

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διαχείριση κρίσεων και υγειονομική ετοιμότητα σε περιφερειακό νοσοκομείο σε ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό»

ΙΩΑΝΝΑ ΚΟΥΚΟΥ

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Φεβρουάριος 2012

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διαχείριση κρίσεων και υγειονομική ετοιμότητα σε περιφερειακό νοσοκομείο σε ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό»

ΙΩΑΝΝΑ ΚΟΥΚΟΥ

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Μέλη συμβουλευτικής επιτροπής

Επιβλέπων: Μαρία Τσιρώνη , Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Μέλος: Θεόφιλος Ρόζενμπεργκ , Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

Μέλος: Κωνσταντίνος Χολέβας , Πολιτικός Μηχανικός Msc , Θέματα Πολιτικής Προστασίας

Φεβρουάριος 2012

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Ιωάννα Κούκου , 2011

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:

Η τριμελής εξεταστική επιτροπή

Μαρία Τσιρώνη

Σοφία Ζυγά

Παναγιώτης Πρεζεράκος

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	9
A ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Κρίση.....	12
1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά της κρίσης.....	12
1.2 Κρίσεις και έκτακτες ανάγκες.....	13
1.3 Καταστροφές.....	16
1.4 Στοιχεία για την Ελλάδα.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Διαχείριση κρίσεων.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Υγειονομική ετοιμότητα.....	24
3.1 Η διαχείριση κρίσεων στην υγεία και μηχανισμοί παροχής βοήθειας σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.....	24
3.1.1 Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.....	28
3.1.2 Το Ευρω-Ατλαντικό Κέντρο για την Αντιμετώπιση των Καταστροφών NATO / EADRCC Euro-Atlantic Disaster Response Coordination Centre.....	30
3.1.3 Εθελοντές και μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.....	31
3.2 Η διαχείριση κρίσεων στην υγεία στην Ελλάδα.....	32
3.3 Η ασφάλεια και η ετοιμότητα των νοσοκομείων.....	39
3.4 Το επιχειρησιακό σχέδιο «Περσέας».....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης.....	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Σκοπός της έρευνας.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : Μεθοδολογία.....	53
7.1 Σχεδιασμός μελέτης και πληθυσμός.....	53
7.2 Ηθική και δεοντολογία.....	53
7.3 Ερωτηματολόγια.....	54
7.4 Επεξεργασία.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : Αποτελέσματα.....	56
8.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος.....	56
8.2 Περιγραφική στατιστική.....	61
8.3 Συσχετίσεις.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο : Συζήτηση.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	108
1. Τα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης.....	109
2. Άδεια υλοποίησης έρευνας.....	110
3. Έγκριση υλοποίησης έρευνας.....	111
4. Ερωτηματολόγιο.....	112

Ευχαριστίες

Στην εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας ,
θα ήθελα καταρχήν να ευχαριστήσω για τη συμβολή της την επιβλέπουσα καθηγήτρια
δρ. Μαρία Τσιρώνη ,για τις καίριες υποδείξεις της και για την υποστήριξή της καθόλη τη
διάρκεια της συγγραφής .

Επίσης , όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις γνώσεις
που μου μετέδωσαν , καθώς και την οικογένειά μου για την αμέριστη
συμπαράσταση και αγάπη τους .

Τέλος , δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ,
γιατί χωρίς αυτούς η πραγματοποίησή της δε θα ήταν εφικτή.

Περίληψη

Σκοπός Οι καταστροφές και οι έκτακτες ανάγκες διαταράσσουν την ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες και τα διαθέσιμα μέσα και εφόδια . Τα νοσοκομεία παγκοσμίως εμπλέκονται στην αντιμετώπιση τέτοιων κρίσεων. Το κλειδί της επιτυχούς διαχείρισης είναι να είναι καλά προετοιμασμένα . Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται η ύπαρξη ενός λιτού , ρεαλιστικού και επαρκώς δοκιμασμένου σχεδίου ετοιμότητας . Η ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης αναφέρεται στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία και την ασφάλεια των ατόμων , αλλά και στην ακεραιότητα και τη λειτουργία των δομών και συστημάτων.

Στόχος της εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου ετοιμότητας και των απόψεων του υγειονομικού προσωπικού ενός περιφερειακού νοσοκομείου, του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης ,σε σχέση με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και φυσικών καταστροφών .

Υλικό –μέθοδος Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από το μόνιμο προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης (N=210). Τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν δημογραφικά στοιχεία και άλλες μεταβλητές που αφορούσαν γνώσεις σχεδίων διαχείρισης κρίσεων και απόψεις σχετικά με την εκτίμηση της ετοιμότητας του νοσοκομείου .

Αποτελέσματα Το 61,4% του προσωπικού πιστεύει ότι το νοσοκομείο δεν έχει εμπειρία στην αντιμετώπιση φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή .Η συντριπτική πλειοψηφία (75,7%) δεν έχει συμμετάσχει σε άσκηση , ενημέρωση ή εκπαίδευση. Αν και το σχέδιο «Περσέας» είχε ενεργοποιηθεί το 2007(Αύγουστος) με τις πυρκαγιές μόνο το 8,6% αναφέρει γνώση του σχεδίου και μόνο το 17,6% γνωρίζει τι πρέπει να κάνει σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης. Ως εκ τούτου η συντριπτική πλειοψηφία του προσωπικού (90%) επιθυμεί να μάθει πώς να είναι κατάλληλα προετοιμασμένη. .

Συμπεράσματα Τα σχέδια διαχείρισης κρίσεως για τα νοσοκομεία δεν είναι επικαιροποιημένα και γνωστά στο σύνολο του προσωπικού. Είναι επιτακτική η ανάγκη κατάλληλης προετοιμασίας. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες και ενέργειες για την ανάδειξη του θέματος και την ευαισθητοποίηση του υγειονομικού προσωπικού.

Λέξεις-κλειδιά καταστροφές, ετοιμότητα νοσοκομείου, προετοιμασία καταστροφών, ετοιμότητα εκτάκτων αναγκών

Abstract

Purpose The disasters and emergencies disrupt the balance between needs and available instruments and supplies. Hospitals worldwide are involved in dealing with such crises. The key to successful management is to be well prepared . To achieve this requires the existence of a simple, realistic and well-tested preparedness plan .

The emergency preparedness refers to minimizing the negative impacts on health and safety of individuals, but also the integrity and operation of structures and systems.

The aim of the study is to investigate the level of preparedness and the views of healthcare staff, of a regional hospital, General Hospital of Sparta, in relation to the emergencies and natural disasters.

Material-Methods of data collection was the completion of questionnaires by the permanent staff of the General Hospital of Sparta (N = 210). The questionnaires included demographic data and other variables related to knowledge of project management crisis and views on the assessment of hospital preparedness.

Results The 61.4% of staff believes that the hospital does not have experience in dealing with natural disaster or emergency or epidemic. The vast majority (75.7%) has not participated in exercise, information or education. Although the 'Perseus' has been activated in 2007 (August) at fires ,only 8.6% reported knowledge of the plan and only 17.6% know what to do in the event of natural disaster or emergency. Therefore the vast majority of staff (90%) would like to learn how to be properly prepared.

Conclusions The crisis management plans for hospitals are not up to date and are not known to all staff. There is an urgent need for adequate preparation. Further studies and actions to highlight the issue and the awareness of health personnel.

Keywords disasters, hospital readiness, disaster preparedness , emergency preparedness

Εισαγωγή

Οι νέες συνθήκες της παγκοσμιοποίησης και της οικονομίας δημιουργούν κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές αναταράξεις σε όλες τις περιοχές του πλανήτη μας με αποτέλεσμα μικρές ή μεγάλες κρίσεις. Οι κρίσεις είναι γεγονότα που προκύπτουν συνήθως αιφνιδιαστικά και αποτελούν απειλή. Σπάνια μπορούν να προληφθούν εγκαίρως ή να προετοιμαστούν επαρκώς αυτοί οι οποίοι πρόκειται να πληγούν. Η Διαχείριση κρίσεων (crisis management) ορίζεται ως η διαδικασία πρόληψης ή και επίλυσης, εκτόνωσης της κρίσης. Περιλαμβάνει συγκεκριμένο σχέδιο, οργάνωση, καθοδήγηση και έλεγχο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από μια καταστροφή, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι απώλειες (Heath, 2004). Συνεπώς, η υιοθέτηση συστημάτων ασφαλείας και θεσμών για τη διαχείριση κρίσεων αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τις κυβερνήσεις, τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις. Ο εθνικός σχεδιασμός Πολιτικής Προστασίας έχει στόχο τη βέλτιστη ετοιμότητα όλων των φορέων σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Προβλέπονται με νόμο δράσεις ετοιμότητας όπως:

- Σύνταξη, επικαιροποίηση και αναθεώρηση των σχεδίων έκτακτης ανάγκης για κάθε κίνδυνο.
- Παροχή οδηγιών για τη σύνταξη των σχεδίων, ώστε να προσαρμόζονται σε νέες ανάγκες που προκύπτουν.
- Αξιοποίηση και εισαγωγή στα επικαιροποιημένα σχέδια πληροφοριών και εμπειριών που προέκυψαν από πραγματικά γεγονότα και ασκήσεις ετοιμότητας.

Οι κρίσεις επηρεάζουν το επίπεδο υγείας μιας κοινότητας με πολλούς τρόπους. Μαζικές καταστροφές και ατυχήματα μπορούν να προκαλέσουν πολλά θύματα. Η υγειονομική κινητοποίηση λειτουργεί σε έντονη χρονική πίεση κατά την οξεία φάση των γεγονότων (Veenema, 2003).

Τα νοσοκομεία αποτελούν το διάμεσο μεταξύ της κοινότητας και του τομέα υγείας. Η θέση τους είναι σημαντική στην κοινωνική συνοχή σε κρίσιμες καταστάσεις γιατί αποτελούν τμήμα της άμεσης ανταπόκρισης σε φυσικές καταστροφές ή έκτακτες ανάγκες. Η σχέση τους με τους υπόλοιπους φορείς και συμμετέχοντες δεν είναι πάντα τόσο ισχυρή όσο θα έπρεπε.

Ο Π.Ο.Υ. δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ασφάλεια των νοσοκομείων και την ετοιμότητά τους σε κρίσιμες καταστάσεις τόσο για τους ασθενείς αλλά και για τους επισκέπτες και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Τα νοσοκομεία άλλωστε αποτελούν τεράστιες επενδύσεις για

οποιαδήποτε χώρα. Η αποτυχία τους να διαχειριστούν μια καταστροφή μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το ηθικό των πολιτών και το κοινωνικό-υγειονομικό κεφάλαιο (Nia et al 2008). Τα νοσοκομεία πρέπει να έχουν πλήρη ετοιμότητα ,αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη ενός λιτού, ρεαλιστικού και επαρκώς δοκιμασμένου σχεδίου ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της κρίσης.

Αξίζει λοιπόν η διερεύνηση του επιπέδου ετοιμότητας του προσωπικού ενός νοσοκομείου σε σχέση με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και φυσικών καταστροφών. Στην έρευνα που ακολουθεί επιλέχθηκε ένα περιφερειακό νοσοκομείο , το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης ,που είναι ένα από τα μεγαλύτερα της διοικητικής περιφέρειας Πελοποννήσου , επειδή στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ενεργοποιήθηκε ο «Περσέας» τον Αύγουστο του 2007,όταν ξεκίνησε το καταστροφικό έργο των πυρκαγιών από το νομό Λακωνίας αφήνοντας πίσω 6 νεκρούς .

A ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Κρίση

1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά της κρίσης

Η λέξη «κρίση» είναι πολυδιάστατη. Σημαίνει την ικανότητα του ανθρώπου να κρίνει . Είναι όμως και η διατάραξη της ομαλής πορείας μιας διαδικασίας, η κακή λειτουργία ή η έμπρακτη αμφισβήτηση καθιερωμένων δομών, αξιών και θεσμών .

Ο C.Herman (1972) αναφέρει ότι *«η κρίση είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αιφνιδιασμό , υψηλό κίνδυνο για τις σοβαρές αξίες και μικρό χρόνο αντίδρασης»*.

Ο Foster (1980) αναφέρει ότι *«τα έκτακτα περιστατικά προσδιορίζονται από τέσσερα διαφορετικά χαρακτηριστικά μια επείγουσα ανάγκη για γρήγορες αποφάσεις , συνοδευόμενη από μια έντονη έλλειψη του απαραίτητου εκπαιδευόμενου προσωπικού, των υλικών και του χρόνου για να την αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά»*.

Οι Rosenthal και Rijnenburg (1991) θεωρούν ότι *«η έννοια της κρίσης σχετίζεται με τις καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από σοβαρή απειλή, αβεβαιότητα και αίσθηση του επείγοντος»*.

Ο Barton (1993) αναφέρει ότι η κρίση είναι *«ένα μεγάλο, ξαφνικό γεγονός , το οποίο πιθανώς έχει αρνητικά αποτελέσματα. Το γεγονός και οι συνέπειές του , μπορούν να βλάψουν σοβαρά έναν οργανισμό, τους υπαλλήλους του, τα προϊόντα, τις υπηρεσίες , την οικονομική του κατάσταση και την υπόληψή του»*.

Οι Mitroff και Pearson (1993) αναφέρουν ότι *« η άμεση προσπάθεια των διαχειριστών της κρίσης θα πρέπει να είναι η συγκέντρωση , η ανάλυση και η διάδοση των πληροφοριών αναφορικά με τα πιθανά αίτια της κρίσης , τα αποτελέσματα που έχει επιφέρει και τους τρόπους με τους οποίους θα αντιμετωπιστεί»*.

Ο J.Darling (1994) υποστηρίζει ότι η κρίση είναι μια κρίσιμη καμπή ή μια κρίσιμη χρονική στιγμή και επισημαίνει ότι ο όρος «κρίση» στην κινέζικη γλώσσα συνδυάζει δύο ιδεογράμματα , το πρώτο αποτυπώνει την έννοια του «κινδύνου» και το δεύτερο την έννοια της «ευκαιρίας».

Οι Pearson και Clair (1998) περιγράφουν την κρίση *«ως ένα γεγονός μικρής πιθανότητας να συμβεί , αλλά εξαιρετικά μεγάλης επίδρασης, που απειλεί τη βιωσιμότητα της επιχείρησης ή του οργανισμού. Χαρακτηρίζεται δε, από ασάφεια αναφορικά με τις πιθανές αιτίες που το προκάλεσαν, τις πιθανές συνέπειες που θα επιφέρει και τον τρόπο με τον οποίο θα επιλυθεί»*.

Επιπλέον , κυριαρχεί η αίσθηση ότι οι οποιοσδήποτε αποφάσεις του κρίσιμου αυτού γεγονότος θα πρέπει να ληφθούν ταχύτατα».

Μία κρίσιμη κατάσταση εμπεριέχει , ανεξάρτητα από το είδος και τη μορφή της , συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Meena Ahmed,2006):

- Αιφνιδιασμό για το γεγονός .
- Απειλή σχετικά με τους πόρους και τους ανθρώπους.
- Την απώλεια του ελέγχου .
- Ορατές ή και αόρατες συνέπειες στους ανθρώπους , τους πόρους και τους οργανισμούς .
- Διακοπή της ρουτίνας και της συνηθισμένης ροής των διαδικασιών .
- Οι απαιτήσεις σε ανθρώπινο δυναμικό και πόρους υπερβαίνουν τους διαθέσιμους .
- Κλιμάκωση των γεγονότων καθώς πληθαίνουν οι πληροφορίες .
- Αυξημένο ενδιαφέρον των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) για το γεγονός που προκύπτει .

1.2 Κρίσεις και έκτακτες ανάγκες

Οι έννοιες, «έκτακτη ανάγκη» και «κρίση» χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ακόμη και από τους υπεύθυνους που τις διαχειρίζονται, κρατικούς λειτουργούς ή επικεφαλής επιχειρήσεων. Μια απλή αλλά περιεκτική περιγραφή των εκτάκτων αναγκών και των κρίσεων θα μπορούσε να γίνει ως εξής:

«Έκτακτη ανάγκη» είναι μια ασυνήθιστη κατάσταση που απαιτεί την άμεση δράση μηχανισμών, πέρα από τους προβλεπόμενους σε κανονικές διαδικασίες, προκειμένου να περιοριστούν οι ζημιές στα πρόσωπα, την περιουσία ή το περιβάλλον.

«Κρίση» είναι μια κατάσταση που προκαλεί αίσθηση κινδύνου στο κοινό, σχετικά με την καταλληλότητα, την παράδοση, τις τιμές, την ασφάλεια, την προστασία ή την ακεραιότητα ενός οργανισμού ή μιας κοινωνίας .

Οι έκτακτες ανάγκες και οι κρίσεις έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά και σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η ανάγκη για προετοιμασία και ο συντονισμός του μεγάλου δικτύου εμπλεκόμενων μηχανισμών, στον επιχειρησιακό και επικοινωνιακό τομέα.(Πίνακας 1.1)

Για τη διαχείριση μιας κατάστασης έκτακτης ανάγκης, πρέπει να εξεταστούν τα προβλήματα και οι συνέπειες που θα δημιουργηθούν από μια φυσική ή προκαλούμενη από τον άνθρωπο

καταστροφή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο πρώτος στόχος είναι να εξασφαλιστεί η συνεχής ροή πληροφοριών προς τους πληγέντες, ώστε να μειωθούν οι επιπτώσεις από την καταστροφή και να ελαχιστοποιηθούν ο φόβος και η ανεπιθύμητη ανησυχία. Επιπλέον, μια έκτακτη ανάγκη μπορεί να μετατραπεί σε κρίση, εάν φανεί ότι ο μηχανισμός, στα ανώτερα κλιμάκια, δεν έχει τον έλεγχο της κατάστασης. Για παράδειγμα, ο χειρισμός των περιστατικών που θεωρήθηκαν ως εκδήλωση επιδημίας της γρίπης των πτηνών το 2006 (έκτακτη ανάγκη) δημιούργησαν σοβαρά ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μέτρων ελέγχου και την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας από τους εμπλεκόμενους φορείς (κρίση). (Φαλάρας, 2008)

Οι κρίσεις τις περισσότερες φορές αρχίζουν με μια έκτακτη ανάγκη, που δεν αποτελεί απαραίτητα μια σοβαρή απειλή για ανθρώπινες ζωές ή ιδιοκτησίες. Οι κρίσεις μπορούν να προκληθούν από την αποτυχία των πολιτικών που υιοθετούνται για την αντιμετώπιση της έκτακτης ανάγκης, το σχεδιασμό ή τα προγράμματα που έχουν συνολικά εκπονηθεί. Σε ανώτερο επίπεδο, είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητό ότι, ένα γεγονός εξελίσσεται σε κρίση, όταν υπάρχει η αντίληψη ότι υπάρχει πρόβλημα, ανεξάρτητα από το εάν το πρόβλημα είναι πραγματικό ή μόνο φαινομενικό. Μια κατάσταση εξελίσσεται σε κρίση, όταν «υποδεικνύεται» ως τέτοια από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, από ισχυρές ή αξιόπιστες ομάδες που συνδέονται με το γεγονός.

Πίνακας 1.1: Χαρακτηριστικά κρίσεων και εκτάκτων αναγκών

Είδος συμβάντος	Πιθανά αίτια	Χαρακτηριστικά
Διαχείριση εκτάκτων αναγκών	<ul style="list-style-type: none"> • Φυσική καταστροφή • Ανθρώπινη δραστηριότητα • Επιδημία • Ατύχημα • Σαμποτάζ • Πόλεμος • Κατάρρευση συστημάτων η/υ 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στα επακόλουθα του προβλήματος • Σύνθετες επιπτώσεις στις δημόσιες λειτουργίες • Απαίτηση για εκτεταμένη κινητοποίηση με ιδιαίτερη προσοχή στον επιχειρησιακό και επικοινωνιακό τομέα • Εστίαση στον περιορισμό των επιπτώσεων στις βλάβες στα άτομα, τις περιουσίες και το περιβάλλον
Διαχείριση κρίσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Λάθος εκτίμηση – απόφαση (πολιτική, διοικητική) • Αναγνώριση αποτυχίας σε πολιτικές, πρόγραμμα ή κανονισμούς • Φήμες • Κακή εκτίμηση μιας έκτακτης ανάγκης 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στα θεμελιώδη στοιχεία του προβλήματος • Το αντικείμενο του προβλήματος είναι εκτεταμένο • Απώλεια εμπιστοσύνης προς τις δημόσιες υπηρεσίες • Απαίτηση για εκτεταμένη κινητοποίηση με ιδιαίτερη προσοχή στον επιχειρησιακό και επικοινωνιακό τομέα • Εστιάζει στην ανάκτηση της εμπιστοσύνης και στην επίτευξη συναίνεσης

Πηγή : Φαλάρας,2008

1.3 Καταστροφές

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 (άρθρο 2 ν.3013,1/5/2002,αναβάθμιση Π.Π) . Η ένταση της καταστροφής εξαρτάται από τις απώλειες ανθρωπίνων ζώων, υλικές, οικονομικές ή και περιβαλλοντικές ζημιές, των οποίων η αντιμετώπιση υπερβαίνει την ικανότητα μιας οργάνωσης ή μιας κοινωνίας και απαιτείται η συνδρομή εθνικών ή διεθνών οργανισμών ή κρατών. Έτσι μπορεί να είναι γενική ή περιφερειακή ή τοπική. Οι καταστροφές διακρίνονται ανάλογα με τη γενεσιουργό αιτία που τις προκαλεί σε:

- Φυσική καταστροφή (natural disaster) είναι η πιθανότητα εμφάνισης ενός δυνητικά καταστροφικού γεγονότος μέσα σε μια χρονική περίοδο και σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Λέκκας 2000).Αυτές προκαλούνται από φυσικά φαινόμενα που εκδηλώνονται στο φυσικό περιβάλλον και είναι επιβλαβείς για ανθρώπους και περιουσίες και προκαλούνται από δυνάμεις άσχετες με τον άνθρωπο. Σε αυτές εντάσσονται : σεισμός, πλημμύρα, ηφαιστειακή έκρηξη, κατολίσθηση, παλιρροϊκά κύματα (τσουνάμι), δασικές πυρκαγιές, καταιγίδες, κυκλώνες, ξηρασία και έντονα καιρικά φαινόμενα.
- Τεχνολογική καταστροφή(man disaster) είναι αυτή που προκαλείται από την ανθρώπινη δραστηριότητα και που μπορεί να αποτραπεί. Σε αυτές περιλαμβάνονται ατυχήματα μεταφοράς επικίνδυνων υλικών, βιομηχανικά ατυχήματα, πυρηνικά ατυχήματα, τρομοκρατικές ενέργειες , χημικοί-βιολογικοί παράγοντες.
- Μεικτές καταστροφές(Na-Tech) είναι οι καταστροφές που ξεκινούν την εκδήλωσή τους από φυσικά αίτια αλλά στη συνέχεια εκδηλώνονται και τεχνολογικές καταστροφές που προκλήθηκαν ως συνέπεια των φυσικών. Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν επισφαλείς εγκαταστάσεις κοντά σε ποτάμια, ηφαίστεια, σε σεισμογενείς περιοχές που υπάρχει περίπτωση εκδήλωσης φυσικού φαινομένου (Καραγιάννης ,2008).

Από το 1991 έως το 2000 οι φυσικές καταστροφές εκτιμάται ότι κόστισαν 78,7 δισ.δολάρια ανά έτος(International Federation of Red Cross and Red Cross

Societies,2001). Οι απώλειες σε ανθρώπινες ζωές ήταν δραματικές πάνω από 3 εκατομμύρια ζωές χάθηκαν την περασμένη δεκαετία από φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές ,συμπεριλαμβανομένης και της τρομοκρατίας. Εκτός των θανάτων , 5 δισεκατομμύρια άνθρωποι επιπλέον κάθε χρόνο αντιμετωπίζουν τραυματισμούς , ασθένειες και έλλειψη στέγης ως επακόλουθα κρίσεων.

Σύμφωνα με την UNDRP (United Nations Disaster Relief coordinator),υπηρεσία του Ο.Η.Ε. που σήμερα έχει μετατραπεί σε OCHA (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) , μια καταστροφή διαρρηγνύει τον κοινωνικό ιστό και συγκεκριμένα είναι ένα γεγονός , συγκεντρωμένο στο χώρο και το χρόνο ,κατά το οποίο μια κοινότητα υφίσταται σοβαρό κίνδυνο και παρουσιάζει τέτοιες ανθρώπινες απώλειες και υλικές ζημιές, που η κοινωνική δομή διαλύεται και παρεμποδίζεται η εκπλήρωση όλων ή μερικών από τις λειτουργίες της.(www.unocha.org)

1.4 Στοιχεία για την Ελλάδα

Η Ελλάδα έχει επανειλημμένα δοκιμαστεί από μεσαιάς έντασης καταστροφές που είχαν επιπτώσεις τόσο στη δομή όσο και στην ανάπτυξη αλλά και την εξέλιξή της .Όπως φαίνεται στον πίνακα οι μεγαλύτερες και σημαντικότερες είναι οι σεισμοί, που αντιπροσωπεύουν το ένα τρίτο του συνόλου των καταγεγραμμένων φυσικών και τεχνολογικών καταστροφών . Η Ελλάδα αποτελεί τη πλέον σεισμογενή χώρα της Ευρώπης αφού περισσότερο από το 50% της σεισμικής δραστηριότητας της Ευρώπης εμφανίζεται εδώ το 1978 στη Θεσσαλονίκη ,το 1981 στην Κόρινθο και την Αθήνα ,το 1986 στην Καλαμάτα, το 1995 στην Κοζάνη και τα Γρεβενά, στο Αίγιο και στην Ερατεινή,το 1996 στην Κόνιτσα και το 1999 στην Αθήνα . Πλημμύρες , ατυχήματα μεταφοράς , δασικές πυρκαγιές και καύσωνες επίσης πλήττουν τη χώρα μας με θύματα και οικονομικές απώλειες .

Η καθυστερημένη βιομηχανική ανάπτυξη της χώρας οδήγησε και στην καθυστερημένη εμφάνιση των τεχνολογικών καταστροφών που εμφανίστηκαν στην Ελλάδα τα τελευταία τριάντα χρόνια . Τα τελευταία χρόνια η αναλογία των τεχνολογικών καταστροφών προς τις φυσικές ακολουθεί την τάση που επικρατεί διεθνώς , δηλαδή τα τεχνολογικά

ατυχήματα αυξάνονται έναντι των φυσικών. Οι πίνακες αφορούν την περίοδο από το 1900 ως το 2011 , όσα έχουν επισήμως καταγραφεί και αξιοσημείωτο είναι ότι ο σεισμός του 1999 και οι δασικές πυρκαγιές του 2007 είχαν το μεγαλύτερο οικονομικό κόστος για τη χώρα μας.

Πίνακας 1.2

Φυσικές καταστροφές στην Ελλάδα		
Οι 10 μεγαλύτερες ταξινομημένες σε αριθμό νεκρών		
Είδος	Ημερ/νία	Νεκροί
καύσωνας	20/7/1987	1.000
σεισμός	12/8/1953	455
σεισμός	7/9/1999	143
σεισμός	1928	103
δασ.πυρκαγιά	24/8/2007	67
καύσωνας	3/7/1988	56
σεισμός	20/6/1978	50
ηφαίστειο	Ιουλ-56	48
καταιγίδα	Μαρ-87	48
καταιγίδα	Νοε-61	43

Πηγή : EM-AT the OFDA/ CRED International Disaster Database
www.em-dat.net- Université Catholique de Louvain-Brussels-Belgium

Πίνακας 1.3

Φυσικές καταστροφές στην Ελλάδα		
Οι 10 μεγαλύτερες ταξινομημένες με αριθμό ανθρώπων που επηρεάστηκαν		
Είδος	Ημερ/νία	Προσβεβλημένοι
σεισμός	20/6/1978	600.100
σεισμός	7/9/1999	115.139
σεισμός	24/2/1981	80.400
σεισμός	13/9/1986	45.300
σεισμός	9/3/1965	30.253
σεισμός	Μαϊ-67	16.583
σεισμός	1/9/1966	15.123
σεισμός	13/5/1995	15.060
σεισμός	15/6/1995	13.900
σεισμός	5/2/1966	11.050

Πηγή : EM-DAT the OFDA/ CRED International Disaster Database
www.em-dat.net- Université Catholique de Louvain-Brussels-Belgium

Πίνακας 1.4

Φυσικές καταστροφές στην Ελλάδα		
Οι 10 μεγαλύτερες ταξινομημένες με οικονομικό κόστος		
Είδος	Ημερ/νία	Οικ.κόστος (000 US\$)
σεισμός	7/9/1999	4.200.000
δασ.πυρκαγιά	24/8/2007	1.750.000
ξηρασία	Μαρ-90	1.000.000
σεισμός	24/2/1981	900.000
σεισμός	13/9/1986	745.000
δασ.πυρκαγιά	Ιουν-98	675.000
πλημμύρα	2/2/2003	600.000
σεισμός	13/5/1995	450.000
πλημμύρα	24/10/1994	437.700
σεισμός	15/6/1995	422.700

Πηγή : EM-DAT the OFDA/ CRED International Disaster Database
www.em-dat.net- Université Catholique de Louvain-Brussels-Belgium

Πίνακας 1.5

Τεχνολογικές καταστροφές στην Ελλάδα		
Είδος	Ημερ/νία	Νεκροί
Ατύχημα μεταφοράς	14/8/2005	121
Ατύχημα μεταφοράς	27/9/2000	76
Ατύχημα μεταφοράς	17/12/1997	75
Ατύχημα μεταφοράς	5/2/1991	66
Ατύχημα μεταφοράς	3/8/1989	34
Άλλο ατύχημα	Σεπ-72	31
Ατύχημα μεταφοράς	17/4/2002	27
Ατύχημα μεταφοράς	18/2/2007	25
Ατύχημα μεταφοράς	26/8/2000	24
Ατύχημα μεταφοράς	29/1/2004	22

Πηγή : EM-DAT the OFDA/ CRED International Disaster Database
www.em-dat.net- Université Catholique de Louvain-Brussels-Belgium

Παρά το γεγονός ότι οι επιστημονικές γνώσεις και η τεχνολογική εξέλιξη, τις τελευταίες δεκαετίες, στον τομέα της Διαχείρισης των Φυσικών Καταστροφών έχουν βελτιωθεί σημαντικά, εν τούτοις οι επιπτώσεις από τις φυσικές καταστροφές αυξάνονται εκθετικά σε παγκόσμιο επίπεδο (Λέκκας, 2000). Τούτο οφείλεται στην ολοένα και αυξανόμενη τρωτότητα των πολεοδομικών συγκροτημάτων, την κατασκευή μεγάλων τεχνικών έργων τα οποία δεν εναρμονίζονται με τις εξελισσόμενες γεωδυναμικές διεργασίες και εν

γένει στις ανθρώπινες δραστηριότητες οι οποίες δεν συνάδουν με τις βασικές απαιτήσεις προστασίας του φυσικού περιβάλλοντος .

Στα πλαίσια αυτά οι κυβερνήσεις των κρατών αλλά και οι Διεθνείς Οργανισμοί έχουν αποδοθεί σε έναν αγώνα δρόμου προκειμένου να αναστείλουν και να περιορίσουν την τάση αύξησης των επιπτώσεων των φυσικών καταστροφών μέσα από ενίσχυση της έρευνας, τη βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και τη διαμόρφωση πολιτικών, οι οποίες να εκμεταλλεύονται και να αξιοποιούν στο μέγιστο δυνατό τις νέες εξελίξεις και στα τρία στάδια διαχείρισης των φυσικών καταστροφών δηλαδή το προκαταστροφικό, συγκαταστροφικό και το μετακαταστροφικό επίπεδο (Λέκκας ,Λόιζος 2003).

Στον τομέα της διαχείρισης των φυσικών καταστροφών, οι πλέον προηγμένες χώρες, θεωρούνται κατά κύριο λόγο οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και η Ιαπωνία. Και στους τρεις τομείς διαχείρισης των φυσικών καταστροφών τον προκαταστροφικό, τον συγκαταστροφικό και τον μετακαταστροφικό υφίσταται ένα εξαιρετικά συγκροτημένο και έμπειρο σύστημα τόσο από κυβερνητικές όσο και από μη κυβερνητικές οργανώσεις ,οι οποίες είναι σε θέση να συμβάλλουν καθοριστικά στην μείωση των κάθε είδους επιπτώσεων. Πολλές φορές μάλιστα αρνούνται την εξωτερική βοήθεια ακόμη και σε μεγάλης κλίμακας καταστροφές όπως στο σεισμό του San Francisco (Η.Π.Α., Ιανουάριος 1994) γιατί θεωρείται ότι δεν μπορεί να ενταχθεί χωρίς προβλήματα στο οικείο σύστημα διαχείρισης .

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και μόνο για λόγους καθαρά ψυχολογικούς επέτρεψαν την είσοδο ξένων ομάδων αποστολών αλλά και εν γένει την διεθνή βοήθεια. Ως παράδειγμα αναφέρεται ο σεισμός στο Kobe (Ιαπωνία, Ιανουάριος 1995) στον οποίο όμως οι επεμβάσεις των διασωστικών ομάδων και των ομάδων βοήθειας δεν κρίθηκαν ως ιδιαίτερα ικανοποιητικές.

Σε χώρες του τρίτου κόσμου και γενικώς σε χώρες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο και κατά κεφαλήν εισόδημα, υπάρχει λανθασμένη προσέγγιση από πλευράς των κυβερνήσεων σχετικά με την διαχείριση των καταστροφών στις περισσότερες περιπτώσεις και εμφανίζονται και μεγαλύτερες απώλειες (Λέκκας ,2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : Διαχείριση κρίσεων

Διαχείριση κρίσεων (risk management) ορίζεται η διαδικασία πρόληψης ή και επίλυσης - εκτόνωσης της κρίσης .Είναι το σύνολο των προληπτικών, παρεμβατικών και περιοριστικών ενεργειών που πραγματοποιούνται πριν , κατά τη διάρκεια ή και μετά από μια κρίσιμη κατάσταση από μεμονωμένα άτομα ή συγκροτημένες ομάδες με σκοπό τη μείωση του κινδύνου και των επιπτώσεων και τον πλήρη έλεγχο της κατάστασης. Είναι μια μεθοδολογία που περιλαμβάνει συγκεκριμένο σενάριο –σχέδιο , οργάνωση, καθοδήγηση, έλεγχο(Τζαβέλλα, 2011) . Ένας απλός τρόπος είναι να χρησιμοποιήσουμε ένα γεωμετρικό σχήμα για την ενιαία διαχείριση σε αυτή την περίπτωση τον κύκλο διαχείρισης της κρίσης.(Heath- Γκαντζιάς 2004, Σφακιανάκης 1998) εικόνα 2.1.

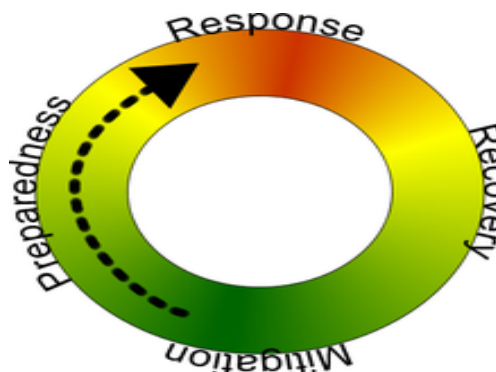
Μία κρίση μπορεί να αποτελείται από τέσσερα διαφορετικά και διακριτά στάδια (Φιλολία και συν. ,2005)). Οι φάσεις είναι:

α) στάδιο διαμόρφωσης της κατάστασης ή πρόδρομων συμπτωμάτων (prodromal crisis stage) ,είναι η περίοδος προ-κρίσης που μπορεί να είναι μακρά.

β) στάδιο εκδήλωσης- κορύφωσης της κρίσης (acute crisis stage),που ακολουθεί τη φάση των πρόδρομων συμπτωμάτων και είναι η συντομότερη όλων αλλά λόγω της ταχύτητας των γεγονότων και της πίεσης μοιάζει να είναι μεγαλύτερη. Σε αυτό το σημείο δρα η υπεύθυνη ομάδα διαχείρισης της επιχείρησης ή του οργανισμού, που πρέπει να έχει προαποφασισθεί, με στόχο την ελάττωση των επιπτώσεων .

γ)στάδιο επιπτώσεων (chronic crisis stage) , οι συνέπειες γίνονται ορατές , και

δ)στάδιο επίλυσης- ομαλοποίησης (crisis resolution stage), που οι διαδικασίες επανέρχονται σε ομαλούς ρυθμούς (Kashe et al. ,1998) .



Εικόνα 2.1 : Γραφική αναπαράσταση των τεσσάρων φάσεων της διαχείρισης κρίσης.
Πηγή : www.fema.org

Αυτά τα τέσσερα στάδια δημιουργούν τη βάση για τη διαχείριση της κρίσης, γνωστό ως μοντέλο των 4R (Heath-Γκαντζιάς,2004) :

- Reduction (Ελάττωση)
- Readiness (Ετοιμότητα)
- Response (Αντιμετώπιση)
- Recovery (Ανάκαμψη)

Η αποτελεσματική διαχείριση ξεκινά πριν καν εμφανιστεί η κρίση μέσω της αξιολόγησης των κινδύνων και του επακόλουθου υπολογισμού πώς μια κρίσιμη κατάσταση μπορεί να βλάψει τον οργανισμό και το γύρω περιβάλλον. Με το πρώτο R οι οργανισμοί συχνά ασχολούνται μόνο ελαφρά , παρόλο που μπορεί να μειώσει δραστικά το κόστος και τη ζημιά από τις επιπτώσεις.

Η φάση της ελάττωσης περιλαμβάνει τις ενέργειες που στοχεύουν στην αποτροπή ή μείωση των επιπτώσεων από την εκδήλωση μιας κρίσης ή μιας έκτακτης ανάγκης. Παράλληλα προσδιορίζονται τα ευπαθή σημεία του οργανισμού και λαμβάνονται δυναμικά μέτρα για την κάλυψή της .

Οι ενέργειες συνίστανται σε :

- Μελέτη της παρούσας κατάστασης
- Υπολογισμό των κινδύνων
- Ανάλυση των χειρότερων σεναρίων
- Συγκέντρωση και ανάλυση πληροφοριών από προηγούμενες εμπειρίες
- Εξασφάλιση ειδικών συνεργατών και τεχνογνωσίας
- Συνεχής έλεγχος και αξιολόγηση

Η φάση της ετοιμότητας περιλαμβάνει τις ενέργειες για την αποτελεσματική ανταπόκριση σε ενδεχόμενη κρίση ή έκτακτη ανάγκη. Αποσκοπούν στο σχεδιασμό δράσης και επικοινωνίας , στη διαχείριση των πόρων που απαιτούνται , στην κατάρτιση σχεδίων και στην εκπαίδευση και εξάσκηση βάσει των σχεδίων. Το σχέδιο διαχείρισης πάντα είναι :

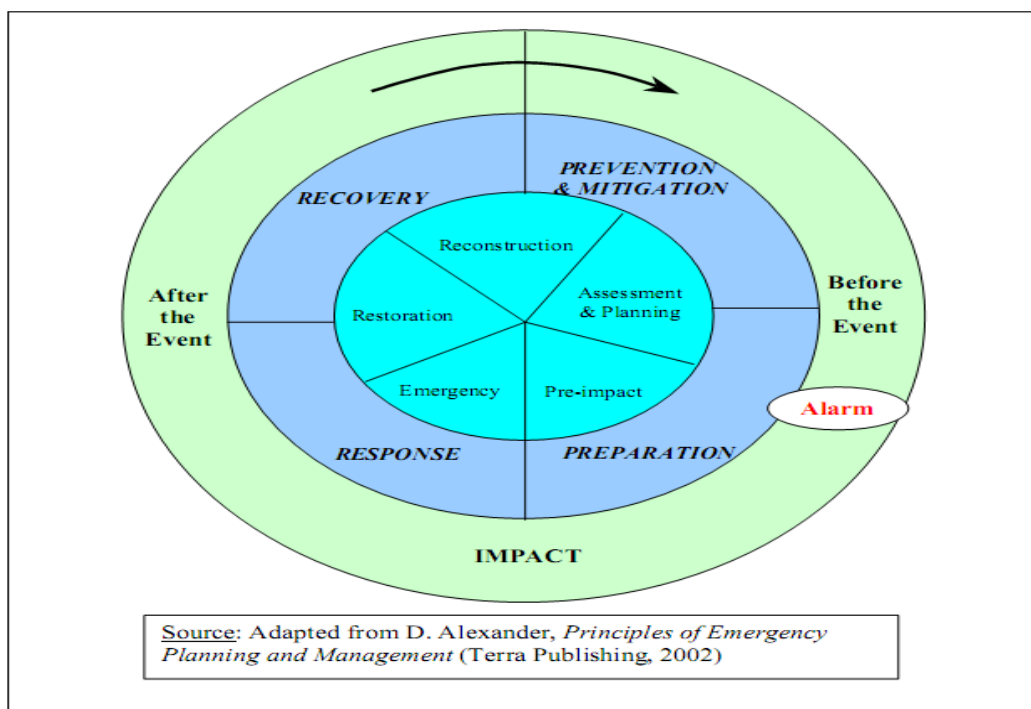
- γραπτό και σύντομο
- έχει συντονιστή
- καθορίζει σαφώς ρόλους και αρμοδιότητες
- περιλαμβάνει εκπαίδευση και περιοδική επαναξιολόγηση του σχεδίου (Τζαβέλα 2011,Harvard Business Press2009) .

Η φάση της αντιμετώπισης περιλαμβάνει τις ενέργειες που απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες μιας κρίσης ή μιας έκτακτης ανάγκης και να περιοριστεί το κυματοειδές αποτέλεσμα . Εκτιμάται η κατάσταση ύστερα από τη συγκέντρωση αξιόπιστων πληροφοριών και ενεργοποιείται το επιχειρησιακό σχέδιο από την ομάδα διαχείρισης με ταυτόχρονη ενεργοποίηση και του επικοινωνιακού σχεδίου.

Η φάση αποκατάστασης περιλαμβάνει διάφορους τύπους μέτρων που περιλαμβάνουν τις εξής δραστηριότητες :

- Επίσημη δήλωση ότι η κρίση ή η έκτακτη ανάγκη τελείωσε
- Διατήρηση επαφής με τις εμπλεκόμενους φορείς και τα ΜΜΕ
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στα θύματα άτομα που άμεσα ή έμμεσα (μέλη οικογενειών, ανταποκρινόμενοι, θεατές)έχουν επηρεαστεί από το γεγονός
- Ανάλυση των αποτελεσμάτων

Τα παραπάνω 4R της αποτελεσματικής διαχείρισης οδηγούν στο πέμπτο R , το οποίο είναι η ανθεκτικότητα (Resilience) , η ικανότητα ενός οργανισμού να αντιμετωπίζει τις κρίσεις μειώνοντας τις συνέπειες και ανακάμπτοντας γρηγορότερα , άρα η αποτελεσματική διαχείριση οδηγεί σε αποτελεσματική επιβίωση των ατόμων , των κοινωνιών , των οργανισμών.



Εικόνα 2.2 : Αρχές του προγραμματισμού και διαχείρισης εκτάκτων αναγκών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Υγειονομική ετοιμότητα

3.1 Η διαχείριση κρίσεων στην υγεία και μηχανισμοί παροχής βοήθειας σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο

Το 1985 ιδρύεται η Υπηρεσιακή Μονάδα Πολιτικής Προστασίας υπό τη Γενική Δ/ση Περιβάλλοντος της Ε. Επιτροπής. Από το 1985 ως το 1994 εγκρίνεται σειρά προκαταρκτικών πρωτοβουλιών που σηματοδοτούν τις μελλοντικές προσπάθειες για συντονισμένη Ευρωπαϊκή αντιμετώπιση των συνεπειών από μεγάλες καταστροφές.

Το 1987 συγκροτείται το Μόνιμο Δίκτυο των Εθνικών Αντιπροσώπων (Permanent Network of National Correspondents-PNNC) για την προώθηση της συνεργασίας σε θέματα Πολιτικής Προστασίας.

Το Δίκτυο αυτό αποτελεί το πρώτο συντονισμένο δίκτυο πολιτικής προστασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που συνεπικουρεί την Επιτροπή στις δράσεις της.

Απαρτίζεται από εκπροσώπους των υπηρεσιών των εθνικών διοικήσεων και λειτουργεί ως όργανο ανταλλαγής πληροφοριών, επίσης εξετάζει διάφορες πρωτοβουλίες στον τομέα της Πολιτικής Προστασίας.

Η εκπροσώπηση της Ελλάδας είχε ανατεθεί στον ΟΑΣΠ από το 1991 και μέχρι το 1996. Στη συνέχεια η αρμοδιότητα μεταφέρθηκε στη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας. Η εκπροσώπηση συνεπικουρείται από τη Μόνιμη Ελληνική Αντιπροσωπεία στις Βρυξέλλες.

Το 1991 υπάρχει ψήφισμα του Συμβουλίου για τη βελτίωση της αμοιβαίας βοήθειας μεταξύ των κρατών μελών στις περιπτώσεις τεχνολογικών καταστροφών.

Το 1997 το Συμβούλιο της ΕΕ εγκρίνει το πρώτο πρόγραμμα δράσεων για την ΠΠ (1998-1999).

Το 1999 εγκρίθηκε δεύτερο, πιο εκτεταμένο 5ετές πρόγραμμα 2000-04 και το 2003 εγκρίθηκε παράταση του προγράμματος μέχρι τέλος του 2006.

Συγχρόνως το 2001 καθιερώνεται ο Κοινοτικός Μηχανισμός για συντονισμό των επεμβάσεων πολιτικής προστασίας και γίνεται έναρξη της λειτουργίας του από την 1/1/2002 (2001/792/EC, Euratom).

Το 2003 με απόφαση της Επιτροπής θεσπίζονται οι κανόνες για την εφαρμογή του Κοινοτικού Μηχανισμού και ορίζει τα καθήκοντα και τις λειτουργίες των διάφορων οργάνων του Μηχανισμού.

Σκοπός του Μηχανισμού είναι να διευκολύνει τη συνεργασία των επεμβάσεων για την παροχή βοήθειας ΠΠ σε μεγάλες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ή σε περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται άμεσος κίνδυνος ή απειλή να συμβούν τέτοιες μεγάλες καταστροφές με κεντρικό συντονισμό της διαδικασίας από τις Βρυξέλλες .

Η προστασία που πρέπει να εξασφαλιστεί με το Μηχανισμό καλύπτει τους πολίτες, το περιβάλλον και τις περιουσίες, συμπεριλαμβανομένης της πολιτιστικής κληρονομιάς, σε περίπτωση φυσικών και ανθρωπογενών καταστροφών, τρομοκρατικών ενεργειών και τεχνολογικών, ραδιολογικών ή περιβαλλοντικών ατυχημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της ακούσιας θαλάσσιας ρύπανσης σε περίοδο ειρήνης .

Όταν μία χώρα πλήττεται από μεγάλες καταστροφές και το ζητήσει είναι δυνατό να κινητοποιηθούν επιχειρησιακά μέσα των χωρών που συμμετέχουν στο Μηχανισμό για να παρασχεθεί βοήθεια .

Ο Μηχανισμός ενεργοποιείται :

- εντός και εκτός της ΕΕ,
- εφόσον υποβληθεί σχετικό αίτημα από την πληγείσα χώρα στην ΕΕ
- αλλά και για τη συνολική μη στρατιωτική αντίδραση σε περιπτώσεις κρίσεων σε τρίτες χώρες στα πλαίσια της Διαχείρισης Κρίσεων της ΚΕΠΠΑ (Κοινή Εξωτερική Πολιτική και Πολιτική Ασφάλειας) της Ε.Ε.

Οι άξονες δράσης του είναι :

- Πρόληψη
- Ενημέρωση-ευαισθητοποίηση
- Επιμόρφωση-εκπαίδευση
- Πολυκλαδική συνεργασία
- Εθελοντικές ομάδες
- Ανάλυση χαρτογράφηση κινδύνων

Αναλυτικότερα οι κύριες δράσεις του μηχανισμού είναι:

- Ο προσδιορισμός των ομάδων επέμβασης και των άλλων μέσων υποστήριξης των επεμβάσεων που διαθέτουν τα κράτη-μέλη για παροχής βοήθειας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης .
- Η εκπόνηση και εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος για τις ομάδες επέμβασης, αλλά και για τους εμπειρογνώμονες των ομάδων αποτίμησης και συντονισμού .
- Σεμινάρια και πιλοτικά προγράμματα με αντικείμενο τις μείζονες πτυχές των επεμβάσεων .

- Η συγκρότηση και αποστολή ομάδων εκτίμησης ή/και συντονισμού .
- Η συγκρότηση και διαχείριση ενός κέντρου παρακολούθησης και πληροφόρησης (MIC) (24ωρη λειτουργία) .
- Η δημιουργία και διαχείριση κοινού συστήματος επικοινωνιών και πληροφόρησης σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης (CECIS) .
- Η συμβολή στην ανάπτυξη - κατάρτιση συστημάτων ανίχνευσης και έγκαιρης προειδοποίησης (μέσω μελετών και αξιολογήσεων της αναγκαιότητας και της σκοπιμότητάς τους και μέσω δράσεων για την προώθηση των διασυνδέσεών τους και της σύνδεσής τους με το MIC και το CECIS) .
- Η υποστήριξη των κρατών μελών για την απόκτηση πρόσβασης σε εξοπλισμό και μεταφορικούς πόρους .
- Η υποστήριξη της παροχής προξενικής βοήθειας σε πολίτες της ΕΕ σε μείζονες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης σε τρίτες χώρες όσον αφορά δράσεις πολιτικής προστασίας, εφόσον το ζητούν οι προξενικές αρχές των κρατών μελών .

Αρμόδιοι για την Εφαρμογή του Μηχανισμού είναι η Ε.Επιτροπή και η Επιτροπή εκπροσώπων των κρατών –μελών , η οποία έχει διαχειριστικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα – Civil Protection Committee. Στο Μηχανισμό συμμετέχουν τα 27 Κράτη Μέλη της ΕΕ καθώς και οι χώρες του ΕΟΧ (Ισλανδία, Λιχτενστάιν, Νορβηγία), σύνολο 30 χώρες.

Μετά την τρομοκρατική επίθεση της 11ης Σεπτεμβρίου 2001 στις ΗΠΑ και το τσουνάμι στην Ν. Ασία (Δεκέμβριος 2004) τα κράτη μέλη συνειδητοποίησαν ότι η Ένωση θα χρειαζόταν σαφή και συντονισμένη στρατηγική για την αντιμετώπιση καταστροφών ή σε περίπτωση που μια ανάλογη τρομοκρατική επίθεση έπληττε κάποιο κράτος μέλος. Το Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ζήτησαν από την Επιτροπή να εξετάσει τη βελτίωση του Μηχανισμού. Το 2005 έγινε ανακοίνωση της Επιτροπής με θέμα “Βελτιώνοντας τον Κοινοτικό Μηχανισμό Πολιτικής Προστασίας”, όπου προτείνονται μέτρα για το Μηχανισμό που αποσκοπούν στην ανάπτυξη των δυνατοτήτων ΠΠ με σκοπό η Ένωση να αντιδρά πιο γρήγορα και αποτελεσματικά σε κάθε είδους καταστροφή.

Το 2005 η Επιτροπή υιοθέτησε κείμενο προτάσεως για κανονισμό του Συμβουλίου για τη δημιουργία χρηματοδοτικού μέσου ταχείας επέμβασης και ετοιμότητας για σοβαρές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Η πρόταση αυτή παρέχει το νομικό πλαίσιο χρηματοδότησης των επεμβάσεων πολιτικής προστασίας με αύξηση της ετήσιας χρηματοδότησης από €16 εκατ. το 2007 σε €30 εκατ. το 2013.

Το 2006 η Επιτροπή προτείνει τον ανασχεδιασμό της απόφασης του συμβουλίου του 2001 για το Μηχανισμό με την πρόταση της για νέα απόφαση του Συμβουλίου και βελτίωση του Μηχανισμού.

Το 2007 ψηφίζεται η αναδιατύπωση του Μηχανισμού με επί πλέον δυνατότητες επεμβάσεων παροχής βοήθειας και ιδρύεται με απόφαση του Συμβουλίου το Χρηματοδοτικό Μέσο για την ΠΠ (2007-2013). Έτσι ενοποιείται σε ένα νομοθετικό κείμενο η χρηματοδότηση των δράσεων του Μηχανισμού και των νέων στοιχείων του Μηχανισμού, όπως προβλέπονται στην αναδιατύπωση του αλλά και η χρηματοδότηση δράσεων της Ε. Επιτροπής που θα συμβάλουν στην ενίσχυση των μέτρων πρόληψης και ετοιμότητας του τύπου των προγραμμάτων δράσης, για την περίοδο 2007-13.

Τα κράτη -μέλη καθόρισαν μέχρι τον Μάιο 2008 Μονάδες ΠΠ των εξής κατηγοριών (απόφ. Επιτροπής 2008/73/EK, Euratom) :

- Αντληση υψηλής απόδοσης
- Καθαρισμός νερού
- Έρευνα και διάσωση σε αστικό περιβάλλον (με μεσαίου τύπου μέσα και με βαρέα τύπου μέσα)
- Εναέρια Δασοπυρόσβεση με χρήση ελικοπτέρων και αεροπλάνων
- Προηγμένη ιατρική βοήθεια και με χειρουργεία
- Περίθαλψη στο πεδίο της καταστροφής
- Εκκένωση θυμάτων καταστροφών με εναέρια μέσα με ιατρική υποστήριξη
- Προσωρινό κατάλυμα στις έκτακτες ανάγκες
- ΧΒΡΠ ανίχνευση και δειγματοληψία
- Έρευνα και διάσωση σε συνθήκες ΧΒΡΠ

Με την 2010/481/ΕΕ, Euratom απόφαση της Επιτροπής καθορίστηκαν επιπλέον κατηγορίες Μονάδων:

- Ground forest firefighting - Αντιμετώπιση Δασικών Πυρκαγιών με επίγειες δυνάμεις
- Ground forest firefighting using vehicles - Αντιμετώπιση Δασικών Πυρκαγιών με οχήματα
- Flood containment - Συγκράτηση πλημμυρών

•Flood rescue using boats - Διάσωση πλημμυροπαθών με λέμβους
(http://ec.europa.eu/echo/civil_protection/civil/index.htm)

3.1.1 Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Το 1991 με το ψήφισμα 46/182 των Ηνωμένων Εθνών ενισχύεται η απόκριση σε σύνθετες έκτακτες ανάγκες και φυσικές καταστροφές και βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα των ανθρωπιστικών επιχειρήσεων του ΟΗΕ.

Δημιουργείται η θέση του Συντονιστή Εκτάκτων Αναγκών Emergency Relief Coordinator-ERC και ιδρύεται η Διεύθυνση Ανθρωπιστικών Υποθέσεων Department of Humanitarian Affairs – DHA. Επίσης, τοποθετείται ο συντονιστής Εκτάκτων Αναγκών - ERC να υπόκειται άμεσα του Γενικού Γραμματέα (Under-Secretary-General USG) για Ανθρωπιστικές Υποθέσεις .

Το 1998 η Δ/ση Ανθρωπιστικών Υποθέσεων DHA αναδιοργανώνεται σε Γραφείο για το Συντονισμό Ανθρωπιστικών Υποθέσεων (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs –OCHA).

Οι αρμοδιότητες της διευρύνθηκαν και στους τομείς του συντονισμού για την αντιμετώπιση ανθρωπιστικών θεμάτων, την ανάπτυξη πολιτικής και την προάσπιση ανθρωπιστικών ζητημάτων έδρα τη Νέα Υόρκη και τη Γενεύη για να παρέχεται θεσμική υποστήριξη.

Το Γραφείο OCHA εκτελεί τις συντονιστικές του αρμοδιότητες πρωτίστως μέσω της διαρκούς Διπληρεσιακής Επιτροπής (Inter-Agency Standing committee - IASC), όπου προεδρεύει ο Συντονιστής Εκτάκτων Αναγκών ERC .Στην IASC συμμετέχουν:

- εταίροι σε ανθρωπιστικά θέματα
- υπηρεσίες του Ο.Η.Ε
- το Ερυθροσταυρικό Κίνημα (Red Cross Movement)

Η IASC διασφαλίζει τη διπληρεσιακή λήψη αποφάσεων στην απόκριση σύνθετων εκτάκτων αναγκών, όπου περιλαμβάνονται ανάγκες εκτίμησης, συντονισμό στο πεδίο και ανάπτυξη ανθρωπιστικής πολιτικής.

Οι κύριες αρμοδιότητες του ERC καλύπτουν τρεις περιοχές :

- Την ανάπτυξη πολιτικής και δράσεις συντονισμού, με την υποστήριξη του Γενικού Γραμματέα, διασφαλίζοντας την κάλυψη όλων των ανθρωπιστικών θεμάτων .

- Προώπιση ανθρωπιστικών θεμάτων με πολιτικά όργανα, ιδίως με το Συμβούλιο Ασφαλείας.
- Συντονισμός της απόκρισης σε ανθρωπιστικές έκτακτες ανάγκες, διασφαλίζοντας την εγκατάσταση στο πεδίο ενός μηχανισμού αντιμετώπισης μέσω των συνεννοήσεων της επιτροπής IASC.

Οι μηχανισμοί και τα συστήματα για την άμεση απόκριση σε έκτακτες ανάγκες και καταστροφές του ΟΗΕ είναι :

- Η Διεθνής Συμβουλευτική Ομάδα για Έρευνα και Διάσωση – INSARAG International Search and Rescue Advisory Group αποτελεί μία πλατφόρμα για την ανάπτυξη προδιαγραφών για τις ομάδες έρευνας και διάσωσης και το συντονισμό των διεθνών επεμβάσεων.

• Η ομάδα Εκτίμησης Καταστροφών και Συντονισμού των Ηνωμένων Εθνών UNDAC (United Nations Disaster Assessment and Coordination team) αναπτύσσεται μέσα σε 12 με 24 ώρες από την καταστροφή ή την έκτακτη ανάγκη για τη συλλογή πληροφοριών, και εκτίμηση των αναγκών και το συντονισμό της διεθνούς βοήθειας .

• Το Συντονιστικό Κέντρο στον τόπο της έκτακτης ανάγκης OSOCC (On-Site Operations Coordination Centre) το λειτουργεί η ομάδα UNDAC και που βοηθά τις τοπικές αρχές στο συντονισμό της διεθνούς βοήθειας. Επιπρόσθετα, η ανταλλαγή πληροφοριών καθ' όλη τη διάρκεια των επεμβάσεων μεταξύ των αρχών και των οργανισμών που παρέχουν βοήθεια μέσω μίας διαδικτυακής εφαρμογής το virtual OSOCC.

• Τους εφεδρικούς Εμπειρογνώμονες Περιβάλλοντος(Environment Standby Experts) από κοινού προσπάθεια με το Περιβαλλοντικό πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών και οι οποίοι λειτουργούν σε περιβαλλοντικές καταστροφές στα ίδια πλαίσια με την ομάδα UNDAC.

• Το τμήμα Πολιτικο-Στρατιωτικού Συντονισμού CMCS (Civil-Military Coordination Section) διασφαλίζει ότι τα στρατιωτικά μέσα, όπου είναι απαραίτητο, θα χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών σε ανθρωπιστικά θέματα.

Στα πλαίσια του ΟΗΕ λειτουργεί η Διεθνής Συμβουλευτική Ομάδα για Έρευνα και Διάσωση INSARAG που αποτελείται από ένα διεθνές δίκτυο περισσότερων των 80 χωρών και οργανισμών εκτάκτων αναγκών και διαχειρίζεται θέματα έρευνας και διάσωσης σε αστικό περιβάλλον (urban search and rescue - USAR).

Τέλος, η ομάδα Εκτίμησης και Συντονισμού των Ηνωμένων Εθνών UNDAC είναι μία εφεδρική ομάδα ειδικών σε διαχείριση καταστροφών.

Ορίζεται και χρηματοδοτείται από το OCHA, UNDP (UN Development programm) και επιχειρησιακούς φορείς σε ανθρωπιστικά θέματα όπως WFP (World Food Programme), UNICEF και WHO (World Health Organization).

Τα μέλη της ομάδας είναι διαρκώς σε ετοιμότητα για να επέμβουν σε αποστολές σε χώρες που βρίσκονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω καταστροφών και ανθρωπιστικών ζητημάτων.

3.1.2 Το Ευρω-Ατλαντικό Κέντρο για την Αντιμετώπιση των Καταστροφών NATO / EADRCC Euro-Atlantic Disaster Response Coordination Centre

Η Επιτροπή Πολιτικής Άμυνας - Civil Defence Committee – CDC, του NATO για θέματα πολιτικής άμυνας, καθιερώθηκε το 1951, 2 χρόνια μετά την ίδρυση του NATO. Μετονομάστηκε το 1995, σε Επιτροπή Πολιτικής Προστασίας, Civil Protection Committee ,(CPC).

Ο κύριος στόχος της CPC είναι ο συντονισμός των ενεργειών των κρατών μελών στον τομέα της πολιτικής προστασίας.

Η CPC είναι μία από τις επιτροπές τις οποίες συντονίζει και καθοδηγεί η Ανώτατη Επιτροπή Πολιτικού Σχεδιασμού εκτάκτων αναγκών ,Senior Civil Emergency Planning Committee , (SCEPC) στα πλαίσια του Πολιτικού Σχεδιασμού εκτάκτων αναγκών του NATO (www.nato.int).

Με βάση τη σχετική νομοθεσία το ΓΕΕΘΑ έχει την αρμοδιότητα χειρισμού και συντονισμού των θεμάτων της Ανώτατης Επιτροπής Πολιτικής Σχεδίασης Εκτάκτων Αναγκών ,Senior Civil Emergency Planning Committee ,(SCEPC) και των υποεπιτροπών αυτής (Ν.Δ 17/1974 αρ. 14 δ' περί «Πολιτικής Σχεδιάσεως Εκτάκτου Ανάγκης»).

Το Συμβούλιο αποφάσισε τον Ιούνιο 2010:

- την μετονομασία της SCEPC σε Επιτροπή Πολιτικής Σχεδίασης Εκτάκτων Αναγκών ,Civil Emergency Planning Committee (CEPC)
- την μετονομασία της Civil Protection Committee (CPC) σε Civil Protection group.

Το Συμβούλιο Ευρω-Ατλαντικής Συνεργασίας αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της διεθνούς συνεργασίας στο πεδίο της αντιμετώπισης μεγάλων καταστροφών και στα πλαίσια της

υποστήριξης του ΟΗΕ στα θέματα προστασίας του πληθυσμού, καθόρισε το 1998 μια πολιτική «Αυξημένης Πρακτικής Συνεργασίας για την Αντιμετώπιση Διεθνών Καταστροφών» Enhanced Practical Cooperation in International Disaster Relief και ίδρυσε το 1998 το EADRCC Ευρω-Ατλαντικό Κέντρο για την Αντιμετώπιση των Καταστροφών και μια Ευρω-Ατλαντική Μονάδα Αντιμετώπισης Καταστροφών (EADRU), Euro-Atlantic Disaster Response Unit.

Οι εργασίες του EADRCC εκτελούνται σε συνεργασία με το γραφείο UN-OCHA, που έχει και τον πρωταρχικό ρόλο στο συντονισμό των διεθνών επεμβάσεων. Το EADRCC αποτελεί έναν συντονιστικό μηχανισμό, που υποστηρίζει και συμπληρώνει τις προσπάθειες των Ηνωμένων Εθνών(Κακαλιάγκα , 2010).

3.1.3 Εθελοντές και μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Η ενθάρρυνση και η ενίσχυση των εθελοντικών οργανώσεων και ΜΚΟ είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα για την Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και γενικότερα για όλες τις χώρες. Αυτή πραγματοποιείται μέσω των ακόλουθων δράσεων :

- της συμμετοχής και εμπλοκής τους στο σχεδιασμό έκτακτης ανάγκης των αρμόδιων υπηρεσιών(Πολιτική Προστασία, Πυροσβεστική κ.ά.),
- της υποστήριξης των δράσεων τους , της ενίσχυσης και αναβάθμισης του εξοπλισμού και των υποδομών τους,
- τη δημιουργία και οργάνωση ενός σώματος εθελοντών από έμπειρους ειδικούς (task force) σε διάφορους τομείς όπως τηλεπικοινωνίες , έρευνα και διάσωση , υγειονομική περίθαλψη , υδρογεωλογία, μηχανική κ.ά. (Βαβάσης , 2008)

Η Οργάνωση του Συστήματος Εθελοντισμού Π.Π. σηματοδοτεί την αποφασιστικότητα της Γ.Γ.Π.Π. να ακολουθήσει τις ανάγκες της εποχής για:

- Οργάνωση της κοινωνίας σε δίκτυα.
- Να αναδειχτεί η δυνατότητα αποτελεσματικότητας των εθελοντικών Οργανώσεων όταν παρεμβαίνουν σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών.

Μέχρι σήμερα έχουν ενταχθεί στο Μητρώο Π.Π. 350 Εθελοντικές Οργανώσεις & 68 Ειδικευμένοι Εθελοντές , διάφοροι Σύλλογοι (π.χ. ορειβατικός...), Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Ομάδες Διάσωσης (π.χ. Ελληνική Ομάδα Διάσωσης, Δασοπυρόσβεσης...) (www.ethelontismos.gr)

Ο εθελοντισμός σαν έκφραση της εκπλήρωσης του δημόσιου καθήκοντος και ενεργού συμμετοχής στα κοινά αποτελεί βασικό στοιχείο όλων των δημοκρατικών κοινωνιών. Η εθελοντική προσφορά στην αντιμετώπιση καταστροφών αποτελεί υπηρεσία στο κοινωνικό σύνολο. Οι τοπικές εθελοντικές ομάδες συνήθως επεμβαίνουν άμεσα κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την καταστροφή και είναι οι τελευταίες που φεύγουν από τον τόπο της καταστροφής. Οι εθελοντές συνδέουν εύκολα τις κρατικές υπηρεσίες με την κοινωνία και συντελούν στην ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού, αφού συχνά αποτελούν το φορέα των μηνυμάτων της πολιτείας προς τον πληθυσμό.

Επίσης, εκτός από το ότι οι εθελοντές αυξάνουν το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό , συχνά παρέχουν και ίδια μέσα (οχήματα, εξοπλισμό, αναλώσιμα)για την υλοποίηση των δράσεων που αναλαμβάνουν.

Η εθελοντική προσφορά σχετίζεται και με ορισμένες πιθανές δυσκολίες όπως είναι η έλλειψη τυποποιημένης εκπαίδευσης , η περιορισμένη διαθεσιμότητα των εθελοντών κατά τις εργάσιμες μέρες και ώρες , ανεπαρκής διοίκηση, έλλειψη αναγνώρισης της προσφοράς των εθελοντών , δυσκολία στην εύρεση κινήτρων , οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες σπάνια προσφέρουν εθελοντική εργασία . Εσφαλμένες αντιλήψεις δημιουργούνται πολλές φορές μεταξύ εθελοντών και επαγγελματιών κάνοντας δύσκολη τη συνεργασία τους εξαιτίας των προαναφερθέντων δυσκολιών (Καραγιάννης , 2010).

3.2 Η διαχείριση κρίσεων στην υγεία στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα από το 2004 με τη διοργάνωση των Ολυμπιακών Αγώνων στην Αθήνα είχε ιδρυθεί το Σ.Ο.Τ.Υ. Με το νόμο 3370/2005 για τη διαχείριση κρίσεων στο χώρο της υγείας ορίστηκε η σύσταση και λειτουργία Κέντρου Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ.) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Αποστολή του Κ.ΕΠΙΧ.- Σ.Ο.Τ.Υ. είναι ο συντονισμός των φορέων που έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν τη δημόσια υγεία και το χώρο της υγείας γενικότερα, η παρακολούθηση και ο

συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων, με σκοπό τη βελτίωση και την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη.

Ο συντονισμός αναφέρεται, ιδίως, στην αντιμετώπιση εκτάκτων συνθηκών, συνίσταται δε στον ακριβή καθορισμό αρμοδιοτήτων των εμπλεκόμενων φορέων σε καταστάσεις κρίσης.

Το Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ, σε συνεργασία με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ, τις Γενικές Διευθύνσεις και τους εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκπονεί επιχειρησιακά σχέδια αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών.

Το Κ.ΕΠΙΧ. - Σ.Ο.Τ.Υ. απαρτίζεται από:

α) το Κέντρο Επιχειρήσεων (Κ.ΕΠΙΧ.),

β) το Συμβούλιο του Σ.Ο.Τ.Υ. και

γ) τη Διεύθυνση Κ.ΕΠΙΧ. του Σ.Ο.Τ.Υ.. Η Διεύθυνση Κ.ΕΠΙΧ. του Σ.Ο.Τ.Υ. αποτελείται από το Τμήμα Οργάνωσης, Υποστήριξης και Παρακολούθησης Διαδικασιών και το Τμήμα Υποστήριξης Κέντρου Επιχειρήσεων.

Οι υποστηρικτικές δομές του Κ.ΕΠΙΧ.- Σ.Ο.Τ.Υ. λειτουργούν καθημερινά και σε εικοσιτετράωρη βάση. Οι λεπτομέρειες οργάνωσης, στελέχωσης και λειτουργίας, καθώς και οι προϋποθέσεις ενεργοποίησης του Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ. καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, χωρίς αύξηση του συνόλου των οργανικών θέσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το Κ.ΕΠΙΧ. - Σ.Ο.Τ.Υ. συντονίζει, για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων, τους ακόλουθους φορείς:

α. Τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

β. Τις Υπηρεσίες των Δ.Υ.ΠΕ., των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Ο.Τ.Α. Α' βαθμού, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

γ. Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και τα Ν.Π.Ι.Δ. που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

δ. Τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης του ιδιωτικού τομέα, που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρα 15 και 16 του Νόμου 3370/2005) .

Το 2007 με υπουργική απόφαση το Συντονιστικό Όργανο του Τομέα της Υγείας (Σ.Ο.Τ.Υ.) μετεξελίσσεται σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) με έδρα την Αθήνα αλλά ενισχύεται με τη δημιουργία 4 περιφερειακών κέντρων στα αστικά κέντρα στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα, στην Πάτρα και το Ηράκλειο με αρμοδιότητες σύμφωνες με τις επτά υγειονομικές περιφέρειες (Πίνακας 3.1). Παράλληλα θεσπίζεται Συμβούλιο Διαχείρισης Κρίσεων που αποτελείται από :

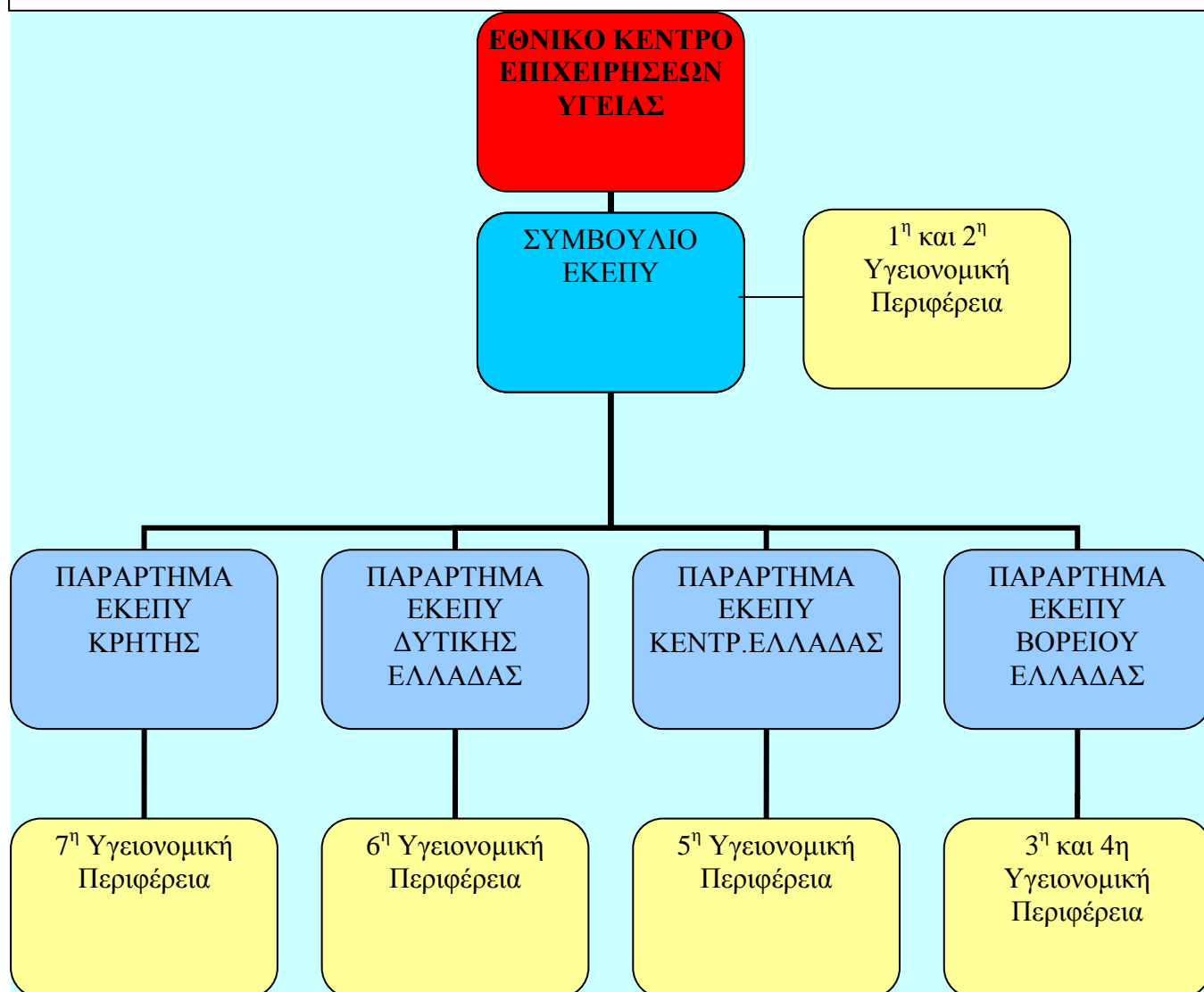
- Το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας
- Το Διοικητή του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας
- Τους γενικούς διευθυντές του υπουργείου
- Τον πρόεδρο του ΚΕΕΛΠΝΟ
- Τον πρόεδρο του ΕΚΑΒ

με τη συμμετοχή του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας.

Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας διαχειρίζεται:

- Το Επιχειρησιακό Σχέδιο «ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ» για την αντιμετώπιση χημικών, βιολογικών, ραδιολογικών και πυρηνικών απειλών που είναι άκρως εμπιστευτικό και απόρρητο ως εκ τούτου δε κοινοποιείται και δε διανέμεται .
- Το Επιχειρησιακό Σχέδιο «ΠΕΡΣΕΑΣ» για την αντιμετώπιση κρίσεων και έκτακτων καταστάσεων στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας .
- Το Ειδικό Επιχειρησιακό Σχέδιο «ΑΡΤΕΜΙΣ» για τη γρίπη των πτηνών .
- Το Ειδικό Επιχειρησιακό Σχέδιο «ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ» για περίπτωση σεισμού (Μπερζοβίτης, 2006) .

Πίνακας 3.1 : Οργάνωση ΕΚΕΠΥ



Πηγή : Σπύρου ,2008.

Οι φορείς που εμπλέκονται στο συντονισμό με το ΚΕΠΙΧ-Σ.Ο.Τ.Υ. είναι (Πίνακας 3.2, Πίνακας 3.3) :

- Ελληνική Αστυνομία (ΕΛ.ΑΣ)
- Λιμενικό Σώμα
- Πυροσβεστικό Σώμα
- Ένοπλες Δυνάμεις
- Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ)
- Κέντρο Δηλητηριάσεων
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ)

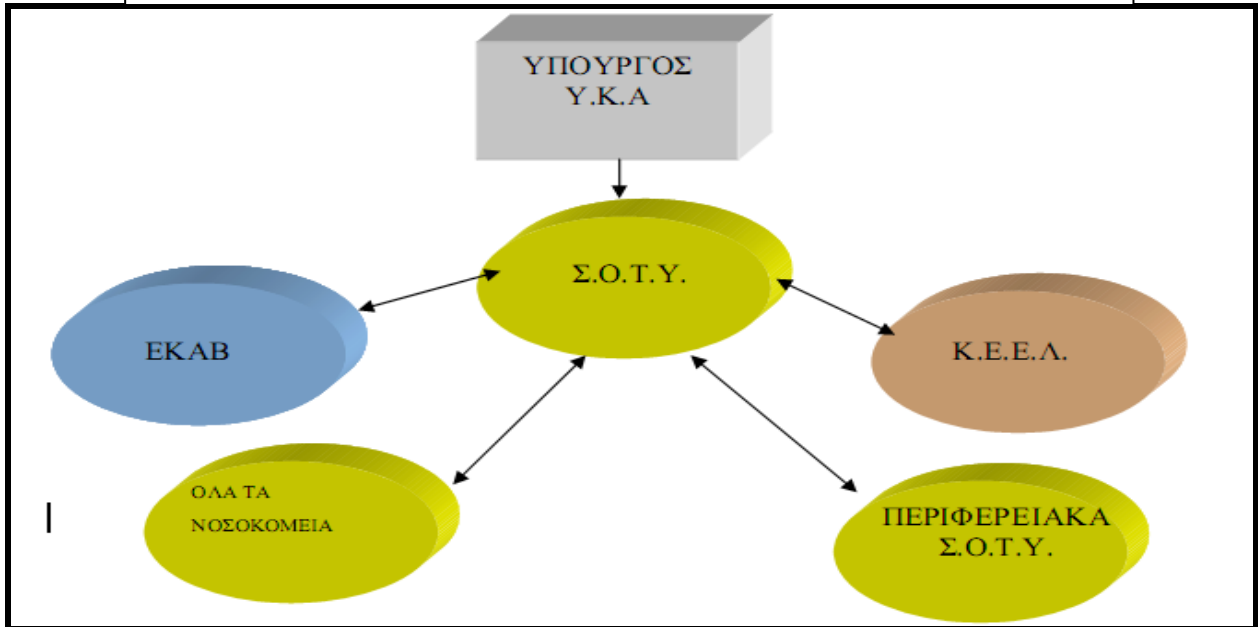
- Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας
- Διεθνές Τηλεφωνικό Κέντρο 112
- Εργαστηριακό Δίκτυο Άρης
- Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Η ενημέρωση για εξαιρετικά έκτακτα περιστατικά γίνεται τις περισσότερες φορές μέσω της τηλεόρασης, γεγονός που δείχνει ότι το ΚΕΠΙΧ-Σ.Ο.Τ.Υ. έπεται χρονικά αρκετά των συμβάντων με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος για τον ορθότερο και αποτελεσματικότερο συντονισμό των φορέων.

Επίσης, δεν υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς εικόνας και πολλές φορές και επικοινωνίας από την περιοχή του συμβάντος, ειδικά σε επικίνδυνες καταστάσεις για την δημόσια υγεία κατά τις οποίες η κάλυψη από την τηλεόραση θα γίνεται είτε από μεγάλη απόσταση είτε δεν θα γίνεται καθόλου. Η υπάρχουσα διακίνηση πληροφοριών που αφορούν την καταγραφή, αντιμετώπιση και τη συνολική διαχείριση ενός συμβάντος δεν στηρίζεται σε κάποιο ψηφιακό σύστημα διαχείρισης οποιασδήποτε μορφής. Επίσης δεν βασίζεται σε κάποιο τυποποιημένο σύστημα διακίνησης εγγράφων. Η διακίνηση της πληροφορίας γίνεται προφορικά τόσο των οδηγιών όσο και των εντολών. Έτσι η κρίσιμη ροή πληροφορίας επιβάλλεται να σχεδιαστεί από την αρχή και με βάση τα σύγχρονα ψηφιακά συστήματα διακίνησης πληροφορίας και οδηγιών, που λειτουργούν στα πλαίσια του ευρύτερου υποστηρικτικού συστήματος αποφάσεων που πρέπει να υπάρχει σε ένα σύγχρονο κέντρο διαχείρισης κρίσεων και το οποίο αλλάζει μόνο σε ότι αφορά το περιεχόμενο της βάσης δεδομένων που στην περίπτωση του ΣΟΤΥ έχει να κάνει με αυτό που σχηματικά αναφέρεται σαν ‘Απόθεμα Περίθαλψης (Εθνικές Βάσεις Υγείας)’.

Η εκπαίδευση των ιατρών υπηρεσίας, των συντονιστών και του λοιπού προσωπικού διεξάγεται στην πράξη (on the job training) συνήθως από τον Αναπληρωτή Πρόεδρο του ΚΕΠΙΧ-Σ.Ο.Τ.Υ., χωρίς να υπάρχουν γραπτές διαδικασίες ή τεκμηριωμένη αξιολόγηση του εκπαιδευόμενου. (www.ygeia-pronoia.gr)

Πίνακας 3.2 : Δίκτυο εσωτερικών συνεργασιών στον τομέα της Υγείας

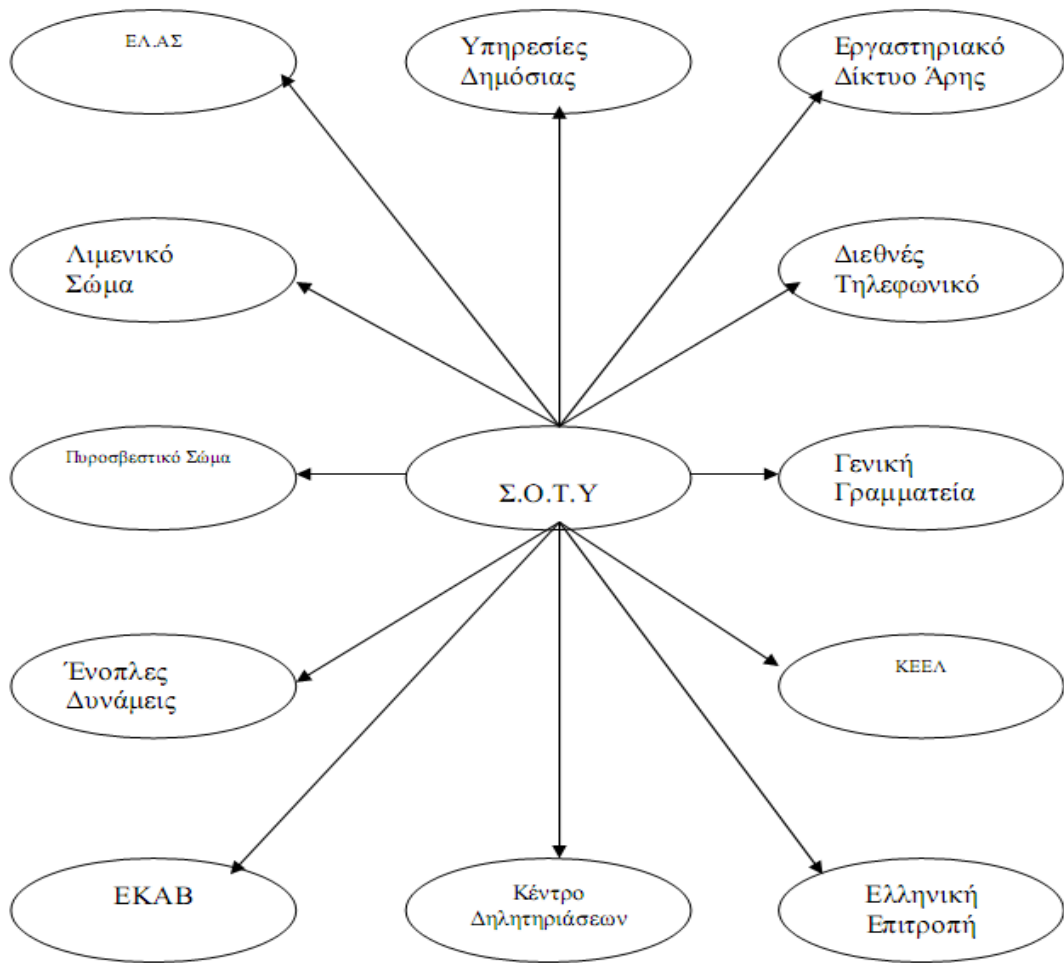


Πηγή : www.ygeia-pronoia.gr

Επιπρόσθετα, βάσει της από 23/05/2005 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Σ.Ο.Τ.Υ. εμπλέκεται στις παρακάτω δραστηριότητες σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών:

- Ορθολογική κατανομή και διαχείριση των κλινών των Μ.Ε.Θ.
- Συντονισμός διαδικασίας εισαγωγής σε ΜΕΘ νεογνών.
- Συντονισμός νοσοκομείων εφημερίας άμεσης παραλαβής και αντιμετώπισης των περιστατικών .
- Συντονισμός συμβεβλημένων κλινικών με Ι.Κ.Α .
- Συντονισμός διακομιδής άρρωστων από νοσοκομεία της περιφέρειας σε νοσοκομεία της περιοχής Νομού Αττικής .
- Συντονισμός με το Ε.Κ.Α.Β. για διακομιδές ασθενών .
- Συντονισμός για τις διακομιδές αποβιούντων ατόμων με ασθενοφόρα αυτοκίνητα .
- Επιτροπή παρακολούθησης και ελέγχου εφημερίας του Υ.Υ.Κ.Α.
- Συντονισμός αερομεταφοράς ασθενών από το ΕΚΑΒ.

Πίνακας 3.3: Φορείς που εμπλέκονται στο συντονισμό του Σ.Ο.Τ.Υ.

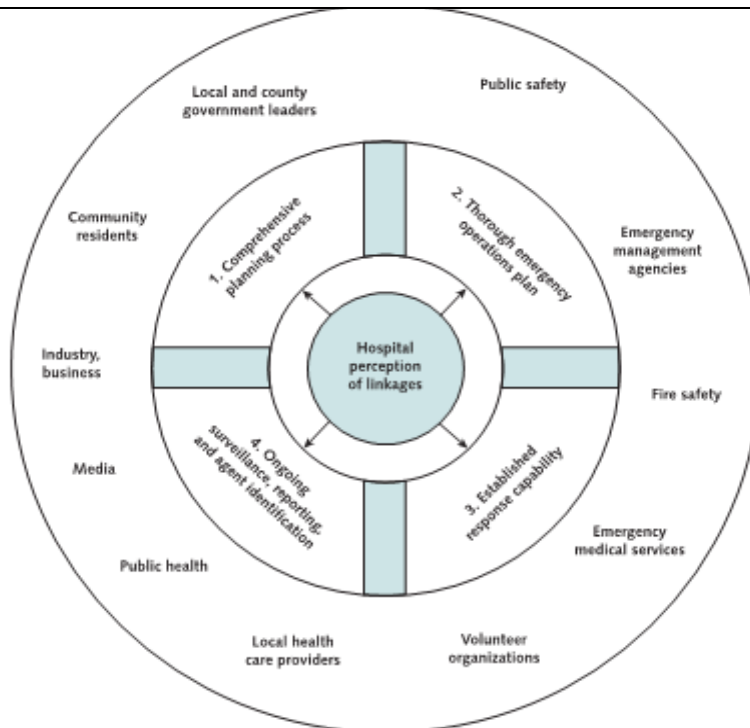


Πηγή : www.ygeia-pronoia.gr

3.3 Η ασφάλεια και η ετοιμότητα των νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία αποτελούν το διάμεσο μεταξύ της κοινότητας και του τομέα υγείας . Η θέση τους είναι σημαντική στην κοινωνική συνοχή σε κρίσιμες καταστάσεις γιατί αποτελούν τμήμα της άμεσης ανταπόκρισης σε φυσικές καταστροφές ή έκτακτες ανάγκες. Η σχέση τους με τους υπόλοιπους φορείς και συμμετέχοντες δεν είναι πάντα τόσο ισχυρή όσο θα έπρεπε.

Πίνακας 3.4 : Τομείς και ενδιαφερόμενα μέρη για την εκτίμηση της ετοιμότητας μιας κοινότητας σε έκτακτες ανάγκες και διασύνδεσή τους



Πηγή : Braun et al , 2006.

Ο ρόλος των νοσοκομείων είναι ζωτικής σημασίας και περιλαμβάνει:

- Παροχή φροντίδας στους τραυματίες.
- Συλλογή και ανάλυση στοιχείων σχετικά με επιδημίες και αποτροπή πιθανών κρουσμάτων.
- Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης πριν και μετά το «επείγον» σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (μητέρες, παιδιά, ηλικιωμένοι, ασθενείς με χρόνια νοσήματα).
- Εμβολιασμοί για την πρόληψη εμφάνισης ασθενειών.
- Παροχή κρίσιμων υπηρεσιών όπως τράπεζα αίματος, εργαστήρια, ασθενοφόρα φάρμακα.
- Ψυχολογική υποστήριξη των πληγέντων.(www.safehospitals.info)



Εικόνα 3.1: Τζαμάικα , Σεπτέμβριος 1988 νοσοκομείο μετά τον τυφώνα Gilbert
Πηγή :safehospitals.info

Ο Π.Ο.Υ. δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ασφάλεια των νοσοκομείων και την ετοιμότητά τους σε κρίσιμες καταστάσεις τόσο για τους ασθενείς αλλά και για τους επισκέπτες και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Τα νοσοκομεία άλλωστε αποτελούν τεράστιες επενδύσεις για οποιαδήποτε χώρα. Η αποτυχία τους να διαχειριστούν μια καταστροφή μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το ηθικό των πολιτών και το κοινωνικό-υγειονομικό κεφάλαιο (Nia et al , 2008).

Οι κίνδυνοι για τα νοσοκομεία όταν δεν είναι ασφαλή είναι πολλαπλοί :

- Κατάρρευση των δομών τους και τραυματισμοί ή θάνατοι ασθενών και προσωπικού.
- Διακοπή των υπηρεσιών υγείας είτε λόγω καταστροφής του νοσοκομείου, είτε λόγω συνωστισμού περιστατικών (μαζικά ατυχήματα).
- Απώλειες ανθρώπινου δυναμικού λόγω πανικού.
- Παρεμπόδιση της άμεσης αντιμετώπισης της έκτακτης κατάστασης , αφού αποτελούν κομβικά σημεία της κοινωνικής συνοχής.
- Τεράστιες οικονομικές απώλειες .



Εικόνα 3.2 : Αργεντινή ,Απρίλιος 2003 παιδιατρικό νοσοκομείο μετά από πλημμύρα
Πηγή : www.safehospitals.info

Ο Π.Ο.Υ. σε συνεργασία με τη Γραμματεία της Διεθνούς Στρατηγικής για τη Μείωση των Καταστροφών (UN / ISDR) οργάνωσε το 2008-2009 μια παγκόσμια καμπάνια με θέμα Ασφαλή νοσοκομεία : Μείωση του κινδύνου, προστατέτε τις δομές υγείας, σώστε ζωές με ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων με σκοπό την ευαισθητοποίηση σχετικά με το γιατί και πώς πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειες για την προστασία των δομών υγείας και τη διασφάλιση της λειτουργίας τους κατά τη διάρκεια αλλά και μετά από μια καταστροφή.

Η ευθύνη για τη δημιουργία ασφαλών νοσοκομείων κατανέμεται σε πολλούς τομείς όπως σχεδιασμό, χρηματοδότηση, δημόσια έργα, αστικό και χωροταξικό σχεδιασμό μαζί με τον τομέα της υγείας . Για να γίνει αυτό η πολιτική βούληση πρέπει να εναρμονίζεται με την υπάρχουσα γνώση (www.who.int , www.unisdr.org) .

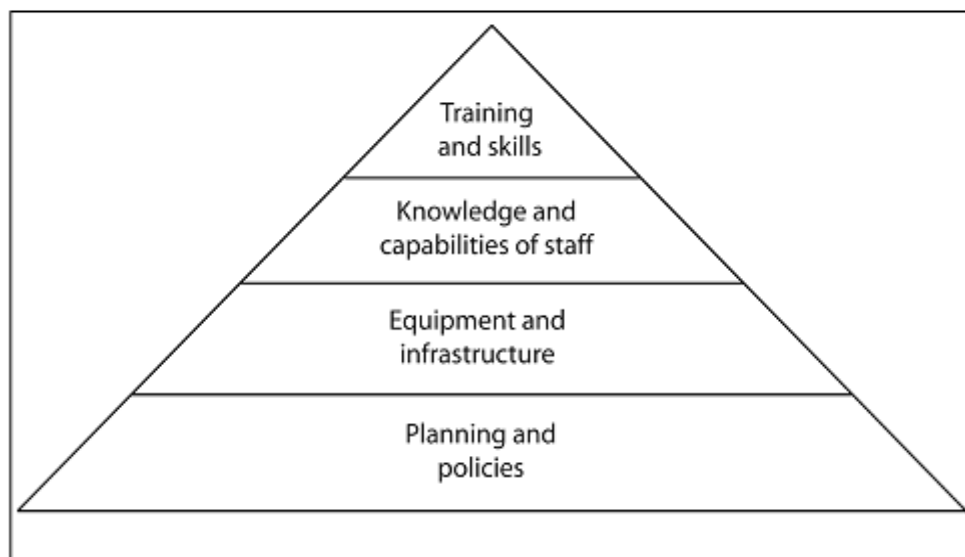
Η επιτυχής διαχείριση μιας κρίσης από το νοσοκομείο εξαρτάται από το πόσο καλά είναι προετοιμασμένο. Συνιστάται ετήσια αξιολόγηση του σχεδίου αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών. Η αξιολόγηση της ετοιμότητας πρέπει να περιλαμβάνει :

- τα στοιχεία του προγραμματισμού
- συντονισμό
- επικοινωνία
- κατάρτιση
- δυνατότητα επέκτασης του νοσοκομείου
- προσωπικό
- διαθεσιμότητα του εξοπλισμού
- αποθέματα των ιατρικών προμηθειών και

- δυνατότητα επέκτασης των εργαστηρίων (Adini et al,2006)

Η ετοιμότητα θα μπορούσε να οριστεί σαν μια πυραμίδα που περιλαμβάνει το σχεδιασμό , τις υποδομές , τις γνώσεις και τις ικανότητες και την κατάρτιση –εκπαίδευση ως τα κύρια συστατικά για τη διατήρηση υψηλού επιπέδου ετοιμότητας (πίνακας 3.5).

Πίνακας 3.5 : Πυραμίδα της ετοιμότητας



Πηγή : Adini et al, 2006

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations , (JCAHO) επιτροπή τυποποίησης οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης στην Αμερική , εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες, με τη μορφή πρωτοκόλλων και προτύπων για τη διαχείριση κρίσεων που πρέπει να ακολουθούν τα νοσοκομεία και μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν τα εξής :

- Τα νοσοκομεία να συμμετέχουν σε σχέδια ετοιμότητας άλλων φορέων της κοινότητας.
- Να καθιερώσουν συμφωνίες αμοιβαίας βοήθειας με άλλα νοσοκομεία , δημόσια και ιδιωτικά, και άλλους φορείς υγείας για την κάλυψη του υγειονομικού κενού.
- Να έχουν εξασφαλίσει επάρκεια προμηθειών και φαρμάκων για 48-72 ώρες.
- Να έχουν τυποποιήσει τις διαδικασίες εξοπλισμού, προμηθειών και φαρμάκων για ασφαλή και αποδοτική φροντίδα .

- Να δίνουν στους επαγγελματίες υγείας την υψηλότερη προτεραιότητα στην εκπαίδευση ,αλλά και στη λήψη προστατευτικών μέτρων(προστατευτικός εξοπλισμός, εμβόλια, χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης, αντίδοτα).
- Να παρέχουν άμεση ψυχολογική υποστήριξη και στους επαγγελματίες υγείας και να μεριμνούν για τις άλλες ανάγκες (φύλαξη παιδιών , ηλικιωμένων)(Smith,2007).
- Να εξασφαλίζουν στο προσωπικό την άμεση ροή πληροφόρησης σχετικά με το γεγονός.
- Να εξασφαλίζουν στους ασθενείς τουλάχιστον το μικρότερο αποδεκτό επίπεδο φροντίδας.
- Άσκηση και αξιολόγηση του σχεδίου ετοιμότητας κάθε εξάμηνο (JCAHO,2005).

3.4 Το επιχειρησιακό σχέδιο «Περσέας»

Οι υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας, σε συνεργασία με την ΕΕ, εφαρμόζουν το σχέδιο «Περσέας», για να αντιμετωπιστεί το ενδεχόμενο μιας γενικευμένης κρίσης υγείας. Το σχέδιο αποτελείται από τρία μέρη:

α) Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την περιγραφή της παρούσας κατάστασης και λειτουργίας του Νοσοκομείου με όλο το δυναμικό του.

β) Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το σχεδιασμό και την περιγραφή των δράσεων στα επτά πιθανά σενάρια έκτακτων αναγκών.

γ) Το τρίτο μέρος αναφέρεται στα φύλλα δράσης εργασίας -ονομαστικοποιημένα -στα οποία περιλαμβάνονται τα καθήκοντα των υπευθύνων. Το Σχέδιο Εκτάκτων Αναγκών «Περσέας» χαρακτηρίζεται, το μεν πρώτο μέρος απόρρητο και το δεύτερο και τρίτο μέρος εμπιστευτικό.

Στόχοι του επιχειρησιακού σχεδίου «Περσέας» είναι:

- Να προσδιορίζει και να αναλύει τις ενέργειες αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών σε πολλαπλά σενάρια.
- Να καλύψει τη δυνατότητα του Νοσοκομείου να συνεχίζει να παρέχει ένα σύνολο από κρίσιμες υπηρεσίες σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης και
- Να επανέρχεται ομαλά το νοσοκομείο σε κατάσταση «κανονικής» λειτουργίας όταν οι συνθήκες ανάγκης εκλείψουν.
- Πλήρης ενεργοποίηση του σχεδίου εντός 1-2 ωρών.

Αναλυτικά τα περιεχόμενα του σχεδίου «Περσέας» είναι:

ΜΕΡΟΣ Α'

- Πρόλογος
- Σκοπός
- Κατάσταση και υποδομές ιδρύματος
- Εξοπλισμό όλων των τμημάτων
- Δεδομένα όλου του ανθρώπινου δυναμικού
- Βασικές υποστηρικτικές υπηρεσίες
- Καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ενεργοποίησης του σχεδίου
(Εσωτερικές, Εξωτερικές, Προκλητές Καταστροφές)
- Εποπτεία του νοσοκομείου
- Σύστημα ειδοποίησης και εγρήγορσης

- Φάση πλήρους εξέλιξης του σχεδίου
- Υποδοχή τραυματιών και θυμάτων
- Ασφάλεια
- Επικοινωνία
- Πρόσβαση και κυκλοφορία
- Επισκέπτες και συγγενείς
- Μέσα μαζικής ενημέρωσης
- Φαρμακείο
- Εκκένωση νοσοκομείου
- Πρόγραμμα διαχείρισης ψυχολογικών επιπτώσεων
- Ομάδες συνεργασίας
- Φάση αποκατάστασης
- Λύματα και επικίνδυνα υλικά
- Εκπαίδευση- άσκηση ετοιμότητας

ΜΕΡΟΣ Β'

- Αντιμετώπιση εκτάκτου ανάγκης
- Φάση πλήρους εξέλιξης του σχεδίου
- Σενάριο Α: Αντιμετώπιση Τεχνικών Προβλημάτων του Νοσοκομείου.
Διακοπή Ηλεκτρικού Ρεύματος
Διακοπή Παροχής Νερού
Διακοπή Τηλεπικοινωνιών
- Σενάριο Β: Πυρκαγιά (Εσωτερική)
- Σενάριο Γ: Σεισμός
- Σενάριο Δ: Καύσωνας
- Σενάριο Ε: Εσωτερική Επιδημία
- Σενάριο ΣΤ: Μεγάλη Προσέλευση Συμβατικών Ασθενών στο Νοσοκομείο
- Σενάριο Ζ: Μεγάλη Προσέλευση Ασθενών που έχουν εκτεθεί σε PBX Παράγοντες (Επιδημία- Πανδημία από Βιολογικούς παράγοντες)
- Σύστημα διοίκησης έκτακτης ανάγκης
- Μέλη επιτροπής σύνταξης σχεδίου εκτάκτου ανάγκης
- Υπο-επιτροπές έργου

ΜΕΡΟΣ Γ'

- Φύλλα δράσης εργασίας
- Διοικητής
- Αναπληρωτής διοικητής
- Προϊστάμενος σχεδιασμού
- Προϊστάμενος οικονομικών
- Γενικός συντονιστής ιατρός
- Επικεφαλής χειρουργικών υπηρεσιών
- Επικεφαλής κρίσιμης φροντίδας
- Διευθυντής ΤΕΠ κλπ όπως λειτουργεί το κάθε νοσοκομείο.

Το παρόν σχέδιο τυπώνεται σε τρία αντίγραφα . Το ένα αντίτυπο τηρείται από το Διοικητή του νοσοκομείου , το δεύτερο κατατίθεται στο ΕΚΕΠΥ και το τρίτο στην αντίστοιχη ΥΠΕ. Μέρη ή τμήματα του σχεδίου μπορούν να διανεμηθούν στους αρμόδιους φορείς του νοσοκομείου ανάλογα με την εμπλοκή τους στο σχέδιο και την κρίση του Διοικητή.

Ο Διοικητής όπως και τα άτομα που τον αναπληρώνουν σε καταστάσεις μη επείγουσες θα πρέπει να βρίσκονται σε 24ωρη ετοιμότητα. Ο συντονιστής του σχεδίου θα πρέπει να εξασφαλίσει μια διαρκή γραμμή επικοινωνίας με το Κ.ΕΠΙΧ./ΣΟΤΥ ώστε να ενημερώνεται άμεσα για την εξέλιξη του συμβάντος και να ενεργοποίηση το ταχύτερο δυνατό το σχέδιο του νοσοκομείου.

Το πρώτο στάδιο της εγρήγορσης περιλαμβάνει τις δράσεις και τα μέτρα για να αντιμετωπίσει το νοσοκομείο ένα συμβάν. Αυτό σημαίνει ότι έχει ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός και το προσωπικό και ότι ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός είναι λειτουργικός και άμεσα διαθέσιμος.

Η φάση της ενεργοποίησης περιλαμβάνει τις δράσεις και τα μέτρα όταν το νοσοκομείο αρχίζει να υποδέχεται τα πρώτα θύματα .

Στη φάση της πλήρους εξέλιξης το νοσοκομείο πρέπει να βρίσκεται σε πλήρη λειτουργικότητα και από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού αλλά και υποδομών και οι εφεδρείες είναι κινητοποιημένες.

Στη τελική φάση της αποδρομής μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης , ο σχεδιασμός θα πρέπει να προβλέπει την αποκλιμάκωση της δράσης και την αντικατάσταση των χρησιμοποιηθέντων πόρων και μέσων , ώστε το νοσοκομείο να επανέλθει στην πρότερη κατάσταση και να τεθεί σε ετοιμότητα το ταχύτερο δυνατό .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης



Εικόνα 4.1 : Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης

Το Γ.Ν. Σπάρτης είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της διοικητικής περιφέρειας Πελοποννήσου μαζί με τα νοσοκομεία της Καλαμάτας, της Κορίνθου και της Τρίπολης. Σκοπός του Νοσοκομείου είναι η οργανωμένη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας γενικής ιατρικής (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης), ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, και επαγγελματική του κατάσταση. Η διαμόρφωση όσο το δυνατόν φιλικότερου περιβάλλοντος, η άμεση και ποιοτική εξυπηρέτηση, η ενημέρωση και ο σεβασμός στις ανάγκες των πολιτών ανήκουν, επίσης, στις πρώτες προτεραιότητες του Νοσοκομείου(www.hospspa.gr).

Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης συστάθηκε με τον Αναγκαστικό Νόμο 713/37 ΦΕΚ 218/Α/37 και μετά από δωρεά της Αικατερίνης Γρηγορίου. Άρχισε να κτίζεται το 1939 σε ένα χώρο 70.000 τ.μ. και λειτούργησε για πρώτη φορά το 1953 ως Σανατόριο. Σταθμοί στην ιστορία και εξέλιξη του Σανατόριου και μετέπειτα Νοσοκομείου Σπάρτης υπήρξαν γενικά οι εξής:

- το 1962 το Θεραπευτήριο Σανατόριο Σπάρτης μετατρέπεται σε Γενικό Νοσοκομείο με το νομοθετικό διάταγμα 4268/12-11-62 ΦΕΚ 187/Α/62.
- το 1984 εκπονείται η μελέτη επέκτασης του Νοσοκομείου, ενώ το 1988 άρχισε η υλοποίηση της μελέτης με την κατασκευή των εργαστηρίων.
- το 1997 Συνεχίζεται η υλοποίηση της μελέτης με την κατασκευή της νέας πτέρυγας του Νοσοκομείου και του κέντρου ενεργείας .
- το 2000 ολοκληρώθηκε η προσθήκη Χειρουργείων, Αποστείρωσης και κτιρίου Ενεργείας .
- το 2006 λειτούργησε η νέα Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και ταυτόχρονα έγινε η στατική στήριξη του παλαιού κτιρίου του τμήματος που μετεγκαταστάθηκε η εν λόγω μονάδα..

Ο συνολικός αριθμός των κλινών του σύμφωνα με τον ισχύοντα οργανισμό είναι διακόσιες (200) κλίνες , το ανθρώπινο δυναμικό του ανέρχεται σε 495 άτομα μαζί με τα κέντρα υγείας της εποπτείας του. Ο προϋπολογισμός του 2010 ανέρχεται σε 10.800.000 Ευρώ. Ο οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης εγκρίθηκε με το βασιλικό διάταγμα 242/20-4-1964ΦΕΚ74/Α/64 και με την αρ.Α3Β/οικ.17967/17-10-86 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 811/Β/86) έγινε και η τελευταία αναμόρφωση του οργανισμού που ισχύει μέχρι και σήμερα. (Αναλυτική παρουσίαση των τμημάτων του νοσοκομείου βλ. Παράρτημα 1).



Εικόνα 4.2 : Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης από δορυφόρο
 Πηγή : www.google.com

Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης βρίσκεται 1,2χλμ. Β.Δ του κέντρου της Σπάρτης . Απέχει από το νοσοκομείο –κέντρο υγείας των Μολάων 63χλμ. που βρίσκεται και αυτό εντός των ορίων του νομού Λακωνίας. Η απόσταση του από τα δύο πλησιέστερα νοσοκομεία είναι 58χλμ. από το γενικό νοσοκομείο Τριπόλεως Αρκαδίας και 52 χλμ. από το γενικό νοσοκομείο Καλαμάτας Μεσσηνίας.

Η περιοχή που καλύπτει και ο χρόνος πρόσβασης από τους δήμους και την κοινότητα είναι (Πίνακας 4.1):

Πίνακας 4.1: Περιοχή ευθύνης, πληθυσμός και χρόνος πρόσβασης		
Περιοχή ευθύνης	Πληθυσμός	Χρόνος πρόσβασης (min)
Δ. Σπάρτης	18.184	10-20
Δ.Ανατολικής Μάνης	2.111	60-90
Δ. Ασωπού	4.187	90-120
Δ.Βοιών	7.871	100-150
Δ.Γερονθρών	1.959	60-90
Δ.Γυθείου	7.926	30-70
Δ. Έλους	6.452	40-70
Δ.Θεραπνών	3.062	15-60
Δ.Κροκεών	2.824	30-60
Δ.Μυστρά	4.608	10-40
Δ. Οινούντος	2.625	20-75
Δ.Οιτύλου	5.203	60-120
Δ.Πελλάνας	3.405	15-70
Δ.Σκάλας	5.902	40-80
Δ.Φάριδος	5.269	15-70
Δ.Σμύνους	1.917	40-80
Κοιν.Καρυών	926	50
Σύνολο πληθυσμού	84.431	
Μέσος χρόνος πρόσβασης		54
Πηγή : Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης		

Τα στοιχεία πραγματικού πληθυσμού είναι σύμφωνα με την απογραφή του 2001 της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής και δεν έχουν περιληφθεί οι δήμοι Μολάων , Μονεμβασίας, Ζάρακα ,Νιάτων και η κοινότητα Ελαφονήσου . (www.statistics.gr)

Ο χρόνος πρόσβασης από τις υπόλοιπες υγειονομικές δομές του χώρου εποπτείας του φαίνεται στον πίνακα 4.2 :

Πίνακας 4.2 : Χρόνος πρόσβασης από τις υγειονομικές δομές του χώρου εποπτείας	
Κέντρα Υγείας	Χρόνος πρόσβασης στο νοσοκομείο (min)
Γυθείου	45
Αρεόπολης	70
Βλαχιώτη	55
Καστορείου	20
Περιφερειακά Ιατρεία	
Αγίου Νικολάου	60
Γκοριτσάς	20
Γερακίου	60
Γερολιμένα	110
Δαφνίου	30
Κοκκάλας	120
Κότρωνα	120
Κροκεών	35
Μυρσίνης	80
Οιτύλου	120
Πετρίνας	50
Πλατάνου	55
Πύργου Διρού	100
Σκάλας	55
Σκούρας	15
Άρνας	60
Σκουταρίου	80
Χωσιαρίου	70
Βρεσθένων	40
Λογγάστρας	20
Σελλασίας	20
Ξηροκαμπίου	20
Γεωργιτσίου	45
Λογγανίκου	55
Μέσος χρόνος πρόσβασης	68

Πηγή : Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Σκοπός της έρευνας

Στόχος της εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου ετοιμότητας του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού ενός περιφερειακού νοσοκομείου, του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης ,σε σχέση με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών και φυσικών καταστροφών.

Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι είναι:

- η ανάλυση των τρόπων, των διαδικασιών, της οργάνωσης και των στρατηγικών που κρίνονται απαραίτητοι για τη διαχείριση και το χειρισμό μιας κρίσεως, η οποία προκαλείται από μεγάλες καταστροφές.
- η ανάλυση των τρόπων, σχεδίων, μεθόδων και μέσων που πρέπει να χρησιμοποιούνται σε υγειονομικό επίπεδο περιφερειακού νοσοκομείου για τη σωστή αντιμετώπιση.
- να μάθουμε αν υπάρχει συγκεκριμένο σχέδιο και αν αυτό είναι γνωστό στους εργαζόμενους και επικαιροποιημένο.
- το επίπεδο γνώσεων και οι απόψεις του προσωπικού σχετικά με την εκτίμηση του επιπέδου υγειονομικής ετοιμότητας του νοσοκομείου, καθώς και αν υπάρχει διάθεση εκπαίδευσης και ενημέρωσης του προσωπικού για την αντιμετώπιση κρίσεων .
- η ανίχνευση διαφορών ανάμεσα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό σχετικά με την γνώση των σχεδίων, την κατάλληλη προετοιμασία και τη διάθεση για ενημέρωση.
- θα εξετασθούν επίσης και τα μέτρα που επιβάλλεται να ληφθούν επιπλέον (αν είναι απαραίτητο), για την βελτίωση του τρόπου προετοιμασίας και αντιμετώπισης των εκτάκτων αναγκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : Μεθοδολογία

7.1 Σχεδιασμός μελέτης και πληθυσμός

Η μελέτη διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης σε διάστημα τριών(3) μηνών (Ιούλιος, Αύγουστος και Σεπτέμβριος 2011). Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελούν οι εργαζόμενοι με μόνιμη σχέση εργασίας του εν λόγω νοσοκομείου (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι και τεχνικοί).

Εξαιρέθηκαν οι συμβασιούχοι και όσοι έκαναν πρακτική άσκηση.

Προηγήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: *disaster preparedness, hospital readiness, emergency preparedness , disaster nursing*. Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε η περίοδος 2000-2011 . Παράλληλα τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά .Η διεκπεραίωση της παρούσας φάσης στηρίχθηκε στη χρήση βιβλιογραφικών βάσεων του διαδικτύου (Pubmed, mednet κ.ά).

7.2 Ηθική και δεοντολογία

Το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο κατατέθηκαν για έγκριση διεξαγωγής της ερευνητικής πρότασης στο Διοικητή του νοσοκομείου και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης . Μετά από την έγκριση του οικείου Επιστημονικού Συμβουλίου , στάλθηκε στην 6^η ΥΠΕ όπου και εγκρίθηκε (Παράρτημα 2, 3).

Η συμμετοχή στην μελέτη ήταν εθελοντική και τηρήθηκε η ανωνυμία . Το νοσοκομείο δεν επιβαρύνθηκε οικονομικά. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια σύμφωνα με τους δεοντολογικούς κανόνες, τη συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση και την εξασφάλιση εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας.

7.3 Ερωτηματολόγια

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί βασικό εργαλείο της έρευνας. Για το λόγο αυτό ο προσεκτικός σχεδιασμός του είναι απαραίτητος καθώς διασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό την αξιοπιστία της έρευνας(Σαχίνη –Καρδάση ,2003). Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε μετά από συστηματική ανασκόπηση της σχετικής ξένης βιβλιογραφίας με στόχο την δημιουργία ενός απλού και κατανοητού ερωτηματολογίου με συγκεκριμένες ερωτήσεις, ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα δημιουργίας σύγχυσης και προσαρμοσμένου στην ελληνική πραγματικότητα . Επιλέχθηκαν κυρίως ερωτήσεις κλειστού τύπου γιατί είναι πιο εύκολο να απαντηθούν , αλλά και να αναλυθούν. Βάση του ερωτηματολογίου αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο του U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ,Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ),Health Resources and Services Administration (HRSA) ένα εργαλείο αξιολόγησης και σχεδιασμού της ετοιμότητας νοσοκομείων και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για αυτοδιαχείριση της ετοιμότητάς τους τη συγκεκριμένη περίοδο που γίνεται η έρευνα (www.ahrq.gov).

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.

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχε κείμενο που έδινε σύντομες πληροφορίες για το σκοπό της έρευνας. Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε γενικά και δημογραφικά στοιχεία του δείγματος , την ιδιότητα , το χώρο απασχόλησης στο νοσοκομείο , τα χρόνια προϋπηρεσίας και το διαχωρισμό αν κατέχουν θέση ευθύνης (Παράρτημα 4 ερωτήσεις Α-Στ).

Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου αφορούσε το βαθμό ετοιμότητας του νοσοκομείου περιελάμβανε 16 κλειστού τύπου ερωτήσεις κάποιες με υποερωτήματα . Η 17^η ερώτηση βαθμολογείται με πεντάβαθμη κλίμακα Likert .Στο τέλος υπήρχε ελεύθερος χώρος για παρατηρήσεις και σχόλια (Παράρτημα 4 ερωτήσεις 2.1-2.17).

Ο μέσος όρος συμπλήρωσης του ήταν 5 λεπτά και διευκρινίσεις παρέχονταν από την ίδια την ερευνήτρια αν χρειαζόνταν. Διανεμήθηκαν 270 ερωτηματολόγια και συγκεντρώθηκαν τελικά 210 (λόγω του μεγάλου αριθμού κανονικών αδειών της θερινής περιόδου).

7.4 Επεξεργασία

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 14.0 έκδοση για Windows .Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%. Για τη διεξαγωγή της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική (πίνακες και γραφήματα συχνοτήτων), τα crosstabs, καθώς και εύρεση συσχετίσεων με τη βοήθεια του τεστ chi square.

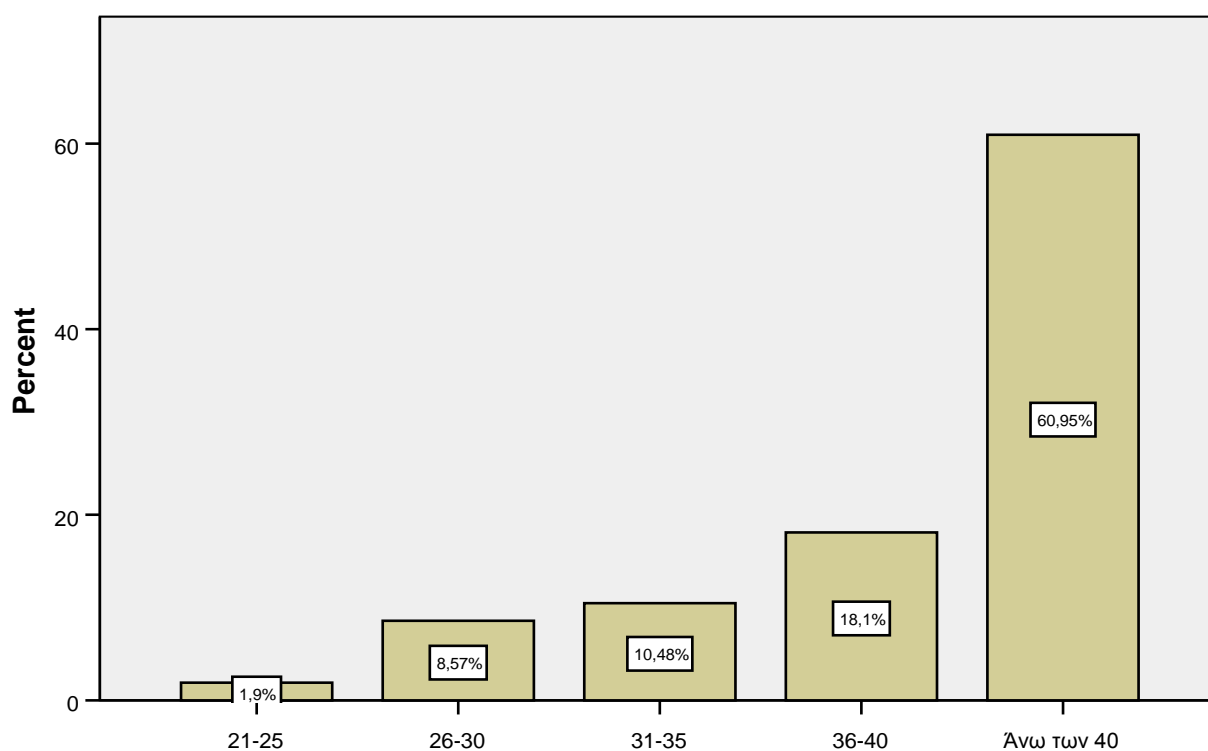
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : Αποτελέσματα

8.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Ηλικία

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα σε ποσοστό 61% είναι άνω των 40 ετών. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 36 – 40 ετών με ποσοστό 18,1%, όσοι είναι από 31 έως 35 ετών με ποσοστό 10,5% και τέλος όσοι είναι μεταξύ 26 και 30 ετών. Τέλος, μόνο τέσσερα άτομα, ποσοστό 1,9%, είναι μεταξύ 21 και 25 ετών.

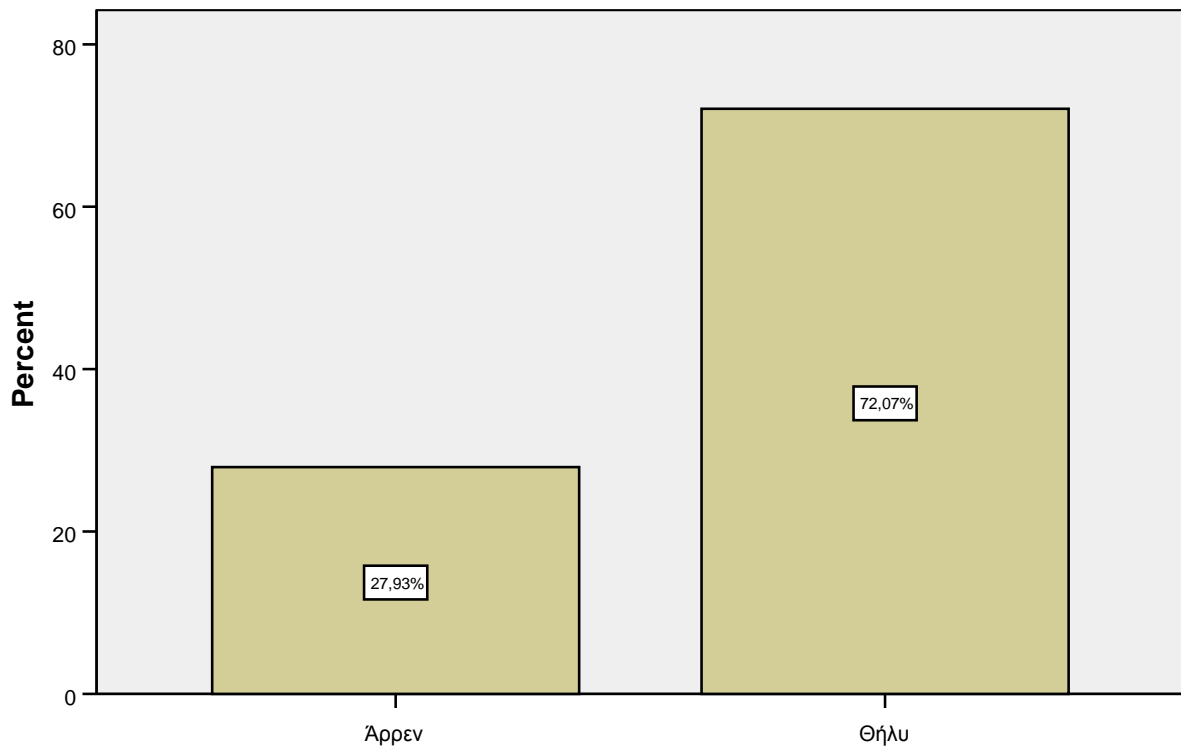
Γράφημα 1. Κατανομή ερωτηθέντων βάσει ηλικίας



Φύλο

Η πλειοψηφία όσων συμμετείχαν στην έρευνα είναι γυναίκες, σε ποσοστό 61,4%, ενώ οι άντρες αντιπροσωπεύουν το 23,8%. Αξίζει να σημειωθεί ότι 31 άτομα (14,8%) δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή¹.

Γράφημα 2. Κατανομή ερωτηθέντων βάσει φύλου

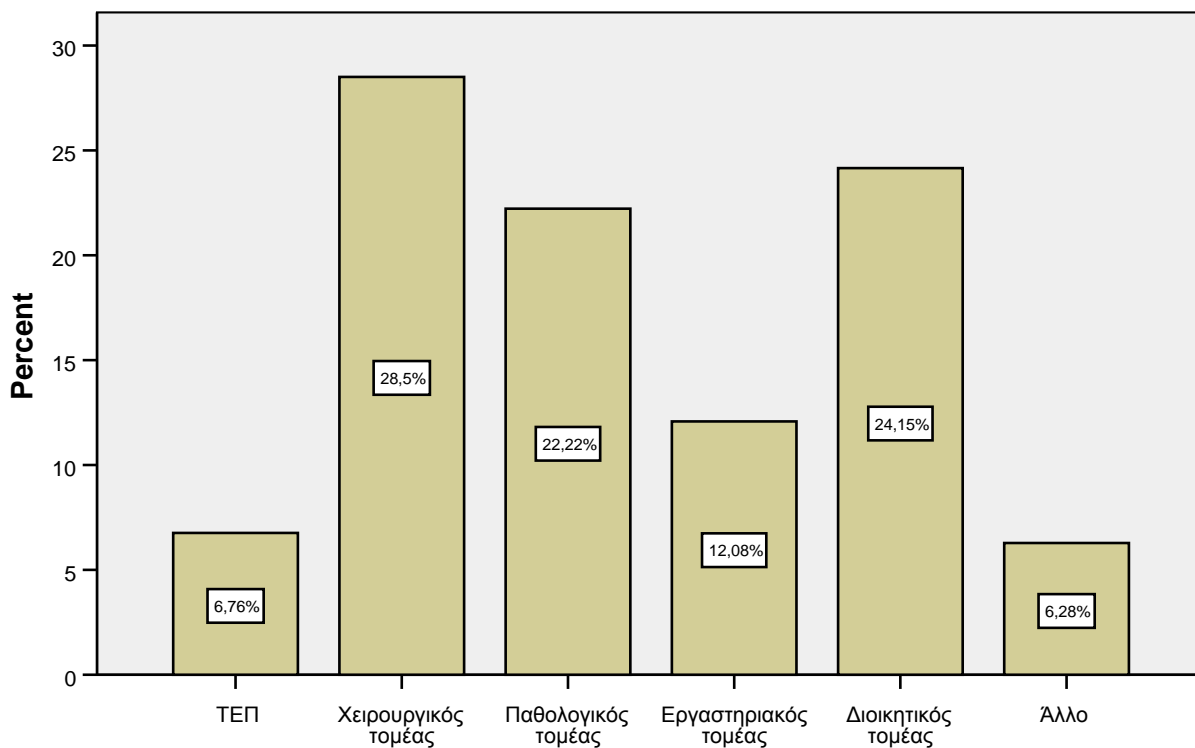


¹ Στους περισσότερους πίνακες υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των ποσοστών που αναγράφονται σε αυτούς και των ποσοστών που σχολιάζονται στο κείμενο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα ποσοστά που αναλύονται στο κείμενο προκύπτουν ως ποσοστό όσων έδωσαν τη συγκεκριμένη απάντηση, χωρίς να υπολογίζονται τα άτομα που δεν απάντησαν καθόλου στη συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ το ποσοστό των πινάκων προκύπτει ως ποσοστό του συνόλου των συμμετεχόντων στην έρευνα, συμπεριλαμβανομένων και όσων δεν έχουν απαντήσει.

Χώρος απασχόλησης στο νοσοκομείο

Το 28,1% των ερωτηθέντων απασχολείται στον χειρουργικό τομέα, το 23,8% στον διοικητικό τομέα, το 21,9% στον παθολογικό τομέα, το 11,9% στον εργαστηριακό τομέα και τέλος το 6,7 σε ΤΕΠ. Επίσης, ένα ποσοστό της τάξης του 6,2% απασχολείται σε κάποιον άλλον, πέραν των προαναφερθέντων, τομέα, καθώς πολλοί δήλωσαν ότι είναι υπάλληλοι στο φαρμακείο, τραπεζοκόμοι, μάγειροι ενώ υπήρχε και ένα άτομο που δήλωσε ότι απασχολείται στον καθαρισμό του νοσοκομείου.

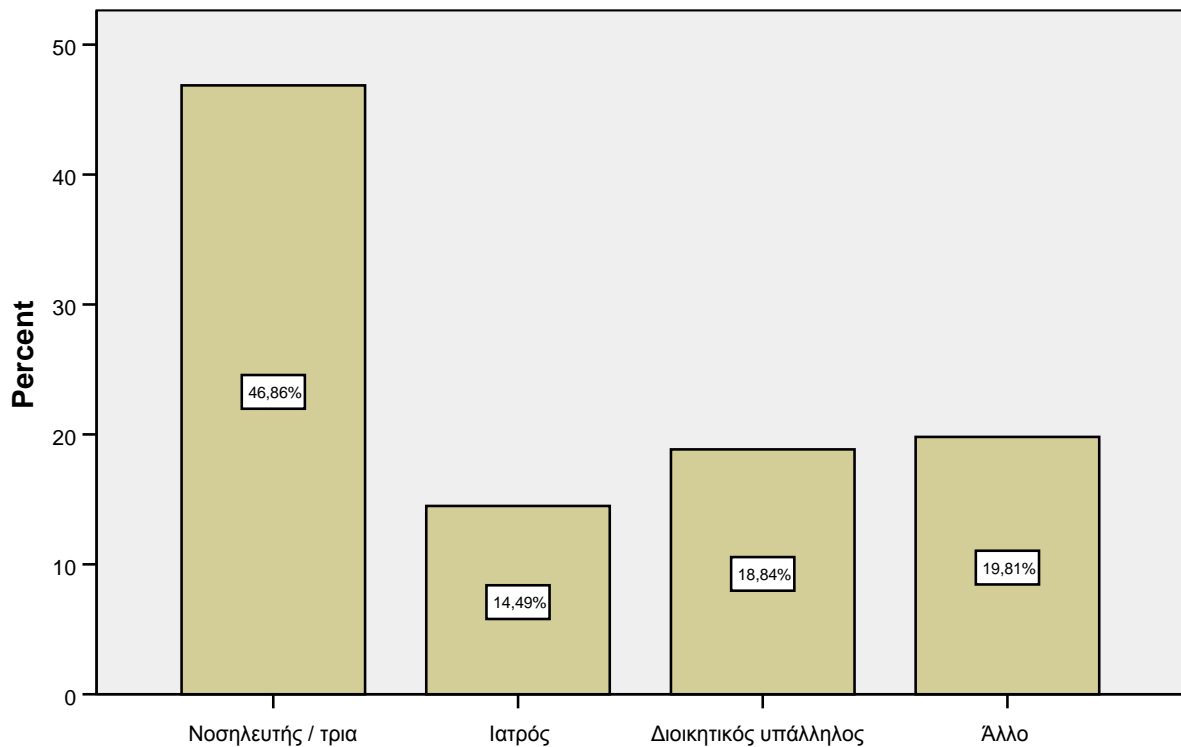
Γράφημα 3. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει χώρου απασχόλησης στο νοσοκομείο



Ιδιότητα

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι αποτελεί νοσηλευτικό προσωπικό (46,2%). Το 14,3% αποτελεί ιατρικό προσωπικό και το 18,6% είναι διοικητικοί υπάλληλοι. Τέλος, το 19,5% δήλωσε ότι απασχολείται σε άλλους τομείς.

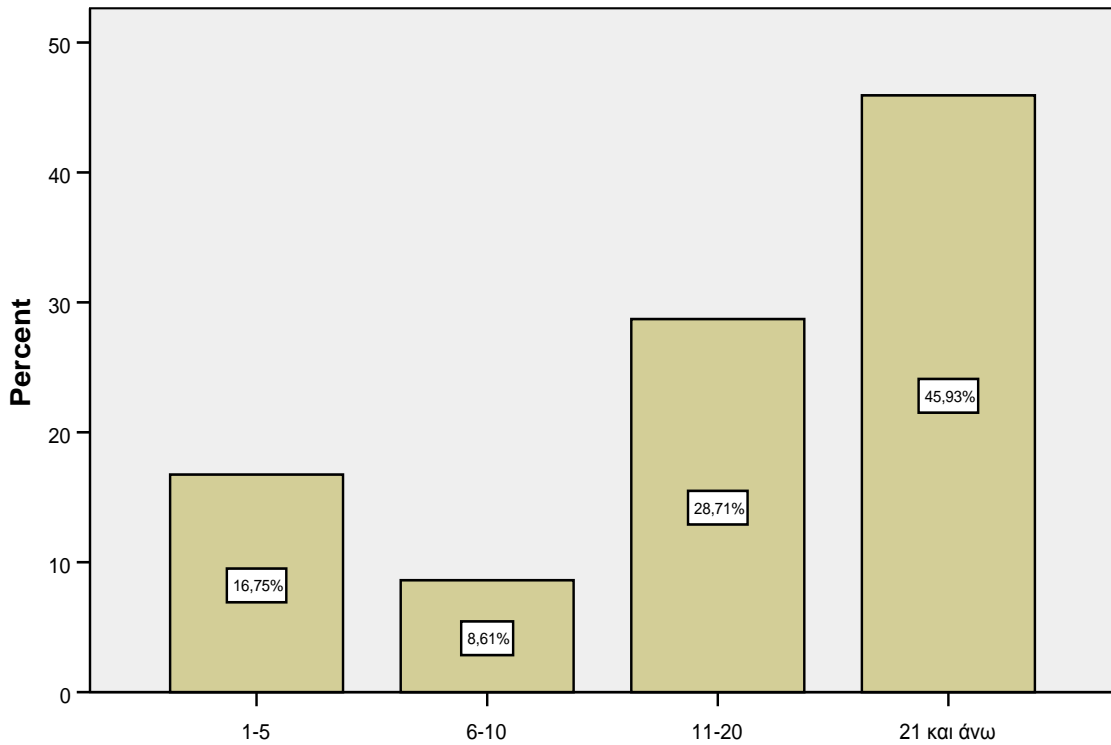
Γράφημα 4. Κατανομή ερωτηθέντων βάσει ιδιότητας



Χρόνια εμπειρίας

Το 45,7% όσων συμμετείχαν στην έρευνα έχουν προϋπηρεσία άνω των 21 ετών. Το 28,6% έχουν εμπειρία από 11 έως 20 έτη και το 16,5% έχουν προϋπηρεσία από 1 έως 5 χρόνια. Τέλος, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 8,6% που η προϋπηρεσία τους κυμαίνεται από 6 έως 10 έτη.

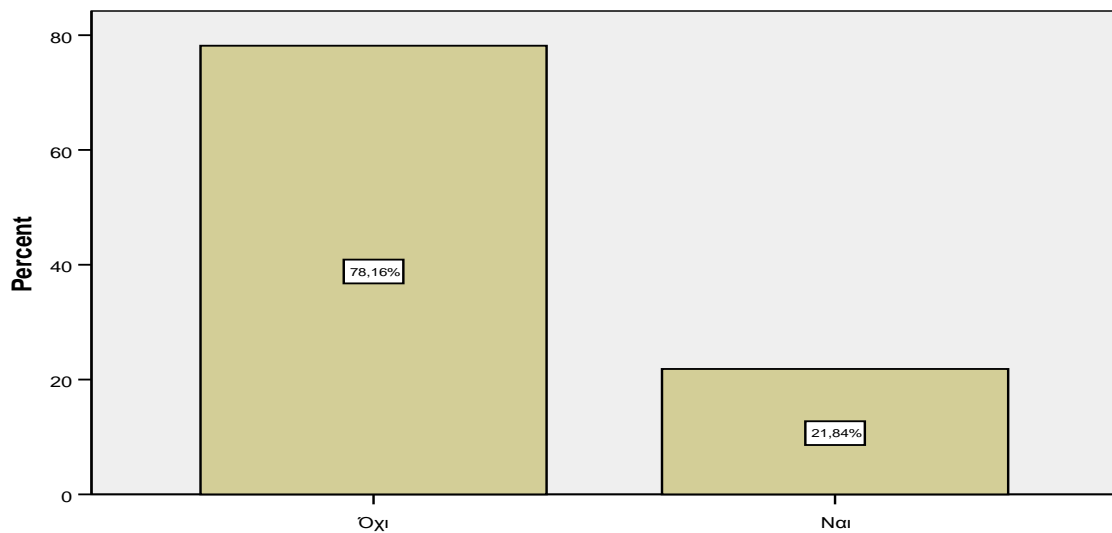
Γράφημα 5. Κατανομή ερωτηθέντων βάσει ετών εμπειρίας



Θέση ευθύνης

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 76,7% δεν είναι σε κάποια θέση ευθύνης. Αντίθετα, μόνο το 21,4% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει θέση ευθύνης, όπως προϊστάμενος και διευθυντής.

Γράφημα 6. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει θέσης ευθύνης

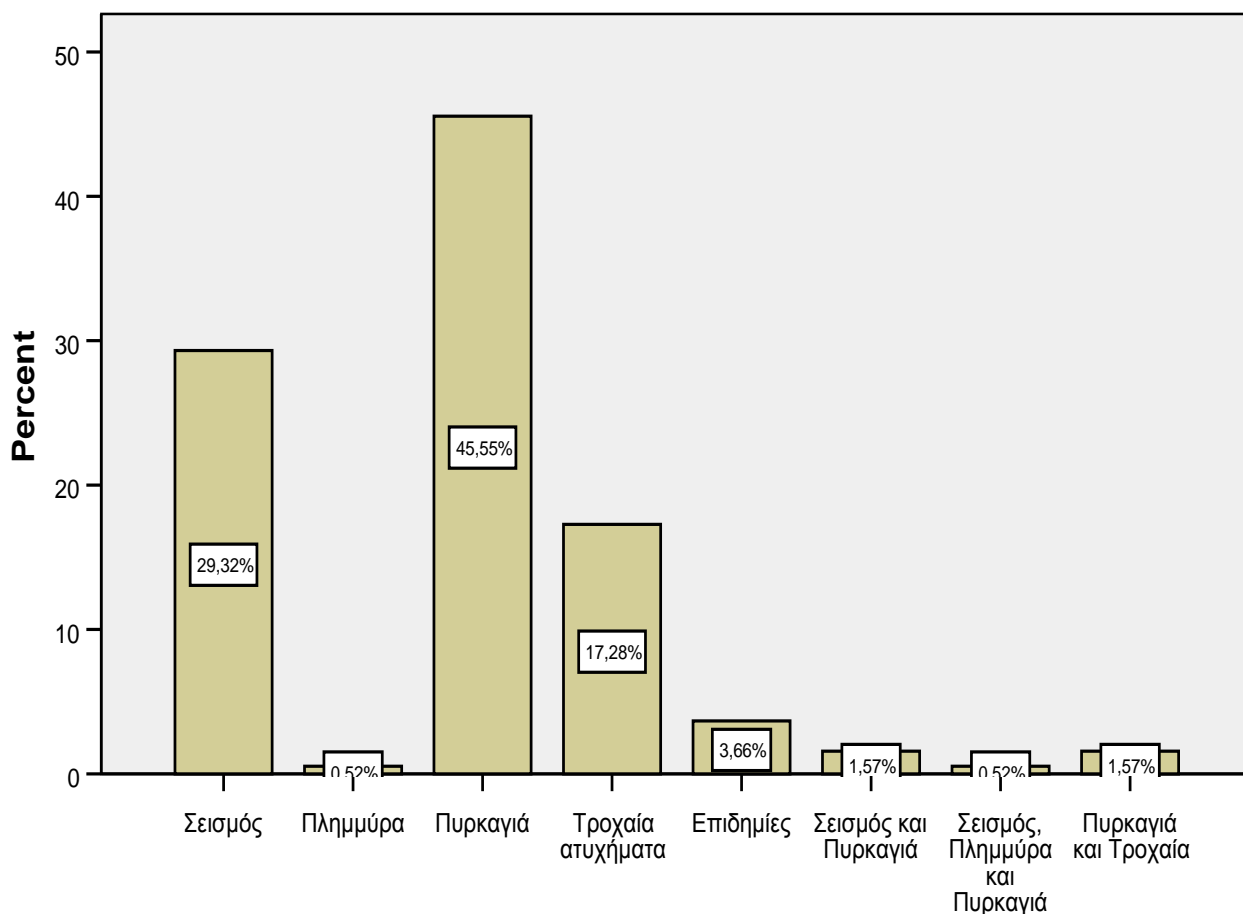


8.2 Περιγραφική στατιστική

Τύπος καταστροφής που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι μπορεί να συμβεί στην ευρύτερη περιοχή λειτουργίας του νοσοκομείου

Αναφορικά με τον τύπο καταστροφής που οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι μπορεί να συμβεί στην ευρύτερη περιοχή λειτουργίας του νοσοκομείου, το 41,4% απάντησε την πυρκαγιά και το 26,7% σεισμός. Οι υπόλοιπες καταστροφές έχουν μικρότερο ποσοστό απαντήσεων και πιο συγκεκριμένα Τροχαία Ατυχήματα: 15,7%, Επιδημίες: 3,3% και Πλημμύρα 0,5%.

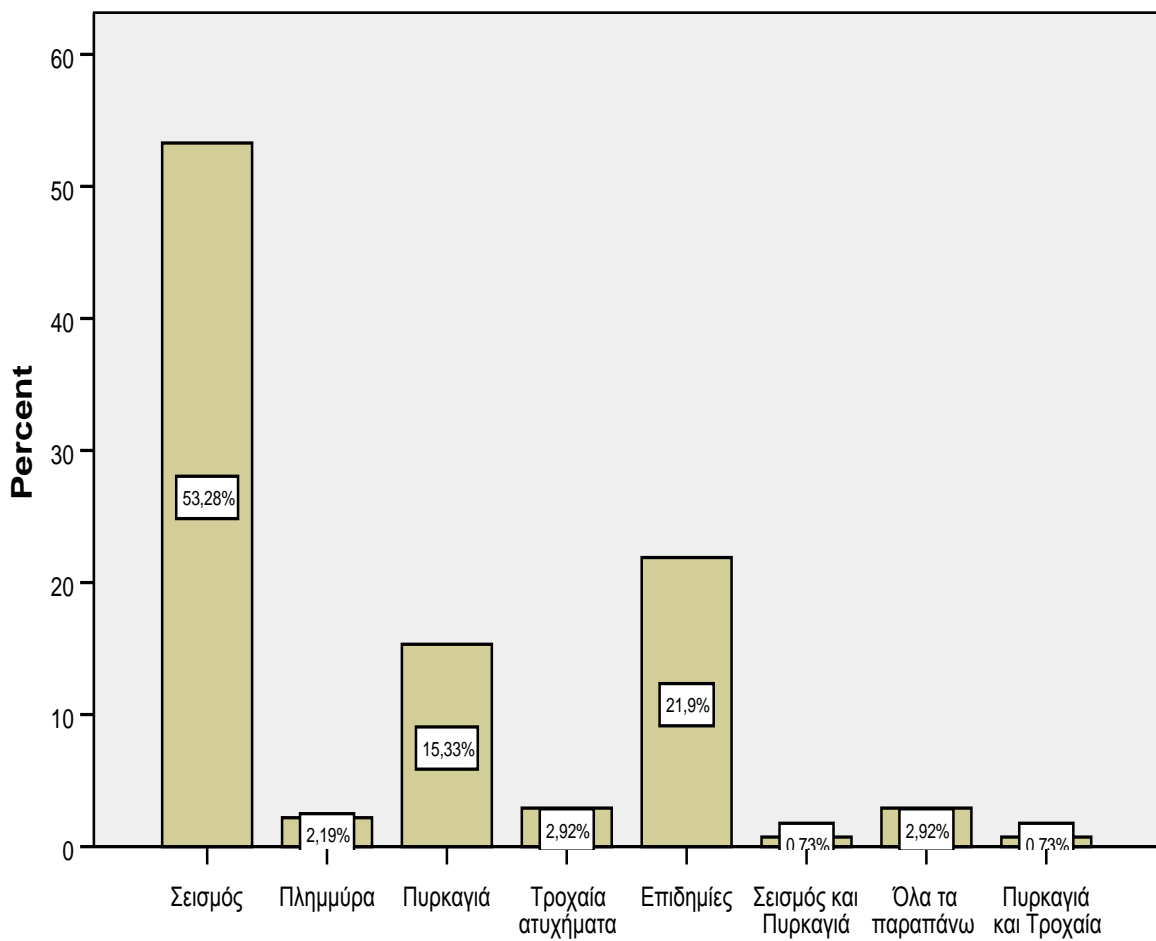
Γράφημα 7. Τύπος καταστροφής που οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι μπορεί να συμβεί στην ευρύτερη περιοχή λειτουργίας του νοσοκομείου



Τύπος φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης από τους παραπάνω που είναι πιο πιθανό να έχει τη δυσμενέστερη επιρροή στις λειτουργικές διαδικασίες του νοσοκομείου

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, ο σεισμός είναι πιο πιθανό να έχει τη δυσμενέστερη επιρροή στις λειτουργικές διαδικασίες του νοσοκομείου (34,8%), ενώ ακολουθούν οι επιδημίες (14,3%), η πυρκαγιά (10%), ενώ οι υπόλοιπες καταστροφές έχουν μικρότερα ποσοστά (Τροχαία ατυχήματα: 1,9%, Πλημμύρα: 1,4%, Όλες: 1,9%, Πυρκαγιά και τροχαία: 0,5%, Σεισμός και πυρκαγιά: 0,5).

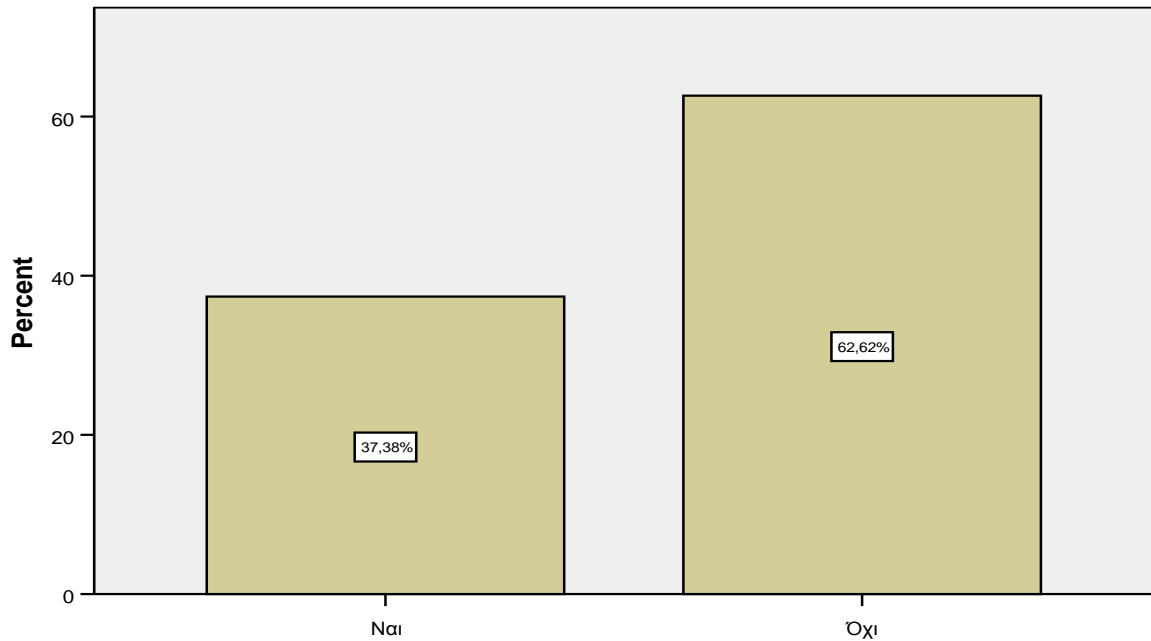
Γράφημα 8. Τύπος φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης που θα προκαλέσει τη δυσμενέστερη επιρροή στη λειτουργία του νοσοκομείου



Εμπειρία του νοσοκομείου στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μιας μαζικής έκτακτης ανάγκης

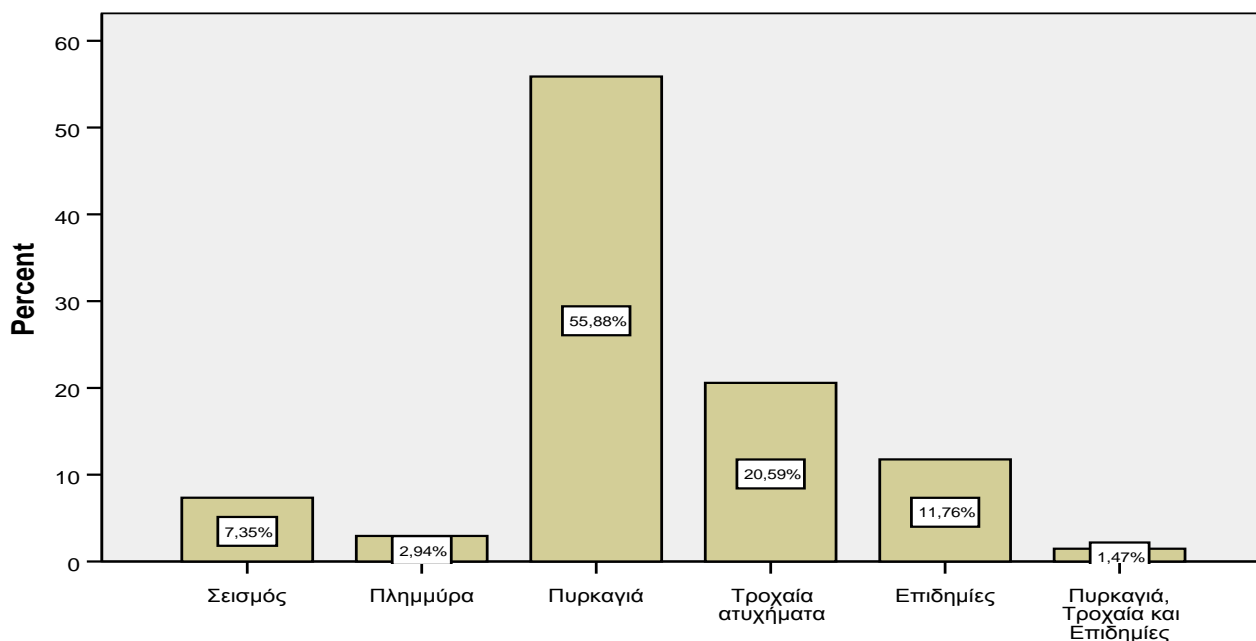
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 61,4% απάντησαν ότι το νοσοκομείο δεν έχει εμπειρία στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μίας μαζικής έκτακτης ανάγκης.

Γράφημα 9. Εμπειρία νοσοκομείου στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μαζικής έκτακτης ανάγκης



Ωστόσο, ένα ποσοστό της τάξης του 32,4% απάντησε ότι το νοσοκομείο έχει εμπειρία στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μίας μαζικής έκτακτης ανάγκης. Πιο συγκεκριμένα, το 18,1% θεωρεί ότι το νοσοκομείο έχει εμπειρία στην αντιμετώπιση περιπτώσεων πυρκαγιάς, το 6,7% στις περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων, το 3,8% στις περιπτώσεις επιδημίας και το 2,4% σε περιπτώσεις σεισμού.

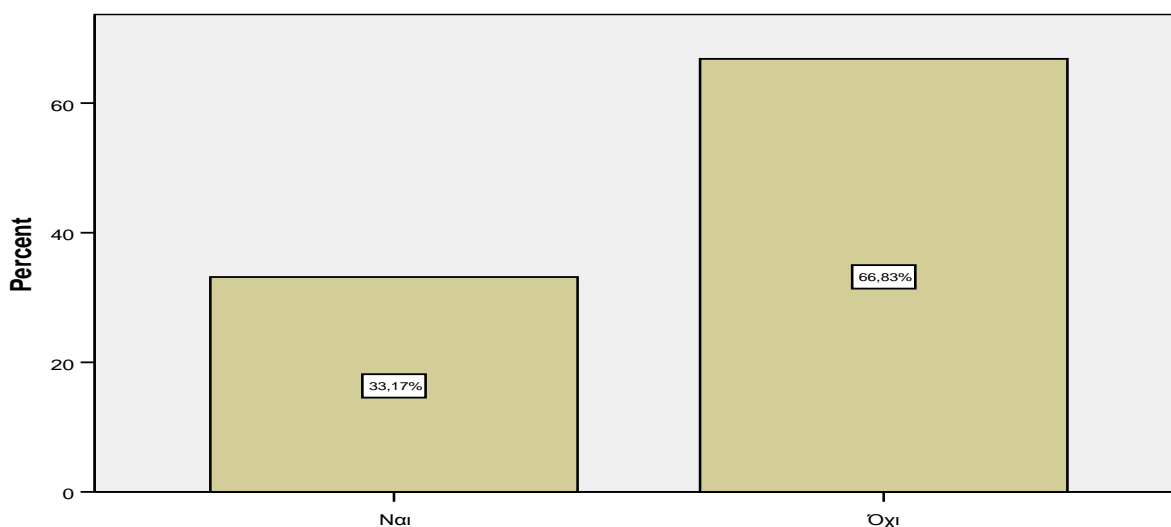
Γράφημα 10. Εμπειρία νοσοκομείου στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μαζικής έκτακτης ανάγκης ανά περίπτωση



Λήψη συγκεκριμένων μέτρων για τη μείωση των επιπτώσεων μίας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας

Το 64,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησε ότι το νοσοκομείο δεν έχει προβεί στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων για τη μείωση των επιπτώσεων μίας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας. Αντίθετα, μόνο το 31,9% απάντησε θετικά, ενώ το 3,8% δεν απάντησε.

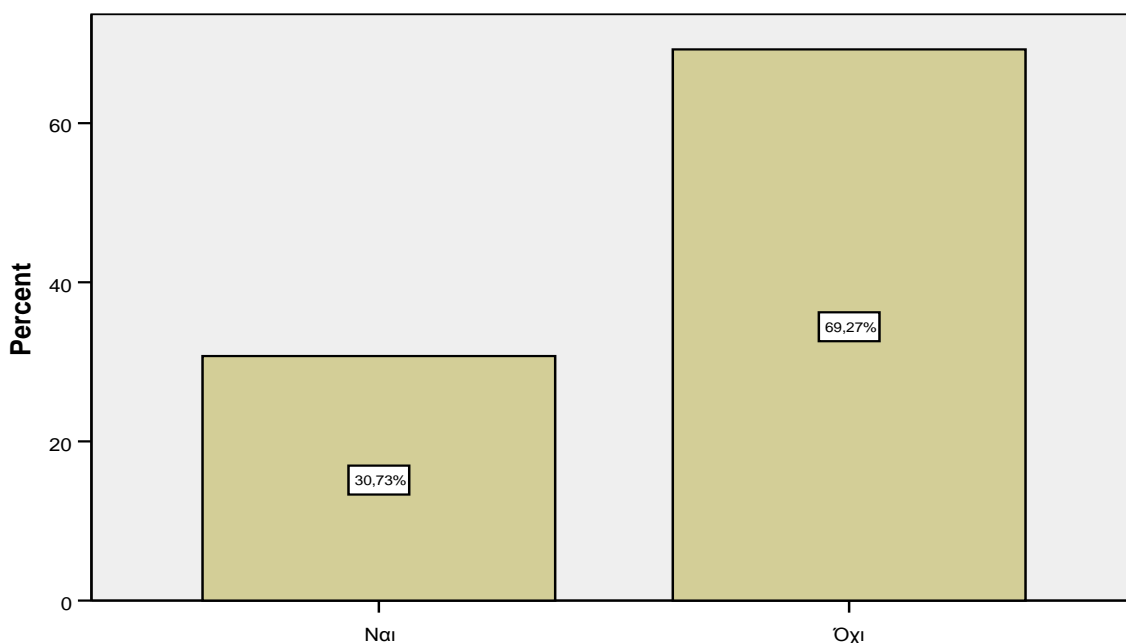
Γράφημα 11. Λήψη μέτρων για τη μείωση των επιπτώσεων μίας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας



Ύπαρξη σχεδίου εκκένωσης από το νοσοκομείο σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης

Το 67,6% των ερωτηθέντων εκφράζει την άποψη ότι το νοσοκομείο δεν έχει σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, σε αντίθεση με το 30% που εκφράζει θετική άποψη.

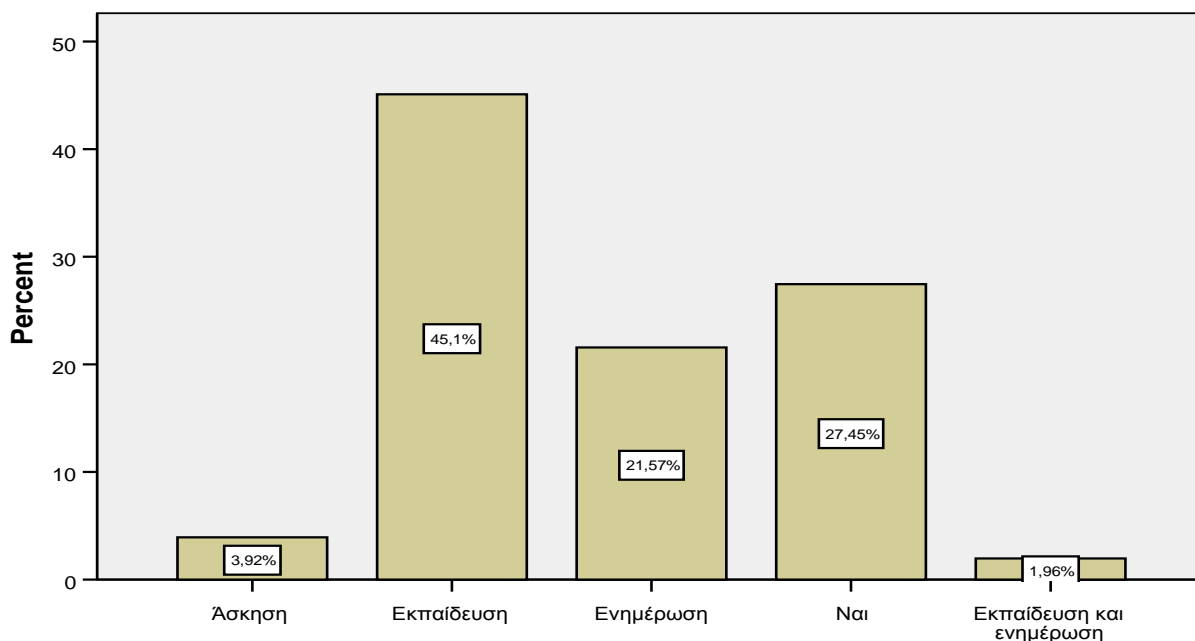
Γράφημα 12. Ύπαρξη σχεδίου εκκένωσης του νοσοκομείου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης



Συμμετοχή των ερωτηθέντων σε άσκηση, ενημέρωση ή εκπαίδευση πάνω στο σχέδιο εκκένωσης

Αρχικά θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι στην ερώτηση αυτή απάντησε μόνο το 24,3%, καθώς το 75,7% δεν έχει συμμετάσχει σε άσκηση, εκπαίδευση ή ενημέρωση. Από το ποσοστό αυτό, το 11% απάντησε ότι έχει συμμετάσχει σε εκπαίδευση, το 5,2% σε ενημέρωση και μόλις το 1%, το οποίο αντιστοιχεί σε δύο άτομα, σε άσκηση και το 0,5% σε εκπαίδευση και ενημέρωση. Επίσης, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 6,7% που απάντησε θετικά, αλλά δεν διευκρίνισε αν συμμετείχε σε άσκηση, ενημέρωση ή εκπαίδευση.

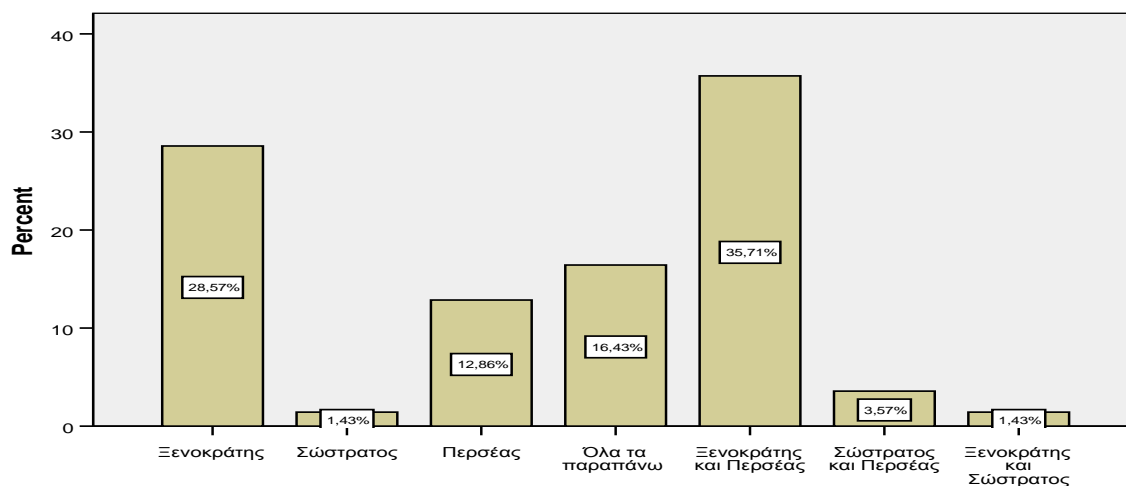
Γράφημα 13. Συμμετοχή ερωτηθέντων σε άσκηση, ενημέρωση ή εκπαίδευση σχετικά με το σχέδιο εκκένωσης



Ενημέρωση σχετικά με τα σχέδια

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 23,8% γνώριζε την ύπαρξη των σχεδίων Ξενοκράτης και Περσέας. Το 19% γνώριζε το σχέδιο Ξενοκράτης, το σχέδιο Σώστρατος το γνώριζαν μόνο δύο άτομα (1%) και το σχέδιο Περσέας 18 άτομα (8,6%). Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 11% απάντησε ότι γνωρίζει την ύπαρξη και των τριών σχεδίων, ήτοι Ξενοκράτης, Περσέας και Σώστρατος.

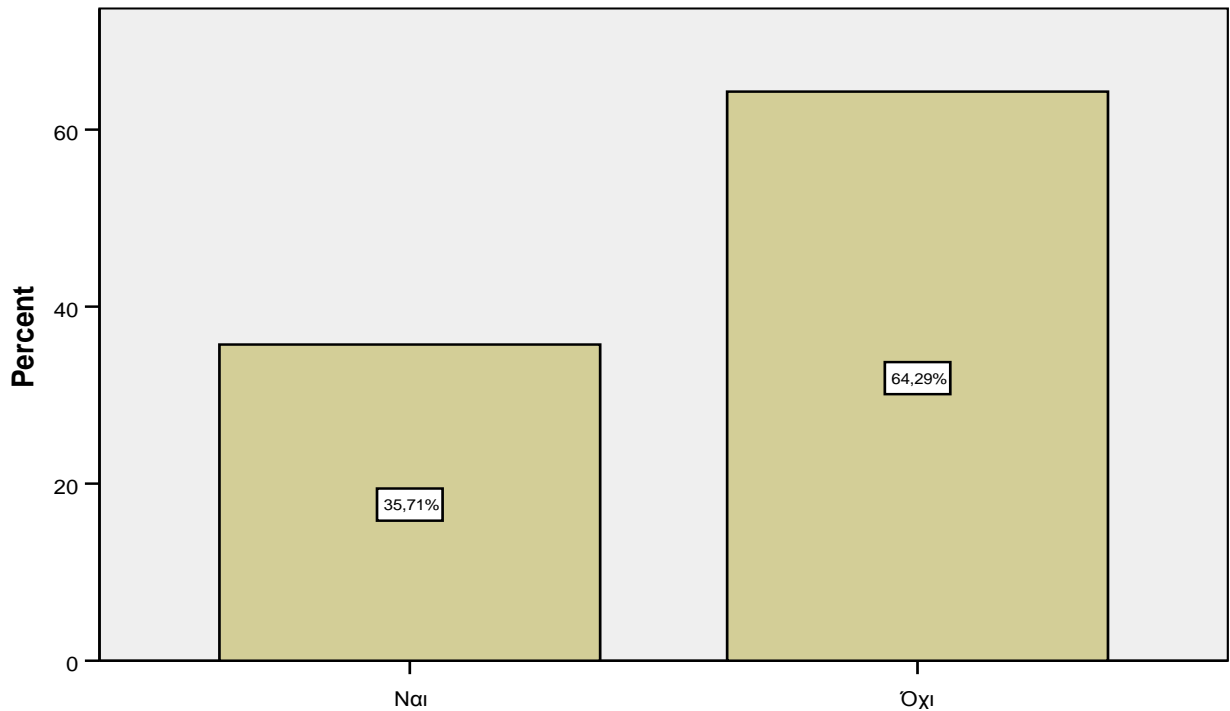
Γράφημα 14. Ενημέρωση ερωτηθέντων σχετικά με τα σχέδια



Ύπαρξη σχεδίου σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης και ενημέρωση του προσωπικού

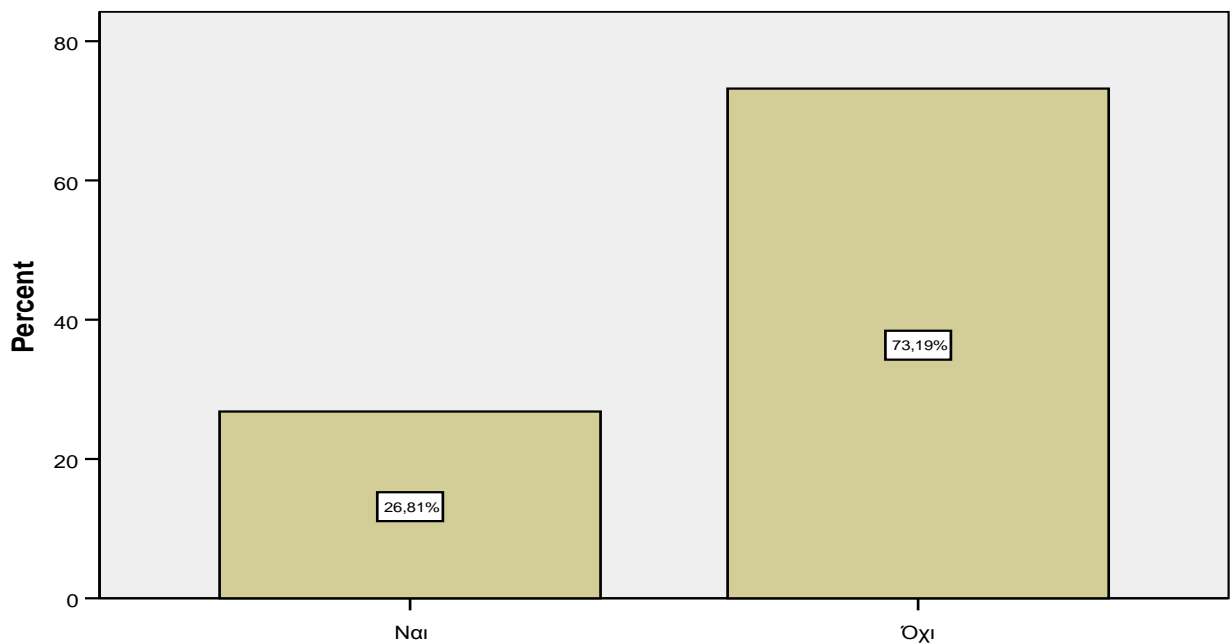
Το 60% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι το νοσοκομείο δεν έχει σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης.

Γράφημα 15. Ύπαρξη σχεδίου για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης



Όπως μπορεί κανείς να δει από το παρακάτω γράφημα, μόνο το 17,6% των ερωτηθέντων γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν βάσει του σχεδίου που υπάρχει για αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης.

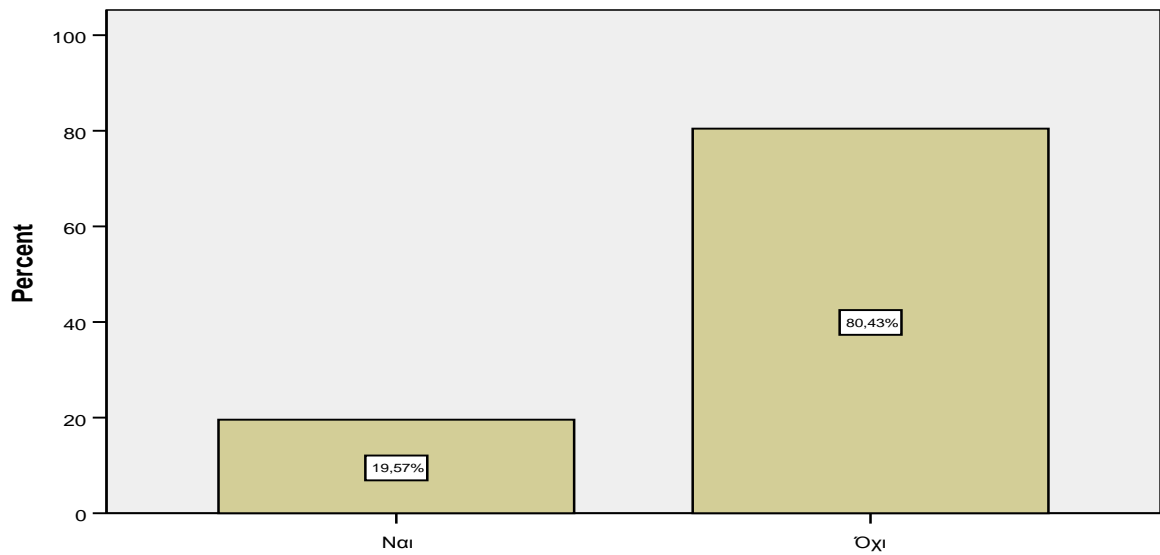
Γράφημα 16. Ενημέρωση του προσωπικού σχετικά με τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης



Ύπαρξη εναλλακτικού τρόπου επικοινωνίας του νοσοκομείου σε περίπτωση που οι τοπικές επικοινωνίες διακοπούν λόγω καταστροφής

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 70,5% απάντησε ότι το νοσοκομείο δεν διαθέτει κάποιον εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας, σε περίπτωση που οι τοπικές επικοινωνίες διακοπούν λόγω καταστροφής. Μόνο το 17,1% υποστήριξε το αντίθετο, ενώ 12,4% των ερωτηθέντων δεν απάντησε στην ερώτηση.

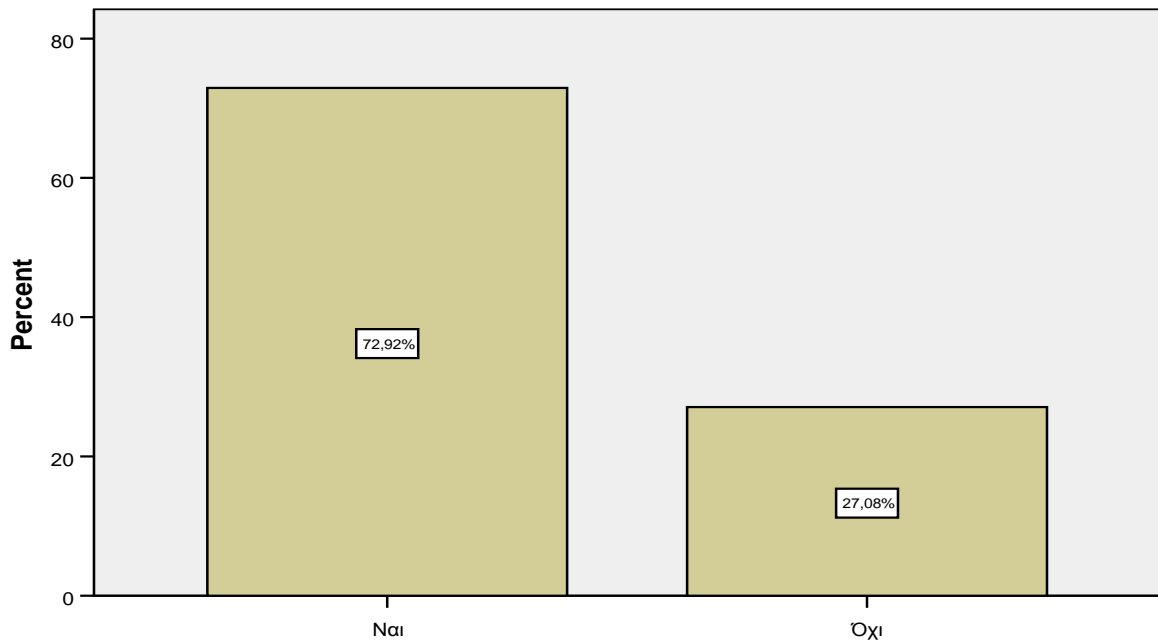
Γράφημα 17. Ύπαρξη εναλλακτικού τρόπου επικοινωνίας του νοσοκομείου



Ύπαρξη προμηθειών σε περίπτωση καταστροφής

Σε ποσοστό 66,7% οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι το νοσοκομείο διαθέτει προμήθειες που επαρκούν για τουλάχιστον τρεις ημέρες, σε περίπτωση που συμβεί μία φυσική καταστροφή και οι προμηθευτές δεν μπορούν να προσεγγίσουν το νοσοκομείο. Ωστόσο, ένα ποσοστό της τάξης του 24,8% πιστεύει το αντίθετο.

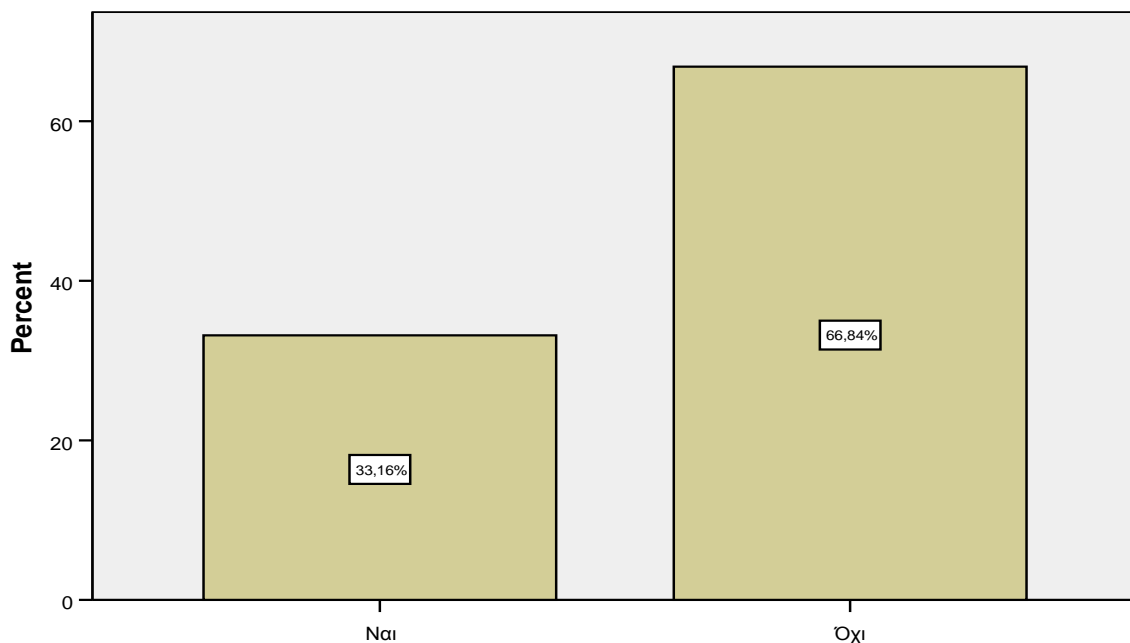
Γράφημα 18. Ύπαρξη προμηθειών



Ύπαρξη σχεδίου επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει κατάλογο για επικοινωνία σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και κατά πόσο το έχουν ασκήσει οι ερωτηθέντες

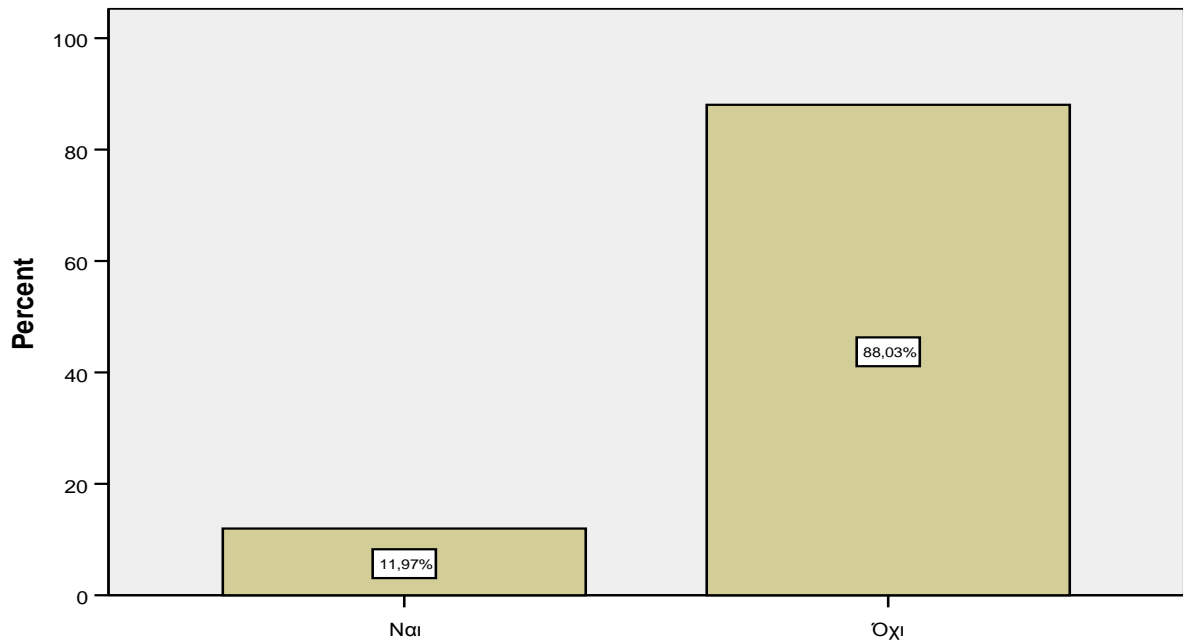
Η πλειοψηφία σε ποσοστό 61,4% απάντησε ότι το νοσοκομείο δεν διαθέτει κάποιον κατάλογο έτσι ώστε να γνωρίζει το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό με ποιους πρέπει να επικοινωνήσει σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Ωστόσο, το 30,5% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά σε αυτήν την ερώτηση.

Γράφημα 19. Ύπαρξη καταλόγου επικοινωνίας



Αναφορικά με το αν οι ερωτηθέντες έχουν ασκήσει ποτέ τη δυνατότητα που τους δίνετε να επικοινωνήσουν με κάποια άτομα που αναφέρονται στον κατάλογο επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, το 49% απάντησε αρνητικά και μόλις το 6,7% θετικά, από ένα σύνολο 55,7% που απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση, καθώς το 44,3% των ερωτηθέντων δεν έδωσε κάποια απάντηση.

Γράφημα 20. Άσκηση από τους ερωτηθέντες της δυνατότητας που τους δίνεται με τον κατάλογο επικοινωνίας



Ύπαρξη συστήματος πυρόσβεσης

Αναφορικά με το αν υπάρχει σύστημα πυρόσβεσης, η συντριπτική πλειοψηφία σε ποσοστό 92,9% απάντησε θετικά, με μόλις 4,3% των ερωτηθέντων να απαντά αρνητικά και 2,9%, το οποίο αντιστοιχεί σε έξι μόνο άτομα, να μην προέβησαν σε καμία απάντηση.

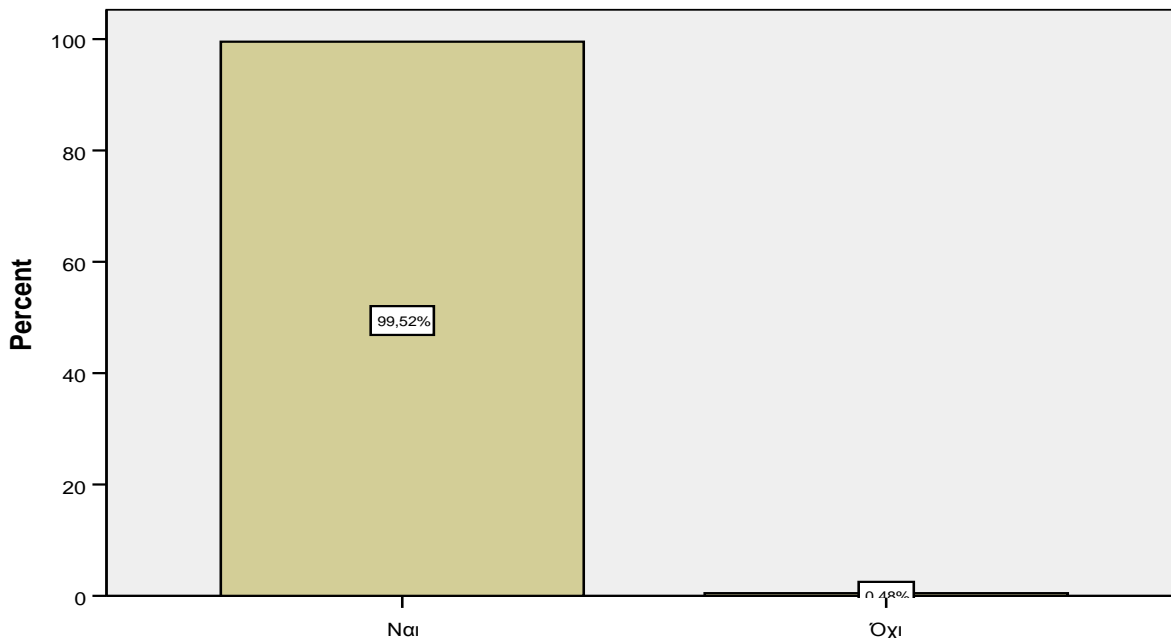
Γράφημα 21. Ύπαρξη συστήματος πυρόσβεσης



Ύπαρξη γεννήτριας

Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 99,5% απάντησαν ότι το νοσοκομείο διαθέτει γεννήτρια, με μόλις 0,5%, ήτοι ένα μόνο άτομο, να απαντά το αντίθετο.

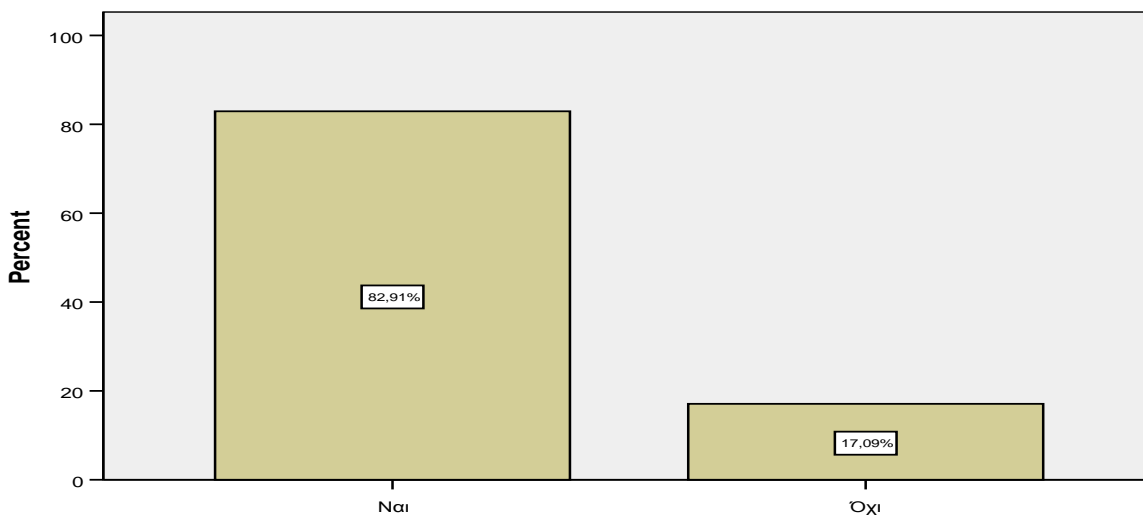
Γράφημα 22. Ύπαρξη γεννήτριας



Ύπαρξη εσωτερικού συστήματος ειδοποίησης

Σε ποσοστό 78,6% οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν θετικά σχετικά με το αν υπάρχει στο νοσοκομείο ένα εσωτερικό σύστημα ειδοποίησης. Επίσης, το 16,2% απάντησε αρνητικά, ενώ το 12,4% δεν έδωσε κάποια απάντηση.

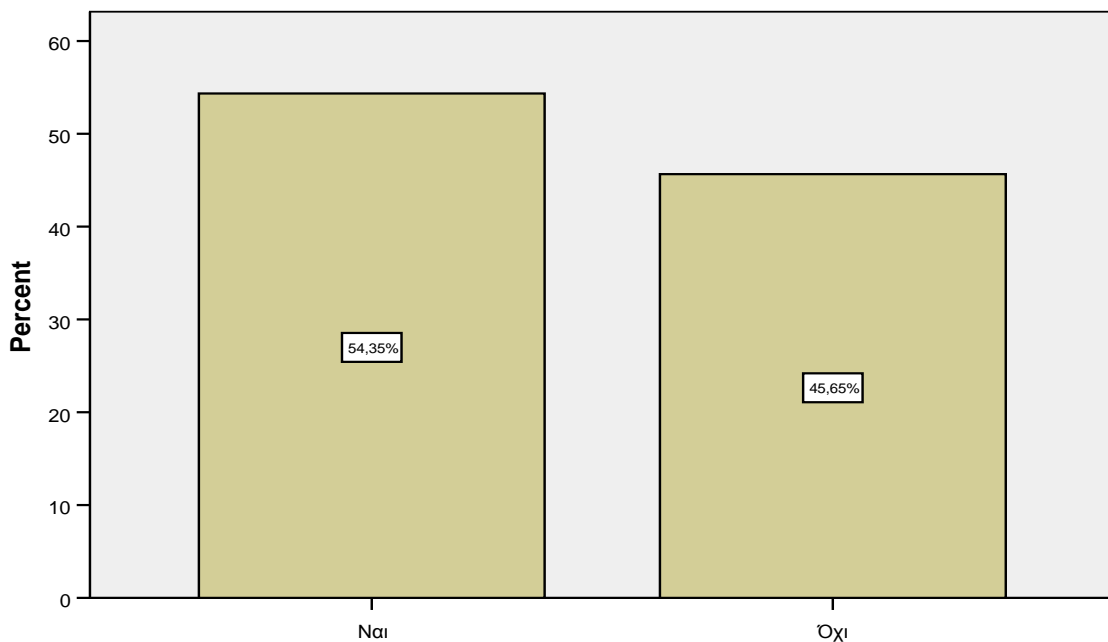
Γράφημα 23. Ύπαρξη εσωτερικού συστήματος ειδοποίησης



Ύπαρξη περισσότερων του ενός υπευθύνου ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης

Σε ποσοστό 47,6% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι το νοσοκομείο διαθέτει περισσότερους από έναν υπευθύνους ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη, ενώ σε ποσοστό 40% απάντησαν αρνητικά. Το 12,4% δεν έδωσε κάποια συγκεκριμένη απάντηση.

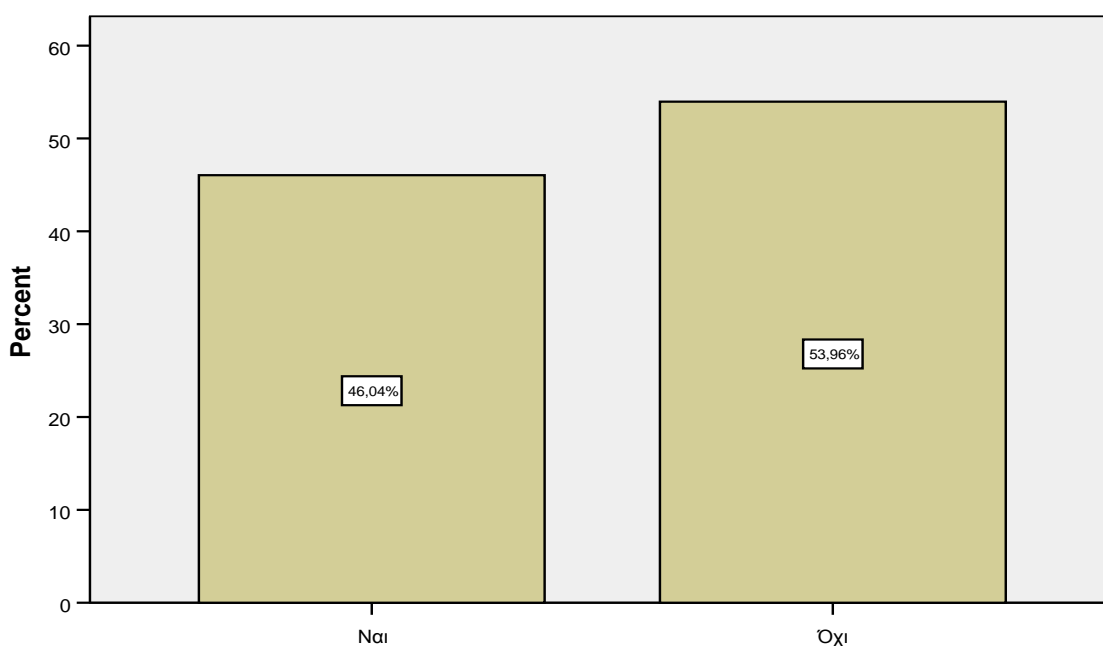
Γράφημα 24. Ύπαρξη περισσότερων του ενός υπευθύνου ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης



Εκπαίδευση ερωτηθέντων στην παροχή πρώτων βοηθειών

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 51,9% δεν έχει εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών. Ωστόσο, σχετικά υψηλό είναι και το ποσοστό εκείνων που απάντησαν θετικά, ενώ τέλος μόνο το 3,8% των ερωτηθέντων, που αντιστοιχεί σε μόνο οχτώ άτομα, δεν απάντησαν.

Γράφημα 25. Εκπαίδευση ερωτηθέντων στην παροχή πρώτων βοηθειών



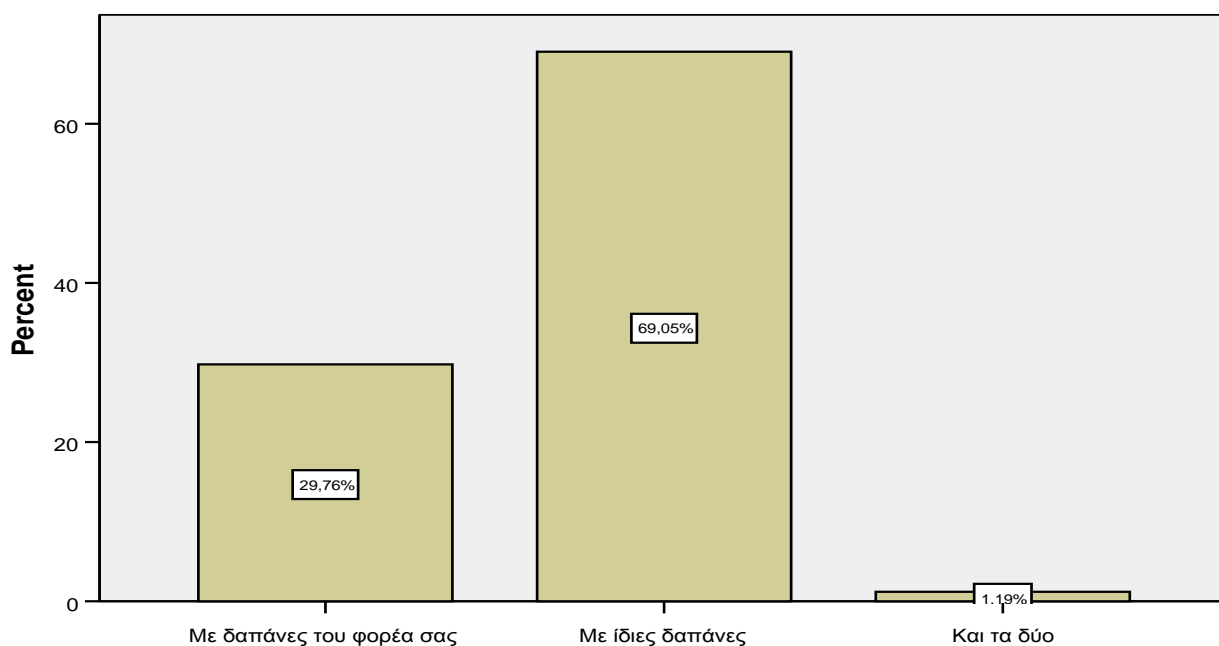
Ο παρακάτω πίνακας απεικονίζει την χρονολογία κατά την οποία το 31,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε ότι έλαβε εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών. Το υψηλότερο ποσοστό (5,2%) είναι της χρονιάς που διανύουμε, ήτοι το 2011, ενώ αρκετοί ήταν εκείνοι που σημείωσαν ότι έλαβαν εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

Πίνακας 1. Έτος κατά το οποίο οι ερωτηθέντες εκπαιδεύθηκαν στην παροχή πρώτων βοηθειών

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	0	2	1,0	3,0	3,0
	1974	1	,5	1,5	4,5
	1978	1	,5	1,5	6,0
	1981	1	,5	1,5	7,5
	1983	1	,5	1,5	9,0
	1990	3	1,4	4,5	13,4
	1995	4	1,9	6,0	19,4
	1996	1	,5	1,5	20,9
	2000	3	1,4	4,5	25,4
	2001	2	1,0	3,0	28,4
	2002	1	,5	1,5	29,9
	2003	4	1,9	6,0	35,8
	2004	4	1,9	6,0	41,8
	2005	4	1,9	6,0	47,8
	2006	2	1,0	3,0	50,7
	2007	9	4,3	13,4	64,2
	2008	3	1,4	4,5	68,7
	2009	4	1,9	6,0	74,6
	2010	6	2,9	9,0	83,6
	2011	11	5,2	16,4	100,0
	Σύνολο	67	31,9	100,0	
	ΔΑ	143	68,1		
Σύνολο		210	100,0		

Όσον αφορά το αν οι ερωτηθέντες εκπαιδεύθηκαν στην παροχή πρώτων βοηθειών με δαπάνες του φορέα τους ή ίδιες, από το σύνολο των 84 ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση αυτή (40%), τα 58 άτομα (27,6%) απάντησαν ότι εκπαιδεύθηκαν με ίδιες δαπάνες, τα 25 απάντησαν ότι εκπαιδεύθηκαν με δαπάνες του φορέα τους, ενώ μόνο ένα άτομο (0,5%) απάντησε ότι εκπαιδεύθηκε με δαπάνες τόσο δικές του όσο και του φορέα του.

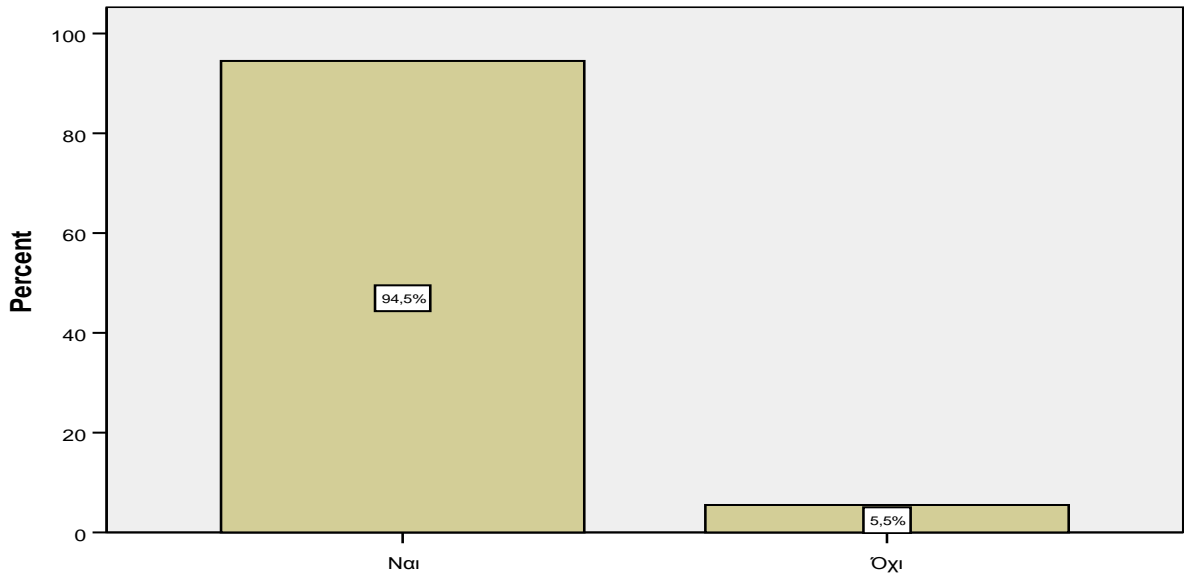
Γράφημα 26. Δαπάνες εκπαίδευσης ερωτηθέντων στην παροχή πρώτων βοηθειών



Ενδιαφέρον ερωτηθέντων προκειμένου να μάθουν να είναι πιο προετοιμασμένοι

Στην ερώτηση κατά πόσο οι ερωτηθέντες ενδιαφέρονται να μάθουν πώς να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι, η πλειοψηφία σε ποσοστό 90% απάντησε θετικά, το 5,2% απάντησε αρνητικά, ενώ το 4,8% δεν απάντησε καθόλου.

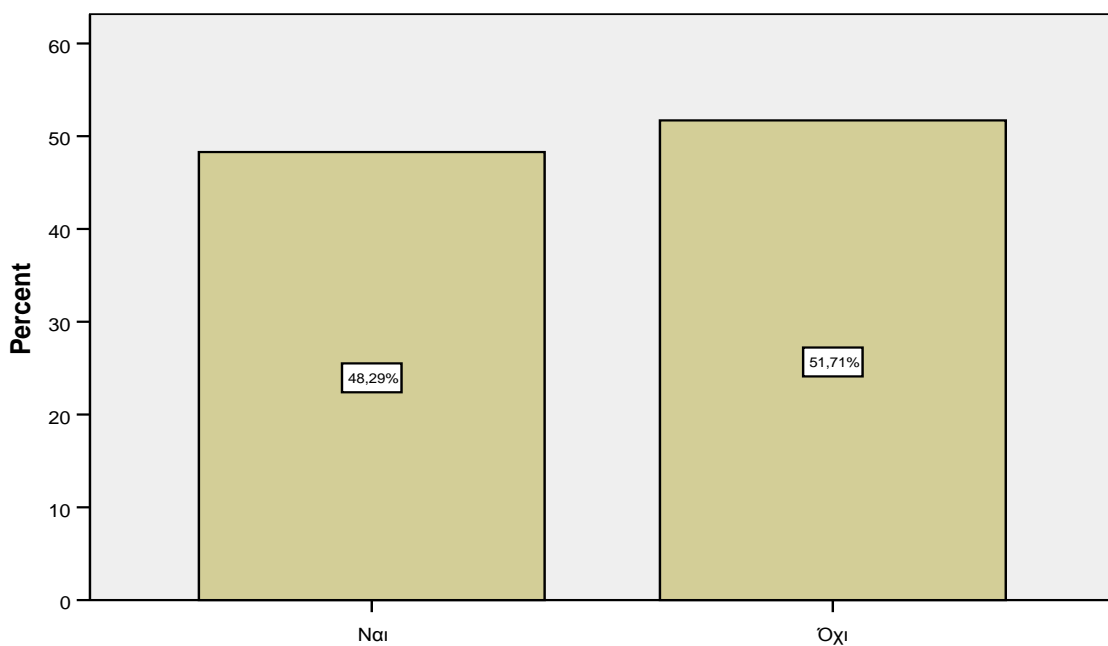
Γράφημα 27. Ενδιαφέρον ερωτηθέντων να μάθουν να είναι πιο προετοιμασμένοι



Ενημέρωση ερωτηθέντων σχετικά με τις κρατικές υπηρεσίες για επικοινωνία μετά από φυσική καταστροφή ή έκτακτη ανάγκη

Το 50,5% όσων συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα απάντησε ότι δεν γνωρίζει με ποιες κρατικές υπηρεσίες θα πρέπει να επικοινωνήσει μετά από μία φυσική καταστροφή ή μία έκτακτη ανάγκη. Αντίθετα, το 47,1% απάντησε ότι γνωρίζει, ενώ μόνο το 2,4% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

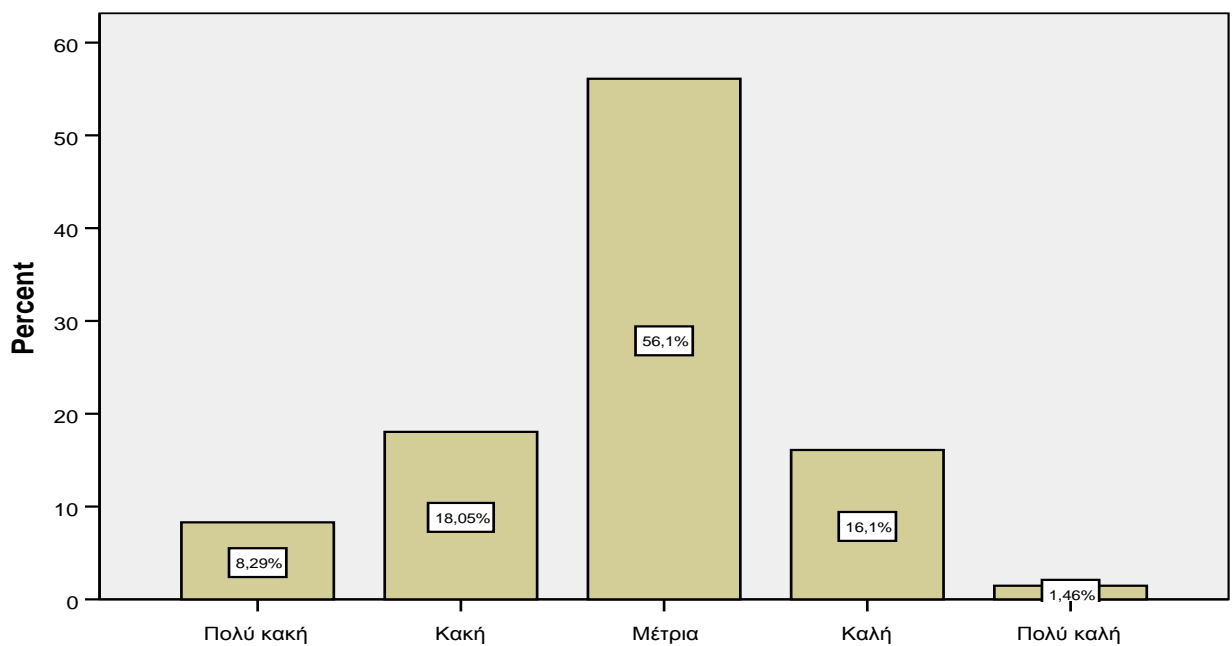
Γράφημα 28. Ενημέρωση ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν σε ποιες κρατικές υπηρεσίες πρέπει να απευθυνθούν μετά από μία καταστροφή



Αξιολόγηση της ικανότητας του νοσοκομείου να ανταποκριθεί στην περίθαλψη των θυμάτων μίας φυσικής καταστροφής

Μέτρια χαρακτηρίζει το 54,8% των ερωτηθέντων την ικανότητα του νοσοκομείου να ανταποκριθεί στην περίθαλψη των θυμάτων μίας φυσικής καταστροφής. Το 17,6% τη χαρακτηρίζει κακή, ενώ αντίθετα το 15,7% την χαρακτηρίζει καλή. Επίσης, το 8,1% την χαρακτηρίζει πολύ κακή, ενώ το 1,4% ως πολύ καλή. Το 2,4% των ερωτηθέντων δεν απάντησε.

Γράφημα 29. Βαθμός αξιολόγησης της ικανότητας του νοσοκομείου να ανταποκριθεί στην περίθαλψη των θυμάτων μίας φυσικής καταστροφής



8.3 Συσχετίσεις

Στην ενότητα αυτή σκοπός είναι το πώς διάφορες μεταβλητές επηρεάζουν κάποιες άλλες. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζεται το πώς κάποια δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις απόψεις που εκφράζουν και τη γνώση και ενημέρωσή τους σχετικά με την ύπαρξη διαφόρων σχεδίων αναφορικά με το βαθμό ετοιμότητας του νοσοκομείου.

Αρχικά εξετάζεται αν υπάρχει συσχέτιση των απόψεων των ερωτηθέντων με το φύλο και την ηλικία τους. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τα εξής:

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν το νοσοκομείο διαθέτει σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.027 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.044 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο προμήθειες διαθέσιμες για 3 τουλάχιστον ημέρες, σε περίπτωση που οι προμηθευτές δε μπορούν να παραδώσουν λόγω μιας καταστροφής ($p - \text{value} = 0.019 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.035 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη ($p - \text{value} = 0.001 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.012 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη ($p - \text{value} = 0.031 < 0.05$).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του αν ενδιαφέρονται να μάθουν πώς να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι ($p - \text{value} = 0.043 < 0.05$).

Έπειτα εξετάζεται πώς η ιδιότητα των ερωτηθέντων επηρεάζει τις απόψεις που εξέφρασαν. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τα εξής:

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του κατά πόσο γνωρίζουν ποιος τύπος καταστροφής πιστεύουν ότι μπορεί να συμβεί στην ευρύτερη περιοχή λειτουργίας του νοσοκομείου ($p - \text{value} = 0.037 < 0.05$).

		Τύπος φυσικής καταστροφής								Σύνολο
		Σεισμός	Πλημμύρα	Πυρκαγιά	Τροχαία ατυχήματα	Επιδημίες	Σεισμός και Πυρκαγιά	Σεισμός, Πλημμύρα και Πυρκαγιά	Πυρκαγιά και Τροχαία	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	19	1	52	15	2	1	0	2	92
	Ποσοστό	10,1%	,5%	27,5%	7,9%	1,1%	,5%	,0%	1,1%	48,7%
Ιατρός	Συχνότητα	9	0	9	8	0	0	0	1	27
	Ποσοστό	4,8%	,0%	4,8%	4,2%	,0%	,0%	,0%	,5%	14,3%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	16	0	11	5	1	2	1	0	36
	Ποσοστό	8,5%	,0%	5,8%	2,6%	,5%	1,1%	,5%	,0%	19,0%
Άλλο	Συχνότητα	12	0	14	4	4	0	0	0	34
	Ποσοστό	6,3%	,0%	7,4%	2,1%	2,1%	,0%	,0%	,0%	18,0%
	Συχνότητα	56	1	86	32	7	3	1	3	189
	Ποσοστό	29,6%	,5%	45,5%	16,9%	3,7%	1,6%	,5%	1,6%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του κατά πόσο γνωρίζουν αν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας ($p - \text{value} = 0.001 < 0.05$).

		Έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	21	74	95
	Ποσοστό	10,6%	37,2%	47,7%
Ιατρός	Συχνότητα	10	18	28
	Ποσοστό	5,0%	9,0%	14,1%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	21	14	35
	Ποσοστό	10,6%	7,0%	17,6%
Άλλο	Συχνότητα	14	27	41
	Ποσοστό	7,0%	13,6%	20,6%
		66	133	199
		33,2%	66,8%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του κατά πόσο γνωρίζουν αν το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

		Το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	20	76	96
	Ποσοστό	9,9%	37,6%	47,5%
Ιατρός	Συχνότητα	8	21	29
	Ποσοστό	4,0%	10,4%	14,4%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	23	14	37
	Ποσοστό	11,4%	6,9%	18,3%
Άλλο	Συχνότητα	11	29	40
	Ποσοστό	5,4%	14,4%	19,8%
Σύνολο		62	140	202
		30,7%	69,3%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του κατά πόσο γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης ($p - value = 0.000 < 0.05$).

		Έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	19	72	91
	Ποσοστό	9,8%	37,1%	46,9%
Ιατρός	Συχνότητα	13	16	29
	Ποσοστό	6,7%	8,2%	14,9%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	21	13	34
	Ποσοστό	10,8%	6,7%	17,5%
Άλλο	Συχνότητα	16	24	40
	Ποσοστό	8,2%	12,4%	20,6%
Σύνολο	Συχνότητα	69	125	194
	Ποσοστό	35,6%	64,4%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του κατά πόσο γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν βάσει του σχεδίου για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης ($p - value = 0.009 < 0.05$).

		Οι ερωτηθέντες γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν βάσει του σχεδίου για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	7	50	57
	Ποσοστό	5,2%	37,0%	42,2%
Ιατρός	Συχνότητα	7	17	24
	Ποσοστό	5,2%	12,6%	17,8%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	13	16	29
	Ποσοστό	9,6%	11,9%	21,5%
Άλλο	Συχνότητα	8	17	25
	Ποσοστό	5,9%	12,6%	18,5%
Σύνολο	Συχνότητα	35	100	135
	Ποσοστό	25,9%	74,1%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του κατά πόσο γνωρίζουν αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσετε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

		Υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσετε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	17	74	91
	Ποσοστό	8,9%	38,9%	47,9%
Ιατρός	Συχνότητα	11	17	28
	Ποσοστό	5,8%	8,9%	14,7%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	20	13	33
	Ποσοστό	10,5%	6,8%	17,4%
Άλλο	Συχνότητα	15	23	38
	Ποσοστό	7,9%	12,1%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	63	127	190
	Ποσοστό	33,2%	66,8%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του κατά πόσο γνωρίζουν αν διαθέτει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη ($p - \text{value} = 0.006 < 0.05$).

		Το νοσοκομείο διαθέτει πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	36	50	86
	Ποσοστό	19,9%	27,6%	47,5%
Ιατρός	Συχνότητα	16	10	26
	Ποσοστό	8,8%	5,5%	14,4%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	26	8	34
	Ποσοστό	14,4%	4,4%	18,8%
Άλλο	Συχνότητα	19	16	35
	Ποσοστό	10,5%	8,8%	19,3%
Σύνολο	Συχνότητα	97	84	181
	Ποσοστό	53,6%	46,4%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των ερωτηθέντων και του αν έχουν εκπαιδευθεί στην παροχή πρώτων βοηθειών ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

		Εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσηλεύτης / τρια	Συχνότητα	53	41	94
	Ποσοστό	26,5%	20,5%	47,0%
Ιατρός	Συχνότητα	25	4	29
	Ποσοστό	12,5%	2,0%	14,5%
Διοικητικός υπάλληλος	Συχνότητα	5	33	38
	Ποσοστό	2,5%	16,5%	19,0%
Άλλο	Συχνότητα	10	29	39
	Ποσοστό	5,0%	14,5%	19,5%
Σύνολο	Συχνότητα	93	107	200
	Ποσοστό	46,5%	53,5%	100,0%

Στη συνέχεια εξετάζεται πώς τα χρόνια εμπειρίας των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις απόψεις τους. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τα εξής:

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εμπειρίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας ($p - \text{value} = 0.025 < 0.05$).

		Έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
1-5	Συχνότητα	7	28	35
	Ποσοστό	3,5%	13,9%	17,4%
6-10	Συχνότητα	2	16	18
	Ποσοστό	1,0%	8,0%	9,0%
11-20	Συχνότητα	22	38	60
	Ποσοστό	10,9%	18,9%	29,9%
21 και άνω	Συχνότητα	36	52	88
	Ποσοστό	17,9%	25,9%	43,8%
Σύνολο	Συχνότητα	67	134	201
	Ποσοστό	33,3%	66,7%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εμπειρίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.014 < 0.05$).

		Το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
1-5	Συχνότητα	4	31	35
	Ποσοστό	2,0%	15,2%	17,2%
6-10	Συχνότητα	3	15	18
	Ποσοστό	1,5%	7,4%	8,8%
11-20	Συχνότητα	21	36	57
	Ποσοστό	10,3%	17,6%	27,9%
21 και άνω	Συχνότητα	35	59	94
	Ποσοστό	17,2%	28,9%	46,1%
Σύνολο	Συχνότητα	63	141	204
	Ποσοστό	30,9%	69,1%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εμπειρίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.027 < 0.05$).

		Το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
1-5	Συχνότητα	6	29	35
	Ποσοστό	3,1%	14,9%	17,9%
6-10	Συχνότητα	4	14	18
	Ποσοστό	2,1%	7,2%	9,2%
11-20	Συχνότητα	25	31	56
	Ποσοστό	12,8%	15,9%	28,7%
21 και άνω	Συχνότητα	34	52	86
	Ποσοστό	17,4%	26,7%	44,1%
Σύνολο	Συχνότητα	69	126	195
	Ποσοστό	35,4%	64,6%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εμπειρίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο προμήθειες διαθέσιμες για 3 τουλάχιστον ημέρες, σε περίπτωση που οι προμηθευτές δε μπορούν να παραδώσουν λόγω μιας καταστροφής ($p - value = 0.001 < 0.05$)

			Το νοσοκομείο έχει προμήθειες διαθέσιμες για 3 τουλάχιστον ημέρες, σε περίπτωση που οι προμηθευτές δε μπορούν να παραδώσουν λόγω μιας καταστροφής		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
	1-5	Συχνότητα	17	17	34
		Ποσοστό	8,9%	8,9%	17,8%
	6-10	Συχνότητα	10	8	18
		Ποσοστό	5,2%	4,2%	9,4%
	11-20	Συχνότητα	45	12	57
		Ποσοστό	23,6%	6,3%	29,8%
	21 και άνω	Συχνότητα	67	15	82
		Ποσοστό	35,1%	7,9%	42,9%
Σύνολο		Συχνότητα	139	52	191
		Ποσοστό	72,8%	27,2%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εμπειρίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - value = 0.030 < 0.05$).

			Υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
	1-5	Συχνότητα	4	29	33
		Ποσοστό	2,1%	15,1%	17,2%
	6-10	Συχνότητα	5	13	18
		Ποσοστό	2,6%	6,8%	9,4%
	11-20	Συχνότητα	21	33	54
		Ποσοστό	10,9%	17,2%	28,1%
	21 και άνω	Συχνότητα	34	53	87
		Ποσοστό	17,7%	27,6%	45,3%
Σύνολο		Συχνότητα	64	128	192
		Ποσοστό	33,3%	66,7%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εμπειρίας και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη ($p - \text{value} = 0.015 < 0.05$).

		Το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
1-5	Συχνότητα	14	19	33
	Ποσοστό	7,7%	10,4%	18,0%
6-10	Συχνότητα	8	9	17
	Ποσοστό	4,4%	4,9%	9,3%
11-20	Συχνότητα	23	29	52
	Ποσοστό	12,6%	15,8%	28,4%
21 και άνω	Συχνότητα	55	26	81
	Ποσοστό	30,1%	14,2%	44,3%
Σύνολο	Συχνότητα	100	83	183
	Ποσοστό	54,6%	45,4%	100,0%

Τέλος, εξετάζεται πώς η θέση ευθύνης που κατέχουν οι ερωτηθέντες επηρεάζει τις απόψεις που εξέφρασαν. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τα εξής:

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και της γνώσης τους σχετικά με το αν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας ($p - \text{value} = 0.025 < 0.05$).

		Έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	46	113	159
	Ποσοστό	23,1%	56,8%	79,9%
	Ναι	19	21	40
	Ποσοστό	9,5%	10,6%	20,1%
Σύνολο	Συχνότητα	65	134	199
	Ποσοστό	32,7%	67,3%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το κατά πόσο γνωρίζουν αν το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

			Το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	38	120	158
		Ποσοστό	18,9%	59,7%	78,6%
	Ναι	Συχνότητα	24	19	43
		Ποσοστό	11,9%	9,5%	21,4%
Σύνολο		Συχνότητα	62	139	201
		Ποσοστό	30,8%	69,2%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το κατά πόσο γνωρίζουν την ύπαρξη των σχεδίων Ξενοκράτης, Περσέας και Σώστρατος ($p - \text{value} = 0.014 < 0.05$).

			Γνώση σχεδίων						Σύνολο	
			Ξενοκράτης	Σώστρατος	Περσέας	Όλα	Ξενοκράτης και Περσέας	Σώστρατος και Περσέας		Ξενοκράτης και Σώστρατος
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	34	2	14	10	35	4	1	100
		Ποσοστό	25,0%	1,5%	10,3%	7,4%	25,7%	2,9%	,7%	73,5%
	Ναι	Συχνότητα	5	0	4	13	12	1	1	36
		Ποσοστό	3,7%	,0%	2,9%	9,6%	8,8%	,7%	,7%	26,5%
Σύνολο		Συχνότητα	39	2	18	23	47	5	2	136
		Ποσοστό	28,7%	1,5%	13,2%	16,9%	34,6%	3,7%	1,5%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το κατά πόσο γνωρίζουν αν το νοσοκομείο έχει σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του, σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.004 < 0.05$).

			Το νοσοκομείο έχει σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του, σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	45	105	150
		Ποσοστό	23,3%	54,4%	77,7%
	Ναι	Συχνότητα	23	20	43
		Ποσοστό	11,9%	10,4%	22,3%
Σύνολο		Συχνότητα	68	125	193
		Ποσοστό	35,2%	64,8%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το κατά πόσο γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν σχετικά με το σχέδιο που υπάρχει για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.017 < 0.05$).

			Γνωρίζετε τι πρέπει να κάνετε σχετικά με το σχέδιο που υπάρχει για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	21	78	99
		Ποσοστό	15,6%	57,8%	73,3%
	Ναι	Συχνότητα	15	21	36
		Ποσοστό	11,1%	15,6%	26,7%
Σύνολο		Συχνότητα	36	99	135
		Ποσοστό	26,7%	73,3%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το κατά πόσο γνωρίζουν αν έχει το νοσοκομείο άλλο τρόπο επικοινωνίας, σε περίπτωση που οι τοπικές επικοινωνίες τεθούν εκτός λειτουργίας, λόγω κάποιας καταστροφής ($p - \text{value} = 0.018 < 0.05$).

			Το νοσοκομείο έχει άλλο τρόπο επικοινωνίας, σε περίπτωση που οι τοπικές επικοινωνίες τεθούν εκτός λειτουργίας, λόγω κάποιας καταστροφής		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	22	121	143
		Ποσοστό	12,2%	67,2%	79,4%
	Ναι	Συχνότητα	12	25	37
		Ποσοστό	6,7%	13,9%	20,6%
Σύνολο		Συχνότητα	34	146	180
		Ποσοστό	18,9%	81,1%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το κατά πόσο γνωρίζουν αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

			Υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	38	108	146
		Ποσοστό	20,1%	57,1%	77,2%
	Ναι	Συχνότητα	24	19	43
		Ποσοστό	12,7%	10,1%	22,8%
Σύνολο		Συχνότητα	62	127	189
		Ποσοστό	32,8%	67,2%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το αν έχουν εκπαιδευθεί στην παροχή πρώτων βοηθειών ($p - \text{value} = 0.035 < 0.05$).

			Εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	70	84	154
		Ποσοστό	35,4%	42,4%	77,8%
	Ναι	Συχνότητα	22	22	44
		Ποσοστό	11,1%	11,1%	22,2%
Σύνολο		Συχνότητα	92	106	198
		Ποσοστό	46,5%	53,5%	100,0%

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θέσης που κατέχουν οι ερωτηθέντες και το κατά πόσο γνωρίζουν με ποιες κρατικές υπηρεσίες πρέπει να επικοινωνήσουν μετά από μια φυσική καταστροφή ή έκτακτη ανάγκη ($p - \text{value} = 0.011 < 0.05$).

			Γνωρίζετε με ποιες κρατικές υπηρεσίες πρέπει να επικοινωνήσετε μετά από μια φυσική καταστροφή ή έκτακτη ανάγκη		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Θέση ευθύνης	Όχι	Συχνότητα	67	89	156
		Ποσοστό	33,3%	44,3%	77,6%
	Ναι	Συχνότητα	29	16	45
		Ποσοστό	14,4%	8,0%	22,4%
Σύνολο		Συχνότητα	96	105	201
		Ποσοστό	47,8%	52,2%	100,0%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο : Συζήτηση

Οι φυσικές καταστροφές εκτός των μακροχρόνιων συνεπειών προκαλούν και πρόσκαιρη αποδιοργάνωση της κοινωνικής δομής και λειτουργίας. Από την άλλη οι μη φυσικές καταστροφές συνήθως έχουν πολλά θύματα σε κάποιο σημείο ή περιοχή (Γκόνης , 1997).

Σε κάθε περίπτωση όμως , η καταστροφή θα διαταράξει την ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες και τα διαθέσιμα μέσα και εφόδια (Domres et al, 2001). Ο αριθμός των θυμάτων , η βαρύτητα και η ποικιλία των κακώσεων είναι δυνατόν να είναι τέτοιας έκτασης , ώστε οι τοπικές υγειονομικές δομές να μην μπορούν να ανταποκριθούν και να απαιτείται ειδική οργάνωση και υγειονομική βοήθεια (Βεζυρίδης, 2004).

Τα νοσοκομεία παγκοσμίως εμπλέκονται στην αντιμετώπιση τέτοιων κρίσεων. Το κλειδί της επιτυχούς διαχείρισης είναι να είναι καλά προετοιμασμένα. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται η ύπαρξη ενός λιτού , ρεαλιστικού και επαρκώς δοκιμασμένου σχεδίου ετοιμότητας (Hersche and Wenker , 2003). Η ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης αναφέρεται και στην ετοιμότητα γενικότερα του πολιτικού σχεδιασμού να αντιδράσει με εποικοδομητικό τρόπο στις απειλές με τρόπο που να ελαχιστοποιείται η αρνητική επίπτωση στην υγεία και την ασφάλεια των ατόμων , αλλά και την ακεραιότητα και τη λειτουργία των δομών και συστημάτων (Perry and Lindell ,2003).

Στην Ελλάδα τα πρώτα βήματα έγιναν με τη διεξαγωγή των Ολυμπιακών αγώνων το 2004 φαίνεται όμως ότι υπάρχει γνώση που δεν είναι προσβάσιμη σε όλους του ενδιαφερόμενους με αποτέλεσμα η ετοιμότητα όλων αυτών των φορέων να είναι αμφίβολη (Μπεκρή ,2010).

Παρόμοιες έρευνες στον ελληνικό χώρο σχετικά με την ετοιμότητα του υγειονομικού προσωπικού δε βρέθηκαν κατά τη διάρκεια της παρούσας μελέτης.

Σημαντικό είναι ότι το σχέδιο «Περσέας» είχε ενεργοποιηθεί το 2007 για το συγκεκριμένο νοσοκομείο με τις πυρκαγιές που μαίνονταν στην Πελοπόννησο και άφησαν 6 νεκρούς μόνο στη Λακωνία ,από την έρευνα όμως προέκυψε ότι μόνο το 8,6% (18 άτομα) το γνωρίζουν . Το 75,7% του προσωπικού δεν έχει λάβει μέρος σε άσκηση , εκπαίδευση ή ενημέρωση παρόλο που το 74,3% έχει πάνω από 10 χρόνια προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Το 61,4% του προσωπικού πιστεύει ότι το νοσοκομείο δεν έχει εμπειρία στην αντιμετώπιση φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης .

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα η πυρκαγιά είναι εκείνη η φυσική καταστροφή που είναι πιο πιθανό να συμβεί στην ευρύτερη περιοχή λειτουργίας του νοσοκομείου. Ωστόσο, ο σεισμός αναφέρθηκε από τους ερωτηθέντες ως εκείνη η φυσική καταστροφή που είναι πιο πιθανό να έχει τη δυσμενέστερη επιρροή στις λειτουργικές διαδικασίες του νοσοκομείου.

Αναφορικά με την ετοιμότητα του νοσοκομείου, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων κατέδειξαν ότι το νοσοκομείο δεν έχει εμπειρία στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μίας μαζικής έκτακτης ανάγκης, ότι δεν έχει προβεί στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων για τη μείωση των επιπτώσεων μίας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας, δεν έχει σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, δεν έχει σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης, δεν διαθέτει κάποιον εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας, σε περίπτωση που οι τοπικές επικοινωνίες διακοπούν λόγω καταστροφής, δεν διαθέτει κάποιον κατάλογο έτσι ώστε να γνωρίζει το προσωπικό με ποιους πρέπει να επικοινωνήσει σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Κατά συνέπεια, η γενική αξιολόγηση του νοσοκομείου όσον αφορά στην ικανότητά του να ανταποκριθεί στην περίθαλψη των θυμάτων μίας φυσικής καταστροφής κρίνεται από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων ως μέτρια.

Στην Αγγλία το 1996 οι Carley και Mackway-Jones εξέτασαν την ετοιμότητα των βρετανικών νοσοκομείων για ένα μεγάλο γεγονός, περίπου δέκα χρόνια μετά οι Wong et al (2006) , ερεύνησαν ξανά το θέμα και βρήκαν ότι το 47% δεν είχε διαβάσει κάποιο σχετικό σχέδιο του νοσοκομείου τους και μόνο το 54% των ερωτηθέντων αισθάνονταν σίγουροι για τις γνώσεις τους σχετικά με το ρόλο που είχαν σε ένα μεγάλο γεγονός . Το 82% των νοσοκομείων είχαν ασκήσει τα τελευταία πέντε χρόνια το σχέδιο ετοιμότητας που είχαν ,ενώ μόνο το 35% σκόπευε να το ασκήσει μέσα στους επόμενους δώδεκα μήνες. Οι Wong et al κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ετοιμότητα στην Αγγλία δέκα χρόνια μετά παραμένει φτωχή. Παρόμοια αποτελέσματα και από έρευνα σε γενικά νοσοκομεία του Καναδά καταλήγει ότι το σύστημα υγείας πρέπει να επαναπροσδιοριστεί στη διαχείριση κρίσεων ώστε να είναι ανθεκτικό στις αλλαγές (Ferrier , 2002).

Στην Κίνα μία μεγάλη έρευνα σε 400 νοσοκομεία έδειξε ότι το 85,2% διέθετε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών , το 93,3 % είχε προσωπικό κατάλληλο, το 53,1% είχε απόθεμα φαρμάκων, το 97,4% είχε τη δυνατότητα να μεταφέρει ιατρικό δυναμικό ανάλογα με τις ανάγκες . Στον τομέα της εκπαίδευσης το 94,5% ανέφερε προγράμματα εκπαίδευσης

του προσωπικού ή ασκήσεις ετοιμότητας , το 50,3% αξιολογούσε περιοδικά την αποτελεσματικότητα εκπαίδευσης του προσωπικού ενώ το 45% διέθετε εμπειρογνώμονες που παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη . Παρόλα αυτά οι ερευνητές κατέληγαν ότι η ετοιμότητα στα νοσοκομεία της Κίνας βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο και ότι απαιτείται να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών (Xingming et al, 2008).

Όπως απαντήθηκε στην παρούσα έρευνα το νοσοκομείο διαθέτει προμήθειες που επαρκούν για τουλάχιστον τρεις ημέρες, σε περίπτωση που συμβεί μία φυσική καταστροφή και οι προμηθευτές δεν μπορούν να προσεγγίσουν το νοσοκομείο, έχει σύστημα πυρόσβεσης, γεννήτρια, εσωτερικό σύστημα ειδοποίησης, ενώ παράλληλα διαθέτει περισσότερους από έναν υπευθύνους ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη.

Όμως, όσον αφορά στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία δεν έχει συμμετάσχει σε άσκηση, εκπαίδευση ή ενημέρωση, ενώ από όσους συμμετείχαν, οι περισσότεροι έλαβαν μέρος μόνο σε εκπαίδευση. Επίσης, σε πολύ μεγάλο ποσοστό οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν τα σχέδια, ενώ από όσους τα γνώριζαν, τα πιο γνωστά ήταν ο Ξενοκράτης και ο Περσέας. Επιπρόσθετα, στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες δεν έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών, ενώ οι περισσότεροι που απάντησαν θετικά, έλαβαν εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ή με ίδιες, ως επί το πλείστον, δαπάνες. Επίσης, η έρευνα κατέδειξε ότι η πλειοψηφία όσων συμμετείχαν στην έρευνα δεν γνωρίζει με ποιες κρατικές υπηρεσίες θα πρέπει να επικοινωνήσει μετά από μία φυσική καταστροφή ή μία έκτακτη ανάγκη. Ως εκ τούτου, κρίνουμε μάλλον αναμενόμενο το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θέλει να μάθει πώς να είναι καλύτερα προετοιμασμένη.

Ένα ενδιαφέρον αποτέλεσμα της έρευνας είναι το πώς διάφορα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις απόψεις που εξέφρασαν και ειδικότερα τη γνώση που έχουν αναφορικά με το βαθμό ετοιμότητας του νοσοκομείου. Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι το φύλο, στη συγκεκριμένη έρευνα οι γυναίκες, επηρεάζει το κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν : α) αν το νοσοκομείο διαθέτει σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, β) αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα

κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, γ) αν έχει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη. Επίσης, το φύλο επηρεάζει και τη διάθεση κάποιου να μάθει να είναι καλύτερα προετοιμασμένος. Είναι πιθανό οι γυναίκες λόγω του πολλαπλού ρόλου ως εργαζόμενες, σύζυγοι και μητέρες να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες και να θέλουν να γνωρίζουν για να αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς.

Επίσης, η ηλικία των ερωτηθέντων επηρεάζει το κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν, έτσι αυτοί που είναι μεγαλύτεροι γνωρίζουν : α) αν το νοσοκομείο διαθέτει σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, β) αν έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης, γ) αν έχει το νοσοκομείο προμήθειες διαθέσιμες για 3 τουλάχιστον ημέρες, σε περίπτωση που οι προμηθευτές δε μπορούν να παραδώσουν λόγω μιας καταστροφής, δ) αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ε) αν έχει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη.

Τα χρόνια εμπειρίας που διαθέτουν οι ερωτηθέντες επηρεάζουν το κατά πόσο γνωρίζουν: α) αν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας, β) αν το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, γ) αν έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης, δ) αν έχει το νοσοκομείο προμήθειες διαθέσιμες για 3 τουλάχιστον ημέρες, σε περίπτωση που οι προμηθευτές δε μπορούν να παραδώσουν λόγω μιας καταστροφής, ε) αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, στ) αν έχει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη.

Η ιδιότητα επηρεάζει με τη σειρά της το κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν: α) ποιος τύπος καταστροφής πιστεύουν ότι μπορεί να συμβεί στην ευρύτερη περιοχή λειτουργίας του

νοσοκομείου, β) αν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας, γ) αν το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, δ) έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης, ε) τι πρέπει να κάνουν βάσει του σχεδίου για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης, στ) αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ζ) αν διαθέτει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη. Στη συγκεκριμένη έρευνα οι διοικητικοί υπάλληλοι φαίνεται ότι γνωρίζουν καλύτερα από το υπόλοιπο προσωπικό τα σχέδια εκκένωσης και επικοινωνίας, τα μέτρα που έχουν ληφθεί αν και διχάζονται για το τι πρέπει να κάνουν βάσει σχεδίου για την αποκατάσταση των λειτουργιών σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή φυσικής καταστροφής. Επίσης, η ιδιότητά τους σχετίζεται με το αν έχουν λάβει εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών, καθώς και το έτος που εκπαιδεύθηκαν.

Τέλος, η θέση ευθύνης επηρεάζει το κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν: α) αν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας, β) αν το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, γ) την ύπαρξη των σχεδίων Ξενοκράτης, Περσέας και Σώστρατος, δ) αν το νοσοκομείο έχει σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του, σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης, ε) τι πρέπει να κάνουν σχετικά με το σχέδιο που υπάρχει για την αποκατάσταση των λειτουργιών του νοσοκομείου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης, στ) αν έχει το νοσοκομείο άλλο τρόπο επικοινωνίας, σε περίπτωση που οι τοπικές επικοινωνίες τεθούν εκτός λειτουργίας, λόγω κάποιας καταστροφής, ζ) αν υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, η) με ποιες κρατικές υπηρεσίες πρέπει να επικοινωνήσουν μετά από μια φυσική καταστροφή ή έκτακτη ανάγκη.

Παρόλα αυτά δε γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν βάσει σχεδίου σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή επιδημίας ή έκτακτης ανάγκης. Όσοι είναι προϊστάμενοι ή διευθυντές διχάζονται με το 9,5% να πιστεύει ότι έχουν ληφθεί μέτρα ενώ το 10,6% να υποστηρίζει το

αντίθετο. Το ίδιο συμβαίνει και με το σχέδιο εκκένωσης που το 11,9% πιστεύει ότι υπάρχει ενώ το 9,5% ότι δεν υπάρχει. . Γι αυτό η συντριπτική πλειοψηφία (90%) του προσωπικού θέλει να γνωρίζει πώς να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι, γεγονός που δείχνει ευαισθητοποίηση των εργαζομένων.

Στην Αμερική μετά το τρομοκρατικό χτύπημα της 11/9/2001 η προσέγγιση για την ετοιμότητα και την αντιμετώπιση μαζικών απωλειών υγείας έχει αναθεωρηθεί , παρόλο που το αμερικανικό σύστημα υγείας αντιτίθεται στον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγεία και η κοινωνική πρόνοια εξυπηρετεί κυρίως τα συμφέροντα των παρεχόντων και όχι εκείνων που την έχουν ανάγκη. Διάφορες έρευνες μελετούν την ετοιμότητα των νοσοκομείων σε σχέση με τα χαρακτηριστικά τους (είδος ,περιοχή, χρηματοδότηση, αριθμό κλινών) , το προσωπικό , την εκπαίδευση του, την υλικοτεχνική τους υποδομή , την διαδικτυακή επικοινωνία τους με άλλους φορείς τοπικούς ή εθνικούς και τις ασκήσεις ετοιμότητας.

Μία έρευνα που περιλαμβάνει 111 νοσοκομεία σε 8 πολιτείες των ΗΠΑ κατέληξε ότι το 91% διέθετε σχέδια ετοιμότητας, το 97% είχε ορίσει υπεύθυνο συντονιστή , αλλά μόνο το 47% είχε διαθέσει κεφάλαια για αυτό το σκοπό. Επίσης, τα νοσοκομεία που συνδέονταν διαδικτυακά είχαν περισσότερες πιθανότητες να χρηματοδοτήσουν προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για ετοιμότητα του προσωπικού (Thorne et al , 2006).

Πιο εξειδικευμένα όσον αφορά τη βιοτρομοκρατία μια άλλη έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ και περιελάμβανε περίπου 500 νοσοκομεία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νοσοκομείων (97,3%) είχαν σχέδια για φυσικές καταστροφές . Το μεγαλύτερο ποσοστό (85,5%) είχε σχέδιο αντιμετώπισης χημικών παραγόντων , βιολογικών (84,8%), ραδιενεργών (77,2%) και εκρηκτικών (76,9%). Τα τρία τέταρτα των νοσοκομείων συνδέονταν με άλλα σχέδια αντιμετώπισης καταστροφών μέσα στην κοινότητα που ανήκαν και είχαν εκπονήσει σε συνεργασία με άλλους τοπικούς υγειονομικούς φορείς συγκεκριμένα σχέδια . Το ποσοστό εκπαίδευσης του προσωπικού σε οποιοδήποτε XBP παράγοντα έκθεσης κυμαινόταν από 92,1% μέχρι 49,2% .Οι ασκήσεις ετοιμότητας για φυσικές καταστροφές ήταν πολύ περισσότερες από αυτές για τους XBP παράγοντες και επιδημίες. Τα νοσοκομεία διεξήγαγαν τις ασκήσεις σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες όπως η πυροσβεστική , ιατρική καταστροφών και άλλες κρατικές υπηρεσίες (Niska R., Burt C, 2005).

Άλλη έρευνα στις ΗΠΑ που αφορούσε 2.000 αστικά νοσοκομεία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα τέσσερα στα πέντε είχαν μεν γραπτό σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών σε

περίπτωση βιοτρομοκρατίας και συμμετείχαν και σε άλλους φορείς ετοιμότητας, αλλά δεν είχαν τον απαιτούμενο ιατρικό εξοπλισμό για να χειριστούν μεγάλο αριθμό ασθενών. Επιπλέον ανέφεραν ότι παρείχαν κατάρτιση στο προσωπικό τους τουλάχιστον για ένα πιθανό βιολογικό παράγοντα (GAO report , 2003).

Οι περισσότερες έρευνες διεθνώς καταδεικνύουν τη σημασία της εκπαίδευσης-άσκησης του υγειονομικού προσωπικού σε σενάρια κρίσεων , με αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε τακτά χρονικά διαστήματα ,ώστε να φανούν τα κενά .Επιπλέον φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των χωρών που παρέχουν την εμπειρογνομοσύνη τους και συνεργάζονται , τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η απάντηση του τομέα υγείας στις μελλοντικές καταστροφές (Murray et al 2006.Archer and Seynavae 2007. Rosemary 2008) . Ενώ απαιτείται και η ενσωμάτωση των γνώσεων ετοιμότητας σε έκτακτες ανάγκες στα αναλυτικά προγράμματα όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας (WHO, 2006 .Garfield and Ward , 2008).

Συμπεράσματα –προτάσεις

Οι νέες συνθήκες δημιουργούν κοινωνικές , οικονομικές , πολιτικές και πολιτισμικές κρίσεις που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας με πολλούς τρόπους και καθιστούν επιτακτική την ανάγκη κατάλληλης προετοιμασίας , εγρήγορσης και συντονισμένης δράσης .

Η έρευνα διενεργήθηκε για να ανιχνεύσει το επίπεδο ετοιμότητας του νοσοκομείου στην αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης ή φυσικής καταστροφής αλλά και για να ευαισθητοποιήσει το υγειονομικό προσωπικό. Τα αποτελέσματά της συγκλίνουν με αυτά άλλων ερευνών που καταλήγουν ότι τα σχέδια διαχείρισης κρίσεως για τα νοσοκομεία δεν είναι επικαιροποιημένα και γνωστά στο σύνολο του προσωπικού , μολονότι το προσωπικό στη συντριπτική του πλειοψηφία ενδιαφέρεται να ενημερωθεί για να είναι καλύτερα προετοιμασμένο . Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες και ενέργειες για την ανάδειξη του θέματος και την ευαισθητοποίηση του υγειονομικού προσωπικού ,πιθανόν με τυποποιημένα ερωτηματολόγια και σε πανελλήνια κλίμακα για να είναι συγκρίσιμα τα αποτελέσματα .

Τα νοσοκομεία οφείλουν να καθιερώσουν συμφωνίες αμοιβαίας βοήθειας με άλλα νοσοκομεία δημόσια και ιδιωτικά , αλλά και άλλους φορείς υγείας της κοινότητας για την κάλυψη του υγειονομικού κενού. Να έχουν τυποποιημένες διαδικασίες εξοπλισμού , προμηθειών και φαρμάκων για ασφαλή και ποιοτική φροντίδα . Τέλος να δίνουν στους επαγγελματίες υγείας την υψηλότερη προτεραιότητα στην εκπαίδευση και στη λήψη προστατευτικών μέτρων αλλά και να τους παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη.

Τα νοσοκομεία αποτελούν τεράστιες επενδύσεις για οποιαδήποτε χώρα . Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ασφάλεια και την ετοιμότητά τους σε κρίσιμες καταστάσεις τόσο για τους ασθενείς αλλά και για τους επισκέπτες και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Η αποτυχία τους να διαχειριστούν μια καταστροφή μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το ηθικό των πολιτών και το κοινωνικό-υγειονομικό κεφάλαιο .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1 . Archer F, Seynavae G *International standards and guidelines for education and training to reduce the consequences of events that may threaten the health status of a community*. Prehosp Disast Med 2007,22(2):120–130

2.Adini B, Goldberg A, Laor D, Cohen R, Zadok R, Bar-Dayan *Assessing levels of hospital emergency preparedness*,. Emergency and Disaster Management Division, Prehospital and Disaster medicine 2006, Vol. 21 , No.6, pp 451-457

3.Braun B, Wineman N, Finn N, Barbera J, Schmaltz S, Loeb S *Integrating Hospitals into Community Emergency Preparedness Planning*, Annals of Internal Medicine 2006 ,Volume 144 , Number 11

4.Domres B., Koch M, Manger A, Becker H *Ethics and triage* ,Prehospital Disaster Medicine 2001,16(1):56-58

5.2001/792/EC,Euratom: Council Decision of 23 October 2001 establishing a Community mechanism to facilitate reinforced cooperation in civil protection assistance interventions OJ L 297, 15.11.2001, p. 7–11

6.2008/73/EC,Euratom: Commission Decision of 20 December 2007 amending Decision 2004/277/EC, Euratom as regards rules for the implementation of Council Decision 2007/779/EC, Euratom establishing a Community civil protection mechanism (notified under document number C(2007) 6464)

7.Ferrier N A *National Assessment of emergency planning in Canada s general hospitals* Office of critical infrastructure protection and emergency preparedness, Government of

Canada 2002, διαθέσιμο στο http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/ps-sp/D82-69-2002E.pdf

8.GAO report *HOSPITAL PREPAREDNESS Most Urban Hospitals Have Emergency Plans but Lack Certain capacities for bioterrorism response*, 2003
Διαθέσιμο στο www.gao.gov (www.gao.gov/new.items/d03924.pdf)

9.Garfield R, Ward N *Where Are We and Where Shall We Go in Nursing and Emergencies?*, Prehospital and Disaster medicine 2008, Vol. 23 , No.1

10.Harvard Business Press *Πώς να διαχειρίζεσαι τις κρίσεις*, Εκδ.Κριτική 2009 , Αθήνα

11.Heath R. *Διαχείριση κρίσεων , αποτελεσματικές τεχνικές για επιχειρησιακή ετοιμότητα*, Εκδ.Μ.Γκιούρδας 2005

11.Hersche B, O.C.Wenker *Principles of Hospital Disaster Planning. And Disaster Medicine* 2003 , Volume 1 Number 2, διαθέσιμο στο ww.ispub.com/ostia/index

12.Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations *Strategies for Creating and Sustaining Community-wide Emergency Preparedness Systems* ,2005, διαθέσιμο στο www.jointcommission.org

13.Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations , *Standing Together: An Emergency Planning Guide for America's Communities*,2006, διαθέσιμο στο www.jointcommission.org

14.Meena Ahmed *The Principles and Practice of Crisis Management*, palgrave macmillan 2006 , Hampshire and New York

15.Murray V, Clifford J, Seynaeve G, Fisher J *Disaster Health Education and Training: A Pilot Questionnaire to Understand current status*, Prehosp Disast Med 2006,21(3) : 156-167
Current Status

16. Nia M.S, Nafissi N., Moharamzad Y. *Survey of Bam Earthquake Survivors' Opinions on Medical and Health Systems Services, Prehospital Disaster Medicine* May-Jun2008,23(3):263-8.
17. Niska R, Burton C *Bioterrorism and Mass Casualty Preparedness in Hospitals: United States, 2003*, CDC No 364 , September 2005
18. Perry R, Lindell M *Preparedness for emergency response ; Guidelines for the Emergency Planning Process* , Disasters 2003, 27(4): 336-350
19. Rosemary M *Knowledge, attitudes and practices of health care workers regarding disaster preparedness at Johannesburg hospital in Gauteng province in South Africa*, a research report submitted to the faculty of Health Sciences 2008, University of Witwatersrand
20. Smith E *Emergency health care workers' willingness to work during major emergencies and disasters*, The Australian Journal of Emergency Management 2007, Vol. 22 No. 2
21. Thorne CD, Levitin H, Oliver M, Losch-Skidmore S, Neiley BA, Socher MM, Gucer PW *A pilot assessment of hospital preparedness for bioterrorism events*. Prehosp Disast Med 2006 ,21(6):414-422.
22. Toby J. Kash, John R. Darling *Crisis management: prevention, diagnosis and intervention*, Leadership & Organization Development Journal 1998, Vol. 19 Iss: 4, pp.179 – 186
23. Wetter D, Daniell W, Treser CD *Hospital preparedness for victims of chemical or biological terrorism* .American Journal of Public Health 2001,91:710-716 , διαθέσιμο στο www.ncbi.nlm.nih.gov
24. World Health Organization: World Health Report 2006. διαθέσιμο στο http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf .

25. Wong K, Turner P, Boppana A, Nugent Z, Coltman T, Cosker T, Blagg S *Preparation for the next major incident: are we ready?*, *Emergency Medicine Journal* 2006, 23: 709-712

26. Xingming Li, Jianshi Huang, Hui Zhang *An analysis of hospital preparedness capacity for public health emergency in four regions of China: Beijing, Shandong, Guangxi, and Hainan*, *BMC Public Health* 2008, 8: 319

Ελληνική βιβλιογραφία

27. Βαβάσης Ι. *Οι αρμόδιοι θεσμοί και τα μέσα για τη διαχείριση κινδύνων και κρίσεων : Ο ρόλος των εξειδικευμένων θεσμικών και εξωθεσμικών φορέων –Εθελοντισμός-Πολιτική Προστασία στην Ε.Ε και σε διεθνές επίπεδο*, Εκπαιδευτικές σημειώσεις σεμιναρίου 2008 , Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

28. Βεζυρίδης Π *Ψυχολογικές αντιδράσεις του πληθυσμού σε μαζικές καταστροφές*, *Νοσηλευτική* 2004,43(2), 173-178

29. Γκόνης Γ. *Βασικές αρχές τραυματολογίας και χειρουργικής πολέμου*, Αθήνα 1997, Εκδ. Λίτσας

30. ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ» 2000-2006 , *Εκπόνηση στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου για την ίδρυση και λειτουργία Επιχειρησιακού Κέντρου Διαχείρισης κρίσεων με σκοπό τη βελτίωση της επείγουσας προνοσοκομειακής περίθαλψης και της βελτιστοποίησης της ανταπόκρισης* , διαθέσιμο στο http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/27_epixeirhsiako_kendro_diaxeirishs.pdf

31. Κακαλιάγκα Ο. *Μηχανισμοί Παροχής Βοήθειας σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών σε Ευρωπαϊκό και Διεθνές Επίπεδο*, Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση κρίσεων» 2010, του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

- 32.Καραγιάννης Γ. *Φυσικοί και τεχνολογικοί κίνδυνοι* , 2008,διαθέσιμο στο www.samarites.gr
- 33.Καραγιάννης Γ. *Εθελοντισμός πολιτικής προστασίας*, 2010,Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης
- 34.Λέκκας Ευθ. *Φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές* , Αθήνα 2000, Εκδ. Access Pre-press
- 35.Λόζιος Σ. & Λέκκας, Ε. *Βασικές έννοιες και εφαρμογές του Επιχειρησιακού Σχεδιασμού για την αντιμετώπιση Φυσικών Καταστροφών*, έκδοση 2003. Σημειώσεις Τμήματος Γεωλογίας
- 36.Λέκκας Ε. *Πολιτικές διαχείρισης φυσικών καταστροφών ανά τον κόσμο*, 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιβάλλοντος Ένωσης Ελλήνων Φυσικών 2004, Θεσσαλονίκη, διαθέσιμο στο www.elekkas.gr
- 37.Μέλλου Φ. , *Εθελοντισμός Πολιτικής Προστασίας*, Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας Διαθέσιμο στο [www.ethelontismos .gr](http://www.ethelontismos.gr)
- 38.Μπεκρή Ε. *Σχέδια αντιμετώπισης κρίσεων από το 2004 μέχρι σήμερα. Έλεγχος βαθμού ετοιμότητας σε 4 μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας , 5χρόνια μετά τους Ολυμπιακούς αγώνες, διπλωματική εργασία 2010 , Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο*
- 39.Μπερζοβίτης Α. *Η μετεξέλιξη του Συντονιστικού οργάνου του Τομέα Υγείας σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας*, Ιατρικό Βήμα , Ιούνιος-Αύγουστος 2006
- 40.Νόμος 3013/2002 Αναβάθμιση Πολιτικής Προστασίας
- 41.Νόμος 3370/2005 - ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005 Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις
- 42.Σαχίνη-Καρδάση Α. *Μεθοδολογία της έρευνας .Εφαρμογή στο χώρο της υγείας*, Αθήνα 2003, Εκδ.Βήτα

43.Σπύρου Σ. Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας Οργάνωση, λειτουργία και ρόλος του ΕΚΕΠΥ ,διαθέσιμο στο www.geetha.mil.gr

44.Σφακιανάκης Μ.Κ. *Διοικητική κρίσεων* , Αθήνα 1998, Εκδ. Έλλην

45.Τζαβέλλα Φ. *Πολιτικοί και θεσμικοί παράγοντες στη διαχείριση κρίσεων* Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση κρίσεων» 2011, του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

46.Φαλάρας Ε. *Ηγεσία και διαχείριση κινδύνων και κρίσεων .Το κοινωνικό κεφάλαιο. Προετοιμασία για τη διαχείριση κρίσεων*, Εκπαιδευτικές σημειώσεις σεμιναρίου 2008, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

47.Φιλολία Α., Παπαγεωργίου Η., Στεφανάτος Σ. *Ολοκληρωμένο Σύστημα Διαχείρισης Κρίσεων και ανθρώπινος παράγοντας : Παραδείγματα εφαρμογής* , Εκδ. Νομική βιβλιοθήκη , Αθήνα 2005

48.Χολέβας Κ. *Η αντιμετώπιση κρίσεων και καταστροφών* , Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση κρίσεων» 2007, του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Πηγές στο διαδίκτυο

49.www.ahrq.gov , Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

50.www.cdc.gov, Centers for Disease Control and Prevention

51.www.ec.europa.eu , European Commission Humanitarian Aid and Civil Protection

52.www.em-dat.net , The International Disaster Database

53.www.ethelontismos.gr

54.www.fema.org ,Federal Emergency

55.www.gao.gov , U.S Government Accountability Office

56.www.geetha.mil.gr

57. www.google.com

58. www.gscp.gr , Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας
 59. www.jointcommission.org , Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
 60. www.hospspa.gr, Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης
 61. www.ygeianet.gov.gr, Υγειονομικός Χάρτης
 62. www.ygeia-pronoia.gr
 63. www.pdm.medicine.wisc.edu , Prehospital and Disaster medicine
 64. www.redcross.gr , Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
 65. www.unisdr.org , United Nations International Strategy for Disaster Reduction
 66. www.unocha.org , OCHA Coordination Saves Lifes
 67. www.nato.int
 68. www.ncbi.nlm.nih.gov , National Center for Biotechnology Information
 69. www.safehospitals.info
 70. www.statistics.gr ,Ελληνική Στατιστική Αρχή
 71. www.who.int, World Health Organization
- Η πρόσβαση στις παραπάνω ηλεκτρονικές διευθύνσεις πραγματοποιήθηκε το πρώτο εξάμηνο του 2011.*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Τα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

Ιατρικά Τμήματα

Τα τμήματα της διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου χωρίζονται σε τρεις βασικούς Τομείς:

A. Στην **Παθολογικό τομέα** που περιλαμβάνει:

- την ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ κλινική
- την ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ κλινική & μονάδα ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ
- την ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ κλινική & μονάδα ΠΡΟΩΡΩΝ
- την Μονάδα ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
- το ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ιατρείο

B. Στο **Χειρουργικό τομέα** που περιλαμβάνει:

- τη ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ κλινική
- το ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ / ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ Τμήμα
- την ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ κλινική
- την ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ κλινική
- την Ω.Ρ.Λ. κλινική
- τη ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ / ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ κλινική
- την ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ κλινική
- την Μονάδα ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- το ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Γ. Στον **Εργαστηριακό Τομέα** που περιλαμβάνει:

- το ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ τμήμα
- το ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ τμήμα
- το ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ τμήμα
- το ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ τμήμα
- το τμήμα ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
- το ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ τμήμα
- το ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ τμήμα

Σημαντικό ρόλο στη οργάνωση και λειτουργία του Νοσοκομείου έχει η **Διεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας** στην οποία περιλαμβάνονται:

- το τμήμα ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- το τμήμα ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
- το ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ τμήμα
- το τμήμα ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
- το τμήμα ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
- η γραμματεία ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ
- το τμήμα ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
- το γραφείο ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ
- το γραφείο ΕΠΙΣΤΑΣΙΑΣ

2. Άδεια υλοποίησης έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής Τηλ. 27310 89720, Φαξ: 27310 89719,
E- mail: nrsgram@uop.gr

Ημερομηνία: 8/6/2011

Αρ. Πρωτ:

ΠΡΟΣ: Διοικητή Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης
ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ: Επιστημονικό Συμβούλιο
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

ΘΕΜΑ: ΑΔΕΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αξιότιμε κ. Διοικητά ,

Παρακαλούμε όπως μας χορηγήσετε σχετική άδεια προκειμένου να υλοποιήσουμε την ερευνητική μελέτη με θέμα: « Διαχείριση κρίσεων και υγειονομική ετοιμότητα σε περιφερειακό νοσοκομείο σε ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό». Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου ετοιμότητας του προσωπικού του Γ.Ν. Σπάρτης σε σχέση με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών.

Στο νοσοκομείο μας τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων θα κάνω εγώ η ίδια, με επιστημονικά υπεύθυνη και επιβλέπουσα την κ. Τσιρώνη Μαρία , επίκουρο καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η διαδικασία συμμετοχής στην έρευνα θα περιλαμβάνει την εθελοντική συμμετοχή στη συμπλήρωση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου με τη φυσική παρουσία εμού της ίδιας. Επιπλέον σημειώνεται ότι το νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και οι συμμετέχοντες στη μελέτη θα συνεισφέρουν εθελοντικά.

Επισυνάπτονται (3): Ερευνητικό Πρωτόκολλο

Ερωτηματολόγιο
Βεβαίωση σπουδών

Με εκτίμηση,
Ιωάννα Κούκου

3. Έγκριση υλοποίησης έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
« ΙΩΑΝΝΟΥ ΚΑΙ ΔΙΣΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ »

Ημερομηνία : 11/072011

Αρ. Πρωτ. :

Φ/Γ/2/10518

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες : Ελ. Κωνσταντινοπούλου, Τηλ. 2731093376, FAX : 2731029068 email : ekonsta@hosrspra.gr

ΠΡΟΣ

κ. Κούκου Ιωάννα,
Νοσηλεύτρια ΤΕ Χειρουργικής Γ.Ν.
Σπάρτης
ΕΝΤΑΥΘΑ

ΘΕΜΑ : Έγκριση χορήγησης στοιχείων .

ΣΧΕΤΙΚΑ : α) Η από 08/062011 αίτησή σας.

β) Η υπ' αρ. πρωτ.10518 /07-07-2011 έγκριση της 6^{ης} Υ.Π.Ε.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το σχετικό (β) εγκρίθηκε το αίτημά σας για την συλλογή στοιχείων από το Νοσοκομείο μας, για την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης με τίτλο « Διαχείριση κρίσεων και υγειονομική ετοιμότητα σε περιφερειακό νοσοκομείο σε ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό », με την υποχρέωση της τήρησης των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των ερευνών στην Διοίκηση της 6^{ης} Υ.Π.Ε.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

1. Γραφείο Εκπαίδευσης
2. Δ/ντες Υπηρεσιών
3. Τμήμα Προσωπικού
4. Τμήμα Γραμματείας

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ

ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ



4. Ερωτηματολόγιο



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΕΓΓΡΑΦΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιότιμε κύριε-κυρία,

Στα πλαίσια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση κρίσεων», του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου σας ενημερώνουμε ότι διεξάγεται ερευνητική μεταπτυχιακή εργασία από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ιωάννα Κούκου με τίτλο «Διαχείριση κρίσεων και υγειονομική ετοιμότητα σε ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό σε περιφερειακό νοσοκομείο».

Η προσωπική σας συμμετοχή στην παραπάνω ερευνητική εργασία θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική για τον εντοπισμό των προβλημάτων και τη βελτίωση της υγειονομικής ετοιμότητας σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών.

Σε κάθε περίπτωση σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία για κάθε συμμετέχοντα και ότι τα στοιχεία της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και δε θα γνωστοποιηθούν σε τρίτους.

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

1. ΓΕΝΙΚΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλούμε συμπληρώστε το αντίστοιχο τετράγωνο:

A. ΗΛΙΚΙΑ

21-25 26-30 31-35 36-40 πάνω από 40

B. ΦΥΛΟ

Άρρεν Θήλυ

Γ. ΧΩΡΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΤΕΠ
 Χειρουργικός τομέας
 Παθολογικός τομέας
 Εργαστηριακός τομέας
 Διοικητικός τομέας
Άλλο -----

Δ. ΙΔΙΟΤΗΤΑ

Νοσηλεύτης/τρια
 Ιατρός
 Διοικητικός υπάλληλος
Άλλο

Ε. ΧΡΟΝΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

1-5 6-10 11-20 21 και άνω

ΣΤ. ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ (Προϊστάμενος , Διευθυντής)

ΟΧΙ ΝΑΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

2. ΒΑΘΜΟΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

2.1 Ποιος τύπος καταστροφής πιστεύετε ότι μπορεί να συμβεί στην ευρύτερη περιοχή μας;
Σεισμός - Πλημμύρα - Πυρκαγιά - Τροχαία ατυχήματα - Επιδημίες (κυκλώστε ένα)

2.2 Ποιος τύπος φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης από τους παραπάνω θα ήταν πιθανότερο να είχε τη δυσμενέστερη επιρροή στις λειτουργικές διαδικασίες του νοσοκομείου ;

2.3. NAI OXI Έχει το νοσοκομείο εμπειρία στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μιας μαζικής έκτακτης ανάγκης ;
Εάν ναι σε ποια από τις παραπάνω (Ερώτηση 1) ;

2.4. NAI OXI Έχουν, από όσα γνωρίζετε, ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη μείωση των επιπτώσεων μιας φυσικής καταστροφής ή έκτακτης ανάγκης ή επιδημίας;

2.5. NAI OXI Γνωρίζετε αν το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο εκκένωσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ;

5α. NAI OXI Εάν ναι, συμμετείχατε σε άσκηση , εκπαίδευση ή ενημέρωση πάνω σε αυτό ;
(κυκλώστε το αντίστοιχο)

5β Γνωρίζετε για την ύπαρξη των σχεδίων: Ξενοκράτης- Σώστρατος - Περσέας
(κυκλώστε όσα γνωρίζετε)

2.6. NAI OXI Έχει το νοσοκομείο ένα σχέδιο σε ισχύ για την αποκατάσταση των λειτουργιών του, σε περίπτωση φυσικής καταστροφής ή άλλης έκτακτης ανάγκης ;

6α. NAI OXI Εάν ναι , εσείς γνωρίζετε τι πρέπει να κάνετε ;

2.7. NAI OXI Έχει το νοσοκομείο άλλο τρόπο επικοινωνίας , σε περίπτωση που οι τοπικές επικοινωνίες τεθούν εκτός λειτουργίας, λόγω κάποιας καταστροφής ;

2.8. NAI OXI Υπάρχουν προμήθειες διαθέσιμες για 3 τουλάχιστον ημέρες, σε περίπτωση που οι προμηθευτές δε μπορούν να παραδώσουν λόγω μιας καταστροφής ;

2.9. NAI OXI Υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας σε ισχύ που να περιλαμβάνει ένα κατάλογο με ποιους πρέπει να επικοινωνήσετε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ;

9α. NAI OXI Εάν ναι , το έχετε ποτέ ασκήσει ;



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

- 2.10. ΝΑΙ ΟΧΙ Έχει το νοσοκομείο σύστημα πυρόσβεσης ;
- 2.11. ΝΑΙ ΟΧΙ Διαθέτει το νοσοκομείο γεννήτρια;
- 2.12. ΝΑΙ ΟΧΙ Έχει το νοσοκομείο εσωτερικό σύστημα ειδοποίησης;
- 2.13. ΝΑΙ ΟΧΙ Έχει το νοσοκομείο πάνω από έναν υπεύθυνο ασφαλείας για την εξασφάλιση των εγκαταστάσεων και των λειτουργιών, όπως απαιτείται σε μια έκτακτη ανάγκη ;
- 2.14. ΝΑΙ ΟΧΙ Έχετε εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών ;
- 14α. Εάν ναι, πότε ;
- 14β. Με δαπάνες του φορέα σας ίδιες
- 2.15. ΝΑΙ ΟΧΙ Ενδιαφέρεστε να μάθετε πώς να είσαστε καλύτερα προετοιμασμένος/η ;
- 2.16. ΝΑΙ ΟΧΙ Γνωρίζετε με ποιες κρατικές υπηρεσίες πρέπει να επικοινωνήσετε μετά από μια φυσική καταστροφή ή έκτακτη ανάγκη ;
- 2.17. Πώς θα αξιολογούσατε την ικανότητα του νοσοκομείου να ανταποκριθεί στην περίθαλψη των θυμάτων μιας φυσικής καταστροφής;
- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

Παρακαλούμε προσθέστε τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις

.....

.....

.....

.....

.....

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου:

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας.