

Állásfoglalás a sürgősségi ellátásról

A magyar sürgősségi orvoslás ismétlődő válságjelenségei, a diszciplína helyének kórházrendszeren belüli tartós megtalálása céljából a Magyar Kórházszövetség (MKSZ) és az Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesülete (MSTOKE) közös állásfoglalást fogalmaz meg.

A mentőszolgálat tradicionális kiemelkedő szerepe, az egészségügyi infrastruktúra ez irányban megkezdett fejlesztése, és az elmúlt évtizedek szakmai és emberi erőforrás változásai egységes, erős sürgősségi betegellátási modell kialakítását alapozzák meg. A gyakorlatban ugyanakkor sem a pre- sem az intrahospitális folyamatok alakításában a sürgősségi rendezőelv nem jelenik meg kellő hangsúllyal. Ennek változtatása céljából a legfontosabb tennivalóknak a két szervezet az alábbiakat látja:

1. Prehospitalis sürgősség

- **Egységes alapellátási ügyeleti rendszer** kialakítása szükséges. Ahol csak lehetséges, célszerű az alapellátási ügyeletet a kórházakban, a sürgősségi betegellátó osztály melletti üzemeltetni.
- Az autóval helyszínre kijáró háziorvosi ügyelet (**kijáró ügyelet**) **megszüntetésre** luxusszolgáltatás. Fenntartását sem a hatékonyság, sem a betegek és az ellátók biztonsága, sem korszerű szakmai szemlélet nem indokolja. Megszüntetése indokolt, ennek során a kapcsolódó dokumentációs tevékenységek (pl.: exitus megállapítása) átadásáról is gondoskodni kell.
- Az alapellátási ügyelet emberi erőforrásának biztosítása céljából a **házi orvosi praxis folytatásához az ügyeleti kötelezettséget** elő kell írni. Az akut ellátási kompetenciákat az előírások szerint rögzíteni szükséges.
- Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása akkor vezethet eredményre és a betegbiztonság javítására, ha a sürgősségi betegellátó osztályok rendszerének megerősítésével jár együtt.
- A **mentőszolgálat további megerősítésre** szorul. Kiemelendő a mentésirányítási rendszer további javítása, kompetenciák ésszerű leosztása, ennek megfelelő szervezeti forma bevezetése.
- A **gyermekmentő szolgálatok** országos lefedettségét el kell érni.

2. Emberi erőforrás

- Magyarországon kritikusan kevés a sürgősségi szakorvosok száma. Az évente kiképzett és külföldre távozó sürgősségi orvosok száma közel egyforma, így a hosszú távú szakorvos utánpótlás nem biztosított. A központi szakorvos képzés bevezetésekor kiemelt keretszámot kell adni a sürgősségi szakorvosjelölteknek. Jelenleg **évente kb. 50 sürgősségi szakorvos** képzése megoldható és indokolt.
- Az egyetemi képzőhelyek graduális és posztgraduális **képzési programjának harmonizálása** szükséges.
- A rezidensképzés kötelező sürgősségi gyakorlati képzését követően **sürgősségi licence** adandó, melyhez meghatározott kompetenciák és kötelezettségek rendelhetők a sürgősségi orvoslásban. A kötelező szakorvosi továbbképzésekbe **minden** szakma esetében **kötelezően megszerzendő sürgősségi orvostani**

pontok határozandók meg. Ezzel a szakorvosok sürgősségi kompetenciája biztosítható.

- A sürgősségi ellátásban dolgozó munkatársak esetében az *életpályamodell kidolgozása* egészségügy életpálya pilot programként ajánlott.
- Az állami egészségügyi rendszerben meghatározandó a szolgáltatók által *minimálisan és maximálisan adható sürgősségi szakorvosi és szakdolgozói óradíj*.

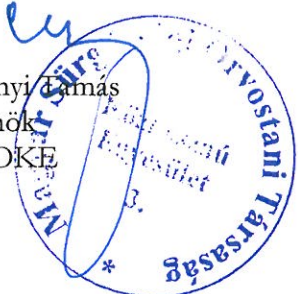
3. Hospitalis ellátásszervezés. A kórházi rendszer tervezett átszervezése, a megyei kooperáció erősítése és az alapellátás kapuőri funkciójának javítása szükségessé teszik a sürgősségi ellátás szerepének hangsúlyozását.

- A kórházi sürgősségi betegellátó osztályokon *sürgősségi team* dolgozik. A team vezetője sürgősségi szakorvos, mellette speciális szakvizsgákkal dolgozik a többi diszciplína szakorvosa. Ők a rezidensképzésük során kapott sürgősségi licence és a kötelező sürgősségi továbbképzési kompetenciák alapján a sürgősségi osztályra vezényelhetők. Ennek jogszabályi rögzítése szükséges.
- A kiegészítés elkerülése céljából célszerű a kórházakban a szakemberek változatosabb munkáját biztosító mátrix rendszerek létrehozása. Erre példa lehet az átfedő kompetenciákat igénylő *sürgősségi-intenzív-aneszteziológus egységek* kialakítása.
- A sürgősségi ellátásban részesülő betegek *prehospitalis és hospitalis betegút menedzsmentjére* irányelvek és helyi protokollok alakítandók ki, melyeknek betartását szigorúan számon kell kérni.
- A *kanadai alapú, mára magyar triázs rendszer* (Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer) használatának rendszerszintű befogadása szükséges mind a hatósági tevékenységek, mind az osztályos gyakorlat, mind a szakember képzés során. TÁMOP program támogathatja a rendszer széleskörű befogadását, obligát elterjesztését
- Kórházmenedzsmenti és fenntartói beavatkozásokkal el kell érni, hogy a fekvő- és járóbeteg ellátás és a diagnosztika is *szükséges mértékű szabad kapacitásokkal* rendelkezzen a sürgősségi betegek fogadására.
- A *kórházi biztonsági szolgálatoknak* kiemelt szerepe van a sürgősségi ellátás nyugodt feltételeinek támogatásában. Ugyanez vonatkozik a *hygiénes és transzport szolgáltatásra is*.
- A sürgősségi ellátás jelenleg súlyosan alulfinanszírozott. A járó, egynapos és fekvőbeteg *ellátás finanszírozásának korrekciója* során a sürgősségi betegellátást kiemelt finanszírozásban kell részesíteni.
- A prehospitalis, kórházi sürgősségi vagy akut ellátáshoz fordulás kiválasztásában, új panaszok megjelenése esetén a sürgős vagy halasztható teendők felőli döntésben a *lakossági tájékoztatást*, a beteg edukációt célzottan kell javítani. Erre TÁMOP programból lehet keretet biztosítani.

A Magyar Kórhákszövetség (MKSZ) és az Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesülete (MSTOKE) az egészségpolitikai vezetés kérésére készséggel részt vesz a részletek kimunkálásának munkájában.

Budapest, 2014. december 15.


Dr. Berényi Tamás
elnök
MSTOKE




Dr. Velkey György
elnök
Magyar Kórhákszövetség

