

Az intézeti sürgősségi betegellátás alapjai

Dr. László Imre orvosezredes

Kulcsszavak: sürgősségi ellátás, az amerikai rendszer és követelményei, Sürgősségi betegellátó osztály részei

A szerző rámutat a sürgősségi és a háborús egészségügyi ellátás rendkívül szoros kapcsolatára, amely egyértelműen alátámasztja a honvédegségügyi kérdéskörrel kapcsolatos érzékenységet. Az Amerikai Egyesült Államokban 1973 óta szabályozza törvény a sürgősségi ellátást és annak mindenoldalú feltételrendszerét. Jelen publikáció bemutatja a törvény által szabályozott fontosabb követelményeket, illetve az 1998. decemberében Columbusban tett látogatás során szerzett tapasztalatokat, a Sürgősségi betegellátó osztályok amerikai körülmények között történő működtetését.

Az egészségügyi ellátás fejlődésének, fejlesztésének ténye és szükségessége, a korszerű menedzsment technikák fokozatos előtérbe kerülése és érvényre jutása, a törekvések mozgatórugójaként fellelhető hatékonyabb betegellátás igénye állította előtérbe a sürgősségi betegellátás hospitális szakaszának új alapokra helyezését. Ismert, hogy az országban több helyen is működnek Sürgősségi betegellátó osztályok (SBO), amelyek a jelenleg érvényben lévő finanszírozási rendszer és uralkodó szemlélet miatt valós értéküknek csak igen korlátozott mértékben képesek megfelelni.

Amikor a sürgősségi ellátás kérdéskörével foglalkozunk a kulcsszó a „rendelkezésre álló idő”, illetve még pontosabban annak erősen korláto-

zott volta. Ez a gondolatfelvetés a katonarvos számára azonnal a háborús egészségügyi biztosítás építkezésének logikáját és lényegét: a gyors és mégis eredményes ellátásra történő törekvést jeleníti meg. Egy olyan rendszert, amely a működésében szigorúan szabályozott elemeivel a súlyos sérültek gyors, időtakarékos és mégis hatékony ellátására készült fel. A háborús- és katasztrófa medicina, illetve a békekörülmények között realizálódó sürgősségi ellátás ezen a ponton találkozik egymással.

A rendelkezésemre álló idő rövidege miatt nincs lehetőség egy szélesebb körű áttekintésre, ezért előadásomban annak a rendszernek a jellemzőit és sajátosságait kívánom ismertetni, amelyet Amerikában, az Ohio állam-

beli Columbusban, közvetlenül a gyakorlatban is volt lehetőségünk megtekinteni az elmúlt év decemberében.

A sürgősségi ellátás – mint rendszer – az Amerikai Egyesült Államokban, törvényesen szabályozott formában 1973-ig nem működött. A Tudományos Akadémia előkészítő munkája alapján ekkor öntötték formába a kérdés szempontjából meghatározó jelentőségű 1973. évi Törvényt, amely az Egészségügyi Sürgősségi Szolgáltatáról, egy egységes sürgősségi ellátó rendszerről intézkedett. Napjainkig ez a törvény a gyakorlati tapasztalatok folyamatos feldolgozása és annak jogszabályi adaptálása révén egyre pontosabbá, a gyakorlatot egyre hatékonyabban segítő szabályozási formává vált. Ez a magyar egészségügy szempontjából már az első megköze-

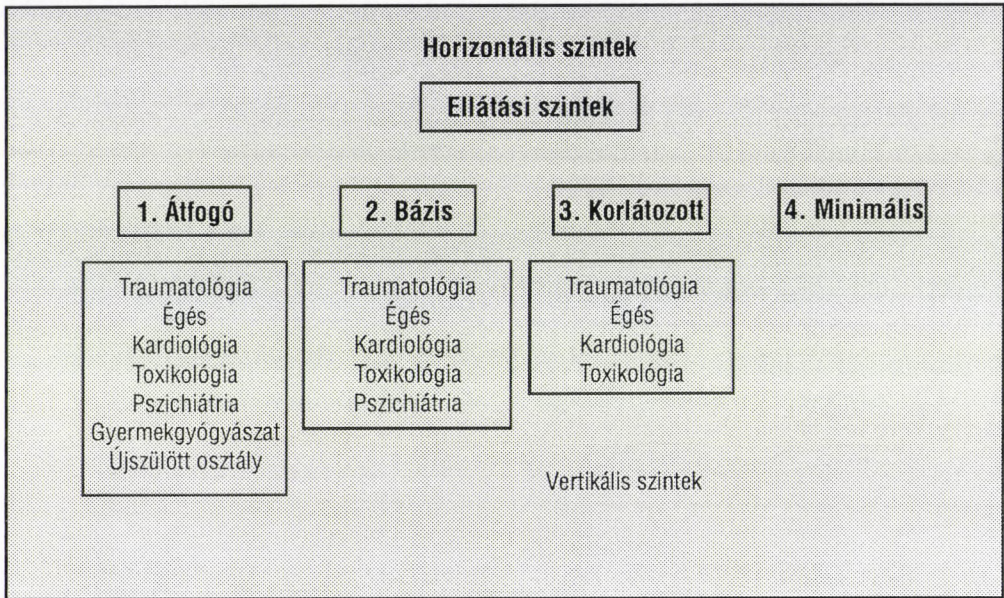
lítésben azt jelenti, hogy ezt az ellátási formát törvényben megfogalmazottnak szabályozni kell!

Maradva az amerikai gyakorlatnál, foglalkozzunk most kizárólag a sürgősségi ellátás hospitális tagozatával és nézzük meg, hogy meghatározott kritériumok figyelembevételével hogyan sorolódna be ebbe a rendszerbe az egyes intézetek. Szempontként az adott gyógyintézet szerkezeti struktúráját, illetve annak személyi és technikai lehetőségeit vesszük figyelembe. A 70-es évek elején az Amerikai Orvostársaság, valamint az Amerikai Kórházszövetség az egyes kórházak ez irányú képességeinek felmérésére az ún. horizontális értékelési rendszert alkalmazta. Ennek alapján az ellátásnak 4 szintjét különböztették meg (1. ábra).

| Ellátási szintek | | | |
|---|--|--|----------|
| 1. Átfogó | 2. Bázis | 3. Korlátozott | 4. Elemi |
| 1 2 3 4 | 1 3 4 | 4 5 | 4 6 |
| 1. 24 órás folyamatos sürgősségi ellátás (állandó, képzett gyakorlott, helyben tartózkodó szakorvosok és szakdolgozók) - standardok, protokollok, technikai eszközök | 2. A kórházban azonnal elérhető, folyamatosan igénybevehető konzultáció legalább belgyógyászati, ortopédiai, szülészet-nőgyógyászati, gyermekgyógyászati és aneszteziológiai szolgálattal. | 3. 30 percen belül konzultációs lehetőség kórházon belül más szakterületekkel. | |
| 4. Folyamatos két és többoldalú hírvisszeköttetés a szolgálatok közt és az informatikai központtal | 5. A kórház orvosaiból biztosított, 30 percen belül folyamatosan elérhető sürgősségi készenlét. | 6. Minimális sürgősségi ellátás (osztályozása, sürgősségi fok megállapítása), életmentő első orvosi segélynyújtás. | |

1. ábra:

A kórházak sürgősségi besorolásának horizontális szintjei



2. ábra:

A kórházak horizontális és vertikális ellátási szintek szerinti besorolása

A gyakorlati tapasztalatok gyorsan bizonyították, hogy sürgősségi ellátást meghatározóan (az esetek 95%-ában) az első két besorolási szintet képviselő gyógyintézetek nyújtottak, továbbá azt is, hogy a 3. és 4. szintbe sorolt intézetek csak elvétve alkalmasak ezen ellátás személyi és technikai feltételeinek biztosítására. Ugyancsak fontos volt az az 1973-beli felismerés is, amely szerint a horizontális besorolást egy ún. vertikális besorolási követelményrendszerrel kell kiegészíteni (2. ábra). A kezdetben ez 7 szakterületet jelentett 3 szintű rendszerbe sorolva, majd később kiegészült a szülészet-nőgyógyászattal.

A mai gyakorlat követelményeinek figyelembevételével érdemes megnézni, hogy az egyes szintekkel szemben az osztályos szerkezeti tagozódás

milyen követelményeket támasztana (lásd 2. ábra). Abban az esetben, ha a régióban gyermekgyógyászati ellátásra specializálódott központ működik (pl. Budapesten ilyen a Heim Pál Kórház) a követelmények sorából a gyermekgyógyászat és gyermeksebészet értelemszerűen törölhető. Nem érdektelen beletekinteni abba, hogy a vertikális tagozódás egyes szintjeivel szemben egy adott szakma vonatkozásában – önkényesen ragadjuk ki például az égést – milyen követelmények fogalmazódtak meg (3. ábra).

Talán fölösleges is külön hangsúlyozni, hogy a sürgősségi ellátásban résztvevő egyes szakmákkal kapcsolatban – úgy személyi, mint technikai oldalról – a követelmények pontosan megfogalmazásra kerültek.

Delegációnk Columbusban olyan in-

| 1. szint | 2. szint | 3. szint |
|--|---|--|
| 1. Égési központi (osztály) Optimális ellátási lehetőség | 2. Speciális gyakorlattal rendelkező égési részleg | 3. Sürgősségi osztály ambuláns ellátás |
| E L L Á T A N D Ó K | | |
| Súlyos égési sérülések | Mérsékelt égések | Könnyű égések |
| – a bőr felső rétegeire kiterjedő, a testfelszín több mint 25%-át meghaladó égések | – felszínes, a testfelszín 15-20%-ára kiterjedő égések | – a testfelszín kevesebb mint 15%-ára kiterjedő felszínes, illetve 2%-ot meg nem haladó mély égések, amennyiben nem járnak az arc, szem, fül, kéz, láb, perineum funkcionális, vagy kozmetikai károsodás, veszélyével |
| – a testfelszín 10%-ára kiterjedő mély égések | – a testfelszín kevesebb, mint 10%-ára kiterjedő égések | |
| – arc, szem, fül, kéz, láb, perineumra kiterjedő, funkcionális vagy kozmetikai károsodás veszélyével járó égések | – arc, szem, fül, kéz, láb, perineum vagy kozmetikai károsodásának veszélye, nélküli égések | |
| – légúti inhalációs égések vagy traumával társuló égések | | |

3. ábra:

Égési osztály szakmai követelményei vertikális besorolás szerint

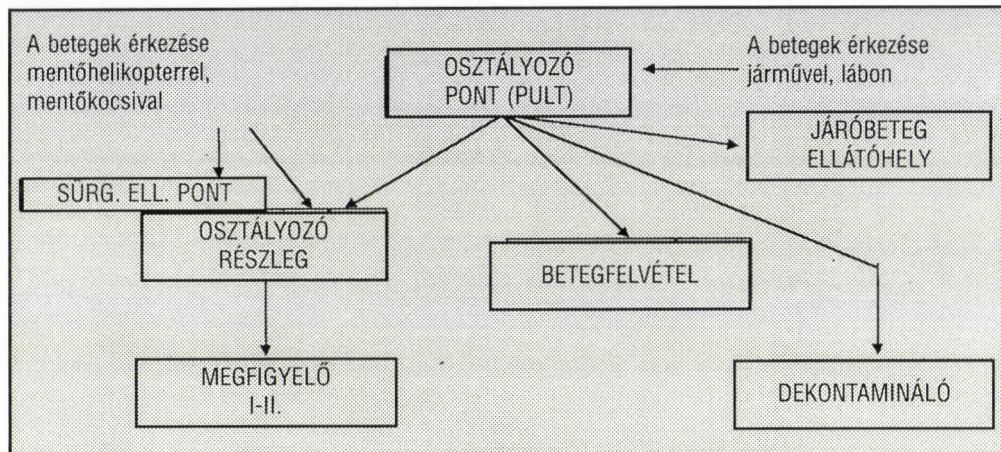
tézetet tekintett meg, amely a sürgősségi ellátás rendszerében, annak első szintjébe sorolva tevékenykedik. A két részből (Grant és Riverside) álló kórházba az SBO mind működésileg, mind elhelyezés szempontjából igen szigorú szabályok szerint integrálódik be. Felépítését, funkciók szerinti tagozódását a 4. ábra mutatja.

A betegellátásban betöltött fontosságára utal az is, hogy a biztosítók akut beteg ellátásáért csak akkor fizetnek, ha azok az SBO rendszerén keresztül kerülnek be a gyógyintézetbe! Az SBO a következő elemeket foglalja magába:

1. Osztályozó pont (pult): a járóbeteg lépnek be ezen a ponton. Egy jól képzett nővér a panaszok figyelembevételével irányítja tovább az érke-

zőket vagy az Osztályozó Állomásra (esetleg a Megfigyelőbe), vagy a Járóbeteg Ellátó Helyre.

2. Osztályozó Részleg: 1 műszakban 2 orvos, 8 szakdolgozó működteti és 24 óra alatt mintegy 150 sérültet/beteget látnak el. A személyi állomány a feszített munkatempó miatt általában 3 évet dolgozik ebben a részlegben. 20 olyan helyiséggel rendelkeznek, ahol különböző beavatkozások elvégzésére van lehetőség. Ha egy időben sok sérült vagy beteg (esetlegesen súlyos állapotban lévő) érkezik, akkor személyi hívnó lekérik a szükséges erősítést. A statisztikák alapján a sürgősségi ellátásra szoruló betegek 10%-a traumás eredetű. A részlegből a megfigyelőbe, műtőbe, intenzívra, a kórház egyéb osztályaira, a patoló-



4. ábra:

SBO részei sematikusán ábrázolva

giára, illetve haza kerülhetnek a sérültek/betegek. Az osztályozó praktikusán két részből áll: a bejáráshoz közel található az a helyiség, ahol a beérkező és életveszélyes állapotban lévő betegek az első ellátásban részesülhetnek. Ennek keretében 10 percen belül elkészül az rtg. és UH (természetesen a kép bekerül a beteg adataival együtt a központi számítógépbe), centrális vénát szúrunk, leveszik laborvizsgálatra a vért és vizeletet. Súlyos traumás vagy sebészeti beavatkozást igénylő beteg ezt követően közvetlenül a műtőblokkba kerül átszállításra. Az osztályozó megkerülésével is bekerülhet sürgős eset az intézetbe, amikor például a helikopteres (vagy mentő) szállítás során a személyzet az azonnali sebészeti beavatkozás szükségessége mellett dönt.

3. Megfigyelő I-II.: azok a betegek, akiknek a kórisméje az osztályozóban nem tisztázódik a megfigyelőbe kerülnek. Ebben a részlegben maximum

24 órát tartózkodhatnak. Ennyi idő alatt az állapotukkal kapcsolatban végleges döntésre kell jutni. A RIVERSIDE ennek két fokozatát működtette, nevezetesen a Megfigyelő I-ben a tartózkodási időt 6 órában maximálták (átlagban 4 órával dolgoznak, de igyekeznek elérni a 3 órás átlagértéket). A Megfigyelő-II. maximálisan 24 óráig tarthatja a 6 óra alatt nem tisztázott kórisméjű betegeket.

4. Járóbeteg Ellátó Hely: délelőtt 11-től este 23 óráig egy műszakban. A családorvosok rendelésének befejezése után a betegek ezt a részleget keresik fel. Összesen 1 orvos és 2 szakdolgozó látja el a feladatokat, továbbá ők biztosítják az ún. üzemorvosi ellátást is. Ezt az ellátási formát – amely mintegy 300.000 lakos első orvosi ellátását van hivatva biztosítani – naponta 70-80 beteg veszi igénybe.

5. Betegfelvétel: a betegek felvételét kérdőívek alapján nővérek végzik. Az összesen 4 vizsgálóban folyamatos

műszakban 2 nővér dolgozik. Az az orvos, aki ki van jelölve ennek a területnek a felügyeletével osztályon dolgozik és problémás eseteknél személyi hívóval mozgósítható. Az osztályon viszont csak olyan tevékenységet folytathat, amit adott esetben azonnal abba tud hagyni, azaz például nem osztható be műtéti team-be.

6. Dekontamináló: a betegfelvételi hellyel szoros kapcsolatban működik. Feladata a környezetre és a betegre veszélyes anyagok eltávolítása gyo-mormosás elvégzése.

IRODALOM

- [1.] *Vámos L.:* Sürgősségi ellátás – egészségügyi doktrínaváltás. Az USA sürgősségi ellátó rendszerének irodalmi áttekintése. Tanulmány (1998.)

Col. I. László M.D.M.C.

Basis of emergency medicine at institutional level

Author points out the extremely close connection between the emergency medicine and war health supplies which clearly emphasizes the importance of military medicine. In the United States there is a law since 1973 controlling emergency medicine and its condition system of all kinds. This publication shows the most important criteria controlled by law, the experiences received during the visit in Columbus in 1998. dec., and the operation of emergency departments among american conditions.

*Dr. László Imre o. ezds.
1553 Budapest, Pf. 1.*