

GLOSSZÁRIUM A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSRÓL

A medicina XX-XXI.századi hangsúlyváltásai: a humán tényező háttérbe szorul – technikai dominancia; társadalmi elvárás és hangsúly a beteg autonómiája, ismételt igény mutatkozik – a szubdiszciplinaritással szemben - az omnipotenciára; ez az omnipotenciát az ellátás team jellege is biztosítja; a technikai-, tudományos lehetőségek extrém költségrobbanást eredményeznek

A **medicina költségrobbanása az egészségipar struktúraváltását** kellett, hogy eredményezze: társadalmi, így az ellátási rendszer szintjén kell feloldani azt a morális feszültséget, ami a potenciális és valós lehetőségek, valamint az igények között alakul ki

Ez az ellentmondás, ennek feloldási kényszere eredményezte a XX.század közepén egy új ellátási **szemlélet** megjelenését – ez volt a **sürgősségi ellátás**. Ezzel a folyamattal párhuzamosan egy ennek a szemléletnek megfelelő, a megváltozott integratív rendszert üzemeltetni képes új önálló diszciplína is megszületett – ez a **sürgősségi orvostan**. Ebből adódik, a szemlélet és a diszciplína alapelvei azonosak.

Az új hangsúlyok és az új struktúra az **egészségügyi ellátás** szintjén új, **gazdasági és minőségügyi rendezőelvek** megjelenítésével jár:

1. társadalmi szinten, politikai képvisellel kell meghatározni azt a **költséghányadot** (lehetőséget), amit az adott társadalom erre az „iparágra” fordít
2. a struktúrát és a tevékenységet **költség-hatékonysági** tényezők
3. a beteg **biztonságát költség-hasznossági** tényezők kell, hogy garantálják

Szükséges hangsúly, hogy a gazdasági elemek térnyerése alapvető medicinális etikai normákat szolgáljon, így az **igazságosság elvét**. Ennek érvényesítéséhez egy szakmai alapú **allokációs rendszert** kellett bevezetni.

A sürgősségi ellátás hangsúlyai:

1. **integráció** – **beteghez integrált** ellátói rendszer, adott kórfolyamathoz rendelt **komplex diagnosztikai és ellátói team** (*ennek a tevékenységnek a felületét biztosítják a sürgősségi egységek*). Az integráció egyik oldalról időnyereség és megbízhatóságot növelő tényező, másik szempontból egy gazdaságosabb és hatékonyabban üzemelő rendszert jelent.
2. **idő-dependencia** – korszerű kóreltani ismereteink megkövetelik az egyes kórfolyamatok korai észlelését és korai kezelését – ez javíthatja a kimenet lehetőségét (különösen igaz ez a klasszikus sürgősségi, úgy nevezett rövid terápiás időablakú tünetegyüttesek esetén). Rendszer szinten az idődependencia igazságos garanciája az integrált ellátási forma.
3. **allokáció** – az igazságosság elvének garantálása érdekében, integrált rendszeren belül is kell olyan szakmai, standardizált elosztási elv, ami egyaránt veszi figyelembe az egyén, a beteg aktuális érdekét és pont a betegek érdekei kapcsán a rendszer aktuális ellátói készségét, kapacitását. A beteg aktuális állapotához időfaktort és ellátói intenzitást rendelő elv a **mikro-allokáció**. Az adott ellátórendszer kapacitását, ellátói készségét – globális betegérdek kapcsán – a rendszer globális készséget optimalizáló elv a **makro-allokáció**.

Az **akut jellegű betegellátás** az egészségügyi ellátórendszer **társadalmilag** és **gazdaságilag** is **legérzékenyebb** modulja. A **társadalom** számára egyben képezi le **biztonságérzetét**, **egészségtudatát** és magát az **egészségügyi ellátórendszert**. (A politika egyenlőségjelet tesz az akut jellegű ellátás = a sürgősségi ellátás = mentés fogalmi közé és politikai hívószóként, prioritásként csak egy izolált elemet, a mentést támogatja. Mivel a támogatás nem rendszerelvű, a kommunikálható investíciónak nincs érték szintű hozadéka.) A már jelzett költségrobbanás a kórállapotok menedzselésének ezen a pontján a **legexpanzívabb**.

Az **egészségügyi ellátás** egy nyitott **rendszer**, magas **entrópia** jellemzi. A rendszer egyes alrendszerei, moduljai, elemei is kihatnak egymásra. A sürgősségi ellátás, mint rendszerező elv a fentiek miatt jelent meg az akut ellátás szintjén – komoly kihatással a megelőző „szűrő-gondozó-preventív” és a követő „rehabilitációs” modulra.

A **sürgősségi orvostan** további sajátosságai:

- ☞ alapelemeiből adódóan a sürgősségi orvostan egy **szemléletet**, **folyamatot** képvisel, tevékenységét így nem ennek a folyamatnak a megnyilvánulási helye határozza meg (a prehospitalis, hospitalis megosztás is csak a tevékenység helyét jelöli, célja, funkciója, szemlélete azonos). Ezt az egységet fejezi ki a hazai **oxológia-sürgősségi orvostan** idióma.
- ☞ a sürgősségi orvostan tevékenységének színterén **hatékony felületet** biztosít a beteghez integrált, idő dependenciát garantálni képes ellátói rendszer számára
- ☞ a **sürgősségi felület magában**, egység szintjén **nem jellemezhető**, működési szintjét, hatékonyságát, **progresszivitási szintjét** a beteghez ezen a felületen **integrálható diagnosztikai és terápiás készség** spektruma és **progresszivitási szintje** határozza meg
- ☞ a **sürgősségi orvostan** tevékenysége klasszikus – restitutív fázisba átnyúló – **krízismenedzsment**
- ☞ a **sürgősségi kórfolyamatokat** a kórfolyamat kezdete – az adekvát kezelés megkezdése és a kimeneti lehetőség közötti fordított **időarányosság** jellemzi (azaz minél korábban történik az ellátás, annál jobb a kimenet lehetősége) az időfaktor **percekben, órákban** mérhető (24órában maximalizálható)
- ☞ a **korai** felismerés - korai segélykérés – korai segélynyújtás - korai differenciálás - korai stabilizálás - korai oki kezelés egyértelműen jelöli ki a sürgősségi orvostan tevékenységi területét
- ☞ a **sürgősségi orvostan** nem egyes betegségek, hanem **tünetegyüttesek** menedzsmentjével foglalkozik (ebben jelentősen tér el más önálló diszciplína megközelítésétől) – szakmai allokációs rendszere a **triázs**, a **tünetegyüttesek** értékelésére, **rizikóstartifikációjára** épül, egy **kockázatkezelési rendszerelv** (van standard hazai, nemzetközileg is elfogadott triázrendszer = Magyar Triázs Rendszer)
- ☞ az egyes kórfolyamatok primer oka (elsődleges károsodás) és a szervezet szisztémás válasza (másodlagos károsodás) a beteg biológiai variabilitásán keresztül együttesen adja a **tünetegyüttest**, melyből a **sürgősség** alapvető feladata a **másodlagos károsodás mértékének korai csökkentése**
- ☞ a sürgősségi ellátásban **diagnosztikai szinten** elsődleges a tünetegyütteshez kapcsolódó magas rizikójú kórfolyamatok kizárása ezt az elvet hívjuk **rizikó-orientált evakuációnak**
- ☞ a **sürgősségi** ellátás **preventív** szerepe a tünetegyüttesek korai rizikó értékelése, míg a korai állapotstabilizálás és korai oki kezelés menedzselése a **rehabilitáció** alapját biztosítja
- ☞ **ellátási készségét folyamatosan biztosítja**

Rendszer szintjén a **sürgősségi ellátás**, mint felület **interfész** szerepet tölt be – ez azt is jelenti, hogy a rendszerben megmutatkozó bármilyen változás, feszültség megmutatkozik ezen a kis ellenállású, nyitott felületen – ez is a sürgősségi ellátás sajátja és rendszer szinten indikátorként is használható. (Pl. az aktív ágyszám kapacitás csökkentése az ED vizit számának növekedését eredményezi; az alapellátási diagnosztikai kapacitás elégtelensége – shiftként – megmutatkozik a sürgősségi ellátásban)

A sürgősségi ellátás szociális szempontból egy biztonsági háló – a társadalom egyre jelentősebb hányadának az egyetlen hozzáférési lehetőséget jelenti az egészségügyi ellátáshoz.

Gazdasági szempontból a sürgősségi ellátás, mint szemlélet a megszokott izolált, egység szintű indikátor rendszerrel nem, illetve tévesen értékelhető – az ellátási folyamat korai investitív fázisa és folyamatos készen állási készsége kapcsán, alacsony marginális költségei ellenére ma Magyarországon „veszteségesnek” ítélik. Ez a mítosz szerte a világban már a múlté – hiszen pl. a korai felismerés és korai kezelés, a helyes betegút menedzsmentje kevesebb szövődményt, jobb gyógyulást és rövidebb kórházi ellátási időt eredményez – ennek gazdasági nyereségével. Mindez igaz a hazai homogén finanszírozás rendszerében is, annak ellenére, hogy a korai gyors diagnosztikát, a klasszikus sürgősségi ellátást jelen rendszer nem szintjén és nem értékén – azaz alulffinanszírozza.

A sürgősségi ellátás HR problémái leképezik a hazai egészségügy egészének krízisét. Sürgősségi szakemberek képzése nem differenciált, nem támogatott. A képviselendő szemlélet jelen rendszeren belül nehezen, csak konfliktusok és jelentős kompromisszumok árán képviselhető – ez meghatározó oka annak, hogy jelenleg több aktív szakember hagyja el az országot, változtat pályát, mint amennyit kilép a képzési rendszerből. A sürgősségi ellátás differenciált kompetenciaszintjeinek megfelelő igény nem megfogalmazott és ugyancsak nem megkövetelt.

Jövőkép:

Nemzetközi trend jelzi a sürgősségi rendszeren belül a sürgősségi medicina szerepét, a változás hangsúlyait, amennyiben egyre nagyobb feladatot kap az akut jellegű betegellátáson belül – túlmutatva a felvételi filter funkción hangsúlyos feladatává válik a fekvőbetegellátásban való részvétel. Alapszerep azonban az akut jellegű ellátási folyamat integrálása marad. A sürgősségi felületen megmutatkozó indikátorokat fel kell használni a rendszer folyamatos értékelésére, fejlesztésére. A sürgősségi rendszereknek alkalmazkodniuk kell az elvárásokhoz, így az öregedés folyamatához, az ehhez kapcsolódó ellátási igény megváltozásához. A mentésnek, mint a sürgősségi folyamat prehospitalis képviselőjének részt kell vállalnia az otthoni környezetben való (akut jellegű) ellátásban.

Mindehhez először a hazai ellátórendszer sürgősség elvű átalakítása lenne szükséges!

Az interdiszciplináris fórum aktuális kérdéseivel kapcsolatos vélemény:

Az alapellátás hiányosságai a Sürgősségi Osztályokon csapódnak le

Ez tény, ami adódik a sürgősségi ellátás interfész szerepéből.

Definiálandó az alapellátás feladatköre és kompetenciái (szűrés, prevenció, gondozás).

Ki kell építeni azt a rendszert, ami lehetővé teszi ennek a meghatározó, dominálónan elektív tevékenységnek a profiltisztítását.

A szolgáltatás formájának – pl. „nyitvatartási idő”, azaz hozzáférhetőség – megválasztása rendszer szinten kapacitás kérdése.

Ki kell mondani az alapellátási ügyelet jelentős hányadában sürgősségi tevékenység – így azt arra képzett, megfelelő készséggel bíró rendszerben megfelelő szakembereknek kell végeznie. (ez nem zárja ki azokat a Kollegákat, akik készségük és szabad kapacitásuk alapján részt tudnak vállalni ebből a tevékenységből)

A jelenlegi jogszabályi környezet ezt a logikai sort, alapvető fogalomzavar kapcsán, nem támogatja.

Szakmai egyetértés lehet csak az alapja a vázolt ellátási rend szabályozási környezetének leírásához. valós adatok és számítások alapján – társadalmi edukáció mellett – fokozatosan kell kiépíteni a sürgősségi ellátás prehospitalis rendszerét, az alapellátás profiltisztítása és fejlesztése mellett.

Képzett és kompetens szakember gárda kialakításának lépései

Ezt nagyon egyszerűen kellene megközelíteni! (különben elveszünk a részletekben és parciális gondolatokban – egyéni érdekek szintjén)

1. kell egy rendszer – egy szemlélet
2. meg kell vizsgálni (előre), milyen differenciált feladatok szükségesek a rendszer üzemeltetéséhez
3. össze kell hasonlítani ezt a funkcionális igényt a jelen képzési rendszerrel és a rendelkezésre álló humánerőforrás kapacitással
4. le kell írni, akkreditálni azokat a képzési formákat, melyek ma még hiányoznak
5. prioritizálni kell
6. képzés – életpálya - megbecsülés

A sürgősségi betegellátás egészségügyi szemlélet- és struktúra-formáló szerepe

Ild. glosszárium

A diagnosztikai és konziliárius rendszer, a társosztályok együttműködése

INTEGRATÍV FELÜLET – TEAM JELLEG

Ha szemléletként, rendszerelvként mutatkozik a többi elem (szakterület) tevékenységének szervezeti átalakítását igényli (pl. nem lehet folyamatos ellátásban ügyeleti szintű a diagnosztika / Budapest ellátási formája kórrajza ennek az elavult, tékozló, mégis szegény, veszélyeztető rendszernek).

Optimális Sörgősségi Osztályos lefedettség az egész ország területén

Magában nem értelmezhető – a 60/2003. számú ESzCsM rendelet szintjén is meghatározott, mekkora populáció, milyen időbeli elérhetőség, milyen komplex ellátási készséget követel. Ezen a ponton válik ketté a sürgősségi rendszer és sürgősségi egység (osztály, centrum ...), mert a sürgősségi osztály magában nem értelmezhető – rendszerszervező elv! Így a kérdés sem értelmezhető – csak komplexitásában, az ország sürgősségi ellátása lefedettsége szintjén tárgyalható. (nincs izolált stroke, trauma, ACS ... ellátás / mindez ellentmond a sürgősségi ellátás komplexitásának, integratív hangsúlyának)

Egységes betegtájékoztató és betegirányítás

= egységes ellátó rendszer = egységes akut ellátási rendszer Magyarországon!