

Lehet-e így hatékonyan dolgozni? – a háziorvosok helyzete és lehetőségei

Dr. Horváth Andrea háziorvos, Budapest XXII. ker.

Valószínűleg minden, egészségüggyel foglalkozó szakember egyetért abban, hogy a jól működő egészségügy alapvető eleme a magas színvonalú alapellátás, hiszen ez határozza meg azt, hogy az összes többi tényezőre, a szakorvosi járóbeteg ellátásra és a kórházakra milyen terhelés hárul. Az alapellátás minősége elsősorban az orvos szakmai tudásától függ, fontos szerepet játszik azonban a rendelő felszereltsége, azaz a helyben elvégezhető vizsgálatok lehetősége és az egyéb diagnosztikus vizsgálatok elérhetősége is.

A HÁZIORVOSOK KÉPZETTSÉGE ÉS A GYÓGYÍTÁS SZABADSÁGA

A háziorvosi populáció szakképzettség szempontjából meglehetősen heterogén. Vannak olyan kollégák, akik még évtizedekkel ezelőtt, szakvizsga nélkül foglalták el helyüket, és vannak olyan, több szakvizsgával rendelkező háziorvosok, akik egy-két évtizedes kórházi munka után választották az alapellátást. Az 5 éves periódusra vonatkozó kredit pontrendszer bevezetése csökkentette, de nem szüntette meg a különbségeket. A háziorvosi licensz vizsga és a színvonalas szakvizsga bevezetése viszont komoly előrehaladást hozott az önálló munkát kezdők tudásszintjének egységesítésében.

Éppen ezért nehezen érthető, hogy miért kötik meg az orvosok kezét a diagnosztika és a terápia szempontjából egyaránt. Nagyon kellemetlenül érinti az alapellátásba kerülő, jól képzett orvosokat az, hogy hirtelen elveszítik minden olyan jogosítványukat, amellyel eddig – kórházban vagy szakrendelésen dolgozva – rendelkeztek. Deprimáló, hogy nem utalhatják betegeiket egyes diagnosztikus vizsgálatokra; ez egyébként felesleges kórházi beutalásokhoz is vezet. Sok esetben nincs lehetőség az akut betegség diagnosztikájára, mivel nem kezdeményezhet még bizonyos laborvizsgálatokat sem, pl. D-dimer vagy troponin vizsgálatot. Hiába tudja, hogy mi volna a teendő, a háziorvosnak nincs lehetősége tudásának illetve szakképesítésének megfelelően, definitíven ellátni a betegét, a jelenlegi megszorítások rákényszerítik, hogy más orvoshoz utalja tovább. Ez bizony egyáltalán nem költséghatékony, pazarlás a kiművelt főkkel, és a háziorvost a „beutalók gyártásának” szintjére degradálja. Méltatlan az is, hogy egyes gyógyszerek felírásához szakrendelésen vagy kórházban dolgozó, esetleg jóval fiatalabb vagy rezidens kollégától kell „javaslatot” kérni.

Mindezek után mi sem természetesebb, hogy a beteg keres magának egy olyan másik orvost, aki definitíven ellát-

ja, nem küldözgeti ide-oda, nem kell engedélyt kérnie senkitől. Ez generálja az egészségügyet torzító hálapénz rendszert, s így a párhuzamos vizsgálatok tömegét. Célszerű megkötöni a háziorvosok kezét? Nem kellene-e jobban megbecsülni és kihasználni a tudásukat?

DIAGNOSZTIKUS LEHETŐSÉGEK A PRAXISBAN ÉS A FINANSZÍROZÁS

A háziorvosi finanszírozás korlátai miatt eddig kevés orvos engedhette meg magának, hogy akár a minimum felteletet biztosítsa a rendelő számára. Sok praxisban pl. még hordozható EKG sincs, holott e nélkül otthonában nem lehet reálisan megítélni a beteg állapotát. Azokban az országokban, ahol az egészségügy jól működik, a háziorvosi praxis nem képzelhető el ultrahang, EKG, labor, kisműtő nélkül, és a nagyobb praxisok kivétel nélkül rendelkeznek röntgenkészülékkel, terheléses EKG-val, esetenként endoszkópos eszközökkel is. Természetesen a megfigyelő és infúziós szobák is rendelkezésre állnak. Az is nyilvánvaló, hogy a praxisban rövid idő alatt és részletesen átvizsgált betegek csak ritkán kerülnek továbbutalásra, illetve kórházba is csak megalapozott indokkal jutnak. Ilyen körülmények között a betegek csakis és kizárólag családorvosukhoz fordulnak minden panaszukkal, hiszen megbíznak benne, tudják, hogy megfelelően képzett, jó felszereltséggel bír, és helyesen fogja megszervezni az esetlegesen szükséges további diagnosztikus lépéseket.

A hazai viszonyok között persze sajnos „kicsiben” kell gondolkodnunk. Komoly haladást jelent a közelmúltban az OEP által biztosított eszköztámogatás, mely 1,5 millió forint értékben teszi lehetővé a rendelő felszerelésének javítását, és csak diagnosztikus eszközökre használható fel. Ez egyedülálló lehetőség a betegellátás minőségének javítására, hiszen nem kell pl. légzésfunkciós vizsgálatra vagy ABPM-re máshová utalni a beteget. Sajnos ez az összeg 3 év alatt jut el a háziorvosokhoz, így az idősebb kollégák nem mindig tudják igénybe venni ezt a lényeges előrelépést jelentő lehetőséget.

A háziorvosok finanszírozásuk döntő többségét a bérekre és járulékokra elköltik a hónap első napjaiban. A fennmaradó részt általában a fenntartásra fordítják, és még a munkájukhoz elengedhetetlen, üzemképes autót is csak saját pénzükből tudják kigazdálkodni, holott elvileg az asszisztensnő autótételét is támogatniuk kellene. A pénzügyi keret szűkössége természetesen több szempontból is rányomja bélyegét az ellátás minőségére, hiszen diagnosztikus eszköz hiányában mi más tehet a háziorvos, mint hogy továbbutalja betegét.

MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK

Szinte beláthatatlanul és reménytelenül sok változtatás szükséges ahhoz, hogy a magyar háziorvosok nyugat-európai kollégáikhoz hasonlóan, jól felszerelt rendelőkben, nagy önállósággal, definitíven lássák el betegeiket.

Az első és legfontosabb a szakképzés egységesítése. Az ideális az volna, ha a háziorvosi szakképzés belgyógyászati szakvizsgára épülne. Célszerű lenne a kreditpontrendszerrel egyidejűleg a későbbiekben 5 évente kötelező 1-2 hetes gyakorlati idő letöltése is, pl. sebészeti szakrendelésen.

Fontos volna, hogy a háziorvosok saját hatáskörükben kivizsgálhassák a betegeket, indokolt esetekben kérhetnének CT vagy MR vizsgálatot. Természetesen valamiféle korlát mindenképpen szükséges volna, mint ahogyan pl. Németországban a háziorvosnak negyedéves költségkerete van, amelyen belül szabadon kérhet bármilyen labor-, CT és MR vizsgálatokat, a keretet túllépnie azonban csak saját költségén lehet. A beteg számára mindez a vizsgálatok

gyors lebonyolítását, az ide-oda utalás elkerülését jelentené, és azt, hogy csak a legszükségesebb esetekben és a legrövidebb időre kerülne kórházba.

Mindehhez természetesen a felszereltség javításának támogatása, illetve olyan finanszírozási forma lenne szükséges, amely arra készíti a háziorvost, hogy minél alaposabban kivizsgálja betegét. A fix összegű kártyapénz viszont nem abba az irányba hat, hogy az orvos minél több vizsgálatot végezzen el.

Ebből a szempontból előremutató és első lépésként feltétlenül nagy jelentőségű az új indikátor rendszer, mivel jutalmazza az orvos gondosságát a megelőző vizsgálatok elvégzése területén. Ilyen irányú továbblépésre, a szempontok további finomítására van szükség, de fontos az orvos érdekeltége is a beteg minél körültekintőbb ellátásában.

Az alapellátás megerősítése tehát egyik alappillére az egészségügy hatékonysága javításának. Sajnos, ezek a változások csak lassan, hosszú évek alatt hajthatók végre, megkezdésük azonban már nem elodázható.

Globalis pitvarfibrillációs beteg charta

Pitvarfibrilláló betegek nemzetközi felhívása (rövid összefoglaló)

A pitvarfibrilláció (PF) az egyik leggyakoribb szívritmuszavar, mely hozzávetőleg 6 millió embert érint Európában [1], 8 milliót Kínában [2] és több mint 2,6 milliót az Egyesült Államokban [3]. PF-ben szenvedők esetén magasabb a súlyos stroke előfordulásának kockázata [4]; a világszinten évente 15 millióra becsült stroke [6] megközelítőleg 15%-áért [5] a PF tehető felelőssé. A vérrögök kialakulásának veszélyét csökkentő terápia megakadályozhatja a stroke-ot és a vele járó mérhetetlen emberi és gazdasági veszteségeket [7, 8]. Ennek ellenére a PF-et nagyon gyakran nem ismerik fel időben, így kezeletlen marad [9]. Azok a PF-ben szenvedő betegek, akik nem kapnak véralvadásgátló szereket vagy nem részesülnek megfelelő kezelésben, fokozott stroke rizikónak vannak kitéve [10].

A „Pitvarfibrilláló betegek nemzetközi felhívása” azért jött létre, hogy világszinten egységesen adhasson hangot a pitvarfibrillációban (PF) szenvedő betegek és a PF szövődményeként bekövetkező stroke által veszélyeztetettek kezelésének és ellátásának javítására vonatkozó javaslatoknak. A felhívás a törvényhozóknak, egészségügyi szolgáltatóknak, befektetőknak és nemzeti kormányoknak szóló javaslatokat tartalmaz azokról a döntő fontosságú lépésekről, amelyekkel életeket lehet megmenteni, valamint csökkenteni lehet a betegség terhét és a kapcsolódó hatalmas egészségügyi költségeket [11].

Miért van szükség arra, hogy ilyen sok és széles körből válogatott, a pitvarfibrilláció, a véralvadásgátlás, a stroke és a szívbetegség kezelése területén tevékenykedő szervezet és orvosi szövetség együttesen támogassa a chartát?

A fel nem ismert és kezeletlen PF okozta rokkantság és halálozás óriási költségei és terhei megakadályozhatók és elkerülhetők lennének, ha az egyes országok egyszerű lépéseket tennének meg. Manapság a költségcsökkentési törekvéseknek köszönhetően az egészségügyi ellátórendszerek sokszor arra kényszerülnek, hogy figyelmen kívül hagyják a páciens érdekeit. A PF-ről folytatott ismeretterjesztés és a korai diagnózis [12], valamint a PF kapcsán bekövetkező stroke bizonyíték alapú irányelvek vezetete megelőzése és kezelése [13], az ellátás folyamatossá tétele [14], az országos stroke regiszterek létrehozása [15], és az új orális véralvadásgátlókhöz, a ritmuszavart befolyásoló készítményekhez és a jelenlegi ellátás korlátait átlépő új megközelítésekhez való hozzáférés [16] jelentené a legjobb utat a PF-ben szenvedő betegek minőségi ellátása és a betegség okozta gazdasági hatás csökkentése felé. Felhívjuk a nemzeti kormányokat, törvényhozókat, befektetőket és egészségügyi szolgáltatókat, hogy tegyék meg a megfelelő lépéseket a PF-ben szenvedő emberek életének jobbá tétele és a PF kapcsán bekövetkező stroke kockázatának és költségeinek csökkentése érdekében!

Hivatkozások

- [1] Kannel WB, Benjamin EJ. Status of the epidemiology of atrial fibrillation. *Med Clin North Am* 2008; 92: 17-40
- [2] Wolfe C, Rudd, A. The Burden of Stroke White Paper: Raising awareness of the global toll of stroke-related disability and death. 2007. <http://www.safestroke.org/Portals/10/FINAL%20Burden%20of%20Stroke.pdf>. Accessed January 2012.
- [3] Centers for Disease Control and Prevention. Atrial Fibrillation Fact Sheet. December 2010: http://www.cdc.gov/dhdsdp/data_statistics/fact_sheets/docs/fs_atrial_fibrillation.pdf. Accessed January 2012.

Folytatás a 42. oldalon