

## Beköszöntő



Orvosként megtanultuk, hogy azonos vagy nagyon hasonló tünetek egészen különböző betegségekben is meg tudnak jelenni. Kiszáradás, hányás hátterében lehet gyomor-bélrendszeri fertőzés, de tünete lehet akár induló diabétesznek is. Fontos ilyenkor, hogy végigvigyük a diagnosztikus folyamatot, ne hagyjunk ki semmilyen lehetőséget sem, máskülönben a felületes megközelítés miatt bizony rossz irányba indíthatjuk a kezelést. Az egészségügyi ellátórendszer szervezésében sincs ez másképp. Vigyázni kell, hogy a rendszer észlelt hiányosságainak kezelésekor ne álljunk meg az egyszerűnek kínálkozó, megoldásvezért gondolatoknál, igyekezzünk mélyebbre nézni. Akik minőségirányítással, minőségfejlesztéssel foglalkoznak, ismerik az egyszerű kérdések, mint a Ki? Mit? Hol? Mikor? Mivel? Hogyan? Miért? relevanciáját egy-egy probléma felbukkanásakor. Muszáj

ugyanis leásni a problémák mélyére, keresni a gyökérokokat.

Itt van például a sürgősségi szakorvosok számának a kérdése. Kiderült, kis országunkban nincs elegendő számú sürgősségi szakorvos. A 2017. január 1-vel bevezetett minimumfeltétel ellenőrzésekor bajba kerülnének a kórházak, hiszen a sürgősségi betegfogadó helyeken és osztályokon 24 órában rendelkezésre kellene, hogy álljon ilyen szakember.

A megoldás egyszerűnek látszik, mint az egyszerű. Tán be kellene zární jó néhány sürgősségi osztályt a 60 napos türelmi idő lejártával, így március elsején, vagy gyorsan képezni kellene 480 ilyen orvost, ami nyilván lehetetlen. Marad tehát a sürgősségi osztályok bezárása. Az osztályok valós működését így még el tudjuk napolni 5 évvel; minimum ennyi időbe telik ugyanis kinevelni a szükséges szakorvosi létszámot. Addig minden mehet úgy, mint régen, mindenki a saját osztályán kezeli külön-külön azt a beteget, aki (szerinte) oda való. Ettől jobb lesz az ellátás? Biztosan nem, de az biztos, hogy megfeneklik a '90-es évek vége óta annyi meg annyi egészségügyi kormányzat által – nem véletlenül – dédelgetett sürgősségi ellátás fejlesztési koncepció, amelynek céljait, szükségszerűségét régóta ismerjük és elismerjük. No, de tegyük fel a fent említett egyszerű kérdéseket, és „fúrjunk mélyebbre”.

Valahogy a sürgősségi ellátás nem illik bele a magyar ellátórendszerbe. Szervezettséget, a beteg körül több szakma azonnali megjelenését és együttműködését igényli, ebben pedig közmondásosan nem vagyunk erősek.... A sürgősségi ellátás állandó rendelkezésre állással, jól felszerelt infrastruktúrával jó hozzáférhetőséget biztosít, nem feltételez bizalmi és egyedi orvos-beteg kapcsolatot, a beáramlásnak nincsenek korlátai és bizony prehospitális fékek hiányában „odavonz” nem odavaló betegeket is. Olyannyira, hogy napjainkra a sürgősségi osztályokon ellátott betegek legalább 60 %-a igazából nem igényel sürgősségi osztályos ellátást, de a jó hozzáférhetőség miatt a beteg ott „landol”. Ez persze okkal frusztrálja az ellátókat, a sürgősségi osztályokon dolgozókat, és nem véletlen az ellenézés, a „negatív hullámok”.

Mi a valódi megoldás? Messzebb kell nézni. Talán az alacsonyabb szinteken több beteget kellene felvállalni... Jobban kellene törődni a krónikus betegekkel, az akut betegségekben jobb időbeli és térbeli hozzáférést biztosítva az alapellátásban és a járóbeteg szakellátásban, definitív ellátást nyújtva. De mindennek előtt csökkenteni kellene a betegfogadási listákat és a várótermi várakozás hosszát, mert ez okozza a leggyakoribb továbbküldést a sürgősségi ellátásba. Ez azonban nem képzelhető el erőforrások nélkül egy olyan kontextusban, mint amelyben 2016 augusztusa óta vagyunk. Akkor változatlan betegutak mellett, fűnyíróelvszerűen 8,5%-kal csökkentek a járóbeteg volumenkorlátok. Igaz, hogy az alapidj emelése megjelent a másik oldalon, de hogyan lehet elvárás a volumen csökkentése, az ellátás definitívebbé tétele, ha ehhez nem kap betegút szervezési támogatást a járóbeteg alap- és szakellátás?

Ilyen szakmai ellenőrzés lehet a betegutak kontrollja, hogy lássuk miért és merre „támolyog” a beteg a rendszerben. Ösztönzőkre van szükség a beteg alacsonyabb szinten tartásában. Jelenleg sajnos hiányzik a rendszerben az a hely, ahol a beteget – ha tetszik holisztikusan, átgondolva és átlátva betegségeit, helyzetét – gondozzák, követik és irányítják. Ez klasszikus háziiorvosi feladat lenne. Hasonlóan fontos lenne – amint azt a Magyar Járóbeteg Szakellátási Szövetség megfogalmazta és kommunikálja mindenfelé immár két esztendeje – hogy a gyógyszer felírásban a háziiorvosi kompetenciákat terjesszük ki, és ezzel tehermentesíthetők lennének a szakrendelők több szakmában. Így valóban lehetne volumen csökkenteni.

De visszatérve az elején felvetett gondolatokhoz: a kórházi sürgősségi ellátás frusztrációját, a megnyilvánuló ellenérdekeltséget és a bizarr tünetként megjelenő helyzetet önmagában a kórház nem tudja megoldani. A sürgősségi osztályok és áttételesen a kórházak jövője lehet, hogy nem is a kórházakban, hanem a járóbeteg ellátásban dől el? Míg e kérdésre próbálunk válaszolni, ne felejtjük el, miért is hozták létre a kórházakat: a betegek egészségi állapotának tartós károsodását megelőzendő intézményi ellátásokra. Ha a kiszemelt szakorvosok, a sürgősségi betegellátás hiányában ennek a funkciójának a kórház nem tud megfelelni, akkor miért is vannak kórházaink?

*Dr. Pásztélyi Zsolt  
felelős szerkesztő*