MAGYAR ORVOSI KAMARA
HÁZIORVOSI CSOPORT

Dr. Takács Péter
egészségügyért felelős államtitkár úr részére
Belügyminisztérium
Egészségügyi Államtitkárság

Tisztelt Államtitkár Úr!

A legutóbbi hivatalos egyeztetésünkön abban maradtunk, hogy az új alapellátási ügyeletben tapasztalt diszfunkcionálitásokról állítsunk össze egy problématérképet és megoldási javaslatokkal járuljunk hozzá ezen problémák felszámolásához.

Amint a múltban is úgy ez alkalommal is szívesen állunk rendelkezésére ebben a szakmai megoldáskeresésben és kollégáink véleményeit és tapasztalatait összegyűjtve eltökélt szándékunk javítani munkakörülményeiken és a betegellátás gördülékenyebbé tételének céljából az alábbi megoldásokat javasoljuk.

Az OMSZ által működtetett alapellátási ügyelet problématérképe és megoldási javaslatok

Szervezéssel és megbeszéléssel megoldható problémák

1. A kevesebb ügyeleti pont csökkenti a hozzáférést, és ez több helyen **megnövekedett várakozáshoz, késlekedéshez** vezet, vagy **indokolatlan mentő küldéshez**. Sokszor 1,5 - 2 órát várnak a lázas beteg gyermekek ellátásért, mert az ellátó helyek csökkent száma egyre növekvő esetszámokat eredményez. Ezt még tetézi az, hogy egyre több praxisból áll fel a kolléga és így a **nappali ellátás is elégtelenné válik.** Egy hónap alatt 14 praxis lett betöltetlen.

Megoldása: Ünnep és munkaszüneti napokon több ellátó helyre van szükség teljes személyzettel, számítógéppel, a változó igényeket folyamatosan monitorozzuk. Ott ahol 2 orvos van szolgálatban **legyen lehetősége mindkét orvosnak párhuzamosan dolgozni,** mert az erők elpocsékolása, ha csak várakozik egyikük, amikor a váró tele van.

2. Az **informatikai rendszer felkészületlen,** szoftver és hardver elégtelenségek lassítják vagy akadályozzák a munkát. Elfogadhatatlan, hogy ne férjünk hozzá olyan adatokhoz az ellátás során, amelyet más szoftver használatával korábban gyorsan megoldottunk pl. labor eredmények, kiváltott, rendszeresen szedett gyógyszerek, korábbi vizsgálati eredmények, szakorvosi javaslatok lekérése. Ezek elérhetetlensége nagymértékben rontja az ellátás minőségét és plusz anyagi terhet ró a betegekre. Aki sosem végzett ilyen munkát, az talán nem tudja, hogy gyakorta ül velünk szemben olyan multimorbid beteg, aki a 10 gyógyszeréből kettőt sem tud felsorolni.
Megoldás: a miniHIS rendszer helyett **olyan szoftver alkalmazása, amely már bizonyított, vagy a miniHIS szoftver sürgős fejlesztése a vezető medikai szoftverek szintjére** (miután a miniHIS 2.0 rapid fejlesztése lassan egy éves fejlesztési projekt, így ennek realitását illetően komoly aggályaink vannak).

3. Számos szervezési hiba **nehézkessé teszi az adminisztrációt**.
A **párhuzamos adminisztratív munkát szüntessék meg** (papír, napló, tablet, miniHis, esetszám kérés, nyomtatás) Ha kilépünk egy vizsgálatból, de még valamit mégis kell módosítani nem lehet újra visszalépni, csak új vizsgálati lapot lehet nyitni.
A beteg otthonában végzett vizit során a mentőápoló saját listájának kitöltése csak hátráltatta a hatékony betegellátás menetét. Ráadásul az érdemi orvosi munka rögzítésére alig van hely a papíron.
A régi ambuláns lap sokkal áttekinthetőbb és funkcionálisabb volt. Úgy tűnik, hogy egy nem hatékony, nehézkes és értelmetlen adminisztratív munkarend került bevezetésre. Ennek racionalizálását sürgősen el kell végezni és az erőket az érdemi munkára hagyni koncentrálni.
A **telefonos ellátás esetén a központ rögzítsen minden adatot** ami az ambuláns lap rögzítéshez kell: név, taj, szül.idő, anyja neve, leánykori név, lakcím.

4. Előkészítetlen, sokszor megoldhatatlan a **takarítás, mosatás, karbantartás.** Azt hiszem nem kell részleteznem, ez mennyire elengedhetetlen egy ügyelet zökkenőmentes működésében.

5. **Külön vizsgáló kell minden ellátó egységhez.** Összességében is elmondható, hogy kubatúrát illetően többnyire visszalépés történt az új helyen kijelölt ellátóhelyek tekintetében. Számos esetben méltatlan, a minőségi munkavégzést lehetetlenné tevő infrastruktúrális körülmények jellemzőek. Példaként: Győrben 2 felnőtt rendelőt csak egy függöny választja el, ha 1-1- beteg van bent, akkor áthallatszik egyikből a másikba a vizsgálat. Ezeknél a vizsgálatnál csak az egyikben van természetes fény és ablak, a másik csak az 1. rendelőn keresztül szellőztethető. Infrastruktúrát tekintve egy hatalmas visszalépés a győri alapellátási ügyelet. Zaklatott, koszos, szűk, sötét, ki-be járkáló személyzettel, intimitás teljes hiánya a beteg számára. Ez a mostani poszttól 800 méterre sokkal kulturáltabb körülmények között zajlott ezidáig.
   Megoldás: A **kórházakkal tisztázni kell,** hogy hány rendelőre és pihenőre, illetve öltözőre van szüksége a kollégáknak. Miután csökkent az ellátóhelyek száma a bekapcsolt megyékben, elvárható lenne hogy a kevesebb ellátóhelyen az ellátó személyzet is és az ellátott lakosság is megérdemli legalább a korábbi színvonalú infrastruktúrális körülményeket.

6. A **szakasszisztensek bérezése elmarad az ígérttől** és elfogadhatatlanul alacsony, ezért tömeges kilépésük történt Győrben a gyermek alapellátási ügyeletben és még várható is. Még mindig nincs meg az aláírt szerződésük.

7. A **telefonos elérhetőség lassú** és már most más megyék segítsége is szükséges a működtetéséhez. A telefonos tanácsadás **színvonala sokszor elmarad a kívánatostól, feleslegesen kapcsolnak olyan hívásokat,** melyeket többször megbeszéltünk, hogy telefonon nem megoldható. pl.: Skarlátosnak látom a gyermekem, írna fel antibiotikumot? Ezek a hívások rendre megakasztják az érdemi munkavégzést.
   Megoldás: Rendszeres visszajelzés a diszpécserek munkájáról, az orvosoktól és az ápolóktól.

8. **Rendszeres képzésre és esetmegbeszélésre van szükség.** A rendszerben résztvevők, diszpécserek, szakdolgozók, orvosok sokszor felkészületlenek a feladatokra. Nem kaptak megfelelő felkészítést, képzést. Pl. gyermekorvos felnőttek ellátására vagy gyermekellátásban nem járatos felnőtt háziorvos/mentőtiszt gyermek ellátásra kényszerül. Az nem elfogadható, hogy valaha az általános orvosi képzés vagy mentőtiszti képzés része volt valamennyi gyermekgyógyászati képzés.

9. **Nincsenek protokollok a betegutakra az SBO és az ügyelet között.** SBO átküld betegeket dokumentáció nélkül az ügyeletre pl. egyértelmű kardiális panasz, súlyos allergiás reakció. Ezek az ellátások felesleges köröket generálnak és

legfőképp azt a hamis rendet próbálják megteremteni, hogy az sbo terhelését az ügyelet működésével enyhíteni lehet. Azonban megengedhetetlen, hogy a helyes betegút ne szigorúan csak szakmai alapon kerüljön meghatározásra. Ezért **alkossuk meg közösen - az alapellátás és SBO képviselői együtt** - írásos és digitalizált formában minden poszton kerüljenek elhelyezésre **és oktassuk le az alapellátási ügyeleti protokollokat. Legyenek** OMSZ és alapellátás által együtt szervezett **gyakorlati oktatások** és esetmegbeszélések.

10. **Legyen tiszta és egyértelmű lehatárolás az alapellátási ügyeleti feladatok és az alapellátási ügyeleti idő alatt történő sürgősségi ellátás tekintetében.** Az alapellátási ügyeletet ellátókra nem rakható sürgősségi ellátás. Ilyen feladatot csak a szaksegítség (OMSZ) megérkezéséig láthatnak el.

11. Legyenek meg az alapellátás számára fontos **eszközök** (pl.: othoscop, reflexkalapács, mérőszalag, néhány gyógyszer, kenőcs, szemcsepp, farkas fecskendő) A minimum eszközök meghatározottak az alapellátási munkához. Erre van szükség és csak erre. **A jelenlegi gyógyszer és eszközkészlet az oxiológiai ellátásra specializált.** A háziorvosi ügyelet feladata, beteganyaga más jellegű, így más eszközöket kíván.

12. Legyen **betegelégedettségi mérés és történjen meg közben az SBO és mentőszolgálat terhelésének mérése.**

13. Kezdje el a kormányzat a **lakosság edukálását**. Mikor kell menni az ügyeletre, mit hol látnak el, súlyos tünet, vagy lehet várni a vizsgálattal stb. Plakátkampány, rövid videók, iskolai egészségnevelés elkezdése. **Legyen tiszta az ellátóknak és a lakosságnak is, hogy melyik megyei ellátó helyen milyen szintű ellátást tudnak a különböző szakmák biztosítani.**

Ügyeleti működés átalakításával orvosolható problémák

1. A háziorvosi ügyelet utáni éjszakai sürgősségi ügyelet szakmai színvonala egyes ellátások tekintetében elmarad a háziorvos által nyújtottól, ha nem háziorvos végzi. Ez rosszabb minőséget jelent sok helyen a korábbihoz képest, mert **a háziorvosi ügyeletben háziorvosi kompetenciára van szükség,** és az esetek kis részében van csak szükség oxyológiai, vagy mentőtiszti szemléletre. Az éjszakák során is előfordul szép számmal olyan eset, amelyhez háziorvosi kompetencia lenne szükséges. (urocystitis, légúti betegségek, tonsillitisek, mozgásszervi betegségek, fájdalmak és gyulladások, fejfájás, dysmenorrhoea, fogfájás) Az más kérdés, hogy betegedukációval ezek száma lassan leépíthető lenne, de jelenleg ezek az ellátások mentőszolgálat eset kocsiját, vagy szállító autóját és az SBO-t terhelik az éjszakai időszakban.

2. Alkossa meg egy munkacsoport a idős, beteg kollégák **mentesítésének szabályait.**

3. **Nem elfogadható az az eszközkészlet amit használnunk kell,** mert mi nem vagyunk oxyológus szakorvosok. Az OMSZ által biztosított gyógyszerek használatához ezek gyakorlati ismerete elengedhetetlen lenne. Nem vagyunk erre kötelezhetőek, mert nincs meg hozzá a kompetenciánk. **A kompetencia határok rögzítése elengedhetetlenül fontos.**

4. A **sofőrök egy része túlterhelt**, túl fáradt, ami a biztonságos munkavégzést veszélyezteti, a kivonuló orvosok életét is veszélyezteti. Az a példa is jól mutatja ezt, hogy a száguldozás során arról is jött információnk, hogy a gépjármű kisodródott.

5. **A telefonos tanácsadás,** segítségnyújtás egy fontos része az alapellátási ügyeleti munkának. Erre **nagy gyakorlattal rendelkező asszisztenseink voltak** hivatottak, akik orvosi háttérrel sok tanácsadást végeztek. A mentőápolók ezeket a feladatokat pl vérnyomáskiugrást, stressz, szorongás etc. nem tudják ellátni, mert nem ebben a profilban dolgoztak eddig, és ez nem elvárható tőlük. Emiatt a telefonos tanácsadás teljes mértékben az orvosokra marad, indokolatlanul **tovább terhelve az orvost nővéri munka végzésével.**

6. Lassan 2 hónap után **sem tisztázott a rendőrségi vérvétel és befogadás** adminisztrációja, számlázása, fizetése.

7. Az **alapellátási ügyeletre** a kórházon belül, SBO-ról átcsorgó betegekkel szinte folyamatos munkát jelent. Ez a terhelés nem nevezhető ügyeleti munkának, ez **folyamatos műszak.** Javaslom, hogy aki ilyen terhelésben dolgozik, annak ehhez **megfelelő bérezést társítsanak,** (ügyeleti munkavégzés során max. 60%-ban dolgozhatnak a kollégák).
   A hétvégi és ünnepnapi 14-20 óra közötti önkéntes ügyelet lassan nem önkéntes.
   Az órakeret felülvizsgálata javasolt telephelyenként.

A fentiek alapján az alábbi javaslatot tesszük az OMSZ által működtetett ügyeleti rend átalakítására, annak biztonságos működtetéséhez és a betegellátás gördülékenységének javításához.

Alapellátási ügyeleti modell (vázlat)

Páciens az alapellátási ügyeleten az alábbi módokon jelentkezhet:

- 1830-as telefonszám **telefonos hívása után a diszpécser irányítása alapján**
- **közvetlen személyes megjelenéssel**

*1. **Telefonon** jelentkezik a **1830**-on.*

Elegendő bejövő vonal mellett a betegirányítást megfelelő tudású és létszámú, leoktatott checklista alapján dolgozó **operátor** veszi fel. A képzett és tapasztalt operátor a beteg vagy hozzátartozó standardizált checklista alapján történő kikérdezését követően **betegirányítást** végez.

A betegirányítás alapján:

1. **esetkocsit, vagy ROKO-t küld**
2. **mentőszállítást végez és a beteget SBO-ra viszi**
3. **átadja a hívást az alapellátási ügyeletnek**
4. a beteget **tanácsokkal ellátja**, hogy ezzel forduljon majd a családorvosához rendelési időben, így nem kell átadni a hívást

Az **alapellátó kolléga** elvégzi a szükséges anamnézis felvételt, tájékozódik a beszerezhető adatok alapján a beteg állapotáról. Elvégzi a korábbi dokumentáció vizsgálatát és dönt a beteg sorsáról.

Lehetőségek:

1. **kimegy a helyszínre ellátást végezni**
2. **visszaadja a feladatot a mentőszolgálatnak** előre tisztázott protokoll alapján, dokumentáltan
3. **a betegnek az ügyeleti pont felkeresését javasolja**
4. **telemedicinális** ellátást végezt
5. a betegnek javasolja, hogy a következő munkanapon keresse fel a **háziorvosát,** mert nem szükséges ügyeleti ellátás, **halasztható a vizsgálat**

Ha ki kell menni a páciensheztez a **mentőszolgálat sofőrje és autója rendelkezésre áll.**
A kimenő orvosnak a **kompetenciájának megfelelő eszközök vannak a birtokában**. Az OMSz, vagy az alapellátási vezető rendszeresen tart az alapellátási ügyeleti protokollokról és kórképekről gyakorlati és elméleti oktatást, amit a háziorvosi szakmai kollégium felügyel és a kollégák továbbképzési pontjaiknak kötelező részét képezi. A MOK ellenőrzi a tanfolyamok minőségét.

Ha a kimenő orvos oxyológus, aneszteziológus, vagy sürgősségi ellátási kompetenciával is rendelkezik, a mentőszolgálat által használt összes eszközt magával viheti és használhatja a helyszínen. A kivonuló orvos kompetenciáiról az OMSZ diszpécsert minden szolgálat előtt tájékoztatni kell.

*2. **Személyes megjelenés** az alapellátási ügyeleti ponton az alábbiak szerint történhet*

1. a **telefonos betegirányítás során** már az ügyeletes orvos azt javasolta, hogy jöjjön be az ügyeletre és az adatait már a telefonhívás során rögzítette
2. **az SBO-n triázs nővér eldönti a beteg panaszai alapján** a szakmai protokollnak megfelelően, hogy a páciens **T5-ös kategóriába tartozik** és a megfelelő **dokumentációval** ellátva a pácienst átküldi az alapellátási ügyeletre
3. az **OMSZ által szállítóval** behozott betegek esetében is igaz ez az **első triázs.** Ha pl.: a páciens egy katéter cserére szorul azt nem kell az SBO-ra irányítani, elég az alapellátási ügyeletre

Az SBO és az alapellátási ügyeleti protokollokat meg kell alkotni, össze kell fésülni és le kell oktatni a háziorvosoknak, az asszisztenseknek, az SBO és a mentőszolgálat dolgozóinak a diszpécsertől a mentőirányítóig.

A háziorvosi alapellátási ügyeletben a fennti alapellátási protokollokat és a minimum listában található eszközöket alkalmazzuk. Ha a vizsgálat során kompetencia határba ütközünk, azt azonnal jelezzük az OMSZ-nak és a pácienshez eset- vagy rohamkocsit küldenek, átszállításra kerül általuk egy magasabb progresszivitási szintű helyre, vagy a kórházon belül örzött szállítása valósul meg az SBO-ra.

Mindehhez szükséges:

1. **működő** alapellátást segítő **szoftver**
2. **önálló, elkülönített finanszírozása a háziorvosi ügyeletnek, önálló vezetők, akik felelősek az ellátás minőségéért** és ezt garantálják szerződésben az OMSz-nak, hogy biztosítják a humán erőforrást az orvos és az asszisztens vonatkozásában, ha bárhol megszorulnak akkor kérhetik az OMSZ segítségét, de az automatikus finanszírozás csökkenést eredményez
3. állandó **mérés**: - **betegelégedettség**
    - **24 órán belül** SBO-ra, vagy mentő ellátásra szoruló, vagy terminális vég kimenetellel végződő esetek aránya
    - a **kollégák egymást minősíthessék** és név nélkül adhassanak visszajelzést egymásnak

- az **SBO munkáját is kell mérni,** hogy hányan szorultak a hazaengedtek közül 24 órán belül újbóli ellátásra, vagy osztályos felvételre, illetve hányan hunytak el
- a terület átlag **halálozási mutatói** hogyan változnak a bevezetést követő egy hónap 3 hónap 6 hónap 9 hónap 1 év múlva.
- Hogyan változnak a **súlyos szövődményes esetek** fajtái, száma.

4. **Kiégés mérése és intervenció.**
5. **Szakmai munka folyamatos kontrollja és rendszeres helyi továbbképzések**. A továbbképzésekről visszajelzések.

2023. 05. 12.

A MOK háziorvosi csoportja