
Beköszöntő



Egy beteg egészségügy képalkotó diagnosztikai tünetei

A világon mindenütt az egészségügyi ellátás hatékonyságának javítását, az ellátás színvonalának emelését szeretnék elérni a költségek kordában tartása vagy éppen csökkentése mellett. A gyakorlatban azt látjuk, hogy az egészségügyi intézmények forgalma folyamatosan nő, a ráfordítás mértéke csökken, a személyzeti létszám az elvándorlások miatt csökken, miközben a rendszerben maradók túlterheltsége egyre fokozódik. Az ellátási rendszerrel ezért mind az egészségügyben dolgozók, mind a betegek elégedetlenek. Ha vizsgáljuk e tünetek eredetét, akkor talán a kórokat megszüntetve javíthatunk a rendszeren és ez nem is mindig pénz kérdése. A gyógyír javíthatja a szereplők elégedettségét és hatékonyabb működést eredményezhet.

Napjainkban is azt látjuk, hogy a vizsgálati szám évről évre növekedik és egyre hosszabb várólisták képződnek. Változott az orvosi gondolkodás is, a diagnosztikus gondolkodásban egyre inkább a technikai megoldásokban, a képalkotó diagnosztikai vizsgálatok eredményében bízunk, háttérbe szorítva a klasszikus orvoslás finom részletekre kiterjedő ok-okozati betegismereten alapuló gondolkodásmódját. Ennek eredményeként mindenkor ragaszkodunk a feltevésünk (és jó ha egyáltalán van ilyen) képi diagnosztikai megerősítéséhez. Másrészt ez a szemlélet és a képalkotó diagnosztika folyamatos fejlődése a fiatal orvos generációban azt a téves nézetet kelti, hogy a csúcstechnológiák alkalmazása mellett, a fizikális vizsgálat elértéktelenedett, nem is érdemes a fent említett klasszikus finomságokat megtanulni, és az anamnézisen és a részletes orvosi vizsgálaton alapuló klinikai diagnózison sokat gondolkodni, mert az ultrahang, CT vagy MRI majd úgyis megmondja... Ezt a szemléletet csak erősíti, hogy a betegek jelentős része is nagy hibaként értékeli, ha orvosa azonnal nem küldi CT vagy MRI vizsgálatra a betegségének diagnosztizálása érdekében. Ha van olyan orvos, aki ennek ellenére klasszikus orvosi tudását használja, az is hamar feladja, mert az egyre szaporodó műhibaperek miatt, könnyen ráfoghajtják, hogy nem járt el elég gondosan, ha nem követi a többiek gyakorlatát. De nézzük meg mi is ennek a hatása.

A beteg sok esetben – főként az akut betegellátás során – egy testtájékának és nem egy konkrét betegségnek a vizsgálatára érkezik, azaz nincs releváns diagnosztikus kérdés felvetés. Például ha a betegnek fáj a hasa, hasi vizsgálatot kérnek a fájdalom okának kiderítésére, de nincs egy adott konkrét betegség igazolására vagy kizárására irányuló kérdés, vagy ha mégis van, nem feltétlen a beteg fizikális vizsgálatán, hanem jó esetben statisztikai valószínűségeken alapul. Sok esetben, ha a képalkotó diagnosztikai szakember visszautasítja a vizsgálatot, azonnal egy, a vizsgálat indokál szolgáló kreált diagnózis kizárását kéri. Ha a radiológus mégis visszautasítja a nem megalapozott vizsgálat kérését, és a betegnél egy járulékos diagnózis ezért nem került felismerésre, akkor minden szinten meghurcolják, – és nem csak szakmai, hanem jogi úton is. Ezért inkább beáll a sorba, robotol, és nem győzi a vizsgálatok rohamát, ezzel óhatatlanul kiteszi magát a tévedés lehetőségének. Ha nem tudja, mit kell keresnie, ezért nem specifikus protokollt alkalmaz, könnyen hibázhat. (A röntgen diagnosztikai tévedések több mint 90%-ban technikai okok miatt következnek be.)

Ez a gyakorlat túlterheli az amúgy is szűkös rendszert, a radiológus hatalmas felelősséggel, alacsony fizetésért túlhajszolt, ezért külföldön keres boldogulást, jóval magasabb – sokszor tízszeres fizetésért. Így tehát nem csoda, hogy nehéz itthon tartani a jó szakembereket a folyamatos szakmai küzdelemmel, a kilátástalan, véget nem érő munkamennyiséggel, túlterheltséggel és az erkölcsi és anyagi megbecsülés hiányával. Nem igazán érthető, hogy ha fejlett társadalmakban elismerik az or-

vosi munka fokozott felelősségét, és bizalommal közelítenek a gyógyítókhoz, hazánkban ez miért nem így történik. Kritika éri a gyógyítás minőségét (itt is elsősorban az ápolás minőségéről van szó), a negatív történetek a sajtóban felerősödnek, ezért logikus az indoklás, ezeknek miért adjunk többet? Ezzel visszatermeljük a problémát, tovább nő az elvándorlás, a maradék egyre fáradtabb és apátiasabb.

Azt sem szabad elfelejteni, hogy a különböző betegségek optimális ábrázolhatóságára különböző vizsgálati protokollokat alkalmazunk. Ha nincs konkrét betegségre utaló kérdés és ezért nem betegség specifikus a vizsgálati protokoll, nem biztos, hogy optimálisan ábrázolható lesz minden kórság. Mindemellett számos egyéb információra van szükségünk ahhoz, hogy a lehető legkisebb kockázattal végezzük el a vizsgálatokat (mint pl. terhesség, vesefunkciós zavar, cukorbetegség, szedett gyógyszerek, korábbi műtétek, myeloma vagy allergia jelenléte). A hiányos beutaló miatti telefonálgatás, a beteg korábbi anyagainak beszerzése és ezt követően átnézése nagyon időigényes és a napi rutin munka tempója nem engedi meg minden betegnél ezt a többlet időt. Sok esetben ezek az információk a vizsgálatához nem is szerezhetők be. Ezért a radiológusok jelentős része belefásult, beletörődött a modern idők rossz szokásaiba. Mindenesetre dőreség azt hinni, hogy a képalkotó diagnosztikával ha nem látható valami, az nincs is.

Mi jelenthet megoldást? Úgy tűnik az egységes protokollrendszer és annak a betartása. A protokolloknak széles szakmai konszenzuson kell alapulnia, melynek a képalkotó diagnosztikai részében a radiológiának kulcs szereppel kell bírnia, másrészt fennáll a veszélye, hogy néhány szakma a saját elavult, esetleg rossz napi gyakorlatát építi be követendő példaként. Tehát a protokollokban meg kell jelennie a modern képalkotó diagnosztikai elveknek, és a már feleslegessé vált vizsgálatoknak gátat kell szabni, hogy feleslegesen ne generáljanak kiadást a szokásjog alapján.

Tehát a gyógyír nem csak az egészségügyben, annak szervezettségében, a fenntartó rendszer szemléletében, anyagi lehetőségeiben, de bennünk a rendszert igénybe vevő állampolgárok hozzáállásában is keresendő. Tegyük együtt azért, hogy egy jobban szervezett, kevésbé leterhelt korszerű egészségügyben tevékenykedhessünk.

*Dr. Battyány István
a Képalkotó rovat vezetője*

Szeptember 24-26. között világszínvonalú képzésben vehettek részt a nem invazív szívdiagnosztika iránt érdeklődő orvoskollégák, annak érdekében, hogy a hazai betegellátás szakmai színvonalában ne legyen eltérés a fejlett országok viszonylatában. A kedves olvasók a neves külföldi előadóinkkal készült interjúkat a következő lapszámban láthatják. Jelen lapszámunkban egy rövid, képes összefoglalóban ismertetjük a Kongresszus eseményeit.