

Egységben az erő – A praxisközösségben rejlő lehetőségek az alapellátásban

Dr. Lantos Zoltán, TEREK Egyesület

Az egészségügy modernizálásának egyik legfontosabb feladata olyan mechanizmusok beépítése az ellátórendszerbe, amelyek hozzájárulnak a szűkös erőforrások hatékony elosztásához és működtetéséhez, amelyek eredményeképpen társadalmi szinten maximalizált egészségértéket tud megteremteni. A egészségnyereség terén elért eredményeket leggyakrabban különböző egészségügyi és orvosszakmai paraméterekhez kötjük, azonban a fokozatosan betegközpontúvá váló egészségügyi szolgáltatások területén emellett érdemes figyelembe venni a betegek és páciensek által észlelt értékeket is, amelyek nagyon sokszor jelentős mértékben különböznek az orvosi és egészség-gazdaságtani értékelésektől. Minél nagyobb szerepe van a betegeknek az egészségügyi eredményben, annál fontosabb az emberi tényezők figyelembe vétele. Ilyen módon az alapellátásban úgy érdemes átalakítani és működtetni, hogy az a mostaninál sokkal nagyobb mértékben vegye figyelembe a háziorvosok emberi korlátait és valós lehetőségeit.

One of the most important tasks of health care modernization is the effective allocation and utilization of scarce resources resulting health value maximized on societal level. The achieved health results are usually measured by various health care and medical parameters, however in the field of health care provisions – that are gradually becoming patient centered – also the perceived values of patients should be taken into consideration. These are often substantially different from the medical and health economy evaluations. The larger role the patient has in health care result, the more important is to consider the human factors. In the primary care it is worth to develop and operate a provision that takes into consideration much more the human limitations and real opportunities of General Practitioners.

BEVEZETÉS

Az új évezred kezdetén a válság által is jellemzett változások révén új társadalmi berendezkedés van kialakulóban. Az egyén helyett a közösséget, a mindent felülíró gazdasági jólét helyett az egészséget és a természettel való harmóniát előtérbe helyező modellek egyre nagyobb teret nyernek. A versengő kapitalizmus helyett a kooperatív kapitalizmus hajnalát éljük [1]. A korábbi, – ami a mostani válságban megfigyelhető jelek szerint már nem fenntartható, – az anyagi javak fogyasztásának elsődlegessége jellemezte, amelynek maximalizálása érdekében a versengő szereplők

egymás agresszív kiszorításában voltak érdekelték elsősorban, az egyéni érdekeket előtérbe helyezve. A társadalom egyre inkább rendszerközpontúvá vált, és a racionális, legtöbbször technokrata eredményközpontúság olykor teljes mértékben háttérbe szorította az embert, annak igényeivel és jóérzésével. Mivel az egészség ebben a rendszerben nehezen értelmezhető jószág közgazdasági értelemben, könnyen a rendszerek áldozatává vált a gyógyító és gyógyított emberrel együtt. Az egészségügyi reformok ezért is voltak sikertelenek hosszú éveken keresztül szerte a világon, hiszen az anyagi javakkal csaknem lehetetlen összehasonlítani az egészséget, a pénzben kifejezett majdani értékéről nem is beszélve.

Az együttműködő társadalom fő vezérelve a közösségi értékteremtés, amelyben az ember van a középpontban. A fogyasztás elsősorban szellemi javakkal valósul meg, amelynek során a személyes élmény biztosítja az igények kielégítését. Ezt az emberek közösségeket alkotva egymással összefogva, egymás igényeit figyelembe véve teszik, és nem az ego, sokkal inkább a self gazdagítása érdekében. Ma még messze vagyunk ettől a társadalomtól, bár kialakulásának jelei már látszanak, – ugyan eltérő mértékben a világ különböző részein, – az mindenképpen figyelemre méltó, hogy az egészség, mint érték egy ilyen működés keretben sokkal könnyebben értelmezhető. Így érdemesnek tűnik a közösségi értékteremtés megoldásait egyre szélesebb körben alkalmazni az egészségügy átalakítása során. Különösen azokon a területeken, ahol erre már van példa és modell.

Ilyen az alapellátási praxisközösségek működése, amely az erőforrások hatékony elosztását és felhasználását képes megteremteni. Minél inkább betegközpontúan gondolkodunk az egészségügyi ellátásról, és figyelembe vesszük, hogy a betegek ellátása egy összetett folyamat, annál inkább a számukra nyújtott egészségérték megteremtése köré érdemes megszervezni azt [2]. Tanulmányunkban a hazai alapellátás vizsgálatának néhány eredményét, és egy 2011-ben elindított Praxisközösség program első tapasztalatait mutatjuk be.

MÓDSZER

Összesen 54 háziorvos bevonásával végeztünk feltáró vizsgálatokat egyéni és csoportos megkérdezésekkel, valamint háziorvosi rendelések megfigyelésével 2010 és 2011 folyamán. A résztvevő háziorvosok sokféle körzetet képviseltek településméret, körzetnagyság, lakosságszerkezet, betegség-jellemzők, a rendelő jellemzői és az alkalmazottak száma szerint.

A több lépcsőben elvégzett vizsgálat sorozat eredményeképpen kidolgoztunk egy háziorvosokat támogató programot, amelyet 2011 folyamán indítottunk el az ország 12 pontján. A csoportokat a Bálint módszert [3] követő csoportmunkában valósítottuk meg a Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társasággal együttműködve.

EREDMÉNYEK

A háziorvosi munka jellemzői Magyarországon

Egy tipikus rendelésen átlagosan 40 beteg jelenik meg, akik mintegy ötöde [4] nem orvosi ellátást igényel, valamilyen adminisztratív vagy szociális igénnyel keresi fel orvosát. Az általunk megfigyelt praxisok között előfordult azonban olyan eset is, amikor egy rendelésen 79 beteg fordult meg. Átlagosan 8 perc jutott egy betegre, annak ellenére, hogy a hivatalosan 4 órás rendeléseket az orvosok mintegy 40%-kal meghosszabbították. A megfigyelt rendeléseken a leghosszabb vizitek 15 percesek voltak.

A hatékony munkavégzés legnagyobb akadályát a folyamatos telefonálás jelentette. Egy-egy rendelésen 15-60 darab telefonhívást bonyolított a háziorvos, átlagosan csaknem egy telefonhívás jutott egy ellátott betegre, és mindez a teljes rendelési idő egyharmadát-felét töltötte ki. Igen gyakran párhuzamosan zajlottak emiatt az ellátási folyamatok, illetve gyakran szakadt meg a rendelőben ülő beteg ellátása. Nagyon gyakran egy beteg ellátásával töltött tényleges idő csupán 2 perc volt.

További időrabló tevékenységek voltak a receptírás a rendelési idő hatodában-harmadában és a szakorvosokkal folytatott nehézkes együttműködés a teljes rendelési idő átlagosan 15%-ban, ami magába foglalta a szakorvosi vizsgálat előzetes megbeszélését, valamint a szakorvosi leletek, javaslatok értékelését és elemzését.

Vizsgálataink alapján alig folyik orvosi képzettséget igénylő tevékenység a háziorvosi rendelők nagy részében, az a teljes rendelési idő csupán mintegy 10-15%-ra tehető.

Mindez rengeteg frusztrációt vált ki a háziorvosokból. Igyekeznek megfelelni a hivatásuknak, a lehető legmagasabb szinten ellátni a betegeket, azonban valós alapellátási tevékenységet legtöbbször csupán a munkaidejük kisebb részében tudnak megvalósítani. Irreális szociális feladatok is hárulnak rájuk, sokszor kell olyan döntéseket hozni, ami egyrészt nem orvosi feladat, másrészt ellenkezik a szociális érzékenységükkel és a segítői attitűddel, ami alapvetően minden egészségügyi szakemberre jellemző.

A háziorvosok legtöbbször magányosnak érzi magát, úgy, mintha mélyvízben lennének, és nincs kihez fordulniuk. Alig van kapaszkodójuk és útmutatásuk a mindennapi feladatok ellátásában, ráadásul a sokféle ellenőrzés miatt egyre inkább állandó fenyegetettségben érzik magukat. A rengeteg adminisztráció miatti időnyomás és a csökkenő finanszírozás okozta csökkenő szolgáltatási lehetőségek tovább növelik a bizonytalanságukat és a frusztrációjukat. Az az általános vélemény a körökben, hogy a velük szemben támasztott elvárásoknak nem lehet megfelelni.

Ugyanakkor a vizsgálatok során kiderült, hogy sok háziorvos a saját komfortérzete mellett igen motivált a szakmai fejlődésben, szívesen foglalkoznának szűrővel és prevencióval és több figyelmet szentelnének a gondozásnak és otthonápolásnak. A betegút-menedzsment is olyan terület, amelyet szükségesnek és fontosnak tartanak a mindennapi munkájában. A legtöbbször azt bántják, hogy a mostani rendszerben elvesztette a varázsát a háziorvoslás.

A Bálint-munka eredményeiről a 2012. március 23-án megtartott Praxisközösség konferencián [5] számoltak be a csoportok képviselői. Az elindított 12 csoportból 8 maradt meg egy év után, azok, amelyekben ki tudott alakulni egy olyan legalább 3-4 fős mag, akik rendszeresen jártak a csoportokra. Ez tette lehetővé a háziorvosi közösség létrejöttét, amelyben a tagok úgy érezhetik, sorstársak és segítséget tudnak egymásnak nyújtani. Idővel annyira megerősödtek ezek a csoportok, hogy a tagok minden más kötelezettséget és programot félretéve helyezték előtérbe részvételüket, és várták a közös munka nyújtotta feltöltődést, megerősítést és megkönnyebbülést. A tapasztalatcsere mellett a legfontosabb a csoporttagok számára a fejlődési lehetőség lett, valamint a kiegészítő elleni védelem, és úgy érzik, megérdemlik mindezt, energizálja őket, „kiszimul az arcuk” és „feltöltve mennek a frontvonalba”.

Megtapasztalták, hogy a kezdeti erőfeszítések egyre jobban megtérültek és a csoport erősödésével egyre többet nyernek a közös munkából. Könnyebben tudnak megoldani egy-egy nehéz helyzetet a rendelői munkájuk során, vagy kisebb lelki teherrel hoznak meg nehéz döntéseket. Arról is beszámoltak, számos esetben a betegeiknél is észrevették, hogy együttműködőbbek lettek vagy másképp kezdtek viselkedni velük. Összességében a Bálint-munka az ellátás minőségének javulásához vezetett saját tapasztalatuk szerint, és szubjektív munkabeli életminőségüket is javítani volt képes.

KÖVETKEZTETÉSEK

Mind feltáró vizsgálataink eredményei, mind a Praxis-közösség Program csoportjainak tapasztalatai azt mutatják, hogy a háziorvosokkal szemben jelenleg támasztott elvárások túlzóak, hiszen egyszerre kellene összetett gyógyítói – gondozói – megelőző tevékenységet folytatniuk, valamint vállalkozást működtetniük, annak ugyancsak rendkívül sokrétű feladattömegével. Mindkét fajta tevékenység magas szintű képzettséget és nagy gyakorlatot igényel, azonban teljesen más kompetenciákkal és képzettséggel valósíthatók meg, amelyeknek egyszerre megfelelni egyforma magas szinten kirívóan nehéz feladat, és nem várható el több ezer háziorvostól.

A mára kialakult helyzetben a háziorvosi praxisok önállósága egyben azt is jelenti, hogy a gyakorlatban teljesen gazdátlaná váltak, mindenféle irányítás, illetve bárminemű támasz nélkül működnek. Nincs sem rögzített működési mód, sem egységes szervezési keret a követendő eljárásrenddel. A legmagasabb szintű teljesítményhez szükséges

egyértelmű működési keretek és elvárás rendszer, valamint a rendszeres pozitív visszajelzés teljesen hiányzik. A legtöbb esetben szenvednek a mindennapokban, még ha ezt nem is fogalmazzák meg, vagy nem ismerik el.

A mindennapi gyakorlatban a háziorvosok munkájuk legnagyobb részét nem szűken vett orvosi tevékenységekkel kell, hogy töltsék, sokkal inkább más szakképesítésű dolgozók feladatát végzik óriási nyomás alatt. Így saját elvárásaiknak sem tudnak megfelelni, ami kiégéshez vezet.

Ez a munkahelyi környezet az állandó frusztrációval, lelki teherrel és elégedetlenséggel jár, az orvosok, különösen a nőorvosok gyakori krónikus megbetegedéséhez és korai halálához is vezet [6, 7, 8, 9]. Így már nem csupán hatékonysági problémáról beszélhetünk és az erőforrások elégtelen elosztásáról, hanem a rosszul működtetett egészségügyi rendszer felelősségéről és az orvosok segítő attitűdjével való visszaélésekről is. A humán erőforrás krízis nem csupán az orvosok külföldre vándorlásában jelenik meg, kevésbé látványos, ám sokkal súlyosabb problémát jelent a megbetegítő munkahelyi környezet.

Ebben a helyzetben előrelépést jelenthet, ha az egészségérték megteremtését professzionális projektmenedzsmenttel valósítjuk meg, ahol a beteg gyógyítása és gondozása az a projekt, amit meg kell valósítani. A legújabb szemlélet szerint ennek vezérelve az egészségügyi értéklánc [10].

A betegek számára nyújtott értéket nem egyes szolgáltatókhoz rendeljük, hanem egy-egy csapatmunkában dolgozó szakembercsoportokhoz, ahol mindenki pontosan azt csinálja, amihez a legjobban ért. Ez a praxisközösség a jól megszervezett munkamegosztás révén tud hatékonyabbá válni, ahol az egyéni, túlzott elvárásokkal szembesülő háziorvosok helyett különböző szakemberek egymással együttműködve nyújtják a betegek számára a definitív ellátást. Az orvosok elsősorban gyógyítanak, a különböző intervenciók feladatokat látják el, emellett együttműködnek különböző szakorvosokkal, igénybe vesznek diagnosztikus szolgáltatásokat és számos szakemberrel, köztük dietetikussal, pszichológussal, gyógytornással, ápolóval, szociális munkással dolgoznak együtt. Az egészségügyi végzettséget nem

igénylő feladatokat, az adminisztrációt és a telefonok kezelését erre kiképzett munkatársak végzik.

Az infokommunikációs technológia mai fejlettségi szintje mellett az egészségügyi folyamatokat leghatékonyabban sokrétű eHealth támogatással lehet megvalósítani, amely ugyancsak a költséghatékonyságot növeli egyes folyamatok egyszerűsítésével, automatizálásával és felgyorsításával [10].

Mindezzel az alapellátás szintjén a mostaninál jóval több eredményes ellátás tud megvalósulni, feladatokat véve át a drágább ellátási formáktól. A magasan képzett orvosok a munkaidejük legnagyobb részét a szakképzettségüknek megfelelő feladatokkal töltik, összességében eredményesebb ellátást biztosítva.

Ehhez szükség van a folyamatok összehangolt és pontos megtervezésére, projektmenedzsment elven működő folyamatirányításra és –szabályozásra, praxisokhoz kapcsolódó menedzsmentfunkciók erősítésére. Érdekes különválasztani az alapvetően vállalkozási tevékenységet lefedő működési menedzsmentet a terápia menedzselésétől. Előbbiben jelentős támogatást nyújtva az orvosoknak, akár egy területi elven működő „vállalkozásgondnoki” hálózattal.

Emellett mind a háziorvosi praxisban szomatizációs zavarokkal igen magas számban jelentkező betegek [11] ellátási minőségének javítása, mind az orvosok mentálhigiénés támogatása érdekében Bálint-módszerű csoportokat érdemes működtetni, ami ugyancsak hatékonyságnövelés bonyolított eszköze [12, 13, 14].

A legfontosabb olyan alapellátási működés kialakítása, amely egységes módszertant valósít meg, előtérbe helyezve az orvos és beteg közötti emberi kapcsolatot, számos más szakember és technikai eszköz támogatásával. Vizsgálataink alapján megállapíthatjuk, hogy a mostani alapellátási rendszer a legpazarlóbb, legembertelenebb és legkevésbé hatékony. A nemzetközi praxisközösség példák követésével a mostaninál sokkal jobban működő háziorvosi hálózatot tudunk létrehozni, amelybe érdemes beépíteni a budapesti pszichológiai iskola egyik legismertebb képviselőjének, Bálint Mihálynak módszerét, a Bálint csoportot.

A Praxisközösség Program elindítása a Pfizer Gyógyszergyár támogatásával valósult meg.

A Program csoportvezetői Baják Gábor, Dohóczki Péter, Fehér Pálma, Harrach Andor, Harangi Rita, Kecskés Beáta, Kézy Ágnes, Tóth Edit, Várnai Dóra.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] J.W. Smith: Cooperative Capitalism. A Blueprint for Global Peace and Prosperity; Quality Books, Inc., June 2003

[2] Porter, M. E.; Teisberg, E. O.: Redefining Health Care; Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, 2006. ISBN13 978-1-59139-778-6.

- [3] Harrach Andor, Major János, Dobó Katalin: Miért fontos a Bálint-munka?, www.balinttarsasag.extra.hu
- [4] GfK Egészséggazdasági Monitor, 2011. június
- [5] Praxisközösség Konferencia, www.terekegyesulet.hu
- [6] Schernhammer ES, Colditz GA (2004): Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161 (12): pp. 2295-2302.
- [7] Molnár L, Mezey M (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I-III. *Lege Artis Medicinae*, (8): 524-528., (9-10): 640-644, (11): 966-970.
- [8] Balog J (1978): A magyarországi orvosok halálózása az 1960-1964 években. *Népegészségügy*, 59: 250-259.
- [9] Hazay B, Kóvágo I, Grónai É (2003): A burn-out szindróma foglalkozás-egészségügyi kockázatai. OMFI-vizsgálat, MÜTT 2003: Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság Kongresszusa
- [10] Terápiás együttműködések rendszere. Fehér Könyv. TEREK Egyesület 2011.
- [11] Kulcsár Zsuzsanna, Rózsa Sándor, Kőkőnyei Gyöngyi: Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek. Szöveggyűjtemény I-II.; ELTE Eötvös Kiadó, 2004
- [12] Kjeldmand, D., Holmstrom, I., Rosenqvist, U. Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient Educ Couns*. 2004; 55: 230-5.
- [13] Harrach A., Schnell E. Bálint-csoport és a bálinti szemlélet az orvoslásban. *Medicus Universalis*. 2008; 3: 107-11.
- [14] Lichtenstein, A. Integrating intuition and reasoning--how Balint groups can help medical decision making. *Aust Fam Physician*. 2006; 35:987-9.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Lantos Zoltán immunológus és közgazdász végzettségű egészséggazdasági szakértő, a GfK globális igazgatója az egészséggazdasági márkákkal és fogyasztói tapasztalatokkal kapcsolatos vizsgálatok területén. Korábban a Knoll BASF Pharma magyarországi igazgatója, az LHS Consulting Kft. alapító tulajdonosa és ügyvezetője volt. A Budapesti Corvinus Egyetem Marketing és Média Intéze-

tének külső munkatársa, a Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar és Egészségtudományi Kar meghívott előadója, a Terápiás Együttműködésért az Egészségügyben Közhasznú Egyesület elnöke. Fő kutatási területei az orvosi döntések természetének részletes leírása, valamint az egészségügyi innováció az egészségügyi értéklánc és a betegközpontúság alkalmazásával. A vezetésével kidolgozott csoportos projekciós technika, az Action Method®, a feltáró kutatások és a sajátélmény alapú képzések új lehetőségeit teremtette meg.

Hipertónia Világnapja

„Egészséges életmód – egészséges vérnyomás”

2005 óta minden évben május 17-én rendezik meg a Hipertónia Világnapját. Az immár nyolcadik alkalommal megrendezésre kerülő esemény kezdeményezője a Nemzetközi Hipertónia Társaság, a világnap célja, hogy felhívják a figyelmet a magasvérnyomás-betegségekre illetve a betegség kezelésével megelőzhető stroke-ra, szív- és vesebetegségekre. Globálisan 7 millió ember halálát okozza hipertónia, ami különféle formákban másfél milliárd embert érint a földön. Ez a probléma a halálozás ma ismert legnagyobb egyedi rizikófaktora a világon. A magasvérnyomás-betegség Magyarországon is a leggyakoribb betegség, megközelítőleg 3 millió magyar érintett benne.

A hipertónia okai tipikusan a modern életvitellel hozhatóak összefüggésbe, kialakulásában a helytelen életmódnak, a túlsúllynak, a dohányzásnak, illetve a krónikus stressznek egyaránt fontos szerepe van. Nem véletlen tehát, hogy az idei világnap témája az „Egészséges életmód – egészséges vérnyomás” (Healthy Lifestyle-Healthy Blood Pressure).

A nemzetközi kampány az idei évben fokozottan hívja fel a figyelmet ez az egészséges életmód közvetlen hatására az egészséges vérnyomás elérésében. Három terület kulcsszerepét jelöli meg, ami segít az egészséges életmódhoz vezető úton: „Figyeld a súlyodra – válassz egészséges ételeket – élj aktív életet!”

Folytatás a 40. oldalon