



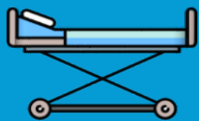
# Το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ως αυτοτελές τμήμα στο σύγχρονο Ελληνικό Νοσοκομείο : αναγκαίο ή περιττό;

*Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD  
Καρδιολόγος, Επιμ Α΄  
Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας.*

# Το 2018 σε νούμερα



Έχουμε  
**300**  
Συνολικά με τις μονάδες



Παρείχουμε  
φροντίδα υγείας  
συνολικά σε  
**434.605**  
περιστατικά



Εξωτερικοί Ασθενείς  
Τ.Ε.Ι.: **81219**



Νοσηλευθέντες  
**17990**



**47259**

Ασθενείς που  
Προσήλθαν στο ΤΕΠ



**5397**  
Επείγουσες  
Εισαγωγές



Αριθμός χειρουργικών  
Επεμβάσεων

**5813**



**4676**

ΕΚΑΒ Διακομιδές  
Προς το  
Κ.Γ.Ν.Ν.Ι



Απασχολούμε  
**860** προσωπικό

**252**

Γιατροί



**429**

Νοσηλευτικό  
προσωπικό



**68**

Παραϊατρικό –  
Επιστημονικό Μη Ιατρικό



**111**

Διοικητικό  
Τεχνικό - Λοιπό



Patients arrived

Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD  
Καρδιολόγος, Επιμ Α΄  
Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας.



# Αναλύοντας το ερώτημα

- ▶ Ποιο το σημερινό Ελληνικό νοσοκομείο;
- ▶ Ποιος ο ρόλος που καλείται να παίξει το ΤΕΠ στο σημερινό αλλά και αυριανό σύστημα;
- ▶ Ποια η προετοιμασία;
- ▶ Ποιες οι δυνατότητες;



# Ο ρόλος του ΤΕΠ

- ▶ Βασικό κλινικό τμήμα ενός νοσοκομείου και της συνολικής εμπειρίας ασθενών
- ▶ Βασικός συντελεστής της δημόσιας εικόνας του Νοσοκομείου
- ▶ Βασικός συντελεστής στα οικονομικά αποτελέσματα ενός νοσοκομείου
- ▶ Η παραλαβή, διαλογή, σταθεροποίηση, παροχή επείγουσας ιατρικής και διάγνωσης σε ασθενείς (τόσο επείγοντα όσο και λιγότερο επείγοντα) είτε παρουσιάζονται αυθόρμητα είτε έχουν παραπεμφθεί με όποιον τρόπο.
- ▶ Η δυναμική συμμετοχή σε αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών (φυσικών, ΧΒΡΠ) ως μέρη του ευρύτερου περιφερειακού σχεδιασμού
- ▶ Εκπαίδευση
- ▶ Έρευνα



# Λειτουργία-Σχεδιασμός Τ.Ε.Π

- Κέντρο διαχείρισης κρίσεων με πολλαπλές αρμοδιότητες:
  - ✓ Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών,
  - ✓ Διάγνωση, σταθεροποίηση ασθενών, προώθηση σε άλλα τμήματα,
  - ✓ Λειτουργία χειρουργείων και μονάδας βραχείας νοσηλείας,
  - ✓ Επικοινωνία με προνοσοκομειακές – διοικητικές υπηρεσίες,
  - ✓ Δυνατότητα υποδοχής μεγάλου αριθμού ασθενών (μαζικές καταστροφές) ή ειδικών περιστατικών (θύματα βιολογικών-χημικών όπλων, ακτινοβολίας)
- 
- Πρέπει απαραίτητα να διαθέτει:
  - ✓ Χώρο διαλογής ασθενών,
  - ✓ Εξωτερικά ιατρεία,
  - ✓ Θάλαμο παρακολούθησης – βραχείας νοσηλείας,
  - ✓ Θάλαμο αναζωογόνησης.



# ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΕΠ

- Ταχεία και εύκολη πρόσβαση πεζών και ιδιωτικών οχημάτων και οχημάτων του ΕΚΑΒ
- Γρήγορη διακίνηση (εύκολος προσανατολισμός)
- Εύρυθμη και αυτάρκη λειτουργία
- Εύκολη πρόσβαση στα εργαστήρια, χειρουργεία και μονάδες εντατικής Θεραπείας



# ΧΩΡΟΙ ΤΟΥ ΤΕΠ

- **ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:** Αφορά την Είσοδο με την υποδοχή, τη Διαλογή (triage) περιστατικών και την αναμονή ασθενών και συνοδών
- **ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΟΜΕΑΣ :** Περιλαμβάνει χώρους που σχετίζονται με την Εξέταση- Διάγνωση (αντιμετώπιση)
- **ΤΡΙΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:** Εδώ εντάσσονται χώροι που εξυπηρετούν στη Θεραπεία- Αντιμετώπιση και Νοσηλεία



# ΧΩΡΟΙ ΤΟΥ ΤΕΠ

- **ΤΕΤΑΡΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:** Σε αυτόν υπάγονται χώροι που καλύπτουν τις ανάγκες όλου του προσωπικού που εμπλέκεται στην λειτουργία των Επειγόντων
- **ΠΕΜΠΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:** Σε αυτόν υπάγονται όλοι οι λοιποί χώροι του ΤΕΠ
- **ΕΚΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:** Αφορά τους βοηθητικούς χώρους, που επιτρέπουν την αυτόνομη και αποτελεσματική λειτουργία του ΤΕΠ





# ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΤΕΠ

- Προκειμένου να υπολογιστεί το εμβαδόν ενός Τμήματος Επείγοντων Περιστατικών, έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο κατά το παρελθόν ένας γενικός δείκτης ο οποίος ορίζει ότι απαιτούνται τουλάχιστον 1000 τ.μ. για προσέλευση 100 ασθενών σε καθημερινή βάση



# ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΕΠ

- Πριν κατασκευαστεί ένα νέο ΤΕΠ ή πριν επεκταθεί κάποιο ήδη υπάρχον είναι σημαντικό να υπολογίζονται τα κατωτέρω:
- 1) Υπάρχουσα στελέχωση του νοσοκομείου
- 2) Υπαρξη ειδικών μονάδων (π.χ. ΜΕΘ, ΜΑΦ)
- 3) Προγραμματισμός προσλήψεων προσωπικού
- 4) Προφίλ του πληθυσμού τον οποίο εξυπηρετεί το ΤΕΠ:
  - Μέγεθος πληθυσμού
  - Ηλικιακή σύνθεση
  - Επιδημιολογικό προφίλ: αυξημένη επίπτωση συγκεκριμένων νοσημάτων π.χ. άσθμα
- 5) Αν υπάρχουν ή όχι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στον έξω-νοσοκομειακό τομέα της περιοχής
- 6) Παράγοντες εξωτερικού περιβάλλοντος, όπως ρύπανση



# ΣΗΜΑΝΣΗ ΤΕΠ

- Η σήμανση σε ένα Πρότυπο ΤΕΠ πρέπει να είναι πλήρης, σαφής και κατατοπιστική για τους ασθενείς και τους συνοδούς και να βασίζεται στη σύγχρονη νοσοκομειακή ορολογία
- Σκοπός της σήμανσης είναι η διατήρηση του προσανατολισμού του κοινού και η διευκόλυνση για γρήγορη προσπέλαση στους ζητούμενους χώρους όλες τις ώρες (ημέρα και νύκτα)



# ΧΩΡΟΙ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟ ΤΕΠ

- Ένα ΤΕΠ προκειμένου να είναι καλά σχεδιασμένο αλλά και λειτουργικό θα πρέπει να έχει ξεχωριστή είσοδο για τους ασθενείς σε φορεία και ξεχωριστή για τους περιπατητικούς και γενικά για τους πεζούς



# ΧΩΡΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ – ΑΝΑΜΟΝΗΣ

- Στο χώρο υποδοχής-αναμονής του ΤΕΠ θα πρέπει να καταφθάνει κάθε ασθενής άμεσα και γρήγορα, κινούμενος σε ευθεία γραμμή και χωρίς να χάνει τον προσανατολισμό του
- Βασικά χαρακτηριστικά των χώρων αναμονής είναι τα εξής:
  - θα πρέπει να είναι ικανού επιπέδου(τουλάχιστον 30 τ.μ. ανά 100 ασθενείς σε μέρα εφημερίας), να διαθέτουν άφθονα καθίσματα και να συνοδεύονται από όλες τις απαραίτητες διευκολύνσεις



# ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΕΠ

- Σε κάθε ΤΕΠ υφίστανται οργανωτικά τρεις Βασικές Υπηρεσίες, οι οποίες είναι οι εξής:
  1. Ιατρική υπηρεσία
  2. Νοσηλευτική υπηρεσία
  3. Διοικητική υπηρεσία
- Οι ανωτέρω Υπηρεσίες υπάγονται απευθείας στο Διοικητή / Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου και κάθε Υπηρεσία έχει τη δική της ιεραρχική διάρθρωση και στελέχωση



# ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ

- Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, στελεχώνονται με τις εξής κύριες κατηγορίες προσωπικού:
  - *Ιατρικό προσωπικό*
  - *Νοσηλευτικό προσωπικό*
  - *Διοικητικό προσωπικό*
  - *Βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό*
  - *Υποστηρικτικό προσωπικό*
  - *Βοηθητικό προσωπικό*



# Διαλογή ασθενών (TRIAGE)

- Διαδικασία προσδιορισμού προτεραιότητας της εισαγωγής των ασθενών στα Τ.Ε.Π., βάσει της βαρύτητας της κατάστασής τους
- Σημαντικός ο αριθμός των ασθενών και οι δυνατότητες των Τ.Ε.Π.
- Βασικό – προηγμένο triage.
  
- Μοντέλο S.T.A.R.T. (simple triage and rapid treatment):
  - ήδη νεκροί, αδυναμία βοήθειας,
  - ανάγκη άμεσης εισαγωγής, κατάσταση απειλητική για τη ζωή, αδυναμία επιβίωσης χωρίς άμεση αντιμετώπιση,
  - δυνατότητα καθυστέρησης ορισμένων ωρών, σοβαρή κατάσταση που θα απαιτήσει εισαγωγή στο Νοσοκομείο,
  - ασθενείς γενικά περιπατητικοί, κατάσταση που δεν απειλεί τη ζωή.



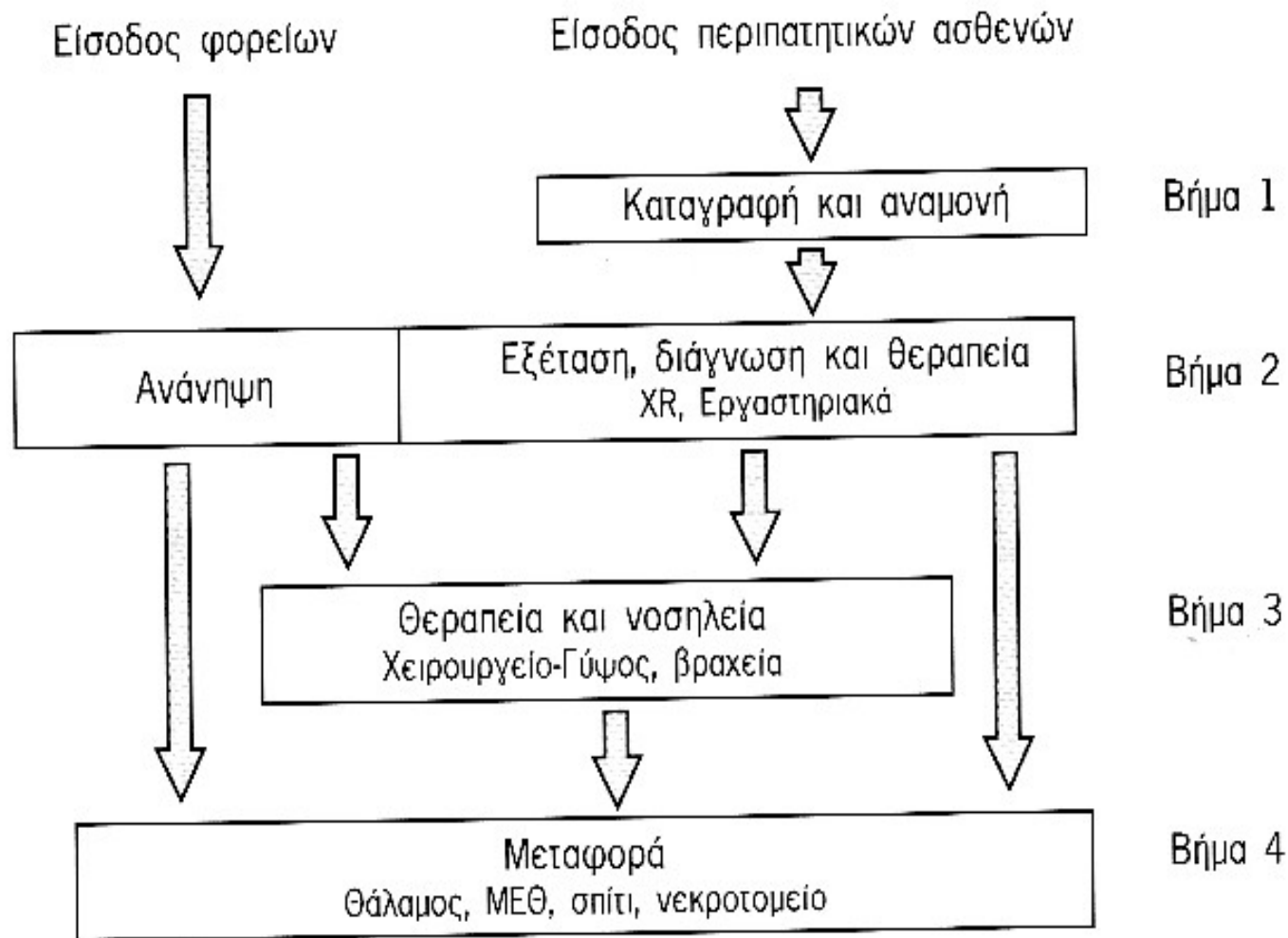


# ΣΤΟΧΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ (TRIAGE)

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



# Ροή ασθενών στα Τ.Ε.Π.





# Αρχική εκτίμηση ασθενή

- **Airway:** Εξασφάλιση αεραγωγού – ανάγκη ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, τοποθέτηση στοματοφαρυγγικού αεραγωγού, χειρισμός ανάσπασης κάτω γνάθου (προσοχή σε τραύματα του αυχένα)
- **Breathing:** κίνδυνος αναπνευστικής ανακοπής σε <10 αναπνοές, συνεχής παρακολούθηση σε >20, εκτίμηση αναπνευστικής προσπάθειας, έλεγχος για συριγμό, ρόγχο, εφαρμογή οξυμετρίας, χορήγηση υψηλής συγκέντρωσης O<sub>2</sub>
- **Circulation:** μέτρηση καρδιακής συχνότητας – Α.Π., ένταση σφυγμού, εκτίμηση περιφερικής αγγείωσης (χείλη-νύχια)
- **Disability-Exposure:** κλίμακα Γλασκώβης, μέγεθος κόρης οφθαλμού – αντίδραση στο φως, μέτρηση σακχάρου αίματος, ερύθημα, τραύμα, υποθερμία.

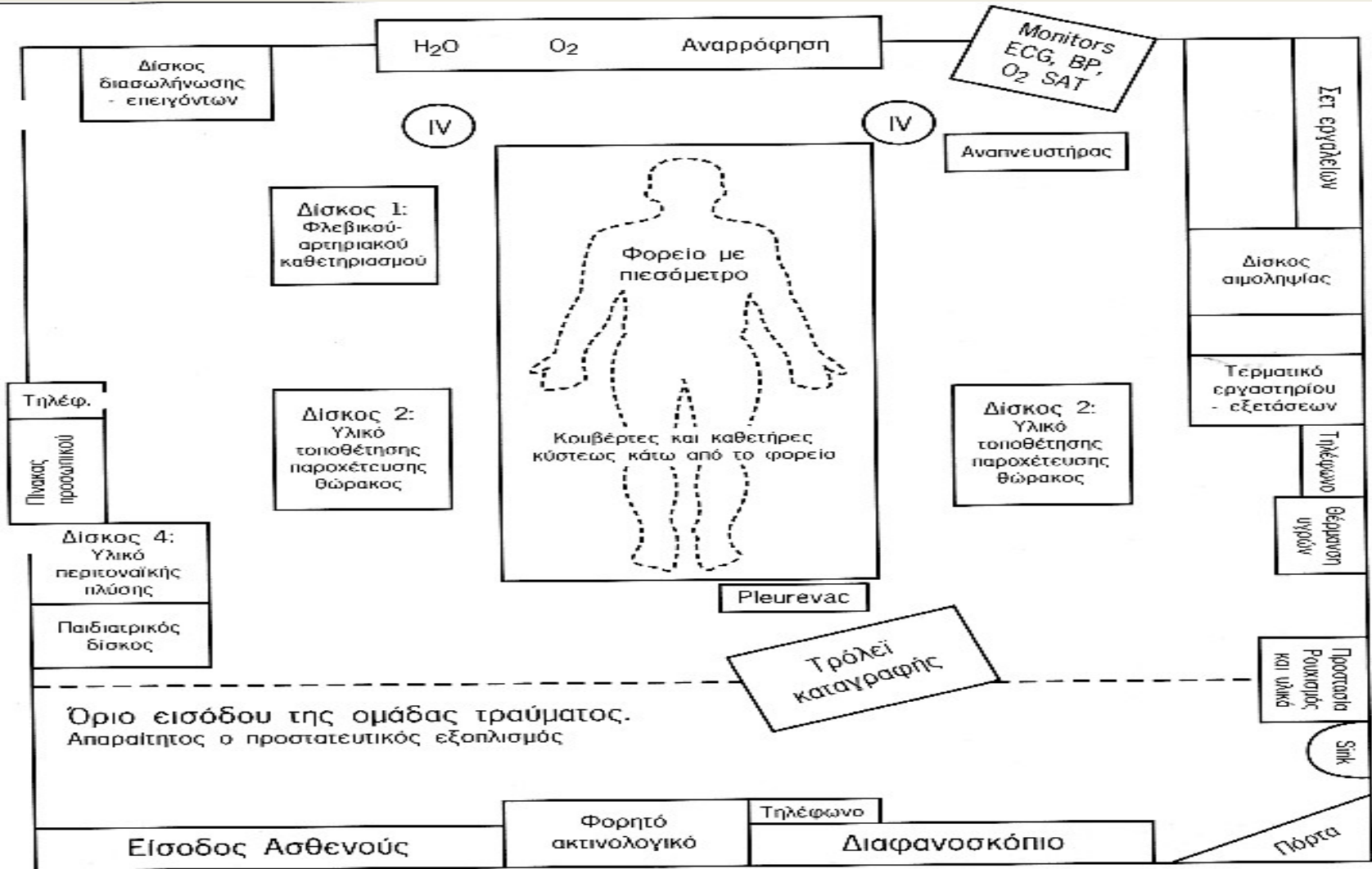


# Λήψη ιστορικού

- Από ασθενή ή συνοδούς (προσπάθεια διερεύνησης ακρίβειας γνώσεων συνοδού)
- Οξύ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας – έχει αναζητήσει στο παρελθόν ο ασθενής ιατρική βοήθεια για το ίδιο πρόβλημα;
- Ποια συμπτώματα ακριβώς αναφέρονται, πότε πρωτοεμφανίσθηκαν, πώς εξελίχθηκαν
- Άλλα χρόνια προβλήματα υγείας που πιθανώς σχετίζονται με το παρόν πρόβλημα
- Οικογενειακό ιστορικό
- Εκτίμηση συνολικής εικόνας ασθενή – αξιολόγηση προσπάθειας απόκρυψης στοιχείων



# Θάλαμος αναζωογόνησης (1)



Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD  
Καρδιολόγος, Επιμ Α΄  
Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας.



# Εξοπλισμός άμεσης παρέμβασης

- Διασφάλιση αεραγωγού: τραχειοσωλήνες, λαρυγγοσκόπια, ambu-μάσκες, συσκευή βρογχοαναρρόφησης, στοματοφαρυγγικοί αεραγωγοί
- Μέτρηση Α.Π., Η.Κ.Γ., παλμική οξυμετρία
- Εξοπλισμός φλεβοκέντησης-καθετηριασμού, αποκάλυψης αγγείου
- Δυνατότητα διάνοιξης, παροχέτευσης, συρραφής θώρακα
- Δυνατότητα υπερηχογραφικής απεικόνισης, περιτοναϊκών πλύσεων



# Ομάδα προσωπικού Τ.Ε.Π.

- Ιατρικό προσωπικό (χειρουργοί-παθολόγοι-αναισθησιολόγοι), νοσηλευτικό προσωπικό, χειριστής ακτ/κού, τραυματιοφορείς, βοηθοί θαλάμου, προσωπικό ασφάλειας
- Επικεφαλής ομάδας:
  - επιβλέπει και συντονίζει τις κινήσεις μελών της ομάδας,
  - θέτει προτεραιότητες ελέγχου-αντιμετώπισης,
  - παραγγέλλει, παραλαμβάνει και εκτιμά τις διαγνωστικές εξετάσεις,
  - επιβλέπει τη χορήγηση υγρών, αίματος και την ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης,
  - συμβουλεύεται άλλους επαγγελματίες υγείας,
  - ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή,
  - αποφασίζει για την περαιτέρω κατεύθυνση του ασθενή

# Θέσεις-αρμοδιότητες προσωπικού Τ.Ε.Π.



## Έλεγχος Αεραγωγών

(μπορεί να είναι χειρουργός/αναισθησιολόγος/εντατικολόγος ή επειγοντολόγος)

- Εξασφαλίζει τον αεραγωγό
- Διασωληνώνει
- Εκτελεί ή βοηθάει στις επεμβατικές πράξεις

## Αρχηγός Ομάδας Τραύματος/ Χειρουργός τραύματος

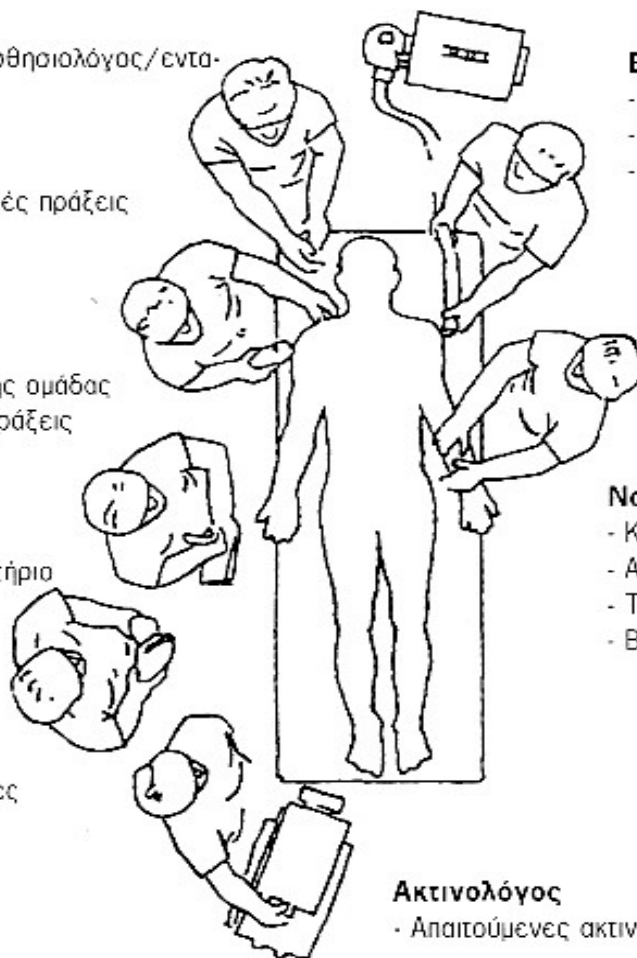
- Αρχική εκτίμηση και αξιολόγηση
- Συντονίζει όλες τις δραστηριότητες της ομάδας
- Εκτελεί ή βοηθάει στις επεμβατικές πράξεις

## Παρασκευαστής - Εργαστήριο

- Φέρνει το αίμα από την αιμοδοσία
- Μεταφέρει τα δείγματα στο εργαστήριο

## Νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη

- Ειδοποιεί για ότι επειγον
- Προετοιμάζει το χώρο
- Καταγράφει τις βασικές πληροφορίες
- Βοηθάει στην ανάνηψη



## Βοηθός αναισθησιολόγου

- Βοηθάει στον έλεγχο του αεραγωγού
- Τοποθετεί τις συσκευές παρακολούθησης
- Ρυθμίζει τον αναπνευστήρα

## Νοσηλεύτρια

- Καταγράφει τα ζωτικά σημεία
- Αιμοληψίες, τοποθέτηση φλεβικών γραμμών
- Τοποθετεί τον εξοπλισμό (οξύμετρα κ.λπ)
- Βοηθάει στην αντιμετώπιση

## Ακτινολόγος

- Απαιτούμενες ακτινογραφίες

Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD

Καρδιολόγος, Επιμ Α΄

Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας»





# ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Η MBN αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι ενός σύγχρονου ΤΕΠ ενώ ο κύριος σκοπός ύπαρξής της είναι η ολιγόωρη παρακολούθηση και νοσηλεία ασθενών. Δε νοσηλεύονται πάνω από 24 ώρες, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας εκτιμάται στις 10-12 ώρες
- Η δυναμικότητα (αριθμός κλινών) της MBN καθορίζεται ανάλογα με το λειτουργικό μέγεθος του ΤΕΠ



# Κίνδυνοι για το προσωπικό

- Έκθεση σε αερογενείς λοιμώξεις: χρήση μάσκας, απομόνωση ασθενή
- Έκθεση σε αιματογενείς λοιμώξεις: χρήση γαντιών, προσοχή σε αιχμηρά αντικείμενα
- Το αποτέλεσμα της έκθεσης εξαρτάται από:
  - τον τύπο έκθεσης,
  - την κατάσταση του ασθενή,
  - την ανοσία του προσωπικού,
  - τη λήψη έγκαιρων και αποτελεσματικών μέτρων
- Έκθεση σε βία: ψυχιατρικοί ασθενείς, σύνδρομο στέρησης, άνοια, υπερκατνία, υπογλυκαιμία
  - κλήση σε βοήθεια, χρήση ελάχιστης δυνατής βίας,
  - διαφύλαξη ασφάλειας προσωπικού και ασθενών,
  - φυσικός περιορισμός, χορήγηση φαρμακευτικής καταστολής



# ΗΘΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΠ

- Το όφελος του ασθενούς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη λήψη αποφάσεων πάνω σε ηθικά ζητήματα στο ΤΕΠ. Κύριο μέλημα αποτελεί :
  - η διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του
  - η κάλυψη των αναγκών του
  - η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου
  - η πλήρη και ορθή πληροφόρηση του
  - και η λήψη συναίνεσης για θεραπεία

Όλα τα παραπάνω όμως πρέπει να εξασφαλίζονται χωρίς να προσβάλλονται και τα δικαιώματα των επαγγελματιών του ΤΕΠ, τα οποία είναι εξίσου σημαντικά



# Το βασικό επιχείρημα



**Ανάγκη για  
αυτοτέλεια-ΝΑΙ  
Ικανότητα για  
αυτοτέλεια-ΟΧΙ**



# Το προβληματικό περιβάλλον

- ▶ Οικονομική κρίση
- ▶ Αύξηση Ασθενών
- ▶ Έλλειψη Εξειδίκευσης
- ▶ Έλλειψη Κατάλληλων Χώρων
- ▶ Ελλείψεις σε Αναγκαίους Πόρους
- ▶ Μη αυτοτέλεια στα Επείγοντα-Προβλήματα στην Πληροφορική και Χωροταξική Διασύνδεση τμημάτων
- ▶ Δύσκολος Περιφερειακός Συντονισμός



# Το ΤΕΠ στα μάτια του Οικονομικού Τμήματος

- ▶ Gary Little, medical director at the George Washington University Hospital-Οικονομική Βιωσιμότητα εξαρτάται από δύο παραμέτρους
  1. **Τοποθεσία**
  2. **Το μίγμα των πληρωτών-πελατών**
- ▶ Στα μάτια του Νοσοκομείου το ΤΕΠ είναι ένα δίκκοπο μαχαίρι από οικονομικής πλευράς. Ενώ αποτελεί μια από τις βασικότερες πηγές ασθενών (οι πληρωμές των οποίων θα καλύψουν μεγάλο μέρος των οικονομικών αναγκών), η ανάγκη για στελέχωση, εξοπλισμό, και χώρο (ακόμη και όταν η χρήση του ΤΕΠ περιορίζεται) αθροίζονται σε μεγάλα ΣΤΑΘΕΡΑ κόστη.





# Το ΤΕΠ στα μάτια της Διοίκησης

- ▶ Βασικός Δίαυλος Επικοινωνίας με την Κοινότητα
- ▶ Κάτω από συνθήκες, φέρνει σημαντικό έσοδο στο νοσοκομείο. Ερευνητές στο Πανεπιστήμιο της Νότιας Καλιφόρνια υπολόγισαν ότι το να κλείσει ένα νοσοκομείο το ΤΕΠ θα οδηγούσε σε μείωση τουλάχιστον κατά ένα τρίτο των εισαγωγών του και άρα των εσόδων του.
- ▶ Εργαλείο για Περιφερειακή Κυριαρχία ενός Νοσοκομείου
- ▶ Μη Προβλέψιμο και άρα δύσκολα διαχειρίσιμο
- ▶ Πολύ Απαιτητικό αλλά Αναγκαίο



# Αναγκαιότητες



- ▶ Διαφοροποίηση των ΤΕΠ ανάλογα με το Νοσοκομείο
- ▶ Περιφερειακός Συντονισμός εντός ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας
- ▶ Χωροταξική Βελτίωση ΤΕΠ
- ▶ Εκπαίδευση Εξειδικευμένου Προσωπικού
- ▶ Βελτίωση Εσωτερικού Συντονισμού με άλλα τμήματα του Νοσοκομείου





# Τα προβλήματα στο ΤΕΠ δεν είναι μόνο Ελληνικά

- ▶ ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία
- ▶ Περιφερειακά Συστήματα και αυτόνομα συστήματα
- ▶ Σύγκλιση προβλημάτων

**Η διαφορά είναι ότι στην Ελλάδα δεν έχουμε το βασικό κύτταρο αντιμετώπισης τέτοιων προβλημάτων, τα ΤΕΠ**



# Οι Προκλήσεις για τα ΤΕΠ διεθνώς

- ▶ **Στελέχωση** (Νοσηλευτικό, Ιατρικό, Εφημερίες)
- ▶ **Διαθέσιμα κρεβάτια** (κλίνες νοσηλείας, ΜΕΘ, ΜΑΦ)
- ▶ **Ροές Ασθενών** (Αύξηση στην Ροή Ασθενών, Πιο Άρρωστοι Ασθενείς)
- ▶ **Χρηματο-ροές** (Αυξημένοι αριθμοί ανασφάλιστων, περιορισμένη ρευστότητα από πλευράς πληρωτών)
- ▶ **Χωροταξικό**
- ▶ **Περιορισμένος Εσωτερικός Συντονισμός**  
–Καθυστέρηση στην Διεκπεραίωση περιστατικών (Καθυστερήσεις σε μεταφορές σε κλίνες νοσηλείας, καθυστερήσεις σε εργαστηριακά και διαγνωστικά αποτελέσματα, καθυστερήσεις στην διοικητική διεκπεραίωση περιστατικών)
- ▶ Έλλειψη Διοικητικής Επάρκειας και **Πληροφορικής**
- ▶ Αστική ευθύνη

# Μελετώντας το Σύστημα ή Μελετώντας το ΤΕΠ;

To date, however, international emergency medicine lacks common descriptors that can encompass the wide variety of emergency care systems in different countries. The frequent use of general, system-wide indicators (e.g. the status of emergency medicine as a medical specialty or the presence of emergency medicine training programs) does not account for the diverse methods that contribute to the delivery of emergency care both within and between countries... We propose such

**an alternative methodology, in which studies would examine emergency department-specific characteristics to inventory the various methods by which emergency care is delivered. Such characteristics include: emergency department location, layout, time period open to patients, and patient type served.**

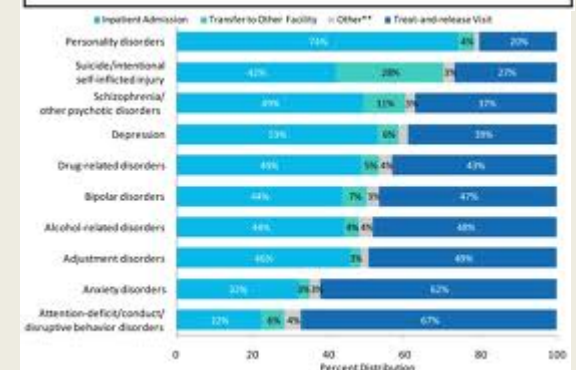
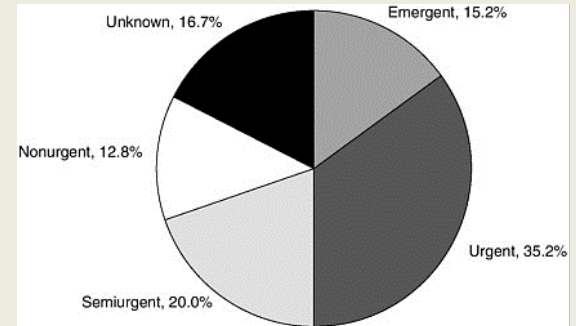
...This approach embraces the diversity of emergency care as well as the variety of individual emergency departments that deliver it, while still allowing for the aggregation of broad similarities that might help characterize a system of emergency care.

Characterizing emergency departments to improve understanding of emergency care systems  
Anne P Steptoe, Blanka Corel, Ashley F Sullivan and Carlos A Camargo\* *International Journal of Emergency Medicine* 2011, 4:42 doi:10.1186/1865-1380-4-42



# Αναγκαίες Πληροφορίες για Στρατηγικό Σχεδιασμό Επείγουσας Ιατρικής και ΤΕΠ

- ▶ Στοιχεία Απογραφής και Πληθυσμιακές Τάσεις
- ▶ Καθημερινές Ροές προς τα ΤΕΠ με μέγιστο αριθμό ασθενών
- ▶ Ποσοτώσεις Ασθενών ανά Κατηγορία Διαλογής
- ▶ Δείκτες Εισαγωγών και Διακομιδών σε αναλογία με τα περιστατικά που προσέρχονται
- ▶ Χρόνοι Ανταπόκρισης Εργαστηρίων και Απεικονιστικών Τμημάτων
- ▶ Μέσος Χρόνος Παραμονής στα ΤΕΠ και ανάλυση αυτού
- ▶ Ανάλυση του μίγματος ασθενών
- ▶ Άλλες πληροφορίες σε σχέση με τον πιθανό ειδικό ρόλο του συγκεκριμένου ΤΕΠ σε περιφερειακό επίπεδο



Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD

Ψυχολόγος, Επιμ ΑΨ

Καρδιολόγος, Ψυχιατρική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας»



# Βασικό Ερώτημα 1 στο εξωτερικό: Συστημική Περιφεραιοποίηση και Αυτοτελή ΤΕΠ εντός Νοσοκομείων

- ▶ Αν τα οικονομικά της επείγουσας ιατρικής και του τραύματος μας οδηγήσουν στο να κάνουμε περισσότερα με λιγότερα δηλαδή να πετύχουμε μέσω περιφεραιοποίησης οικονομίες κλίμακας.
- ▶ Στην Ελλάδα έχουμε ένα πρωτόλειο περιφερειακό σύστημα χωρίς όμως να το αναγνωρίζουμε ως τέτοιο.



# Προκλήσεις στην Περιφερειοποίηση

- ▶ Ροή Πληροφορίας
- ▶ Ικανοποίηση Ασθενών
- ▶ Κοινωνική Υποστήριξη
- ▶ Μείωση Διαθέσιμων Υπηρεσιών σε κάποια Νοσοκομεία
- ▶ Θέματα Βιο-ιατρικής Ηθικής
- ▶ Ανάγκη για Διαχείριση ποιότητας ενός Συστήματος αντί ενός Νοσοκομείου (Κάθετη ή Πληροφοριακή Διασύνδεση ΤΕΠ)
- ▶ Πιθανά Θέματα Εκπαίδευσης
- ▶ Οικονομικές Προκλήσεις για κάποια νοσοκομεία (π.χ. αν διαρραγεί η σχέση μαιευτικού-νεογνολογικού)
- ▶ Θέματα Δημόσιας Εικόνας κάποιων Νοσοκομείων
- ▶ Πολιτικές προεκτάσεις

SOURCE: Kizer (2009).



# Βασικό Ερώτημα 2: Δυνατότητα Νοσοκομείων και ΤΕΠ να ανταπεξέλθουν στην ζήτηση

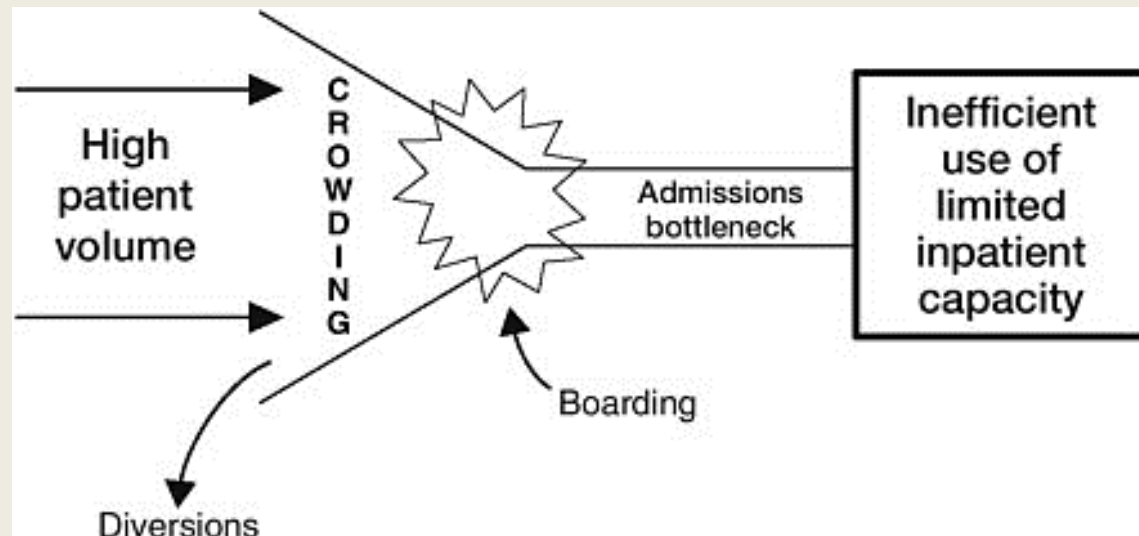
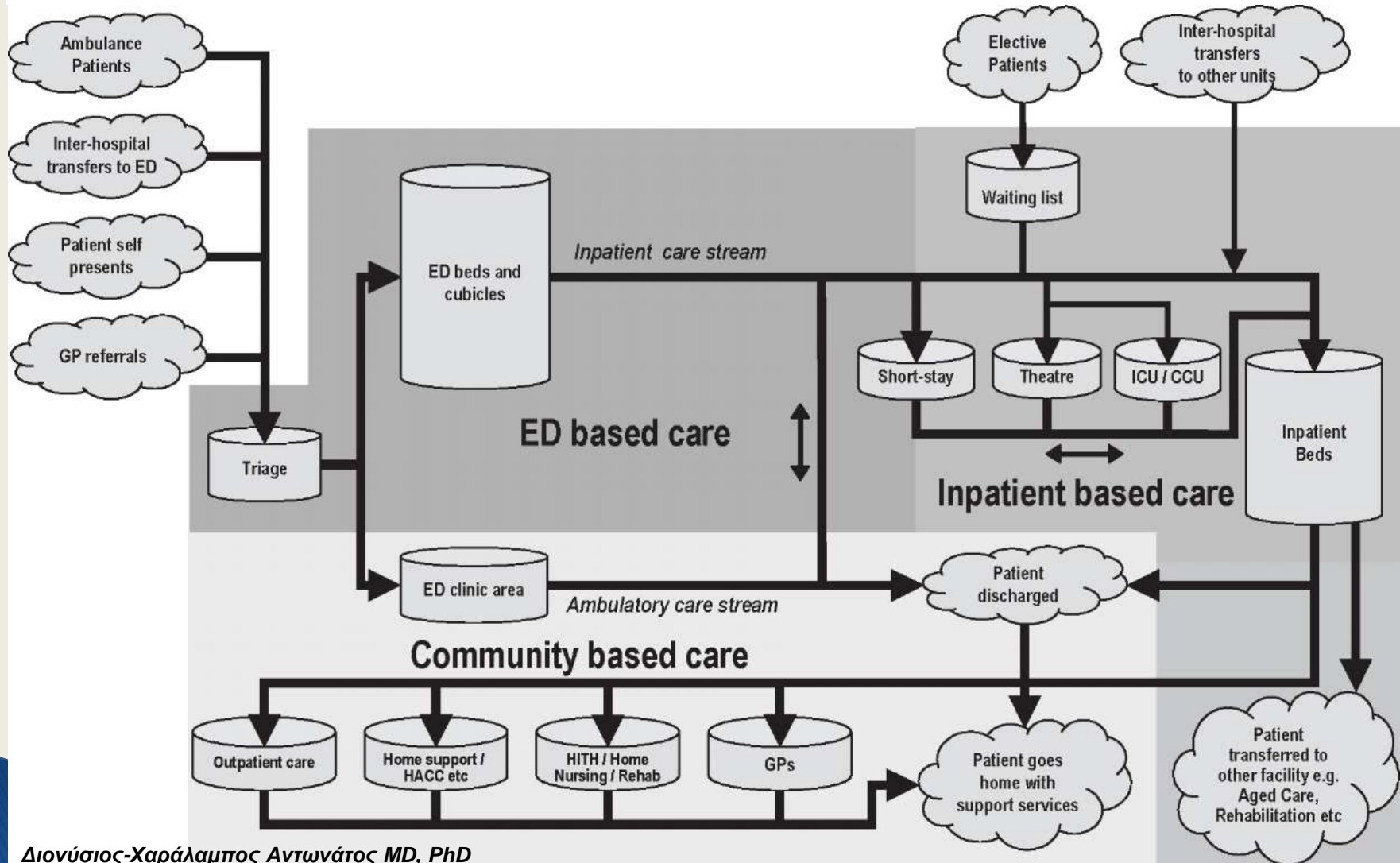




FIGURE 2F: HIGH LEVEL VIEW OF PATIENT FLOW

Source: Iridium Consulting.

## Η δημιουργία του μπλοκαρίσματος στην πρόσβαση (access block)



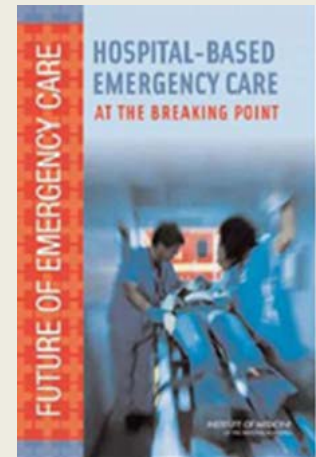
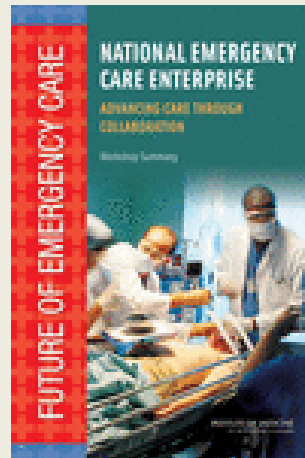
Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD

Καρδιολόγος, Επιμ Α

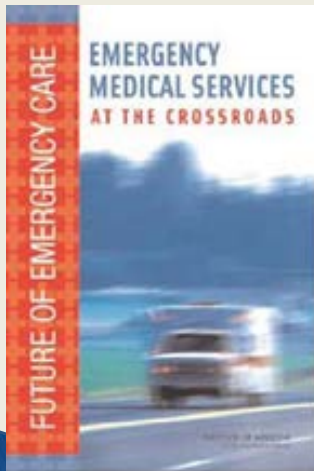
Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Πάσης Ελλάδας»



# Συστηματική Διερεύνηση-ΗΠΑ



- ▶ ΠΕΝΤΕ ΕΘΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ στις ΗΠΑ την ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ από Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας προς αντιμετώπιση μιας «εθνικής κρίσης» στο δικό τους λεξιλόγιο
- ▶ Πλούσια βιβλιογραφία για την διοίκηση των ΤΕΠ και της επείγουσας ιατρικής



Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD  
Καρδιολόγος, Επιμ Α΄  
Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας.



# Η αύξηση στην ροή ασθενών-

## Table 1 Use of Ambulatory Medical Care Services by the U.S. population, 1995-2008

	1995	2000	2008	% change 1995-2008
Number of visits in thousands				
Emergency departments	96,545	108,017	123,761	28%
Physician offices	697,082	823,542	955,969	37%
Hospital outpatient departments	67,232	83,289	109,889	63%
Number of visits per 100 persons				
Emergency departments	37	40	42	14%
Physician offices	271	304	315	16%
Hospital outpatient departments	26	31	36	38%

Source: CDC/NCHS, National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2010

**Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD**  
**Καρδιολόγος, Επιμ Α΄**  
**Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας.**



## Table 2 Triage Status of Emergency Department Visits, by Expected Source of Payment, 2008

	Number of visits in thousands	Immediate/ Emergent	Urgent	Semiurgent	Nonurgent	Unknown
		Percent distribution of visits				
All visits	123,761	16%	39%	21%	8%	16%
Expected Source of Payment						
Private insurance	51,887	17	41	21	6	15
Medicaid/SCHIP	29,701	14	40	22	10	15
Medicare	22,827	25	41	14	6	14
Uninsured	19,094	12	34	24	12	19
Worker's compensation	1,561	8	32	37	8	13
Other	5,706	17	43	22	8	11
Unknown	7,492	11	33	19	7	30

Triage status is based on the following classification:

**Immediate/emergent** – Patient should be seen immediately or within 15 minutes

**Urgent** – Patient should be seen within 15-60 minutes

**Semiurgent** – Patient should be seen within 61-120 minutes

**Nonurgent** – Patient should be seen between 121 minutes and 24 hours

**Unknown** – No mention of immediacy in the medical record; hospital does not perform triage; or the patient was dead on arrival.

Source: CDC/NCHS. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2008 *Emergency* Department Summary Tables (Table 7)

**Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD**

**Καρδιολόγος, Επιμ Α΄**

**Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας»**



# Χρήση του ΤΕΠ για επείγοντα

Table 3  
Urgent/Nonurgent Status of Emergency Department Visits by Payer, 1999-2000

	Classified as Emergent/Urgent	Classified as Semi-Urgent or Nonurgent	Percent Unknown/No Triage
All ED Visits	47.3%	26.9%	25.8%
Private Insurance	46.8	26.5	26.7
Medicare	56.9	18.4	24.7
Medicaid/SCHIP	43.2	30.8	26.0
Self-Pay, No Charge (Uninsured)	44.2	31.3	24.5

Notes: Estimates for 1999-2000 reflect a two-year average. Emergent/urgent visits are defined as those where patients were triaged as requiring care within 60 minutes of arrival. Semi-urgent/nonurgent visits are defined as those where patients were triaged as requiring care within one to 24 hours of arrival.

Source: National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, Emergency Department Summary for 1997-2000, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics



## Αν μειώναμε τα μη επείγοντα περιστατικά...

- ▶ Τα στοιχεία από τις ΗΠΑ δείχνουν μια σχετική εξοικονόμηση
- ▶ Το κόστος των ΤΕΠ στις ΗΠΑ το 2008 ήταν \$47.3 δισ. Και αναλογούσε σε 4% των συνολικών δαπανών υγείας σύμφωνα με το Medical Expenditure Panel Survey.
- ▶ Οι δαπάνες των ΤΕΠ διπλασιάστηκαν μεταξύ 2000 και 2008 ακόμη και αν υπολογίσει κανείς τον πληθωρισμό και αυξάνονται με μεγαλύτερους ρυθμούς από τις υπόλοιπες δαπάνες υγείας.
- ▶ Το GAO (ΓΛΚ) σε μια αναφορά του με τίτλο, *Hospital Emergency Departments: Health Center Strategies That May Help Reduce Their Use*, αναφέρει ότι το 2008 το μέσο κόστος επίσκεψης σε ΤΕΠ για μη επείγοντα περιστατικά ήταν \$792, ενώ για ένα μέσο περιστατικό (επείγοντα και μη επείγοντα) ήταν \$1,265. Το δε κόστος σε ένα ιατρείο ή σε ένα κέντρο υγείας υπολογίστηκε στα \$156.
- ▶ Άλλες έρευνες όμως δίνουν την διαφορά μεταξύ της μη επείγουσας επίσκεψης σε ένα ΤΕΠ σε σύγκριση με ένα ιατρείο στο τριπλάσιο και όχι στο επταπλάσιο σχεδόν που έδωσε το ΓΛΚ.



# ΤΕΠ vs Εξωτερικά Ιατρεία

Table 2  
Trends in Ambulatory Care Use by Insurance Type, 1996-97 to 2000-01

	Private Insurance	Medicare	Medicaid	Self-Pay, No Charge (Uninsured)
Change in Number of Visits, 1996-97 to 2000-01				
Physician Office Visits	29.0%	9.6%	-12.5%	-36.9%
Hospital Outpatient Visits	31.0	25.8	-8.1	-1.4
Hospital ED Visits	24.3	10.0	0.0	10.3
ED Visits as a Proportion of All Ambulatory Care Visits				
1996-97	7.9%	7.8%	15.9%	17.0%
2000-01	7.6	7.7	17.5	25.2

Note: Estimates are based on two-year averages for 1996-97 and 2000-01.

Sources: Data on physician office visits are from the National Ambulatory Medical Care Survey, 1996-2001 Summaries. Data on hospital outpatient department visits are from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1996-2001 Outpatient Department Summaries. Data on hospital emergency department visits are from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1996-2001 Emergency Department Summaries. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics

**Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD**  
**Καρδιολόγος, Επιμ Α΄**  
**Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας»**



## Κάποια ακόμη στοιχεία από τις ΗΠΑ

- ▶ Η Πλειοψηφία των Νοσοκομείων ανέφερε ότι λειτουργούσε το ΤΕΠ είτε στα όρια χωρητικότητας είτε ξεπερνώντας τα. Η αντίληψη αυτή οδηγούσε σε μεγαλύτερους χρόνους παραμονής στο ΤΕΠ, αλλά δεν σχετίζονταν στατιστικά με τον αριθμό ασθενών που έφευγαν από τα ΤΕΠ χωρίς να εξεταστούν
- ▶ Το φαινόμενο εκτροπής ασθενοφόρων παρουσιάζεται σε όλα τα νοσοκομεία αν και σε διαφορετικό βαθμό τόσο μεταξύ νοσοκομείων όσο ακόμη και στο ίδιο νοσοκομείο αλλά σε διαφορετική χρονική περίοδο.
- ▶ Προβληματισμός για την πρόβλεψη ζήτησης ακόμη και για την ίδια ημέρα
- ▶ Η εκτροπή ασθενοφόρων οφειλόταν στις ακόλουθες παραμέτρους
  - Έλλειψη κλινών εντατικής
  - Υπερβολική Ζήτηση
  - Ελλείψεις Προσωπικού
  - Κλείσιμο Άλλων ΤΕΠ



## Κάποια ακόμη στοιχεία από τις ΗΠΑ

- ▶ Περισσότερα κενά στις εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες (RN) στα ΤΕΠ από ότι στο υπόλοιπο νοσοκομείο
- ▶ Τα μεγαλύτερα κενά σε εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες οδηγούσαν σε μεγαλύτερη συχνότητα εκτροπής ασθενοφόρων
- ▶ Η μέση πληρότητα τα μεσάνυχτα δεν είναι επαρκής δείκτης για να ανταποκριθεί στις διακυμάνσεις πληρότητας που εμφάνισαν τα ΤΕΠ ανά ημέρα και ανά ώρα της ημέρας.
- ▶ Λειτουργικές βελτιώσεις και περιφερειακή συνεργασία μπορούν να βοηθήσουν αλλά στις ΗΠΑ απαιτήθηκε επέκταση και των ΤΕΠ και των ΜΕΘ (περισσότερους χώρους, κλίνες, προσωπικό)
- ▶ Πάνω από 25% των ΤΕΠ επεκτάθηκαν στις ΗΠΑ από το 2006 μέχρι το 2008 και ένα πρόσθετο 28% δήλωνε το 2008 ότι είχε σχέδια επέκτασης εντός των επόμενων δύο ετών. Τα Νοσοκομεία σε μεγάλες πληθυσμιακά περιοχές ήταν σημαντικά πιο πιθανόν να επεκτείνουν τα ΤΕΠ τους. Παράλληλα, τα νοσοκομεία επεκτάθηκαν συνολικά για να αντιμετωπίσουν και την έξοδο από τα ΤΕΠ φτιάχνοντας περισσότερες κλίνες και περισσότερες ΜΕΘ





# Συστηματική Διερεύνηση-Αυστραλία



Australasian College for Emergency  
Medicine

GUIDELINES ON  
EMERGENCY DEPARTMENT DESIGN

Έρευνα σε σχέση με τον σχεδιασμό, τον εξοπλισμό και την στελέχωση  
πάνω από 60 ΤΕΠ και ανάλυση μελλοντικών αναγκών

*Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD  
Καρδιολόγος, Επιμ Α΄  
Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας.*



# Αυστραλιανές Προδιαγραφές

- ▶ Καθώς τα ΤΕΠ έχουν μεγάλο αριθμό ασθενών, διαφοροποιημένο μίγμα ασθενών, μεγάλο αριθμό προσωπικού, ο σχεδιασμός του είναι κρίσιμος και πρέπει να υπολογίζει και μελλοντικές τάσεις.
- ▶ Οι προτάσεις για τους διάφορους χώρους εκφράζονται σε σχέση με το παραγόμενο έργο. Ο γενικός κανόνας είναι ότι ο συνδυασμός του αριθμού των περιστατικών, των διαφορετικών τύπων των περιστατικών και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα (μέσος χρόνος αναμονής και αποφυγή μπλοκαρίσματος στην πρόσβαση) είναι αυτό που ορίζει τους απαιτούμενους χώρους. Τέλος το υπολογιζόμενο παραγόμενο έργο δίνει κατά αναλογία και το προσωπικό και ορίζει τους σχετικούς χώρους που θα απαιτηθούν.
- ▶ Τεράστια Διαφορά με την Ελλάδα στον τρόπο σκέψης



# Συνολικό Μέγεθος

- ▶ Το συνολικό μέγεθος πρέπει να είναι (εξαιρουμένων των απεικονιστικών και της περιοχής παρακολούθησης) μίνιμουμ  $50\text{m}^2/1000$  περιστατικά σε ετήσια βάση ή  $145\text{m}^2/1000$  ετήσιες εισαγωγές.
- ▶ Ένα λειτουργικό αυτοτελές ΤΕΠ απαιτεί γύρω στα  $700\text{m}^2$  ώστε να ελαχιστοποιήσει το μπλοκάρισμα.
- ▶ Ο συνολικός αριθμός χώρων περίθαλψης θα πρέπει να είναι τουλάχιστον  $1/1100$  ετήσιες προσελεύσεις ή  $1/400$  ετήσιες εισαγωγές (όποιο είναι μεγαλύτερο).
- ▶ Ο Αριθμός χώρων ανάνηψης δεν θα πρέπει να είναι μικρότερος από  $1/15,000$  ετήσιες προσελεύσεις ή  $1/5,000$  ετήσιες εισαγωγές και τουλάχιστον οι μισές θα πρέπει να έχουν συσκευές παρακολούθησης (physiological monitoring).



# Συστηματική Διερεύνηση-Καναδάς

Όπως και οι Αυστραλοί και οι Αμερικανοί, και οι Καναδοί συλλέξανε τις αναγκαίες πληροφορίες, τις ανέλυσαν και μετά περπάτησαν σε αλλαγές. Ενδεικτικά:

- ▶ Canadian Institute for Health Information (2005), "Understanding Emergency Department Wait Times", [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait\\_times\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_e.pdf) (2010-12-10)
- ▶ David W. Warren, MD; Anna Jarvis, MD; Louise LeBlanc, RN; Jocelyn Gravel, MD; and the CTAS National Working Group (NWG), Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS), *Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)*, May 2008, [http://www.cjem-online.ca/sites/default/files/CJEM\\_Vol\\_10\\_No\\_3\\_p224.pdf](http://www.cjem-online.ca/sites/default/files/CJEM_Vol_10_No_3_p224.pdf) (Accessed: December , 2010)



# Λόγοι για Μελέτη

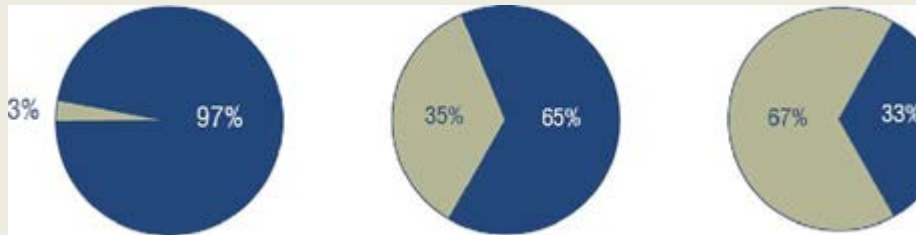


**LOS or the median amount of time spent in the ED by Canadian Triage and Assessment Scale**

**CTAS I**

**CTAS III**

**CTAS V**



□ Time From Registration/Triage to Physician Assessment ■  
Time From Physician Assessment to Discharge

(Canadian Institute for Health Information, 2004)

## Αποτελέσματα από μεγάλους χρόνους αναμονής στα ΤΕΠ

- ▶ Υπερφόρτωση Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- ▶ Προβλήματα στην έγκαιρη πρόσβαση
- ▶ Αύξηση αριθμών επιπλοκών

## Παράγοντες που Οδηγούν στις Καθυστερήσεις

- ▶ Λειτουργικοί
- ▶ Αρχιτεκτονικοί-Χωροταξικοί

## Μέγεθος Προβλήματος

- ▶ Το 2004 ο πιο συνήθης χρόνος παραμονής στα ΤΕΠ ήταν πάνω από 2 ώρες
- ▶ Η σχέση χρόνου αναμονής με τον χρόνο προσέλευσης χειροτέρευε
- ▶ Η σχέση χρόνου αναμονής με την σοβαρότητα των περιστατικών χειροτέρευε



# Στόχοι



- ▶ Επίτευξη Οικονομιών Ταχύτητας
- ▶ Μείωση του Χρόνου Παραμονής στο ΤΕΠ
- ▶ Ανάλυση Διαδικασιών-Βελτίωση Αυτών
- ▶ Εξάλειψη σπατάλης χρόνου και χρήματος
- ▶ Ανάλυση Χωροταξίας

## Εθνικοί Στόχοι

CTAS I Αναζωογόνηση: Άμεση ανταπόκριση(98%)

CTAS II Emergent: 15 λεπτά ( 95%)

CTAS III Urgent: 30 λεπτά (90%)

CTAS IV Less-Urgent: 60 λεπτά (85%)

CTAS V Non-Urgent: 120 λεπτά (80%)

(David etal. , 2010)



# Μέθοδοι

## Στοιχεία που συλλέχθηκαν

- ▶ Στοιχεία Απογραφής και Πληθυσμιακές Τάσεις
- ▶ Ροές ασθενών και Ανάλυση τους
- ▶ Χρόνοι Ανταπόκρισης Εργαστηρίων και Απεικονιστικών Τμημάτων
- ▶ Μέσος Χρόνος Παραμονής στα ΤΕΠ και ανάλυση αυτού
- ▶ Ανάλυση του μίγματος ασθενών

## Κριτήρια Αλλαγών στις Λειτουργικές Διαδικασίες

- ▶ Χρόνος Αναμονής
- ▶ Ασθενο-κεντρικό Περιβάλλον
- ▶ Waiting time
- ▶ Προδιαγραφές Χώρων
- ▶ Ικανοποίηση προσωπικού
- ▶ Χρόνοι Διεκπεραίωσης
- ▶ Ασφάλεια



# Αλλαγές που έγιναν ως αποτέλεσμα

Η χωροταξία των ΤΕΠ δεν επέτρεπε την λειτουργική τους διασύνδεση με βοηθητικά τμήματα όπως το απεικονιστικό, το φαρμακείο και άλλα

- ▶ 10% ενσωμάτωσαν διαγνωστικό εξοπλισμό στο ΤΕΠ
- ▶ 12% δημιούργησαν άμεση σύνδεση με το απεικονιστικό τμήμα
- ▶ 79% απέκτησαν πρόσβαση μέσω μόνο ενός διαδρόμου με το απεικονιστικό
- ▶ 2% ενσωμάτωσαν ένα φαρμακείο στο ΤΕΠ
- ▶ Το πιο κρίσιμο μέγεθος ήταν ότι οι Καναδοί άλλαξαν τον εσωτερικό τρόπο συντονισμού των Νοσοκομειακών ΤΕΠ με τα άλλα τμήματα σε μια α







# Το αυτοτελές ΤΕΠ στην Ελλάδα...

## Αναγκαίο-ΝΑΙ

## Ικανό-ΟΧΙ

- ▶ **Μέτρηση-Ανάγκη** για Νούμερα
- ▶ **Στελέχωση-** Έλλειψη Εξειδικευμένων Ιατρών και Εξειδικευμένων Νοσηλευτριών
- ▶ **Χωροταξία-** Διαφοροποίηση των Νοσοκομείων και ανάπτυξη ενός δικτύου ΤΕΠ με διακριτό ρόλο εντός του Νοσοκομείου
- ▶ **Χωροταξία (2)-** Δημιουργία κατάλληλων χώρων βάσει προδιαγραφών και διασύνδεση κρίσιμων τμημάτων με το ΤΕΠ
- ▶ **Διαθεσιμότητα Κλινών-** Πρέπει να αυξηθούν οι διαθέσιμες κλίνες, όχι με προσθήκη νέων αλλά με καλύτερη χρήση των υπαρχόντων δηλαδή με μείωση του ΜΧΝ των νοσοκομείων, διαφοροποίηση πρωτοκόλλων προς ημερήσια νοσηλεία, έλεγχο τους από τα νοσοκομεία και όχι από την εκάστοτε κλινική, με ροή από το αυτοτελές ΤΕΠ, μετακίνηση ασθενών τελικού σταδίου σε ειδικές μονάδες.
- ▶ Προσθήκη κρεβατιών **ΜΕΘ** κα **ΜΑΦ**
- ▶ Αλλαγή συστήματος **εφημεριών**
- ▶ **Πληροφορική** Διασύνδεση των τμημάτων του Νοσοκομείου με το ΤΕΠ
- ▶ **Ανασχεδιασμός των Διαδικασιών Εισαγωγής στο Νοσοκομείο**
- ▶ Εύρεση Πηγών **Χρηματοδότησης** Επείγουσας Ιατρικής-ΤΕΠ



# Το ΠΑΡΟΝ



Διονύσιος-Χαράλαμπος Αντωνάτος MD, PhD  
Καρδιολόγος, Επιμ Α΄  
Καρδιολογική κλινική «Κωνσταντοπούλειο Γ. Ν. Ν. Ιωνίας.





**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ**