

Az elégedettség kulcsa



Ajkay Zoltán

Negyvenéves gyógyítómunkám egyik fontos tapasztalataként szűrtem le, hogy a betegek elégedettségének fő oka az, hogy tájékoztatásuk hiányos, vagy nem megfelelő formában történik.

Ma is naponta találkozom olyan betegekkel, akik szerint a rendelőben vagy kórházban „nem mondtak semmit”, „nem tudják mi a bajom”, vagy úgy nyilat-

koznak, hogy „nem tudom mi lesz velem”, „csak a viziteken láttam orvost”. Ugyanakkor, átolvasva dokumentációjukat, leleteiket, zárójelentésüket, azt tapasztalom, hogy általában szakszerű volt az ellátásuk, kellően megalapozott a diagnózis, megfelelő a terápia. Többnyire tehát nem ellátóik szaktudásával, nem a terápiás és diagnosztikus eszközök hozzáférhetőségével, nem a sok helyütt valóban kétségbeejtően hiányos komforttal van bajuk. Ami

elsősorban hiányzik, az a velük való alaposabb, tartalmasabb, kellően empatikus kezelőorvosi foglalkozás, az őszinte és közérthető tájékoztatás vizsgálati eredményeikről, betegségük természetéről, várható lefolyásáról, kilátásaikról. Amire a legnagyobb szükségük lenne, az a „jó szó gyógyító ereje”, az úgynevezett pszichésen megalapozott betegvezetés. Ennek hiányában azután elvesztik bizalmukat, sérülékennyé, néha

gyanakvóvá válnak, hiszen „manapság mindenhol annyi rosszat lehet hallani az egészségügyről”.

Érdeemes az egészségügyiekkel erről a problémáról őszintén beszélni, mert a helyzet egyre rosszabb. A jelenlegi gyakorlat sérti a személyiségi jogokat, a humanitárius alapelveket, és nagyon hátrányosan befolyásolja az egészségügyi ellátás általános lakossági (és ezáltal politikai) megítélését.

Az egészségügyi törvény egy évtizeddel ezelőtti előkészítése, majd kidolgozása során komoly reményt fűztünk az ellátók és ellátottak kö-

zötti kapcsolat szabályozhatóságához, a kétoldalú jogosultságok és kötelezettségek európai normáknak megfelelő érvényesítéséhez. A törvény szövege meg is felel ezeknek az elvárásoknak, az abban foglaltakat azonban többnyire nem tartják be, és a követelmények érvényesülését szinte senki nem ellenőrzi. Pedig egyéb ügyekben vérszesen szaporodik az ellenőrzések száma: az ÁNTSZ rendszeresen vizsgálja többek között az ellátás feltételeinek meglétét, színvonalát, az OEP a kódlások és kifizetések szabályszerűségét, a tulajdonos a beruházások, tendereztetések bonyolítását. Ezek a vizsgálatok azonban természetesen nem juthatnak el az egyes betegek szintjére, ahol az elégedettség személyesen is kontrollálható lenne. Az ezt esetleg pótolandó úgynevezett betegelégedettségi vizsgálatok sematikus kérdőívei, százalékos összesítői gyakran manipuláltak, helyenként túlzottan optimista képet adnak. A betegtájékoztatás ellenőrzése marad tehát a szakmai vezető, az osztályvezető vagy csoportvezető főorvos kizárólagos hatáskörében, erre azonban ők kevés súlyt fektetnek.

A betegjogi képviselők rendszerének bevezetése a fekvőbeteg-intézményekben lehetőséget biztosíthat a tájékoztatás szintjének javítására, sőt, ellenőrzésére is. Egyelőre a képviselők egy része eléggé passzív, csak a konkrét panaszok intézésével foglalkozik, bár helyenként már megvalósul a preventív szándék, a konkrét helyzetértékelés és az azt követő konzultáció.

Az utóbbi másfél évtized csaknem valamennyi átfogó egészségügyi változása – néhányan reformoknak nevezik ezeket – hátrányosan érintette a betegekkel való foglalkozást. A többnyire gazdasági indíttatású átalakítások nyomán a belső érdekviszonyok helyenként kedvezőtlenül alakultak. Elég, ha csak a teljesítmény és a „per capita” finanszírozás „ösztönzőire” vagy az eladósodás, a kényszerprivatizáció fenyegetéseinek presz-sziójára gondolunk. Így érthető (bár számomra nem elfogadható) az a nézet – és ennek nyomán a káros gyakorlat –, hogy a személyes foglalkozás az egyes betegekkel időt von el a konkrét betegellátás diagnosztikus és terápiás teendőitől, és azokkal szemben nincs semmiféle ellentételezése, a valós ráfordításokat nem

Amire a betegeknek legnagyobb szükségük lenne, az a „jó szó gyógyító ereje”.

Az úgynevezett betegelégedettségi vizsgálatok túlzottan optimista képet adnak.

fejezi ki sem fejpénz, sem pontszám, sem HBCs. Az egyre növekvő betegforgalom, a kórházakban rövidülő átlagos ápolási idő, a túlmunka (ügyeletek, külső megbízások stb.) nyomán a betegekkel való elmélyült foglalkozás elé természetesen objektív akadályok is gördülhetnek.

Újabbán a kommunikációs nevezett társadalom a sokat emlegetett információs aszimmetria, a betegek és hozzátartozóik alultájékozottsága, az orvosok információ-visszatartása ellen egyre korszerűsödő fegyverrel próbál meg fellépni. Egy jól szervezett egészségügyi információs rendszerben (sajnos, még kevés ilyen van) a kezelőorvos számára az adott betegről a szakmai adatok tömege állhat rendelkezésre. A betegek számára egy-egy megbetegedés, diagnosztikus eljárás vagy kezelés szakszerű és közérthető leírása, akár sokszorosított papíralapú vagy interaktív számítógépes formában is biztosítható. Betegirányító rendszerek kialakítására is történtek kísérletek. Az információáradatnak komoly előnyei mellett lehetnek csapdái, mert a több adat több tevénytési lehetőséggel járhat, a sémás leírás, bizonyos lakossági rétegek igen alacsony egészségkultúrája mellett, a téves betegségtudat, az önkezelés veszélyét jelentheti. Így ezek sem pótolhatják a betegekkel való személyes foglalkozást, a pszichésen is megalapozott betegvezetést.

Nehezíti a helyzetet, hogy hazánkban továbbra is teljesen megoldatlan a paraszolvenciakérdés. Ez egyenlőtlenségeket teremt az informáltságban, az orvos által ráfordított időben és módban, és nehezen elkerülhetővé teszi azt a látszatot, hogy a betegekkel való alapos és időigényes foglalkozás elsősorban anyagi érdekeket szolgál. Plasztikusan fejezi ezt ki a betegek szóhasználata, hiszen nagy a különbség a némileg bizalmas kapcsolatokra utaló „az én orvosom” kifejezés, és a személytelenül elmarasztaló többes szám, az „engem nem küldtek vizsgálatokra” vagy a „nekem nem akarták felírni” jellegű megnyilatkozások között. További etikai gond a kollégák által elkövetett hibák leplezése vagy esetleges túlhangsúlyozása a betegek előtt.

A törvényes kötelezettség kiterjed a hozzátartozók tájékoztatására is. Gyakorta ezt a beteg jelenlétében célszerű megtenni, és rögzíteni a betegdokumentációban (dekurzus, kezelési lap stb.), s nem csupán a jogi konzekvenciák miatt, hanem gondolván a gyakori helyettesítésekre, orvosváltásokra is. A gyógyíthatatlan és otthonukban ápolandó betegek esetében nagyon fontos, hogy a felvilágosítás részletes és kellően humánus legyen. A hospice-ellátás szükségszerű kiterjesztéség ez komoly együttműködést igényel a beteg környezete, az alapellátás és házi gondozás, valamint a konzíliumszerű szakellátás között.

A beteg-tájékoztató javításának alapfeltétele a megfelelő képzés. A hazai hagyomány az orvosképzésben kétségtelenül a gyógyításra irányul, de az utóbbi évtizedek a prevenció, a pszichés foglalkozás érdekében előrelépést hoztak az orvosegyetemek tanszéki struktúrájában. Az egészségügyi főiskolák szemlélete kezdettől fogva segítette a megfelelő felvilágosítás

ügyét. A posztgraduális képzés lehet tehát a kritikus szakasz („target point”), amelynél meg kell találni azt a személyes példákra és ráhatáson alapuló formát, amelynek végén a rezidens teljes jog- és felelősséggel végzi a beteg-tájékoztatót. Jelen-tős szerepet kap ebben a mentor, a tutor, a helyi orvosvezető. Nekik kell hangsúlyozniuk és esettanulmányokkal bizonyítaniuk, hogy a betegekkel való jó és kellően mély kapcsolat kulcsfontosságú, és életeket menthet. Csakúgy érdemes az együttműködés hiányossága miatti gyógykezelési hibákat, szövődményeket bemutatni, mint a műtét elutasító daganatos betegek szomorú sorsát. Az orvos-beteg kapcsolatban tehát a páciensek valós, kultúrájuknak megfelelő felvilágosítása alapján kell szorgalmazni szabad választásukat, nem pedig valamilyen információs hatalmat gyakorolni felettük. Ez alapozhatja meg azt a bizalmat, ami elsősorban a kezelőorvosnak szól, de amelynek részese az osztályközösség, sőt, maga a kórház, rendelőintézet is.

Újabbán több kísérlet történt annak érdekében, hogy a fekvőbeteg-intézményeket valós információk alapján mutassák be. Tavaly az „Év kórháza” pályázat is bővítette ennek lehetőségét. (Korábban a teljesítményfinanszírozás által kikényszerített helyi PR során is volt erre törekvés.) Nagy igény van arra, hogy a választható intézményekről, az egészségügyi rendszerről és működéséről, annak költségeiről, vagy akár – nemzetközi összehasonlításban – az egyes egészségügyi eljárások hozzáférhetőségéről kellő információ álljon a lakosság rendelkezésére. A médiának – a gyógyszerekkel kapcsolatos árcsataik ismertetése mellett – azt is tudatosítania kellene, hogy hazánkban rendelkezésre állnak a legkorszerűbb készítmények is, viszont minden felesleges kezelés komoly veszéllyel járhat.

Magyarországon betegnek lenni többszörösen hátrányos helyzetet jelent. Ebben a helyzetben számolni kell a fokozott lelki sérülékenységgel, amit jelentősen növelhet az ismeretlentől való félelem, a bizonytalanság, a kiszolgáltatottság, ilyenformán a kellő tájékoztatás valójában másodlagos prevenciót is jelent.

A betegek elégedettségének javítására, megfelelő források híján, ma még, sajnos, korlátozott eszközökkel rendelkezünk. A tájékoztatás alaposabbá és szakszerűbbé tétele nem pusztán közvetlenül növelhetné a betegek és hozzátartozóik elégedettségének, bizalmának szintjét, hanem szakmailag is számos előnnyel járna.

dr. Ajkay Zoltán

Nehezíti a helyzetet, hogy hazánkban továbbra is megoldatlan a paraszolvenciakérdés.

A beteg-tájékoztató javításának alapfeltétele a megfelelő képzés.

Magyarországon betegnek lenni többszörösen hátrányos helyzetet jelent.
