MAGYAR ORVOSI KAMARA
HÁZIORVOSI CSOPORT

Az OMSZ által működtetett alapellátási ügyelet problématérképe és megoldási javaslatok
Up to date 2024.03.04.

Szervezéssel és megbeszéléssel megoldható problémák

1. A vármegyékben, a korábbiakhoz képest 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 (-251 praxis 2023.01.01 óta, 681-ről 879-re nőtt a betöltetlen TEK-es körzetek száma, össz: 2024.03.01-én: 6431) és így a **nappali ellátás is elégtelenné válik.**

Megoldása: Ünnep és munkaszüneti napokon több ellátó helyre van szükség teljes személyzettel, számítógéppel, és a változó igényeket folyamatosan monitorozni szükséges, de ezt tudtunkkal az OMSZ vezeti is. 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 férjenek hozzá ügyeletben a kollégák olyan adatokhoz az ellátás során, amelyekhez más szoftver használatával korábban gyorsan hozzáfértek 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 olyan multimorbid beteggel kerül szembe a kolléga, 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 egy éve tartó fejlesztési projekt, így ennek realitását illetően komoly aggályaink vannak).

3. Számos szervezési hiba **nehézkessé teszi az adminisztrációt**. A **párhuzamos adminisztratív munka megszüntetését javasoljuk** (papír, napló, tablet, miniHis, telefonos esetszám kérés, nyomtatás).

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. Ennek racionalizálását a továbbiakban is, sürgetően kérjük, hogy végezzék el. A **telefonos ellátás esetén a központ rögzítsen minden adatot,** ami az ambuláns lap rögzítéshez kell: név, taj, szül.idő, anyja neve, leánykori név, lakcím. Ezzel kapcsolatban egy nagyon fontos adatvédelmet sértő gyakorlatra hívnánk fel a figyelmet. A telemedicinális ellátás során egy általunk és az ICS által sem beazonosítható telefonáló mond be adatokat magáról, amely nem ellenőrizhető vissza, de amikor rögzítik az ellátást a miniHIS-ben egy ellátási esemény rögzítése és egy BNO felvitele történik meg anélkül, hogy valójában ellenőrizhetné a kolléga, hogy ki is a telefonáló. Véleményünk szerint ez egy nagyon komoly adatvédelmi incidens és ezt a gyakorlatot meg kell szüntetni!

4. Előkészítetlen, sokszor megoldhatatlan a **takarítás, mosatás, karbantartás.** Ez elengedhetetlen egy ügylet zökkenőmentes működéséhez (Ez egyes helyeken már sokat javult, de máshol még a takarítás minősége hagy maga után kívánnivalót.)

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 infrastrukturális 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 vizsgálóknál 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 ügyeleti helytől 800 méterre sokkal kulturáltabb körülmények között zajlott korábban.

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 személyzetnek is és az ellátott lakosságnak is legalább a korábbi színvonalú infrastrukturális körülmények legyenek biztosítva. Kiegészítenénk azzal, hogy a betegellátás érdekében a vizsgálóágyat optimálisan 360 fokban, de minimum 3 oldalról,

körbe kell tudni járni. Ennek hiánya sok helyen nagyon akadályozza a munkát.

6. A **telefonos elérhetőség lassú** más vármegyék 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, írjanak fel antibiotikumot! Ezek a hívások rendre megakasztják az érdemi munkavégzést. Kiegészítenénk azzal, hogy a hívások egy része megoldható lenne telemedicinálisan, ha a beteg biztonságos beazonosítása megtörténhetne, és ezek az esetek nem igényelnének kiszállást, ha a miniHIS-ben visszakereshető lenne a betegek korábbi gyógyszerelése, vagy kórtörténete, de az is előfordul, hogy az ICS mégis helyszíni ellátásra irányítja az ügyelő kollégát szükségtelen esetben is, ami pazarolja a kollégák erőforrásait és indokolatlan plusz költségeket generál.

   Megoldás: Rendszeres visszajelzés a diszpécserek munkájáról, az orvosoktól és az ápolóktól. Az OMSZ-val történt megbeszélés során, dr. Pápai György orvosigazgató úr biztosított minket, hogy kapcsolatba léphetünk a páciensekkel rögzített vonalon, mielőtt a helyszínre küldésnek eleget tennénk. Ezt a gyakorlatban már egyes helyeken tapasztaljuk.

7. **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 elégséges érv,, hogy valaha az általános orvosi képzés vagy mentőtiszti képzés része volt valamilyen szinten gyermekgyógyászati képzés, mert van olyan kollégánk, aki még dolgozik, de neki soha sem volt gyermekgyógyászati képzése és felnőtt háziorvosként nem is találkozott gyermek páciensekkel a praxisa során. 2024.01.31-én indultak az OMSZ által szervezett képzések, de a tananyag nem lett egyeztetve a háziorvosi szakma vezetőivel, illetve nem lett akkreditáltatva, továbbképzési pont nem jár érte és nincs vizsga sem a tananyagból, ezért nem lehet biztos az OMSZ ICS, hogy a háziorvos milyen szintű tudás birtokában jelentkezik az alapellátási ügyeleti feladatokra. Az egyes ellátási pontok, szereplők kompetencia határainak kijelölése és a sürgősségi ellátások: OMSZ, alapellátás nappali sürgősségi ellátási feladatai, OMSZ által működtetett alapellátási ügyelet és kórházi sürgősségi ellátó pontok működésének harmonizálása, dokumentáció egységesítése feltétlenül fontos lenne, már a jelen helyzetben is, de a jövőben mindenképpen. Az államtitkárság által szervezett Alapellátási Munkacsoport ülésén a legutóbb dr. Végvári Tamás az

OKFŐ részéről ígéretet tett, hogy ezt a munkát az elsők között elvégzik a 2024-es évben.

8. A protokolloknak tartalmazniuk kell a betegutak szabályozását az SBO és az ügyelet között. Előfordul rendszeresen, hogy SBO átküld betegeket dokumentáció nélkül az ügyeletre pl. egyértelmű kardiális panasz, súlyos allergiás reakció esetén is. 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 és az OMSZ szakmai vezetőivel együtt** -, írásos és digitalizált formában minden poszton kerüljenek elhelyezésre, **és oktassák az alapellátási ügyeleti protokollokat! Legyenek** szervezett **gyakorlati oktatások** és esetmegbeszélések.

9. Legyen tiszta és egyértelmű lehatárolása az alapellátási ügyeleti feladatok és az alapellátási ügyeleti idő alatt történő sürgősségi ellátás között. Az alapellátási ügyeletet ellátókra nem rakható sürgősségi ellátás! Ilyen feladatot csak a szaksegítség (OMSZ) megérkezéséig láthatnak el. Ezzel ellentétben a kollégák leveleiből kitűnik, hogy eszméletlen beteg ellátásához, balesethez az alapellátási ügyeleti autót küldik ki első ellátónak, mert nincs elegendő esetkocsi a területen. Ez a probléma még nem oldódott meg, de legalább beszéltünk róla az utolsó levelünk óta. Ismét dr. Pápai orvos igazgató urat kell idéznem, aki kifejezetten kérte, hogy az irányítónak jelezzük, amikor kompetencia határba ütközünk egy ellátás során és az OMSZ vállalta, hogy amilyen gyorsan csak lehet segély kocsit indít a helyszínre, bár a gyakorlatból tudjuk, hogy ez akár 20-40 perc is lehet.

10. Legyenek meg az alapellátás számára fontos **eszközök** (pl.: othoscop, reflexkalapács, mérőszalag, néhány gyógyszer, kenőcs, szemcsepp, farkas fecskendő) A minimum eszközök meghatározottak az alapellátási munkához. **A jelenlegi gyógyszer és eszközkészlet az oxiológiai ellátásra specializált.** A háziorvosi ügyelet feladata, beteg anyaga más jellegű, így más eszközöket kíván. Ezeket beszerezték és van törekvés arra, hogy csiszolódjon az eszközpark. Az alapellátáshoz szükséges eszközök rendelkezésre állnak, jelenleg inkább a fogyó eszközök feltöltésével és az üzembentartás biztosításával vannak problémánk, mert ez sokszor elmarad műszakváltáskor, vagy a hidegben az autóban maradt eszközök áthülve nem működnek a helyszíni ellátás során. Megoldaná ezt a problémát, ha az ügyeleti kocsival fűtött garázsban lehetne várakozni.

11. Legyen **betegelégedettségi mérés, és történjen meg közben az SBO és mentőszolgálat**

terhelésének mérése is. Ezeket az adatokat a szakma számára tegyük nyilvánossá és értékeléséből közös megoldási tervet készítsünk .

12. Az OMSZ a **lakosság edukálását egy olyan plakáttal kezdte meg, ami nem felel meg az alapellátási szakma szemléletének**. A plakáton olyan elemek is szerepelnek (pl. állandó betegségek kezelése) ami meglátásunk szerint nem ügyeleti időbe való tevékenység és a nappali háziorvosi munkát is megzavarja. Ebben a témában külön levéllel fordultunk az OMSZ főigazgatójához. Remélem a plakát rövidesen revideálásra kerül, a MOK-nak van egy erre a célra létrehozott plakátja, amely szerintünk pontosabb szakmai tartalmú, mint az OMSZ által közzétett. Fontos, hogy tudják a betegek, hogy mikor kell menni az ügyeletre, mit hol látnak el, súlyos-e a tünet, vagy lehet várni a vizsgálattal stb. Plakátkampány mellett, rövid videók, iskolai egészségnevelés elkezdése sürgető lenne, amiről hallottuk, hogy szándékában van az államtitkárságnak és amit nagy örömmel fogadunk és szívesen együttműködünk a kidolgozásában.

13. **Legyen tiszta az ellátóknak és a lakosságnak is, hogy melyik megyei ellátó helyen milyen szintű ellátást tudnak a különböző szakmák biztosítani.** Erről látható tájékoztatást kell adni már a belépés előtt a pacienseknek! Legyen tiszta minden műszakkezdéskor az ICS-nek, hogy az ügyeletet ellátó háziorvosnak van-e gyermekgyógyászati tapasztalata, vagy nincs, illetve van-e oxyológiai, vagy aneszteziológiai végzettsége, vagy csak alapellátási szintű sürgősségi feladatot tud ellátni.

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 esetkocsiját, vagy szállító autóját és az SBO-t terhelik az éjszakai időszakban. A sürgősségi ellátók leterheltségének emelkedésében ez az egyik legfontosabb ok amellett, hogy a betegek gyakran szívesebben választják már elsőként az SBO-kat, ha már be kellett utazniuk a

vármegyeszékhelyre az ellátásért, mint azt, hogy előbb az ügyeleti pontot keressék fel és két helyen kelljen várakozni az ellátásra.

2. Alkossa meg egy munkacsoport az ügyeleti feladat alóli **mentesítés szabályait!** Itt elsősorban az idős, a beteg kollégák, illetve gyermeküket egyedül nevelők, kisgyermeket nevelők vagy nagycsaládos kollégák eseteire gondolunk. **Vannak olyan megyék ahol könnyebben megoldható a helyettesítés, mert orvosi egyetem működik ott és sok a vállalkozó rezidens kolléga, aki szívesen átveszi az idősebb kollégáktól az ügyeletet, de ahol nincs ilyen intézmény ott problémás a helyettes állítása. Idős, több krónikus betegséggel küzdő kollégáinktól a folyamatosan növekvő nappali ellátási számok mellet nem elvárható, hogy esetleg még a helyettesítés mellett ügyeljenek is két alkalommal egy hónapban.**

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. Itt is megjegyezzük, hogy **a kompetencia határok rögzítése elengedhetetlenül fontos.**

4. A **gépészek egy része túlterhelt**, túl fáradt, ami a biztonságos munkavégzést veszélyezteti, a kivonuló orvosok életét is veszélyeztetheti. Az a példa is jól mutatja ezt, hogy a száguldozás során arról is jött információnk, hogy a gépjármű kisodródott. Olyan szakképzetlen sofőrök is vannak beosztva az alapellátási ügyeletre, akik nem tudnak érdemben segítséget adni a betegellátás során. Az OMSZ humánerőforrás problémáit csak súlyosbította az, hogy a mentő gépészeknek, az ápolóknak és mentőtiszteknek több fronton is kell szolgálatot teljesíteni.

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, és nem elfelejthető itt sem a beteg azonosításának lehetetlensége telefonon keresztül jól működő szoftveres támogatás nélkül.**

6. Egy év után **sem tisztázott a rendőrségi vérvétel, látlelet és a fogdai befogatáshoz végzett vizsgálat** 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. Pest megyéből érkeznek a kollégák jelzései olyan szerződés tervezetekről amelyekbe a jogszabályokkal ellentétben az OMSZ már eleve 8-20-ig történő munkavégzést várna el a kollégáktól a hétvégéken és ünnepnapokon. **Az órakeret fellülvizsgálata javasolt telephelyenként. A gyermekgyógyászati ügyelet 2023. áprilisa óta a hétvégeken hosszított műszakkal üzemel 8-20 óráig. Ez a szerződésekben nem így lett rögzítve.**

8. A betegek ellátása érdekében az olyan posztokról, ahol nincs orvosi jelenlét, rendszeresen felszólítják a másik járásban dolgozó háziorvost, hogy írjon fel a felhőbe gyógyszert, vagy írjon beutalót olyan páciensnek, akit ő nem vizsgált. Ezt kollégáim súlyosan aggályosnak tartják. A közelmúltban egy erre vonatkozó iratot alá is írattak a kollégákkal . Az OMSZ-tal történt egyeztetés során ígéretet kaptunk, hogy a kollégákra van bízva, hogy milyen módon járnak el ezekben az esetekben, és kivonulnak-e egy ilyen fekvő beteghez, vagy vállalják a helyszínen lévő mentőtiszt elmondása alapján, a betegellátás komplettálását, a terápia EESZT-ben való rögzítésével. Kérjük, hogy az OMSZ tájékoztassa erről a kollégákat, mert nem minden háziorvos MOK tag és az ő elérésük nem biztosított a MOK Háziorvosi Csoportnak.

9. Amellett, hogy a személyes közreműködő háziorvos a napi munkavégzését végzi, nem tudja biztosítani a 11 órás pihenőidőt a maga és munkatársa számára, csak akkor, ha maga helyett helyettest állít a nappali munkába, amikor előző napon ügyeleti munkát végzett. Ezt külön finanszíroznia kell a praxis bevételéből. A költségeket ez is emeli, illetve a sokszor 100 km távolságból bejárás utazási költsége is terheli a kollégákat, amit szerintünk a mentőszolgálatnak meg kellene fizetni, és nem megoldás erre az, hogy több óra munkavégzést rögzítenek a jelenléti íven, mert ez nem törvényes.

10. Problémát okoz, hogy a kollégák ügyeleti díjának az értékmegőrzése nem biztosított, a KSH által közzétett éves fogyasztói árindex növekedésével.
Jelzések alapján minden költséget összevetve a jelenlegi ügyeleti díj is elfogadhatatlan a kollégák számára, (valamint a központilag meghatározott bérezés is jogszerűtlen két cég - a háziorvos vállalkozása és az OMSZ - között kötettett szerződés esetén).

11. Kollégákban felmerült a kérdés, hogy a 2024.01.01-vel életbe lépő új eHVB kitöltési

metódus és a mentőtisztek halottvizsgálata pontosítást igényelne a háziorvos kollégák felé. Az éjszakai ügyeleti időben a halottszemle elvégzése nem történik meg minden esetben hiszen a jogszabály engedi a 6 órás kiszállási időt, és emiatt a következő reggeli munkát felvevő háziorvost terheli ez az ellátás is. Nem tartjuk elfogadhatónak, hogy a rendelést emiatt órákkal később kezdjük meg, és az sem megoldás, hogy a rendelés végén jelenjünk meg halottszemlén, mert a melegebb időjárásban ez közegészségügyi veszélyt rejt magában. Az a megoldási javaslat, hogy minden elhunytat a patológiára szállítatnának be és oda kellene mennünk halottszemlére, a patológiák túlterheléséhez vezetne rövid távon, és komoly elégedetlenséget szül a kollégák részéről. Az új halottvizsgálati rendszer bevezetését elhalasztani javasoljuk és egy szakmai konszenzus felállítását minden érintett szereplő bevonásával. (Patológusok, mentőtisztek, háziorvosok, jogászok, igazságügyi szakértők.) Amikor elkészül a konszenzusos dokumentum, akkor ismerhessék meg a háziorvosok.

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** kezdi meg. 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 végez
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 páciensheza **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 családorvosi tanszékekkel együttműködve történik a képzés ami garantálja a minőséget.

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 ICS 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 (a beteg beazonosíthatóságának biztosításával)

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 páciensheznek eset- vagy rohamkocsit
hívunk, átszállításra kerül általuk egy magasabb progresszivitási szintű helyre, vagy a kórházon bellül örzött szállítása valósul meg az SBO-ra.

Szükséges hozzá:

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, és biztosítják a humán erőforrást az orvos és az asszisztens vonatkozásában.

3. állandó **mérés**: - **betegelégedettség**
   - **24 órán belül** SBO-ra, vagy mentő ellátásra szoruló, vagy terminális végkimenetellel 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.

A jövő

A fővárosi háziorvosi ügyelet:

Ha a vármegyékben eddig bevezetett rendszer kerül a fővárosban is bevezetésre, az az eddigi fővárosi ügyeleti rendszerhez képest visszalépést fog jelenteni a lakosság számára. Visszalépést, mert a fővárosban eddig 24 órás ügyeleti szolgálatok látták el az ügyeleti feladatokat, és eddig nagyobb problémákról nem hallottunk működésükkel kapcsolatban.

A fővárosban jellemzően reggel 8-12 óra között van a délelőtti háziorvosi rendelés, illetve néhol 14-18 és 15-19, de leginkább 16-20 óra között van a délutáni háziorvosi rendelés. Ehhez hozzá szoktak a fővárosiak is, akik így munka után is felkereshetik háziorvosokat és ellátást kaphatnak a délután - este folyamán. Amennyiben egy a vármegyékben már működő ügyeleti rend kerül bevezetésre, azaz 16-22 óra között lesz hétköznap háziorvosi ügyelet, a fővárosi háziorvosok sorra fogják módosítani rendelési idejüket délután 12-16 óra közé, (ahogy ez pl. Budapest aglomerációjában, számos Pest vármegyei településen történik jelenleg,)abból a célból, hogy az ügyeleti idővel rendelésük ne ütközzön. Így azonban a munkába járók nem juthatnak háziorvosi ellátáshoz anélkül, hogy szabadságot vagy betegállományt ne vennének igénybe az ellátás napjára. Gazdasági következményeken túl, csökken a munkában eltöltött idő, nő a társadalombiztosítás által fizetett táppénzes napok száma. Valamint, szükségtelenül az ügyeletre terhelődhet számos eset, olyan páciensek esetében, akik nem akarnak táppénzt vagy szabadságot kivenni a vizsgálatuk napjára. A nyugati határszélen, GYMS vármegyében, jelenleg is lemérhető a többszörös betegforgalom, hiszen az ingázó munkavállalóknál is ugyanez az igény jelentkezik, az ügyeleti szolgálattal szemben. Nem valós ügyeleti ellátások tömegét generálja, és veszélyt hordoz, mert a miniHIS fent részletezett hibái miatt, az ügyeletben szolgáló kolléga nem ismerheti a kórtörténetét, szociális és családi helyzetét, így kevésbé komplex ellátást tud nyújtani, mint a beteget ismerő saját háziorvosa. Krónikus betegségek gondozása szóba sem jöhet ilyen módon, ami nem is feladata az ügyeletnek, de jelenleg is azt látjuk, hogy sokan erre használják az ügyeleti szolgálatot, teljesen hibás gyakorlat miatt. Ez nagy visszalépést jelentene a folyamatos háziorvosi ellátásban is. Ez a visszalépés nem lehet a betegek érdeke.

Megoldási javaslat:

Az eddig jól működő 24 órás ügyeleti szolgálatok megtartása a fővárosban, azok személyi

állományával együtt, azonban az OMSZ ICS irányítása alá helyezve. Így a 1830-as közös hívószám a fővárosban akár 24 órán át hívható lenne, az eddigi megszokott ellátási forma továbbra is elérhető marad a fővárosiaknak, nem változna a háziorvosok rendelési ideje, így a délutános rendeléseken továbbra is elláthatóak maradnak a munkaidő után háziorvosi ellátást kérők - (az ügyeleti időre kevesebb feladat hárul ezzel), illetve a 24 órás ügyeleti szolgálatok személyi állományát megtartva nem kell nagyobb humán erőforrást befektetnie az amúgy is túlterhelt OMSZ-nak. A 24 órás ügyeleti szolgálatok finanszírozásában pedig továbbra is szerepet kaphatnak az önkormányzatok - akik az eddigi hírek szerint hajlandóak lennének a klasszikus ügyeleti időn kívüli, eddig is megfizetett időszak további finanszírozására saját büdzséből, illetve az ügyeleti időszak a NEAK finanszírozása mellett, lakosaik életszínvonalának megtartása érdekében, elkerülve a visszalépést, amely minden más esetben történne.

Valamint gondolkodjunk közösen arról, hogy országosan a 24 órás ügyeleti szolgálat biztosításának kiterjesztése, a jelenlegi alapellátást érintő problémák megoldását támogatná, hiszen a rendelői munkát nem kellene ott hagynia a kollégáknak egy sürgős eset miatt és ez nem borítaná fel a rendeléseket és ezzel megszűnne a rendelkezésre állási idő.

Tisztelettel,

MOK Háziorvosi Munkacsoport

Budapest,2024.03.04.