

## *A sürgősségi betegellátás helyzete Magyarországon*

A kormányprogramban a sürgősségi betegellátásról a következők szerepelnek: „A sürgősségi ellátást a szocialista kormányzat látszólag kiemelt feladatként kezelte, ennek ellenére 2006-tól jelentősen szűkítette a fejlesztési forrásokat. A kórházak sürgősségi osztályainak kialakítása leállt, a mentőellátás fejlesztése lelassult. Az Országos Mentőszolgálatnál három éve egyetlen új mentőautó beszerzésére sem került sor. Biztosítani kell, hogy a mentőautók az ország valamennyi pontját 15 percen belül elérjék. A Mentőszolgálat eszközállományának cseréjét haladéktalanul el kell kezdeni.”

**Dr. Svéd László** nyugalmazott altábornagy, rehabilitációs igazgató, az Oxyológiai-sürgősségi, honvéd- és katasztrófaorvostani Szakmai Kollégium elnöke  
Állami Egészségügyi Központ, Budapest

*„Senkinek sem vagyunk konkurenciái, talán csak a baláznak, akit igyekszünk a betegetől minél távolabb tartani”*



Dr. Svéd László „summa cum laude” minősítéssel 1974-ben diplomázott a Szegedi Orvostudományi Egyetemen. Onnan a 25. Harckocsi Ezred egészségügyi szolgálatfőnöki beosztásába került. Katonai alapkiépítését 1971-ben, speciális katonarvosi képzését 1974 októberétől 1975 áprilisáig szerezte meg. 1975 júniusától

1981-ig a 11. harckocsi hadosztály egészségügyi szolgálatfőnöki beosztását töltötte be. 1978-ban társadalom-orvostanból és egészségügyi szervezéstanból szerzett szakorvosi képesítést. 1981-1991 között az 5. Hadsereg egészségügyi szolgálatfőnöke volt. 1988-ban a szentpétervári KIROV Katonaorvosi Akadémián egészségügyi harcászati továbbképzésen vett részt. 1989-ben nevezték ki ezredessé.

1991 januárjától május végéig az Öböl-háborúban, mint a szaúd-arábiai Dhahran légibázison tevékenykedő magyar orvoscsoporthoz parancsnokként vett részt. Ugyanazon év decemberétől a Magyar Honvédség, illetve a Honvéd Vezérkar egészségügyi szolgálat-, majd csoportfőnöke lett, 2005. április 1-től a Magyar Honvédség Egészségügyi Parancsnokságának parancsnoka. 1994-ben táborkokká nevezték ki. Még ugyanazon esztendőben katasztrófa-orvostanból szakorvosi, 2003-ban pedig tudományos fokozatot (PhD) szerzett. 2005 novemberében a NATO Katona-egészségügyi Tanácsának elnökévé választották, aztán a rákövetkező év végén nyugdíjba vonult. 2007-ben lett altábornagy, a Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ rehabilitációs igazgatója, főigazgató-helyettese, 2009-től mindmáig a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Védelem Egészségügyi Intézet Katona-orvosi Tanszékének tanszékvezetője, egyetemi docens.

A szakmai és tudományos közéleti tisztségeinek se szeri se száma. Például 1976-tól napjainkig a Magyar Infektológiai Társaság tagja, 1985-1989 között az 5. Hadsereg hadtáp tudományos tanács tagja, 1991-től máig a Katona- és katasztrófa-orvostani Társaság elnökségi tagja, az 1991-1998-as esztendőkből az Új Honvédségi Szemle szerkesztő bizottságának tagja, 1991-2006-ig a Honvédorvos szerkesztő bizottságának elnöke. 1992-2008 között a Katonai Logisztika című folyóirat szerkesztőségi tagja, 1994-től napjainkig az Oxyológiai Sürgősségi, Honvéd és Katasztrófa-orvostani Szakmai Kollégium tagja, 1994-2002 között titkára, 2009. április 15-től elnöke. 1994-től a Magyar Sürgősségi Orvosok Társasága Közhasznú Egyesületének (MSOTKE) tagja, 2005 októberétől 2009 októberéig elnöke, jelenleg elnökségi tagja. 1995-2006-ban az Amerikai Katonaorvosi Társaságnak, 1997-2003 között a Journal of Military Medicine nemzetközi felügyelő bizottságának, 1999-től a Budapesti Honvéd Sportegyesület Egyesületi Tanácsának tagja, a kézilabda szakosztályának elnöke. 2004-től a MOTESZ köztestületi tagja, 2005-2006 között a NATO Katona-egészségügyi Tanács elnöke, 2005-2008-ban az MTA IX. Osztály Hadtudományi Bizottságának tagja, 2008-tól alelnöke, 2006-tól máig a Honvédorvos szerkesztő bizottságának tagja.

Végül időrendbe állítva álljon itt Svéd tábornok kitüntetései sora: Haza Szolgálatáért Érdemérem (ezüst fokozat), Fegyverbarátság Érdemjel, Szolgálatért Érdemérem (10 év után), Haza Szolgálatáért Érdemérem (arany fokozat), Szolgálatért Érdemérem (15 év után), Kiváló Szolgálatért Érdemrend, Szaúd-Arábiai Király (III. fokozatú kitüntetés), Magyar Köztársaság kardokkal ékesített csillagrend, Military Merit USA, De Backey Díj (Amerikai Sebészorvosi Társaság), Tiszti Szolgálati Jel II. fokozat (25 év után), Flór Ferenc Díj, NATO KFOR érem, Tiszti Szolgálati Jel I. fokozat (30 év után), Hunyadi Díj, Francia Becsületrend tiszti fokozat, Német Szövetségi Köztársaság Arany Medálja, Magyar Köztársasági Érdemrend Középkeresztje (katonai tagozat).

*– Igazgató Úr! Ön, mint az Oxyológiai-sürgősségi, honvéd- és katasztrófaorvostani Szakmai Kollégium elnöke, az ÁEK rehabilitációs főigazgató-belyettese, milyennek ítéli a sürgősségi betegellátás helyzetét hazánkban?*

– Gyakorlatilag 1994 óta kerültem a sürgősségi betegellátás közelébe, előtte 1974-től mentőztem, közelebről a hospitális részt ismertem. Ma már azonban pontosan tudom, hogy az országban létezik egy maroknyi kis csoport, aki intenzíven küzd a sürgősségi betegellátásért. A verbalizmus szintjén minden kormányzat támogatta, sőt a zászlajára tűzte a sürgősségi betegellátás ügyét, mint ahogy a betegek és a mentők is szeretnék tudni, hogy sürgősség esetén a nap bármelyik pillanatában van egy kórház, ahova a páciens el, illetve bevihető. Az évek so-

rán ennek az ellátási formának meglehetősen sok elméleti részét kidolgoztuk, csak lassan elment az elmélet mellett az idő, és begyűrűztek a továbbfejlődést gátló bajok.

*– Mire gondol Igazgató Úr?*

– Leginkább a szakemberhiányra. Jelenleg ugyanis mintegy 400 szakorvos hiányzik a sürgősségi ellátás rendszeréből, ami a többi orvosi szakma támadásának keresztútjába viszi a területet. Hiába van meg a kívánalom, bármiféle kormányzati akarat, sajnos a szakma saját magát lehetetleníti el azáltal, hogy sem a graduális és a posztgraduális képzést sem oldotta meg. Pontosabban az utóbbi időkben történt valamiféle kis lépés a graduális oktatásban, a posztgraduális képzésben is, de eléggé diffúz módon van jelen a sürgősségi orvoslás. Aneszteziológusok, traumatológusok, volt mentőorvosok próbálnak itt dolgozni, de nyilvánvalóan nincs meg mindenütt ugyanaz a szintű felkészültség, ami pedig az eredményes sürgősségi orvosláshoz szükséges volna. És hát koncepciónálisan sem lehet a többi szakmával megértetni, hogy mi a betegeiket nem elvenni kívánjuk tőlük, sem helyettük gyógyítani, sem pedig munkanélkülivé tenni a kollegákat.

*– Biztosan azért, mert laikus vagyok, az iménti felvetés álmomban sem jutna eszembe. De ha már kimondta, akkor mi a céljuk?*

– Más osztályokat megannyi fölösleges tehertől megszabadító, a definitív-ellátásig a betegutat leszabályozó sürgősségi ellátást szeretnénk megoldani. Amerikában, amikor ezt sikerrel bevezették, akkor a betegeknek csupán 20 százaléka(!) került a sürgősségi osztályokról az ellátóosztályokra! Egyébként a katonae-gészségügyi ellátási elvekre hasonló megoldás felfedezhető ebben, hiszen minden katonai, tömeges sérült segélyhely úgy épül fel, hogy van az osztályozója, az intenzív ellátója, és van egy fektető kiürítője. Ez a hármas tagozódás igazából a békeidőkre leképezve a sürgősségi, osztályozó állomás; aktív osztályok, ellátóhelyek, kezelőhelyek; a kiürítők meg a rehabilitációs és krónikus intézmények.

*– Gyakorlatilag arról van szó, hogy a sürgősséggel kórházba kerülő beteg egy ellátással egybekötött osztályozáson megy keresztül, melynek helyszíne a sürgősségi osztály, és ahol eldöntetik, aktív ágyra, krónikus ágyra fektetik, vagy járóbeteg lesz belőle, illetve hazamehet.*

– Pontosan. Az egyik lehetőség, hogy miután nincs különösebb baja, az orvos hazaküldi, a másik, hogy helyben ellátja, s utána távozik a páciens. A harmadik esetben benn tartja, mert nem tudja eldönteni, hogy melyik ellátási kategóriába sorolja be, a negyedik nagy csoportnál azt mondja, azonnal akut osztályra kell küldeni, nem tud vele semmit csinálni, maximum a rendkívül sürgős képkalkotó, vagy laboratóriumi vizsgálatokat elvégezteti, hogy gyorsítsa az ellátás folyamatát, illetve a beteget azonnal műtőbe viszik...

*– A száz egynébány kórházban hány sürgősségi osztály működik az országban?*

– Ha az emlékezetem nem csal, akkor a 36 súlyponti kórházból 19-ben megfelelő nagyságrendű és elvárható színvonalú sürgősségi osztály dolgozik, és további 11-ben folyamatosan alakítják ki. Vagyis még akkor is roppant kevés, ha mellettük léteznek sürgősségi ellátó osztálynak, sürgősségi fogadóhelynek nevezett helyek is, amiknek ténykedését egy miniszteri rendelet előírja, de a szakemberhiány viszont a bővülését gátolja.

– *Az ominózus rendelet minden kórháznak előírja a sürgősségi fogadóhelyek, osztályok működtetését?*

– Igen, s ez helyes, arról nem szólva, az érintett betegek mellett a kórházi menedzsmentnek elemi érdeke lenne, hogy az intézményében működjön egy sürgősségi osztály. A baj azonban mindjárt a belépési kapuknál kezdődik. Itt a koncepció lényege az egykapus beléptetési rendszer, ami minimum két szakma miatt általában csorbát szenved. Az egyik a szülészet-nőgyógyászat, ami nem a sürgősségi osztály dolga, a másik a gyermekgyógyászat, a sürgősségi ellátás szintén kritikus területe – még akkor is, ha a betegforgalom 2-3 százalékát sem teszi ki –, mert annyira átalakították ezt a szakmát, hogy egy-egy speciális kórházba, intézetbe viszik a gyerekeket, és nagyon ritka az, ha felnőtt sürgősségi osztályra kerülnek. De mind több kisebb vidéki kórházban előfordul, hogy szakemberhiány, osztályok megszűnése miatt több szakma nem léte miatt a sürgősségi osztályra kerülnek azok a betegek, akiket másutt nem tudnak ellátni. Ezt a helyzetet szem előtt tartva olyan ajánlásokat dolgozunk ki, amelyek segítségével ezekben a kis kórházakban minde nélkül az akut kórképek ellátását bizonyos ideig megoldhatják.

– *Milyen szakvizsgás orvosok dolgoznak a sürgősségi osztályokon?*

– Általában aneszteziológusok, traumatológusok, belgyógyászok, mentős szakorvosok, főiskolát végzett mentőtisztek dolgoznak az intrahospitális ellátásban. Közel 400 körüli a sürgősségi, oxyológiai vagy 2007 óta oxyológia-sürgősségi orvostanból szakvizsgával rendelkező doktorok száma, ebben benne van mindenki, az is, aki esetleg már nem aktív. Drámaian kevés, főleg, ha az ember tudja, hogy ez a szakma az orvostudomány minden területének a sürgősségi részét magába foglalja, – sok egyéb között – az életmentésen túl szervezési, igazságügyi orvostani, katasztrófa-orvostani, jogi ismeretekben való jártasságot követel a szakorvostól.

– *Hol marad a képzés? Egyáltalán létezik oxyológiai-sürgősségi fakultáció?*

– Reményeink szerint a graduális képzés hamarosan beindul. Sárosi István professzor vezetésével most alakult tanszék Pécsen, és Debrecenben szintén csírájában megtalálható az oktatás, bár szervezett graduális képzést nem folytat Lőrincz István professzor. Szegeden abszolút kaotikus a helyzet, ott gyakorlatilag semmi nincs, Bu-

dapesten voltak és vannak próbálkozások, ám egyelőre még nem értünk célba.

– *Kin múlik a kudarc? A ballgatók nem érdeklődnek az oxyológia iránt?*

– Dehogy, a medikák, medikusok kifejezetten kíváncsiak lennének, a változás az orvosgyetemek független döntésének függvénye.

– *Mitől ellenérdekeltek a képzésben?*

– Nem is biztos, hogy azok. Leginkább a megfelelő szakmai nyomás hiányzik, az a fajta fellépés, amivel én magabiztosan azt mondhatom, hogy „Te, budapesti egyetem, létesítesz egy sürgősségi tanszéket, lehetőséget biztosítasz a graduális oktatásban erre”! Sajnos nem biztos, hogy találok annyi szakembert, aki ezt képes lenne felvállalni és oktatni. A nyár végére megjelenik magyarul az első sürgősségi tankönyv, az is egy amerikai fordításból születik. Vagyis a honi szakirodalom is hiánycikk.

– *Az egyetemek autonómiája nehezíti az oxyológiai-sürgősségi tanszékek születését, vagy annak ellenére hiányzik a presszió, hogy a sürgősségi osztályok működtetését rendeletben írják elő?*

– Ha őszinte akarok lenni, igazából maga a sürgősségi szakma, a szakmai kollégium is felelős, hogy nem jutunk egyről a kettőre. Mentségnek kevés ugyan, de a most megalakult kollégiummal elég kemény pressziót próbálunk gyakorolni. Érdekes módon erre az egészségügyi tárca nyitott volt. Az egész képzési rend curriculumát, a képzés hosszát, az összetevőit, a gyakorlati helyeket, a posztgraduális képzés tematikáját, más szakmákba való beemelését gyakorlatilag tavaly április óta megoldhattuk. Már három olyan szakmai protokollon dolgozunk, ami abszolút hiányzott az oxyológiai-sürgősségi munkához. Vagyis a sürgősségi szakma ténykedése ellenére nem létezett hozzá protokoll. Szégyen ide vagy oda, de az orvosi szakmák között az utolsók egyike, aminél csak most határozódnak meg a protokollok, pedig életmentő tevékenységet folytatunk a súlyos, eszméletlen beteg, akut koronária szindrómás stb. ellátásánál. Most kezdjük a HBCS átalakítását presszionálni, bár az elvártakhoz képest nagyon lassan haladunk.

– *Fentebb említette, hogy nagyon kevés a szakember, hiányzik vagy alig van szakképzés, továbbképzés. Honnan lesz akkor utánpótlás az oxyológia-sürgősségi orvostanban?*

– Nézze, számokban nagyon kevés, mégis áttörést ért el a jelenlegi szakmai kollégium ezen a területen is. Eddig a sürgősségi osztályokon maximum 3-10 rezidens dolgozott az egész országban évente, vagyis talán 40 év múlva utolérhettük volna a kívánatos szakmai számot. A mostani kvótarendszerrel változás történik, elvileg akár több százan is képeződhetnek az oxyológia-sürgősségi orvostan területén. Az már más kérdés, hogy hiába sza-

badult fel a rezidens-korlát, ha amint mondtam volt, nincs elég képzőhely, képzőember és ami abszurdum, a kórházakban nincs elég üres orvosi status. Kíváncsian várom, hogy most, amikor a rezidensképzésre való jelentkezések elkezdődnek, akkor a lehetségesből mennyi helyet töltenek be....

*– Bizonyos szakmák hiánya okán akár kórházakat is bezárhatnak, hogy csak a legutóbbi csornai kórház problémáját említsem. Ha kötelező lenne egy-egy fekvőbeteg gyógyintézetben a sürgősségi osztály működtetése és a rendelkezést komolyan vennék az illetékesek, akkor szakemberhiány miatt nem kerülhetne lakat számos kórház kapujára?*

– Szerintem nem. Azt viszont el kellene érni, hogy a kórházi menedzsment felfogja, a sürgősségi osztállyal nemcsak életeket menthetnek, hanem rendkívül gazdaságosan létezhetnek, sok-sok többletköltséget takaríthatnának meg. Ahol jól működik egy ilyen osztály, ott a kórházban csupán 25-35 százalék kerül fel valamilyen osztályra – nyilván indokoltan. Az egykapus rendszer hibáit mutatja, hogy azért a kórházak mégis tele vannak, a 65 százalék valahogy megkerülve a sürgősségi kaput, csak bekerül az osztályokra...

*– Talán a hagyományos módszer miatt, mert gyakorta a szakrendelők „átpaszolják” a páciensot a kórházaknak...*

– Óriási tévedés, onnan 5-6 százaléknál több beteg nem nagyon kerül a kórházi osztályokra. A nagyszámú fekvőbeteg nyilvánvalóan más formában utalódik be. Visszatérve a sürgősségi osztályokra, unos-untalan állítom, létezésükkel az életmentésen túl a kórház gazdasági működésén is lehetne spórolni, hiszen azok fekvőbeteg bent, akik biztosan odavalók. A hiányon, a várólistán stb. a sürgősségi ellátás egészen biztosan segíthetne. Ehhez persze a HBCS-t is módosítani kellene, amiben meglepő módon igen sok kórképet fel sem tüntettek. Az eddigi ötoldalas HBCS felsorolást mi most kibővítettük 25 oldalasra. A változtatásról ugyan folynak tárgyalások, de rettenetesen lassan.

*– Az életmentő osztályokon megfelelően finanszírozzák az orvosokat? Pontosabban, a sürgősségi szakmában nem nagyon tudom elképzelni, hogy divna a paraszolvencia. Oda nem maga megy be a páciens, hanem sokszor öntudatlan állapotban, szirénázva szállítják...*

– Az ott dolgozók bérezésén – miként a más területen tevékenykedőkén is – nagyon kellene változtatni. Itt műszakban kell dolgozni, s nagyon jó volna, ha a súlyponti kórházak sürgősségi osztályai folyamatosan 24 óráná-

nak. Csakhogy ehhez legalább háromszoros személyzeti állomány kell, aki 12 órát dolgozik, 24 órát pihen. Nem lenne csoda, minden normális országban így működik. Nem úgy nálunk, ahonnan hiányzik a szakképzett munkaerő. Még nálunk, az Állami Egészségügyi Központban sem működünk folyamatos, a hét minden napján teljes terhelésű 24 órában. A 3 felvételes napot is alig lehet erővel, energiával győzni. Gyakorlatilag a rezidensek bevonásával tudjuk valahogy a problémákat áthidalni. Az azonban mégsem lehet megoldás, hogy adott kórházban az összes rezidens a sürgősségi osztályon dolgozzék. Most ott tartunk, hogy a volt MÁV kórház telephelyen nem működik a hagyományos értelemben vett sürgősség, hanem a különböző osztályok orvosaiból kell levelezni a doktorokat, hogy legalább a betegfogadásnál szakember legyen jelen. Rettenetes a személyi hiány, rettenetes a humán erőforrás hiány a szakmában és akkor még nem is mondtam, hogy a meglévők közül is sokan külföldre terveznek menni.

*– Vélhetően a bérezés okán...*

– Természetesen mindenekelőtt ezért. Ahogy hallom, a végzett orvosokat és már a rezidenseket is külföldi állásajánlásokkal bombázzák. Vagyis nemcsak akkor, amikor készek, hanem amikor éppen hogy „kiesik” a padból. Ahogy mondta, a miénk nem paraszolvenciás szakma, tehát a jövedelem a hálapénzzel nem pótolható. Például hiába a legmagasabb a közalkalmazotti bértömeg az Állami Egészségügyi Központban, ha hívják őket, többért elmennek külföldre a szakemberek. Úgy gondolom, a sürgősségi ellátást nyújtóknak mindenképpen valamiféle pótlékrendszert, kötelezően magasabb bérezést kellene megállapítani. De kétségtelen, ehhez azért nekünk is sokat kellene tenni a képzés, a szakorvosképzés terén. Továbbá az orvosszakmával is meg kell értetni a sürgősségi osztályokon folyó munka lényegét. Egyelőre ugyanis a többi szakmával óriási háborúkat vívunk. A legnagyobb háborúnk a traumatológusokkal van, akik azt hiszik, hogy mi traumaellátó helyet akarunk csinálni a sürgősségből, hiszen tény, elsősorban a trauma-sérülteket hozzák a kórházba. Akik nem a saját lábukon jönnek, nyilván akut életveszélyes állapotban vannak. De nekünk nem a meggyógyításuk, hanem a sürgős ellátásuk a dolgunk, vagyis senkinek sem vagyunk konkurenciái.

Talán csak a halálnak, akit igyekszünk a betegektől minél távolabb tartani...

Krasznai Éva

Dr. Berényi Tamás profilvezető főorvos, a Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesület elnöke  
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház – Sürgősségi Betegellátó Egység, Budapest

## „Klasszikusan idődependens, beteghez rendelt ellátási forma”



A sürgősségi ellátórendszerbe került betegek 80 százaléka alapszintű, 15 százaléka klasszikusan sürgős ellátásra, 5 százaléka viszont már „critical care”-re szorul. *A mentésről szóló [5/2006. (II.7.) EüM rendelet]* rögzítette, hogy minden egészségügyi szolgáltatást végző intézményben sürgősségi ellátóhelynek kell

lennie. *„A fogadóhely olyan sürgősségi eszközökkel felszerelt helyiséget jelent, ahol súlyos állapotú beteg ellátható, állapota stabilizálható, különösen szükséges sürgősségi helyek megszervezése a monoprofilú intézményekben, amelyek akut betegek is fogadnak – lásd szakkórházak, országos intézetek, klinikák.”* Nos, a hazai praxis úgy tűnik különböző okok miatt, de nem igazán követte az immár negyedik esztendeje életben lévő rendeletet...

A kérdéskörrel Dr. Berényi Tamással, a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátó Egységének profilvezető főorvosával beszélgettünk.

**– Valójában milyen állapotban van Magyarországon a sürgősségi betegellátás?**

– Kiteljesedését a nagyobb rendszeren belüli támogatottságának hiánya, és nem utolsósorban a hiányos finanszírozása még hátráltatja. De ne legyen igazságtalan, azért, ha lassan is, de van némi fejlődés, hiszen az utóbbi évtizedben a prehospitális és a hospitális sürgősségi ellátás egyévvált. Mint ahogy az oktatási- és feltételrendszerében, sőt talán szemléletében is történt előrelépés. A folyamat kicsit lassú ugyan, de legalább létezik. Bár a világot megelőző szintű prehospitális sürgősségi ellátásunk az 1950-60-as évekre nyúlik vissza, ez a szemlélet és gyakorlat nem jelent meg a kórházi sürgősségi ellátásban automatikusan. Mindenesetre ma már a sürgősségi orvostannak mind a négy orvosegyetemen létezik legalább tanszéki csoportja, csaknem valamennyi helyen a sürgősségi orvostan az önálló graduális képzés részévé vált. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán, továbbá az Egészségügyi Továbbképző Intézetben is tantárgy lett és OKJ szintű formában sürgősségi szakápoló képzés folyik. És mindez nagyon jó, hiszen az ifjú hallgatókból lesznek majd a jövő sürgősségi orvostanászai, szakápolói. Egyesleges a szakvizsga curriculumuma és 1-2 év múlva egysé-

gesen az oxiológia-sürgősségi orvostan lesz a tantárgy megnevezése.

**– Ha valaki ezt tanulja, s abszolvál belőle, akkor oxiológia-sürgősségi orvostanász lesz a végzettsége?**

– Kompromisszum nyomán igen. Még az 1960-as években a Gábor Aurél „féle” oxiológia – a görög eredetű *oxyo* szó nyomán – sürgősségi orvostant jelentett, de hazánkban csak a prehospitális ellátás, a mentés tudományává szűkült, sajnos izolálódott a kórházi ellátástól. Mikorra lehetőség lett a nemzetközinek mondható sürgősségi ellátásra – ami nem egyenlő a mentéssel, hanem az képezi az ellátási folyamat egy részét –, addigra a művelői képtelenek voltak a valódi érdekeket képviselni. Az oxiológia teljesen izolálódott a kórházi rendszertől.

**– A lakosságnak a sürgősségi ellátás azt jelenti, hogy ha valaki rosszul lesz, azonnal hívják a mentőt, az kórházba szállítja, s ott sürgősen ellátják. Azt hiszem, sokan, az egészségügyben dolgozók is hasonlóan gondolkoznak az oxiológiáról. Márpedig mintha Ön élesen elkülönítené a mentést és a sürgősségi ellátást.**

– Nem, nem, nincs különbség, hiszen mint fentebb is említettem, a mentés a sürgősségi ellátás szerves része! Csakhogy tényleg sok a félreértés, ami komoly identitás-zavart okoz a rendszerünkben is. Azoknak a betegségeknek a menedzselése tartozik hozzánk, ahol órákban mérve a kimenet lehetősége és a megkezdett kezelés között fordított az arányosság. Sürgős kórképek minden orvosi szakterületen adódnak, helyben, megfelelő idő után jól felismerhetőek és kezelhetőek, ha már egyértelmű a kórok, a beteg az adott szakterület ellátási rendszerében jól jár. A betegségek azonban tünetegyüttes-

Az oxiológia (oxyologia) szó jelentése: sürgősségi orvostan, életmentési orvostan. Az orvostudomány minden területének a sürgősségi részét magába foglalja, valamint szervezési, igazságügyi orvostani, katasztrófa orvostani, jogi ismeretekben való jártasságot követel meg az oxiológustól. Oxyológusnak az oxyologia szakvizsgával rendelkező szakorvost nevezik. Rajta kívül fontos résztvevő a magyarországi prehospitális – vagyis kórházi fázist megelőző – ellátásnak a mentőtiszt is, a többnyire főiskolát végzett, a mentéshez értő szakember. Az oxyologia kifejezést dr. Gábor Aurél belgyógyász, mentőorvos javaslatára fogadták el, nevéhez fűződik a sürgősségi betegellátás tudományos megalapozása, az oxiológia fogalmának megalkotása, továbbképzéseken, majd az egyetemen is oktatta az oxiológiai fogalmakat.

ként és nem kórokként jelentkeznek, a sürgősségi ellátás igényét a még azonosítatlan, ám hevenynek, veszélyesnek tűnő betegségek, a potenciálisan különböző szakterületekhez tartozó tünetegyüttesek jelölik. Mi lehet ilyen? Azonosítatlan, ám hevenynek, illetve veszélyesnek tűnő betegség: iszkémiás típusú mellkasi fájdalom, megmagyarázatlan ájulás, baleset, stroke, súlyos lázas állapot, fertőzés stb. Nem is kell, hogy látványosan súlyos legyen, de ha a páciens nem kap például gyorsan lázcsillapítót, akkor annak szövődményei lehetnek, s a kórfolyamata a sürgősségi ellátást ettől igényli. Az időfaktornak – *elvi szorzószám, amely az abszolút időtartamot az adott kórfolyamat zajlásdinamikájához, annak úgyzólván belső időegységeihez alakítja, dialektikusan átértékeli.* (Gábor Aurél) – óriási a jelentősége. Hiszen minden betegségre igaz az, hogy minél később kezdik kezelni, annál rosszabb a gyógyulás esélye. Nem véletlen, hogy a sürgősségi ellátást az időfaktor miatt gyakran idődependens ellátási formának is említik. Ennek a kórházat megelőző ellátási fázisa az elsősegélynyújtás, az alapellátási ügyelet és a mentés. Azokban a kórházakban, ahol a beteg köré szervezték az ellátást, ott integratív szerepet betöltő egység a sürgősségi osztály. Ilyen helyen ez az egység képviseli a sürgősségi ellátást.

– *A száz egynéhány kórházunk közül hány mondhatja azt, hogy sürgősségi ellátással rendelkezik? Min múlik, hogy az egyik hely kap, a másik pedig nem efféle munkára lehetőséget?*

– Mintegy harmincban működik valódi sürgősségi osztály, igaz, ennél többet finanszíroznak. Elvileg a súlyponti kórházak mindegyikének kötelező lenne ilyen egységet üzemeltetnie, de nem teszik. Hogy miért? A környezet nem támogatja, mert investív szakterület a miénk, ami az egész kórházi ellátási struktúra és főleg a gondolkodás átalakításával jár. Ellátási filozófia, sokkal inkább, mint egy új osztály, egy új szakma megjelenése. Klasszikusan idődependens, beteghez rendelt, a teljes akut ellátási struktúrát átalakító ellátási forma, a hazai pavilon jellegű, a beteget küldözgető rendszerekkel ellentétben. Egy pontos beléptetésnek hívják a szisztémát, arra koncentrálnak, hogy bejön a beteg és minden ellátást hozzá rendelnek. Az ott dolgozó nem operál, viszont dönt arról, hogy a beteg felvételét követő első időszakban milyen diagnosztikát vigyenek a páciens állapotának stabilizálásához. Addig foglalkozik a beteggel, amíg az – adott esetben – műthető állapotba nem kerül. Másként fogalmazva, a sürgősségi ellátás lényege, hogy nem küldözgeti a különböző helyekre a páciens, hanem az egyes szakmákat „rendeli” a helyszínre. Nos, ezt a hazai struktúrában és orvosi gyakorlatban nem könnyű beilleszteni. Gyakorlatilag a sürgősségi ellátónak a különböző szakterületeken dolgozókkal együttműködés híján, kemény küzdelmeket kell vívnia.

A sürgősségi egységekbe a betegek nem egy-egy diagnózissal, hanem különböző háttérű tünetegyüttesel érkeznek, miközben a stroke-kal foglalkozók, a koronária intervenció laborosok, a traumatológusok stb. szívesen izolálódnak. A sürgősségi ellátásnál fontos, hogy a gyógyítás első fázisában garantálni lehessen a szaktudást, az ott dolgozók azonos képzettségét, a megközelítőleg azonos feltételeit, tárgyi felszereltségét és a diagnosztikai potenciát.

– *Miért nincs a súlyponti kórházak mindegyikében sürgősségi ellátóbely? Továbbá várható, hogy bővül a kör?*

– Az első kérdésre a tárca illetékeseinek kellene választ adniuk. A másodikra bizton állítom, ha hullámzóan is, de az ellátóbelyek száma nő.

– *Hogyan kerül a beteg, akinek sürgősségi ellátásra van szüksége, a 30 ellátóbely valamelyikébe?*

– Nézze, mondok egy példát. Budapesten él a lakosság 20-25 százaléka. Elég szerencsétlen a sok kórházzal az ellátás. A fővárosnak újra van a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházban sürgősségi egysége, van az Állami Egészségügyi Központnak és a Heim Pál Gyermekkórháznak, néha a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban is üzemel. A többi fekvőbeteg gyógyintézetnek nincs, tehát az ÁNTSZ a területi ellátási kötelezettségen túl a teljes akut jellegű ellátást ehhez a néhány egységhez rendeli.

– *A felsorolásban az Önök intézményét, a Szent Imre Kórházat nem említette!*

– Nos, a területi ellátási kötelezettség itt 200 ezres populációnak 560 ágyra, a sürgősségi viszont 1 millió lakosra, 10-15 ágyra szól. Előfordult, hogy Tatabányáról hoztak ide sürgősségi ellátásra szoruló beteget, akit megvizsgáltam, állapotát stabilizáltam, majd a tatabányai kórházba küldtem... Hát így működik ez. Budapesten különösen rossz a struktúra, a megyei kórházak többségében szerencsére mára korszerű, jó szemléletű sürgősségi osztályt alakítottak ki. A pécsi egyetemen most próbálkoznak sürgősségi egységek üzemeltetésével. Nem éltek azzal a lehetőséggel, hogy a honvédségtől anno átvett kórházba integrálják a sürgősségi ellátáshoz nélkülözhetetlen diagnosztikai és intervenció szakterületeket – gyönyörű traumatológiát csináltak, izoláltak. Ma 8 kilométeres sugarú körben lévő pavilon rendszerű struktúrában látják el és utaztatják a betegeket.

– *1998-ban Gógl Árpád egészségügyi miniszter a sürgősségi ellátás jobbítását nevezte meg prioritásként, de e szakterület megújítását, kihasználását elődei és utódai is intenzíven hangoztatták. Nekem ma drámainak tűnik, amit eddig elmondott.*

– Igaz, én mégis optimista vagyok, mert ha lassan is, de előre haladunk. Azt gondolom, hogy amikor a Gógl-féle programba kezdtek, talán nem volt teljesen világos, hogy mit jelent, mivel jár a sürgősségi ellátás. A

'60-as évek Amerikájában találták ki, amikor a társadalomban az esélyegyenlőségre és a folyamatos ellátásra helyezték a hangsúlyt, tehát nálunk ezek a kifejezések mára lejáratott politikai hívószavaknak számítanak. Mi viszont boldogan átemeltük a hívószót, majd fegyelmet le is járattuk... Szerintem a mai napig ezért nem teljesen tiszta, hogy mire való a sürgősségi ellátás, pedig egy 21. századi ellátási forma, amivel gazdaságosabban, hatékonyabban, nagyobb betegbiztonságot, valamint a jelenleginél jobb szolgáltatást garantálva lehet komplex ellátást nyújtani. És azt hiszem, ettől ijedtek meg az egyes szakmákban.

*– Az intézménybezárások nyomán sokaknak megszűnt a munkája, vagy presztízsvesztés stáuszban tudott csak elhelyezkedni. Mekkora bajlandósággal találkoztak részükről, hogy a sürgősségi ellátásban kívánnak dolgozni?*

– Ha az egyetemeken úgy isten igazából beindul a képzés, néhány jól működő centrumról hallanak a kollégák, lesz keletje a sürgősségi orvostannak. Ugyanakkor nem állítom, hogy folyamatos utánpótlásban reménykedhetünk. Eddig másodszakvizsga volt belőle, néhány éve lett csupán alapszakvizsga. Amíg csak az első forma létezett, addig a szakvizsgázottaknak 30 százaléka külföldön kereste a boldogulását. Itthon törték az utat 5-10 évig, kiégték és elmentek. Azt gondolom, hogy az erre a szakterületre érkező fiatalok, ha kellő megbecsülésben részesülnek, akkor maradnak, ellenkező esetben – miként történik ez más szakterületen is – garantáltan elveszítjük őket.

*– Más szakmákhoz képest a fizetés, a premizálás kicsivel több, vagy még az sem?*

– A kórházak próbálnak a közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény (KJT) keretei között kicsivel többet adni. De sokkal többet, mint a közalkalmazotti bértábla 150-200 százaléka, mely így is hatalmas bértömeg, de nevetségesen kevés összeg, nem képesek kigazdálkodni. Egyébként, ha úgy vesszük, hogy egy kórház költségvetésének kiadási oldalán átlagosan 60-70 százalék a bérköltség, addig ez egy sürgősségi osztályon 85-90 százalék, hiszen sokan dolgoznak ott egy helyen. Ha nem követi a működését a teljes kórházi struktúra átalakítása, vagyis az, hogy kevesebb embernek a jelenlegitől eltérően kell dolgoznia, akkor bizony nagyon drágán, párhuzamos rendszerek futnak.

*– Hogyan tovább sürgősségi ellátás? Honnan vehetnek adaptálható, működőképes és megfizethető mintát?*

– Minta van elég. Azt kell tudomásul venni, hogy a sürgősségi ellátással nem szabad izoláltan foglalkozni. Alapvető kérdés, hogy koncentráltabban, korszerűbben hajlandóak vagyunk-e a beteg köré szervezni a rendszert, vagy sem. Ha igen, akkor ez a sürgősségi ellátás, ellenkező esetben nincs értelme. A mentés kicsit más, azt a politika azért szereti, mert az egészségtudat, a társadalom egészségbiztonság érzetét erősíti, egyben képviseli az ellátórendszert. A lakosság gondolkodásában a mentők létének óriási szerepe van. Leszűkíthetjük újra a sürgősségi ellátást a mentésre, mondván, a mentés fejlesztésével a sürgősségi ellátást bővítjük. Ha az utóbbira koncentrálnak, akkor – nem győzöm hangsúlyozni – az eddigi ellátási formákhoz képest teljes struktúra, személet és paradigmaváltás szükséges. Ma, miként korábban is, lobbierdek mentén történik a finanszírozás, a fejlesztés, ha nem komplex ellátási rendszert alakítunk ki, hanem mindig valamilyen szegmenst megfuttatunk, majd a kimaradtak közül valakik, például a média közreműködésével harsányan felháborodnak, gyorsan korrigálnak..., hát így nem megy és így soha nem jutunk előre.

*– Az Ön által említett struktúra egyben uniós irányelvet elégít ki és a világban minden fejlettebb egészségügyi forma ebbe az irányba tart...*

– Kész minták vannak, csak végre valahára a politikának fel kellene vállalnia. Az ellátórendszernek az idővel szükséges jól gazdálkodnia, ennek nyomában garantáltan gazdaságosan működne a rendszer.

*– Évente hány beteg életét mentik meg? A sürgősségi ellátásnak köszönhetően hány páciens állapotromlását gátolják meg?*

– Valós statisztikával nem szolgálhatok, talán szándékosan nem is készült ilyen. Magyarországon máig nincs korrekt epidemiológiai rendszer, ha lenne, akkor modellezhetnénk, hogy hányan nyertek a sürgősségi ellátással, illetve hiányában hány embert veszítettünk el, vagy nem mentettük meg az állapotromlását. Az tudjuk, hogy egyetlen évben a mi egységünk például 30-35 ezer beteget lát el, és van még 4-5 ilyen betegforgalmú rendszer az országban. Egyébként tízezer vizitszám alatt nem érdemes üzemeltetni ilyen részleget. Tudni kell, hogy a beteg állapotának súlyossági fokára megfelelő időfaktorokban mennyi energiát érdemes fektetni, továbbá a makroallokáció keretében ismerni szükséges, hogy a rendelkezésre álló rendszert hogyan osszuk el, a kettőt miként lehet egyensúlyban tartani.

Krasznai Éva