

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (E-MAIL) ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ.

Καρακούλας Κ., Βασιλάκος Δ., Γροσομανίδης Β., Μαϊδάτση Π., Σκούρτης Χ., Γκιάλα Μ.

Αναισθησιολογικό τμήμα Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Είναι γεγονός ότι η εισαγωγή της πληροφορικής στην ιατρική είτε σαν εκπαιδευτικό εργαλείο είτε σαν εφαρμογή στην οργάνωση των διαφόρων κλινικών τμημάτων και εργαστηρίων των νοσοκομείων, έχει βοηθήσει στην λειτουργία τους. Το γραφικό περιβάλλον εργασίας στους υπολογιστές που καθιερώθηκε τα τελευταία χρόνια έδωσε ώθηση σε περισσότερους γιατρούς, με μικρή σχετικά εκπαίδευση να γνωρίσουν τις δυνατότητες της πληροφορικής και να εκτελέσουν με ευκολία διάφορες καθημερινές τους εργασίες. Οι υπολογιστές με τις σημερινές δυνατότητες διασύνδεσής τους μπορούν με την εύκολη και άμεση επικοινωνία να προσφέρουν εκπαιδευτικό υλικό και απαντήσεις στον κλινικό προβληματισμό του κάθε γιατρού. Σκοπός της μελέτης μας αυτής ήταν να αναζητήσουμε τις διάφορες υπάρχουσες πηγές πληροφοριών στον κόσμο διαμέσου του διαδικτύου (internet) που μπορεί να αφορούν τον αναισθησιολόγο, να τις καταγράψουμε και να εντοπίσουμε τις μεθόδους επικοινωνίας που μπορούν εύκολα και αποτελεσματικά να χρησιμοποιηθούν. Ειδικότερα αναζητήθηκαν ταχυδρομικοί κατάλογοι (mailing lists) που σχετίζονται με την αναισθησιολογία, την επείγουσα ιατρική, την εντατική ιατρική και την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Για παρακολούθηση και εκτίμηση της λειτουργίας και των προσφερόμενων πληροφοριών πραγματοποιήθηκε εγγραφή σε τρεις ταχυδρομικές λίστες χρησιμοποιώντας το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Η εγγραφή στους ταχυδρομικούς καταλόγους στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι παρόμοια και απαιτεί την αποστολή ηλεκτρονικού μηνύματος στον διαχειριστή του ταχυδρομικού καταλόγου.

Η αναζήτηση του υλικού αυτού έγινε δια μέσου υπολογιστή (80486 στα 66MHz με 8 MB RAM) ο οποίος ήταν εφοδιασμένος με ειδική ηλεκτρονική κάρτα για την σύνδεσή του σε δίκτυο. Το δίκτυο που χρησιμοποιήθηκε για την σύνδεση του υπολογιστή και την πρόσβασή του στο internet ήταν το δίκτυο που λειτουργεί στο Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και ειδικότερα στον κόμβο του ιατρικού τμήματος της σχολής επιστημών υγείας. Σαν λογισμικό εργαλείο για την λήψη και αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου χρησιμοποιήθηκε το ελεύθερης διανομής (freeware) πρόγραμμα Eudora light για Windows™ 3.11 και το pine για Unix. Κατά την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν διάφορα λογισμικά εργαλεία ανεύρεσης (όπως το Lycos και το Yahoo) καθώς και προϋπάρχοντες κατάλογοι σε διάφορες διευθύνσεις του διαδικτύου. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν anesthesiology, mailing list, intensive care, pain και emergency medicine.

Τα αποτελέσματα (αριθμός των ταχυδρομικών καταλόγων) ομαδοποιημένα κατά αντικείμενο ενδιαφέροντος και χώρα αναφέρονται στον πίνακα. Στους καταλόγους στους οποίους έγινε εγγραφή επικρατούσαν ερωτήσεις και προβληματισμοί για κλινικά κυρίως προβλήματα που αφορούν τον αναισθησιολόγο.

Η παγκόσμια αναισθησιολογική κοινότητα φάνηκε να έχει δυναμική παρουσία και να συμμετέχει ενεργά στην διάδοση και ανταλλαγή πληροφοριών που

αφορούν το κλινικό και εργαστηριακό της αντικείμενο δια μέσου του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Θεωρούμε εύκολο για κάθε αναισθησιολόγο δια μέσου του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου να έρχεται σε επαφή με τις διεθνείς αναισθησιολογικές και γενικότερα ιατρικές εξελίξεις.

Κατηγορίες ταχυδρομικών καταλόγων	Χώρα	Αριθμός ταχ. καταλ.
Αναισθησιολογία	Η.Π.Α.	2
Αναισθησιολογία και Εντατική Θεραπεία	Καναδάς	1
	Αυστραλία	1
	Ολανδία	1
	Δανία	1
Πληροφορική και τεχνολογία στην αναισθησιολογία και την εντατική θεραπεία	Η.Π.Α.	1
	Η.Π.Α.	4
	Καναδάς	1
	Κόστος στην αναισθησία και εντατική θεραπεία	Η.Π.Α.
Ιστορία της αναισθησιολογίας, της εντατικής θεραπείας και της αντιμετώπισης του πόνου	Η.Π.Α.	1
	Η.Π.Α.	1
Αντιμετώπιση του πόνου	Η.Π.Α.	2
	Καναδάς	2
Εντατική Θεραπεία	Η.Π.Α.	5
	Αυστραλία	1
Τραύμα και επείγουσα ιατρική	Η.Π.Α.	1

Βιβλιογραφία

1. Glistler P.: The internet navigator. John Wiley & Son, Inc., 1994.

Προ και Μεταναισθητική Φροντίδα : Σχέση Επαρχίας -Κέντρου.

Ε. Μαυρομμάτη, Ε. Ασκητοπούλου, Γ. Βλαχονικολής, Λ. Κόκκινος, Π. Ανδρουλάκη, Σ. Λαμπάκης.

Αναισθησιολογική Κλινική Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης

Σκοπός. Η μελέτη αυτή έγινε με στόχο τη διερεύνηση των δυνατοτήτων και του επιπέδου των παρεχόμενων προ και μεταναισθητικών φροντίδων στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, καθώς και το συσχετισμό τους με τα διεθνώς ισχύοντα.

Υλικό- μέθοδος. Μελετήθηκαν 109 δημόσια νοσοκομεία από τα 119 που διέθεταν Α.Τ, με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης βάσει προσχεδιασμένου ερωτηματολογίου 24 ποσοτικών και ποιοτικών ερωτήσεων. Διερευνήθηκε η ύπαρξη και λειτουργία Εξωτερικού Ιατρείου, Ιατρείου Πόνου, Αίθουσας Ανάνηψης (ΑΑ) καθώς και Μ.Ε.Θ. Επίσης διερευνήθηκε η νοσηλευτική στελέχωση και ο εξοπλισμός της Αίθουσας Ανάνηψης. Τα νοσοκομεία χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες με χωροταξικά κριτήρια. Στην ομάδα I κατατάχθηκαν τα νοσοκομεία της Αττικής (36 νοσοκομεία), στην ομάδα II τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (10 νοσοκομεία) και στην ομάδα III της Επαρχίας (63 νοσοκομεία). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων μεταξύ των ομάδων έγινε με τη δοκιμασία χ^2 για τις ποιοτικές μεταβλητές ή με μονόδρομη ανάλυση διασποράς για τις συνεχείς ποσοτικές μεταβλητές.

Αποτελέσματα. Βρέθηκε ότι Εξωτερικό Αναισθησιολογικό Ιατρείο λειτουργούσε στο 15,6% ($p=0,27$) του συνόλου των Αναισθησιολογικών Τμημάτων (Α.Τ.), Ιατρείο Πόνου στο 25,7% ($p=0,35$), Αίθουσα Ανάνηψης στο 42,2% ($p=0,35\%$) και Μ.Ε.Θ. στο 9,8% ($p=0,0004$). Προεγχειρητικός έλεγχος του ασθενούς γινόταν από το 87,2% του συνόλου των μελετηθέντων Α.Τ, ενώ διάγραμμα αναισθησίας τηρούσε για κάθε ασθενή το 91,7% των Α.Τ. Η Αίθουσα Ανάνηψης (Α.Α.) βρέθηκε να λειτουργεί κατά μέσο όρο 5,7 ώρες στα νοσοκομεία της Αττικής, 4,6 ώρες στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης και 3,2 ώρες σ' αυτά της Επαρχίας. Οι Α.Α. της ομάδας I διέθεταν 92 Θέσεις Αίθουσας Ανάνηψης (Θ.Α.Α.) για 152 Αιθουσες Χειρουργείου (Α.Χ.), της ομάδας II 18 Θ.Α.Α. για 25 Α.Χ. και της ομάδας III 58 Θ.Α.Α. για 95 Α.Χ., διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,002$) Η νοσηλευτική στελέχωση των λειτουργούντων Θ.Α.Α. για όλες τις βάρδιες λειτουργίας τους ήταν: 24 συνολικά νοσηλεύτριες στην ομάδα I για τις 92 Θ.Α.Α., 5 για τις 18 Θ.Α.Α στην ομάδα II και 18 για τις 58 Θ.Α.Α στην ομάδα III. Διαφορά μη στατιστικά σημαντική ($p=0,93$) μεταξύ των ομάδων. Η σχέση Θ.Α.Α προς χειρουργικές επεμβάσεις ($p=0,92$) καθώς και η σχέση νοσηλευτών προς Θ.Α.Α. ($p=0,53$) δεν εμφάνισαν διαφορά. Όσον αφορά την ύπαρξη στοιχειώδους monitoring στις λειτουργούσες Θ.Α.Α. βρέθηκε ότι σφυγμομανόμετρο διέθετε το 57,5% του συνόλου των Θ.Α.Α., ΗΚσκόπιο το 38%, σφυγμικό οξύμετρο το 16,1%, συσκευή αναίμακτης μέτρησης Α.Π. το 16,7% και θερμοκρασίας το 12,1%.

Συμπέρασμα. Αν και η παρεχόμενη στον ασθενή προ-αναισθητική φροντίδα σ' όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μπορεί να θεωρηθεί επαρκής, η μεταναισθητική φροντίδα είναι ανεπαρκής ως ανύπαρκτη, τόσο από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού όσο και τεχνολογικού εξοπλισμού.

Βιβλιογραφία.

1. International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia. European Journal of Anaesthesiology 1993, 10(Suppl. 7).12-15.
2. Turet L, Desmots J.M, Hatton F.; Complications associated with anaesthesia- A prospective survey in France. Can. Anaesth. Soc. J. 1986 : 33 (3) pp 336-344.
3. Aitkenhead A.R. The postoperative period. Editorial. Current Anaesth. Crit. Care 1991 : 2 pp 1-2.

Ανθρώπινο Δυναμικό και Νοσοκομειακή Υποδομή των Αναισθησιολογικών Τμημάτων «Σχέση Επαρχίας- Κέντρου».

Ε. Μαυρομάτη, Ε. Ασκητοπούλου, Γ. Βλαχονικολής, Λ. Κόκκινος, Ν. Καπανίδης, Α. Μπούρα

Αναισθησιολογική Κλινική Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης

Σκοπός. Η διερεύνηση της νοσοκομειακής υποδομής και του ανθρώπινου δυναμικού στα Αναισθησιολογικά Τμήματα (Α.Τ) των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, καθώς και η αξιοποίηση αυτού του δυναμικού.

Υλικό - Μέθοδος. Μελετήθηκαν 109 δημόσια νοσοκομεία από τα 119 που διέθεταν Α.Τ, με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης βάσει προσχεδιασμένου ερωτηματολογίου 22 ερωτήσεων. Τα νοσοκομεία χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες με χωροταξικά κριτήρια. Στην ομάδα I κατατάχθηκαν τα νοσοκομεία της Αττικής (36 νοσοκομεία), στην ομάδα II τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (10 νοσοκομεία) και στην ομάδα III τα νοσοκομεία της επαρχίας (63 νοσοκομεία). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με ανάλυση μεταβλητότητας ακολουθούμενη με πολλαπλής σύγκρισης δοκιμασία με τη μέθοδο Scheffe ή με απλά λογιστικά μοντέλα με μονόδρομη ανάλυση διασποράς.

Αποτελέσματα. Βρέθηκε ότι στην ομάδα I υπαγόταν το 33%, στην ομάδα II το 9,2% και στην ομάδα III το 57,8% των νοσοκομείων. Τα μελετηθέντα νοσοκομεία διέθεταν συνολικά 30.234 νοσοκομειακά κρεβάτια (Ν.Κ), από τα οποία τα 14.421 ήταν χειρουργικά (Χ.Κ) κατανεμημένα σε 816 χειρουργικές κλινικές. Το 49,3% των Ν.Κ και το 48,4% των Χ.Κ ανήκαν στην ομάδα I, το 13,9% των Ν.Κ και το 13,5% των Χ.Κ στην ομάδα II, ενώ στην ομάδα III το 36,8% των Ν.Κ και 37,4% των Χ.Κ, διαφορά στατιστικά λείαν σημαντική ($p=0,00000$). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε και στην κατανομή των λειτουργούντων αιθουσών χειρουργείου (Α.Θ) ($p=0,0000$). Αντίθετα δεν σημειώθηκε διαφορά στην κατανομή των χειρουργικών κλινικών ($p=0,90$). Επίσης βρέθηκε ότι το 56% των ειδικευμένων, το 62,3% των ειδικευομένων και το 48,2% των νοσηλευτών απασχολείτο στην ομάδα I, ενώ στην ομάδα III το 26,9%, το 13,5% και το 41,4% αντίστοιχα. Οι διαφορές στην κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού ήταν στατιστικά λείαν σημαντικές ($p=0,0000$). Όσον αφορά την παραγωγικότητα, η ομάδα I εκτελούσε το 52,2%, η ομάδα II το 13,3% και η ομάδα III το 34,5% των αναισθητικών πράξεων εντός χειρουργείου κατ' έτος ($p=0,0005$). Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων παρατηρήθηκε και ως προς την κατανομή των αναισθησιολόγων ανά αίθουσα χειρουργείου ($p=0,0000$) καθώς και ως προς τις αναισθησίες ανά Α.Χ ($p=0,0068$). Τέλος όσον αφορά τον αριθμό μηνιαίων εκπαιδευτικών συναντήσεων των ειδικευομένων ($p=0,0000$) καθώς και την τήρηση προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ειδικευμένων ($p=0,001$) βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων υπέρ της ομάδας I.

Συμπέρασμα. Φαίνεται να υπάρχει ανισοκατανομή ως προς την γενικότερη υποδομή των νοσοκομειακών κλινικών και ως προς το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και ως προς την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

Βιβλιογραφία

1. WALKER J.S.: Quality and the management of risk. In : Quality and safety in Anaesthesia, Ed. J.S. Walker, Publ. MJB Publishing Group, London 1994, pp. 1-17
2. Accreditation Manuals for Hospitals. Oakbrook Terrace IL: Joint Commission on Accreditation of Health- Care Organizations, 1991, 260-261.

ΕΡΓΟΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΡΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΓΑΣΤΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Δ. Μιχαλούδης, Ε. Σημαντηράκης, Ε. Κανουπάκης, Ο. Φραιδάκης, Μ. Νεονάκη, Ε. Φαρμακαλίδου, Μ. Χριστοδουλάκης, Ι. Μελισσάς, Π. Βάρδας, Ε. Ασκητοπούλου

Αναισθησιολογική και Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της καρδιοπνευμονικής ικανότητας ασθενών με νοσηρή παχυσαρκία πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση γαστροπλαστικής.

Μεθοδος: Μελετήθηκαν 7 ασθενείς (3 άνδρες και 4 γυναίκες) μέσης ηλικίας 35 ± 5 ετών με νοσηρή παχυσαρκία (δείκτη σωματικού βάρους = BMI > 40%) και σωματικό βάρος 118 ± 21 kg. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε εργοσπιρομετρική αξιολόγηση (Oxycon A, Jaeger) σύμφωνα με το πρωτόκολλο Naughton¹ πριν και εξι μήνες μετά από επέμβαση ενισχυμένης κάθετης γαστροπλαστικής. Εκτιμήθηκε η κατανάλωση οξυγόνου στο μέγιστο επίπεδο άσκησης (Peak VO₂) και κατά την είσοδο του ασθενούς στον αναερόβιο ουδό (AT VO₂), καθώς επίσης και ο μέγιστος ανά λεπτόν πνευμονικός αερισμός (MV_E). Επίπλεον καταγράφηκε ο συνολικός χρόνος άσκησης του ασθενούς. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία student's t κατα ζεύγη. Οι διαφορές μεταξύ των παραμέτρων θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές για $p < 0.05$.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα της μελέτης παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα.

	Προεγχειρητικά	Μετεγχειρητικά	p <
Σωματικό Βάρος (kg)	118 ± 21	84 ± 29	0.00 3
Peak VO ₂ (ml/kg/min)	19.7 ± 1.6	26.4 ± 5	0.04
AT VO ₂ (ml/kg/min)	16.8 ± 1.01	23.6 ± 5.3	0.05
MV _E (l/min)	55 ± 6	65 ± 5	0.00 5
Χρόνος Άσκησης (sec)	625 ± 202	1027 ± 401	0.03

Συζήτηση: Η μελέτη έδειξε ότι η επέμβαση της ενισχυμένης κάθετης γαστροπλαστικής σε ασθενείς με νοσηρή παχυσαρκία αύξησε την ικανότητα άσκησης αυτών των ασθενών, όπως προκύπτει από τη σημαντική αύξηση του μέγιστου πνευμονικού αερισμού και της κατανάλωσης οξυγόνου που εμφανίστηκε μετά από την ελάττωση του σωματικού τους βάρους.

References:

1. Froelicher VF: Exercise and the Heart. Clinical Concepts. 2nd Ed, Chicago, Year Book Medical Publishers, 1987

**ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΥΟ ΕΤΩΝ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

Τσάρα Β., Φιλανδριανός Α., Μανουσάκη Α., Σαμαράς Ν., Χριστάκη Π.

Β΄ Πνευμονολογική Κλινική Γ. Π. Ν. "Γ. Παπανικολάου"

Οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας και Αποκατάστασης (ΜΑΦΑ) είναι τμήματα με δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης (monitoring) και εφαρμογής συγκεκριμένου προγράμματος φυσιοθεραπείας, που μαζί με την υπόλοιπη αγωγή αποσκοπούν στη βελτίωση της υποκείμενης νόσου και στην αποκατάσταση του ασθενούς σε επίπεδο που επιτρέπει τη συνέχιση της αγωγής στο σπίτι. Σκοπός της εργασίας είναι: 1. να παρουσιάσει τα αποτελέσματα της λειτουργίας ΜΑΦΑ στην κλινική, 2. να τονίσει την αναγκαιότητα δημιουργίας αναλόγων τμημάτων στη χώρα μας.

Ασθενείς: Από το Φεβρουάριο 1994 μέχρι το Μάρτιο 1996 νοσηλεύτηκαν 52 ασθενείς προερχόμενοι από ΜΕΘ. Κριτήρια εισόδου των ασθενών στη ΜΑΦΑ είναι: 1. η ανάγκη υποστήριξης του αναπνευστικού συστήματος, 2. η αποκατάσταση κατά το δυνατόν της φυσικής τους κατάστασης με χρήση φυσιοθεραπείας και κινησιοθεραπείας, 3. η φροντίδα της διατροφής και 4. η προετοιμασία για συνέχεια της θεραπείας στο σπίτι. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η θέληση του ασθενούς να συμμετάσχει στο πρόγραμμα και η δυνατότητα υποστήριξης της προσπάθειας από το οικογενειακό περιβάλλον.

Σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών (70%) προϋπήρχε χρόνια αναπνευστική νόσος. Αναλυτικά οι κατηγορίες είναι: 16 (30,7%) με ΧΑΠ, 21 (40,3%) με περιοριστικού τύπου πάθηση (5 νευρομυϊκή πάθηση, 7 μετά ΤΒ αναπνευστική ανεπάρκεια, 4 παχυσαρκία και ΣΑΥ, 4 κάκωση ΑΜΣΣ, 1 κυφοσκολίωση) και 5 (9,6%) με διάφορα νοσήματα, ενώ 10 (12%) ασθενείς χωρίς ιστορικό πνευμονικής νόσου, με βαριά ΚΕΚ ή εγκεφαλική πάθηση, νοσηλεύτηκαν με σκοπό την αποκατάσταση του αναπνευστικού (σύγκλιση τραχειοστόματος κλπ) και την προετοιμασία για νοσηλεία στο σπίτι ή σε κέντρο φυσικής αποκατάστασης.

Αποτελέσματα: ένας χρειάστηκε επανεισαγωγή σε ΜΕΘ. Συνολικά σημειώθηκαν 8 θάνατοι (2 κατά τη νοσηλεία και 6 μετά την έξοδο εντός του χρόνου). Χρόνια υποστήριξη της αναπνοής χρειάστηκαν: 13 με μηχανικό αερισμό στο σπίτι (3 μέσω τραχειοστόματος, 10 με μη επεμβατική μέθοδο μέσω ρινικής μάσκας) και 12 χρόνια οξυγονοθεραπεία.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με Χρόνια Αναπνευστική Νόσο που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ χαρακτηρίζονται ως έχοντες ανάγκη ειδικής φροντίδας και παρακολούθησης για την αποφυγή επανεισόδου σε ΜΕΘ, ενώ μεγάλο ποσοστό έχει ανάγκη υποστήριξης της αναπνοής και στο σπίτι. Η ανάπτυξη αναλόγων τμημάτων δίνει τη δυνατότητα ορθής οργάνωσης της παραπέρα θεραπευτικής αγωγής, ανακουφίζει τη λειτουργία των ΜΕΘ απελευθερώνοντας έγκαιρα κρεβάτια, με θετική συνέπεια και στο κόστος λειτουργίας αυτών.

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ): ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ;

Ν. Γερογιάννης, Χ.Νικολαΐδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Π.Ν. Γ.Παπανικολάου,
Θεσ/νίκη

Εισαγωγή : Το τμήμα των επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) του Γ.Παπανικολάου από τον Νοέμβριο του 1995 άρχισε να λειτουργεί με διαφορετικό οργανωτικό σχήμα. Η διεκπεραίωση των περιστατικών είναι μιά από τις βασικές εργασίες του ΤΕΠ. Παρουσιάζουμε τα στοιχεία που αφορούν την διακίνηση των περιστατικών της γενικής εφημερίας και επισημαίνουμε τις ελλείψεις, με σκοπό την βελτίωση του νευραλγικού αυτού τμήματος του νοσοκομείου.

Μέθοδος : Το νοσοκομείο εφημερεύει ανα 3ήμερο και δέχεται περιστατικά όλων των ειδικοτήτων εκτός από γυναικολογικά, παιδιατρικά και ουρολογικά. Το ΤΕΠ καλύπτεται από τις εκάστοτε εφημερεύουσες κλινικές που είναι 3 χειρουργικές, 2 παθολογικές και από 1 οι υπόλοιπες. Ωφέλιμος χώρος 200 τ.μ. Το μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος είναι 9 νοσηλεύτες. Εγινε καταγραφή του αριθμού των προσελεύσεων των ασθενών, των εισαγωγών, των διακομιδών στις διάφορες κλινικές και σύγκριση της κατά τομέα συνολικής διακίνησης.

Αποτελέσματα :

ΣΥΝΟΛΟ ΚΙΝΗΣΗΣ ΕΞΑΜΗΝΟΥ 10/95-3/96 Τ.Ε.Π.							
Κλινικές	Εδόθησαν οδηγίες	Εισαγωγές	ΜΕΘ	Παραπομπές	Θάνατοι	Διεκ. νεκροί	ΣΥΝΟΛΟ
ΧΕΙΡ/ΚΕΣ	1995	994	68	674	1	9	3741
ΠΑΘ/ΚΕΣ	5171	860	26	1422	3	4	7486
ΚΑΡΔ/ΚΗ	1998	1451	6	305	1	7	3768
ΟΡΘ/ΚΗ	4321	338	0	75	0	0	4734
ΣΥΝΟΛΟ	13.485	3.643	100	2.476	5	20	19.729

Στο εξάμηνο Οκτώβρης 95-Μάρτης96, ο συνολικός αριθμός των ασθενών που διακινήθηκαν στο ΤΕΠ του Γ.Παπανικολάου είναι 19.729. Από αυτούς 3.643 (18,46%) εισήχθησαν και 13.458 (68,3%) εξετάστηκαν και έφυγαν. Μέση κίνηση ασθενών κατά εφημερεία 440. Ροή κατά νοσηλευτή 50 άτομα/24ωρο. Λανθασμένη διακίνηση 12,5% (παραπομπές 2.476). Θάνατοι μέσα στο ΤΕΠ (0,025%).

Συμπέρασμα : Το νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό είναι ανεπαρκές, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διακίνησης. Γραμματειακή υποστήριξη ανύπαρκτη. Άνιση κατανομή ασθενών λόγω ύπαρξης μοναδικών κλινικών με μεγάλη κίνηση όπως η καρδιολογική και η ορθοπεδική. Μικρός σε έκταση χώρος του ΤΕΠ. Φρονούμε ότι μπορεί να βελτιωθεί η λειτουργία του ΤΕΠ με εξασφάλιση : επάρκειας προσωπικού και εκπαίδευσής του, χώρων, μηχανογράφησης, συστηματοποίησης της συνεργασίας με τα εργαστήρια, χρήσης πρωτοκόλλου διακίνησης κ.λ.π. και ταυτόχρονα προσπάθεια εφαρμογής αρχών για τον έλεγχο των εισαγωγών, την αντιμετώπιση των βαρέων περιστατικών και την ασφαλή διακίνησή τους μέσα στο νοσοκομείο.