

ΑΠΟΦΑΣΗ

«Σχετικώς με τη διακομιδή διασωληνωμένων ασθενών»

Η Ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας κατά τη 261^η Συνεδρίσση της στις 7.4.2017, αφού έλαβε υπ' άψιν:

- Την με αριθμ. 3 Απόφαση της 168^{ης}/28.6.2001 Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ. «Σχετικώς με την αρμοδιότητα διακίνησης των διασωληνωμένων ασθενών και τη διακομιδή τους από Νοσοκομείο ως Νοσοκομείο».
- Τα Πρακτικά της Συνεδρίσσης της Ομάδας Εργασίας για τη διακομιδή των διασωληνωμένων ασθενών, η οποία συγκλήθηκε σε 2^η Συνεδρίσση στις 23.6.2010 σύμφωνα με την 4034/28.5.2010 απόφαση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ.
- Τα Πρακτικά της Συνεδρίσσης της Ομάδας Εργασίας για τη διακομιδή των διασωληνωμένων ασθενών, η οποία συγκλήθηκε σε 2^η Συνεδρίσση στις 23.6.2010 σύμφωνα με την 4034/28.5.2010 απόφαση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ.
- Το με αρ. πρωτ. 2652/2015 (ημερομηνία 27.1.2016, αρ. πρωτ. Υπουργείου Υγείας 6731/28.1.2016) έγγραφο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου σε οπονήση του με αρ. πρωτ. Γ.Π.οικ.36317/9.12.2015 ενγράφου του ΚΕ.Σ.Υ., με το οποίο διαβιβάζεται γνώμοδότηση της νομικής υπηρεσίας του Π.Ι.Σ.
- Την με ημερομηνία 30.12.2015 γνωμοδότηση του κ. Χ. Τ. Πολίτη, Δικηγόρου, προς τον Π.Ι.Σ.
- Τα Πρακτικά της 15^{ης}/5/2015 Συνεδρίσσης της Επιτροπής ΜΕΘ του ΚΕ.Σ.Υ. και τα Πρακτικά της 25^{ης}/11/2016 Συνεδρίσσης της Επιτροπής ΜΕΘ του ΚΕ.Σ.Υ. (η τελευταία συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ. ΑΙΘ/Γ.Π.οικ.50202/5-7-2016 Υ.Α.). Στα ως άνω Πρακτικά αναφέρεται ότι «η Επιτροπή ΜΕΘ του ΚΕ.Σ.Υ στις συνεδρίσεις της 15/5/2015 και 25/11/2016 ορόφωνα συμφωνεί και μισθετεί τις προτάσεις της ομάδας εργασίας για τη διακομιδή των διασωληνωμένων ασθενών που συνεδρίσεις στις 23/6/2010 μετά από την 4034/28.5/2010 απόφαση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ».
- Τις προτάσεις της Επιτροπής ΜΕΘ του ΚΕ.Σ.Υ. (οι οποίες διατυπώθηκαν στις συνεδρίσεις της στις 15/5/2015 και 25/11/2016) πράξη την Εκτελεστική Επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ.
- Την εισηγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής

αποφάσισε αμέρινα:

- Άμεση σύσταση, στελέχωση και λειτουργία των αυτόνομων και ανεξάρτητων ΤΕΠ και άμεση και αυστητική διασύνδεση τους με το ΕΚΑΒ. Η λειτουργία των επαρκώς στελεχισμένων ΤΕΠ με επειγοντολόγους και με άμεση σύνδεση και υποστήριξη από τους ήδη υπηρετούντες κατρούς του ΕΚΑΒ θα βοηθούσε οποιασδήποτε αναστολή στην οριστική λύση της αντιμετώπισης και της διακομιδής των βαρέως παραγόντων ασθενών.
- Μετεξέλιξη των Αιθουσών Ανάνηψης σε Μονάδες Αυξημένης Μετεγχειρτικής Φραγκίδας (ΜΑΜΦ) και στελέχωσή τους με νοσηλευτικό προσωπικό, δημιουργίας αυτό προβλέπεται από το Νόμο του 1997, για την ασφαλή χρήσης αναισθητολαζ. Αυτό θα μείνειν τις διακομιδές χειρουργικών ασθενών που χρήζουν μικρής διάρκειας παραμονής σε ΜΕΘ/ΜΑΦ.
- Η περαιτέρω στελέχωση των ΜΕΘ θα συντελούνται περαιτέρω στη μέσων έως εξάλειψη των διανοσοκομειακών διακομιδών κυρίως στα μεγάλα ρατικά κέντρα.

Μέχρι να υλοποιηθεί η πλήρης στελέχωση και λειτουργία των ΤΕΠ πανελλαδικά άλλο και των ΜΑΜΦ και ΜΕΘ, προτείνονται τα ακόλουθα προς άμεση εφαρμογή:

- Δημιουργία μηνιαίου λίστας εφημερευόντων ματρών ετοιμότητας αυτού Νοσοκομείου που θα μπορούν να διακομίζουν τους διασωληνώμενους ασθενείς (π.χ. ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι και ειδικευμένοι αγασθησιολόγοι μετά από ένα (1) έτος ειδικότητας, ειδικευμένοι εντατικολόγοι και εξειδικευμένοι εντατικολόγοι μετά από τρεις (3) μήνες εξειδικευσης, καθώς και ιατροί που έχουν με επιτυχία ολοκληρώσει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της ΕΠΙ του ΕΚΑΒ ή/και το ATLS, BLS/ALS). Οι ειδικευμένοι, εξειδικευμένοι και ειδικευμένοι που θα περιλαμβάνονται σε αυτή τη λίστα θα εφημερεύουν σποκλειστικά για τις διανοσοκομειακές διακομιδές. Η εφημερία των ιατρών-συνεργατών θα είναι 12μερής διάρκειας. Η έδρα της εφημερίας τους θα είναι το Νοσοκομείο και θα έχουν στη διάθεσή τους Κινητή Μονάδα με δυνατότητα επειβατικού αεριού και monitoring. Στις διακομιδές θα πρέπει να τους ανυοδεύει και ο θεράπων νοσοκόμειακός ιατρός του συνεγούς κατά την εφημερία, εφόσον κρίνεται απαραίτητο. Στους ιατρούς αυτούς θα παρέχεται κάλυψη αστικής ευθύνης προσωπική πασφάλεια και χρηματική απαλγήσιμη μιας ενεργού εφημερίας, τη οποία θα μπορεί να πληρώνεται καθ' υπέρβαση του πλαφόν.
- Μη χρησιμοποίηση των αναισθησιολόγων και εντατικολόγων των ήδη ανεπαρκώς στελεχισμένων τμημάτων των νοσοκομείων για τη διακομιδή των διασωληνωμένων ασθενών.
- Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται η μεταφορά βαρέως πάσχαντος ή διασωληνωμένου ασθενούς από άπειρο και ανειδίκευτο για αυτό το σκοπό ιατρό και μάλιστα από ιατρό που υπηρετεί για εκπλήρωση υπηρεσίας υπαίθρου. Οι διακομιδές των ασθενών είναι επικίνδυνες για τους ίδιους τους ασθενείς και το προσωπικό που τους συναδεύει και στερεί πόρους του

Εθνικού Συστήματος Υγείας (προσωπικό και μέσα) από τους υπόλοιπους προνοσοκορείακους και νοσοκομειακούς ασθενεῖς.

Για το Κ.Ε.Σ.Υ.

Ο Πρόεδρος

Καθηγητής Κώστας Β. Μάρκου

Αποδέκτης για ενέργεια

Δ/νη Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας

Εσωτερική Διανομή

- 1) Γραφείο κ. Υπουργού Υγείας
- 2) Γραφείο κ. Αναπλ. Υπουργού Υγείας
- 3) Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα Υγείας
- 4) Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
- 5) Διμογ. Επιστ. Τεκμηρίωσης & Διοικ. & Γραμ. Υποστήριξης Κ.Ε.Σ.Υ.-Τμήμα Β' (2)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αθήνα 22.4.2020
Αριθμ. Αποφ. 7 της 278^{ης}
Ολομ./20.12.2019

ΑΠΟΦΑΣΗ

«Διαχείριση ασθενούς στη ΜΕΘ σε καταστάσεις τέλους της ζωής»

Η Ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας κατά τη 278^η Συνεδρίασή της στις 20.12.2019, αφού έλαβε υπ' όψιν:

- Το κείμενο της Επιτροπής ΜΕΘ του ΚΕ.Σ.Υ., με θέμα «Προτεραιότητες εισαγωγής και κριτήρια εξόδου των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας» διαβιβασθέν με το από 8-2-2018 μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο ΚΕ.Σ.Υ.
- Την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής

αποφάσισε ομόφωνα ως παρακάτω:

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αλματώδης ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας δίνει σήμερα τη δυνατότητα παράτασης της ζωής με τεχνητά μέσα. Η παράταση αυτή επιδιώκεται για να υπάρξει χρόνος για τη θεραπεία του ασθενούς, αλλά σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις της υγείας του. Επιπλέον η μετατροπή αυτών ποικιλίας ασθενειών σε ασθενείες στο παρελθόν σε χρόνια ή αργής εξέλιξης νοσήματα με σοβαρές αναπηρίες, εγείρει περίπλοκες καταστάσεις και χωρίς καμία αμφιβολία επιαναπροσδιορίζει το διάλογο για το τέλος της ζωής και το πλαίσιο εντός του οποίου λαμβάνονται οι αποφάσεις σε τέτοιες καταστάσεις.

Το τέλος της ζωής και τα ζητήματα τα οποία εγείρει σε σχέση με την αξιοπρέπεια του στόμου

είναι ένα από τα τρέχοντα κύρια μελήματα των κρατών-μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης παρά τις όποιες διαφορές ως προς την πολιτισμική και κοινωνική τους προσέγγιση. Οι αρχές που έχουν καθιερωθεί από τη Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών και ειδικότερα από τη Σύμβαση για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια του ατόμου αναφορικά με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής, διαμορφώνουν ένα ηθικό και νομικό πλαίσιο αναφοράς μέσα από το οποίο τα κράτη-μέλη προσπαθούν να βρουν κοινές, εναρμονισμένες απαντήσεις στα ερωτήματα που εγείρονται στην κοινωνία, αναφορικά με τη διασφάλιση και την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Ως καταστάσεις του τέλους της ζωής εννοούνται αυτές στις οποίες μία σοβαρή επιδείνωση της υγείας, αφειλόμενη στην εξέλιξη της ασθένειας ή/και στην ύπαρξη σοβαρής ανεπάρκειας ζωτικών οργάνων, δεν είναι πλέον συμβατή με τη διατήρηση του ασθενούς στη ζωή. Σε καμία περίπτωση δεν αφορά στα ζητήματα της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, τα οποία ορισμένες μόνο εθνικές νομοθεσίες επιτρέπουν και ρυθμίζουν μέσω ειδικών κανόνων, κάτι που δεν ισχύει στη χώρα μας.

Ειδικά η διαδικασία λήψης απόφασης αναφορικά με την ιατρική θεραπεία κατά τα τέλος της ζωής, εγείρει ερωτήματα σε σχέση με τις ισχύουσες διεθνώς αρχές ηθικής και συγκεκριμένα την αυτονομία, την ωφέλεια, τη μη-βλάβη και τη δικαιοσύνη.

Το Άρθρο 9 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική προβλέπει τη δυνατότητα των ατόμων να εκφράσουν εκ των προτέρων τις επιθυμίες τους σχετικά με το τέλος της ζωής τους, σε περιπτώσεις που δεν είναι σε θέση να το κάνουν όταν θα πρέπει να ληφθεί μία ανάλογη απόφαση, και το καθήκον των ιατρών να λαμβάνουν υπόψη αυτές τις επιθυμίες. Η αυτονομία δεν συνεπάγεται το δικαιόμα του ασθενή να λαμβάνει οποιαδήποτε θεραπεία ζητήσει, ιδίως όταν πρόκειται για θεραπεία η οποία θεωρείται ακατάλληλη.

Η χρυσή τομή ανάμεσα στα οφέλη και τον κίνδυνο βλάβης συνιστά το σημείο κλείδι της ιατρικής ηθικής. Η δυνητική βλάβη μπορεί να είναι όχι μόνον σωματική αλλά και ψυχολογική ή να παίρνει τη μορφή της παραβίασης της ιδιωτικότητας του ατόμου. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν σαφή μέσα αξιολόγησης του βαθμού κατά τον οποίον μια θεραπεία μπορεί να είναι δυσανάλογη και τα οποία να μπορούν να εφαρμοστούν σε κάθε ατομική περίπτωση (εξατομικευμένη προσέγγιση).

Στις καταστάσεις του τέλους της ζωής στην αντιμετώπιση και τη φροντίδα του ασθενούς δίδεται προτεραιότητα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του και λιγότερο στην παράταση της. Ο στόχος αυτός μπορεί να επαιτεί την εφαρμογή ή την ενίσχυση συγκεκριμένων τύπων υποστηρικτικής αγωγής, όπως συμβαίνει στην αντιμετώπιση του πόνου ή κάθε συμπτώματος που προκαλεί τολαιπωρία στον ασθενή.

Αντίθετα μπορεί να αποφασιστεί η μη κλιμάκωση ή η αποκλιμάκωση της θεραπευτικής αγωγής, εάν αυτή δεν ωφελεί ή έχει καταστεί δυσανάλογη ή με την παύση της ή την μείωση των δόσεων περιορίζονται οι παρενέργειες.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ενώ το θέμα της μη κλιμάκωσης ή της αποκλιμάκωσης μιας θεραπευτικής αγωγής (*treatment*) η οποία δεν κομίζει πλέον κανένα όφελος ή, έχει γίνει δυσβάστακη μπορεί να εγείρεται στις καταστάσεις του τέλους της ζωής **δεν τίθεται θέμα παύσης της παροχής φροντίδας (care)**, συμπεριλαμβανομένης της ανακουφιστικής αγωγής, η οποία στοχεύει στη διατήρηση της ποιότητας ζωής του ασθενή, κάτι που είναι απολύτως αναγκαίο καθώς ενσωματώνει την έννοια του σεβασμού προς το άτομο στην ιατρική πράξη.

Σε αμφιλεγόμενες καταστάσεις ή σε περίπτωση σύσυμφωνίας μεταξύ των εμπλεκαμένων στη λήψη απόφασης, απαιτείται μια νομικά κατοχυρωμένη παρέμβαση μιας Κλινικής Επιτροπής Ηθικής προκειμένου να βοηθήσει, μέσω ηθικών γνωμοδοτήσεων, στις συζητήσεις που γίνονται ως μέρος της διαδικασίας λήψης απόφασης. Ανάλογα με τη σχετική νομοθεσία, τέτοιες επιτροπές μπορεί να συμμετέχουν στη διαδικασία είτε συστηματικά είτε ύστερα από αίτημα της ιατρικής ομάδας, του ασθενή ή του περιβάλλοντος του ασθενή.

Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς όπως αυτοί με σύνδρομο δυσλειτουργίας πολλαπλών οργάνων, έχουν ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Ορισμένοι δεν θα επιβιώσουν ή θα έχουν, κακή ποιότητα ζωής. Παρόλο που το αποτέλεσμα της έντασικής θεραπείας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς μπορεί να είναι δύσκολο να προβλεφθεί με ακρίβεια, η ύπαρξη ρεαλιστικών στόχων θεραπείας στη ΜΕΘ είναι υψηστης σημασίας, κυρίως λόγω των ανακριβών προσδοκιών για την πρόγνωση του ασθενούς εκ μέρους της οικογένειάς του ή των εκπροσώπων του. Μη ευεργετικές προηγμένες θεραπείες παράτασης της ζωής δεν συγάδονται με τον καθορισμό των στόχων της φροντίδας. Έχει αποδειχθεί ότι οι εκ των προτέρων συναντήσεις για τον καθορισμό των στόχων της θεραπείας του βαρέως πάσχοντα εντός 72 ωρών από την εισαγωγή του στη ΜΕΘ, προωθούν την επικοινωνία και την κατανόηση μεταξύ της οικογένειας του ασθενούς και της θεραπευτικής

ομάδας και βελτιώνουν την ικανοποίηση της οικογένειας μειώνοντας το στρες και την κατάθλιψη των επιζώντων συγγενών και τελικά διευκολύνοντα τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε καταστάσεις τέλους της ζωής.

Η παρηγορητική φροντίδα όλο και περισσότερο γίνεται αποδεκτή ως βασική σύνιστώσα της ολοκληρωμένης φροντίδας βαρέως πασχόντων ασθενών ανεξάρτητα από τη διάγνωση και την πρόγνωση.

Πρέπει να αναπτυχθούν ευέλικτες στρατηγικές επικοινωνίας και συνάντησεων με την οικογένεια έτσι ώστε να θεσπιστούν οι στόχοι της φροντίδας και ο τρόπος υποστήριξης της οικογένειας κατά τη διαδικασία του θανάτου του ασθενούς.

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 9. τυχαιοποιημένων και 13 μη τυχαιοποιημένων μελετών διαπιστώθηκε ότι ο εκ των προτέρων σχεδιασμός φροντίδας, παρά τις μεγάλες διαφορές ως προς τον τύπο και τη ποιότητα των μελετών, συνδυάζεται με τάση μείωσης των εισαγωγών και της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ.

Παρά τις διαφορές που παρατηρούνται ανάλογα με τη γεωγραφική θέση, το νομικό πλαίσιο, τη θρησκεία και το πολιτισμικό πλαίσιο, υπάρχει σε όλο τον κόσμο επογγελματική συναίνεση σχετικά με τις βασικές πρακτικές στο τέλος του κύκλου ζωής των ασθενών στην ΜΕΘ.

Ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών αποτελούν τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νέοι άνθρωποι, οι οποίοι μέχρι να νοσήσουν δεν έχουν διαμορφώσει (ή σκεφτεί) την άποψή τους για το τέλος της ζωής τους. Για αυτές τις περιπτώσεις προτείνεται οι συζητήσεις να γίνονται και οι αποφάσεις να λαμβάνονται μετά από συνεννόηση με τις οικογένειες (γονείς, αδέλφια, σύζυγοι, σύντροφοι) και με τη βοήθεια που μπορεί να προσφέρει μια Κλινική Επιτροπή Ηθικής, όπου μπορεί να υπάρξει ως ανεξάρτητη αρχή και να στελεχώνεται από επιστήμονες και εκπροσώπους του νόμου, της θρησκείας ή του δόγματος του ασθενούς αλλά και της χώρας που τον φιλοξενεί αυτές τις ώρες που φεύγει από τη ζωή.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ για καθορισμό των στόχων φροντίδας του βαρέως πάσχοντα:

1. Συστήνεται οι στόχοι της φροντίδας και της πρόγνωσης να συζητούνται με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους
2. Συστήνεται να ενσωματωθούν οι στόχοι της φροντίδας στη Θεραπεία και όπου κρίνεται

— απαραίτητο να γίνει προγραμματισμός της φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής, αξιοποιώντας τις αρχές της παρηγορητικής φροντίδας

3. Προτείνεται οι στόχοι της φροντίδας να τεθούν το συντομότερο δυνατόν, αλλά όχι αργότερα από 72 ώρες από την εισαγωγή του ασθενή στη ΜΕΘ

Για το Κ.Ε.Σ.Υ.



Καθηγητής Κώστας Β. Μάρκου

Αποδέκτης για ενέργεια

Δ/νση Οργάνωσης και Λειτουργίας Νοσηλευτικών Μονάδων και Εποπτευόμενων Φορέων

Εσωτερική Διανομή

- 1) Γραφείο Υπουργού Υγείας
- 2) Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
- 3) Γραφείο Γεν. Γραμματέα Υπουργείου Υγείας
- 4) Γραφείο Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
- 5) Δ/νση Επισ. Τεκμηρίωσης & Διοικ. & Γραμ. Υποστήριξης Κ.Ε.Σ.Υ.-Τμήμα Β'

ΑΠΟΦΑΣΗ

«Ελάχιστες προϋποθέσεις λειτουργίας Τυμπάτων Εντατικής Θεραπείας»

Η Ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας κατά την 256^η Συνεδρίαση της στις 24.6.2016, αφού έλειψε υπ' όψιν:

- το Πράκτικό 4 της υπ' αριθμ. 4/19.6.2015 Συνεδρίασης της Επιτροπής Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Επιτροπή ανασυγκροτήθεισα με την υπ' αριθμ. ΔΥ1δ/Γ.Π.οικ.1/3863/30.12.2014 Απόφαση)
- την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής
- τις προτοσεις μελών της Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ. σχετικές με προσθήκαις ή/και τροποποιήσεις επι της εισηγήσεως της Εκτελεστικής Επιτροπής και

ύστερα από διεξοδική συζήτηση αποφάσισε ομόφωνα, σχετικά με τις ελάχιστες προϋποθέσεις λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, τα ακόλουθα:

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

A. ΟΔΗΓΙΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

I. Οριομός και στόχοι της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί διακριτό χώρο ιατρικής δραστηριότητας και νοσηλείας, η οποία λειτουργεί ανεξάρτητα από τα άλλα τμήματα του Νοσοκομείου. Έχει καθορισμένη θέση στο χώρο του Νοσοκομείου και συγκεντρώνει συνθρόπινο δυναμικό με επαγγελματικές δεξιότητες και τον ανάλογο τεχνικό εξοπλισμό. Ο στόχος της ΜΕΘ είναι η παρακολούθηση και η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών που ανεπαρκούν σε οξεικές πάσχοντες ασθενείς καθώς και η διενέργεια των απορραιτήσεων διαγνωστικών εξετάσεων και η θεραπεία αύτων, ώστε να βελτιωθεί η έκβαση των ασθενών. Η ΜΕΘ περιλαμβάνει τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και, εφόσον υπάρχει, τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ).

II. Λειτουργικά κριτήρια

II.1. Περιβάλλον Και Εργαστήρια

Πρέπει να βρίσκεται σε νοσοκομείο που διαθέτει ποικιλία ειδικοτήτων για τις ανάγκες της εντατικής θεραπείας. Πρέπει να υπάρχουν χειρουργικό, παθολογικό, διαγνωστικό και θεραπευτικά τμήματα και σύμβουλοι παθολόγοι, αναισθησιολόγοι, χειρουργοί και ακτινολόγοι, οι οποίοι θα είναι παρόντες για τις ανάγκες της ΜΕΘ σε 24 ώρη Βάση. Οι ιατροί ΜΕΘ λειτουργούν σε συνεργασία με ιατρούς όλων ειδικοτήτων εφόσον κληθούν.

Δεν είναι αναγκαίο όλα τα νοσοκομεία να έχουν ακριβώς τις ίδιες ΜΕΘ όσον αφορά στις δυνατότητες, στο σχεδιασμό και στον εξοπλισμό. Οι ΜΕΘ πρέπει να προσαρμόζονται στην περιοχή και στο νοσοκομείο που εξηγηθετούν, σε ό,τι αφορά στα μέγεθος, στη στελέχωση και στην τεχνολογία. Ανά 200 χιλιόμετρα στον οδικό, εθνικό όδον να υπάρχει 24 ώρες/7 ημέρες Ν/Χ κάλυψη. Ειδικές παιδιατρικές μονάδες είναι επιθυμητές όπου η υπορει περιστατικών το δικαιολογεί. Τα παιδιά πρέπει να νοσηλεύονται σε εξαιρεκυριόνες ΜΕΘ.

III.2. Μέγεθος της ΜΕΘ

Μια ΜΕΘ πρέπει να έχει τουλάχιστον 6 (6) κρεβάτια. Νοσοκομεία με μικρότερες των 6 κρεβατιών μονάδες, πρέπει να ενθαρρυνθούν να αναδιορθωθούν τις μονάδες, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα μεγαλύτερο τμήμα με στόχο την σύδηση της αποδοτικότητας. Αποδεδειγμένα σωστός αριθμός κλινών από οικονομική και λειτουργική άποψη αλλά και από την άποψη της εμπειρίας του πραστικού είναι οκτώ (8).

III.3. Ιατρικό Προσωπικό

III.3.1. Ιατρικός Διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Η ευθύνη για τη Μονάδα και η διοικητική και ιατρική διεύθυνση της Μονάδας ανήκει σε γιατρό αποκλειστικής απασχόλησης στην εντατική θεραπεία. Ο Συντονιστής Διευθυντής της ΜΕΘ πρέπει απαραίτητα να έχει την εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία.

III.3.2. Γιατροί της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Οι γιατροί της ΜΕΘ (Διευθυντές, Επιμελητές Α' και Β') έχουν την εξειδίκευση που απαιτείται για την διακρίση της εντατικής θεραπείας. Εφόσον δεν κατέχουν ωχετικό τίτλο εξειδίκευσης, οι Επιμελητές Β' δύνανται να δώσουν εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου εξειδίκευσης μετά από δύο (2) χρόνια υπηρεσίας στη ΜΕΘ. Ο αριθμός τους υπολογίζεται βάση των κρεβατιών της ΜΕΘ, του αριθμού των εφημεριών, των υπολογισμών των απουσιών για διακοπές, για ασθένεια καθώς και για εκταινιευτικούς, διδακτικούς και ερευνητικούς λόγούς. Τουλάχιστον 6 γιατροί για 8 κρεβάτια είναι απαραίτητοι για ασφαλή και απρόσκοπτη λειτουργία της μονάδας. Για ΜΕΘ μεγαλύτερες των 8 κλινών και για τις επιπλέον κλίνες η αναλογία του αριθμού των

γιατρών πρέπει να ανέρχεται σε 1 γιατρό ανά 3 κλίνες ΜΕΘ ή κλίνες ΜΑΦ. Ο παραπάνω αριθμός γιατρών αφυπά το ιαχύον συστήμα εφημερίδων (δυνατότητα 5 έως 7 εφημεριών το μήνα για κάθε γιατρό) και θα πρέπει να αυξηθεί, εάν οι εφημερίες ελαττώθουν. Για ΜΕΘ με περισσότερα τουν 8 κρεβατιών ή με ΜΑΦ, θα πρέπει να υπάρχει 2nd γιατρός σε ενεργό εφημερίδα ή σε μεικτή, κατό την κρίση του διευθυντή της ΜΕΘ. Δεν είναι δυνατόν να υπάρχουν ασθενείς χρόνου, σε κλινικές, διασωληνώμενοι. Αν δύναται υπόριχον, αυτόκουν στην εποπτεία της κλινικής που τους νοσηλεύει και οι γιατροί της ΜΕΘ έχουν μόνο συμβουλευτικό ρόλο. Μετακινήσις ασθενών της ΜΕΘ για ειδικές εξετάσεις (αξονικές, αγγειογραφία, εμβολισμό) γίνονται με την ευθύνη των γιατρών της. Πατροί που προσλαμβάνονται με ποικιλής μορφής ασυμβάσιας, πρέπει απαραίτητο να έχουν εξειδικευμένη στη ΜΕΘ εντοπική θεραπεία. Σε ΜΕΘ με 4-6 κλίνες το ιατρικό προσωπικό δεν μπορεί να είναι λιγότερο από έξι (6) άτομα και για λόγους εφημερίδας.

II.3.3. Εκπαιδευόμενοι γιατροί

A. Ειδικευόμενοι γιατροί: Γιατροί εκπαιδευόμενοι στην αναισθησιολογία, παθολογία, πνευμονολογία, γενική ιατρική κτλ στο πλαίσιο εκπαίδευσης στην βιδικότητά τους, εκπαιδεύονται στην εντοπική θεραπεία ανάλογα με τις κείμενες διατάξεις που υπάρχουν για τις ιατρικές ειδικότητες και κάνουν όλες τις εφημερίες τους στα ΤΕΠ.

B. Εξειδικευόμενοι γιατροί: Ειδικευμένοι γιατροί στην αναισθησιολογία, καρδιολογία, παθολογία, πνευμονολογία, νεφρολογία και χειρουργική μπορούν να εκπαιδεύονται στην εντοπική θεραπεία για δύο χρόνια και να λέμβουν μετό υχετικές γραμμές και προφορικές εξετάσεις του αντίστοιχο τύπου εξειδικευούσης. Κατό τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, οι εκπαιδευόμενοι γιατροί είναι αποκλειστικής αποσχιμότητας στη ΜΕΘ και μετέχουν στις δραστηριότητες της Μανάδας (απαρτείται η κάλυψη όλων των απαραίτητων δεξιοτήτων, όπως περιγράφονται σε μια αναγνωρισμένη πολυδύναμη ΜΕΘ), κάτω από την επίβλεψη ενός ειδικευμένου γιατρού. Οι εξειδικευόμενοι ανήκουν στη ΜΕΘ και δε μετακινούνται για όλους λόγους, για κάλυψη όλων αναγκών του Νοσοκομείου (για παράδειγμα εξειδικευόμενος αναισθησιολόγος να κάνει εφημερίες στο χειρουργείο, με εντολή διοικητή).

Ο αριθμός των εξειδικευόμενων γιατρών στη ΜΕΘ ορίζεται μετά από γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ σύμφωνα με τις ιαχύουσες διατάξεις.

II.3.4. Ευθύνες και καθήκοντα των γιατρών της ΜΕΘ

Οι γιατροί της ΜΕΘ θεραπεύουν ασθενείς χρησιμοποιώντας τεχνικές που είναι αύματων με τους κανόνες της ιατρικής τέχνης και μπορούν να συμβουλεύονται ειδικούς γιατρούς όλων ειδικοτήτων, οπου αυτό χρειάζεται κατό την κρίση τους.

Οι γιατροί της ΜΕΘ αναλαμβάνουν την ιατρική και διοικητική ευθύνη του ασθενούς που διακομίζεται από ΜΕΘ, συνεργούμενοι με τους γιατρούς, οι οποίοι έχουν λόγο για την θεραπεία του ασθενούς. Καθορίζουν τα κριτήρια εισαγωγής και εξόδου και έχουν την ευθύνη της εκπόνησης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων ώστε να υπάρχει οδιομορφη συντημετάποιη των ασθενών. Ένα σημαντικό καθήκον των γιατρών της ΜΕΘ είναι η επίβλεψη και η εκπαίδευση εκπαιδευόμενων γιατρών στο αντικείμενο της εντατικής θεραπείας. Στο πλαίσιο πρόληψης της επαγγελματικής εξόντωσης (burn-out), οι γιατροί της ΜΕΘ μπορούν να κάνουν εξωτερικά ιατρείο, σχετικό της βασικής τους ειδικότητας (π.χ. ιατρείο πόνου, υπέρτασης, λοιμώξεων, μελέτης ύπνου, μικρές επεμβάσεις, υπέρχο καρδιώς κτλ), εφόσον το επιτρέπει ο Προϊστόμενος της ΜΕΘ ή το εγκρίνει το Επιπτημονικό Συμβούλιο.

II.3.4.ο. Διαδικασίες εισαγωγής και εξόδου ασθενών από τη ΜΕΘ.

1. Οι εσωτερικοί ασθενείς θα διακομίζονται από ΜΕΘ με την ίδια διαδικασία που μεταδίδονται από τμήμα σε τμήμα, βάσει πρόσκλησης via μεταφορά και έγκριση της από τους γιατρούς της ΜΕΘ. Στη συνέχεια, ο ασθενής χρεωνται από ΜΕΘ και στο τμήμα από το οποίο προέρχεται. Την ευθύνη των αρρώστου έχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ. Οι γιατροί του τμήματος από το οποία προέρχεται ενεργούν ως αυτοματοί εφόδον ζητείται και παρακολουθούν την εξέλιξη του ασθενούς καθημερινά.

2. Εισαγωγή ασθενούς από τα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Ο ασθενής εξετάζεται στα ιατρεία του ΤΕΠ και χρεωνται απόν την ανάλογη εφημερεύσια κλίμκη. Το φύλλο εκτίμησης του ασθενούς των επιμέρους ειδικοτήτων, με την οκτυάρη φρα εκτίμησης, θα συγχορεύει τον ασθενή σε όλες τις μετακινήσεις του. Σε ημέρες ή/ν εφημερίες του Νοσοκομείου (ή σε διακομιδή από άλλο Νοσοκομείο) η χρέωση – εισιτήριο του ασθενούς γίνεται στην κλινική που κρίνει, με βάση την αξιολόγηση των προβλημάτων του ασθενούς, ο εφημερεύων γιατρός της ΜΕΘ.

3. Εξόδος από τη ΜΕΘ. Υπέβαλνον για την έξοδο των ασθενών της ΜΕΘ είναι οι γιατροί της. Αμέσως μάλις αποφασισθεί η έξοδος, ο άρρωστος εξέρχεται στο πρώτο διαθέσιμο κρεβάτι του Νοσοκομείου και κατόπιν προτίμηση στο τμήμα όπου έγινε χρεωνόμενος.

II.3.5. Εξασφόλιση της συνέχειας της ιατρικής δραστηριότητας

Η συνέχεια της ιατρικής δραστηριότητας εξασφαλίζεται από την ανεγκή παρουσία επιμελητών της ΜΕΘ σε 24ωρη βάση. Στην εφημερία οι επιμελητές λειτουργούνται με εξειδικευμένους στην εντατική θεραπεία, οι οποίοι θύμως εργάζονται πάντα υπό την καλύψη ενός επιμελητή της ΜΕΘ.

II.3.6. Αρχείο ασθενών

Το αρχείο των ασθενών περιλαμβάνει ένα ιατρικό και ένα νοσηλευτικό ιστορικό και περιέχει :

- Το ιστορικό του ασθενούς και την κατάσταση της υγείας του πριν την εισαγωγή του.
- Την καθημερινή κλικική του κατάσταση.
- Φυσιολογικές παραμέτρους που μετρώνται και καταγράφονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως ανά ώρα, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς.
- Μια περίληψη καθημερινή της προόδου του ασθενούς.
- Ένα νοσηλευτικό αρχείο
- Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων
- Βαθμολόγηση της βαρύτητας της νόσου
- Αντίγραφο του σημειώματος εξόδου που δίνεται στους γιατρούς, πανί παραλαμβάνουν τον ασθενή
- Ενημερωτικό εξός ή επικριτικό θανάτου

II.4. Νοσηλευτικό προσωπικό

II.4.1. Οργάνωση και ευθύνες

Η εντατική θεραπεία παρέχεται έναν αινεκούς συνεργασίος των ιατρών με τους νοσηλευτές του τμήματος. Πρέπει να οργανωθεί ένας αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας.

Τα καθήκοντα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι καλά καθορισμένα. Το ιατρικό προσωπικό έχει την ευθύνη των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων.

II.4.2. Προϊστάμενος /η, νοσηλευτής/τρία

Το νοσηλευτικό προσωπικό διοικείται από έναν προϊστάμενο νοσηλευτή/τρία ΠΕ ή ΤΕ, που είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο προϊστάμενος – νοσηλευτής/τρία πρέπει να έχει αποδεσμένα εκπειτηδύνη εμπειρία στη νοσηλεία ασθενών σε εντατική θεραπεία τουλάχιστον τριετή συνεχόμενη προϋπηρεσία την τελευταία πενταετία σε γενική ΜΕΘ, ο αντικαταστάτης/τρία της προϊστάμενης πρέπει να έχει την αντίστοιχη εμπειρία. Ο προϊστάμενος νοσηλευτής πρέπει να φροντίζει για τη συνεχόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών. Ο προϊστάμενος και ο υπεύθυνος νοσηλευτής δε συμπλεύχει στις νοσηλευτικές βάρδιες κατά τα απόγευμα, τη νύχτα και τις αργίες, ασκώντας αποκλειστικά το συντομογράφο και την επιστροφή των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων της μονάδας.

II.4.3. Νοσηλευτές

Οι νοσηλευτές και νοσηλευτρίες της εντατικής θεραπείας αποτελούν πλήρως εκπαιδευμένο προσωπικό, που έχει επιπλέον εκπαίδευση στην εντατική και επείγουσα ιατρική. Ο αριθμός των αποφραίτητων νοσηλευτών προσδιορίζεται ανάλογα με το επίπεδο της παρεχόμενης παρακολούθησης και νοσηλείας και το συνυπολογισμό των προβλεπόμενων απουσιών για

κανονική άδεια, όπως για ασθένεια, εκπαιδευτικούς λόγους κτλ. Ο συνολικός αριθμός νοσηλευτών είναι κατ' ελάχιστον 4 από ΜΕΘ και 2 για κάθε κλίνη στις ΜΑΙ. Το νοσηλευτικό προσωπικό μετακινείται, σύντομα, στην ίδια εξουσιοδοτημένη αντικατόσταση του και ποτέ χωρίς την έγκριση του διευθυντή και του προϊσταμένου ΜΕΘ.

II.4.4. Βολβητικό νοσηλευτικό προσωπικό

Για κάθε 3 κλίνες είναι απαραίτητη η παρουσία ενός νοσοκόμου/τραυματοφόρεα και ενός βοηθού θαλάρου αποκλειστικής απασχόλησης, ειδικά εκπαιδευμένου για τις ανάγκες της ΜΕΘ, πρώι και απόγευμα.

II.4.5. Εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές

Νοσηλευτές σε εκπαίδευση στην εντατική θεραπεία πρέπει να εκπαιδεύονται σε ΜΕΘ κάτω από την επίβλεψη επαρκούς εκπαιδευτικού προσωπικού. Σε καμια περίπτωση δεν αντικαθιστούν το μόνιμο προσωπικό της εντατικής θεραπείας.

II.5. Φυσικοθεραπευτές

Ένας φυσικοθεραπευτής αποκλειστικής απασχόλησης πρέπει να βρίσκεται για κάτ' ελάχιστο 4 κρεβάτια σε καθημερινή βάση, πρωί και απόγευμα και Σαββατοκύριακο, για κάλυψη κυκλικού ωρορίου και αδειών.

II.6. Τεχνολόγοι

Πρέπει να οργανωθεί η συντήρηση, βαθμονόμηση και επισκευή του τεχνολογικού εξοπλισμού στο τμήμα. Αυτό μπορεί να γίνεται από κοινού και με άλλα τμήματα του Νοσοκομείου ή αλλά πρέπει να υπάρχει 24ωρη ετοιμότητα με προτεραιότητα στη ΜΕΘ.

II.7. Τεχνολόγος ακτινολόγος

Πρέπει να βρίσκεται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο. Η δυνατότητα γνωμάτευσης ακτινογραφιών, αξροικών τομογραφιών ή άλλων σπεικονοστικών εξετάσεων από ακτινολόγο πρέπει να είναι δυνατή ανά πόσα στιγμή.

II.8. Γραμματειακή Υποστήριξη

Απαιτείται, σε πλήρη απασχόληση, ένας γραμματέας, με γνώση χρήσης Η.Υ. και σύγχρονής γλώσσας, ανά 12 κρεβάτια εντατικής θεραπείας. Σε μικρότερες ΜΕΘ γραμματειακή κάλυψη είναι επιθυμητή, για την τακτοποίηση των εργαστηριακών και των αρχείων των ασθενών.

II.9. Προσωπικό καθαρισμού

Πρέπει να υπάρχει μια ειδική ομάδα για τη ΜΕΘ. Οι εργαζόμενοι στην καθαριότητα του τμήματος πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων και να γνωρίζουν τους κινδύνους των ιατρικών μηχανημάτων.

III. Κριτήρια δραστηριότητας

III.1 Απαραίτητος αριθμός κρεβατιών εντατικής θεραπείας

Ο αριθμός των κρεβατιών εντατικής θεραπείας πρέπει να υπολογίζεται ως συνάρτηση του τύπου του νοσοκομείου, της ρυσπλειας σε αυτό ειδικών κατηγοριών ασθενών, της γεωγραφικής τοποθεσίας του νοσοκομείου και του συνολικού αριθμού κρεβατιών ιασσόηποτε άλλης μορφής εντατικής παρακολούθησης ή θεραπείας (π.χ. μονάδα φραγμάτων). Ο συνολικός αριθμός των κρεβατιών της ΜΕΘ πρέπει να είναι τουλάχιστον 5% του συνολικού αριθμού κρεβατιών του Νοσοκομείου (για Νοσοκομεία με ≥ 200 κλίνες).

III.2 Έλεγχος ποιότητας

Χρειάζονται αντικαμεγκά κριτήρια για να εκτιμηθεί η δραστηριότητα και η ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας σε μία ΜΕΘ. Αυτό περιλαμβάνουν :

-Ελάχιστα κλινικά στοιχεία που περικινθάνουν το είδος της νόσου, τη διάγνωση, δημογραφικά στοιχεία, την πληρότητα των κλιμάν, το μέσο χρόνο νοσησίας, τη θνητότητα και την προβλεπόμενη θνητότητα.

-Ελάχιστα νοσηλευτικά στοιχεία που αξιολογούν τα επίπεδα της νοσηλευτικής δραστηριότητας, όπως η βαθμολόγηση Omega και TISS.

-Βαθμολογίες, βαρύτητας νόσου όπως SAPS, APACHE και πρόγνωση θνητότητας.

-Βαθμολογίες για ανεπάρκειες οργάνων.

-Επιρροκές κατό την παραμονή στη ΜΕΘ και νοσοκομειακές λοιμώξεις.

-Κόστος της παραμονής στη ΜΕΘ.

-Καταγραφή των τεχνικών που χρησιμοποιούνται (ποσοστό ασθενών σε μηχανικό αερισμό, αιμοκάθαρση κ.λ.π.)

Κάθε ΜΕΘ θα πρέπει να αξιολογεί τη λειτουργία της λαμβάνοντας υπόψη τα γεγονός ότι ένας ελάχιστος αριθμός από κάθε κατηγορία ασθενών είναι αναγκαίος για τη διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου απόδοσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

B. ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η συνολική επιφάνεια της ΜΕΘ πρέπει να είναι μεγαλύτερη κατά 2,5 – 3 φορές της έκτασης του χώρου, ο οποίος εφιερώνεται από νοσηλεία των ασθενών.

Χώρος ασθενών

Η εισόδος στο χώρο νοσηλείας, πρέπει να έχει προθάλαρο $25m^2$ περίγραμμο, όπου γίνεται η μεταφορά των ασθενών και ο άλγερχος των επισκεπτών και η ανάλογη προετοιμασία τους.

Ο χώρος νοσηλείας των ασθενών είναι κατ' ελάχιστο $25m^2$ ανά κρεβάτι και $2,5m^2$ διάδρομος για την κυκλοφορία πίσω από την περιοχή εργασίας. Οι πόρτες είναι αρκετά φαρδιές, ώστε να επιτρέπουν τη διέλευση με ευκολία ενός κρεβατιού με τα εξαρτήματα του. Πρέπει να εξασφαλίζεται ο σεβασμός της ανάγκης του ασθενούς για απομόνωση.

Η ανάπτυξη των κρεβατιών θα πρέπει να σχεδιάζεται έτοι μόστε οι ενσυνιστούντοι ασθενείς να μην ενοχλούνται από τα σέρια προβλήματα άλλων ασθενών.

Ο λόγος των μονώσειων προς κοινά κρεβάτια θα πρέπει να είναι 2 ή ανά 3 κρεβάτια, αλλά μπορεί και να είναι μεγαλύτερος (5 έως 6 κλίνες ανά 10) σε ειδικά τμήματα (μονάδες εγκαυμάτων, τμήματα μεταμοσχεύσεων κ.λ.π.). Οι μονώσεις πρέπει να έχουν προθάλαμο τουλάχιστον $3m^2$ με νιτήρα για πλύσιμο των χεριών, ντύσιμο και αποθήκευση. Κατάλληλες σημηγίες αναγράφονται έξω από κάθε μονώση.

Στην κατασκευή μίας ΜΕΘ πρέπει να προβλέπεται διοδος απομάκρυνσης ακαθάρτων και ακουπιδίων.

Η ΜΕΘ πρέπει να έχει εύκολη πρόσβαση με ουγκεκριμένο κατάλληλο μετακινητήρα στον αέρινο ή μαγνητικό τομογράφο και στο τμήμα επειγόντων. Άμεση πρέπει να είναι η έπαφή της ΜΕΘ με το χειρουργείο.

Προτάσεις για τις συνθήκες υικροκλίματος σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Aεριωμός & Κλιματισμός

Προτάσεις για τον Αερισμό.

- Υιοθέτηση των «Κύριων προδιογράφων ηλεκτρομηχανολογικών τυπωτάσσεων των κύριων τμημάτων νοσοκομείων» του Υπουργείου Υγείας με Αιτίαση εγκρίσεως ΔΥΘ/Β/οικ.49727/26-04-2010, με τις εξής τροποποιήσεις και προσθήκες για τους χώρους κλινών της ΤΕΘ:

- Ο ρυθμός αερισμού θα υπολογίζεται ανάλογα με το πλήθος των προβλεπόμενων ασθενών, εργαζομένων και, σε ορισμένες περιπτώσεις, τον αριθμό των επισκεπτών.

- Ο ρυθμός θα πρέπει να προσαρμόζεται στον αριθμό λειτουργικού κλινών και προβλεπόμενου προσωπικού
- Σε καμία περίπτωση ο ρυθμός ανανέωσης του εσωτερικού αέρα θα θα πρέπει να είναι κάτια $10 \text{L/sec/person} \Rightarrow 0.01 \text{ m}^3/\text{sec} \Rightarrow 36 \text{m}^3/\text{h}$

(Seppanen, O. A., Fisk W. J., & Mendell, M. J. (1999). «Association of ventilation rates and CO₂ concentrations with health and other responses in commercial and industrial buildings». Indoor Air, Vol.9.

Karachalios N., Styras D. et All. "Research into the working conditions...of people working in ICU" Intensive Care Medicine 23rd ESICM Congress Spain 2010).

- Υιοθέτηση ως ιδανικής της εναρμονισμένης με την ευρωπαϊκή, ελληνική νομοθεσίας [Προεδρικό Διάταγμα 16/1996 (Φ.Ε.Κ. 10/A/18-1-1996)], που προβλέπει «ποροχή αέρα 20 - 40 m^3/h /εργαζόμενο για εργασίες επί το πλειστο κοβιτικές, 40-60 m^3/h /εργαζόμενο για εργασίες επί το πλειστο ελαφρά αιωματικές και $\geq 65 \text{ m}^3/\text{h}$ εργαζόμενο για εργασίες επί το πλειστο βαριά αιωματικές» και ένταξη της εργασίας στους χώρους αντός της ΜΕΘ ως εργασίες επί το πλειστο ελαφρά αιωματικές με ρυθμό ανανέωσης του αέρα $40-60 \text{ m}^3/\text{h}$ εργαζόμενο.
- Προτείνεται οι οπές προσαγωγής αέρα και κλιματισμού να μην απευθύνονται τη ροή αέρου άμεσα στις κλίνες για την αποφυγή αισθημάτως δυσφορίας από τη ροή του αέρα.

Προτάσεις για τη Θερμοκρασία και Υγρασία.

- Υιοθέτηση των «Κύριων προδιαγραφών πλεκτρομηχανολογικών υποστάσεων των κύριων τμημάτων νοσοκομείων» του Υπουργείου Υγείας με Απόφαση εγκρίσεως ΔΥ8/Β/οικ.49727/26-04-2010, με τις εξής τροποποιήσεις και προσθήκες, για τους χώρους κλίνων της ΜΕΘ:
 - Οι ΜΕΘ προτείνεται να άσπριζονται και να κλινιστίζονται τεχνητά, για τον απόλυτο έλεγχο του μικροκλίματος τους, με την αισιοδοσία προϋποθέτη της τακτικής συντήρησης, βαθμονόμησης και καθαρισμού των αεραγωγών τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά. Ταυτόχρονα τα απαραίτητα φίλτρα άνθρακα ή HEPA θα πρέπει να αντικαθίστανται σύμφραντα με τις προδιαγραφές του κατασκευαστή τους ή πιο σύντομα έπειτα από υπόδειξη του τεχνικού ασφαλείας.
 - Σημειώνεται η απουσία αισιοδοσίου ελέγχου και συντήρησης του αισιοδοσίου αερίσμου και κλιματισμού συνηγορεί στη μη χρήση του.
 - Προτείνεται μέση θερμοκρασία χώρου οι 22°C . Μελέτες συνδέουν αρεσα το Σύνδρομο Νοσογόνου Κτιρίου και τις θερμοκρασίες πάνω από τους 22°C στους χώρους εργασίας.

- Η σχετική υγρασία του χώρου θα πρέπει να είναι <60%.
- Επισημαίνεται ότι η χαμηλή περιεκτικότητα του αέρα σε υγρασία ευνοεί την ανάπτυξη στατικού ηλεκτρισμού και προβλήματα υγείας διώς ερεθισμός του δέρματος και αισθητικά ζημιές του ανώτερου αναπνευστικού (Charles K., Reardon J.T. and R.J. Magee).
- Προτείνεται οι απές προσαγωγής αέρα και κλιματισμού να μην κατευθύνουν τη ροή αέρα άμεσα στις κλίνες για την απόφυγή αισθημάτως δυσαφορίας από τη ροή του αέρα.
- Προτείνεται η ρύθμιση της θερμοκρασίας και της υγρασίας να πραγματοποιείται από μετρήσεις στο χώρο και όχι αποκλειστικά από τις εξόδους των ρευμάτων αέρα.
- Προτείνεται η θερμορύθμιση, κλιματισμός και αερισμός να μην επηρεάζεται από αρρυνωγούς δύορουν χώρων και κατά προτίμηση από έχοντας στόμα αερισμού/ κλιματισμού.
- Εξαίτιας της υποκειμενικότητας του αισθήματος κρύου ή ζεστού ανά το προσωπικό και τους χρήστες του χώρου της ΜΕΘ προτείνεται η ύπαρξη δυνατότητας ρύθμισης της υγρασίας και της θερμοκρασίας χωρίς αυτή να είναι προσβάσιμη από τους χρήστες του χώρου και το προσωπικό. Προτείνεται ο πίνακας ελέγχου εντός της ΜΕΘ να είναι κλειδωμένος.

Προτάσεις για το Θόρυβο

- Προτείνονται το όριο τα οποία έχει θεσπιστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και τα οποία είναι τα 35dB ή λιγότερο στους θαλάμους των ασθενών. Η Ελληνική Νομοθεσία, ενσωματισμένη με την Ευρωπαϊκή, ορίζει οριακές τιμές έκθεσης στους χώρους εργασίας, με το Π.Δ. 149/2006 (ΦΕΚ 159/A/28.7.2006). Με αυτό, τα 87dB ορίζονται ως η ανώτερη τιμή για την ινάληψη άρδσης και τα 80dB ως κατώτερη τιμή έκθεσης για την ινάληψη δράσης.
- Προτείνεται η τακτική μέτρηση της ηχητικής πίεσης από του τεχνικά πιστολείας τόσο σε συνθήκες πρεμίας της ΜΕΘ όσο και σε φάση πλήρους λειτουργίας.

Προτάσεις για το Φωτισμό.

Η απουσία φυσικού ή ικενωτοποιητικού φωτισμού πράκτολοι κεφαλολόγων, περιοδικές, συναποθηματικές διεταραχές και οπτική κάπωση.

1. Υιοθέτηση των «Κύριων προδιαγραφών ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων των κύριων τμημάτων νοσοκομείου» του Υπουργείου Υγείας με Απόφιξη εγκρίσεως ΔΥ8/Β/οικ.49727/26-04-2010, με τις εξής τροποποιήσεις και προσθήκες για τους χώρους κλινών της ΜΕΘ:

- Προτείνεται η χρήση φυσικού φωτισμού στους χώρους της Η.Σ. δίδοντας την αίσθηση της μεταβολής του φωτός (πρέρα – νύχτα) τόσο στους ασθενείς (ICU Syndrome) όσο και στους εργαζομένους.
- Προτείνεται η χρήση ρεεστοτών έντασης φωτισμού πάνω από τις κλίνες με κατώτερη ένταση τα 300 Lux και μέγιστη >700 Lux.
- Προτείνεται ως θερμοκρασία γράμματος η φυσική (Day light 4500K).
- Προτείνεται η χρήση προσωπίδων στους ασθενείς τις νυχτερινές ώρες (για τους λάργους που αναφέρονται στην πρόταση 1), αφού η συσκότωση δεν κρίνεται ασφαλής, διότι συμβάλλει στη δημιουργία φτυχημάτων τόσο του προσωπικού όσο και έλλειψης στον έλεγχο των γραμμάτων και μηχανημάτων του ασθενή.
- Στο χώρο των Οθόνων οπτικής απεικόνισης και του πληροφορικού ηλεκτρονικού συστήματος του σταθμού εργασίας προτείνεται φυσική θερμοκρασία χρώματος (4500K) με ένταση >700 Lux (Νόμος 1568/1985 και Προεδρικό Διάταγμα 318/1994 "Ελάχιστες Προδιγυραφές Ασφάλειας και Υγείας κατό την εργασία με Οθόνες Οπτικής Απεικόνισης σε συμμόρφωση με την σύγχρονη τεχνολογία του Συμβουλίου 90/270/EOK"). Προτίμηση δε εσπιακός φωτισμός.
- Προτείνεται άνωθεν της κάθε κλίνης η ύπορη πιπερσόμενου μετάκοιτου ισχυρού φωτισμού για την άμεση εκτέλεση παρεμβατικών ενεργειών.
- Σε θέση γραφείων προτείνονται τα 500-750 Lux (CIBSE 2009).

Αναγκαίος εξοπλισμός

I) Κάθε κρεβάτι πρέπει να έχει ένα αύστημα παρακολούθησης προσαρμοζόμενο στις ανάγκες της εντατικής θεραπείας (παρακλίνιο monitor) συνδεδεμένο με κανονικό σταθμό. Η παρακολούθηση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει συνεχή ή διακεκομένη καταγραφή των κάτωθι:

1. ΗΚΓ
2. Αρτηριακή πίεση
3. Κεντρική φλεβική πίεση
4. Κανάλι μέτρησης διαφόρων πίεσεων όπως, ενδοκρανιακή πίεσης, πίεσης ενσφήνωσης κ.λ.π.
5. Θερμοκρασία
6. Οξυμετρία
7. Μη επειριατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης
8. Υπολογιστή καρδιακής παροχής και αιμοδυναμικών παραμέτρων

9. Καταγραφή συναγερμών και αποθήκευση που να επιτρέπει την τεκμηρίωση όλων των παρακολουθούμενων παραμέτρων.

Είναι επιθυμητή η δύνατότητα να φαίνεται η πορεία όλων των μετρούμενων φυσιολογικών παραμέτρων μέσα στο χρόνο (trend) και η δύνατότητα 48ωρης αποθήκευσης των δεδομένων.

I. Έναν αναπνευστήρα δύκου και πίεσης με δυνατότητες συνεχούς παρακολούθησης του αεροφορίου του ασθενούς για κάθε κλίνη και έναν εφεδρικό για κάθε 3 κλίνες.

II. Δύο φορητούς αναπνευστήρες μεταφοράς

III. Δύο monitor για την μεταφορά των ασθενών σε άλλα τμήματα και εργαστήρια για τη διενέργεια απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων.

IV. Έναν αναλυτή πλεκτρολυτών αίματος, γαλακτικού οξεούς, γλυκότης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και αερίων αίματος και έναν εφεδρικό.

V. Δύο αναπνευστήρες κατάλληλοι για μη επειρβατικό οστείτιο.

VI. Τοιλάχιστον δύο μηχανήματα συνεχούς αιμοδιήθησης ανά έξι κλίνες.

VII. Ισάριθρες με τη δύναμη του τρίματος ειδικές κλίνες ΜΕΘ με ανσωματικό όμο για τη μέτρηση του βάρους του ασθενούς και με δύνατότητα αλλαγής θέσης και με ειδικό στρώμα πρόληψης κατακλίσεων.

VIII. Ηλεκτροκαρδιογράφο.

IX. Απινιδωτή με επαναφορτιζόμενη μπαταρία με αθόνη και καταγραφικό.

X. Μηχάνημα υποθερμίας / υπερθερμίας ένα για κάθε 3 κλίνες.

XI. Εξωτερικό θημετόδοτη

XII. Τραχήλιτο για επισιγουρες καταστάσεις με εκτεταμένο φάσμα φαρμάκων, λαρυγγοσικόνια, συσκευές διασωλήνωσης και ανάνηψης (1 για κάθε 8 κρεβάτια).

XIII. Βρογχοσκόπιο με πηγή ψυχρού φωτισμού. Σε μεγάλες ΜΕΘ ένα οιστήρια δύσκολης διασωλήνωσης.

XIV. Άσκο ανάνηψης με βελτερωμένη οξυγόνου για κάθε κλίνη.

XV. Υπερηχογράφο και με δύνατότητα διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος.

XVI. Έξι ογκομετρικές αντλίες για χορηγηση υγρών και φαρμάκων ανά κλίνη.

XVII. Σύστημα μέτρησης ενδοκράνιας πίεσης.

XVIII. Ένα οομόλιπτο.

XIX. Φορητό ακτινολογικό μηχάνημα με δύνατότητα τηλεχειριστρίου. Η γενηλευτική στάση πρέπει να έχει ακτινορροτεταγικό τέλος.

Επιπλέον είναι επιθυμητό :

1. Μηχάνημα έμμεσης θερμιδομετρίας
2. Μηχάνημα μέτρησης βάθους καταστολής

Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα αντικατάστασης ή αναβάθμισης και εκπλυχρωμού του εξοπλισμού βάσει των νέων επιστημονικών δεδομένων κάθε 10 έως 12 χρόνια το πολύ. Κόθε νέα αγορά μηχανήματος πρέπει να έχει εξισφαλισμένη 10ετή συντήρηση με τα αναλώσιμα.

Αναγκαίες παροχές

Παρακλίνια διαμόρφωση του χώρου

Η ελεύθερη πρόσβαση στο κρεβάτι του σαθενούς είναι μία από τις βασικές προϋποθέσεις στην εντατική θεραπεία. Όλες οι παροχές πρέπει να είναι καταγεμμένες της δύο πλάγια του κρεβατιού κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρεγκαλεῖται η νοσηλεία του σαθενούς. Θα πρέπει επίσης να εξασφαλίζεται επαρκής πρόσβαση στο κεφάλι του κρεβατιού για ενδοτροχειακή διασωλήνωση, ανάηψη και καθετηριασμό κεντρικών φλεβών.

Ηλεκτρισμός

Χρειάζονται 16 έως 20 πρίζες γειωμένες, ανά κρεβάτι. Πρέπει να υπάρχει μία πρίζα για ακτινολογικό μηχάνημα σε κάθε περιοχή σαθενών. Όλα ανεξιρέτως τα μηχανήματα της ΜΕΘ πρέπει να υποστηρίζονται από σύστημα αδιάλειπτης παροχής ενέργειας (UPS).

Κενό

Πρέπει να υπάρχουν 3 παροχές κενού ανά κρεβάτι που να συνδέονται με ιατρικές τύπου χαμηλού κανού.

Οξυγόνο

Πρέπει να υπάρχουν 2 σε κάθε πλευρά του κρεβατού με ραφμέτρα.

Πεπειρέμενος αέρας

Πρέπει να υπάρχουν 3 παροχές ανά κρεβάτι.

Σωληνώσεις για ένα επιπλέον ιατρικό αέριο

Αναγείται ανάλογη εγκατάσταση.

Πρέπει να υπάρχουν εφεδρικές μεγάλες φιάλες οξυγόνου και αέρα για την περιπτωτική βλάβης ή service των κεντρικών εγκαταστάσεων.

Παροχή νερού

Σε κάθε χώρο σαθενών θα πρέπει να υπάρχουν γιντήρες, μία ανά δύο κλίνες και μία στη νοσηλευτική στάση με μεγάλο εύρος και βάθος καθώς και με βρύση που εντοποκλίνεται με τον συγκώνα ή με το πόδι ώστε να αποφεύγεται η διασπορά μικροβίων. Διπλές στους γιντήρες πρέπει να υπάρχει αισθηματική σύσκεψη με φωτοκύτταρο για να κρέπεται χπαν για το στέγγωμα των χεριών. Κοινές πετσέτες απαγορεύονται. Σε κάθε κρεβάτι να έχει δύνατότητα απολύμανσης των χεριών.

1. Γραφείο προϊστάμενου ναστλευτή/τριας

Είναι αναγκαίο γραφείο 15m² κατά προσέγγιση για τον προϊστάμενο με γραμμή τηλεφώνου, ενδοεπικοινωνία και πίνακα ανακοινώσεων.

2. Γραφείο γιατρών

Είναι απαραίτητο γραφείο 15m² κατά προσέγγιση ανά γιατρό με πλήρη επασχόληση στη ΜΕΘ. Το γραφείο πρέπει να διαθέτει γραμμή τηλεφώνου, πρόσβαση στο διαδίκτυο και ενδοεπικοινωνία.

3. Χώρος ανάπτυξης πρασινικού.

Είναι απαραίτητα 30 m² ανά 3 κρεβάτια εντατικής θεραπείας. Ο χώρος πρέπει να διαθέτει γραμμή τηλεφώνου, ενδοεπικοινωνία και σύστημα συναγερμού για επείγουσες καταστάσεις.

4. Υπνοδωμάτιο εφημερεύοντος

Απαιτείται δωμάτιο 15m² για κάθε εφημερεύοντα με υποχρεωτικό παρακείμενο χώρο λαζαριού.

5. Δωμάτια σεμιναρίων και συγκεντρώσεων

Απαιτείται χώρος 40m² κατά προσέγγιση για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και συζήτηση με άλλες ειδικότητες. Θα πρέπει να έχει οθόνη προβολής, προβολέα, Η/Δ με πρόσβαση στο διαδίκτυο, διαφανοσκόπια ή οθόνη για μελέτη ακτινολογικών εικόνων.

6. Αποθηκευτικοί χώροι

Ανάλογα με τον αριθμό των κλινών ΜΕΘ πρέπει να προβλέπονται αποθηκευτικοί χώροι (από 50 – 200 m²) για τους αναπνευστήρες, αυτλίες αναλώσιμο υλικό, μηχανήστα αιμοδήμησης και καθαρό ιματισμό. Απαραίτητα πρέπει να υπάρχουν παροχές ρευμάτων για συνεχή φόρτιση των μηχανημάτων και παροχή οξυγόνου και σέρα για το service των ανοικτεύστηρων.

7. Αποδυτήρια – τουαλέτες

Για 8 κλίνες ΜΕΘ ή ΜΑΦ πρέπει να υπάρχουν αποδυτήρια αντρών – γυναικών έχωριστα 25m² το καθένα με ντουσιέρα, τουαλέτα και ντουλάπες για τα πρασινικά αντικείμενα του πρασινικού.

Τα ανωτέρω προβλέπομένα τετραγωνικά για τους λαιπούς χώρους (παρ. 1,2,3,4,5,6,7) θα ισχύουν για τις νέες Μονάδες, συμπεριλαμβανομένων και των νέων Μονάδων των ιδιωτικών θεραπευτηρίων / κλινικών, και όχι για τις ΜΕΘ που ήδη λειτουργούν. Σχ. υπός τις Μονάδες που ήδη λειτουργούν, τα ανωτέρω θα ισχύσουν μόνο στην περίπτωση ανακαίνισεων των Μονάδων αυτών.

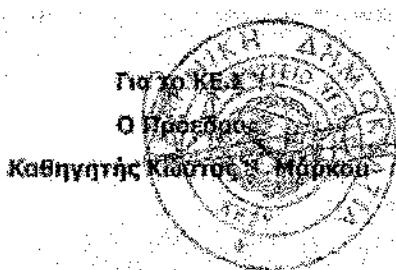
ΜΑΦ

Η ΜΑΦ ανήκει στη ΜΕΘ και έχει δυνατότητα κάλυψης έκτακτου περιπτωτικού εντεπικής θεραπείας. Πρέπει να είναι χώρος ανάλογων διαστάσεων και εξοπλισμού με τη ΜΕΘ. Να έχει δυνατότητα ανάπτυξης από την οροφή θυσιότητος στήριξης των άθενών για την κινητοποίηση τους. Να υπάρχει τουαλέτα πύρου ΑΜΕΑ για όσους μπορούν να μετακινηθούν. Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να εναλλάσσεται μεταξύ ΜΕΘ και ΜΑΦ.

Εξοπλισμός

Ένα μηχάνημα αερίου αίματος.

Τα monitors πρέπει να μετατρέπονται σε φορητά για να συνοδεύουν τους ασθενείς στις πολλές μετακινήσεις τους. Κάθε κληνή πρέπει να καλύπτεται από αναπνευστήρα. Ο υπόλοιπος εξοπλισμός μπορεί να είναι κοινός με τη ΜΕΘ (μηχάνημα υπερήχων, βρούχοσκοπίο, γαστροσκόπιο, ακτινολογικό μηχάνημα).

**Αποδεκτης για ενέργεια**

Δ/νση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας

Εσωτερική Διανομή

- 1) Γραφείο κ. Υπουργού Υγείας
- 2) Γραφείο κ. Αναπλ. Υπουργού Υγείας
- 3) Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
- 4) Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
- 5) Δ/νση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης και Διοικητικής & Γραμματειακής Υποστήριξης ΚΕ.Σ.Υ.-Τμήμα Β' (2)

ΑΠΟΦΑΣΗ

«Προτεραιότητες εισαγωγής και κριτήρια εξόδου των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας»

Η Ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας κατά τη 278^η Συνεδρίασή της στις 20.12.2019, αφού έλαβε υπ' όψιν:

- Το κείμενο της Επιτροπής ΜΕΘ του ΚΕ.Σ.Υ., με θέμα «Προτεραιότητες εισαγωγής και κριτήρια εξόδου των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας» διαβιβασθέν με το από 8-2-2018 μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο ΚΕ.Σ.Υ.
- Την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής.

αποφάσισε ομόφωνα ως ακολούθως:

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΗΑΙΚΩΝ

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει εξ αρχής σαφής διάκριση ανάμεσά στην αναγκαιότητα της μη κατόχρησης των κλινών ΜΕΘ από τη μια πλευρά και στην προσπάθεια της καλύτερης δυνατής αξιοποίησης των κλινών αυτών, όταν ο αριθμός τους δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του νοσοκομείου, ή κάι της χώρας.

1) Ο όρος κατάχρηση των κλινών ΜΕΘ αναφέρεται στη νοσηλεία σε αυτές ασθενών τελικού σταδίου με μη αναστρέψιμη βλάβη της υγείας τους. Προφανώς, κάπι τέτοιο πρέπει να αποφεύγεται ακόμη και σε χώρες με πλήρη επάρκεια κλινών ΜΕΘ, όχι για λόγους οικονομίας, αλλά κατά κύριο λόγο για το καλό του ασθενούς.

2) Ο όρος καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ αναφέρεται στην προσπάθεια αποτελεσματικής διαχείρισης ενός αριθμού κλινών που δεν καλύπτει τις ανάγκες του νοσοκομείου, ή και της χώρας. Στην περίπτωση αυτή, οι προτεινόμενες προσεγγίσεις δεν είναι λύσεις, αλλά είναι προτάσεις "διαχείρισης κρίσης" και σε καμία

περίπτωση δεν μειώνουν την ανάγκη της αύξησης των κλινών ΜΕΘ σε επίπεδο ανάλογο με τις ανάγκες του πληθυσμού.

A . ΘΕΣΠΙΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ και ΕΞΟΔΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΘ

Οι πολυδύναμες Μονάδες Ενταπικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν εξειδικευμένα τμήματα των νοσοκομείων, εντεταλμένα στην υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών των βαριά πασχόντων ασθενών και ως εκ τούτου είναι στελέχωμένα με ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και εξοπλισμένα με μηχανήματα (πχ αναπνευστήρες, μηχανήματα αιμοκάθαρσης, μηχανήματα υπερήχων κλπ) προηγμένης τεχνολογίας. Πρόκειται για κλειστό τμήματα, ενηλίκων ή παιδων, που νοσηλεύουν τόσο παθολογικά, όσο και χειρουργικά περιστατικά προσφέροντας εξειδικευμένη φροντίδα και θεραπεία συχνά υψηλού και διαχρονικά αυξανόμενου κόστους. Η διαθεσιμότητα ανθρώπινων, αλλά και οικονομικών πόρων για τη στελέχωση και λειτουργία των ΜΕΘ είναι διεθνώς περιορισμένη, ενώ η ζήτηση κλινών ΜΕΘ σε συνδυασμό και με την αύξηση του προσδόκιμου ηλικίας βαίνει συνεχώς αυξανόμενη. Κατά συνέπεια, όπως συμβαίνει σε όλες πλέον τις θεραπευτικές προσεγγίσεις υψηλού κόστους, αναζητούνται τόσο κριτήρια εισαγωγής, όσο και κριτήρια εξόδου των ασθενών με στόχο το μέγιστο δυνατό όφελος τόσο για τον ασθενή, όσο και για το κοινωνικό σύνολο.

Στην κλινική πράξη, για τη θέσπιση των παραπάνω κριτηρίων και κατά συνέπεια στην έκδοση των σχετικών κατευθυντήριων γραμμών, θα πρέπει εκτάς των αυστηρά επιστημονικών δεδομένων και επιχειρημάτων να λαμβάνονται υπόψιν τα εξής :

1. Το δικαίωμα του ασθενούς στην ενδεδειγμένη θεραπεία, αλλά και στον αξιοπρεπή θάνατο
2. Τα ηθικά διλήμματα των συγγενών, του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού
3. Νομικά, κοινωνικά και θρησκευτικά θέματα
4. Η χωροταξία και η διοικητική οργάνωση των νοσοκομείων και
5. Το κόστος νοσηλείας σε σχέση με τα αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή

Είναι σαφές ότι για λόγους ηθικής και δεontολογίας αλλά και εξ αιτίας της ιδιαιτερης και ευαίσθητης φύσης του αντικειμένου, δεν μπορούν να γίνουν τυχαιόποιημένες μελέτες δι οποίες να απαντούν με σαφήνεια σε όλα τα ερωτήματα που ανακύπτουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι κατευθυντήριες γραμμές που έχουν εκδοθεί στις διάφορες χώρες, αποτελούν ένα περιεκτικό περίγραμμα (framework) το οποίο καθοδηγεί τους γιατρούς στη

λήψη αποφάσεων και ταυτόχρονα βοηθά στη διαμόρφωση στρατηγικών, που στόχο έχουν τη μείωση της πίεσης που ασκείται στις ΜΕΘ.

Σημαντικό ρόλο στην επιτυχή εφαρμογή των συγκεκριμένων στρατηγικών, διοδραματίζει η ενημέρωση /εκπαίδευση για τις προαναφερόμενες κατευθυντήριες γραμμές των θεραπόντων ιατρών όλων των ειδικοτήτων, αλλά και η ανάπτυξη συστημάτων πρώτης αναγνώρισης και συμβολής στην αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων ασθενών σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.

Β . ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΘ

Γενικές αρχές :

Για τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων και την καλύτερη έκβαση των ασθενών, η εισαγωγή ενός ασθενούς στη ΜΕΘ πρέπει να αποφασίζεται από τους γιατρούς της ΜΕΘ με βάση τα κατωτέρω:

- 1) ανάγκη ειδικής θεραπείας για την υποστήριξη της ζωής του ασθενούς με τεχνικές που απαιτούν νοσηλεία σε ΜΕΘ
- 2) ύπαρξη πρασωπικού με την απαιτούμενη κλινική εμπειρία
- 3) καθορισμός προτεραιότητας με βάση την κατάσταση του ασθενούς
- 4) διάγνωση του ασθενούς
- 5) διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ
- 6) αντικειμενικές παράμετροι κατά την εκτίμηση του ασθενούς
- 7) πιθανότητα ωφέλειας του ασθενούς από την εισαγωγή στη ΜΕΘ
- 8) πρόγνωση του ασθενούς

Προτεραιότητα εισαγωγής στη ΜΕΘ

Σύμφωνα με ένα γενικό περίγραμμα, ιδανικός στόχος είναι να εισέρχονται στη ΜΕΘ ασθενείς για τους οποίους θεωρείται ότι έχουν πιθανότητες να ωφεληθούν, ενώ μικρότερες πιθανότητες εισαγωγής θα πρέπει να έχουν οι ασθενείς με πτωχό λειτουργικό status και αυτοί οι οποίοι, σε προγενέστερο χρόνο, είχαν εκφράσει την αντίθεσή τους σε ενδεχόμενη σύνολική, ή συγκεκριμένη κλιμάκωση της ιατρικής τους φροντίδας.

Με βάση τα ανωτέρω προτείνεται η ιεράρχηση των εισαγωγών στις ΜΕΘ να γίνεται ως εξής :

1 ή (Άμεση) προτεραιότητα αποτελούν οι :

Βαριά πάσχοντες ασθενείς που παρουσιάζουν οξεία ανεπάρκεια οργάνων / συστημάτων και χρειάζονται υποστήριξη της ζωής με θεραπευτικές παρεμβάσεις που γίνονται μόνο σε

περιβάλλον ΜΕΘ (πχ Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό, Συνεχή Θεραπεία Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας, χορήγηση αγγειοσυσπαστικών/ινοτρόπων φαρμάκων, επεμβατικό αιμοδυναμικό monitoring) και πλήρη διαγνωστική υποστήριξη (εργαστηριακή/σπεικονιστική).

2 η προτεραιότητα αποτελούν οι :

Ασθενείς ως οι ανωτέρω, με σημαντικά όμως μικρότερη πιθανότητα αποκατάστασης ή/και προσδόκιμο επιβίωσης (πχ οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο), με την προϋπόθεση ότι πάσχουν από δυνητικά αναστρέψιμες οξείες παθολογικές καταστάσεις, όπως σηπτικό shock που χρήζει χορήγησης αγγειοσυσπαστικών, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω πνευμονίας, κλπ.

3 η προτεραιότητα αποτελούν οι :

Ασθενείς με δυσλείτουργία οργάνων που χρήζουν εντατικού monitoring και/ή ειδική θεραπευτική παρέμβαση. Τέτοιοι είναι οι μετεγχειρητικοί ασθενείς οι οποίοι, χρειάζονται εντατική μετεγχειρητική φροντίδα, ή παρουσιάζουν ουδεμένο κίνδυνο επιδείνωσης, οι ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια ελεγχόμενη με Μη Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό (MEMA), κλπ.

4 η προτεραιότητα αποτελούν οι :

Ασθενείς ως οι ανωτέρω, με σημαντικά όμως μικρότερη πιθανότητα αποκατάστασης ή/και προσδόκιμο επιβίωσης (πχ ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο που δεν επιθυμούν κλιμάκωση της αντιμετώπισής τους, ή κατακεκλιμένοι ασθενείς με άνοια τελικού στάδιου), πάντα υπό την προϋπόθεση ότι παρουσιάζουν δυνητικά αναστρέψιμες παθολογικές καταστάσεις.

Εάν το νοσοκαμείο διαθέτει ΜΑΦ ή ΜΜΑΦ, οι ασθενείς των περιπτώσεων 3 και 4 θα πρέπει να νασηλεύονται εκεί.

5 η προτεραιότητα αποτελούν οι : ασθενείς σε τελικό στάδιο της νόσου

Όπως προαναφέρθηκε, για τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου τους, ή τελούν σε προθανάτια κατάσταση και για τους οποίους δεν υπάρχει προοπτική ανάρρωσης, η εισαγωγή στη ΜΕΘ δεν θεωρείται δόκιμη επιλογή. Ειδικότερα, για τους υπερήλικες ασθενείς με σοβαρή εγκεφαλική βλάβη, ή για ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου (πχ μεταστάσεις) και χωρίς προοπτική εναλλακτικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, πρέπει να συναποφασίζεται μετά από συζήτηση των ιατρών της ΜΕΘ με τους θεράποντες κλινικούς γιατρούς, τον ασθενή και /ή τους συγγενείς/ νόμιμο εκπρόσωπο του ασθενούς εάν έχει νόημα να διασωληνωθεί και να υπαστηριχθεί μηχανικά ο ασθενής. Εάν τελικά, αφού

διευκρινισθούν σε όλα τα μέρη οι ρεαλιστικές προοπτικές και προσδοκίες μιας τέτοιας υποστήριξης σε σχέση με την εναλλακτική της παρηγορητικής φροντίδας στο τμήμα, αποφασισθεί οι ασθενείς αυτοί να διασωληνωθούν, θα πρέπει να νοσηλευθούν, ει δυνατόν, σε ειδικές μονάδες ανακουφιστικής θεραπείας ή ΜΑΦ χρονίως πασχάντων.

Επισημαίνεται ότι η μεγάλη ηλικία η ύπαρξη κακοήθειας δεν αποτελούν αναγκαστικά αποτρεπτική παράμετρο εισαγωγής ενός ασθενούς στη ΜΕΘ. Η προτεραιότητα εισαγωγής και γενικά η εισαγωγή στη ΜΕΘ πρέπει να αποφασίζεται λαμβάνοντας υπόψιν την βαρύτητα και την πρόγνωση της νόσου, τις συννοσηρότητες, το προσδόκιμο επιβίωσης, την ποιότητα της ζωής του ασθενούς και τις εκπεφρασμένες θέσεις του σχετικά με το βαθμό υποστήριξης της ζωής που επιθυμεί.

Προφανώς ο καθορισμός προτεραιότητας εισαγωγής δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από κριτήρια όπως η φυλή, το φύλο, η θρησκεία, η οικονομική κατάσταση, οι σεξουαλικές προτιμήσεις του ασθενούς κλπ).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα ανωτέρω προτείνεται :

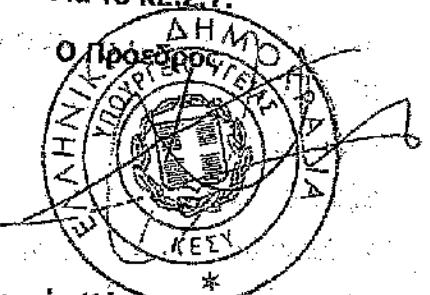
- Κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, σε συνεργασία με τη διεύθυνση της οικείας ΜΕΘ, να καθορίζει με σαφήνεια τις πληθυσμιακές ομάδες (παιδιά, ενήλικες), καθώς και τους ειδικούς πληθυσμούς (νεύρολογικούς/νευροχειρουργικούς ασθενείς, εγκαύματος, κλπ) που μπορεί να νοσηλεύει η ΜΕΘ, λαμβάνοντας υπόψιν τους περιορισμούς κάθε νοσοκομείου (Τεχνολογικός εξοπλισμός, υποστηρικτικές κλινικές/διαγνωστικά εργαστήρια).
- Κάθε ΜΕΘ να καθορίζει τις προτεραιότητες εισαγωγής των ασθενών, αφού προηγηθεί διεξοδική συζήτηση με τους κλινικούς γιατρούς του εκάστοτε νοσοκομείου, σχετικά με το ρόλο της ΜΕΘ στην υποστήριξη του βαριά πάσχοντα, τη διαχείριση του θανάτου, το δικαίωμα του ασθενή στον αξιοπρεπή θάνατο και την κοινωνική επιβάρυνση από την δακοπή και ανέλπιδη νοσηλεία.
- Να εισάγονται στη ΜΕΘ όλοι οι ασθενείς που χρειάζονται υποστηρικτικές παρεμβάσεις (πχ επεμβατικός μηχανικός αερισμός), ή πάσχουν από σύνθετες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (πχ σήψη), με προτεραιότητα στους ασθενείς με τη μεγαλύτερη πιθανότητα αποκατάστασης /επιβίωσης.
- Οι ασθενείς για τους οποίους θεωρείται ότι έχουν προτεραιότητα εισαγωγής στη ΜΕΘ, πρέπει να μεταφέρονται σε ΜΕΘ το ταχύτερο δυνατόν (< 6h). Μέχρι τη μεταφορά σε ΜΕΘ η απαιτούμενη φροντίδα πρέπει να παρέχεται από τους θεράποντες. Είναι αναγκαίο να μπάρει ένας κεντρικός σχεδιασμός ανά ΥΠΕ για την ύπαρξη επιπλέον εξοπλισμένων κλινών και σχέδιο κάλυψης με το αναγκαίο προσωπικό για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ

Τα κριτήρια εξόδου των νοσηλευόμενων στη ΜΕΘ πρέπει να καθορίζονται από τον κανονισμό λειτουργίας κάθε ΜΕΘ με βάση τα ακόλουθα:

- Η απόφαση μετακίνησης του ασθενούς λαμβάνεται από τους γιατρούς της ΜΕΘ και πρέπει να βασίζεται σε παραμέτρους που σχετίζονται με: τη διάγνωση εισαγωγής του στη ΜΕΘ, τα κριτήρια εισαγωγής και τις δυνατότητες της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία πρόκειται να μεταφερθεί, την πρόγνωση του ασθενούς, την σταθεροποίηση της κλινικής του κατάστασης και τόν προγραμματισμό επικείμενων παρεμβάσεων.
- Κάθε ασθενής θεωρείται κατάλληλος για έξοδο από τη ΜΕΘ, εάν η κλινική του κατάσταση είναι σταθεροποιημένη και δεν χρειάζεται πλέον εξειδικευμένο monitoring και/ή ειδική θεραπεία που δεν μπορεί να γίνει εκτός ΜΕΘ.
- Κατά την έξοδό τους οι ασθενείς πρέπει σπαραγήτα να πάραδιδονται στον υπεύθυνο γιατρό της κλινικής στην οποία διακομίζονται και να συνοδεύονται από ενημερωτικό σημείωμα με γραπτές θεραπευτικές οδηγίες.

Για το Κ.Ε.Σ.Υ.



Καθηγητής Κώστας Β. Μάρκου *

Αποδέκτης για ενέργεια

Δ/νση Οργάνωσης και Λειτουργίας Νοσηλευτικών Μονάδων και Εποπτεύομενων Φορέων

Εσωτερική Διανομή

- 1) Γραφείο Υπουργού Υγείας
- 2) Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
- 3) Γραφείο Γεν. Γραμματέα Υπουργείου Υγείας
- 4) Γραφείο Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
- 5) Δ/νση Επιστ. Τεκμηρίωσης & Διοικ. & Γραμ. Υποστήριξης Κ.Ε.Σ.Υ.-Τμήμα Β'