

XI. IME Regionális Egészségügyi Konferencia

Alapellátás és Egészségfejlesztési Irodák: hogyan tovább?

Szakmai centralizációs lépések és Kórházi stratégiák

Összefoglaló II.

„Az alapellátás megerősítése és ennek hatása a térség-megyei ellátásszervezésre” címmel tartotta meg tizenegyedik Regionális Egészségügyi Konferenciáját az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy 2016. február 11-én. Az összefoglaló jelen, II. részében a délutáni prezentációkról számolunk be, amelyek az alapellátás, az egészségfejlesztési irodák, a szakmai centralizáció, valamint a kórházi stratégiák témáit járták körül.

ALAPELLÁTÁS ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK: HOGYAN TOVÁBB?

A délután első előadója **Dr. Vajer Péter**, az Országos Alapellátási Intézet igazgatója volt, az „Egészségügyi alapellátás komplex, minőségi megújítása” címmel tartott előadásában Starfieldet (2006) idézte: „minél erősebb, illetve minél nagyobb figyelmet kap egy adott országban az egészségügyi alapellátás, annál alacsonyabb a halálozás, ezen belül pedig a korai halálozás is”.

Magyarországi háziiorvosi felmérések szerint komoly hiányok mutatkoznak az ellátás megszervezésében, jelentősek az adminisztrációs terhek, munkájuk nagyon stresszes, 34%-uk nem elégedett azzal, ahogy jelenleg művelheti szakmáját.

Kifejtette, a jelenlegi helyzetet leginkább az üres praxisok nagy száma, valamint a háziorvosok életkorának kedvezőtlen helyzete jellemzi. 2014. augusztusi adatok szerint 38% volt a 60 év feletti háziorvosok aránya, és 1257 fő már az 55-59 éves korcsoportba tartozott (*forrás OALI*).

A Svájci projekt, a TÁMOP 6.2.5.B projekt, és az Alapellátási törvény kapcsán elemezte a praxisközösségeket támogató tényezőket, a közös munkával kapcsolatos előnyöket (konzílium, helyettesítés, közös érdekérvényesítés), a fejlesztések lehetőségét (infrastruktúra, épület, eszköz, – pl. ultrahang, labor), valamint hogy az orvosoknak több ideje lehetne a gyógyításra, továbbképzésre. Aggályként a jelenlegi finanszírozás megoldatlanságát, a jogi háttér tisztázatlanságát, valamint az önállóság elvesztésétől való félelmet említette.

A Svájci projekt eredményeként értékelte, hogy az elszigetelt praxisok, védőnői körzetek között szoros együttműködés jött létre; sor került olyan páciensek vizsgálatára, akik ritkán keresik fel a háziorvost; a prevenció tevékenység hangsúlyosabbá vált; a helybeni szakdolgozói többszolgáltatások – pl. gyógytorna, diétetika, egészségpszichológiai tanácsadás – által csökkenhetnek a szakellátás terhei; a szakdolgozói munka felértékelődik.

Számos teendő van még: ezek között említette a nehe-

zen mobilizálható réteg szűrésének megoldását; a helyben végezhető diagnosztikai szolgáltatások elérhetőségének javítását, a csoportpraxisok szolgáltatásainak szakorvossal való bővítését (kardiológus, urológus, reumatológus), az otthonápolás megszervezését, a családtagok, gondozók edukációját. Előadását azzal a gondolattal zárta, hogy a praxisközösségi munka hosszú távú működéséhez az önkormányzat által biztosított, jól felszerelt, karbantartott közösségi épületre, szervezeti háttértámogatásra (un. praxisközösségi iroda), minél több praxis bevonására, valamint az önkormányzatok érdekeltté tételére van szükség.

A blokk következő előadója **Dr. Moizs Mariann** a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház főigazgatója volt. Előadásában kifejtette, a daganatos betegségek prevenciója mellett az onkológiai ellátás megerősítése és komprehenzív megközelítése nem odázható tovább. A diagnosztika időbeliségét szabályozó jogszabályokhoz csatlakozva, a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház és a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum multidiszciplináris munkacsoportja a Hospitály Kft. együttműködésével kifejlesztett egy informatikailag támogatott onkológiai betegút menedzselő rendszert. Az Oncologic program alkalmazásával a kórház funkcionális szervezetébe, illetve a progresszivitásra alapozott onkológiai ellátórendszerbe integrált hálózat horizontálisan magába foglalja az onkológiai ellátást végző szervezet valamennyi diagnosztikai és klinikai területét. Elmondta, hogy a rendszer megoldást jelent az alapellátásból a számos szervspecifikus szakmához irányított daganatgyanus betegek korai kiemelésére és kezelésére, valamint a kezelt betegek nyomon követésére. A folyamatszervezés segítségével, a jogszabályi feltételeknek megfelelően, protokollok által szabályozva történik a betegellátás. A közel féléves működési időszak tapasztalataiból levonható következtetéseket mutatta be az előadó, illetve az általuk kidolgozott OnkoNetwork modelljét térségi, országos megvalósításra ajánlotta.

Prof. Dr. Horváth Ildikó, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet stratégiai igazgatója volt a következő előadó. A „Praxisközösségek és a tudógondozó kapcsolata” című előadásában kifejtette, hogy a tudóbetegségek – a COPD, az asztma, a tüdőgyulladás, tüdőrák, a tuberkulózis, valamint a ritka tudóbetegségek is (pl. fibrózis) – népegészségügyi kihívások. A közös cél a dohányzás visszaszorítása, a COPD kialakulásának megelőzése. A tudógondozók támogatni tudják a praxisközösségeket és az alapellátást a betegek kezelésében és a megelőzésben. Háziorvos és tüdőgyógyász egymásra vannak utalva a COPD ellátásban.

Jelenleg 86 tüdőgondozóban működik leszokást támogató program.

Beszélt a háziiorvosi és a tüdőgondozói kompetenciákról, a COPD szekunder prevenciójáról. Ismertette a háziiorvosi kompetencia elemeit, beszélt a prevenció, a teljes körű felkutatás, a korai felfedezés, a szűrés (spirográfia szűrőjelleggel – praxisközösségi projekt-támogatással működik) a terápiához, a rehabilitáció, a gondozás, valamint lakossági támogatás fontosságáról. Jelenleg becslések szerint nagyjából 600 ezer lakos érintett. Kiemelte, hogy a tüdőgondozó kompetenciája a korrekt diagnózis felállítása, a korszerű gyógyszer biztosítása, a rehabilitáció elősegítése, a leszoktatási támogatás, szoros együttműködés a háziiorvossal, az egyéni terápia kialakítása, a beteg oktatásterápia, valamint a terápia betege szabása. Szakorvosi kompetenciaként a diagnózis, stádium meghatározását, a terápia beállítását, a kontroll vizsgálatokat, valamint a rehabilitációs javaslatot határozta meg. A rehabilitációnál fontos a kompetenciaszintek meghatározása: ki végezze, ki javasolja, és hogy segítsék az otthon is végezhető rehabilitációt, működjön együtt a rehabilitációs központ, az alapellátás és a tüdőgondozó. Terápiás célkitűzésként a tünetcsökkenést, a fizikai terhelhetőség növelését, az egészségi állapot javítását, a betegség progressziójának csökkentését, az exacerbációk megelőzését és csökkentését jelölte meg.

Előadásában felhívta a figyelmet arra, hogy a COPD a multimorbiditás prototípusa, fontos, hogy a társszakmák figyelme forduljon a COPD felé, figyeljenek a kezdeti tünetekre, a tüdőgyógyászok is gondoljanak a társbetegségekre, kérjenek konzíliumot. Sokszor ugyanis a multimorbid beteg 4-5 szakorvosi vizsgálat, hosszú várakozás, a konzílium nyomán nem jut el a háziiorvoshoz, a beteg elvesz a rendszerben, a gyógyszerelése nem optimális, nem hagyja abba az egészségkárosító életmódot, és nem részesül kiegészítő kezelésben. Végezetül beszélt a TÁMOP 6.2.5-B „Ellátás szervezési irányelve” modulról, melynek háziiorvosi mintaprogramja 2015 márciusától indult a COPD diagnosztika, gondozás, rehabilitáció és a COPD betegek együttműködésének javítása alprogramokkal.

Dr. Koós Tamás, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkatársa tartotta a felvezető előadást az egészségfejlesztés témakörben, „Az Egészségfejlesztési Irodák lehetőségei a helyi ellátórendszer fejlesztése során” címmel. Összefoglalta, mely területen tűnnek a leghatékonyabb megvalósítóknak az EFI-k: ezek az egyén kockázatbecslés és életmód-tanácsadás színtereken, kitelepüléseken; helyi szakmai koordináció és egészségfejlesztési tartalmú szakmai támogatásnál; szervezeti bázis biztosítása a helyi, egészséggel kapcsolatos koordinatív munkának (pl. KEF, egyes önkormányzatok esetében helyi tervezési feladatok); intermedier szervezet munkahelyi egészségfejlesztés támogatására a KKV szektorban; életmódváltó programok és betegklubok szervezése háziiorvosi praxisok és érdeklődő lakossági csoportok számára; lelki egészség, mint markánsabb szakmai fókusz megjelenése a közösségi és egyéni intervenciók szintjén.

Kifejtette az EFI-k erősségeit a változó szervezeti környezetben. Ezek: a helyi közösségi kapcsolatrendszer ki próbált szereplője; rugalmas, mert képes együttműködni a háziiorvosi rendszer eltérő felkészültségű szintjeivel; képes az ágazatközi együttműködés helyi előmozdítására; más ágazatok nemzeti szintű stratégiáinak helyi szintű megvalósításában képes megjeleníteni – folyamatos humán erőforrás-fejlesztés és képzés, módszertan, felkészítés, értékelés esetén; szakmai tevékenysége mögé igazoltan hatékony intervenciók állíthatók be, amennyiben ehhez szakmai támogatás biztosított; van hagyománya a hálózatszerű működésnek és egymástól tanulásnak.

Végezetül felvázolta az EFI-rendszer kockázatait, melyek a túlzott uniformizálás, a helyi különbözőségek figyelmen kívül hagyása a makroszintű fejlesztési folyamatok során; a háziiorvosi és általában a helyi alapellátási kapcsolatrendszer gyengülése: kórház/szakrendelő-központúság; szakmai rugalmatlanság, a változó feladatokhoz történő alkalmazkodás igényének feladása; egészségügyi fókusz az egészség-fókusz helyett; szakmai izoláció és befelé fordulás – képzés, továbbképzés szerepének leértékelődése

Az egészségfejlesztési irodák bemutatását a Bajai Szent Rókus Kórház előadója, **Doszokcs Rita** „Egészségfejlesztés a Bajai kistérségben: eredményeink és jövőképünk” című előadásával nyitotta.

Előadásában elmondta, a Bajai Szent Rókus Kórház sikerrel pályázott az Új Széchényi Terv támogatási rendszerében egészségfejlesztési projektekre, így 2013 nyarán, Baján is létrejött és megkezdte működését az Egészségfejlesztési Iroda (EFI). Céljuk az egészségfejlesztést támogató intézmény, az EFI kialakítása, amelyet az egészségügyi ellátórendszer egészségfejlesztéssel összefüggő feladatainak összehangolásával, kapcsolatainak fejlesztésével többek közt az alapellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások révén valósítottak meg. Az egészségmegőrző programokra hatalmas igény mutatkozott, csaknem 12000 megjelenést értek el 1,5 év alatt, amely 89 féle programelemmel, több mint 200 szakember bevonásával került megvalósításra. Szűrőnapjaikon is igazolódott a lakosság megromlott egészségi állapota, a szűrtek kb. 60%-a sajnos jelentős fizikális és életmódbeli rizikótényezővel él. A krónikus betegségekben szenvedők állapotromlásának megelőzésére és életminőségének javítására betegklubokat működtetnek, támogatnak. Lelki egészségvédelem programok keretében szenvedélybetegségben szenvedőknek, a családtagoknak és a különböző okok miatt krízishelyzetben levőknek nyújtanak szakmai segítséget. Munkahelyi egészségvédelmi programok keretében az egészségügyi dolgozóknak kiegészítő stresszkezelő tréningeket, egészségnapokat szerveznek. Tematikus képzések, interaktív workshopokat rendeztek az egészségmegőrzés területén dolgozó szakemberek számára, kiemelt hangsúlyt kapott a dropprevenció is. A lakosság egészségi állapotának javítása érdekében a Bajai Szent Rókus Kórház tovább kívánja működtetni sikeres és eredményes programjait, amelyhez magasan képzett szakemberek állnak rendelkezésre.

A témát folytatva **Schmidtné Tóth Edit**, Albert Schweitzer Kórház- Rendelőintézet- Egészségfejlesztési Iroda „Hogyan tovább az egészségfejlesztés útján?” című előadása következett.

Elmondta, hogy az európai uniós forrásból intézményes keretek között 2013-ban az ország különböző pontján 61 egészségfejlesztési iroda kezdte meg működését. Minden kistérségnek lehetősége nyílt a pályázat adta keretek között egyéni programot kidolgozni és megvalósítani. A pályázati időszak lezárultával, és a fenntartási időszak féléves tapasztalatával a hátuk mögött összefoglalást nyújtottak a lokálisan megvalósult programokról, és jövőbeli terveikről.

Végezetül a „Kisteleki Egészségfejlesztési Iroda eredményei 2016” címmel, **Kovácsné Szabó Edit**, a Kisteleki Térségi Egészségügyi Központ Nonprofit Kft. ápolási igazgatója tartott előadást. A Kisteleki Egészségfejlesztési Iroda 2013 júliusa óta végzi a járás lakosságának egészségre nevelő és szemléletformáló tevékenységét. A programok elsődleges célja a korai és elkerülhető halálozás csökkentése, az egészséget meghatározó életmód, illetve az egészségmagatartást befolyásoló szokások, attitűdök javítása, illetve a lakosság egészségudatosságának növelése. Ezeket helyi sajátosságokhoz illeszkedő, a lakosság számára könnyen elérhető egészségfejlesztési programok megvalósításával igyekeznek elérni. Az elmúlt két év során teljes körű szűrővizsgálatokat szerveztek és bonyolítottak le, testmozgást ösztönző szabadidős tevékenységeket tartottak, ahol együtt mozoghattak az érdeklődők. A programjaik során a kistérség valamennyi települését bevonták, gondoskodtak az egészséget szolgáló egyéni magatartásminták és közösségi értékek elterjesztéséről. A projekt időtartama alatt 26 féle program közül választhattak az érdeklődők, ahol összesen 17.196 fő megjelenését regisztrálták. Az első lépéseket az egészségünk megőrzése érdekében megtették, várják a folytatást.

SAKMAI CENTRALIZÁCIÓS LÉPÉSEK ÉS KÓRHÁZI STRATÉGIÁK

„Az intenzív osztályok átalakításának hatása Magyarországon” címmel **Dr. Gresz Miklós**, az ÁEEK munkatársa tartotta a blokk első előadását. Magyarországon 2012-ben átalakításra került az intenzív osztályok hálózata. Különválasztották a valódi multidiszciplináris intenzív osztályokat, a posztoperatív őrzőktől és a szakmaspecifikus intenzív osztályoktól. A szerző az OEP adatbázisából az intenzív osztályok elmúlt 10 évének adatait vizsgálta, főleg a strukturális és a betegellátási adatokat.

2012-ben 20%-kal csökkent az intenzív osztályok, és 10%-kal az intenzív ágyak száma. Ennek következtében mind az eset-összetételi mutató (CMI), mind lélegeztetett napok aránya számottevően emelkedett. Az átalakítás következtében a közvetlenül az intenzív osztályokról hazarendelt betegek aránya jelentősen csökkent a 2000. évi 12%-ról 3%-ra. A napi ágykihasználtság az átalakítást kö-

vetően alapvetően nem változott, és a továbbiakban is minden naptári napon 80% alatt maradt. A BNO vezető I és J csoportok mellett a fődiagnózisok között a sine morbo (U9990) diagnózis aránya a változás előtti 0,7%-ról 0,2%-ra csökkent. Ugyanígy a csak tüneteket leíró R csoport aránya 1,7%-ról 1,1%-ra csökkent. A beavatkozások között a folyadék-elektrolit zavar, vagy a légzés monitorozás száma ezzel szemben jelentős, 3-4-szeres emelkedést mutat. Az adatok fényében látható, hogy az átalakítás elérte a célját. Az intenzív osztályok szakmai munkája jelentősen javult a betegellátás zavartalansága mellett. A továbbiakban javasolt az egyes osztályok hasonló szempontok alapján történő elemzése, és az átalakítás következő lépésének továbbvitele.

Joó Tamás „Kórházi stratégia-alkotás tapasztalatai” címmel tartott előadásában kifejtette, a TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” programban kiemelt szerepet kapott a stratégiai intézményirányítás rendszerszintű fejlesztése.

A fejlesztés legfontosabb célja volt egy egységes, egyenszilárdságú stratégiai módszertan átadása minden kórház számára. További fontos célként fogalmazódott meg, hogy az egészségügyi intézmények irányítását hassa át a stratégiai célok elérésének igénye, valamint hogy az intézmények stratégiai terveiben jelenjenek meg konkrét, számszerű és mérhető célok, melyek végrehajtását stratégiai akciók segítsék.

A munkát módszertan-fejlesztéssel indították, mely során felmérték az ÁEEK és a fenntartásában működő intézmények stratégiai érettségét, nemzetközi benchmark elemzést végeztek, valamint kidolgozták az egységesen alkalmazandó stratégiai tervezési módszertant a BSC eszköztárára építve. A módszertan-fejlesztési fázis után következett az implementáció, vagyis az intézményekkel való közös munka, mely során 22 kórház stratégiája készült el.

Dr. Halász Gabriella, a Zala Megyei Kórház főigazgatója „Kórházi stratégia a Zala Megyei Kórházban” címmel tartott előadásában kifejtette, a kórházak ma Magyarországon számos dilemmát mérlegelnek a stratégiai tervezés folyamatában. A külső környezet erőteljes hatása, a globális és hazai trendek, a technológiai fejlődés és a demográfiai helyzet állandó változásra készítetik az egészségügyet. Az intézmények a központi szabályozásból és a finanszírozási problémákból adódóan korlátozottan tudnak alkalmazkodni a változásokhoz. Nehezíti a tervezést a humánerőforrás hiánya és az egészségügyben tapasztalható morális helyzet. A korlátozott mozgástér ellenére mégis fontos a kórház számára az irányok meghatározása. A stratégiai tervezés során a kiemelt szakmai területeket a lakosság szükségletei alapján határozták meg. Célrendszerükben kiemelten jelenik meg az egészségügyi szolgáltatások körülményeinek és feltételeinek javítása.

Fő prioritások között határozták meg a kórház tudásbázisának felhasználását a lakosság egészségtudatos magatartásának javítását. A korábbi stratégiai tervezéshez képest nagyobb hangsúlyt helyeztek a belső folyamatokra, beleértve a betegellátás és a háttérterület hatékonyságának javítását is. A megvalósítás nagy kérdése, hogy reális, elérhető és mérhető célokat tudtak-e kitűzni jelen körülmények között. Fontos a tervezhető forrás, de legalább annyira fontos az is, hogy elérhető-e intézményen belül a szervezeti kultúra-támogató jellegű változása. A stratégiai tervezési folyamatban rendszerint jelen volt a megvitatott kérdések között a térségi és megyei együttműködések fejlesztése, amelynek sikere attól függ, hogy a konkrét szakmai tartalmat sikerül-e közös gondolkodás és érdekek alapján kialakítani.

A tartalmas konferencia lezárásaként az utolsó előadást **Dr. Tóth Ildikó**, az Egri Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet mb. főigazgatója tartotta a kórház stratégiaalkotási tevékenységéről, amelyet a fent említett közös módszertan szerint végeztek. Ezt a stratégiát egy olyan bázison kell kialakítani, amelyben egyre kevesebb szerep jut a kórháznak, a csökkenő ellátotti létszám miatt egyes kisebb szakmák jövője is kérdésessé vált. Nagy az elvándorlás a felvételi területről, amely évi 3 milliárd forint finanszírozási elmaradást okoz. Szakmánként felvetítette a célokat és lehetőségeket, de az intézményi stratégia még nem került kialakításra osztályonként. A stratégia alapvetően lokális maradt, nem sikerült együttműködni a megye másik két kórházával.

*Az absztraktok alapján összeállította
Tamás Éva*

Kevesebbet, de még mindig sokat dohányoznak a tinédzserek

A dohányzási és alkoholfogyasztási arányok a tinédzserek körében Magyarországon csökkentek 2010-hez képest, derül ki az Egészségügyi Világszervezet (WHO) iskolás gyermekek körében végzett új páneurópai felmérésének hazai adataiból. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet által vezetett kutatás eredménye szerint a nemzetközi átlagokhoz képest nem javultak eredményeink: még mindig kedvezőtlenebbek mind a dohányzás, mind az alkohol tekintetében. Minden ötödik magyar 15 éves hetente legalább egyszer rágyújt, míg Európában átlagban ez csak minden tizedik fiatalra jellemző. A magyar 15 évesek több mint harmada legalább kétszer volt már részeg életében és e tekintetben csak Dánia előzi meg hazánkat. Csökkentek a drogfogyasztási arányok, a valamilyen szert életükben kipróbáló aránya jelenleg kevesebb mint 25 százalék.

Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatásban a 11, 13, 15 és a 17 éves iskolába járó gyermekeket kérdezték meg egészségi témakörökben egy reprezentatív adatfelvétel során.

A túlsúlyos magyar fiatalok aránya nem változott – mintegy 20 százalék a 11-15 évesek körében –, ez európai viszonylatban közepesnek mondható. A táplálkozási szokásokban azonban kedvező változást is tapasztaltunk: nőtt a zöldségféléket naponta fogyasztók száma, ez ebben a korosztályban minden harmadik magyar fiatalra jellemző. Kismértékben csökkent azoknak a száma is, akik naponta fogyasztanak cukortartalmú üdítőitalokat és édességeket, a fiatalok körében minden negyedik eszik rendszeresen ilyen terméket. A nemzetközi trendeket vizsgálva, ezen a területen hazánk több mint 30 európai országból a hetedik legdinamikusabban fejlődő ország.

Mérsékelt, de egyértelműen javuló tendencia látható a testmozgás gyakoriságában: a semmit vagy nagyon keveset mozgó tanulók aránya csökkent, jelenleg 28 százalék. Némileg csökkent a sokat, naponta legalább 2 órát televíziót nézők aránya, hétköznapokon több mint a tanulók fele, hétvégén 80 százaléka tölti ezzel az idejét.

A magyar fiatalok nemzetközi viszonylatban magas arányban értékelik egészségüket rossznak vagy éppen csak megfelelőnek. A gyakori egészségi panaszok (pl. fejfájás, gyomorfájás, ingerlékenység, fáradtság, elalvási nehézségek) előfordulása azonban átlagosnak mondható Európában. Hazánkban egyedülálló módon vizsgáltuk a serdülőkorúak hangulati problémáit, depresszív érzéseit is. E tekintetben kedvezőtlen változást tapasztaltunk: 2010-ben a 15 éveseknek mintegy negyede, 2014-ben azonban már közel harmada számolt be hangulati zavarokról.

Első ízben vizsgálta a kutatás a tizenévesek baráti kapcsolatainak erősségét. E tekintetben hazánk kiemelkedően jó eredményeket mutat: a 11 és 13 évesek körében a magyar tanulók számoltak be a legnagyobb arányban erős baráti támogatásról, míg a 15 évesek között csak a svájci fiatalok előzik meg a magyarokat. A magas társas támogatottság a tanulók több mint háromnegyedére jellemző minden korcsoportban.

Forrás: NEFI