



dr. Éger István
elnök
Magyar Orvosi Kamara
B u d a p e s t

Sürgősségi orvoslás hazai helyzetéről
(beszélgető anyag)

Tisztelt Elnök Úr!

Budapest, 2015. február 18.

Köszönettel vettük a sürgősségi ellátással kapcsolatosan megfogalmazott gondolataikat, állásfoglalásukat.

Társaságunk jellegéből adódóan, ab ovo az információszabadság, a párbeszéd és a minőségügyi rendszerfejlesztés híve, megfelelő jogi és etikai normák betartása mellett. Ugyanakkor Társaságunk a szellemi tulajdonra és a szerzői jogra vonatkozó hatályos jogszabályi rendelkezések alapján aggályosnak tartja a honlapján közzétett, a Kórhákszövetség és a Társaság által kidolgozott állásfoglalás szó szerinti teljes terjedelemben történő átvételét úgy, hogy ahhoz előzetesen a Társaság engedélyét a Magyar Orvosi Kamara nem kérte ki, ennek ellenére a megjelentetés feltételeként jelzett, Kórhákszövetséggel közös megjegyzésünket szintén nem publikálták. Az előbbieken okán Társaságunk a szellemi tulajdon védelmére vonatkozó szabályok megsértése miatt jogi lépések kezdeményezését kénytelen mérlegelni.

Mindez csak látszólag formalitás.

Amikor a humán szférájában, kubaturájában, minőségében és mennyiségében, kultúrájában és elismertségében a különböző, de eredményességében minden egyes alkalommal balul sikerült reformok által megalázott egészségügyünk restitúciójáról kellene beszélnünk – közösen, főleg egységesen és egyként fellépniük – különös, hogy ilyen formában összpontosít kétes szintű tüzet az orvostársadalom legfőbb érdekképviselete egy újonnan megszülető, a válság és krízis helyzetek megoldására kitalált, a világ minden kulturált szögletében működő és segítő orvos-szakmai specialistára, a sürgősségi orvoslásra. Tudjuk, hogy a tények sokszor nem nyomnak sokat a latba, de az illendőség és szakmai lelkiületünk tisztasága miatt két apróságot alapvetésként meg kell jegyeznünk. Az egyik, hogy az egész sürgősségi rendszert az **egészségügy gazdaságossá tételére**, racionalizálására, minőségi javulására találták ki a 60-as, 70-es évek Amerikájában, megfelelően a társadalmi elvárásoknak is. A másik pedig az a többszörösen bizonyított objektivitás, miszerint **az egészségügy bárminemű restriktójában, a betegek érdekében a sürgősségi rendszereknek kiemelkedő jelentősége, hangsúlya és szerepe van.**

A sürgősségi ellátást és annak fejlesztését a 90-es évek eleje óta minden kormányzati ciklus az egészségpolitikai fő célkitűzések nagy zászlajára tűzte. A megvalósulás során azonban a szokásos gyermek- és felnőtt betegségek mindegyike diagnosztizálható lett, azaz, az érdekek ütközése, a koncepció tisztázatlansága vagy meg nem léte, a bekerülési költségek alábecsülése, a társadalmi elfogadottság és megismerés, majd a folyamatos kisebb és nagyobb akadályok, ellentétek gördítése alakította ki azt a helyzetet és állapotot, melyet az Önök szemszögéből úgy látnak, ahogy leírták.

Ezen a helyzeten nem segít az sem, ha a véleményüket szakértői szintűnek tüntetik fel – minden ezt alátámasztó hivatkozás, adat nélkül. A sürgősségi rendszert professzionálisan képviselni tudó szakértők



száma sajnos véges, azok véleményét úgy éreztük, hogy nem kérték ki, így jelen véleményalkotásukkal fajt accompli helyzetbe hozzák mindazokat, akiket elvileg képviselnek és eltérő a véleményük.

Egyikük véleményét azonban mindenképpen le kell írnom ahhoz, hogy érzékeljék a mindennapok megélt valóságát.

„Az „angolszásznak” tekintett rendszer ebben a porosz hierarchiában tényleg idegen. Tényleg bosszantó, amikor a súlyos állapotban lévő akut betegnek hamarabb akarnak fekvőbeteg helyet találni, mint a professzorok előjegyzett betegeinek. Amikor a magánrendelésen látott beteget nem hajlandók akutítani – akut hasi tételszámot kérni – csak azért, hogy mielőbb műtetre kerülhessen. De amíg a különböző szakterületek prominens képviselőinek a MOK által is sokszor elítélt paraszolvencia rendszer miatt nem érdekük az egészségügy egészének érdekérvényesítése, addig ez a porosz hierarchia nem is fog változni.

Minden szakterület oktatja a saját akut kórképeit. De a sürgősségin kívül egyik sem szintetizálja ezeket a kórképeket. A betegek nem definitív diagnózissal keresik fel az ellátót, hanem egy tünettel vagy panasszal. Hasi fájdalomnál a sebész kizárja az akut hasi kórképet, majd „lássá belgyógyász”, de női beteg esetében meg nem mozdul, amíg nőgyógyász nem látta. Ha belgyógyászatra kerül, addig nem hajlandók felvenni, amíg „nem látta sebész és nem zárta ki a sebészeti kórképet.” Idős beteg eszméletvesztése után belgyógyászaton – kardiális eredet? – vagy neurológián – stroke? TIA? – kerüljön átadásra, főleg területileg nem is ugyanazon kórház két osztályára, hanem két különálló kórházhoz tartozik. És az esetleges fejsérülés kivizsgálásáról még nem is beszéltünk.”

Mi úgy gondoljuk, hogy az ilyen párbeszéd nem jelent megoldást, annál inkább előremutatóbb, ha az explicit, de mégis csak gondolat szintű megállapítások helyett javaslatokkal és **tényszerű adatokkal**, de legalább **szervezetelméleti evidenciákkal** támasztanánk alá véleményünket.

A sürgősségi orvostan, hazánkban – 2007. óta hivatalosan is deklaráltan, pont az Önök által is jelzett fajsúlyos történeti alapok kapcsán – oxyológia-sürgősségi orvostan egy önálló és egységes diszciplína, mely szakmailag és szemléletileg nem osztható prehospitális és hospitális entitásra, ezek a jelzők csupán ugyanazon tevékenység helyének meghatározását szolgálják.

1. A *betegszállítás* klasszikus transzport formája nem sürgősségi feladat, így az nem tekinthető az Országos Mentőszolgálat elsődleges feladatának.
 - a. eszközpark kivonásáról nem volt szó – csupán az amortizált mentésre és betegszállításra is egyaránt alkalmatlan géppark nem került visszapótlásra – azaz nem kivonták az „állami” keretből, hanem, az állam, mint tulajdonos nem pótolta azt, hanem elfogadta új piaci szereplők ilyen jellegű investícióját
 - b. ettől a ponttól ez csupán szabályozási és szervezési kérdés
 - a szállítás tartalmának meghatározás
 - a szállítás feltételrendszerének leírása és ellenőrzése
 - a szállítás finanszírozása
 - a szereplők egységes irányítási elveinek érvényesítése
 - krízis szerepek meghatározása, szükséges kompetenciák és köteleességek érvényesítése
2. Kérem, támasszák alá az önálló (sic) mentés *fajlagos költségeinek* magasabb voltára utaló megállapításukat!
3. Meg kell jegyezni, hogy az Önök érvrendszerében is szereplő humán erőforrás krízis, melynek ok-okozati összefüggését én árnyaltabban látom, magában akadály, hogy egy szervezet



(esetünkben az OMSz) ne alapfeladatára koncentráljon. Jelenleg a tárgyi- és a személyi feltételrendszerének elégtelensége a mentés funkció biztosíthatóságát is veszélyezteti.

4. Magának a mentésnek a rendszerét – mint Önök is, más relációban helyesen jelezték - nem lehet izoláltan kezelni és így van ez a teljes sürgősségi ellátással. A mentésnek, mint szervezetnek a helyi epidemiológiai, földrajzi adottságokon túl a hospitális ellátórendszerhez is igazodnia kell. A kórházi ellátórendszer szervezetlenségét, egyenetlenségét a mentés megerősítésével nem lehet pótolni. Ez a mesterségesen generált túlterhelés az egyik oka a hazai mentés amortizálódásának.
5. A „feladatként” jelölt gondolattal egyetértve annak módszertanára kell javaslatot tennünk!

Az alapellátás és háziiorvosi ügyelet tartalmát kell definiálnunk – erre van az érintett szakterülettől szakmai kollégiumi állásfoglalás (2003). Az állásfoglalással egyetértve, az elektív tevékenységen túlmutató, akut jellegű egészségkárosodás kapcsán igénybe veendő tevékenység tartalmában és jellegében klasszikusan sürgősségi. Az alapellátás képzési rendszere, ezt az ellátói készséget nem biztosítja, sőt, maguk az érintett felelősök tiltakoznak ellene a legjobban.

Talán ez az a blokk, ami logikailag is legellentmondásosabb.

1. A **kórházi sürgősségi rendszerek** napjainkban is végzik ezt a tevékenységet, ami napi forgalmuk közel 60-70%-a. Alapvető különbség, hogy feltételrendszeréből adódóan ezt, a beteg biztonságát jobban garantáló diagnosztikai, monitorizálási, obszervációs és intervenciósi lehetőségek között végzi. Az a szakmai allokációs készség, ami garantálja a súlyosabb és nem sürgős jellegű jelentkezők biztonságos ellátási képességét, ennek a medicinának az alapja.
2. A „**luxus szolgáltatásról**”. Meg kell vizsgálni, milyen ellátási igény indokolja ezt a kijárást – az a szegmense, ami hospitalizációval, mentővel történő beszállítással végződik az felesleges párhuzamosságot, a beteg számára pedig potenciálisan kritikus idővesztést jelez – ebben a relációban luxus. Az indokolatlan ellátás szintén luxus. A valós kijárási igény meg sürgősségi feladat – időbeliségének és tartalmának meghatározása megint csak szakmai allokáció.
3. A **hatósági feladatok** – megfelelő előkészítéssel és képzéssel, kompetenciák környezeti megalapozásával – leoszthatóak.
4. Érvrendszerükben paradoxonok:
 - a háziiorvosi valós humán erőforrás kép és a nem specifikus feladathoz való ragaszkodás
 - egy Önök által nem sürgősséginek ítélt tevékenység irányításának a sürgősségi rendszerhez kapcsolása

A mai helyzet – alapellátási ügyelet szintjén – igen heterogén. Az ügyelet jelentősebb hányadát vállalkozások, közvetlen tevékenység szintjén leggyakrabban rezidensek néha mentőtisztek biztosítják – közvetlen felügyelet nélkül.

A megindult évtizedes integratív folyamatból az alapellátási ügyeletet ismételten izolálni illuzórikus és rendszerelméletileg hibás. (Izd. ÁSz – 2009. évi jelentése az izolált rendszer hatástalanságáról).

Sajátos, hogy véleményük minden tematizált szegmensében **próbálkoznak egy-egy érdekcsoportot képviselni**. Az Önök által hospitális sürgősségi ellátásként jelzett részben ez a tendencia megbomolni látszik.

Előjáróban kell ismételten jelezni, nincs kórházi és nem kórházi sürgősség, valamint a kórházak sürgősségi ellátása nem egyenlő SBO (sic).



Kezdeti felvetésük kommersz, kérem pontosan definiálni, mit jelent az Önök számára az „angolszász” minta. **Csak közös céljaink megvalósulása reményében szeretnénk, hogy a sürgősségi ellátás, mint a Világ fejlett és fejlődő országaiban teret nyerő rendszerelmélet jelent volna meg Magyarországon is.** Mindez messze túlmutat – és nem is tárgyalható csak így – a sürgősségi osztályok kérdéskörén.

1. Pont Önöknek kellene ismernie, a hazai egészségügy mennyiségi és minőségi **humánerőforrás elégtelenségét** – természetesen nem kivétel ez alól a sürgősségi orvostan sem.
2. A törvénysértés (sic), ami jogszabályi, rendelet szintű meg nem felelőséget jelent a teljes ellátói rendszert jellemzi. Így a kiragadott példa – különösen nem adatolva, „**az ország számos helyének**” gyakorlatára hivatkozva – **nem ad alapot rendszer szintű megállapításra**, főleg úgy, hogy Magyarországon két egyforma infrastruktúrájú, szerkezetű és feltétel rendszerű kórház nincs is.
3. Az a megállapítás, melyben a **sürgősségi ellátás beteget veszélyeztető** – különösen adatok nélkül – glossza jelleget ad a véleményüknek.
4. Az **akut jellegű betegellátás egy folyamat**, bármelyik elemének gyengesége kérdésessé teszi a kimenetet, sőt, garantálja a sikertelenséget, egyén és rendszer szintjén egyaránt. Az akut jellegű betegellátásban való részvételnek szakmai, beteget szolgáló hozadéka van, minden klinikai szakterületen. A humánerőforrás rotációja képzési lehetőségen túl védi a Kollegákat a túlterheléstől, a kiégéstől. Erre volt csupán példa egy másik multidiszciplináris megközelítésű szakterület, az aneszteziológia és intenzív terápia említése. Nem mellékesen, az integrált működtetésnek számos pozitív eredményt felmutatni tudó példája van a hazai gyakorlatban is.
5. Mielőtt a **sürgősség fogalmát** publikus szinten követeljük meg, célszerűnek látnám azt az egészségügyi szolgáltatói szféra résztvevőinek szintjén biztosítani azt.
6. Sajnálatos, de orvos szakmailag a citált 52/2006. EüM rendelet 31 pontos felsorolása hibás – ennek alapján nem lehet nyilvánvalóvá tenni az **alacsony egészség tudatossággal és egészségkultúrával** bíró társadalmunkat a sürgősségi ellátás fogalomkörével, felhasználhatóságával.
7. Ezen a ponton is kell hangsúlyozni, a **sürgősség integrativitását** – ezért nem lehet magában értelmezni azt. A társadalomnak és benne minden egészségügyi dolgozónak is egy komplex struktúrát kell felvetíteni, és csak ezen belül lehet meghatározni a sürgősségi orvostan helyét.
8. **Az allokáció**, amit Önök osztályozás szintjén jelölnek **csak egy eleme a sürgősségi ellátásnak** – nem maga a sürgősség. Az a megállapítás, hogy minden szerelem csak akkor jó, ha hasznos és hatékony, természetesen nem csak a sürgősségi ellátásra igaz.
9. A **sürgősségi osztályok szerepét tényleg egyértelművé kell tenni**, azaz rendszer szinten kell megfeleltetni a jogszabályi és a szakmai környezetnek. Mert, hogy mi a feladat a sürgősségi ellátásnak az szakmai és jogi szinten egyértelműen definiált.

Az, hogy a humánerőforrásról a teljes vélemény minden szegmense tesz említést, magában jelöli a kérdés krízis jellegét. A krízis helyzet megoldása krízis menedzsmentet igényel, ami probléma feltárása, elemzése, stratifikálása szintjén nem erőssége az Önök véleményalkotásának. A krízis menedzsment alapszabálya szerint a problémák megoldása nem fűnyíróelv, hanem megfontolt prioritizálás mentén történik. A kényszerű restriktcióban, bizonyos területekbe invesztálni kell, mert csak ez állíthatja meg a feltárt krízis folyamatot.

Mindez nem zárja ki, hogy az egészségügy minden szegmensében megfelelő életpálya modellt kellene tudnunk felmutatni.



Azon véleményüket, hogy a sürgősségi ellátás címén megkezdett sok milliárdot involváló fejlesztés során **az új szemléletet képviselni tudó és ennek az integrált tevékenységnek felületet biztosító szakemberképzést is meg kell kezdeni, a mi szakterületünk több mint tíz éve hangoztatja.**

1. **A sürgősségi orvostan komplex, de önálló szakterület,** ami nem egyenlő az egyes diszciplínák akut jellegű ellátási gyakorlata összességével. Ennek megfelelően vált a sürgősségi blokk a rezidensképzés hangsúlyos elemévé.
2. A javaslat pedig minőségjavító, ami azt célozza, hogy **egy-egy szakterület akut jellegű gyakorlatát olyan helyen lehet** – biztonságban, szakmai felügyelet mellett - **megszerezni, ahol az akut jellegű tünet együttesek a legnagyobb számban vannak jelen** – ez a sürgősség.
3. Ha valaki ilyen jellegű készséggel bír, és ezt igazolja is, akkor **ez a készség akut jellegű ellátói csapat szintjén hasznosítandó.**
4. Tehát a felvetés nem vezénylesről, hanem **a beteg biztonságát jobban garantáló integrált ellátási rendszerről** szól. Mindez, a sürgősség felületén, sürgősségi szakorvos jelenléte melletti ellátói részvételt jelent.
5. A „szakmailag nem elfogadható” kitétel – nem tudom, melyik szakma nevében történik, indoklása hiányzik, alátámasztása **ellentmond** az eddigiekben sürgősségi elégtelenséget hangsúlyozó érvrendszerüknek.
6. A **differenciált bérezést** sok minden határozza meg, de talán nem ördögtől elrugaskodott menedzseri gyakorlat.

Általános, a sürgősségi ellátástól független, illetve azt minden egyéb egészségügyi szolgáltatással együtt érintő megállapítások javarészeivel és hangsúlyaival is egyetértünk.

Összefoglaló véleményünk alapigazságokat és nem megoldási javaslatot hordoz, tény, investíció nélkül nincs fejlesztés, de még szinten tartás sem. Igaz ez rendszer szinten éppen úgy, mint egy-egy javaslat, vélemény kidolgozására is.

Sajnos az évek óta tartó direkt vagy indirekt forráskivonást tehetetlenül szemlélte minden szintű egészségügyi management, így **le kell szögezni, hogy jelentős befektetés és ráfordítás nélkül sem a megfelelő sürgősségi, sem az elektív ellátás nem valósítható meg.**

A tűzoltás és egyes szakterületek ilyen módon történő kiemelt kezelése helyett a rendszer működésének higgadt áttekintése, és lépésről lépésre, határozott döntések után a finansziális és szakember hiány megoldása a feladata.

Ismételten és hangsúlyosan hívom fel a figyelmet, az elmúlt évtizedekben a sürgősségi fejlesztés politikai és EU támogatást lehívó megjelenítésén túl valós – a sürgősségi ellátás integratív, idődependens, allokatív rendszerszervező elveit megjelenítő fejlesztés nem történt. Semmilyen minta másolása szintjén sem! Ebben és egy minieralizálódó, ugyanakkor széteső, szegény és pazarló korszerűtlen rendszer fenntartásában van a közös felelősségünk, mint ahogyan ezt véleményünk bevezető gondolataiban már illusztráltam.

Tisztelettel:

az MSOTKE vezetősége nevében: Dr. Berényi Tamás, elnök

