριους λειτουργικούς τομείς:

- Είσοδος – Υποδοχή, Διαλογή [triage] περιστατικών, (αναμονή)

- Διοικητική διεκπεραίωση [Registration]
- Εξέταση – Εκτίμηση (κλινικής κατάστασης) – Διάγνωση
- Θεραπεία – Αντιμετώπιση, (Βραχεία) Νοσηλεία
- Επανεκτίμηση - Έξοδος

Ο πρωταρχικός στόχος που επιδιώκεται μέσα από όλους τους λειτουργικούς τομείς του ΤΕΠ είναι ένας και αφορά στην «... παροχή υψηλού επιπέδου – ορθής διαγνωστικής και θεραπευτικής επείγουσας ιατρικής περίθαλψης και νοσηλευτικής φροντίδας, ώστε να εξασφαλίζεται ο περιορισμός της θνητότητας, νοσηρότητας, αναπηρίας κλπ» (Australasian College for Emergency Medicine 2005).

## **5.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΕΠ**

Οι βασικές λειτουργικές διεργασίες που συνθέτουν τους λειτουργικούς τομείς του ΤΕΠ είναι οι εξής: (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

### **5.5.1.α ΕΙΣΟΔΟΣ – ΥΠΟΔΟΧΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΕΠ**

Στη διεργασία αυτή συντελούνται τα εξής:

- Η υποδοχή του προσερχόμενου ασθενή
- Η καθοδήγηση στους ζητούμενους χώρους
- Η παροχή βοήθειας, πάσης φύσεως, όταν απαιτείται
- Η εγγραφή – καταχώριση των προσωπικών στοιχείων του ασθενή, μέσω Η/Υ, από τη γραμματεία του ΤΕΠ

Κατά τις ώρες αιχμής στο ΤΕΠ, ένας μεγάλος αριθμός προσερχόμενων (όχι πάντοτε ασθενών) ζητά μια σειρά από υπηρεσίες, όπως παροχή πληροφοριών ή υπόδειξη κατευθύνσεων, θέτει ερωτήματα για διαδικαστικά ζητήματα κλπ. Για να μην καταναλώνεται ο πολύτιμος χρόνος των νοσηλευτών διαλογής άσκοπα, θεμιτό είναι κοντά ή δίπλα σε αυτούς να υπάρχει το προσωπικό υποδοχής ή το προσωπικό φύλαξης-ασφαλείας το οποίο παρέχει τις ζητούμενες πληροφορίες ή κατευθύνσεις, διευκολύνοντας έτσι το έργο της διαλογής και εξυπηρετώντας το ευρύτερο κοινό (Somerson et al 1997).

Στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με το Νόμο 2889/2001 (άρθρο 6, παρ. 4) έχουν θεσπιστεί ειδικά γραφεία με τον τίτλο: «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών», τα οποία στελεχώνονται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή και την καθοδήγηση των προσερχόμενων σθενών και των συνοδών τους και για την πληροφόρησή τους για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου. Η συγκεκριμένη νομοθετική ρύθμιση είναι πολύ χρήσιμη. Ο βαθμός στον οποίο εφαρμόζεται στην πράξη εξαρτάται από τις αποφάσεις της Διοίκησης του κάθε νοσοκομείου, από την υφιστάμενη στελέχωση και τις τοπικές δυνατότητες ή ιδιαιτερότητες.

Στην πράξη, η ανεπαρκής στελέχωση, που αποτελεί πραγματικότητα για την πλειοψηφία των Ελληνικών νοσοκομείων, δεν επιτρέπει τη λειτουργία τέτοιων γραφείων και την εξυπηρέτηση των ασθενών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών από αυτά. Ακόμη και όταν λειτουργούν τα γραφεία υποδοχής ασθενών, αυτά βρίσκονται συνήθως μακριά από τα ΤΕΠ και καλύπτουν ανάγκες άλλων τμημάτων του νοσοκομείου. Ως λειτουργική λύση προτείνεται η διάθεση ενός εκπαιδευμένου υπαλλήλου από το γραφείο υποδοχής, κατά προτίμηση νοσηλευτή, για την υποδοχή των περιστατικών στο ΤΕΠ σε μόνιμη βάση. Η θέση εργασίας του υπαλλήλου υποδοχής πρέπει να βρίσκεται κοντά ή δίπλα στη γραμματεία του ΤΕΠ. Εναλλακτική λύση «ανάγκης» αποτελεί η υποδοχή των περιστατικών και η παροχή πληροφοριών από το συνεργείο φύλαξης του νοσοκομείου, το οποίο υποχρεωτικά διαθέτει σε μόνιμη βάση προσωπικό φύλακα στο ΤΕΠ. Σε πολλά νοσοκομεία εφαρμόζεται το σύστημα αυτό και φαίνεται ότι λειτουργεί αρκετά ικανοποιητικά (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **5.5.1.β Λειτουργία Διαλογής [Triage] περιστατικών στο ΤΕΠ**

Η διεργασία της διαλογής [triage] είναι θεμελιώδης και κρίσιμη για τη λειτουργία κάθε Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Στα μεγάλα κι οργανωμένα ΤΕΠ υπάρχει καταγεγραμμένο μοντέλο λειτουργίας της διαλογής, που περιλαμβάνει τα εξής βήματα (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

1. Μέτρηση Ζωτικών Σημείων ασθενή
2. Λήψη ιστορικού του ασθενή
3. Κλινική εξέταση

4. Εκτίμηση ανάγκης για εκτέλεση ακτινογραφίας και άμεση παραπομπή στο ακτινολογικό για επιτάχυνση της διακίνησης του περιστατικού
5. Αξιολόγηση βαθμού επείγοντος – διάγνωση triage
6. Κατάταξη περιστατικού σε κατηγορία προτεραιότητας για κλινική εξέταση (κατηγορία 1, 2, 3, 4)
7. Νοσηλευτική εκτίμηση ανά τακτά διαστήματα, κατά την αναμονή
8. Παράλληλη παροχή βασικής απαιτούμενης φροντίδας (π.χ. ανακούφιση ασθενή από τον πόνο, όταν υπάρχει ένδειξη)

Ανεξάρτητα, από τα ακριβή βήματα και το μοντέλο της διεργασίας διαλογής που εφαρμόζεται σε κάθε ΤΕΠ, οι δύο βασικές παράμετροι που είναι αναγκαίο να ελέγχονται και να αξιολογούνται συστηματικά είναι ο χρόνος και η ποιότητα. Συνολικά, η διάρκεια της διεργασίας της διαλογής δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10 – 12 λεπτά. Η μέση διάρκεια της διαλογής είναι εξίσου σημαντική. Για παράδειγμα, εάν σε ένα ΤΕΠ απαιτείται χρόνος 10 λεπτών για το ήμισυ των προσερχόμενων ασθενών και χρόνος 2 μόλις λεπτών για το υπόλοιπο ήμισυ, τότε ο μέσος χρόνος των 6 λεπτών για τη διαλογή στο συγκεκριμένο ΤΕΠ κρίνεται ικανοποιητικός (Salluzo, Terranova, Verdile 1997). Επισημαίνετε ακόμη ένας (σημαντικός) αριθμός περιστατικών που εξετάζονται στη διαλογή δεν εισάγεται στο ΤΕΠ, αλλά παραπέμπεται σε άλλες υπηρεσίες ή τμήματα, οπότε επιτυγχάνεται αποσυμφόρηση του Τμήματος με τον τρόπο αυτό και δεν απαιτείται άσκοπη αναμονή.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι σε ένα ΤΕΠ με πολύ μικρό λειτουργικό μέγεθος (< 10.000 ασθενείς/έτος) μπορεί να μη χρειάζεται καν η λειτουργία της διαλογής (Salluzo, Terranova, Verdile 1997). Αντίθετα σε μεγάλα ΤΕΠ (> 10.000 ασθενείς/έτος) η διαλογή είναι επιβεβλημένη και αναπόφευκτη. Η στελέχωση της διαλογής εξαρτάται από τον αριθμό των διακινούμενων περιστατικών (Boyd 1999, JCAHO 1996). Η εναλλαγή του προσωπικού στις θέσεις της διαλογής καθορίζεται ανάλογα με τη ροή των περιστατικών στο ΤΕΠ [patient flow] και ανάλογα με το βαθμό κόπωσης των επαγγελματιών στις συγκεκριμένες θέσεις εργασίας, δεδομένου ότι η διαλογή είναι μια ιδιαίτερα επίπονη διαδικασία. Λόγου χάρη, αυξάνεται ο αριθμός του προσωπικού της διαλογής στο ΤΕΠ κατά την αυξημένη εισροή περιστατικών και μειώνεται ανάλογα με τη μείωση της προσέλευσης. Η εναλλαγή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαλογή [triage] αποτελεί μια χρήσιμη τακτική. Ο καθορισμός του χρόνου και της συχνότητας εναλλαγής [rotation] του προσωπικού



ανήκουν στην αρμοδιότητα του Προϊστάμενου Νοσηλευτή και/ή της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης κάθε νοσοκομείου και εξαρτώνται από τις λειτουργικές ανάγκες του ΤΕΠ (Somerson et al 1997). Η ανά δώρο εναλλαγή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαλογή [triage] αποτελεί τη χρυσή τομή, υπό κανονικές συνθήκες εργασίας.

Οι αποφάσεις που λαμβάνονται στη διαλογή επηρεάζουν σε μέγιστο βαθμό τη διακίνηση των περιστατικών στο ΤΕΠ, καθορίζοντας την περαιτέρω πορεία καθώς και άλλες λειτουργικές διεργασίες του ΤΕΠ, όπως (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Παραπομπή ασθενών στο fast track – Λειτουργία προγράμματος fast track
- Άμεση παραπομπή ασθενών στο ακτινολογικό τμήμα, βάσει σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών
- Άμεση εισαγωγή ασθενή στην αναζωογόνηση και κινητοποίηση της ομάδας αναζωογόνησης του ΤΕΠ
- Εισαγωγή ασθενή στο εξεταστήριο-ιατρείο για ιατρική εξέταση
- Παραπομπή ασθενή σε άλλο τμήμα εκτός ΤΕΠ

Όλη η διεργασία της διαλογής στα ΤΕΠ του Ην. Βασιλείου, των ΗΠΑ και άλλων χωρών πραγματοποιούνται από κατάλληλα εκπαιδευμένους νοσηλευτές, συνήθως nurse practitioners. Οι ίδιοι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη λήψη του ιστορικού ασθενή καθώς και για βασική φροντίδα των περιστατικών παράλληλα με τη διαλογή, όπως χορήγηση αναλγητικών επί πόνου, όπου ενδείκνυται, ώστε να μην υποφέρουν οι ασθενείς κατά την αναμονή για εξέταση από γιατρό. Ακόμη και η παραγγελία εκτέλεσης απλών διαγνωστικών εξετάσεων αποτελεί καθήκον των νοσηλευτών της διαλογής. Ειδικά, όσον αφορά τη λήψη του ιστορικού από τους ασθενείς, πρέπει μέσα σε μικρό χρόνο να συλλέγονται όλα τα απαιτούμενα στοιχεία για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς τη διάγνωση-αιτία εισόδου. Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει μεταβολή του επιπέδου συνείδησης και δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει, οι επαγγελματίες υγείας συλλέγουν όσα στοιχεία μπορούν από τους συγγενείς-συνοδούς του ασθενή (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Αντίθετα, στα ΤΕΠ της Ελλάδας αρμόδιοι για τη διεργασία λήψης του ιστορικού από τους ασθενείς καθώς και για τη λήψη όλων των κλινικών αποφάσεων, όπως είναι η χορήγηση αναλγησίας, η οδηγία για εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων κλπ είναι οι γιατροί, ακόμη και οι ειδικευόμενοι. Επίσης, κατά κανόνα, διαλογή περιστατικών δεν εφαρμόζεται στα ΤΕΠ, με ορισμένες βέβαια λαμπρές εξαιρέσεις.

Στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, γενικά, αφ' ενός οι νοσηλευτές δεν έχουν αναπτύξει ακόμη αυτόνομους επαγγελματικούς ρόλους, οπότε για την εκτέλεση ακτινογραφιών, για τη λήψη ιστορικού ή για οποιαδήποτε λήψη κλινικής απόφασης απαραίτητη είναι η εντολή του αρμόδιου ιατρού του ΤΕΠ. Αφ' ετέρου, στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτυχθεί Nurse Practitioners (NPs), με ικανότητες και δεξιότητες και εμπειρία, ώστε να λειτουργούν αυτόνομα, χωρίς την ιατρική καθοδήγηση. Σε αρκετά ΤΕΠ υπάρχουν νοσηλευτές οι οποίοι λόγω της μεγάλης πείρας στο ΤΕΠ παίζουν άτυπα τους ρόλους των NPs. Ωστόσο, σε θεσμικό επίπεδο δεν υπάρχουν ακόμη εξουσιοδοτημένα και εκπαιδευμένα νοσηλευτικά στελέχη που να επιτελούν αυτόνομες λειτουργίες στη διάγνωση και θεραπεία των περιστατικών στα ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### 5.5.2 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ) ΤΕΠ

Από όλες τις πλευρές (διοικητικά, λειτουργικά κλπ) είναι σημαντική η επί 24ώρου βάσης λειτουργία γραμματείας του ΤΕΠ, η οποία πρέπει να είναι επαρκώς στελεχωμένη και εποπτευόμενη από το προσωπικό φύλαξης-ασφαλείας του ΤΕΠ.

Σύμφωνα με τις νεότερες απόψεις για τη λειτουργία του ΤΕΠ, ελάχιστος χρόνος πρέπει να καταναλώνεται στη διαδικασία εγγραφής των προσωπικών στοιχείων του ασθενή. Η συνολική διάρκεια της διοικητικής διεκπεραίωσης κάθε περιστατικού δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 5-8 λεπτά (Salluzo, Terranova, Verdile 1997). Φυσικά στα κατεπείγοντα και επείγοντα περιστατικά (κατηγορίας 1, 2 της διαλογής) η διοικητική διεκπεραίωση πραγματοποιείται εκ των υστέρων, δηλαδή μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης και την αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Αναφέρεται ότι σε πρώτη φάση είναι αρκετό να καταχωρούνται τα εξής στοιχεία:

- √ Ονοματεπώνυμο ασθενή
- √ Πατρώνυμο
- √ Ημερομηνία γέννησης

Τα ανωτέρω στοιχεία είναι επαρκή για την ταυτοπροσωπία και για την άμεση προώθηση του περιστατικού στο χώρο της διαλογής [triage], χωρίς καθυστερήσεις

και διαδικαστικά προβλήματα. Επιπλέον δημογραφικά και ασφαλιστικά στοιχεία του ασθενή μπορούν να καταχωρούνται σε δεύτερο χρόνο, δηλαδή μετά τη διαλογή του περιστατικού (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Οι βασικές λειτουργίες που επιτελούνται μέσω της διοικητικής υποστήριξης (γραμματείας) ΤΕΠ είναι οι εξής:

- Καταχώρηση στοιχείων ασθενή, μέσω Η/Υ, στο πληροφοριακό σύστημα
- Εκτύπωση της καρτέλας ασθενή
- Τοποθέτηση καρτέλας στο φορείο του ασθενή
- Παροχή των ζητούμενων πληροφοριών στους ασθενείς και στο κοινό
- Υποδοχή, βοήθεια και προσανατολισμός του ασθενή στο χώρο, όπου είναι σύνηθες για τους προσερχόμενους να αισθάνονται αβοήθητοι. Με τον τρόπο αυτό, βελτιώνεται σημαντικά η πρώτη εντύπωση για το ΤΕΠ των προσερχόμενων ασθενών και μειώνονται τα παράπονα των ασθενών – συνοδών, δεδομένου ότι ένα σημαντικό ποσοστό παραπόνων οφείλεται στην έλλειψη ενημέρωσης (Επιτροπάκης 2001)
- Γραμματειακή υποστήριξη Διευθυντή Ιατρού ΤΕΠ και/ή Διοικητικών στελεχών ΤΕΠ
- Τακτοποίηση οικονομικών εκκρεμοτήτων, διεκπεραίωση λογιστικών διαδικασιών. Δεδομένου ότι στην Ελλάδα τα επείγοντα περιστατικά δεν καταβάλλουν κανένα αντίτιμο για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, η συγκεκριμένη λειτουργία είναι περιορισμένης ισχύος και εφαρμογής στα ΤΕΠ της χώρας. Στο εξωτερικό (π.χ. ΗΠΑ) η εκάστοτε ασφαλιστική εταιρία καταβάλλει στο νοσοκομείο τη δαπάνη για τους ασφαλισμένους της από την περίθαλψη στο ΤΕΠ, όπως συμβαίνει και με τα άλλα νοσοκομειακά τμήματα.

Στην Ελληνική πραγματικότητα γενικά δεν υπάρχει η «πολυτέλεια» της λειτουργίας ξεχωριστής γραμματείας σε όλα τα ΤΕΠ, παρά μόνο μιας ενιαίας γραμματείας η οποία καλύπτει το συγκρότημα των Εξωτερικών Ιατρείων (Ε.Ι.) και του ΤΕΠ ή παροχή υποστήριξης από το Γραφείο Κίνησης Ασθενών.

Σε κάθε γραμματεία ΤΕΠ, σημαντικές παράμετροι αξιολόγησης της λειτουργικής διεργασίας είναι: ο χρόνος ολοκλήρωσης της διοικητικής διεκπεραίωσης [registration], ο αριθμός των σφαλμάτων (π.χ. στις καταχωρήσεις στοιχείων κλπ), η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες (κυρίως όσον αφορά την ευγένεια του προσωπικού τόσο τηλεφωνικά όσο

και μέσα στο ΤΕΠ). Τα Διοικητικά Στελέχη του ΤΕΠ είναι σημαντικό να ενημερώνονται και για αυτές τις παραμέτρους, ώστε να μεριμνούν – λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα – για τη βελτίωσή τους (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### 5.5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ [Nursing Evaluation]

Σύντομο χρόνο, μετά τη διαλογή και τη διοικητική διεκπεραίωση, ο ασθενής ανάλογα με το βαθμό επείγοντος (κατηγορία 1, 2, 3, 4 της διαλογής) παραλαμβάνεται από ένα διπλωματούχο νοσηλεύτη [RN] του ΤΕΠ, ο οποίος αναλαμβάνει την νοσηλευτική του φροντίδα. Για τη λειτουργική αυτή διεργασία και για κατηγορία 3 ή 4 περιστατικά, ο χρόνος αναμονής του ασθενή δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 15 λεπτά. Τα βασικά βήματα που ακολουθούνται στη διεργασία αυτή είναι (Salluzo, Terranova, Verdile 1997):

- Νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενή (κατά κάποιον τρόπο, επανάληψη της διαδικασίας της διαλογής)
- Ο νοσηλεύτης καταγράφει τα (κλινικά) στοιχεία στην καρτέλα του ασθενή
- Ο νοσηλεύτης τοποθετεί τον ασθενή στην κλίνη, μόλις κενωθεί (εξεταστική) κλίνη στο ΤΕΠ, μαζί με την καρτέλα που τον συνοδεύει
- Ο ασθενής προωθείται από το νοσηλεύτη προς τον υπεύθυνο γιατρό για εξέταση

Στις ΗΠΑ εφαρμόζεται το ακόλουθο σύστημα: κάθε διπλωματούχος νοσηλεύτης [RN] του ΤΕΠ έχει υπό την ευθύνη του συγκεκριμένα περιστατικά, τα οποία θα λέγαμε «χρεώνεται μέχρι το τέλος του ωραρίου εργασίας του και ενημερώνεται για τα πάντα αναφορικά με την υγεία των περιστατικών αυτών, δηλαδή ζωτικά σημεία, κλινική κατάσταση, ιστορικό, διάγνωση-αιτία εισόδου, πορεία νόσου, συνοδά συμπτώματα, αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων κ.ο.κ. Ο νοσηλεύτης έχει την ευθύνη για τα ακόλουθα:

- Να ενημερώνει τον αρμόδιο γιατρό για την πορεία των περιστατικών τα οποία παρακολουθεί
- Να παρέχει την ενδεδειγμένη νοσηλευτική φροντίδα, εφαρμόζοντας τη νοσηλευτική διεργασία

- Να ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους τους για τις νοσηλευτικές ενέργειες, εξηγώντας παράλληλα, όταν χρειάζεται, τους λόγους για τις εκτελούμενες πράξεις
- Να συνεργάζεται με τους συγγενείς όπου και όταν χρειάζεται για την αποτελεσματική διαχείριση των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν (π.χ. λήψη συναίνεσης, επικοινωνία κλπ) (Salluzo, Terranova, Verdile 1997)

Η ανωτέρω τακτική που εφαρμόζεται για τη νοσηλευτική φροντίδα των περιστατικών στα ΤΕΠ είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι με αυτήν κάθε νοσηλευτής έχει ολοκληρωμένη γνώση για την κατάσταση των περιστατικών του και είναι σε θέση να παρέχει αποτελεσματική εξατομικευμένη φροντίδα. Τέτοια μοντέλα είναι κατάλληλο να εφαρμοστούν και στην Ελλάδα, σε αντικατάσταση πιο παρωχημένων μοντέλων που εφαρμόζονταν κατά το παρελθόν (ακόμη και σήμερα), σύμφωνα με τα οποία κάθε νοσηλευτής ήταν εξουσιοδοτημένος να εκτελεί συγκεκριμένες εργασίες σε κάθε ασθενή, π.χ. ένας για τις θερμομετρήσεις, ένας για τη μέτρηση αρτηριακής πίεσης κ.ο.κ. Με τον τελευταίο τρόπο κανένας νοσηλευτής δε γνωρίζει ολοκληρωμένα ένα περιστατικό. Τέλος, επισημαίνεται ότι στην Ελλάδα η έννοια της νοσηλευτικής εκτίμησης [nursing evaluation], με τον τρόπο που χρησιμοποιείται στο εξωτερικό δεν υφίσταται. Έτσι, η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται περιορίζεται σε αυτά που υπαγορεύει η νοσηλευτική πρακτική με την στενή έννοια καθώς και σε αυτά που υποδεικνύουν οι οδηγίες των ιατρών στο ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **5.5.3.α Γρήγορη αναγνώριση περιστατικών**

Για τη γρήγορη αναγνώριση των περιστατικών στο ΤΕΠ χρησιμοποιείται η λεγόμενη «καρτέλα ασθενή». Η καρτέλα ασθενή χρησιμεύει για τη γρήγορη αναγνώριση ενός περιστατικού το οποίο και συνοδεύει σε όλες τις τυχόν μετακινήσεις μέσα ή δια μέσω του ΤΕΠ. Η καρτέλα είναι συνήθως αντίστοιχου χρώματος με την κατηγορία στην οποία κατατάσσεται κάθε περιστατικό κατά τη διαλογή [triage], όπως φαίνεται στον πίνακα 4 παρακάτω:

**Πίνακας 4. Χρωματισμός κατά βαθμίδα επείγοντος περιστατικού**

<b>Είδος περιστατικού</b>	<b>Χρώμα καρτέλας ασθενή</b>
Εξαιρετικά επείγον	Κόκκινη καρτέλα
Πολύ επείγον	Πορτοκαλί καρτέλα
Επείγον	Κίτρινη καρτέλα
Τακτικό	Πράσινη καρτέλα
Μη-επείγον	Μπλε καρτέλα

**ΠΗΓΗ:** Salluzo, Terranova, Verdile (1997)

Η καρτέλα τοποθετείται πάντοτε κοντά στον ασθενή, στερεωμένη συνήθως σε εμφανή θέση στο κλινικό διάγραμμα ασθενή, το οποίο βρίσκεται αρχικά στο φορείο ή το τροχήλατο κάθισμα και τελικά στην κλίνη ασθενή στο ΤΕΠ. Διαφορετικά μοντέλα λειτουργίας εφαρμόζονται σε διαφορετικά ΤΕΠ. Ο ιδανικός τρόπος για τη γρήγορη αναγνώριση ενός περιστατικού (καρτέλα, ετικέτα, φάκελος, βραχιολάκι κ.ο.κ.) επιλέγεται από τα Διοικητικά στελέχη σε κάθε ΤΕΠ ανάλογα με τι θεωρείται πιο λειτουργικό σε σχέση με τις τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες και τι έχει συνηθίσει καλύτερα το προσωπικό.

Τέλος, επισημαίνεται ότι στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, πλην των ελαχίστων εξαιρέσεων, η έννοια της νοσηλευτικής εκτίμησης [nursing evaluation] είναι καταχρηστική και άνευ αντικειμένου, δεδομένου ότι στα Ελληνικά νοσοκομεία (τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά) οι διπλωματούχοι νοσηλευτές αφ' ενός δεν επαρκούν για να καλύπτουν όλα τα ωράρια λειτουργίας των ΤΕΠ και αφ' ετέρου όταν επαρκούν, δε διαθέτουν την απαιτούμενη επαγγελματική αυτονομία και εξουσιοδότηση για να προβαίνουν σε νοσηλευτική εκτίμηση των περιστατικών (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **5.5.3.β ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ [Physician Evaluation]**

Η ιατρική εκτίμηση στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των ΗΠΑ είναι θεσμοθετημένη. Αυτό σημαίνει ότι βάσει των Αμερικανικών κανονισμών (COBRA/OBRA) κάθε ασθενής ο οποίος προσέρχεται στο ΤΕΠ πρέπει υποχρεωτικά να εξετάζεται και να εκτιμάται η κλινική του κατάσταση από αρμόδιο επαγγελματία

υγείας, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική του κάλυψη και/ή την οικονομική του δυνατότητα. Αρμόδιος επαγγελματίας για την κλινική εκτίμηση των περιστατικών είναι βασικά ο γιατρός. Σε άλλη περίπτωση κατάλληλα εκπαιδευμένος και καταρτισμένος νοσηλευτής [nurse practitioner], μπορεί να αναλαμβάνει αυτό το ρόλο, αρκεί να πιστοποιούνται οι κλινικές του ικανότητες για μια τέτοια εκτίμηση. Η απαράδεκτη καθυστέρηση για την κλινική εκτίμηση συνιστά άρνηση φροντίδας (Somerson & Markovchick 1997).

Κατά τις πραγματικά επείγουσες καταστάσεις, τα περιστατικά παραπέμπονται απευθείας σε αρμόδιο γιατρό του ΤΕΠ, ο οποίος έχει την ευθύνη για τα εξής (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Κλινική εξέταση και εκτίμηση κατάστασης περιστατικών
- Διάγνωση-αιτία εισόδου
- Παραγγελία διαγνωστικών εξετάσεων
- Χορήγηση ιατρικών οδηγιών για θεραπεία (π.χ. φαρμακευτική αγωγή)
- Επανεκτίμηση κατάστασης περιστατικών – τελική διάγνωση
- Αντιμετώπιση της κατάστασης με βάση τους κατάλληλους αλγόριθμους και κλινικά πρωτόκολλα
- Θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, θρομβόλυση κλπ)
- Αποτίμηση αποτελεσμάτων θεραπείας

Σε περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι κατεπείγουσες, κατά μέσο όρο, η εκτίμηση των περιστατικών από γιατρό θα πρέπει να πραγματοποιείται το πολύ μέσα σε 20 λεπτά από τη στιγμή άφιξης του περιστατικού στο εξεταστήριο-ιατρείο (Salluzo, Terranova, Verdile 1997).

Ένα σύνθηρες φαινόμενο στη λειτουργική αυτή διεργασία είναι οι γιατροί του ΤΕΠ να εξετάζουν ταυτόχρονα περισσότερα από ένα περιστατικά. Στις περιπτώσεις αυτές μεγάλος όγκος διαγνωστικών εξετάσεων παραγγέλλεται μέσα σε μικρό χρόνο, τίθεται η αρχική διάγνωση-αιτία εισόδου στο ΤΕΠ και σε δεύτερο χρόνο επιβεβαιώνεται η αρχική διάγνωση με επανεκτίμηση των περιστατικών. Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από υψηλή ένταση εργασίας, η οποία έχει αμφισβητηθεί από πολλούς. Προβάλλεται το επιχείρημα ότι η βεβαιωμένη ιατρική αντιμετώπιση των περιστατικών στην αρχή οδηγεί συχνά σε περιττές διαγνωστικές δοκιμασίες οι οποίες καταναλώνουν πολύτιμους πόρους και αρκετές από αυτές είναι και χρονοβόρες.

Συνεπώς, πολλές από τις ιατρικές εξετάσεις θα μπορούσαν εξαρχής να είχαν αποφευχθεί με προσεκτικότερη κλινική εκτίμηση των περιστατικών από τους γιατρούς. Επομένως, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών αφ' ενός και για την εξοικονόμηση χρόνου αφ' ετέρου απαιτείται κάθε ιατρός του ΤΕΠ να γνωρίζει καλά τη διαγνωστική αξία των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων καθώς και τους απαιτούμενους χρόνους εκτέλεσής τους, ώστε να είναι σε θέση να κρίνει ποιες από αυτές μπορούν να αποτελούν όπλα στην ιατρική φαρέτρα και ποιες απλώς αιτία άσκοπης καθυστέρησης (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Όσον αφορά την ενημέρωση των ασθενών και των συγγενών, η οποία είναι ιατρικό καθήκον, όταν ο βαθμός επείγοντος του περιστατικού και ο διαθέσιμος χρόνος του γιατρού το επιτρέπουν, η ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση, την έκβαση και την πρόγνωση μπορεί να γίνεται στην παρούσα λειτουργική διεργασία. Διαφορετικά μετατίθεται σε επόμενη φάση δηλαδή πριν από το εξιτήριο των ασθενών.

Τέλος, ανάλογα με το βαθμό δυσκολίας των ιατρικών εργασιών πραγματοποιείται και η ανάθεσή τους στους ιατρούς της ομάδας του ΤΕΠ. Είθισται με τα απλά και εύκολα περιστατικά να ασχολούνται οι πιο χαμηλόβαθμοι – άπειροι καθώς και ειδικευόμενοι ιατροί. Ενώ οι επιμελητές Α', οι αναπληρωτές Διευθυντές ασχολούνται κυρίως με την αντιμετώπιση των πιο περίπλοκων και δύσκολων περιστατικών του ΤΕΠ καθώς και με την επίβλεψη των ειδικευομένων. Κατά περίπτωση, κρίνεται από τους ειδικευόμενους ιατρούς του ΤΕΠ η αναγκαιότητα κλήσης Συμβούλων ιατρών σε ειδικότητες ή εξειδικεύσεις που δεν υφίστανται στο ΤΕΠ και οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την ειδική αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών (π.χ. νευρολόγοι, νευροχειρουργοί, γαστρεντερολόγοι, ενδοκρινολόγοι κλπ) (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **5.5.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

##### **5.5.4.α ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (MBN):**

Αναμφισβήτητα η MBN αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι ενός σύγχρονου ΤΕΠ ενώ ο κύριος σκοπός ύπαρξής της είναι η ολιγόωρη παρακολούθηση και



νοσηλεία ασθενών. Σημειωτέον ότι το μέγεθος της μονάδας εξαρτάται από την δυναμικότητα του ΤΕΠ.

Στις ΗΠΑ και Ην. Βασίλειο έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες ονομασίες για να περιγράψουν την MBN, όπως είναι οι εξής:

-Observation Unit = Μονάδα Βραχείας Παρακολούθησης  
 -Holding Unit = Μονάδα Βραχείας Παραμονής  
 -Clinical Decision Unit = Μονάδα Κλινικής Διερεύνησης Περιστατικών (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

Όπως έχει αναφερθεί, οι Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας (MBN) αποτελούν ένα σχετικά πιο πρόσφατο επίτευγμα στην εξέλιξη των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, δεδομένου ότι άρχισαν να αναπτύσσονται μετά την αναγνώριση και ανάπτυξη της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής. Για την παραμονή ασθενών για τους οποίους υπάρχουν αμφιβολίες ή απαιτούνται επείγουσες εργαστηριακές εξετάσεις ή γνώμη άλλων ειδικοτήτων, τότε η λύση είναι η MBN όπου νοσηλεύονται οι ασθενείς μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης τους. Επίσης νοσηλεύονται και οι προς διακομιδή ασθενείς. Η διάρκεια της νοσηλείας στη MBN δεν υπερβαίνει τις 24 ώρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς παραμένουν για ολονύκτια παρακολούθηση και λαμβάνουν εξιτήριο κατά το επόμενο πρωί. Συνεπώς, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη MBN είναι σημαντικό να μην παραλείπεται η σίτιση των ασθενών, σύμφωνα με τις ανάλογες ιατρικές οδηγίες. Η δύναμη των ασθενών αυτών αναφέρεται από το νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ στο γραφείο διατροφής του νοσοκομείου και τα ονόματα των σιτιζόμενων συμπεριλαμβάνονται στο εκδιδόμενο ημερήσιο διαιτολόγιο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Η δυναμικότητα (αριθμός κλινών) της MBN καθορίζεται ανάλογα με το λειτουργικό μέγεθος του ΤΕΠ. Οι δυναμικότητες βέβαια δεν αποτελούν standards, διότι διαφοροποιούνται ανάλογα με τον αριθμό των απασχολούμενων ιατρών και γενικά ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους του νοσοκομείου. Αυτό είναι κατανοητό, αφού για να λειτουργήσει η MBN απαιτείται επιπλέον ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό.

Στη MBN ενδείκνυται να εισαχθεί κάθε ασθενής του ΤΕΠ ο οποίος χρήζει περαιτέρω κλινικής διερεύνησης για τη διάγνωση (π.χ. πόνος στο θώρακα, κοιλιακό άλγος, λιποθυμική συνδρομή κλπ). Οι ασθενείς που εισάγονται στη MBN δε

νοσηλεύονται πάνω από 24 ώρες, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας εκτιμάται στις 10-12 ώρες (Graff 1997).

Όσον αφορά στα ΤΕΠ των Ελληνικών νοσοκομείων τα οποία λειτουργούν κατά το διάστημα της εφημερίας, επισημαίνεται ότι μετά το πέρας της εφημερίας και καθ' όλο το διάστημα που το νοσοκομείο δεν εφημερεύει η MBN πρέπει να καθαρίζεται, να απολυμαίνεται και να παραμένει κλειστή, μέχρι την έναρξη της επόμενης εφημερίας του ΤΕΠ, οπότε ανοίγει και πάλι για να δεχτεί τα νέα περιστατικά. Δε νοείται καταχρηστική νοσηλεία 48 ή 72 ωρών στη MBN, όπως συμβαίνει σε νοσοκομεία ανά την Ελληνική επικράτεια. Εάν ο ιατρός του ΤΕΠ κρίνει ότι ένα περιστατικό χρήζει περαιτέρω παρακολούθησης και νοσηλείας, τότε ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει εισιτήριο και να νοσηλεύεται κανονικά ως εσωτερικός πλέον ασθενής στο αντίστοιχο τμήμα του νοσοκομείου, από όπου δρομολογείται ο περαιτέρω προγραμματισμός της θεραπείας (π.χ. patient care plan κλπ), διαφορετικά δίδεται εξιτήριο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Σε νοσοκομεία του εξωτερικού είθισται να λειτουργεί Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας παιδιών ξεχωριστή από τη MBN ενηλίκων. Στη χώρα μας, η πλειοψηφία των επειγόντων παιδιατρικών περιστατικών εισάγεται για νοσηλεία στο παιδιατρικό τμήμα του γενικού νοσοκομείου και όταν δεν υπάρχει, τα παιδιά διακομίζονται στο κοντινότερο νοσοκομείο το οποίο διαθέτει οργανωμένο παιδιατρικό τμήμα. Ειδικά στην Αθήνα ο κανόνας είναι ότι τα παιδιά διακομίζονται άμεσα για νοσηλεία στο εφημερεύον Παιδιατρικό νοσοκομείο.

Τέλος, σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών ή τροχαίων ατυχημάτων με πολλά θύματα, Η Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας του ΤΕΠ μπορεί να φιλοξενήσει τα περιστατικά αυτά και να αποσυμφορήσει την αναζωογόνηση η οποία δε θα έχει την υποδομή να υποδεχτεί περισσότερους ασθενείς. Γενικά η MBN εξυπηρετεί σκοπούς αντιμετώπισης – νοσηλείας περιστατικών, όταν παρατηρείται συμφόρηση στο ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **5.5.4.β ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ MBN**

Βασικά πλεονεκτήματα της MBN είναι:

- Φιλτράρισμα των εισαγωγών των ασθενών στο νοσοκομείο [gatekeeper]

- Μείωση του κόστους νοσηλείας, Αναφέρεται ότι εξοικονομούνται από 1.000 έως 3.000 δολάρια για κάθε ασθενή στις ΗΠΑ (Graff 1997)
- Βελτίωση των εκβάσεων, με την αποτελεσματικότερη διάγνωση
- Βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αφού αποφεύγουν τη δυσάρεστη εμπειρία της εισαγωγής στο νοσοκομείο και επιστρέφουν σύντομα στο σπίτι τους.

### 5.5.5 ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΕΠ

Τελικά οι βασικοί δρόμοι που ακολουθεί ένα περιστατικό που έχει περάσει από τα προηγούμενα λειτουργικά στάδια, ανάλογα με την έκβαση της υγείας του, είναι (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Εισαγωγή στο νοσηλευτικό τμήμα (ως εσωτερικός πλέον ασθενής)
- Μεταφορά στο χειρουργείο (επείγουσα επέμβαση)
- Μεταφορά στην ειδική μονάδα (ΜΕΘ, ΜΑΦ)
- Έξοδος από το νοσοκομείο:Εξιτήριο

Στην Ελλάδα η ευθύνη για τη διεργασία αυτή ανήκει εξ ολοκλήρου στους ιατρούς του ΤΕΠ. Αντίθετα στις ΗΠΑ και στο Ην. Βασίλειο (και αλλού) όπου στα ΤΕΠ απασχολούνται εξειδικευμένοι-καταρτισμένοι νοσηλευτές, όπως οι clinical nurse specialists και οι nurse practitioners η διεργασία μπορεί να ακολουθείται σχεδόν αποκλειστικά με την ευθύνη των νοσηλευτών. Αναφέρεται ότι από τη στιγμή λήψης της απόφασης για έξοδο ενός ασθενή από το ΤΕΠ μέχρι τη στιγμή της αναχώρησης ο μέσος χρόνος δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10 λεπτά (Salluzo, Terranova, Verdile 1997). Για τα δεδομένα των Ελληνικών νοσοκομείων θεωρείται ο χρόνος αυτός ανέφικτος, ωστόσο, σε κάθε περίπτωση η προσπάθεια πρέπει να καταβάλλεται κυρίως από τους γιατρούς που είναι οι βασικοί υπεύθυνοι της διεργασίας ώστε τα εξιτήρια να δίδονται και να ολοκληρώνονται μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Στην απόφαση για την έκδοση του εξιτηρίου λαμβάνονται υπόψη παράμετροι όπως: η κλινική κατάσταση του ασθενή, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των αιτιών που τα προκάλεσαν, η εφαρμοζόμενη θεραπεία και η δυνατότητα συνέχισής της στο σπίτι, εφ' όσον είναι απαραίτητο.

Σαφώς, η προετοιμασία του ασθενή για την έξοδο προηγείται (πολλές φορές αρκετό χρόνο πριν) και μπορεί να περιλαμβάνει μια σειρά ενεργειών, όπως (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Διακοπή ενδοφλέβιων φαρμάκων
- Διακοπή οξυγονοθεραπείας
- Αποσύνδεση από τα monitors
- Υγιεινή-ευπρεπισμός ασθενή
- Ένδυση-υπόδηση

Κατά κανόνα, όλες οι ανωτέρω εργασίες εκτελούνται με ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού του ΤΕΠ και ειδικά ως προς τις κλινικές ενέργειες, αυτές εκτελούνται βάσει σχετικών ιατρικών οδηγιών.

Από πολλούς η στιγμή του εξιτηρίου έχει χαρακτηριστεί ως η στιγμή της αλήθειας για τον ασθενή. Με αυτό εκφράζεται ότι είναι η στιγμή κατά την οποία τίθεται η τελική διάγνωση εξόδου, δίδονται οι οδηγίες εξιτηρίου και γενικά δρομολογείται το περιστατικό ώστε να μη χρειαστεί να επιστρέψει στο ΤΕΠ, εκτός μόνο ως τακτικό περιστατικό, όταν προβλέπεται, στο Τμήμα Ε.Ι. του νοσοκομείου. Σαφώς, για τα ανωτέρω εκτιμάται η ικανότητα ενός ασθενή να αντιληφθεί βασικά πράγματα, όπως: όλες τις επιπτώσεις της θεραπείας (θετικές και αρνητικές). Την πρόγνωση για την περίπτωση του και τα μέτρα που πρέπει να λάβει σε κάθε αλλαγή της κλινικής του κατάστασης (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **5.6 ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Ο τρόπος εργασίας στο ΤΕΠ έχει αλλάξει στις μέρες μας σε σχέση με τα παραδοσιακά μοντέλα εργασίας που εφαρμόζονταν κατά το παρελθόν. Σήμερα γίνεται επανασχεδιασμός όλων των διεργασιών σε ένα ΤΕΠ, ώστε στο επίκεντρο της φροντίδας να βρίσκεται ο ασθενής και γύρω από αυτόν να περιστρέφονται όλοι οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό), σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή και όχι πλέον σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού ή της υπηρεσίας. Με άλλα λόγια, οι κανονισμοί [policies] και οι διαδικασίες [procedures] που εφαρμόζονται στο Τμήμα αυτό πρέπει να σχεδιάζονται με γνώμονα τις ανάγκες των επειγόντων περιστατικών.

Μια επίσης κυρίαρχη τάση στα μοντέλα εργασίας των νοσοκομειακών τμημάτων σε χώρες του εξωτερικού, όπως οι ΗΠΑ και το Ην. Βασίλειο, είναι η υποκατάσταση επαγγελματιών υγείας από άλλους με κριτήριο την ελαχιστοποίηση του χρόνου και του κόστους και την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Λόγου χάρη, οι ιατροί υποκαθίστανται από νοσηλευτές [nurse practitioners] στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων ελαφρών χειρουργικών περιστατικών ή οι νοσηλευτές από τεχνολόγους σε ορισμένες τεχνικές εργασίες στο ΤΕΠ κ.ο.κ. (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **5.7 ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ – ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Στο πλαίσιο των ανωτέρω αλλαγών, με επίκεντρο τον ασθενή, το βασικό μοντέλο εργασίας που αναδεικνύεται για το ΤΕΠ είναι η διεπαγγελματική – διεπιστημονική ομάδα. Με αυτόν τον όρο εννοείται η ομάδα που αποτελείται από τον αρμόδιο ιατρό ή ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους τεχνολόγους και το βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό που συνεργάζονται για να παρέχουν τη φροντίδα στον ασθενή από την πιο δύσκολη και περίπλοκη π.χ. καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση έως τις απλές καθημερινές εξετάσεις. Επίσης, δεδομένου ότι δεν είναι όλοι στην ομάδα εργασίας επιστήμονες υγείας (π.χ. βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό), για το λόγο αυτό προστέθηκε το επίθετο «διεπαγγελματική» στην ομάδα του ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Είναι γνωστό, ότι η παροχή φροντίδας υγείας [healthcare provision] και η επείγουσα φροντίδα [emergency care] ειδικότερα είναι ενιαία και πρέπει να παρέχεται με ολοκληρωμένο τρόπο. Κάθε ασθενής που χρήζει επείγουσας φροντίδας είναι μια μοναδική οντότητα που χρειάζεται εξατομικευμένη φροντίδα την οποία μόνο μια διεπαγγελματική-διεπιστημονική ομάδα μπορεί να του προσφέρει στο ΤΕΠ. Λόγου χάρη, η νοσηλεία δεν ανήκει σε «γραμμή παραγωγής» διαφορετική από την ιατρική πράξη.

Στη βιομηχανία παρατηρούνται τέτοια φαινόμενα, δηλαδή διαφορετικές γραμμές παραγωγής οι οποίες κινούνται παράλληλα και δε συναντιούνται πουθενά. Αντίθετα στον υγειονομικό τομέα και στην παροχή επείγουσας φροντίδας ειδικότερα, όλες οι «γραμμές παραγωγής» καταλήγουν σε ένα κοινό κανάλι και οδηγούν σε ένα «προϊόν» που δεν είναι άλλο από τη βελτίωση της υγείας του ασθενή. Αυτές οι συσχετίσεις πρέπει να γίνουν απόλυτα κατανοητές από όλους τους επαγγελματίες

υγείας και εργαζόμενους σε κάθε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, οι οποίοι με την εργασία τους συμπληρώνουν το έργο των συναδέλφων τους και όλοι μαζί συνεισφέρουν στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της υγείας των ασθενών (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Επίσης, στο πλαίσιο της συνεργασίας και της συναδελφικής αλληλεγγύης, σημαντική είναι η καλλιέργεια θετικού και φιλικού κλίματος μέσα στην ομάδα του ΤΕΠ. Το κλίμα αυτό πρέπει να πηγάζει από τα ανώτερα Διοικητικά Στελέχη του ΤΕΠ και να καλλιεργείται σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης. Μόνο έτσι μπορεί η ομάδα του ΤΕΠ να λειτουργεί απρόσκοπτα, ομαλά, αποδοτικά και αποτελεσματικά, κάτω από δύσκολες συνθήκες εργασίας, Δεν πρέπει να παραλείπεται ότι το φιλικό και θετικό κλίμα εργασίας μέσα στο ΤΕΠ αντανακλά και έχει επίπτωση στους ασθενείς και τους οικείους τους που περιμένουν μέσα στο ΤΕΠ. Η αποφυγή εχθρικών ή γενικά αρνητικών συμπεριφορών από πλευράς της ομάδας του ΤΕΠ διευκολύνει την ανάπτυξη συμπάθειας και σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και τους συγγενείς, πράγμα που απομακρύνει και τον κίνδυνο, όταν μια υπόθεση βγει εκτός ελέγχου, οι ασθενείς ή οι συγγενείς να στραφούν δικαστικά εναντίον της ομάδας του ΤΕΠ στο μέλλον (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Συμπερασματικά, το μοντέλο αυτό αφορά την παροχή φροντίδας υγείας, γενικά, ανεξάρτητα από το συγκεκριμένο τμήμα στο οποίο παρέχεται και συνεπώς η εφαρμογή του είναι ενδεδειγμένη όχι μόνο στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αλλά και σε όλα σχεδόν τα τμήματα ενός νοσοκομείου και στις υπηρεσίες.

## **5.8 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ – ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Σύμφωνα με την παρ. 6 του άρθρου 5 του Νόμου 2194/1994 (ΦΕΚ 34/Α'), κάθε νοσοκομειακό τμήμα γενικά διαθέτει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος ορίζεται ιατρός αντίστοιχης ειδικότητας, που κατέχει οργανική θέση και υπηρετεί στο τμήμα με βαθμό διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, το ρόλο του επιστημονικού υπευθύνου του τμήματος παίζει επιμελητής Α' που κατέχει οργανική θέση, εκτός αν υπηρετεί διευθυντής σε προσωποπαγή θέση, ο οποίος αναλαμβάνει προσωρινά τη διεύθυνση μέχρι να πληρωθεί η οργανική θέση. Η επιλογή του επιμελητή Α' γίνεται από το Δ.Σ. του νοσοκομείου, ύστερα από πρόταση της επιστημονικής επιτροπής, η οποία συνεκτιμά ποιοτική προϋπηρεσία και αρχαιότητα τόσο στην ειδικότητα όσο και στο βαθμό των υπηρετούντων επιμελητών

Α' του τμήματος. Όσον αφορά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ειδικά, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση Υ4α/οικ.4472/2003 (ΦΕΚ 32/Β') που αφορά στην οργάνωση και λειτουργία του ΤΕΠ, στο τμήμα αυτό προϊστάται Διευθυντής Ιατρός του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., με ειδικότητα χειρουργική η αναισθησιολογία ή παθολογία ή καρδιολογία ή πνευμονολογία, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διευθυντής, λογικά ακολουθείται η ανωτέρω διαδικασία αναπλήρωσης, η οποία ισχύει γενικά για τα νοσοκομειακά τμήματα. Εκτός από την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία ενός νοσοκομειακού τμήματος υπάρχει και η διοικητική ευθύνη. Η σύγχρονη τάση στο εξωτερικό είναι οι ίδιοι κλινικοί επαγγελματίες των ΤΕΠ να φέρουν και τη διοικητική και την επιστημονική ευθύνη των υπηρεσιών που παρέχουν (π.χ. Ιατρός-manager, Νοσηλεύτης-manager) και έτσι να έχουν τη συνολική ευθύνη για τη βελτίωση των λειτουργικών διεργασιών των υπηρεσιών αυτών. Στο ΤΕΠ, οι δύο βασικοί επιστημονικοί και διοικητικοί υπεύθυνοι είναι οι εξής (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

1. Διευθυντής Ιατρός ΤΕΠ [Director Physician], για τον τομέα της ιατρικής υπηρεσίας
2. Προϊστάμενος Νοσηλεύτης ΤΕΠ [Nurse Manager], για τον τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Τα δύο αυτά στελέχη καλούνται να αναλάβουν μεμονωμένα ή σε συνεργασία και από κοινού τη διοικητική και επιστημονική ευθύνη λειτουργίας του ΤΕΠ και να διαδραματίσουν όλους τους ρόλους που αναλαμβάνει και διαδραματίζει ο ηγέτης [leader], όπως ονομάζεται στη διεθνή βιβλιογραφία, του ΤΕΠ. Ανεξάρτητα εάν υπάρχει μόνο Διευθυντής Ιατρός ή μόνο Προϊστάμενος Νοσηλεύτης και οι δύο θα πρέπει να διαθέτουν ισχυρή προσωπικότητα, ικανότητα στη λήψη αποφάσεων, να διαθέτουν επαγγελματικό κύρος και να εμπνέουν το σεβασμό στο σύνολο των εργαζομένων του ΤΕΠ. Τέλος, η σχέση μεταξύ Διευθυντή Ιατρού και Προϊστάμενου Νοσηλεύτη πρέπει να χαρακτηρίζεται από όλες τις βασικές αρχές του επαγγελματισμού, δηλαδή αμοιβαίο σεβασμό, ειλικρίνεια και κυρίως συνεργασία (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## 5.9 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ ΤΕΠ

Ο Διευθυντής Ιατρός του ΤΕΠ, κατά κανόνα, αποτελεί τον ηγέτη [leader] του Τμήματος τόσο σε επιστημονικό όσο και σε διοικητικό επίπεδο. Στις ΗΠΑ σε αρκετά νοσοκομεία ο Διευθυντής Ιατρός του ΤΕΠ είναι μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου [Executive Committee] του νοσοκομείου και έχει δικαίωμα ψήφου στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων (Janiak 1997). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, διότι με την εκπροσώπηση αυτή και με το δικαίωμα ψήφου στο Δ.Σ., ο Διευθυντής Ιατρός αποκτά ισχυρό λόγο και θέτει το ΤΕΠ υψηλά στις προτεραιότητες του νοσοκομείου. Εάν υπάρχει ξεχωριστό Παιδιατρικό ΤΕΠ, τότε αυτό έχει δικό του Διευθυντή, κατά κανόνα, Παιδίατρο.

Βέβαια, ο Διευθυντής Ιατρός, εκτός από τον χρόνο που ασχολείται με τα περιστατικά του ΤΕΠ θα πρέπει να κερδίζει χρόνο για να εκτελεί τα διοικητικά του καθήκοντα και να μην περιορίζεται στο να δίνει μόνο διοικητικές εντολές προς τους υφιστάμενους. Επίσης, θα πρέπει να σκέφτεται για το ΤΕΠ, λαμβάνοντας υπόψη τις δυνατότητες αλλά και τις ανάγκες του τμήματος. Σύμφωνα με τον Janiak (1997), ανάλογα με το λειτουργικό μέγεθος του ΤΕΠ, απαιτείται και ανάλογος χρόνος για την άσκηση των διοικητικών καθηκόντων. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Σε ΤΕΠ με 20.000 ετήσιες επισκέψεις απαιτούνται min 10 hrs διοίκηση/εβδομάδα
- ✓ Σε ΤΕΠ με 30.000 ετήσιες επισκέψεις απαιτούνται min 20 hrs διοίκηση/εβδομάδα
- ✓ Σε ΤΕΠ με 40.000 ετήσιες επισκέψεις απαιτούνται min 30 hrs διοίκηση/εβδομάδα
- ✓ Σε ΤΕΠ με >50.000 ετήσιες επισκέψεις απαιτούνται min 40 hrs διοίκηση/εβδομάδα

Με βάση αυτά που είπε ο Janiak (1997), είναι εμφανές ότι για ένα μεγάλο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών απαιτείται full-time (το λιγότερο 8ώρες καθημερινά) εργασία στη διοίκηση του ΤΕΠ. Κάτι τέτοιο όμως αποτελεί δίλημμα για έναν ιατρό, διότι εάν εγκαταλείψει τα περιστατικά του και πάψει να ασχολείται με την κλινική πράξη, τότε οι κλινικές του δεξιότητες με τον καιρό θα ελαττωθούν και μετέπειτα το επαγγελματικό κύρος του Διευθυντή Ιατρού - όσο καλός και αν είναι -



θα αμφισβητηθεί από τους υφιστάμενους του γιατρούς. Εν κατακλείδι, είναι μεγάλης σημασίας η έστω και για λίγο χρόνο ενασχόληση του Διευθυντή Ιατρού με τους ασθενείς του ΤΕΠ (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### 5.10 ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕΠ

Στο ΤΕΠ προϊστάται νοσηλεύτης/-τρια, κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ (Πανεπιστημιακής ή Τεχνολογικής Εκπαίδευσης) με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική η οποία τεκμηριώνεται από τη θητεία σε ΤΕΠ της Ελλάδος ή του εξωτερικού, τη θητεία σε ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης και την εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ,4472/ 2003 (ΦΕΚ 32/Β'). Στην ελληνική πραγματικότητα σε πολλές περιπτώσεις ο Προϊστάμενος νοσηλεύτης/-τρια του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και του Τμήματος Ε.Ι. είναι ένα άτομο το οποίο φέρει τη συνολική ευθύνη για τη λειτουργία και των δύο τμημάτων (ΤΕΠ και Τ.Ε.Ι.) (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών Επείγουσας Φροντίδας (Emergency Nurses Association 1995) το ΤΕΠ έχει ανάγκη να διευθύνεται από έναν διπλωματούχο νοσηλεύτη, ο οποίος πρέπει:

- ✓ Να έχει επαρκή προηγούμενη εκπαίδευση, εμπειρία, ικανότητα στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- ✓ Να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται στο ΤΕΠ
- ✓ Να διαθέτει ικανότητες συντονισμού με άλλα τμήματα και υπηρεσίες π.χ. ΕΚΑΒ, λοιπά τμήματα του νοσοκομείου κ.ο.κ.
- ✓ Να εξασφαλίζει ότι τόσο το νοσηλευτικό όσο και το βοηθητικό προσωπικό διαθέτουν τις γνώσεις των διαδικασιών του τμήματός αλλά και τις δεξιότητες, ώστε να αντεπεξέρχονται στις σύγχρονες απαιτήσεις ενός ΤΕΠ

Όπως στις ΗΠΑ (Janiak 1997) έτσι και στην Ελλάδα, όταν δεν υπάρχει Διευθυντής Ιατρός ΤΕΠ, το ρόλο του ηγέτη του Τμήματος αυτού αναλαμβάνει ο Προϊστάμενος Νοσηλεύτης. Σε γενικές γραμμές, ο Προϊστάμενος/-νη νοσηλεύτης/-τρια του ΤΕΠ φέρει τη συνολική ευθύνη λειτουργίας του ΤΕΠ και ασκεί όλες τις διοικητικές και επιστημονικές αρμοδιότητες που απορρέουν από τη θέση του ως

προϊστάμενου του τμήματος. Το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού μαζί και του βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού πρέπει να βρίσκεται υπό την εποπτεία του Προϊστάμενου Νοσηλευτή του ΤΕΠ. Επίσης, είναι σημαντικό να έχει υπό την εποπτεία του και το βοηθητικό προσωπικό των εξωτερικών συνεργατών ώστε να εξασφαλίζει την άσπαστη λειτουργία από ξενοδοχειακής πλευράς. Τέλος, ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής προβλέπει τις ανάγκες σε νοσηλευτικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό και υποβάλλει σχετικές εισηγήσεις προς τη Διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον ετήσιο προγραμματισμό προσλήψεων προσωπικού του νοσοκομείου. (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

### 5.11 ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕΠ

Σε πολλά ΤΕΠ η ευθύνη συντονισμού και διαχείρισης των λειτουργικών διεργασιών του ΤΕΠ, με σκοπό την ταχύτερη ροή των ασθενών, ανατίθεται σε ένα νοσηλευτή που αποκαλείται Συντονιστής. Ο Συντονιστής Νοσηλευτής ΤΕΠ συγκεντρώνει βασικές υπευθυνότητες όπως (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- ✓ Έλεγχος και διευκόλυνση ροής ασθενών στο ΤΕΠ
- ✓ Επικοινωνία με όλους τους εμπλεκόμενους στην παροχή φροντίδας, δηλαδή ιατρούς, λοιπούς νοσηλευτές, βοηθούς κλπ
- ✓ Συντονισμός και μέριμνα για εκτέλεση όλων των απαιτούμενων ενεργειών για την αντιμετώπιση ιδίως των σοβαρών περιστατικών
- ✓ Έλεγχος εξοπλισμού και υλικού του ΤΕΠ (ενυπόγραφα)

Σε επίπεδο ιατρικής υπηρεσίας ΤΕΠ, βασικοί ρόλοι που αναδεικνύονται στο πλαίσιο της αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων είναι οι ακόλουθοι (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- ✓ Υπεύθυνος εποπτείας-εκπαίδευσης ειδικευόμενων στο ΤΕΠ
- ✓ Υπεύθυνος Ιατρός της MBN
- ✓ Υπεύθυνος συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (π.χ. για διοργάνωση ημερίδων και σεμιναρίων σε θέματα εξειδίκευσης ΚΑΡΠΑ κλπ)
- ✓ Συντονιστής εφημερίας

## 5.12 ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στο Συντονιστή Εφημερίας, διότι στα ελληνικά νοσοκομεία σπάνια υπάρχει θέση Διευθυντή Ιατρού ΤΕΠ ή ακόμη και όταν υπάρχει δεν είναι πάντα πληρωμένη θέση. Ως εκ τούτου, ο Συντονιστής Εφημερίας καλείται να αναλάβει και να διαδραματίσει ρόλους Διοικητικού Υπευθύνου του ΤΕΠ, για όλα τα σοβαρά λειτουργικά ζητήματα τα οποία ανακύπτουν (π.χ. υποδοχή περιστατικών, αντιμετώπιση θυμάτων τροχαίων ατυχημάτων, διακομιδές κλπ), πολλά εκ των οποίων απαιτούν συντονισμό με άλλες υπηρεσίες. Σημαντικότερος είναι ο ρόλος του Συντονιστή Εφημερίας σε σχέση με την επικοινωνία με το ΕΚΑΒ.

Με βάση τα ανωτέρω, ο Συντονιστής Εφημερίας θα πρέπει, εκτός της κλινικής εμπειρίας την οποία κατά κανόνα διαθέτει, να έχει επιπλέον διοικητικές γνώσεις, οργανωτικές και επικοινωνιακές ικανότητες (Mayer 1997). Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν ιατροί μόνιμοι στο ΤΕΠ, όπως συνήθως συμβαίνει στα ελληνικά νοσοκομεία, τότε ο Συντονιστής Εφημερίας πρέπει να βρίσκει τρόπους κάλυψης των αναγκών του ΤΕΠ, είτε συντονίζοντας ιατρούς από άλλα τμήματα, είτε καλώντας την ομάδα αναζωογόνησης (π.χ. όταν πρόκειται για ανακοπή), είτε ζητώντας την υποστήριξη των ειδικευόμενων ιατρών (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΗΘΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΠ

### 6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλα τα ηθικά, δεοντολογικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενέχουν διλήμματα και προϋποθέτουν τη λήψη δύσκολων αποφάσεων οι οποίες αναφέρονται σε σοβαρά θέματα όπως ο θάνατος, η ανθρώπινη ζωή, η σωματική ή διανοητική αναπηρία κλπ. Σε τέτοια λοιπόν ζητήματα (ηθικά, δεοντολογικά, νομικά) που απαιτείται η λήψη μιας σοβαρής απόφασης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σημαντικοί παράγοντες όπως (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Νομοθεσία (γενική ή ειδική θεμάτων)
- Κώδικες δεοντολογίας (ιατρικής, νοσηλευτικής)
- Επαγγελματικά δικαιώματα
- Απόρρητο ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (διαχείριση φακέλου ασθενή)
- Κανονισμοί και διαδικασίες νοσηλευτικού ιδρύματος (πχ εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας όταν π)
- Διαδικασίες που αφορούν στις τοπικές αστυνομικές και δικαστικές αρχές
- Κοινωνικοί παράγοντες
- Οικογενειακοί παράγοντες (πχ ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου στην οικογένεια του ασθενή)
- Ατομικοί παράγοντες ασθενή (πχ θρησκευτικές πεποιθήσεις, ιδεολογία, πολιτισμικοί παράγοντες κοκ)

Το όφελος του ασθενούς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη λήψη αποφάσεων πάνω σε ηθικά ζητήματα στο ΤΕΠ. Κύριο μέλημα των ενεργειών μας αποτελεί η διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του, η κάλυψη των αναγκών του, η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου ή όπως λέγεται σήμερα η προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων του (Ν. 2472/1997), η πλήρη και ορθή πληροφόρηση του και η λήψη συναίνεσης για θεραπεία. Όλα τα παραπάνω όμως πρέπει να εξασφαλίζονται χωρίς να προσβάλλονται και τα δικαιώματα των

επαγγελματιών του ΤΕΠ, τα οποία είναι εξίσου σημαντικά (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## 6.2 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Για κάθε επαγγελματία υγείας που εργάζεται στο ΤΕΠ, βασική δεοντολογική αρχή αποτελεί η υποχρέωση να αντιμετωπίζει όλα τα περιστατικά που χρήζουν επείγουσας φροντίδας, ανεξάρτητα από την οικονομική ικανότητα (δυνατότητα να πληρώσουν ή όχι), την ασφαλιστική κάλυψη, την κοινωνική κατάσταση ή οποιαδήποτε άλλη παράμετρο που δεν έχει σχέση με την κλινική κατάσταση κάθε περιστατικού (Walsh & Kent 2003).

## 6.3 ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΤΕΠ

Αναπόσπαστο δικαίωμα κάθε ασθενή ο οποίος προσέρχεται στο ΤΕΠ είναι η λήψη της συναίνεσής του από το προσωπικό μετά την εξέτασή του και πριν την εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας του. Βασική προϋπόθεση για αυτό είναι το φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης και η ικανοποιητική επικοινωνία του με το περιβάλλον. Η συναίνεση του ασθενούς μπορεί να είναι είτε γραπτή είτε προφορική. Από νομικής πλευράς είναι καλύτερα να λαμβάνεται γραπτώς η συναίνεση των ασθενών, διότι με τον τρόπο αυτό κατοχυρώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό οι επαγγελματίες υγείας σε περίπτωση προσφυγής του στη δικαιοσύνη. Ανεξάρτητα από τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (γραπτή, προφορική), η συναίνεση αποτελεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο δικαίωμα όλων των ενήλικων ασθενών (Walsh & Kent 2003, George 1997).

Η συναίνεση του ασθενούς λαμβάνεται κατόπιν ορθής και πλήρους ενημέρωσης του κάθε ασθενή σχετικά με τα παρακάτω:

- Είδος της θεραπείας
- Οφέλη και κίνδυνοι από τη θεραπεία
- Εναλλακτικές μορφές θεραπείας, εφόσον υπάρχουν
- Πιθανά συγκριτικά οφέλη και κίνδυνοι από τις εναλλακτικές θεραπείες
- Πιθανότητα κλινικού κινδύνου και /ή οφέλους, εάν δεν εφαρμοστεί καθόλου θεραπεία (George 1997)

Όσον αφορά στη συναίνεση ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ειδικά, ισχύει το λεγόμενο <<δόγμα του επείγοντος>>, με βάση το οποίο κάθε επείγον περιστατικό πρέπει να αντιμετωπίζεται με τρόπο ώστε να μεγιστοποιούνται οι πιθανότητες για τη διάσωση της ανθρώπινης ζωής και την εξασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας, χωρίς να χάνεται πολύτιμος χρόνος σε γραφειοκρατικές διατυπώσεις. Την άποψη αυτή υιοθετούν, κατά κανόνα και οι δικαστικές αρχές όταν τίθενται ενώπιον τους τέτοιες υποθέσεις. Δηλαδή η νομοθεσία και η δικαιοσύνη αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ευελιξία το θέμα της παράληψης λήψης συναίνεσης από ασθενή στο ΤΕΠ σε σύγκριση με την εξέτασή του στα άλλα νοσοκομειακά τμήματα, λόγω ακριβώς των επειγουσών καταστάσεων που αντιμετωπίζουν τα περιστατικά στο συγκεκριμένο τμήμα (George 1997).

Το δόγμα του επείγοντος έχει διπλή σημασία. Από τη μια, εξυπηρετεί στη νομική κατοχύρωση των ιατρών του ΤΕΠ και από την άλλη πλευρά ενθαρρύνει τους αρμόδιους επαγγελματίες του ΤΕΠ να ενεργούν κατά βούληση και να λαμβάνουν τις απαραίτητες κλινικές αποφάσεις, με γνώμονα το συμφέρον των ασθενών, χωρίς να σπαταλούν χρόνο. Το ζήτημα της συναίνεσης ασθενών έχει μεγαλύτερη έννοια για τα περιστατικά που δεν είναι (εξαιρετικά) επείγοντα, δηλαδή στην κλίμακα της διαλογής συγκαταλέγονται στις κατηγορίες 3,4, ή 5 (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

Παρακάτω παρουσιάζονται τα συχνότερα περιστατικά που εγείρουν ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα στους επαγγελματίες υγείας του ΤΕΠ.

#### **6.4 ΑΝΗΛΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ <18 ΕΤΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ – ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ**

Στο αγγλικό σύστημα υγείας ένα έφηβο άτομο 16 ή 17 ετών, σε θέματα συναίνεσης για νοσηλεία, έχει την ίδια αντιμετώπιση. Δε συμβαίνει όμως το ίδιο σε γονέα ή του κηδεμόνα για τη νοσηλεία του παιδιού παιδιά και εφήβους κάτω των 16 ετών, όπου είναι υποχρεωτική η συναίνεση του. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κηδεμόνες συναινούν και το παιδί νοσηλεύεται χωρίς προβλήματα. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς αρνούνται να συναινέσουν με πιθανούς λόγους εγκληματικές ενέργειες, κακοποίηση-παραμέληση παιδιού. Τότε λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να απευθυνθούν στην διοίκηση του νοσοκομείου παρά την έλλειψη γονικής συναίνεσης (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## 6.5 ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΕΠ - ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Η λήψη της συναίνεσης από έναν ενήλικα ασθενή ο οποίος έχει φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης και καλή επικοινωνία με το περιβάλλον είναι μια απλή και ξεκάθαρη διαδικασία που είτε αφορά την εισαγωγή στο ΤΕΠ είτε άλλες ενέργειες που εκτελούνται στο ΤΕΠ. Αναφέρεται (Davis 1993) ότι είναι νομικό δικαίωμα του ενήλικα ασθενή να αρνηθεί την παροχή συναίνεσης για νοσηλεία. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που το δικαίωμά του αυτό δεν έχει ισχύ, διότι η συναισθηματική ή η διανοητική του κατάσταση μπορεί να είναι τέτοια που δεν του επιτρέπει να πάρει σωστές αποφάσεις για την υγεία του. Σε αυτές τις επεμβαίνει εισαγγελέας ή δικαστικός λειτουργός και συνεχίζεται η νοσηλεία του. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας του ΤΕΠ δε λαμβάνουν υπόψη τους επιθυμίες ασθενών σχετικά με διακοπή παροχής πρώτων βοηθειών ή μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς κυρίως λόγους (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Τέλος, έχει ειπωθεί η άποψη ότι οι ασθενείς οι οποίοι έχουν αποφασίσει να αυτοκτονήσουν, αρνούμενοι μια θεραπεία, και εφόσον είναι σε θέση διανοητικά να λάβουν μια τέτοια απόφαση, πρέπει να τους αναγνωρίζεται το δικαίωμα αυτό (Davis 1993). Αντίθετα στην Ελλάδα κάτι τέτοιο δεν εφαρμόζεται στην πράξη διότι βασική αρχή του υγειονομικού συστήματος της χώρας είναι ότι κάθε περιστατικό που προσέρχεται ή διακομίζεται στα ΤΕΠ και χρήζει υποστήριξης της ζωής, εφαρμόζεται σε αυτό η ενδεδειγμένη-βασική ή εξειδικευμένη –καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.

Όταν πρόκειται για ψυχιατρικούς ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν σεβασμό προσωπικότητα του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του όταν είναι σε θέση να εκφραστεί. (Π.Δ. 216/2001). Όταν δεν είναι σε θέση να εκφραστεί, βρίσκεται σε κατάσταση παραληρήματος και γενικά όταν το επίπεδο επικοινωνίας δεν είναι ικανοποιητικό και ο ασθενής αρνείται τη θεραπεία, η αντιμετώπιση είναι τελείως διαφορετική και δε ζητείται συναίνεση (Mental & Health Act 1983). Στο Ην. Βασίλειο η νομοθετική πράξη Mental Health Act 1983 ορίζει τους κανόνες εισαγωγής των ψυχιατρικών ασθενών στα νοσοκομεία της χώρας. Η νομοθετική αυτή πράξη προσφέρει σε όλους τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας το δικαίωμα να κρατηθεί ένας ψυχιατρικός ασθενής σε ψυχιατρική κλινική για όσο χρονικό διάστημα απαιτεί η κατάστασή του ακόμα και παρά τη θέλησή του. Η πλειοψηφία των ψυχιατρικών ασθενών στα ΤΕΠ εισάγεται με αυτόν τον τρόπο. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ζητά να εισαχθεί για βοήθεια και ψυχιατρική περίθαλψη (Walsh & Kent 2003). Στο αγγλικό σύστημα, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί ακόμα και να αρνηθεί τη εισαγωγή ενός

ψυχικά αρρώστου, αν κρίνει ότι κρύβονται κοινωνικοί, οικονομικοί ή άλλοι λόγοι πίσω από το αίτημα για εισαγωγή. Στην Ελλάδα, όσον αφορά την εισαγωγή των ψυχιατρικών περιστατικών, ορίζεται στο άρθρο 96 (παρ.1) του Νόμου 2071/1992 ότι <<...την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκπλαγίου μέχρι και του δεύτερου βαθμού ή όποιος έχει τη επιμέλεια του ανθρώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή>> (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **6.6 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΙΘΑΝΟΝ ΕΧΟΥΝ ΕΜΠΛΑΚΕΙ ΣΕ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

Διαφορετική είναι η κατηγορία ασθενών οι οποίοι παρότι είναι πραγματικά επείγοντα περιστατικά αρνούνται την εισαγωγή τους στο ΤΕΠ ή τη νοσηλεία τους. Πίσω από αυτή την άρνησή τους συνήθως υποκρύπτεται εμπλοκή σε εγκληματικές ενέργειες (πχ διάρρηξη, ληστεία, τρομοκρατική ενέργεια κλπ). Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις κατά τις οποίες διακομίζονται στα ΤΕΠ περιστατικά με κακώσεις για τα οποία το προσωπικό είναι σε θέση να βγάλει συμπεράσματα για τον τρόπο με τον οποίο προκλήθηκαν. Στο σημείο αυτό όμως αντιμετωπίζουν το δίλημμα αν θα πρέπει να καλέσουν τις αστυνομικές αρχές. Στις περιπτώσεις αυτές χρήσιμο είναι είδη όπως ενδύματα, υποδήματα, προσωπικά αντικείμενα των ασθενών να μην πετιούνται ως άχρηστα, γιατί μπορεί να αποτελέσουν αποδεικτικά στοιχεία χρήσιμα για την αστυνομία (Walsh & Kent 2003). Για το λόγο λοιπόν αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό προστατεύει σε ασφαλές σημείο τα αντικείμενα αυτά. Σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ ορίζεται ρητά στη νομοθεσία ότι <<όλα τα τραύματα εκ πυροβολισμών πρέπει να στις αστυνομικές αρχές>> (George 1997).

## **6.7 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ Ή ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

Μία άλλη κατηγορία ασθενών που χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης από το αλκοολικά, χρήστες ουσιών που διακομίζονται στο νοσοκομείο επί συνδρόμου στέρησης και οι οποίοι μπορεί να έχουν εμπλακεί και σε κάποιο άλλο συμβάν όπως π.χ. τροχαίο ατύχημα. Αυτοί λοιπόν οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από



τους επαγγελματίες υγείας με καχυποψία, να μη λαμβάνουν τίποτα ως δεδομένο και πολλές φορές είναι αναγκασμένοι να συνεργαστούν με τις αρμόδιες αστυνομικές αρχές όταν υπάρχει υποψία παράβασης του νόμου από αυτά τα άτομα. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις στις οποίες ασθενείς και συγκεκριμένα χρήστες παράνομων ουσιών εκμυστηρεύονται πληροφορίες στον ιατρό του ΤΕΠ σχετικά με το είδος της ουσίας που έλαβαν, την ποσότητα, το χρόνο λήψης κτλ και τότε προκύπτουν σοβαρά δεοντολογικά διλήμματα. Από τη μια δηλαδή τα στοιχεία που συγκεντρώνονται είναι πολύ σημαντικά και χρήσιμα για την κλινική αντιμετώπιση των ασθενών από την άλλη όμως αν υπάρξει συνεργασία με τις αστυνομικές αρχές μπορεί αυτές να θελήσουν να εκμεταλλευτούν τις πληροφορίες αυτές προκειμένου να βοηθηθούν έρευνες που βρίσκονται σε εξέλιξη. Τις περισσότερες φορές διλήμματα τέτοιου είδους επιλύονται σε επίπεδο ανώτερης και ανώτατης Διοίκησης του νοσοκομείου σε συνεργασία με τις αρμόδιες αστυνομικές αρχές (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **6.8 ΤΕΠ ΚΑΙ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες προσέρχονται ή διακομίζονται στα ΤΕΠ ασθενείς οι οποίοι είτε είναι χρήστες παράνομων ουσιών είτε υπάρχει υποψία να είναι μπλεγμένοι σε εγκληματικές ενέργειες. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται η συνεργασία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών με τις αστυνομικές αρχές και μάλιστα προς όφελος και των δύο καλό είναι να έχουν αναπτύξει καλές σχέσεις συνεργασίας. Αν λοιπόν η αστυνομία κρίνει ότι κάποιο περιστατικό πρέπει να συλληφθεί ενώ χρήζει περαιτέρω νοσηλείας τότε στην περίπτωση αυτή όπως απαιτεί και η ελληνική νομοθεσία υπάρχει στο νοσοκομείο ένας κατάλληλα διαμορφωμένος θάλαμος-κελί που προορίζεται για τη κράτηση-νοσηλεία τέτοιου είδους περιστατικών, και το οποίο φυλάσσεται από κατάλληλο άτομο 24 ώρες το 24ωρο. Λόγω της σοβαρότητας των ζητημάτων αυτών, είναι προτιμότερο σε κάθε τέτοια περίπτωση να ειδοποιείται άμεσα η Διοίκηση και οι αρμόδιες υπηρεσίες του νοσοκομείου (π.χ. φύλαξη- ασφάλεια κλπ) και ο χειρισμός των θεμάτων να γίνεται από τη Διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου (Walsh & Kent 2003).

Στο πλαίσιο των ανωτέρω συναλλαγών, η αστυνομία πολλές φορές ζητάει πρόσβαση σε στοιχεία σχετικά με ονοματεπώνυμα, διευθύνσεις νοσηλευθέντων των ΤΕΠ ή ακόμα ιατρικά δεδομένα από τους φακέλους των ασθενών, τα οποία διέπει το ιατρικό απόρρητο. Στις περιπτώσεις αυτές ανακύπτουν δεοντολογικά διλήμματα σχετικά με τη πρόσβαση ή μη της αστυνομίας στα δεδομένα του ιατρικού αρχείου του

ΤΕΠ. Σύμφωνα με τους McHale et al (1998), η αστυνομία κανονικά δε θα πρέπει να έχει δικαίωμα αυτόματης πρόσβασης στα δεδομένα των ιατρικών φακέλων των ασθενών. Ωστόσο, στο Ην. Βασίλειο, σύμφωνα με τη νομοθετική πράξη: Police and Criminal Evidence Act, σε σοβαρές περιπτώσεις (π.χ. ύποπτοι τρομοκρατικών ενεργειών) η αστυνομία έχει δικαίωμα να ζητήσει από το ΤΕΠ άμεση πρόσβαση στα ζητούμενα αρχεία. Στην Ελλάδα από την άλλη πλευρά, ο κανόνας είναι τα στοιχεία σε τέτοιες περιπτώσεις να χορηγούνται άμεσα κατόπιν σχετικής εισαγγελικής εντολής. Όσον αφορά τη χορήγηση στοιχείων στην αστυνομία από τους φακέλους των ασθενών, πρέπει να επισημανθεί ότι το ιατρικό αρχείο που τηρείται στα ελληνικά νοσοκομεία είναι, κατά κανόνα, ένα κεντρικό αρχείο. Ως εκ τούτου η εμπλοκή του ΤΕΠ στο ζήτημα της παροχής στοιχείων από το ιατρικό αρχείο είναι μικρή ή ανύπαρκτη (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## **6.9 ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ**

Ένα θέμα που ανακύπτει σε περιπτώσεις όπου απειλείται η ανθρώπινη ζωή και επιχειρείται καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση στο ΤΕΠ είναι η απαίτηση αρκετών συγγενών να παρευρίσκονται στην αίθουσα της αναζωογόνησης (Walsh & Kent 2003). Δύο μελετητές ο Barratt και ο Wallis υπέδειξαν ότι αν οι συγγενείς των περιστατικών είναι παρόντες στη διαδικασία της αναζωογόνησης τότε σε περίπτωση που ο ασθενής δε τα καταφέρει υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες να καταλογίσουν αργότερα ευθύνες στο προσωπικό του ΤΕΠ. Διεθνώς εφαρμόζονται διαφορετικές τακτικές στα Τμήματα Επειγόντων περιστατικών. Σε κάποια δεν επιτρέπεται καθόλου η είσοδος τρίτων στον χώρο της αναζωογόνησης εκτός από το προσωπικό ενώ σε κάποια άλλα επιτρέπεται επιλεκτικά. Στην Ελλάδα λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες συνθήκες και γενικά τα ελληνικά δεδομένα, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι μια τέτοια κίνηση μόνο προβλήματα θα μπορούσε να επιφέρει και θα δυσκόλευε κατά πολύ το έργο της ομάδας της αναζωογόνησης. Όσο λιγότερα άτομα παρευρίσκονται στο χώρο που παρέχονται οι πρώτες βοήθειες τόσο καλύτερα είναι για την έκβαση των περιστατικών. Οι βασικοί λόγοι για την άποψη αυτή είναι (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Σε αρκετά ΤΕΠ ελληνικών νοσοκομείων ο χώρος είναι όσο περιορισμένος ώστε δεν επαρκεί για το ίδιο το προσωπικό

- Ακόμα και όταν επαρκεί ο χώρος και δεν είναι μικρός, με την παρουσία τρίτων περιορίζεται σημαντικά ο ζωτικός χώρος και η ελευθερία κινήσεων το προσωπικού
- Οι Έλληνες είναι άνθρωποι που δεν υπακούν πάντοτε σε κανόνες, ως εκ τούτου η κίνηση συγγενών σε χώρους με κρίσιμη σημασία για την υγεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε παραβίαση σημαντικών κανόνων (π.χ. ασηψίας-αντισηψίας), με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας ή τη δυσμενή έκβαση των περιστατικών με δική τους ευθύνη
- Η επιλεκτική είσοδος προκαλεί διενέξεις μεταξύ των παρευρισκομένων στο χώρο της αναμονής οι οποίες επιβαρύνουν το ήδη φορτισμένο κλίμα που επικρατεί σε ένα ΤΕΠ σε ώρες αιχμής. Επομένως, ο κανονισμός της απαγόρευσης της εισόδου στο χώρο της αναζωογόνησης είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται ανεξαιρέτως σε όλους

## **6.10 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Στα ελληνικά νοσοκομεία η ενημέρωση των συγγενών των ασθενών είναι αποκλειστική αρμοδιότητα των ιατρών του ΤΕΠ. Κάτι παρόμοιο εφαρμόζεται και στην Αγγλία μόνο που εκεί μία τέτοιο έργο θα μπορούσε να το αναλάβει και ο Προϊστάμενος Νοσηλεύτης ή πεπειραμένο νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ. Η ενημέρωση αποτελεί αναγνωρισμένο δικαίωμα όλων των ασθενών, διεθνώς (Χάρτης Δικαιωμάτων του Ασθενή, Ην. Βασίλειο, George 1997).

### **6.10.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ:**

- ✓ Η ειλικρίνεια από όλους τους εμπλεκόμενους προς τους συγγενείς που ζητούν πληροφόρηση είναι βασική αρχή, διαφορετικά χάνεται η αξιοπιστία
- ✓ Η τεχνικοί ή επιστημονικοί όροι πρέπει να αποφεύγονται διότι δεν γίνονται κατανοητοί από τους μη επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται σύγχυση αλλά και φόβος ή ακόμα και πανικός στους συγγενείς
- ✓ Αποκλειστική επικέντρωση στις ενέργειες που γίνονται τη δεδομένη στιγμή  
Π.χ. <<ο άρρωστός σας υποστηρίζεται μηχανικά στην αναπνοή με αναπνευστήρα, του χορηγούμε αίμα κ.ο.κ.>>
- ✓ Οι λεπτομέρειες τις περισσότερες φορές είναι περιττές

- ✓ Αποφεύγονται οι προβλέψεις για την έκβαση του περιστατικού (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005)

## **6.11 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

### **6.11.1 ΤΗΡΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ**

Στον όρκο του Ιπποκράτη εισάγεται η έννοια του ιατρικού απορρήτου, όπου αναφέρεται το εξής: <<...και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δε θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά>>. Ο σεβασμός και η προστασία της αξιοπρέπειας των ασθενών καθώς και η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου αποτελούν ευθύνη και αρμοδιότητα όλου του προσωπικού του ΤΕΠ, το οποίο με τη σειρά του οφείλει να τις εξασφαλίζει, με όλα τα μέσα που έχει στην διάθεση του (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Εάν ζητηθεί από τον ασθενή η τήρηση του απορρήτου και προς τους οικείους του, πράγμα που συμβαίνει και όχι ιδιαίτερα σπάνια, τότε προτιμότερο είναι να λαμβάνεται γραπτώς και ενυπόγραφα ένα τέτοιο αίτημα και να τηρείται στο φάκελο του ασθενή (Henry 1997). Έτσι ακόμα και αν οι συγγενείς του ασθενή ζητήσουν ευθύνη για έλλειψη πληροφόρησης, ο ίδιος ο ασθενής θα ευθύνεται για αυτό και όχι ο ιατρός. Σοβαρά διλήμματα όμως ανακύπτουν σχετικά με το ζήτημα του ιατρικού απορρήτου σε περιπτώσεις υποψίας εγκληματικών ενεργειών. Από τη μια βρίσκεται η υποχρέωση του ιατρού να αναφέρει στις αστυνομικές αρχές τυχόν υποψίες και από την άλλη πλευρά η προστασία προσωπικών δεδομένων που διέπονται από το ιατρικό απόρρητο.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το Νόμο 2472 (ΦΕΚ 50/ Τεύχος Α΄) έχει συσταθεί ανεξάρτητη Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία λειτουργεί από το 1997. Αποστολή της αρχής αυτής είναι η προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η εν γένει διαχείριση των θεμάτων αυτών (π.χ. τήρηση απορρήτου,, περιπτώσεις παραβίασης απορρήτου κ.ο.κ.) (Ν.2472/1997). Επίσης σύμφωνα με τον ίδιο Νόμο (άρθρο 2) <<τα δεδομένα (του ατόμου) που αφορούν .....την υγεία.....>> νοούνται ως ευαίσθητα δεδομένα, επίσης, κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο υποκείμενο των δεδομένων νοείται ως <<προσωπικό δεδομένο>>.

Συνεπώς , τα δεδομένα υγείας που τηρούνται μέσα στο φάκελο του ασθενή είναι ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και πρέπει να <<συλλέγονται κατά τρόπο θεμιτό και νόμιμο για καθορισμένους, σαφείς και νόμιμους σκοπούς και να υφίστανται νόμιμη και θεμιτή επεξεργασία εν όψει των σκοπών αυτών (Ν.2472/1997, άρθρο 4). Επίσης, η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι απόρρητη (άρθρο 10) και δεδομένα που αφορούν την υγεία γνωστοποιούνται στο υποκείμενο μέσω ιατρού (άρθρο 12, παρ. 6) και τέλος <<απαγορεύεται η συλλογή και επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων>>, χωρίς την άδεια της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (άρθρο 7). Βέβαια υπάρχουν και εξαιρέσεις στον γενικό κανόνα της απαγόρευσης της πρόσβασης τρίτων σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των ασθενών, όταν τα δεδομένα αυτά προορίζονται για δικαστική χρήση και όταν υπάρχει έννομο συμφέρον από το άτομο που αιτείται της χρήσης και επεξεργασίας των στοιχείων (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Επίσης κατά το 2001 εκδόθηκε το Προεδρικό Διάταγμα (Π.Δ.) με το οποίο τέθηκε σε ισχύ ο Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, στον οποίο, με το άρθρο 11, ορίζεται αναφορικά με την τήρηση του απορρήτου των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων ότι: << ο νοσηλευτής οφείλει...να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του>> (Π.Δ. 216/2001). Στο Ην. Βασίλειο ο Κώδικας Επαγγελματικής Δεοντολογίας για Νοσηλευτές και Μαιευτείς εκδόθηκε από το Εθνικό Συμβούλιο Νοσηλευτών-Μαιευτών του Ην. Βασιλείου και τέθηκε σε ισχύ το 2002. Σύμφωνα με το άρθρο 5 του κώδικα αυτού, με όμοιο τρόπο με τον Ελληνικό κώδικα δεοντολογίας, ορίζεται ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αντιμετωπίζουν ως απόρρητα τα δεδομένα υγείας των ασθενών και να τα διαχειρίζονται με εμπιστευτικό τρόπο. Ακόμη οι επιθυμίες των ασθενών σχετικά με τη μεταφορά ή όχι πληροφοριών προς τους συγγενείς, συνοδούς πρέπει να γίνονται σεβαστές. Εάν χρειαστεί η χορήγηση απόρρητων ιατρικών, νοσηλευτικών πληροφοριών σε τρίτους, εκτός της υγειονομικής ομάδας που παρέχει τη φροντίδα στον ασθενή, τότε πρέπει απαραίτητα να λαμβάνεται προηγουμένως η συναίνεση του ασθενή. Σε περίπτωση που το τελευταίο δεν είναι εφικτό (είτε ο ασθενής δεν επιθυμεί, είτε δεν είναι σε θέση να συναινέσει), τότε η άνευ συναίνεσης χορήγηση ευαίσθητων και προσωπικών δεδομένων του ασθενή δικαιολογείται μόνο όταν (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- Συντρέχουν λόγοι προστασίας δημοσίου συμφέροντος (προστασία ατόμων από πιθανούς κινδύνους κλπ)
- Υπάρχει Εισαγγελική παραγγελία ή εκκρεμούσα δικαστική απόφαση

## 6.12 ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΗ- ΤΕΠ

Στις μέρες μας περίπου 2/3των συμβάντων συμβαίνουν μέσα σε (νοσηλευτικά) ιδρύματα με μεγάλη αναλογία αιφνίδιων θανάτων να συμβαίνουν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Walsh & Kent 2003). Για αυτό λοιπόν το λόγο ένα από τα πιο δύσκολα και ψυχοφθόρα καθήκοντα που περιλαμβάνει η εργασία στο ΤΕΠ είναι η αντιμετώπιση του αιφνίδιου θανάτου και η υποστήριξη των πενθούντων. Κάθε επαγγελματίας υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ιατρός, νοσηλεύτης κλπ) πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος να αντιμετωπίζει τέτοιες καταστάσεις και αυτό γιατί υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο θάνατο ασθενή στο ΤΕΠ από το θάνατο ασθενούς σε κάποιο άλλο νοσηλευτικό τμήμα. Συνήθως στο τελευταίο ο θάνατος είναι πολλές φορές φυσική κατάληξη χρόνιων κι ανίατων παθήσεων εν αντιθέσει με τα ΤΕΠ που μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιου αυτοκινητιστικού ατυχήματος, ή κάποιο βρέφος που πέθανε αιφνίδια ενώ κοιμόταν ή ακόμα ένα μεσήλικα που έχασε τη ζωή του από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς να προλάβει να φτάσει στο ΤΕΠ.

Σε περίπτωση λοιπόν που σημειωθεί κάποιος θάνατος στο χώρο του ΤΕΠ όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να δεχτούν από τους συγγενείς του θανόντος μια σειρά από ερωτήσεις του τύπου <<πώς συνέβη;>> <<γιατί συνέβη;>> <<γιατί δεν το προλάβετε;>> Σε τέτοιες λοιπόν καταστάσεις όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται η διαχείρισή τους από το προσωπικό και από το Διευθυντή και τον Προϊστάμενο του ΤΕΠ τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες να καταλήξουν κάποιες υποθέσεις στα Δικαστήρια για το αν υπάρχει ή όχι ευθύνη του Τμήματος για το θάνατο. Έχει παρατηρηθεί αρκετές φορές ότι η ελλιπής πληροφόρηση ή η παραπληροφόρηση των συγγενών σε συνδυασμό με την άγνοια τους σε θέματα υγείας μπορεί τελικώς να τους οδηγήσει στα Δικαστήρια για διεκδίκηση αποζημιώσεων (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Μία από τις πιο βασικές ευθύνες του προσωπικού του ΤΕΠ και συγχρόνως εξαιρετικά δύσκολη είναι η ενημέρωση και ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων στην οικογένεια του θανόντος. Υπάρχουν δύο περιπτώσεις: είτε οι συγγενείς να βρίσκονται

ήδη στο ΤΕΠ είτε να καλούνται να προσέλθουν στο ΤΕΠ. Στην δεύτερη περίπτωση, βασική και απαρέγκλιτη αρχή είναι ότι ποτέ δεν ανακοινώνεται ο θάνατος ασθενή από το τηλέφωνο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Την ευθύνη για την ανακοίνωση το συμβάντος πρέπει να αναλαμβάνει αρμόδιος ειδικευόμενος ιατρός του ΤΕΠ (Mayer 1997). Στην Ελλάδα, όπως και στο εξωτερικό η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων γίνεται από τον αρμόδιο ιατρό και μάλιστα τον πιο υψηλόβαθμο ή τον αρχαιότερο (Διευθυντή ή επιμελητή Α΄) που βρίσκεται τη συγκεκριμένη στιγμή στο ΤΕΠ. Για το λόγο λοιπόν αυτό, όλοι οι γιατροί γενικά και ειδικότερα οι γιατροί των ΤΕΠ στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους θα πρέπει να αποκτούν γνώσεις και δεξιότητες για το χειρισμό τέτοιων καταστάσεων. Πολλές φορές ο γιατρός επικουρείτε στο δύσκολο αυτό ρόλο από την προϊσταμένη ή άλλο πεπειραμένο νοσηλευτή του ΤΕΠ (Mayer 1997). Η ενημέρωση των συγγενών από πεπειραμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο σύνηθες φαινόμενο στο εξωτερικό και συγκεκριμένα στην Αγγλία παρά στην Ελλάδα ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που οι συγγενείς απαιτούν ενημέρωση μόνο από τον υπεύθυνο ιατρό.

Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων πρέπει να γίνεται σε κατάλληλο ήσυχο χώρο, που μπορεί να είναι είτε το γραφείο του ιατρού είτε το γραφείο της Προϊσταμένης είτε προτιμότερα η αίθουσα συσκέψεων. Η συζήτηση πρέπει να γίνεται χωρίς την παρουσία ξένων ή τρίτων προσώπων χωρίς βιασύνη ενώ παράλληλα θα πρέπει να δίνεται στους συγγενείς ο κατάλληλος χρόνος για να συνειδητοποιήσουν την κατάσταση. Εάν οι συγγενείς του θανόντος γνώριζαν την κατάληξη μία ευθεία και ειλικρινής απάντηση είναι προτιμότερη, του τύπου <<λυπούμαστε, κάναμε ότι ήταν δυνατόν>>. Παρά τη θλίψη και τον πόνο οι συγγενείς πάντα προτιμούν την ειλικρίνεια ενώ υποχρέωση του ιατρού είναι η συντομία και η περιεκτικότητα των δεδομένων αποφεύγοντας τη χρήση επιστημονικής ορολογίας που μπερδεύει ακόμα περισσότερο τους συγγενείς (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Όλο αυτό το διάστημα, από τη στιγμή που διαπιστώνεται ο θάνατος του ασθενή μέχρι τη μεταφορά της σωρούς του στο νεκροθάλαμο είναι μια ιδιαίτερα επώδυνη διαδικασία και αποτελεί πηγή μεγάλου στρες για το ίδιο το προσωπικό που εργάζεται στο ΤΕΠ. Στο σημείο αυτό μεγάλη βαρύτητα θα πρέπει να δίνεται και στην ψυχολογική υποστήριξη των οικείων. Στο σημείο αυτό, ο ρόλος του νοσηλευτή του ΤΕΠ είναι τεράστιας και καταλυτικής σημασίας διότι αποτελεί ενεργό μέλος της ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης των συγγενών του θανόντος, συντονίζει και

διευκολύνει με κάθε μέσο τις επικοινωνίες μεταξύ της ιατρικής ομάδας και των επαγγελματιών υποστήριξης (ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών) με τις οικογένειες, ώστε να επιτυγχάνεται η ομαλή ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων. Τέλος, σε περίπτωση που υπάρχει μόνο ένας συγγενείς στο ΤΕΠ ποτέ δεν πρέπει να αφήνετε μόνος του μέσα στο χώρο και επίσης θα πρέπει να συνοδεύεται από εξουσιοδοτημένο μέλος του προσωπικού κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

### **6.13 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ (Clinical Negligence) ΚΑΙ ΣΦΑΛΜΑΤΑ (Malpractice)**

Η κλινική αμέλεια ορίζεται ως εξής: <<κάθε παράβαση ή παράληψη εκτέλεσης καθήκοντος από έναν επαγγελματία υγείας που εργάζεται σε υπηρεσία του Εθνικού Συστήματος Υγείας η οποία φαίνεται ότι οδήγησε σε κάποια απώλεια και κρίνεται ως παράλειψη από τον εργοδότη ή μέσω της δικαστικής οδού, από το αρμόδιο δικαστήριο>> (Department of Health 2004). Με τον όρο <<επαγγελματίας υγείας>>, στον ορισμό αυτό, νοούνται όλοι όσοι εμπλέκονται επαγγελματικά με τη φροντίδα υγείας στο νοσοκομείο, όπως είναι οι ακόλουθοι: ιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτές, μαιές, φαρμακοποιοί και λοιποί επαγγελματίες με συναφή (παραϊατρικά) επαγγέλματα. Στην Ελλάδα, όπου ακολουθείται ακόμη το ιατροκεντρικό μοντέλο οργάνωσης και παροχής της φροντίδας στα νοσοκομεία, ο όρος <<κλινική αμέλεια>> αντικαθίσταται από τον όρο <<κλινική αμέλεια>>, ο οποίος αφορά τον ιατρικό επαγγελματικό κλάδο. Επίσης, η έννοια της <<απώλειας>> είναι γενική και περιλαμβάνει διάφορες επιβλαβείς καταστάσεις για τον ασθενή, όπως: απώλεια της υγείας ή επιδείνωση της υγείας, ή απώλεια της σωματικής ακεραιότητας (π.χ. αναπηρία) (Walsh & Kent 2003).

Το λεγόμενο σφάλμα είναι μια ευρύτερη έννοια η οποία καλύπτει <<την ακατάλληλη ή επιζήμια άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος και κάθε εσφαλμένη ή αδέξια ιατρική θεραπεία>> (Dorland's Medical Dictionary 1997). Με την ευρύτερη έννοια του όρου, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το malpractice περιλαμβάνει όλα τα κλινικά σφάλματα και όχι μόνο το ιατρικό σφάλμα. Στην Ελλάδα, ωστόσο, ο όρος ταυτίζεται με τα ιατρικά σφάλματα, αφού ολόκληρη η ευθύνη για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών βαρύνει κατά αποκλειστικότητα σχεδόν τους ιατρούς. Για τους λόγους αυτούς, οι όροι αμέλεια και σφάλμα στην Ελλάδα έχουν συνδεθεί με το επίθετο <<ιατρική>> και <<ιατρικό>>, δεδομένου ότι όλες οι αποφάσεις που



αφορούν την εισαγωγή ενός ασθενή στο ΤΕΠ ή στο νοσοκομείο, τη διάγνωση, τη θεραπεία και το εξιτήριο είναι αμιγώς ιατρικές αποφάσεις.

Το νοσηλευτικό σφάλμα στην Ελλάδα συσχετίζεται ή και ταυτίζεται με την εσφαλμένη εκτέλεση τεχνικών εργασιών. Για παράδειγμα, ο εσφαλμένος τρόπος χορήγησης των φαρμάκων συνιστά νοσηλευτικό malpractice. Έχουν καταγραφεί περιπτώσεις ενδοφλέβιας έγχυσης ελαιώδους διαλύματος η οποία είναι λανθασμένη και απαγορευμένη ενέργεια ή περιπτώσεις εσφαλμένης έγχυσης μεγάλης ποσότητας αέρα κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων ή λανθασμένου υπολογισμού-χορήγησης παιδιατρικής δόσης φαρμάκου, παρά την ύπαρξη ορθής ιατρικής οδηγίας. Κάποιες από αυτές τις υποθέσεις νοσηλευτικών σφαλμάτων έχουν οδηγηθεί και στην δικαστική οδό και έχουν καταγραφεί στα Ελληνικά δικαστικά χρονικά. Κάποιες άλλες έχουν αντιμετωπιστεί σε ενδο-νοσοκομειακό επίπεδο (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Σε θέματα νοσηλευτικής αμέλειας, στο Ην. Βασίλειο, η βασική αρχή είναι αν ο συγκεκριμένος νοσηλευτής που θεωρείται υπόλογος για αμέλεια ενήργησε <<λογικά>> σε δεδομένη περίπτωση ή με άλλα λόγια εάν οι ενέργειές του ήταν <<λογικές>>, μέσα στο πλαίσιο της νοσηλευτικής επιστήμης και των κανονισμών του ιδρύματος στο οποίο υπηρετεί (Walsh & Kent 2003). Το κρίσιμο ερώτημα είναι <<τι σημαίνει λογικό;>> Για τα δεδομένα του υγειονομικού συστήματος της Αγγλίας, θεωρείται λογικό για ένα νοσηλευτή της διαλογής στο ΤΕΠ να αναγνωρίσει την καρδιακή ανακοπή σε έναν ασθενή που βρίσκεται σε αναμονή και να καλέσει άμεσα τον αρμόδιο καρδιολόγο. Αντίθετα δεν είναι λογικό να περιμένει κανείς ο συγκεκριμένος νοσηλευτής να διασωληνώσει κιόλας τον ασθενή, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο είναι εκτός των αρμοδιοτήτων του αλλά και εκτός των δεξιοτήτων που έχει αποκτήσει με την κατάρτιση και εκπαίδευσή του. Έτσι, στο Ην. Βασίλειο, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους γιατρούς ως προς τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες απέναντι στους ασθενείς. Όταν τίθενται ερωτήματα στο δικαστήριο, όπως <<γιατί δεν έκανες το χ;>> ή <<γιατί δεν προέβλεψες το ψ;>>, η απάντηση <<Μα είμαι απλά νοσηλευτής!>> δεν είναι καθόλου πειστική απάντηση για τους Άγγλους δικαστές (Walsh & Kent 2003). Αντίθετα, για την Ελληνική δικαιοσύνη ακόμα η απάντηση αυτή είναι αρκετά ικανοποιητική για να αποκλείσει το ενδεχόμενο της αμέλειας από τους νοσηλευτές.

Επίσης στην Ελλάδα δεν είναι λογικό να περιμένει κανείς από ένα νοσηλευτή να διαγνώσει ένα Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου ή μια καρδιακή ανακοπή, εφόσον

οι νοσηλευτές στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτύξει ακόμα αυτόνομους επαγγελματικούς ρόλους. Επομένως στην Ελλάδα δεν υπάρχει νοσηλευτική αμέλεια για θέματα διάγνωσης ή θεραπείας των ασθενών. Η νοσηλευτική αμέλεια στο ΤΕΠ επικεντρώνεται στη μη έγκαιρη κλίση του ιατρού, εάν ο νοσηλευτής κρίνει ότι το περιστατικό δεν ήταν (εξαιρετικά) επείγον. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να καλούν ιατρό στο ΤΕΠ σε όλα τα περιστατικά, εφόσον από τη μια δεν είναι εξουσιοδοτημένοι να προβούν σε ενέργειες, όπως εκτέλεση ΗΚΓ, παραγγελία ακτινογραφίας και βασικών εργαστηριακών εξετάσεων, λήψη ιστορικού ασθενή, όπως κάνουν οι Ευρωπαίοι συνάδελφοί τους που εργάζονται στα ΤΕΠ. Από την άλλη πλευρά, εάν δεν καλέσουν τον ιατρό στο ΤΕΠ και το περιστατικό αποδειχτεί πραγματικά επείγον, τότε είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι και υπόλογοι για οποιαδήποτε τυχόν βλάβη ή απώλεια, χωρίς κανείς (π.χ. νοσηλευτικό ίδρυμα, εργασιακό σωματείο) να μπορεί να τους καλύψει (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

#### **6.14 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ - ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΕΠ**

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ην. Βασιλείου που είναι ένα κρατικό σύστημα υγείας, στην πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες υγείας, π.χ. οι ιατροί, έχουν εξαρτημένη σχέση εργασίας με τα νοσοκομεία, είναι με άλλα λόγια δημόσιοι υπάλληλοι και καλύπτονται με προγράμματα ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης από τους εργοδότες. Οι τυχόν διώξεις-μηνύσεις και αγωγές- οι οποίες ασκούνται στρέφονται εναντίον των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα οποία εργάζονται οι <<υπαίτιοι>> επαγγελματίες υγείας, στο πλαίσιο της λογικής ότι << ο εργοδότης είναι υπεύθυνος κι υπόλογος για τις πράξεις των εργαζομένων του, υπό την προϋπόθεση ότι οι τελευταίοι ενεργούν για λογαριασμό του εργοδότη και στο πλαίσιο των νόμιμων αρμοδιοτήτων που απορρέουν από την εργασία τους και όχι για προσωπικό σκοπό ή κέρδος>>. (Walsh & Kent 2003). Με άλλη διατύπωση, στον Ελληνικό Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ορίζεται ότι << ο νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων>> (Π.Δ. 216/2001, άρθρο 4).

Στην Ελλάδα κάθε έτος όλο και περισσότερες προσφυγές εκδικάζονται σχετικά με ζητήματα ιατρικής αμέλειας ή ιατρικών σφαλμάτων και οδηγούν σε

αποφάσεις καταβολής αποζημιώσεων, οι οποίες επιβαρύνουν περαιτέρω τους ήδη επιβαρημένους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων. Αναφορικά με την επαγγελματική ευθύνη στο Ελληνικό Ε.Σ.Υ., πρέπει να επισημανθούν αδρά τα εξής (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

- ❖ Το αστικό μέρος της ευθύνης, που αφορά στη διεκδίκηση αποζημιώσεων για την εξεταζόμενη απώλεια (π.χ. αναπηρία, ιατρογενής νόσος κλπ), βαρύνει το νοσηλευτικό ίδρυμα.
- ❖ Το ποινικό μέρος της ευθύνης, που αφορά στην άσκηση ποινικών διώξεων και επιβολή ποινών, βαρύνει τον ίδιο τον υπαίτιο, δηλαδή τον ιατρό εναντίον του οποίου στρέφεται η ποινική δίωξη.

Στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα της χώρας οι διώξεις ασκούνται εναντίον των ιδιωτικών κλινικών και ο εκάστοτε κλινικός είναι υποχρεωμένος να αναλάβει την ευθύνη που απορρέει από την αμέλεια ή το ιατρικό σφάλμα. Παρότι η ασφάλιση αστικής ευθύνης δεν είναι υποχρεωτική στην Ελλάδα, όλοι οι κλινικοί ενθαρρύνουν τους ιατρούς που εργάζονται για λογαριασμό τους να συνάπτουν συμβάσεις ασφάλισης αστικής ευθύνης, ώστε σε περίπτωση που καταλογιστεί κάποιο τίμημα, αυτό να καλύπτεται από την αντίστοιχη ασφαλιστική εταιρία. Σε όλες τις περιπτώσεις πάντως, τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό τομέα, η τάση είναι να εξαντλούνται τα ένδικα μέσα, μέχρι την οριστική απόδοση ευθυνών (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Στις ΗΠΑ, από την άλλη πλευρά, όπου το σύστημα υγείας είναι ιδιωτικό και οι εργασιακές σχέσεις των ιατρών με τα νοσοκομεία είναι διαφορετικές, δηλαδή οι ιατροί συνάπτουν συμβόλαια συνεργασίας και παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε αυτά ως εξωτερικοί συνεργάτες και όχι ως υπάλληλοι, οι συνθήκες ασφάλισης είναι διαφορετικές. Επομένως, η συνολική ευθύνη για τυχόν ιατρική αμέλεια ή σφάλμα βαρύνει τον ίδιο τον ιατρό. Για αυτό, κανένας ιατρός στις ΗΠΑ δεν αποτολμά να ασκεί μάχιμη ιατρική χωρίς πλήρη, ασφαλιστική κάλυψη επαγγελματικής ευθύνης. Εξάλλου, ένα ποσοστό ιατρών στις ΗΠΑ αναγκάζεται κάθε χρόνο να εγκαταλείψει την άσκηση κλινικού έργου, λόγω των υψηλών δαπανών ατομικής ασφάλισης και των τεράστιων ποσών που είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν στις ασφαλιστικές εταιρίες σε περίπτωση αμέλειας ή σφάλματος (Saluzzo et al 1997). Εξαίρεση αποτελούν οι ειδικευόμενοι ιατροί οι οποίοι καλύπτονται ασφαλιστικά από τα νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία υπηρετούν (Henry 1997).

Όσον αφορά την προάσπιση των επαγγελματικών δικαιωμάτων του προσωπικού που εργάζεται σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στο Ην. Βασίλειο η ύπαρξη οργανωμένων σωματείων εργαζομένων σε τοπικό επίπεδο και επιστημονικών-επαγγελματικών συνδέσμων σε εθνικό επίπεδο παίζουν σημαντικότερους ρόλους και αποτελούν ασπίδα προστασίας των δικαιωμάτων των επαγγελματιών υγείας (Walsh & Kent 2003). Για το λόγο αυτό, όλοι οι γιατροί που ασκούν επείγουσα ιατρική και οι νοσηλευτές που ασκούν επείγουσα νοσηλευτική ενθαρρύνονται να εγγράφονται εξ αρχής στους αντίστοιχους συνδέσμους που είναι:

Για τους μεν νοσηλευτές:

- Σύνδεσμος Νοσηλευτών Επείγουσας (Royal College of Nursing-A& E Nursing Association).

Για τους δε γιατρούς:

- Βασιλικός Σύνδεσμος ιατρών Επείγουσας Ιατρικής ( Royal College of Emergency Physicians).

Οι Σύνδεσμοι αυτοί καλύπτουν τα μέλη τους, μέσω υποχρεωτικών Προγραμμάτων Ασφάλισης Επαγγελματικής Ευθύνης (Professional Indemnity Insurance Cover). Σε τοπικό επίπεδο, δηλαδή σε κάθε υγειονομική περιφέρεια, οι ανωτέρω Σύνδεσμοι διαθέτουν τοπικούς εκπροσώπους οι οποίοι λειτουργούν κατά εντολή του Συνδέσμου, προασπίζοντας τα δικαιώματα των επαγγελματιών εναντίον των οποίων έχουν ανακύψει ή ανακύπτουν νομικές υποθέσεις. Ειδικά, ο Σύνδεσμος Επείγουσας Νοσηλευτικής, σε σύγκριση με τους λοιπούς νοσηλευτικούς συνδέσμους, έχει αναπτύξει ιδιαίτερα ενεργό ρόλο και δυναμική παρουσία σε τέτοια θέματα (Walsh&Kent2003).

Όσον αφορά το θέμα της ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης για το προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα, τέτοια προγράμματα δεν έχουν ακόμα καταστεί υποχρεωτικά. Ωστόσο, στον ιδιωτικό τομέα αρκετές κλινικές συνεργάζονται με ασφαλιστικές εταιρίες για την ασφαλιστική κάλυψη του ιατρικού προσωπικού. Η τελική ευθύνη και δαπάνη ασφάλισης, όμως, βαρύνει ατομικά κάθε ιατρό. Αντίθετα το προσωπικό του ΕΚΑΒ (ιατροί, νοσηλευτές, πληρώματα ασθενοφόρων) που εκτελεί διατεταγμένη υπηρεσία με τα μέσα μεταφοράς επειγόντων περιστατικών (ειδικές κινητές μονάδες, αεροσκάφη, κλπ) ασφαλίζονται υποχρεωτικά, με δαπάνη του Δημοσίου, σε ασφαλιστική εταιρία, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 5 του άρθρου 5 του Νόμου 2194/1994 (ΦΕΚ 34/Α'). Σύμφωνα

με τον ίδιο νόμο ασφαρίζεται να υποχρεωτικά αν και κάθε άλλος ιατρός ο οποίος εντέλλεται από το ΕΚΑΒ για εκτέλεση υπηρεσίας (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη προγράμματος ασφαλιστικής κάλυψης, σε ατομικό επίπεδο, ο κάθε επαγγελματίας υγείας οφείλει να προστατεύει τον εαυτό του και τα δικαιώματά του, ώστε να είναι σε θέση να προστατεύει και τους ασθενείς. Ο καλύτερος τρόπος για να το πετύχει αυτό είναι ένας συνδυασμός από τα εξής (Walsh 2000):

- Πιστή εφαρμογή των κανονισμών και διαδικασιών του νοσηλευτικού ιδρύματος όπου ανήκει το ΤΕΠ ή του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας, εάν υπάρχει
- Εξυπηρέτηση των συμφερόντων των ασθενών και κάλυψη των αναγκών τους, λαμβάνοντας υπόψη την κείμενη νομοθεσία και τους κρατικούς κανονισμούς, τους ασφαλιστικούς περιορισμούς, όταν υφίστανται, και φυσικά τους κανόνες της επιστήμης την οποία ο καθένας υπηρετεί
- Εκτέλεση μόνο εκείνων για τα οποία είναι εξουσιοδοτημένος ένας επαγγελματίας υγείας με βάση την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την εμπειρία του ή όπως διατυπώνεται στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας: <<να παρέχει υπηρεσίες.... Στα πλαίσια και στα όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο>> (Π.Δ. 216/2001)

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Advanced cardiac life support provider course, 2005  
<http://64.233.183.104/custom>
2. Australasian College for Emergency Medicine 2005
3. BAEM & FAEM 2004
4. Boyd 1999
5. Bracken 1998
6. British Association for Emergency Medicine 2005, <http://www.baem.org.uk>
7. Clarke et al 1998
8. Cook & Sinclair 1997
9. Department of Health 2004
10. Dorland's Medical Dictionary 1997
11. Edhouse & Waldrop 1996
12. Eitel et al 2003
13. Ellis & Braydt 1997
14. Emergency department education\_ staff training seminars for emergency nurse and physicians, 2004,  
[http://www.ed\\_qual.com./emergency\\_department\\_education\\_trainig.htm](http://www.ed_qual.com./emergency_department_education_trainig.htm)
15. Emergency Nurse Association, scope of emergency nursing practice, <http://ena.org/pdf/scopeemnp.pdf>
16. Emergency Nurses Association 1995
17. Fernandes, Alarcon 1998
18. George 1997
19. Gilboy et al 1999
20. Graff 1997
21. Handysides 1996
22. Henry 1997
23. Hollis & Spivulis 1996
24. <http://www.cooperhealth.org/content/training-cc4.asp>
25. [http://www.ena.org/catn\\_enpc\\_tucc/aboutcourse.asp](http://www.ena.org/catn_enpc_tucc/aboutcourse.asp)
26. <http://icu.gr/pages-pdf-tep.pdf>
27. <http://www.nena.ca/index.php>
28. Janiak 1997

29. JCAHO 1996
30. Jelinek & Little 1996, JCAHO 1996
31. Jordan 1997
32. Kennedy et al 1996
33. Kennedy, Aghababian et al 1996
34. Lynn & Rosenfeld 1997
35. Manchester Triage Group 1997
36. Mayer 1997
37. McHale et al 1998
38. Mental & Health Act 1983
39. National Institute of Emergency care inc, 2005 <http://niec.org/acls>. Htm
40. Niagara College, Continuing Education, <http://ce.niagarac.on.ca>
41. Nocera & Garner 1999
42. Salluzo, Terranova, Verdile 1997
43. Saluzzo et al 1997
44. Somerson & Markovchick 1997
45. University of Pittsburgh chapter of school of nursing - clinical nurse specialist, 2005 [http:// www.pitt.edu/-cnweb/tep.htm](http://www.pitt.edu/-cnweb/tep.htm)
46. Walsh & Kent 2003
47. Wilkinson 1999
48. Wuerz 1997
49. Αγγελίδης, Ζώρα, Ταβανιώτης 1982
50. Βότση Ε. 2000
51. Γεωργιάδης 2001
52. Διακήρυξη Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών για την Διεθνή ημέρα Νοσηλευτών 2006
53. Ελένη Ασκητοπούλου 1991
54. Επιτροπάκης Π. 2001
55. Κωτούλα Σ. 2004
56. Μπαλτόπουλος 1997, Μετάφραση-Επιμέλεια από: Mengert & Eisenberg).
57. Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005
58. Πανελλήνιο σεμινάριο επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001
59. Παπαντωνάκη 1989
60. Παπασάββας Ε. 2001

- 61.** Στάθης 1999
- 62.** Στάθης Γ. 2005
- 63.** Γεγόπουλος-Φυτράκης 1993



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΠ

Το πλήρες κείμενο της Υπουργικής απόφασης αναφορικά με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών είναι το ακόλουθο:

**4.** Το ΤΕΠ στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται στο τμήμα αυτό καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

**4.1** Οι θέσεις, κατά ειδικότητα, ιατρικού προσωπικού που συστήνονται για το ΤΕΠ είναι:

- Μία (1) θέση Διευθυντή κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας χειρουργικής ή αναισθησιολογίας ή παθολογίας ή καρδιολογίας ή πνευμονολογίας, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ
- Μία (1) θέση Επιμελητή Α΄ και:
- Μία (1) θέση Επιμελητή Β΄ του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ειδικότητας χειρουργικής ή αναισθησιολογίας ή παθολογίας ή καρδιολογίας ή πνευμονολογίας ή ορθοπαιδικής, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ

**4.2** Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το ΤΕΠ προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, ώστε η ελάχιστη στελέχωση με ιατρικό προσωπικό του ΤΕΠ να είναι η εξής:

- Ένας (1) Διευθυντής
- Δύο (2) Επιμελητές Α΄
- Τέσσερις (4) Επιμελητές Β΄

Για τυχόν επιπλέον στελέχωση του ΤΕΠ ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται καθορίζεται με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. του νοσοκομείου (για τις περιπτώσεις που αναφέρονται στην παρ.10 του άρθρου 13 του Ν.2889/2001), κατόπιν γνωμοδότησης του Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και λαμβάνοντας υπόψη τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό προσερχόμενων ασθενών, καθορίζεται ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται για την επιπλέον στελέχωση του ΤΕΠ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων με κριτήρια:

- α)** την επιστημονική επάρκεια, η οποία τεκμηριώνεται με το κλινικό και επιστημονικό έργο.
- β)** τη διοικητική ικανότητα, η οποία τεκμηριώνεται από προϋπηρεσία 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 του σε ΤΕΠ της Ελλάδος ή της αλλοδαπής ή από τη θητεία) στο ΕΚΑΒ.
- δ)** την εξειδίκευση σε ΜΕΘ.

Για τις λοιπές θέσεις ιατρών ακολουθείται η ίδια διαδικασία που προβλέπεται για τον ορισμό του προϊσταμένου του ΤΕΠ.

Η θητεία των γιατρών του ΤΕΠ είναι ένα (1) έτος και δύναται να ανανεώνεται μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου.

**4.4** Οι γιατροί που στελεχώνουν το ΤΕΠ, για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών, δύνανται να καλούν ιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τους εφημερεύοντες στα τμήματα του νοσοκομείου, οι οποίοι υποχρεούνται να προσέλθουν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο ΤΕΠ. Για το σκοπό αυτό, ανακοινώνεται μηνιαίος κατάλογος εφημερευόντων ιατρών των τμημάτων, οι οποίοι θα καλύπτουν τις ανάγκες του ΤΕΠ, ο οποίος συντάσσεται από το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με τους Διευθυντές των τμημάτων.

**4.5** Η κάλυψη των αναγκών του ΤΕΠ με μη ιατρικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας γίνεται με βάση μηνιαίο πρόγραμμα που καταρτίζεται από το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με το Διευθυντή του ΤΕΠ.

Για τις λοιπές θέσεις ιατρών ακολουθείται η ίδια διαδικασία που προβλέπεται για τον ορισμό του προϊσταμένου του ΤΕΠ.

Η θητεία των γιατρών του ΤΕΠ είναι ένα (1) έτος και δύναται να ανανεώνεται μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου.

**6.** Στο χώρο διαλογής, υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές και τον κατευθύνουν σε χώρους του ΤΕΠ, ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του.

Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερ-επείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης.

Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας, αλλά σε σταθερή κατάσταση, αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης των ΤΕΠ.

Ο ασθενής δε μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται στο χώρο του ΤΕΠ όπου εξετάζεται και του παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Εν συνεχεία:

**A)** Χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση του από τα τακτικά Ε.Ι. ή

**B)** Οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή

**Γ)** Οδηγείται σε θάλαμο νοσηλευτικού τμήματος του νοσοκομείου, ανάλογα με την πάθησή του ή

**Δ)** Διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο, μετά από συνεννόηση με τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον υπεύθυνο της εφημερίας του άλλου νοσοκομείου. Για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΤΕΠ συντάσσεται αναλυτικό σημείωμα που συνοδεύει το εισιτήριο του ασθενούς και υπογράφεται απαραίτητα από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον Αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

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

Κατά την μεταφορά του περιστατικού το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ ενημερώνει τον υπεύθυνο του ΤΕΠ προς το οποίο κατευθύνεται το ασθενοφόρο και παρέχει τις σχετικές πληροφορίες ως προς το περιστατικό.

Κάθε περιστατικό που διακομίζεται με το ΕΚΑΒ πρέπει να παραλαμβάνεται ενυπόγραφα από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

Με την ανωτέρω Υπουργική απόφαση ορίζεται σε αδρές γραμμές το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των ΤΕΠ στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Όσον

αφορά τη λογιστική διαδικασία στο ΤΕΠ, στην Ελληνική νομοθεσία ορίζεται ότι τα επείγοντα περιστατικά δεν υποχρεούνται στην καταβολή καμίας δαπάνης. Αντίθετα ορίζεται η υποχρέωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να δέχονται και να νοσηλεύουν κάθε σοβαρό και οξύ περιστατικό χωρίς να προβάλλουν οικονομικές αξιώσεις ή απαιτήσεις από τους ασθενείς.

Ειδικά ως προς τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ, στην Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. Φ.34/1202 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ με αριθμό 126 (Τεύχος Β') κατά την 07-02-2002 αναφορικά με <<Ρύθμιση θεμάτων τους ασφαλισμένους του κλάδου υγείας του ΟΓΑ>>, ορίζεται ότι το επείγον περιστατικό εισάγεται στο ΤΕΠ χωρίς άλλη διατύπωση και συγκεκριμένα αναφέρονται τα εξής:

*<< Σε επείγουσα περίπτωση κατά την οποία η άμεση παροχή περίθαλψης θεωρείται επιβεβλημένη εξαιτίας της κατάστασης της υγείας του ασθενή και για το λόγο αυτό είναι αδύνατη η τήρηση εκ των προτέρων της διαδικασίας που ορίζεται από τις διατάξεις των άρθρων 8 και 9 και των προηγούμενων παραγράφων του άρθρου αυτού επιτρέπεται η εισαγωγή του ασθενή στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Νοσηλευτικό ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική, χωρίς άλλη διατύπωση, δε βιβλιάριο του ασθενούς θα προσκομίζεται από τον ενδιαφερόμενο μέσα σε τρεις (3) ημέρες από την εισαγωγή του>> (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).*