



**«Έλεγχος Επιδόσεων για την απόκριση του Εθνικού Συστήματος
Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19.
Μελέτη Περίπτωσης: Οι κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας
(ΜΕΘ) σε Δημόσιο Νοσοκομείο του Νομού Αττικής».**

ΑΝΔΡΙΩΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής του
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στη Δημόσια Οικονομική & Πολιτική.

ΑΙΓΑΛΕΩ, 2023



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»



**«Έλεγχος Επιδόσεων για την απόκριση του Εθνικού Συστήματος
Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19.
Μελέτη Περίπτωσης: Οι κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας
(ΜΕΘ) σε Δημόσιο Νοσοκομείο του Νομού Αττικής».**

ΑΝΔΡΙΩΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

A.M.: 21044

Επιβλέπων: Δημήτριος Σταυρουλάκης, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής του
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στη Δημόσια Οικονομική & Πολιτική.

ΑΙΓΑΛΕΩ, 2023



University of West Attica
School of Administration, Economic, and Social Sciences
Department of Accounting & Finance
M.Sc. in Public Economics and Policy



«Performance Audit for the response of the National Health System (NHS) to the Covid-19 pandemic. Case Study: Intensive Care beds in a General Hospital of Attica».

ANDRIOTAKIS GEORGE

S.N.: 21044

Supervisor: Dimitrios Stavroulakis, Professor, University of West Attica
Master Thesis Submitted to the Department of Accounting & Finance of the University of West Attica in partial fulfillment of the requirements for the degree of M.Sc. in Public Economics and Policy.

AIGALEO, GREECE, 2023

*Στην οικογένειά μου
και ιδιαίτερα στην κόρη μου
Δέσποινα
και στους γονείς μου
Νικήτα και Δέσποινα*

«Έλεγχος Επιδόσεων για την απόκριση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19. Μελέτη Περίπτωσης: Οι κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε Δημόσιο Νοσοκομείο του Νομού Αττικής».

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Εγκρίθηκε από την εξεταστική επιτροπή την 4/7/2023

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Δημήτριος Σταυρουλάκης	Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
2.	Χαρίκλεια Βαβούρα	Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο	
3.	Αλεξόπουλος Ανδρέας	Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σταυρουλάκη Δημήτριο, για την εμπιστοσύνη, την υποστήριξη και την καθοδήγηση που μου έδειξε στην εκπλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου και τους φίλους μου, οι οποίοι με βοήθησαν ηθικά στην ολοκλήρωση αυτού του μεταπτυχιακού.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος **Ανδριωτάκης Γεώργιος** του **Νικήτα** , με αριθμό μητρώου **21044** φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Δημόσια Οικονομική και Πολιτική**» του Τμήματος Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι **31/12/2023** και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο ΔΗΛΩΝ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΔΡΙΩΤΑΚΗΣ/ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ

«Έλεγχος Επιδόσεων για την απόκριση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19. Μελέτη Περίπτωσης: Οι κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε Δημόσιο Νοσοκομείο του Νομού Αττικής».

Σημαντικοί όροι: Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), πανδημία Covid-19, κρούσματα, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), νοσοκομείο, Έλεγχος επιδόσεων, Διεθνή Ελεγκτικά Πρότυπα, απόδοση, διαχείριση κρίσεων, νοσηλεία, Σχέδιο έκτακτης ανάγκης, Επιτροπή διαχείρισης κρίσεων, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί έναν Έλεγχο Επίδοσης, σύμφωνα με τα Διεθνή Ελεγκτικά Πρότυπα¹. Διερευνά, μέσω της Μελέτης Περίπτωσης (Case Study) ενός Γενικού Νοσοκομείου του Νομού Αττικής, την απόκριση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην αντιμετώπιση της πανδημίας της νόσου Covid-19. Συγκεκριμένα μελετήθηκε το κατά πόσο είχε προετοιμασθεί κατάλληλα το εν λόγω Νοσοκομείο για την αυξημένη ζήτηση σε κλίνες Εντατικής Θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, περίοδο όπου η ζήτηση σε κλίνες ΜΕΘ ήταν αυξημένη.

Η **πανδημία του κορονοϊού (Covid-19)** είναι πανδημία που προκλήθηκε από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 και αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά στην πόλη Ουχάν της Κίνας, τον Δεκέμβριο του 2019. Οι απόπειρες περιορισμού της νόσου απέτυχαν, με αποτέλεσμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) να ανακοινώσει ότι αποτελεί Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ενδιαφέροντος στις 30 Ιανουαρίου 2020 και στις 11 Μαρτίου ότι αποτελεί πανδημία. Η πανδημία Covid-19 έχει προκαλέσει πάνω από 6 εκατομμύρια θανάτους σε πάνω από 570 εκατομμύρια μολύνσεις, γεγονός που την καθιστά μία από τις πιο θανατηφόρες στην ιστορία.

Για να μπορέσει το Νοσοκομείο να καλύψει τις ανάγκες νοσηλείας των ασθενών με Covid-19 επαύξησε με διάφορα μέσα (συγχώνευση ή μεταφορά κλινικών σε άλλους χώρους, αξιοποίηση δωρεών κ.α.) τον αριθμό των κλινών ΜΕΘ.

¹ ISSAI 300 «Fundamental principles of performance auditing» και ISSAI 3000 «Implementation Guidelines for Performance Auditing: Standards and guidelines for performance auditing», καθώς και ISSAI 3100 «Performance Audit Guidelines Key Principles».

Προκειμένου να εξετασθεί εάν το Νοσοκομείο είχε προετοιμασθεί κατάλληλα για την αυξημένη ζήτηση κλινών εντατικής θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας της νόσου Covid-19 εντός του 2020, θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε σε μια σειρά από ερευνητικά ερωτήματα.

Απώτερος στόχος είναι η αξιολόγηση της επίδοσης του Νοσοκομείου σε κάθε ένα από αυτά τα ερωτήματα αλλά και συνολικά, ώστε να μπορέσουμε να εξαγάγουμε κάποια συμπεράσματα σχετικά με την λειτουργία και την απόδοσή του.

ABSTRACT

This Report belongs to the category of Performance Audits, according to the International Auditing Standards². Through the answer to a series of questions, the economic, efficient and effective response of a General Hospital of Attica to the Covid-19 pandemic is investigated. In other words, it is examined whether the hospital under control was properly prepared for the increased demand for Intensive Care beds.

The coronavirus (Covid-19) pandemic is a pandemic caused by the coronavirus SARS-CoV-2 and was first recognized in the city of Wuhan (China), in December 2019. Attempts to contain the disease failed, prompting the World Health Organization (WHO) to declare it a Public Health Emergency of International Concern on 30 January 2020 and on 11 March that it was a pandemic. The Covid-19 pandemic has caused over 6 million deaths in over 570 million infections, making it one of the deadliest in history.

In order for the Hospital to be able to meet the hospitalization needs of patients with Covid-19, it increased by various means (merger or transfer of clinics to other places, utilization of donations, etc.) the number of ICU beds.

In order for the control team to assess whether the Hospital had been properly prepared for the increased demand for intensive care beds during the Covid-19 pandemic in 2020, it was asked to answer a series of sub-searching questions.

The ultimate goal is to evaluate the performance of the Hospital in each of these questions and overall, so that we can draw some conclusions about its operation and performance.

² ISSAI 300 «Fundamental principles of performance auditing» και ISSAI 3000 «Implementation Guidelines for Performance Auditing: Standards and guidelines for performance auditing», καθώς και ISSAI 3100 «Performance Audit Guidelines Key Principles».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	x
ABSTRACT	xii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	xiv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xvi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xviii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
Εισαγωγή	5
1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	6
1.2 Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)	10
1.3 Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).....	11
1.4 Οι ασθενείς στις ΜΕΘ.....	17
1.4.1. Στελέχωση ΜΕΘ.....	20
1.5 Η Πανδημία Covid-19.....	22
1.6 Σκοπιμότητα της Μελέτης.....	25
1.7 Ανακεφαλαίωση.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙΔΟΣΕΩΝ	
Εισαγωγή.....	28
2.1 Κριτήρια Ελέγχου Επιδόσεων.....	28
2.2 Μεθοδολογία Συλλογής Στοιχείων της Ερευνητικής Εργασίας.....	29
2.3 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	30
2.4 Ερευνητικές Υποθέσεις.....	30
2.5 Ανακεφαλαίωση.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ	
3.1 Εισαγωγή	32
3.2 Προγραμματίστηκαν και υλοποιήθηκαν εγκαίρως όλες οι αναγκαίες ενέργειες για τη διαχείριση των αυξημένων αναγκών νοσηλείας σε κλίνες ΜΕΘ ενόψει της πανδημίας της Covid-19;	33
3.3 Είχαν σχεδιαστεί μέτρα για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης για κλίνες ΜΕΘ;	33
3.3.1 Το Επιχειρησιακό Σχέδιο του Νοσοκομείου ως Μέρος Ευρύτερου Σχεδιασμού.....	35

3.3.2	Περιεχόμενο Επιχειρησιακού Σχεδίου.....	36
3.3.3	Τροποποιήσεις – Αναμορφώσεις Επιχειρησιακού Σχεδίου.....	38
3.4	Υλοποιήθηκαν τα μέτρα αυτά, όπως είχε προβλεφθεί.....	41
3.4.1	Διάθεση αναγκαίων οικονομικών πόρων	41
3.4.2	Ανθρώπινοι πόροι.....	44
3.4.3	Εκπαίδευση Υγειονομικού Προσωπικού	48
3.4.4	Επάρκεια Μέσων Προστασίας (ΜΑΠ).....	48
3.4.5	Δωρεές.....	50
3.5	Ανταποκρίθηκε επαρκώς το Νοσοκομείο στην αυξημένη ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ λόγω της πανδημίας της Covid-19;.....	52
3.5.1	Λειτουργικότητα κλινών ΜΕΘ Covid-19	52
3.5.2	Πληρότητα κλινών ΜΕΘ Covid-19.....	55
3.5.3	Θνητότητα ασθενών ΜΕΘ Covid-19	56
3.5.4	Καταγγελίες – αναφορές	59
3.6	Υπάρχει Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου στο Νοσοκομείο;	60
3.7	Ανακεφαλαίωση.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ		
4.1	Συστάσεις	65
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....		68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		69

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κλίνες ΜΕΘ για περιστατικά Covid.....	40
Πίνακας 2. Επιχορηγήσεις Τακτικού Προϋπολογισμού.....	42
Πίνακας 3. Επιχορηγήσεις από ΕΣΠΑ.....	42
Πίνακας 4. Υπάλληλοι για ενίσχυση Νοσοκομείου.....	45
Πίνακας 5. Ιατροί για ενίσχυση Νοσοκομείου.....	45
Πίνακας 6. Απαιτούμενο Προσωπικό.....	46
Πίνακας 7. Αποτύπωση Πλήθους Εργαζομένων Εγγράφου του Νοσοκομείου	47
Πίνακας 8. Προσωπικό ΜΕΘ με Νόσηση από Covid-19.....	48
Πίνακας 9. Ασθενείς Covid-19 Παιδιατρικής Κλινικής 2020.....	55
Πίνακας 10. Θανόντες από Covid-19 εντός 2020.....	57
Πίνακας 12. Σύγκριση στοιχείων θανάτων για τα έτη 2018-2019-2020.....	57
Πίνακας 11. Εκθέσεις Πεπραγμένων 2020.....	59

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Μεταβολή αριθμού κλινών ΜΕΘ Covid εντός του 2020.....	40
Γράφημα 2. Ποσοστό Κλινών ΜΕΘ επί Συνόλου Κλινών ΜΕΘ.....	40
Γράφημα 3. Πηγή Χρηματοδότησης	43
Γράφημα 4. Διακύμανση στις ποσότητες Ειδών Προστασίας.....	50
Γράφημα 5. Μάρτιος-Δεκέμβριος 2020	58

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προβληματισμός στην προσέγγιση του παραπάνω θέματος

Η αντιμετώπιση του κορωνοϊού από το Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν ένας σημαντικός παράγοντας στην πάλη κατά της πανδημίας. Ωστόσο, παρά την αποτελεσματική ανταπόκριση και τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν, υπάρχουν ορισμένα ζητήματα που προκαλούν προβληματισμό και αξίζει να εξεταστούν.

Ένα από τα κύρια προβλήματα αφορά την ανισότητα στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, έγινε εμφανές ότι οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι φτωχοί, οι μετανάστες και οι άνθρωποι με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και πληροφόρηση. Αυτό οδήγησε σε ανισότητες στην προστασία της υγείας και την αντιμετώπιση του ιού. Είναι αναγκαίο να επικεντρωθούμε στην εξάλειψη αυτών των ανισοτήτων και να διασφαλίσουμε την ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη.

Ένα άλλο ζήτημα προβληματισμού αφορά τη συνεργασία και τον συντονισμό μεταξύ των διαφόρων επιπέδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η αντιμετώπιση του κορωνοϊού απαιτεί συνεργασία και συντονισμό μεταξύ των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας, των ιατρών και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, παρατηρήθηκε έλλειψη συντονισμού και επικοινωνίας, καθώς και ανεπάρκεια πόρων και υποδομών. Αυτό οδήγησε σε δυσκολίες στην αντιμετώπιση των κρίσιμων καταστάσεων και στην αποτελεσματικότητα των μέτρων.

Επιπλέον, η επικοινωνία και η διαχείριση των πληροφοριών αποτέλεσαν αντικείμενο προβληματισμού. Η πληροφόρηση πρέπει να είναι σαφής, αξιόπιστη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κοινού. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, παρατηρήθηκε πολλές φορές έλλειψη συνεπούς και ενημερωμένης επικοινωνίας, που μπορεί να οδηγήσει σε ανασφάλεια, πανικό και αποδυνάμωση των προσπαθειών αντιμετώπισης της πανδημίας.

Τέλος, ο προβληματισμός επεκτείνεται και στην προετοιμασία για μελλοντικές πανδημίες. Είναι σημαντικό να αναλυθούν οι διδάγματα που αποκτήθηκαν από την αντιμετώπιση του κορωνοϊού και να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας και την αντιμετώπιση μελλοντικών κρίσεων. Αυτό περιλαμβάνει την ενίσχυση της ερευνητικής προσπάθειας, την επένδυση στην υγεία και την πρόληψη, καθώς και τη βελτίωση της ετοιμότητας και του συντονισμού μεταξύ των φορέων του

υγειονομικού συστήματος.

Τι δυσκολίες παρουσιάστηκαν στην έρευνα

Μια έρευνα που αναλύει την απόκριση του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού μπορεί να αντιμετωπίσει ορισμένες δυσκολίες. Ορισμένες από αυτές περιλαμβάνουν:

Έλλειψη δεδομένων: Η ανάλυση της απόκρισης του συστήματος υγείας απαιτεί τη συλλογή εκτεταμένων και αξιόπιστων δεδομένων. Μπορεί να υπάρχουν προκλήσεις σχετικά με την προσβασιμότητα και την ακρίβεια των δεδομένων, καθώς και τη συγκέντρωση τους από διάφορες πηγές.

Πολυπλοκότητα του θέματος: Η αντιμετώπιση του κορωνοϊού ενέπνευσε μια σειρά από μέτρα και ενέργειες που συνδέονται με πολλούς τομείς, όπως η δημόσια υγεία, η πολιτική λήψη αποφάσεων, η οργάνωση των νοσοκομείων και η επικοινωνία. Η ανάλυση της συνολικής απόκρισης απαιτεί κατανόηση και αξιολόγηση πολυπλοκών παραμέτρων.

Χρονική πίεση: Η ανάλυση της απόκρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού πρέπει να γίνει σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Η πίεση για γρήγορη ανάλυση και αξιολόγηση των δεδομένων μπορεί να επηρεάσει την εκτίμηση και την πληρότητα των αποτελεσμάτων.

Γενικές παραδοχές και Δομή της έρευνας μας

Η νόσος COVID-19 είναι μία μολυσματική λοίμωξη του αναπνευστικού, η οποία προκαλείται από έναν κορωνοϊό σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου τύπου 2, γνωστό με την ονομασία SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). Η επιδημική έξαρση της νόσου, που κηρύχθηκε πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στις 11 Μαρτίου 2020, έθεσε τα συστήματα υγείας διεθνώς υπό πρωτόγνωρη δοκιμασία. Ένα ποσοστό των ασθενών με COVID-19, ραγδαίως αυξανόμενο για τους άνω των 60 ετών, καθώς και για όσους πάσχουν από υποκείμενα νοσήματα, άρχισαν να αναπτύσσουν βαρεία πνευμονία, με συνέπεια να απαιτείται μηχανική υποστήριξη της αναπνοής τους και νοσηλεία τους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Κατά τα σχετικά ισχύοντα, η ΜΕΘ αποτελεί διακριτό χώρο ιατρικής δραστηριότητας και νοσηλείας, που λειτουργεί ανεξάρτητα από τα άλλα τμήματα του Νοσοκομείου. Έχει καθορισμένη θέση στον χώρο του Νοσοκομείου και συγκεντρώνει

ανθρώπινο δυναμικό με επαγγελματικές δεξιότητες και τον ανάλογο τεχνικό εξοπλισμό. Ο στόχος της ΜΕΘ είναι η παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών σε οξέως πάσχοντες ασθενείς, καθώς και η διενέργεια των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων και η θεραπεία, ούτως ώστε να βελτιωθεί η υγεία των ασθενών.

Τη δοκιμασία της πανδημίας, με όλες τις προαναφερόμενες συνέπειές της ως προς την αυξημένη ζήτηση κλινών εντατικής θεραπείας, δεν θα μπορούσε να αποφύγει το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Η έρευνα εκκινεί από δύο βασικές παραδοχές, πρώτον, του δικαιολογημένου αιφνιδιασμού των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, λόγω της οξύτητας της υγειονομικής κρίσης από την πανδημία, και, δεύτερον, της υποχρέωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας να εξασφαλίζουν, ακόμη και σε περιόδους πανδημίας, απρόσκοπτη και επί ίσοις όροις πρόσβαση του πληθυσμού στην προσήκουσα, ενόψει των περιστάσεων, φροντίδα υγείας.

Η έρευνα επικεντρώθηκε σε πέντε (5), κύριας σημασίας, ερωτήματα :

Προγραμματίστηκαν και υλοποιήθηκαν εγκαίρως όλες οι αναγκαίες ενέργειες για τη διαχείριση των αυξημένων αναγκών νοσηλείας σε κλίνες ΜΕΘ ενόψει της πανδημίας της Covid-19 ;

Είχαν σχεδιαστεί μέτρα για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης για κλίνες ΜΕΘ ;

Υλοποιήθηκαν τα μέτρα αυτά, όπως είχε προβλεφθεί;

Ανταποκρίθηκε επαρκώς το Νοσοκομείο στην αυξημένη ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ λόγω της πανδημίας της Covid-19;

Υπάρχει Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου στο Νοσοκομείο ;

Η έρευνα εντόπισε δύο παράγοντες που επηρέασαν τη διαθεσιμότητα των κλινών εντατικής θεραπείας που επιτεύχθηκε για τους ασθενείς με COVID-19. Ο ένας ήταν το προϋπάρχον, ήδη πριν από την εμφάνιση της πανδημίας, έλλειμμα κλινών εντατικής θεραπείας στο ΕΣΥ, το οποίο, σε συνδυασμό με το επείγον των περιστάσεων, αντικειμενικά περιόριζε τη δυνατότητα άμεσης ανάπτυξης τέτοιων κλινών για τα περιστατικά της νόσου. Ο άλλος έχει να κάνει με την έγκαιρη κινητοποίηση και βέλτιστη αξιοποίηση των αναγκαίων πόρων.

Στο εν λόγω Νοσοκομείο διατέθηκαν έκτακτες επιχορηγήσεις για την κάλυψη των δαπανών απόκρισης στην υγειονομική κρίση, τόσο από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, όσο και από το Πρόγραμμα Δημοσίων

Επενδύσεων, οι οποίες, αρχής γενομένης από τον μήνα Μάρτιο, κλιμακώθηκαν έως το τέλος του έτους 2020, οι επιχορηγήσεις αυτές δεν προορίζονταν ειδικώς για την ανάπτυξη κλινών εντατικής θεραπείας.

Τέλος κατόπιν ενεργειών του Υπουργείου Υγείας και της Διοίκησης της Υ.ΠΕ , το Νοσοκομείο είχε ορισθεί ως αποδέκτης δωρεάς από κοινοφελές Ίδρυμα , με αντικείμενο την ανάπτυξη οκτώ (8) νέων κλινών εντατικής θεραπείας ενηλίκων και έξι (6) νέων κλινών εντατικής θεραπείας παιδών. Και, ενώ οι επιπλέον αυτές κλίνες εντατικής θεραπείας ενηλίκων, με τις οποίες θα συμπληρωνόταν το ελάχιστο όριο του 5% επί της συνολικής δυναμικότητας του Νοσοκομείου, είχαν συμπεριληφθεί στις εκτιμήσεις της διοίκησής του για την αντιμετώπιση του δεύτερου πανδημικού κύματος, τον Δεκέμβριο του έτους 2020, για λόγους που είχαν να κάνουν με την εκτέλεση της από 19.10.2020 σχετικής σύμβασης μεταξύ του Ιδρύματος και του εργολήπτη του έργου και τις επιφυλάξεις της αρμόδιας επιτροπής κατά την παραλαβή του, παραλήφθηκαν τελικώς μόλις στις 25.5.2021.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Η υγεία χαρακτηρίζεται ως το πολυτιμότερο αγαθό. Είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Παράγοντες γενετικοί, σχετιζόμενοι με το περιβάλλον, τις συνθήκες ζωής, με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας, ακόμη και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας-ασθένειας.

Από το 1948, που ιδρύθηκε, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) που ασχολείται με την προάσπιση της παγκόσμιας υγείας. Στο καταστατικό του ΠΟΥ διατυπώθηκε ο εξής ορισμός για την υγεία: «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (*"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."*).³

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ ο όρος δημόσια υγεία αναφέρεται στην επιστήμη και την τέχνη της πρόληψης των ασθενειών και της επιμήκυνσης της ζωής και της προαγωγής της υγείας. Τεκμαίρεται συνεπώς, πως για την εξασφάλιση ενός επιθυμητού επιπέδου στη δημόσια υγεία θα πρέπει να είναι αποτελεσματική η μελέτη και η πρακτική αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία ενός πληθυσμού μιας κοινωνίας. Η επίτευξη του στόχου της δημόσιας υγείας είναι να βελτιώσει την ζωή μέσα από την πρόληψη ή τη θεραπεία της νόσου. Στον ορισμό του Winslow για την υγεία (1920) επισημαίνεται η συμβολή των οργανωμένων προσπαθειών και των συνειδητών επιλογών της κοινωνίας, των οργανισμών, των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων καθώς και των ατόμων για τη διατήρηση της δημόσιας υγείας.

Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει, την πρόληψη, τη θεραπεία, τη διαχείριση των ασθενειών καθώς και την προστασία ευεξίας μέσω των υπηρεσιών που προσφέρονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα από τους επαγγελματίες υγείας. Αγκαλιάζει το σύνολο των αγαθών και των υπηρεσιών που

³ <https://www.who.int/>

αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της θεραπευτικής και της παρηγορητικής παρέμβασης, είτε απευθύνονται σε άτομα ή σε πληθυσμούς. Η οργανωμένη παροχή των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια περιγραφή εννοιών που θα χρησιμοποιηθούν περαιτέρω στον έλεγχο επιδόσεων καθώς και μια ανάλυση της κρισιμότητας μελέτης του εν λόγω ζητήματος.

1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «ένα σύστημα υγείας ορίζεται ως μια συνειδητή προσπάθεια της οποίας πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας» (Λιαρόπουλος, 2007).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 (Ν. 1397/1983) με στόχο την αναμόρφωση του συστήματος υγείας. Οι δύο πυλώνες της νομοθεσίας είναι: α) η αποκλειστική ευθύνη του κράτους να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες και β) η ισότιμη παροχή αυτών των υπηρεσιών σε κάθε πολίτη. Οι πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση, έχουν πρόσβαση σε ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνο για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, ενώ το σύστημα χρηματοδοτείται από α) τη γενική φορολογία, β) τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και γ) τις ιδιωτικές δαπάνες.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από νοσοκομεία, κέντρα υγείας και ασφαλιστικές εταιρείες. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και το προσωπικό σε αυτά λαμβάνει μισθούς, ενώ το προσωπικό του ασφαλιστικού ταμείου αμείβεται από το ίδιο το ταμείο.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας είναι:

- Υβριδικά συστήματα.
- Το σύστημα χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι κατά κύριο λόγο αρμόδιο

για την πολιτική υγείας σε όλη την Ελλάδα.

- Υπηρεσίες υγείας της Ε.Σ.Υ. Προσαρτώνται διοικητικά στις περιφέρειες (ΔΥΠΕ).
- Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από ασφαλιστικούς φορείς, νοσοκομειακές κλινικές, ιδιώτες γιατρούς και κέντρα υγείας.
- Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από νοσοκομεία.
- Οι αποδοχές των νοσοκομειακών ιατρών υπολογίζονται με μισθό και των ιδιωτών με βάση τις θέσεις τους.
- Τα νοσοκομεία επιστρέφονται από φόρους και κοινωνική ασφάλιση καθώς και ιδιωτικές πληρωμές.

Λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει εδώ και καιρό το ελληνικό σύστημα υγείας, ειδικά τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της ανεπαρκούς χρηματοδότησης και του ανεπαρκούς προσωπικού στις μονάδες υγείας, είναι δύσκολο να καλύψει τις ανάγκες του κοινού σε υπηρεσίες υγείας.

Να αναφέρουμε εδώ ότι λόγω του σύντομου χρόνου από το ξέσπασμα της επιδημίας, δεν υπάρχουν έντυπες εκδόσεις ή βιβλία, παρά μόνο διαδικτυακές αναφορές.

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ένα ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα ενός νοσοκομείου που έχει σχεδιαστεί για να παρέχει φροντίδα και θεραπεία σε ασθενείς που βρίσκονται σε πραγματικό ή δυνητικό κίνδυνο για τη ζωή τους. Αυτός είναι ένας τομέας αυξημένης ζήτησης, με πολλούς επαγγελματίες να συνεργάζονται, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, τεχνικών, φυσιοθεραπευτών και παραϊατρικών. Συνδεδειγμένος τους κρίκος είναι ο ασθενής και κοινός στόχος είναι η βελτίωση της υγείας τους.

Η βελτίωση αυτή αξιολογείται μέσω δεικτών ποιότητας που αξιολογούν όλες τις άμεσες και έμμεσες παρεμβάσεις στους ασθενείς. Οι μετρήσεις ορίζονται ως μετρήσιμοι στόχοι με τους οποίους αξιολογείται η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας/αγαθών. Μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για την πρόοδο της υγείας των ασθενών, καθώς και το κόστος ελέγχου, να αξιολογούν τις εφαρμοσμένες τεχνικές και να εκτιμούν Αποτελεσματικότητα στρατηγικών και παρεμβάσεων. Οι δείκτες ποιότητας πρέπει να είναι ουσιαστικοί, έγκυροι, αξιόπιστοι, κατανοητοί, ερμηνεύσιμοι και εφαρμόσιμοι (Γεράσιμου, 2013).

Τα τελευταία χρόνια, ειδικά στον απόηχο της πανδημίας του Covid-19, έχει δοθεί αυξημένη εστίαση στη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από επαγγελματίες και διοίκηση. Σύμφωνα με τη θεωρία συστημάτων του Donabedian,

για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας, πρέπει να μετρηθούν οι ακόλουθες κατηγορίες: δομές που σχετίζονται με περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (π.χ. ανθρώπινο δυναμικό, εγκαταστάσεις-υποδομή, ιατροτεχνικός εξοπλισμός, αριθμός προσωπικού ανά κρεβάτι, Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή, αριθμός κλινών ανά τετραγωνικό μέτρο, παρουσία χώρων αναμονής για συγγενείς), διαδικασίες που σχετίζονται με την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (π.χ. ποσοστό μη παρευρισκομένων ασθενών), μηχανικός αερισμός, αριθμός μη προγραμματισμένων διασωληνωτών, Ημέρες ΜΕΘ παραμονή (LOS), διάρκεια μηχανικού αερισμού, ημέρες πλήρους κάλυψης κρεβατιού ΜΕΘ/ημέρες πληρότητας ΜΕΘ) και αποτελέσματα ενεργειών και υπηρεσιών (π.χ. πνευμονία λόγω μηχανικού αερισμού), θνησιμότητα, ασθενής και σχετική ικανοποίηση. Ο εντοπισμός σημαντικών στοιχείων για αξιολόγηση και μέτρηση στις υπηρεσίες υγείας βοηθά στον καθορισμό προτύπων ορθής πρακτικής, δεικτών αξιολόγησης και δράσεων συμμόρφωσης. Η τεκμηρίωση των διαδικασιών και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Τέλος, η τήρηση μιας κοινής μεθοδολογίας μεταξύ των τομέων επιτρέπει πιο αξιόπιστη σύγκριση των αποτελεσμάτων τους και παρέχει χρήσιμο υλικό για έρευνα (Παπακωστίδης, 2012).

Μια ανασκόπηση που εξέτασε θέματα στελέχωσης σε οργανισμούς υγείας σε διάφορες χώρες έδειξε ότι στο Βέλγιο καθορίστηκε από τη νομοθεσία μια αναλογία 12 νοσηλευτών ανά 30 νοσοκομειακές κλίνες ανά 24ωρο, ενώ στην Καλιφόρνια η αναλογία ήταν 1:5 νοσηλευτές. Κάθε ασθενής υποβάλλει αίτηση από το 2005. «Στην Ελλάδα το μέγεθος και η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού καθορίζονται μετά την ίδρυση του εθνικού συστήματος υγείας, ωστόσο δεν υπάρχει νομοθεσία που να ρυθμίζει συγκεκριμένα ποσοστά στελέχωσης στα δημόσια νοσοκομεία. Η υψηλή αναλογία ασθενή προς νοσηλευτή όχι μόνο επηρεάζει αρνητικά τον ασθενή. αποτελέσματα, αλλά επηρεάζει επίσης και τους νοσηλευτές, καθιστώντας τους πιο επιρρεπείς σε συναισθηματική εξάντληση, στρες, δυσαρέσκεια και εξάντληση. Συμπερασματικά, η επαρκής στελέχωση είναι το κλειδί για την ποιότητα και την ασφάλεια της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η σωστή σύνθεση του προσωπικού συμβάλλει στην προώθηση μιας υγιούς εργασίας περιβάλλον και μείωση του κόστους προσφοράς Νοσηλευτική οργανισμών υγείας σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα» (Μαλιάρου, 2008).

Η ΜΕΘ είναι ένας δαπανηρός τομέας υγείας. Σύμφωνα με την ανάλυση και την έρευνα για το κόστος της ΜΕΘ, το κόστος νοσηλείας ανά άτομο ημερησίως είναι πολύ υψηλό, το οποίο είναι 3-4 φορές το κόστος νοσηλείας στον θάλαμο, αντιπροσωπεύοντας το 20-30% του συνολικού κόστους νοσηλείας, επομένως ένα μεγάλο μέρος των κεφαλαίων του νοσοκομείου δαπανώνται σε μικρότερο ποσοστό νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ (Φίκα, 2014). Ωστόσο, το κόστος της ΜΕΘ είναι μικρό σε σχέση με τα οφέλη εάν ληφθεί υπόψη η σημασία της εργασίας που παρέχεται από τη ΜΕΘ.

Τα παραπάνω αναφέρουν ιδιαίτερη έμφαση στις μονάδες εντατικής θεραπείας και στη συνέχεια προτείνουν τρόπους αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους και βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας. Πρώτον, είναι απαραίτητη η λογική κατανομή και διαχείριση των κλινών ΜΕΘ. Η άσκοπη εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και κατάρτισης σχετικά με τις δυνατότητες και τον ρόλο της ΜΕΘ, είτε από την πίεση της οικογένειας είτε από την πίεση του γιατρού, οδηγεί σε σπατάλη πόρων και ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον, η εφαρμογή της τεκμηριωμένης ιατρικής (Evidence-Based Medicine, EBM) και ο στόχος της εφαρμογής θεραπειών που βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα που προέρχονται από τεκμηριωμένες μελέτες (μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις και διπλές τυφλές μελέτες) συμβάλλουν στην παραγωγή κατευθυντήριων γραμμών για τη θεραπεία ασθενειών ή συνδρόμων.

Η λήψη μέτρων για την αποφυγή οριζόντιας εξάπλωσης της λοίμωξης είναι χρήσιμη στη ΜΕΘ. Αυτό μπορεί επίσης να επιτευχθεί με επιπλέον νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και με κατάλληλο βασικό εξοπλισμό. Εκτός από τα μηχανήματα, ο κατάλληλος και καλά σχεδιασμένος χώρος και τα ποιοτικά κρεβάτια παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απόδοση μιας ΜΕΘ από λειτουργική άποψη. Κρεβάτια χαμηλής ποιότητας που η διοίκηση του νοσοκομείου θεωρεί ωφέλιμα καταλήγουν να είναι εντελώς ασύμφορα, καθώς οδηγούν σε αυξημένη νοσηρότητα λόγω επιπλοκών (ανάπαυση στο κρεβάτι, εμβολή), π.χ. παρατεταμένη νοσηλεία, πρόσθετες νοσηλευτικές υπηρεσίες, σωματικές και ψυχολογικές εξετάσεις ασθενών.

Τέλος, πιο άμεσες και πιο εφικτές στρατηγικές μείωσης του κόστους είναι η βελτιστοποίηση της χρήσης του κρεβατιού, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας κάθε θεραπείας μέσω συστηματικής εκπαίδευσης και η μείωση των εργαστηριακών εξετάσεων και των φαρμάκων στην απόλυτη ανάγκη. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό σε αυτό το σημείο ότι η μείωση της διάρκειας παραμονής είναι κατά κύριο λόγο

μείωση του κόστους για το ασφαλιστικό ταμείο. Εάν η πληρότητα κρεβατιού είναι χαμηλή, τα έσοδα του νοσοκομείου ενδέχεται να μειωθούν. Ωστόσο, με αυτόν τον τρόπο, το κράτος και η διοίκηση του νοσοκομείου θα μπορούν να καθορίσουν τον απαραίτητο αριθμό κλινών, το απαραίτητο προσωπικό και να προχωρήσουν σε επεμβάσεις για τη λειτουργική αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας.

1.2 Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ) που ιδρύθηκε με τον Ν. 4633/2019 και εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας.

Ο ΕΟΔΥ έχει ιδιαίτερο ρόλο στη διαχείριση των κρίσεων υγείας όπως ορίζεται στο άρθρο 2 του ιδρυτικού του νόμου 4633/2019, «Αποτελεί το επιχειρησιακό κέντρο σχεδιασμού και υλοποίησης δράσεων για την προστασία της δημόσιας υγείας μέσω πρόληψης, δράσης και παρέμβασης, έτοιμο να ανταποκριθεί σε έκτακτης ανάγκης κινδύνους για την υγεία, συντονίζοντας τις λειτουργίες του με τις τρέχουσες ανάγκες του κράτους και των διεθνών οργανισμών με τους οποίους συνεργάζεται».

Στόχος του ΕΟΔΥ είναι η αποτελεσματική ανταπόκριση στις ασθένειες μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης, παρακολούθησης και αξιολόγησης του κινδύνου, αναφοράς και υποβολής επιστημονικά τεκμηριωμένων συστάσεων και παρεμβάσεων για την εξάλειψη των απειλών για την ανθρώπινη υγεία από μολυσματικές ασθένειες. Ο ΕΟΔΥ αναπτύσσει και προωθεί δράσεις με στόχο την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών και γενικότερα τη μείωση της επιβάρυνσης των μη μεταδοτικών ασθενειών.

Οι κύριες λειτουργίες του ΕΟΔΥ περιλαμβάνουν επιδημιολογική επιτήρηση, εκτίμηση κινδύνου, συμβουλές για επιστημονικά θέματα, ετοιμότητα και ανταπόκριση, παροχή αξιόπιστων και συγκρίσιμων επιδημιολογικών δεδομένων και στατιστικών σε αρμόδιες αρχές σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, εκπαίδευση και κατάρτιση/ Δραστηριότητες όπως η κατάρτιση στον τομέα της δημόσιας υγείας, η ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας για τους κινδύνους σοβαρών απειλών για την υγεία και η προώθηση δράσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης σε θέματα δημόσιας υγείας. Ο ΕΟΔΥ είναι ένα επιχειρησιακό κέντρο σχεδιασμού και υλοποίησης προστατευτικών δράσεων

δημόσιας υγείας προληπτικού, λειτουργικού και παρεμβατικού χαρακτήρα, έτοιμο να ανταποκριθεί σε επείγοντες κινδύνους για την υγεία, συντονίζοντας τις λειτουργίες του με τις ανάγκες των χωρών και των διεθνών οργανισμών με τους οποίους συνεργάζεται.

Οι στόχοι του ΕΟΔΥ είναι:

- Παρακολούθηση και αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που επηρεάζουν την υγεία.
- Επιδημιολογική επιτήρηση και παρακολούθηση των επιπτώσεων των μολυσματικών ασθενειών στη δημόσια υγεία.
- Προετοιμασία και εφαρμογή προληπτικών μέτρων και πληροφοριών για κάθε ομάδα-στόχο για την προστασία της υγείας της και τη διασφάλιση της ευημερίας της.
- Λήψη μέτρων για την προστασία του πληθυσμού από όλες τις απειλές που προέρχονται από μεταδοτικές ασθένειες, Προώθηση δράσεων με στόχο τη βελτίωση της υγείας, την πρόληψη χρόνιων και μη μεταδοτικών ασθενειών και τη θεραπεία επιβλαβών καταστάσεων για την υγεία.

Ο ΕΟΔΥ, ως οργανισμός, αποτελεί βασικό φορέα συντονισμού και ενημέρωσης σε όλη τη διαδικασία διαχείρισης της πανδημίας. Εκδίδει οδηγίες προς νοσοκομεία και πολίτες, ενώ συγκεντρώνει πληροφορίες και δημοσιεύει στατιστικούς πίνακες και ενημερωτικό υλικό για την ενημέρωση του κοινού.

1.3 Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι εξειδικευμένοι χώροι νοσοκομείων που παρέχουν υπηρεσίες Επείγουσας και Εντατικής Θεραπείας. Περαιτέρω, «είναι ο χώρος όπου παρέχεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συνεχούς και αδιάλειπτης παρακολούθησης, περίθαλψης και θεραπείας σε ασθενείς των οποίων οι ζωτικές λειτουργίες βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση» (ΦΕΚ 202, Π.Δ. 517).

Με άλλα λόγια, οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) χρησιμοποιούνται για να κρατούν στη ζωή ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, δηλαδή ασθενείς με κρίσιμη διαταραχή στην αναπνοή και τις καρδιακές τους λειτουργίες, επειδή αυτές οι μονάδες διαθέτουν ειδικό τεχνολογικό εξοπλισμό και συνεχή παρακολούθηση από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών.

Αναλυτικότερα, ως «εντατική θεραπεία» ορίζεται «η εξάντληση όλων των

θεραπευτικών δυνατοτήτων για την προσωρινή υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανασταλμένων ζωτικών λειτουργιών, με στόχο την αποκατάσταση αυτών των λειτουργιών ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή». Η υποκείμενη ασθένεια είναι δευτερεύουσα στην κρίσιμη περίοδο και η θεραπευτική και νοσηλευτική διαχείριση εστιάζεται σε ζωτικές διαδικασίες (αναπνοή, κυκλοφορία και ομοιόσταση). Αυτό είναι σημαντικό γιατί, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της υποκείμενης πάθησης, η οποία μπορεί να είναι χειρουργική, παθολογική, γυναικολογική ή άλλου είδους, οι συνέπειες που επηρεάζουν τις ζωτικές λειτουργίες ακολουθούν ακριβή, σχεδόν πανομοιότυπα μοτίβα. Επιπλέον, λόγω της υποκείμενης ασθένειας, αυτές οι δυσκολίες απαιτούν ποικίλη αλλά μη ειδική 24ωρη παρακολούθηση και έλεγχο των βασικών συστημάτων. Ως αποτέλεσμα, η συνεχής επιτόπια παρουσία μιας ομάδας ιατρών και νοσηλευτών ειδικευμένων σε αυτές τις δυσκολίες, καθώς και η δυνατότητα χρήσης ιατρικού εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, είναι απαραίτητη» (Ασκητοπούλου, 1991).

Όσον αφορά στην Ελλάδα:

«Η ιδέα δημιουργίας ΜΕΘ άρχισε από τα Ασκληπιεία και ειδικότερα από αυτό της Επιδαύρου. Το Ασκληπιείο της Επιδαύρου ανήκε στην κατηγορία των πανθεραπευτηρίων και ήταν το περιφημότερο όλων. Από τα διάφορα κτίρια που βρέθηκαν στις ανασκαφές, το άβατο ή κατακλιντήριο παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αποτελούσε το αρχαιότερο γνωστό υπόδειγμα νοσοκομειακού τμήματος. Ο εξοπλισμός του κτιρίου και η γενικότερη αρχιτεκτονική δομή του, μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι το άβατο προοριζόταν για νοσηλεία βαριά πασχόντων ασθενών με τη σύγχρονη αντίληψη των ΜΕΘ, καθώς και τη σταδιακή φροντίδα, όπως εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ τη δεκαετία 1960-1970» (Πλατή, 1993).

Μια εθελοντική ομάδα ιδρύθηκε τον Ιούλιο του 1953 για να βοηθήσει τους ασθενείς με πολιομυελίτιδα στο Λοιμωξιολογικό Νοσοκομείο Αθηνών. Ο Σουηδικός Ερυθρός Σταυρός έστειλε μια ομάδα στην περιοχή αυτή αποτελούμενη από έναν εξειδικευμένο γιατρό, έναν φυσιοθεραπευτή και δύο νοσοκόμες για να αντιμετωπίσει το μεγάλο ξέσπασμα της πολιομυελίτιδας στο ανταπόκριση στις πρωτοβουλίες του τότε υπουργού Υγείας και του προέδρου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, για την εκτέλεση της πρώτης τραχειοστομίας στην περιοχή χρησιμοποιήθηκε ενδοτραχειακός σωλήνας και αναπνευστήρας Lundia, ενώ για πρώτη φορά στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε και αναπνευστική φυσιοθεραπεία. Ο Σουηδικός Ερυθρός Σταυρός χορήγησε δύο υποτροφίες νοσηλευτών για εξειδικευμένη πρόσθετη εκπαίδευση στη Σουηδία την ίδια χρονιά.

Πριν από περίπου 60 χρόνια ξεκίνησε να λειτουργεί στο Σανατόριο Νοσοκομείο «Σωτηρία» φυσικοπαθολογικό εργαστήριο λειτουργικού ελέγχου των πνευμόνων. Αυτή ήταν η αρχή της έννοιας της εντατικής θεραπείας στην Ελλάδα. Το «Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας», με το οποίο συνδέθηκε λειτουργικά κατά την ίδρυσή του, είχε προηγηθεί η ανάπτυξη αυτού του εργαστηρίου. Στόχος του κέντρου περιγράφεται ως «η εντατική αντιμετώπιση κάθε μορφής αναπνευστικής ανεπάρκειας, παθολογικής ή χειρουργικής αιτιολογίας, από δηλητηρίαση ή πολλαπλούς τραυματισμούς και η εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού» στην αιτιολογική έκθεση του κέντρου (Γρηγοράκος, 2014).

Λόγω ακατάλληλων συνθηκών στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νοσημάτων, όπου σοβαρές περιπτώσεις αναπνευστικής ανεπάρκειας αντιμετωπίζονταν με ήδη υπάρχοντα εξοπλισμό (Iron Lungs, Iron Lung, Rocking Beds και Lundia αναπνευστήρες), έπρεπε να δημιουργηθεί γρήγορα ένα προσωρινό Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας. το καλοκαίρι του 1959 ως αποτέλεσμα της επιδημίας της πολιομυελίτιδας.

Η αντιμετώπιση των κρίσιμα πασχόντων περιλαμβάνει:

- Αιτιολογική θεραπεία, όπως παροχέτευση ή / και χορήγηση αντιβιοτικών, για την καταπολέμηση της λοίμωξης.
- Τεχνητή υποστήριξη ή αντικατάσταση συστημάτων οργάνων που δεν λειτουργούν σωστά, όπως το κυκλοφορικό με κατεχολαμίνες, τα νεφρά με τεχνητούς νεφρούς ή το αναπνευστικό με μηχανική αναπνοή. Η υποστήριξη βασικών διαδικασιών παρατείνει τη ζωή του βαρέως άρρωστου ασθενούς και παρέχει την ευκαιρία να θεραπεύσει την υποκείμενη ασθένεια που προκάλεσε δυσλειτουργία του οργάνου.
- Εντατική νοσηλευτική φροντίδα, όπως βρογχοαναρροφήσεις, γενική καθαριότητα, πρόληψη και περιποίηση των κατακλίσεων.

Στο «Λοιμωδών Νόσων» έγινε για πρώτη φορά στην Ελλάδα μηχανική αναπνοή μέσω τραχειοστομίας» (Γρηγοράκος, 2014). Η πρώτη Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ιδρύθηκε το 1978, στο Λαϊκό νοσοκομείο από τον Δρ. Δ. Μπιλάλη.

«Οι λόγοι που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην ίδρυση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ήταν οι εξής:

- Η πρόοδος της Ιατρικής και ειδικότερα η αλματώδης εξέλιξη της χειρουργικής και αναισθησιολογίας.
- Η τελειοποίηση των μηχανικών μέσων υποστήριξης και παρακολούθησης του ανθρώπινου οργανισμού.
- Οι επιπτώσεις του τεχνικού πολιτισμού στην υγεία του ανθρώπου.
Επίσης, ώθηση στην ίδρυση ΜΕΘ έδωσαν και τα ακόλουθα:
- Οι πολύπλοκες επεμβάσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα. Αυτές απαιτούν συνεχή παρακολούθηση των ασθενών τη μετεγχειρητική περίοδο και τη βοήθεια των μηχανημάτων συνεχούς καταγραφής των λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού.
- Η τεράστια αύξηση των ατυχημάτων, ιδίως των τροχαίων. Οι κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί που προκαλούνται συνήθως, κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη οργάνωσης της ανανήψεως και της θεραπείας των τραυματιών.
- Η αύξηση του αριθμού των ανθρώπων οι οποίοι λαμβάνουν μεγάλες δόσεις δηλητηριωδών φαρμάκων για λόγους αυτοκτονίας. Η αύξηση αυτών των περιπτώσεων οφείλεται κυρίως στον αγχώδη τρόπο ζωής.
- Η ιατρική πείρα, η οποία απέδειξε ότι ασθενείς πάσχοντες από βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια δύναται να βελτιωθούν με τη χρήση ειδικών μηχανημάτων υποστήριξης της αναπνευστικής λειτουργίας» (Μπιλάλης, 1983).

Τελειώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των βαρέων πασχόντων μπορεί να μειωθεί αξιόλογα με τη σωστή χρήση των σύγχρονων τεχνικών μέσων που είναι διαθέσιμα στις ΜΕΘ.

Όταν είναι δυνατόν, η εντατική φροντίδα επιδιώκει να σώσει ή να παρατείνει τη ζωή, αποκαθιστώντας ταυτόχρονα ένα ανεκτό βιοτικό επίπεδο. Σύμφωνα με το ρητό του Ιπποκράτη στο «The Art» («ο ρόλος του γιατρού συνίσταται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς, στη μείωση της σοβαρότητας της ασθένειάς του και στη μη προσπάθεια να θεραπεύσει ό,τι υπερβαίνει τις δυνατότητες της ιατρικής») και τον διεθνή κώδικα δεοντολογίας Στην εντατική ιατρική, οι ασθενείς υπόκεινται σε συνεχή παρακολούθηση και εντατική θεραπεία, οι οποίοι αναμένεται να ανακτήσουν τη λειτουργία των οργάνων και να αποκαταστήσουν ή τουλάχιστον να βελτιώσουν την υγεία τους. Ο στόχος της ΜΕΘ δεν είναι να χρησιμοποιεί εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας για τη διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών ενός ασθενούς αφού τις έχει χάσει ανεπανόρθωτα λόγω φυσικών αιτιών θανάτου ή θανάτου που προκλήθηκαν από ανίατη ασθένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η «εντατική θεραπεία» χρησιμεύει μόνο

στην καθυστέρηση της αναπόφευκτης στιγμής του θανάτου και δεν χρησιμεύει στην προαγωγή της υγείας. Αλλά ακόμη και σε αυτές τις περιπτώσεις, η ευθύνη του προσωπικού της ΜΕΘ είναι να διασφαλίσει ότι ο ασθενής δεν βιώνει ένταση ή ταλαιπωρία (Χατζηνικολάου, 1999).

«Οι κύριες αρμοδιότητες της Μονάδας είναι οι εξής:

- Να παρέχει άμεση και διαρκή περίθαλψη από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Να παρέχει εξαιρετικές συνθήκες εκπαίδευσης για ιατρούς και νοσηλευτές.
- Να βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση, σωστή θεραπεία και αποθεραπεία των καρδιοπαθών, απαλλάσσοντας τον παθολογικό τομέα από την αποδιοργάνωση που προκύπτει με τις επιπλοκές των καρδιοπαθών. Να παρέχει εποπτική παρακολούθηση ορισμένων παραμέτρων, όπως, αναπνοή, σφύξεις, αρτηριακή πίεση, μέτρηση ούρων κλπ.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς, γιατί βρίσκονται σε κλειστό χώρο.
- Να τηρεί βιβλίο κίνησης ασθενών» (Πουλοπούλου, 2002).

Οι προβληματισμοί κατά την αντιμετώπιση των βαριά πασχόντων ασθενών καταλαμβάνουν ένα τόσο μεγάλο πεδίο και απαιτούν τόσες πολλές γνώσεις, που δεν είναι δυνατόν να λύνονται από τον ιατρό μιας μόνο ειδικότητας. Έτσι, οι ιατροί της εντατικής θεραπείας πρέπει να συνεργάζονται με τον θεράποντα ιατρό του κάθε περιστατικού. Ο θεράπων ιατρός έχει περισσότερη εμπειρία και γνώση της βασικής νόσου, ενώ ο ιατρός της μονάδας έχει μεγαλύτερη εμπειρία και γνώση στην παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Η συνεργασία αυτή είναι αποτελεσματική όταν κατά την συζήτηση των προβλημάτων, καμιά από τις δύο πλευρές δεν είναι επίμονη σε μια άποψη, ούτε αυταρχική, αποφεύγονται οι συγκρούσεις και επικρατεί η λογική. Επίσης, εκτός του θεράποντα ιατρού, ίσως χρειαστεί και η συνεργασία με άλλες ειδικότητες ιατρών π.χ. λοιμωξιολόγους κ.α., όλο το 24ωρο με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Ο κάθε συμμετέχοντας έχει ιατρική και νομική ευθύνη απέναντι στον ασθενή.

«Ο Διευθυντής της ΜΕΘ έχει το δικαίωμα, ως υπεύθυνος της αποτελεσματικής λειτουργίας του τμήματος, να απαιτεί τη διακομιδή του αρρώστου προς το τμήμα προέλευσής του, όταν αυτός δεν χρειάζεται πλέον τις υπηρεσίες της ΜΕΘ, καθώς και να αρνείται την εισαγωγή στη ΜΕΘ: α) των αρρώστων, που μπορούν αντιμετωπισθούν

στο τμήμα, όπου ανήκουν και β) των ετοιμοθάνατων αρρώστων, για τους οποίους δεν υπάρχει ελπίδα ανάνηψης ούτε στη ΜΕΘ. Έχει παρατηρηθεί διεθνώς ότι στα Νοσοκομεία παρουσιάζονται οι ακόλουθες τρεις τάσεις:

1. Άρνηση των τμημάτων να υποδεχθούν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ.
2. Επιμονή των τμημάτων να διακομίσουν στη ΜΕΘ ασθενείς με μέτριας βαρύτητας νόσο, ιδίως κατά τα σαββατοκύριακα και τις εορτές.
3. Επιμονή των τμημάτων να διακομίσουν στη ΜΕΘ ασθενείς που διανύουν τη διαδικασία του φυσικού θανάτου ή του θανάτου, που είναι συνέπεια μιας αθεράπευτης νόσου».

Η ομάδα νοσηλευτών της ΜΕΘ είναι καθοριστική για την ομαλή λειτουργία του τμήματος. Αποτελείται από νοσηλευτές με εκπαίδευση στην εντατική και τη φροντίδα βαρέως πασχόντων ασθενών. Λόγω της μεγάλης και συνεχούς εργασίας, της αποπνικτικής ατμόσφαιρας της ΜΕΘ, του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας και της απώλειας της χαράς να έχεις ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Σε επαφή με τους ασθενείς τους, το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ υφίσταται μια αφόρητη σωματική και ψυχική καταπόνηση. Για να αντιμετωπιστεί αυτό το εξαιρετικά σοβαρό ζήτημα, είναι απαραίτητο α) να ληφθεί υπόψη η ψυχική υγεία των υποψηφίων κατά τη διαδικασία πρόσληψης, β) η αλλαγή τμήματος μετά από σύντομο χρονικό διάστημα, γ) η βελτίωση της οικονομικής και κοινωνικής θέσης της ΜΕΘ σε νοσηλευτές, δ) εγγράφονται σε μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ε) συμμετέχουν ενεργά στην έρευνα του τμήματος. (Χατζηνικολάου, 1999).

Η ΜΕΘ έχει ρυθμισμένη είσοδο και είναι φυσικά διακριτή από το υπόλοιπο νοσοκομείο. «Υπάρχουν τρεις διακριτές είσοδοι στο τμήμα: μία για προμήθειες, μία για υπαλλήλους και μία για επισκέπτες. Η είσοδος επισκεπτών (συγγενών κ.λπ.) είναι περιορισμένη, για παράδειγμα με την εγκατάσταση κωδικού αριθμού στην εξώπορτα, όπου εκεί δεν είναι ελεύθερη κυκλοφορία ατόμων εντός της μονάδας». (Χατζηνικολάου, 1999).

«Η εύκολη πρόσβαση και σύνδεση με το χειρουργείο, τα επείγοντα, τα εργαστήρια απεικόνισης, και ιδιαίτερα τον αξονικό τομογράφο, καθώς και τις άλλες Μονάδες του νοσοκομείου, είναι απαραίτητες. Πρέπει να γίνουν στοιχειώδη βήματα για την όσο το δυνατόν πιο ομαλή επικοινωνία με αυτά τα τμήματα Αυτό δεν είναι εφικτό. Η μετακίνηση ασθενών σε ΜΕΘ είναι συνήθως επικίνδυνη. Ο ασθενής και το προσωπικό συνήθως συνοδεύονται από συστήματα υποστήριξης και μηχανήματα. Θα πρέπει να είναι δυνατός ο χειρισμός θυρών, ανελκυστήρων, διαδρόμων και άλλα προς αυτή την

κατεύθυνση». (Ρούσσος, 2009).

Οι ΜΕΘ πρέπει να έχουν τουλάχιστον 6 κλίνες. Ο συνολικός αριθμός κλινών, οι ειδικότητες και ο ρυθμός λειτουργίας του νοσοκομείου επηρεάζουν τον απαραίτητο αριθμό κλινών ΜΕΘ. Ένα μεγάλο νοσοκομείο με μεγάλο όγκο επεμβάσεων και ειδικοτήτων που απαιτούν συχνά τις υπηρεσίες της ΜΕΘ πρέπει να έχει αρκετά μεγάλη προσφορά κλινών ΜΕΘ ώστε να διασφαλίζεται ότι υπάρχει πάντα διαθέσιμο κρεβάτι (κάτι που, φυσικά, σπάνια συμβαίνει στην πραγματικότητα). Η ισχύς των τμημάτων που σχετίζονται με τη ΜΕΘ του νοσοκομείου επηρεάζει επίσης τον απαραίτητο αριθμό κλινών ΜΕΘ.

«Σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Καναδά, η απαιτούμενη πιθανότητα ύπαρξης διαθέσιμης κλίνης σχετίζεται ως εξής με τον απαιτούμενο αριθμό κλινών στη ΜΕΘ: Απαιτούμενος αριθμός κλινών ΜΕΘ = υπάρχουσες κλίνες ΜΕΘ + [(τετραγωνική ρίζα υπάρχουσών κλινών ΜΕΘ) X Z], όπου Z μια σταθερά που εξαρτάται από την απαιτούμενη πιθανότητα (Π) ύπαρξης διαθέσιμης κλίνης. Ένα παράδειγμα: Εάν οι υπάρχουσες κλίνες ΜΕΘ είναι 10 και οι κλίνες αυτές είναι όλες συχνά κατειλημμένες, ενώ η απαιτούμενη πιθανότητα ύπαρξης διαθέσιμης κλίνης είναι 99%, τότε ο απαιτούμενος αριθμός κλινών ΜΕΘ είναι $10 + (10 \times 2,33) = 10 + (3,16 \times 2,33) = 17,37$, δηλαδή θα πρέπει να αναπτυχθούν άλλες 8 τουλάχιστον κλίνες ΜΕΘ στο Νοσοκομείο αυτό» (Χατζηνικολάου, 1999). Είναι διεθνώς αποδεκτό ότι το σύνολο των κλινών ΜΕΘ ενός νοσοκομείου θα έπρεπε να αποτελεί το 10-15% του συνόλου των κλινών του (Χατζηνικολάου, 1999).

1.4. Οι ασθενείς στις ΜΕΘ

Από την πρώτη εμφάνιση των μονάδων εντατικής θεραπείας το 1960 έως σήμερα, η πρόοδος τους θεωρείται ραγδαία και η εξυπηρέτηση που παρέχουν στους ασθενείς είναι πολύ σημαντική. Το επαγγελματικό προσωπικό, ο πιο πρόσφατος τεχνικός εξοπλισμός και οι ιατρικές εξελίξεις έχουν βελτιώσει την πρόγνωση των βαρέως πασχόντων ασθενών σε αυτή τη μονάδα. Ωστόσο, οι διαθέσιμες κλίνες μονάδας εντατικής θεραπείας είναι ελλιπείς. Το γεγονός αυτό εγείρει σοβαρά ερωτήματα σχετικά με τη σωστή χρησιμότητά τους σε σύγκριση με το κόστος λειτουργίας τους. Η επιλογή των ασθενών που μπορούν και ποιοι όχι να εισαχθούν στη ΜΕΘ είναι μια ερώτηση που επαναλαμβάνεται καθημερινά. Ασθενείς που δεν αναμένεται να επιβιώσουν ή που χρειάζονται παρακολούθηση μόνο για προληπτικούς λόγους δεν

θα πρέπει να γίνονται δεκτοί σε αυτόν τον θάλαμο. Αντίθετα, ασθενείς με προσδόκιμο ζωής των οποίων η παθολογική κατάσταση μπορεί να αλλάξει θα πρέπει να εισάγονται στη ΜΕΘ, αλλά αυτό είναι δύσκολο στην πράξη και εύκολο στη θεωρία. Όταν η ΜΕΘ είναι 100% πληρότητα,

Ο Διευθυντής της ΜΕΘ είναι αυτός που έχει την ικανότητα και την εξουσία να μεταφέρει τους ασθενείς μέσα και έξω από το δωμάτιο. Οι έννοιες της επιλογής και της προτεραιότητας είναι θεμελιώδεις αρχές της ΜΕΘ. Αλλά η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η φυλή και οι σεξουαλικές προτιμήσεις δεν ελήφθησαν υπόψη στην επιλογή.

Οι πρώτες 24 ώρες ενός ασθενούς στον θάλαμο θεωρούνται κρίσιμες για την υγεία του. Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε νέο χώρο, σε άγνωστο περιβάλλον, βρισκόταν σε διαφορετικό περιβάλλον από τους ανθρώπους που γνώριζε, υπήρχαν πολλά μηχανήματα και ο δυνατός θόρυβος του προκάλεσε ανησυχία. Μπορεί να αισθανθεί πόνο, δυσκολία στην αναπνοή, ακόμη και να χάσει τις αισθήσεις του. Σε όλες τις περιπτώσεις, ο ρόλος της ΜΕΘ είναι η αντιμετώπιση αυτής της έκτακτης ανάγκης.

Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να εντοπίσει τον ασθενή στο χώρο και στο χρόνο, να τον καθησυχάσει, να τον ενημερώσει για το τι θα γίνει μαζί του και τελικά να τονώσει το ηθικό του, αντί να του μεταφέρει άγχος. Η απόφαση για εισαγωγή στη ΜΕΘ μπορεί να βασίζεται σε μια σειρά μοντέλων, όπως αυτά της προτεραιότητας, της διάγνωσης και των φυσιολογικών μεταβλητών. Αυτά τα μοντέλα προτείνονται από την Αμερικανική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας και κάθε νοσοκομείο πρέπει να έχει γραπτά κριτήρια για την επιλογή των υποψήφιων ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ.

Λειτουργία προτεραιότητας

Χρησιμοποιώντας αυτό το μοντέλο, είναι δυνατό να διακρίνουμε ποιοι ασθενείς είναι κατάλληλοι για εισαγωγή (ομάδα προτεραιότητας 1) και ποιοι είναι λιγότερο χρήσιμοι (ομάδα προτεραιότητας 4).

1. Ομάδα προτεραιότητας 1: «Σοβαρά άρρωστοι ασθενείς, ασταθείς ασθενείς, που χρειάζονται εντατική θεραπεία και συνεχή παρακολούθηση, παρέχονται μόνο σε ΜΕΘ. Συνήθως η θεραπεία περιλαμβάνει μηχανική αναπνευστική υποστήριξη, συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση αγγειοδραστικών ουσιών κ.λπ. Αυτοί οι ασθενείς υποδείχθηκαν με απεριόριστη μέγιστη δυνατή υποστήριξη. Παραδείγματα αυτής της ομάδας ασθενών είναι μετεγχειρητικοί ασθενείς που χρειάζονται μηχανικό αερισμό και καταπληξία ή ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια ή αιμοδυναμικά

ασταθείς ασθενείς που χρειάζονται επεμβατική αιμοδυναμική παρακολούθηση και/ή αγγειοδραστικά φάρμακα.

2. Ομάδα Προτεραιότητας 2: Περιλαμβάνει ασθενείς που χρειάζονται στενή παρακολούθηση και πιθανώς άμεση παρέμβαση. Αυτοί οι ασθενείς είναι επίσης επιλέξιμοι για μέγιστη θεραπευτική υποστήριξη. Παραδείγματα αυτής της ομάδας είναι ασθενείς με υποκείμενη χρόνια νόσο που αναπτύσσουν μια σοβαρή, οξεία παθολογική ή χειρουργική κατάσταση.

3. Ομάδα Προτεραιότητας 3: Περιλαμβάνει βαρέως πάσχοντες, ασταθείς ασθενείς που έχουν μικρές πιθανότητες ανάρρωσης λόγω υποκείμενης νόσου ή της φύσης της οξείας ασθένειας. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να λαμβάνουν εντατική θεραπεία για την οξεία ασθένειά τους, αλλά είναι απαραίτητο να τεθούν όρια στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η μη διασωλήνωση ή η ΚΑΡΠΑ. Παραδείγματα αυτής της ομάδας είναι ασθενείς με μεταστατική κακοήγη νόσο που επιπλέκεται από λοίμωξη, καρδιακό επιπωματισμό ή απόφραξη των αεραγωγών.

4. Ομάδα προτεραιότητας 4: Συμπεριλαμβάνονται ασθενείς που συνήθως δεν εισάγονται στη ΜΕΘ αλλά μπορούν να εισαχθούν μεμονωμένα για ειδική θεραπεία με τη συγκατάθεση του διευθυντή της ΜΕΘ. Αυτοί οι ασθενείς εμπίπτουν στις ακόλουθες 2 κατηγορίες:

■ Κατηγορία 4α: Ασθενείς που είναι «πολύ καλοί» (μειωμένη σοβαρότητα της πρωτοβάθμιας κατηγορίας) έτσι ώστε να μην αναμένεται κανένα όφελος από την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Παραδείγματα αυτής της υποομάδας ασθενών είναι ασθενείς με μετεγχειρητική αγγειοχειρουργική που υποβάλλονται σε περιφερική αγγειοχειρουργική, αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς με διαβητική κετοξέωση, ασθενείς με ήπια συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ασθενείς με υπερβολική δόση φαρμάκου διατηρώντας ένα επίπεδο συνείδησης κ.λπ.

■ Κατηγορία 4β: Ασθενείς με τελική και μη αναστρέψιμη νόσο με πιθανό θάνατο. Ο ασθενής ταξινομείται ως «πολύ σοβαρός» και δεν αναμένεται να ωφεληθεί από την εντατική θεραπεία. Παραδείγματα αυτής της ομάδας ασθενών είναι: ασθενείς με μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη, ασθενείς με μη αναστρέψιμη πολυοργανική ανεπάρκεια, μεταστατικοί όγκοι ανθεκτικοί στη χημειοθεραπεία ή/και ακτινοβολία (εκτός εάν οι ασθενείς λαμβάνουν ειδικά θεραπευτικά σχήματα), ασθενείς με πλήρη ικανότητα λήψης αποφάσεων που αρνούνται την εντατική φροντίδα, ασθενείς χωρίς εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς που θα γίνουν δότες οργάνων, επίμονοι φυτικοί ασθενείς κ.λπ.» (Ρούσσο, 2009).

Διαγνωστικό Μοντέλο

Το μοντέλο χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη παθολογική κατάσταση ή ασθένεια για να καθορίσει την καταλληλότητα για εισαγωγή στη ΜΕΘ, η οποία συνήθως εμφανίζεται σε μια πτέρυγα.

«Η κλινική κατάσταση των ασθενών που εισάγονται στη ΜΕΘ θα πρέπει να αξιολογείται συνεχώς για να επιτραπεί η άμεση ταυτοποίηση ασθενών που είναι κατάλληλοι για εξιτήριο. Υποδεικνύει μεταφορά σε άλλο τμήμα:

- Όταν η κλινική κατάσταση του ασθενούς έχει σταθεροποιηθεί και δεν απαιτείται συνεχής παρακολούθηση και εντατική θεραπεία.
- Οι ασθενείς μεταφέρθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα φροντίδας όταν η κλινική τους κατάσταση επιδεινώθηκε και δεν υπήρχε προοπτική περαιτέρω θεραπευτικής παρέμβασης. Τα κριτήρια για εξιτήριο από τη ΜΕΘ θα πρέπει να είναι παρόμοια με εκείνα για εισαγωγή σε χαμηλότερα επίπεδα περίθαλψης, όπως ενδιάμεσα νοσοκομεία ή μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), εάν υπάρχουν. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν χρειάζονται όλοι οι ασθενείς εισαγωγή στη ΜΕΘ μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ» (Ρούσσος, 2009).

1.4.1. Στελέχωση ΜΕΘ

«Η καλή συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη για τα καλά αποτελέσματα. Οι ευθύνες πρέπει να ορίζονται με σαφήνεια. Οι ιατροί είναι υπεύθυνοι για τις αποφάσεις διάγνωσης και θεραπείας και διασφαλίζουν την κατάλληλη παρακολούθηση. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα και είναι το άγρυπνο μάτι.

Ο προϊστάμενος κατευθύνει το νοσηλευτικό προσωπικό και είναι υπεύθυνος για την εύρυθμη λειτουργία και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Εξασφαλίζει τη συνεχή εκπαίδευση των νοσηλευτών αναζητώντας συνεργασίες με επαγγελματικό ιατρικό δυναμικό. Διασφαλίζει την ασφάλεια, τη συντήρηση και την ποιοτική απόδοση του εξοπλισμού και είναι υπεύθυνος για την καθημερινή προμήθεια αναλωσίμων και φαρμάκων. Πρέπει να έχει εξειδικευμένες γνώσεις αντικειμένου και επαρκή εμπειρία. Είναι επιτακτική ανάγκη να συνεργάζεται στενά με τον διευθυντή της ΜΕΘ για την οργάνωση και τον προγραμματισμό. Στενή συνεργασία σε όλους τους τομείς με μια (έμπειρη και ικανή) νοσοκόμα (ή νοσοκόμες) που παίρνει τη θέση της (ή του) σε περίπτωση απουσίας της.

Οι νοσηλευτές είναι θέσεις πλήρους απασχόλησης και απαιτούν ειδική εκπαίδευση —ειδίκευση στην εντατική και επείγουσα ιατρική— για να ασκήσουν τα καθήκοντά τους. Το αν ο αριθμός των νοσηλευτών ανά κρεβάτι είναι επαρκής εξαρτάται από το επίπεδο της ΜΕΘ και πρέπει να είναι εγγυημένη η 24ωρη εξυπηρέτηση. Τα σύνολά τους προέρχονται από το εργατικό δικαίωμα για εργασία 5 ημερών σε έναν κύκλο. Η εξειδίκευση του κλάδου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στους αριθμούς προσλήψεων (οι ειδικές απουσίες δεν αντικαθίστανται από άλλο μη εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό). Το παρακάτω σχήμα δείχνει τον αριθμό των νοσηλευτών σε διαφορετικά επίπεδα στη ΜΕΘ σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας.

Η έλλειψη στην Ελλάδα είναι τεράστια και οδηγεί σε αδιέξοδο. Το ελάχιστο εργατικό δυναμικό (η αναλογία νοσηλευτών ανά κρεβάτι) που μπορεί να καλύψει εν μέρει την ασφάλεια της εντατικής θεραπείας είναι 1/1 στην πρωινή βάρδια, 1/1,5 το απόγευμα και 1/2 στη νυχτερινή βάρδια.

Οι Πρακτικοί Νοσηλευτές Εντατικής Θεραπείας ασκούνται υπό την επίβλεψη ικανών, επαγγελματιών και έμπειρων νοσηλευτών. Βοηθούν, αλλά ποτέ δεν τους αντικαθιστούν» (Ρούσσο, 2009).

«Στην μονάδα εντατικής θεραπείας, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη γενική φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση. Ακριβώς, η συνεχής και στενή παρακολούθηση που διασφαλίζεται από νοσηλευτές/ασθενείς υψηλής τεχνολογίας και η χρήση υψηλής τεχνολογίας είναι μια από τις κύριες διαφορές μεταξύ ΜΕΘ και θαλάμου Επιπλέον, η νοσοκόμα συμμετέχει επίσης στη θεραπεία του ασθενούς (δοσολογία σύμφωνα με την εντολή ή το πρωτόκολλο του γιατρού και τιτλοποίηση της θεραπείας σύμφωνα με το πρωτόκολλο). Σε ό,τι αφορά τον αριθμό των νοσηλευτών που καλύπτονταν, στις ελληνικές ΜΕΘ πριν από 10 χρόνια υπήρχαν κατά μέσο όρο 2,6 νοσηλευτές ανά κρεβάτι, εκ των οποίων μόνο το 46% ήταν ειδικευμένοι. Η ΜΕΘ είχε $3 \pm 0,7$ νοσηλευτές/κρεβάτι (εύρος 1,5-4,8) Ανησυχητικά, το 48,2% των ΜΕΘ παρουσίασε επιδείνωση στο νοσηλευτικό προσωπικό (ενώ το 28,2% ανέφερε βελτίωση) τα 5 χρόνια πριν από την καταγραφή. εργαζόμενοι» (Γρηγοράκος, 2014).

«Για να λειτουργήσει σωστά και αποτελεσματικά μια μονάδα εντατικής θεραπείας πρέπει:

- Να υπάρχει κλιματισμός και τεχνητός αερισμός για εξασφάλιση ύγρανσης, σταθερής θερμοκρασίας και γρήγορου αερισμού.

- Ο φωτισμός πρέπει να είναι ομοιόμορφος και μη αντανακλαστικός.
- Εξασφαλίστε ηχομόνωση.
- Κατοχή οπτικοακουστικού εξοπλισμού με οθόνη.
- Επιτρέπει καλύτερη οργάνωση, καλύτερη λειτουργικότητα και πληρέστερη επίβλεψη σε περιορισμένο χώρο.
- Συμπεριλάβετε μόνο εκείνους τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, ώστε να μπορούν να παρακολουθούνται πιο στενά και να τους παρέχεται πιο λεπτομερής ιατρική περίθαλψη και φροντίδα.
- Να έχετε τακτικό επαγγελματικό νοσηλευτικό προσωπικό. Το προσωπικό αυτό θα πρέπει να εκπαιδεύεται συνεχώς σε νέες τεχνικές και τεχνικές, και ως εκ τούτου να είναι συνεχώς εκτεθειμένο σε σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους. Ως εκ τούτου, θα είναι σε θέση να παρέχει άμεση και υψηλής ποιότητας εργασία φροντίδας.
- Έχετε το καλύτερο και πιο τέλειο μηχάνημα. Με ένα τέτοιο μηχάνημα στη θέση του, η κατάσταση του ασθενούς θα μπορούσε να παρακολουθείται με μεγαλύτερη ακρίβεια.
- Μην αφαιρείτε το μηχάνημα από τη μονάδα.
- Τα απαιτούμενα υλικά πρέπει να είναι συγκεντρωμένα και άφθονα μέσα στη μονάδα. Έτσι αφενός το προσωπικό κυκλοφορεί εντός της μονάδας και αφετέρου καλύπτονται άμεσα όλες οι αναμενόμενες ανάγκες των ασθενών.
- Απολυμαίνετε συχνά τον χώρο. Με αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής βρίσκεται σε ένα πολύ καθαρό περιβάλλον, το οποίο βοηθά στον περιορισμό των επιπλοκών από τη μόλυνση» (Πουλοπούλου, 2002).

«Σύμφωνα με τα πρότυπα της Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας, μια μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) πρέπει να διαθέτει:

- Σαφείς πολιτικές λειτουργίας.
- Ελάχιστη αναλογία νοσηλευτών προς ασθενή 1:1, με επιπλέον νοσηλευτές με βάση τις ανάγκες των ασθενών, την εκπαίδευση, τον συνολικό αριθμό κλινών και τον γεωγραφικό/αρχιτεκτονικό σχεδιασμό της ΜΕΘ.
- 24ωρη ιατρική ασφάλιση.
- Ικανότητα υποστήριξης ελλείψεων οργάνων και συστημάτων, ιδιαίτερα αναπνευστικής, κυκλοφορικής και νεφρικής ανεπάρκειας.
- Επαρκής αριθμός περιπτώσεων για τη διατήρηση των δεξιοτήτων και της τεχνογνωσίας.
- Ικανότητα παροχής διεπιστημονικής φροντίδας και αποτελεσματικής επικοινωνίας.

- Επαρκή διοικητική, τεχνική και γραμματειακή υποστήριξη.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. έλεγχος των δραστηριοτήτων τους» (Γρηγοράκος, 2014).

1.5. Η Πανδημία Covid-19

Η οξεία αναπνευστική νόσος 2019-nCoV, που συνήθως αναφέρεται ως νόσος του κορωνοϊού του 2019 (Covid-19), είναι μια μεταδοτική ασθένεια που προκαλείται από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έμαθε αρχικά για τον ιό και την ασθένεια στις 31 Δεκεμβρίου 2019, αφού αρχικά ανακαλύφθηκαν στην κινεζική πόλη Γουχάν στα τέλη του 2019. Ο Covid-19 άρχισε να εξαπλώνεται μετά από αυτό και τώρα έχει εξελιχθεί σε πανδημία που είναι ακόμα ισχυρή και σήμερα. Οι συνεχιζόμενες μεταλλάξεις που κρατούν τον ιό να εξαπλώνεται σε όλη την κοινότητα είναι ένα σημαντικό ζήτημα.

Τα πιο διαδεδομένα σημάδια της ασθένειας περιλαμβάνουν πυρετό, ξηρό βήχα και σωματική κόπωση. Η απώλεια γεύσης ή όσφρησης, βουλωμένη μύτη, πονόλαιμος, πονοκέφαλος κ.λπ. είναι λιγότερο συχνά συμπτώματα. Τα σημάδια μιας σοβαρής εξέλιξης της νόσου περιλαμβάνουν υψηλό πυρετό άνω των 38°C, δυσκολία στην αναπνοή, έλλειψη όρεξης, αποπροσανατολισμό και συνεχή πόνο ή πίεση στο στήθος. Σύγχυση, απώλεια συνείδησης, ανησυχία, θλίψη, διαταραχές ύπνου και πιο σοβαρές και ασυνήθιστες νευρολογικές συνέπειες είναι λιγότερο συχνά συμπτώματα, τα οποία δημιουργούν, όταν διαπιστωθούν, σοβαρά προβλήματα.

Ο κορωνοϊός SARS-CoV-2, που είναι αυτός που προκαλεί τον Covid-19, εξαπλώνεται κυρίως όταν ένα μολυσμένο άτομο έρχεται σε στενή επαφή με ένα υγιές άτομο. Εάν ένα άτομο έχει υγρά σωματίδια στο στόμα ή τη μύτη του, ο ιός μπορεί να εξαπλωθεί μέσω αυτών των περιοχών. Εκτός από την κοντινή απόσταση, μεγαλύτερες αποστάσεις, ιδιαίτερα σε εσωτερικούς χώρους, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εισπνοής τοξινών. Το 97,5% όσων θα εμφανίσουν συμπτώματα θα το κάνουν εντός 11,5 ημερών από τη μόλυνση. Η περίοδος επώασης του ιού, από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την έναρξη της ασθένειας, διαρκεί έως και 14 ημέρες, με διάμεσο χρόνο τις 5,1 ημέρες. Σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις, τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν μετά από 14 ημέρες.

Περίπου το 80% των ατόμων που εμφανίζουν συμπτώματα θα αναρρώσουν χωρίς να χρειαστεί νοσηλεία. Το 15% των υπόλοιπων ασθενών θα χρειαστούν νοσηλεία και

οξυγόνο, ενώ το 5% θα παρουσιάσει σοβαρή εξέλιξη της νόσου και θα χρειαστεί οξεία φροντίδα. Η αναπνευστική ανεπάρκεια, το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, η σήψη και το σηπτικό σοκ, η θρομβοεμβολή και η ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων είναι παραδείγματα επιπλοκών που μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο. Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, το ποσοστό θνησιμότητας για ασθενείς που χρειάζονται μονάδα εντατικής θεραπείας κυμαίνεται από 39% έως 72%. Οι ασθενείς μένουν στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο 10 έως 13 ημέρες.

Κανονικά, ένας στους έξι ανθρώπους μπορεί να δει την υγεία του να επιδεινώνεται, να εμφανίζει σοβαρή δύσπνοια και να εμφανίζει εργαστηριακά και ακτινογραφικά στοιχεία λοίμωξης της αναπνευστικής οδού. Η πρώιμη φάση μόλυνσης, η πνευμονική φάση και η φάση σοβαρής υπερφλεγμονής, η οποία περιλαμβάνει φλεγμονώδη δευτερογενή όργανα, είναι τα τρία στάδια της εξέλιξης της νόσου. Ωστόσο, αυτά τα στάδια μπορεί να διαφέρουν και να επικαλύπτονται από ασθενή σε ασθενή.

Όπως κάθε άλλος ιός που προκαλεί κοινό κρυολόγημα ή οποιαδήποτε λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, τα πρώιμα στάδια της μόλυνσης περνούν γρήγορα και ανώδυνα. Ο ιός εισέρχεται στους πνεύμονες και αρχίζει να εξαπλώνεται. Αυτό το στάδιο, το οποίο χαρακτηρίζεται από μικρά συμπτώματα, είναι όταν ανταποκρίνεται για πρώτη φορά η έμφυτη ανοσία. Λόγω της επιδείνωσης της κατάστασης, η πλειονότητα των εισαγωγών στο νοσοκομείο πραγματοποιείται μετά από περίπου μια εβδομάδα συμπτωματικής ασθένειας και απαιτείται εκτεταμένη ιατρική φροντίδα περίπου 10 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

Από τον Φεβρουάριο του 2020, ο ιός άρχισε να εξαπλώνεται σε όλη την Ελλάδα. Τις πρώτες ημέρες, το μεγαλύτερο μέρος των κρουσμάτων συνδέθηκε με άτομα που είχαν επισκεφθεί την Ιταλία, ένα σημαντικό επίκεντρο, και με μια ομάδα προσκυνητών που είχαν επισκεφθεί το Ισραήλ και την Αίγυπτο, καθώς και με επαφές αυτών των ατόμων. Το πρώτο θύμα της ασθένειας στις 12 Μαρτίου τις πρώτες πρωινές ώρες ήταν το ένατο κρούσμα, ένας άνδρας 66 ετών. Επιπλέον, αναφέρθηκαν 18 νέα περιστατικά, 10 από τα οποία επισημάνθηκαν ως «ορφανά», καθώς δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσει τον φορέα από τον οποίο έλαβαν τη νόσο.

Μέχρι τις 31 Μαρτίου είχαν αναφερθεί 1314 κρούσματα και 49 θάνατοι. Από την 1η Απριλίου έως τις 10 Απριλίου, αναφέρθηκαν 697 επιπλέον κρούσματα και εισήχθησαν 41 επιπλέον ασθενείς. Σε συγκεκριμένες κοινότητες όπου επιβλήθηκαν αυστηρά περιοριστικά μέτρα, παρατηρήθηκε ξέσπασμα κρουσμάτων τον Ιούνιο. Από

τον Μάιο, όταν άρχισαν να χαλαρώνουν οι περιορισμοί, όπως το άνοιγμα των σχολείων, το άνοιγμα εστιατορίων και καφέ, τα ταξίδια από το εξωτερικό και τον Ιούλιο, ο αριθμός των κρουσμάτων, οι εισαγωγές στη ΜΕΘ και οι θάνατοι είχαν ήδη αρχίσει να μειώνονται. Έτσι άρχισαν να επαναλειτουργούν σιγά-σιγά και οι τουριστικές επιχειρήσεις.

Έως και την 1η Ιουλίου από το σύνολο των 3432 επιβεβαιωμένων κρουσμάτων, τα 777 (22,6%) σχετιζόνταν με ταξίδι από το εξωτερικό, τα 1906 (55,5%) σχετιζόνταν με ήδη γνωστό κρούσμα και τα υπόλοιπα ήταν ακόμα απροσδιόριστης προέλευσης. Συνολικά η μέση ηλικία των μέχρι τότε κρουσμάτων ήταν 47 έτη και η μέση ηλικία των μέχρι τότε θανάτων ήταν 76 έτη (από 35 έως 102 ετών). Από το καλοκαίρι του 2020 και μετά σημειώθηκε άνοδος του αριθμού των κρουσμάτων, των νοσηλευμένων σε ΜΕΘ και των θανάτων. Τον Νοέμβριο του ίδιου έτους ο αριθμός νέος κρουσμάτων έφτασε ως και 3316 την ημέρα, ο αριθμός νεκρών ως 121 την ημέρα, και ο αριθμός διασωληνωμένων τους 622, συνολικά πάνω από τις δυνατότητες περίθαλψης που διαθέτει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, και επιβλήθηκαν νέα περιοριστικά μέτρα (lockdown).

1.6. Σκοπιμότητα της Μελέτης

Η επιδημική έξαρση της νόσου, που ξεκίνησε στα τέλη του έτους 2019, κηρύχθηκε πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) στις 11 Μαρτίου 2020⁴ και έθεσε τα συστήματα υγείας διεθνώς υπό πρωτοφανή δοκιμασία, αφού ένα ποσοστό των ασθενών με Covid-19, ραγδαίως αυξανόμενο για τους ηλικίας 60 ετών και άνω, καθώς και για όσους πάσχουν από υποκείμενα νοσήματα, αναπτύσσουν βαριά πνευμονία, με συνέπεια να χρειασθούν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής ή ακόμη και νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ενίοτε για μεγάλα χρονικά διαστήματα⁵.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας δέχθηκε μεγάλο πλήγμα λόγω των διαχρονικά μεγάλων ελλείψεων που παρουσιάζει σε ιατροφαρμακευτικό υλικό και ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.

⁴ Εισαγωγικές παρατηρήσεις του Γενικού Διευθυντή του Π.Ο.Υ. για την Covid-19 στη συνέντευξη Τύπου στα μέσα ενημέρωσης, στις 11 Μαρτίου 2020.

⁵ Ευρωπαϊκή Πύλη Πληροφοριών Εμβολιασμού (Μία πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης) Πληροφορίες για το νόσημα Covid-19.

Στόχος της παρούσας Διπλωματικής είναι η ολοκλήρωση ενός Ελέγχου Επιδόσεων που θα μας οδηγήσει σε συμπεράσματα σχετικά με την ικανότητα απόκρισης του Ε.Σ.Υ. στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19 μέσω της Μελέτης Περίπτωσης των κλινών ΜΕΘ ενός Γενικού Νοσοκομείου του Νομού Αττικής. Ο κίνδυνος από την πανδημία δεν έχει ακόμη ξεπεραστεί εντελώς καθώς νέα στελέχη του ιού εμφανίζονται διαρκώς ενώ κατά περιόδους, με την έξαρση της εποχικής γρίπης και άλλων ασθενειών, η ζήτηση για κρεβάτια σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αυξάνεται.

Τα κύρια ζητήματα που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το Νοσοκομείο το οποίο θα μελετήσουμε, μεταξύ άλλων, ήταν: α) η συνεχής πίεση, λόγω της σταδιακής αύξησης των κρουσμάτων, για ανάπτυξη νέων κλινών Covid-19, β) οι αυξημένες ανάγκες σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και γ) η δυσκολία εξεύρεσης αναλώσιμου υλικού (Μέσων Ατομικής Προστασίας). Γεγονός βέβαια αποτελεί αφενός η δυσκολία πρόβλεψης της εξέλιξης της νόσου και των κρουσμάτων, λόγω μη ύπαρξης πρότερων στατιστικών δεδομένων, και αφετέρου οι περιορισμένοι πόροι από πλευράς του Νοσοκομείου.

Αποτέλεσμα των ανωτέρω ήταν ή καταπόνηση του ανθρώπινου δυναμικού μέσω της υπερεντατικοποίησης της εργασίας και της αύξησης των ωρών εργασίας (υπερωρίες, εφημερίες) αλλά και των υποδομών του Νοσηλευτικού Ιδρύματος.

Σήμερα στο συγκεκριμένο Γενικό Νοσοκομείο της Αττικής από την Ιατρική Σχολή Αθηνών έχουν εγκατασταθεί και είναι πλήρως ανεπτυγμένες 18 Πανεπιστημιακές Κλινικές, 30 Ειδικές Νοσηλευτικές Μονάδες και Μονάδες εν γένει με συνολική δυναμικότητα 645 κλινών (ήτοι το 88% περίπου του συνολικού αριθμού κλινών βάσει Οργανισμού που είναι 735 κλίνες), 6 Κεντρικά Εργαστήρια – Ερευνητικά Εργαστήρια Πανεπιστημιακών Κλινικών και ένα πλήρες ανεπτυγμένο Εργαστήριο Απεικονιστικού Τομέα εννέα Μονάδων.

Στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας θα πρέπει να απαντήσουμε εάν στα ερωτήματα τα οποία θα διατυπωθούν στο Υπόμνημα Σχεδιασμού Ελέγχου (APM Audit Planning Memorandum) για τον εν λόγω Έλεγχο Επίδοσης, τηρήθηκε το επιθυμητό επίπεδο προγραμματισμού στον επιθυμητό χρόνο, εάν υπάρχει βαθμός απόκλισης και εάν τηρήθηκαν οι προβλεπόμενες ενέργειες σε ικανοποιητικό βαθμό λόγω των αυξημένων αναγκών νοσηλείας των ασθενών σε κλίνες ΜΕΘ ενόψει της πανδημίας της Covid-19.

Περιορισμοί του ελέγχου

Λόγω της ιδιαιτερότητας του περιεχομένου του Ελέγχου και της μεταδοτικότητας της νόσου Covid-19 οι ελεγκτικές δραστηριότητες εντός του Νοσοκομείου ήταν περιορισμένες. Επισκεφθήκαμε τα γραφεία της Διοίκησης, της Οικονομικής Υπηρεσίας, του Τμήματος Προμηθειών και μας δόθηκε πρόσβαση με συνοδεία στο χώρο της ΜΕΘ όπου είχαμε την ευκαιρία να δούμε και τη νέα πτέρυγα που διαμορφώθηκε μετά από δωρεά.

Η τελευταία αυτή επίσκεψη πραγματοποιήθηκε μετά την έξαρση του τρίτου και μεγάλου κύματος της πανδημίας, αλλά παρ' όλα αυτά κατέστη εφικτή η είσοδος σε αυτούς τους κλειστούς και καλά φυλασσόμενους χώρους. Ωστόσο, δεν ενδείκνυται η παραμονή μας στους χώρους διαλογής των ασθενών καθώς στο Νοσοκομείο λειτουργούν και Πανεπιστημιακές Κλινικές και υπάρχει μεγάλη κίνηση και φοιτητών στους διαδρόμους με αποτέλεσμα να δημιουργείται συγχρωτισμός.

Το γεγονός αυτό επηρέασε τον εν γένει σχεδιασμό και οργάνωση του ελέγχου, οπότε συνακόλουθα δεν διενεργήθηκαν ελεγκτικές διαδικασίες για τις υγειονομικές και εργασιακές συνθήκες στο ΤΕΠ αναφορικά με τη διαχείριση των ασθενών (διαλογή, αναγνώριση, απομόνωση ύποπτων κρουσμάτων, χρόνοι αναμονής κ.λπ.) και τις υλικοτεχνικές υποδομές (π.χ. εργονομικό/χωροταξικό σχεδιασμό του περιβάλλοντος χώρου, προσβασιμότητα, ποιότητα, παλαιότητα, συντήρηση των παγίων εγκαταστάσεων, καθαριότητα των χώρων, κ.λπ).

1.7. Ανακεφαλαίωση

Η υγεία αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως το πολυτιμότερο αγαθό. Για το λόγο αυτό ιδρύθηκε το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) για την προάσπισή της. Ο χαρακτηρισμός της εξάπλωσης του Covid-19 ως πανδημία από τον ΠΟΥ επέφερε μια σειρά από περιορισμούς στις μετακινήσεις μεταξύ των χωρών και μέτρα με σκοπό τον περιορισμό της διασποράς. Στην Ελλάδα ο ΕΟΔΥ αποτελεί βασικό συντονιστικό όργανο κατά τη διαχείριση της κρίσης που προκάλεσε η εξάπλωση του Covid-19 καθώς έθεσε σε δοκιμασία τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Η μελέτη αυτή μέσω της ολοκλήρωσης του Ελέγχου Επίδοσης θα αξιολογήσει την αποτελεσματική απόκριση του Ε.Σ.Υ. στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19 μέσω της Μελέτης Περίπτωσης των κλινών ΜΕΘ σε Δημόσιο Νοσοκομείο του Νομού Αττικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙΔΟΣΕΩΝ

Εισαγωγή

Ως έλεγχος επίδοσης (performance audit) ορίζεται «η ανεξάρτητη, αντικειμενική και αξιόπιστη εξέταση του κατά πόσο οι κυβερνητικές δομές, συστήματα, επιχειρησιακές ενέργειες, προγράμματα, δραστηριότητες ή οργανώσεις λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της οικονομικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και κατά πόσο υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης»⁶.

Κατά τον έλεγχο επίδοσης αξιολογείται η χρηστή δημοσιονομική διαχείριση. Αναλυτικότερα οι παρακάτω τρεις αρχές της χρηστής δημοσιονομικής διαχείρισης όπως αυτές ορίζονται (ν. 4270/2014, άρ. 33, περ. α') :

Η αρχή της οικονομικότητας (economy) : Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την υλοποίηση των κυβερνητικών πολιτικών πρέπει να διατίθενται έγκαιρα, στην ενδεδειγμένη ποιότητα και ποσότητα, με την ελάχιστη δημοσιονομική επιβάρυνση και με τη χρήση των αναγκαίων μόνο διοικητικών πόρων.

Η αρχή της αποδοτικότητας (efficiency) : Πρέπει να τηρείται η βέλτιστη δυνατή σχέση μεταξύ των χρησιμοποιούμενων μέσων και των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται.

Η αρχή της αποτελεσματικότητας (effectiveness): Πρέπει να ελέγχεται η επίτευξη των συγκεκριμένων αντικειμενικών στόχων και των αποτελεσμάτων που έχουν εκ των προτέρων οριστεί.

Κατά τον έλεγχο επίδοσης αξιολογούνται επίσης οι συνθήκες διασφάλισης της χρηστής δημοσιονομικής διαχείρισης, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τις πρακτικές και διαδικασίες ορθής διαχείρισης, καθώς και το ρυθμιστικό και θεσμικό πλαίσιο⁷.

2.1 Κριτήρια Ελέγχου Επιδόσεων

⁶ INTOSAI, 2019, «ISSAI 300. Performance Audit Principles», σ. 8: «As carried out by SAIs, performance auditing is an independent, objective and reliable examination of whether government undertakings, systems, operations, programmes, activities or organisations are operating in accordance with the principles of economy, efficiency and effectiveness and whether there is room for improvement».

⁷ 5 INTOSAI, 2019, «ISSAI 300. Performance Audit Principles», σ. 9

Τα κριτήρια ελέγχου χρησιμοποιούνται, ως βάση αναφοράς για τον έλεγχο. Με βάση αυτά τα κριτήρια γίνεται η τελική κρίση του πώς θα έπρεπε να πραγματοποιηθούν οι δράσεις του Νοσοκομείου με το πώς πραγματοποιήθηκαν τελικά. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης οδηγούν στην εξαγωγή των τελικών συμπερασμάτων ελέγχου. Ως κριτήρια ελέγχου επιλέχθηκαν:

Το νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο (νόμοι, υπουργικές αποφάσεις, ΠΝΠ, Οργανισμός Νοσοκομείου, οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας κ.α.).

Το «Σχέδιο Προετοιμασίας και Απόκρισης για Επιδημία από το Νέο Κορωνοϊό SARS COV-2» του ΕΟΔΥ.

Τις αποφάσεις του Διοικητή της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.ΠΕ.)

Την αλληλογραφία μεταξύ του Νοσοκομείου, της Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.ΠΕ.) και του Υπουργείου Υγείας.

Τα προσκομισθέντα έγγραφα από το Νοσοκομείο (π.χ. Επιχειρησιακό σχέδιο δράσης, Αποφάσεις Διοικητή και Διοικητικού Συμβουλίου, Αποφάσεις χρηματοδότησης του Νοσοκομείου, Αποφάσεις για τη στελέχωση του Νοσοκομείου, προκήρυξη πρόσληψης νέου προσωπικού).

Στοιχεία από πληροφοριακά συστήματα (π.χ. BI Forms)

Καλές πρακτικές και σύγκριση με τις βέλτιστες πρακτικές (π.χ. ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία, διεθνή πρότυπα κ.λπ.)

2.2 Μεθοδολογία Συλλογής Στοιχείων της Ερευνητικής Εργασίας

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι κάτωθι μέθοδοι για τη συλλογή και ανάλυση στοιχείων:

- Επιτόπιες επισκέψεις στους χώρους του Νοσοκομείου και κατ' ιδίαν συναντήσεις / συνεντεύξεις/στοχευμένα ερωτηματολόγια με το Διοικητή του Νοσοκομείου, τη Διευθύντρια Διοικητικής και Οικονομικής Υπηρεσίας, την αρμόδια Υπάλληλο του Τμήματος Προμηθειών και το Διευθυντή Κλινικής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.
- Προφορικές συνεντεύξεις με άλλων ειδικοτήτων αρμόδιους ιατρούς (πχ. τη Διευθύντρια της Παιδιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με προσωπικό του Γυναικολογικού Τμήματος κ.α.) για παροχή επιπρόσθετων στοιχείων – διευκρινίσεων.

- Αναζήτηση στοιχείων μέσω αλληλογραφίας με τους φορείς και επισκόπηση αποδεικτικών εγγράφων (στοιχείων) προσκομιζόμενων από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου και την αρμόδια Υγειονομική Περιφέρεια.
- Αναζήτηση στοιχείων μέσω διαδικτύου (π.χ. ιστοσελίδα Νοσοκομείου, Υ.ΠΕ., Υπουργείου Υγείας, ΕΟΔΥ, Εθνικό Τυπογραφείο κ.λπ.).

Το υλικό το οποίο συλλέχθηκε χρησιμοποιήθηκε για την τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής εργασίας και αποτελείται από: α) το κανονιστικό πλαίσιο (ισχύουσα νομοθεσία, Υπουργικές Αποφάσεις), β) τις Αποφάσεις του Διοικητή του Νοσοκομείου και της Υ.ΠΕ., γ) τις Αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου (Δ.Σ.), δ) το Επιχειρησιακό Σχέδιο δράσης του νοσοκομείου, ε) τα χορηγηθέντα έγγραφα από το Νοσοκομείο και την Υ.ΠΕ. (για θέματα σχετικά με τη στελέχωση των ΜΕΘ, την πληρότητα των κλινών, τη διαχείριση των δωρεών, τη χρηματοδότηση των δράσεων), τα στοιχεία από το διαδίκτυο (όπως τα στοιχεία για το Νοσοκομείο, κ.α.), και στ) και στις προσωπικές συναντήσεις - συνεντεύξεις από τους αρμόδιους φορείς του Νοσοκομείου.

2.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Για την αξιολόγηση της επίδοσης του Νοσοκομείου τέθηκαν τα εξής βασικά ερωτήματα:

- Προγραμματίστηκαν και υλοποιήθηκαν εγκαίρως όλες οι αναγκαίες ενέργειες για τη διαχείριση των αυξημένων αναγκών νοσηλείας σε κλίνες ΜΕΘ ενόψει της πανδημίας της Covid-19 ;
- Είχαν σχεδιαστεί μέτρα για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης για κλίνες ΜΕΘ;
- Υλοποιήθηκαν τα μέτρα αυτά, όπως είχε προβλεφθεί;
- Ανταποκρίθηκε επαρκώς το Νοσοκομείο στην αυξημένη ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ λόγω της πανδημίας της Covid-19;
- Υπάρχει Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου στο Νοσοκομείο;

2.4 Ερευνητικές Υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις στις οποίες βασίστηκε η εν λόγω ερευνητική

εργασία, είναι οι εξής :

- Υ1.1.** Προγραμματίζονται εγκαίρως οι αναγκαίες ενέργειες, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας , με κάποιες μικρές παρεκκλίσεις , λόγω της αιφνίδιας και πρωτόγνωρης κατάστασης που κλήθηκαν τα Νοσοκομεία να αντιμετωπίσουν.
- Υ1.2.** Δεν υλοποιούνται εγκαίρως όλες οι απαραίτητες ενέργειες για τη διαχείριση αυξημένων αναγκών σε ΜΕΘ, λόγω υποχρηματοδότησης από το κράτος.
- Υ2.** Δεν έχουν σχεδιασθεί επαρκώς μέτρα για την αυξημένη ζήτηση σε ΜΕΘ , λόγω έλλειψης πόρων και υλικοτεχνικών υποδομών.
- Υ3.** Υλοποιούνται τα μέτρα , αλλά πολύ αργότερα και όχι επαρκώς.
- Υ4.** Έλλειψη σε ΜΕΘ καθώς και σε αριθμό και εκπαίδευση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και στις υποδομές που οδηγεί σε αδυναμία αντιμετώπισης της πανδημίας covid-19.
- Υ5.1.** Δεν υπάρχουν πρότυπα προτεραιοποίησης για την εισαγωγή των ασθενών στις ΜΕΘ.
- Υ5.2.** Ο έλεγχος μας θα διενεργηθεί με βάση τα Διεθνή Πρότυπα Ελέγχου Επιδόσεων, όπως αυτά ορίζονται στα ISSAI 3000⁸ του INTOSAI.
- Υ.6.** Ύπαρξη μονάδας και λειτουργίας αυτής σε ικανοποιητικό βαθμό , εσωτερικού ελέγχου.

2.5 Ανακεφαλαίωση

Στο δημόσιο τομέα οι έννοιες αποστολή, στόχοι, απόδοση έχουν διαφορετική σημασία από ότι στις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Η επίδοση ή απόδοση των δημοσίων υπηρεσιών, φορέων και οργανισμών μετράται μέσω της οικονομικότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας που δε μπορούν να αποδοθούν μόνο μέσω των χρηματοοικονομικών δεικτών.

⁸ ISSAI 3000 Standards and guidelines for performance auditing based on INTOSAI's Auditing Standards and practical experience

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

3.1 Εισαγωγή

Προκειμένου να αξιολογηθεί το εάν το Δημόσιο Νοσοκομείο του Ν. Αττικής είχε προετοιμασθεί κατάλληλα για την αυξημένη ζήτηση κλινών εντατικής θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας της νόσου Covid-19 εντός του 2020, κλήθηκε να απαντήσει σε μια σειρά από ερευνητικά ερωτήματα.

Απώτερος στόχος ήταν η αξιολόγηση της επίδοσης του Νοσοκομείου, ανάλογα με τα ευρήματα, σε κάθε ένα από αυτά τα ερωτήματα αλλά και συνολικά, ώστε να μπορέσει ο εν λόγω επιτόπιος έλεγχος να εκφράσει συνακόλουθη γνώμη για την ικανοποιητική, μερικώς ικανοποιητική ή καθόλου ικανοποιητική τήρηση των προκαθορισμένων κριτηρίων ελέγχου. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε για το έτος 2020. Ωστόσο, το δεύτερο και μεγαλύτερο επιδημικό κύμα ξεκίνησε να πλήττει την Αθήνα από τον Οκτώβριο του 2020, όπου βλέπουμε να αυξάνονται και τα νούμερα των νοσηλευόμενων στο εν λόγω Νοσοκομείο με κορύφωση το Δεκέμβρη του ίδιου έτους.

Έτσι, για την αξιολόγηση της επίδοσης του Νοσοκομείου τέθηκαν τα εξής βασικά ερωτήματα :

1. Προγραμματίστηκαν και υλοποιήθηκαν εγκαίρως όλες οι αναγκαίες ενέργειες για τη διαχείριση των αυξημένων αναγκών νοσηλείας σε κλίνες ΜΕΘ ενόψει της πανδημίας της Covid-19 ;
2. Είχαν σχεδιαστεί μέτρα για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης για κλίνες ΜΕΘ ;
3. Υλοποιήθηκαν τα μέτρα αυτά, όπως είχε προβλεφθεί;
4. Ανταποκρίθηκε επαρκώς το Νοσοκομείο στην αυξημένη ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ λόγω της πανδημίας της Covid-19;
5. Υπάρχει Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου στο Νοσοκομείο ;

3.2 Προγραμματίστηκαν και υλοποιήθηκαν εγκαίρως όλες οι αναγκαίες ενέργειες για τη διαχείριση των αυξημένων αναγκών νοσηλείας σε κλίνες ΜΕΘ ενόψει της πανδημίας της Covid-19;

Στο τμήμα αυτό της έρευνας γίνεται αποτίμηση του εύστοχου σχεδιασμού, υπό την έννοια της έγκαιρης κατάρτισης άρτιων σχεδίων και της επιτυχούς υλοποίησής τους για την επίτευξη πραγματικού αποτελέσματος, στο ειδικότερο πεδίο της διάθεσης κλινών ΜΕΘ για τους ασθενείς με Covid-19, χωρίς, συγχρόνως, όπου τέτοιες κλίνες συνυπήρχαν με κλίνες ΜΕΘ για τους πάσχοντες από άλλα νοσήματα, ουσιαστικά να παραβλαφθεί η παροχή στους τελευταίους της κατάλληλης νοσηλείας.

Προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός προετοιμασίας του Νοσοκομείου στην αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης για κλίνες ΜΕΘ λόγω της πανδημίας, ελέγχθηκε αρχικά το Επιχειρησιακό Σχέδιο του Νοσοκομείου. Εξετάστηκε η εμπρόθεσμη κατάρτισή του, το περιεχόμενό του, η συμφωνία του με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ και την κείμενη νομοθεσία και η αναμόρφωσή του σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή εντός του 2020. Επιπλέον, αξιολογήθηκε το Επιχειρησιακό Σχέδιο ως τμήμα ευρύτερου σχεδιασμού. Επιπρόσθετα, ελέγχθηκε ο ορισμός και η λειτουργία των Ομάδων Διαχείρισης Κρίσεων καθώς επίσης και η αλληλογραφία με την αρμόδια Υ.ΠΕ σχετικά με τους απαραίτητους και διαθέσιμους πόρους για την εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου.

3.3 Είχαν σχεδιαστεί μέτρα για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης για κλίνες ΜΕΘ;

Ένα μήνα μετά τον ορισμό του υπό έρευνα Γενικού Νοσοκομείου ως Νοσοκομείο Αναφοράς για τον κορωνοϊό⁹, καταρτίστηκε από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα το πρώτο επίσημο επιχειρησιακό σχέδιο. Η εκπόνηση του επιχειρησιακού αυτού σχεδίου το οποίο ονομάστηκε «Σχέδιο Διαχείρισης Ασθενή με Πιθανή Λοίμωξη από τον Νέο Κορωνοϊό (Covid-19)» ολοκληρώθηκε εντός της προθεσμίας που είχε οριστεί από την αρμόδια Υ.ΠΕ. Από το Μάρτιο του 2020 τέθηκαν σε εφαρμογή ειδικά μέτρα όπως η μείωση του επισκεπτηρίου, ο μοναδικός συνοδός με κάρτα και λοιπά ειδικά θέματα διαλογής και απομόνωσης ασθενών σε συμφωνία με τις δημοσιευμένες οδηγίες

⁹ Ημερομηνία ορισμού Νοσοκομείων Αναφοράς από το Υπουργείο Υγείας η 28.01.2020.

του ΚΕ.Σ.Υ. προς τα δημόσια Νοσοκομεία. Περαιτέρω, με την αρμοδιότητα που του δίνεται από τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 7 του Ν. 3329/05 (ΦΕΚ 81^Α'), ο Διοικητής του Νοσοκομείου προχώρησε, στη συγκρότηση και στη λειτουργία αντίστοιχα της Επιτροπής Διαχείρισης Κρίσεων και της Ομάδας Κρούσης του Νοσοκομείου, με σκοπό την ευέλικτη λειτουργία της επιτροπής. Η Επιτροπή Διαχείρισης Κρίσεων αποτελείται από μέλη της Διοίκησης, του Νοσηλευτικού και Ιατρικού Προσωπικού (διαφόρων ειδικοτήτων) του Νοσοκομείου είχε ως καθήκον την επαναξιολόγηση της επικρατούσας στο Νοσοκομείο κατάστασης, τη λήψη αναγκαίων μέτρων για την αντιμετώπιση των νέων δεδομένων και τη καθημερινή έγγραφη ενημέρωση του Διοικητή για τις εξελίξεις. Για το σκοπό αυτό ορίστηκαν καθημερινές συνεδριάσεις.

Μετά το πέρας του πρώτου κύματος της πανδημίας την άνοιξη του 2020 η επιτροπή Διαχείρισης Κρίσεων διέκοψε τις εργασίες της και οι λειτουργίες του Νοσοκομείου επανήλθαν σταδιακά. Η εισήγηση του Διοικητή του Νοσοκομείου σχετικά με την εκπόνηση σχεδίου σταδιακής και ασφαλούς επαναλειτουργίας του Νοσοκομείου εγκρίθηκε τον Απρίλιο του 2020. Η εισήγηση αυτή περιλάμβανε και τη συγκρότηση επιτροπής με καθήκον την εποπτεία της ομαλής και καθολικής επαναλειτουργίας των Υπηρεσιών.

Η ελεύθερη μετακίνηση τουριστών στη χώρα το καλοκαίρι του 2020 είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των κρουσμάτων Covid-19 από το Σεπτέμβρη όποτε και συγκροτήθηκε εκ νέου η Επιτροπή Διαχείρισης Κρίσεων του Νοσοκομείου.

Το ζήτημα της αύξησης του αριθμού των κλινών στις ΜΕΘ φαίνεται να απασχολεί έντονα στο διάστημα που ακολουθεί καθώς περιλαμβάνεται στα Πρακτικά συνεδριάσεων των Επιτροπών. Διαφαίνεται μια υπερπροσπάθεια από πλευράς του Νοσηλευτικού Ιδρύματος να αυξάνει ολόένα της διαθεσιμότητα σε κλίνες όσο αυξάνονται και οι ανάγκες περίθαλψης ασθενών χωρίς ωστόσο να προκύπτει κάποιο οργανωμένο σχέδιο εξ' αρχής.

3.3.1 Το Επιχειρησιακό Σχέδιο του Νοσοκομείου ως Μέρος Ευρύτερου Σχεδιασμού

Στο «Σχέδιο Προετοιμασίας και Απόκρισης για Επιδημία από το Νέο Κορωνοϊό SARS-CoV-2» του ΕΟΔΥ (Φεβρουάριος 2020), συγκεκριμένα στις σελίδες 40-44, αναφέρεται πως: «Όλοι οι χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να αναπτύξουν και να υλοποιήσουν τοπικά Σχέδια Δράσης για πανδημία από το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2, υπό την επίβλεψη και το συντονισμό του Υπουργείου Υγείας και της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.ΠΕ). Τα τοπικά Σχέδια θα γίνουν με βάση πρότυπο σχέδιο του ΕΟΔΥ».

Σύμφωνα με τις ως άνω οδηγίες το Γραφείο Γ.Γ. του Υπουργείου Υγείας απέστειλε στις 26.02.2020 το με αριθμ. πρωτ. οικ. 13356/26.02.2020 έγγραφο προς τους κ.κ. Διοικητές των Υ.ΠΕ με θέμα: «Προετοιμασία δομών και επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τον κορωνοϊό Covid-19». Το έγγραφο αυτό παρακαλούσε για άμεσες ενέργειες ώστε να κοινοποιηθεί σε όλες τις Δομές Υγείας ο ηλεκτρονικός σύνδεσμος της ιστοσελίδας του ΕΟΔΥ σχετικά με τον κορωνοϊό όπου είχε αναρτηθεί και το ως άνω αναφερόμενο Σχέδιο. Ενώ στις 27.02.2020 απεστάλη από τη Γενική Γραμματεία και Σχέδιο Πρότυπο στις Υ.ΠΕ προκειμένου αυτό να χρησιμοποιηθεί ως υπόδειγμα.

Τη Πέμπτη 27.02.2020, η αρμόδια για το υπό έρευνα νοσοκομείο Υ.ΠΕ διαβίβασε και εκείνη με τη σειρά της ηλεκτρονικά στις Μονάδες Υγείας αρμοδιότητάς της το πρότυπο αυτό ζητώντας την άμεση συμπλήρωσή του και την επιστροφή του μέχρι την επόμενη μέρα ήτοι τις 28.02.2020.

Από την αλληλογραφία δεν προκύπτει η εκπόνηση ενός ευρύτερου κοινού σχεδίου για όλα τα Νοσοκομεία αναφοράς αλλά για επιμέρους αναπτυσσόμενα επιχειρησιακά σχέδια από εκάστοτε φορέα με αρμόδιο φορέα επίβλεψης την οικεία Υγειονομική Περιφέρεια. Οι δημοσιευμένες οδηγίες του ΚΕ.Σ.Υ. και του ΕΟΔΥ έδιναν κάποια κατεύθυνση τους υγειονομικούς και στους Διοικητές των Μονάδων δεν ήτο όμως δυνατή η διαμόρφωση κοινού σχεδίου δράσης για όλες τις υγειονομικές μονάδες καθώς αποτελούνται από διαφορετικές κλινικές και τμήματα, έχουν διαφορετικό αριθμό προσωπικού και εξοπλισμό. Συνεπώς ο επιμέρους σχεδιασμός αφέθηκε στις Διοικήσεις των Μονάδων και η επίβλεψη αυτών στις Υ.ΠΕ.

Το υπό εξέταση Νοσοκομείο διαμόρφωσε το αρχικό Επιχειρησιακό του Σχέδιο, το περιεχόμενο του οποίου θα αναλυθεί παρακάτω, σε συνεργασία με τη Υ.ΠΕ και για

το επόμενο χρονικό διάστημα ήτο σε μια διαρκή επικοινωνία καθώς τα δεδομένα της πανδημίας άλλαζαν και έπρεπε να προβεί σε μια σειρά από νέες ενέργειες.

3.3.2 Περιεχόμενο Επιχειρησιακού Σχεδίου

Στο πρότυπο αυτό Σχέδιο αναγράφεται στην εισαγωγή, μεταξύ άλλων, πως «Χρησιμοποιήθηκαν αρχές του επικαιροποιημένου σχεδίου εκτάκτων αναγκών ΠΕΡΣΕΑΣ 2020, στην εμπειρία προηγούμενων εκτάκτων περιστατικών και προσαρμοσμένες στις δυνατότητες και ιδιαιτερότητες του Νοσοκομείου».

Κατά την ανάπτυξη του επιχειρησιακού Σχεδίου από το Νοσοκομείο δεν έγινε επίκληση του σχεδίου ΠΕΡΣΕΑΣ ως σχέδιο βάσης ανάπτυξης των σημερινών δράσεων του για τη διαχείριση της κρίσης που έφερε η νόσος Covid-19. Το υπό έρευνα Νοσοκομείο αξιοποίησε την πρότερη εμπειρία σχεδιασμού και εφαρμογής μέτρων αντιμετώπισης επιδημιών από αναπνευστικούς ιούς και δεν προκύπτει η χρήση ως βάση ανάπτυξης του τρέχοντος επιχειρησιακού σχεδίου άλλων παρελθοντικών σχεδίων εκτάκτων αναγκών του Νοσοκομείου.

Προβαίνοντας σε σύγκριση του περιεχομένου του πρότυπου Σχεδίου του ΕΟΔΥ με το αναπτυχθέν «Σχέδιο Διαχείρισης Ασθενή με Πιθανή Λοίμωξη από τον Νέο Κορωνοϊό (Covid-19)» του Νοσοκομείου διαπιστώνονται τα κάτωθι:

Α) Το σχέδιο δράσης αυτό αποτελεί κυρίως ένα πρώτο σχέδιο φραγμού και διαχείρισης ύποπτων περιστατικών που προσέρχονται στο Νοσοκομείο με συμπτώματα Κορωνοϊού και για τη συγγραφή του σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ (εγχειρίδιο σελ. 44) έχουν συμμετάσχει ιατροί με σχετικές ειδικότητες (Καθηγητής Μικροβιολόγος, Λοιμωξιολόγος) και προσωπικό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Β) Στο αρχικό αυτό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου έχουν αναπτυχθεί βασικές ενότητες από το σχέδιο υπόδειγμα του ΕΟΔΥ αναφορικά με τη διαλογή ασθενών, άφιξη υπόπτου κρούσματος στο νοσοκομείο, διαχείριση ασθενών στο ΤΕΠ, τοποθέτηση και αφαίρεση ΜΑΠ, γενικές αρχές σωστής χρήσης ΜΑΠ, ενημέρωση ΕΟΔΥ, εξετάσεις στο ειδικό ιατρείο ΤΕΠ, διαχείριση & μεταφορά δειγμάτων, νοσηλεία ασθενών, καθαριότητα - απολύμανση, διαχείριση νεκρών σωμάτων και τέλος κατάλογος με χρήσιμα τηλέφωνα και ονόματα υπευθύνων προς ενημέρωση.

Γ) Περαιτέρω διαπιστώθηκε:

- Ανυπαρξία στο αρχικό Σχέδιο αναλυτικής πρόβλεψης και προετοιμασίας (προσωπικό, τεχνικές υποδομές, εξοπλισμός) για την περίπτωση αύξησης –

κορύφωσης της ζήτησης παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αναγκών νοσηλείας σε παθολογικές, πνευμονολογικές και άλλες κλινικές και σε ΜΕΘ, όπως προβλέπεται στη σελ. 42 του Σχεδίου Δράσης του ΕΟΔΥ.

- Ανυπαρξία αναλυτικής καταγραφής των αναγκών σε προσωπικό (ιατρικής, νοσηλευτικής υπηρεσίας, παραϊατρικό προσωπικό, προσωπικό καθαριότητας κ.λπ.) για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών νοσηλείας στη φάση της κορύφωσης του πανδημικού κύματος (surge capacity), όπως προβλέπεται στη σελ. 43 του Σχεδίου Δράσης του ΕΟΔΥ.

- Έλλειψη πρόβλεψης αντικατάστασης ή πλήρωσης θέσεων εργαζομένων, λόγω υπερκόπωσης του υφιστάμενου προσωπικού (burned out), όπως προβλέπεται στη σελ. 44 του Σχεδίου Δράσης του ΕΟΔΥ.

- Έλλειψη καθορισμού δυνατοτήτων επέκτασης ΜΕΘ, αύξησης αριθμού κλινών, αναπνευστήρων, όπως προβλέπεται στη σελ. 53 του Σχεδίου Δράσης του ΕΟΔΥ.

- Ανυπαρξία αναλυτικής πρόβλεψης διαχείρισης εγκύων, βρεφών και παιδιών με πιθανή ή επιβεβαιωμένη λοίμωξη Covid-19 παρόλο που στο Νοσοκομείο λειτουργούν η Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και η Γ' Παιδιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών¹⁰.

- Ανυπαρξία προγράμματος εκπαίδευσης – ενημέρωσης προσωπικού

- Δεν έχουν συνεκτιμηθεί στην κατάρτιση του από 28.02.2020 Επιχειρησιακού Σχεδίου οι γενικές προδιαγραφές και οι ειδικές απαιτήσεις για τη νοσηλεία ασθενών με Covid-19 όσον αφορά τις αναγκαίες κατασκευαστικές εργασίες, τον εξοπλισμό και την επάνδρωση των νέων κλινών ΜΕΘ ούτε συνεκτιμήθηκαν η λειτουργική κατάσταση και οι ήδη διαθέσιμοι στο Νοσοκομείο Ανθρώπινοι και υλικοί πόροι. Αυτά τα ζητήματα αναπτύχθηκαν και συζητήθηκαν αργότερα με την Υ.ΠΕ κατά φάσεις και όπου προέκυπτε ανάγκη ή όποτε η Υ.ΠΕ το απαιτούσε εγγράφως από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

Τα ως άνω αναφερόμενα αποτελούν θέματα τα οποία κλήθηκε εκ των υστέρων να διαχειριστεί η Επιτροπή Διαχείρισης Κρίσεων του Νοσοκομείου καθώς προέκυψαν

¹⁰ Έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία με την Υπεύθυνη της Παιδιατρικής Κλινικής ενημερώθηκα πως έχουν νοσηλευθεί περιστατικά Covid-19 στις πτέρυγες ΜΑΦ και ΜΕΝΝ της Παιδιατρικής Κλινικής εντός του 2020, αλλά μέχρι και την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας δε μας είχαν αποσταλεί τα ποσοτικά στοιχεία..

ως ζητήματα κατά τη λειτουργία του ιδρύματος μέσα στο πρώτο μήνα του επιδημικού κύματος. Στο σημείο αυτό θα πρέπει ωστόσο να αναφερθεί πως το χρονικό περιθώριο για την έγκαιρη σύνταξη του Επιχειρησιακού Σχεδίου από πλευράς της Υ.ΠΕ ήτο ιδιαίτερος σύντομο (μία μόλις ημέρα) και το Νοσοκομείο που ερευνάται αποτελεί ένα Νοσηλευτικό Ίδρυμα μεγάλης δυναμικότητας με περίπλοκη δομή εξ' αιτίας και των Πανεπιστημιακών Κλινικών που έχουν εγκατασταθεί και λειτουργούν εντός του.

3.3.3 Τροποποιήσεις – Αναμορφώσεις Επιχειρησιακού Σχεδίου

Το Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του 2020 συνέταξε μια σειρά εγγράφων που χρησιμοποίησε χαρακτήρισε ως Σχέδια Έκτακτης Ανάγκης. Αναλυτικότερα,

- Το πρώτο έγγραφο ονομάζεται «Σχέδιο Διαχείρισης Ασθενή με πιθανή Λοίμωξη από τον Νέο Κορωνοϊό (Covid-19)» και καταρτίστηκε ύστερα από οδηγίες της Υ.ΠΕ όπως αυτό αναλύθηκε και αξιολογήθηκε ως προς το περιεχόμενό του.
- Από τον Απρίλιο στο έγγραφο του Νοσοκομείου με Θέμα: «Σχέδιο δράσης έκτακτης ανάγκης ανάπτυξης επιπλέον κλινών ΜΕΘ» γίνεται μια καταγραφή του ήδη υπάρχοντος εξοπλισμού του Νοσοκομείου ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη επιπλέον κλινών ΜΕΘ (η ικανότητα ανάπτυξης θέσεων εντατικής νοσηλείας εκτός της ΜΕΘ με βάση μόνο τον εξοπλισμό στις 09.04.2020 ανήρχετο στις 37 θέσεις). Οι ανάγκες σε επιπλέον προσωπικό δεν είχαν υπολογιστεί.
- Αντίστοιχα, στο έγγραφο με Θέμα: «Προετοιμασία για αναμενόμενη αύξηση αναγκών νοσηλείας ασθενών Covid-19 του Νοσοκομείου, σε φάσεις» περιλαμβάνει προτάσεις για το σχεδιασμό και χρονοδιάγραμμα επέκτασης των σχετικών κλινών, σε φάσεις χωρίς όμως να υπάρχουν σαφώς οριζόμενα ποσοστά κάλυψης κλινών (κριτήρια) τα οποία θα οδηγήσουν το Νοσοκομείο στην επόμενη φάση λειτουργίας (scenario analysis).
- Το Δεκέμβριο του ίδιου έτους συντάχθηκε το έγγραφο του Διοικητή με Θέμα: «Άμεση επικαιροποίηση του σχεδίου έκτακτης ανάγκης». Στο έγγραφο αυτό, δίδεται αναφορά για το τι είχε γίνει μέχρι εκείνη τη στιγμή σε ότι αφορά την ανάπτυξη κλινών και προχωρά στην επισήμανση δυσχερειών στη λειτουργία του Νοσοκομείου και τη πίεση που υφίσταται. Περαιτέρω, αναπτύσσεται ένα

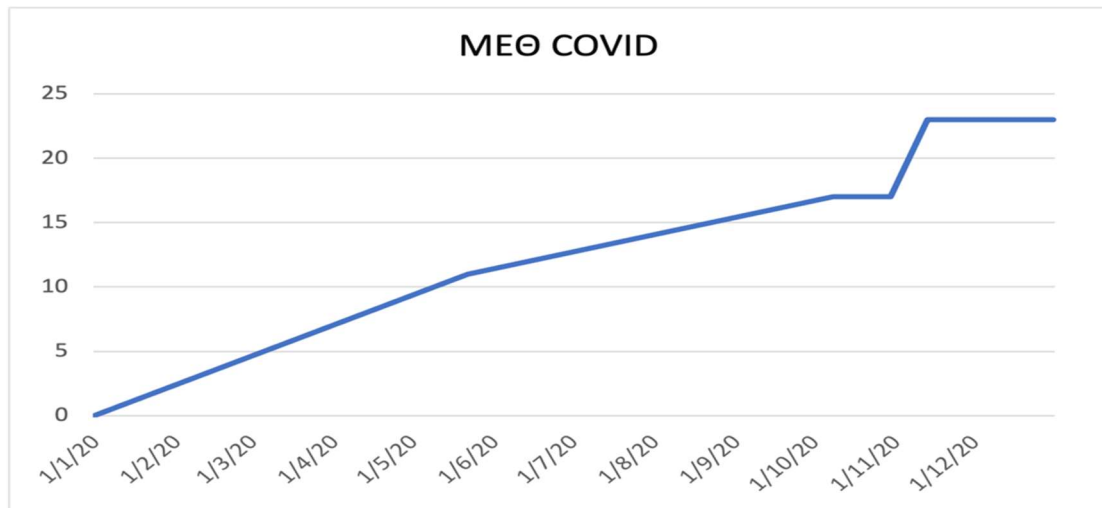
νέο σχέδιο δράσης σε περίπτωση κλιμάκωσης της πανδημίας με στόχο την ανάπτυξη νέων κλινών Covid.

- Τέλος, μέσα από τα Πρακτικά συνεδριάσεων της Επιτροπής Διαχείρισης Κρίσεων διαφαίνεται η ανάγκη λήψης αποφάσεων για θέματα τα οποία δεν είχαν περιγραφεί λεπτομερώς στο αρχικό Επιχειρησιακό Σχέδιο του Νοσοκομείου. Ενδεικτικά, καταγράφονται αναφορές για ελλιπή ενημέρωση προσωπικού σχετικά με τη χρήση των Μέσων Ατομικής Προστασίας. Σε επόμενα Πρακτικά αναπτύσσεται Πλάνο Εκπαίδευσης του προσωπικού προκειμένου να υπάρχει διαθέσιμο προσωπικό σε εφεδρεία για κάλυψη εκτάκτων αναγκών. Άλλες κρίσιμες αποφάσεις ήταν η απόφαση για το κλείσιμο της κλινικής ΜΕΘ Παιδών για έξι (6) εβδομάδες ώστε τα κρεβάτια αυτά να διατεθούν ως ΜΕΘ για κάλυψη περιστατικών non Covid ενηλίκων. Λόγω της απόφασης αυτής τα τρία παιδιά που νοσηλεύονταν στις κλίνες ΜΕΘ μεταφέρθηκαν σε άλλα Νοσοκομεία.
- Το Νοσοκομείο μέσω της άμεσης σύστασης της Αρμόδιας Επιτροπής Διαχείρισης Κρίσεων, η οποία λειτούργησε ως το κεντρικό συντονιστικό όργανο για τη διαχείριση των θεμάτων της πανδημίας, κατάφερε να διαχειριστεί και να καλύψει εγκαίρως τα κενά του αρχικού Επιχειρησιακού Σχεδιασμού. Επιπρόσθετα διαφαίνεται καθ' όλη τη διάρκεια του έτους μια συνεχής κινητοποίηση από τη πλευρά της Διοίκησης και των αρμόδιων Τμημάτων του Νοσηλευτικού Ιδρύματος για την ανάπτυξη νέων σχεδίων δράσης καθώς εξελισσόταν η πανδημία ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της Υ.ΠΕ και στις πρωτόγνωρες συνθήκες που δημιούργησε ο Κορωνοϊός στη λειτουργία του Νοσοκομείου.
- Η μεταβολή - αυξομείωση των κλινών ΜΕΘ όσο και των απλών κλινών για τη περίθαλψη περιστατικών με τη νόσο Covid-19 άλλαζε πολύ συχνά όπως ακόμη άλλαζε και ο χώρος φιλοξενίας των διαφόρων τμημάτων του Νοσοκομείου. Από στοιχεία που μας παρασχέθηκαν αντλήσαμε αριθμητικά δεδομένα σχετικά με τον αριθμό των ΜΕΘ Covid σε συγκεκριμένες ημερομηνίες εντός του 2020. Στον Πίνακα 1, που ακολουθεί απεικονίζονται τα ποσοτικά δεδομένα και στο Γράφημα 1 η γραφική απεικόνιση αυτών ενώ στο Γράφημα 2 φαίνεται η αύξηση του ποσοστού των κλινών ΜΕΘ Covid επί του συνολικού αριθμού των ΜΕΘ εντός του 2020.

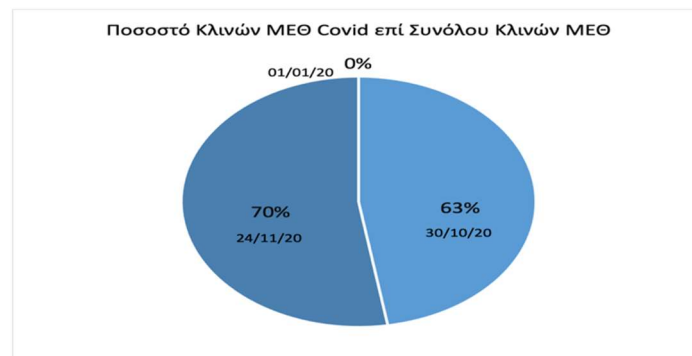
Πίνακας 1: Κλίνες ΜΕΘ για περιστατικά Covid

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΜΕΘ COVID
01.01.2020	0
22.05.2020	11
08.10.2020	17
20.10.2020	17
30.10.2020	17
13.11.2020	23
31.12.2020 ¹¹	23

Γράφημα 1: Μεταβολή αριθμού κλινών ΜΕΘ Covid εντός του 2020



Γράφημα 2



3.4 Υλοποιήθηκαν τα μέτρα αυτά, όπως είχε προβλεφθεί;

Όσο εξαντλητικό και προσαρμοσμένο στις κατ' ιδίαν ανάγκες κάθε ελεγχόμενου Νοσοκομείου και εάν υποθεθεί ότι ήταν το επιχειρησιακό του σχέδιο, η υλοποίησή του δεν παύει να αποτελεί ένα διαφορετικό ζήτημα, σχετιζόμενο, σε μεγάλο βαθμό, με την κινητοποίηση του προσωπικού, την ύπαρξη σε επαρκή ποσότητα και στον κατάλληλο χρόνο, των απαραίτητων πόρων. Ιδιαίτερης δε σημασίας, από την άποψη αυτή, αποβαίνει η αξιοποίηση των δωρεών, σε χρήμα ή σε εξοπλισμό, από ιδιώτες και δημόσιους φορείς που προσέφεραν για την αντιμετώπιση της πανδημίας και δη για τη λειτουργία κλινών ΜΕΘ, λαμβανομένου, πάντως, υπόψη ότι στις πάγιες ρυθμίσεις του άρθρου 7 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α΄) για την αποδοχή των δωρεών από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχουν, με την ειδική περί Covid-19 νομοθεσία, προστεθεί και διατάξεις για την κεντρική, από το Υπουργείο Υγείας, διαχείριση και διάθεσή τους¹² (βλ. ενδεικτικά το άρθρο δέκατο τρίτο της ΠΝΠ της 10.8.2020).

3.4.1 Διάθεση αναγκαίων οικονομικών πόρων

Τα στοιχεία τα οποία συγκεντρώθηκαν για την έρευνα με σχετικά με τις αποφάσεις χρηματοδότησης και κατανομής των επιχορηγήσεων για το 2020 αφορούσαν τις εγκριτικές αποφάσεις ΔΣ για την τροποποίηση του προϋπολογισμού και την απορρόφηση των χρηματοδοτήσεων έως 31/12/2020 καθώς και τις αποφάσεις Υπουργού Υγείας έγκρισης των ως άνω αποφάσεων ΔΣ.

Ακόμη τα γραμμάτια είσπραξης που αφορούσαν τις επιχορηγήσεις, τις αποφάσεις ένταξης έργων στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τις σχετικές με τις κρατικές επιχορηγήσεις από το Υπουργείο Υγείας Αποφάσεις ΚΕΣΥΠΕ.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας των ως άνω αναφερόμενων στοιχείων προέκυψε η διάθεση στο Νοσοκομείο αναγκαίων συμπληρωματικών πόρων συνολικού ύψους 3,85 εκατ. ευρώ (πέραν των αρχικώς προϋπολογισθέντων, που προήλθαν από τον τακτικό προϋπολογισμό) για την υλοποίηση του Επιχειρησιακού Σχεδίου δράσης, τις δαπάνες προσωπικού και την κάλυψη των νέων δαπανών που προέκυψαν λόγω της πανδημίας.

Το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων αυτών εκταμιεύθηκε από τον κρατικό προϋπολογισμό (3,47 εκατ. ευρώ), μέσω έκτακτων επιχορηγήσεων από το Υπουργείο Υγείας (90%), ενώ το υπόλοιπο (382 χιλ. ευρώ) προήλθε από χρηματοδότηση ΠΔΕ

¹² βλ. ενδεικτικά το άρθρο δέκατο τρίτο της ΠΝΠ της 10.8.2020.

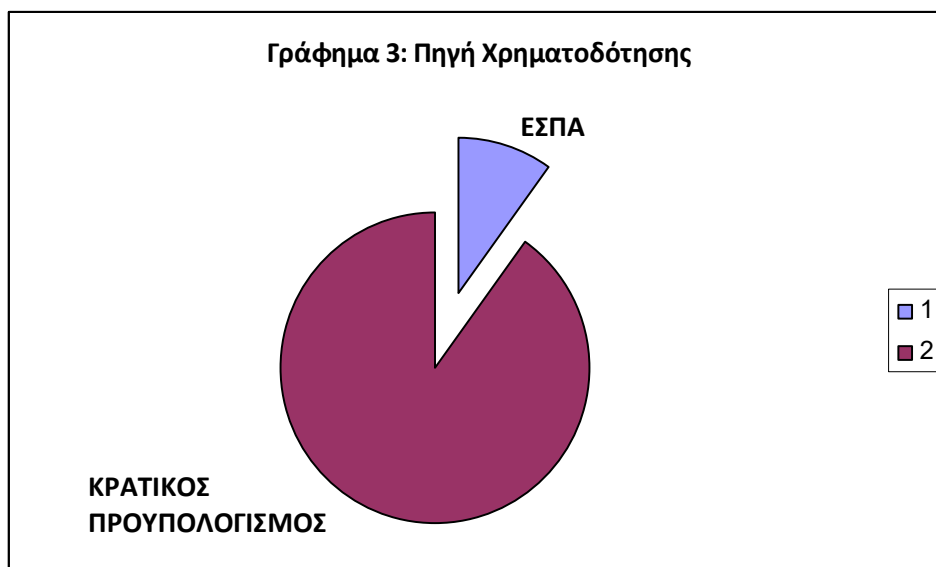
(10%) για κάλυψη αναγκών μισθοδοσίας. Η ανάλυση των εσόδων για την κάλυψη των δαπανών της πανδημίας, όπως προέκυψε από τα **προσκομισθέντα γραμμάτια είσπραξης**, εκδοθέντα κατά το χρονικό διάστημα από τον Μάιο έως τον Δεκέμβριο του 2020, απεικονίζονται στους Πίνακες 2, 3 και η αναλογία αυτών στο Γράφημα 3.

Πίνακας 2: Επιχορηγήσεις Τακτικού Προϋπολογισμού

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΣ	ΠΟΣΟ
30.04.2020	581.000,00 €
28.07.2020	170.000,00 €
25.09.2020	1.000.000,00 €
27.10.2020	118.954,67 €
27.10.2020	200.000,00 €
20.11.2020	1.400.000,00 €
ΣΥΝΟΛΟ	3.469.954,67 €

Πίνακας 3: Επιχορηγήσεις από ΕΣΠΑ

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΕΡΓΟΥ		ΠΟΣΟ
Εργο: " Ενίσχυση των Μονάδων Υγείας και Φορέων του Υπουργείου Υγείας με επικουρικό Προσωπικό για την ανταπόκριση στις ανάγκες λόγω της επιδημίας Covid-19" του ΠΔΕ με ενάρθρο 2020ΣΕ09100000		
1η/1085/09.06.2020		103.400,00 €
2η/1443/30.07.2020		139.100,00 €
3η/1599/28.08.2020		139.100,00 €
ΣΥΝΟΛΟ		381.600,00 €



Σύμφωνα με στοιχεία που αντλήθηκαν από τις Εγκρίσεις Τροποποιήσεων Προϋπολογισμού του ΝΠ, σε συνδυασμό με τις εντάξεις σε ΕΣΠΑ και τα προσκομισθέντα γραμμάτια είσπραξης (αντίγραφα αυτών) του 2020.

Για την είσπραξη των εκτάκτων χρηματοδοτήσεων εκδόθηκαν σε εύλογο χρονικό διάστημα οι αντίστοιχες εγκρίσεις αναμορφώσεων του προϋπολογισμού από το ΔΣ του Νοσοκομείου. Το μεγαλύτερο μέρος των χρηματοδοτήσεων διατέθηκε, όπως προκύπτει, για την κάλυψη δαπανών μισθοδοσίας του προσωπικού και εργοδοτικών εισφορών, καθόσον από το Μάιο και μετά ξεκίνησε να γίνεται σταδιακά πληρωμή τακτικής μισθοδοσίας λόγω μη επάρκειας των κονδυλίων.

Το Νοσοκομείο εντάχθηκε στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (ΠΔΕ) 2020 του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων, του έργου «Ενίσχυση των Μονάδων Υγείας και Φορέων του Υπουργείου Υγείας με επικουρικό προσωπικό για την ανταπόκριση στις ανάγκες λόγω της επιδημίας Covid-19» και έλαβε τρεις πληρωμές.

Σε επίπεδο Κεντρικής Διοίκησης ωστόσο, εκτιμάται ότι παρήλθε σημαντικό χρονικό διάστημα μεταξύ της ημερομηνίας έναρξης της πανδημίας (στις 26.2.2020, η επίσημη αναφορά του πρώτου κρούσματος στην Ελληνική Επικράτεια) και της ημερομηνίας ροής επιχορηγήσεων για τη πληρωμή δαπανών που αφορούσαν στη προμήθεια υλικών και στη μισθοδοσία προσωπικού για τη λειτουργία σε συνθήκες Covid-19, γεγονός που οδήγησε το Νοσοκομείο σε μεγάλη καθυστέρηση στις πληρωμές σύμφωνα με τα στοιχεία πληρωμών δαπανών Covid-19, τα οποία εξετάστηκαν, και δείχνουν πως μέχρι και το Μάιο δεν είχε γίνει καμία εξόφληση από τις τιμολογήσεις που είχαν γίνει λόγω Covid-19 ενώ μέχρι και το Δεκέμβριο του 2020

στην κατάσταση πληρωμών λόγω Covid-19 βεβαιώνεται η μη πληρωμή τιμολογημένων υποχρεώσεων λόγω μη επάρκειας των κονδυλίων.

3.4.2 Ανθρώπινοι πόροι

Για το Νοσηλευτικό Ίδρυμα που ερευνάμε, σε σχέση με τον αριθμό των συνολικών κλινών του, προβλεπόταν η ανάπτυξη 27 κλινών ΜΕΘ ωστόσο στην αρχή του 2020 λειτουργούσαν μόνο 19 κλίνες. Στο τέλος Δεκεμβρίου του 2020 οι κλίνες ΜΕΘ αυξήθηκαν σε 28 εκ των οποίων οι 23 διατέθηκαν για τη νοσηλεία περιστατικών Covid-19¹³. Σύμφωνα με την αριθ. 2 της 256ης Ολομ./24.6.2016 Απόφασης του Κ.Ε.Σ.Υ. «Ελάχιστες προϋποθέσεις λειτουργίας Τμημάτων Εντατικής Θεραπείας» παράγραφο ΙΙΙ. «Κριτήρια δραστηριότητας»: «Ο συνολικός αριθμός κρεβατιών της ΜΕΘ πρέπει να είναι τουλάχιστον 5% του συνολικού αριθμού κρεβατιών του Νοσοκομείου (για Νοσοκομεία με ≥ 200 κλίνες). Συνεπώς, καθόσον η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε επτακόσιες τριάντα 730 σύμφωνα με τον Οργανισμό του, οι κλίνες ΜΕΘ θα έπρεπε να ανέρχονταν σε τριάντα έξι (36) κατά την έναρξη της πανδημίας.

Οι αντίστοιχες οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας αναφέρουν ότι ο συνολικός αριθμός κρεβατιών εντατικής θεραπείας θα πρέπει να κυμαίνεται από 5-10 % του συνολικού αριθμού κρεβατιών του Νοσοκομείου (δηλαδή από 36 έως 73 κλίνες). Η πανδημία ανέδειξε το ήδη υφιστάμενο πρόβλημα της υποχρηματοδότησης των Νοσηλευτικών Ίδρυμάτων, εξαιτίας της οποίας δεν αναπτύχθηκε διαχρονικά ο απαιτούμενος αριθμός κλινών ΜΕΘ, προκειμένου τα νοσοκομεία να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά τόσο στις τακτικές τους ανάγκες, όσο και στις έκτακτες περιπτώσεις υγειονομικών κρίσεων.

Σύμφωνα με στοιχεία που παρασχέθηκαν από την αρμόδια Υ.ΠΕ, κατά τη διάρκεια του έτους πραγματοποιήθηκαν προσλήψεις σε προσωπικό με κάθε εργασιακή σχέση όπως μονίμου, επικουρικού, παρατάσεις συμβάσεων ορισμένου χρόνου και μετακινήσεων, με σκοπό την ενίσχυση της Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου. Τα στοιχεία παρατίθενται στους Πίνακες 4 και 5. Η κάλυψη των θέσεων ιατρικού προσωπικού που έχουν καταχωρηθεί στον Πίνακα 5 έγινε μετά από Προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ από το Νοσοκομείο στις (αφού είχε προηγηθεί έγκριση της προκήρυξης από τη Υ.ΠΕ και από το ΔΣ του Νοσοκομείου.

Πίνακας 4: Υπάλληλοι για ενίσχυση Νοσοκομείου	
ΜΟΝΙΜΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ
2	ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ
3	ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
9	ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
8	ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
1	ΥΕ Β.Υ.Π. ΒΟΗΘΩΝ ΘΑΛΑΜΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠ. 2-3 ΜΗΝΕΣ)
13	ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
9	ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ	
1	ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
1	ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πίνακας 5: Ιατροί για ενίσχυση Νοσοκομείου	
ΜΟΝΙΜΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ
1	ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
1	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
2	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
1	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ	ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ
1	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ
1	ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Σε έγγραφο του Νοσοκομείου προς την Υποδιοικήτρια της Υ.ΠΕ αναγράφεται πως ο συνολικός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού που έχει προσληφθεί στο Νοσοκομείο από την έναρξη της κρίσης αγγίζει τους 15 νοσηλευτές και 108 υπαλλήλους ως επικουρικό προσωπικό, όλων των ειδικοτήτων.

Ο συνολικός αριθμός υπηρετούντος προσωπικού στις ΜΕΘ κατά την διάρκεια της πανδημίας (έτος 2020) συνοψίζεται ως εξής: **α)** Ιατρική Υπηρεσία: 14 + 5 νέες προσλήψεις έως 31/12/2020 = 19 + 2 Εσωτερικές μετακινήσεις ιατρών με εξειδίκευση

στη ΜΕΘ από άλλα τμήματα του νοσοκομείου = 21, β) Νοσηλευτική Υπηρεσία: ο μέγιστος αριθμός **νοσηλευτριών** που υπηρέτησε ανάλογα με τις ανάγκες άγγιξε τον αριθμό 140 νοσηλευτριών.

Από έρευνα σε δικαιολογητικά διαπιστώθηκε **επάρκεια ιατρικού προσωπικού** στα τμήματα ΜΕΘ. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με την υπ' αριθ. 2/256ης Συνεδρίασης της Ολομ./24-6-2016 Απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) «(...) Τουλάχιστον 6 γιατροί για 8 κρεβάτια είναι απαραίτητοι για ασφαλή και απρόσκοπτη λειτουργία της μονάδας. Για ΜΕΘ μεγαλύτερες των 8 κλινών και για τις επιπλέον κλίνες η αναλογία του αριθμού των γιατρών πρέπει να ανέρχεται σε 1 γιατρό ανά 3 κλίνες ΜΕΘ ή κλίνες ΜΑΦ (...)

Πίνακας 6: Απαιτούμενο Προσωπικό				
ΜΟΝΑΔΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ (1 ΑΝΑ 3 ΚΛΙΝΕΣ ΣΥΝ 2ος ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΦΗΜΕΡΙΑ)	1 ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ- ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ/8 ΚΛΙΝΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ 4/ΚΛΙΝΗ
ΜΑΡΤΙΟΣ				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	34	16	5	136
ΙΟΥΛΙΟΣ				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Covid και non Covid)	30	13	4	120
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Covid και non Covid)	29	14	4	116
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Covid και non Covid)	32	15	4	128

Πίνακας 7: Αποτύπωση Πλήθους Εργαζομένων Εγγράφου του Νοσοκομείου				
ΜΟΝΑΔΑ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ & ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ (& ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ ΑΠΟ 30.06.2020)	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΔΕ-ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΕ-ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (& ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ ΑΠΟ 30.06.2020)
01.03.2020				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	19	7	13	30
30.06.2020				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Covid και non Covid)	20	7	15	41
30.09.2020				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Covid και non Covid)	20	7	12	46
31.12.2020				
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Covid και non Covid)	25	2	16	50

Προκύπτει ωστόσο **μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό** η οποία εξάγεται ως συμπέρασμα από τη σύγκριση του απαιτούμενου αριθμού νοσηλευτών και του πραγματικού αριθμού νοσηλευτών που καταγράφεται στους Πίνακες 6 και 7 ανωτέρω. Τα δεδομένα έχουν ληφθεί από τον Πίνακα: «Αποτύπωση αναλυτικά του πλήθους ανά κατηγορία και ειδικότητα του προσωπικού της ΜΕΘ στις ζητούμενες ημερομηνίες», ο οποίος παρασχέθηκε ως στοιχείο για την παρούσα έρευνα, από το Νοσοκομείο.

Αναφορικά με τα περιστατικά νόσησης προσωπικού της ΜΕΘ, η αποτύπωσή τους παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 8: Προσωπικό ΜΕΘ με Νόσηση από Covid-19		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ / ΚΛΑΔΟΣ	ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	1
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	2
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΜΟΝΙΜΟΣ	3
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΜΟΝΙΜΟΣ	1
ΣΥΝΟΛΟ		7

Σύμφωνα με τη Διοίκηση του Νοσοκομείου η απουσία τους καλύφθηκε από το υφιστάμενο νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ.

3.4.3 Εκπαίδευση Υγειονομικού Προσωπικού

Σύμφωνα με παρασχεθέντα έγγραφα της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ξεκίνησε η διαδικασία για τη διενέργεια Εκπαιδευτικού Προγράμματος Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με θεματολογία την ασφαλή μετάγγιση παραγώγων αίματος, την υγιεινή των χεριών, τη χρήση των Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) και την επικοινωνία στο χώρο εργασίας. Το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα συνεχίστηκε και για τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο 2020.

Εν συνεχεία, το ζήτημα της εκπαίδευσης του προσωπικού του Νοσοκομείου τέθηκε προς συζήτηση στις αρχικές συνεδριάσεις της Επιτροπής Διαχείρισης Κρίσεων και συγκεκριμένα στη συνεδρίαση της 23^{ης}.03.2020 καθώς υπήρχαν αναφορές για ελλιπή ενημέρωση του προσωπικού για τα ΜΑΠ και τη διαχείριση ασθενών με Covid-19. Στις 27.03.2020 η Επιτροπή αποφάσισε την εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (που δεν απασχολούνται στο Αναισθησιολογικό, στη ΜΕΘ ή στα ΤΕΠ) για τη δημιουργία εφεδρείας, κατόπιν προσκλήσεως ενδιαφέροντος.

3.4.4 Επάρκεια Μέσων Προστασίας (ΜΑΠ)

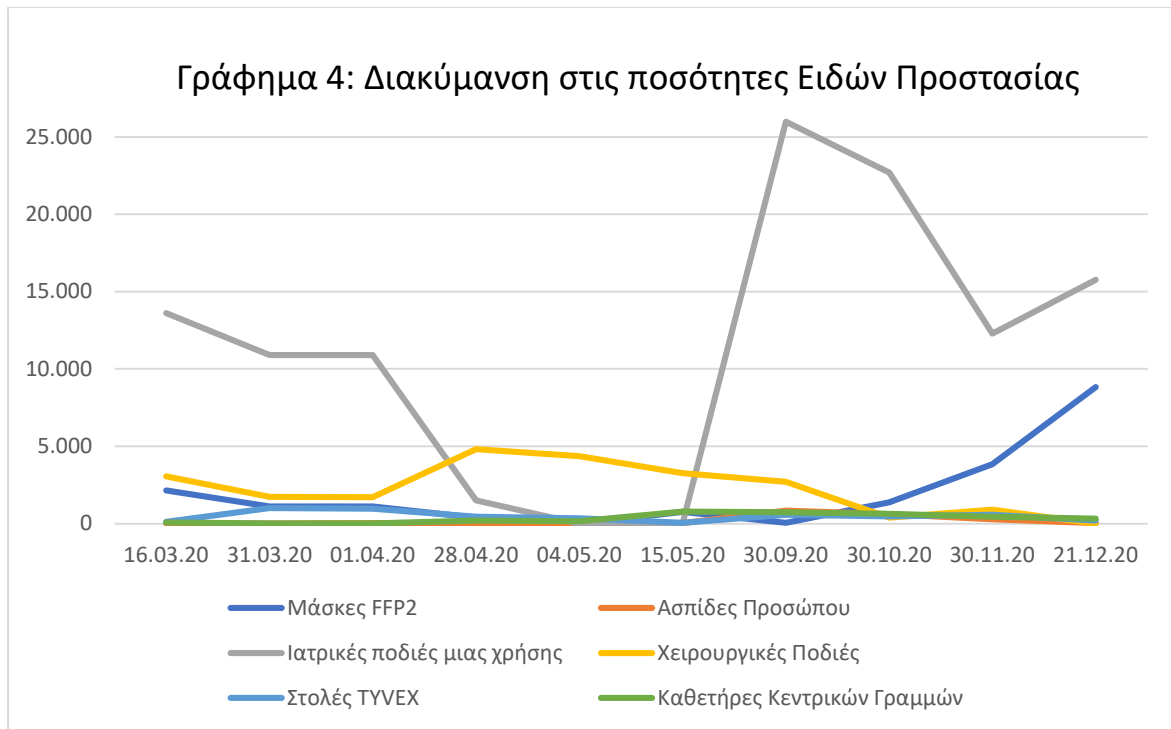
Ύστερα από τη μελέτη αρχείων, σε μορφή Microsoft Excel, που εδόθησαν ως στοιχεία για την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας, με τις ποσότητες των Μέσων Ατομικής Προστασίας, των Μέσων Παρεντερικής Προστασίας και των Μέσων Παροχής Οξυγόνου για τους μήνες Μάιο έως και Δεκέμβριο του 2020 παρατηρήθηκαν τα εξής:

Εύλογες μεταβολές στις ποσότητες των αποθεμάτων Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) κατά τη διάρκεια του έτους, καθώς υπήρχαν αυξομειώσεις στο επιδημικό κύμα.

Σε αρκετές περιπτώσεις καταγράφηκε έλλειψη (μηδενικό απόθεμα) για σειρά ημερών σε είδη όπως: Απλές χειρουργικές μάσκες, μάσκες αναπνευστικής προστασίας FFP2, μάσκες αναπνευστικής προστασίας FFP3, ασπίδες προσώπου, γάντια απλά, απλές ιατρικές ποδιές μιας χρήσης, χειρουργικές ποδιές και στολές υψηλής προστασίας (τύπου tyvek), β) έλλειψη σε είδη χορήγησης οξυγόνου (σύριγγες αερίων αίματος) και είδη παρεντερικής προστασίας στους ασθενείς των ΜΕΘ (καθετήρες κεντρικών γραμμών) σε ορισμένες περιπτώσεις για διάστημα μεγαλύτερο των 15 ημερών. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Από 08.04.20 έως και 27.04.20 μηδενικό απόθεμα σε Καθετήρες Κεντρικής Γραμμής (Είδος Παρεντερικής Προστασίας).
- Στις 29.04.20 και 30.04.20 μηδενικό απόθεμα σε Απλές Ιατρικές Ποδιές (Είδος Ατομικής Προστασίας).
- Στις 29.12.20 και 30.12.20 μηδενικό απόθεμα στις Σύριγγες Αερίων Αίματος (Είδος Παροχής Οξυγόνου).
- Στις 30.12.20 μηδενικό απόθεμα στις Απλές Χειρουργικές Μάσκες (Είδος Ατομικής Προστασίας).
- Από 08.12.20 έως και 22.12.20 μηδενικό απόθεμα στις Μάσκες Αναπνευστικής Προστασίας FFP3 (Είδος Ατομικής Προστασίας).
- Στις 17.12.20 μηδενικό απόθεμα στα Απλά Γάντια (Είδος Ατομικής Προστασίας).
- Στις 07.12.20, 10.12.20, 11.12.20, 14.12.20 έως και 21.12.20 μηδενικό απόθεμα στις Χειρουργικές Ποδιές (Είδος Ατομικής Προστασίας).
- Από 07.12.20 έως και 10.12.20 μηδενικό απόθεμα στις Στολές Υψηλής Προστασίας TYVEX (Είδος Ατομικής Προστασίας)¹⁴.

Ακολουθεί Γράφημα ενδεικτικό των διακυμάνσεων των ποσοτήτων σε κάποια είδη Προστασίας κατά τη διάρκεια του έτους.



3.4.5 Δωρεές

Σύμφωνα με τη Διοίκηση, το Νοσοκομείο έλαβε κατά το 2020 δωρεές σε εξοπλισμό για την αντιμετώπιση της πανδημίας, ενώ από τα παρασχεθέντα στοιχεία και τις πραγματοποιηθείσες ερευνητικές διαδικασίες, δεν προκύπτουν περιπτώσεις δωρεών οι οποίες δεν αξιοποιήθηκαν από το Νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, από τα στοιχεία που προσκομίστηκαν διαπιστώθηκε ότι το Νοσοκομείο έλαβε συνολικά 2.623 είδη ως δωρεά απευθείας από ιδιώτες σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και 14 είδη από το Υπουργείο Υγείας. Έχει γίνει αποδοχή των δωρεών από το ΔΣ, δημοσίευση των αποφάσεων στη Διαύγεια, αποτίμηση των δωρεών σε χρήμα, στις περιπτώσεις που υπήρχαν τα σχετικά στοιχεία, ενώ έχουν επισυναφθεί και τα Πρωτόκολλα Παραλαβής και Δελτία Εισαγωγής στην Αποθήκη για τα ως άνω αναφερόμενα είδη.

Επιπρόσθετα, το Νοσοκομείο έλαβε δωρεά από γνωστό Ίδρυμα, μέσω του προγράμματος χρηματοδότησης του Ιδρύματος αυτού σε διάφορα Νοσοκομεία της χώρας. Οι διαδικασίες, που κινήθηκαν και οργανώθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και την αρμόδια Υ.ΠΕ, αφορούσαν την ανάπτυξη 8 νέων κλινών ΜΕΘ ενηλίκων και 6 νέων κλινών ΜΕΘ Παιδών. Για το Σχεδιασμό και τη Μελέτη του έργου αυτού προσκομίστηκαν πληθώρα εγγράφων που αποδεικνύουν τη συνεχή επικοινωνία του Νοσοκομείου με την αρμόδια Υγειονομική Περιφέρεια που οργάνωνε και επόπτευε τη διαδικασία σε κάθε στάδιο. Περιλαμβάνονται στα αποδεικτικά έγγραφα και οι

εγκρίσεις τόσο του ΔΣ όσο και της οικείας Υ.ΠΕ για τα στάδια μελέτης του έργου, το οποίο με την ολοκλήρωσή του θα οδηγούσε σε αύξηση των οργανικών κλινών ΜΕΘ του Νοσοκομείου με αποτέλεσμα την περαιτέρω αύξηση της δυναμικότητας του από 730 σε 741 κλίνες. Αναλυτικότερα:

Στις 19.10.2020 υπεγράφη μεταξύ του Ιδρύματος και του αναδόχου η αρχική Σύμβαση για το έργο «Ανακαίνιση - Αναδιαρρύθμιση ΜΕΘ» με πρόβλεψη για ολοκλήρωση του έργου εντός των 60 ημερών από την υπογραφή της σύμβασης. Εν συνεχεία, έγινε σύσταση τριμελούς επιτροπής παραλαβής του έργου.

Στις 29.12.2020 διαβιβάστηκε στην Υ.ΠΕ η βεβαίωση περάτωσης εργασιών από πλευράς του αναδόχου, ωστόσο καθόσον υπήρχε από την Ομάδας Εργασίας πλήθος παρατηρήσεων σχετικά με τη παραλαβή του συντάχθηκε Εισήγηση της Ομάδας Εργασίας με παρατηρήσεις επί της παραλαβής του έργου. Καθόσον, διαπιστώθηκαν εκκρεμότητες από πλευρά της Επιτροπής αναβλήθηκε η οριστική παραλαβή του έργου και ζητήθηκε ο σχετικός τεχνικός φάκελος για τον έλεγχο της πληρότητάς του.

Η οριστική παραλαβή του έργου πραγματοποιήθηκε εντός του 2021 (25.05.2021), με πέντε μήνες καθυστέρηση. Θα πρέπει να σημειωθεί πως οι 8 κλίνες ενηλίκων που θα αναπτύσσονταν από τη δωρεά γνωστού Ιδρύματος στο Νοσοκομείο περιλαμβάνονταν στις εκτιμήσεις της Διοίκησης για την ανάπτυξη επιπλέον κλινών ΜΕΘ, ενόψει κλιμάκωσης του πανδημικού κύματος το Δεκέμβρη του 2020 σε αλληλογραφία μεταξύ του Νοσοκομείου και της Εποπτεύουσας Υ.ΠΕ. Συνεπώς η καθυστέρηση ολοκλήρωσής του δημιούργησε επιπρόσθετη πίεση στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

Επιπλέον, το Ίδρυμα κατέβαλλε, ως δωρεά, χρηματικό ποσό σε εργαζόμενους στις ΜΕΘ. Οι δικαιούχοι του επιδόματος καταγράφονται σε έγγραφο του Διοικητή του Νοσοκομείου προς το Υπουργείο Υγείας ενώ έχει υπάρξει και ηλεκτρονική αλληλογραφία μεταξύ του Γραφείου του ΓΓΥΥ του Υπουργείου με το Νοσοκομείο σχετικά με το τρόπο σύνταξης της κατάστασης δικαιούχων του επιδόματος.

Με έγγραφο του Νοσοκομείου και της Διοίκησης της Υγειονομικής Περιφέρειας για την έγκριση και αποδοχή των δωρεών και κληροδοτημάτων αυτού, έγινε χρήση των διατάξεων του άρθρου 7, παρ. 6 περ. 15 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α'), σύμφωνα με τις οποίες η ως άνω αναφερόμενη διαδικασία υπάγεται στις αρμοδιότητες του ΔΣ, και για το λόγο αυτό δεν είχε συσταθεί ειδική επιτροπή δωρεών.

3.5 Ανταποκρίθηκε επαρκώς το Νοσοκομείο στην αυξημένη ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ λόγω της πανδημίας της Covid-19;

Προκειμένου να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης από το Νοσοκομείο των περιπτώσεων ασθενών με Covid-19 που έχρηζαν νοσηλείας σε κλίνη ΜΕΘ, ερευνήθηκε το κατά πόσο είχαν ληφθεί όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την εξασφάλιση της συνεχούς λειτουργίας των κλινών ΜΕΘ, εάν οι κλίνες αυτές ήταν όλες λειτουργικές και αν προέκυψε αδυναμία διαχείρισης νέων περιστατικών.

Επίσης, ερευνήθηκε εάν υπήρξε επαρκής στελέχωσή τους με το απαραίτητο υγειονομικό προσωπικό, ιατρικό (ειδικοί και εξειδικευμένοι ιατροί), νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό, σε σχέση με το ελάχιστο προσωπικό που κρίνεται απαραίτητο σύμφωνα με τα σχετικά υγειονομικά πρωτόκολλα (ΚΕ.Σ.Υ. και Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας). Οι υπεύθυνοι των ΜΕΘ ερωτήθηκαν σχετικά με τα εφαρμοζόμενα κριτήρια διαλογής για την προτεραιοποίηση των ασθενών με Covid-19.

Τέλος, ερευνήθηκε εάν παρέμεινε σταθερή η αναλογία των εκτός ΜΕΘ θανάτων επί του συνόλου των αποβιωσάντων λόγω Covid-19 ασθενών του Νοσοκομείου και εάν υπήρξαν καταγγελίες για αδυναμία παροχής από το Νοσοκομείο της προσήκουσας νοσηλείας σε ασθενείς με Covid-19.

Σύμφωνα με δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από έγγραφα αλληλογραφίας μεταξύ των διοικητικών Υπηρεσιών του Νοσηλευτικού Ιδρύματος και άλλων φορέων του δημοσίου, το Νοσοκομείο εξυπηρέτησε σε νοσηλεία περισσότερες από 100 διακομιδές ασθενών Covid-19 οι οποίες προήλθαν από άλλες υγειονομικές μονάδες της χώρας, ενώ δεν υπήρξε διακομιδή ασθενή με Covid-19 από το υπό έρευνα Νοσοκομείο σε άλλο. Επιπρόσθετα, από την έρευνα δεν προέκυψαν περιπτώσεις ασθενών που ενώ έχρηζαν νοσηλείας δεν εισήχθησαν τελικά σε κλίνη ΜΕΘ Covid-19.

3.5.1 Λειτουργικότητα κλινών ΜΕΘ Covid-19

Εκτός του βασικού εξοπλισμού, μεγάλο μέρος των υλικών χρησιμοποιείται από τις ΜΕΘ από κοινού με λοιπά τμήματα κλινικές. Το υπό έρευνα Γενικό Νοσοκομείο ήταν από τα πρώτα Νοσοκομεία που έκανε χρήση των διατάξεων των Πράξεων Νομοθετικού Περιεχομένου για την έγκαιρη προμήθεια υλικών και εξοπλισμού για την αντιμετώπιση του ιού Sars Cov 2.

Συνολικά δημοσιεύθηκαν και ολοκληρώθηκαν δεκατέσσερις (14) προσκλήσεις ενδιαφέροντος με ευρύτατη συμμετοχή οικονομικών φορέων. Επίσης,

δημοσιεύθηκαν και ολοκληρώθηκαν οκτώ (8) προσκλήσεις σε διαδικασία διαπραγμάτευσης σύμφωνα με το άρθρο 32 του Ν 4412/2016 για την αντιμετώπιση των επειγουσών καταστάσεων που προέκυψαν λόγω της πανδημίας. Αναφορικά με τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό των ΜΕΘ, σε εφαρμογή των διατάξεων ΠΝΠ (των άρθρων 3 και 4 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου της 25-2-2020 «Κατεπείγοντα μέτρα αποφυγής και περιορισμού της διάδοσης Κορωνοϊού» (ΦΕΚ 42/τ.Α/25.2.2020) και (του άρθρου 16 της ΠΝΠ της 11.3.2020 «Κατεπείγοντα μέτρα αντιμετώπισης των αρνητικών συνεπειών της εμφάνισης του Κορωνοϊού Covid-19 και της ανάγκης περιορισμού της διάδοσής του» (ΦΕΚ 55/τ.Α/11-3-2020, το Νοσοκομείο προχώρησε στη δημοσίευση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την προμήθεια Ξενοδοχειακού εξοπλισμού και εξοπλισμού πληροφορικής για τις νέες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Επίσης με βάση τις διατάξεις του άρθρου 32 ν. 4412/2016 το Νοσοκομείο δημοσίευσε: Πρόσκληση σε διαδικασία διαπραγμάτευσης για την ανάδειξη αναδόχου για την αντικατάσταση της μόνωσης του δωματός της ΜΕΘ μέσω Δωρεάς, προϋπολογισμού 32.000 Ευρώ χωρίς Φ.Π.Α., με κριτήριο κατακύρωσης την πλέον συμφερότερη προσφορά μόνο βάσει τιμής, πρόσκληση σε διαδικασία διαπραγμάτευσης, σύμφωνα με το άρθρο 32 παρ. 2 εδ. γ του Ν. 4412/2016 για την προμήθεια οκτώ (8) μόνιτορ ζωτικών παραμέτρων, δύο (2) σταθμών παρακολούθησης ασθενών με λοίμωξη Covid-19 και επτά (7) αεροστρωμάτων αντικατάστασης θεραπείας κατακλίσεων για ασθενείς της Μ.Ε.Θ. προϋπολογισμού 56.000,00 € μη συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α. με κριτήριο κατακύρωσης την πλέον συμφερότερη προσφορά μόνο βάσει τιμής. Οι αναφερόμενες ως άνω διαγωνιστικές διαδικασίες, που αφορούν τόσο την προμήθεια εξοπλισμού ΜΕΘ, όσο και τη συντήρηση και επέκταση αυτού εκκίνησαν το έτος 2020 και οι σχετικές συμβάσεις συνήφθησαν το έτος 2021.

Περαιτέρω, το Νοσοκομείο προκειμένου να εξασφαλίσει τη συνεχή λειτουργία των ΜΕΘ και δεδομένου πως η χρηματοδότηση για τις δαπάνες Covid-19 ξεκίνησε να εκταμιεύεται από το Μάιο του 2020 και μετά, γεγονός που επιβάρυνε τον τακτικό προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, προχώρησε σε σύναψη τμηματικών συμβάσεων:

- α) με εταιρεία με αντικείμενο τη «Συντήρηση & Τεχνική Υποστήριξη των Υποσταθμών Μέσης & Χαμηλής Τάσης των Ηλεκτρολογικών Εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου» για τα χρονικά διαστήματα από 01.01.20 έως 31.03.20 συνολικού τιμήματος με ΦΠΑ 40.920 ευρώ, για το χρονικό διάστημα από 01.04.20 έως 30.06.20 συνολικού τιμήματος με ΦΠΑ 40.920 ευρώ, 01.07.20 έως 31.07.20

συνολικού τιμήματος με ΦΠΑ 13.640 ευρώ, 01.08.20 έως 30.09.20 συνολικού τιμήματος με ΦΠΑ 27.280 ευρώ, 01.10.20 έως 31.10.20 συνολικού τιμήματος με ΦΠΑ 13.640 ευρώ, από 01.11.20 έως 30.11.20 συνολικού τιμήματος με ΦΠΑ 13.640 ευρώ και από 01.12.20 έως 31.12.20 συνολικού τιμήματος με ΦΠΑ 13.640 ευρώ (συνολική δαπάνη για το έτος 2020: $13.640 \times 12 = 163.680$ ευρώ, άνευ διαγωνιστικής διαδικασίας),

β) με εταιρεία με αντικείμενο τη «Συντήρηση & Τεχνική Υποστήριξη των Ηλεκτρομηχανολογικών Εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου» για τα χρονικά διαστήματα από 01.01.20 έως 31.03.20, 01.04.20 έως 30.06.20, 01.07.20 έως 31.07.20, 01.08.20 έως 30.09.20, 01.10.20 έως 31.10.20, 01.11.20 έως 30.11.20, 01.12.20 έως 31.12.20 με συνολική αξία μηνιαίας αποζημίωσης με ΦΠΑ 46.785,20 ευρώ, (συνολική δαπάνη για το έτος 2020: $46.785,20 \times 12 = 561.422,40$ ευρώ, άνευ διαγωνιστικής διαδικασίας),

γ) με εταιρεία με αντικείμενο τη «Συντήρηση & Τεχνική Υποστήριξη Συστημάτων Πυρανίχνευσης» για τα χρονικά διαστήματα από 22.12.19 έως 31.03.20 συνολικής δαπάνης συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 8.840,01 ευρώ (εκ των οποίων το ποσό των 8.060,01 ευρώ αφορά την τριμηνία 01.01.20 έως 31.03.20), 01.04.20 έως 30.06.20 συνολικής δαπάνης συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 8.060,01 ευρώ, 01.07.20 έως 31.07.20 συνολικής δαπάνης συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 2.686,67 ευρώ, 01.08.20 έως 30.09.20 συνολικής δαπάνης συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 2.686,67 ευρώ, 01.10.20 έως 31.10.20 συνολικής δαπάνης συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 2.686,67 ευρώ, 01.11.20 έως 30.11.20 συνολικής δαπάνης συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 2.686,67 ευρώ, 01.12.20 έως 31.12.20 συνολικής δαπάνης συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 2.686,67 ευρώ (συνολική δαπάνη για το έτος 2020: $2.686,67 \times 12 = 32.240,04$ ευρώ).

3.5.2 Πληρότητα κλινών ΜΕΘ Covid-19

Στα πλαίσια της έρευνας αναζητήθηκαν στοιχεία για να εκτιμηθεί το ποσοστό πληρότητας των κλινών κατά τις περιόδους έξαρσης της Πανδημίας στην οικεία Περιφερειακή Ενότητα. Από το Νοσοκομείο παρασχέθηκαν στοιχεία από το ΕΚΑΒ με τις εισαγωγές, εξαγωγές ασθενών κτλ. ανά κλινική για κάθε μέρα από 03.03.20 έως 31.12.20 τα στοιχεία αυτά ωστόσο αν και ιδιαίτερος χρήσιμα σε επίπεδο λεπτομερούς ημερήσιας πληροφόρησης δε μπορούν να διασταυρωθούν με τα στοιχεία του συστήματος Συλλογής Στατιστικών δεδομένων Μονάδων Υγείας (Bi Forms) τα οποία περιλαμβάνουν μεν την επιθυμητή στατιστική πληροφόρηση του ποσοστού κάλυψης των κλινών είναι ωστόσο συγκεντρωτικά ανά μήνα.

Σύμφωνα με τα ποσοστά του Συστήματος (Bi Forms) το ποσοστό Κάλυψης Κλινών ΜΕΘ Covid-19 κυμαίνονται μεταξύ του 30% το Μάρτιο και το 49% το Νοέμβριο του 2020 μήνες του 1ου και του 2ου κύματος της πανδημίας για την οικεία Υγειονομική Περιφέρεια Αντίστοιχα.

Στο σημείο αυτό επισυνάπτεται Πίνακας με τη Νοσηλεία περιστατικών Covid-19 στη ΜΕΝΝ και στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας Παιδών (ΜΑΦ) για το έτος 2020 ως ξεχωριστή πηγή πληροφόρησης για την ειδική αυτή κατηγορία ασθενών. Σημειώνουμε πως οι λεχωίδες με Covid-19 νοσηλεύονταν στις κλίνες Covid όπως οι υπόλοιποι ασθενείς και γεννούσαν σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο και όχι στο γυναικολογικό τμήμα. Για το λόγο αυτό καταχωρούνταν ως ασθενείς Covid στο σύστημα με όλους τους υπόλοιπους.

ΜΗΝΑΣ	ΜΕΝΝ	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Μάρτιος	2	0
Απρίλιος	5	0
Μάιος	2	0
Ιούνιος	0	0
Ιούλιος	0	0
Αύγουστος	1	0
Σεπτέμβριος	8	1
Οκτώβριος	2	0
Νοέμβριος	4	1

Δεκέμβριος	10	2
ΣΥΝΟΛΟ	34	4

Αναφορικά με τις διακομιδές ασθενών δεν ευρέθησαν επαρκή και αξιόπιστα στοιχεία για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Σε έγγραφο αλληλογραφίας μεταξύ της Διοίκησης του Νοσοκομείου και άλλων δημοσίων Υπηρεσιών βεβαιώνεται, κάτι που ειπώθηκε προφορικά και σε συνέντευξη, ότι δηλαδή το υπό έρευνα Νοσηλευτικό Ίδρυμα έχει εξυπηρετήσει σε νοσηλεία περισσότερες από 100 διακομιδές ασθενών Covid-19 οι οποίες προήλθαν από άλλες υγειονομικές μονάδες της χώρας.

Τα κριτήρια προτεραιοποίησης αποτέλεσαν ερώτημα ως προς τον Υπεύθυνο Πνευμονολόγο της ΜΕΘ του Νοσοκομείου κατά την επίσκεψή μας στους χώρους του. Σύμφωνα με τον υπεύθυνο καθηγητή δε χρειάστηκε να εφαρμοστούν πρωτόκολλα προτεραιοποίησης ασθενών κατά τη νοσηλεία ασθενών στη ΜΕΘ της Νοσηλευτικής Μονάδας για το έτος 2020 καθόσον όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν στο Νοσοκομείο σε κρίσιμη κατάσταση έτυχαν της κατάλληλης φροντίδας στη ΜΕΘ είτε αποτελούσαν περιστατικό Covid, είτε όχι.

Σε περιπτώσεις που χρειάζεται «η προτεραιοποίηση στη ΜΕΘ γίνεται με πολλά κριτήρια, κύρια των οποίων είναι εκτός της διασωλήνωσης η ηλικία και η πιθανότητα θετικής έκβασης. Στο Νοσοκομείο ήμασταν στην ευχάριστη θέση να μη χρησιμοποιήσουμε τα κριτήρια προτεραιοποίησης, δεδομένου ότι όλοι οι διασωληνωμένοι Covid ασθενείς εισήχθησαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας για τη δέουσα αντιμετώπιση».

3.5.3 Θνητότητα ασθενών ΜΕΘ Covid-19

Για την ορθή διεξαγωγή ερευνητικών συμπερασμάτων ζητήθηκαν από το Νοσοκομείο τα απαραίτητα στοιχεία προκειμένου να διαπιστωθεί εάν παρέμεινε σταθερή η αναλογία των εκτός ΜΕΘ θανάτων επί του συνόλου των αποβιωσάντων λόγω Covid -19 ασθενών. Συγκεκριμένα, ζητήθηκαν στοιχεία θανάτων ανά μήνα τόσο εντός όσο και εκτός ΜΕΘ για Covid-19. Καθόσον από το αρχείο του ΕΚΑΒ τα στοιχεία είναι συγκεντρωτικά και δε μπορεί να προκύψει το ποσοστό η Διοίκηση του Νοσοκομείου παρείχε επιπλέον έγγραφο με Πίνακα που περιλάμβανε σχετικά στοιχεία.

Για το Νοσοκομείο η κορύφωση του 1^{ου} κύματος ορίστηκε Μάρτιος-Απρίλιος 2020 και του 2^{ου} Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2020.

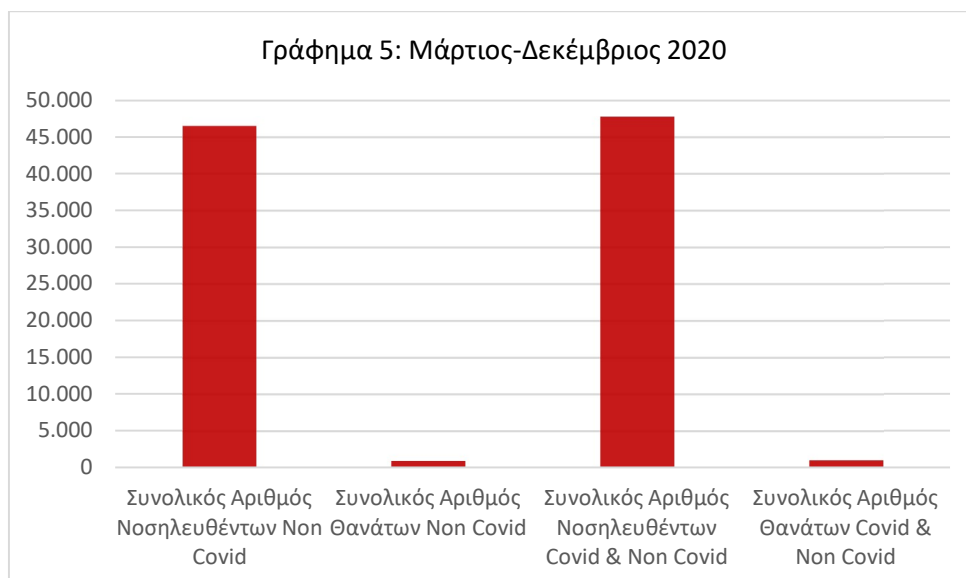
Πίνακας 10 : Θανόντες από Covid-19 εντός 2020			
Μήνας	Σύνολο Θανάτων	Εντός ΜΕΘ	Εκτός ΜΕΘ
Ιανουάριος	0	0	0
Φεβρουάριος	0	0	0
Μάρτιος	5	3	2
Απρίλιος	8	4	4
Μάιος	5	2	3
Ιούνιος	1	1	0
Ιούλιος	0	0	0
Αύγουστος	1	1	0
Σεπτέμβριος	2	2	0
Οκτώβριος	16	13	3
Νοέμβριος	20	13	7
Δεκέμβριος	27	20	7

Τους μήνες ύφεσης της πανδημίας εντός του 2020 (Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Ιούνιος, Ιούλιος, Αύγουστος) ο αριθμός θανάτων από τη νόσο Covid-19 κινούνταν σε μηδενικά νούμερα τους περισσότερους μήνες οπότε διαφαίνεται μια σαφής αύξηση του αριθμού και κατά συνέπεια και του κλάσματος θανάτων από Covid εντός και εκτός ΜΕΘ / γενική θνητότητα από Covid κατά τις περιόδους έξαρσης της πανδημίας. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί πως καθ' όλη τη διάρκεια του έτους διαφαίνεται σταθερά μεγαλύτερος αριθμός θανόντων από Covid εντός ΜΕΘ παρά εκτός ΜΕΘ.

Πίνακας 12: Σύγκριση στοιχείων θανόντων για τα έτη 2018-2019-2020		
ΜΗΝΑΣ	ΘΑΝΟΝΤΕΣ	ΘΑΝΟΝΤΕΣ Covid-19
ΕΤΟΣ 2018		
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	107	
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	128	
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	123	
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	127	
ΣΥΝΟΛΟ	485	
ΕΤΟΣ 2019		
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	108	

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	107	
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	106	
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	158	
ΣΥΝΟΛΟ	479	
ΕΤΟΣ 2020		
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	101	2
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	110	16
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	121	20
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	143	27
ΣΥΝΟΛΟ	475	65

Αξίζει να σημειωθεί πως παρά τις σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και τις πρωτοφανείς συνθήκες κάτω από τις οποίες κλήθηκε να λειτουργήσει το Νοσοκομείο κατάφερε να μειώσει τα ποσοστά στο δείκτη Θνησιμότητας για τους μήνες που συγκρίθηκαν. Επιπλέον, σύμφωνα με βεβαίωση του Νοσοκομείου «με τα εφαρμοζόμενα μέτρα φροντίδας μείωσε τη συνολική αδρή θνητότητα περιστατικών εκτός ΜΕΘ (από 6,7% σε 4%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό εντός ΜΕΘ παρέμεινε στο 50% και στα δυο πρώτα κύματα της πανδημίας)».



3.5.4 Καταγγελίες – αναφορές

Από το Αυτοτελές τμήμα Ελέγχου Ποιότητας και το Νομικό Σύμβουλο του Νοσοκομείου ζητήθηκαν ανωνυμοποιημένες καταγγελίες και αναφορές που σχετίζονται με τη νοσηλεία non-Covid ασθενών κατά την περίοδο της Πανδημίας. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που ερευνήθηκαν, δεν υπήρχαν στο Αυτοτελές τμήμα Ελέγχου Ποιότητας και στο Νομικό Σύμβουλο του Νοσοκομείου τέτοιου είδους καταγγελίες.

Ερευνήθηκαν επιπλέον, οι Εξαμηνιαίες Εκθέσεις Πεπραγμένων του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων ληπτών-τριων Υπηρεσιών Υγείας του Νοσοκομείου οι οποίες κάνουν αριθμητική καταγραφή των προφορικών και γραπτών παραπόνων όπου καταγράφονται κάποια παράπονα. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε:

- Παράπονο από συνοδό ασθενούς, της οποίας το βασικό πρόβλημα υγείας είχε αποκατασταθεί αλλά ο συνοδός δε μπορούσε να τη φιλοξενήσει σπίτι του.
- Αναφορά μητέρας η οποία ήθελε το παιδί της να παραμείνει στη ΜΑΦ Παίδων του Νοσοκομείου αλλά η κατάσταση Υγείας του ήτο σοβαρή και έχρηζε νοσηλείας σε ΜΕΘ.
- Γραπτή αναφορά από συνοδό ότι ο ασθενής δέχεται απειλές από άλλο νοσηλευόμενο στον ίδιο θάλαμο.

Κάτωθι επισυνάπτεται συνοπτικός πίνακας με ποσοτικά δεδομένα όπως αυτά έχουν αντληθεί από τις εξαμηνιαίες εκθέσεις πεπραγμένων.

Πίνακας 11: Εκθέσεις Πεπραγμένων 2020			
Γενικά Στοιχεία Καταγγελιών Α' & Β' Εξάμηνο			
Συνολικός Αριθμός Καταγγελιών	Συνολικός Αριθμός Γραπτών Καταγγελιών	Συνολικός Αριθμός Προφορικών Καταγγελιών	Αριθμός Ευχαριστήριων Επιστολών
107	52	55	56
Ολοκλήρωση Διερεύνησης Με ή χωρίς Γραπτής Απάντησης στον Πολίτη	Ολοκλήρωση Διερεύνησης & Προφορική Ενημέρωση του Πολίτη	Άμεση Εξυπηρέτηση του Πολίτη	Δεν Έγιναν Ενέργειες
43	51	5	3

3.6 Υπάρχει Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου στο Νοσοκομείο;

Σύμφωνα με το Νόμο 4795/2021, η ανάπτυξη ενιαίων αρχών, κανόνων και οδηγιών για τη λειτουργία των συστημάτων εσωτερικού ελέγχου στο δημόσιο τομέα, με βάση τα διεθνή ελεγκτικά πρότυπα και τις βέλτιστες πρακτικές που έχουν θεσπιστεί από διάφορους φορείς (όπως η επιτροπή COSO και η Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών-ΠΙΑ) κρίνεται απαραίτητο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το μεταβαλλόμενο περιβάλλον και η εμφάνιση νέων κατηγοριών κινδύνων και απαιτήσεων θα απαιτήσει την υιοθέτηση πιο αποτελεσματικών μορφών διακυβέρνησης, κουλτούρας και το σχεδιασμό και την ανάπτυξη εργαλείων εσωτερικού ελέγχου των οποίων οι στόχοι δεν θα υπερβαίνουν απλώς τη διευκόλυνση της κανονιστικής συμμόρφωσης, αλλά θα συνδεθεί επίσης με την υλοποίηση των προσπαθειών του δημόσιου οργανισμού για τη βελτίωση, τη βιωσιμότητα, τη δημιουργία αξίας και την εκμετάλλευση ευκαιριών. Οι εσωτερικοί έλεγχοι θα ενεργούν στις προτεραιότητες αξιολόγησης κινδύνου για τον εντοπισμό σφαλμάτων και παραλείψεων που θα μπορούσαν να εκθέσουν κάθε οργανισμό και να επηρεάσουν αρνητικά την κοινωνική του παροχή.

«Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου είναι το πλέγμα των λειτουργιών και διαδικασιών, καθώς και των δικλίδων ελέγχου που υιοθετεί ο φορέας και είναι σχεδιασμένο για να παρέχει εύλογη διαβεβαίωση στον φορέα για την επίτευξη των στόχων του σχετικά με την:

- α) αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των επιχειρησιακών του λειτουργιών,
- β) αξιοπιστία των οικονομικών και λοιπών αναφορών,
- γ) συμμόρφωση με τους νόμους, τους κανονισμούς και τις πολιτικές που διέπουν τη λειτουργία του».

Το Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου οφείλει να λαμβάνει υπόψη του τα γενικώς αποδεκτά Πρότυπα για την Επαγγελματική Εφαρμογή του Εσωτερικού Ελέγχου, το Πλαίσιο Συστήματος Εσωτερικού Ελέγχου της Επιτροπής C.O.S.O., καθώς και τις καλές πρακτικές, που διαμορφώνονται από φορείς, όπως η Επιτροπή C.O.S.O. (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission C.O.S.O.) και το Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών (Institute of Internal Auditors I.I.A.)

Ένα σύστημα εσωτερικού ελέγχου αναφέρεται σε ένα οργανωμένο δίκτυο λειτουργιών και διαδικασιών, συμπεριλαμβανομένων συστημάτων διακυβέρνησης, διαχείρισης κινδύνου, ρυθμιστικών πλαισίων, πολιτικών, διαδικασιών, εξουσιοδοτήσεων και λειτουργιών εσωτερικού ελέγχου.

Οι φορείς που αναφέρονται στο άρθρο 2 υποχρεούνται να τεκμηριώνουν πλήρως και να ενημερώνουν πλήρως τις διαδικασίες που αφορούν όλες τις λειτουργίες και τις ενέργειές τους.

Το Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου διαρθρώνεται σε τρία επίπεδα (γραμμές ρόλων), με αρμοδιότητες και ευθύνες, που έχουν ως σκοπό την επίτευξη των αντικειμενικών στόχων του φορέα.

Το σύστημα εσωτερικού ελέγχου χωρίζεται σε τρία επίπεδα (γραμμές ρόλων), το καθένα με αρμοδιότητες και ευθύνες, σχεδιασμένα για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Μέσα στο σύστημα εσωτερικού ελέγχου, διαφορετικές αρμοδιότητες και ρόλοι ανατίθενται σε επίπεδα εντός του ευρύτερου πλαισίου διακυβέρνησης του οργανισμού:

α) Η πρώτη σειρά περιλαμβάνει την οργανική μονάδα και όλους τους εργαζόμενους σε σχέση εργασίας που κατά την άσκηση των καθηκόντων τους εφαρμόζουν τις διαδικασίες εντοπισμού και μετριασμού κινδύνων, καθώς και τις διαδικασίες παρακολούθησης και αξιολόγησης κινδύνων και δικλίδων ελέγχου.

β) Η δεύτερη γραμμή περιλαμβάνει οργανικές μονάδες και μεμονωμένα ή συλλογικά όργανα του οργανισμού που είναι υπεύθυνα για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης με τη νομιμότητα, τη διαχείριση κινδύνων που απειλούν την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού και τη συνολική παρακολούθηση και αξιολόγηση των μηχανισμών ελέγχου, οι οποίοι εκτελούνται από την πρώτη γραμμή ρόλων και είναι ανεξάρτητοι από την εκτέλεση χαρακτήρων πρώτης γραμμής.

γ) Η τρίτη γραμμή περιλαμβάνει τη λειτουργία εσωτερικού ελέγχου, η οποία παρέχει εύλογες υπηρεσίες διασφάλισης και συμβουλευτικής στον επικεφαλής του οργανισμού σχετικά με τα συστήματα και τις διαδικασίες διακυβέρνησης, τη διαχείριση κινδύνου και την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων στοιχείων των δύο γραμμών αρμοδιοτήτων ρόλου.

Η λειτουργία του εσωτερικού ελέγχου είναι ανεξάρτητη. Η λειτουργική ανεξαρτησία διασφαλίζεται με την οργανωτική υπαγωγή της Μονάδας Εσωτερικού Ελέγχου απευθείας στον επικεφαλής του φορέα, καθώς και με τη σύσταση και λειτουργία της Επιτροπής Ελέγχου.

Οι Εσωτερικοί Ελεγκτές δεν εμπλέκονται καθ' οιονδήποτε τρόπο στη διοίκηση του φορέα ούτε αναλαμβάνουν επιχειρησιακά καθήκοντα που σχετίζονται με αυτή.

Στους φορείς του άρθρου 2, ανάλογα με την οργανωτική δομή και το μέγεθός τους, συστήνεται Επιτροπή Ελέγχου που εγγυάται την ανεξαρτησία της Μονάδας Εσωτερικού Ελέγχου, παρακολουθεί τις εργασίες της, διασφαλίζει την ποιότητα του έργου της και ότι οι συστάσεις της λαμβάνονται δεόντως υπόψη από τον επικεφαλής του φορέα.

Η Επιτροπή Ελέγχου, ως ανεξάρτητο σώμα, δεν έχει αρμοδιότητες διαχείρισης και διοίκησης του φορέα.

Η Επιτροπή Ελέγχου απαρτίζεται από τρία (3) μέλη, εκ των οποίων ένα (1) διαθέτει ελεγκτική εμπειρία. Τα μέλη της Επιτροπής προέρχονται από άλλους φορείς του άρθρου 2 και δεν μπορούν να έχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας με τον/τους φορέα/φορείς που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της οικείας Επιτροπής.

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, η Επιτροπή Ελέγχου λαμβάνει υπόψη της τα Πρότυπα για την Επαγγελματική Εφαρμογή του Εσωτερικού Ελέγχου, το Πλαίσιο Συστήματος Εσωτερικού Ελέγχου της Επιτροπής C.O.S.O. και τις βέλτιστες πρακτικές, που διαμορφώνονται από φορείς, όπως η Επιτροπή C.O.S.O. και το Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών (I.I.A.).

Σύμφωνα με το άρθρο 25 του ν. 4025/11, το Υπουργείο Υγείας εντός τριών μηνών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού (11 Φεβρουαρίου 2011) συνέταξε εσωτερικούς κανονισμούς για τη λειτουργία των μονάδων υγείας σε διοικητικά, διαχειριστικά και λογιστικά θέματα και τήρησε Η διάταξη αυτή παρακολουθείται από τους εσωτερικούς ελέγχους του συστήματος. Οι αρμοδιότητες των εσωτερικών ελεγκτών και η οργάνωση και λειτουργία του συστήματος εσωτερικού ελέγχου ορίζονται στον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας. Περαιτέρω, ο ορισμός του εσωτερικού ελέγχου δίνεται στην παράγραφο 2 του Ν. 3492/06, σύμφωνα με το άρθρο 168 του Ν. 4270/14, ενώ ο ορισμός του εσωτερικού ελέγχου δίνεται στην παράγραφο 2 του Ν. 3492/06. Άρθρο 168 του Νόμου 4270/14 Στο σύστημα λογιστικής και χρηματοοικονομικής αναφοράς κάθε υπηρεσίας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης (δηλαδή νοσοκομεία), οι κατάλληλοι εσωτερικοί έλεγχοι ορίζονται και αξιολογούνται από εσωτερικό έλεγχο.

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε ωστόσο διαπιστώθηκε πως **δεν υπάρχει μονάδα εσωτερικού ελέγχου στο Νοσοκομείο.**

Αναλυτικότερα, δεν υπάρχει Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, καταγεγραμμένη διαδικασία προμηθειών, ούτε ενσωματωμένες δικλίδες ασφαλείας εσωτερικού ελέγχου (internal controls). Από τις συνεντεύξεις με τους φορείς το Νοσοκομείου διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα: α) δεν υπάρχει Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Νοσοκομείου όπου προβλέπεται να περιγράφεται η διαδικασία προμηθειών ούτε το σύστημα διαχείρισης παραγγελίας, τιμολόγησης, καταγραφής και εξόφλησης των υλικών/υπηρεσιών (workflow) β) δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες διαδικασίες προμηθειών και λειτουργιών του Νοσοκομείου γ) δεν υπάρχουν ενσωματωμένες εσωτερικές δικλίδες ασφαλείας (internal controls) δ) δεν υπάρχει εγχειρίδιο εσωτερικού ελέγχου ε) ελλιπής αξιολόγηση των πιθανών κινδύνων στις διαδικασίες του Νοσοκομείου στ) δεν διενεργείται έλεγχος ποιότητας επί της εφαρμογής των διαδικασιών του φορέα.

Από το 2019 ο Εσωτερικός Έλεγχος έχει ανατεθεί σε ανεξάρτητο Εξωτερικό Ελεγκτή και στις δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις της μονάδας υπάρχουν ειδικές σημειώσεις επ' αυτού. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως «το σύστημα εσωτερικού ελέγχου χρήζει σημαντικών βελτιώσεων και ρυθμίσεων ώστε να παρέχει εξασφάλιση έναντι σημαντικών διαχειριστικών και οικονομικών κινδύνων και τη δυνατότητα άμεσου εντοπισμού και ελαχιστοποίησης αυτών».

3.7 Ανακεφαλαίωση

Το υλικό που συλλέχθηκε από την έρευνα ως απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα οδηγεί στη εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με την απάντηση του αρχικού ερωτήματος της μελέτης, δηλαδή με την αποτελεσματική ανταπόκριση του Ε.Σ.Υ. στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19 μέσω της ευρύτερης διαχείρισης των ΜΕΘ στο υπό έρευνα Νοσοκομείο του Νομού Αττικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Με δεδομένο ότι η πανδημία ανέδειξε τις διαχρονικές αδυναμίες του Ε.Σ.Υ., τόσο σε οργανωτικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο ανεπάρκειας ανθρώπινων και υλικών πόρων (ειδικά κατά τη διάρκεια των μνημονίων) θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα η ανάπτυξη κλινών ΜΕΘ σε αριθμό επαρκή όπως αναφέρεται παραπάνω. Επιπλέον δε των κρατικών χρηματοδοτήσεων που ενδείκνυται να διατεθούν για το σκοπό αυτό, σκόπιμο θα ήταν να αναληφθούν πρωτοβουλίες και να εξαντληθεί κάθε δυνατό περιθώριο για τη συγκέντρωση ιδιωτικών δωρεών ώστε να έχουμε καλύτερο αποτέλεσμα στα κενά, που σίγουρα θα υπάρχουν. Η ιδιωτική πρωτοβουλία, όπως είδαμε και στη Μελέτη περίπτωσης του Νοσοκομείου, βοήθησε στην ανάπτυξη νέων κλινών ΜΕΘ όχι μόνο στο υπό έρευνα αλλά και σε άλλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.

Τα αρχικά επιχειρησιακά σχέδια του Νοσοκομείου δεν περιλάμβαναν ποσοτικούς στόχους και προβλέψεις για την εξασφάλιση των αναγκαίων μέσων, για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης κλινών ΜΕΘ. Συνεπώς, θα πρέπει να επανεξεταστεί ο τρόπος κατάστρωσης των επιχειρησιακών σχεδίων για τη αντιμετώπιση έκτακτων απειλών για τη δημόσια υγεία, τα οποία θα πρέπει να είναι ειδικώς προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε τυχόν απειλής και περαιτέρω να συναρμολογούν ποσοτικούς στόχους και διαθεσιμότητα μέσων για την αντιμετώπιση της.

Απαραίτητη σε κάθε βαθμό είναι η ενίσχυση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων τόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και η καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού εν γένει.

Αναφορικά με την προτεραιοποίηση των ασθενών για εισαγωγή στις ΜΕΘ τα πρωτόκολλα που εφαρμόζονται και η διαλογή γίνεται αποκλειστικά από τους θεράποντες ιατρούς του Νοσοκομείου. Η διαδικασία αυτή, πέραν του ότι μπορεί να εγείρει αμφιβολίες ως προς την ισότιμη και ανεξαρτήτως της κοινωνικής και οικονομικής τους κατάστασης πρόσβαση των ασθενών στην κατάλληλη, αναλόγως της βαρύτητας της νόσησης τους, περίθαλψη, συνεπάγεται δυσανάλογη για τους ίδιους τους ιατρούς ευθύνη και για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη πρωτοκόλλων.

Ζητήματα που άπτονται της ευρύτερης οργάνωσης του Νοσοκομείου θα πρέπει να διευθετηθούν και να λυθεί το θέμα της μη πλήρους ανεπτυγμένης διεύθυνσης Εσωτερικού Ελέγχου που εγείρει ανησυχίες που διατυπώνονται και σε εκθέσεις ετησίων οικονομικών καταστάσεων.

Η πανδημία ανέδειξε, όπως προκύπτει από την έρευνα, αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας, τόσο σε οργανωτικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο χρόνιας ανεπάρκειας ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Παρά την προσπάθεια που καταβλήθηκε για την αναγκαία προπαρασκευή του δημόσιου συστήματος υγείας, τα επιχειρησιακά σχέδια των Νοσοκομείων δεν περιελάμβαναν ποσοτικούς στόχους και προβλέψεις για την εξασφάλιση των αναγκαίων μέσων, για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης κλινών εντατικής θεραπείας.

Μολονότι ο αριθμός των κλινών εντατικής θεραπείας αυξήθηκε, σε σύντομο χρονικό διάστημα, εξακολουθούσε, σε πολλές περιπτώσεις, να υπολείπεται εκείνου που κατά τις οικείες προδιαγραφές, κατ' ελάχιστον απαιτείται.

Οι προϋπάρχουσες της εκδήλωσης της πανδημίας ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό είχαν ως συνέπεια οι κλίνες εντατικής θεραπείας που αναπτύχθηκαν να μην καταστεί εφικτό όλες να στελεχωθούν, όπως από τις ισχύουσες προδιαγραφές για την οργανική συνθεσή τους, προβλέπεται.

Η πανδημία δοκίμασε τις αντοχές του Νοσοκομείου που ελέγχθηκε, όσον αφορά την από μέρους του δυνατότητα νοσηλείας ασθενών.

4.1 Συστάσεις

1. Η ανάπτυξη κλινών εντατικής θεραπείας, σε αριθμό επαρκή για τις ανάγκες ενός σύγχρονου δημοσίου συστήματος υγείας, θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα. Επιπλέον δε των κρατικών χρηματοδοτήσεων που ενδείκνυται να διατεθούν για τον σκοπό αυτόν, σκόπιμο θα ήταν, ενόψει και της ευαισθητοποίησης πλέον της κοινής γνώμης, να αναληφθούν πρωτοβουλίες και να εξαντληθεί κάθε περιθώριο για τη συγκέντρωση ιδιωτικών δωρεών που θα μπορούσαν και τα κενά που οι πεπερασμένες δυνατότητες του Κρατικού Προυπολογισμού καταλείπουν να συμπληρώσουν και στην ταχύτερη επίτευξη του ζητούμενου αποτελέσματος να συμβάλλουν.
2. Ασχέτως των εν γένει τραγικών συνεπειών της, η υγειονομική κρίση, πάντως,

αφήνει στο δημόσιο σύστημα υγείας ένα απόθεμα εξοπλισμού και εκπαιδευμένου, υπό πολύ αντίξοες συνθήκες, υγειονομικού προσωπικού, που αποκτήθηκε για την αντιμετώπισή της και το οποίο συνίσταται να αξιοποιηθεί καταλλήλως για τον σκοπό της επαύξησης, σε μόνιμη βάση, του αριθμού των κλινών εντατικής θεραπείας.

3. Στο πλαίσιο της ευρύτερης οργάνωσης του Ε.Σ.Υ., ιδιαίτερη μέριμνα ενδείκνυται να ληφθεί, ούτως ώστε οι κλίνες και το προσωπικό εντατικής θεραπείας να κατανεμηθούν ισόρροπα στο κέντρο και στην περιφέρεια, προκειμένου όλα τα Νοσοκομεία της Χώρας να είναι σε θέση να παρέχουν της αυτής, υψηλής ποιότητας νοσηλεία στους πολίτες.
4. Αξιοποιώντας την εμπειρία της πανδημίας, συνίσταται οι Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών και τα Νοσοκομεία να επανεξετάσουν τον τρόπο κατάστροφης των επιχειρησιακών σχεδίων για την αντιμετώπιση έκτακτων απειλών για τη δημόσια υγεία, τα οποία θα πρέπει να είναι ειδικών προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε απειλής και, περαιτέρω, να συναρμολόζουν ποσοτικούς στόχους και διαθεσιμότητα μέσω για την αντιμετώπισή της.
5. Μολονότι η επιστημονική επάρκεια και η ηθική ακεραιότητα του ιατρικού προσωπικού του δημόσιου συστήματος υγείας να εκπληρώσει, εφ' όσον απαιτηθεί, το καθήκον της διαλογής των ασθενών που θα νοσηλευθούν σε κλίνες εντατικής θεραπείας δεν αμφισβητείται, το να επαφίενται τέτοιες αποφάσεις αποκλειστικώς στην κρίση των θεράποντων ιατρών, πέραν του ότι μπορεί να εγείρει ενστάσεις ως προς την ισότιμη και ανεξαρτήτως της κοινωνικής και οικονομικής τους κατάστασης πρόσβαση των ασθενών στην κατάλληλη, αναλόγως της βαρύτητας της νόσησής τους περίθαλψη, συνεπάγεται δυσανάλογη, για τους ίδιους τους ιατρούς, ευθύνη, την οποία κατά πολύ θα μπορούσε να αμβλύνει η εκπόνηση, σε εθνικό επίπεδο, σαφών οδηγιών για τη διεξαγωγή της διαλογής αυτής και η εισαγωγή διαδικασιών για τη διασφάλιση της οριζόντιας εφαρμογής τους.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η έρευνα μας ανέδειξε τα διαχρονικά προβλήματα στον τομέα της υγείας, τα οποία βεβαίως ήταν γνωστά σε όλους, απλά κατά τη διάρκεια της πανδημίας επιδεινώθηκαν και ανεδείχθησαν γρηγορότερα.

Η πανδημία ανέδειξε, όπως προκύπτει από την έρευνα, τις διαχρονικές αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας, τόσο σε οργανωτικό και επιχειρησιακό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο χρόνιας ανεπάρκειας ανθρώπινων - υλικών πόρων και υποδομών.

Η γνώση και η εμπειρία που αποκτήσαμε θα μπορούσε να χρησιμεύσει για τη βελτίωση του ΕΣΥ και την προετοιμασία για μελλοντικές πανδημίες ή υγειονομικές κρίσεις.

Σε ενδεχόμενη μελλοντική έρευνα, με το συγκεκριμένο ή παρόμοιο θέμα, θα μπορούσαν ενδεικτικά να διερευνηθούν τα εξής:

- . Η διαδικασία κεντρικής προμήθειας των ΜΑΠ (Μέτρων Ατομικής Προστασίας) και του ιατροφαρμακευτικού υλικού και εξοπλισμού
- . Η διαχείριση των δωρεών
- . Η επάρκεια επικουρικού προσωπικού, ιατρών και νοσηλευτών
- . Η δυνατότητα σύναψης συμβάσεων με ιδιώτες ιατρούς
- . Η διάθεση κλινών από ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας
- . Η ένταξη συνταξιούχων, εθελοντών και ιατρών ιδιωτικών κλινικών σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ
- . Η διερεύνηση αύξησης των ΜΕΘ στο επιθυμητό και διεθνώς αποδεκτό, σύμφωνα και με τον οργανισμό υγείας των ΗΠΑ, ποσοστό του 6% του συνολικού αριθμού κλινών
- . Το κόστος νοσηλείας ανά ημέρα των ασθενών που εισάγονται στις ΜΕΘ, το οποίο δεν πρέπει να υπερβαίνει το 20-30% του συνολικού νοσοκομειακού κόστους και τέλος
- . Την αξιολόγηση του Νοσοκομείου με δείκτες απόδοσης, σύμφωνα με τα διεθνή standards
- . Διασύνδεση των Πληροφοριακών Συστημάτων των νοσοκομείων μεταξύ τους.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Εν γένει η πανδημία του Covid-19 έφερε τα νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας αντιμέτωπα με μια πρωτοφανή συνθήκη. Ωστόσο, δεδομένου ότι τέτοιου τύπου ιογενείς εξάρσεις και έκτακτες καταστάσεις δε θα πρέπει να αγνοούνται και ως μελλοντικό ενδεχόμενο τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών μπορούν να αποτελέσουν ιδιαίτερος χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των αρμόδιων φορέων του Ε.Σ.Υ. ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και να γίνουν οι απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις σε οργανωτικό επίπεδο για να αποφευχθεί η επανάληψη της ίδιας κατάστασης σε περίπτωση ενός νέου κύματος πανδημίας.

Στα δύο (2) δύσκολα χρόνια της πανδημίας έγιναν άλματα με την ψηφιοποίηση των Υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας, πραγματοποιήθηκαν δομικές μεταρρυθμίσεις σε σημαντικούς τομείς και πραγματοποιήθηκαν σημαντικές προσλήψεις προσωπικού (Ιατρικού και Νοσηλευτικού). Τώρα, τη στιγμή που γράφονται οι τελευταίες – κυριολεκτικά - σειρές της διπλωματικής εργασίας, προωθείται η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με προμετωπίδα το καινοτόμο πρόγραμμα πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης».

Και αυτό διότι σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας έχει εξασφαλιστεί 1,5 δις ευρώ επιχορήγηση από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας για εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ.

337 εκατομμύρια ευρώ για ανακαινίσεις και εκσυγχρονισμό των Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας

278 εκατομμύρια ευρώ θα δαπανηθούν για τον ψηφιακό μετασχηματισμό του τομέα της Υγείας και

272 εκατομμύρια ευρώ θα δαπανηθούν για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης.

Ένα υγιές σύστημα υγείας δημόσιας υγείας απαιτεί πρωτίστως πόρους.

Η χώρα συνολικά μέσα από μια πολύ δύσκολη και απαιτητική κατάσταση με περίπου 35.000 θανάτους, εν προκειμένω της πανδημίας, πεποίθησή μου είναι ότι βγήκε περισσότερο θωρακισμένη, σοφότερη και, εν συνόλω, θέλω να πιστεύω σε επόμενη υγειονομική κρίση, γεγονός που δεν μπορούμε να αποκλείσουμε, ότι θα υπάρξουν όλα τα εχέγγυα για ένα καλύτερο αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Ασκητοπούλου, Ε. Κ. (1991), Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

Γερασίμου, Σ. (2013), Δείκτες ποιότητας νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη μονάδα εντατικής θεραπείας και συσχετίσή τους με την έκβαση των νοσηλευομένων. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Γρηγοράκος, Λ. (2014), Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Αναπνευστική Ανεπάρκεια & Μηχανική Αναπνοή, Πριν - Κατά - Μετά, Αθήνα.

Μαλλιάρου, Μ., Καραθανάση, Κ. και Σαράφης, Π.(2008), Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μια συστηματική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 1, 40-48.

Μπιλάλης, Δ. (1983), «Επείγουσα Και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα.

N. 1397/1983 (ΦΕΚ Α 143/7.10.83)

Π.Δ. 517/1991, ΦΕΚ Α 202/24.12.1991

N. 3329/2005 (ΦΕΚ Α 81/04.04.2005)

N 4633/2019 (ΦΕΚ Α 161/16.10.2019)

N. 4412/16 (ΦΕΚ Α 147/8.8.2016)

N. 4025/11 (ΦΕΚ Α 228/2.11.2011)

N. 4270/14 (ΦΕΚ Α 143/28.6.2014)

N. 3492/06 (ΦΕΚ Α 210/5.10.2006)

N.4795/21 (ΦΕΚ Α 62/17.04.2021)

ΠΝΠ 10/8/2020 αρθ. 13

ΠΝΠ 11/3/2020 αρθ. 16

ΦΕΚ Α 42/25.02.2020

ΦΕΚ Α 55/11.03.2020

Παπακωστίδης, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (4), 480-488.

Πλατή, Δ. Χ. (1993), Η Νοσηλευτική Στις Σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική, 32 (2), 95 - 96.

Πουλοπούλου, Μ. (2002), Οργάνωση, δομή και λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Καλαμάτα.

Ρούσσοι, Χ. (2009) Εντατική Θεραπεία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Φίκα, Σ., Νανάς, Σ. και Μπαλτόπουλος, Γ. (2014). Προγνωστικά συστήματα και προγνωστικοί δείκτες έκβασης ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(5), 541-557.

Χατζηνικολάου, Κ.(1999), Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Ιπποκράτεια, 3,(4), 148 -159.

Διαδικτυακές πηγές

<https://www.who.int/>

<https://eody.gov.gr/eody/>

https://www.ygeianet.gr/images/site/1505/.../g_nakos_oikonomia_kai_ygeia.pdf

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Avedis Donabedian (1966) , The Donabedian Model of Care, άρθρο του , το 1966 «Αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης».