

B E S Z Á M O L Ó

AZ

**IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI MODELL HÁROM
ÉVÉBEN VÉGZETT TEVÉKENYSÉGRŐL**

2000-2002

KÉSZÍTETTE:

DR. TITTEL ANDOR

2003. FEBRUÁR

TARTALOMJEGYZÉK

Demográfiai adatok	5
A természetes népességmozgás fobb arányszámai	5
Népességfogyás	5
Bejelentkezettek	6
Természetes szaporulat	7
Népességfogyás struktúrája	8
Házasságkötés	9
Korfa	9
Öregedési index	10
Tárgyi, személyi feltételek	11
Forgalmi adatok	13
Orvos – beteg találkozások	13
Összes orvos – beteg találkozás	13
Forgalom korcsoportonként	14
Forgalmi percátlag	15
Rendelőintézeti beutalások	15
Kórházi beutalások	16
Házi betegápolás	20
IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI MODELL (IBM)	21
Elozmények	21
Célja	21
Kistérségi vonatkozások	22
Minőségbiztosítási protokoll	23
Prevenció	25
Primér prevenció	25
Szekundér prevenció	26
Terciér prevenció	26
Szurés	27
Szurés a Margit Kórház által ellátott praxisokban	27
Szurések a praxisunkban	28

Gondozás	31
Gondozottak fobb csoportjai	32
Morbiditás	35
Halálozás	37
Gyor-Moson-Sopron megyében	37
Praxisunkban	37
A vezető halálokok	39
Rákos halálozás	41
Szív és érrendszeri halálozás	42
Idő előtti halálozás	43
Gyógyszeres kezelés	44
Gyógyszerválaszték	44
Gyógyszerfogyasztás	44
Gyógyszerköltség	45
TOP lista	45
Költséghatékonyság	47
Környezeti ártalom	47
Iskola orvosi tevékenység	47
Kapcsolatok	48
Kapcsolat a csornai Margit Kórházzal	48
Kapcsolat az Önkormányzatokkal	48
Kapcsolat a MEP-el	49
Kapcsolat az ANTSZ-el	49
Kapcsolat a kollégákkal	49
Kapcsolat az informatikusokkal	49
Dél-rábaközi ügyelet/változó telephelyű összevont készenlét	50
Következtetések	51
Összefoglalás, Javaslatok	53
Irodalom	53
Tartalomjegyzék	2

E rövid több, mint beszámoló és kevesebb, mint tanulmányban a szerző megkísérli praxisa általános átvilágítását, különös tekintettel a legutóbbi három évre, az Irányított Betegellátási Modellben (a továbbiakban IBM) való részvétel által biztosított lehetőségek hatásainak komplex vizsgálatára, ugyanakkor egyes vonatkozásaiban átfogva az utóbbi tíz évet illetve az évtized bizonyos periódusait is. Az írás dominánsan analitikus jellege mellett rövid szintézis is, mivel végül megfogalmaz néhány érdekes összefüggést, konklúziót is.

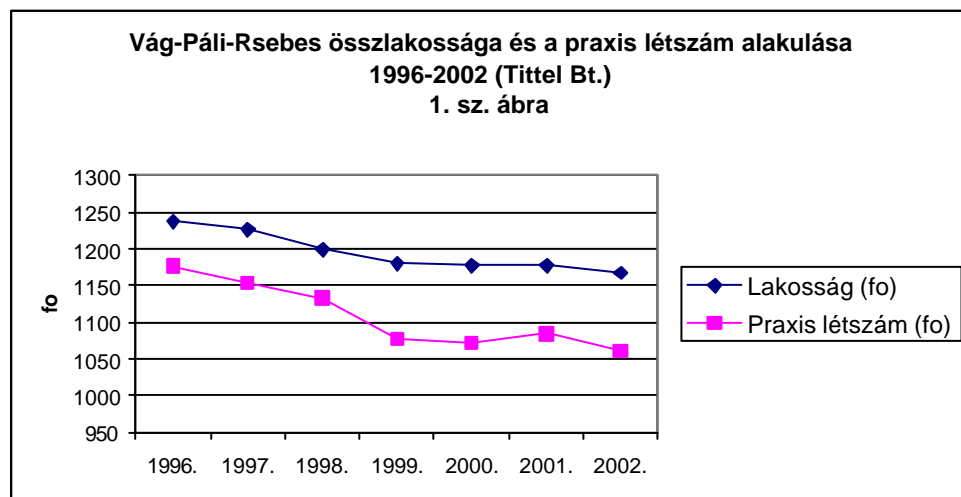
DEMOGRÁFIAI ADATOK

A természetes népességmozgás fobb arányszámai

Népességfogyás

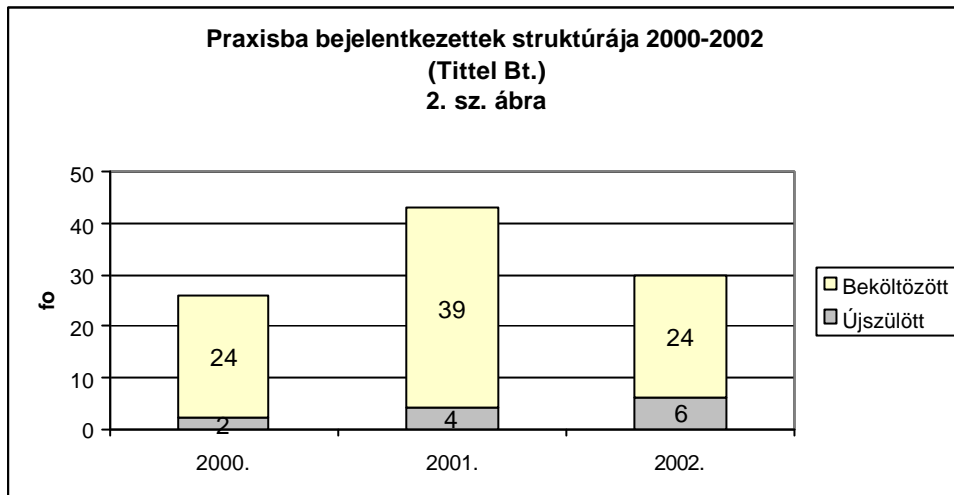
Az előző beszámolóban már szót ejtettem a vidéki Magyarországra jellemző népesség-fogyásról, amely 1985 óta megyénket is érinti és bár lassú ütemű, de évről évre nő. 1994-ben 2‰, 1995-ben 2.2‰, 1996-97-ben 3‰, 1998-ban 3.7‰.

Községeink lakosainak száma 2000, 2001 és 2002-ben: Vág: 608, 613, 613, Páli: 444, 446, 437, és Rábasebes: 122, 118, 117. A praxislétszám az elmúlt három évben: 1071, 1084, 1060. A 2001-ben látható és az előző két évhez viszonyított kis gyarapodás az elvándorlás akkori, az összes előző évhez viszonyított legmérsékeltebb számának (12 fő) tudható be. A lakosság- és praxislétszám alakulását 1996-tól napjainkig az **1. ábra** mutatja be.

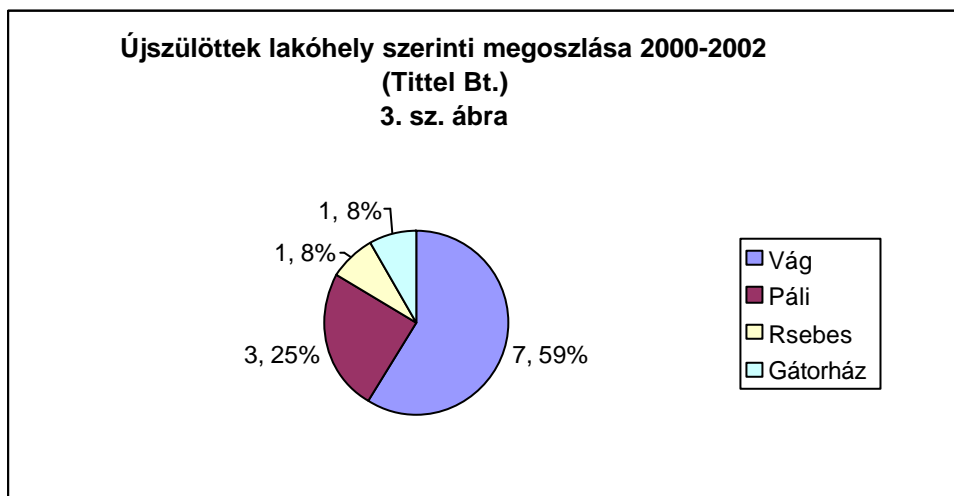


Bejelentkezettek

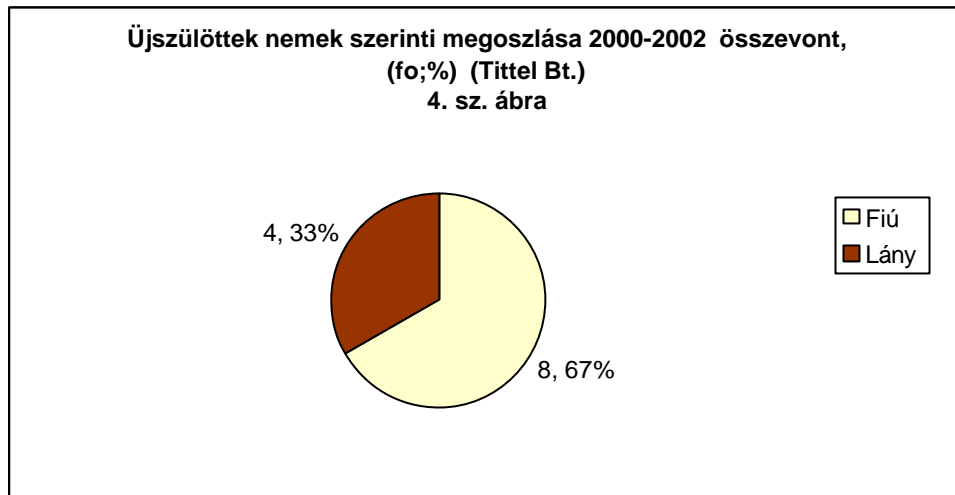
A bejelentkezettek száma a következőképpen alakult. 2000-ben 26 fo, 2001-ben 43 fo, 2002-ben 30 fo, tehát a három év alatt összesen 99 fo. Ebben a számban benne foglalják a 12 újszülött is. **(2. ábra)**



Az újszülöttek lakóhely szerinti megoszlása: Vág, 7 fo, Páli 3 fo, Rábasebes 1 fo, Gátorház 1 fo. **(3. ábra)**



Az újszülöttek nemek szerinti megoszlását a **4. ábra** mutatja be: 2000-ben 2 gyerek (1 fiú 1 lány), 2001-ben 4 gyerek (3 fiú 1 lány), 2002-ben 6 gyerek (4 fiú, 2 lány) született. Összesítve: 4 lány és 8 fiú született, tehát 33. 3% lány, 66. 6% fiú.

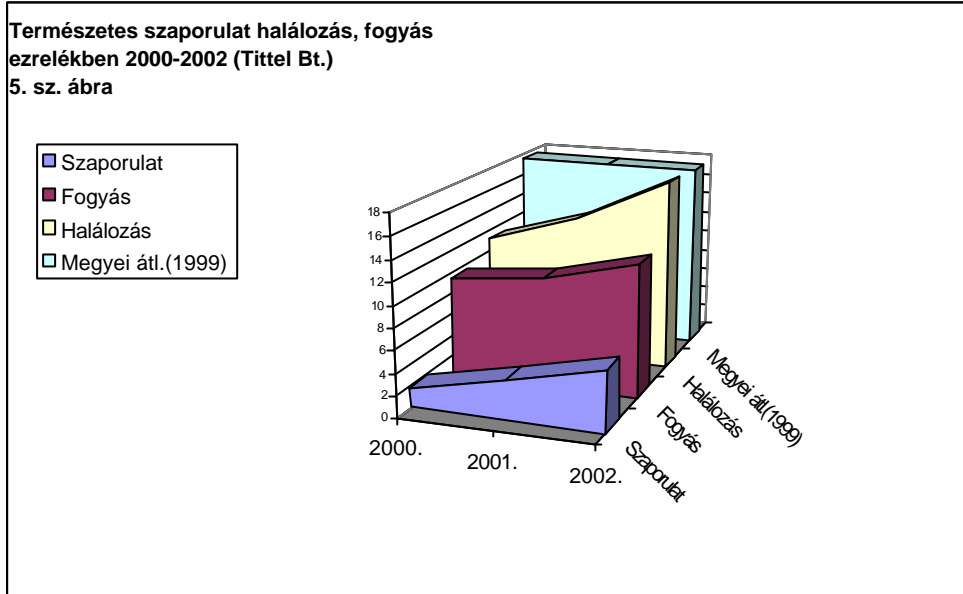


Az 1999-es beszámoló-tanulmányban megfogalmaztam a lakosság tragikus fogyásának okait és néhány javaslatot is tettem ennek megakadályozása végett. (1998-99-es beszámoló 3. és 4. old.) Sajnos az Önkormányzati Képviselő Testület Vágon csak majd' két év elteltével, a 2001 novemberi ülésén foglalkozott ezzel a kérdéssel amikor már meg is fogalmazódott néhány konkrét javaslat a fiatal családok anyagi támogatását illetően, de végül is nagyon késon, csak 2002 utolsó testületi ülésén hoztunk határozatot önkormányzati telkek térítésmentes átadására, megemelve a pénzbeli építkezési segély összegét is fiatal házasok első lakáshoz-jutás támogatásaként, akár betelepülők számára is. Páli és Rábasebes testületeinek ez irányú döntéseiről nincs tudomásom.

Természetes szaporulat

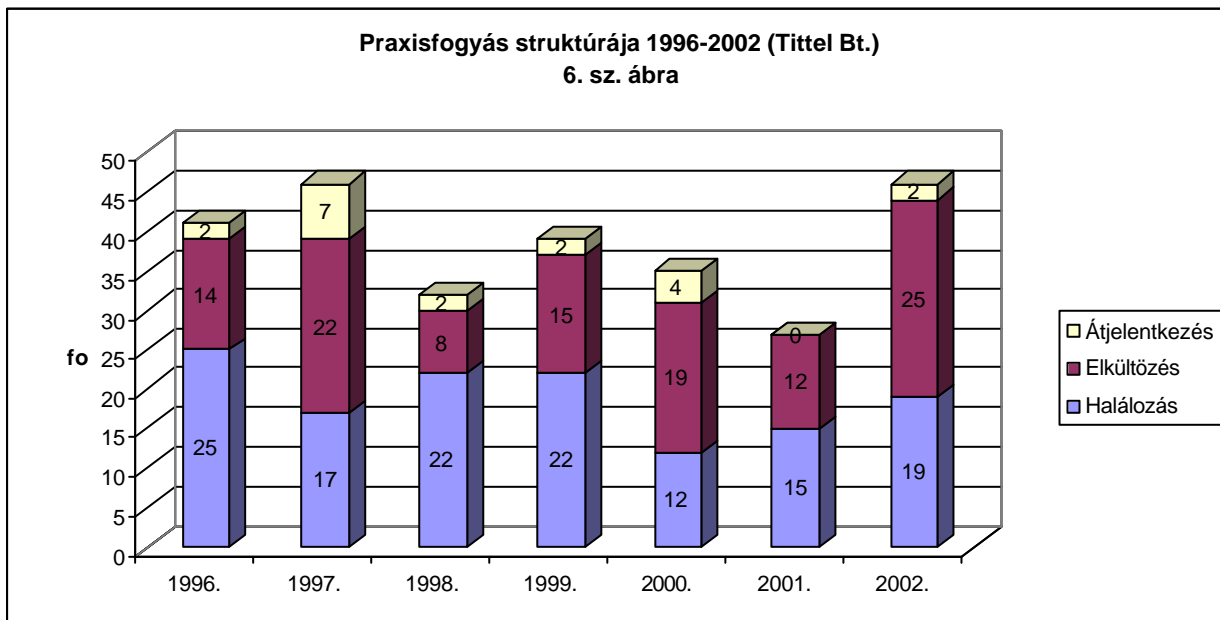
A természetes szaporulat, halandóság, és fogyás (élveszületés-halálozás) arányszámait ‰-ben kifejezve a következő oldalon lévő **5. ábra** mutatja be.

Itt érdemes megjegyeznünk, hogy az elmúlt három évben, a halálozási ráta terén kifejezetten jók az eredményeink. Összehasonlítva 1992-től a megye 999 fonél kevesebben lakott településeire jellemző 17.6‰-es halálozási rátával a nálunk észlelt 2000-es 11.2‰ és a 2001-es 13.8‰ nagyon jó, mert jóval a megyei átlag alatt van, de a 2002-es 17.9‰ is alig haladja meg ezt. A halálozási ráta részletes elemzése egy másik fejezet tárgyát képezi.



Népességfogyás struktúrája

A népességfogyás struktúráját a **6. ábra** mutatja be: elköltözött 56 fo, megalt: 46 fo, eltűnt 1 fo, börtönben van 2 fo, átjelentkezett más praxisba 9 fo, kijelentkezett 6 fo (Dr. Léglér és családja), a biztosítás érvényessége megszűnt 6 fonek.



Az átjelentkezés más körzetbe 0 és 0.28% között volt az elmúlt három évben. Ez azon kívül, hogy statisztikailag nem szemnifikáns, de összehasonlítva az országosan tapasztalt 3-10%-os ki-be-átjelentkezési rátával a **legjobb kategóriába tartozónak értékelhető.**

A fentiek alapján megállapítható, hogy a fogyás fő oka továbbra is az elvándorlás, amely a 2002-es mértéket az elmúlt tíz év alatt csak 1996-ban érte el (az elmúlt három év alatt összesen 56 fő költözött el), a magas szinten stagnáló elhalálozás (46 fő három év alatt) és az alacsony élveszületések száma (12 fő három év alatt) együttesen.

Sajnos az az 1999-es elképzelés miszerint a 25 főnél nagyobb évi születéssel és betelepeléssel járó lakossággyarapodás megállíthatná a fogyást nem bizonyult elégségesnek, mivel az elvándorlás aránya a vártnál nagyobb mértékben növekedett.

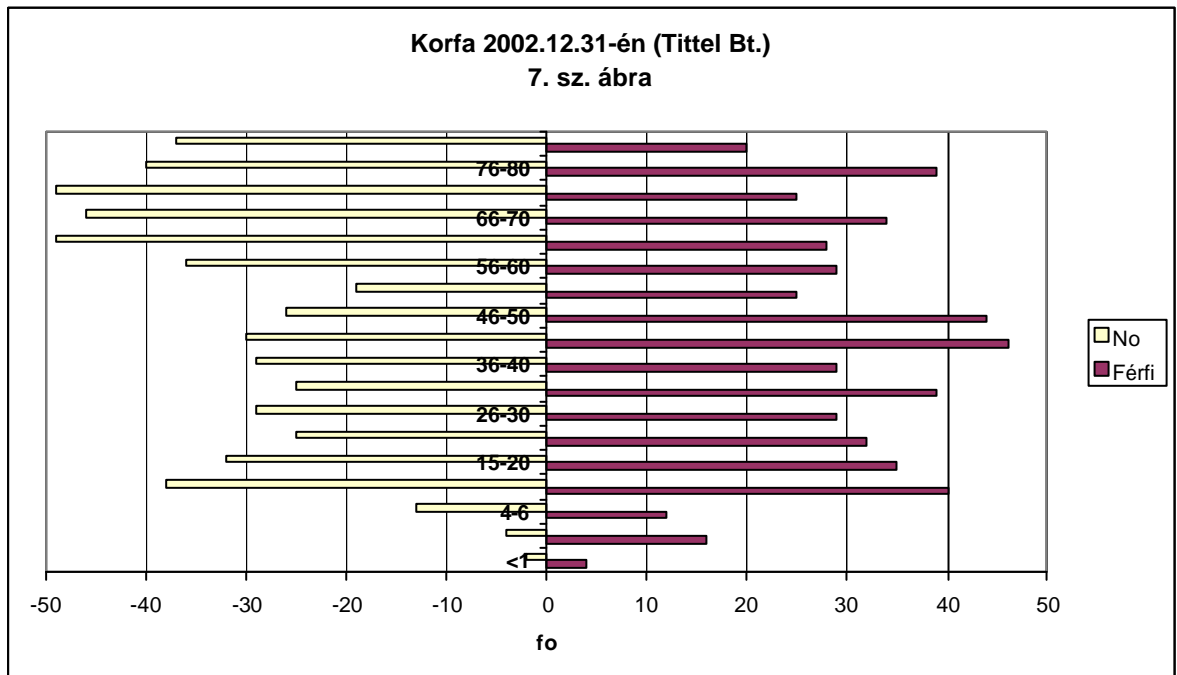
Házasságkötés

Praxisunk területén, a vizsgált periódusban összesen 12 házasság kötött.

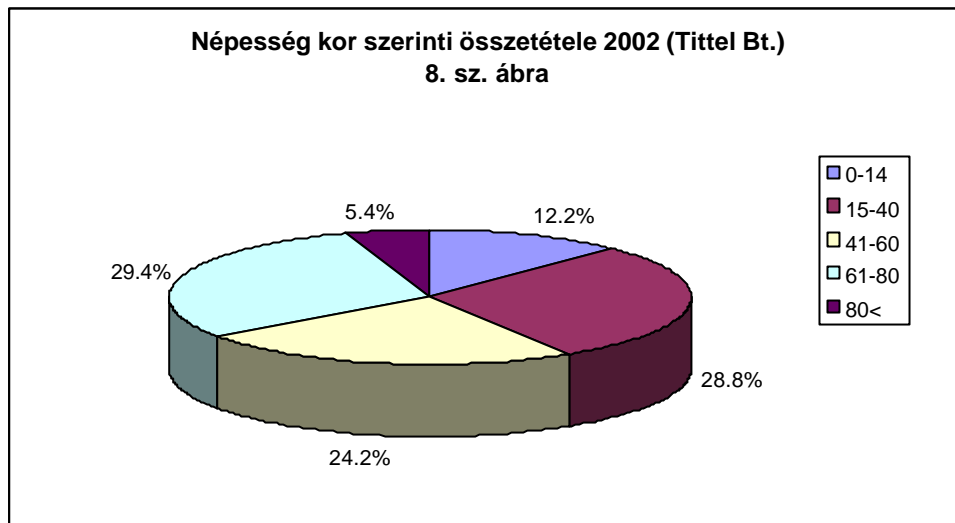
2000-ben 3, 2001-ben 4, és 2002-ben 5, tehát emelkedő tendenciát mutat. Községenkénti bontásban: Rábasebesen 3, Vágon 4, Páliban 5.

Ahhoz, hogy országosan a népesség száma változatlan maradjon, minden 100 nőnek 210-213 gyermeket kellene világra hoznia. Községeinkben ez a szám nem ismert.

Korfa

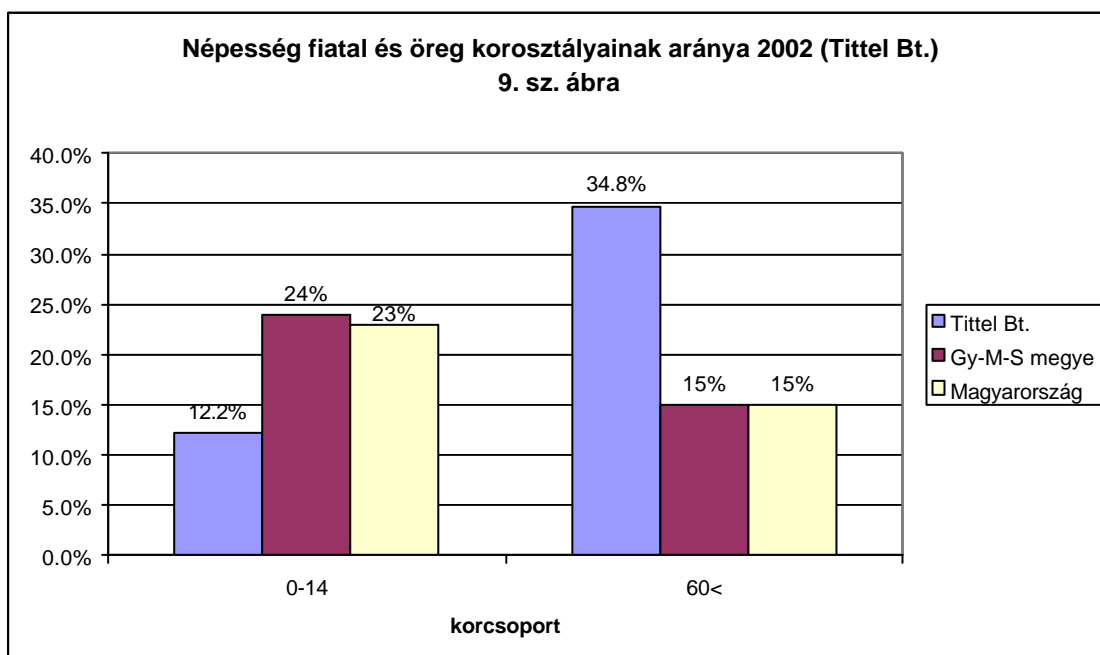


Európa és a világ több államához hasonlóan a magyar népesség is öregszik. Az elmúlt évtizedben folyamatosan csökkent a gyermekek, és növekedett az idosek arányszáma. Az országos adatokkal történő összehasonlítást a **8. ábrán** láthatjuk.



Öregedési index

Öregedési index azaz a 100 gyermekkorúra (15 éven alulira) jutó 64 év feletti személyek száma folyamatosan növekszik. Ez Magyarországon **1999-ben 85.5 volt**. Későbbi adat nem áll rendelkezésemre. 2002 végén községeinkben a 129 fő 15 éven aluli gyermekre 290 fő 64 évét betöltött felnőtt jutott, tehát **100 gyermekre 224.8 öreg**. Ez az országos átlag majdnem háromszorosát jelenti. (**9. ábra**)



TÁRGYI, SZEMÉLYI FELTÉTELEK

A három képviselő testület több éves mulasztását küszöbölte ki az „önkormányzati társulás” létrehozásával melynek eredményeként 2001-ben, a három rendelőben a számítógépeket lecseréltük. A Bt. önerőből fedezte a szoftverek, a wincheszterek, egyéb kiegészítő elemek beszerzését 300 eFt értékben.

2001-ben a Bt. OEP-hez benyújtott pályázaton 600eFt-ot nyert melyből beszereztük azt a készüléket is (Cardiotens) amelynek közös megvásárlására eredetileg a társulás létrejött.

2002 májusától az OEP által biztosított amortizáció bevezetése miatt, megállapodás történt a három önkormányzat és a Bt. között, melynek értelmében a Bt. átvállalta az önkormányzatoktól a tárgyi feltételek biztosítását is. Ez az összeg természetesen nem lesz elég a három rendelő e rendelő után megjelent működési alapfeltételek „szintentartáshoz”. Szerencsére az egészségügyi törvény előírása szerint egyelőre csak a rendelés időtartamára kell biztosítani a műszerparkot, így a nagy értékűek egy példányban történő megvásárlásával és mindennapi szállításával ez áthidalható.

2002 novemberében hálózatba kötöttük a számítógépeket, amelyek következtében lehetővé vált az optimális rendelési időkihasználás. Az ápolónő szimultán dolgozhat az IxDokiban külön, a kezelőben elhelyezett számítógépen. A vizsgálatra történő előkészítés (EKG, laborvizsgálatok, a panaszok beírása, leletek felvitele stb.) megtörténik az orvosnál történő megjelenés előtt, ami azt lenne hivatott eredményezni, hogy lényegesen több idő marad(hasson) a hasznos közvetlen orvos-beteg találkozásra. Sajnos ezt a fajta ténylegesen „emelt szintű” házi- orvosi ellátást egyelőre csak nagyon kevesen fogadják el kedvezően.

2002 nyarán a vágó orvosi rendelő és orvoslakás központi fűtése gázfűtésű kazánokra lett átállítva, a lakás elavult fűtőrendszerének teljes cseréjével. Az orvoslakás szétkorhadt bejárati ajtaját szintén lecserélték a hőveszteség csökkentése végett. Sajnos az évek óta megígért tetőszerkezet-javítás elmaradt ebben a három évben is, ami miatt a hóviharak során, a padláson nagymennyiségű hó halmozódott fel. Egy részét igaz, sikerült letakarítani, de csak tavasszal derül ki milyen következményei, lesznek.

A páli-i és rábasebesi rendelok futése szintén központi gázkazános- ill. gázkonvektorosra lett átalakítva.

A működés személyi feltételei mindvégig változatlanul biztosítottak voltak ebben a periódusban is.

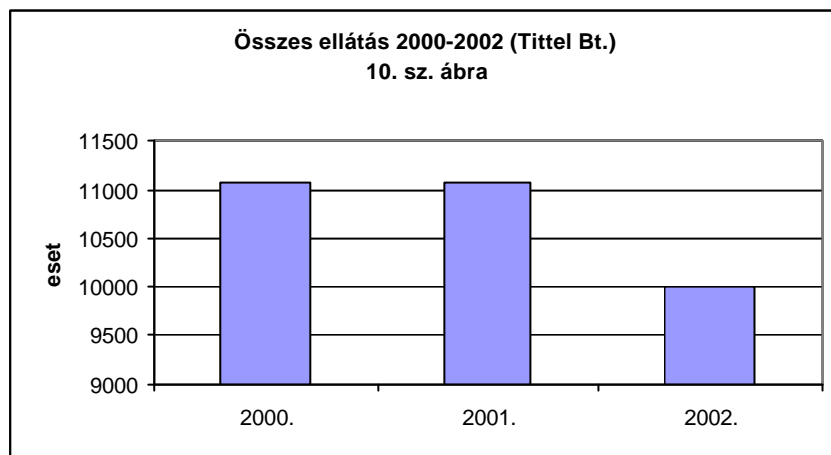
Az IBM által megkövetelt számítógépes adatszolgáltatás mennyisége és minősége félállású informatikus foglalkoztatását is szükségessé tette az utóbbi két évben. Így a négy+egy fős munkacsoport az országban jellemző kettes-, hármas létszámú alapellátó teamekhez viszonyítva kivételnek számít. Itt jegyzendő meg, hogy országos szinten a praxisok elsősorban többségében a takarító személyzet önkormányzati alkalmazott.

FORGALMI ADATOK

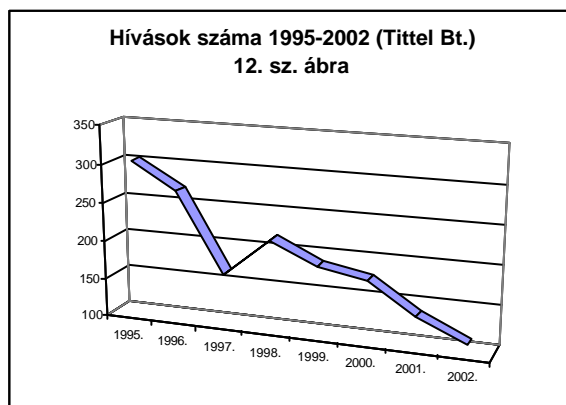
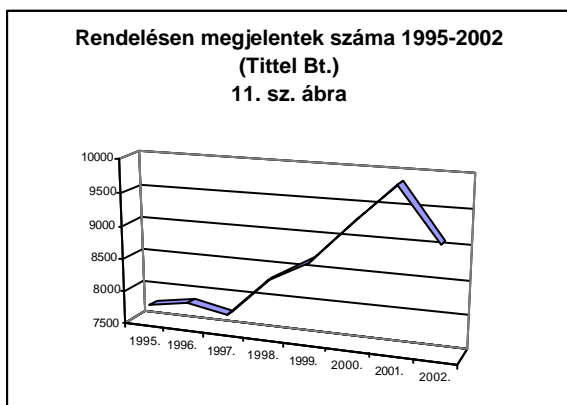
Orvos – beteg találkozások

Összes orvos – beteg találkozás

Összes orvos-beteg találkozások száma: 2000-ben 11080, 2001-ben 11079, 2002-ben 10003. **(10. ábra)**

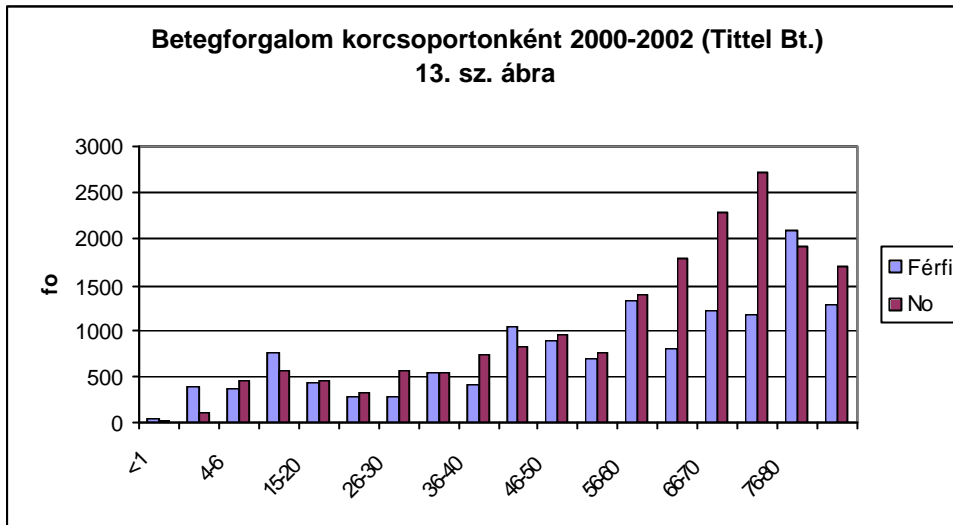


Ebből a **megjelenések** száma 2000-ben 9294, 2001-ben 9850, 2002-ben 9081, a **hívások** száma 2000-ben 177, 2001-ben 139, 2002-ben 110. Mint a mellékelt ábrák mutatják, az 1995-ben megkezdődött és már bemutatott tendencia az utóbbi három évben is kedvezően folytatódott: **a megjelenések száma fokozatosan emelkedik**, vagy magasabb szinten stagnál **(11. ábra)** és **a hívások száma fokozatosan csökken** **(12. ábra)**.



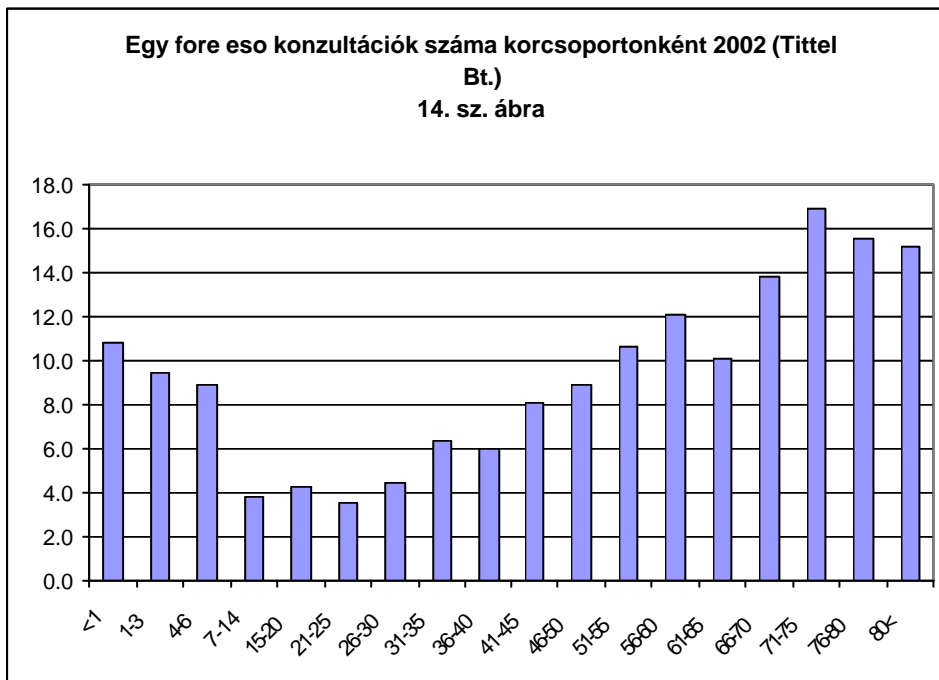
Forgalom korcsoportonként

A három év összesített adataiból látható egyrészt, hogy a nők jobban



vigyáznak az egészségükre, mint a férfiak, mivel 13.977 férfi-, és 18.117 női ellátás történt (13. ábra), holott a korfa szerint megoszlás gyakorlatilag

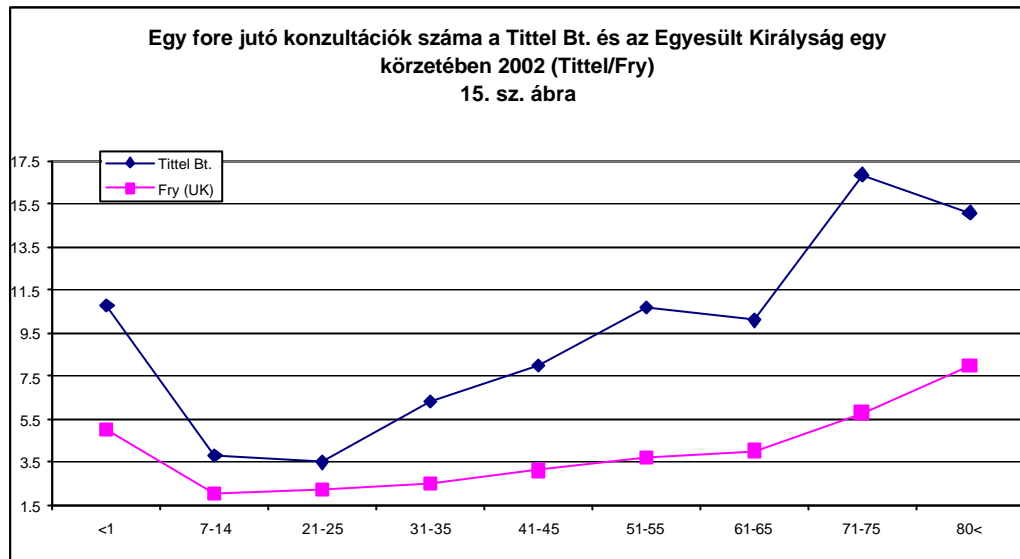
egyenlo arányt mutat, másrészt a 14. ábra szerint a kor előrehaladtával a



szolgáltatás igénybevétele egyre fokozódik. A felnoteknél a legkisebb igénybevétel a 21-25 éves-, a legnagyobb a 71-75 éves korcsoportban mutatkozik. A gyermekkorosztályokban látható nagyon alacsony

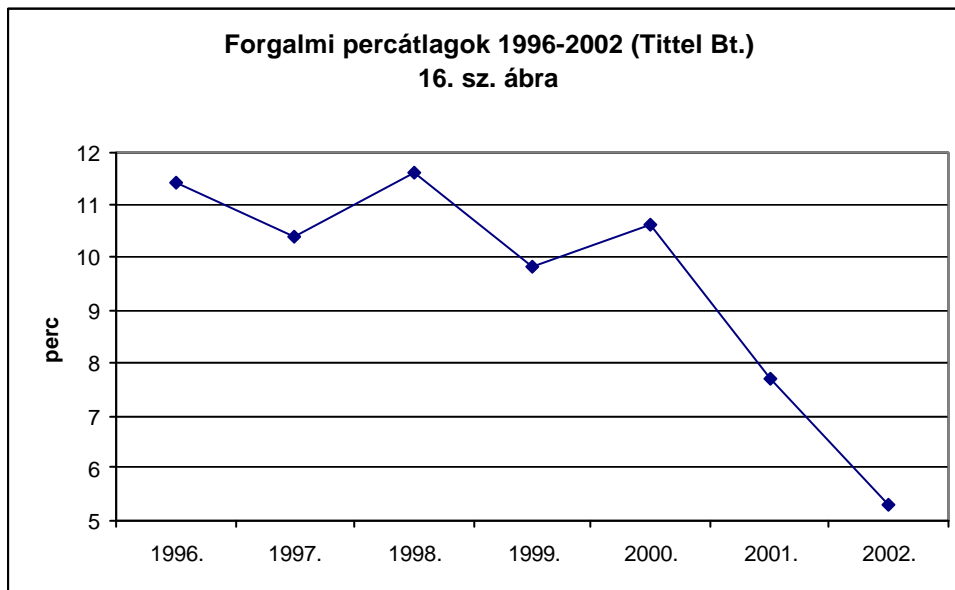
értékek oka a korosztályok rendkívül kis létszáma.

Összehasonlítva a fenti forgalmi adatokból származtatott egy fore jutó éves konzultációk számát a nemzetköziekkel (15. ábra) megállapítható, hogy a mi praxisunkban az egy fore jutó évi konzultációk száma minden korosztályban 2-3-szorosa az Egyesült Királyságban tapasztaltnak. Magyarán a vági orvos 2-3-szor többet foglalkozik a betegeivel, mint angol kollégája, de a jövedelmeinket nem kívánom összehasonlítani...



Forgalmi percátlag

A forgalmi percátlag 2000-ben 10.66, 2001-ben 7.70, 2002-ben 5.37 perc/beteg. (16. ábra) Az utóbbi két évben látható csökkenés látszólagos, és egy egyszerű számítógép által okozott tényező következménye. A 2001-ben telepített



IBM kiegészítő modul a beteg ellátása után lezárja a napi tevékenységet. A gondozásra való visszatérést és a beteggel való adott esetben több tíz perces foglalkozást-

már nem regisztrálja, a másodszori kilépés, a tevékenység befejezésének pontos idejét nem írja felül.

Rendelőintézeti beutalások

A szakkonzílium kérések összesített lekérdezése csak 2002-től lehetséges. Ebben az évben 400 beteget 444 alkalommal (az ellátottak 4.4%-át) utaltunk különböző szakvizsgálatokra. A leggyakoribb a roentgen- és UHG vizsgálatkérés,

összesen 122 esetben, ezt követi a kardiológia 43, pszichiátria 36, neurológia 34, tüdőgyógyászat 33, rheumatológia 26, sebészet 20, gastroenterológia 18 esetben. A többi szakrendelés igénybevétele 1 és 16 között van.

A laboratóriumot összesen 513 esetben (az ellátottak 5.12%-nál) vettük igénybe diagnózis megállapítás ill. szurovizsgálat céljából.

A fenti számok csak az általam beküldött betegekre vonatkoznak, az összesítő nem tartalmazza a szakrendelők által praxisom betegeinek elrendelt és elvégzett laboratóriumi, rtg., stb. vizsgálatait.

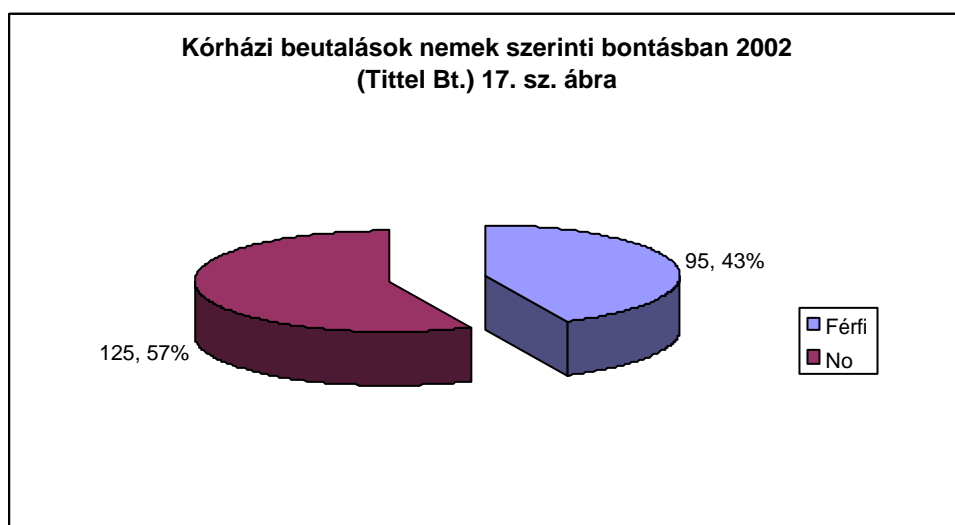
A kardiológiára beutalt betegek száma a nálunk, gondozásban lévő hypertóniások, ischémiás- és más szívbetegek számához viszonyítva nagyon alacsony. Ez a következő körülményeknek köszönhető: ez a szakrendelő, pontosabban fogalmazva gondozó csak előjegyzéssel vehető igénybe, a betegek többsége általuk visszarendelt beteg és globális ellátó kapacitása mélyen a szükségletek alatt van.

Kórházi beutalások

A 2001-es novemberi szoftverváltás óta pontosan követhetőek a kórházba utalt betegek, a zárójelentéseik tartalma is feldolgozásra alkalmas.

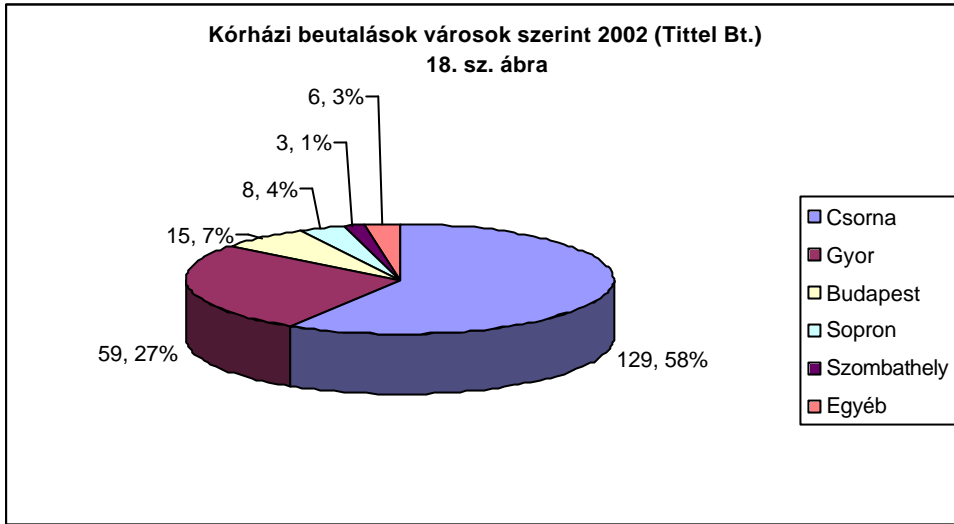
2002-ben összesen 220 betegünk szorult betegségé miatt kórházi kezelésre.

Nemek szerinti megoszlásuk a következő 125 fő, azaz 56.8% nő, 95 fő, azaz 43.1% férfi **(17. ábra)**.



A betegek számát, arányát a kórházak országban való elhelyezkedése szerinti bontásban a **18. ábra** mutatja be.

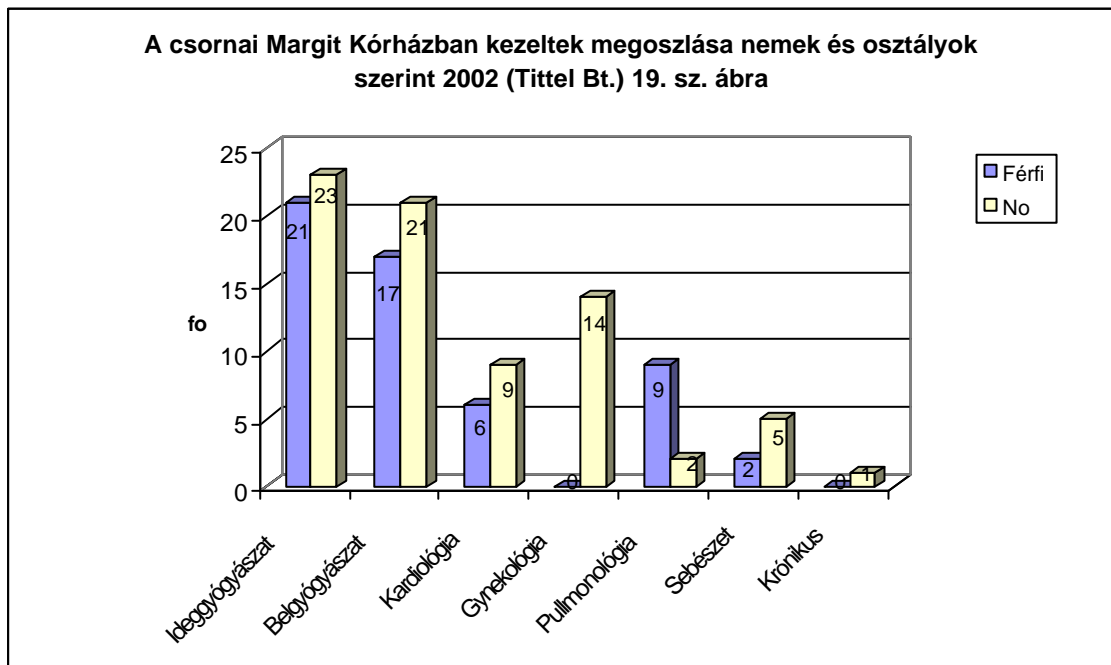
A csornai Margit Kórházban 129 beteget kezeltek (58.63%), A gyori PAMOK-



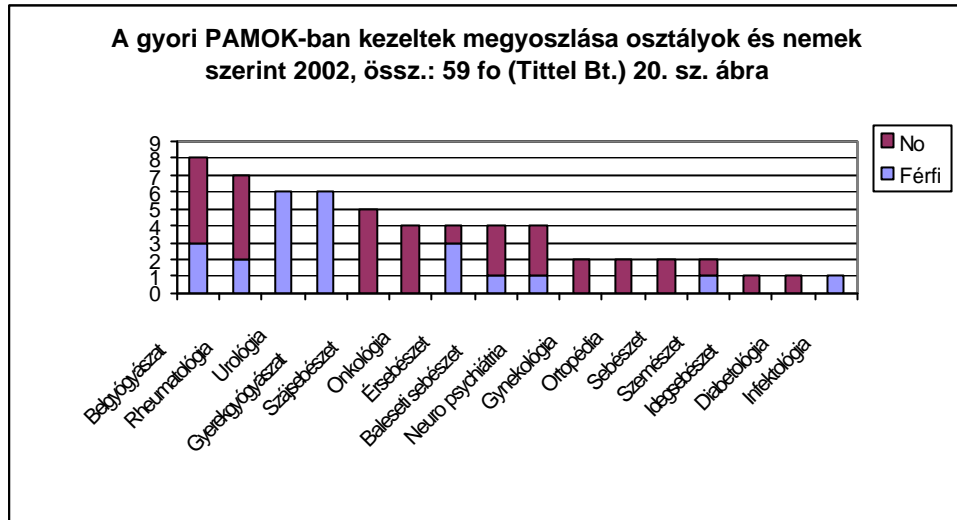
ban 59 beteget (26.8%), Budapesten (OKI, OOI, OISK, Egyéb) 15 beteget (6.8%), Sopronban 8 beteget (3.6%),

Szombathelyen 3 beteget (1.4%) és Pápán, Sárváron, Ajkán, Szentgotthárdon, Zalaegerszegen, Tatabányán 1-1 beteget , (ami egyenként 0.45%-ot jelent).

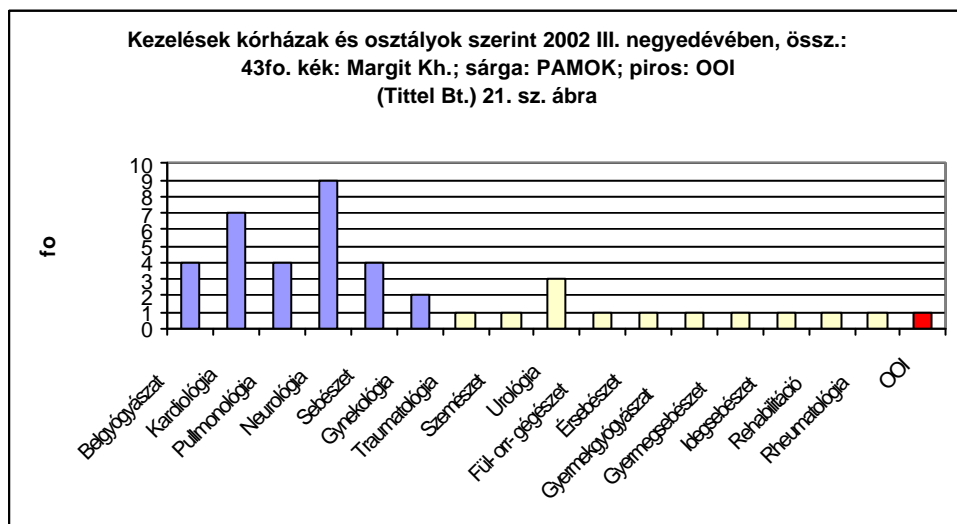
A legszámosabb csoportok - a csornai, és gyori kórházakban kezeltek - osztályok és nemenkénti megoszlását a **19. és 20. ábra** mutatja be.



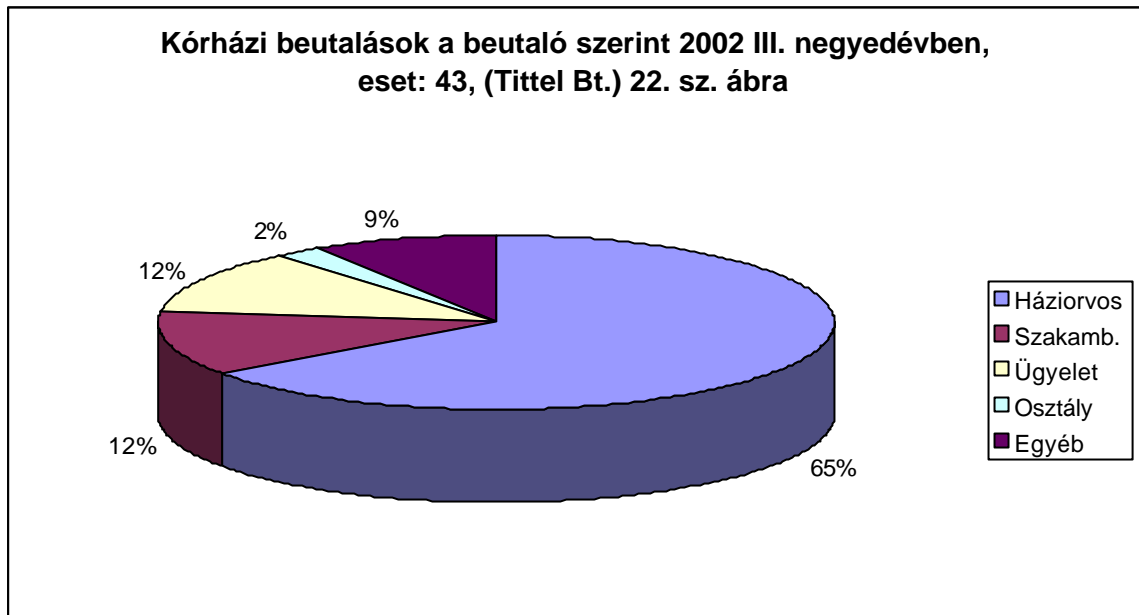
2002. III. negyedében szűrőpróbaszeruen megvizsgáltam a kórházba kerülések módozatait, a beutalások irányát (kórház, osztály) és a kezeléseket, azok eredményességét. Megállapítható, hogy ebben a negyedévben a praxis területéről



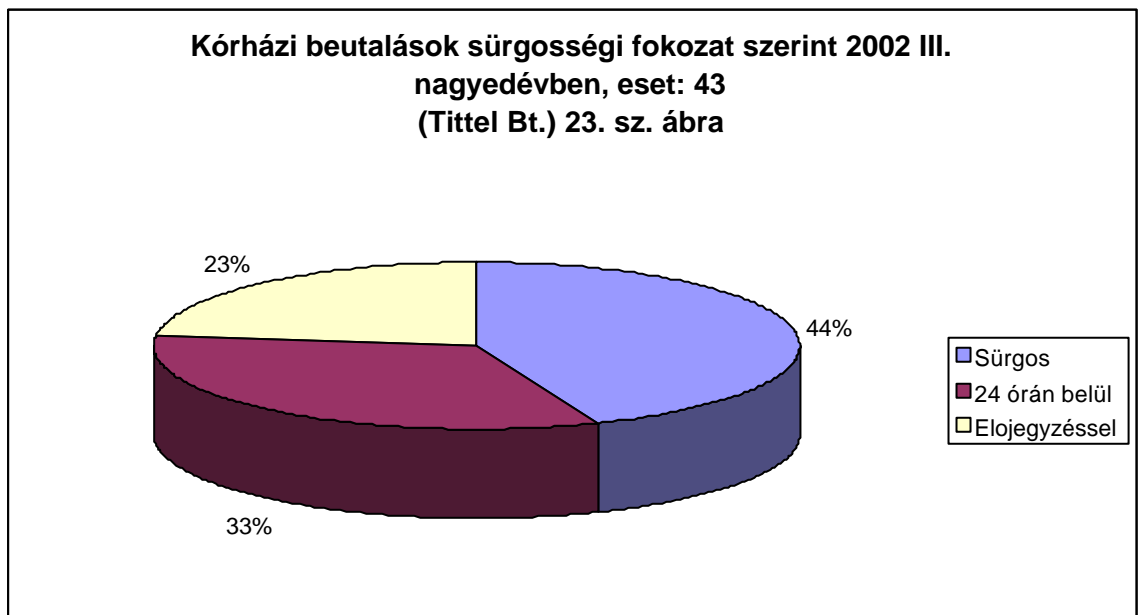
indokolatlanul senki sem került fekvobeteg intézetbe, minden beteg (43 fo) a hálózaton belül került felvételre és arra az osztályra, ahová tartozik. A csornai Margit Kórház 29 beteget az összes 67%-át, a gyori PAMOK 13 beteget az összes 30%-át fogadta. A legtöbb beteget a csornai neurológiai osztály fogadta, ezt követi a kardiológia, majd a belgyógyászat, pulmonológia és sebészet közel egyenlo arányban. A gyori PAMOK-ba csak azon betegek kerültek, akiket a kompetencia lista szerint csakis ott láthattak el (baleseti sebészet, szemészeti osztály, urológia, FOG, érsebészet, gyermekgyógyászat, gyermeksebészet, idegsebészet, rheumatológia). Néhány onkológia beteget kezelték az OOI-ben. **(21. ábra)**



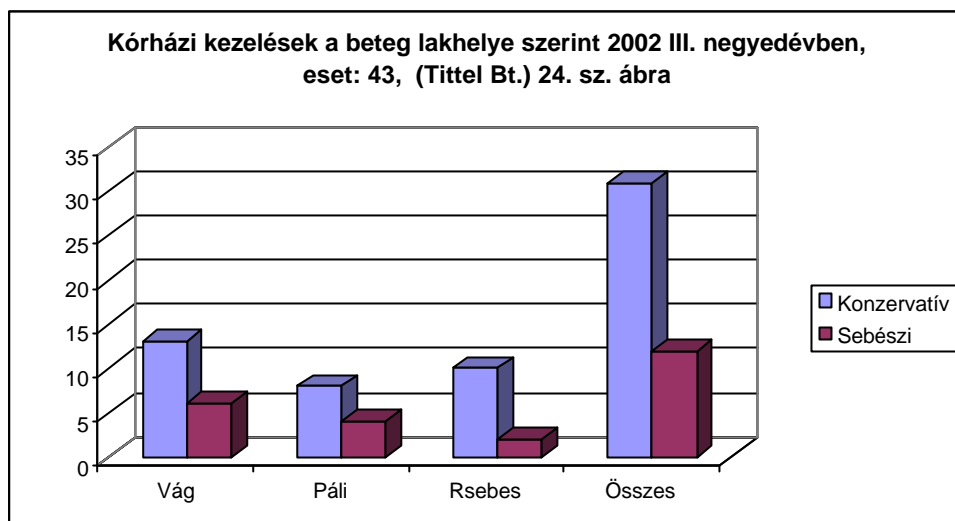
Az esetek 65 %-át a házi orvos utalta kórházba, 12%-12%-át szakambulancia, ill. ügyelet, 9%-a spontán jelentkezett és nyert felvételt valamelyik osztályra és 2%-a kórházi osztályos beutalással került felvételre más osztályon. **(22. ábra)**



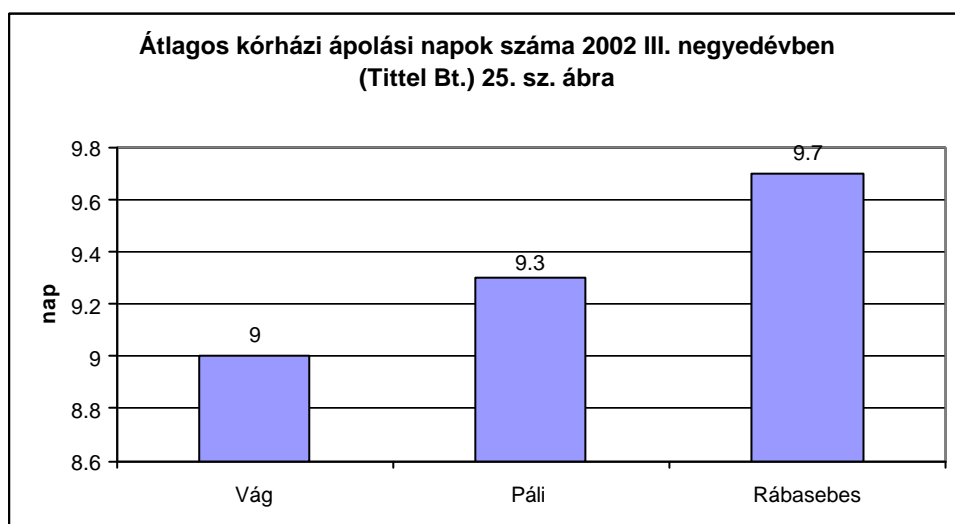
A kórházi felvételek sürgösségi fokozat szerinti megoszlását a következő ábra mutatja be. 44% sürgösséggel került felvételre (azonnal, ill. 1-3-6 órán belül), 33% 24 órán belül, és 23% elojegyzéssel. **(23. ábra)**



A három községben összevontan a konzervatíván kezelték aránya 65%. a sebészileg kezeltéké 35%. Vágon és Páliban ez utóbbi arányszám magasabb, Rábasebesen alacsonyabb **(24.sz. ábra)**.



Az átlagos ápolási napok száma a legalacsonyabb a vági betegek esetében, 9 nap, a páliak esetében 9.3 nap, és a legmagasabb a rábasebesiek esetében, 9.7 nap **(25. ábra)**



A 2002 év teljes adatbázisának feldolgozása után a fentiekben csak lényegtelen eltéréseket találtunk, tehát a szűrőpróba eredményét erre az évre vonatkozóan jellemzőnek tekinthetjük.

Házi betegápolás

Évek óta igényeljük betegeink számára a Harris szolgáltatásait, amelyek nagy tetszésnek örvendenek és eredményesek is. Az otthoni értágító infúzióktól kezdve, a komplex elektro-fizikotherápián, felfekvésmegelőzés és kezelésen át a gyógytornáig számos fajta kezelést végeznek azokban az esetekben, amikor ezzel kórházi ápolást válthatunk ki.

IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI MODELL (IBM)

Elozmények

Mi is az Irányított Betegellátási Modell?

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek összefogására az USA-ban a nyolcvanas évek közepétől terjedt el egy új intézménytípus, a managed care (irányított betegellátás). Ez a forma **alapcélként tekinti a betegek menedzselését, irányítását az egészségügyi intézmények és ellátások bonyolult rendszerében.**

A hazai egészségügyi rendszerben is - különösen a fővárosban és a klinikákkal is rendelkező nagyvárosokban ill. ellátási területükön - joggal vetődött fel a nemzetközi gyakorlatban már bevált intézményi formák meghonosítása. 1999 második felétől, a kezdetektől veszünk részt ebben a munkában, amelybe a csornai Margit Kórház és ellátási területéről 16 önként jelentkező háziorvos közös pályázat útján kerültünk.

Célja

Az IBM célja egy mondatban megfogalmazva: az elvárható legmagasabb színvonalon, ám a leg-költséghatékonyabban legyenek a betegek ellátva, tehát csak a progresszív betegellátás követelményei miatt kerüljenek a betegek magasabb ellátási szintre.

Ennek elérése nagyon nehéz feladat elé állít mindnyájunkat, mivel ismert tény, hogy „a méltányosság, a minőség és a hatékonyság, mint az egészségügyben működő három alapvető érték csak egymás rovására terjeszkedhet.” (dr.G.K.)

Az elmúlt három év alatt a hat „muhelyben” gazdag alkotó munka folyt. A felhalmozódott adatbázisok feldolgozása alig kezdődött el, és longitudinális vizsgálatról lévén szó, a végleges következtetések levonása még várat magára. A részeredményekből azért néhány következtetés mégis megállapítható. Ezekről a 2002. dec. 18-i IBM budapesti kongresszusán hallhattunk bővebben és rövid mondatokban megfogalmazva a következők:

- Megfelelő helyi motiváció esetén a rendszer szakmailag és gazdaságilag működőképes, sőt megfelelő lakossági és dolgozói elégedettséggel működtethető.

- Nagyobb hangsúlyt kell fektetni a mérhetőségre és ellenőrizhetőségre.
- A fejkvóta finomításra szorul, és ezt érdemes elvégezni.
- Szükséges volt az informatikai háttér megteremtése, amelynek köszönhetően képesek vagyunk a betegútak teljeskörű elemzésére, de a továbbfejlesztése elengedhetetlen. Az intranetes hálózatok létrehozása folyamatban van.
- Az „adatvagyon” tényleges feldolgozása, értékelése egy csomó rendszeresen visszatérő és megválaszolatlan kérdésre adhatja meg a választ, amely a továbblépés lehetőségének záloga.
- A prevenció programok összehangolása szükséges a párhuzamosságok elkerülése végett.
- A házi orvos által szervezett szűrések eredményesebbek az ÁNTSZ által szervezettnél.
- Javult a házi orvosok és kórházi orvosok közötti kapcsolat, szakmai együttműködés.
- Csökkent a kórházi ápolások száma.
- A gyógyszerfelhasználás területén nem sikerült a költséghatékonyság elérése, de ennek oka a kassa alultervezettségében rejlik.
- A szervezetek közötti már korábban is igényelt szorosabb kapcsolat egy egyesület létrehozásával teremtődött meg.

Kistérségi vonatkozások

Megállapítható, hogy:

- a Margit Kórház 89%-ban lefedi a szükséges szakellátásokat. A járóbeteg-ellátás tekintetében az esetek 80.73%-át látja el, Győr az esetek 17.14%-át. (Ezen adatok nem tévesztendőek össze az előbbi fejezetben taglalt kórházi osztályos ápolások adataival.)
- Az IBM bevezetése óta 17 új szakrendelés indult, és a kórház-rendelőintézet törekszik többek között a traumatológiai ellátást követő gondozás és az ehhez csatlakozó diagnosztikai és fizioterápiás ellátások Csornára való visszakerüléséért.

- A regionalitás felé mozdult el a csornai modell, mivel Mosonmagyaróvár után Kapuvár is bejelentette az együttműködési szándékát.
- Némi „elszívó hatás” tapasztalható a gyori pszichiátria, gyógygyászat, urológia és borgyógyászat terén. Praxisunkra ez utóbbi nem vonatkozik, a hálózaton kívüli igénybevétel elhanyagolható nagysága miatt.

Minőségbiztosítási protokoll

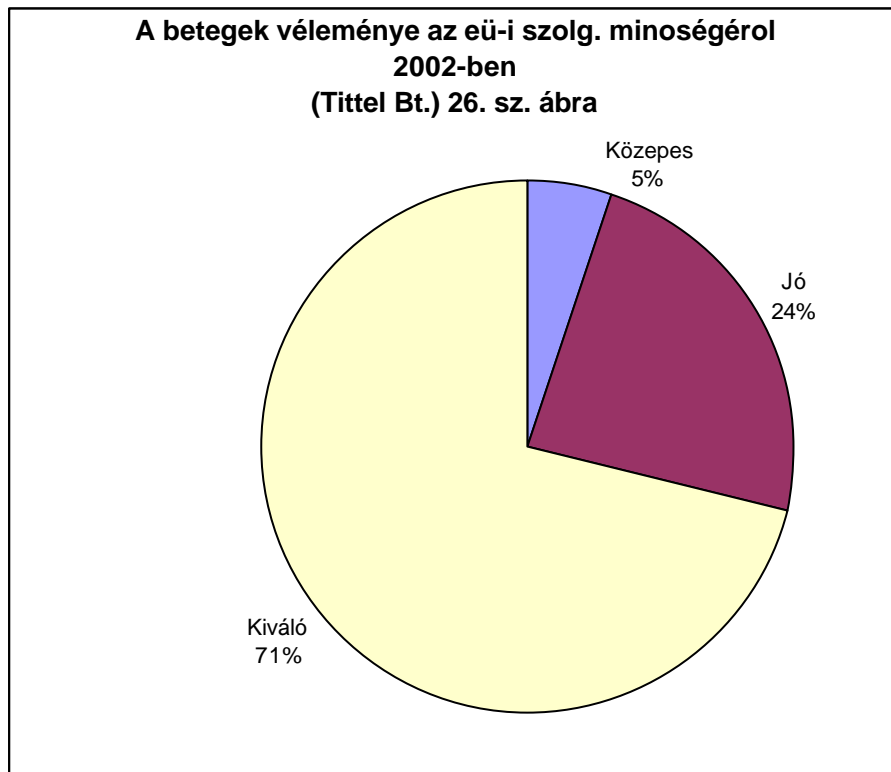
Az egészségügyben általában, amelynek része az alapellátás, a **minőségbiztosítási rendszer** létrehozásának és működtetésének **fo célja a tudomány új eredményeinek gyakorlatba történő átültetése**, amely mind a beteg, mind a szolgáltatást vásárló biztosító érdeke. A 4/2000. Eü. M. Rendelet ezt a házi orvos feladat körébe utalja, anélkül, hogy tartalmilag, formailag meghatározná, eloirná bármit is. Az EFQM Kivállósági Modell (European Foundation for Quality Management) azonáltal, hogy nem határoz meg a minőség eléréséhez mindenütt használandó kötelező elemeket, figyelembe veszi a szervezetek különbözőségét, önértékelésen alapuló rendszer, amelynek eredményei a munka minőségének fejlesztésére is felhasználhatók, a legjobb forrásanyagoknak bizonyult ennek elkészítésében. A kilenc fő kritérium a következő: 1. Vezetés, 2. Politika és stratégia, 3. Emberi erőforrások, 4. Partnerkapcsolatok és erőforrások, 5. Folyamatok, 6. A vevői elégedettség terén elért eredmények, 7. A dolgozói elégedettség terén elért eredmények, 8. Társadalmi hatással kapcsolatos eredmények, 9. Kulcsfontosságú eredmények.

A rendelkezésre álló szakdokumentáció alapján 2001-2002-ben elkészítettem a helyi adottságok figyelembe vételével a vági házi orvosi szolgálat működésének minőségbiztosítási protokollját.

Ennek gyakorlatba történő átültetése fokozatosan, szinte észrevétlenül történik épp azért, hogy sem a betegek, sem az egészségügyi team ne kerüljön stresszhelyzetbe a számtalan változtatás miatt. Az eredményességet idonként végzett felméréssel ellenőrizzük.

A 6. pont alatt szereplő egyik felmérésnél a Házi orvostani Szakmai Kollégium által megfogalmazott, a szolgáltatásunk betegektől általi értékelésre vonatkozó kérdőív kitöltésével kevesebben éltek, mint gondoltuk volna, de ennek ellenére megelégedettségük számunkra igen kedvező. **A betegek 71%-a kiválónak-, 24%-a jónak minősített a praxisunkban folyó munkát (26. ábra) ill. egy**

ötös skálán reprezentálva 94%-a tartja kiváló, ill. jónak, és 5%-a közepesnek.



Hiányosságként néhányan az idonként hosszabb várakozási időt említették. Itt jegyzendő meg, hogy a betegek 76%-a a 10-30 perces várakozási idő után került be és ezt kiválóan, ill. jónak minősítette. Magyarázatra szorul a rábasebesi betegek polgármesterükön, Mizser Edit asszonyon keresztül állítólag reklamált rendelés megkezdése előtti nagyon hosszú várakozási ideje. A heti egyszeri keddi rábasebesi rendelés minden alkalommal a vági rendelés folytatásaként történik, (ugyanúgy, mint Páliban pénteken) tehát akkor kezdődhet, amikor a vági befejeződött, a két éves tapasztalat szerint rendszeresen 11 és 12 óra között. A kérdés: miért várakoznak már 9 órától, ha tudják, hogy 11 után érkezem? A válasz egyszerű: azért, mert eljönnek a szomszédos reggel 06-tól 09-ig nyitvatartó vegyesboltba vásárolni, s hogy megkíméeljék magukat még egy haza-vissza úttól, inkább maradnak és várnak. Igaz, ez valóban meghosszabítja minimum 2-3 órával a várakozási idejüket, csak hogy ezért nem a házi orvos tehető felelőssé. Abszurdnak tartom az ötletet, hogy vagy jöjjenek korábban, otthagya a vági betegeimet, vagy jöjjenek 13 órára, igazodva ezzel a bolt nyitvatartásához (?), a fejéshez és a háziasszonyok beszerzési és ebédfozési szokásaihoz, de leginkább kényelmi szempontjaikhoz. Itt jegyzem meg emlékeztetőül, hogy előttem havonta egy rendelés volt Rábasebesen, és nem volt, sem itthoni hipertónia és diabetes

gondozás, sem EKG-, koleszterin, TG szurés, sem igény szerinti gyógyszerküldő szolgálat stb. Mindezen tevékenységek minimum feltételeinek megteremtéséhez és folytatásához a tisztelt Rábasebesi Önkormányzati Képviselő Testület a tíz év alatt majdnem semmivel sem járult hozzá.

2001-ben az OALI felkérésére résztvettem az ország 50 háziiorvosi praxisát tartalmazó „próbaminosítási” teambe. Az eredmények feldolgozása még folyamatban van. A feldolgozás után további ütemterv készülhet és remélhetőleg az eredményeket is, megkapjuk.

Prevenció

Meghatározás: „Azon tevékenységek összessége, amelyek a betegségek kialakulásának megelőzését, korai felismerését, gyógyítását, szövődményeinek, a későbbi károsodások bekövetkezésének elkerülését szolgálják”

Három formája ismert: **1. Primér-, 2. Szekundér-, 3. Terciér prevenció.**

A közös bennük, hogy egyik sem valósítható meg a még egészséges, vagy már beteg személy elfogadó magatartása hiányában.

Eszközei:

1. Primér: külső egészségkárosító hatások feltárása, minimalizálása, életmód befolyásolása, egészségnevelés, rizikó állapotok szurése, immunizáció.

2. Szekundér: szűrovizsgálatok, ezt követő gyógyító beavatkozások.

3. Terciér: kontrollált ellátás, életmódotoktatás, tanácsadás, kuratív medicina, rehabilitáció.

Primér prevenció

- A külső egészségkárosító hatások feltárása végett mindhárom község háztáji gazdaságainak egy részében talajszennyezettségi vizsgálatokat végeztünk, amelyek eredményeit érdeklődés hiányában nem volt alkalmunk a lakossággal ismertetni. Az eredmények a későbbi következő „Környezeti ártalmak” c. fejezetben láthatóak.
- Az életmód befolyásolására lehetőségünk alig van, és gyakorlatilag csak alkalmi egyéni foglalkozásokra korlátozódik.

- A drog eddig községeinkben ismeretlen volt, de legfrissebb információim szerint néhány hónapja bizonyos rendezvényeken keresztül megjelent és egyre intenzívebben hódít a fiatalok közt. Konkrét ismeretek hiányában nem áll módomban segíteni az érintett személyeken.
- A rizikó állapotok felmérése folyamatos de sajnos a betegek rossz néven veszik kérdéseinket, különösen a végzettségre, szociális, családi, anyagi helyzetükre, táplálkozási szokásaikra vonatkozókat.
- Pozitív családi anamnézis esetében prospektív szuréseket végzünk de sajnos a veszélyeztetetteket kiemelni környezetükből nincs lehetosegunk.
- A kötelezők mellett, influenza és tüdőgyulladás elleni védőoltásokat is adunk a veszélyeztetetteknek a meghatározott korcsoportokban. Annak ellenére, hogy az idén az ANTSZ által biztosított alapból sikerült korlátlan mértékben fedezni az ingyenes védőoltási szükségletet, a média hatása erősebbnek bizonyult („a védőoltás agyvelogyulladást okoz...”), így a felajánlott lehetőséget a betegek közel 70%-a elutasította, még azok közül is nagyon sokan, akik elozoleg feliratkoztak.

Szekundér prevenció

A célzott szuréseket a protokollok szerint folyamatosan végezzük (látás, hallás, emlovizsgálat, kis és nagyrutin, valamint célzott laborvizsgálatok, EKG, ABPM, UHG, stb.). Sajnos a prevenció ezen eszközeinek alkalmazása sem örvend nagy tetszésnek betegeink körében. Fölöslegesnek ítélik meg, s a Csornára történő beutalás gyakran határozott tiltakozást vált ki. (A világ más tájain többszázmillióan örvendenének annak, hogy térítésmentesen törödnék egészségükkel, és hozzájuthatnak nagy értékű eszközös vizsgálatokhoz is...)

Terciér prevenció

A krónikus betegek nyomon követése, gondozása szintén jól meghatározott előírások szerint történik. A terciér prevenció az előző kettőtől eltérően már elfogadottabb. Csakhogy már kissé későn...

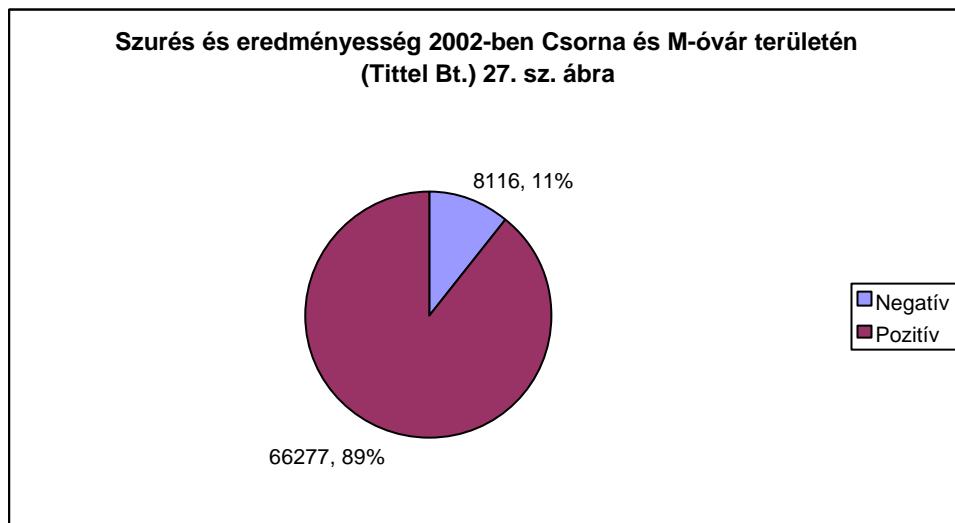
A fenti tevékenységeket éves prevenciósi terv alapján végezzük, amelyet az IBM menedzsmentje által készített regionális terv, ill. az ebben megfogalmazott

szempontok szerint a helyi körülményekre adaptálva készítik el én is minden évben, és ezt a maga rendjén lebontjuk negyedéves periódusokra is.

Szurés

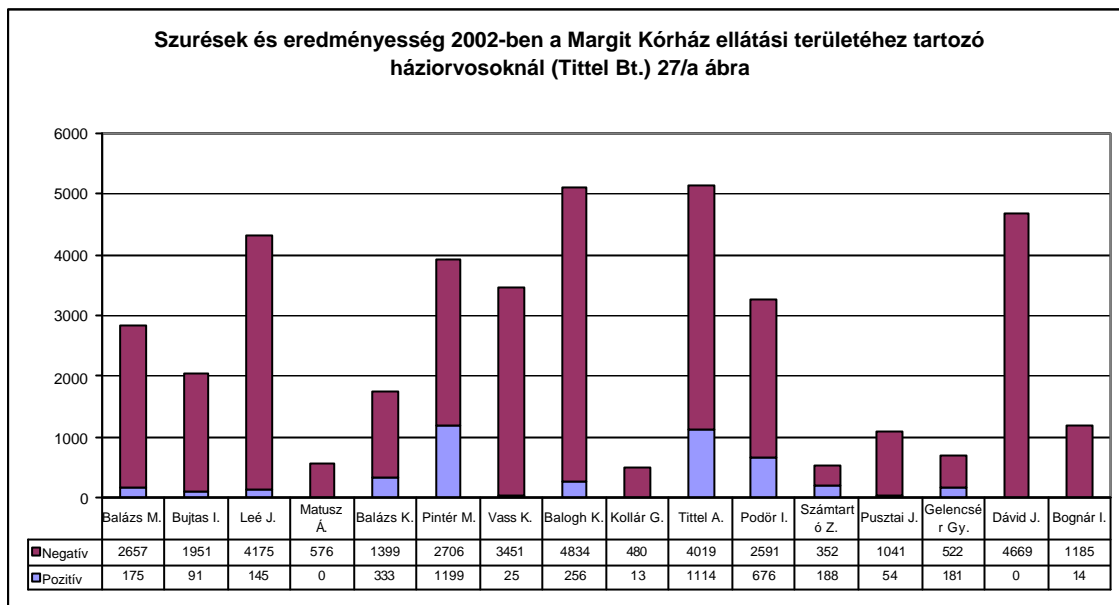
Szurés a Margit Kórház által ellátott praxisokban

Az IBM-hez tartozó 34 háziiorvosi szolgálat által 2002-ben elvégzett szurések száma 74.393 Ebből pozitív 8.116, azaz 10.9%, negatív 66.277, azaz 98.1%. (**27. ábra**).



A szórás igen tág határok közötti, a két szélső érték 12 szurés/év/háziiorvos, ill. 6.788 szurés/év/háziiorvos. Ugyanígy a kiszurt pozitív esetek aránya is, amely 0%-tól 73.9%-ig terjed.

A 27/a ábra a Margit Kórházhoz tartozó háziiorvosok által végzett szurések számát és eredményességét mutatja be.

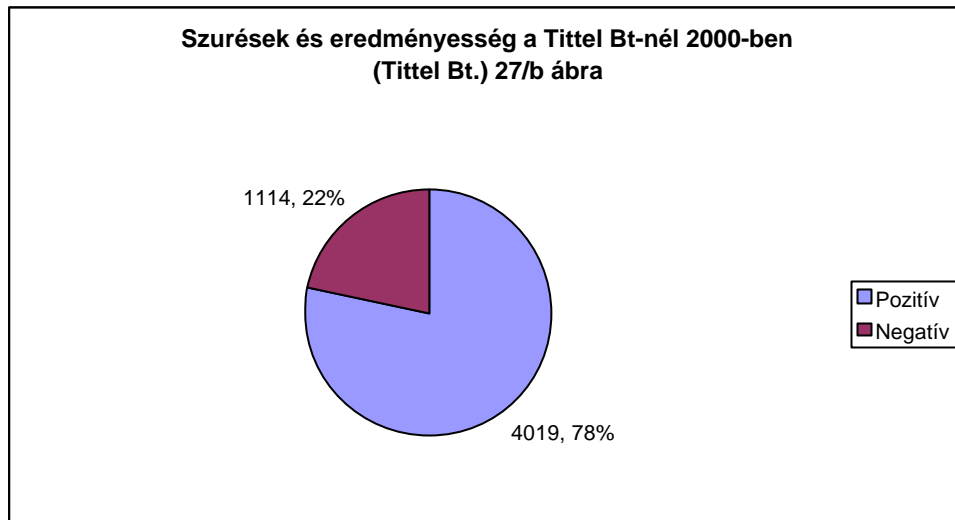


Megállapítható, hogy a csornai Margit Kórház ellátási területén:

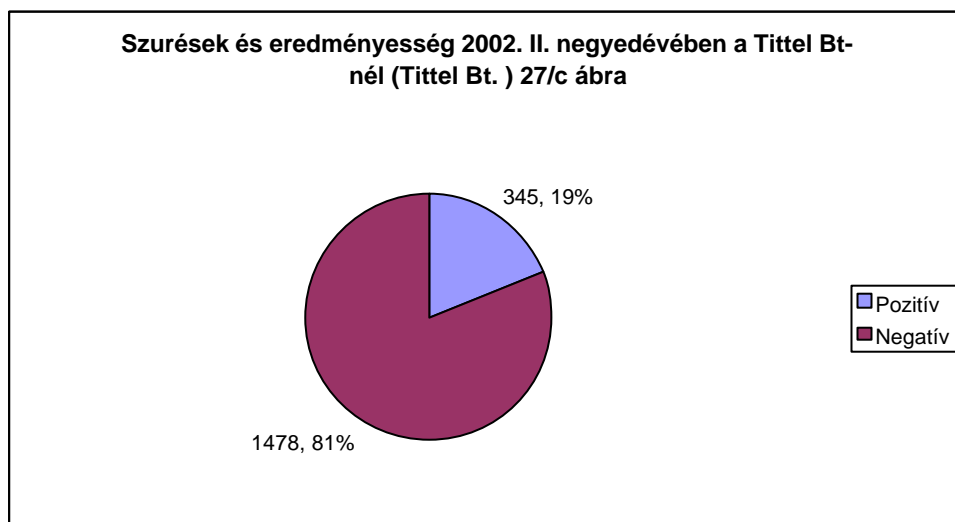
- 2002-ben a Tittel Bt. által végzett szurések száma a legmagasabb, a pozitív abszolút számértékeit illetően első, %-os arányát illetően a negyedik helyen állunk.
- A két legmagasabb érték (34.8% és 34.6%) érdekes módon az évi 500-700 szurést végzőknél látható, de ugyanebben a kategóriában található a 0-3% közötti pozitívítással szűró két kolléga is.
- Nálunk a pozitív esetek száma éppen kétszerese, a csornai és mosonmagyaróvári kórházak által ellátott területen, együttesen számított átlagnak.

Szurések a praxisunkban

2002-ben az általunk elvégzett szurések száma 5.133, ebből pozitív 1114, azaz 21.7% negatív 4.019, azaz 78.3%. **(27/b ábra)**

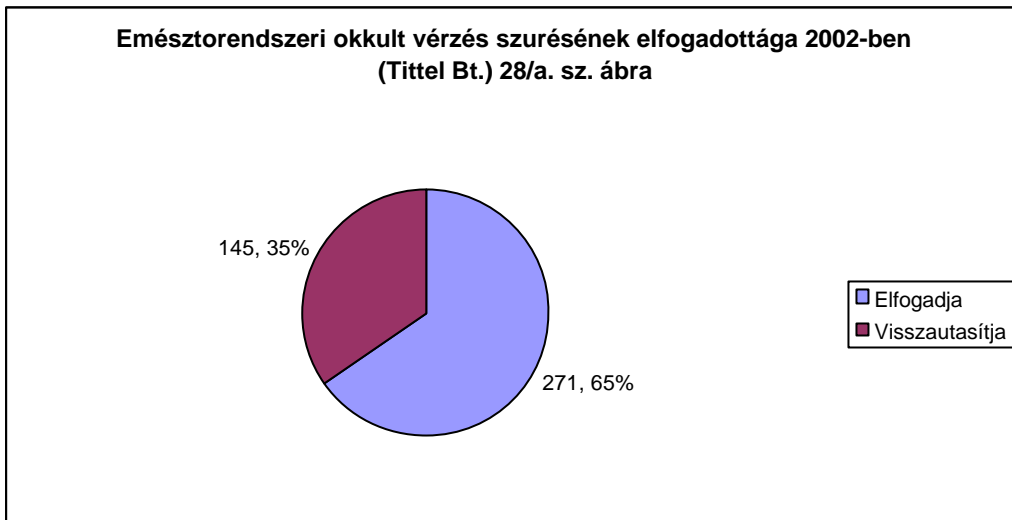


2002 II. negyedévében szintén vizsgáltuk a szurések eredményét és a következoket találtuk: a szurések száma 1823, ebbol negatív volt 1478 esetben (81%), pozitív volt 345 esetben (19%) **(27/c ábra)**.

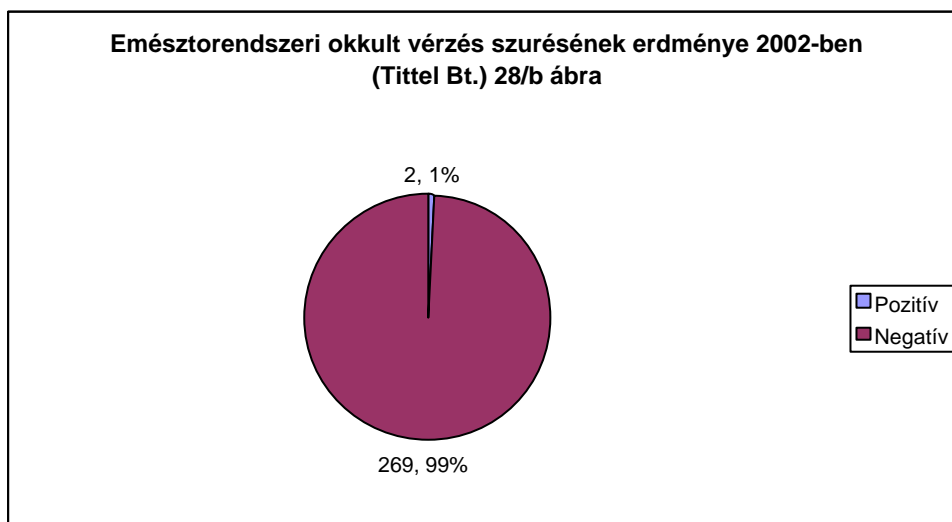


Okkult vérzés

2002. I. negyedévében az **emésztorendszeri occult vérzést** szurtük. 416 esetben kíséreltük meg, de csak 271 fo azaz 65.1%-a fogadta el, 145 fo visszautasította, azaz 34.8%. **(28/a ábra)**



Az elvégzett szurás eredménye: Negatív: 266, azaz 98.1%, pozitív 2, azaz 0.7%., a tesztet nem hozta vissza 3, azaz 1.1%. A két pozitív eset, mivel a vérzés háttérében daganatos megbetegedés állott sebészi kezeléssel gyógyult. **(28/b ábra)**

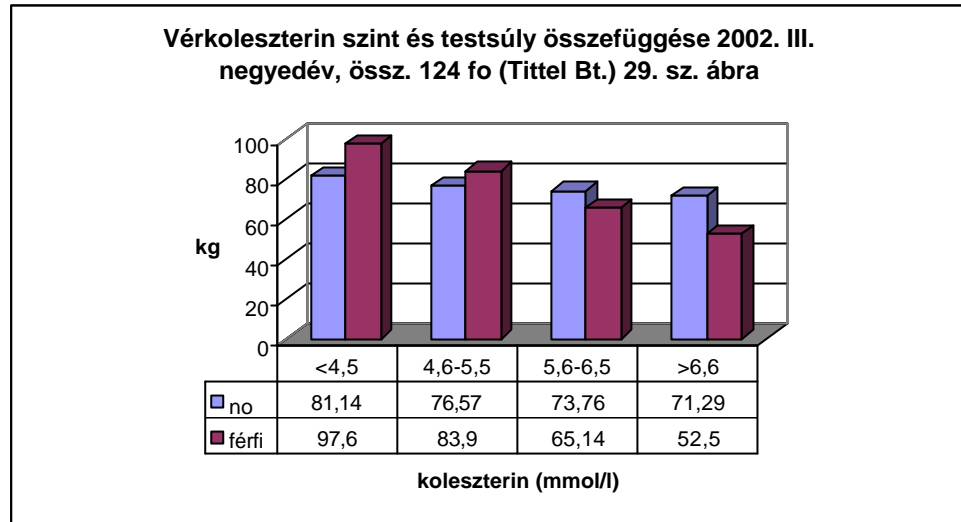


Koleszterinszurés

2002. III. negyedévben a vági és páli-i rendelokban a **folyamatos vércukorszorés** mellett **koleszterinszurést** is végeztünk az arra jelentkezőknél.

A szurések eredményét több hosszabb-rövidebb tanulmányban mutattam be a csornai Margit Kórház IBM programjának keretében. Nem meglepo, hogy foként a nők voltak kíváncsiak a vérzsír szintjükre (az összes vizsgáltak 74.2%-a nő, 25.8%-a férfi), de meglepo és a világirodalmi adatokkal ellentétes az az észlelés, **hogy a**

testsúly növekedésével fordított arányban alakul, tehát minél magasabb a testsúly annál alacsonyabb a vér koleszterin szintje. (29. ábra)



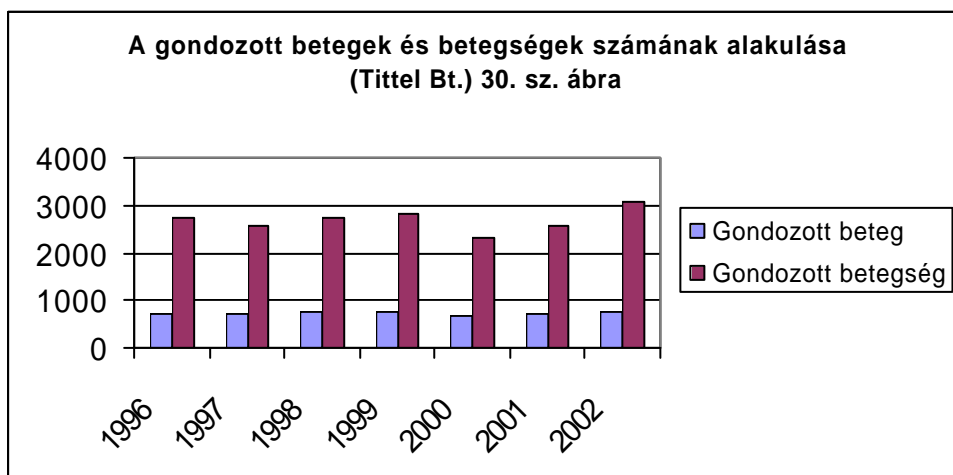
Az okok feltárása további tudományos vizsgálódás tárgyát képezi.

EKG szurés

A hálózat kialakítása után 2002 negyedik negyedévéig bevezettük a folyamatos és **minden korcsoportot érintő EKG szurést** is. Az EKG szurés során derült fény eddig két friss infarktusra, és több egyéb elváltozásra. Eddig. A 28.9%-os pozitívítás hasonló az országos adatokhoz.

Gondozás

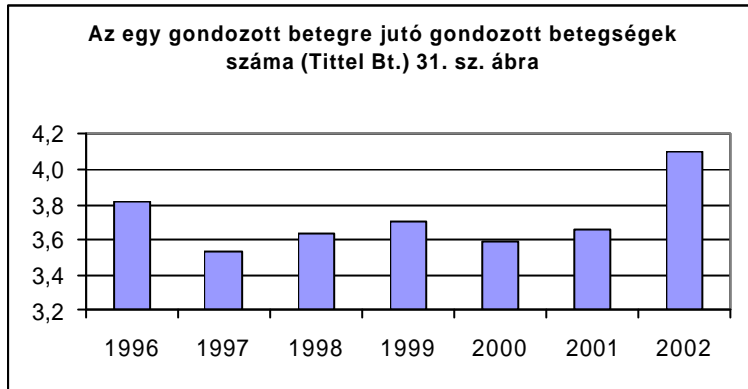
A szurési vizsgálat pozitívítása esetén a beteg gondozási nyilvántartásba kerül. A gondozási nyilvántartásba vételkor, ill. ez után a meghatározott protokollok szerint gondozzuk (szükség esetén további vizsgálatokra utaljuk, beállítjuk a kezelést és követjük, periódikusan ellenőrizzük a paramétereket, stb.).



Az összes gondozott és gondozott betegségek számát a **30. ábra** mutatja be. A 2000-ben mutatkozó csökkenés az

1994-eshez hasonlóan a más szoftverre való áttérés során történt konverziós adatvesztés miatt van. A korrekció befejezéséig még néhány hónapra van szükségem.

Bár a gondozott betegek száma az utóbbi három évben már lényegesen nem

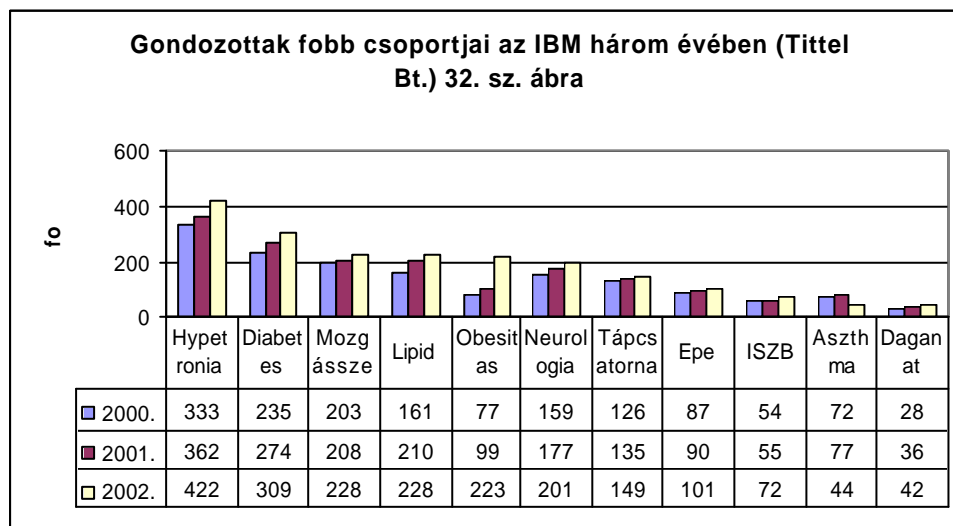


változott, de a gondozott betegségek száma 2002 végére tovább emelkedett, 2002-ben már meghaladta a 3100-at. Mint a mellékelt ábra is mutatja ennek következtében az egy gondozottra jutó krónikus betegségek száma ekkorra

meghaladta a 4-et. (31. ábra)

Gondozottak fobb csoportjai

A gondozottak fobb csoportjai és számuk alakulását az utóbbi három évben, az IBM éveiben a 32. ábra mutatja be.



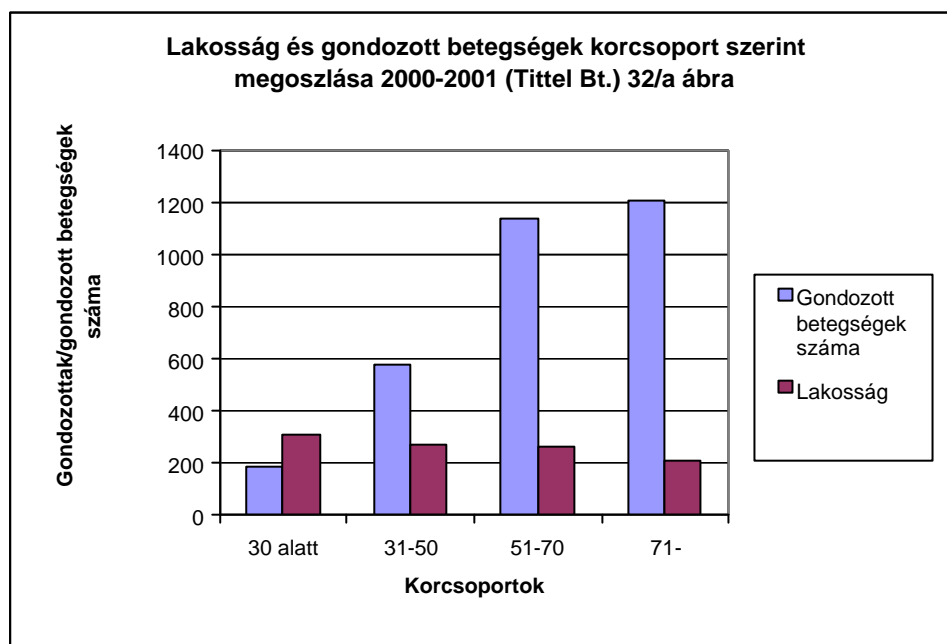
Mint látható az asztma csoportját leszámítva minden betegség csoportban növekedett a gondozottak száma. Ez az intenzív szűrésnek tulajdonítható.

Látható, hogy a ranglistán továbbra is a magasvérnyomás vezet, amelyet a cukorbetegség, a mozgásszervi megbetegedések, a zsíryanycsere és elhízás, az idegrendszeri és pszichiátriai, tápcsatorna és epebetegségek, az ISZB, asztma és daganatos megbetegedések követnek. Jónak értékelhető, hogy az ischémiás szívbetegségek „csak” a kilencedik helyet foglalják el, és csak reménykedni tudunk

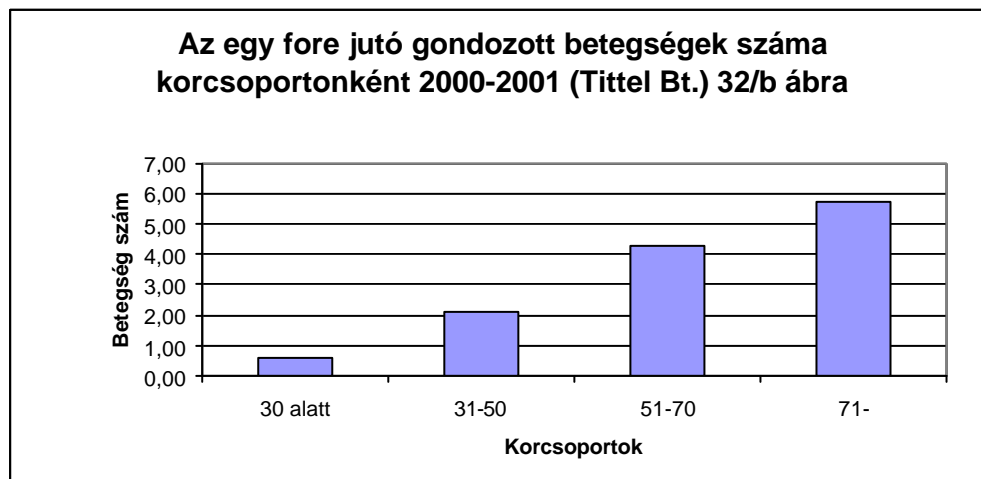
abban, hogy az idénre tervezett majd' teljes EKG-s lakosságszűrés ezt lényegileg nem fogja kedvezőtlen irányba mozdítani.

Az asztma esetében a csökkenés nem a betegek számának valós csökkenésének köszönhető, hanem a légzőszervi betegségek csoportjából való kiválasztásnak. Ugyanez vonatkozik az ISZB csoportra is, ha valaki összehasonlítja az 1999-es jelentésben szereplő 151-es gondozott betegszámmal, ami akkor az egyéb szívbetegségeket is tartalmazta.

A **32/a ábra** a lakosság és betegségek számát korcsoportonkénti bontásban jeleníti meg 2002 végén.



A **32/b ábra** az egy lakosra jutó betegségek számát jeleníti meg korcsoportonkénti bontásban.

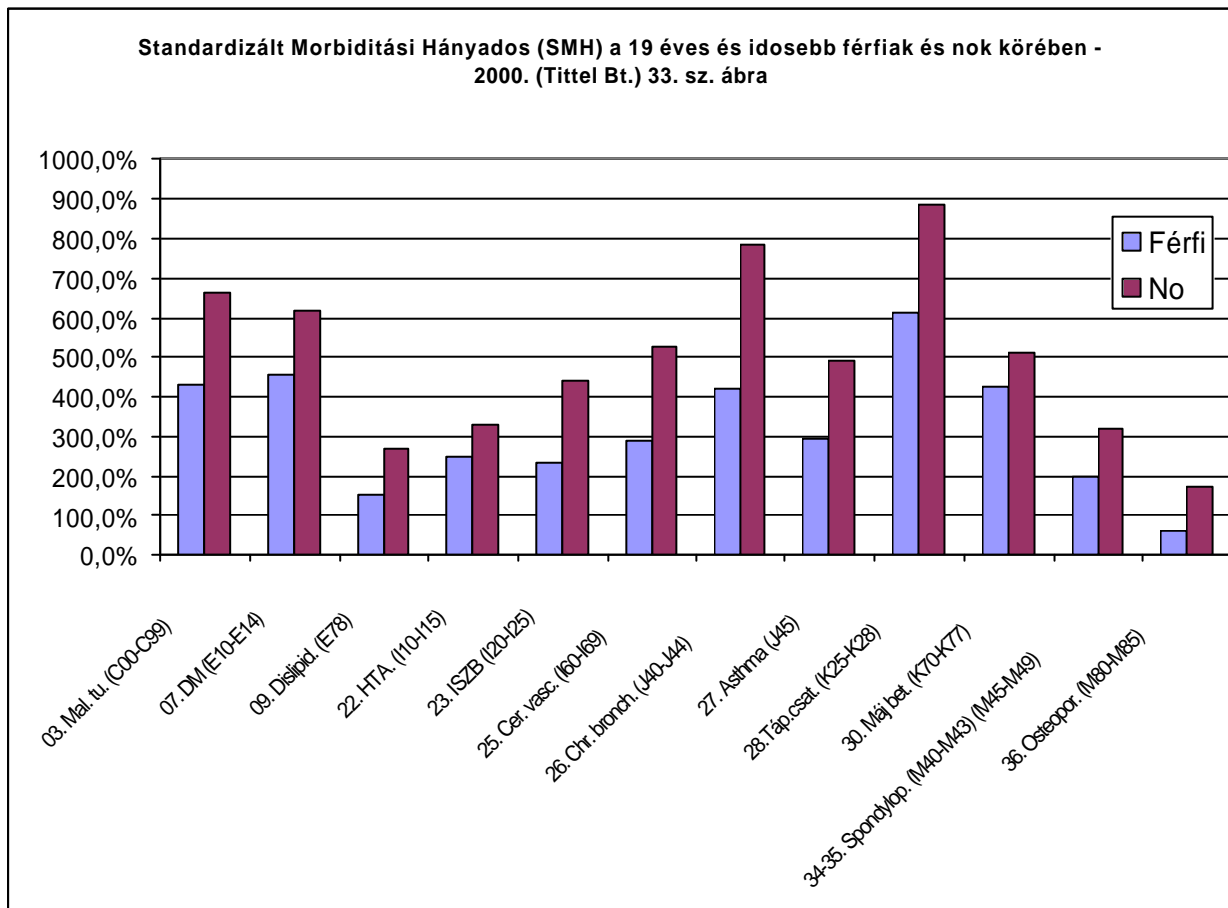


Összehasonlítva az 1999-es adatokkal megállapítható, hogy sajnos a 70 év fölötti korosztályon kívül, mind a három korcsoportban emelkedett az egy fore jutó gondozott betegségek száma.

MORBIDITÁS

Az ellátási kapacitások, a megelőző programok tervezéséhez szükséges a lakosság egészségi állapotának pontos megítélése, amelynek elengedhetetlen eleme a megbetegedési viszonyok pontos ismerete. Bár a morbiditási adatokat számtalan tényező torzíthatja az alapellátás szintjén is, az összes jelenlegi morbiditási adatgyűjtés közül legátfogóbb képet a megbetegedési viszonyokról a háziorvosi adatbázisokból származó adatok adhatják, adják.

Az egyes betegségeknél a megyei megbetegedési arány figyelembe vételével kerül meghatározásra a várható megbetegedés. A várható és tényleges megbetegedési hányados %-ban kerül kiszámításra, **és standardizált morbiditási hányadosnak** nevezik.



A standardizált morbiditási hányadost (SMH) egyes betegségcsoportokra vonatkozóan 2000. évre a **33. ábra** mutatja be: látható, hogy Vág, Páli és Rábasebes községekben a tényleges megbetegedések száma sokszorosán

meghaladja a várható megbetegedések számát a következő csoportokban:
Férfiak: emésztő rendszer 6-szorosan, diabetes mellitus 4.5-szörösen, rosszindulatú daganatok 4.3-szorosan, májbetegségek 4.2-szeresen, agyi-, asztmás-, magasvérnyomás-betegségeknel közel 3-szorosan, szív 2.3-szor. Nők: emésztő rendszer 8.8-szor, rosszindulatú daganat 6.6-szor, diabetes mellitus 6.1-szer, asztma-, máj-, agyi megbetegedések több mint 5-ször, szív 4. 4-szer.

Ezen szomorú tények okainak kiderítése mélyebb analízist tenne szükségessé megfelelő kuratív és preventív cselekvési programok kidolgozása végett.

HALÁLOZÁS

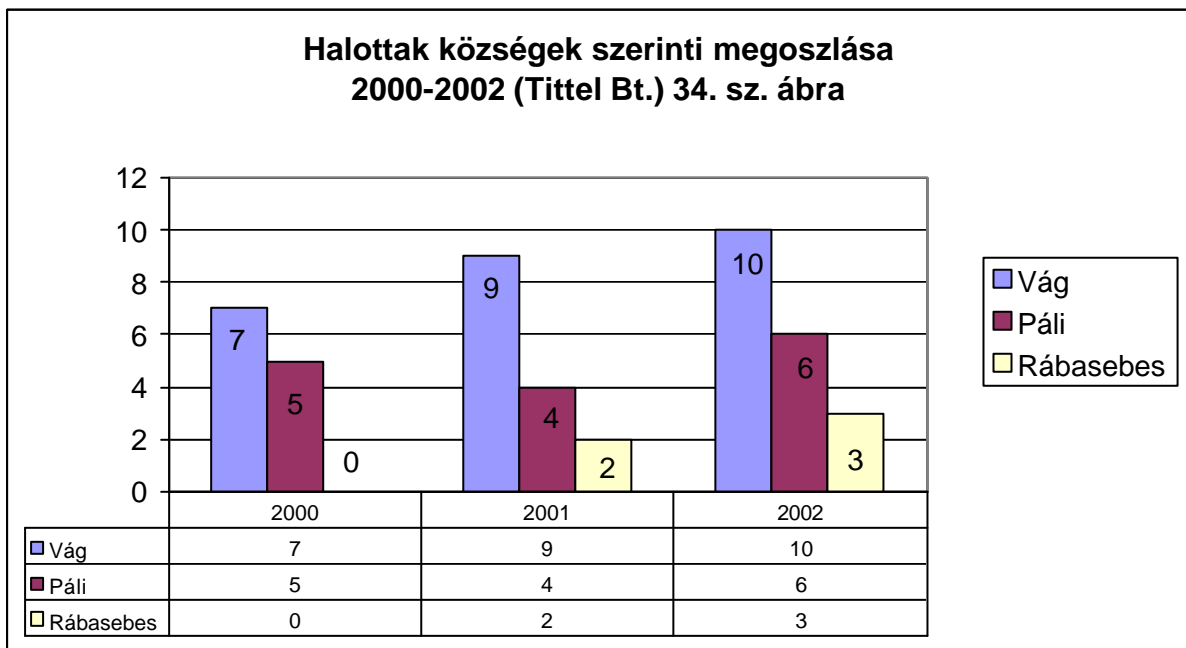
Gyor-Moson-Sopron megyében

A nem fertőző betegségek halálozása a 60-as évektől mutat kedvezőtlen tendenciát, ami az utóbbi évtizedben felerosódni látszik.

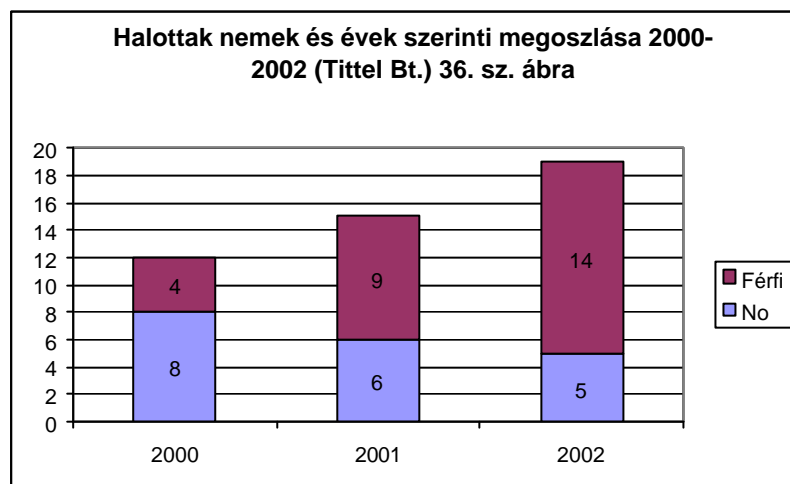
Gyor-Moson-Sopron megyében a **standardizált halálozási arány** (SHA) néhány tétele a következőképpen alakult az elmúlt évtizedben. Mind a nőknél, mind a férfiaknál emelkedett a tüdőrák, az alkoholos májbetegség okozta halálozás, kismértékű javulás mutatkozik az ISZB és agyér eredetű halálozás terén. Ez utóbbi a férfiaknál magasabb, mint az országos átlag.

Praxisunkban

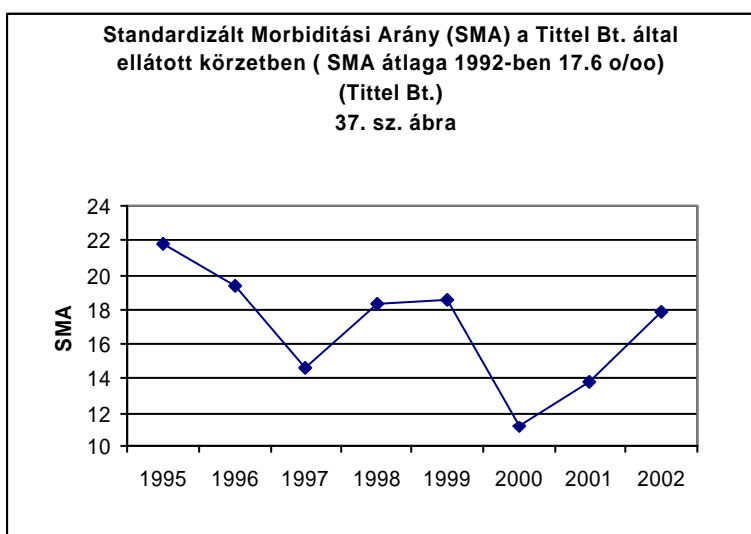
A három év alatti összes halálozás: 46 fő. A **34. ábra** a halottak számát ábrázolja községekként és éves bontásban.



Nemek szerinti bontásban a **35. ábra** mutatja. No :19, Ffi: 27, azaz 41.3% no, 58.6% férfi.



A **36. ábrából** megállapítható, hogy az elmúlt három évben nőtt a halálozási ráta általában, és ez a nők halálozási arányának fokozatos csökkenése mellett a férfiak csoportjában tapasztalható meredeken növekvő mortalitásnak tudható be.



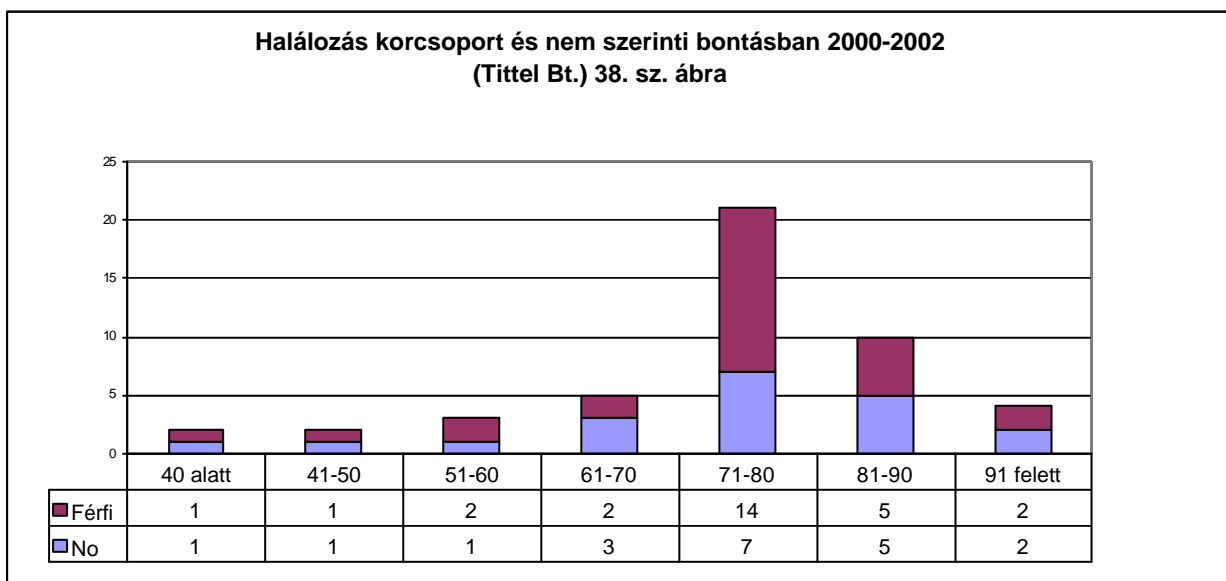
Beillesztve viszont az elmúlt nyolc év adatainak sorába megállapítható, hogy **az ezer főre számított halandóság az emelkedő tendencia ellenére is az elmúlt három évben volt a legalacsonyabb. (37. ábra).**

A megyei átlag: 12.6%0, a 999 fonél kevesebben lakott településeken 17.6%0.

A halál beálltának helye mind a két korcsoportban azonos volt: 16 no és 16 férfi halt meg kórházban, 6 no és 6 férfi otthon, ismeretlen a halál helye 2 esetben.

Korcsoport és nemek szerinti bontásban a **38. ábrán** látható, hogy:

- a halálozás fokozatos emelkedése mindkét nemnél az ötvenes évek elején kezdődik,
- hogy összességében a legmagasabb halandóság a 71-80-as korosztályban tapasztalható mind a nők, mind a férfiak esetében,
- hogy ez az a korosztály, amelyben a férfiak aránya épp kétszerese a nőkének, a többi korosztálytól eltérően, amelyekben azonos, vagy közel azonos a megoszlás,
- és, hogy utána meredeken csökken, a férfiak és nők közti különbség megszűnésével.

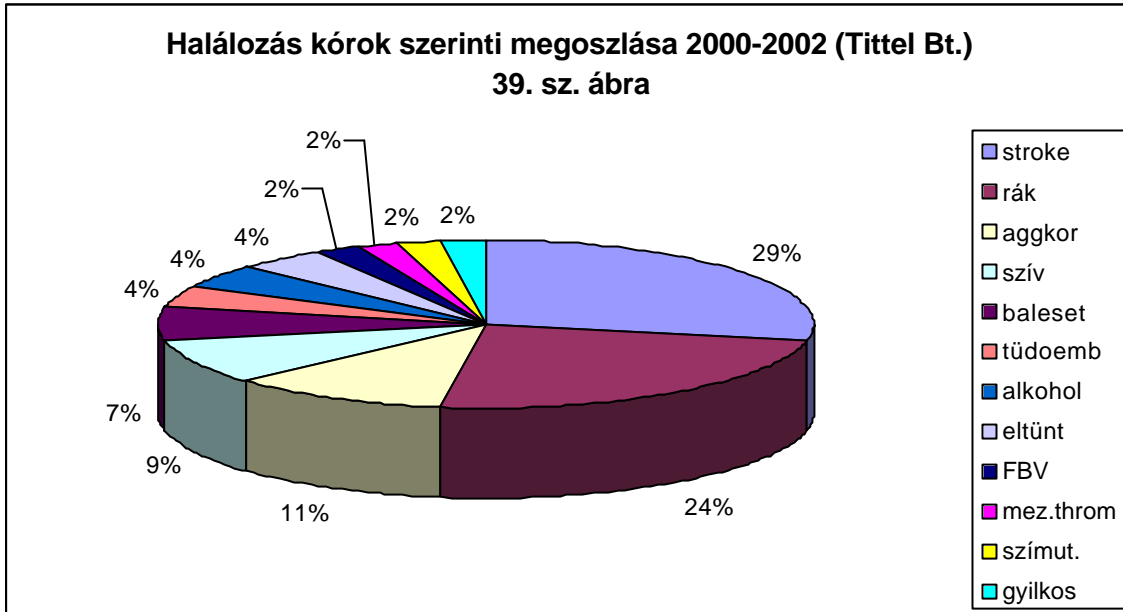


A vezető halálokok

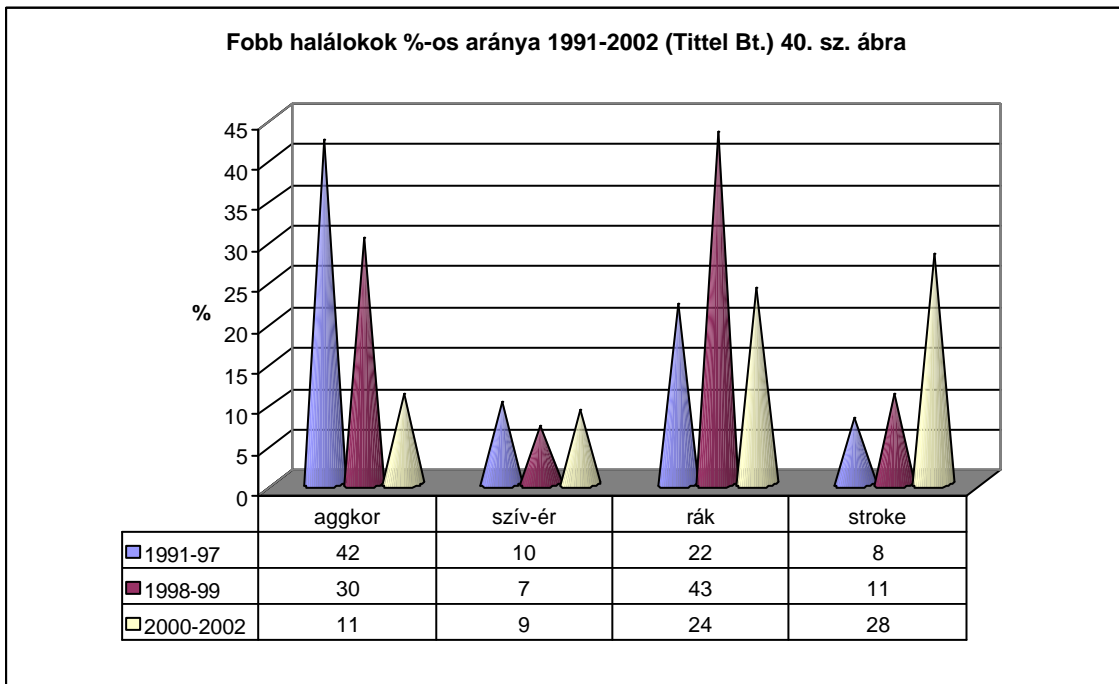
Az országos és megyei statisztikák szerint a következők: I. szív-koszorúér betegségek, II. stroke, III. daganatos betegségek, IV. balesetek.

Ezzel szemben praxisomban kórokok szerinti bontásban a halálozás okai - amelyet a következő **39. ábra** mutat be - a következők: I. Stroke (agyi infarktus, embólia, thrombózis, haemorrhagia, atrophia) és M. Parkinson: 13 fo, II. daganatos megbetegedések 11 fo, III. aggkor 5 fo, IV. szív és koszorúér 4 fo, V.

baleset és szövdményei 3 fo, **VI**: 2-2 fovel: tüdoembólia 2 fo, alkoholizmus és szövdményei 2 fo, eltűnt 2 fo, **VII**. 1-1 fovel: FBV 1 fo, mezent. thromb. 1fo, szívmutét közben 1 fo, gyilkosság áldozata 1fo.



Mint látható az utóbbi három évben a központi idegrendszeri megbetegedések léptek az első helyre, a második gyakoriságú a rák, a harmadik az elaggás és csak a negyedik halálok a szív és koszorúér megbetegedése.



Az országos és helyi adatok összehasonlításából kiderül, hogy nálunk a szív-és koszorúér megbetegedések által okozott halálozás, az országos első helyett, csak a negyediken van, a stroke viszont sajnálatosan az országos második helyett, az

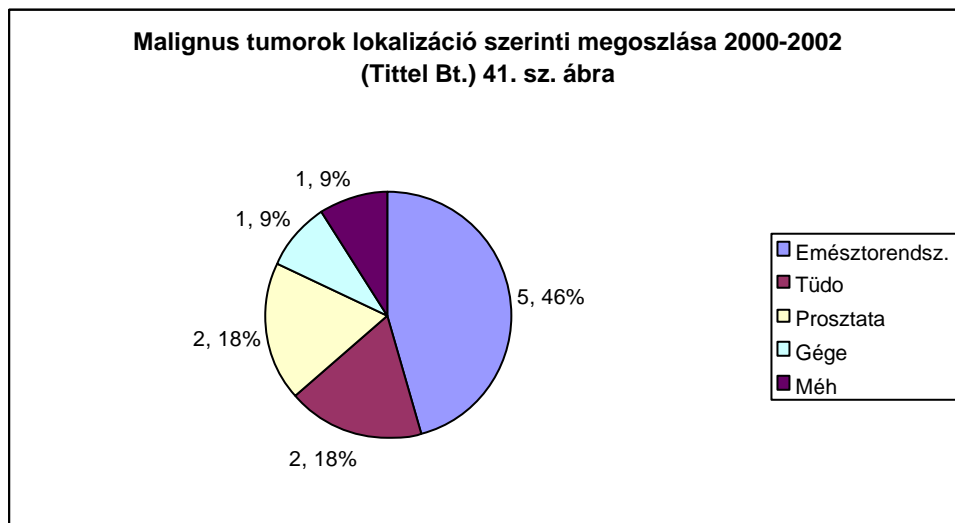
elso, a daganatos halálozás mindkét esetben a harmadik, s a baleseteket nálunk az aggkor a negyedikrol az ötödikre helyre nyomta le.

Saját 1998-99-es adatainkkal hasonlítva össze a 2000-2002-esekkel megállapíthatjuk, hogy örvendetes módon **a rákos halandóság 43%-ról 23.9%-ra csökkent, de sajnos az agyi katasztrófák 11%-ról 45.6%-ra emelkedtek.**

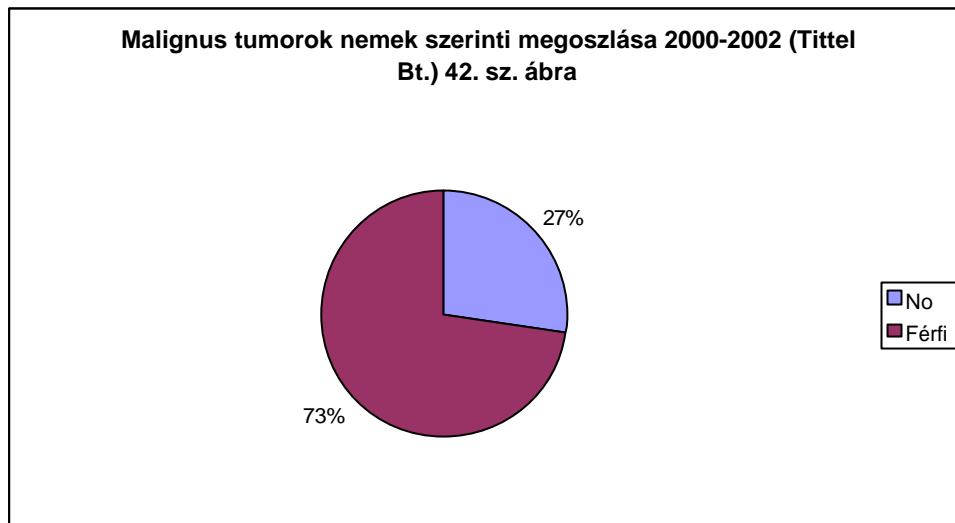
Az elmúlt tíz évet három korszakra osztva a négy első halálok százalékos megoszlását a **40. ábra** mutatja be. Két haláloknál látható határozott tendencia: az elaggás miatti halálozás csökken, a stroke miatti halálozás emelkedik.

Rákos halálozás

A malignus tumorokat szervenkénti bontásban a következő ábrán láthatjuk: emésztorendszeri 5 (45.45%), tüdő 2 (18.18%), prosztata 2 (18.18%), gége 1 (9.09%), nőgyógyászati 1 (9.09%). **(41. ábra)**



Nemek szerinti bontásban: 3 fo no (27.3%), 8 fo férfi (72.7%) **(42. ábra)** Az 5 fo emésztorendszeribol 3 férfi, mindkét tüdörákos és mindkét prosztatatarákos férfi, a gégerákos szintén férfi.



A rákos halálozás a 41-50 éves korosztályban kezdodik (1 ffi-cc. ventriculi), az 51-60-as korosztályban 1 ffi-cc. pulm. és 1 no cc. recti), a 61-70-es korosztályban 2 no-cc. ventriculi, a 71-80-as korosztályban 3 ffi- egy cc. ventriculi, két cc. pulmonum, a 81-90-es korosztályban 3 ffi –egy cc. recti, két cc prostatae.

Tehát 40 év alatt és 90 év felett nem volt rákos halálozás ebben a periódusban, a 40-esben 1, az 50-es és 60-asban 2-2, a 70-es és 80-as korosztályban 3-3 rákos elhalálozás volt.

Szív és érrendszeri halálozás

A két infarktus az 50 és 60-as korcsoportban volt, az agyi infarktusokból 1 a 60-as- 7 a 70-es- 3 a 80-as korcsoportban történt. Az összes többi betegség miatti halálozás a 70-80-90-es kórcsoportban található.

Kétségtelen, ha összesítjük a keringési rendszer betegségeit, függetlenül az érintett szervtől a vezető halálokok részesedését illetően az általános halálozásból csökkenő sorrendben a következő eredményre jutunk: Keringési rendszer (21 fo - 45.6%, daganat 11 fo - 23.9%, elaggás 5 fo - 10.8%, külső ok 4 fo - 8.7%, egyéb 4 fo - 8.7%, emésztő rendszeri 1 fo - 2.1%. Ezek a sorrendet illetően hasonlóak az országos adatokhoz, némi mennyiségi eltéréssel. Nálunk például alacsonyabb az emésztő rendszeri, a külső okból bekövetkezett és a légzőszervi-, de magasabb a daganatos halálozás.

Ido elotti halálozás

Ez alatt a betegségek azon szűkebb csoportját értjük, amelynek időben történő és megfelelő egészségügyi ellátásával bizonyos életszakaszokon a halálozások túlnyomó része kivédhető. Ide tartoznak az EuK országainak mai felfogása szerint a következők: TBC, a méhnyak és méhtest rosszindulatú daganata, Hodgkin kór, cukorbetegség, krónikus rheumás szívbetegségek, magasvérnyomás betegség, agyérrendszeri betegségek, heveny légúti fertőzések, tüdőgyulladás, asztma, idült hörghurut, vakbélgyulladás, hasüregi sérv.

Nálunk sajnos az utóbbi három évben ez a mutató 2-3-szorosa a fejlett országokban tapasztalhatónak. A 64 év alatti mindkét nemben a magasvérnyomás, agyérbetegség vezet a ranglistán (82%). Ezt követik a férfiaknál a krónikus légúti megbetegedések (10.6%) és a cukorbetegség (4%), a nőknél a cukorbetegség (9.7%) és légúti megbetegedések (5%).

Területünkön a fentiek közül nem volt tbc, Hodgkin-kór, cukorbetegség, rheumás szívbetegség, asztma, vakbélgyulladás, hasüregi sérv miatti elkerülhető halálozás, de volt agyérrendszeri megbetegedés, tüdőgyulladás és alább felsorolt nyolc egyéb ok miatti, nemcsak idő előtti de elkerülhető halálozás is.

Elkerülhető lett volna az idő előtti halálozás hat férfi és két nő esetében. (A férfiaknál: 1 esetben alkoholos állapotban történt elesés következtébeni agyvérzés-M.L., 1 esetben nem abszolút indikáció alapján végzett szívmutét közbeni elhalálozás-G.J., 1 esetben hetekig hanyagolt és már beolvadt tájogosodott tüdőgyulladás nem kezelt cukorbetegnél-K.I., 1 esetben előzményben többszöri inf.myc. és hetekig tartó aethylabusus által kiváltott reinfarktus-O.L, 1 esetben mutét utáni anticoaguláció önkényes elhagyása-M.E, 1 esetben családi környezete által nem megfelelően kezelt depresszió talaján kialakult suicidium-D.T. A nőknél: 1 fő súlyos elmebeteg kórházból történt megszökése után eltűnt-D.I.-né , 1 fő doppingszer túlfogyasztás miatt kialakult akut pszichotikus állapotban elkövetett gyilkosság áldozata lett-R.T.-né, és 1 fő kórházban nem diagnosztizált mezenterialis thrombózis következtében exitált D.E.-né)

GYÓGYSZERES KEZELÉS

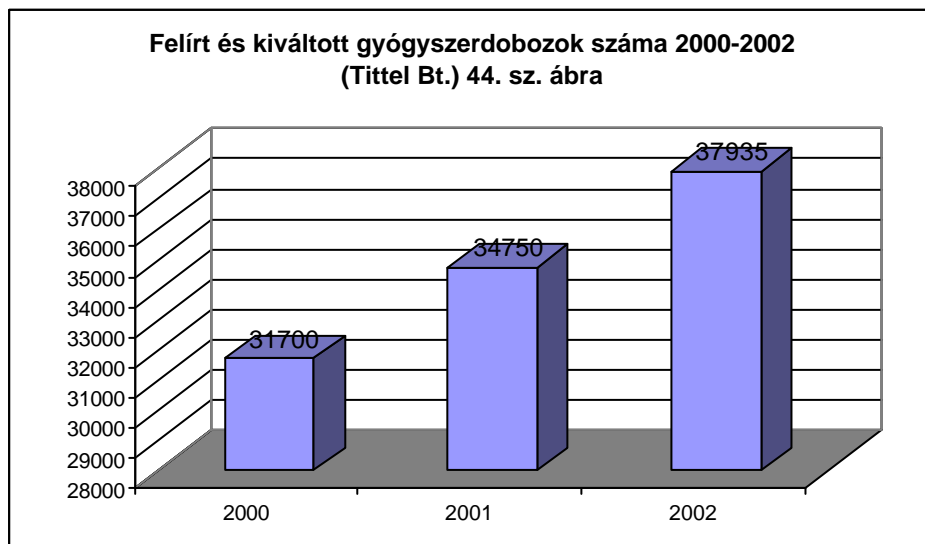
Gyógyszervászték

A vizsgált periódusban tovább növekedett az előző évekhez viszonyítva a kézipatika gyógyszervásztéka 2000-ben 857, 2001-ben 974 és 2002-ben 947 **(43. ábra)**



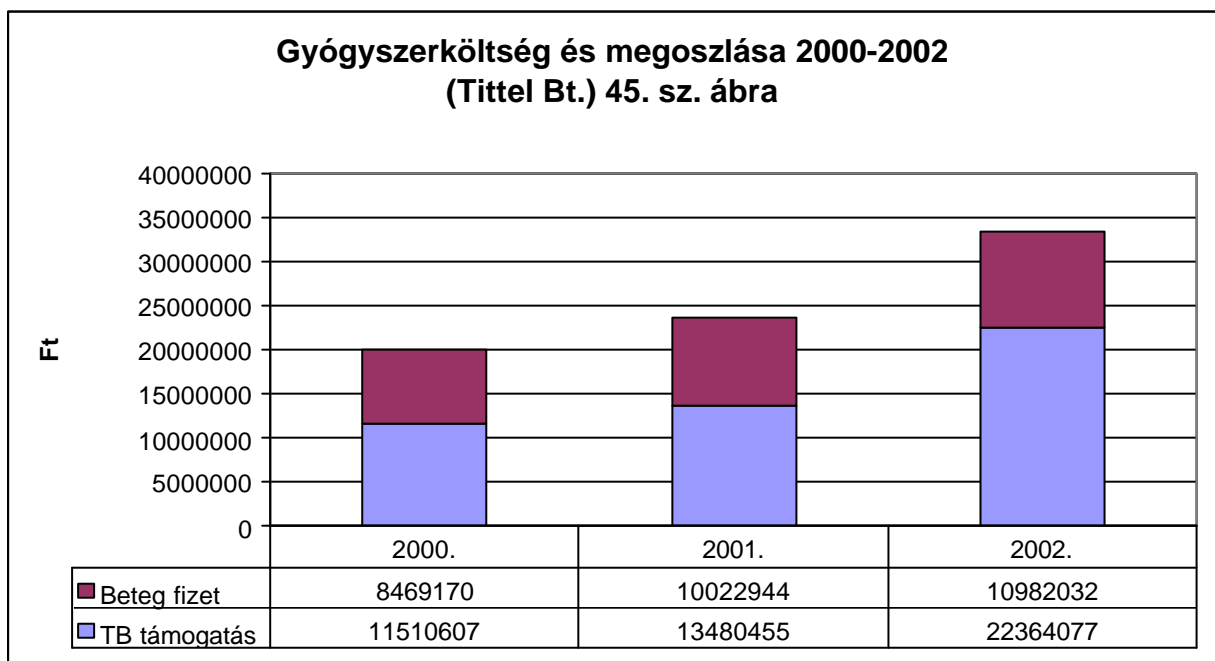
Gyógyszerfogyasztás

A felírt és kiváltott gyógyszerek dobozszáma is évről évre emelkedik. 2000-ben 31.400, 2001-ben 34.750, 2002-ben 37935 **(44. ábra)**



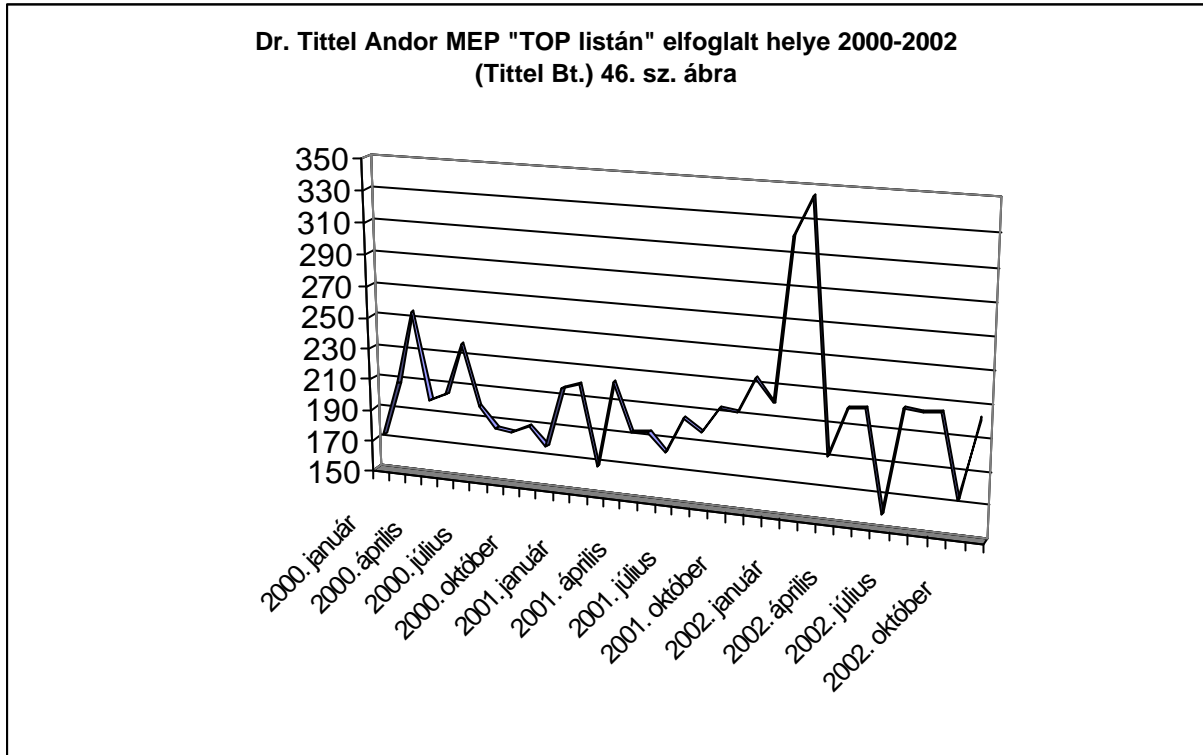
Gyógyszerköltség

A felírt és kiváltott gyógyszerek fogyasztási ára: 2000-ben 19.979777 Ft, a TB támogatás ebből 11.510607 Ft, tehát a betegek 8.469170 Ft-ot fizettek. 2001-ben a fogyasztási ár 23.503.399 Ft, ebből a TB támogatás 13.480.455 Ft, tehát a betegek 10.022.944 Ft fizettek ki. 2002-ben a gyógyszerek fogyasztási ára 33.046.109 Ft, ebből a TB támogatás 22.364.077 Ft, tehát a betegek 10.982.032 Ft fizettek ki. **(45. ábra)**. Látható, hogy mind a három érték emelkedik, s a fogyasztási ár emelkedését nagyobb mértékben vállalta át 2002-ben a TB, és kisebb mértékben a beteg.

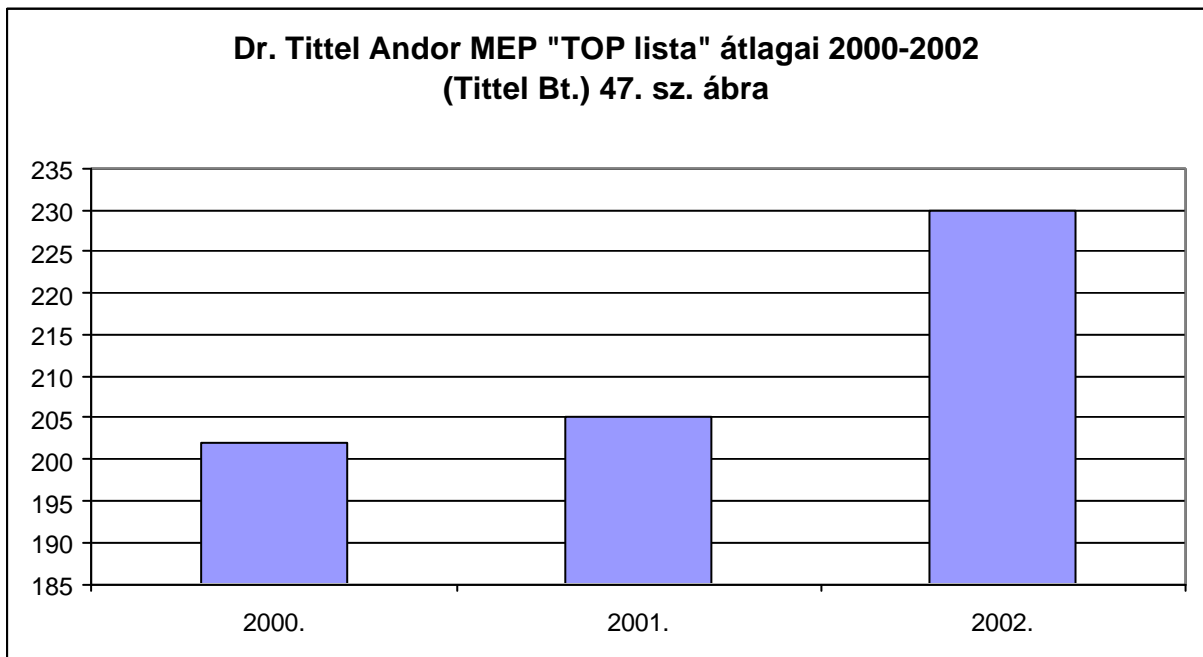


TOP lista

Ezen lista a Győr-Moson-Sopron Megye Egészségbiztosítási Pénztára által havonta kiadott vényírásra jogosult orvosok két paraméter szerinti minosítése. A két paraméter a következő: a megye gyógyszertáraitban beváltott vények alapján kifizetett TB támogatás, és az ebből közgyógy. jogcímre kifizetett összeg. A listán minél nagyobb a sorszámunk, annál jobb a minosítésünk, mivel a TB által kifizetett támogatás egyre csökken.



A **46. ábra** mutatja, hogy Dr. Tittel Andor az elmúlt három évben lényegében a 200-ik sorszám körül helyezkedik el, ami a középmezonyt jelenti. A három év átlagából láthatjuk, **hogy fokozatosan egyre jobb a helyezésem** (2000-ben 202-ik, 2001-ben 205-ik, 2002-ben 230-ik). (**47. ábra**)

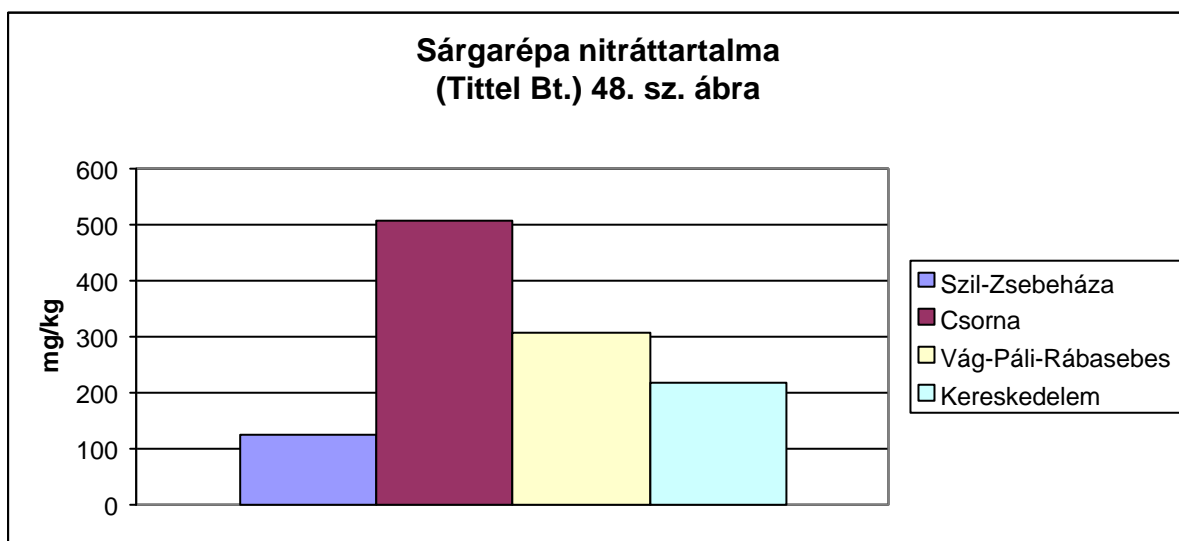


Költséghatékonyság

2001 október és 2002 július közötti periódusban a költség/fejkvóta %-os arányt illetően a 130%-al második helyen álltunk.

KÖRNYEZETI ÁRTALOM

2001-ben elvégeztük a vági, páli-i és rábasebesi háztáji gazdaságokban termesztett élelmiszerek (zöldségek) vegyi szennyezettségének vizsgálatát és összehasonlítottuk a kereskedelemben (áruházakban) megvásárolható, és a Csornán, Szilban, Zsebeházán termesztett minták eredményeivel. Várakozásunkkal ellentétben megállapítottuk, hogy sajnos csak a Csornán termesztett zöldségek nitráttartalma magasabb a Vágon, Páliban és Rábasebesen termesztetteknél. Mind a szili és zsebeházi, de a kereskedelemben vásárolt összes minta is jobb eredményt mutatott. **(48. ábra)**



A veszélyes hulladék gyűjtése általunk, megsemmisítése jogszabályszerűen a Wolf Kft.-vel kötött szerződés alapján általuk történik.

ISKOLA ORVOSI TEVÉKENYSÉG

E tevékenységet a két védőnővel együtt végezzük a hatályos jogszabályok szerint. A kötelező jelentéseket időben elkészítjük és továbbítjuk az illetékes hatóságnak.

Néhány részfeladat elvégzése a két intézmény közti hosszú évekre visszatekinto, szinte tradicionálisnak mondható kommunikációs zavar miatt ez utóbbi három évben is elmaradt.

K A P C S O L A T O K

Kapcsolat a csornai Margit Kórházzal

Az utóbbi három évben az IBM-nek köszönhetően napi és ráadásul kreatív kapcsolatban állunk. Az előbbi beszámolómban felsorolt negatívumokat majd' mind felszámoltuk, de továbbra sem sikerült a kardiológiai szakrendelést eljegyzés nélkül hozzáférhetővé tenni betegeink számára. Sőt azóta sajnos más szakrendelők (urológia, szemészet, gégszét, neurológia) is áttértek az eljegyzéses rendszerre, amely kiterjesztette az ellátás hozzáférhetőségének megnehezítését. Sőt! A betegek számára már a telefonos eljegyzés megkérése is körülményes, olyannyira, hogy többen inkább a beutazást választják, de leginkább mi vállaljuk át ezt is.

Kapcsolat az Önkormányzatokkal

Összességében jónak mondható. Sajnos elsősorban a Rábasebesi-, de részben a Páli-i Önkormányzati Képviselő Testület is nem éppen haladó hagyományokat ápolva, az egészségügyet, mint önkormányzati feladatot ellátó szolgáltató intézményt, az iskolától eltérően most is „idegennek” tekinti, ha fejlesztésről van szó, holott ha jól meggondoljuk, az egészségügy nem néhány tíz gyereket lát el, hanem több mint ezer állampolgárt, évi 10000 alkalommal.

Ennek a mentalitásnak köszönhetően

- a Vági Önkormányzat kellett átvállalja az elmúlt három évben is a számítógépek cseréje alkalmával a Rábasebesre eső rész 2/3-ának megfizetését,
- a rábasebesi rendelő nem felel meg a hatályos jogszabályok által előírt követelményeknek,
- a páli-i váróterem télvíz idején olyan hideg, mint egy verem, és

- a rendelo bár a négyzetméterert illetoen megfelel az eloírásnak mégis annyira zsúfolt, hogy a rendelés normális menetét akadályozza, ha csak egy fizikai vagy kiegészítő vizsgálatot is (EKG, labor, végeznünk kell, márpedig a szurés és gondozás elsosorban ezekbol áll,
- a szerelvények egy része nem felel meg a jogszabályi követelményeknek.

Mindez Páliban megoldható lett volna az ANTSZ által eloírt néhány évvel ezelotti „felújítás” során, de sajnos meg sem kérdeztek...

Kapcsolat a MEP-ei

Az elmúlt három évet a stabilitás, a problémáktól mentes korrekt együttműködés jellemezte. Sajnos a táppénzeseket felülvizsgáló foorvos felmenteset kellett kezdeményezzük 2002-ben, amelynek a MEP azonnali hatállyal eleget is tett. 2003 februárjától Dr. Gunther Tamás személyében új foorvos látja el ezt a feladatot.

Kapcsolat az ANTSZ-ei

A városi tisztifoorvos-váltás 2000-ben megtörtént, s az azt megelőző évekhez hasonlóan kapcsolatunk továbbra is jónak, talán jobbnak is értékelhető.

Kapcsolat a kollégákkal

Sajnos az utóbbi három év sem hozott áttörést ezen a téren. Sot!

Kapcsolat az informatikusokkal

Az IBM-ben együtt kellene, dolgozzunk. Sajnos számos szubjektív és objektív tényező akadályozza az optimális együttműködést, így az analitikai eredményeink is alulmarnak az elvárhatótól.

A MedFour Kft. a vállalt kötelezettségeinek csak részben tett eleget, így sem a kórházi intranet, sem a vidéki számítógépek központi szerverrel történő összekötése Interneten keresztül a mai napig csak bizonyos helyeken és csak részben működőképes. Ez számunkra lehetetlenné teszi a központi adatbázisba való belépést, leletlekérést, a betegek osztályos követését számítógépen keresztül stb. Mindezek olyan tervezett fejlesztések voltak, amelyeket mindnyájan vállaltunk és nem kis anyagi áldozattal az infrastrukturális feltételeit meg is teremtettük. Az

utóbbi hetekben kedvező változás eljelleit érzem a megbízó OEP elvárásainak megfelelni akarást illetően mindkét érintett, a MedFour Kft., és az Infomix Kft. részéről is. Talán egyszer ránk, a perifériára is sor kerül...

DÉL-RÁBAKÖZI ÜGYELET/VÁLTOZÓ TELEPHELYU ÖSSZEVONT KÉSZENLÉT

A területen lakó 7430 fő számára biztosítottuk a hétvégeken, munkaszüneti-és ünnepnapokon a folyamatos betegellátást. Az igénybevétel az ezt megelőző három éves ciklushoz képest, amikor az 1997-es évi 566-ról fokozatosan emelkedett 2000-ig, most az évi 750 körül stabilizálódni látszik.

- 2000-ben az ellátottak száma 732. Ebből hívás 681 volt, megjelent 51 fő. Kórházba utaltunk 84 beteget.
- 2001 folyamán az ellátottak száma 773 volt. Ebből megjelent 106, a hívások száma 667 volt.
- 2002-ben a készenlétet összesen 750 alkalommal vették igénybe. Csak 47 alkalommal, az összes igénybevétel 6.26%-ban jelentek meg a rendeloban, a többi 93.7% hívás volt. Kórházba utaltuk az ellátottak 17.86%-át, azaz 134 beteget. Tíz alkalommal végeztünk halottkémlést.

2003 júliusától ez az ellátási forma megszűnik. Az új most van szerveződésben, de hogy a több lehetőség közül melyik lesz a megszervezett, még nem tudjuk.

Egy biztosan állítható: annak ellenére, hogy a politikai hatalom a jelenlegi ellátási formát már nem tartja korszerűnek, mégis az élet ezt bizonyította, hogy a lakosság elégedett volt vele. Az elmúlt évek során semmilyen panasz nem érkezett sem a betegek, sem a szakma, sem a hatóságok, csak az ebben résztvevő kollégák részéről a helyhezköttöttséget és a túlterheltséget illetően, mely utóbbi elsősorban a lakosság kulturálatlanságából fakadó ügyeletet nem rendeltetésszerűen történő használatából adódott. **A csornai kórházra szervezett központi ügyelet** bármennyire is korszerű legyen nevének és tartalmát illetően, az átlag 8-10 km-ről 25 km-re megnövekedett és 15 perc alatt lefutandó távolság miatt lassítani fogja a helyszínrejutást és így a beteg ellátását, de ennek ellenére mindnyájan el kell, fogadjuk, tekintettel arra, hogy mégis több érv szól mellette, mint ellene.

Az ezzel kapcsolatos kötelezően megoldandó feladatok közé tartozik többek között az orvos ügyeleti szolgálata törvény által meghatározott maximális időtartamának betartása, valamint az ügyeletet követő kötelező pihenési idő biztosítása munkanapokon is.

KÖVETKEZTETÉSEK

- A demográfiai adatok továbbra is kedvezőtlenül alakulnak, mivel a halálozás és elvándorlás száma meghaladja a születések és bevándorlások számát.
- A Standardizált Morbiditási Hányados több mint tíz betegségben többszöröse a megyei és országos adatnak. Mélyebb analízist igényelne.
- A Standardizált Mortalitási Arány tekintetében az országotól eltérően nálunk a stroke áll az első helyen a szív és koszorúér megbetegedések helyett, a második a rák, a harmadik az elaggás, és csak negyedik a szív és koszorúér betegségek általi halálozás.
- Az elmúlt három évben a halálozási ráta a megyei kistérségek átlaga alatt maradt, annak ellenére, hogy enyhe emelkedő tendenciát mutat.
- A rákos halálozás lényegesen csökkent de határozott és szemnyilvános növekedési tendenciát mutat a stroke miatt.
- A betegforgalom nem változott.
- Az egy főre jutó orvos-betegtalálkozások száma 2-3-szorosa az Egyesült Királyság egyik reprezentatív praxisában kimutatottnak.
- Az alapellátás igénybevétele legalacsonyabb a 21-25 éves, legmagasabb a 76-80-as korcsoportban.
- Az ellátás minőségének javulásának egyik tényezője (intenzív gondozás), valamint a lakosság egészségügyi kultúrája egy szegmensének pozitív változása következtében a rendelés igénybevételének változatlanlansága mellett, tovább csökkent a sürgős házi hívások száma.
- Szakorvosi véleményt mi 2002-ben az összes eset 4.4%-nál kértünk (444 esetben).
- Az összes ellátott 2.19%-a (220 fő) került kórházba.

- Feltárandó annak az oka is, hogy éves szinten a járóbeteg szakellátáson ellátottak száma 4000 körüli (pl. 3936 fő 2001 október és 2002. július között), ami számításom szerint többszöröse az általam beutaltaknak. A házi orvos ebben az esetben, ha beutaló nélkül is fogadják a beteget és ekkora mennyiségben a tőle elvárt „kapuor” szerepét betölteni nem tudja.
- A kórházi beutalások 65%-át a házi orvos végezte.
- Csak a progresszív betegellátás követelményeinek következtében kerültek magasabb ellátási szintre betegeink.
- A kórházi ápolások monitoringja 2002-ben elkezdődött, amelynek részletes elemzését még az idén bemutatom.
- A szurést illetően mind az elvégzett szurések, mind a kiszurt esetek számát illetően az első helyen állunk a térségben.
- Tovább nőtt az egy lakosra- és az egy betegre jutó gondozott betegségek száma is. A gondozás ma már nálunk is, mint a terület minden házi orvosánál egységes protokollok szerint történik.
- A gyógyszerfogyasztás emelkedése mérsékeltebb volt körzetünkben, mint a megyében általában.
- A háztáji gazdaságok ismeretek hiányából eredő műtrágyázási szokásai, a háztartásokban használatos zöldségek nitrát szennyezettségét nagyon kedvezőtlen mértékben befolyásolják, amely elsősorban a csecsemőkre és gyerekekre jelent veszélyt.
- A készenléti rendszer a Dél-Rábaközben jól működött, ennek ellenére törvény kötelez annak idei átszervezésre.
- A szolgálatunk munkájával való lakossági megelégedettség kérdőív felmérése alapján: 71% kiváló, 24% jó, 5% közepes.
- Az IBM tapasztalait a vonatkozó előbbi fejezetben olvashatjuk (18., 19. oldal).

ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLATOK

Az egy évtizedes hasonló alkalmakkor megfogalmazott javaslataim fogadtatását illető kedvezőtlen tapasztalataim miatt mindkét megrendelő szíves elnézését kérve e két fejezet megírásától ezúttal eltekintek.

I R O D A L O M

1. Dr.Garay Erzsébet: Minoségbiztosítás az alapellátásban
2. Dr.Matejka Zsuzsanna: A Misszió és a házi orvosok együttműködése
3. MedFour Kft.: Kiegészítés a 2001. június 26-án készített anyaghoz
4. Útmutató az IBM 2001-2002 évi szervezésére kötött finanszírozási szerződéshez
5. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program, 1-13. Alapprogram
6. Dr. Bazsika Erzsébet, Hamburger István: Az 1999-2000-es házi orvosi morbiditási adatok összefoglalása, ÁNTSZ Megyei Intézete, 2001. december
7. Donkáné Verebes Éva, Dózsa Csaba: Az irányított betegellátás modellkísérlet kezdeti tapasztalatai és a továbblépés lehetősége
8. Győr-Moson-Sopron Megye egészségképe 1991-1996, ÁNTSZ Megyei Intézete
9. Győr-Moson-Sopron Megye egészségvédelmi terve 2000-ig I-II kötet, ÁNTSZ Megyei Intézete
10. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010, EüM 2001 július
11. Magyarország lakosságának egészségi állapota, okok, befolyásoló tényezők-1999, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2001.
12. Dr. Göncz Kinga: Méltányosság az egészségügyben c. konferencia, ELTE BTK Szociológiai és Szociálpolitikai Int. Egészséggazdaságtani Központ, 2002.11.09.
13. 1997.évi CLIV törvény az egészségügyről
14. 1997.évi XLVII törvény az. egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
15. Az orvosi ügyelet szabályzata
16. Az ügyeleti tevékenység munkautasítása

- 17.Dr. Farsang Csaba: A koszorúér-betegség mortalitásának csökkenése a Népegészségügyi Programban, OTSZ, IX. évf., 3.szám, 12.old., 2002 április
- 18.Dr.Tittel Andor: Beszámoló a Tittel Bt. tevékenységéről 19991-1997
- 19.Dr.Tittel Andor: Beszámoló a Tittel Bt. tevékenységéről 1998-1999
- 20.Dr.Tittel Andor: IBM/2002. IV.negyedévi prevenciós tevékenység elemzése, 2003.január
- 21.Dr.Tittel Andor: IBM/ Beszámoló a 2002 III.negyedévi tevékenységről, 2002 október
- 22.Dr.Tittel Andor: IBM/2002 második negyedéves jelentés, 2002 július
- 23.Dr.Tittel Andor: IBM/ Minőségbiztosítási Protokoll a Tittel Bt. háziorvosi szolgálat részére,2002
- 24.Dr.Tittel Andor: IBM/2002. I. negyedéves jelentés,2002 április
- 25.Dr.Tittel Andor: IBM/ Prevenciós terv 2002 évre, 2002 február
- 26.Dr.Tittel Andor: IBM/Gondolatok 1 -13, 2000-2001

VÁG, 2003. február

