2004.10.28.

Magyar Orvosi Kamara Háziorvosi Szekció konferenciája

Dr. Kertai Aurél, MOK Háziorvosi Szekció elnöke:

Tisztelt Kolleganők, Kollégaurak! Üdvözlöm Önöket a háziorvosi szekció mai kongresszusának az ülésén. Egy pár szóval azért elmondanám, hogy most volt ez az első lehetőség, amikor a háziorvosi szekciót felkérték, hogy mint alapellátás, vegyen részt a HUNGAROMED-nek az anyagán, ezen a négynapos rendezvénysorozatán. Ezt elvállaltuk, mert úgy tűnik, hogy most az érdeklődés az most egy kicsit kevesebb, de volt rá jelentkező elég szép számmal.

Az irányított betegellátás körülbelül 5 évvel ezelőtt indult meg, az első a veresegyházi misszió volt, az igazi központ, aki szervezte, és az előző időszaknak, illetve látszik, amikor már 1 milliós létszámot elérte az irányított betegellátás, hogyan oszlott el Magyarországon. Azok a kis sárgácska foltok jobbra-balra elszórtan, azok a vasútegészségügynek a rendszeréhez tartoznak, és tudom, hogy az irányított betegellátással kapcsolatban voltak különböző nézetek, hogy mitől gazdaságos vagy mért éri meg azt csinálni, s azért mutatnám mellé a másik ábrát is, egymásra vetíteni nem tudtam, mert ezek meg a válságtérkép, ami a legrosszabbul ellátott alsó negyedet mutatja az ország területén. Itt van a legnagyobb halandósági arány, itt van a legnagyobb közgyógy ellátottak aránya, itt a foglalkoztatottaknak a legalacsonyabb az aránya, itt jut egy háziorvosra sok lakos, és az OEP szerződésóra kevés. Tehát ez azt jelenti, hogy azért vannak még olyan területek, amiket egy kicsit fel kell újítani és az esélyegyenlőséget meg kell teremteni. Ennyit bevezetőként, és megkérném az első eladás megtartására Nagy Tamás kollégát, Irányított betegellátás a háziorvos szemszögéből.

Dr. Nagy Tamás: Hölgyeim és Uraim! Tisztelettel köszöntöm a megjelent kisszámú hallgatóságot, azt gondoltuk, hogy egy kicsit többen fognak érdeklődni az irányított betegellátási modellkísérlettel kapcsolatos adatok iránt.

Szeretném azt elmondani, hogy Magyarországon egészségpolitikai szempontból ez az egyik legjelentősebb modellkísérlet, ennek a kezdetétől fogva nagyon sok támogatója, legalább annyi ellenzője volt. Azt sajnáljuk, hogy négy év működés után nem sikerült leültetni egyasztal mögé azokat az egészségpolitikusokat, azokat az ellenzőket és támogatókat, akik be tudtak volna számolni az irányított betegellátásról és szakmai szempontból következtetéseket tudtak volna levonni magáról a modellről. A misszió egészségügyi modell 1999. július 1-jétől nyolc háziorvosi praxissal 12 800 fővel kezdte meg működését, 2000-ben a Heves megyei Heves város és Füzesabony város és környező települések csatlakozásával 41 000 főre nőtt a kockázatközösség. Ez a bővülés 2001-ben Versegyház-környéki településekkel, illetve Heves megyében Eger város és környező Gyöngyös-környéki településekkel bővül, így 150 000 főre nőtt az ellátottaknak a száma. A tavalyi bővülés Gyöngyös város és további települések csatlakozásával 240 000 főre növekedett. Ennyi állampolgár ellátásáról gondoskodik a missziómodell. Ezt összegezve, látható, hogy a 62 teleülésből 42 Heves megyei, 20 pedig Pest megyei település, az ellátásunkat négy kórház, ebből két megyei és két önálló szakrendelő biztosítja, természetesen a 62 háziorvosi szolgálattal együtt. Ezen a térképen jól látható, hogy egy jól körberajzolható területet lát el a misszió, ez a missziónak a honlapján is megtalálható ez a lap, ez egy interaktív felület, ahol a pici pöttyökre kattintva láthatjuk, hogy hol milyen munkát végez a misszió. A működésnek vannak jogi feltételei, ez a mindenkori költségvetési törvény és a hozzákapcsolódó 43/99-es kormányrendelet, ezek a jogszabályi feltételek határozzák meg az egyes modelleknek a pénzügyi feltételét, illetve a működésnek a számszerűségét. Pénzügyi modellévünk októbertől szeptember 30-áig tart, itt ez a szeptember azért érdekes, mert mindannyian tudjuk, hogy az OEP-nek az adatszolgáltatása, illetve a finanszírozása egy három hónapos elcsúszást jelent. A rendszerbe lépés feltétele tulajdonképpen úgy történik, hogy a szervező a háziorvosokkal, akik önkéntesen lépnek be a rendszerbe, a praxis teljes körével lép be, a szervező a települési önkormányzatokkal egy szerződést köt, amiben vállalja, hogy a lakosság egészségfejlesztését és az ellátását koordinálja. Tehát ez csak egy koordinációs feladatátvállalás, és természetesen az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által kiírt pályázaton kell részt venni, amit a Pénzügyminisztérium és az Egészségügyi Minisztérium bírál el.

A modell finanszírozásának feltétele egy fejkvóta alapú rendszer, a fejkvótát a modellbe bevont szolgáltatások képezik és ezeket a szolgáltatásokat korral, nemmel súlyozottan állapítják meg. Ez a modelleknek a bevételi oldalát teszi ki, ez a bevételt tulajdonképpen egy többlet prevenciós bevétel, ami 500 Ft/fő/év, ezzel bővül, ezzel a szervező rendszeresen elszámol az egészségbiztosító felé, illetve egy szervezői díjjal bővül még a bevételi oldal, de ez mindig csak az indulási évben, egy hasonló összeggel, 500 Ft/fő/évvel növeli a bevételt. Az OEP természetesen nem fizet ki közvetlenül, hanem egy elvi folyószámlán kezeli a szervezőnek a bevételeit és kiadásait.

Az itt látható felsorolásban láthatjuk, hogy melyek azok az ellátási formák, amelyeket bevont a rendszerbe az OEP, ezek a háziorvosi, gyermekorvosi, fogászati, járóbeteg ellátás, kórházi, aktív, krónikus, képalkotó diagnosztika, művese kezelés, gyógyászati segédeszközök,

gyógyfürdő és az utóbbi időben a betegszállítás is bekerült ebbe a körbe. Természetesen vannak olyan szolgáltatások, amelyek ebből jelenleg is kimaradtak. Ezek döntően azok a szolgáltatások, amelyek konkrétan és direktben nem köthetők teljesen egy TAJ számhoz, nem köthetők egy konkrét praxishoz, illetve olyan torzításokat mutatna a rendszerben, ami ellátási területenként más és más, ilyen például az utazási költségtérítés, ami nyilván egy olyan nagyvárosban, mint Budapest vagy a megyeszékhelyek, ahol minden szolgáltatás elérhető, az döntően közelít a nullához, míg egy aprófalvas településszerkezetnél ez sokkal nagyobb költséget jelent.

Ezen az ábrán láthatjuk az előbb felvázoltakat, tulajdonképpen az ellátásszervező egy szervezői szerződést köt tehát a háziorvossal, illetve egy együttműködési megállapodást köt a jelen esetben, ez a misszióra vonatkozik, a járóbeteg szakellátás illetve a fekvőbeteg szakellátással, ez egy partneri kapcsolatot feltételez, ami elég laza kapcsolat. Itt látható, tehát az elvi folyószámlának a bevétel és kiadási oldala, tehát ez nagyjából a betegellátási modell struktúrája.

A missziómodellnek a célját is megfogalmaztuk tulajdonképpen, egy adott területen élők egészségi állapotát szeretné hosszú távon jobbá tenni, gondoskodik az ellátás magas színvonaláról, illetve minden területen érvényesíti azt a prevenciós szemléletet, ami talán egy jobb egészségügyi mutatóhoz tud elvezetni.

A tevékenységeink során különös figyelmet szentelünk az egészségmegőrzésnek, betegségmegelőzésnek, és hatékony, korszerű gyógymódok szerepének az erősítésére is. A végső cél a beteg bizalmának elnyerése és egy betegközpontú szervezetnek a létrehozása. A háziorvosnak a napi gyógyításon kívül nagyon-nagyon sok és komoly feladata van, erről részletesen az utánam következő előadások fognak szólni, a lényeg az, hogy szeretnénk bizonyos technikákkal olyan, praxisunkba tartozó állampolgárokat behívni, akik talán évente egyszer-kétszer sem méretik a vérnyomásukat, és nem kerülnek semmilyen kapcsolatba az egészségügyi ellátó rendszerrel. Ennek a technikáról tehát fogunk majd a későbbiekben hallani. Tevékenységünk természetesen a szűrés, gondozás, szintén következő előadásban hallhatunk róla.

Csak szeretném megmutatni a gondozásunk, tehát felnőtt háziorvosok asztma, diabétesz, hipertónia és ISB, gondoznak még gyermek háziorvosaink gyermekkori asztma, allergiás betegségek, obezitás hipertonia, mozgásszervi betegségek gondozásával foglalkoznak.

A háziorvosainknak rendszeresen tartunk szakmai továbbképzést, ezek a szakmai továbbképzéseken egy konkrét oktatási terv szerint történnek, ezek a továbbképzések akkreditáltak, pontszerzők. Ettől az évtől egy internetes felületen távoktatásban vesznek részt az itt dolgozó háziorvosok, ez szintén akkreditált és pontszerző továbbképzés.

Fontos tényked ésünk a protokollfejlesztés. Itt különböző gyógyító és diagnosztikus tevékenységeket próbálunk egy csoportba fogni, és megpróbálunk egy egységes eljárási és gyógyítási rendet kialakítani. Amikor ezek a protokolljaink megvannak, akkor a környező szakrendelők, kórházak orvosait konszenzus konferenciára hívjuk meg és megpróbáljuk az intézményekkel is egységesíteni ezt a protokollt, úgy néz ki, hogy ennek van komoly eredménye és pozitív a fogadtatása az intézményi szakorvosok részéről is. Természetesen, ha már rendelkezünk protokollokkal, akkor ennek a betartása az szintén fontos feladat, illetve ezt ellenőrizzük. Az itt felsorolt betegségek azok, amelyeket többek között protokollokkal tudjuk megközelíteni. Van itt egy furcsa kifejezés: fürkészés. Ez nem jelent mást, mint egy általunk kreált kifejezés, ez egy internetes alapú betegút-követés, esetkezelő rendszernek a működtetése, ennek a lényege, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól visszakapott adatok alapján a háziorvos a saját TAJ-körét, betegkörét le tudja hívni és ezáltal nyomon tudja követni, hogy hol milyen gyógyszert kapott a betege, milyen ellátásban részesült és ez az ellátás mennyibe került és mi is történt a beteggel. A háziorvos könnyebb helyzetben van, hiszen ismeri a betegét, ismeri a betegnek a zárójelentéseit, és így össze tudja vetni a társadalombiztosítás által visszajutott adatokkal.

Ez az esetelemzés, esetkezelés egy általunk kidolgozott séma szerint működik, itt természetesen bizonyos ellátási anomáliákra, gyógyszerfelírási szokásokra tudunk következtetni. Ellátási anomáliákról egy pár szót, illetve egy-két konkrét adatot vagy esetet is említenék. Említünk itt invalid ellátást, ez alatt azt értjük, hogy egy adott betegnek az ellátása, kezelése esetleg nem történt meg vagy nem oly időpontban, mint ahogy az egy internetes felületen látható, egy record képen látható. Látunk olyat, amikor a beteget sokkal tovább kezelik zárójelentés szerint, mint a valóságban, de a fordított eset is előfordulhat. Indokolatlan ellátások között előfordul olyan is, hogy példával tudjam megvilágítani, amikor egy terhes anya már régen megszült és a terhes-tanácsadó még mindig gondozza. Nyilván ezek az indokolatlan ellátás kategóriájába tartoznak. Vizsgáljuk a párhuzamos ellátásokat, látjuk, hogy a beteg egy adott intézményben, esetleg kórházban fekszik, természetesen közben nem vehet igénybe, megítélésünk szerint, gyógyfürdői szolgáltatást, otthoni szakápolást, vagy legalábbis más kasszán költséget nem nagyon illik vele szemben elszámolni.

Kódolási anomáliákra, HBCS inkonzisztenciára példát szintén tudnék mondani, amikor is a valóságban a betegnek nem az a betegsége, amint amivel ezt kódolták. Itt a napokban fölfedezett, ha úgy tetszik, huncutságot látjuk, amikor is például a 18 év alatti gyermekeknek a tonzillektómiája az egy hematológiai betegséggel van lekódolva, ami különböző eozonofíliák,

leukémiák és limfómák kategóriába tartozik, természetesen nyilván ezeknek a költsége egy sokkal magasabb 100 000 forintot meghaladó HBCS költségek, holott egy tonzilektómia ennél azért kicsit egyszerűbb beavatkozás és természetesen olcsóbb is.

A gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök felírásának anomáliái is érdekesek, sok finomságot takarnak. Nagyon sokszor a betegek számára oly mennyiségű gyógyszert írnak orvosaink, ami persze nem mindig az orvosnak a hibája, hiszen a beteg több orvost is megkereshet és hozzá tud jutni nagyobb mennyiségű gyógyszerhez, de néha ezek ipari mennyiséget is takarnak. Leggyakoribb gond alapvetően a gyógyászati segédeszközöknek a túlrendelése, itt különböző hallókészülékek, ortopédcipők, telefonok és ébresztőórák fölírása az, ami egy kis izgalmat okoz, de láttunk már olyant is, amikor egy páciensnek egy TAJ számon 48 műfogat vagy fogpótlást számoltak el. Ezeket az ellátási anomáliákat amikor észleljük, akkor ha háziorvos partnerintézményről van szó, megpróbáljuk megkeresni és erre a figyelmét fölhívni, ami pedig területen kívüli nem partnercégről van szó, ott pedig ennek a vizsgálatát néha az egészségügyi pénztártól kell kérnünk.

A modell működésének eredményei is komolyak számunkra, tulajdonképpen egy szakmai kommunikáció indult meg a háziorvosok, kollégák között, illetve az intézményi dolgozók között, egy partneri, kollegiális viszony alakul ki, ezek azok az alkalmak, amikor erre lehetőség adódik. Egy lakossági kommunikáció is kialakult, hiszen a helyi médián kívül a misszió egy regionális egészségvédelmi havi lapot működtet 2001 óta, ezt ingyenesen terjeszti 40 000 példányban 2003-tól, amikor is 240 000 főre bővült az ellátottak száma, akkor ez 65 000 példányban jelent meg. Erről egyébként későbbi előadásokban részletesebben is hallhatunk.

Működésünk eredménye az előbb említett evidence base alapú protokollok, konszenzus konferenciák és ezek az akkreditált továbbképző tanfolyamok. Ezeknek az az előnye is megvan, hogy ezt kivételesen nem gyógyszergyár szponzorálja, tehát a nem kívánt mellékhatások is sokkal kisebbek.

Eredmények között tartjuk számon, hogy egy-egy adott területnek van nem csak ingatlantulajdonosi gazdája, hanem szakmai gazdája is, egy érdekeltségi rendszert támogat a misszió, ez az itt dolgozóknak a munkakörülményét és a diagnosztikus feltételeket is javítja. A minőségi szolgáltatás mellett tulajdonképpen megjelenik a hatékonyság is, ez is fontos szemponttá válik. Lényeges eredmény tulajdonképpen a patikai forgalomnak az extenzív növekedése csökken a protokollok bevezetésével, az ellátások, amelyek lakosság-közeliek, az alapellátási illetve az egyes szakellátásoknak a fejlesztésével, bővítésével az indokolatlan hospitalizáció is ésszerű keretek között csökken vagy csökkenthető. És talán az egyik leglényegesebb szempont, amikor az ellátás során a pénz követi a beteget, és ennek komoly

jelentősége lehet hosszú távon, hiszen a finanszírozás nem az intézmény nagyságától, az ágyszámtól és egyéb paramétertől függ.

A modell természetesen még mindig csak modell, mint az elején említettem, nem sikerült még a modell teljesítményéről, a modelleknek az eredményeiről egy egységes véleményt alkotni. Több nyitott kérdés is maradt számunkra. Ki az ideális ellátásszervező vagy szervezők? Jelenleg, mint láthatjuk vagy tudjuk, az szervezi ezt az alapellátás, szakellátás illetve a kórházi ellátást. A leglényegesebb szempont, hogy egy egységes menedzsment kialakulhat egy adott ellátási területen. Mert egységes menedzsment, egységes gondolatrendszer szerint lehet csak egy jól prosperáló modellt működtetni. Hiszen most ahány önkormányzat, annyi intézmény, annyi önálló és független menedzsment, ez csak partneri kapcsolatokon múlhat, egy baráti jó viszonyon, hogy mi egyezséget tudunk kötni egy intézménnyel, és természetesen adódik a kérdés, hogy ha szeretnénk kiterjeszteni az irányított betegellátási modellt, ha van ilyen akarat, akkor milyen garanciális feltételekkel és milyen tulajdoni viszonyok mellett lehet ezt a teljes kockázatot átvállalni.

Dr. Jóna Gabriella: Tisztelt Kollégák! A misszióban az ellátás minőségének a javítására elsősorban a háziorvosok munkáját szerettük volna szervezni, könnyíteni és javítani. A háziorvosi tényked ések közül mind a prevenció, mind az effektív ellátás, definitív ellátás, mind a továbbutalás nagyon fontos, mégis, a gondozást azért emelném ki, mert ez az a legnagyobb betegcsoport, aminek a gondozása során, akár hipertónia, akár szívbetegség, akár diabétesz miatt gondozza a háziorvos, a legtöbb eredményt lehet elérni, illetve, hogy úgy mondjam a legköltséghatékonyabb a minőségi gondozás folytatása. Ez egy nagy betegcsoportot képvisel, népbetegségekről van szó, mi megpróbáltuk a gondozást először is tanulmányozni, aztán protokollt csinálni rá vagy követni, ennek egy pár eredményét szeretném most megmutatni, mégpedig a hipertónia gondozás eredményét.

Az, hogy miért, mennyivel van előnyben vagy mennyivel másképp történik az IBR-ben a hipertóniás vagy diabéteszes betegek gondozása, abból azt emelném ki, hogy egyrészt van egy olyan műhelyünk, amit továbbképzésnek vagy megbeszélésnek hívunk. Itt rendszeresen összejönnek a hasonló helyzetben, hasonló területen dolgozó háziorvosok, de az ország különböző régióiban is valaki valamit, többnyire ismereteket közvetít, de gyakorlati tapasztalatokat vagy műhelytapasztalatokat nem nagyon szoktak kicserélni, legfeljebb egy-egy kongresszuson az utána lévő vitában, de ott sem a tér, sem az idő nem megfelelő erre.

A másik, amiben előnyben lehetnek azok a kollégák, akik IBR-ben dolgoznak, az a tény, ami eddig még senkinek nem adatott meg, hogy a háziorvos az összes betegének az összes ellátási adatát megkapja, tanulmányozhatja, sőt egy rendszere van rá, amiből megismerheti,

hogy mi történik a betegével. Nem csak azt, hogy hol járt az a beteg, aki meg se fordult nála, mert magát utalja be – tudjuk, Magyarországon ez így szokás –, hanem azt is, hogy mondjuk hetente jár CT-re. Legalább figyelmeztetni tudja, hogy ez veszélyes vagy akár életveszélyes. Azt is látja, hogy hová jár kórházba; hol íratja föl a receptjeit, nagyon sokszor több helyen is; a kórházban mi történt vele, mennyibe került ez. Ez valóban egy nagy lehetőség, egy más rálátást, egy más dimenziót ad a háziorvosnak, nem a végeken dolgozik és könyvel, hanem egybefüggően látja, hogy mi történt a betegével. Ez az, amit Tamás is említett az előbb, ez a fürkészés.

Tehát az, hogy mi az alapellátást javítsuk és standardizáljuk, mint IBR cél, ehhez rögtön kaptunk bizonyos eszközöket, ha jogi eszközöket nem is, de legalább informatikai vagy tájékozódási lehetőségeket. A másik pedig, hogy azzal, hogy minden ellátás szintjén van szolgáltatói kapcsolatunk, tehát nekünk kontraktusaink vannak járóbeteg, fekvőbeteg ellátó intézetekkel stb., azzal az egyes ellátási szinteket is összekapcsoljuk, kicseréljük a tapasztalatainkat, bizonyos elvárásokat is megfogalmazunk és megpróbálunk egy összefüggő, egységes színvonalú és egységes nézetű rendszert kiépíteni, természetesen ehhez hozzájárul az érdekeltségi rendszer is nyilvánvalóan.

A megvalósítás módja az, hogy protokollokat dolgozunk ki, megbeszéljük ezeket, képzéseket tartunk, továbbképzéseket, a különböző ellátási szintek között is konszenzust próbálunk itt teremteni, és erre példa az, hogy a hipertónia protokollt hogy építettük föl. A hipertónia kezelésére, minthogy ez a leggyakoribb gondozandó betegcsoport, nemzetközi és magyar ajánlások szerint, de adaptálva a mi saját viszonyainkra mindenütt, ami műszer, szakma, tapasztalat létrehoztunk egy protokollt, ami tudományos bizonyítékokon alapul, standard tartalmú.

Tehát minden protokollunkban le van írni, hogy miért mire fókuszálunk, mi a legfontosabb nekünk, a hipertóniánál például a gondozás a legfontosabb, tehát az, hogy beszedje a beteg, rendszeresen járjon. Nálunk ez az. Nem az, hogy pont milyen gyógyszert választunk, hanem a gondozás, tehát a háziorvosi gondozás. A költségeket is nézzük természetesen, és megpróbáljuk monitorozni, megpróbálunk egy olyan rendszert kiépíteni, amivel nem csak azt közvetítjük a háziorvostól a beteg felé, hogy mit szedjen, hanem azt is, hogy mit szedett be és azt, hogy milyen eredményt értünk el. Ezért egy gyógyszerlistát építünk be a protokollba, mi ott eldöntjük együtt a háziorvosokkal ezeken a képzéseken, hogy mely gyógyszereket érdemes leginkább adni, az a legfontosabb, hogy hatásos legyen és lehetőleg a költség is alacsony legyen mind nekünk, mind a beteg szempontjából, azért, mert az a tapasztalatunk, hogy az extrém drága gyógyszereket nem váltják ki a betegek. De a gyógyszerkiválasztásnál nagyon fontos szempont, hogy a compliance, tehát a beteg együttműködési készsége megfelelő legyen, tehát lehetőleg egyszer kelljen beadni, egyszerű legyen, kevés mellékhatása legyen és hozzáférhető, tehát kapható is legyen, ne ilyen fantomgyógyszer legyen, amit az ember kinéz a

listáról, mert ez jónak tűnik vagy olcsónak tűnik, csak olyat, amit már bevezettek, tudjuk, hogy kapható, elérhető.

Azért választunk gyógyszerlistát a hipertóniánál több száz, de a legtöbb gyógyszercsoportnál több tíz gyógyszer közül, mert így könnyebb a választás, nem kell végignézni minden alkalommal, hogy melyik az adott készítményből a legolcsóbb, hogy úgy mondjam, nem is biztos, hogy lehet kapni. Ráadásul egyik 30 szemes, a másik 28, harmadik 20 szemes, hanem mi kiszámítjuk terápiás napra, költségre, mennyibe kerül a betegnek, mennyibe kerül nekünk, és így állítjuk össze. Ráadásul össze tudjuk hasonlítani, hogy ki mit ír föl milyen eredmények vannak, tehát a háziorvosok szokásait is össze tudjuk nézni, ők egymás között a költségeket, a használhatóságát is figyelni tudják, és ezért egy benchmarking rendszert alakítottunk ki.

Azt, hogy ezt a protokollt, amit együtt alakítottunk ki, együtt fogadunk el, tehát mindenkinek azonos beleszólási, szavazati joga van, utána megnézzük, hogy működik, tehát betartják-e, tényleg megtörténnek-e a vizsgálatok, de leginkább azt, hogy gyógyszert írnak-e. Tudjuk, a hipertóniásoknál a legnagyobb probléma világszerte, és ez áll az érdeklődés homlokterében, hogy nem szedik igazán a betegek a gyógyszert, hiába írjuk föl, nem részesülnek megfelelő kezelésben, nem érik el a célvérnyomást. Tehát attól függően, hogy milyen ország milyen felmérése 10–30%-a részesül a hipertóniásoknak megfelelő ellátásban.

Mi azt meg tudtuk nézni azokból az OEP által visszaküldött felhasználási adatokból, hogy a mi orvosaink milyen gyógyszereket írtak föl, a betegek miket váltottak ki és hogy mennyit szedtek. Ez a gondozásmonitorozáshoz még egyszer azt, hogy az orvosok fölírták, a beteg kiváltotta-e és szedte-e a gyógyszert a gondozásjelentésekből, a gyógyszerfelírásokból illetve a kiváltásból meg tudtuk nézni. Ezeket az adatokat használtuk föl, tehát amint látható a háziorvosok saját gondozásjelentését; az OEP által visszaküldött gyógyszerkiváltásról szóló jelentést, ahol mindenütt látjuk, hogy X TAJ számú beteg milyen gyógyszert váltott ki, kiváltott 2 doboz Monoprilt, csak hogy egy számot mondjak, ezen a napon és ennyi pénzért, és legalább kiváltott 2 hónap múlva vagy 5 hónap múlva vagy soha többé nem váltott ki gyógyszert. Megnézhetjük, hogy ugyanaz a beteg bétablokkolót, diuretikumot szedett-e, váltott-e ki. Tehát ezt, valamint azt a jelentést, amiben a háziorvos a gondozottak számát jelzi minden hónapban, most már TAJ számra, tehát beazonosítható, hogy ki van számon tartva mint gondozott hipertóniás, és látjuk, hogy ki váltott ki gyógyszert valójában.

Azt látjuk ezen a táblán, hogy az első oszlopban szerepelnek a háziorvosok, számot írtunk, hogy ne név legyen, ne legyen beazonosítható. A másodikban praxis létszám. Látható, hogy a felnőtt praxisainkban olyan durván 2 000 az átlag, van kisebb praxis is de nagyobb is. A gondozottak száma látható, valamint a gondozottak aránya a praxislétszámhoz képest. Ez a

gondozottak aránya a praxislétszámhoz képest átlagban 15% ugyan, de látható, hogy van olyan háziorvos, aki nem gondoz egyetlen beteget sem hipertónia miatt, egyet sem; és van olyan is, akinél a gondozotti arány 23–24%. Ha tudjuk, hogy nemzetközi viszonylatban általában 20–25% az, amit hipertóniagondozásnak, mint minőségi indikátort el tudunk fogadni, akkor azt mondhatjuk, hogy a 15% alacsony nálunk, bár néhány háziorvosunk eléri a nemzetközi szintet, de ez elsősorban abból adódik, hogy néhány orvosnál egyáltalán nincs gondozás. Ezeknek egyenként utánamegyünk, most nincs erre idő, hogy kifejtsem, esetleg ha megkérdezitek, akkor válaszolok. Hát ez nem igazán jó szám. Ez volt 2001. szeptemberben, amikor elkezdtünk ezzel a problémával foglalkozni. Azt is látjuk, hogy a gyógyszerkiváltók aránya 72%. Mi azt mondtuk gyógyszerkiváltónak 1 évet nézve, aki legalább minden nap egy fél DDD-t, tehát definiált napi dózisnak a felét, mondjuk 75 mg Metoprololt vagy 10 mg Enaraprilt kiváltott, tehát az, aki folyamatosan váltott ki egy év alatt gyógyszert, és legalább annyit, hogy egy fél dózist szedett. Azért így állapítottuk meg, mert ugye ACE-gátlóból nagyobb dózist szoktunk kiírni, majdnem mindig a DDD-nek a… vagy annyit, vagy annál többet, bétablokkolóból meg jóval kevesebbet, diuretikumtól lehet ez diazit, abból is kevesebbet. Tehát ezt így állapítottuk meg. 72% az elég jónak mondható nemzetközi viszonylatban is, mert azt olvastuk, hogy a nemzetközi irodalomban általában 20–80%-ot adnak meg, nagyon-nagyon nagy különbségek vannak. Csak úgy tudtak ennél jobbat, 70–80%-nál jobb compliance-t elérni, hogyha nagy programot iktattak be, elektronikus gyógyszer, compliance mérő, tehát minden gyógyszerkivételnél jelzett, és ha nem vette be, akkor figyelmeztetést kapott a beteg. Tehát ez nem olyan nagyon rossz arány, mert az ideális 90–1005-ot szinte sehol nem érték el a világon. 2003. júliusban valamit javultak az értékek, de majd a végén lesz egy összehasonlító táblázat és ott megmutatom.

Ha a terápiás költség és a felírás betartását tekintjük, akkor azt látjuk, hogy a háziorvosok ugyan kialakítanak egy protokollt, kialakítanak egy gyógyszerlistát, de mégis, csak egészen kevés olyan orvos látható – ez a piros vonal – ez a protokollhoz való igazodás aránya, tehát ha valakinek 80 vagy 90%-ban igazodik a protokollhoz, akkor csak azokat a gyógyszereket írja föl, amik szerepelnek a listán. Ilyen háziorvos csak kettő van, amint látjuk. A többiek általában olyan 70–40%, de olyan háziorvosunk is van, akinél 30% vagy ennél kevesebb a protokollhoz való igazodás aránya. Persze, megkérdezhetnénk, hogy akkor mért nem szólt, amikor kiválasztottuk, hogy nem ért egyet, nem beszélve arról, hogy ehhez már elég ügyesnek kell lenni, hogy ne essen bele olyan gyógyszer a felírásban, ami szerepel a protokollban, mert elég nagy a lista. Megint azt nem írtam le, de ha érdekel, akkor arról is tudok beszélni. Mi azt gondoltuk, hogy a 68–70%-nál nagyobb arány lenne az ideális, ha legalább a háziorvosaink zöme ezt betartaná, de ez nem így van. Ebből is látszik, hogy milyen kényes kérdés ez, hogy protokoll, jó, vannak protokolljaink, például a hipertónia protokoll magyar és nemzetközi ajánlásoknak megfelelően készítettük, ötször, tízszer átbeszéltük, mindenkinek minden ellenérvére ott a csapat megválaszolt, tehát közösen alakítottuk ki, és mégsem használják. Tehát látszik az, hogy nem old ám meg az nagyon sok mindent, ha van egy protokoll, mert azért azt nem olyan egyszerű betarttatni vagy betartani. Nyilván úgy választottuk ki, hogy a költségek megfelelőek legyenek, de nem költség a szempont, az első szempont a hatásosság és az, hogy könnyen beszerezhető és beszedhető legyen.

Akkor, amikor azt láttuk, hogy az orvosaink és a betegeink egy része részint nem azt írja föl, részt a betegek nem váltják ki sokszor a gyógyszert, és azt már nem is tudtuk ellenőrizni, hogy mennyire szedik be. Valószínűsítjük, hogyha valaki minden hónapban megvásárolja a gyógyszereit, akkor beszedi és nem a szemétbe dobja, de azért nem vagyunk benne száz százalékig biztosak, hogy beszedi vagy annyit szed be. Elkezdtük kinyomozni, hogy mért nem ír a háziorvos olyan gyógyszert, ami a listán szerepel, vagy mért nem szól, vagy mért nem jelzi az egyet nem értését. Azt is megkérdeztük a betegektől, részint interjúban, részint kérdőívekben, hogy miért nem váltja ki a gyógyszert vagy miért nem szedi be. Ami érdekes volt, a háziorvosok egy jó része elmondta, hogy nem ért egyet, és akkor mégse szól, amikor ott ül ezen a megbeszélésen, ez azért érdekes.

A második leggyakoribb az volt, hogy túlterhelt. Ez azt jelenti, hogy esetleg át kéne állítani a betegét nem csak azért, mert protokollhű akar lenni, hanem ő is valami másik gyógyszert találna jobbnak vagy hasznosabbnak. De borzasztó túlterhelt, és egy beteg átállítása elég sok időt igényel, el kell magyarázni, hogy miért, hogyan, pláne ahhoz, hogy ez meggyőző legyen, nagyon sok időt igényel, és a túlterhelésre hivatkoztak, ez valószínűleg egy nagyon komoly ellenérv.

A harmadik, nem kevésbé problematikus ok az volt, hogy nagyon gyakran a háziorvos beállítja, a beteg elkerül más miatt akár kardiológushoz, akár mit tudom én hová, és ott helyből átállítják, ezt most nem részletezem, hogy miért, jóhiszeműen, vegyük úgy, hogy átállítják. Utána a beteg bekerül kórházba, mondjuk az anginája miatt, és ott megint átállítják. Azzal együtt, hogy a betegnek nem az az érzése lesz, hogy egyre okosabb és okosabb emberekhez kerül és egyre modernebb és modernebb gyógyszereket kap, ami a drágaságukból látszik. Hanem egyszerűen azt mondják el a betegek, és ezekből az interjúkból a másik oldalon ki is derül, hogy ezek az orvosok, nahát… és inkább sutba vágják sokszor és nem is szedik rendesen, mert rivalizálást látnak benne, meggondolatlanságot látnak benne, tehát ez egy nagyon kellemetlen probléma. Aztán van úgy, hogy azt mondják, hogy a beteg állt ellen és nem akart változtatni. Nem egyszer azt mondják, hogy a betegek nem szeretik az olcsóbb gyógyszert, mert kevésbé hatásosnak vélik. Mindenütt a világon a beteg együttműködési készsége meg az, hogy elhiszi, amit a saját orvosa, mert neki a kezelőorvosa, a háziorvosa mond neki, az minőségi indikátor. Tehát valószínűleg itt kell nekünk is változtatni első helyen, és legkomolyabban, hogy segíteni kell a háziorvost abban, hogy jobban kommunikáljon, hogy idő szabaduljon föl, vagy igénybe venni másokat, hogy a beteg felvilágosítást segítsék, mert valószínűleg ez a leggyengébb pontja pillanatnyilag, nem a szakértelem.

Miért nem szedik a betegek a gyógyszert? Erre nagyon sok minden van, hogy a leggyakoribb azért az volt, hogy a betegek nem igazán tudták, hogy egy életen keresztül kell gyógyszert

szedniük, hanem méréstől változóan szedtek gyógyszert, és így lesz az önvérnyomásmérés mint egy egyébként hasznos módszer, egy kvázi megrontója a hipertóniakezelésnek, mert hol beszedik, hol nem, emelnek dózist önkényesen, változtatják ez egy komoly gond volt.

Természetgyógyász mindenütt van a világon, valószínűleg ezt tudomásul kell venni és meg kell próbálni tényleg ráhagyni a betegre, hogy válasszon, csak el kell mondani és föl kell világosítani róla.

Az, hogy miért ilyen alacsony a gondozási arány nálunk, annak nem csak olyan okai vannak, hogy az orvos meg a beteg nem tartja be ezeket a szakmai szabályokat, amit mi közelebbről saját protokollunkban rögzítettünk, hanem az is, hogy nem voltak megfelelőek a gondozási listák. Volt olyan háziorvos, akinek kiderült, hogy az ő rendszere, amit használ, abban nincs gondozás vagy nem megfelelően működik, informatikailag nem megfelelően működik, és ezért nem látszik, hogy ő gondoz beteget. De volt akinek nem volt fontos, vagy elkerülte az elején a figyelmét, tehát ilyen technikai okok is vannak. Ebből azt a tanulságot vontuk le, hogy igenis néznünk kell, hogy ki gondoz vagy hogyan, tehát folyamatosan követni kell és időnként auditot kell tartani, mert azt is meg kell nézni, hogy az a beteg megvan-e még, nem lépett-e meg vagy szóval, hogy miért nem jön, és aki nem jár, azt vissza kell hívni. Tehát erre egy egész rendszert kell kiépíteni.

Tehát végül is, annak alapján, amit tapasztaltunk, tehát azt, hogy a betegek nem járnak rendszeresen, nem szedik rendszeresen, az orvosoknak nincs idejük elmagyarázni, egy komplex programot állítottunk össze, amiben szerepel az orvosképzés, egy továbbképzés, betegnevelés, audit, speciális rendszer, amivel a betegeket behívjuk. Nővéreket kéne képezni, akik támogatják a háziorvost hasonlóképpen a diabetológus nővérekhez, akik életmódtanácsot adnak, rendszeresen megbeszélik az előkerülő problémákat, és akkor valószínűleg jobb lehetne a mi gondozásunk is. Tehát végül is az egyik célunk, hogy minőségileg jobb legyen az ellátás; a másik, hogy a beteg is elégedettebb legyen, észlelje, érezze, hogy jobb az ellátás vagy jobb az egészségi állapota, főleg, hogy hosszú távon jobb lesz remélhetőleg; és az, hogy mindenki a maga kompetenciaszintjén lássa el a beteget, elsősorban a hipertóniánál. Ez arra vonatkozik, hogy a hipertóniás beteg ne járjon kardiológushoz meg szakrendelőbe meg kórházba a hipertóniáját beállítani, mert az a háziorvos dolga, ő tudja követni, ha nem jelentkezik, tud szólni neki, innentől kezdve felelős és tudja, egyéb helyen elkallódik a beteg, és ez az egyik legnagyobb gond a hipertónia gondozásánál.

Hogy mi két év alatt mit értünk el, erre mutatnám meg ezt a két ábrát a végén. A mi gondozottjaink aránya a pirossal bekeretezett, 2001. szeptemberében volt 15% és 2003. júniusban – akkor csináltuk ezt a vizsgálatot – akkorra 22%-ra sikerült föltornázni. Ami még

mindig nem az optimális, de látható javulást értünk el, míg a gyógyszert kiváltók aránya 72% volt, ahogy az előbb is mutattam, a tartósan gyógyszert kiváltók aránya; és a 2003. év közepére ez 76%-ra emelkedett. Tehát valamelyest javult ez, és ekkor kezdtük el a programunkat, amit a közeljövőben fogunk értékelni, 2004. 6. hónapjáig, csak nem kaptuk még meg eddig az adatokat – mert sajnos, Tamás mondta az előbb, hogy 3 hónap késéssel kapjuk az adatokat, de ez igazából a gyakorlatban még több is. Nagyon szívesen megmutatnám és nagyon remélem, hogy jobb lesz, ha nem, akkor világgá kell mennünk.

Itt vannak a doktorok, hát nem nagyon sokat változott az együttműködési készségük.

Köszönöm szépen a figyelmet.

Dr. Varga Terézia: Tisztelettel köszöntöm Önöket. A most következő két előadás a prevenciós tevékenységeinket mutatja be Önöknek, mindazt, mit a misszió irányított betegellátásban végzünk. A prevenció szintén egy kiemelt tevékenységi köre ezeknek a modelleknek és egy jellegzetessége, de én nagyon rövid leszek, ígérem, mert megállapodtunk a következő előadóval, hogy ő fog nagyobb részt beszélni, hiszen ő háziorvosként nagyon aktív prevenciós tevékenységet végez, és Önöket inkább az érdekli, hogy a gyakorlatban a háziorvosnak ezzel milyen tapasztalatai vannak, milyen eredményei, milyen problémái. Én csak általánosságban szeretném egy picit a prevenciós tevékenységünket bemutatni Önöknek, és utána, ha van kérdésük, nagyon szívesen válaszolunk mindannyian a kérdésekre.

Már több slide-on is látták, hogy magának az irányított betegellátási modelleknek az alapját a 43/1999.sz.. törvény határozza meg. Ezt már elmondtuk többször is, hogy költségvetési törvény szabályozza évről évre a rendelkezésre álló forrásokat és a pénzügyi modell októbertől szeptemberig tart.

Hogy mi a célja? Ez is elhangzott már többször, én a legutolsó bekezdésre hívnám fel a figyelmet, mert a prevenció szempontjából számunkra az a legfontosabb cél, akik a prevencióban dolgoznak, illetve a háziorvosoknak, mindenkinek, hogy a lakosság egészségi állapotát próbáljuk maximalizálni, és az életminőségüket. Ugye mert ez olyan dolog, hogy nincs egy elért egészség, ezt folyamatosan lehet fejleszteni, az életminőséget folyamatosan lehet javítani.

Erről is volt már szó, csak a folyamatot szerettem volna, hogyha látják, hogy 1999-ben 9 szervezővel indult el az irányított betegellátási rendszer, és akkor összesen 120 000-n voltak a rendszerben, most 2004. júliusában nagyon bővült a rendszer, 2 millióan tartoznak már ebbe, 2 millió lakos, tehát Magyarország egyötöde, ezt 18 szervező fedi le ezt a 2 millió lakost. A misszióhoz ebből 240 000 fő tartozik.

Ez az, amit most a táblázatból elmondtam. Ami fontos ebből, hogy az OEP 500 Ft/fő/év plusz kiegészítő forrást biztosít a prevenciós tevékenységek végzésére. Tehát mindazokra a tevékenységek végzésére, amire a háziorvosnak vagy a modellben résztvevők prevencióra fordíthatnak.

Nagyon fontos, hogy a megtakarítás, ami a modellekben keletkezik, csak az egészségügyön belül használható fel, tehát az egészségügyi továbbfejlesztésekre lehet fordítani.

Nagyon sokan ellenőriznek minket, ezen megint továbbugrom, mert ez nem közvetlen a prevenció, de a prevenció területét is érintik ezek az ellenőrzések. Folyamatos negyedéves kötelező jelentések az OEP felé a prevenciós tevékenységeinkről, illetve egyéb jelentések, ellenőrzések, most volt egy ÁSZ vizsgálat az egész modellekre kiterjedően, vagy most van még folyamatban.

Amint említettem már, az IBR-ekben résztvevőknek prevenciós tevékenységet kötelezően előír a törvény, tehát kötelezően folytatni kell. Nem lehetséges kettős finanszírozás, tehát nem lehet prevenciónak elszámolni olyan tevékenységet, amely egyébként háziorvosi kompetencia és az OEP finanszírozza. Minden prevenciós tevékenységet prevenciós tervben kell rögzíteni, az OEP-nek beadni és csak engedélyeztetés után lehet folytatni. Ahogy látták, 18 szervező van, mind a 18-an nagyon eltérő prevenciós palettát vonultatnak fel, de ez így természetes, tehát egymástól eltérnek a prevenciós programjaink, és ez jó is, hogy eltérnek.

Ez csak egy ilyen szép harmonikus kép, ezt kevésbé látni, de mi ezeket tartjuk a misszió prevenció általános céljainak: az életminőség javítását, a jó minőségben megélt életévek számának növelését és a lakosság egészségtudatosságának erősítését, amit majd a későbbiekben bemutatunk, hogy hogy próbálunk erősíteni.

Ez az a kapcsolatháló, ami lefedi nálunk a misszió modellben a prevenciót, látható, hogy mi

egy központi prevenciós teamben szervezzük az egész modell prevenciós tevékenységét. Az egyik oszlop a prevenciós tevékenységünknek a háziorvosok, a másik oszlop a prevenciós aktivisták, és természetesen a lakosság és a célcsoportok, akik felé irányul az egész tevékenységünk. Prevenciós aktivistákra azért van szükség, mert láthatták, hogy 240 000 lakos van, 144 háziorvos, elég nagy területi lefedettségünk van, egy központi irányítással csak úgy tudunk mindenhová eljutni, hogyha helyi, helyben lévő prevenciós aktivistáknak a segítségét vesszük igénybe és segítenek nekünk.

Nagyon röviden: négy alapvető prevenciós tevékenységet végez a misszió, amit az OEP elfogadott. Ezek nem sorrendek.

Az egészségkommunikáció, már volt róla szó, 2001. szeptemberében indítottunk egy egészségvédelmi havi lapot, Misszióvilág néven, ami akkor 40 000 példányban került terjesztésre, gyakorlatilag minden háztartásba elkerült. Nagyon szeretik ezt az emberek, hiszen alapvető olyan információkat próbálunk számukra közölni, ami érdekli őket, és az egészségüket, életminőségüket esetleg befolyásolhatja. 2003-tól, a bővüléstől ez 60 000 példány lett, úgyhogy ez egy nagyon nagy számú havi egészségfejlesztési, egészségvédelmi lap.

Az iskola egészségfejlesztési programunk 1999-től folytatódik.

Van a belső pályázati rizikócsökkentő programunk, ami 2001-től.

A kérdőíves szív érrendszeri rizikófaktor szűrés.

Erről a két utóbbiról nagyon részletesen majd az utánam jövő előadó fog szólni a háziorvos gyakorlati tapasztalatait is bemutatja. Úgyhogy én csak az első kettőről szeretnék nagyon röviden: nagyon jól szemlélteti ez a kis kimutatásunk, hogy a programokban résztvevők 60%-a testsúlycsökkenésről számol be; 53%-uk vérnyomáscsökkenésről; 10%-uknak a szedett gyógyszerek csökkenhettek; 50%-uknak nőtt az önbizalma, változott az életmódbeli szokások. Ezeket kérdőíveken kérdezzük le, úgy, hogy háromhavonta önkitöltős kérdőívvel kérdezünk rá arra, hogy mennyiben változtatott, vagy változtatott-e az életmódszokásán, a táplálkozásban, a fizikai aktivitásában; és a szubjektív egészségi állapotát is 51% jobbnak ítélte meg a programokon való részvételt követően.

Hogy mi a mi feladatunk, a prevencióval? A háziorvosok prevenciós munkájának segítése, az érdekeltségi ösztönzési rendszer kidolgozása, a problémák kezelése, szakmai segítségnyújtás.

Köszönöm szépen a figyelmüket. Tisztelettel átadnám a következő előadónak, Dr. Kazinczy Erzsébetnek, mert ő a gyakorlatban tudja a háziorvos szerepét bemutatni Önöknek.

Dr. Kazinczy Erzsébet: Szeretettel üdvözlöm a résztvevőket. Egy olyan kérdésem lenne, hogy Önök között vagy köztetek háziorvos? Jól van.

Tehát én egy szenvedő háziorvos vagyok, aki a misszióval együttdolgozik. Az én községem Nagytarcsa, ami Budapest mellett van, ez egy 3 000 lakost összefogó kis község. Az a fura helyzet áll fönn Nagytarcsán, hogy én ugyan egyedül vagyok háziorvos, de tudjátok, hogy ez a 3 000 fő azért nagyon sok. Nagytarcsa egy olyan község, ahol van honvédség. A honvédség körülbelül 600–700 embert fog ebből levenni, tehát ezért van nekem olyan 2 300 betegem. Ez a község egy olyan község, ami vegyes. Egyre ritkább már szerencsére, nagyon sok helyen van gyerekorvos, ha nálunk megosztásra kerül sor, akkor mi is azt szeretnénk, hogyha gyerekorvos is lenne majd mellettem, ketten dolgoznánk.

Én a misszióba 2001. júniusában léptem be szerződéssel, azzal, hogy majd meglátjuk mi lesz. Nem igazából volt róla elképzelésem, tulajdonképpen az irányított betegellátási rendszer mit jelent. Én azt gondoltam, amikor nagyon sokan kérdezik tőlem az ismerősök közül, hogy ugye ez úgy működik, hogy a legolcsóbb gyógyszert adjátok, és ugye csak oda mehet a beteg, ahová irányítjátok? Ez közel sem így van. A beteg oda megy ahová akar, mint mindenhol, és nem a legolcsóbb gyógyszert adjuk.

A mai alkalommal én a prevencióról szeretnék beszélni, hogy ez községünkben hogyan történik. Prevenció az előtt is volt, mielőtt én a modellbe csatlakoztam volna, mert tudjátok, ti is csináltok vércukorvizsgálatot, vérnyomásmérést, mindent. Míg a modellel közösen nem dolgoztunk, nálunk az előzőekben úgy történt, hogy mi a rendelőben csináltuk a vércukor meghatározását és a vérnyomásmérést is. Voltak olyan hónapok, amikor megbeszéltük a munkatársakkal, hogy most például júniusban fogunk mindenkinek vérnyomást mérni, vagy vércukrot. De ez nagyon szűk terület volt. Nagyon jól kihasználtuk a faluban, hogy tüdőszűrésekkel összekapcsoltuk, tudniillik tüdőszűrőbe nem csak az a beteg jön el, aki amúgy

is mindig látogat – idézőjelben –, hanem az is, aki nem jön, de ott kötelező megjelenni. A tüdőszűrőknél csináltunk mellszűrést, vércukor és vérnyomás ellenőrzést. De ugye ott nincs igazából alkalom arra, hogy levetkőztessem, megvizsgáljam, tehát az szintén egy gyorsabb szűrési rendszer volt. Amikor az irányított betegellátási rendszerbe beléptem, akkor sokkal tervszerűbb lett ez a munka és sokkal aktívabb és sokkal átfogóbb.

Mit jelent az, hogy tervszerű? A modellkísérletben megbeszéltük, hogy a 35–65 év közöttiek a legveszélyeztetettebb egyének, tehát ezeknek szűrésértékét kell kiemelni. Aktív azért, mert a modell, tehát a misszió csinált egy szűrőlapot, amibe olyan speciális kérdések vannak, amit az egyén kitölt, és aszerint, hogy ő hogy él, tehát az életformájára, a táplálkozására, mindenféle szokására tesszük fel a kérdést, hogy hogy él, ezekből a kérdésekből és a válaszokból tudunk következtetni. Hogyha te ezt csinálod, akkor majd mi várható. Tehát ilyen értékelés folyik. Mit ezt a faluban a szűrőnapot nagyon szépen terjesztjük, erre majd később rátérek. Azért aktív, mert mi keressük meg, tehát nem várom meg, amíg az egyén bejön a rendelőbe, hanem én személy szerint meg is keresem.

A szűrések miért szélesebbek és átfogóbb jellegűek? Azért, mert ha már egyszer a páciens bejön – és az nem kell, hogy beteg legyen – a rendelőbe valamilyen okkal, vagy a szűrés által behívjuk, akkor ha már az van a kérdőívén és azt hozza ki az értékelő rendszer, hogy neki a szíve és az érrendszere van veszélyeztetve, ha már egyszer megvizsgálom, és ha már egyszer időt töltök vele, akkor természetesen nem csak ezt az egy problémáját fogom neki megvizsgálni, hanem az egész embert nézem.

Azt tudni kell, hogy nálunk a minimumfeltétel a misszióhoz tartozó háziorvosi rendelőben nem ugyanaz, mint amit az OEP előír, tehát amit a törvény előír, hogy a minimumfeltételnél mit kell, fültükröt, stb. Nálunk ez lényegesen tágabb és lényegesen jobban fel vagyunk szerelve. Ez is nagyon jól használható, hogyha bejön a beteg, mert van az EKG, van a dopler, van a colter, laboratóriumot tudunk csinálni, tehát minden olyat, amit netalántán más kolléga elküld máshová, mi azt ott helyben meg tudunk csinálni. Arra már kitértem, hogy fizikális vizsgálatnál minden elváltozást megnézünk.

Mi szűrésnek az alappillére nálunk? Tehát a kérdőívek kiosztása és begyűjtése. Nem igazából kis munka. A kockázatcsökkentő a programot a felnőtt lakosság körében, tehát azon kívül, hogy szűrünk, tehát próbáljuk a problémákat majd megoldani, és az, hogy hogy történik a felnőtteknél, arra ki fogok térni, és amint már az említették, hogy az iskolások körében is folyik szűrés és az egészségnevelés és az egészséges életre való oktatás. A gondozás, amikor megszűrjük a lakosságot és a kijelölt embereket, és ha ott netalántán problémát találunk, akkor természetesen gondozásba vesszük. Ez nagyon jó, tudniillik a gondozás már nem akkor

történik, amikor a megjelent betegséggel megjelenik a páciens, hanem akkor, amikor még csak gyanú van rá, de már problémás eltérések vannak a leleteiben.

Technikai megvalósítása. A kérdőíveket megtartjuk a modellkísérlethez ingyen és bérmentve. Prevenciós aktivisták vannak kinevezve minden háziorvoshoz. Ez a háziorvostól függ, hogy hány munkatárssal dolgozik, nálam ez úgy valósul meg, hogy van a védőnő, aki a prevenciós aktivista, van két ápolónő és van egy asszisztensnő. Elég sok, ha belegondoltok.

A módjai. Személyes megkeresés, és ez a legtöbb. Rendelőben és amikor várakoznak, ha látjuk a kinyomtatott névsorból, hogy még van olyan a várakozók között, aki nem töltötte ki, odaadjuk, amíg várakozik, addig szépen kitölti. Klubokban, nyugdíjas, kismama, szülők klubja, csak azt tudni kell, hogy ezekbe általában ugyanazok járnak, tehát egyszer lehet csak igénybe venni. A védőnő a látogatások alkalmával, de nagyon ritka az, hogy a kismama, aki szült, 35 évnél idősebb, tehát ott a család és a nagyszülők elérhetőek. Általában 25–30 szűrőlapot tudunk egy hónapban, és ennyit reális is megcsinálni.

Az orvosnak a feladata. Ellenőriznem kell annak ellenére, hogy 3–4 ember dolgozik mellettem, hogy hol tart a névsor, ki van-e osztva a lap, ki van-e töltve, és egyáltalán. A szűrőmunkánál még az is, hogy ha odaadja az ember a szűrőlapot, hogy akkor ugyan hogy fogadja az a beteg. Ugyan nem mondja, hogy doktornő, menjen már a fenébe, annyit mindent kell írni és annyi mindent kell csinálni, tehát ezekre is reagálni kell, de ez nem az ápolónő és az aktivista feladata, hanem az az orvosnak a feladata. De azt tudom, és az tapasztalat, hogy a szűrőlapot oda kell vinni és vissza kell hozni. Mert ha odaadom, iskolában kiosztottuk, hogy majd hozzátok vissza, az nem működik, tehát kénytelenek vagyunk ezért jobban odafigyelni.

A kiemelt személyek behívása. A kiemelt személyek behívásában a misszió nagyon sokat segít, tudniillik megkapjuk minden hónap elején, hogy kiket kell behívni a szűrőlapok kitöltése után már, tehát, hogy kinek milyen veszélyeztetettsége van. A reális szűrésnek a végrehajtásához. A létszámot tudom, mert látom a leküldött e-mailen, hogy most nekem 20 beteget kell abban a hónapban behívni vagy 48-at vagy 120-at, azt egy hónapban képtelenség is behívni, akkor a pontos létszámnak az ismeretében a behívás módszerét és az időpontokat ahhoz tudom hozzárendelni. Ha kevesen vannak, akkor telefonon, mert a telefonszámlával spórolni kéne, ha többen vannak, akkor értesítőszelvénnyel. Arra azonban vigyázzunk, hogy az értesítőszelvényt hogy fogalmazzuk meg. Ez a szűrés nem úgy megy, hogy utcák szerint, vagy születés szerint, vagy névsorban, és ha már valaki kitöltött egy szűrőlapot és behívom, akkor mindig gyanú ébred benne, hogy istenem, mért pont engem. Tehát a behívószelvény szövegénél is nagyon vigyázzunk, hogy fogalmazza meg az ember. Vagy aki arra jár. Ezt úgy gondoltam, hogyha mondjuk az orvos megy hívásra, vagy védőnő vagy ápolónő járják a

községet, vagy hogy a postást, az nálunk beépített ember, mert az az egyik ápolónőmnek a férje. Innentől a dolog nekünk könnyebb és postai bélyegbe nem kerül.

A behívásidőpontok. Tehát a számához. Ha kevés a beteg, akkor azt mondom, hogy kedden, csütörtökön délután rendelek és a rendelés utolsó egy vagy félóráját biztosítom arra, hogy a betegek bejöjjenek a szűrésre. Arra nagyon vigyáznék, hogy ne kelljen várni. Tudniillik, ha várni kell, akkor morog és otthagy. Tehát ez így nem működik, nagyon-nagyon szépen… könnyebb most a helyzet, mivel ez az előjegyzéses rendszerünk van, mert akkor félhat vagy ötkor jön az utolsó behívott beteg, és onnantól már hagyok időt arra is, hogyha netalántán valaki akutan beesik és akkor még a szűrést is meg tudjam csinálni. Tehát lehet egy picit ezzel variálni.

Itt már ismétlődik ez az ábra, mert hogy mi tulajdonképpen a kérdőíveknek a célja, tehát mint ahogy mondtam, olyan kérdések vannak föltéve, amiből az értékelésnél következtetni lehet az illető egyénnek, hogy milyen rizikóval rendelkezik és egyáltalán milyen egészséges életmódot folytat.

Adminisztrációs tevékenység. Hát ez a körzetben egy kicsit sok. Nem egyszerű a megvalósítása, körülbelül napi 1 órával több munkát igényel az ápolónőktől. Ez úgy történik, hogy megvan maga a névsor, ennek a kinyomtatása a legkevesebb. A szűrőlapok eljuttatása, begyűjtése, hogy tudja, hogy kihez mikor vitte ki, oda is kell menni érte, hogy ki legyen töltve. A behívások telefonon és értesítőszelvénnyel, ugye ezt is jegyezni kell, mikorra kértem szépen vissza, és a szelvényen mindig két időpont van, tehát azt is kell megtudni a betegtől, hogy ő melyiket választotta. Az időpontoknak a megszervezése, a vizsgálat lebonyolítása, fizikális és az eszközös vizsgálatok, ugye ha már eszközös, EKG meg ilyenek kellenek, márpedig majdnem mindenkinek megcsinálom, annak is, akinek emésztőrendszeri rendszeri problémával jelentkezik és annak is, aki légútival. Ha valami problémát itt találok, na itt jön megint egy plusz munka, akkor elküldöm a szakrendelésre, de úgy, hogy én beszélem meg a szakorvossal, hogy lehetőleg keveset várjon. Odafigyelek az útjára, ha már egyszer kiemeltem és behívom, hogy úgy legyen ellátva, hogy ne legyen visszaküldve, ne legyen továbbküldve, tehát ehhez kell az is, hogy a szakrendelőkkel és a kórházi kollégákkal olyan viszonyban legyen az ember, ami munkatársilag nagyon-nagyon szuper és magasabb emberi és kollegiális kapcsolatot igényel. És ha problémát találnak, akkor újabb időpontot kell adni, mert akkor nem hagyhatom úgy, hogy megszűrtem aztán most nem csinálok semmit, hanem újabb időpontot kell adni és foglalkozni és törődni kell a beteggel.

Mire kell vigyázni a megvalósításnál? Hogy ne tűnjön zaklatásnak. Elege van a betegnek belőlem is, ezt meg kell hagyni, tehát ez egy nagyon síkos talaj; ne ébresszek

betegségtudatot, ha netalántán valami sejtése van, akkor nem fogok tőle megszabadulni, akkor biztos, hogy mindenfélére elmegy és minden lyukat megnézünk, minden CT, MRI meglesz, ez egy szörnyű dolog. Erre is nagyon vigyázni kell. Gondoskodásnak és odafigyelésnek érezze az egyén, tehát, hogy ez egy törődés és nem egy szekálás. A vizsgálatok eredményét megbeszélni akkor is, ha negatív. Akkor is, ha mindene negatív, akkor is le kell ülni vele és azt kell mondani, hogy a szűrőlapon ezeket mondtad, hogy dohányzol, kávézol, a sertéshúst az nagyon szereted, meg egyáltalán, a vállalkozók 14 órát is dolgoznak, tehát le kell ülni, hogy igen a vizsgálat most negatív, de jó lenne, ha erre nagyon odafigyelne a páciens. Vigyázni kell, mert ő is nagyon jól tudja, hogy mit nem csinál jól, na most ha az igazat én a fejére olvasom, az megint ne legyen az, hogy sértődés és bizalomvesztés legyen. Ne négyszer hívjam be egy évben szűrésre, mert akkor megint otthagy, be sem jön. Egyeztetni kell más vizsgálatokkal is.

Na, itt jön egy probléma, hogy milyen más vizsgálatokkal? Ha a háziorvos kolléganők és kollégák vagytok, tudjátok, hogy nem csak mi vagyunk, rengetegen vagyunk, nem csak háziorvosok, üzemorvos, nekik kötelező az üzemorvosi vizsgálatot megcsinálni. Ha már megvan a lelete, akkor nekünk arra oda kell figyelni. Divatos egészségcentrumok vannak, ahová elmegy a beteg, ha milliót kell fizetni akkor is elmegy, és hozza nekem az íriszdiagnosztikát, a Wolf-féle akupunktúrás valamit, és az a kolléga is elküldi, nem biztos, hogy elküldi, de a 40%-a elküldi, figyelnünk kell hogy van országosan megszervezve a mell, a nőgyógyász és a tüdőszűrés. Ezt is össze kell hangolnom valahogy, és ha már például a tüdőszűrőben a kedves tüdőgyógyász kolléga valamit talált, elküldte vizsgálatokra, hozza be a papírt, mert én arra már nem fogom elküldeni. És akkor azt csinálom, hogy kitölttetek vele szűrőlapot, mintha nálam jelentkezett volna, s mivel megvannak a leletei, ha negatívnak találom, akkor az már bekerül a rendszerbe és így akkor a gondozásomnak az irányítását jobban megteszi. Bármilyen más okból történt a kivizsgálás, akkor annak az eredményének a befogadása és a beépítése.

Volt olyan, hogy jogosítvány, azt is be kell építenünk, vagy valakinek allergiája volt vagy fejfájása van, ezekre mind oda kell figyelni. Aztán, községünkben még van egy másik vonal is, tudniillik az onkológus főorvos azt mondta nekem, akivel baráti viszonyban vagyok, hogy Nagytarcsán sok a daganatos. Na, ettől én teljesen kiakadtam, ilyen nincs, nagyon-nagyon megijedtünk, és a következőt csináltuk. Szépen megnéztük, hogy utca szerint melyik családban ki miben halt meg. Daganatos betegségben, vagy kinek van olyan kezelt betegsége, akinek hál' istennek már 5 éves túlélése van, és akkor ezeknek a családoknak nem lehet megmondani, hogy én azért figyellek, mert…, hanem jobban követjük ezeket a családokat, főleg, ha az édesanya volt, és egyenesági rokonságban, a gyerekeket, unokákat, bármi van, és vizsgálatokra sokkal előbb behívjuk őket, mint ahogy ezt másokkal tesszük. De ezt is most egyeztetni kell ezzel a szűrési mechanizmussal, amit nem adtunk föl, mert ebben a szűrési mechanizmusban csak a légzés és emésztési elváltozásokat, tumoros, daganatos elváltozásokat figyeljük, de ugye nem csak ebben hal meg a lakosság. Ezt szépen beépítettük a rendszerbe, hogy ez se legyen az, hogy még ez is plusz legyen.

A közvetlen feladata a szűrésben. Ezt már részben mondtuk, hogy a kérdőíveknek a terjesztése, feladatok ellenőrzése, vizsgálat elvégzése, dokumentálása, ami igen-igen munkás, vizsgálati eredmények értékelése akár jó, akár problémás, és a gondozásba vétel és a gondozás maga. Tehát, ha valakinek kijött, hogy betegségben szenved, akkor gondozásba kell venni, és mindezt adatokon keresztül is, tehát a misszióval nem csak úgy vagyunk kapcsolatban, hogy mi a lapot megkapjuk, hanem a jelentést is hónapról-hónapra, kit vizsgáltam meg, milyen vizsgálat volt. Általában a vizsgálati eredményeket is mindig szépen beírjuk, így kommunikálunk, és ez az adatszolgáltatás nagyon sokban segíti a mi munkánkat, a háziorvosnak a munkáját.

Itt lép be az, hogy nem elég a lakosságot szűrni, hanem kulcsot is kéne adni a kedves lakosságnak a kezébe, hogy figyelj, te ezt meg ezt csinálod, de mit kell ahhoz csinálni vagy mit lehet ahhoz csinálni, hogy megváltozzál és túléld ezt az egész fura dolgot, ezt az egész nagyobb életvitelt, amit most csinálunk.

Nagytarcsán öt lábon álló programot állítottunk be. Ennek a részei: a diéta, ahol szakember segített; a mozgás, gyógytornász, háromféle mozgásformát csináltunk, gyógytorna, edzőtornaszerű, erőlétfenntartó és volt a stretching, ami nagyon jó az izületeknek a korrekciós mozgásoknak a visszafogására; magatartásváltozás, mivel tudjuk, hogy elég stresszes az életünk, tehát autogén filingnek a tanulása volt biztosítva, masszírozás, mert kell ám valami jó is, amit nem ő csinál, rajta csinálták. Ezt nagyon szerették, fiúk-lányok, mind odavoltak és vannak is; gyógyszeres terápiának a mérlegelése, erre majd rá fogok térni, hogy mért volt itt gyógyszeres terápia. Tulajdonképpen ezeket az embereket, akikkel először indultunk 2002. júniusában, a szűrt csoportokból válogattuk ki, tehát akik leadták a lapot és igen veszélyeztetettek voltak. Tehát a 35–65 között nálunk a faluban 1 005 fő van, itt meg lehet látni a férfiak/nőknek az arányát és itt lehet látni a szűrőlapokat is. Ha összeadjátok a lapokat, látjátok, hogy sokkal több volt a kitöltött lap, mint amit mi értékelni tudtunk. Ez azért van, hogyha bejön 35 év alatti, nem mondom neki, hogy ne töltse ki, mert a többi tölti. Ha 65 év felett van és szintén ki akar tölteni, akkor töltse ki. Ezért a szám nem egyezik.

Mivel tudtam megfogni a falumban a lakosságot? Azzal, hogy olyan ronda kövér vagy? Azt hiába mondom neki, hogy figyelj ide, változtass életmódot, mert ez így nem OK. Arra nem igazán figyelnek oda. De tudtam nagyon jól, hogy kik azok a személyek, hölgyek, fiúk is aztán később, akiknek ez zavaró. Meg hajolni, meg egyáltalán, nem olyan csinos…stb. Egyrészt a hiúságukra apelláltam, ami nagyon jó mozgatóerőnek hatott. Tehát elindultunk azzal, hogy te kövér vagy és gyere, mert innentől nem csak szép leszel, hanem egészséges is és 90 évig fogsz élni. Itt válogattunk, amit most már nem csinálunk. Tehát az első csoportnál, nagyon nehéz csoport volt, válogattunk, mert olyanokat próbáltunk kiválasztani a jelentkezők közül,

akik nagyon sokszor próbálkoztak már, tudtuk, hogy van motiváltságuk, tehát mindenképpen jól akarnak élni és a hiúságuk is kellőképpen hajtóerő, és mindenkinek volt társbetegsége. Tehát tulajdonképpen, amin mi javítottunk, az a társbetegség, de a mézesmadzag ez az obezitás volt, amit mi kihasználtunk. Ez a program indult 2000. júniusában.

Helyi lehetőségek. Nagytarcsán nincsen semmiféle sportcentrum, nincsen semmiféle uszoda, Kistarcsán van, de ha már el kell menni, már az is probléma, és így maradtunk a tornateremnél, amit az iskola szépen biztosított nekünk. Vettünk bele szőnyeget, berendeztük mindenfélét, szuperül meg csináltuk, egy kis közösségi tornatermet csináltunk belőle. És nem utolsó sorban, hogy a misszió elfogadta a pályázatot. Tudniillik, ha befogadja a pályázatunk, ez annyit jelent, hogy a résztvevőknek nem kerül annyiba. Mivel hallottuk, hogy igenis prevencióra van biztosítva pénz, hát ez a pénz azért van biztosítva, hogy ilyen esetben a résztvevőket és a programot támogassa, mert nem ám olcsó szórakozás. Tehát a terembért ki kell fizetni, a szőnyeget meg kell venni, a gyógytornászokat meg kell fizetni, meg kéne fizetni, nem vagyunk megelégedve, de ez nem a missziónak a problémája, hanem az OEP-nek a problémája, aki ebbe a pénzt biztosítja.

Tehát a pályázatot elfogadták, a lányokkal összeültünk, megbeszéltük és így indult el 2002. júniusában. Először tehát indult az a 20 fő, aki ki volt válogatva, utána meg aki jelentkezett, azt természetesen befogadtuk. A két női csoporttal olyan szóbeli szerződést kötöttem, hogy két évre lenne kötelező – idézőjelben –, jó lenne, ha két éven keresztül végigcsinálná, mert az már egy életmódjavulást és változást is fog majd hozni. Igen ám, de 2003-ban azt mondták a fiúk, hogy rendben van, így is a lányok élnek tovább, ővelük mi lesz? És így összeverbuválódott az ő jelentkezésükre 15 főből álló fiúcsapat. A 15 fős fiúcsapat jól csinálta, én meg voltam lepődve, mert én csak a lányokra koncentráltam, és igazából jó volt, csak ugye a csoportoknál azt kell figyelni, hogy mindig valami pluszt kell bevinni, mert egy idő után megunják. A fiúkhoz egy olyan vezető kellett volna, a fiúkhoz én nem mentem tornázni, ott voltam, mindig figyelemmel kísértem őket, de kellett volna egy olyan vezető, akik egy kicsikét jobban összefogja, mert később elemeztük, hogy 2004-ben ez a fiúcsapat széthullott, igen, nagyon sajnáltuk, hogy ez hogy van vagy miért van. Három ember nem adta föl, azt befogadta a lánycsoport. Úgyhogy most járnak a lányokkal, de tisztességesen járnak, úgyhogy tényleg csak dicséretet érdemelnek.

2003-ban még kitérnék arra, hogy a nyugdíjas csoport is indult. Na most, hogy ők meg voltak megint… itt a sértődés, itt is idézőjelbe, hogy rendben van, ha én 65 éves elmúltam, akkor énnekem már mindegy? Na, innentől vettük bele, hogy egy ilyen csontritkulás megelőzésre egy ilyen nyugdíjas csoportot, és nagyon szépen működik és járnak, és természetesen az ő tornájuk egy sokkal jobban összeállított és inkább csak gyógytornának nevezhető.

Tehát így állunk most. Az igazi értékelés 2004. december 15-én, most pedig a szóbeli szerződés a résztvevőkkel. Most ez az érdekes, ha ezt összeadjuk, körülbelül 80 fő körül van. Ezek csak a törzstagok. Amikor jön a tavasz és a lányok jobban fogyni akarnak vagy bármi más, akkor van amikor nem férünk a tornateremben, hanem egyszer már elmentünk, van ilyen honvédségi művelődési ház, HEMO-nak rövidítjük mi, még fönn, a színpadon is voltunk már, annyian voltunk. Ugye ez mind időszakos. Tehát ősszel vannak többen, tavasszal, ugye van a karácsonyi ünnep, akkor mindenkinek van épp elég baja, akkor nem, de mindig vannak olyan csapódott egyének. Szívesen látjuk őket, szeretjük, mert ebből a csapódott egyénekből mindig egy-kettő törzstaggá válik. Úgyhogy, ezért nagyon jó.

Itt látjuk, az előző vetítésen láttuk, hogy milyen a javulása. Ugye ezt már a kolléganő mondta, hogy ezeket a lányokat nem csak évente szekálom, hanem háromhavonta is van olyan, hogy vizsgálat, vizsgálat. Tehát van súlymérés, van vérnyomás, szeded-e a gyógyszert, milyen gyógyszert szedtél előtte. Tehát tulajdonképpen az útjuknak a követése, hogy a javulásuk mennyire látható. Érdekes dolog, hogy itt sokkal jobbak a nagytarcsai átlagok, mint a misszió összese. Én azt gondoltam, hogy ez azért van, mert ugye ott az első 20 lány, az egy válogatott volt, ahol sokkal több volt a gyógyszer, sokkal több volt a probléma, és ezáltal a javulás is nagyobb százalékban jelentkezik, de majd meglátjuk, amikor 2004, tehát most a végén lesz egy ilyen értékelés.

Érdekes dolog, hogyha a programnak a hasznosságát megnézem másképp, tehát nem csak ilyen százalékokban. A gyógyszercsökkentésnél, mindenkinek, amikor kezdtük, odaírtuk, hogy milyen gyógyszereket szed. Most a végén, ezt is évente követtük, most a végén mindenkinek meg fogjuk nézni, mert nagyon sok mozgásszervi volt, emésztőszervi, hipertóniás, diabéteszes és a többi, nem az inzulinelhagyásról van szó, hanem arról, hogy mi van még ezen kívül, amit el lehet hagyni, mert az egészsége javul, és mindenkinek odaírtuk milyen gyógyszert szed, mennyi a költsége. Egy átlagban havi költséget próbáltunk kiszámolni, és annak majd most lesz az értékelése, hogy na ebből mennyi. Most, amit megnéztünk a védőnővel, a prevenciós aktivistával, körülbelül a legkisebb az a 3 000 Ft/hó, ami nekik már a haszon. Ha csak ezt ráfordítja arra, hogy most fizet a gyógytornáért vagy ezekért, már megéri mert nem gyógyszerre költi, de hát nem kell neki ennyit fizetni, szó sincs ilyenről. Érdekes dolog, hogy akivel találkozom tornán, azt nem látom a rendelőben. Ez nekem nagyon jó. Nem panaszkodik, mert ugye mi van? Én ülök az asztal egyik oldalán és a beteg panaszkodik, mert hogy kövér vagyok, mert fáj a fejem, mert nem jó a gyógyszer doktornő, én felírom a pirulát, én szomorú vagyok és hízom, ő meg ott és hízik. Na, ez a kettő dolog így nem ment. Innentől, ugye, ahogy ez beindult, nagyon jó dolog, hogy nem jön a rendelésre. Ott megkérdezem hogy van, jól, fáj egy kicsit a térdem. Ez egészen más, minthogy mindig ott ült a rendelőben. Volt 3–4 olyan hölgy és 1 férfi, akivel igen-igen komoly gondjaik voltak, és most igazából… és a szakrendelésen.. ugye látom a Fürkészen a nyomát, hogyha hozzám nem jön, mert nem mer, ilyen nincsen, de akkor hogy nem megy-e máshová. Nem megy máshová sem. És a másik, hogy egészségesek és jól vannak, és ami aztán pénzbe nem igazából fejezhető ki.

A háziorvosnak a szerepe ebben a programban. Hát nagyon sok dolgom van vele. Aktívan szervezni kell, utána kell menni, mert azért ne higgyétek azt, hogy ez csak úgy működik, hogy mert egyszer bejött…, van amikor kétszer nem volt, akkor már szólni kell, hogy hol vagy Marika, mert hiányoltalak, vagy hiányoltunk, mert ez csoportmunka, ugye nem én. Tehát oda kell figyelni ezekre az emberekre és bíztatni, dicsérni kell őket, amit mind a három gyógytornász és a dietetikus is nagyon jól csinál. A programvezetőként, és ugye minden csoportnak van egy vezetője, és nem árt, hogyha a résztvevő, a két ápolónő, asszisztensnő meg az orvos, mert a mi életünk sem olyan ám, hogy olyan nagyon egészséges lenne. És ez valahogy úgy jó is a dolog, mert a doktornő odajött tornázni, vagy az ápolónő, persze nem kötelező, természetesen. Támogatnia kell a háziorvosnak a csoportot abban is, tehát a dietetikust, hogy hogy csinálja, mi a visszajelzés, meg kell beszélni és egyeztetni kell. Gyógytornászt, masszőrt, pszichoterápiát, tehát a releaxált autogéntréninget, hogyha csinálják. Ha netalántán van a lányok közül, akinek ötlete van még, hogy na, mit kéne ebbe belehozni doktornő, azt figyelembe kell venni, és ha lehet, akkor meg kell valósítani. Nem egy-két ilyen jó ötlet volt már.

Az életmód automatikusan változik. Tehát, ha már valaki veszi a fáradtságot, hogy megkeressen, el kezdje, azokkal is van azért gondunk, de a misszió nagyon jó szakembereket biztosít, nagyon érdekesek az előadások, hanem az iskola vezetőségével kell egyeztetni, óraszámot kíván, tehát, hogy legyen óra.

Ezt nem ismétlem, hogy milyen témakörök vannak.

Ez is, tudjuk, hogy most 8 725 a gyerekeknek a száma. Itt szerencsére az én feladatom a faluban az iskolaorvosi dolgokban nem annyira nagy, nekem vannak rendes előadásaim, amit meg kell tartanom, szexuális felvilágosítás, dohányzás, drog, stb., de más ahogy én tartom, és más, ahogy azt a drog szakember tartja. Na most, ha két szemszögből hallja a gyerek, az nem éppen baj, hogyha az iskolának az óraszáma ezt eltűri.

Aztán mi a faluban tudtuk, hogy például az elhízás nálunk gond, egészséges táplálkozás, dohányzásra figyelés, akkor azt a témakört egy kicsit jobban elővesszük és jobban vezetjük, jobban odafigyelünk, de csak ennyi.

Na, hogy mit kapunk mi ezért? Tehát a háziorvos mit kap ezért és a prevenciós aktivisták. Ha

órát adok vagy foglalkozást vezetek, akkor természetesen megvan az összeg, amit megkap érte az ember, az előadásokért, stb., tehát még hogyha a Misszió Világába, újságba cikket írok, még azért is. A prevenciós aktivista egy bizonyos összeget kap havonta, ami neki a munkájának a kiadásait és egyáltalán, a fáradtságait téríti. Ez a kisebbik, a nagyobbik az, ami a megtakarításból adódik. Tehát, ha én ha jól dolgozom, ha tényleg úgy csinálja az ember a dolgát, ahogy az elő van írva, tisztességesen, becsülettel, lelkiismerettel, akkor megtakarítás van. A megtakarításnak a szétosztása, mármint amit háziorvosok egymás között szétosztunk, annak van egy százaléka, ami azt fejezi ki, hogy prevenciót hogy csinálom. Tehát ha én jól csinálom, jó a szűrésem, a gondozásom, a betegnek a mortalitása és morbiditása az jelzi vissza, hogy ez nem csak egy adminisztráció, akkor nekem a megtakarításba ez egy bizonyos összeget jelent, amiből én a munkatársaimnak tisztességesen tudok adni. Tehát ez az anyagi motivációja.

Összefoglaló. A misszió úttörőmunkája, mint új és kísérleti kezdeményezés, sok nehézséggel kell, hogy megküzdjön, nem egy könnyű dolog. A misszió munkájában résztvevő háziorvosok mindennapi tapasztalata és az érintett nem 120 000, hanem 240 000 lakos általános egészségi állapotának javulása igazolja a végzett munka eredményességét. Az igazi pozitív változás azonban csak 8–10 év múlva jelentkezik hangsúlyosabban. Ezért azért érdemes lenne dolgozni mindannyiunknak.

Köszönöm szépen a figyelmeteket.

Dr. Dietz Gergely háziorvos: Tisztelt Kollégák! Tisztelt Hallgatóság! Az irányított betegellátási rendszerbe csatlakozott háziorvosnak számos többlet adminisztratív kötelezettsége van. Tulajdonképpen ezeket az OEP írja elő, és bár ez az információ számunkra a Fürkész rendszeren keresztül is igen használható információ, de ezt mégis csak az OEP szükségletei szabályozzák, és az OEP írja elő, hogy mi ez. Korábban is volt kötelező jelentés és adatszolgáltatás, azonban 2005. májusától egy teljesen új rendszer alakult ki az OEP igényeinek megfelelően ez három kötelezően küldött fájlból áll, ezt minden hónap végén, illetve a következő hónap elején az előző hónapról kötelező elküldenünk. Tulajdonképpen, technikailag ennek a létrehozása nem egy akkora probléma, ezt mindjárt be fogom mutatni, azonban ezek az adatok, ez az adathalmaz igazából számos olyan mutatónak, gondozási, szűrési, rizikószűrési mutatónak az összesítése, amiből tényleg egy komoly munkát lehetne a betegsorsok követése során művelni. A szolgáltatott adatok nem csak a tényleges betegforgalmi adatokat tartalmazzák immár, hanem minden egyes alkalommal minden egyes diagnózis továbbításra kerül és minden szűrés és minden rizikótényező bekerül a jelentési programba. Mint mondtam, ez a jelentés egy pár másodperces munkával elkészíthető, egy-két gombnyomás a számítógépen, és akinek megfelelő szoftvere van, az tudja, hogy igazából ez nem egy komoly munka, máris elküldhető ez a jelentés lemez vagy akár interneten keresztül is. Ez először a misszió, illetve az adott szervező informatikai központjába kerül, ahol kerül

feldolgozásra, majd pedig az OEP megkapja az előírt határidőre, amire egy igen szűk határidő van, tehát komoly munkát kell az informatikusoknak is végezniük.

Tulajdonképpen, ami problémánk támadt evvel az OEP által előírt kötelező jelentéssel, ez négy mezőbe osztható, az egyik legfontosabb probléma a diagnózisok keresésénél merült föl. Talán, akinek egy szem diagnózisa van, ott még ez a probléma még nem is látszik meg, hiszen aki egy tüszős mandulagyulladással érkezik, azt kisebb-nagyobb nehézségek árán a fél--csonka BNO táblázatunkból kikeresgélve egy plusz 2–3 percet rászánva az ellátási időből, megtalálhatjuk és korrektül le is írhatjuk. A krónikus betegeknél azonban már itt látszik a probléma, hogy vajon mi kerül a krónikus betegségek közé, mi számít a gondozás közé, erről egy picit később szólok. Azonban, hogyha már több diagnózissal, egy ténylegesen rendszeresen visszajáró betegről van szó, ez máris számos probléma forrása. Először is, a fődiagnózist a gép automatikusan választja ki, igazából egy ilyen halmazból nem biztos, hogy az elsőnek ott szereplő hiperlipidémia lenne a fődiagnózis. Hogyha emellett még teljesen véletlenül a gondozáson megjelent betegnél egy interdigitális mikózist is felfedezek és ezt aktív betegséggel a szabályok szerint én kódolom is, máris itt a következő probléma, hogy ez lesz az elküldött fődiagnózis, ami nyilvánvalóan a gondozás értékét csökkenti és rontja. Tehát ez egy komoly probléma, és nem jön ki az, hogy mennyi munkánk van azzal, mire kiválogatjuk ezt a számos diagnózist BNO táblázatból.

A másik probléma a továbbküldéssel merült föl. Ez is egy új kezdeményezés, hogy az ÁNTSZ kódját is a célintézménynek föl kell tüntetnünk, amivel még nincs is probléma, hiszen tudni kell, hogy hová küldtük a beteget, de a másik újdonság, hogy a BNO kódot is tüntessük fel. A BNO kód feltüntetésének az a problematikussága, hogy nagyon sok esetben a beteget, amikor elküldjük az adott vizsgálatra, még nem tudjuk, hogy mi az igazi betegsége, tehát egy vélt diagnózist tüntetünk föl, ami például egy ulkusz is lehet, hogyha gyomortükrözésre küldöm a betegemet, és nem is biztos, hogy kiderül az, hogy ez volt neki valójában, de viszont az OEP jelentésbe ez bekerül. Ez egy olyan plusz adatnak látszik, ami hamis, csal, nem követi a betegnek az adott sorsát és felesleges időkeresés ismételten. Ugyan az ÁNTSZ kódot segít egy kereső adatbázisból földobni a program, de ez plusz munkának látszik.

A harmadik újdonság az az, hogy minden receptre kötelesek vagyunk felírni a BNO kódot, ezt inkább csak megemlítem, mert a krónikusan visszajáró betegeknél a program segítségével ez villámgyorsan megy, megjegyzi az előző BNO kódot, rögzíti, és tulajdonképpen plusz munka ebből nem adódik csak annál a betegnél, aki akkutan jelentkezik és az első gyógyszerét kapja meg, illetve hogyha esetleg változtatok a diagnózisokon vagy a gyógyszereken.

A negyedik probléma, ami a legkomolyabbnak tűnik számomra, ez az előbb is említett krónikus betegség és gondozás. Tulajdonképpen, hogy áll össze ez a gondozás? Van ugyan gondozási jelentésünk, ami a gondozásba vett beteget, tehát a gondozásba vétel időpontját, a gondozási diagnózist és a gondozás jellegének változását rögzíti. De hogy hányszor, hány formában hívtam be a beteget, hányszor foglalkoztam vele, esetleg felfedeztem olyan új rizikótényezőket, amit kezeltem, ez nem rögzíthető. Ugyan látható, hogy az ellátás okaként az OEP szabvány szerint van egy gondozás, de ez nem használható kód, ezt feljövő hibaüzenet miatt nem is lehet használni. Csak azt jelzi, hogy már gondozás alá van véve a beteg, hát a krónikus betegséget kell nekem használnom, ami egyáltalán jelzi, hogy ez egy gondozott beteg, vagy ne adj' isten hathavonta jelenik meg a rendelésen és úgy viszi el a gyógyszerét.

Tulajdonképpen ez nem is csak nekünk nagyobb gond, hanem az OEP célkitűzéseivel is kifejezetten ütközik, ugyanúgy, mint az informatikusok, akik a misszióban ezt feldolgozzák, azok számára is igen nehéz eldönteni, hogy az ott szereplő I10-es kód az vajon gondozás, tényleges betegellátás vagy csak egy hathavonta beérkező beteg, ennek komoly informatikai problematikussága van.

Én tulajdonképpen azt mondanám, hogy a nagyon sok negatívum között az egyetlen igazi pozitívum az lehetne, hogyha már ezt a sok adatot többletmunkával rögzítjük és úgyis átfut az informatikusok kezén, akkor a Fürkész rendszerbe beépítve az OEP-nek a tekintélyes hathavi lemaradását megelőzve friss adatokhoz juthatunk a betegekről, ütköztethetjük a ténylegesen kiváltott recepteket a felírt receptekkel akár, szóval számos olyan információhoz jutunk, ami a korábbi jelentésekben nem szerepelt. Mindenesetre, maga a jelentés elkészítése nem teher, és az adminisztrációt is egy magára adó háziorvos megteszi önmagától is. Ami plusz tehernek látszik és ami plusz teher, az igazából az OEP nem kellően definiált és időnként önmagával ellentmondó igényei miatt adódik.

Még egy észrevételem van. Ez az, hogy a BNO rendszer nem igazán alkalmas a háziorvosi tevékenység rögzítésére, ez egy durva betegségközelítő rendszer és az általam végezett tevékenységet, legyen az egy fülmosás, legyen az egy infúzió, legyen az egy EKG, nem tudom rögzíteni. Ami a járóbeteg ellátásnál már kötelező, a WHO kódolás, igazából az sokkal jobban követné a háziorvosi tevékenységet, persze ez jelen pillanatban előreláthatatlan hatalmas enormis plusz munkát és betanulást tenne szükségessé. És hát még egy tanács, hogy a szoftverválasztáskor legyünk körültekintőek. Ez annyira igaz, hogy van olyan háziorvosi program, ami a jelentést nem készíti el, van olyan program, ami szerint következetesen február 31 napos, ugyanígy szeptember is, ezáltal a jelentés nem értékelhető és az OEP ezt visszadobja. Ha pedig visszadobja, akkor nem csak az adott háziorvos szenved, hanem az egész irányított betegellátási rendszer kap egy mínusz pontot, és bizonyos hátrányai ennek mindenképpen vannak. Ráadásul, sokban segíti a munkánkat, ha automatikusan kitölt a program helyettünk.

Köszönöm szépen a figyelmüket.

Dr. Kertai Aurél: Köszönöm szépen az előadást. Hát ennek a kritikái az OEP jelentésekhez tökéletesen meg lettek fogalmazva. Kezdetben soha nem értettem azt, hogy mint említetted is, hogyan lehet megmondani, hogy most a diabéteszét gondoztam aznap vagy a hipertóniáját, mert csak egyet lehet jelenteni. Ezek ilyen sajátos hiányosságok.

Egy kérdést szeretnék feltenni, hogy a protokollok, amiket az IBR-ek saját maguknak kialakítanak, azok mért nem egységesek más irányított betegellátási rendszereknél egymással? Mért nem azonosak? Mért vannak különbségek? Vannak bizonyos olyan szakmai protokollok, aminek mindenütt egyformának kellene lenni?

Dr. Dietz Gergely: Tehát az ajánlások, vagy a szakmai ajánlások, vagy kindline-ok vagy nemzetközi kindline-ok azok általános érvényűek, nem veszik tekintetbe a helyi viszonyokat, a helyi humán erőforrás képzettséget, számot, felszereltséget ez mondjuk egy asztmánál már nagyon lényeges, hipertóniánál mondjuk nem, de hiperlipid protein… igen, nincsenek tekintettel a költségtényezőkre és nincsenek tekintettel betegpreferenciákra sem. Azok a protokollok, amit a helyi használatra csinálunk, amire már nem az van ráírva, hogy mi a jó úgy egyáltalán és milyen 2 000 gyógyszer közül bármelyiket lehet adni, mert végül is bármelyiket, hanem azt mondja, hogy mi itt a mi tapasztalataink, lehetőségeink szerint ezt meg ezt meg ezt. Ez mindennel így van, a beavatkozásokra vonatkozóan, diagnózisra és prevencióra vonatkozóan is. Ezzel együtt, mi törekszünk arra, saját magunk fogalmaztuk meg, hogy legalább az irányított betegellátásnál, ahol például költségtényezőkkel is számolunk. Mi például kiszámoltuk, nem mutattam meg meg nem fejtettem ki, hogy mennyit spórolnánk, hogyha az ACEgátlók közül ezt vagy azt, jót, tehát nem azt, ami olcsóbb, hanem azt, amiből van több verzió és mondjuk ugyanaz a gyár gyártja, nem alsótanganyikai, hogy mennyit spórolnánk, és ebből esetleg mi vennénk vérnyomásmérőket és azt kölcsönöznénk, tehát értelmesebben költenénk el ugyanazt a pénzt. De nálunk igenis számítanak a költségek, például ezért. De mi szeretnénk az irányított betegellátáson belül a mi protokolljainkat egymáshoz közelíteni, hogy összehasonlíthatóvá tegyük a teljesítményünket is. Tehát ez ugyanolyan, mint minden az életben, hogy meg kell tapasztalni, komolyan kell csinálni, és akkor rájön az ember, hogy hogyan lehetne ezt jobban vagy egyszerűbben csinálni, de akkor is ragaszkodnánk ahhoz, hogy helyi protokoll legyen.

Dr. Kertai Aurél: Köszönöm szépen. A végén csak egy összefoglaló megjegyzést. Tehát itt az informatikával a jelentéseknél gyakorlatilag az egész rendszernek a főbaja az OEP-nek a

lassúsága. Ez az én megjegyzésem, és hogyha ezt oldanák meg először, az igazi betegellátás megszervezésében, hogy akár egy online módszer legyen, elektromos vényfelírás vagy bármi, és akkor már automatikusan megoldódnak a párhuzamos betegvizsgálatoknak, a laborkéréseknek és az információkeresésnek a problémái. Remélhetőleg azért előbb-utóbb eljutunk ide a jövőben. Nagyon szépen köszönöm az előadásokat, és köszönöm, hogy elvállalták az előadásokat. Köszönöm a részvételt, befejezzük a konferenciát. Köszönöm.