

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου



ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

«Ανάγκες Ασθενών και αποτελεσματικότητα των επειγόντων περιστατικών: Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας»

Υπό της
Ελένη Ροϊνά

Επιβλέπων Καθηγήτρια
Δρ. Ελένη Επιφανίου

2018

Περίληψη

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναδειχθεί ως μια όλο και πιο σημαντική παράμετρος στην αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, περιστατικών ενός νοσοκομείου μπορεί να εκτιμηθεί καλύτερα με τη μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενούς. Η παρούσα έρευνα λοιπόν διεξάγεται με στόχο την εκτίμηση της ποιότητας του τμήματος επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Για την εξαγωγή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες που έλαβαν στο ΤΕΠ Λαμίας. Οι παράγοντες επίδρασης στην ικανοποίηση του ασθενούς οι οποίοι εξετάστηκαν ήταν ο χρόνος αναμονής, οι άμεσες υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού, η ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού, η υλική υποστήριξη του νοσοκομείου, η εξέταση από τη σωστή ειδικότητα, η περίπτωση εξετάσεων στο ίδιο το νοσοκομείο και ο χρόνος μετάβασης σε κλινική του νοσοκομείου. Η ανάλυση έγινε με περιγραφικά στατιστικά στοιχεία, με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS. Ο χρόνος αναμονής η εξέταση από τη μη σωστή ειδικότητα συμπεραίνεται να αποτελούν τις δυο πιο σημαντικές παραμέτρους επίδρασης στην ικανοποίηση του ασθενούς. Οι άμεσες υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού και η ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού επίσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Συνολικά οι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι από το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω μέσω της υιοθέτησης ενός κατάλληλου συστήματος διαχείρισης μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα παροχής υπηρεσιών και υγειονομικής περίθαλψης.

Abstract

Patient satisfaction has emerged as an increasingly important parameter in assessing the quality of health care. Therefore, the circumstances of a hospital can be better appreciated by measuring the level of patient satisfaction. This research is conducted to assess the quality of the Emergency Department of the Lamia General Hospital. To evaluate patients satisfaction participants answered some questions referring to the quality of the services. The factors that examined for evaluating patients' satisfactory are the waiting time, the direct response of the nursing staff, the response of the medical staff, the physical support of the hospital, the examination by the appropriate specialty, the case of the examinations in the hospital itself and the transition time to the hospital's clinics. The analysis was made using descriptive statistics, with the help of SPSS. Waiting time and examination by inappropriate specialty are concluded to be the two most important parameters that affect significantly patient's satisfaction. The direct responses of the nursing staff along with the response of the medical staff also affect the satisfaction of patients. In an overall appreciation, patients are moderately satisfied with the emergency department of the Lamia General Hospital. Taking this into account the results of the current research, the adoption of an appropriate management system can improve the quality of service delivery and health care.

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή.....	1
2	Επείγον περιστατικό-ορισμός και επεξήγηση.....	3
2.1	Σύντομη ιστορική ανασκόπηση και εξέλιξη των τμημάτων επειγόντων περιστατικών	5
2.2	Η σημαντικότητα του τμήματος των επειγόντων περιστατικών.....	13
3	Εντοπισμός προβλημάτων διαχείρισης επειγόντων περιστατικών.....	15
3.1	Έλλειψη ισορροπίας μεταξύ του όγκου των ασθενών και της χωρητικότητας των ασθενών.....	15
3.2	Πρόβλημα συνωστισμού ασθενών.....	17
3.3	Εκτροπές ασθενοφόρων	18
3.4	Ασθενείς που δεν έχουν εξεταστεί.....	20
3.5	Μη ικανοποιημένοι ασθενείς.....	20
3.6	Παραβίαση ιδιωτικότητας και μείωση εμπιστευτικότητας	24
4	Ετοιμότητα και σχεδιασμός πριν τα περιστατικά έκτακτης ανάγκης.....	27
4.1	Περιορισμένη ανάπτυξη των τμημάτων επειγόντων περιστατικών	30
4.2	Η σημαντικότητα της επικοινωνίας και της συνεργασίας.....	32
4.2.1	Επικοινωνία ανάμεσα στην ίδια την ομάδα των επειγόντων περιστατικών	33
4.2.2	Επικοινωνία με τους ασθενείς.....	37
5	Έρευνα: η περίπτωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου της Λαμίας	40
5.1	Σκοπός και στόχοι έρευνας.....	40
5.2	Μεθοδολογία έρευνας.....	40
5.2.1	Σχεδιασμός.....	40

5.2.2	Πληθυσμός-δείγμα	40
5.2.3	Μέσο συλλογής δεδομένων	41
5.2.4	Ανάλυση δεδομένων	41
5.3	Αποτελέσματα.....	41
5.3.1	Δημογραφικά στοιχεία	41
5.3.2	Ανάλυση στοιχείων υπηρεσιών του τμήματος και ικανοποίησης των ασθενών.....	44
5.4	Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.	52
5.4.1	Επίδραση του χρόνου αναμονής στην ικανοποίηση των ασθενών.....	52
5.4.2	Επίδραση των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών.....	54
5.4.3	Επίδραση της ανταπόκρισης του ιατρικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών.....	56
5.4.4	Επίδραση της υλικής υποστήριξης στην ικανοποίηση των ασθενών ...	59
5.4.5	Επίδραση της εξέτασης από τη σωστή ειδικότητα ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς στην ικανοποίηση των ασθενών	62
5.4.6	Επίδραση του παράγοντα εάν οι αναγκαίες εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου στην ικανοποίηση των ασθενών.....	64
5.4.7	Επίδραση του χρόνου μετάβασης σε κλινική του νοσοκομείου στην ικανοποίηση των ασθενών.....	66
5.5	Συζήτηση	69
6	Συμπεράσματα.....	70
	Βιβλιογραφία	72
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	77

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 2.1. Περιστατικά έκτακτης ανάγκης σύμφωνα με τη νομοθεσία του Ηνωμένου Βασιλείου (Warling <i>et al.</i> , 2016).....	4
Εικόνα 2.2. Εξέλιξη επειγόντων περιστατικών από το 1993 έως το 2003 στις ΗΠΑ (Warden <i>et al.</i> , 2006).....	7
Εικόνα 3.1. Συνέπειες από την ανισότητα μεταξύ του όγκου των ασθενών και τη μη ασφαλή χωρητικότητα (Patocka <i>et al.</i> , 2014).	16
Εικόνα 4.1. Βαθμός αύξησης ικανοποίησης μετά την εισαγωγή φυσιοθεραπευτών (Kilner <i>et al.</i> , 2010).....	37

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 5.1. Επίδραση του χρόνου αναμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών στην ικανοποίηση των ασθενών για άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά.....	52
Πίνακας 5.2. Επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών.....	55
Πίνακας 5.3. Επίδραση της ανταπόκρισης του ιατρικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών.....	57
Πίνακας 5.4. Επίδραση της υλικής υποστήριξης στην ικανοποίηση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών.	60
Πίνακας 5.5. Επίδραση της εξέτασης από την ειδικότητα που χρειάζεται στην ικανοποίηση του ασθενούς.....	63
Πίνακας 5.6. Επίδραση εάν οι αναγκαίες εξετάσεις έγιναν στο χώρο του νοσοκομείου, στην ικανοποίηση του ασθενούς.	65
Πίνακας 5.7. Επίδραση του χρόνου μετάβασης σε άλλη κλινική στην ικανοποίηση του ασθενούς.....	67

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Κατανομή φύλου του ερωτηματολογίου.....	41
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα ηλικιακής κατανομής των ερωτηθέντων.....	42
Γράφημα 3. Ποσοστά απάντησης στην ερώτηση ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση.....	42
Γράφημα 4. Ποσοστά ανάλυσης στη ερώτηση σε ποια από τις κατηγορίες επαγγελμάτων ανήκει το δικό σας.....	43
Γράφημα 5. Ποσοστά απάντησης στην ερώτηση σε ποια κατηγορία ανήκει το μορφωτικό σας επίπεδο.....	43
Γράφημα 6. Ιστόγραμμα κατανομής εισοδήματος με βάση την ανάλυση. 1=καθόλου εισόδημα, 2=1-500 ευρώ, 3=501-1000, 4=1001-2000.....	44
Γράφημα 7. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό του Τ.Ε.Π. Λαμίας.....	45
Γράφημα 8. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση πόσο άμεση είναι η ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού του Τ.Ε.Π. Λαμίας.....	46
Γράφημα 9. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π. Λαμίας.....	47
Γράφημα 10. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση ποιος είναι ο χρόνος αναμονής στο Τ.Ε.Π. Λαμίας.....	48
Γράφημα 11. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν υπήρχαν εξωγενείς παράγοντες που αύξησαν το χρόνο αναμονής.....	48
Γράφημα 12. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν στο Τ.Ε.Π. Λαμίας εξεταστήκατε από την ειδικότητα που έπρεπε.....	49
Γράφημα 13. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν όλες οι εξετάσεις έγιναν στο Τ.Ε.Π. Λαμίας.....	50
Γράφημα 14. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν χρειάστηκε νοσηλεία σε κλινική του νοσοκομείου και εάν ήταν σύντομο το χρονικό διάστημα μετάβασης από το Τ.Ε.Π.....	50
Γράφημα 15. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν επισκέφτηκαν πρόσφατα άλλο νοσοκομείο εκτός από το Τ.Ε.Π. Λαμίας.....	51

Γράφημα 16. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση πώς θα χαρακτηρίζατε τις υπηρεσίες του Τ.Ε.Π. Λαμίας σε σύγκριση με το άλλο νοσοκομείο που επισκεφτήκατε πρόσφατα.....	52
--	----

1 Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Υποκίνηση Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας: Ανάγκες Ασθενών και αποτελεσματικότητα των επειγόντων περιστατικών» έχει σκοπό την αξιολόγηση των υπηρεσιών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας. Μέσο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών αποτελεί η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών. Ενώ η διερεύνηση των παραγόντων επίδρασης αποτελούν τον τρόπο για τη σύσταση προτάσεων βελτίωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται με τη μορφή ερωτηματολογίων και η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιείται με το πρόγραμμα SPSS. Πριν την ανάλυση των αποτελεσμάτων στο Κεφάλαιο 2 περιγράφεται εν συντομία τι ορίζουν τα υπόλοιπα κράτη και γενικότερα στη βιβλιογραφία ως επείγον περιστατικό. Ταυτόχρονα γίνεται αναφορά στη σημαντικότητα ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία.

Στη συνέχεια στο Κεφάλαιο 3 παρατίθενται τα κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα η πλειοψηφία των τμημάτων επειγόντων περιστατικών στον κόσμο, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Μερικά από τα πιο σημαντικά είναι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ του όγκου των ασθενών που εισάγονται και αυτών που εξετάζονται, οι εκτροπές των ασθενοφόρων λόγω μη κοινής βάσης λειτουργίας μεταξύ των νοσοκομείων μιας πόλης ή περιφέρειας, οι ασθενείς που δεν εξετάζονται εξαιτίας του μεγάλου χρόνου αναμονής και η παραβίαση της ιδιωτικότητας και μείωση εμπιστευτικότητας λόγω μη ορθού περιβάλλοντος εξέτασης.

Έπειτα στο Κεφάλαιο 4 αναλύεται ένα ιδανικό και προτεινόμενο από τους ειδικούς σύστημα ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας για τα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον τομέα της επικοινωνίας όχι μόνο ανάμεσα στην ίδια την ομάδα του τμήματος, αλλά και ανάμεσα κυρίως στους νοσηλευτές και τους ασθενείς κατά τη διάρκεια αναμονής.

Το Κεφάλαιο 5 αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας εργασίας. Περιγράφονται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας καθώς και η μεθοδολογία αυτής. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών του Γενικού νοσοκομείου Λαμίας αποτελεί ένα δείκτη εκτίμησης της ποιότητας της περίθαλψης του τμήματος. Έπειτα δίνονται τα αποτελέσματα και γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Τέλος, στο Κεφάλαιο 6 εξάγονται τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας.

2 Επείγον περιστατικό-ορισμός και επεξήγηση

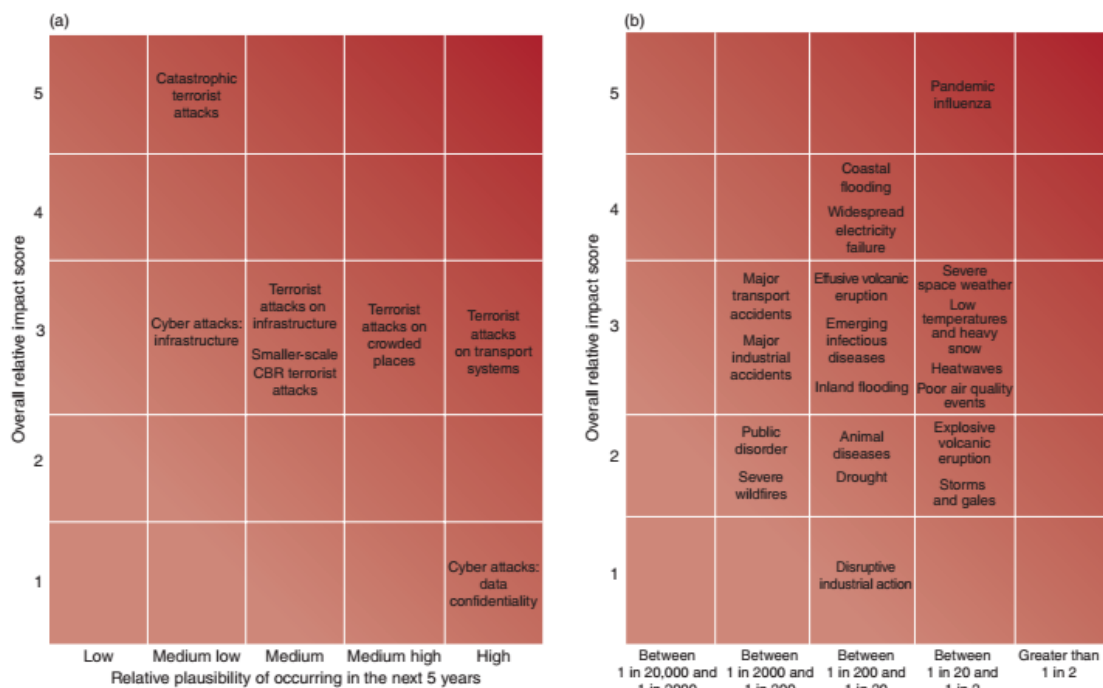
Οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία καθορίζονται από τις συνέπειες στη υγεία όπως και από τις αιτίες τους και τα επακόλουθα γεγονότα. Μια κατάσταση γίνεται έκτακτη όταν οι συνέπειές της στην υγεία έχουν την πιθανότητα να 'ξεπεράσουν' την ικανότητα αντιμετώπισής τους από την 'κοινότητα'. Έτσι, ο προτεινόμενος ορισμός επικεντρώνεται σε καταστάσεις "των οποίων η κλίμακα, το χρονοδιάγραμμα ή η μη προβλεψιμότητα απειλούν να κατακλύσουν την κοινωνία". Ο παραπάνω ορισμός είναι ένας ευρύς ορισμός για να συμπεριλαμβάνει και όλους τους κινδύνους για την ετοιμότητα αντί να επικεντρωθεί σε ένα συγκεκριμένο γεγονός.

Υπάρχει ένα σώμα των δημοσιευμένων εργασιών για το αν μια ανάγκη είναι «ακατάλληλη» ή κατάλληλη για να κριθεί ως επείγουσα ανάγκη συμμετέχοντες στα τμήματα έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου (ΕΔ). Ωστόσο, ο ορισμός του τι είναι μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης για την υγεία και τι δεν είναι έκτακτη ανάγκη αμφισβητείται. Η απουσία ενός χρήσιμου ορισμού παρεμποδίζει τη συζήτηση σχετικά με τη χρήση της έκτακτης ανάγκης των υπηρεσιών υγείας και εμποδίζει την ανάπτυξη κατάλληλων απαντήσεων (Morgans *et al.*, 2011).

Για παράδειγμα ο νόμος του Ηνωμένου Βασιλείου για τις αστικές υποθέσεις (2004) ορίζει την έκτακτη ανάγκη ως εξής:

*«ένα γεγονός ή μια κατάσταση που προκαλεί σοβαρές ζημιές στην ανθρώπινη ζωή ή στην ευημερία της Χώρας, στο περιβάλλον ενός τόπου ή η οποία απειλεί σοβαρή ζημία στην ασφάλεια της χώρας» (Warling *et al.*, 2016).*

Το Γραφείο του Υπουργικού Συμβουλίου Εθνικό Μητρώο Κινδύνων προσδιορίζει επί του παρόντος έναν αριθμό απειλών και κινδύνων για το Ηνωμένο Βασίλειο, όπως απεικονίζεται στην Εικ. 2.1 (Warling *et al.*, 2016).



Εικόνα 2.1. Περιστατικά έκτακτης ανάγκης σύμφωνα με τη νομοθεσία του Ηνωμένου Βασιλείου (Warling *et al.*, 2016).

Η ορολογία που χρησιμοποιείται για την περιγραφή τέτοιων γεγονότων ποικίλλει και περιλαμβάνει «Καταστάσεις έκτακτης ανάγκης», «σοβαρά περιστατικά» και «έκτακτη ανάγκη σε πολίτες», μεταξύ άλλων.

Εξίσου, μπορούν να κυμανθούν σε μέγεθος και να επηρεάσουν κάτι που επηρεάζει ένα χωριό ή μια πόλη (όπως εντοπισμένες πλημμύρες), σε κάτι που επηρεάζει έναν διακριτό πληθυσμό (όπως ένα σημαντικό συμβάν μεταφοράς ή απελευθέρωση μιας χημικής ουσίας), σε έκτακτη ανάγκη που πλήττει ολόκληρες χώρες ή ακόμη και τον κόσμο (όπως μια εστία μολυσματικής νόσου όπως η έμπολα ή η πανδημική γρίπη) (Warling *et al.*, 2016).

Ο νόμος για τις αστικές υποθέσεις (2004) θέτει θεσμικά καθήκοντα σε πολλούς οργανισμούς στο Ηνωμένο Βασίλειο για την προετοιμασία και την αντιμετώπιση μεγάλων περιστατικών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Αυτό μεταβιβάστηκε στη νομοθεσία μετά από σειρά σημαντικών περιστατικών στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο εξωτερικό. Τα περιστατικά κυμάνθηκαν σε μέγεθος, τοποθεσία και αιτία, αλλά επηρέασαν όλους τους πληγέντες και τις κοινότητες. Πολλές από τις αναθεωρήσεις αυτών των περιστατικά εντόπισαν κοινούς τομείς βελτίωσης, όπως

καλύτερες συνεργασίες μεταξύ των οργανισμών που ανταποκρίνονται, καλύτερες δυνατότητες και εξοπλισμό, καθώς και καλύτερες διαδικασίες επικοινωνίας (Warling *et al.*, 2016).

Δικαιολογημένα οι οργανισμοί υγείας συμμετέχουν στο σχεδιασμό και την ανταπόκριση σε όλο και περισσότερα σενάρια - και τα δύο ειδικά για την υγεία ως επιπτώσεις στην υγεία από άλλες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Αυτά περιλαμβάνουν εκδηλώσεις μεγάλης έκτασης όπως εκρήξεις, συμβάντα με σύννεφο στον ορίζοντα, όπως πυρηνική ή ηφαιστειακή έκρηξη και γεγονότα με αυξανόμενη επίπτωση, όπως οι πανδημίες (Warling *et al.*, 2016).

Θα πρέπει να υπάρχουν διαφορετικές οδηγίες για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης έτσι ώστε να οριστούν ποιες καταστάσεις συνιστούν επείγουσα κατάσταση για την υγεία. Ο ορισμός της έκτακτης ανάγκης έχει συζητηθεί έντονα στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ), καθώς μερικές ασφαλιστικές αιτήσεις ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επιστρέφονται μόνο εφόσον θεωρούνται ότι προέρχονται από «επείγουσα ιατρική κατάσταση» (Morgans *et al.*, 2011).

Επίσης πρόσφατες δημοσιεύσεις σχετικά με την Αυστραλία κρίνουν ως «ακατάλληλους» χρήστες υγειονομικών υπηρεσιών αυτούς στους οποίους αναφέρονται ως «περιπτώσεις μη επείγουσας ανάγκης». Ο ορισμός και η ταξινόμηση ενός περιστατικού ως «κατάσταση έκτακτης ανάγκης για την υγεία» συνεπώς απαιτεί έρευνα (Morgans *et al.*, 2011).

2.1 Σύντομη ιστορική ανασκόπηση και εξέλιξη των τμημάτων επειγόντων περιστατικών

Η εμφάνιση του σύγχρονου τμήματος έκτακτης ανάγκης είναι μια εκπληκτικά σχεδόν πρόσφατη εξέλιξη. Πριν από τη δεκαετία του 1960, οι αίθουσες έκτακτης ανάγκης ήταν συχνά κακώς εξοπλισμένες, χωρίς προσωπικό, χωρίς επίβλεψη και σε μεγάλο βαθμό δεν υπήρχαν σε αρκετά νοσοκομεία (Marx *et al.*, 2013).

Σε πολλά νοσοκομεία, η αίθουσα έκτακτης ανάγκης ήταν ένα ενιαίο δωμάτιο που στελεχώνονταν από νοσηλευτές και με γιατρούς με μικρή ή καθόλου κατάρτιση στη

θεραπεία τραυματισμών. Η αίθουσα προορίζονταν επίσης κοινή χρήση των απόφοιτων από αλλοδαπές ιατρικές σχολές (Marx *et al.*, 2013).

Στα νοσοκομεία διδασκαλίας (πανεπιστημιακά νοσοκομεία), οι περιοχές έκτακτης ανάγκης στελεχώνονταν από υπαλλήλους του νοσοκομείου και η εποπτεία των γιατρών ήταν περιορισμένη. Ένας νεαρός φοιτητής της ιατρικής στη δεκαετία του 1950 χαρακτήρισε τους χώρους έκτακτης ανάγκης ως "θλιβερές θέσεις, που στελεχώνουν οι γιατροί που δεν μπορούσαν να κρατήσουν δουλειά - αλκοολικοί και drifters» (Marx *et al.*, 2013).

Πάνω από τέσσερις δεκαετίες, το τμήμα έκτακτης ανάγκης του κάθε νοσοκομείου παγκοσμίως έχει μετατραπεί σε ένα εξαιρετικά υψηλό αποτελεσματικό περιβάλλον για επείγουσα και σωζόμενη φροντίδα, καθώς και βασικός πάροχος περιπατητικής περίθαλψης σε πολλές κοινότητες. Ένα εξαιρετικό φάσμα δυνατοτήτων συγκλίνουν σε ένα άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό και παρόχους έκτακτης ανάγκης. Επίσης αυτά τα τμήματα τα τελευταία χρόνια έχουν εξοπλιστεί με τελευταίες τεχνολογίες απεικόνισης και θεραπείας. Επίσης υπάρχουν εξαιρετικά εκπαιδευμένοι τηλεφωνητές, ειδικοί σχεδόν σε οποιοδήποτε πεδίο οποίοι είναι διαθέσιμοι 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.

Η σύγχρονης ανταπόκριση στο τμήμα έκτακτης ανάγκης είναι αναμφισβήτητη και σε πολλές χώρες αποτελεί ένα 'καταφύγιο' για τον ανασφάλιστο, ενώ για τους ιατρούς μας πούμε της κοινότητας, είναι ένα πολύτιμο περιουσιακό στοιχείο, ενώ για το ίδιο το νοσοκομείο είναι μια βαλβίδα διαφυγής για την τεταμένη ικανότητα νοσηλείας.

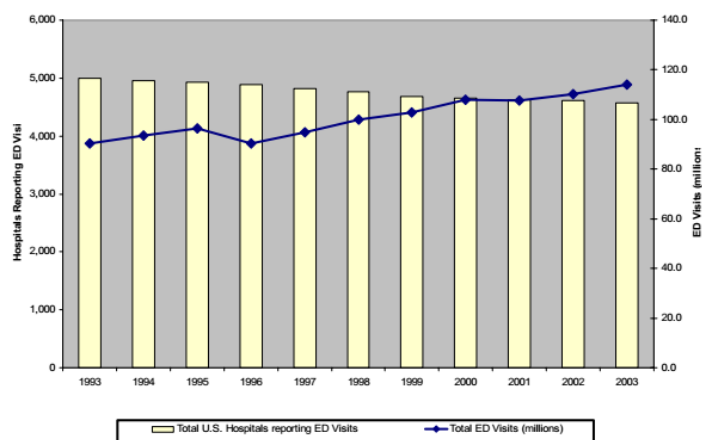
Ωστόσο, ο αριθμός των επειγόντων περιστατικών είναι συντριπτικά μεγάλος σε πάρα πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδος με αποτέλεσμα μια αυξανόμενη, εθνική κρίση. Η μείωση της ικανότητα και της ποιότητα της επείγουσας περίθαλψης είναι σχεδόν αόρατη για όσους βρίσκονται εκτός του συστήματος. Λίγοι άνθρωποι έχουν τακτική επαφή με το σύστημα έκτακτης ανάγκης. Αλλά όταν συμβαίνει μια σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμός το σύστημα έκτακτης ανάγκης που αναμένουν να είναι εκεί μπορεί να αποτύχει, με καταστροφικά αποτελέσματα.

Η κατανομή επίσης των πεπερασμένων πόρων έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας θα μπορούσε ενδεχομένως να βελτιωθεί μέσω του επαναπροσανατολισμού των ασθενών με προβλήματα μη έκτακτης ανάγκης σε άλλες κατάλληλες πηγές υγειονομικής περίθαλψης (Morgans *et al.*, 2011).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η αύξηση των περιστατικών σε διάφορες χώρες. Στη δεκαετία μεταξύ του 1993 και του 2003, οι Ηνωμένες Πολιτείες εμφάνισαν καθαρή ζημία κατά 11% σε 703 νοσοκομειακές μονάδες. Ο αριθμός των κλινών στα νοσοκομεία μειώθηκε κατά 198.000, ή 17% και ο αριθμός των νοσοκομείων με τμήματα έκτακτης ανάγκης μειώθηκε κατά 425 άτομα, ποσοστό 9% μείωση (Warden *et al.*, 2006).

Αυτή η απότομη μείωση της παραγωγικής ικανότητας ήταν σε μεγάλο βαθμό ως απάντηση στη μείωση των μέτρων του κόστους και σε χαμηλότερες επιστροφές από τη διαχειριζόμενη φροντίδα, την Medicare και άλλους πληρωτές, καθώς και από βραχύτερες διαμονές και μειωμένες εισαγωγές λόγω των εξελισσόμενων κλινικών μοντέλων περίθαλψης (Warden *et al.*, 2006).

Κατά την ίδια περίοδο, ο πληθυσμός των Ηνωμένων Πολιτειών αυξήθηκε κατά 12% και στα νοσοκομεία οι εισαγωγές αυξήθηκαν κατά 13%. Μεταξύ 1993 και 2003, οι επισκέψεις επειγόντων περιστατικών αυξήθηκαν από 90,3 εκατομμύρια σε 113,9 εκατομμύρια, αύξηση 26%, που αντιπροσωπεύει μια μέση αύξηση περισσότερων από 2 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως (Εικ.2.2) (Warden *et al.*, 2006).



Εικόνα 2.2. Εξέλιξη επειγόντων περιστατικών από το 1993 έως το 2003 στις ΗΠΑ (Warden *et al.*, 2006).

Το αποτέλεσμα των μειωμένων τάσεων της παραγωγικής ικανότητας και η αυξανόμενη χρήση ήταν αναπόφευκτες. Μέχρι το 2001, το 60% των νοσοκομείων των ΗΠΑ ανέφεραν ότι λειτουργούσαν "σε" ή "πάνω" από τις δυνατότητές τους (Warden *et al.*, 2006).

Ωστόσο το 'σύγχρονο' τμήμα έκτακτης ανάγκης για τραυματίες στο εξωτερικό θεωρούνταν στην αρχή ως ένας ξεχωριστός τομέας του τμήματος έκτακτης ανάγκης και αναπτύχθηκε σε μια εποχή που η εξειδίκευση της ιατρικής πρακτικής ήταν απαραίτητη μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Το σύγχρονο λοιπόν τμήμα έκτακτης ανάγκης αντικατοπτρίζει τη γενική τάση προς τα νοσοκομεία να έχουν ένα χώρο ιατρικής περίθαλψης, αντί των σπιτιών και των ιατρικών γραφείων. Ως τομέας και χώρος πρακτικής της γενικευμένης ιατρικής οι οικιακές κλήσεις και επισκέψεις μειώθηκαν και οι ασθενείς άρχισαν να στρέφονται σε όλο και περισσότερο βαθμό στα τοπικά νοσοκομεία για θεραπεία (Warden *et al.*, 2006).

Αυτή η τάση ενισχύθηκε περισσότερο από την ανάπτυξη ιδιωτικών ασφαλιστικών σχεδίων με προσανατολισμό τις πληρωμές προς τα νοσοκομεία και των επισκέψεων εκτός σπιτιού (Warden *et al.*, 2006).

Η ανάπτυξη του τμήματος έκτακτης ανάγκης σε πολλά νοσοκομεία παγκοσμίως αντικατοπτρίζει επίσης το πέρασμα του νόμου Hill-Burton του 1946, ο οποίος παρείχε σε κράτη επιχορηγήσεις για την κατασκευή νοσοκομείων, με την προϋπόθεση ότι τα κράτη πληρούν ποικίλους όρους, μεταξύ των οποίων ήταν και η υποχρέωση της κοινοτικής υπηρεσίας.

Μεταξύ άλλων, στα νοσοκομεία που λαμβάνουν τη χρηματοδότηση Hill Burton απαιτείται η υποχρέωση παροχής υπηρεσιών κοινής ωφέλειας και η διατήρηση ενός δωματίου έκτακτης ανάγκης. Αυτή η απαίτηση ισχύει ακόμα και σήμερα για τη μεγάλη πλειοψηφία των αμερικανικών μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων που λειτουργούν (Gruneir *et al.*, 2011).

Αλλά η νοσηλευτική περίθαλψη με βάση το νοσοκομείο ώθησε πραγματικά τις εξελίξεις στη φροντίδα των τραυμάτων (τραυματισμένων) όπου η εμπειρία

προέκυψε κυρίως από τις εμπειρίες πολέμου. Ο Β 'Παγκόσμιος Πόλεμος έφερε την ανάπτυξη του τομέα των μεταγγίσεων αίματος, την ανάνηψη, την ταχεία μεταφορά των τραυματισμένων ασθενών στα νοσοκομεία και την πρόοδο στη χειρουργική φροντίδα των τραυματισμών (Warden *et al.*, 2006).

Η στρατιωτική ιατρική προχώρησε περαιτέρω κατά τη διάρκεια πολέμων, όπως αυτών της Κορέας και του Βιετνάμ, με την εισαγωγή ιατρικών εκκενώσεων με ελικόπτερο σε κινητά νοσοκομεία. Τα σύγχρονα συστήματα έκτακτης ανάγκης και τραυματισμών εξελίχθηκαν από μια αυξανόμενη αναγνώριση (McManus *et al.*, 2011).

Συμφώνως με τις εξελίξεις στη θεραπεία των τραυματισμών υπήρξαν πρόοδοι στη θεραπεία της οξείας στεφανιαία νόσου (ACS). Για παράδειγμα στο Μπέλφαστ της Ιρλανδίας, ο Δρ Frank Pantridge έδειξε ότι μια κινητή μονάδα στεφανιαίας φροντίδας θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα μεταξύ των θυμάτων καρδιακής προσβολής (Kilner *et al.*, 2010).

Μετά από το προβάδισμά του, πολλά ιατρικά κέντρα έκτακτης ανάγκης ανά τον κόσμο άρχισαν να αναπτύσσουν προγράμματα για την παροχή ταχείας φροντίδας έκτακτης ανάγκης σε καρδιακούς ασθενείς. Η William Grace, για παράδειγμα, εγκαθίδρυσε μια κινητή μονάδα στεφανιαίας φροντίδας στο νοσοκομείο του Αγίου Βικεντίου στη Νέα Υόρκη - το πρώτο στο είδος της στην Αμερική - που μετέφερε τους γιατρούς στους ίδιους τους ασθενείς. Άλλα προγράμματα ξεκίνησαν ανεξάρτητα στο Λος Άντζελες, το Σιάτλ, το Κολόμπους και το Μιάμι (Kruk *et al.*, 2010).

Το συμπέρασμα ότι οι τραυματίες ή οι ασθενείς σε άσχημη κατάσταση θα μπορούσαν να είχαν σωθεί εάν είχαν λάβει θεραπεία μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα οδήγησε στην ανάπτυξη προ-νοσοκομειακών συστημάτων που σχεδιάστηκαν για να παίρνουν ασθενείς στο νοσοκομείο γρήγορα.

Αυτό, με τη σειρά του, προκάλεσε την ανάπτυξη της επείγουσας περίθαλψης στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και τη δημιουργία της ειδικότητας της έκτακτης ιατρικής. Η εισαγωγή νέων τεχνολογιών που διευκόλυναν την ταχεία διάγνωση και θεραπεία

των τραυματισμών και των οξέων ασθενειών και την καρδιακή παρακολούθηση, συνέβαλαν στην ανάπτυξη αυτού του τομέα (Kruk *et al.*, 2010).

Το δημόσιο ενδιαφέρον για τη σημασία των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης έγινε το 1966 από την Εθνική Ακαδημία Επιστημών/Έκθεση του Εθνικού Συμβουλίου Έρευνας, αιφνίδιοι θάνατοι και αναπηρία καθώς θεωρούνταν η παραμελημένη νόσος της σύγχρονης κοινωνίας. Η αναφορά περιγράφει τον αυξανόμενο αριθμό από τραυματισμούς λόγω αυτοκινητικών δυστυχημάτων και άλλων τραυματισμών - που οφείλεται εν μέρει στην επέκταση του διακρατικού συστήματος αυτοκινητοδρόμων - και στο αξιοθρήνητο σύστημα για τη θεραπεία αυτών των τραυματισμών σε παγκόσμιο επίπεδο (Warden *et al.*, 2006).

Στην πορεία του χρόνου τα περισσότερα δωμάτια έκτακτης ανάγκης φαίνεται να προσφέρουν μόνο προηγμένες πρώτες βοήθειες, οι εγκαταστάσεις για το προσωπικό ήταν περιορισμένες ενώ αυξήθηκαν οι εγκαταστάσεις για τον εξοπλισμό για να παρέχει πλήρη φροντίδα για σοβαρά αρρώστους ή τραυματισμένους ασθενείς.

Επίσης στο νοσοκομείο εμφανίστηκαν ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν χρήματα για να πληρώσουν για ιατρική περίθαλψη και η μεταφορά τους προς την πόλη ή την επαρχία νοσηλείας φροντίδας διεξήχθη χωρίς ανησυχία για την ευημερία των ασθενών (Flowerdew *et al.*, 2012).

Για πολλούς στον ιατρικό τομέα, η προαναφερόμενη έκθεση σηματοδότησε την αρχή ενός σύγχρονου συστήματος περίθαλψης έκτακτης ανάγκης που γνωρίζουμε σήμερα. Σε συνδυασμό με τις προόδους στη στρατιωτική ιατρική και την ατομική καρδιακή περίθαλψη, η έκθεση αυτή οδήγησε στην Εθνική Ασφάλεια Οδικής Κυκλοφορίας της Διοίκησης στο Τμήμα Μεταφορών, με αποτέλεσμα να απαιτείται από τα κράτη να αναπτύξουν περιφερειακά συστήματα έκτακτης ανάγκης.

Η αυξανόμενη ζήτηση για επείγουσα περίθαλψη και η δυσκολία εξεύρεσης ιατρών στο προσωπικό, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, οδήγησαν τα νοσοκομεία να απαιτήσουν από το ενεργό ιατρικό προσωπικό να αναλάβει να καλύπτει τη νυχτερινή βάρδια.

Επίσης η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού ήταν αναγκαία ανεξάρτητα από τις δεξιότητες ή την εμπειρία τους.

Ως αποτέλεσμα ήταν μερικοί γιατροί να εγκαταλείψουν τις τακτικές πρακτικές τους για να εργαστούν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με πλήρη απασχόληση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν ο James Mills, M.D., ο οποίος ξεκίνησε το σχέδιο της Αλεξάνδρειας το 1961, δηλαδή δημιούργησε μια ιατρική ομάδα αποτελούμενη από ιατρούς που δουλεύουν μόνο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Jones *et al.*, 2016).

Παρόμοια σχέδια, σύντομα ακολούθησαν στο Pontiac και το Flint, Michigan. Εξαιτίας των πλεονεκτημάτων αυτής της ομάδας, τα νοσοκομεία άρχισαν να έχουν μια σταθερή, πλήρους απασχόλησης ομάδα που καλύπτει τις έκτακτες ανάγκες και τα νοσοκομεία άρχισαν να κάνουν συμβάσεις για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.

Ως αποτέλεσμα ένας αυξανόμενος αριθμός ιατρών αποφάσισε να εργαστεί στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με πλήρη απασχόληση. Οι περισσότεροι ιδιωτικοί ιατροί που εισέρχονται σε αυτό το νέο πεδίο δεν είχαν εξειδικευμένη ιατρική εκπαίδευση; εισήλθαν στην πρακτική εξάσκησης μετά την ολοκλήρωση μόνο μιας άσκησης (Rosen, 2008).

Ο νόμος περί συστημάτων ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης του 1973 στις ΗΠΑ δημιούργησε μια νέα επιχορηγούμενα προγράμματα με αποτέλεσμα να ακολουθήσουν και άλλες χώρες για την προώθηση της ανάπτυξης περιφερειακών συστημάτων επειγόντων περιστατικών. Ταυτόχρονα χρηματοδοτήθηκαν και προθεραπευτικά προγράμματα των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και δημιουργήθηκαν προγράμματα σπουδών για την κατάρτιση των επαγγελματιών του τμήματος επειγόντων περιστατικών (Rosen, 2008).

Ορισμένες εξελίξεις στον τομέα των επειγόντων περιστατικών προέκυψαν από αυτή τη συρροή προσπαθειών, συμπεριλαμβανομένης της καθιέρωσης κρατικών γραφείων συντονισμού και τοπικών συμβούλιων σχεδιασμού, τον πολλαπλασιασμό των εκπαιδευμένων και την ανάπτυξη των υπηρεσιών αερομεταφορών.

Ενώ λοιπόν στη δεκαετία του '70 αρχικά τα συστήματα επειγόντων περιστατικών αρχικά επωφελήθηκαν από μια εισροή ομοσπονδιακής χρηματοδότησης, στη συνέχεια τα τμήματα έκτακτης ανάγκης έτυχαν λιγότερης υποστήριξης και οι ελλείψεις παρέμειναν.

Σε όλη τη δεκαετία του 1970, καθιερώθηκε ένα μοτίβο από τον αυξανόμενο όγκο των ασθενών και τη σχετική παραμέληση των αναγκών των τμημάτων έκτακτης ανάγκης (Fleming *et al.*, 1983).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η περίοδος της ισχυρής ομοσπονδιακής ηγεσίας και η χρηματοδότηση για την ανάπτυξη της επείγουσας περίθαλψης έληξε με το πέρασμα του νόμου περί συμφιλίωσης του Omnibus του 1981. Αυτό αντικατέστησε την κατηγορηματική χρηματοδότηση των δραστηριοτήτων του τμήματος έκτακτης ανάγκης στα κράτη με την Προληπτική Παροχή Φροντίδας για την Υγεία που επέτρεψε στα κράτη να διαθέσουν χρηματικό ποσό από το τμήμα επείγουσας ανάγκης σε άλλα προγράμματα (Fleming *et al.*, 1983).

Ο νόμος αυτός εξάλειψε τις περισσότερες δραστηριότητες αναγκαστικής φροντίδας στο πλαίσιο του προγράμματος και οι δαπάνες για το τμήμα επειγόντων περιστατικών μειώθηκαν δραματικά. Ταυτόχρονα μειώθηκε και το κοινοτικό Πρόγραμμα Ασφάλειας Αυτοκινητοδρόμων. Μια έκθεση διαπίστωσε ότι η χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 34% μεταξύ του 1981 και του 1983. Επίσης το 1981 σε διάφορα κράτη η χρηματοδότηση μειώθηκε κατά περίπου 27% της αρχικής χρηματοδότησης που προέρχονταν από κρατικούς και τοπικούς πόρους (Fleming *et al.*, 1983).

Ωστόσο παρατηρείται σε αρκετές περιπτώσεις αρκετών χωρών, μέχρι το 1988, το κρατικό και το τοπικό μερίδιο να αυξάνεται στο 82%. Επίσης, τη δεκαετία του 1980, η σημασία της πρόληψης τραυματισμού έγινε όλο και ευρύτερη αναγνωρισμένη και επισημάνθηκε σε επίσημες εκθέσεις του οργανισμού υγείας το 1985, Τραυματισμός στην Αμερική: Ένα συνεχιζόμενο πρόβλημα υγείας (Mercer *et al.*, 2008).

Αυτό οδήγησε στη δημιουργία κέντρου για την πρόληψη και τον έλεγχο τραυματισμών το 1992. Επίσης, η αυξανόμενη αναγνώριση της έκτακτης ανάγκης

και συγκεκριμένα στις ανάγκες των παιδιών, ιδίως μεταξύ των επαγγελματικών οργανώσεων όπως της Αμερικανικής Ακαδημίας Pediatrics, ACEP, της Εταιρείας Κρίσιμης Φροντίδας και της Εθνικής Ένωσης του EMS οδήγησε στη δημιουργία ειδικού προγράμματος EMS-C στο Υπουργείο Υγείας και Υγείας Ανθρώπινων Υπηρεσιών (DHHS) ως μέρος των Υπηρεσιών Υγείας, των Προληπτικών Υγειονομικών Υπηρεσιών και των υπηρεσιών στο σπίτι με βάση τον κοινοτικό νόμο του 1984. Δηλαδή τώρα δίνεται έμφαση στην πρόληψη εστιάζοντας στον τομέα της παιδιατρικής (Warden *et al.*, 2006).

2.2 Η σημαντικότητα του τμήματος των επειγόντων περιστατικών

Τα τμήματα έκτακτης ανάγκης των νοσοκομείων είναι ο πάροχος της έσχατης λύσης για εκατομμύρια ασθενείς που είναι ανασφάλιστοι ή δεν έχουν επαρκή πρόσβαση στη φροντίδα από τους παροχείς της 'κοινότητας'. Ο αριθμός των ανασφάλιστων εκτιμάται τώρα ότι υπερβαίνει τα 45 εκατομμύρια ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Αμερική και συνεχίζει και αυξάνεται (DeNavas-Walt, 2010).

Ο αριθμός αυτός αναμένεται έφτασε μεταξύ 51,2 εκατομμυρίων και 53,7 εκατομμύρια μέχρι το 2006. Κάποιοι προτείνουν ότι άλλα 29 εκατομμύρια σήμερα δεν έχουν επαρκή κάλυψη για την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη (DeNavas-Walt, 2010).

Με βάση εκθέσεις Διεθνών Οργανισμών Ασφάλειας για την υγεία αναφέρεται ότι το τμήμα επειγόντων περιστατικών παραμένει άθικτο αλλά απειλούμενο, δίνοντας προσοχή στις αυξανόμενες απειλές για τον αριθμό των ασφαλισμένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, στη 'διάβρωση' των άμεσων και έμμεσων επιδοτήσεων σε παρόχους και βάσει κόστους αποζημίωσης σε κεντρικά αναγνωρισμένα κέντρα υγείας.

Οι πληρωμές στα νοσοκομειακά κέντρα μειώνονται και οι ασθενείς εκτρέπονται από το κεντρικό δίκτυο ασφαλείας του επειγόντος περιστατικού. Για παράδειγμα η Ασφάλισης Υγείας του Διεθνούς Οργανισμού Διαστήματος εξέτασε διεξοδικά τις συνέπειες της ασφάλισης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σύμφωνα λοιπόν με την έρευνά

τους υπήρχε επίδραση της ασφάλισης και στη ζήτηση των υπηρεσιών ασφαλείας, σε σχέση με την υπερεκμετάλλευση των υπηρεσιών του τμήματος επειγόντων περιστατικών (DeNavas-Walt, 2010).

Πολλοί από αυτούς τους ανασφάλιστους ασθενείς δεν έχουν κανονική πηγή φροντίδα και δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν τα οφέλη που σχετίζονται με την ύπαρξη ενός παρόχου πρωτοβάθμιας φροντίδας. Συνεχιζόμενες σχέσεις κλινικού ιατρού-ασθενούς τεκμηριώθηκαν με μειώσεις στην ποιότητα της φροντίδας και της υγείας που προκύπτει από την ανεπαρκή πρόσβαση του κοινού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (DeNavas-Walt, 2010).

3 Εντοπισμός προβλημάτων διαχείρισης επειγόντων περιστατικών

Σύμφωνα λοιπόν με τη βιβλιογραφία των τελευταίων χρόνων όχι μόνο ο όγκος των επειγόντων περιστατικών αυξάνεται, αλλά οι ασθενείς εμφανίζονται με πιο σοβαρές ή πολύπλοκες ασθένειες. Ο πληθυσμός των περισσότερων χωρών γηράσκει και χάρη στην πρόοδο στη θεραπεία σοβαρών ασθενειών όπως του HIV, του καρκίνου (ορισμένων ειδών), των νεφρών και των καρδιακών παθήσεων, πολλοί έχουν σημαντικές συννοσηρότητες και χρόνιες ασθένειες. Αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται πιο σύνθετη και χρονοβόρα εξέταση καθώς και θεραπείες.

3.1 Έλλειψη ισορροπίας μεταξύ του όγκου των ασθενών και της χωρητικότητας των ασθενών

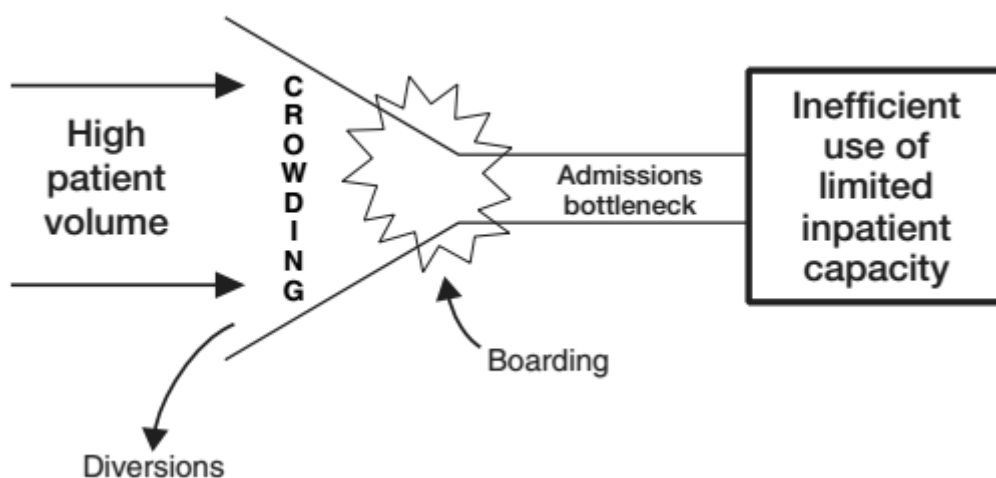
Όταν ο όγκος των ασθενών υπερβαίνει την ικανότητα νοσηλείας, η περίσσεια όγκου τείνει να συσσωρεύει τον αριθμό των επειγόντων περιστατικών. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους (Hing *et al.*, 2012):

- 1) Πρώτον, από την κανονικής ροής των ασθενών μερικοί απαιτούν νοσηλεία, μερικοί αντιμετωπίζονται και φεύγουν, μερικοί μεταφέρονται και μερικοί πεθαίνουν στα ίδια τα επείγοντα περιστατικά. Για παράδειγμα στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το 2003 περίπου το 13,9% των ασθενών από τα επείγοντα περιστατικά εισήχθησαν στο νοσοκομείο. Αυτό αντιπροσωπεύει περίπου το 43% όλων των νοσοκομειακών ασθενών το 2002.
- 2) Όταν ένα νοσοκομείο είναι γεμάτο ή τα κρεβάτια είναι σε πολύ μικρή παροχή, οι ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία κρατούνται συχνά στα επείγοντα περιστατικά έως ότου διατεθεί ένα κρεβάτι εσωτερικού ασθενή. Όταν καθυστερεί η πρόσβαση στα νοσοκομειακά κρεβάτια, οι ασθενείς καθίστανται υπερβολικοί και αυτοί αναφέρονται συνήθως ως "συμβαλλόμενα μέρη" επειδή είναι τεχνικά εσωτερικοί ασθενείς, αλλά δεν μπορούν να εγκαταλείψουν τη μονάδα επειγόντων περιστατικών. Αλλά ο όρος τρόφιμος που χρησιμοποιείται ορισμένες φορές είναι μια εσφαλμένη

ονομασία, γιατί υποδηλώνει ότι οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται ελάχιστη προσοχή. Στην πραγματικότητα, τα συμβαλλόμενα μέρη των επειγόντων περιστατικών είναι συχνά τα πιο άρρωστα, οι περισσότεροι πολύπλοκοι ασθενείς στο τμήμα έκτακτης ανάγκης-γι' αυτό και χρειάζονται νοσηλεία.

Επειδή οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να μετακινηθούν, το προσωπικό των επειγόντων περιστατικών πρέπει να παρέχει συνεχή φροντίδα ενώ ταυτόχρονα αξιολογώντας και σταθεροποιώντας τους ασθενείς που έλαβαν επείγουσα υπηρεσία.

Το πρόβλημα απεικονίζεται στην Εικ.3.1. και είναι κοινό για όλες σχεδόν τις χώρες. Σύμφωνα με το νόμο, η μπροστινή πόρτα του τμήματος έκτακτης ανάγκης είναι πάντα ανοιχτή και αντιμετωπίζει μια αυξανόμενη ζήτηση για τις υπηρεσίες της. Αλλά όταν τα κρεβάτια ενός νοσοκομείου είναι γεμάτα, αυτό δημιουργεί μια συμφόρηση για να εισέλθουν οι πιο σοβαρά άρρωστοι και τραυματίες από το τμήμα επειγόντων περιστατικών.



Εικόνα 3.1. Συνέπειες από την ανισότητα μεταξύ του όγκου των ασθενών και τη μη ασφαλή χωρητικότητα (Patocka *et al.*, 2014).

Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία αρχίζουν να μεταφέρονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η πιο συνηθισμένη αιτία αυτής της συμφόρησης είναι η αδυναμία αποδοχής κρίσιμων ασθενών επειδή όλα τα κρεβάτια της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) του νοσοκομείου είναι γεμάτα.

Τα υψηλά επίπεδα 'κατάληψης' των νοσοκομείων όχι μόνο δημιουργούν συμφόρηση, αλλά η διαδικασία μπορεί να επιδεινώσει εντυπωσιακά τη συγκέντρωση των επειγόντων περιστατικών, εάν οι ιατροί δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσουν ένα κρεβάτι για τις προγραμματισμένες εισαγωγές τους και αρχίζουν να στέλνουν ασθενείς μέσω του τμήματος επειγόντων περιστατικών αντί αυτού. Σε άλλη περίπτωση, η συμφόρηση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών συμβαίνει φυσιολογικά (Patocka *et al.*, 2014).

Το αποτέλεσμα αυτής της ανισορροπίας είναι η δημιουργία μιας κατάστασης υπερπληρωμένων υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, συχνή επιβίβαση ασθενών που περιμένουν σε κρεβάτια εσωτερικών ασθενών, εκτροπή ασθενοφόρων και ασθενείς που εγκαταλείπουν χωρίς να τα βλέπει κανείς ή να τα αφήνει ενάντια στις ιατρικές συμβουλές (Patocka *et al.*, 2014).

3.2 Πρόβλημα συνωστισμού ασθενών

Ο συνωστισμός του τμήματος έκτακτης ανάγκης είναι ένα πανελλαδικό φαινόμενο που επηρεάζει τις αγροτικές και τις αστικές περιοχές. Σε μία μελέτη, το 91% των επειγόντων περιστατικών ανέφερε το πρόβλημα του συνωστισμού ως πρόβλημα. Σχεδόν το 40% ανέφερε ότι ο συνωστισμός συμβαίνει κάθε μέρα (Forero *et al.*, 2010).

Μια άλλη μελέτη, με τη χρήση δεδομένων από την εθνική κατάσταση έκτακτης ανάγκης διαπίστωσε ότι το ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο EDs ήταν συνωστισμένο κατά μέσο όρο 35 τοις εκατό του χρόνου. Η μελέτη αυτή ανέπτυξε ένα κοινό σύνολο κριτηρίων και εντοπίστη τη συγκέντρωση σε νοσοκομεία βασισμένη σε ένα σύνολο κοινών στοιχείων: όλα τα κρεβάτια ήταν πλήρης, οι άνθρωποι ήταν στους διαδρόμους, η αίθουσα αναμονής γεμάτη, οι γιατροί εξουθενωμένοι, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να περιμένουν να υποβληθούν σε θεραπεία για παραπάνω από μία ώρα (Forero *et al.*, 2010).

Ο συνωστισμός επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας στα κέντρα επειγόντων περιστατικών. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε επικίνδυνες

καθυστερήσεις στη θεραπεία και μπορεί να προκαλέσει καθυστερήσεις στη μεταφορά του ασθενούς (Forero *et al.*, 2010).

Η πιο συνηθισμένη αιτία του συνωστισμού στα επείγοντα είναι η εξέταση των ασθενών που εισήχθησαν. Σύμφωνα με μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 2001 το 90% των νοσοκομείων εισήχθησαν ασθενείς τουλάχιστον 2 ώρες και περίπου το 20% των νοσοκομείων ανέφεραν έναν μέσο χρόνο εισαγωγής 8 ωρών. Επίσης δεν είναι ασυνήθιστο για τους ασθενείς σε ένα πολυάσχολο νοσοκομείο να εισαχθούν μέχρι 24 ή ακόμα και 48 ώρες (Forero *et al.*, 2010).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε περίπου 90 νοσοκομειακά τμήματα έκτακτης ανάγκης σε όλη τη χώρα, σε μια τυπική Δευτέρα βρέθηκε ότι το 73% των νοσοκομείων ανέφεραν εισαγωγή σε δύο ή περισσότερους ασθενείς. Οι πιθανότητες για σφάλματα, καθυστερήσεις στη θεραπεία μειώνει τη συνολική ποιότητα της περίθαλψης (Forero *et al.*, 2010).

3.3 Εκτροπές ασθενοφόρων

Μια άλλη ένδειξη του βαθμού συνωστισμού ασθενών και των προβλημάτων που προκαλούν είναι η συχνότητα εκτροπής των ασθενοφόρων σε εναλλακτικά νοσοκομεία - ένα κοινό, αν όχι καθημερινό, γεγονός σε πολλές μεγάλες πόλεις. Σύμφωνα με το αμερικανικό νοσοκομειακό σωματείο (AHA), σχεδόν το ήμισυ όλων των νοσοκομείων (46%) ανέφεραν εκτροπή ασθενοφόρου για το 2004 με ποσοστό 68% των νοσοκομείων διδασκαλίας και το 69 % των αστικών νοσοκομείων (Lowthian *et al.*, 2011).

Επίσης σύμφωνα με μια άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 69% των νοσοκομείων έδωσε υπηρεσίες ασθενοφόρου τουλάχιστον μία φορά το 2001. Έρευνα έδειξε ότι στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας της Μασαχουσέτης 67 από τα 76 νοσοκομεία που απάντησαν στην έρευνα "είτε παρείχαν ασθενοφόρο ή τηρούσαν ειδικές διαδικασίες" κατά τη διάρκεια μίας εβδομάδας, τον Φεβρουάριο του 2001, για την κάλυψη των αιτημάτων του τμήματος επειγόντων περιστατικών. Μια αναφορά που χρησιμοποιεί τα δεδομένα NHAMCS από το 2003 έδειξε ότι 501.000 ασθενοφόρα το 2003 παρείχαν αλλού υπηρεσίες (Lowthian *et al.*, 2011).

Μέχρι στιγμής υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τα αποτελέσματα της υγείας που σχετίζονται με την εκτροπή των ασθενοφόρων. Μια μελέτη του 2002 από την Κοινή Επιτροπή για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγείας (JCAHO) αποκάλυψε ότι πάνω από το ήμισυ όλων των 'εκδηλώσεων' του τμήματος έκτακτης ανάγκης που περιγράφηκαν προκλήθηκαν από καθυστέρηση στη θεραπεία (Lowthian *et al.*, 2011).

Σύμφωνα με άλλες αναφορές και έρευνες τα νοσοκομεία που ανέφεραν 20% ή και περισσότερο χρόνο για την εκτροπή είχαν περισσότερο χρόνο αναμονής για θεραπεία από γιατρό, μέση διάρκεια παραμονής στη θεραπεία στα επείγοντα περιστατικά, μεγαλύτερους χρόνους αναμονής για μεταφορά από την αίθουσα επειγόντων περιστατικών σε οξεία ή κρίσιμη κλίνη φροντίδας και μεγαλύτερους χρόνους αναμονής για μεταφορά από τα επείγοντα περιστατικά σε κάποιο κρεβάτι (Lowthian *et al.*, 2011).

Μια μελέτη στο Χιούστον των ασθενών με τραύματα βρήκε ότι οι θάνατοι μεταξύ των ασθενών με τραύματα ήταν σταθερά υψηλότεροι από τον μέσο όρο στις ημέρες με υψηλά επίπεδα εκτροπής ασθενοφόρων, αλλά οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Johnson *et al.*, 2011).

Σε άλλες περιπτώσεις έχει αναφερθεί ο θάνατος ενός ασθενούς ενώ βρισκόταν στο δρόμο για ένα ανοιχτό νοσοκομείο από τότε που έφτασε το τοπικό ασθενοφόρο. Η διαδικασία γενικότερα της εκτροπής έθεσε ερωτήματα σχετικά με τη νομιμότητα της εκτροπής ασθενοφόρων (Lowthian *et al.*, 2011).

Οι εκτροπές ασθενοφόρων δείχνουν την έλλειψη ικανότητας αντιμετώπισης του συνωστισμού στην ανάγκη για έκτακτη φροντίδα. Εάν λειτουργεί σε κανονικό επίπεδο, αναγκάζει τα ασθενοφόρα για εκτροπή σε τακτική βάση, ενώ σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης σοβαρής και ευρείας ιατρικής έκτακτης ανάγκης, το σύστημα έκτακτης ανάγκης είναι σίγουρα απροετοίμαστο για τον όγκο και τη σοβαρότητα των επισκέψεων (Johnson *et al.*, 2011).

3.4 Ασθενείς που δεν έχουν εξεταστεί

Με βάση αναφορές, περίπου 1,9 εκατομμύρια ασθενείς στα επείγοντα περιστατικά, κατά το 2003 δεν εξετάστηκαν από κάποιο ιατρό ή άλλον παροχέα περίθαλψης έκτακτης ανάγκης. Το ποσοστό αυτό ανεξέταστων ασθενών από το 1,1% το 1993 αυξήθηκε σε 1,7% (Horwitz *et al.*, 2010).

Ενώ η πλειοψηφία αυτών των ασθενών δεν έχουν κάτι σοβαρό, αυτό δεν είναι πάντα προϋπόθεση. Μελέτες έχουν δείξει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται άμεση ιατρική προσοχή. Μια μελέτη αποκάλυψε ότι όσοι έφυγαν χωρίς να έχουν δει δύο φορές τον ιατρό είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν πόνο ή επιδείνωση του προβλήματός τους. Σύμφωνα με άλλη μελέτη, 27% επέστρεψε σε ένα τμήμα έκτακτης ανάγκης και 4% απαιτούσαν επιπλέον νοσηλεία (Horwitz *et al.*, 2010).

Οι χρόνοι συνωστισμού και αναμονής είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης των ασθενών που φεύγουν από το νοσοκομείο χωρίς να τους δει κάποιος ιατρός. Μία μελέτη διαπίστωσε ότι η αξιοποίηση του τμήματος έκτακτης ανάγκης αυξάνεται παραπάνω. Εκτός από τους ασθενείς που φεύγουν χωρίς να τους δει κανείς, περίπου 1,2 εκατομμύρια ασθενείς, ή το 1% όλων των ασθενών, έφυγαν "ενάντια στην ιατρική συμβουλή", με άλλα λόγια, έφυγαν μόλις άρχισε η αξιολόγηση ή η θεραπεία, αλλά πριν από την ολοκλήρωση της (Horwitz *et al.*, 2010).

3.5 Μη ικανοποιημένοι ασθενείς

Η ικανοποίηση είναι ένα σημαντικό θέμα στην υγεία σήμερα. Τα τμήματα έκτακτης ανάγκης γενικότερα θεωρούνται ότι ενεργούν ως 'θεματοφύλακες' θεραπείας για τους ασθενείς. Έτσι, αυτά πρέπει να επιτύχουν την ικανοποίηση του ασθενούς παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες (Trout *et al.*, 2000).

Σύμφωνα με κάποιες στατιστικές ο αριθμός των ασθενών των επειγόντων περιστατικών αυξάνεται σταθερά. Πρόκειται για δείκτη υψίστης σημασίας του σχεδιασμού ποιοτικών υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες αυτών των ασθενών. Προκειμένου λοιπόν να προγραμματιστεί με επιτυχία, να κατανοηθούν οι απόψεις

των ασθενών, να καταγραφούν οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των ασθενών είναι ένα ουσιαστικό βήμα (Trout *et al.*, 2000).

Ένα κοινό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών είναι να διεξαχθεί έρευνα ικανοποίησης πελατών για να διερευνηθούν με σαφήνεια οι μεταβλητές που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης και τα αίτια της δυσαρέσκειας. Η ικανοποίηση των πελατών είναι βασική συνιστώσα στην επιλογή ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών για την παραλαβή των υπηρεσιών ή ακόμη και για τη σύστασή τους από τους υπολοίπους (Trout *et al.*, 2000).

Αρκετές μελέτες στη βιβλιογραφία (Trout *et al.*, 2000) έχουν επισημάνει τη βελτίωση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών στην αποτελεσματικότητα και στους χρόνους αναμονής των ασθενών, μετά την εφαρμογή μονάδων ταχείας παρακολούθησης. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν μελέτες που να αξιολογούν τα αποτελέσματα των ασθενών ως μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας σε μονάδες επειγόντων περιστατικών.

Μελέτες από άλλες χώρες δείχνουν ότι η χρήση των αποτελέσματα που προκύπτουν από έρευνες ικανοποίησης μπορούν να έχουν θετικές επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών. Για παράδειγμα οι Soleimanpour *et al.* (Soleimanpour *et al.*, 2011) εξέτασαν το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών του τμήματος επειγόντων περιστατικών του Ιδρύματος Νοσοκομείων Imam Reza, το οποίο είναι ένας από τα κορυφαία τμήματα στο βορειοδυτικό Ιράν, με περίπου 65.000 εισαγωγές ανά έτος.

Σε αυτή τη μελέτη (Soleimanpour *et al.*, 2011) συμπεριλήφθηκαν πεντακόσια ασθενείς που εισήχθησαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρατηρήθηκαν στην επικοινωνία των φυσιοθεραπευτών με τους ασθενείς (82,5%), στην ευγένεια των φυλάκων (78,3%) και στην επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς (78%).

Ο μέσος χρόνος αναμονής για την πρώτη επίσκεψη σε γιατρό ήταν 24 λεπτά 15 s. Το συνολικό ποσοστό ικανοποίησης εξαρτιόταν από τον μέσο χρόνο αναμονής. Ο μέσος χρόνος αναμονής για ένα χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης ήταν 47 λεπτά 11 s

με ένα διάστημα εμπιστοσύνης (19,31, 74,51). Για πολύ καλό επίπεδο ικανοποίησης ο χρόνος αναμονής ήταν 14 λεπτά 57s με ένα διάστημα εμπιστοσύνης (10,58, 18,57) (Soleimanpour *et al.*, 2011).

Αναφέρεται ότι περίπου το 63% των ασθενών αξιολόγησε τη γενική ικανοποίησή του έως καλή ή πολύ καλή. Συνολικά, η ικανοποίηση των ασθενών ήταν χαμηλότερη από 7,7 με ένα διάστημα εμπιστοσύνης (5,1, 10,4), και στο χαμηλό επίπεδο ήταν 5,8% με ένα διάστημα εμπιστοσύνης (3,7, 7,9). Το ποσοστό ικανοποίησης για το μέτριο επίπεδο ήταν 23,3 με ένα διάστημα εμπιστοσύνης των (19,1, 27,5), για το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης ήταν 28,3 με ένα διάστημα εμπιστοσύνης (22,9, 32,8), και για το πολύ υψηλό επίπεδο ικανοποίησης, το ποσοστό αυτό ήταν 32,9% με ένα διάστημα εμπιστοσύνης (28,4, 37,4) (Soleimanpour *et al.*, 2011).

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο χρόνος αναμονής είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες μη ικανοποίησης των ασθενών τμημάτων επειγόντων περιστατικών. Είναι χαρακτηριστικό ότι στα περισσότερα τμήματα επειγόντων περιστατικών παγκοσμίως, οι ασθενείς προωθούνται σε διάφορες μονάδες εξωτερικών ασθενών εντός του νοσοκομειακού συστήματος, αλλά σχεδόν πάντοτε υψηλό ποσοστό αυτών των ασθενών φθάνουν και εγκαταλείπουν το νοσοκομείο σε διάφορες χρονικές στιγμές (Umar *et al.*, 2011).

Ο χρόνος που ένας ασθενής περιμένει για να εξεταστεί αποτελεί έναν παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα της υγείας. Γενικότερα οι ασθενείς τους μεγάλους χρόνους αναμονής τους αντιλαμβάνονται ως εμπόδια στην πραγματική λήψη υπηρεσιών (Umar *et al.*, 2011). Επιπλέον, ο χρόνος αναμονής γίνεται ένας παράγοντας στη διατήρηση των τρεχόντων χρηστών των υπηρεσιών.

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναδειχθεί ως μια όλο και πιο σημαντική παράμετρος στην αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, η απόδοση της υγειονομικής περίθαλψης της εγκατάστασης μπορεί να εκτιμηθεί καλύτερα με τη μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενούς.

Ένα απόλυτα ικανοποιημένος ασθενής πιστεύει ότι ο οργανισμός έχει δυναμικό για την κατανόηση των αναγκών των ασθενών και των απαιτήσεων που σχετίζονται με το θέμα της υγείας του και την περίθαλψή του (Net *et al.*, 2007).

Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι συσχετίζεται άμεσα με τους χρόνους αναμονής για εξέταση από ιατρό (Maitra *et al.*, 1992) ενώ μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι, λόγω των παρατεταμένων χρόνων αναμονής, ένας σημαντικός αριθμός ασθενών εγκατέλειψε τα τμήματα εξωτερικών ασθενών (Fernandes *et al.*, 1994).

Οι Umar *et al.* (Umar *et al.*, 2011) πραγματοποίησαν μια περιγραφική μελέτη διατομής που διεξήχθη στο εξωτερικό σε τμήματα ασθενών του Πανεπιστημίου Usmanu Danfodiyo, Sokoto. Συνολικά επιλέγηκαν τυχαία 384 νέοι ασθενείς. Για την εξαγωγή πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο ερωτηματολογίων που είχαν δοκιμαστεί από τους ερωτηθέντες. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία.

Με βάση τα αποτελέσματά τους συνολικά 118 (31%) των ασθενών περίμεναν λιγότερο από μία ώρα στην αίθουσα αναμονής, ενώ 371 (96,6%) πέρασαν λιγότερο από 30 λεπτά μέχρι να τους εξετάσει ιατρός. Περισσότερο από το ήμισυ, 211 (55%) των ερωτηθέντων ήταν ικανοποιημένοι με την παράδοση υπηρεσιών, ενώ μόνο το 63% (16%) των ερωτηθέντων παραδέχτηκε ότι λάβανε φροντίδα για την υγεία τους κατά τη διάρκεια αναμονής εξέτασης από τον ιατρό (Umar *et al.*, 2011).

Παρόλο που η πλειοψηφία των ασθενών περίμενε περισσότερο από 1 ώρα πριν την παρακολούθηση, περισσότεροι από τους μισούς ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν. Στα ιδρύματα γενικότερα υπάρχει η ανάγκη να εφαρμοστούν μέτρα με στόχο τη μείωση του χρόνου αναμονής και την εξασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών (Umar *et al.*, 2011).

Σε ένα περιβάλλον υγείας που διαχειρίζεται ανταγωνιστικά, ο χρόνος αναμονής των ασθενών παίζει όλο και πιο σημαντικό ρόλο στην ικανότητα μιας κλινικής να προσελκύσει νέες επιχειρήσεις (όταν πρόκειται για ιδιωτική κλινική κυρίως). Είναι δύσκολο να πωλούνται υπηρεσίες αν τα άτομα είναι δυσαρεστημένα από το χρόνο

αναμονής που είναι το χρονικό διάστημα από το πότε ο ασθενής μπήκε στην αίθουσα αναμονής ή στην αίθουσα συμβούλων μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής έφυγε από το νοσοκομείο.

Οι Dinh *et al.* (Dinh *et al.*, 2012) περιέγραψαν τη σχέση μεταξύ του χρόνου αναμονής και της ικανοποίησης των ασθενών και προσδιόρισαν προγνωστικά της συνολικής βαθμολογίας περίθαλψης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Με βάση τα αποτελέσματά τους ο χρόνος αναμονής διαπιστώθηκε ότι είναι πολύ υψηλός για την ικανοποίηση του ασθενούς σε μια μονάδα έκτακτης ανάγκης. Μελλοντικά μέτρα για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνουν τη βελτίωση του χρόνου αναμονής.

Οι Abo-Hamad *et al.* (Abo-Hamad *et al.*, 2013) δημιούργησαν ένα πρόγραμμα προσομοίωσης έτσι ώστε να μπορέσουν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών. Με βάση τους συγγραφείς το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζει να αυξάνεται και τα κεφάλαια συνεχίζουν να μειώνονται με αποτέλεσμα να υπάρχει μια ώθηση για εύρεση αποτελεσματικών μεθοδολογιών βελτίωσης των διαδικασιών για την αντιμετώπιση των αναφερόμενων προβλημάτων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Οι περισσότερες από τις υπάρχουσες μεθοδολογίες περιγράφονται από τους διαχειριστές ως έλλειψη μέτρων που συνδέονται με στρατηγική. Σύμφωνα με το γεγονός ότι η εμπλοκή των ενδιαφερομένων είναι ζωτικής σημασίας, ένα βασικό στοιχείο για την ανάπτυξη ισχυρού πλαισίου είναι η ανάπτυξη ενός συστήματος στήριξης αποφάσεων.

3.6 Παραβίαση ιδιωτικότητας και μείωση εμπιστευτικότητας

Ο συνωστισμός στο τμήμα επειγόντων περιστατικών έχει γίνει ένα κοινό και σημαντικό ζήτημα. Οι φυσικοί και περιβαλλοντικοί περιορισμοί των περισσότερων τμημάτων επειγόντων περιστατικών και ο μεγάλος όγκος ασθενών έχουν κάνει την

προστασία της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας των ασθενών ακόμη περισσότερο δύσκολη.

Όταν το τμήμα είναι γεμάτο οι ασθενείς πρέπει να τοποθετηθούν σε ή κοντά σε διάδρομους, επιδεινώνοντας σημαντικά τις προκλήσεις της προστασίας της ιδιωτικής ζωής και της διασφάλισης της εμπιστευτικότητας. Ως εκ τούτου, αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για την υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται στον ασθενή να οικοδομήσει ένα ανακαινισμένο τμήμα επειγόντων περιστατικών με σεβασμό στην προστασία της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας των ασθενών (Morris *et al.*, 2011).

Η μελέτη των Ko-Lin *et al.* (Lin *et al.*, 2013) αποσκοπούσε στην εξέταση της επίδρασης της παρέμβασης στην ιδιωτική ζωή και της εμπιστευτικότητας των ασθενών με την ομάδα του τμήματος επείγουσων αναγκών καθώς και την ικανοποίησή τους. Από τους ερευνητές πραγματοποιήθηκαν πολλαπλασιαστικές αναλύσεις ελεγχόμενες για τα συγγέοντα αποτελέσματα των προκαθορισμένων συνεκτικών. Οι ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν εάν η παρέμβαση είχε επίδραση στη βελτίωση της ιδιωτικότητας και της ικανοποίησης των ασθενών.

Με βάση την έρευνά τους δομημένα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από 313 ασθενείς πριν από την παρέμβαση και 341 ασθενείς μετά την παρέμβαση εξασφάλισης της ιδιωτικότητας του ασθενούς. Η έλλειψη ιδιωτικότητας του ασθενούς συγκαταλέγεται επίσης σε έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για μη ικανοποίηση του ασθενούς.

Ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής των ασθενών και η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των ασθενών θεωρούνται βασικές υποχρεώσεις στους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης και στις κύριες αρμοδιότητες των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης (Geiderman *et al.*, 2006).

Τα τμήματα έκτακτης ανάγκης στα νοσοκομεία, σε αντίθεση με άλλες μονάδες, δεν διαθέτουν ιδιωτικά και ημιτελικά δωμάτια για την προστασία της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας. Αυτά έχουν συνήθως θέσεις θεραπείας και πλέον

διαχωρίζονται μόνο από κουρτίνες και οι ασθενείς τοποθετούνται κοντά για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Αρκετές μελέτες από παλαιότερα χρόνια, αλλά και πρόσφατα (Ben-Assuli, 2015; Geiderman *et al.*, 2006; Mlinek *et al.*, 1997) έχουν αναφέρει συχνές παραβιάσεις της ιδιωτικής τους ζωής και της εμπιστευτικότητας των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

Η έλλειψη της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας καθιστούν δύσκολη την επικοινωνία μεταξύ ασθενών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως όταν συζητούν ευαίσθητες ιατρικές καταστάσεις και ορισμένες σημαντικές επιλογές θεραπείας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση ή ιατρικά λάθη για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και σε αναποτελεσματικές θεραπείες για τους ασθενείς. Ως εκ τούτου, μπορεί να διαβρωθεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς και καθιστούν δύσκολη την οικοδόμηση μιας καλής σχέσης ασθενούς-ιατρού.

Αξίζει να αναφερθεί ότι το ηθικό περιβάλλον σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να επιδράσει στον τρόπο με τον οποίο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης οργανώνουν και προωθούν την καθημερινή τους εργασία. Έρευνες έχει δείξει ότι ένα ηθικό περιβάλλον και ένα κλίμα έχουν θετικές επιπτώσεις στην καθημερινή εργασία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης από την άποψη της ικανοποίησης εργασίας, διατήρησης στην εργασία, ικανότητας διαχείρισης των συγκρούσεων, και ούτω καθεξής (McDaniel *et al.*, 2006).

Η ηγεσία του οργανισμού διαδραματίζει βασικό ρόλο στην οικοδόμηση, τη διατήρηση και την ενθάρρυνση ενός ηθικού περιβάλλοντος και κλίματος. Είναι η κύρια ευθύνη της ηγεσίας στην οργάνωση για τη δημιουργία και τη διατήρηση ενός ηθικού περιβάλλοντος και κλίματος, διότι δεν είναι μόνο αυτά που θα έπρεπε να γίνουν, αλλά θα έπρεπε να ενθαρρύνονται και οι ορθές πρακτικές. Επομένως, οι ηγεσία πρέπει να αφιερώσει όλες τις προσπάθειές της για την προώθηση ενός ηθικού περιβάλλοντος (Morris *et al.*, 2011).

4 Ετοιμότητα και σχεδιασμός πριν τα περιστατικά έκτακτης ανάγκης

Τα περιστατικά και οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, λόγω της φύσης τους, μπορούν να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή και σε οποιαδήποτε περίπτωση και τοποθεσία. Τα τεχνητά, τυχαία ή φυσικά, αυτά μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικές απειλές για την υγεία του πληθυσμού. Εκτός από τα συνηθισμένα καθημερινά περιστατικά υπάρχουν και περιστατικά έκτακτης ανάγκης, όπως οι σεισμοί και τα τρομοκρατικά χτυπήματος που μπορεί να οδηγήσουν στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής (Wapling *et al.*, 2016).

Ορισμένα από τα πρώτα ερωτήματα που πρέπει να εξεταστούν σχετικά με την ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης, την ανθεκτικότητα και την αντίδραση (emergency preparedness, resilience and response, EPRR) στον τομέα της υγείας είναι «γιατί πρέπει να σχεδιάσουμε; »και« γιατί δεν μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε μόνο τα υπάρχοντα συστήματα και τις υπάρχουσες διαδικασίες;» (Wapling *et al.*, 2016).

Η προετοιμασία για μοναδικά, σπάνια ή ακραία γεγονότα έχει πολλά οφέλη σε εκείνους που επλήγησαν από κατάσταση έκτακτης ανάγκης, στους ανταποκρινόμενους και στην αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών. Είναι σημαντικό η απάντηση σε οποιοδήποτε σημαντικό περιστατικό να πραγματοποιηθεί μέσω ενός δομημένου και συντονισμένου πλαισίου μέσα στο οποίο οι ανταποκριτές μπορούν να λειτουργούν με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα (Wapling *et al.*, 2016).

Αυτό είναι πιο αποτελεσματικό όταν αυτό αντανακλά τα υφιστάμενα συστήματα ως νέες διαδικασίες κατά τη στιγμή της αντίδρασης του περιστατικού που θα μπορούσε να οδηγήσει σε περιττό πόνο και πιθανώς να σωθεί μια ζωή. Με το σωστό σχεδιασμό το προσωπικό επίσης αντιμετωπίζει το περιττό άγχος και οι πόροι θα μπορούσαν να διανεμηθούν καλύτερα χωρίς να γίνεται προσπάθεια ανταπόκρισης με ασυντόνιστο ή τυχαίο τρόπο. Στο παρόν λοιπόν Κεφάλαιο αναλύονται τα πλεονεκτήματα του καλού σχεδιασμού διαχείρισης έκτακτων

περιστατικών από λίγο σημαντικών έως πολύ σημαντικών (σεισμός ή τρομοκρατία) (Warling *et al.*, 2016).

Πολλοί οργανισμοί (ανάλογα τη χώρα) έχουν νομική ή κανονιστική υποχρέωση για την προετοιμασία και αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών. Επιπλέον, είναι καλή πρακτική για όλους τους παρόχους πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αναλαμβάνουν τη διαχείριση έκτακτων περιστατικών να συνεργάζονται με τις τοπικές κοινότητες και τις οργανώσεις-εταίρους για να εξασφαλίσουν ότι μπορούν να συνεχίσουν να παρέχουν υπηρεσίες κατά τη διάρκεια μιας διακοπής ή να ανταποκρίνονται στις εξωτερικές προκλήσεις ενός σημαντικού περιστατικού (Warling *et al.*, 2016).

Τα νοσοκομεία αποτελούν μέρος μιας συνεχούς υπηρεσίας έκτακτης ανάγκης που περιλαμβάνει την κλήση στο 166, αποστολή ασθενοφόρων, φροντίδα και μεταφορά στο νοσοκομείο, νοσοκομειακή έκτακτη ανάγκη και φροντίδες τραύματος υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης.

Ενώ το σύγχρονο σύστημα φροντίδας έκτακτης ανάγκης προσφέρει σημαντικά περισσότερα ιατρική ικανότητα από ό, τι ήταν διαθέσιμη τα τελευταία χρόνια, συνεχίζει να υποφέρει από σοβαρό κατακερματισμό, έλλειψη συντονισμού σε επίπεδο συστήματος και έλλειψη λογοδοσίας.

Αυτές οι ανεπάρκειες μειώνουν τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς έκτακτης ανάγκης και συχνά οδηγούν σε επιδείνωση των ιατρικών αποτελεσμάτων. Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι προκλήσεις και να χαραχθεί μια νέα κατεύθυνση για την επείγουσα περίθαλψη, είναι ανάγκη να αναπτυχθεί ένα σύστημα στο οποίο όλες οι κοινότητες θα εξυπηρετούνται από καλά σχεδιασμένα και εξαιρετικά συντονισμένες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης που είναι υπεύθυνες για την απόδοση και εξυπηρέτηση των αναγκών όλων των ασθενών όλων των ηλικιών στο πλαίσιο του συστήματος.

Σε αυτό το νέο σύστημα, οι αποστολείς του 166, το προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών, οι ιατροί και οι υπάλληλοι δημόσιας υγείας θα είναι πλήρως διασυνδεδεμένοι και ενωμένοι σε μια προσπάθεια να εξασφαλίσουν ότι

κάθε ασθενής λαμβάνει την πιο κατάλληλη φροντίδα, στη βέλτιστη θέση, με την ελάχιστη καθυστέρηση.

Από την άποψη του ασθενούς, η παροχή υπηρεσιών για κάθε είδος έκτακτης ανάγκης θα είναι αδιάλειπτη. Όλη η παράδοση υπηρεσιών θα βασίζεται επίσης σε αποδεικτικά στοιχεία και οι καινοτομίες της τεχνολογίας θα υιοθετηθούν και θα προσαρμοστούν γρήγορα στις ανάγκες κάθε κοινότητας.

Το κλείσιμο του τμήματος έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου και οι εκτροπές ασθενοφόρων δεν θα συμβαίνουν ποτέ, εκτός από τις πιο ακραίες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα πυρκαγιά σε νοσοκομείο ή σε μια εκδήλωση μαζικού ατυχήματος και σε κάθε περίπτωση έκτακτης ανάγκης που περιλαμβάνει τραυματισμούς από φυσικές καταστροφές θα ενσωματωθεί στο σύστημα.

Η απόδοση του συστήματος θα είναι διαφανής και το κοινό θα συμμετέχει ενεργά στη λειτουργία, την πρόληψη, την κατάρτιση των παρευρισκομένων και την παρακολούθηση της απόδοσης του συστήματος. Ενώ αυτοί οι στόχοι απαιτούν ουσιαστική, πανελλαδική αλλαγή, είναι ωστόσο εφικτοί.

Η ανάγκη και η όποια απαραίτητη πρόοδος προς την κατεύθυνση ανάπτυξης ενός συστήματος που θα προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη, συντονισμένη, περιφερειακή έκτακτη φροντίδα έχει επισημανθεί κυρίως τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Οι προσπάθειες σταμάτησαν εξαιτίας των βαθιά εδραιωμένων συμφερόντων και τις πολιτισμικές συμπεριφορές, καθώς και τις περικοπές της χρηματοδότησης και τα πρακτικά εμπόδια κατά τη διάρκεια μεταβολής ενός συστήματος. Αυτά τα εμπόδια παραμένουν και σήμερα και αντιπροσωπεύουν τις κύριες προκλήσεις για την επίτευξη των στόχων δημιουργίας ενός τέτοιου συστήματος.

Ωστόσο, η ανάγκη για αλλαγή είναι σαφής και θα επισημανθεί με την παρούσα έρευνα για το νοσοκομείο της Λαμίας. Για τη δημιουργία αυτού του συστήματος πρέπει να υπάρχει συντονισμένη συνεργασία και να γίνει συλλογική προσπάθεια σε πολλά επίπεδα της κυβέρνησης και του ιδιωτικού τομέα.

Στα επόμενα υποκεφάλαια περιγράφεται το όραμα για ένα σύστημα φροντίδας έκτακτης ανάγκης του 21^{ου} αιώνα. Αυτό το όραμα στηρίζεται στους γενικούς στόχους ενός βελτιωμένου συντονισμού, διευρυμένης περιφερειοποίησης και της αυξημένης διαφάνειας και λογοδοσίας, η καθεμία από τις οποίες συζητείται διαδοχικά.

Επίσης διευκρινίζεται η σύσταση μιας επιτροπής για τη στήριξη ενός προγράμματος με πρόσθετες κρατικές και τοπικές προσπάθειες για την επίτευξη του οράματος ενός πιο συντονισμένου και αποτελεσματικού συστήματος επείγουσας φροντίδας.

4.1 Περιορισμένη ανάπτυξη των τμημάτων επειγόντων περιστατικών

Ενώ η έννοια ενός εξαιρετικά ολοκληρωμένου συστήματος περίθαλψης έκτακτης ανάγκης για το μέλλον δεν είναι νέα, η πρόοδος προς την υλοποίησή της είναι αργή. Τόσο τα δημόσια νοσοκομεία και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών όσο και η φροντίδα έκτακτων και τραυματικών ασθενειών και η δημόσια υγεία έχουν μπει παραδοσιακά σε σιλό. Αυτό αποτελεί μια κατάσταση που σήμερα παραμένει σε μεγάλο βαθμό.

Για παράδειγμα, η δημόσια ασφάλεια και οι οργανισμοί συχνά δε διαθέτουν κοινές συχνότητες επικοινωνιών και πρωτόκολλα επικοινωνίας μεταξύ τους κατά τη διάρκεια έκτακτων περιστατικών. Τα δικαιοδοτικά σύνορα συμβάλλουν στον κατακερματισμό του τρέχοντος συστήματος. Για παράδειγμα, από νοσοκομείο σε νοσοκομείο υπάρχει μια σειρά διαφορετικών μοντέλων υπηρεσιών και πρωτοκόλλων. Ο συντονισμός των υπηρεσιών σε κρατικές γραμμές είναι ιδιαίτερα προκλητικός.

Τα συστήματα φροντίδας τραυμάτων αποτελούν ένα πολύτιμο μοντέλο για τον τρόπο με τον οποίο ο συντονισμός θα μπορούσε και θα έπρεπε λειτουργεί. Το σύστημα τραυματικής συμπεριφοράς που πρέπει να αναπτυχθεί προορίζεται να διασφαλίσει ότι ο κάθε ασθενής κατευθύνεται προς την πιο κατάλληλη κατάσταση, συμπεριλαμβανομένου ενός κέντρου τραύματος επιπέδου I, όταν είναι απαραίτητο.

Για το σκοπό αυτό, πολλά στοιχεία εντός ενός περιφερειακού συστήματος-κοινωνικό νοσοκομείο, κέντρα τραυματισμών και ιδιαίτερα ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών πρέπει να συντονίζει αποτελεσματικά την περιφερειακή ροή των ασθενών.

Αυτός ο συντονισμός όχι μόνο μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα του ασθενούς, αλλά αποτελεί επίσης ένα κρίσιμο εργαλείο για τη μείωση του υπερπληθυσμού των τμημάτων επειγόντων περιστατικών. Δυστυχώς, μόνο μερικά συστήματα σε εθνικό επίπεδο συντονίζουν τις μεταφορές αποτελεσματικά σε όλη την Ελλάδα.

Εκτός από την τυπική εκτροπή, υπάρχουν συνήθως λίγες πληροφορίες για την κατανομή μεταξύ των νοσοκομείων και του τμήματος επειγόντων περιστατικών όσον αφορά στα υπερφορτωμένα κέντρα έκτακτης ανάγκης και τραυμάτων και τη διαθεσιμότητα των κλινών, του εξοπλισμού, των χειρουργών για τραύματα και γενικότερα όλων των κρίσιμων ειδικών πληροφοριών που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την εξισορρόπηση του φορτίου μεταξύ των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και κέντρων τραυματιών στην περιοχή.

Πολύ συχνά τα νοσοκομεία βρίσκονται κάποια να είναι υπερφορτωμένα με περιστατικά επείγουσας ανάγκης και άλλα με τραυματίες ασθενείς, ενώ ακόμα λίγα τετράγωνα μακριά άλλο νοσοκομείο λειτουργεί άνετα με 50% της χωρητικότητας του. Επίσης υπάρχει μικρό κίνητρο για τα ασθενοφόρα να οδηγούν από το ένα νοσοκομείο στο άλλο για να μεταφέρουν τους ασθενείς σε άλλο νοσοκομείο που είναι λιγότερο φορτισμένο.

Στην πράξη έχει αποδειχθεί ότι από τον καλύτερο περιφερειακό συντονισμό οι ασθενείς αποκομίζουν πολλά οφέλη. Επιπλέον, οι τεχνολογίες που απαιτούνται για τη διευκόλυνση τέτοιων προσεγγίσεων όπως η αστυνομία και τα πυροσβεστικά σώματα εισχωρούν στο σύστημα επείγουσας φροντίδας.

Το κύριο εμπόδιο που φαίνεται να υπάρχει σήμερα και να εδραιώνεται είναι τα πολιτικά και άλλα συμφέροντα ταυτόχρονα με την έλλειψη επαρκούς οράματος για την αλλαγή του σημερινού συστήματος. Το πρόβλημα επιδεινώνεται σε ορισμένες

περιοχές από προσωπικές διαμάχες και διαφωνίες μεταξύ των σωμάτων που εμπλέκονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Σε αυτήν την περίπτωση οι αεροπορικές ιατρικές υπηρεσίες λειτουργούν συνήθως εκτός του ελέγχου του συστήματος επειγόντων περιστατικών και σε ορισμένες χώρες βρέθηκε να έχουν άσχημη κατάσταση καταγραφή² της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας στη μεταφορά των ασθενών.

Σε μεγαλύτερες πόλεις ή και χώρες η κατάσταση συγχέεται περαιτέρω με ιδιωτικούς και δημόσιους οργανισμούς που ορισμένες φορές ανταγωνίζονται για ασθενείς και για μεταφορά ασθενών με βάση τη νοσοκομειακή ιδιοκτησία του οργανισμού αντί να θέτουν ως προτεραιότητα την υγεία του ασθενούς.

Ακόμη στο πλαίσιο των τμημάτων επειγόντων περιστατικών ενδέχεται να υπάρχουν τριβές μεταξύ του προσωπικού έκτακτης ανάγκης που προσπαθεί να εισάγει ασθενείς και του προσωπικού σε μονάδες νοσηλείας που δεν έχουν κίνητρο για την επιτάχυνση της διαδικασίας εισαγωγής.

Η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις που θέτουν σε κίνδυνο τη φροντίδα. Επίσης οι ιατροί έκτακτης ανάγκης μερικές φορές έρχονται σε σύγκρουση με ειδικούς σε εφημερία και κατηγορούν τους γιατρούς για αργή ανταπόκριση.

4.2 Η σημαντικότητα της επικοινωνίας και της συνεργασίας

Η επικοινωνία και η συνεργασία αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για την καθιέρωση συντονισμού σε όλο το σύστημα. Ένα αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνιών είναι ένα πρωτόκολλο που μπορεί να δημιουργήσει ένα αποτελεσματικό, ολοκληρωμένο σύστημα περίθαλψης έκτακτης ανάγκης.

Με την επικοινωνία και τη συνεργασία διασφαλίζεται ότι η ιατρική περίθαλψη είναι διαθέσιμη όταν απαιτείται. Επιτρέπει στους αποστολείς του ασθενοφόρου να ενημερώνουν τους καλούντες τι πρέπει να κάνουν μέχρι να φθάσουν στη βοήθεια και να παρακολουθήσουν την πρόοδο του ασθενούς μετά την άφιξη των ανταποκριτών των επειγόντων περιστατικών.

Ένα αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνιών επιτρέπει επίσης στους αποστολείς ασθενοφόρων να βοηθήσουν το προσωπικό των επειγόντων περιστατικών να κατευθύνει τους ασθενείς στο πιο κατάλληλο τμήμα με βάση τη φύση της ασθένειας ή του τραυματισμού του ασθενούς και την ικανότητα λήψης ασθενών στις εγκαταστάσεις.

Επίσης ένα ορθό σύστημα επικοινωνίας επειγόντων περιστατικών πρέπει να συνδέει το ιατρικό σύστημα έκτακτης ανάγκης με άλλους παρόχους δημόσιας ασφάλειας - όπως π.χ. αστυνομία, πυροσβεστική και να διευκολύνει το συντονισμό μεταξύ του συστήματος ιατρικής απόκρισης και τις εντολές συμβάντων σε καταστάσεις ρουτίνας και καταστροφών.

Γενικότερα η επικοινωνία μεταξύ των νοσοκομείων βοηθά τα νοσοκομεία να οργανώνουν μεταφορές διασυνδέσεων και να παρέχουν αμοιβαία βοήθεια. Και διευκολύνει την ιατρική και λειτουργική εποπτεία και τον ποιοτικό έλεγχο στα πλαίσια του συστήματος επείγουσας ανάγκης.

4.2.1 Επικοινωνία ανάμεσα στην ίδια την ομάδα των επειγόντων περιστατικών

Συνήθως στις περισσότερες περιπτώσεις η παραδοσιακή ομάδα επειγόντων περιστατικών αποτελείται από ιατρούς και νοσηλευτές αλλά μόνο ουσιαστικά οι ασκούμενοι εργάζονται κυρίως ανεξάρτητα λόγω ορίων της σύμβασης. Ως αποτέλεσμα ο ασκούμενος έχει ελάχιστο έλεγχο επί του περιβάλλοντος και ακολούθως η διαδικασία παροχής φροντίδας να γίνεται κατακερματισμένη (Cronin *et al.*, 2005).

Οι εργασίες συχνά επαναλαμβάνονται, για παράδειγμα, οι ασθενείς ζητούνται να δώσουν το ιατρικό ιστορικό τους πολλές φορές σε διαφορετικά μέλη του προσωπικού και σε διαφορετικά νοσοκομεία. Αυτό το αυτόνομο έργο είναι χρονοβόρο, σε ένα χώρο εργασίας όπου υπάρχουν ήδη σημαντικοί χρονικοί περιορισμοί, που ενδεχομένως προκαλούν ακατάλληλες βιαστικές αποφάσεις και περιττές καθυστερήσεις (Eisenberg *et al.*, 2005).

Επίσης, η ανεξάρτητη εργασία δεν είναι αποτελεσματική σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται επίσης από πολλαπλές μεταβιβάσεις μεταξύ προσωπικού, συχνή αντικατάσταση υπαλλήλου, μη ελεγχόμενο φόρτο εργασίας και διαγνώσεις υψηλού κινδύνου. Το προσωπικό χρειάζεται μερικές φορές να αντιμετωπίσει πολλούς ασθενείς με πολύ μεταβλητά προβλήματα ταυτόχρονα (Mercer *et al.*, 2008).

Γενικότερα μπορεί να υπάρξουν υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας εξαιτίας ελλιπούς ιστορίας ασθενών και «... της ανάγκης να πάρουμε δύσκολες αποφάσεις πριν από τα κρίσιμα δεδομένα ... μπορεί να μην είναι διαθέσιμα...» (Eisenberg *et al.*, 2005).

Πιο πρόσφατα, αυτά τα προβλήματα έχουν επιδεινωθεί με το φαινόμενο του συνωστισμού όπως προαναφέρθηκε στην πρόσβαση. Ο υπερπληθυσμός αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών παγκοσμίως (Forego *et al.*, 2008).

Σε ένα Αυστραλιανό πλαίσιο, για παράδειγμα, το πρόβλημα συνωστισμού και απαγόρευσης της πρόσβασης ορίζεται ως ". . Το ποσοστό των ασθενών με επείγον περιστατικό οι οποίοι εισάγονται, μεταφέρονται ή πεθαίνουν, των οποίων ο συνολικός χρόνος υπερβαίνει τις οκτώ ώρες» (McGinn *et al.*, 2005).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι οι συνολικές επισκέψεις σε έχουν αυξηθεί και υπήρξε ταυτόχρονη μείωση της πρόσβασης εσωτερικών ασθενών σε κρεβάτια. Άλλες αιτίες καθυστέρησης της πρόσβασης περιλαμβάνουν περιορισμένες θεραπείες που βασίζονται στην κοινότητα και σε θέματα παροχής υπηρεσιών, όπως ανεπαρκείς αριθμοί προσωπικού των νοσοκομείων (Jones *et al.*, 2016).

Επίσης, η έλλειψη φροντίδας ηλικιωμένων επιτόπου και η έλλειψη υποστήριξης από το σπίτι αύξησαν την ανάγκη να γίνονται στα νοσοκομεία δεκτοί ηλικιωμένοι ασθενείς και αυτό αναγνωρίστηκε ως ο πρωταρχικός συντελεστής προβληματικής πρόσβασης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Jones *et al.*, 2016).

Συγκεντρωτικά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παραδοσιακά τμήματα επειγόντων περιστατικών συμβάλλουν στην αύξηση της πιθανότητας σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της περίθαλψης.

Η αποτελεσματική ομαδική εργασία σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών, αλλά και σε συνεργασία με άλλα τμήματα νοσοκομείων επειγόντων περιστατικών μπορεί να βελτιώσει την ασφάλεια των ασθενών, καθώς οδηγεί σε προγραμματισμένες και τυποποιημένες διαδικασίες, στη σωστή ολοκλήρωση και εκτέλεση κλινικών δραστηριοτήτων και στον αυξημένο έλεγχο του περιβάλλοντος εργασίας (Flowerdew *et al.*, 2012).

Μελέτες έχουν περιγράψει την προσθήκη μιας πολυεπιστημονικής ομάδας η οποία θα απευθύνεται στα έκτακτα περιστατικά. Καθώς η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών είναι απαραίτητη για την ομαλή διεξαγωγή των εργασιών σε τέτοια τμήματα οι ομάδες αυτές αποτελούν ένα βασικό στοιχείο (Flowerdew *et al.*, 2012).

Οι Morey *et al.* (Morey *et al.*, 2002) υποστηρίζουν ότι μια ομάδα τέτοιου είδους δεν είναι μια 'χαλαρά' συντονισμένη ομάδα αλλά έχει μια πιο επίσημη δομή όπου περιλαμβάνονται οι ιατροί, οι νοσοκόμες και οι τεχνικοί της αντίστοιχης οργανωμένης βάρδιας.

Η ομαδική εργασία στο σύστημα υγείας μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αποτελεσματικότητας, της αποτελεσματικότητας διαχείρισης του χρόνου, ανύψωση του ηθικού του προσωπικού και την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς και χαμηλότερο στρες για το προσωπικό και τους ασθενείς (Flowerdew *et al.*, 2012).

Ωστόσο, η πλειοψηφία της τρέχουσας εκπαίδευσης στην υγειονομική περίθαλψη εστιάζεται σε μεμονωμένες τεχνικές δεξιότητες παρά στην ομαδική εργασία. Επομένως, αυτή η συστηματική αναθεώρηση θα γίνει μόνο εάν εξερευνηθούν πιθανές επιλογές για την εκπαίδευση του προσωπικού και συμπεριλαμβάνοντας την ομαδική εργασία (Kilner *et al.*, 2010).

Η αποτελεσματική επικοινωνία, η οποία περιλαμβάνει τις συνομιλίες πρόσωπο με πρόσωπο, τις τηλεφωνικές συνομιλίες και την εισαγωγή κειμένου σε ιατρικό ιστορικό, είναι απαραίτητη για την επιτυχή ομαδική εργασία και θεμελιώδους σημασίας για υψηλής ποιότητας φροντίδα ασθενών (Kilner *et al.*, 2010).

Οι έρευνες (McManus *et al.*, 2011) δείχνουν ότι η κακή επικοινωνία είναι πιθανή αιτία συστηματικού σφάλματος και δημιουργίας αρνητικών κλινικών αποτελεσμάτων σε ένα σύστημα υγείας.

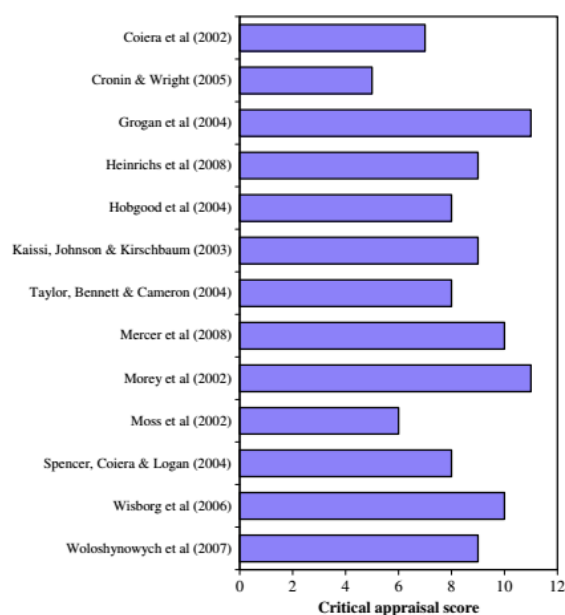
Τα σφάλματα επικοινωνίας έχουν αποδειχθεί ότι είναι η κύρια αιτία θανάτων στο νοσοκομείο στην Αυστραλία. Στο τμήμα έκτακτης ανάγκης, η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού συχνά προκαλείται από διακοπές και υψηλά επίπεδα θορύβου. Αυτά τα προβλήματα, καθώς και η συχνότητα αντιμετώπισης πολλαπλών συμβάντων έκτακτης ανάγκης επιβάλλουν γνωστικά φορτία στο κλινικό προσωπικό που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη μνήμη τους (Kilner *et al.*, 2010).

Ωστόσο, παρά την αναγνωρισμένη σημασία της επικοινωνίας, η αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας σε ομάδες που βασίζονται σε ρυθμίσεις φροντίδας δεν έχει καθιερωθεί. Πρόσφατα, σε πολλά νοσοκομεία σε διεθνές επίπεδο, η ειδικότητα των φυσιοθεραπευτών προσχώρησε στις πολυεπιστημονικές ομάδες, αλλά ο ρόλο τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί καλά (Sheppard *et al.*, 2010).

Η εισαγωγή ενός φυσιοθεραπευτή στην ομάδα επειγόντων περιστατικών είναι πολύ νέα, αλλά αυτή η υπηρεσία έχει λειτουργήσει εδώ και αρκετό καιρό στα νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου και της Αυστραλίας. Αυτή η συστηματική αναθεώρηση σε πολλά κράτη έχει ως στόχο να θέσει το σκηνικό για την ένταξη του φυσιοθεραπευτή στην ομάδα με τη διερεύνηση της τρέχουσας λειτουργίας για την ομαδική εργασία μεταξύ άλλων επαγγελματιών υγείας (Sheppard *et al.*, 2010).

Γενικότερα η κακή ομαδική εργασία και η επικοινωνία έχουν εντοπιστεί ως πιθανές αιτίες των σφαλμάτων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και η επανεξέταση επιδιώκει να διερευνηθούν πιθανές λύσεις σε αυτά τα προβλήματα. Οι Killner *et al.* (Kilner *et al.*, 2010) μέσα από μια αναζήτηση διεθνών βάσεων νοσοκομείων επισήμαναν την ανάγκη για επικοινωνία και ομαδική συνεργασία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική τους ανασκόπηση και όπως επισημαίνεται στην Εικ. 4.1. η ομαδική εργασία και η επικοινωνία παίζουν ρόλο σε τέσσερις κύριους τομείς των τμημάτων επειγόντων περιστατικών: 1) στη βελτίωση της ικανοποίησης του ασθενούς, 2) στη

βελτίωση της ικανοποίησης του προσωπικού, 3) στη μείωση των κλινικών σφαλμάτων και 4) στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.



Εικόνα 4.1. Βαθμός αύξησης ικανοποίησης μετά την εισαγωγή φυσιοθεραπευτών (Kilner *et al.*, 2010).

Επίσης με βάση τα αποτελέσματά τους βρέθηκε ότι η εισαγωγή των φυσιοθεραπευτών οδήγησε σε αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών και σε μεγαλύτερη ανακούφιση των ασθενών καθώς παρατηρήθηκε μειωμένος χρόνος αναμονής και διαβεβαίωσης παροχής. Η επιπλέον ομάδα επίσης μείωσε στο μισό την εργασία, γεγονός που ωφέλησε τους ασθενείς.

4.2.2 Επικοινωνία με τους ασθενείς

Επίσης πολύ σημαντική είναι και η επικοινωνία με τους ασθενείς. Από την ομάδα του τμήματος επειγόντων περιστατικών οι νοσοκόμες και νοσοκόμοι είναι αυτοί οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και πρέπει να έχουν μια σωστή επικοινωνία, ώστε να μεταφέρουν τις πληροφορίες στον ιατρό.

Δεδομένου του αριθμού των ατόμων που εισάγονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αυξάνεται η πίεση της ομάδας του τμήματος να επιτύχουν στόχους και αποτελέσματα καθώς και την αποτελεσματική αξιολόγηση των ασθενών (Elston, 2010).

Αυτές οι πιέσεις μπορούν να οδηγήσουν σε εσπευσμένες συμβουλές καθώς οι ιατροί υπερφορτώνονται με πληροφορίες ασθενούς. Αυτό με τη σειρά του θα μπορούσε να μειώσει την ποιότητα των αξιολογήσεων, τη φροντίδα και την επικοινωνία. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ανακριβή ανάγνωση ιστορικού και, ως συνέπεια, ανακριβείς διαγνώσεις και έτσι σε αύξηση του κλινικού κινδύνου για τους ασθενείς.

Η υπερφόρτωση πληροφοριών ορίζεται από τον Wilson (Wilson *et al.*, 2001) ως η «αντίληψη ότι η ροή πληροφοριών που σχετίζεται με την εργασία είναι μεγαλύτερη από αυτή που μπορεί να διαχειριστεί ένα άτομο αποτελεσματικά. Η υπερφόρτωση από αυτή την άποψη δημιουργεί έναν βαθμό στρες για το οποίο οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι αναποτελεσματικές. Ο κίνδυνος της αναποτελεσματικής επικοινωνίας και των συνεπειών αυξάνονται όταν γίνονται τα μέλη της ομάδας επειγόντων περιστατικών περιβάλλονται από ποικιλία περιβάλλοντος.

Ο Berry το έτος 2009 (Berry *et al.*, 2009) συντάσσει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που περιλαμβάνει αναζητήσεις σε πέντε βάσεις δεδομένων και άρθρα που χρονολογούνται από τη δεκαετία του 1980, πριν από την ανάληψη συνεντεύξεων με 53 άτομα από το τμήμα επειγόντων περιστατικών, για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών και των ασθενών τους.

Η δομή της συνέντευξης και οι καταγραφές έπειτα ελέγχονταν για την αξιοπιστία και γενικευσιμότητα από τους δύο αναλυτές δεδομένων. Η συντομότερη συνέντευξη διήρκεσε πέντε λεπτά και η μεγαλύτερη διήρκεσε 45, με το μέσο όρος να είναι ελαφρώς κάτω των 18 ετών. Επίσης ο μεγαλύτερος πληθυσμός αφορούσε νοσηλευτές από τους οποίους κανένας συνεντευξιαζόμενος από καμία εθνική μειονότητα δεν ήταν στη συνέντευξη και έτσι η μελέτη δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αντιπροσωπεύει τον γενικό πληθυσμό μας.

Με βάση λοιπόν τα αποτελέσματα του μόνο 16 από τους 53 υιοθετούν μια «προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή» στην επικοινωνία με τους ασθενείς, εν μέρει λόγω της αντιλαμβανόμενης έλλειψης χρόνου. Ο μέσος χρόνος διαβούλευσης ήταν 17,8 λεπτά. Ο Berry λοιπόν προτείνει ότι αυξάνεται ο φόρτος εργασίας και οι πιέσεις στο προσωπικό περιορίζουν το χρονικό διάστημα που ξοδεύουν με τους

ασθενείς και ότι, αν αυτό το χρονικό διάστημα θα μπορούσε να αυξηθεί, με μια προσέγγιση με βάση τον ασθενή, θα μπορούσαν να ευδοκιμήσουν η φροντίδα και η επικοινωνία. Έπειτα ο συγγραφέας προτείνει περαιτέρω ότι θα πρέπει να διεξάγονται διαβουλεύσεις μεταξύ της ομάδας επειγόντων περιστατικών και ασθενών κάνοντας πιο ανοιχτές ερωτήσεις, για να μελετήσουν πώς μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή για τη φροντίδα επηρεάζει την αποτελεσματικότητα στη λήψη ιστορικού και την ακριβή διάγνωση.

Οι Chisolm et al. (2001), αντίθετα με τον Berry (2009), συμπεραίνουν στη μελέτη τους από το χρόνο που πέρασαν με τους ασθενείς πολλοί κλινικοί, οι ιατροί οι οποίοι περνούν μόνο μικρή ώρα με τους ασθενείς μπορούν να επιτύχουν ακριβείς διαγνώσεις και να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι με τη φροντίδα που λαμβάνουν.

Η παρατηρητική μελέτη των συγγραφέων, χρόνου-κίνησης αφορούσε το πόσο συχνά εντατικοποιούνται και οι πρώτες βοήθειες, πόσο συχνά διακόπτονται οι επαγγελματίες και το είδος της εργασίας που συνήθως κάνουν όταν αυτοί διακόπτονται (Chisholm et al., 2001).

Τα ευρήματα έδειξαν ότι το προσωπικό έκτακτης φροντίδας διακόπτεται περίπου δέκα φορές την ώρα, που είναι περισσότερο από δύο φορές τόσο συχνά όσο το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίοι διακόπτονται περίπου τέσσερις φορές την ώρα. Αυτό θεωρείται ότι οφείλεται στο γεγονός ότι το μη επείγον τμήμα μπορεί να δει τους ασθενείς τακτικά σε ιδιωτικό ιατρείο.

5 Έρευνα: η περίπτωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου της Λαμίας

Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται η περίπτωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) της πόλης της Λαμίας. Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία τίθενται είναι τα εξής:

- Η λειτουργία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών καθίστανται ορθή;
- Οι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι και σε τι βαθμό;
- Ποιοί είναι οι παράγοντες επίδρασης της ικανοποίησης των ασθενών;

5.1 Σκοπός και στόχοι έρευνας

Με βάση λοιπόν τα προαναφερόμενα ερευνητικά ερωτήματα. Προς αυτό σκοπό λοιπόν τίθενται οι εξής στόχοι:

- Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.
- Παράγοντες επίδρασης στην ικανοποίηση των ασθενών.

5.2 Μεθοδολογία έρευνας

5.2.1 Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική περιγραφική έρευνα (cross-sectional).

5.2.2 Πληθυσμός-δείγμα

Ο πληθυσμός-δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν ασθενείς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Από τους ασθενείς 119 απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που έλαβαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας .

5.2.3 Μέσο συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου αλλά και ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που έλαβαν στο Τ.Ε.Π. Λαμίας (Παράρτημα Α).

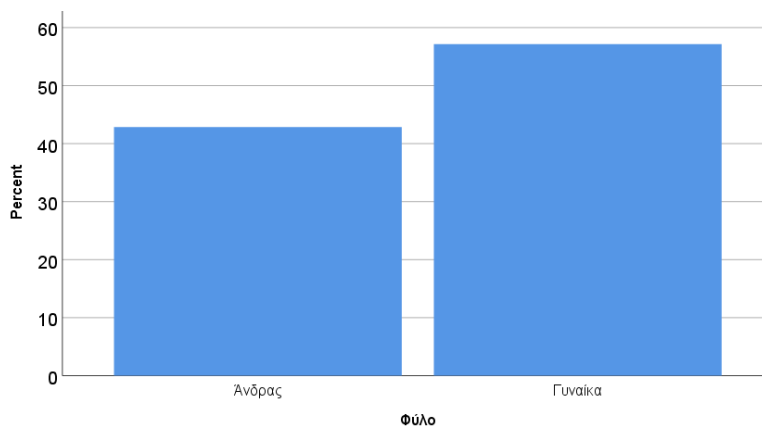
5.2.4 Ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS Version 25 (SPSS, Inc. Chigago IL, USA). Εφαρμόστηκε η μέθοδος περιγραφικής στατιστικής.

5.3 Αποτελέσματα

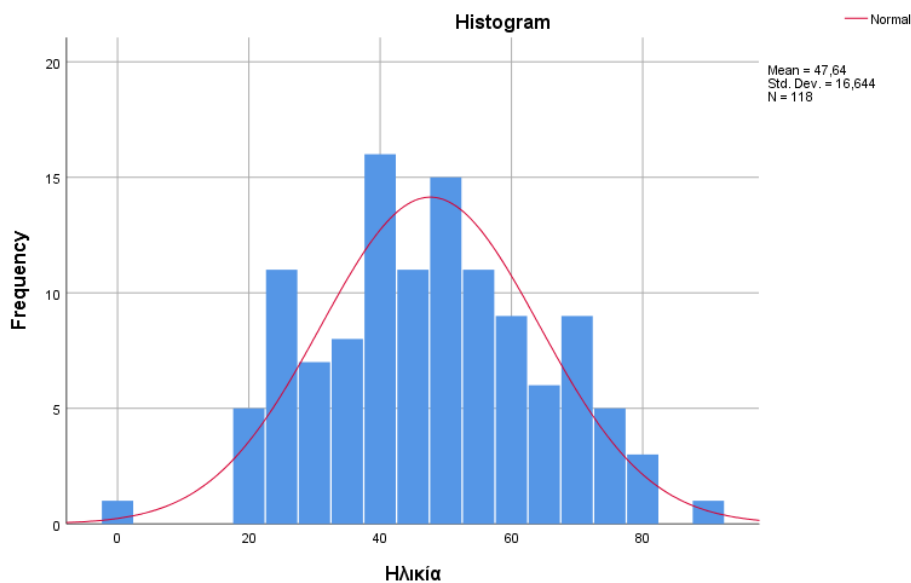
5.3.1 Δημογραφικά στοιχεία

Στην παρούσα υποενότητα αναλύονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων. Με βάση το Γράφημα 1 φαίνεται ότι περίπου το 43% από τους ερωτηθέντες ήταν άντρες ενώ το 57% γυναίκες.



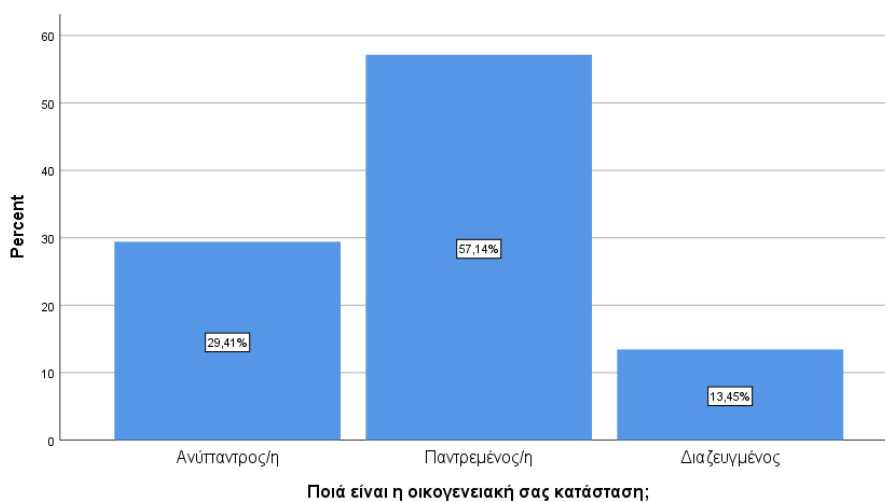
Γράφημα 1. Κατανομή φύλου του ερωτηματολογίου.

Στο Γράφημα 2 αντικατοπτρίζεται το ιστόγραμμα της ηλικιακής κατανομής των ερωτηθέντων με το μεγαλύτερο ποσοστό να ανήκει στην ηλικία των 48 με μια απόκλιση περίπου του 16.



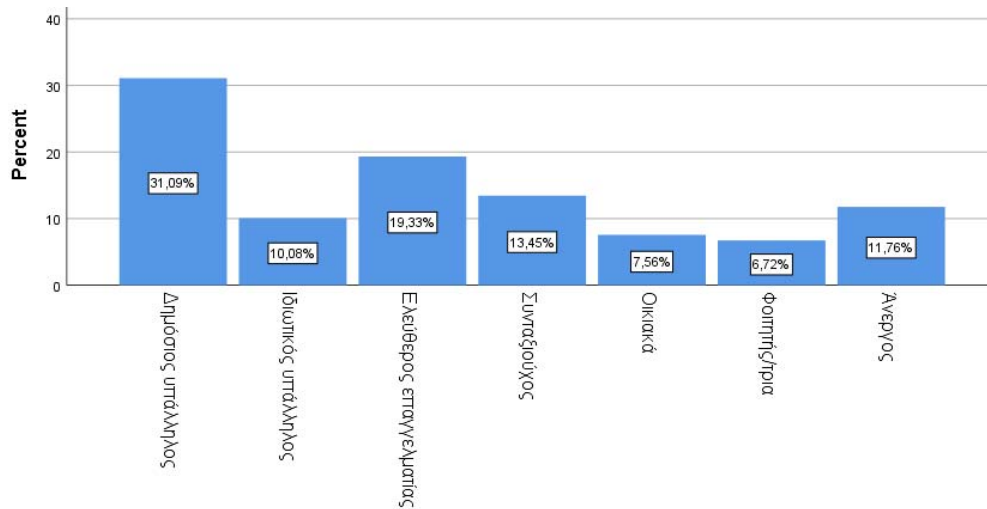
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα ηλικιακής κατανομής των ερωτηθέντων.

Όπως αντικατοπτρίζεται στο Γράφημα 3 το 57% των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι, το 30% ανύπαντροι και το 13% διαζευγμένοι. Στο σημείο αυτό σημειώνεται ότι στους παντρεμένους έχουν συμπεριληφθεί και οι χήροι.



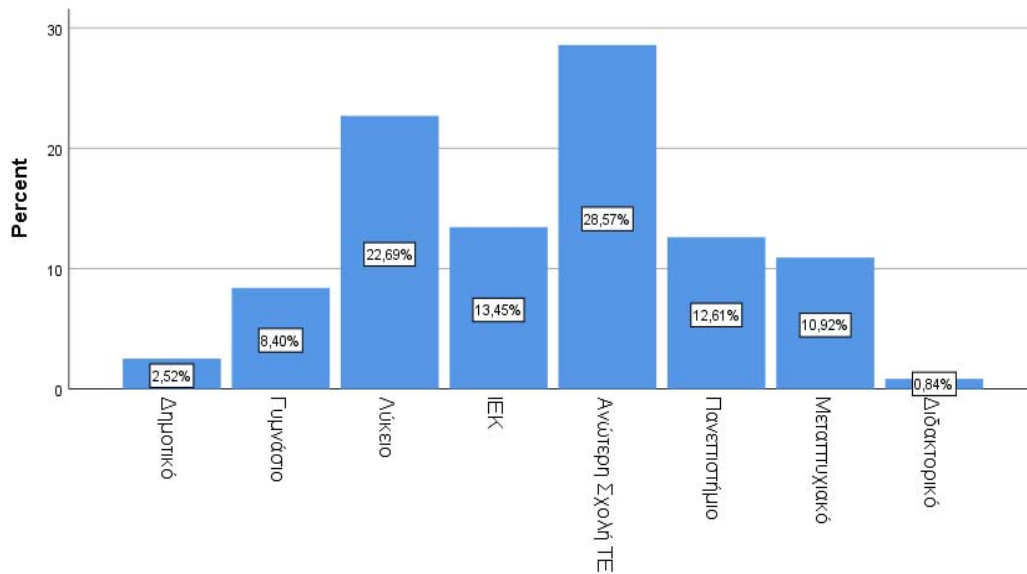
Γράφημα 3. Ποσοστά απάντησης στην ερώτηση ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση.

Στη συνέχεια στο Γράφημα 4 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 32%, ανήκει στους δημοσίους υπαλλήλους, το 19% στους ελεύθερους επαγγελματίες, το 14 % στους συνταξιούχους, 12 στους ανέργους και 10% στους ιδιωτικούς υπαλλήλους.



Σε ποιά από τις παρακάτω κατηγορίες επαγγελμάτων ανήκει το δικό σας;

Γράφημα 4. Ποσοστά ανάλυσης στη ερώτηση σε ποια από τις κατηγορίες επαγγελμάτων ανήκει το δικό σας.



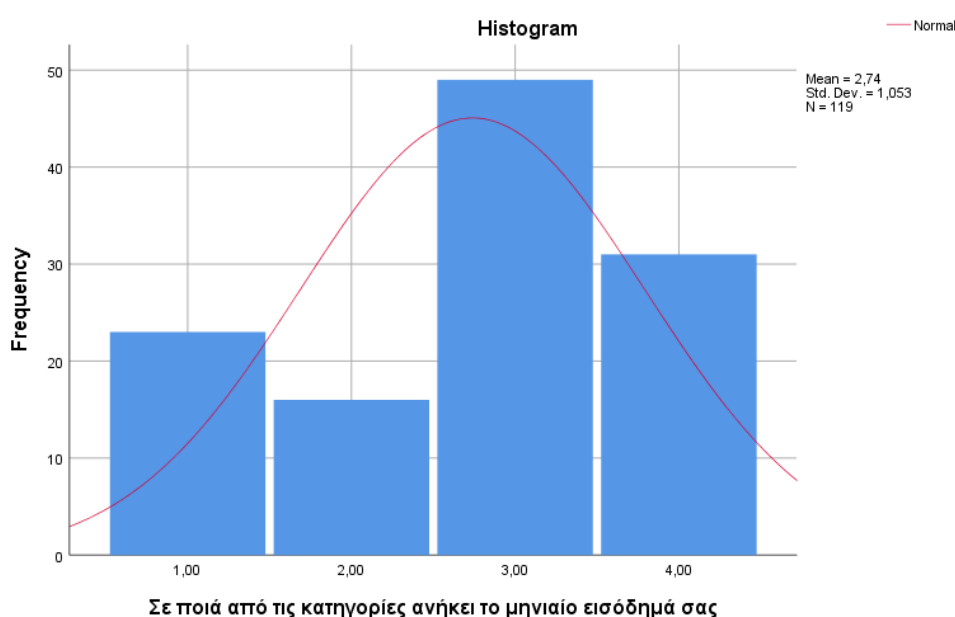
Σε ποιά από τις κατηγορίες ανήκει το μορφωτικό σας επίπεδο

Γράφημα 5. Ποσοστά απάντησης στην ερώτηση σε ποια κατηγορία ανήκει το μορφωτικό σας επίπεδο.

Σύμφωνα με το Γράφημα 5 το 29% έχει αποφοιτήσει από ανώτερη σχολή ΤΕΙ, το 23% από λύκειο, το 14% από ΙΕΚ και 13% από Πανεπιστήμιο. Ενώ το 3% μόλις τελείωσε το δημοτικό και το 1% κατέχει τίτλο διδακτορικού.

Στο Γράφημα 6 με βάση το ιστογράμμο κατανομής εισοδήματος, παρατηρείται μια κανονική κατανομή για το δείγμα της παρούσας έρευνας. Σε αυτό το σημείο σημειώνεται ότι υπήρχε και η επιλογή εισοδήματος μεγαλύτερη από 2000, αλλά δεν υπήρχε ερωτηθέντας που την επέλεξε.

Με βάση λοιπόν τη μέση τιμή του ιστογράμματος το μέσο εισόδημα των ερωτηθέντων κυμαίνεται από 500-1000 ευρώ και έπειτα έρχεται η κατηγορία εισοδήματος από 1001-2000 ευρώ.



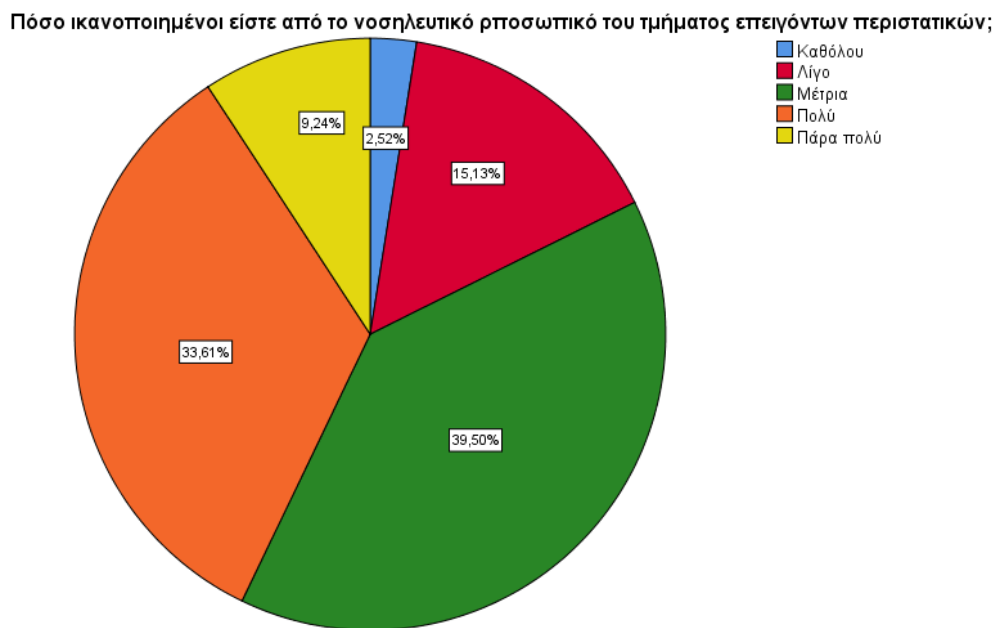
Γράφημα 6. Ιστογράμμο κατανομής εισοδήματος με βάση την ανάλυση. 1=καθόλου εισόδημα, 2=1-500 ευρώ, 3=501-1000, 4=1001-2000.

5.3.2 Ανάλυση στοιχείων υπηρεσιών του τμήματος και ικανοποίησης των ασθενών

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου παρατίθενται κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες του Τ.Ε.Π. της Λαμίας. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν στις υπηρεσίες των νοσηλευτών, του ιατρικού προσωπικού και της ιατρικής περίθαλψης γενικότερα.

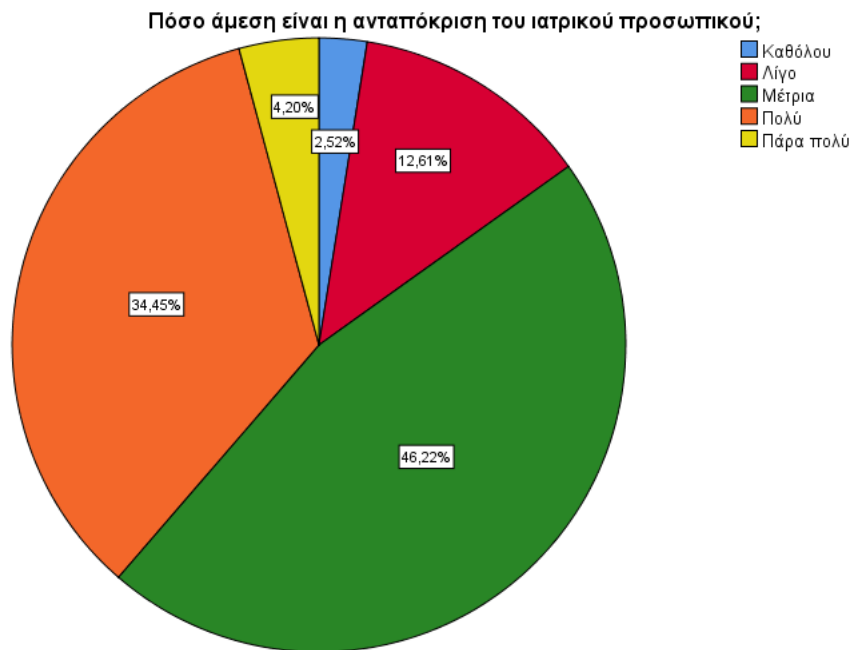
Στο Γράφημα 7 αναλύονται τα ποσοστά απάντησης στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό του Τ.Ε.Π. Λαμίας. Το 40% των ερωτηθέντων είναι μέτρια ικανοποιημένο, το 34% πολύ, το 15% λίγο, το 9%

πάρα πολύ και το 3% καθόλου. Άρα οι υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού χρήζουν περαιτέρω βελτίωσης σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.



Γράφημα 7. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό του Τ.Ε.Π. Λαμίας.

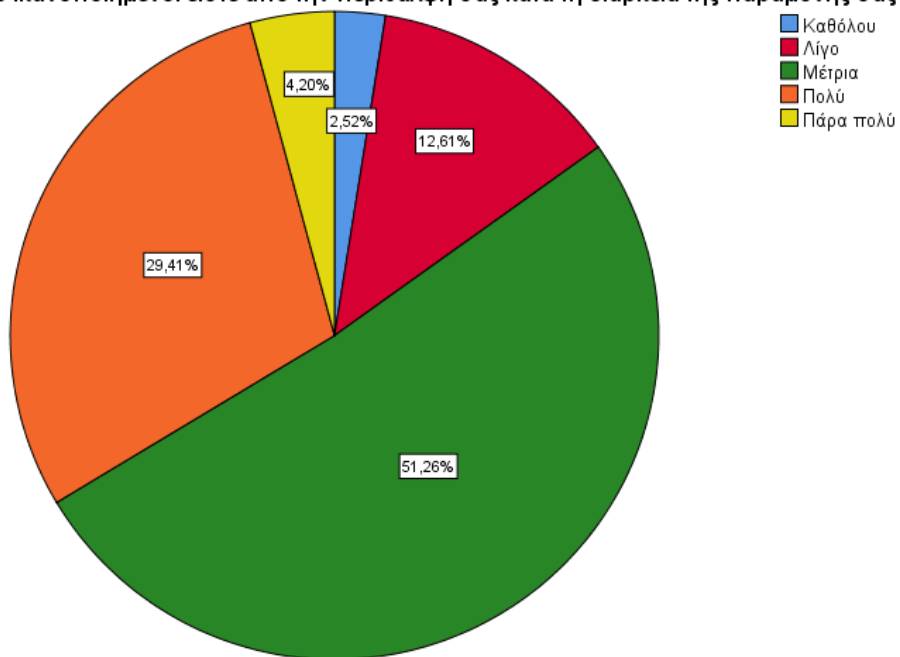
Σχεδόν στα ίδια ποσοστά με το Γράφημα 7 παρουσιάζονται και στο Γράφημα 8 που παρουσιάζει την ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση πόσο άμεση είναι η ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού του Τ.Ε.Π. Λαμίας.



Γράφημα 8. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση πόσο άμεση είναι η ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού του Τ.Ε.Π. Λαμίας.

Οι μισοί ερωτηθέντες (51%) στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είναι από την περίθαλψή τους κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο Τ.Ε.Π. Λαμίας απάντησαν ότι έμειναν ικανοποιημένοι σε μέτριο βαθμό και το 30% έμειναν πολύ ικανοποιημένοι. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ποσοστό που έμειναν λίγο ικανοποιημένοι παραμένει σταθερό στο 13% περίπου, όπως και στα δυο προηγούμενα ερωτήματα.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περιθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.

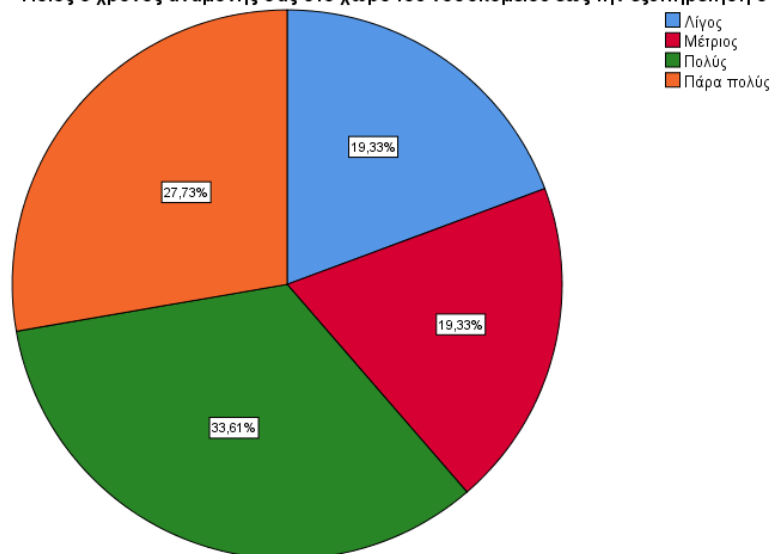


Γράφημα 9. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση ικανοποιημένοι είστε από την περιθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π. Λαμίας.

Στο Γράφημα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης στην ερώτηση ποιος είναι ο χρόνος αναμονής στο Τ.Ε.Π. Λαμίας. Σημαντικό είναι και πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι πάνω από το 50% δηλώνει ότι ο χρόνος αναμονής ήταν πολύς και πάρα πολύς.

Πιο αναλυτικά το 28% δήλωσε ότι ο χρόνος αναμονής είναι πάρα πολύς, το 34% πολύς, ενώ 20% αντίστοιχα δήλωσε χρόνο παραμονής λίγο έως μέτριο.

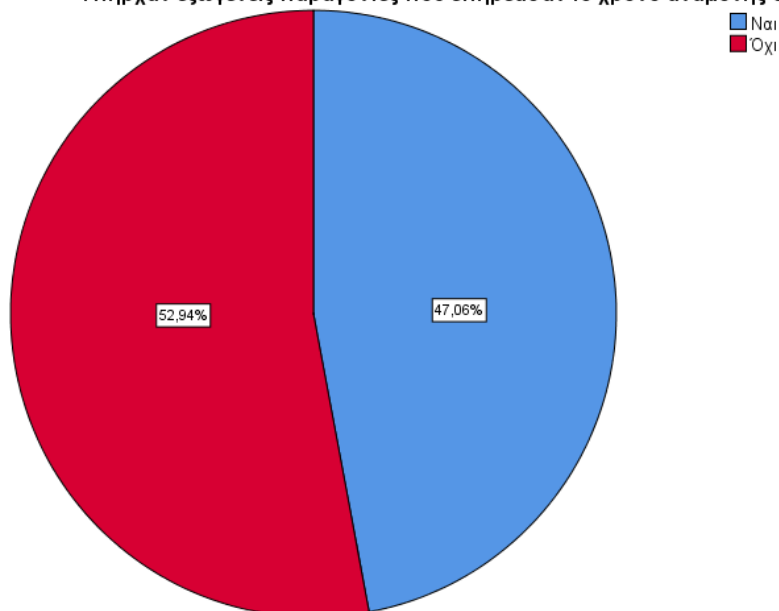
Ποιός ο χρόνος αναμονής σας στο χώρο του νοσοκομείου έως την εξυπηρέτησή σας;



Γράφημα 10. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση ποιος είναι ο χρόνος αναμονής στο Τ.Ε.Π. Λαμίας.

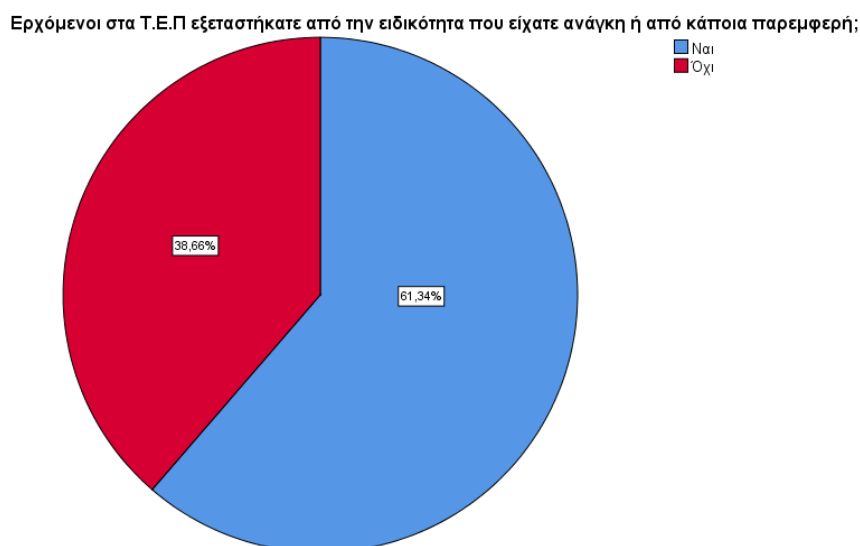
Επίσης με βάση το ερωτηματολόγιο σημαντικό είναι ότι 50% των καθυστερήσεων στην εξέταση δεν προήλθε από εξωγενείς παράγοντες που δείχνει ότι εσωτερικοί λόγοι ίσως ευθύνονται για το μεγάλο χρόνο αναμονής.

Υπήρχαν εξωγενείς παράγοντες που επηρέασαν το χρόνο αναμονής σας;



Γράφημα 11. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν υπήρχαν εξωγενείς παράγοντες που αύξησαν το χρόνο αναμονής.

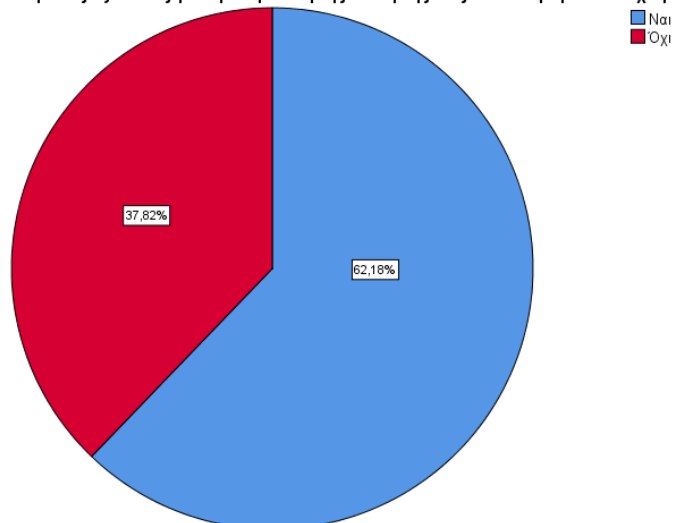
Χαρακτηριστικό είναι ότι στην ερώτηση εάν εξεταστήκατε από την ειδικότητα που έπρεπε ανάλογα με την περίπτωση της ασθένειάς σας, μόλις το 61% εξετάστηκε, ενώ το υπόλοιπο 39% όχι. Αυτό θεωρείται πολύ σημαντικό καθώς σχετίζεται άμεσα με την ασφάλεια του ασθενούς.



Γράφημα 12. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν στο Τ.Ε.Π. Λαμίας εξεταστήκατε από την ειδικότητα που έπρεπε.

Επίσης με βάση το Γράφημα 13 υπήρξαν εξετάσεις, 38%, όπου έγιναν εκτός του Νοσοκομείου της Λαμίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην έλλειψη κάποιας ειδικότητας ή κάποιου μηχανήματος διάγνωσης.

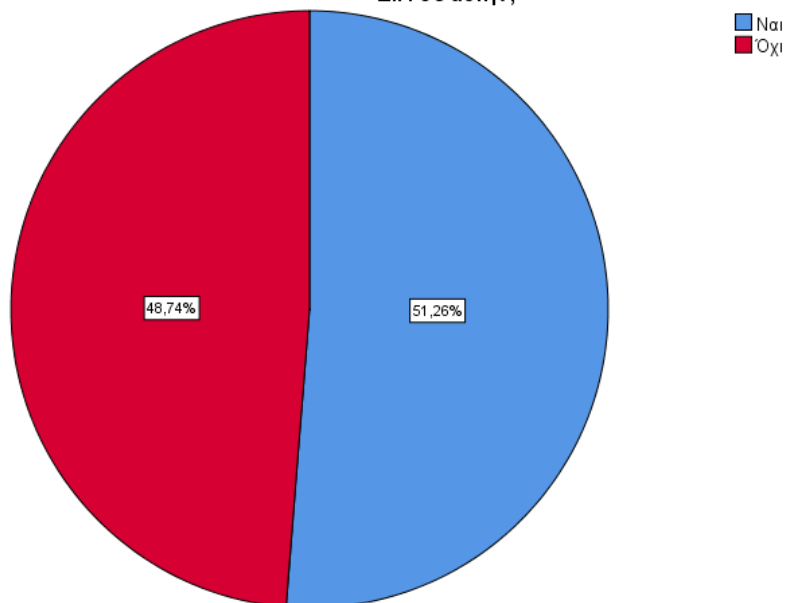
Όλες οι αναγκαίες εξετάσεις για τη διάγνωση της πάθησής σας υλοποιήθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου;



Γράφημα 13. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν όλες οι εξετάσεις έγιναν στο Τ.Ε.Π. Λαμίας.

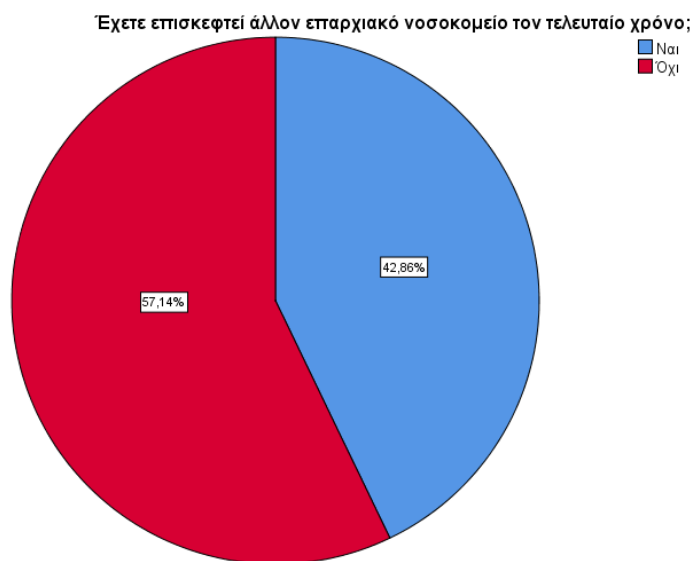
Από τους ερωτηθέντες, στην ερώτηση εάν χρειάστηκε νοσηλεία σε κλινική του νοσοκομείου και εάν ήταν σύντομο το χρονικό διάστημα μετάβασης από το Τ.Ε.Π. σε αυτήν φαίνεται ότι το 50% απάντησε ναι και το υπόλοιπο 50% απάντησε όχι (Γράφημα 14).

Εάν χρειάστηκε νοσηλεία σε κλινική του νοσοκομείου ήταν σύντομο το χρονικό διάστημα μετάβασης από το Τ.Ε.Π σε αυτήν;



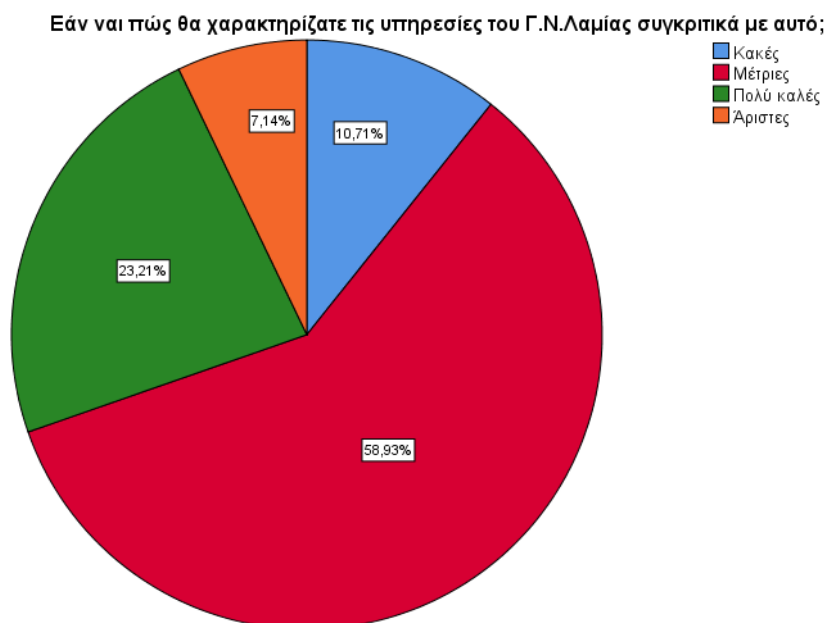
Γράφημα 14. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν χρειάστηκε νοσηλεία σε κλινική του νοσοκομείου και εάν ήταν σύντομο το χρονικό διάστημα μετάβασης από το Τ.Ε.Π.

Τέλος, για να γίνει σύγκριση του Τ.Ε.Π. Λαμίας με άλλα νοσοκομεία οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν εάν έχουν επισκεφτεί άλλα νοσοκομεία και πώς βαθμολογούν το Τ.Ε.Π. Λαμίας σε σύγκριση με των άλλων νοσοκομείων. Από αυτούς το 50% επισκέφτηκε άλλο νοσοκομείο, ενώ το υπόλοιπο 50% όχι (Γράφημα 15).



Γράφημα 15. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση εάν επισκέφτηκαν πρόσφατα άλλο νοσοκομείο εκτός από το Τ.Ε.Π. Λαμίας.

Το περίπου 60% θεωρεί το Τ.Ε.Π. Λαμίας σε σύγκριση με άλλων νοσοκομείων μέτριο, ενώ θετικό είναι ότι υπάρχει και ένα ποσοστό, 23% που το θεωρεί πολύ καλό. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό, 7% θεωρεί ότι το Τ.Ε.Π. είναι άριστο και ένα 11% ότι είναι πολύ κακό στις υπηρεσίες του (Γράφημα 16).



Γράφημα 16. Ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση πώς θα χαρακτηρίζατε τις υπηρεσίες του Τ.Ε.Π. Λαμίας σε σύγκριση με το άλλο νοσοκομείο που επισκεφτήκατε πρόσφατα.

5.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Στην παρούσα υποενότητα πρόκειται να συζητηθούν τα αποτελέσματα, ως προς την επίδραση κάποιων παραγόντων στην ικανοποίηση των ασθενών από το Τ.Ε.Π. Λαμίας.

5.4.1 Επίδραση του χρόνου αναμονής στην ικανοποίηση των ασθενών

Μια καίρια ερώτηση η οποία τίθενται είναι εάν ο χρόνος αναμονής επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενούς και σε τι βαθμό. Στον Πίνακα 5.1 απεικονίζονται αυτά τα αποτελέσματα για τα δυο φύλα ξεχωριστά, άνδρα και γυναίκα.

Πίνακας 5.1. Επίδραση του χρόνου αναμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών στην ικανοποίηση των ασθενών για άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά.

Φύλο	Πόσο	Καθόλου	Count	Ποιός ο χρόνος αναμονής σας στο χώρο του νοσοκομείου έως την εξυπηρέτησή σας;			
				Λίγος	Μέτριος	Πολύς	Πάρα πολύς
Ανδρας				0	0	1	1

	ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.		% within	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%
			Count	1	0	2	4
		Λίγο	% within	14,3%	0,0%	28,6%	57,1%
			Count	2	6	10	3
		Μέτρια	% within	9,5%	28,6%	47,6%	14,3%
			Count	6	3	6	4
		Πολύ	% within	31,6%	15,8%	31,6%	21,1%
			Count	1	1	0	0
		Πάρα πολύ	% within	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
			Count	10	10	19	12
Total	% within	19,6%	19,6%	37,3%	23,5%		
	Count	0	0	1	0		
Γυναίκα	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	% within	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
			Count	0	0	2	6
		Λίγο	% within	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%
			Count	9	7	12	12
		Μέτρια	% within	22,5%	17,5%	30,0%	30,0%
			Count	3	6	4	3
		Πολύ	% within				
			Count				

	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	18,8%	37,5%	25,0%	18,8%
Πάρα πολύ	Count	1	0	2	0
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%
Total	Count	13	13	21	21
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	19,1%	19,1%	30,9%	30,9%

Σημαντικά είναι τα ποσοστά που έχουν επισημανθεί με έντονο μαύρο. Στην περίπτωση των ανδρών παρατηρείται ότι 50% που δήλωσαν πολύ και πάρα πολύ χρόνο αναμονής δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από την περίθαλψη τους στο Τ.Ε.Π. Λαμίας. Ενώ το 32% που δήλωσε λίγο χρόνο αναμονής έμεινε πολύ ικανοποιημένο από το Τ.Ε.Π. Λαμίας.

Σημαντικό είναι το ποσοστό στην περίπτωση των γυναικών, οι οποίες δήλωσαν ότι ο χρόνος αναμονής ήταν πολύς και δεν έμειναν καθόλου ευχαριστημένες από την περίθαλψή τους. Επομένως είναι ασφαλές να ειπωθεί ότι ο χρόνος αναμονής αποτελεί μια σημαντική παράμετρο για τη βελτίωση της ποιότητας του Τ.Ε.Π. Λαμίας.

5.4.2 Επίδραση των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών

Στον Πίνακα 5.2 παρουσιάζεται η επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών με βάση το διαφορετικό φύλο. Ποσοστό 50% των ασθενών που δεν έμειναν καθόλου ή λίγο ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από την περίθαλψή τους.

Ωστόσο το μεγαλύτερο ποσοστό 57% έμειναν λίγο ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό και ταυτόχρονα λίγο ικανοποιημένοι από την περίθαλψη

τους. Ακόμα χαρακτηριστικό είναι ότι το ίδιο ποσοστό που έμεινε ικανοποιημένο πολύ από τους νοσηλευτές το ίδιο αντιστοιχεί και στην ικανοποίηση της περίθαλψης. Παρατηρείται σε αυτήν την περίπτωση μια αναλογία μεταξύ αυτών των δυο ποσοστών, γεγονός που μπορεί να εξασφαλίσει ότι σίγουρα η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τους νοσηλευτές.

Πίνακας 5.2. Επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών.

			Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών;					
Φύλο			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	
Ανδρας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count 1	1	0	0	0	
			% within	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.					
		Λίγο	Count 1	4	1	1	0	
			% within	14,3%	57,1%	14,3%	14,3%	0,0%
			Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.					
		Μέτρια	Count 0	3	13	4	1	
			% within	0,0%	14,3%	61,9%	19,0%	4,8%
			Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.					
		Πολύ	Count 0	1	1	14	3	
			% within	0,0%	5,3%	5,3%	73,7%	15,8%
			Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.					
		Πάρα πολύ	Count 0	0	0	1	1	
			% within	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%
			Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.					
Γυναίκα	Πόσο	Καθόλου	Count 0	0	1	0	0	

ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	% within	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.					
Λίγο	Count	0	2	5	1	0
	% within	0,0%	25,0%	62,5%	12,5%	0,0%
Μέτρια	Count	1	6	22	8	3
	% within	2,5%	15,0%	55,0%	20,0%	7,5%
Πολύ	Count	0	1	4	9	2
	% within	0,0%	6,3%	25,0%	56,3%	12,5%
Πάρα πολύ	Count	0	0	0	2	1
	% within	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%

Στις γυναίκες, με βάση τον Πίνακα 5.2 φαίνεται ότι η επίδραση έχει σχεδόν τα ίδια αποτελέσματα με αυτά στην περίπτωση των ανδρών.

5.4.3 Επίδραση της ανταπόκρισης του ιατρικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών

Μια αναλογία ποσοστών φαίνεται να παρατηρείται και στην περίπτωση της επίδρασης της άμεσης ανταπόκρισης του ιατρικού προσωπικού στην ικανοποίηση της περίθαλψης. Αυτό δείχνει ότι η επίδραση του συγκεκριμένου παράγοντα είναι πολύ σημαντική.

Στην περίπτωση των αντρών, πιο αναλυτικά το 71% δηλώνει λίγη ικανοποίηση στην ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού και λίγη ικανοποίηση στην περίθαλψη στο

Τ.Ε.Π. Λαμίας. Επίσης μεγάλο ποσοστό, 69% αυτών που δηλώνουν πολύ ικανοποίηση από την ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού δηλώνει πολύ ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη.

Πίνακας 5.3. Επίδραση της ανταπόκρισης του ιατρικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών.

Φύλο	Πόσο	Καθόλου	Count	Πόσο άμεση είναι η ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού;				
				Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Ανδρας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	1	0	1	0	0
			% within	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%
		Λίγο	Count	0	5	1	1	0
			% within	0,0%	71,4 %	14,3%	14,3 %	0,0%
Ανδρας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Μέτρια	Count	0	3	13	5	0
			% within	0,0%	14,3 %	61,9%	23,8 %	0,0%
		Πολύ	Count	0	0	5	13	1
			% within	0,0%	0,0%	16,7%	41,3 %	16,7%

			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψηή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	0,0%	26,3%	68,4 %	5,3%
	Πάρα πολύ	Count		0	0	0	1	1
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψηή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	0,0%	0,0%	50,0 %	50,0 %
Total		Count		1	8	20	20	2
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψηή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	2,0%	15,7 %	39,2%	39,2 %	3,9%
Γυναίκα	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψηή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	0	0	1	0	0
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψηή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	0,0%	100,0 %	0,0%	0,0%
		Λίγο	Count	1	3	3	1	0
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψηή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	12,5%	37,5 %	37,5%	12,5 %	0,0%
		Μέτρια	Count	1	3	25	10	1

	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	2,5%	7,5%	62,5%	25,0%	2,5%
Πολύ	Count	0	1	6	8	1
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	6,3%	37,5%	50,0%	6,3%
Πάρα πολύ	Count	0	0	0	2	1
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%
Total	Count	2	7	35	21	3
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	2,9%	10,3%	51,5%	30,9%	4,4%

Στην περίπτωση των γυναικών μπορεί να ειπωθεί ότι υπάρχει μια πιο αυστηρή κριτική καθώς όλες οι γυναίκες που δηλώνουν μέτρια ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό δηλώνουν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένες από το Τ.Ε.Π.

5.4.4 Επίδραση της υλικής υποστήριξης στην ικανοποίηση των ασθενών

Ένα πολύ βασικό ερώτημα είναι εάν και κατά πόσο η υλική υποστήριξη επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών ως προς τις υπηρεσίες του Τ.Ε.Π. Σύμφωνα λοιπόν με

τα αποτελέσματα που αναλύονται στον Πίνακα 5.4 για την περίπτωση των ανδρών το 57% που θεωρούν την υλική υποστήριξη μέτρια είναι λίγο ικανοποιημένοι από την περίθαλψη του Τ.Ε.Π. Επίσης 50% που δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι από την υλική υποστήριξη δεν είναι και καθόλου ευχαριστημένοι από την ιατρική περίθαλψη.

Πίνακας 5.4. Επίδραση της υλικής υποστήριξης στην ικανοποίηση των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών.

Φύλο	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την υλική υποστήριξη του νοσοκομείου;	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την υλική υποστήριξη του νοσοκομείου;						
		Καθόλου	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ		
Ανδρας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	1	1	0	0	0
			% within	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		Λίγο	Count	1	4	2	0	0
			% within	14,3%	57,1%	28,6%	0,0%	0,0%
		Μέτρια	Count	3	6	9	2	1
			% within	14,3%	28,6%	42,9%	9,5%	4,8%
		Πολύ	Count	0	3	6	9	1
			% within	0,0%	14,3%	28,6%	42,9%	14,3%

			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	15,8%	31,6%	47,4%	5,3%
	Πάρα πολύ	Count		0	0	1	1	0
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
	Total	Count		5	14	18	12	2
Γυναίκα	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	0	1	0	0	0
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			Count	1	3	4	0	0
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	12,5%	37,5%	50,0%	0,0%	0,0%
		Μέτρια	Count	5	16	17	2	0
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	12,5%	40,0%	42,5%	5,0%	0,0%
		Πολύ	Count	1	2	8	5	0

	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψη σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	6,3%	12,5%	50,0%	31,3%	0,0%
Πάρα πολύ	Count	0	0	0	2	1
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαψη σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%

Επίσης στην περίπτωση των γυναικών παρατηρείται μια παρόμοια συμπεριφορά. Ωστόσο με βάση τα ποσοστά μπορεί να ειπωθεί ότι η υλική υποστήριξη δεν έχει σημαντική βαρύτητα στην ικανοποίηση των ασθενών.

5.4.5 Επίδραση της εξέτασης από τη σωστή ειδικότητα ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς στην ικανοποίηση των ασθενών

Λαμβάνοντας υπόψη τα ποσοστά που προκύπτουν από την ανάλυση και καταγράφονται στον Πίνακα 5.5 φαίνεται μια σημαντική επίδραση του γεγονότος ότι οι ασθενείς δεν εξετάστηκαν από την κατάλληλη, ως προς την ασθένειά τους, ειδικότητα.

Πιο συγκεκριμένα, στους άνδρες το 72% που δεν εξετάστηκαν από την κατάλληλη ειδικότητα ανέφεραν λίγη ικανοποίηση από την περίθαψη στο Τ.Ε.Π. Λαμίας. Επίσης αυτοί που εξετάστηκαν από την κατάλληλη ειδικότητα δήλωσαν ότι είναι πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το Τ.Ε.Π. Λαμίας.

Στην περίπτωση των γυναικών παρατηρείται η ίδια σημαντική εξάρτηση μεταξύ των δυο ερωτημάτων. Το 100% που δήλωσε ότι δεν εξετάστηκε από την αρμόδια ειδικότητα δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο με την ιατρική περίθαψη.

Επίσης το 75% που εξετάστηκε από την αρμόδια ειδικότητα δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ικανοποίηση του ασθενούς.

Πίνακας 5.5. Επίδραση της εξέτασης από την ειδικότητα που χρειάζεται στην ικανοποίηση του ασθενούς.

Φύλο				Ερχόμενοι στα Τ.Ε.Π εξεταστήκατε από την ειδικότητα που είχατε ανάγκη ή από κάποια παρεμφερή;	
				Ναι	Όχι
Ανδρας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	1	1
			% within	50,0%	50,0%
		Λίγο	Count	2	5
			% within	28,6%	71,4%
		Μέτρια	Count	8	13
			% within	38,1%	61,9%
Πολύ	Count	17	2		
	% within	89,5%	10,5%		
Πάρα πολύ	Count	2	0		
	% within	100,0%	0,0%		
Total		Count	30	21	
		% within	58,8%	41,2%	
Γυναίκα	Πόσο ικανοποιημένοι	Καθόλου	Count	0	1

είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	% within	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	100,0%
	Count		3	5
Λίγο	% within	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	37,5%	62,5%
	Count		25	15
Μέτρια	% within	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	62,5%	37,5%
	Count		12	4
Πολύ	% within	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	75,0%	25,0%
	Count		3	0
Πάρα πολύ	% within	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	100,0%	0,0%
	Count		3	0
Total	Count		43	25
	% within	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	63,2%	36,8%

5.4.6 Επίδραση του παράγοντα εάν οι αναγκαίες εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου στην ικανοποίηση των ασθενών

Σημαντική επίσης επίδραση στην ικανοποίηση του ασθενούς διαδραματίζει και το γεγονός ότι οι εξετάσεις για τη διάγνωση της πάθησης υλοποιήθηκαν ή όχι στο χώρο του νοσοκομείου. Το 100% των ασθενών που δεν πραγματοποίησε τις εξετάσεις στο νοσοκομείο δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο από το Τ.Ε.Π. Λαμίας. Ενώ 86% δήλωσε ότι είναι λίγο ικανοποιημένο από την ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο δεν μπορεί να εξαχθεί και το ίδιο συμπέρασμα για την περίπτωση των γυναικών.

Πίνακας 5.6. Επίδραση εάν οι αναγκαίες εξετάσεις έγιναν στο χώρο του νοσοκομείου, στην ικανοποίηση του ασθενούς.

				Όλες οι αναγκαίες εξετάσεις για τη διάγνωση της πάθησής σας υλοποιήθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου;	
				Ναι	Όχι
Φύλο					
Ανδρας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	0	2
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	0,0%	100,0%
		Λίγο	Count	1	6
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	14,3%	85,7%
		Μέτρια	Count	8	13
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	38,1%	61,9%
		Πολύ	Count	18	1
% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	94,7%		5,3%		
Πάρα πολύ	Count	2	0		
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	100,0%	0,0%		
Total			Count	29	22
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	56,9%	43,1%
Γυναίκα	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	1	0
			% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	100,0%	0,0%
			Λίγο	4	4

	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	50,0%	50,0%
Μέτρια	Count	22	18
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	55,0%	45,0%
Πολύ	Count	16	0
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	100,0%	0,0%
Πάρα πολύ	Count	2	1
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	66,7%	33,3%
Total	Count	45	23
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	66,2%	33,8%

5.4.7 Επίδραση του χρόνου μετάβασης σε κλινική του νοσοκομείου στην ικανοποίηση των ασθενών

Επίσης με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 5.7 ο χρόνος μετάβασης από το Τ.Ε.Π. σε μια κλινική του νοσοκομείου φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση περίθαλψης του ασθενούς. Στην περίπτωση των αντρών, όσοι δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι ανέφεραν όλοι ότι το χρονικό διάστημα μεταφοράς δεν ήταν σύντομο. Ακόμα το 72% αυτών που δήλωσαν ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι ανέφεραν ότι το χρονικό διάστημα δεν ήταν σύντομο. Το ίδιο και στην περίπτωση της μέτριας ικανοποίησης.

Στην περίπτωση των γυναικών, όπως και στην περίπτωση του ερωτήματος 5.4.6 το χρονικό διάστημα μετάβασης δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα μόνο το 63% αυτών που δήλωσαν ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι ανέφεραν επίσης ότι ο χρόνος μεταβίβασης δεν ήταν σύντομος.

Πίνακας 5.7. Επίδραση του χρόνου μετάβασης σε άλλη κλινική στην ικανοποίηση του ασθενούς.

Φύλο				Εάν χρειάστηκε νοσηλεία σε κλινική του νοσοκομείου ήταν σύντομο το χρονικό διάστημα μετάβασης από το Τ.Ε.Π σε αυτήν;	
				Ναι	Όχι
Ανδρας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	0	2
			% within	0,0%	100,0%
		Λίγο	Count	2	5
			% within	28,6%	71,4%
		Μέτρια	Count	5	16
			% within	23,8%	76,2%
		Πολύ	Count	15	4
% within	78,9%		21,1%		
Πάρα πολύ	Count	1	1		
	% within	50,0%	50,0%		
Total	Count	23	28		
	% within	45,1%	54,9%		
Γυναίκα	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	Καθόλου	Count	0	1
			% within	0,0%	100,0%
		Λίγο	Count	3	5

	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	37,5%	62,5%
Μέτρια	Count	21	19
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	52,5%	47,5%
Πολύ	Count	11	5
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	68,8%	31,3%
Πάρα πολύ	Count	3	0
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	100,0%	0,0%
Total	Count	38	30
	% within Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.	55,9%	44,1%

5.5 Συζήτηση

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με αυτά άλλης βιβλιογραφίας μπορεί να ειπωθεί ότι συμφωνούν. Πιο συγκεκριμένα οι Soleimanpour *et al.* (Soleimanpour *et al.*, 2011) βρήκανε ότι ο χρόνος αναμονής ήταν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες μη ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης και σε αυτήν την περίπτωση βρήκαν ο χρόνος αναμονής να επηρεάζει την ικανοποίηση, με το 63% των ασθενών να δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι. Με βάση τα συμπεράσματά τους θεωρούν ότι η βελτίωση του χρόνου αναμονής θα συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών.

Οι Nayeri *et al.* (Nayeri *et al.*, 2010) πραγματοποίησαν μια έρευνα είκοσι χρόνων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Αυτοί επισήμαναν ότι ο βελτίωση του χρόνου αναμονής αποτελεί ένα σημαντικό μειονέκτημα και η βελτίωση αυτού αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά ταυτόχρονα και την ασφάλειά του.

Δύο πρόσφατες μελέτες (DeFrances *et al.*, 2006) (Quintana *et al.*, 2006) εσωτερικών ασθενών τεκμηρίωσαν ότι η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού αύξησε την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ασθενών. Με βάση τους Meade *et al.* (Meade *et al.*, 2010) η αύξηση της παρουσίας, αλλά και της επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό αύξησε σημαντικά >60% την ικανοποίηση των ασθενών. Επομένως και η ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως αναφέρεται και στην παρούσα έρευνα συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό στην ικανοποίηση του ασθενούς.

Τέλος, οι Soremekun *et al.* (Soremekun *et al.*, 2011) διαπίστωσαν ότι βελτιώνοντας το χρόνο αναμονής και τις υπηρεσίες που προσφέρονται από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό βελτιώνεται σημαντικά η ικανοποίηση των ασθενών. Τα αποτελέσματα λοιπόν της παρούσας έρευνας συμφωνούν επίσης με αυτά των Soremekun *et al.*.

Τα προβλήματα λοιπόν μπορεί να ειπωθεί ότι είναι κοινά σε όλες τις περιπτώσεις και μπορεί αν παραδειγματιστούν οι διοικήσεις από άλλα νοσοκομεία με στόχο την αλλαγή της διαχείρισης του τμήματος επειγόντων περιστατικών.

6 Συμπεράσματα

Το άσχημο περιβάλλον νοσοκομειακής εργασίας κυρίως στα τμήματα επειγόντων περιστατικών είναι κοινό σε πολλές χώρες και συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα για τους νοσηλευτές, τους ιατρούς και όλους τους εμπλεκόμενους και ιδιαίτερα για την τελική ποιότητα της περίθαλψης.

Με βάση τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης το δείγμα που αναλύεται είναι αντιπροσωπευτικό καθώς παρατηρείται μια κανονική κατανομή. Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, >50%, εκφράζει μέτρια ικανοποίηση και ως προς την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού και ως προς την απόκριση του ιατρικού προσωπικού. Ωστόσο θετικό είναι ότι ένα ποσοστό, περίπου 30%, εκφράζει πολύ ικανοποίηση από νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Αναλύοντας την επίδραση της ανταπόκρισης στην ικανοποίηση των ασθενών, σχεδόν το 60% που δήλωσε ότι είναι μέτρια ικανοποιημένο από την ανταπόκριση, δήλωσε ότι είναι και μέτρια ικανοποιημένο και από την περίθαλψη.

Χαρακτηριστικό είναι ότι παραπάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (περίπου 70%) δήλωσαν ότι ο χρόνος αναμονής ήταν πολύς και πάρα πολύς. Επίσης οι μισοί από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι ο χρόνος αναμονής δεν επηρεάστηκε από εξωγενείς παράγοντες, γεγονός που μπορεί να ερμηνευτεί ότι οφείλεται σε μη ορθή διαχείριση του νοσοκομείου.

Με βάση την ανάλυση της επίδρασης του χρόνου αναμονής στην ικανοποίηση της περίθαλψης φαίνεται ότι ο χρόνος αναμονής έχει μεγάλη επίδραση. Συγκεκριμένα στην περίπτωση των γυναικών το 100% που δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι δήλωσαν πάρα πολύ χρόνο αναμονής.

Αξιοσημείωτο ήταν ότι υπήρχε και ένα ποσοστό ασθενών, σχεδόν 30%, οι οποίοι δεν εξετάστηκαν από τη σωστή ειδικότητα με βάση την ασθένειά τους. Με βάση την ανάλυση το γεγονός αυτό προκαλεί κάποιο βαθμό δυσχέρειας καθώς το 72% των ασθενών που δήλωσαν ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι από την περίθαλψη, δήλωσαν

επίσης ότι δεν εξετάστηκαν από την κατάλληλη ειδικότητα. Η έλλειψη λοιπόν προσωπικού με βάση τις ανάγκες του τμήματος επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου υποβαθμίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα παροχής φροντίδας.

Τέλος η υλική υποστήριξη φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό, όσο οι προαναφερόμενοι παράγοντες. Επίσης συγκρίνοντας το Τ.Ε.Π. Λαμίας με άλλων νοσοκομείων ένα σημαντικό ποσοστό θεωρεί τις υπηρεσίες του μέτριες.

Βιβλιογραφία

- Abo-Hamad, W., & Arisha, A. «Simulation-based framework to improve patient experience in an emergency department», *European Journal of Operational Research* (2013) 154-166.
- Ben-Assuli, O. «Electronic health records, adoption, quality of care, legal and privacy issues and their implementation in emergency departments», *Health Policy* (2015) 287-297.
- Berry, A. J., Coad, A. F., Harris, E. P., Otley, D. T., & Stringer, C. «Emerging themes in management control: A review of recent literature», *The British Accounting Review* (2009) 2-20.
- Chisholm, C. D., Dornfeld, A. M., Nelson, D. R., & Cordell, W. H. «Work interrupted: a comparison of workplace interruptions in emergency departments and primary care offices», *Annals of emergency medicine* (2001) 146-151.
- Cronin, J., & Wright, J. «Rapid assessment and initial patient treatment team—a way forward for emergency care», *Accident and Emergency Nursing* (2005) 87-92.
- DeFrances, C. J., & Podgornik, M. N. «2004 national hospital discharge survey», *Advance data from vital and health statistics* (2006) 1-20.
- DeNavas-Walt, C., (2010), *Income, poverty, and health insurance coverage in the United States* (2005),
- Dinh, M. M., Enright, N., Walker, A., Parameswaran, A., & Chu, M. «Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting», *Emerg Med J* (2012) emermed-2012-201711.
- Eisenberg, E. M., Murphy, A. G., Sutcliffe, K., Wears, R., Schenkel, S., Perry, S., & Vanderhoef, M. «Communication in Emergency Medicine: Implications for Patient Safety 1 This study was funded by a generous grant from the National Patient Safety Foundation», *Communication monographs* (2005) 390-413.
- Elston, K. «Effects of the four-hour operational standard: Kerry Elston investigates how the four-hour standard for waiting times in emergency departments has improved care but increased workload pressures on staff», *Emergency Nurse* (2010) 10-15.

- Fernandes, C. M., Daya, M. R., Barry, S., & Palmer, N. «Emergency department patients who leave without seeing a physician: the Toronto Hospital experience», *Annals of emergency medicine* (1994) 1092-1096.
- Fleming, N. S., & Jones, H. C. «The impact of outpatient department and emergency room use on costs in the Texas Medicaid program», *Medical care* (1983) 892-910.
- Flowerdew, L., Brown, R., Vincent, C., & Woloshynowych, M. «Identifying nontechnical skills associated with safety in the emergency department: a scoping review of the literature», *Annals of emergency medicine* (2012) 386-394.
- Forero, R., & Hillman, K. «Access block and overcrowding: a literature review», Prepared for the Australasian College for Emergency Medicine (2008)
- Forero, R., Hillman, K. M., McCarthy, S., Fatovich, D. M., Joseph, A. P., & Richardson, D. B. «Access block and ED overcrowding», *Emergency Medicine Australasia* (2010) 119-135.
- Geiderman, J. M., Moskop, J. C., & Derse, A. R. «Privacy and confidentiality in emergency medicine: obligations and challenges», *Emergency Medicine Clinics* (2006) 633-656.
- Gruneir, A., Silver, M. J., & Rochon, P. A. «Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs», *Medical Care Research and Review* (2011) 131-155.
- Hing, E., & Bhuiya, F. A., (2012), Wait time for treatment in hospital emergency departments, 2009, USA.
- Horwitz, L. I., Green, J., & Bradley, E. H. «US emergency department performance on wait time and length of visit», *Annals of emergency medicine* (2010) 133-141.
- Johnson, K. D., & Winkelman, C. «The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review», *Advanced emergency nursing journal* (2011) 39-54.
- Jones, E., Taylor, B., MacArthur, C., Pritchett, R., & Cummins, C. «The effect of early postnatal discharge from hospital for women and infants: a systematic review protocol», *Systematic reviews* (2016) 24.

- Kilner, E., & Sheppard, L. A. «The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review», *International emergency nursing* (2010) 127-137.
- Kruk, M. E., Freedman, L. P., Anglin, G. A., & Waldman, R. J. «Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda», *Social Science & Medicine* (2010) 89-97.
- Lin, Y.-K., Lee, W.-C., Kuo, L.-C., Cheng, Y.-C., Lin, C.-J., Lin, H.-L., . . . Lin, T.-Y. «Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study», *BMC medical ethics* (2013) 8.
- Lowthian, J. A., Jolley, D. J., Curtis, A. J., Currell, A., Cameron, P. A., Stoelwinder, J. U., & McNeil, J. J. «The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995–2015», *The Medical Journal of Australia* (2011) 574-578.
- Maitra, A., & Chikhani, C. «Patient satisfaction in an urban accident and emergency department», *The British journal of clinical practice* (1992) 182-184.
- Marx, J., Walls, R., & Hockberger, R., (2013), *Rosen's Emergency Medicine-Concepts and Clinical Practice E-Book*, USA.
- McDaniel, C., Veledar, E., LeConte, S., Peltier, S., & Maciuba, A. «Ethical environment, healthcare work, and patient outcomes», *The American Journal of Bioethics* (2006) W17-W29.
- McGinn, A. P., Rosamond, W. D., Goff, D. C., Taylor, H. A., Miles, J. S., & Chambless, L. «Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987-2000», *American heart journal* (2005) 392-400.
- McManus, D. D., Gore, J., Yarzebski, J., Spencer, F., Lessard, D., & Goldberg, R. J. «Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI», *The American journal of medicine* (2011) 40-47.
- Meade, C. M., Kennedy, J., & Kaplan, J. «The Effects of Emergency Department Staff Rounding on Patient Safety and Satisfaction», *The Journal of Emergency Medicine* (2010) 666-674.

- Mercer, S., & Murphy, D. «Validity and reliability of the CARE Measure in secondary care», *Clinical Governance: An International Journal* (2008) 269-283.
- Mlinek, E. J., & Pierce, J. «Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department», *Academic Emergency Medicine* (1997) 1142-1146.
- Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., Wears, R. L., Salisbury, M., Dukes, K. A., & Berns, S. D. «Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project», *Health services research* (2002) 1553-1581.
- Morgans, A., & Burgess, S. J. «What is a health emergency? The difference in definition and understanding between patients and health professionals», *Australian Health Review* (2011) 284-289.
- Morris, Z. S., Boyle, A., Beniuk, K., & Robinson, S. «Emergency department crowding: towards an agenda for evidence-based intervention», *Emergency Medicine Journal* (2011) emj. 2010.107078.
- Nayeri, N. D., & Aghajani, M. «Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study», *Nursing Ethics* (2010) 167-177.
- Net, N., Sermsri, S., & Chompikul, J. «Patient satisfaction with Health services at the Out patient Department Clinic of Wangmamyen Community Hospital, Sakeao province, Thailand», (2007)
- Patocka, C., Turner, J., Xue, X., & Segal, E. «Evaluation of an emergency department triage screening tool for suspected severe sepsis and septic shock», *Journal for Healthcare Quality* (2014) 52-61.
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., . . . Thompson, A. «Predictors of patient satisfaction with hospital health care», *BMC health services research* (2006) 102.
- Rosen, K. R. «The history of medical simulation», *Journal of critical care* (2008) 157-166.
- Sheppard, L. A., Anaf, S., & Gordon, J. «Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department», *International emergency nursing* (2010) 196-202.
- Soleimanpour, H., Gholipouri, C., Salarilak, S., Raoufi, P., Vahidi, R. G., Rouhi, A. J., . . . Soleimanpour, M. «Emergency department patient satisfaction survey in

- Imam Reza hospital, Tabriz, Iran», *International Journal of Emergency Medicine* (2011) 2.
- Soremekun, O. A., Takayesu, J. K., & Bohan, S. J. «Framework for Analyzing Wait Times and Other Factors that Impact Patient Satisfaction in the Emergency Department», *The Journal of Emergency Medicine* (2011) 686-692.
- Trout, A., Magnusson, A. R., & Hedges, J. R. «Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?», *Academic Emergency Medicine* (2000) 695-709.
- Umar, I., Oche, M., & Umar, A. «Patient waiting time in a tertiary health institution in Northern Nigeria», *Journal of Public Health and Epidemiology* (2011) 78-82.
- Wapling, A., & Sellwood, C., (2016), *Health Emergency Preparedness and Response*, Warden, G., Griffin, R., Erickson, S., Mchugh, M., Wheatley, B., Dharshi, A., . . . Trenum, C. «Hospital-based emergency care: at the breaking point», (2006)
- Wilson, J., & Oyola-Yemaiel, A. «The evolution of emergency management and the advancement towards a profession in the United States and Florida», *Safety Science* (2001) 117-131.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο διενεργείται στο πλαίσιο της εργασίας με τίτλο «Υποκίνηση Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας: Ανάγκες Ασθενών και αποτελεσματικότητα των επειγόντων περιστατικών».

*ΤΕΠ –Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Αρ. Ερωτηματολογίου: _____

Ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου: _____

Παρακαλώ απαντήστε πλήρως και υπεύθυνα συμπληρώνοντας με ένα Χ.

- 1) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

- 2) Ηλικία:

- 3) Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση
Ανύπαντρος/η
Παντρεμένος/η

- 4) Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες επαγγελμάτων ανήκει το δικό σας;
Δημόσιος Υπάλληλος _____
Ιδιωτικός Υπάλληλος _____
Ελεύθερος Επαγγελματίας _____
Συνταξιούχος _____
Οικιακά _____
Φοιτητής/-τρια _____
Άνεργος _____

- 5) Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το μορφωτικό σας επίπεδο
Δημοτικό
Γυμνάσιο
Λύκειο
ΙΕΚ
Ανώτερη Σχολή ΤΕΙ
Πανεπιστήμιο
Μεταπτυχιακό
Διδακτορικό

- 6) Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το μηνιαίο καθαρό εισόδημα σας;
Δεν έχω εισόδημα
1€-500€
501€-1000
1001€-2000€
2001€ και άνω
- 7) Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών
Καθόλου
Λίγο
Μέτρια
Πολύ
Πάρα Πολύ
- 8) Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την υλική υποστήριξη του Νοσοκομείου
Καθόλου
Μέτρια
Αρκετά
Πολύ
Πάρα πολύ
- 9) Πόσο άμεση είναι η ανταπόκριση του ιατρικού προσωπικού;
Καθόλου
Λίγο
Μέτρια
Πολύ
Πάρα Πολύ
- 10) Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την περίθαλψή σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.
Καθόλου
Λίγο
Μέτρια
Πολύ
Πάρα Πολύ
- 11) Ποιος ο χρόνος αναμονής σας στο χώρο του Νοσοκομείου έως την εξυπηρέτησή σας
Λίγος
Μέτριος
Πολύς
Πάρα Πολύς

12) Ερχόμενοι στα ΤΕΠ, εξεταστήκατε από την ειδικότητα που είχατε ανάγκη ή από κάποια παρεμφερή

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13) Υπήρχαν εξωγενείς παράγοντες που επηρέασαν το χρόνο αναμονής σας

ΝΑΙ

ΟΧΙ

14) Όλες οι αναγκαίες εξετάσεις για τη διάγνωση της πάθησής σας υλοποιήθηκαν στο χώρο του Νοσοκομείου;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15) Εάν χρειάστηκε νοσηλεία σε κλινική του Νοσοκομείου ήταν σύντομο το χρονικό διάστημα μετάβασης από το ΤΕΠ σε αυτήν;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

16) Εάν κρίθηκε απαραίτητη η διακομιδή σας σε άλλο Νοσοκομείο πόσο σύντομη ήταν

Αρκετά

Πολύ

Πάρα Πολύ

17) Έχετε επισκεφτεί κάποιο άλλο επαρχιακό νοσοκομείο τον τελευταίο χρόνο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πώς θα χαρακτηρίζατε τις υπηρεσίες του Γ.Ν Λαμίας συγκριτικά με αυτό;

ΚΑΚΕΣ

ΜΕΤΡΙΕΣ

ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ

ΑΡΙΣΤΕΣ

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας!