

BESZÁMOLÓ SZAKBIZOTTSÁGI RENDEZVÉNYRŐL

Időpont: 2016. szeptember 7., szerda

Helyszín: EOQ MNB Képzési Központ

Szervezők: EOQ MNB Minőségrendszerek, Közigazgatási és Fogyasztóvédelmi, Oktatási és Terminológiai, valamint Egészségügyi és Szociális Szakbizottság

Előadás: **Minőségügyi kérdések az egészségügyi alapellátásban. Kihívások és lehetőségek**
(„Pódiumbeszélgetések a Minőségről” sorozat)

Előadó: Dr. Felszeghi Sára PhD., egyetemi docens, vezető főorvos, szakfelügyelő főorvos

Avedis Donabedian (1919-2000), az egészségügyi minőség atyja szerint: „A minőség az egészségügyi ellátás tulajdonsága, amely a betegek egészségének maximalizálására törekszik.” *Németh László* (1901-1975) gondolata: „Egy társadalom igazi ereje nem a belőle rakétaként felszálló tüneményekben, hanem a mélyén dolgozó emberek értékében van.” Minden, az egészségügyben hozott intézkedés, amely a minőségi kritériumok javulását eredményezi, tulajdonképpen ezt a célt szolgálja.

Az egészségügyi minőség kérdését – különböző megközelítésekből kiindulva – az alábbiak szerint csoportosíthatjuk:

1. Minőség a beteg szempontjából (client quality): kényelmes hozzáférhetőség, csökkentett fizikai és lelki megterhelés, a betegút és a várakozási idők lerövidülése, továbbá magasan fejlett, jól összehangolt és udvarias szolgáltatás.
2. Minőség szakmai szempontból (professional quality): a munkatársak folyamatos szakmai képzése, az egymás munkáját támogató pozitív hangulat, összehangolt tevékenység, a tárgyi és a személyi feltételek biztosítása, az elkötelezettség érzésének erősítése.
3. Minőség a vezetés szempontjából (management quality): az erőforrások optimális felhasználásának biztosítása és a hatékonyság növelése.

Az egészségügyi ellátás szerkezete szerint külön vizsgálhatjuk az alapellátás (a *felnőtt - és gyermek háziorvosi alapellátási szolgálat* mellett a *fogorvosi alapellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás, a foglalkozás-egészségügyi alapellátás, alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás* tartoznak), a járóbeteg ellátás, illetve a fekvőbeteg ellátás minőségét. A rendszer erősségei a hozzáférhetőség, az esélyegyenlőség és a 24 órás folyamatos ellátás biztosítása

(rendelési idők, készenléti és ügyeleti rendszer). A hozzáférhetőség bástyája ugyanakkor egyfajta gyengeséget is jelez, mivel nem ösztönöz az öngondoskodásra és az életforma (dohányzás, alkohol- és drogfüggőség, extrém sportok) megváltoztatására a „majd a társadalombiztosítás úgylis fizet!” meggondolás alapján. A szolidaritás elve mellett méltányos lehet az a megfontolás, hogy aki nagyobb egészség károsodási rizikót vállal, az fizessen többet.

A prevenció magában hordozza a minőségügyi ellátás lehetőségét az egészségügyben, de figyelembe kell venni a „kitaposott ösvény” elvét: a megelőző tevékenységet oda kell telepíteni, ahol a beteg előfordul – ez pedig korántsem minden esetben a házi orvos, sőt! Az összes krónikus megbetegedés 31%-át a Miskolci Egyetemen a foglalkozás-egészségügy diagnosztizálja, ennek aránya országosan 21-25% között van; hasonló az iskola-egészségügy szerepe is, de például a szűrések elvégzéséhez nem mindig rendelik hozzá a szükséges eszközöket. A kompetenciák indokolt átcsoportosítása illetve az ehhez rendelt eszközök biztosítása (pl. a foglalkozás-egészségügyi orvos beutalási joga az E alap terére) sokat lendíthet az egészségügyi ellátás minőségén a prevenció tekintetében is.

Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy az orvosi képzés Magyarországon igen magas szintű, amit külföldön is elismernek (személyi feltételek biztosítása). A társadalom részéről azonban erkölcsi megújulásra és az orvos-beteg kapcsolat átértékelésére van szükség, mert a megbecsülés hiánya a terápia hatékonyságát is károsan befolyásolhatja.

További hiányosságok: a beszállítók és az egészségügy célja még véletlenül sem találkozik; a szállítók ugyanis piaci kategóriákban gondolkodnak, ezzel szemben a gyógyulás értéke nem mérhető a tőkés világ normáinak megfelelő nyereséggel. Jelentős költségkímélő hatást és minőségi javulást eredményezhet a párhuzamos ellátások megszüntetése, ami az alapellátás, a fekvőbeteg intézetek és a járóbeteg ellátás közötti információs kapcsolatok létrehozásával, illetve megjavításával érhető el. Az egészségügyi oktatás helyzete a lakosság körében sok kívánnivalót hagy maga után, éppen ezért ezt, már a terhes gondozáskor, de legkésőbb az óvodában el kellene kezdeni.

Mivel a téma így vagy úgy mindenkit érint, az előadást követően őszinte beszélgetés és nyílt vita alakult ki. Az 1997 évi CLIV es törvény az egészségügyről (III: Fejezet: Betegjogok) rendelkezése alapján a beteg döntési szabadsága széleskörű, részletesen rögzíti a beteg és az egészségügyi személyzet jogait és kötelezettségeit, de jelentős arányeltolódás van az egészségügyben dolgozók kárára, és sok esetben (bár történnek intézkedések ezen a téren!) a végrehajtáshoz szükséges eszközök sem állnak mindig

rendelkezésre. Előfordul, hogy a büntetőjogi elmarasztalástól való félelem miatt az orvos „túlbiztosítja” magát (pl. vizsgálatok, gyógyszerfelírás esetén). A holisztikus szemlélet mellett még mindig tért hódít a specializálódás, ami – az orvosi tapasztalat és megérzés helyett – csak a műszerekre hagyatkozik, és e mellett az ellátás rögzítése stb. túlzott bürokráciát von maga után. Megfigyelhető a betegek „deperzonalizációja”, ami egy-egy nagyobb csoport egységes megítélését vonja maga után, például a „nyugdíjasok” kifejezés nem utal a korábbi munkakörülményekre, holott számos foglalkozási megbetegedés csak 10-15-30 évvel az expozíció után jelenik meg, ezek diagnosztizálása fontos lenne az újabb megbetegedések megelőzése érdekében. Nem értékelik és nem is hasznosítják a nyugdíjasok szaktudást sem, pedig a felmérések szerint a szellemi képességek legmagasabb szintje 58-70 éves kor között bontakozik ki. Az egyéni értékek nagy tömeggé silányítása óriási súllyal nehezedik az egész társadalomra.

Mint említettük, az orvosképzés hazánkban igen magas, ennek ellenére a fiatalok a pályaválasztáskor sokszor maguk sem tudják, hogy mire vállalkoznak, és a szakma nehézségeit nem mindig látják előre. Ezért is lenne fontos, hogy az orvosi egyetemek, a minőségi szakmai oktatás mellett a hallgatók *orvossá* nevelésére is fektessenek hangsúlyt, ennek hiányában a fokozott distressz következtében hamarabb alakul ki a burnaut (kiégés), ami egyes megfigyelések szerint már az egyetem éveiben elkezdődhet!

Hogyan javítható tehát a magyar egészségügy minőségi színvonala? Először is, ha a beteg megelégedettsége eléri a legmagasabb szintet, ehhez azonban számos elvárásnak kell teljesülnie (lásd: paraszolvencia kérdése). Fontos az egészségügyben dolgozó minden egyes személy véleményének meghallgatása, továbbá a jó közérzetük és a szakmai megbecsültségük biztosítása.

Várkonyi Gábor