ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία Γνώσεις των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την εφαρμογή των Συστημάτων αυτών

Πεταλωτή Στεργιανή

Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

Επιβλέπων Καθηγητής

Τάλιας Μιχαήλ

Ιούνιος 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η Εφαρμογή των Συστημάτων

Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία

Γνώσεις των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την

εφαρμογή των Συστημάτων αυτών

Πεταλωτή Στεργιανή

Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

Επιβλέπων Καθηγητής

Τάλιας Μιχαήλ

Ιούνιος 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες……vi
Ελληνική Περίληψη……vii
Αγγλική Περίληψη……ix
Παράρτημα……90

Κεφάλαιο Πρώτο - Εισαγωγή	Σελίδες
Εισαγωγή	**1**
Σκοπός Μεταπτυχιακής Διατριβής	**3**

Κεφάλαιο Δεύτερο- Επείγουσα Φροντίδα Υγείας	Σελίδες
2.1 Ορισμοί	**4**
2.2 Διεθνή Πρότυπα	**7**

Κεφάλαιο Τρίτο – Διαλογή	Σελίδες
3.1 Ορισμοί και Κατηγοριοποίηση	**8**
3.2 Συστήματα Διαλογής	**12**
3.3 Κλίμακες Διαλογής	**16**
3.4 Ενιαίες Κλίμακες Διαλογής	**18**
3.5 Διαλογή Μαζικών Καταστροφών	**22**

Κεφάλαιο Τέταρτο – Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	Σελίδες
4.1 Βασικά Χαρακτηριστικά	26
4.2 Οργάνωση	29
4.3 Λειτουργίες / Διεργασίες Ασθενή	32
4.4 Ποιοτικές Παράμετροι	36
4.5 Βασικές Ελλείψεις Ελληνικών Νοσοκομείων σε επίπεδο Διαλογής	41
4.6 Συμπεράσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	43
4.6.1 Διαλογή – Αποτελεσματικότητα	49
4.6.2 Διαλογή – Αποδοτικότητα	50
4.6.3 Βέλτιστες Πρακτικές	53
4.6.3.1 Μελέτη Περίπτωσης 1: Νοσοκομείο Hartford (Η.Π.Α.)	55
4.6.3.2 Μελέτη Περίπτωσης 2: Νοσοκομείο Cambridge (Η.Π.Α.)	57

Κεφάλαιο Πέμπτο – Ο Σχεδιασμός της Μελέτης	Σελίδες
Εισαγωγή	59
5.1 Σκοπός της Μελέτης	60
5.2 Επιμέρους Στόχοι	60
5.3 Επιλογή Είδους Μελέτης	61
5.4 Ερευνητικό Πεδίο	61
5.5 Επιλογή του Πληθυσμού και του Δείγματος	61
5.6 Ερευνητικό Εργαλείο	62
5.7 Δομή και Συλλογή Δεδομένων	63
5.8 Συνοπτική Περιγραφή του Ερωτηματολογίου	63
5.9 Πιλοτική Εφαρμογή	65
5.9.1 Ηθική και Δεοντολογία	65
5.9.2 Στατιστική Ανάλυση	66

Κεφάλαιο Έκτο – Μελέτη – Αποτελέσματα Πρωτογενούς Έρευνας	Σελίδες
6.1 Περιγραφική Στατιστική	**67**
6.2 Δημογραφικά Δεδομένα	**67**
6.3 Εφαρμογή Συστήματος Διαλογής	**70**
6.4 Αξιολόγηση του Εφαρμοζόμενου Συστήματος Διαλογής	**70**
6.5 Επιτυχία Εφαρμογής του Συστήματος Διαλογής	**71**
6.6 Ανθρώπινο Δυναμικό στο Τμήμα Διαλογής	**72**
6.7 Ταξινόμηση Περιστατικών στο Σύστημα Διαλογής	**73**

Κεφάλαιο Έβδομο – Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις	Σελίδες
Συζήτηση – Συμπεράσματα	**74**
Περιορισμοί Μελέτης	**78**
Εισηγήσεις	**79**
Βιβλιογραφία	**82**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπλήρωση ενός σημαντικού στόχου προάγει το συναίσθημα της ικανοποίησης και δίνει το έναυσμα της αναζήτησης νέων στόχων.

Θα ήθελα πραγματικά να ευχαριστήσω πρώτα απ' όλα τους επαγγελματίες υγείας των τριών Νοσοκομείων, Δράμας, Καβάλας και Κομοτηνής, για τη συνδρομή τους στην έρευνα και την προθυμία τους να απαντήσουν στο σύνολο των ερωτήσεων.

Επίσης, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, το οποίο μου έδωσε την ευκαιρία, τη διέξοδο δηλαδή στην αναζήτηση της γνώσης.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στο Εκπαιδευτικό Προσωπικό, στο Προσωπικό της Πλατφόρμας Τηλεκπαίδευσης, για τη διαρκή, αμέριστη συμπαράσταση κι εποπτεία.

Τέλος, ευχαριστώ πολύ τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Τάλια Μιχάλη, ο οποίος ήταν δίπλα μου, προκειμένω να ολοκληρωθεί η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή.

Κλείνοντας, θα ευχαριστήσω αυτούς που είναι πάντα δίπλα μου και με στηρίζουν σε κάθε μου προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Ο όρος «σύστημα διαλογής» (Triage System) αποτελεί μία ευρεία έννοια που περιλαμβάνει πέρα από την διαδικασία της διαλογής (Triage ή Triage Process) και ένα «σύστημα ταξινόμησης διαλογής» (Triage Classification System), βάσει του οποίου πραγματοποιείται η κατάταξη των ασθενών. Μάλιστα, ένα σύστημα διαλογής επεκτείνεται επιπρόσθετα και στους τομείς της στελέχωσης, της συνεργασίας με άλλα τμήματα του ίδιου ιδρύματος ή με φορείς και ιδρύματα παροχής φροντίδας υγείας στην κοινότητα και στον τομέα των υπηρεσιών προνοσοκομειακής διαλογής. Οι κλίμακες διαλογής χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της διαλογής με σκοπό τη βαθμολόγηση της οξύτητας του ασθενή και την κατανομή της φροντίδας κατά σειρά προτεραιότητας. Στοιχεία που αυξάνουν τη χρησιμότητα μίας τέτοιας κλίμακας είναι η δυνατότητα εύκολης κατανόησής της, η δυνατότητα βελτίωσης της παροχής φροντίδας στον εκάστοτε ασθενή και η δυνατότητα απλοποίησης της λειτουργίας του ΤΕΠ όπου χρησιμοποιείται. *Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι να διερευνηθεί η ακριβής λειτουργία των Συστημάτων Διαλογής που χρησιμοποιούν τα ελληνικά νοσοκομεία, η καταγραφή των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται στα ΤΕΠ ως προς την εφαρμογή των Συστημάτων αυτών.*

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από το υγειονομικό προσωπικό (N=57), το οποίο εργαζόταν στο ΤΕΠ του Γ. Ν. Δράμας (N=20), του Γ. Ν. Καβάλας (N=12) και του Γ. Ν. Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» (N=25). Το ερωτηματολόγιο, το οποίο δόθηκε περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία κι άλλες μεταβλητές, οι οποίες αφορούσαν γνώσεις για την εφαρμογή Συστημάτων Διαλογής, το βαθμό γνώσεων – ενεργειών για την Ταξινόμηση – Διαλογή ασθενών σύμφωνα με τις Κλίμακες Ταξινόμησης που εφαρμόζονται διεθνώς κι τις γνώσεις τους σχετικά με την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας να αντιμετωπίσουν το επείγον με βάση τις διάφορες παραμέτρους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στα πλαίσια της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής εξετάστηκε ο ρόλος των συστημάτων διαλογής σε τρία δημόσια Ελληνικά νοσοκομεία. Η σχετική ανάλυση έδειξε ότι η λειτουργία των συστημάτων διαλογής στις μονάδες αυτές είναι ικανοποιητική, αλλά υπάρχουν

αρκετά περιθώρια βελτίωσης. Τα διάφορα Συστήματα Διαλογής με τη διαδικασία της διαλογής και τις Κλίμακες Ταξινόμησης – Διαλογής, βάσει των οποίων πραγματοποιείται η κατάταξη των ασθενών δεν είναι γνωστά στην πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας των ΤΕΠ. Διαπιστώνεται, έντονη επιφύλαξη και περιορισμένη αυτοπεποίθηση του υγειονομικού προσωπικού των ΤΕΠ να ανταπεξέλθει σε περίπτωση συνωστισμού (overcrowding) στο ΤΕΠ. Τονίζεται η ανάγκη συστηματικής προετοιμασίας των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται στα ΤΕΠ με συγκεκριμένες δράσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση του συνωστισμού με την εφαρμογή Συστήματος Διαλογής και με τη χρήση των κατάλληλων Κλιμάκων Ταξινόμησης – Διαλογής. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες, οι οποίες θα συμβάλλουν στην ανάδειξη του θέματος, την προαγωγή της πληροφόρησης και την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: Διαλογή, Επείγον, Επείγουσα Ιατρική, Κλίμακες Ταξινόμησης Περιστατικών, Συστήματα Διαλογής, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ABSTRACT

Introduction – Aim: The term “Triage System” is a broad concept that includes beyond the process of Triage (or Triage Process) and a Triage Classification System, on the basis of which the classification of patients is taking place. Indeed, a Triage System additionally extended in the areas of staffing, cooperation with other departments of the same institution, or by organizations and institutions providing health care in the community and in services pre-hospital screening. The scales used in the screening process of dialogue to grade the acuity of the patient and the distribution of care in priority order. Elements that increase the utility of such a scale is the possibility of easy understanding, the possibility of improving care for that patient and the possibility of streamlining the functioning of ICT where it is used. The aim of the present study is to identify and record the level of knowledge and opinions of the Emergency department health care professionals for the application of Triage Systems.

Sample – Methods: Data (N=57) were collected from the health care professionals who employ at the emergency departments of three Greek Public Hospitals specifically G.H. Dramas (N=20), G.H Kavalas (N=12) and G.H. Komotinis “Sismanoglio” (N=25) using questioners. With respect to anonymity of the personnel, demographic data aw well as data concerning personnel opinions and readiness for the application of Triage Systems.

Results – Conclusions: In the context of this thesis examined the role of screening systems in three Greek Public Hospitals. The relevant analysis showed that the function of Triage Systems in these units is satisfactory, but there is considerable scope for improvement. Health care professionals of emergency departments have a rather low confidence on how successfully and efficiently an overcrowding could be faced. Focusing in the systematic preparation of the personnel towards overcrowding specific actions is suggested. Further research is recommended in order to advance specific issues, as well as develop training programs appropriate for personnel preparation.

Keywords: Classification Scales, Emergency Medicine, Emergency Health Service, Emergency Department, Triage, Triage Systems, Urgent

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αριθμός των ασθενών, οι οποίοι κάνουν χρήση των υπηρεσιών Επείγουσας Φροντίδας Υγείας είναι διαρκώς αυξανόμενος με αποτέλεσμα τη συμφόρηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), πολλές φορές σε βάρος της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς.

Καμία παραδοσιακή μέθοδος παροχής φροντίδας δεν μπορεί να αντιμετωπίσει έναν τόσο ανομοιόμορφο όγκο ασθενών, όπως αυτόν των ΤΕΠ και να ανταποκριθεί την κατάλληλη στιγμή όταν υπάρχει κίνδυνος απώλειας ζωής κι η εξέλιξη μπορεί να επηρεαστεί από το χρόνο αντιμετώπισης του περιστατικού. Η επίλυση του προβλήματος επιβάλλει την ύπαρξη διαδικασιών διαλογής, ώστε να αντιμετωπίζονται με χωρίς καθυστερήσεις τα πραγματικά επείγοντα περιστατικά και να διαχωρίζονται από τα μη - επείγοντα και χρόνια περιστατικά (Αδάλογλου, 2008).

Με τη διαλογή επιτυγχάνεται η διεργασία (σύντομης) αξιολόγησης της (οξύτητας 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 (Λάμπρου, 2005).

Οι ασθενείς που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ διεθνώς ταξινομούνται σε τέσσερις - πέντε κλινικές κατηγορίες σύμφωνα με το χρωματικό φάσμα του ουράνιου τόξου (κόκκινο/πορτοκαλί, κίτρινο, πράσινο, γαλάζιο). Στην κάθε κατηγορία περιλαμβάνονται ασθενείς με βάση τα κύρια συμπτώματά τους, παρά διαγνώσεις. Παρακάτω αναφέρονται οι πέντε κατηγορίες ασθενών, οι οποίοι προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ σύμφωνα με αναγνωρισμένες κλίμακες βαρύτητας, όπως αυτές, τις οποίες έχουν αναπτύξει η British Association of Accident and Emergency Medicine και το Αυστραλιανό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής, με τα αντίστοιχα χρονικά περιθώρια αντιμετώπισης (Ασκητοπούλου, 2009).

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

Πορτοκαλί κατηγορία – Υπέρ-επείγον (very – urgent): οι ασθενείς αυτοί είναι βαριά πάσχοντες ή τραυματίες, των οποίων η ζωή τους δεν είναι σε άμεσο κίνδυνο, αλλά απαιτούν επείγουσα αξιολόγηση κι αντιμετώπιση από γιατρό εντός 10 min από την άφιξη τους στο ΤΕΠ. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* οξεία δύσπνοια, οξύ έντονο προκάρδιο άλγος, επιμένοντες σπασμοί, υπογλυκαιμία, κώμα με κλίμακα Γλασκόβης < 9, δηλητηρίαση με απώλεια συνείδησης, status asthmaticus, οποιοσδήποτε έντονος πόνος.

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

Κατηγορία IV – Ημι-επείγον (standard): οι ασθενείς αυτοί, είναι ασθενείς με πρόσφατες επικίνδυνες βλάβες και μικρής σημασίας οξέα προβλήματα, στους οποίους τα χρονικά όρια αντιμετώπισης εξαρτώνται από την υπάρχουσα υποδομή και τους διαθέσιμους χώρους, και συνήθως 60 – 120 min. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* επώδυνες μη απειλητικές βλάβες, μικρο-τραυματισμοί, εκδορές, ελαφρές οξείες καταστάσεις, κλπ.

Κατηγορία V – Μη-επείγον (non-urgent): οι ασθενείς αυτοί με καταστάσεις που δεν είναι πραγματικά επείγουσες για να χρειάζονται αντιμετώπιση και νοσηλεία, χρειάζεται να κατευθυνθούν σωστά κι υπεύθυνα στα αντίστοιχα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή σε Ιατρεία Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, διαφορετικά να αντιμετωπιστούν

εντός 120-240 min. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή, μη οξέα ερυθήματα, συνταγογραφήσεις, γνωματεύσεις κλπ. (Ασκητοπούλου, 2009).

Σκοπός της παρούσας Μεταπτυχιακής Διατριβής είναι να διερευνηθεί η ακριβής λειτουργία των Συστημάτων Διαλογής που χρησιμοποιούν τα ελληνικά νοσοκομεία, μέσα από τη μελέτη τριών (3) τυχαία επιλεγμένων Επαρχιακών Νοσοκομείων, δύο (2) εξ αυτών ίσης δυναμικότητας κλινών κι ένα (1) με διπλάσια δυναμικότητα σε κλίνες. Σε δεύτερο επίπεδο, θα αναζητηθεί μέσω πρωτογενούς έρευνας η αποτελεσματικότητα των συστημάτων αυτών. Ως ερευνητικό εργαλείο θα χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια, τα οποία ετοιμάστηκαν σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή, ανασκοπώντας και μελετώντας τη βιβλιογραφία σχετικά με τη λειτουργία ενός Συστήματος Διαλογής (Triage System) με το ευρύτερο λειτουργικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εφαρμόζονται οι Κλίμακες Ταξινόμησης, καθώς και τους παράγοντες, οι οποίοι είναι απαραίτητο να λαμβάνονται καταρχήν υπόψη κατά την ανάπτυξη ενός Συστήματος Διαλογής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμοί

Όταν η υγεία κι η ζωή ενός ατόμου απειλούνται, είτε από αιφνίδια εμφάνιση νόσου, είτε από βίαια εξωτερικά αίτια, η παροχή *επείγουσας* και *κατάλληλης* φροντίδας μπορεί να είναι σωστική ή να περιορίσει τις μόνιμες βλάβες. Βασική αρχή ανάπτυξης διεθνώς για τον παραπάνω λόγο, αποτελεί στο σύγχρονο κόσμο, η παροχή Επείγουσας Φροντίδας *«στον κατάλληλο χρόνο, στον κατάλληλο τόπο κι από τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας»* (Καραμπίνης, Κουκουλίτσιος, 2006).

Επείγον είναι η ανάγκη (υποκειμενική ή αντικειμενική) για παροχή ταχείας κι αποτελεσματικής Ιατρονοσηλευτικής Φροντίδας, σε περιπτώσεις, όπου απειλείται η ζωή ή υγεία των πολιτών (Θεοδώρου, 2001).

Επείγουσα Ιατρική (Ε.Ι.) είναι ο κλάδος της ιατρικής, ο οποίος ανταποκρίνεται σ' αυτή την ανάγκη μέσα σ' ένα οργανωμένο σύστημα Ε.Ι. (Θεοδώρου, 2001). Επείγουσα λοιπόν Ιατρική, είναι η ειδικότητα εκείνη της Ιατρικής, η οποία καλείται να διαγνώσει και να θεραπεύσει καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν άμεση λήψη απόφασης και δράση, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο θάνατος ή η περαιτέρω επιδείνωση της υγείας των ασθενών (Βότση, 2000).

Στόχοι της Επείγουσας Ιατρικής (Ε.Ι.), όπως διατυπώθηκαν στο Μανιφέστο για την Επείγουσα Ιατρική στην Ευρώπη, είναι οι εξής:

- Η παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος προνοσοκομειακής, ενδονοσοκομειακής και διανοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας.
- Η προτυποποίηση κι η βελτίωση της ποιότητας της επείγουσας ιατρικής φροντίδας.
- Η μείωση της θνητότητας, νοσηρότητας, αναπηρίας και της δυστυχίας που σχετίζονται με τον τραυματισμό και την αιφνίδια νόσο.

- Η έρευνα της φύσης και της θεραπείας των ιατρικών επειγόντων θεμάτων.
- Η συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων που συνδέονται με την πρόληψη των ατυχημάτων και την προαγωγή της υγείας (Θεοδώρου, 2001).

Οι Η.Π.Α. κι ο Καναδάς είναι χώρες, οι οποίες πρώτες στον κόσμο ανέπτυξαν το σύστημα της Επείγουσας Ιατρικής σε Νοσοκομειακό και Προνοσοκομειακό επίπεδο. Η Ε.Ι. αποτελεί ξεχωριστή αναγνωρισμένη ιατρική ειδικότητα από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 κι η διάρκεια εκπαίδευσης των ιατρών, οι οποίοι θα αποκτήσουν την ειδικότητα αυτή του Επειγοντολόγου (Emergency Medicine Physician), ανέρχεται σε 5 χρόνια. Διακρίνονται η προνοσοκομειακή κι η νοσοκομειακή Ε.Ι. Η πρώτη αναφέρεται σε όλες τις ιατρικές ενέργειες για την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών πριν αυτά φθάσουν στο χώρο του νοσοκομείου, ενώ η δεύτερη αναφέρεται στις ενέργειες, οι οποίες γίνονται εντός του νοσοκομείου (Μαθιουδάκης, 2010). Μάλιστα στις Η.Π.Α. έχει ιδρυθεί από το 1968 κι ο Σύλλογος Αμερικανών Ιατρών Επείγουσας Ιατρικής *(American College of Emergency Physicians, ACEP)* (Λάμπρου, 2005).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 στην Αγγλία ήταν πρόσφορο το «έδαφος» για τη «δημιουργία» της ειδικότητας με αποτέλεσμα σημαντική βελτίωση στη διαχείριση των ΤΕΠ. Εντούτοις, η έλλειψη επιστημονικής βάσης δυσκόλεψε τη διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου συστήματος εκπαίδευσης των γιατρών. Στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) αναγνωρίζονται 52 διαφορετικές Ιατρικές Ειδικότητες, η Ε.Ι. αναγνωρίζεται σε 9 κράτη-μέλη της Ε.Ε. (Ασκητοπούλου, 2010).

Η ***Επείγουσα Νοσηλευτική Φροντίδα*** αφορά τις παρεμβάσεις στα άτομα όλων των ηλικιών, τα οποία εμφανίζουν σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα υγείας, τα οποία δεν είναι διαγνωσμένα ή απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να απαιτούν ελάχιστη φροντίδα ή μέτρα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών, εκπαίδευση των ασθενών, καθώς κι ατόμων του περιβάλλοντός τους. Έτσι ο ρόλος της επείγουσας νοσηλευτικής είναι η φροντίδα του ασθενή, η έρευνα, η οργάνωση, η εκπαίδευση κι η συμβουλευτική, ενώ ο σκοπός της επείγουσας νοσηλευτικής πρακτικής περιλαμβάνει την εκτίμηση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αξιολόγηση της θεραπείας (Λάμπρου, 2005).

Αν κι η επείγουσα νοσηλευτική έχει τις ρίζες της στην εποχή της *Florence Nightingale*, ωστόσο η εξειδικευμένη εξάσκησή της αναπτύχθηκε κι εξελίχθηκε τα τελευταία τριάντα περίπου χρόνια. Μάλιστα στις ΗΠΑ, η αναγνώρισή της ως ξεχωριστή νοσηλευτική ειδικότητα επιτεύχθηκε από τις αρχές της δεκαετίας του 70, οπότε κι ιδρύθηκαν ο Οργανισμός Νοσηλευτών των Emergency Room *(Emergency Room Nurses Organization)* κι η Ένωση Νοσηλευτών των Emergency Department *(Emergency Department Nurses Association).* Οι δύο αυτές οργανώσεις ιδρύθηκαν τότε για την συνένωση των δυνάμεων των νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονταν σε χώρους επείγουσας φροντίδας, προκειμένου να καθορίσουν πρότυπα και να αναπτύξουν βελτιωμένες μεθόδους για την αποτελεσματική πρακτική της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας. Ταυτόχρονα μάλιστα, θέλησαν να παρέχουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, καθώς κι ένα συλλογικό νομικό όργανο για όλους τους νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν στο χώρο της επείγουσας φροντίδας. Τελικά, οι δύο οργανώσεις ενώθηκαν, δημιουργώντας την Ένωση Νοσηλευτών των ΤΕΠ *(Emergency Department Nurses Association),* υπεύθυνη για εκπαιδευτικά, αλλά αργότερα και για νομικά κι οργανωτικά θέματα, η οποία μάλιστα το 1985 μετονομάσθηκε σε ***Ένωση Νοσηλευτών Επείγουσας Φροντίδας*** *(Emergency Nurses Association, ENA),* αναγνωρίζοντας έτσι το γεγονός ότι η εξάσκηση της επείγουσας νοσηλευτικής δε σχετίζεται τόσο με τον τόπο όπου αυτή παρέχεται, αλλά με την ίδια την παροχή επείγουσας φροντίδας. Ο Σύνδεσμος αυτός (ENA) αριθμεί σήμερα περίπου 23.000 μέλη και συνεχίζει να επεκτείνεται έχοντας μέλη από 20 διαφορετικές χώρες (Τ.Ε.Ε.Ν, 2013).

Όσον αφορά τέλος, την παροχή της ***επείγουσας φροντίδας*** πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε περίπτωση για να είναι *έγκαιρη* προϋποθέτει ένα σύστημα με υψηλό επίπεδο οργάνωσης, χωρίς κενά ή αδυναμίες, ενώ παράλληλα για να είναι *κατάλληλη,* με την έννοια της ορθής κι αποτελεσματικής παρέμβασης, απαιτεί επαρκές και καλά εκπαιδευμένο προσωπικό, σύγχρονο εξοπλισμό, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και τέλος σύνδεση όλων των κρίκων στην αλυσίδα παροχής άμεσης φροντίδας. Έτσι, για την αντιμετώπιση της υποκειμενικής ή αντικειμενικής ανάγκης του επείγοντος και προκειμένου να εξασφαλιστεί η παροχή ταχείας και αποτελεσματικής Ιατρονοσηλευτικής Φροντίδας σε αυτές τις απειλητικές περιπτώσεις, απαιτείται ένα σύγχρονο και ***Ολοκληρωμένο Σύστημα Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας (Ο.Σ.Ε.Ι.Φ.)*** για την οργανωμένη παροχή του συνόλου της άμεσης

προνοσοκομειακής, ενδονοσοκομειακής και διανοσοκομειακής φροντίδας (Καραμίνης, Κουλουλίτσιος, 2006, Λάμπρου, 2005).

2.2 Διεθνή Πρότυπα

Σήμερα σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία εφαρμόζονται δύο κύρια συστήματα παροχής επείγουσας φροντίδας, το Άγγλο-Αμερικάνικο πρότυπο και το Γάλλο-Γερμανικό (Carter and Chochinow, 2007).

Σύμφωνα με το ***Άγγλο-Αμερικάνικο μοντέλο,*** οι διασώστες *(Emergency Medical Technicians-EMTs ή Paramedics)* ξεκινούν την παροχή επείγουσας φροντίδας στον τόπο του ατυχήματος ή της αιφνίδιας νόσου και στη συνέχεια μεταφέρουν τον ασθενή στο κατάλληλα οργανωμένο γι' αυτό το σκοπό τμήμα του νοσοκομείου *(Emergency Department)* για να του παρασχεθεί υψηλό επίπεδο φροντίδας, από τους επειγοντολόγους και τους ειδικούς του νοσοκομείου. Έτσι στο σύστημα αυτό, η Επείγουσα Ιατρική αποτελεί αυτόνομη κι επίσημα αναγνωρισμένη ειδικότητα και παρέχεται από τους ειδικούς. Ανάμεσα στις χώρες που φαίνεται να υιοθετούν και να εφαρμόζουν αυτό το σύστημα, εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Η.Π.Α., είναι: η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Ισλανδία, η Ιρλανδία, η Κίνα, το Χογκ Κογκ, το Ισραήλ, η Ιαπωνία, η Νέα Ζηλανδία, οι Φιλιππίνες, η Ολλανδία, η Νότιος Κορέα κλπ.

Αντίθετα, το ***Γάλλο-Γερμανικό μοντέλο*** *«φέρνει το νοσοκομείο στον ασθενή»,* μεταφέροντας γιατρούς κι εξοπλισμό στο χώρο του επείγοντος με την ελπίδα παροχής φροντίδας υψηλού επιπέδου πριν φθάσει ο ασθενής στο νοσοκομείο. Σε αυτό το μοντέλο, αναισθησιολόγοι και γενικοί γιατροί χωρίς ειδίκευση, παρέχουν συνήθως επείγουσα φροντίδα (ανάνηψη & αναλγησία) αποκλειστικά σε προνοσοκομειακό επίπεδο, όπου γίνεται η διαλογή κι ο ασθενής εισάγεται πλέον απευθείας στο οικείο τμήμα του νοσοκομείου. Έτσι εδώ, η Επείγουσα Ιατρική δεν αποτελεί ανεξάρτητη, αναγνωρισμένη ειδικότητα. Τέλος, χώρες στις οποίες λειτουργεί κι εφαρμόζεται αυτό το σύστημα είναι, εκτός από τη Γαλλία και τη Γερμανία: η Αυστρία, το Βέλγιο, η Φιλανδία, η Νορβηγία, η Πορτογαλία, η Σλοβενία, η Ρωσία, η Σουηδία, η Ελβετία κλπ.

Συγκεκριμένα μάλιστα στη Γαλλία, η Επείγουσα αυτή Προνοσοκομειακή Φροντίδα (Ε.Π.Φ.) παρέχεται από τα ***SAMU***, που έχοντας σαν βάση τους τα νοσοκομειακά τμήματα, διαθέτουν ειδικά εξοπλισμένα οχήματα κι ελικόπτερα διάσωσης στελεχωμένα με ιατρικό προσωπικό, πληρώματα και νοσηλεύτριες, ειδικά εκπαιδευμένους στην προχωρημένη υποστήριξη ζωής *(ALS).* Τα ***SAMU*** συντονίζουν τις εφημερίες των νοσοκομείων στην περιοχή ευθύνης τους και συμμετέχουν στην αντιμετώπιση των καταστροφών. Είναι δημόσιες υπηρεσίες κι αμείβονται για την προσφορά τους από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τέλος, στο σύστημα της Ε.Π.Φ. μπορούν να συμμετέχουν κι οι ιδιώτες γιατροί, εφ' όσον βέβαια έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση και διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό (Carter and Chochinow, 2007).

Το μοντέλο της Γερμανίας χαρακτηρίζεται από την πλήρη συμμετοχή των νοσοκομειακών γιατρών στην άσκηση της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας (Ε.Π.Φ.), με τη χρήση ελικοπτέρων ή στις αστικές περιοχές με την διασπορά των κινητών μέσων σε τοπικούς σταθμούς εκτός των νοσοκομείων. Μεγάλη είναι επίσης κι η συμμετοχή εθελοντικών, μη κερδοσκοπικών οργανώσεων. Εδώ οι γιατροί που επανδρώνουν τις κινητές αυτές μονάδες πρέπει να έχουν εξειδίκευση (κι όχι ειδικότητα) στην Ε.Π.Φ., η οποία χορηγείται μετά από επιτυχή παρακολούθηση ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος και πρακτικής εξάσκησης στις κινητές μονάδες. Ανάλογα, τα πληρώματα κι οι νοσηλεύτριες αυτών των μονάδων λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση, η οποία διαρκεί 2 χρόνια. Επίσης, στα νοσοκομεία δεν υπάρχουν κλινικές ή τμήματα επείγουσας ιατρικής και το επείγον περιστατικό αντιμετωπίζεται αρχικά στους ειδικούς χώρους υποδοχής των εξωτερικών ιατρείων.

Η επιλογή του κατάλληλου προτύπου συστήματος παροχής επείγουσας φροντίδας, για την εφαρμογή του σε μία χώρα αποτελεί καίριο ζήτημα κι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι κυριότεροι από αυτούς αφορούν την προσαρμοστικότητα κάθε προτύπου στα ιδιαίτερα γεωγραφικά-χωροταξικά, κοινωνικά ή πολιτιστικά στοιχεία μίας χώρας, ενώ παράλληλα δε θα πρέπει να παραβλέπονται και στοιχεία, τα οποία αφορούν την πολιτική τακτική της, την υπάρχουσα οικονομική της κατάσταση, καθώς και τη στάθμη των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών της.

Τα τελευταία χρόνια η ανομοιότητα μεταξύ των δύο αυτών μοντέλων αρχίζει να περιορίζεται με την ταχεία ανάπτυξη σε όλη την Ευρώπη ανεξάρτητων, κλινικά, οργανωτικά κι οικονομικά, ΤΕΠ. Ακριβώς δηλαδή, όπως ο βαρέως πάσχων απαιτεί

ιδιαίτερη αντιμετώπιση σε ειδικά διαμορφωμένα τμήματα του νοσοκομείου, τις ΜΕΘ, έτσι κι ο οξέως πάσχων χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση σε ένα ειδικό τμήμα, το οποίο είναι το ΤΕΠ (Ασκητοπούλου, 2009).

Ωστόσο, με βάση επισημάνσεις του *1ου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής* (Βουδαπέστη, 1992), ένα από τα βασικότερα προβλήματα όλων σχεδόν των συστημάτων Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας στις χώρες της Ευρώπης είναι η μη ικανοποιητική συνεργασία του προνοσοκομειακού με το νοσοκομειακό τομέα, η οποία συχνά συμβάλλει στην αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους πολίτες (Carter and Chochinow, 2007). Για το σκοπό αυτό μάλιστα προτάθηκαν: η εφαρμογή ενιαίων προγραμμάτων εκπαίδευσης για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό των δύο τομέων, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ νοσοκομείων και κινητών μονάδων κι η καθιέρωση ενός ενιαίου συστήματος ποιοτικού ελέγχου (EuSEM, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΔΙΑΛΟΓΗ

3.1 Ορισμοί και Κατηγοριοποίηση

Ο όρος ***Διαλογή*** ή διεθνώς ***Triage*** προέρχεται από το γαλλικό ρήμα *Trier,* το οποίο σημαίνει διαλέγω – ταξινομώ (Γεωργιάδης, 2001). Στην ελληνική γλώσσα, ο όρος διαλογή, σημαίνει επιλογή στοιχείων ενός συνόλου βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, ξεδιάλεγμα (Μπαμπινιώτης, 2004). Στο χώρο της υγείας η διαλογή (triage) έχει την έννοια της διαδικασίας καθορισμού της προτεραιότητας αντιμετώπισης και θεραπείας πολλών ασθενών, οι οποίοι ζητούν φροντίδα ταυτόχρονα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει κατά τη διάρκεια φυσικών καταστροφών ή πολεμικών συγκρούσεων. Το πεδίο της μάχης ήταν μάλιστα κι ο πρώτος χώρος, όπου εφαρμόστηκε η διαδικασία της διαλογής, με σκοπό τη φροντίδα εκείνων των στρατιωτών με τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης (Λάμπρου, 2005).

Στο νοσοκομειακό χώρο κι ειδικότερα στο χώρο της επείγουσας φροντίδας του ΤΕΠ, η διαλογή δηλώνει τη διαδικασία εκείνη, η οποία χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση σε κατηγορίες των τραυματιών ή νοσούντων ασθενών, οι οποίοι προσέρχονται στο ΤΕΠ, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Γίνεται από έμπειρο ή ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό του Τ.Ε.Π., σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο ***(Triage)***, βάσει πρωτοκόλλων διαλογής *(Triage protocols)* κι η διαδικασία περιλαμβάνει: *τη λήψη ιστορικού Διαλογής* από τον ίδιο τον ασθενή ή το συνοδό του (ατομικά στοιχεία του ασθενή, κύριο σύμπτωμα, παρούσα νόσος, φάρμακα κ.ά.), *τη Λήψη κι Εκτίμηση των Ζωτικών Σημείων* (αναπνοές, σφυγμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης). Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται σε ειδικό έντυπο δελτίο διαλογής του ασθενούς ***(Triage Record)*** κι ο ασθενής κατατάσσεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του σε επίπεδα προτεραιότητας *(priority levels)* (Zwicke et al., 1982).

Γενικότερα το *TRIAGE* διακρίνεται σε (Kelly and Richardson, 2001):

1) ***TRIAGE Καταστροφών***

2) ***TRIAGE Στρατιωτικό***

Στόχος τους είναι η παροχή φροντίδας σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και

3) TRIAGE Νοσοκομειακό, καθημερινό, το οποίο εδραιώθηκε από το 1960 και μετά με τη μεγάλη ζήτηση για Επείγουσα Φροντίδα, όταν η εκρηκτική αύξηση του αριθμού των ασθενών, οι οποίοι προσέρχονταν στα ΤΕΠ υπερέβη τις δυνατότητές τους, ως προς τους διατιθέμενους χώρους, τον εξοπλισμό και το προσωπικό (Γεωργιάδης, 2001). Έτσι, η διαδικασία της διαλογής αναπτύχθηκε κι εξελίχθηκε ως μία αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, *διαχωρίζοντας τους ασθενείς με πραγματικά επείγοντα προβλήματα από εκείνους που με ασφάλεια θα μπορούσαν να περιμένουν ή να παραπεμφθούν σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, με στόχο πάντοτε την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας και τον καλύτερο καταμερισμό των διαθέσιμων υπηρεσιών και πόρων (Ασκητοπούλου, 1991).

Σε ορισμένες χώρες, όπως στη Μ. Βρετανία, τον Καναδά και τις ΗΠΑ, η αξία της διαλογής θεωρείται δεδομένη κι αδιαμφισβήτητη. Χαρακτηριστικά, στις αρχές της δεκαετίας του 1980 στις Η.Π.Α. η ομοσπονδιακή κυβέρνηση απαίτησε την εφαρμογή της διαλογής στο ΤΕΠ από όλα τα νοσοκομεία, τα οποία είχαν συμβληθεί με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς Medicare και Medicaid, μέσω του νόμου EMTALA *(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act).* Παράλληλα δε κι η Συλλογική Επιτροπή για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγείας (*JCAHCO*), ζήτησε τη συμμόρφωση προς τις ρυθμίσεις του νόμου αυτού, ενώ τέλος αντίστοιχη εσωτερική νομοθεσία υπάρχει και σε μερικές αμερικανικές πολιτείες. Σήμερα το 96% των ΤΕΠ στις Η.Π.Α. χρησιμοποιούν κάποιο τύπο συστήματος διαλογής. Ανάλογα και στη Μ. Βρετανία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του ’80, σημειώθηκε μεγάλη αύξηση στη χρησιμοποίηση συστημάτων διαλογής, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σήμερα πολύ λίγα ΤΕΠ, στα οποία η διαλογή δεν έχει υιοθετηθεί (Kelly and Richardson, 2001, Λάμπρου, 2005).

3.2 Συστήματα Διαλογής

Ο όρος «σύστημα διαλογής» *(Triage System)* αποτελεί μία ευρεία έννοια, η οποία περιλαμβάνει πέρα από τη διαδικασία της διαλογής *(Triage ή Triage Process)* κι ένα «σύστημα ταξινόμησης διαλογής» *(Triage Classification System),* βάσει του οποίου πραγματοποιείται η κατάταξη των ασθενών. Μάλιστα, ένα σύστημα διαλογής επεκτείνεται επιπρόσθετα και στους τομείς της στελέχωσης, της συνεργασίας με άλλα τμήματα του ίδιου ιδρύματος ή με φορείς κι ιδρύματα παροχής φροντίδας υγείας στην κοινότητα και στον τομέα των υπηρεσιών προνοσοκομειακής διαλογής (Λάμπρου, 2005).

Κάθε σύστημα Triage έχει **πρωταρχικούς στόχους**, στους οποίους περιλαμβάνονται:

- Η γρήγορη αναγνώριση των ασθενών με επείγοντα κι απειλητικά για τη ζωή τους προβλήματα υγείας.
- Η αξιολόγηση κι επαναξιολόγηση του κύριου παραπόνου, το οποίο αναφέρει ο ασθενής, καθώς και τα σχετιζόμενα συμπτώματα.
- Η λήψη ενός σύντομου ιστορικού.
- Η φυσική εξέταση και μέτρηση των ζωτικών σημείων (Γεωργιάδης, 2001).

Συμπληρωματικούς στόχους, στους οποίους περιλαμβάνονται (Θεοδώρου και συν., 2001):

- Η ιεράρχηση των αναγκών των ασθενών.
- Η ρύθμιση της ροής των ασθενών στο ΤΕΠ.
- Ο καθορισμός της πιο κατάλληλης περιοχής, στην οποία θα δεχθεί τη φροντίδα ο ασθενής.
- Γραμματειακά καθήκοντα.
- Η παροχή πληροφοριών και συμβουλών-κατευθύνσεων διαμέσω τηλεφώνου (telephone triage) (Lee et al., 2003).
- Η αποστολή ασθενοφόρων.

- Ο έλεγχος του πλήθους.
- Η ασφάλεια του χώρου κι η συνεργασία με τμήματα του ίδιου ιδρύματος ή με άλλους φορείς κι ιδρύματα φροντίδας υγείας (Γεωργιάδης, 2001).

Τα υπάρχοντα συστήματα διαλογής ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό. Ο βαθμός στον οποίο ένα σύστημα Triage περιλαμβάνει όλες αυτές τις λειτουργίες, εξαρτάται:

- Από τον αριθμό των επισκέψεων των περιστατικών στα ΤΕΠ.
- Από τον αριθμό των ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης κι αντιμετώπισης.
- Από τη διαθεσιμότητα των πόρων του ΤΕΠ.
- Από την ύπαρξη – διαθεσιμότητα εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- Από Νομικά και Διοικητικά ζητήματα.
- Από Περιβαλλοντικούς παράγοντες.
- Από τη διαθεσιμότητα των πόρων ΠΦΥ.
- Από την ύπαρξη εφαρμογών πληροφοριακού συστήματος στο ΤΕΠ για την εισαγωγή – μεταφορά – εξιτήριο του ασθενή και για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα.

Τέλος, για να επιτύχει ένα σύστημα διαλογής πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλό, κατανοητό και να έχει εξασφαλιστεί ομοφωνία της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας του ΤΕΠ ως προς την εφαρμογή του κι όταν αυτό απαιτεί ενδοτμηματικές βελτιώσεις, παρά όταν απαιτεί διατμηματικές αλλαγές. Επομένως, όταν ξεκινάει το χτίσιμο ενός συστήματος διαλογής από την αρχή είναι προτιμότερο να υιοθετηθεί απλό και λειτουργικό μοντέλο κι όταν αυτό εδραιωθεί, τότε μόνο να επιχειρεί βελτιώσεις ή αλλαγές προς πιο πολύπλοκα μοντέλα διαλογής (Λάμπρου, 2005).

Το 1982 οι Thompson και Dains καθόρισαν τους τρεις (3) κοινούς τύπους συστημάτων Triage: **(Ι)** το μοντέλο ***«Διευθέτησης της κυκλοφορίας»*** *(Traffic Director),* **(ΙΙ)** το απλό μοντέλο του ***«Ελέγχου των σημείων»*** *(Spot Check)* και **(ΙΙΙ)**

το προχωρημένο (Advanced) **«Ευρύ»** *(Comprehensive)* μοντέλο. Οι μεταξύ τους διαφορές σχετίζονται με το βαθμό διαλογής που παρέχεται σε κάθε περίπτωση. Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά αυτών των τριών μοντέλων (Vance and Sprivulis, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο **(Ι)** μοντέλο, το οποίο είναι και το απλούστερο όλων, η διαδικασία της διαλογής εφαρμόζεται από προσωπικό του νοσοκομείου, το οποίο δεν ανήκει στους επαγγελματίες υγείας (διοικητικοί υπάλληλοι, προσωπικό ασφαλείας) και το οποίο ταξινομεί αδρά τους ασθενείς σε δύο (2) κατηγορίες: Επείγον και Μη επείγον. Η αξιολόγηση βασίζεται στο κύριο σύμπτωμα, το οποίο αναφέρει ο ασθενής, ο οποίος στη συνέχεια κατευθύνεται, είτε προς την αίθουσα αναμονής, είτε προς το χώρο θεραπείας, ανάλογα με την αρχική του ταξινόμηση. Το μοντέλο αυτό δεν προβλέπει την επαναξιολόγηση του ασθενή, ούτε την έναρξη διαγνωστικών ή θεραπευτικών διαδικασιών, ενώ τέλος η τεκμηρίωση, είτε γίνεται σε μικρή έκταση, είτε απουσιάζει τελείως (Carter and Chochinow, 2007).

Στο δεύτερο **(ΙΙ)** μοντέλο «Ελέγχου των Σημείων», η διαλογή επιτελείται από επαγγελματίες, οι οποίοι ανήκουν στο χώρο της υγείας (διάφορες βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού ή ιατρικό προσωπικό). Η αξιολόγηση είναι σύντομη (διάρκειας 2-3 λεπτά) και βασίζεται στο κύριο πρόβλημα του ασθενούς, αλλά επιπλέον και σε υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα. Η ταξινόμηση γίνεται σε τρείς (3) κατηγορίες: Επείγον, Έκτακτο, Μη έκτακτο. Έτσι, ο ασθενής στη συνέχεια μπορεί να κατευθυνθεί προς την αίθουσα αναμονής ή το χώρο θεραπείας, να λάβει παραπεμπτικό σημείωμα για άλλους φορείς παροχής φροντίδας υγείας ή να θεραπευτεί και να εξέλθει από το triage, δεδομένου ότι στα πλαίσια του εν λόγω μοντέλου εφαρμόζονται ορισμένες απλές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τέλος, το μοντέλο αυτό δεν προβλέπει την επαναξιολόγηση του ασθενή, ενώ η τεκμηρίωση αν κι υπάρχει ποικίλει ποιοτικά και ποσοτικά.

Τέλος, το τρίτο **(ΙΙΙ)** «Ευρύ» μοντέλο, είναι το πιο ολοκληρωμένο και περιεκτικό από όλα τα συστήματα που εξετάστηκαν. Το προσωπικό της διαλογής απαρτίζεται από πτυχιούχους νοσηλευτές ή με επιπλέον εξειδίκευση. Η αξιολόγηση είναι πλήρης και βασίζεται στην εκτίμηση, τόσο των σωματικών, όσο και των ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενή, από πληροφορίες, οι οποίες συλλέγονται κατά την φυσική εξέταση και συνέντευξη. Ο αναμενόμενος χρόνος για την ολοκλήρωση της

αξιολόγησης καθορίζεται στα πέντε και πλέον λεπτά. Οι ασθενείς ταξινομούνται σε τέσσερις ή πέντε κατηγορίες (4-5), για καθεμία από τις οποίες καθορίζεται και συγκεκριμένος χρόνος μέχρι την επαναξιολόγηση. Οι εναλλακτικές δυνατότητες κατεύθυνσης μετά την αξιολόγηση είναι όμοιες με αυτές του προηγούμενου συστήματος. Επίσης, το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από συστηματική τεκμηρίωση και προγραμματισμένη επαναξιολόγηση, ενώ περιλαμβάνει και διαγνωστικές διαδικασίες ή απλές θεραπείες βασισμένες σε πρωτόκολλα (Κωτούλα, 2004).

Αναφορικά με την ιστορική εμφάνιση αυτών των τύπων διαλογής, το πρώτο είδος, το οποίο εμφανίστηκε και το οποίο αποτέλεσε τον πρόδρομο των άλλων συστημάτων διαλογής, ήταν αυτό του «Αστυνόμου Κυκλοφορίας», το οποίο εφαρμοζόταν ήδη από το 1950 στα ΤΕΠ της Αμερικής από υπαλλήλους, οι οποίοι αξιολογούσαν «με μια ματιά» τον ασθενή. Σήμερα στις ΗΠΑ εφαρμόζονται πλέον μόνο τα δύο άλλα μοντέλα και συγκεκριμένα: το μοντέλο του «Ελέγχου των σημείων» εφαρμόζεται περίπου στο 25% του συνόλου των ΤΕΠ που έχουν υιοθετήσει κάποιο σύστημα διαλογής, ενώ το «Ευρύ» στο 71% αυτών. Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι το «Ευρύ» μοντέλο ανταποκρίνεται και στα πρότυπα του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Επείγουσας Φροντίδας *(ΕΝΑ)* (Λάμπρου, 2005).

Στη Μ. Βρετανία τα εν χρήσει συστήματα διαλογής ταξινομούνται γενικά σε: **(α) Μη Επαγγελματικά, (β) Βασικά** και **(γ) Προχωρημένα**. Μεταξύ αυτών των συστημάτων και των αντίστοιχων αμερικάνικων, υπάρχουν ουσιαστικές ομοιότητες, ενώ οι όποιες παρατηρούμενες διαφορές θα μπορούσαν να αποδοθούν σε τοπικούς παράγοντες. Έτσι, τα **Μη Επαγγελματικά συστήματα** βρίσκονταν σε μεγαλύτερη χρήση στο παρελθόν κι απασχολούν κάποιον υπάλληλο υποδοχής, ο οποίος αξιολογεί «με μία ματιά» τους ασθενείς. Στα **Βασικά συστήματα** υπεύθυνος επαγγελματίας είναι ένας εκπαιδευμένος νοσηλευτής, ο οποίος κι αξιολογεί τον ασθενή βάσει ιστορικού και της γενικής του εικόνας, παρέχει πρώτες βοήθειες στην περίπτωση που κρίνεται αναγκαίο και κατευθύνει τον ασθενή προς την αίθουσα αναμονής. Επίσης, μία άλλη περισσότερο στοιχειώδης μορφή των Βασικών συστημάτων, προβλέπει απλή οπτική αξιολόγηση του ασθενή από το νοσηλευτή και στη συνέχεια την κατεύθυνσή του προς την αίθουσα αναμονής. Τέλος, στα **Προχωρημένα συστήματα** διαλογής, υπεύθυνος επαγγελματίας είναι ένας νοσηλευτής με εξειδίκευση, ο οποίος αξιολογεί τον ασθενή βάσει λεπτομερούς συνέντευξης, αλλά και φυσικής εξέτασης, ενώ τέλος εφαρμόζει τις πρώτες βοήθειες όταν χρειάζεται. Μάλιστα στα συστήματα αυτά

προβλέπεται κι η τεκμηρίωση, η οποία έχει επίσημο χαρακτήρα, δεδομένου ότι τα στοιχεία, τα οποία καταγράφονται αποτελούν μέρος του ιατρικού φακέλου του ασθενούς (Ehrenberg and Ehufors, 2005).

Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις, τα μοντέλα των συστημάτων, τα οποία εξετάστηκαν δεν απαντούν στην «καθαρή» τους μορφή, αλλά σαν *«υβρίδια»*. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ μερικά ΤΕΠ έχουν υιοθετήσει ένα σύστημα με συνδυασμό χαρακτηριστικών, τόσο από το μοντέλο «Ελέγχου Σημείων», όσο κι από το «Ευρύ» μοντέλο.

Τέλος, ο καλύτερος τρόπος για να αξιολογηθεί και να βελτιωθεί η διαδικασία της διαλογής θεωρείται η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας, η οποία θα αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές κι υπαλλήλους γραμματείας (Λάμπρου, 2005).

3.3 Κλίμακες Διαλογής

Στο πλαίσιο των συστημάτων διαλογής έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται διεθνώς ορισμένες κλίμακες για την ταξινόμηση των περιστατικών σε κατηγορίες ανάλογα με τις εξής κύριες παραμέτρους:

- Κύριο σύμπτωμα – αιτία εισόδου στο ΤΕΠ.
- Ζωτικά σημεία.
- Σταθερότητα κλινικής κατάστασης.
- Ευρήματα κλινικής εξέτασης.
- Συνδυασμός των ανωτέρω (Λάμπρου, 2005).

Οι κλίμακες διαλογής χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της διαλογής με σκοπό τη βαθμολόγηση της οξύτητας του ασθενή και την κατανομή της φροντίδας κατά σειρά προτεραιότητας. Στοιχεία, τα οποία αυξάνουν τη χρησιμότητα μίας τέτοιας κλίμακας είναι η δυνατότητα εύκολης κατανόησής της, η δυνατότητα βελτίωσης της παροχής φροντίδας στον εκάστοτε ασθενή κι η δυνατότητα απλοποίησης της λειτουργίας του ΤΕΠ όπου χρησιμοποιείται.

Οι κλίμακες, οι οποίες βρίσκονται σε χρήση σήμερα χρησιμοποιούν από 2-12 βαθμίδες ή επίπεδα προτεραιότητας, με πιο συνηθισμένες τις κλίμακες των τριών (3) διαβαθμίσεων. Σ' αυτές οι βαθμίδες δηλώνονται με τα ονόματα ***Απειλητική–Πολύ επείγουσα*** *(Emergent),* ***Επείγουσα*** *(Urgent) και* ***Μη επείγουσα*** *(Non urgent).* Όσο περισσότερες είναι οι βαθμίδες/κατηγορίες επείγουσας ανάγκης, τόσο περισσότερο αποτελεσματικό μπορεί να είναι το ΤΕΠ ως προς την κάλυψη των αναγκών των ασθενών του (Vance and Sprivulis, 2005). Μερικές κλίμακες μάλιστα περιλαμβάνουν μία επιπλέον βαθμίδα υψηλότερης προτεραιότητας από την «Πολύ Επείγουσα», αποσκοπώντας στη διάκριση των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, οι οποίες απαιτούν άμεση –στη στιγμή- αντιμετώπιση (απόφραξη αεροφόρων οδών), από εκείνες, οι οποίες απαιτούν άμεση - μέσα σε λίγα λεπτά αντιμετώπιση (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου).

Επιπλέον, πολλά ιδρύματα έχουν καθιερώσει τη λειτουργία του ***προγράμματος Γρήγορης Διακίνησης- Διέλευσης Περιστατικών*** *(Fast Track)* στο χώρο του ΤΕΠ, το οποίο προσθέτει ένα ακόμη επίπεδο στην ταξινόμηση των ασθενών (Kalemoglu et al., 2004). Τα προγράμματα αυτά γρήγορης διακίνησης ή μονάδες έκτακτης φροντίδας *(urgent care units),* είναι χώροι προορισμένοι για τη φροντίδα ασθενών με έκτακτα, αλλά απλά προβλήματα (απλό κρυολόγημα, πονόλαιμος, ωταλγία κ.ά.), τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν γρήγορα κι αποτελεσματικά σε περιβάλλοντα με μικρότερο βαθμό εξοπλισμού εντατικής φύσης (Χαραλάμπους, 2010).

Στις διάφορες κλίμακες ταξινόμησης περιστατικών, οι οποίες εφαρμόζονται διεθνώς, οι κατηγορίες στις οποίες κατατάσσονται τα περιστατικά είναι συνήθως από τρεις (3) έως πέντε (5), ανάλογα με το είδος της χρησιμοποιούμενης κλίμακας και χαρακτηρίζονται από έναν κωδικό αριθμό (1,2,3,4,5) κι ένα αντιπροσωπευτικό χρώμα. Η διαβάθμιση των κατηγοριών αυτών είναι ανάλογη προς το βαθμό οξύτητας της κατάστασης που αντιμετωπίζει κάθε περιστατικό και το βαθμό, στον οποίο απειλείται η ανθρώπινη ζωή ή η σωματική ακεραιότητα. Η σειρά της διαβάθμισης (από το 1 προς το 5) ακολουθείται από το σοβαρότερο – οξύτερο περιστατικό (κατηγορία 1) προς το λιγότερο οξύ – σοβαρό (κατηγορία 5). Η έννοια της ιεράρχησης των περιστατικών αυτών αφορά στην προτεραιότητα που λαμβάνουν για εξέταση κι αντιμετώπιση στο ΤΕΠ (Λάμπρου, 2005).

Χωρίς να υπάρχει επίσημη τυποποίηση (προτυποποίηση), συνήθως χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα χρώματα για τα επίπεδα προτεραιότητας. Έτσι, **το κόκκινο** δηλώνει ανάγκη για άμεση φροντίδα, **το κίτρινο ή το πορτοκαλί** δηλώνει επείγουσα κατάσταση, **το πράσινο:** ημι- επείγουσα κατάσταση και **το γαλάζιο:** μη επείγουσα κατάσταση (Μπαλτόπουλος, 1997)

3.4 Ενιαίες Κλίμακες Διαλογής

Επί του παρόντος υπάρχουν και βρίσκονται σε χρήση πολλές κλίμακες διαλογής ανά τον κόσμο. Η ποικιλομορφία αυτή μάλιστα εντοπίζεται όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών χωρών, αλλά κι εντός της ίδιας της χώρας, ώστε καθεμία από τις κλίμακες αυτές να είναι προσαρμοσμένη στους τοπικούς παράγοντες (ιατρικά συστήματα, μεταβλητότητα των πληθυσμών κλπ.) και να εξυπηρετεί τις ανάγκες του ΤΕΠ όπου εφαρμόζεται.

Ωστόσο, στις περισσότερες χώρες με ανεπτυγμένα υγειονομικά συστήματα, τα τελευταία χρόνια, καταβάλλεται προσπάθεια ώστε οι κλίμακες ταξινόμησης των περιστατικών να τυποποιούνται. Έτσι, πρωταρχικός πλέον στόχος είναι να αναπτύσσονται και να εφαρμόζονται κλίμακες διαλογής σε εθνικό επίπεδο, διότι η χρήση ενιαίων εργαλείων για τη διαλογή είναι μείζονος σημασίας. (Robertson-Steel, 1998).

Με τον τρόπο αυτό ένα περιστατικό, το οποίο διακομίζεται λόγου χάρη μέσω των υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας θα λάβει τις υπηρεσίες, τις οποίες χρειάζεται από το ΤΕΠ, αφού η διαλογή εφαρμόζεται και στις υπηρεσίες των ασθενοφόρων.

Στο βαθμό που η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΤΕΠ, αλλά και γενικότερα στις υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνεται με την τυποποίηση των διεργασιών, ή αλλιώς τη «μειωμένη μεταβλητότητα» (Λάμπρου, 2005), τότε η ενοποίηση των κλιμάκων διαλογής σε μια εθνική κλίμακα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Λάμπρου, 2005).

Εκτός αυτού, η ασυμφωνία στη λήψη απόφασης, με κριτήριο τη σοβαρότητα της κατάστασης ενός περιστατικού, σε βαθμίδα προτεραιότητας για παροχή φροντίδας σημαίνει πολλές φορές «λανθασμένο» αποκλεισμό ασθενών από το ΤΕΠ. Επίσης, ένα επιπλέον στοιχείο που αυξάνει τη χρησιμότητα μίας ενιαίας κλίμακας εντοπίζεται στην ικανότητά της να προβλέπει την κατανάλωση πόρων σε κάθε ΤΕΠ και για κάθε προσερχόμενο ασθενή, επιτρέποντας παράλληλα συγκρίσεις ως προς το κόστος φροντίδας και την έκβαση ανάμεσα σε ΤΕΠ με διαφορετικές διαμορφώσεις (Χαραλάμπους, 2010). Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την αναγκαιότητα για τυποποίηση των κλιμάκων διαλογής (Λάμπρου, 2005).

Σε χώρες όπως ο Καναδάς, οι Ηνωμένες Πολιτείες, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία, η αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών στα ΤΕΠ έχει τυποποιηθεί μέσω ειδικών εργαλείων κατάλληλων για το σκοπό αυτό.

Έτσι, έχουν αναπτυχθεί σε εθνικό επίπεδο (Χαραλάμπους, 2010):

- ✓ η Εθνική Κλίμακα Διαλογής στην Αυστραλία (Australasian National Triage Scale ή *NTS).*
- ✓ η Κλίμακα Διαλογής κι Οξύτητας στον Καναδά (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale ή *CTAS).*
- ✓ η Εθνική Κλίμακα Διαλογής στη Μ. Βρετανία (National Triage Scale ή NTS).
- ✓ Η Εθνική Κλίμακα Διαλογής των ΗΠΑ (Emergency Severity Index ή ESI) (Λάμπρου, 2005).

Από αυτές, η Βρετανική κι η Καναδική έχουν προκύψει με από κοινού συμβολή και συμφωνία των αντίστοιχων εθνικών ιατρικών και νοσηλευτικών συνδέσμων επείγουσας φροντίδας. Εξάλλου, κοινό χαρακτηριστικό των παραπάνω κλιμάκων είναι ότι αποτελούνται από *πέντε (5)* διαβαθμίσεις (Ασκητοπούλου, 2009).

Συγκεκριμένα, η Εθνική Κλίμακα Διαλογής *(National Triage Scale – NTS),* αναπτύχθηκε από το Αυστραλασιανό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής (ACEM), απευθυνόταν στον πληθυσμό των ασθενών των ΤΕΠ της ηπείρου κι άρχισε να εφαρμόζεται από το 1994. Μέχρι σήμερα έχει γίνει αποδεκτό από όλα τα ΤΕΠ της Αυστραλίας, παράλληλα συστήνεται από το Αυστραλιανό Συμβούλιο Προτύπων για τη Φροντίδα Υγείας, ενώ τέλος εκτός των ορίων της Αυστραλίας, η NTS έχει

υιοθετηθεί, τόσο από τη Νέα Ζηλανδία, όσο κι από τη Β. Αμερική (Kelly and Richardson, 2001). Τα χαρακτηριστικά αυτής της κλίμακας αναφέρονται συγκεντρωτικά στον πίνακα 1:

Πίνακας 1: Εθνική Κλίμακα Διαλογής (National Triage Scale - NTS) – Αυστραλία

Επίπεδο Ταξινόμησης	*Αριθμητικός Κωδικός (Βαθμίδα Διαλογής)*	*Επιθυμητός Χρόνος για Ιατρική Εξέταση (σε min)*	*Χρωματικός Κωδικός*
Ανάνηψη	1	0 (αμέσως)	Κόκκινο
Επείγουσα κατάσταση	2	10	Πορτοκαλί
Έκτακτη κατάσταση	3	30	Πράσινο
Ημι-έκτακτη Κατάσταση	4	60	Γαλάζιο
Μη έκτακτη κατάσταση	5	120	Λευκό

(Πηγή: Χαραλάμπους, 2010)

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η εγκυρότητα της NTS έχει ελεγχθεί εκτεταμένα κι έχει τεκμηριωθεί στα πλαίσια μίας λεπτομερούς μελέτης εθνικού επιπέδου, όπου μεταξύ των κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν για το σκοπό αυτό συμπεριλήφθηκαν η αναλογία των εισαγωγών και των θανάτων στο νοσοκομείο ανά βαθμίδα διαλογής (Ασκητοπούλου, 2009).

Η Κλίμακα Διαλογής κι Οξύτητας των Καναδικών ΤΕΠ *(Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale - CTAS),* είναι προϊόν συμφωνίας μεταξύ των αρμόδιων Εθνικών Συνδέσμων Επείγουσας Νοσηλευτικής κι Επείγουσας Ιατρικής της χώρας αυτής που είναι: National Emergency Nurses Association (NENA) και Canadian Association of Emergency Physicians του Καναδά. Δημιουργήθηκε μία ενοποιημένη κλίμακα διαλογής και καθορισμού της οξύτητας με το όνομα *CTAS*, η οποία περιλαμβάνει πέντε επίπεδα αριθμημένα με λατινικούς αριθμούς (I, II, III, IV,

V). Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι κεντρικό ρόλο στην *CTAS* έχει η έννοια του χρόνου, καθώς ο πρωταρχικός λειτουργικός αντικειμενικός σκοπός του είναι ο καθορισμός του βέλτιστου χρόνου για την αξιολόγηση του ασθενή από τον γιατρό του ΤΕΠ (Λάμπρου, 2005).

Τα τελευταία χρόνια έγιναν προσπάθειες για τη δημιουργία ενιαίας κλίμακας διαλογής και στη Μ. Βρετανία. Η κλίμακα, η οποία δημιουργήθηκε προέκυψε από τη συνεργασία του Βρετανικού Συνδέσμου Ιατρών των Τμημάτων Επειγόντων κι Ατυχημάτων (Α & Ε) και του αντίστοιχου Συνδέσμου των Νοσηλευτών και τέθηκε σε εφαρμογή από το 1996. Σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως κι έχει περιληφθεί στην έκδοση του Οργανισμού Πιστοποίησης Υπηρεσιών Υγείας «Πρότυπα για τις υπηρεσίες Επειγόντων κι Ατυχημάτων». Η Εθνική αυτή Κλίμακα Διαλογής της Μ. Βρετανίας χρησιμοποιεί όπως κι οι δύο προηγούμενες (NTS, CTAS) πέντε διαβαθμίσεις και τα χαρακτηριστικά της αναφέρονται συγκεντρωτικά στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 2: Εθνική Κλίμακα Διαλογής Μ. Βρετανίας

Επίπεδο Ταξινόμησης	*Αριθμητικός Κωδικός (Βαθμίδα Διαλογής)*	*Χρωματικός Κωδικός*	*Επιθυμητός Χρόνος Αντιμετώπισης (σε λεπτά)*
Άμεση ανάνηψη	1	Κόκκινο	0 (αμέσως)
Πολύ επείγουσα κατάσταση	2	Πορτοκαλί	10
Έκτακτη κατάσταση	3	Κίτρινο	60
Τυπική κατάσταση	4	Πράσινο	120
Μη έκτακτη κατάσταση	5	Γαλάζιο	240 *ή άμεση παραπομπή σε άλλο τμήμα*

(Πηγή: Λάμπρου, 2005)

Η Αμερικάνικη κλίμακα διαλογής (triage) (ESI) είναι ένας συνδυαστικός αλγόριθμος, διότι εκτός των σημείων και συμπτωμάτων του ασθενή, λαμβάνει υπόψη της τους πόρους, οι οποίοι καταναλώνονται για την αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού. Το καινούργιο δηλαδή σημαντικό στοιχείο στην ESI, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες, είναι το γεγονός ότι λαμβάνονται υπόψη η κατανομή των πόρων του ΤΕΠ για την αντιμετώπιση των περιστατικών (Λάμπρου, 2005).

3.5 Διαλογή Μαζικών Καταστροφών

Σε μαζικές καταστροφές η «αλυσίδα» της φροντίδας ξεκινά από τον τόπο του ατυχήματος με ένα αυστηρά προκαθορισμένο σύστημα προνοσοκομειακής διακίνησης και διαλογής τραυματιών και συνεχίζεται στο χώρο των επειγόντων περιστατικών, ώστε να ανταποκρίνεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά μιας μαζικής καταστροφής ή ενός μαζικού ατυχήματος. Η ιδιαιτερότητα των μαζικών καταστροφών έγκειται στο γεγονός ότι συνήθως υπάρχει μεγάλος αριθμός τραυματιών με αποτέλεσμα να υπάρχει μία δυσαναλογία μεταξύ των τραυματιών και των μέσων διάσωσης, καθώς και του διατιθέμενου προσωπικού. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε ένα ταχύρροο σύστημα διαλογής, το **Triage Μαζικών Καταστροφών** (*Mass Casualty Triage*), για την άμεση αναγνώριση κι αντιμετώπιση των τραυματιών μεγάλης βαρύτητας και για την αποφυγή σπατάλης πολύτιμου χρόνου κι ανθρώπινου δυναμικού σε άτομα με κακώσεις, οι οποίες δεν απειλούν τη ζωή τους (Παππά, και συν., 2001).

Για την επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος στην αντιμετώπιση και φροντίδα των τραυματιών βασική ανάγκη για κάθε ΤΕΠ είναι να υπάρχει ένα σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, βασισμένο στις αρχές του ***ATLS*** (***A***dvanced ***T***rauma ***L***ife ***S***upport) (Ρούτση, 2010). Ιδιαίτερη σημασία επίσης, πρέπει να δοθεί και στην εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών (καταστροφές, μαζικά ατυχήματα) με την πραγματοποίηση ειδικών ασκήσεων ετοιμότητας. Τέλος, όσον αφορά τις προϋποθέσεις των χώρων του ΤΕΠ,

για την καλύτερη περίθαλψη αυτών των θυμάτων, θα πρέπει ο σχεδιασμός τους να επιτρέπει τις απαιτούμενες λειτουργικές προσαρμογές (Παππά, και συν., 2001).

Για τον συντονισμό των ενεργειών του προσωπικού είναι απαραίτητη η παρουσία ενός συντονιστή υπεύθυνου ιατρού. Ο συντονιστής είναι επίσης υπεύθυνος για τον καθορισμό του επιπέδου ετοιμότητας του νοσοκομείου. Τα επίπεδα ετοιμότητας είναι τρία (Vance and Sprivulis, 2005):

- **1ο Επίπεδο (πράσινης) ετοιμότητας:** Υπάρχει μικρός αριθμός τραυματιών και γίνεται κινητοποίηση μόνο του προσωπικού του ΤΕΠ.
- **2ο Επίπεδο (κίτρινης) ετοιμότητας:** Γίνεται υποδοχή μεγαλύτερου αριθμού θυμάτων και κινητοποιείται και το προσωπικό των χειρουργείων και της ΜΕΘ.
- **3ο Επίπεδο (κόκκινης) ετοιμότητας:** Γίνεται υποδοχή εκτεταμένου αριθμού θυμάτων και κινητοποιείται όλο το προσωπικό του νοσοκομείου.

Η σωστή εφαρμογή ενός σχεδίου μαζικών καταστροφών απαιτεί από το προσωπικό των ΤΕΠ να ακολουθήσει προκαθορισμένα βήματα. Αυτά είναι (Kalemoglu et al., 2004):

1. Η **Πρωτογενής Εκτίμηση** (Primary Survey), η οποία αποσκοπεί στην άμεση αναγνώριση κι αντιμετώπιση των βαρέων καταστάσεων και δεν πρέπει να ξεπερνά τα 2-5 λεπτά. Αυτή επιτυγχάνεται με τον έλεγχο του ***ABCDE*** του τραυματία όπου: ***A***irway: ελέγχεται κι εξασφαλίζεται η βατότητα της ανωτέρας αναπνευστικής οδού κι εκτιμάται αν υπάρχει απόφραξη, ***B***reathing: εξασφαλίζεται ο επαρκής αερισμός κι αναπνοή, ***C***irculation: στη συνέχεια εξασφαλίζεται η κυκλοφορία του αίματος, ***D***isability: διερευνάται η νευρολογική κατάσταση και τέλος, γίνεται αφαίρεση των ρούχων του αρρώστου ενώ διασφαλίζεται η φυσιολογική θερμοκρασία του τραυματία ***E***xposure–environmental control.

2. Η **Δευτερογενής Εκτίμηση** όπου μετά την πρωτογενή, γίνεται λεπτομερή εξέταση του τραυματία. Εξετάζεται αρχικά το κρανίο, η σπονδυλική στήλη κι ο αυχένας, στη συνέχεια ο θώρακας, η κοιλιά κι η λεκάνη και τέλος, τα άκρα, ενώ γίνεται και νευρολογική εξέταση. Η δευτερογενής αυτή εκτίμηση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 5-10 λεπτά.

3. Η **Διαλογή** των τραυματιών, η οποία γίνεται εφόσον ολοκληρωθεί κι η δευτερογενής εκτίμηση. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί, ότι αν δεν έχει γίνει προνοσοκομειακή διαλογή κι υπάρχει ανεξέλεγκτη συρροή τραυματισμένων, αυτοί συγκεντρώνονται σε μία αίθουσα του ΤΕΠ, την αίθουσα διαλογής, όπου και γίνεται η πρωτογενής εκτίμηση και διαλογή τους. Στην περίπτωση τώρα που έχει γίνει η διαλογή στον τόπο του ατυχήματος, στο χώρο του ΤΕΠ γίνεται η επαναδιαλογή τους (re-triage) κι έτσι αποφασίζεται ή η μεταφορά τους σε άλλο κέντρο ή τέλος προσδίδονται στους τραυματίες ετικέτες διαλογής, ανάλογα πάντοτε με την βαρύτητά τους και την ανάγκη αντιμετώπισής τους. Έτσι, εδώ διακρίνονται (Παππά, και συν., 2001):

- Τα *υπερεπείγοντα περιστατικά,* τα οποία 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 *επείγοντα περιστατικά,* τα οποία σημειώνονται με **κίτρινη ετικέτα** και τα οποία έχουν ανάγκη παροχής πρώτων βοηθειών και μεταφοράς σε καθορισμένο χώρο, όπου και παρακολουθούνται, επανεξετάζονται και καθορίζεται η περαιτέρω θεραπεία τους. Τέτοια περιστατικά είναι τα ανοιχτά κατάγματα κ.ά.

- Τα *περιστατικά που δύναται να αναμένουν* και σημειώνονται με **πράσινη ετικέτα**. Πρόκειται για περιστατικά, τα οποία παραμένουν σε αίθουσες αναμονής μέχρι την αποσυμφόρηση του ΤΕΠ από τα επείγοντα περιστατικά. Τέτοια περιστατικά είναι μικρά θλαστικά τραύματα, σταθεροποιημένα κλειστά κατάγματα κ.ά.

- Τέλος, με **μαύρη ετικέτα** σημειώνονται οι τραυματίες, οι οποίοι είναι νεκροί ή και χωρίς ζωτικά σημεία.

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

τους. Η αλυσίδα της φροντίδας ενός τραυματία μιας μαζικής καταστροφής τελειώνει με τη μεταφορά του τραυματία στο χειρουργείο, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή σε κάποια άλλη κλινική και την οριστική θεραπεία του (Παππά, και συν., 2001, Ρούτση, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

4.1 Βασικά Χαρακτηριστικά

Το **Τ**μήμα **Ε**πειγόντων **Π**εριστατικών (**ΤΕΠ**), [*εδώ χρησιμοποιείται ο όρος «περιστατικό», γιατί αποδίδει καλύτερα την έννοια του συμβάντος,, σε αντίθεση με την «περίπτωση», που χρησιμοποιείται για τους ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύονται σε προγραμματισμένη βάση*] είναι το τμήμα, όπου αντιμετωπίζονται οι επείγουσες περιπτώσεις, οι οποίες προσκομίζονται ή προσέρχονται στο νοσοκομείο. Αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και τον «ηθμό» που προστατεύει τα νοσοκομεία από άσκοπες εισαγωγές. Το ΤΕΠ δεν είναι Εξωτερικό Ιατρείο, ούτε Κέντρο Υγείας αντίθετα, διοικητικά, οργανωτικά και χωροταξικά είναι σαφώς διαφοροποιημένο από αυτά (Λιαρόπουλος, 2010).

Σκοποί του τμήματος είναι οι ακόλουθοι:

- Να εξασφαλίζεται ως κύρια προτεραιότητα ο περιορισμός της θνητότητας, της νοσηρότητας και της αναπηρίας, διαμέσου της πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, οι οποίες προκαλούνται από νόσο ή τραύμα. Οι καταστάσεις αυτές αφορούν στο 5% περίπου του συνόλου των διακινούμενων περιστατικών.
- Να εξασφαλίζεται η σωστή διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση όλων των ιατρικών έκτακτων περιστατικών (25% περίπου των περιστατικών).
- Να κατευθύνονται σωστά κι υπεύθυνα τα τακτικά περιστατικά της εφημερίας στα αντίστοιχα Εξωτερικά Ιατρεία (70% περίπου των περιστατικών).

- Να παρέχει εκπαίδευση στην Ε.Ι. σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό υγειονομικών, αλλά και πολιτών, ορισμένων κατηγοριών (αστυνομικών, πυροσβεστών, εκπαιδευτικών κ.λπ.).
- Να προωθεί την έρευνα στο αντικείμενο της Ε.Ι. (Λιαρόπουλος, 2010).

Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται επίσης (Χαραλάμπους, 2010):

- Η παροχή εκπαίδευσης στους ασθενείς, στις οικογένειες και σε άλλα άτομα για την διευκόλυνση της φροντίδας μετά την έξοδο από το ΤΕΠ.
- Η συλλογή δεδομένων που αφορούν τη φροντίδα του ασθενή, με σκοπό την εκτίμηση των αποτελεσμάτων και των λειτουργιών του ΤΕΠ.
- Η συγκρότηση και λειτουργία της επιτροπής *«Μαζικών Ατυχημάτων και Καταστροφών»* στην υγειονομική περιοχή που καλύπτει και για την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών ή άλλων μαζικών περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης.
- Η οργάνωση των διακομιδών των ασθενών σε περίπτωση όπου δεν υπάρχει δυνατότητα εξειδικευμένης αντιμετώπισης βαρέων περιστατικών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (π.χ. μονάδα εγκαυμάτων).

Οι ανάγκες των ΤΕΠ δημιουργούν ένα εντελώς διαφορετικό οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας από τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, καθώς αποτελούν χώρους κατάλληλα διαμορφωμένους, εξοπλισμένους και στελεχωμένους, ώστε να παρέχουν παρακολούθηση, συστηματική υποστήριξη, έγκαιρη διάγνωση κι αποτελεσματική θεραπεία σε βαριά ασθενείς (Λιαρόπουλος, 2010).

Επομένως, η λειτουργική αποστολή ενός σύγχρονου ΤΕΠ πρέπει να περιλαμβάνει την υποδοχή, την σταθεροποίηση και την θεραπευτική αντιμετώπιση όλων των ασθενών, οι οποίοι προσέρχονται στο τμήμα κι οι οποίοι είναι δυνατόν να παρουσιάζουν μία

μεγάλη ποικιλία επειγουσών, αλλά και μη επειγουσών καταστάσεων, όπως (Χαραλάμπους, 2010):

- Ασθενείς, οι οποίοι υποφέρουν από μία τραυματική ή άλλη οξεία κατάσταση της υγείας τους, η οποία απειλεί την ζωή τους.
- Ασθενείς, οι οποίοι πρέπει να παρακολουθηθούν για περιορισμένο χρονικό διάστημα, μέχρις ότου διευκρινισθεί εάν πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο ή να φύγουν.
- Ασθενείς με ενδεχομένως απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση.
- Ασθενείς, οι οποίοι νομίζουν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα, το οποίο χρήζει άμεσης ιατρικής φροντίδας (Παναγιωτάκη, Λιονάκη, 2004).

Η εμπειρία όλων αυτών των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν στο ΤΕΠ, επηρεάζει σημαντικά τη συνολική δημόσια εικόνα του. Έτσι θα πρέπει αυτό να συνδυάζει την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή και το ανθρώπινο δυναμικό που απαιτείται για μία αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία (Baker and Baker, 1994).

Ο τρόπος οργάνωσης ενός ΤΕΠ θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την αποτελεσματική λειτουργία του και την ικανότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς του, καθώς και σχετική μελέτη Carter και Chochinow (2007), έδειξε ότι η απόδοση του ΤΕΠ εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του.

Η πολιτική οργάνωσης ενός ΤΕΠ εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό και μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την επάρκεια των διατιθέμενων χώρων, του προσωπικού, του εξοπλισμού και της εργαστηριακής κάλυψης, τις αποφάσεις της διοίκησής του, τη φύση του νοσοκομείου (ιατρικές ειδικότητες) και το βαθμό συμμετοχής του στην υγειονομική κάλυψη, το βαθμό ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου, τη σχέση του ΤΕΠ με το αντίστοιχο κέντρο κινητής άμεσης βοήθειας. Σε κάθε περίπτωση όμως, βασικός και υπερισχύων οργανωτικός συντελεστής πρέπει να είναι η ικανότητα του ΤΕΠ να παρέχει

επείγουσα φροντίδα σε κάθε ασθενή που παρίσταται και σε κάθε χρονική στιγμή (Χαραλάμπους, 2010).

Σύμφωνα με το Λιαρόπουλο (2010), το ΤΕΠ, για να είναι κοινωνικά, επιστημονικά κι οικονομικά αποτελεσματικό, πρέπει να έχει, πέρα από την απαιτούμενη υποδομή, μια ελάχιστη ροή περιστατικών, για να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών κι η «απόσβεση» της ανθρώπινης κι υλικοτεχνικής υποδομής. Υπολογίζεται ότι η ροή, π.χ. για τραυματίες, πρέπει να είναι περίπου 1000 βαριά περιστατικά το χρόνο για περιοχές με 1.000.000 κατοίκους. Ελλιπή ΤΕΠ για περιστασιακή αντιμετώπιση περιστατικών είναι από κάθε άποψη ασύμφορα κα θα πρέπει να προγραμματίζονται μόνο σε ιδιαίτερες περιπτώσεις.

4.2 Οργάνωση

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις οργάνωσης και διοίκησης ενός ΤΕΠ συγκλίνουν σε ανεξάρτητη-αυτοδύναμη μονάδα, η οποία διευθύνεται από τους διευθυντές της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής υπηρεσίας αντίστοιχα, η σχέση των οποίων είναι ισότιμη κι οι δύο υπηρεσίες συντονίζονται από εκτελεστική επιτροπή του ΤΕΠ. Παράλληλα, από μελέτη του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας τέτοιων τμημάτων νοσοκομείων στις ΗΠΑ και τον Καναδά, χωρών που πρωτοπόρησαν στον τομέα της επείγουσας Ιατρικής φροντίδας, τόσο σε προνοσοκομειακό, όσο και σε νοσοκομειακό επίπεδο, προκύπτει ότι ένα σύγχρονο ΤΕΠ πρέπει να έχει τα ακόλουθα λειτουργικά χαρακτηριστικά οργανωτικής διάρθρωσης (Ζηλίδης, 2005):

1. Λειτουργία ως αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου με μόνιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και με τις καθιερωμένες θέσεις της διοικητικής κι επιστημονικής ιεραρχίας.

2. Συνεχής κι αδιάλειπτη λειτουργία του τμήματος επί 24ώρου βάσεως κι επί 365 μέρες το χρόνο.

3. Κατάλληλα σχεδιασμένοι χώροι για την ορθολογική κατανομή των επιμέρους λειτουργικών περιοχών του τμήματος.

4. Στελέχωση με κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Συγκεκριμένα, η λειτουργία των ΤΕΠ ως ανεξάρτητων τμημάτων στα νοσοκομεία, επιτρέπει την οργάνωσή τους ως αυτόνομες μονάδες με καθορισμένα δικαιώματα κι υποχρεώσεις. Σύμφωνα μάλιστα με το Σύλλογο Επείγουσας Ιατρικής της Αμερικής *(ACEP),* το ΤΕΠ πρέπει να έχει γραπτό οργανωτικό πλάνο συνεπές προς τις αρχές του νοσοκομείου, ενώ η λειτουργία του θα πρέπει να καθοδηγείται από γραπτές πολιτικές και διαδικασίες. Επίσης, τα καθήκοντα κι οι ευθύνες των ιατρών, των νοσηλευτών και των άλλων μελών του προσωπικού θα πρέπει να είναι γραπτώς καθορισμένες, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα κι η συνέχεια στην παροχή επείγουσας ιατρικής φροντίδας.

Επειδή μάλιστα, τα επείγοντα περιστατικά υγείας είναι από τη φύση τους απρογραμμάτιστα και μη προβλέψιμα, καθίσταται απαραίτητη η παρουσία (σε 24ωρη βάση) εξειδικευμένου κι ικανού ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο Τ.Ε.Π. με επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να εκτιμά και να σταθεροποιεί όλους τους ασθενείς, οι οποίοι προσέρχονται σ΄ αυτό και κυρίως να παρέχει όλες τις απαραίτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις σ’ εκείνους, οι οποίοι βρίσκονται σε θανατηφόρες καταστάσεις επείγουσας φροντίδας.

Εκτός από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η στελέχωση του Τ.Ε.Π. προϋποθέτει για την ομαλή κι εύρυθμη λειτουργία του κι έναν ικανοποιητικό αριθμό τεχνολόγων, διοικητικών υπαλλήλων, βοηθών θαλάμων, μεταφορέων ασθενών, προσωπικού ασφαλείας κι υπαλλήλων καθαριότητας (Λιαρόπουλος, 2010). Εξάλλου, καθώς στο χώρο του ΤΕΠ η ζωή του ασθενούς χάνεται ή κερδίζεται εντός λίγων λεπτών της ώρας και τα λάθη είναι απαγορευτικά, το σύνολο του προσωπικού θα πρέπει (Kalemoglu et al., 2004):

α) να έχει επιλεγεί με αυστηρά κριτήρια,

β) να ακολουθεί συγκεκριμένο κι υψηλών προδιαγραφών εκπαιδευτικό πρόγραμμα &

γ) να ακολουθεί συγκεκριμένα *πρωτόκολλα λειτουργίας*.

Η χρήση πρωτοκόλλων στα ΤΕΠ παρέχει γραπτές οδηγίες για κοινές ή υψηλού κινδύνου καταστάσεις κι αποτελεί ένα πλαίσιο για ασφαλή φροντίδα, καθώς συμβάλλει (Χαραλάμπους, 2010):

- Στην τεκμηριωμένη διαλογή των ασθενών.
- Στη σωστή διαχείρισή τους (βάσει οδηγιών).
- Στη μείωση της αβεβαιότητας και των λανθασμένων αποκλίσεων από τη θεραπεία.

Επίσης, οι οδηγίες τους πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές, ενώ τέλος η εφαρμογή τους από το προσωπικό του ΤΕΠ θα πρέπει να γίνεται μόνο ύστερα από επαρκή, ειδική εκπαίδευση. Όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού στο ΤΕΠ, πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι ανάλογος της προσέλευσης των ασθενών, καθώς και των ιδιαιτεροτήτων κάθε νοσοκομείου, ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Προς αυτό το σκοπό η ανάλυση στατιστικών στοιχείων, τα οποία αφορούν τον αριθμό των ασθενών, την ώρα προσέλευσής τους και το είδος του περιστατικού, δίνουν χρήσιμες πληροφορίες για τον προγραμματισμό του απαραίτητου ανθρώπινου δυναμικού σε κάθε τμήμα. Επίσης, οι υπεύθυνοι της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας, θα πρέπει να εκτιμούν τις ανάγκες στελέχωσης του Τ.Ε.Π. σε τακτική χρονική βάση. Σύμφωνα με το Λιαρόπουλο (2010), για ΤΕΠ με κίνηση μεγαλύτερη από 200 ασθενείς ανά εφημερία, θα πρέπει να υπάρχει πλήρης κι αυτοδύναμη ιατρική ομάδα αποτελούμενη από επτά, τουλάχιστον, άτομα: ένα διευθυντή (με εξειδίκευση στην Εντατική ή στην Ε.Ι.), κι έξι επιμελητές Ε.Ι. Επιπλέον, σε ΤΕΠ με ακόμα μεγαλύτερη διακίνηση (π.χ. πάνω από 400 ασθενείς ανά 24ωρο), στο ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να προστεθούν δύο τουλάχιστον ιατροί Γενικής Ιατρικής, οι οποίοι θα ασχολούνται με τη διαλογή των ασθενών και την παροχή ΠΦΥ σε ξεχωριστό χώρο του ΤΕΠ.

Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία απαιτούνται:

- Ένας (1) νοσηλευτής ανά δέκα προσερχόμενους ασθενείς σε μέρα εφημερίας, με μόνιμη απασχόληση στο ΤΕΠ.

- Τέσσερις (4) νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με λιγότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας.
- Έξι (6) έως δέκα (10) νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με περισσότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας.

Επίσης, έχει βρεθεί ότι απαιτείται ένας τουλάχιστον νοσηλευτής για κάθε 5000 ετήσιες επισκέψεις ασθενών στο ΤΕΠ (Τ.Ε.Ε.Ν., 2013). Για νοσοκομεία με κίνηση 100-200 ασθενείς ανά εφημερία στα ΤΕΠ, για τη στελέχωση στη διαλογή αρκεί ένας έμπειρος νοσηλευτής. Για νοσοκομεία με μεγαλύτερη κίνηση απαιτείται κι η παρουσία ιατρικού προσωπικού (Λιαρόπουλος, 2010).

Τέλος, τα πρότυπα στελέχωσης απαιτείται να ενσωματώνουν και το ενδεχόμενο της απροσδόκητης άφιξης επιπρόσθετου αριθμού ασθενών ή τραυματιών και θα πρέπει να υπάρχει σχέδιο για την απασχόληση επιπρόσθετων ιατρών και νοσηλευτών σε ώρες φόρτου εργασίας ή σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. φυσικές καταστροφές). Αναφορικά, με τη μέχρι σήμερα νομοθεσία φαίνεται να υπάρχουν πολλές νομοθετικές ρυθμίσεις, οι οποίες προβλέπουν τη δημιουργία αυτόνομου ΤΕΠ. Στην πρόσφατη Υπουργική Απόφαση, **ΦΕΚ 874/Β/12 Αθήνα 6/3/2012 Αριθμός Πρωτοκόλλου:Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869** γίνεται αναφορά στη στελέχωση των ΤΕΠ με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και συγκεκριμένα: *«ο αριθμός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το ΤΕΠ, καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις εφημερίες του νοσοκομείου, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών»* (Τ.Ε.Ε.Ν., 2013).

4.3 Λειτουργίες/Διεργασίες Ασθενή

Το φάσμα των συνολικών δραστηριοτήτων ενός Τ.Ε.Π. περιλαμβάνει λειτουργίες, οι οποίες διακρίνονται: σε ***Επιτελικές*** λειτουργίες, όπως είναι ο προγραμματισμός των δραστηριοτήτων, η χρηματοοικονομική διαχείριση κι η κατανομή των πόρων, ο εσωτερικός έλεγχος κ.λπ., ***Υποστηρικτικές*** λειτουργίες, οι οποίες αφορούν π.χ. τη Διαχείριση Υλικού κι Ανθρώπινου Δυναμικού, την Οικονομική & Τεχνική Υποστήριξη, τη Νομική Υποστήριξη ή και την υποστήριξη όλων των

δραστηριοτήτων με Πληροφοριακό Σύστημα κ.λπ. και Λειτουργίες ***Κορμού***, οι οποίες έχουν ως τελικό αποδέκτη τους ασθενείς κι αφορούν την πορεία τους στο ΤΕΠ (Ασκητοπούλου, 2009).

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κι η ικανοποίηση του ασθενή στο ΤΕΠ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οργάνωση των Λειτουργιών Κορμού με βάση την πορεία, την οποία πρέπει να ακολουθούν οι ασθενείς στο τμήμα (Μαλλιαρού, και συν., 2009). Προς το σκοπό αυτό απαιτείται ανάλυση των εργασιών, που επιτελούνται και κυρίως των βημάτων, τα οποία ακολουθεί ο ασθενής στο ΤΕΠ. Συγκεκριμένα, η συνολική ***διαδικασία – «πορεία»*** του ασθενή αναλύεται σε μικρότερες υπο-διαδικασίες (Χαραλάμπους, 2010):

- **Υποδοχή - Καταγραφή *(Registration):*** Το Τμήμα Υποδοχής του ασθενούς διαδραματίζει ένα σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη και διαχείριση μιας σχεδιασμένης στρατηγικής για τη ροή των ασθενών. Αυτή η ροή, από πολλές απόψεις, κυριαρχεί πάνω σε άλλες δραστηριότητες εισαγωγής/καταχώρισης από την άποψη ότι ρυθμίζει τη συχνότητα και την ικανότητα με την οποία μπορούν να πραγματοποιούνται όλες οι άλλες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Είναι υπεύθυνο αρχικά για την έγκαιρη, ευγενική κι ακριβή καταχώριση των ασθενών. Σ΄ αυτά τα πλαίσια, το τμήμα υποστηρίζει τη διασφάλιση της ποιότητας κατά την καταχώριση όλων των εγγράφων στο φάκελο του ασθενούς. Το προσωπικό του Τμήματος Υποδοχής Ασθενών μπορεί να εξασφαλίσει μία θετική πρώτη εντύπωση του ασθενούς για το ίδρυμα με την παροχή αποδοτικής, προσωπικής και συμπονετικής φροντίδας. Νέες τεχνολογίες και σχεδιασμοί εργασιακών δραστηριοτήτων ενισχύουν το επίπεδο των υπηρεσιών που υποστηρίζονται από το Τμήμα αυτό. Η αποτελεσματικότητα των διαδικασιών, η αποδοτικότητα κι η εξοικονόμηση μετρούνται μέσω κρίσιμων συντελεστών επιτυχίας: ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας, ακρίβεια, πληρότητα, χρόνος αναμονής χρηστών, αλληλεπίδραση με τον χρήστη-ασθενή-συνοδό και κόστος υπηρεσιών (Woerly, 2001). Για τη διαδικασία αυτή, πρέπει να υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, ώστε να μη διαρκεί περισσότερο από 5-8 λεπτά κατά μέσο όρο. Γενικά θεωρείται, ότι για την αποτελεσματική ροή των ασθενών στο ΤΕΠ, απαιτείται ένας υπάλληλος γραμματείας για κάθε 7.000-10.000 επισκέψεις στο ΤΕΠ. Τα στοιχεία, τα οποία θα πρέπει να καταχωρηθούν σε πρώτη φάση είναι:

- Ημέρα κι ώρα άφιξης στο τμήμα,
- Ονοματεπώνυμο ασθενή,
- Ηλικία,
- Διεύθυνση κατοικίας,
- Πρόβλημα υγείας (Λάμπρου, 2005).

- **Η Διαλογή (Triage)**: Όλοι οι ασθενείς, οι οποίοι προσέρχονται στο ΤΕΠ θα πρέπει να υπόκεινται στη διαδικασία της διαλογής, με στόχο την ταξινόμησή τους σε κατηγορίες, οι οποίες και καθορίζουν την προτεραιότητά τους για Ιατρική φροντίδα, σύμφωνα πάντα με τη φύση και τη σοβαρότητα του τραύματος ή του νοσήματος. Η διαδικασία αυτή της διαλογής δε θα πρέπει να υπερβαίνει τα 10-12 λεπτά κι αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ικανοποίησης του ασθενούς (Φιλιππάτος, 2012, Μαλλιαρού, 2009), καθώς θα πρέπει να εξασφαλίζεται η τοποθέτησή του στο σωστό τόπο και τη σωστή χρονική στιγμή, ώστε να λάβει το απαραίτητο επίπεδο φροντίδας (Ασκητοπούλου, 2009).

- **Παροχή Φροντίδας:** Μετά την αξιολόγηση της κρισιμότητας της κατάστασης του ασθενή προσδιορίζεται η ώρα αναμονής του και κατευθύνεται προς εξέταση και παροχή φροντίδας στον ανάλογο τομέα του ΤΕΠ κι από το ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό του. Ο ελεύθερος χρόνος εδώ ποικίλλει ανάλογα με το επείγον της κατάστασης του ασθενή, ωστόσο, για μη οξείες καταστάσεις ένας γιατρός θα πρέπει να βλέπει τον ασθενή στα πρώτα 20 λεπτά από την άφιξή του στο ΤΕΠ. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, οι ασθενείς οδηγούνται για την παροχή φροντίδας άμεσα και σε πιο εξειδικευμένους χώρους του ΤΕΠ, όπως είναι ο χώρος αναζωογόνησης, οι χώροι επεμβάσεων κ.ά. (Λάμπρου, 2005).

- **Παραπομπή για Εργαστηριακές Εξετάσεις *(Laboratory Ordering):*** Η εξέταση, η θεραπεία, η συμβουλευτική κι η διεξαγωγή των διαγνωστικών εξετάσεων μπορούν να γίνουν, είτε ταυτόχρονα, είτε σταδιακά, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή. Έτσι, οι χώροι διεξαγωγής των διαγνωστικών εξετάσεων θα πρέπει να βρίσκονται σε άμεση επικοινωνία με το ΤΕΠ, ώστε να αποφεύγονται οι άσκοπες μετακινήσεις των ασθενών, οι οποίες ευθύνονται, τόσο για χρονικές

καθυστερήσεις, όσο και για την ταλαιπωρία των ασθενών. Μάλιστα, για να μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του τμήματος, θα πρέπει να υπάρχει μία βάση δεδομένων για τις εργαστηριακές και λοιπές διαγνωστικές εξετάσεις, ώστε να καταγράφεται ο συνολικός ημερήσιος αριθμός των εξετάσεων, οι οποίες διεξάγονται, δίνοντας έτσι την δυνατότητα ελέγχου του ρυθμού και της αναγκαιότητας τους. Επίσης σε πολλά ΤΕΠ, κυρίως στις Η. Π Α και τη Μ. Βρετανία, ο ρόλος του νοσηλευτή διαλογής έχει διευρυνθεί, ώστε να περιλαμβάνει και την πραγματοποίηση ή τη λήψη απόφασης για πραγματοποίηση παρακλινικών εξετάσεων ή και συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως είναι π.χ. η εκτέλεση ηλεκτροκαρδιογραφήματος, η έναρξη οξυγονοθεραπείας, παραπομπή για εκτέλεση ακτινογραφιών ή τη λήψη δειγμάτων αίματος κ.ά. Έτσι, η έναρξη αυτών των διαγνωστικών διαδικασιών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων, είναι δυνατόν να λαμβάνει χώρα από το στάδιο ακόμη της διαλογής, όπου οι νοσηλευτές μπορούν να ακολουθούν προκαθορισμένα πρωτόκολλα (Λάμπρου, 2005).

- **Διαδικασία Εξόδου *(Discharge Process):*** Το τελευταίο βήμα της πορείας του ασθενή στο ΤΕΠ, είναι η έξοδός του από αυτό. Εδώ, αποφασίζεται βάσει κριτηρίων η έναρξη της διαδικασίας εξόδου κι επειδή μάλιστα αυτή δημιουργεί και την τελική εντύπωση στον ασθενή για το τμήμα, θα πρέπει να είναι καλά οργανωμένη, ώστε να είναι σύντομη χωρίς να ταλαιπωρεί τον ασθενή και τους συνοδούς του. Έτσι, αν αποφασιστεί έξοδος του ασθενή από το ΤΕΠ, θα πρέπει αυτή να ολοκληρωθεί μέσα σε 10 λεπτά μετά την απόφαση του ιατρού. Μετά την έξοδο του ασθενή από το ΤΕΠ, αυτός: μπορεί να εισαχθεί σαν εσωτερικός ασθενής στο νοσοκομείο ή να μεταφερθεί σε άλλο, να παραπεμφθεί σε ιατρείο εξωτερικών ασθενών ή να φύγει χωρίς περαιτέρω ιατρική περίθαλψη. Επίσης, ασθενείς, οι οποίοι αποβιώνουν στο τμήμα ή στο ασθενοφόρο οδηγούνται στο νεκροτομείο του νοσοκομείου (Καραμπίνης, Κουκουλίτσιος, 2006).

Εν τέλει, η συνολική διακίνηση των ασθενών στο ΤΕΠ, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη ροή των ασθενών και το συνολικό χρόνο παραμονής τους στο τμήμα και γι αυτό θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λαμβάνονται υπόψη. Μεταξύ αυτών, σημαντικότεροι θεωρούνται: ο σχεδιασμός και το συνολικό μέγεθος του ΤΕΠ, η σύνθεση κι ο αριθμός του προσωπικού του, η επιδημιολογία των περιστατικών, η ώρα, η ημέρα ή κι ο μήνας επίσκεψης στο ΤΕΠ, οι διαδικασίες

παραπομπής κι εκτέλεσης των διαγνωστικών εξετάσεων, κι ο αριθμός των ασθενοφόρων (Καραμπίνης, Κουκουλίτσιος, 2006).

4.4 Ποιοτικές Παράμετροι

Το ΤΕΠ ενός νοσοκομείου δέχεται το μεγαλύτερο όγκο ασθενών από οποιοδήποτε άλλο χώρο του και ταυτόχρονα αποτελεί τον συνδετικό κρίκο στην αλυσίδα του επείγοντος (Λιαρόπουλος, 2010). Για το λόγο αυτό θα πρέπει να συνδυάζει την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή και τον κατάλληλο εξοπλισμό που θα εξασφαλίζουν σε κάθε περίπτωση την παροχή άμεσης και ποιοτικής επείγουσας φροντίδας (Μαλλιαρού, 2008).

Στην συνέχεια αναλύονται οι βασικές εκείνες αρχές, οι οποίες συνδέονται με τον ποιοτικό σχεδιασμό ενός σύγχρονου ΤΕΠ κι εξασφαλίζουν την παροχή επείγουσας φροντίδας σε ένα ***ασφαλές περιβάλλον, λειτουργικά κι οικονομικά βιώσιμο.***

Υλικά & Εξοπλισμός

Η κατασκευή των χώρων του ΤΕΠ θα πρέπει να εξασφαλίζει τη χρησιμοποίηση υλικών υψηλής αντοχής, τόσο στα δάπεδα, όσο και στους τοίχους, ώστε να μην παρουσιάζονται φθορές άμεσα στο χρόνο, καθώς ο χώρος αυτός δέχεται καθημερινά και σε 24ωρη βάση ένα μεγάλο αριθμό ασθενών, ενώ παράλληλα καταπονείται κι από την αυξημένη χρήση φορείων και του υπόλοιπου τροχήλατου κυρίως εξοπλισμού (Λάμπρου, 2005).

Άλλα ποιοτικά στοιχεία των υλικών κατασκευής ενός ΤΕΠ, πέρα από την υψηλή μηχανική αντοχή, πρέπει να είναι:

- ο εύκολος καθαρισμός,
- η ακαυστότητα,
- η αντιολισθηρότητα για τα δάπεδα,
- οι ευχάριστες χρωματικές αποχρώσεις υλικών &

- η εύκολη συντήρηση.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει επίσης να λαμβάνεται και για τη χρήση υλικών με αντιμικροβιακές ιδιότητες (επιστρώσεις τοίχων, οροφές). Παράλληλα, άλλες βασικές οικοδομικές αρχές, οι οποίες εξασφαλίζουν τη λειτουργικότητα των χώρων και τη βιωσιμότητα των υλικών του τμήματος, αφορούν τη διαστασιολόγηση των διαδρόμων και των θυρών (εσωτερικών & εξωτερικών), ώστε σε κάθε περίπτωση να επιτρέπεται η διέλευση του εξοπλισμού και των ασθενών σε τροχήλατες κλίνες ή καρέκλες. Εξάλλου, για να λειτουργήσει ένα ΤΕΠ αποτελεσματικά, χρειάζεται τον κατάλληλο κι υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό, καθώς κι υλικά στα οποία περιλαμβάνονται το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό και τα φάρμακα. Οι βασικές αρχές, οι οποίες πρέπει να διέπουν τη διαχείριση των υλικών και του εξοπλισμού στο ΤΕΠ είναι οι εξής:

- ✓ Ο εξοπλισμός κι οι προμήθειες πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας και να είναι κατάλληλες για τις λογικές ανάγκες όλων των ασθενών, οι οποίοι αναμένεται να προσέλθουν στο ΤΕΠ.
- ✓ Ο απαραίτητος εξοπλισμός κι οι προμήθειες πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμες στην υπηρεσία κάθε στιγμή.
- ✓ Ο έλεγχος της καλής λειτουργίας όλου του επαναχρησιμοποιούμενου εξοπλισμού άμεσης ιατρικής φροντίδας πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Μάλιστα, σε τακτά χρονικά διαστήματα απαιτείται να γίνεται η απογραφή ιδιαίτερα των τμημάτων οξείας φροντίδας, τόσο γιατί η λειτουργία τους είναι κρίσιμη και κάποιες ατέλειες μπορεί να αποβούν μοιραίες, όσο και γιατί οι θάλαμοι αυτοί χρησιμοποιούνται συχνά με αποτέλεσμα να είναι μεγάλη η πιθανότητα ύπαρξης ελλείψεων από πλευράς προμηθειών ή κι εξοπλισμού, ο οποίος δε λειτουργεί. Έτσι, η έγκαιρη απογραφή εξασφαλίζει σε κάθε περίπτωση την επάρκεια των προμηθειών, ενώ ο τακτικός έλεγχος πιστοποιεί την ομαλή λειτουργία του εξοπλισμού. Απαραίτητη επίσης θεωρείται, τόσο η εξασφάλιση ενός προληπτικού προγράμματος συντήρησης για όλον τον εξοπλισμό του τμήματος, όσο κι η εκπαίδευση του προσωπικού σχετικά με τη σωστή χρήση και λειτουργία του.

Όσον αφορά τη διαχείριση των φαρμάκων, θα πρέπει να αποθηκεύονται σε ειδικούς χώρους κατάλληλα ελεγχόμενους, ενώ για μερικά από αυτά απαιτείται φύλαξη σε ψυγεία. Τέλος, ναρκωτικές κι άλλες επικίνδυνες ουσίες θα πρέπει να φυλάσσονται σε ένα ελεγχόμενο (με κλειδί) ντουλάπι. Η προμήθεια κι η ανανέωση των φαρμάκων είναι ευθύνη των νοσηλευτριών κάθε κλινικής περιοχής, οι οποίες θα πρέπει να ελέγχουν και τη διαθεσιμότητά τους σε καθημερινή βάση.

Τέλος, θα πρέπει να εξασφαλίζεται, τόσο η αποθήκευση ικανών προμηθειών για την ανταπόκριση του τμήματος σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών όσο κι οι απαραίτητες εγκαταστάσεις επαναφόρτισης των κινητών ηλεκτρικών συσκευών (Παππά, και συν., 2001).

Σήμανση

Λόγω της επείγουσας ανάγκης προσπέλασης ενός ΤΕΠ, απαιτείται επαρκής εξωτερική κι εσωτερική σήμανση των χώρων του. Οι πινακίδες θα πρέπει να είναι αναγνώσιμες κι απόλυτα σαφείς. Είναι απαραίτητη η εξωτερική σήμανση του τμήματος, καθώς κι η σήμανση καθ' όλη την πορεία του εισερχόμενου από τα στρατηγικά σημεία της ευρύτερης περιοχής του ΤΕΠ (είσοδοι, parking). Οι επιγραφές αυτές πρέπει να είναι ανθεκτικές σε βανδαλισμούς, σε ικανό ύψος, ώστε να μην καλύπτονται από εμπόδια και θα πρέπει να φωτίζονται τη νύχτα. Επίσης, όσον αφορά τη σήμανση των εσωτερικών χώρων του τμήματος απαιτούνται κατάλληλες επιγραφές αναγνώρισης των χώρων, ώστε να είναι δυνατή η εύκολη πρόσβαση. Τέλος, θα πρέπει να υπάρχει πρόβλεψη και για χρήση προσωρινών επιγραφών (αφαιρούμενες επιφάνειες) επισήμανσης της χρήσης των χώρων στις περιπτώσεις των μαζικών ατυχημάτων (Χαραλάμπους, 2010).

Εσωτερικό Περιβάλλον

Το εσωτερικό περιβάλλον του ΤΕΠ θα πρέπει να ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών, των συγγενών και του προσωπικού του. Μία υπερβολική κλινική παρουσία θα πρέπει να αποφεύγεται, κυρίως στους χώρους αναμονής, ενώ οι κλινικοί χώροι θα πρέπει να ικανοποιούν απαιτήσεις οπτικής και ηχητικής απομόνωσης σε συνδυασμό με την ανάγκη παρακολούθησης-ελέγχου. Επίσης, ως προς τις απαιτήσεις εξαερισμού, φωτισμού και ηχομόνωσης ισχύουν (Λάμπρου, 2005):

Εξαερισμός: φυσικός εξαερισμός στους χώρους του ΤΕΠ θα πρέπει να εξασφαλίζεται όπου δεν απαιτούνται ιδιαίτερες συνθήκες ασφάλειας- προστασίας (απομόνωση) ή κι ιδιαίτερες κλινικές περιβαλλοντικές συνθήκες (major treatment areas). Επίσης, η χρήση κάθετα συρόμενων παραθύρων, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά το ρυθμό φυσικού εξαερισμού στους χώρους, χωρίς ταυτόχρονα να απαιτούνται μεγάλα ανοίγματα παραθύρων.

Ηχομόνωση: λόγω του αυξημένου θορύβου του τμήματος θα πρέπει να εξασφαλίζονται απορροφητικά υλικά (ψευδοροφές, πάνελς, κ.ά.), ώστε να μειώνεται η στάθμη θορύβου, οι πολλαπλές ανακλάσεις ήχου κι η δημιουργία ηχούς στο εσωτερικό του.

Φωτισμός: μία υψηλή στάθμη τοπικού φωτισμού απαιτείται για πολλές διαδικασίες (π.χ. συρραφή τραυμάτων κ.ά.) και κατά συνέπεια θα πρέπει να εξασφαλίζεται στις κλινικές περιοχές. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει εύκολα κι άμεσα διαθέσιμος συμπληρωματικός φωτισμός, ενώ σημαντική είναι κι η εξασφάλιση επαρκούς εξωτερικού φωτισμού τη νύχτα. Τέλος, φυσικός φωτισμός και παράθυρα προς εξωτερικούς χώρους πρασίνου θα πρέπει να εξασφαλίζονται στους χώρους αναμονής.

Ασφάλεια

Καθώς οι στατιστικές συνεχίζουν να δείχνουν αύξηση στο ποσοστό βίας προς το προσωπικό των ΤΕΠ, είναι αυξημένη η ανάγκη για ασφάλεια κι αποτελεσματική αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Εξάλλου, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η βίαιη συμπεριφορά είναι πολλές φορές στοιχείο μερικών κοινών κλινικών καταστάσεων που ένα τμήμα επειγόντων καλείται να θεραπεύσει κι επομένως μερικοί ασθενείς με τάσεις έντονης ανησυχίας ή βιαιότητας θα χρειαστούν άμεση αντιμετώπιση κι εντατική φροντίδα. Ολόκληρες νοσοκομειακές πολιτικές, οι οποίες σχετίζονται με τη διαχείριση της βιαιότητας των ασθενών ή των συνοδών τους, πρέπει να έχουν ιδιαίτερη σχέση με το σχεδιασμό των ΤΕΠ (Lee et al., 2003). Έτσι, θα πρέπει να υπάρχει πρόβλεψη συστήματος συναγερμού στο τμήμα, ώστε σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης να ειδοποιηθούν άλλα τμήματα, όπως είναι το τηλεφωνικό κέντρο ή η ασφάλεια, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να κριθεί απαραίτητη η σύνδεση και με το αστυνομικό τμήμα της περιοχής. Τα συστήματα αυτά πρέπει να ενεργοποιούνται, τόσο από τους χώρους υποδοχής (γκισέ), όσο κι από

το χώρο στάσης του προσωπικού (νοσηλευτικός σταθμός). Ενδεχόμενα βανδαλισμών και κλοπών θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη.

Για την ασφάλεια του προσωπικού υποδοχής συχνά προβλέπονται κρύσταλλα ασφαλείας στους χώρους εργασίας τους, ενώ σε πολλές περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητο να υπάρχει ένα ξεχωριστό γραφείο (γκισέ) ασφάλειας ακριβώς δίπλα στην είσοδο του ΤΕΠ και με σκοπό να παρεμβαίνει άμεσα σε περιπτώσεις παρενόχλησης, φροντίζοντας για την προστασία του προσωπικού, των επισκεπτών και των ασθενών του τμήματος.

Τέλος, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να προβλέπεται ο μικρότερος δυνατός αριθμός εισόδων-εξόδων από το τμήμα, για καλύτερη δυνατότητα οπτικού ελέγχου της πρόσβασης και της χρήσης των χώρων του, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τις απαιτήσεις εξασφάλισης τρόπων διαφυγής έναντι πυρκαγιάς ή άλλων κινδύνων (Λάμπρου, 2005).

Επικοινωνίες

Το ΤΕΠ πρέπει να είναι άμεσα συνδεδεμένο με το Συντονιστικό Κέντρο Προνοσοκομειακής Ιατρικής Βοήθειας, καθώς και με τα γραφεία κίνησης ασθενών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής, την οποία καλύπτει. Ειδικός χώρος (συνήθως αίθουσα με τζαμαρία) προβλέπεται στο χώρο του ΤΕΠ για την εγκατάσταση του τηλεπικοινωνιακού κέντρου και το συντονισμό ενεργειών για την αντιμετώπιση κρίσεων όπως π.χ. μαζικά ατυχήματα /καταστροφές. Το κέντρο αυτό πρέπει να διαθέτει και συσκευή καταγραφής των συνδιαλέξεων, οι οποίες σχετίζονται με κλήσεις για επείγουσα βοήθεια, όταν το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι επιφορτισμένο και με την παροχή υπηρεσιών προνοσοκομειακής φροντίδας με διάθεση ασθενοφόρων (Παππά, και συν., 2001).

Η ενδοεπικοινωνία στο ΤΕΠ είναι επίσης βασικής σημασίας για την αποτελεσματική λειτουργία του τμήματος και την ασφάλεια των ασθενών του. Έτσι, ένα κατάλληλο σύστημα εσωτερικής επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των άσκοπων μετακινήσεών του, εξυπηρετώντας παράλληλα ένα μεγάλο πεδίο λειτουργιών ρουτίνας ή κι ανάγκης άμεσης κλήσης για βοήθεια. Πρόβλεψη θα πρέπει να υπάρχει και για συστήματα κλήσης ασθενών προς το προσωπικό του

τμήματος, ιδιαίτερα από περιοχές όπως είναι οι χώροι των W.C. ή περιοχές, όπου οι ασθενείς παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (χώροι ανάρρωσης).

Τα συστήματα ενδοεπικοινωνίας μπορεί να περιλαμβάνουν ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τηλέφωνα, οπτικά συστήματα εντοπισμού, πομπούς, ηχητικά ή οπτικά συστήματα συναγερμών και σωληνωτό σύστημα πεπιεσμένου αέρα. Προσωπικοί πομποί χρησιμοποιούνται ευρέως από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την άμεση κλήση τους σε περίπτωση ανάγκης. Πολύχρωμοι πίνακες εντοπισμού με λαμπτήρες αποτελούν έναν άλλο τρόπο επικοινωνίας. Οι πίνακες αυτοί συνδεδεμένοι με σύστημα συναγερμού ή με ένα οπτικό σύστημα ελέγχου (φως), επιτρέπουν στο προσωπικό να εντοπίσει αλλαγές στο χώρο ή και να επικοινωνήσει. Συστήματα οπτικού ελέγχου τοποθετούνται συχνά στο νοσηλευτικό σταθμό για την παρακολούθηση του χώρου φύλαξης φαρμάκων (Λάμπρου, 2005).

4.5 Βασικές Ελλείψεις Ελληνικών Νοσοκομείων σε Επίπεδο Διαλογής

Τα κυριότερα προβλήματα, τα οποία αφορούν τις συνθήκες λειτουργίας των ΤΕΠ των Ελληνικών νοσοκομείων και συνδέονται άμεσα με δυσλειτουργίες στα συστήματα διαλογής είναι τα ακόλουθα:

1. ***Η απουσία Ανεξάρτητων & Οργανωμένων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών*** με τη λειτουργική μορφή αυτόνομου και ξεχωριστού τμήματος του νοσοκομείου, στελεχωμένου με μόνιμο ιατρικό προσωπικό και με διοικητική ιεραρχία (Διευθυντής, Επιμελητής Α’, Επιμελητής Β’ κλπ.). Συγκεκριμένα, στα περισσότερα αν όχι σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας, η απουσία μόνιμου και εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού επειγόντων περιστατικών κι η λειτουργία ιατρείων εκτάκτων περιστατικών καθορισμένων ειδικοτήτων (Παθολογικό, Καρδιολογικό, Χειρουργικό, κ.ά.) στη βάση των εφημεριών (Στάθης, 2005), συμβάλλει σε μία αποσπασματική και πολλές φορές χρονοβόρα κι αναποτελεσματική διαδικασία διεκπεραίωσης των επειγόντων περιστατικών. Επίσης, το γεγονός ότι το ιατρικό αυτό προσωπικό των ΤΕΠ δεν ανήκει σήμερα αποκλειστικά στο τμήμα, αλλά διασυνδέεται με τις κλινικές των νοσοκομείων, δημιουργεί ένα μεγάλο ποσοστό *«πλασματικών» εισαγωγών* με τη

μορφή του επείγοντος, επιβαρύνοντας σημαντικά τη λειτουργία των νοσοκομείων τις ημέρες γενικής εφημερίας (Γερογιάννης, 1997).

2. Η έλλειψη οργανωμένης διαδικασίας & εφαρμογής συστήματος διαλογής. Σε πολλά νοσοκομεία εφαρμόζεται το σύστημα της κατά σειρά προτεραιότητας εξέτασης των ασθενών, το οποίο χρησιμοποιεί σαν αποκλειστικό κριτήριο το χρόνο προσέλευσής τους *(first come - first served),* ενώ παραβλέπεται το είδος του προβλήματος για το οποίο οι ασθενείς ζητούν ιατρική προσοχή, εκτός μόνο από τις πολύ εμφανείς περιπτώσεις σοβαρών καταστάσεων, οι οποίες εξετάζονται κατά προτεραιότητα. Το σύστημα αυτό εγκυμονεί κινδύνους για τις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών με σοβαρά ή απειλητικά για την ζωή τους νοσήματα, τα οποία όμως εκδηλώνονται αρχικά με μη ειδικά κι όχι κραυγαλέα συμπτώματα (Χαραλάμπους, 2010). Παράλληλα, η έλλειψη ή μη συστηματική κι οργανωμένη εφαρμογή ***πρωτοκόλλων διαλογής*** *(Triage Protocols)* από το προ σωπικό των ΤΕΠ για την κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες προτεραιότητας *(priority levels),* έχει σαν αποτέλεσμα το μη τεκμηριωμένο διαχωρισμό των περιστατικών, γεγονός που δυσχεραίνει και την ορθολογική διαχείριση των κλινών του νοσοκομείου (Ασκητοπούλου,2009, Θεοδώρου, 2001).

3. ***Η έλλειψη μηχανογραφικού συστήματος.*** Η μηχανογράφηση στα ΤΕΠ των περισσότερων νοσοκομείων είναι από ανύπαρκτη έως και προβληματική (Πολύζος, 1999). Επίσης, οι κύριες ενέργειες κατά τη διαδικασία της υποδοχής και διαλογής των ασθενών, οι οποίες είναι: **(α)** Η καταχώρηση των στοιχείων *(Registration)* των προσερχόμενων ή προσκομιζομένων ασθενών (στοιχεία ταυτότητας, ακριβής ώρα προσέλευσης στο ΤΕΠ, το πρόβλημα για το οποίο ζητείται ιατρική φροντίδα) και **(β)** η αρχική κλινική εκτίμηση των ζωτικών σημείων (σφυγμός, αρτηριακή πίεση, συχνότητα αναπνοών, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης) παραλείπονται ή δεν εφαρμόζονται συστηματικά κι οργανωμένα σε ένα πρώτο στάδιο υποδοχής του ασθενούς. Έτσι, είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι η καταχώρηση αυτών των στοιχείων μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές και ξεχωριστά για κάθε ιατρείο εξέτασης, στην περίπτωση που ο ασθενής πρέπει να εξετασθεί από δύο ή περισσότερες ειδικότητες (Αδάλογλου, 2008).

4. ***Η ελλιπής εκπαίδευση σε θέματα Επείγουσας Ιατρικής.*** Τα περισσότερα ΤΕΠ των νοσοκομείων της Ελλάδας δεν είναι στελεχωμένα με ειδικά εκπαιδευμένο

ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό. Η απουσία ενός οργανωμένου συστήματος επείγουσας ιατρικής στις τωρινές μέρες κι η ανομοιογενής ή ελλιπής κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού εγκυμονούν επικίνδυνες καθυστερήσεις κι έλλειψη ετοιμότητας στην παροχή άμεσης κι επείγουσας φροντίδας (Ασκητοπούλου, 2009, Θεοδώρου, 2001).

5. ***Η έλλειψη κατάλληλης κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.*** Οι υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών στην Ελλάδα στεγάζονται τις περισσότερες φορές σε χώρους ακατάλληλους, τόσο για τις συνθήκες περίθαλψης των ασθενών τους, όσο και για τις δύσκολες και στρεσογόνες συνθήκες εργασίας του προσωπικού τους. Συγκεκριμένα, πολλά ΤΕΠ παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα χωροθέτησης, παροχής κτιριακών διευκολύνσεων (διασύνδεση με άλλα τμήματα), καθώς κι ακατάλληλες συνθήκες εσωτερικού περιβάλλοντος (φωτισμός, αερισμός). Αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι ο σχεδιασμός για τη χωροταξική κατανομή των διαφόρων τμημάτων και κλινικών των περισσότερων νοσοκομείων της Ελλάδας, πραγματοποιήθηκε τις δεκαετίες που πέρασαν χωρίς να προβλεφθεί η εξέλιξη και το είδος των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης της σύγχρονης κοινωνίας (ΜΕΘ-ΤΕΠ) και με τη μορφή που αυτές οι παράμετροι εμφανίζονται σήμερα. Έτσι, το σχεδιαστικό αυτό κενό σε συνδυασμό με την ακαμψία των παλιών νοσοκομειακών κτιρίων να ανταποκριθούν σε διαχρονικές ανακατατάξεις και αλλαγές, κατέχουν το σημαντικότερο μερίδιο ευθύνης για την ελλιπή κτιριακή υποδομή των περισσότερων ΤΕΠ στις μέρες μας (Πολύζος, 1999, Καραμπίνης, Κουκουλίτσιος, 2006, Λάμπρου, 2005).

4.6 Συμπεράσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Η επείγουσα αντιμετώπιση οξέων κι έκτακτων περιστατικών απαιτεί δύο βασικές υγειονομικές υπηρεσίες. Ένα οργανωμένο σύστημα μεταφοράς από ειδικούς και προνοσοκομειακής φροντίδας και, δεύτερον, μια μονάδα νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία να έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει το επείγον περιστατικό, το οποίο συνήθως αφορά άμεση κι έκτακτη ανάγκη (ατύχημα, έμφραγμα, απώλεια αισθήσεων, αφόρητο πόνο, κ.λπ.). Η καθιέρωση του ΕΣΥ, αν κι έχει συνδράμει τα μέγιστα στην

προ-νοσοκομειακή φροντίδα με τη δημιουργία του ΕΚΑΒ και με τη δημιουργία υποδομών στα περισσότερα νοσοκομεία κι ιδίως σε αυτά της περιφέρειας, δε φαίνεται να έχει αντιμετωπίσει με επάρκεια την οργάνωση και σύνδεση των δύο υπηρεσιών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (Μητρόπουλος, Νιάκας, 2004). Το στοιχείο αυτό είναι εντονότερο στα δύο μεγάλα αστικά Κέντρα της Αθήνας και Θεσσαλονίκης, όπου ο αποσπασματικός τρόπος της εφημερίας των νοσοκομείων σε συνδυασμό με την κυκλοφοριακή κίνηση οδηγεί σε περισσότερα οργανωτικά και διαχειριστικά προβλήματα (Μιλτιάδους, 2011).

Κάθε νοσοκομειακή μονάδα έχει τη δική της αυτόνομη λειτουργία κι εκτός από τις διαφορετικές υποδομές, το ανθρώπινο δυναμικό κι η οργάνωση της κάθε μονάδας αποτελούν βασικούς παράγοντες, οι οποίοι διαφοροποιούν τον τρόπο λειτουργίας του ΤΕΠ. Παρ' όλα αυτά φαίνεται να υπάρχει ένας κοινός τόπος λειτουργίας, ο οποίος οδηγεί σε ορισμένα προβλήματα κι ανεπάρκειες. Κι αυτό γιατί είναι κοινή πεποίθηση για χρόνια τώρα ότι σε αρκετά νοσοκομεία η οργάνωση, η υποδομή, η στελέχωση ή αυτό που καλείται προσφορά των υπηρεσιών βρίσκεται σε δυσαρμονία με τη ζήτηση (ο αριθμός και το είδος των περιπτώσεων) (Υφαντόπουλος, 2006) των ασθενών που προσέρχονται ως επείγοντα περιστατικά στα ΤΕΠ. Η δυσαρμονία αυτή αποτελεί πηγή σημαντικών προβλημάτων και δυσαρέσκειας του κοινού και των εργαζομένων σε αρκετά νοσοκομεία. Η διόγκωση των προβλημάτων κι οι ατυχείς περιπτώσεις αποτελούν προσφιλές θέμα των Μέσων Ενημέρωσης, τα οποία με τη σειρά τους τροφοδοτούν μια διαρκή αμφισβήτηση και κρίση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας (Μαλλιαρού, και συν., 2009, Μουμτζόγλου, 2008).

Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι τα περισσότερα Ιδιωτικά Νοσοκομεία της Ελλάδας, ακόμη κι αυτά, τα οποία φημίζονται για τις καλές υποδομές και ξενοδοχειακές τους υπηρεσίες, αποφεύγουν να δημιουργήσουν ΤΕΠ, η λειτουργία των οποίων, εκτός του σημαντικού κόστους που επιφέρει, οδηγεί σε αρκετές περιπτώσεις σε κρίσεις μάνατζμεντ σε όλα τα επίπεδα του νοσοκομείου.

Από την άλλη πλευρά, δεν πρέπει να λησμονείται ότι το ΤΕΠ αποτελεί την αιχμή του δόρατος για τη νοσοκομειακή επείγουσα ιατρική περίθαλψη και χαρακτηρίζει την ποιότητα υπηρεσιών στο επίπεδο του υγειονομικού αποτελέσματος (Μαλλιαρού, και συν., 2009). Έχει κύριο σκοπό την οργανωμένη κι αποτελεσματική παροχή επείγουσας Ιατρονοσηλευτικής Φροντίδας σε ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται σε

κρίσιμη κατάσταση, η θετική έκβαση της οποίας χαρακτηρίζει τη φήμη ενός νοσοκομείου και του προσωπικού, το οποίο εργάζεται σ' αυτό (Φιλιππάτος, 2011, Μαλλιαρού, και συν., 2009).

Για την κατανόηση, αλλά και την ταξινόμηση των προβλημάτων, ακολουθείται η ανάλυση του εξωτερικού - εσωτερικού περιβάλλοντος, το οποίο εξωτερικό έχει άμεση σχέση με το εσωτερικό και σημαντική αλληλεπίδραση του πρώτου πάνω στο δεύτερο.

Το εξωτερικό περιβάλλον, οι εξωγενείς δηλαδή παράγοντες, επιδρούν στο σύστημα λειτουργίας του ΤΕΠ κι ακολούθως στο Τμήμα Διαλογής, καθώς δεν ακολουθείται κάποιο Σύστημα Triage κι έχουν να κάνουν αυτοί οι εξωγενείς παράγοντες, τόσο με τις συνήθειες του πληθυσμού, όσο με το ισχύον οργανωτικό υπόδειγμα διανομής και προσφοράς περίθαλψης (Κυριόπουλος, και συν., 2004).

Προβλήματα

- Ανοικτό σύστημα επειγόντων – πλασματικά επείγοντα περιστατικά: Αναίτια δημιουργία ουρών, τα οποία επιβαρύνουν τη ροή των πραγματικών επειγόντων περιστατικών.
- Πλειοψηφική προσέλευση (επειγόντων περιστατικών) όχι δια του προ-νοσοκομειακού συστήματος (ΕΚΑΒ), αλλά διά άλλων μέσων.
- Νοοτροπία χρηστών του συστήματος και συνοδών: πλασματικά περιστατικά, καχυποψία, υπερβολικές απαιτήσεις δημιουργίας αναίτιας έντασης και παρεμπόδισης της ομαλής λειτουργίας.
- Έλλειψη οργανωμένου δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Αναποτελεσματική λειτουργία Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων, αναίτιες διακομιδές ασθενών.
- Διασύνδεση – Χρόνοι ανταπόκρισης ΕΚΑΒ: Υψηλοί χρόνοι αναμονής, ανορθολογική χρήση, έλλειψη συντονισμού.

Τα παραπάνω προβλήματα παρουσιάζουν τη λειτουργία 62 ΤΕΠ Νοσοκομείων της Ελλάδας, τα οποία δεδομένα προέκυψαν μέσα από τη συλλογή τους από ερευνητικές εργασίες μεταπτυχιακών φοιτητών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, στα

πλαίσια παρακολούθησης των Διδακτικών τους Ενοτήτων (Μητρόπουλος, Νιάκας, 2004).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το εξωτερικό περιβάλλον είναι σε άμεση σχέση με το εσωτερικό, πρόκειται για τους παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν εντός του συστήματος λειτουργίας του ΤΕΠ και συγχρόνως του Τμήματος Διαλογής, επηρεάζουν την απόδοσή του και προσδιορίζουν την αποτελεσματικότητά του σε ποιοτικό, αλλά και ποσοτικό επίπεδο.

Κοινά Προβλήματα

- Ανεπάρκεια Προσωπικού

1. Ιατροί: απουσίες Ειδικευμένων Ιατρών, πληθώρα ειδικευόμενων, κόπωση, άγχος ανταπόκρισης, μειωμένη απόδοση συστήματος (Στάθης, 20050.
2. Νοσηλευτές: σημαντική ανεπάρκεια προσωπικού (ειδικά τραυματιοφορείς) με επιπτώσεις στην ικανότητα ανταπόκρισης του συστήματος και στην ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης (Τ.Ε.Ε.Ν., 2013).
3. Παραϊατρικό και λοιπό: ελλείψεις, οι οποίες επιδεινώνουν τα φαινόμενα αναμονών κι ουράς, δημιουργία κλίματος απαξίωσης κι εκνευρισμού (Λάμπρου, 2005).
4. Προσωπικό Ασφαλείας: δημιουργία προστριβών κι εντάσεων μεταξύ προσωπικού και συνοδών (Μητρόπουλος, Νιάκας, 2004).

- Ανεπάρκεια υποδομών – εξοπλισμού

1. Χώροι Αναμονής: ανεπάρκεια χώρων για συνοδούς – πλημμελής σήμανση, καθαριότητα, δημιουργία αρνητικού κλίματος.
2. Χώροι Εξετάσεων: προβλήματα χωροταξικής δομής, ανεπάρκεια χώρων-κουρτίνες ως διαχωριστικά, συστέγαση διαφορετικών ειδικοτήτων και σύγχυση περιστατικών, ξενοδοχειακή υποδομή προβληματική.

3. Έλλειψη Επαρκούς Χώρου και Κλινών στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (ΜΒΝ): ράντζα και συνακόλουθα προβλήματα ασφάλειας, υγιεινής κι απομόνωσης ασθενών (Νιάκας, 1997).

4. Βιοϊατρική Τεχνολογία: έλλειψη απαραίτητου εξοπλισμού ή /και κατάχρηση διαγνωστικών εξετάσεων. Έλλειψη συστημάτων ενδο-επικοινωνίας για μεταφορά αποτελεσμάτων (Παπασάββας, 2001).

- Οργανωτικές Δυσλειτουργίες

1. Έλλειψη Πρωτοκόλλων: Μη τήρηση πρωτοκόλλων (διαλογής περιστατικών, triage) και διαδικασιών που να διασφαλίζουν την ισότιμη και ποιοτική προσφερόμενη περίθαλψη, αλλά και το συντονισμό - έλεγχο σε επίπεδο διαδικασιών κι ακολουθούμενων πρακτικών, δυσκολία αντιμετώπισης κρίσιμων περιστατικών κι αποφυγή πλασματικών ή αναίτιων. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο θέμα των πρωτοκόλλων άτυπες μορφές triage απαντώνται σε μερικά νοσοκομεία χωρίς όμως συνέπεια και πειστήρια επιτυχίας, σύμφωνα με έρευνα των φοιτητών του ΕΑΠ. Από μία έρευνα μιας ομάδας με πολλαπλές ιατρικές ειδικότητες, στην Αγγλία, Ουαλία, Βόρεια Ιρλανδία, τις Channel Islands και την Isle of Man μεταξύ 1 και 14 Νοεμβρίου 2010, βρέθηκε από την ομάδα των εμπειρογνωμόνων ότι 38% των καρδιακών ανακοπών μέσα στο νοσοκομείο θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί αν η νοσοκομειακή ομάδα Triage, είχε αντιμετωπίσει σωστά την περίθαλψη των ασθενών ακολουθώντας τις συνιστώμενες διαδικασίες βάσει κατευθυντήριων οδηγιών και Πρωτοκόλλων, για την αναγνώριση οξείας νόσου και την ανάλογη ανταπόκριση σ' αυτή (Mayor, 20120. Ακολουθεί η σύνθεση – κατανομή προσωπικού (case-mix) με έμφαση στην επαρκή κάλυψη των αναγκών υγείας, εγείροντας θέματα ορθολογικής διαχείρισης πόρων και σχεδιασμού (Μητρόπουλος, Νιάκας, 2004).

2. Έλλειψη Μηχανοργάνωσης, δηλαδή ανάπτυξης ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων (ΟΠΣ), τα οποία αφορούν τον τομέα περίθαλψης και τα οποία μπορούν να βασιστούν σε επιτυχημένες διεθνείς προσπάθειες (Αποστολάκης, 2005). Η έλλειψη αυτή, οδηγεί στη δυσκολία

ορθολογικού προγραμματισμού, αναποτελεσματική διαχείριση πόρων, αποσπασματική αντίληψη του περιστατικού – μειωμένη φροντίδα. Το ΟΠΣ των ΤΕΠ, είναι ένα Πληροφοριακό Σύστημα, το οποίο διαχειρίζεται τη ροή των πληροφοριών, οι οποίες προκύπτουν από λειτουργικές διαδικασίες των τμημάτων αυτών (Παπουλίδης, 2004).

Οφέλη Μηχανοργάνωσης

■ Επιστημονική ανάλυση κι έρευνα των εργαστηριακών δεδομένων (νοσολογικές, επιδημιολογικές) κι ιατρικών δεδομένων.

■ Εξοικονόμηση του χρόνου απασχόλησης από μη παραγωγικές διαδικασίες κι εκμετάλλευση του ελεύθερου χρόνου που προκύπτει σε ερευνητική δραστηριότητα..

■ Αυτοματοποίηση των διαδικασιών.

■ Εργαστηριακό profile του κάθε νοσήματος (παραγωγή τιμών για κάθε εξέταση ανά νόσημα).

■ Παρακολούθηση όλων των λειτουργιών του εργαστηριακού τομέα.

■ Καλύτερη Διοίκηση των ΤΕΠ με Παραγωγή κι Αξιολόγηση των δεικτών παραγωγικότητας, κόστους λειτουργίας του ΤΕΠ.

Το σύστημα με χρήση εργαλείων ανάλυσης (multi-dimensional tools) είναι σε θέση να υπολογίζει το κόστος λειτουργίας του ΤΕΠ παρέχοντας αναλυτική και συγκεντρωτική κατάσταση του κάθε ¨τμήματος¨ ξεχωριστά που συμβάλλει στο κόστος αυτό (π.χ. κόστος των χρησιμοποιούμενων υγειονομικών υλικών, κ.λπ) την ημέρα. Χρησιμοποιώντας τα εργαλεία αυτά, είναι δυνατή η λήψη των σωστότερων αποφάσεων, που συμβάλλουν στη μείωση του κόστους λειτουργίας των ΤΕΠ χωρίς την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παπουλίδης, 2004).

Είναι κοινώς παραδεκτό πως ένα σύστημα ασφάλισης υγείας, δημόσιο ή ιδιωτικό δε θα πρέπει να αποσκοπεί στην παροχή του συνόλου της φροντίδας που αποζητούν τα

μέλη του. Αντίθετα, θα πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο χρήσιμο για τα μέλη του, δεδομένων των πόρων που τα μέλη αυτά έχουν συνεισφέρει. Με άλλα λόγια, μπορεί να ισχυριστεί κάποιος, πως θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα σε δραστηριότητες που έχουν ευνοϊκό λόγο οφέλους – κόστους (Nord, 2003).

3. Υψηλοί χρόνοι αναμονής στην έκδοση αποτελεσμάτων (μικροβιολογικών εξετάσεων, κ.λπ): αύξηση χρόνου αναμονής, επιβάρυνση τεταμένης κατάστασης ασθενούς και συστήματος. Κατανομή και σύνθεση προσωπικού: Το υπάρχον προσωπικό δεν προσαρμόζεται ανάλογα με τις συνθήκες ροής περιστατικών (Λάμπρου, 2005).

4. Συντονισμός εργασίας – Επικοινωνία προσωπικού: αύξηση του χρόνου αναμονής, σπατάλη πόρων, μείωση ικανοποίησης ασθενών, οδηγώντας έτσι σε μη ασφαλής, μη αποτελεσματικής, μη αποδοτικής, μη ασθενοκεντρικής, μη έγκαιρης και μη δίκαιης παροχής υπηρεσιών υγείας (Μουμτζόγλου, 2008).

4.6.1 Διαλογή – Αποτελεσματικότητα

Στον τομέα της υγείας, *αποτελεσματικότητα (effectiveness)* μιας μονάδας ή του συστήματος υγείας ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός κι ο προγραμματισμός αυτών. Συνήθως συναντάται η έννοια της *κλινικής αποτελεσματικότητας (clinical effectiveness)*, δηλαδή ο βαθμός επίτευξης των στόχων σχετικά με τα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών. Η κλινική αποτελεσματικότητα σχετίζεται άμεσα με την *ποιότητα (quality)* των παρεχόμενων υπηρεσιών και την *ικανοποίηση των ασθενών (patient satisfaction)* (Υφαντόπουλος, 2006). Στη βιβλιογραφία συναντάται η άποψη ότι μέσω της ανάπτυξης πληροφοριακών συστημάτων επιχειρηματικής ευφυΐας δύναται να υπάρξει σημαντική βελτίωση στην κλινική αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Αδάλογλου, 2008).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Δυσμενών Περιστατικών (Adverse Event Management Systems), το οποίο εφαρμόστηκε πιλοτικά σε νοσοκομείο του Καναδά την περίοδο 2008-2009 (Ferrand et al., 2010). Το σύστημα αναλάμβανε τη συλλογή δεδομένων (δυσμενών

περιστατικών), την κατηγοριοποίηση αυτών ανάλογα με τον τύπο, την περιοχή, τη σοβαρότητα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενούς κι εν συνεχεία την αυτοματοποιημένη αναπαραγωγή αναφορών μέσω του Cognos & Business Intelligence Tool της IBM. Αποτέλεσμα από την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος, υπήρξε η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών (patient safety).

Βελτίωση στην ποιότητα και την ικανοποίηση των ασθενών έχει παρατηρηθεί ακόμη και σε περιπτώσεις, όπου τα κριτήρια ήταν οικονομικά (Ehrenberg and Ehufors, 2005). Αξίζει να σημειωθεί η περίπτωση ασθενών, οι οποίοι σταμάτησαν να επιβαρύνονται με επιπρόσθετες και μη αναγκαίες αγωγές ή εξετάσεις με τη χρήση συστημάτων διαλογής, τα οποία θέτουν κατώτατα όρια χορήγησης (Wadsworth et al., 2009).

Στην Ευρώπη, η εκμετάλλευση πληροφοριακών συστημάτων διαλογής είναι ομολογουμένως περιορισμένη σε σχέση με τις Η.Π.Α.. Ωστόσο, σε νοσοκομεία της Βόρειας Ευρώπης (κυρίως Σουηδία) όπου υπήρχε εφαρμογή, παρατηρήθηκε άμεση βελτίωση στην κλινική αποτελεσματικότητα, αλλά και περικοπή σημαντικών δαπανών (Pratt, 2008).

4.6.2 Διαλογή – Αποδοτικότητα

Η *αποδοτικότητα (efficiency)* αξιολογεί τα αποτελέσματα των μονάδων υγείας ή του συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους (οικονομικούς, υλικούς, ανθρώπινους) που χρησιμοποιούνται (Aletras et al., 2007).

Σε επίπεδο αποδοτικότητας, η ανάγκη για πληροφοριακά συστήματα διαλογής είναι ορατή από τη στιγμή που ισχύει ένα σύστημα αποζημίωσης των προμηθευτών βάση του κόστους ανά περιστατικό (cost per case reimbursement). Σε αυτό το σύστημα η αποζημίωση δεν στηρίζεται στην «ποσότητα» των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά σε ένα προκαθορισμένο από κεντρικό φορέα κόστος. Συνεπώς, η πρόκληση είναι να προβλεφθούν με ακρίβεια τα σχετικά αβέβαια σε σχέση με πριν έσοδα της εκάστοτε μονάδας υγείας (Clark, 2006).

Στα συστήματα επιχειρηματικής ευφυΐας, που εστιάζουν στη διαλογή των ασθενών, οι πληροφορίες προβάλλονται μέσω πινάκων στοχοθεσίας (scorecards)[1], πινάκων/ταμπλό (dashboards)[2] κι αναφορών απόδοσης (performance reports)[3]. Απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας της διαδικασίας είναι να διανέμονται οι κατάλληλες πληροφορίες, στα κατάλληλα άτομα, την κατάλληλη στιγμή (Kirby & Robertson, 2009). Σε μονάδες υγείας των Η.Π.Α. η εφαρμογή συστημάτων BI έχει συμβάλλει ιδιαίτερα στην αποτελεσματικότερη χρηματοοικονομική διοίκηση αυτών, καθώς η ανώτερη διοίκηση έχει πληροφόρηση, η οποία πριν την αυτοματοποίηση, είτε αποτελούσε μια πολύ χρονοβόρα διαδικασία, είτε η συλλογή κι η αποθήκευση δεδομένων ήταν αδύνατη για τεχνικούς λόγους. Συνεπώς, η διοίκηση διαμορφώνει πλήρη εικόνα για μεγέθη, όπως το μικτό ή/και το καθαρό περιθώριο κέρδους, το ποσοστό των επισφαλών απαιτήσεων, τους δείκτες ρευστότητας και δραστηριότητας, τις ανάγκες σε κεφάλαιο κίνησης και την κίνηση των συνολικών χρηματοροών της μονάδας. Συνεπώς, οι ελεγκτικοί μηχανισμοί έχουν την απαιτούμενη πληροφόρηση για να προάγουν την αποδοτικότερη λειτουργία του νοσοκομείου (Kirby & Robertson, 2009).

Περιπτωσιακές μελέτες σε νοσοκομεία των Η.Π.Α. έχουν δείξει ότι πληροφοριακά συστήματα διαλογής με εξειδίκευση στα εξωτερικά ιατρεία και τα επείγοντα περιστατικά βελτίωσαν τη ροή των ασθενών με αποτέλεσμα ο ετήσιος κύκλος εργασιών να αυξηθεί κατακόρυφα (Lindberg, 2011; Baum, 2010).

Εφαρμογές συστημάτων επιχειρηματικής ευφυΐας που ενσωματώνουν μοντέλα πρόβλεψης χρησιμοποιούνται εκτενώς στην υγεία. Παράδειγμα αποτελούν νοσοκομεία των Η.Π.Α., που εφαρμόζουν μέσα από εργαλεία Business intelligence εξατομικευμένα προγράμματα αποπληρωμής για κάθε πελάτη/ασθενή, με αποτέλεσμα να μεγιστοποιούν τις ταμειακές ροές (ταχύτητα είσπραξης) και να ελαχιστοποιούν τις επισφάλειες (Bradley & Kaplan, 2010).

Ένα άλλο σημαντικό μέγεθος, που αφορά την αποδοτικότητα, είναι το κόστος. Το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται άμεσα με την αποδοτικότητα των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Στη βιβλιογραφία συναντώνται πολλές περιπτώσεις μονάδων υγείας, οι οποίες κατάφεραν μέσα από την εγκατάσταση πληροφοριακών

[1] Ευθυγράμμιση του οργανισμού με τους στρατηγικούς στόχους
[2] Προσαρμογή των λειτουργιών και διαδικασιών στους τακτικούς στόχους
[3] Κατανόηση της απόδοσης

συστημάτων διαλογής να περικόψουν περιττές δαπάνες, όπως η άσκοπη αντιμετώπιση μη επειγόντων περιστατικών (Baker and Baker, 1994).

Καταρχήν, σε νοσοκομεία, όπου προϋπήρχαν κλινικά πληροφοριακά συστήματα, συστήματα διαχείρισης ασθενών κι άλλα διοικητικο-οικονομικά συστήματα η συλλογή δεδομένων γινόταν χειροκίνητα από εξειδικευμένο προσωπικό που προσπαθούσε να συνθέσει πληροφορίες μέσα σε υπολογιστικά φύλλα (spreadsheets). Αυτό σήμαινε σπατάλη χρόνου εργασίας και κατά συνέπεια επιπλέον κόστος για τη μονάδα υγείας. Με πληροφοριακά συστήματα BI η πρόσβαση σε αυτή την πληροφόρηση γίνεται μόλις με λίγα clicks (Hennen, 2009).

Στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας, έχει υπολογιστεί ότι οι οικονομικοί αναλυτές σε νοσοκομεία των Η.Π.Α. σπαταλούσαν το 80% του διαθέσιμου χρόνου τους για να προσαρμόζουν δεδομένα σε υπολογιστικά φύλλα του excel, ενώ μόνο ένα 20% του χρόνου αφιερωνόταν στην ανάλυση των δεδομένων (Rice, 2004). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε νοσοκομείο των Η.Π.Α. (Sarasota Memorial Health Care System), στο οποίο με την εγκατάσταση του συστήματος διαλογής περικόπηκαν πάνω από 600 ώρες υπερωριακής εργασίας κι εξοικονομήθηκε κόστος (υπερωριακής εργασίας) ύψους €192.000 μόλις στους πρώτους πέντε μήνες εφαρμογής (Anonymous, 2008).

Ακόμη, αναφέρεται η περίπτωση του νοσοκομείου του Κλήβελαντ, το οποίο μέσω πολλαπλών πινάκων/ταμπλό (dashboards) παρακολουθεί καθημερινά τους κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας (key performance indexes) και κατάφερε να περικόψει τις δαπάνες του νοσηλευτικού προσωπικού (λόγω υπερωριών) κατά 5 εκ. ευρώ ετησίως και δαπάνες ύψους €400.000 από την μη αναγκαία χρησιμοποίηση προϊόντων αίματος (Wadsworth et al., 2009).

Σε προγενέστερη έρευνα σε νοσοκομεία των Η.Π.Α. έχει αποδειχθεί ότι μέσω της επιτυχούς εγκατάστασης συστημάτων διαλογής μειώθηκαν κατά 5-10 ημέρες ο μέσος χρόνος είσπραξης των απαιτήσεων, κατά 10-15% τα σχετικά με την είσπραξη έξοδα και κατά 1-3% οι επισφαλείς απαιτήσεις των νοσοκομείων. Σε εθνικό επίπεδο, αυτές οι μεταβολές μεταφράστηκαν σε αύξηση του κύκλου εργασιών κατά 9 δις. δολάρια, σε μείωση των αποθεματικών των νοσοκομείων κατά 31 δις. δολάρια και στη μείωση του κόστους είσπραξης κατά 8 δις. δολάρια (Rice, 2009).

4.6.3 Βέλτιστες Πρακτικές

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

Το κύριο πρόβλημα όλων των ΤΕΠ είναι ο συνωστισμός (overcrowding). Οι λόγοι που τον προκαλούν είναι πολλοί και προβλέπεται να αυξηθούν στο μέλλον. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η επιβίωση ασθενών με σοβαρά προβλήματα, η πρώιμη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, η αύξηση των φτωχών, των μεταναστών, η δυσκολία συνεννόησης με αλλοδαπούς, η καθυστέρηση διεξαγωγής εξετάσεων, η καθυστέρηση των εισαγωγών στις κλινικές, η μείωση του προσωπικού κι η αύξηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών (Θεοδώρου, 2001). Οι επιπτώσεις που προκαλεί ο συνωστισμός είναι πολλές, με σπουδαιότερες την αύξηση της θνητότητας στο ΤΕΠ και της νοσηρότητας ιδίως μεταξύ αυτών, οι οποίοι φεύγουν από το ΤΕΠ χωρίς να έχουν εξεταστεί από γιατρό. Επίσης, η αύξηση του κόστους, η αύξηση του χρόνου αναμονής, η μείωση της ικανοποίησης του κοινού, η ένταση κι οι επιθέσεις εκστρατεία ενημέρωσης των ιδιωτών κι αγροτικών γιατρών, του κοινού και των ΜΜΕ για το «τι είναι το επείγον» και για τους στόχους του ΤΕΠ (Chan and Chau, 2005).

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

Οι περιπατητικοί ασθενείς (Χαραλάμπους, 2010):

- εισέρχονται από την ειδική είσοδο για τους περιπατητικούς ασθενείς,
- προσέρχονται στη γραμματεία προκειμένου να καταχωρηθούν στο μητρώο ασθενών και να τους δοθεί η ατομική κάρτα ασθενούς του ΤΕΠ με τα στοιχεία τους και την ώρα προσέλευσής τους,

- αφήνουν την κάρτα στο ιατρείο διαλογής σε ειδικό πλαίσιο και περιμένουν στο σαλόνι υποδοχής,
- αξιολογούνται αμέσως στο χώρο διαλογής από εκπαιδευμένο γιατρό,
- ταξινομούνται σύμφωνα με την κλίμακα διαλογής και συμπληρώνεται η αντίστοιχη κάρτα διαλογής με χρωματική διαφοροποίηση (κόκκινο, κίτρινο, πράσινο),
- προωθούνται ανάλογα με την κατηγορία του επείγοντος στους αντίστοιχους «δρόμους φροντίδων»:
    - ⇨ κατηγορία I και II στην αίθουσα ανάνηψης, όπου αντιμετωπίζονται μέσα σε 10 min,
    - ⇨ κατηγορία III στα *ατομικά* εξεταστήρια, όπου αναμένουν για να εξεταστούν μέσα στα επόμενα 30 – 60 min, και βρίσκονται υπό συνεχή εποπτεία από το νοσηλευτικό κι ιατρικό προσωπικό από το κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό,
    - ⇨ κατηγορία IV στην αίθουσα αναμονής για να εξεταστούν αργότερα (όχι περισσότερο από 60 – 120 min),
    - ⇨ κατηγορία V *στο ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία,*
- νοσηλεύονται στη ΜΕΘ ή ΜΑΦ εφόσον ανήκουν στην κατηγορία I ή II,
- νοσηλεύονται στους θαλάμους Βραχείας Νοσηλείας (για 6 – 48 ώρες) εφόσον έχουν μη ξεκαθαρισμένη, αλλά οξεία κλινική εικόνα, μέχρις ότου γίνει η τελική τους αξιολόγηση κι αποφασιστεί εάν χρειάζονται ή όχι εισαγωγή στο νοσοκομείο,
- οι συγγενείς κατευθύνονται στους χώρους αναμονής (Λάμπρου, 2005).

Οι ασθενείς, οι οποίοι διακομίζονται με ασθενοφόρο:

- εισέρχονται από την *είσοδο των φορείων*, στην οποία υπάρχει εύκολη προσέγγιση του ασθενοφόρου και
- εφόσον δεν έχουν συνείδηση, είναι διασωληνωμένοι, ή ανήκουν στην κατηγορία Ι κατευθύνονται αμέσως στην αίθουσα αναζωογόνησης,
- εφόσον ανήκουν στην κατηγορία ΙΙ προσκομίζονται για να αντιμετωπιστούν μέσα σε 10 min στην αίθουσα αναζωογόνησης ή στη ΜΕΘ/ΜΑΦ,
- όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς καταχωρούνται από τη γραμματεία στο μητρώο ασθενών και τους δίδεται ατομική κάρτα ΤΕΠ,
- αξιολογούνται αμέσως από το γιατρό ή νοσηλευτή στο χώρο διαλογής και προωθούνται ανάλογα με την κατηγορία του επείγοντος στα ατομικά εξεταστήρια (κατηγορίες ΙΙΙ και IV) για να εξεταστούν ό πως κι οι περιπατητικοί ασθενείς (Λάμπρου, 2005).

Βάσει των παραπάνω παρουσιάζονται δυο μελέτες περίπτωσης από ΤΕΠ νοσοκομείων του εξωτερικού, όπου η λειτουργία του συστήματος μπορεί να θεωρηθεί πρότυπη.

Μελέτη Περίπτωσης 1: Νοσοκομείο Hartford (Η.Π.Α.)

Το νοσοκομείο Hartford[4], διαθέτοντας το δεύτερο μεγαλύτερο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) στο Κονέκτικατ, αντιμετώπισε την ανάγκη για γρήγορη μεταφορά των ασθενών από το Τ.Ε.Π. σε πιο κατάλληλα επίπεδα φροντίδας, καθώς και την ανάγκη για μείωση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών (Lindberg, 2011).

Μετά από εξάμηνη διαβούλευση το νοσοκομείο εγκατέστησε το πληροφοριακό σύστημα “Carefx”, το οποίο διέθετε τη δυνατότητα για ανάπτυξη έξι εργαλείων επιχειρηματικής ευφυΐας (business intelligence tools). Βασική εφαρμογή του συστήματος υπήρξε ο “πίνακας απόδοσης ασθενούς” (patient throughput dashboard).

[4] http://www.harthosp.org/

Μέσω του πίνακα, επιτρέπεται στους επαγγελματίες υγείας να παρακολουθούν τις τάσεις ροής ασθενών και να εντοπίζουν οποιεσδήποτε ευκαιρίες για χορήγηση εξιτηρίου νωρίτερα. Επιπλέον, αναπαράγονται αυτόματα αναφορές σχεδόν σε πραγματικό χρόνο, οι οποίες με τη μορφή διαγραμμάτων δίνουν τη δυνατότητα για συνεχή σύγκριση της απόδοσης μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων. Το σύστημα αντλεί σε εβδομαδιαία βάση δεδομένα από άλλα πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου (integration), τα οποία σχετίζονται με τη χρέωση ασθενών, τη διαχείριση κλινών και τη μεταφορά ασθενών και εν συνεχεία μεταφράζει τα δεδομένα σε μετρήσεις ροής ασθενών.

Τα αποτελέσματα εφαρμογής του πληροφοριακού συστήματος επιχειρηματικής ευφυΐας καταγράφηκαν εννέα μήνες μετά την έναρξη λειτουργίας του και ήταν τα εξής:

- Το 70% των χρηστών ανέφερε ότι χρησιμοποιούσε ανελλιπώς το σύστημα σε εβδομαδιαία βάση.
- Το 90% των χρηστών ισχυρίστηκε ότι αυξήθηκε η ικανότητα για διαχείριση της ροής εργασίας (work-flow).
- Όλοι οι χρήστες (100%) δήλωσαν ότι κέρδισαν χρόνο που παλαιότερα διέθεταν στη συλλογή δεδομένων και στην κατάρτιση αναφορών. Ειδικά, για τους κλινικούς επαγγελματίες (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) η απελευθέρωση χρόνου ήταν σημαντική για να εστιάσουν περισσότερο στην παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς (*βελτίωση ποιότητας*).
- Οι διευθυντές των κλινικών έχουν άμεση εικόνα για τη ροή ασθενών ανά ιατρό και ανά ομάδα ιατρών.
- Μειώθηκε η δυσαρέσκεια του προσωπικού, λόγω συμφόρησης σε ορισμένα τμήματα (*βελτίωση ποιότητας*).
- Αυξήθηκαν τα γρήγορα εξιτήρια (early discharges) από 9,5% σε 25,6%. Αυτό είχε ως συνέπεια να μειωθεί το *κόστος ανά περιστατικό* (cost per case), δεδομένου ότι η αποζημίωση παρέμεινε η ίδια, βάση του συστήματος των Diagnosis Related Groups (DRG's).

- Αυξήθηκε ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών κατά 2% το 2010 (σε σχέση με το 2009) επεκτείνοντας έτσι το μερίδιο αγοράς (*αύξηση των εισροών*).
- Δεδομένου ότι μειώθηκε το κόστος ανά περιστατικό και αυξήθηκε ο κύκλος εργασιών, αυξήθηκε η *αποδοτικότητα* του νοσοκομείου.

Μελέτη Περίπτωσης 2: Νοσοκομείο Cambridge Memorial (Η.Π.Α.)

Το νοσοκομείο Cambridge Memorial[5] διέθετε για το Τ.Ε.Π. ένα σύστημα παρακολούθησης των ασθενών και των θεραπειών, το οποίο συνίστατο σε έναν πίνακα (whiteboard) τοίχου με πλήρη περιγραφή της δραστηριότητας του Τ.Ε.Π.. Το βασικό πρόβλημα του συστήματος ήταν ότι είχε περιορισμένη δυνατότητα επέκτασης. Δηλαδή, το προσωπικό μπορούσε να αποκτήσει πληροφορίες μόνο εφόσον στέκονταν μπροστά από τον πίνακα, ενώ ο πίνακας ενημερωνόταν με πληροφορίες ήδη γνωστές στο προσωπικό. Αυτοί οι περιορισμοί είχαν άμεση συνέπεια στη συνολική ταχύτητα παροχής φροντίδας υγείας και κατ' επέκταση στο επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βέβαια, κάτι τέτοιο δεν ήταν πάντα αντιληπτό από το προσωπικό (Baum, 2010).

Η λύση δόθηκε μέσω του πληροφοριακού συστήματος "WebFOCUS", το οποίο περιλάμβανε την εξαγωγή αυτοματοποιημένων αναφορών έπειτα από ανάλυση επιχειρησιακών και κλινικών δεδομένων. Σημειώνεται, ότι στην εισαγωγή του συστήματος υπήρξαν εμπόδια από την πλευρά του προσωπικού του Τ.Ε.Π., καθώς θεωρούσαν ότι το υπάρχον σύστημα είναι ικανοποιητικό και ότι το νέο σύστημα θα αυξήσει το φόρτο εργασίας τους χωρίς κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα. Τελικά, το σύστημα παραμετροποιήθηκε στις ανάγκες και την υπάρχουσα υποδομή πληροφορικής του νοσοκομείου και περιλάμβανε σε πραγματικό χρόνο πληροφόρηση για τους ασθενείς στο Τ.Ε.Π. (συμπεριλαμβανομένων αυτών στην αίθουσα αναμονής), η οποία ήταν διαθέσιμη, τόσο στο εσωτερικό δίκτυο (intranet), όσο και σε μια μεγάλη οθόνη (πίνακα) τοίχου.

[5] http://www.cmh.org/

Από την υιοθέτηση του εν λόγω συστήματος επιχειρηματικής ευφυΐας προέκυψαν τα ακόλουθα οφέλη:

- Οι ιατροί δε χρειάζεται να συνδέονται σε κάποιο σύστημα ή να αναζητούν χειροκίνητα ποιες εξετάσεις έχουν ολοκληρωθεί.
- Επιτυγχάνεται συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς από τη στιγμή που εισέρχεται στο Τ.Ε.Π., έως την αποχώρησή του.
- Το σύστημα προσφέρει σε πραγματικό χρόνο πληροφόρηση για πληθώρα στοιχείων από δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς μέχρι τις διαγνωστικές ή/και εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες είναι σε εξέλιξη, καθώς και τα αποτελέσματα αυτών. Συνεπώς, δημιουργούνται οι συνθήκες για να λαμβάνονται περισσότερο ακριβείς αποφάσεις.
- Διοικητικοί υπάλληλοι κι ανώτερα στελέχη έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την εκμετάλλευση των υποδομών του νοσοκομείου (ροή ασθενών), τη διαχείριση των κλινών και τη διάρκεια νοσηλείας.
- Το σύστημα χρησιμοποιεί την Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) και καθορίζει αυτόματα τη σοβαρότητα του εκάστοτε περιστατικού. Δηλαδή, αποτελεί ένα εργαλείο ταχύτατης λήψης αποφάσεων δίνοντας προτεραιότητα στα πιο σοβαρά περιστατικά (*βελτίωση ποιότητας*)[6].

[6] Πέραν της ποιότητας προωθείται, τόσο η ισότητα (equity), όσο κι η κοινωνική δικαιοσύνη (social justice).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα προηγούμενα κεφάλαια έγινε φανερή η σπουδαιότητα της λειτουργίας του Τμήματος Διαλογής στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων και γενικά η εφαρμογή ενός Συστήματος Διαλογής, καθώς στα Νοσοκομειακά αυτά Τμήματα, όπως αυτού της Διαλογής τα περιστατικά δεν εξυπηρετούνται κατόπιν προγραμματισμού (ραντεβού) ή ανάλογα με το χρόνο προσέλευσής τους στο νοσοκομείο, όπως ισχύει στα Τμήματα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων.

Βασική λειτουργική αρχή, η οποία ισχύει στις περιπτώσεις αυτές, είναι ότι εξυπηρετείται πρώτο το περιστατικό, το οποίο προσέρχεται πρώτο (first-come, first-serve basis). Αντίθετα, στα ΤΕΠ συγκεκριμένες ενδείξεις πρέπει να ισχύουν για την εισαγωγή των περιστατικών κι η αρχή «first-come», «first-serve» δεν ισχύει, λόγω της επείγουσας κατάστασης των περιστατικών.

Επομένως, η ροή των ασθενών (patient flow) καθίσταται απρόβλεπτη κι είναι αδύνατος ο στοιχειώδης προγραμματισμός στα τμήματα αυτά. Το Τμήμα Διαλογής του Ασθενούς διαδραματίζει ένα σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη και διαχείριση μιας σχεδιασμένης στρατηγικής για τη ροή των ασθενών. Αυτή η ροή των ασθενών, από πολλές απόψεις, κυριαρχεί πάνω σε άλλες δραστηριότητες, από την άποψη ότι ρυθμίζει τη συχνότητα και την ταχύτητα με την οποία μπορούν να πραγματοποιούνται όλες οι άλλες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας.

Από βιβλιογραφική ανασκόπηση δε βρέθηκε να έχει διενεργηθεί μέχρι σήμερα μελέτη με αντικείμενο την αποτίμηση των γνώσεων του υγειονομικού προσωπικού, το οποίο απασχολείται στο ΤΕΠ, αναφορικά με την εφαρμογή του Συστήματος Διαλογής στο τμήμα αυτό. Οι διαπιστώσεις μιας τέτοιας μελέτης, πέραν της ενδεχόμενης αξιοποίησής τους για την περαιτέρω βελτίωση της οργάνωσης, λειτουργίας ενός Συστήματος διαλογής, συμβάλλουν επιπροσθέτως στην ανάδειξη περαιτέρω ερευνητικών ερωτημάτων χρήσιμων σε μετέπειτα έρευνες ή εργασίες.

Με όσα αναφέρθηκαν στο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας, γίνεται φανερό, ότι η διαρκής εκπαίδευση κι επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού των ΤΕΠ είναι επιβεβλημένη, προκειμένου να ενημερώνονται για τις νέες εξελίξεις στον τομέα της επείγουσας Ιατρικής και Νοσηλευτικής. Εκτιμάται, πως η παρούσα μελέτη θα συμβάλει στην ανάδειξη της σπουδαιότητας του θέματος και στην ευαισθητοποίηση των φορέων για τη σωστή αντιμετώπιση αυτού. Επίσης, η μελέτη θα αποτελέσει την πρώτη εκτίμηση επάνω στην οποία μπορούν να βασιστούν μετέπειτα έρευνες ή εργασίες.

5.1 Σκοπός της Μελέτης

Μέσα από την παρούσα μελέτη, σκοπός της οποίας είναι να αναδειχθεί εάν εφαρμόζονται και πώς Συστήματα Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία, τη συνεισφορά αυτών των Συστημάτων και το ρόλο τους στη ροή των ασθενών (patient flow) στο ΤΕΠ.

5.2 Επιμέρους στόχοι

1. Καταγραφή βαθμού γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται στο ΤΕΠ σχετικά με την εφαρμογή Συστημάτων Διαλογής στα τμήματα αυτά.
2. Καταγραφή βαθμού γνώσεων σχετικών με τους ακριβείς στόχους ενός Συστήματος Διαλογής.
3. Καταγραφή των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται στο ΤΕΠ, σχετικά με την τεκμηρίωση ως βασικής αρχής, επίσης τις γνώσεις τους σχετικά με τις Κλίμακες Διαλογής, οι οποίες εφαρμόζονται διεθνώς.

5.3 Επιλογή Είδους Μελέτης

Ερευνητικό σχέδιο είναι ένα συστηματικό κι ελεγχόμενο σχέδιο για να βρεθούν απαντήσεις στις ερωτήσεις της μελέτης. Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέχθηκε ως τύπος μελέτης, η συγχρονική μελέτη.

5.4 Ερευνητικό Πεδίο

Ως ερευνητικό πεδίο για τη συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε το ΤΕΠ των τριών (3) Δημόσιων Νοσοκομείων, όπως του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας, του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας και του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο». Και τα τρία Νοσοκομεία παρέχουν Δευτεροβάθμια Περίθαλψη και Πρωτοβάθμια με τη λειτουργία σ' αυτά των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων. Από δυναμικότητα κλινών διαφέρουν, το Γ.Ν. Δράμας διαθέτει 270 κλίνες, το Γ.Ν. Καβάλας είναι το μεγαλύτερο με δυναμικότητα κλινών τις 500 κλίνες, εκ των οποίων το σύνολο των ανεπτυγμένων κρεβατιών είναι 422 και τέλος το Γ.Ν. Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» 220 ανεπτυγμένες κλίνες.

5.5 Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος

Ως πληθυσμός στόχος (target population) ήταν όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται στο ΤΕΠ, στη συγκεκριμένη μελέτη ο πληθυσμός πρόσβασης, ήταν το σύνολο των επαγγελματιών υγείας του ΤΕΠ του Γ.Ν. Δράμας, του Γ.Ν. Καβάλας και του Γ.Ν. Κομοτηνής «Σισμανόγλειο».

Κριτήρια εισαγωγής

- Όλοι οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται στο ΤΕΠ.
- Να έχουν τουλάχιστον ένα χρόνο προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Λιγότερο από ένα χρόνο προϋπηρεσίας στο ΤΕΠ.
- Επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν εμπλέκονται στο ΤΕΠ.
- Επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ήταν στα πλαίσια πρακτικής άσκησης.

5.6 Ερευνητικό Εργαλείο

Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το είδος της μελέτης κι ο σκοπός της, καθόρισαν κι υπέδειξαν την ανάγκη να απαντηθούν τα ερωτήματα, τα οποία θέτει η μελέτη κατά τρόπο έγκυρο κι αξιόπιστο, με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, το οποίο είναι οργανωμένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Το ερωτηματολόγιο επιλέχτηκε ως το καταλληλότερο εργαλείο συγκέντρωσης των δεδομένων, διότι είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερος χρόνος συμπλήρωσής του, παρέχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας και στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου δεν υπάρχουν προκαταλήψεις, οι οποίες να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή, αφού δεν είναι παρών ο ερευνητής κατά την απάντησή του (Σαχίνη-Καρδάση, 2003).

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή, ανασκοπώντας και μελετώντας τη βιβλιογραφία σχετικά με τη λειτουργία ενός Συστήματος Διαλογής (Triage System) με το ευρύτερο λειτουργικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εφαρμόζονται οι Κλίμακες Ταξινόμησης, καθώς και τους παράγοντες, οι οποίοι είναι απαραίτητο να λαμβάνονται καταρχήν υπόψη κατά την ανάπτυξη ενός Συστήματος Διαλογής.

Το ερωτηματολόγιο, το οποίο παρουσιάζεται στο παράρτημα αποτελείται από 41 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η επιλογή των απαντήσεων διαμορφώθηκε με βάση τη βιβλιογραφία και τους στόχους της μελέτης.

5.7 Δομή και συλλογή δεδομένων

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στο χώρο εργασίας των ερωτηθέντων, κατόπιν συνεννόησης με τους διευθυντές και τους προϊστάμενους των τμημάτων. Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο, κατόπιν απαραίτητων πληροφοριών και διευκρινήσεων. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν κατά μέσο όρο περίπου πέντε (5) λεπτά.

5.8 Συνοπτική περιγραφή του ερωτηματολογίου

Δημογραφικά δεδομένα, ερωτ. 1-4

Αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, την ιδιότητα και τα έτη προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων στο ΤΕΠ και στο Τμήμα Διαλογής.

Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή Συστήματος Διαλογής στο Νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται, ερωτ. 5-7.

Στις ερωτήσεις 5-7 διερευνάται εάν στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται οι ερωτηθέντες επαγγελματίες υγείας ακολουθούν κάποιο Σύστημα Triage. Εάν ΝΑΙ αν χρησιμοποιούνται μόνον οι Κλίμακες Ταξινόμησης, ως εργαλεία για την κατάταξη των περιστατικών σε κατηγορίες προτεραιότητας κι αν ΟΧΙ, με ποιο τρόπο γίνεται η Διαλογή των περιστατικών.

Απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις ενέργειες για την εφαρμογή και λειτουργία Συστήματος Triage, ερωτ. 8-15.

Στην ενότητα αυτή διερευνάται, εάν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι γνωρίζουν το εάν συμφωνήθηκε εξ αρχής κι από κοινού για την ανάπτυξη κι εφαρμογή Συστήματος Διαλογής στο Νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται, η χρήση κοινά αποδεκτής Κλίμακας Ταξινόμησης Περιστατικών, καθώς εάν προσδιορίστηκαν οι ακριβείς στόχοι του συστήματος στην αρχή της ανάπτυξής του από την ομάδα εργασίας. Επίσης, εάν είχαν ποσοτικοποιηθεί οι ανάγκες αυτές, επιπλέον εάν γνώριζαν οι επαγγελματίες υγείας, εάν συμφωνήθηκαν οι τελικοί παράμετροι, οι οποίοι συνθέτουν το Σύστημα Triage.

Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την επιτυχία ενός Συστήματος Διαλογής, ερωτ. 16-24.

Στην ενότητα αυτή διερευνώνται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την επιτυχία ενός Συστήματος Triage, την υποστήριξή του από την εφαρμογή Πληροφοριακού Συστήματος, καθώς κι ο ι από ψις το φ σχετικά με την καταλληλότητα της χωροταξικής διάρθρωσης του ΤΕΠ, στο οποίο εργάζονται για την εφαρμογή Συστήματος Διαλογής.

Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη στελέχωση και λειτουργία του Τμήματος Triage στο ΤΕΠ, ερωτ. 25-30.

Στις ερωτήσεις 25-30 διερευνώνται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη στελέχωση και τη λειτουργία του Τμήματος Triage στο ΤΕΠ, γίνεται αναφορά στο θέμα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στο αντικείμενο διαλογής και δίνονται απαντήσεις σχετικά με το εάν ανανεώνουν σε τακτά χρονικά διαστήματα τις γνώσεις τους.

Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την Ταξινόμηση των Περιστατικών στο Τμήμα Διαλογής, για τις Παραμέτρους, οι οποίες χρησιμοποιούνται στη Διαλογή, ερωτ. 31-41.

Η ενότητα αυτή αναφέρεται στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την Ταξινόμηση των Περιστατικών, τις Κλίμακες Διαλογής, τις Παραμέτρους που ακολουθούνται, όπως και για τα Έντυπα Διαλογής, τα οποία χρησιμοποιούνται ή όχι.

5.9 Πιλοτική εφαρμογή

Πριν από την κύρια φάση της μελέτης προηγήθηκε πιλοτική μελέτη το πρώτο δεκαπενθήμερο του Οκτωβρίου του 2012. Το αρχικό ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 25 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Δόθηκε σε 20 άτομα (10 νοσηλευτές, 5 ιατροί, 3 διοικητικοί και 2 βοηθοί νοσηλευτών). Κρατήθηκαν σημειώσεις ως προς τον τρόπο απάντησης και της αποδοχής των ερωτήσεων, αλλά και πρόσθετων πληροφοριών. Ως αποτέλεσμα της πιλοτικής μελέτης ήταν κάποιες, οι οποίες αφορούσας:

- Την προσθήκη ενός εισαγωγικού σημειώματος για το σκοπό της μελέτης, τη διαβεβαίωση της ανωνυμίας των στοιχείων κι από δήλωση εχεμύθειας.
- Αφαίρεση των θεματικών ενοτήτων του ερωτηματολογίου.
- Αλλαγές μορφοποίησης κάποιων ερωτήσεων.

5.9.1 Ηθική και Δεοντολογία

Το ερευνητικό πρωτόκολλο μαζί με το έντυπο συναίνεσης *(παράρτημα 2)* και το ενημερωτικό σημείωμα *(παράρτημα 1)*, κατατέθηκαν προς τα Επιστημονικά Συμβούλια του Γ.Ν. Δράμας, του Γ.Ν. Καβάλας και του Γ.Ν. Κομοτηνής, από όπου κι εγκρίθηκε *(παράρτημα 3 και 4)* και στη συνέχεια στάλθηκαν στην 4^{η} Υγειονομική Περιφέρεια στην οποία κι υπάγονται.

Στο στάδιο πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ο κάθε ερωτώμενος, ενημερωνόταν προφορικά για το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία των ερωτηματολογίων, την καταστροφή των ερωτηματολογίων μετά το τέλος της μελέτης. Σε όλα τα στάδια της μελέτης:

1. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική.
2. Ο ερωτώμενος μπορούσε να διακόψει όποια στιγμή ήθελε.
3. Η συζήτηση και τα δεδομένα ήταν ανώνυμα κι εμπιστευτικά.
4. Η ερευνήτρια ήταν διαθέσιμη για παροχή διευκρινιστικών στοιχείων.

5.9.2 Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 17 Statistical Package of Social Sciences (17th edition, SPSS).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΜΕΛΕΤΗ

6.1 Περιγραφική στατιστική

Η συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε το Μάρτιο κι Απρίλιο του 2013. Το υγειονομικό προσωπικό, το οποίο εργαζόταν στο ΤΕΠ του Γ. Ν. Δράμας, Γ. Ν. Καβάλας και Γ. Ν. Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» αποτέλεσε το δείγμα , το οποίο έλαβε μέρος στην έρευνα. Το δείγμα της μελέτης αριθμούσε τελικά 57 επαγγελματίες υγείας (N=57, 15 άντρες και 42 γυναίκες). Από το Γ.Ν. Δράμας συμμετείχαν 20/57 (35,08%) άτομα, από το Γ.Ν. Καβάλας 12/57 (21,05%), ενώ από το Γ. Ν. Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» 25/57 (43,85%) άτομα.

6.2 Δημογραφικά δεδομένα

Στην πρώτη ερώτηση αναζητείται το φύλο των ερωτηθέντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 73,68% των ερωτηθέντων είναι γυναίκες και το υπόλοιπο 26,32% άνδρες.

Πίνακας 1: Ερώτηση 1 – Φύλο

ΕΡΩΤΗΣΗ	Θήλυ	Άρρεν	Σύνολο
1	42	15	57
	73,68%	26,32%	100%

Στην δεύτερη ερώτηση διερευνήθηκε η θέση ευθύνης που κατέχουν οι ερωτηθέντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παρακάτω Πίνακα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απασχολείται ως νοσηλευτικό προσωπικό (59,65%). Εν συνεχεία, το 28,07% του δείγματος κατέχει το ιατρικό προσωπικό και το 12,28% ανήκει στο διοικητικό προσωπικό.

Πίνακας 2: Ερώτηση 2 – Θέση Ευθύνης

ΕΡΩΤΗΣΗ	Ιατρ.	Νοσηλ.	Διοικ.	Σύνολο
2	16	34	7	57
	28,07%	59,65%	12,28%	100%

Στην τρίτη ερώτηση του πρώτου μέρους διερευνάται η εμπειρία, την οποία κατέχουν οι ερωτηθέντες στο τμήμα ΤΕΠ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει εμπειρία 6-10 έτη (45,62%). Το αμέσως επόμενο υψηλότερο ποσοστό είναι αυτό των εργαζομένων με εμπειρία 11-15 έτη (19,30%) και βρίσκεται σε ισοβαθμία με το ποσοστό των ατόμων με εμπειρία 0-5 έτη. Τέλος, ένα

μικρότερο ποσοστό της τάξης του 15,78% αναφέρεται σε εργαζομένους με εμπειρία 16 ετών κι άνω.

Πίνακας 3: Ερώτηση 3 – Έτη εμπειρίας σε ΤΕΠ

ΕΡΩΤΗΣΗ	**0-5**	**6-10**	**11-15**	**>16**	**Σύνολο**
3	11	26	11	9	57
	19,30%	45,62%	19,30%	15,78%	100%

Η τέταρτη ερώτηση παραπλήσια με την τρίτη με τη διαφορά ότι αφορούσε τα έτη εμπειρίας στο τμήμα Διαλογής. Τα αποτελέσματα ήταν πολύ κοντά σε αυτά της προηγούμενης ερώτησης.

Πίνακας 4: Ερώτηση 4 – Έτη εμπειρίας σε ΤΔ

ΕΡΩΤΗΣΗ	**0-5**	**6-10**	**11-15**	**>16**	**Σύνολο**
4	9	27	16	5	57
	15,78%	47,37%	28,07%	8,78%	100%

Τα συμπεράσματα αυτού του μέρους του ερωτηματολογίου είναι ότι το δείγμα αποτελείται κατά κύριο λόγο από νοσηλεύτριες με εμπειρία 6-10 έτη, τόσο σε τμήμα ΤΕΠ, όσο και σε τμήμα Διαλογής.

6.3 Εφαρμογή συστήματος Διαλογής

Στις ερωτήσεις 5-7 διερευνάται εάν στο νοσοκομείο, στο οποίο εργάζονται οι ερωτηθέντες επαγγελματίες υγείας ακολουθούν κάποιο Σύστημα Triage. Εάν ΝΑΙ, εάν χρησιμοποιούνται μόνον οι Κλίμακες Ταξινόμησης, ως εργαλεία για την κατάταξη των περιστατικών σε κατηγορίες προτεραιότητας κι αν ΟΧΙ, με ποιο τρόπο γίνεται η Διαλογή των περιστατικών. Η στατιστική ανάλυση δείχνει ότι και τα τρία νοσοκομεία ακολουθούν σύστημα Διαλογής (ερώτηση 5), ωστόσο μόνο το 39,26% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι η διαλογή γίνεται με Κλίμακες Ταξινόμησης (ερώτηση 7).

6.4 Αξιολόγηση του εφαρμοζόμενου συστήματος Διαλογής

Στην ενότητα αυτή διερευνάται, εάν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι γνωρίζουν το εάν συμφωνήθηκε εξ' αρχής κι από κοινού για την ανάπτυξη κι εφαρμογή Συστήματος Διαλογής στο Νοσοκομείο, στο οποίο εργάζονται, η χρήση κοινά αποδεκτής Κλίμακας Ταξινόμησης Περιστατικών, καθώς εάν προσδιορίστηκαν οι ακριβείς στόχοι του συστήματος στην αρχή της ανάπτυξής του από την ομάδα εργασίας. Τα βασικότερα συμπεράσματα της ενότητας συνοψίζονται ως εξής:

- Μόλις το 41% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το εφαρμοζόμενο σύστημα Διαλογής έχει την υποστήριξη κι αφοσίωση της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας του ΤΕΠ, καθώς και την υποστήριξη από τα λοιπά νοσοκομειακά τμήματα (ερώτηση 8).
- Συνδυαστικά με την ερώτηση 7, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η έλλειψη κοινά αποδεκτών Κλιμάκων Ταξινόμησης δεν οφείλεται στην πεποίθηση των επαγγελματιών υγείας ότι οι Κλίμακες αυτές δεν είναι αναγκαίες. Τουναντίον, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (89,29%) υποστηρίζει την ανάπτυξή τους (ερώτηση 9).
- Το 17,85% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι το ιατρικό προσωπικό δεν εναρμονίζεται με την κλίμακα Διαλογής, την οποία εφαρμόζει το νοσηλευτικό προσωπικό (ερώτηση 10).

- Στο 27% των περιπτώσεων οι στόχοι που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό του συστήματος Διαλογής (για πρώτη φορά) ήταν ασαφής (ερώτηση 11).
- Το 79% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η ομάδα εργασίας (στο σχεδιασμό του συστήματος Triage) είχε εντοπίσει τις αδυναμίες του προγενέστερου συστήματος (ερώτηση 12).
- Από τις παραμέτρους που συνθέτουν το σύστημα Διαλογής προσδιορίστηκαν με σειρά προτεραιότητας οι ακόλουθες (ερωτήσεις 14 και 15):
    1. Χωροταξικής Εργονομίας
    2. Καταγραφή – Τεκμηρίωση (documentation)
    3. Επανεκτίμηση Κλινικής Κατάστασης
    4. Αξιολόγησης
    5. Κλίμακες Ταξινόμησης Περιστατικών
    6. Έναρξη Διαγνωστικών / Θεραπευτικών Διεργασιών.

6.5 Επιτυχία εφαρμογής του συστήματος Διαλογής

Στην ενότητα αυτή διερευνώνται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την επιτυχία ενός Συστήματος Triage, την υποστήριξή του από την εφαρμογή Πληροφοριακού Συστήματος, καθώς κι οι απόψεις τους σχετικά με την καταλληλότητα της χωροταξικής διάρθρωσης του ΤΕΠ, στο οποίο εργάζονται για την εφαρμογή Συστήματος Διαλογής. Παρακάτω συνοψίζονται τα αποτελέσματα:

- Ο δημοφιλέστερος τύπος συστημάτων Διαλογής στα εξεταζόμενα νοσοκομεία είναι το μοντέλο «τροχονόμου» (50%) κι ακολουθεί το μοντέλο «ελέγχου σημείων» (39%) (ερώτηση 16).
- Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (94%) θεωρεί ότι η εφαρμογή του συστήματος διαλογής συμβάλλει ούτως ώστε «το σωστό άτομο να κατευθυνθεί στο σωστό χώρο, για το σωστό λόγο και κατά το σωστό χρόνο» (ερώτηση 17).
- Στην ερώτηση 18 η προσαρμοστικότητα του συστήματος Διαλογής στις ανάγκες του τμήματος ΤΕΠ βρέθηκε ικανοποιητική (68%).
- Η σειρά προτεραιότητας των παραγόντων που λήφθηκαν υπόψη στο σχεδιασμό του τμήματος Διαλογής στο εκάστοτε νοσοκομείο είναι (ερώτηση 19):

1. Ο αριθμός των ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης κι αντιμετώπισης,
2. Ο αριθμός των επισκέψεων των περιστατικών στα ΤΕΠ,
3. Η διαθεσιμότητα των πόρων του ΤΕΠ,
4. Η διαθεσιμότητα πόρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ),
5. Η ύπαρξη εφαρμογών πληροφοριακού συστήματος στο ΤΕΠ για την εισαγωγή – μεταφορά - εξιτήριο του ασθενή και για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα,
6. Η ύπαρξη – διαθεσιμότητα εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών,
7. Νομικά και διοικητικά ζητήματα,
8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

- Ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι το εφαρμοζόμενο σύστημα Διαλογής θεωρείται ότι υποστηρίζεται από το κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα μόλις από το 23% των ερωτηθέντων (ερώτηση 20).
- Από την ερώτηση 21 αναδύεται ότι το σύνολο των ερωτηθέντων συμφωνεί ότι επιτυχία ενός Συστήματος Διαλογής (Triage System) κρύβεται στην απλότητά του, στο ότι είναι εύκολα κατανοητό και στο ότι έχει εξασφαλιστεί ομοφωνία διεπιστημονικής-διεπαγγελματικής ομάδας του ΤΕΠ ως προς την εφαρμογή του.
- Ακόμη ένας σημαντικός παράγοντας επιτυχίας του συστήματος Διαλογής φαίνεται να είναι η χωροταξική διάταξη στο τμήμα ΤΕΠ. Σ’ αυτό συνομολογεί το 76% των ερωτηθέντων (ερώτηση 24).

6.6 Ανθρώπινο δυναμικό στο τμήμα Διαλογής

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το «προφίλ» του προσωπικού που θα στελεχώσει το τμήμα Διαλογής παρουσιάζουν εξαιρετικό ενδιαφέρον. Το «προσωπικό Διαλογής» πρέπει να γίνεται με επαγγελματίες, οι οποίοι διαθέτουν ένα σύνολο από επιστημονικές γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία μέχρι κι επικοινωνιακές ικανότητες και διαχείριση στρες σε συνθήκες πίεσης. Σ’ αυτό συμφωνούν όλοι οι ερωτηθέντες (ερώτηση 25).

Ένα άλλο σημαντικό θέμα που αναδύεται είναι η ανάπτυξη κι η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στο τμήμα ΤΕΠ. Από την απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας στις ερωτήσεις 27-30 προκύπτει ότι: πρώτον, στην επιλογή του προσωπικού που θα απασχοληθεί στο τμήμα Διαλογής, μόλις το 60% έχει λάβει τη σχετική επαγγελματική εκπαίδευση, και δεύτερον, οι δεξιότητες των εργαζομένων στο τμήμα αναπτύσσονται με περαιτέρω επαγγελματική εκπαίδευση σε χαμηλό ποσοστό (34%).

6.7 Ταξινόμηση περιστατικών στο Σύστημα Διαλογής

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολόγιου καταγράφηκαν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την Ταξινόμηση των Περιστατικών στο Τμήμα Διαλογής, καθώς και για τις Παραμέτρους οι οποίες χρησιμοποιούνται στη Διαλογή. Τα συμπεράσματα του μέρους αυτού συμπίπτουν με αυτά των προηγούμενων σχετικών ερωτήσεων. Τα πιο σημαντικά απ' αυτά είναι τα εξής:

- Η Διαλογή των ασθενών γίνεται κυρίως χειρόγραφα κι απουσιάζει το κατάλληλο λογισμικό (και κατ' επέκταση το πληροφοριακό σύστημα). Συνεπώς, η Τεκμηρίωση (Documentation) αναγνωρίζεται ως ζωτικό συστατικό του συστήματος, αλλά εφαρμόζεται με τη χειρόγραφη μέθοδο, που δεν μπορεί να εγγυηθεί την ελαχιστοποίηση των λαθών.
- Μια κοινά αποδεκτή κλίμακα Διαλογής (κόκκινο/πορτοκαλί, κίτρινο, πράσινο, μπλε) εφαρμόζεται σε μικρό βαθμό κι αυτό συνδέεται με το γεγονός ότι η γνώση για τις κλίμακες διαλογής, οι οποίες εφαρμόζονται διεθνώς είναι περιορισμένη. Ωστόσο, η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς αναγνωρίζεται ως το βασικό κριτήριο στη Διαλογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία πραγματεύτηκε την εφαρμογή των συστημάτων διαλογής στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Στο νοσοκομειακό χώρο κι ειδικότερα στο χώρο της επείγουσας φροντίδας του ΤΕΠ, η διαλογή δηλώνει τη διαδικασία εκείνη που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση σε κατηγορίες των τραυματιών ή νοσούντων ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Γίνεται από έμπειρο ή ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ, σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο (Triage), βάσει πρωτοκόλλων διαλογής (Triage protocols) κι η διαδικασία περιλαμβάνει: τη λήψη ιστορικού Διαλογής από τον ίδιο τον ασθενή ή το συνοδό του (ατομικά στοιχεία του ασθενή, κύριο σύμπτωμα, παρούσα νόσος, φάρμακα κ.ά.), τη Λήψη κι Εκτίμηση των Ζωτικών Σημείων (αναπνοές, σφυγμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης). Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται σε ειδικό έντυπο δελτίο διαλογής του ασθενούς (Triage Record) κι ο ασθενής κατατάσσεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του σε επίπεδα προτεραιότητας (priority levels).

Στο ΤΕΠ η διαλογή εισήχθη επίσημα στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές του 1960, όταν η εκρηκτική αύξηση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονταν στα ΤΕΠ υπερέβη τις δυνατότητές τους, ως προς τους διατιθέμενους χώρους, τον εξοπλισμό και το προσωπικό. Έτσι, η διαδικασία της διαλογής αναπτύχθηκε κι εξελίχθηκε ως μία αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, *διαχωρίζοντας τους ασθενείς με πραγματικά επείγοντα προβλήματα από εκείνους που με ασφάλεια θα μπορούσαν να περιμένουν ή να παραπεμφθούν σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, με στόχο πάντοτε τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας και τον καλύτερο καταμερισμό των διαθέσιμων υπηρεσιών και πόρων.

Μέσα από την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή γίνονται ορατά τα οφέλη από την εφαρμογή συστήματος διαλογής (Triage) στο ΤΕΠ, τα οποία είναι ότι, ο ασθενής αντιμετωπίζεται με κριτήριο τη βαρύτητά του κι όχι τη σειρά προσέλευσης, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της φροντίδας του, καθώς αποφεύγονται ζημιογόνες καθυστερήσεις με τη μείωση του χρόνου αναμονής στα πραγματικά επείγοντα κι αντιμετώπιση από τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας, καθώς διαγνώστης δεν είναι ο ασθενής.

Στην εργασία παρουσιάστηκαν διάφορες κλίμακες διαλογής, στην πραγματικότητα όσο αντικειμενική, αξιόπιστη κι έγκυρη κι αν είναι μία κλίμακα διαλογής, δεν μπορεί να εξουδετερώσει το υποκειμενικό κριτήριο του θεράποντος ιατρού, στην απόφαση του τελευταίου να εισάγει ή όχι έναν ασθενή στο νοσοκομείο (Λάμπρου, 2005).

Από μία Συστηματική Ανασκόπηση των ειδικών στη Σουηδία, με την παγκόσμια εξέλιξη των κλιμάκων διαλογής κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, αποκάλυψε ελλείψεις σε επιστημονικά στοιχεία, επί των οποίων βασίζονται σήμερα οι διαθέσιμες κλίμακες ταξινόμησης κι ότι χρειάζονται ισχυρότερα επιστημονικά δεδομένα για να καθοριστεί ποια από τα ζωτικά συμπτώματα, αιτίες εισόδου έχουν τη μεγαλύτερη προγνωστική αξία στη διαλογή.

Η αξιοπιστία, η εγκυρότητα κι η ασφάλεια των κλιμάκων διαλογής είναι αναγκαίο να διερευνηθούν περαιτέρω κι οι από head-to-head συγκρίσεις απαιτούνται για να διαπιστωθεί εάν κάποια από τις κλίμακες έχει πλεονεκτήματα σε σχέση με τις άλλες (Farrohknia, et al., 2011).

Ανασκοπώντας διάφορα άρθρα στο διαδίκτυο, αλλά και σε έντυπη μορφή, όλα έχουν ως κεντρικό στοιχείο τη σύγκριση των διαφόρων κλιμάκων διαλογής-ταξινόμησης, το πώς μπορούν να τις βελτιώσουν, έτσι ώστε να είναι πιο αξιόπιστες, πιο έγκυρες κι ασφαλείς και χωρίς καθόλου μειονεκτήματα. Ένα τέτοια άρθρο είναι και των Kaplan, et al., (1997), το οποίο ασχολείται με τη βελτίωση της επείγουσας φροντίδας και την αποδοτικότητα στο ΤΕΠ, ελαχιστοποιώντας τη μη κατάλληλη διαλογή με τη χρήση ενός συστήματος διαλογής, μιας τριπλής διευθέτησης-ταξινόμησης-διαλογής (Three-tier trauma triage system).

Πολλά άρθρα επίσης ασχολούνται με την προνοσοκομειακή διαλογή (Terregino, 1998), η οποία εφαρμόζεται και στην Ελλάδα από το 1985, το έτος που ιδρύθηκε

επίσημα το Ελληνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) ως ΝΠΔΔ, το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ν. 1579/85) (Ασκητοπούλου, 2009).

Εκτός από την ανυπαρξία μιας ενιαίας κλίμακας διαλογής, βασική κριτική, την οποία έχουν δεχθεί τα συστήματα διαλογής, είναι κι η δέσμευση κυρίως ανθρωπίνων πόρων που απαιτείται για τη διαλογή, όπως επίσης κι οι ενστάσεις, οι οποίες έχουν διατυπωθεί για το ποιος είναι ο πλέον αρμόδιος για να κάνει τη διαλογή (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό) και πολλές φορές έχουν παρατηρηθεί συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων αυτών (Λάμπρου, 2005).

Από έρευνα, η οποία έγινε σε 37 Νοσοκομεία της Ελλάδας, βρέθηκε ότι σε 15 συνολικά Νοσοκομεία εφαρμόζεται σύστημα διαλογής (triage), επίσης ότι σε 2 Νοσοκομεία τη «διαλογή των ασθενών» κάνει ο νοσηλευτής μόνο, σε 3 μόνο ιατρός και σε 10 ιατρός και νοσηλευτής (Τ.Ε.Ε.Ν., 2013).

Η βελτίωση του επιπέδου Υγείας του πληθυσμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον αριθμό και το επίπεδο εκπαίδευσης των Επαγγελματιών Υγείας που στελεχώνει τις Μονάδες Υπηρεσιών Υγείας (Λανάρα, 1999).

Από μελέτη του Τ.Ε.Ε.Ν. σε 37 Νοσοκομεία της Ελλάδας, τα οποία 11 εδρεύουν στην περιφέρεια Αττικής και τα 26 στην υπόλοιπη Ελλάδα, τα Νοσοκομεία αυτά είναι Γενικά και Πανεπιστημιακά και συμπεριλαμβάνονται στο σύστημα εφημεριών του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ). Από τη μελέτη βρέθηκε, όσον αφορά τη συμμετοχή του προσωπικού σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ότι στο σύνολο των Νοσηλευτών (ΠΕ/ΤΕ) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (Msc) ήταν 38 νοσηλευτές, 6 ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος (phD), ενώ 101 νοσηλευτές έχουν παρακολουθήσει κι ολοκληρώσει το πρόγραμμα νοσηλευτικών ειδικοτήτων.

Το επαρκές, αριθμητικά και ποιοτικά, προσωπικό του τομέα υγείας συμβάλλει στην ανάπτυξη και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς η εργασιακή απασχόληση στον τομέα υγείας βρίσκεται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Κοπανιτσάνου, Μπροκολάκη, 2009).

Η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση με τις απαραίτητες επαγγελματικές δεξιότητες αποτελούν δύο βασικές παραμέτρους για την ποιοτική στελέχωση των

ΤΕΠ, τόσο λόγω της έντασης εργασίας του τμήματος, όσο και λόγω της ιδιαιτερότητας των συνθηκών, οι οποίες επικρατούν στους χώρους αυτούς. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η παρακολούθηση κι ενημέρωση πάνω στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες μέσω της διεθνούς βιβλιογραφίας κι η συνεχής κατάρτιση σε νέες δεξιότητες, είναι στοιχεία, τα οποία θεωρούνται απαραίτητα, ώστε το προσωπικό, το οποίο εργάζεται στο ΤΕΠ να μπορεί να ανταποκριθεί στις επείγουσες, όσο κι αντίξοες καταστάσεις (Τ.Ε.Ε.Ν., 2013), παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, για το οποίο έχουν δεσμευτεί να προσφέρουν οι Υγειονομικοί Οργανισμοί στην κοινότητα στην οποία υπηρετούν (Woerly, 2001).

Στην ποιότητα καθοριστικοί παράγοντες αποτελούν, η αξιοπιστία, η οποία περιλαμβάνει έννοιες, όπως η σταθερότητα της φροντίδας, η συνέπεια της εκτέλεσης κι η διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανταπόκριση, η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετούν το χρήστη, η ικανότητα του προσωπικού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ευγένεια, η κατανόηση κι η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε συνάφεια με τον επαγγελματισμό τους, την ασφάλεια, καθώς και το περιβάλλον εργασίας (Μαλλιαρού, και συν., 2009).

Το Τμήμα Υποδοχής-Διαλογής του Ασθενούς διαδραματίζει ένα σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη και διαχείριση μιας σχεδιασμένης στρατηγικής για τη ροή των ασθενών. Αυτή η ροή των ασθενών, από πολλές απόψεις, κυριαρχεί πάνω σε πολλές δραστηριότητες εισαγωγής/καταχώρισης από την άποψη ότι ρυθμίζει τη συχνότητα και την ταχύτητα με την οποία μπορούν να πραγματοποιούνται όλες οι άλλες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Είναι υπεύθυνο αρχικά για την έγκαιρη, ευγενική κι ακριβή καταχώριση των ασθενών.

Σ’ αυτά τα πλαίσια, το τμήμα υποστηρίζει τη διασφάλιση της ποιότητας κατά την καταχώριση όλων των εγγράφων στο φάκελο του ασθενούς. Το προσωπικό του Τμήματος Υποδοχής-Διαλογής Ασθενών μπορεί να εξασφαλίσει μία θετική πρώτη εντύπωση του ασθενούς για το Νοσηλευτικό Ίδρυμα με την παροχή αποδοτικής, προσωπικής και συμπονετικής φροντίδας. Νέες τεχνολογίες και σχεδιασμοί εργασιακών δραστηριοτήτων ενισχύουν το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρονται από το Τμήμα Υποδοχής-Διαλογής Ασθενών. Η αποτελεσματικότητα των διαδικασιών, η αποδοτικότητα κι η εξοικονόμηση μετρούνται μέσω κρίσιμων συντελεστών επιτυχίας: ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας, ακρίβεια,

πληρότητα, χρόνος αναμονής ασθενών, αλληλεπίδραση με τον πελάτη-χρήστη και κόστος υπηρεσιών (Woerly, 2001).

Περιορισμοί Μελέτης

Κρίθηκε απαραίτητο να γίνει αναφορά των περιορισμών και των μεθοδολογικών αδυναμιών της συγκεκριμένης μελέτης:

1. Ο αριθμός του δείγματος ήταν περιορισμένος (N=57) με πιθανές συνέπειες σε περίπτωση γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

2. Η επιλογή των επαγγελματιών υγείας έγινε μόνο από το ΤΕΠ και δε συμπεριλήφθησαν άτομα, τα οποία υπηρετούν σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τη διαλογή (Triage) των νοσοκομείων.

3. Κατά τη φάση δειγματοληψίας αποκλείστηκαν εκ των προτέρων ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έκανε την πρακτική άσκηση στο ΤΕΠ, όπως κι άτομα, τα οποία υπηρετούσαν λιγότερο από ένα χρόνο στο τμήμα. Προκύπτει συνεπώς, ζήτημα δειγματοληπτικού σφάλματος κατά τη συγκεκριμένη φάση της δειγματοληψίας, ωστόσο εκτιμάται, ότι δεν επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα της μελέτης, καθώς πρόκειται για μικρό πληθυσμό.

4. Η επιλογή του δείγματος ευκολίας είναι εκτεθειμένη σε συστηματικά σφάλματα (bias).

5. Δε μελετήθηκαν όλοι οι παράγοντες, οι οποίοι περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, οι οποίοι μπορούν να επιδράσουν στην ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας, στην αντιμετώπιση του συνωστισμού (overcrowding) στο ΤΕΠ.

6. Δε χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο.

7. Δε βρέθηκε παρόμοια μελέτη στον Ελλαδικό χώρο, ώστε να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο σύγκρισης μεταξύ των νοσοκομείων και των επαγγελματιών υγείας.

8. Ο χρόνος αναμονής για την έγκριση της μελέτης από τις επιτροπές των νοσοκομείων και της Υ.ΠΕ. ήταν πολύ μεγάλος, με συνέπεια την καθυστέρηση συλλογής των στοιχείων.

Εισηγήσεις

Η πραγματοποιηθείσα έρευνα σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας έδειξε ότι τα Συστήματα Διαλογής εφαρμόζονται στο σύνολο των μονάδων, ωστόσο με ελλείψεις κι ιδιαιτερότητες. Βασικά «αγκάθια» στην αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων αυτών φαίνεται να είναι η ελλιπής μηχανοργάνωση, τα μη κοινά πρωτόκολλα διαλογής, καθώς κι η περιορισμένη χρήση κλιμάκων διαλογής. Βάσει των συμπερασμάτων της πρωτογενούς έρευνας, που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, προτείνονται κάποιες αναγκαίες συνθήκες για την ανάπτυξη νέων ή τη βελτίωση των υφιστάμενων τμημάτων διαλογής στα Ελληνικά νοσοκομεία:

Πρώτον, η Διαλογή θα πρέπει να είναι βασισμένη σε κοινά αποδεκτές (διεθνείς) Κλίμακες Ταξινόμησης, τις οποίες θα εφαρμόζει καθολικά το εμπλεκόμενο προσωπικό (κυρίως νοσηλευτικό κι ιατρικό).

Δεύτερον, η υποστήριξη του συστήματος Διαλογής από τη διεπιστημονική – διεπαγγελματική ομάδα του ΤΕΠ, καθώς και τα λοιπά νοσοκομειακά τμήματα θα πρέπει να ενταθεί, ώστε το σύστημα να καταστεί αποτελεσματικότερο.

Τρίτον, οι επαγγελματίες υγείας (το προσωπικό των νοσοκομείων) πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία σχεδιασμού των συστημάτων Διαλογής. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να είναι ξεκάθαρη και με σαφείς στόχους.

Τέταρτον, απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή ανάπτυξη ενός συστήματος Διαλογής σε τμήμα ΤΕΠ είναι η συλλειτουργία του με ένα σύγχρονο πληροφοριακό σύστημα. Εξάλλου, το πληροφοριακό σύστημα αναμένεται να αυξήσει, τόσο την ταχύτητα, όσο και την ακρίβεια στη Διαλογή.

Πέμπτον, το τμήμα Διαλογής θα πρέπει να στελεχώνεται αποκλειστικά από επαγγελματίες, οι οποίοι θα διαθέτουν και θα αναπτύσσουν διαρκώς ένα σύνολο από επιστημονικές γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία μέχρι κι επικοινωνιακές

ικανότητες κι ικανότητες διαχείρισης άγχους σε συνθήκες πίεσης. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να παρακολουθούν σχετικά επαγγελματικά σεμινάρια, τόσο πριν τη μεταφορά τους, όσο και καθ' όλη τη διάρκεια απασχόλησής τους στο εν λόγω τμήμα.

Η εμπειρία υλοποίησης ενός συστήματος διαλογής (Triage System) ΤΕΠ και λειτουργίας σε πραγματικές συνθήκες είναι ιδιαίτερα σημαντική και τροφοδοτούν το ίδιο το σύστημα-μοντέλο. Οι πραγματικές συνθήκες επιβάλλουν περιορισμούς ανάπτυξης σημείων του συστήματος-μοντέλου και σταδιοποίηση της εφαρμογής του.

Η μεγάλη επιτυχία ενός συστήματος διαλογής στα Νοσοκομεία, όπου εφαρμόστηκε και στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, για το οποίο έχουν γίνει και παρουσιάστηκαν αρκετές ερευνητικές μελέτες κι εργασίες, ήταν η διασύνδεση με το ΟΠΣ του Νοσοκομείου, αλλά και με το Πληροφοριακό Σύστημα των Εργαστηρίων (LIS), καθώς η λειτουργία ενός ΤΕΠ κι η παροχή επείγουσας περίθαλψης-φροντίδας υγείας μέσα σ' έναν οργανισμό έχει σημαντικά περιθώρια βελτίωσης όταν υποστηριχθεί από ένα σύγχρονο Πληροφοριακό Σύστημα.

Η χρήση των στοιχείων και πληροφοριών καταγράφονται στο Emergency Department Information System (EDIS) για εξαγωγή δεικτών απόδοσης του Τμήματος. Τα τεκμηριωμένα συμπεράσματα που θα προκύψουν θα είναι αποτέλεσμα, αλλά και κριτήριο επιτυχίας της προσπάθειας παροχής ποιοτικών υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας υγείας από το ΤΕΠ του κάθε Νοσοκομείου.

Τα αναμενόμενα οφέλη από ένα Πληροφοριακό Σύστημα στο ΤΕΠ είναι πολύτιμα κι η εφαρμογή του απαραίτητη για τη βελτιστοποίηση διαχείρισης των πόρων και της ποιότητας φροντίδας του ασθενή.

Τα συστήματα, τα οποία είναι σε θέση να αυτοματοποιήσουν τις διαδικασίες της ροής εργασίας έχουν ως στόχο:

- Τη μείωση των Ιατρικών Λαθών,
- Τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών,
- Τη βελτίωση της ποιότητας,
- Τη μείωση του κόστους,

- Τη συνολική αύξηση της απόδοσης του ΤΕΠ.

Οι παράμετροι, οι οποίοι προσδιορίζουν την απόδοση του ΤΕΠ, είναι τόσο από την πλευρά των ασθενών, όσο κι από αυτή των επαγγελματιών υγείας. Η επίδραση της χρήσης του EDIS στις επιδόσεις του προσωπικού με την προϋπόθεση ότι έχει προηγηθεί εκπαίδευση κι υποστηρίζεται επαρκώς είναι καθοριστικό στοιχείο για καλύτερα αποτελέσματα.

Στο Παράρτημα δίνεται ένας Πίνακας με τα Προβλήματα / Λόγοι καθυστερήσεων και την αντιμετώπιση αυτών με τις Λειτουργίες του EDIS.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αδάλογλου Μ., (2008). Μοντέλο Ηλεκτρονικής Λειτουργίας ενός σύγχρονου Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

- Αποστολάκης Ι., (2005). Θέματα Διοίκησης Πληροφοριακών Υποδομών στις Μονάδες Υγείας. Επιλεγμένα Κείμενα Ειδικής Θεματολογίας του 6ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

- Ασκητοπούλου Ε., (2009). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση & Ανάπτυξη. Ανασκόπηση. Ιατρικό Τμήμα. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

- Ασκητοπούλου Ε., (1991). Επείγουσα κι Εντατική Ιατρική. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα.

- Ασκητοπούλου Ε., (2010). Επείγουσα Ιατρική: Ειδικότητα στην Ευρώπη, Εξειδίκευση στην Ελλάδα; Πρακτικά 36ου Πανελλήνιου Ιατρικού Συνεδρίου.Αθήνα.

- Βαγγελάτος Α., Σαριβουγιούκας Ι., (2001). Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου: Απαραίτητη Υποδομή στο Σύγχρονο Νοσοκομείο. Ιατρική, 80:210-218.

- Βότση Ε., (2000). Διασφάλιση της Ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Ε.Κ.Π.Α. Τμήμα Νοσηλευτικής.

- Γερογιάννης Ν., (1997). Το ΤΕΠ στο ελληνικό νοσοκομείο. Πως μπορεί να οργανωθεί σε πρώτη φάση. Ελληνική Ιατρική, 63:244-254.

- Γεωργιάδης Γ., (2001). Διαδικασίες Διαλογής ΤΕΠ Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου – Απολογισμός 15 μηνών Λειτουργίας. Πρακτικά 1ου Πανελλήνιου Σεμιναρίου Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας. Παπαγεωργίου. Θεσσαλονίκη.

- Ζηλίδης Χ.., (2005). Αρχές κι Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: Η Μεταρρύθμιση 2000- 2004. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001). Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.

- Θεοδώρου Β.Κ., (2001). Εγκαθίδρυση και Λειτουργία Σύγχρονου Ολοκληρωμένου Συστήματος Επείγουσας Ιατρικής. Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας. Πρακτικά Σεμιναρίου. Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου – ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης.

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

- Κοπανιτσάνου Π., Μπροκολάκη Η., (2009). Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων. Νοσηλευτική, 48(1):50-57.

- Κωτούλα Σ., (2004). «Αποτελεσματικότητα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)». Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Αθήνα.

- Κυριόπουλος Γ., Γιαχνή Π., Μπουρσανίδης Χ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., (2004). Προσφορά και Ζήτηση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών. Στο Στάθης, Διάλογοι για το Νοσοκομειακό management. Τα Πρακτικά του 1ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου. Εκδόσεις Mediforce. Γ΄ Έκδοση. Αθήνα.

- Λάμπρου Π., (2005). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Οργάνωση και Λειτουργία. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

- Λανάρα Β., (1999). Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Στ' Έκδοση. Αθήνα.

- Μαθιουδάκης Χ., (2010). Οργάνωση και Λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στα Ελληνικά Νοσοκομεία. Κ' Εκπαιδευτική Σειρά. Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

- Μαλλιαρού Μ., (2008). Οργάνωση και Στελέχωση ΤΕΠ. Διαθέσιμο στην http://www.medtime.gr/content/view/177/48/lang,greek πρόσβαση στις 13/10/2012.

- Μαλλιαρού Μ., Καραθανάση Κ., Μουστάκα Ε., Σαράφης Π., Κωνσταντινίδης Θ.Κ., (2009). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας σε Χώρους Επείγοντος. Επιθεώρηση Υγείας, 20(118):21-26.

- Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Ζυγά Σ., (2009). Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. Ανασκόπηση. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(1):25-40.

- Mayor S., (2012). Το ένα τρίτο των ανακοπών ασθενών θα μπορούσε να έχει προληφθεί. NEA – London BMJ. Ελληνική Έκδοση, 20(105):11.

- Μητρόπουλος Ι., Νιάκας Δ., (2004). Η Λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Στο Νιάκας, Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

- Μιλτιάδους Μ., (2011). Διαχείριση Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών στα Νοσοκομεία. Πτυχιακή Εργασία. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. Σχολή Σ.Δ.Ο., Τμήμα Εμπορίας και Διαφήμισης. Θεσσαλονίκη.

- Μουμτζόγλου Α., (2008). Ποιότητα και Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

- Μπαλτόπουλος Γ., (1997). Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής. (4η Έκδοση). Μετάφραση – Επιμέλεια από Mengert – Eisenberg – Copass. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

- Μπαμπινιώτης Γ., (2004). Λεξικό για το Σχολείο & το Γραφείο. Κέντρο Λεξικολογίας. Αθήνα.

- Νιάκας Δ., (1997). «Το Σύνδρομο του Ράντζου κι οι Αιτίες του». Επιθεώρηση Υγείας, 48(15):15-23.

- Nord E., (2003). Ανάλυση Κόστους – Αξίας στη Φροντίδα Υγείας. Η Κατανόηση των QALY. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

- Παναγιωτάκη Γ., Λιονάκη Ε., (2004). Ανάλυση του συστήματος λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του ΠΕΠΑΓΝΗ. Μελέτη Αποτελεσματικότητας, έρευνα βελτίωσης της λειτουργικότητας για τους ασθενείς και το προσωπικό. Πτυχιακή Εργασία. Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

- Παπασάββας Ε., (2001). «Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών». Επιθεώρηση Υγείας, 70(5):25-42.

- Παππά Ν., Δημητρίου Α., Τσόγκα Β., Γκόπη Α., (2001)., Το Triage σε Μαζικές Καταστροφές. Πρακτικά 1ου Πανελλήνιου Σεμιναρίου Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας. Παπαγεωργίου. Θεσσαλονίκη.

- Παπουλίδης Θ., (2004). Πληροφοριακό Σύστημα Εξωτερικών Ιατρείων. Στο Στάθης, Διάλογοι για το Νοσοκομειακό management. Τα Πρακτικά του 1ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου. Εκδόσεις Mediforce. Γ΄ Έκδοση. Αθήνα.

- Πολύζος Ν., (1999). Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με Βάση την Ταξινόμηση των Ασθενών. Εκδόσεις Τ.Υ.Π.Ε.Τ. Αθήνα.

- Ρούτση Ε., (2010). Γνώσεις κι απόψεις των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σχετικά με την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Ηράκλειο Κρήτης.

- Σαριβουγιούκας Ι., Βαγγελάτος Α., Κατραβά Α., Καλαμαρά Χ., (2008). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Πληροφορική Υποστήριξη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):102-110.

- Σαχίνη-Καρδάση Α., (2003). Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα

- Σιγάλας Ι., (1999). «*Οργανισμοί κι Υπηρεσίες Υγείας*». Στο Δίκαιος Κ. και συν. (επιμέλεια), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Αθήνα. Κεφ. 2, σελ. 57-112.

- Στάθης Γ., (2005). Πληθωρισμός και Ανισοκατανομή του Ιατρικού Σώματος στην Ελλάδα. Οι Απόψεις των Ιατρών. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

- Τ.Ε.Ε.Ν. (Τομέας Επείγουσας κι Εντατικής Νοσηλευτικής, (2013). Επείγουσα κι Εντατική Νοσηλευτική, 44:1-8.

- Υφαντόπουλος Γ., (2006). Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω. Αθήνα.

- Φιλιππάτος Γ., (2011). Η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών κι ο βαθμός ανταπόκρισης της στις ανάγκες των ασθενών. Ερευνητική Εργασία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(1):5-13.

- Φιλιππάτος Γ., (2012). Προβλήματα και Εμπόδια στη Διαχείριση του Πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Νοσηλευτική, 51(1):18-25.

- Χαραλάμπους Γ., (2010). Εισηγητική Έκθεση Οργάνωσης και Λειτουργίας των ΤΕΠ και Κατάρτιση Προτύπων Εφημερίας. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών. Αθήνα.

- Woerly J., (2001). Υπηρεσίες Διακίνησης του Ασθενούς: Διαδικασία Εισαγωγής, Παραμονής κι Εξόδου από το Νοσοκομείο. Στο Wolper L., Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β'. Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας. Εκδόσεις Mediforce. Αθήνα.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A. and Niakas, D. (2007). "The Short-term Effect on Technical and Scale Efficiency of Establishing Regional Health Systems and General Management in Greek NHS Hospitals". *Health Policy*, 83: 236-245.
- Anonymous, (2008). "Creating a common view of hospital operations: business intelligence to achieve productivity initiatives". *Health Data Management*, 16(2): 7.
- Baker L., Baker L, (1994). Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Datawatch*, 13(5):162–71.
- Baum, D. (2010). "An intelligent patient focus". *Health Management Technology*, 31(4): 12-16.
- Bradley, P. and Kaplan, J. (2010). "Turning hospital data into dollars". *Healthcare Financial Management*, 64(2): 64-68.
- Carter A., Chochinow A., (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Canadian journal of emergency medicine*, 9:286–95.
- Chan J., Chau J., (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of advanced nursing*, 50:498–507.
- Clark, L. (2006). "Hospitals deploy reporting tool to help ensure funding". *Computer Weekly*, Nov: 14.
- Ehrenberg G., Ehufors M., (2005). Triage in emergency departments: national survey. *Journal of clinical nursing*, 14:1067–74.
- EuSEM, (1998). Council of the European Society for Emergency Medicine: Manifesto for Emergency Medicine in Europe. Eur Journal Emergency Medicine, 5:7-8.
- Farrohknia N., Castren M., Ehrenberg A., Lind L., Oredsson S., Jonsson H., Asplund K., Goransson K., (2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence.

Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 19:42.

- Ferrand, D., Amyot, D. and Corrales, C.V. (2010). “Towards a business intelligence framework for healthcare safety”. *Joumal of Intemet Banking and Commerce*, 15(3): A1-A9.

- Giniat, E. (2011). “Using business intelligence for competitive advantage”. *Healthcare Financial Management*, 65(9): 142-146.

- Hennen, J. (2009). “Targeted business intelligence pays off”. *Healthcare Financial Management*, 63(3): 92-98.

- Kalemoglu M., Keskin O., Demirbas S., (2004). Non-urgent patients in an emergency medical service. *Revista medica de Chile*, 132:1085–9.

- Kaplan L., Santara T., Blank-Reid C., Trooskin S., (1997). Improved emergency department efficiency with a three-tier trauma triage system. Injury, 28(7):449-453.

- Kelly A., Richardson D., (2001). Training for the role of triage in Australasia. *Emergency medicine*, 13:230–2.

- Kirby, S. and Robertson, B. (2009). “Start small and built towards business intelligence”. *Healthcare Financial Management*, 63(1): 96-103.

- Kolar, H. (2001). “Caring for healthcare”. *Health Management Technology*, 22(4): 46-47.

- Lee T., Baraff L., Guzy J., (2003). Does telephone triage delay significant medical treatment? Advice nurse service vs on-call pediatricians. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157:635–41.

- Lindberg, M. (2011). “Real-time analytics increase early discharges”. *Health Management Technology*, 32(5): 24-25.

- Pratt, M. (2008). “Software that saves lives”. *Computerworld*, 42(32): 28.
- Rice, M. (2004). “Business intelligence tools can help turn out savings in core cost areas”. *Managed Healthcare Executive*, 14(3): 40-42.
- Robertson-Steel IRS., (1999). Providing primary care in the accident and emergency department. British Medical Journal, 316:409-410.
- Terrgino C., (1998). Indices, Scores and Scales: the development of triage systems in modern trauma care. Trauma Quarterly, 14(2):113-131.
- Vance J., Sprivulis P., (2005). Triage nurses validly and reliably estimate emergency department patient complexity. *Emergency medicine Australasia*, 17:382–6.
- Wadsworth, T., Graves, B., Glass, S., Harrison, M., Donovan, C. and Proctor, A. (2009). “Using business intelligence to improve performance”. *Healthcare Financial Management*, 63(10): 68-72.
- Woerly J., (2001). Υπηρεσίες Διακίνησης του Ασθενούς: Διαδικασία Εισαγωγής, Παραμονής κι Εξόδου από το Νοσοκομείο. Στο Wolper L., Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β’. Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας. Εκδόσεις Mediforce.Αθήνα.
- Zwicke D., Bobzien W., Wagner E., (1982). Triage nurse decisions: a prospective study. *Journal of emergency nursing*, 8:132–8.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγαπητέ κ./κα…….

Ονομάζομαι Πεταλωτή Στεργιανή κι είμαι φοιτήτρια στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών **«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»** της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Για την ολοκλήρωση των σπουδών μου, έχω αναλάβει την εκπόνηση μελέτης αναφορικά με την Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα ΤΕΠ των Νοσοκομείων.

Ως εργαζόμενοι στο ΤΕΠ και στη Διαλογή είναι σημαντικό να συμμετέχετε στη σχετική έρευνα καταθέτοντας τις δικές σας γνώσεις κι απόψεις. Για το σκοπό αυτό, σας παρακαλώ αφού υπογράψετε το επισυναπτόμενο «ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ» να αφιερώσετε λίγα λεπτά για τη συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου που σας διαθέτω.

Διευκρινίζονται ρητά τα ακόλουθα:

1. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική κι εμπιστευτική.
2. Το ονοματεπώνυμό σας δεν πρόκειται να δημοσιευθεί με κανέναν τρόπο.
3. Η συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. (Δε σχετίζεται η υπογραφή σας στο Έντυπο Συναίνεσης με τις απαντήσεις σας στο Ερωτηματολόγιο).
4. Οι απαντήσεις που θα δώσετε έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα, δε θα εξεταστούν μεμονωμένα, αλλά θα αξιοποιηθούν μόνο στατιστικά, διαμορφώνοντας ανάλογους δείκτες.
5. Κατά τη δημοσίευση μέρους ή τμήματος μελέτης δε θα γίνει αναφορά σε προσωπικά σας στοιχεία.
6. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης τα Έντυπα Συναίνεσης και τα Ερωτηματολόγια θα καταστραφούν.
7. Η έρευνα δε χρηματοδοτείται από κανέναν κερδοσκοπικό ή μη οργανισμό.

Σας ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για την ανταπόκριση και το χρόνο σας!

Πεταλωτή Στεργιανή

Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

2. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Με το παρόν δηλώνω ότι δέχομαι να συμμετέχω στην έρευνα με θέμα «Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία, η οποία διεξάγεται από την Πεταλωτή Στεργιανή, φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Για τη συμμετοχή μου αυτή, ενημερώθηκα ότι:

1. Η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική κι εμπιστευτική.
2. Το ονοματεπώνυμό μου δεν πρόκειται να δημοσιευθεί με κανέναν τρόπο.
3. Η συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. (Δε σχετίζεται η υπογραφή μου στο Έντυπο Συναίνεσης με το Ερωτηματολόγιο).
4. Οι απαντήσεις που θα δώσω έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα, δε θα εξεταστούν μεμονωμένα, αλλά θα αξιοποιηθούν μόνο στατιστικά, διαμορφώνοντας ανάλογους δείκτες.
5. Κατά τη δημοσίευση μέρους ή τμήματος της μελέτης δε θα γίνει αναφορά σε προσωπικά μου στοιχεία.
6. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης τα Έντυπα Συναίνεσης και τα Ερωτηματολόγια θα καταστραφούν.

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

ΕΝΤΥΠΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.

ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ Δ/νση :Ιπποκράτους Τέρμα

Απόσπασμα Πρακτικού Συνεδρίαση υπ'αριθ. 5ης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας Της 22ης Φεβρουαρίου 2013 Ημέρα Παρασκευή και ώρα 12.00 π.μ. Στο Γραφείο του Διοικητή

Παρέστησαν : Πρόεδρος: Μιχαήλ Δ. Χρυσομάλλης
Αντιπρόεδρος : Δημήτριος Γεμενετζής
Τακτικά μέλη : Ιωάννης Τσιάρας
Δημήτριος Μελίδης
Παναγιώτης Παναγιωτίδης

Στη συνεδρίαση συμμετέχουν ο Προϊστάμενος του Οικονομικού Τμήματος κ. Στυλιανός Μυλωνάς, ο Προϊστάμενος του Τμήματος Προμηθειών κ. Στυλιανός Νούσιος σε θέματα αρμοδιότητάς τους και η κ. Κυριακή Μιλλή ως Γραμματέας κλάδου Δ.Ε. Δ/κού -Λογιστικού με βαθμό Γ'.

Ο Πρόεδρος διαπιστώνει ότι υπάρχει απαρτία και αρχίζει την 5η Συνεδρίαση του Δ.Σ. σήμερα ημέρα Παρασκευή 22 Φεβρουαρίου 2013 και ώρα 12.00 π. μ. στο Γραφείο του Διοικητή, σύμφωνα με την υπ'αριθ. 1678/18-02-2013 ημερήσια διάταξη και με τα παρακάτω θέματα :

Θέμα 10ον: Χορήγηση άδειας διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης.

Ενώπιον των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου τίθεται υπόψη από τον Πρόεδρο του Δ.Σ. κ. Μιχαήλ Δ. Χρυσομάλλη το Πρακτικό της 1ης/18-1 -2013 συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου το οποίο έχει ως εξής:

Έχοντας υπόψη:

1.Την αίτηση με αρ.πρωτ. 251/10-1-2013 της κ. Πεταλωτή Στεργιανή, που αφορά ερευνητική μελέτη στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής.

2. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο.

3. Το ερωτηματολόγιο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω σχετικά, το Επιστημονικό Συμβούλιο μετά από διαλογική συζήτηση, εισηγείται ομόφωνα την έγκριση της χορήγησης άδειας για την εφαρμογή ερευνητικής μελέτης με θέμα «Η εφαρμογή των συστημάτων διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία» που θα γίνει στα πλαίσια Μεταπτυχιακής Διατριβής της κ. Πεταλωτή Στεργιανής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκηση του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου με την προϋπόθεση της εύρυθμης λειτουργίας του Νοσοκομείου και το ιατρικό απόρρητο των ασθενών.

4. Το γεγονός ότι η διανομή του Ερωτηματολογίου δεν παρεμποδίζει την εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου.

ΑΠΟΦΑΣΗ 38/2013

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του το Πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου και μετά από διαλογική συζήτηση αποφάσισε ομόφωνα και ενέκρινε το αίτημα της κ. Πεταλωτή Στεργιανής, στα πλαίσια Μεταπτυχιακής Διατριβής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκηση του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την διενέργεια ερευνητικής μελέτης με θέμα «Η εφαρμογή των συστημάτων διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία».
Η εν λόγω ερευνητική διαδικασία δεν παρεμποδίζει την εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου.

Ακριβές Απόσπασμα
Από το βιβλίο Πρακτικών των Συνεδριάσεων

Του Διοικητικού Συμβουλίου

Η Γραμματέας

Κυριακή Μιλλή

Πρακτικό 10ης Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου

Του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής της 12-3-2013

Σήμερα 12 Μαρτίου 2013 ημέρα Τρίτη και ώρα 12:30 στο γραφείο Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο που συγκροτήθηκε με την αριθ. ΔΥ1 δ/Γ.Π.οικ. 138885/15-12-2011 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΕΚ 479/30-12-2011 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ).

Στη συνεδρίαση προσήλθαν και παρέστησαν ο Διοικητής του Νοσοκομείου και Πρόεδρος ΔΣ Ηρακλής Χατζηνέστωρος και οι παρακάτω νόμιμα καλεσμένοι:

1. Ιωάννης Πασσόπουλος Αντιπρόεδρος του ΔΣ
2. Σοφία Παπαναστασίου, ως τακτική εκπρόσωπος των ιατρών του Νοσοκομείου
3. Λουλουδιά Μορφακίδου, ΤΕ Νοσηλευτριών, ως τακτική εκπρόσωπος λοιπού προσωπικού του Νοσοκομείου.

Στη συνεδρίαση προσήλθε και παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η μόνιμη υπάλληλος Μαρία Ουρεϊλίδου κλάδου ΔΕ Διοικητικού Λογιστικού, ενώ από τη συνεδρίαση απουσίαζε το τακτικό μέλος Τσακήρ Ορχάν, καθώς και ο αναπληρωτής του.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία συζητήθηκε το 11° θέμα της ημερήσιας διάταξης:

«Χορήγηση άδειας συλλογής στοιχείων, (διά ερωτηματολογίου) για μεταπτυχιακή εργασία, με θέμα "Η Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία", της Στεργιανής Πεταλωτή».

Αριθ. Απόφ. -156-

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

Α. Το υπ' αριθ. 7/1ης/29-1-2013 πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο έχει ως εξής:

«Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη των μελών το υπ. αριθμ. 278/10-01-2013 αίτημα της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Σερρών κ. Στεργιανής Πεταλωτή, για έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης με θέμα «Η Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία», στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής, του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», της Σχολής Οικονομικών Σπουδών και Διοίκησης του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Συνημμένα υποβάλλονται α) Ερευνητικό Πρωτόκολλο, β) Όργανο Συλλογής Δεδομένων (ερωτηματολόγιο).

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Κομοτηνής, αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω, μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα

Αποφασίζει

Εγκρίνει τη χορήγηση άδειας συλλογής στοιχείων (διά ερωτηματολογίου), για την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στη μεταπτυχιακή φοιτήτρια κ. Πεταλωτή Στεργιανή με θέμα: «Η Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία», με την προϋπόθεση ότι η διεξαγωγή της έρευνας, δεν θα παρεμποδίσει την εύρυθμη λειτουργία του φορέα και με την ολοκλήρωση της η ερευνήτρια υποχρεούται να καταθέσει και στο Νοσοκομείο μας, την έκθεση των αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της».

Β. Τη διαλογική συζήτηση μεταξύ των μελών του.

Αποφασίζει Ομόφωνα

Εγκρίνει τη χορήγηση άδειας συλλογής στοιχείων (διά ερωτηματολογίου), για την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στη μεταπτυχιακή φοιτήτρια κ. Πεταλωτή Στεργιανή με θέμα: «Η Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία», με την προϋπόθεση ότι η διεξαγωγή της έρευνας, δεν θα παρεμποδίσει

την εύρυθμη λειτουργία του φορέα και με την ολοκλήρωση της η ερευνήτρια υποχρεούται να καταθέσει και στο Νοσοκομείο μας, την έκθεση των αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΗΡΑΚΛΗΣ ΧΑΤΖΗΝΕΣΤΩΡΟΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΣΣΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΣΟΦΙΑ ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ

ΛΟΥΛΟΥΔΙΑ ΜΟΡΦΑΚΙΔΟΥ

Ακριβές Αντίγραφο

Η Γραμματέας

Μαρία Ουρεϊλίδου

Ενημέρωση

Το Νοσοκομείο Καβάλας, ακόμη και τη στιγμή που γινόταν η συγγραφή της παρούσας Μεταπτυχιακής Διατριβής ακόμη δεν είχε αποστείλει την άδεια για τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης. Η άδεια δόθηκε προφορικώς από την κ. Μπουσμουκίλια Σταυρούλα, Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας, η οποία εκτελούσε χρέη Διοικητού και σε συνάντηση μαζί της μου έδωσε την άδεια για τη διεξαγωγή μελέτης στο Γ.Ν. Καβάλας, αφού πρώτα επικοινώνησε με την 4η Υγειονομική Περιφέρεια, στην οποία ανήκει το Γ.Ν. Καβάλας και δώσανε την άδεια για να ξεκινήσει η έρευνα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Μελέτη για την Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Ελληνικά Νοσοκομεία – Γνώσεις των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την εφαρμογή των Συστημάτων αυτών

Το Ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας αποτελεί μία προσπάθεια διεξαγωγής μελέτης στα πλαίσια Μεταπτυχιακής Διατριβής, του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η ακριβής λειτουργία των συστημάτων διαλογής (Triage Systems) που χρησιμοποιούν τα ελληνικά νοσοκομεία, καθώς θα αναζητηθεί κι η αποτελεσματικότητα των συστημάτων αυτών.

Σε τέτοιου είδους Ερωτηματολόγια **δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις**, γι' αυτό σας παρακαλώ απαντήστε με ειλικρίνεια όλα τα ερωτήματα. Τα Ερωτηματολόγια είναι **ανώνυμα**, μετά τη συμπλήρωσή τους θα τύχουν ποιοτικής και ποσοτικής επεξεργασίας. Μετά το τέλος της μελέτης αυτής τα συμπληρωμένα Ερωτηματολόγια θα καταστραφούν.

Δήλωση Εχεμύθειας

Συμφωνούμε και δηλώνουμε ότι τα στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη είναι εμπιστευτικά. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα αξιοποιηθούν για τις στατιστικές αναλύσεις της συγκεκριμένης μελέτης.

©2012. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Μελέτη για την Εφαρμογή των Συστημάτων Διαλογής (Triage Systems) στα Νοσοκομεία μέσα από τις Γνώσεις των Επαγγελματιών Υγείας

1. **Συμπληρώστε το φύλλο σας:**

Άνδρας □ Γυναίκα □

2. **Συμπληρώστε την ιδιότητά σας:**

Ιατρικό Προσωπικό □

Νοσηλευτικό Προσωπικό □

Διοικητικό Προσωπικό □

3. **Συμπληρώστε το χρονικό διάστημα που υπηρετείται σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) σε χρόνια:**

Έτη Υπηρεσίας: 羊

4. **Συμπληρώστε το χρονικό διάστημα που απασχολήστε στο Τμήμα Διαλογής (σε χρόνια):**

Έτη Απασχόλησης στη Διαλογή: 羊

5. **Στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας ακολουθείται ένα Σύστημα Διαλογής (Triage System);**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

6. **Εάν <u>ΟΧΙ</u> πώς γίνεται η Διαλογή (Triage) των περιστατικών στο Νοσοκομείο σας;**

Συμπληρώστε τον τρόπο Διαλογής: .....

……
……

7. **Εάν <u>ΝΑΙ</u> χρησιμοποιούνται μόνον οι Κλίμακες Ταξινόμησης, ως εργαλεία για την κατάταξη των περιστατικών σε κατηγορίες προτεραιότητας για εξέταση ανάλογα με το βαθμό επείγοντος;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

8. **Το Σύστημα Διαλογής (Triage System) του ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας με το ευρύτερο λειτουργικό του πλαίσιο, έχει την υποστήριξη κι αφοσίωση της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας του ΤΕΠ, καθώς και την υποστήριξη από τα λοιπά νοσοκομειακά τμήματα;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

9. **Ως εμπλεκόμενος επιστημονικός κλάδος στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας, συμφωνήσατε εξ αρχής κι από κοινού στην ανάπτυξη κι εφαρμογή ενός Συστήματος Διαλογής (Triage System) με χρήση μιας κοινά αποδεκτής Κλίμακας Ταξινόμησης των Περιστατικών;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

10. **Εμφανίζεται στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας το φαινόμενο κατά το οποίο οι Νοσηλευτές να χρησιμοποιούν μια συγκεκριμένη Κλίμακα Διαλογής, αλλά το Ιατρικό προσωπικό να μην λαμβάνει υπόψη τα στοιχεία, τα οποία προκύπτουν από την κλίμακα αυτή;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

11. **Ακολουθώντας ένα Σύστημα Διαλογής (Triage System) στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας, στην αρχή της ανάπτυξής του ή της τροποποίησής του, προσδιορίστηκαν οι ακριβείς στόχοι του από την ομάδα εργασίας;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

12. **Η ομάδα εργασίας ως πρώτο βήμα είχε εκτιμήσει τις ανάγκες και τα προβλήματα του ΤΕΠ, που καλείται τώρα να επιλύσει το Σύστημα Διαλογής (Triage System);**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

13. **Ως επόμενο βήμα γνωρίζετε εάν είχε ποσοτικοποιήσει τις ανάγκες αυτές;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

14. **Για την ανάπτυξη του Συστήματος Διαλογής (Triage System) του Νοσοκομείου σας, προσδιορίστηκαν και συμφωνήθηκαν οι τελικοί παράμετροι που συνθέτουν το Σύστημα Διαλογής;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

15. **Εάν <u>ΝΑΙ</u> επιλέξτε από τους παρακάτω παραμέτρους:**

- Χωροταξικής Εργονομίας □
- Αξιολόγησης □
- Κλίμακες Ταξινόμησης Περιστατικών □
- Καταγραφή – Τεκμηρίωση (documentation) □
- Επανεκτίμηση Κλινικής Κατάστασης □
- Έναρξη Διαγνωστικών / Θεραπευτικών Διεργασιών □
- Όλους τους παραπάνω □

16. **Στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας χρησιμοποιείται ως Σύστημα Διαλογής (Triage System) το:**

- Μοντέλου «Τροχονόμου» □
- Μοντέλου «Ελέγχου Σημείων» □
- «Περιεκτικό» Μοντέλο □

17. **Πιστεύετε ότι με την εφαρμογή του Συστήματος Διαλογής (Triage System) στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας, εξασφαλίζεται «το σωστό άτομο να κατευθυνθεί στο σωστό χώρο, για το σωστό λόγο και κατά το σωστό χρόνο;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

18. **Το Σύστημα Διαλογής (Triage System) που εφαρμόζεται στο Νοσοκομείο σας, προσαρμόζεται, έτσι ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ΤΕΠ, οι οποίες μεταβάλλονται ανάλογα με τους πόρους που καταναλώνονται στο ΤΕΠ;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

19. **Κατά το Σχεδιασμό και την Εφαρμογή του Συστήματος Διαλογής (Triage System) του ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας ελήφθησαν υπόψη οι παράγοντες, όπως:**

- Ο αριθμός των επισκέψεων των περιστατικών στα ΤΕΠ □
- Ο αριθμός των ασθενών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης κι αντιμετώπισης □
- Η διαθεσιμότητα των πόρων του ΤΕΠ □
- Η ύπαρξη – διαθεσιμότητα εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών □
- Νομικά και διοικητικά ζητήματα □
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες □
- Η διαθεσιμότητα πόρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) □
- Η ύπαρξη εφαρμογών πληροφοριακού συστήματος στο ΤΕΠ για την εισαγωγή – μεταφορά - εξιτήριο του ασθενή και για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα □
- Όλα τα παραπάνω □

20. Το Τμήμα Διαλογής του ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας, υποστηρίζεται από την εφαρμογή Πληροφοριακού Συστήματος;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

21. Πιστεύετε ότι η επιτυχία ενός Συστήματος Διαλογής (Triage System) κρύβεται στην απλότητά του, στο ότι είναι εύκολα κατανοητό και στο ότι έχει εξασφαλιστεί ομοφωνία διεπιστημονικής-διεπαγγελματικής ομάδας του ΤΕΠ ως προς την εφαρμογή του;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

22. Πιστεύετε ότι είναι πιθανότερο να επιτύχει ένα Σύστημα Διαλογής (Triage System) όταν αυτό απαιτεί ενδοτμηματικές βελτιώσεις, παρά όταν απαιτεί διατμηματικές αλλαγές;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

23. Πιστεύετε ότι όταν ξεκινάει το «χτίσιμο» ενός Συστήματος Διαλογής (Triage System) από την αρχή, είναι προτιμότερο να υιοθετηθούν απλά και λειτουργικά μοντέλα κι όταν αυτά εδραιωθούν, τότε να επιχειρηθούν βελτιώσεις ή αλλαγές προς πιο πολύπλοκα μοντέλα διαλογής;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

24. Η Χωροταξική Διάρθρωση του ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας, είναι κατάλληλη για την εφαρμογή του Συστήματος Διαλογής (Triage System);

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

25. Η Στελέχωση κι η Λειτουργία του Τμήματος Διαλογής στο ΤΕΠ, πιστεύετε ότι πρέπει να γίνεται με επαγγελματίες, οι οποίοι διαθέτουν ένα σύνολο από επιστημονικές γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία μέχρι κι επικοινωνιακές ικανότητες και διαχείριση στρες σε συνθήκες πίεσης;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

26. Το Τμήμα Διαλογής του ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας, πλαισιώνεται από επαγγελματίες, όπως:

- Ιατρούς □
- Νοσηλευτές □
- Βοηθούς Νοσηλευτές □
- Διοικητικό Προσωπικό □
- Όλα τα παραπάνω □

27. Για την απασχόλησή σας στο αντικείμενο της Διαλογής, ακολουθήσατε συγκεκριμένη εκπαίδευση σε βασικά προγράμματα;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

28. Εάν <u>ΝΑΙ</u> συμπληρώστε τι είδος προγράμματα παρακολουθήσατε και για πόσο χρονικό διάστημα:

Συμπληρώστε τα προγράμματα:……

……

……

……

……

29. **Ακολουθήσατε Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα σχεδιασμένο για Επαγγελματίες Υγείας, που απασχολούνται στη Διαλογή, το οποίο καλύπτει από την Αξιολόγηση του ασθενή, μέχρι και τη Διαχείριση Παραπόνων και Διαχείριση του Stress;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

30. **Ανανεώνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα τις γνώσεις σας, μέσω παρακολούθησης Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

31. **Γνωρίζεται ότι σε κάθε εφαρμοζόμενο Σύστημα Διαλογής (Triage System), βασική αρχή είναι η Τεκμηρίωση (Documentation);**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

32. **Τα δεδομένα της Διαλογής τα καταγράφεται χειρόγραφα ή ηλεκτρονικά;**

- Χειρόγραφα □
- Ηλεκτρονικά □

33. **Για την Ταξινόμηση των περιστατικών, τα οποία εισέρχονται στο Τμήμα Διαλογής του ΤΕΠ του Νοσοκομείου σας, χρησιμοποιείται κάποια Κλίμακα Διαλογής;**

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

34. Στη Διαλογή χρησιμοποιείται τις παραμέτρους, όπως:

- Κύριο Σύμπτωμα – Αιτία Εισόδου στο ΤΕΠ □
- Ζωτικά Σημεία □
- Σταθερότητα Κλινικής Εξέτασης □
- Ευρήματα Κλινικής Εξέτασης □
- Συνδυασμός των ανωτέρω □

35. Χρησιμοποιείται κάποιο Έντυπο Διαλογής, όπου σημειώνονται ορισμένα πεδία ή συμπληρώνονται κάποια νούμερα στα αντίστοιχα πεδία, καθώς εάν υπάρχει ελεύθερος χώρος στο όπου καταγράφονται σημειώσεις ή παρατηρήσεις από τον Υπεύθυνο Διαλογής;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

36. Εάν <u>ΝΑΙ</u> χρησιμοποιείται την Κλίμακα Διαλογής με τους αντίστοιχους χρόνους-στόχους για αντιμετώπιση στο ΤΕΠ;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

37. Χρησιμοποιείται:

- Ειδικό Έντυπο Διαλογής για τη χειρόγραφη καταγραφή των στοιχείων; ΝΑΙ □ ΟΧΙ □
- Ειδικό Πρόγραμμα Λογισμικού (Software) για την καταχώρηση στοιχείων Διαλογής ηλεκτρονικά; ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

38. Γνωρίζεται τις Κλίμακες Ταξινόμησης των περιστατικών που εφαρμόζονται διεθνώς;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

39. Χρησιμοποιείται κάποια Κλίμακα Διαλογής με βασικό κριτήριο την οξύτητα της κατάστασης του ασθενούς και την κατανομή της φροντίδας με σειρά προτεραιότητας;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

40. Γνωρίζετε για την Ταξινόμηση των ασθενών σε τέσσερις – πέντε Κλινικές Κατηγορίες σύμφωνα με το χρωματικό φάσμα του ουράνιου τόξου (κόκκινο/πορτοκαλί, κίτρινο, πράσινο, μπλε) με βάση τα κύρια συμπτώματά τους, παρά τις διαγνώσεις τους;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

41. Εάν <u>ΝΑΙ</u> την εφαρμόζεται την Ταξινόμηση αυτή στο Νοσοκομείο σας;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

Ευχαριστώ θερμά για τη συμμετοχή σας και το χρόνο που διαθέσατε!

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Λύσεις μέσω του Πληροφοριακού Συστήματος ΤΕΠ (EDIS)

Λόγοι καθυστερήσεων / Προβλήματα	**Λειτουργίες EDIS**
Συμφόρηση σε ώρες αιχμής	Παρακολούθηση της κατάστασης και της θέσης του ασθενή / παρακολούθηση της διαθεσιμότητας των ιατρείων
Καθυστέρηση εργαστηριακών αποτελεσμάτων	Ειδοποίηση / επισήμανση των καθυστερημένων παραγγελιών
Αμέλεια ασθενών	Ειδοποίηση υπέρβασης χρονικού ορίου αναμονής
Εγγραφή ασθενών	Μεταφορά των δεδομένων των ασθενών
Πληροφόρηση ασθενών	Ενημερωμένη κατάσταση του ασθενή
Ανάκτηση του ιατρικού ιστορικού	Σύνδεση με τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο
Παραγγελία εξετάσεων	Ηλεκτρονική Παραγγελία εξετάσεων
Ειδικευόμενο προσωπικό	Ηλεκτρονικές κατευθυντήριες οδηγίες
Παραλαβή αποτελεσμάτων	Διασύνδεση EDIS (Emergency Department Information System – Πληροφοριακού Συστήματος ΤΕΠ) – LIS (Laboratory Information System – Πληροφοριακού Συστήματος Εργαστηρίων)

(Πηγή: Αδάλογλου, 2008)