



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

UNIVERSITY OF CRETE  
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES  
FACULTY OF MEDICINE



---

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
Επείγουσα και Εντατική Θεραπεία Παίδων και Εφήβων

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Εξέλιξη 48ώρου ασθενών που εισήχθησαν από το ΤΕΠ  
στην Παθολογική και την Παιδιατρική Κλινική**

**Forty-eight-hour outcome of adult and pediatric patients  
admitted in the Hospital through an ED triage enrollment**

**Μαρή Στέλλα**

A.M.1130006

Ηράκλειο, Ιούλιος 2018

**POSTGRADUATE STUDY PROGRAMME – Master of Science  
“EMERGENCY AND INTENSIVE TREATMENT  
OF CHILDREN AND ADOLESCENTS”**

**DIPLOMA THESIS**

**Forty-eight-hour outcome of adult and pediatric patients  
admitted in the Hospital through an ED triage enrollment**

**Mari Stella**

**ID: 1130006**

**Heraklion 2018**

## **ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

Αγγουριδάκης Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

## **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Αγγουριδάκης Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής (επιβλέπων)

Μπριασούλης Γεώργιος, Καθηγητής

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής

## **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Αγγουριδάκης Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής (επιβλέπων)

Μπριασούλης Γεώργιος Καθηγητής

Λιονής Χρήστος, Καθηγητή

## Πρόλογος-Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με την καταγραφή ασθενών του παθολογικού τμήματος του ΤΕΠ τη χρονική περίοδο (15/07 -23 /09/2017 και 1 /10- 31/10 2107) και ταυτόχρονα και του παιδιατρικού τμήματος, τη χρονική περίοδο (15/07-23/10 2017και 1/10 23/10/2017) .

Τα αποτελέσματα της καταγραφής υποστηρίζουν τα σύγχρονα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα και αποτελούν το έναυσμα για εφαρμογή μοντέλων διαχείρισης της επείγουσας φροντίδας προκειμένου το όφελος της διαχείρισης και της νοσηλείας του ασθενή να υπερτερεί του κινδύνου από τη χρονική στιγμή παρουσίας του ασθενή στο ΤΕΠ έως το πέρας της νοσηλείας του.

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας θέλω να ευχαριστήσω θερμά :

Τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου κ Αγγουριδάκη Παναγιώτη, Επίκουρο Καθηγητή Επείγουσας Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντή του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρίας Επείγουσας Ιατρικής, που μου εμπιστεύτηκε το συγκεκριμένο πρωτόκολλο και μου έδωσε την ευκαιρία να προβώ σε δεδομένα που δεν έχουν καταγραφεί στην Ελλάδα.

Τον κ. Μπριασούλη Γιώργιο, καθηγητή Εντατικής Θεραπείας Παίδων του Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντή της ΜΕΘ Παίδων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, υπεύθυνο του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος για τη συνεχή υποστήριξη και συμπαράστασή και καθοδήγηση σε όλη μου την προσπάθεια.

Τον κ. Λιονή Χρήστο, καθηγητή Γενικής Ιατρικής - Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τις πολύτιμες συμβουλές του, την υποστήριξη και κριτική θεώρηση στην ανάλυση της απαιτητικής αυτής προσπάθειας

Τον κ Τζανάκη Νικόλαο καθηγητή και Διευθυντή Πνευμολογικής κλινικής ΠΑΓΝΗ για την πολύτιμη και ανιδιοτελή βοήθειά του στην διεξαγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων του παιδιατρικού πληθυσμού.

Τη κ.Μάγδα Ζεάκη Διευθύντρια του ΕΚΑΒ Ηρακλείου, τον Πετράκη Ιωάννη, τον Χαλκιαδάκη Ιωάννη που μου εμπιστεύτηκαν τη χρήση της Ηλεκτρονικής Βάσης Δεδομένων ΙΑΤΡΟΣ αρχεία του ΕΚΑΒ προκειμένου να διασταυρώσω και να πιστοποιήσω ποιοι ασθενείς προσκομίσθηκαν με όχημα του ΕΚΑΒ και χαρακτηριστικά αυτών.

Τον κ. Αχχιλέα Γκίκα καθηγητή Λοιμωξιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και πρόεδρο της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων ΠΑΓΝΗ, που μου έδωσε την άδεια να εργαστώ στο τμήμα της Παθολογικής, το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, επίσης και την γραμματέα της ΑΠ.

Τον κ Γαλανάκη Μανόλη καθηγητή Παιδιατρικής ΠΑΓΝΗ που μου έδωσε την άδεια να εργαστώ στο τμήμα της Παιδιατρικής, το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, επίσης και την γραμματέα της, της Παιδιατρικής.

Στην κ.Φρατζέσκα Κοτοπούλη Ειδικευόμενη Παθολογικής Κλινικής για την πολύτιμη συνεργασία της στον παθολογικό πληθυσμό.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω ανθρώπους όπως η κ.Ασημίνα Ευαγγελία, προϊσταμένη ΜΕΘΠ που με στήριξε ηθικά και ψυχολογικά σε όλη μου την προσπάθεια καθώς και τους συναδέλφους μου.

Η φιλία ανεκτίμητο αγαθό στις δύσκολες στιγμές αναδείχτηκε από τη Χαρά Δημητρίου τη φίλη μου που ήταν πάντα εκεί

Ένα τεράστιο Ευχαριστώ στην μητέρα μου Ελένη, το σύζυγό μου Δημήτρη και τα παιδιά μου για την υπομονή, ανοχή και βοήθεια, που μου προσέφεραν στην προσπάθειά μου.

## Περίληψη

### Εισαγωγή:

Ο αριθμός και η βαρύτητα των ασθενών που επισκέπτονται τα Νοσοκομεία στη χώρα μας τα τελευταία έτη αυξάνονται συνεχώς. Οι λόγοι αυτοί της αύξησης οφείλονται στην γήρανση του πληθυσμού, την ανεπαρκή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην αύξηση των επισκεπτών στη χώρα μας (τουρίστες, οικονομικοί μετανάστες), οι αυξημένες διακομιδές από άλλα νοσοκομεία.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την προσέλευση στα ΤΕΠ μεγάλου όγκου μη διαφοροποιημένων ασθενών που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και σωστής διαχείρισης στον κατάλληλο χρόνο από εξειδικευμένο προσωπικό στην Επείγουσα Ιατρική.

### Σκοπός:

Η μελέτη του φόρτου εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων Παθολογίας και Παιδιατρικής στα ΤΕΠ και στην Κλινική με την βοήθεια ορισμένων δεικτών όπως η εξέλιξη 48ώρου των ασθενών που εισήχθησαν στην Παθολογική και Παιδιατρική κλινική, η κωδικοποίηση βαρύτητας από την διαλογή (triage), οι χρόνοι αναμονής στο ΤΕΠ και η σύγκριση της διάγνωσης εισόδου του ΤΕΠ με την διάγνωση 48ώρου της κλινικής.

Αναζητήθηκαν επίσης παράγοντες κινδύνου αυξημένης θνητότητας 48ώρου και έγινε σύγκριση ορισμένων από τους προαναφερθέντες δείκτες με αντίστοιχα δεδομένα από την διεθνή βιβλιογραφία

### Υλικό και Μέθοδος:

Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη καταγραφής των ασθενών που εισήχθησαν στην Παθολογική και Παιδιατρική κλινική από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κατά το χρονικό διάστημα 15 Ιουλίου έως 31 Οκτωβρίου 2017.

Ο κάθε ασθενής εγγράφηκε σε φύλο πρωτοκόλλου (επισυναπτόμενο έντυπο πρωτοκόλλου που εγκρίθηκε με την υπ' αριθμ. 211 / 18-02-2015 απόφαση του Δ.Σ του ΠΑΓΝΗ). Συμπεριλήφθηκαν όλες οι εισαγωγές δια μέσου του ΤΕΠ στην Παθολογική και Παιδιατρική κλινική στις ημέρες εφημερίας του Νοσοκομείου.

Η συλλογή δεδομένων έγινε με τον εντοπισμό των εισαγωγών από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων a-Med Web του ΠΑΓΝΗ. Έγινε επίσης, διασταύρωση δεδομένων στην ηλεκτρονική πλατφόρμα ΙΑΤΡΟΣ του ΕΚΑΒ Κρήτης.

### Αναλυτικότερα:

Στο πρωτόκολλο καταγράφηκαν οι δείκτες μελέτης από την κάρτα ασθενών στο ΤΕΠ και τον Ιατρικό φάκελο της κλινικής αντίστοιχα. Οι δείκτες αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία (κωδικό ασθενή, φύλο, ηλικία, εθνικότητα), ώρα προσέλευσης, ώρα εισαγωγής, μέσον άφιξης στο νοσοκομείο (ιδιωτικό όχημα, απλό ασθενοφόρο, Κινητή Μονάδα ΕΚΑΒ).

Καταγράφηκε η προ-νοσοκομειακή αγωγή, η αγωγή από το ΕΚΑΒ, το ιατρείο υποδοχής των ΤΕΠ, ζωτικά σημεία του ασθενή στο ΤΕΠ, συμμετοχή ειδικοτήτων στην διαχείριση του ασθενούς στο ΤΕΠ, η αρχική διάγνωση του ΤΕΠ και η διάγνωση κλινικής στο 48ωρο. Επίσης καταγράφηκαν οι επισκέψεις του ασθενούς στο ΤΕΠ το τελευταίο έτος και η συν-νοσηρότητα των ασθενών (χρόνια νοσήματα).

Η εξέλιξη του ασθενούς στο 48ωρο καταγράφηκε ως: βελτίωση (εξιτήριο), στάσιμη (εξακολουθεί νοσηλευόμενος), μεταφορά σε άλλη κλινική, εισαγωγή στη ΜΕΘ ή Θάνατος.

## **Αποτελέσματα -1 : Εισαγωγές στην Παθολογική Κλινική**

Στο διάστημα της μελέτης καταγράφηκαν 501 ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν στην Παθολογική Κλινική. Ποσοστό 50,7% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία 75 ετών και το 49,3% ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 71 έτη ( $p < 0.001$ ).

Ο συνολικός χρόνος παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ ήταν 6,36 ώρες (5,07 ώρες για ασθενείς που εισήχθησαν στη Μονάδα βραχείας Νοσηλείας και 1,29 ώρες για ασθενείς που δεν εισήχθησαν στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας).

Στατιστικά σημαντική ( $p < 0.001$ ) ήταν η επιβίωση στην παθολογική κλινική των ασθενών που (πριν την εισαγωγή τους στην κλινική) είχαν εισαχθεί στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας του ΤΕΠ.

Η θνητότητα των ασθενών δεν σχετίστηκε με την ώρα προσέλευσης τους ή τον χρόνο παραμονής τους στην Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας.

Η διάγνωση γιατρών ΤΕΠ και των γιατρών της Παθολογικής Κλινικής στο 48ώρο ήταν σύμφωνη στους 324 ασθενείς (65,99%), σε 147 (30,35%) η διάγνωση ήταν συναφής ενώ σε 19 (3,67%) ήταν διαφορετική.

Στο 48ωρο οι 376 ασθενείς (75,5%) παρέμειναν για νοσηλεία στην Παθολογική κλινική, οι 85 (17,1%) πήραν εξιτήριο, οι 20 (4%) απεβίωσαν, οι 11 (2,2%) μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική, 3 ασθενείς (0,6%) μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ, ενώ 3 (0,6%) εξήλθαν λαθραία.

Η έκβαση 48ώρου δε είχε στατιστικά σημαντική διαφορά με τη συν-νοσηρότητα (NS), με τις προηγούμενες επισκέψεις (NS) των ασθενών στο Νοσοκομείο, όπως και με την προσέλευση τους ή όχι από τα Κέντρα Υγείας (NS).

Στην έκβαση 48-ώρου στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία είχε ο χαρακτηρισμός της βαρύτητας των ασθενών από το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ για τους ασθενείς που μεταφέρθηκαν με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ στο Νοσοκομείο ( $p < 0,001$ ).

## **Αποτελέσματα -1:Εισαγωγές στην Παθολογική Κλινική**

Στο διάστημα της μελέτης καταγράφηκαν 413 εισαγωγές στην παιδιατρική κλινική. Το 74% ήταν Έλληνες, το 14% τουρίστες, το 12% μετανάστες. Το 48% ήταν κορίτσια και το 52% αγόρια με το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 43% να είναι προσχολικής ηλικίας

Η Τρίτη και το Σάββατο ήταν οι μέρες με τις περισσότερες εισαγωγές χωρίς σημαντική στατιστική διαφορά. Ο μεγαλύτερος αριθμός εισαγωγών ήταν τις ώρες 18:00-00:00 το βράδυ ( $p < 0.001$ ). Μέσος χρόνος παραμονής των παιδιών στο ΤΕΠ ήταν 0,59 ώρες.

Η διάγνωση εισαγωγής /διάγνωση 48ώρου κλινικής ήταν σύμφωνη στο 52% (213), συναφής διάγνωση στο 26% (106) ενώ διαφωνία υπήρχε στο 22% (90)

Στην έκβαση 48ώρου το 60% (249) πήρε εξιτήριο, το 32% (133) παρέμεινε για νοσηλεία, ενώ το 5% (19) εξήλθε οικειοθελώς και το 3% (12) μεταφέρθηκε σε άλλη κλινική.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη καταδεικνύει ότι ο φόρτος εργασίας είναι αυξημένος στην Παθολογική κλινική. Η πλειοψηφία των ασθενών παραμένουν νοσηλεύόμενοι, υπάρχει μεγάλη συν-νοσηρότητα ενώ ένας αριθμός διακομίζεται στην ΜΕΘ ή πεθαίνει. Ο χρόνος παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ ξεπερνά το προτεινόμενο των 4 ωρών. Αποδείχτηκε ότι η παραμονή των ασθενών στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας είναι ζωτικής σημασίας ο χαρακτηρισμός βαρύτητα από το ΕΚΑΒ έχει σημαντική προγνωστική αξία. Στον παιδιατρικό πληθυσμό ο χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ είναι μικρότερος και ο ρυθμός εξιτηρίων είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον παθολογικό πληθυσμό. Η συμφωνία διάγνωσης

σης όσο αφορά την αρχική διάγνωση ΤΕΠ / διάγνωση κλινικής 48ώρου είναι πάνω από 50% και στους δύο πληθυσμούς.

## Summary

**Introduction:** The patients who visit hospital and their condition severity are constantly increasing in our country in recent years. Reasons for this increase are aging of population, insufficient organization of Primary Care, increasing numbers of visitors (tourists, economic migrants), and increased despatches from other hospitals. This has resulted in large numbers of all kinds of patients visiting the ED. Many patients need immediate and timely proper management in Emergency Medicine personnel.

**The aim:** The aim of this study was to record 48-hour outcome of adult and pediatric patients admitted in the Hospital through an ED triage enrolment and its association with disease severity triage coding, waiting times, registered diagnosis and other clinical indicators and the work-load of the respective departments.

Other aims are to associate mortality with various risk factors during the 48-hours of hospitalization. Compare the doctors' competence diagnosis: initial registration diagnosis and to the 48-hour of the clinic diagnosis.

Compare waiting times in the Emergency department with the average times to international reports.

**Material and method:** This is a prospective study, that took place at the University Hospital of Heraklion, Crete. Recorded patients that admitted to Pathological and Paediatric clinic via Emergency Department (ED) PAGNI during the period 15<sup>th</sup> July to 31<sup>st</sup> October 2017.

Patients were enrolled in a protocol approved by the Board Directors' decision of PAGNI No 211 of 18002-2015).

All patients who admitted via ED into Pathological and Paediatric department respectively on call-days were included. The data collection was done by identifying registrations from Med-line Web database of PAGNI. Information was collected via platform database IATROS of EKAV of Crete. In the protocol, the study's markers were recorded from the patients' initial ED card and clinics' medical archives respectively. Demographic related to indicators statistics (patients' code, gender, age, and nationality), arrival time/register time, and admitted time.

Also recorded the way patients came at the Hospital, by themselves, by ambulance, by Special Ambulance Units of Pre-hospital Emergency Medicine or other. It was noted whether pre-hospital treatment or treatment was provided by EKAV staff, reception consulting in department office and patient's vital signs after its arrival in ED. Also, entered doctors' initial ED diagnosis, 48-hour clinic diagnosis during hospitalization, recorded patients' last year referrals at ED and their co-morbidity. The 48-hour outcome was recorded as: Improvement (discharge), Remaining (hospitalization), internal transfer to another department, admission in ICU, or Death.

**Results:** Of 501 pathological individuals recorded 50.1% were women with an average age 75 years and 49.3% of men's average age was 71 years ( $p < 0.001$ ). The patients' Length of Stay in ED was 6,36 hours (patients who remain in inpatient Short Stay Care Unit had LOS 5,07 hours, but patient who went through ED and were admitted directly in Pathological department had LOS 1,29 hours. The patients' survival was statically significant ( $p < 0.001$ ) for those who were hospitalized to Short Stay Care Unit for a longer period. Mortality wasn't associated with patients' arrival time and their stay in Short Stay Care Unit there was no statistically significant difference (NS). Initial diagnosis of ED doctors' and 48-hour clinical agreement diagnosis was 65.99% (324 individuals), 3.6% (19 indi-



viduals) was disagreement diagnosis and 30.35% (145 individuals) was relevant diagnosis. In 48-hour sample outcome 376 individuals (75.5%) remain hospitalized, 85 individuals (17.1%) discharged, 20 (4%) died and 11 individuals (2.2%) transfer internal to another department, 3 individuals (0.6%) admitted in ICU, also 3 patients (0.6%) discharged illegally. The 48-hour patients' outcome wasn't statistical significant with co-morbidity (NS), wasn't statistical significant with previous referrals in ED (NS) and their dispatch from Center of Primary Care. In the 48-hour outcome statistically significant ( $p < 0.001$ ) was the characterization of ambulances' severity evacuation of patients in the hospital.

Of the 413 paediatric patients the 74% were Greek, 14% were tourists and 12% were immigrants. Forty eight % were girls and 52% were boys with the highest percentage of the sample being pre-schoolers. The days with the most admissions were Tuesday and Saturday with no significant statistical difference (NS). The highest number of patients was admitted between 18:00 pm and 00:00 am at midnight ( $p < 0.001$ ). Average time of children's ED Length Of Stay was 0.59 hours. ED doctors' initial diagnosis and 48-hour clinical agreement diagnosis was 52% (213 children) agreement diagnosis, 22 % (90 children) disagreement, and 26% (106 children) had relevant diagnosis. The children's outcome at 48-hour showed that 60% (249 individuals) discharged , a 32% (133) remained hospitalized and 3% (12) transferred internal to another department, while 5% (19) discharged of their own.

**Conclusion:** Our study demonstrates that increased workload in the Department of Internal Medicine with 75% of the patients remaining hospitalized, 4% died and only 0.6% patients' transferred to the ICU or other departments. Patients' Length of Stay exceeds the recommended four hour period. Remaining in The Short Care Unit was shown to be vital and statistically significant for patients' survival. The use of ambulance may be considered increased however must be underlined that the patients' 48-hour outcome was related as with predictive value of gravity indicator of EMS. In the paediatric sample patients had ED's Length of Stay less than an hour and the discharge rate was better than pathological sample. The agreement of diagnosis between initial and that 48-hour diagnosis was up of 50% in both population.

**Key Words:** Evolution, Emergency Department, hospital, ambulance, work-load, overcrowding, outcome, diagnosis, Emergency Medicine, waiting time

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος-Ευχαριστίες .....	4
Περίληψη.....	6
Summary .....	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
Εισαγωγή.....	12
1. Τι είναι ΤΕΠ.....	12
1.1 Κύριοι στόχοι του ΤΕΠ.....	13
1.2 Η Σημασία του ΤΕΠ.....	13
2. Τι είναι Επείγουσα Ιατρική .....	13
2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	13
2.2 Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής.....	14
2.3 Σκοπός της Επείγουσας Ιατρικής .....	14
2.4 Τομείς Αρμοδιότητας της EuSEM και της MJC-EM .....	15
2.5 Στόχοι της EuSEM και MJC-EM.....	15
2.6 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες της Επείγουσας Ιατρικής είναι:.....	15
2.7 Προνοσοκομειακή Φροντίδα: διακρίνονται 3 μοντέλα.....	16
2.8 Επιδημιολογικά δεδομένα .....	17
3. Ελλάδα, η νέα πραγματικότητα.....	20
3.1 Εστίαση στην κλινική έκβαση .....	22
3.2 Απαιτήση Επείγουσας Φροντίδας εξαιτίας της γήρανσης και των χρόνιων νοσημάτων... ..	22
3.3 Ασθενοφόρα και σύστημα ταξινόμησης ( triage system) .....	23
2.Διάκριση των υπηρεσιών .....	24
2α. Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών το πρώτο σημείο παρεσχόμενης φροντίδας .....	24
2β. Τύποι Υπηρεσιών που απαιτούνται στα ΤΕΠ.....	25
2γ. Απάντηση των ΤΕΠ.....	26
3.Δικτύωση των Υπηρεσιών (Νοσοκομεία Κέντρα Υγείας) .....	26
3β. Κέντρα Υγείας.....	27
4.Επαφές και Διασυνδέσεις.....	28
4α. Ο ρόλος του ΕΚΑΒ.....	28
4β. Ηλεκτρονικός φάκελος.....	28
4γ. e-Health σε πιλοτική φάση .....	29
4ε. Ιατρικοί Σύλλογοι .....	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	30
Σκοπός και στόχος της μελέτης.....	31
Μεθοδολογία –Υλικό .....	31
Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	32
Αποτελέσματα .....	33
1. Παθολογικόςπληθυσμός.....	33
2. Παιδιατρικός πληθυσμός.....	42
Συζήτηση.....	48
Περιορισμοί.....	53
Προτάσεις.....	54
Συμπέρασμα .....	55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 .....	61

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Εισαγωγή

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) διεθνώς χαρακτηρίζεται ως δίκτυ προστασίας το οποίο παρέχει φροντίδα υγείας σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας, εθνικότητας σε 24ώρη βάση. Η δομή του, τα χαρακτηριστικά του, ο τρόπος λειτουργίας, το δυναμικό που στελεχώνεται και τα μέσα που προσφέρει ποικίλλουν σε κάθε Νοσοκομείο.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει οι οποίες καταδεικνύουν τη βαρύτητα των ΤΕΠ σε ώρες εφημερίας. Ο συνωστισμός, ο φόρτος εργασίας, χρήση του ΕΚΑΒ, η κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας σε ώρες εφημερίας από τους ασθενείς, η ελλιπής παροχή υπηρεσιών από τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες και οι παρατεταμένοι χρόνοι αναμονής έχουν σχετιστεί με αύξηση της θνητότητας, παράταση του χρόνου νοσηλείας, το φόρτο εργασίας των κλινικών, την υποθεραπεία των ασθενών και τις επανειλημμένες επισκέψεις των ασθενών στο ΤΕΠ.

Δεδομένης της οικονομικής κρίσης, και της μείωσης των παροχών τα τελευταία έτη έχει δημιουργηθεί ένα μεγάλο κύμα εισροής ασθενών που συνεχώς αναζητούν τις νοσοκομειακές παροχές. Η προσέλευση μεγάλου όγκου μεταναστών, η γήρανση του πληθυσμού, η όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, είναι φαινόμενα που αντικατοπτρίζονται στις ημέρες εφημερίας των νοσοκομείων (1).

Ο πληθυσμός των μεταναστών τα τελευταία χρόνια δημιούργησε αναταράξεις σε όλα τα συστήματα νοσοκομειακής περίθαλψης σε ολόκληρη την Ευρώπη και κατά συνέπεια και στην Ελλάδα. Έχοντας δωρεάν πρόσβαση στα συστήματα υγείας οι οικονομικοί μετανάστες, ολοένα και περισσότερο τις χρησιμοποιούν δεδομένων και των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών διαβίωσή τους (2,3).

### 1. Τι είναι ΤΕΠ

Είναι τα σημεία αναφοράς για κάθε οξεία ή επείγουσα κατάσταση, συγκεντρώνουν ένα τεράστιο όγκο αδιαφοροποίητων περιστατικών, αφορούν όλο το φάσμα της ιατρικής, και ο ρόλος τους είναι καθοριστικός σε πολλά επίπεδα της αντιμετώπισης των προσερχομένων ασθενών. Έχουν χαρακτηριστεί ιερό καταφύγιο και δίκτυ ασφαλείας για τα Εθνικά συστήματα Υγείας των ανεπτυγμένων χωρών (4).

Ταυτόχρονα τα ΤΕΠ αποτελούν έναν το συνδυαστικό κρίκο στην αλυσίδα της φροντίδας μεταξύ Προνοσοκομειακής και Νοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής (5)

Ταυτόχρονα τα ΤΕΠ αποτελούν έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο (interface) μεταξύ του ασθενούς και τελικής αντιμετώπισης αφενός και αφετέρου αποτελεί τον συνδυαστικό κρίκο μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας και επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας (6,7)

## 1.1 Κύριοι στόχοι του ΤΕΠ

- Αντιμετώπιση των βαριά ασθενών (1-5% του συνόλου)
- Αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών: ( 20-70%)
- Αντιμετώπιση ή κατάλληλη παραπομπή μη εκτάκτων περιστατικών: (5-30%)
- Αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών
- Εκπαίδευση Υγειονομικού και κοινού
- Έρευνα και Συνδρομική επιτήρηση (επιδημίες και τραύμα) (4)

## 1.2 Η Σημασία του ΤΕΠ

Τα ΤΕΠ αποτελούν τον τη βασικότερη πύλη εισόδου ενός νοσοκομείου για τους ασθενείς αλλά και τη Λυδία λίθο ολόκληρου του Συστήματος Υγείας (8)διότι:

- Διακινείται μεγάλος αριθμός προσερχομένων ασθενών ανά εφημερία ίσος περίπου με τον αριθμό νοσηλευομένων (9,10)
- Περιορίζουν τις «αμφιλεγόμενες» εισαγωγές στο νοσοκομείο και το προστατεύουν από τις άσκοπες εισαγωγές, αξιοποιώντας με τον καλλίτερο τρόπο τις δυνατότητες και την υποδομή του νοσοκομείου.
- Μειώνουν το συνολικό χρόνο νοσοκομειακής νοσηλείας, γιατί προωθούν επιλεκτικά για εισαγωγή μόνο ασθενείς με συγκεκριμένη ένδειξη
- Μειώνουν αποφασιστικά το κοινωνικό-οικονομικό κόστος του επειγόντος (5).

## 2. Τι είναι Επείγουσα Ιατρική

Η Επείγουσα Ιατρική έχει καθιερωθεί εδώ και πολλά χρόνια ως βασική Ιατρική Ειδικότητα στην Αυστραλία ,τον Καναδά ,την Ιρλανδία ,το Ηνωμένο Βασίλειο, και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής περιλαμβάνει ένα φάσμα ευρείας αντιμετώπισης αδιαφοροποίητων επειγόντων καταστάσεων από τη στιγμή του συμβάντος μέχρι την μεταφορά τους στο Νοσοκομείο, την ανάνηψή τους, τη σταθεροποίησή τους, και τη μεταφορά τους σε άλλο τμήμα, ή την έξοδό τους. Η Ε.Ι είναι μια διεπιστημονική ειδικότητα η οποία είναι αλληλένδετη με τις άλλες ειδικότητες τις συμπληρώνει και δεν τις ανταγωνίζεται (11).

### 2.1 Ιστορική Αναδρομή

- 1961: ΗΠΑ ομάδα γιατρών που εργαζόταν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών
- 1968: Ίδρυση του American College of Emergency Physicians (Αμερικανικό Κολέγιο Επειγοντολογίας)
- 1972: Οι πρώτοι Ειδικευμένοι Ιατροί Επείγουσας Ιατρικής στα ΤΕΠ της Αγγλίας
- 1980: Οι στην Αμερική πρώτοι Ειδικευμένοι Ιατροί Επείγουσας Ιατρικής
- 1990: Ίδρυση της Βρετανικής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (BAEM)

- 1994: Ίδρυση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM)
- 2003: Ελληνική Εταιρία Επείγουσας Ιατρικής
- 2009: Οργάνωση του ΤΕΠ-ΠΑΓΝΗ στην Ελλάδα με ανεξάρτητη Ιατρική στελέχωση
- 2009: Σύνταξη Επιστολής στη Βουλή για την καθιέρωση της Επείγουσας Ιατρικής ως ειδικότητα
- 13/01/2004: Εισηγητική έκθεση προς τη Βουλή των Ελλήνων στο σχέδιο νόμου «Απόκτηση ιατρικής ειδικότητας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση γιατρών» (12)
- 29/08/2017: Εισήγηση της ΟΕΕ για την Ε.Ι
- 31/01/2018: Εισήγηση της Ε.Ι προς τον Υπουργό ΥΥΚΑ
- 3/05/2018: Με Υπουργική απόφαση αποφασίστηκε ως εξειδίκευση η «Επείγουσα Ιατρική» της του άρθρου 1 αριθμ.20 Απόφαση της 267<sup>ης</sup>/ 15-2-2018 Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας

## 2.2 Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) ιδρύθηκε το 1994 και ενσωματώνει μια Ομοσπονδία 30 Ευρωπαϊκών Εθνικών Κοινοτήτων Επείγουσας Ιατρικής με περισσότερα από 14,000 Ιατρικά μέλη. Η EuSEM είναι ένας επιστημονικός Οργανισμός της Επείγουσας Ιατρικής.

Η Κοινή Επιτροπή Πολλαπλών Ειδικοτήτων για την Επείγουσα Ιατρική (MJC- EM ) είναι επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων (UEMS) που ιδρύθηκε το 2012 .

Η Ευρωπαϊκή Εξεταστική Επιτροπή της Επείγουσας Ιατρικής (EMERGE ) ιδρύθηκε το 2014 στο πλαίσιο της UEMS/ EBEM (European Board of Emergency Medicine) για την επίβλεψη της διεξαγωγής εξετάσεων στην Ευρώπη. Η Ευρωπαϊκή Εξεταστική Επιτροπή για την Επείγουσα Ιατρική (EBEEM) υποδεικνύει τις αρμοδιότητες του προγράμματος σπουδών και αξιολογεί αν οι υποψήφιοι έχουν αποκτήσει την απαιτούμενη επάρκεια (11).

Η Επείγουσα Ιατρική αναγνωρίζεται σήμερα ως βασική Ιατρική Ειδικότητα σε 19 χώρες της Ε.Ε (και μόνο 9 χώρες είναι καταχωρημένες στην οδηγία από το 2005/36/ΕΚ) και σε 2 χώρες είναι σαν εξειδίκευση (11,13)

## 2.3 Σκοπός της Επείγουσας Ιατρικής

Η Επείγουσα Ιατρική είναι μια ειδικότητα που βασίζεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση της επείγουσας και έκτακτης ασθένειας όπως τραύματος ή ατυχήματος που πλήττουν όλες τις ηλικιακές ομάδες οι οποίες εκδηλώνονται σε ένα αδιαφοροποίητο, πλήρες φάσμα σωματικών παθήσεων και διαταραχών συμπεριφοράς.

Πρόκειται για μια ειδικότητα όπου ο χρόνος είναι κρίσιμος. Η πρακτική της Επείγουσας Ιατρικής περιλαμβάνει την προ-νοσοκομειακή και ενδο-νοσοκομειακή διαλογή ,αναζωογόνηση αρχική αξιολόγηση και διαχείριση αδιαφοροποίητων επειγουσών καταστάσεων. Επίσης περιλαμβάνει τη συμμετοχή στην ανάπτυξη των προ-νοσοκομειακών και ενδο-νοσοκομειακών συστημάτων Επείγουσας Ιατρικής

## 2.4 Τομείς Αρμοδιότητας της EuSEM και της MJC-EM

Και οι δύο τομείς επιδιώκουν να διασφαλίσουν :

- Παροχή Επείγουσα φροντίδας υψηλής ποιότητας για όλους τους ασθενείς
- Παροχή φροντίδας από Επειγοντολόγους
- Συγκρίσιμο πρότυπο κλινικής φροντίδας στα ΤΕΠ ανά την Ευρώπη

Κάθε πρόγραμμα σπουδών πρέπει να αναφέρει τους στόχους και τους στόχους, το περιεχόμενο, τις εμπειρίες, τα αποτελέσματα και τις διαδικασίες του εκπαιδευτικού προγράμματος μιας ειδικότητας. Πρέπει να περιλαμβάνει περιγραφή της δομής κατάρτισης, όπως απαιτήσεις παρακολούθησης, διάρκεια και οργάνωση του προγράμματος, συμπεριλαμβανομένων των ευελιξιών του, και σύστημα αξιολόγησης και περιγραφής των αναμενόμενων μεθόδων μάθησης, διδασκαλίας, ανάδρασης και εποπτείας. Το πρόγραμμα σπουδών θα πρέπει να καλύπτει τόσο γενικές επαγγελματικές όσο και ειδικά εξειδικευμένα περιεχόμενα (14).

## 2.5 Στόχοι της EuSEM και MJC-EM

- Φροντίδα των ασθενών
- Γνώση Ιατρικής
- Επικοινωνία, συνεργασία, διαπροσωπικές σχέσεις
- Επαγγελματισμό σε ηθικά και νομικά ζητήματα
- Οργανωτική σκέψη και ικανότητες διαχείρισης υπηρεσιών
- Εκπαίδευση και Έρευνα (11)

## 2.6 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες της Επείγουσας Ιατρικής είναι:

Ασθενείς με επείγουσες καταστάσεις διαφοροποιούνται σε σχέση με εκείνους που προσέρχονται στο Νοσοκομείο για διερεύνηση , θεραπεία ή ακόμη και για συνταγογράφηση. Η αναγκαιότητα προσέλευσης / διακομιδής στο Νοσοκομείο που καθορίζεται από τον γιατρό που παραπέμπει , τον ίδιο τον ασθενή ή το περιβάλλον του. Τα Επείγοντα περιστατικά προσέρχονται σε απροσδιόριστο και μη προγραμματισμένο όγκο και χρόνο

Οι επείγουσες καταστάσεις χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο τόπο του συμβάντος, οργανωμένη διακομιδή, σταθεροποίηση στον χώρο του ΤΕΠ και οριστική θεραπεία.

Τα επείγοντα περιστατικά είναι απροσδιόριστα, ποικίλης βαρύτητας και πολυπλοκότητας και καλύπτουν όλο το ηλικιακό φάσμα ανεξαρτήτως τύπου και χρόνου.

Εξυπηρετούν παθολογικές, παιδιατρικές, χειρουργικές, ορθοπαιδικές, ψυχιατρικές νόσους, μαιευτικά προβλήματα, τραύμα.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Διακήρυξη Επείγουσας Ιατρικής για την εφαρμογή Επείγουσας φροντίδας απαιτείται ένα σύστημα διαβαθμισμένο σε τρία επίπεδα: προνοσοκομειακής- διανοσοκομειακής- νοσοκομειακής αντιμετώπισης παρέχοντας φροντίδα σε όλους τους ασθενείς οξείας κατάστασης (5).

## 2.7 Προνοσοκομειακή Φροντίδα: διακρίνονται 3 μοντέλα

Το σύστημα της Επείγουσας Ιατρικής περιλαμβάνει ένα ευρύ πεδίο φροντίδας που απαρτίζεται από Ιατρικές διαδικασίες στο προ-νοσοκομειακό και νοσοκομειακό επίπεδο. Το προσωπικό είναι κατάλληλα ειδικευμένο να αντιμετωπίζει όλες τις επείγουσες καταστάσεις από την αρχική αξιολόγηση, την έγκαιρη αναζωογόνηση, την διαχείριση και τη έκβαση των επειγούσων περιπτώσεων στην οριστική φροντίδα (15).

Έτσι η Προνοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική ασκείται στα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ), Αγροτικά Ιατρεία (Α.Ι) και στον τόπο του συμβάντος με την παρέμβαση του ΕΚΑΒ και των εξειδικευμένων πληρωμάτων (5).

1. « *Scoop and Run*»: Αγγλοσαξονικό μοντέλο εφαρμόστηκε στην Β. Αμερική για την αντιμετώπιση του τραύματος και βασίζεται στη θεωρία της Golden Hour (Χρυσή Ώρα) δηλαδή ο ασθενής έχει 60 λεπτά αφότου τραυματιστεί μέχρι να λάβει την τελική φροντίδα. Όσο επιμηκύνεται ο χρόνος αυξάνει η πιθανότητα θνητότητας και νοσηρότητας. Ο σκοπός αυτού του μοντέλου είναι να φέρει γρήγορα τους ασθενείς στο νοσοκομείο με λιγότερες προ-νοσοκομειακές παρεμβάσεις. Συνήθως είναι σύμμαχος με υπηρεσίες δημόσιας ασφάλειας όπως η αστυνομία ή τα τμήματα πυροπροστασίας αντί για υπηρεσίες δημόσιας υγείας και νοσοκομεία (16).

Εφαρμόζεται στην Αμερική, Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο Ομάν, Καναδά, Νέα Ζηλανδία (15)

2. «*Stay and play*»: Γάλλο - Γερμανικό Μοντέλο όπου παρέχεται οργανωμένα υψηλής ποιότητας φροντίδα στον τόπο του συμβάντος. Γι' αυτό παρέχουν ασθενοφόρο με εξειδικευμένο γιατρό, και διασώστη. Βασίζεται στη φιλοσοφία «Παραμένω και σταθεροποιώ» και το κίνητρο αυτού του μοντέλου είναι να φέρει το Νοσοκομείο στους ασθενείς. Συνήθως διευθύνεται από γιατρούς και έχει εκτεταμένο πεδίο πρακτικής με πολύ προηγμένη τεχνολογία. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιεί και άλλες μεθόδους μεταφοράς εκτός του ασθενοφόρου, όπως ελικόπτερα, και παράκτια ασθενοφόρα, μοτοσυκλέτες, Ειδικές Κινητές Μονάδες Ασθενοφόρων πλήρως εξοπλισμένες (17).

Χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Μάλτα και η Αυστρία διαθέτουν ή προσανατολίζονται προς το Γάλλο-γερμανικό μοντέλο προνοσοκομειακής επείγουσας Ιατρικής (18,19).

3. *Συνδυασμός “scoop and run and play”*: όποιο σύστημα και να υιοθετηθεί βασικό και αναπόσπαστο στοιχείο αποτελεί ο χρόνος αντιμετώπισης του ασθενή στον τόπο οριστικής θεραπείας. Έτσι, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι δυνάμεις και οι αδυναμίες και των δύο επιπέδων φροντίδας και να χρησιμοποιηθεί αυτό που ταιριάζει περισσότερο την κατάλληλη στιγμή (15). Η προσέγγιση αυτή είναι εξατομικευμένη και βασισμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενή και στοχεύουν στην ταχεία παρέμβαση και μεταφορά με άμεση υποστήριξη (5).

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών προσφέρουν δωρεάν Υπηρεσίες δωρεάν, προληπτική, θεραπευτική φροντίδα, όλο το 24ώρο, και ανταποκρίνεται σε επείγουσες καταστάσεις σε όλο τον πληθυσμό (20).



## 2.8 Επιδημιολογικά δεδομένα

Στην Αγγλία επιβαρύνεται ένα μεγάλο μέρος του συστήματος υγείας λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και του υψηλού επιπολασμού ασθενών με συν-νοσηρότητες (LTCs, long-term conditions). Έτσι υπολογίζεται ότι μέχρι το 2039 ο πληθυσμός ηλικίας 65-84 ετών θ' αυξηθεί κατά 40% και αυτοί της ηλικίας >85 θα αυξηθούν κατά 121% (21).

Κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι είναι οι μεγαλύτεροι χρήστες των ιατρικών παροχών σε σχέση με τους νεότερους. Έχει προβλεφθεί ότι μέχρι το 2035 θα έχουν αυξηθεί τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο διαβήτης κατά 123% και 30% αντίστοιχα. Έτσι προβλέπεται ότι ο επιπολασμός της συν-νοσηρότητας θα αυξηθεί από 1,9 εκατομμύρια, το 2008 σε 2,9 εκατομμύρια το 2018 (22).

Στην Αγγλία επίσης, στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι έχει αυξηθεί κατά 2% η προσέλευση ασθενών στα Νοσοκομεία από το 2015-16 και 22% από το 2007-08. Από τις 23 εκατομμύρια επισκέψεις το 18% έκανε εισαγωγή ενώ το 89% περίμενε στα ΤΕΠ 4 ώρες (23).

Η γήρανση του πληθυσμού προκαλεί ανησυχίες σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες διότι φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική επίπτωση στην υπέρ-χρήση των συστημάτων υγείας. Το γεγονός αυτό το οποίο δημιουργεί φαινόμενα συνωστισμού και επαναλαμβανόμενων επισκέψεων Στην Ελλάδα, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών θα υπερβεί τα 3,5 εκατομμύρια το 2060, έναντι 2,1 εκατομμυρίων το 2008. Δηλαδή, αναμένεται αύξηση κατά 68% στον γηριατρικό πληθυσμό, παράλληλα με τη μείωση κατά 10% και 18% των νέων ηλικίας 1-14 ετών και των παραγωγικών ατόμων ηλικίας 15-64 ετών αντίστοιχα (24).

Η παρουσία αυξημένου όγκου ασθενών στις ημέρες εφημερίας, και η αυξημένη ζήτηση των παρεχόμενων πόρων των υπηρεσιών Υγείας δημιουργεί το φαινόμενο του συνωστισμού που τείνει να είναι παγκόσμιο φαινόμενο και από ορισμένες μάλιστα χώρες χαρακτηρίζεται ως εθνική κρίση (25,26).

Βιβλιογραφικά, ως συνωστισμός στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών χαρακτηρίζεται «η κατάσταση στην οποία παρεμποδίζεται η λειτουργία τους κυρίως λόγω του υπερβολικού αριθμού ασθενών που περιμένουν να τους δει ο γιατρός, τις εξετάσεις που χρειάζεται να υποβληθούν, την αξιολόγησή των αποτελεσμάτων από τις ειδικότητες, θεραπεία που πιθανόν να χρειαστεί να υποβληθούν. Ο χρόνος ανταπόκρισής σε όλες αυτές τις εκκρεμότητες εξαρτάται από τον συνδυασμό του συνωστισμού και των δυνατοτήτων του Νοσοκομείου ανάλογα με την οργάνωση των ΤΕΠ και την Ιατρονοσηλευτική στελέχωση τους» (27).

Ταυτόχρονα η προάσπιση της ασφάλειας και της προστασίας της ιδιωτικής ζωής των ασθενών, η παροχή υπηρεσιών, η υπερκόπωση του προσωπικού, είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ροή των ασθενών και κατ' επέκταση επιτείνουν ή επιταχύνουν τη δημιουργία του φαινομένου του συνωστισμού (28-30).

Η αυξημένη πληρότητα του νοσοκομείου > 90% των νοσοκομειακών κλινών από ασθενείς που νοσηλεύονται, του μειωμένου ρυθμού εξιτηρίων από τις κλινικές, την καθυστέρηση της αποθεραπείας, του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας (20%-30%), τον παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύονται, θεωρούνται ως αιτίες του συνωστισμού στο ΤΕΠ των νοσοκομείων σε επιστημονικές αναφορές (31-33).

Η αυξημένη πληρότητα των Νοσοκομείων μπορεί να εξηγήσει και το ποσοστό (50%-60%) των εισαγωγών από τα ΤΕΠ (34).

Η αδυναμία ανάμεσα στις δυνατότητες του ΤΕΠ και της αυξημένης απαίτησης για ταχεία διάλογη, εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, συνεκτιμήσεις από άλλες ειδικότητες, έ-

χουν άμεση επίδραση στη ροή των ασθενών του ΤΕΠ και αυξάνουν τον χρόνο παραμονής τους (35,36).

Η χρήση επιπρόσθετων εξετάσεων όπως η υπολογιστική τομογραφία (C/T) ή και άλλες παρόμοιες διαδικασίες συντείνουν να παρατείνεται η χρονική διάρκεια παραμονής των ασθενών στα ΤΕΠ (37).

Η ανεπαρκής πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι ένας από τους λόγους που ωθούν τους ασθενείς στην χρήση νοσοκομειακών πόρων και τις άσκοπες επισκέψεις στο ΤΕΠ (38,39).

Μελέτες αναφέρουν ότι συχνότητα των επισκέψεων στα ΤΕΠ 4 φορές το χρόνο αντιστοιχούν στο 14% των συνολικών επισκέψεων στα ΤΕΠ (40).

Σε μια παρόμοια αναφορά σε 500 ασθενείς στους οποίους μελετήθηκε οι επαναλαμβανόμενες επισκέψεις τους στο ΤΕΠ αντιπροσώπευαν το 8% των συνολικών επισκέψεων, και το 29% αυτών έχριζε πρωτοβάθμιας παρακολούθησης (41).

Πολλές μελέτες σχετίζουν την θνητότητα των ασθενών με τη μεταφορά τους με ασθενοφόρο. Οι περισσότερες αναφέρουν ότι οι παρακάμψεις των ασθενοφόρων που οφείλεται στο μπλοκ της προσβασιμότητάς των Νοσοκομείων έχουν σαν αποτέλεσμα την αργοπορία μεταφοράς των ασθενών. Επίσης πολλές μελέτες αναφέρουν την αύξηση των ατυχημάτων που συμβαίνουν στους ασθενείς, λόγω της αδυναμίας τους να συνεργαστούν κατά την διακομιδή τους, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων ατόμων (42,43).

Μελέτες έχουν συσχετίσει θνησιμότητα με την αύξηση της πληρότητας των νοσοκομείων σε νοσοκομειακές κλίνες, και του φαινομένου του συνωστισμού, του μπλοκ της προσβασιμότητας (περισσότερες από 8 ώρες παραμονής στο ΤΕΠ ) σχετίζεται με την αύξηση των ημερών νοσηλείας, τις επανεισαγωγές και την θνητότητα. (44).

Μελέτη ενός έτους αναφέρει ότι στην Αμερική καταγράφηκαν 501,000 εκτροπές ασθενοφόρων από το 70% των μεγάλων νοσοκομείων (45).

Μελέτη ανασκόπησης κατατάσσει στις αιτίες του συνωστισμού σε τρεις κατηγορίες: αιτίες εισαγωγής, αιτίες διεκπεραίωσης , αιτίες απόδοσης. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσει τις μη επείγουσες επισκέψεις, τις άσκοπες διακομιδές, και την άσκοπη προσέλευση ασθενών σε περιόδους γρίπης. Στην δεύτερη κατηγορία θεωρεί την επάρκεια, τις ικανότητες, την εκπαίδευση του προσωπικού των ΤΕΠ για τη διαχείριση των επειγουσών καταστάσεων. Τέλος στην κατηγορία αιτίες απόδοσης αποδίδεται στην έλλειψη κρεβατιών και την αδυναμία εξιτηρίων των ασθενών που νοσηλεύονται.

Ο ίδιος ερευνητής θεωρεί ως συνέπειες της ύπαρξης του συνωστισμού την δυσμένεια στην έκβαση των ασθενών, και την αυξημένη θνητότητα.

Υποβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας λόγω αργοπορημένων μεταφορών των ασθενών και καθυστέρηση της έναρξης θεραπείας.

Συνέπειες από την παρακώλυση της προσβασιμότητας λόγω των παρακάμψεων των ασθενοφόρων από την πληρότητα των νοσοκομείων, και την εγκατάλειψη των ασθενών από τα ΤΕΠ χωρίς να περιμένουν τους δει γιατρός.

Τέλος, μία από τις συνέπειες του συνωστισμού είναι το οικονομικό κόστος που δημιουργείται σε όλα τα επίπεδα από την έλλειψη διαχείρισης, λειτουργίας και απόδοσης των παρερχομένων υπηρεσιών υγείας (46).

Στην Αυστραλία το έτος 2015-16 από τα 287 Δημόσια Νοσοκομεία ο συνολικός αριθμός επισκεπτών στα ΤΕΠ ήταν 7.5 περίπου εκατομμύρια. Το 98% ήταν επείγουσες επισκέψεις ενώ

το 2% ήταν επιστροφές ασθενών και το 0,3% ήταν προγραμματισμένες ή άλλου τύπου επισκέψεις. Το 20% των επισκεπτών ήταν ηλικίας > 65 έτη ενώ το 11% ήταν ηλικίας κάτω των 4 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των επισκεπτών(73%) εντός των 4 ωρών είχε ολοκληρώσει τον έλεγχο και πήρε εξιτήριο, ενώ ένα ποσοστό 29% περίμενε από 4 ώρες έως 10ώρες και 43 λεπτά. Περίπου 20.000 επισκέψεις είχαν τα δημόσια ΤΕΠ στην Αυστραλία. Το 78% των επειγόντων περιστατικών ανήκαν σε μια κατηγορία επείγουσα ή μη-επείγουσα, και 0,7% στην κατηγορία της άμεσης αναζωογόνησης. Το 24% προσκομίστηκε με ασθενοφόρο ή με ελικόπτερο ή ήταν αέριο-διακομιδή. Τις περισσότερες επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών ήταν τα Σαββατοκύριακα και την Δευτέρα και το 69% των επισκέψεων ήταν μεταξύ 08:00 το πρωί έως 08:00το βράδυ. Το 27% είχαν κύρια διάγνωση σύμφωνα με το ICD- 10- AM τραύμα, δηλητηρίαση και ορισμένες άλλες βλάβες από εξωτερικά αίτια. Σ' ένα ποσοστό 20% δηλώθηκαν συμπτώματα και σημεία από παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα τα οποία δεν μπορούσαν να ταξινομηθούν στο ICD-10.Κύριες διαγνώσεις σύμφωνα με το ICD-10 ήταν ο κοιλιακός και πνευλικός πόνος και πόνος στο λαιμό και στο στήθος. Το 29% των συνολικού πληθυσμού που επισκέφτηκε τα Επείγοντα τμήματα το 2016-17 έκανε εισαγωγή ενώ ένα 4% έφυγε χωρίς να περιμένει θεραπεία.

Αντιστοιχούν 2,6 νοσοκομειακές κλίνες /1000 άτομα πληθυσμού το 2016-17.

67 δισεκατομμύρια δολάρια δαπανήθηκαν για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες (47).

Στην Αμερική σε έρευνα μεταξύ 375 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών που επιλέχθηκαν για 4 εβδομάδες υπήρχαν 136,943 εκατ. επισκέψεις για το έτος 2015 σύμφωνα με (48,49). όπου το 19,8% ήταν κάτω των 15 ετών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 28,6% ήταν ηλικίας από 25-44 ετών. Το 15,6% ήταν πάνω από 65 ετών. Οι άνδρες ήταν 44,6% ενώ γυναίκες 55,4%. Ο μεγαλύτερος όγκος προσέλευσης ήταν μεταξύ 08:00 π.μ έως 17:00 μ.μ. Το 33.4% όλων των επισκεπτών είχε μέσο χρόνο παραμονής στο ΤΕΠ 2 -4 ώρες, ενώ ένα 14% είχε χρόνο αναμονής 4-6 ώρες. Ένα 6.9% περίμενε στα ΤΕΠ 6-10 ώρες. Μικρότερο ποσοστό 2.9% περίμεναν πάνω από 10 -24 ώρες. Τα κύρια συμπτώματα τα οποία καταγράφηκαν ήταν

- Πόνος στο στομάχι ή κοιλιά ,κράμπες ή σπασμοί 8.8%
- Πόνος στο στήθος και σχετικά συμπτώματα 5.3%
- Πυρετός 4.4%
- Βήχας 3.4%
- Πονοκέφαλος , 2.8%

Στα παιδιά κάτω των 15 ετών οι κυριότερες διαγνώσεις των ΤΕΠ ήταν:

- Λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού 4.4%
- Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας 2.3%
- Οξεία μέση ωτίτιδα και ρήξη ευσταχιανής σάλπιγγας 2.1%
- Τραύμα κεφαλής 1.4%
- Κοιλιακό άλγος 1.3%

Εισαγωγές στο Νοσοκομείο από τα ΤΕΠ ήταν 12,263 εκ (9,0%) όλων των επισκέψεων, 7,131(5.2%) μεταφέρθηκαν σε κλινικές ενώ 1,516 (1.1%) μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ, 2,549 (1.9%) εισήχθησαν στη μονάδα Βραχείας νοσηλείας, ενώ 195 ασθενείς (0.1%) απεβίωσαν κατά την μεταφορά τους ή στο ΤΕΠ . Το 28,3% των εισαγωγών ήταν μεταξύ 45-64 ετών, ενώ το 45,4% ήταν πάνω από 65 ετών. Το 42.2% των εισαγωγών προσήλθε με ασθενοφόρο και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5.8 ημέρες, ενώ το 57.8% προσήλθε με άλλο μέσο και η μέση διάρκεια νοσηλείας τους ήταν 4.4 ημέρες. Το 3% των εισαγωγών είχε επιστρέψει στο Νοσοκομείο μετά από 72 ώρες της προηγούμενης επίσκεψής τους σ' αυτό. Το 22% των ασθενών είχε μέσο χρόνο νοσηλείας 1-2 ημέρες , ενώ το 34.3% είχε 3-4 ημέρες χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο.

Οι κυριότερες διαγνώσεις εξιτηρίων ήταν:

- Καρδιακές παθήσεις με εξαίρεση την ισχαιμία 5.8%
- Πόνος στο στήθος 5.3%
- Πνευμονία 4.4%
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια 4.2%
- Ισχαιμία μυοκαρδίου 2.3%
- Ψυχωτικά επεισόδια 2.1%

### **3. Ελλάδα, η νέα πραγματικότητα**

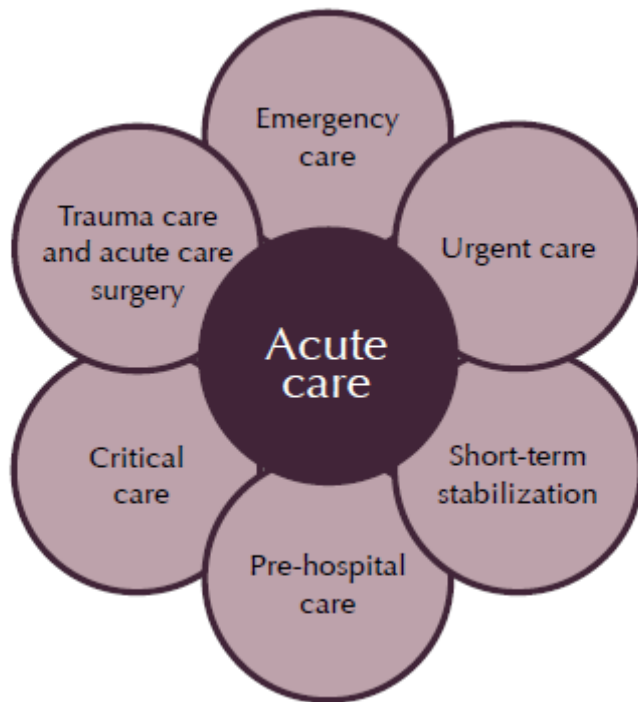
Σε μια πρόσφατη αξιολόγηση των Υπηρεσιών Επείγουσας Φροντίδας στην Ελλάδα (Αύγουστος 2017) απαιτεί μια συντονισμένη απάντηση στην αναδιοργάνωση της Παρεχόμενης φροντίδας και περιλαμβάνει μια συνέχεια των υπηρεσιών που αρχίζουν με την Πρωτοβάθμια φροντίδα. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Δράσης για Ολοκληρωμένες Υπηρεσίες Υγείας, προτείνει:

- Την επικέντρωση προσπαθειών για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Την ενίσχυση της στελέχωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης .
- Καθιέρωση παροχής υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας όλο το 24ωρο.
- Καθορισμό των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών ως εξειδικευμένα τμήματα υπηρεσιών.
- Την ενίσχυση συνδέσμων και επαφών για επικοινωνία και συντονισμό μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας και Υπηρεσιών Επείγουσας Φροντίδας.
- Αναδιοργάνωση των Νοσοκομείων για υποστήριξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας.

#### **3.1 Εννοιολογικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση της επείγουσας φροντίδας**

Το έργο πλαισιώνεται σύμφωνα με το μοντέλο διαχείρισης της επείγουσας φροντίδας που ανέπτυξε ο Hirshon et al (50).

Σύμφωνα με αυτόν η αποτελεσματική ανταπόκριση στην επείγουσα φροντίδα απαιτεί την ενσωμάτωση μιας σειράς υπηρεσιών υγείας οι οποίες είναι σχεδιασμένες και οργανωμένες για να προσφέρουν υπηρεσίες στις επείγουσες καταστάσεις. Εικόνα 1.



**Εικόνα 1. Πεδίο υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας** (πηγή: Hirshon et al)

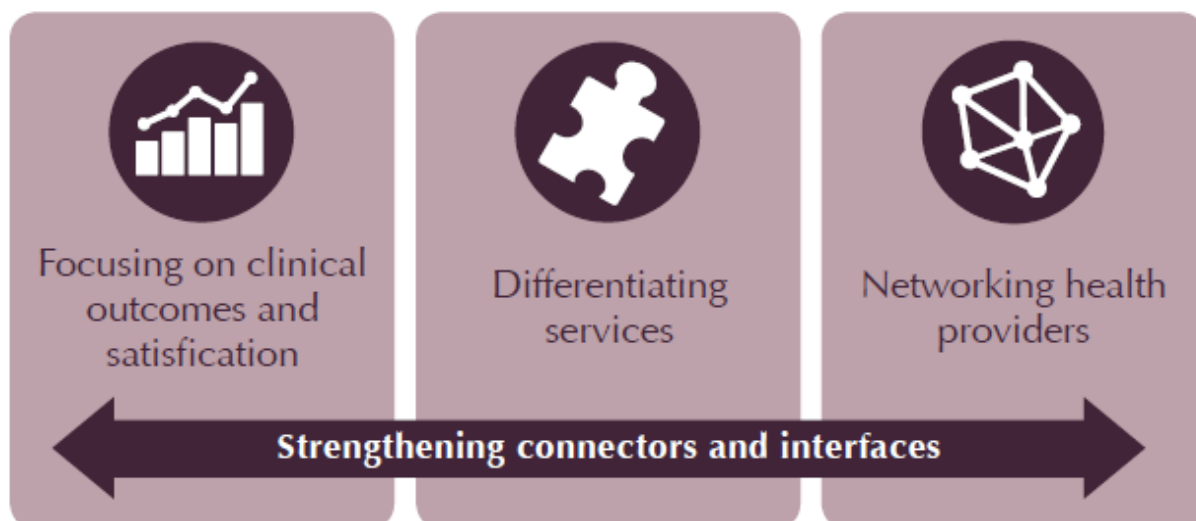
Η επείγουσα φροντίδα είναι μοναδική που ορίζεται από την ανάγκη αποκατάστασης της υγείας μετά από ασθένεια άμεσα και αποτελεσματικά (50).

Κατανόηση του πεδίου των υπηρεσιών που παρέχει η Επείγουσα Ιατρική ήταν επομένως η κατακλείδα, της αξιολόγησης (51).

Τέσσερα στοιχεία θεωρούνται αποτελεσματικά για την ενοποίηση των υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στην Επείγουσα Φροντίδα:

- Εστίαση στο κλινικό αποτέλεσμα, και ταξινόμηση αναγνώρισης και ταυτοποίησης των προτεραιοτήτων στο επίπεδο του επείγοντος των διαφόρων κλινικών περιπτώσεων.
- Διάκριση των υπηρεσιών στο πεδίο εφαρμογής τους με τα διαθέσιμα δίκτυα που τους παρέχονται.
- Δικτύωση των υπηρεσιών Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας.
- Ενίσχυση των διασυνδέσεων και των επαφών χρησιμοποιώντας τεχνολογίες και πλατφόρμες για βελτιστοποίηση της επικοινωνίας μεταξύ των Υπηρεσιών Υγείας.

Εάν κάποιο από αυτά τα επίπεδα υπολείπεται ανάπτυξης τότε οι υπηρεσίες Επείγουσας Φροντίδας εγκλωβίζονται από καταστάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν και να διαχειριστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο έγκαιρα με ασφαλή τρόπο, και από ειδικευμένο προσωπικό προλαμβάνοντας το ενδεχόμενο της οξείας και κρίσιμης κατάστασης, και του επείγοντος (Εικόνα 2).



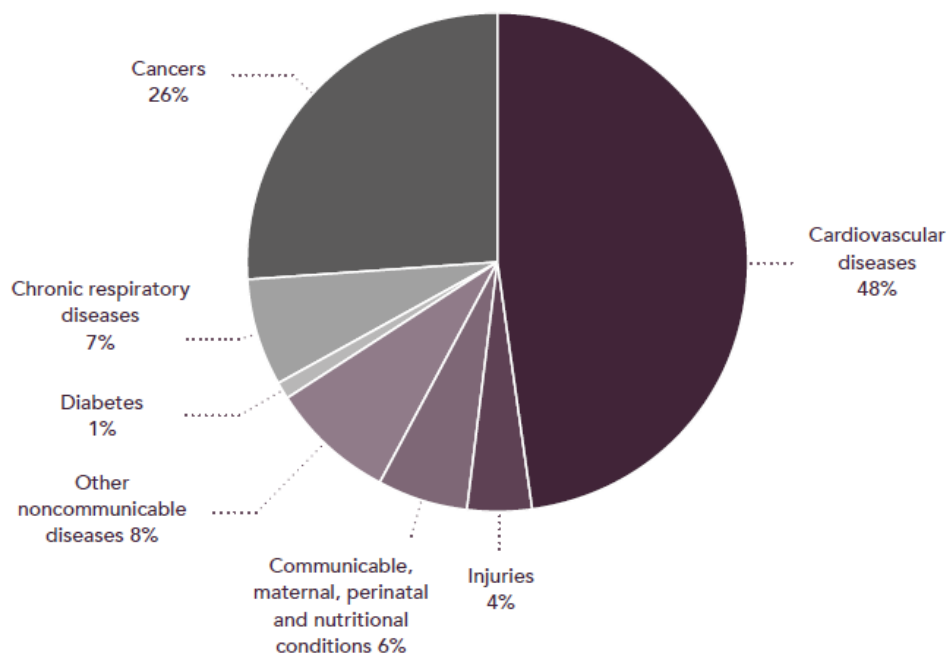
Εικόνα 2. Ολοκληρωμένη διαχείριση της επείγουσας φροντίδας (πηγή: WHO European Center for Primary Health Care)

### 3.1 Εστίαση στην κλινική έκβαση

Διαφορετικές κλινικές ανάγκες σχετίζονται με διαφορετικό χρόνο ανταπόκρισης. Έχοντας την γνώση μπορούν ν' αξιολογούν τις προτεραιότητες και να διαχειρίζονται επείγουσες κλινικές καταστάσεις. Εάν εφαρμοστούν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες θα διασφαλιστεί η προτεραιότητα της βαρύτητας των οξέων περιστατικών και των επείγουσών καταστάσεων.

### 3.2 Απαίτηση Επείγουσας Φροντίδας εξαιτίας της γήρανσης και των χρόνιων νοσημάτων

Στην Ελλάδα το προσδόκιμο επιβίωσης και η θνητότητα βελτιώνονται αλλά ο ρυθμός αυτός είναι πιο αργός σε σχέση με άλλες χώρες σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Π.Ο.Υ. Το υγειονομικό και δημογραφικό προφίλ της Ελλάδας έχει αλλάξει λόγω της γήρανσης του πληθυσμού με αποτέλεσμα τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα ν' αποτελούν το μεγαλύτερο όγκο προσέλευσης στις υπηρεσίες υγείας και χρήση των πόρων αυτών. Εκτιμάται δε ότι αποτελεί το 90% των συνολικών θανάτων (Σχήμα 3).



**Εικόνα 3. Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα % όλων των ηλικιών και των 2 φύλων (πηγή: Noncommunicable diseases country profiles 2014 – Greece)**

Αυτοί αποτελούν μια ευαίσθητη ομάδα ασθενών που πιέζουν το σύστημα υγείας και απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση. Εάν δε αντιμετωπιστούν και διαχειριστούν έγκαιρα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι αναπόφευκτη η αντιμετώπιση της επιδεινούμενης κατάστασής τους σε νοσοκομειακό επίπεδο ασκώντας πίεση στις υπηρεσίες Επείγουσας φροντίδας.

Η περίοδος 2005 έως το 2015 σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση θανάτων από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (74%), αλλά επίσης από τη νόσο του Αλτσχάιμερ (57%), ακολουθώντας η ισχαιμία του μυοκαρδίου (23%) και ο καρκίνος του ήπατος (21%). Παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη θνητότητα και τη νοσηρότητα είναι το υψηλό ποσοστό καπνίσματος (46% άνδρες και 34% γυναίκες) τοποθετώντας τους Έλληνες στην υψηλότερη κλίμακα καπνιστών η υπέρταση (27%) και τα υψηλά ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας (52).

Η λιτότητα σχετίστηκε με την αύξηση του ρυθμού μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας, και το αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών ανδρικού πληθυσμού κυρίως (53).

Το 2014 το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα ήταν το υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρώπης (83 έτη για τις γυναίκες, και 79 για τους άνδρες) με το 20% του Ελληνικού πληθυσμού είναι πάνω από 65 έτη μεταξύ των υψηλότερων και ταχέως αναπτυσσόμενο στην Ευρώπη (54).

### **3.3 Ασθενοφόρα και σύστημα ταξινόμησης ( triage system)**

Σε πολλές χώρες της Ευρώπης για την αναγνώριση της βαρύτητας του επείγοντος έχουν υιοθετήσει (triage system) συστήματα ,και κατευθυντήριες οδηγίες, βασισμένα σε διεθνή εργαλεία ταξινόμησης. Τέτοια συστήματα είναι σημαντικά γιατί παρέχουν σαφείς και ξεκάθαρες πληροφορίες στο τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων προκειμένου να πάρουν αποφάσεις και να προσφέρουν τη μέγιστη φροντίδα αντιμετώπισης.

Χρησιμοποιούνται πέντε ή τριών επιπέδων συστήματα ταξινόμησης. Κυρίως η χρήση τους είναι να καθορίσει την προτεραιότητα του επειγόντος στο πότε θα φτάσει δηλαδή ο ασθενής στο νοσοκομείο παρά να καθορίσει σε ποιο νοσοκομείο θα πάει ανάλογα με την βαρύτητά και τους διαθέσιμους πόρους.

Η Ελλάδα δεν έχει καθορίσει ένα ενιαίο εθνικό σύστημα διαλογής. Η ταξινόμηση ποικίλει στα διάφορα τμήματα των ΤΕΠ, ΕΚΑΒ ( Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) ακόμα και στα διάφορα Κέντρα Υγείας. Το ΕΚΑΒ καταβάλλει προσπάθεια για τον συντονισμό κλήσεων έκτακτης ανάγκης στο 166. Ωστόσο επειδή λείπει η χρήση ενός ενιαίου εθνικού συστήματος ταξινόμησης το τελικό αποτέλεσμα παραμένει ανεπαρκές μειώνοντας έτσι την ποιότητα και την δίκαιη κατανομή Επείγουσας Φροντίδας.

## **2.Διάκριση των υπηρεσιών**

Για την διαχείριση επειγουσών καταστάσεων απαιτούνται διάφορες υπηρεσίες και μερικές από αυτές προέχουν σε σχέση με άλλες τη συγκεκριμένη στιγμή. Έχοντας κοινές κατευθυντήριες οδηγίες για την κατανόηση του εύρους και του σκοπού των υπηρεσιών αυτών είναι το κλειδί για την αντίληψη για το ποια είναι περισσότερο ή λιγότερο χρήσιμη τη δεδομένη στιγμή.

### **2α. Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών το πρώτο σημείο παρεσχόμενης φροντίδας**

Πολλοί ασθενείς παρακάμπτουν τις παροχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας και προσέρχονται στα ΤΕΠ αναζητώντας εξειδικευμένη φροντίδα υγείας με αποτέλεσμα να προκαλείται συνωστισμός, φόρτος εργασίας, μεγάλος χρόνος αναμονής, κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας. Αναφέρεται ότι το 60-80% των επισκέψεων θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί εάν επισκεπτόταν τα Αστικά ή Αγροτικά Κέντρα Υγείας.

Ο συνωστισμός αυτός στα εξειδικευμένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στα νοσοκομεία συμβαίνει παρ' όλο που η χώρα καλύπτεται επαρκώς με τμήματα Πρώτων Βοηθειών άλλων μικρότερων νοσοκομείων. Στην Ελλάδα υπάρχουν 423 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Απ' αυτά τα 303 είναι ΤΕΠ Αστικών και Αγροτικών Κέντρων Υγείας, Περιφερικών νοσοκομείων, και μεγάλων νοσοκομείων σε όλη τη χώρα από τα οποία 22 είναι στην Αθήνα και 98 γύρω από την Αθήνα.

Το 2015 τα ΤΕΠ των δημόσιων Νοσοκομείων της Ελλάδας εξυπηρέτησαν περισσότερους από 4,5 εκατομμύρια περιπτώσεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και τα αγροτικά Κέντρα Υγείας ανταποκρίθηκαν σε τρία εκατομμύρια περιπτώσεις (51).

Η αξιολόγηση λοιπόν αναφέρει ότι το 60% των περιπτώσεων μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτή η κακή χρήση των πόρων θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και τη συνολική ποιότητα περίθαλψης και προσθέτει μια τεράστια και περιττή πίεση στους επαγγελματίες υγείας με κίνδυνο να εμφανιστούν ανισότητες στην αντιμετώπιση και διαχείριση των επειγόντων περιστατικών.

Αρκετοί παράγοντες πάντως φαίνεται να συνθέτουν τον συνωστισμό των Υπηρεσιών Επείγουσας Φροντίδας. Τα Κέντρα Υγείας τα οποία είναι μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα είναι υποχρεωμένα να εφημερεύουν 24 ώρες την ημέρα για 7 ημέρες της εβδομάδας. Παρ'



όλα αυτά παρουσιάζουν περιορισμένη ικανότητα από άποψη τόσο ανθρώπινου δυναμικού όσο και από εξοπλισμό. Λειτουργούν λοιπόν ως αποστολείς ασθενών στα ΤΕΠ των εφημερευόντων μεγαλύτερων νοσοκομείων μέσω του ΕΚΑΒ, παρά σαν μια πρώτη απάντηση στην φροντίδα του ασθενούς.

Επίσης στην αξιολόγηση αναφέρεται ότι πολλοί ασθενείς αυτό-παραπέμπονται από Κ.Υ που βρίσκονται κοντά σε μεγάλα Αστικά Νοσοκομεία. Έτσι λοιπόν ενισχύεται η εντύπωση ότι οι εξειδικευμένοι γιατροί των μεγάλων νοσοκομείων είναι κατάλληλοι για τη διαχείριση και αντιμετώπιση των ασθενών. Η έλλειψη λοιπόν εμπιστοσύνης από τους ασθενείς προς τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας επιδεινώνεται με την έλλειψη επαρκούς προγράμματος κατάρτισης (η κατάρτιση και η πρακτική των γενικών γιατρών παραμένει εστιασμένη στο νοσοκομείο).

Συνολικά, δεν υπάρχει πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών για την ανάπτυξη τέτοιων δεξιοτήτων όπως η επικοινωνία, η διαχείριση, και συνεργασία ασθενών, αρχές της οικογενειακής ιατρικής, η Δημόσια Υγεία και η παρηγορητική φροντίδα (51).

## **2β. Τύποι Υπηρεσιών που απαιτούνται στα ΤΕΠ**

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή αξιολόγηση για το ποια είναι η πραγματικότητα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) δείχνουν ότι παρόλο που οι επισκέψεις έχουν μειωθεί από το 2012 (Σχήμα 4) δεν έχει γίνει συστηματική καταγραφή που να καταδεικνύει πόσοι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια ν' αντιμετωπιστούν καλλίτερα οπουδήποτε αλλού. Υπάρχουν συστηματικές επισκέψεις στα ΤΕΠ μεγάλων αστικών κέντρων χωρίς να γίνεται διάκριση μεταξύ των περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται. Σε μεγάλα Νοσοκομεία δεν αναφέρονται χρόνοι αναμονής των ασθενών. Οι πληροφορίες αναφέρουν ότι πολλοί ασθενείς καταφθάνουν στα ΤΕΠ προκειμένου να συνταγογραφήσουν φάρμακα, να κάνουν follow-up ή να ζητήσουν συμβουλές για μη επείγουσες καταστάσεις. Δεν είναι ξεκάθαρο πόσοι από αυτούς τους ασθενείς εισήχθησαν στο Νοσοκομείο. Μια πρόχειρη αναφορά καταδεικνύει ότι περισσότεροι από 20% από τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ εισήχθησαν στο νοσοκομείο.

Με βάση τα δεδομένα των εξιτηρίων αναφέρεται μικρότερος χρόνος νοσηλείας σε ημέρες από μέσο όρο της Ευρώπης (55).

Χωρίς να υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα για το δημογραφικό και επιδημιολογικό προφίλ αυτών των ασθενών, οι Υπηρεσίες Επείγουσας Φροντίδας είναι δύσκολο να θέσουν στόχους, συγκρίνουν να οργανώσουν και να προσδιορίσουν τις αρμοδιότητες που θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην διαχείριση οξέων περιστατικών. Μια ευκαιρία για ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τη χρήση Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας βρίσκεται στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Και εκεί δεν υπάρχουν διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία για το είδος των παρερχομένων υπηρεσιών. Αναφορές επισημαίνουν ότι το ΕΚΑΒ Αθηνών λαμβάνει 30.000 κλήσεις την ημέρα, πραγματοποιούνται περίπου 800 διακομιδές την ημέρα και έχει σημειώσει αύξηση 5% στις κλήσεις από το 2014.

Έτσι και στην περίπτωση του ΕΚΑΒ δεν μπορεί να υπάρχει παρακολούθηση των ασθενών από την άποψη της φύσης των επισκέψεων, της διάγνωσης, και του βαθμού επείγουσας ανάγκης (51).

### **Αριθμός επισκέψεων στα ΤΕΠ Δημοσίων Νοσοκομείων της Ελλάδας 2012-2015**

Health Region	2012	2013	2014	2015	Change 2012-2016 (%)
Attica	1 116 548	1 149 093	1 213 228	1 142 275	+2.30
Piraeus Region and Aegean Islands	616 763	587 867	604 895	585 111	-5.13
Western and Central Macedonia	651 696	638 651	637 212	603 122	-7.45
East Macedonia and Thrace	865 387	815 945	765 381	710 302	-17.92
Thessaly and Central Greece (Sterea Ellada)	483 506	452 565	460 987	434 977	-10.04
Peloponnese, Ionian Islands Epirus and Western Greece	803 130	757 512	829 054	795 803	-0.91
Crete	392 348	388 888	399 123	380 718	-2.96
Total	4 929 378	4 790 521	4 909 880	4 652 308	-5.62

Εικόνα 4. Source: ESYnet database [online database]

## 2γ. Απάντηση των ΤΕΠ

Ένας άλλος παράγοντας που επιδεινώνει την έλλειψη συντονισμού και τη σαφή διαφοροποίηση των υπηρεσιών στο ΤΕΠ είναι η έλλειψη εξειδικευμένων γιατρών στην Επείγουσα Ιατρική. Στελεχώνοντας τα ΤΕΠ με γιατρούς εξειδικευμένους τους επιτρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους σε περιπτώσεις που απαιτούν ειδικές γνώσεις και διαδικασίες για την βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας της υγείας. Παρόλο που η αξιολόγηση αναφέρει ότι η Ελλάδα δεν έχει συμμορφωθεί με την απόφαση της Ε.Ε (1993/16/EC recently update 2006/16/EC) για αναγνώριση της Επείγουσας Ιατρικής ως Ειδικότητα (56).

Εντούτοις το με Υπουργική απόφαση αποφασίστηκε ως εξειδίκευση η «Επείγουσα Ιατρική» του άρθρου 1 αριθμ.20 Απόφαση της 267<sup>ης</sup>/ 15-2-2018 Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.

Έλλειψη της Επείγουσας Ιατρικής από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ισοδυναμεί με νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς τη δυνατότητα αναγνώρισης, διαχείρισης οξέων και επειγουσών καταστάσεων, κάτι που θα επιτρέπει στους εξειδικευμένους Εντατικολόγους να εστιάσουν την προσοχή τους στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς με οξέα προβλήματα. Ορισμένοι Νοσηλευτές προσφέρονται εθελοντικά να παρακολουθήσουν επιμορφωτικά σεμινάρια που παρέχει το ΕΚΑΒ αλλά αυτό δεν αποτελεί επίσημη απαίτηση του Νοσοκομείου ή της Κυβέρνησης.

Το ΕΚΑΒ παραδίδει εκπαιδευτικά Σεμινάρια Επείγουσας φροντίδας (advanced life support, pre-hospital trauma life support, advanced trauma life support and basic life support) από ειδικευμένο προσωπικό σε όλη τη χώρα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα του ΕΚΑΒ είναι σε συνεχή βάση, κάτι το οποίο μπορεί να αποτελέσει τη βάση μιας εθνικής υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

## 3.Δικτύωση των Υπηρεσιών (Νοσοκομεία Κέντρα Υγείας)

Οι επείγουσες ανάγκες διαχειρίζονται χωρίς ωράριο και ανιδιοτελώς. Έτσι οι κλινικές ανάγκες και οι παροχές υπηρεσιών θα πρέπει να διευθύνονται από ένα θεμελιώδες και ενσωμα-

τωμένο δίκτυο εξασφαλίζοντας την άριστη έκβαση των ασθενών. Πρέπει λοιπόν να θεσπιστούν ρυθμίσεις ώστε να μεγιστοποιηθεί η ενσωμάτωση των παρερχομένων υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια, τεταρτοβάθμια) μεταξύ τους για το μέγιστο όφελος.

### 3α. Νοσοκομεία

Η Ελλάδα έχει 127 Νοσοκομεία και 34.068 κρεβάτια. Δηλαδή 3.1 κρεβάτια/1000 κατοίκους, κάτω από το μέσο όρο των 15 χωρών της Ε.Ε πριν το 2004 και 27% χαμηλότερα από τον μέσο όρο του της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Π.Ο.Υ. (24)

Ωστόσο τα κρεβάτια δεν είναι κατανομημένα κατά δίκαιο τρόπο, έτσι παρουσιάζονται περιοχές με περίσσεια νοσοκομειακών κλινών όπως π.χ Ήπειρος και άλλες περιοχές έχουν έλλειμμα όπως η Στερεά Ελλάδα. Σχήμα 5

Region	Inhabitants	Beds	Beds per 1000 population
Western Greece	679 796	1 871	2.8
Peloponnese	577 903	1 598	2.8
Attica	3 828 434	13 639	3.6
East Macedonia and Thrace	608 182	1 140	1.9
North Aegean	199 231	383	1.9
West Macedonia	283 689	673	2.3
Epirus	336 856	1 553	4.6
Thessaly	732 762	1 777	2.4
Ionian Islands	207 855	781	3.7
Central Macedonia	1 882 108	6 771	3.6
Crete	623 065	2 279	3.6
South Aegean	309 015	794	2.5
Stereia Ellada	547 390	809	1.5
Total	10 816 286	34 068	3.1

**Εικόνα 6.** Νοσοκομειακές κλίνες/1000 κατοίκους σε περιοχές της Ελλάδας  
Source: ESYnet database [online database]

### 3β. Κέντρα Υγείας

Το δίκτυο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας παρέχεται από μεγάλα αγροτικά Κέντρα Υγείας, μικρότερα Κέντρα Υγείας ακόμα ιδιωτικά ή μόνο ιδιώτες ιατρούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού είναι ειδικευμένοι γιατροί (57).

Η Ελλάδα έχει 203 αγροτικά κέντρα υγείας που καλύπτουν επαρκώς το 21% των αναγκών του αγροτικού πληθυσμού σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας σύμφωνα με την απογραφή του 2011. Αυτά έχουν στελεχωθεί με ειδικευμένους και ειδικευόμενους παθολόγους, νοσηλευτές, μαίες, και ακτινολόγους. Απουσία ενός εθνικά καθορισμένου πεδίου πρακτικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα και ενός αριθμού περιορισμών από επικαιροποιημένες κατευθυντήριες οδηγίες καθιστούν την διαχείριση και αντιμετώπιση του δύσκολη. Μέχρι στιγμής, το

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας έχει εγκρίνει 13 κατευθυντήριες οδηγίες για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι οποίες δεν εφαρμόζονται (στοιχεία από Υπουργείο Υγείας, ESYnet database).

Η εκπαίδευση των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι επιτακτική. Οι γιατροί στα Κ.Υ αναφέρουν ότι δεν έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα από τότε που ξεκίνησαν να δουλεύουν. Η εκπαίδευση παρέχεται μόνο σε μεγάλα Αστικά Νοσοκομεία.

## **4.Επαφές και Διασυνδέσεις**

Στην λειτουργική ανταπόκριση των προηγούμενων τριών επιπέδων σημαντικό ρόλο παίζει η διασύνδεση και οι επαφές οι οποίες είναι μέγιστης σημασίας για την επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών, εργαζομένων, και των ασθενών. Η συνοχή και η συνέχεια των παρερχομένων υπηρεσιών εξασφαλίζει την καλλίτερη ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή.

### **4α. Ο ρόλος του ΕΚΑΒ**

Το ΕΚΑΒ (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) έχει 4088 άτομα προσωπικό και 12 περιφερικά κέντρα διασύνδεσης. Αριθμός κλίσης άμεσης βοήθειας 166. Το κέντρο καθορίζει για τις μεταφορές με το ασθενοφόρο. Είναι παρόν σε όλη τη χώρα και συντονίζει κάθε επείγουσα κατάσταση. Ενώ προορίζεται για να μεταφέρει ασθενείς τείνει να γίνει μέσο μεταφοράς για μη επείγουσες καταστάσεις συνεχίζει η αναφορά. Προσφέρει υπηρεσίες όλο το 24ωρο. Οι ασθενείς παρακάμπτοντας τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και τον συνωστισμό των νοσοκομείων όλο και περισσότερο ζητούν την βοήθειά του προκειμένου να έχουν γρηγορότερη και άνετη πρόσβαση στις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Το ΕΚΑΒ αναφέρεται υπολείπεται σε τηλεματική. Με αυτό μπορούν να επικοινωνούν με τους ασθενείς και τα νοσοκομεία ή άλλα κέντρα αλλά δεν μπορούν να ενσωματώσουν πληροφορίες με τα υπάρχοντα ηλεκτρονικά αρχεία των ασθενών ή τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, προκειμένου να επικοινωνούν απευθείας με τον ασθενή.

### **4β. Ηλεκτρονικός φάκελος**

Ο ηλεκτρονικός φάκελος με όλες τις πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή (Ατομικό Ιστορικό, προηγούμενες επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις) προάγουν την διαχείριση των ασθενών και βελτιώνουν τον χρόνο ανταπόκρισης σε επείγουσες καταστάσεις. Στην Ελλάδα η ψηφιοποίηση των ηλεκτρονικών φακέλων δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί. Η εξάρτηση από τα χειρόγραφα αρχεία θέτει χρονικούς περιορισμούς στο προσωπικό ειδικά στους και τους νοσηλευτές. Η χρήση ηλεκτρονικών φακέλων δεν είναι κοινή μεταξύ των υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά αναφέρουν ότι εξαρτώνται αποκλειστικά στη μνήμη του ασθενή για να λάβουν πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες που τους έχουν προσφερθεί.

Για τις επισκέψεις στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών των ασθενών ποτέ δεν ενημερώνεται ο γενικός γιατρός. Η έλλειψη χρήσης ηλεκτρονικών φακέλων από τους γενικούς γιατρούς χειροτερεύει την κατάσταση. Αυξάνει την αναποτελεσματικότητα, ανεβάζει το κόστος του Νοσοκομείου από την επανάληψη ή διπλό-γραφή εξετάσεων, την υπο-θεραπεία ή την μη ενδεδειγμένη θεραπεία.

#### **4γ. e-Health σε πιλοτική φάση**

Οι γιατροί μπορούν να συνταγογραφήσουν φάρμακα ή διαγνωστικές εξετάσεις δια των ηλεκτρονικών υπολογιστών που διαθέτει η υπηρεσία ακόμα και οι ιδιωτικοί φορείς. Στην Ελλάδα έχουν υπάρξει μερικά παραδείγματα όπου εφαρμόζεται η τηλε-ιατρική αλλά παραμένουν μόνο στην πιλοτική φάση. Δεν μπορούν να αναπτυχθούν σε ολιστικό επίπεδο και δεν έχουν ενσωματωθεί φυσικά και σε κυβερνητικό πλαίσιο.

#### **4ε. Ιατρικοί Σύλλογοι**

Οι σύλλογοι έχουν ένα πολύ σοβαρό ρόλο στην ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων να υιοθετήσουν κατευθυντήριες οδηγίες και να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες. Η επείγουσα Ιατρική οργανώνεται σε μια ενιαία οντότητα (51).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Σκοπός και στόχος της μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι η αναζήτηση:

1. Το φορτίο της Παθολογικής και Παιδιατρικής Κλινικής στα ΤΕΠ με κριτήριο τις εισαγωγές και την εξέλιξη των ασθενών
2. Τη διαγνωστικής επάρκειας των γιατρών του ΤΕΠ (διάγνωση εισιτηρίου συγκριτικά με τη διάγνωση 48ώρου στην κλινική)
3. Την εξέλιξη 48ώρου των ασθενών της Παθολογικής και Παιδιατρικής κλινικής ως δείκτη φόρτου εργασίας των γιατρών και των νοσηλευτών των τριών εμπλεκόμενων τμημάτων
4. Υπολογισμός χρόνων αναμονής τόσο των Παθολογικών όσο και των Παιδιατρικών περιστατικών σε σχέση με τις διεθνείς αναφορές
5. Την αναζήτηση παραγόντων κινδύνου αυξημένης θνητότητας 48ώρου.
6. Την αναζήτηση φόρτου εργασίας στα ΤΕΠ και πως αυτό επηρεάζει την ροή του ασθενούς στην έκβαση 48ώρου
7. Την συμμετοχή του ΕΚΑΒ στις διακομιδές από Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία και την προγνωστική αξία της βαρύτητας των περιστατικών στην έκβαση 48ώρου
8. Την συχνότητα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τουρίστες ή πρόσφυγες

## Μεθοδολογία –Υλικό

Η μελέτη αυτή έγινε στα πλαίσια του εγκριθέντος με την υπ' αριθμόν 211 της 18-02-2015 απόφαση του Δ.Σ του ΠαΓΝΗ πρωτοκόλλου ( επισυναπτόμενο το έντυπο καταγραφής) και την απόφαση του Δ.Σ του ΕΚΑΒ 10711/09 Μαρτίου 2017 Παράρτημα 1.

Πρόκειται για προοπτική μελέτη καταγραφής της «Εξέλιξης 48ώρου ασθενών που εισήχθησαν από το ΤΕΠ στην Παθολογική και Παιδιατρική Κλινική» ΠαΓΝΗ το χρονικό διάστημα 15/07/2017-31/10/2017. Συμπεριληφθήκαν όλες οι εισαγωγές της Παθολογικής και Παιδιατρικής Κλινικής από τα ΤΕΠ στις ημέρες εφημερίας. Η μελέτη στηρίχτηκε σε πληροφορίες και στοιχεία από την κάρτα εισαγωγής του ασθενούς του ΤΕΠ.

Στοιχεία ελήφθησαν από τον Ιατρικό φάκελο των ασθενών της Παθολογικής και Παιδιατρικής κλινικής αντίστοιχα.

Διασταύρωση των στοιχείων έγινε από την Ηλεκτρονική Βάση δεδομένων Med-Line και Πανάκεια ΠαΓΝΗ.

Συμπληρωματικές πληροφορίες ελήφθησαν από την Ηλεκτρονική Βάση δεδομένων ΙΑΤΡΟΣ του ΕΚΑΒ με σκοπό την επιβεβαίωση μεταφοράς από την αστική περιοχή ή διακομιδής του από Κ.Υ ή άλλα Νοσοκομεία της Κρήτης.

Η καταγραφή γινόταν αμέσως την επόμενη στο τέλος κάθε εφημερίας προκειμένου να καταγραφούν οι εισαγωγές από το med-line ΠαΓΝΗ και να παρακολουθηθεί η κίνησή τους το επόμενο 24ώρο.

Η φόρμα καταγραφής συμπληρωνόταν από στοιχεία που προέκυπταν από την κάρτα εισαγωγής του ασθενούς στο ΤΕΠ όπως επίσης και από την τον Ιατρικό φάκελο κλινικής του ασθενούς

νούς. Η διασταύρωση στοιχείων και ωρών γινόταν πάντα με τις επίσημες αναφορές της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων του συστήματος A-med του ΠαΓΝΗ.

Καταγράφηκαν αρχικά τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, τόπος διαμονής), ώρα προσέλευσης στο ΤΕΠ, ώρα εισαγωγής στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, ώρα εισαγωγής στην κλινική.

Μέσον άφιξης στο Νοσοκομείο (Ίδιο μέσον, απλό ασθενοφόρο, Κινητή Μονάδα ΕΚΑΒ) Προνοσοκομειακή αγωγή (ΕΚΑΒ), Συμπτώματα ασθενούς, Ζωτικά Σημεία στο ΤΕΠ και Ειδικότητες οι οποίες συνεκτίμησαν τα περιστατικά (consultation), Ιατρείο Υποδοχής στο οποίο προσήλθαν αρχικά, Αρχική Διάγνωση ιατρών ΤΕΠ – Διάγνωση Κλινικής εισαγωγής. Καταγράφηκαν από το Med Line οι προηγούμενες επισκέψεις στο ΤΕΠ (2016 έως 31 Οκτωβρίου 2017) και Συν νοσηρότητες.

Τελικά ως Έκβαση 48ώρου καταγράφηκε η βελτίωση/εξιτήριο, Νοσηλεία/στάση, μεταφορά σε άλλη κλινική, εισαγωγή σε ΜΕΘ, ή Θάνατος.

## **Στατιστική επεξεργασία δεδομένων**

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πακέτο SPSS 24.

Έγινε ανάλυση των περιγραφικών δεδομένων, σύγκριση συχνοτήτων μεταξύ δύο μεταβλητών έγινε με  $\chi^2$  Chi square, σύγκριση μέσων όρων δύο μεταβλητών με t-test και σύγκριση τριών μεταβλητών και άνω με one way ANOVA. Τέλος συσχετίστηκαν ο χρόνος και μέσο άφιξης με την έκβαση 48ώρου.



# Αποτελέσματα

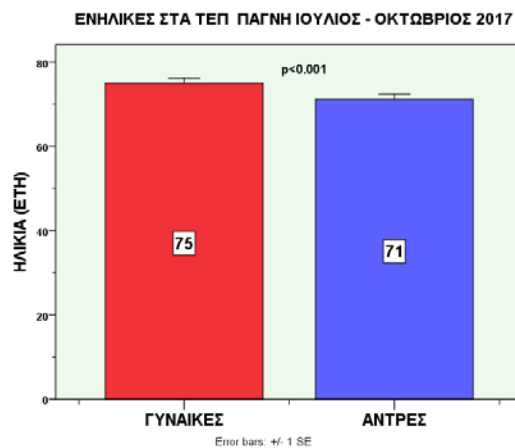
## 1. Παθολογικός πληθυσμός

Το χρονικό διάστημα 15/07 έως 23/09/2017 και 1/10 έως και 31/10/2017 στην παθολογική κλινική εισήχθησαν 527 ασθενείς αποκλείστηκαν 26, λόγω διπλογραφής ,μη ανεύρεσης του φακέλου ή λόγω εσωτερικών εισαγωγών. Μετρούμενο δείγμα Παθολογικού πληθυσμού: 501 ασθενείς.

Το χρονικό διάστημα 15/07 έως 23/10/2017 και 1/10 έως και 24/10/2017 εισήχθησαν 444 ασθενείς στην Παιδιατρική κλινική. Αποκλείστηκαν 31 καταμετρήθηκαν (ίδιοι λόγοι με τους προηγούμενους). Συνολικό παιδιατρικό δείγμα: 413 ασθενείς.

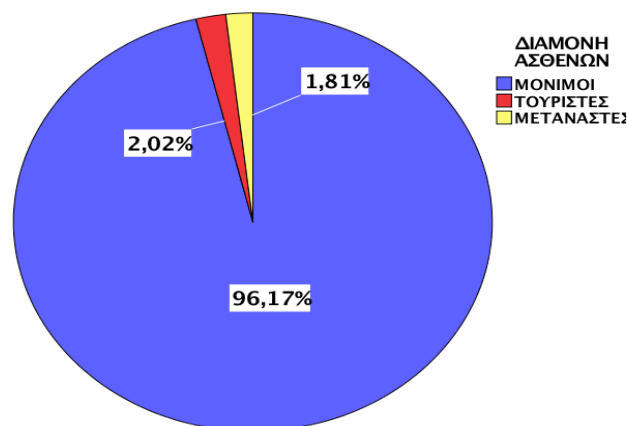
Σύνολο ασθενών: 914 ασθενείς.

Συγκεκριμένα από το παθολογικό δείγμα 501 εισαγωγές: 254 ήταν γυναίκες (50,7%) με μέση ηλικία 75 έτη και άνδρες 247 (49,3%) με μέση ηλικία 71 έτη, σχήμα 1.



Σχήμα 1: Αποτελέσματα I : Φύλο & ηλικία

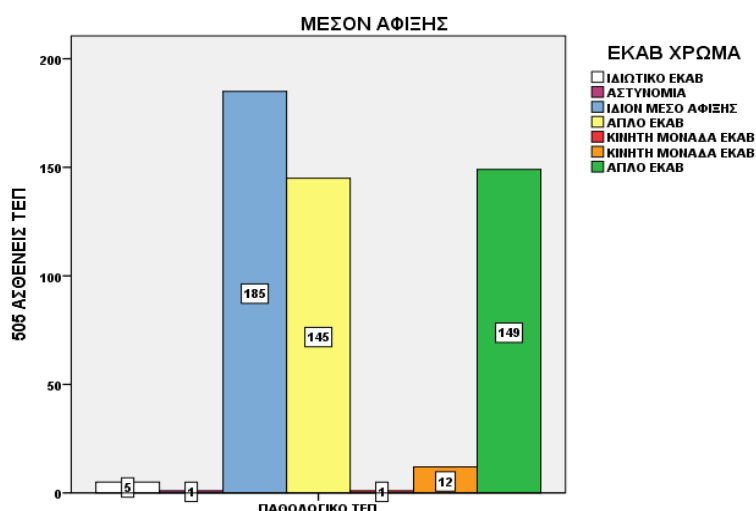
Από το παθολογικό δείγμα οι 482 ασθενείς (96.2%) είχαν μόνιμη κατοικία την Ελλάδα, 10 (2,0%) ασθενείς ήταν οικονομικοί μετανάστες και 9 (1,8%) τουρίστες, σχήμα 2.



Σχήμα 2: Τόπος διαμονής

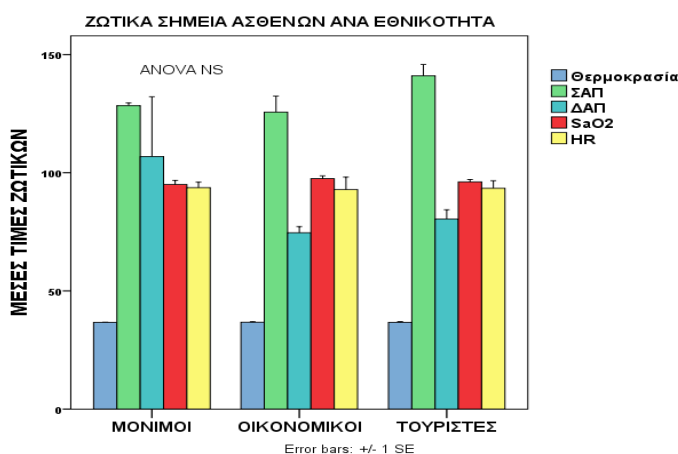
Το μέσο με το οποίο προσήλθαν:

185 (37,1%) ασθενείς προσήλθαν με ίδιον μέσο, 1(0,2%) ασθενής προσήλθε με την αστυνομία, 145 (29,1%) ασθενείς προσήλθαν με κίτρινο χρώματος βαρύτητας ΕΚΑΒ, 1(0,2%) άτομο προσήλθε με κόκκινο χρώματος βαρύτητας ΕΚΑΒ, 12 ασθενείς (2,4%) προσήλθαν με πορτοκαλί χρώματος ΕΚΑΒ, 149 ασθενείς (29,9%) προσήλθαν με πράσινου χρώματος βαρύτητας ΕΚΑΒ ενώ 5 ασθενείς (1%) διακομιστήκαν με ιδιωτικό ΕΚΑΒ από τουριστικές περιοχές ή Ιδιωτικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα, σχήμα 3.



Σχήμα 3: Αποτελέσματα ΙΙ : Μέσον προσέλευσης στο ΤΕΠ

Τα σταθερά Ζωτικά σημεία δεν βοηθούν σημαντικά στην απόφαση εισαγωγής ούτε προεξοφλούν εξιτήριο από τα ΤΕΠ. Ο πληθυσμός των τουριστών φαίνεται να έχουν υψηλότερες τιμές στα ζωτικά σημεία που οφείλεται στην παθολογία της απόσυρσης από αλκοόλ σχήμα 4.



Σχήμα 4: Ζωτικά σημεία ανά εθνικότητα

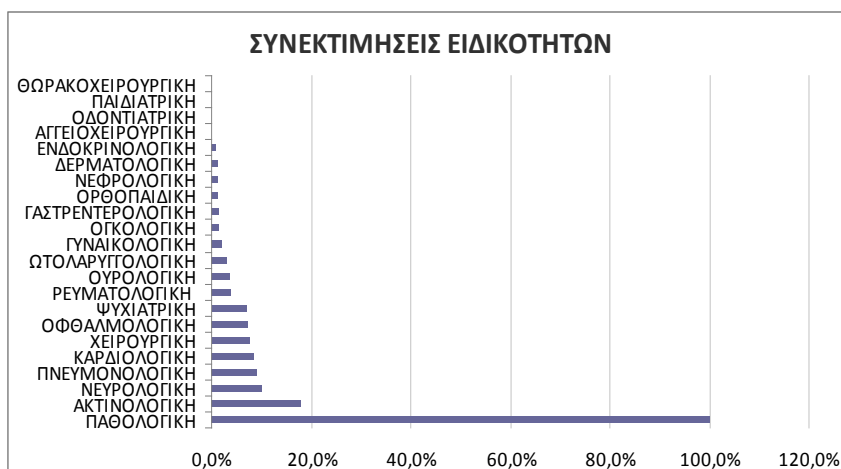
Ο μέσος χρόνος παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ ήταν 6,36 ώρες. Ασθενείς που δε χρειάστηκε να εισαχθούν στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας είχαν μέσο χρόνο παραμονής 1,29 ώρες. Οι ασθενείς που εισήχθησαν στη Μονάδα βραχείας νοσηλεία των ΤΕΠ είχαν χρόνο παραμονής στο ΤΕΠ 5,07 ώρες, σχήμα 5.



**Σχήμα 5:** Αποτελέσματα ΙΙΙ: Μέσος χρόνος παραμονής ασθενών στο ΤΕΠ

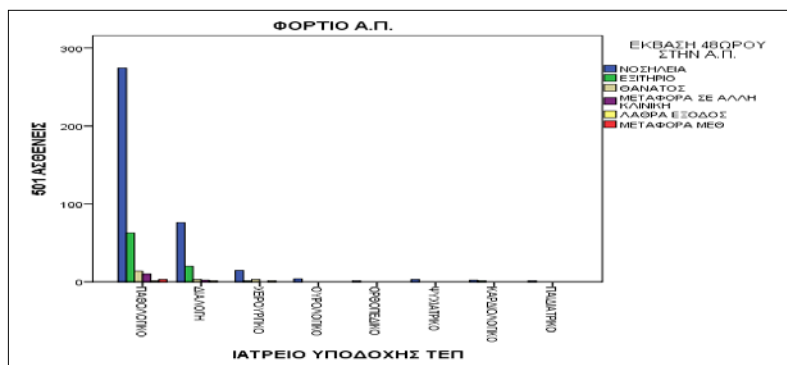
Το 88,8% των ασθενών χρειάστηκαν συνεκτίμηση και από άλλες ειδικότητες.

Η ειδικότητα που είχε τη μεγαλύτερη συμμετοχή στις συνεκτιμήσεις ήταν η ακτινολογική 18% (ακτινογραφίες, υπέρηχο, αξονική τομογραφία), Νευρολογική ειδικότητα 10% ,πνευμονολογική 9,2%, καρδιολογική 8,4%, χειρουργική 7,6%, οφθαλμολογική 7,2%, ψυχιατρική 7%, ρευματολογική 4%, ουρολογική 3,6%, ωτο-λαρυγγολογική 3%, γυναικολογική 2,2%, ογκολογική 1,6%, γαστρεντερολογική 1,6%, ορθοπεδική 1,2%, νεφρολογική 1,2% δερματολογική 1,2%, ενδοκρινολογική 0,8%. Συνολικά το 88,8% των ασθενών χρειάστηκε συνεκτιμήσεις και από άλλες ειδικότητες.



**Σχήμα 6:** Αποτελέσματα ΙΙΙ : Συνεκτίμηση από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων

Ιατρείο υποδοχής 501 ασθενών του παθολογικού δείγματος: 365 υποδέχτηκε το Παθολογικό Ιατρείο, 102 ασθενείς Ιατρείο Διαλογής, 20 ασθενείς στο Χειρουργικό Ιατρείο, 4 ασθενείς στο ουρολογικό Ιατρείο, 1 ασθενής στο Ορθοπεδικό Ιατρείο, 3 ασθενείς στο Ψυχιατρικό Ιατρείο, 3 ασθενείς στο Καρδιολογικό Ιατρείο, 1 ασθενής στο Παιδιατρικό Ιατρείο. Μετρήθηκαν πιλοτικά και χειρόγραφα 8 εφημερίες και χάνονται 108 (SD±15) ασθενείς/εφημερία κατά μέσο όρο από το φορτίο των ΤΕΠ σχήμα 7, πίνακας 2.



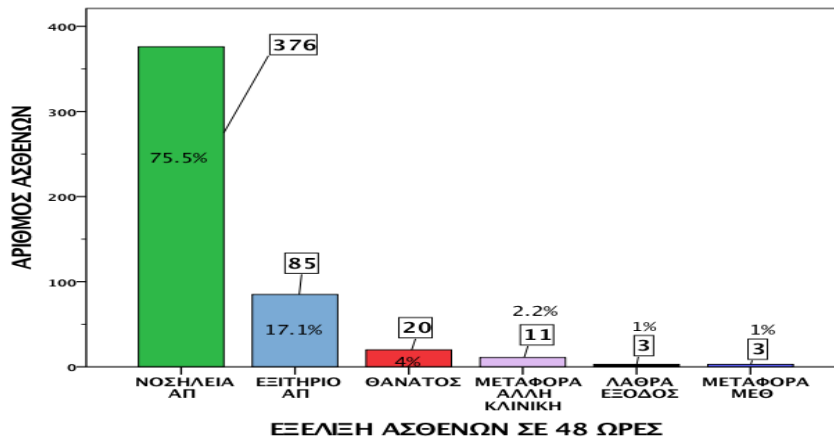
Σχήμα7: Ροή των ασθενών στο Παθολογικό ΤΕΠ.

Πίνακας 2: Από το παθολογικό δείγμα των 501ασθενών που εισήχθη στην ΑΠ

ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	ΕΞΕΛΙΞΗ 48						ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΕΞΟΔΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΛΑΘΡΑ ΕΞΟΔΟΣ	ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΕΘ	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	274	63	14	10	1	3	365
ΔΙΑΛΟΓΗ	76	20	3	2	1	0	102
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	15	1	3	0	1	0	20
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	4	0	0	0	0	0	4
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	1	0	0	0	0	0	1
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	3	0	0	0	0	0	3
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟ	2	1	0	0	0	0	3
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	1	0	0	0	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	376	85	20	12	3	3	499

Η έκβαση 48ώρου στην ΑΠ έχει ως εξής: 376 ασθενείς (75,5%) παραμένουν για νοσηλεία εντός 48ώρου. Οι 85 (17,1%) πήραν εξιτήριο, 20 ασθενείς (4,0%) απεβίωσαν. 11 ασθενείς (2,4%) μεταφέρθηκαν σε άλλες κλινικές, και 3 ασθενείς (1%) εξήλθαν λαθραία. Επίσης 3 ασθενείς (1%) μεταφέρθηκαν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του ΠαΓΝΗ σχήμα 8.

Ορίστηκαν οι τιμές: 1=στάση/νοσηλεία, 2=βελτίωση/εξιτήριο 3=θάνατος, 4=μεταφορά σε άλλη κλινική, 5=λάθρα έξοδος, 6=μεταφορά ΜΕΘ, σχήμα 8.



**Σχήμα 8:** Εξέλιξη 48ώρου στην ΑΠ

Συν-νοσηρότητα του Παθολογικού δείγματος στα 396 άτομα. Από την μελέτη του Ατομικού Ιστορικού του ασθενούς καταγραφίκαν στον κάθε ασθενή και οι συν-νοσηρότητες του. Η καταγραφή έδειξε ότι 90 ασθενείς είχαν 1 χρόνια νόσημα, 97 ασθενείς 2 συν-νοσηρότητες, 94 ασθενείς 3 συν-νοσηρότητες, 69 ασθενείς 4 συν-νοσηρότητες, 39 ασθενείς 5 συν-νοσηρότητες και 7 ασθενείς 6 τουλάχιστον συν-νοσηρότητες.

Έκβαση 48ώρου : 1 νόσημα (90 ασθενείς): 70 νοσηλεύονται εντός 48ώρου, 15 πήραν εξιτήριο, 2 απεβίωσαν, 1 μεταφέρθηκε σε άλλη κλινική, 1 εξήλθε λαθραία.

Με 2 συνοσηρότητες, (97 ασθενείς ): 79 νοσηλεύονται, 10 πήραν εξιτήριο, 5 απεβίωσαν, 3 μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική.

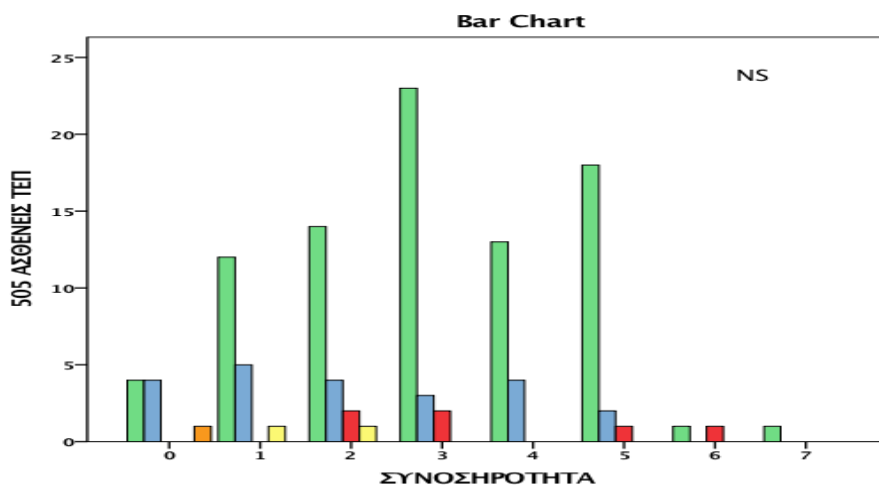
Ασθενείς με 3 συνοσηρότητες (94): 69 νοσηλεύονται, 20 πήραν εξιτήριο, 2 απεβίωσαν, 2 μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική, 1 μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ.

Ασθενείς με 4 νοσηρότητες (69 ασθενείς): 49 νοσηλεύονται, 13 πήραν εξιτήριο, 1 απεβίωσε, 3 μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική, 1 εξήλθε λάθρα, 2 μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ.

Με 5 συνοσηρότητες (39 ασθενείς): 28 νοσηλεύονται, 8 πήραν εξιτήριο, 3 απεβίωσαν.

Με 6 νοσηρότητες (7ασθενείς): οι 4 νοσηλεύονται, 1 πήρε εξιτήριο, 1 απεβίωσε, 1 μεταφέρθηκε σε άλλη κλινική.

Έκβαση 48ώρου σε 396 ασθενείς με συνοσηρότητες: 299 νοσηλεύονται, 67 ασθενείς πήραν εξιτήριο, 14 ασθενείς απεβίωσαν, 10 ασθενείς μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική, 3 άτομα εξήλθαν λαθραία, 3 άτομα μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ, πίνακας 3, σχήμα 9.



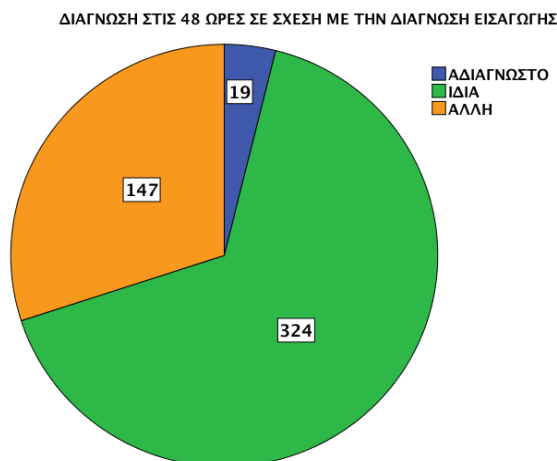
**Σχήμα 9:** Συνοσηρότητες παθολογικού δείγματος

**Πίνακας 3** .Συνοσηρότητα παθολογικού δείγματ

ΕΞΕΛΙΞΗ 48								
	ΣΥΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΕΞΟΔΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΛΑΘΡΑ ΕΞΟΔΟΣ	ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΕΘ	
	1	70	15	2	1	2	0	90
	2	79	10	5	3	0	0	97
	3	69	20	2	2	0	1	94
	4	49	13	1	3	1	2	69
	5	28	8	3	0	0	0	39
	6	4	1	1	1	0	0	7
ΣΥΝΟΛΟ		299	67	14	10	3	3	396

Από τους 501 ασθενείς που εξετάστηκαν στα ΤΕΠ η σύγκριση της αρχικής διάγνωσης για τρών ΤΕΠ/ και της διάγνωσης 48ώρου της κλινικής: 324 ασθενείς (66,1%) συμφωνία διάγνωσης, σε 19 ασθενείς (3,9 %) υπήρχε διαφωνία διάγνωσης και σε 147 ασθενείς (30%) η διάγνωση ήταν συναφής.

Για τη διάγνωση ορίστηκαν τρεις τιμές: 1=σύμφωνη 2=διαφορετική 0=συναφής, σχήμα 10.

**Σχήμα 10.** Αποτελέσματα VI : Διαγνωστική Συμφωνία : ΤΕΠ - Κλινικής στο 48ωρο

Από τους 223 συνολικού δείγματος ασθενείς που εισήχθησαν στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας 8 ασθενείς απεβίωσαν. Από τους 268 ασθενείς του συνολικού δείγματος που δεν εισήχθησαν στην Μονάδα, πέθαναν οι 12 ασθενείς. Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά  $p < 0.001$  στην επιβίωση των ατόμων που νοσηλεύτηκαν Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας των ΤΕΠ, σχήμα 11.



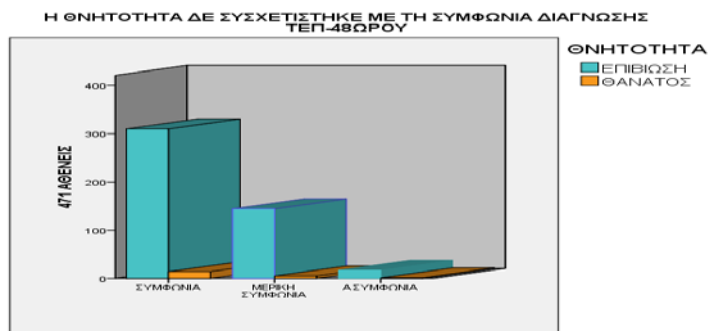
Σχήμα 11: Συσχέτιση ασθενείς βραχείας/χρόνου παραμονής βραχείας/επιβίωσης

Ανεξάρτητα από την ώρα της προσέλευσης των ασθενών στα ΤΕΠ και το αν νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα βραχείας νοσηλείας ή όχι δεν φαίνεται να έχει σχέση με την θνητότητα σχήμα 12.



Σχήμα 12: Συσχέτιση ώρας εισαγωγής ΤΕΠ/Παραμονή στη Βραχεία νοσηλείας/θνητότητας

Η διάγνωση συμφωνίας δεν σχετίζεται με την θνητότητα σχήμα 13.



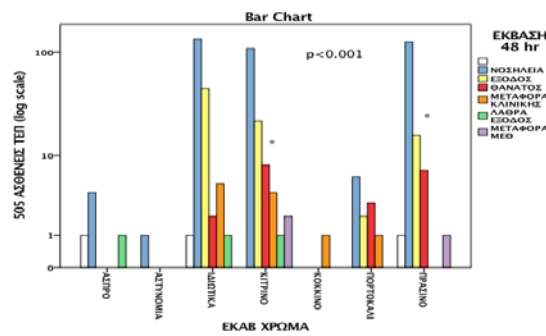
Σχήμα 13: Συσχέτιση συμφωνίας διάγνωσης / θνητότητας

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ) μεταξύ του χαρακτηρισμού της κάρτας βαρύτητας του ΕΚΑΒ και της έκβασης 48ώρου των ασθενών. Με κόκκινο χρώμα βαρύτητας ΕΚΑΒ, προσήλθε 1 άτομο με έκβαση 48ώρου μεταφορά σε κλινική.

Με πορτοκαλί χρώμα βαρύτητας προσήλθαν 12 ασθενείς, με έκβαση 48ώρου: 6 ασθενείς να νοσηλεύονται, 2 ασθενείς πήραν εξιτήριο, 3 ασθενείς απεβίωσαν, 1 ασθενής μεταφέρθηκε σε κλινική.

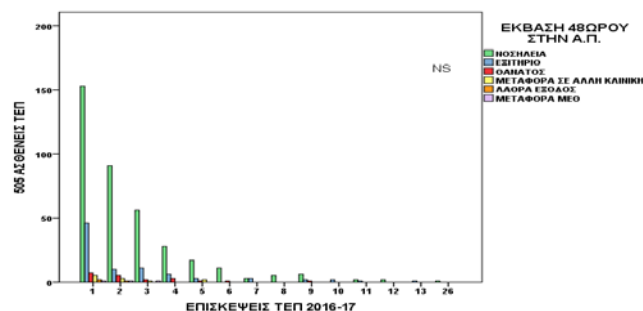
Με κίτρινο χρώμα βαρύτητας του ΕΚΑΒ προσήλθαν 145 ασθενείς με έκβαση 48ώρου: 108 ασθενείς νοσηλεύονται, οι 22 ασθενείς πήραν εξιτήριο, 8 ασθενείς απεβίωσαν, 2 άτομα μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ και 4 ασθενείς μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική, 1 άτομο εξήλθε λάθρα.

Με πράσινο χρώμα ΕΚΑΒ προσήλθαν 150 ασθενείς με έκβαση 48ώρου: 126 να νοσηλεύονται, 16 ασθενείς πήραν εξιτήριο, 7 ασθενείς απεβίωσαν, 1 ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ, σχήμα 14.



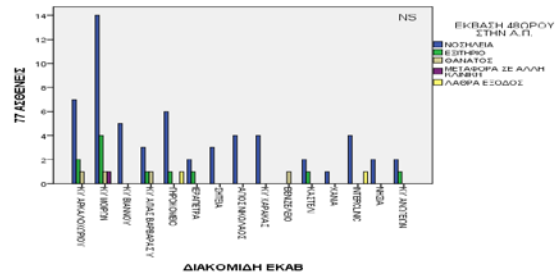
**Σχήμα 14:** Συσχέτιση χρώματος βαρύτητας χρώματος ΕΚΑΒ/ Έκβαση 48ώρου

Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων μας φάνηκε ότι η έκβαση 48ώρου των ασθενών δε σχετίστηκε με τις προηγούμενες επισκέψεις ή τις προηγούμενες νοσηλείες τους στο ΤΕΠ. Επίσης δε σχετίστηκε η έκβαση 48ώρου με την διακομιδή τους από Κέντρα Υγείας, από Οίκους ευγηρίας ή άλλα νοσοκομεία, σχήμα 15,16.



**Σχήμα 15:** Συσχέτιση χρώματος βαρύτητας ΕΚΑΒ / προηγούμενες επισκέψεις ΤΕΠ / έκβαση 48ώρου





Σχήμα 16: Συσχέτιση χρώματος βαρύτητας ΕΚΑΒ / διακομιδές ΕΚΑΒ / έκβαση 48ώρου

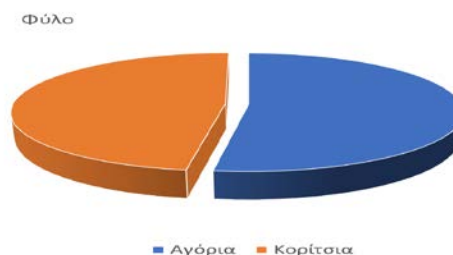
## 2. Παιδιατρικός πληθυσμός

Από τα 413 άτομα του παιδιατρικού δείγματος τα 305(74%) ήταν Έλληνες και 108 (26%) Αλλοδαποί: τουρίστες 59 (14%) και μετανάστες 49(12%) .

Τα κορίτσια ήταν 196 (48%) και αρένες 215 (52%). Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας 174 (43%), σχολικής ηλικίας 79 (19%), βρεφικής 105 (26%), τα παιδιά εφηβικής ηλικίας 40 (10%), νεογνικής ηλικίας μόλις 10 (2%).  
σχήμα 17,18.

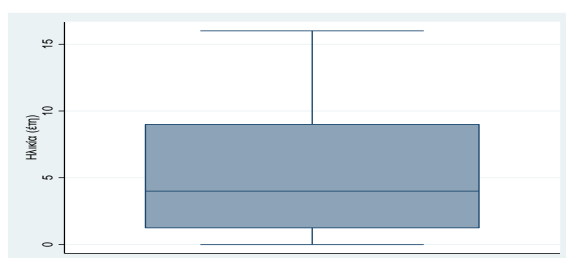


Σχήμα 17: εθνικότητα παιδιατρικού δείγματος

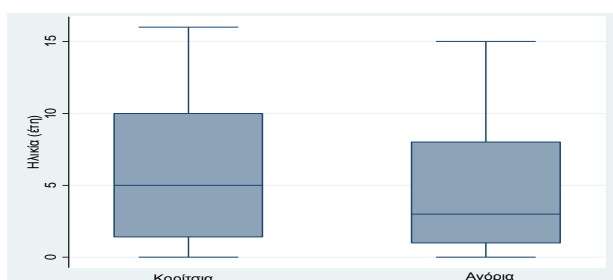


Σχήμα 18: φύλο παιδιατρικού δείγματος

Το παιδιατρικό δείγμα είχε μέση ηλικία (mean) 5.2 έτη: κορίτσια (mean) 5.9 έτη, και αγόρια (mean) 4.5 έτη σχήμα 19,20.



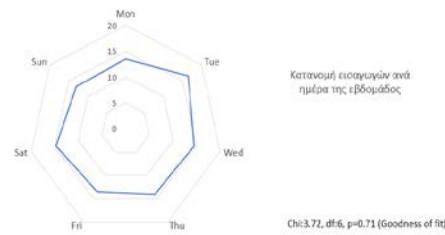
Σχήμα 19: Μέση ηλικία παιδιατρικού δείγματος



Σχήμα 20: Μέση ηλικία κοριτσιών-αγοριών

Η κατανομή εισαγωγών ανά ημέρα εβδομάδας στο παιδιατρικό δείγμα χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,71$ . Τη Δευτέρα εισήχθησαν 56 παιδιά (12,83%), Τρίτη 68 (18,16%),

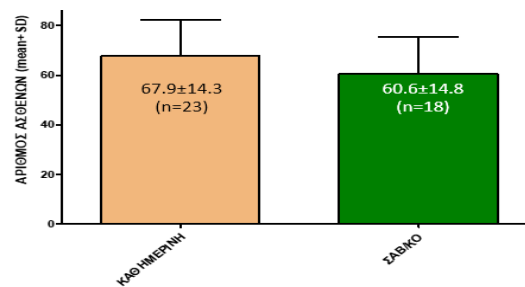
την Τετάρτη 60 (12,83%), την Πέμπτη 58 (15,01), την Παρασκευή 56 (13,08%), το Σάββατο 61 (15,74%), την Κυριακή 54 (12,35%), σχήμα 21.



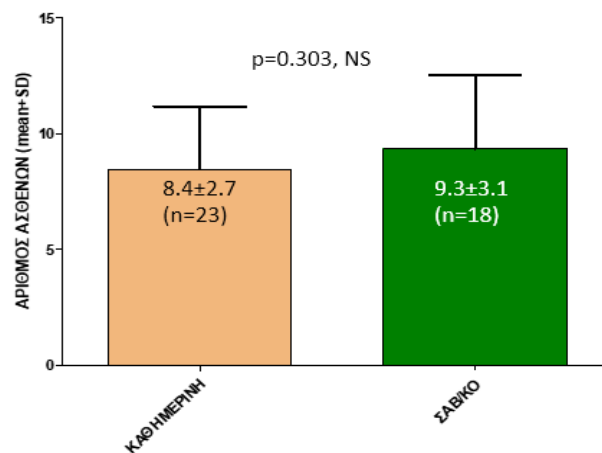
**Σχήμα 21:** Κατανομή εισαγωγών/ ημέρα εβδομάδας

Οι προσελεύσεις των παιδιών στο παιδιατρικό ΤΕΠ τις καθημερινές σε σχέση με τα Σαββατοκύριακα δε φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,115$  (NS). Ο μέσος αριθμός προσελεύσεων παιδιών τις καθημερινές ήταν  $67,9 \pm 9$  ( $n=23$ ) και στα Σαββατοκύριακα ήταν  $60,6 \pm 14,8$  ( $n=18$ )

Επίσης οι εισαγωγές στη Παιδιατρική κλινική από το ΤΕΠ τις καθημερινές σε σχέση με τα Σαββατοκύριακα δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,303$  (NS). Ο μέσος αριθμός εισαγωγών τις καθημερινές ήταν  $8,4 \pm 2,7$  ( $n=23$ ) και τα Σαββατοκύριακα  $9,3 \pm 3,1$  ( $n=18$ ), σχήμα 22,23.



**Σχήμα 22:** Προσελεύσεις στο Παιδιατρικό ΤΕΠ καθημερινές-Σαββατοκύριακα



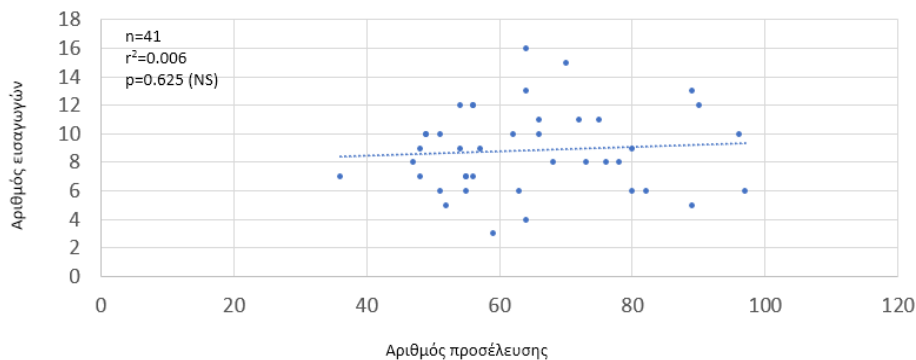
**Σχήμα 23:** Εισαγωγές στην Παιδιατρική κλινική καθημερινές –Σαββατοκύριακα

Ο αριθμός εισαγωγών ανά ωράριο φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικός  $p < 0.001$ . Ο χρόνος κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερα ωρολογιακά μέρη: πρωί 06:00 π.μ-11:59 π.μ, απόγευμα 12:00 μ.μ- 17:59μ.μ, βράδυ 18:00μ.μ-23:59 μ.μ, και νύχτα 00:00 π.μ-05:59 π.μ. Οι εισαγωγές το πρωί ήταν 79 (19,17%), το απόγευμα 83 (20,15%), το βράδυ 207 (50.24%), και τη νύχτα 43 (10.44%) σε σύνολο παιδιών 412 σχήμα 24.



**Σχήμα 24:** Αριθμός εισαγωγών / ωράριο

Δεν υπήρξε στατικά σημαντική διαφορά  $p=0.625$  (NS), στη συσχέτιση του αριθμού των προσελεύσεων στο παιδιατρικό ΤΕΠ σε σχέση με τις τον αριθμό των εισαγωγών στην Παιδιατρική κλινική σχήμα 25

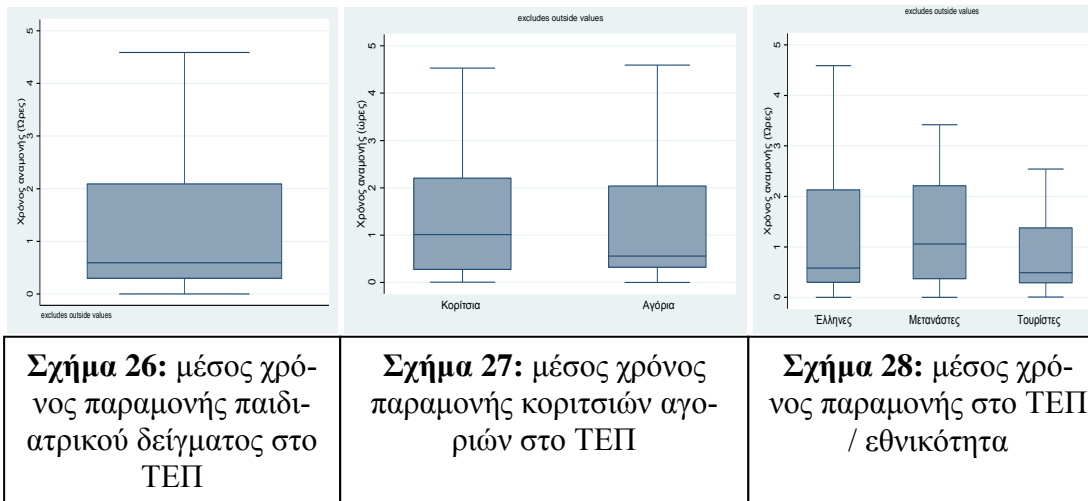


**Σχήμα 25:** Αριθμός προσερχομένων στο ΤΕΠ και αριθμός εισαγωγών στην παιδιατρική κλινική

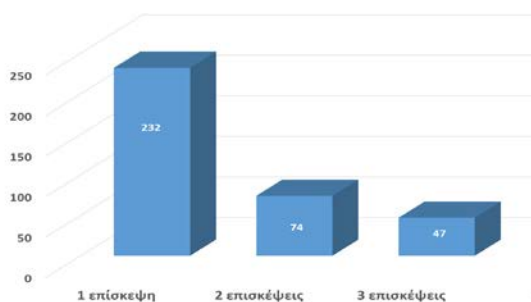
Ο μέσος χρόνος παραμονής των παιδιών στο παιδιατρικό ΤΕΠ ήταν 0.59 ώρες (min=.01 max=11.32 ώρες), σχήμα 26.

Στα κορίτσια ο χρόνος αναμονής στα ΤΕΠ ήταν 1.01 ώρες ενώ στα αγόρια ο χρόνος παραμονής ήταν 0.56 ώρες χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους  $p=74$  (NS), σχήμα 27.

Ο μέσος χρόνος παραμονής των παιδιών ανά εθνικότητα: Οι οικονομικοί μετανάστες είχαν μέσο χρόνο παραμονής 1,03 ώρες ενώ οι Έλληνες και οι τουρίστες είχαν μέσο χρόνο παραμονής 0.58 ώρες, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους  $p=0,3690$  (NS), σχήμα 28.



Επισκέψεις παιδιατρικού δείγματος στο ΤΕΠ ΠαΓΝΗ: 1 επίσκεψη 232 παιδιά, 2 επισκέψεις 74 παιδιά, 3 επισκέψεις 47 παιδιά. Επισκέψεις παιδιών >3 φορές 60 παιδιά σχήμα 28. Η κατανομή ηλικιακής ομάδας συναντήσει εθνικότητας και αριθμού επισκέψεων (%). Έλληνες: νεογνά 8 (3%), βρέφη 64 (21%), προσχολικής ηλικίας 125 (41%), σχολικής 76 (25%), εφηβική 32 (10%). Οικονομικοί μετανάστες: νεογνά 2 (4%), βρέφη 8 (16%), προσχολικής 18 (37%), σχολικής 15 (31%), εφηβικής 6 (12%). Τουρίστες: νεογνά 0 (0%), βρέφη 7 (12%), προσχολικής 36 (61%), σχολικής 14 (24%) και εφηβικής 2 (3%). Η κατανομή ηλικιακής ομάδας συναντήσει εθνικότητας δεν ήταν στατιστικά σημαντική  $p < 0,108$  (N/S) σχήμα 29, Πίνακας 4.

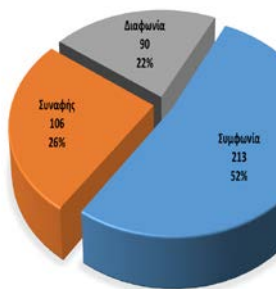


Σχήμα 29: Επισκέψεις παιδιατρικού δείγματος το τελευταίο έτος

**Πίνακας 4.**Κατανομή ηλικιακής ομάδας συναρτήσει εθνικότητας

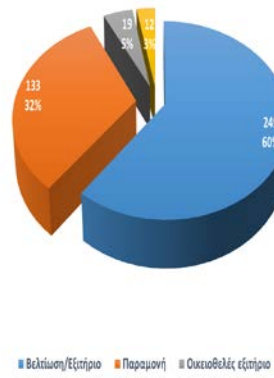
%	Νεο-γνά	Βρέφη	Προσχολική	Σχολική	Εφηβική
Έλληνες	8 (3)	64(21)	125 (41)	76 (25)	32 (10)
Οικ. Μετανάστες	2 (4)	8 (16)	18 (37)	15 (31)	6 (12)
Τουρίστες	0 (0)	7 (12)	36 (61)	14 (24)	2 (3)

Από τα 413 παιδιά δείγματος η αρχική διάγνωση γιατρών ΤΕΠ σε σύγκριση την διάγνωση 48ώρου της κλινικής: 52%( 213 παιδιά) συμφωνία διάγνωσης ΤΕΠ/κλινική 48ώρου, 22% (90 παιδιά) διαφορετική διάγνωση, 26% (106 παιδιά) συναφής διάγνωση. Για τη διαγνωστική ικανότητα ορίστηκαν τρεις τιμές: 1=σύμφωνη, 2=διαφορετική, 0=συναφής. σχήμα 30.



**Σχήμα 30:** Αρχική διάγνωση ΤΕΠ / διάγνωση 48ώρου κλινικής

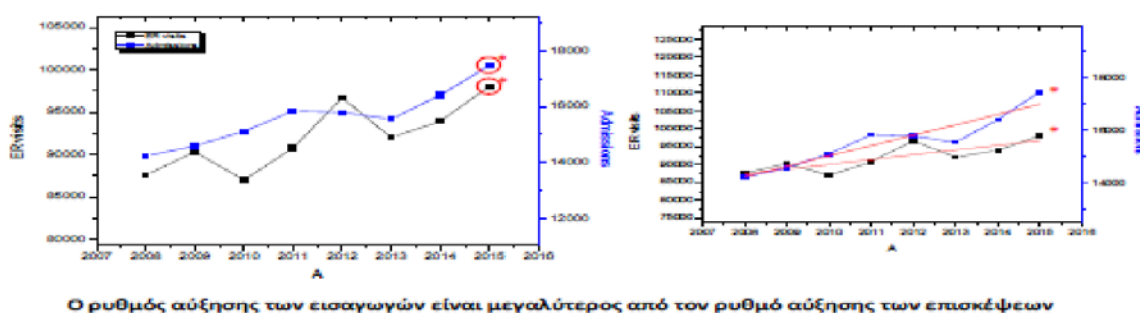
Από τα 413 παιδιά που καταμετρήθηκαν στο παιδιατρικό δείγμα: 249 (60%)πήραν εξιτήριο εντός 48ώρου,133 (32%) παρέμειναν για νοσηλεία, 19 παιδιά (5%) πήραν εξιτήριο οικιοθελώς, 12 παιδιά (3%) μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική ή ΜΕΘ Παίδων  
Από τα 248 παιδιά που πήραν εξιτήριο εντός 48ώρου: 134 παιδιά είχαν συμφωνία διάγνωσης,43 είχαν διαφωνία διάγνωσης, ενώ τα 71 παιδιά είχαν συναφή διάγνωση.  
Από τα 132 παιδιά που νοσηλεύονται στο 48ωρο: 57 παιδιά είχαν συμφωνία διάγνωσης, 45 διαφωνία διάγνωσης, 30 παιδιά είχαν συναφή διάγνωση.  
Από τα 19 παιδιά με οικιοθελές εξιτήριο: 14 παιδιά είχαν συμφωνία διάγνωσης, 2 παιδιά διαφωνία διάγνωσης, ενώ 3 παιδιά είχαν συναφή διάγνωση  
Από τα 10 παιδιά που μεταφέρθηκαν σε άλλη κλινική ή ΜΕΘ Παίδων:8 παιδιά είχαν συμφωνία διάγνωσης, 2 παιδιά συναφή διάγνωση.  
Για έκβαση 48ώρου ορίσαμε τιμές:  
1=Εξιτήριο/Βελτίωση, 2=Στάση/νοσηλεία, 3= οικιοθελής έξοδος, 4=μεταφορά σε άλλη κλινική/ΜΕΘ Παίδων, σχήμα 31 .



**Σχήμα 31:** Έκβαση 48ώρου παιδιατρικού δείγματος

## Συζήτηση

Μια μελέτη που είχε διεξαχθεί στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) το 2004 κατέδειξε ότι από ένα σύνολο 3008 προσήλθε στα ΤΕΠ, το 5,7% ήταν περιστατικά σε κρίσιμη κατάσταση, το 53,8 % ήταν μεν επείγοντα αλλά όχι κρίσιμα προβλήματα και ένα 30% αφορούσε μη επείγοντα προβλήματα. (58). Μια πιο πρόσφατη αναφορά για το Νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ στην οποία καταδεικνύεται η κίνηση ΤΕΠ 2007-2015, οι προσελεύσεις αγγίζουν τις 85-102.000/έτος ή 0.5 ασθενείς / κάτοικο / έτος. Ο ρυθμός αύξησης των εισαγωγών είναι μεγαλύτερος από τον ρυθμό αύξησης των επισκέψεων.



Στη δική μας μελέτη καταγράψαμε τα περιστατικά που εισήχθησαν στην Παθολογική και Παιδιατρική κλινική ως επείγοντα.

Από τη στατιστική ανάλυση της μελέτης διαπιστώσαμε ότι οι ασθενείς που καταγραφήκαν στην Παθολογική κλινική ήταν μέσης ηλικίας πάνω από 65 έτη και στα δύο φύλα. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με την αναφορά του Π.Ο.Υ ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των Ελλήνων είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρώπης ( 83 έτη για τις γυναίκες και 79 για τους άνδρες) με το 20% του Ελληνικού πληθυσμού να είναι πάνω από 65 έτη, ποσοστό μεταξύ των υψηλότερων και ταχέως αυξανόμενων στην Ευρώπη (54). Η χρήση των νοσοκομειακών πόρων από άτομα >65 ετών έχουν απασχολήσει διεθνώς την βιβλιογραφία αφού ένα μεγάλο μέρος αυτών προσέρχεται στο ΤΕΠ σε ημέρες εφημερίας και οι εισαγωγές τους έχουν αυξηθεί σημαντικά σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια (59).

Το μεγαλύτερο μέρος του παθολογικού πληθυσμού ήταν Έλληνες (96%) και μικρό μόνο μέρος αποτέλεσαν οι τουρίστες και οικονομικοί μετανάστες. Παρόλο μάλιστα που την περίοδο που διεξαγόταν η μελέτη ( Ιούλιος - Οκτώβριος) στο νησί υπάρχει μεγάλη τουριστική κίνηση. Αντίθετα στο Παιδιατρικό δείγμα υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό τουριστών (12%) και παιδιών οικονομικών προσφύγων (14%). Έτσι στον παιδιατρικό πληθυσμό παρατηρείται χαμηλό ποσοστό ημεδαπών παιδιών ενώ στον παθολογικό το ποσοστό των Ελλήνων ξεπερνά το 95%.

Η συμμετοχή του ΕΚΑΒ στο παιδιατρικό τμήμα ήταν περισσότερο περιορισμένη απ' ότι στο Παθολογικό τμήμα. Ο μεγαλύτερος αριθμός παιδιών προσήλθε με ίδιο μέσον συνοδεία κηδεμόνων. Περισσότερο οι τουρίστες χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν ως μέσο άφιξης ιδιωτικό ασθενοφόρο πράγμα που επιβεβαιώνεται και από τον μικρότερο χρόνο παραμονής τους στα ΤΕΠ.



Αντίθετα το 61,4% του παθολογικού δείγματος χρησιμοποίησε ως μέσο άφιξης ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ. Δεν υπήρχε διαφορά στην πιθανότητα εισαγωγής μεταξύ πράσινου (σταθερός) και πορτοκαλί (υψηλού κινδύνου) χρώματος κάρτας του ΕΚΑΒ. Επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες, και στην παρούσα μελέτη δείχθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ( $p < 0.001$ ) της έκβασης 48ώρου των ασθενών και του χαρακτηρισμού Βαρύτητας των ασθενών από το ΕΚΑΒ (60,61).

Η αξιολόγηση των περιστατικών έγινε άμεσα στο ΤΕΠ με το σύστημα αξιολόγησης ESI. Αντιμετώπιστηκαν άμεσα ως επείγουσες περιπτώσεις επιπέδου 2, 3 και 4 (58,62).

Οι μέσες τιμές των ζωτικών σημείων εντούτοις, δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων βαρύτητας στον πληθυσμό του παθολογικού δείγματος στο ΤΕΠ. Φαίνεται επομένως, ότι αρχικά σταθερά ζωτικά σημεία δεν βοηθούν σημαντικά, τουλάχιστον μεμονωμένα, στην απόφαση εισαγωγής ούτε προεξοφλούν εξιτήριο από τα ΤΕΠ.

Σημαντική αδυναμία που διαπιστώθηκε και στην παρούσα μελέτη είναι ότι χρειάζεται να δαπανηθεί αρκετός χρόνος προκειμένου να γίνει η λήψη και η καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή, η αξιολόγηση του επιπέδου συνείδησης η λήψη του Ατομικού Ιστορικού, και της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει ο ασθενής. Τις περισσότερες φορές υπάρχει αδυναμία λήψης Ατομικού Ιστορικού λόγω έλλειψης καλής συνεργασίας ή κρίσιμης κατάστασης του ασθενή οπότε χρειάζεται οι συγγενείς να δίνουν τις σχετικές πληροφορίες. Συμπληρωματικά καταγράφεται και το πλήθος των εξετάσεων που επείγουν να γίνουν. Μελέτη υποστηρίζει ότι κατά την εισαγωγή του ασθενή πρέπει να επενδυθεί αρκετός χρόνος προκειμένου να γίνει καλή λήψη ιστορικού του ασθενή για την αποφυγή λαθών και την επίτευξη διαγνωστικής ακρίβειας (63,64).

Ο χρόνος παραμονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών των ασθενών μετρήθηκε από την ώρα προσέλευσής τους στο ΤΕΠ έως την ώρα εισαγωγής τους στην κλινική αντίστοιχα και στα δύο δείγματα πληθυσμών.

Στον παιδιατρικό πληθυσμό ο χρόνος παραμονής ήταν 0,59 ώρες δηλαδή λιγότερος από μια ώρα δεδομένου ότι κανένα παιδί δεν αντιμετωπίστηκε σε Μονάδα βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ. Παιδιά που χρειάστηκε να έχουν άμεση αντιμετώπιση και παρακολούθηση εισήχθησαν απευθείας στην Παιδιατρική κλινική. Παιδιά διασωληνωμένα ή σε πολύ σοβαρή κατάσταση εισάγονταν απευθείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων.

Αντίθετα ο χρόνος παραμονής του παθολογικού δείγματος στο ΤΕΠ ήταν συνολικά 6,36 ώρες από την ώρα άφιξη τους στο ΤΕΠ έως την ώρα εισαγωγής τους στην Παθολογική κλινική. Χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες οι παθολογικοί ασθενείς ανάλογα με το: αν χρειάστηκε να μη νοσηλευτούν στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, και σε αυτούς που απαιτήθηκε να νοσηλευτούν στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας για αναζωογόνηση, σταθεροποίηση, παρακολούθηση και εν συνεχεία εισαγωγή στην Παθολογική κλινική.

Οι 268 ασθενείς της πρώτης κατηγορίας είχαν συνολικό χρόνο παραμονής στο ΤΕΠ 1,29 ώρες. Η σύντομη παραμονή τους στο ΤΕΠ δικαιολογείται διότι οι ασθενείς αυτοί δεν χρειάστηκε ν' αναζωογονηθούν. Μετά το πέρας των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων εισήχθησαν απευθείας στην παθολογική κλινική.

Οι 223 ασθενείς της δεύτερης κατηγορίας οι οποίοι είχαν ανάγκη από αναζωογόνηση, άμεση σταθεροποίηση, και παρακολούθηση παρέμειναν στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας.

Χρειάστηκε να γίνει λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις, καλλιέργεια αίματος ή ούρων, αέρια αίματος, τοποθέτηση καθετήρα για χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή ενδοφλεβίων υγρών. Σε αρκετούς έγινε τοποθέτηση ουροκαθετήρα και ρινογαστρικού καθετήρα, ακτινογραφία θώρακος ή κοιλίας, υπέρηχο, C/T, και συνεκτιμήσεις από άλλες ειδικότητες. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι οι συνεκτιμήσεις από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων οφείλονται στην μεγάλη συν-νοσηρότητα των ασθενών (χρόνια νοσήματα). Αυτός είναι και ο λόγος που ο χρόνος παραμονής τους στο ΤΕΠ ήταν σαφώς μεγαλύτερος όπως καταγράφηκε στη μελέτη μας.

(Τα συμπτώματα των ασθενών, το πλήθος και το είδος των εξετάσεων, έχουν επίσης καταγραφεί, όμως λόγω του μεγάλου όγκου που υπερβαίνει τον σκοπό της παρούσας μελέτης η ανάλυσή του θα επιχειρηθεί σε δεύτερο χρόνο και τα αποτελέσματα της θα δημοσιοποιηθούν ως συνέχεια της ερευνητικής αυτής προσπάθειας).

Αν και ο προτεινόμενος χρόνος παραμονής διεθνώς καθορίζεται στις 4 ώρες (59,65), εντούτοις πλήθος μελετών υποστηρίζουν τους χρόνους παραμονής στο ΤΕΠ της παρούσας μελέτης (60,66,67). Μέρος του χρόνου αναμονής οφείλεται στην ανάγκη συνεκτίμησης (consultation) από γιατρούς άλλων Ειδικοτήτων και στην παραμονή τους στην Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας του ΤΕΠ Το 88,8% των παθολογικών ασθενών χρειάστηκε συνεκτίμηση και από άλλο γιατρό.

Αναδρομική καταγραφική μελέτη ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων στην Αγγλία αναφέρει ότι από τη χρονική στιγμή προσέλευσης των ασθενών στο ΤΕΠ μέχρι την εισαγωγή τους είχαν αυξημένες πιθανότητες να υπερβούν τις 4 ώρες παραμονής στο ΤΕΠ OR 1,48 (95% CI: 1.30-1.69  $p<0.001$ ). Καταγράφηκε επίσης ότι θα φτάσουν με ασθενοφόρο οι περισσότεροι OR 8,09 (95% CI: 6,17-10,6.  $p<0.001$ ) και ότι θα γίνει λήψη ιστορικού και κλινικής εξέτασης OR 1,5 (95% CI : 1,28-1,77,  $p<0.001$ ). Από τους πιο σοβαρά ασθενείς (73), οι 46 ασθενείς πέθαναν εντός 24ώρου. Στους περισσότερους ασθενείς ελήφθησαν φλεβικό αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις, αέρια αίματος, έγιναν ακτινογραφίες, χορηγήθηκαν ενδοφλέβια υγρά, και ενδοφλέβια αντιβιοτικά (68,69).

Σε αναδρομική μελέτη κοορτής αναφέρεται ότι ο μέσος χρόνος παραμονής ασθενών στο ΤΕΠ ήταν 3,1 έως 7,9 ώρες. Το 84% των ηλικιωμένων ασθενών παρέμεινε στο ΤΕΠ πάνω από 4 ώρες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που χαρακτηρίστηκαν ως μη επείγοντα περιστατικά αλλά εισήχθησαν στο νοσοκομείο είχαν 3.6 φορές περισσότερες πιθανότητες να παραμείνουν στο ΤΕΠ πάνω από 8 ώρες, σε σχέση με εκείνους δεν εισήχθησαν. Και οι ασθενείς που χαρακτηρίστηκαν ως επείγοντα περιστατικά είχαν 9.5 φορές περισσότερες πιθανότητες να παραμείνουν στο ΤΕΠ πάνω από 8 ώρες επίσης (62).

Η παραμονή στη Μονάδα βραχείας νοσηλείας των ασθενών του δείγματός μας φάνηκε να έχει σχέση με την επιβίωση τους. Η εισαγωγή των ασθενών στην βραχεία μείωνε την θνητότητα 48ώρου: Πρώτον γιατί υπάρχουν κριτήρια εισαγωγής (Στη Βραχεία του ΤΕΠ εισάγονται μόνο αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς – άρα υπάρχει double check – και δεύτερο γιατί η παραμονή (σταθερών) ασθενών για κάποιες ώρες δίνει την δυνατότητα καλύτερης εκτίμησης στον γιατρό του ΤΕΠ. Η βιβλιογραφική μνεία για την σπουδαιότητα της ύπαρξης των Μονάδων Βραχείας Νοσηλείας είναι μεγάλη. Ασθενείς που εισήχθησαν στη Μονάδα βραχείας Νοσηλείας είχαν λιγότερο χρόνο παραμονής στο Νοσοκομείο. Παρέχει ένα μοντέλο φροντίδας οξείας περιθαλψης, αναζωογόνησης, πρώιμης παρακολούθησης, και πρώιμης θεραπείας. Θεωρείται το τμήμα που μπορεί να καθορίσει σε μεγάλο βαθμό τη ροή των ασθενών μειώνοντας τον συνωστισμό των ΤΕΠ σε ώρες αιχμής (46,65,67,70,71).

Η θνητότητα του δείγματός μας δε φάνηκε να επηρεάζεται ούτε από την ώρα προσέλευσής των ασθενών στο ΤΕΠ ούτε από την παραμονή τους στη μονάδα βραχείας νοσηλείας εύρημα που αντικρούει μελέτες που σχετίζουν τη θνησιμότητα με την αυξημένη παραμονή στο ΤΕΠ(68).

Στην παρούσα μελέτη η θνητότητα 48ώρου στην κλινική ήταν στο 4%. Μελέτη περιγράφει ότι υπήρχε γραμμική σχέση μεταξύ της κλίμακας κινδύνου του συνωστισμού λόγω έλλειψης νοσοκομειακών κλινών, και των θανάτων των ασθενών. Η κλίμακα κινδύνου του συνωστισμού >2 συσχετίστηκε με αύξηση των θανάτων τη 2<sup>η</sup> μέρα κατά 1.3 (95% CI, 1.1-1.6) την 7<sup>η</sup> κατά 1.3 (95% CI, 1.2-1.5) και την 30<sup>η</sup> κατά 1.3 (95% CI, 1.1-1.3) (31,72). Επίσης παρόμοια μελέτη αναφέρει ότι το 1-5% των ασθενών που μεταφέρθηκαν στο νοσοκομείο πέθαναν στο ΤΕΠ και οι περισσότεροι θάνατοι ήταν στις πρώτες 2,5 ημέρες και εντός μιας βδομάδας από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (60,62).

Στη μελέτη μας η έκβαση 48ώρου των ασθενών, φαίνεται να μην έχει σχέση με τη συνοσηρότητα αλλά με την βαρύτητα χρώματος του ΕΚΑΒ με το οποίο προσήλθαν. Παρομοίως και οι προηγούμενες επισκέψεις των ασθενών το τελευταίο έτος. Μελέτες έχουν συνδέσει τις συχνές επισκέψεις ασθενών με συν-νοσηρότητα και την προχωρημένη ηλικία να έχουν τριπλάσιο κίνδυνο συχνότητας εμφάνισης λοιμώξεων κατά 8.3/1000 ημέρες σε σχέση με αυτούς που δεν επισκέπτονται συχνά το ΤΕΠ νοσοκομείου (3.4%/1000 ημέρες νοσηλείας) Άλλη μελέτη έδειξε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών ιδρυμάτων, υπήρχε συσχέτιση της συν-νοσηρότητας και της αυξημένης επισκεψιμότητας των ασθενών αυτών στο Νοσοκομείο με τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ή τη νοσοκομειακή θνησιμότητα (72,73).

Το ποσοστό της συμφωνίας διάγνωσης του εισιτηρίου γιατρών ΤΕΠ με τη διάγνωση 48ώρου της κλινικής, ήταν πάνω από 50%, υψηλότερο σε σχέση με άλλες μελέτες (31 - 50%). Η διαφορετική διάγνωση στις μελέτες αυτές συσχετίστηκε με την παράταση του χρόνου νοσηλείας και τη θνητότητα (74,75). Στη μελέτη μας, για την συμφωνία αρχικής διάγνωσης των ιατρών ΤΕΠ/διάγνωσης 48ώρου εξετάστηκε η ερευνητική υπόθεση ότι συσχετίζεται η συμφωνία διάγνωσης του πρώτου 48ώρου με αυτήν της εισαγωγής με την έκβαση του πρώτου 48ώρου. (Εφαρμογή κριτηρίου Chi square (Test of independence) μεταξύ των μεταβλητών "Συμφωνία διάγνωσης & " έκβασης "1ου 48ώρου").

Πρέπει να επισημάνουμε ότι το κριτήριο της ίδιας διάγνωσης ορίστηκε σύμφωνα με το ICD-10 του Νοσοκομείου ΠΑΓΝΗ. Για παράδειγμα αν ο ασθενής είχε αρχική διάγνωση εισιτηρίου: «λοιμώξη αναπνευστικού», και η διάγνωση 48ώρου ήταν: «πνευμονία», θεωρήθηκε ίδια διάγνωση.

Εάν η αρχική διάγνωση εισαγωγής αναγραφόταν ως:«εμπύρετο», και η διάγνωση 48ώρου ήταν: «λοιμώξη ουροποιητικού», θεωρήθηκε ως συναφής διάγνωση.

Η περίπτωση της συναφούς διάγνωσης αφορούσε περιστατικά στα οποία η κλινική εικόνα και τα συμπτώματα σε αρκετές περιπτώσεις δεν ήταν αρκετά για να προβούν με βεβαιότητα σε αρχική διάγνωση. Χρειαζόταν να ολοκληρωθεί ο εργαστηριακός-απεικονιστικός έλεγχος των εξετάσεων. Παράδειγμα το αποτέλεσμα της γενικής ούρων θα μπορούσε να οδηγήσει τον γιατρό να θεωρήσει ότι το εμπύρετο οφείλεται σε λοίμωξη ουροποιητικού ή όχι. Χρειαζόταν η παρέλευση ενός χρονικού διαστήματος μέχρι τότε.

Η περίπτωση διαφορετικής διάγνωσης αφορούσε χρόνια διαγνωσμένα περιστατικά. Σ' αυτήν την περίπτωση αναγραφόταν σαν αιτία εισαγωγής το «χρόνιο νόσημα» από το οποίο έπασχαν, ανεξάρτητα αν ο λόγος νοσηλείας ήταν επανέλεγχος, επανάληψη εξέτασης, ή ακόμα και η συστηματική παρακολούθηση από τον εξειδικευμένο Παθολόγο ή Παιδίατρο. Σ' αυτά τα περιστατικά θεωρήθηκε «διαφορετική διάγνωση».

Δικαιολογείται μάλλον το υψηλό ποσοστό 22% «διαφωνία διάγνωσης» στο Παιδιατρικό δείγμα που αφορούσε παιδιά: με χρόνια νοσήματα ψυχοκινητικής καθυστέρησης, μεταβολικά νοσήματα, συγγενείς καρδιοπάθειες, σπασμούς, που στα πλαίσια επανελέγχου ή συστηματικής παρακολούθησης, ή διενέργειας απεικονιστικών εξετάσεων εισάγονταν στο Νοσοκομείο μέσω ΤΕΠ. Ως αιτία διάγνωσης αναγραφόταν το νόσημα των παιδιών που αρχικά είχε διαγνωστεί από την κλινική ή άλλο νοσοκομείο. Υπήρχαν παρόμοιες περιπτώσεις ασθενών και στο Παθολογικό δείγμα όπου το χρόνιο νόσημα των ασθενών αναγραφόταν ως αιτία εισαγωγής ανεξάρτητα εάν ο ασθενής είχε προσέλθει μέσω ΤΕΠ στα πλαίσια τακτικής παρακολούθησης από τον λοιμωξιολόγο ή τον εξειδικευμένο Παθολόγο (ειδικά ασθενείς που έπασχαν από το Σύνδρομο Επίκτητης Άνοσοανεπάρκειας).

Στο παιδιατρικό δείγμα καταγράφηκαν 19 περιπτώσεις με εξιτήριο «οικειοθελώς». Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι ασθενείς που έφυγαν είχαν 24% πιθανότητες να επιστρέψουν εντός 15 ημερών σε σχέση 6,4% με αυτούς που πήραν κανονικά εξιτήριο. Το 96% των ασθενών που επέστρεψαν είχαν το ίδιο σύμπτωμα με το αρχικό. Μεγαλύτερο κίνδυνο είχαν οι έφηβοι οι οποίοι μόνοι τους είχαν έρθει στο ΤΕΠ (76).

Χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στον παιδιατρικό πληθυσμό ήταν η κατανομή της ηλικιακής ομάδας συναρτήσει της εθνικότητας και του αριθμού των επισκέψεων. Εντούτοις, επιβεβαιώνεται η αναφορά μελέτης ότι η χρήση των παρεχόμενων νοσοκομειακών πόρων από τους οικονομικούς μετανάστες είναι αυξημένη (77). Στη παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι οι οικονομικοί μετανάστες έχουν μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο ΤΕΠ από ότι οι Έλληνες και οι τουρίστες.

## Περιορισμοί

Η μελέτη οι οποία εκπονήθηκε στην Παθολογική και Παιδιατρική κλινική είχε αρκετούς περιορισμούς όσον αφορά:

Απουσία ηλεκτρονικού αρχείου καταγραφής όλων των περιστατικών που κατέφθασαν στο Παθολογικό ΤΕΠ.

- Η ροή ασθενών του παθολογικού ΤΕΠ δεν καταγράφεται επαρκώς
- Στο ηλεκτρονικό σύστημα καταγράφονται πρωτίστως όσοι προσέρχονται στο παθολογικό ΤΕΠ και εισάγονται
- Μετρήθηκαν πιλοτικά και χειρόγραφα 8 εφημερίες και χάνονται 108 (SD±15) ασθενείς/εφημερία κατά μέσο όρο από το φορτίο των ΤΕΠ
- Τα αποτελέσματα αφορούν στους ασθενείς που εισήχθησαν στην Παθολογική Κλινική.

Περιορισμένο χρονικό διάστημα παρακολούθησης της έκβασης (48 ώρες). Έχει ενδιαφέρον να επεκταθεί η καταγραφή της μελέτης μας σε χρόνους παρακολούθησης στις 3-5-7 ημέρες

Απουσία ηλεκτρονικής διασύνδεσης όλων των φορέων φροντίδας (Νοσοκομείο- ΕΚΑΒ- Κέντρων Υγείας)

Κενά στην ηλεκτρονική καταγραφή του φορτίου του ΤΕΠ

Απουσία ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Ογκώδης πληροφορία στο φάκελο του ασθενούς σε χειρόγραφη μορφή

Ελλιπείς καταγεγραμμένες πληροφορίες στο ηλεκτρονικό αρχείο ΙΑΤΡΟΣ / ΕΚΑΒ. Υπάρχουν πεδία που μπορούν να συμπληρωθούν από το τηλεφωνικό κέντρο αλλά παραμένουν κενά.

## Προτάσεις

Αναγκαιότητα αναγνώρισης των ΤΕΠ ως ανεξάρτητα τμημάτων του Νοσοκομείου με στελεχωμένο Ιατρικό προσωπικό με εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική.

Διασύνδεση και ενσωμάτωση όλων των δομών παροχής φροντίδας

Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) προκειμένου να μειωθούν οι μη επείγουσες επισκέψεις στα νοσοκομεία και η άσκοπη χρήση του ΕΚΑΒ.

Αναγκαιότητα κοινής χρήσης ηλεκτρονικού φακέλου.

Καθιέρωση ενιαίων διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών από νοσοκομείο, ΕΚΑΒ, ΠΦΥ

Εφαρμογή e-health από ΕΚΑΒ.

Βελτίωση καταγραφής των χρόνων παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ.

Μελέτη των περιστατικών πέραν του 48ώρου ως την τελική τους έκβαση και μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2017 για πιθανές επανεισαγωγές ή θανάτους.

Επιπρόσθετες παρόμοιες μελέτες στον Ελλαδικό χώρο προκειμένου να συγκριθούν τα δεδομένα και να αναδυθούν πολύτιμα συμπεράσματα που έχουν σχέση με τη ροή των ασθενών, τους χρόνους παραμονής τους στο ΤΕΠ και την έκβασή τους μετά την παρέλευση 48ώρου.

## Συμπέρασμα

Η συγκεκριμένη μελέτη καταγραφής έγινε με σκοπό να ερευνηθεί η ροή των ασθενών από την ώρα άφιξης τους στο ΤΕΠ έως και 48 ώρες μετά την εισαγωγή τους, στο Νοσοκομείο. Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι η μέση ηλικία των ασθενών και των δύο φύλων είναι αρκετά υψηλή, με αυξημένη συν-νοσηρότητα. Ο αριθμός ασθενών που διακομίστηκαν από Κέντρα Υγείας, και νοσηλεύτηκαν αρκετά σημαντικός επίσης. Οι χρόνοι παραμονής των ασθενών δεν είναι οι προσδοκώμενοι. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη από από συνεκτιμήσεις άλλων ειδικοτήτων. Υποδηλώνεται, σε ένα βαθμό ότι ο φόρτος εργασίας, και ο συνωστισμός στο ΤΕΠ είναι μεγάλος. Αυτός ο φόρτος εργασίας διοχετεύεται, με τη σειρά του στην Παθολογική κλινική. Αναδύθηκε η αυξημένη θνητότητα, η ανάγκη για μεταφορά στη ΜΕΘ, το υψηλό ποσοστό ασθενών που παραμένει για νοσηλεία εντός 48ώρου.

Αξιολογώντας τα δεδομένα μας, θα πρέπει ασφαλώς να αναδειχθεί ο ουσιαστικός ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ρόλος της μάλλον θα πρέπει να ενισχυθεί, προκειμένου να φιλτράρει μεγάλο όγκο περιστατικών που καταφθάνουν στο νοσοκομείο. Ίσως πολλά περιστατικά από αυτά που νοσηλεύτηκαν, θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί πρωτίστως σ' ένα οργανωμένο Κέντρο φροντίδας προκειμένου ν' αποφευχθεί η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

Είναι επιτακτική ανάγκη, σύμφωνα και με την αξιολόγηση της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας της Π.Ο.Υ Υγείας, να υπάρξει ένας ενιαίος φορέας με ενσωματωμένες όλες τις υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας) προκειμένου να παρακολουθούνται τακτικά οι ασθενείς και ολιστικά. Αυτό θα αποτελέσει το εφαλτήριο της ενίσχυσης του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και την απόκτηση εμπιστοσύνης από τους ασθενείς προς τους γενικούς γιατρούς, προκειμένου να αποφεύγεται η μετακίνησή τους προς τα μεγάλα Νοσοκομεία αναζητώντας όχι μόνο εξειδικευμένες αλλά και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας.

Με αυτόν τον τρόπο ο ρόλος της Επείγοντολογίας, επικεντρώνεται στον ουσιαστικό της στόχο που είναι η και διαχείριση όλων των πολύπλοκων περιστατικών, που χρίζουν εξειδικευμένης αντιμετώπισης. Για να επιτευχθεί αυτό, και το ΕΚΑΒ και τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών, χρειάζονται να στελεχωθούν απο εξειδικευμένο προσωπικό Επείγουσας Ιατρικής σύμφωνα, με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Vantoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health*. 2013 Oct;23(5):727–31.
2. Moris D, Kousoulis A. Refugee crisis in Greece: healthcare and integration as current challenges. *Perspect Public Health*. 2017 Nov;137(6):309–10.
3. Paoli LD. Access to health services for the refugee community in Greece: lessons learned. *Public Health*. 2018 Apr 1;157:104–6.
4. Αγγουριδάκης Παναγιώτης, Σμπυράκης Νικόλας. Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα. *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 2010;Δεκέμβριος:12.
5. Ασκητοπούλου Ελένη. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ [Internet]. 2007. Available from: [vml.med.uoc.gr/moodle/lessons/56-epiegousa/.../kef01-emergency-introduction.pdf](http://vml.med.uoc.gr/moodle/lessons/56-epiegousa/.../kef01-emergency-introduction.pdf)
6. A J McLauchlan C, Harris A, Marrow J, Heyworth J, Egleston C, Essex B. Providing primary care in accident and emergency departments. *BMJ*. 1998 Jul 18;317:207–207.
7. Robertson-Steel IR. Providing primary care in the accident and emergency department. *BMJ*. 1998 Feb 7;316(7129):409–10.
8. Calling all gatekeepers: this is an emergency. *The Lancet*. 1994 Feb 5;343(8893):305–7.
9. Blatchford O, Capewell S. Emergency medical admissions: taking stock and planning for winter. *BMJ*. 1997 Nov 22;315(7119):1322–3.
10. Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. *BMJ*. 1996 Apr 20;312(7037):991–2.
11. *European\_Core\_Curriculum\_for\_EM\_-\_Version\_1.2\_April\_2017\_final\_version.pdf* [Internet]. [cited 2018 Jun 20]. Available from: [https://www.eusem.org/images/pdf/European\\_Core\\_Curriculum\\_for\\_EM\\_-\\_Version\\_1.2\\_April\\_2017\\_final\\_version.pdf](https://www.eusem.org/images/pdf/European_Core_Curriculum_for_EM_-_Version_1.2_April_2017_final_version.pdf)
12. Ασκητοπούλου Ε, Γροσομανίδης Β. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ προς τη Βουλή των Ελλήνων στο σχέδιο νόμου «Απόκτηση ιατρικής ειδικότητας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση γιατρών». 2004;
13. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (Text with EEA relevance) [Internet]. 255, 32005L0036 Sep 30, 2005. Available from: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj/eng>
14. Thomas AJ. The Postgraduate Medical Education and Training Board. *Hosp Med Lond Engl* 1998. 2005 Mar;66(3):142–6.
15. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J*. 2010 Oct;25(4):320–3.
16. Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M. International EMS systems: The United States: past, present, and future. *Resuscitation*. 2004 Mar;60(3):239–44.
17. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehospital Disaster Med*. 2003 Mar;18(1):29–35; discussion 35–37.
18. Roessler M, Zuzan O. EMS systems in Germany. *Resuscitation*. 2006 Jan;68(1):45–9.



19. Weninger P, Hertz H, Mauritz W. International EMS: Austria. Resuscitation. 2005 Jun;65(3):249–54.
20. Kontos M, Moris D, Davakis S, Schizas D, Pikoulis E, Liakakos T. The effect of financial crisis on the profile of the patients examined at the surgical emergencies of an academic institution in Greece. *Ann Transl Med.* 2017 Mar;5(5):99.
21. National life tables, UK - Office for National Statistics [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/bulletins/nationallifetablesunitedkingdom/2014to2016>
22. Accident and Emergency Attendances in England - 2013-14 [Internet]. NHS Digital. [cited 2018 Jul 10]. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2013-14>
23. Hospital Accident and Emergency Activity, 2016-17 [Internet]. NHS Digital. [cited 2018 Jul 10]. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2016-17>
24. Greece-WHO-Country-Profile.pdf [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/243301/Greece-WHO-Country-Profile.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/243301/Greece-WHO-Country-Profile.pdf)
25. Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow: a White Paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *J Emerg Med.* 2010 Jan;38(1):70–9.
26. The Future of Emergency Care in the United States Health System. *Ann Emerg Med.* 2006 Aug 1;48(2):115–20.
27. S57-Statement-on-ED-Overcrowding-Jul-11-v02.pdf [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: <https://acem.org.au/getmedia/dd609f9a-9ead-473d-9786-d5518cc58298/S57-Statement-on-ED-Overcrowding-Jul-11-v02.aspx>
28. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med.* 2009 May;53(5):605–11.
29. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med.* 2000 Jan;35(1):63–8.
30. Bernstein SL, D'Onofrio G. Public Health in the Emergency Department: Academic Emergency Medicine Consensus Conference Executive Summary. *Acad Emerg Med.* 16(11):1037–9.
31. Sprivulis PC, Da Silva J-A, Jacobs IG, Jelinek GA, Frazer ARL. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006 Mar 6;184(5):208–12.
32. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med.* 2008 Aug 1;52(2):126-136.e1.
33. Forero R, McCarthy S, Hillman K. Access block and emergency department overcrowding. *Crit Care.* 2011;15(2):216.
34. Dawson H, Weerasooriya J, Webster G. Hospital admissions via the emergency department: implications for planning and patient flow. *Healthc Q Tor Ont.* 2008;11(1):20–2.
35. Walley P. Designing the accident and emergency system: lessons from manufacturing. *Emerg Med J EMJ.* 2003 Mar;20(2):126–30.

36. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *CJEM*. 2003 May;5(3):155–61.
37. Davis B, Sullivan S, Levine A, Dallara J. Factors affecting ED length-of-stay in surgical critical care patients. *Am J Emerg Med*. 1995 Sep;13(5):495–500.
38. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health*. 1993 Mar;83(3):372–8.
39. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs JEN Off Publ Emerg Dep Nurses Assoc*. 2005 Oct;31(5):429–35.
40. Huang J-A, Tsai W-C, Chen Y-C, Hu W-H, Yang D-Y. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi*. 2003 Apr;102(4):222–8.
41. Dent AW, Phillips GA, Chenhall AJ, McGregor LR. The heaviest repeat users of an inner city emergency department are not general practice patients. *Emerg Med*. 15(4):322–9.
42. Crilly JL, Keijzers GB, Tippet VC, O'Dwyer JA, Wallis MC, Lind JF, et al. Expanding emergency department capacity: a multisite study. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. 2014 Jun;38(3):278–87.
43. Cooney DR, Millin MG, Carter A, Lawner BJ, Nable JV, Wallus HJ. Ambulance diversion and emergency department offload delay: resource document for the National Association of EMS Physicians position statement. *Prehospital Emerg Care Off J Natl Assoc EMS Physicians Natl Assoc State EMS Dir*. 2011 Dec;15(4):555–61.
44. Warden CR, Bangs C, Norton R, Huie J. Temporal trends in ambulance diversion in a mid-sized metropolitan area. *Prehospital Emerg Care Off J Natl Assoc EMS Physicians Natl Assoc State EMS Dir*. 2003 Mar;7(1):109–13.
45. Burt CW, McCaig LF, Valverde RH. Analysis of ambulance transports and diversions among US emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2006 Apr;47(4):317–26.
46. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*. 2008 Aug;52(2):126–36.
47. Emergency department care 2016–17 Australian hospital statistics [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/981140ee-3957-4d47-9032-18ca89b519b0/aihw-hse-194.pdf.aspx?inline=true>
48. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2015 Emergency Department Summary Tables. 2015;34.
49. ACEP: Only 5.5 Percent of Emergency Visits Are Nonurgent and Wait Times Continue to Improve, CDC Says [Internet]. American College of Emergency Physicians | News Room. [cited 2018 Jun 10]. Available from: <http://newsroom.acep.org/2018-04-23-ACEP-Only-5-5-Percent-of-Emergency-Visits-Are-Nonurgent-and-Wait-Times-Continue-to-Improve-CDC-Says>
50. Hirshon JM, Risko N, Calvillo EJ, Stewart de Ramirez S, Narayan M, Theodosis C, et al. Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ*. 2013 May 1;91(5):386–8.
51. 6\_Greece-report\_FINAL\_web.pdf [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/357487/6\\_Greece-report\\_FINAL\\_web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/357487/6_Greece-report_FINAL_web.pdf?ua=1)

52. OECD Health Statistics 2018 - OECD [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
53. grc\_en.pdf [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: [http://www.who.int/nmh/countries/grc\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/grc_en.pdf)
54. Αντωνιάδου Ιωάννα, Κούτης Αντώνης, Λιονής Χρήστος. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Ομάδα εργασίας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας; 2015 p. 59.
55. WHO European health information at your fingertips. [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/)
56. Επίσημη Εφημερίδα L 363/2006 [Internet]. [cited 2018 Jul 10]. Available from: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=OJ:L:2006:363:FULL&from=EN#L\\_2006363EL.01014101.doc](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=OJ:L:2006:363:FULL&from=EN#L_2006363EL.01014101.doc)
57. Economou Charalambos. Greece: Health System Review. Maresso Anna, Mossialos Elias, editors. 2010;12(7).
58. Agouridakis P, Hatzakis K, Chatzimichali K, Psaromichalaki M, Askitopoulou H. Workload and case-mix in a Greek emergency department. Eur J Emerg Med. 2004 Apr;11(2):81.
59. NHS England » Report of the Review of the Quality and Outcomes Framework in England [Internet]. [cited 2018 Jul 5]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/publication/report-of-the-review-of-the-quality-and-outcomes-framework-in-england/>
60. Arendts G, Dickson C, Howard K, Quine S. Transfer from residential aged care to emergency departments: an analysis of patient outcomes: Residential aged care to ED. Intern Med J. 2012 Jan;42(1):75–82.
61. NAMCS/NHAMCS - Ambulatory Health Care Data Homepage [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/ahcd/index.htm>
62. Street M, Marriott JR, Livingston PM. Emergency department access targets and the older patient: a retrospective cohort study of emergency department presentations by people living in residential aged care facilities. Australas Emerg Nurs J AENJ. 2012 Nov;15(4):211–8.
63. Ghazanfar MN, Honoré PH, Nielsen TRH, Andersen SE, Rasmussen M. Hospital admission interviews are time-consuming with several interruptions. Dan Med J. 2012 Dec;59(12):A4534.
64. Lim G, Seow E, Koh G, Tan D, Wong H. Study on the Discrepancies between the Admitting Diagnoses from the Emergency Department and the Discharge Diagnoses  
,  
Study on the Discrepancies between the Admitting Diagnoses from the Emergency Department and the Discharge Diagnoses. Hong Kong J Emerg Med. 2002 Apr 1;9(2):78–82.
65. Forero DR. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) Literature Review on the Australasian Triage Scale (ATS). :53.
66. Begley CE, Chang Y, Wood RC, Weltge A. Emergency Department Diversion and Trauma Mortality: Evidence From Houston, Texas. J Trauma Acute Care Surg. 2004 Dec;57(6):1260.
67. Martinez E, Reilly BM, Evans AT, Roberts RR. The observation unit: a new interface between inpatient and outpatient care. Am J Med. 2001 Mar 1;110(4):274–7.

68. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing*. 2014 Nov;43(6):759–66.
69. Girit-Fragkoulakis C, Gardner C, Cross S, Mason S, Walters S. Assessing the impact older people from care homes place on the emergency services. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. 2011 Apr;18(2):81–5.
70. Yarmohammadian MH, Rezaei F, Haghshenas A, Tavakoli N. Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges., Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci*. 2017;22, 22:23–23.
71. Trzeciak S. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J*. 2003 Sep 1;20(5):402–5.
72. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing*. 2014 Nov;43(6):759–66.
73. Quach C, McArthur M, McGeer A, Li L, Simor A, Dionne M, et al. Risk of infection following a visit to the emergency department: a cohort study. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2012 Mar 6;184(4):E232-239.
74. McNutt R, Johnson T, Kane J, Ackerman M, Odwazny R, Bardhan J. Cost and Quality Implications of Discrepancies Between Admitting and Discharge Diagnoses. *Qual Manag Healthc*. 2012 Dec;21(4):220.
75. Farchi S, Camilloni L, Giorgi Rossi P, Chini F, Lori G, Tancioni V, et al. Agreement between emergency room and discharge diagnoses in a population of injured inpatients: determinants and mortality. *J Trauma*. 2007 May;62(5):1207–14.
76. Reinke DA, Walker M, Boslaugh S, Hodge D. Predictors of pediatric emergency patients discharged against medical advice. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009 Apr;48(3):263–70.
77. Kotsiou OS, Srivastava DS, Kotsios P, Exadaktylos AK, Gourgoulialis KI. The Emergency Medical System in Greece: Opening Aeolus' Bag of Winds. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr 13;15(4):745.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Εντυπο Καταγραφής Ασθενών Παθολογικού Παιδιατρικού Πληθυσμού

Εξέλιξη 48ώρου ασθενών που εισήχθησαν από το ΤΕΠ στην Παθολογική και την

Παιδιατρική Κλινική

Ημερομηνία:

Ωρα εισόδου στο ΤΕΠ:		Όνοματεπώνυμο ασθενούς:		Ηλικία
Ωρα εισαγωγής στην κλινική:		Κωδικός ασθενούς: Κλινική Εισαγωγής:		φύλλο
Εθνικότητα:	Τουρίστας Οικον. Μετανάστης Μόνιμος κάτοικος	Κύριο Σύμπτωμα ή κατάσταση προσέλευσης στο ΤΕΠ		
Μέσον άφιξης:	EKAB απλό*	EKAB (διακομιδή)		
Ίδιον	EKAB ΚΙΜ*	Από ΚΥ (ποιο;): Από Νοσοκομείο (ποιο;):		
Σύμπτωμα ή κατάσταση που δηλώθηκε από το EKAB ως αιτία διακομιδής του ασθενούς				
Γενική κατάσταση	περιπατητικός	Καρέκλα	φορείο	
Προνοσοκομειακή αγωγή	Από EKAB: O2 / υγρά / καμιά αγωγή / Αναλγησία			
Ιατρείο Υποδοχής ΤΕΠ *	Σύμβουλοι γιατροί: (γιατροί που εξέτασαν τον ασθενή)			
Πρώτα Ζωτικά στο ΤΕΠ	ΑΠ:	SpO2:	Κ. Σ:	Α. Σ. Θερμκ
	:			
	GCS			
Διάγνωση εισιτηρίου ΤΕΠ:		Διάγνωση κλινικής 48ώρου:		
Εξέταση στην οποία κυρίως στηρίχτηκε η διάγνωση:				
Εξέλιξη 48ώρου	Θάνατος / Επείγον χειρουργείο / Εισαγωγή στην ΜΕΘ / Ανάγκη για αιμοκάθαρση βελτίωση / εξιτήριο			
Επισκέψεις στο ΤΕΠ ΠαΓΝΗ το τελευταίο έτος (ημερομηνίες)				