

Néhány gondolat az EOQ MNB 2022.10.5-i "Pódiumbeszélések - az online térben is - Minőségről" sorozaton belül megtartott "A törékeny Bizalom kihívásai az orvos és a beteg kapcsolatrendszerében" rendezvényen elhangzottakkal kapcsolatban

Először is szeretnék gratulálni mindkét előadónak, akik nagyon érdekes szempontokat ismertettek. Mivel technikai okok miatt sajnos nem tudtam élőben hozzászólni, ezúton szeretnék néhány kiegészítést tenni.

A szabad orvosválasztás egyik mozgatóereje a - szakmai elismertség mellett - a **bizalom**. Attól tartok, hogy az elkövetkező időszak egészségpolitikai döntései során ez veszélybe kerülhet.

A most hatályos egészségügyi törvény kimondja, hogy a betegnek *„joga van az ellátását végző olyan orvos megválasztásához, akivel az állapotának, illetve az egészségügyi szolgáltatás jellegének megfelelő, magyar nyelven történő kapcsolattartásra képes”*.

A Belügyminisztérium most készült előterjesztés szerint a szabad orvosválasztás az alapellátás kivételével megszűnik. A tervezet alapján a beteget a kórházban a szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos látja el, helyette másik orvos nem igényelhető. Így sérül a személyes kapcsolat, a bizalom kialakításának, a beteg gyógyulásához nélkülözhetetlen kommunikáció minősége is, hiszen az ellátás ilyen formában - figyelembe véve a jelenlegi humán erőforrás szűkösségét, futószalag szerűvé válhat, ahol elvész az ember.

Több tanulmány is kimutatta az orvos kommunikációs készsége és a beteg elégedettsége között fennálló korrelációt. Ahogyan az már Felszeghi professzor asszony előadásában is elhangzott, a bizalom és a hatásos kommunikáció befolyásolja a terápia kimenetelét, javítja a betegek lelki állapotát, csökkenti a tüneteket, a fájdalom érzetet.

Betegellátás nemcsak orvosi feladat. Aki volt már beteg tudja, hogy mennyire fontos az ápolók és a többi egészségügyi szakemberrel kialakított bizalom, a velük való kapcsolat minősége. Bár a mostani előadások témája az orvos-beteg közötti bizalmi kapcsolat kialakulása és jelentősége volt, mégis szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy az ellátás csapatmunka, tehát a bizalom kialakítására való törekvés minden egészségügyi dolgozóra vonatkozik. Ebből a szempontból a bizalom légkörének kialakítása az intézményi kultúra szerves részének tekinthető.

Az **egészségfejlesztés** elsődleges területe a praxisközösségre épülő alapellátás, melynek célja, hogy - a betegek ellátásán kívül - hozzájáruljon a magyar lakosság egészségi állapotának javításához azáltal, hogy az ellátottak számára nemcsak alap betegellátást biztosít, hanem különös hangsúlyt fektet a primer

prevencióra betegségmegelőzési programok, szűrések, tanácsadási és egészségfejlesztési szolgáltatások szervezése segítségével.

A MEES V2 (2019), melynek kialakításában az EOQ MNB Egészségügyi és Szociális Bizottsága is részt vett, és a fekvőbetegellátás szintjén is külön standardokat alakított ki az egészségtudatosság, öngondoskodás fejlesztésére. Lényeges, hogy a standardcsoport nem a betegek és a hozzátartozók kötelező tájékoztatására vonatkozik, hiszen az törvényi kötelesség.

Mivel ez talán kevésbé ismert, idézek a standardcsoport céljából: *10.6. BETEGEK OKTATÁSA (FBO) Standardcsoport célja A betegek és hozzátartozóinak tájékoztatása, oktatása a betegségével kapcsolatban, önellátásának biztosítása, segédeszközök, gyógyszerek alkalmazása és betegségének romlása, remissziójának megelőzése érdekében. A betegségtől függően az oktatás kiterjedhet az önsorsrontó magatartások megszüntetésére, az egészséges életmód kialakítására.*

Persze minden a gyakorlatban fog eldőlni, sajnos a jelenlegi helyzetben erre nem lesz túl sok idő a kórházi betegellátás során.

Mindkét előadó foglalkozott a betegellátás során kialakuló **kockázatokal**. Az egészségügyi ellátás során felmerülő kockázatok figyelembe vételéhez, a szempontok gyakorlati értékeléshez néhány gondolatot szeretnék hozzáfűzni. A betegellátás során az orvosnak értékelni szükséges egyfelől a be nem avatkozás (betegség lefolyása, a betegség életkor specifikus kockázata) és a beavatkozás kockázatát, annak arányát. Tehát az orvosi döntés során mérlegelni szükséges, hogy mivel ártunk a betegnek? Szükséges-e egyáltalán beavatkozni, akár egy diagnosztikus eljárással vagy nem? Ha szükséges beavatkoznunk, akkor mérlegelni kell a betegség valószínűségét, a különböző diagnosztikus és terápiás eljárások kockázatának és egészségnyereségének esélyét és arányát. A betegség fennállásának 0-1 skáláján azt az értéket, ahol a kezelés és a nem-kezelés várható értéke egyforma, kezelési küszöbnek hívjuk. A kezelési küszöb a kezelés hasznától és kockázatától függ.

A pódiumbeszélgetésben szóba került **az egészségügy piaci szerepe**.

Fontos hangsúlyozni, hogy az egészségügyi ellátást nem szabad úgy kezelni, mint ami csak "költséget termel". A döntéshozóknak fel kell ismerniük azt, hogy hosszútávon az egészségügyi ellátás és az egészségfejlesztés befektetés! Befektetés az egészségbe, aminek eredményeként nő az egészséges munkaerő, ami növeli a termelést és ezzel növekszik a profit és a GDP is.

Kérdésem:

Mi az előadók véleménye a bizalom kialakításának lehetőségéről az állami és a magán egészségügyi ellátás körülményei között?

Dr. Gődény Sándor