



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ»**

ΜΕΡΕΚΟΥΛΙΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2018
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ»

ΜΕΡΕΚΟΥΛΙΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα: Τσιρώνη Μαρία, Καθηγήτρια

Μέλος: Πρεζεράκος Παναγιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μέλος: Ανδριόπουλος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

ΜΑΡΤΙΟΣ 2018

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Μερκούλια Καλλιόπη, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Μερεκούλια Καλλιόπη

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Τσιρώνη Μαρία _____

Πρεζεράκος Παναγιώτης _____

Ανδριόπουλος Παναγιώτης _____

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	1
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	2
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μαζικές Καταστροφές και Δημόσια Υγεία	10
1.1 Μαζικές και Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα.....	11
1.2 Οι Πυρκαγιές του 2007.....	16
1.3 Επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία	17
2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Διαχείριση Κρίσεων	19
2.1 Εκτίμηση Επικινδυνότητας και Διαχείριση Καταστάσεων Έκτακτης Ανάγκης	20
2.2 Φορείς Διαχείρισης Κρίσεων σε Διεθνές και Εθνικό Επίπεδο	24
2.3 Διαχείριση Κρίσης και Εθελοντισμός	27
2.4 Διαχείριση Κρίσης και Επικοινωνία.....	28
3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Διαχείριση Κρίσεων στον Τομέα της Υγείας.....	30
3.1 Υγειονομική Ετοιμότητα	32
3.2 Εκπαίδευση Υγειονομικού Προσωπικού.....	35
3.3 Διαλογή.....	37
3.4 Επιχειρησιακά Σχέδια Υγειονομικής Ετοιμότητας	40
4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας.....	43
4.1 Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης	45
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	47
5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Σκοπός Έρευνας.....	48
6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μεθοδολογία	49
6.1 Πληθυσμός Έρευνας.....	49
6.2 Ερωτηματολόγιο.....	49
6.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	50
6.4 Ηθική και Δεοντολογία.....	51
7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Στατιστική Ανάλυση.....	51

8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Αποτελέσματα	52
8.1 Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	52
8.2 Συσχετίσεις και διασταυρώσεις μεταβλητών	74
9^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συζήτηση	84
9.1 Περιορισμοί Έρευνας	91
10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συμπεράσματα – Προτάσεις	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	96
Ξενόγλωσση	96
Ελληνική	98
Σχετική Νομοθεσία.....	100
Διαδικτυακές Πηγές.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΑΙΤΗΜΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΓΚΡΙΣΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	107

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1.1 Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα με βάση τον αριθμό πληγέντων για το διάστημα 2007-2017.....	13
Πίνακας 1.1.2 Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα με βάση τον αριθμό θανάτων για το διάστημα 2007-2017.....	13
Πίνακας 1.1.3 Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα με βάση το οικονομικό κόστος για το διάστημα 2007-2017.....	14
Πίνακας 8.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	53
Πίνακας 8.2.1 Συσχέτιση επαγγέλματος και εκπαίδευσης στην παροχή πρώτων βοηθειών	77
Πίνακας 8.2.2 Συσχέτιση γνώσης περί ύπαρξης του Σχεδίου «Περσέας» και γνώσης αναφορικά με το περιεχόμενό του	78
Πίνακας 8.2.3 Συσχέτιση γνώσης για το περιεχόμενο του Σχεδίου «Περσέας» και γνώσης αναφορικά με το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.....	78
Πίνακας 8.2.4 Συσχέτιση γνώσης για την αλυσίδα επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και γνώσης για το περιεχόμενο του Σχεδίου «Περσέας»	79
Πίνακας 8.2.5 Συσχέτιση γνώσης για την αλυσίδα επικοινωνίας και γνώσης για το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης	79
Πίνακας 8.2.6 Συσχετίσεις μέτριας και υψηλής έντασης μεταξύ των μεταβλητών της κλίμακας Likert με την χρήση του δείκτη Kendall's tau b	80
Πίνακας 8.2.7 Συσχέτιση βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας αναφορικά με τις προτάσεις «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή» & «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα».....	82

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

<i>Εικόνα 1.1.1. Φυσικές Καταστροφές στον Κόσμο από το 1986 έως το 2015</i>	14
<i>Εικόνα 1.1.2 Αριθμός Δασικών Πυρκαγιών στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία.....</i>	15
<i>Εικόνα 1.1.3 Αριθμός Σεισμών στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία</i>	15
<i>Εικόνα 1.1.4 Αριθμός Πλημμυρών στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία</i>	16
<i>Εικόνα 2.1.1 Κύκλος Ολοκληρωμένης Διαχείρισης Καταστάσεων Εκτάκτου Ανάγκης</i>	22
<i>Εικόνα 2.1.2 Τρέχουσα απόδοση κύκλου διαχείρισης καταστροφής</i>	23
<i>Εικόνα 2.4.1 «Σχέδιο Γέφυρα» στα πλαίσια Διαχείρισης Κρίσεων</i>	29
<i>Εικόνα 3.1 «Βασική Διάρθρωση Συστήματος Υγείας.»</i>	31
<i>Εικόνα 3.2 «Δομή Ε.Κ.ΕΠ.Υ.»</i>	32
<i>Εικόνα 4.1.1 «Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας – Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης»</i>	46

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Αποτύπωση Χώρου Απασχόλησης Προσωπικού κατά τη διάρκεια της έρευνας.....	54
Γράφημα 2: Αποτύπωση Χώρου Απασχόλησης Προσωπικού το 2007 κατά την ανακήρυξη της Λακωνίας σε έκτακτη ανάγκη λόγω των πυρκαγιών.....	54
Γράφημα 3: Αποτύπωση Θέσης Ευθύνης κατά την ενεργοποίηση του «Περσέας» το 2007	55
Γράφημα 4: Αποτύπωση Θέσης Ευθύνης κατά τη διάρκεια της έρευνας.....	55
Γράφημα 5: Αποτύπωση γνώσης περί ύπαρξης σχεδίου «Περσέας».....	56
Γράφημα 6: Αποτύπωση γνώσης περί του περιεχομένου του σχεδίου «Περσέας»	56
Γράφημα 7: Αποτύπωση γνώσης περί αλυσίδας επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.	57
Γράφημα 8: Αποτύπωση γνώσης σημείου συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.	57
Γράφημα 9: Αποτύπωση ικανοποίησης από το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης της κρίσης το 2007	58
Γράφημα 10: Αποτύπωση άποψης περί της επιρροής των καλοκαιρινών αδειών στη διεξαγωγή του σχεδίου «Περσέας».....	58
Γράφημα 11: Αποτύπωση της επίδρασης της ψυχολογίας των συμμετεχόντων κατά την ενεργοποίηση του σχεδίου «Περσέας».	59
Γράφημα 12: Αποτύπωση επαρκούς εκπαίδευσης σε θέματα διαχείρισης κρίσεων το 2007.	59
Γράφημα 13: Αποτύπωση διάθεσης για περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα διαχείρισης κρίσεων μετά το σχέδιο «Περσέας»	60
Γράφημα 14: Αποτύπωση παρακολούθησης προγραμμάτων εκπαίδευσης αναφορικά με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και διαχείριση κρίσεων.....	61
Γράφημα 15: Αποτύπωση κάλυψης εξόδων για τα προγράμματα εκπαίδευσης στα οποία συμμετείχαν οι ερωτώμενοι.	62
Γράφημα 16: Αποτύπωση εκτίμησης αναφορικά με την επάρκεια γνώσεων γύρω από τη διαχείριση κρίσεων σήμερα.....	62
Γράφημα 17: Αποτύπωση εκπαίδευσης πάνω στις Πρώτες Βοήθειες.....	63
Γράφημα 18: Αποτύπωση ενδεχόμενης αξιολόγησης και ανατροφοδότησης μετά το πέρας της κρίσης το 2007 αναφορικά με την εφαρμογή του «Περσέας». ..	63
Γράφημα 19: Αποτύπωση συμμετοχής σε ασκήσεις ετοιμότητας που πραγματοποιήθηκαν στο Νοσοκομείο.	64
Γραφήματα 20: Αποτύπωση βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας ανάλογα με την εκάστοτε διατυπωμένη άποψη γύρω από θέματα που άπτονται της διαχείρισης κρίσεων.	64

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία, πέρα από την προσωπική προσπάθεια, στηρίχθηκε στην συνεργασία με ανθρώπους οι οποίοι, από διαφορετική σκοπιά ο καθένας, συνέβαλαν τα μέγιστα στην ολοκλήρωσή της και τους οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω, καταρχάς, στην Καθηγήτρια και επιβλέπουσά μου, κα Τσιρώνη Μαρία, για την ευκαιρία που μου έδωσε να εκπονήσω την παρούσα εργασία. Η συνεχής καθοδήγηση, οι πολύτιμες συμβουλές αλλά και οι επισημάνσεις της σε όλες τις φάσεις της εκπόνησης αυτής της ερευνητικής εργασίας ήταν καθοριστικές.

Ευχαριστώ θερμά και τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, τον κ. Πρεζεράκο Παναγιώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή και τον κ. Ανδριόπουλο Παναγιώτη, Επίκουρο Καθηγητή, για την συμμετοχή και τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσαν.

Δε θα μπορούσα βέβαια να παραλείψω τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα τους οποίους ευχαριστώ θερμά που δέχτηκαν να αφιερώσουν λίγο από τον χρόνο τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, καθώς και τον Διοικητικό Διευθυντή της Νοσηλευτικής Μονάδας Σπάρτης, κ. Τρουγκάκο και τον Διοικητικό Υποδιευθυντή, κ. Πανταζόπουλο, που ήταν πάντα στη διάθεσή μου για οτιδήποτε χρειάστηκε στα πλαίσια της έρευνάς μου

Πάνω απ' όλα, όμως, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου, Ιωάννη και Αφροδίτη, για την στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου καθώς και στην ξαδέρφη μου Χρυσούλα για τον χρόνο που αφιέρωσε συμβάλλοντας στην επιμέλεια του κειμένου. Ακόμα πιο μεγάλο ευχαριστώ, όμως, οφείλω στον αδερφό μου, Γεώργιο Μερκεούλια, Γενικό Οικογενειακό Γιατρό – Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πατρών, ο οποίος βοήθησε σημαντικά στη στατιστική ανάλυση της παρούσας έρευνας. Πέραν αυτού, όμως, θα ήθελα να τον ευχαριστήσω που υπάρχει στη ζωή μου και μου δίνει κίνητρο να θέτω και να πετυχαίνω νέους στόχους, όπως ήταν και αυτό το μεταπτυχιακό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή-σκοπός: Το σχέδιο «Περσέας» εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης το 2007 όταν η Λακωνία κηρύχθηκε σε έκτακτη ανάγκη λόγω των πυρκαγιών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων του εμπλεκόμενου προσωπικού του Γ.Ν.Σ. αναφορικά με την εφαρμογή του σχεδίου το 2007, καθώς και η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων του υπάρχοντος προσωπικού αναφορικά με την ετοιμότητα στην αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης κρίσης.

Πληθυσμός-Μεθοδολογία: Πρόκειται για συγχρονική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου που πραγματοποιήθηκε στη Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης. Οι συμμετέχοντες (N:201) εξετάστηκαν σε δύο ομάδες, όπου η πρώτη αποτελείτο από 129 άτομα που εργάζονταν στο νοσοκομείο το 2007 και συνεχίζουν να εργάζονται εκεί και η δεύτερη από 72 άτομα που εντάχθηκαν στο προσωπικό του νοσοκομείου μεταγενέστερα.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες που εντάχθηκαν στο προσωπικό μετά το 2007 δηλώνουν άγνοια τόσο για το περιεχόμενο (69,4%) του σχεδίου «Περσέας» όσο και για την αλυσίδα επικοινωνίας (76,4%), σε αντίθεση με αυτούς που εργάζονταν από το 2007 που παρουσιάζονται πιο ενήμεροι ($p < 0,001$). Αυτοί που είχαν την εμπειρία της κρίσης του 2007 δηλώνουν κατά 92,2% πως δεν έγινε αξιολόγηση μετά το πέρας της κρίσης ή τουλάχιστον δε γνωρίζουν σχετικά. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι δεν πραγματοποιούνται όσο συχνά πρέπει ασκήσεις ετοιμότητας και μεγάλο ποσοστό κάθε ομάδας δεν έχει συμμετάσχει ποτέ σε κάποια. Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν το 2007 πιστεύουν (46,6%) ότι το νοσοκομείο είναι έτοιμο να ανταποκριθεί σε μια μαζική καταστροφή, διαφωνώντας με όσους εντάχθηκαν στο προσωπικό αργότερα (36,1%) ($p < 0,05$). Η συντριπτική πλειοψηφία όλων, όμως, κρίνει πως οι γνώσεις τους για την αντιμετώπιση μιας έκτακτης ανάγκης δεν είναι επαρκείς.

Συμπεράσματα: Είναι επιβεβλημένη η ανάγκη για εκπαίδευση του προσωπικού σύμφωνα με διεθνή πρότυπα διαχείρισης κρίσεων. Η περαιτέρω διερεύνηση του αντικειμένου κρίνεται απαραίτητη ώστε ο υγειονομικός κόσμος να ευαισθητοποιηθεί περισσότερο απέναντι στην ανάγκη για σωστή και έγκαιρη προετοιμασία.

Λέξεις κλειδιά: καταστροφές, έκτακτες ανάγκες, διαχείριση κρίσεων, υγειονομική ετοιμότητα, επιχειρησιακά σχέδια.

ABSTRACT

Background-aim: “Perseus” plan was first applied to Sparta General Hospital in 2007 when the Prefecture of Laconia was declared in emergency due to fire. The aim of this study is to investigate retrospectively the knowledge and attitudes of Sparta General Hospital involved staff regarding the implementation of the plan in 2007, as well as to investigate the current knowledge and attitudes of the staff regarding the preparedness to respond to a possible crisis.

Sample-Methodology: The cross-sectional survey was conducted at Sparta General Hospital using a questionnaire. The participants (N:201) were divided in two groups, where the first consisted of 129 people working at the hospital during the crisis of 2007 and continue until today and the second one of 72 employees who joined the staff later on.

Results: The participants that joined the staff after 2007 indicate ignorance both regarding the content of “Perseus” Plan (69.4%) and the communication chain (76.4%), in contrast to those who worked since 2007 who are better informed ($p < 0,001$). Those having the crisis experience state (92.2%) that no evaluation was undertaken after the end of the crisis, or at least know nothing about. The majority of the participants state that drills are not performed as often as they should, while most of them have never participated in any. The participants that were working in 2007 believe (46.6%) that the hospital is ready to respond to a massive disaster, disagreeing with those joined the staff later on (36.1%) ($p < 0,05$). The overwhelming majority of both groups, however, think that their knowledge in order to respond to an emergency is not sufficient.

Conclusions: The need for staff training and monitoring of international crisis management standards is a matter of necessity. Further investigation is required in order to raise awareness in healthcare community regarding the need for proper and timely preparation.

Key words: disasters, emergencies, crisis management, healthcare preparedness, disaster plans.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως καταστροφή συχνά περιγράφεται το αποτέλεσμα συνδυασμού της έκθεσης σε κάποιο κίνδυνο, των συνθηκών τρωτότητας που υπάρχουν, και της ανεπαρκούς ικανότητας ή μέσων για τη μείωση ή την αντιμετώπιση των πιθανών αρνητικών συνεπειών. (UNISDR, 2009) Το μέγεθος αυτής καθορίζεται από την έκταση των απωλειών και των φθορών που έχουν προκύψει, οι οποίες αφορούν πρωτίστως στην ανθρώπινη ζωή και την υγεία των πληγέντων και στη συνέχεια στην περιουσία και εν γένει στα υλικά. (Δαρδαβέσης και συν., 2004)

Στον αντίποδα αυτού, άνθρωποι μεμονωμένα αλλά και οργανωμένες κοινωνίες, κάνουν προσπάθειες ώστε να μειωθούν οι συνέπειες των καταστροφών, αναπτύσσοντας τρόπους αντιμετώπισης των αρχικών επιπτώσεων, αλλά και της μετέπειτα ανταπόκρισης αναφορικά με τις ανάγκες αποκατάστασης, όπου άσχετα με τον τρόπο προσέγγισης όλα συγκλίνουν σε μια μεθοδολογία διαχείρισης της κρίσης. (Corpola D, 2007)

Κινητήριοις δύναμη της διαχείρισης μιας μαζικής καταστροφής είναι φυσικά η προστασία της ανθρώπινης ζωής, της περιουσίας – δημόσιας ή ιδιωτικής – και του περιβάλλοντος, και αυτό φυσικά είναι ένα τρίπτυχο που ισχύει διεθνώς, με τη διαφορά ότι η ικανότητα ανταπόκρισης σε αυτήν την αποστολή είναι κάτι που παρουσιάζει ανομοιομορφία. (Corpola D, 2007)

Στην Ελλάδα το βασικό σχέδιο αντιμετώπισης κρίσεων είναι το γενικό σχέδιο πολιτικής προστασίας «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ» και στα πλαίσια αυτού του σχεδίου δημιουργούνται εξειδικευμένα σχέδια ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κρίσης και των εμπλεκόμενων φορέων στη διαχείριση. Το Υπουργείο Υγείας στα πλαίσια αυτά χρησιμοποιεί κάποια πιο εξειδικευμένα σχέδια μεταξύ των οποίων είναι και το σχέδιο διαχείρισης κρίσεων «ΠΕΡΣΕΑΣ» σε επίπεδο νοσοκομείων. (Γιουρούκος Ν., 2015) Το σχέδιο αυτό δίνει τη δυνατότητα στο νοσοκομείο να συνεχίζει να παρέχει κρίσιμες και απαραίτητες υπηρεσίες στα πλαίσια μιας κρίσης αλλά και να επανέρχεται ομαλά σε κατάσταση "κανονικής" λειτουργίας όταν η κρίση πάψει να υφίσταται. (Καραμπέτσου Ε., 2009, Ρούτση Ε., 2010)

Στην παρούσα εργασία θα επικεντρωθούμε στις φυσικές καταστροφές, δεδομένου ότι η κήρυξη, μεταξύ άλλων και του Νομού Λακωνίας σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω των εκτεταμένων πυρκαγιών το 2007, ενεργοποίησε, για πρώτη και μόνη φορά ως σήμερα, το σχέδιο «Περσέας» στο Νοσοκομείο της Σπάρτης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης, το οποίο εργαζόταν κατά την περίοδο της κρίσης του 2007, για την τότε διαχείριση αυτής και η περαιτέρω διερεύνηση των απόψεων, γνώσεων και στάσεων του υπάρχοντος προσωπικού αναφορικά με την ετοιμότητα στην αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης κρίσης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μαζικές Καταστροφές και Δημόσια Υγεία

Όπως αναφέρουν οι Fung et al. (2008) οι καταστροφές που έχουν συμβεί ανά τον κόσμο δηλώνουν ότι κανείς και καμία χώρα δεν είναι άτρωτη μπροστά σε κάποια καταστροφή. Η ακαδημαϊκή κοινότητα αντιμετωπίζει τις καταστροφές ως αποτέλεσμα ενός κινδύνου ο οποίος δεν έτυχε της απαιτούμενης διαχείρισης, ενός κινδύνου ο οποίος προκύπτει από τον συνδυασμό της έκθεσης σε μια απειλητική διαδικασία κάτω από ευάλωτες/τρωτές συνθήκες. (Σαπουντζάκη Κ. και Δανδουλάκη Μ., 2015)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO/Definitions, 2017) παραθέτει τους κάτωθι τρεις ορισμούς αναφορικά με την έννοια «Καταστροφή»:

1. Μια σοβαρή διαταραχή της λειτουργίας μιας κοινότητας ή κοινωνίας που προκαλεί εκτεταμένες ανθρώπινες, υλικές, οικονομικές ή περιβαλλοντικές απώλειες οι οποίες υπερβαίνουν την ικανότητα της πληγείσας κοινότητας ή κοινωνίας να ανταπεξέλθει χρησιμοποιώντας ίδια μέσα. (ISDR)
2. Κατάσταση ή περιστατικό το οποίο καταβάλλει τοπικές δυνατότητες οδηγώντας στην αναγκαιότητα αιτήματος, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, για εξωτερική βοήθεια (CRED).
3. Όρος που περιγράφει ένα περιστατικό το οποίο μπορεί να οριστεί χωρικά και γεωγραφικά, μόνο που χρειάζεται παρατήρηση ώστε να προκύψουν αποδείξεις. Υπονοεί την αλληλεπίδραση ενός εξωτερικού στρεσογόνου παράγοντα με μια κοινότητα ανθρώπων και φέρει τη σιωπηρή έννοια του ανυποχώρητου.

Σύμφωνα δε, με τον φορέα διεθνούς στρατηγικής των Ηνωμένων Εθνών για την μείωση των καταστροφών (UNISDR, 2009), ο οποίος ασχολείται με την εξασφάλιση της μείωσης του κινδύνου καταστροφών, οι καταστροφές συχνά περιγράφονται ως ένα αποτέλεσμα συνδυασμού των εξής: α/ έκθεση σε κάποιο κίνδυνο, β/ συνθήκες τρωτότητας που υπάρχουν, και γ/ ανεπαρκής ικανότητα ή μέσα για τη μείωση ή την αντιμετώπιση των πιθανών αρνητικών συνεπειών. Οι συνέπειες μιας καταστροφής μπορεί να περιλαμβάνουν απώλεια ανθρώπινης ζωής, τραυματισμό, ασθένειες και άλλες αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευημερία των ανθρώπων, σε συνδυασμό με την καταστροφή περιουσιών, απώλεια υπηρεσιών, κοινωνικές και οικονομικές διαταραχές και υποβάθμιση του περιβάλλοντος.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού (IFRC, 2017) αναφέρει πως η καταστροφή είναι ένα ξαφνικό, καταστροφικό γεγονός που διαταράσσει σημαντικά τη λειτουργία μιας

κοινότητας, το οποίο παρόλο που συχνά προκαλείται από φυσικά αίτια, αυτό δε σημαίνει ότι αποκλείονται και τα ανθρωπογενή. Γενικότερα, αναφέρει πως μια καταστροφή λαμβάνει χώρα όταν ένας κίνδυνος επηρεάσει μια ευπαθή ομάδα ανθρώπων. Ο συνδυασμός κινδύνου, τρωτότητας και ανικανότητας μετριασμού των πιθανών συνεπειών ενός κινδύνου οδηγεί σε καταστροφή.

Τέλος, η Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, που είναι και ο αρμόδιος φορέας για τη διαχείριση των καταστροφών στην Ελλάδα, αναφέρει πως: *«Καταστροφή νοείται κάθε ταχείας ή βραδείας εξέλιξης φυσικό φαινόμενο ή τεχνολογικό συμβάν στο χερσαίο, θαλάσσιο και εναέριο χώρο, το οποίο προκαλεί εκτεταμένες δυσμενείς επιπτώσεις στον άνθρωπο, καθώς και στο ανθρωπογενές ή φυσικό περιβάλλον»* (Γ.Γ.Π.Π., 2017)

Προσεγγίζοντας το θέμα, όμως, από τη σκοπιά της υγείας μπορεί να δοθεί ένας ορισμός με μεγαλύτερη σαφήνεια. Μπορούμε να μιλήσουμε, επομένως, για μια κατάσταση όπου μετά από ένα συμβάν τα άτομα που χρήζουν ιατρικής βοήθειας, σε δεδομένο χρόνο και τόπο, είναι τόσα που οι διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας αδυνατούν να τα περιθάλψουν με βάση τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους και έτσι χρειάζονται πρόσθετη, και κάποιες φορές, εξωτερική βοήθεια. (PHTLS, 2016)

1.1 Μαζικές και Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα

Ως μαζική καταστροφή ορίζεται μια κατάσταση στην οποία μέσα σε σύντομο χρόνο προκύπτει μεγάλος αριθμός θυμάτων σε σχέση με τις τρέχουσες δυνατότητες του συστήματος υγείας, αλλά και των άλλων υπηρεσιών παροχής βοήθειας και διάσωσης (Αστυνομία, Πυροσβεστική, Ένοπλες Δυνάμεις κ.λ.π.) οπότε και απαιτείται η επιστράτευση των εφεδρειών μέρους ή του συνόλου των εν λόγω εμπλεκόμενων υπηρεσιών.

Οι μαζικές καταστροφές εν γένει, προκαλούνται από διάφορες αιτίες και μπορούν να εκδηλωθούν με ποικίλους τρόπους. Αυτό που έχουν ως δεδομένο, όμως, είναι ότι τα εμπλεκόμενα θύματα υφίστανται τραυματισμούς, γεγονός που καθιστά τα τοπικά κάθε φορά συστήματα υγείας άμεσα εμπλεκόμενα.

Οι πιο συνηθισμένες αιτίες μαζικών καταστροφών είναι τα ατυχήματα σε μέσα μαζικής μεταφοράς (λεωφορεία, αεροσκάφη, τρένα, πλοία, κ.λ.π.), οι φυσικές καταστροφές (σεισμοί, πλημμύρες, καύσωνες, φωτιές κ.λ.π.) αλλά και καταστροφές που προέρχονται από ανθρώπινη

παρέμβαση όπως τα βιομηχανικά ατυχήματα (έκθεση σε τοξικές ουσίες, εκρήξεις κ.λ.π.) και οι τρομοκρατικές ενέργειες (εκρήξεις, μαζικές μολύνσεις κ.λ.π.) (Καζαμιάς Π, 2001, Zibulewsky J., 2001)

Άλλος ένας ορισμός που θα μπορούσε να δοθεί για τις μαζικές καταστροφές είναι ο προσδιορισμός κάθε φυσικού φαινομένου ή τεχνολογικού συμβάντος το οποίο προκαλεί σημαντικές και δυσμενείς συνέπειες στον άνθρωπο αλλά και στο ευρύτερο περιβάλλον του, είτε φυσικό είτε κοινωνικό. Το μέγεθος της καταστροφής σε αυτές τις περιπτώσεις καθορίζεται μέσα από το μέγεθος των απωλειών. (Δαρδαβέσης και συν, 2004)

Σύμφωνα με τη Διεθνή Βάση Δεδομένων για καταστροφές, την οποία διατηρεί το Ερευνητικό Κέντρο Επιδημιολογίας Καταστροφών (CRED) από το 1988, μπορούμε να βρούμε σημαντικά δεδομένα για την εμφάνιση αλλά και τις επιπτώσεις περισσότερων από 18.000 καταστροφών στον κόσμο από το 1900 μέχρι και σήμερα. Πρόκειται για μια βάση δεδομένων που ενημερώνεται από διάφορες πηγές, όπως οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών, μη κυβερνητικές οργανώσεις, ασφαλιστικές εταιρείες, ερευνητικά κέντρα κ.α.

Στόχος, μεταξύ άλλων, της εν λόγω βάσης δεδομένων είναι η παροχή βοήθειας σε δράσεις ανθρωπιστικές, εθνικού ή διεθνούς επιπέδου, ώστε να προχωρούν σε ορθολογιστικές αποφάσεις αναφορικά με την ετοιμότητα έναντι καταστροφών. (Femke et all, 2010)

Σε αυτήν τη βάση δεδομένων συναντάμε, μεταξύ άλλων, και τις φυσικές καταστροφές που έχουν συμβεί στην Ελλάδα. Διευκρινίζεται όμως, πως η EM-DAT όμως περιλαμβάνει τις καταστροφές εκείνες που πληρούν έστω ένα από τα κάτωθι κριτήρια:

- 10 ή περισσότερους θανάτους,
- 100 ή περισσότερους πληγέντες,
- Κήρυξη Έκτακτης Ανάγκης από την Κυβέρνηση
- Έκκληση για Διεθνή Βοήθεια (EM-DAT, 2017)

Η Ελλάδα, από το 2007 μέχρι και σήμερα, έχει πληγεί κυρίως από σεισμούς και δασικές πυρκαγιές (Πίνακας 1.1.1), όπου τα περισσότερα θύματα τα μετράμε το 2014 στον σεισμό που έγινε, σύμφωνα με το earthquakes.gr, Βορειοανατολικά της Λήμνου. Οι Δασικές Πυρκαγιές του καλοκαιριού του 2007 επηρέασαν πάνω από 5000 άτομα και είχαμε τους περισσότερους θανάτους, ήτοι 68 άτομα έχασαν τη ζωή τους (Πίνακας 1.1.2). Από

οικονομικής πλευράς δε, οι πυρκαγιές του Αυγούστου του 2007 στοίχισαν περισσότερο από κάθε άλλη καταστροφή (Πίνακας 1.1.3).

Πίνακας 1.1.1 Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα με βάση τον αριθμό πληγέντων για το διάστημα 2007-2017

Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα		
Οι 10 με τον μεγαλύτερο αριθμό πληγέντων		
Έτη: 2007 - 2017		
Είδος Καταστροφής	Ημερομηνία	Σύνολο Πληγέντων
Σεισμός	24/5/2014	75002
Δασική Πυρκαγιά	24/8/2007	5392
Σεισμός	8/6/2008	3708
Σεισμός	26/1/2014	2023
Δασική Πυρκαγιά	21/8/2009	1040
Σεισμός	12/6/2017	731
Πλημμύρα	16/11/2007	600
Πλημμύρα	1/2/2015	500
Πλημμύρα	5/9/2016	200
Πλημμύρα	3/2/2012	200

Πηγή: EM-DAT: The Emergency Events Database - Universite catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. Guha-Sapir - www.emdat.be, Brussels, Belgium

Πίνακας 1.1.2 Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα με βάση τον αριθμό θανάτων για το διάστημα 2007-2017

Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα		
Οι 10 με τον μεγαλύτερο αριθμό θανάτων		
Έτη: 2007 - 2017		
Είδος Καταστροφής	Ημερομηνία	Σύνολο Θανάτων
Δασική Πυρκαγιά	24/8/2007	65
Ακραίες Θερμοκρασίες	Ιουν-07	16
Ακραίες Θερμοκρασίες	Φεβ-12	5
Πλημμύρα	5/9/2016	4
Δασική Πυρκαγιά	1/6/2007	3
Σεισμός	24/5/2014	3
Πλημμύρα	1/2/2015	3
Πλημμύρα	16/11/2007	2
Σεισμός	8/6/2008	2
Πλημμύρα	29/11/2010	1

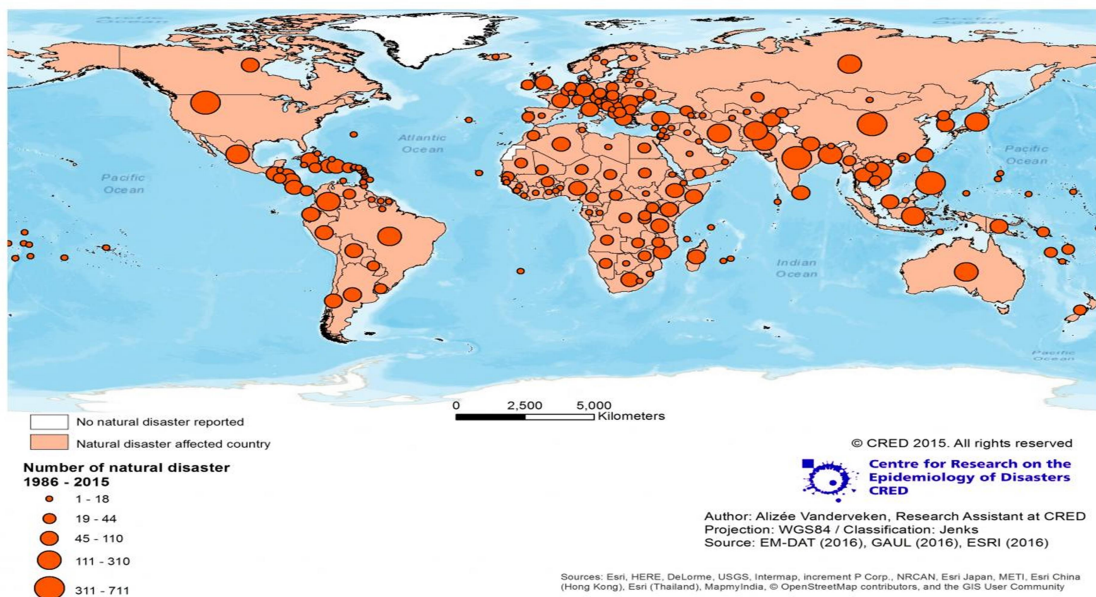
Πηγή: EM-DAT: The Emergency Events Database - Universite catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. Guha-Sapir - www.emdat.be, Brussels, Belgium

Πίνακας 1.1.3 Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα με βάση το οικονομικό κόστος για το διάστημα 2007-2017

Φυσικές Καταστροφές στην Ελλάδα με οικονομικό κόστος		
Έτη: 2007 - 2017		
Είδος Καταστροφής	Ημερομηνία	Συνολικό κόστος σε US \$
Δασική Πυρκαγιά	24/8/2007	1750000
Σεισμός	24/5/2014	450000
Σεισμός	26/1/2014	178000
Πλημμύρα	5/9/2016	56000

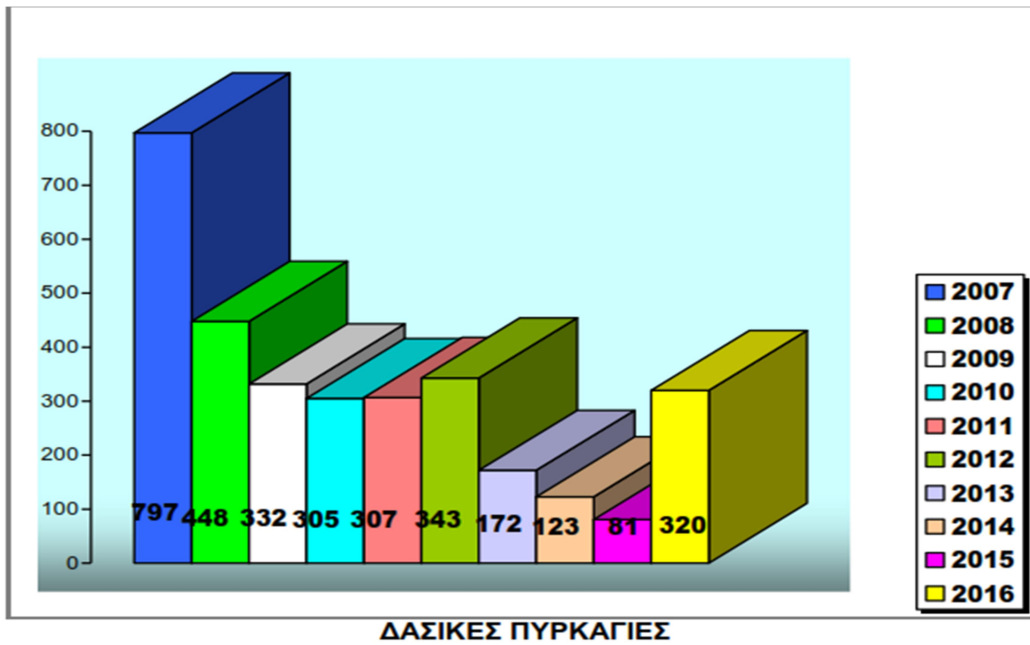
Πηγή: EM-DAT: The Emergency Events Database - Universite catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. Guha-Sapir - www.emdat.be, Brussels, Belgium

Την περίοδο 1986-2015 η Ελλάδα υπέστη πολλές φυσικές καταστροφές συγκριτικά με άλλες χώρες του κόσμου ή ακόμα και της Ευρώπης (Εικόνα 1.1.1). Σύμφωνα δε, με τον Απολογισμό Δράσης του Κέντρου Επιχειρήσεων της Πολιτικής Προστασίας (Γ.Γ.Π.Π., 2017) η βασικότερη αιτία των φυσικών καταστροφών είναι η κλιματική αλλαγή, η οποία οδηγεί σε καταστροφές που μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: μετεωρολογικές (τυφώνες, θύελλες, ισχυρές βροχοπτώσεις κ.α.), υδρολογικές (πλημμύρες, κατολισθήσεις, χιονοστιβάδες κ.α.) και κλιματολογικές (καύσωνες, κύματα ψύχους, ξηρασίες, πυρκαγιές κ.α). Το Κ.Ε.Π.Π. κλήθηκε την τελευταία δεκαετία να αντιμετωπίσει πολλά περιστατικά φυσικών καταστροφών (Εικόνες 1.1.2, 1.1.3 & 1.1.4).

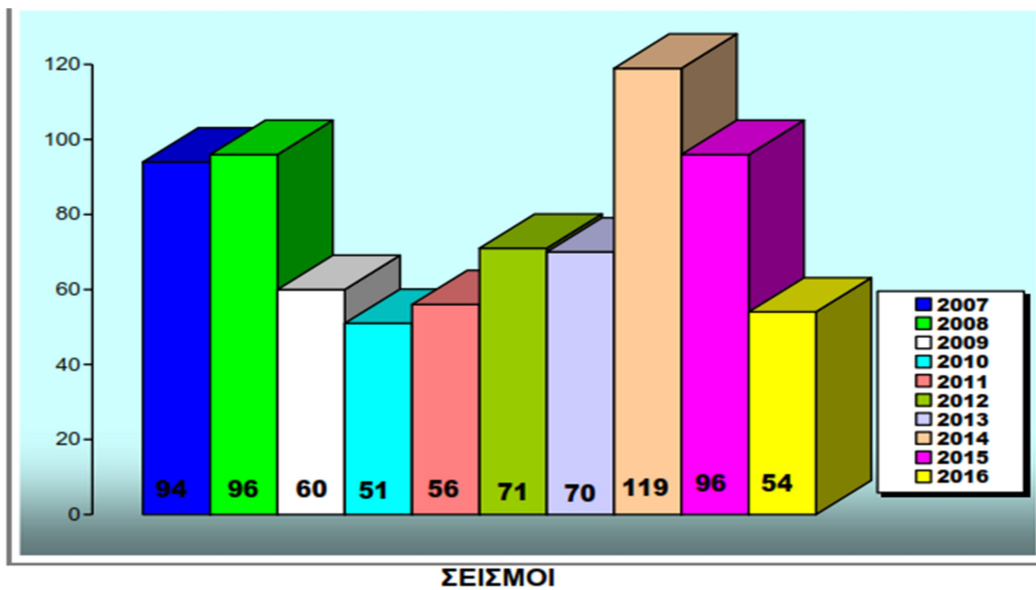


Εικόνα 1.1.1. Φυσικές Καταστροφές στον Κόσμο από το 1986 έως το 2015

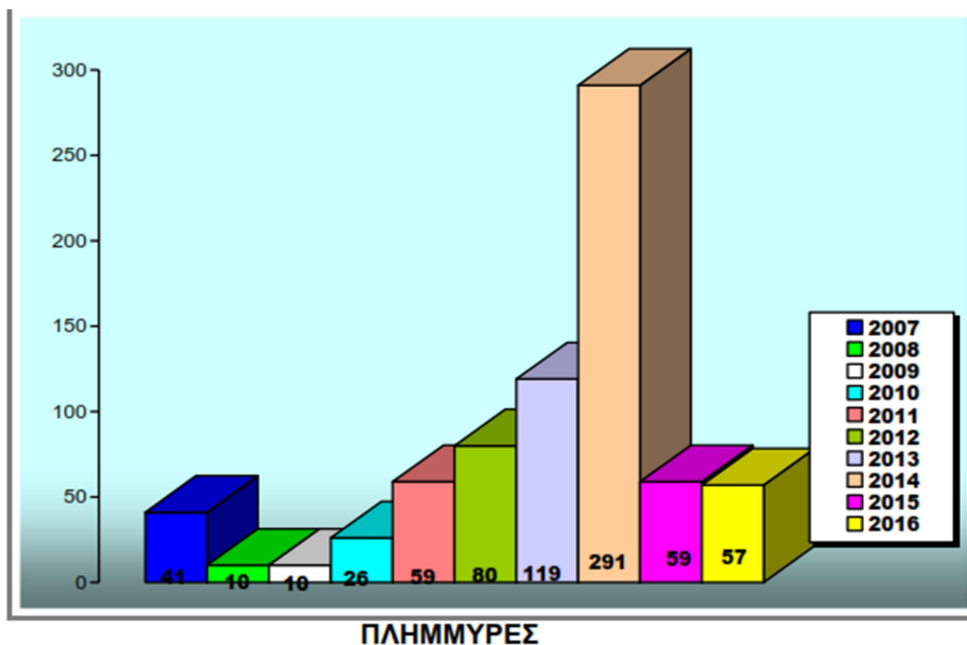
Πηγή: EM-DAT: The Emergency Events Database - Universite catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. Guha-Sapir - www.emdat.be, Brussels, Belgium



Εικόνα 1.1.2 Αριθμός Δασικών Πυρκαγιών στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία
 Πηγή: Γ.Γ.Π.Π. - Απολογισμός Δράσης Κ.Ε.Π.Π. 2016



Εικόνα 1.1.3 Αριθμός Σεισμών στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία
 Πηγή: Γ.Γ.Π.Π. - Απολογισμός Δράσης Κ.Ε.Π.Π. 2016



Εικόνα 1.1.4 Αριθμός Πλημμυρών στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία

Πηγή: Γ.Γ.Π.Π. - Απολογισμός Δράσης Κ.Ε.Π.Π. 2016

Στον εν λόγω απολογισμό αναφέρεται το 2016 και ένας ισχυρός ανεμοστρόβιλος, όπου σημειώθηκαν μεγάλες υλικές ζημιές και μια κατολίσθηση, όπου υπήρξε ελαφρύς τραυματισμός δύο (2) γυναικών.

Είναι επομένως σαφές πως οι φυσικές καταστροφές τα τελευταία χρόνια έχουν πλήξει την Ελλάδα κατ' επανάληψη, ως εκ τούτου οι αρμόδιες αρχές οφείλουν να βρίσκονται σε ετοιμότητα για την αντιμετώπιση και διαχείριση οιασδήποτε παρόμοιας κρίσης.

1.2 Οι Πυρκαγιές του 2007

Σύμφωνα με την 8η έκθεση του Κοινού Ερευνητικού Κέντρου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (JRC, 2008) το έτος 2007 υπήρξε ένα από τα χειρότερα έτη αναφορικά με τις ζημιές που προκλήθηκαν από τις δασικές πυρκαγιές στην Ευρώπη. Οι χώρες που υπέστησαν τη μεγαλύτερη καταστροφή ήταν η Ελλάδα, ακολουθούμενη από την Ιταλία.

Κάποια από τα ασυνήθη χαρακτηριστικά που παρατηρήθηκαν τότε και οδήγησαν την καταστροφή σε αυτή της την έκταση αφορούσαν στις κλιματικές συνθήκες. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν: α/ Τρεις ασυνήθιστα μεγάλες περιόδους με υψηλές

θερμοκρασίες, β/ Παρατεταμένη ξηρασία κατά τους προηγούμενους μήνες και γ/ Ταυτόχρονα δυνατοί άνεμοι στις περιοχές όπου είχαν ξεκινήσει οι φωτιές.

Έτσι, λοιπόν, οι μεγάλες φωτιές ξέσπασαν μετά τα τρία αυτά συνεχή κύματα θερμότητας, ενώ το μέγεθος εξάπλωσής τους ήταν αποτέλεσμα της παρατεταμένης ξηρασίας και της ζέστης σε συνδυασμό με τους δυνατούς ανέμους, ειδικά την τελευταία εβδομάδα του Αυγούστου στην Πελοπόννησο, όπου πέντε πυρκαγιές έκαψαν συνολικά 170.000 εκτάρια, ενώ άλλες δύο στην Εύβοια έκαψαν 25.000 εκτάρια.

Περισσότερο από το 70% της τελικά καμένης γης στην Ελλάδα την εν λόγω περίοδο, ήταν αποτέλεσμα αυτών των επτά πυρκαγιών και αυτά τα καταστροφικά γεγονότα μας οδήγησαν, πέρα από τους θανάτους που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, σε:

- 1.710 καμένα κτίρια ή κτίρια που χαρακτηρίστηκαν ακατοίκητα
- Πολλά χωριά εκκενώθηκαν
- Διάφορες Προστατευόμενες Περιοχές (Natura 2.000) καταστράφηκαν
- Αξιοθέατα μείζονος διεθνούς ενδιαφέροντος απειλήθηκαν
- Οι αγροτικές περιοχές του τόπου υπέστησαν μεγάλης κλίμακας οικονομική και κοινωνική καταστροφή.

Εν τέλει, οι καμένες περιοχές στην Ελλάδα, μέχρι και την 30^η Σεπτεμβρίου 2007, έφτασαν τα 271.516,38 εκτάρια

Στον Απολογισμό Δράσης του 2007 του Κ.Ε.Π.Π. αναφέρεται ότι τα αιτήματα για συνδρομή μόνο για το διάστημα Ιουλίου – Αυγούστου ανέρχονταν σε τετρακόσια σαράντα τέσσερα (444) και ότι το έτος 2007 εμφανίστηκε μία αύξηση διαχείρισης αιτημάτων της τάξεως του 76%. Οι σημαντικότερες δε, δασικές πυρκαγιές προκλήθηκαν στους νομούς Ευβοίας, Ηλείας, Μεσσηνίας, Αρκαδίας και Λακωνίας. (Γ.Γ.Π.Π., 2008)

Στην Πελοπόννησο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Παπαδοπούλου και συν. (2011) κατεστράφησαν ολοσχερώς 1644 κτίρια, συμπεριλαμβανομένων σπιτιών, δημοσίων κτιρίων, στάβλων κλπ ενώ υπέστησαν σοβαρές ζημιές 506 κτίρια αντίστοιχων κατηγοριών.

1.3 Επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία

Ένας από τους πρώτους τομείς που δέχεται τις πληγές μιας καταστροφής είναι αυτός της Δημόσιας Υγείας. Οι φυσικές και εν γένει οι μαζικές καταστροφές αποτελούν ένα πολύ

σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς σε αυτές τις περιόδους αυξάνονται οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας του επηρεασμένου πληθυσμού.

Το μέγεθος, άλλωστε μιας καταστροφής, καθορίζεται από την έκταση των απωλειών και των φθορών που έχουν προκύψει, οι οποίες αφορούν πρωτίστως στην ανθρώπινη ζωή και την υγεία των πληγέντων και στη συνέχεια στην περιουσία και εν γένει στα υλικά. (Δαρδαβέσης και συν., 2004)

Όπως αναφέρουν και οι Papanikolaou et al (2011) μέσα από τη σχετική βιβλιογραφία περί ψυχολογίας, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι φυσικές καταστροφές θεωρούνται εκτός του ανθρώπινου ελέγχου και επομένως είναι και περισσότερο στρεσογόνες από ότι οι καταστροφές εκείνες για τις οποίες μπορούμε να ρίξουμε κάπου την ευθύνη.

Παρόλο που οι φυσικές καταστροφές συχνά οδηγούν σε αισθήματα ανικανότητας, οι καταστροφές που οφείλονται σε ανθρώπινο παράγοντα προκαλούν τη μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία διότι υπάρχει η λογική ότι αυτές θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. (Papanikolaou et al, 2011)

Από τη στιγμή που μια καταστροφή θα λάβει χώρα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, το σύστημα υγείας είναι από τα συστήματα εκείνα που θα πρέπει να έχει την πιο άμεση ανταπόκριση ώστε να είναι δίπλα στους πληγέντες υποστηρίζοντας τη ζωή τους ακόμα και πριν προλάβει να λήξει ο κίνδυνος και να αρχίσει η διαδικασία αποκατάστασης.

Επομένως, σε συνέχεια των φυσικών καταστροφών απαιτούνται ταχείες εκτιμήσεις υγειονομικών αναγκών ώστε να μπορέσουμε να αξιολογήσουμε γρήγορα την κατάσταση υγείας των εμπλεκόμενων και να συμβάλλουμε στην καλύτερη δυνατή λήψη αποφάσεων κατά τη φάση αποκατάστασης. Στην Κορέα για παράδειγμα όπου βιώνουν σημαντικές φυσικές καταστροφές με μεγάλο αντίκτυπο στους ανθρώπινους πληθυσμούς και άσχημα αποτελέσματα στη δημόσια υγεία υπάρχουν εργαλεία ταχείας αξιολόγησης υγειονομικών αναγκών τα οποία χρησιμοποιούνται και συμβάλλουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται μέσα από αυτά τα εργαλεία βοηθούν τους αρμοδίους στα κέντρα λήψης αποφάσεων να αναγνωρίσουν την τρέχουσα κατάσταση υγείας στις πληγείσες περιοχές και να υποστηρίξουν τις βέλτιστες παρεμβάσεις υγειονομικής φροντίδας στους πληγέντες. (Hong KJ et al, 2017).

Ένα μεγάλο υγειονομικό πρόβλημα που μπορεί να ανακύψει μετά από μια μεγάλη καταστροφή είναι κι αυτό των επιδημιών που μπορεί να προκύψουν ως απόρροια των

άσχημων συνθηκών σίτισης και διαβίωσης. Οι καταστροφές σε προϋπάρχουσες υποδομές, ενδεχόμενες μεταβολές κοινωνικές και περιβαλλοντικές και η δημιουργία πολλών αστέγων αποτελούν συνθήκες που ευνοούν τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών με την επαφή, τον αέρα, την ύδρευση και τη σίτιση του εν λόγω πληθυσμού. Όλα αυτά καθιστούν επιτακτική την ανάγκη υλοποίησης βασικών προγραμμάτων υγείας, όπως εμβολιασμοί και απολυμάνσεις, και η εφαρμογή σχεδίων εξασφάλισης, μεταξύ άλλων, πόσιμου νερού και υγιεινής σίτισης. Η αποτελεσματικότητα, βέβαια, των παρεχόμενων αυτών υπηρεσιών εξαρτάται σημαντικά και από τους ίδιους τους πληγέντες που συχνά δε συνεργάζονται. (Δαρδαβέσης Θ., 2004)

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Διαχείριση Κρίσεων

Η κρίση ορίζεται ως «*μια περίοδο έντονης δυσκολίας ή κινδύνου (π.χ. η τρέχουσα οικονομική κρίση), και υπάρχουν δύο υποπεριπτώσεις: (α) πρόκειται για περίοδο κατά την οποία πρέπει να ληφθεί μια δύσκολη ή σημαντική απόφαση, (β) πρόκειται για το σημείο καμψής μιας ασθένειας οπότε συμβαίνει σημαντική αλλαγή-προάγγελος είτε της αποκατάστασης από την ασθένεια είτε του θανάτου.*» (Σαπουντζάκη Κ. και Δανδουλάκη Μ., 2015)

Ένας δεύτερος ορισμός αναφέρει πως «*η κρίση είναι οποιοδήποτε συμβάν συνιστά ή αναμένεται να οδηγήσει σε μια ασταθή ή επικίνδυνη κατάσταση που επηρεάζει άτομα, ομάδες, κοινότητες ή ολόκληρη κοινωνία. Οι κρίσεις είναι αρνητικές μεταβολές στις οικονομικές, πολιτικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές ή/και συνθήκες ασφάλειας, ιδιαίτερα όταν συμβαίνουν ξαφνικά, με ελάχιστη ή καθόλου προειδοποίηση. Πρόκειται για έναν όρο που παραπέμπει σε μια περίοδο δοκιμασίας ή σε συμβάν έκτακτης ανάγκης.*» (Wikipedia)

Για να περιγράψουμε πλήρως μια κατάσταση κρίσης θα μπορούσαμε να της αποδώσουμε τα κάτωθι χαρακτηριστικά:

1. Οι κρίσεις έχουν συνήθως μια δυναμική. Όσο περνά ο χρόνος και εξελίσσεται μια κρίση και συγκεντρώνονται περισσότερες γνώσεις τόσο αυξάνεται η ένταση με την οποία τη βιώνουμε.
2. Η ανασφάλεια και η αίσθηση κινδύνου είναι από τα επικρατέστερα αισθήματα των εμπλεκομένων

3. Η καθημερινότητα και η συνήθης ροή των πραγμάτων διαταράσσεται
4. Διακυβεύεται η δημόσια, ίσως και διεθνής εικόνα μιας χώρας, όταν η κρίση αφορά σε εθνική εμβέλεια, λόγω των αρνητικών επιπτώσεων που ακολουθούν.
5. Ο έλεγχος από αρμόδιες υπηρεσίες και από τα Μ.Μ.Ε. είναι αναπόφευκτο γεγονός που μπορεί να επιφέρει χειρότερα προβλήματα διαχείρισης. (Γκορόγια Ε., 2006)
6. Η απειλή, επίσης, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό μιας κρίσης και είναι αυτή που διακρίνει την κρίση από την καταστροφή. Η καταστροφή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ενώ η κρίση απαιτεί μέτρα διαχείρισης.
7. Η κρίση εμπεριέχει αιφνιδιασμό, δε σε προετοιμάζει, κυριαρχεί έκπληξη για το γεγονός και μεγάλη αβεβαιότητα.
8. Απαιτεί άμεση επίλυση προς αποφυγή εκτενέστερων δυσμενών καταστάσεων (Τζαβέλλα Φ., 2016)

Έχοντας εικόνα της έννοιας της κρίσης και των χαρακτηριστικών της και στα πλαίσια μιας ολοκληρωμένης ανάλυσης της «διαχείρισης κρίσεων» θα εξετασθούν στην συνέχεια κάποιες βασικές πτυχές που συμβάλλουν στην καλύτερη δυνατή διαχείριση μιας κρίσης.

2.1 Εκτίμηση Επικινδυνότητας και Διαχείριση Καταστάσεων Έκτακτης Ανάγκης

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το μέγεθος μιας καταστροφής/κρίσης μετράται μέσα από τις απώλειες και τις επιπτώσεις της. Για τον λόγο αυτόν αποτελεί σημαντικό κομμάτι της σωστής διαχείρισης μιας κρίσης η εκτίμηση της επικινδυνότητας.

Για να κατανοήσουμε πλήρως την έννοια της διαδικασίας αυτής, θα πρέπει να κατανοήσουμε πρώτα την έννοια του κινδύνου (hazard) και της επικινδυνότητας (risk) μιας καταστροφής

Σύμφωνα με την ορολογία του UNISDR (2017) κίνδυνος είναι «μια διαδικασία, ένα φαινόμενο ή ανθρώπινη δραστηριότητα που μπορεί να προκαλέσει απώλεια ζωής, τραυματισμό ή άλλες επιπτώσεις στην υγεία, καταστροφή περιουσίας, κοινωνική ή οικονομική αποδιοργάνωση ή περιβαλλοντική υποβάθμιση.»

Η επικινδυνότητα ορίζεται ως το ενδεχόμενο απώλειας ζωής, τραυματισμού ή καταστροφής περιουσιακών στοιχείων ενός συστήματος, μιας κοινωνίας ή κοινότητας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, το οποίο καθορίστηκε πιθανώς ως συνάρτηση του κινδύνου, της έκθεσης, της τρωτότητας και της ικανότητας των εμπλεκομένων.

Η εκτίμηση της επικινδυνότητας, εν τέλει, αφορά στην «ποιοτική ή ποσοτική προσέγγιση που θα προσδιορίσει τη φύση και την έκταση του κινδύνου καταστροφών μέσω της ανάλυσης των πιθανών κινδύνων και της αξιολόγησης των υφιστάμενων συνθηκών έκθεσης και τρωτότητας οι οποίοι μαζί θα μπορούσαν να βλάψουν τους ανθρώπους, τις περιουσίες, τις υπηρεσίες, τα μέσα διαβίωσης και το περιβάλλον από το οποίο εξαρτώνται.»

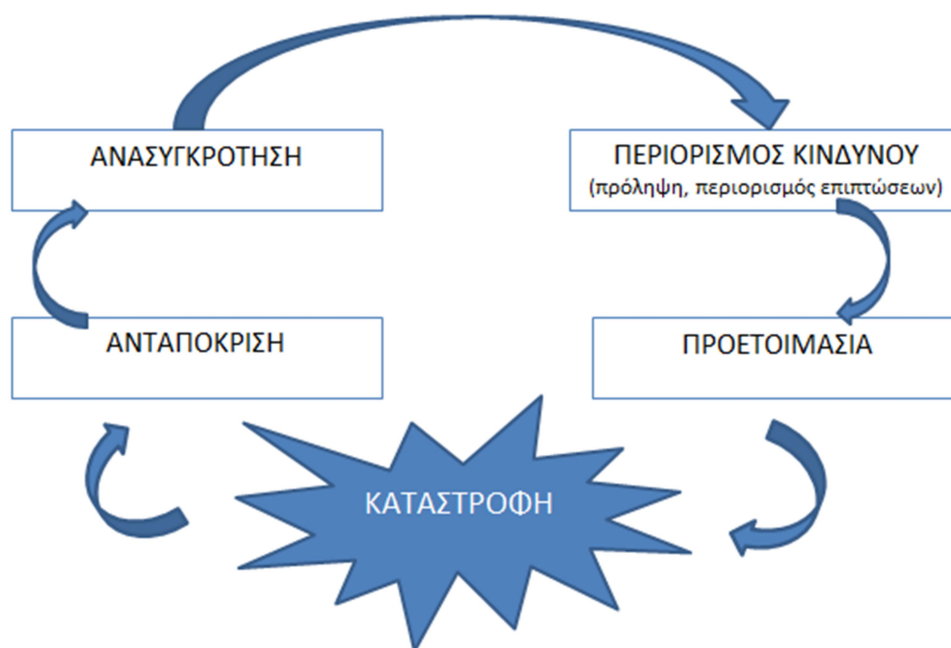
Σαν διαδικασία λοιπόν, περιλαμβάνει την αναγνώριση των κινδύνων, τον έλεγχο των τεχνικών χαρακτηριστικών τους (τοποθεσία, ένταση, συχνότητα κλπ), την ανάλυση της έκθεσης και της τρωτότητας, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις διαστάσεις (κοινωνικές, περιβαλλοντικές, υγειονομικές) και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των επικρατούντων και εναλλακτικών δυνατοτήτων διαχείρισης αναφορικά με πιθανά σενάρια κινδύνου. (UNISDR, 2017)

Οι μέθοδοι εκτίμησης επικινδυνότητας, που υιοθετούνται από τα άτομα εκείνα που καταλαμβάνουν θέσεις χάραξης πολιτικής και διοίκησης, πρέπει να οδηγούν σε αποφάσεις σχετικές με την πρόληψη και τον έλεγχο των μέτρων που θα εφαρμοστούν στη συνέχεια. Η εκτίμηση επικινδυνότητας δεν είναι το τελευταίο βήμα, είναι μία διαδικασία που σε κατευθύνει προς τον τελικό στόχο μέσα από ποικίλες μεθόδους εφαρμογής. Οι ιθύνοντες οφείλουν να επιλέγουν την καλύτερη διαθέσιμη μέθοδο που αρμόζει στις τρέχουσες ανάγκες, η οποία πρέπει να βασίζεται σε ενδογενή κριτήρια (λογική, ολοκλήρωση, ακρίβεια) και σε εξωγενή (αποδοχή, εφαρμογή και αποτελεσματικότητα). Η εκτίμηση επικινδυνότητας θεωρείται ολοκληρωμένη όταν λαμβάνονται υπόψη όλες οι σχετικές παράμετροι, όταν δεν προκύπτουν σοβαρές παραβλέψεις από την εφαρμογή της και όταν η αβεβαιότητα μειώνεται λόγω σωστής πληροφόρησης. (Τζιαφέρη Στ., 2006)

Η εκτίμηση επικινδυνότητας εμπλέκεται, στα πλαίσια ενός ευρύτερου σχηματισμού δράσεων, σε μια από τις βασικές συνιστώσες που καθορίζουν τα βήματα μιας ολοκληρωμένης διαχείρισης κατάστασης έκτακτης ανάγκης. (Εικόνα 2.1.1). Όπως φαίνεται και στην εικόνα που ακολουθεί οι συνιστώσες αυτές είναι:

- Ο Περιορισμός του Κινδύνου (Mitigation),
- Η Προετοιμασία (Preparedness)
- Η Ανταπόκριση (Response) και
- Η Ανασυγκρότηση (Recovery).

Στον Περιορισμό, όπου θα μπορούσαμε να εντάξουμε και τη διαδικασία της εκτίμησης επικινδυνότητας, αναγνωρίζονται και αξιολογούνται πιθανοί κίνδυνοι ή παράγοντες πρόκλησης συμβάντων μαζικών απωλειών και στην πορεία λαμβάνονται μέτρα για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεών τους σε περίπτωση μιας αναπάντεχης αρνητικής εξέλιξης. Κατά την Προετοιμασία προσδιορίζονται, πριν την εκδήλωση του συμβάντος, τα εφόδια – ο εξοπλισμός και το προσωπικό που θα χρειαστεί καθώς και ένα σχέδιο δράσης. Η φάση της Ανταπόκρισης περιλαμβάνει την ενεργοποίηση των μέσων και δυνάμεων που είχαν προσδιοριστεί κατά την προετοιμασία ώστε να αντιμετωπιστεί το συμβάν και η Ανασυγκρότηση περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες εκείνες που χρειάζονται προκειμένου να επανέλθει η πληγείσα κοινότητα στην κατάσταση πριν το συμβάν. (PHTLS, 2016)

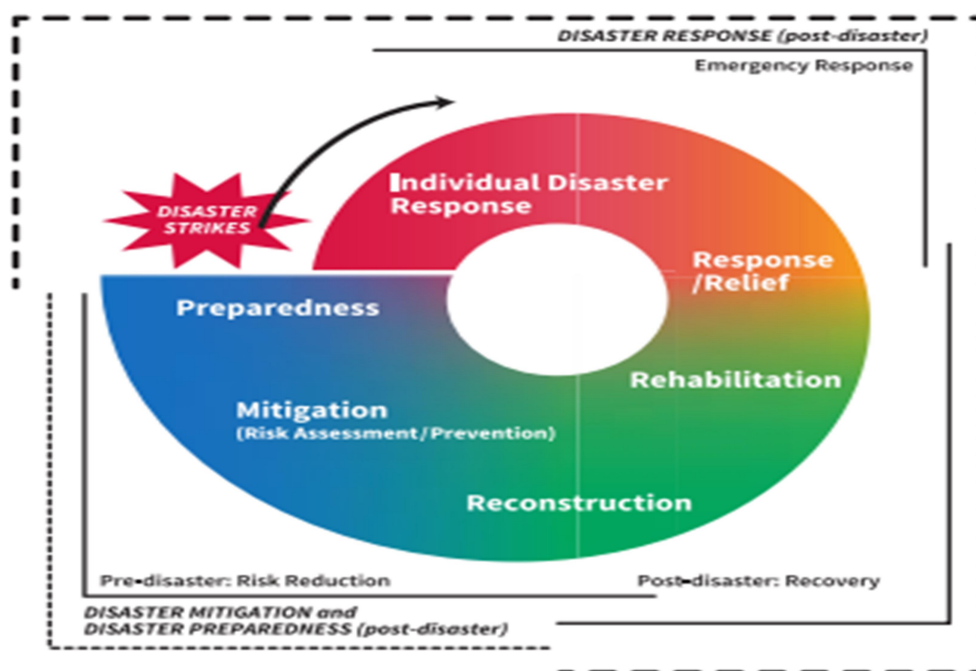


Εικόνα 2.1.1 Κύκλος Ολοκληρωμένης Διαχείρισης Καταστάσεων Εκτάκτου Ανάγκης

Πηγή: Σχεδιασμός: Καλλιόπη Μερεκούλια - Στοιχεία από: PHTLS,2016

Στην πορεία της επιστημονικής εξέλιξης αναφορικά με τη διαχείριση τέτοιων καταστάσεων η ιδέα των τεσσάρων αυτών φάσεων αμφισβητήθηκε και άρχισαν να προτείνονται πέντε, έξι, επτά ή ακόμα και οκτώ φάσεις. Ο εν λόγω κύκλος, επομένως, μεταβάλλεται προκειμένου να εκφράσει τις νεότερες αντιλήψεις για τη διαχείριση καταστροφών και κινδύνων και μετατρέπεται σε ένα σπирάλ όπου την καταστροφή ακολουθούν πολιτικές και μέτρα που

οδηγούν σε μειωμένο κίνδυνο για μελλοντικές καταστροφές (Εικόνα 2.1.2). Το νέο αυτό σπινάλι αναδεικνύει την ατομική απόκριση κατά την άμεση μετακαταστροφική φάση, ενώ προβάλλει τη φάση της αποκατάστασης ως εισαγωγή στη φάση του μετριασμού, η οποία περιλαμβάνει την εκτίμηση κινδύνου και την πρόληψη των καταστροφών. (Σαπουντζάκη Κ. και συν.,2015, UNISDR, 2015)



Εικόνα 2.1.2 Τρέχουσα απόδοση κύκλου διαχείρισης καταστροφής
 Πηγή: Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction, UNISDR 2015

Αποτελεί πλέον ηθικό καθήκον και άσκηση ορθής πολιτικής, όπως επίσης και πιθανή νομική ευθύνη, να αναγνωρίζεται σωστά από τους υπευθύνους ο κίνδυνος που αντιμετωπίζει μια κοινωνία, να γίνεται κατανοητός, να εκτιμώνται οι πιθανότητες να συμβεί αλλά και η τρωτότητα του πληθυσμού και των υποδομών και μέσω όλων αυτών να κατανοείται η ενδεχόμενη σοβαρότητα.

Αν όσοι βρίσκονται στα κέντρα λήψης αποφάσεων βασιστούν σε αυτήν τη γνώση είναι πιθανό να προκύψει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο λήψης αποφάσεων, αξιολογώντας το κόστος και την αξία της προληπτικής στρατηγικής μέσα από τον σχεδιασμό και την υλοποίηση σεναρίων εκτάκτων αναγκών ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις τέτοιων γεγονότων όταν αυτά τελικά συμβαίνουν.

Έτσι λοιπόν, ένα πλαίσιο πάνω στο οποίο μπορεί να στηριχτεί η ορθή εκτίμηση επικινδυνότητας είναι:

- Η αναγνώριση πιθανών κινδύνων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε καταστροφικά γεγονότα.
- Η κατανόηση των κινδύνων αυτών: δυνητική πιθανότητα, ένταση και γεωγραφική εμβέλεια.
- Αναγνώριση του τι κινδυνεύει: άνθρωποι, δομές, φύση.
- Κατανόηση της τρωτότητας όσων εκτίθενται στον κίνδυνο
- Εκτίμηση των ενδεχόμενων επιπτώσεων, αν είναι δυνατόν σε μετρήσιμη μορφή.
- Αξιολόγηση των ανωτέρω. Είναι ο κίνδυνος αποδεκτός; Εάν όχι, να εξετασθούν οι ενέργειες και οι στρατηγικές που θα μπορούσαν να φέρουν τον εν λόγω κίνδυνο μέσα σε αποδεκτά όρια και βέβαια να γίνει μέτρηση κόστους – οφέλους.

(Poljanšek, K. et al, 2017)

2.2 Φορείς Διαχείρισης Κρίσεων σε Διεθνές και Εθνικό Επίπεδο

Στις Η.Π.Α. έχει αναπτυχθεί το Εθνικό Σύστημα Διαχείρισης Συμβάντων το οποίο αναλαμβάνει τον καθορισμό προτύπων προκειμένου να υπάρχει μια ολοκληρωμένη και συστηματική προσέγγιση σε ένα περιστατικό κρίσης, παρέχοντας αρχές και έννοιες απαραίτητες για την προετοιμασία. Σε αυτές τις αρχές περιγράφεται μια ενιαία λειτουργική δομή και οι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ των συστημάτων διαχείρισης πληροφοριών των εμπλεκόμενων φορέων. Για την επίβλεψη δε, της άμεσης ανταπόκρισης σε ένα συμβάν προτείνεται η χρήση του Συστήματος Διοίκησης Συμβάντων (Incident Command System – ICS). Στην Ελλάδα τον αντίστοιχο ρόλο διαδραματίζει η Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας.

Το Σύστημα Διοίκησης Συμβάντων αναπτύχθηκε με σκοπό τον καλύτερο δυνατό συντονισμό και τη διευκόλυνση της συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων, κάθε φορά, φορέων και οργανισμών για την αντιμετώπιση μιας καταστροφής. Το εν λόγω σύστημα επιτρέπει τη χρήση κοινής γλώσσας και κοινής οργανωτικής δομής. Στα πλαίσια εφαρμογής του εν λόγω συστήματος, εκπρόσωποι από διάφορες υπηρεσίες συγκεντρώνονται σε ένα κοινό αρχηγείο

προκειμένου να διευκολύνεται η επικοινωνία και η από κοινού λήψη αποφάσεων. Στην Ελλάδα για τον σκοπό αυτό υπάρχει το Κέντρο Επιχειρήσεων Πολιτικής Προστασίας (Κ.Ε.Π.Π.). (PHTLS, 2016)

Το Κ.Ε.Π.Π. λειτουργεί στο πλαίσιο της αποστολής της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας η οποία έχει να κάνει με: α/ τη μελέτη, τον σχεδιασμό, την οργάνωση και τον συντονισμό της δράσης για την πρόληψη και αντιμετώπιση των φυσικών, τεχνολογικών και λοιπών καταστροφών ή καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, καθώς και την ενημέρωση του κοινού για τα ζητήματα αυτά, β/ Την προετοιμασία, κινητοποίηση και συντονισμό δράσης του δυναμικού και των μέσων πολιτικής προστασίας και γ/ Την αξιοποίηση των διαθέσιμων επιστημονικών στοιχείων και πληροφοριών. (Π.Δ.151/2004)

Επίσης η Γ.Γ.Π.Π., στα πλαίσια της ανωτέρω αποστολής έχει συντάξει ένα Γενικό Σχέδιο με τη συνθηματική ονομασία «Ξενοκράτης», το οποίο έχει ως σκοπό τη διαμόρφωση ενός συστήματος αποτελεσματικής αντιμετώπισης καταστροφικών φαινομένων για την προστασία της ζωής, της υγείας και της περιουσίας των πολιτών, καθώς και την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος. Ο «Ξενοκράτης» εγκρίθηκε αρχικά με την Υ.Α. 1299/2003 (ΦΕΚ423/Β/10-4-2003) και αναθεωρήθηκε με συμπληρωματική Υ.Α. 3384/2006 (ΦΕΚ776/Β/28-6-2006) η οποία το συμπλήρωσε με το Ειδικό Σχέδιο «Διαχείριση Ανθρώπινων Απωλειών». Στο σχέδιο «Ξενοκράτης» καθορίζονται τα είδη των καταστροφών και οι αντίστοιχοι όροι πολιτικής προστασίας, οι ρόλοι και οι κατευθύνσεις σχεδίασης που δίνονται σε Υπουργεία, Περιφέρειες, Δήμους, Κοινότητες και αποσαφηνίζεται ότι όλα τα σχέδια διαχείρισης εκτάκτων αναγκών εγκρίνονται από τη Γ.Γ.Π.Π.

Στο πλαίσιο αυτό λοιπόν το Κ.Ε.Π.Π. αναλαμβάνει τον συντονισμό και τη διαχείριση, σε εθνικό επίπεδο, των δράσεων του δυναμικού και των μέσων πολιτικής προστασίας για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης με στόχο την ελαχιστοποίηση των συνεπειών τους. Λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως και στελεχώνεται από Αξιωματικούς και Υπαξιωματικούς των Ενόπλων Δυνάμεων και των Σωμάτων Ασφαλείας και πλαισιώνεται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, εάν απαιτηθεί, από ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. (Γκεράζη Ι., 2007)

Στο δυναμικό και στα μέσα Πολιτικής Προστασίας περιλαμβάνονται:

- Ειδικευμένα στελέχη πολιτικής προστασίας τα οποία αναλαμβάνουν την επίβλεψη, εκπόνηση και εφαρμογή των σχεδίων, προγραμμάτων και μέτρων πολιτικής προστασίας, καθώς και τον συντονισμό των αναγκαίων ενεργειών.
- Το σύνολο των κρατικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και των οργανισμών κοινής ωφέλειας, που είναι υπεύθυνες σε επιχειρησιακό επίπεδο για τις επί μέρους δράσεις πολιτικής προστασίας και κυρίως για την ετοιμότητα και την αντιμετώπιση των καταστροφών (όπως Πυροσβεστικό Σώμα, Λιμενικό Σώμα, Ελληνική Αστυνομία, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, Ένοπλες Δυνάμεις, Οργανισμός Αντισεισμικού Σχεδιασμού & Προστασίας, υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και των πρωτοβάθμιων Ο.Τ.Α., Δ.Ε.Η., Ο.Τ.Ε., Ε.Υ.Δ.Α.Π., Δ.Ε.Π.Α, Ε.Μ.Υ.).
- Οι εθελοντικές οργανώσεις πολιτικής προστασίας, καθώς και οι ειδικευμένοι εθελοντές πολιτικής προστασίας που εντάσσονται στον σχεδιασμό της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας και αναλαμβάνουν την υποστήριξη σχεδίων και δράσεων πρόληψης και αποκατάστασης, καθώς και δράσεις ετοιμότητας και αντιμετώπισης καταστροφών. (civilprotection.gr, ν. 3013/2002)

Σε ότι αφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση το 2001 ιδρύθηκε ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Πολιτικής Προστασίας προκειμένου να ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των Υπηρεσιών Πολιτικής Προστασίας εθνικής εμβέλειας, στην Ευρώπη. Ιδρυτικό μέλος ήταν και η Ελλάδα. Ο εν λόγω Μηχανισμός ενεργοποιήθηκε ώστε να δίνεται η δυνατότητα συντονισμένης φροντίδας από τα συμμετέχοντα κράτη προς τα θύματα φυσικών ή ανθρωπογενών καταστροφών στην Ευρώπη και όχι μόνο.

Το επιχειρησιακό κομμάτι του Μηχανισμού αναλαμβάνει το Συντονιστικό Κέντρο Ανταπόκρισης Εκτάκτων Αναγκών, το οποίο παρακολουθεί τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ανά τον κόσμο (24/7) και συντονίζει την ανταπόκριση των συμμετεχουσών χωρών σε περίπτωση κρίσης. Χάρη στις ήδη τοποθετημένες και αυτοδύναμες μονάδες πολιτικής προστασίας των συμμετεχόντων κρατών, οι ομάδες πολιτικής προστασίας είναι έτοιμες να παρέμβουν άμεσα, τόσο εντός όσο και εκτός της ΕΕ, και αναλαμβάνουν εξειδικευμένα καθήκοντα όπως έρευνα και διάσωση, εναέρια πυρόσβεση δασών, προηγμένες ιατρικά πόστα και πολλά άλλα. Όλες οι χώρες του κόσμου μπορούν να καλέσουν τον Μηχανισμό για βοήθεια. Η Ελλάδα, μόνο το 2007, το έκανε 4 φορές προκειμένου να αντιμετωπίσει τις φωτιές που έπληξαν τη χώρα. (European Commission, 2017)

Το Κ.Ε.Π.Π. έχει, όμως, και 24ωρη επικοινωνία με το Κέντρο Παρακολούθησης και Πληροφόρησης (MIC) του Κοινοτικού Μηχανισμού προκειμένου να συντονίζεται η συνδρομή που πιθανόν χρειαστεί από την Ελλάδα, μέσω των αποστολών των Ελληνικών Ομάδων Διάσωσης στο εξωτερικό (Γκεράζη, 2007).

Τέτοιες ομάδες διάσωσης, για παράδειγμα, στην Ελλάδα είναι οι Ειδικές Μονάδες Αντιμετώπισης Καταστροφών (Ε.Μ.Α.Κ.) του Πυροσβεστικού Σώματος. Η αποστολή των ειδικών αυτών περιφερειακών υπηρεσιών του Π.Σ. αφορά, μεταξύ πολλών άλλων, και στην παροχή βοήθειας και αντιμετώπισης καταστροφών από σεισμούς, καθώς και αναζήτησης αγνοουμένων, στην αντιμετώπιση εκτεταμένων καταστροφών από πλημμύρες και άλλες θεομηνίες και στην ενίσχυση των Πυροσβεστικών Υπηρεσιών για την αντιμετώπιση μεγάλων δασικών και αστικών πυρκαγιών.

Σε εθνικό επίπεδο, βέβαια, άκρως σημαντική είναι και η δράση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) το οποίο ιδρύθηκε το 1985 και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. Σκοπός του είναι η άμεση παροχή, σε έκτακτες περιπτώσεις, βοήθειας και επείγουσας νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας καθώς και η μεταφορά των πληγέντων σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε περιπτώσεις δε μαζικών συμβάντων που πλήττουν τη δημόσια υγεία ενεργοποιείται η Ομάδα Διαχείρισης Κρίσεων του Ε.Κ.Α.Β. και κινητοποιείται το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (Ε.Τ.Ι.Κ.), όπου συμμετέχουν γιατροί και πληρώματα του ΕΚΑΒ, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί στην αντιμετώπιση μαζικών απωλειών υγείας λόγω μαζικών ατυχημάτων και καταστροφών, με στόχο την εξασφάλιση και προστασία της δημόσιας υγείας δια μέσω μιας ταχείας ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ σε όλες τις καταστάσεις που απαιτούν παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας σε μεγάλο αριθμό θυμάτων καθώς και ο συντονισμός μεταξύ προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής ανταπόκρισης . (Παπούλιας και συν., 2015, www.ekab.gr)

Σε επόμενα κεφάλαια θα γίνει αναφορά και σε άλλους φορείς που ενεργοποιούνται σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών και έχουν κατά κύριο λόγο δραστηριοποίηση στον τομέα της Υγείας.

2.3 Διαχείριση Κρίσης και Εθελοντισμός

Είναι κοινά αποδεκτό ότι οι κρατικοί μηχανισμοί δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στο απαιτούμενο βαθμό σε ότι αφορά την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών, σε όποιο τομέα

παρέμβασης κι αν επιλέξουμε να εξετάσουμε. Η οικονομική κρίση που βιώνουμε σαν χώρα, είναι σίγουρα μια καλή δικαιολογία, δεδομένου ότι οι πόροι έχουν μειωθεί και οι δυνατότητες των κρατικών υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται όπως θα έπρεπε.

Από την άλλη ο όγκος των απαιτήσεων για βοήθεια φαίνεται να αυξάνεται όλο και περισσότερο, αντιστρόφως ανάλογα με τις κρατικές δυνατότητες, γεγονός που οδηγεί στην ανάγκη για την ανάπτυξη του εθελοντισμού.

Στην Ελλάδα θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι Εθελοντικές Οργανώσεις με δράση που αφορά σε θέματα Πολιτικής Προστασίας είναι αρκετά διαδεδομένες αποδεικνύοντας, πολλές από αυτές, τις γνώσεις και την εμπειρία τους συνεχώς. Η Γ.Γ.Π.Π. αποτελεί τον εθνικό φορέα ένταξης Εθελοντικών Οργανώσεων και Ειδικευμένων Εθελοντών στο Μητρώο που τηρεί, συμπεριλαμβάνοντας αυτούς στο δυναμικό της πολιτικής προστασίας αναλαμβάνοντας την υποστήριξη δράσεων πρόληψης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης καταστροφών.

Η εμπλοκή, όμως, των Εθελοντικών Οργανώσεων στην αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών φαίνεται γενικά να είναι περιορισμένη είτε γιατί δεν είναι επαρκώς προσδιορισμένος ο ρόλος τους, είτε γιατί υπάρχει έλλειψη επιχειρησιακού σχεδίου εμπλοκής τους, είτε γιατί οι αρμόδιοι δείχνουν απροθυμία να εκμεταλλευτούν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους λόγω έλλειψης θεσμικού πλαισίου αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη των εθελοντών σε ενδεχόμενη αστική ευθύνη αυτών και πιθανά ατυχήματα κατά τη συμμετοχή τους σε δράσεις της Πολιτικής Προστασίας. (Παπούλιας Χαρ., 2015)

Σε κάποιες περιπτώσεις δε, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως εθελοντική και η συμμετοχή των εργαζομένων που δεν είναι σε βάρδια κατά την ενεργοποίηση ενός σχεδίου ετοιμότητας. Ειδικά σε περιπτώσεις όπου η καταστροφή μπορεί να έχει μεγαλύτερη εμβέλεια, η διάθεση του προσωπικού να παρουσιαστεί στην εργασία του επηρεάζεται κατά πολύ από το σχετικό επίπεδο προετοιμασίας της οικογένειάς του απέναντι σε μια καταστροφή. Επομένως το μήνυμα της ετοιμότητας απέναντι σε μια πιθανή καταστροφή πρέπει να διαδίδεται ευρέως σε όλα τα μέλη μιας κοινότητας μέσω της δημόσιας εκπαίδευσης. (Loke A.Y. et al, 2014)

2.4 Διαχείριση Κρίσης και Επικοινωνία

Οι Poljanšek, K. et al, (2017) στην περίληψη των βασικότερων σημείων της έκθεσης «Επιστήμη Διαχείρισης Κινδύνων Καταστροφών 2017: γνωρίζοντας καλύτερα και χάνοντας

λιγότερα» κάνουν λόγο για το «Σχέδιο Γέφυρα» (Εικόνα 2.4.1) όπου βασικό κομμάτι είναι και αυτό της επικοινωνίας η οποία είναι άκρως σημαντική και όχι μονοδιάστατη.



Εικόνα 2.4.1 «Σχέδιο Γέφυρα» στα πλαίσια Διαχείρισης Κρίσεων

Πηγή: European Commission - SCIENCE FOR DISASTER RISK MANAGEMENT 2017

Η επικοινωνία του κινδύνου καταστροφής, λοιπόν, στοχεύει στην πρόληψη και τον μετριασμό του κακού, στην προετοιμασία του πληθυσμού ευάλωτων περιοχών πριν επέλθει η καταστροφή και στην επικύρωση, κοινοποίηση, διάδοση και συνδυασμό πληροφοριών από διάφορες έγκυρες πηγές, τόσο κατά τη διάρκεια της καταστροφής όσο και κατά τη φάση αποκατάστασης.

Οι βασικές προκλήσεις στο κομμάτι της επικοινωνίας δεν έχουν να κάνουν τόσο με την ανάπτυξη νέων εργαλείων και καινοτομιών αλλά με την εφαρμογή κοινωνικών μηχανισμών μέσω των οποίων τέτοιες καινοτομίες θα μπορούσαν να ενσωματωθούν στις πραγματικές πρακτικές επικοινωνιών. Η επαρκής επικοινωνία σε αυτόν τον τομέα καθώς και η διαχείριση, απαιτούν τη συνεργασία πολλών εμπλεκόμενων μερών συμπεριλαμβανομένων των υπευθύνων χάραξης πολιτικών, των επαγγελματιών, εθελοντικών ομάδων και των απλών πολιτών. (Poljanšek, K. et al, 2017)

Σε συνθήκες όπου έχει επέλθει μια καταστροφή είναι πολύ σημαντικό να μπορεί να διατηρηθεί η επικοινωνία παρά τις ζημιές που μπορεί να υπάρχουν στις τηλεπικοινωνίες. Για να είναι αυτό εφικτό θα πρέπει να ακολουθούνται δύο αρχές:

1. Η ύπαρξη ενός ενοποιημένου συστήματος επικοινωνίας, όπου θα έχει πρόσβαση όλο το προσωπικό επείγουσας ανταπόκρισης.
2. Η ύπαρξη εφεδρικών συστημάτων επικοινωνίας, διότι η διακοπή λειτουργίας του ενός δεν είναι απίθανη και θα πρέπει άμεσα αυτό να μπορεί να αντικατασταθεί.

Ένα ακόμα πρόβλημα που παρατηρείται στις επικοινωνίες κατά τη διάρκεια ενός συμβάντος έκτακτης ανάγκης είναι η χρήση διαφόρων κωδικών για ταχεία επικοινωνία οι οποίοι όμως διαφέρουν ανάλογα την υπηρεσία. Για αυτόν τον λόγο συνιστάται η αποφυγή χρήσης τέτοιων κωδικών κατά τη διάρκεια ενός συμβάντος, ώστε να μην υπάρχει σύγχυση. Άλλωστε είναι σημαντικό όλοι οι εμπλεκόμενοι να μιλούν την ίδια «γλώσσα» για την επίτευξη καλύτερης δυνατής συνεργασίας. (PHTLS, 2016)

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Διαχείριση Κρίσεων στον Τομέα της Υγείας

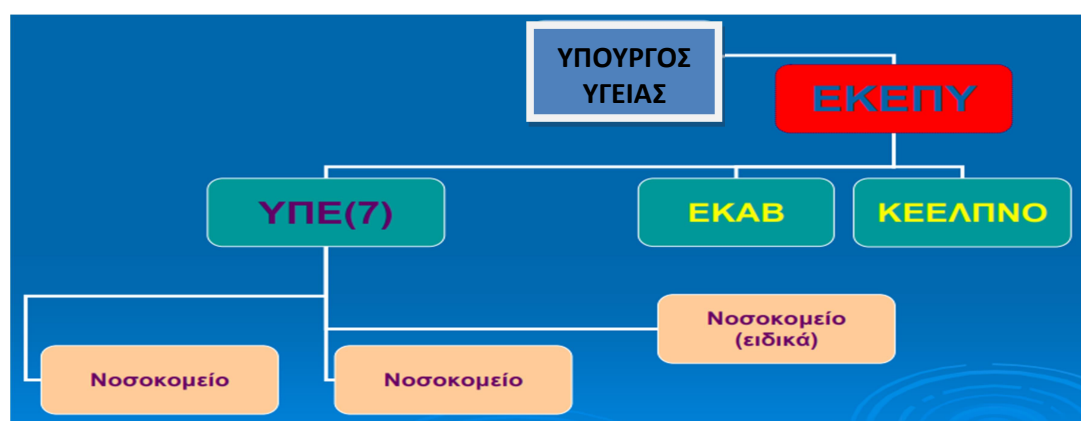
Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε στους φορείς εκείνους που έχουν συσταθεί στην Ελλάδα, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, προκειμένου να διαχειρίζονται τις ενδεχόμενες κρίσεις συγκεκριμένα στον τομέα της Υγείας.

Αναμφισβήτητα η αρχή έγινε ενόψει των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004, οι οποίοι αποτέλεσαν το εφαλτήριο για την έναρξη της στοχευμένης διαλειτουργικότητας στις υπηρεσίες υγείας. Είναι σημαντικό ότι μετά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1982, οι Μονάδες Υγείας για πρώτη φορά αποκτούν συντονιστικό κέντρο με επιχειρησιακό χαρακτήρα για την υλοποίηση της Υγειονομικής κάλυψης των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004. Έτσι λοιπόν, το Συντονιστικό Όργανο Τομέα Υγείας (Σ.Ο.Τ.Υ.) αποτέλεσε μια πραγματικότητα που σκοπό είχε το συντονισμό όλων των φορέων που είχαν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με τη Δημόσια Υγεία κατά τη διάρκεια της Προολυμπιακής και Ολυμπιακής Περιόδου, τόσο εντός όσο και εκτός των ολυμπιακών εγκαταστάσεων. Ο εν λόγω συντονισμός αφορούσε ιδίως στην αντιμετώπιση εκτάκτων συνθηκών, σύμφωνα με τις προβλέψεις του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Ολυμπιακοί Αγώνες 2004-Υγεία", εμπειρείχε δε τον ακριβή καθορισμό αρμοδιοτήτων των φορέων σε καταστάσεις κρίσης, με στόχο τη διασφάλιση της άμεσης και επαρκούς ανταπόκρισης του συνόλου των εμπλεκόμενων υπηρεσιών στις ανατεθείσες σε αυτές ευθύνες. Αναλάμβανε, επίσης, δράσεις, έρευνες ή επιτηρήσεις όχι ως ανεξάρτητο όργανο, αλλά αποκλειστικά μέσω των συμμετεχόντων σε αυτό φορέων και υπηρεσιών. (Υ.Α. 33115/2004)

Στη συνέχεια με τον νόμο 3370/2005 περί «οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπών διατάξεων», και συγκεκριμένα με το άρθρο 15 συστάθηκε στο

Υπουργείο Υγείας Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ.) το οποίο αναλαμβάνει, μεταξύ άλλων, τον συντονισμό των φορέων που εμπλέκονται σε δράσεις σχετικά με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν γενικά στον χώρο της υγείας και την εκπόνηση επιχειρησιακών σχεδίων αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών. Οι υποστηρικτικές του δομές λειτουργούν δε, καθημερινά και σε εικοσιτετράωρη βάση.

Σήμερα πλέον το Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ. έχει βάσει νόμου (ν. 3527/2007) μετονομαστεί σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) και απαρτίζεται από το Κέντρο Επιχειρήσεων, το Συμβούλιο του Ε.Κ.ΕΠ.Υ και τη Διεύθυνση των τμημάτων: i/ Οργάνωσης, Υποστήριξης και Παρακολούθησης Διαδικασιών και ii/ Υποστήριξης Κέντρου Επιχειρήσεων. Οι φορείς που συντονίζει είναι οι ακόλουθοι: α) οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, β) Οι Υπηρεσίες των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.ΠΕ.), των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Ο.Τ.Α. Α' βαθμού που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, γ) Τα Ν.Π.Δ.Δ. και τα Ν.Π.Ι.Δ. που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και δ) τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης του ιδιωτικού τομέα που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας (ν. 3527/2007). Τέλος στα πλαίσια της δράσης του το Ε.Κ.ΕΠ.Υ. έχει τη δυνατότητα, μέσα από τη χρήση αυτοματοποιημένου συστήματος, να παρακολουθεί τη διαθεσιμότητα κλινών νοσηλείας και Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στις διάφορες κλινικές των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. (Γιουρούκος Ν., 2015)



Εικόνα 3.1 «Βασική Διάρθρωση Συστήματος Υγείας.»

Πηγή: Σπύρου Σπ., 2008



Εικόνα 3.2 «Δομή Ε.Κ.ΕΠ.Υ.»

Πηγή: Σπύρου Σπ., 2008

3.1 Υγειονομική Ετοιμότητα

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας η ετοιμότητα σε έκτακτες περιπτώσεις έχει να κάνει με τις δράσεις εκείνες που λαμβάνουν χώρα εν αναμονή εκτάκτων αναγκών ώστε να διευκολύνεται η ταχεία, αποτελεσματική και κατάλληλη αντιμετώπιση του συμβάντος.

Όπως καταγράφηκε στα συμπεράσματα του συνεδρίου που πραγματοποιήθηκε το 2014 στην Αθήνα (EU High Level Expert Meeting, ΕΚΕΠΥ, 2014) σχετικά με τη Διαχείριση Εκτάκτων Αναγκών αναφορικά με την Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τον ρόλο των Εθνικών Κέντρων Επιχειρήσεων Υγείας, εκπρόσωπος του Ε.Κ.Ε.Π.Υ. ανέφερε πως προκειμένου να αναπτυχθεί η υγειονομική ετοιμότητα, να αναπτυχθεί η ικανότητα πρόληψης, έγκαιρου εντοπισμού και γρήγορης και αποτελεσματικής ανταπόκρισης σε ποικίλες απειλές με τον πλέον κατάλληλο τρόπο, θα πρέπει να θεσπιστούν πρακτικές διερεύνησης νέων τρόπων επικοινωνίας, ανταλλαγής πληροφοριών και καλύτερου συντονισμού και συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων αλλά και των αρμόδιων αρχών σε διεθνές επίπεδο.

Στο πλαίσιο αυτό, η συνεργασία που προτάθηκε, επισημαίνει το γεγονός ότι παράλληλα με την εξέταση των διασυνοριακών απειλών για την υγεία και των προκλήσεων που αυτές παρουσιάζουν στα συστήματα υγείας, θα πρέπει να αλλάξει η τρέχουσα νοοτροπία και να

προχωρήσουμε από μια αντιδραστική προσέγγιση σε μια προληπτική φιλοσοφία στοχεύοντας κυρίως στη βελτίωση της κοινής γνώσης και κατανόησης των εθνικών δυνατοτήτων στα πλαίσια διαχείρισης μιας κρίσης σχετικά με την υγεία.

Η ενίσχυση της ανταλλαγής πληροφοριών (σε πραγματικό χρόνο) μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων, η διάδοση των διδαγμάτων, η ανταλλαγή δυνατοτήτων ανάλυσης κινδύνου και η υλοποίηση κοινών πρωτοβουλιών κατάρτισης, είτε μέσα από ειδικά σεμινάρια είτε μέσα από υλοποίηση σεναρίων, θα μπορούσαν να είναι μερικά από τα επόμενα βήματα προς αυτήν την κατεύθυνση.

Ο πρώτος κανόνας σύμφωνα με τις Gebbie K.M. και Qureshi K. (2002) αναφορικά με την ετοιμότητα απέναντι σε μια έκτακτη ανάγκη είναι το να είναι ξεκάθαρο το ποιος πρέπει να ξέρει πώς να κάνει τι. Οι ξεκάθαροι ρόλοι, επομένως, όπως και η γνώση θα πρέπει, σε πρώτη φάση, να είναι εξασφαλισμένοι ώστε να είμαστε σε θέση να μιλάμε για υγειονομική ετοιμότητα, η οποία φυσικά δεν έχει να κάνει μόνο με την ετοιμότητα του εκάστοτε νοσοκομείου αλλά γενικότερα με όλο το σύστημα φορέων που πρέπει να ενεργοποιηθεί προκειμένου να μιλάμε για προστασία της δημόσιας υγείας.

Δε θα μπορούσε φυσικά κανείς να αγνοήσει την σοβαρή οικονομική κρίση που περνά η χώρα μας η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας, δημιουργεί μεταξύ άλλων προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Ο Υγειονομικός τομέας δοκιμάζει τα όρια της αντοχής του προσπαθώντας να διαχειριστεί κατά πολύ μειωμένους προϋπολογισμούς για την υγεία που αναμφισβήτητα οδηγούν σε περισσότερες παραλείψεις σε περίοδο κρίσης, όπου πλέον η ορθή κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων οικονομικών πόρων είναι επιτακτική ανάγκη και θα πρέπει να της δίνεται η αρμόζουσα βαρύτητα. (Καραϊσκού Α. και συν., 2012)

Σε ότι αφορά την ετοιμότητα μέσα στον χώρο των νοσοκομείων οι Gebbie K.M. και Qureshi K. (2002) κάνουν αναφορά σε κάποιες βασικές αρμοδιότητες του υγειονομικού προσωπικού στα πλαίσια της ετοιμότητας απέναντι σε έκτακτες ανάγκες. Επιγραμματικά αναφέρονται οι κάτωθι:

- Περιγραφή της αλυσίδας παρεχόμενων υπηρεσιών σε ενδεχόμενη κρίση. Πρέπει να υπάρχει γνώση για το αν επεκτείνεται, αλλάζει ή παραμένει ίδια. Το να γνωρίζει τι να

περιμένει σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης δίνει στο προσωπικό τη δυνατότητα να αποκτήσει συγκεκριμένη γνώση και εμπειρία εκ των προτέρων και έτσι να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει καλύτερα στον ρόλο που θα του ανατεθεί.

- Περιγραφή της αλυσίδας εντολέων σε περίπτωση ανάγκης. Μια αποτελεσματική ανταπόκριση απαιτεί καλά οργανωμένη ομαδική προσπάθεια όπου κάθε μέλος ξέρει ποιος προϊστάται αυτού, από ποιον δέχεται και σε ποιον δίνει εντολές και γενικότερα ποιες είναι οι γραμμές επικοινωνίας.
- Αναγνώριση και εντοπισμός των σχεδίων αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης. Όλο το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει που μπορεί να βρει τα σχετικά σχέδια το περιεχόμενο των οποίων δε θα πρέπει να τους είναι άγνωστο.
- Περιγραφή των λειτουργιών και των ρόλων κατά την ανταπόκριση σε έκτακτη ανάγκη και επίδειξη αυτών σε συχνά πραγματοποιούμενα σενάρια.
- Επίδειξη της χρήσης εξοπλισμού που απαιτείται σε διαχείριση έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων ακόμα και αυτών που χρησιμοποιούνται για προσωπική προστασία, καθώς και των ικανοτήτων που απαιτούνται για τον χειρισμό τους μέσα πάντα από σενάρια/ασκήσεις. Μια ενδεχόμενη έκτακτη ανάγκη μπορεί να σε ωθήσει σε ρόλο και χρήση εξοπλισμού που δεν είναι στην καθημερινότητά σου, κάτι το οποίο δε θα πρέπει να σε κάνει να υστερείς και να δημιουργείς ζητήματα διαχείρισης κατά την κρίση.
- Επίδειξη της σωστής λειτουργίας του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για τις επικοινωνίες στις έκτακτες ανάγκες. Η ομαδικότητα και η επικοινωνία είναι σημαντικά κομμάτια κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, χωρίς αυτά δε θα υπάρξει αποτέλεσμα. Πρέπει επίσης να είναι γνωστοί όλοι οι ρόλοι επικοινωνίας και μέσα στη μονάδα που εργάζεται κανείς, και με τα Μ.Μ.Ε., το κοινό ακόμα και τις οικογένειες του καθενός. Κάθε υπηρεσία θα πρέπει να οριοθετεί τους ρόλους και τις ευθύνες που αφορούν και την εξωτερική αλλά και την εσωτερική επικοινωνία.
- Σημαντικό επίσης, είναι να γνωρίζει ο κάθε εμπλεκόμενος τα όριά του αναφορικά με τις γνώσεις που έχει, τις ικανότητες, δεξιότητες αλλά και την εξουσιοδότηση που του αναλογεί και παράλληλα να αναγνωρίζει τις πηγές εκείνες στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί σε περίπτωση που τα όρια αυτά καταπατηθούν. Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί να ζητείται, κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών, από

νοσηλευτικό προσωπικό να αναλάβουν καθήκοντα που είναι πέρα από τον συνηθισμένο τομέα τους

- Εφαρμογή δημιουργικών τρόπων επίλυσης προβλημάτων και ευέλικτο σκεπτικό και να αξιολογούνται όλες οι ενέργειες που λαμβάνουν χώρα, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητά τους.
- Αναγνώριση τυχόν αποκλίσεων από τον κανόνα που θα μπορούσαν να υποδηλώνουν μια έκτακτη ανάγκη και περιγραφή των κατάλληλων μέτρων που πρέπει να ληφθούν. Ο έγκαιρος εντοπισμός των αλλαγών και η άμεση ενημέρωση των αρμοδίων μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη προειδοποίηση μιας επικείμενης μεγάλης ή μικρής καταστροφής.
- Παρακολούθηση συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ώστε να παραμένουν ενημερωμένοι για σχετικά θέματα.
- Συμμετοχή και αξιολόγηση κάθε άσκησης ετοιμότητας ή αντιμετώπισης κρίσης και αναγνώριση απαιτούμενων αλλαγών στα ήδη υπάρχοντα σχέδια αντιμετώπισης. Καθώς οι συνθήκες αλλάζουν σε έναν οργανισμό, σε μια κοινότητα ή έθνος, θα πρέπει να εξελιχθούν και τα υπάρχοντα σχέδια. Η εξασφάλιση τακτικών ασκήσεων, επομένως, όπως και η αντιμετώπιση πραγματικών κρίσεων είναι αναμφισβήτητα σημαντικές πηγές πληροφοριών για τη βελτίωση των εν λόγω σχεδίων, στη σύνταξη των οποίων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη .
- Αναγνώριση των κενών σε γνώσεις και δεξιότητες μέσα από την πραγματοποίηση ασκήσεων και εξασφάλιση ότι αυτά θα καλυφθούν.

3.2 Εκπαίδευση Υγειονομικού Προσωπικού

Όσο διαφοροποιούνται οι περιβαλλοντικές, πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες, αλλάζει και η φύση των εκτάκτων αναγκών και των καταστροφών που ενδεχομένως μπορεί να λάβουν χώρα. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι πρέπει να ακολουθούν αυτές τις αλλαγές και τα σχέδια, οι μέθοδοι και οι τεχνολογίες που μπορεί να χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπισή τους. Η τακτική και συνεχής εκπαίδευση σε συγκεκριμένους τομείς επιτρέπει στους εμπλεκόμενους την πολυτέλεια της πλήρους και τελικής ενημέρωσης αναφορικά με αυτές τις αλλαγές. (Gebbie K.M. et al, 2002)

Ένας διασώστης μπορεί να κληθεί να καλύψει διάφορους ρόλους σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και διαχείρισης μιας κρίσης, από την προετοιμασία και τον μετριάσμό των κινδύνων, την έρευνα και διάσωση, τη διαλογή μέχρι και την ανασυγκρότηση μετά το πέρας του συμβάντος. Για να μπορέσει να ανταπεξέλθει σε αυτό θα πρέπει να εκπαιδευτεί και να προετοιμαστεί μέσα από δομημένα ή μη εκπαιδευτικά προγράμματα. Αυτά μπορεί να αφορούν σε: α/ ανεξάρτητη μάθηση, που έχει αποδειχθεί άκρως σημαντικό κομμάτι της διαχείρισης κρίσεων, και μπορεί να περιλαμβάνει μελέτη βιβλίων και διαδικτυακά μαθήματα, β/ ομαδικές εκπαιδεύσεις με στόχο την κατανόηση της διοικητικής δομής ενός συμβάντος μέσα από την παρακολούθηση ειδικών πιστοποιημένων προγραμμάτων εκπαίδευσης, κατά κύριο λόγο με ίδια έξοδα και γ/ με προσομοιώσεις όπου άτομα από διάφορους φορείς που θα κληθούν να διαχειριστούν μια καταστροφή θα μπορέσουν να αποκτήσουν εκπαιδευτική εμπειρία μέσω ασκήσεων επί χάρτου αλλά και ασκήσεων υπό ρεαλιστικές συνθήκες. (PHTLS, 2016)

Στη μελέτη των Huahua Y. et al (2011) όπου στόχος, μεταξύ άλλων, ήταν να εξετασθούν τα κριτήρια επιλογής των νοσηλευτών που θα έβγαιναν στην πρώτη γραμμή ανταπόκρισης σε μια καταστροφή και η αναζήτηση του πλαισίου της πρακτικής των νοσηλευτών που θα βοηθούσαν στην ανακούφιση από μια καταστροφή, διαπιστώθηκε πως στο πεδίο της καταστροφής οι προτιμώμενοι προς ανταπόκριση ήταν υγειονομικό προσωπικό που είχε στις αποσκευές του εκπαιδεύσεις πάνω σε έκτακτες ανάγκες και τουλάχιστον τριετή εμπειρία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, πλαίσιο βέβαια πρακτικής που θα έπρεπε να επεκταθεί περαιτέρω.

Σημαντικό επίσης, είναι, προκειμένου να αναπτυχθούν κατάλληλα εκπαιδευμένες βοηθητικές ομάδες, να προωθηθεί η διατήρηση ενός ενημερωμένου μητρώου το οποίο θα περιλαμβάνει κατάλληλα εκπαιδευμένο διαθέσιμο προσωπικό με λεπτομέρειες αναφορικά με το επίπεδο ικανοτήτων, την προηγούμενη εμπειρία και τη σχετική εκπαίδευση σχετικά με καταστροφές ώστε να επιτρέπεται η κατάλληλη κατανομή αυτού σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. (Huahua Y. et al, 2011). Η ύπαρξη ενός τέτοιου, πάντα ενημερωμένου, σχεδιαγράμματος προσωπικού δίνει στους αρμόδιους τη δυνατότητα να εντοπίσουν τυχόν κενά στην εκπαίδευση πάνω σε σχετικά αντικείμενα, να οργανώσουν εξειδικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης, να έχουν γνώση των δυνατοτήτων του καθενός και να κατανέμουν σωστά τους ρόλους κατά τη διαχείριση και αντιμετώπιση μιας κρίσης, ως σημαντικό μέρος του σχεδίου ετοιμότητας που οφείλουν να βελτιώνουν ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες. Αυτό το μητρώο θα μπορούσε

να τους βοηθήσει και στην προ-κρίσης περίοδο ώστε να είναι σε θέση να αναπτύξουν την ετοιμότητά τους μέσα από την εναλλαγή για παράδειγμα των νοσηλευτών σε διάφορες κλινικές ανά διαστήματα ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν σε περίπτωση ανάγκης διαφορετικά περιστατικά από τα συνηθισμένα.

Είναι, επομένως, απαραίτητο να διασφαλίζεται ότι οι μονάδες υγείας και οι επαγγελματίες υγείας, θα μπορούν να ανταπεξέλθουν όσο πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά γίνεται όταν θα συμβεί κάποια καταστροφή και σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή αποτελεί η παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια μη έκτακτων περιόδων και κατά τη διάρκεια της βασικής εκπαίδευσης. (Fung et al. 2008)

Η ύπαρξη δε όλο και περισσότερων μελετών πάνω σε αντίστοιχα θέματα θα μπορούσε να επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τις σχολές υγειονομικού κυρίως ενδιαφέροντος ώστε να συμπεριλάβουν στο πρόγραμμα σπουδών τους μαθήματα που άπτονται της διαχείρισης κρίσεων. (Mufich M., 2017)

3.3 Διαλογή

Ο όρος «Διαλογή» στον χώρο της Υγείας έχει στενά συνδεθεί με την έννοια του επείγοντος καθώς είναι μια σημαντική διαδικασία που πρέπει να ακολουθείται σε όλα τα Τ.Ε.Π. όπου νοσηλευτές και ιατροί υποδέχονται τους ασθενείς, αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους και είτε παρέχουν άμεση φροντίδα είτε τους κατευθύνουν στα αντίστοιχα ιατρεία ανάλογα με το πρόβλημα υγείας τους και της βαρύτητα αυτού. (Μήτρο Σ., 2017)

Η «Διαλογή» ως έννοια, η οποία διεθνώς αποκαλείται «Triage» και πήρε το όνομά της από τη Γαλλική λέξη trier που σημαίνει διαλέγω – ταξινομώ, στον χώρο της υγείας αφορά στη διαδικασία μέσα από την οποία καθορίζεται η προτεραιότητα αντιμετώπισης και θεραπείας πολλών ασθενών που χρήζουν και αναζητούν βοήθεια την ίδια στιγμή, όπως για παράδειγμα συμβαίνει κατά τη διάρκεια μιας φυσικής καταστροφής ή πολεμικών συγκρούσεων. Το πεδίο της μάχης ήταν άλλωστε ο πρώτος χώρος που εφαρμόστηκε αυτή η διαδικασία με σκοπό τη φροντίδα των στρατιωτών εκείνων που είχαν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να επιβιώσουν. Στον χώρο, όμως, ενός νοσοκομείου, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, η διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται στα Τ.Ε.Π. προκειμένου να ταξινομούνται σε κατηγορίες οι ασθενείς ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. (Πόρτουλα Μ., 2017)

Η διαλογή αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια στον τομέα διοίκησης και λήψης αποφάσεων σε περιόδους κρίσεων και καταστροφών. Αναγνωρίζονται κατά βάσει δύο υποκατηγορίες, η προνοσοκομειακή διαλογή και η νοσοκομειακή διαλογή. Γενικότερα, όταν υπάρχει υπέρογκος αριθμός ασθενών στα ΤΕΠ των νοσοκομείων ή όταν παρατηρούνται πολυάριθμες απώλειες ή τραυματισμοί στο πεδίο μιας καταστροφής, η διαλογή είναι η μόνη διαδικασία που θα μπορούσε να ακολουθηθεί προκειμένου να παρασχεθεί η μεγαλύτερη δυνατή βοήθεια σε όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς. (Pouraghaei M. et al., 2017)

Γίνεται, επομένως, κατανοητή η διαφορά της συμβατικής διαλογής από τη διαλογή καταστροφών όπου στη μεν πρώτη ο στόχος είναι να παρασχεθεί το μέγιστο δυνατό όφελος σε κάθε έναν ασθενή εξατομικευμένα, ο οποίος συνήθως επιτυγχάνεται με την αναγνώριση και θεραπεία αυτού που είναι σε χειρότερη κατάσταση υγείας, ενώ στη δεύτερη ο στόχος είναι το μεγαλύτερο καλό σε όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα των οποίων η υγεία απειλείται. (PHTLS, 2016)

Υπάρχουν γενικά διάφορες μέθοδοι εκτίμησης και ταξινόμησης των ασθενών ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης της υγείας τους. Ένα όμως, από τα πλέον διαδεδομένα και αποδεκτά συστήματα διαλογής που χρησιμοποιούνται στη διαχείριση καταστροφών είναι ο αλγόριθμος διαλογής START (Simple Triage And Rapid Treatment). Το εν λόγω σύστημα βρήκε εφαρμογή πρώτα στις Η.Π.Α. τη δεκαετία '80 και αφορά στην αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας, της κυκλοφορίας και του επιπέδου συνείδησης των τραυματιών και κρίνει το κατά πόσο είναι επείγουσα η διακομιδή τους στους διαμορφωμένους χώρους παροχής οριστικής φροντίδας ή σε νοσοκομείο. (Pouraghaei M. et al., 2017, PHTLS, 2016)

Ανεξάρτητα από το σύστημα διαλογής που μπορεί να χρησιμοποιείται στο τέλος οι τραυματίες κατατάσσονται συνήθως σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με την κλίμακα διαλογής που εφαρμόζεται με σκοπό τη βαθμολόγηση της οξύτητας του ασθενή και την κατανομή της φροντίδας σε σειρά προτεραιότητας. Οι κατηγορίες αυτές συναντώνται συνήθως με τις κάτωθι ονομασίες και καλό είναι να ακολουθούνται και από επιπλέον χαρακτηριστικά όπως συγκεκριμένο χρώμα για την πιο γρήγορη και εύκολη αναγνώριση της βαρύτητας των ασθενών:

1. **Πολύ Επείγουσα - Άμεση Αντιμετώπιση:** Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται οι τραυματίες που φέρουν υψηλής βαρύτητας τραύματα από τα οποία όμως έχουν πολύ

καλές πιθανότητες επιβίωσης. Το χρώμα που χρησιμοποιείται για την κωδικοποίηση αυτής της κατάστασης είναι το κόκκινο.

2. **Επείγουσα - Καθυστερημένη αντιμετώπιση:** Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται οι τραυματίες που φέρουν μέτριας βαρύτητας τραύματα για τα οποία μπορεί να υπάρξει μια μικρή καθυστέρηση σε ότι αφορά στη φροντίδα τους. Το χρώμα που χρησιμοποιείται είναι το κίτρινο.
3. **Μη Επείγουσα – Ελάσσονος Βαρύτητας:** Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται οι τραυματίες που φέρουν ελαφρά τραύματα και γι' αυτούς χρησιμοποιείται το πράσινο χρώμα.
4. **Νεκροί ή Θνήσκοντες:** Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται τα θύματα που έχουν χάσει τη μάχη ή φέρουν τέτοιου είδους τραύματα τα οποία υποδηλώνουν τον επικείμενο θάνατό τους. Το χρώμα που χρησιμοποιείται σε αυτήν την περίπτωση είναι το μαύρο.

Σε κάποιες περιπτώσεις και ανάλογα με το σύστημα διαλογής που έχει επιλεγεί συναντώνται και περισσότερες κατηγορίες και χρωματισμοί. Μια ποικιλομορφία που συναντάται όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών χωρών αλλά και στα όρια της ίδιας χώρας, με μια τάση προσαρμογής σε τοπικά στοιχεία και παράγοντες (πληθυσμός, ιατρικά συστήματα κ.α.). Τα τελευταία, βέβαια, χρόνια παρατηρείται μια προσπάθεια να διαμορφωθεί ένα ενιαίο σύστημα διαλογής ώστε να αυξηθεί η αξιοπιστία και να περιοριστεί η μεταβλητότητα των εκτιμήσεων με στόχο την καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση το προσωπικό που θα εμπλακεί στη διαλογή θα πρέπει να γνωρίζει τις λεπτομέρειες του συστήματος που χρησιμοποιείται και να αναγνωρίζει την κωδικοποίηση που υπάρχει ώστε να μιλούν όλοι την ίδια γλώσσα και να ελαχιστοποιείται ο χρόνος ανταπόκρισης, χρόνος που αν χαθεί μπορεί να σημάνει έως και την απώλεια μιας ζωής. (Πόρτουλα Μ., 2017 και PHTLS, 2016)

Σημαντικό είναι, επίσης, να επισημάνουμε ότι η διαλογή δεν είναι στατική διαδικασία, αντίθετα είναι δυναμική και εξελισσόμενη. Το έργο της διαλογής δε σταματά με την εκτίμηση του τραυματία/ασθενή και την κατάταξή του σε κάποια κατηγορία ή επίπεδο. Αντίθετα ο τραυματίας/ασθενής θα πρέπει να επανεκτιμάται σε τακτά χρονικά διαστήματα διότι η κατάσταση της υγείας του μπορεί να επιδεινωθεί. Πέραν αυτού θα πρέπει να γίνεται διαλογή σε κάθε περίπτωση αλλαγής περιβάλλοντος του ασθενούς, δεδομένου ότι ξεκινάμε από τον τόπο του συμβάντος, στη συνέχεια πρέπει να επανεκτιμάται κατά την άφιξη στον ορισμένο τόπο συγκέντρωσης τραυματιών, στο νοσοκομείο και σε περίπτωση που χρήζει

χειρουργικής επέμβασης ακόμα και πριν από αυτήν. (Ιντας Γ. και συν, 2013 και PHTLS, 2016)

3.4 Επιχειρησιακά Σχέδια Υγειονομικής Ετοιμότητας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το βασικό σχέδιο αντιμετώπισης κρίσεων στην Ελλάδα, το οποίο έχει συντάξει η Γ.Γ.Π.Π., είναι το Γενικό Σχέδιο Πολιτικής Προστασίας με την συνθηματική ονομασία «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ». Το εν λόγω σχέδιο θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρωτοπορεί θέτοντας τις βασικές απαιτήσεις σχεδίασης αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών και καθορίζει το εθνικό σύστημα έγκαιρης κινητοποίησης. Η κοινή γλώσσα που θεσπίζει για την επικοινωνία των εμπλεκόμενων φορέων είναι από τα σημαντικότερα βήματα για την καλύτερη δυνατή συνεργασία τους. Καθορίζονται δε και οι αρμοδιότητες του κάθε φορέα χωριστά καθώς και η διαδικασία βάσει της οποίας εγκρίνονται επιμέρους ειδικά σχέδια αντιμετώπισης κρίσεων. (Συγγελάκης Ελ. Και Ανδρεαδάκης Κ., (2010)

Ως εκ τούτου, στα πλαίσια αυτού του σχεδίου και προκειμένου να αντιμετωπιστούν διαφορετικού τύπου μαζικές καταστροφές έχουν προκύψει πιο εξειδικευμένα σχέδια αντιμετώπισης κρίσεων τα οποία έχουν σταλεί στους εμπλεκόμενους οργανισμούς ώστε να τα προσαρμόσουν και να τα συμπληρώσουν οι αρμόδιες υπηρεσίες τους, να ενημερωθούν οι αρμόδιοι φορείς και φυσικά να προετοιμαστούν. (Γιουρούκος Ν., 2015)

Το Υπουργείο Υγείας συγκεκριμένα, στα πλαίσια του «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ» χρησιμοποιεί τα κάτωθι σχέδια διαχείρισης κρίσεων:

- «ΠΕΡΣΕΑΣ» - Επιχειρησιακό Σχέδιο Εκτάκτων Αναγκών Νοσοκομείων
- «ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ» - Επιχειρησιακό Σχέδιο Αντιμετώπισης Χημικών – Βιολογικών – Ραδιολογικών & Πυρηνικών (Χ.Β.Ρ.Π.) απειλών
- «ΑΡΤΕΜΙΣ» - Εθνικό Επιχειρησιακό Σχέδιο Πανδημίας Γρίπης
- «ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ» - Επιχειρησιακό Σχέδιο αντιμετώπισης σεισμών (Σπύρου Σπ., 2008)

«ΠΕΡΣΕΑΣ»

Το σχέδιο «ΠΕΡΣΕΑΣ» συντάχθηκε, από το Ε.Κ.ΕΠ.Υ., ειδικά για τα νοσοκομεία με στόχο *«να προσδιορίσει και να αναλύσει τις ενέργειες αντιμετώπισης αναγκών, να καλύψει την δυνατότητα του Οργανισμού να συνεχίζει να παρέχει ένα σύνολο από κρίσιμες υπηρεσίες σε*

συνθήκες ανάγκης και να επανέρχεται ομαλά σε κατάσταση «κανονικής» λειτουργίας όταν οι συνθήκες ανάγκης εκλείψουν». (Καραμπέτσου Ε., 2009).

Το εν λόγω σχέδιο, ανάλογα και με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, πρέπει να αναβαθμίζεται ετησίως και να συνοδεύεται από την απαιτούμενη εκπαίδευση του προσωπικού. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να επιτευχθεί μόνο μέσα από τακτικές ασκήσεις ετοιμότητας, όχι μόνο στα χαρτιά αλλά και σε υλοποίηση σεναρίων με προσομοίωση σε πραγματικές συνθήκες. (Γιουρούκος Ν., 2015) Το σχέδιο «ΠΕΡΣΕΑΣ» περιλαμβάνει τέτοιου είδους σενάρια επτά διαφορετικών ειδών καταστροφής, ήτοι:

1. Αντιμετώπιση τεχνικών προβλημάτων (π.χ. Διακοπή Ηλεκτρικού Ρεύματος, Διακοπή παροχής νερού, Διακοπή Τηλεπικοινωνιών κ.α.)
2. Εσωτερική πυρκαγιά (Οργάνωση πυροπροστασίας και πυρασφάλειας)
3. Σεισμός
4. Καύσωνας
5. Αντιμετώπιση εσωτερικής επιδημίας
6. Μεγάλη προσέλευση συμβατικών ασθενών
7. Μεγάλη προσέλευση ασθενών που έχουν εκτεθεί σε ραδιολογικούς, βιολογικούς, χημικούς και άλλους παράγοντες (Καραμπέτσου Ε., 2009).

Το σχέδιο χωρίζεται σε τρία μέρη, ήτοι:

α/ Περιγραφή της δύναμης, της οργανικής υπόστασης και λειτουργίας του Νοσοκομείου

β/ Σχεδιασμό και περιγραφή δράσεων σε κάθε μια από τις ανωτέρω επτά περιπτώσεις σεναρίων εκτάκτων αναγκών, και

γ/ Φύλλα δράσης και ενεργειών ανά δράση με αναθέσεις σε συγκεκριμένα υπηρεσιακά στελέχη.

Το πρώτο μέρος χαρακτηρίζεται απόρρητο, ενώ το δεύτερο και τρίτο μέρος εμπιστευτικό. (Γιουρούκος Ν., 2015)

«ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ»

Το σχέδιο «ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ» δημιουργήθηκε με στόχο την αντιμετώπιση Χ.Β.Ρ.Π. απειλών και ενεργοποιήθηκε το 2004 με τους Ολυμπιακούς Αγώνες με σκοπό την «στεγανοποίηση» της χώρας από κάθε ραδιοβιοχημική απειλή.

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) για την αντιμετώπιση των θυμάτων μιας τέτοιας καταστροφής τα νοσοκομεία οφείλουν να περιλαμβάνουν στο σχεδιασμό τους τα ακόλουθα:

1. Εκπαίδευση προσωπικού
2. Προετοιμασία του Τ.Ε.Π. (Εκτακτα Εξωτερικά Ιατρεία)
3. Προετοιμασία των Κλινικών Τμημάτων (Μονάδες λοιμώξεων, μονάδες νοσηλείας υπό αρνητική πίεση)
4. Φαρμακευτικό απόθεμα
5. Εμβολιασμός προσωπικού (Γιουρούκος Ν., 2015)

«ARTEMIS»

Το σχέδιο «ARTEMIS» αποτελεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση Πανδημίας Γρίπης, σχεδιάστηκε το 2005 και έκτοτε συμπληρώνεται, επεκτείνεται και εξειδικεύεται συνεχώς, σύμφωνα με τις εξελίξεις και τα νέα δεδομένα της πανδημίας, την διεθνή πληροφόρηση από τους αρμόδιους φορείς και το Εθνικό Συμβούλιο Πανδημίας, καθώς και τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2009)

«ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ»

Το εν λόγω σχέδιο εξειδικεύεται στην αντιμετώπιση κρίσης σε περίπτωση σεισμού και στην ενδεχόμενη απαιτούμενη εκκένωση κτιρίου. Με την ενεργοποίηση του «ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ» προβλέπεται και η παράλληλη ενεργοποίηση των σχεδίων «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ» και «ΠΕΡΣΕΑΣ».

Βασικός στόχος του σχεδίου «ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ» είναι:

1. Ο συντονισμός των απαιτούμενων εκείνων ενεργειών προκειμένου να σωθούν όσο το δυνατόν περισσότερες ζωές και γενικά να μειωθούν οι συνέπειες της καταστροφής στην δημόσια υγεία.
2. Η ελαχιστοποίηση της αναταραχής στις υπηρεσίες υγείας αλλά και σε άλλες υπηρεσίες ζωτικής σημασίας για την απρόσκοπτη συνέχιση των δραστηριοτήτων τους.

Απαραίτητη, πριν την εμφάνιση του σεισμού, είναι η συγκρότηση επιτροπής διαχείρισης κρίσης, η οποία πρέπει να είναι γνωστή σε όλα τα στελέχη του Νοσοκομείου. Τα μέλη της εν λόγω επιτροπής οφείλουν να γνωρίζουν πολύ καλά το ρόλο και τις αρμοδιότητές τους και πρέπει πάντα να έχουν στη διάθεσή τους ενημερωμένα και λεπτομερή σχέδια όλων των εγκαταστάσεων και των τμημάτων του νοσοκομείου. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται και στο κομμάτι της επικοινωνίας όπου όλα τα εμπλεκόμενα μέρη και φορείς οφείλουν να γνωρίζουν τα στοιχεία επικοινωνίας αμφοτέρων. (Γιουρούκος Ν., 2015)

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η εκτίμηση της ακριβούς κατάστασης μετά από έναν σεισμό είναι πάρα πολύ δύσκολη. Ως εκ τούτου το Νοσοκομείο οφείλει να έχει κάνει τον κατάλληλο σχεδιασμό που να καλύπτει και την περίπτωση πολλαπλών θυμάτων αλλά και την ενδεχόμενη αναγκαστική εκκένωσή του, ώστε να είναι σε θέση να παράσχει άμεσα τις υπηρεσίες του αλλά και να προγραμματίσει την επαναλειτουργία του μετά το πέρας της κρίσης. (Καραμπέτσου Ε., 2009)

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας

Η ιστορία του Γ.Ν. Σπάρτης αρχίζει να διαγράφεται από το 1931 όπου με την αριθμ. 2181/1931 απόφαση του πρωτοδικείου Αθηνών συστάθηκε, μετά την ιδιόχειρη διαθήκη της Αικατερίνης χήρας Ιωάννου Γρηγορίου, ίδρυμα με την επωνυμία «Θεραπευτήριο Σανατόριον Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου».

Η συνέχεια ήρθε με τον υπ' αριθμ. 713/37 Αναγκαστικό Νόμο ο οποίος όρισε λεπτομέρειες σχετικά με την διοίκηση και την οργάνωση του ιδρύματος αναφερόμενος σε αυτό ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με έδρα τη Σπάρτη, ενώ το 1953 με Βασιλικό Διάταγμα (ΦΕΚ 113/Α/1953) το «Θεραπευτήριο Σανατόριον Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου»

μετονομάζεται σε «Θεραπευτήριο – Σανατόριο Σπάρτης Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου» και υπάχθηκε στις διατάξεις του Ν. 956/37. Οι εργασίες κατασκευής του ιδρύματος ξεκίνησαν λίγο πριν το 1939 σε ένα χώρο 70.000τ.μ. και λειτούργησε για πρώτη φορά το 1953 ως Σανατόριο.

Ως σταθμοί στην ιστορία και την εξέλιξη του Σανατορίου και μετέπειτα του Νοσοκομείου Σπάρτης υπήρξαν γενικά οι εξής:

- 1962: Το Θεραπευτήριο Σανατόριο Σπάρτης μετατρέπεται σε Γενικό Νοσοκομείο με την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου» δυναμικότητας 150 νοσηλευτικών κλινών. (ΦΕΚ 187/Α/62)
- 1964: Εγκρίθηκε ο οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης Ι. και Αικ. Γρηγορίου ο οποίος υποβλήθηκε σε τροποποιήσεις μέχρι σήμερα.
- 1966: Ίδρυση Νοσηλευτικής Μονάδας Μολάων η οποία βρίσκεται στο Δήμο Μονεμβάσιας και εξυπηρετεί το Νότιο άκρο του νομού.
- 1978: Προστέθηκε ο δεύτερος όροφος στο παλιό κτίριο.
- 1984: Εκπονήθηκε η μελέτη επέκτασης του Νοσοκομείου, ενώ το
- 1988 άρχισε η υλοποίηση της μελέτης με την κατασκευή των εργαστηρίων.
- 1997: Συνεχίζεται η υλοποίηση της μελέτης με την κατασκευή της νέας πτέρυγας του Νοσοκομείου και του κέντρου ενεργείας.
- 1998: Υλοποίηση μελέτης αντιστήριξης ανατολικής πτέρυγας
- 2000: Ολοκληρώθηκε η προσθήκη Χειρουργείων, Αποστείρωσης και κτιρίου Ενεργείας
- 2004: Στέγαση Εργαστηρίων του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
- 2005: Έναρξη λειτουργίας Μονάδας Τεχνητού Νεφρού στη Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων
- 2006: Λειτουργία νέας Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και ταυτόχρονα στατική στήριξη του παλαιού κτιρίου του τμήματος που μετεγκαταστάθηκε η εν λόγω μονάδα.
- 2013: Δημιουργία ενιαίου Νοσοκομείου Λακωνίας με τη διοικητική ενσωμάτωση του Νοσοκομείου Μολάων. Πλέον υφίστανται δύο Νοσηλευτικές Μονάδες: Σπάρτης και Μολάων.

- 2016: Κατασκευή 19κλινης πτέρυγας χειρουργικής κλινικής

(<http://www.hosplak.gr>, αρχεία Νοσοκομείου και προφορικά χορηγούμενες πληροφορίες από την Διοικητική Υπηρεσία)

4.1 Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης

Σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.43106/2012 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1486/Β/4-5-2012) που αφορά στην έγκριση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ», όπως ισχύει μέχρι και σήμερα, σκοπός της Νοσηλευτικής Μονάδας είναι:

«1. Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Υ.ΠΕ. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

2. Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

3. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

4. Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στη Διοίκηση της Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος.

5. Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.

6. Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τη Διοίκησης της Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος και το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης του Νοσοκομείου.»

Σύμφωνα πάντα με τον ανωτέρω τελευταίο ισχύοντα οργανισμό η συνολική δυναμική του Νοσοκομείου ορίζεται στις εκατόν ογδόντα (180) οργανικές κλίνες. Το Νοσοκομείο δε, απαρτίζεται από τις Υπηρεσίες α/Ιατρική, β/Νοσηλευτική και γ/Διοικητική–Οικονομική, από ένα Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, και τέλος από το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη.



Εικόνα 4.1.1 «Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας – Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης»

Πηγή: <http://www.hosplak.gr/>

Σε ότι αφορά το προσωπικό που στελεχώνει τη Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης, σύμφωνα με τα τελευταία καταγεγραμμένα στοιχεία του Νοσοκομείου (Σεπτέμβριος 2017), αυτό ανέρχεται συνολικά στα τριακόσια τριάντα οκτώ (338) άτομα. Στον αριθμό αυτόν δεν περιλαμβάνεται το προσωπικό των Κέντρων Υγείας που εποπτεύει καθώς επίσης και προσωπικό που έχει αποσπαστεί ή μετακινηθεί σε άλλο φορέα ή είναι σε μακροχρόνια άδεια. Ο τελευταίος προϋπολογισμός (2017) της μονάδας ανέρχεται στα 5.732.000€.

Τελειώνοντας επισημαίνεται ότι η Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης τον Νοέμβριο του 2016 πραγματοποίησε άσκηση ετοιμότητας με κωδικό όνομα «ΚΑΡΥΑ» την οποία επίβλεψε κλιμάκιο του ΕΚΕΠΥ. Η δράση αυτή διενεργήθηκε στο πλαίσιο του πανελλαδικού επιχειρησιακού σχεδιασμού ώστε να διαπιστωθεί η ετοιμότητα του προσωπικού των Νοσοκομείων ως προς την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και διαχείρισης κρίσεων. Στόχος ήταν, επίσης, η βελτιστοποίηση της συνεργασίας με τους εμπλεκόμενους φορείς και κυρίως το Πυροσβεστικό Σώμα.

Πιο συγκεκριμένα, η εν λόγω άσκηση αφορούσε σε μερική εκκένωση του νοσοκομείου μετά από σεισμό η οποία έλαβε χώρα ύστερα από ενεργοποίηση του σχεδίου «ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ» μέσω του ΕΚΕΠΥ.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων του εμπλεκόμενου υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού του Νοσοκομείου Σπάρτης αναφορικά με τη διαχείριση της κρίσης, όταν η Λακωνία κηρύχτηκε σε έκτακτη ανάγκη λόγω των εκτεταμένων πυρκαγιών του 2007, καθώς και η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των ατόμων που εντάχθηκαν μεταγενέστερα στο προσωπικό της Ν.Μ.Σ. αναφορικά με την ετοιμότητα στην αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης κρίσης.

Επιμέρους στόχοι είναι:

- Η καταγραφή της ενδεχόμενης αξιολόγησης και των συμπερασμάτων μετά το πέρας της κρίσης.
- Η διερεύνηση της διάχυσης της εμπειρίας και των απαιτούμενων πληροφοριών στο σύνολο του προσωπικού.
- Η διερεύνηση ενδεχόμενης αναπροσαρμογής του σχεδίου στα πλαίσια διεξαγωγής ασκήσεων για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού.
- Η διερεύνηση της ύπαρξης της απαιτούμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης αναφορικά με τον τομέα διαχείρισης κρίσεων και εκτάκτων αναγκών, καθώς και η καταγραφή της διάθεσης του προσωπικού μετά την κρίση για εμπλουτισμό της γνώσης τους προς την κατεύθυνση αυτή.
- Η διερεύνηση της ορθής εκμετάλλευσης των γνώσεων και δυνατοτήτων του εμπλεκόμενου προσωπικού.

6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη, η οποία διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας – Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης, είναι μια συγχρονική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου.

Αρχικά διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων: pubmed, mednet, google scholar κ.α. κάνοντας χρήση των λέξεων-κλειδιά: disaster management, emergency preparedness, disaster medicine & nursing, natural disasters, διαλογή, υγειονομική ετοιμότητα, διαχείριση κρίσεων. Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε η περίοδος 2000-2017 καθώς δεν υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία πάνω στο αντικείμενο, ειδικά στην Ελλάδα. Παράλληλα, τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά. Πέραν των ανωτέρω έγινε αναζήτηση και σε επίσημες ιστοσελίδες φορέων που ασχολούνται με τη διαχείριση κρίσεων.

6.1 Πληθυσμός Έρευνας

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτελεί το σύνολο των εργαζομένων του εν λόγω νοσοκομείου, όπου σύμφωνα με τα τελευταία ενημερωμένα στοιχεία του είναι 338 άτομα, αριθμός που προκύπτει μετά από την αφαίρεση προσωπικού που έχει μεταταχθεί, αποσπαστεί ή μετακινηθεί σε άλλο φορέα καθώς και αυτών που βρίσκονταν σε μακροχρόνια άδεια. Στην έρευνα συμπεριλήφθησαν όλοι οι κλάδοι εργαζομένων που δραστηριοποιούνται στο νοσοκομείο, ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, τεχνικοί και βοηθητικό προσωπικό, καθώς σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης κάθε υπάλληλος του νοσοκομείου πρέπει να συνεισφέρει. Τέλος εξαιρέθηκαν οι συμβασιούχοι και όσοι έκαναν πρακτική άσκηση. Έγινε όμως προσπάθεια να ενισχυθεί ο πληθυσμός της έρευνάς μας με άτομα που συμμετείχαν στο σχέδιο «Περσέας» κατά την ενεργοποίησή του το 2007 αλλά πλέον έχουν συνταξιοδοτηθεί ή παραιτηθεί. Σε αυτά τα άτομα έγινε επισήμανση ότι το ερωτηματολόγιο θα το συμπλήρωναν με τη λογική ότι οι απαντήσεις τους αφορούν μέχρι και την τελευταία ημέρα της εργασιακής τους σχέσης.

6.2 Ερωτηματολόγιο

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο με, κατά βάσει, ερωτήσεις κλειστού τύπου (βλ. Παράρτημα 4). Η σύνταξή του έγινε μετά από ανασκόπηση

της σχετικής βιβλιογραφίας έχοντας στόχο τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου, απλού και κατανοητού.

Στην αρχική σελίδα του ερωτηματολογίου υπάρχει κείμενο με σύντομες πληροφορίες για την έρευνα και τον σκοπό της. Το σώμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει αρχικά ερωτήσεις γύρω από τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και τον χώρο απασχόλησης του προσωπικού. Στη συνέχεια υπάρχουν ερωτήσεις αναφορικά με τις γνώσεις, σε σχέση με το περιεχόμενο του «Περσέας» και τη διαχείριση της κρίσης το 2007, την εκπαίδευση του προσωπικού και γενικότερα σχετικά με την έρευνα ερωτήματα. Στο τελευταίο μέρος το ερωτηματολόγιο, μέσα από μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert, αναζητά τις απόψεις των ερωτώμενων αναφορικά με τη διαχείριση κρίσεων, τους εμπλεκόμενους σε αυτήν και την υγειονομική ετοιμότητα. Η τελευταία δε, ερώτηση αφορά σε τυχόν σχόλια ή παρατηρήσεις των συμμετεχόντων και είναι ανοιχτή.

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε η πιλοτική φάση χορήγησης τους σε 15 άτομα ώστε να επισημανθούν τυχόν ελλείψεις και να γίνουν οι απαραίτητες διορθωτικές αλλαγές σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια (Cronbach's Alpha: 0,862).

6.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχτηκαν αποκλειστικά μέσω του ερωτηματολογίου το οποίο δημιουργήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Ο κάθε συμμετέχοντας, αφού πρώτα ενημερωνόταν για τον σκοπό της έρευνας μέσω της ίδιας της ερευνήτριας ή της εισαγωγικής σελίδας του ερωτηματολογίου και δίνονταν διευκρινίσεις αναφορικά με την συμπλήρωσή του, συμμετείχε στη διαδικασία εθελοντικά και ανώνυμα. Ο μέσος όρος συμπλήρωσής του ήταν 5 λεπτά.

Η συμμετοχή των ερωτηθέντων πραγματοποιήθηκε χωρίς να δημιουργηθεί κάλυμα στις ώρες και τον χώρο εργασίας τους και η διάρκεια της συλλογής του συνόλου των ερωτηματολογίων διήρκησε 4 εβδομάδες.

6.4 Ηθική και Δεοντολογία

Το σχετικό ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο κατατέθηκαν για έγκριση διεξαγωγής έρευνας στον Διοικητή και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας – Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης. Αφού έλαβε αρχικά την έγκριση του οικείου Επιστημονικού Συμβουλίου, στάλθηκε στην 6^η ΥΠΕ όπου και δόθηκε η τελική έγκριση. (Παραρτήματα 2 & 3).

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων παρέμεινε ανώνυμη και εθελοντική καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας και τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Επιπρόσθετα, δεν υπήρξε καμία οικονομική επιβάρυνση για την υλοποίηση της παρούσας έρευνας από το Νοσοκομείο. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια, σύμφωνα πάντα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, τη συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση και την εξασφάλιση εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας.

Σημειώνεται, τέλος, ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Στατιστική Ανάλυση

Αφού ολοκληρώθηκε η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε σχετικός ποιοτικός έλεγχος και στη συνέχεια επιτελέστηκε η κωδικοποίηση των απαντήσεων και η απαιτούμενη μεταφορά αυτών σε πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων είναι το στατιστικό πακέτο SPSS23 το οποίο είναι και ένα από τα πλέον διαδεδομένα προγράμματα για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων.

Αρχικά, έγινε έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μεταβλητών με τη χρήση του Kolmogorov-smirnov test, και βάσει των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης, η οποία μας έδειξε ότι πρόκειται για μη κανονική κατανομή μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν οι ανάλογοι μη παραμετρικοί δείκτες για την ανεύρεση συσχετίσεων (Spearman correlation coefficient, Kendall's tau b, chi-square t-test). Για όλες τις αναλύσεις εφαρμόστηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Αξίζει να αναφερθεί ότι δημιουργήθηκαν και κάποιες επιπλέον μεταβλητές οι οποίες προήλθαν από τις αρχικές με σκοπό την καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων αλλά και

τη διευκόλυνση των στατιστικών αναλύσεων. Οι νέες αυτές μεταβλητές αφορούν είτε σε συγχωνεύσεις των αρχικών απαντήσεων των συμμετεχόντων σε λιγότερες κατηγορίες, είτε σε περιορισμό του δείγματος σε κάποιες ερωτήσεις ώστε να λαμβάνονται υπόψη μόνο οι ξεκάθαρες απαντήσεις απέναντι σε κάθε ερώτημα. Στη στατιστική βέβαια ανάλυση συμπεριλήφθησαν όλες οι μεταβλητές ώστε να προκύψουν τα καλύτερα δυνατά στατιστικά συμπεράσματα.

8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Αποτελέσματα

Διανεμήθηκαν στο προσωπικό του Γ.Ν.Α.-Ν.Μ.Σ. συνολικά 275 ερωτηματολόγια και συγκεντρώθηκαν τελικά 190. Δόθηκαν, επίσης, σύμφωνα με λίστα του 2007 που παρείχε το νοσοκομείο, 20 ερωτηματολόγια σε άτομα που εργάζονταν στο Γ.Ν.Σ. το 2007 με την ενεργοποίηση του «Περσέας» αλλά δεν έχουν πλέον κάποια εργασιακή σχέση και συγκεντρώθηκαν τελικά 11. Οι συμμετέχοντες, επομένως, στην έρευνα ανήλθαν στα 201 άτομα (Response Rate 68%), εκ των οποίων τα 129 εργάζονταν στο νοσοκομείο κατά την εκδήλωση της κρίσης το 2007 (Ομάδα 1) και τα 72 (Ομάδα 2) εντάχθηκαν στο προσωπικό του νοσοκομείου μεταγενέστερα.

8.1 Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

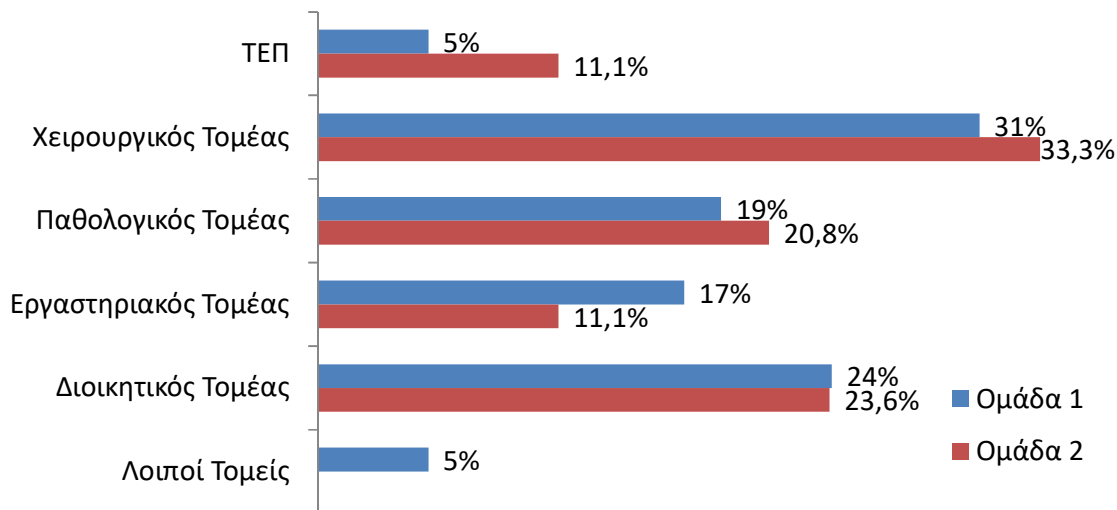
Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 72 άντρες (35,8%) και 129 γυναίκες (64,2%). Οι συμμετέχοντες διακρίθηκαν σε δύο ομάδες. Η Ομάδα 1 απαρτίζεται από τους συμμετέχοντες που εργάζονταν στο Γ.Ν.Σ. και το 2007 και η Ομάδα 2 απαρτίζεται από εργαζόμενους οι οποίοι εντάχθηκαν στο προσωπικό του Γ.Ν.Α.-Ν.Μ.Σ. μετά το 2007. Και στις δύο ομάδες οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος. Η πλειοψηφία των ατόμων της Ομάδα 1 (48,1%) ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία των άνω των 51 ετών ενώ η πλειοψηφία της Ομάδας 2 (37,5%) ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 31-40 ετών. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης η πλειοψηφία της Ομάδας 1 (62%) κατέχει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών. Το αντίστοιχο ποσοστό της Ομάδας 2 ανέρχεται στο 79,2%.

Πίνακας 8.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

		Ομάδα 1		Ομάδα 2		ΣΥΝΟΛΟ Συμμετεχόντων	
		Τιμή	%	Τιμή	%	Τιμή	%
Φύλο	Άντρες	43	33,3	29	40,3	72	35,8
	Γυναίκες	86	66,7	43	59,7	129	64,2
	ΣΥΝΟΛΟ	129	100	72	100	201	100
Ηλικιακή Κατηγορία	21-30			10	13,9	10	5,0
	31-40	19	14,7	27	37,5	46	22,9
	41-50	48	37,2	23	31,9	71	35,3
	Άνω των 51	62	48,1	12	16,7	74	36,8
	ΣΥΝΟΛΟ	129	100	72	100	201	100
Ανώτερο Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δ.Ε.	44	34,1	12	16,7	56	27,9
	Επαγ/κή Σχολή	5	3,9	3	4,2	8	4,0
	Τ.Ε.Ι. – Α.Ε.Ι.	56	43,4	38	52,8	94	46,8
	Μεταπτυχιακό	15	11,6	15	20,8	30	14,9
	Διδακτορικό	9	7,0	4	5,6	13	6,5
	ΣΥΝΟΛΟ	129	100	72	100	201	100
Επάγγελμα	Ιατρός	24	18,6	24	33,3	48	23,9
	Νοσηλεύτης/ τρια	52	40,3	22	30,6	74	36,8
	Παραϊατρικό Επάγγελμα	22	17,1	6	8,3	28	13,9
	Διοικητικός Υπάλληλος	26	20,2	16	22,2	42	20,9
	Τεχνικό Προσωπικό	4	3,1	3	4,2	7	3,5
	Άλλο	1	0,8	1	1,4	2	1,0
	ΣΥΝΟΛΟ	129	100	72	100	201	100

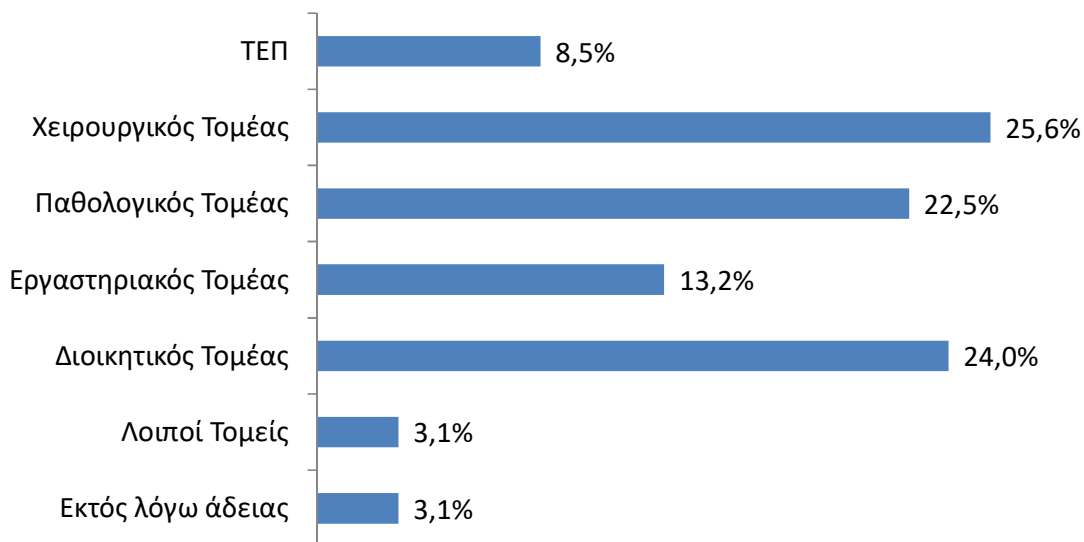
Και οι δύο ομάδες της έρευνάς μας απασχολούνται κατά πλειοψηφία (Ομάδα 1=31% και Ομάδα 2=33,3%) στον χειρουργικό τομέα. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, που έχει και άμεση σχέση με το αντικείμενο της έρευνας, φαίνεται να δηλώνει ότι απασχολείται σήμερα μόνο 5% της Ομάδας 1 (όπου δεν έχουν υπολογιστεί οι συνταξιούχοι/ παραιτηθέντες) και 11,1% της Ομάδας 2.

Γράφημα 1: Αποτύπωση Χώρου Απασχόλησης Προσωπικού κατά τη διάρκεια της έρευνας



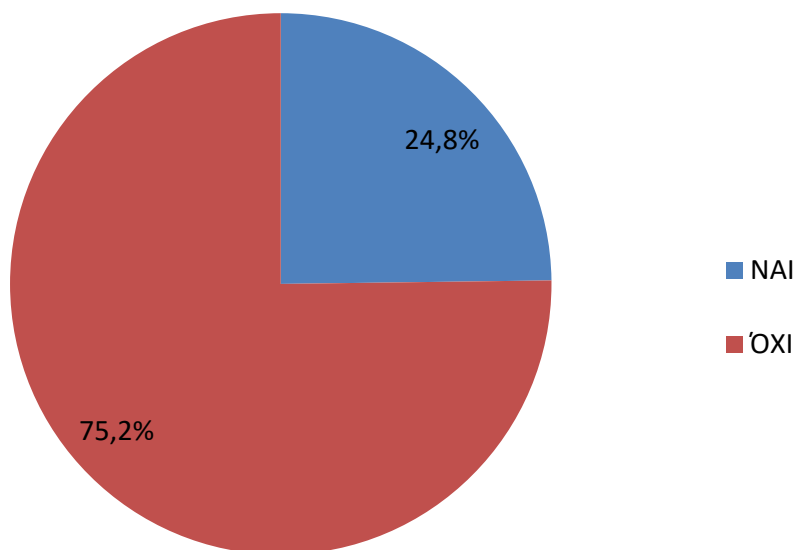
Το καλοκαίρι του 2007 οι συμμετέχοντες της Ομάδας 1 στην έρευνά μας κατά 25,6% δηλώνουν πως απασχολούνταν στον χειρουργικό τομέα, κατά 24% στον διοικητικό και κατά 22,5% στον παθολογικό τομέα.

Γράφημα 2: Αποτύπωση Χώρου Απασχόλησης Προσωπικού το 2007 κατά την ανακήρυξη της Λακωνίας σε έκτακτη ανάγκη λόγω των πυρκαγιών.



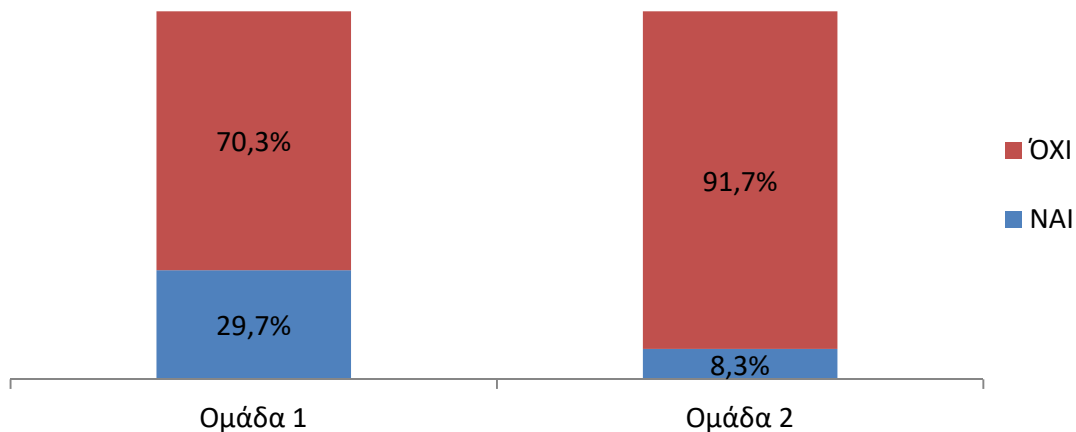
Η πλειοψηφία της Ομάδας 1 (75,2%) δηλώνει ότι το 2007 με την ενεργοποίηση του «Περσέας» δεν κατείχε θέση ευθύνης

Γράφημα 3: Αποτύπωση Θέσης Ευθύνης κατά την ενεργοποίηση του «Περσέας» το 2007



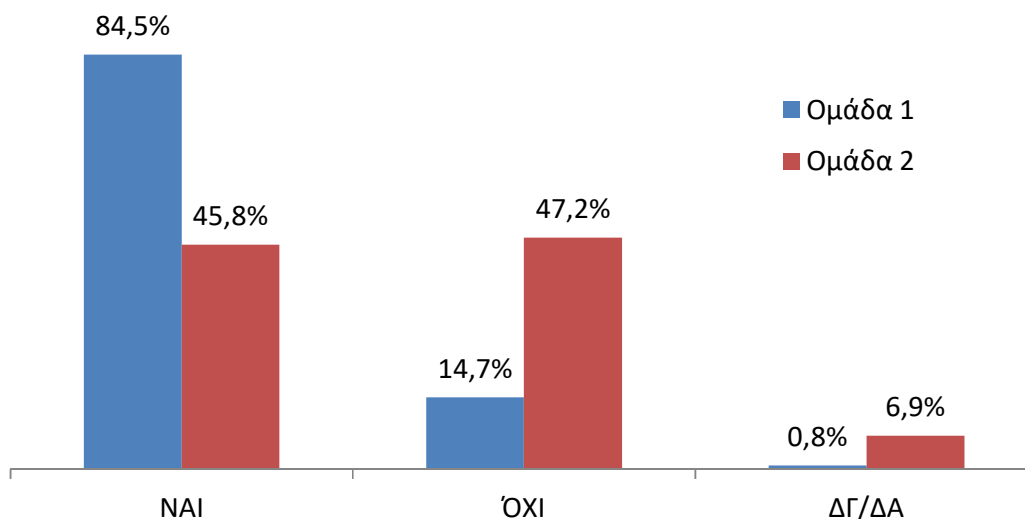
Κατά τη διάρκεια της έρευνας δε, από τα 118 άτομα της Ομάδας 1 που συνεχίζουν να εργάζονται στο Γ.Ν.Λ. – Ν.Μ.Σ., 29,7% δηλώνουν πως κατέχουν θέση ευθύνης, ενώ μόνο 8,3% της Ομάδα 2 καταλαμβάνει θέσεις ευθύνης.

Γράφημα 4: Αποτύπωση Θέσης Ευθύνης κατά τη διάρκεια της έρευνας



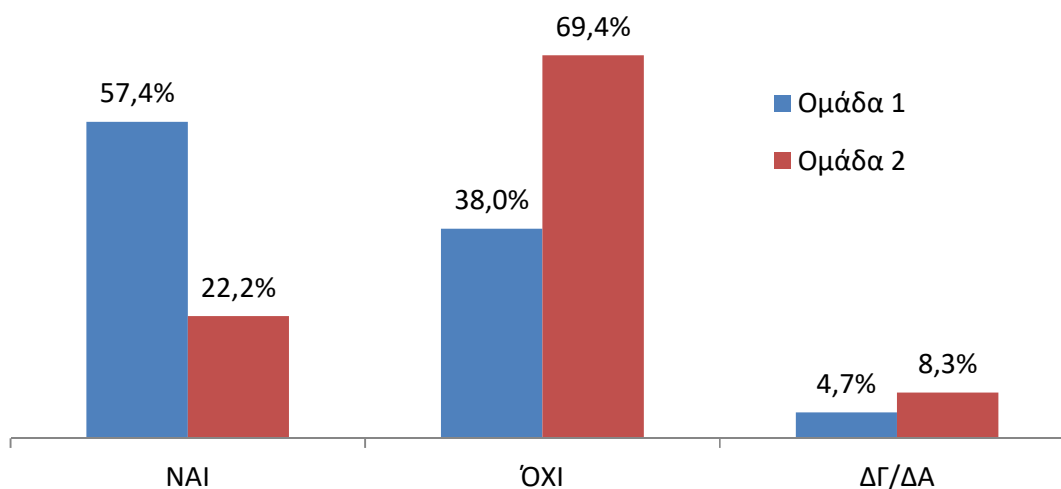
Η Ομάδα 1 στην πλειοψηφία της (84,5%) γνωρίζει για την ύπαρξη του σχεδίου «Περσέας» σε αντίθεση με την Ομάδα 2 που κατά 47,2% δεν γνωρίζει ότι υπάρχει.

Γράφημα 5: Αποτύπωση γνώσης περί ύπαρξης σχεδίου «Περσέας»



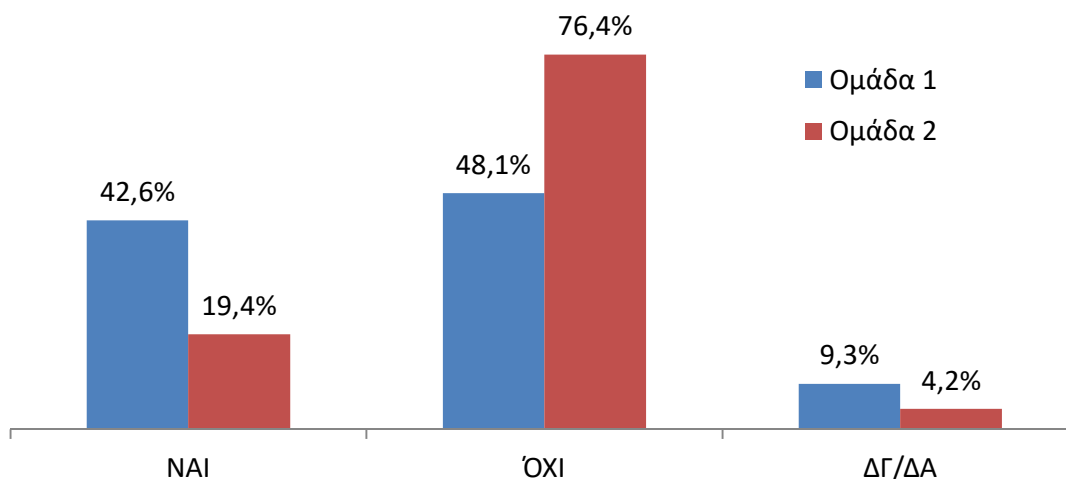
Η Ομάδα 1, έχοντας και την εμπειρία του 2007, δηλώνει κατά 57,4% πως γνωρίζει για το περιεχόμενο του σχεδίου «Περσέας» σε αντίθεση με την Ομάδα 2 που η πλειοψηφία (69,4%) δηλώνει πως δεν έχει γνώση σχετικά με το περιεχόμενο του εν λόγω σχεδίου.

Γράφημα 6: Αποτύπωση γνώσης περί του περιεχομένου του σχεδίου «Περσέας»



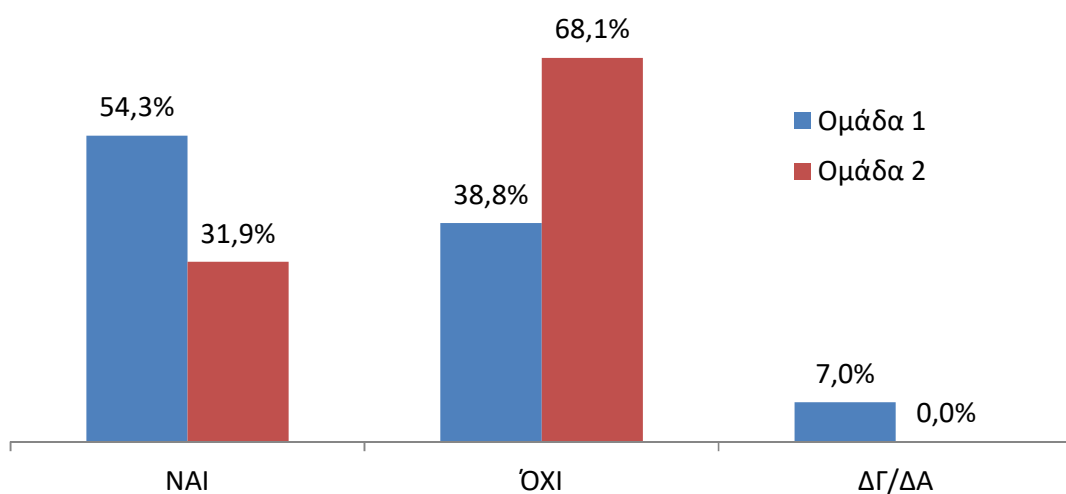
Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων (Ομάδα 1=48,1% και Ομάδα 2=76,4%) δηλώνει πως δε γνωρίζει την αλυσίδα επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Γράφημα 7: Αποτύπωση γνώσης περί αλυσίδας επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.



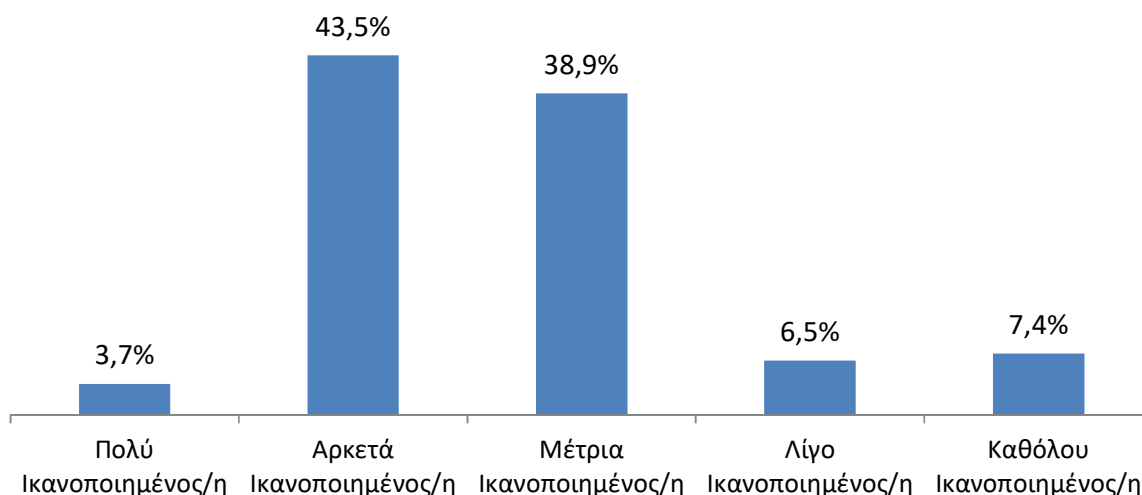
Σε ότι αφορά δε το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης η πλειοψηφία της Ομάδας 1 (54,3%) δηλώνει πως το γνωρίζει, σε αντίθεση με την πλειοψηφία της Ομάδας 2 (68,1%) που δηλώνει ακριβώς το αντίθετο.

Γράφημα 8: Αποτύπωση γνώσης σημείου συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.



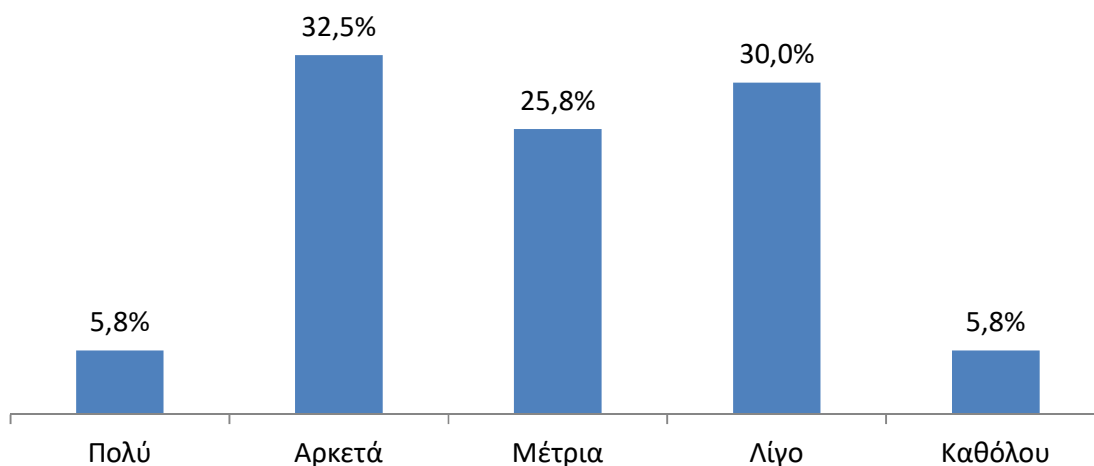
Από τους αποκρινόμενους της Ομάδας 1 στη συγκεκριμένη ερώτηση η πλειοψηφία (43,5%) δηλώνει αρκετά ικανοποιημένη από το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης της εν λόγω κρίσης, ενώ 38,9% δηλώνει μέτρια ικανοποίηση.

Γράφημα 9: Αποτύπωση ικανοποίησης από το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης της κρίσης το 2007



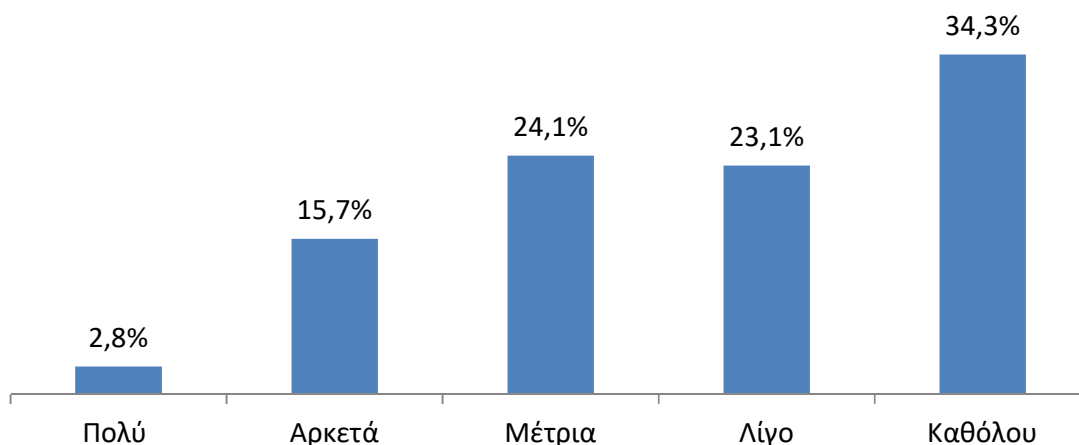
Η συντριπτική πλειοψηφία της Ομάδας 1 θεωρεί ότι οι καλοκαιρινές άδειες επηρέασαν στη διεξαγωγή του σχεδίου «Περσέας»

Γράφημα 10: Αποτύπωση άποψης περί της επιρροής των καλοκαιρινών αδειών στη διεξαγωγή του σχεδίου «Περσέας».



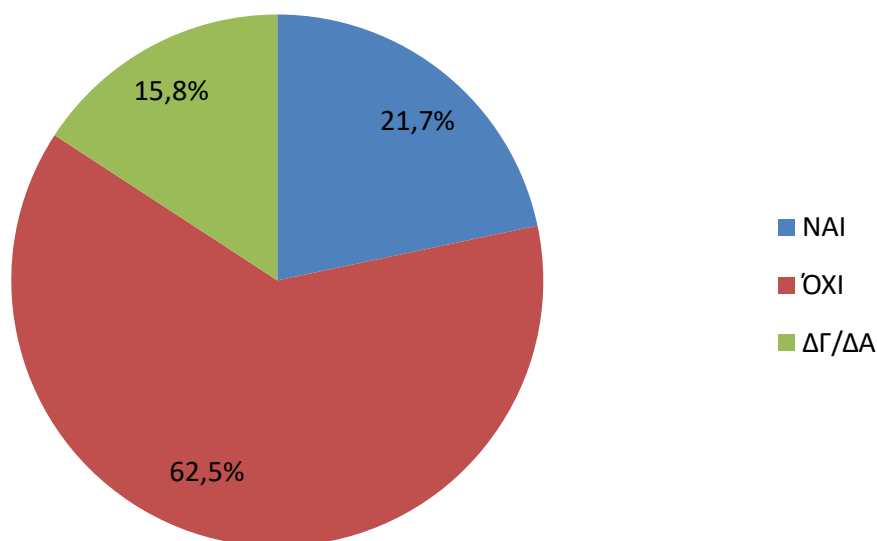
Από τους αποκρινόμενους της Ομάδας 1 34,3% δηλώνει ότι δεν επηρεάστηκε καθόλου η ψυχολογία τους, 24,1% δηλώνει μέτρια επίδραση και 23,1% επηρεάστηκαν λίγο ψυχολογικά από τη συμμετοχή τους στην ενεργοποίηση του σχεδίου «Περσέας».

Γράφημα 11: Αποτύπωση της επίδρασης της ψυχολογίας των συμμετεχόντων κατά την ενεργοποίηση του σχεδίου «Περσέας».



Αναφορικά με το αν η εκπαίδευση των ερωτώμενων της Ομάδας 1 σε θέματα διαχείρισης κρίσεων ήταν ή όχι επαρκής το 2007, η πλειοψηφία των αποκρινόμενων (62,5%) δηλώνει πως δεν ήταν επαρκής.

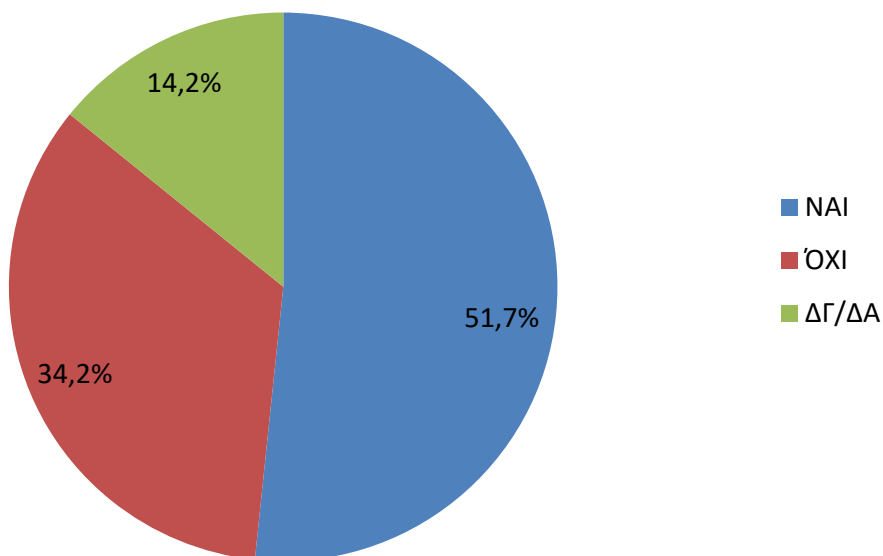
Γράφημα 12: Αποτύπωση επαρκούς εκπαίδευσης σε θέματα διαχείρισης κρίσεων το 2007.



Στο σημείο αυτό υπήρχε και η δυνατότητα να συμπληρώσουν οι ερωτώμενοι και περαιτέρω σχόλια σχετικά. Αξίζει, επομένως, να αναφερθεί ότι μεταξύ αυτών που δήλωσαν επαρκώς εκπαιδευμένοι υπήρξε ένα άτομο που κατέγραψε τη συμμετοχή του με θέσεις ευθύνης σε θεσμικά όργανα με ενεργό ρόλο στην εφαρμογή του σχεδίου Περσέας καθώς και ένα άτομο που ενώ έκρινε πως ήταν επαρκώς εκπαιδευμένο σε θέματα διαχείρισης κρίσεων δεν είχε την επαρκή εκπαίδευση στον τομέα που τελικά ανέλαβε κατά την ενεργοποίηση του «Περσέας».

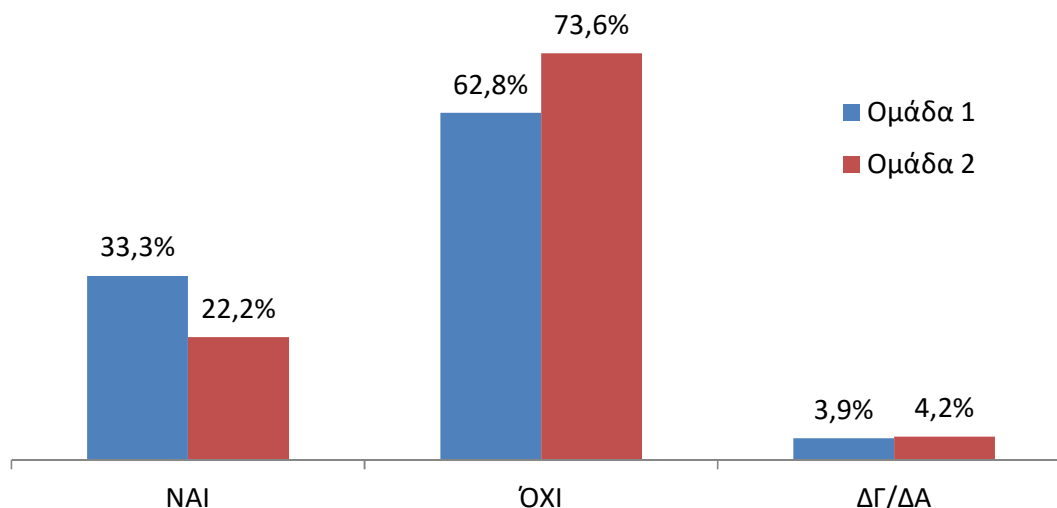
Σε ότι αφορά τη διάθεση για περαιτέρω εκπαίδευση μετά την ενεργοποίηση του «Περσέας» το 2007 απάντησαν 120 άτομα της Ομάδας 1 και η πλειοψηφία (51,7%) αυτών δηλώνει πως πυροδοτήθηκε η διάθεσή τους για περαιτέρω εκπαίδευση.

Γράφημα 13: Αποτύπωση διάθεσης για περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα διαχείρισης κρίσεων μετά το σχέδιο «Περσέας»



Αναφορικά με την παρακολούθηση σχετικών προγραμμάτων εκπαίδευσης η Ομάδα 1 κατά 62,8%, αλλά και η Ομάδα 2 κατά 73,6% δηλώνουν πως δεν έχουν παρακολουθήσει προγράμματα εκπαίδευσης σχετικά με το υπό έρευνα αντικείμενο.

Γράφημα 14: Αποτύπωση παρακολούθησης προγραμμάτων εκπαίδευσης αναφορικά με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και διαχείριση κρίσεων.



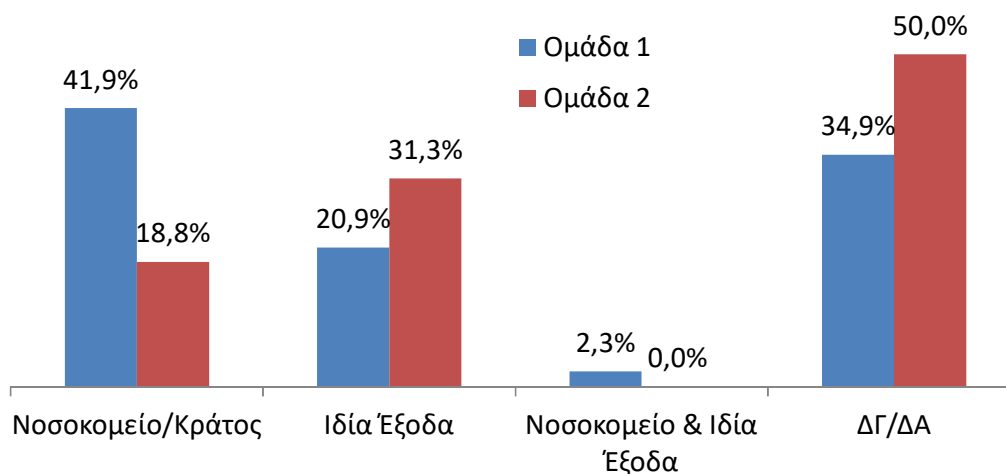
Και σε αυτήν την ερώτηση υπήρχε αντίστοιχος χώρος για να αναφέρουν, όσοι απάντησαν θετικά, το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης που παρακολούθησαν. Από τα 59 άτομα συνολικά που απάντησαν θετικά μόλις τα 25 δήλωσαν κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα και αυτά παρουσιάζονται στη συνέχεια

Είδος Προγράμματος	Άτομα	Ποσοστό
Msc Διαχείρισης Κρίσεων	5	20%
Ασκήσεις ετοιμότητας σε Νοσοκομείο	7	28%
Πρόγραμμα αντιμετώπισης πυρκαγιάς	3	12%
Σεμινάρια και συμμετοχή σε δράσεις Πολιτικής Προστασίας	3	12%
Σεμινάρια/συνέδρια διαχείρισης κρίσεων & μέλη εθελοντικών σχετικών οργανώσεων	3	12%
Προγράμματα δημόσιας διοίκησης και αυτοδιοίκησης	3	12%
Πρόγραμμα ισολογισμού & διοίκησης	1	4%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100

Από το ακόλουθο γράφημα φαίνεται πως η πλειοψηφία των 43 ατόμων της ομάδας 1 (41,9%) που έχουν παρακολουθήσει σχετικά προγράμματα, δηλώνει πως τα έξοδα για τα σχετικά προγράμματα εκπαίδευσης που παρακολούθησαν καλύφθηκαν από δημόσια έξοδα

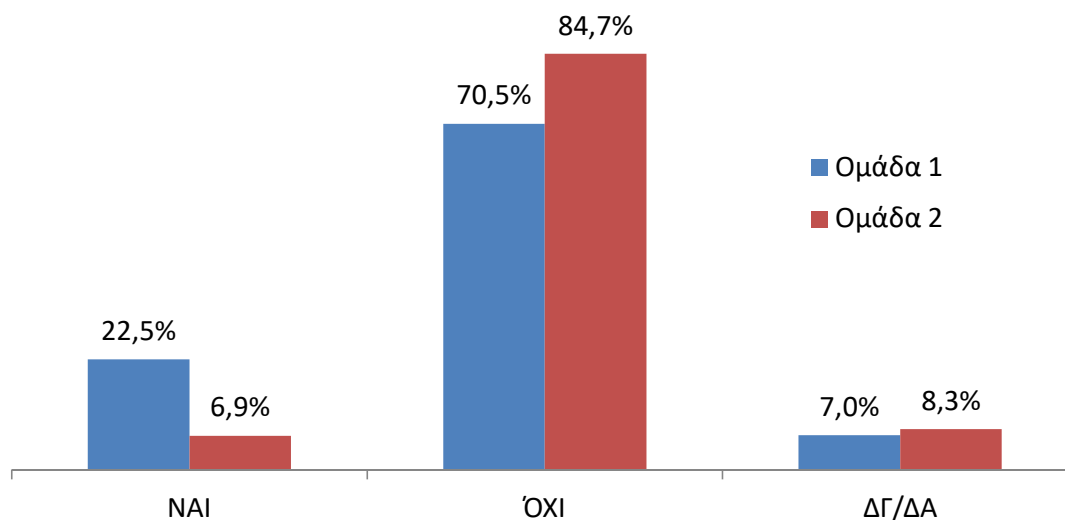
(Νοσοκομείο ή Κράτος) ενώ 31,3% των 16 ατόμων της Ομάδας 2 δηλώνει πως η κάλυψη των σχετικών προγραμμάτων εκπαίδευσης έγινε με ίδια έξοδα.

Γράφημα 15: Αποτύπωση κάλυψης εξόδων για τα προγράμματα εκπαίδευσης στα οποία συμμετείχαν οι ερωτώμενοι.



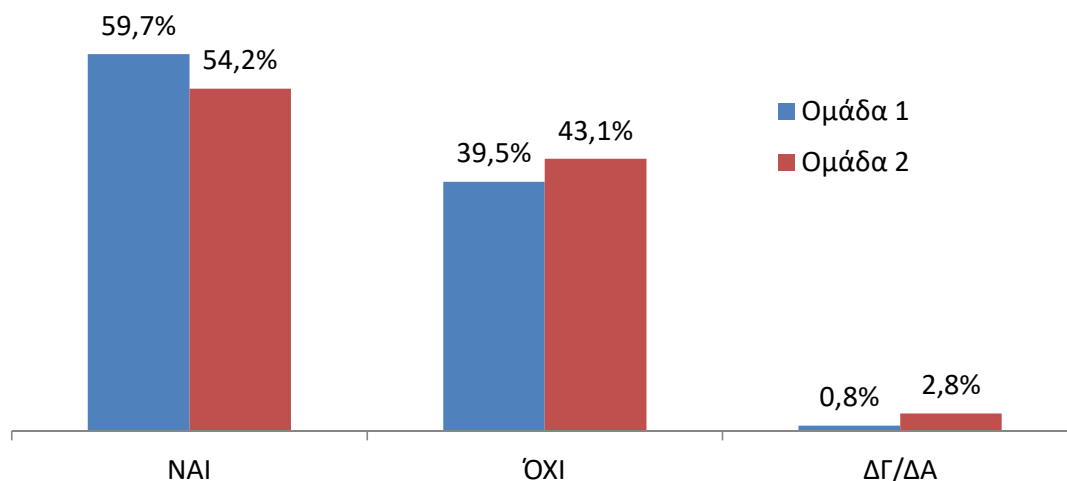
Σε ότι αφορά την επάρκεια των γνώσεων των συμμετεχόντων σήμερα, πάντα γύρω από θέματα διαχείρισης κρίσεων, η πλειοψηφία και των δύο ομάδων (Ομάδα 1=70,5% και Ομάδα=84,7%) εκτιμά πως δεν είναι επαρκείς οι γνώσεις τους.

Γράφημα 16: Αποτύπωση εκτίμησης αναφορικά με την επάρκεια γνώσεων γύρω από τη διαχείριση κρίσεων σήμερα.



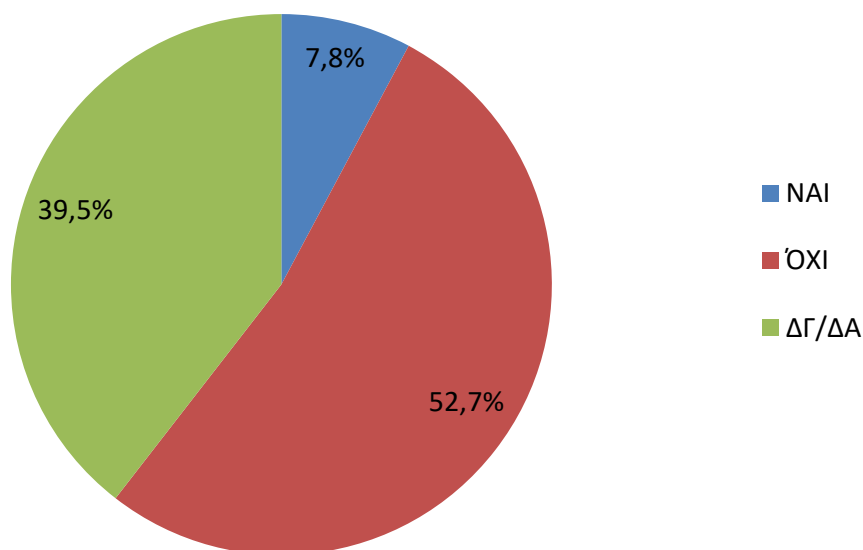
Οι δύο ομάδες των συμμετεχόντων στην έρευνα κατά 59,7% και 54,2% αντίστοιχα, δηλώνουν πως έχουν εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών.

Γράφημα 17: Αποτύπωση εκπαίδευσης πάνω στις Πρώτες Βοήθειες.



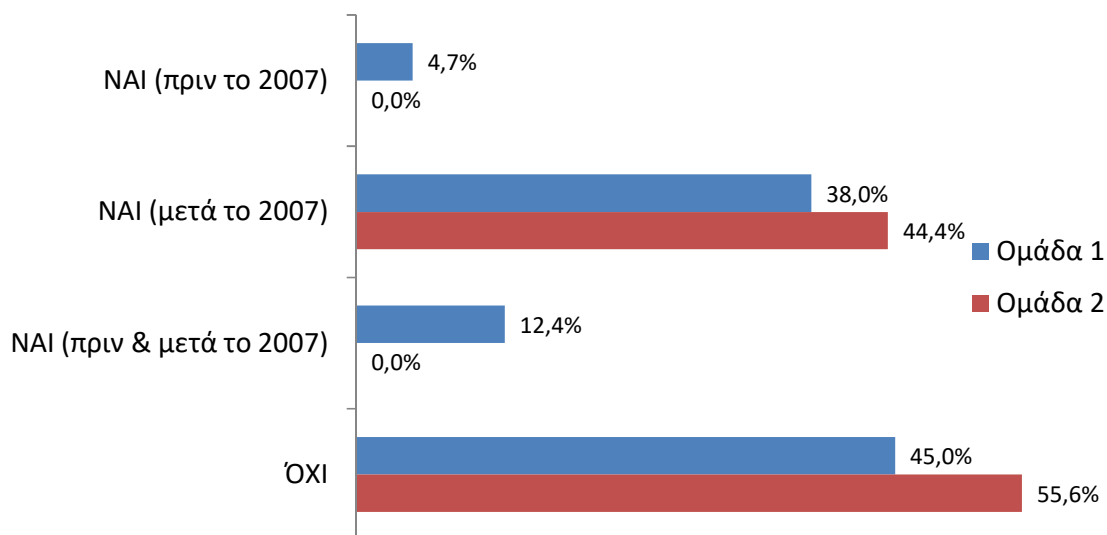
Η Ομάδα 1 που βίωσε την εμπειρία της κρίσης το 2007 δήλωσε κατά 52,7% πως μετά το πέρας της κρίσης δεν έγινε κάποια αξιολόγηση ή ανατροφοδότηση. Μόλις 7,8% δήλωσε το αντίθετο, ενώ 39,5% δε θέλησε να δώσει σαφή απάντηση ή δε γνώριζε σχετικά.

Γράφημα 18: Αποτύπωση ενδεχόμενης αξιολόγησης και ανατροφοδότησης μετά το πέρας της κρίσης το 2007 αναφορικά με την εφαρμογή του «Περσέας».



Η πλειοψηφία της Ομάδας 1 (45%) και της Ομάδας 2 (55,6%) δεν συμμετείχε ποτέ σε άσκηση ετοιμότητας. Μετά το 2007 συμμετείχε 50,4% της ομάδας 1 και 44,4% της ομάδας 2.

Γράφημα 19: Αποτύπωση συμμετοχής σε ασκήσεις ετοιμότητας που πραγματοποιήθηκαν στο Νοσοκομείο.

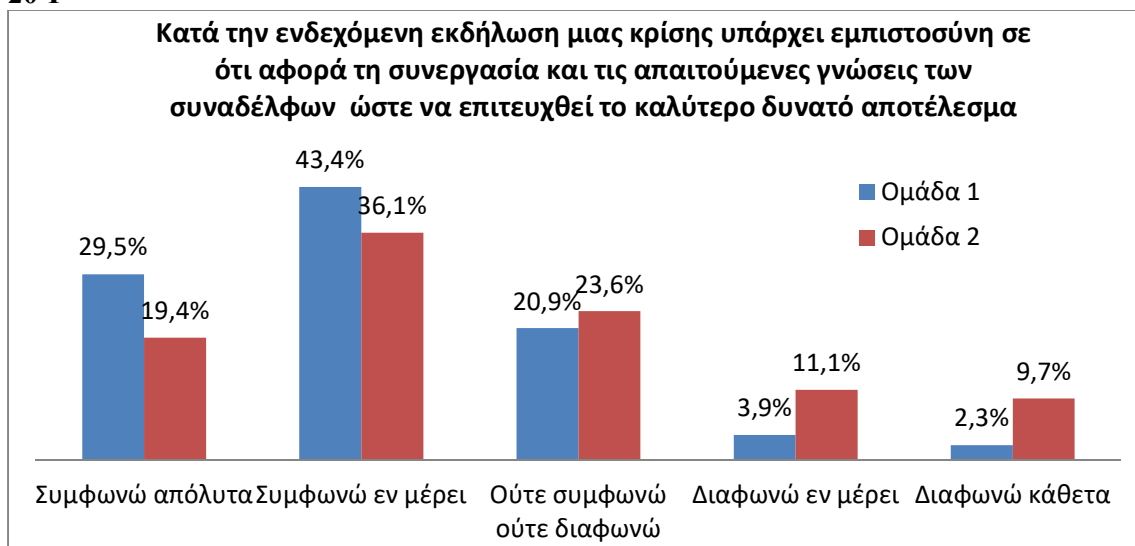


Στη συνέχεια ακολουθούν τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν μέσα από τις ερωτήσεις κλίμακας Likert αποτυπώνοντας έτσι τον βαθμό με τον οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν οι συμμετέχοντες αναφορικά με κάποιες συγκριμένες προτάσεις.

Γραφήματα 20: Αποτύπωση βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας ανάλογα με την εκάστοτε διατυπωμένη άποψη γύρω από θέματα που άπτονται της διαχείρισης κρίσεων.

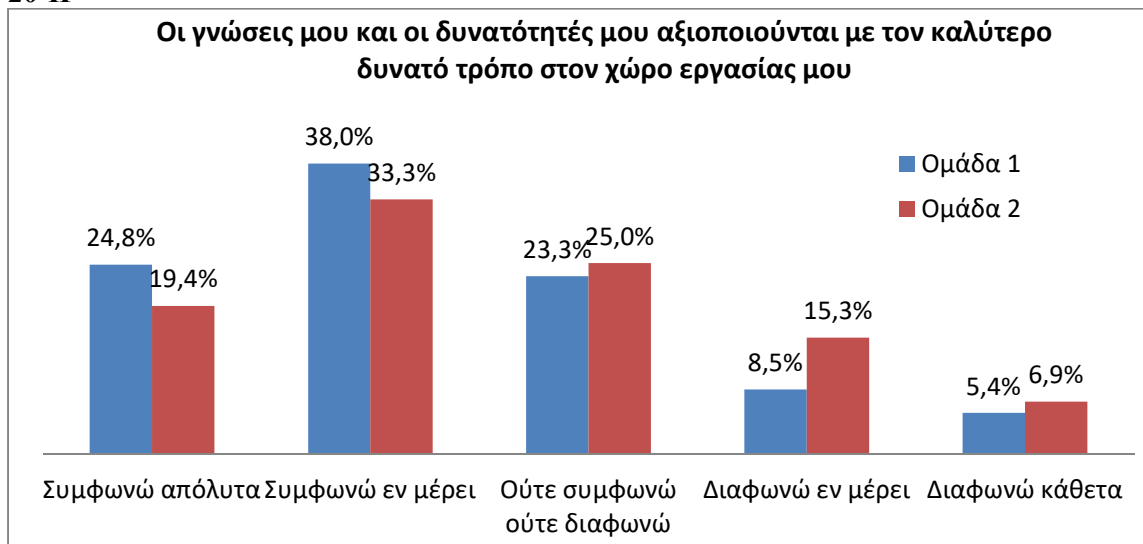
Όπως παρουσιάζεται στο ακόλουθο γράφημα η Ομάδα 1 συμφωνεί συνολικά (72,9%) με την άποψη ότι υπάρχει εμπιστοσύνη σε ότι αφορά τη συνεργασία και τις γνώσεις των συναδέλφων σε ενδεχόμενη εκδήλωση μιας κρίσης. Η Ομάδα 2 συμφωνεί επίσης με συνολικό ποσοστό 55,5%.

20-I



Αντίστοιχα η Ομάδα 1 συμφωνεί συνολικά (62,8%) με την άποψη ότι οι γνώσεις και οι δυνατότητές τους αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στον χώρο που εργάζονται. Η Ομάδα 2 συμφωνεί με ποσοστό της τάξεως του 52,7%.

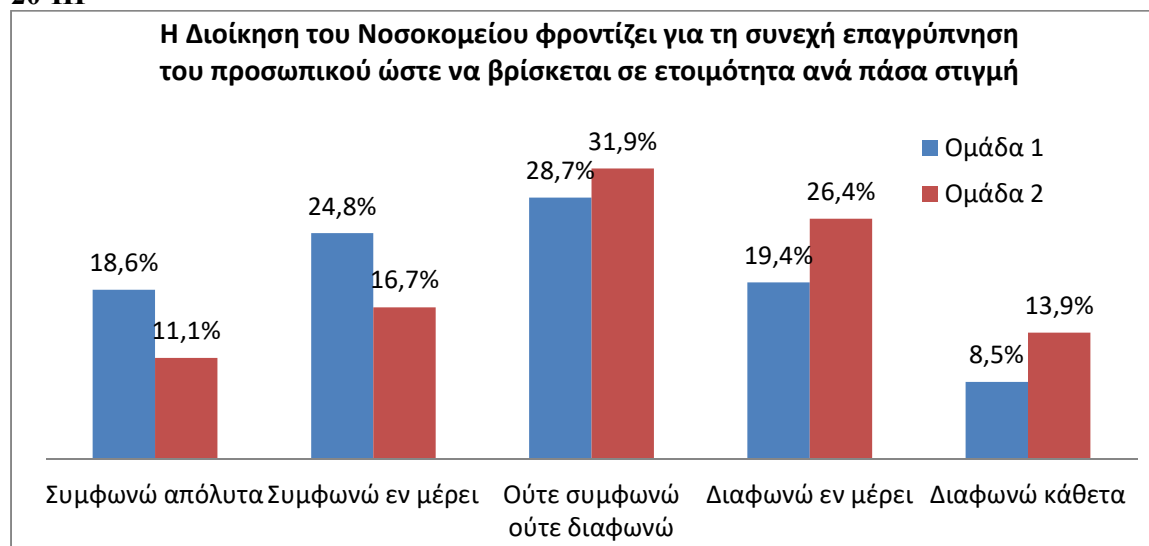
20-II



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων, με ποσοστά 28,7% και 31,9% αντίστοιχα, δε θέλησε να δηλώσει ξεκάθαρη θέση αναφορικά με το ότι η Διοίκηση του νοσοκομείου φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού, ώστε να βρίσκεται ανά

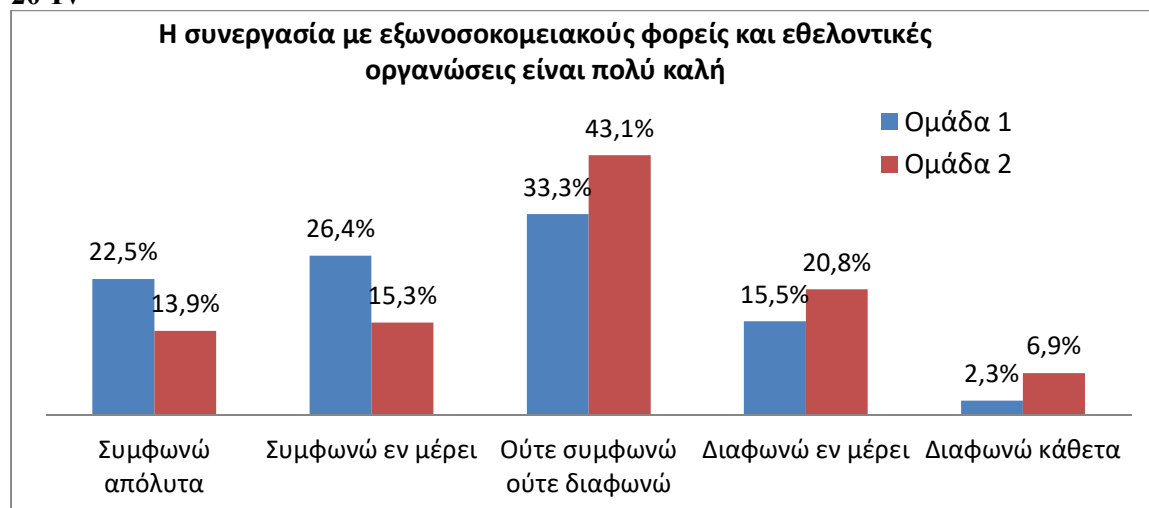
πάσα στιγμή σε ετοιμότητα. Συνολικά, όμως, η Ομάδα 1 τάσσεται υπέρ αυτής της άποψης με ποσοστό 43,4%, ενώ η Ομάδα 2 τάσσεται κατά με συνολικό ποσοστό 40,3%.

20-III



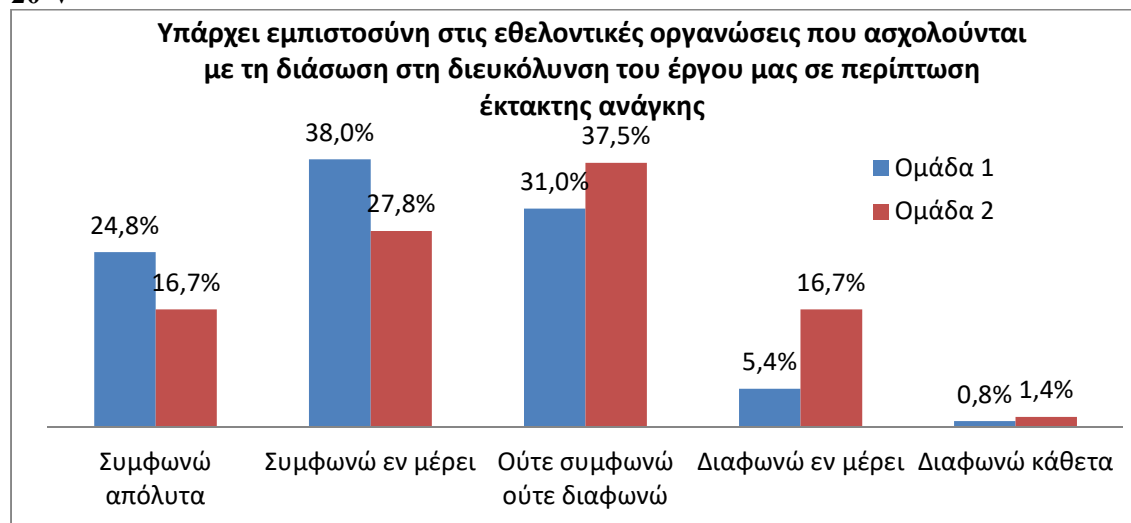
Οι δύο ομάδες, αν και στην πλειοψηφία τους (Ομάδα 1=33,3% και Ομάδα 2=43,1%) δεν εξέφρασαν συγκεκριμένη θέση αναφορικά με το ότι η συνεργασία με εξωνοσοκομειακούς φορείς και εθελοντικές οργανώσεις είναι πολύ καλή, φαίνεται συνολικά να τάσσονται υπέρ της εν λόγω άποψης με ποσοστά 48,9% και 29,2% αντίστοιχα.

20-IV



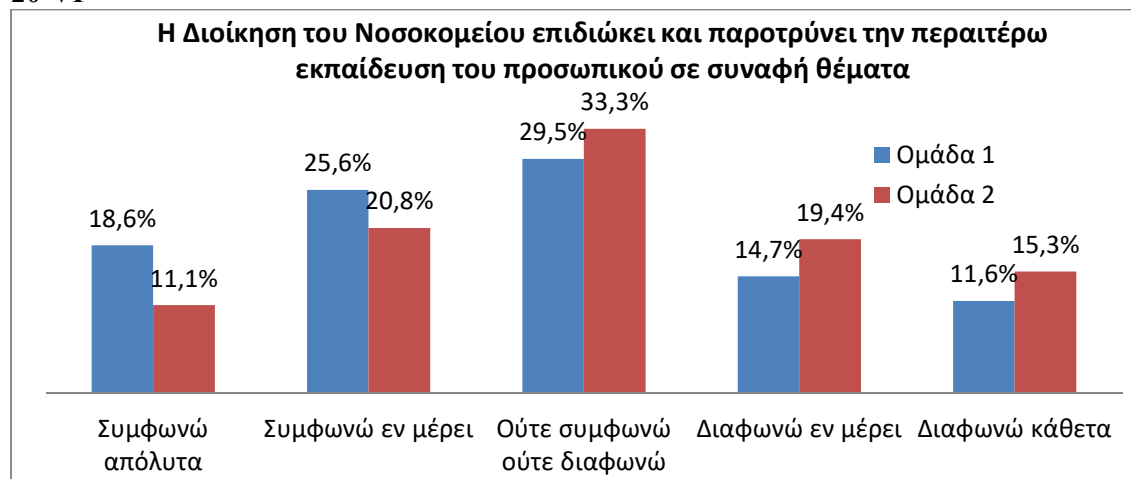
Στο σύνολό τους και οι δύο ομάδες τάσσονται υπέρ της άποψης ότι υπάρχει εμπιστοσύνη στις εθελοντικές διασωστικές οργανώσεις σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ώστε να διευκολύνεται το έργο τους με ποσοστά της τάξεως του 62,8% για την ομάδα 1 και 44,5% για την ομάδα 2.

20-V



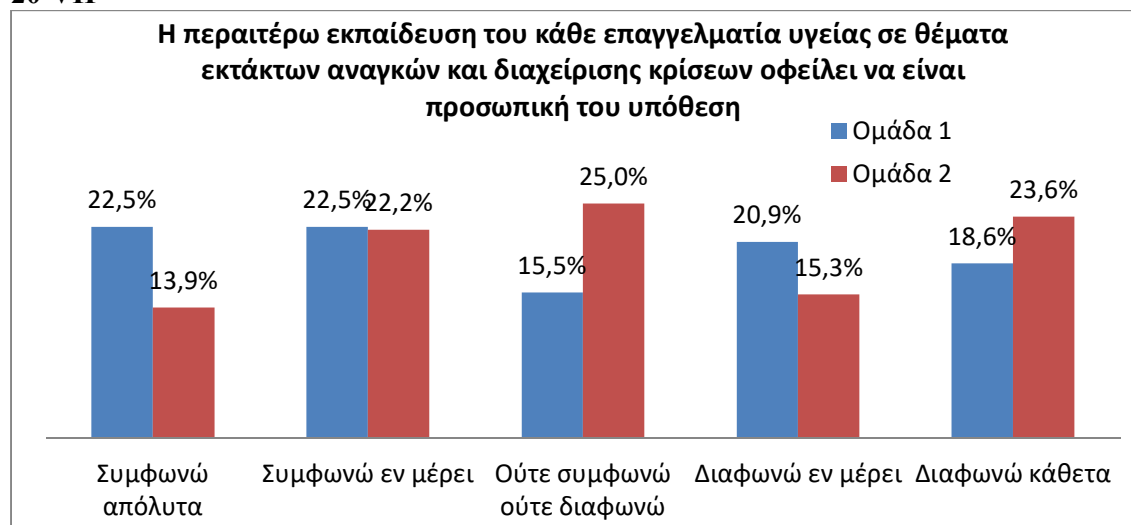
Και οι δύο ομάδες με ποσοστά 29,5% και 33,3% αντίστοιχα φαίνεται να δηλώνουν ουδέτερη στάση απέναντι στην άποψη ότι η Διοίκηση του νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα. Συνολικά, όμως, η Ομάδα 1 φαίνεται να τάσσεται υπέρ αυτής της άποψης με ποσοστό 44,2% ενώ η Ομάδα 2 φαίνεται να τάσσεται κατά της εν λόγω άποψης με συνολικό ποσοστό 34,7%.

20-VI



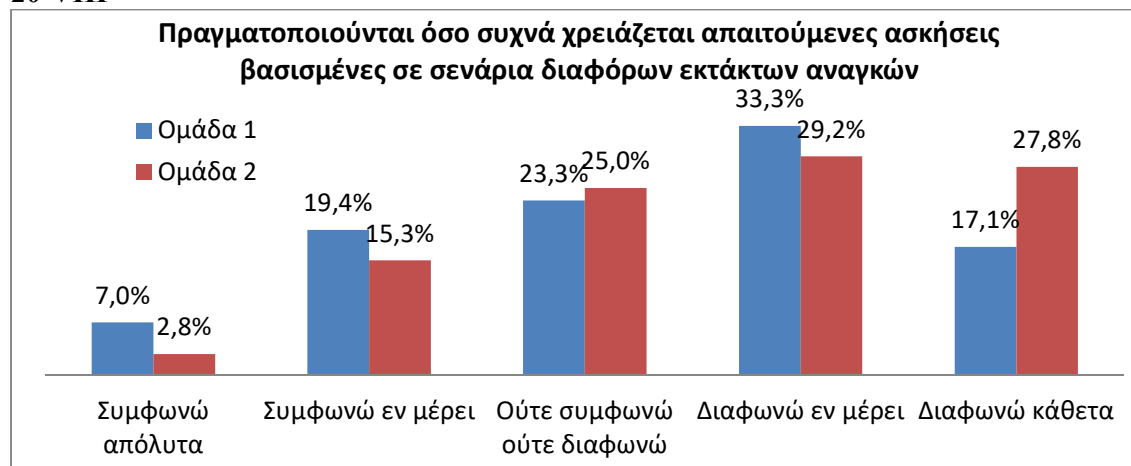
Η Ομάδα 1 συνολικά με ποσοστό 45% φαίνεται να τάσσεται υπέρ της άποψης ότι οφείλει να είναι προσωπική ευθύνη του κάθε επαγγελματία υγείας η περαιτέρω εκπαίδευσή του σε θέματα εκτάκτων αναγκών και διαχείρισης κρίσεων. Η Ομάδα 2 αν και πλειοψηφικά (25%) δήλωσε πως ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, φαίνεται στο σύνολο να τάσσεται ενάντια στην άποψη αυτή με συνολικό ποσοστό 38,9%.

20-VII



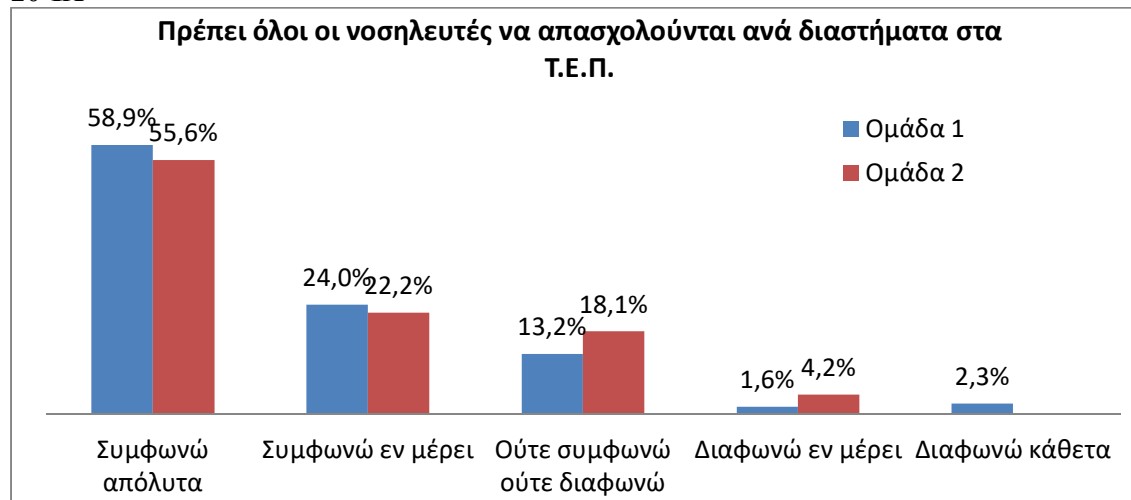
Και οι δύο ομάδες διαφωνούν στο σύνολό τους με την άποψη ότι πραγματοποιούνται όσο συχνά χρειάζεται ασκήσεις ετοιμότητας με ποσοστά της τάξεως του 50,4% για την ομάδα 1 και 57% για την ομάδα 2.

20-VIII



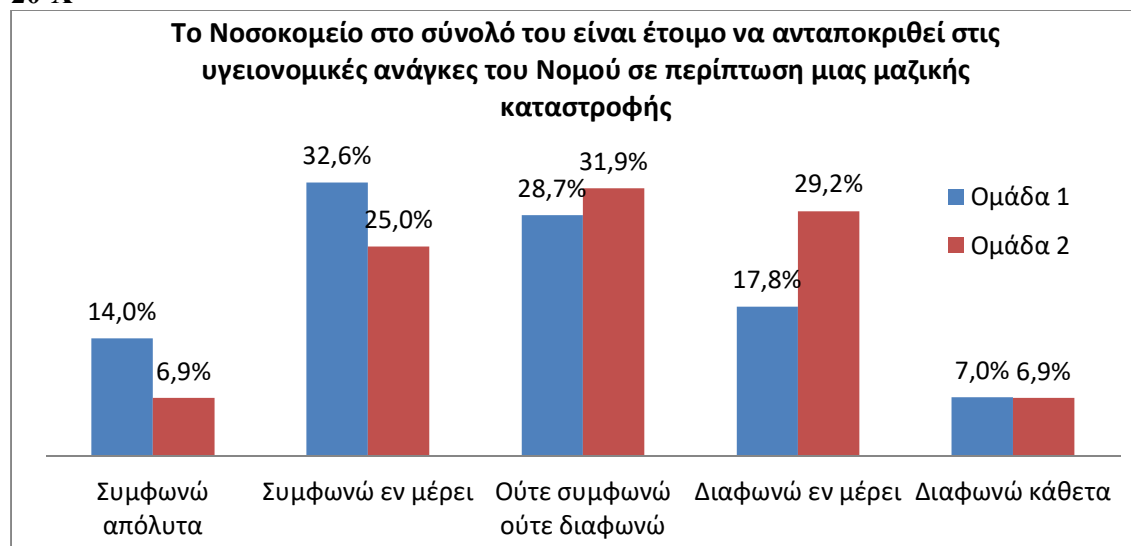
Και οι δύο ομάδες συμφωνούν απόλυτα, κατά 58,9% και 55,6% αντίστοιχα, πως πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να απασχολούνται ανά διαστήματα στα επείγοντα.

20-IX



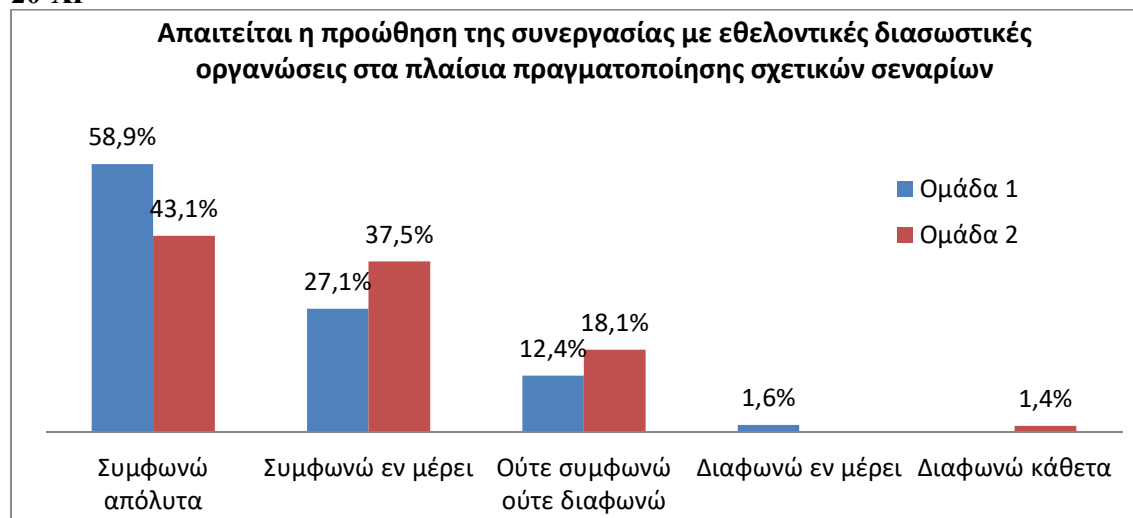
Η Ομάδα 1 με ποσοστό 46,6% φαίνεται συνολικά να τάσσεται υπέρ της άποψης ότι το Νοσοκομείο στο σύνολό του είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του νομού σε περίπτωση μαζικής καταστροφής. Η Ομάδα 2 αντίθετα φαίνεται να τάσσεται ενάντια στην άποψη αυτή με συνολικό ποσοστό 36,1%.

20-X



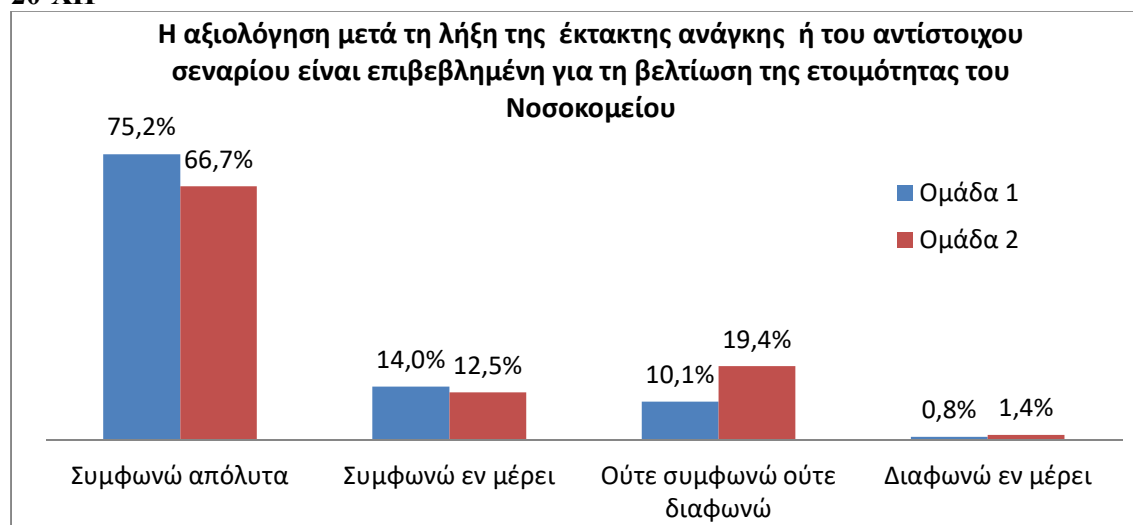
Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων (Ομάδα 1=58,9% και Ομάδα 2=43,1%) συμφωνεί απόλυτα με το ότι απαιτείται η προώθηση της συνεργασίας με εθελοντικές διασωστικές οργανώσεις στα πλαίσια πραγματοποίησης σεναρίων έκτακτης ανάγκης.

20-XI



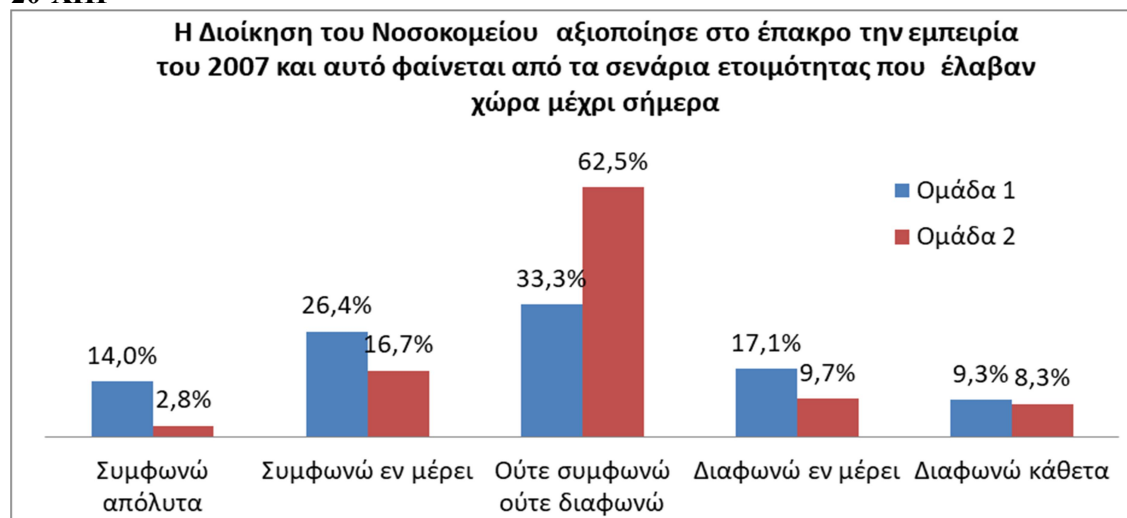
Το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο ομάδων των συμμετεχόντων στην έρευνά μας (75,2% και 66,7% αντίστοιχα) συμφωνεί απόλυτα με το ότι η αξιολόγηση μετά τη λήξη έκτακτης ανάγκης ή σχετικού σεναρίου είναι επιβεβλημένη για τη βελτίωση της υγειονομικής ετοιμότητας του νοσοκομείου.

20-XII



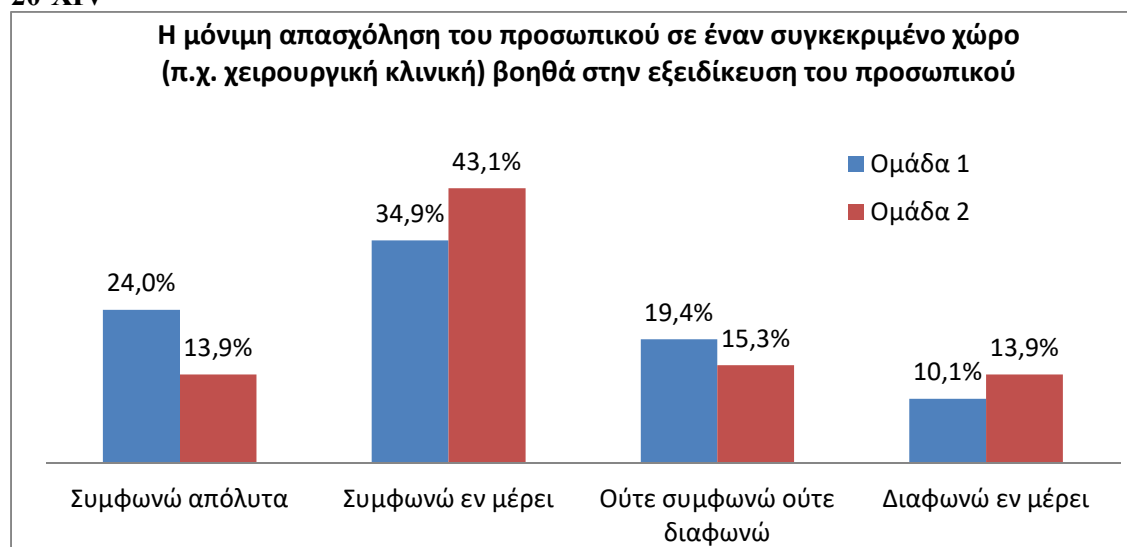
Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων, 33,3% για την ομάδα 1 και 62,5% για την ομάδα 2, ούτε διαφώνησε ούτε συμφώνησε με την άποψη ότι η Διοίκηση αξιοποίησε στο έπακρο την εμπειρία του 2007. Η ομάδα 1, όμως, συνολικά φαίνεται να τάσσεται υπέρ της άποψης αυτής.

20-XIII



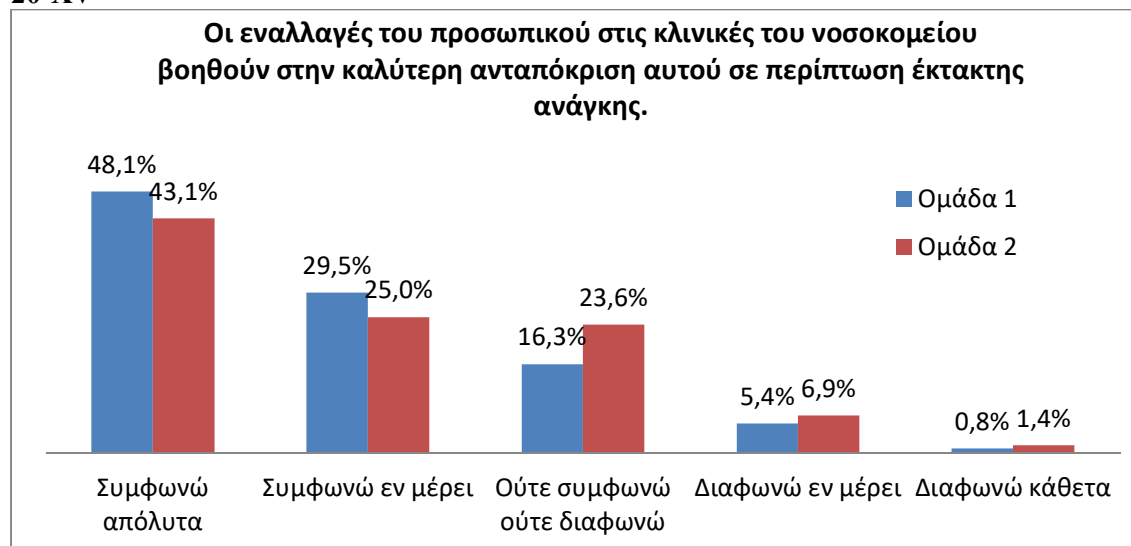
Η Ομάδα 1, αλλά και η Ομάδα 2, στο σύνολό τους συμφωνούν με το ότι η μόνιμη απασχόληση του προσωπικού σε έναν συγκεκριμένο χώρο του νοσοκομείου βοηθά στην εξειδίκευσή του με ποσοστά 58,9% και 57% αντίστοιχα.

20-XIV



Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων των συμμετεχόντων στην έρευνα (Ομάδα 1=48,1% και Ομάδα 2=43,1%), συμφωνεί απόλυτα με την άποψη ότι οι εναλλαγές προσωπικού στις κλινικές του νοσοκομείου βοηθούν στην καλύτερη ανταπόκριση αυτού σε ενδεχόμενη εκδήλωση έκτακτης ανάγκης

20-XV



Φτάνοντας στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου όπου υπήρχε ελεύθερος χώρος προκειμένου να προσθέσουν οι συμμετέχοντες τυχόν σχόλια ή παρατηρήσεις ανταποκρίθηκαν μόνο 10 άτομα (5% του πληθυσμού έρευνας) παραθέτοντας κάποια σχόλια που παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Αρχικά η πλειοψηφία αυτών δήλωσε ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση αναφορικά με τα σχέδια ετοιμότητας που υπάρχουν στο νοσοκομείο, όπως είναι και το Σχέδιο «Περσέας». Ένας εξ' αυτών μάλιστα κάνει αναφορά πως έχει ακούσει για το εν λόγω σχέδιο μόνο μέσα από την τηλεόραση το 2007. Ένα ακόμα άτομο δήλωσε πως δεν είχε προηγηθεί της ενεργοποίησης του σχεδίου «Περσέας» το 2007 καμία σχετική ενημέρωση ή εκπαίδευση και κάποιο άλλο συμπληρώνει πως μέχρι σήμερα δεν έχει λάβει καμία εκπαίδευση από το Νοσοκομείο σε θέματα διαχείρισης κρίσεων και εκτάκτων αναγκών.

Σημαντική επίσης παρατήρηση, στην οποία έγιναν κι άλλες αναφορές, ήταν το ότι θα πρέπει να γίνονται συχνά ασκήσεις ετοιμότητας, μετά από σωστή ενημέρωση και συμμετοχή όλων.

Επίσης, αν αυτές γίνονται χωρίς προειδοποίηση θα καταδείξουν και τα προβλήματα συντονισμού και διαχείρισης.

Υπήρξε, επιπλέον, ένα σχόλιο το οποίο αναφερόταν σε προβλήματα που υπήρχαν το 2007 με την ενεργοποίηση του «Περσέας» στο κομμάτι της επικοινωνίας και της έγκαιρης ενημέρωσης του προσωπικού. Μια διαδικασία που χρήζει επανέλεγχου και βελτίωσης. Ένα ακόμα σχόλιο αναφορικά με το σχεδιασμό του «Περσέας» είναι κι αυτό που δηλώνει πως θα πρέπει να απασχολείται ένα άτομο ώστε να υπάρχει κοινή ονοματοδοσία σε όλη την έκτασή του.

Υπήρχε, επίσης, και η δήλωση ότι άργησε η εφαρμογή του σχεδίου «Περσέας» το 2007. Τέλος υπήρξε και η άποψη πως για να καταφέρει να αντιμετωπίσει το Νοσοκομείο επαρκώς μια ενδεχόμενη μαζική καταστροφή θα πρέπει πρώτα να αποκτήσει Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Εγκαυμάτων.

8.2 Συσχετίσεις και διασταυρώσεις μεταβλητών

Λόγω της διαπίστωσης διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων έγινε προσπάθεια αναζήτησης της στατιστικής σημαντικότητας αυτής της διαφοράς. Ως εκ τούτου, σε μονοπαραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής που δηλώνει σε ποια ομάδα εκ των δυο ανήκουν οι συμμετέχοντες και των γνώσεων και απόψεών τους σε κάποια σχετικά θέματα.

Αρχικά προκύπτει πως οι εργαζόμενοι από το 2007 γνωρίζουν για την ύπαρξη του σχεδίου «Περσέας» σχεδόν 6 φορές περισσότερο από όσους έπιασαν δουλειά μετά την κρίση του 2007 (O.R.:5,911, 95% CI:2,985 έως 11,705, $p<0,001$) και σχεδόν 5 φορές περισσότερο γνωρίζουν το περιεχόμενο του σχεδίου (O.R.:4,719, 95% CI:2,418 έως 9,211, $p<0,001$). Επίσης σε αυτούς που βίωσαν την κρίση υπάρχει πάνω από τριπλάσια πιθανότητα να γνωρίζουν την αλυσίδα επικοινωνίας (O.R.:3,485, 95% CI:1,748 έως 6,948, $p<0,001$) σε σχέση με αυτούς που προσλήφθηκαν μετά το 2007 και σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα να ξέρουν και το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (O.R.:2,983, 95% CI:1,614 έως 5,512, $p<0,001$).

Αναφορικά με την τάση συμφωνίας ή διαφωνίας μεταξύ των δύο ομάδων προκύπτει πως η ομάδα 1 εμπιστεύεται τους συνεργάτες και τις γνώσεις τους κατά την εκδήλωση μιας κρίσης κατά 4,4 φορές περισσότερο από την ομάδα 2 (O.R.:4,406, 95% CI:1,731 έως 11,217, $p:0,002$) και κρατά 3 φορές περισσότερο ουδέτερη στάση σχετικά με αυτό το θέμα (O.R.:2,978, 95% CI:1,041 έως 8,518, $p:0,042$).

Οι εργαζόμενοι το 2007 έχουν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να συμφωνούν, σε σύγκριση με αυτούς που προσλήφθηκαν μετά το 2007, με το ότι η Διοίκηση φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα (O.R.:2,256, 95% CI:1,112 έως 4,574, $p:0,024$), αλλά και με το αν είναι καλή η συνεργασία με εξωνοσοκομειακούς φορείς και εθελοντικές οργανώσεις (O.R.:2,609, 95% CI:1,200 έως 5,671, $p:0,016$).

Επίσης, η ομάδα 1 εμπιστεύεται 4 φορές παραπάνω τις εθελοντικές οργανώσεις που ασχολούνται με τη διάσωση σε σχέση με την ομάδα 2 (O.R.:4,113, 95% CI:1,557 έως 10,863, $p:0,004$). Οι εργαζόμενοι το 2007 έχουν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να συμφωνούν, σε σύγκριση με αυτούς που προσλήφθηκαν μετά το 2007, στο ότι το νοσοκομείο είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του νομού σε περίπτωση μαζικής καταστροφής (O.R.:2,120, 95% CI:1,046 έως 4,295, $p:0,037$).

Τέλος, υπάρχει στατιστική σημαντικότητα και στη συσχέτιση μεταξύ των εργαζομένων των δύο ομάδων και του κατά πόσο πιστεύουν ότι η Διοίκηση αξιοποίησε στο έπακρο την εμπειρία του 2007 μέσα από σενάρια ετοιμότητας που έχουν γίνει μέχρι σήμερα όπου οι μεταγενέστερα προσληφθέντες φαίνεται να έχουν σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα να κρατήσουν ουδέτερη στάση συγκριτικά με αυτούς που είχαν την εμπειρία του 2007 (O.R.:2,737, 95% CI:1,275 έως 5,874, p:0,010).

Στην συνέχεια και μετά την εξέταση της στατιστικής σημαντικότητας διμεταβλητών αναλύσεων ($p_value < 0,05$) προέκυψαν κάποιες διασταυρώσεις μεταβλητών προκειμένου να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ τους με αποτέλεσμα την εξαγωγή πιο εμπλουτισμένων, στατιστικά σημαντικών συμπερασμάτων. Οι διασταυρώσεις των μεταβλητών έγιναν ανά ομάδα συμμετεχόντων.

Στο σημείο αυτό απλά θα παραθέσουμε κάποιους πίνακες διμεταβλητών αναλύσεων που παρουσίασαν συγκριτικά υψηλότερη συσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντικές και θα αναλυθούν στη συνέχεια της παρούσας μελέτης προκειμένου να εξάγουμε ή να επιβεβαιώσουμε τα απαραίτητα συμπεράσματα. Για την εξέταση της συσχέτισης των ποιοτικών μας μεταβλητών προτιμήθηκε η χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Kendall έναντι του Spearman, δεδομένου ότι οι μεταβλητές μας έχουν μια πολυμορφία, ήτοι δεν είναι όλες διχοτομημένες και δεν ακολουθούν την ίδια διαβάθμιση.

Θα γίνει αναφορά μόνο σε ευρήματα στατιστικής σημαντικότητας με θετική ή αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους. Με τον όρο θετική συσχέτιση νοείται πως οι δύο μεταβλητές μεταβάλλονται ομόρροπα, ήτοι ακολουθούν την ίδια κατεύθυνση σε ότι αφορά την κατάταξη της μεταβλητής, ενώ αντίθετα όταν έχουμε αρνητική συσχέτιση η μεταβολή είναι αντίρροπη.

Η διαβάθμιση της έντασης της συσχέτισης των μεταβλητών έχει ως εξής:

Kendall's tau b	Ένταση
±0,000-0,200	Πολύ Χαμηλή
±0,200-0,400	Χαμηλή
±0,400-0,600	Μέτρια
±0,600-0,800	Υψηλή
±0,800-1,000	Πολύ υψηλή

Η αναφορά σε όλες τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις δεν είναι εφικτή, ως εκ τούτου θα γίνει μια επιλεκτική αναφορά σε αυτές τις συσχετίσεις που παρουσιάζουν μεγαλύτερη ένταση στην επίδραση που ασκεί η μία στην άλλη, με μια προσπάθεια σύγκρισης τους μεταξύ των δύο ομάδων των συμμετεχόντων.

Ξεκινώντας από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα, μέτριας αρνητικής συσχέτισης (Kendall's tau b = -0,413, p_value<0.001) μεταξύ της ηλικιακής κατηγορίας του δείγματος και της σημερινής θέσης ευθύνης των συμμετεχόντων της ομάδας 1. Αυτό σημαίνει πως καθώς μεγαλώνει η ηλικία οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που δηλώνουν πως κατέχουν θέση ευθύνης σήμερα αυξάνονται. Στην ομάδα 2 αυτή η σχέση έχει χαμηλότερη ένταση προς την ίδια όμως κατεύθυνση (Kendall's tau b = -0,340, p_value=0.009).

Η ηλικία των συμμετεχόντων της ομάδας 2 φαίνεται, επίσης, να έχει μέτρια θετική συσχέτιση με τον χώρο απασχόλησης στο Γ.Ν.Α.-Ν.Μ.Σ. σήμερα (Kendall's tau b = 0,438, p_value<0.001), σε αντίθεση με την ομάδα 1 όπου η ηλικία έχει αρκετά χαμηλότερη επίδραση (Kendall's tau b = 0,202, p_value=0.007). Από αυτό συμπεραίνουμε ότι στην κάθε ομάδα συναντάμε με την αντίστοιχη ένταση μεγαλύτερες ηλικίες όσο φεύγουμε από τα Τ.Ε.Π. και τις κλινικές και κατευθυνόμαστε προς τα εργαστήρια και τις διοικητικές υπηρεσίες.

Υψηλή θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ του επαγγέλματος και της εκπαίδευσης στην παροχή πρώτων βοηθειών (Πίνακας 8.2.1) για την ομάδα 1 και μέτρια για την ομάδα 2, γεγονός που υποδηλώνει πως **οι διοικητικές και τεχνικές ειδικότητες συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη έλλειψη γνώσεων πάνω στην παροχή πρώτων βοηθειών.**

Ο χώρος που απασχολούνται κατά τη διάρκεια της έρευνας οι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων, καθώς και ο χώρος που απασχολούνταν αντίστοιχα οι εργαζόμενοι το 2007 κατά την ενεργοποίηση του σχεδίου «Περσέας» παρουσιάζουν μέτρια θετική συσχέτιση που μας οδηγεί σε αντίστοιχα συμπεράσματα με την επίδραση που έχει και το επάγγελμα στην εν λόγω μεταβλητή που αφορά στη γνώση πρώτων βοηθειών. Αξιοσημείωτο είναι δε, το γεγονός ότι **υπάρχουν άτομα που δήλωσαν νοσηλευτές και παράλληλα ότι δεν έχουν εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών.** Στο σύνολο του προσωπικού αυτό αντιστοιχεί σε ποσοστό 22%. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές της Ομάδας 1 δε γνωρίζουν πρώτες βοήθειες κατά 11,8% και της Ομάδας 2 κατά 45,5%.

Πίνακας 8.2.1 Συσχέτιση επαγγέλματος και εκπαίδευσης στην παροχή πρώτων βοηθειών

Ομάδα 1		Πρώτες Βοήθειες		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Επάγγελμα	Ιατρός	24	0	24
	Νοσηλεύτης/τρια	45	6	51
	Παραϊατρικό Επάγγελμα	5	17	22
	Διοικητικός Υπάλληλος	1	25	26
	Τεχνικό Προσωπικό	2	2	4
	Άλλο	0	1	1
Σύνολο		77	51	128
Ομάδα 2		Πρώτες Βοήθειες		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Επάγγελμα	Ιατρός	22	1	23
	Νοσηλεύτης/τρια	12	10	22
	Παραϊατρικό Επάγγελμα	2	4	6
	Διοικητικός Υπάλληλος	2	13	15
	Τεχνικό Προσωπικό	0	3	3
	Άλλο	1	0	1
Σύνολο		39	31	70

Ομάδα 1: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,668, p_value<0.001

Ομάδα 2: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,570, p_value<0.001

Μέτρια θετική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ της γνώσης και των δύο ομάδων για την ύπαρξη του σχεδίου Περσέας και της γνώσης τους για το Περιεχόμενό του (Πίνακας 8.2.2). Η γνώση τους δε, για το περιεχόμενο του σχεδίου παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση και με τη γνώση για το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης διατηρώντας την ίδια στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 8.2.3). Αυτό σημαίνει πως η γνώση ή μη για την ύπαρξη του εν λόγω σχεδίου οδηγεί με την αντίστοιχη ένταση και στη γνώση ή μη για το περιεχόμενό του, και στη συνέχεια αντίστοιχα και στη γνώση για το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Πίνακας 8.2.2 Συσχέτιση γνώσης περί ύπαρξης του Σχεδίου «Περσέας» και γνώσης αναφορικά με το περιεχόμενό του

Ομάδα 1		Γνώση Περιεχομένου		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Γνώση Ύπαρξης Σχ. Περσέας.	ΝΑΙ	73	31	104
	ΟΧΙ	1	18	19
Σύνολο		74	49	123
Ομάδα 2		Γνώση Περιεχομένου		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Γνώση Ύπαρξης Σχ. Περσέας	ΝΑΙ	16	16	32
	ΟΧΙ	0	34	34
Σύνολο		16	50	66

Ομάδα 1: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,479, p_value<0.001

Ομάδα 2: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,583, p_value<0.001

Πίνακας 8.2.3 Συσχέτιση γνώσης για το περιεχόμενο του Σχεδίου «Περσέας» και γνώσης αναφορικά με το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Ομάδα 1		Γνώση σημείου συνάντησης		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Γνώση Περιεχομένου Σχ. Περσέας	ΝΑΙ	53	15	68
	ΟΧΙ	15	34	49
Σύνολο		68	49	117
Ομάδα 2		Γνώση σημείου συνάντησης		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Γνώση Περιεχομένου Σχ. Περσέας	ΝΑΙ	12	4	16
	ΟΧΙ	8	42	50
Σύνολο		20	46	66

Ομάδα 1: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,473, p_value<0.001

Ομάδα 2: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,550, p_value<0.001

Στην ομάδα 2, επίσης, παρουσιάζεται μέτρια θετική συσχέτιση (Kendall's tau b = 0,550, p_value<0.001) μεταξύ της γνώσης του περιεχομένου και της συμμετοχής ή όχι σε ασκήσεις ετοιμότητας, σε αντίθεση με την ομάδα 1 όπου αυτές οι δύο μεταβλητές έχουν πολύ χαμηλής έντασης θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι η μη συμμετοχή της ομάδας 2 σε ασκήσεις ετοιμότητας έχει επηρεαστεί από τη μειωμένη γνώση αναφορικά με το περιεχόμενο του σχεδίου.

Στους ακόλουθους πίνακες παρουσιάζεται η ύπαρξη υψηλής θετικής συσχέτιση μεταξύ της γνώσης πάνω στο περιεχόμενο του σχεδίου και της γνώσης για την αλυσίδα

επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Πίνακας 8.2.4) καθώς και μεταξύ της γνώσης για την αλυσίδα επικοινωνίας και της γνώσης για το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Πίνακας 8.2.5). Επομένως είναι εμφανές ότι όσο οι συμμετέχοντες κατευθύνονται προς την άρνηση της γνώσης για το περιεχόμενο έχουν αντίστοιχης κατεύθυνσης και έντασης αντίδραση και αναφορικά με την γνώση για την αλυσίδα επικοινωνίας και στη συνέχεια για το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Πίνακας 8.2.4 Συσχέτιση γνώσης για την αλυσίδα επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και γνώσης για το περιεχόμενο του Σχεδίου «Περσέας»

Ομάδα 1		Γνώση Περιεχομένου		Σύνολο
		NAI	OXI	
Γνώση αλυσίδας	NAI	51	4	55
επικοινωνίας	OXI	19	42	61
Σύνολο		70	46	116
Ομάδα 2		Γνώση Περιεχομένου		Σύνολο
		NAI	OXI	
Γνώση αλυσίδας	NAI	11	3	14
επικοινωνίας	OXI	5	47	52
Σύνολο		16	50	66

Ομάδα 1: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,629, p_value<0.001

Ομάδα 2: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,658, p_value<0.001

Πίνακας 8.2.5 Συσχέτιση γνώσης για την αλυσίδα επικοινωνίας και γνώσης για το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης

Ομάδα 1		Γνώση σημείου συνάντησης		Σύνολο
		NAI	OXI	
Γνώση αλυσίδας	NAI	51	2	53
επικοινωνίας	OXI	14	47	61
Σύνολο		65	49	114
Ομάδα 2		Γνώση σημείου συνάντησης		Σύνολο
		NAI	OXI	
Γνώση αλυσίδας	NAI	14	0	14
επικοινωνίας	OXI	6	49	55
Σύνολο		20	49	69

Ομάδα 1: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,738, p_value<0.001

Ομάδα 2: Kendall's tau b Correlation coefficient=0,790, p_value<0.001

Φτάνοντας στις μεταβλητές της κλίμακας Likert όπου εξετάζουμε τον βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας ανά ομάδα συμμετεχόντων σε μια σειρά από διατυπωμένες προτάσεις που αφορούν στη διαχείριση κρίσεων γενικά συναντάμε μεταξύ των μεταβλητών μέτρια, και σε δύο περιπτώσεις υψηλή, θετική συσχέτιση (Πίνακας 8.2.6). Σημειώνεται δε, πως σε όλες τις συσχετίσεις αυτές που επισημαίνονται στον εν λόγω πίνακα υπάρχει υψηλή στατιστική σημαντικότητα ($p_value < 0.001$). Σε κάθε περίπτωση ο βαθμός συσχέτισης για την Ομάδα 1 σημειώνεται με μαύρο χρώμα, ενώ για την Ομάδα 2 με κόκκινο.

Πίνακας 8.2.6 Συσχετίσεις μέτριας και υψηλής έντασης μεταξύ των μεταβλητών της κλίμακας Likert με την χρήση του δείκτη Kendall's tau b

*	2	3	4	5	6	8	10	12	13	15
1	0.432 0.463	0.483	0.512	0.437	0.406 0.445	0.413				
2		0.522 0.440	0.484		0.490					
3			0.517 0.531		0.652 0.642	0.443	0.515		0.453 0.445	
4				0.487 0.492	0.484 0.654		0.437			
5					0.420 0.432					
6							0.475		0.430 0.534	
8									0.445	
9										0.418 0.527
10									0.523	
11								0.565 0.442		

*_1/ Κατά την ενδεχόμενη εκδήλωση μιας κρίσης υπάρχει εμπιστοσύνη σε ότι αφορά τη συνεργασία και τις απαιτούμενες γνώσεις των συναδέλφων ώστε να επιτευχτεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, 2/ Οι γνώσεις μου και οι δυνατότητές μου αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στον χώρο εργασίας μου, 3/ Η Διοίκηση του Νοσοκομείου φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή, 4/ Η συνεργασία με εξωνοσοκομειακούς φορείς και εθελοντικές οργανώσεις είναι πολύ καλή, 5/ Υπάρχει εμπιστοσύνη στις εθελοντικές οργανώσεις που ασχολούνται με τη διάσωση στη διευκόλυνση του έργου μας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, 6/ Η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα, 8/ Πραγματοποιούνται όσο συχνά χρειάζεται απαιτούμενες ασκήσεις βασισμένες σε σενάρια διαφόρων εκτάκτων αναγκών, 9/ Πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να απασχολούνται ανά διαστήματα στα ΤΕΠ, 10/ Το Νοσοκομείο στο σύνολό του είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του Νομού σε περίπτωση μιας μαζικής καταστροφής, 11/ Απαιτείται η προώθηση της συνεργασίας με εθελοντικές διασωστικές οργανώσεις στα πλαίσια πραγματοποίησης σχετικών σεναρίων, 12/ Η αξιολόγηση μετά τη λήξη της έκτακτης ανάγκης ή του αντίστοιχου σεναρίου είναι επιβεβλημένη για τη βελτίωση της ετοιμότητας του Νοσοκομείου, 13/ Η Διοίκηση του Νοσοκομείου αξιοποίησε στο έπακρο την εμπειρία του 2007 και αυτό φαίνεται από τα σενάρια ετοιμότητας που έλαβαν χώρα μέχρι σήμερα, 15/ Οι εναλλαγές του προσωπικού στις κλινικές του νοσοκομείου βοηθούν στην καλύτερη ανταπόκριση αυτού σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Η ύπαρξη των εν λόγω συσχετίσεων μας δηλώνει πως ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας του δείγματος σε κάθε μια από τις αναφερόμενες προτάσεις επηρεάζεται κατά βάση σε μέτριο βαθμό από τον βαθμό διαφωνίας ή συμφωνίας στις προτάσεις με τις οποίες συσχετίζεται και μάλιστα προς την ίδια κατεύθυνση.

Πιο συγκεκριμένα, σε μια προσπάθεια περαιτέρω ανάλυσης του πίνακα 8.2.6, σχετικά με την πρώτη περίπτωση φαίνεται πως **η εμπιστοσύνη στις γνώσεις και η καλή συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων και στις δύο ομάδες επηρεάζεται προς την ίδια κατεύθυνση και με μέτρια ένταση από το αν πιστεύουν πως οι γνώσεις και οι δυνατότητές των ίδιων αξιοποιούνται επαρκώς ενώ παράλληλα η διοίκηση επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευσή τους.** Η Ομάδα 2, όμως, φαίνεται να επηρεάζεται ως προς την εμπιστοσύνη στις γνώσεις των συναδέλφων τους με τον ίδιο τρόπο κι από την πεποίθηση ότι από πλευράς διοίκησης εφαρμόζονται δράσεις επαγρύπνησης του προσωπικού, μέσα από ασκήσεις ετοιμότητας, ενώ παράλληλα αξιοποιείται η συνεισφορά εξωνοσοκομειακών φορέων καθώς και όποια εθελοντική διασωστική προσπάθεια από πλευράς ιδιωτών.

Η άποψη δε, για τον αν αξιοποιούνται οι γνώσεις και οι δυνατότητές τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο επηρεάζεται και στις δύο ομάδες με μέτρια ένταση προς την ίδια κατεύθυνση από το τι πιστεύουν σχετικά με το αν η Διοίκηση φροντίζει για την συνεχή επαγρύπνησή τους. Η ομάδα 2 φαίνεται να επηρεάζεται, όμως, και από την πολύ καλή συνεργασία που μπορεί να υπάρχει με εξωνοσοκομειακούς φορείς και εθελοντικές οργανώσεις αλλά και από το αν πιστεύουν ότι η διοίκηση επιδιώκει τη συνεχή εκπαίδευσή τους

Επίσης, οι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων, **αναφορικά με το αν η Διοίκηση φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να είναι σε ετοιμότητα φαίνεται να επηρεάζονται με μέτρια θετική ένταση από την καλή συνεργασία που μπορεί να υπάρχει με φορείς και οργανώσεις εκτός νοσοκομείου,** ίσως μέσα από τη συχνή πραγματοποίηση ασκήσεων ετοιμότητας, γεγονός που θα βελτίωνε την υγειονομική ετοιμότητα του νοσοκομείου απέναντι σε μια μαζική καταστροφή, έχοντας αξιοποιήσει στο έπακρο την εμπειρία του 2007. Φυσικά η συνεχής επαγρύπνηση του προσωπικού επηρεάζεται πολύ περισσότερο από το ενδεχόμενο η Διοίκηση του Νοσοκομείου να επιδιώκει και να παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα. Από τη διασταύρωση των μεταβλητών φαίνεται πως στην Ομάδα 1 η τάση προς την συμφωνία με την

αρχική πρόταση επηρεάζει με υψηλή ένταση προς την ίδια κατεύθυνση τις απόψεις για τη δεύτερη και το ίδιο συμβαίνει με την τάση προς τη διαφωνία της Ομάδας 2 (Πίνακας 8.2.7).

Πίνακας 8.2.7 *Συσχέτιση βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας αναφορικά με τις προτάσεις «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή» & «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα».*

Ομάδα 1		Η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα					Σύνολο
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ εν μέρει	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ εν μέρει	Διαφωνώ κάθεται	
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή	Συμφωνώ απόλυτα	19	2	3	0	0	24
	Συμφωνώ εν μέρει	2	20	7	3	0	32
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	2	6	23	4	2	37
	Διαφωνώ εν μέρει	1	5	5	12	2	25
	Διαφωνώ κάθεται	0	0	0	0	11	11
Σύνολο		24	33	38	19	15	129
Ομάδα 2		Η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα					Σύνολο
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ εν μέρει	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ εν μέρει	Διαφωνώ κάθεται	
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή	Συμφωνώ απόλυτα	6	1	1	0	0	8
	Συμφωνώ εν μέρει	0	9	2	1	0	12
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	1	3	16	1	2	23
	Διαφωνώ εν μέρει	1	2	4	9	3	19
	Διαφωνώ κάθεται	0	0	1	3	6	10
Σύνολο		8	15	24	14	11	72

Kendall's tau b Correlation coefficient: Ομάδα 1= 0,652 Ομάδα 2= 0,642

Αναφορικά με την άποψη των δύο ομάδων για τον αν η Διοίκηση φροντίζει για την επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα υπάρχει η εξής διαφοροποίηση. Η Ομάδα 1 επηρεάζεται, προς την ίδια κατεύθυνση με μέτρια ένταση, και από το τι πιστεύουν για την υγειονομική ετοιμότητα του νοσοκομείου σε περίπτωση μιας μαζικής καταστροφής, ενώ η Ομάδα 2 από το αν πραγματοποιούνται όσο συχνά χρειάζεται ασκήσεις ετοιμότητας.

Συνεχίζοντας τη μελέτη του πίνακα 8.2.6 βλέπουμε πως σε ότι αφορά τη συνεργασία με τους φορείς εκτός νοσοκομείου και τις εθελοντικές οργανώσεις και το κατά πόσο η συνεργασία με αυτούς είναι πολύ καλή παρατηρείται πως ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων της ομάδας 1 επηρεάζεται σε μέτριο βαθμό από την τάση προς τη συμφωνία ή διαφωνία αναφορικά με την εμπιστοσύνη που υπάρχει στις διασωστικές εθελοντικές οργανώσεις, με το αν η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα και με το κατά πόσο το νοσοκομείο στο σύνολό του είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του Νομού σε περίπτωση μιας μαζικής καταστροφής. Ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων της ομάδας 2 για το ίδιο θέμα επηρεάζεται αντίστοιχα από την εμπιστοσύνη που μπορεί να υπάρχει στις εθελοντικές οργανώσεις, αλλά με υψηλή ένταση από την άποψή τους αναφορικά με το αν η Διοίκηση επιδιώκει και παροτρύνει τη σχετική συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού.

Μέτρια θετική συσχέτιση υπάρχει και στο βαθμό συμφωνίας και των δύο ομάδων αναφορικά με το γεγονός ότι υπάρχει εμπιστοσύνη σε διασωστικές εθελοντικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στον νομό καθώς φαίνεται να επηρεάζει προς την ίδια κατεύθυνση και την άποψη του δείγματος αναφορικά με το ότι η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα. Οι απόψεις της ομάδας 1 επί του τελευταίου θέματος φαίνεται να επηρεάζονται αντίστοιχα και από τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του δείγματος για το κατά πόσο το νοσοκομείο είναι έτοιμο να καλύψει υγειονομικά τον νομό σε περίπτωση μαζικής καταστροφής, αλλά και το κατά πόσο φαίνεται να αξιοποιήθηκε η εμπειρία του 2007 από τη διοίκηση μέσω της πραγματοποίησης σεναρίων και ασκήσεων ετοιμότητας. Η επίδραση της τελευταίας μεταβλητής ισχύει και για την ομάδα 2 με λίγο μεγαλύτερης έντασης θετική συσχέτιση.

Στατιστικά σημαντική είναι και η συσχέτιση, μέτριας έντασης, του βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων της ομάδας 1 αναφορικά με το αν αξιοποιήθηκε στο έπακρο η εμπειρία του 2007 από πλευράς διοίκησης και του βαθμού συμφωνίας ή διαφωνίας με το ότι πραγματοποιούνται όσες ασκήσεις ετοιμότητας χρειάζεται και πως το Γ.Ν.Α.-Ν.Μ.Σ. είναι υγειονομικά έτοιμο για την αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης μαζικής καταστροφής.

Επίσης, ο βαθμός συμφωνίας και των δύο ομάδων αναφορικά με το ότι πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να απασχολούνται ανά διαστήματα στα ΤΕΠ επηρεάζει, με μέτρια ένταση προς την ίδια κατεύθυνση τον βαθμό συμφωνίας αναφορικά με το ότι οι εναλλαγές του προσωπικού στις κλινικές βοηθούν στην καλύτερη ανταπόκριση σε έκτακτη ανάγκη.

Τέλος, ο βαθμός συμφωνίας και των δύο ομάδων αναφορικά με το ότι απαιτείται η προώθηση της συνεργασίας με εθελοντικές διασωστικές οργανώσεις επηρεάζει αντίστοιχα και την άποψη ότι είναι επιβεβλημένη η αξιολόγηση μετά τη λήξη της εκάστοτε έκτακτης ανάγκης ή αντίστοιχου σεναρίου ετοιμότητας.

9ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συζήτηση

Αφορμή για τη συγκεκριμένη μελέτη στάθηκε η πρώτη ενεργοποίηση έκτακτης ανάγκης στη Λακωνία το 2007 λόγω των πυρκαγιών που μαίνονταν τότε στην Πελοπόννησο. Σε μια προσπάθεια να εξετασθεί πως λειτούργησε το νοσοκομείο της Σπάρτης με την πρώτη ενεργοποίηση του σχεδίου «Περσέας» σε πραγματικές συνθήκες και τι επιρροή είχε στην υγειονομική ετοιμότητα του νοσοκομείου έκτοτε, αναζητήθηκαν οι γνώσεις και οι στάσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με θέματα που άπτονται της διαχείρισης κρίσεων.

Η παρούσα έρευνα δίνει μια προστιθέμενη αξία μελετώντας, μια δεκαετία μετά την κήρυξη της Λακωνίας σε έκτακτη ανάγκη, τη διαχείριση μιας μαζικής καταστροφής από μια περιφερειακή μονάδα σε τρέχουσες συνθήκες οικονομικής λιτότητας.

Αν και η πύρινη λαίλαπα του 2007 στάθηκε η αιτία να ενεργοποιηθεί για πρώτη φορά το σχέδιο «Περσέας» μάλλον φάνηκε να μην επηρεάζει σημαντικά τη μετέπειτα πορεία της υγειονομικής ετοιμότητας του Νοσοκομείου γεγονός που επιβεβαιώνεται από την ύπαρξη μιας και μόνο άσκησης ετοιμότητας από τότε.

Θα μπορούσε να επικρατήσει η άποψη πως η καταστροφή από τις φωτιές του 2007 αφορούσε περισσότερο στην καταστροφή της φύσης και της παρουσίας των πληγέντων και πως δεν έφτασε να σημάνει τον απαιτούμενο συναγερμό στην τοπική νοσοκομειακή κοινότητα. Για να περιγραφεί, όμως, μια καταστροφή ως περιστατικό μαζικών απωλειών αρκεί οι απώλειες να προκαλούν ανισορροπία μεταξύ των αναγκών των ασθενών και των διαθέσιμων πηγών του νοσοκομείου να τις καλύψει. Αυτή η ανισορροπία καθιστά αδύνατη την παροχή βέλτιστης φροντίδας για κάθε ασθενή μεμονωμένα με αποτέλεσμα η θεμελιώδης αυτή αρχή να μετατρέπεται στην παροχή της βέλτιστης φροντίδας σε όσο το δυνατό περισσότερο κόσμο. Επομένως, ο αριθμός των απωλειών προκειμένου να χαρακτηριστεί ένα γεγονός ως περιστατικό μαζικών απωλειών ποικίλει ανάλογα με τις δυνατότητες της υγειονομικής μονάδας. Δύο ή τρία κρίσιμα περιστατικά τραυματισμού που φτάνουν ταυτόχρονα σε ένα μικρό νοσοκομείο θα μπορούσαν να υπερβούν τις δυνατότητές του. (Gerhardt E. et al 2017)

Τα νοσοκομεία και η τοπική υγειονομική κοινότητα είναι αυτοί που καλούνται από τους πρώτους να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες μιας μαζικής καταστροφής. Το κλειδί για την καλύτερη αντιμετώπιση είναι φυσικά η πολύ καλή προετοιμασία προς αυτή την κατεύθυνση. Οι καταστροφές, είτε φυσικές είτε ανθρωπογενείς, συμβαίνουν αναπάντεχα και μπορούν να δημιουργήσουν αποδιοργάνωση, ειδικά όταν οι απειλές και οι κίνδυνοι αγνοούνται. Στις Η.Π.Α., ειδικά μετά την 11^η Σεπτεμβρίου αλλά και παγκοσμίως έχει γίνει σημαντική πρόοδος αναφορικά με την ετοιμότητα και την αντιμετώπιση μαζικών απωλειών υγείας. (NicoGossian et al., 2011).

Στην Ελλάδα υπάρχουν σχέδια διαχείρισης κρίσεων στους υγειονομικούς φορείς ωστόσο ελάχιστες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με τη γνώση του προσωπικού και την εφαρμογή των εν λόγω σχεδίων. Στις λίγες μελέτες που έχουν λάβει χώρα συμπεραίνεται ότι τα σχέδια ετοιμότητας δεν είναι στον βαθμό που θα έπρεπε γνωστά στο υγειονομικό προσωπικό και το επίπεδο ετοιμότητάς τους είναι κάτω του ικανοποιητικού. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι μικρό κομμάτι του προσωπικού γνωρίζει βασικά σημεία και ενέργειες σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, όπως το ποιος είναι ο συντονιστής σε αυτές τις περιπτώσεις, τον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ τους, τον χώρο συνάντησης και φύλαξης απαιτούμενου εξοπλισμού κ.α. Όλα αυτά σίγουρα βάζουν σημαντικά εμπόδια στη σωστή ανταπόκριση ενός νοσοκομείου απέναντι σε ένα μαζικό συμβάν. Οι μελέτες βέβαια αυτές στο σύνολο τους αναδεικνύουν τη θέληση του υγειονομικού προσωπικού να εκπαιδευτεί σχετικά ώστε να βελτιωθεί η ετοιμότητά τους μελλοντικά. (Γιουρούκος Ν., 2015)

Στην παρούσα έρευνα, αναζητώντας τον βαθμό ετοιμότητας του προσωπικού αλλά και γενικότερα της υγειονομικής μονάδας, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα που δε διαφέρουν κατά πολύ. Διαπιστώθηκε πως παρόλο που η πλειοψηφία του συνόλου του συμμετέχοντος προσωπικού γνωρίζει την ύπαρξη του σχεδίου «Περσέας» αυτή η γνώση μειώνεται σημαντικά όταν γίνεται αναφορά στο περιεχόμενο του εν λόγω σχεδίου, ακόμα και μεταξύ αυτών που συμμετείχαν στην ενεργοποίηση του σχεδίου το 2007, γεγονός που μας υποδηλώνει πως η γνώση των συμμετεχόντων είναι σημαντικά ελλιπής. Η ομάδα 2 ειδικά, ίσως λόγω της έλλειψης της εμπειρίας του 2007, παρουσιάζει, όταν εξεταστεί μεμονωμένα, μεγαλύτερη έλλειψη γνώσης αναφορικά με την ύπαρξη του εν λόγω σχεδίου και ακόμα περισσότερο του περιεχομένου του. Η ελλιπής γνώση επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι η πλειοψηφία και των δύο ομάδων συμμετεχόντων στην έρευνα δε γνωρίζει ποια είναι η αλυσίδα επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Παρόλα αυτά η ομάδα 1 κατά 54,3% γνωρίζει ποιο είναι το σημείο συνάντησης σε αντίστοιχη περίπτωση, αντίθετα με την ομάδα 2 όπου 68,1% αυτής δε γνωρίζει σχετικά. Γενικότερα, η άποψη των συμμετεχόντων για το αν το Νοσοκομείο στο σύνολό του είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του νομού σε περίπτωση μαζικής καταστροφής φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, όπου η ομάδα 1 στην πλειοψηφία της (46,6%) συμφωνεί, ενώ η ομάδα 2 διαφωνεί (36,1%).

Σε ότι αφορά στο κομμάτι της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων σε συναφή θέματα και την επάρκεια που οι ίδιοι κρίνουν ότι έχουν αναφορικά με το αντικείμενο η έρευνα μας οδήγησε στο εξής συμπέρασμα. **Όταν ενεργοποιήθηκε το 2007 το σχέδιο «Περσέας» η συντριπτική πλειοψηφία της Ομάδας 1 που συμμετείχε δήλωσε πως οι γνώσεις τους τότε δεν ήταν επαρκής σε σχέση με τη διαχείριση μιας κρίσης. Αυτό φάνηκε πως επηρέασε τη μετέπειτα διάθεση των ερωτώμενων να ακολουθήσουν βήματα προς τον εμπλουτισμό αυτής της γνώσης. Δυστυχώς, όμως, αυτό δεν έγινε πράξη, βάσει πάντα των δηλώσεων των συμμετεχόντων, γεγονός που επιβεβαιώνεται από το ότι μόνο 33,3% της ομάδας 1 τελικά παρακολούθησε κάποιου είδους σχετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα ή σεμινάριο, τα έξοδα των οποίων στην πλειοψηφία τους φαίνεται να καλύφθηκαν από το Νοσοκομείο και κατ' επέκταση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η ομάδα 2, που αντιπροσωπεύει το προσωπικό που εισήλθε στο Νοσοκομείο μεταγενέστερα, παρουσιάζει μια αντίστοιχη εικόνα, δεδομένου ότι μόλις 22,2% αυτής έχει παρακολουθήσει σχετικά προγράμματα εκπαίδευσης, χρηματοδοτούμενα κυρίως από τους ίδιους.**

Παρά την όποια εκπαίδευση έχουν ολοκληρώσει οι συμμετέχοντες γύρω από θέματα διαχείρισης κρίσεων και ετοιμότητας φαίνεται πως **ακόμα θεωρούν τις γνώσεις τους ελλιπείς** και μάλιστα σε ποσοστό που αντιστοιχεί σε 70,5% της ομάδας 1 και σχεδόν 85% της ομάδας 2. Η άποψη δε, ότι η εκπαίδευση του κάθε επαγγελματία υγείας σε θέματα διαχείρισης κρίσεων είναι προσωπική του ευθύνη βρίσκει την ομάδα 1 σύμφωνη στην πλειοψηφία της, σε αντίθεση με την ομάδα 2 που διαφωνεί.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 192 νοσηλευτών που απασχολούνταν σε κεντρικό νοσοκομείο του Γιοχάνεσμπουργκ προέκυψε ότι η πλειοψηφία αυτών (52,45% n=75) δεν είχε συμμετάσχει σε ασκήσεις ετοιμότητας και είχε περιορισμένη εκπαίδευση στο αντικείμενο. Η συμμετοχή παρόλα αυτά σε σχετικά σεναρία και ασκήσεις φάνηκε να επηρεάζει την ετοιμότητά τους. Το συμπέρασμα της εν λόγω μελέτης, όπως κατέδειξε και η παρούσα έρευνα, ήταν πως παρόλο που οι νοσηλευτές επισήμαναν την ανάγκη και το ενδιαφέρον τους στο να παρακολουθήσουν σχετικά προγράμματα εκπαίδευσης η πλειοψηφία αυτών δεν το έκανε πράξη. (Messe, L.B., 2017)

Στις Η.Π.Α. υπάρχει μια ποικιλία από εκπαιδευτικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκπαιδευτεί κάποιος στην Ιατρική Καταστροφών, μεγαλύτερη έμφαση όμως δίνεται στη χρήση ασκήσεων ετοιμότητας σε νοσοκομεία και σε σχετικές διαλέξεις/σεμινάρια. Γενικότερα, όσο πιο εκπαιδευμένοι είναι οι γιατροί που ασχολούνται με την επείγουσα ιατρική και όσο πιο εμπλουτισμένη εμπειρία έχουν πάνω στο αντικείμενο, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας έχει ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών, ένα νοσοκομείο, μια κοινότητα, όταν έρθει αντιμέτωπο με όποιο επίπεδο καταστροφής. (Sarin R.R. et al, 2017)

Οι ασκήσεις ετοιμότητας έχει βρεθεί πως αποτελούν σημαντική ενέργεια και στη διαδικασία προετοιμασίας των νοσηλευτών ώστε να είναι σε ετοιμότητα σε περίπτωση καταστροφής. Επομένως, τα νοσοκομεία οφείλουν να διατηρούν μια συνέπεια σε σχέση με τις απαιτούμενες ασκήσεις ετοιμότητας έναντι ενδεχόμενων καταστροφών αλλά και να ενημερώνουν σε τακτική βάση τα πρωτόκολλα διαχείρισης κρίσεων που διαθέτουν. (Messe, L.B., 2017)

Το νοσοκομείο δε φαίνεται να στηρίζει το προσωπικό προς αυτήν την κατεύθυνση, κάτι που θα μπορούσε να πετύχει με τη συχνή υλοποίηση σεναρίων και ασκήσεων ετοιμότητας. Αυτό φαίνεται μέσα από το γεγονός ότι υλοποιήθηκε μόνο ένα σεναριο ετοιμότητας από το 2007 μέχρι και σήμερα στο οποίο, όμως, συμμετείχε 50% της ομάδας 1 και σχεδόν 45% της

ομάδας 2. Βέβαια η εξέλιξη είναι πολύ καλύτερη από την κατάσταση που επικρατούσε πριν το 2007, όπου φαίνεται ότι μόνο 17,1% της ομάδας 1 είχε λάβει μέρος σε ασκήσεις ετοιμότητας. Η εικόνα, παρόλα αυτά, του μισού σχεδόν των συμμετεχόντων χωρίς εμπειρία σε ασκήσεις ετοιμότητας την τελευταία δεκαετία σίγουρα είναι ανησυχητική.

Έχοντας ως βασική προϋπόθεση τη γνώση παροχής πρώτων βοηθειών ώστε να μπορεί το προσωπικό του νοσοκομείου να βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της αντιμετώπισης μιας κρίσης αντιμετωπίζοντας έκτακτα περιστατικά αναζητήθηκε και η γνώση πάνω σε αυτό το αντικείμενο, όπου παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες σε μεγάλο ποσοστό της τάξης του 39,5% και 43,1% για τις ομάδες 1 και 2 αντίστοιχα δεν έχει εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών παρόλο που εργάζεται σε χώρο υγειονομικής εμβέλειας. Ανησυχητικό είναι δε, το ότι υπάρχουν στο σύνολο των συμμετεχόντων άτομα που δήλωσαν νοσηλευτές και παράλληλα ότι δεν έχουν εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών, σε ποσοστό μάλιστα 22%, γεγονός που θα έπρεπε σίγουρα να θορυβήσει τη Διοίκηση. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές της Ομάδας 1 δε γνωρίζουν πρώτες βοήθειες κατά 11,8% και της Ομάδας 2 κατά 45,5%.

Έχοντας, επίσης, ως γνώμονα ότι η ανατροφοδότηση και η αξιολόγηση μιας διαδικασίας είναι βασική συνιστώσα για την επιτυχία της αναζητήθηκε και το κατά πόσο αυτό έλαβε χώρα μετά τη λήξη της έκτακτης ανάγκης το 2007. Η έρευνα τελικά έδειξε, πάντα βάσει των απαντήσεων των συμμετεχόντων, πως κάτι τέτοιο δεν έλαβε χώρα στο βαθμό τουλάχιστον που θα έπρεπε και με τη συμμετοχή όλων των απαιτούμενων μερών. **Μόνο 7,8% της ομάδας 1 δήλωσε πως έγινε η απαιτούμενη ανατροφοδότηση** αλλά το ποσοστό αυτό από μόνο του είναι πολύ μικρό για να μπορέσει να στηρίξει αυτήν την κατεύθυνση.

Η διαδικασία του ελέγχου και η σωστή ανατροφοδότηση αποτελεί μιας από τις βασικές λειτουργίες της διοίκησης, όπου σε συνδυασμό με τον προγραμματισμό, την οργάνωση και τη διεύθυνση, οδηγεί στην αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη επίτευξη των στόχων. Σε κάθε οργανισμό, άσχετα από το πόσο καλά έχει γίνει ο προγραμματισμός, πόσο καλή είναι η οργανωτική δομή και πόσο εύστοχα ασκείται η ηγεσία, υπάρχει πάντα ανάγκη για έλεγχο και ανατροφοδότηση σε κάθε τομέα, ώστε να διαπιστώνεται κατά πόσο η υλοποίηση των σχεδίων γίνεται σωστά και επιτυγχάνονται οι στόχοι. Πέρα από το εργατικό δυναμικό και την προθυμία και ικανότητά του, πολλές φορές και εξωτερικοί παράγοντες δημιουργούν αρνητικές συνέπειες στην επίτευξη των στόχων και η διοίκηση πρέπει να έχει πλήρη

πληροφόρηση, ώστε να λαμβάνει διορθωτικά μέτρα όπου χρειάζεται. (Χυτήρης Λ, Άννινος Λ, 2015).

Οι ιδιαιτερότητες στην οργάνωση και λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, η ανάγκη συντονισμού των πολλών και διαφορετικών δραστηριοτήτων, η κατάσταση της συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας τους και οι κρίσιμες και συχνά επείγουσες καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν είναι μερικοί μόνο από τους πολλούς παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο που αυτές διοικούνται. Χρειάζεται, επομένως, μεγάλη ευελιξία και να προσαρμογή συνεχώς στις εκάστοτε καταστάσεις και συγκυρίες, γεγονός που μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τον συνεχή έλεγχο των εκάστοτε διαδικασιών, την αξιολόγηση και την ανατροφοδότηση. (Χριστοπούλου Μ & Καρακάστας Κ., 2015)

Βέβαια, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, παρά την έλλειψη αξιολόγησης της εφαρμογής του σχεδίου «Περσέας» και ανατροφοδότησης μετά το πέρας της κρίσης το 2007 η πλειοψηφία όσων συμμετείχαν τότε κρίνουν πως αξιοποιήθηκε στο έπακρο, από πλευράς διοίκησης, η εν λόγω εμπειρία σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες της ομάδας 2 των οποίων η συντριπτική πλειοψηφία προτιμά να κρατήσει μια ουδέτερη στάση.

Οι αποκρινόμενοι της ομάδας 1 που συμμετείχε στην εφαρμογή του σχεδίου «Περσέας» το 2007 δηλώνουν στο μεγαλύτερο βαθμό από μέτρια έως αρκετά ικανοποιημένοι αναφορικά με το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης της κρίσης το 2007, με την πλειοψηφία να δηλώνει πως οι καλοκαιρινές άδειες επηρέασαν αρκετά τη διεξαγωγή του «Περσέας». Η ψυχολογία δε, των αποκρινόμενων φαίνεται στην πλειοψηφία τους, να μην επηρεάστηκε από την εμπειρία του 2007 γεγονός που θα μπορούσε να μας οδηγήσει στη σκέψη ότι το προσωπικό δε βίωσε το όλο εγχείρημα ως μια πραγματική έκτακτη ανάγκη.

Σε ότι αφορά τη θέση ευθύνης φαίνεται πως οι συμμετέχοντες το 2007, όπου και ενεργοποιήθηκε το σχέδιο υγειονομικής ετοιμότητας «Περσέας», κατείχε θέση ευθύνης σε ποσοστό σχεδόν 24,8%. Από τις συσχετίσεις δε, προκύπτει πως καθώς μεγαλώνει η ηλικία της ομάδας 1 αυξάνονται οι απαντήσεις αυτών που δηλώνουν πως κατέχουν θέση ευθύνης σήμερα, προφανώς λόγω της εμπειρίας που συνοδεύει το πέρασμα των χρόνων. Πέραν αυτού προκύπτει πως λίγο πολύ τα ίδια άτομα που είχαν θέση ευθύνης το 2007 έχουν διατηρήσει αντίστοιχη θέση και σήμερα.

Απόλυτα, κατά πλειοψηφία, συμφώνησαν οι δύο ομάδες των συμμετεχόντων στην έρευνά μας, πως πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να απασχολούνται ανά διαστήματα στα Τ.Ε.Π., καθώς και ότι οι εναλλαγές του προσωπικού στις κλινικές του νοσοκομείου βοηθούν ώστε να μπορεί αυτό να ανταποκριθεί καλύτερα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Την ίδια τάση απόλυτης συμφωνίας ακολούθησαν οι συμμετέχοντες και αναφορικά με την προώθηση της συνεργασίας με εθελοντικές διασωστικές οργανώσεις στα πλαίσια της υλοποίησης ασκήσεων ετοιμότητας καθώς και με το ότι η αξιολόγηση μετά τη λήξη συμβάντων έκτακτης ανάγκης ή αντίστοιχων σεναρίων είναι επιβεβλημένη.

Η πλειοψηφία, επίσης, των δύο ομάδων συμφώνησε με το ότι υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ των συναδέλφων αναφορικά με τις γνώσεις τους αλλά και με το ότι οι δικές τους γνώσεις και δυνατότητες αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Θεωρούν δε, στην πλειοψηφία τους, ότι η μόνιμη απασχόληση σε ένα συγκεκριμένο χώρο του νοσοκομείου βοηθά στην εξειδίκευση του προσωπικού και εμπιστεύονται, σε περίπτωση εκτάκτων αναγκών, τις εθελοντικές διασωστικές οργανώσεις.

Σε ότι αφορά, όμως, τη συνεργασία με εξωνοσοκομειακούς φορείς και εθελοντικές οργανώσεις η ομάδα 2 στην πλειοψηφία της δεν απαντά ξεκάθαρα, σε αντίθεση με την ομάδα που είχε την εμπειρία του 2007 οι οποίοι κρίνουν πως σε ποσοστό 48,9% είναι πολύ καλή.

Η Διοίκηση, σύμφωνα με την πλειοψηφία (44,2%) της ομάδας 1, φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή. Παρατηρείται, όμως, οι δύο ομάδες να διχάζονται επ' αυτού, καθώς η ομάδα 2 διαφωνεί κατά 40,3%. Η ομάδα 1 τάσσεται υπέρ της διοίκησης και αναφορικά με το αν επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα, διαφωνώντας και σε αυτό το θέμα με την ομάδα 2, η οποία τάσσεται ενάντια στην άποψη αυτή με ποσοστό 34,7% ενώ με ένα αντίστοιχο ποσοστό της τάξεως του 33,3% προτιμά να μην απαντήσει ξεκάθαρα.

Επίσης, όπως ήταν αναμενόμενο, οι συμμετέχοντες διαφώνησαν (Ομάδα 1=50,4% και Ομάδα 2=57%) με το γεγονός ότι πραγματοποιούνται όσο συχνά χρειάζεται ασκήσεις ετοιμότητας στο νοσοκομείο βασισμένες σε σενάρια διαφόρων εκτάκτων αναγκών.

Εν κατακλείδι, καταδεικνύεται διεθνώς, μέσω των περισσότερων σχετικών μελετών, η ανάγκη για εκπαίδευση μέσω ασκήσεων ετοιμότητας του προσωπικού της νοσοκομειακής κοινότητας καθώς και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ώστε να προλαμβάνεται τυχόν κενά

στον σχεδιασμό διαχείρισης κρίσεων. Άλλωστε, όπως ανέδειξαν και οι Reilly M.J. και Markenson D.S. (2017) η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης στο νοσηλευτικό προσωπικό πριν την εκδήλωση ενός μαζικού συμβάντος, τα οποία να έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να ξαναφέρνουν το ήδη έμπειρο προσωπικό σε επαφή με δεξιότητες και διαδικασίες που δεν άπτονται του καθημερινού τους ρόλου στο χώρο του νοσοκομείου, οδηγεί σε αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους και στην βελτίωση της προθυμίας τους να δρουν στους προβλεπόμενους κλινικούς τους ρόλους κατά τη διάρκεια καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία

9.1 Περιορισμοί Έρευνας

Ένας από τους βασικούς περιορισμούς της παρούσας έρευνας ήταν το γεγονός ότι υπήρχε δυσκολία στην πληροφόρηση σχετικά με τα άτομα που έχουν συνταξιοδοτηθεί ή έχει λήξει με τον οποιοδήποτε τρόπο η εργασιακή τους σχέση με το Νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η ανεύρεσή τους.

Τέλος, παρατηρήθηκε αυξημένη η τάση σε κάποιες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες να επιλέγουν τη λύση του δεν ΔΓ/ΔΑ, με αποτέλεσμα να υπάρχει ο κίνδυνος παραπλάνησης της κατεύθυνσης που παίρνει ο υπό έρευνα πληθυσμός. Για τον λόγο αυτόν και στα πλαίσια των συσχετίσεων, προκειμένου να υπάρχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα της τάσης των συμμετεχόντων απέναντι στο εκάστοτε θέμα δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές αποκλείοντας τους αναποφάσιστους.

10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συμπεράσματα – Προτάσεις

Μέσα από τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης προέκυψε πως σε γενικές γραμμές η σχέση του προσωπικού, και κατ' επέκταση του Γ.Ν.Α.-Ν.Μ.Σ με την υγειονομική ετοιμότητα σε περίπτωση μιας μαζικής καταστροφής χρήζει επανεξέτασης από τους αρμοδίους.

Αυτό επιβεβαιώθηκε εν μέρει και από το γεγονός ότι το σύνολο των συμμετεχόντων στην πλειοψηφία του κράτησε ουδέτερη στάση απέναντι στο αν αξιοποιήθηκε η εμπειρία της ενεργοποίησης του «Περσέας» το 2007 μέσα από μεταγενέστερα σενάρια ετοιμότητας. Τη συνολική αυτή τάση, βέβαια, φαίνεται να επηρεάζει η ομάδα των συμμετεχόντων που

προσελήφθηκαν μετά το 2007. Εν γένει, η άποψη των συμμετεχόντων για το αν το Γ.Ν.Α.-Ν.Μ.Σ. στο σύνολό του είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του νομού σε περίπτωση μαζικής καταστροφής φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων. Τα άτομα που εντάχθηκαν στο προσωπικό μετά το 2007 παρουσιάζουν μια πιο αρνητική στάση σε σχέση με αυτούς που έχουν στο ενεργητικό τους την εμπειρία του 2007 για την υγειονομική ετοιμότητα του Γ.Ν.Α.-Ν.Μ.Σ. αλλά και για την επαγρύπνηση, από πλευράς διοίκησης, του προσωπικού μέσα από την επιδίωξη συνεχούς εκπαίδευσης.

Τα άτομα που εργάζονταν το 2007, παρόλα αυτά, δηλώνουν σε συντριπτική πλειοψηφία πως δεν έγινε ποτέ αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκειμένου να αποκατασταθούν τυχόν κενά στη διαχείριση και τον σχεδιασμό, ή τουλάχιστον δε γνώριζαν αν έγινε κάτι τέτοιο, γεγονός που θα μπορούσε να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι σε περίπτωση που έγινε κάποια αξιολόγηση δυστυχώς δε συγκέντρωσε τις απόψεις του συνόλου των εμπλεκομένων, έστω μέσω εκπροσώπων αυτών, ώστε να μιλάμε για ουσιαστική προσέγγιση.

Σημαντικό είναι, επίσης, να αναφερθεί το γεγονός ότι πάνω από το μισό του συνόλου του προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα δεν έχει γνώση για το περιεχόμενο του σχεδίου «Περσέας», το οποίο είχε και ενεργοποιηθεί επίσημα πριν μια δεκαετία, καθώς επίσης ακόμα περισσότεροι δεν έχουν καμία γνώση για την αλυσίδα επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Η τάση αυτή, βέβαια, φαίνεται πως ενισχύεται περισσότερο από τα άτομα που εντάχθηκαν στο προσωπικό μετά το 2007 τα οποία στη συντριπτική πλειοψηφία τους δηλώνουν ότι δε γνωρίζουν ούτε το περιεχόμενο (69,4%) ούτε την αλυσίδα επικοινωνίας (76,4%) σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Το βασικότερο, όμως, πρόβλημα μάλλον αποτελεί η ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα, και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και σε άκρως βασικά θέματα υγειονομικής ετοιμότητας, όπως η γνώση πρώτων βοηθειών και δει στο νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Απαιτείται, επομένως, περαιτέρω έρευνα προκειμένου να αναδειχθούν τα σχετικά προβλήματα γύρω από το αντικείμενο της διαχείρισης κρίσεων σε πανελλαδικό επίπεδο ώστε να γίνει αντιληπτή ευρύτερα η ανάγκη της υγειονομικής ετοιμότητας και να ευαισθητοποιηθεί ο κόσμος, ακόμα και σε προσωπικό επίπεδο, να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί σχετικά, γιατί το αναπάντεχο μιας καταστροφής δεν αφήνει περιθώρια μη προετοιμασίας, σε όλα τα επίπεδα.

Πλήθος ερευνών δε, προτείνει τον εμπλουτισμό προγραμμάτων σπουδών με μαθήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση κρίσεων και την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων ανάλογα με το αντικείμενο εκπαίδευσης.

Πέρα από την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του αντικειμένου, και μετά από τη μελέτη ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας αναφορικά με αξιολογήσεις εφαρμογής επιχειρησιακών σχεδίων μετά από μαζικές καταστροφές διεθνώς αλλά και των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, καταλήγουμε στις κάτωθι προτάσεις που κρίνεται ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό επιχειρησιακών σχεδίων υγειονομικής ετοιμότητας:

- Αναγνώριση και εντοπισμός των σχεδίων αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης. Όλο το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει που μπορεί να βρει τα σχετικά σχέδια το περιεχόμενο των οποίων δε θα πρέπει να τους είναι άγνωστο.
- Υποχρεωτική εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού στην παροχή πρώτων βοηθειών αλλά και σε βασικά βήματα διαχείρισης κρίσεων ανάλογα με τη θέση που κατέχουν. Είναι απαράδεκτο να μην έχει το σύνολο του προσωπικού βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών από τη στιγμή που εργάζεται στο χώρο του νοσοκομείου και η συμμετοχή όλων σε περίπτωση μιας καταστροφής είναι επιβεβλημένη. Η γνώση αυτή θα μπορούσε να αποφορτίσει το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σε περίπτωση μεγάλης έκτακτης ανάγκης αναλαμβάνοντας τη φροντίδα απλών περιστατικών ή συμμετέχοντας εκτελώντας οδηγίες.
- Υλοποίηση ασκήσεων ετοιμότητας ανά τακτά χρονικά διαστήματα πάνω σε σενάρια που θα εναλλάσσονται μεταξύ της θεματολογίας των επίσημων επιχειρησιακών σχεδίων ετοιμότητας. Οι ασκήσεις αυτές θα πρέπει να γίνονται σε ετήσια τουλάχιστον βάση, ίσως και απροειδοποίητα με προσομοίωση σε πραγματικές συνθήκες. Η συχνή τριβή του προσωπικού με τέτοιες διαδικασίες θα συμβάλει στη μείωση του χρόνου ανταπόκρισης που σε μια μαζική καταστροφή τείνει να εκλείπει.
- Στα πλαίσια των ασκήσεων αυτών πρέπει να προωθείται η συνεργασία με εμπλεκόμενους φορείς της Πολιτικής Προστασίας αλλά και εθελοντικών οργανώσεων που είναι εγγεγραμμένες στα μητρώα της και διαθέτουν πιστοποιημένες γνώσεις και εξοπλισμό που είναι απαραίτητος. Η κοινή εκπαίδευση με εθελοντές και όχι μόνο συμβάλει στη διαμόρφωση κοινής γλώσσας επικοινωνίας που είναι απαραίτητη κατά τη διαχείριση μιας καταστροφής.

- Μετά το πέρας κάθε έκτακτης ανάγκης, αλλά και υλοποίησης άσκησης ετοιμότητας είναι επιβεβλημένη η ανατροφοδότηση και η αξιολόγηση, όπως άλλωστε πρέπει να γίνεται σε κάθε διαδικασία προκειμένου να μιλάμε για διοίκηση ολικής ποιότητας. Αυτό βέβαια υποδηλώνει τη συμμετοχή στη διαδικασία όλων των εμπλεκόμενων μερών και όχι μόνο των υψηλών βαθμίδων διοίκησης. Η καταγραφή, επομένως, των βημάτων και ενεργειών κατά τη διαχείριση μιας κρίσης ή τη διεξαγωγή μιας άσκησης, μετά το πέρας αυτών, ώστε να αναδεικνύονται οι καλές πρακτικές και να διορθώνονται τα λάθη, κρίνεται άκρως σημαντική.
- Διατήρηση μητρώου εργαζομένων με τις γνώσεις, την κατάρτιση και την εμπειρία που διαθέτουν, το οποίο θα ενημερώνεται τακτικά, προκειμένου να αξιοποιούνται οι εργαζόμενοι σε αντίστοιχες θέσεις των δυνατοτήτων τους.
- Ύπαρξη ξεκάθαρων ρόλων και αρμοδιοτήτων του προσωπικού που αναλαμβάνει δράση κατά την αντιμετώπιση μιας κρίσης και πλήρης περιγραφή των ενεργειών, που μπορεί να διαφέρουν από την καθημερινή λογική. Η περιγραφή, επίσης, της αλυσίδας των εντολέων ώστε να είναι γνωστό σε όλους ποιος προϊστάται ποιου σε περίπτωση ανάγκης.
- Επίδειξη της χρήσης εξοπλισμού που απαιτείται σε διαχείριση έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων ακόμα και αυτών που χρησιμοποιούνται για προσωπική προστασία, καθώς και των ικανοτήτων που απαιτούνται για τον χειρισμό τους μέσα πάντα από σεναρία/ασκήσεις. Μια ενδεχόμενη έκτακτη ανάγκη μπορεί να σε ωθήσει σε ρόλο και χρήση εξοπλισμού που δεν είναι στην καθημερινότητά σου, κάτι το οποίο δε θα πρέπει να σε κάνει να υστερείς και να δημιουργείς ζητήματα διαχείρισης κατά την κρίση.
- Πρέπει να δίνεται έμφαση στο θέμα της επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων κατά τη διαχείριση μιας κρίσης. Πρέπει επίσης να είναι γνωστοί όλοι οι ρόλοι επικοινωνίας και μέσα στη μονάδα που εργάζεται κανείς, και με τα Μ.Μ.Ε., το κοινό ακόμα και τις οικογένειες του καθενός. Κάθε υπηρεσία θα πρέπει να οριοθετεί τους ρόλους και τις ευθύνες που αφορούν και την εξωτερική αλλά και την εσωτερική επικοινωνία.
- Η επιλογή των μέσων επικοινωνίας πρέπει να βασίζεται στη λογική ότι η κλασική μέθοδος (μέσω τηλεφώνου) δε θα είναι διαθέσιμη σε περίπτωση καταστροφής. Η επιλεγμένη δε μέθοδος επικοινωνίας θα πρέπει να ελέγχεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την αποδοτικότητά της. Επίσης η ύπαρξη, χρήση και λειτουργία

εξοπλισμού επικοινωνίας, όπως είναι οι ασύρματοι, πρέπει να είναι γνωστή και διαθέσιμη σε όλο το προσωπικό ανεξαιρέτως.

- Αναγνώριση τυχόν αποκλίσεων από τον κανόνα που θα μπορούσαν να υποδηλώνουν μια έκτακτη ανάγκη και περιγραφή των κατάλληλων μέτρων που πρέπει να ληφθούν. Ο έγκαιρος εντοπισμός των αλλαγών και η άμεση ενημέρωση των αρμοδίων μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη προειδοποίηση μιας επικείμενης μεγάλης ή μικρής καταστροφής. Σε αυτήν την κατηγορία θα μπορούσε να συγκαταλέγεται και ο έλεγχος και συντήρηση των συστημάτων ύδρευσης, παροχής ηλεκτρικού ρεύματος και λοιπών εγκαταστάσεων ανά τακτά χρονικά διαστήματα καθώς και εξέταση λειτουργίας των εναλλακτικών μέτρων που πρέπει να προβλέπονται
- Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γεωγραφική περιοχή γύρω από το νοσοκομείο, να είναι χαρτογραφημένη και να υπάρχει πλήρη γνώση των δυνατοτήτων γειτονικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η καθιέρωση συμφωνιών αμοιβαίας βοήθειας με άλλα νοσοκομεία, δημόσια και ιδιωτικά, καθώς και άλλους φορείς υγείας για την κάλυψη ενδεχόμενου υγειονομικού κενού είναι επίσης πολύ σημαντική.

Τελειώνοντας, θα πρέπει σίγουρα να αναγνωριστεί στην εκάστοτε διοίκηση κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος του σήμερα το γεγονός ότι καλείται να εφαρμόσει καλές πρακτικές αναφορικά με τη διαχείριση κρίσεων μέσα σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης, σημαντικής έλλειψης προσωπικού και μειωμένου προϋπολογισμού. Παρόλα αυτά, επειδή οι απώλειες του αύριο, σε περίπτωση μιας καταστροφής, βρίσκονται κάτω από την ομπρέλα της αβεβαιότητας και του αναπάντεχου και μπορεί να είναι περισσότερες από τις απώλειες του σήμερα, η όποια συντονισμένη προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση θα είναι και ένας μικρός θησαυρός. Άλλωστε, όπως υποστήριζε και ο Πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης, «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

1. Damon P. Coppola, (2007), “Introduction to International Disaster Management”, USA, Elsevier Butterworth-Heinemann, p.1.
2. EM-DAT, The International Disaster Database, Centre of research of Epidemiology of Disasters – CRE, <http://www.emdat.be/frequently-asked-questions>, Accessed: 21/08/2017
3. EM-DAT: The Emergency Events Database - Université catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. Guha-Sapir - www.emdat.be, Brussels, Belgium, Accessed: 19/08/2017
4. EU High Level Expert Meeting, (EKEPY), (2014), “Health Emergency Management in the EU – The Role of National Health Operations Centers”, National Health Operation Center, Official Report, Kifissia – Greece, www.ekepy-eu-experts-meeting2014.eu
5. European Commission JRC, (2008), “Forest Fires in Europe 2007”, JRC Scientific & Technical Reports, Report No 8, Institute for Environment & Sustainability, European Communities
6. European Commission, EUROPEAN CIVIL PROTECTION AND HUMANITARIAN AID OPERATIONS, http://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/mechanism_en, Accessed: 26/08/2017
7. Femke V., Rodriguez J., Below R., Guha-Sapir D, (2010), “Annual Disaster Statistical Review The numbers and trends 2009”, Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, The document is available on http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2009.pdf.
8. Fung O.W.M., Loke A.Y., Lai C.K.Y., (2008), “Disaster preparedness among Hong Kong nurses”, Journal of Advanced Nursing: 62(6), p.698–703.
9. Gebbie K.M. and Qureshi K., (2002), “Emergency and disaster preparedness: core competencies for nurses. What every nurse should know but may not know”, American Journal of Nursing: 102(1), p.46–51.
10. Gerhardt E., Vercruyssen G., Rhee P. (2017) Mass Casualty Events and Your Hospital. In: Ecklund J., Moores L. (eds) Neurotrauma Management for the Severely Injured Polytrauma Patient. Springer, Cham
11. Hong KJ, Song KJ, Shin SD, Song SW, Ro YS, Jeong J, Kim TH, Lee YJ, Kim M, Jo SN, Kim MY, (2017), “Rapid Health Needs Assessment Using Newly Developed Toolkit in Korea”, J Korean Med Sci 2017; 32: 1367-1373
12. Huahua Yin, Haiyan He, Paul Arbon, Jingci Zhu, Jing Tan and Limei Zhang, (2011), “Optimal qualifications, staffing and scope of practice for first responder nurses in disaster”, Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, Workforce Issues, 21, p.264–271

13. IFRC, <http://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/>, Accessed: 19/08/2017
14. Loke A. Y. and Fung O.W.M., (2014), “Nurses’ Competencies in Disaster Nursing: Implications for Curriculum Development and Public Health”, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 11
15. Messe, Lorato Baikanne, (2017), “Disaster preparedness of registered nurses in a central hospital in Johannesburg.”, PhD Thesis.
16. Mufich Martin, (2017), “The Need to Increase Disaster Nursing Education in the Undergraduate Curriculum Nursing”, *Prehosp Disaster Med* 2017;32
17. Nicogossian et al. (2011), “Medical and Public Health Consequences of 2001”, *World Medical & Health Policy*, Vol. 3 [2011], Iss. 3, Art. 1, Published by De Gruyter, 2011
18. Papanikolaou V., Leon G.R., Kyriopoulos J., Levett J., Pallis E., (2011), “Surveying the ashes: Experience from the 2007 Peloponnese wildfires six months after the disaster”, *Prehospital & Disaster Medicine*, 26(2):79–89.
19. Poljanšek, K., Marín Ferrer, M., De Groeve, T., Clark, I., Faivre, N., Peter, D., Quevauviller, P., K., Boersma, K.E., Krausmann, E., Murray, V., Papadopoulos, G.A., Salamon, P., Simmons, D.C., Wilkinson, E., Casajus Valles, A., Doherty, B., Galliano, D., (2017), “Science for disaster risk management 2017: knowing better and losing less”, Executive Summary, EUR 28034 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, ISBN 978-92-79-69673-2, doi:10.2760/451402, JRC102482.
20. Pouraghaei M, Tabrizi JS, Moharamzadeh P, Rajaei Ghafori R, Rahmani F, Najafi Mirfakhraei B., (2017), «The effect of start triage education on knowledge and practice of emergency medical technicians in disasters», *J Caring Sci* 2017; 6 (2): 119-25. doi:10.15171/jcs.2017.012.
21. Prehospital trauma life support committee of the National Association of Emergency Medical Technicians in cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeons, (2016), *Prehospital Trauma Life Support (P.H.T.L.S.)*, Jones & Bartlett Learning, 8th Edition, 19:563-587/ Μεταφρασμένο στα Ελληνικά - Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.
22. Reilly Michael J., Markenson David S. (2017), “A Model Curriculum for Improving the Clinical Capabilities of Public Health Nurses for Acute Care Applications during Disasters and Public Health Emergencies”, *Prehosp Disaster Med* 2017;32
23. Sarin RR, Cattamanchi S, Alqahtani A, Aljohani M, Keim M, Ciottone GR., (2017), “Disaster education: a survey study to analyze disaster medicine training in emergency medicine residency programs in the United States. *Prehosp Disaster Med*. 2017;32(4):1-6.
24. UNISDR, (2009), *Terminology on Disaster Risk Reduction*, United Nations International Strategy for Disaster Reduction, Geneva, Switzerland

25. UNISDR (2015). “Making Development Sustainable: The Future of Disaster Risk Management”, Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction, Geneva, Switzerland: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR).
26. UNISDR, (2017), United Nations International Strategy for Disaster Reduction, Terminology, <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology>, Accessed: 25/08/2017
27. World Health Organization, (WHO), Definitions: Emergencies, <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>, Accessed: 19/08/2017
28. Zibulewsky J., (2001), “Defining Disaster: the emergency department perspective”, BUMC PROCEEDINGS, Volume 14, No 2, p144–149

Ελληνική

1. Γ.Γ.Π.Π., (2008), “Απολογισμός Δράσης Κ.Ε.Π.Π. 2007”, Προσβάσιμο από: http://civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/media/Apologismos2007.pdf, Πρόσβαση: 21/08/2017
2. Γ.Γ.Π.Π., <http://civilprotection.gr/el/γενικό-σχέδιο-πολιτικής-προστασίας>, Πρόσβαση: 19/08/2017
3. Γ.Γ.Π.Π., (2017), “Απολογισμός Δράσης Κ.Ε.Π.Π. έτους 2016”, Υπουργείο Εσωτερικών, Αθήνα
4. Γιουρούκος Ν., (2015), “Μαζικές καταστροφές, η εκπαίδευση και ο ρόλος του νοσηλευτή”, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα.
5. Γκεράζη Ι., (2007), «Επικοινωνιακή διαχείριση εκτάκτων αναγκών. Μελέτη περίπτωσης: Διαχείριση συμβάντος στον Λούσιο ποταμό», Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα.
6. Γκορόγια Ε., (2006), «Διαχείριση Κρίσεων», Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Ηπείρου, Άρτα
7. Δαρδαβέσης Θ., Καλησπεράκης Μ., Ξανθοπούλου Π., Κλόκα Μ., Νατσιούλας Ν., (2004), “Ο ιατρικός σχεδιασμός σε καταστάσεις μαζικών καταστροφών”, Εργαστήριο Υγιεινής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ. στα πλαίσια του «Προγράμματος Εκπαίδευσης και Έρευνας επί θεμάτων Υγιεινής, κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής», Ιατρικά Θέματα, τεύχος 33, σ.19-26
8. Ίντας Γ., Στεργιάννης Π., Χάλαρη Ε., (2013), “Κλίμακες διαλογής ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση”, Νοσηλευτική, 52 (4): σελ.393-400
9. Καζαμιάς Π., (2001), “Μαζικές Καταστροφές”, ΘΕΜΑΤΑ Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Τόμος 11ος , Τεύχος 23ο, σελ. 228-239

10. Καραϊσκού Α., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., (2012), “Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας”, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμος 4, τεύχος 2, 49-54
11. Καραμπέτσου Ε, (2009), “Εφαρμογή σχεδίου έκτακτης ανάγκης σε μονάδες υγείας: η περίπτωση του ΓΝΠ "Ο Άγιος Ανδρέας".”, Ιδρυματικό Καταθετήριο ΤΕΙ Πελοποννήσου, Καλαμάτα.
12. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., (2009), «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση Πανδημίας Γρίπης», Μαΐος – Ιούλιος
13. Κοσσιώρης Α, (2013), “Ετοιμότητα του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού για την Αντιμετώπιση Μαζικών Καταστροφών”, Διπλωματική Εργασία, ΜΠΣ Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
14. Μήτρο Στέλα, (2017), “Η λειτουργία των Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα και ο ρόλος του νοσηλευτή”, Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα
15. Παπούλιας Χαρ., Ομουρλόγλου Δ., (2015), «Πολιτική Προστασία, εθελοντισμός και διαχείριση κρίσεων. Υφιστάμενη κατάσταση, προτάσεις πολιτικής για το μέλλον», Αρχηγείο Πυροσβεστικού Σώματος, Πυροσβεστική Ακαδημία, Αθήνα
16. Πόρτουλα Μαρία, (2017), “Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προνοσοκομειακή υποστήριξη επείγοντος περιστατικού”, Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Πατρών, Πάτρα
17. Ρούτση Ε., (2010), “Γνώσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σχετικά με την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών”, e-Locus – Ιδρυματικό Καταθετήριο, Ηράκλειο.
18. Σαπουντζάκη Κ. & Δανδουλάκη Μ., (2015), “Κίνδυνοι και Καταστροφές. Έννοιες και Εργαλεία Αξιολόγησης, προστασίας, Διαχείρισης, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα
19. Σπύρου Σπ., (2008), “Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας. Οργάνωση, λειτουργία και ρόλος του ΕΚΕΠΥ”, Διεθνές Συνέδριο Διαχείρισης Κρίσεων «ΑΘΗΝΑ 2008», παρουσίαση προσβάσιμη από το σύνδεσμο <http://www.geetha.mil.gr/media/athena08/ppt/Spirou.pdf>
20. Συγγελάκης Ελ. Και Ανδρεαδάκης Κ., (2010), “Νοσηλευτική και μαζικές καταστροφές”, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Πτυχιακή Εργασία, Ηράκλειο
21. Τζαβέλλα Φ., (2016), «Πολιτικοί και θεσμικοί παράγοντες στη διαχείριση κρίσεων» Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση κρίσεων», του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου - Παρουσίαση «Διαχείριση κρίσης» και προσωπικές σημειώσεις.
22. Τζιαφέρη Στ., (2006), “Εκτίμηση επικινδυνότητας των επαγγελματιών κινδύνων στο χώρο του Νοσοκομείου”, Ε.Κ.Π.Α., Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα

23. Χριστοπούλου, Μ., & Καρακώστας, Κ., (2015), «Η διοίκηση ενός νοσηλευτικού τμήματος σε δημόσιο νοσοκομείο.», Περιεγχειρητική Νοσηλευτική - Το Επίσημο Περιοδικό του ΣΥ. Δ. ΝΟ. Χ., Τόμος 4, Τεύχος 1 (Ιανουάριος-Απρίλιος 2015), 19-27.
24. Χυτήρης, Λ. & Άννινος, Λ., (2015), «Διοίκηση και ποιότητα υπηρεσιών», Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/4981>

Σχετική Νομοθεσία

1. Αναγκαστικός Νόμος 713/37 (ΦΕΚ 218/Α/37), «Περί διοικήσεως και οργανώσεως Υγειονομικών Ιδρυμάτων του Νομού Λακωνίας»
2. Νόμος 3013/2002 (ΦΕΚ102/Α/01-05-2002), «Αναβάθμιση της Πολιτικής Προστασίας και λοιπές διατάξεις»
3. Νόμος 3370/2005 (ΦΕΚ176/Α/11-07-2005), «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις»
4. Νόμος 3527/2007 (ΦΕΚ25/Α/09-02-2007), «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και λοιπές διατάξεις»
5. Νομοθετικό Διάταγμα 4268/1962 ((ΦΕΚ 187/Α/12-11-1962), «Περί μετατροπής του Θεραπευτηρίου – Σανατορίου Σπάρτης Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου εις Γενικόν Νοσοκομείον»
6. Προεδρικό Διάταγμα 151/2004 (ΦΕΚ107/Α/03-06-2004), «Οργανισμός Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας»
7. Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.43106/2012 (ΦΕΚ 1486/Β/4-5-2012) «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ι. & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»»
8. Υπουργική Απόφαση 1299/2003 (ΦΕΚ423/Β/10-04-2003), «Έγκριση του από 7.4.2003 Γενικού Σχεδίου Πολιτικής Προστασίας με τη συνθηματική λέξη «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ»»
9. Υπουργική Απόφαση ΔΥ1Δ/ΟΙΚ.33115/2004 (ΦΕΚ571/Β/13.4.2004), «Σύσταση και λειτουργία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Σ.Ο.Τ.Υ.) για τις ανάγκες των Ολυμπιακών Αγώνων 2004»
10. Υπουργική Απόφαση 3384/2006 (ΦΕΚ776/Β/28-06-2006), «Συμπλήρωση του Γενικού Σχεδίου Πολιτικής Προστασίας με τη συνθηματική λέξη «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ» με το Ειδικό Σχέδιο «Διαχείρισης Ανθρώπινων Απωλειών»

Διαδικτυακές Πηγές

<http://www.hosplak.gr> Ιστοσελίδα Νοσοκομείου Λακωνίας

<http://civilprotection.gr/el> Ιστοσελίδα της Γ.Γ.Π.Π.

http://ec.europa.eu/echo/index_en Ιστοσελίδα της Πολιτικής Προστασίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής

<http://www.earthquakes.gr> Εργαλείο ειδοποίησης, ενημέρωσης και αναζήτησης σεισμών στην Ελλάδα και τον κόσμο.

<http://www.crisismanagement.gr/> Ιστοσελίδα με παροχή πληροφοριών γύρω από την Διαχείριση κρίσεων

<http://www.et.gr/> Ιστοσελίδα Εθνικού Τυπογραφείου για αναζήτηση σχετικής νομοθεσίας

<https://en.wikipedia.org> Ιστοσελίδα Ελεύθερης Εγκυκλοπαίδειας

<https://www.unisdr.org/> Ιστοσελίδα Γραφείο Ηνωμένων Εθνών για την Μείωση της Επικινδυνότητας Καταστροφών

<https://www.ekab.gr> Ιστοσελίδα Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας

<https://www.ekery.gov.gr/> Ιστοσελίδα Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

Αγγλικά

CRED	Centre for Research on the Epidemiology of Disasters
EM-DAT	Emergency Events Database
ICS	Incident Command System
IFRC	International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies
ISDR	International Strategy for Disaster Reduction
JRC	Joint Research Center
MIC	Monitoring Information Center
PHTLS	Pre-Hospital Trauma Life Support
START	Simple Triage And Rapid Treatment
UNISDR	United Nations International Strategy for Disaster Reduction

Ελληνικά

Γ.Γ.Π.Π.	Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας
Γ.Ν.Σ.	Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης
Γ.Ν.Λ. –	Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας –
N.M.S.	Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης
E.T.I.K.	Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών
K.E.Π.Π.	Κέντρο Επιχειρήσεων Πολιτικής Προστασίας
Π.Σ.	Πυροσβεστικό Σώμα
T.E.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
X.B.P.Π.	Χημικών – Βιολογικών – Ραδιολογικών & Πυρηνικών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΑΙΤΗΜΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σπάρτη, 22 Ιουνίου 2017

ΠΡΟΣ: κ. Μπότσιο Σωτήριο

Διοικητή Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

ΚΟΙΝ.: 1. κ. Τρουγκάκο Ευάγγελο
Διοικητικό Διευθυντή Γ. Ν. Σπάρτης,

2. κ. Ηλιόπουλο Παναγιώτη
Πρόεδρο Επιστημονικού
Συμβουλίου Γ. Ν. Σπάρτης

Θέμα: Αίτηση άδειας για τη διεξαγωγή έρευνας

Αξιότιμε κ. Διοικητά,

Η κα Μερκεούλια Καλλιόπη, ειδικότητας ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα «Αναδρομική μελέτη εφαρμογής Επιχειρησιακού Σχεδίου Υγειονομικής Ετοιμότητας και ενδεχόμενη αξιοποίηση της εμπειρίας σε μελλοντικούς σχεδιασμούς διαχείρισης κρίσεων».

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων του εμπλεκόμενου υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού του Νοσοκομείου Σπάρτης αναφορικά με την διαχείριση της κρίσης όταν η Λακωνία κηρύχτηκε σε έκτακτη ανάγκη λόγω των εκτεταμένων πυρκαγιών του 2007, καθώς και το κατά πόσο αυτή η εμπειρία διοχετεύτηκε και βοήθησε στην μετέπειτα προετοιμασία του Νοσοκομείου αναφορικά με την ετοιμότητα στην αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης κρίσης.

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από την συνυπογράφουσα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Διευθύντρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, κα Τσιρώνη Μαρία.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο θα απευθύνεται σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου ευθύνης σας, οι οποίοι είχαν αναλάβει ρόλους κατά την υλοποίηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Περσέας» το 2007 με τις πυρκαγιές, καθώς και ρόλους κατά την υλοποίηση ασκήσεων ετοιμότητας τα τελευταία χρόνια. Η διανομή και συλλογή των εν λόγω ερωτηματολογίων θα γίνει από την ίδια την φοιτήτρια, με ολιγόλεπτη συμμετοχή του απαιτούμενου προσωπικού. Για την διευκόλυνση της έρευνας θα χρειαστεί, επίσης, πρόσβαση σε στοιχεία επικοινωνίας ατόμων που μπορεί να έχουν συνταξιοδοτηθεί ή δεν έχουν πλέον κάποια εργασιακή σχέση με το Νοσοκομείο, είχαν όμως αναλάβει ρόλους κατά την εφαρμογή του εν λόγω Επιχειρησιακού Προγράμματος το 2007. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο καθώς και το ερωτηματολόγιο.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα γίνει μετά από την σχετική συγκατάθεση των συμμετεχόντων οι οποίοι θα πάρουν μέρος στην εν λόγω έρευνα εθελοντικά και θα τηρηθεί η ανωνυμία τους. Βεβαιώνεται δε, ότι θα εφαρμοστούν όλοι οι απαιτούμενοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και ότι δε θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση από πλευράς Νοσοκομείου.

Σε συνέχεια των ανωτέρω, παρακαλούμε όπως μας χορηγήσετε σχετική άδεια για την διεξαγωγή της ανωτέρω αναφερόμενης έρευνας στο Νοσοκομείο σας. Τέλος, δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε αντίγραφο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως εσείς κρίνετε.

Για οποιαδήποτε σχετική διευκρίνιση είμαστε στην διάθεσή σας. Το τηλέφωνο επικοινωνίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας είναι: 6975851691 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: kmerek@yahoo.gr

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

-Η-
Επιστημονικά Υπεύθυνη του ΠΜΣ
& Επιβλέπουσα

Μαρία Τριρώνη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

-Η-
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Καλλιόπη Μερκεούλια
ΠΕ Δ/κού – Οικ/κού

Συνημμένα: 1. Ερευνητικό Πρωτόκολλο
2. Ερωτηματολόγιο
3. Αντίγραφο Βεβαίωσης Σπουδών
4. Αντίγραφο Βεβαίωσης Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΓΚΡΙΣΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛ. ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 06/09/2017

Αρ. Πρ : Φ/Γ/2/ 6848

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας
Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ: κ.Μερεκούλια Καλλιόπη,
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Τμ .Νοσηλευτικής
του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
e-mail : kmerek@yahoo.gr

ΘΕΜΑ : Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: Η υπ' αρ. πρωτ.30981/ 30-08-2017 έγκριση της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό εγκρίθηκε το αίτημά σας , για την συλλογή ερευνητικών δεδομένων, στο πλαίσιο της έρευνας με θέμα « Αναδρομική μελέτη εφαρμογής Επιχειρησιακού Σχεδίου Υγειονομικής Ετοιμότητας και ενδεχόμενη αξιοποίηση της εμπειρίας σε μελλοντικούς σχεδιασμούς διαχείρισης κρίσεων », με την επισήμανση ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά ο φορέας μας, δεν θα παρακαλυθεί η ομαλή λειτουργία στους χώρους που θα συλλεχθούν τα ερευνητικά δεδομένα και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

- 1.Διευθυντή Ι.Υ
- 2.Διευθυντή Δ.Υ
3. Διευθύντρια Ν.Υ
- 4.Γραφείο Εκπαίδευσης

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ

ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ 30/08/2017

Αριθμ. Πρωτ. 30981

Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ
Ν.Μ. ΣΠΑΡΤΗΣ

Φ.Π.Ρ.Φ.Ε.Υ.Π.Δ.Ι.Ε.Σ.
ΠΡΟΣ
Γ.Ν.ΛΑΚΩΝΙΑΣ – Ν.Μ. ΣΠΑΡΤΗΣ
(με την παράκληση ενημέρωσης της
κας Μερκεούλια Καλλιόπης)

Φωτ. Επικ. Φερρόμευ

- Θέμα:** Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων
- Σχετ:**
- Το υπ' αριθμ. Φ/Γ/2/6848/02.08.2017 έγγραφό σας
 - Η υπ' αρ. Α3(γ)/οικ.23133/27.03.2017 (ΦΕΚ1305/Τεύχος Β'/13.04.2017) Υπουργική Απόφαση περί αρμοδιοτήτων Υποδιοικητών 6ης ΥΠΕ Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων- Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας.

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού εγγράφου σας εγκρίνουμε την συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο της έρευνας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας του πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. Μερκεούλια Καλλιόπης με θέμα: «*Αναδρομική μελέτη εφαρμογής Επιχειρησιακού Σχεδίου Υγειονομικής Ετοιμότητας και ενδεχόμενη αξιοποίηση της εμπειρίας σε μελλοντικούς σχεδιασμούς διαχείρισης κρίσεων*», με την επισήμανση ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά ο φορέας σας, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία στους χώρους που θα συλλεχθούν τα ερευνητικά δεδομένα και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
α/α Ο Υποδιοικητής



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Α. ΚΩΣΤΑΚΙΩΤΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A/A Ερωτηματολογίου:.....
(συμπληρώνεται από τον ερευνητή)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

έρευνας με τίτλο:

«Αναδρομική μελέτη εφαρμογής Επιχειρησιακού Σχεδίου Υγειονομικής Ετοιμότητας και ενδεχόμενη αξιοποίηση της εμπειρίας σε μελλοντικούς σχεδιασμούς διαχείρισης κρίσεων».

Ημερομηνία Συμπλήρωσης:.....

1. Παρακαλείστε όπως σημειώσετε το φύλο σας:
Αντρας Γυναίκα
2. Παρακαλείστε όπως σημειώσετε σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε;
21 - 25
26 - 30
31 - 35
36 - 40
41 - 45
46 - 50
51 - 55
56 και άνω
3. Είστε απόφοιτος:
Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης
Τ.Ε.Ι.
Α.Ε.Ι.
Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών
Διδακτορικού Προγράμματος Σπουδών
Άλλο: (Παρακαλούμε σημειώστε συγκεκριμένα)
4. Παρακαλούμε σημειώστε σε ποιον χώρο απασχολείστε σήμερα στο Νοσοκομείο;
ΤΕΠ
Χειρουργικός τομέας
Παθολογικός τομέας
Εργαστηριακός τομέας
Διοικητικός τομέας
Έχω συνταξιοδοτηθεί
Άλλο: (Παρακαλούμε σημειώστε συγκεκριμένα)

5. Το 2007 κατά την ανακήρυξη της Λακωνίας σε έκτακτη ανάγκη λόγω των πυρκαγιών σε ποιο χώρο του Νοσοκομείου απασχολούσασταν;
- ΤΕΠ
- Χειρουργικός τομέας
- Παθολογικός τομέας
- Εργαστηριακός τομέας
- Διοικητικός τομέας
- Δεν εργαζόμουν τότε στο Ν.Σ.*
- Άλλο: (Παρακαλούμε σημειώστε συγκεκριμένα)
6. Με ποια ιδιότητα απασχολούσασταν/ απασχολείστε στο Νοσοκομείο:
- Ιατρός
- Νοσηλεύτης/τρια
- Διοικητικός Υπάλληλος
- Άλλο: (Παρακαλούμε σημειώστε συγκεκριμένα)
7. Κατά την ενεργοποίηση του Περσέας το 2007 είχατε θέση ευθύνης; (Διοικητής, Προϊστάμενος, Επικεφαλής, Υπεύθυνος Τμήματος κλπ)
- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν εργαζόμουν τότε στο Ν.Σ.
8. Σήμερα κατέχετε θέση ευθύνης; (Διοικητής, Προϊστάμενος, Διευθυντής)
- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
9. Γνωρίζετε για την ύπαρξη του σχεδίου «Περσέας»;
- ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ**
- ΟΧΙ
10. Είστε ενήμεροι για το περιεχόμενο του εν λόγω σχεδίου;
- ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
- ΟΧΙ
11. Γνωρίζετε την αλυσίδα επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης;
- ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
- ΟΧΙ
12. Είστε ενήμεροι για το σημείο συνάντησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης;
- ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
- ΟΧΙ

13. Σε περίπτωση που συμμετείχατε στην αντιμετώπιση της κρίσης το 2007 με την ενεργοποίηση του σχεδίου «Περσέας» πόσο ικανοποιημένος/η δηλώνετε από το αποτέλεσμα συνολικά;

Πολύ Ικανοποιημένος/η	Αρκετά Ικανοποιημένος/η	Μέτρια Ικανοποιημένος/η	Λίγο Ικανοποιημένος/η	Καθόλου Ικανοποιημένος/η

14. Το γεγονός ότι η ενεργοποίηση του «Περσέας» έγινε καλοκαίρι σε περίοδο αδειών πόσο πιστεύετε ότι επηρέασε την ομαλή διεξαγωγή του σχεδίου;

Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου

15. Η συμμετοχή σας κατά την ενεργοποίηση του σχεδίου «Περσέας» το 2007 πόσο αρνητικά επηρέασε την ψυχολογία σας;

Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου

16. Η εκπαίδευσή σας το 2007 σε θέματα διαχείρισης κρίσεων και έκτακτων αναγκών κρίνετε πως ήταν επαρκής;

ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
 ΟΧΙ Δε συμμετείχα/δεν εργαζόμουν τότε στο Ν.Σ.

Αν επιθυμείτε σχολιάστε περαιτέρω

.....

17. Η κήρυξη της Λακωνίας σε έκτακτη ανάγκη λόγω των πυρκαγιών το 2007 και η συμμετοχή σας στην εφαρμογή του σχεδίου «Περσέας» πυροδότησε τη διάθεση για περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα διαχείρισης κρίσεων;

ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
 ΟΧΙ Δε συμμετείχα/δεν εργαζόμουν τότε στο Ν.Σ.

18. Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα εκπαίδευσης αναφορικά με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και διαχείριση κρίσεων;

ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
 ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, αναφέρετε τα συγκεκριμένα προγράμματα

.....

19. Σε περίπτωση που έχετε παρακολουθήσει κάποια προγράμματα εκπαίδευσης για περαιτέρω εξειδίκευση ώστε να είστε σε ετοιμότητα σε περίπτωση εκδήλωσης έκτακτης ανάγκης, τα έξοδα που πιθανόν είχαν προκύψει από ποιον καλύφθηκαν;

Νοσοκομείο ΔΓ/ΔΑ
 Ιδία έξοδα

20. Σήμερα εκτιμάτε ότι οι γνώσεις σας αναφορικά με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και διαχείριση κρίσεων είναι επαρκείς;

ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
 ΟΧΙ

21. Έχετε εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών;

ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
 ΟΧΙ

22. Μετά το πέρας της κρίσης το 2007 υπήρξε αξιολόγηση και ανατροφοδότηση όσον αφορά την προώθηση καλών πρακτικών και την ανάδειξη προβλημάτων κατά την εφαρμογή του σχεδίου «Περσέας»;

ΝΑΙ ΔΓ/ΔΑ
 ΟΧΙ

23. Έχετε συμμετάσχει σε ασκήσεις ετοιμότητας που πραγματοποιήθηκαν στο Νοσοκομείο;

ΝΑΙ (πριν το 2007) ΟΧΙ
 ΝΑΙ (μετά το 2007)
 ΝΑΙ (πριν και μετά το 2007)

24. Παρακαλούμε όπως σημειώσετε το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες προτάσεις:

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ εν μέρει	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ εν μέρει	Διαφωνώ κάθιστα
Κατά την ενδεχόμενη εκδήλωση μιας κρίσης υπάρχει εμπιστοσύνη σε ότι αφορά τη συνεργασία και τις απαιτούμενες γνώσεις των συναδέλφων ώστε να επιτευχτεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.					
Οι γνώσεις μου και οι δυνατότητές μου αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στον χώρο εργασίας μου.					
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου φροντίζει για τη συνεχή επαγρύπνηση του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή					
Η συνεργασία με εξωνοσοκομειακούς φορείς και εθελοντικές οργανώσεις είναι πολύ καλή.					
Υπάρχει εμπιστοσύνη στις εθελοντικές οργανώσεις που ασχολούνται με τη διάσωση στη διευκόλυνση του έργου μας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.					
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου επιδιώκει και παροτρύνει την περαιτέρω εκπαίδευση του προσωπικού σε συναφή θέματα.					
Η περαιτέρω εκπαίδευση του κάθε επαγγελματία υγείας σε θέματα εκτάκτων αναγκών και διαχείρισης κρίσεων οφείλει να είναι προσωπική του ευθύνη.					
Πραγματοποιούνται όσο συχνά χρειάζεται απαιτούμενες ασκήσεις βασισμένες σε σενάρια διάφορων εκτάκτων αναγκών.					
Πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να απασχολούνται ανά					

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ εν μέρει	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ εν μέρει	Διαφωνώ κάθετα
διαστήματα στα ΤΕΠ					
Το Νοσοκομείο στο σύνολό του είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του Νομού σε περίπτωση μιας μαζικής καταστροφής.					
Απαιτείται η προώθηση της συνεργασίας με εθελοντικές διασωστικές οργανώσεις στα πλαίσια πραγματοποίησης σχετικών σεναρίων.					
Η αξιολόγηση μετά τη λήξη της έκτακτης ανάγκης ή του αντίστοιχου σεναρίου είναι επιβεβλημένη για τη βελτίωση της ετοιμότητας του Νοσοκομείου.					
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου αξιοποίησε στο έπακρο την εμπειρία του 2007 και αυτό φαίνεται από τα σενάρια ετοιμότητας που έλαβαν χώρα μέχρι σήμερα.					
Η μόνιμη απασχόληση του προσωπικού σε έναν συγκεκριμένο χώρο (π.χ. χειρουργική κλινική) βοηθά στην εξειδίκευση του προσωπικού.					
Οι εναλλαγές του προσωπικού στις κλινικές του νοσοκομείου βοηθούν στην καλύτερη ανταπόκριση αυτού σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.					

25. Παρακαλούμε προσθέστε τυχόν σχόλια ή παρατηρήσεις:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας!