

POLÉMIAI A DETOXIKÁLÁS KÖRÜL - vitaanyag

készítette:

dr. Berényi Tamás országos szakfelügyelő, az orvosszakmai Kollégium tanács és az MSOTKE elnöke

Figyelembe véve a sürgősségi egységek, az ellátásfolyamatában betöltött integratív szerepét nem véletlen, hogy egy társadalmi szintű probléma, képes a sürgősségi ellátás szintjén eszkalálódni.

Abúzus szerekről általában – alkohol – egy kis epidemiológia

Az abúzus szerek használata közel egyidős az emberiséggel, ezek közül az egyik legősibb szer az alkohol. Egy-egy társadalom, vagy társadalmi réteg abúzus szer használati szokásai számos, elsődlegesen szocio-kulturális, így vallási különbözőséggel magyarázható. Egyes rétegek gazdasági lehetősége határozza meg az adott régió belüli abúzus szer használati szokásokat. Bizonyos szerek használta olyan mértékben illeszkedhet a társadalmi- szokás, kultúra rendszerébe, hogy a szer használata természetes, így a kapcsolódó betegségek megítélése sem orvosszakmai hangsúlyok mentén történik.

Az alkohol az abúzus szerek direkt örömszerző, addiktív, összességében depresszív hatású csoportjába tartozó természetes anyag, mely elsődlegesen szedato-hipnotikus hatását dopaminerg-, gabaerg-glutaminerg és ópiát rendszeren, valamint a kalciumcsatornákon keresztül fejt ki.

WHO kimutatása szerint a föld teljes populációjának csupán 40%-a absztinens, alkohol vonatkozásában. 35%-uk kontrollált fogyasztó, közel negyedük azonban veszélyeztetett és 5%-uk valóban dependens - beteg.

Magyarország vezető szerepet tölt be az egy főre jutó éves alkoholfogyasztás területén (>11 liter 100% alkohol/fő) és ebbe a mutatóba nem kerül értékelésre a legalizált, régebben illegális alkoholgyártáshoz kapcsolható fogyasztás.

Abúzus szer fogyasztásával kapcsolatosan az akut jellegű betegellátás során

- ☞ a szer akut hatásával,
- ☞ túladagolásával,
- ☞ megvonás tünetegyüttesével,
- ☞ és a használat okozta komplikációkkal találkozhatunk.

Különböző kimutatások alapján az ED vizitek 9-22 százalékában alkohollal összefüggő probléma az ellátás indoka. Súlyos sérültek 50%-ánál értékelhető alkoholhatás igazolható. Tendenciájában az alkohollal együttes más abúzus szer használat egyre gyakoribb. Ugyanakkor az egyszerű részegség csupán az ED-vizitek kevesebb, mint fél százalékában fordul elő. Mindez az adott tünetegyüttes a feltételezett „részeg” betegcsoport hangsúlyos veszélyeztettségére utal.

Az alkohol direkt hatása - kórélettani megközelítés

Dózis és az abúzus betegség fázisának megfelelően tudatmódosító hatása az eszméletlenség szintjéig húzódik. Központi idegrendszer szintjén gátolja az ADH szekréciót, befolyásolja a légzés-, keringés-, termoreguláció központját – deprimálja ezeket. A hányás központját aktiválja. Periferián a glikoneogenezist blokkolja, a vaszkuláris rendszerben vazodilatációt eredményez. A komplex hatás révén az alkoholmérgezésben életveszélyes komplex kórfolyamat (**hipovolémia, laktát acidózis, hipoglikémia, romló perfúzió és hipoxia**) zajlik. Bizonyos hiánybetegségek, így a thiamin hiánya ezt a folyamatot közvetlen életveszély irányába befolyásolja – a glukóz-AT átalakulás több ponton (pentóz foszfát átalakulás, piruvát-acetil koenzim-A átalakulás, citrátkör) történő blokkolódásával, így a központi idegrendszerben bekövetkező direkt celluláris károsodással.

Akut esetben a gyorsan felszívó alkohol hatása – a fogasztást követően – 3-5 óra elteltével oldódni kezd, amennyiben ez nem történik meg, illetve állapotromlást észlelünk más, gyakran az alkohol-abúzusbetegséggel járó kórfolyamatot kell keresni.

Az alkoholbetegek gyakran más abúzus szert, leggyakrabban nikotint is használnak – életformától függően obstruktív tüdőbetegség, neoplasztikus és specifikus gyulladással hajlamosak. Tartós abúzus a szívizomzat, dilatatív jellegű károsodását eredményezi. A máj érintettsége közismert (cirrhosis, CAH). Gyakori a pankreatitisz, a következményes diabetesz. A gyomor-bélrendszeri vérzések jelentős százaléka függ össze az alkoholizmussal – portális keringés és direkt nyálkahártya lézió keresztül. A betegséggel járó felszívódási zavar újabb kórfolyamatok triggere (B-vitaminok, folsav ...). A következményes koagulopátia egyrészt vérzést, másrészt anémiát indukál. Az alkohol idegrendszeri hatása encefalopátia és

neuropátia képében manifesztálódhat. A részletesebb felsorolás az abúzus betegek színes tünetegyüttesét árnyalja, illetve megértését segíti. Ehhez kapcsolódó potenciális komplikációk az élteformához köthetőek – így gyakori az intoxikációhoz kapcsolódó **sérülés**, a kapcsolódó **rhabdomyolysis** és **kihülés**.

Fatális kimeneti lehetőség miatt kiemelendő a **Wernicke féle tünetegyüttes**: kisebb mennyiségű alkohol fogyasztásra is fellépő konfúzió, stupor, kóma, súlyos ataxia, dizarthria, súlyos oculomotoris érintettség, esetleg nystagmus, szokvány autonom diszfunkció jeleivel.

Adott problémakör tárgyalása során érzékeltetni kell, hogy az „egészségtelen” alkoholfogyasztás spektruma igen-igen széles, az egyszerű részegségtől a súlyos függőségig, a függőséggel kapcsolatos egyéb szervi és pszichés betegségekig. Az egészségtelen, azaz az ajánlott és standardizált határérték feletti alkoholfogyasztásnak jelentős egészségügyi, szociális és jogi kockázata van. A standard egységű ital 12g tiszta alkoholt jelez. Az ajánlott, határérték férfiaknál egyszeri alkalommal 2 standard egység, vagy hetente maximálisan 14 standard egységet jelent. Ennek megfelelően a spektrum egyik végén az „egészségtelen” alkoholfogyasztás okozta nem kívánatos események – részegség, egészségügyi problémák, sérülések, szociális és jogi problémák állnak, míg a másik végén az orvosilag könnyebben definiálható (DSM-IV.) abúzus betegség áll.

A detoxikálás

Definíció szerűen a detoxifikálás a szervezetbe került toxikus ágens és toxikus, vagy potenciálisan toxikus bomlástermékeinek – különböző módszerekkel történő – eltávolítása.

A detoxikálás (méregtelenítés) fogalmának használata sem egzakt, hiszen a kijózanodás, alkohol szempontjából a szervezet saját eliminációs rendszere által biztosított, pár órás folyamat. Súlyos abúzus betegek gyógykezelésének első lépése a szervezet detoxikálása – ennek során a szervezet kóros, megvonásos válaszreakcióit is menedzselni kell. Ez a folyamat, orvosi ellátás, a beteg beleegyezésével történik. Jogi szempontból kérdéses, hogy egy abúzus szer akut hatása kapcsán módosult tudatállapotú beteg kényszer detoxikálásának milyen feltételrendszerét kellene biztosítani azon túl, hogy feltételezett iránydiagnózissal,

későbbiekben sem igazolva azt, bekerül egy ellátórendszerbe, ahol kényszer jelleggel detoxikálják, majd ennek a detoxikálásnak a költségeit is ráterhelik.

Alkohol esetében a klasszikus detoxikálást általában ambulanter végzik, kórházi forma választása csak megvonás magas rizikója, politoxikománia, súlyos kísérőbetegség fennállta, benzodiazepin függőség, psyches érintettség (anamnesztikus suicidium), anamnesztikus sikertelen detoxikálási kísérlet és szociális problémák esetén indokolt. Egy-egy ilyen detoxikációs folyamat átlagosan 5-10nap, korszerűbb eljárásokkal 48óra.

Kiemelendő továbbá súlyos abúzus betegek gyors és rövidtávú detoxikálását életet veszélyeztető megvonás követheti. Ennek a rizikónak a mérlegelését ugyancsak standardizálni kellene, különösen emisszió irányának megválasztásához. (pl. Confusion Assessment Method = CAM).

Jogi környezet - ellentmondások

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, mint az egészségügyi ellátás szempontjából iránymutató alap jogi környezet fogalom meghatározásában (3.§) szintjén a detoxikálás kérdéséhez az alábbiak kapcsolhatók:

i) sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne;

j) veszélyeztető állapot: az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene;

n) életmentő beavatkozás: sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység;

o) életfenntartó beavatkozás: a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység;

t) korlátozottan cselekvőképes beteg: akit a bíróság a Ptk. rendelkezéseinek megfelelően általános jelleggel vagy az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezett, valamint az a kiskorú személy, aki a tizennegyedik életévét már betöltötte és nem cselekvőképtelen. Az ilyen személy

egészségügyi ellátással kapcsolatos jognyilatkozataira — ha törvény kivételt nem tesz — a Ptk.-ban foglalt szabályok irányadóak

Ugyanebben a törvényben a mentésről szóló (94.§) cikkely hatodik pontja rendelkezik a magatehetetlen ittas személy betegútjáról:

2) A beteg azonnali egészségügyi ellátásra szorul:

f) heveny tudatzavar esetén, ideértve **az ittasság miatti tudatzavart** is, ... esetén.

A közterületen vagy nyilvános helyen tartózkodó, **magatehetetlen ittas** személyt a mentőszolgálat **kijózanítás céljából** egészségügyi megfigyelésre, illetve ellátásra az illetékes egészségügyi szolgáltatóhoz szállítja. A megfigyelés az érintett kijózanodásáig, de legfeljebb 24 óráig tarthat. A beszállított személyt kijózanodásáig, de legfeljebb 24 órai időtartamra lehet az egészségügyi intézményben visszatartani.

Az EüTv szerint a folyamat szabályozása kormányzati feladat (247.§):

... a miniszter és a rendészetért felelős miniszter, hogy az ittas személyek kijózanítás céljából az illetékes egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállításának szabályait,

A szabályozással foglalkozó jogszabályok (2/1988 BM-SzEM együttes rendelet; 2/1996 BM-NM együttes rendelet; 45/1997 -NM együttes rendelet) hatályukat veszítették, jelenleg nincs ebben a vonatkozásban érvényes jogszabály.

Tekintettel arra, hogy a 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről **a gondnokság alá helyezés nélküli cselekvőképtelenség** esetén az alábbiak szerint rendelkezik

17. §

(1) Gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelen az, aki olyan állapotban van, hogy ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - tartósan vagy a jognyilatkozata megtételekor átmenetileg - teljesen hiányzik.

(2) A gondnokság alá helyezés nélkül cselekvőképtelen személy jognyilatkozata - a (3) bekezdésben foglalt kivétellel - semmis.

(3) A gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelen nagykorú személy jognyilatkozatát - a végintézkedése kivételével - cselekvőképtelenség miatt nem lehet semmisnek tekinteni, ha tartalmából és körülményeiből arra lehet következtetni, hogy a jognyilatkozat a fél cselekvőképessége esetében is indokolt lett volna.

ennek alapján a detoxikálás elutasítását, mint jognyilatkozatot – közvetlen életveszély hiányában – el kellene fogadnunk.

A 284/1997. (XII. 23) kormányrendelet, 2. számú melléklete taglalja azokat, amelyekkel kapcsolatos egészségügyi ellátás teljes, kiegészítő vagy részleges térítési díj ellenében vehető csak igénybe. A felsorolás elektív, így tervezhető vizsgálatok mellett akut jellegű, ezáltal észlelésekor a sürgős szükség körébe tartozó állapotok, tünetegyüttesek menedzselését is tartalmazza.

4.	<i>Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvételek</i>	4 800 Ft
5.	<i>Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett</i>	
	<i>a) vérvétel</i>	3 200 Ft
	<i>b) vizeletvételek</i>	1 600 Ft
7.	<i>Részeg személy detoxikálása</i>	7 200 Ft
8.	<i>Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása</i>	7 200 Ft

Meg kell ugyanakkor említeni, hogy a részegség explicit diagnózisként való használata feltételezi az alkohol jelenlétének igazolását – laborvizsgálattal. Itt eleve egy ellentmondás mutatkozik, hiszen az alkohol kimutatása differenciálértékkel kellene, hogy bírjon. A problémát életszerűvé, hogy a jogilag is bizonyító értékű vizsgálat igazságügyi kompetencia, csak erre akkreditált laboratóriumokban (pl. BSzKI Véralkohol Szakértői Osztálya) végezhető. Az akut jellegű betegellátás rendszerében nem standardizált és feltételrendszer szintjén nem előírt a véralkoholszint meghatározás készsége. Ebben a relációban, minden „részegség”, nota bene „alkoholos intoxikáció” diagnózisunk támadható, megkérdőjelezhető. Így a térítésre vonatkozó jogszabályi környezet érvényesítése jogi szempontból is aggályos. A költségtérítés érvényesítésének másik nehezítettsége, annak végrehajthatósága, illetve végrehajthatatlansága. A végrehajthatóság hatósági jellege nem biztosított.

Orvosszakmai szempontból hangsúlyozandó, hogy az abúzus szerek tárháza igen széles, közöttük differenciálni, így az alkoholt és a kábítószert kiemelni ugyancsak aggályos megközelítés. Az egészségtelen abúzusos fogyasztás szintjeinek definiálása nélkül, a kór állapot jellege tartalma is nehezen ítélni meg, költségtérítés vonatkozásában nem érvényesíthető.

Az ellátással kapcsolatos hangsúlyok, problémák, felvetések

A véltén akut alkohol abúzzsal összefüggő állapot sürgősségi menedzselésében is az egyén biztonságát szolgáló mikroallokációs szakmai, egy rizikó orientált triage elvnek kell érvényesülnie. Globális ellátás szintjén az egyes beteg érdeke, hogy feleslegesen ne terheljük az ellátó rendszert. Utóbbi, makroallokációs elv érvényesítésében a prehospitalis ellátásnak meghatározó triázs alapú filter szerep jut. Egy retrospektív kohort vizsgálat (Ann Emerg Med. 2013;61:175-184) 20%-ra teszi azoknak az alkohol hatás alatt állóknak a számát, akik biztonsággal kikerülhetnek a kórházi sürgősségi rendszert, nem kívánatos klinikai esemény fellépte nélkül, kórházon kívüli kijózanodási igénnyel. Megfordítva ezt az adatot, alkoholos állapotú, sürgősségi rendszer által észlelt populáció 80%-a klasszikus sürgősségi ellátási igénnyel bír.

A biztonság érdekében a jelenleg alkalmazott döntéstámogató rendszerek bonyolultak. Egy ilyen checklista bármelyi pontja indokolja a kórházi sürgősségi rendszer igénybevételét:

1. A vizsgálat során a beteg nem képes, vagy nem hajlandó kooperálni
2. Triázs szinten értékelhető egészségügyi probléma fennállta
3. Olyan komorbid állapot, melynek kapcsán obszervációs igény mutatkozik
4. Járásképtelenség
5. Sérülés
6. Feltételezhető sérülés az elmúlt egy-két órában
7. Kooperációs hiány, nyugtalanság – értékelhető súlyos tudatállapot módosultság
8. Inkontinencia (állandó hólyag-catheter; anus pre)
9. 24 órán belüli eszméletvesztés – összefüggésben potenciális egészségkárosodással
10. Terhesség
11. Anticoagulans (hangsúlyosan KVA) szedése
12. Suicid tentamen
13. Feltételezhető egyéb abúzus-, vagy toxikus szer használata
14. Deszaturáltság
15. Véralkohol az elsődleges vizsgálatkor > 0.4%
16. Alkoholfogyasztás > 1 órája nem történt az elsődleges vizsgálatkor a véralkohol > 0,2%
17. Cselekvőképtelenség
18. Jelentős alapszintű triázs paraméterekben megmutatkozó eltérés (lsd. 2.pont) – vérnyomás, pulzus, szaturáció
19. Vércukor szint 3.8mmol/l alatti (vagy 7,8 mmol/l feletti)
20. Felügyelet hiánya

Tünetegyüttesre alapuló BNO (ICD) rendszerben az alkoholos intoxicatio az alábbiak szerint definiált:

Y91 categories in ICD-10: Evidence of alcohol involvement determined by level of intoxication	
Y91.0	Mild alcohol intoxication Smell of alcohol on breath, slight behavioural disturbance in functions and responses, or slight difficulty in coordination
Y91.1	Moderate alcohol intoxication Smell of alcohol on breath, moderate behavioural disturbance in functions and responses, or moderate difficulty in coordination
Y91.2	Severe alcohol intoxication Severe disturbances in functions and responses, severe difficulty in coordination, or impaired ability to cooperate
Y91.3	Very severe alcohol intoxication Very severe disturbance in functions and responses, very severe difficulty in coordination, or loss of ability to cooperate
Y91.4	Alcohol involvement, not otherwise specified Suspected alcohol involvement

A meghatározó szerepet játszó aromás lehelet számos nem alkohollal összefüggő kórfolyamat velejárója lehet. A diagnózis valós igazolásának a toxikus ágens kimutatása az alapja.

Sürgősségi ellátásban, ha az anamnézis, a környezet alkohol hatást is feltételez, az alábbi jelek mindegyike kritikus állapotot, helyszín vonatkozásában kórházi ellátási igényt jelez:

- ☞ viglitási zavar (somnolentia-stupor-coma)
- ☞ légzési nehezítettség, oxigenizációs zavar jelei
- ☞ láz/kihülés
- ☞ öntudatlan hányás – aspiratio veszélye
- ☞ perfúziós zavar jelei
- ☞ görcsállapot

A feltételezett alkoholos állapot és a kapcsolódó tünetegyüttes magában – az egyén biztonsága érdekében – klasszikus sürgősségi ellátási igényt jelez. Az ellátás során a tünetegyüttes pontos értékelése meghatározó, a típusos tünetegyüttestől való eltérés esetén a potenciális alkohol hatás mellett más kórfolyamat korai verifikálása szükséges, a rozikó-orientációs elvek mentén.

A feltételezett alkoholos állapot magában az alábbi minimális vizsgálat elvégzését indokolja:

- ☞ vérgáz
- ☞ laktát
- ☞ ionok
- ☞ vércukor*
- ☞ véralkohol (diagnosztikus értékkel)

** helyszíni ellátás szintjén is*

A jelzett vizsgálatokat PoC (Point of Care) technológiával felvételkor el kell végezni! A kapott eredmények igazolhatják az alkoholos kórfolyamat hipotézisét, annak súlyossági fokát, illetve az attól való releváns eltérést, másik szempontból a kezelés minőségi és mennyiségi összetételét határozza meg.

A **véralkohol szint meghatározását** ennél a betegcsoportnál, úgy szakmai, mind jogi szempontból **kötelezővé** kellene tenni!

A jelzett, gyors és alapszintű vizsgálatok a felvételkor felhívhatják a figyelmet más eredetű potenciálisan kritikus kórfolyamatra – ez menedzsment szempontjából releváns **időnyereség**.

Alkoholhatás, mint mérgezés tüneti, aspecifikus – megfelelő oxigenizációs-perfúziós egyensúlyt biztosító – kezelési sémája, az ABCDE elvek mentén:

- ☞ megfelelő **légtútbiztosítás** (tudatállapot függvényében) mellett megfelelő oxigénkínálat biztosítás
- ☞ a **hipovolémia korrekciója** (intravénás krisztaloid)
- ☞ **vércukor egyensúly** fenntartsa (általában cukor pótlásával – cukor tartalmú oldatokkal)
- ☞ súlyos metabolikus és/vagy ion egyensúlyzavar korrekciója
- ☞ egyéb tünetek, kórállapotok menedzselése
 - kihűlés esetén (alap szinten: izolálás, passzív visszamelegítés)
 - görcs állapotnál (első választandó szer a lorazepam (2-4mg))
 - igazolt rhabdomyolysisnél (agresszív volumen kezelés – 6-8ml/ttkg/óra krisztaloid)
 - Wernicke tünetek fellépte esetén az egyebekben opcionális thiamin szubsztitúció (100mg) obligát

Bizonyítottan tekinthető, hogy az alkohol hatása alatt az **agresszió** és az **erőszak** valószínűsége magas. Így ennek a betegcsoportnak ez ellátása során az erőszak megelőzésére hangsúlyos figyelmet kell fordítani. A megelőzés és menedzselés folyamatát a

sürgősségi rendszerben dolgozóknak tanítani kell, a biztonsági előírások és feltételrendszerek részét képezik a megelőzésnek. A feltételek között kell szerepeltetni a sürgősségi egységek személyi állományának szerves részét képező **biztonsági szolgálatot** is.

Alkoholos állapotban lévők ellátásánál az ellátók **személyes biztonságának garanciája** meghatározó.

A környezet szintjén, az **erőszak megelőzése** szempontjából is izolált, de nem zárt terület biztosítása szükséges. A kapcsolatteremtés és a kommunikáció lényegi elem, ez egyszerre jelent odafordulást, együttérzést, határozottságot és a személyes tér és jogok tiszteletben tartását. Ezzel a hozzáállással az agresszió gyakran megelőzhető.

Fizikális megfékezés ritkán válhat szükségessé – ezt lehetőség szintjén elsődlegesen karhatalom, vagy képzett biztonsági szolgálat végezze. A megfékezés tényét és formáját dokumentálni kell.

A kényszerű gyógyszeres szedáció mellékhatásai:

- ☞ légzésleállítás
- ☞ hányás – aspiratio
- ☞ keringésleállítás
- ☞ kritikus perfúzió romlás (vérnyomásesés, ritmuszavar)
- ☞ allergia

mindezek potenciális felléptére és elhárítására készség szinten kell felkészülni. Az adott szedatívum megválasztása, ideális szer hiányában, ismeret és készség kérdése. Maga a **gyógyszeres szedáció komplex feltételrendszer** (személyi, készség szintű, eszközös, monitorizálási) biztosítottságát feltételezi.

A beteg szoros obszerválása, monitorizálása, szüksége esetén a laborvizsgálatok kontrollja, illetve a vizsgálatok kiterjesztése szükséges.

Sürgősségi ellátás szintjén az obszerváció nem haladhatja meg a 24 órát. A beteg útjáról célszerű az első hat órában döntést hozni – ezen idő alatt a kórfolyamat dinamikája jelzi annak súlyosságát, összetettségét, illetve más irányú menedzselési igényét.

Az alkoholbetegség hazánkban is nagyon gyakori. Az alkoholhatással összefüggő sürgősségi vizitek nagy száma kapcsán el kell gondolkodnunk azon, hogy kihasználjuk ennek a kényszerű vizitnek a preventív lehetőségeit is. A veszélyeztetett betegcsoport szűrésének azonban csak akkor van és lehet értelme, ha követő rendszer – orvosszakmai, szociális és jogi

szempontból, szemlélet és kapacitás oldaláról egyaránt – fogadó kész ezekkel a betegekkel. Ennek a szemléletnek a térnyerése elsődlegesen politika döntés kérdése.

Vélemény – javaslatok:

Alapjaiban fenntartom a mellékelt, 2008 januárjában, a Kollégiumnak írt szakvéleményemet.

Adott kérdés lényegesen komplexebb annál, hogy a sürgősségi ellátás keretein belül kezeljük. **A politikától az alkohollal kapcsolatos komplex probléma megoldásához proaktív fellépés várható el.** A sürgősségi ellátás, közvetlen ellátáson túli, adatszolgáltató és pereventív-szignalizációs szerepe rendszer szinten, abba illesztve kihasználható.

Az alkoholos állapotok igen kis százaléka egyszerű részegség – így **ez a tünetegyüttes egyértelműen sürgősségi ellátást igényel.**

Az ezzel járó terhelés mértékét a **kórházon kívüli rendszer szűrőszerepének** támogatásával csökkenthetjük.

Javaslom: a Kollégium dolgozzon ki egy helyszíni döntéstámogató rendszert, ami segíti a helyes, biztonságos betegút megválasztását.

Alapvető problémának látom, hogy az egészségügyi szolgáltató személyzet általában nem kellően érzékeny az **alkohol-probléma** megjelenései iránt, gyakran intoleráns, **nem rendelkezik megfelelő ismerettel és szolgáltatói készséggel** a probléma kezeléséhez. Az ellátórendszer tagoltsága és izoláltsága ebben az esetben is azt eredményezi, hogy a prevenció, a korai felismerés és a korai beavatkozás lehetőségével nem élünk.

Javaslom (szakmai oldalról): a problémával kapcsolatos képzés megindítását

Az **1/2012. EMMI rendeletben** foglalt feltételrendszer biztosítása **garantálja a jelzett betegcsoport ellátási készségét** is – személyi, tárgyi, szervezeti és építészeti, azaz technológiai szempontból egyaránt. *Sajnálatosan meg kell jegyezni, hogy mindazon szolgáltató, aki feltételrendszer hiányára való hivatkozással nem fogadja ezt a populációt, nem végzi ellátásukat az egyéb sürgősségi feladat ellátására is alkalmatlan.*

Javaslom – az eredeti javaslatnak megfelelően: a rendelet személyi feltételrendszerének kiegészítését, a „biztonsági szolgálat” folyamatos jelenlétének biztosításával. Az előterjesztést a Kollégium végzi.

Specifikus differenciáldiagnosztikai, monitorizálási és jogis szempontból is szükséges az **alkohol szint meghatározásának** készsége. leggyakoribb abúzus szerként kimutatása számos szempontból meghatározó. jelen ellátási formához a **PoCT** illeszthető.

Javaslom – a Kollégium tárgyalja a vizsgálat obligációját.

Finanszírozási szempontból a jelzett ellátási elv mentén a finanszírozás átgondolandó. Tekintettel a valós ellátási igény „betegség”, sürgős szükség jellegére a térítendő kategóriába sorolás diszkriminatív. A térítési díj egyrészt nem fedi a valós költségeket, másrészt bevételezése aggályos, esetleges. Csak komplex alkohol-politika szintjén kezelhető a kérdés, például az alkohollal összefüggő, akut jellegű egészségügyi ellátás költségeinek jövedéki adóban történő megjelenítése és a befolyt összeg célzott, valós felhasználása

Javaslom :

- ☞ Kollégium írja le (akár irányelv szintjén) az alkoholos állapot ellátásának menetét
- ☞ az OEP bevonásával végezzen költség számításokat
- ☞ kormányzati szinten szülessen döntés ennek a forrásnak a biztosításáról, annak formájáról

Az elvártan menedzselendő, egyes személy esetében 24 órában maximált ellátás egy komplex probléma szűk, de meghatározó szegmense. A sürgősségi ellátás filozófiája alapján egy folyamat csak integrált szervezet keretein belül menedzselhető hatékonyan. Elvárásként kell megfogalmazni, hogy a 24 órás menedzseléssel magában nem oldunk meg problémát, ha nem kapcsolódunk az ellátás további, vs. ugyancsak izolált elemeihez. A sürgősségi ellátás jelző, szignalizációs szerepét az alkohol probléma kezelésében ki kell használni!

Javaslom – a potenciális lehetőség kapcsán – komplex alkoholpolitika megjelenítését és abban a sürgősségi ellátás szempontrendszerének figyelembevételét.

Budapest, 2013. február-március