



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Δ/ση: Γραφεία *Ελληνικής Ανασθησιολογικής Εταιρείας*,
Μακρυνίτσας 4-6, 5^{ος} όροφος, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11522, Αθήνα
Τηλ: +30-210-6444174 Fax: +30-2810-392506
Ιστοσελίδα: www.hesem.gr E-Mail: info@hesem.gr

Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα

Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι. για την αρμόδια
Επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α.

Π. Αγγουριδάκης – Ν. Σμπυράκης
Πρόεδρος και Γενικός Γραμματέας της ΕΕΕΙ,
Ιατροί αποκλειστικής απασχόλησης στο ΤΕΠ του ΠαΓΝΗ

Περιεχόμενα

I. Επείγουσα Ιατρική – Αναφορά στη διεθνή εμπειρία.....	2
1. Ορισμός	2
2. Χαρακτηριστικά της Επείγουσας Ιατρικής	2
3. Στόχοι της Επείγουσας Ιατρικής.....	2
4. Οι βασικές της διαφορές της Επείγουσας Ιατρικής.....	3
5. Σύντομη Ιστορική Αναδρομή	3
6. Η εξέλιξη της Επείγουσας Ιατρικής σε Παγκόσμια Κλίμακα	4
7. Η εξέλιξη της Επείγουσας Ιατρικής στην Ευρώπη.....	4
8. Η κατάσταση της Επείγουσας ιατρικής και των ΤΕΠ στην Ελλάδα.....	6
II. Υφιστάμενο Θεσμικό Πλαίσιο.....	7
III. Υπάρχουσα Κατάσταση–Δεδομένα από τα ΤΕΠ της χώρας.....	7
IV. Οργανόγραμμα και διαδικασίες λειτουργίας των Τ.Ε.Π.	11
1. Εισαγωγή	11
2. Οι κύριοι στόχοι των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών	12
3. Βασικές απαιτήσεις από ένα ΤΕΠ	12
4. Οι ανάγκες των ασθενών που εξετάζονται στο ΤΕΠ	13
5. Συνιστώσες επιτυχίας ενός Τ.Ε.Π.....	14
5.1 Η πολιτική βούληση.....	14
5.2 Χωροταξία	14
5.3 Εξοπλισμός	15
5.3 Καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων – στελέχωση των ΤΕΠ.....	16
5.3 Πρωτόκολα λειτουργίας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση	19
V. Συμπεράσματα – Συνοπτική πρόταση	20

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

I. Επείγουσα Ιατρική – Αναφορά στη διεθνή εμπειρία

1. Ορισμός

“Η Επείγουσα Ιατρική είναι μία ιατρική ειδικότητα η οποία βασίζεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες οι οποίες απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση των οξέων και επειγόντων πτυχών της ασθένειας και του τραύματος, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, οι οποίες εκδηλώνονται με ένα αδιαφοροποίητο, πλήρες φάσμα σωματικών παθήσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς”.

Από τον Ευρωπαϊκό Οδηγό Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική, EuSEM / 2008

Η Επείγουσα Ιατρική είναι μία ειδικότητα στην οποία ο χρόνος είναι κρίσιμος. Η πρακτική της Επείγουσας Ιατρικής περιλαμβάνει προ-νοσοκομειακή και ενδο-νοσοκομειακή διαλογή, αναζωογόνηση, αρχική εκτίμηση και διαχείριση αδιαφοροποίητων έκτακτων και επειγόντων περιστατικών μέχρι την έξοδό τους ή τη μεταβίβασή τους στη φροντίδα άλλου γιατρού ή επαγγελματία υγείας. Επίσης περιλαμβάνει συμμετοχή στην ανάπτυξη προ-νοσοκομειακών και ενδο-νοσοκομειακών συστημάτων Επείγουσας Ιατρικής.

2. Χαρακτηριστικά της Επείγουσας Ιατρικής

- Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των απειλητικών για τη ζωή, ή λειτουργία οργάνου ή μέλους καταστάσεων που αφορούν νόσο ή τραύμα
- Έγκαιρη και συνδυασμένη φροντίδα για τον περιορισμό της άμεσης και της απώτερης θνητότητας και μείωση της διάρκειας και της βαρύτητας της νοσηρότητας που προκύπτουν από νόσο ή τραύμα. Η ανακούφιση από το άλγος και την δυσπραγία είναι εξ’ ίσου σημαντική
- Το σύστημα παροχής της επείγουσας ιατρικής φροντίδας πρέπει να είναι κλινικά, οργανωτικά και οικονομικά ανεξάρτητο. Όμως η ομαδική εργασία και η συνεργασία με άλλες ειδικότητες και φορείς είναι προαπαιτούμενο

*Από τη Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Επείγουσα Ιατρική
EJEM 1998;5: p 7-8*

3. Στόχοι της Επείγουσας Ιατρικής

- Δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος προ - ενδο και δια - νοσοκομειακής εφαρμογής της επείγουσας ιατρικής
- Τυποποίηση και βελτίωση της ποιότητας της επείγουσας ιατρικής φροντίδας
- Μείωση της θνητότητας, της νοσηρότητας, της αναπηρίας και της δυσπραγίας της συνδεόμενης με τραύμα ή νόσο

- Έρευνα σχετικά με τη φύση και τη θεραπεία των ιατρικών επειγόντων
- Συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων που σχετίζονται με την πρόληψη των ατυχημάτων και τη βελτίωση της υγείας
- Εφαρμογή πρότυπων εκπαίδευσης στην Ευρώπη

*Από τη Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Επείγουσα Ιατρική
EJEM 1998; 5: p 7-8*

4. Οι βασικές της διαφορές της Επείγουσας Ιατρικής από τις άλλες ειδικότητες, τις οποίες συμπληρώνει αλλά ΔΕΝ ανταγωνίζεται είναι:

1. Είναι “οριζόντια ειδικότητα” (αντιμετωπίζει κάθε ασθενή σαν σύνολο, αδιακρίτως ηλικίας, φύλου ή κατάστασης)
2. Την χαρακτηρίζει “ο ταχύς χρόνος αντίδρασης”. Στην Επείγουσα Ιατρική κάθε λεπτό μετράει (πχ. χρόνος έως την έναρξη ΚΑΡΠΑ, τη θρομβόλυση, την αγγειοπλαστική, την αντιμετώπιση της αιμορραγίας, τη χορήγηση αντιβίωσης στη σήψη, την αντιμετώπιση μιας οξείας ασθματικής κρίσης κ.λ.π).
3. Προηγείται η κατά το A B C D E προσέγγιση - αντιμετώπιση και έπεται το λεπτομερές ιστορικό
4. Η εφαρμογή της είναι ανεξάρτητη από το χρόνο του συμβάντος και εξαρτάται μόνο από τις τοπικές δυνατότητες
5. Δημιουργήθηκε για την κάλυψη αναγκών και όχι λόγω κάποιας εξέλιξης στην Ιατρική Επιστήμη, ενώ εφαρμόζει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης.

Από το: “Η παγκοσμιοποίηση της Επείγουσας Ιατρικής και η σημασία της για τη Δημόσια Υγεία” Bulletin of the World Health Organization 2006;84: 835-839

5. Σύντομη Ιστορική Αναδρομή

- 1961:** Άρχισε στις ΗΠΑ από μία ομάδα γενικών γιατρών που εργαζόταν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών
- 1968:** Ίδρυση του Αμερικανικού Κολλεγίου των Επειγοντολόγων (American College of Emergency Physicians)
- 1980:** Οι πρώτοι μετά από εξετάσεις «πιστοποιημένοι» Επειγοντολόγοι στις ΗΠΑ
- 1972:** Οι πρώτες θέσεις επειγοντολόγων στα ΤΕΠ της Μ. Βρετανίας
- 1990:** Ίδρύθηκε η Βρετανική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (BAEM)

- 1993:** Οργάνωση του πρώτου ΤΕΠ στην Τουρκία (Σμύρνη)
- 1995:** Ιδρύθηκε η Τουρκική Εταιρεία για την Επείγουσα Ιατρική (EMAT) η οποία το 2001 αριθμούσε > 2000 μέλη
- 1994:** Ίδρυση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM)
Το 2010 η εταιρεία αριθμεί > 16.000 μέλη
- 2003:** Ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (το 2010 αριθμεί 110 μέλη)
- 2009:** Οργάνωση του πρώτου ΤΕΠ στην Ελλάδα με ανεξάρτητη ιατρική στελέχωση (ΠαΓΝΗ)

6. Η εξέλιξη της Επείγουσας Ιατρικής σε Παγκόσμια Κλίμακα

- Η Επείγουσα Ιατρική είναι επίσημα αναγνωρισμένη και νομικά κατοχυρωμένη ειδικότητα σε > 54 χώρες
World Health Organization, 2008
http://www.euro.who.int/emergservices/20080125_2
- Είναι καταχωρημένη σαν μία από τις 53 αναγνωρισμένες ιατρικές ειδικότητες στην Ευρώπη
Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications.
Dated 7 July 1993. Official Journal of the European Union, L(165)
- Είναι αναγνωρισμένη ειδικότητα (ή εξειδίκευση) σε 19 από τις 27 χώρες-μέλη της Ε.Ε.
Report of an assessment project co-ordinated by the WHO: Emergency Medical Systems Services in the European Union. World Health Organization, 2008
http://www.euro.who.int/emergservices/20080125_2

7. Η εξέλιξη της Επείγουσας Ιατρικής στην Ευρώπη

Παρατίθεται μεταφρασμένη, η πολιτική στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (Policy Statement)

7.1 Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (EuSEM)

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Επείγουσα Ιατρική (EuSEM) συνιστά μια Ομοσπονδία η οποία προς το παρόν περιλαμβάνει 24 Ευρωπαϊκές Εθνικές Εταιρείες Επείγουσας Ιατρικής και εκπροσωπεί περισσότερους από 16,000 γιατρούς Επείγουσας Ιατρικής στην Ευρώπη.

7.2 ΚΟΙΝΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ (MJC-EM)

Η Κοινή Επιτροπή Πολλαπλών Ειδικοτήτων για την Επείγουσα Ιατρική (MJC-EM) είναι επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων (UEMS). Αποτελείται από εκπροσώπους από τους τομείς Ανασθησιολογίας, Καρδιολογίας, Γηριατρικής, Παθολογίας, Νευρολογίας, Ορθοπαιδικής, Παιδιατρικής και Χειρουργικής της UEMS, από την Κοινή Επιτροπή της UEMS για την Εντατική Ιατρική, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Νέων Γιατρών, το Γενικό Γραμματέα της UEMS και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Επείγουσα Ιατρική.

7.3 Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η Επείγουσα Ιατρική αναγνωρίζεται σήμερα ως ανεξάρτητη ειδικότητα σε 15 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (αν και μόνο 9 είναι καταχωρημένες στην Οδηγία 2005/36/EK) και σε 5 άλλες χώρες της Ε.Ε. υπάρχει σαν εξειδίκευση. Η EuSEM θεωρεί ότι η παροχή επείγουσών ιατρικών φροντίδων υψηλών προδιαγραφών απαιτεί γιατρούς με ειδική εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική, γιατί αυτός είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος (με κλινικά όσο και οικονομικά κριτήρια) για να παρασχεθούν υψηλής ποιότητας φροντίδες κατά τη διάρκεια των κρίσιμων αρχικών σταδίων επείγουσας θεραπείας. Επομένως, όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες θα πρέπει να εργασθούν για την ίδρυση της Επείγουσας Ιατρικής σαν βασική ιατρική ειδικότητα.

7.4 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΗΣ EuSEM ΚΑΙ ΤΗΣ MJC-EM

Η EuSEM και η MJC-EM επιδιώκουν να διασφαλίσουν:

- Υψίστης ποιότητας επείγουσες φροντίδες για όλους τους ασθενείς
- Παροχή αυτών των φροντίδων από ειδικούς γιατρούς, εκπαιδευμένους στην Επείγουσα Ιατρική
- Συγκρίσιμο πρότυπο κλινικών φροντίδων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ανά την Ευρώπη.

Για να επιτύχει τις επιδιώξεις αυτές, η EuSEM έχει τους ακόλουθους στόχους:

Ευρωπαϊκή διδακτέα ύλη κορμού – βασισμένη στην επάρκεια (competency) – που περιλαμβάνει:

- Ιατρική φροντίδα των ασθενών
- Ιατρική γνώση
- Επικοινωνία, συνεργασία και διαπροσωπικές ικανότητες
- Επαγγελματισμό, ηθικά και νομικά θέματα
- Οργανωτικό σχεδιασμό και ικανότητα διαχείρισης υπηρεσιών
- Ακαδημαϊκές δραστηριότητες – εκπαίδευση και έρευνα
- Επιμορφωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα για την παροχή αυτής της διδακτέας ύλης.
- Δομή αξιολόγησης και εξέτασης που να επιβεβαιώνει πως οι απαραίτητες ικανότητες έχουν αποκτηθεί.
- Κλινικά πρότυπα και αυτοδύναμα προγράμματα επαγγελματικού ελέγχου (audit) που διασφαλίζουν τα πρότυπα αυτά.

- Ερευνητικά προγράμματα που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη μιας διεθνούς βάσης δεδομένων για την ειδικότητα.
- Ενσωμάτωση της Επείγουσας Ιατρικής σαν βασικό τμήμα της ιατρικής προπτυχιακής διδακτέας ύλης.

7.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η Οδηγία Ιατρών της ΕΕ προϋποθέτει ότι η εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική θα πρέπει να είναι το λιγότερο πέντε χρόνια. Μία πολυεθνής Ομάδα Εργασίας της EuSEM σε συνεργασία με την MJC-EM της UEMS ολοκλήρωσε πρόσφατα ένα λεπτομερή Οδηγό Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική στην Ευρώπη. Αυτός ο Οδηγός Σπουδών περιέχει τις αρχές που αφορούν στην ίδρυση και οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων συγκρίσιμου επιπέδου σε αναγνωρισμένα κέντρα ανά την Ευρώπη και επικυρώθηκε επισήμως από το Συμβούλιο της UEMS την 25 Απριλίου 2009.

7.6 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΤΗΣ EuSEM ΚΑΙ ΤΗΣ MJC-EM

Ο κύριος στόχος της EuSEM και της MJC-EM είναι να συνεχιστεί η εξέλιξη της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής σύμφωνα με τα πρότυπα που έχουν επικυρωθεί από το Συμβούλιο της UEMS ώστε να διασφαλιστεί ύψιστη ποιότητα επειγουσών ιατρικών φροντίδων για τους ασθενείς. Οι φροντίδες αυτές πρέπει να παρέχονται από γιατρούς εκπαιδευμένους στην Επείγουσα Ιατρική.

Εγκρίθηκε και επικυρώθηκε από το Συμβούλιο της UEMS την 17 Οκτωβρίου 2009.

8. Η κατάσταση της Επείγουσας ιατρικής και των ΤΕΠ στην Ελλάδα

Η Επείγουσα Ιατρική δεν είναι ακόμα αναγνωρισμένη σαν ειδικότητα ή εξειδίκευση στην Ελλάδα. Πρόσφατα έχει ενεργοποιηθεί από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας η διαδικασία για την αναγνώριση της Επείγουσας Ιατρικής ως εξειδίκευση.

Η προ-νοσοκομειακή επείγουσα ιατρική φροντίδα καλύπτεται αρκετά ικανοποιητικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), το οποίο διαθέτει μονοετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα για γιατρούς.

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων δεν αποτελούν ανεξάρτητα τμήματα από πλευράς ιατρικού κυρίως προσωπικού και οι ασθενείς τους εξυπηρετούνται από τους ιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων. Η καταγραφή, η αρχική αξιολόγηση (Διαλογή) και η εν γένει αντιμετώπιση των ασθενών δεν είναι η καλύτερη δυνατή λόγω της έλλειψης ειδικευμένων επειγοντολόγων και του εξαιρετικά μεγάλου αριθμού των προσερχομένων ασθενών. Οι αιτίες του πολύ υψηλού αριθμού των προσερχομένων στα Ελληνικά ΤΕΠ είναι:

- Ανεπαρκής ανάπτυξη πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας
- Ανεπάρκεια των εξωτερικών τακτικών ιατρείων
- Το καθεστώς της μη καθημερινής 24ωρης εφημερίας των νοσοκομείων

II. Υφιστάμενο Θεσμικό Πλαίσιο

Νόμος 2889/2001 άρθρο 6 παρ. 5 «σε κάθε νοσοκομείο δυναμικότητας 200 κλινών συνίσταται αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών»

Κατά συνέπεια 68 νοσοκομεία του ΕΣΥ που προβλέπεται να λειτουργούν πάνω από 200 κλίνες έπρεπε να οργανώσουν και να λειτουργούν αυτόνομο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

- Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ 4472/20-1-2003 «Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του ΤΕΠ των νοσοκομείων του ΕΣΥ» ΦΕΚ 32 ΤΒ
- Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ 117448/14-9-2007 ΦΕΚ 1900 ΤΒ
- Υπουργική Απόφαση Υ4α /οικ 91001/3-7-2009

III. Υπάρχουσα Κατάσταση–Δεδομένα από τα ΤΕΠ της χώρας

(Πίνακας 1. Δεδομένα από το Υ.Υ.Κ.Α)

Νοσοκομεία ανά ΥΠΕ	Ετήσιος αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΠ (2009)
1η Υγειονομική Περιφέρεια	
ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ	110.102
ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ	Χωρίς ΤΕΠ
ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ	Χωρίς ΤΕΠ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	Χωρίς ΤΕΠ
ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ	30.140
ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ	52.930
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	104.700
Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	133.767
ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ	12.883
ΕΛΠΙΣ	40.830
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	108.086
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	45.539
ΚΑΤ	28.345
ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ	107.706
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ	42.830
ΛΑΪΚΟ	69.989
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ	18.551
Π&Α ΚΥΡΙΑΚΟΥ	93.771
ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	76.909
ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ	41.569
ΠΑΤΗΣΙΩΝ	24.801
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	14.257
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	35.490

ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ	1.693
ΣΩΤΗΡΙΑ	68.950
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	Χωρίς ΤΕΠ
ΣΥΝΟΛΟ 1Η ΥΠΕ	1.263.838
2η Υγειονομική Περιφέρεια	
Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ	153.812
Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ	115.952
Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ	31.955
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ	32.059
Γ.Ν ΔΥΤ.ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΓ.ΒΑΡΒΑΡΑ	14.590
Γ.Α.Ν ΠΕΙΡΑΙΑ ΜΕΤΑΞΑ	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν Κ.Υ.ΚΥΘΗΡΩΝ	1.817
ΨΝΑ	4.728
ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ	10.000
Γ.Ν Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ	10.854
Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ	51.477
Γ.Ν Κ.Υ.ΚΩ	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν. Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ	5.657
ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ	54.002
Γ.Ν Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ	4.706
Γ.Ν Κ.Υ.ΛΗΜΝΟΥ	7.714
Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ	11.590
Γ.Ν. ΧΙΟΥ ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ	16.442
ΣΥΝΟΛΟ 2Η ΥΠΕ	527.355
3η Υγειονομική Περιφέρεια	
ΓΝΘ Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	62.433
ΓΝΘ Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	62.796
ΓΝΘ ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	33.976
ΓΝ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	77.420
ΓΝ ΕΔΕΣΣΑΣ	44.055
ΓΝ ΒΕΡΟΙΑΣ	67.856
ΓΝ ΝΑΟΥΣΑΣ	24.798
ΓΝ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	61.782
ΓΝ ΚΟΖΑΝΗΣ ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ	36.083
ΓΝ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ	37.794
ΓΝ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	16.736
ΓΝ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	36.592
ΓΝ ΦΛΩΡΙΝΑΣ	37.473
ΕΙΔ.ΠΑΘΗΣΕΩΝ	16.463
ΨΝΘ	5.851
ΨΝ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ	Χωρίς ΤΕΠ

ΓΝΘ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	99.705
ΣΥΝΟΛΟ 3Η ΥΠΕ	721.813
4η Υγειονομική Περιφέρεια	
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Χωρίς ΤΕΠ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΑΧΕΠΑ	73.504
ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	44.319
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	52.963
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	26.477
Γ.Ν.ΔΡΑΜΑΣ	74.411
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	80.450
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΑΚΙΣ	64.641
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	61.558
Γ.Ν. Κ.Υ ΓΟΥΜΕΝΙΣΑΣ	4.703
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	100.466
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	119.352
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	38.817
Γ.Ν.Θ. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	137.606
Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ	Χωρίς ΤΕΠ
ΣΥΝΟΛΟ 4Η ΥΠΕ	879.267
5η Υγειονομική Περιφέρεια	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΙΕΝΗΣΙΟΥ	4.152
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΥΣΤΟΥ	3.424
Γ.Ν. - Κ.Υ ΚΥΜΗΣ	4.332
Γ.Ν.ΤΡΙΚΑΛΩΝ	55.262
Γ.Ν.ΑΜΦΙΣΣΑΣ	15.170
Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ	111.768
Γ.Ν. ΘΗΒΑΣ	17.317
Γ.Ν.ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	58.752
Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	50.856
Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	46.020
Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ	69.781
Γ.Ν.ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	17.125
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ	46.352
ΣΥΝΟΛΟ 5Η ΥΠΕ	500.311
6η Υγειονομική Περιφέρεια	
Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ	50.411
Γ.Ν. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ	16.404
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	32.066
Γ.Ν.ΝΑΥΠΛΙΟΥ	23.528
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	20.825

ΨΝ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	51.553
Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ	29.174
Γ.Ν.ΠΑΤΡΩΝ ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	47.482
Γ.Ν.Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	Χωρίς ΤΕΠ
ΕΙΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	Χωρίς ΤΕΠ
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ	Χωρίς στοιχεία
Π.Γ.Ν.ΠΑΤΡΩΝ *	137.220
Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ	22.600
ΓΝ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν.ΠΥΡΓΟΥ	34.461
Γ.Ν Κ.Υ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν. Κ.Υ ΦΙΛΙΑΤΩΝ	23.558
Γ.Ν. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ	59.274
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	35.354
Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ	39.378
ΨΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	Χωρίς στοιχεία
Γ.Ν.ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	14.208
ΓΕΝ.ΝΟΣ.ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ "ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ"	Χωρίς ΤΕΠ
Γ.Ν.ΚΟΡΙΝΘΟΥ	40.561
Γ.Ν.ΣΠΑΡΤΗΣ	22.273
Γ.Ν Κ.Υ ΜΟΛΔΩΝ	2.409
Γ.Ν.ΛΕΥΚΑΔΑΣ	17.383
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	98.539
Γ.Ν Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	15.005
Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ	26.641
ΣΥΝΟΛΟ 6Η ΥΠΕ	<u>860.307</u>
7η Υγειονομική Περιφέρεια	
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	77.809
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	118.723
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ"	85.908
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ	Χωρίς Στοιχεία
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	44.843
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	15.945
ΓΝ ΚΥ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	34.236
ΓΝ ΚΥ ΣΗΤΕΙΑΣ	10.066
ΓΝ ΚΥ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	7.268
ΣΥΝΟΛΟ 7Η ΥΠΕ	<u>394.798</u>
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΕ	<u>5.147.689</u>

Πηγή: Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α.

Επισημαίνεται ότι τα στοιχεία αυτά δεν αποδίδουν πάντα την πραγματικότητα. Οι κυριότερες αιτίες είναι:

A) Όλα τα ΤΕΠ δεν είναι γραμματειακά αυτόνομα, αλλά και σε αυτά που είναι, δεν υπάρχει κεντρική καταγραφή των περιστατικών αλλά καταγραφή ανά ιατρείο που επισκέφτηκαν οι ασθενείς, με συνέπεια ένας ασθενής να καταγράφεται 2 και 3 φορές αν εξετάστηκε από 2 ή 3 διαφορετικές ειδικότητες.

B) Τα στοιχεία που έδωσαν οι ΔΥΠΕ - σε μερικές τουλάχιστον περιπτώσεις - είναι διαφορετικά από αυτά που δίνουν τα νοσοκομεία ή οι Διευθυντές των ΤΕΠ.

Παραδείγματα: Στην Πάτρα η ΔΥΠΕ δίνει 137220 το 2009 και ο διευθυντής του ΤΕΠ 100.000 Στο Ηράκλειο (ΠαΓΝΗ), η ΔΥΠΕ δίνει 77.800 και η στατιστική υπηρεσία του νοσοκομείου 90.328.

Γ) Ένας μεγάλος αριθμός των εισαγωγών πιστεύεται ότι είναι τακτικές εισαγωγές, λόγω των μεγάλων διακυμάνσεων που παρατηρούνται στα ποσοστά εισαγωγών στα διάφορα νοσοκομεία (από 11 – 30%).

Προτείνουμε όλες οι προγραμματισμένες εισαγωγές να γίνονται από τα τακτικά ιατρεία και να ενισχυθούν οι γραμματείες των ΤΕΠ ώστε να καταγράφονται όλα τα περιστατικά με την είσοδό τους στο ΤΕΠ. Με αυτόν τον τρόπο και τα δεδομένα που συλλέγονται θα είναι πιο αξιόπιστα, αλλά και η λογιστική διαχείριση (χρεώσεις εξετάσεων, υλικών, ιατρικών πράξεων κλπ.) θα είναι πιο αποτελεσματική.

IV. Οργανόγραμμα και διαδικασίες λειτουργίας των Τ.Ε.Π.

1. Εισαγωγή

Η πρωτοβάθμια πρόληψη παραδοσιακά μπορεί να μετριάσει προβλήματα της παγκόσμιας δημόσιας υγείας, όμως δεν μπορεί να εφαρμοσθεί πάντα, ούτε όλες οι οξείες νόσοι και τα τραύματα μπορούν να προληφθούν πλήρως, ακόμα και με τις μεγαλύτερες προσπάθειες. Οι επιπτώσεις του τραύματος, το οποίο αφορά ιδίως νέους, διεθνώς αυξάνονται συνεχώς, με συνέπεια αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας. Οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, με συνέπεια την αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και κατ'επέκταση των χρόνιων νοσημάτων και των αναπηριών. Οι σύγχρονες κοινωνίες αντιμετωπίζουν νέες και διαφορετικές προκλήσεις, οι οποίες απαιτούν νέες στρατηγικές, για την πρωτοπαθή και δευτερογενή πρόληψη της νόσου.

Η Επείγουσα Ιατρική είναι μια νέα σχετικά ειδικότητα, η οποία δημιουργήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες της κοινότητας σε επείγουσα ιατρική περίθαλψη, οπώς αυτές διαμορφώνονται στο σύγχρονο κόσμο. Είναι μία σφαιρική ειδικότητα, η οποία λειτουργεί σαν θεμελιώδης λίθος για την αποτροπή ή την μείωση των συνεπειών οξείας νόσου ή τραύματος (**δευτεροβάθμια πρόληψη**), ενώ ταυτόχρονα, είναι ένα από τα πολλά εργαλεία για την υλοποίηση προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης. Πολλές από τις ιατρικές παρεμβάσεις στην επείγουσα ιατρική είναι απλές και αποτελεσματικές και τα δεδομένα που συλλέγονται κατά την αντιμετώπιση επεισοδίων επείγουσας ιατρικής φροντίδας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διευκολύνουν την πρωτοβάθμια πρόληψη (έγκαιρη αναγνώριση νεοεμφανιζόμενων προβλημάτων Υγείας της κοινότητας – έγκαιρη παρέμβαση για πρωτοβάθμια πρόληψη).

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π), είναι τα σημεία αναφοράς για κάθε ιατρικό επείγον, συγκεντρώνουν ένα τεράστιο όγκο περιστατικών, αφορούν όλο το φάσμα της ιατρικής και ο ρόλος τους είναι καθοριστικός, σε πολλά επίπεδα της αντιμετώπισης των προσερχομένων ασθενών. Έχουν χαρακτηριστεί ιερό καταφύγιο και δίκτυ ασφαλείας για τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των ανεπτυγμένων κρατών.

2. Οι κύριοι στόχοι των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών

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

3. Βασικές απαιτήσεις από ένα ΤΕΠ

- Υποδοχή όλων των ειδών των επειγόντων (μπορεί να υπάρχουν εξαιρέσεις ανάλογα τον τύπο του νοσοκομείου: π.χ παιδιατρικό, κέντρο τραύματος κλπ.)
- Καταγραφή και Διαλογή των προσερχομένων ασθενών
- Αρχική εκτίμηση και αντιμετώπιση των βαριά ασθενών
- Λεπτομερής εκτίμηση και διερεύνηση της αιτίας προσέλευσης των ασθενών
- Αρχική διάγνωση, αξιολόγηση των παρακλινικών εξετάσεων και σχεδιασμός πλάνου νοσηλείας για όλους τους ασθενείς
- Εξιτήριο μετά την παροχή της ιατρικής φροντίδας ή μεταφορά του ασθενούς στο χώρο τελικής φροντίδας

EJEM 2002, 9, 4: 308 - 314

4. Οι ανάγκες των ασθενών που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ

Οι ανάγκες αυτές, οι οποίες είναι απρόβλεπτες καθώς η οξεία σοβαρή νόσος ή τραύμα μπορεί να συμβεί οπουδήποτε και οποτεδήποτε, συνήθως είναι μέσα στα πλαίσια των

δυνατοτήτων ενός οργανωμένου ΤΕΠ (σύμφωνα με τις σύγχρονες προδιαγραφές) σε ό,τι αφορά την αρχική εκτίμηση, αντιμετώπιση και υποστήριξη των ζωτικών συστημάτων – λειτουργιών του ασθενούς.

Π.χ : Αιτίες προσέλευσης σε βαριά ασθενείς στο ΤΕΠ ΠαΓΝΗ

Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια	25%
Οξέα στεφανιαία σύνδρομα	24%
Οξείες διαταραχές από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα	23%
Οξεία κυκλοφορική κατέρρευση (σόκ)	13%
Βαρύ Τραύμα	11%
Άλλα αίτια	3%

P. Agouridakis et al EJEM 2004

Όταν όμως, οι ανάγκες του ασθενούς ξεπερνούν τις δυνατότητες του Νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το ΤΕΠ, ο ασθενής πρέπει να σταθεροποιείται και να διακομίζεται από **ειδικευμένο** ιατρικό προσωπικό στο νοσοκομείο οριστικής αντιμετώπισης το συντομότερο δυνατόν.

Π.χ: Διακομιδές 74 βαριά ασθενών από το ΤΕΠ του Νοσοκομείου Ρεθύμνου

64 ασθενείς (με Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση ή Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου)

4 με ανάγκη επείγουσας θωρακοτομής

6 με ανάγκη επείγουσας αγγειοπλαστικής στεφανιαίων

Απόσταση διακομιδής 80 km. Μείζονες Επιπλοκές καθ'οδόν: Καμμία

P. Agouridakis et al Em Med J 2006

5. Συνιστώσες επιτυχίας ενός Τ.Ε.Π

- Πολιτική βούληση
- Χωροταξία
- Εξοπλισμός
- Στελέχωση (Ειδικευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό)
- Πρωτόκολλα λειτουργίας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση
- Αξιολόγηση της λειτουργίας τους με βάση διεθνή πρότυπα και σταθμά

5.1 Η πολιτική βούληση

Η αρχή για να ασχοληθούν οι πολιτικοί με τα ΤΕΠ, έγινε στις ΗΠΑ, (J.F. Kennedy), με αφορμή ένα άρθρο στους Los Angeles Times το 1961, το οποίο περιέγραφε με μελανά χρώματα την οδύσσεια των ασθενών οι οποίοι συνωστίζονταν στα ΤΕΠ των νοσοκομείων της πόλης, δεχόμενοι ιατρικές φροντίδες από τους πλέον νέους και άπειρους γιατρούς. Η επιτυχία του Αμερικανικού προτύπου ανάπτυξης της επείγουσας ιατρικής ήταν η αιτία της ραγδαίας εξάπλωσης της ειδικότητας αυτής σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες.

5.2 Χωροταξία

Η χωροταξία του ΤΕΠ εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών τους οποίους εξυπηρετεί / εφημερία και την οργανωτική του δομή – δυνατότητες.

Ο βασικός χωροταξικός σχεδιασμός κάθε ΤΕΠ θα πρέπει να περιλαμβάνει (χωρίς να περιορίζεται σε αυτά):

- Υποδοχή – Γραμματεία
- Χώρο Διαλογής
- Αίθουσα αναμονής – Χώρο ενημέρωσης συγγενών
- Αίθουσα Αναζωογόνησης
- Εξεταστήρια
- Αίθουσα ελάσσονος τραύματος – αίθουσα γύψου
- Θαλάμους Βραχείας νοσηλείας
- Χώρο απομόνωσης μολυσματικών ασθενών
- Χώρο απομόνωσης διεγερτικών ασθενών
- Χώρο απολύμανσης εκτεθειμένου ατόμου (έκθεση σε τοξικές ουσίες – ραδιενεργά υλικά κλπ.)
- Ακτινολογικό Εργαστήριο
- Χώρο ανάπαυσης προσωπικού
- Χώρο εκπαίδευσης και έρευνας
- Γραφεία - Αποθήκες

Στο σχεδιασμό των ΤΕΠ θα πρέπει επίσης να υπάρχει χώρος στάθμευσης ασθενοφόρων ή Κινητών Ιατρικών Μονάδων (τουλάχιστον 2) με όλες τις προδιαγραφές (Εξωτερικές παροχές ρεύματος, σκέπαστρο ή πλήρης στέγαση και δυνατότητα άμεσης αποχώρησης κλπ). Επίσης θα πρέπει να υπάρχουν και οι αντίστοιχες υποδομές για παραμονή διασωστών – πληρωμάτων ασθενοφόρων και ιατρικού προσωπικού σε χώρο αναμονής και διαμονής είτε πλησίον είτε εντός του ΤΕΠ.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει και ο σχεδιασμός των εισόδων στο ΤΕΠ (μία για ασθενοφόρα , μία για πεζούς) καθώς και η ροή των οχημάτων και των ασθενοφόρων που φέρουν αυτούς μέχρι την είσοδο στο ΤΕΠ, η διαλειτουργικότητα και η συμβατότητα με τον εξοπλισμό του ΕΚΑΒ.

5.3 Εξοπλισμός

Όπως και η χωροταξία, ο εξοπλισμός του ΤΕΠ περιλαμβάνει τον απολύτως απαραίτητο, προσαυξανόμενο σε αριθμό και είδος ανάλογα με τις ανάγκες, τις δυνατότητες και την πολιτική του τμήματος και του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει:

Απολύτως απαραίτητος εξοπλισμός (Κ. Υ – ΤΕΠ νοσοκομείων με < 100 κλίνες):

1. Ένας πολυκάναλος ΗΚΓγράφος
2. Ένας απινιδωτής – μόνιτορ, με δυνατότητες: ΗΚΓφικής παρακολούθησης, περιφερικής οξυμετρίας, μη επεμβατικής μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και καπνογραφίας
3. Ένας φορητός αναπνευστήρας με δυνατότητες μη επεμβατικού και επεμβατικού αερισμού
4. Ένα τροχήλατο ανάνηψης με τον εξοπλισμό του
5. Δύο ειδικά φορεία μεταφοράς βαριά ασθενών
6. Δύο αντλίες ελεγχόμενης χορήγησης υγρών – φαρμάκων
7. Ένας πολυαναλυτής αερίων αίματος με δυνατότητες μέτρησης: Αερίων αίματος, Ηt, γαλακτικού οξέος, γλυκόζης, καλίου και νατρίου
8. Ένας φορητός υπερηχοτομογράφος
9. Ένας σάκος ανάνηψης με τον εξοπλισμό του
10. Κατάλληλος ξενοδοχειακός εξοπλισμός

Επιπρόσθετος εξοπλισμός για ΤΕΠ νοσοκομείων με 100 – 200 κλίνες:

Απαιτείται διπλάσιος αριθμός υλικών σε σχέση με τον προηγούμενο, με εξαίρεση τον υπερηχοτομογράφο και τον πολυαναλυτή αερίων αίματος (ένας αρκεί).

Εξοπλισμός για ΤΕΠ νοσοκομείων με 200 – 400 κλίνες:

Απαιτείται διπλάσιος αριθμός υλικών του απαραίτητου εξοπλισμού, με εξαίρεση τον υπερηχοτομογράφο και τον πολυαναλυτή αερίων αίματος (ένας αρκεί).

Επιπρόσθετα χρειάζονται:

Δύο πολυκάναλα μόνιτορ (με δυνατότητα επεμβατικής μέτρησης της αρτηριακής πίεσης)

Ένα φορητό ακτινολογικό μηχάνημα

Ο αντίστοιχος ξενοδοχειακός εξοπλισμός

Εξοπλισμός για ΤΕΠ νοσοκομείου με > 400 κλινες

Ο απολύτως απαραίτητος εξοπλισμός θα πρέπει να περιλαμβάνει (χωρίς να περιορίζεται):

1. Έναν πολυκάναλο ΗΚΓγράφο / 100 ασθενείς / εφημερία
2. Έναν απινιδωτή – μόνιτορ, με δυνατότητες: ΗΚΓφικής παρακολούθησης, περιφερικής οξυμετρίας, μη επεμβατικής μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και καπνογραφίας / 200 ασθενείς / εφημερία
3. Ένα φορητό αναπνευστήρα με δυνατότητες μη επεμβατικού και επεμβατικού αερισμού / 200 ασθενείς / εφημερία
4. Ένα τροχήλατο ανάνηψης με τον εξοπλισμό του / 200 ασθενείς / εφημερία

5. Δύο ειδικά φορεία μεταφοράς βαριά ασθενών - τραυματιών / 100 ασθενείς / εφημερία
6. Μία αντλία ελεγχόμενης χορήγησης υγρών / 100 ασθενείς / εφημερία
7. Έναν πολυαναλυτή αερίων αίματος με δυνατότητες μέτρησης: Αερίων αίματος, Ηt, γαλακτικού οξέος, γλυκόζης, καλίου και νατρίου / 300 ασθενείς / εφημερία
8. Ένα φορητό υπερηχοτομογράφο
9. Ένα σάκο ανάνηψης με τον εξοπλισμό του / 200 ασθενείς ανά εφημερία
10. Ένα εύκαμπτο βρογχοσκόπιο
11. Ένα σετ επείγουσας θωρακοτομής
12. Ψηφιακό ακτινολογικό εργαστήριο στο χώρο του ΤΕΠ
13. Αξονικό τομογράφο στο χώρο του ΤΕΠ
14. Εκπαιδευτικό εξοπλισμό προσομοίωσης επεμβατικών ιατρικών πράξεων

Σε σχέση με τον εξοπλισμό, θα πρέπει να εξασφαλισθεί η διαλειτουργικότητα και συμβατότητα του εξοπλισμού των ΤΕΠ με τον εξοπλισμό του ΕΚΑΒ σε ότι αφορά μηχανήματα, εργαλεία και εξοπλισμό που χρησιμοποιείται στους ασθενείς έτσι ώστε να μπορεί ο ασθενής να παραμένει με τα "μηχανήματα, εργαλεία και εξοπλισμό" που έχουν εφαρμοσθεί και χρησιμοποιούνται σε αυτόν και το ασθενοφόρο να απελευθερώνεται παραλαμβάνοντας συμβατό εξοπλισμό από το ΤΕΠ. Από σανίδες ακινητοποίησης, scoop, κολλάρα ΑΜΣΣ μέχρι απινιδωτές, monitor καθώς και υγειονομικό υλικό και ιματισμό.

5.3 Στελέχωση των ΤΕΠ – καθεστώς εφημερίας των νοσοκομείων

Αξεπέραστη δυσκολία στον υπολογισμό του απαραίτητου ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού των ΤΕΠ, είναι το ισχύον καθεστώς (ελληνική πρωτοτυπία), της περιοδικής και όχι καθημερινής εφημερίας των νοσοκομείων, κυρίως όσον αφορά τα μεγάλα αστικά κέντρα.

Αυτή η πρωτοτυπία δημιουργεί πολλαπλά προβλήματα:

- 1) Δεν επιτρέπει την κατάλληλη στελέχωση των ΤΕΠ με το ανάλογο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (αν το νοσοκομείο εφημερεύει κάθε 3 ή κάθε 4 ημέρες)
- 2) Είναι αναξιοπρεπές να “στοιβάζονται” 1000 – 1500 ασθενείς σε χώρους οι οποίοι έχουν κατασκευασθεί για υπο-τριπλάσιο αριθμό
- 3) Είναι αδύνατον να αντιμετωπισθεί με ασφάλεια ο τεράστιος αυτός όγκος των ασθενών, όχι μόνο στα ΤΕΠ (τα οποία σημειωτέον στελεχώνονται από μη επειγοντολόγους) αλλά και στις κλινικές, οι οποίες δέχονται μαζικό αριθμό εισαγωγών.
- 4) Διασπαθίζει τους πόρους του ΕΚΑΒ, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τις δυσλειτουργίες οι οποίες του αποδίδονται και υποβαθμίζει σε τραγικό συχνά βαθμό την αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων.

Λαμβάνοντας υπ’ όψιν το όφελος των ασθενών και τα στοιχεία του ΥΥΚΑ (πίνακας 1), η υιοθέτηση καθημερινής εφημερίας από όλα τα νοσοκομεία της χώρας είναι εφικτή και οικονομικά δόκιμη για τους ακόλουθους λόγους :

- 1) Τα νοσοκομεία της περιφέρειας εφημερεύουν καθημερινά με λιγότερο προσωπικό και σαφώς **μεγαλύτερο φόρτο ασθενών εφημερίας / νοσοκομειακή κλίνη**.
Παραδείγματα: το νοσοκομείο Βόλου (470 κλίνες και 112.000 ασθενείς το χρόνο), έχει φόρτο ασθενών εφημερίας / κλίνη: 238 ασθενείς ετησίως, ενώ ο Ευαγγελισμός (με 1100 κλίνες και 108.000 ασθενείς το χρόνο), έχει φόρτο εργασίας 98 ασθενείς ανά κλίνη, το νοσοκομείο Καλαμάτας με 333 κλίνες και 98.500 ασθενείς έχει φόρτο 298 ασθενείς ανά κλίνη ετησίως ενώ το Σισμανόγλειο με 450 κλίνες έχει φόρτο 78 ασθενείς ανά κλίνη.
- 2) Τα μικρά και τα περιφερειακά νοσοκομεία έχουν πλέον του μεγαλύτερου φόρτου εργασίας, να λύσουν και το πρόβλημα των διακομιδών των βαρέως πασχόντων ασθενών, πρόβλημα το οποίο δεν έχουν τα μεγάλα κεντρικά νοσοκομεία.
- 3) Τα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων αντί να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν **(τον από κάθε άποψη μη διαχειρίσιμο)** όγκο των 1200 – 1500 ασθενών ανα 3ήμερη ή 4ήμερη εφημερία, να αντιμετωπίζουν με **ασφάλεια και αξιοπρέπεια** ένα αριθμό από 300 – 500 ασθενείς / καθημερινή εφημερία. Το ίδιο επίπεδο ασφάλειας (ανασφάλειας σήμερα), ακολουθεί τον ασθενή σε **κάθε του βήμα** από την εισαγωγή του στο ΤΕΠ μέχρι την αντιμετώπιση του στο χειρουργείο, τις ΜΕΘ ή τα νοσηλευτικά τμήματα.
- 4) Η καθιέρωση της καθημερινής εφημερίας είναι ο μόνος τρόπος ώστε να καθορισθούν επακριβώς οι ανάγκες των ΤΕΠ σε χώρους, εξοπλισμό και προσωπικό, άλλως κάθε προσπάθεια ξεκινά από λάθος βάση
- 5) Το σημερινό καθεστώς της μη καθημερινής εφημερίας μειώνει απαράδεκτα το προσδόκιμο επιβίωσης των βαρέως πασχόντων για τρεις κυρίως λόγους:
 - α) Αυξάνει σημαντικά τον χρόνο από την κλήση για βοήθεια μέχρι την άφιξη του ασθενούς στο (συχνά μακριά από το συμβάν), εφημερεύον νοσοκομείο.
 - β) Ο μεγάλος όγκος των βαρέως πασχόντων σε ένα τμήμα (όσο μεγάλο και όσο άρτια οργανωμένο και εάν είναι), δεν επιτρέπει την ασφαλή αντιμετώπιση τους
 - γ) Ο μεγάλος αριθμός των βαρέως πασχόντων σε ένα νοσοκομείο σχεδόν πάντα υπερβαίνει τις δυνατότητες της ΜΕΘ του, με συνέπεια τη διακομιδή του ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο με όλες τις συνέπειες για τον ίδιο τον ασθενή, για τον επόμενο ασθενή που περιμένει εναγωνίως τις υπηρεσίες του ΕΚΑΒ και για το σύστημα (προσωπικό του ΕΚΑΒ, γιατροί διακομιδής κλπ).

“ Όλες αυτές οι συνέπειες του υφιστάμενου συστήματος εφημεριών, αυξάνουν σημαντικά το συνολικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ποιοτική και έγκαιρη (το συντομότερο δυνατόν) παροχή των υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής φροντίδας είναι αποδεδειγμένο ότι μειώνει τη θνητότητα των βαρέως πασχόντων, προλαμβάνει σοβαρές μόνιμες αναπηρίες, μειώνει τις εισαγωγές σε ΜΕΘ και το χρόνο νοσηλείας των ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο καθώς και το χρόνο αποθεραπείας των ασθενών που επιστρέφουν στην κοινότητα.”

Το όφελος λοιπόν από το σωστό σχεδιασμό της λειτουργίας των ΤΕΠ αλλά και από την καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων, εκτός από το προφανές που αφορά την

Ίδια τη ζωή ή/και την ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν ανάγκη αυτές τις υπηρεσίες θα είναι και οικονομικό, καθώς η μείωση της θνητότητας, της αναπηρίας και της νοσηρότητας συνεπάγεται και μείωση του αριθμού των χαμένων εργατοωρών, μείωση του αριθμού αναπήρων και μείωση των αναγκών για κλίνες ΜΕΘ.

Άλλωστε, το λειτουργικό κόστος της εφημερίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον αριθμό των ασθενών που εξετάζονται και η καθημερινή εφημερία θα μείωνε τον αριθμό αυτό σημαντικά σε όλα τα νοσοκομεία καθώς ο όγκος των ασθενών θα μοιραζόταν.

Ειδικά σε ό,τι αφορά την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, η καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων θα επέτρεπε τη δημιουργία υγειονομικού χάρτη της κάθε πόλης, με ομάδες - δίκτυα νοσοκομείων η κάθε μία από τις οποίες θα κάλυπτε τις ανάγκες συγκεκριμένου γεωγραφικού διαμερίσματος της πόλης. Τα νοσοκομεία που συμμετέχουν σε κάθε ομάδα - δίκτυο θα πρέπει να αλληλοσυμπληρώνονται σε ό,τι αφορά τις υπηρεσίες που παρέχουν. Η δημιουργία αυτού του υγειονομικού χάρτη θα επέτρεπε τον πιο ορθολογικό σχεδιασμό του ΕΣΥ στα μεγάλα αστικά κέντρα, καλύτερες και πιο κατάλληλες υπηρεσίες καθώς και μείωση του κόστους λειτουργίας - εφημερίας.

Υπό τις προϋποθέσεις α) Της αλλαγής του καθεστώτος εφημερίας των νοσοκομείων της χώρας σε κατ' ελάχιστον ημέρα παρ' ημέρα βάση και β) Της στελέχωσης των ΤΕΠ με ειδικευμένο αυτόνομο ιατρικό προσωπικό η προτεινόμενες θέσεις θα πρέπει να στηρίζονται σε ορισμένα διεθνή πρότυπα.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ (*Adit A et al Ann Emerg Med 2009*), σε κάθε 100.000 κατοίκους των ΗΠΑ αντιστοιχούν 12.3 επειγοντολόγοι (10 – 16 ανάλογα την πολιτεία). Ο αντίστοιχος αριθμός για όλη την επικράτεια στην Ελλάδα θα ήταν περίπου 1300. Μια άλλη αναφορά από την Αυστραλία (*G. Jelinek et al, MJA 2002*) ανεβάζει τον αριθμό των ειδικευμένων επειγοντολόγων / ΤΕΠ από 6 – 12.

Από τη βραχυχρόνια εμπειρία μας από την κάλυψη των βασικών αναγκών του ΤΕΠ του ΠαΓΝΗ (ανάληψη – παθολογικό και χειρουργικό ιατρείο), με συνολικό όγκο περιστατικών περίπου 500 άτομα / εφημερία και ποσοστό εισαγωγών 17%), προκύπτει ότι χρειάζονται 8 – 10 επιμελητές (8 **χωρίς** – 10 **με** την κάλυψη και του παιδιατρικού ιατρείου), για τις ημέρα παρ' ημέρα εφημερίες του νοσοκομείου. Ελάχιστα μεγαλύτερος αριθμός (10 – 12 άτομα) θα ήταν αρκετός για την κάλυψη των αναγκών της καθημερινής εφημερίας υπο την προϋπόθεση της σωστής κατανομής των διακομιδών του ΕΚΑΒ με το άλλο νοσοκομείο της πόλης.

Με βάση τα παραπάνω, σε κάθε ΤΕΠ νοσοκομείου με 100 - 300 κλίνες χρειάζονται 5 επιμελητές αποκλειστικής απασχόλησης, αυξανόμενοι κατά 1 / 100 κλίνες νοσοκομείου (πάνω από τις 300), αν το νοσοκομείο εφημερεύει ημέρα παρ' ημέρα ή 2 / 150 κλίνες νοσοκομείου (πάνω από τις 300) αν το νοσοκομείο εφημερεύει σε καθημερινή βάση.

Η στελέχωση για νοσοκομεία τα οποία εφημερεύουν σε διαφορετική βάση θα πρέπει να εξετασθεί με την πρόταση ότι αυτό το σύστημα εφημερίας δεν στέκει και πρέπει να καταργηθεί.

Το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ανά βάρδια κατ' ελάχιστο διπλάσιο του αριθμού του ιατρικού προσωπικού, προσαυξανόμενο ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του τμήματος.

Θα πρέπει επίσης να τροποποιηθεί η Υπουργική Απόφαση που ισχύει για τη στελέχωση των ΤΕΠ με τρόπο ώστε να δίδεται η δυνατότητα σε κάθε νοσοκομείο να επιλέγει ποια ή ποιες από τις ειδικότητες γιατρών που αναφέρει η απόφαση πρέπει να προκηρύσσει και στη συνέχεια να προσλαμβάνει ανάλογα με τις ανάγκες του. Η τροποποίηση αυτή έχει σκοπό να αποφευχθούν περιπτώσεις όπου για τα ΤΕΠ προσλαμβάνονται γιατροί από μια και μόνο ειδικότητα. Αυτό θα ισχύει μέχρι να πιστοποιηθεί επαρκής αριθμός επειγοντολόγων για να στελεχώσει τα ΤΕΠ.

5.5 Πρωτόκολα λειτουργίας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Η πρόγνωση για τον οξέως πάσχοντα βαριά ασθενή εξαρτάται:

- Από την αρχική βαρύτητα της νόσου ή του τραύματος
- Από το επίπεδο και την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας η οποία του προσφέρεται και
- Από το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μέχρι να δοθεί αυτή η φροντίδα

Etter R et al, Crit. Care Med 2008

Στο ΤΕΠ, οι ασθενείς στη μεγάλη πλειοψηφία τους έχουν αδιάγνωστα προβλήματα υγείας, ποικίλης βαρύτητας. Μερικοί χρησιμοποιούν το ΤΕΠ για την ευκολία τους ή για αυτό-προσδιοριζόμενα επείγοντα ή γιατί δεν έχουν πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίες Υγείας (πχ. ανασφάλιστοι).

Η **διαλογή** (Triage), είναι μια διαδικασία, η οποία εφαρμόζεται στην επείγουσα ιατρική όταν ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται βοήθεια είναι μεγαλύτερος από την δυνατότητα του προσωπικού και των πόρων του εκάστοτε φορέα για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση τους.

Η διαλογή, είναι μια διαδικασία απαραίτητη για να αναγνωριστούν οι ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται άμεση φροντίδα και εκείνοι οι οποίοι μπορεί να επιβαρυνθούν γρήγορα, ώστε να δοθούν οι ανάλογες προτεραιότητες και να διατεθούν οι διαθέσιμοι πόροι με τον καλύτερο και πλέον δίκαιο τρόπο. Διεθνώς, η διαλογή στο ΤΕΠ γίνεται κυρίως από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές.

Υπάρχουν διάφορες (παρεμφερείς) κλίμακες διαλογής. Η πλέον διαδεδομένη στην Ευρώπη είναι η κλίμακα διαλογής του Manchester (MTS), η οποία:

- Δομεί 50 διαγράμματα ροής για τις 50 πιο συχνές αιτίες προσέλευσης στο ΤΕΠ
- Χρησιμοποιεί γενικούς δείκτες βαρύτητας και ειδικούς διεκκριμιστές (discriminators) για κάθε αιτία προσέλευσης

- Με βάση τα προηγούμενα, ταξινομεί τους ασθενείς σε 5 κατηγορίες προτεραιότητας με επιτρεπτά όρια αναμονής από: 0' (κατηγορία 1–κόκκινο) έως 240' (κατηγορία 5–μπλέ)

Έτσι, για κάθε ασθενή καταγράφονται:

- Η αιτία προσέλευσης
- Η κατηγορία βρύτητας – προτεραιότητας
- Οι κλινικοί δείκτες που καθορίζουν αυτήν την κατηγορία

Οι κλίμακες διαλογής εκτός από την αναγνώριση του επείγοντος και την ταξινόμηση των ασθενών σε προτεραιότητες αντιμετώπισης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα ακόλουθα:

- Στην εκτίμηση του φόρτου εργασίας ενός Τ.Ε.Π
- Στην αξιολόγηση των ΤΕΠ (έκβαση περιστατικών, κόστος / ασθενή, χρόνοι αναμονής κλπ.)
- Στην εκπαίδευση των νέων ιατρών και νοσηλευτών

Η υιοθέτηση μιας κλίμακας διαλογής σε Πανελλήνια βάση θα είναι ένα πολύ καλό πρώτο βήμα, αφ' ενός για την πιο ασφαλή διαχείριση των προσερχομένων ασθενών στα ΤΕΠ και αφ' εταίρου για τη γρήγορη αξιολόγηση των αναγκών και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στα ΤΕΠ της χώρας μας, καθώς τα δεδομένα που θα συλλέγονται θα είναι συγκρίσιμα.

Στο ΤΕΠ μπορούν να εφαρμόζονται και διάφορα διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα για διάφορες καταστάσεις, βασισμένα σε επιστημονικά δεδομένα, τα οποία αφ' ενός διασφαλίζουν ένα ενιαίο ελάχιστο επίπεδο ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες, αφ' εταίρου συμβάλλουν στην εκπαίδευση και την έρευνα και τον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

5.5.1 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπαίδευση στην επείγουσα ιατρική είναι η ύπαρξη ενός πυρήνα μόνιμων γιατρών στα ΤΕΠ, οι οποίοι σε συνεργασία με τους γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου να οργανώνουν πολυεπίπεδα εκπαιδευτικά προγράμματα για γιατρούς, νοσηλευτές, άλλους επαγγελματίες Υγείας και κοινό.

Η Ελληνική Εταιρία Επείγουσας Ιατρικής έχει μεταφράσει τον Ευρωπαϊκό Οδηγό Σπουδών της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής, ο οποίος θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση επάνω στην οποία να δομηθούν τα προγράμματα εκπαίδευσης στα ΤΕΠ της χώρας. Επίσης, η Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής σαν ειδικός επιστημονικός φορέας, διατίθεται να συμβάλλει στη διαμόρφωση τέτοιων εκπαιδευτικών προγραμμάτων όποτε αυτό της ζητηθεί, σε πανελλήνιο ή τοπικό επίπεδο.

VI. Συμπεράσματα – Συνοπτική πρόταση

Η ίδρυση και η ανάπτυξη της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής και στη χώρα μας είναι ο μόνος τρόπος για να διασφαλιστεί ένα ελάχιστο πανελλαδικό επίπεδο ποιότητας στις υπηρεσίες παροχής επείγουσας ιατρικής φροντίδας. Η θέση της *Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής*, είναι ότι η ίδρυση και η ανάπτυξη της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής στην Ελλάδα θα πρέπει να γίνει εναρμονισμένα με την υπόλοιπη Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η στελέχωση των ΤΕΠ και του ΕΚΑΒ με ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό θα αναβαθμίσει δραματικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα τη λειτουργία τους. Η λειτουργία των ΤΕΠ σύμφωνα με τις παραπάνω προτάσεις θα ωφελήσει τόσο στην υγεία των ασθενών όσο και στην αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ με την εξοικονόμηση των πόρων που συνεπάγεται.

Δεδομένου ότι το ΤΕΠ είναι το τμήμα που χρειάζεται και χρησιμοποιεί συχνότερα από κάθε άλλη υπηρεσία του ΕΣΥ ο Έλληνας πολίτης, είναι βέβαιο ότι η αναβάθμιση αυτή θα γίνει γρήγορα αισθητή στην ελληνική κοινωνία σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση στο ΕΣΥ.

Συνοπτική πρόταση για την ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα

1. Πολιτική Βούληση:

- α) Η ίδρυση και η ανάπτυξη της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής στη χώρα μας
- β) Η αποδοχή και η προώθηση της καθημερινής εφημερίας των νοσοκομείων της χώρας
- γ) Η σύσταση και η προκήρυξη θέσεων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τα ΤΕΠ της χώρας
- δ) Η δημιουργία ενός εκπαιδευτικού κέντρου επείγουσας ιατρικής ανά υγειονομική περιφέρεια
- δ) Η σύσταση στο ΥΥΚΑ μιας μόνιμης επιτροπής επίβλεψης των ΤΕΠ της χώρας
- ε) Η χορήγηση κινήτρων για τους μόνιμους γιατρούς των ΤΕΠ και του ΕΚΑΒ
- στ) Η νομοθετική ρύθμιση διασύνδεσης γιατρών και νοσηλευτών του ΤΕΠ με το ΕΚΑΒ και των γιατρών και διασωστών του ΕΚΑΒ με το ΤΕΠ

2. Χωροταξία:

Εξασφάλιση κατ' ελάχιστον των χώρων που περιγράφονται στο εδάφιο 5.2 (σελ. 14) για κάθε ΤΕΠ της χώρας

3. Εξοπλισμός:

Εξασφάλιση κατ'ελάχιστον του περιγραφομένου στο εδάφιο 5.3 (σελ 15-16) για κάθε ΤΕΠ της χώρας

4. Στελέχωση:

Εξασφάλιση κατ'ελάχιστον του προσωπικού που αναφέρεται στο εδάφιο 5.4 (σελ 18-19)

5. Υιοθέτηση μιας κοινής κλίμακας διαλογής για όλα τα νοσοκομεία της χώρας

Πως μπορεί η Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής να βοηθήσει στην προσπάθεια αυτή του Υ.Υ.Κ.Α για την αναβάθμιση των ΤΕΠ:

1. Μπορεί να αναλάβει τη μετάφραση μιας διεθνώς αναγνωρισμένης κλίμακας διαλογής
2. Μπορεί να αναλάβει την συγγραφή ενός οδηγού λειτουργίας των ΤΕΠ
3. Έχει μεταφράσει και μπορεί να προσφέρει τον Ευρωπαϊκό Οδηγό Σπουδών στα ΤΕΠ της χώρας
4. Μπορεί να συμμετέχει σε μια μόνιμη επιτροπή του ΥΥΚΑ για την παρακολούθηση της λειτουργίας των ΤΕΠ
5. Μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση του πλαισίου διασύνδεσης ΕΚΑΒ – ΤΕΠ

Με τιμή,

Π. Αγγουριδάκης

**Επικ. Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής Π.Κ
Πρόεδρος της ΕΕΕΙ**

Ν. Σμπυράκης

**Επιμελητής ΕΣΥ
Γραμματέας της ΕΕΕΙ**