



ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

# ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ Νοσηλευτική



# ΣΥ.Δ.ΝΟΧ. - ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3ο Τεύχος 2011

## ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Ι. ΚΟΥΤΕΛΕΚΟΣ

## ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Δ. ΠΟΥΛΗΣ

## ΑΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ε. ΓΚΑΝΑΡΑ, Ε. ΚΑΝΕΛΛΟΥ,  
Κ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Ε. ΚΟΥΤΙΝΟΥ

## ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Α. ΚΑΝΔΗΛΙΩΤΟΥ

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Α. ΑΡΓΥΡΑΚΟΥ, Ε. ΓΚΑΝΑΡΑ, Ν. ΓΡΑΣΣΟΣ,  
Ε. ΕΜΦΙΕΤΖΗ, Ε. ΚΑΝΕΛΛΟΥ, Κ. ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗ,  
Κ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Μ. ΚΑΡΓΑ, Ι. ΚΟΥΤΕΛΕΚΟΣ,  
Ε. ΚΟΥΤΙΝΟΥ, Κ. ΚΟΥΤΟΥΛΑΚΗ, Α. ΜΕΡΚΟΥ,  
Α. ΜΠΑΝΟΥΣΗ, Ι. ΝΤΑΒΩΝΗ, Ε. ΠΑΠΑΘΩΜΑ,  
Γ. ΠΟΛΙΤΗ, Δ. ΠΟΥΛΗΣ, Α. ΣΙΣΚΟΥ, Λ. ΤΕΡΖΑΚΗ,  
Χ. ΤΣΙΚΛΗ, Χ. ΤΣΙΟΥ, Φ. ΦΩΤΗΣ, Α. ΧΑΡΑΝΑ

*ΤΟ Δ.Σ του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ και οι Υπεύθυνοι της έκδοσης του περιοδικού δεν φέρουν καμία ευθύνη  
για λάθη ή οποιεσδήποτε συνέπειες θα προκύψουν από τη χρήση στοιχείων  
που δημοσιεύονται στο περιοδικό.*

*Η ευθύνη βαρύνει αποκλειστικά τους συγγραφείς.*

*Επίσης η δημοσίευση απόψεων δεν συνεπάγεται και την πλήρη αποδοχή τους.*

## ΠΑΡΑΓΩΓΗ - ΕΚΤΥΠΩΣΗ

Εντύπωση γραφικές τέχνες

Γ. Καραϊσκάκη 103, 186 48 Πειραιάς • Τηλ. 210 4617 605, 210 4636 726

entyposi@entyposi.com • www.entyposi.com

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

**Πρόεδρος**  
Ι. Κουτελέκος

**Αντιπρόεδρος**  
Ε. Κουτίνου

**Γραμματέας**  
Κ. Καρακώστας

**Ταμίας**  
Ε. Κανέλλου

**Κοσμήτωρ**  
Δ. Πουλής

**Μέλη**  
Ε. Γκανάρα  
Ε. Παπαθωμά



ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.



European Operating Room  
Nurses Association



**Σύλλογος  
Διπλωματούχων  
Νοσηλευτών  
Χειρουργείου  
ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.**

Λ. Μεσογείων 83,  
Αμπελόκηποι 11526,  
Αθήνα

τηλ-fax: 210 7486514  
e-mail: sydnox@otenet.gr  
website: www.sydnox.gr

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL - ΜΥΝΗΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ..... 3

### 22ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ..... 4

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ ..... 5

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ..... 8

ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ..... 10

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΔΝΟΧ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΕΝΕΕ ..... 11

### ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ:

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ..... 22

### ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

#### ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ:

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ Η' ΠΛΕΟΝΑΣΜΟΣ;..... 26

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

ΣΤΗ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ..... 33

### Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΗΘΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ

ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ..... 39

### ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΟΥ

ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ..... 43

ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ..... 36

ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ..... 46

## ΚΑΛΕΣΜΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ

Επικοινωνήστε μαζί μας

Επικοινωνούμε μαζί σας

**Ε**ίναι αδιαμφισβήτητο ότι στην κοινωνία στην οποία ζούμε, η γνώση αλλάζει και ανανεώνεται με γοργούς ρυθμούς και τα πράγματα είναι πολύ διαφορετικά απ' ό,τι παλαιότερα. Είναι γεγονός ότι το πρόβλημα, από οποίον χώρο και αν υπηρετεί ο σύγχρονος επαγγελματίας, είναι η διαχείριση της πληροφορίας. Θεωρίες υποστηρίζουν ότι πρέπει να αφιερώσουμε έως και δύο ώρες την ημέρα στην πληροφόρηση.

Στα πλαίσια αυτά το ΔΣ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ επιθυμεί να συλλέξει τις προσωπικές ηλεκτρονικές διευθύνσεις των μελών του, ώστε να δημιουργηθεί μια βάση δεδομένων, που θα διαχέει την πληροφορία άμεσα και με ελάχιστο κόστος. Με αυτό τον τρόπο συμβάλουμε στην περιβαλλοντική προστασία και αποκτούμε οικολογική σκέψη.

Παρακαλούμε, όλα τα μέλη μας να επισκεφτούν την ιστοσελίδα μας και να συμπληρώσουν την ειδική φόρμα που σύντομα θα βρουν στην αρχική σελίδα, ώστε να υπάρχει αμφίδρομη επικοινωνία σε θέματα που αφορούν την Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. Τονίζουμε ιδιαίτερα το γεγονός της ηλεκτρονικής διεύθυνσης μιας και στο εξής το περιοδικό του συλλόγου θα είναι ηλεκτρονικό και θα αποστέλλεται άμεσα στα μέλη του συλλόγου.

Η εφαρμογή αυτής της πρωτοβουλίας κρίνεται αναγκαία μια και ζούμε στην κοινωνία της γνώσης. Συγκεκριμένα ο όρος κοινωνία της γνώσης είναι προτιμότερος από εκείνον της κοινωνίας της πληροφορίας επειδή δεσμεύει καλύτερα την πολυπλοκότητα και το δυναμισμό των αλλαγών που λαμβάνουν χώρα. Η απόκτηση της εν λόγω γνώσης δεν είναι σημαντική μόνο για την οικονομική ανάπτυξη, αλλά και για την ενδυνάμωση και την ανάπτυξη όλων των τομέων της κοινωνίας. Σηματοδοτεί τη στροφή της πολιτικής των κρατών προς τον άνθρωπο, τις ικανότητές του, τη δημιουργικότητά του, το όραμά του.

Αναμένουμε την άμεση ανταπόκριση σας !!!

*Εκ μέρους του Δ.Σ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ*

*Ιωάννης Κουτελέκος*

# 22<sup>ο</sup>

## ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Καρπενήσι • 24-27 Νοεμβρίου 2011

### ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κουτελέκος Ιωάννης

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

#### ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γκανάρα Ελισάβετ

#### ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Κουτίνου Ελένη

#### ΜΕΛΗ

Αλεκτορίδου Χρυσούλα  
Γιατζίδου Αγγελική  
Γραμματοπούλου Μαρία  
Ζιάκας Θωμάς  
Κανδηλιώτου Αργυρώ  
Καραμική Ευαγγελία  
Κοντογιάννη Χαίμαδη  
Ματθαιάκη Ειρήνη  
Μπανούση Αγγελική  
Μουσμούνη Καλλιθέα  
Νταβώνη Γιαννούλα  
Παπαθωμά Ελευθερία  
Πολίτη Γλυκερία  
Σκαρλάτου Ζαφειρώ  
Τερζή Στέλλα  
Τριανταφυλλάκης Κων/νος

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

#### ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Καρακώστας Κων/νος

#### ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Κανέλλου Ευφροσύνη

#### ΜΕΛΗ

Γερασίμου Αικατερίνη  
Γιαβασόπουλος Ευάγγελος  
Ευσταθίου Φλώρα  
Εμφιετζή Ελευθερία  
Ζουγρής Πέτρος  
Θεοδοσάκης Κυριάκος  
Καλαφάτη Μαρία  
Καραθανάση Κωνσταντινιά  
Κουτουλάκη Γεωργία  
Μέρκου Αναστασία  
Πατρινού Σπυριδούλα  
Πουλής Δημήτριος  
Σίσκου Τασούλα  
Στεφανίδης Ιορδάνης  
Τερζάκη Ευαγγελία  
Τσίου Χρυσούλα  
Χαρανά Αικατερίνη

WFHSS  
World Forum for Hospital  
Sterile Supply

SY.Δ.ΝΟ.Χ.

European Operating Room  
Nurses Association

22<sup>ο</sup>  
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

www.sydnnox2011.gr

ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ, Ξενοδοχείο MONTANA 24-27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011

CITY CONGRESS CITY Congress TRIAFENA Tours & Congress  
Συγγρού 206, 1572, ΚΑΛΛΙΘΕΑ ΑΘΗΝΑ • Τ. +90 210 749992, +90 210 749990 • F. +90 210 778925 • E. mail: info@citycongress.gr • www.citycongress.gr

## ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

**Εκλεκτοί προσκεκλημένοι**

**Αγαπητοί συνάδελφοι**

**Κυρίες και Κύριοι**

Με ιδιαίτερη χαρά το ΔΣ του ΣΥΔΝΟΧ, η Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή, σας καλωσορίζουμε στην τελετή έναρξης του 22ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου.

Ως Πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής είμαι ιδιαίτερα συγκινημένη γιατί καταφέραμε σ αυτούς τους δύσκολους καιρούς για τη χώρα μας, να πραγματοποιήσουμε και φέτος το Συνέδριό μας, το οποίο είναι πλέον θεσμός για τον κλάδο μας.

Σας ευχαριστούμε που και φέτος δίνετε το παρόν στην ετήσια Επιστημονική μας συνάντηση, εδώ στο όμορφο, γραφικό και φιλόξενο Καρπενήσι. Μακριά από την πόλη που κουράζει, την πόλη της ρουτίνας, του καυσαερίου και του θορύβου.

Ο ορεινός όγκος του Βελουχίου, η εύφορη κοιλάδα του καρπενησιώτη ποταμού, τα ελατοσκέπαστα βουνά περιστοιχίζουν την πρωτεύουσα του Νομού Ευρυτανίας, το Καρπενήσι.

Η παραδοσιακή αρχιτεκτονική έχει διατηρηθεί αναλλοίωτη με το πέρασμα των χρόνων μέσα στη πόλη, αλλά και τα γύρω γραφικά χωριά. Ολόκληρος ο νομός υπερηφανεύεται δικαιολογημένα για την απίστευτη φυσική ομορφιά της περιοχής που τους φιλοξενεί. Γι αυτό και το Καρπενήσι συγκαταλέγεται στις ξεχωριστές πρωτεύουσες της ελληνικής υπαίθρου.

Για όλους αυτούς τους λόγους διαλέξαμε αυτή την υπέροχη περιοχή να πραγματοποιήσουμε το Συνέδριό μας.

Οι περιεχειρητικοί νοσηλευτές είναι ένα σύνολο ανθρώπων, που με δημιουργική ευθύνη, οραματίζονται την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ με την νοσηλευτική διεργασία στη περιεχειρητική νοσηλευτική αξιοποιούν την κλινική πράξη κάνοντάς την έργο ζωής.

Η δυναμική της ομάδας με την απαραίτητη πάντα συνεργασία, κατακτά την γνώση μέσα από την κατοχύρωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Το Δ.Σ. του ΣΥΔΝΟΧ προσπαθεί να διατηρήσει το κατάλληλο επίπεδο επιστημονικής γνώσης και δεξιοτήτων στην περιεχειρητική νοσηλευτική. Απόδειξη τούτου είναι η οργάνωση ακόμα ενός ετήσιου συνεδρίου που επιθυμούμε να στεφθεί κι αυτό με επιτυχία. Άλλωστε τόσο οι ομιλίες όσο και οι διακεκριμένοι επιστήμονες που συμμετέχουν, πιστεύουμε ότι, εξασφαλίζουν το στόχο αυτό.

**Αγαπητοί συνάδελφοι,**

Ας εστιάσουμε λοιπόν τη προσοχή μας στη γνώση, τις ικανότητες, την υπευθυνότητα και τους στόχους που καθορίζει το επάγγελμά μας.

Ευχαριστώ και σας καλωσορίζω πάλι

**Ελισάβετ Γκανάρα**  
Πρόεδρος Οργανωτικής επιτροπής  
Μέλος ΔΣ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ



*Η Πρόεδρος της Ο.Ε. του Συνεδρίου κυρία Ε. Γκανάρα κατά την Εναρκτήρια Τελετή*



Ο Πρόεδρος του ΣΥΔΝΟΧ κος Ι. Κουτελέκος απευθύνει χαιρετισμό στους Συνέδρους

Ο κ. Ι. Κουτελέκος  
με τον εκπρόσωπο του ΚΥΣΥΝΟΧ,  
κ. Σάββα Χριστοφόρου



Ο καθηγητής Λ. Τσούσκας, Προϊστάμενος του Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας



Η Εναρκτήρια Ομιλία του Συνεδρίου έγινε από τον κ. Π. Τομάρα, Διοικητή 5ης ΥΠΕ (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)



Χαιρετισμό απήθυνε και ο Ε. Γιαβασόπουλος, Αντιπρόεδρος του ΕΣΝΕ



Το Δ.Σ. του ΣΥΔΝΟΧ (από αριστερά) Δ. Πουλής, Ε. Παπαθωμά, Κ. Καρακώστας, Ε. Κουτίνου, Ε. Κανέλλου, Ι. Κουτελέκος, Ε. Γκανάρα



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Με ιδιαίτερη χαρά φτάσαμε κι εφέτος στη λήξη του 22<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου μας, που πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο Montana στο Καρπενήσι, από 24 έως 27 Νοεμβρίου, 2011.

Το ετήσιο συνέδριό μας αποτέλεσε την κορυφαία εκδήλωση του Συλλόγου μας, που κάλυψε όλο το φάσμα της Περιεχειρητικής Νοσηλευτικής πρακτικής και με την πάροδο των ετών έχει γίνει ένας ιδιαίτερα επιτυχημένος θεσμός, συμβάλλοντας έτσι στην επιστημονική πρόοδο, αλλά και στην ανάπτυξη των καλών σχέσεων μεταξύ όλων των μελών μας.



Ο Πρόεδρος της Ε.Ε.  
του Συνεδρίου κ. Κ. Καρακώστας

### Αναλυτικά το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου περιλάμβανε:

- βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις
- ερευνητικές εργασίες
- στρογγυλά τραπέζια
- κλινικά φροντιστήρια
- ειδικές διαλέξεις
- αναρτημένες ανακοινώσεις (e-poster)

### Τα πλεονεκτήματα από το 22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ εστιάζονται στα εξής:

#### Οι Θεματικές ενότητες που αναπτύχθηκαν ήταν:

- Management στο Περιεχειρητικό Περιβάλλον
- Διλήμματα στην Περιεχειρητική Νοσηλευτική
- Διασφάλιση ποιότητας
- Μεθοδολογία της έρευνας
- Νέες εκπαιδευτικές τεχνικές- e-learning
- Σύγχρονες τεχνολογίες-Ρομποτική
- Ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα
- Ασφάλεια ασθενούς-Διεπιστημονική συνεργασία
- Υγιεινή και ασφάλεια
- Περιεχειρητική αναισθησιολογική νοσηλευτική
- Αλγολογία-Ιατρείο Πόνου
- Ευάλωτες κοινωνικές ομάδες
- Σύγχρονα δεδομένα στην κεντρική αποστείρωση
- Εργονομία
- Συμβουλευτική-Ψυχολογική υποστήριξη
- Μελέτη περιπτώσεων σε κλινικά περιεχειρητικά θέματα
- Λοιμώξεις και περιεχειρητικό περιβάλλον

- ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΜΕ 14,5 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΟΡΝΑ ACE
- ΑΙΓΙΔΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΣΠΑΡΤΗΣ, ΤΕΙ Α΄ & Β΄ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ, ΤΕΙ ΛΑΜΙΑΣ
- ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΩΝ
- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΚΛΕΚΤΩΝ ΕΠΙΣΗΜΩΝ
- ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΟΙΚΗΤΗ 5ης ΥΠΕ
- ΚΑΘΙΣΤΗ ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ
- ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ E-POSTER
- ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ
- ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΣΝΕ - ΤΟΜΕΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΤΕΙ ΛΑΜΙΑΣ, ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΛΚΩΝ
- ΤΗΡΗΣΗ ISBN ΣΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ-CD
- ΠΡΟΣΚΥΝΗΜΑ ΣΤΟΝ ΠΡΟΥΣΟ



Στιγμιότυπα από την αίθουσα του Συνεδρίου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ  
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Σίγουρα υπήρξαν λόγω της οικονομικής κατάστασης της χώρας κάποιες περικοπές που επηρέασαν το συνέδριο με αποτέλεσμα να έχουμε:

- Μειωμένο αριθμό συμμετοχών και χορηγιών, λόγω οικονομικής κρίσης
- περιορισμένο κοινωνικό πρόγραμμα και εκδρομών
- μείωση του κόστους σε συνεδριακό υλικό

Σίγουρα όμως η πραγματοποίηση του συνεδρίου μας που άγγιξε τον αριθμό των 300 περίπου συμμετεχόντων μαζί με τους φοιτητές, αποδεικνύει για ακόμα μια φορά τη δυναμική του συλλόγου στους χαλεπούς καιρούς, ότι τα μέλη μας βρίσκονται κοντά μας και περιφρουρούν το θεσμό της συνεχιζόμενης εκπαίδευσής τους.

Το 22° συνέδριο μας φιλοδοξεί να αποτελέσει για ακόμα μια φορά μια επιτυχημένη διοργάνωση των Νοσηλευτών Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής.

Παράλληλα εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας στους χορηγούς και σε όλους εκείνους που παρά τις οικονομικές δυσχέρειες που ταλανίζουν την χώρα, στήριξαν το θεσμό του Συνεδρίου μας, στο ΔΣ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ, καθώς και σε όλα τα μέλη των Επιτροπών και στο γραφείο διοργάνωσης του συνεδρίου.

Η επιτυχία και η καθιέρωση αυτού του Συνεδρίου είναι αποτέλεσμα σκληρής δουλειάς, που προέκυψε μέσα από την ενεργό συμμετοχή όλων όσων το επιθυμούσαν να συμμετάσχουν.

Η ενεργός συμμετοχή επομένως όλων σας συνέβαλε στη διατήρηση της παράδοσης των επιτυχημένων Συνεδρίων μας, ενώ παράλληλα αποτέλεσε την εφελκυστική δύναμη για την περαιτέρω επίτευξη των στόχων του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ καθώς και της προσφοράς υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στο κοινωνικό σύνολο.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!  
Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ  
Κωνσταντίνος Καρακώστας



Μέλη του Δ.Σ. στο όμορφο περίγυρο του ξενοδοχείου MONTANA που φιλοξένησε το Συνέδριο



Στα πλαίσια του Συνεδρίου πραγματοποιήθηκε προσκύνημα στη Μονή Προυσού. Οι σύνεδροι λίγο πριν την αναχώρηση



Η Μονή Προυσού

## ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ

Η επιτροπή αξιολόγησης των εργασιών του 22<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ μετά από προσεκτική ανάγνωση όλων των εργασιών που πληρούσαν τα κριτήρια προς βράβευση αποφάσισε να απονεμίσει τα βραβεία στις εξής εργασίες:

### 1<sup>ο</sup> ΒΡΑΒΕΙΟ

**‘ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ  
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ  
ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΛΜΙΚΗ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑ’**

Κιέκκας Π., Αλιμούτση Α., Τσέκο Φ., Στεφανόπουλος Ν.,  
Παπαδημητρίου Μ., Κάργα Μ., Κωνσταντίνου Ε.

### 2<sup>ο</sup> ΒΡΑΒΕΙΟ

**‘ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ -  
ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ’**

Καραθανάση Κ.,  
Ζυγά Σ.,  
Μαλλιάρου Μ.

Πρέπει να σημειωθεί πώς το τρίτο βραβείο δεν αποδόθηκε διότι δεν βρέθηκε άλλη εργασία να πληρεί τα κριτήρια που είχε θέση η επιστημονική επιτροπή. Ως εκ τούτου το ΔΣ του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ αποφάσισε το χρηματικό ποσό που αντιστοιχούσε στο τρίτο βραβείο να διατεθεί στη διενέργεια ενός εκπαιδευτικού σεμιναρίου για τα μέλη του συλλόγου.

### ΒΡΑΒΕΙΟ «ΑΡΓΥΡΩ ΚΑΝΔΗΛΙΩΤΟΥ»

**‘ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ’**

Τσιώμου Γ., Βαΐτσαρά Χ., Βρέκουλου Δ.  
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Η διαδικασία των βραβεύσεων ολοκληρώθηκε με την απόδοση τριών επαίνων σε εργασίες που ξεχώρισαν κατά την παρουσίασή τους. Οι εργασίες αυτές ήταν οι εξής:

### 1<sup>ος</sup> ΕΠΑΙΝΟΣ

**‘ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΟ,  
ΧΙΛΙΑ ΕΞΑΚΟΣΙΑ ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΑ’**

Ζάντζο Α. Ι., Λεβέντη Ν.  
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

### 2<sup>ος</sup> ΕΠΑΙΝΟΣ

**‘ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (Μ.Η.Ν.Χ.Τ.)’**

Σίσκου Τ., Βασιλοπούλου Χ.  
Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνας

### 3<sup>ος</sup> ΕΠΑΙΝΟΣ

**‘ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΑ ΠΤΗΤΙΚΑ  
ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΑΕΡΙΑ’**

Πατελάρου Α., Μελιδονιώτης Ε., Δημητράκη Μ.  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

### e-poster

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ «ΧΡΟΝΟΥ ΖΩΗΣ»  
ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ  
ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ’**

Αυγερινού Μ., Κρεμέτη Δ.  
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου


**WFHSS**

 World Forum for Hospital  
Sterile Supply

 European Operating Room  
Nurses Association


ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

**Σύλλογος Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.**

Λ. Μεσογείων 83, Αμπελόκηποι 11526, Αθήνα τηλ-fax: 210 7486514

 e-mail: [sydnnox@otenet.gr](mailto:sydnnox@otenet.gr) website: [www.sydnnox.gr](http://www.sydnnox.gr)

Ημ.

**ΘΕΜΑ : Επιμορφωτικό Σεμινάριο**

Η Ελληνική Εταιρεία Νοσηλευτικής Έρευνας και Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ, συνδιοργανώνει Επιμορφωτικό Σεμινάριο, με θέμα:

**«Διαταραχές Νερού και Ηλεκτρολυτών στην καθημερινή κλινική πράξη».**

Εισηγητές του σεμιναρίου θα είναι οι :

**Αναστασία Κοτανίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ,**

**Ιωάννης Βασιλειάδης, Βασιλειάδης Λέκτορας ΕΚΠΑ και**

**Χριστίνα Μαρβάκη, Καθηγήτρια, τμήματος Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ Αθήνας.**

Ημερομηνία διεξαγωγής: **26 Μαΐου 2012**

Τόπος διεξαγωγής : **Γραφεία ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Λ. Μεσογείων 83, 5<sup>ος</sup> όροφος**

Ώρα Προσέλευσης : **8:30 – 8:45 πμ**

Ώρες Σεμιναρίου: **9:00πμ έως 13:00μμ.**

Συμμετοχή: **Ελεύθερη**

Δηλώσεις συμμετοχής θα αποστέλλονται στο email: [sydnnox@otenet.gr](mailto:sydnnox@otenet.gr)

Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας, με βάση την ημερομηνία αποστολής της αίτησης. Αριθμός συμμετεχόντων είκοσι πέντε (25). Η παρουσία των συμμετεχόντων είναι υποχρεωτική σε όλη τη διάρκεια του επιμορφωτικού σεμιναρίου.

**Τέλος προθεσμίας υποβολής της αίτησης η 15η Μαΐου 2012.**

Στους συμμετέχοντες θα δοθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης με διδακτικές μονάδες μετά τη λήξη του σεμιναρίου.

Για την Ελληνική Εταιρία Νοσηλευτικής  
Έρευνας και Εκπαίδευσης

Η Πρόεδρος

Χριστίνα Μαρβάκη

Για τον ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ

Ο Πρόεδρος

Ιωάννης Κουτελέκος

## ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Τσιώμου Γαρυφαλλιά<sup>1</sup>, Βαϊτσαρά Χριστίνα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Κεντρικής Αποστείρωσης & Εξωτερικών Ιατρείων

<sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, Κεντρικής Αποστείρωσης

Η κ/α είναι το τμήμα του νοσοκομείου που είναι υπεύθυνο για την αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων – υλικών, την συντήρησή τους, την διαλογή τους την συσκευασία τους την φύλαξή τους, την διανομή τους στα χειρουργεία και στα διάφορα άλλα τμήματα. Εντός του νοσ/μείου η Κ/Α, εκτός από τα χειρουργικά εργαλεία, επεξεργάζεται και ότι έρχεται σε επαφή με τον ασθενή που πρέπει να είναι επίσης στείρο! (ιματισμός – λινά, εξοπλισμός χειρουργικής κλίνης, γάζες, κλπ...)

Η ιστορία της Αποστείρωσης ως οργανωμένο «κεντρικό» τμήμα είναι πολύ πρόσφατη και ανάγεται στα τελευταία 50 χρόνια περίπου. Στην σύντομη αυτή περίοδο πολλά έχουν αλλάξει στον τομέα της αποστείρωσης ο οποίος γίνεται ολοένα και πιο σημαντικός. Οι αλλαγές που επιβλήθηκαν από την πρόοδο της τεχνολογίας, την εφαρμογή των διεθνών προτύπων και την πιστοποίηση των διαδικασιών που ακολουθούνται, εμφανίστηκαν μεταξύ άλλων, στον τομέα της οργάνωσης, της συσκευασίας και της νομοθεσίας.

Στη χώρα μας βλέπουμε συχνότερα τμήματα Κ/Α να εξυπηρετούν τις ανάγκες κυρίως των χειρουργείων. Λίγα είναι τα νοσοκομεία που εφοδιάζουν με αποστειρωμένο υλικό ολόκληρο το νοσοκομείο.

Για να συμβεί αυτό βασική προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη πλήρως οργανωμένης υπηρεσίας διαχείρισης εφοδίων!!!

Για μια σύγχρονη αποστείρωση απαιτείται μια ασφαλής διαδικασία με την οποία

Α) να διασφαλίζεται η στειρότητα των υλικών και  
 Β) να υπάρχει η δυνατότητα ιχνυλασιμότητας σε κάθε στάδιο.  
 Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από την Αποστείρωση ενός νοσ/κού ιδρύματος φαίνεται να τείνει προς έναν ολοκληρωμένο έλεγχο από τις οικοδομικές εγκαταστάσεις, την ποιότητα των μηχανημάτων, την εξασφάλιση εξειδικευμένων ανθρώπινων πόρων μέχρι και τον έλεγχο και την πιστοποίηση της κάθε διαδικασίας «Διαδικασία» δεν είναι μόνο η παραγωγή αποστειρωμένου υλικού, αλλά έχει να κάνει και με την συντήρηση των εγκαταστάσεων, την συνολική διακίνηση του υλικού εντός του νοσ/μείου και την καταγραφή όλων αυτών (τήρηση αρχείων).

### Τι είναι μύθος?

Μύθος, σύμφωνα με την αρχαία ελληνική έννοια της λέξης σημαίνει «λόγος – διήγηση» που μεταδίδεται από στόμα σε στόμα. Με το πέρασμα του χρόνου όμως απέκτησε ένα ευρύτερο φάσμα σημασιών.

Σίγουρα όταν σήμερα αναφερόμαστε στο μύθο ως έννοια δεν του αποδίδουμε την αρχαία σημασία του όρου. Όταν λέμε «μύθος» εννοούμε «την ψευδή εκείνη ιστορία που πηγάζει από την φαντασία κάποιων ανθρώπων που στην καλύτερη των περιπτώσεων θα την αποκαλούσαμε σαν “παραμύθι”»

Κι όπως καταλαβαίνετε δεν πρόκειται να ασχοληθώ με παραμυθάκια για μικρά παιδιά αλλά για εκείνα που λέγονται σε εμάς τους μεγάλους οι οποίοι – αν και σαφώς πιο λογικοί και πιο σκεπτικιστές, ασπάζομαστε αυτές τις όμορφες ιστοριούλες σαν να ήταν η ίδια μας η ιστορία, σαν να ήταν η μόνη αλήθεια που δεν θα αντικρούσει τα πιστεύω μας!

Σύμφωνα με τον Joseph Campbell (Αμερικανός συγγραφέας μυθολόγος και ομιλητής 1904-1987)

«Οι μύθοι είναι ενδείξεις για τις πνευματικές δυνατότητες του ανθρώπου»

### Τι είναι αλήθεια?

Το να ρωτάμε «τι είναι αλήθεια?» είναι το ίδιο δύσκολο να απαντήσουμε όσο και στην ερώτηση «Τι είναι ύπαρξη?»

Η αλήθεια ορίζεται στο λεξικό ως «συμφωνία με γεγονότα ή πραγματικότητα, μια δήλωση που αποδεικνύεται ότι είναι ή γίνεται αποδεκτή ως αληθινή πραγματικότητα ή ακρίβεια»

Μερικοί θα έλεγαν ότι δεν υπάρχει αληθινή πραγματικότητα μόνο αντιλήψεις και γνώμες. Από την άλλη κάποια θα επιχειρηματολογήσουν ότι θα πρέπει να υπάρχει απόλυτη πραγματικότητα ή αλήθεια. Όταν λοιπόν σκεφθούμε την ερώτηση «υπάρχει απόλυτη αλήθεια βλέπουμε 2 διαμετρικά αντίθετες απόψεις.

Αν περιορίσουμε την έννοια της « εμπειρίας» και της «πράξης» μόνο στις πιο άμεσες αντιλήψεις μας τότε πρέπει να αμφιβάλουμε – αν όχι να αρνηθούμε –την ύπαρξη αναρίθμητων πραγμάτων και δυνατοτήτων τα οποία εμείς οι ίδιοι δεν τα έχουμε αντιληφτεί να αποκαλέσουμε «θε-

ωρία» την ύπαρξη τους και να πιστέψουμε μόνο ότι εμείς οι ίδιοι αντιληφθούμε.

Η ...αλήθεια είναι ότι «Δεν υπάρχει αλήθεια, υπάρχει γνώση με την δυνατότητα να είναι αξιόπιστη, δηλ αληθινή!»

**Ας δούμε λοιπόν ποιοι είναι οι μύθοι και οι αλήθειες που περιβάλλουν το Τμήμα της Κεντρικής Αποστείρωσης, ένα τμήμα που πολλοί μιλούν για αυτό, λίγοι το επισκέπτονται και ακόμη λιγότεροι γνωρίζουν πραγματικά τι συμβαίνει.**

**ΜΥΘΟΣ:** «Η Κ/Α είναι αποκομμένη από την υπόλοιπη 'νοσοκομειακή ζωή'»

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η αρχιτεκτονική της δομή είναι τέτοια ώστε και διασφαλίζονται, συγκεκριμένες συνθήκες αερισμού – κλιματισμού και ο φωτισμού( βασικά ποιοτικά στοιχεία τα οποία πρέπει να υπόκεινται σε απόλυτο έλεγχο )και να επιτρέπεται η διεξαγωγή της καθορισμένης διαδικασίας σε διακεκριμένες ζώνες:

- A) παραλαβής, ταξινόμησης, πλύσης και απολύμανσης του ακάθαρτου υλικού (εργαλεία)
- B) έλεγχου, ταξινόμηση συσκευασίας καθαρών εργαλείων. Ο ιματισμός συσκευάζεται ξεχωριστά για να αποφευχθεί το χνούδι στο χώρο συσκευασίας των εργαλείων. Προώθηση αυτών στους κλιβάνους και,
- Γ) παραλαβής απευθείας από τους κλιβάνους του αποστειρωμένου υλικού, ταξινόμησης, αποθήκευσης και διανομής στο χειρουργείο και τα τμήματα «άβατο».

Η σαφής διαφοροποίηση των περιοχών αυτών σε διακεκριμένες ζώνες μέσω του αρχιτεκτονικού σχεδιασμού σε συνδυασμό με την τήρηση της προκαθορισμένης διαδικασίας διακίνησης των υλικών εντός της Αποστείρωσης και από εκείνη προς τα τμήματα επιτρέπει την πλήρη διάκριση και αποφυγή λαθών μεταξύ αποστειρωμένων και μη υλικών.

Αν και η αρχιτεκτονική και λειτουργική της δομή επιβάλλει ένα « κλειστό τμήμα » η συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα και υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι δεδομένη. Εκτός από τα χειρουργεία και τα υπόλοιπα νοσηλευτικά τμήματα η συνεργασία επεκτείνεται

- με τον χώρο των πλυντηρίων, για την διακίνηση του καθαρού χειρουργικού ιματισμού,
- την τεχνική υπηρεσία για την επίλυση προβλημάτων του εξοπλισμού (κλιβανοί- πλυντήρια- στεγνωτήρια- συσκευές θερμοσυγκόλισης κλπ),καθώς και την προγραμματισμένη προληπτική συντήρηση.
- Το τμήμα προμηθειών, για την έγκαιρη προμήθεια των αναλωσίμων υλικών
- Την επιτροπή των λοιμώξεων,
- Τον Ιατρό Εργασίας και την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας

Δεν είναι τυχαίο πως χαρακτηρίζεται η «ραχοκοκαλιά» του νοσοκομείου

**ΜΥΘΟΣ:** « Η Κ/Α είναι ξεκούραστο τμήμα»

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Βασικός λόγος για τον οποίο θεωρείται ξεκούραστο τμήμα είναι η απαλλαγή από την νυχτερινή βάρδια που ταλαιπωρεί το νοσηλευτικό προσωπικό σε όλα σχεδόν τα νοσηλευτικά τμήματα. Τα περισσότερα τμήματα Κ/Α δεν λειτουργούν την νύχτα ωστόσο αυτό δεν αποτελεί δεδομένο καθώς μπορεί να αλλάξει σε βάθος χρόνου καθώς οι συνθήκες μπορεί να μεταβληθούν σύμφωνα με τις ανάγκες.

Η φύση και οι συνθήκες εργασίας έτσι όπως εξελίσσονται κάθε άλλο παρά ξεκούραστο το χαρακτηρίζουν.

Η έκθεση των εργαζομένων σε παράγοντες επιβαρυντικούς τόσο την σωματική όσο και για την ψυχική υγεία είναι πραγματικότητα.

Επιβαρυντικούς παράγοντες αποτελούν:

- A) ο τεχνητός φωτισμός (οπτική κόπωση, θάμβωση )
- B) ο θόρυβος από τους κλιβάνους και τα πλυντήρια κυρίως λόγω τεχνικών προβλημάτων,(ηχητική ρύπανση)
- Γ) η θερμοκρασία και η υγρασία η οποία αυξάνεται εξαιτίας των κλιβάνων αποστείρωσης και του ιματισμού που έρχεται απευθείας από τα πλυντήρια του νοσοκομείου, καθώς μεταβάλλονται οι ενδεικνυόμενες τιμές τους κυμαίνονται για την Θ=16-19 βαθμούς C και για την Υ=40-60%.
- Δ) ο εξαερισμός – απαγωγή παραπροϊόντων (ατμοί, αέρια χνούδι κα) διότι στο κλειστό νοσοκομειακό τμήμα της Αποστείρωσης δεν επιτρέπεται η είσοδος νωπού αέρα, καθώς η ποιότητα του δεν διασφαλίζει τις αρχές της υγιεινής στο τμήμα.
- Ε) η έκθεση σε χημικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις επιπτώσεις στην υγεία (οξειδίο του αιθυλενίου, φορμαλδεΰδη γλουταραλδευδη, υπεροξικό οξύ, υπεροξειδίο του υδρογόνου κ.α.)
- Z) η έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες όσων εμπλέκονται στην παραλαβή, πλύσιμο και απολύμανση χειρουργικών εργαλείων σε καθημερινή βάση και κινδυνεύουν από τραυματισμούς με αιχμηρά αντικείμενα.
- Ε) οι μυοσκελετικές παθήσεις, και εδώ θα αναφερθούμε στον ορό «κάκωση λόγω επαναλαμβανόμενης καταπόνησης» ο οποίος αποδίδει επακριβώς τόσο τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς αυτών των παθήσεων που μπορούν να προκληθούν από εργασίες που απαιτούν επίπονες στάσεις του σώματος ή έντονα επαναλαμβανόμενες κινήσεις όπως η φόρτωση – εκφόρτωση των κλιβάνων, το δίπλωμα του ιματισμού η προετοιμασία των χειρουργικών σετ κ.α. ή γίνονται με εξαιρετικά γρήγορο ρυθμό (π.χ. ώμων, καρπών, αγκώνων και γονάτων ...)

Η πιθανότητα του «μηδενικού λάθους» αποτελεί ιδιαίτερα στρεσογόνο παράγοντα καθώς το λάθος μπορεί να αποβεί μοιραίο τόσο κατά την διάρκεια χρήσης των σετ στο χειρουργείο (σκεφτείτε να λείπει ένα εργαλείο μοναδικό και απαραίτητο σε συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση )όσο και στις συνέπειες πλήμμελους καθαρισμού και αποστείρωσης!!!

Για την πρόληψη όλων αυτών απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση και εκπαίδευση του προσωπικού και όχι διάθεση για ξεκούραση.....

**ΜΥΘΟΣ:** «Παρκιν προβληματικών ατόμων»

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Ο χώρος της Κ/Α έχει απαιτήσεις. Καθώς ο εξοπλισμός και τα χειρουργικά εργαλεία αποτελούν σημαντική επένδυση για το νοσοκομείο, απαιτείται μεγάλη προσοχή στην επιλογή, την χρήση και την συντήρησή τους ώστε η αποτελεσματικότητα κατά την χρήση τους να είναι η αναμενόμενη.

Για να συμβεί αυτό πρέπει να ακολουθούνται τα ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα που επιτάσσουν συγκεκριμένες διαδικασίες ώστε να εφαρμόζεται και να διασφαλίζεται η υψηλότερη ποιότητα στην παροχή του αποστειρωμένου υλικού.

Ως εκ τούτου, καθίσταται οφθαλμοφανές πως πρέπει να στελεχώνεται από επιστημονικό, τεχνικό, και βοηθητικό προσωπικό που εκπαιδεύεται, καθοδηγείται και επίσταται από τον προϊστάμενο.

Αντιλαμβάνεστε πως η Κ/Α δεν αποτελεί και δεν θα έπρεπε να αποτελεί επιλογή για Ρ προβληματικών ατόμων, καθώς απαιτεί

- Οργάνωση
- Υπευθυνότητα
- Τήρηση και συνέπεια στην εφαρμογή των διαδικασιών
- Συνεργασία εντός και εκτός τμήματος
- Εκπαίδευση
- Γνωστική επάρκεια
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ!!!

**Άλλωστε, ό,τι κάνουμε καλά, είναι γιατί γνωρίζουμε το λόγο για τον οποίο το κάνουμε!!!**

Μην ξεχνάμε πως όποιο πρόβλημα και να αντιμετωπίζει καθένας από εμάς μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα όταν θέλει, και όταν αυτό δεν γίνεται εμπόδιο στον τομέα που έχει κληθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του!!

**ΜΥΘΟΣ:** «ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων φωτογραφίζει τον όγκο δουλειάς στο τμήμα της Κ/Α.»

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Γνωρίζουμε καλά πως για την διεξαγωγή μιας χειρουργικής επέμβασης μπορεί να χρησιμοποιηθεί από 1 - 10 + κασετίνες χειρουργικών εργαλείων,extra μεμονωμένα εργαλεία, σετ ιματισμού, μεμονωμένος ιματισμός, και επιδεσμικό υλικό(πχ γάζες διαφόρων ειδών, επίδεσμοι κλπ). Όλα αυτά αποτελούν υλικά που επεξεργάζονται και παράγονται στο τμήμα της Κ/Α.

Έτσι καταλήγουμε σαφώς πως ο όγκος δουλειάς στο τμήμα εξαρτάται όχι από μόνο από τον αριθμό αλλά και από το είδος της κάθε χειρουργικής επέμβασης.

Η Κ/Α είναι υπεύθυνη όχι μόνο για την εξασφάλιση των απαιτούμενων υλικών για την εκτέλεση των προγραμματισμένων χειρουργείων, αλλά και των εκτάκτων. Ακόμη χειρίζεται την παρακαταθήκη των εργαλείων και φροντίζει την εξασφάλιση τόσο του απαραίτητου αποστειρωμέ-

νου και μη αποστειρωμένου στοκ, για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών εφοδιασμού, όσο και της αναγκαιότητας σε κάθε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης!!!

Και όλα αυτά βέβαια συμβαίνουν ταυτόχρονα και σε καθημερινή βάση καθώς ότι παράγεται στο «εργοστάσιο» της Κ/Α, καταναλώνεται η επαναεπεξεργάζεται !

**ΜΥΘΟΣ:** «Νοσηλευτική ή όχι?»

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη που μετρά χρόνια, η διαδικασία της αποστείρωσης επίσης. Η οργάνωση των τμημάτων της Κ/Α είναι γεγονός των τελευταίων χρόνων.

Καθώς στη νοσηλευτική επιστήμη η Νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται ως οι ενέργειες εκείνες που λαμβάνει ο ασθενής προκειμένου να βοηθηθεί αυτός και η οικογένειά του, για να φτάσει στο άριστο επίπεδο ευημερίας σε αυτή την μορφή εξάσκησης μιας «εναλλακτικής νοσηλευτικής» στο χώρο της Κ/Α, θα λέγαμε πως υπάρχει ένας κοινός και αδιαίρετος στόχος: Η ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ !!!

Οι διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και η ποιότητα της αποστείρωσης - απολύμανσης, είναι απολυτά συνυφασμένη με την ποιότητα ζωής. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού. Αποτελούν όμως και τις κύριες αιτίες παρατεταμένης νοσηλείας και φόρτου εργασίας των νοσηλευτικών τμημάτων!!!

Η γνώση της νοσηλευτικής επιστήμης διευκολύνει την αξιολόγηση της σπουδαιότητας μιας πράξης στην Κ/Α, καθώς οι συνέπειες της θα φανούν διεγχειρητικά (αρτιότητα και πληρότητα των σετ), αλλά και στην μετεγχειρητική πορεία των αποδεκτών των «αποστειρωμένων υπηρεσιών».

**ΜΥΘΟΣ:** «Υψηλό κόστος»

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Ως « κόστος » ορίζεται η θυσία που συνεπάγεται η απόκτηση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας. Είναι η μέτρηση των οικονομικών πόρων που θυσιάστηκαν η θα θυσιαστούν για να επιτευχθεί κάποιος αντικειμενικός σκοπός. Αποτελεί κύριο μέσο αποτελεσματικής διοίκησης.

Σίγουρα για την διασφάλιση των απαιτούμενων συνθηκών στη διαδικασία της αποστείρωσης - απολύμανσης απαιτείται εξοπλισμός και αναλώσιμα υλικά, το κόστος των οποίων αναφέρεται υψηλό !!! Αυτό συμβαίνει διότι όλα τα προαναφερθέντα διέπονται από συγκεκριμένες προδιαγραφές, σύμφωνα πάντα με τα ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα.

Η οικονομική διαχείριση πρέπει να εξασφαλίζει την βιώσιμη λειτουργία του τμήματος σύμφωνα με τις απαιτήσεις ποιότητας των αποδεκτών, και μέσα στον προβλεπόμενο προϋπολογισμό.

Οι συνεπακόλουθοι κίνδυνοι της λοίμωξης, του παρατεταμένου νοσηλίου, του πρόσθετου κόστους των ηθικών και ποινικών ευθυνών, καθώς και των δικαστικών μέτρων,

αυξάνονται αν η ασηψία παραμεληθεί σε οποιοδήποτε στάδιο. Ένας αποτυχημένος κύκλος αποστείρωσης που δεν έχει γίνει αντιληπτός, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία και την ζωή των ασθενών, του προσωπικού αλλά και την οικονομική ευρωστία του νοσοκομείου. Οι πρόσθετες δαπάνες που συνδέονται με τις μετεγχειρητικές λοιμώξεις καθώς και άλλες νομικές ευθύνες, όσον αφορά την φροντίδα υγείας, καθιστούν την εφαρμογή ενός προγράμματος αποστείρωσης κρίσιμο θέμα για όλα τα νοσοκομεία. Άλλωστε η πρόληψη είναι καλύτερη από την θεραπεία!!! Σωστά???

### ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΜΗΜΑ Κ/Α???

Η αποστολή της λειτουργικής αυτής μονάδας όπως προαναφέρθηκε είναι η προετοιμασία, αποθήκευση και διακίνηση του αποστειρωμένου υλικού. **Η ύπαρξή της προσφέρει τα εξής πλεονεκτήματα :**

- Ασφάλεια στην προπαρασκευή των υλικών
- Καλή καθαριότητα και απολύμανση των υλικών
- Άριστη συντήρηση των υλικών
- Ασφάλεια κατά την αποστείρωση
- Ομοιομορφία και πληρότητα των σετ χειρουργικών εργαλείων
- Οικονομία και ύπαρξη αποθεμάτων

Με την κεντρική διεκπεραίωση των εργαλείων και του ιματισμού των χειρουργείων, αποφεύγεται η πρακτική εργασία στους χώρους των χειρουργικών αιθουσών. Επιτυγχάνεται γρήγορη και άμεση διακίνηση καθαρών και ακάθαρτων υλικών.

### Τα αποτελέσματα της είναι :

1. Η διεκπεραίωση μεγαλύτερου αριθμού εγχειρήσεων με μικρότερο αριθμό εργαλείων
2. Καλύτερος καθαρισμός και συσκευασία του υλικού από εκπαιδευμένο και μόνιμο προσωπικό,
3. Αποσυμφόρηση του άμεσου περιβάλλοντος των χειρουργείων από το προσωπικό, την κυκλοφορία και τον θόρυβο που δημιουργεί η εργασία αυτών.

Γίνεται έτσι φανερό πως πρέπει να υπάρχει άρτια οργάνωση και συνεργασία μεταξύ των 2 αυτών τμημάτων, συνεχής επικοινωνία και συντονισμός από σοβαρά και υπεύθυνα άτομα.

### Για να λειτουργήσει σωστά μια Κ/Α απαιτείται :

- Σωστή αρχιτεκτονική χώρου
- Σωστός αερισμός και κλιματισμός του χώρου
- Επιλογή και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αποστείρωσης
- Έλεγχος αποστείρωσης, τήρηση αρχείων και τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων (ιχνυλασιμότητα)
- Επιλογή και συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την διασφάλιση της ποιότητας καθώς και την πρόληψη των επαγγελματικών ασθενειών και ατυχημάτων.

Καθώς η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό του ανθρώπου, καθήκον της πολιτείας είναι να παρέχει αποτελεσματικές, ικανές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Να θυμόμαστε πως ο μεγάλος εχθρός της αλήθειας συχνά δεν είναι το ψέμα (εσκεμμένο- πλαστό -ανέντιμο) αλλά ο μύθος (επίμονος –πειστικός – ρεαλιστής) Τζων Κέννεντυ (1917-1963).

Όσο κι αν λοιπόν οι μύθοι «παραμύθια» έχουν την ικανότητα να ... « χαϊδεύουν » τα αυτιά των μεγάλων... είναι επιτακτική ανάγκη να αναγνωρίζουμε και να ακολουθούμε τις αλήθειες.

Να θυμόμαστε πως η αλήθεια λέγεται μπροστά σε μεγάλους σκοπούς, (Τζέιμς Μάντισον) και ο μεγάλος μας σκοπός είναι η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από όποια θέση κι αν βρισκόμαστε!!!

Γιατί..... Αποδέκτες των υπηρεσιών αυτών είναι οι συνάνθρωποί μας είναι η οικογένεια μας είναι ο ίδιος μας ο εαυτός!!!

### Βιβλιογραφία

«Υγεία και εργασία» Εμμανουήλ Βελονάκης, Παναγιώτα Σουρτζή, 2009

[www.healthy.gr](http://www.healthy.gr)

[www.nosteilam.gr](http://www.nosteilam.gr)

[www.ygieini-asfaleia pblogs.gr](http://www.ygieini-asfaleia pblogs.gr)

[www.dkonst.gr](http://www.dkonst.gr)

[www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr)

[www.e-esdy.gr](http://www.e-esdy.gr)

[www.gnomikologikon.gr](http://www.gnomikologikon.gr)



## ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ Η' ΠΛΕΟΝΑΣΜΟΣ;

Ζάντζος Α. Ι.<sup>1</sup>, Βουτσινάς Βασ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ΔΕ Πληροφορικής, ΤΕ Νοσηλευτικής, ΠΕ Πληροφορικής, MSc «Διοίκηση Υγείας»,  
Υποψ. Διδάκτωρ Παν. Πατρών, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών

### Περίληψη

**Εισαγωγή:** Κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα, αποτελεί οικονομικό οργανισμό: χρησιμοποιεί εισροές για να παράγει εκροές. Δυστυχώς, ο περιορισμός πόρων ισχύει και για τους υγειονομικούς σχηματισμούς. Το 2006, ο οργανισμός λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (ΓΝΤ) τροποποιήθηκε, επιφέροντας σημαντική αύξηση κλινών (320) με ταυτόχρονη μετεγκατάσταση σε νέες, κατά πολύ μεγαλύτερες, κτιριακές εγκαταστάσεις.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και οικονομικών επιπτώσεων που η τροποποίηση του οργανισμού έχει επιφέρει στην λειτουργία και το παραγόμενο αποτέλεσμα του νοσοκομείου.

**Υλικό και μέθοδος:** από το πληροφοριακό σύστημα του ΓΝΤ, αντλήθηκαν δεδομένα λειτουργίας για το χρονικό διάστημα 2005-2009. Πέραν αυτών μελετώνται και οικονομικά στοιχεία (ισολογισμοί). Χρησιμοποιήθηκε το Excel 2003.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφεται αύξηση κλινών, μέσης διάρκειας νοσηλείας, ημερών νοσηλείας, διαστήματος εναλλαγής. Ταυτόχρονα αυξήθηκαν οι εντός κλινικών νοσηλευθέντες και μειώθηκαν οι εντός των μονάδων νοσηλευθέντες. Αξιοσημείωτη σταθερότητα παρουσιάζει ο αριθμός εξεταζόμενων σε ΤΕΠ, τακτικά ιατρεία και το σύνολο νοσηλευθέντων. Μειώθηκε ο ρυθμός εισροής. Στα οικονομικά στοιχεία διαπιστώνεται αύξηση εσόδων, απαιτήσεων, εξόδων, υποχρεώσεων. Διπλασιάστηκαν οι αναλώσεις και αυξήθηκε ο αριθμός προσωπικού. Η μισθοδοσία ισούται περίπου με το διπλάσιο των εσόδων από παροχή υπηρεσιών.

**Συμπεράσματα:** Η αύξηση εισροών δεν έχει επιφέρει αντίστοιχη ποσοστιαία αύξηση εκροών. Υφίστανται κλινικές που δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη. Συνάγεται πλεονασμός κλινών, με έναν αριθμό 240 να ανταποκρίνεται ικανοποι-

ητικά στις ανάγκες του νομού. Στα θετικά συγκαταλέγονται οι νεόδμητες εγκαταστάσεις.

### Εισαγωγή

Κάθε νοσοκομείο, παρά την κοινωνική του διάσταση και ρόλο, αποτελεί οικονομικό οργανισμό: χρησιμοποιεί εισροές για να παράγει εκροές. Για τα δημόσια νοσοκομεία, οι εισροές είναι τέτοιου μεγέθους, ώστε σε αυτά επιμερίζεται ένα σημαντικό τμήμα του συνόλου δαπανών υγείας. Το μέγεθος των πόρων που η λειτουργία των νοσοκομείων απαιτεί, αλλά και ο περιορισμός τους, κάτι που ισχύει και για τους υγειονομικούς σχηματισμούς, δικαιολογεί το ενδιαφέρον του κράτους για την βέλτιστη αξιοποίηση και αποτελεσματικότητα όλων των διαθέσιμων πόρων που κατευθύνονται προς τα δημόσια νοσοκομεία. Οι νέες προκλήσεις [1] που αυτά (κατ' επέκταση και τα εθνικά συστήματα υγείας) καλούνται να αντιμετωπίσουν, απαιτούν αυξανόμενους πόρους και κάνουν περισσότερο παρά ποτέ, επιτακτική την ανάγκη για την καλύτερη, ορθότερη, δικαιότερη κατανομή τους.

### Σκοπός

Αν στόχος καθίσταται η δίκαιη κατανομή των, πάντα περιορισμένων, πόρων, τότε θεωρείται λογικό επακόλουθο το περί αυτού ζωηρό ενδιαφέρον ερευνητών και πολιτείας. Παραγωγικότητα, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ποιότητα, ισότητα κλπ είναι έννοιες που μπορεί να συναντήσει ο κάθε ενδιαφερόμενος περί αξιολόγησης υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Ενδεικτικά αναφέρεται [2] ότι το 2003 είχαν εντοπιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία 189 μελέτες για την αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα στον τομέα υγείας. Από αυτές, οι μισές περίπου αφορούσαν νοσοκομειακές μονάδες. Στην παρούσα εργασία, με την εστίαση σε κάποιους δείκτες εισροών και εκροών καταβάλλεται προσπάθεια αποτίμησης των επιπτώσεων που έχει επιφέρει στην λειτουργία του ΓΝΤ και το παραγόμενο αποτέλεσμα, η τροποποίηση

(μεγέθυνση) του οργανισμού λειτουργίας του που έλαβε χώρα το 2006. Το καίριο ερώτημα το οποίο το παρόν άρθρο πραγματεύεται, περιστρέφεται γύρω από την αναγκαιότητα ή μη τέτοιας μεγέθυνσης.

### Υλικό και μέθοδος

Από το πληροφοριακό σύστημα του ΓΝΤ, αντλήθηκαν δεδομένα λειτουργίας για το χρονικό διάστημα 2005-2009. Γίνεται επισκόπηση των νομικών κειμένων (ΦΕΚ οργανισμού λειτουργίας) που στο διάβα του χρόνου προσδιόρισαν τη μορφή και λειτουργία του ΓΝΤ, ενώ μελετώνται και οικονομικά στοιχεία (ισολογισμοί) για τα έτη 2005-2009. Χρησιμοποιήθηκε το Excel 2003. Σ' αυτό αναπτύχθηκε επίσης ένα απλό μοντέλο OLAP (On-Line Analytical Processing) για την αποτύπωση των δεδομένων.

### Αποτελέσματα

Το ΓΝΤ απευθύνεται σε ένα πληθυσμό 132.689 κατοίκων (μόνιμος πληθυσμός) σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ [3] για το 2001.

Οι κτιριακές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου περιλαμβάνουν το αρχικό κτίριο έκτασης 5.100 τμ (κατασκευής 1958-1960) και την προσθήκη μιας νέας πτέρυγας έκτασης 3.000 τμ περίπου (κατασκευής 1990). Οι μη σύγχρονες, κατά γενική ομολογία, κτιριακές υποδομές ανέδειξαν την αναγκαιότητα ανέγερσης ενός νέου νοσοκομείου. Το κτίριο αυτό κατασκευάστηκε δίπλα ακριβώς στις παλαιότερες εγκαταστάσεις, ολοκληρώθηκε το 2005 και καλύπτει 26.100 τμ.

Παράλληλα με την κατασκευή του νέου κτιρίου, καταβλήθηκε προσπάθεια και διακινήθηκε σχετική αλληλογραφία μεταξύ εμπλεκομένων μερών (ΓΝΤ, 5η ΥΠΕ, ΥΥΚΑ), για την αναμόρφωση του οργανισμού λειτουργίας του νοσοκομείου, με την επιδίωξη αυτός να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες επιταγές της επιστήμης, να καλύπτει τις ανάγκες του νομού και να συμβάλει στην καλύτερη κατά το δυνατόν αξιοποίηση των ανεγειρόμενων κτιριακών υποδομών. Ο νέος οργανισμός λειτουργίας, έχοντας σημαντικές τροποποιήσεις και προσθήκες σε σχέση με τον προϊσχύοντα, δημοσιεύθηκε τον Νοέμβριο του 2006 [4].

Ο μέχρι τότε υπάρχων οργανισμός του νοσοκομείου [5], μετά και από μια σειρά πρότερων ή και μεταγενέστερων τροποποιήσεών του, προέβλεπε 220 κλίνες νοσηλείας και 610 θέσεις προσωπικού (χωρίς τους ιατρούς). Άλλες 199 θέσεις υπαλλήλων προβλεπόταν στα τρία κέντρα υγείας, ευθύνης του ΓΝΤ (Καλαμπάκας, Φαρκαδόνας, Πύλης). Το 2005 το νοσοκομείο είχε ανεπτυγμένες 236 κλίνες από τις οποίες 187 ήταν καταγεγραμμένες στις διάφορες κλινικές και 49 στις διάφορες μονάδες (πίνακας 1).

Το ίδιο έτος, σε κλινικές και μονάδες του νοσοκομείου νοσηλεύθηκαν 24.854 ασθενείς (58.894 ημέρες νοσηλείας), η πληρότητα ήταν 68% και η μέση διάρκεια νοσηλείας έφθανε τις 2,37 ημέρες. Ανάμεσα στα έτη 2004 και 2005 ο ρυθμός εισροής και το διάστημα εναλλαγής παρουσιάζουν σταθερότητα. Πάλι για το 2005, 54.537 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, ενώ 69.155 πολίτες προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

Πέρα από αυτά τα στοιχεία, χρήσιμο είναι να μελετηθούν και οικονομικά στοιχεία (πίνακας 2). Έτσι, το 2005, έτος πριν την τροποποίηση του οργανισμού, το ΓΝΤ και τα τρία κέντρα υγείας που αυτό εποπτεύει, απασχολούσαν 698 άτομα, για τα οποία το μισθολογικό κόστος ανέρχεται σε 22.930.000€ (συνολικό κόστος αμοιβών προσωπικού). Τη χρονιά αυτή, το ΓΝΤ ανάλωσε υλικά αξίας 5.813.059,68€, ενώ είχε 30.439.658,92€ συνολικά έξοδα (αμοιβές προσωπικού, αναλώσεις, αποσβέσεις κλπ), 8.849.446,23€ υποχρεώσεις, 2.781.491,99€ απαιτήσεις, 8.995.089,41€ έσοδα από παροχή υπηρεσιών και 40.565.881,80€ συνολικά έσοδα (επιχορηγήσεις και έσοδα παροχής υπηρεσιών). Από τα προαναφερόμενα οικονομικά στοιχεία προκύπτει ότι το 2005, τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών αρκούσαν για να καλύψουν το 39% της μισθοδοσίας (μη συμπεριλαμβανομένων λοιπών εξόδων), ενώ το μισθοδοτικό κόστος αποτελούσε το 75% του συνολικού λειτουργικού κόστους.

Το Νοέμβριο του 2006 άλλαξε ο οργανισμός του ΓΝΤ προβλέποντας 320 κλίνες και 828 άτομα διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς επίσης και 130 θέσεις ιατρικού προσωπικού. Στο ανθρώπινο δυναμικό θα πρέπει να προστεθούν επιπλέον 68 άτομα, οι θέσεις των οποίων θα καταργηθούν με την αποχώρησή τους (προσωποπαγείς), ενώ οι θέσεις στα κέντρα υγείας παρέμειναν ως είχαν (199 οργανικές θέσεις). Η μετεγκατάσταση στο νέο κτίριο ξεκίνησε τους πρώτους μήνες του 2006 και ολοκληρώθηκε το φθινόπωρο του 2007.

Παρατηρώντας την εξέλιξη κάποιων από τους δείκτες λειτουργίας του νοσοκομείου (πίνακας 1) διαπιστώνεται ότι από το 2006 και μετά, όσο προχωρούσε η λειτουργική ανάπτυξη του νέου νοσοκομείου, η πληρότητά του έφθινε τόσο στις κλινικές όσο και στις μονάδες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ακολουθούσε ανοδική πορεία μέχρι το 2008, ενώ την επόμενη χρονιά παρατηρήθηκε μείωση αυτής. Για το ίδιο χρονικό διάστημα, δηλ μετά την τροποποίηση του οργανισμού λειτουργίας, ο αριθμός νοσηλευθέντων βαίνει αυξανόμενος στις κλινικές και μειούμενος στις μονάδες. Για τις ημέρες νοσηλείας, διαπιστώνεται ότι ο αριθμός τους αυξάνεται στις κλινικές, ενώ στις μονάδες μειώνεται ελάχιστα, συνολικά όμως ο αριθμός των ημερών νοσηλείας παρουσιάζει αύξηση.

Σημαντική είναι η παρατήρηση εξέλιξης δύο άλλων δεικτών: του ρυθμού εισροής και διαστήματος εναλλαγής. Στο διάστημα 2005-2009 ο πρώτος δείκτης μειώνεται και ο δεύτερος αυξάνεται κάτι που υποδηλώνει φθίνουσα πορεία στην ένταση αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής.

Τρεις άλλοι επιμέρους δείκτες παρουσιάζουν μια αξιο-

πρόσεχτη σταθερότητα, πριν αλλά και μετά την τροποποίηση του οργανισμού. Οι δείκτες αυτοί είναι το σύνολο των νοσηλευθέντων (κλινικές και μονάδες, συνολικά περίπου 25.500 ασθενείς), ο αριθμός προσερχομένων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (περίπου 55.000 ασθενείς) και ο αριθμός εξεταζομένων στα τακτικά ιατρεία (περίπου 70.000 άτομα, πίνακας 1).

Για τα οικονομικά στοιχεία (πίνακας 2), μετά την τροποποίηση του οργανισμού το 2006 και έκτοτε, διαπιστώνεται μια μεγέθυνση αυτών. Το προσωπικό, το 2009 ανήλθε σε 1045 άτομα (αύξηση 50% σε σχέση το 2005) με ταυτόχρονη αύξηση και του συνολικού μισθοδοτικού κόστους κατά 15% (26.567.337,29€). Τα λοιπά οικονομικά στοιχεία, ενδεικτικά του 2009, περιλαμβάνουν 12.170.340,74€ αναλώσεις (πλέον του 50% αύξηση σε σχέση με το 2005), 45.146.644,35€ συνολικά έξοδα (αμοιβές προσωπικού, αναλώσεις, αποσβέσεις κλπ), 32.000.101,45€ υποχρεώσεις, 19.228.076,04€ απαιτήσεις, 13.432.606,66€ έσοδα από παροχή υπηρεσιών, 47.888.381,87€ συνολικά έσοδα (επιχορηγήσεις και έσοδα παροχής υπηρεσιών).

Από τα προαναφερόμενα οικονομικά στοιχεία προκύπτει ότι το 2009, 50% του μισθολογικού κόστους μπορούσε να καλυφθεί από τα έσοδα παροχής υπηρεσιών του νοσοκομείου (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται τα λοιπά κόστη), ενώ το μισθολογικό κόστος αποτελούσε το 58% του συνολικού λειτουργικού κόστους.

## Συζήτηση

Το 2005, σε συνολική έκταση 8.100 τμ το νοσοκομείο είχε ανεπτυγμένες 236 κλίνες και κατέγραφε πληρότητα περίπου 68%. Συνεπώς με αυτές τις κλίνες, η χωρητικότητα (capacity) του νοσοκομείου δεν είχε φθάσει στο όριό της. Αντίθετα, θα μπορούσε να περιθάλψει ακόμη μερικές χιλιάδες ασθενείς. Σημειώνεται ότι οι δημογραφικοί παράγοντες [6], εκτός λοιπών, ανήκουν στους προσδιοριστικούς της χρήσης υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρθηκε, ο νομός το 2001 είχε 132.689 μόνιμους κατοίκους. Κατά την απογραφή του 1991, ο μόνιμος πληθυσμός του νομού ανερχόταν σε 138.231 άτομα [7]. Τα στοιχεία αυτά σε συνδυασμό με τη κίνηση φυσικής εξέλιξης του πληθυσμού (πίνακας 3) που ήταν αρνητική, αποδεικνύανε την φθίνουσα πληθυσμιακή πορεία του νομού. Επίρρωση της διαπίστωσης αυτής επήλθε με τα προσωρινά αποτελέσματα της απογραφής του 2011 [8], σύμφωνα με τα οποία ο πληθυσμός του νομού ανέρχεται σε 129.700 άτομα (περαιτέρω μείωση). Με μειούμενο πληθυσμό αναφοράς, η τροποποίηση του οργανισμού λειτουργίας του ΓΝΤ επέφερε σημαντική αύξηση κλινών του νοσοκομείου. Από τα αριθμητικά στοιχεία (πίνακας 1) που παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα προκύπτουν κάποια σημαντικά ευρήματα:

Η αύξηση των κλινών συμβαδίζει με την αύξηση της

μέσης διάρκειας νοσηλείας (η υπόθεση περιλαμβάνει την διαθεσιμότητα κλινών, συνεπώς και την μεγαλύτερη χρονικά παραμονή των ασθενών εντός νοσοκομείου).

Πριν την τροποποίηση του οργανισμού, στις μονάδες, υπήρχε ακόμη δυνατότητα αύξησης της πληρότητας κατά 20% περίπου. Συνεπώς, οι κλίνες των μονάδων επαρκούσαν (κάτι αποδεικνυόμενο και από την μικρότερη ποσοστιαία αύξηση του αριθμού κλινών στις μονάδες σε σχέση με τις κλινικές, μετά την τροποποίηση του οργανισμού όπως φαίνεται στον πίνακα 1). Ταυτόχρονα στις κλινικές, η πληρότητα ανερχόμενη σε 65% περίπου επέτρεπε νοσηλεία ασθενών αν κάτι τέτοιο απαιτούντο. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι μέχρι το 2006 η δυνατότητα αύξησης της πληρότητας στις κλινικές ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τις μονάδες. Με την τροποποίηση του οργανισμού οι νοσηλευθέντες στις κλινικές αυξάνονται κατά τον αριθμό που μειώνονται οι νοσηλευθέντες στις μονάδες. Συνεπώς η διαθεσιμότητα κλινών έχει οδηγήσει στην ευκολία εισαγωγής σε κλινικές για περιστατικά που ίσως δεν χρειαζανε απαραίτητως νοσηλεία ή για περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στις μονάδες (πχ μονάδα βραχείας νοσηλείας). Η σταθερότητα του συνόλου νοσηλευθέντων από το 2004 έως το 2009, κυμαινόμενη περίπου στους 25.000 ασθενείς ίσως αποτελεί την επιβεβαίωση του ισχυρισμού αυτού.

Η αύξηση των ημερών νοσηλείας είναι αποτέλεσμα της αύξησης της μέσης διάρκειας νοσηλείας (διαθεσιμότητα κλινών), αλλά και της ανοδικής πορείας που παρουσιάζει ο αριθμός εισαγωγών στις κλινικές (διαθεσιμότητα κλινών), όπου η παραμονή είναι μεγαλύτερη.

Ιδιαίτερη μνεία απαιτείται για τους δείκτες ρυθμός εισροής και διάστημα εναλλαγής, δύο βασικούς δείκτες αξιολόγησης κάθε νοσοκομείου αφού προσδιορίζουν την ένταση αξιοποίησης των κλινών του νοσοκομείου. Ο πρώτος δείκτης, ρυθμός εισροής, ουσιαστικά μετράει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια σε μία χρονική περίοδο, ενώ ο δεύτερος δείκτης, διάστημα εναλλαγής, είναι ουσιαστικά αντιστρόφως ανάλογος του πρώτου δείκτη και μετράει το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών, ή αλλιώς το μέσο αριθμό ημερών που μένει κενό ένα κρεβάτι. Γίνεται κατανοητό ότι, η βέλτιστη αξιοποίηση των κλινών, προσδιορίζεται από την αύξηση του πρώτου και την ελάττωση του δεύτερου δείκτη. Για τα έτη 2004 και 2005, παρουσιάζεται μια σταθερότητα στους συγκεκριμένους δείκτες. Ήδη όμως από το 2006, έτος που ξεκίνησε η λειτουργική ανάπτυξη του νέου κτιρίου και έκτοτε, παρατηρείται μια σταθερά φθίνουσα πορεία του ρυθμού εισροής και παράλληλα αύξηση του διαστήματος εναλλαγής. Μειώνεται λοιπόν η ένταση αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής.

Ο αριθμός κλινών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό των δύο αυτών δεικτών, αφού η πληρότητα επηρεάζεται από τον αριθμό των κλινών και με τη σειρά της επηρεάζει το ρυθμό εισροής που και αυτός επηρεάζει

το διάστημα εναλλαγής. Η παρατηρούμενη εξέλιξη λοιπόν του ρυθμού εισροής και του διαστήματος εναλλαγής, οφείλεται στον αριθμό των κλινών, ο οποίος ήταν τέτοιος ώστε να μειωθεί ο ρυθμός εισροής και ταυτόχρονα να αυξηθεί ο χρόνος που κάθε κλίνη έμενε ανενεργή (διάστημα εναλλαγής). Γενεσιουργό αίτιο αυτών ήταν ακριβώς η υπερπροσφορά (μεγάλη διαθεσιμότητα) κλινών. Το ίδιο συμπέρασμα, αβίαστα προκύπτει αν συσχετιστεί η μέση διάρκεια νοσηλείας με το διάστημα εναλλαγής: ενώ λοιπόν οι παραπάνω κλίνες έχουν επιτρέψει την μεγαλύτερη χρονική παραμονή του κάθε ασθενή εντός νοσοκομείου (αύξηση μέσης διάρκειας νοσηλείας), εντούτοις ο αριθμός κλινών επαρκεί σε τέτοιο σημείο ώστε κάθε κλίνη να παραμένει κενή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (αύξηση του διαστήματος εναλλαγής). Ο συγκεκριμένος συλλογισμός ισχύει και αντιστρόφως. Η διαπίστωση αυτή (αύξηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας με ταυτόχρονη αύξηση του διαστήματος εναλλαγής) θέτει την επιβεβαίωση περί διαθεσιμότητας κλινών υπεράνω των πραγματικών αναγκών.

Η τροποποίηση λοιπόν του οργανισμού του ΓΝΤ, έχει αυξήσει κατά πολύ τις εισροές, ενώ οι εκροές παραμένουν σχεδόν σταθερές. Χρησιμοποιείται μεγαλύτερος αριθμός κλινών, προσωπικού, χώρων, χρημάτων για να αντιμετωπιστεί ο ίδιος αριθμός ασθενών. Η όποια αύξηση των εκροών (πχ ημέρες νοσηλείας) είναι μάλλον αποτέλεσμα της κατά πολύ μεγαλύτερης αύξησης εισροών.

Η αύξηση των κλινών μαζί με την μεγάλη επιφανειακή κάλυψη του νοσοκομείου, το σύγχρονο εξοπλισμό, τις ανατιμήσεις κλπ οδήγησαν σε οικονομική μεγέθυνση, δυστυχώς όμως αρνητική, σε σχέση με τον, σχεδόν σταθερό αριθμό εξυπηρετηθέντων πολιτών - ασθενών από το νοσοκομείο, αφού οι παραπάνω ημέρες νοσηλείας σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να δικαιολογήσουν την έκταση της οικονομικής μεγέθυνσης. Απαιτήθηκε μεγαλύτερο ποσό για κατασκευή και εξοπλισμό, ενώ μεγαλύτερα είναι πλέον τα δαπανηθέντα ποσά για συντήρηση, καθαριότητα, μισθούς, αποσβέσεις κλπ. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι δαπάνες ηλεκτρισμού από το 2005 έως το 2008 αυξήθηκαν κατά 750% περίπου, ενώ η αύξηση των ημερών νοσηλείας συνοδεύτηκε και από μεγάλη αύξηση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων (28% περίπου για το ίδιο χρονικό διάστημα) αν και ο αριθμός νοσηλευθέντων παρέμεινε σχεδόν ο ίδιος. Οι αναλώσεις, πάλι για τον ίδιο περίπου αριθμό ασθενών, διπλασιάστηκαν, από το 2005 έως το 2009. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι αυτή η αύξηση δεν ήταν σταδιακή, αλλά βίαιη, εντοπιζόμενη ήδη στο πρώτο έτος λειτουργίας του νέου κτιρίου και ανερχόμενη σε 65% (από το 2005 στο 2006). Σημειώνεται ότι στις αναλώσεις περιλαμβάνονται και αρκετά από τα σταθερά κόστη λειτουργίας του νοσοκομείου.

Τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών υπολείπονται αρκετά για να ισοσκελίσουν την μισθοδοσία και μόνο του προσωπικού, πόσο μάλλον τα συνολικά έξοδα. Η μείωση του

ποσοστού συμμετοχής του μισθοδοτικού κόστους στο σύνολο των εξόδων που παρατηρείται από το 2005 στο 2009, οφείλεται στην μεγέθυνση όλων των λοιπών, εκτός του μισθοδοτικού, εξόδων. Καταγράφηκε μεγέθυνση των απαιτήσεων συνοδευόμενη από εκτίναξη των υποχρεώσεων με το χάσμα μεταξύ των δύο να κινείται σε πολύ υψηλά επίπεδα και δυστυχώς, σχεδόν διατηρείται.

### Συμπεράσματα

Οι προϋπάρχουσες κτιριακές εγκαταστάσεις, με μεγάλους θαλάμους, περιορισμένη λειτουργικότητα λόγω σχεδιασμού χώρων, λίγους χώρους υγιεινής, απώλειες θέρμανσης-ψύξης, αυξημένο κόστος συντήρησης, ήταν αδύνατο να ανταποκριθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις, ειδικά το αρχικό κτίριο των 8.000 τμ. Το νέο κτίριο, ήρθε να καλύψει τέτοιου είδους ανάγκες. Όμως, ίσως διέλαθε της προσοχής το 30% της πληρότητας του νοσοκομείου που δεν αξιοποιούνταν ή ίσως υπερεκτιμήθηκαν οι υγειονομικές ανάγκες του νομού. Τέλος, ίσως ανεγέρθηκε κτίριο και συντάχθηκε οργανισμός λειτουργίας με κριτήριο το άριστο μέγεθος νοσοκομείου το οποίο προσδιορίζεται [9] σε 300 κλίνες περίπου. Στο μέγεθος αυτό το μέσο κόστος ελαχιστοποιείται, ενώ σε νοσοκομεία με περισσότερες κλίνες καταγράφονται αρνητικές αποδόσεις κλίμακας (αντι-οικονομίες). Επιπλέον τα μεγάλα νοσοκομεία θεωρούνται και λιγότερο αποτελεσματικά [10]. Στη χώρα μας έχει καταγραφεί ότι η υψηλή συγκέντρωση πόρων σε νοσοκομεία αστικών πόλεων έχει οδηγήσει σε χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος [11]. Το χαμηλότερο μέσο κόστος μπορεί να οδηγήσει και σε υψηλή αποδοτικότητα, όμως για να επιτευχθεί αυτό το χαμηλότερο μέσο κόστος, εντοπιζόμενο στο άριστο μέγεθος, προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη ζήτησης υπηρεσιών υγείας σε τέτοιο έκταση ώστε οι παραγωγικοί συντελεστές να απασχολούνται στον υψηλότερο δυνατό βαθμό. Βέβαια, η ζήτηση στο νομό Τρικάλων, όπως αποδεικνύεται από τα στοιχεία (πίνακας 1), δεν δικαιολογεί τέτοια έκταση παραγωγικών συντελεστών (εισορών) γιατί οι τελευταίοι υποαπασχολούνται. Καταγράφεται πολύ μεγάλη κάλυψη των θέσεων προσωπικού και ανάπτυξη του νοσοκομείου σε όλη την έκταση του νέου κτιρίου, ενώ παράλληλα χρησιμοποιείται και η πτέρυγα των 3.000 τμ. Παρά λοιπόν την αύξηση του προσωπικού (μπορεί κάλλιστα να επιχειρηθεί αντιπαραβολή με το οικονομικό πρόβλημα που διδάσκεται σε πανεπιστήμια και σχολές) και παρά τις τεράστιες, για τις πραγματικές ανάγκες, κτιριακές υποδομές, εντούτοις μέχρι σήμερα δεν λειτουργούν οκτώ από τις κλινικές και τμήματα που προβλέπονται στον νέο οργανισμό. Βελτίωση στην ένταση αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής (καλύτερη αξιοποίηση παραγωγικών συντελεστών) θα μπορούσε να επιτευχθεί με μείωση των κλινών νοσηλείας. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται δύο υποθετικά παραδείγματα όπου θεωρείται ίδιος με το 2009 ο αριθμός νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και η μέση διάρκεια

νοσηλείας, ενώ τροποποιείται ο αριθμός κλινών. Διαπιστώνεται ότι τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το σενάριο που θεωρεί 240 τις εν λειτουργία κλίνες. Βελτίωση επίσης είναι εφικτό να επέλθει και με διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο συνδυασμός δε μείωσης κλινών και διεύρυνσης παρεχομένων υπηρεσιών θα οδηγήσει τους παραγωγικούς συντελεστές στην υψηλότερη απόδοσή τους. Η διεύρυνση αφορά την λειτουργία τουλάχιστον δύο εκ των τμημάτων που δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη. Τα τμήματα αυτά είναι η ψυχιατρική και η ογκολογική κλινική. Η λειτουργία τους θα μπορούσε να αυξήσει τον αριθμό νοσηλευθέντων, να μειώσει τις ροές ασθενών προς άλλα νοσοκομεία ή τον ιδιωτικό τομέα, να μειώσει την μέση διάρκεια νοσηλείας, να αυξήσει τον ρυθμό εισροής και να μειώσει το διάστημα εναλλαγής. Απαραίτητη προϋπόθεση για να ισχύουν αυτά, είναι η ανάπτυξη των δύο αυτών κλινικών στις ήδη υπάρχουσες κτιριακές εγκαταστάσεις ώστε να μην αυξηθεί περαιτέρω το σταθερό κόστος, δηλ να μην απαιτηθούν νέες κτιριακές εγκαταστάσεις και επιπλέον προσωπικό. Η σταδιακή ενσωμάτωση στη λειτουργία του νοσοκομείου επιπλέον νέων, προβλεπόμενων και μη λειτουργούντων μέχρι σήμερα τμημάτων, θα επέτρεπε την αύξηση των κλινών λειτουργίας του νοσοκομείου πάνω από τις 240. Σχετικά με τα οικονομικά αποτελέσματα, αρνητικά καταγράφουν και άλλα νοσοκομεία [12] εκτός από το ΓΝΤ. Τέτοιου είδους αποτελέσματα, αθροιζόμενα (πολλά νοσοκομεία) και επαναλαμβανόμενα σε βάθος ετών, έχουν συντελέσει σημαντικά στην παρούσα οικονομική κατάσταση της χώρας, όπου ο δημόσιος τομέας υγείας επωφελήθηκε από τα ευρωπαϊκά κονδύλια αναπτύσσοντας υποδομές σε μέγεθος και έκταση που σε κάποιες περιπτώσεις ήταν πλέον του αναγκαίου. Είναι ενδεικτικό ότι ο μέσος όρος κλινών οξέων περιστατικών είναι μεγαλύτερος στην Ελλάδα σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο που καταγράφεται σε 15 άλλες ευρωπαϊκές χώρες (πίνακας 5). Στην Ελλάδα, η επιδιωκόμενη μείωση κλινών [13] νοσηλείας από 46.783 σε 36.035 κλίνες, αποσκοπεί τόσο στον καλύτερο συντονισμό των δημόσιων νοσοκομείων όσο και στον περιορισμό των δαπανών. Η εντοπιζόμενη σε πολλές χώρες μείωση κλινών, πέρα από τα οικονομικά αίτια, ως αναγκαιότητα, αλλά και ως αποτέλεσμα μπορεί επιπρόσθετα να τεκμηριωθεί από την ανάπτυξη νέων μορφών νοσηλείας (χειρουργείο μιας ημέρας, κλινική μιας ημέρας, κατ' οίκον νοσηλεία κλπ) αλλά και από την μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας [14]. Στην Ελλάδα σήμερα, από ένα σύστημα που προσπαθούσε να αποκεντρωθεί με την παρατηρούμενη μεγάλη διασπορά υποδομών και σημείων παροχής υπηρεσιών, η χώρα έχει μεταπηδήσει στην προσπάθεια περιορισμού της κατά-

τημης με απώτερο σκοπό την καλύτερη αξιοποίηση εκτός των υποδομών και των λοιπών παραγωγικών συντελεστών. Αναγκαία συνθήκη για να ευοδωθεί ο στόχος επίτευξης μέγιστης αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων πόρων είναι η συμμετοχή των υπευθύνων όλων των επιπέδων διοίκησης εντός νοσοκομείου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Draft Final Conference conclusions – eHealth 2006 Conference, M laga, Spain*
2. *Hollingsworth B. Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care, Health Care Management Science, vol 6(4), pp 203-218, 2003*
3. [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1602/Other/A1602\\_SAM03\\_TB\\_DC\\_00\\_2001\\_02\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1602/Other/A1602_SAM03_TB_DC_00_2001_02_F_GR.pdf)
4. ΦΕΚ 1735/Β/06, Υ4α/6056/05/16 11 06 κοινή υπουργική απόφαση «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων»
5. ΦΕΚ 640/Β/1986 Αριθμ Α3β/οικ. 14132, «Αναμόρφωση του οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων»
6. Τούντας Γ. Οργάνωση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας. Στο: Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε (Συντ.) Προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000
7. [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database εκτέλεση ερωτήματος Πληθυσμός/ Απογραφή κατοικιών-πληθυσμού 2001 \(μόνιμος\)/ Δημογραφικά Στοιχεία](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database εκτέλεση ερωτήματος Πληθυσμός/ Απογραφή κατοικιών-πληθυσμού 2001 (μόνιμος)/ Δημογραφικά Στοιχεία)
8. [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/A1602\\_SAM01\\_DT\\_DC\\_00\\_2011\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/A1602_SAM01_DT_DC_00_2011_01_F_GR.pdf)
9. Σούλης Σ. Οικονομική της υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999.
10. Li T, Roseman R. Cost inefficiency in Washington hospitals : a stochastic frontier approach using panel data, *Health Care Management Science, vol 4, pp 73-81, 2001.*
11. Γούναρης Χ, Σισσούρας Α, Αθανασόπουλος Α. Το πρόβλημα της μέτρησης της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Στο: Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ (Επιμ) Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 2006:12-146.
12. Εφημερίδα Κέρδος 6-4-2011, <http://www.kerdos.gr/default.aspx?id=1466001&nt=103>
13. ΦΕΚ 1681/Β/28-7-2011, Υ4α/οικ:84627, «Διασύνδεση νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους.
14. Τούντας Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική 79:215-217, 2001.*

Πίνακας 1: Στοιχεία λειτουργίας ΓΝΤ

έτος	2004	2005	2006	2007	2008	2009
κλίνες	187	187	216	258	258	258
πληρότητα	64,7	65,51	62,25	59,45	59,2	57,95
νοσηλευθέντες	16171	16510	17914	18758	18891	19253
<b>Κλινικές</b>						
ημέρες νοσηλείας	44282	44713	49052	55987	55902	54568
μέση διάρκεια νοσηλείας	2,74	2,71	2,74	2,98	2,96	2,83
ρυθμός εισροής	86,19	88,23	82,92	72,82	73,00	74,74
διάστημα εναλλαγής	1,49	1,43	1,66	2,03	2,04	2,05
κλίνες	49	49	50	53	54	54
πληρότητα	83,44	79,29	74,38	68,02	67,23	63,04
νοσηλευθέντες	8840	8344	7732	7021	6611	5863
<b>Μονάδες</b>						
ημέρες νοσηλείας	14964	14181	13493	13118	13288	12425
μέση διάρκεια νοσηλείας	1,69	1,7	1,75	1,87	2,01	2,12
ρυθμός εισροής	180,21	170,24	155,14	132,77	122,08	108,54
διάστημα εναλλαγής	0,34	0,44	0,60	0,88	0,98	1,24
κλινών	236	236	266	311	312	312
πληρότητα	68,78	68,37	64,42	60,88	60,76	58,83
νοσηλευθέντων	25011	24854	25646	25779	25502	25116
<b>Σύνολα</b>						
ημερών νοσηλείας	59246	58894	62545	69105	69190	66993
μέση διάρκεια νοσηλείας	2,37	2,37	2,44	2,68	2,71	2,67
ρυθμός εισροής	105,98	105,31	96,41	82,89	81,74	80,50
διάστημα εναλλαγής	1,08	1,10	1,35	1,72	1,75	1,87
<b>Αριθμός</b>						
Τακτικά Ιατρεία	70.009	69.155	69.920	72.078	70.177	71.386
<b>εξεταζομένων</b>						
ΤΕΠ	55.756	54.537	55.924	54.053	54.334	55.671

Πίνακας 2: Οικονομικά στοιχεία ΓΝΤ και ΚΥ

έτος	2004	2005	2006	2007	2008	2009
αριθμός προσωπικού		698		865	886	1045
αμοιβές προσωπικού		22.930.351,14	21.127.413,95	20.853.208,87	24.178.202,87	26.567.337,29
αναλώσεις (αναλώσιμα, ανταλλακτικά, Α' και βοηθ ύλες)		5.813.059,68	9.590.494,41	11.285.834,24	11.427.522,96	12.170.340,74
σύνολο εξόδων		30.439.658,92	35.800.535,15	38.417.466,88	43.440.595,88	45.146.644,35
υποχρεώσεις	9.707.896,24	8.849.446,23	14.739.898,18	19.155.021,79	26.565.444,06	32.000.101,45
έσοδα παροχής υπηρεσιών		8.995.089,41	10.310.097,14	11.659.239,12	12.292.151,08	13.432.606,66
σύνολο εσόδων (επιχορηγήσεις+έσοδα παροχής υπηρεσιών κλπ)		40.565.881,80	33.653.774,11	35.440.288,94	40.349.271,87	47.888.381,87
απαιτήσεις	10.921.802,79	2.781.491,99	3.578.439,91	7.897.526,13	11.621.236,32	19.228.076,04
έσοδα παροχής υπηρεσιών/αμοιβές προσωπικού		0,39	0,49	0,56	0,51	0,51
αμοιβές προσωπικού/ σύνολο εξόδων		0,75	0,59	0,54	0,56	0,59

Αναλώσεις: περιλαμβάνει αναλώσιμα, ανταλλακτικά, Α' και Βοηθ. Ύλες

Σύνολο εξόδων: περιλαμβάνονται, αμοιβές προσωπικού, αναλώσεις, αποσβέσεις κλπ

Σύνολο εσόδων: περιλαμβάνονται έσοδα από παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, επιχορηγήσεις κλπ

Πίνακας 3: Φυσική κίνηση πληθυσμού, επικράτεια και νομός Τρικάλων

	Επικράτεια		Νομός	
	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ
2000	103.274	105.170	1.124	1.518
2001	102.282	102.559	1.052	1.583
2002	103.569	103.915	1.024	1.572
2003	104.420	105.529	1.090	1.582
2004	105.655	104.942	1.059	1.632
2005	107.545	105.091	1.098	1.457
2006	112.042	105.476	1.217	1.553
2007	111.926	109.895	1.152	1.586

Πηγή: ΕΣΥΕ

Πίνακας 4: υποθέσεις εξέλιξης δεικτών λειτουργίας του ΓΝΤ

	έτος	2009	Υπόθεση Α	Υπόθεση Β
	κλίνες	258	210	190
	πληρότητα	57,95	71,19	78,68
	νοσηλευθέντες	19253	19253	19253
<b>Κλινικές</b>	ημέρες νοσηλείας	54568	54568	54568
	μέση διάρκεια νοσηλείας	2,83	2,83	2,83
	ρυθμός εισροής	74,74	91,82	101,48
	διάστημα εναλλαγής	2,05	1,15	0,77
	κλίνες	54	60	50
	πληρότητα	63,04	56,74	68,08
	νοσηλευθέντες	5863	5863	5863
<b>Μονάδες</b>	ημέρες νοσηλείας	12425	12425	12425
	μέση διάρκεια νοσηλείας	2,12	2,12	2,12
	ρυθμός εισροής	108,54	97,68	117,22
	διάστημα εναλλαγής	1,24	1,62	0,99
	κλινών	<b>312</b>	<b>270</b>	<b>240</b>
	πληρότητα	58,83	67,98	76,48
	νοσηλευθέντων	25116	25116	25116
<b>Σύνολα</b>	ημερών νοσηλείας	66993	66993	66993
	μέση διάρκεια νοσηλείας	2,67	2,67	2,67
	ρυθμός εισροής	80,50	93,02	104,65
	διάστημα εναλλαγής	1,87	1,26	0,82

Πίνακας 5: Διαχρονική εξέλιξη αναλογίας κλινών οξείας νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους σε 18 χώρες της ΕΕ

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	7,1	6,6	6,2	5,8	5,7	5,7	5,6
Βέλγιο	5,2	5	4,7	4,4	4,3	4,3	4,3
Γαλλία	N/A	N/A	4,1	3,7	3,6	3,6	3,5
Γερμανία	N/A	6,9	6,4	5,9	5,7	5,7	5,7
Δανία	N/A	N/A	3,5	3,2	3,2	3,1	3
<b>Ελλάδα</b>	<b>N/A</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Ηνωμένο Βασίλειο	N/A	N/A	3,1	3	2,8	2,8	2,7
Ιρλανδία	3,2	3,1	2,8	2,8	2,7	2,7	N/A
Ισπανία	3,3	3	2,8	2,6	2,5	2,5	2,6
Ιταλία	6,2	5,6	4,1	3,3	3,2	3,1	3
Ολλανδία	4	3,5	3,2	3,1	3	2,9	2,9
Ουγγαρία	N/A	6,5	5,8	5,5	5,5	4,1	4,1
Πολωνία	6,3	5,8	5,2	4,7	4,7	4,6	4,4
Πορτογαλία	3,2	3,2	3,1	2,9	2,8	2,8	2,8
Σλοβακία	N/A	N/A	5,7	5	4,9	4,9	4,9
Σουηδία	4,1	3	2,4	2,2	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	8,1	6,9	5,7	5,3	5,2	5,2	5,1
Φινλανδία	N/A	3	2,4	2,2	2,1	2	1,9

Πηγή: OECD Health Data, 2010. N/A : μη διαθέσιμα στοιχεία

# ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Της(ΥΝ) Τζουνάκου Γεωργία

*Χειρουργείο 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

**Ο απαισιόδοξος βλέπει δυσκολίες σε κάθε πρόκληση,  
Ο αισιόδοξος βλέπει προκλήσεις σε κάθε δυσκολία.**  
*Sir Winston Churchill (1874-1965)*

Η συνεχής εξέλιξη των επιστημών υγείας αποδεικνύει την αισιοδοξία των ανθρώπων που τις υπηρετούν και την πίστη τους στη ζωή και τον ασθενή συνάνθρωπο.

Η νοσηλευτική καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας της έχει διακριθεί για την φροντίδα του ευάλωτου ατόμου, φροντίδα η οποία περιλαμβάνει την πρόληψη, την ανακούφιση του πόνου, την προστασία και την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών, ως σύνολο, με σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπειά τους.

Η Περιεγχειρητική νοσηλευτική, ως εξειδικευμένη ειδικότητα, παρέχει φροντίδα στους «προς χειρουργείο» ασθενείς και στο οικογενειακό τους περιβάλλον προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

Η εργασία στο χώρο του χειρουργείου, ένα χώρο απαιτητικό και δύσκολο, είναι δυνατόν να διεκπεραιωθεί μόνο με την ενσυνείδητη και ευσυνείδητη προσπάθεια όλου του προσωπικού, ιατρικού και νοσηλευτικού, η οποία απαιτεί ειλικρίνεια, σεβασμό και αμέριστο ενδιαφέρον για τους άλλους, πειθαρχία και υπακοή στους κανονισμούς, δηλαδή πιστή τήρηση του Κώδικα Επαγγελματικής δεοντολογίας. Η προσπάθεια αυτή αποσκοπεί στην επίτευξη του κοινού υψηλού σκοπού, δηλαδή την άψογα ποιοτική φροντίδα του ασθενούς.

Ο Κώδικας Επαγγελματικής δεοντολογίας εκφράζει την αφοσίωση της νοσηλευτικής στο άτομο και την κοινωνία, αναλύει τους ρόλους και τα καθήκοντα των νοσηλευτών. Είναι το «αδιαπραγμάτευστο ηθικό» πρωτόκολλο της νοσηλευτικής.

Η Επαγγελματική Δεοντολογία σύμφωνα με τον ANA(American Nurses Assosiation), AORN( Association of PeriOperative Registered Nurses) αλλά και την Ελληνική Νομοθεσία απαρτίζεται από τους κάτωθι Κώδικες.

## 1. Ο νοσηλευτής σε όλες τις επαγγελματικές του σχέσεις δρα με σεβασμό στην αξιοπρέπεια, αξία

και μοναδικότητα του κάθε ατόμου χωρίς να περιορίζεται από το κοινωνικό-οικονομικό του επίπεδο, το προσωπικό του χαρακτήρα ή τη φύση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει.

### 1.1 Σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Μια θεμελιώδης αρχή που διέπει τη νοσηλευτική είναι ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια, αξία και τα ανθρώπινα δικαιώματα κάθε ατόμου.

Ο νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενούς. Πρέπει να γνωρίζει τα ηθικά και νομικά του δικαιώματα και να τα υποστηρίζει. Η περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται σε κάθε ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρεί και να προστατεύει την αυτονομία του ασθενή, την αξιοπρέπειά του και τα δικαιώματά του.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής υποχρεούται να σέβεται τις αποφάσεις τους ανεξάρτητα από τα δικά του πιστεύω, όπως η συγκατάθεση ή μη για χειρουργείο, η απόφαση για το τέλος της ζωής(end of life choice). Οφείλει να παρέχει την συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει. Παρεμβαίνει μόνο όταν ο ασθενής θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ή άλλους.

### 1.2 Οι σχέσεις με τους ασθενείς

Είναι ευθύνη του περιεγχειρητικού νοσηλευτή να παρέχει φροντίδα σε κάθε ασθενή χωρίς προκαταλήψεις.

Με βάση την προεγχειρητική αξιολόγηση του ασθενούς, τη φύση της χειρουργικής επέμβασης και τις ανάγκες της χειρουργικής ομάδας σχεδιάζει, εφαρμόζει και υλοποιεί ένα εξατομικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας. Πρωταρχική του μέριμνα κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ατόμου-ασθενούς ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα.

Χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη και γνώση επαναπροσδιορίζει το σχέδιο φροντίδας, σύμφωνα με τις τρέχουσες ανάγκες και πιθανές έκτακτες καταστάσεις διεγχειρητικά. Λαμβάνει υπόψη τις αξίες του ασθενή, τα θρησκευτικά του πιστεύω, τη φυλή του, το κοινωνικό-οικονομικό, πο-



λιτισμικό-μορφωτικό του επίπεδο καθώς και τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει και την ηλικία του.

Όταν ηθικά δε συμφωνεί με τις παρεμβάσεις ή την επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί σε ένα ασθενή έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να λάβει μέρος σε αυτή, αποσύρεται μόνο όταν είναι σίγουρος ότι υπάρχουν εναλλακτικά καλύτερες κατάλληλες παρεμβάσεις για τον ασθενή, με την προνόθεση ότι το έχει γνωστοποιήσει έγκαιρα. Όταν η ζωή του ασθενούς είναι σε κίνδυνο δεν εγκαταλείπει, οφείλει να προσφέρει τις υπηρεσίες του.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής δε πρέπει να εκφράζει σχόλια που μειώνουν τον ασθενή, τους συγγενείς και το περιβάλλον του και αποφεύγει διαπληκτισμούς μαζί τους. Σέβεται την εμπιστοσύνη που του δείχνουν, τον κατανοεί και προσπαθεί να καθυστερήσει τις ανησυχίες του, δηλαδή του παρέχει αμέριστη πνευματική και ψυχική ηρεμία.

### 1.3 Η φύση του προβλήματος υγείας.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα σε όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα και αφοσίωση. Παρέχει φροντίδα ώστε να καλύπτει όλες τις ανάγκες του ασθενή, ανεξάρτητα από τη διάγνωση, την πρόγνωση της ασθένειας, τη χειρουργική επέμβαση και το αναμενόμενο αποτέλεσμα αυτής.

### 1.4 Το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης.

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης όπως την ικανότητα να αποφασίζουν για τον εαυτό τους και για τις παρεμβάσεις-επεμβάσεις που θα υποστούν σε διάφορες περιπτώσεις.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής παρέχει την συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση και τη θεραπεία, τους κινδύνους και τα οφέλη πριν από τη διενέργεια μιας νοσ/κής ή ιατρικής πράξης. Οφείλει να παρέχει σε κάθε ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση τις ακριβείς, κατάλληλες και θεμελιωμένες πληροφορίες για να τον βοηθήσει να λάβει τις σωστές αποφάσεις όπως η έγγραφη συγκατάθεσή του για την επέμβαση, η θέληση να ζήσει, η μη επαναφορά στη ζωή, η δωρεά οργάνων.

Επιβεβαιώνει την συγκατάθεσή του για τη συγκεκριμένη επέμβαση, τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τις πιθανές αλλαγές στο σχέδιο φροντίδας που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Παρέχει φροντίδα με τέτοιο τρόπο, ώστε να προστατεύει και να διατηρεί την αυτονομία του, την αξιοπρέπειά και τα δικαιώματά του και σέβεται τις αποφάσεις του.

### 1.5 Οι σχέσεις με τους συναδέλφους.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής οφείλει να αναγνωρίζει τη μοναδικότητα του κάθε ατόμου όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους συναδέλφους τους. Πρέπει να συμβιώνει αρμονικά με τους άλλους επαγγελματίες, το

βοηθητικό προσωπικό του χειρουργείου και τους εκπαιδευόμενους, να συμπεριφέρεται με επαγγελματισμό και σεβασμό χωρίς προκαταλήψεις και διακρίσεις. Αντιμετωπίζει συναδέλφους και άλλους με δίκαιο και τίμιο τρόπο ανεξάρτητα από το οικονομικό-κοινωνικό και μορφωτικό τους επίπεδο, τα θρησκευτικά τους πιστεύω, την καλλιέργειά τους, την ηλικία τους, τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις. Παραμερίζει κάθε διαφορά με γνώμονα το όφελος του ασθενούς.

Η ευθύνη του προς τους συνεργάτες επιβάλλει:

- Ομαλή προσαρμογή ως μέλος της ομάδας.
- Ηρεμία και αποδοχή της κριτικής και των παρατηρήσεων, τα οποία πρέπει να κρίνονται σαν απρόσωπα και εποικοδομητικά στοιχεία.
- Ικανότητα και προθυμία αποδοχής του ωραρίου εργασίας, επιφυλακής και αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών.
- Σεβασμό της εμπιστοσύνης των άλλων και αποφυγή σχολίων και συζητήσεων.
- Αφοσίωση προς τους συνεργάτες και το χειρουργείο ως σύνολο.
- Αποφυγή συζητήσεων και κριτικής περί ικανότητας των χειρουργών, της συμπεριφοράς αυτών κ.λ.π.
- Αναγνώριση του γεγονότος ότι το έργο της νοσηλεύτριας συμπεριλαμβάνει συνεχείς προσφορές και απαιτήσεις.

## 2. Η πρωταρχική δέσμευση του νοσηλευτή είναι ο ασθενής, είτε είναι ένα ανεξάρτητο άτομο, είτε μια οικογένεια, ομάδα ή κοινότητα.

### 2.1 Πρωταρχικός ρόλος το ενδιαφέρον για τον ασθενή

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής παρέχει την συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση και τη θεραπεία, τους κινδύνους και τα οφέλη πριν από τη διενέργεια μιας νοσ/κής ή ιατρικής πράξης.

Υποστηρίζει τα δικαιώματα και τις αποφάσεις του ασθενή, προστατεύει την αυτονομία και την αξιοπρέπειά του. Τα παραμερίζει μόνο σε περίπτωση που κινδυνεύει η ζωή του.

- Συλλέγει το ιστορικό του ασθενή
- Συνεργάζεται με τον ίδιο και το περιβάλλον του, αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του, σέβεται τις αποφάσεις του, κατανοεί τις προτιμήσεις του.
- Με βάση τις πληροφορίες προσαρμόζει το εξατομικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.
- Συζητά με τον ασθενή, ο οποίος κατανοώντας το σχέδιο φροντίδας και αναγνωρίζει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, δίνει τη συγκατάθεσή του, το τροποποιεί ή και αρνείται οποιαδήποτε παρέμβαση ή φροντίδα
- Ενεργεί με βάση τις αποφάσεις του ασθενή

## 2.2 Συνεργασία

Συνεργασία δεν είναι μόνο η ομαλή συμβίωση-συνύπαρξη αλλά η συντονισμένη προσπάθεια όλων για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού, την ποιοτική παροχή φροντίδας στον ασθενή.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής σέβεται την ανεξαρτησία αλλά και την αλληλοεξάρτηση με τους συνεργάτες του, με σκοπό την άψογη έκβαση της χειρουργικής επέμβασης, που υπόκειται ο ασθενής.

Συνεργάζεται με το χειρουργό και τον αναισθησιολόγο, τους νοσηλευτές συνεργάτες του και άλλους επαγγελματίες υγείας για το σχεδιασμό του κατάλληλου πλάνου φροντίδας για το συγκεκριμένο ασθενή και τη συγκεκριμένη επέμβαση. Ακολουθεί με ακρίβεια τις οδηγίες τους, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του, ως ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδος. Απαγορεύεται να προβαίνει σε επικρίσεις ή/και αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του.

## 2.3 Επαγγελματικά Σύνορα-Όρια.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής προάγει και διατηρεί επαγγελματικές σχέσεις με τους ασθενείς, συνεργάτες και τα μέλη της χειρουργικής ομάδας. Γνωρίζει τη φύση της νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία πρέπει να επιτευχθεί στο τόσο στρεσογόνο περιβάλλον του χειρουργείου και στην «περίεργα-τεταμένη» σχέση της χειρουργικής ομάδας κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Σέβεται τα επαγγελματικά όρια στη σχέση του με τον ασθενή και δεν τον επηρεάζει στις αποφάσεις του. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, παρέχοντας του τις κατάλληλες πληροφορίες, ώστε να λάβει τις σωστές για εκείνον αποφάσεις.

Δεν διστάζει να ζητήσει τη βοήθεια των συνεργατών ή των ανωτέρων του, όταν τα επαγγελματικά όρια είναι ασαφή ή σε κίνδυνο.

Οργανώνει εναλλακτικό σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας για την περίπτωση που χρειαστεί (προσωπικά πιστεύω αντιτίθεται με την απαιτούμενη φροντίδα)

Αποφεύγει αντιεπαγγελματική συμπεριφορά προς τον ασθενή, συναδέλφους και άλλους επαγγελματίες υγείας.

## 3. Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής προωθεί, συνηγορεί και προσπαθεί να προστατέψει την υγεία, την ασφάλεια και τα δικαιώματα του ασθενή.

### 3.1 Προστασία της ιδιωτικής ζωής.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής οφείλει σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενούς. Τον προστατεύει από αδικαιολόγητη έκθεση ή ανάρμοστη εισβολή της προσωπικής του ζωής, ενέργεια που θα βοηθήσει στην ανάπτυξη και εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Ειδικότερα πρέπει να:

- Δείχνει σεβασμό στην προσωπικότητα και αξιοπρέπεια του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο χειρουργείο, έστω κι αν βρίσκεται υπό αναισθησία.
- Αποφεύγει την έκθεση του σώματος του ασθενή, όταν δεν απαιτείται.
- Διατηρεί τις πόρτες της χειρουργικής αίθουσας κλειστές κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του ασθενή (αναισθησία, τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση για την επέμβαση κ.λ.π.) καθώς και καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.
- Απαγορεύει την είσοδο σε μη εξουσιοδοτημένα άτομα.
- Προσφέρει κάλυψη, άνεση και ζεστασιά κατά τη διάρκεια των μετακινήσεων του ασθενή και κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
- Σέβεται τον αποθανόντα και δίνει τη δυνατότητα σε συγγενείς και φίλους να τον αποχαιρετήσουν μόνοι τους, μακριά από τα βλέμματα των περιφερόμενων.

### 3.2 Εμπιστευτικότητα- Απόρρητο

Σε άμεση εξάρτηση με την προστασία της ιδιωτικότητας του ασθενούς είναι και η εμπιστευτικότητα, η διατήρηση του «απόρρητου».

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάξει και να προστατέψει όλες τις πληροφορίες που του εμπιστεύτηκε ο ασθενής, είτε είναι προφορικές ή γραπτές ή σε ηλεκτρονική μορφή. Τις μοιράζεται μόνο με τα εξουσιοδοτημένα άτομα της χειρουργικής ομάδος ή με άλλους επαγγελματίες υγείας, που συνδέονται με τη παροχή φροντίδας του συγκεκριμένου ασθενή.

Προστατεύει και διαφυλάττει το φάκελο του ασθενούς καθώς και τα προσωπικά του αντικείμενα, τα οποία και παραδίδει στον ίδιο ή σε κάποιο από τους συγγενείς του. Συμπληρώνει τα διεγχειρητικά έντυπα με ακρίβεια, αντικειμενικότητα και επαγγελματισμό.

### 3.3 Προστασία των ασθενών που συμμετέχουν σε έρευνα

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάξει και να προστατέψει όλα τα δικαιώματα των ασθενών που συμμετέχουν σε έρευνα, τα οποία είναι η προστασία της ιδιωτικής του ζωής, η διατήρηση της αξιοπρέπειάς του, η αποφυγή κινδύνου τραυματισμού του και η τήρηση των αρχών ηθικής και δεοντολογίας. Η ενυπόγραφη συναίνεση του ασθενή, μετά από πλήρη και ακριβή πληροφόρησή του είναι απαραίτητη. Σέβεται το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί ή να σταματήσει να συμμετέχει στην έρευνα.

Πρέπει επίσης να γνωρίζει και τα δικά του δικαιώματα, όσον αφορά την έρευνα. Οφείλει να μάθει το σκοπό και τη φύση της έρευνας και να βεβαιωθεί ότι η έρευνα διενεργείται από κατάλληλα εξουσιοδοτημένα άτομα. Δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες, εκτός κι αν η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

Ο ερευνητής οφείλει να αποκαλύψει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του νοσηλευτή και του ασθενή.

### 3.4 Καθιερωμένοι και επαναληπτικοί μηχανισμοί

Πρωταρχική υποχρέωση του περιεγχειρητικού νοσηλευτή είναι να προάγει την υγεία, την ευημερία και την ασφάλεια του ασθενή.

Είναι υπεύθυνος να εφαρμόζει τα πρωτόκολλα της νοσηλευτικής φροντίδας. Ακολουθεί τακτική και οδηγίες, τηρεί τους νόμους για να εξασφαλίσει την υγεία και την ασφάλεια του ασθενή.

Συμμετέχει σε σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Οφείλει να γνωρίζει τις προσωπικές του θεωρητικές και κλινικές ικανότητες και δεξιότητες και να τις βελτιώνει. Δε διστάζει να ζητήσει βοήθεια από συναδέλφους.

### 3.5 Διαταραγμένη πρακτική

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής έχει την ηθική υποχρέωση να προστατεύει τον ασθενή, το κοινό και το επάγγελμα από ουσιαστική βλάβη, που μπορεί να είναι αποτέλεσμα κακής πρακτικής από συναδέλφο. Οφείλει να προστατέψει τον ασθενή και να βεβαιωθεί ότι ο συναδέλφος θα βοηθηθεί κατάλληλα.

## 4. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος και υπόλογος για την προσωπική τους νοσηλευτική πρακτική και καθορίζει την αποστολή των καθηκόντων του, σύμφωνα με τη νοσηλευτική υποχρέωση να παρέχει άριστη φροντίδα στον ασθενή.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής είναι υπόλογος στον εαυτό του, στον ασθενή, στους συναδέλφους του, στο επάγγελμα και στην κοινωνία για τις κρίσεις του και τις πράξεις του στη νοσηλευτική φροντίδα.

- Παρέχει ασφαλή και κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή,
- Τηρεί πιστά την άσηπτη τεχνική,
- Κατά τη διάρκεια της επέμβασης καταμετρά γάζες, αιχμηρά, βελόνες και εργαλεία,
- Εφαρμόζει νοσηλευτικά πρωτόκολλα, ακολουθεί την πολιτική του νοσοκομείου και του χειρουργείου και τα προσαρμόζει στις ανάγκες του ασθενή και της επέμβασης,
- Ενεργοποιεί το χειρουργό και τους συναδέλφους του, όταν ο ασθενής είναι σε κίνδυνο όπως για την κατάλληλη θέση για την επέμβαση, μη σωστή εφαρμογή και λειτουργία διαθερμίας και άλλων συσκευών, για την απώλεια αίματος, για διακοπή της ασηψίας κ.λ.π.
- Διευκρινίζει εντολές και παραγγελίες που τις θεωρεί ακατάλληλες ή λανθασμένες.
- Ο νοσηλευτής που μετέχει σε διαδικασία πιστοποίησης θανάτου λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις (Άρθρο 2 του Ν.2737/1999)

## 5. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκτελεί τα ίδια ακριβώς καθήκοντα στον εαυτό του όπως και στους άλλους τα οποία περιλαμβάνουν τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και της ασφάλειας όλων, την διατήρηση των αρμοδιοτήτων τους και τη συνεχιζόμενη προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη.

### 5.1 Αυτοσεβασμός.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής οφείλει να είναι υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου, να προάγει την επαγγελματική αυτονομία και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Προάγει μια θετική εικόνα της νοσηλευτικής στα ΜΜΕ και την κοινοτητα-κοινωνία και διορθώνει την παραπληροφόρηση καθώς και λάθος αντιλήψεις σχετικά με το επάγγελμα. Προάγει ένα περιβάλλον που βελτιώνει την υγεία και την ασφάλεια όλων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και ενδυναμώνει το επάγγελμα.

Παρέχει νοσηλευτική φροντίδα με τρόπο που είναι άξιος σεβασμού, όχι μόνο από τους ασθενείς αλλά και από τον εαυτό του και τους συναδέλφους του. Αναγνωρίζει τομείς για προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη και βοηθά και άλλους να προοδέψουν. Υποστηρίζει το ρόλο του νοσηλευτή ως συνήγορο του ασθενή.

Συμμετέχει στην εκπαίδευση ομάδων της κοινότητας όπου ζει και εργάζεται όσον αφορά τις χειρουργικές επεμβάσεις και την περιεγχειρητική νοσηλευτική και διορθώνει την παραπληροφόρηση και τις λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την περιεγχειρητική παροχή φροντίδας.

### 5.2 Επαγγελματική εξέλιξη.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής είναι υπόλογος στην κοινωνία και το επάγγελμα για την κατάλληλη, αποτελεσματική και πετυχημένη νοσηλευτική πρακτική.

Είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση του και εξέλιξή του. Οφείλει να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται πάνω σε νέες χειρουργικές τεχνικές και τεχνολογικό εξοπλισμό.

### 5.3 Ολοκληρωμένη προσωπικότητα.

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής πρέπει να είναι ανοιχτός σαν χαρακτήρας, ειλικρινής και τίμιος στις σχέσεις του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Έχει δυνατή επιρροή στους άλλους, εφόσον τεκμηριώνει-υποστηρίζει τις απόψεις του σε επιστημονικά δεδομένα, κλινική γνώση και εμπειρία.

- Βοηθά τον ασθενή να λάβει τις σωστές αποφάσεις και να παρέμβει ουσιαστικά στο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας,
- Βοηθά τους συναδέλφους,
- Σέβεται τις απόψεις των άλλων αλλά αποσαφηνίζει παρανοήσεις,
- Εκτελεί τα καθήκοντά του σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από το οικονομικο-κοινωνικό-μορφωτικό τους επίπεδο, την ηλικία τους, τα θρησκευτικά τους πιστεύω.

- Οργανώνει εναλλακτικό σχέδιο φροντίδας σε περίπτωση ανάγκης.

#### **5.4 Διατήρηση της ακεραιότητας του χαρακτήρα του (έντιμος) - της αξιοπρέπειάς του.**

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής δε συμβιβάζεται όσον αφορά την προσωπική και την επαγγελματική του εντιμότητα. Σε περίπτωση που είναι ηθικά αντίθετος με τις παρεμβάσεις ή με τη χειρουργική επέμβαση έχει το δικαίωμα να μη συμμετάσχει, αρκεί να το γνωστοποιήσει έγκαιρα. Όταν ο ασθενής κινδυνεύει, οφείλει να παραμείνει στη θέση του και να παρέχει το καλύτερο δυνατό για τον ασθενή.

Η οικονομική κρίση και πίεση για μείωση τους κόστους έχει αντίκτυπο και στο νοσηλευτικό επάγγελμα και κυρίως στο χώρο του χειρουργείου. Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής οφείλει να εκτελεί τα καθήκοντά του με οικονομική σύνεση.

- Βοηθά στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος αγωγίμου για μάθηση, διδασκαλία και εκπαίδευση,
- Παρέχει την κατάλληλη φροντίδα στο κατάλληλο κόστος (Cost-effective)
- Χρησιμοποιεί και διατηρεί τον εξοπλισμό-υλικά σύμφωνα με τις προδιαγραφές του κατασκευαστή,
- Ξαναχρησιμοποιεί και ξαναποστειρώνει υλικά, μόνο όταν το επιτρέπει η κατασκευάστρια εταιρεία, χωρίς να θέτει σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς.
- Δεν δέχεται εκπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχει στον ασθενή.

### **6. Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής, μέσω ατομικής και ομαδικής δράσης, συμμετέχει στη δημιουργία, διατήρηση και εξέλιξη του περιβάλλοντος και των συνθηκών στο χώρο της υγείας, σύμφωνα με τις αξίες του επαγγέλματος, που θα συμβάλλουν στην παροχή ποιοτικής φροντίδας της υγείας.**

#### **6.1 Επιρροή του περιβάλλοντος σε ηθικές αξίες και αρετές.**

Αρετή είναι συνήθεια του χαρακτήρα που προδιαθέτει τα άτομα να έχουν ηθικές υποχρεώσεις, δηλαδή να κάνουν το σωστό. Αρετές όπως σοφία, ειλικρίνεια, κουράγιο, αξίες όπως συμπόνια και υπομονή χαρακτηρίζουν ένα ηθικό άτομο.

Οι αρετές προάγουν τις αξίες της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, σεβασμού, υγείας, ανεξαρτησίας καθώς και άλλες αξίες που διέπουν τη νοσηλευτική.

Οι νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να δημιουργούν, να διατηρούν ένα περιβάλλον που στηρίζει την ανάπτυξη αξιών και αρετών και συνεπώς βοηθά στην διεκπεραίωση των ηθικών υποχρεώσεών τους που θα συμβάλλει στην παροχή άριστη νοσηλευτικής φροντίδας. Συμπεριφέρονται στους ασθενείς και τους συγγενείς τους με συμπόνια και τους

βοηθά. Σε δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις δείχνουν συμπάθεια και ευαισθησία, υπομονή και επιμονή.

Συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση ενός περιβάλλοντος εργασίας κατάλληλο και ασφαλές για να υποστηρίξει την επιτέλεση του έργου τους. Ακολουθούν διαδικασίες για ασφαλή ηθική πρακτική. Τηρούν πολιτικές και πρωτόκολλα. Δημιουργούν ατμόσφαιρα κατάλληλη για εκπαίδευση.

#### **6.2 Υπευθυνότητα για το περιβάλλον νοσηλευτικής φροντίδας.**

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής συμπεριφέρεται στους συναδέλφους με σεβασμό και δικαιοσύνη. Σε όλους τους ρόλους του συμμετέχει σε αποφάσεις που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας. Αναγνωρίζει και υποστηρίζει τις συνθήκες εκείνες που προάγουν τη νοσηλευτική, τον διευκολύνουν με σκοπό την αμέριστη παροχή φροντίδας στον ασθενή. Προάγει ένα περιβάλλον που δεν ανέχεται παρενόχληση και κατάχρηση. Διευκολύνει το περιβάλλον εργασίας ώστε να προάγει την εκπαίδευση. Συνεργάζεται με όλα τα άτομα που μετέχουν στις υπηρεσίες υγείας. Αναγνωρίζει και αναφέρει τυχόν πρακτικές μη ασφαλείς για τον ασθενή.

Η προσπάθεια διατηρήσεως της ηρεμίας, της τάξης και της ασφάλειας του περιβάλλοντος απαιτούν:

- Περιορισμό θορύβου και ανησυχίας στο ελάχιστο. Ως εκ τούτου ακόμα και τα πολλά τηλεφωνήματα δεν επιτρέπονται στο χειρουργείο.
- Αποφυγή ενοχλήσεως των χειρουργών κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων.
- Περιορισμό της συνομιλίας στη χειρουργική αίθουσα στο ελάχιστο. Η ατμόσφαιρα αφ' ενός φορτίζεται με μικρόβια δια των σταγονιδίων και αφ' ετέρου η σοβαρότητα του επιτελούμενου έργου επιβάλλει ευσυνείδητη προσοχή και αυτοσυγκέντρωση προς όφελος της ζωής του ασθενούς.
- Επικοινωνία με όσο το δυνατόν ήρεμο και χαμηλό τόνο φωνής, με χρήση νευμάτων, κινήσεων κ.λ.π.
- Αποφυγή άσκοπης κυκλοφορίας και απασχόλησης μελών του προσωπικού σε συζητήσεις άσχετες με την εργασία. Οι ελεύθερες ώρες πρέπει να χρησιμοποιούνται για συνεχή επιμόρφωση, ανάπτυξη και τελειοποίηση της εργασίας.

### **7. Οι νοσηλευτές λαμβάνουν μέρος στην εξέλιξη του επαγγέλματος συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της πρακτικής άσκησης, της εξέλιξη της γνώσης και την εκπαίδευση.**

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής είναι προσωπικά υπεύθυνος να συμβάλλει στην εξέλιξη του επαγγέλματος συμμετέχοντας σε συλλόγους και συνδέσμους. Υποστηρίζει και συμμετέχει στα προγράμματά τους. Ενημερώνεται για

αλλαγές στην πολιτική παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Εφαρμόζει τα πρωτόκολλα και τις οδηγίες όσον αφορά την περιεγχειρητική παροχή φροντίδας. Ενημερώνεται για τρέχουσες αλλαγές τις εφαρμόζει και τις διδάσκει. Μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης βελτιώνει τις πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας, τις προσαρμόζει στα δικά του δεδομένα σύμφωνα με την πολιτική της νοσηλευτικής υπηρεσίας που υπηρετεί, τις εφαρμόζει και τις διαδίδει στους συναδέλφους του.

**8. Το επάγγελμα της νοσηλευτικής, που αντιπροσωπεύεται από τις οργανώσεις, τους συλλόγους και τα μέλη τους, είναι υπεύθυνο να διασαφηνίζει τις νοσηλευτικές αξίες, να διατηρεί την αξιοπρέπεια του και να διαμορφώνει κοινωνική πολιτική.**

Οι επαγγελματικοί νοσηλευτικοί οργανισμοί είναι υπεύθυνοι για την αποσαφήνιση, την ασφάλεια και τη διατήρηση ηθικής νοσηλευτικής συμπεριφοράς. Η εκπλήρωση αυτών των καθηκόντων απαιτεί από τους οργανισμούς και τους συλλόγους να ανταποκρίνονται στα δικαιώματα, τις ανάγκες και τα νομικά συμφέροντα ασθενών και νοσηλευτών.

**9. Οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τα μέλη άλλων επαγγελματιών υγείας και με το κοινό για να προάγουν τις προσπάθειες της κοινότητας, του έθνους και όλου του πλανήτη να αναγνωρίσει τις ανάγκες της υγείας μας.**

Το επίκεντρο της νοσηλευτικής είναι ο Άνθρωπος ως όλον. Το σώμα της επιστημονικής γνώσης της Νοσηλευτικής επιστήμης προσπαθεί να περιγράψει, να ερμηνεύσει και να προβλέψει ότι αφορά τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα.

Ο Κώδικας Επαγγελματικής δεοντολογίας, ο οποίος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής από τα θεμέλια της ανάπτυξης της παρέχει το πλαίσιο για την ανάπτυξη και εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, κάτω από την ομπρέλα της ηθικής και των αξιών, η οποία θα οδηγήσει στην άψογη ποιοτική φροντίδα των ασθενών ως ολότητα.

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική, αντιλαμβανόμενη της σοβαρότητας του γεγονότος ότι ο ασθενής έχει εμπιστευθεί τη ζωή του στα χέρια του προσωπικού «εν λευκώ», όχι απλά οφείλει, αλλά απαιτεί απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής.

**Βιβλιογραφία:**

1. *Explications for Perioperative Nursing in Standards, Recommended Practices and guidelines.* AORN, 2005.
2. *ANA Code for nurses with interpretive statements- Explications for perioperative nursing in Standards, Recommended Practices and guidelines.* AORN, 2002.
3. *AORN vision, mission, philosophy and values in Standards, Recommended Practices and guidelines.* AORN, 2002.
4. *Standards of perioperative professional performance in Standards, Recommended Practices and guidelines.* AORN, 2002.
5. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Τεύχος πρώτο.Αρ. φύλλου 167, Προεδρικό Διάταγμα 216, 25 Ιουλίου 2001.*
6. *Orb A., Eisenhauer L., Wynaden D., Ethics in qualitative research in Journal of Nursing Scholarship 33, 2001.*
7. *Beyea S., Nicoll L., Using ethical analysis when there is no research, AORN Journal 69, 1999.*
8. *Patricia C. Seifert., Ethics in Perioperative Practice – Duty to foster an Ethical Environment, AORN Journal 76, 2002.*
9. *Gabel R. et al, Operating Room Management, Reed educational & Professional Publishing Ltd, 1999.*
10. *On the professional ethics of operating room nurses. <http://eng.hi138.com/?i342908>.*
11. *AORN Position Statement on Perioperative care of patients with do-not resuscitate or allow-natural-death orders. <http://www.aorn.org/PracticeResources>.*
12. *AORN: Code of Ethics Policy. <http://www.aorn.org/PracticeResources>.*
13. *Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone, Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, N.York, 4th ed., 2006.*
14. *Berry & Kohn's, Operating Room Technique. Mosby inc, 9th ed., 2000.*
15. *Alexander's, Care of the patient in surgery. Mosby inc, 12th ed., 2003.*

## Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΗΘΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Νταβώνη Γ.<sup>1</sup>, Δάντσιου Μ.<sup>2</sup>, Μανωλέας Π.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΓΝΑ « Γ. Γεννηματάς», Προϊσταμένη Χειρουργείων

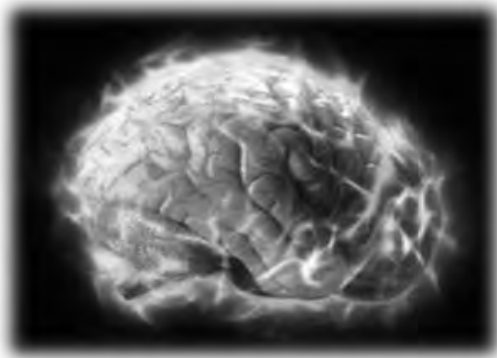
<sup>2</sup>ΓΝΑ « Γ. Γεννηματάς», Νοσηλεύτρια ΤΕ Οφθ/κού-Νευρο/κού-Γναθο/κού Χειρουργείων

<sup>3</sup>ΓΝΑ « Γ. Γεννηματάς», Νοσηλεύτρια ΤΕ Οφθ/κού-Νευρο/κού-Γναθο/κού Χειρουργείων

### Η ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΩΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Το 1900 ο νευρολόγος David Ferrier περιέγραψε τη νευροχειρουργική «ως ένα είδος ευγενικού τρόπου αυτοκτονίας». Σήμερα η νευροχειρουργική χαρακτηρίζεται ως «επιστήμη πυραύλων».

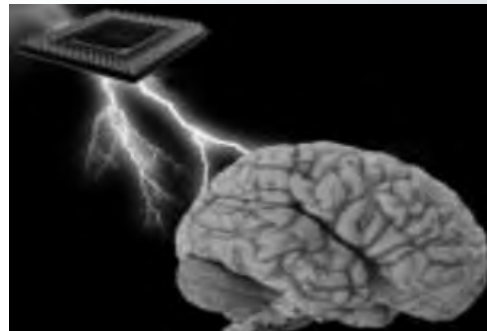
Και οι δυο περιγραφές υποδηλώνουν αφενός μεν την ιδιαιτερότητα της νευροχειρουργικής ως ειδικότητα και αφετέρου τις ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες που απαιτεί. (4)



### ΧΡΥΣΟΣ ΑΙΩΝΑΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Δεν είναι υπερβολή ότι ο αιώνας που διανύουμε είναι ο χρυσός αιώνας των νευροεπιστημών, συμπεριλαμβανομένης και της νευροχειρουργικής. Η ανακάλυψη και χρήση του μικροσκοπίου και των εργαλείων μικροχειρουργικής, η διεγχειρητική φλοιογραφία, οι επεμβάσεις εγκεφάλου με τον ασθενή σε εγρήγορση, οι τεχνικές νευροπαρακολούθησης και νευροπλοήγησης, η νευροαπεικόνιση, η χειρουργική της επιληψίας, η εμφύτευση μικροσκοπικών ηλεκτροδίων σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, αλλά και εμφυτεύσιμα υλικά άνοιξαν νέους ορίζοντες για παρεμβάσεις στο όργανο που καθορίζει την οντότητα και τις πράξεις μας, αντικατοπτρίζοντας την εξέλιξη της ειδικότητας, και συνάμα δημιουργώντας τεράστιες ηθικές

προκλήσεις και ηθικά ζητήματα σχετικά με τη θεραπεία και την παρέμβαση στον ανθρώπινο εγκέφαλο. (7,8)



### Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ-ΝΕΥΡΟΗΘΙΚΗΣ

Η διεγχειρητική αντιμετώπιση ενός μηνιγγιώματος, ενός υψηλής κακοήθειας γλοιώματος ή ενός ανευρύσματος, συνοδεύεται από την πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών, όπως νευρολογικό έλλειμμα, παράλυση, μόλυνση, ψύχωση, ή ακόμα και θάνατο. Δεδομένου λοιπόν ότι αυτές οι επεμβάσεις ενδέχεται να θίξουν την αυτονομία και τη βούληση

του ατόμου, προκύπτει το ερώτημα «Πόσο και μέχρι ποιού σημείο επιτρέπεται η παρέμβαση στη ζωή ενός ατόμου για το καλό του;»

Όλα αυτά συντέλεσαν στην ανάπτυξη ενός εφαρμοσμένου κλάδου της ηθικής, τη βιοηθική και την νευροηθική, η οποία αποτελεί διασταύρωση, της νευροχειρουργικής, της φιλοσοφίας και της ηθικής. (2,3,4,5)



## ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Στην νευροχειρουργική τα ηθικά θέματα δεν είναι τόσο απλά. Πώς μπορούν να ζυγιστούν τα δυνητικά οφέλη ή οι κίνδυνοι για τον ασθενή;

- Περίπου το 1/3 των ασθενών με φαρμακοανθεκτική επιληψία χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης. Παρόλα αυτά το 2-5% των ασθενών που υφίστανται φλοιώδη εκτομή βιώνουν μια σειρά από νοητικά και κινητικά ελλείμματα.
- Οι υψηλής κακοήθειας όγκοι εγείρουν επίσης ηθικά ζητήματα. Η πρόγνωσή τους είναι άσχημη. Είναι επιθετικοί, διηθούν γρήγορα, προκαλούν αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης και τελικά οδηγούν στο θάνατο. Η συνήθης διαδικασία είναι η αφαίρεση κατά το δυνατό μεγαλύτερου μέρους του όγκου. Εντούτοις η υφολική εξαίρεσή τους δημιουργεί σοβαρά νευρολογικά ελλείμματα. Το ηθικό δίλημμα λοιπόν είναι μιας μικρής διάρκειας ζωής ή μια ζωή μεγαλύτερης διάρκειας αλλά με σοβαρή νευρολογική βλάβη;
- Οι όγκοι υπόφυσης, αν και συνήθως καλοήθεις, ελέγχουν μεγάλο μέρος του ενδοκρινολογικού συστήματος. Αποτυχία της ολικής αφαίρεσής τους, μπορεί να επιφέρει βλάβη στο εγκεφαλικό στέλεχος. Επίσης μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές όπως το σύνδρομο Cushing και υπερθυρεοειδισμό. Η χειρουργική όμως επέμβαση είναι η θεραπεία πρώτης επιλογής.
- Η «εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου» (D.B.S.) εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση κυρίως νευροεκφυλιστικών διαταραχών. Μετεγχειρητικά προβλήματα είναι διαταραχές ομιλίας και ισορροπίας, παραισθήσεις, κατάθλιψη, ακόμα και προβλήματα επαναπροσδιορισμού του κοινωνικού ρόλου. Η αναγκαιότητα της εφαρμογής της πάρα ταύτα παραμένει υψηλή. (6)

## ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΗΘΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ

Είναι γνωστό ότι συγκεκριμένες λύσεις στα διλήμματα αυτού του τύπου δεν υπάρχουν.

Όλες οι παραπάνω επεμβάσεις συνιστούν σωματική βλάβη οι οποίες όμως άρουν τον άδικο χαρακτήρα τους εφόσον γίνονται προς όφελος του ασθενούς.

Συνέπεια όλων αυτών ήταν η ανάπτυξη ηθικών προτύπων, τα οποία δεσμεύουν τους νευροχειρουργούς για προσεκτική ανάλυση τόσο των ωφελειών όσο και των κινδύνων. (5)

Η ηθική σαν λέξη υποδηλώνει μια αίσθηση αυτοσεβασμού, η οποία σαν στοιχειώδης συνήθεια σου αρνείται το δικαίωμα να κάνεις κάτι ανάρμοστο. Η νευροηθική είναι η εξέταση του τι είναι καλό και κακό, σωστό και λάθος σχετικά με τη θεραπεία, την τελειοποίηση, την ανεπιθύμητη επέμβαση και την ανησυχητική διαχείριση του ανθρώπινου εγκεφάλου. Προσπαθεί να αναλύσει τις έννοιες, να αναδείξει τα διλήμματα, να φέρει στο φως αυτές τις διαφορετικές αξίες και με βάση μια συναίνεση επί των κοινών αρχών να καταλήξει στο ποια θα ήταν η σωστή απόφαση. Ή, αν δεν υπάρχει μια σωστή απόφαση να δώσει το φάσμα των δυνατών απαντήσεων.

Στη βιοηθική υπάρχει μια αρχή: επεμβαίνουμε σεβόμενοι τα δικαιώματα του κάθε ανθρώπου, πράγμα που σημαίνει ότι δεν πρέπει να κάνουμε κακό τόσο στον ίδιο όσο και σε ανθρώπους του περιβάλλοντός του. (3,4,5)

Ο R. Gillon (ένας Άγγλος βιοηθικός) αναφέρει πως όλες οι αρχές που αφορούν την ηθική στη νευροχειρουργική πρέπει να έχουν κάποιο ηθικό έρεισμα. Σύμφωνα μ' αυτό ο νευροχειρουργός δεν θα χρησιμοποιεί και υπό απειλή ακόμα τις ιατρικές γνώσεις αντίθετα προς τους νόμους του ανθρωπισμού. Οι νευροχειρουργοί έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολες αποφάσεις, δύσκολες επιλογές και σοβαρά ηθικά διλήμματα. Οι σχέσεις μεταξύ των νευροχειρουργών και ασθενών βασίζονται σε ένα «καθιερωμένο σώμα» ηθικών αρχών που αναπτύχθηκε κυρίως για την ευημερία των ασθενών. Αυτές οι αρχές σχετίζονται με την έννοια της ευθύνης και έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα εκτός αν έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους, οπότε είναι απαραίτητη μια εξισορρόπηση των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων. (5)

## ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Η βιοηθική πηγάζει από τις ελληνικές λέξεις «βίος» και «ηθική» Συνοπτικά πρόκειται για:

την αρχή του σεβασμού στην αυτονομία του ατόμου

την αρχή της ευεργεσίας ή όπως αλλιώς το ξέρουμε της ωφέλειας και μη βλάβης και την αρχή της δικαιοσύνης (2,3)



## Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ



*Η αρχή της αυτονομίας* παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον γιατί κάθε νευροχειρουργική πράξη προϋποθέτει την συναίνεση του ασθενούς μετά από ενημέρωση. Εξαιρέσεις απο-

τελούν οι επείγουσες περιπτώσεις οι περιπτώσεις αυτοκτονίας και όταν οι γονείς ανήλικου παιδιού αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης.

Ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς δεν είχε πάντα σημαντική θέση στη λήψη αποφάσεων. Στην πραγματικότητα για αιώνες πριν τα τελευταία 40 χρόνια οι γιατροί έπαιρναν τις αποφάσεις χωρίς την συμμετοχή των ασθενών. Αυτή η φιλοσοφική προσέγγιση, γνωστή ως πατερναλισμός, άλλαξε σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Αξίζει εδώ να αναφέρουμε μία έρευνα της νευροχειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου Michael Reese στο Σικάγο: το 1961 το 88% των νευροχειρουργών δήλωναν ότι δεν ανακοίνωναν στους ασθενείς τη διάγνωση του όγκου εγκεφάλου. 16 χρόνια αργότερα το 1977 το 98% των γιατρών είχαν σαν γενική πολιτική να ανακοινώνουν στους ασθενείς τη διάγνωση. (2,3)

## Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΥΕΡΓΕΣΙΑΣ

Η αρχή της *ευεργεσίας* ενέχει δύο αρχές. Αυτήν της ωφέλειας και της μη βλάβης.

Έτσι ο νευροχειρουργός είναι υποχρεωμένος να ενεργήσει με γνώμονα το αληθές συμφέρον του ασθενούς, χρησιμοποιώντας το σύνολο των γνώσεών του προκειμένου να ωφελήσει αυτόν, έχοντας παράλληλα σαν υποχρέωση να μην κάνει τίποτα που να μπορεί να τον βλάψει. Βεβαίως η κατανόηση για το τί είναι ωφέλιμο για έναν ασθενή απαιτεί κατανόηση των αξιών του ασθενούς. (2,3)



## Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Η *αρχή της δικαιοσύνης* αφορά τη δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση των ασθενών. Αναφέρεται στη ισότιμη κατανομή των οικονομικών πόρων, στον ισότιμο σεβασμό



των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στον ισότιμο σεβασμό των ηθικά αποδεκτών νόμων. Σ' αυτό το πλαίσιο η αρχή της δικαιοσύνης έρχεται να διασφαλίσει ότι τα

βάρη και τα οφέλη της κάθε επέμβασης μοιράζονται δίκαια. (2,3)

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παροχή ηθικώς αποδεκτής θεραπείας και φροντίδα υγείας αποτελεί πρόκληση στη σημερινή κοινωνία. Η αλματώδης πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας έχει θέσει σε κίνδυνο τον δεσμό μεταξύ του ασθενούς και του γιατρού. Με τις μεγάλες αυξήσεις του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης γιατροί και νοσηλευτικά ιδρύματα αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερη πίεση για μεγαλύτερο όγκο ασθενών με μικρότερο κόστος. Οι νευροχειρουργοί όπως και γιατροί άλλων ειδικοτήτων δεν έχουν αρκετό χρόνο να ασχοληθούν με τους ασθενείς ως άτομα, το καθένα με ένα μοναδικό σύνολο αναγκών, με αναπόφευκτο αποτέλεσμα την αποξένωσή τους από τους ασθενείς. (2,3)



Από όλα τα παραπάνω κρίναμε αναγκαίο να ανατρέξουμε και να σταθούμε στις σημαντικότερες ηθικές αρχές. Απλά και μόνο για να υπενθυμίσουμε στους εαυτούς μας αλλά και σε όλους τους επαγγελματίες υγείας τις δεσμεύσεις μας προς τους ασθενείς και τις κοινότητες που υπηρετούμε. Πάνω από όλα είμαστε υποχρεωμένοι να μην βλάψουμε τους ασθενείς και να παράσχουμε θεραπεία η οποία θα έχει πιθανό όφελος, διατηρώντας έτσι ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής επάρκειας. (5,6)

Συνεπώς η ανάπτυξη ηθικών προτύπων στη νευροχειρουργική είναι ζήτημα υψίστης όχι μόνο ηθικής σημασίας, αλλά και συνέπειας απέναντι στο μέλλον της ανθρωπότητας, στο μέλλον των συντεταγμένων κοινωνιών.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Felix Umansky MD at al, *Statement of Ethics in Neurosurgery*, World Federation Of Neurosurgical Societies Committee for Ethics and Medico-Legal Affairs, August 2007
2. Peter Angelos, M.D., Ph.D. *The Ethics of Accumulating Neurosurgical Evidence in the Clinical Setting*, *Clinical Neurosurgery* • Volume 56, 2009
3. Manu Kothari, Atul Goel, *Ethics and neurosurgery*, *Neurology India*, Vol 54, Issue 1, March 2006
4. Deborah L. Krueger, *Ethical Decision Making in Neurosurgery*, *Journal of Neuroscience Nursing*, Vol. 40 No. 6 December 2008
5. Daniel K. Sokol & Samantha Hettige, *Raising the ethical standards in neurosurgery*, *Acta Neurochir* 16 June 2009
6. *Bioethics and the Brain*, Walter Glannon, N.York 2007
7. Βούλτσος Π., Χατζηνικολάου Φ., Ντζάου Σ., 2010 *Νευροεπιστήμες και Νευροηθική*, *Γαληνός* 52(3):231-250
8. Κίμων Νανάσης, *Η Διαχρονική Συμμετοχή της Νευροχειρουργικής*, *Η Ιατρική σήμερα* 51(17):35-41

## ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Στεφανίδης Ιορδάνης<sup>1</sup>, Νταβράνη Αναστασία<sup>2</sup>

<sup>1</sup>. Νοσηλευτής Χειρουργείου, Ιπποκράτειο Γ. Ν. Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>. Νοσηλεύτρια, ΑΧΕΠΑ Π. Γ. Ν. Θεσσαλονίκης

### Εισαγωγή

Η κάθε χειρουργική επέμβαση εμπλέκει επαφή χειρουργικού εργαλείου ή υλικού με αποστειρωμένο ιστό ή βλεννογόνο ασθενούς. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος των επεμβάσεων είναι η εισαγωγή παθογόνων μικροοργανισμών στον ασθενή που δυνητικά μπορεί να οδηγήσουν σε λοίμωξη. Αποτυχία στην ενδεδειγμένη διαχείριση των χειρουργικών εργαλείων και υλικών μπορεί να δημιουργήσει κίνδυνο για την μετάδοση από άτομο σε άτομο, αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων (π.χ. ηπατίτιδα Β) ή την μετάδοση νοσοκομειακών παθογόνων μικροοργανισμών [π.χ. gram (-) βακτήρια, gram(+) κόκκους κλπ]. Πολλές μελέτες σε διαφορετικές χώρες έδειξαν ότι η έλλειψη σαφών κατευθυντηρίων οδηγιών οδήγησε σε διάφορες παραβιάσεις της αλυσίδας διαχείρισης των αποστειρωμένων εργαλείων και υλικών.

### Σκοπός

Η καταγραφή κατευθυντηρίων οδηγιών έχει στόχο να εξασφαλίσει ότι τα αποστειρωμένα πακέτα με υλικά και εργαλεία θα παραμείνουν ασφαλή και άθικτα μέχρι να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή.

### Αναγκαιότητα της σωστής διαχείρισης των αποστειρωμένων υλικών και εργαλείων:

Η διατήρηση της στειρότητας των υλικών και εργαλείων μέχρι τη στιγμή που θα χρησιμοποιηθούν, είναι πολύ σημαντική παράμετρος για την υγιεινή και ασφάλεια του ασθενούς.

Η διαχείριση των αποστειρωμένων πακέτων απαιτεί συγκεκριμένα βήματα, έτσι ώστε να αποφεύγεται η μόλυνση υλικών και εργαλείων κατά τη διάρκεια της αποθήκευσης. Όλα τα αποστειρωμένα υλικά πρέπει να αποθηκεύονται με τρόπο που να διαφυλάσσει την ακεραιότητα του πακέτου. Το πρωτόκολλο που συντάχθηκε, προτείνει τεκμηριωμένες (evidence-based) οδηγίες σχετικά με τις προτιμώμενες μεθόδους συσκευασίας, μεταφοράς και αποθήκευσης των αποστειρωμένων πακέτων.

### Κατευθυντήριες οδηγίες:

**1. Τα πακέτα πρέπει να στεγνώνουν και να κρύνουν εντός του κλιβάνου πριν εκτεθούν σε οποιαδήποτε διαδικασία.**

*Αιτιολόγηση:* Τα καυτά ή υγρά πακέτα εργαλείων λειτουργούν σαν θρεπτικό υλικό, απορροφώντας υγρασία και ως εκ τούτου βακτήρια από τα χέρια και το περιβάλλον. Επίσης, τα υγρά πακέτα σκίζονται πιο εύκολα.

**2. Πακέτα εργαλείων ή ιματισμού που μόλις έχουν αποστειρωθεί δεν τοποθετούνται σε μεταλλικές ή κρύες επιφάνειες.**

*Αιτιολόγηση:* Λόγω της διαφοράς θερμοκρασίας προκύπτει το φαινόμενο της συμπύκνωσης και τα πακέτα υγρασιούνται με αποτέλεσμα να εκτίθενται σε κίνδυνο μόλυνσης.

**3. Τα μεταλλικά κυτία εργαλείων απομακρύνονται από τον κλίβανο λίγο πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία που κρύνουν τα πακέτα.**

*Αιτιολόγηση:* Τα κυτία παρέχουν πλήρη προστασία στο περιεχόμενο τους τόσο από την υγρασία όσο και από τυχόν παραβίαση. Επιπροσθέτως αποφεύγεται και οποιαδήποτε συνθήκη συμπύκνωσης για τα πακέτα.

**4. Τα αποστειρωμένα σετ εργαλείων και τα πακέτα ιματισμού πρέπει να ελέγχονται και να καταγράφονται πριν από οποιαδήποτε μετακίνηση τους από την Κεντρική Αποστείρωση.**

*Αιτιολόγηση:* Ο έλεγχος και η καταγραφή των αντικειμένων μειώνει την πιθανότητα λάθους στην αλυσίδα της αποστείρωσης.

**5. Τα αποστειρωμένα εργαλεία και τα πακέτα ιματισμού πρέπει να τοποθετούνται με προσοχή και να μεταφέρονται με ενδεδειγμένο για αυτή τη χρήση μέσο μεταφοράς.**

*Αιτιολόγηση:* Η μεταφορά πρέπει να γίνει με πλήρη ασφάλεια για το φορτίο, έτσι ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε

ακούσια ενέργεια, που μπορεί να επιμολύνει τα εργαλεία ή τον ιματισμό.

**6. Ο αποθηκευτικός χώρος των αποστειρωμένων υλικών πρέπει να είναι σε ξεχωριστό-κλειστό χώρο με περιορισμένη προσβασιμότητα.**

*Αιτιολόγηση:* Μειώνονται οι πιθανότητες ακούσιας μόλυνσης.

**7. Ο χώρος που τοποθετούνται τα πακέτα των εργαλείων και του ιματισμού, δεν πρέπει να είναι κοντά σε νεροχύτες και να είναι ασφαλής όσον αφορά τη σκόνη, την υγρασία και τα έντομα. Η θερμοκρασία δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 40 βαθμούς C° και η υγρασία το 70%.**

*Αιτιολόγηση:* Ο μεγαλύτερος κίνδυνος των συσκευασμένων υλικών είναι η υγρασία γιατί αυτομάτως οδηγεί σε συνθήκες μόλυνσης, οπότε η ορθή χωροταξία προλαμβάνει τους κινδύνους επιμόλυνσης.

**8. Τα αποστειρωμένα εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται τουλάχιστον είκοσι(20) cm από το έδαφος, δεκατρία(13) cm από την οροφή, εκτός και αν υπάρχουν ψεκαστήρες νερού, οπότε για λόγους ασφάλειας απαιτούνται σαράντα πέντε (45)cm και πέντε (5)cm από τους εξωτερικούς τοίχους.**

*Αιτιολόγηση:* Ο χώρος αποθήκευσης πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα για καλή κυκλοφορία του αέρα και εύκολο καθαρισμό των ραφιών.

**9. Τα ράφια στο χώρο αποθήκευσης πρέπει να καθαρίζονται μια φορά την εβδομάδα με τα κατάλληλα απολυμαντικά-καθαριστικά.**

*Αιτιολόγηση:* Ο τακτικός καθαρισμός του χώρου απομακρύνει την ανεπιθύμητη σκόνη και εξασφαλίζει ασφαλείς συνθήκες για την αποθήκευση των αποστειρωμένων πακέτων.

**10. Τα αποστειρωμένα αντικείμενα δεν πρέπει να αποθηκεύονται μαζί με άλλα αντικείμενα που δεν έχουν κλινική χρήση (π.χ. γραφική υλη ή υλικά καθαρισμού).**

*Αιτιολόγηση:* Η πρόσβαση σε είδη που δεν έχουν κλινική χρήση είναι πιο εύκολη και πιο τακτική και αυτό αυξάνει τον κίνδυνο για την παραβίαση της στειρότητας των υλικών.

**11. Τα αποστειρωμένα πακέτα ή τα υλικά που τοποθετούνται εντός της χειρουργικής αίθουσας πρέπει να είναι ασφαλισμένα σε κλειστή ντουλάπα και να μην είναι εκτεθειμένα στο περιβάλλον του χειρουργείου. Δεν τα τοποθετούμε στον βοηθητικό πάγκο στα περβάζια των παραθύρων ή στο πάτωμα.**

*Αιτιολόγηση:* α) Η έκθεση των αποστειρωμένων αντικειμένων στο περιβάλλον του χειρουργείου τα θέτει σε άμεσο κίνδυνο επιμόλυνσης, π.χ. με σωματικά υγρά που μπορεί

να εκτοξευτούν από ασθενή και να έρθουν σε επαφή με την συσκευασία. β) Το φαινόμενο της συμπύκνωσης από τη διαφορά θερμοκρασίας δίπλα στα παράθυρα.

**12. Τα υλικά ή τα εργαλεία μιας χρήσης πρέπει να παραμένουν στη βιομηχανική συσκευασία τους (κουτί) και να μην εκτίθενται στον ήλιο, μέχρι να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή.**

*Αιτιολόγηση:* Αυτού του είδους τα αντικείμενα είναι συνήθως σε μονή αποστειρωμένη συσκευασία πολυαιθυλενίου οπότε υπάρχει κίνδυνος για αλλοίωση της στειρότητας τους.

**13. Η τοποθέτηση των εργαλείων και υλικών στο χώρο αποθήκευσης πρέπει να γίνεται με βάση την ημερομηνία αποστείρωσης τους, τα παλαιότερα να είναι μπροστά και έτοιμα για χρήση.**

*Αιτιολόγηση:* Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζουμε ότι τα εργαλεία διατηρούν τη στειρότητα τους και εξοικονομούμε έργο και χρόνο, γιατί αποφεύγουμε την επαναποστείρωση εργαλείων που δεν χρησιμοποιήθηκαν σε ασθενή επειδή “ξεχάστηκαν” στα ράφια.

**14. Αποφεύγουμε την χωρίς λόγο μετακίνηση και χρήση αποστειρωμένων υλικών και εργαλείων.**

*Αιτιολόγηση:* Ελαττώνουμε τις πιθανότητες ακούσιας μόλυνσης.

**Διάρκεια της αποστείρωσης:**

Τα πακέτα ιματισμού και τα σετ εργαλείων που αποστειρώνονται στο Νοσοκομείο έχουν διάρκεια αποστείρωσης ανάλογα με τον τρόπο που συσκευάζονται:

- Μονή συσκευασία με πανί 1 εβδομάδα
- Μονή συσκευασία με χαρτί 1 εβδομάδα
- Μεταλλικά κυτία 1 εβδομάδα
- Σακούλα χαρτί-πλαστικό κολλημένη με την ταινία ασφαλείας 1 μήνα
- Διπλή συσκευασία με πανί 1 μήνα
- Διπλή συσκευασία με χαρτί 1 μήνα
- Μεταλλικά κυτία με φίλτρο 1 μήνα
- Σακούλα χαρτί-πλαστικό με θερμοκόλληση 6 μήνες
- Μεταλλικά κυτία με φίλτρο και εσωτερική προστασία 6 μήνες

Οι χρόνοι που αναγράφονται ισχύουν εφόσον τηρηθούν όλες οι συνθήκες αποθήκευσης που περιγράφονται στο πρωτόκολλο, σε περίπτωση που διαπιστωθεί παραβίαση των συνθηκών ή υπάρχει οποιαδήποτε αμφιβολία για την ασφάλεια των αντικειμένων, θεωρούνται μη αποστειρωμένα και οδηγούνται εκ νέου στην Κεντρική Αποστείρωση. Τα υλικά που έρχονται συσκευασμένα από τις εταιρίες παραγωγής τους αναγράφουν σε εμφανές σημείο της συσκευασίας, την ημερομηνία και τον τρόπο αποστείρωσης καθώς επίσης και την διάρκεια αυτής. Όταν διαπιστωθεί ότι έληξε η διάρκεια της αποστείρωσης ενημερώνεται η

εταιρία για να παραλάβει το υλικό της το οποίο δεν μπορεί πλέον να χρησιμοποιηθεί.

**Αμφίδρομη σχέση ευθύνης μεταξύ Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εργαζομένων:**

Η ευθύνη της νοσηλευτικής υπηρεσίας περιλαμβάνει:

- Γραπτές οδηγίες
- Εκπαίδευση των εργαζομένων στον τρόπο διαχείρισης αποστειρωμένων υλικών και εργαλείων

Η ευθύνη των εργαζομένων περιλαμβάνει:

- Τηρούν τις γραπτές οδηγίες
- Παρακολουθούν τα προγράμματα εκπαίδευσης που αφορούν στην διαχείριση αποστειρωμένων υλικών και εργαλείων

**Συμπεράσματα**

Η αλυσίδα της αποστείρωσης περιλαμβάνει πέντε στάδια (καθαρισμός-συσκευασία-αποστείρωση-αποθήκευση-χρήση) πολύ σημαντικά για την ασφάλεια των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν άριστα την διαδικασία και να φροντίζουν για τη τήρηση της στο μέγιστο βαθμό. Όσον αφορά στην αποθήκευση των εργαλείων οι κατευθυντήριες οδηγίες που περιγράφονται εξασφαλίζουν τις κατά το δυνατόν καλύτερες συνθήκες για την προφύλαξη της στεριότητας των υλικών. Σημαντικός παράγοντας που πρέπει να τονίζεται συνεχώς είναι η διαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων με ευθύνη της Νοσηλευτικής υπηρεσίας.

**Πίνακας 1. Συνοπτικός οδηγός αποθήκευσης αποστειρωμένου υλικού.**

Τι πρέπει να κάνουμε	Τι δεν πρέπει να κάνουμε
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αφήνουμε τα πακέτα να στεγνώσουν εντός του κλιβάνου</li> <li>• Αποθηκεύουμε τα αποστειρωμένα αντικείμενα σε καθαρό, στεγνό, χωρίς σκόνη και με μικρή προσβασιμότητα χώρο</li> <li>• Ο αποθηκευτικός χώρος πρέπει να έχει όλες τις προδιαγραφές ασφαλείας( τα εργαλεία να απέχουν 20 εκ. από το έδαφος, 45εκ. από την οροφή και 5εκ.απο τους πλαϊνούς τοίχους).</li> <li>• Αποθηκεύουμε ομοειδή αντικείμενα μαζί, αποστειρωμένα με αποστειρωμένα, καθαρά με καθαρά.</li> <li>• Εφαρμόζουμε κυκλικό σύστημα χρήσης των αποστειρωμένων, τα παλαιότερης αποστείρωσης αντικείμενα να χρησιμοποιούνται πρώτα.</li> <li>• Σχολαστική καθαριότητα και απολύμανση του χώρου αποθήκευσης μια φορά την εβδομάδα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δεν αποθηκεύουμε εργαλεία κάτω από νεροχύτες, στο πάτωμα ή στα περβάζια των παραθύρων.</li> <li>- Δεν αποθηκεύουμε αποστειρωμένα εργαλεία με άλλα αντικείμενα που δεν έχουν κλινική χρήση, π.χ. γραφική ύλη</li> <li>- Δεν ανοίγουμε τα κουτιά από τα εργαλεία ή τα υλικά μιας χρήσης και δεν τα εκθέτουμε στον ήλιο.</li> <li>- Δεν μετακινούμε και δεν χρησιμοποιούμε άσκοπα τα αποστειρωμένα υλικά και εργαλεία.</li> </ul>

**Βιβλιογραφία**

1. Centers for Disease Control. (1998) *Ambulatory and in-patient procedures in the United States, Atlanta, GA*,1-39.
2. Simmons BP. (1983) *CDC guidelines for the prevention and control of nosocomial infections. Guideline for hospital environmental control. Am. J. Infect. Control*, 11:97-120.
3. Centers for Disease Control. (1989) *Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public-safety workers. MMWR*, 38:1-37.
4. *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities.*( 2008)Department of Health and Human Services, USA
5. Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI), American National Standards Institute (ANSI). (2009). *Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in health care facilities. ANSI/AAMI/ASTM79-2006 and ANSI/AAMI/A1:2008 and A2:2009.* Arlington, VA: Association for the Advancement of Medical Instrumentation,.
6. Butt WE, Bradley DV Jr, Mayhew RB, Schwartz RS. (1991). *Evaluation of the shelf life of sterile instrument packs. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 72:650–654.
7. Klapes NA, Greene VW, Angholz AC, Hunstiger C. (1987). *Effect of long-term storage on sterile status of devices in surgical packs. Infection Control* 8:289–293.
8. Mayworm D. (1984). *Sterile shelf life and expiration dating. J Hosp Supply Process Distrib.* 2:32–35.
9. Akademiska University Hospital, Hygiene Department. (2006). *Faster Document- Storage of Sterile Products.*

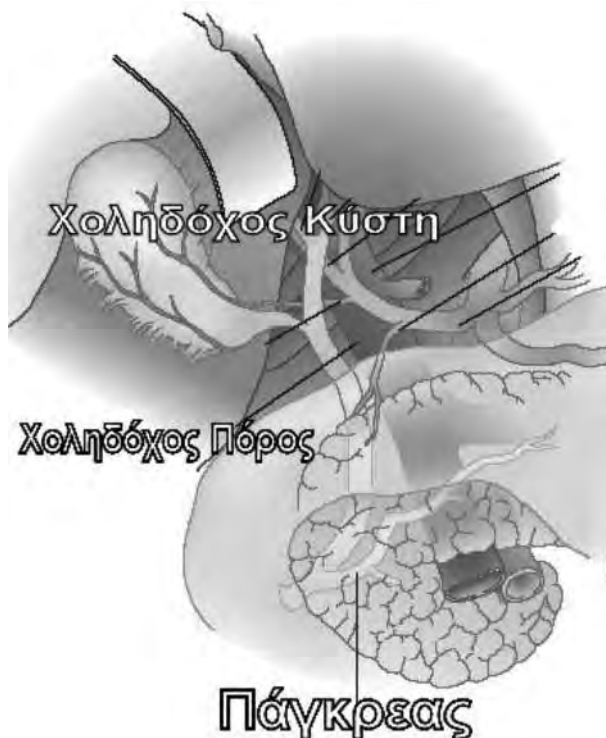
# ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Ε. Κουτίνου

*Νοσηλεύτρια MSc, Προισταμένη Χειρουργείου Γ. Ν. Σισμανόγλειο*

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η χοληδόχος κύστη είναι ένας αποθηκευτικός χώρος όπου διαμέσου του κυστικού πόρου αποθηκεύεται προσωρινά η χολή η οποία παράγεται από τα ηπατικά κύτταρα. Με την είσοδο του φαγητού στο πεπτικό μας σύστημα η χοληδόχος κύστη συσπάται και διαμέσου του χοληδόχου πόρου καταλήγει στην κατιούσα μοίρα του δωδεκαδάκτυλου στο φύμα του Vater. Διαταραχή της ροής ή της παραγωγής της χολής μπορεί να προκαλέσει ίκτερο. Στη χειρουργική μας ενδιαφέρει ο αποφρακτικός ίκτερος που συνήθως οφείλεται σε λιθίαση του χοληδόχου πόρου[1]



Ανατομικά στοιχεία χοληδόχου κύστεως.

Η χολή επιτελεί και συμμετέχει σε σειρά σπουδαίων λειτουργιών:

- Συμμετέχει στην υδρόλυση και απορρόφηση των λιπιδίων, με τον μηχανισμό της γαλακτοματοποίησης.

- Συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου, του σιδήρου και του χαλκού, της χοληστερόλης και των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Ε και Κ.
- Ενεργοποιεί και διεγείρει την έκκριση ορισμένων πεπτικών ενζύμων (λιπάσης).
- Εξουδετερώνει το γαστρικό υγρό στο δωδεκαδάκτυλο.
- Χρησιμεύει σαν μέσο αποβολής ορισμένων στοιχείων που μεταβολίζονται στο ήπαρ.
- Οι λειτουργίες της χοληδόχου κύστης είναι η αποθήκευση, η συμπύκνωση, η απέκκριση της χολής που παράγεται από το ηπατικό κύτταρο.[2]

Χολολιθίαση είναι η παρουσία χολόλιθων στις χοληφόρους οδούς και ιδιαίτερα στην χοληδόχο κύστη. Οι λίθοι σχηματίζονται διά κατακρημνίσεως της χοληστερίνης της χολής όταν η σχέση χοληστερίνης-χολικών αλάτων διαταραχθεί. Οι κρύσταλλοι χοληστερίνης που σχηματίζονται αποτελούν τον πυρήνα για την δημιουργία λίθων.[1]

## 2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΧΟΛΟΛΙΘΩΝ

- Διαιτητικοί παράγοντες (σπάνια στους φυτοφάγους)
- Στάση στα χοληφόρα (κύηση, συγγενείς ανωμαλίες)
- Λοιμώξεις χοληφόρων (ανιούσες λοιμώξεις)
- Κληρονομικότητας (40% γυναίκες, 60% άντρες)
- Ξένα σώματα (ράμματα, σωλήνες Kehr)
- Διάφοροι νόσοι (διαβήτης 30%, κίρρωση 12%)[1]

Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι η φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως και αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες εισαγωγής στο Νοσοκομείο και είναι κατά συνέπεια ένα από τα συχνότερα νοσήματα που αντιμετωπίζουμε στο τμήμα των επειγόντων της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η συχνότητα της είναι 40%-60% άνω των 60 ετών και εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (4:1). Τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά εισαγωγής στον Ελλαδικό χώρο για τη χολολιθίαση και την οξεία χολοκυστίτιδα αυξήθηκαν κατά 45% και διπλασιάστηκαν για τους ηλικιωμένους ασθενείς.[3] Οι αγγλοσάξονες διδάσκουν ότι τα πέντε F που αφορούν τον τυπικό ασθενή είναι <<Fat, Fertile, Flatulent, Female, Fifty>> δηλαδή παχύσαρκη, πολύτεκνη, έντονος μετεωρισμός, γυναίκα, πενήντα.[4] Βεβαίως αυτός ο αλγόριθμος δεν έχει αξιοπιστία στην εποχή μας αφού διατροφικοί παράγοντες ιδίως οι υδατάνθρακες τον έχουν μεταβάλει.

Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι η συχνότερη επιπλοκή της χολολιθίασης. Πολλοί ασθενείς έχουν λιθίαση της χοληδόχου κύστης αλλά λίγοι εμφανίζουν πραγματική σχετική κλινική συνδρομή οξείας ή χρόνιας χολοκυστίτιδας.[5]

Στο 90% των περιπτώσεων οφείλεται σε παρατεταμένη απόφραξη του κυστικού πόρου από λίθο που έχει σαν αποτέλεσμα την φλεγμονή της χοληδόχου κύστης ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 10% στις οποίες δεν προϋπάρχει χολόλιθος αλλά θρόμβωση της κυστικής αρτηρίας ή πρωτοπαθής μικροβιακή λοίμωξη της χολής. Στο 90% των περιπτώσεων η οξεία χολοκυστίτιδα προκύπτει από την απόφραξη του κυστικού πόρου ή του θυλακίου του Hartman από χολόλιθους. Η χοληδόχος κύστη γίνεται φλεγμονώδης και διατείνεται προκαλώντας κοιλιακό πόνο και ευαισθησία. Από την ώρα που σχηματίζονται λίθοι στη χοληδόχο κύστη προκαλείται φλεγμονή του τοιχώματος της με τον λίθο να λειτουργεί ως αιτία λόγω επαφής ή απόφραξης της εξόδου. Επεισόδια χολοκυστίτιδας αποφρακτικής αιτιολογίας είναι τα συχνότερα στους πάσχοντες από χολολιθίαση. Ο λίθος που αποφράσσει το θυλάκιο ή τον κυστικό πόρο προκαλεί συμπτώματα του τύπου κωλικού, φλεγμονής του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και επιμόλυνση της χολής.

Οι ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα απαιτούν ιατρική φροντίδα κατά την διάρκεια του επεισοδίου και εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Τα συμπτώματα είναι:

- Πόνος (στο δεξιό υποχόνδριο που επεκτείνεται προς τον ώμο).
- Σύσπαση (στο δεξιό ημιμόριο της κοιλίας).
- Πυρετός (σηψαιμικού τύπου, με ρίγος).
- Ίκτερος (χολερυθρίνη 2-5 mg %).
- Λευκοκυττάρωση (με πολυμορφοπυρήνωση).

Οι επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει η οξεία χολοκυστίτιδα είναι:

- Εμπύημα χοληδόχου κύστης
- Γάγγραινα χοληδόχου κύστης
- Ρήξη χοληδόχου κύστης (περιχολοκυστικό απόστημα, χολοπεριτόναιο)

Οι χολοκυστίτιδες γενικά χωρίζονται σε χρόνιες και οξείες, σε λιθισιακές και μη λιθισιακές. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στη χοληδόχο κύστη έχουν συγκεκριμένους χαρακτήρες..

Οι πρώτες αλλοιώσεις αφορούν στη δημιουργία υπορογόνιου οιδήματος αιμορραγίας και νεκρωτικών περιοχών καθώς και πάχυνση ή διάταση της χοληδόχου κύστης.[6]

Το τελικό στάδιο αφορά την εμφάνιση ίνωσης. Γάγγραινα και διάτρηση μπορούν να συμβούν την τρίτη ημέρα από την έναρξη των συμπτωμάτων οι περισσότερες όμως διατρήσεις συμβαίνουν την δεύτερη εβδομάδα. Στις περιπτώσεις αυτόματης υποχώρησης η οξεία φλεγμονή υφίεται πλήρως σε 4 εβδομάδες, ενδείξεις όμως μερικής υπολειμματικής φλεγμονής μπορούν να παρατηρηθούν για αρκετούς μήνες. Στο 90% των χοληδόχων κύστεων που αφαιρούνται σε οξεία κρίση παρατηρείται χρόνια ίνωση παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς δεν αναφέρουν την ύπαρξη συμπτωμάτων.[7] Παρόλα τα παραπάνω η αιτία της οξείας χολοκυστίτιδας δεν είναι πάντα σαφής.

Οι επιπλοκές της λιθισιακής χολοκυστίτιδας με χρόνο εξέλιξης 3 ημέρες έως 2 εβδομάδες είναι:

- Απόφραξη του κυστικού πόρου
- Ύδρωπας χοληδόχου κύστης
- Εμπύημα χοληδόχου κύστης
- Φλεγμονή του τοιχώματος της κύστης
- Απόφραξη λόγω θρόμβωσης αγγείων
- Επιμόλυνση τοιχώματος περιχολοκυστικό οίδημα
- Νέκρωση τοιχώματος
- Ρήξη τοιχώματος- περιτονίτιδα

Άλλη μορφή οξείας χολοκυστίτιδας είναι η οξεία χολοκυστίτιδα μη λιθισιακής αιτιολογίας που εμφανίζεται κυρίως σε βαριά πάσχοντες και πολυτραυματίες. Αποτελεί το 2% ως 14% των χολοκυστεκτομών που εκτελούνται για οξεία χολοκυστίτιδα. Η εμφάνιση οξείας χολοκυστίτιδας μη λιθισιακής αιτιολογίας δεν περιορίζεται σε χειρουργικούς και τραυματολογικούς ασθενείς ή σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας. Ο διαβήτης, τα κακοήθη νοσήματα, η αγγειίτιδα στα αγγεία της κοιλιάς, η συμφορητική καρδιά και ανεπάρκεια, η εμβολή από κρυστάλλους χοληστερόλης, η καταπληξία, η καρδιακή παύση, η χολική στάση, η θεραπεία με οπιοειδή, η υποστηρικτική θεραπεία με θετικές αναπνευστικές πιέσεις και η ολική παρεντερική διατροφή έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση της νόσου.

Τα παιδιά προσβάλλονται επίσης ιδιαίτερα μετά από κάποια ιογενή λοίμωξη.

Η παθογένεση της οξείας μη λιθισιακής χολοκυστίτιδας είναι ένα παράδειγμα συνδετής παθογένεσης.

Στην ομάδα της οξείας μη λιθισιακής χολοκυστίτιδας κατατάσσονται και εκείνες που οφείλονται σε απόφραξη του κυστικού πόρου από άλλο αίτιο πέραν του λίθου όπως τα κακοήθη νεοπλάσματα. Πρώτα συμβαίνει απόφραξη των μικρών αγγείων, και αν δεν υπάρξει γρήγορη θεραπεία η νόσος εξελίσσεται ταχύτατα σε γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα με σωματικές επιπλοκές και υψηλό βαθμό θνησιμότητας.

Έχει περιγραφεί σε:

- Απόφραξη της κυστικής αρτηρίας
- Πρωτοπαθή βακτηριδιακή λοίμωξη από E.Coli
- Πυρετός Q που προκαλείται από την Coxiella burnetii
- Λοίμωξη από κλωστηρίδια
- Λοίμωξη από σαλμονέλα τύφου
- Σε χοληδόχο κύστη με πολλαπλά διαφράγματα
- Σαν επιπλοκή αντιπηκτικής αγωγής με δημιουργία αιματοκύστης
- Προσβολή της χοληδόχου κύστης από πορφύρα Henoch – schonlein
- Από Candida albicans και actinomyces
- Από Legionella pneumonia
- Σε λεπτοσπειρωση
- Σε διαδερμική ένεση αιθανόλης για ηπατοκυτταρικό καρκίνο
- Λοίμωξη με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο
- Εμβολή κρυστάλλων χοληστερόλης
- Λοίμωξη με χλαμύδια από το γεννητικό σύστημα

- Οξεία μη λιθιοιακή χολοκυστίτιδα που συνοδεύει το σύνδρομο Churg-Strauss
- Λοίμωξη από *Campylobacter jejuni*

Στην λιθιοιακή χολοκυστίτιδα η εξέλιξη της νόσου είναι βραδύτερη σε σχέση με τη μη λιθιοιακή. Αυτό γίνεται γιατί στη λιθιοιακή χολοκυστίτιδα η ύπαρξη λίθου προκαλεί χρόνια ερεθισμό στο βλεννογόνο του τοιχώματος, ανάπτυξη χρόνιας φλεγμονής, ίνωση και πάχυνση του μυϊκού στρώματος με αποτέλεσμα της ανθεκτικότητας του τοιχώματος στην εξέλιξη της οξείας φλεγμονής. Η εξέλιξη της φλεγμονής κατά συνέπεια είναι κατά πολύ βραδύτερη και οι επιπλοκές με κύρια τη διάτρηση αργούν να επισυμβούν στην οξεία λιθιοιακή χολοκυστίτιδα, σε αντίθεση με την μη λιθιοιακή που αποτελεί πραγματικά επείγουσα κατάσταση γιατί μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα ένα λεπτό τοίχωμα υφίσταται νέκρωση και διάτρηση.

Η οξεία μη λιθιοιακή χολοκυστίτιδα εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στους βαριά πάσχοντες. Η θεραπευτική παρέμβαση φαίνεται να είναι η διαδερμική χολοκυστοστομία. Η χολοκυστεκτομή είναι η λύση όταν οι ασθενείς ανανήσουν από την υποκείμενη νόσο.

Άλλη αιτία οξείας χολοκυστίτιδας είναι η ύπαρξη χολικής λάσπης, εμφανίζεται συνήθως σε βαριά πάσχοντες και μπορεί να συνδέεται από κωλικό χοληφόρων, οξεία παγκρεατίτιδα και οξεία χολοκυστίτιδα. Η λάσπη συνήθως εξαφανίζεται με την υποχώρηση του υποκείμενου παθογενετικού παράγοντα. Η ύπαρξη λάσπης δεν καθιστά απαραίτητη την επέμβαση εκτός αν επισυμβεί οξεία χολοκυστίτιδα.

### 3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το ιστορικό και η κλινική διάγνωση αποτελούν σπουδαία βοηθήματα στη διάγνωση των παθήσεων των χοληφόρων. Το πρώτο σύμπτωμα είναι ο κοιλιακός πόνος στην άνω δεξιά κοιλία με αντανάκλαση ενίοτε στην γωνία της δεξιάς ωμοπλάτης και σπανιότερα στο δεξιό ώμο. Εντούτοις ο πόνος στην οξεία χολοκυστίτιδα παραμένει και συνοδεύεται από κοιλιακή ευαισθησία. Ήπιος ίκτερος υπάρχει στο 10% των ασθενών. Ο ίκτερος, που μπορεί να εμφανιστεί και ως υπίκτηρος είναι αποφρακτικού τύπου με υπέρχρωση των ούρων και αποχρωματισμό των κοπράνων με αυξημένη συνήθως την άμεση χολερυθρίνη και κνησμό. Η θερμοκρασία κυμαίνεται από 38°C ως 38,5°C. Υψηλότερος πυρετός υποδηλώνει επιπλοκή ή λανθασμένη διάγνωση. Υπάρχει ευαισθησία στην δεξιά άνω κοιλία και στο ένα τρίτο των ασθενών υπάρχει ψηλαφητή χοληδόχος κύστη. Σε άλλους η χοληδόχος κύστη δεν είναι ψηλαφητή λόγω χρόνιας ίνωσης.

Η δυσπεψία αναφέρεται στο σύνολο διαφόρων συμπτωμάτων, όπως ναυτία, μετεωρισμός, δυσκοιλιότητα και δυσανεξία σε ορισμένες τροφές, που χωρίς να είναι ειδικά για τις παθήσεις των χοληφόρων, τις συνοδεύουν σχεδόν πάντοτε ή και αποτελούν το μοναδικό τους σύμπτωμα.

Στην κλινική εξέταση ευαισθησία ή και πόνος στο δεξιό υποχόνδριο με αντίσταση και σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, όταν συνυπάρχει και οξεία φλεγμονή, είναι τα

ευρήματα κατά την πίεση και ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου.

Μερικές φορές η χοληδόχος κύστη ψηλαφάται απλώς ευαίσθητη (ύδρωπας) ή πολύ ευαίσθητη ως επώδυνη (εμπύημα). Άλλες φορές η ψηλάφηση αποκαλύπτει μάζα στο δεξιό υποχόνδριο, επώδυνη ή μη (εμπύημα ή νεοπλασία). Η χολολιθίαση συνυπάρχει πολλές φορές με άλλα νοσήματα όπως διαφραγματοκήλη η και εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου οπότε η διάγνωση του ενός νοσήματος θέτει την υποψία για τα άλλα.

### 4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα λευκά αιμοσφαίρια κυμαίνονται από 12.000-15.000 ενώ πάνω από τις τιμές αυτές θα πρέπει κανείς να σκεφτεί επιπλοκή. Η χολερυθρίνη κυμαίνεται από 2-4mg/dl.

Πάνω από το όριο αυτό θα πρέπει να τίθεται υποψία λιθίασης του χοληδόχου πόρου. Συνήθως η χολερυθρίνη ανεβαίνει λόγω συνυπάρχουσας φλεγμονής του χοληδόχου πόρου. Πολλές φορές παρατηρείται μέτρια αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης.

Μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της αμυλάσης σε 1.000 u/l μονάδες ή και περισσότερο.

### 5. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κοιλιακά αίτια:

- Πεπτικό έλκος με ή χωρίς διάτρηση
- Οξεία παγκρεατίτιδα
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Σπάνιες γυναικολογικές λοιμώξεις

Εξωκοιλιακά αίτια

- Έμφραγμα
- Πνευμονία

### 6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

1. Απλή ακτινογραφία κοιλίας. Η εξέταση αυτή και μόνο μπορεί να δείξει το περίγραμμα της διατεταμένης χοληδόχου κύστης ή και την ύπαρξη ακτινοσκοιρών λίθων (15% των ασθενών). Στους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα μερικές φορές αποκαλύπτεται διατεταμένη έλικα λεπτού εντέρου με υδραερικά επίπεδα στο δεξιό υποχόνδριο. Μάζα κοντά στο ήπαρ μπορεί να παρατηρηθεί σε ύδρωπα ή εμπύημα της χοληδόχου κύστης. Συμπερασματικά λοιπόν η απλή ακτινογραφία κοιλίας δεξιού υποχονδρίου είναι μια απλή, γρήγορη και φθηνή εξέταση που πρέπει να γίνεται πάντοτε.

Εκτός από την απλή ακτινογραφία κοιλίας και την εξέταση αίματος που επιβάλλεται να κάνει ο ασθενής στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ακολουθεί εξειδικευμένος εργαστηριακός έλεγχος στη δευτεροβάθμια περίθαλψη όπως:

α) Χολοκυστογραφία (σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης κατόπιν χορήγησης σκιαγραφικού)

β) Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία (σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης και του χοληδόχου πόρου με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού).

2. Νεότερες απεικονιστικές μέθοδοι

α) Υπερηχογράφημα

β) Υπολογιστική τομογραφία. Σε έρευνα που έγινε στις

ΗΠΑ το 2000 φάνηκε ότι η CT διαδραματίζει έναν περιορισμένο ρόλο στην πρόωρη αξιολόγηση των ασθενών με οξεία χολολιθίαση [8]

### 3. Επεμβατικές εξετάσεις

α) Διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία

β) Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (E.R.C.P)

Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (E.R.C.P) γίνεται μόνο σε αρρώστους με κωλικούς του δεξιού υποχονδρίου και θετικές ή αρνητικές ηπατικές δοκιμασίες και εφόσον οι εξετάσεις του υπερηχογραφήματος και της χολοκυστογραφίας είναι αρνητικές. [9] Έχει αποδειχθεί ότι η πιθανότητα χολολιθίασεως είναι 88% επί θετικών ηπατικών δοκιμασιών και 25% μόλις επί αρνητικών ηπατικών δοκιμασιών. [10]

Το ποσοστό επιτυχίας της E.R.C.P. κυμαίνεται από 75-95%, εξαρτώμενο κυρίως από την εμπειρία του ενδοσκοπού, από τα τεχνικά μέσα που διαθέτει και από την παθολογία της περιοχής.

Συνήθη αίτια αποτυχίας είναι:

- Η στένωση του φύματος του vater
- Ο όγκος της κεφαλής του παγκρέατος
- Τα δωδεκαδακτυλικά εκκολπώματα και
- Η πυλωρική στένωση

Οι ενδείξεις είναι:

α. Η E.R.C.P κάνει ταχύτερη η διάγνωση του ικτερικού ασθενούς, μια και μπορεί να πραγματοποιηθεί ανεξάρτητα από τη βαθύτητα του ικτέρου ή την κατάσταση της ηπατικής λειτουργίας. Εντοπίζει την θέση της απόφραξης των χοληφόρων και σε πολλές περιπτώσεις καθορίζει την αιτία.

β. Χρησιμοποιείται αποτελεσματικά στη διάγνωση της λιθίασης κυρίως του χοληδόχου πόρου αλλά και της χοληδόχου κύστης ή παγκρέατος.

γ. Είναι η μέθοδος εκλογής για την διεύρυνση παθήσεων των χοληφόρων, όταν δεν είναι διατεταμένα τα ενδοκαί εξωηπατικά χοληφόρα, όπως στη σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

δ. Βοηθά μετεγχειρητικά στη διερεύνηση των συμπτωμάτων από τα χοληφόρα, ώστε να διευκρινιστεί η ύπαρξη ή όχι λίθων του χοληδόχου πόρου, στενώσεων των χοληφόρων και χοληδοχοδωδεκαδάκτυλικού συριγγίου.

ε. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση παγκρεατικών νόσων, όπως η χρόνια παγκρεατίτιδα ή η νεοπλασία.

Σαν μόνη απόλυτη αυτένδειξη αναφέρεται η ύπαρξη παγκρεατικής κύστης και αυτό για να αποφευχθεί η περίπτωση ρήξης ή δημιουργίας αποστήματος. Το ποσοστό των επιπλοκών ανέρχεται στο 5% και της θνητότητας στο 0.1-0.2%. [11]

Έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της E.R.C.P. σε παιδιά ανεξαρτήτου φύλου με χολολιθίαση και απεδείχθη ότι είναι ασφαλής ως διαγνωστική θεραπεία και μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τη διάγνωση παθήσεων χοληφόρων και παγκρέατος. [12]

## 7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ

1. Εμπύημα

2. Διάρρηση

- Περιχολοκυστικό απόστημα
- Ελεύθερη διάρρηση - χολοπεριτόναιο
- Χολοκυστοεντερικό συρίγγιο

3. Θρόμβωση της πυλαίας φλέβας και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη

## 8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοπός της θεραπείας είναι η εξάλειψη της φλεγμονής και η απομάκρυνση του αίτιου που προκάλεσε την οξεία χολοκυστίτιδα, δηλαδή των λίθων. Η θεραπεία είναι συντηρητική (αντιβίωση, σπασμολυτικά, δίαιτα, κλινοστατισμός) στην οξεία φάση και χολοκυστεκτομή στην συνέχεια. Σε ηλικιωμένα άτομα ή σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει χολοκυστοστομία.

Η εξέλιξη της νόσου ποικίλει, εξαρτώμενη από την άρση ή όχι του κωλύματος, το βαθμό της δευτερογενούς μικροβιακής λοίμωξης, την ηλικία του ασθενούς και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.

Οι περισσότερες προσβολές υποχωρούν αυτόματα χωρίς επέμβαση ή άλλου είδους θεραπεία, μερικές όμως καταλήγουν σε εμπύημα χοληδόχου κύστης, γάγγραινα ή και ρήξη της χοληδόχου κύστης (απόστημα, χολοπεριτόναιο). Η ιδέα της διάλυσης των χολόλιθων είναι πολύ παλαιά.

Κύριο συστατικό των χολόλιθων στο δυτικό ημισφαίριο είναι η χοληστερόλη που αποτελεί συνήθως το 40%-80% του βάρους του. Έχουν χορηγηθεί στο παρελθόν διάφορες ουσίες από το στόμα για τη διάλυση των λίθων της χοληδόχου κύστης [10]

Φάρμακα που έχουν χορηγηθεί από το στόμα για την διάλυση των λίθων της χοληδόχου κύστης είναι τα:

- Χολικά οξέα
- Χολικά οξέα και δίαιτα
- Κιτρικά
- Monoterpens
- Φαινοβαρβιτόλη
- Μετρονιδαζόλη

Οι πιο σημαντικές προϋποθέσεις της φαρμακευτικής αντιμετώπισης είναι οι λίθοι να είναι χοληστερολικοί (ακτινοδιαβατοί) και ο λίθος να μην είναι πολύ μεγάλος.

Μετά την εφαρμογή των υπερήχων στο θρυμματισμό των λίθων του ουροποιητικού έχει επιχειρηθεί η λιθοτριψία και στους λίθους των χοληφόρων. Σε επιλεγμένους ασθενείς με λίθους στην χοληφόρο κύστη χωρίς ασβέστιο η λιθοτριψία απεδείχθη αποτελεσματική και αρκετά ασφαλής μέθοδος. Σε συνδυασμό με την per os φαρμακευτική διάλυση των λίθων η λιθοτριψία παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα. Δεν διαλύει τους λίθους μέσα στην χοληδόχο κύστη αλλά τους θρυμματίζει σε τεμαχίδια ή άμμο, που απεκκρίνονται από τη χοληδόχο ή διαλύονται με την χορήγηση λιθολυτικών φαρμάκων. Με την χρήση των νέων λιθοθρυπτών που είναι πιο εύχρηστοι κυρίως σε ότι αφορά στη στόχευση επί των λίθων, δεν απαιτείται πλέον γενική αναισθησία ή εμβάπτιση σε νερό και έτσι η θεραπεία εφαρμόζεται χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πιθανόν



όμως οι λίθοι να επανασηματιστούν με άγνωστες επιδράσεις στους ιστούς των χοληφόρων γιατί μπορεί να προκληθεί κωλικός ή απόφραξη. Έτσι η λιθοτριψία στους χολόλιθους προσφέρει πεδίο για έρευνα.

Η χολοκυστεκτομή όμως παραμένει η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση στους ασθενείς που πάσχουν από χολολιθίαση.

## 9. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Σημερινός προβληματισμός είναι πότε θα πρέπει να χειρουργηθεί ο ασθενής που πάσχει από οξεία χολοκυστίτιδα.

Οι επικρατούσες απόψεις είναι:

- Συντηρητική θεραπεία και σε περίπτωση ύφεσης των συμπτωμάτων προγραμματισμένο χειρουργείο με την πάροδο 4 το λιγότερο εβδομάδων
- Χειρουργική επέμβαση σε περίπτωση που τα συμπτώματα δεν υποχωρούν ή επιβαρύνονται μαζί με την γενική κατάσταση του ασθενούς
- Χειρουργική επέμβαση στο συντομότερο χρονικό διάστημα και όχι πέραν των 72 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων

Αρχικά σε όλους τους ασθενείς αρχίζει η συντηρητική θεραπεία με την χορήγηση υγρών ηλεκτρολυτών, την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και την χορήγηση αντιβιοτικών. Επειδή η νόσος υποχωρεί από μόνη της στο 60% των περιπτώσεων με την χορήγηση αντιβιοτικών και συντηρητικής αγωγής, υπάρχει μια άποψη για την αντιμετώπιση της νόσου, μετά την ύφεση της φλεγμονής εκλεκτική χολοκυστεκτομή σε δεύτερο χρόνο, την άμεση χειρουργική επέμβαση να επιφυλάσσεται για τις περιπτώσεις όπου η κατάσταση επιδεινώνεται παρά την σωστή υποστηρικτική αγωγή. Αυτά δεν ισχύουν για την μη λιθιακή χολοκυστίτιδα.

Άλλωστε φαίνεται ότι αποφεύγοντας το χειρουργείο ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με επιβαρυνόμενο ιστορικό με συντηρητική αγωγή, δεν αλλάζει η ποιότητα ζωής των ασθενών και ο πόνος είναι υποφερτός.[13]

Η προτιμητέα μέθοδος είναι η εφαρμογή χολοκυστεκτομής άμεσα χωρίς καθυστέρηση σε όλους τους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα [14] εκτός από εκείνους που έχουν σοβαρές αντενδείξεις από την συνύπαρξη άλλων σοβαρών ασθενειών όπως ασθενείς άντρες ηλικιωμένοι > 60 ετών > 60 kgf βάρους με σακχαρώδη διαβήτη και κίρρωση ήπατος. [15]

Έτσι πολλές μελέτες μας αποδεικνύουν ότι:

1. Η επίπτωση των εγχειρητικών επιπλοκών της οξείας χολοκυστίτιδας είναι ίδια με τις εγχειρητικές επιπλοκές της εκλεκτικής χολοκυστίτιδας.
2. Η πρώιμη επέμβαση μειώνει την συνολική διάρκεια της νόσου κατά 30 ημέρες, στην διάρκεια νοσηλείας κατά 5-7 ημέρες και το συνολικό κόστος νοσηλείας σημαντικά [16] ιδίως κάνοντας ανοιχτή επέμβαση με μικρή τομή.
3. Η θνησιμότητα είναι παρόμοια ή και ελαφρά μικρότερη στην πρώιμη επέμβαση από ότι στην εκλεκτική. Έτσι

λοιπόν δεν υπάρχει λόγος καθυστέρησης της επέμβασης. Άλλωστε σε περίπτωση καθυστέρησης δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής της επέμβασης που θα γίνει. [17]

4. Στο 30 % των ασθενών με διάγνωση οξείας χολοκυστίτιδας η γενική κατάσταση δεν επιτρέπει την επείγουσα επέμβαση λόγω συνύπαρξης άλλων νοσημάτων. [18]

Ποια μέθοδο θα επιλέξουμε;

- Ανοιχτή χολοκυστεκτομή
- Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή
- Μίνι λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αποτελεί την μέθοδο εκλογής στη θεραπεία της οξείας χολοκυστίτιδας αν γίνει έγκαιρα. [19]

Η οξεία χολοκυστίτιδα θεωρήθηκε αρχικά αντένδειξη για λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αλλά σήμερα η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χρησιμοποιείται γενικά ακόμη και για βαριάς μορφής οξείας χολοκυστίτιδας.[20]

Ασθενείς προχωρημένης ηλικίας φαίνεται ότι είναι πιο ευάλωτοι σε οξεία χολοκυστίτιδα και η θεραπευτική ένδειξη στην ομάδα αυτών των ασθενών είναι η χειρουργική επέμβαση.[21]

Έρευνα έγινε προκειμένου να γίνει σύγκριση μίνι λαπαροτομίας με την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή όσον αφορά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο και έδειξε ότι ο χρόνος ήταν παρόμοιος και πολύ σύντομος. Η ανοιχτή επέμβαση χολοκυστεκτομής είχε μεγαλύτερο χρόνο παραμονής και μεγαλύτερη διάρκεια χειρουργείου.[22]

Η ανοιχτή χολοκυστεκτομή είναι ασφαλέστερη της λαπαροσκοπικής στο σύνολο των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας [23] εκτός εάν η επέμβαση γίνει άμεσα δηλαδή στις πρώτες 3 ημέρες από την εμφάνιση της νόσου. [24] Η λαπαροσκοπική είναι εξίσου ασφαλής με την ανοιχτή στα αρχικά στάδια της οξείας χολοκυστίτιδας [25] και λιγότερο ασφαλής στα προχωρημένα στάδια της νόσου όπου παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά μετατροπών στην ασφαλέστερη μέθοδο της ανοιχτής χολοκυστεκτομής [26]

Επίσης άμεση χειρουργική παρέμβαση χρειάζεται η οξεία χολοκυστίτιδα γαγγραινώδους αιτιολογίας. [18] Η άμεση λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών. [27]

## 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι συνηθισμένη νόσος.

Δεν είναι σίγουρο για ποιο λόγο σε κάποιους ανθρώπους σχηματίζονται χολόλιθοι.

Η συντηρητική αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας, είναι προσωρινή και όχι μόνιμη.

Η χειρουργική αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως είναι η πλέον κατάλληλη για τη θεραπεία της χολοκυστίτιδας.

Οι ασθενείς επανέρχονται στην εργασία τους εντός 7 ημερών μετά από λαπαροσκοπική επέμβαση, ενώ μετά από ανοιχτή χειρουργική επέμβαση ο χρόνος επανένταξης είναι ένας μήνας περίπου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεόδωρος Ντολατζάς *Συνοπτική Χειρουργική Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990*
2. Μπάλας Π. *Χειρουργική Τόμος Β Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990*
3. Papadopoulos AA, Kateri M, Triantafylou K, Ladas D, Tzathas C, Koutras M, Ladas SD *Hospitalization rates for cholelithiasis and acute cholecystitis doubled for the age population in Greece over the past 30 years. Scand J Gastroenterol 2006 Nov; 41(11):1330-5.*
4. Αλκιβιάδης Κωστάκης *Σύγχρονη Χειρουργική Τόμος ΙΙ Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης Αθήνα 2003*
5. Shelton DK, Stadalnik Rc, West J. *Med, 1996, 165:303. Cholescintigraphy in Acute and Chronic Gallbladder Dysfunction. Hellenic Journal of Nuclear Medicine Vol 1-Jan1998*
6. Πιπερόπουλος Π. *Υπερηχογραφική διερεύνηση χολολιθίασης και χοληδοχολιθίασης. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Αθήνα 1990*
7. Μιχαήλ Ν. *Σέχα Τόμος ΙΙΙ Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης Αθήνα 1996*
8. Pinto A, Romanos S, Vecchio W, Romano L, Pinto F, Scaflione M, Cappabianca S, Grassi R *Personal experience in 71 patients with acute cholecystitis. Radiol Med(Torino) 2000 Jan-Feb; 99(1-2):62-7*
9. Γ. Μαλαχίας – Φ. Λουσιώτης – 3ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Ηπατολογίας Αθήνα 1995
10. Ν. Σκανδάλης *Λιθίαση χοληφόρων Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας 1989*
11. Χ. Σπηλιώτης *Λιθίαση χοληφόρων Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας 1989*
12. Issa H, Al Haddad A, Al – Salem AH *Diagnostic and therapeutic E.R.C.P. in the pediatric age group. Pediatric Surg. International Dec 2006*
13. Verthus M, Soreide O, Eide GE, Nesvik I, Sondena K *Quality of life and pain in patients with acute cholecystitis. Results of a randomised clinical trial. Scand J Surg 2005;94(1):34-9*
14. Shikata S, Noguchi Y, Fukui T. *Early versus delayed cholecystectomy for acute cholecystitis : a meta – analysis of randomized controlled trials. Surg Today. 2005;35(7):553-60*
15. Ibrahim S, Hean TK, Ho LS, Ravintharan T, Chye TN, Chee CH *Risk factors for conversion to open surgery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy World J Surg 2006 Sep;30(9):1698-704*
16. Leo J, Filipovic G, Kremetsova J, Norbland R, Soderholm M, Nilsson E. *Open cholecystectomy for all patients in the era of laparoscopic surgery- a prospective cohort study. BMC Surg. 2006 Apr 3;6:5*
17. Sekimoto M, Imanaka Y, Hirose M, Ishizaki T, Murakami G, Fukata Y; QIP Cholecystectomy Expert Group *Impact of treatment policies on patient outcomes and resource utilization in acute cholecystitis in Japanese hospitals BMC Health Serv Res. 2006 Mar. 29;6:40*
18. Aydin Y, Altaca Y, Berber I, Tekin K, Kara M, Titiz I. *Prognostic parameters for the prediction of acute gangrenous cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006;13(2):155- 9*
19. Al Salaham SM. *Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. J Coll Physicians Surg Pak. 2005 Jul; 15 (7):400-3*
20. Svanvik J. *Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Eur J Surg Suppl 2000 ;(585) :16-7*
21. Lyon C, Clark DC. *Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. American Family physician 2006 Nov 1; 74(9):1537-44*
22. Ros A, Carlsson P, Rahmqvist M, Backman K, Nilsson E. *Non-randomised patients in a cholecystectomy trial Characteristics, procedures, and outcomes. BMC Surg 2006 Dec 26;6(1):17*
23. Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S *Acute cholecystitis in the elderly. Hepatogastroenterology 2005 Jul-Aug; 52 (64):999-1004*
24. Pessaux P, Tuech JJ, Requenat N, Fauvet R, Boyer J, Arnaud JP *Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. Prospective non-randomized study. Gastroenterol Clin Biol 2000 Apr;24(4):400-3*
25. Gurusami KS, Samraj K. *Early versus delayed laparoscopic Cholecystectomy for acute cholecystitis Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD005440*
26. Wang YC, Yang HR, Chung PK, Jeng LB, Chen RJ. *Urgent laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis: time does not influence conversion rate. Surg Endosc. 2006 May;20(5):806-8. Epub 2006 Mar 16*
27. Stefanidis D, Bingener J, Richards M, Schwesinger W, Dorman J, Sirinek K. *Gangrenous cholecystitis in the decade before and after the introduction of laparoscopic cholecystectomy JSLS. 2005 Apr-Jun;9(2):169-73*

# Νέες ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ

## Επιστημονικού Περιοδικού

### ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Περιεγχειρητική Νοσηλευτική»

**Το Επιστημονικό Περιοδικό «ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Περιεγχειρητική Νοσηλευτική»** εκδίδεται τρεις φορές το χρόνο και έχει ως βασικό σκοπό τη συνεχή εκπαίδευση και πληροφόρηση των λειτουργών υγείας στην επιστημονική θεματολογία της Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής και συναφών θεμάτων που απασχολούν το χώρο των υπηρεσιών υγείας. Κύρια επιδίωξη είναι η δημοσίευση μελετών που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα σε όλους τους τομείς της υγείας. Ειδικότερα, δημοσιεύονται:

**1. Ερευνητικές μελέτες.** Εργασίες οι οποίες είναι καθαρά κλινικές ή πειραματικές, προοπτικού ή αναδρομικού χαρακτήρα και πραγματοποιήθηκαν με βάση ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο περιγράφεται αναλυτικά στη μεθοδολογία. Έχουν σαφή κεφαλαιοποίηση (εισαγωγή, υλικό-μέθοδο, αποτελέσματα, συζήτηση, συμπεράσματα, βιβλιογραφία, περιλήψεις στα Ελληνικά και Αγγλικά).

#### 2. Άρθρα - Σχόλια Συντακτικής Επιτροπής

**3. Ανασκοπήσεις.** Αναπτύσσονται ενδιαφέροντα θέματα, που σχετίζονται με τις επιστήμες υγείας, γράφονται από ένα συγγραφέα και σε πολύ ειδικά θέματα από δύο συγγραφείς. Η έκτασή τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 25 δακτυλογραφημένες σελίδες, μαζί με τους πίνακες και τις βιβλιογραφικές παραπομπές.

**4. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις.** Γίνονται δεκτές εφόσον αφορούν καινούργια αντιμετώπιση νοσηλευτικού ή ιατρικού προβλήματος και έχει ακολουθηθεί νέα μεθοδολογία στην αντιμετώπιση του. Συνοδεύονται πάντοτε από περίληψη στην ελληνική γλώσσα, η οποία αποτελείται από 100 περίπου λέξεις με 3-4 λέξεις κλειδιά, και στην αγγλική από 200 περίπου λέξεις και 3-4 λέξεις κλειδιά. Το κείμενο της εργασίας κατανέμεται ως εξής: εισαγωγή, περιγραφή της/των περίπτωσης/περιπτώσεων και συμπεράσματα. Η βιβλιογραφία είναι μικρής έκτασης και απόλυτα ειδική με το θέμα. Αναγράφονται τα ονόματα μόνο εκείνων που πήραν ενεργό μέρος στη μελέτη της περίπτωσης, ενώ σ' αυτούς που έδωσαν πληροφορίες εκφράζονται ευχαριστίες.

**5. Επίκαιρα θέματα.** Γίνεται σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.

#### 6. Βιβλιοκρισία - Βιβλιοπαρουσίαση

**7. Γράμματα προς τη Σύνταξη.** Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, πρόδρομα αποτελέσματα εργασιών, κρίσεις για το περιοδικό κ.λπ. Δημοσιεύονται κατά την κρίση της Συντακτικής Επιτροπής και πρέπει να είναι ενυπόγραφα. Η έκτασή τους να μην ξεπερνά τις 500 λέξεις.

**8. Νομοθεσία.** Δημοσιεύματα της Εφημερίδας της Κυβέρνησης που έχουν σχέση, άμεση ή έμμεσα, με την εκπαίδευση και τις επιστήμες υγείας.

**9. Δρώμενα του Συλλόγου** που αφορούν τις εκπαιδευτικές και επιστημονικές εκδηλώσεις του.

#### Γλώσσα

Οι μελέτες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένες σε ομοίμορφη γλώσσα και να είναι καλά τεκμηριωμένες βιβλιογραφικά. Η εργασία πρέπει να είναι γραμμένη στη δημοτική γλώσσα σε μονοτονικό σύστημα.

Οι μελέτες που υποβάλλονται στην αγγλική γλώσσα θα πρέπει να συνοδεύονται από ελληνική περίληψη, εφόσον οι συγγραφείς γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα.

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Στα πλαίσια αναβάθμισης του περιοδικού, τα άρθρα που θα στέλνονται προς δημοσίευση, θα πρέπει πλέον απαραίτητα να έχουν τις βιβλιογραφικές τους αναφορές μόνο με λατινικούς χαρακτήρες. π.χ. *Babatsikou Fotoula, Environmental Health, Rostrum of Asclepius, 2011, Vol. 10, Issue 2, pages 165-168*

#### Υποβολή μελέτης

Η υποβολή της μελέτης γίνεται μόνο σε ηλεκτρονική μορφή, μέσω e-mail, σε αρχεία κειμένου MS Word 2003 ή νεότερο. Στο e-mail θα πρέπει απαραίτητα να αναφέρονται: (1) το είδος της μελέτης (π.χ. ερευνητική εργασία, ανασκόπηση, ειδικό θέμα, επίκαιρα θέματα κ.λπ.), (2) ότι δεν έχει δημοσιευτεί ολόκληρη ή μέρος αυτής σε άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό, (3) εάν είχε παρουσιαστεί προηγουμένως ως ανακοίνωση, διάλεξη ή επίδειξη σε συνέδριο ή άλλη επιστημονική εκδήλωση, (4) εάν υπήρξε οποιαδήποτε οικονομική υποστήριξη για την εκπόνηση της, (5) η διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία σχετικά με την υποβαλλόμενη εργασία και, τέλος, (6) να δηλώνεται ότι το κείμενο έχει εγκριθεί για υποβολή απ' όλους τους συγγραφείς της μελέτης.

**Οι εργασίες αποστέλλονται με email**

**στην ηλεκτρονική διεύθυνση του ΣΥΔΝΟΧ**

**sydnox@otenet.gr**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Προς διευκόλυνση της αλληλογραφίας, στο θέμα του e-mail σας, να αναγράφεται η λέξη "Article".

### Αποδοχή μελέτης

Κάθε μελέτη που υποβάλλεται κρίνεται από 2 τουλάχιστον κριτές. Οι κριτές μπορεί να αποτελούν μέλη της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού ή να είναι άλλοι, ειδικοί για το θέμα, επιστήμονες. Σε περίπτωση διαφωνίας ορίζεται νέος κριτής και εάν τελικά θα δημοσιευτεί ή όχι η εργασία αποφασίζεται από τη Συντακτική Επιτροπή. Τα ονόματα των κριτών και των κρινόμενων παραμένουν αυστηρά απόρρητα. Οι συγγραφείς ειδοποιούνται συνήθως σε 4 εβδομάδες για την αποδοχή της μελέτης για δημοσίευση. Είναι δυνατό μια μελέτη, πριν από τη δημοσίευση, να δοθεί στους συγγραφείς για τροποποίηση. Η μελέτη τροποποιημένη πρέπει να επιστραφεί στο περιοδικό σε 2 εβδομάδες-σε αντίθετη περίπτωση θεωρείται ότι έχει αποσυρθεί. Μετά την αποδοχή, η μελέτη αποστέλλεται στο τυπογραφείο. Πριν από την έκδοση του περιοδικού, οι συγγραφείς είναι δυνατό να λάβουν τυπογραφικά δοκίμια για διόρθωση. Τα δοκίμια πρέπει να επιστρέφονται στο τυπογραφείο σε 3 ημέρες, μαζί με μια επιστολή κειμένου στο στάδιο των δοκιμών, χωρίς την άδεια της Συντακτικής Επιτροπής.

### Προετοιμασία μελέτης

Η μελέτη δακτυλογραφείται σε λευκό χαρτί A4, από τη μια πλευρά των σελίδων, με διπλό διάστημα και αφήνετε περιθώριο τουλάχιστον 2,5 cm δεξιά και αριστερά του κειμένου. Κάθε κεφάλαιο της μελέτης αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα. Η αρίθμηση αρχίζει από τη σελίδα που φέρει τον τίτλο και γίνεται διαδοχικά ως εξής: σελίδα τίτλου, περίληψη και λέξεις κλειδιά, αγγλική περίληψη και λέξεις κλειδιά, κείμενο, βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες. Όλες οι σελίδες αριθμούνται, στην κάτω δεξιά γωνία, με αραβικούς αριθμούς, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου.

**Σελίδα τίτλου.** Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου, ο οποίος πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός και τον υπότιτλο, εάν υπάρχει. Στη σελίδα τίτλου γράφονται, ακόμη, τα ονόματα των συγγραφέων με την εξής σειρά: μικρό όνομα, αρχικό πατέρα ή συζύγου, επίθετο, καθώς και οι μεγαλύτεροι ακαδημαϊκοί τίτλοι τους. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα. Αναφέρεται το ίδρυμα, η σχολή, η κλινική ή το εργαστήριο από τα οποία προέρχεται η εργασία. Στο κάτω μέρος της σελίδας γράφεται η διεύθυνση και ο συγγραφέας με τον οποίο πρέπει να επικοινωνεί το περιοδικό για κάθε ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη που υποβάλλεται. Επειδή πολλές φορές η ημερομηνία δημοσίευσης μιας εργασίας απέχει αρκετά από την ημερομηνία υποβολής της, επιβάλλεται η καταχώριση της τελευταίας σε υποσημείωση στην πρώτη σελίδα.

**Περίληψη στην Ελληνική.** Η περίληψη δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 200-250 λέξεις. Η δομή της περιλήψης είναι ως εξής: μικρή εισαγωγή 3 γραμμών, σκοπός, υλικό και μέθοδος, αποτελέσματα, συμπεράσματα. Στη συνέχεια, ακολουθούν 3-5 λέξεις κλειδιά, οι οποίες αντι-

στοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης, που χρησιμοποιεί το Index Medicus και ακριβώς μετά ακολουθεί ο υπεύθυνος αλληλογραφίας με διεύθυνση, τηλέφωνο ή και e-mail.

**Περίληψη στην Αγγλική.** Η περίληψη στην Αγγλική θα πρέπει να είναι ακριβώς ίδια με τη περίληψη στην Ελληνική. Πριν την περίληψη αναγράφονται στην Αγγλική και όλα τα στοιχεία του τίτλου (τίτλος εργασίας, ονόματα συγγραφέων). Μετά το τέλος της περιλήψης ακολουθούν τα: «key-words» και «και corresponding author»..

**Κείμενο.** Πρέπει να παρατίθενται όλα τα στοιχεία με σαφήνεια και η έκταση του να μην υπερβαίνει τις 10 δακτυλογραφημένες σελίδες. Διαιρείται σε τμήματα με τις επικεφαλίδες: εισαγωγή, υλικό και μέθοδος, αποτελέσματα, συζήτηση, συμπεράσματα.

**Πίνακες.** Γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα ο καθένας, δακτυλογραφημένοι με διπλό διάστημα. Η αρίθμηση γίνεται με αραβικούς αριθμούς (πίν. 1, πίν. 2 κ.λπ.), με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο και σημειώνεται σύντομος τίτλος για τον καθένα. Τα δεδομένα πρέπει να γράφονται με τέτοιο τρόπο, ώστε οι στήλες που έχουν παρόμοιο περιεχόμενο να διαβάζονται κάθετα και όχι οριζόντια. Το περιεχόμενο των πινάκων πρέπει να είναι σαφές, ώστε τα δεδομένα να είναι κατανοητά, χωρίς να είναι απαραίτητη η αναδρομή στο κείμενο.

**Εικόνες.** Οι φωτογραφίες, τα σχήματα, τα διαγράμματα κ.λπ. ονομάζονται εικόνες και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς (εικ. 1,.....). Πρέπει να είναι ευκρινείς, έγχρωμες ή ασπρόμαυρες, τυπωμένες σε γυαλιστερό χαρτί. Στην πίσω επιφάνεια της κάθε εικόνας σημειώνεται με μολύβι ο αριθμός της, όπως αναφέρεται στο κείμενο, το όνομα του πρώτου συγγραφέα και ένα βέλος, που δείχνει το άνω μέρος αυτής. Εάν η εικόνα έχει δημοσιευτεί αλλού, σημειώνεται στις ευχαριστίες η πηγή προέλευσης και εσωκλείεται η γραπτή άδεια του εκδότη που έχει την αποκλειστικότητα της αναδημοσίευσης. Σε περίπτωση που υπάρχουν φωτογραφίες ατόμων, θα πρέπει να μη διακρίνονται τα πρόσωπα ή να συνοδεύονται από γραπτή άδεια χρησιμοποίησης των φωτογραφιών τους ως έχουν. Οι εικόνες δεν πρέπει να ξεπερνούν τις διαστάσεις τις σελίδας του περιοδικού (πλάτος 17 εκ, ύψος 24,5 εκ.).

**Λεζάντες.** Γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα και αριθμούνται σύμφωνα με τις αντίστοιχες εικόνες.

**Βιβλιογραφικές παραπομπές.** Ακολουθείται το σύστημα Vancouver. Στα πλαίσια αναβάθμισης του περιοδικού, τα άρθρα που στέλνονται προς δημοσίευση, θα πρέπει απαραίτητως να έχουν τις βιβλιογραφικές τους αναφορές μόνο με λατινικούς χαρακτήρες. Ο αριθμός των βιβλιογραφικών αναφορών δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τις 45 ανά άρθρο. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται

στο κείμενο καταχωρούνται στο βιβλιογραφικό κατάλογο, που αρχίζει σε ιδιαίτερη σελίδα μετά το κείμενο και τις ευχαριστίες. Πριν από κάθε βιβλιογραφική παραπομπή στον πίνακα, προηγείται ο αντίστοιχος αριθμός που σημειώθηκε στο κείμενο και στον οποίο αντιστοιχεί η βιβλιογραφία. Για κάθε σχετική πληροφορία παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι να ανατρέχουν στον κατάλογο των περιοδικών, που καταχωρίζονται στο index Medicus και αναγράφονται στην έκδοση Ιανουαρίου κάθε χρόνο. Για τα ελληνικά περιοδικά υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟΤΕΚ, που συντάχθηκε σύμφωνα με τις υποδείξεις του ISO 4, 1972 (2). Η χρησιμοποίηση των περιλήψεων ως βιβλιογραφικών παραπομπών θα πρέπει να αποφεύγεται.

Το όνομα γράφεται πάντα μετά το επώνυμο, χωρίς τελεία. Ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του περιοδικού, η χρονολογία, ο τόμος και η πρώτη και τελευταία σελίδα.

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν αναφέρεται όνομα συγγραφέα (π.χ. άρθρο σύνταξης), χρησιμοποιείται η λέξη «Ανοηγμους» και, για ελληνικές μελέτες, η λέξη «Ανώνυμος». Μετά το Ανώνυμος ακολουθούν τα υπόλοιπα στοιχεία, όπως πιο πάνω. Παραδείγματα αναγραφής βιβλιογραφιών αναφέρονται παρακάτω:

### 1. Άρθρα περιοδικών

Αναφέρονται τα επώνυμα όλων των συγγραφέων ακολουθούμενα από τα αρχικά των ονομάτων τους χωρίς τελείες μέχρι έξι σε αριθμό (εάν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι, ακολουθεί η ένδειξη κ.α.), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος δημοσίευσης, ο αριθμός τόμου, η πρώτη και η τελευταία σελίδα του άρθρου.

Π.χ.: Jensen CE, Tuck SM, Old J, Morris RW, Yardumian A, De Sanctis V et al. Incidence of endocrine complications and clinical disease severity related to genotype analysis and iron overload, in patients with beta-thalassemia. *Eur J Haematol* 1997, 59: 76-81.

### 2. Βιβλία Μονογραφίες

Γράφονται τα επώνυμα των συγγραφέων και ακολουθούν τα αρχικά των ονομάτων τους, ο τίτλος του βιβλίου (ο αριθμός έκδοσης και ο τόμος), η έδρα του εκδοτικού οίκου, το όνομα του εκδοτικού οίκου και ο χρόνος έκδοσης.

π.χ.: Γαρδίκας ΚΔ. *Ειδική Νοσολογία*. 3η έκδοση. Αθήνα, Παρισιάνος, 1981

### 3. Κεφάλαια βιβλίων

Αναφέρονται τα επώνυμα των συγγραφέων και ακολουθούν τα αρχικά των ονομάτων τους, ο τίτλος του κεφαλαίου, η αναφορά του βιβλίου όπως ανωτέρω, αφού προηγηθεί η πρόθεση «στο» ή «ίη» και οι σελίδες του κεφαλαίου (πρώτη και τελευταία).

### 4. Βιβλιογραφία από ιστοσελίδες ή άλλη ηλεκτρονική πηγή

Αναφέρονται τα επώνυμα των συγγραφέων, ο τίτλος του άρθρου, μέθοδος εύρεσης [π.χ. ONLINE, CD], ημερομηνία έκδοσης, αριθμός σελίδων ή οθονών, "Διαθέσιμο από:" και η πλήρης ηλεκτρονική διεύθυνση υπογραμμισμένη.

### Μονάδες μέτρησης

Χρησιμοποιούνται οι πρότυπες μετρικές μονάδες για το βάρος, το μήκος, το ύψος, τον όγκο (χιλιόγραμμα, μέτρο, λίτρο ή οι υποδιαιρέσεις τους), το χρόνο και την ώρα. Η μοριακότητα των διαλυμάτων εκφράζεται με το γράμμα Μ και τα υποδεκαπλάσιά του. Η κανονικότητα των διαλυμάτων εκφράζεται με το γράμμα Ν. Για άλλα στοιχεία, οι συγγραφείς πρέπει να αναγράφουν την πρώτη φορά, που αυτά αναφέρονται στο κείμενο, τον πλήρη όρο και σε παρένθεση τη σύντμησή τους, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Στη συνέχεια, μπορούν να αναγράφουν μόνο τη σύντμηση.

## Ευχαριστήρια Δήλωση

Το Δ.Σ. ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ και η Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού «ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Περιεχειρητική Νοσηλευτική», ευχαριστεί τους συντελεστές του περιοδικού «Το Βήμα του Ασκληπιού» για την συμπαράσταση τόσο σε οργανωτικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο με σκοπό την αναβάθμιση του περιοδικού.