

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**Δείκτες Λειτουργικότητας Και Αξιολόγησης Ενός Δημόσιου
Τμήματος Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ)**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΔΙΟΝΥΣΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής

Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια

ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ

Μέλος

Καθηγητής

ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ

Μέλος

Επιστημονικός
Συνεργάτης

ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΣΤΑΜΟΥΛΗ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος ^{Διονυσίου Κουρίκου} του Δημητρίου με αριθμό μητρώου
.....19076....., φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του
Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων 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 τον Ιούνιο 2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του
επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	<i>σελ.</i>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Λειτουργία των ΤΕΠ	5
1.1. Ρόλος των ΤΕΠ – Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	5
1.2. Νομοθετικό πλαίσιο: Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Ποιότητα Λειτουργίας των ΤΕΠ	10
2.1. Ποιότητα λειτουργίας των ΤΕΠ.....	10
2.2. Αξιολόγηση της ποιότητας λειτουργίας των ΤΕΠ.....	13
2.3. Διαλογή στα ΤΕΠ.....	19
2.4. Συνωστισμός των ΤΕΠ.....	22
2.4.1. Θνησιμότητα.....	23
2.4.2. Ασθενείς που αποχωρούν χωρίς να εξεταστούν.....	25
2.4.3. Αποτρέψιμα ιατρικά λάθη και άλλα αρνητικά αποτελέσματα.....	25
2.4.4. Χρόνοι αναμονής.....	26
2.5. Διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μελέτη περίπτωσης: ΤΕΠ Θριασίου Νοσοκομείου	30
3.1. Σκοπός.....	30
3.2. Υλικό – μέθοδος	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	33
4.Α. Δείκτες Ζήτησης Υπηρεσιών ΤΕΠ.....	33
4.Α.1. Προσελεύσεις Συνολικά.....	33
4.Α.1.1. Προσελεύσεις.....	33
4.Α.1.2. Προσελεύσεις με ΕΚΑΒ.....	34
4.Α.1.3. Προσελεύσεις ανά τομέα.....	34
4.Α.1.4. Προσελεύσεις εκτός Γενικής Εφημερίας.....	36
4.Α.2. Γενική Εφημερία.....	36
4.Α.2.1. Προσελεύσεις.....	36
4.Α.2.2. Προσελεύσεις με ΕΚΑΒ.....	37
4.Α.2.3. Προσελεύσεις ανά ώρα.....	38

4.A.3. Εξετασθέντες.....	40
4.A.3.1. Συνολικά εξετασθέντες.....	40
4.A.3.2. Εξετασθέντες στη Γενική Εφημερία.....	40
4.A.3.3. Εξετασθέντες ανά Τμήμα στη Γενική Εφημερία.....	41
4.A.4. Εισαγωγές.....	42
4.B. Δείκτες Διαδικασιών ΤΕΠ.....	43
4.B.1. Χρόνοι από άφιξη μέχρι την 1η επαφή με το γιατρό (DTDT-door to doctor time).....	43
4.B.1.1. Κατηγοριοποίηση χρόνων αναμονής.....	44
4.B.1.2. Χρόνοι αναμονής ανά τμήμα.....	44
4.B.2. Διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ (Length Of Stay - LOS).....	45
4.Γ. Δείκτες Αποτελεσματικότητας ΤΕΠ.....	49
4.Γ.1. Θνητότητα.....	49
4.Γ.2. Ασθενείς που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν (Left Without Being Seen - LWBS).....	50
4.Γ.3. Ασθενείς που αποχωρούν παρά τη σύσταση των γιατρών (Left Against Medical Advice - LAMA).....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	53
5.1. Κύρια ερευνητικά ευρήματα – Συμπεράσματα.....	53
5.1.1. Δείκτες Ζήτησης.....	53
5.1.2. Δείκτες Διαδικασιών.....	54
5.1.2.1. Ο χρόνος από την άφιξη του ασθενή μέχρι την 1η επαφή με το γιατρό (Door To Doctor Time - DTDT).....	54
5.1.2.2. Χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ (Length Of Stay - LOS).....	54
5.1.3. Δείκτες Αποτελεσματικότητας.....	55
5.1.3.1. Θνητότητα.....	55
5.1.3.2. Ασθενείς που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν (Left Without Being Seen - LWBS).....	55
5.1.3.3. Ασθενείς που αποχωρούν παρά τη σύσταση των γιατρών (Left Against Medical Advice – LAMA).....	56
5.2. Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας των ΤΕΠ.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κεντρική υπόθεση της **επείγουσας περίθαλψης** (*emergency care*) είναι ότι η ταχεία διάγνωση και η έγκαιρη παρέμβαση βελτιώνουν τα αποτελέσματα των ασθενών (Carr et al., 2009; Neumar, 2007). Οι επαγγελματικοί οργανισμοί έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές που αποσκοπούν στην τυποποίηση της φροντίδας αυτών των παθήσεων επείγουσας φύσης (πχ, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, σήψη, τραυματισμός, κλπ), συμπεριλαμβανομένης της κατάλληλης χρήσης εξειδικευμένων επιπέδων φροντίδας, όπως ο καρδιακός καθετηριασμός και η επεμβατική ακτινολογία (Brodie et al., 2001; Cannon et al., 2000; Carr et al., 2009; MacKenzie et al., 2006).

Το **Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)** αποτελεί κομβικό τμήμα για την αποτελεσματική και ποιοτική λειτουργία ενός νοσοκομείου και του ευρύτερου δικτύου επείγουσας περίθαλψης. Πρόκειται, ουσιαστικά, για τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (προ-νοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης). Βασικός σκοπός της λειτουργίας του ΤΕΠ είναι η γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι επείγον περιστατικό θεωρείται κάθε ασθενής που αντιμετωπίζει μια επείγουσα κατάσταση, η οποία, με τη σειρά της, είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενή και απαιτεί γρήγορη εκτίμηση και άμεση αντιμετώπιση μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (Μπαλτόπουλος, 1997).

Σε ένα χώρο, όπως είναι το ΤΕΠ, η απαίτηση για παρεχόμενες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας καθίσταται επιτακτική. Συνεπώς, αναδύεται η ανάγκη αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στα ΤΕΠ.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση ενός δημόσιου Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Συγκεκριμένα, αξιολογείται η λειτουργικότητα του ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ», μέσα από δεδομένα και στατιστική ανάλυση, με σκοπό να αναδειχθούν προτάσεις που η εφαρμογή τους θα βοηθήσει στην αποτελεσματική λειτουργία του ΤΕΠ και την εξασφάλιση παροχής ποιοτικής περίθαλψης.

Η εργασία διαρθρώνεται σε πέντε (5) κεφάλαιο. Το πρώτο κεφάλαιο είναι η *Εισαγωγή*. Στο δεύτερο κεφάλαιο, με τίτλο *Βιβλιογραφική Ανασκόπηση*, αναλύονται βασικά ζητήματα που σχετίζονται με τη λειτουργία των ΤΕΠ και τις προϋποθέσεις παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας. Στο τρίτο κεφάλαιο, με τίτλο *Σκοπός – Μέθοδος*, παρουσιάζεται ο σκοπός της μελέτης και περιγράφεται η διαδικασία συλλογής δεδομένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα *Ευρήματα* της έρευνας. Η εργασία κλείνει με το πέμπτο κεφάλαιο, με τίτλο *Συμπεράσματα – Προτάσεις*, στο οποίο παρουσιάζονται τα κυριότερα ευρήματα και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτά. Η εργασία κλείνει με την ενότητα των προτάσεων για την βελτίωση της λειτουργίας των ΤΕΠ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Η Λειτουργία των ΤΕΠ

1.1. Ρόλος των ΤΕΠ – Η κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, το ΤΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει σαν στόχο την υποδοχή, την αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα οξέα και επείγοντα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς καθώς και την διαχείριση τους ως την στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο ιατρό» (Ασκητοπούλου 2009; EUSEM 2009¹). Για τον σκοπό αυτό, τα Συστήματα Υγείας διεθνώς έχουν θέσει ως βασική αρχή ανάπτυξής τους να παρέχουν σωστή και επαρκή επείγουσα φροντίδα στις κατάλληλες υποδομές, στον κατάλληλο χρόνο και από το κατάλληλο - άρτια εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και αυτό γιατί όταν η υγεία των πολιτών και η ζωή τους απειλείται η παροχή επείγουσας φροντίδας, μπορεί να αποβεί σωτήρια και να μειώσει κατά πολύ τις πιθανότητες μόνιμης βλάβης (Λάμπρου, 2005).

Το ΤΕΠ στοχεύει στην παροχή φροντίδας υψηλού επιπέδου μέσω της παροχής ορθής διαγνωστικής και θεραπευτικής επείγουσας ιατρικής περίθαλψης, προκειμένου να εξασφαλίζεται ο περιορισμός της θνητότητας και της νοσηρότητας. Επίσης, συνιστά βασικό δείκτη της ποιοτικής και αποτελεσματικής λειτουργίας ολόκληρου του νοσοκομείου, δεδομένου ότι επηρεάζει τη λειτουργία και των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου, π.χ. κλινικές, εργαστήρια. Στο ΤΕΠ κρίνεται καθημερινά

¹ Βλ. https://www.eusem.org/images/policy_statement_on_em_in_europe_-_may_2013.pdf

η αξιοπιστία και η ποιότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) (Αγγουριδάκης, 2010).²

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από το ΤΕΠ είναι σημαντικές και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καθώς το ΤΕΠ έχει σκοπό να την επίτευξη των ακόλουθων στόχων:

- Την προαγωγή του σε υπηρεσία ποιοτικής αξιολόγησης της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την καταγραφή και ολιστική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.
- Την βελτίωση, την ετοιμότητα και την εγρήγορση των επαγγελματιών υγείας.
- Την καλύτερη έκβαση των επειγόντων περιστατικών με γρήγορη και αποτελεσματική σταθεροποίηση και αντιμετώπισή τους.
- Την αναβάθμιση της παροχής ιατρικών υπηρεσιών στα Επείγοντα.
- Τον περιορισμό της θνητότητας και νοσηρότητας των επειγόντων περιστατικών και, παράλληλα, τη μείωση του χρόνου και του κόστους της νοσοκομειακής νοσηλείας τους.
- Την προώθηση της έρευνας που αφορά την Επείγουσα Ιατρική.
- Την προστασία του νοσοκομείου από άσκοπες εισαγωγές, επιτυγχάνοντας την ορθολογικότερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων και της υποδομής του νοσοκομείου (Weinick et al., 2010).

Καθώς τα ΤΕΠ καθημερινά καλούνται να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά υγείας, θα πρέπει να συνδυάζουν την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή,

² Βλ. <http://www.hesem.gr/wp-content/uploads/2011/01/EDdevelopment.pdf>

τον κατάλληλο εξοπλισμό, καθώς και το εξειδικευμένο έμπυχο δυναμικό που απαιτείται, ώστε να εξασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η παροχή άμεσης και ποιοτικής επείγουσας φροντίδας. Όσον αφορά την Ελλάδα, η επείγουσα θεραπεία παρέχεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων και από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Για να διασφαλιστούν τα παραπάνω, οι ιατρικές φροντίδες περιλαμβάνουν:

- **Διαλογή**
- **Πρωτοβάθμια εκτίμηση και σταθεροποίηση των απειλητικών για το ζώή καταστάσεων**, με βάση το σύστημα προσέγγισης ABCDE (ακρωνύμιο των air, breath, circulation disability expose, and examine), το οποίο είναι εργαλείο πρωτοβάθμιας εκτίμησης για όλους τους ασθενείς και δεν απαιτεί παρακλινικό έλεγχο. Είναι μια δομημένη προσέγγιση για την αναγνώριση και αναζωογόνηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση και τραυματιών.
- **Εστιασμένο ιατρικό ιστορικό στα συμπτώματα**, για τα οποία ο ασθενής προσέρχεται, σε κλινικά ευρήματα όσο και σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση φροντίδα.
- **Δευτεροβάθμια εκτίμηση και άμεση κλινική διαχείριση**, με έγκαιρη επιλογή παρακλινικών εξετάσεων και με εστιασμό στην ανάγκη για άμεση παρέμβαση.
- **Λήψη κλινικών αποφάσεων**, με δεύτερη διαλογή, άμεση ή/και οριστική φροντίδα στο ΤΕΠ και σχεδιασμό για εισαγωγή ή εξιτήριο.
- **Συνεχής επανεκτίμηση και περαιτέρω διαχείριση του ασθενούς.**

Η επιβάρυνση του Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών στα δημόσια νοσοκομεία είναι δεδομένη διεθνώς. Στην Ελλάδα, η επιβάρυνση αυτή παρατηρείται σε υψηλότερα επίπεδα λόγω του ότι το Σύστημα Υγείας δεν έχει πάρει ακόμα μια ολοκληρωμένη και αποδοτική μορφή λειτουργίας και λόγω της έλλειψης πόρων (οικονομικών και ανθρώπινων). Η βελτίωση της ποιότητας στη λειτουργία των ΤΕΠ πρέπει να είναι μέλημα όλων: (α) των ασθενών που απολαμβάνουν τις υπηρεσίες, (β) των επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν τις υπηρεσίες και (γ) του κράτους που επιβαρύνεται με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μακρή και συν., 2019).

Λόγω της ελλειμματικής απόδοσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας, τα ΤΕΠ είναι εκείνα που δέχονται όλο τον φόρτο εργασίας και αντιμετώπισης σοβαρών περιστατικών και εκείνων που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Εξάλλου, η εφαρμογή και στην Ελλάδα της ισότιμης και καθολικής υγειονομικής περίθαλψης όλων των πολιτών, διαγράφει την ανάγκη της ύπαρξης των ΤΕΠ, αλλά παράλληλα αυξάνει και την απαίτηση για τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα και παροχή ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας (Μακρή και συν., 2019).

Σήμερα, η καθιέρωση μετρήσεων των υπηρεσιών στο ΤΕΠ μέσω δεικτών παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου όλων των παραγόντων που τις επηρεάζουν και αποτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας την παροχή ποιοτικής φροντίδας, καθώς και τον έλεγχο των προσδοκώμενων στόχων (Μακρή και συν., 2019).

Στην Ελλάδα, τις αδυναμίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έρχονται να καλύψουν τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων. Τα ΤΕΠ αποτελούν την «πύλη εισόδου» για το υπόλοιπο νοσοκομείο, αφού εκεί κρίνεται

ποιος θα νοσηλευτεί και ποιος όχι, και γι' αυτό θεσπίστηκε νομοθετικά και η αυτοτέλειά τους ως Τμήμα. Σημαντικό ρόλο στην κατηγοριοποίηση αυτή συντελούν τα ιατρεία Διαλογής (triage), που οφείλουν να λειτουργούν με στόχο την ταχεία εξυπηρέτηση των ασθενών, την αποσυμφόρηση των ιατρείων και την άρτια διάθεση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (Μακρή και συν., 2019).

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

Η οργάνωση, ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. διαμορφώνεται σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/2012 - ΦΕΚ 874/Β/20-3-2012 (βλ. Παράρτημα).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Η Ποιότητα Λειτουργίας των ΤΕΠ

2.1. Ποιότητα λειτουργίας των ΤΕΠ

Βασικός σκοπός της λειτουργίας του ΤΕΠ είναι η γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Πιο αναλυτικά, οι επιμέρους λειτουργίες του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι:

- ✓ Να υποδέχεται τα έκτακτα περιστατικά και να κάνει ορθή διαλογή αυτών (triage), ανάλογα με τη βαρύτητά τους και το είδος του προβλήματος.
- ✓ Να παρέχει υψηλού επιπέδου κατεπείγουσα, επείγουσα και μη - επείγουσα ιατρική περίθαλψη και νοσηλευτική φροντίδα, 24 ώρες το εικοσιτετράωρο και 365 μέρες το έτος, στα άτομα που χρήζουν τέτοιας περίθαλψης, με άμεση αναγνώριση των επειγουσών καταστάσεων, και να διασφαλίζει τη μείωση της θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας, που σχετίζονται με τον τραυματισμό και την αιφνίδια νόσο.
- ✓ Να λειτουργεί ως φίλτρο και να προστατεύει το νοσοκομείο από τις άσκοπες εισαγωγές που επιβαρύνουν τόσο τον προϋπολογισμό του όσο και τη λειτουργία του.
- ✓ Να κατευθύνει τους ασθενείς στις κατάλληλες μονάδες, μετά την παροχή της επείγουσας φροντίδας, ανάλογα με το πρόβλημα (εισαγωγή σε κλινική, παραμονή σε μονάδα βραχείας νοσηλείας μέχρι την τελική αξιολόγηση).

- ✓ Να διαχειρίζεται καταστάσεις κρίσης και να αντιμετωπίζει μαζικά θύματα από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. τροχαία ατυχήματα, φυσικές καταστροφές, ακραία καιρικά φαινόμενα).
- ✓ Να προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, σε όλες τις περιπτώσεις, ακόμη και όταν η διατήρηση της ανθρώπινης ζωής δεν είναι αντικειμενικά εφικτή.
- ✓ Να εκπαιδεύει τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, παρέχοντάς τους κατάλληλες οδηγίες – πληροφορίες και ενημερώνοντάς τους σχετικά με τη διακοπή επιβλαβών συνηθειών και τη διαδικασία επανελέγχου.
- ✓ Να συλλέγει δεδομένα που αφορούν στη φροντίδα και στην έκβαση των ασθενών, με σκοπό την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και των λειτουργιών του ΤΕΠ (Παπασάββας, 2001).

Σε έναν χώρο, όπως είναι το ΤΕΠ, η απαίτηση για παρεχόμενες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας καθίσταται επιτακτική. Συνεπώς, αναδύεται η ανάγκη αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στα ΤΕΠ.

Η προσέγγιση του **Donabedian** παραμένει σημαντική για αυτό που είναι σήμερα ένα ενεργητικό διεθνές κίνημα ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Berwick & Fox, 2016). Σύμφωνα με τον Donabedian (1966), οι οργανωτικές έννοιες της *δομής*, της *διαδικασίας* και του *αποτελέσματος* παραμένουν κεντρικές για τη μέτρηση και τη βελτίωση της ποιότητας. Όχι λιγότερο σημαντική ήταν η επιμονή του ότι η έρευνα για την ποιότητα και η χρήση των ευρημάτων από αυτήν την έρευνα πρέπει να δίνει έμφαση στη μέτρηση (*measurement*), την ανάλυση (*analysis*), τη διαχείριση (*management*) και τη διακυβέρνηση (*governance*) (Berwick & Fox, 2016).

Ο Donabedian όρισε την ποιότητα ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στα κέρδη και στις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης» (Μαλλιαρού και συν, 2009, σελ. 29). Ο ίδιος ανέπτυξε τρία βασικά κριτήρια για την εκτίμηση της ποιότητας, τα οποία διακρίνονται σε αυτά που αφορούν (α) στη *δομή*, (β) στη *διεργασία* και (γ) στην *έκβαση* της πράξης ή ενός συνόλου ενεργειών. Πιο αναλυτικά:

- *Κριτήρια δομής*: Αναφέρονται στους πόρους, το απαιτούμενο προσωπικό, τον εξοπλισμό και τον φυσικό χώρο.
- *Κριτήρια διαδικασίας*: Ενέργειες ή αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες υπηρεσιών (επικοινωνία, διαγνωστικές εξετάσεις, τήρηση αρχείων, λογοδοσία).
- *Κριτήρια έκβασης/αποτελέσματος*: Ενδεικτικά είναι δείκτες σωματικής αντίδρασης σε κάποια παρέμβαση του επιπέδου υγείας, του επιπέδου γνώσεων και της ικανοποίησης (Μαλλιαρού και συν, 2009).

Εκτός από τις τρεις αυτές διαστάσεις, ο Donabedian ασχολήθηκε και με τρεις ακόμη:

- ✓ Το *τεχνικό μέρος* (technical, science of medicine). Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
- ✓ Το *διαπροσωπικό μέρος* (interpersonal, art of medicine), το οποίο αποτελεί ζωτικής σημασίας παράμετρο της ποιότητας της παροχής φροντίδας. Αφορά στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και σχετίζεται με τη συμπεριφορά αυτών

απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

- ✓ Την *ξενοδοχειακή υποδομή* (amenities), η οποία περιλαμβάνει τον χώρο, το περιβάλλον, τις συνθήκες και τις ανέσεις υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες (Παπανικολάου, 2007).

2.2. Αξιολόγηση της ποιότητας λειτουργίας των ΤΕΠ

Τα δεδομένα και τα γεγονότα δεν εντοπίζονται ούτε συλλέγονται απλά, εύκολα ή παθητικά (Khalifa & Khalid, 2015). «Μπορούν να κατανοηθούν και να μετρηθούν μόνο μέσω ενός υποκείμενου εννοιολογικού πλαισίου, το οποίο καθορίζει τα σχετικά γεγονότα και τα διακρίνει από το θόρυβο του περιβάλλοντος» (Khalifa & Khalid, 2015, σ. 460).

Πολλοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναπτύξει **βασικούς δείκτες λειτουργικότητας** (*key performance indicators-KPIs*) για την παρακολούθηση, τη μέτρηση και τη διαχείριση της απόδοσης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να διασφαλίσουν την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ισότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αναμένεται να επιτύχουν και να διαχειριστούν τα αποτελέσματα σύμφωνα με τους καθορισμένους στόχους και τα ποιοτικά τους πρότυπα (Arah et al., 2003). Για τον λόγο αυτό, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, είναι πολύ σημαντικό να αναπτυχθούν στρατηγικοί *βασικοί δείκτες λειτουργικότητας* που αντικατοπτρίζουν την πραγματική απόδοση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Khalifa & Khalid, 2015).

Έχουν χρησιμοποιηθεί δείκτες ποιότητας σε αρκετές περιπτώσεις βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης. Οι δείκτες ποιότητας μπορούν να ορισθούν ως ένα ποσοτικό μέτρο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της ποιότητας σημαντικών δραστηριοτήτων φροντίδας και υποστήριξης ασθενών. Οι δείκτες ποιότητας θεωρούνται σημαντική βάση για την ανάλυση της ποιότητας της περίθαλψης και, κατ' επέκταση, τη βελτίωσή της. Στις μέρες μας, η ικανοποίηση του ασθενούς ή η αντίληψη του ασθενούς για την ποιότητα της περίθαλψης θεωρείται συχνά ως δείκτης ποιότητας της περίθαλψης (Abidona, da Silva, & Moreira, 2020; Boudreaux & O'Hea, 2004; Davis & Bush, 2003; Gebru et al., 2019; Viotti et al., 2020; Wilde, Larsson, Larsson, & Starrin, 1994).

Οι δείκτες ποιότητας είναι χρήσιμα εργαλεία για την εικόνα και τη λειτουργία των ΤΕΠ τόσο σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας όσο και για τη σύγκριση μεταξύ τμημάτων. Σύμφωνα με τις διαστάσεις της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian διακρίνονται σε δείκτες δομείς, δείκτες διαδικασίας και δείκτες αποτελέσματος (Μακρή και συν., 2019).

Οι βασικοί δείκτες λειτουργικότητας χρησιμοποιούνται από τα νοσοκομεία για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της απόδοσης σε σχέση με τα ορόσημα ή τα πρότυπα αναφοράς. Οι βασικοί δείκτες λειτουργικότητας δείχνουν τάσεις και εξηγούν πώς μπορούν να επέλθουν οι απαιτούμενες βελτιώσεις με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, οι βασικοί δείκτες λειτουργικότητας συμβάλλουν στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με εγκεκριμένα πρότυπα ή με άλλους παρόμοιους συγκρίσιμους οργανισμούς. Αυτό βοηθά τα νοσοκομεία και τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να βελτιώσουν τις υπηρεσίες που παρέχουν, προσδιορίζοντας το κατά πόσον η λειτουργικότητα είναι στο επιθυμητό επίπεδο ή όχι, καθώς, επίσης, και προσδιορίζοντας το πού απαιτούνται να γίνουν βελτιώσεις (Parmenter, 2015).

Παραδείγματα βασικών δεικτών λειτουργικότητας που χρησιμοποιούνται σε νοσοκομεία είναι ο χρόνος αναμονής των ασθενών στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών, ο αριθμός των ασθενών στην αίθουσα αναμονής επειγόντων περιστατικών και ο αριθμός των ασθενών στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών που περιμένουν να εισαχθούν σε τμήμα νοσηλείας (Beniuk et al., 2012; Bernstein & Asplin, 2006; Bernstein et al., 2009; Bucci et al., 2016; Carter et al., 2014; Hoot & Aronsky, 2008; Hwang et al., 2011; Jones et al., 2006; McCarthy et al., 2008; Pines et al., 2011; Stang et al., 2015).

Ένας βασικός δείκτης λειτουργικότητας «ενσωματώνει έναν στρατηγικό στόχο και μετρά την απόδοση έναντι ενός στόχου. Οι στόχοι που συνδέονται με έναν βασικό δείκτη λειτουργικότητας είναι πολυδιάστατοι: έχουν εύρη που κωδικοποιούνται σε λογισμικό, ένα χρονικό πλαίσιο εντός του οποίου πρέπει να επιτευχθούν οι στόχοι και ένα σημείο αναφοράς με το οποίο συγκρίνονται οι στόχοι» (Eckerson, 2009, σ. 24).

Επιπλέον, οι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας στο ΤΕΠ μπορούν να διακριθούν σε ποσοτικούς και ποιοτικούς (Μαλλιάρου και συν., 2009). Συνοπτικά, ταξινομούνται ως εξής (Λάμπρου, 2005; Μαλλιάρου και συν., 2009):

Δείκτες Αξιολόγησης

Ποσοτικοί

- Μέσος ημερήσιος αριθμός περιστατικών στο ΤΕΠ
- Μέσος ετήσιος αριθμός περιστατικών στο ΤΕΠ

- % εισαγωγών στο νοσοκομείο
- Μέσος χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ
- Αριθμός ασθενών που αναμένουν >180
- Μέση διάρκεια νοσηλείας στη Μ.Β.Ν.
- Μέσος χρόνος αναμονής, κατά διαγνωστική ομάδα ασθενών
- Ακρίβεια διαλογής (ορθή προτεραιότητα ασθενή)
- % σύμπτωσης διάγνωσης – αιτίας εισόδου με τελική διάγνωση
- Αριθμός αποχωρήσεων χωρίς εξέταση από ιατρό
- Επάνοδος στο ΤΕΠ (λόγω επιπλοκής)
- Αριθμός αποχωρήσεων ενάντια στις ιατρικές οδηγίες
- Αριθμός θανάτων στο ΤΕΠ (Σύνολο – κατά διαγνωστική ομάδα)

- **Ποιοτικοί**

- Προσβασιμότητα – χώρος στάθμευσης
- Πληροφόρηση – ενημέρωση ασθενών και κοινού
- Αξιοπρεπής μεταχείριση ασθενών (οπτική απομόνωση)
- Επίπεδο ικανοποίησης ασθενών
- Εντυπώσεις – απόψεις ασθενών
- Ύπαρξη παραπόνων ασθενών
- Επίπεδο ικανοποίησης επαγγελματιών υγείας

- Ποιότητας τροφίμων και τρόπος σερβιρίσματος στη Μ. Β. Ν.
- Καθαριότητα εγκαταστάσεων
- Λειτουργία εξοπλισμού
- Απόδοση επαγγελματιών υγείας (π.χ. σύστημα αξιολόγησης)
- Ειδικοί δείκτες αποτίμησης διεργασιών κατά διαγνωστική ομάδα.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει συνοπτικά τους δείκτες ποιότητας στα ΤΕΠ, σύμφωνα με το μοντέλο του Donabedian.

Πίνακας 2.1. Δείκτες ποιότητας στα ΤΕΠ

Δείκτες δομής	<ul style="list-style-type: none"> - Καταλληλότητα εγκαταστάσεων, προσβασιμότητα, χώρος στάθμευσης - Προδιαγραφές και επάρκεια λειτουργίας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού - Εκπαίδευση προσωπικού - Αναλογία ασθενών/προσωπικού
Δείκτες διαδικασιών	<ul style="list-style-type: none"> - Μέσος χρόνος αναμονής στα ΤΕΠ - Μέση διάρκεια νοσηλείας στη μονάδα ΒΝ - Ακρίβεια διαλογής - Πληροφόρηση-ενημέρωση ασθενών κοινού - Αξιοπρεπής διαχείριση ασθενών

	- Πληρότητα-ενημέρωση ιατρικού φακέλου ασθενούς
Δείκτες αποτελέσματος	- Ποσοστό σύμπτωσης διάγνωσης-αιτίας εισόδου με τελική διάγνωση
	- Επάνοδος στα ΤΕΠ λόγω επιπλοκής
	- Ποσοστά θνησιμότητας
	- Επίπεδο ικανοποίησης ασθενών

Πηγή: Κωσταγιόλας και συν. (2008), Πλατανάκη (2018), όπ. αναφ. στο Μακρή και συν. (2019).

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει συνοπτικά τους δείκτες ποιότητας στα ΤΕΠ, κατά Donabedian και ΠΟΥ.

Πίνακας 2.2. Δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας κατά Donabedian και ΠΟΥ.

Donabedian	ΠΟΥ
Δομικών στοιχείων	Κοινωνικοοικονομικοί Υγειονομικής πολιτικής
Διαδικασιών λειτουργίας	Παροχή υπηρεσιών υγείας Κάλυψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Αποτελεσμάτων	Επιπέδου υγείας πληθυσμού

Πηγή: Μακράκης (2018), όπ. αναφ. στο Μακρή και συν. (2019).

2.3. Διαλογή στα ΤΕΠ

Ο όγκος των εισαγωγών σε ένα συγκεκριμένο τμήμα έκτακτης ανάγκης δεν μπορεί να προβλεφθεί με μεγάλη ακρίβεια, δεδομένου ότι μόνο ένα ορισμένο ποσοστό των ασθενών είναι αντιμέτωπο με επικίνδυνες για τη ζωή ή ιατρικά επείγουσες καταστάσεις (Schellein, Ludwig-Pistor, & Bremerich, 2009) και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αμέσως ή ταυτόχρονα όλοι όσοι γίνονται δεκτοί (Christ, Grossmann, Winter, Bingisser, Platz, 2010). Έτσι, οι ασθενείς με απειλητικούς για τη ζωή τραυματισμούς ή ασθένειες πρέπει να αναγνωρίζονται αξιόπιστα εντός λεπτών από την άφιξή τους στο νοσοκομείο (Christ et al., 2010). Τα δομημένα συστήματα διαλογής για τις εισαγωγές στα τμήματα επειγόντων περιστατικών χρησιμοποιούνται ήδη στις αναπτυγμένες χώρες (Christ et al., 2010; Schellein et al., 2009) (βλ. Πίνακα 2.3). Στο ΤΕΠ, η **διαλογή** αναφέρεται στις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της σοβαρότητας του τραυματισμού ή της ασθένειας των ασθενών σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την άφιξή τους, την ανάθεση προτεραιοτήτων και τη μεταφορά κάθε ασθενή στο κατάλληλο μέρος για θεραπεία (Fernandes et al., 2005).

Τα χαρακτηριστικά των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μπορεί να ποικίλουν λόγω της ευρείας διακύμανσης που υπάρχει όσον αφορά τις ασθένειες, τους τραυματισμούς και τις ψυχικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν. Οι ασθενείς διαφέρουν, επίσης, ως προς την ηλικία τους και είναι από μικρά παιδιά έως ηλικιωμένοι. Η εισαγωγή σε ένα ΤΕΠ είναι μια μη προγραμματισμένη κατάσταση και ο ασθενής συνήθως αντιμετωπίζει πόνο, φόβο ή/και άγχος (Baillie, 2005). Αν και μερικές φορές τα περιστατικά των ασθενών είναι απειλητικά για την ζωή τους και απαιτούν άμεση παρέμβαση, εντούτοις για τους περισσότερους ασθενείς στο ΤΕΠ αρκούν μικρές ιατρικές παρεμβάσεις (Huggins, Gandy, & Kohut, 1993).

Πίνακας 2.3. Κλίμακα διαλογής (Triage) πέντε επιπέδων

Χρωματική ταξινόμηση	Κλινική ταξινόμηση	Ταχύτητα αντιμετώπισης	Περιστατικά
ΚΟΚΚΙΝΟ	Άμεση αναζωογόνηση	Άμεση	Ανακοπή Απόφραξη αεραγωγού Σοβαρό τραύμα σε shock
ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ	Υπέρ-επείγον	Εντός 10 min	Στηθαγχικός πόνος Σπασμοί Υπογλυκαιμία
ΚΙΤΡΙΝΟ	Επείγον	30-60 min	Τραύμα οφθαλμών Ψυχιατρικές διαταραχές
ΠΡΑΣΙΝΟ	Ημι – επείγον	60-120 min	Ελαφρές οξείες καταστάσεις επώδυνες μη απειλητικές καταστάσεις
ΜΠΛΕ	Μη – επείγον	120-240 min	Χρονίζοντα συμπτώματα Συνταγογραφήσεις

Πηγή: Μπαϊνούζη (2015), όπ. αναφ. στο Μακρή και συν. (2019).

Με άλλα λόγια, στο ΤΕΠ λαμβάνει χώρα η διαδικασία διαλογής και φιλτραρίσματος των ασθενών με βάση την ιατρική προτεραιότητα. Στόχος του είναι να προσδιορίσει το επίπεδο οξύτητας του ασθενούς προκειμένου να διευκολύνει την έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα πριν επιδεινωθεί η κατάστασή του. Το επίπεδο οξύτητας ενός ασθενούς ορίζεται ως προς το κατά πόσον επείγει να λάβει αποτελεσματική φροντίδα. Όσον αφορά τη διαλογή στο ΤΕΠ, η αποτελεσματική φροντίδα ορίζεται ως η παροχή παρέμβασης ή θεραπείας που μειώνει τον επείγοντα χαρακτήρα του ασθενούς για φροντίδα ή αποτρέπει την κλινική επιδείνωση. Εάν οι ασθενείς λάβουν έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα, η διαλογή έχει επιτύχει τον σκοπό της (Bindman 1995; Twomey, Wallis, & Myers, 2007).

Οι συνήθεις λόγοι για την αναζήτηση επείγουσας φροντίδας περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, κοιλιακό ή θωρακικό άλγος, αλλεργίες, τραυματισμούς, κατάγματα και σπασμένα οστά. Ο χρόνος μεταβίβασης του ασθενούς στο ΤΕΠ μπορεί να κυμαίνεται από λίγα λεπτά έως αρκετές ώρες και εξαρτάται από το κατά πόσον η κατάσταση του ασθενούς απαιτεί περισσότερο ή λιγότερο επείγουσα ιατρική βοήθεια (Schriver, Talmadge, Chuong, & Hedges, 2003).

Ειδικότερα, η διαλογή ορίζεται ως μια διαδικασία αξιολόγησης με συγκεκριμένες κλίμακες που βασίζονται στην αξιολόγηση ζωτικών παραμέτρων και συμπτωμάτων, που διαβαθμίζει προτεραιότητες και ταξινομεί τους ασθενείς σύμφωνα με τη σοβαρότητα του τραυματισμού ή τους νόσου, της πρόγνωσης και της διαθεσιμότητας των πόρων.

Ο Χώρος Διαλογής είναι ορισμένος για:

- Καταχώρηση στοιχείων (Registration)
- Αρχική εκτίμηση ζωτικών σημείων (Vital Signs Evaluation)
- Εφαρμογή Πρωτοκόλλων Διαλογής – επίπεδα Προτεραιότητας (Triage protocols – Priority levels)
- Εστιασμένο ιατρικό ιστορικό όσον αφορά στα συμπτώματα για τα οποία ο ασθενής προσέρχεται, σε κλινικά ευρήματα και σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση φροντίδα.

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

Η συνολική επιφάνεια της περιοχής υποδοχής – πληροφοριών – διαλογής θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 1.8 m² ανά 1000 ετήσιες επισκέψεις (Ασκητοπούλου, 2009).

2.4. Συνωστισμός των ΤΕΠ

Παγκοσμίως, το μεγαλύτερο πρόβλημα όλων των ΤΕΠ είναι ο **συνωστισμός** (*overcrowding*). Οι λόγοι που τον προκαλούν είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η επιβίωση ασθενών με χρόνιες νόσους, η πρώιμη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, η αύξηση των φτωχών, των μεταναστών, των ανασφάλιστων, η δυσκολία συνεννόησης με αλλοδαπούς ασθενείς ή και τους συνοδούς τους, η καθυστέρηση διεξαγωγής των εξετάσεων, η καθυστέρηση των εισαγωγών στις κλινικές, η μείωση του προσωπικού, η έλλειψη τεχνολογικής υποστήριξης, η αύξηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών και, κατ' επέκταση, η έλλειψη συντονισμένης πολιτικής σε εθνικό επίπεδο (Ασκητοπούλου, 2009).

Ο **μεγάλος συνωστισμός στα ΤΕΠ** σημαίνει μεγάλο χρονικό διάστημα αναμονής. Ασθενείς με μη επείγοντα προβλήματα υγείας συχνά ταξινομούνται ως ακατάλληλοι ασθενείς για ένα ΤΕΠ (Dahlen, Westin, & Adolfsson, 2012; Nyström, Nydén, & Petersson, 2003; Van Bockstal & Maenhout, 2019). Από την άλλη πλευρά, η αδυναμία πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ένας κοινός λόγος για το ότι πολλοί ασθενείς με μη επείγουσα κατάσταση υγείας προσέρχονται για εξέταση

στο ΤΕΠ (Durand et al., 2012; Howard et al., 2005; Lee et al., 2006; Miyazawa et al., 2019; Northington, Brice, & Zou, 2005; Uscher-Pines et al., 2013). Η αναμονή μεγάλης χρονικής διάρκειας μπορεί επίσης να οδηγήσει ορισμένους ασθενείς να εγκαταλείψουν το ΤΕΠ χωρίς να τους δει ο γιατρός, γεγονός που αποτελεί απειλή για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης στα τμήματα έκτακτης ανάγκης (Clarey & Cooke, 2012; Fayyaz et al., 2013; Lee et al., 2006; Mataloni et al., 2018; Vieth & Rhodes, 2012). Όπως είναι εύλογο, ο μεγάλος συνωστισμός ασθενών και ο περιορισμένος χρόνος μπορούν να επηρεάσουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Muroff, Jackson, Mowbray, & Himle, 2007). Η συνεχής αύξηση του όγκου των ασθενών στο ΤΕΠ οδηγεί σε επέκταση του φόρτου εργασίας για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, λόγω περισσότερων ασθενών που πρέπει να φροντίσουν και περισσότερων αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν την ίδια χρονική περίοδο. Αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης (Laxmisan et al., 2007; Yu & Green, 2009).

2.4.1. Θνησιμότητα

Από την εμπειρία οργανωμένων ΤΕΠ άλλων χωρών, προκύπτουν τα εξής δεδομένα όσον αφορά τα περιστατικά που διακομίζονται ή προσέρχονται στα ΤΕΠ:

- Το 10% έχουν άμεση ανάγκη αντιμετώπισης λόγω έκπτωσης ή απειλής έκπτωσης των ζωτικών τους λειτουργιών,
- Το 60% είναι περιστατικά που αυτοχαρακτηρίζονται ως επείγοντα και μετά από μια αδρή κλινική ή/και στοιχειώδη εργαστηριακή εκτίμηση παραπέμπονται για πρωτοβάθμια φροντίδα

- ο Το 30% έχουν ανάγκη μιας περαιτέρω ιατρικής εκτίμησης σε χρόνο όχι άμεσο (Ασκητοπούλου, 2009).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την συστηματική ανασκόπηση της ιατρικής βιβλιογραφίας που ασχολείται με τις επιπτώσεις του συνωστισμού των ΤΕΠ στα κλινικά προσανατολισμένα αποτελέσματα (Bernstein et al., 2009). Ένας αυξανόμενος αριθμός δεδομένων υποδηλώνει ότι ο συνωστισμός στα ΤΕΠ σχετίζεται τόσο με αντικειμενικά κλινικά endpoints, όπως η θνησιμότητα, όσο και με κλινικά σημαντικές διαδικασίες φροντίδας, όπως ο χρόνος θεραπείας για ασθενείς με ευαίσθητες στο χρόνο καταστάσεις, όπως η πνευμονία. Τουλάχιστον δύο τομείς ποιότητας της φροντίδας, της ασφάλειας και της έγκαιρης αντιμετώπισης, διακυβεύονται από τον συνωστισμό στα ΤΕΠ (Bernstein et al., 2009).

Το εννοιολογικό μοντέλο Input - Throughput - Output (Εισαγωγή – Νοσηλεία – Εξαγωγή) έχει γίνει ένα ευρέως αποδεκτό παράδειγμα για την κατανόηση των διαφόρων επιδράσεων που έχει ο συνωστισμός στα ΤΕΠ. Σύγχρονες αντιλήψεις υποδηλώνουν ότι ο συνωστισμός στα ΤΕΠ αντικατοπτρίζει τον ευρύτερο συνωστισμό των νοσοκομείων και τις ανεπάρκειες στη διαχείριση των κρεβατιών και των πόρων (Bernstein et al., 2009).

Ερευνητές από την Αυστραλία (Richardson, 2006; Sprivulis et al., 2006), την Ισπανία (Miró et al., 1999) και τις Ηνωμένες Πολιτείες (Chalfin et al., 2007) έχουν ασχοληθεί με το ερώτημα του κατά πόσον οι ασθενείς αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, όταν κατά την εισαγωγή τους στα ΤΕΠ επικρατεί συνωστισμός. Αυτές οι μελέτες παρατήρησης δείχνουν ότι ο συνωστισμός στα ΤΕΠ μπορεί να σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, τόσο κατά τη διάρκεια

της αρχικής επίσκεψης στο ΤΕΠ όσο και έως και 30 ημέρες αργότερα (Bernstein et al., 2009).

2.4.2. Ασθενείς που αποχωρούν χωρίς να εξεταστούν

Αρκετοί συγγραφείς προσπάθησαν να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς φεύγουν από το ΤΕΠ, προτού τους δει κάποιος από το προσωπικό . Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς που αποχωρούν από το ΤΕΠ χωρίς να εξεταστούν επικαλούνται ως αιτία το γεγονός ότι «βαρέθηκαν να περιμένουν» (Rowe et al., 2007). Οι χρόνοι αναμονής έως και 6 ώρες έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά αποχώρησης χωρίς εξέταση (Baker, Stevens, & Brook, 1991; Stock et al., 1994).

2.4.3. Αποτρέψιμα ιατρικά λάθη και άλλα αρνητικά αποτελέσματα

Ο συνωστισμός στα ΤΕΠ μπορεί να συμβάλει σε ιατρικά λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα, ωστόσο, τα υπάρχοντα στοιχεία είναι σε μεγάλο βαθμό ανεπίσημα και ασαφή (Bernstein et al., 2009). Οι Trzeciak and Rivers (2003) διενήργησαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που περιελάμβανε το χρονικό διάστημα 1990–2002 για να περιγράψει την επίδραση του συνωστισμού των ΤΕΠ στην ασφάλεια των ασθενών και στη δημόσια υγεία. Το συμπέρασμα ήταν ότι ο συνωστισμός των ΤΕΠ απειλεί τη δημόσια υγεία διακυβεύοντας την ασφάλεια των ασθενών και θέτοντας σε κίνδυνο την αξιοπιστία ολόκληρου του συστήματος παροχής φροντίδας έκτακτης ανάγκης (Trzeciak & Rivers, 2003). Σε ανάλογο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Derlet και Richards (2000).

Οι Liu et al. (2009) αξιολόγησαν τη συχνότητα των σφαλμάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών για τους ασθενείς που εισήλθαν στα ΤΕΠ. Από όλους τους ασθενείς που έκαναν εισαγωγή, στο 28% είχε γίνει κάποιο σφάλμα ή ανεπιθύμητη ενέργεια κατά την εισαγωγή τους.

2.4.4. Χρόνοι αναμονής

Ως έγκαιρη φροντίδα ορίζεται η μείωση των αναμονών και μερικές φορές των επιβλαβών καθυστερήσεων τόσο για αυτούς που λαμβάνουν όσο και για εκείνους που παρέχουν φροντίδα (Bernstein et al., 2009). Όπως είναι εύλογο, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις για τη συσχέτιση μεταξύ του συνωστισμού των ΤΕΠ και των καθυστερήσεων στην έγκαιρη φροντίδα των ασθενών. Ενώ ορισμένες καθυστερήσεις στην φροντίδα που λαμβάνει ο ασθενής στα ΤΕΠ μπορεί να θεωρηθούν ενοχλητικές και να οδηγήσουν σε μειωμένη ικανοποίηση του ασθενούς, καθυστερήσεις στη φροντίδα για ευαίσθητες στο χρόνο καταστάσεις, όπως πνευμονία, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI), εγκεφαλικό επεισόδιο, εκείνες που απαιτούν άμεση χειρουργική επέμβαση (π.χ. σκωληκοειδίτιδα, απόφραξη του εντέρου), σοβαρό τραύμα και καθυστερήσεις ασθενοφόρων μπορεί να οδηγήσει σε φτωχότερα αποτελέσματα φροντίδας του ασθενούς (Chadaga et al., 2016; Fee & Weber, 2009; Fee, Weber, Maak, & Bacchetti, 2007; Khanna, Sier, Boyle, & Zeitz, 2016; Pines et al., 2006, 2007; Watts & Bryan, 2012). Ο συνωστισμός στα ΤΕΠ έχει, επίσης, συσχετιστεί με καθυστερήσεις στην αναλγητική θεραπεία για ασθενείς με σοβαρό πόνο (Hwang, Richardson, Sonuyi, & Morrison, 2006; Hwang et al. 2006, 2008; Pines & Hollander, 2008).

Τέλος, άλλα αποτελέσματα που σχετίζονται τον συνωστισμό των ΤΕΠ και το ζήτημα του χρόνου περιλαμβάνουν τους χρόνους αναμονής των ασθενών και την εκτροπή των ασθενοφόρων. Οι παρατεταμένοι χρόνοι αναμονής των ασθενών μπορούν να οδηγήσουν όχι μόνο σε καθυστερήσεις στην λήψη φροντίδας, αλλά και στη μείωση της ικανοποίησής τους και την αύξηση του κινδύνου να αποχωρήσουν προτού εξεταστούν και στους ασθενείς που φεύγουν χωρίς να παρατηρηθούν ή ακόμη και να υποχωρήσουν κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης (Bernstein et al., 2009). Μελέτες έχουν δείξει ότι ο αυξημένος χρόνος αναμονής των ασθενών σχετίζεται με την μειωμένη αναλογία προσωπικού/ ασθενών. Με άλλα λόγια, όσο μικρότερος είναι ο αριθμός του προσωπικού τόσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος αναμονής των ασθενών (Kyriacou et al., 1999; Lambe et al., 2003; Spaitte et al., 2002). Ακόμη, η εκτροπή των ασθενοφόρων είναι στην πραγματικότητα αποτέλεσμα του συνωστισμού στα ΤΕΠ (Epstein et al., 2006; Hoot, Zhou, Jones, & Aronsky, 2007; Hwang & Concato, 2004; McCarthy et al., 2008).

2.5. Διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ

Ο πόνος είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους λόγους για την αναζήτηση φροντίδας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Abdolrazaghnejad et al., 2018; Bayley et al., 2004; Keating & Smith, 2011). Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain - IASP), ο πόνος ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης (IASP, 1979). Ο McCaffery (1979) τονίζει ότι ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία. Με άλλα λόγια, ο πόνος πρέπει να θεωρηθεί ότι είναι ό,τι λέει ο ασθενής ότι

είναι και συμβαίνει όποτε ο ασθενής το λέει. Ένα άλλο σημαντικό μέρος αυτού του ορισμού είναι ότι η αυτοαναφορά του ασθενούς πρέπει να είναι κεντρική στη διαχείριση του πόνου. Σύμφωνα με τον Trautman (1998), υπάρχουν δύο σημαντικοί μηχανισμοί στον οξύ πόνο που πρέπει να κατανοήσουν οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας προκειμένου να διαχειριστούν με ακρίβεια τον πόνο, ο ένας είναι το φυσικό ερέθισμα και ο άλλος η γνωστική και συναισθηματική ερμηνεία αυτού του ερεθίσματος από τον ίδιο τον ασθενή.

Στη βιβλιογραφία, η χρήση του όρου «ανακούφιση από τον πόνο» μπορεί να καλύψει τόσο την αίσθηση της ανακούφισης από τον πόνο όσο και την ίδια την ιατρική θεραπεία, με αυτά τα δύο να μην διακρίνονται πάντα σαφώς. Κατά τη μελέτη του θέματος του πόνου, είναι επομένως σημαντικό να γνωρίζουμε πότε μιλάμε για αισθητηριακές ερμηνείες και πότε μιλάμε για ιατρικές παρεμβάσεις. Ανεπαρκής διαχείριση του πόνου εμφανίζεται σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και οι λόγοι για αυτό έχουν χαρακτηριστεί ως πολυπαραγοντικοί (Dihle, Bjølseth, & Helseth, 2006; Layman Young et al., 2006).

Ο πόνος στα ΤΕΠ έχει διερευνηθεί με διαφορετικούς τρόπους, αλλά, παρά το γεγονός αυτό, η κακή διαχείριση του πόνου εξακολουθεί να είναι συχνή σε πολλά τμήματα επειγόντων περιστατικών. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς είναι δυσαρεστημένοι με τη διαχείριση του πόνου (Marinsek et al., 2007; Rupp & Delaney, 2004; Todd et al., 2007). Αυτό μπορεί να σχετίζεται με κακή εκτίμηση του πόνου του ασθενούς (Hatherley, Jennings, & Cross, 2016; Stalnikowicz, Mahamid, Kaspi, & Brezis, 2005; Todd et al., 2007). Ωστόσο, μια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ [85] έδειξε ότι οι ασθενείς έχουν υψηλές προσδοκίες όσον αφορά την ανακούφιση από τον πόνο, αλλά δεν ζητούν πάντα αναλγητικά (Yee et al., 2006).

Μια άλλη πλευρά του προβλήματος είναι οι διαφορές στην αντίληψη του πόνου. Ο Puntillo και οι συνεργάτες του (2003) παρατήρησαν ότι οι Αμερικανοί νοσηλευτές αξιολόγησαν τον πόνο σημαντικά χαμηλότερα από ό,τι οι ίδιοι ασθενείς. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Ιρλανδία (Duignan & Dunn, 2008). Η κακή εκτίμηση του πόνου θα μπορούσε, επίσης, να οδηγήσει σε καθυστερήσεις στην παράδοση του αναλγητικού. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς στο τμήμα έκτακτης ανάγκης περίμεναν έως και δύο ώρες ή περισσότερο για να λάβουν αναλγητικό, κάτι που είναι ανησυχητικό (Blank et al., 2001; Lee et al., 2008; Todd et al., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Μελέτη περίπτωσης: ΤΕΠ Θριασίου Νοσοκομείου

3.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση ενός δημόσιου Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Συγκεκριμένα, αξιολογείται η λειτουργικότητα του ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ», μέσα από δεδομένα και στατιστική ανάλυση, με σκοπό να αναδειχθούν προτάσεις που η εφαρμογή τους θα βοηθήσει στην αποτελεσματική λειτουργία του ΤΕΠ και την εξασφάλιση παροχής ποιοτικής περίθαλψης.

3.2. Υλικό – μέθοδος

Η αξιολόγηση της ποιότητας του ΤΕΠ θα στηριχθεί στην αξιοποίηση των **Key Performance Indicators (KPIs)**, όπως αυτά ελήφθησαν από πληροφοριακά συστήματα του ΤΕΠ, για τα έτη 2016-2019.

Συγκεκριμένα, θα γίνει επεξεργασία των δεδομένων που αναφέρονται στους δείκτες που ακολουθούν:

Α. ΔΕΙΚΤΕΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΕΠ

1. Προσελεύσεις Συνολικά

1.1 Προσελεύσεις

1.2 Προσελεύσεις με ΕΚΑΒ

1.3 Προσελεύσεις /τομέα

1.4 Προσελεύσεις εκτός γενικής

2. Γενική Εφημερία

2.1 Προσελεύσεις

2.2 Προσελεύσεις με ΕΚΑΒ

2.3 Προσελεύσεις ανά ώρα

3. Εξετασθέντες

4. Εισαγωγές

B. ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

1. Χρόνοι διαχείρισης εισαγωγών

1.1 Κατηγοριοποίηση χρόνων εισαγωγής

1.2 Χρόνοι εισαγωγής ανά τμήμα

2. Χρόνοι από άφιξη μέχρι την 1^η επαφή με το γιατρό (DTDT-door to doctor time)

2.1 Κατηγοριοποίηση DTDT

2.2 DTDT / τμήμα

3. Χρόνοι παραμονής στο ΤΕΠ (LENGTH OF STAY –los)

3.1 Κατηγοριοποίηση χρόνων παραμονής στο ΤΕΠ

Γ. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

1. Θνητότητα
2. Ασθενείς που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν (left without being seen- LWBS)
3. Ασθενείς που αποχωρούν παρά τη σύσταση των γιατρών (Left Against Medical Advice -LAMA)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

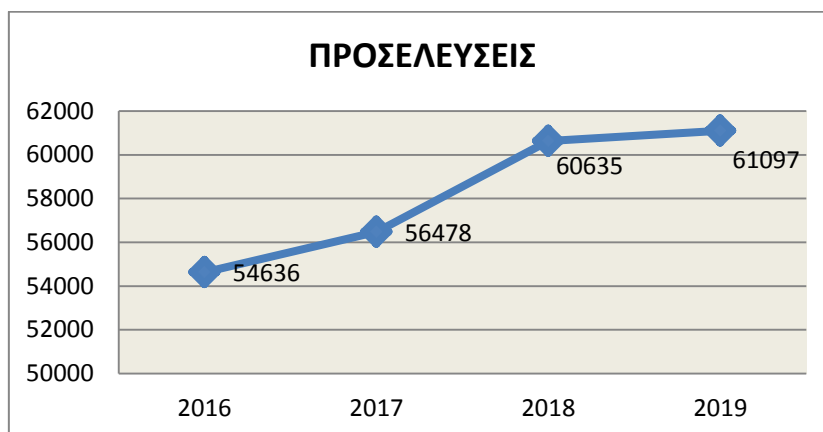
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.Α. Δείκτες Ζήτησης Υπηρεσιών ΤΕΠ

4.Α.1. Προσελεύσεις Συνολικά

4.Α.1.1. Προσελεύσεις

Το 2019, το ΤΕΠ υποδέχθηκε **61097 ασθενείς** (ΣΕ ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ). Πραγματοποίησε 91 γενικές εφημερίες (το 2018, οι γενικές εφημερίες ήταν 92). Παρατηρείται συστηματική αύξηση του αριθμού των συνολικών προσελεύσεων. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των συνολικών προσελεύσεων ασθενών στο ΤΕΠ παρουσίασε αύξηση της τάξεως του 12% περίπου από το έτος 2016 έως το 2019, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 1 που ακολουθεί.



Γράφημα 1

Συνολικές προσελεύσεις, ανά έτος

4.A.1.2. Προσελεύσεις με ΕΚΑΒ

Καταγράφηκε αύξηση των προσελεύσεων με ΕΚΑΒ, όπως φαίνεται στο Γράφημα 2.

Οι αφίξεις με ΕΚΑΒ αντιπροσωπεύουν μόνο το 16% των συνολικών αφίξεων.



Γράφημα 2

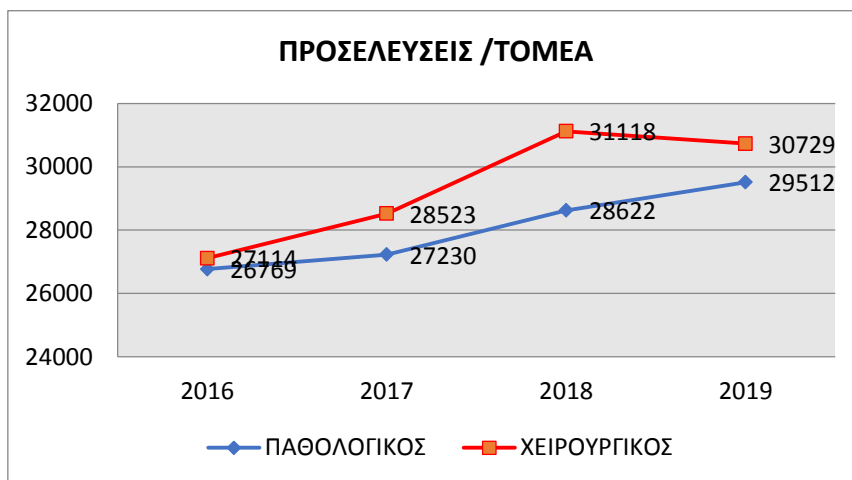
Προσελεύσεις με ΕΚΑΒ, ανά έτος

4.A.1.3. Προσελεύσεις ανά τομέα

Στα Γραφήματα 3 και 4 που ακολουθούν, παρουσιάζονται οι προσελεύσεις ανά τομέα.

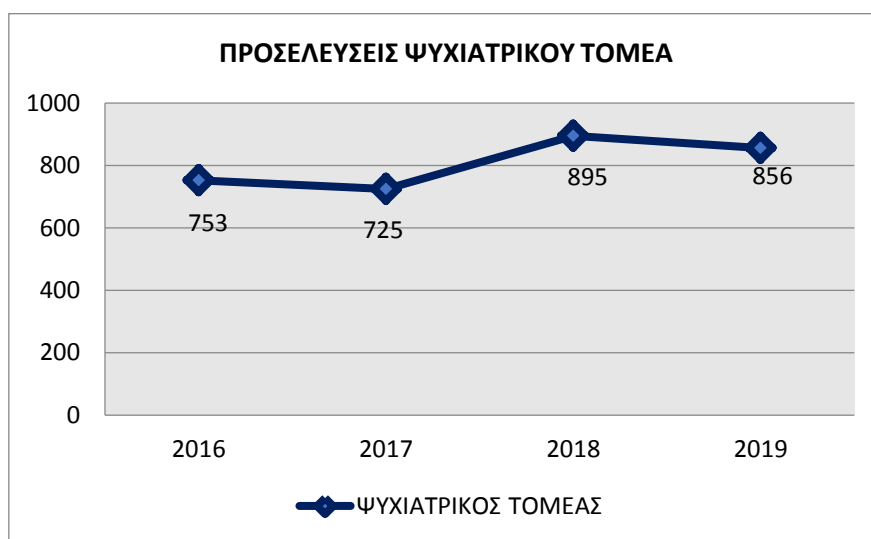
Συγκεκριμένα, στο Γράφημα 3 παρουσιάζονται οι προσελεύσεις στον Παθολογικό και το Χειρουργικό Τομέα, ανά έτος.

Επίσης, στο Γράφημα 4 παρουσιάζονται οι προσελεύσεις στον Ψυχιατρικό Τομέα, ανά έτος.



Γράφημα 3

Προσελεύσεις στον Παθολογικό και τον Χειρουργικό Τομέα, ανά έτος



Γράφημα 4

Προσελεύσεις στον Ψυχιατρικό Τομέα, ανά έτος

4.A.1.4. Προσελεύσεις εκτός Γενικής Εφημερίας

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί, παρουσιάζονται προσελεύσεις εκτός Γενικής Εφημερίας, ανά έτος.

Πίνακας 1. Προσελεύσεις εκτός Γενικής Εφημερίας, ανά έτος

	2016	2017	2018	2019
ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ	5632	5517	5691	5561

4.A.2. Γενική Εφημερία

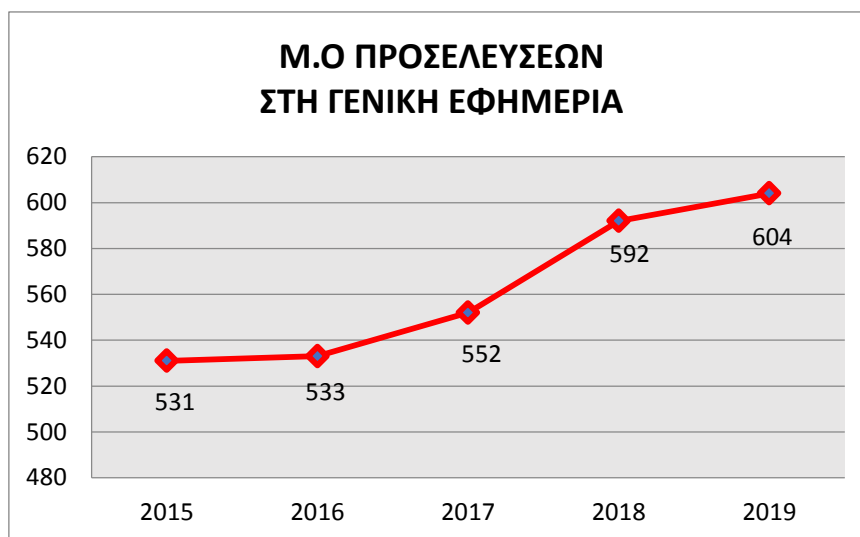
4.A.2.1. Προσελεύσεις

Τα δεδομένα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 αφορούν τα 5 τελευταία χρόνια και, όπως προκύπτει από το μέσο όρο των προσερχόμενων ασθενών, παρατηρείται κάθε χρόνο αύξηση.

Πίνακας 2. Προσελεύσεις στη Γενική Εφημερία, ανά έτος

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΕΙΣ	
2015	48835
2016	48534
2017	50190
2018	54486
2019	54951

Στο Γράφημα 5 που ακολουθεί, φαίνεται ο μέσος όρος των προσελεύσεων στη Γενική Εφημερία, ανά έτος.



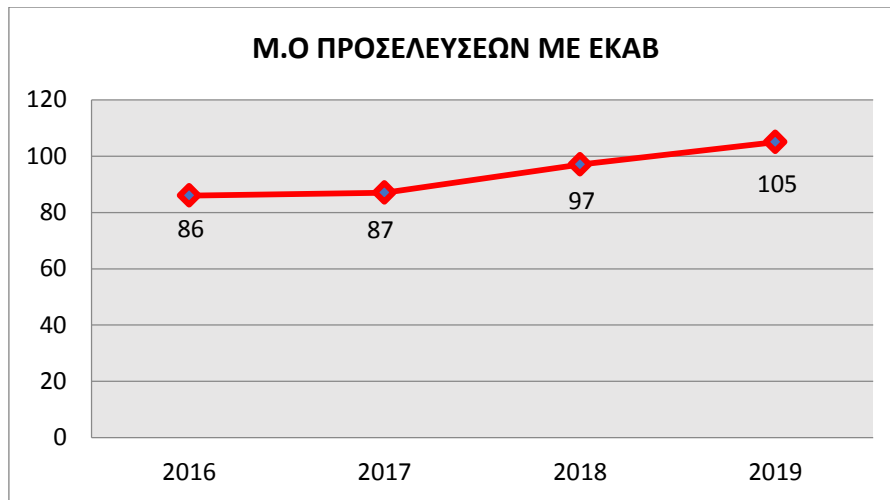
Γράφημα 5

Προσελεύσεις προσελεύσεων στη Γενική Εφημερία, ανά έτος

4.A.2.2. Προσελεύσεις με ΕΚΑΒ

Το 2019, 597 περισσότεροι ασθενείς διακομίστηκαν με το ΕΚΑΒ στο ΤΕΠ στις Γενικές Εφημερίες. Παρατηρείται αύξηση των προσελεύσεων με ΕΚΑΒ κατά 8,2%.

Στο Γράφημα 6 που ακολουθεί, φαίνεται ο μέσος όρος των προσελεύσεων με ΕΚΑΒ στη Γενική Εφημερία, ανά έτος.



Γράφημα 6

Προσελεύσεις προσελεύσεων με ΕΚΑΒ στη Γενική Εφημερία, ανά έτος

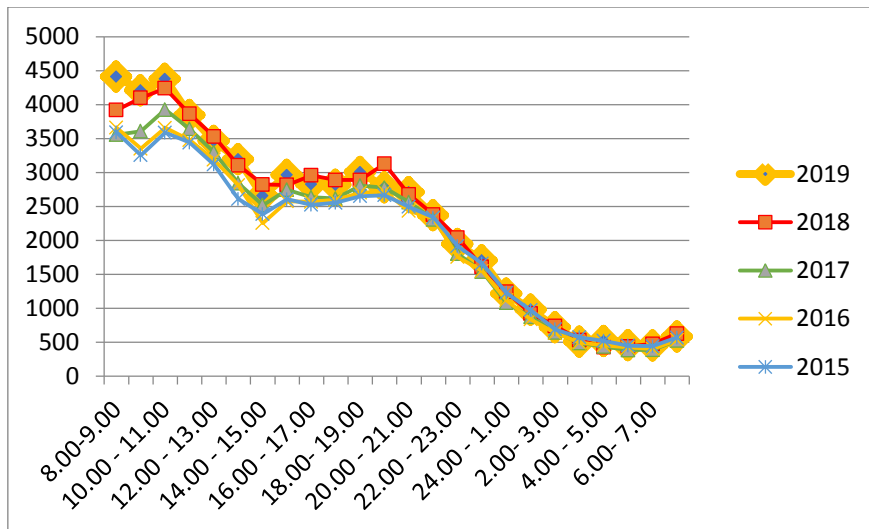
4.A.2.3. Προσελεύσεις ανά ώρα

Η καμπύλη για το 2019 ακολουθεί το ίδιο σχήμα, σχεδόν ταυτίζεται με τις καμπύλες που καταγράφηκαν για την ωριαία προσέλευση ασθενών τα προηγούμενα χρόνια.

Από τις μετρήσεις προκύπτει ότι **το 43% των ασθενών στην εφημερία προσέρχεται στο πρώτο βωρο της ημέρας (8.00πμ με 2.00μμ)** εύρημα που μπορεί να βοηθήσει στην κατανομή του προσωπικού και τη στελέχωση του ΤΕΠ.

Επισημαίνεται ότι η ίδια αναλογία προκύπτει και από τις μετρήσεις για τα προηγούμενα χρόνια.

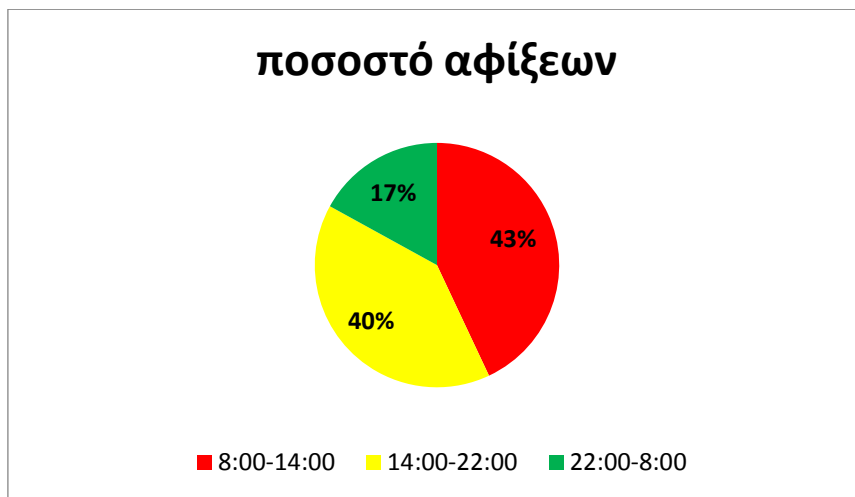
Στο Γράφημα 7 που ακολουθεί, παρουσιάζεται η προσέλευση στη Γενική Εφημερία ανά ώρα, για τα έτη 2015-2019.



Γράφημα 7

Προσελεύσεις στη Γενική Εφημερίδα ανά ώρα, για τα έτη 2015-2019

Στο Γράφημα 8 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα ποσοστά αφίξεων στη Γενική Εφημερίδα, για τα διαστήματα 8:00-14:00, 14:00-22:00 και 22:00-8:00.



Γράφημα 8

Προσελεύσεις στη Γενική Εφημερίδα για τα διαστήματα 8:00-14:00, 14:00-22:00 και 22:00-8:00

4.A.3. Εξετασθέντες

Δείκτης έργου προσωπικού ΤΕΠ. Οι εξετασθέντες ασθενείς υπολογίζονται με βάση τον αριθμό που καταγράφεται **ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ** στα βιβλία μητρώου ασθενών του κάθε ιατρού. Ο αριθμός τους υπερβαίνει κατά κανόνα τον αριθμό των ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ασθενών, καθώς συχνά ένας ασθενής μπορεί να εξετάζεται από περισσότερες από μία ειδικότητες (διπλο- και τριπλο- εγγραφές στα βιβλία μητρώου ασθενών).

4.A.3.1. Συνολικά εξετασθέντες

Στον Πίνακα 3 που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών που εξετάστηκαν συνολικά στο ΤΕΠ, για τα έτη 2016-2019.

Πίνακας 3. Συνολικά εξετασθέντες, ανά έτος

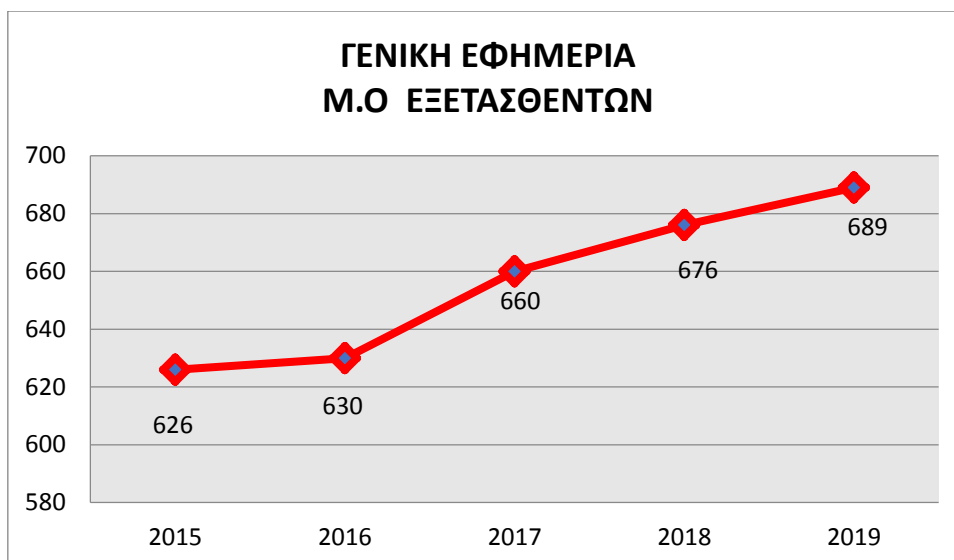
	2016	2017	2018	2019
ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ	66030	66060	68072	67322

4.A.3.2. Εξετασθέντες στη Γενική Εφημερία

Το 2019 εξετάστηκαν στη γενική εφημερία 62657 ασθενείς.

Παρατηρείται κάθε χρόνο, από το 2015, αύξηση του μέσου όρου των εξετασθέντων ασθενών, αύξηση που το 2019 έφθασε το 2%, σε σχέση με το 2018

Στο Γράφημα 9 που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο μέσος όρος (Μ.Ο.) των εξετασθέντων ανά Γενική Εφημερία, για τα έτη 2015-2019.

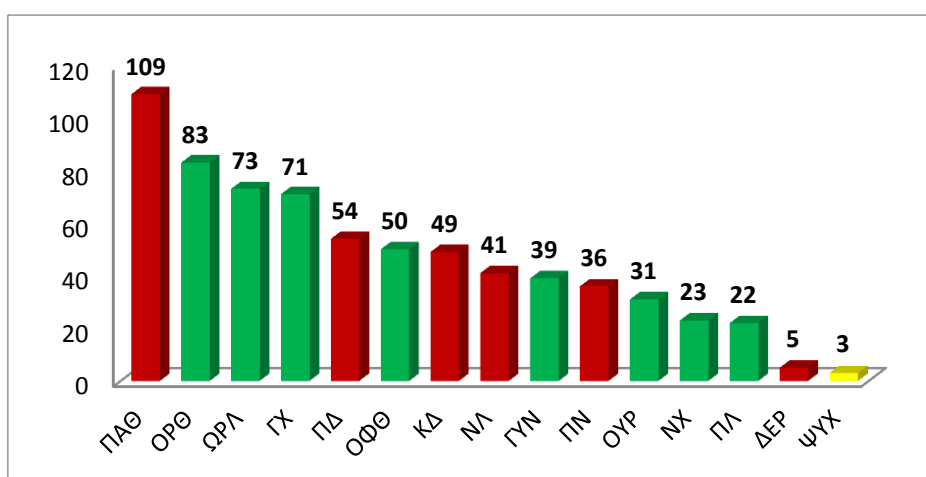


Γράφημα 9

Μέσος όρος (Μ.Ο.) των εξετασθέντων ανά Γενική Εφημερία, για τα έτη 2015-2019

4.Α.3.3. Εξετασθέντες ανά Τμήμα στη Γενική Εφημερία

Στο Γράφημα 10 που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο μέσος όρος (Μ.Ο.) των εξετασθέντων ανά Τμήμα στη Γενική Εφημερία.



Γράφημα 10

Μέσος όρος (Μ.Ο.) των εξετασθέντων ανά Τμήμα στη Γενική Εφημερία

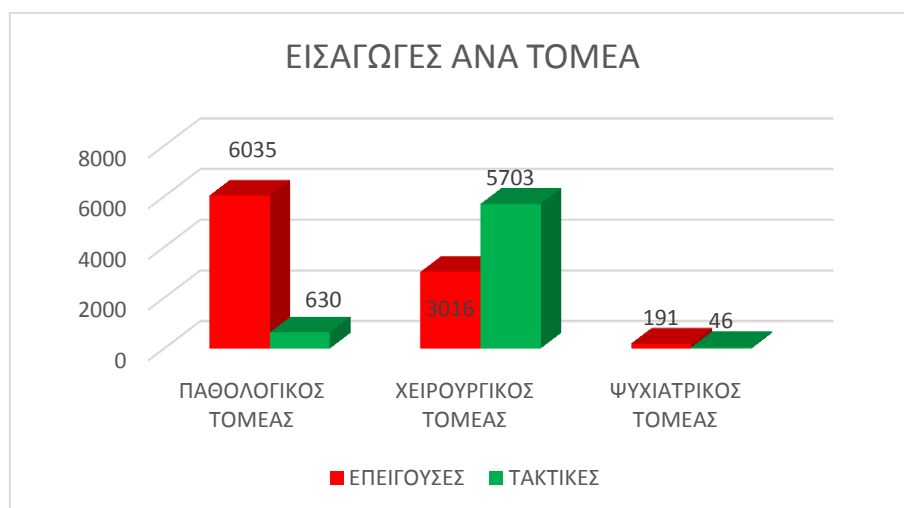
4.A.4. Εισαγωγές

Όσον αφορά το **ποσοστό εισαγωγών**, εισάγεται στη γενική εφημερία το 14% των εξετασθέντων ασθενών.

Το 60% των εισαγωγών του Νοσοκομείου αποτελούν οι **επείγουσες εισαγωγές**.

Ως προς τις **επείγουσες – τακτικές εισαγωγές ανά τομέα**, το 91% των εισαγωγών του Παθολογικού Τομέα γίνεται στο ΤΕΠ. Το αντίστοιχο ποσοστό για τον Χειρουργικό Τομέα είναι 35%. Για τον Ψυχιατρικό τομέα το ποσοστό ανέρχεται σε 81%.

Στο γράφημα 11 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι επείγουσες – τακτικές εισαγωγές ανά τομέα.



Γράφημα 11

Επείγουσες – τακτικές εισαγωγές ανά τομέα

4.B. Δείκτες Διαδικασιών ΤΕΠ

4.B.1. Χρόνοι από άφιξη μέχρι την 1η επαφή με το γιατρό (DTDT-door to doctor time)

Ο χρόνος από την άφιξη του ασθενή μέχρι την 1^η επαφή με το γιατρό μετράται σε όλα τα ΤΕΠ του κόσμου και είναι ιδιαίτερα σημαντικός, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενειών που ο χρόνος αναμονής είναι κρίσιμος (time –sensitive diseases). Στο δικό μας ΤΕΠ μετράται από τον Οκτώβριο του 2018 και υπολογίζεται από τον χρόνο άφιξης μέχρι τον χρόνο της 1^{ης} παραγγελίας εξετάσεων από τον γιατρό. Ο χρόνος αυτός μετρήθηκε σε τυχαίο δείγμα ασθενών (κάθε 3^η Γενική Εφημερία).

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται ο μέσος όρος (Mean), διάμεσος (Median), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation) και ενδοτεταρτημορικά εύρη (Percentiles) του χρόνου από την άφιξη του ασθενή μέχρι την 1η επαφή με το γιατρό (DTDT-door to doctor time).

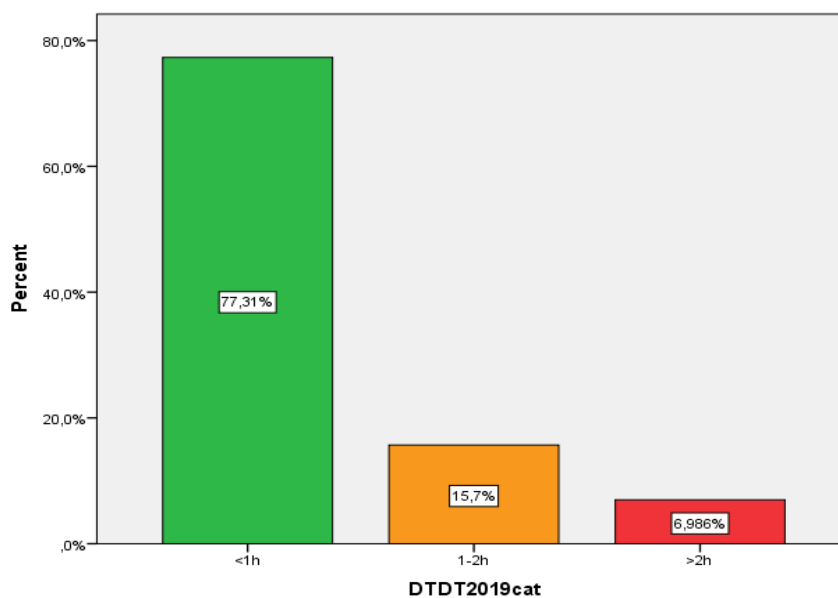
Πίνακας 4. Δείκτες κεντρικής τάσης του χρόνου από την άφιξη του ασθενή μέχρι την 1η επαφή με το γιατρό (DTDT-door to doctor time)

DTDT 2019		
N	Valid	8331
	Missing	0
Mean		43,92
Median		27,00
Std. Deviation		52,625
Percentiles	25	13,00
	50	27,00
	75	56,00

Ο μέσος χρόνος για το σύνολο των προσερχόμενων ασθενών ανέρχεται σε 44min και το 75% των ασθενών εξετάζονται από γιατρό σε χρόνο μικρότερο της ώρας.

4.B.1.1. Κατηγοριοποίηση χρόνων αναμονής

Το 7% των ασθενών περιμένει να εξεταστεί από γιατρό περισσότερο από 2 ώρες, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 12 που ακολουθεί.

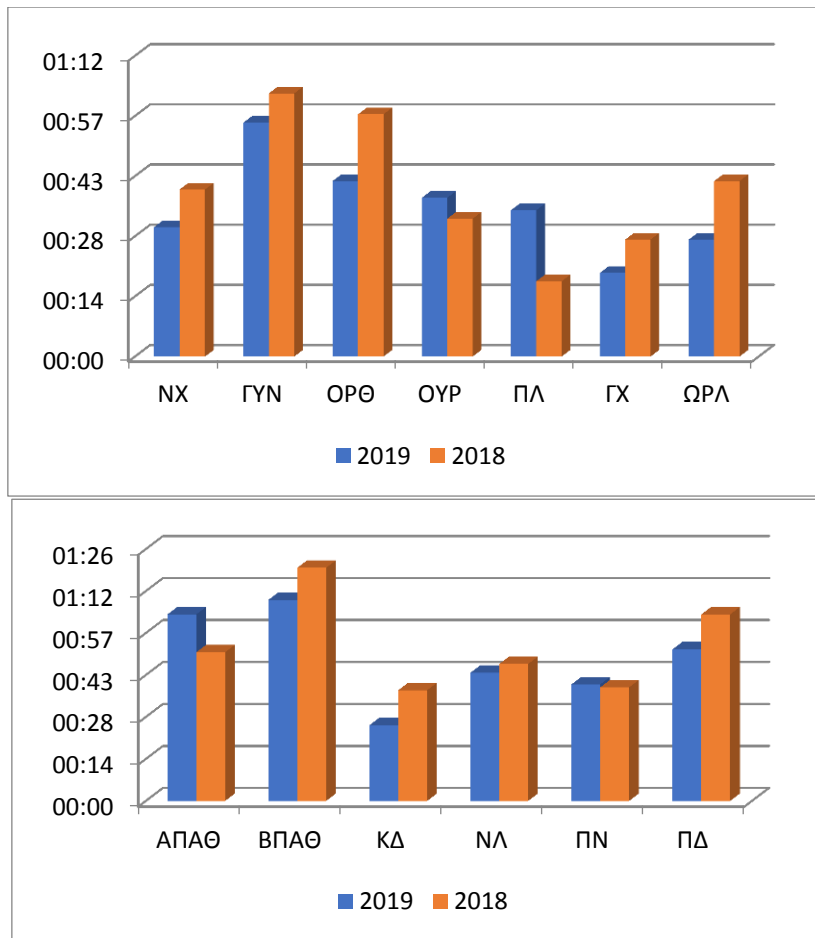


Γράφημα 12

Κατηγοριοποίηση χρόνων αναμονής

4.B.1.2. Χρόνοι αναμονής ανά τμήμα

Καταγράφονται οι χρόνοι αναμονής για τα έτη 2019 και 2018, ανά τμήμα (βλ. Γράφημα 13).



Γράφημα 13

Χρόνοι αναμονής για τα έτη 2019 και 2018, ανά τμήμα

4.B.2. Διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ (Length Of Stay - LOS)

Η διάρκεια παραμονής (Length Of Stay - LOS) στο ΤΕΠ είναι σημαντικός δείκτης που μετράται σε όλα τα τμήματα επειγόντων του κόσμου. Στο δικό μας ΤΕΠ είναι εφικτή μόνο η μέτρηση που αφορά τον διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ των ασθενών που **ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ**. Πιο συγκεκριμένα, μετράται ο χρόνος από την άφιξη του ασθενή στο ΤΕΠ μέχρι την αποχώρησή του για την κλινική. Υπήρξε σημαντική δυσκολία στην αποτύπωση του χρόνου άφιξης του ασθενή στις κλινικές λόγω μη

συνεργασίας των προϊστάμενων νοσηλευτών των κλινικών τουλάχιστον στα αρχικά στάδια που καταχωρούσαν τον ασθενή στην κλίνη σε άλλοτε άλλο χρόνο.

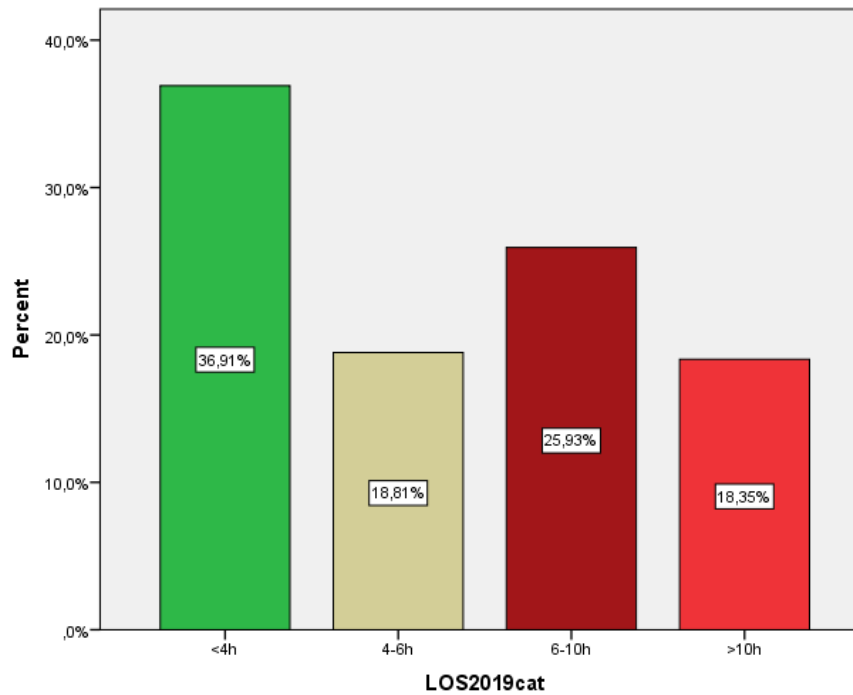
Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί, παρουσιάζονται ο μέσος όρος (Mean), διάμεσος (Median), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation) και ενδοτεταρτημορικά εύρη (Percentiles) της διάρκειας παραμονής στο ΤΕΠ.

Πίνακας 5. Δείκτες κεντρικής τάσης της διάρκειας παραμονής στο ΤΕΠ

N	Valid	1967
	Missing	119
Mean		379,08
Median		325,00
Minimum		5
Maximum		1426
Percentiles	25	179,00
	50	325,00
	75	520,00

Από τα δεδομένα, επιβεβαιώνεται εκ νέου ότι το **βασικό πρόβλημα στη λειτουργία του ΤΕΠ είναι ο χρόνος παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ**. Ο μέσος χρόνος ανέρχεται σε 6 ώρες και 20 λεπτά και η διάμεσος σε 5 ώρες και 25 λεπτά.

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω Γράφημα, το 37% των ασθενών που εισάγονται αποχωρούν από το ΤΕΠ για την κλινική σε χρόνο μικρότερο των 4 ωρών, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό μένει στο χώρο του ΤΕΠ περισσότερο από 10 ώρες (18%).



Γράφημα 14

Διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ

Στον Πίνακα 6 που ακολουθεί, καταγράφεται η μέση διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ **ανά τμήμα**, ο διάμεσος χρόνος παραμονής, οι μέγιστες και οι ελάχιστες τιμές, για το έτος 2019.

Οι τιμές αναφέρονται σε λεπτά (min). Τα σοβαρότερα προβλήματα αφορούν τις Παθολογικές Κλινικές και τη Γενική Χειρουργική που υπερβαίνουν τους μέσους όρους.

Πίνακας 6. Μέση διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ ανά τμήμα, ο διάμεσος χρόνος παραμονής, οι μέγιστες και οι ελάχιστες τιμές, για το έτος 2019

LENGTH OF STAY (LOS) 2019

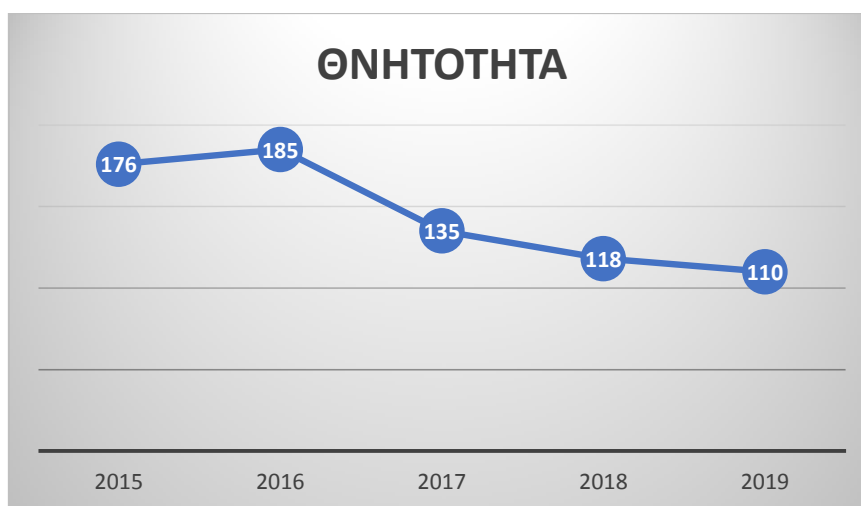
ADMISSION DEPARTMENT	Mean	N	Minimum	Maximum	Median
A' Παθολογικό	542,84	313	35	1426	508,00
B' Παθολογικό	522,61	270	95	1413	478,50
Γενική Χειρουργική	428,86	192	5	1371	358,50
Καρδιολογικό	364,92	183	19	1410	273,00
Μ. Εμφραγμάτων Μ.Ε.Κ.	252,15	80	14	860	200,00
Μ.Α.Φ. Εγκαυμάτων (Λάτσειο)	156,20	10	30	389	133,00
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	371,82	88	24	1394	264,50
Νευρολογικό	279,50	149	32	1086	218,00
Νευροχειρουργικό	306,37	80	11	1095	232,00
Ορθοπαιδικό	289,32	176	40	1327	216,50
Ουρολογικό	389,68	66	65	1053	326,50
Οφθαλμολογικό	196,00	2	130	262	196,00
Παιδιατρικό	184,58	126	15	1055	112,00
Πλαστικής Χειρουργικής	219,36	22	37	895	133,50
Πνευμονολογικό	309,30	154	50	1185	256,00
Ωρλ	216,98	56	28	992	164,00
Total	379,08	1967	5	1426	325,00

4.Γ. Δείκτες Αποτελεσματικότητας ΤΕΠ

4.Γ.1. Θνητότητα

Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του Νοσοκομείου, το 2019 καταγράφηκαν 110 θάνατοι στο ΤΕΠ. Να σημειωθεί ότι τα τελευταία τρία χρόνια ως θάνατοι στο ΤΕΠ αναφέρονται αυτοί που δεν χορηγείται πιστοποιητικό θανάτου. Η θνητότητα το 2019 στο ΤΕΠ ήταν 0,16%, μειούμενη κατά 3% σε σχέση με το 2018.

Στο Γράφημα 15, φαίνονται οι αριθμοί των συνολικών θανάτων στο ΤΕΠ, για τα έτη 2015-2019.



Γράφημα 15

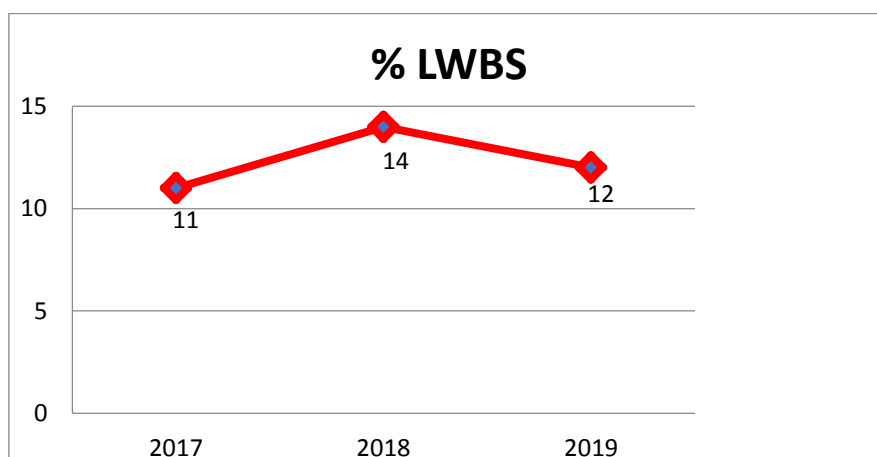
Αριθμοί των συνολικών θανάτων στο ΤΕΠ, για τα έτη 2015-2019

4.Γ.2. Ασθενείς που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν (Left Without Being Seen - LWBS)

Για τα έτη 2015 και 2016 ο δείκτης αυτός μετρήσταν σε ορισμένα ιατρεία του ΤΕΠ.

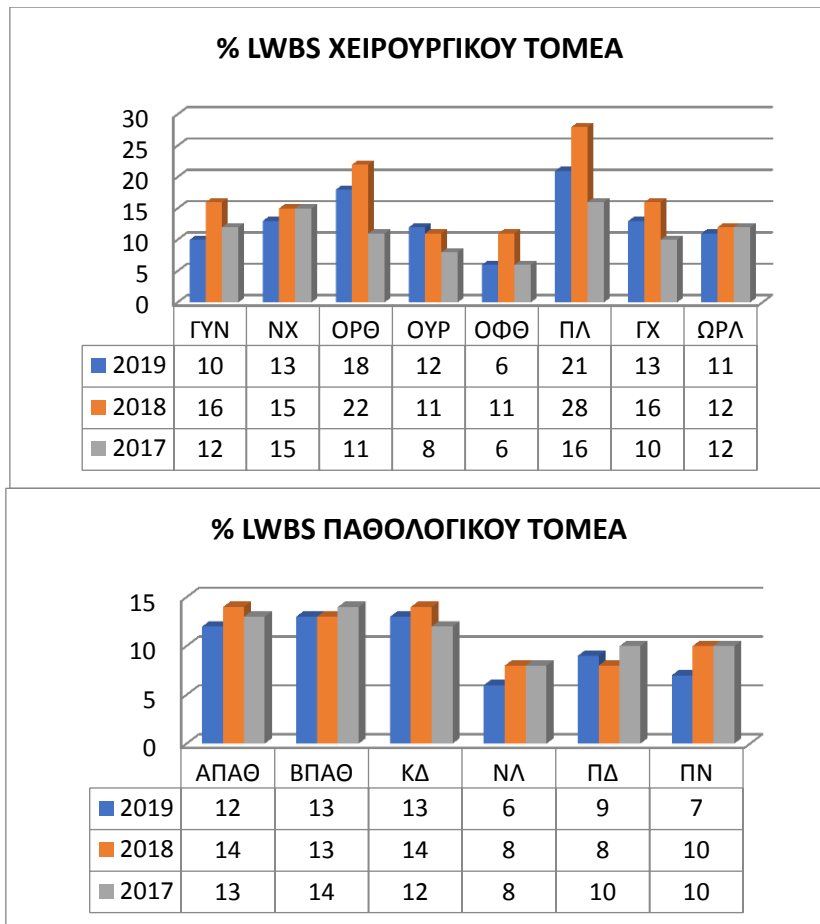
Τα τελευταία 3 χρόνια επιλέχθηκε ένας αξιόπιστος τρόπος, όπου γίνεται αντιστοίχιση των προσερχόμενων με τους εξετασθέντες από τα βιβλία μητρώου των ιατρείων. Ο δείκτης, πλέον, αφορά όλα τα ιατρεία του ΤΕΠ. Το δείγμα είναι τυχαίο (τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία κάθε 3^η Γενική Εφημερία).

Το διάγραμμα που ακολουθεί καταγράφει την πορεία του δείκτη αυτού στο διάστημα των τελευταίων 3 ετών και παραμένει εξαιρετικά υψηλός. Σημειώνεται ότι ο δείκτης αυτός μετράται σε όλα τα ΤΕΠ του κόσμου και έχει καθοριστεί να μην υπερβαίνει το 1%.



Γράφημα 16

Μέσος αριθμός ασθενών ανά εφημερία που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν, για τα έτη 2017-2019



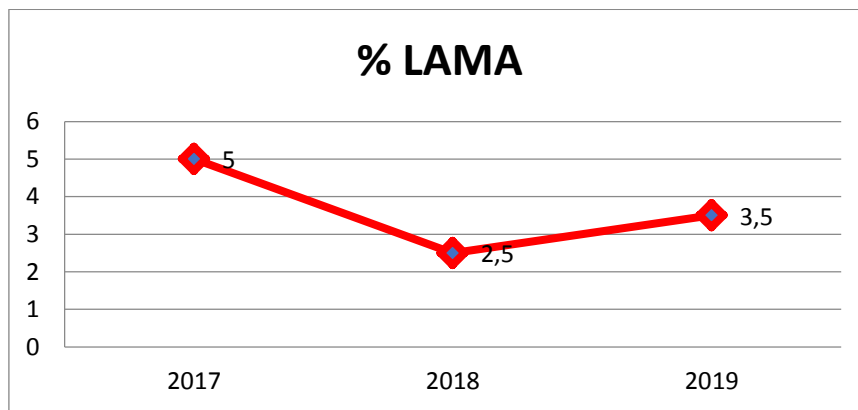
Γράφημα 17

Μέσος αριθμός ασθενών ανά εφημερία που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν, για τα έτη 2017-2019 και ανά τμήμα

4.Γ.2.3. Ασθενείς που αποχωρούν παρά τη σύσταση των γιατρών (Left Against Medical Advice - LAMA)

Μετρήθηκε ο αριθμός των ασθενών που αποχωρούν παρά τις συστάσεις των γιατρών στο βιβλίο μητρώου ασθενών στο ίδιο δείγμα.

Διαπιστώθηκε το 2019 σχετική αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αποχωρούν παρά τη γνώμη των γιατρών και προ της ολοκλήρωσης του ελέγχου (βλ. Γράφημα 18).



Γράφημα 18

Μέσος αριθμός ασθενών ανά εφημερία που αποχωρούν παρά τη σύσταση των γιατρών, για τα έτη 2017-2019

Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά την Α' Παθολογική Κλινική και ακολουθούν η Β' Παθολογική, η Καρδιολογική και η Γενική Χειρουργική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1. Κύρια ερευνητικά ευρήματα – Συμπεράσματα

Η πρωτοτυπία του θέματος της μελέτης στον ελλαδικό χώρο δυσχεραίνει τη σύγκριση των ευρημάτων μας με άλλες σχετικές έρευνες. Συγκεκριμένα, στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, αξιολογήθηκε η λειτουργία του ΤΕΠ του Θριάσιου Νοσοκομείου, λαμβάνοντας υπόψη τόσο ποιοτικούς όσο και ποσοτικούς δείκτες ποιότητας. Η αναζήτηση και η μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας δεν μας οδήγησε στον εντοπισμό κάποιας άλλης σχετικής έρευνας που να έχει ως αντικείμενό της την ποιότητα της λειτουργίας ΤΕΠ σε κάποιο δημόσιο ελληνικό νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να μην έχουμε τη δυνατότητα να προβούμε σε σύγκριση δεδομένων και διεξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

5.1.1. Δείκτες Ζήτησης

1. Το 2019, το ΤΕΠ υποδέχθηκε 61097 ασθενείς και το 16% εξ αυτών διακομίστηκαν με το ΕΚΑΒ. Καταγράφεται **αύξηση στη ζήτηση επείγουσών υπηρεσιών** (υπηρεσιών ΤΕΠ) **κατά 2%** σε σχέση με το 2018. Η καμπύλη είναι σταθερά ανοδική.
2. Αντίστοιχη ήταν και η αύξηση του αριθμού των εξετασθέντων ασθενών
3. Σταθερά ανοδική είναι και η καμπύλη προσελεύσεων με ΕΚΑΒ . Μάλιστα το 2019 η αύξηση αυτή ήταν 8,2%.

4. Από τις μετρήσεις τα τελευταία 4 χρόνια προκύπτει ότι στην Γενική εφημερία το 43% των ασθενών προσέρχεται στο πρώτο βωρο της ημέρας (8.00πμ με 2.00μμ) εύρημα που μπορεί να βοηθήσει στην κατανομή του προσωπικού και τη στελέχωση του ΤΕΠ.
5. Ο μέσος όρος των προσερχόμενων ασθενών στις ημέρες **εκτός γενικής εφημερίας** ανέρχεται σε 21 ασθενείς. Εξαιρέθηκε ο ψυχιατρικός τομέας λόγω διαφορετικού συστήματος εφημέρευσης.

5.1.2. Δείκτες Διαδικασιών

5.1.2.1. Ο χρόνος από την άφιξη του ασθενή μέχρι την 1η επαφή με το γιατρό (Door To Doctor Time - DTDT)

Μετράται σε όλα τα ΤΕΠ του κόσμου και είναι ιδιαίτερα σημαντικός ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενειών που ο χρόνος αναμονής είναι κρίσιμος (time sensitive). Στο δικό μας ΤΕΠ μετράται από τον Οκτώβριο του 2018 και υπολογίζεται από τον χρόνο άφιξης μέχρι τον χρόνο της 1^{ης} παραγγελίας εξετάσεων από τον γιατρό. Ο χρόνος αυτός μετρήθηκε σε τυχαίο δείγμα ασθενών (κάθε 3^η Γενική Εφημερία). Ο μέσος χρόνος για το σύνολο των προσερχόμενων ασθενών ανέρχεται σε **44min** και το 75% των ασθενών εξετάζονται από γιατρό σε χρόνο μικρότερο της ώρας. Υπάρχει ένα ποσοστό 7% των ασθενών που περιμένει περισσότερο από 2 ώρες για να εξεταστεί από γιατρό.

5.1.2.2. Χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ (Length Of Stay - LOS)

Δύναται να μετρηθεί η διάρκεια παραμονής ΜΟΝΟ για τις εισαγωγές. Από τα δεδομένα επιβεβαιώνεται εκ νέου ότι το βασικό πρόβλημα στη λειτουργία του

ΤΕΠ είναι ο χρόνος παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ. Μόνο το 36% αποχωρεί από το ΤΕΠ σε χρόνο μικρότερο των 4 ωρών (Να σημειωθεί εδώ ότι στο NHS έχει καθοριστεί το 95% των εισαγωγών να ολοκληρώνεται σε 4 ώρες). Επιπλέον, είναι μεγάλο το ποσοστό των ασθενών (18%) που παραμένουν στο ΤΕΠ περισσότερο από 10 ώρες, προκαλώντας υπερφόρτωση και αδυναμία εξυπηρέτησης των ασθενών.

Λόγω του ζητήματος της διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων των ασθενών, δεν είναι δυνατή η λήψη δεδομένων που να αφορούν τους λόγους που τους οδήγησαν να αποχωρήσουν από το ΤΕΠ είτε χωρίς να εξεταστούν καν είτε αντίθετα από τις συστάσεις των γιατρών που τους εξέτασαν. Συνεπώς, δεν μπορούμε να εντοπίσουμε τους λόγους που τους έκαναν να φύγουν από το ΤΕΠ, γεγονός που δεν μας επιτρέπει τη διατύπωση σχετικών συμπερασμάτων και προτάσεων.

5.1.3. Δείκτες Αποτελεσματικότητας

5.1.3.1. Θνητότητα

Η θνητότητα μειώθηκε κατά 3%.

5.1.3.2. Ασθενείς που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν (Left Without Being Seen - LWBS)

Παρατηρήθηκε το 2019 μείωση του ποσοστού των ασθενών που επιλέγουν να αποχωρήσουν χωρίς να εξεταστούν (Left without being seen) κατά 2% όμως ο αριθμός παραμένει εξαιρετικά υψηλός **12%**.

Το πρόβλημα εντοπίζεται στην Ορθοπεδική Κλινική (18%) ενώ το ποσοστό για την Καρδιολογική Κλινική παραμένει υψηλό.

5.1.3.3. Ασθενείς που αποχωρούν παρά τη σύσταση των γιατρών (Left Against Medical Advice – LAMA)

Διαπιστώθηκε το 2019 **αύξηση** του ποσοστού των ασθενών που αποχωρούν παρά τη γνώμη των γιατρών προ της ολοκλήρωσης του ελέγχου από 2,5 σε 3,5%. Τα υψηλότερα ποσοστά ασθενών που αποχωρούν παρά τις συστάσεις των γιατρών έχουν η Α' Παθολογική (11%), η Καρδιολογική (6%), η Β' Παθολογική (6%) και η Χειρουργική (6%).

5.2. Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας των ΤΕΠ

Μέσα σ' ένα σύγχρονο διεθνές περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αύξηση του αριθμού των ατυχημάτων, φυσικές καταστροφές, τρομοκρατικές επιθέσεις που οδηγούν σε μαζική εμφάνιση θυμάτων και όταν ο αριθμός των ατόμων που προσέρχονται στις **Υπηρεσίες Επείγουσας Φροντίδας** [*Emergency Care Services*] αυξάνεται κάθε έτος, η πρόκληση για τα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα είναι η ορθολογική οργάνωση και ο αποτελεσματικός συντονισμός των υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας, ώστε να αντεπεξέρχονται ικανοποιητικά στην αυξημένη ζήτηση και στις ανάγκες και απαιτήσεις των ασθενών και των πολιτών. Στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται ως επιτακτική η ανάγκη για οργάνωση και λειτουργία αυτόνομων, ολοκληρωμένων και δυναμικών Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), τα οποία να παρέχουν υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας 24 ώρες ημερησίως

και 365 ημέρες το έτος, με βάση τις σύγχρονες απαιτήσεις και προδιαγραφές της ποιότητας, ως προς τους εξής κύριους άξονες:

- Εργονομική χωροταξία, εγκαταστάσεις και εξοπλισμός
- Οργανωτική δομή
- Διαχείριση ανθρωπίνων πόρων
- Σύστημα λειτουργίας: διεργασίες
- Κάλυψη αναγκών ασθενών
- Μηχανισμούς ελέγχου και βελτίωσης διεργασιών (Λάμπρου, 2005).

Η **ποιότητα της περίθαλψης** μπορεί να θεωρηθεί ως αντανάκλαση των αξιών και των στόχων των μεμονωμένων οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και του συστήματος ιατρικής περίθαλψης στο σύνολό του (Donabedian, 2005).

Η **βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης** θα μπορούσε να οριστεί ως οι συνδυασμένες και αδιάκοπες προσπάθειες όλων -επαγγελματίες υγείας, ασθενείς και οι οικογένειές τους, ερευνητές, σχεδιαστές και εκπαιδευτικοί- για να κάνουν τις αλλαγές που θα οδηγήσουν σε καλύτερο αποτέλεσμα του ασθενούς (υγεία), καλύτερη απόδοση του συστήματος (φροντίδα) και καλύτερη επαγγελματική ανάπτυξη (μάθηση) (Batalden & Davidoff, 2007). Οι Batalden και Davidoff (2007) διατείνονται, επίσης, την ενδιαφέρουσα άποψη ότι όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν δύο θέσεις εργασίας σε μια εργάσιμη ημέρα: να κάνουν τη δουλειά τους και να τη βελτιώσουν. Οι προσπάθειες για την ποιότητα της φροντίδας έχουν οδηγήσει σε αλλαγές στις διαδικασίες φροντίδας και στις συνήθειες εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι αλλαγές πρέπει να εξεταστούν πιο προσεκτικά, καθώς, όπως τόνισε ο Langley και οι συνεργάτες του

(2009): «όλες οι βελτιώσεις απαιτούν αλλαγή, αλλά δεν είναι κάθε αλλαγή βελτίωση».

Τι σημαίνει βελτίωση; Η βελτίωση μπορεί να οριστεί ως κάτι που είναι ταχύτερο, καλύτερο, πιο αποτελεσματικό και ασφαλέστερο (Langley et al., 2009). Ο Berwick (2003) επέστησε την προσοχή στην ανάγκη για αλλαγή όσον αφορά την στρατηγική για το εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης, επισημαίνοντας την ανάγκη ύπαρξης ενός πιο δομημένου και αποτελεσματικού εργατικού δυναμικού για την πραγματοποίηση των βελτιώσεων. Ο Langley και οι συνεργάτες του (2009) σημειώνουν, επιπλέον, ότι για να επιτύχουμε αποτελεσματική βελτίωση πρέπει να επικεντρωθούμε στην «αλλαγή» και να εμβαθύνουμε την κατανόηση των αρχών της βελτίωσης.

Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας των ΤΕΠ και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές-υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα και αναλύονται σε οφέλη για (α) τον ασθενή, (β) τους επαγγελματίες υγείας και (γ) τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, τα οφέλη για τον ασθενή σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, καθώς και την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής. Ακόλουθα, τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας συνίστανται στον σεβασμό και την εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, στην απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος, στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους, στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη. Ακόμη, στα οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβάνονται η μείωση του λειτουργικού κόσμους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, & Χατζοπούλου, 2008; Μαλλιαρού και συν., 2009).

Ωστόσο, η εφαρμογή αλλαγών στο κλινικό περιβάλλον είναι μια **περίπλοκη και πολυδιάστατη διαδικασία**, ακόμη και όταν οι αλλαγές βασίζονται σε έρευνα που βασίζεται σε στοιχεία. Ο Langley και οι συνεργάτες του (2009) υπογραμμίζουν ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη τα κίνητρα των εμπλεκομένων, δηλαδή των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Σημαντικές πτυχές είναι η συμμετοχή τους σε ολόκληρη τη διαδικασία βελτίωσης και οι λόγοι βελτίωσης που είναι σαφείς σε όλους. Οι Bartlett, Cameron και Cisera (2002) αναφέρουν ότι, όταν χρησιμοποιούν το Μοντέλο για τη Βελτίωση (*Model for Improvement*), τα μέλη του προσωπικού θεώρησαν ότι ήταν σε θέση να επηρεάσουν τις αλλαγές σε ολόκληρο τον οργανισμό και ότι αυτές οι αλλαγές θα μπορούσαν να επιτευχθούν γρήγορα. Το θεωρητικό πλαίσιο της Προαγωγής της Εφαρμογής της Έρευνας στις Υπηρεσίες Υγείας (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services - PARIHS*) περιγράφει τους ακόλουθους τομείς ως σημαντικούς για τη διαδικασία εφαρμογής: αποδεικτικά στοιχεία (*evidence*), πλαίσιο (*context*) και διευκόλυνση (*facilitation*). Για την επιτυχή εφαρμογή, πρέπει να αντιμετωπιστεί η σαφήνεια σχετικά με τη φύση των αποδεικτικών στοιχείων που χρησιμοποιούνται, την ποιότητα του πλαισίου και τον τύπο διευκόλυνσης που απαιτείται για να εξασφαλιστεί μια επιτυχημένη διαδικασία αλλαγής (Rycroft-Malone, 2004; Rycroft-Malone et al., 2013). Το επίπεδο αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών των παραγόντων είναι σημαντικό για τον καθορισμό του κατά πόσον η εφαρμογή θα επιτύχει ή όχι (Kitson et al., 2008; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone, 2008; Rycroft-Malone et al., 2002, 2004).

Εκτός από την λήψη κλινικών αποφάσεων, υπάρχουν **ηθικά ζητήματα** που είναι μοναδικά στο περιβάλλον των ΤΕΠ. Ακόμα και κοινά ηθικά προβλήματα μπορεί να είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν σε αυτό το περιβάλλον λόγω παραγόντων, όπως ο επείγων χαρακτήρας, το άγνωστο ιστορικό των ασθενών και ο

βαρύς φόρτος εργασίας (Pauls, Leblanc, & Campbell, 2002; Pauls, McRae, Campbell, Dungey, 2004). Ο Schriver και οι συνεργάτες του (2003) υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης σε τμήμα έκτακτης ανάγκης είναι πιο εκτεθειμένοι από ό,τι άλλοι επαγγελματίες και συχνά εκτελούν τις επαγγελματικές τους ευθύνες υπό την παρακολούθηση άλλων, όπως άλλοι ασθενείς, συγγενείς, παραϊατρικό προσωπικό και αστυνομικοί. Η επικοινωνία στο εργασιακό περιβάλλον του ΤΕΠ είναι περίπλοκη. Οι διακοπές από τηλέφωνα, τηλε-ειδοποιητές και συνομιλίες πρόσωπο με πρόσωπο είναι συχνές και ενδέχεται να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην απόδοση και την ασφάλεια των ασθενών (Brixey et al., 2008; Coiera et al., 2002; Horwitz et al., 2009; Laxmisan et al., 2007).

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει **τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης** στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς δεν είναι πάντα ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που λαμβάνουν (Cooke et al., 2006; Marinsek et al., 2007; Nyström, Dahlberg, & Carlsson, 2003; Taylor et al., 2004; Todd et al., 2007). Οι μελέτες της ποιότητας περίθαλψης στα ΤΕΠ συχνά επικεντρώνονται στον χρόνο αναμονής ως βασικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών (Abolfotouh et al., 2017; Boudreaux & O'Hea, 2004; Kagedan, Edge, & Takabe, 2021; O'Connor et al., 2004; Richardson, Braitberg, & Yeoh, 2004; Travers & Lee, 2006; Vieth & Rhodes, 2006). Από την άλλη πλευρά, άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι είναι σημαντικό να επικεντρωθούμε στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται άλλες πτυχές της επίσκεψής τους στα ΤΕΠ, όχι μόνο τον αριθμό ωρών της αναμονής ή την ιατρική περίθαλψη (Johnson et al., 2007; Nyström, Dahlberg, & Carlsson, 2003; Toma et al., 2009).

Με τη γήρανση του πληθυσμού και την αυξημένη διασυννοριακή κίνηση, οι ανάγκες και τα χαρακτηριστικά των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ αλλάζουν. Για παράδειγμα, ο Richardson και οι συνεργάτες του (2007) σημειώνουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιλήφθηκαν ότι είχαν μικρή συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία κατέληξε σε παρόμοια ευρήματα (Nydén, Petersson, & Nyström, 2003).

Αρκετές μελέτες (Arnaert & Schaack, 2006; Davis & Bush, 2003; Degrie et al., 2017; Stuart, Parker, & Rogers, 2003) διαπίστωσαν, επίσης, ότι υπάρχει ανάγκη για βελτιωμένη **πολιτισμική ευαισθητοποίηση** από τους επαγγελματίες υγείας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Οι Arnaert και Schaack (2006), για παράδειγμα, διαπίστωσαν ότι ο πολιτιστικός σεβασμός και η υποστήριξη από άλλα άτομα της ίδιας κουλτούρας είχαν πιο θετική επίδραση στη διαμονή του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Συνοπτικά, τομείς βελτίωσης των ΤΕΠ περιγράφονται με φειδώ στη βιβλιογραφία, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Η ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης είναι μια συνεχής διαδικασία που κινείται προς τα εμπρός με υψηλή ταχύτητα, και η περίθαλψη στα ΤΕΠ πρέπει να διατηρήσει τον ρυθμό. Η υψηλής ποιότητας διαχείριση του πόνου είναι σημαντική για τους ασθενείς στα τμήματα έκτακτης ανάγκης και παρόλο που έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες, υπάρχει ακόμη ανάγκη για μεγαλύτερη εστίαση στο θέμα. Και όταν μελετάμε τον πόνο, είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε πότε μιλάμε για αισθητηριακές ερμηνείες και πότε μιλάμε για ιατρική περίθαλψη. Υπάρχει μια ανάγκη/πρόκληση για κατάλληλες τεκμηριωμένες βελτιώσεις για διάφορους τομείς στην περίθαλψη στα ΤΕΠ.

Η σύγχρονη φροντίδα έκτακτης ανάγκης δημιουργήθηκε λόγω της αύξησης της ανάγκης για αυτήν. Αν και οι δυνατότητές της έχουν αυξηθεί δραματικά τα τελευταία πενήντα χρόνια, το ίδιο έχουν αυξηθεί και οι απαιτήσεις (Kellermann, Hsia, Yeh, & Morganti, 2013). Το μέλλον της περίθαλψης εξαρτάται εν πολλοίς από τη συνεχιζόμενη ικανότητά του να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες (Kellermann & Martinez, 2011). Ωστόσο, ανεξάρτητα από το πώς εξελίσσεται η υγειονομική περίθαλψη, οι πάροχοι φροντίδας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και τραυματισμού δεν πρέπει ποτέ να ξεχνούν τον κύριο ρόλο τους: **να παρέχουν φροντίδα σε όποιον τη χρειάζεται ανά πάσα στιγμή** (Kellermann et al., 2013).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ασκητοπούλου, Ε. *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση και ανάπτυξη*. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2009.
- Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου, 2008.
- Λαζάρου Π, Οικονομοπούλου Χ. Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*, 2007;46(2):199-214.
- Λάμπρου Π. *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Οργάνωση και λειτουργία*. Αθήνα: Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, 2005.
- Μακρή, Ε., Συγκούνα, Δ., Χατζοπούλου, Μ., & Πλατής, Χ. Ο ρόλος της Ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Εστίαση στον ρόλο της Διαλογής και της Πληροφορικής. *Νοσηλευτική*. 2019;58(4):328-338.
- Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Ζυγά Σ. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2009;8(1):25-40.
- Μπαλτόπουλος Γ. *Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης, 1997.
- Παπανικολάου Β. *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές – Μέθοδοι & Εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 2007.
- Παπανικολάου Β. *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση; 2007.
- Παπασάββας Ε. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). *Επιθεώρηση Υγείας*, 2011;12:7-10.

Ξενόγλωσση

Abdolrazaghnejad A, Banaie M, Tavakoli N, Safdari M, Rajabpour-Sanati A. Pain Management in the Emergency Department: a Review Article on Options and Methods. *Adv J Emerg Med.* 2018;2(4):e45. Published 2018 Jun 24. doi:10.22114/AJEM.v0i0.93

Abidova A, da Silva PA, Moreira S. Predictors of Patient Satisfaction and the Perceived Quality of Healthcare in an Emergency Department in Portugal. *West J Emerg Med.* 2020;21(2):391-403. doi: 10.5811/westjem.2019.9.44667. PMID: 31999247; PMCID: PMC7081842.

Abolfotouh MA, Al-Assiri MH, Alshahrani RT, Almutairi ZM, Hijazi RA, Alaskar AS. Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emerg Med J.* 2017;34(1):27-33. doi: 10.1136/emered-2015-204954. Epub 2016 Aug 1. PMID: 27480456; PMCID: PMC5256124.

Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(5):377-98. doi: 10.1093/intqhc/mzg049.

Arnaert A, Schaack G. Cultural awareness of Inuit patients' experiences with emergency nursing care. *Accid Emerg Nurs.* 2006;14(2):97-103. doi: 10.1016/j.aaen.2006.01.002. Epub 2006 Mar 22. PMID: 16554157.

Baillie L. An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *Accid Emerg Nurs.* 2005;13(1):9-14. doi: 10.1016/j.aaen.2004.10.015. PMID: 15649681.

Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA.* 1991;266(8):1085-90. PMID: 1865540.

- Bartlett J, Cameron P, Cisera M. The Victorian emergency department collaboration. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(6):463-70. doi: 10.1093/intqhc/14.6.463. PMID: 12515332.
- Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*. 2007;16(1):2-3. doi: 10.1136/qshc.2006.022046. PMID: 17301192; PMCID: PMC2464920.
- Bayley EW, MacLean SL, Desy P, McMahon M; Emergency Nurses Association. ENA's Delphi study on national research priorities for emergency nurses in the United States. *J Emerg Nurs*. 2004;30(1):12-21. doi: 10.1016/j.jen.2003.10.009. PMID: 14765077.
- Beniuk K, Boyle AA, Clarkson PJ. Emergency department crowding: prioritising quantified crowding measures using a Delphi study. *Emerg Med J*. 2012;29(11):868-71. doi: 10.1136/emered-2011-200646. Epub 2011 Dec 23. PMID: 22199142.
- Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, McCarthy M, John McConnell K, Pines JM, Rathlev N, Schafermeyer R, Zwemer F, Schull M, Asplin BR; Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*. 2009;16(1):1-10. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x. Epub 2008 Nov 8. PMID: 19007346.
- Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, McCarthy M, John McConnell K, Pines JM, Rathlev N, Schafermeyer R, Zwemer F, Schull M, Asplin BR; Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*, 2009;16(1):1-10. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x. Epub 2008 Nov 8. PMID: 19007346.
- Bernstein SL, Asplin BR. Emergency department crowding: old problem, new solutions. *Emerg Med Clin North Am*, 2006;24(4):821-37. doi: 10.1016/j.emc.2006.06.013. PMID: 16982341.

- Berwick D, & Fox DM. "Evaluating the quality of medical care": Donabedian's classic article 50 years later. *The Milbank Quarterly*, 2016;94(2):237-241.
- Berwick DM. Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(6):448-52. doi: 10.1136/qhc.12.6.448. PMID: 14645761; PMCID: PMC1758027.
- Bindman AB. Triage in accident and emergency departments. *BMJ*. 1995;311(7002):404. doi: 10.1136/bmj.311.7002.404. PMID: 7640577; PMCID: PMC2550485.
- Blank FS, Mader TJ, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D. Adequacy of pain assessment and pain relief and correlation of patient satisfaction in 68 ED fast-track patients. *J Emerg Nurs*. 2001;27(4):327-34. doi: 10.1067/men.2001.116648. PMID: 11468626.
- Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med*. 2004;26(1):13-26. doi: 10.1016/j.jemermed.2003.04.003. PMID: 14751474.
- Brixey JJ, Tang Z, Robinson DJ, Johnson CW, Johnson TR, Turley JP, Patel VL, Zhang J. Interruptions in a level one trauma center: a case study. *Int J Med Inform*. 2008;77(4):235-41. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2007.04.006. Epub 2007 Jun 14. PMID: 17569576; PMCID: PMC2670398.
- Brodie BR, Stone GW, Morice MC, Cox DA, Garcia E, Mattos LA, Boura J, O'Neill WW, Stuckey TD, Milks S, Lansky AJ, Grines CL; Stent Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. Importance of time to reperfusion on outcomes with primary coronary angioplasty for acute myocardial infarction (results from the Stent Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Trial). *Am J Cardiol*. 2001;88(10):1085-90. doi: 10.1016/s0002-9149(01)02039-2. PMID: 11703949.
- Bucci S, de Belvis AG, Marventano S, De Leva AC, Tanzariello M, Specchia ML, Ricciardi W, Franceschi F. Emergency Department crowding and hospital bed

shortage: is Lean a smart answer? A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2016;20(20):4209-4219. PMID: 27831655.

Cannon CP, Gibson CM, Lambrew CT, Shoultz DA, Levy D, French WJ, Gore JM, Weaver WD, Rogers WJ, Tiefenbrunn AJ. Relationship of symptom-onset-to-balloon time and door-to-balloon time with mortality in patients undergoing angioplasty for acute myocardial infarction. *JAMA*. 2000 ;283(22):2941-7. doi: 10.1001/jama.283.22.2941. PMID: 10865271.

Carr BG, Branas CC, Metlay JP, Sullivan AF, Camargo CA Jr. Access to emergency care in the United States. *Ann Emerg Med*. 2009;54(2):261-269. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.11.016

Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh*, 2014;46(2):106-15. doi: 10.1111/jnu.12055. Epub 2013 Dec 19. PMID: 24354886; PMCID: PMC4033834.

Chadaga SR, Shockley L, Keniston A, Klock NE, Van Dyke S, Davis Q, Chu ES. Hospitalist-led medicine emergency department team: associations with throughput, timeliness of patient care, and satisfaction. *J Hosp Med*. 2012;7(7):562-6. doi: 10.1002/jhm.1957. Epub 2012 Aug 3. PMID: 22865827.

Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP; DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35(6):1477-83. doi: 10.1097/01.CCM.0000266585.74905.5A. PMID: 17440421.

Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(50):892-8. doi: 10.3238/arztebl.2010.0892. Epub 2010 Dec 17. PMID: 21246025; PMCID: PMC3021905.

- Clarey AJ, Cooke MW. Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis. *Emerg Med J*. 2012;29(8):617-21. doi: 10.1136/emmermed-2011-200537. Epub 2011 Sep 2. PMID: 21890863.
- Coiera EW, Jayasuriya RA, Hardy J, Bannan A, Thorpe ME. Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Med J Aust*. 2002;176(9):415-8. PMID: 12056992.
- Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H. Patient expectations of emergency department care: phase II--a cross-sectional survey. *CJEM*. 2006;8(3):148-57. doi: 10.1017/s1481803500013658. PMID: 17320008.
- Dahlen I, Westin L, Adolfsson A. Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychol Res Behav Manag*. 2012;5:1-9. doi: 10.2147/PRBM.S27790. Epub 2012 Jan 16. PMID: 22334799; PMCID: PMC3278261.
- Davis BA, Bush HA. Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States, Slovenia, and Australia. *J Nurs Care Qual*. 2003;18(4):267-74. doi: 10.1097/00001786-200310000-00004. PMID: 14556583.
- Degrie L, Gastmans C, Mahieu L, Dierckx de Casterlé B, Denier Y. "How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? a systematic review of qualitative research". *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):2. doi: 10.1186/s12910-016-0163-8. PMID: 28103849; PMCID: PMC5244561.
- Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med*. 2000;35(1):63-8. doi: 10.1016/s0196-0644(00)70105-3. PMID: 10613941.
- Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs*. 2006;15(4):469-79. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x. PMID: 16553761.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. PMID: 16279964; PMCID: PMC2690293.

- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966;44(3):166-206.
- Duignan M, Dunn V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: a replication. *Int Emerg Nurs*. 2008;16(1):23-8. doi: 10.1016/j.ienj.2007.09.003. PMID: 18519050.
- Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes*. 2012;5:525. doi: 10.1186/1756-0500-5-525. PMID: 23006316; PMCID: PMC3515357.
- Eckerson, W. W. (2009). Performance management strategies. *Business Intelligence Journal*, 14(1), 24-27.
- Epstein SK, Tian L. Development of an emergency department work score to predict ambulance diversion. *Acad Emerg Med*. 2006;13(4):421-6. doi: 10.1197/j.aem.2005.11.081. PMID: 16581932.
- Fayyaz J, Khursheed M, Mir MU, Mehmood A. Missing the boat: odds for the patients who leave ED without being seen. *BMC Emerg Med*. 2013;13:1. doi: 10.1186/1471-227X-13-1. PMID: 23324162; PMCID: PMC3571890.
- Fee C, Weber EJ, Maak CA, Bacchetti P. Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med*. 2007;50(5):501-9, 509.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.08.003. PMID: 17913300.
- Fee C, Weber EJ. Identification of 90% of patients ultimately diagnosed with community-acquired pneumonia within four hours of emergency department arrival may not be feasible. *Ann Emerg Med*. 2007;49(5):553-9. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.11.008. Epub 2007 Jan 8. PMID: 17210202.
- Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, Sawchuk P, Thompson DA, Travers DA, Bonalumi N, Suter RE. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *J Emerg*

Nurs. 2005;31(1):39-50; quiz 118. doi: 10.1016/j.jen.2004.11.002. PMID: 15682128.

Gebbru AA, Mosadeghrad AM, Sari AA, Tafesse TB, Kahsay WG. Client satisfaction on Emergency department services and quality of emergency medical care in Ethiopia: A systematic review. *Hum Antibodies.* 2019;27(S1):23-31. doi: 10.3233/HAB-190367. PMID: 30958338.

Hatherley C, Jennings N, Cross R. Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review. *Australas Emerg Nurs J.* 2016;19(1):26-36. doi: 10.1016/j.aenj.2015.11.001. Epub 2015 Dec 21. PMID: 26718064.

Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52(2):126-36. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.03.014. Epub 2008 Apr 23. PMID: 18433933; PMCID: PMC7340358.

Hoot NR, Zhou C, Jones I, Aronsky D. Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Ann Emerg Med.* 2007;49(6):747-55. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.01.017. Epub 2007 Mar 27. Erratum in: *Ann Emerg Med.* 2007 Nov;50(5):534. PMID: 17391809; PMCID: PMC7340359.

Horwitz LI, Meredith T, Schuur JD, Shah NR, Kulkarni RG, Jenq GY. Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Ann Emerg Med.* 2009;53(6):701-10.e4. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.05.007. Epub 2008 Jun 16. PMID: 18555560.

Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs.* 2005;31(5):429-35. doi: 10.1016/j.jen.2005.06.023. PMID: 16198724.

Huggins KN, Gandy WM, Kohut CD. Emergency department patients' perception of nurse caring behaviors. *Heart Lung.* 1993;22(4):356-64. PMID: 8360069.

Hwang U, Concato J. Care in the emergency department: how crowded is overcrowded? *Acad Emerg Med.* 2004;11(10):1097-101. doi: 10.1197/j.aem.2004.07.004. PMID: 15466155.

Hwang U, McCarthy ML, Aronsky D, Asplin B, Crane PW, Craven CK, Epstein SK, Fee C, Handel DA, Pines JM, Rathlev NK, Schafermeyer RW, Zwemer FL Jr, Bernstein SL. Measures of crowding in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med,* 2011;18(5):527-38. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01054.x. PMID: 21569171.

Hwang U, McCarthy ML, Aronsky D, Asplin B, Crane PW, Craven CK, Epstein SK, Fee C, Handel DA, Pines JM, Rathlev NK, Schafermeyer RW, Zwemer FL Jr, Bernstein SL. Measures of crowding in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med,* 2011;18(5):527-38. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01054.x. PMID: 21569171.

Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Sean Morrison R. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Acad Emerg Med.* 2008;15(12):1248-55. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00267.x. Epub 2008 Oct 17. PMID: 18945239; PMCID: PMC2729811.

Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(2):270-5. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00587.x. PMID: 16460378.

IASP - International Association for the Study of Pain. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain.* 1979;6:247-252.

Johnson RL, Sadosty AT, Weaver AL, Goyal DG. To sit or not to sit? *Ann Emerg Med.* 2008;51(2):188-93, 193.e1-2. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.04.024. Epub 2007 Jun 27. PMID: 17597254.

Jones SS, Allen TL, Flottesch TJ, Welch SJ. An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Acad Emerg Med,*

2006;13(11):1204-11. doi: 10.1197/j.aem.2006.05.021. Epub 2006 Aug 10. PMID: 16902050.

Kagedan DJ, Edge SB, Takabe K. Behind the clock: elucidating factors contributing to longer clinic appointment duration and patient wait time. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):87. doi: 10.1186/s12913-021-06079-y. PMID: 33499845; PMCID: PMC7836477.

Keating L, Smith S. Acute Pain in the Emergency Department: The Challenges. *Rev Pain.* 2011;5(3):13-17. doi:10.1177/204946371100500304

Kellermann AL, Hsia RY, Yeh C, Morganti KG. Emergency care: then, now, and next. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(12):2069-74. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0683. PMID: 24301388.

Kellermann AL, Martinez R. The ER, 50 years on. *N Engl J Med.* 2011;364(24):2278-9. doi: 10.1056/NEJMp1101544. PMID: 21675886.

Khalifa, M., & Khalid, P. (2015). Developing strategic health care key performance indicators: a case study on a tertiary care hospital. *Procedia Computer Science*, 63, 459-466.

Khanna S, Sier D, Boyle J, Zeitz K. Discharge timeliness and its impact on hospital crowding and emergency department flow performance. *Emerg Med Australas.* 2016;28(2):164-70. doi: 10.1111/1742-6723.12543. Epub 2016 Feb 4. PMID: 26845068.

Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci.* 2008;3:1. doi: 10.1186/1748-5908-3-1. PMID: 18179688; PMCID: PMC2235887.

Kyriacou DN, Ricketts V, Dyne PL, McCollough MD, Talan DA. A 5-year time study analysis of emergency department patient care efficiency. *Ann Emerg Med.* 1999;34(3):326-35. doi: 10.1016/s0196-0644(99)70126-5. PMID: 10459088.

- Lambe S, Washington DL, Fink A, Laouri M, Liu H, Scura Fosse J, Brook RH, Asch SM. Waiting times in California's emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2003;41(1):35-44. doi: 10.1067/mem.2003.2. PMID: 12514681.
- Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: a practical approach to enhancing organizational performance.* 2nd ed. San Francisco; Jossey-Bass: 2009.
- Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, Green RA, Zhang J, Patel VL. The multitasking clinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *Int J Med Inform.* 2007;76(11-12):801-11. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2006.09.019. Epub 2006 Oct 23. PMID: 17059892.
- Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J Adv Nurs.* 2006;53(4):412-21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03735.x. PMID: 16448484.
- Lee G, Endacott R, Flett K, Bushnell R. Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: a follow up survey. *Accid Emerg Nurs.* 2006;14(1):56-62. doi: 10.1016/j.aaen.2005.11.004. PMID: 16377190.
- Lee G, Smith S, Jennings N. Low acuity abdominal pain in the emergency department: still a long wait. *Int Emerg Nurs.* 2008;16(2):94-100. doi: 10.1016/j.ienj.2008.01.006. Epub 2008 Mar 24. PMID: 18519060.
- Liu SW, Thomas SH, Gordon JA, Hamedani AG, Weissman JS. A pilot study examining undesirable events among emergency department-boarded patients awaiting inpatient beds. *Ann Emerg Med.* 2009;54(3):381-5. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.02.001. Epub 2009 Mar 20. PMID: 19303168.
- MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, Nathens AB, Frey KP, Egleston BL, Salkever DS, Scharfstein DO. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N Engl J Med.* 2006;354(4):366-78. doi: 10.1056/NEJMsa052049. PMID: 16436768.
- Marinsek M, Kovacic D, Versnik D, Parasuh M, Golez S, Podbregar M. Analgesic treatment and predictors of satisfaction with analgesia in patients with acute

undifferentiated abdominal pain. *Eur J Pain*. 2007;11(7):773-8. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.002. Epub 2007 Jan 23. PMID: 17251043.

Mataloni F, Colais P, Galassi C, Davoli M, Fusco D. Patients who leave Emergency Department without being seen or during treatment in the Lazio Region (Central Italy): Determinants and short term outcomes. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208914. doi: 10.1371/journal.pone.0208914. PMID: 30540845; PMCID: PMC6291150.

McCafferey M. *Nursing Management of the Patient in Pain*. Philadelphia: Lippincott; 1979.

McCarthy ML, Aronsky D, Jones ID, Miner JR, Band RA, Baren JM, Desmond JS, Baumlin KM, Ding R, Shesser R. The emergency department occupancy rate: a simple measure of emergency department crowding? *Ann Emerg Med*. 2008;51(1):15-24, 24.e1-2. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.09.003. Epub 2007 Nov 5. PMID: 17980458.

McCarthy ML, Aronsky D, Jones ID, Miner JR, Band RA, Baren JM, Desmond JS, Baumlin KM, Ding R, Shesser R. The emergency department occupancy rate: a simple measure of emergency department crowding? *Ann Emerg Med*, 2008;51(1):15-24, 24.e1-2. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.09.003. Epub 2007 Nov 5. PMID: 17980458.

McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *J Adv Nurs*. 2002;38(1):94-104. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x. PMID: 11895535.

Miró O, Antonio MT, Jiménez S, De Dios A, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med*. 1999;6(2):105-7. doi: 10.1097/00063110-199906000-00003. PMID: 10461551.

Miyazawa A, Maeno T, Shaku F, Tsutsumi M, Kurihara H, Takayashiki A, Kohno M, Suzuki M, Maeno T. Inappropriate use of the emergency department for nonurgent conditions: Patient characteristics and associated factors at a Japanese

hospital. *J Gen Fam Med.* 2019;20(4):146-153. doi: 10.1002/jgf2.249. PMID: 31312581; PMCID: PMC6612776.

Muroff JR, Jackson JS, Mowbray CT, Himle JA. The influence of gender, patient volume and time on clinical diagnostic decision making in psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(6):481-8. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.08.008. PMID: 18022040.

Neumar RW. The Zerhouni challenge: defining the fundamental hypothesis of emergency care research. *Ann Emerg Med.* 2007;49(5):696-7. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.02.012. PMID: 17452267.

Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med.* 2005;23(2):131-7. doi: 10.1016/j.ajem.2004.05.006. PMID: 15765330.

Nydén K, Petersson M, Nyström M. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing.* 2003;12(2):268-274. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00737.x.

Nyström M, Dahlberg K, Carlsson G. Non-caring encounters at an emergency care unit--a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(7):761-9. doi: 10.1016/s0020-7489(03)00053-1. PMID: 12965167.

Nyström M, Nydén K, Petersson M. Being a non-urgent patient in an emergency care unit--a strive to maintain personal integrity. *Accid Emerg Nurs.* 2003;11(1):22-6. doi: 10.1016/s0965-2302(02)00135-2. PMID: 12718947.

O'Connor AE, Lockney AL, Sloan PD, McGrail MR. Does the presence of an emergency physician improve access based quality indicators in a rural emergency department? *Emerg Med Australas.* 2004;16(1):55-8. doi: 10.1111/j.1742-6723.2004.00537.x. Erratum in: *Emerg Med Australas.* 2004 Apr;16(2):179. Sloan PM [corrected to Sloan PD]. PMID: 15239756.

- Parmenter, D. *Key performance indicators: developing, implementing, and using winning KPIs*. John Wiley & Sons, 2015.
- Pauls M, Leblanc C, Campbell S. Ethics in the trenches: preparing for ethical challenges in the emergency department. *CJEM*. 2002;4(1):45-8. doi: 10.1017/s1481803500006059. PMID: 17637148.
- Pauls M, McRae A, Campbell SG, Dungey P. Ethics in the trenches: Part 2. Case studies of ethical challenges in emergency medicine. *CJEM*. 2004;6(5):363-6. doi: 10.1017/s1481803500009672. PMID: 17381996.
- Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, Bernhard M, Bertini A, Gries A, Ferrandiz S, Kumar VA, Harjola VP, Hogan B, Madsen B, Mason S, Ohlén G, Rainer T, Rathlev N, Revue E, Richardson D, Sattarian M, Schull MJ. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med*, 2011;18(12):1358-70. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x. PMID: 22168200.
- Pines JM, Hollander JE, Localio AR, Metlay JP. The association between emergency department crowding and hospital performance on antibiotic timing for pneumonia and percutaneous intervention for myocardial infarction. *Acad Emerg Med*. 2006;13(8):873-8. doi: 10.1197/j.aem.2006.03.568. Epub 2006 Jun 9. PMID: 16766743.
- Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. 2008;51(1):1-5. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.07.008. Epub 2007 Oct 25. PMID: 17913299.
- Pines JM, Localio AR, Hollander JE, Baxt WG, Lee H, Phillips C, Metlay JP. The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med*. 2007;50(5):510-6. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.07.021. Epub 2007 Oct 3. PMID: 17913298.

- Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Manag Nurs*. 2003;4(4):171-5. doi: 10.1016/s1524-9042(03)00033-x. PMID: 14663795.
- Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 2006;184(5):213-6. PMID: 16515430.
- Richardson JR, Braitberg G, Yeoh MJ. Multidisciplinary assessment at triage: a new way forward. *Emerg Med Australas*. 2004;16(1):41-6. doi: 10.1111/j.1742-6723.2004.00541.x. PMID: 15239754.
- Richardson S, Casey M, Hider P. Following the patient journey: Older persons' experiences of emergency departments and discharge. *Accid Emerg Nurs*. 2007;15(3):134-40. doi: 10.1016/j.aen.2007.05.004. Epub 2007 Jul 27. PMID: 17681763.
- Rowe BH, Channan P, Bullard M, Blitz S, Saunders LD, Rosychuk RJ, Lari H, Craig WR, Holroyd BR. Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med*. 2006;13(8):848-52. doi: 10.1197/j.aem.2006.01.028. Epub 2006 May 2. PMID: 16670258.
- Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 2004;43(4):494-503. doi: 10.1016/j.annemergmed.2003.11.019. PMID: 15039693.
- Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs*. 2004 Nov;13(8):913-24. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x. PMID: 15533097.
- Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, Estabrooks C. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2):174-80. doi: 10.1136/qhc.11.2.174. PMID: 12448812; PMCID: PMC1743587.
- Rycroft-Malone J, Seers K, Chandler J, Hawkes CA, Crichton N, Allen C, Bullock I, Strunin L. The role of evidence, context, and facilitation in an implementation

trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implement Sci.* 2013;8:28. doi: 10.1186/1748-5908-8-28. PMID: 23497438; PMCID: PMC3636004.

Rycroft-Malone J. Leadership and the use of evidence in practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2008;5(1):1-2. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00111.x. PMID: 18333922.

Rycroft-Malone J. The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *J Nurs Care Qual.* 2004;19(4):297-304. doi: 10.1097/00001786-200410000-00002. PMID: 15535533.

Schellein O, Ludwig-Pistor F, Bremerich DH. "Manchester Triage System". Prozessoptimierung in der interdisziplinären Notaufnahme [Manchester triage system. Process optimization in the interdisciplinary emergency department]. *Anaesthesist.* 2009;58(2):163-70. German. doi: 10.1007/s00101-008-1477-9. PMID: 19082988.

Schrivver JA, Talmadge R, Chuong R, Hedges JR. Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Acad Emerg Med.* 2003 ;10(7):798-804. doi: 10.1111/j.1553-2712.2003.tb00076.x. PMID: 12837656.

Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med.* 2007;49(3):257-64, 264.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.06.027. Epub 2006 Aug 22. PMID: 17049408.

Spaite DW, Bartholomeaux F, Guisto J, Lindberg E, Hull B, Eyherabide A, Lanyon S, Criss EA, Valenzuela TD, Conroy C. Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Ann Emerg Med.* 2002;39(2):168-77. doi: 10.1067/mem.2002.121215. PMID: 11823772.

Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184(5):208-12.

doi: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00416.x. Erratum in: *Med J Aust.* 2006 Jun 19;184(12):616. PMID: 16515429.

Stalnikowicz R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *Int J Qual Health Care.* 2005;17(2):173-6. doi: 10.1093/intqhc/mzi022. Epub 2005 Feb 21. PMID: 15723816.

Stang AS, Crotts J, Johnson DW, Hartling L, Guttman A. Crowding measures associated with the quality of emergency department care: a systematic review. *Acad Emerg Med.* 2015;22(6):643-56. doi: 10.1111/acem.12682. Epub 2015 May 20. PMID: 25996053.

Stock LM, Bradley GE, Lewis RJ, Baker DW, Sipse J, Stevens CD. Patients who leave emergency departments without being seen by a physician: magnitude of the problem in Los Angeles County. *Ann Emerg Med.* 1994;23(2):294-8. doi: 10.1016/s0196-0644(94)70043-5. PMID: 8304611.

Stuart PJ, Parker S, Rogers M. Giving a voice to the community: a qualitative study of consumer expectations for the emergency department. *Emerg Med (Fremantle).* 2003;15(4):369-75. doi: 10.1046/j.1442-2026.2003.00476.x. PMID: 14631705.

Taylor C, Benger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J.* 2004 Sep;21(5):528-32. doi: 10.1136/emj.2002.003723. PMID: 15333521; PMCID: PMC1726409.

Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain.* 2007;8(6):460-6. doi: 10.1016/j.jpain.2006.12.005. Epub 2007 Feb 15. PMID: 17306626.

Toma G, Triner W, McNutt LA. Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Ann Emerg Med.* 2009;54(3):360-367.e6. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.01.024. Epub 2009 Mar 12. PMID: 19282060.

Trautman D. Pain management. *Sheehy's Emergency Nursing. Principles and practice.* 4th edn. St Louis: Mosby;1998.

- Travers JP, Lee FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *Eur J Emerg Med.* 2006;13(6):342-8. doi: 10.1097/01.mej.0000224425.36444.50. PMID: 17091056.
- Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J.* 2003;20(5):402-5. doi: 10.1136/emj.20.5.402. PMID: 12954674; PMCID: PMC1726173.
- Twomey M, Wallis LA, Myers JE. Limitations in validating emergency department triage scales. *Emerg Med J.* 2007;24(7):477-9. doi: 10.1136/emj.2007.046383. PMID: 17582037; PMCID: PMC2658393.
- Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care.* 2013;19(1):47-59. PMID: 23379744; PMCID: PMC4156292.
- Van Bockstal E, Maenhout B. A study on the impact of prioritising emergency department arrivals on the patient waiting time. *Health Care Manag Sci.* 2019;22(4):589-614. doi: 10.1007/s10729-018-9447-5. Epub 2018 May 3. PMID: 29725894.
- Vieth TL, Rhodes KV. The effect of crowding on access and quality in an academic ED. *Am J Emerg Med.* 2006;24(7):787-94. doi: 10.1016/j.ajem.2006.03.026. PMID: 17098098.
- Viotti S, Cortese CG, Garlasco J, Rainero E, Emelurumonye IN, Passi S, Boraso F, Gianino MM. The Buffering Effect of Humanity of Care in the Relationship between Patient Satisfaction and Waiting Time: A Cross-sectional Study in an Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):2939. doi: 10.3390/ijerph17082939. PMID: 32344530; PMCID: PMC7216114.
- Watts SH, Bryan ED. Emergency Department Pneumonia Patients Who do not Meet the Six-Hour Criteria for Antibiotic Administration: Do They Have a Different Clinical Presentation? *J Clin Med Res.* 2012;4(5):338-45. doi:

10.4021/jocmr1092w. Epub 2012 Sep 12. PMID: 23024737; PMCID: PMC3449432.

Wilde B, Larsson G, Larsson M, Starrin B. Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scand J Caring Sci.* 1994;8(1):39-48. doi: 10.1111/j.1471-6712.1994.tb00223.x. PMID: 8159889.

Yee AM, Puntillo K, Miaskowski C, Neighbor ML. What patients with abdominal pain expect about pain relief in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2006;32(4):281-7. doi: 10.1016/j.jen.2006.04.014. Erratum in: *J Emerg Nurs.* 2007 Feb;33(1):82. PMID: 16863872.

Yu KT, Green RA. Critical aspects of emergency department documentation and communication. *Emerg Med Clin North Am.* 2009;27(4):641-54, ix. doi: 10.1016/j.emc.2009.07.008. PMID: 19932398.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

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

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/2012 - ΦΕΚ 874/Β/20-3-2012, με τίτλο «Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.», προβλέπονται τα εξής:

1. Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες, καθώς και στο Νοσοκομείο με την μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας των περιφερειών του Ν. 3852/10 (ΦΕΚ 87 Α΄) οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με ειδική διατομεακή στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

2. Το Τ.Ε.Π. λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο με κυλιόμενες 8ωρες βάρδιες του προσωπικού.

Ειδικά για τα διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία μπορεί με απόφαση του Διοικητή να λειτουργεί σε ένα από αυτά το ΤΕΠ και το άλλο ή τα άλλα να συνεπικουρούν σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Για την αποφυγή συνωστισμού ή ανάπτυξης επικουρικών κλινών ο ασθενής ο οποίος εξετάζεται σε ΤΕΠ ενός νοσοκομείου μπορεί να μεταφέρεται σε άλλο νοσοκομείο, κατά προτίμηση αλλά όχι απαραίτητα διασυνδεδεμένο ή του ίδιου υγειονομικού σχηματισμού.

Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για την εικόνα πλήρωσης των κλινών στα νοσοκομεία ή για την αυξημένη κίνηση στα ΤΕΠ έτσι ώστε να κατευθύνει το ΕΚΑΒ προς λιγότερο επιβαρυσμένους υγειονομικούς σχηματισμούς.

3. Η χωροταξία του ΤΕΠ εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών τους οποίους εξυπηρετεί, τις ημέρες εφημερίας του, το προσωπικό που απασχολεί, τον εξοπλισμό που διαθέτει, την οργανωτική του δομή και δυνατότητες. Ως εκ τούτου ο βασικός χωροταξικός σχεδιασμός κάθε ΤΕΠ περιλαμβάνει (χωρίς να περιορίζεται σε αυτά):

- Υποδοχή – Γραμματεία - Διαλογή
- Αίθουσα αναμονής - Χώρος ενημέρωσης συγγενών
- Αίθουσα Αναζωογόνησης
- Εξεταστήρια – Αίθουσα γύψου
- Αίθουσα ελάσσονος τραύματος (μικρό χειρουργείο)
- Θάλαμοι βραχείας νοσηλείας
- Χώρος απομόνωσης μολυσματικών ασθενών
- Ακτινολογικό και Βιοπαθολογικό Εργαστήριο
- Χώρος απολύμανσης εκτεθειμένου ατόμου
- Χώρος ανάπαυσης προσωπικού
- Γραφεία - Αποθήκες

4. Ο εξοπλισμός του ΤΕΠ θα πρέπει να περιλαμβάνει τον απολύτως απαραίτητο προσαυξανόμενο σε αριθμό και είδος ανάλογα με τις ανάγκες, τις δυνατότητες και τις κλίνες του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει.

5. Συνεργασία Τ.Ε.Π. των Νοσοκομείων και Ε.Κ.Α.Β.

- Κατά την μεταφορά των διακομιζόμενων με ασθενοφόρα του Ε.Κ.Α.Β. ασθενών στα Τ.Ε.Π. των Νοσοκομείων, με ευθύνη του εκάστοτε Προϊστάμενου των Τ.Ε.Π. ή του Αναπληρωτή του ή του Υπευθύνου Εφημερίας, θα πρέπει να γίνεται άμεσα εκτίμηση της κατάστασης των διακομιζόμενων ώστε να παρέχεται προτεραιότητα στην παραλαβή και εισαγωγή των επειγόντων περιστατικών, που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, έναντι των λοιπών που δεν διατρέχουν κίνδυνο εκ της αναμονής κατά την σειρά αφίξεως. Σημειώνεται ότι η προσέλευση δια ασθενοφόρου του ΕΚΑΒ δεν συνιστά λόγο αυτόματης παραχώρησης προτεραιότητας.
- Ο χώρος πρόσβασης/στάθμευσης των ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β. στα Τ.Ε.Π. πρέπει να διατηρείται πάντοτε ελεύθερος και να μην παρεμποδίζεται η πρόσβαση των ασθενοφόρων του κατά την είσοδο τους στους χώρους των Νοσοκομείων.
- Κατά την παραλαβή των διακομιζόμενων με ασθενοφόρα του Ε.Κ.Α.Β. ασθενών στα Τ.Ε.Π. των Νοσοκομείων, υπογράφεται έγγραφο - έντυπο παράδοσης και παραλαβής του περιστατικού από τον εκάστοτε Προϊστάμενο των Τ.Ε.Π. ή τον Αναπληρωτή του. Για την πληρότητα του αρχείου του ασθενούς, κατά την υπογραφή του ως άνω εγγράφου - εντύπου, παραδίδεται από το πλήρωμα του ασθενοφόρου ή της κινητής μονάδας του Ε.Κ.Α.Β. στον εκάστοτε Προϊστάμενο των Τ.Ε.Π. ή Αναπληρωτή του, αντίγραφο του

συντασσόμενου Δελτίου Ασθενοφόρου - Κινητής Μονάδας στο οποίο καταγράφονται η κατάσταση του ασθενούς κατά τον χρόνο παραλαβής του και οι παρασχεθείσες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες κατά την διάρκεια της διακομιδής του, μέχρι την παράδοση του στα Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου.

- Για την διευκόλυνση της διαδικασίας παράδοσης και παραλαβής των διακομιζόμενων ασθενών με ασθενοφόρα του Ε.Κ.Α.Β., οι προϊστάμενοι των Τ.Ε.Π. ή αναπληρωτές τους πρέπει να μεριμνούν προκειμένου να εξασφαλίζεται η συνεχής διαθεσιμότητα φορείων και χρησιμοποιούμενων υλικών, σε σχέση με τα χρησιμοποιούμενα από το Ε.Κ.Α.Β. (διαλειτουργικότητα και συμβατότητα του εξοπλισμού των ΤΕΠ με τον εξοπλισμό του ΕΚΑΒ), ώστε να διευκολύνεται η ταχεία παράδοση των περιστατικών. Επίσης, η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να εξασφαλίζει τους διακομιζόμενους ασθενείς στα Τ.Ε.Π., καθώς και τα πληρώματα των ασθενοφόρων από τις καιρικές συνθήκες με την ύπαρξη των κατάλληλων για το σκοπό αυτό υποδομών.

6. Στο Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. προΐσταται ιατρός με βαθμό Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση σε ΜΕΘ ή ΜΑΦ, ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προνοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση - συντονισμό του έργου της εφημερίας.

Στο ΤΕΠ των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων:

- ο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ
- ο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΠΑΤΡΩΝ (Ρίο)
- ο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
- ο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
- ο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΛΑΡΙΣΑΣ
- ο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
- ο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ,

δύναται να προΐσταται ιατρός μέλος ΔΕΠ αντίστοιχης βαθμίδας και ειδικότητας.

7. Το Τ.Ε.Π. στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το Τμήμα αυτό, καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Για το πρόγραμμα σε κάθε εφημερία υπεύθυνος είναι ο Διοικητής ή Αναπλ. Διοικητής του Νοσοκομείου.

7.1 Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με ιατρικό προσωπικό σύμφωνα με άρθρ. 6 παρ. 5 του Ν. 2889/2001 συνιστώνται:

Μία (1) θέση Διευθυντή του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην

επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση - διοίκηση
- συντονισμό του έργου της εφημερίας.

Δύο (2) θέσεις Επιμελητή Α, και μία (1) θέση Επιμελητή Β του κλάδου
ιατρών Ε.Σ.Υ. ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή
Χειρουργικής ή Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας ή Ορθοπαιδικής με αποδεδειγμένη
εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή Γενικής
Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση,
προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση - διοίκηση - συντονισμό του έργου της
εφημερίας.

7.2 Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. προσαυξάνεται με
ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου ώστε η
στελέχωση του Τ.Ε.Π. σε ιατρικό προσωπικό να είναι ένας (1) Δ/ντής, δύο (2) Επ. Α
και τέσσερις (4) Επ. Β αναλόγων με τα ανωτέρω ειδικοτήτων. Με απόφαση του
Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του
Ν. 2889/2001 όπως ισχύει και γνώμη του Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και
λαμβάνοντας υπόψη την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ημέρες εφημερίας του, τις
ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και τον μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών,
καθορίζεται ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται για την επιπλέον στελέχωση του
Τ.Ε.Π.

7.3 Μέχρι τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων που αναφέρονται στην παρ. 7.1 καθώς και για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με το ιατρικό προσωπικό που αναφέρεται στην παρ. 4.2, τηρείται άμεσα η ακόλουθη διαδικασία:

Για τη θέση προϊσταμένου Τ.Ε.Π. υποβάλλουν αίτηση και πλήρες βιογραφικό σημείωμα εντός δέκα (10) ημερών από τη δημοσίευση σχετικής πρόσκλησης του Διοικητή ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του Ν. 2889/2001 όπως ισχύει, γιατροί Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων με κριτήρια:

α) την επιστημονική επάρκεια, η οποία τεκμηριώνεται από το επιστημονικό και κλινικό έργο του υποψηφίου

β) τη διοικητική ικανότητα, η οποία τεκμηριώνεται από προηγούμενη θητεία του σε θέσεις διοικητικής ευθύνης

γ) την εμπειρία και γνώση του στην επείγουσα ιατρική, η οποία τεκμηριώνεται είτε από πιστοποιητικό επάρκειας στην επείγουσα ιατρική είτε από τη θητεία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας ή της αλλοδαπής ή από τη θητεία στο ΕΚΑΒ

δ) την εξειδίκευση σε ΜΕΘ.

Ο πίνακας αξιολόγησης των υποψηφίων υποβάλλεται στο Διοικητή του νοσοκομείου ή στο Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του Ν. 2889/2001. Ο Διοικητής του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του Ν. 2889/2001 όπως ισχύει με απόφαση του τοποθετεί ως προϊστάμενο Τ.Ε.Π. έναν από τους τρεις πρώτους στον πίνακα χωρίς να δεσμεύεται από τη σειρά εγγραφής.

Εάν δεν υποβληθούν αιτήσεις μέσα στην αποκλειστική προθεσμία των δέκα (10) ημερών, ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζεται από τον Διοικητή του νοσοκομείου ή το Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του Ν. 2889/2001 όπως ισχύει μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Για τις λοιπές θέσεις ιατρικού προσωπικού τηρείται η ίδια διαδικασία που προβλέπεται για τον ορισμό του προϊσταμένου.

Η θητεία των γιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. είναι για ένα (1) έτος η οποία δύναται να ανανεώνεται μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου.

7.4 Οι ιατροί του Τ.Ε.Π. μπορούν να καλούν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τους εφημερεύοντες στα τμήματα, οι οποίοι υποχρεούνται να προσέλθουν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Τ.Ε.Π. Για το σκοπό αυτό συντάσσεται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, σε συνεργασία με τους Διευθυντές των Τμημάτων μηνιαίος κατάλογος από τους εφημερεύοντες ιατρούς των τμημάτων του νοσοκομείου που θα

καλύπτουν τις ανάγκες του Τ.Ε.Π., ενώ παράλληλα οργανώνονται ομάδες φροντίδας με διατομεακή σύνθεση (π.χ. τραύματος, καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης κ.α.).

7.5 Η κάλυψη των αναγκών του Τ.Ε.Π. με μη ιατρικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας γίνεται με βάση μηνιαίο πρόγραμμα που καταρτίζεται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με το Διευθυντή του Τ.Ε.Π. και υποβάλλεται στο Διοικητή ή Αναπλ. Διοικητή του Νοσοκομείου.

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

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

7.8 Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η προϋπηρεσία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης καθώς και η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει

να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού.

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

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

8. Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. έχει την ευθύνη λειτουργίας του Τ.Ε.Π. και ασκεί όλες τις αρμοδιότητες διοικητικές και επιστημονικές που απορρέουν από τη θέση του ως προϊσταμένου τμήματος. Ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. όταν απουσιάζει ή κωλύεται, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν ιατρό του Τ.Ε.Π. Επιμελητή Α΄.

Για τις ημέρες Γενικής Εφημερίας ο προϊστάμενος του Τ.Ε.Π. ορίζει έναν Επ. Α΄ ως υπεύθυνο εφημερίας. Μόνο σε περίπτωση που δεν υπηρετεί Επ. Α΄ ορίζει ως υπεύθυνο εφημερίας γιατρό με βαθμό Επ. Β΄.

9. Δημιουργείται στα ΤΕΠ χώρος διαλογής στον οποίο υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλεύτριες για άμεση αντιμετώπιση περιστατικών

ΠΦΥ και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του τον κατευθύνουν στους χώρους του Τ.Ε.Π.. Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σταθερή κατάσταση αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π.

Ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του Τ.Ε.Π., όπου εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και στη συνέχεια εναλλακτικά είτε:

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

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

γ. εισάγεται στο οικείο με την πάθηση του τμήμα,

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

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

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

10. Με ευθύνη της Ομάδας Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας (ΟΕΕΕ) ή του Συντονιστή Εφημερίας κάθε νοσοκομείου, γίνεται η κατανομή των κλινών μεταξύ των επειγόντων περιστατικών και των τακτικών περιστατικών, ώστε να εξασφαλίζεται τόσο η δυνατότητα εισαγωγής των επειγόντων περιστατικών, όσο και των ευρισκόμενων σε αναμονή νοσηλείας τακτικών ασθενών.

Για την εισαγωγή επείγοντος περιστατικού στο Νοσοκομείο το εισιτήριο εισαγωγής υπογράφεται από τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον αναπληρωτή του ή τον συντονιστή της Ομάδας Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας ή τον Συντονιστή Εφημερίας.

11. Οι προϊστάμενοι των Τ.Ε.Π. ή οι αναπληρωτές τους ενημερώνουν την Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας ή τον Συντονιστή Εφημερίας κάθε νοσοκομείου, καθώς και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.), σχετικά με τον αριθμό των περιστατικών που υποδέχονται (μέσω ΕΚΑΒ ή ιδίων μέσων) ώστε να εκτιμάται η δυνατότητα ή μη άμεσης αντιμετώπισης νέων περιστατικών.

Κατά την διακομιδή του περιστατικού το Συντονιστικό κέντρο του ΕΚΑΒ ενημερώνει τον υπεύθυνο του Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου προς το οποίο κατευθύνεται το ασθενοφόρο και παρέχει και τις σχετικές πληροφορίες ως προς το περιστατικό.

12. Το προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το ΤΕΠ του νοσοκομείου σε συνεργασία με τους γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου μεριμνά για την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για γιατρούς, και νοσηλευτές. Για την οργάνωση των εκπαιδευτικών αυτών προγραμμάτων δύναται

να υπάρξει συνεργασία με άλλους φορείς/εταιρείες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της επείγουσας ιατρικής προκειμένου να γίνουν γνωστές στο προσωπικό των ΤΕΠ οι τελευταίες εξελίξεις στο χώρο, να υπάρξει μεταφορά ευρωπαϊκών οδηγιών λειτουργίας των ΤΕΠ, κλιμάκων διαλογής, βασικών διαγνωστικών και θεραπευτικών αλγόριθμων καθώς και κάθε άλλη σχετική πληροφορία και εξέλιξη επ' αυτού.