



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Έκδοση του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής
του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας
Μεσογείων 2, Γ' κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27
ΤΕΥΧΟΣ 43, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2012

Τελικά, ποιες λύσεις μας προτείνουν;!!



Τον Οκτώβριο του 2008, η εφημερίδα «TIME» της Νέας Υόρκης είχε εξώφυλλο την προφητική για την εποχή φωτογραφία, ανθρώπων να περιμένουν στωικά στη σειρά για να τους δοθεί ένα πιάτο σούπα χωρίς καμία χρηματική αντικαταβολή. Στην ελληνική τότε «εύρωστη» κοινωνία, αυτό φάνταζε εξωπραγματικό, όπως και οι εικόνες που έδειχναν τα ΜΜΕ με ανθρώπους κρεμασμένους στους δημοτικούς κάδους απορριμμάτων για τη συλλογή της τροφής τους. Αλήθεια, πόσος χρόνος χρειάστηκε για να φτάσουμε να θεωρούμε μια τέτοια εικόνα καθημερινή;

Σήμερα, ένα άλλο είδος διαδικασίας εύρεσης τροφής αρχίζει να παίρνει διαστάσεις και να μας «πλασάρετε» ως νέο, πρωτοποριακό και πολλές φορές να διαφημίζεται ως «must» για τον καταναλωτή του 21^{ου} αιώνα. Το ανταλλακτικό παζάρι αντικατοπτρίζει τη σημαντικότητα του «να μοιράζομαι ό,τι έχω με τους συντοπίτες μου χωρίς να συνδιαλέγομαι μαζί τους με χρηματικό ανταλλακτικό μέσο». Αυτό θα έχει πιθα-

νώς ως αποτέλεσμα, τη ελάττωση των εν ψυχρώ και βιαίως (σωματικά ή ψυχικά) αφαιρέσεων «περιουσιακών αγαθών» με νόμιμο ή με παράνομο τρόπο (κλοπές, χαράτσια κ.λπ). Θα ήταν όλα πάρα πολύ όμορφα και αγγελικά πλασμένα αν είχαμε τη δυνατότητα να καταβάλλομαι ότι παράγουμε για να αποκτήσουμε ότι δεν έχουμε.

Ο **αντιπραγματισμός ή ανταλλακτική οικονομία ή ανταλλακτικό εμπόριο** σύμφωνα με την οικονομική επιστήμη, ορίζεται ως η οικονομία εκείνη εντός της οποίας λαμβάνει χώρα η ανταλλαγή αγαθών (υλικών και άυλων) μεταξύ των οικονομικών μονάδων χωρίς τη διαμεσολάβηση του χρήματος.

Τι πιο απλό λοιπόν, στις μέρες της οικονομικής ανασφάλειας που βιώνουν όλοι οι λαοί, η ανάπτυξη ενός δικτύου ανταλλαγής προϊόντων, το οποίο θα οδηγήσει ενδεχομένως, σε μια κοινωνία απαλλαγμένη από κερδοσκοπικές λοβιτούρες (κτυπήματα). Θα υιοθετήσουμε το ανταλλακτικό εμπόριο, ως μέσο διακίνησης προϊόντων και υπηρεσιών, καταργώντας ουσιαστικά την οποιαδήποτε νομισματική συναλλακτική μονάδα. Μια μέθοδος που ξεπηδά από τα βάθη των αιώνων της ιστορίας του ανθρώπου και που φαίνεται να αποτελεί τη λύση στα αδιέξοδα που δημιούργησε μια κατ' εξοχήν καπιταλιστική κοινωνία.

Και αν αυτά φαντάζουν ιστορίες έξω από κάθε πραγματικότητα, δεν έχει παρά να ανατρέξει κάποιος στα **Τοπικά Συστήματα Ανταλλακτικού Εμπορίου** τα οποία υποστηρίζουν πολλές αγγλοσαξονικές χώρες, στις ιστοσελίδες www.lets-linkup.com, www.letslinkuk.net, και τις ιστοσελίδες τοπικών Συστημάτων, όπως αυτών του Μπραντφορντ (Αγγλία) www.bradfordlets.org, του Μπρίξτον (Αγγλία) www.brixlets.org.uk, του Νόριτς (Αγγλία) www.norlets.org.uk, του Ρέντιγκ (Αγγλία) www.readinglets.uk.com, του Πήτερμπορο (Καναδάς)



<http://ptbolets.50webs.com>, ή και του Συστήματος του Λονδίνου www.letslinklondon.org.uk, που συνδέει τα Τοπικά Συστήματα που λειτουργούν στις διάφορες συνοικίες. Όσον αφορά τη Γαλλία μπορεί κανείς να δει την ιστοσελίδα www.sel-terre.info, τη Γερμανία στις ιστοσελίδες www.tauschringe.de, www.regiotauschnetz.de, www.tauschringportal.de και www.tauschringadressen.de, την Αυστραλία στην ιστοσελίδα www.lets.org.au, την Αυστρία στην www.tauschkreis.net, την Ελβετία στο Wirtschaftsring (Επιχειρηματικός κύκλος) στην www.wir.ch και τη Βραζιλία στην Τράπεζα Πάλμας (Banco Palmas στην www.bancopalmas.org).

Ανατρέχοντας σε αυτές τις ιστοσελίδες, θα διαπιστώσει ο αναγνώστης, ότι σε πολλές χώρες, τα συστήματα τοπικών κοινωνιών όπου υποστηρίζεται εσωτερικό σύστημα οικονομικών συναλλαγών, η καθημερινότητα αναδύει μια πινελιά αισιοδοξίας και ασφάλειας για το μέλλον των πολιτών τους!!! Βέβαια, κάποιες προσωπικές σκέψεις, που οδηγούν σε «επικίνδυνες» ερωτήσεις θα ήταν «τι οδήγησε άραγε αυτές τις τοπικές κοινωνίες να απομονωθούν οικονομικά;», «πώς μπορούν και εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους απέναντι στο ευρύτερο κρατικό μηχανισμό (π.χ. φόρος στο κράτος) όταν έχουν ένα δικό τους τρόπο εσωτερικής χρηματικής συναλλαγής, επομένως φαίνεται σα να μην εισπράττουν κάποιο κεφάλαιο από π.χ. έμμισθη εργασία;», «έχουν την άνεση να επικοινωνούν οικονομικά με την ευρύτερη περιφέρεια ή με άλλες πόλεις του εξωτερικού ή αυτό ίκοστίζει περισσότερο των δυνατοτήτων τους, άρα έχουν απομονωθεί και περιχαρακωθεί στα εντός των δικών τους “συνόρων”;»

Μια άλλη επίσης λύση την οποία, εμμέσως πλην σαφώς, μας παραθέτουν ως εφικτή, είναι η έκδοση και χρήση ενός άλλου, τοπικού, νομίσματος, παράλληλα με το επίσημο νόμισμα. Όσο και αν φαντάζει απίστευτο, είναι μια λύση που την προτιμούν κυρίως σε διάφορες περιοχές στις Ηνωμένες Πολιτείες (αλλά και σε άλλα μέρη του κόσμου). Το τοπικό νόμισμα εκδίδεται μόνο σε χαρτονομίσματα, τα οποία υποχρεωτικά πρέπει να διαφέρουν πολύ από το επίσημο νόμισμα και έχουν υποδιαίρεσεις. Κυκλοφορεί τοπικά, για τις εσωτερικές συναλλαγές ενώ οι εκτός Τοπικής Συνοικίας συναλλαγές γίνονται με το επίσημο νόμισμα.

Ενδεικτικά, μπορεί κανείς να ανατρέξει και πάλι στο διαδίκτυο και θα βρει το νόμισμα Ώρες της Ίθακα (ΗΠΑ) www.ithacahours.org, του Κάλγκαρυ (Καναδάς) www.calgarydollars.ca, του Κορβάλλις (ΗΠΑ) www.hourexchange.org, του Μάντισον (ΗΠΑ) www.madisonhours.org, τα Ισο-δολάρια της Φιλαδέλφεια (ΗΠΑ) www.rhd.org/equal.html, τα Νομίσματα Συναλλαγών του Χούμπολτ (ΗΠΑ) www.humboltexchange.org, τα δολάρια του Τορόντο (Καναδάς) www.torontodollar.com, το Πλέντυ στη Β. Καρολίνα (ΗΠΑ) www.ncplenty.org, τα νομίσματα Chiemgauer www.chiemgauer.info και Regio www.regiogeld.de στη Γερμανία κ.λπ.

Σκεφτείτε τώρα λοιπόν πως θα ήταν η ζωή μας από εδώ και στο εξής αν ανταλλάσαμε μεταξύ μας προϊόντα, αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες μας αμειβόταν με αντίστοιχες αξίας υπηρεσίες, τις οποίες εμείς δεν μπορούσαμε να παρέχουμε και αν δεν είχαμε το επίσημο νόμισμα συναλλαγών για τις εσωτερικές συναλλαγές μας, αλλά ένα μικρότερης οικονομικής αξίας νόμισμα, τοπικών συναλλαγών.

Θα διερωτηθεί εύλογα όμως κάποιος: «με **ποιές αντίστοιχες αξίας υπηρεσίες** θα αμείβονταν οι νοσηλευτές και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας, που καθημερινά αντικρίζουν το θρήνο και το θάνατο;» «**Ποιες υπηρεσίες αντιστοιχούν ισάξια** σε αυτές που έρχεσαι αντιμέτωπος με τη ανθρώπινη χαρά και θλίψη;» «**Ποιες υπηρεσίες ανταλλακτικά παζαρεύονται** με την αποχή από την οικογενειακή θαλπωρή κατά τη διάρκεια εορταστικών ημερών;» «Ποιες είναι αυτές οι υπηρεσίες που θα τις ανταλλάξεις με το χαμόγελο και την αγκαλιά ενός παιδιού που το άφησαν οι γονείς του στο ίδρυμα και εσύ ήσουν κοντά του όταν πονούσε;» «Ποια υπηρεσία θα αντικαταστήσει οικονομικά την αναγνώριση και την κατανόηση της θέσης, του συναισθήματος, των σκέψεων ή της κατάστασης του ασθενή που φροντίζεις (ενσυναίσθηση);», «Ποια ανταμοιβή θα εισπράξεις από την ψυχολογική και σωματική εξουθένωση στην οποία έχεις κυριολεκτικά κάνει μακροβούτι;»

Αναρωτιέμαι τελικά τι μπορεί να αντι-καταβάλλει κάποιος για να εξαγοράσει αυτές τις υπηρεσίες.....!!! Και εν κατακλείδι, τότε ανταμείφθηκες για αυτές έστω και σε επίσημο νόμισμα;

**Για τον TEEN
η Πρόεδρος
Δρ. Μαρία Καλαφάτη**

ΔΕΣΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ

Ελένη Φύτρου, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc_(cand),
Προϊσταμένη Μονάδας Λοιμώξεων Π.Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Η Νοσοκομειακή Πνευμονία παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Ο όρος πνευμονία του αναπνευστήρα, αναφέρεται στην πνευμονία που εκδηλώνεται μετά από 48-72 ώρες από τη διασωλήνωση ενός ασθενή¹.

Η αποδιδόμενη θνητότητα της λοίμωξης κυμαίνεται από 27% έως και 43% όταν ο αιτιολογικός παράγοντας είναι μικρόβιο που έχει αναπτύξει αντοχή σε πολλές κατηγορίες αντιβιοτικών. Εκτός από την αύξηση της θνητότητας έχει υπολογιστεί ότι η νοσηλεία ενός ασθενή με πνευμονία του αναπνευστήρα παρατείνεται κατά 7-9 ημέρες ενώ το επιπλέον κόστος νοσηλείας έχει υπολογιστεί σε 40000\$ ανά περίπτωση².

Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί για την ανάπτυξη της πνευμονίας, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για λοίμωξη από συγκεκριμένα παθογόνα και σημαντική παράμετρο για την εκτίμηση της πιθανής έκβασης. Διακρίνουμε λοιπόν την πνευμονία του αναπνευστήρα σε Πρώιμη και Όψιμη, ανάλογα με το αν το χρονικό διάστημα της εκδήλωσης της λοίμωξης υπερβαίνει τις 5 ημέρες από την διασωλήνωση του ασθενή. Ο αιτιολογικός παράγοντας της όψιμης πνευμονίας συνήθως είναι νοσοκομειακό μικρόβιο που έχει αναπτύξει μηχανισμούς αντοχής.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Είναι δυνατή η διάκρισή τους σε αυτούς που σχετίζονται με τον άρρωστο και σε αυτούς που σχετίζονται με τη χορηγούμενη θεραπεία.

Παράγοντες που αφορούν τον ασθενή

1. Το φύλο (άρρεν)
2. Ηλικία >60 ετών
3. Χορήγηση αντιβιοτικών τους 3 τελευταίους μήνες πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο
4. Νοσηλεία σε ίδρυμα ή σε άλλο νοσοκομείο μεγαλύτερη των 5 ημερών το τελευταίο τρίμηνο
5. Νόσημα ή θεραπευτική αγωγή πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο που προκαλεί ανοσοκαταστολή
6. Καχεξία, υπολευκωματιναιμία
7. Προϋπάρχουσα πνευμονική νόσο, χρόνιο έλκος, ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση
8. Πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων

Παράγοντες που σχετίζονται με τη χορηγούμενη θεραπεία

1. Διασωλήνωση- μηχανικός αερισμός (καταργεί τον προστατευτικό μηχανισμό του βήχα, παραβιάζει ακεραιότητα ανατομικών δομών αεροφόρου οδού, λειτουργία κροσσώτου επιθηλίου, αυξάνει αποικισμό στοματικής κοιλότητας με παθογόνα)
2. Εντερική σίτιση (κίνδυνος εισρόφησης)
3. Τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα (αιματογενής διασπορά)

Μικρόβια αιτιολογικοί παράγοντες πρώιμης πνευμονίας

Staphylococcus aureus
Streptococcus pneumoniae
Haemophilus influenzae
Proteus species
Serratia marcescens
Klebsiella pneumoniae
Escherichia Coli

Μικρόβια αιτιολογικοί παράγοντες όψιμης πνευμονίας

Pseudomonas aeruginosa
Methicilline – Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
Acinetobacter species
Enterobacter species

ΔΕΣΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η χρήση δέσμης φροντίδας για την πρόληψη της πνευμονίας του αναπνευστήρα αλλά και άλλων λοιμώξεων, αποτελεί την πιο σύγχρονη προσέγγιση στην αποτελεσματική εφαρμογή και αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων. Μια δέσμη φροντίδας αποτελείται από μικρό αριθμό μέτρων με ισχυρή ερευνητική τεκμηρίωση τα οποία εφαρμόζονται σαν ενιαίο πρωτόκολλο. Κάθε μεμονωμένο μέτρο ουσιαστικά στοχεύει στην άρση ή τροποποίηση ενός παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της πνευμονίας του αναπνευστήρα.

Η πρώτη δέσμη φροντίδας (ventilator bundle) αναπτύχθηκε από το Ινστιτούτο για τη Βελτίωση της Φροντίδας της Αμερικής (Institute for Health Improvement) και αρχικά συμπεριλάμβανε 4 μέτρα. Το Μάιο του 2010 προστέθηκε στη δέσμη και η στοματική υγιεινή με τη χρήση χλωρεξιδίνης. (πίνακας 1) Η συγκεκριμένη δέσμη μέτρων εφαρμόστηκε από μεγάλο αριθμό νοσοκομείων στην Αμερική.

Πίνακας 1.
Institute for health improvement ventilator bundle

1. Κλίση της νοσηλευτικής κλίνης 35°-45° κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή (πρόληψη εισρόφησης, βελτίωση αερισμού) *Τεκμηριώνεται η εφαρμογή του στο νοσηλευτικό φάκελο του ασθενή ανά βάρδια*
2. Καθημερινή αξιολόγηση δυνατότητας αποσωλήνωσης ασθενή, χρήση κατάλληλου πρωτοκόλλου καταστολής (μείωση διάρκειας μηχανικού αερισμού)
3. Γαστροπροστασία (πρόληψη αιμορραγίας και εισρόφησης)
4. Πρόληψη εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (πρόληψη πνευμονικής εμβολής)
5. Καθημερινή στοματική υγιεινή με τη χρήση χλωρεξιδίνης (αποτροπή του σχηματισμού οδοντικής πλάκας, ουλίτιδας)

Η μέτρηση της συμμόρφωσης του προσωπικού με την εφαρμογή του ventilator bundle βασίζεται στην καθημερινή συμπλήρωση ειδικής φόρμας για κάθε άρρωστο υπό μηχανικό αερισμό. Αν σε ένα ασθενή δεν εφαρμοστεί ένα από τα μέτρα, η συμμόρφωση γι αυτόν τον άρρωστο θεωρείται μηδενική. Για παράδειγμα αν στις 20/3/2012 σε μια ΜΕΘ υπάρχουν 7 ασθενείς υπό μηχανικό αερισμό και στους 6 ασθενείς έχουν εφαρμοστεί και τα 5 επιμέρους μέτρα της δέσμης ενώ στον 7° μόνο τα 4, η συμμόρφωση με τη δέσμη εκείνη την ημέρα αφορά τις 6 περιπτώσεις εφαρμογής από τις 7 δηλαδή 86%.

Υπάρχει σημαντικός αριθμός μελετών που δείχνουν ότι η εφαρμογή του ventilator bundle έχει συντελέσει σε σημαντική μείωση της πνευμονίας του αναπνευστήρα. Υπάρχουν ωστόσο και δημοσιεύσεις που αμφισβητούν την ορθότητα καταγραφής της συμμόρφωσης του προσωπικού, καθώς είναι δύσκολη η τεκμηρίωση της εφαρμογής κάποιων στοιχείων του, όπως η συνεχή νοσηλεία του ασθενή με τη νοσηλευτική κλίνη σε κλίση 30-45°. Καμιά δημοσίευση ωστόσο δεν αμφισβητεί την ισχυρή τεκμηρίωση των επιμέρους στοιχείων της δέσμης για τη μείωση της επίπτωσης της πνευμονίας του αναπνευστήρα³.

Στην Ευρώπη ανάλογες δέσμες έχουν εφαρμοστεί με πιο σημαντική αυτή που αναπτύχθηκε από το Scottish Intensive care Society Audit group⁴ (πίνακας 2).

Κάθε μια από τις 3 δέσμες που αναφέρθηκαν περιλαμβάνουν διαφορετικά μέτρα ισχυρής τεκμηρίωσης. Η εξασφάλιση της μέγιστης συμμόρφωσης με μια δέσμη μέτρων ενδεχομένως να είναι δυνατή με ενεργητική συμμετοχή στο σχεδιασμό της δέσμης του προσωπικού. Υπάρχει διαθέσιμη βιβλιογραφία για τα κριτήρια επιλογής σε συνδυασμό με την υπάρχουσα τεκμηρίωση ώστε να συμπεριληφθούν σε μια δέσμη μέτρα αποδεκτά από όλα τα μέλη της ομάδας⁶.

Πίνακας 2. Preventing VAP Care Bundle (Scottish Intensive care Society Audit group)

1. Καθημερινή αξιολόγηση της δυνατότητας διακοπής της καταστολής
ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ: ασθενείς με ΚΕΚ και πιθανή αύξηση ενδοκράνιας πίεσης, παρηγορητική θεραπεία, βήχας/αδυναμία συγχρονισμού με τον αναπνευστήρα
2. Καθημερινή αξιολόγηση δυνατότητας αποσωλήνωσης ασθενή, χρήση πρωτοκόλλου απογαλακτισμού
ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ: παράλυση αναπνευστικών μυών, συνθήκες μηχανικού αερισμού χορήγησης οξυγόνου σε συγκέντρωση >70% ή p_{eepr} > 10, σοβαρή υποθερμία
3. Κλίση της νοσηλευτικής κλίνης τουλάχιστον 30° κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή
ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ: ασθενείς με αιμοδυναμική αστάθεια, shock, κάκωση νωτιαίου μυελού
4. Καθημερινή στοματική υγιεινή με τη χρήση χλωρεξιδίνης
ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ: τραύμα/ χειρουργείο στοματικής κοιλότητας-φάρυγγα, υπερευαίσθησία στη χλωρεξιδίνη
5. Υπογλωττιδική αναρρόφηση εκκρίσεων (απαιτείται κατάλληλος τραχειοσωλήνας)

Αξιολογή προσπάθεια επίσης για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα αποτελεί η πιο πρόσφατη δέσμη μέτρων, που αναπτύχθηκε από το ESCICM με τη συμμετοχή εξειδικευμένων ιατρών ΜΕΘ από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης⁵. Αυτοί ανέλαβαν ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και στη συνέχεια ψήφισαν τα 5 πιο αποτελεσματικά μέτρα για τη μείωση της πνευμονίας του αναπνευστήρα. Τα μέτρα με τη μεγαλύτερη βαθμολογία περιγράφονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. ESICM 2010 VAP CARE BUNDLE

1. Καμία αλλαγή του κυκλώματος του αναπνευστήρα εκτός και αν διαπιστωθεί φθορά
2. Αυστηρή τήρηση της υγιεινής των χεριών με τη χρήση αλκοολούχου διαλύματος
3. Κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού
4. Καθημερινή αξιολόγηση της δυνατότητας διακοπής της καταστολής και χρήσης πρωτοκόλλου απογαλακτισμού
5. Στοματική υγιεινή με χλωρεξιδίνη

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. “Guidelines for the management of adults with hospital- acquired, Ventilator associated, and healthcare associated Pneumonia” American Thoracic Society & Infectious Diseases Society of America, October 2004
2. “Craven DE. “Epidemiology of Ventilator Associated Pneumonia” Chest 2000: 117(4 suppl2): 186S187S
3. “Bundles to prevent ventilator associated pneumonia how valuable are they?” Charity Wip and Lena Napolitano. Current Opinions in Infectious Diseases 2009, 22:159-166
4. VAP Prevention Bundle .Guidance for implementation NHS Scottish Intensive Care Society Audit Group
http://www.sicsag.scot.nhs.uk/SubGroup/VAP_Prevention_Bundle_Guidance_For_Implementation1.pdf
5. “A European care bundle for prevention of Ventilator- associated pneumonia”, ESICM 2010, J. Rello, H. Lode, G. Cornaglia, R. Masterton, Intensive Care Med. (2010) 36:773-780
6. “Care bundles: the holy grail of infectious risk management in hospital?” Charis Marwick and Peter Davey. Current Opinion in Infectious Diseases 2009,22:364–369

ΚΑΙ Ο ΘΕΟΣ «ΕΠΛΑΣΕ» ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΦΕΚ 874/Β/ 20 Μαρτίου 2012

Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των
Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Πιο κάτω παρατίθενται μέρος του νέου νόμου που αφορά στη λειτουργία και Οργάνωση του ΤΕΠ των νοσοκομείων του ΕΣΥ και δίνεται έμφαση κυρίως στα εδάφια εκείνα τα οποία αναφέρονται σε νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει το αντίστοιχο τμήμα.

Εκ προοιμίου θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο νόμος προκαθορίζει τη στελέχωση του ΤΕΠ με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που αναλογεί σε αριθμό και βαρύτητα προσερχομένων ασθενών ανά ώρα. Επίσης συστήνει τη συνεχιζόμενη, από κοινού εκπαίδευση, ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται στο τμήμα. Παρόλα αυτά επειδή κανείς δεν είναι τέλειος, γίνονται κάποιες παρατηρήσεις για να «διευκολύνουμε» την ανάγνωσή του:

Α. Σύμφωνα με το εδάφιο 7 (σε όλες του τις διαστάσεις/υποεδάφια) τα ΤΕΠ των περισσότερων νοσοκομείων του ΕΣΥ θα πρέπει να στελεχωθούν με επιπλέον νοσηλευτικό προσωπικό, που να είναι εκπαιδευμένο για να εργαστεί στο συγκεκριμένο ειδικό τμήμα, έτσι ώστε τα ΤΕΠ να μπορέσουν να λειτουργήσουν με ασφάλεια τόσο για τον **προσερχόμενο** ασθενή όσο αλλά και για το νοσηλευτή

Β. Για να μην υπάρξει παρανόηση των παρακάτω αναφερομένων, όπου χρησιμοποιείται η λέξη «προϊστάμενος» και δεν διευκρινίζεται, αφορά στο Δ/ντη ιατρό και σε οποιονδήποτε τον αντικαθιστά. Επομένως θα παρατηρήσετε ότι πολλές από τις αρμοδιότητες εύρυθμης λειτουργίας του ΤΕΠ είναι σε επίπεδο ιατρική διοίκησης (επιστημονικές, ασφάλεια, καθαριότητα...)

Γ. Στο χώρο διαλογής των ασθενών εργάζονται ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλεύτριες!!! Επομένως οι νοσηλευτές αποκλείονται από το συγκεκριμένο χώρο.....

Δ. Παντού σε όλο τον κόσμο οι νοσηλευτές και οι ιατροί στο ΤΕΠ λειτουργούν ως ομάδα και συναποφασίζουν ως ομάδα. Επίσης στα περισσότερα ΤΕΠ του εξωτερικού, η «διαλογή (triage)» γίνεται από εξειδικευμένους νοσηλευτές. Υπάρχουν τα έντυπα καταγραφής που συνοδεύουν τον ασθενή και στα οποία συμπληρώνονται ιατρικές και νοσηλευτικές αναφορές. Όπως θα διαπιστωθεί στο συγκεκριμένο ΦΕΚ, οι νοσηλευτές έχουν το ρόλο διεκπεραιωτών των ιατρικών οδηγιών και γενικότερα ο προϊστάμενος νοσηλευτής δεν υπογράφει και δεν ενημερώνει σε κανένα έντυπο που να αφορά στη διακίνηση του ασθενούς.

Εν κατακλείδι, σε όλο το ΦΕΚ οι νοσηλευτές αναφέρονται ως οντότητα του ΤΕΠ σε 2-3 παραγράφους και αν καταφέρει και εφαρμοστεί ο συγκεκριμένος νόμος (γιατί αποτελεί μια αντιγραφή του προηγούμενου χωρίς ιδιαίτερες αλλαγές) τα ΤΕΠ θα πρέπει να στελεχώνονται ΜΟΝΟ με ειδικευμένους νοσηλευτές που ο αριθμός τους να είναι ανάλογος των αναγκών του αντίστοιχου τμήματος.

1. Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες, καθώς και στο Νοσοκομείο με την μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας των περιφερειών

του Ν.3852/10 (ΦΕΚ 87 Α') οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με ειδική διατομεακή στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

2.

7.6 Στο Τ.Ε.Π. προΐσταται νοσηλεύτης/τρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική η οποία τεκμηριώνεται από τη θητεία σε μέχρι σήμερα λειτουργούντα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας ή της αλλοδαπής, τη θητεία σε ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης της Ελλάδας ή του εξωτερικού καθώς και την εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

7.7 Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις εφημερίες του νοσοκομείου, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών.

7.8 Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η προϋπηρεσία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης καθώς και η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού.

7.9 Σε κάθε περίπτωση ο αριθμός των εργαζομένων στα Τ.Ε.Π. Ιατρών, Νοσηλευτών και Διοικητικών θα πρέπει να είναι ανάλογος του αριθμού των προσερχομένων, ανά ώρα, ασθενών.

7.10 Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. σε συνεργασία με το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου καθορίζει τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού που θα καλύψει τις ανάγκες του Τ.Ε.Π. σε γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και για την καθαριότητα και ασφάλεια του χώρου.

8. Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. έχει την ευθύνη λειτουργίας του Τ.Ε.Π. και ασκεί όλες τις αρμοδιότητες διοικητικές και επιστημονικές που απορρέουν από τη θέση του ως προϊστάμενου τμήματος. Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. όταν απουσιάζει ή κωλύεται, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν ιατρό του Τ.Ε.Π. Επιμελητή Α'. Για τις ημέρες Γενικής Εφημερίας ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζει έναν Επ. Α' ως υπεύθυνο εφημερίας. Μόνο σε περίπτωση που δεν υπηρετεί Επ. Α' ορίζει ως υπεύθυνο εφημερίας γιατρό με βαθμό Επ. Β'.

9. Δημιουργείται στα ΤΕΠ χώρος διαλογής στον οποίο υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλεύτριες για άμεση αντιμετώπιση περιστατικών ΠΦΥ και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του τον κατευθύνουν στους χώρους του Τ.Ε.Π.. Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π.. Ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του Τ.Ε.Π., όπου εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και στη συνέχεια εναλλακτικά είτε:

α. του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία,

β. οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του Τ.Ε.Π. για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωση του τμήμα,

γ. εισάγεται στο οικείο με την πάθηση του τμήμα,

δ. διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο κατόπιν συνεννόησης με τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

Για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο Τ.Ε.Π. συντάσσεται αναλυτικό σημείωμα που συνοδεύει το εισιτήριο του ασθενούς και υπογράφεται απαραίτητα από τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον Αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

Με ευθύνη του Διευθυντή του Τ.Ε.Π. καταγράφονται σε ειδικό έντυπο και σε ηλεκτρονική μορφή τα στοιχεία των προσερχόμενων ασθενών, καθώς και η πορεία εξέλιξής των.

10.

12. Το προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το ΤΕΠ του νοσοκομείου σε συνεργασία με τους γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου μεριμνά για την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για γιατρούς, και νοσηλευτές. Για την οργάνωση των εκπαιδευτικών αυτών προγραμμάτων δύναται να υπάρξει συνεργασία με άλλους φορείς/εταιρείες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της επείγουσας ιατρικής προκειμένου να γίνουν γνωστές στο προσωπικό των ΤΕΠ οι τελευταίες εξελίξεις στο χώρο, να υπάρξει μεταφορά ευρωπαϊκών οδηγιών λειτουργίας των ΤΕΠ, κλιμάκων διαλογής, βασικών διαγνωστικών και θεραπευτικών αλγόριθμων καθώς και κάθε άλλη σχετική πληροφορία και εξέλιξη επ' αυτού.

Αθήνα, 6 Μαρτίου 2012
ο Υπουργός
Ανδρέας Λοβέρδος

Για τον TEEN
η Πρόεδρος
Δρ. Μαρία Καλαφάτη

**ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Μεσογείων 2, Γ Κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27, Τηλ.: 210 7702861, Fax: 210 7790360

Εκδότης:

Μαρία Τσερώνη

Συντακτική Επιτροπή:

**Μαρία Καλαφάτη, Γεώργιος Γεωργιάδης, Νίκος Γιάκης, Μαργίτσα Σκοπελίτου,
Ειρήνη Μαργέλου, Παναγιώτα Σαργιάνου, Ευτυχία Τσάφου**

Επιμέλεια - Παραγωγή έκδοσης

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

ΓΡΑΨΕ ΚΑΙ ΕΣΥ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

