

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΑΖΙΚΩΝ
ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΜΠΑΚΟΜΙΧΑΛΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2012

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο όρος μαζική καταστροφή προσδιορίζει μια κατάσταση επείγουσας ανάγκης, κατά την οποία αναστατώνεται απροσδόκητα η καθημερινή ζωή. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί για τον πληθυσμό ανάγκες προστασίας, ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, κοινωνικής υποστήριξης και άλλων διευκολύνσεων που είναι απαραίτητες για την επιβίωσή του.

Οι σοβαρές και σε μεγάλη έκταση υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις των καταστροφών.

Η ανάγκη μόνιμης ετοιμότητας, υψηλής εκπαίδευσης και άψογης οργάνωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού εξειδικευμένου για την αντιμετώπιση των καταστροφών.

Για την καλύτερη εφαρμογή και λειτουργία των διαφόρων σχεδίων επιβάλλεται ενοποιημένος συντονισμός σε διεθνές, εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, την ευθύνη των οποίων έχουν οι υπεύθυνοι Διεθνείς Οργανισμοί και οι κυβερνήσεις κάθε χώρας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΤΕΠ	8
1.3 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ.....	9
1.3.1 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙΙ.....	10
1.3.2 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙ	14
1.3.3 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ Ι.....	15
1.4 ΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	15
1.5 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΥΤΟΝΟΜΩΝ ΤΕΠ.....	17
1.6 ΆΞΟΝΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	19
1.7 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΕΠ 3 ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	19
2.1 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙΙ.....	23
2.2 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙ	23
2.3 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ Ι.....	24
2.4 ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΕΠ	24
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	36
3.2 ΣΧΕΔΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΚΤΑΚΤΟΥ ΑΝΑΓΚΗΣ	37
3.3 ΣΧΕΔΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.....	40
3.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ	44
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	50
4.2 ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ, ΣΥΜΜΕΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΣΥΜΜΕΤΡΕΣ ΑΠΕΙΛΕΣ, ΜΑΖΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ - ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	51
4.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΈΝΝΟΙΕΣ	52

4.4 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΗΣ F. NIGHTINGALE	53
4.5 ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΤΗΣ JENNINGS	54
4.6 ΤΟ ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΤΟΥ ΤΒΕΕΝΕΜΑ (DISASTER NURSING TIMELINE)	55
4.7 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑΣ & ΚΑΘΟΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ M. LEININGER (<i>CULTURAL CARE DIVERSITY & UNIVERSALITY: A THEORY OF NURSING</i>)	55
4.8 ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (CASE STUDY) ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΙΑΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ	56
4.9 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ CAMPINHA- BACOTE (<i>A CULTURALLY COMPETENT MODEL OF CARE</i>)	58
5.1 ΣΤΑΔΙΟ Ι – ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΕΠ	61
5.2 ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ – ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	63
5.3 ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ – ΘΕΣΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ	65
5.4 ΣΤΑΔΙΟ ΙV – ΤΕΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	66
5.5 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ	66
5.5.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟ ΤΕΠ	66
5.5.2 ΔΙΑΛΟΓΗ (TRIAGE) ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	68
5.6 ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τεχνολογική εξέλιξη, η ακατάπαυστη επέμβαση του ανθρώπου στη φύση, οι νέες συνθήκες διαβίωσης, τα ακραία φυσικά φαινόμενα, οι πόλεμοι και οι τρομοκρατικές ενέργειες αποτελούν καταστάσεις, οι οποίες απειλούν μόνιμα την ανθρωπότητα με μαζικές καταστροφές και επιβεβαιώνουν τη διαπίστωση, ότι ο άνθρωπος κινδυνεύει να γίνει θύμα των συνεπειών της προόδου του. Ενδεικτική της οξύτητας του υφιστάμενου προβλήματος είναι η απόφαση της U.N.E.S.C.O. να χαρακτηρίσει την τελευταία δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, ως δεκαετία ελέγχου και αντιμετώπισης των συνεπειών, οι οποίες συνοδεύουν τις μαζικές καταστροφές.

Με τον όρο μαζική καταστροφή (Μ.Κ.) προσδιορίζεται κάθε ταχείας ή βραδείας εξέλιξης φυσικό φαινόμενο ή τεχνολογικό συμβάν στο χερσαίο, θαλάσσιο και εναέριο χώρο, το οποίο προκαλεί εκτεταμένες και δυσμενείς επιπτώσεις στον άνθρωπο, καθώς και στο ευρύτερο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Η έκταση της καταστροφής καθορίζεται από το μέγεθος των απωλειών ή φθορών, οι οποίες ΑΦΟΡΟΥΝ στη ζωή, στην υγεία και στην περιουσία των πολιτών, καθώς και στα αγαθά, στις πλουτοπαραγωγικές πηγές και στις υποδομές της χώρας.

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές στα πλαίσια διεθνών ανθρωπιστικών αποστολών καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και ομάδες διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Για να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στον πολύ σημαντικό αυτό ρόλο, απαιτείται να έχουν γνώσεις Νοσηλευτικών θεωριών και μοντέλων προερχόμενων κυρίως από τους χώρους της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών και της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, τα οποία σωστά συνδυασμένα μπορούν να εφαρμοστούν σε ευρείας κλίμακας καταστροφές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η *Επείγουσα νοσηλευτική* είναι ένας τομέας της νοσηλευτικής που βασίζεται στις γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την πρόληψη, διάγνωση και διαχείριση των οξέων και επειγόντων πτυχών της ασθένειας και του τραύματος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με ένα αδιαφοροποίητο, πλήρες φάσμα σωματικών παθήσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς. Είναι ένας τομέας, στον οποίο ο χρόνος είναι κρίσιμης σημασίας.

Η *Επείγουσα νοσηλευτική* παραδοσιακά βασίζεται στα αναπτυγμένα κράτη σε δύο διαφορετικές πρακτικές. Η πρώτη, γνωστή ως *Αγγλο-Αμερικανική*, χρησιμοποιεί ειδικευμένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και Προνοσοκομειακές Υπηρεσίες Επείγουσας νοσηλευτικής που χρησιμοποιούν εκπαιδευμένους "διασώστες" (paramedics). Η δεύτερη, γνωστή ως *Γαλλο-Γερμανική*, βασίζεται σε ένα πολύ καλά οργανωμένο προνοσοκομειακό σύστημα Υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής με γιατρούς, που όμως έχει μια στοιχειώδη οργάνωση της νοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής. Η τελευταία πρακτική είναι αυτή που εφαρμόζεται και στην Ελλάδα από το 1985, έτος που ιδρύθηκε επίσημα το Ελληνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) ως ΝΠΔΔ που υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ν.1579/85).

Τα τελευταία χρόνια η ανομοιότητα μεταξύ των δύο αυτών πρακτικών αρχίζει να περιορίζεται με την ταχεία ανάπτυξη σε όλη την Ευρώπη ανεξάρτητων, κλινικά, οργανωτικά και οικονομικά, Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών. Ακριβώς δηλαδή όπως ο βαρέως πάσχων απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση σε ειδικά διαμορφωμένα τμήματα του νοσοκομείου, τις ΜΕΘ, έτσι και ο οξέως πάσχων χρειάζεται ειδική

αντιμετώπιση σε ένα ειδικό τμήμα, που είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). (<http://www.esne.gr/>)

1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΤΕΠ

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

Το ΤΕΠ αποτελεί το συνδετικό κρίκο και έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο (interface) μεταξύ του ασθενούς και της οριστικής του αντιμετώπισης, καθώς και το σημείο επαφής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας. Η συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη των νοσοκομείων να νοσηλεύσουν μεγάλους αριθμούς επειγουσών εισαγωγών έχει προκαλέσει σημαντική ανησυχία στο κοινό αλλά και την πολιτεία σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Ενώ οι προγραμματισμένες εισαγωγές συνέχεια μειώνονται, οι επείγουσες εισαγωγές έχουν συνεχή ανοδική τάση, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να πρέπει να αντιμετωπίσουν τις κυμαινόμενες και απρόβλεπτες ανάγκες των εισαγωγών επειγόντων περιστατικών.

Στην ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ευρώπη, αλλά και διεθνώς, έχουν συμβάλλει η αναγνώριση της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής, η ύπαρξη προγράμματος Εκπαίδευσης ειδικευόμενων, η επαγγελματική και επιστημονική οργάνωση των ειδικών «Επειγοντολόγων», η ανάπτυξη ακαδημαϊκών κέντρων, καθώς και η αυξανόμενη αποτελεσματικότητα

των παρεχόμενων έγκαιρα φροντίδων, η βελτίωση της τεχνολογίας και οι διαδικασίες για την πρόληψη της βλάβης ή κάκωσης.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

Υποδέχεται, αντιμετωπίζει, διαγιγνώσκει και θεραπεύει το υπερ-επείγον περιστατικό και αυτό που απαιτεί άμεση αναζωογόνηση στη δική του ΜΕΘ ή ΜΑΦ για 12 έως 48 ώρες ανακουφίζοντας έτσι τη ΜΕΘ του νοσοκομείου, που δεν δέχεται βαρέως πάσχοντες που απαιτούν βραχυπρόθεσμη νοσηλεία.

Υποδέχεται, σταθεροποιεί και ανάλογα διαγιγνώσκει ή/και θεραπεύει το υπερ-επείγον και επείγον περιστατικό πριν το προωθήσει ή/όχι για οριστική διάγνωση ή θεραπεία σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου (αξονικός τομογράφος, χειρουργεία, νοσηλευτικός όροφος).

Υποδέχεται και αντιμετωπίζει προσωρινά ή οριστικά το επείγον ή ημι-επείγον περιστατικό, το οποίο μπορεί να νοσηλεύσει στη Βραχεία Νοσηλεία για 6 - 48 ώρες, εφόσον έχει μία μη ξεκαθαρισμένη αλλά οξεία κλινική εικόνα μέχρις ότου γίνει η τελική του αξιολόγηση και αποφασιστεί εάν χρειάζεται ή όχι εισαγωγή στο νοσοκομείο.

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

Οργανώνει και συντονίζει το μαζικό ατύχημα ή τις μαζικές καταστροφές στην υγειονομική περιφέρεια που αυτό καλύπτει. (www.ygeianet.gr/box/cal/7449.doc)

1.3 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής «η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής θα αποκτήσει την πλήρη δυναμική της, όταν εξειδικευμένοι επειγοντολόγοι έχουν πλήρη δικαιοδοσία στη

διαχείριση των φροντίδων που παρέχονται στους ασθενείς με επειγόντα προβλήματα και είναι υπεύθυνοι για την *έκβαση* αυτών των φροντίδων» .

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

Θ μόνιμο εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό με αποκλειστική απασχόληση στο ΤΕΠ

Θ μη μόνιμο ανακυκλούμενο, ανά π.χ. εξάμηνο, ιατρικό προσωπικό από τις βασικές ειδικότητες.

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

1.3.1 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙΙ

Το ΤΕΠ επιπέδου ΙΙΙ στελεχώνεται από μόνιμο και ανακυκλούμενο ιατρικό προσωπικό καθώς και μόνιμο νοσηλευτικό, βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το ΤΕΠ επιπέδου ΙΙΙ στελεχώνεται από πυρήνα μόνιμου ιατρικού προσωπικού που πλαισιώνεται από ανακυκλούμενο προσωπικό από ορισμένες παραδοσιακές ειδικότητες.

♦ *Πυρήνας μόνιμου ιατρικού προσωπικού*

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

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

Η αναγκαιότητα μόνιμου ιατρικού προσωπικού του ΤΕΠ στηρίζεται κυρίως στην ανάγκη:

(α) άμεσης αντιμετώπισης και διακίνησης των βαρέως πασχόντων ασθενών ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης τους,

(β) νοσηλείας των οξέως και βαρέως πασχόντων στους χώρους της ΜΕΘ-ΜΑΦ του ΤΕΠ,

(γ) διαλογής των ασθενών και συντονισμού των ενεργειών σε καθημερινή βάση αλλά και σε μαζικές προσελεύσεις ασθενών ή περιπτώσεις μαζικών καταστροφών

(δ) διαρκούς εκπαίδευσης του ανακυκλούμενου ιατρικού προσωπικού του ΤΕΠ στην Επείγουσα Ιατρική, και

(ε) συντονισμού του ανακυκλούμενου ιατρικού προσωπικού των παραδοσιακών ειδικοτήτων που παρέχουν φροντίδες μεγαλύτερης εξειδίκευσης.

Το προσωπικό αυτό πρέπει να καλύπτει το ΤΕΠ σε καθημερινή 24ωρη βάση σε κυκλικό ωράριο ανά 12ωρο. Για αυτές τις ανάγκες απαιτούνται ένας Δ/ντής και 4 – 5 Επιμελητές σε εβδομαδιαία βάση:

$$14 \times 12\text{ωρα} = 168 \text{ ώρες} / 48\text{ωρο (ανά γιατρό)} = 3.5 \text{ γιατροί}$$

Σε αυτόν τον αριθμό πρέπει να προστεθεί 1 ακόμη γιατρός για κάλυψη κανονικών, εκπαιδευτικών και αναρρωτικών αδειών. Η στελέχωση θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- 1 Δ/ντή γιατρό με ενεργό προϋπηρεσία στο αντικείμενο της Επείγουσας Ιατρικής και όραμα για την ανάπτυξη του αντικειμένου..
- 2 Επιμελητές Α' με εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική.
- 3 Επιμελητές Β με αποδεδειγμένη εμπειρία και ενδιαφέρον στην Επείγουσα Ιατρική και πιστοποίηση σε προγράμματα υποστήριξης της ζωής
- 3 Εκπαιδευόμενους στην Επείγουσα Ιατρική, εφόσον το ΤΕΠ είναι αναγνωρισμένο εκπαιδευτικό κέντρο σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οδηγό Σπουδών στην Επείγουσα Ιατρική.

(www.anaesthesiology.gr/pages/Kalamata09/askitopoulou.pdf)

◆ **Μη μόνιμο ανακυκλούμενο ιατρικό προσωπικό**

Το μη μόνιμο ανακυκλούμενο ιατρικό προσωπικό πλαισιώνει την ομάδα των μόνιμων γιατρών που προέρχεται, με σύστημα ανακύκλωσης (rotation) τουλάχιστον για ένα εξάμηνο, από ειδικευμένους επιμελητές

και ειδικευόμενους των κύριων παραδοσιακών ειδικοτήτων, ανάλογα με τις κατά τόπους ανάγκες:

- χειρουργικής
- παθολογίας,
- παιδιατρικής,
- γενικής ιατρικής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το ΤΕΠ στελεχώνεται από μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αποτελείται από μία Προϊστάμενη και ανά βάρδια νοσηλευτές εκπαιδευμένους στην Επείγουσα Ιατρική για την κάλυψη του χώρου διαλογής, των σταθμών νοσηλείας, της βραχείας νοσηλείας, της ΜΕΘ – ΜΑΦ.

ΆΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

- ***Διοικητικό προσωπικό:***

- *Γραμματείς για την κάλυψη της γραμματείας, του μητρώου ασθενών, του λογιστηρίου και του γραφείου πληροφοριών σε 24ωρη βάση.*

- *Προσωπικό ασφαλείας σε 24ωρη βάση.*

- ***Παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό, όπως:***

- *τεχνολόγο ακτινολογικού εργαστηρίου,*

- *παρασκευαστές εργαστηρίου,*

- *μεταφορείς,*

- *βοηθούς θαλάμου,*

- *καθαρίστριες, κλπ.*

1.3.2 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙ

Το ΤΕΠ επιπέδου ΙΙ έχει διοικητική και νοσηλευτική, αλλά όχι ιατρική αυτονομία. Στελεχώνεται από μόνιμο και μη μόνιμο ιατρικό προσωπικό και περιλαμβάνει:

- *Δ/ντή αποκλειστικής απασχόλησης, από την πλησιέστερη προς το επείγον ειδικότητα (εντατικολόγο ή αναισθησιολόγο), με τουλάχιστον 10ετή ενεργό προϋπηρεσία στο αντικείμενό του και την κατάλληλη προσωπικότητα και ενδιαφέρον για το αντικείμενο της Επείγουσας Ιατρικής.*

- *Μόνιμο ιατρικό προσωπικό αποτελούμενο ανά βάρδια από:*

- *Θ γενικούς γιατρούς (με ΕΠΙ) για τη διαλογή ασθενών και παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης*

- *Θ γιατρούς του ΕΚΑΒ που καλύπτουν το ΤΕΠ ταυτόχρονα με τις κινητές μονάδες του ΕΚΑΒ. Ο ρόλος τους είναι η διαλογή των ασθενών και η άμεση αντιμετώπιση του οξέως και βαρέως πάσχοντα. Κατ' αυτό τον τρόπο εξοικονομείται προσωπικό που διαφορετικά μερικώς απασχολείται στον έναν μόνον από τα δύο επίπεδα (προ- ή νοσοκομειακό).*

- *Μη μόνιμο ιατρικό προσωπικό (ανάλογα με το νοσοκομείο) από:*

- *Θ ανακυκλούμενο ιατρικό προσωπικό από ειδικευμένους επιμελητές και ειδικευόμενους από τη χειρουργική και παθολογία*

- *Θ ιατρικό προσωπικό ΜΕΘ/ΜΑΦ ή Αναισθησιολογίας, που καλείται (α) να αντιμετωπίσει τα υπερ-επείγοντα ή περιστατικά που χρειάζονται άμεση αναζωογόνηση και (β) να τα νοσηλεύσει στους χώρους της ΜΑΦ του ΤΕΠ. Για το μόνιμο νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό ισχύει ότι και στα νοσοκομεία επιπέδου ΙΙΙ.*

(www.anaesthesiology.gr/pages/TRIKALA08/TEP.pdf)

1.3.3 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ Ι

Το ΤΕΠ επιπέδου Ι έχει μόνον νοσηλευτική αλλά όχι ιατρική αυτονομία.

Το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από:

- *Συντονιστή γιατρό* που συντονίζει τη λειτουργία του ΤΕΠ, ο οποίος προέρχεται από την πλησιέστερη προς το επείγον ειδικότητα δηλαδή ο Δ/ντής Αναισθησιολογίας.

- *Μόνιμο ιατρικό προσωπικό* αποτελούμενο ανά βάρδια από ένα γενικό γιατρό για τη διαλογή των ασθενών και παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης,

- *Μη μόνιμο ιατρικό προσωπικό:* το ΤΕΠ επιβλέπεται από το ιατρικό προσωπικό της Αναισθησιολογίας, το οποίο καλείται να αντιμετωπίσει τα υπερ-επείγοντα ή περιστατικά που χρειάζονται άμεση αναζωογόνηση.

(www.anaesthesiology.gr/pages/TRIKALA08/TEP.pdf)

1.4 ΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αποτελούν μια τελείως παραμελημένη πραγματικότητα των Ελληνικών Νοσοκομείων. Και όμως τα ΤΕΠ αποτελούν μία σημαντική πύλη εισόδου ασθενών στο νοσοκομείο και τη Λυδία λίθο όχι μόνον του Νοσοκομείου αλλά και ολόκληρου του Συστήματος Υγείας, καθώς διακινούν ανά εφημερία ισάριθμους περίπου ασθενείς προς τον αριθμό των νοσηλευτικών κρεβατιών ενός νοσοκομείου! Όλο και περισσότεροι γιατροί, όχι μόνον στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, διαπιστώνουν πλέον ότι στο αντικείμενο της Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής «η Εντατική

θεραπεία έχει φθάσει στο μέγιστο της απόδοσής της και ότι το μυστικό για τη βελτίωση της έκβασης του οξέως και βαρέως πάσχοντα πρέπει να αναζητηθεί στην Επείγουσα Ιατρική».

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

Πρώτον. Η αντιμετώπιση του ασθενούς με επείγον πρόβλημα που προσέρχεται ή διακομίζεται στο νοσοκομείο είναι αποσπασματική και όχι άμεση. Συχνά το επείγον περιστατικό καταλήγει να παραπέμπεται από γιατρό σε γιατρό (να γίνεται μπαλάκι μεταξύ ειδικοτήτων) με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αντιμετώπισή του, ορισμένες φορές και σε επικίνδυνο βαθμό. Η έλλειψη επιτόπιας συνεχούς παρουσίας μιας ιατρικής ειδικότητας που να αξιολογεί, να αντιμετωπίζει σφαιρικά το επείγον και να το χρεώνεται μέχρι την τελική διεκπεραίωσή του είναι αισθητή.

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

Τρίτον. Η απουσία ενός υπεύθυνου συντονιστή που να επιβλέπει συνολικά τις εργασίες και τη διεκπεραίωση των ασθενών στο ΤΕΠ οδηγεί σε μεγάλες καθυστερήσεις μέχρι την τελική απόφαση για εφαρμογή θεραπείας, εισαγωγή ή εξιτήριο του ασθενούς.

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

Πέμπτον. Οι σοβαρές ελλείψεις ή η ανυπαρξία ειδικών χώρων και υποδομής στα περισσότερα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των επειγόντων, ή ακόμη χειρότερα η έλλειψη χωροταξικού και ιατρικού διαχωρισμού του Τμήματος Επειγόντων από το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων, επιδρά στην αργή και μη ορθολογική διαχείριση της ροής των ασθενών.

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

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

Όγδοον. Η αντιμετώπιση του επείγοντος μεταξύ του προνοσοκομειακού και νοσοκομειακού χώρου δεν είναι συνεχής ως οφείλει να είναι. Είτε απουσιάζει η σωστή αντιμετώπιση στο προνοσοκομειακό επίπεδο, είτε όταν αυτή έχει ξεκινήσει προνοσοκομειακά συχνά καθυστερεί να συνεχιστεί σε νοσοκομειακό επίπεδο.

Ένατον. Η ανεπαρκής έως ελλιπής γνώση του αντικείμενου της Επείγουσας Ιατρικής μεταξύ των γιατρών (από το προπτυχιακό μέχρι το μεταπτυχιακό επίπεδο) επηρεάζει αρνητικά την ενασχόλησή τους με αυτό το αντικείμενο. (www.ygeianet.gr/box/cal/19678.doc)

1.5 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΥΤΟΝΟΜΩΝ ΤΕΠ

Η ανάγκη για παροχή άμεσης και έγκαιρης επείγουσας φροντίδας σε ένα μη προγραμματισμένο και ανομοιόμορφο όγκο ασθενών

διαφορετικής βαρύτητας και πολυπλοκότητας απαιτεί τη δημιουργία ενός λειτουργικά και διοικητικά αυτόνομου τμήματος του νοσοκομείου αφιερωμένου σ' αυτές της υπηρεσίες. Η άμεση αντιμετώπιση και υποστήριξη με ολοκληρωμένο, σφαιρικό και συνεχή τρόπο του επείγοντος στο ΤΕΠ έχει διακριτά οφέλη, γιατί το ΤΕΠ:

- *επιτυγχάνει καλύτερη έκβαση των επειγόντων με:*
 - ◊ αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης,
 - ◊ περιορισμό της απειλής για τη ζωή, ένα ή περισσότερα όργανα ή συστήματα, ένα ή περισσότερα σκέλη,
 - ◊ μείωση της άμεσης αλλά και μεταγενέστερης θνητότητας,
 - ◊ μείωση της νοσηρότητας σε διάρκεια, βαρύτητα ή ανικανότητα,
- *περιορίζει τις «αμφιλεγόμενες» εισαγωγές στο νοσοκομείο, αξιοποιώντας με τον καλύτερο τρόπο τις δυνατότητες και την υποδομή του νοσοκομείου, ενώ διασφαλίζει ταυτόχρονα τον ασθενή που δεν εισάγεται στο νοσοκομείο,*
- *μειώνει το χρόνο νοσοκομειακής νοσηλείας, γιατί είναι το «φίλτρο και ο ηθμός» που προστατεύει το νοσοκομείο από άσκοπες εισαγωγές, καθώς προωθεί επιλεκτικά για εισαγωγή στο νοσοκομείο μόνον τους ασθενείς που έχουν συγκεκριμένη ένδειξη,*
- *μειώνει αποφασιστικά το κοινωνικο-οικονομικό κόστος του επείγοντος, που σημειωτέον είναι άγνωστο μέχρι σήμερα για τη χώρα μας,*
- *μπορεί να είναι αποκλειστικά ή περιπτωσιακά (ανάλογα με τις επιτόπου συνθήκες) υπεύθυνο και για την Προνοσοκομειακή αντιμετώπιση του επείγοντος, εξοικονομώντας το προσωπικό που μερικώς απασχολείται στο ένα μόνον από τα δύο επίπεδα της Επείγουσας Ιατρικής (προ- και νοσοκομειακό),*

- αποτελεί ένα σύστημα ποιοτικής αξιολόγησης των προνοσοκομειακών και νοσοκομειακών ιατρικών φροντίδων καθώς και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- παρέχει εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική και στις Επείγουσες Φροντίδες σε γιατρούς, νοσηλευτές, υγειονομικούς, πολίτες, αστυνομικούς, πυροσβέστες, εκπαιδευτικούς, κλπ. και
- προωθεί την έρευνα στο αντικείμενο της Επείγουσας Ιατρικής.

1.6 ΑΞΟΝΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η βασική φιλοσοφία ανάπτυξης του ΤΕΠ πρέπει να στηριχθεί στους ακόλουθους άξονες:

- **Αυτονομία**, που διακρίνεται ανάλογα με το είδος των νοσοκομείων σε:
 - Θ διοικητική
 - Θ χωροταξική
 - Θ ιατρική.
- **Διαχείριση της ροής των προσερχόμενων ασθενών** σύμφωνα με συγκεκριμένες κλίμακες **διαλογής** (triage) επειγόντων
- **Δημιουργία Ιατρικής Εξειδίκευσης στην Επείγουσα Ιατρική**
- **Χωροταξικός σχεδιασμός ΤΕΠ**

1.7 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΕΠ 3 ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το μοντέλο του ΤΕΠ δεν μπορεί να είναι το ίδιο για κάθε χώρα. Κάθε υγειονομικό σύστημα πρέπει να σχεδιάσει και αναπτύξει το δικό του μοντέλο, που να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες πολιτισμικές, γεωγραφικές, πληθυσμιακές και άλλες ανάγκες του.

Είναι όμως σαφές ότι, όποιο και να είναι αυτό το μοντέλο, το ΤΕΠ πρέπει να είναι ένα αυτόνομο χωροταξικά τμήμα χωριστό από το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων για τα χρόνια περιστατικά.

Ανάλογα με το μέγεθος και το είδος του νοσοκομείου το ΤΕΠ πρέπει να έχει διοικητική και ιατρική αυτονομία. Οι παράμετροι που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την κατάταξη των ΤΕΠ είναι οι ακόλουθοι:

- *ο όγκος των ασθενών που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο ανά εφημερία,*

- *το μέγεθος και το είδος του νοσοκομείου*

- *αριθμός κρεβατιών,*

- *αριθμός και είδος ιατρικών ειδικοτήτων,*

- *λειτουργία ΜΕΘ και/ή ΜΑΦ,*

- *αριθμός αιθουσών χειρουργείου,*

- *είδος και 24ωρη λειτουργία εργαστηρίων (αξονικός τομογράφος, τράπεζα αίματος, κλπ),*

- *οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού που εξυπηρετεί το ΤΕΠ και το νοσοκομείο:*

- *αστική ή βιομηχανική περιοχή,*

- *συγκοινωνιακός κόμβος,*

- *οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα, κλπ,*

- *οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της περιφέρειας:*

- *π.χ. απομόνωση από ξηράς ή θαλάσσης,*

- *το επίπεδο της προνοσοκομειακής αντιμετώπισης των επειγόντων στην περιοχή του ΤΕΠ.*

Με βάση αυτές τις παραμέτρους προτείνεται να αναπτυχθούν στην Ελλάδα ΤΕΠ τριών επιπέδων (I, II, III) με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά ανάλογα με την ανάπτυξη και λειτουργία του κάθε νοσοκομείου (Πίν. 1):

- *ΤΕΠ Επιπέδου ΙΙΙ*
- Θ νοσοκομεία με ³ 400 κρεβάτια και/ή
- Θ ³ 400 προσελεύσεις επειγόντων ανά εφημερία
- *ΤΕΠ Επιπέδου ΙΙ*
- Θ νοσοκομεία με 150 - 300 κρεβάτια και/ή
- Θ 150-300 προσελεύσεις επειγόντων ανά εφημερία
- *ΤΕΠ Επιπέδου Ι*
- Θ νοσοκομεία με £ 100 κρεβάτια και/ή
- Θ £ 100 προσελεύσεις επειγόντων ανά εφημερία.

Πίνακας 1. Ανάπτυξη ΤΕΠ τριών επιπέδων στην Ελλάδα σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων (ΑΑ = αίθουσα ανάνηψης, ΝΧ = ειδικευμένος νευροχειρουργός)

Κατηγορία ΤΕΠ	Τράπεζα Αίματος	Εργαστήρια	Ακτινολογικό Εργαστήριο	Χειρουργεία	Α Α	ΜΕΘ	Ν Χ
ΤΕΠ Επιπέδου ΙΙΙ	σε πλήρη ετοιμότητα	σε πλήρη ετοιμότητα	σε πλήρη ετοιμότητα	σε πλήρη ετοιμότητα	+	+	+
ΤΕΠ Επιπέδου ΙΙ	σε άμεση ετοιμότητα	σε πλήρη ετοιμότητα	σε πλήρη ετοιμότητα	σε πλήρη ετοιμότητα	+	+(ΜΑΦ)	+/-
ΤΕΠ Επιπέδου Ι	Διαθέσιμη	σε άμεση ετοιμότητα	σε άμεση ετοιμότητα	διαθέσιμα	+	-	-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ
ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΕΠ

2.1 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙΙ

Σε νοσοκομεία με > 400 κρεβάτια και/ή > 400 προσελεύσεις επειγόντων ανά εφημερία, το ΤΕΠ θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- *διοικητική αυτονομία* με τη θεσμοθετημένη ανάπτυξη ξεχωριστών τμημάτων με αυτόνομο ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό,
- *ιατρική στελέχωση* με Δ/ντή γιατρό και μόνιμο και μη μόνιμο ανακυκλούμενο προσωπικό
- *νοσηλευτική στελέχωση* με Προϊσταμένη και μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό,
- *χωροταξική ανάπτυξη* για τη σωστή ροή των ασθενών και την άμεση αντιμετώπισή τους. (Δαρδαβέσης Θ.1990)

2.2 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙ

Σε νοσοκομεία με $150 - 300$ κρεβάτια και/ή $150-300$ προσελεύσεις επειγόντων ανά εφημερία, το οποίο θα έχει:

- *διοικητική αυτονομία* με τη θεσμοθετημένη ανάπτυξη ξεχωριστών τμημάτων με αυτόνομο νοσηλευτικό, διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό,
- *ιατρική στελέχωση* με Συντονιστή γιατρό, γενικούς γιατρούς, γιατρούς του ΕΚΑΒ και μη μόνιμο ανακυκλούμενο προσωπικό
- *νοσηλευτική στελέχωση* με Προϊσταμένη και μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό,
- *χωροταξική ανάπτυξη* για τη σωστή ροή των ασθενών και την άμεση αντιμετώπισή τους.

2.3 ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ Ι

Σε νοσοκομεία με < 100 κρεβάτια και/ή < 100 προσελεύσεις επειγόντων ανά εφημερία το οποίο θα έχει μόνον:

- *ιατρική στελέχωση* με Συντονιστή γιατρό, γενικούς γιατρούς και μη μόνιμο ιατρικό προσωπικό,
- *νοσηλευτική στελέχωση* με μόνιμο προσωπικό, και
- *χωροταξική αυτονομία.*

2.4 ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΕΠ

Το ΤΕΠ, ανεξάρτητα επιπέδου, έχει δικούς του χώρους, που είναι ανεξάρτητοι από τους χώρους των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου, στους οποίους υπάρχει ευδιάκριτη σήμανση και εύκολη πρόσβαση από περιπατητικούς ασθενείς και ασθενοφόρα. Ανάλογα με το επίπεδο του ΤΕΠ είναι και οι αντίστοιχοι χώροι και το μέγεθος του ΤΕΠ.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΕΠ

Ο σωστός σχεδιασμός του ΤΕΠ παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία όλου του νοσοκομείου, αλλά και στις προσπάθειες του νοσοκομείου να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχομένων φροντίδων και να αλλάξει την εικόνα του στην κοινωνία. Ο τρόπος που είναι σχεδιασμένο ένα ΤΕΠ επηρεάζει τόσο την ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα παροχής των φροντίδων, όσο και τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού για την παροχή αυτών των φροντίδων.

Είναι ουσιαστικό πριν το σχεδιασμό του ΤΕΠ να έχει καθοριστεί το αντικείμενο και οι στόχοι ενός νέου ή ανανεωμένου τμήματος. Η

αρχιτεκτονική διαμόρφωση του ΤΕΠ πρέπει να βασιστεί στις λειτουργικές ανάγκες του ΤΕΠ για την παροχή υπηρεσιών στην υγειονομική περιοχή που καλύπτει και στις απαιτήσεις των ασθενών και των χρηστών. Προκειμένου να υπολογιστούν οι χώροι του ΤΕΠ πρέπει να υπολογιστεί:

Θ ο όγκος και το είδος των ασθενών που αναμένεται να αντιμετωπίσει συνολικά αλλά και τις ώρες αιχμής,

Θ ποιες είναι οι ώρες αιχμής

Θ ο τρόπος διαλογής που θα ακολουθήσει,

Θ ο μέσος χρόνος παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ

Θ το ποσοστό των εισαγωγών του νοσοκομείου από το ΤΕΠ

Θ τυχόν καινούργιες υπηρεσίες που θα παράσχει ή καινούργιοι χώροι παρακολούθησης ή θεραπείας.

Άλλα θέματα από πλευράς αρχιτεκτονικού σχεδιασμού είναι:

Θ η παροχή *επειγουσών φροντίδων* έναντι πρωτοβάθμιων φροντίδων

Θ η μεγαλύτερη ικανότητα, ευελιξία και “εμπλοκή” των γιατρών στις διεργασίες

Θ η χρονομέτρηση όλων των διεργασιών

Θ ειδική υποδομή για τα παιδιά

Θ ανεξάρτητες αποκλειστικές για το ΤΕΠ δυνατότητες ιατρικής απεικόνισης

Θ ευρύχωροι χώροι για γιατρούς και προσωπικό

Θ δυνατότητες παρακολούθησης και βραχύχρονης παραμονής των ασθενών

Θ ευδιάκριτη σήμανση και εύκολη πρόσβαση στο ΤΕΠ καθώς και στους χώρους υποστήριξης του νοσοκομείου, όπως ακτινολογικό εργαστήριο, χειρουργεία και μονάδες εντατικής θεραπείας.

Το ΤΕΠ πρέπει να είναι στο ισόγειο του νοσοκομείου, σε χώρο εμφανή και άμεσα προσβάσιμο. Στα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να προβλέπεται ελικοδρόμιο με άμεση πρόσβαση στο ΤΕΠ.

Οι χώροι του ΤΕΠ είναι βασικά δύο ειδών: χώροι ασθενών (κλινική περιοχή) και χώροι υποστήριξης και προσωπικού. Οι βασικοί άξονες του σχεδιασμού πρέπει να λαμβάνουν υπόψη:

- Θ την έννοια των τριών «δρόμων φροντίδων» (κόκκινο, κίτρινο, πράσινο)
- Θ τη διαλογή σύμφωνα με τους τρεις «δρόμους φροντίδων»
- Θ εξειδικευμένη και ειδική υποδομή σε κάθε «δρόμο».

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Η κλινική περιοχή περιλαμβάνει:

- *χώρους διάγνωσης και άμεσης αντιμετώπισης:*
 - Θ γραμματεία
 - Θ χώρους διαλογής
 - Θ αίθουσα αναζωογόνησης
 - Θ χώρους για περιστατικά μέσης βαρύτητας
 - Θ χώρους για περιστατικά χαμηλής βαρύτητας
- *χώρους παρακολούθησης ασθενών:*
 - Θ μικρή ΜΑΦ ή ΜΕΘ
 - Θ θαλάμους βραχείας παρακολούθησης.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Αυτή η περιοχή περιλαμβάνει:

- Θ αναμονή ασθενών – συγγενών
- Θ αίθουσα σεμιναρίων
- Θ αποθηκευτικούς και βοηθητικούς χώρους
- Θ χώρους προσωπικού.

ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΤΕΠ ΙΙΙ

Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα η επιφάνεια σε m^2 του ΤΕΠ ΙΙΙ πρέπει να είναι:

Θ **50 m^2 ανά 1000 ετήσιες προσελεύσεις** ή

Θ 145 m^2 ανά 1000 ετήσιες εισαγωγές στο νοσοκομείο από το ΤΕΠ, ανάλογα με το πιο μέγεθος είναι μεγαλύτερο.

Ο αριθμός των θέσεων αναζωογόνησης δεν θα πρέπει να είναι μικρότερος από:

Θ 1 ανά 15.000 ετήσιες επισκέψεις ή 1 ανά 5.000 ετήσιες εισαγωγές στο νοσοκομείο από το ΤΕΠ.

Στη ζώνη αναζωογόνησης θα πρέπει να υπάρχει 2.4 m^2 καθαρού χώρου μεταξύ των κρεβατιών και 3 m ελάχιστο μήκος.

Ο χώρος αναμονής θα πρέπει να έχει συνολική επιφάνεια τουλάχιστον 4.4 m^2 ανά 1000 ετήσιες επισκέψεις.

ΕΙΣΟΔΟΣ ΤΕΠ

Το ΤΕΠ έχει δύο εισόδους ασθενών:

Θ μία για περιπατητικούς ασθενείς που προσέρχονται μόνοι τους ή προσκομίζονται από τρίτους στο ΤΕΠ και

Θ ξεχωριστή είσοδο για τους ασθενείς που διακομίζουν τα ασθενοφόρα

Οι ασθενείς προωθούνται στους αντίστοιχους «δρόμους φροντίδων» ανάλογα με την κατηγορία του επειγόντος:

Θ κόκκινος δρόμος αυξημένης βαρύτητας προς την αίθουσα αναζωογόνησης, όπου προσκομίζονται και αντιμετωπίζονται μέσα σε 0-10 min οι ασθενείς κατηγορίας 1 και 2

Θ κίτρινος δρόμος μέσης βαρύτητας προς τα εξεταστήρια, όπου κατευθύνονται για να αντιμετωπιστούν μέσα στα επόμενα 30 – 60 min οι

ασθενείς κατηγορίας 3, και όπου βρίσκονται υπό συνεχή εποπτεία από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό

Θ *πράσινος δρόμος χαμηλής βαρύτητας*, προς την περιοχή μικροεπεμβάσεων και ελασσόνων προβλημάτων, όπου κατευθύνεται η κατηγορία 4 ασθενών για να εξεταστούν μέσα στα επόμενα 60 - 120 min,

Θ αίθουσα αναμονής για την κατηγορία 5 ασθενών.

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

ΧΩΡΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΆΜΕΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Οι χώροι *διάγνωσης και άμεσης αντιμετώπισης* περιλαμβάνουν τη διαλογή και τους «δρόμους φροντίδων» τριών κατευθύνσεων ανάλογα με τη χρωματική προτεραιότητα της διαλογής.

◆ *Εξεταστήριο/α διαλογής ασθενών*

Στο χώρο αυτό γίνεται η διαλογή από έμπειρο και εκπαιδευμένο στη διαλογή νοσηλευτή ή γιατρό με βάση αναπτυγμένα πρωτόκολλα διαλογής και στη συνέχεια προωθούνται οι ασθενείς στις τρεις «περιοχές φροντίδων».

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

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

Η στελέχωση του εξεταστηρίου διαλογής εξαρτάται από τον αριθμό διακινουμένων ασθενών ανά εφημερία.

♦ **Κόκκινη περιοχή αυξημένης βαρύτητας**

Στην περιοχή αυτή αντιμετωπίζονται ασθενείς κατηγορίας I και II με υπερ-επείγοντα προβλήματα, που πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα σε δευτερόλεπτα ή μερικά λεπτά. Στην περιοχή αυτή αντιμετωπίζονται αφενός βαρέως πάσχοντες, που κατά 60-90% δεν είναι τραυματίες, και από αυτούς περίπου το 50% έχουν προβλήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα. Το 30-40% των βαρέως πασχόντων μπορεί να αντιμετωπισθεί επαρκώς σε ένα καλά οργανωμένο ΤΕΠ χωρίς να απαιτείται μεταφορά τους στη ΜΕΘ του νοσοκομείου. Αυτό, πέραν της αρχικής αναζωογόνησης, δεν ισχύει για τους τραυματίες βαρέως πάσχοντες, οι οποίοι πρέπει να μεταφέρονται τάχιστα στο χώρο τελικής τους αντιμετώπισης (χειρουργείο ή ΜΕΘ).

Η περιοχή αυτή αποτελείται από:

Θ Αίθουσα αναζωογόνησης, με εύκολη πρόσβαση και από τις δύο εισόδους του ΤΕΠ, με υποδομή ικανή για πλήρη υποστήριξη – αναζωογόνηση τριών ταυτόχρονα βαρέως πασχόντων (Ο αριθμός των θέσεων αναζωογόνησης είναι 1 ανά 15.000 ετήσιες επισκέψεις ή 1 ανά 5.000 ετήσιες εισαγωγές στο νοσοκομείο από το ΤΕΠ). Η αίθουσα Αναζωογόνησης είναι υποχρεωτική για όλα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και πρέπει να έχει έκταση 20 m²/κλίνη. Η αίθουσα της αναζωογόνησης πρέπει να έχει (ευρείες) εισόδους και να επικοινωνεί και με τις δυο εισόδους του ΤΕΠ.

Θ διπλανή αίθουσα γύψου μόνον για τις ανάγκες των βαρέως πασχόντων,

Θ μικρή αίθουσα αναμονής συγγενών

Θ θαλάμους καθαρού και ακάθαρτου υλικού και εξοπλισμού

Η περιοχή αυτή πρέπει να έχει εύκολη πρόσβαση, με τη μικρότερη δυνατή μετακίνηση του ασθενούς, σε τεχνικές απεικόνισης (υπερήχους, ακτινολογικό μηχάνημα, αξονικό τομογράφο).

♦ Κίτρινη περιοχή μέσης βαρύτητας

Στην περιοχή αυτή αντιμετωπίζονται ασθενείς κατηγορίας III με οξεία προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα σε 30-60 min περίπου. Η περιοχή αυτή αποτελείται από εξεταστήρια ασθενών, κοινά για όλες τις ειδικότητες, κατανεμημένα γύρω από τον κεντρικό σταθμό νοσηλείας από όπου υπάρχει άμεση πρόσβαση και επίβλεψη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Για το ΤΕΠ επιπέδου III θα πρέπει να υπάρχουν:

Θ 14 ατομικά εξεταστήρια ασθενών, με δεύτερη (εξωτερική) πρόσβαση από την αίθουσα αναμονής ασθενών

Θ κεντρικός σταθμός νοσηλείας, που περιβάλλεται από τα εξεταστήρια ώστε να υπάρχει συνεχής εποπτεία των ασθενών από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό,

Θ γυναικολογικό εξεταστήριο,

Θ ξεχωριστά εξεταστήρια: γυναικολογικό, ΩΡΛ και οφθαλμολογικό με εξειδικευμένο εξοπλισμό,

Θ ατομικό εντευκτήριο ασθενών, π.χ. για ψυχιατρικούς ασθενείς,

Θ Ακτινολογικό εργαστήριο και αξονικός τομογράφος. Ε Από τα πιο επιβαρημένα τμήματα του ΤΕΠ³² και λόγω αριθμού εξετάσεων και λόγω του χρόνου που απαιτείται για αυτές, ειδικά σε μη περιπατητικά άτομα. Για τους παραπάνω λόγους στα ΤΕΠ-1 και 2, το ακτινολογικό εργαστήριο θα πρέπει να βρίσκεται δίπλα τους ενώ τα ΤΕΠ-3 θα πρέπει να διαθέτουν δικό τους ακτινολογικό εργαστήριο και αξονικό τομογράφο

- Θ βιοχημικό-αιματολογικό εργαστήριο (αέρια αίματος),
- Θ θάλαμοι καθαρού και ακάθαρτου υλικού και εξοπλισμού
- Θ χώρος αναμονής συγγενών με WC.

♦ Πράσινη περιοχή χαμηλής βαρύτητας

Στην περιοχή αυτή αντιμετωπίζονται ασθενείς κατηγορίας IV και V, με μη οξεία προβλήματα που μπορούν να περιμένουν. Η περιοχή αυτή αποτελείται από:

- Θ 10 ατομικά εξεταστήρια ασθενών κοινά για όλες τις ειδικότητες, κατανεμημένα γύρω από μικρό σταθμό νοσηλείας,
- Θ σταθμός νοσηλείας που περιβάλλεται από τα εξεταστήρια
- Θ αίθουσα για συρραφή τραυμάτων με τον ανάλογο εξοπλισμό και βοηθητικούς χώρους,
- Θ αίθουσα γύψου,
- Θ εντευκτήρια ασθενών,
- Θ ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με εξεταστικό χώρο για 3-4 ασθενείς ταυτόχρονα
- Θ θαλάμους καθαρού και ακάθαρτου υλικού και εξοπλισμού
- Θ χώρος αναμονής ασθενών και συγγενών με WC.

♦ Παιδιατρικό ΤΕΠ

Ο χώρος αυτός είναι σαφώς διαχωρισμένος από τους χώρους των ενηλίκων και περιλαμβάνει:

- Θ 4-6 ατομικά εξεταστήρια ασθενών με πρόσβαση από την αίθουσα αναμονής συγγενών,
- Θ σταθμό νοσηλείας
- Θ play-room και χώρο αναμονής συγγενών με WC.

ΧΩΡΟΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι χώροι παρακολούθησης ασθενών είναι τριών επιπέδων, αυξημένης, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας, οι οποίοι περιβάλλουν τους χώρους διάγνωσης και θεραπείας και είναι μακριά από την είσοδο του ΤΕΠ. Οι χώροι αυτοί είναι:

Θ ΜΑΦ ή ΜΕΘ 6-8 κρεβατιών για ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας σε ΜΕΘ για λιγότερο από 48 ώρες (π.χ. υπερδοσολογία φαρμάκων), θνήσκοντες ασθενείς από μη αναστρέψιμη αιτία, ή ασθενείς σε αναμονή για κρεβάτι στη ΜΕΘ του νοσοκομείου. Η ΜΑΦ-ΜΕΘ έχει την πλήρη υποδομή μιας ΜΕΘ από πλευράς υποδομής κρεβατιών, νοσηλευτικής φροντίδας και υποστηρικτικών χώρων

Θ Θάλαμοι Βραχείας Νοσηλείας με 12-16 κρεβάτια (π.χ. 4 τετράκλινους χώρους) για ενήλικες (άνδρες – γυναίκες), 1 θάλαμο με 2 κρεβάτια για παιδιά για 300 ασθενείς ανά εφημερία περίπου, και με μικρό σταθμό νοσηλείας.

ΧΩΡΟΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Οι χώροι υποστήριξης περιλαμβάνουν:

Θ Χώρους προσέγγισης των ασθενοφόρων ή άλλων οχημάτων, που διακομίζουν ασθενείς, που θα είναι σκεπασμένος και προφυλαγμένος (κλειστός), με παροχές ηλεκτρικού ρεύματος, παροχές αερίων.

Θ Χώρο «παρκαρίσματος» φορείων δίπλα στην είσοδο για τους ασθενείς που διακομίζονται.

Θ Δύο εισόδους, μία για περιπατητικούς ασθενείς και μία για τα φορεία με γρήγορη πρόσβαση στην αίθουσα αναζωογόνησης.

Θ Γραμματεία, με μηχανοργάνωση μητρώου ασθενών, λογιστήριο και πληροφορίες (χώρος τουλάχιστον 12 m² (6 x 2) ή 2 x 2 για κάθε εργαζόμενο στο χώρο αυτό).

Θ Ακτινολογικό εργαστήριο με δυνατότητα ακτινοδιάγνωσης, υπερηχογραφίας, αξονικού τομογράφου. Είναι από τα πιο επιβαρημένα τμήματα του ΤΕΠ και λόγω του αριθμού εξετάσεων και λόγω του χρόνου που απαιτείται για αυτές, ειδικά σε μη περιπατητικά άτομα. Για αυτούς τους λόγους το ΤΕΠ ΙΙΙ θα πρέπει να διαθέτει δικό του ακτινολογικό εργαστήριο και αξονικό τομογράφο.

Θ Βιοχημικό και αιματολογικό εργαστήριο για απλές εξετάσεις εφόσον δεν υπάρχει σωληνωτό ταχυδρομείο.

Θ Βοηθητικούς χώρους, όπως αποδυτήρια προσωπικού, αποθήκες καθαρού και μη υλικού, WC προσωπικού, κλπ.

Θ Γραφεία γιατρών και προϊσταμένης, εφημερείο, αίθουσα σεμιναρίων,

Θ Χώρους αναμονής ασθενών πράσινης ζώνης

Θ Χώρους αναμονής επισκεπτών ανά ζώνη βαρύτητας με WC.

ΧΩΡΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι χώροι *προσωπικού* περιλαμβάνουν:

Θ Γραφεία γιατρών ΤΕΠ και προϊσταμένης.

Θ Εφημερείο.

Θ Αίθουσα σεμιναρίων και συναντήσεων προσωπικού, μεγέθους 0.8 m² ανά 1000 ετήσιες επισκέψεις.

Θ Αποδυτήρια προσωπικού.

ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΙ

Οι χώροι του ΤΕΠ επιπέδου ΙΙ είναι εμφανώς λιγότεροι από του ΤΕΠ επιπέδου ΙΙΙ και περιλαμβάνουν:

Θ δύο εισόδους, για περιπατητικούς ασθενείς και φορεία,

Θ γραμματεία,

Θ χώρο διαλογής ασθενών, με στελέχωση από έναν έμπειρο νοσηλεύτη Τ.Ε, ο οποίος μετά τη λήψη των ζωτικών σημείων και με

βάση τα κριτήρια του πρωτοκόλλου διαλογής ορίζει το βαθμό προτεραιότητας του ασθενούς.

- Θ χώρο ανάνηψης – χειρουργείο,
- Θ εξεταστήρια ασθενών,
- Θ νοσηλευτικό σταθμό,
- Θ ΜΑΦ με 4 κρεβάτια,
- Θ βραχεία νοσηλεία με 4 κρεβάτια,
- Θ χώρους αναμονής συγγενών
- Θ χώρους προσωπικού,
- Θ βοηθητικούς χώρους υποστήριξης.

ΤΕΠ ΕΠΙΠΕΔΟΥ Ι

Οι χώροι του ΤΕΠ επιπέδου Ι είναι εμφανώς μικρότεροι από του ΤΕΠ επιπέδου ΙΙ, αλλά με χωροταξική αυτοτέλεια από τα εξωτερικά ιατρεία. Δεν απαιτείται η ύπαρξη εξεταστηρίου διαλογής ούτε δύο ξεχωριστές είσοδο για περιπατητικούς ασθενείς και ασθενοφόρα. Οι απαιτούμενοι χώροι είναι:

- Θ γραμματεία
- Θ χώρος αναζωογόνησης
- Θ αίθουσα για συρραφή τραυμάτων με τον ανάλογο εξοπλισμό
- Θ δυο εξεταστήρια ασθενών
- Θ χώρος αναμονής συγγενών και ασθενών
- Θ βοηθητικοί χώροι υποστήριξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΩΝ
ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μαζικές καταστροφές παγκοσμίως προκαλούν καταστάσεις επείγουσας ανάγκης. Ο όρος « μαζική καταστροφή » προσδιορίζει μια κατάσταση επείγουσας ανάγκης εξ αιτίας της οποίας αναστατώνεται απροσδόκητα η καθημερινή ζωή. Είναι δυνατόν λόγω αιφνίδιων μεταβολών που προκαλούνται από φυσικά φαινόμενα, τεχνολογικά ατυχήματα ή άλλου είδους καταστροφές, να προκληθούν εκτεταμένες απώλειες στο έμψυχο δυναμικό και ζημίες ή καταστροφές σε αγαθά, υλικά και εγκαταστάσεις μίας χώρας.

Η οργάνωση της άμυνας μιας χώρας για την αντιμετώπιση των μαζικών καταστροφών, στηρίζεται στην ύπαρξη σχεδίων ετοιμότητας, στη σωστή ενημέρωση του πληθυσμού και στην έγκαιρη λήψη αναγκαίων προστατευτικών μέτρων.

Οι μαζικές καταστροφές δεν είναι κάτι ασυνήθιστο ή καινοφανές για την Ελλάδα. Η πληθώρα καταστροφών καθιστά επιβεβλημένη τη συστηματοποίηση των γνώσεων και των ενεργειών των ειδικών και του κράτους για την αντιμετώπιση των πολλαπλών ιατροκοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν μετά από κάθε είδους μαζική καταστροφή. Βασικό νομοθέτημα αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών στον Ελλαδικό χώρο αποτελεί η «Πολιτική Σχεδίασης Έκτακτου Ανάγκης». Ο συντονισμός των τμημάτων Πολιτική Σχεδίασης Έκτακτου Ανάγκης κάθε Υπουργείου γίνεται από Υπουργείο Εθνικής Άμυνας σύμφωνα με το σχέδιο «Ξενοκράτης». Το σχέδιο αυτό περιέχει διάφορα παραρτήματα που αναφέρονται αναλυτικά σε ειδικές περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών (π.χ. πλημμύρες πυρκαγιές κ.λ.π.) ανεξάρτητα από το είδος της καταστροφής και τα αίτια που την προκάλεσαν, η γνώση των απαιτούμενων ενεργειών, η ύπαρξη σχεδίων, οργανογράμματος και ο συντονισμός των φορέων που συνδράμουν στην αντιμετώπιση των

μαζικών απωλειών υγείας, καθώς επίσης και η ταχεία διακομιδή των τραυματιών και των βαρέων πασχόντων προς ασφαλέστερη περιοχή είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την αρτιότερη υποστήριξη των απωλειών υγείας και την αποφυγή χαώδους κατάστασης στον τόπο του συμβάντος.

Σε καταστάσεις μαζικών καταστροφών δημιουργείται πάντοτε δυσαναλογία μεταξύ των θυμάτων και του ιατρικού νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που συμμετέχει στις ομάδες διάσωσης. Τα μέλη που αποτελούν τις ομάδες διάσωσης ενεργούν βασιζόμενα σε προκαθορισμένο σχέδιο επέμβασης. Οι επικεφαλείς της Αστυνομίας, της Πυροσβεστικής και του ΕΚΑΒ συντονίζουν και οργανώνουν τον τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης.

Για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση πολλών θυμάτων είναι απαραίτητος προϋπάρχον σχεδιασμός που τίθεται σε εφαρμογή.

Αποτελεί ευθύνη όλων των νοσηλευτών να γνωρίζουν το σχέδιο αντιμετώπισης και τη θέση τους σε αυτό. Πρέπει να γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν, είτε είναι σε βάρδια είτε όχι. Ακόμα πρέπει να γνωρίζουν πως οφείλουν να αντιδράσουν σε περίπτωση εσωτερικής καταστροφής όπως πλημμύρας, πυρκαγιάς, ή έκρηξης βόμβας στο ίδιο το νοσοκομείο, όπως να κινητοποιούν κάθε πηγή βοήθειας, να αδειάζουν τους θαλάμους και να εμποδίζουν την επέκταση της καταστροφής. Κάθε νοσοκομείο έχει τις δικές του διαδικασίες, έρχεται όμως σε επαφή με την κοινότητα. Είναι ιδιαίτερης σημασίας να συντονίζονται όλα τα έκτακτα σχέδια τόσο των νοσοκομείων, όσο και των εθελοντικών υπηρεσιών. (Δαρδαβέσης, 1990)

3.2 ΣΧΕΔΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΚΤΑΚΤΟΥ ΑΝΑΓΚΗΣ

Κατάσταση εκτάκτου ανάγκης ονομάζουμε κάθε κατάσταση που προκαλείτε από πάσης φύσεως γεγονότα που έχουν ως αποτέλεσμα τη

δημιουργία ή την απειλή δημιουργίας εκτεταμένων ζημιών και καταστροφών στο έμψυχο και άψυχο δυναμικό μίας χώρας καθώς και την παρακώλυση και την διατάραξη της οικονομικής και κοινωνικής ζωής της χώρας.

Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι καταστάσεις υπάρχει το Ν.Δ 17/ 1974 «Περί Πολιτικής Σχεδίασης Εκτάκτου Ανάγκης» αυτό είναι το βασικό νομοθέτημα αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών στην Ελλάδα. Το διάταγμα αυτό αναφέρεται στην οργάνωση, προπαρασκευή και κινητοποίηση όλων των Πολιτικών Δυνάμεων και πόρων της χώρας με σκοπό να αντιμετωπίσουν της έκτακτες ανάγκες.

Πολιτική Σχεδίαση Εκτάκτου Ανάγκης είναι η σχεδίαση και ο προγραμματισμός για την οργάνωση, την προπαρασκευή και την κινητοποίηση των Πολιτικών Δυνάμεων για την επιβίωση εν καιρώ πολέμου ή την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών εν καιρό ειρήνης. Η συμβολή των Πολιτικών Δυνάμεων στην Εθνική Άμυνα εξασφαλίζεται μέσω της Πολιτικής Κινητοποίησης και της Πολιτικής Άμυνας. Αρμόδιο για παροχή κατευθύνσεων και των ενεργειών των Υπουργείων είναι το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας.

Πολιτικές Δυνάμεις θεωρούνται, Κρατικές Αρχές και Υπηρεσίες, τα σώματα ασφαλείας, το Λιμενικό και το Πυροσβεστικό Σώμα, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, οι δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις, οι οργανισμοί και γενικά όλο το έμψυχο και άψυχο δυναμικό της χώρας.

Τα σχέδια αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών στην χώρα μας είναι το σχέδιο «Ξενοκράτης» και «Περσέας».

Η βασική δομή των σχεδίων αντιμετώπισης καταστροφών στην Ελλάδα αναφέρεται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Βασική Δομή Σχεδίου Αντιμετώπισης Καταστροφών στην Ελλάδα.

Σύνταξη	Νομοθετικές Αρχές Σχετικά έγγραφα
Γνωρίσματα περιοχής	Δημογραφία, Τοπογραφία Κλίμα - Φυσικά φαινόμενα Διοικητική οργάνωση Οικονομική δραστηριότητα Οργάνωση Βιομηχανικής ζώνης
Διοίκηση - Συντονισμός	Εξουσίες και αρμοδιότητες σε κάθε επίπεδο. Διοικητικές αρχές και θέσεις Καθορισμός ρόλου Υπηρεσιών Έκτακτ Ανάγκης
Ομάδες Σχεδιασμού	Σχεδιασμός κατά τομείς ειδικοτήτων
Εξωτερική βοήθεια	Σύνταξη - Υπογραφή συμφωνιών
Ενεργοποίηση	Συστήματα συναγερμού Λήψη και ανακοίνωση του συναγερμού
Εμπλεκόμενοι φορείς	Υπουργεία, Ένοπλες δυνάμεις, Αστυνομία Τοπική Αυτοδιοίκηση, Εθελοντικοί Οργανισμοί

Οικονομικές Διαδικασίες	Έκτακτες αγορές
Εφοδιασμός	Δικαιοδοσία για επιτάξεις
Ενημέρωση κοινού	Έκτακτα πολύγλωσσα δελτία Συνεχείς Ανακοινώσεις
Παράλληλους Σχεδιασμούς	Ιατρική Φροντίδα - Κοινωνική Πρόνοια Δημόσια Έργα - Στέγαση Επικοινωνίες - Μεταφορές Υπηρεσίες Απογραφής
Πηγή. Δαρδαβέσης Θ. 1990. Σελ. 175	

3.3 ΣΧΕΔΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Οι βασικές αρχές οργάνωσης ενός σχεδίου επέμβασης σε μαζικές καταστροφές από χώρες μέλη της Ε.Ο.Κ. είναι οι παρακάτω :

- Ο σχεδιασμός πραγματοποιείται από τη χώρα που θα εφαρμοστεί το σχέδιο.
- Πρέπει να εκτελείται από τα άτομα που εκπροσωπούν τις αρχές έτσι ώστε να μπορούν να εξασφαλίσουν τη σωστή υλοποίησή του.
- Το σχέδιο περιλαμβάνει προγραμματισμό ενεργειών όχι μόνο για το στάδιο επείγουσας επέμβασης αλλά και για τα στάδια της αποκατάστασης και της μακροπρόθεσμης ανασυγκρότησης.
- Σε περίοδο μαζικής καταστροφής οι αρμοδιότητες των δημοσίων αρχών στους τομείς της ασφάλειας των πολιτών και της δημόσιας υγείας πρέπει να παραμένουν ακριβώς οι ίδιες, όπως ισχύουν σε μια φυσιολογική περίοδο.

Επιπτώσεις μαζικών καταστροφών : Αν και τα χαρακτηριστικά των καταστροφών ποικίλουν υπάρχουν ορισμένες κοινές περιπτώσεις σε όλες τις καταστροφές που διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες

1. Επιπτώσεις στον πληθυσμό: Στις καταστροφές ο απολογισμός για τον πληθυσμό είναι νεκροί, τραυματίες, ασθενείς, άστεγοι και αγνοούμενοι. Επίσης προστίθεται ο ψυχικός πόνος ενώ οι απώλειες σε προσωπικά αγαθά είναι σημαντικές.

2. Επιπτώσεις στις κοινότητες: Αντιμετωπίζουν μεγάλες απώλειες λόγω καταστροφής δημόσιων κτιρίων, διακοπής της επικοινωνίας με άλλες δημόσιες υπηρεσίες και αποδιοργάνωσης των μεταφορών. Ενώ λόγω των ερειπίων που συσσωρεύονται εμποδίζονται όλες οι κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας.

3. Επιπτώσεις στις υπηρεσίες - ιδρύματα: Αποδιοργάνωση και ελαχιστοποίηση προσφοράς έργου.

Ενεργοποίηση Δημόσιας Διοίκησης: Οι αρχές πρέπει να ενεργοποιηθούν αμέσως στους παρακάτω τομείς:

1. Τήρηση της τάξης
2. Απομάκρυνση των ερειπίων
3. Αποκατάσταση των δημοσίων υπηρεσιών (ηλεκτροδότηση, παροχή νερού, υγειονομικού συστήματος, τηλεπικοινωνιών και των ταχυδρομείων.
4. Ανακατασκευή δρόμων και επιδιόρθωση αυτών όπως επίσης και των λιμανιών, αεροδρομίων, σιδηρογραμμών και γεφυρών έτσι ώστε να είναι δυνατή η μεταφορά των προμηθειών.
5. Επιδιόρθωση ή Ανακατασκευή δημοσίων κτιρίων.
6. Έρευνα για τα κτίρια που έχουν υποστεί ζημιές.
7. Παροχή προσωρινής κατοικίας στους πληγέντες.
8. Λήψη μέτρων στους τομείς της Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας.

Σε ένα εθνικό σχέδιο παροχής βοήθειας στις μαζικές καταστροφές πρέπει να συμμετάσχουν εκπρόσωποι των παρακάτω τομέων :

1. Αστυνομία
2. Πολιτικής Άμυνας
3. Ερυθρού Σταυρού
4. Κοινωνικής Προστασίας - Δημόσιας Υγείας
5. Ενόπλων Δυνάμεων
6. Τηλεπικοινωνιών
7. Δημόσιες Υπηρεσίες(Ηλεκτρισμός, Νερό, Υγιεινή)
8. Εμπορίου - Βιομηχανίας
9. Οικονομίας
- 10 Διατροφής - Γεωργίας
- 11 Μετεωρολογικής Υπηρεσίας
- 12 Μεταφορών
- 13 Εκπαίδευσης
- 14 Ενημέρωσης

Το Κεντρικό Συντονιστικό Όργανο πρέπει να είναι επιφορτισμένο με τις παρακάτω αρμοδιότητες :

Κατά τη διάρκεια της καταστροφής

1. Δημιουργία κέντρου επιχειρήσεων αρμόδιο για την παροχή βοήθειας.
2. Επικοινωνία με τους εκπροσώπους των οργανώσεων του Ο.Η.Ε. που έχουν προγράμματα στη χώρα.
3. Συντονισμός όλων των Δημόσιων και Ιδιωτικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται για την παροχή βοήθειας.

4. Προώθηση των μέσων παροχής βοήθειας στις καταστραμμένες περιοχές.
5. Έλεγχος και συντονισμός των μέσων μεταφοράς και επικοινωνίας
6. Παροχή πληροφοριών για την καταστροφή.

Μετά την καταστροφή

1. Εκτέλεση προγραμμάτων ανασυγκρότησης.
2. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των βοηθειών που έχουν παρασχεθεί.
3. Συγκέντρωση στοιχείων για τις δραστηριότητες που αναπτύχθηκαν κατά την καταστροφή και κατάρτιση εκθέσεων για τις αρμόδιες υπηρεσίες και το κοινό.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το Γενικό Σχέδιο ΠΠ με τη συνθηματική ονομασία «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ» θέτει για πρώτη φορά τις βασικές απαιτήσεις σχεδίασης και καθορίζει το εθνικό σύστημα έγκαιρης κινητοποίησης. Η παρούσα υπουργική απόφαση εγκαθιδρύει μια κοινή γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και κάνει δυνατή τη μεταξύ τους συνεργασία. Καθορίζει τις αρμοδιότητες του κάθε φορέα ξεχωριστά και ορίζει τη διαδικασία έγκρισης των επί μέρους ειδικών σχεδίων. Έτσι:

1/ Ο συντονισμός των εμπλεκόμενων επιχειρησιακών δυνάμεων για την αντιμετώπιση καταστροφικών φαινομένων γίνεται, αναλόγως του είδους ή της έντασης της καταστροφής (Γενική, Περιφερειακή, Τοπική), από τον Γενικό Γραμματέα ΠΠ, τους οικείους Γενικούς Γραμματείς Περιφερειών και τους Νομάρχες αντίστοιχα.

2/ Το Κέντρο Επιχειρήσεων της Γενικής Γραμματείας ΠΠ πρέπει να έχει σαφή εικόνα της κατάστασης και συνεχή ενημέρωση, προκειμένου να συνδράμει με αποτελεσματικό τρόπο τις επιχειρησιακές και λοιπές δυνάμεις.

Ακόμα, το Γενικό Σχέδιο «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ» σε παράρτημα του δίνει όλους τους απαραίτητους επιστημονικούς ορισμούς των φυσικών και τεχνολογικών καταστροφών και των φυσικών φαινομένων. Τέλος, για πρώτη φορά δίνεται έμφαση στην αναγκαιότητα ψυχολογικής υποστήριξης των πληγέντων προς αποφυγή πανικού (Δαρδαβέσης Θ. 1990 , Σημειώσεις Πολιτικής Σχεδίασης Εκτάκτου Ανάγκης).

3.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Μείζον υγειονομικό πρόβλημα, το οποίο παρουσιάζει αυξημένη πιθανότητα να προκύψει ως συνέπεια μιας μαζικής καταστροφής, είναι η εκδήλωση επιδημιών λόγω των συνθηκών οι οποίες συνδέονται με τη σίτιση και τη στέγαση του πληθυσμού. Η πιθανότητα εκδήλωσης επιδημιών είναι άμεσα εξαρτώμενη από την προϋπάρχουσα επιδημιολογική κατάσταση της πληγείσας περιοχής και αυξάνεται ανάλογα με τις ανακλύπτουσες μεταβολές των κοινωνικών και των περιβαλλοντικών συνθηκών. Ειδικότερα, η τροποποίηση της πληθυσμιακής κατανομής και η δημιουργία μεγάλου αριθμού αστέγων, ευνοούν τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών με την επαφή, τον αέρα, το νερό και την τροφή. Η κατάσταση αυτή καθιστά αναγκαία την υλοποίηση βασικών προγραμμάτων υγείας, τα οποία περιλαμβάνουν εμβολιασμούς, απολυμάνσεις κοινόχρηστων χώρων και δεξαμενών νερού, καθώς και της ανάπτυξης συστήματος επιτήρησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών.

Σε γενικές γραμμές η ενεργοποίηση σχεδίων αντιμετώπισης προβλημάτων δημόσιας υγείας μετά την εκδήλωση μιας μαζικής καταστροφής, αφορά στα εξής:

I. Εξασφάλιση προσωρινής κατοικίας

- II. Παροχή υγιεινού πόσιμου νερού
- III. Μέριμνα για τη διάθεση λυμάτων και απορριμμάτων
- IV. Σίτιση σύμφωνα με τις προδιαγραφές υγιεινής

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, οι οποίες θα αναλάβουν το συντονισμό και την υλοποίηση των παραπάνω σχεδίων, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συνεργασία των πληγέντων, οι οποίοι αρνούνται συχνά να παραδεχτούν την απότομη αλλαγή στη ζωή τους και προσπαθούν με κάθε τρόπο να εξασφαλίσουν στέγη. Επίσης τα μέλη των εμπλεκόμενων υπηρεσιών πρέπει να γνωρίζουν τη χωροταξία της περιοχής, την έκταση και τη διακλάδωση των δικτύων ύδρευσης και αποχέτευσης, χωρίς ποτέ να υποτιμούν τις ιδιαιτερότητες και τα προβλήματα της κάθε περιοχής.

Τα προβλήματα δημόσιας υγείας τα οποία αντιμετωπίζουν οι πληγέντες σε μια μαζική καταστροφή και αποτελούν αιτίες πρόκλησης επιδημιών, καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισης τους, συνοψίζονται αδρά στα εξής:

A. ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΥΛΙΣΜΟΥΣ: Η καταστροφή των κατοικιών και ο φόβος επανάληψης καταστροφικών φαινομένων, οδηγούν τους πληγέντες σε διαβίωση σε καταυλισμούς, οι οποίοι διακρίνονται σε οργανωμένους και τυχαίους. Οι πρώτοι αναπτύσσονται βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών σε προεπιλεγμένους χώρους και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, οργανωμένες κατασκηνώσεις, ξενοδοχεία, ξενώνες, φιλανθρωπικά ιδρύματα, τροχόσπιτα ακόμα και κρουαζιερόπλοια. Οι τυχαίοι καταυλισμοί αναπτύσσονται συνήθως σε μεγάλους ανοιχτούς χώρους κοντά στις κατοικίες των αστέγων και χαρακτηρίζονται από έλλειψη υποδομής, ενώ ο ρυθμός με τον οποίο αυξάνονται ακολουθεί το ρυθμό διανομής των σκηνών και των λοιπών εφοδίων.

Τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας ανακύπτουν στους τυχαίους καταυλισμούς και σχετίζονται με την παροχή πόσιμου νερού,

τη διάθεση των λυμάτων και απορριμμάτων, τον έλεγχο εντόμων και τρωκτικών και την εξασφάλιση χώρων ατομικής υγιεινής. Οι προσπάθειες για την επίλυση των προαναφερθέντων προβλημάτων επικεντρώνονται στη σταδιακή βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στους τυχαίους καταυλισμούς και κυρίως στη μετακίνηση των πληγέντων από τους τυχαίους σε οργανωμένους καταυλισμούς. Ιδανική, αλλά δύσκολα εφαρμόσιμη λύση, είναι η δημιουργία καταυλισμών με προκατασκευασμένες κατοικίες. Ο μείζον στόχος είναι να μειωθεί στο απόλυτα αναγκαίο ο χρόνος παραμονής των αστέγων σε καταυλισμούς, διότι όσο αυτός παρατείνεται, τα προβλήματα αυξάνονται και είναι πιθανόν να ανακύψουν κρίσιμες και ανεξέλεγκτες καταστάσεις.

Β. ΠΑΡΟΧΗ ΝΕΡΟΥ: Σε περιπτώσεις μαζικής καταστροφής παρατηρείται συχνά ανεπαρκής παροχή ποσοτήτων πόσιμου νερού, καθώς και αυξημένη πιθανότητα ρύπανσης και μόλυνσής του με αποτέλεσμα την πρόκληση υδατογενών λοιμώξεων. Οι λοιμώξεις αυτές οφείλονται στην κατανάλωση νερού, το οποίο περιέχει παθογόνους μικροοργανισμούς, οι οποίοι, αφού επιβιώσουν στο "αφιλόξενο" υδάτινο περιβάλλον, μεταδίδουν στον άνθρωπο τα διάφορα υδατογενή νοσήματα. Μεταδίδουν επίσης μηχανισμούς ανάπτυξης ανθεκτικότητας έναντι των αντιβιοτικών στα μη παθογόνα μικρόβια της φυσικής χλωρίδας του νερού. Οι κυριότερες κατηγορίες λοιμώξεων, οι οποίες σχετίζονται με την κατανάλωση νερού είναι:

1. Λοιμώξεις οφειλόμενες στην κατανάλωση νερού, το οποίο περιέχει παθογόνους μικροοργανισμούς (βακτήρια, παράσιτα, ιούς) με κύρια συμπτώματα εμετούς, διάρροιες, ναυτία, κακουχία και γαστρεντερίτιδα.

2. Λοιμώξεις οι οποίες οφείλονται στο χαμηλό επίπεδο ατομικής και οικιακής υγιεινής λόγω ελλιπούς παροχής νερού και οι οποίες προσβάλλουν τα μάτια, το δέρμα και το γαστρεντερικό σύστημα.

3. Λοιμώξεις οι οποίες μεταδίδονται με έντομα, τα οποία πολλαπλασιάζονται στο νερό ή προκαλούν δήγματα σε ανθρώπους οι οποίοι διαβιούν κοντά στο νερό (η ελονοσία, ο κίτρινος πυρετός κ.ά.)

Ο συστηματικός έλεγχος της καταλληλότητας του πόσιμου νερού και η σωστή εξυγίανση του αποτελούν τον πρωταρχικό παράγοντα για την αντιμετώπιση των προαναφερθέντων προβλημάτων. Προς την κατεύθυνση αυτή είναι απαραίτητη η γνώση των σχεδίων ύδρευσης της περιοχής, στα οποία απεικονίζεται η εξάπλωση του δικτύου ύδρευσης και τα ευπαθή του σημεία, όπου ο κίνδυνος καταστροφής των σωληνώσεων είναι μεγαλύτερος. Προληπτικά, είναι απαραίτητο να ελέγχονται τα υδραγωγεία και τα δίκτυα της περιοχής για τη διαπίστωση της επάρκειας και της υγιεινής του πόσιμου νερού και να καταγράφονται τα αποθέματα σε χημικά μέσα επεξεργασίας του.

Ο έλεγχος της καταλληλότητας του πόσιμου νερού περιλαμβάνει μικροβιολογικό και χημικό έλεγχο. Ο μικροβιολογικός έλεγχος διενεργείται από ειδικά εξοπλισμένα μικροβιολογικά εργαστήρια, στοχεύει στην ανίχνευση παθογόνων μικροοργανισμών και η αποτελεσματικότητά του βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τη συχνότητα και την αρτιότητα της δειγματοληψίας. Ο έλεγχος της παρουσίας των αποβλήτων διενεργείται με τη χημική εξέταση για ανίχνευση βιολογικά απαιτούμενου οξυγόνου, αμμωνίας, νιτρικών και νιτρικών αλάτων.

Για την καταπολέμηση των παθογόνων μικροβίων του νερού εφαρμόζεται η απολύμανση με χλώριο. Σε περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί ότι το διαθέσιμο νερό είναι ακατάλληλο προς πόση, επιβάλλεται η μεταφορά νερού ενδεδειγμένων προδιαγραφών προς κατανάλωση στην περιοχή της καταστροφής με βυτιοφόρα, τα οποία διατίθενται από τη Νομαρχία και την πυροσβεστική. Εναλλακτική λύση, αλλά με υψηλό κόστος, είναι η μεταφορά εμφιαλωμένου πόσιμου νερού.

Ως λύση ανάγκης προτείνεται ο βρασμός του νερού υποχρεωτικά πριν από κάθε χρήση.

Γ. ΔΙΑΤΡΟΦΗ: Η μέριμνα για την προμήθεια και διανομή τροφίμων στους πληγέντες από μαζικές καταστροφές ανήκει στη Διεύθυνση Εμπορίου κάθε Νομαρχίας. Η συγκεκριμένη υπηρεσία σε συνεργασία με την αστυνομία, με επιτροπές πολιτών και με τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας φροντίζει για τη γρήγορη μεταφορά των τροφίμων με τη συγκρότηση ειδικών συνεργείων διανομής. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στη διατροφή ειδικών ομάδων των πληγέντων, όπως είναι τα βρέφη, τα παιδιά, οι υπερήλικες, οι έγκυες γυναίκες και οι γυναίκες σε γαλουχία, διότι η πλημμελής και ακατάλληλη διατροφή τους οδηγούν στην εκδήλωση ασθενειών, οι οποίες σχετίζονται με την έλλειψη βιταμινών και άλλων βασικών θρεπτικών ουσιών. Επιπρόσθετα, μπορεί να εκδηλωθούν νοσήματα λόγω κατανάλωσης ακατάλληλων τροφίμων, όπως είναι η ηπατίτιδα Α, οι τροφικές δηλητηριάσεις, οι γαστρεντερίτιδες και οι παρα – τυφικές λοιμώξεις. Τα νοσήματα αυτά συνδέονται, κατά κύριο λόγο, με τις αλλοιώσεις των τροφίμων, οι οποίες συμβαίνουν λόγω της διακοπής του ηλεκτρικού ρεύματος και της αδυναμίας διατήρησης της σωστής ψύξης στα ψυγεία.

Το όλο πρόβλημα αντιμετωπίζεται με τη συγκρότηση συνεργείων αποτελούμενων από επόπτες δημόσιας υγείας και υγιεινολόγους ιατρούς, οι οποίοι διενεργούν καθημερινό και συστηματικό έλεγχο της ποιότητας των διατιθέμενων τροφίμων. Παράλληλα με τους ελέγχους, εφαρμόζονται κατά την παρασκευή των τροφίμων όλοι οι κανόνες υγιεινής και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην παστερίωση του γάλακτος, στο καλό πλύσιμο όσων τροφίμων καταναλώνονται ωμά και γενικά στη συντήρησή τους σε δροσερό μέρος και μακριά από επιβλαβή έντομα και τρωκτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΜΟΝΤΕΛΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νοσηλευτικά μοντέλα θα πρέπει να περικλείουν όλες εκείνες τις μεταβλητές του υποκείμενου θέματος αλλά και να αποτελούν πολύτιμους οδηγούς ως προς την καθοδήγηση σε μια πραγματική νοσηλευτική κατάσταση (Meleis, 2005). Υπάρχει μια πληθώρα θεωριών και νοσηλευτικών μοντέλων που μπορούν να βρουν θέση στη Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών. Μοντέλα που έχουν διαμορφωθεί ειδικά για την καθοδήγηση των νοσηλευτών προκειμένου να είναι ικανοί να κατανοήσουν το περιεχόμενο και τις έννοιες της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών, ώστε να μπορούν να εκτιμήσουν μια κατάσταση με μαζικές απώλειες και να παρέχουν φροντίδα. Κάποια άλλα όπως το Μοντέλο Παροχής Επείγουσας Φροντίδας από Μεταφερόμενη Εναέρια Ομάδα (CCATT Model), έχουν διαμορφωθεί από τον τομέα των υγειονομικών ενόπλων δυνάμεων αλλά μπορούν να έχουν εφαρμογή και στη διαχείριση μη στρατιωτικών κρίσεων (Sariego, 2006). Ακόμη όμως και μοντέλα που περιγράφουν σχέσεις και έννοιες διαφορετικές από αυτές της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πραγματικές καταστάσεις, εάν προσεγγιστούν από την κατάλληλη σκοπιά. Μεγάλης αξίας είναι τα μοντέλα που αναφέρονται στην ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας των νοσηλευτών, προκειμένου να καλύψουν την ανάγκη για κατανόηση της κουλτούρας και των πολιτισμικών νορμών, αξιών και πεποιθήσεων του πληθυσμού που έχει πληγεί και αποζητά ανθρωπιστική βοήθεια.

4.2 ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ, ΣΥΜΜΕΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΣΥΜΜΕΤΡΕΣ ΑΠΕΙΛΕΣ, ΜΑΖΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ - ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει συστηματική καταγραφή σε κάποια διεθνή βάση δεδομένων των θανάτων και των άλλων συνεπειών από τις ανωτέρω απειλές είναι σαφές ότι ο αριθμός των απωλειών αυξάνει εκθετικά ενώ με βάση και την πρόσφατη εμπειρία νέοι τύποι φυσικών καταστροφών προστίθενται λόγω των κλιματικών μεταβολών αλλά και νέοι τύποι ασύμμετρων απειλών λόγω της διεθνούς αστάθειας και της όξυνσης των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των Περιφερειακών χωρών.

Το κόστος στην παγκόσμια οικονομία υπερβαίνει κατά πολύ τα 70 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως από τα οποία το 1/3 αντιστοιχεί στα έξοδα για την πρόβλεψη, πρόληψη και για την αποφυγή των καταστροφών και τα υπόλοιπα 2/3 αντιστοιχούν στις άμεσες ζημιές και την αποκατάσταση τους. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το κόστος του τυφώνα 'ΚΑΤΡΙΝΑ' ανέρχεται σε 200 δισεκατομμύρια δολάρια και αποτελεί ιστορικά την μεγαλύτερη καταστροφή. Στην Ελλάδα με βάση εμπειρικές εκτιμήσεις η παραπάνω σχέση δεν ισχύει.

Είναι ελάχιστα τα ποσά τα οποία δαπανώνται γενικά σε υποδομές πρόληψης, σχεδιασμού και αποτελεσματικής αντιμετώπισης σε σχέση με τα ποσά που δαπανώνται για αποκατάσταση.

Παρά τα μεγάλα ποσά που δαπανήθηκαν για την ασφάλεια των Ολυμπιακών Αγώνων όπως φαίνεται δεν κατέστη δυνατή η υλοποίηση ενός Εθνικού δικτύου για την διαχείριση κάθε τύπου απειλής. Ο προσανατολισμός των όποιων συστημάτων τελικά παραδοθούν και παραληφθούν αφορούν κυρίως αστυνομικό εξοπλισμό και εκπαίδευση για την αντιμετώπιση ασύμμετρων απειλών, παρά εκπόνηση

επιχειρησιακών σχεδίων που θα αντιμετώπιζαν με λεπτομέρεια κάθε μορφή κρίσης μέσα από ένα ψηφιακό σχεσιακό σχεδιασμό στην λογική και μεθοδολογία του Ενιαίου Δικτύου Διαχείρισης Κρίσεων.

Ιδιαίτερα δε το κεφάλαιο και οι υποδομές για τον Ιατρικό Επιχειρησιακό Σχεδιασμό αντιμετωπίστηκε όπως ήδη αναφέρθηκε από τον επαγγελματισμό και την κατάρτιση των στελεχών του ΣΟΤΥ, ο οποίος στα πλαίσια των περιορισμών της εμπειρικής λειτουργίας του επιχειρησιακού κέντρου, βελτίωσε θεαματικά την διαχείριση των κλινών των νοσοκομείων. (Alasdair1993)

4.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΈΝΝΟΙΕΣ

Ο όρος φυσική καταστροφή έχει οριστεί με διαφορετικούς όρους ενώ σαν πλέον πρόσφορος για το σκοπό και φύση της παρούσας μελέτης επιλέγουμε τον ορισμό της φυσικής καταστροφής σαν: *'Την φυσική ή ανθρωπογενή γεωλογική κατάσταση ή φαινόμενο κατά την οποία παρουσιάζεται πραγματικός ή δυνητικός κίνδυνος για την ανθρώπινη ζωή ή τις περιουσίες'.*

Ενώ γενικότερα η καταστροφή μπορεί να οριστεί σαν τον βαθμό της απώλειας ανθρώπινων ζώων και αγαθών εξαιτίας της δράσης φυσικών τεχνολογικών ή άλλων αιτιών (σύμμετρες και ασύμμετρες απειλές, μαζικά ατυχήματα).

Η ταξινόμηση των κάθε τύπου καταστροφών (γεωλογικές καταστροφές, ποτάμιες πλημμύρες, παράκτιες καταστροφές, κατολισθήσεις, σεισμοί, ηφαιστειακή δραστηριότητα, κλιματικές μεταβολές, καιρικές καταστροφές, τεχνολογικές καταστροφές, επιδημίες, σύμμετρες και ασύμμετρες απειλές) καθορίζει την αναγκαιότητα την έκταση και τα χαρακτηριστικά των επιχειρησιακών σχεδίων που απαιτείται να υπάρχουν (ζώνες επικινδυνότητας, επιπτώσεων, τρωτότητα πληθυσμού,

γεωγραφική εξειδίκευση ακόμα και σε επίπεδο οικοδομικού τετραγώνου - μικροζωνικός σχεδιασμός) ενώ τα τελευταία (επιχειρησιακά σχέδια) καθορίζουν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των Επιχειρησιακών Κέντρων κάθε κόμβου του Εθνικού Δικτύου Διαχείρισης Κρίσεων (Homeland Security Network).

Τα ελάχιστα γενικά και περιγραφικά σχέδια (π.χ. για την αντιμετώπιση χιονόπτωσης ή καύσωνα) χωρίς την υποστήριξη ψηφιακών δικτυακών γεωχωρικών πληροφοριακών συστημάτων που να καλύπτουν το σύνολο της χώρας, σε συνδυασμό με συστήματα διαχείρισης συμβάντων και βάσεις δεδομένων εξαγωγής γνώσης - πληροφορίας, μεταφορά πολλών ψηφιακών πηγών πληροφορίας real time και near real time, σε intranet και internet περιβάλλοντα, καθιστούν αναγκαία την αναθεώρηση και τον επαναπροσανατολισμό της δομής της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας και των περιεχομένων των επιχειρησιακών σχεδίων σε Εθνικό και σε τοπικό επίπεδο.

4.4 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΗΣ F. NIGHTINGALE

Η θεωρία του Περιβάλλοντος της Nightingale που δημιουργήθηκε μέσα από την εμπειρία της στον Κριμαϊκό πόλεμο (Selanders, 1995) αποδίδοντας την ασθένεια και το θάνατο των στρατιωτών στις ανθυγιεινές περιβαλλοντολογικές καταστάσεις, μπορεί ακόμη και σήμερα να έχει εφαρμογές σε γεγονότα με μαζικές απώλειες. Επικεντρώθηκε στο περιβάλλον τονίζοντας ότι «ο καθαρός αέρας, το πόσιμο νερό, το καλό αποχετευτικό σύστημα, η καθαριότητα κι ο φωτισμός μπορούν να μετατρέψουν ένα περιβάλλον από ανθυγιεινό σε υγιεινό» και ότι υπάρχει ανάγκη να τροποποιηθούν κάποιες μεταβλητές σ' αυτό, ώστε να αναρρώσουν τα άτομα (Αποστολοπούλου, 1999). Σε καταστροφικά γεγονότα το περιβάλλον περιέχει πληθώρα κινδύνων όπως

έλλειψη πόσιμου νερού, τροφής, αποχετευτικού συστήματος και βιώνεται με έντονο stress, καταστάσεις που μπορούν να βλάψουν τα θύματα και τους νοσηλευτές. Η νοσηλευτική μαζικών καταστροφών επικεντρώνεται στην αναγνώριση τέτοιων κινδύνων και αναπτύσσει το σχεδιασμό και τις παρεμβάσεις για την εξάλειψή τους.

4.5 ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΤΗΣ JENNINGS

Το νοσηλευτικό μοντέλο Διαχείρισης Καταστροφών της Jennings (2004) δημιουργήθηκε για να βοηθήσει τους κοινοτικούς νοσηλευτές στο σχεδιασμό και διαχείριση καταστροφικών γεγονότων και ενσωματώνει τέσσερα στάδια που συνδέονται με χρονική αλληλουχία. Το πρώτο στάδιο (Πριν το Καταστροφικό Συμβάν) αφορά στην εκτίμηση της επικινδυνότητας και των διαθέσιμων πόρων της κοινότητας. Το δεύτερο στάδιο (Καταστροφικό Συμβάν) είναι το χρονικό σημείο όπου συμβαίνει η καταστροφή και αναφέρεται στην ανάπτυξη του νοσηλευτικού ρόλου ως φροντιστή, εκπαιδευτή και διαχειριστή της κατάστασης. Στο τρίτο στάδιο (Μετά το Καταστροφικό Συμβάν) γίνεται μια προσπάθεια αξιολόγησης του σχεδιασμού αναφορικά με την φροντίδα που χορηγήθηκε. Εντοπίζονται τα αδύνατα και δυνατά σημεία του σχεδιασμού, καταγράφονται με επιστημονικό τρόπο οι αδυναμίες του σχεδιασμού στη βιβλιογραφία και γίνεται καινούργια προσπάθεια για επανασχεδιασμό του μοντέλου. Καταλήγοντας στο τέταρτο στάδιο (Συνέπεια για τον Πληθυσμό/Πελάτη) η Jennings τονίζει ότι οι ενέργειες που έγιναν στα προηγούμενα στάδια θα πρέπει να έχουν θετική έκβαση στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

Μέσα από δείκτες όπως η μείωση της θνησιμότητας, η μείωση του κόστους φροντίδας αλλά και η βελτίωση του επιπέδου υγείας και της

νοσηλευτικής γνώσης σε θέματα καταστροφών, θα γίνει προσπάθεια καταγραφής της έκβασης του σχεδιασμού με μετρήσιμους δείκτες.

4.6 ΤΟ ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΤΟΥ VEEENEMA (DISASTER NURSING TIMELINE)

Ένα άλλο μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Veenema, μέσα από το οποίο αναδεικνύεται «το συνεχές» του σχεδιασμού για τις μαζικές καταστροφές. Το μοντέλο περιλαμβάνει τρεις χρονικές στιγμές αλληλένδετες μεταξύ τους. Η Φάση I είναι η χρονική στιγμή πριν την καταστροφή και εμπερικλείει τον σχεδιασμό, την προετοιμασία, την πρόληψη και τα προειδοποιητικά σημεία. Η Φάση II εκτείνεται χρονικά από τον χρόνο 0 όπου νοείται η έναρξη του καταστροφικού συμβάντος έως και 72 ώρες μετά και περιλαμβάνει την ανταπόκριση, την επείγουσα διαχείριση της κρίσης και την εξομάλυνση της κατάστασης. Και την Φάση III μετά την τρίτη μέρα από την καταστροφή, ξεκινούν οι προσπάθειες αποκατάστασης, επανένταξης, αναδόμησης και αξιολόγησης (Alasdair1993).

4.7 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑΣ & ΚΑΘΟΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ M. LEININGER (CULTURAL CARE DIVERSITY & UNIVERSALITY: A THEORY OF NURSING)

Από τη ματιά της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής η M. Leininger πρώτη διατύπωσε τη θεωρία για την Πολιτισμική Ποικιλομορφία και Καθολικότητα της Φροντίδας που συμπληρώνεται από το Sunrise Model (το Μοντέλο του Ανατέλλοντος Ηλίου) σαν υπόδειγμα για την εφαρμογή

της θεωρίας και αργότερα από την Ethno nursing Research Method (ΕθνοΝοσηλευτική Ερευνητική Μέθοδος,) ως μια ερευνητική μέθοδο που εξυπηρετεί τους στόχους της θεωρίας (Leininger 2002). Η Διαπολιτισμική Θεωρία της Leininger μπορεί να εφαρμοστεί και στη νοσηλευτική μαζικών καταστροφών, αφού παρέχει έναν ολοκληρωμένο οδηγό για τη μελέτη και την ανάλυση των μεταβλητών μέσα στις διάφορες κουλτούρες μιας και κεντρικός σκοπός της θεωρίας της είναι να ανακαλυφθούν, να τεκμηριωθούν, να ερμηνευθούν και να εξηγηθούν οι πολλαπλοί παράγοντες που επηρεάζουν και που εξηγούν τη φροντίδα από μια ολιστική πολιτισμική οπτική , που θα συμβάλλει στην υγεία και την ευημερία των ανθρώπων (Alasdair1993).

4.8 ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (CASE STUDY) ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΙΑΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ.

Η ΓΜ. είναι κλινική νοσηλεύτρια λοιμώξεων και εργάζεται στο Ε.Σ.Υ Στο κείμενο που ακολουθεί μας παραθέτει την εμπειρία της, στην παρ' ολίγον καταστροφή που θα συνέβαινε στα αμπάρια δουλεμπορικού πλοίου, έπειτα από πυρκαγιά που ξέσπασε. Η ΓΜ ήταν μέρος του κλιμακίου της διεπιστημονικής ομάδας που έστειλε η Ελληνική Κυβέρνηση.

«Αρχές Νοεμβρίου 2001 : Προσάραξε στη Ζάκυνθο το επονομαζόμενο από τον τύπο «πλοίο της ντροπής». Επτακόσιοι πενήντα (750) μετανάστες μεταφέρονται από δουλεμπόρους σε άθλιες συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Ταυτόχρονα με τους Γιατρούς χωρίς Σύνορα, τους Γιατρούς του Κόσμου, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και άλλες μη κυβερνητικές οργανώσεις το ΚΕΕΛΠΝΟ στέλνει κλιμάκιο αρχικά αποτελούμενο από εννέα άτομα, εκ των οποίων, οκτώ ιατρούς και μια

νοσηλεύτρια λοιμώξεων. Στη συνέχεια ακολουθεί κλιμάκιο που στελεχώνεται από κοινωνιολόγους και ψυχολόγους. Στην αποστολή συμμετέχω ως η νοσηλεύτρια του κλιμακίου. Το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών έχει μεταφερθεί στο κλειστό γυμναστήριο, ενώ γυναίκες, παιδιά και οικογένειες σε χώρο ξενοδοχείου.

Η ομάδα προσπαθεί να καταγράψει τις ιατροφαρμακευτικές ανάγκες. Ο σχεδιασμός ακολουθεί την εξής πορεία:

I. οι πληθυσμοί δεν είναι ομοιόμορφοι. Πρέπει να βρεθεί κοινή γλώσσα επικοινωνίας. Από την ομάδα 5 μιλάμε αγγλικά, 3 γαλλικά, 1 γερμανικά. Σηκώνουμε ταμπέλες με την εισαγωγική ερώτηση κάθε γλώσσας και περιμένουμε ποιοι από τους πρόσφυγες θα ανταποκριθούν. Αφού κάποιοι ανταποκρίνονται, μαθαίνουμε τη χώρα καταγωγής τους και τους τοποθετούμε επικεφαλής ομάδος συμπατριωτών τους. Οι γιατροί μοιράζονται σε τρία πρόχειρα ιατρεία (3,2,2) ενώ η αρχική εκτίμηση των αναγκών και η προώθηση στο αντίστοιχο ιατρείο με βάση τη γλώσσα του μεταφραστή γίνεται από ιατρό και νοσηλεύτρια. Έτσι αρχίζει και δημιουργείται κοινός κώδικας επικοινωνίας.

II. άμεσα πρέπει να αντιμετωπιστούν σοβαρά προβλήματα γενικής ιατρικής και λοιμώδη νοσήματα τα οποία είναι ευθύνη του κλιμακίου και πρέπει η διασπορά τους να προληφθεί. Δίνονται οδηγίες στους πρόσφυγες- μεταφραστές να ανακοινώσουν τα συμπτώματα με βάση τα οποία όποιοι τα έχουν πρέπει να προηγηθούν. Ιατρός και νοσηλεύτρια περιφέρονται στο χώρο και ελέγχουν κλινικά συμπτώματα και σημεία μακροσκοπικά. γίνεται εκπαίδευση των μεταναστών σε απλούς κανόνες καθαριότητας και υγιεινής και μοιράζονται αναγκαία είδη υγιεινής.

III. αναγκαίες είναι οι εξετάσεις αίματος και η χορήγηση φαρμάκων. Ο πληθυσμός είναι εθνολογικά και θρησκευτικά ανομοιογενής. Η στατιστική ανάλυση εκ των υστέρων έδειξε ότι οι μετανάστες ήταν Κούρδοι από Ιράν και Ιράκ, Παλαιστίνιοι, Ινδοί, Πακιστανοί, κάτοικοι

της Ερυθραίας. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ήταν σουνίτες μουσουλμάνοι. Η περίοδος συνέπεσε να είναι ο εορτασμός του Ραμαζανιού. Ποια θεωρία ήταν η πλέον κατάλληλη να εφαρμοστεί από τις υπάρχουσες νοσηλευτικές θεωρίες; Η θεωρία της Madeleine Leininger μπορούσε να εφαρμοστεί. Κεντρικό της σημείο ότι η κουλτούρα προάγει τις αποφάσεις. Έτσι οποιαδήποτε υγειονομική απόφαση έπρεπε να περάσει μέσα από διαπολιτισμικές διαδικασίες. Οι εξετάσεις αίματος μεταφέρθηκαν μετά τη δύση του ήλιου, ενώ έγινε προσπάθεια να μεταφερθούν και όσες από τις θεραπείες μπορούσαν να μεταφερθούν χρονικά. Ο σεβασμός των ηθών και εθίμων των προσφύγων από την ομάδα οδήγησε στην αποδοχή και το σεβασμό των υγειονομικών, ενώ πριν το κλιμάκιο αναχωρήσει οργανώθηκε από τους μετανάστες συγκινητική εορτή». (Alasdair1993)

4.9 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ CAMPINHA- BACOTE (A CULTURALLY COMPETENT MODEL OF CARE)

Η Campinha-Bacote το 1991, στο «Μοντέλο για την Πολιτισμική Ικανότητα» (Model for cultural competence) ορίζει ως πολιτισμική ικανότητα «την διαδικασία, στην οποία οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν συνεχώς να αποκτήσουν την ικανότητα να εργάζονται αποτελεσματικά με βάση το πολιτισμικό πλαίσιο ενός ατόμου, μιας οικογένειας ή μιας κοινότητας που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό/εθνικό υπόβαθρο» (Campinha-Bacote, 1998). Είναι ένα αναθεωρημένο μοντέλο (1998) πέντε στοιχείων, (πολιτισμική συνειδητοποίηση, πολιτισμική γνώση, πολιτισμικές δεξιότητες, πολιτισμικές συγκρούσεις και πολιτισμική επιθυμία) με αλληλοεξαρτώμενη σχέση το ένα με το άλλο , τα οποία αποτελούν

οικοδομήματα της πολιτισμικής ικανότητας (cultural competence) αναδεικνύοντας την ως κεντρική έννοια και προσφέροντας ένα πολύτιμο θεωρητικό πλαίσιο και στο περιεχόμενο της νοσηλευτικής μαζικών καταστροφών. Το μοντέλο απαιτεί οι παρο- χεις υπηρεσιών υγείας μέσω όχι μιας απλής διαδικασίας, αλλά ενός δυναμικού ταξιδιού - το οποίο το 2002 συμβολικά σχηματοποίησε ως ηφαίστειο - να θεωρήσουν τους εαυ- τούς τους ως το «να γίνουν» πολιτισμικά ικανοί (becoming) από το «να είναι ήδη» πολιτισμικά ικανοί (Already being) (Alasdair1993) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΚΑΙ ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ

Δεν υπάρχουν προς το παρόν αρκετά δεδομένα και στοιχεία για το πιο είναι το πιο κατάλληλο οργανωτικό μοντέλο ΤΕΠ για την ελληνική πραγματικότητα. Γι' αυτό η ανάπτυξη και οργάνωση των ΤΕΠ στην Ελλάδα θα πρέπει να γίνει προοδευτικά, χωρίς να ληφθούν άμεσα οριστικά μέτρα σχετικά με τη στελέχωση που πιθανά θα πρέπει να τροποποιηθούν έτσι ώστε αφενός να εξασφαλιστεί μεσοπρόθεσμα καλύτερη και ταχύτερη υποδοχή, σταθεροποίηση και διαγνωστική προσπέλαση των επειγόντων, ενώ θα δοθεί χρόνος για τη δημιουργία κατάλληλων στελεχών. Η ανάπτυξη και οργάνωση των ΤΕΠ θα πρέπει να αφορά τρία στάδια.

5.1 ΣΤΑΔΙΟ Ι – ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΕΠ

Όλα τα κρατικά νοσοκομεία ανεξάρτητα μεγέθους θα πρέπει να αναβαθμίσουν τις υπηρεσίες υποδοχής και σταθεροποίησης των επειγόντων αρχικά με το να αναπτύξουν ένα μεταβατικό μοντέλο ΤΕΠ μέχρις ότου υπάρξουν οι προϋποθέσεις από πλευράς εξειδικευμένου προσωπικού και θεσμικών προϋποθέσεων για την ουσιαστική αυτονομία των ΤΕΠ.

Αυτό το μοντέλο θα πρέπει να στηρίζεται στη:

- Δημιουργία μιας τουλάχιστον στοιχειώδους *αυτόνομης χωροταξικής υποδομής* για την επί τόπου υποδοχή και αντιμετώπιση των επειγόντων.
- Δημιουργία μιας Ομάδας Νοσοκομειακής Αντιμετώπισης των Επειγόντων για την αντιμετώπιση του υπερ-επειγόντων και των περιστατικών άμεσης αναζωογόνησης του νοσοκομείου και του ΤΕΠ. Η ομάδα αυτή θα αποτελείται (ανάλογα με το νοσοκομείο) από *αναισθησιολόγο, καρδιολόγο, γενικό χειρουργό, νευροχειρουργό*

και θα κινητοποιείται αμέσως μόλις ειδοποιείται το ΤΕΠ από το ΕΚΑΒ για τη διακομιδή αυτών των επειγόντων και θα τα αναμένει στο ΤΕΠ.

- Δημιουργία εθνικών πρωτοκόλλων διαλογής των ασθενών στο ΤΕΠ ή υιοθέτηση μιας από τις αναγνωρισμένες Κλίμακες Διαλογής των Επειγόντων με προσδιορισμό των χρονικών δυνατοτήτων αντιμετώπισης του κάθε νοσοκομείου. Εκτύπωση της κλίμακας και διανομή της σε όλα τα κρατικά νοσοκομεία.
- Βραχυπρόθεσμη εκπαίδευση για την εκμάθηση της κλίμακας διαλογής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται στα ΤΕΠ.
- Τοποθέτηση σε όλα τα ΤΕΠ ενός γιατρού ή νοσηλευτή διαλογής (triage) για την ταξινόμηση σύμφωνα με κλινικές προτεραιότητες κάθε ασθενούς που διακομίζεται ή προσέρχεται στο ΤΕΠ, προκειμένου να αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς μέσα σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια.
- Υποχρεωτική κυκλική τοποθέτηση ειδικευμένων γιατρών των βασικών ειδικοτήτων (παθολογίας, χειρουργικής) καθώς και των γενικών γιατρών σε συνεχή παρουσία στο ΤΕΠ των μεγάλων νοσοκομείων, οι οποίοι δεν θα έχουν ταυτόχρονη υπηρεσία σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, προκειμένου να υπάρξει άμεση και σφαιρική αντιμετώπιση των ασθενών με περιορισμό διαγνωστικών σφαλμάτων καθυστερήσεων ή περιττών εξετάσεων λόγω απειρίας ειδικευομένων.
- Θέσπιση κινήτρων για προσέλωση του κατάλληλου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα ΤΕΠ για μόνιμη ή μη μόνιμη υπηρεσία.

- Σύσταση μόνιμης Επιτροπής Επείγουσας Ιατρικής στο ΚΕΣΥ που θα ασχοληθεί με τη σωστή εφαρμογή της σταδιακής ανάπτυξης και οργάνωσης του ΤΕΠ στα κρατικά νοσοκομεία και ταυτόχρονα την ποιοτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του προτεινόμενου μοντέλου ΤΕΠ στα πιλοτικά νοσοκομεία.
- Ενημέρωση και διαπαιδαγώγησή του κοινού για το νέο τρόπο λειτουργίας των ΤΕΠ. Θα πρέπει να τονιστεί ότι είναι προς το συμφέρον του κοινού να καταφεύγει για επίλυση απλών χρόνιων προβλημάτων του στις αρμόδιες υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων και όχι στο ΤΕΠ, όπου θα καθυστερήσει να εξυπηρετηθεί λόγω άλλων προτεραιοτήτων και κατασπατάλησης λιγοστών πόρων. (Πεσιρίδης 2009)

5.2 ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ – ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το προτεινόμενο μοντέλο ΤΕΠ πρέπει να αξιολογηθεί με *πιλοτική εφαρμογή* και ποιοτική αξιολόγηση του προγράμματος εντός του έτους, για βελτιωτικές αλλαγές και μελλοντική επέκταση σε όλη την Ελλάδα. Η πιλοτική εφαρμογή αφορά την ανάπτυξη ΤΕΠ επιπέδου ΙΙΙ σε τρία ή τέσσερα νοσοκομεία σε διαφορετικές υγειονομικές περιοχές με διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαφορετικό όγκο ασθενών. Παραδείγματα τέτοιων νοσοκομείων είναι:

- Θ *Θεσσαλονίκη* - ΓΠΝ Παπανικολάου: μεγάλο νοσοκομείο με όλες τις μεγάλες ειδικότητες, σε αστική περιοχή,
- Θ *Αθήνα* - ΓΝΝ Βούλας: άνιση ποσοτικά, αλλά όχι ποιοτικά, δομή, ουσιαστική καθημερινή εφημερία,
- Θ *Ηράκλειο* – ΠαΓΝΗ: απομονωμένη γεωγραφικά περιφέρεια, προβλέψιμες πληθυσμιακές διακυμάνσεις.

Η πιλοτική εφαρμογή ΤΕΠ θα πρέπει να γίνει σε τρία στάδια:

- *Πρώτο στάδιο τριών μηνών* για την καταγραφή των υπαρχόντων προβλημάτων και επιδημιολογικών στοιχείων με βάση ειδικά ερωτηματολόγια. Το στάδιο αυτό θα χρησιμοποιηθεί για την ταυτόχρονη ανάπτυξη της χωροταξικής υποδομής και την επιλογή με αυστηρά κριτήρια του προσωπικού ΤΕΠ.
- *Δεύτερο στάδιο έξι μηνών* για την εφαρμογή του προτεινόμενου μοντέλου, την καταγραφή προβλημάτων και επιδημιολογικών στοιχείων με βάση ερωτηματολόγια.
- *Τρίτο στάδιο τριών μηνών* για την ανάλυση και αξιολόγηση των στοιχείων των ερωτηματολογίων και υποβολή σχετικού υπομνήματος.

Η πιλοτική εφαρμογή ΤΕΠ αναμένεται να δώσει απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Θ Το προτεινόμενο μοντέλο για τα ΤΕΠ είναι το κατάλληλο για την Ελλάδα;
- Θ Το ίδιο μοντέλο είναι κατάλληλο για όλα τα νοσοκομεία της ίδιας κατηγορίας;
- Θ Η διαχείριση των επειγόντων είναι πιο ταχεία και πιο αποτελεσματική;
- Θ Βελτιώθηκε η έκβαση (νοσηρότητα και θνητότητα) των επειγόντων κατηγορίας I και II;
- Θ Μειώθηκαν οι μη αναγκαίες εισαγωγές στα νοσοκομεία;
- Θ Μειώθηκε το κόστος νοσηλείας των επειγόντων;
- Θ Είναι αποτελεσματική η σύνδεση της Προνοσοκομειακής και Νοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής;

5.3 ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ – ΘΕΣΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Θα πρέπει να αναπτυχθούν αυτόνομα ΤΕΠ σε νοσοκομεία ή συγκροτήματα νοσοκομείων σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια με ταυτόχρονη ανάπτυξη από πλευράς πολιτείας των απαιτούμενων θεσμικών αλλαγών. Συγκεκριμένα:

♦ **Δημιουργία εθνικών προδιαγραφών για τη δημιουργία ΤΕΠ διαφόρων επιπέδων σύμφωνα με:**

- τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες της κάθε υγειονομικής περιοχής:
 - πληθυσμιακές,
 - κοινωνικές,
 - εργασιακές,
 - γεωγραφικές,
 - συγκοινωνιακές, κλπ.,
- το μέγεθος του νοσοκομείου ή νοσοκομειακού συγκροτήματος
- το επίπεδο της Προνοσοκομειακής υποστήριξης των επειγόντων καθώς και το μέσο χρόνο διακομιδής του ασθενούς στο ΤΕΠ.

♦ **Κατάταξη και ταξινόμηση των νοσοκομείων σύμφωνα με συγκεκριμένους δείκτες υποδομής για την ανάπτυξη ΤΕΠ του αντίστοιχου επιπέδου (I, II, III), όπως:**

- αριθμό νοσοκομειακών κρεβατιών,
- αριθμό και είδος επειγόντων που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο ανά εφημερία,
- παρουσία των βασικών και ειδικών (π.χ. ΝΧ) ιατρικών ειδικοτήτων,
- παρουσία των βασικών εργαστηρίων και αιμοδοσίας,
- ύπαρξη αξονικού τομογράφου,
- ετοιμότητα χειρουργείων,
- λειτουργία και αριθμός κρεβατιών ΜΕΘ.

- ◆ **Θεσμοθέτηση δημιουργίας Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών ως αυτόνομων τμημάτων των νοσοκομείων από πλευράς χώρων και προσωπικού.**
- ◆ **Θεσμοθέτηση ιατρικής και νοσηλευτικής εξειδίκευσης στην Επείγουσα Ιατρική και προώθηση προγραμμάτων μετεκπαίδευσης (π.χ. ΚΕΚ Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας) στην Επείγουσα Ιατρική για γιατρούς και νοσηλευτές.**

5.4 ΣΤΑΔΙΟ IV – ΤΕΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Το τελικό στάδιο ανάπτυξης θα πρέπει να βασιστεί στην αξιολόγηση των ευρημάτων των πιλοτικών προγραμμάτων ανάπτυξης ΤΕΠ. Σύμφωνα με τα προτεινόμενα κριτήρια θα πρέπει να ακολουθήσει η ανάπτυξη ΤΕΠ τριών επιπέδων I, II, III με:

- *τη σύσταση και προκήρυξη των αντίστοιχων θέσεων επειγοντολόγων για τα ΤΕΠ επιπέδου III,*
- *την αύξηση του δυναμικού των βασικών κλινικών που πλαισιώνουν τα ΤΕΠ με μη μόνιμο ανακυκλούμενο προσωπικό,*
- *την αξιοποίηση των δυνατοτήτων της Τηλεϊατρικής για απομονωμένες περιοχές (π.χ. νησιά),*
- *τη σύνδεση της Νοσοκομειακής με την Προνοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική. (<http://www.cnam.gr/docs/nosileftikosinedrio.pdf>)*

5.5 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ

5.5.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟ ΤΕΠ

Το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζει και νοσηλεύει το ΤΕΠ μαζί και με το επίπεδο του νοσοκομείου καθορίζουν το είδος των

ιατρικών φροντίδων που πρέπει να παρέχει το ΤΕΠ. Στο ΤΕΠ παρέχονται ιατρικές φροντίδες σε ασθενείς με ένα ευρύ φάσμα παθολογίας, από την απειλητική για τη ζωή ως την αυτοπεριοριζόμενη, και από όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η προσέλευση και ο αριθμός αυτών των ασθενών είναι απρόβλεπτοι παράγοντες και οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται με συμπτώματα και όχι με διαγνώσεις. Επομένως, η παροχή φροντίδων πρέπει να γίνεται με διαβάθμιση προτεραιοτήτων και αυτή είναι μία δυναμική διαδικασία. Η προσέγγιση του ασθενούς είναι σφαιρική χωρίς να επικεντρώνεται σε όργανα. Η φροντίδα του ασθενούς εστιάζεται στην αρχική φροντίδα ως τη στιγμή του εξιτηρίου από το ΤΕΠ ή την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες Υγείας.

Για να διασφαλισθούν τα παραπάνω, οι ιατρικές φροντίδες περιλαμβάνουν

◆ **Διαλογή**

◆ **Πρωτοβάθμια εκτίμηση και σταθεροποίηση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων**, με βάση το σύστημα προσέγγισης ABCDE είναι το εργαλείο πρωτοβάθμιας εκτίμησης για όλους τους ασθενείς και δεν απαιτεί παρακλινικό έλεγχο. Είναι μία δομημένη προσέγγιση για την αναγνώριση και αναζωογόνηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση και τραυματιών.

◆ **Εστιασμένο ιατρικό ιστορικό**, στα συμπτώματα για τα οποία ο ασθενής προσέρχεται, σε κλινικά ευρήματα όσο και σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση φροντίδα.

◆ **Δευτεροβάθμια εκτίμηση και άμεση κλινική διαχείριση**, με έγκαιρη επιλογή παρακλινικών εξετάσεων και με εστιασμό στην ανάγκη για άμεση παρέμβαση.

◆ **Λήψη κλινικών αποφάσεων**, με δεύτερη διαλογή, άμεση και/ή οριστική φροντίδα στο ΤΕΠ και σχεδιασμό για εισαγωγή ή εξιτήριο.

♦ *Συνεχής επανεκτίμηση και περαιτέρω διαχείριση του ασθενούς.*

Ο σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών στο ΤΕΠ είναι ο διασυνδεδετικός με οργάνωση της θεραπείας γύρω από τον ασθενή και την παροχή φροντίδων από συνεργαζόμενες ειδικότητες, που αποτελούν μέλη ομάδας με ηγεσία που οργανώνει τη διαδικασία των φροντίδων. Πρέπει να σταματήσει η αντιμετώπιση ασθενών από πολλές μη συντονισμένες ειδικότητες, που εργάζονται στον ίδιο χώρο αλλά δεν εργάζονται σαν ομάδα, και κατά συνέπεια δεν συντονίζεται η παροχή φροντίδων, με αποτέλεσμα ο ασθενής γίνεται «μπαλάκι» μεταξύ ειδικοτήτων. (Πεσιρίδης 2009)

5.5.2 ΔΙΑΛΟΓΗ (TRIAGE) ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Για να αντιμετωπίζονται χωρίς καθυστερήσεις τα πραγματικά επείγοντα και να ξεχωρίζουν αποτελεσματικά από τα χρονίζοντα περιστατικά, είναι επιβεβλημένη η άμεση διαλογή (triage) των προσερχόμενων ασθενών από ειδικευμένο προσωπικό (ιατρικό ή νοσηλευτικό). Διαλογή είναι η διαδικασία κατανομής και ιατρικής ιεράρχησης των προτεραιοτήτων παροχής φροντίδων σε επείγοντα περιστατικά. Με συγκεκριμένα πρωτόκολλα βασίζεται κυρίως στην αξιολόγηση ζωτικών παραμέτρων και συμπτωμάτων – κλειδιά ώστε να διαβαθμίζει προτεραιότητες και να ταξινομεί τους ασθενείς σύμφωνα με τη σοβαρότητα του τραυματισμού ή της νόσου, της πρόγνωσης και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών.

Οι ασθενείς που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ διεθνώς ταξινομούνται σε τέσσερις-πέντε κλινικές κατηγορίες σύμφωνα με το χρωματικό φάσμα του ουράνιου τόξου (κόκκινο/πορτοκαλί, κίτρινο,

πράσινο, θαλασσί). Στην κάθε κατηγορία περιλαμβάνονται ασθενείς με βάση τα κύρια συμπτώματά τους παρά διαγνώσεις. Παρακάτω αναφέρονται οι πέντε κατηγορίες ασθενών, που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ σύμφωνα με αναγνωρισμένες κλίμακες βαρύτητας όπως αυτές που έχουν αναπτύξει η British Association of Accident and Emergency Medicine και το Αυστραλιανό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής, με τα αντίστοιχα χρονικά περιθώρια αντιμετώπισης.

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

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

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

αναπνευστική ανεπάρκεια ανεξάρτητα αιτιολογίας, οξεία σύγχυση, οξεία σκωληκοειδίτιδα, κατάγματα, ορισμένες οξείες δηλητηριάσεις, οξείες ψυχιατρικές διαταραχές, κλπ.

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

Κατηγορία V – Μη-επείγον (non-urgent): οι ασθενείς αυτοί με καταστάσεις που δεν είναι πραγματικά επείγουσες για να χρειάζονται αντιμετώπιση και νοσηλεία, χρειάζεται να κατευθυνθούν σωστά και υπεύθυνα στα αντίστοιχα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή σε ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαφορετικά να αντιμετωπιστούν εντός 120-240 min. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή, μη οξέα ερυθήματα, συνταγογραφήσεις, γνωματεύσεις, κλπ.

Πίνακας 5.1. Προτεινόμενη Κλίμακα Διαλογής επειγόντων με αντίστοιχους χρόνους – στόχους για αντιμετώπιση στο ΤΕΠ.

Αριθμητική ή ταξινόμηση	Χρωματική ταξινόμηση	Κλινική ταξινόμηση	Ταχύτητα αντιμετώπισης	Είδος Περιστατικού
1	κόκκινο	άμεση αναζωογόνηση	άμεση	<ul style="list-style-type: none"> • ανακοπή, • οξεία απόφραξη αεραγωγού, • σοβαρό τραύμα σε shock

2	πορτοκαλί	υπέρ-επείγον	εντός 10 min	<ul style="list-style-type: none"> • στηθαγγικός πόνος, • σπασμοί, • υπογλυκαιμία, • GCS<9
3	κίτρινο	επείγον	εντός 30-60 min	<ul style="list-style-type: none"> • τραύμα οφθαλμών, • οξείες ψυχιατρικές διαταραχές
4	πράσινο	ημι-επείγον	εντός 60-120 min	<ul style="list-style-type: none"> • επώδυνες μη απειλητικές βλάβες, • ελαφρές οξείες καταστάσεις
5	μπλε	μη-επείγον	εντός 120-240 min	<ul style="list-style-type: none"> • χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή, • συνταγογραφήσεις , • γνωματεύσεις

Οι κατηγορίες βαρύτητας I και II αφορούν το 5% περίπου του συνόλου των διακινουμένων ασθενών μέσω του ΤΕΠ, οι κατηγορίες βαρύτητας III και IV αφορούν περίπου το 25 – 40 %, ενώ οι μη επείγουσες προσελεύσεις (κατηγορία V) αφορούν το 5 έως και 86% του συνόλου ανάλογα με το υγειονομικό σύστημα.

Καταστάσεις χωρίς ξεκάθαρη κλινική εικόνα που αναμένεται να διαλευκανθεί με την παρακολούθηση νοσηλεύονται στους χώρους *Βραχείας Νοσηλείας* για μικρό χρονικό διάστημα, οπότε και αποφασίζεται εάν χρειάζονται εισαγωγή στο νοσοκομείο ή μπορούν να σταλούν με ασφάλεια σπίτι τους. Αυτοί οι ασθενείς αποτελούν το 12%

περίπου των ασθενών του ΤΕΠ και απ' αυτούς μόνον οι μισοί χρειάζεται να εισαχθούν στη συνέχεια στο νοσοκομείο.

Στον Πίνακα 5.1 προτείνεται μια κλίμακα διαλογής για την ελληνική πραγματικότητα, βασισμένη σε κοινά συμπτώματα για τα οποία προσέρχονται οι ασθενείς παρά σε διαγνώσεις και το οποίο αναπτύχθηκε από την ομάδα triage του Manchester, το έχει υιοθετήσει η British Association of Accident and Emergency Medicine και ήδη εφαρμόζεται σε 138 ΤΕΠ της Αγγλίας και Ιρλανδίας .

5.6 ΠΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ

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

Το κύριο πρόβλημα όλων των ΤΕΠ είναι ο συνωστισμός (overcrowding). Οι λόγοι που τον προκαλούν είναι πολλοί και προβλέπεται να αυξηθούν στο μέλλον. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η επιβίωση ασθενών με σοβαρά προβλήματα, η πρόωμη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, η αύξηση των φτωχών, των μεταναστών, η δυσκολία συνεννόησης με αλλοδαπούς, η καθυστέρηση διεξαγωγής εξετάσεων, η καθυστέρηση των εισαγωγών στις κλινικές, η μείωση του προσωπικού και η αύξηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Οι επιπτώσεις που προκαλεί ο συνωστισμός είναι πολλές με σπουδαιότερες την αύξηση της θνητότητας στο ΤΕΠ και της νοσηρότητας ιδίως μεταξύ αυτών που φεύγουν από το ΤΕΠ χωρίς να

έχουν εξεταστεί από γιατρό. Επίσης η αύξηση του κόστους η αύξηση του χρόνου αναμονής, η μείωση της ικανοποίησης του κοινού, η ένταση και οι επιθέσεις εναντίον του προσωπικού δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο.

Ο συνωστισμός οφείλεται στη διαταραχή της ροής των ασθενών, που καθορίζεται από την ισορροπία μεταξύ της εισροής ασθενών, του χρόνου παραμονής στο ΤΕΠ και της εκροής των ασθενών. Η εισροή ασθενών, εξαρτάται από τη διαλογή και το είδος των ασθενών σε αριθμό και βαρύτητα. Ο χρόνος παραμονής των ασθενών και των διεργασιών στο ΤΕΠ εξαρτάται από το ιστορικό, την αρχική διάγνωση και την έναρξη αντιμετώπισης. Τέλος η εκροή ασθενών, εξαρτάται από τις δυνατότητες παρακολούθησης και βραχείας νοσηλείας και τα πρωτόκολλα εξόδου στο νοσηλευτικό τμήμα ή σπίτι.

Στη βελτίωση του προβλήματος του συνωστισμού των ασθενών στο ΤΕΠ πρέπει να βελτιωθεί η οργάνωση του ΤΕΠ και από πλευράς ταχύτητας διαλογής, αριθμού ανθρώπινου δυναμικού και ευρύτητας διαγνωστικών αλλά και έκτασης της κτιριακής υποδομής ανάλογα με τις προσελεύσεις ασθενών. Ταυτόχρονα όμως σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για παράδειγμα στη Μεγάλη Βρετανία μόνον το 5% των ασθενών που επισκέπτονται τους γενικούς γιατρούς προωθούνται στο ΤΕΠ, ενώ στην Γαλλία το 72% του συνόλου των προσερχομένων στο ΤΕΠ έχει προωθηθεί από γιατρό.

Η εισροή ασθενών στο ΤΕΠ μπορεί να ελεγχθεί με:

- Θ εκστρατεία ενημέρωσης των ιδιωτών και αγροτικών γιατρών, του κοινού και των ΜΜΕ για το «τι είναι το επείγον» και για τους στόχους του ΤΕΠ
- Θ παραπομπή στο ΤΕΠ μόνον του «επείγοντος»
- Θ εφαρμογή διαλογής για να αντιμετωπιστούν οι προσερχόμενοι ασθενείς σε συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια

Θ δημιουργία τριών «δρόμων φροντίδων».

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

Οι περιπατητικοί ασθενείς:

- εισέρχονται από την ειδική είσοδο για τους περιπατητικούς ασθενείς
- προσέρχονται στη γραμματεία προκειμένου να καταχωρηθούν στο μητρώο ασθενών και να τους δοθεί η ατομική κάρτα ασθενούς του ΤΕΠ με τα στοιχεία του και την ώρα προσέλευσής του
- αφήνουν την κάρτα στο ιατρείο διαλογής σε ειδικό πλαίσιο και περιμένει στο σαλόνι υποδοχής
- αξιολογούνται αμέσως στο χώρο διαλογής από εκπαιδευμένο γιατρό
- ταξινομούνται σύμφωνα με την κλίμακα διαλογής και συμπληρώνεται η αντίστοιχη κάρτα διαλογής με χρωματική διαφοροποίηση (κόκκινο, κίτρινο, πράσινο)
- προωθούνται ανάλογα με την κατηγορία του επείγοντος στους αντίστοιχους «δρόμους φροντίδων»:

Θ κατηγορία I και II στην αίθουσα ανάνηψης όπου αντιμετωπίζονται μέσα σε 10 min,

Θ κατηγορία III στα ατομικά εξεταστήρια όπου αναμένουν για να εξεταστούν μέσα στα επόμενα 30 – 60 min, και βρίσκονται υπό συνεχή εποπτεία από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό από το κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό,

Θ κατηγορία IV στην αίθουσα αναμονής για να εξεταστούν αργότερα (όχι περισσότερο από 60 – 120 min)

Θ κατηγορία V στο ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία,

- νοσηλεύονται στη ΜΕΘ ή ΜΑΦ εφόσον ανήκουν στην κατηγορία I ή II,
- νοσηλεύονται στους θαλάμους Βραχείας Νοσηλείας (για 6 – 48 ώρες) εφόσον έχουν μη ξεκαθαρισμένη αλλά οξεία, κλινική εικόνα μέχρις ότου γίνει η τελική τους αξιολόγηση και αποφασιστεί εάν χρειάζονται ή όχι εισαγωγή στο νοσοκομείο,
- οι συγγενείς κατευθύνονται στους χώρους αναμονής.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΜΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

Οι ασθενείς που διακομίζονται με ασθενοφόρο:

- εισέρχονται από την είσοδο των φορείων στην οποία υπάρχει εύκολη προσέγγιση του ασθενοφόρου και
- εφόσον δεν έχουν συνείδηση, είναι διασωληνωμένοι, ή ανήκουν στην κατηγορία I κατευθύνονται αμέσως στην αίθουσα αναζωογόνησης,
- εφόσον ανήκουν στην κατηγορία II προσκομίζονται για να αντιμετωπιστούν μέσα σε 10 min στην αίθουσα αναζωογόνησης ή στη ΜΕΘ/ΜΑΦ,
- όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς καταχωρούνται από τη γραμματεία στο μητρώο ασθενών και τους δίδεται ατομική κάρτα ΤΕΠ αξιολογούνται αμέσως από το γιατρό ή νοσηλεύτη στο χώρο διαλογής και προωθούνται ανάλογα με την κατηγορία του επείγοντος στα ατομικά εξεταστήρια (κατηγορίες III και IV) για να εξεταστούν όπως και οι περιπατητικοί ασθενείς.) (Πεσιρίδης 2009).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μαζική καταστροφή θεωρείται κάθε γεγονός στο οποίο ο αριθμός των θανάτων είναι μεγαλύτερος από αυτόν που μπορούν να αντιμετωπίσουν οι υπάρχουσες ιατροδικαστικές δομές σε ένα δεδομένο τόπο. Μια μαζική καταστροφή μπορεί να προκληθεί από φυσικά φαινόμενα, βιολογικά αίτια, τρομοκρατικές ενέργειες, πυρηνικά ατυχήματα, τοξικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, καθώς και ατυχήματα σε μέσα μαζικής μεταφοράς.

Η αντιμετώπιση μιας μαζικής καταστροφής περιλαμβάνει τρεις βασικούς άξονες δράσης: Ενέργειες στον τόπο της καταστροφής και κυρίως αναζήτηση και περισυλλογή των θυμάτων, ιατροδικαστική «διαχείριση» των θυμάτων και υποστήριξη των οικογενειών των θυμάτων. Ιδιαίτερα μεγάλης αξίας είναι σε αυτές τις περιπτώσεις η άμεση και ολοκληρωμένη διαχείριση από νοσηλευτική άποψη, προκειμένου να αποκομιστούν κρίσιμες πληροφορίες για το αίτιο και τις συνθήκες πρόκλησης της μαζικής καταστροφής, καθώς και για τα αίτια θανάτου των θυμάτων, στοιχεία που έχουν συνήθως μεγάλο αντίκτυπο από ανθρωπιστική, ποινική, αστική, ασφαλιστική, αλλά και πολιτειακή άποψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ασκητοπούλου Ε. Επείγουσα και Εντατική Ιατρική. Εκδ. Λίτσας. Αθήνα, 1991
2. Πεσιρίδης Θεόδωρος, Μαζικές Καταστροφές – Μαζικές απώλειες Υγείας: Εκπαίδευση και προετοιμασία των Νοσηλευτών. Νοσηλευτικό Δελτίο, 2009
3. Δαρδαβέσης Θεόδωρος. 'Η περίθαλψη των θυμάτων και η προστασία της δημόσιας υγείας στις μαζικές καταστροφές.' Έκδοση (Α'). Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1990
4. Μήτση, Α., Πατρικάκου, Φ., Σουκάντου,Χ . Triage στις μαζικές καταστροφές. Αξιολόγηση και προώθηση των περιστατικών. Η σύγχρονη αντίληψη των νοσηλευτών (πτυχιακή) ΤΕΙ Ηρακλείου 2004
5. Alasdair KT. Critical care in the emergency department: Stress within the system. *Crit Care Med* 1993; 21: 952-953
6. Australasian College for Emergency Medicine Policy Document. National Triage Scale. *Emerg Med* 1994;6:145-146.
7. Pirret AM. The role and effectiveness of a nurse practitioner led critical care outreach service. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. <http://www.esnecongress2011.gr/static/data/greek/%CE%92%CE%99%CE%92%CE%9B%CE%99%CE%9F%20%CE%A0%CE%A1%CE%91%CE%9A%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%A9%CE%9D.pdf>
2. http://www.esne.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=24
3. http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2010/11/Tomos02_teyxos_01gr-dragged1.pdf
4. <http://www.cnam.gr/docs/nosileftikosinedrio.pdf>
5. <http://www.nurse.teithe.gr/files/events/9/36%CE%BF%20%CE%A0%CE%B1%CE%BD%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AE%CE%BD%CE%B9%CE%BF.pdf>
6. www.ygeianet.gr/box/cal/19678.doc
7. www.ygeianet.gr/box/cal/7449.doc