

TANULMÁNY

A
TITTEL BT.
2003-BAN VÉGZETT TEVÉKENYSÉGÉROL
(PRAXISÁTVILÁGÍTÁS)

KÉSZÍTETTE:
DR. TITTEL ANDOR

2004. SZEPTEMBER 20.

Bevezeto

A tevékenység jellegéből adódóan egyes témák, részek esetében egy év adatait kiragadva és ezeket önállóan „értékelve” konklúziókat nem, vagy csak többé-kevésbé torzítottakat vonhatnánk le. Ezért hosszabb-rövidebb periódus adatait átfogva próbáljuk a tendenciákat érzékletesebbé tenni és ezáltal az objektív valóságot talán jobban megközelíteni.

I. fejezet

Demográfiai adatok, a természetes népessémozgás arányszámai

A községek lakóinak száma 2003 végén: Összes lakos: 1130. vági: 592-, páli: 427-, rábasebesi: 111 fo.

Az **1. ábra** a települések lakóinak számát, valamint a praxislétszám alakulását ábrázolja az eltelt nyolc évben.

Házasságkötések

Vágon 2, Páliiban 1, Rábasebesen 0, azaz összesen 3 (2,29‰). Mivel az országos átlag 3,3‰, a megyei 4,91‰, a mi adataink sajnos ezek alatt vannak.

Válás

Nem volt.

Szaporulat összesen: 21 fo

Ebbol:

Élveszületés

3 fo. Mindhárom fiú és mindhárom vági. Az elmúlt három évben bár alacsony szinten, de emelkedett ez a szám, az idén pedig a 2002-es képest 50%-al csökkent, 2.29‰-re. A megyei átlag 9.17‰, az országos 9.6‰.

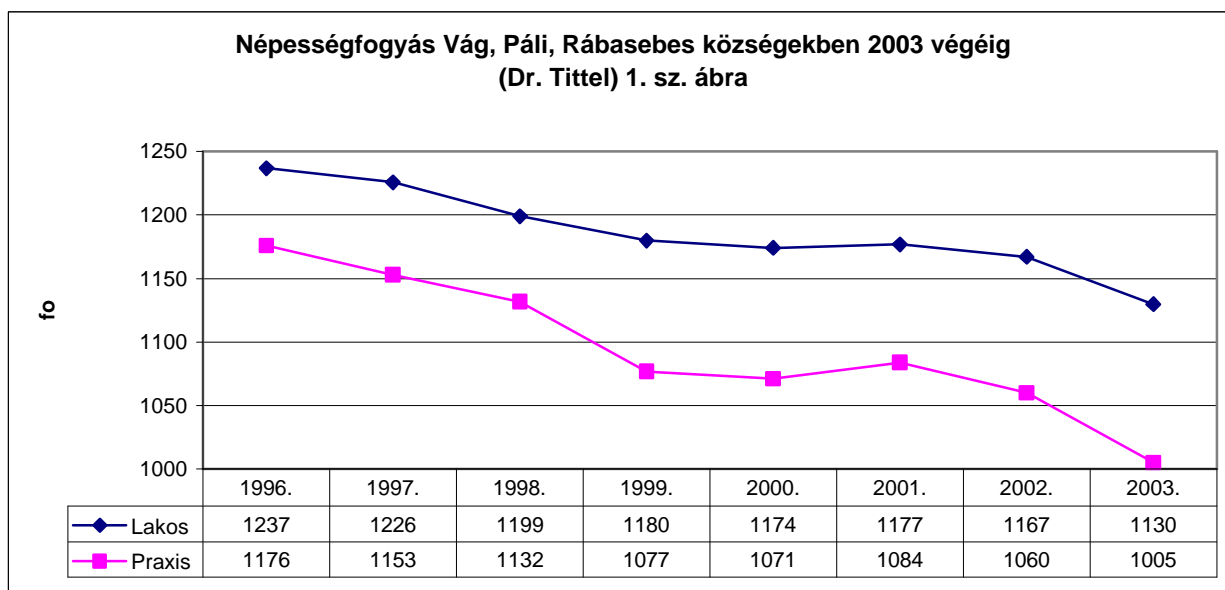
Beköltözések:

18 fo. Ebbol valós 7 fo, és átmeneti 11 gyerek, akiket a GYIVI nevelő szülőkhöz telepített örökbefogadásukig. Az elmúlt négy évben a beköltözések számának (2000-ben 24 fo, 2001-ben 39 fo, 2002-ben 24 fo) csökkeno tendenciája és ebben az évben a legalacsonyabb szintre süllyedése látható.

Népességfogyás

Összesen: 84 fo

1985 óta Győr-Moson-Sopron megyében a népességfogyás lassú ütemű növekedés tapasztalható a századfordulóig (1994-ben 2‰, 1995-ben 2.2‰, 1996-97-ben 3‰, 1998-ban 3.7‰.), miután megtorpanni látszik, ill. enyhe csökkenés is mutatkozik (2002-ben 2.7‰).



A népességfogyás ok szerinti összetétele

Elköltözött

44 fő, az összes fogyás 52,4%-a (21 nő, 19 férfi), a praxislétszám 4,35%-a. Ez 2001 óta évente szinte megduplázódik (12, 25, 44 fő).

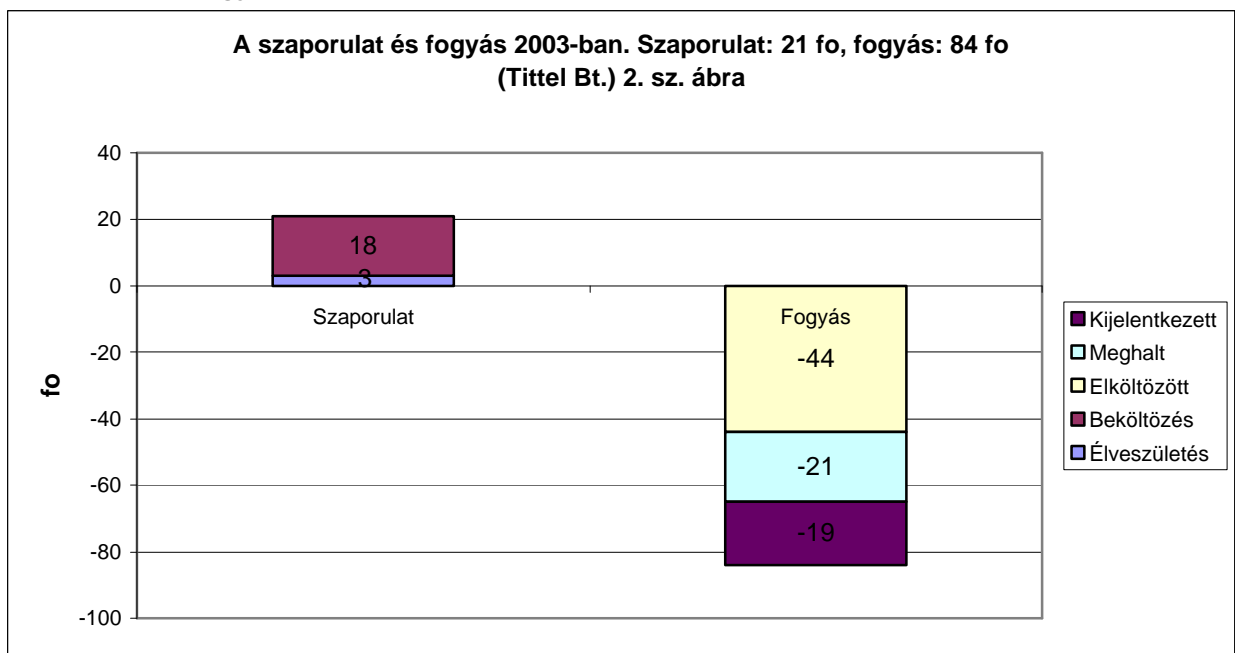
Kijelentkezett átjelentkezésse

19 fő, az összes fogyás 22,6%-a (11 nő, 8 férfi), a praxislétszám 1,87%-a. Ez a szám megegyezik az utóbbi hét év összesével. Oka a szomszéd község házi orvosának Vágra telepedése, magatartása, ennek összes következményével.... A szám egyébként nagyságrendileg nem magas csak itt szokatlan, mivel az országban általános és jellemző, sőt egyes közlemények szerint „egészségesnek, kedvezőnek” minősített az évi 3-5%-os ki/be/átjelentkezés.

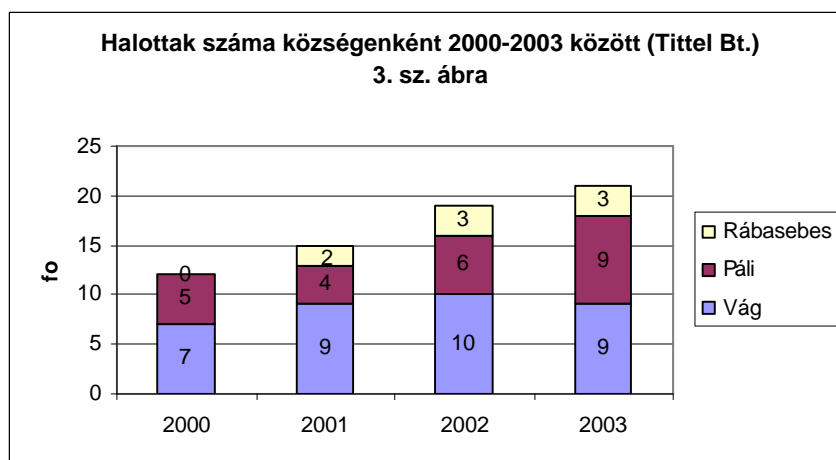
Meghalt

21 fő, az összes fogyás 26,0%-a, a praxislétszám 2,07%-a.

A szaporulat és fogyás összetételét a 2. ábra szemlélteti.



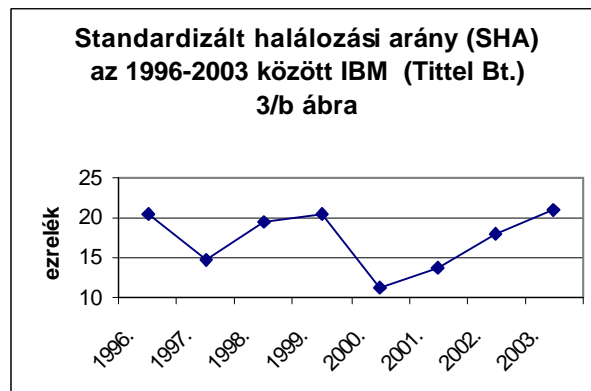
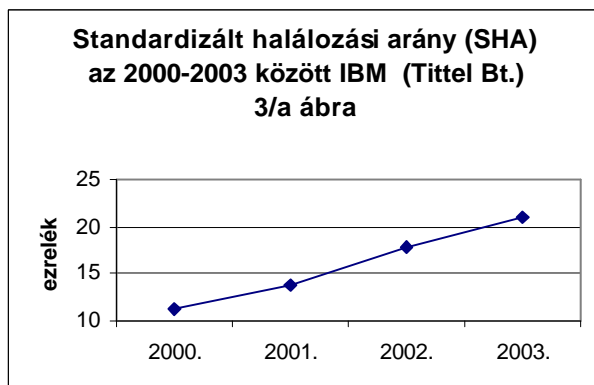
Halálozás



Ebben az évben 21 fő halt meg, ami 17,99%-os halálozást jelent. Ez a 14,2%-os országos és 11,94%-os megyei átlaghoz képest magasabb, de a jelenség (az okaival együtt) jól ismert és sajnos jellemző az előregedett nyugat-magyarországi kistélepülésekre. Községenkénti megoszlása: Vág 9, Páli 9, Rábasebes 3 fő. Mint a 3. ábrán látható, az előző évekhez viszonyítva 2003-ban csak Páliiban

emelkedett szemnyifikánsan, de mindhárom településre vonatkozó általános tendencia az IBM éveiben sajnos a lassú növekedés. A mortalitás részletes elemzése egy későbbi fejezetben található.

A SHA (Standardizált Halálozási Arány)

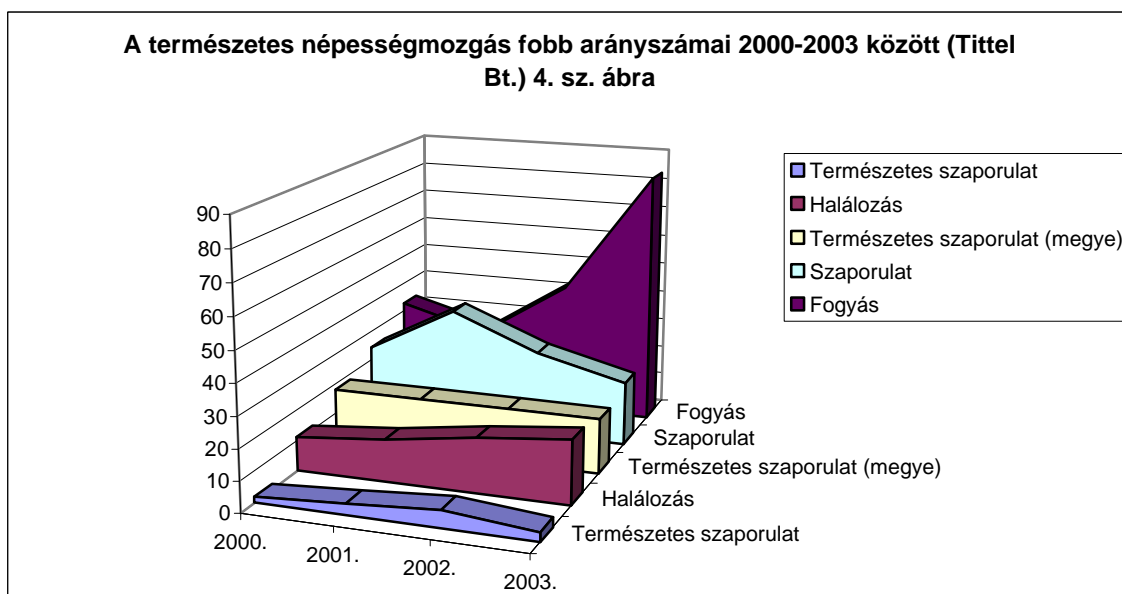


2003-ban 20,89‰ volt, ami azt jelenti, hogy 2000-tól 2003-ig - az IBM éveiben - ez a mutató folyamatosan emelkedett 11,20‰-ról 20,89‰-re (3/a ábra). A 999 fonél kevesebben lakott településeknél a megyénkben ez a hányados 1992-ben 17,6‰ volt. Összehasonlítható új helyi és nemzetközi adatok jelenleg nem állnak rendelkezésemre.

3/b ábrán látható, hogy az IBM években tapasztalt folyamatos növekedés ellenére 1995-től a tendencia hullámzó.

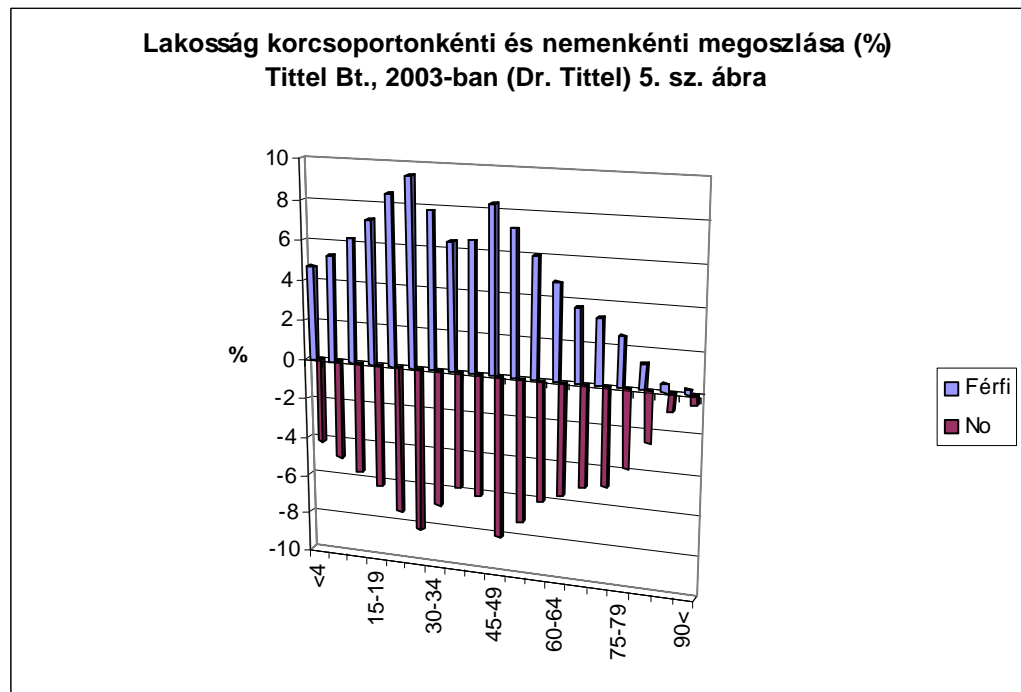
Csecsemohalálozás nem volt.

Az elmúlt négy év demográfiai jellemzőit a **4. ábra** mutatja be.



Korfa

Az 5. ábrán látható.



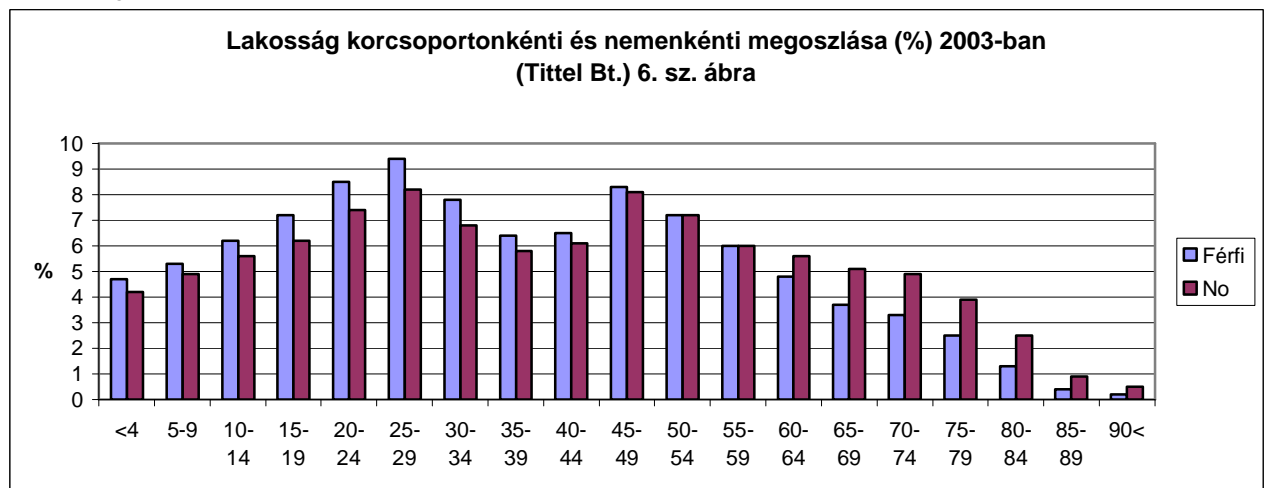
A népesség kor és nem szerinti összetétele százalékban

Összehasonlítva a Habcicsek által 2025-re, illetve 2050-re prognosztizált várható összetételt megállapítható, hogy mi már gyakorlatilag elértük azt, így egy negyed illetve fél évszázaddal „előbbre járunk”.

A lakónépesség nem és életkor szerinti %-os megoszlását alább láthatjuk (az első szám a férfiakét, a második szám a nőké, a harmadik az együttes arányszámát jelzi).

<4 4.7-4.2-4.5, 5-9 év 5.3-4.9-5.1, 10-14 év 6.2-5.6-5.9, 15-19 év 7.2-6.2-6.7, 20-24 év 8.5-7.4-7.9, 25-29 év 9.4-8.2-8.8, 30-34 év 7.8-6.8-7.3, 35-39 év 6.4-5.8-6.1, 40-44 év 6.5-6.1-6.3, 45-49 év 8.3-8.1-8.2, 50-54 év 7.2-7.2-7.2, 55-59 év 6.0-6.0-6.0, 60-64 év 4.8-5.6-5.2, 65-69 év 3.7-5.1-4.4, 70-74 év 3.3-4.9-4.1, 75-79 év 2.5-3.9-3.2, 80-84 év 1.3-2.5-1.9, 85-89 év 0.4-0.9-0.7, 90> 0.2-0.5-0.4

A 6. ábrán vizualizálva a fenti számokat jól láthatjuk, hogy a 45-49-es korosztályig magasabb a férfiak aránya, ebben egyenlő, majd ezután az összes korosztályban a nőké az. A megyében a férfi többlet a 35-39 éves korosztályig tart, a 40-44-esben egyenlő, majd az ezt követő korosztályokban van nő többlet.



Átlagéletkor, a születéskor várható átlagos élettartam

2002-es adatok állnak rendelkezésre, amelyek alig különböznek az előző év adataitól, tehát gyakorlatilag a 2003-as valóságot is tükrözik, mivel semmilyen ezt befolyásoló rendkívüli esemény praxisunkban nem történt.

Átlagéletkor

Az országos átlag életkor a férfiaknál 37.5 év, a nőknél 41.6 év.

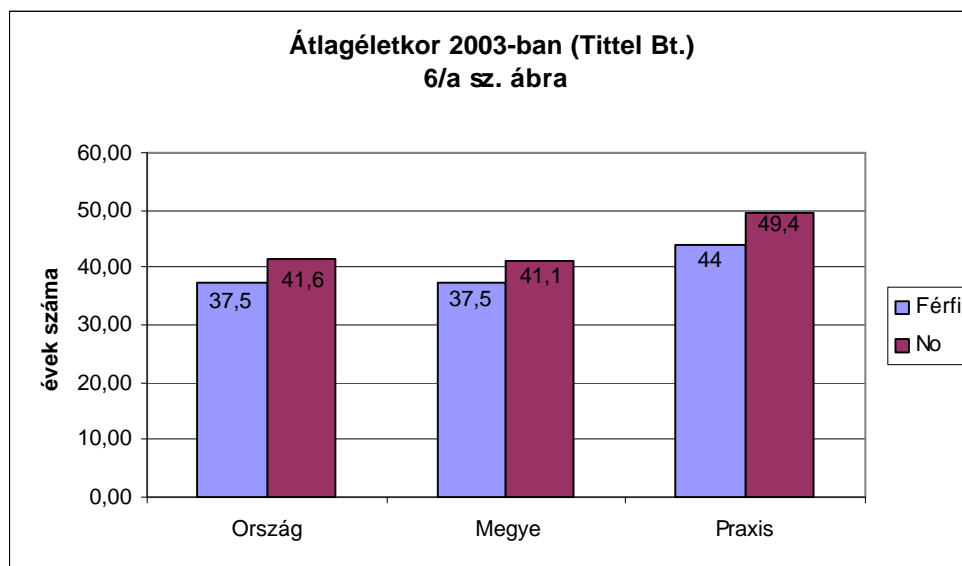
Győr-Moson-Sopron megyében a férfiaknál: 37.5 év, a nőknél: 41.1 év.

- A praxisban a férfiaké 44.01 év, a nőké 49.44 év. **(6/a sz. ábra)**

Tehát nálunk átlagosan a férfiak hét, a nők nyolc évvel élnek többet, mint az országban, illetve a megyében általában.

Érdekességként megjegyzem: a jelenben élő 492 férfi összéletkora: 21.655 év, az 502 nőé 24.823 év.

Az 59 éves férfiak száma a legmagasabb, 13 fő, a nőknél az 57 éveseké, 11 fő.



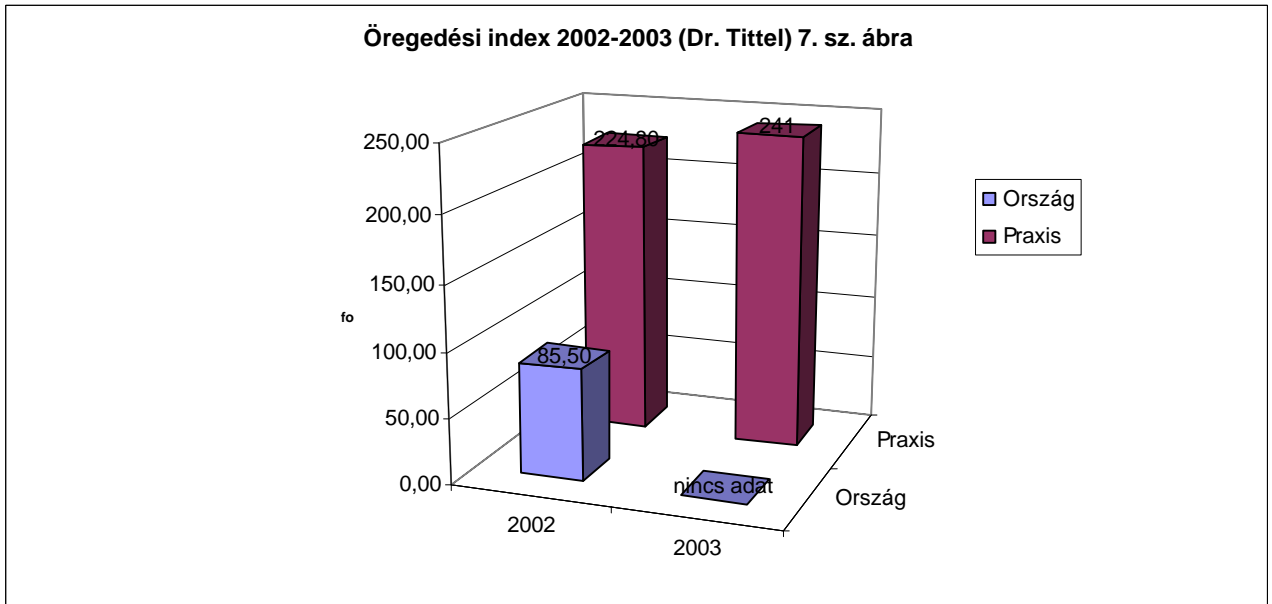
Várható élettartam

A várható élettartam Győr-Moson-Sopron megyében a férfiaknál 69.48, a nőknél 77.08. Az országos átlag a férfiaknál 68.26, a nőknél 76.56.

2001-hez viszonyítva mindkét nemnél közel egy éves növekedés tapasztalható 2002-ben, tehát 2003-ra is ez prognosztizálható.

Öregedési index

Az öregedési index a 100 fő 15 év alatti gyermekkorúra jutó 64 éves korukat betöltött személyek száma. Magyarországon 1999-ben ez a szám 85.5 volt. Későbbi adat nem áll rendelkezésemre. Ez nálunk az utóbbi években folyamatosan növekszik. 2000-és 2002 között még „csak” 224.8 volt. 2003-ban praxisomban 126 gyermekre 304 fő 64 évesnél idősebb felnőtt jutott, ami azt jelenti, hogy 100 fő 15 alatti kiskorúra már **241.0** fő 64 évnél idősebb felnőtt jut. Ez az országos átlag több, mint háromszorosa. **(7. ábra)**



II. fejezet

Tárgyi, személyi feltételek

Ebben az évben a prevenció fejkvóta az oxyológiai beavatkozások feltételeit optimálisan biztosítandó egy defibrillátor, egy kétliteres oxigénpalack, reduktor, és maszkok vásárlására lett felhasználva.

Szintén a sürgősségi ellátás minőségét javítandó számos módosítást végeztünk. Egy un. „nagy” oxyológiai táska berendezésével összevontunk három másikat, amely az egyszemélyes elsősegélynyújtáshoz egyszeri teljesen felszerelt kivonulást tesz lehetővé, lényeges időt takarítva meg ezzel az eddig megszokott kétszer kétkézessel szemben.

A személyi állományt illetően 2003-ban változás történt.

- Az adatszolgáltatási követelményrendszer mennyiségi és minőségi változásai a számítógépek, a háziiorvosi szoftverek és a kiegészítő modulok folyamatos működését teszik szükségessé. Ez egy *informatikus rendszergazda foglalkoztatásával vált biztosítottá.*

A takarító a tavaszi ANTSZ ellenőrzést, a kötelezően betartandó takarítási és fertőtlenítési protokollok ismertetését követően felmondott.

Infokommunikációs eszközökkel való ellátottság

Néhány országos adat:

Asztali számítógép: főváros 99.2%, Ny-Dunántúl 94.9%, D-Dunántúl 100%.

Laptop: község 30.8%, Ny-D.túl: 38.0%.

Számítógép életkora: 1 évnél fiatalabb: 23%, 1-3 éves 39%, 3 évnél idősebb: 37%

Internet kapcsolat: község 44.3%. A legalacsonyabb az ellátottság a fővárosban. A legnagyobb arányú a D-D.túlon. 47.4%.

ISDN-nel a rendelők 39.5%-a rendelkezik.

Saját honlappal a háziiorvosok 3.3%-a rendelkezik. Legmagasabb az arány vidéken ill. Ny-Dunántúlon 4.1%-kal.

Bejelentkezésre egyetlen rendelő honlapja sem alkalmas!

Elektronikus betegnyilvántartó: max. megyei jogú városok: 84.4%, Ny-Dunántúl 87.6%.

Speciális fejlesztésű rendszerek 83.7%, max. Ny-Dunántúl: 89.2%.

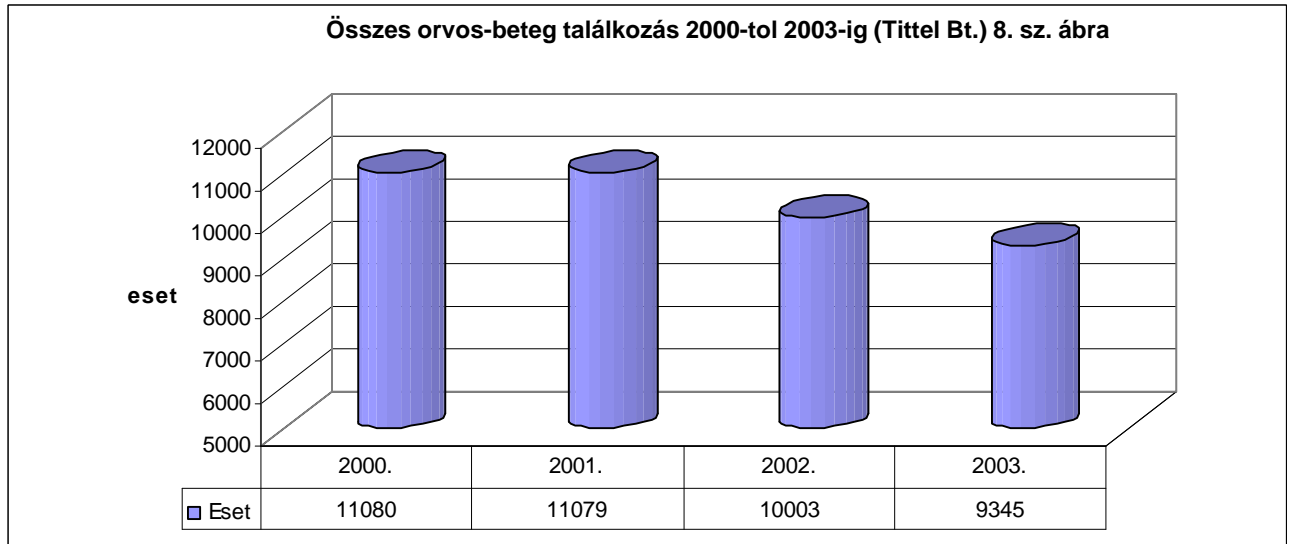
A praxisban létező eszköz és szoftverparkot összehasonlítva a fentiekben részletezettekkel megállapítható, hogy praxisunk a legfejlettebb felszereltségű csoporton belül is kiemelkedően felszerelt.

III. fejezet

Forgalmi adatok

Háziorvosi ellátások

Összes orvos-beteg találkozás: 9345 (8. ábra)

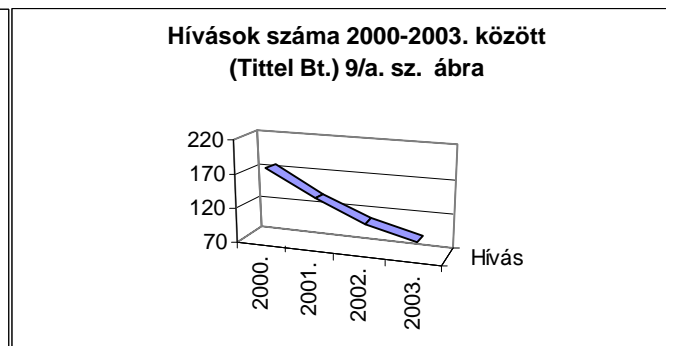
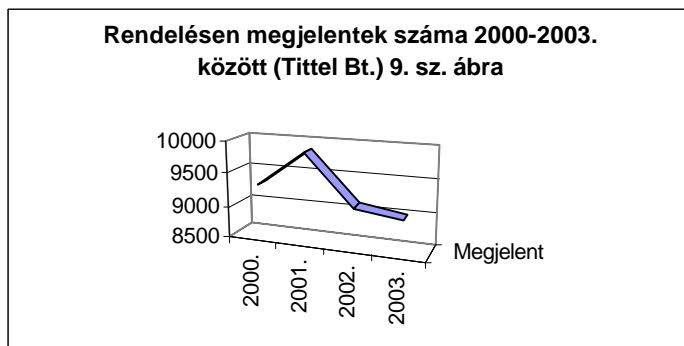


Forgalom a betegellátás helye szerint: (9. ábra, 9/a. ábra)

Rendelőben: 8990.

Hívásra háznál: 91.

Beteglátogatás háznál: 264.



2003. forgalmi adatait negyedéves bontásban a MedFour szerint a **10. sz. táblázat** tartalmazza.

Ha ennek a táblázatnak adatait összehasonlítom a saját adatbázisomból származó adatokat megállapítható, hogy 10-17 %-os eltérés mutatkozik a kettő között. Az adott résznél ezt számmal is alá támasztom.

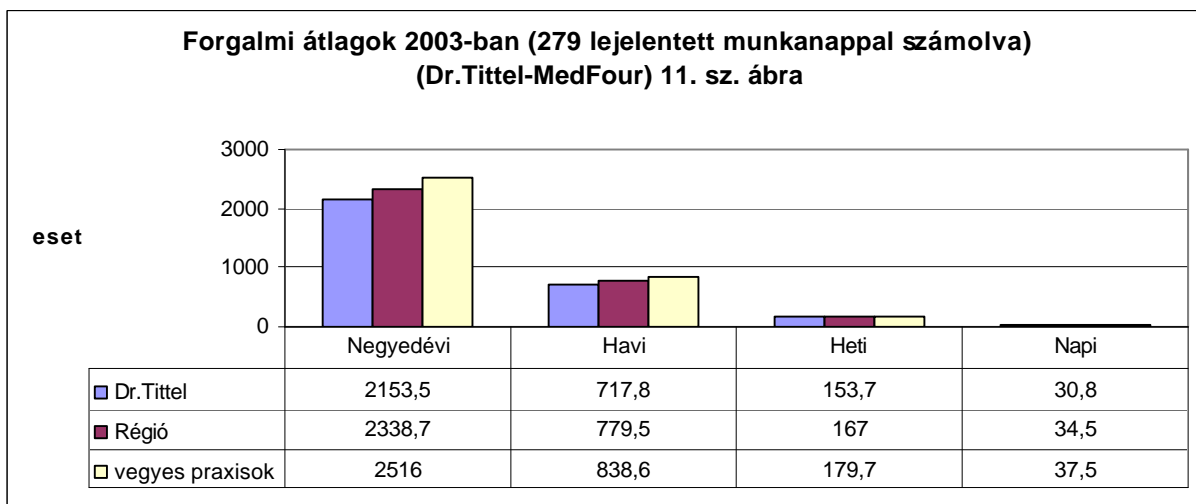
10. sz. táblázat

		I. negyed	II. negyed	III. negyed	IV. negyed	Összes
Össz eset	Dr.Tittel	2405	1884	2215	2110	8614
	Vegyes praxisok Régió	2636	2463	2438	2527	10064
Heti átlag	Dr.Tittel	2592	2218	2168	2377	9355
	Vegyes praxisok Régió	171,8	134,6	158,2	150,7	615,3
Beteg Szám	Dr.Tittel	188,4	176	174,2	180,5	719,1
	Vegyes praxisok Régió	185,2	158,4	154,9	169,8	668,3
Eset/ Nap	Dr.Tittel	686	601	633	664	2584
	Vegyes praxisok Régió	952,7	875,3	860,8	849,9	3538,7
Beteg/nap	Dr.Tittel	903,9	792,2	785,1	832,9	3314,1
	Vegyes praxisok Régió	31,60	31,4	30,8	29,7	30,87
Beteg/nap	Dr.Tittel	39,1	37,4	35,1	36,9	37,35
	Vegyes praxisok Régió	38	33,8	31,6	34,8	34,55
Beteg/nap	Dr.Tittel	9	10	8,8	9,4	9,3
	Vegyes praxisok Régió	14,1	13,3	12,4	13,1	13,22
Beteg/nap	Dr.Tittel	13,2	12,1	11,5	12,2	12,25
	Vegyes praxisok Régió					

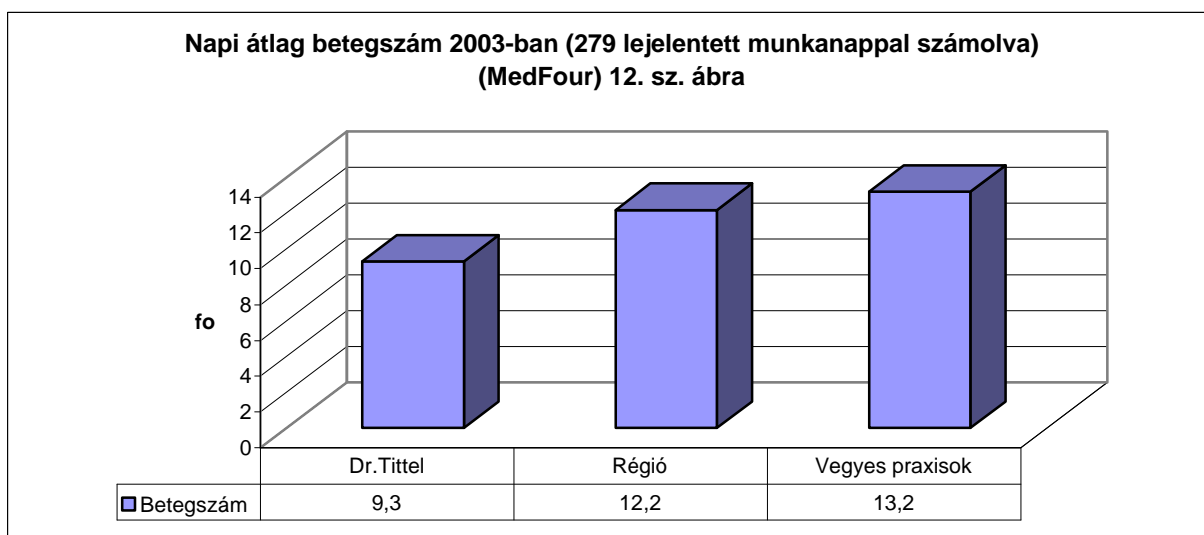
A táblázatban szereplő napi beteg- illetve esetszám lényegesen kevesebb a MedFour adatbázisából számolva, a saját adataimból számolthoz képest. Például a napi esetszám a MedFour szerint 31,6 de saját adatbázisom szerint 41,3. Ennek oka a beszámított munkanapok számának különbözőségében keresendő. A MedFour 279 lejelentett munkanappal számol, holott összesen 233 volt 2003-ban. Az általunk pihenő és ünnepnapokon, munkaidőn kívül ellátottakat is „munkanapon ellátottnak” számolja, helytelenül. A fentiek értelmében az átlagos napi esetszám praxisom esetében nem mélyen a megyei átlag alatt van, hanem meghaladja azt.

Az átlagos napi esetszám GY-M-S Megyében: 1980: 38, 1990: 38, 2000: 41, 2001: 43, 2002: 43, 2003: 38.0.

Átlagos napi esetszám: negyedéves, havi, heti és napi bontásban az orvos, a vegyes praxisok és a régió esetében a 11. ábrán látható.



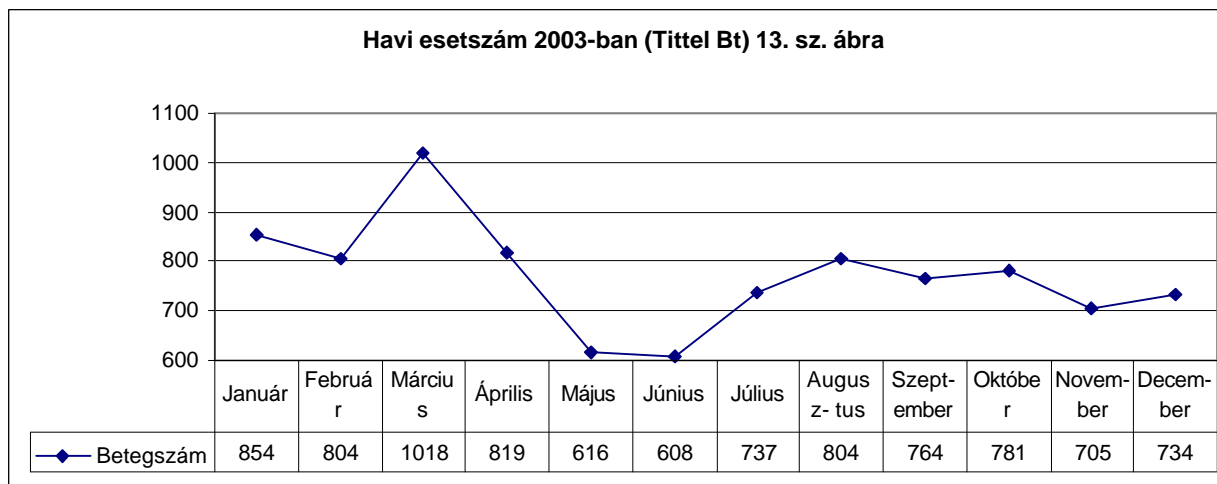
Átlagos napi betegszám: negyedéves bontásban orvos, vegyes praxisok és régió szerint a 12. ábrán látható.



Egy fore jutó ellátások átlaga: 9.24 /fo/év

Betegforgalom havi bontásban januártól decemberig saját adatbázis szerint

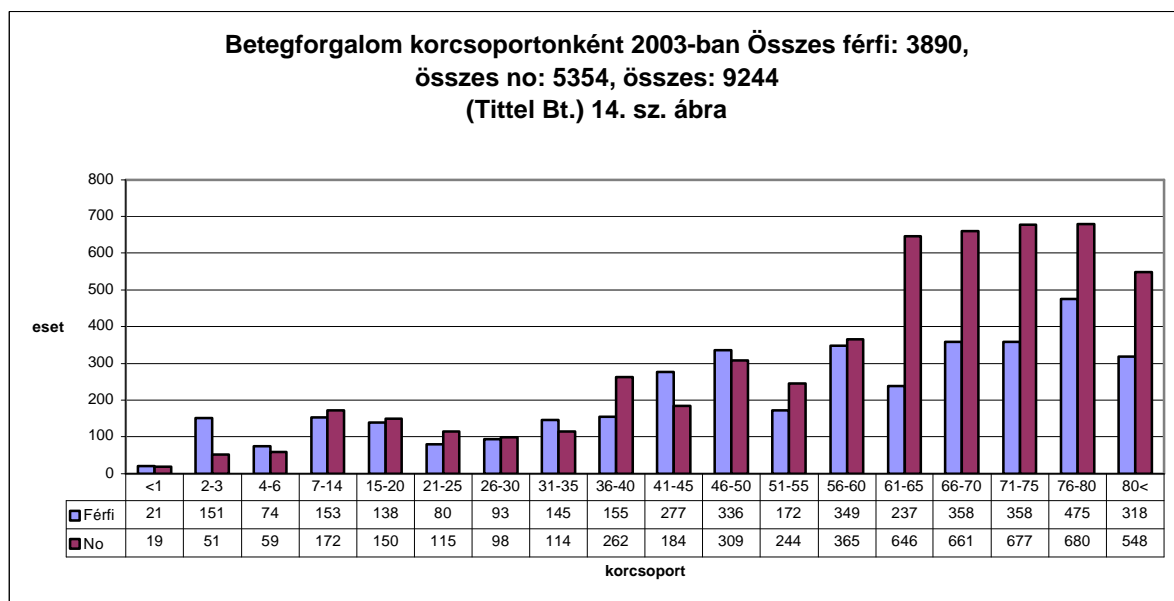
854, 804, 1018, 819, 616, 608, 737, 804, 764, 781, 705, 734. Ezek a számok nem tartalmazzák a tanácsadásokat. (13. ábra). Mint látható, a legnehezebb hónapok március és április, a „legkönnyebbek” május és június (részben a pihenőszabadság miatt...).



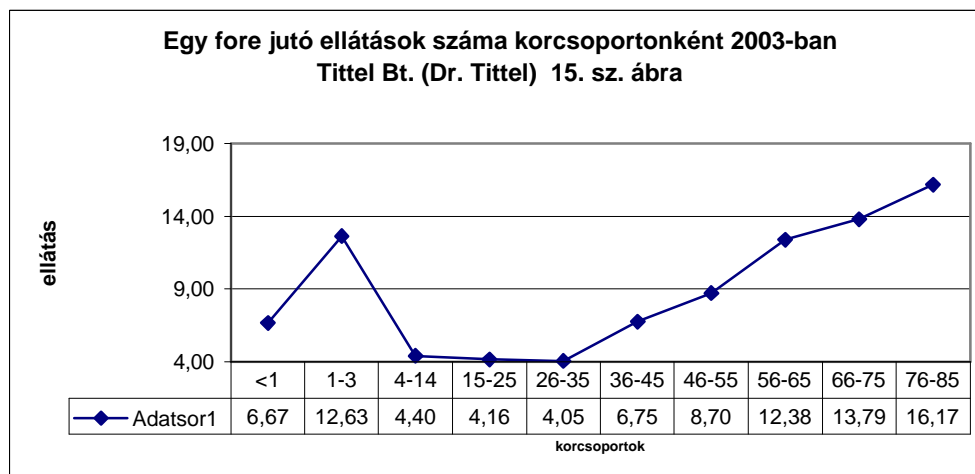
A forgalmi adatokat tartalmazó táblázatok és ábrák mindenikéből jól látható, hogy a vizsgált paramétereket növekvő rendbe állítva következő sorrendet kapjuk: Dr. Tittel, a régió, a vegyes praxisok. A végpontok közti eltérés 17% körüli.

Betegforgalom korcsoportonként

Látható, a 61-65-ös korosztálytól kezdődően a nők majdnem kétszer annyiszor veszik igénybe az alapellátást, mint a férfiak. Ha a korcsoportok %-os ábráját e mellé tesszük jól látható az utolsó harmadban a nők száma sokkal magasabb a férfiakénál. Feltehetően a kérdés: azért kevesebb az ellátott férfiak száma, mert meghaltak, vagy azért halnak meg, mert nem veszik igénybe az egészségügyi ellátást?



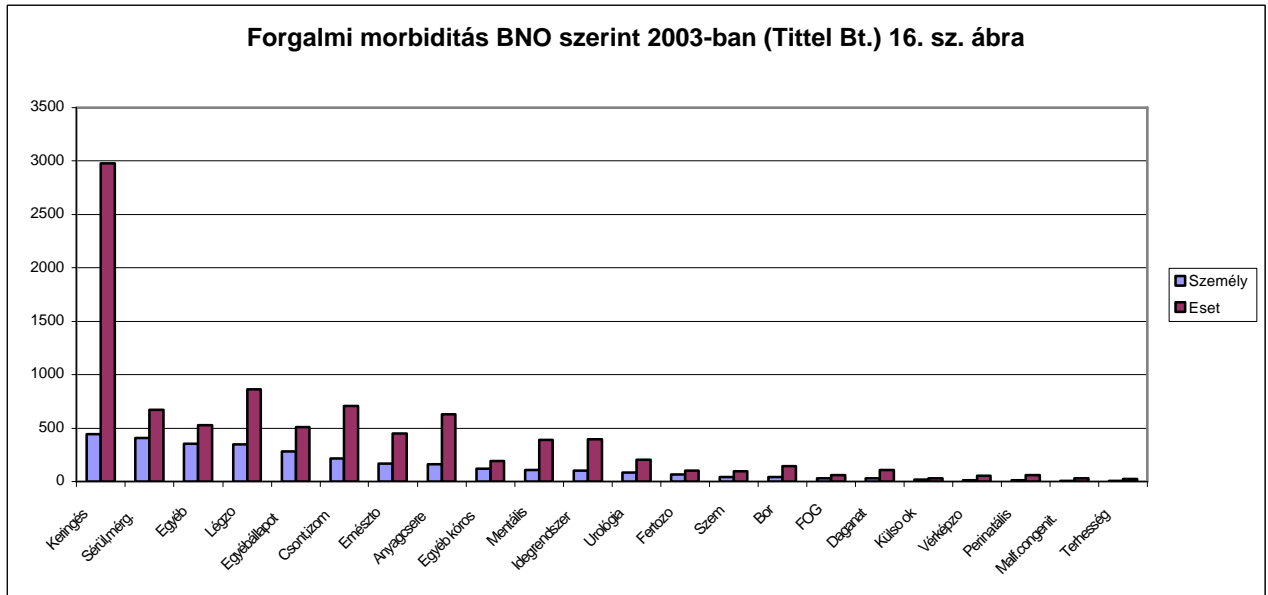
Egy fore jutó ellátások száma korcsoportonként



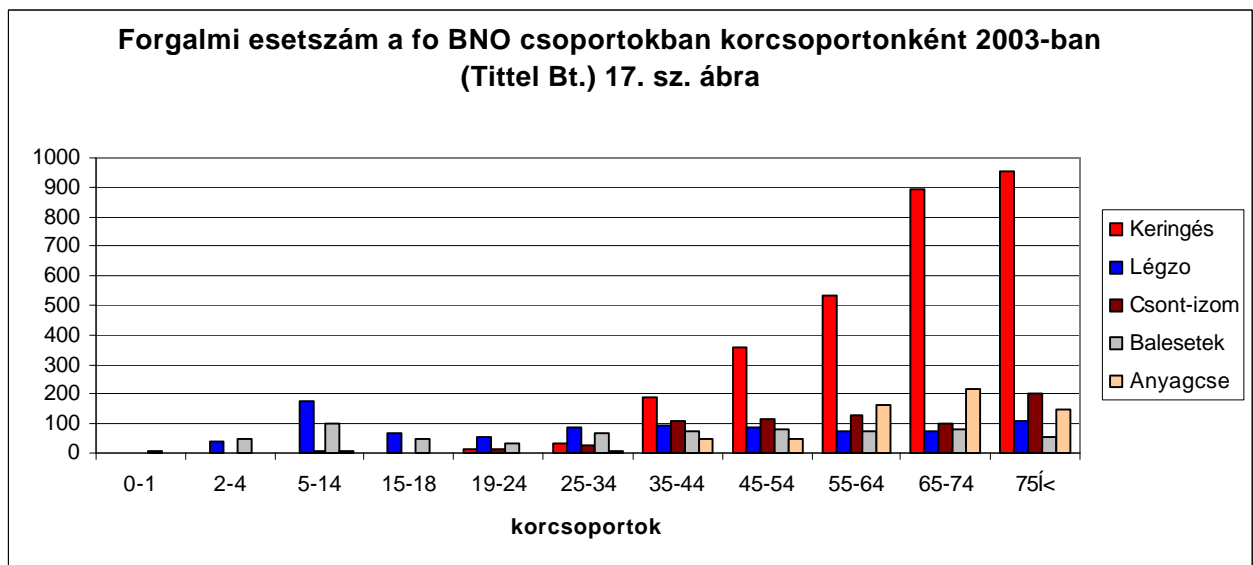
Ha az ábrán látható 2003-as adatokat összehasonlítjuk a 2002-es számokkal, megállapíthatjuk, hogy alacsonyabbak, bár tendenciájukat illetően általában hasonlóak. Ennek oka valószínűleg a szűrések intenzitásának csökkenésében keresendő. Különbség mutatkozik az első három korcsoportban, amelyekben az ideai számok lényegesen alacsonyabbak a múlt évinél, valamint 71 év fölötti utolsó három korcsoportban, amelyekben a növekvő tendencia folyamatos a kor előrehaladtával. Hasonló mindkét évben az egy fore jutó ellátások számának a 61-65-ös korosztálynál az elozohöz, az 56-60-as korosztályhoz viszonyított szemnyifikáns csökkenése. Az ok ismeretlen.

Forgalom BNO csoportonként

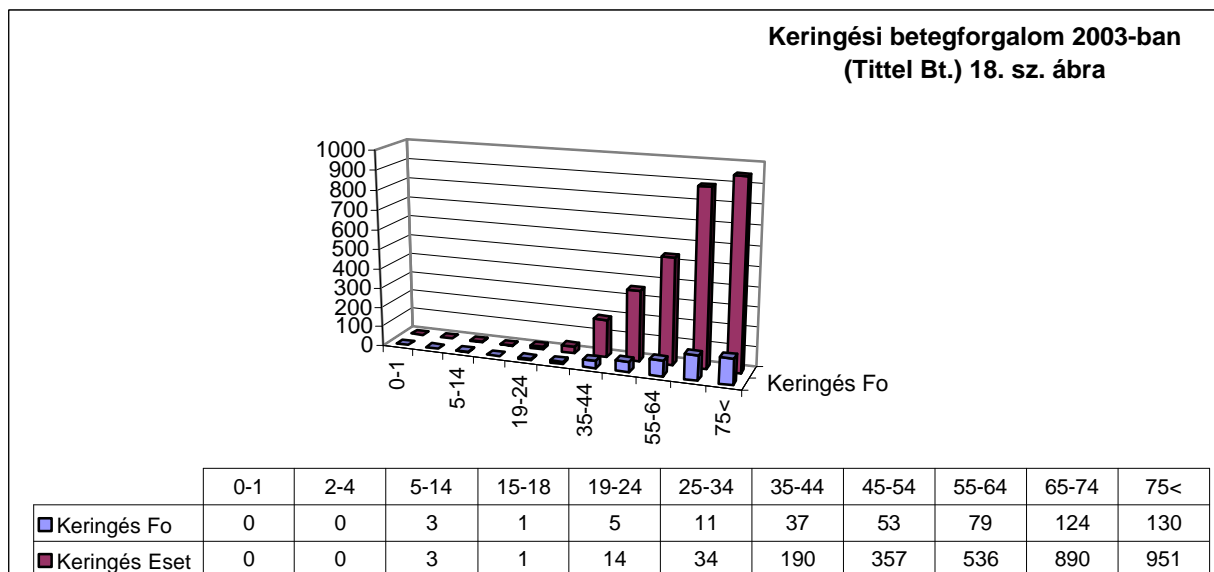
A 16. ábrán látható, hogy összességében a keringési rendszer megbetegedéseivel kapcsolatos ellátások száma több, mint háromszorosával haladják meg az utána következő légzőrendszeriét, de majdnem négyszeresével a csont és izomrendszeri-, a balesetek, és az anyagcsere megbetegedéseivel kapcsolatos ellátások számát. Egyetlen váratlan módosulás észlelhető a 2002-es eredményekhez képest: nagyságrendben a negyedik helyre került a balesetek (sérülések, mérgezések) BNO csoportja.



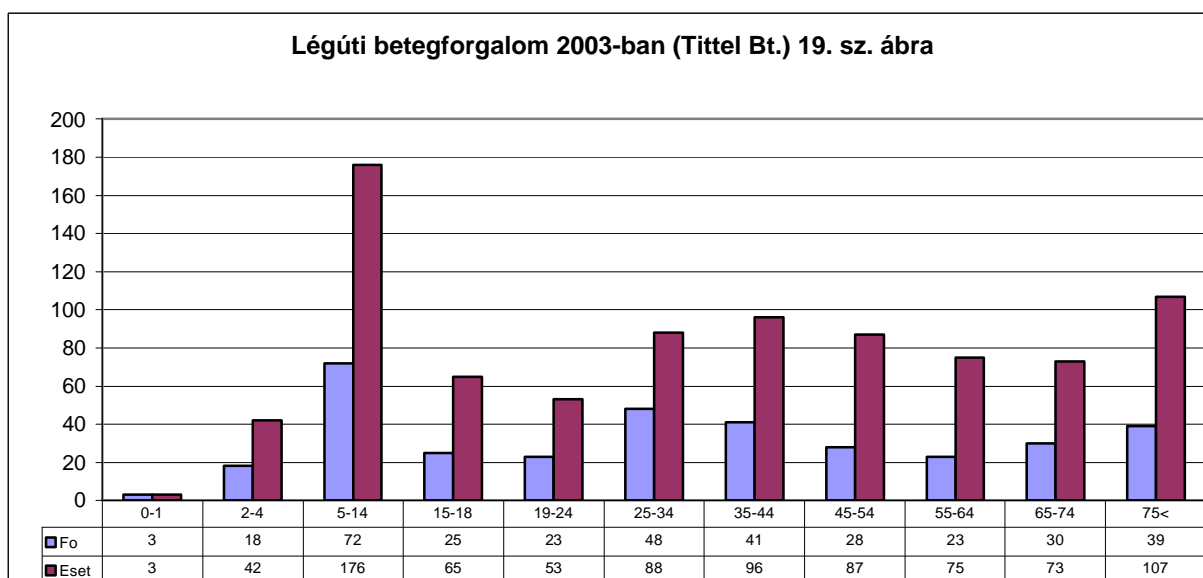
Forgalom BNO és korcsoportok szerint



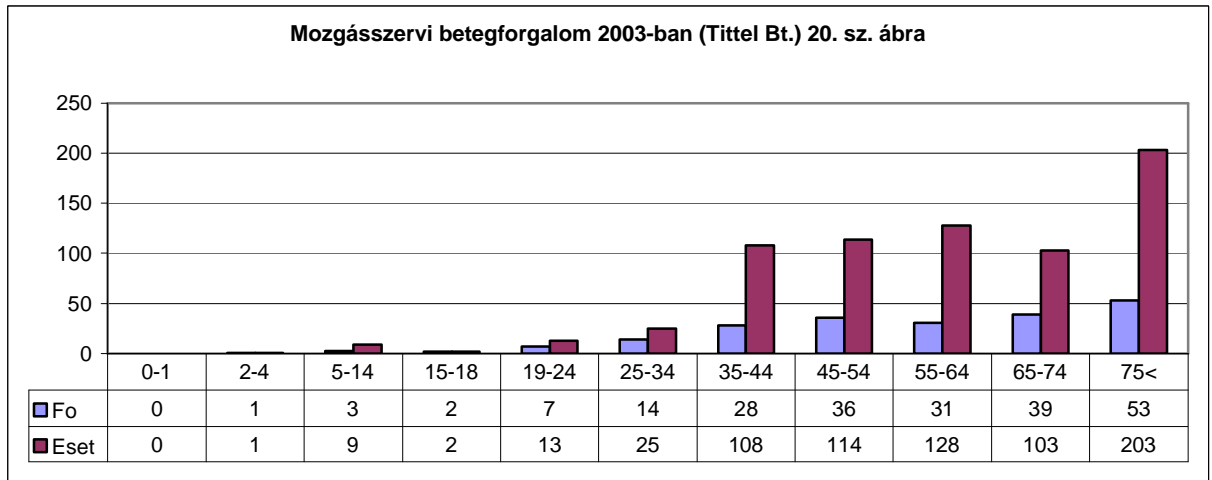
A 17. ábrán analízis tárgyává a „top lista” első öt helyezettjét tettem (kardio-vasculáris, légzőrendszeri, csont- és izomrendszeri, baleseti és anyagcsere megbetegedéseket). Megállapítható, hogy a kardio-vasculáris rendszer megbetegedései szurésével, gondozásával, kezelésével, kapcsolatos tevékenységek által keletkezett orvos-betegtalálkozási esetszám 25 éves kortól lineárisan növekedik az életkor függvényében. Ez alól kivétel a 65-74 éves korosztály, amelynél az kiugróan magasabb (18. ábra).



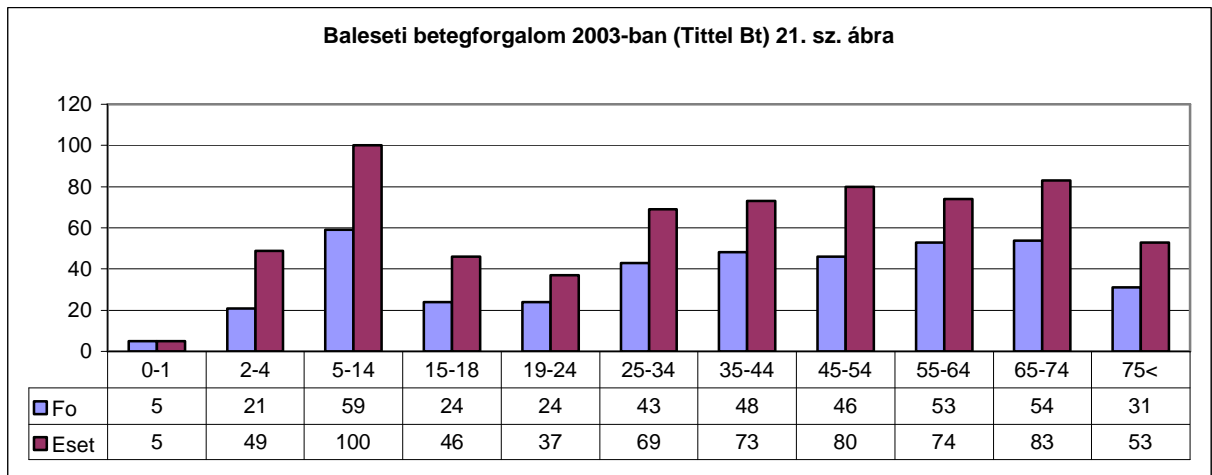
A légzőrendszeri betegségek esetszáma 5-14 éves korban jóval meghaladja a többi csoportban észleltet, de a betegszám is a legmagasabb. Ennek oka az óvodai és iskolai közösségekben idonként halmozottan jelentkező vírusos és egyéb kórokozók által kiváltott megbetegedések (19. ábra)



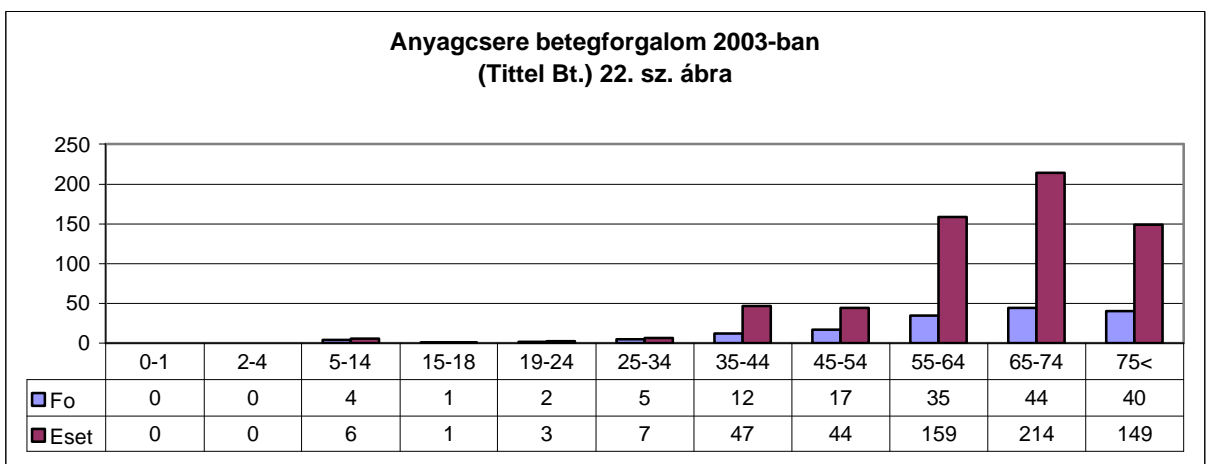
- A csont és izomrendszer megbetegedései a 35-44 éves korosztályban jelennek meg és fokozatosan gyarapodik mind a betegszám, mind az esetek száma a kor előrehaladtával, a csúcst a 75-nél több éves csoportban érve el (20. ábra)



- Baleset majdnem mindenik korosztályban van, de valamivel magasabb az esetek száma az 5-14 évesek-, a közép- és idosebb korosztályoknál. Az 1-2-szeri ellátás a jellemző (21. ábra)



- Az anyagcsere betegségei szintén a 35-44 évesek korosztályában jelennek meg, és szintén fokozatosan növekszik mind a beteg-, mind az esetszám a kor előrehaladtával, a maximumot a 65-74 évesek csoportjában érve el, majd a 75 évnél idősebbek esetében enyhe csökkenést mutat (22. ábra).



Leggyakoribb diagnózisok (200-nál többszöri bejegyzés, „Top 200”)

I10-Hypertónia betegség 3474-,
 U999-Sine morbo 651-,
 E11-2.typ. diabetes mell. 415-,
 J00-Megfázás 318-,
 Z921-Hosszas alvadásgátlás 270, és
 I25-ISZB 209 esetben.

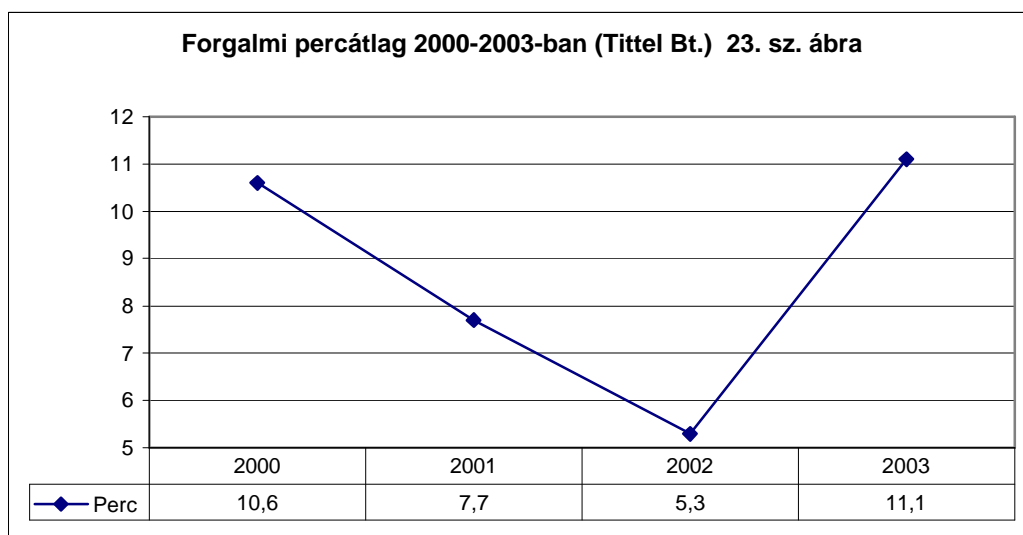
Nemzetközi összehasonlítás
 Nem áll rendelkezésünkre adat.

Idoráfordítás a praxisban

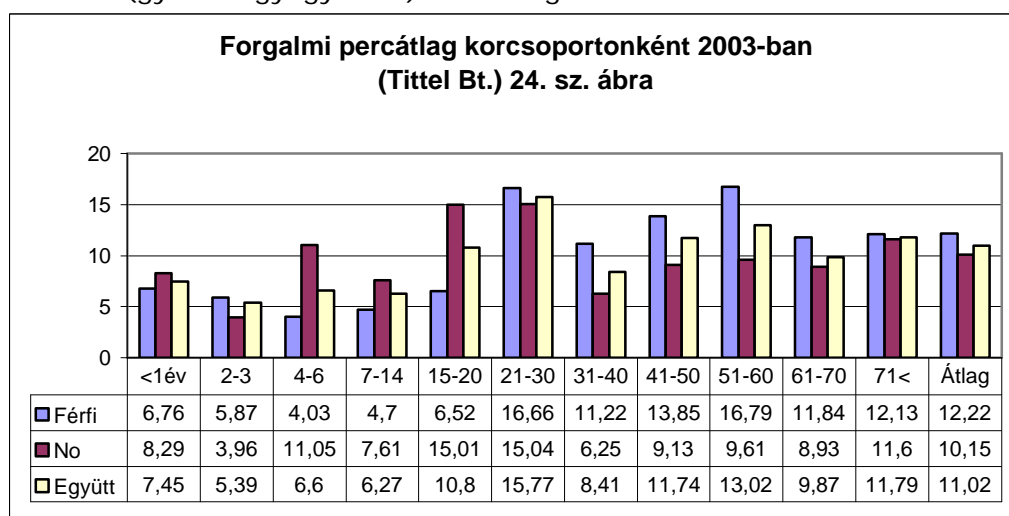
A férfiaknál végzett 3885 vizsgálatra 47.484 perc, a nőknél végzett 5359 vizsgálatra 54.420 perc, a 9244 összes vizsgálatra 101.904 perc az idoráfordítás.

Forgalmi percátlag

11,12 perc



GY-M-S Megyében a járóbeteg szakellátás esetében az átlag: 8.5 A diagnosztikai egységeket leszámítva, amelyeknél 3.1, és a fogászatot amelynél 28.1 a többi szakrendelési ágnál 8.8 (urológia) és 18.9 (gyermekgyógyászat) között ingadozik.



A részletes 24. ábrából látható, hogy:

- Az átlag a férfiaknál: 12.22 perc, a noknél 10.15 perc.
- A legmagasabb (16,79 perc) az 51-60 év közötti férfiaknál, a legalacsonyabb (3.96) az 1-3 év közötti szintén noknél.

A korcsoportonkénti átlagok: 1 év alatt 7.45, 2-3 év között 5.39, 4-6 év között 6.60, 7-14 év között 6.27, 15-20 év között 10.80, 21-30 év között 15.77, 31-40 év között 8.41, 41-50 között 11.74, 51-60 év között 13.02, 61-70 év között 9.87, 71 év fölött 11.79 perc.

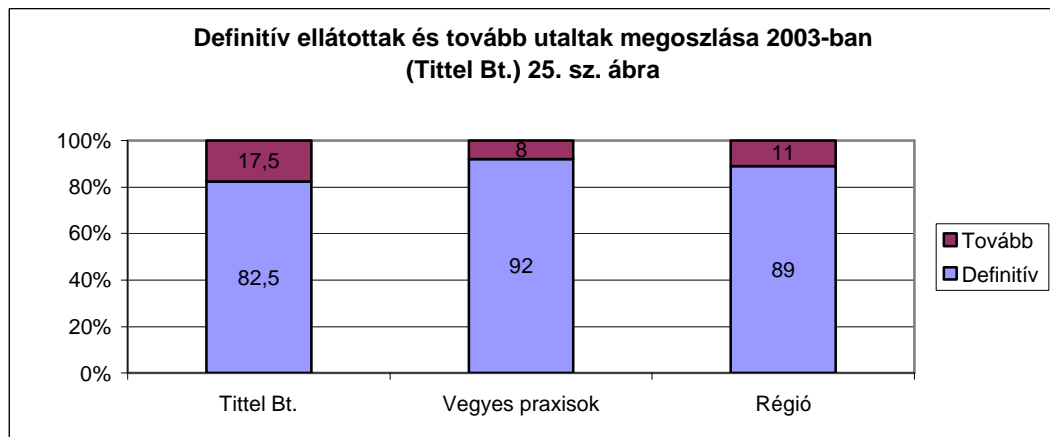
Az értékeket nemek és korcsoportok szerinti megosztásban is bemutató ábrán látható, hogy már 21 éves kortól a férfiakra több időt fordítunk, mint a nokre.

Rendelőintézeti ellátások

A MedFour és a saját adatbázisomból származó adatok között nincs azonosság. A különbségek attól függően, hogy melyik tételt nézzük kisebbek, vagy nagyobbak. Mint alább látható a szakrendelőbe küldöttek esetében a két számítás közötti különbség 2%. (844 fo 1503 esetben, ill. 810 fo 1401 esetben)

A rendelőben ellátott 8614 eset közül 7111 (82,5%) definitív ellátásban részesült. A vegyes praxisokban ez 10066-ból 9270 azaz 92%, a régióban 9356-ból 8330 azaz 89%.

A továbbutaltak száma és aránya: nálunk 1503 azaz 17,5%, a vegyes praxisokban 796 azaz 8%, a régióban 1026 azaz 11%. (25. ábra)



Saját adatbázisunk szerint:

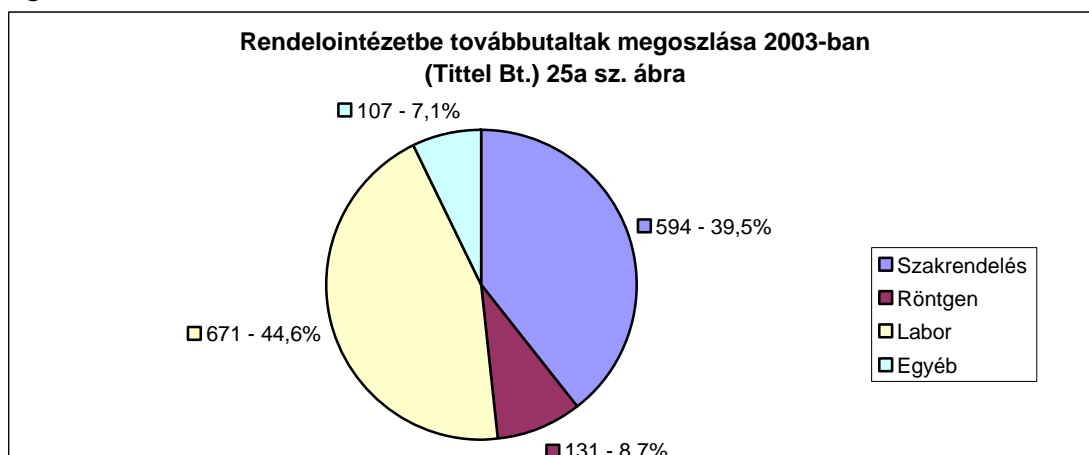
Szakrendelésre utaltunk: 332 személyt 594 esetben,

Röntgenre: 110 személyt 131 esetben,

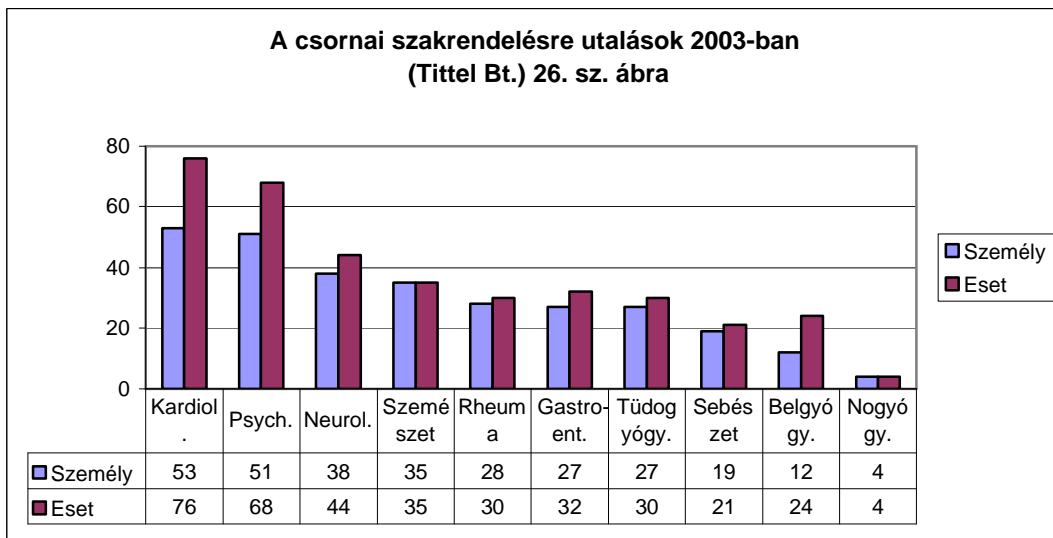
Laboratóriumba: 343 személyt 671 esetben,

EKG-ra: 4 személyt 5 esetben.

A praxis kislaborjába utaltunk 573 beteget. A vegyes praxisokban a vizsgálatok száma 62.4, a régióban 28.7, tehát nálunk ezek 9-, illetve 20-szorosa.

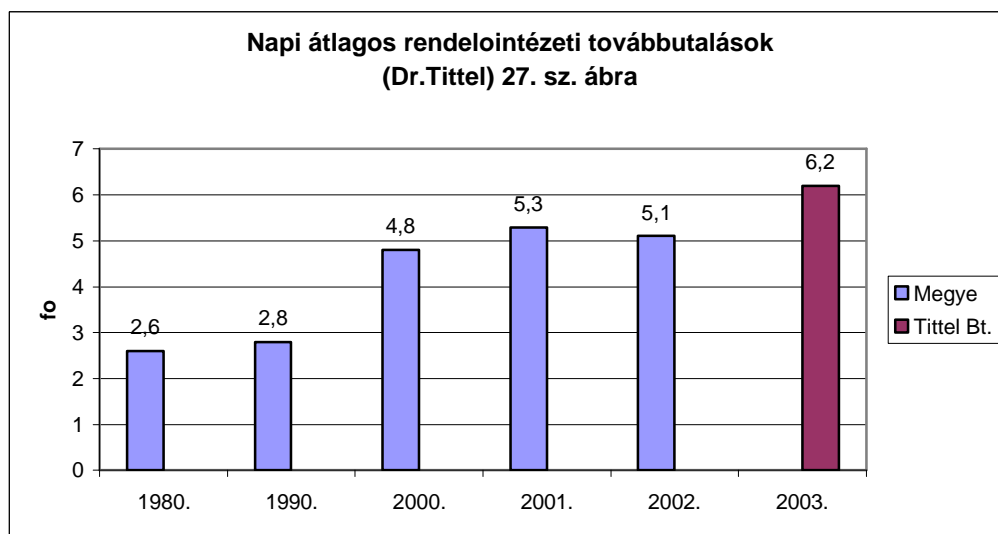


A kért laboratóriumi vizsgálatok száma: 7922.



A csornai rendelőintézet fontosabb szakrendelőibe történt utalásokat a 26. ábra szemlélteti. A legtöbb beteget a kardiológiai gondozó, a pszichiátriai és a neurológiai szakrendelő látta el (a laboratóriumot nem számítva).

Szakrendelési beutalások napi átlagos száma: GY-M-S megyében: 1980: 2.6, 1990: 2.8, 2000: 4.8, 2001: 5.3, 2002: 5.1. A praxisunkban: 6.2, 243 lejelentett munkanappal számolva (27. ábra).



A továbbutalások aránya bármelyik adatbázisból számoljuk a praxisunkban 2003-ban magasabb a megyei átlagnál, de az IBM-ben résztvevő egyes praxisokénál és a régióénál is. Ez többek között az IBM-ben kötelezően elvégzendő szűrő-gondozással kapcsolatos vizsgálatokra küldések, a protokollok komolyan vételének köszönhető.

Célzott antibiotikus kezelés céljából végzett tenyésztések

Az összes tenyésztések (köpet, vizelet, széklet, egyéb) száma: nincs regisztrálva.

A leggyakrabban előforduló kórokozók és azok érzékenysége, illetve rezisztenciája:

Köpet: február: (X.Y.): Haemophylus infl., Staphylococcus aur.: érz.: amoxy, clav., ampi, sulbact., cefu, petra, cipro

Köpet: február (P.A-né): Serratia SP, Klebsiella oxytoca, érz.: cefo, cefti, cefta, sum, ciproflox, levoflox, tobra, amyc

Vizelet: július: Klebsiella pn.é: ampi, clav., cefu, cefti, tetra, sum, ciprofl., genta, nalidix., norflox, rez: nitrofur., ampi

Vizelet: május: (B.B.M.): Proteus. mirabilis, érz.: ampi, amoxi, cefu, cefti, sum, ciprof, nalid, norflox

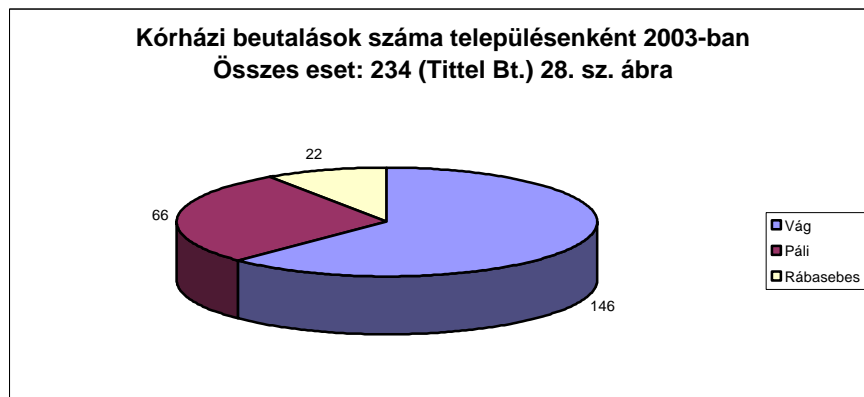
Vizelet: szeptember: (H.E.): Enterococcus faecalis, érz.: Ampi, amoxi+clav, sulbact, ciproflox, nitrofur, norflox, vanco

Vizelet: szeptember (TA-né): E.coli, érz.: ampi, amoxi+clav, cefur, ceftib, tetra, sum, ciprofl, norflox, nalid,

Serum: (P.F-né): cytomegalo-virus

Kórházi ellátások

2003-ban összesen 234 beteget kezeltünk kórházban. A 35. ábráig 230 beteggel számolunk, utána 234-el. Ennek oka az, hogy 4 db zárójelentést csak tavasszal sikerült megszerezni.



Beteg lakhelye szerint

A kórházban kezelték száma és aránya a következő: Vágról 146 eset, azaz 28,57 eset/100 lakos, Pálból 66 eset, azaz 18,85 eset/100 lakos, Rábasebesről 22 eset, azaz 25,28 eset/100 lakos.

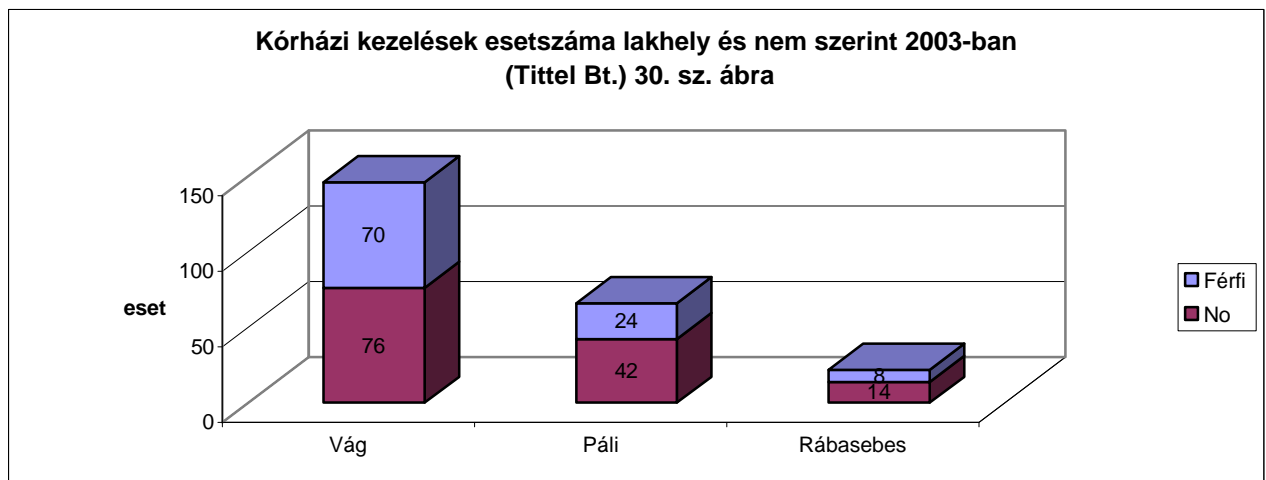
Nemek szerint



Látható, hogy az idén több not kezeltünk a kórházi osztályokon (126 esetben), mint férfit (104 esetben).

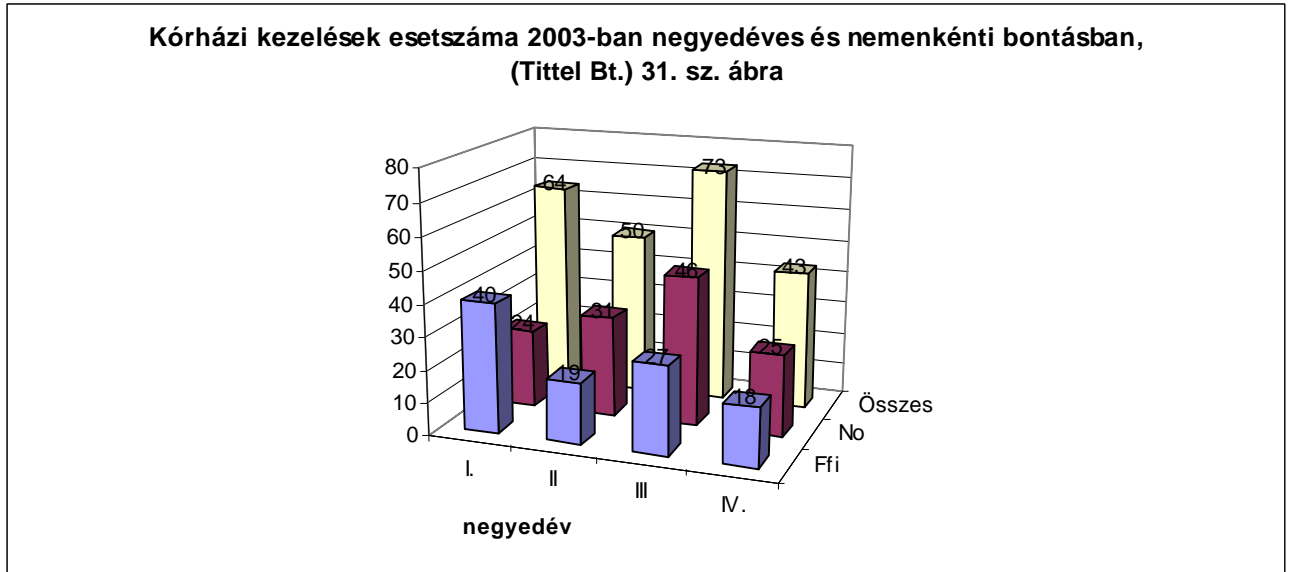
A múlt évhez viszonyítva az arány (a nok javára) minimálisan változott: a tavalyi 57/43%-ról 55/45%-ra módosult.

Nemek és lakhely szerint



A vági betegek esetében a nemek szerinti megoszlás közel azonos (76 no, 70 férfi), a páliak és rábasebesiek esetében a nok száma majd kétszerese a férfiakénak (Páli: 42 no, 24 férfi, Rábasebes: 14 no, 8 férfi).

Nemek szerint negyedéves bontásban



Látható, hogy:

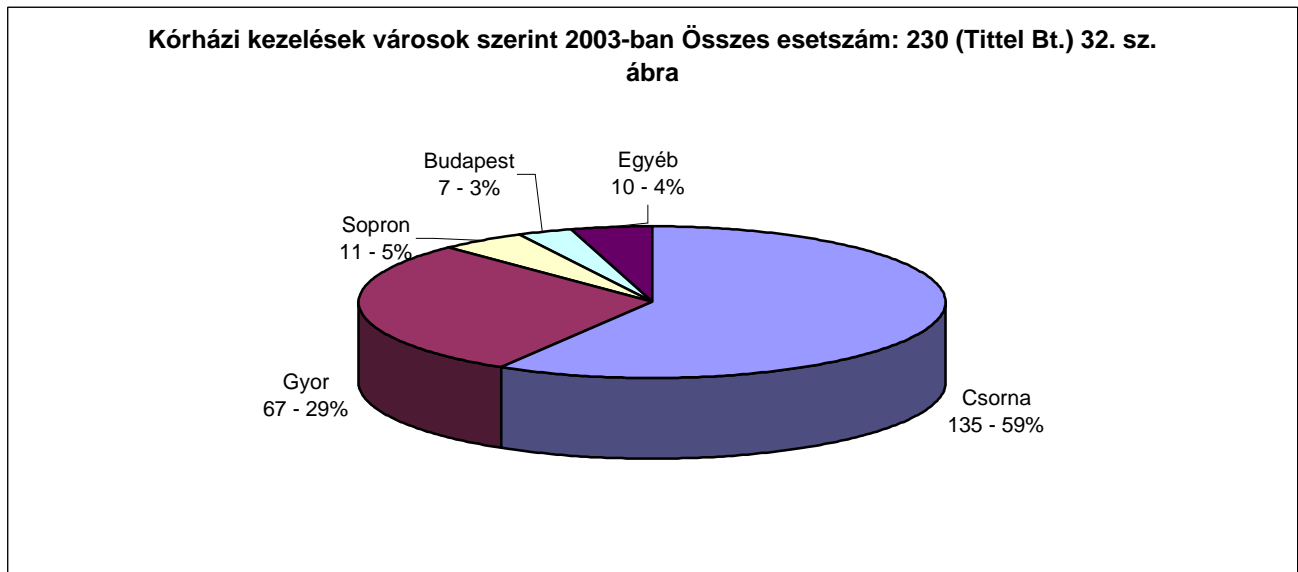
a kórházi kezelések száma általában a sinusoid görbe szerint változik,

az első három negyedévben a nőkénél látható egy stabil és szemnyifikáns növekvő tendencia aminek az oka ismeretlen,

összességében a melegebb hónapokban (áprilistól szeptemberig terjedő időszakban) több esetben kezeltünk beteget a kórházban (123 eset), mint a hideg évszakban (107 eset), a kórházban kezelt férfiak száma csak az első negyedévben haladta meg a nőkéét.

Kórházak helye szerint

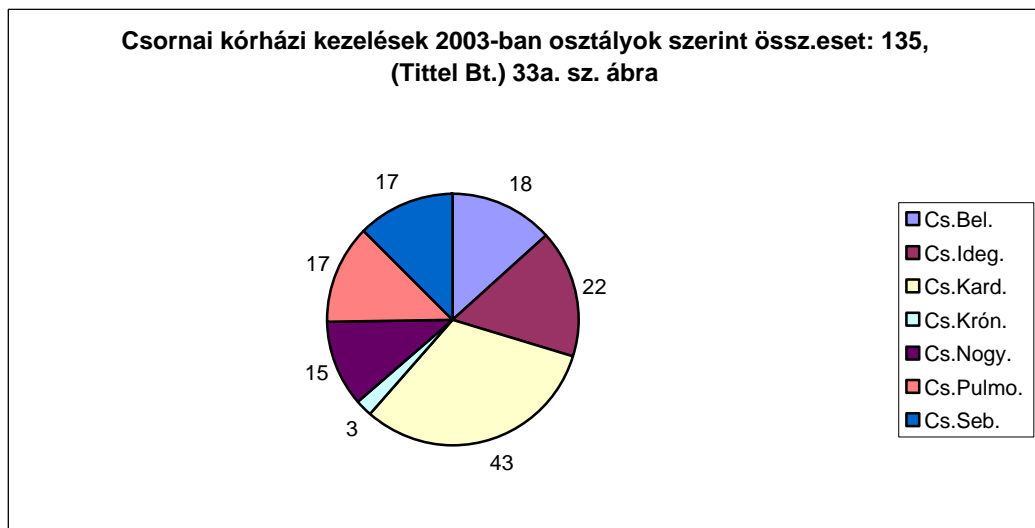
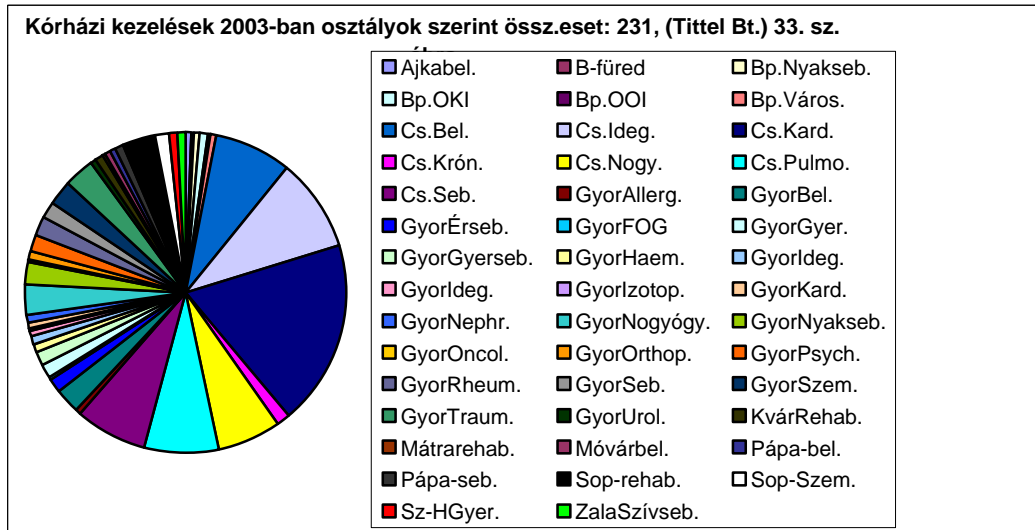
216 esetben kezelték betegeket a praxisomból a megye kórházaiban, ami az összes esetek számának ($n=230$) 94,85%-át képezi (135 Csorna, 67-Gyor, 11-Sopron, 2-Kapuvár, 1-Mosonmagyaróvár).



A 32. ábrán százalékban kifejezve látható, hogy az esetek 59%-át a csornai Margit kórházban, 29%-át a gyori PAMOK-ban, 5%-át Sopronban, 3%-át Budapesten és 4%-át más városok kórházaiban (Kapuváron, M-óváron, Szombathelyen, Ajkán, Pápán) kezelték.

Osztályok szerint összesen

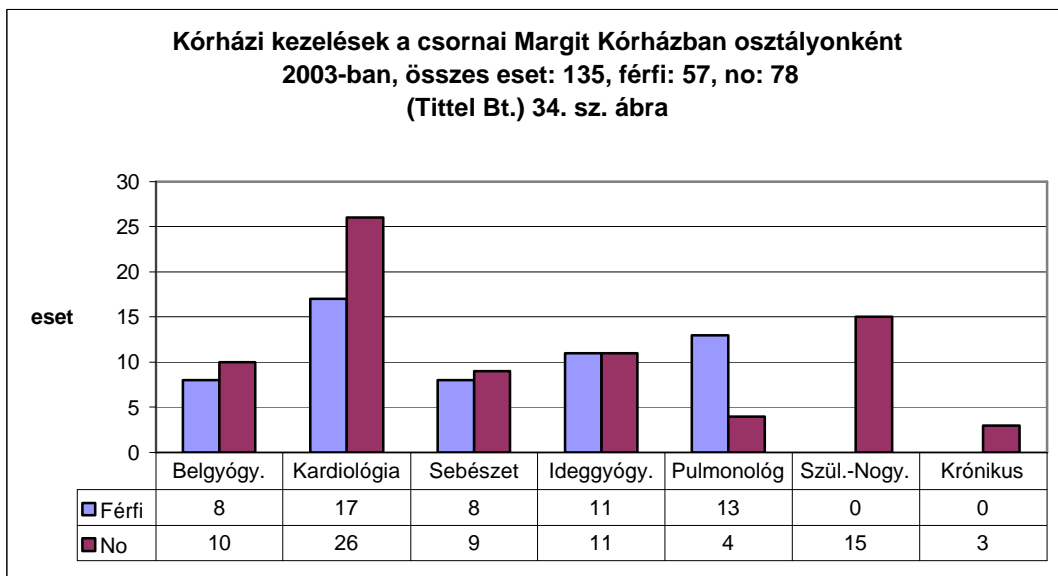
Osztályok valamint a kórházak helye szerint a 33, 33a, 33b, 33c ábrák mutatják a beutalások számát.





A fenti ábrákon látható, hogy az összes esetből a legtöbbet a csornai Margit Kórház **hét** osztályán kezelték (135 eset), gyakorlatilag ennek felét (67 eset) a gyori PAMOK **huszonkét** osztályán, a többit (28 eset) az ország más kórházainak **tizenöt** osztályán.

Osztályok és nemek szerint a csornai Margit Kórházban



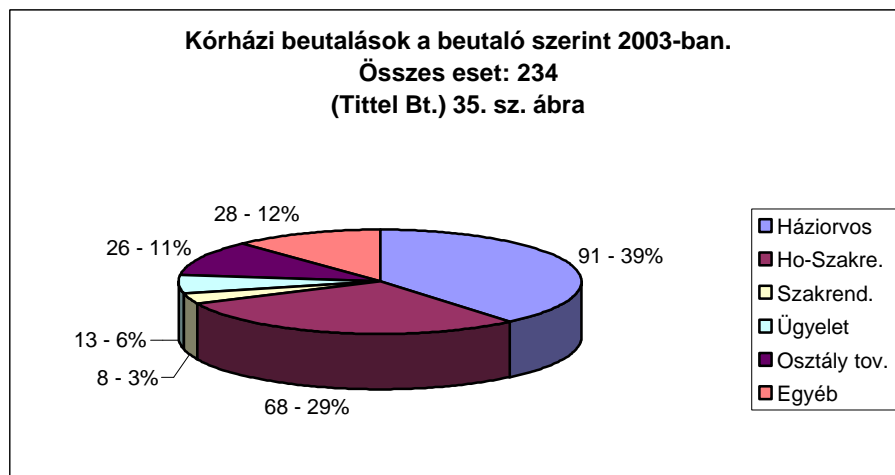
A **34. ábra** nemek szerinti bontásban mutatja be a Margit kórház osztályain történt kórházi kezeléseket. Csökkeno sorrendben: kardiológia (43), ideggyógyászat (22), belgyógyászat (18), sebészet (17), pulmonológia (17), szülészet-nőgyógyászat (15), krónikus osztály (3).

A múlt évhez viszonyítva a kezelések számában és a sorrendben a következő változásokat találjuk:

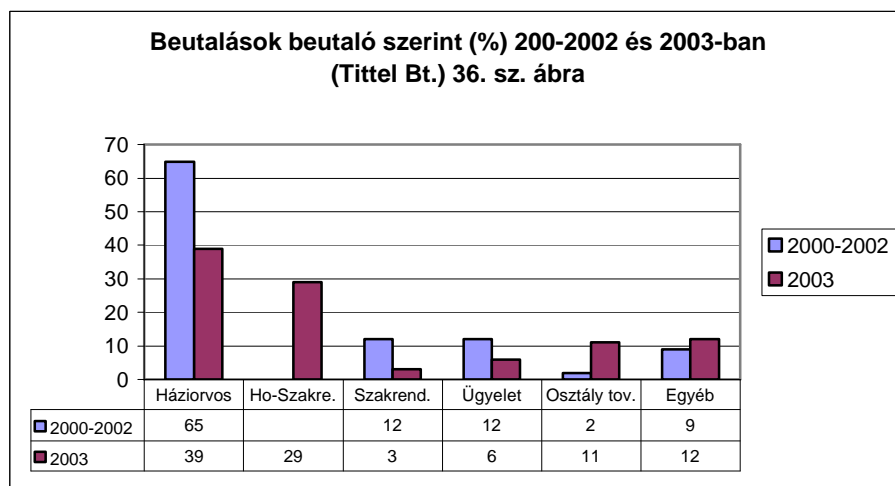
- az ideggyógyászati kezelések száma pontosan 50%-al csökkent (44-rol 22-re) így az első helyről a másodikra került,
- a belgyógyászatban kezelték száma szintén 50%-al (38-ról 18-ra) csökkent, így a második helyről a harmadikra került

- a kardiológiai kezelések száma megháromszorozódott, (15-rol 43-ra emelkedett), így a múlt évi harmadik helyről az elsőre került,
- a pulmonológia kezelések száma nőtt (11-rol 17-re), így az ötödikről a negyedik helyre került,
- a nőgyógyászati kezelések száma gyakorlatilag változatlan (14-15),
- a krónikus osztályon kezelték száma szintén emelkedett (1-rol 3-ra), de a számok nagyságrendje miatt ez elhanyagolható változás.

A beutaló szerint

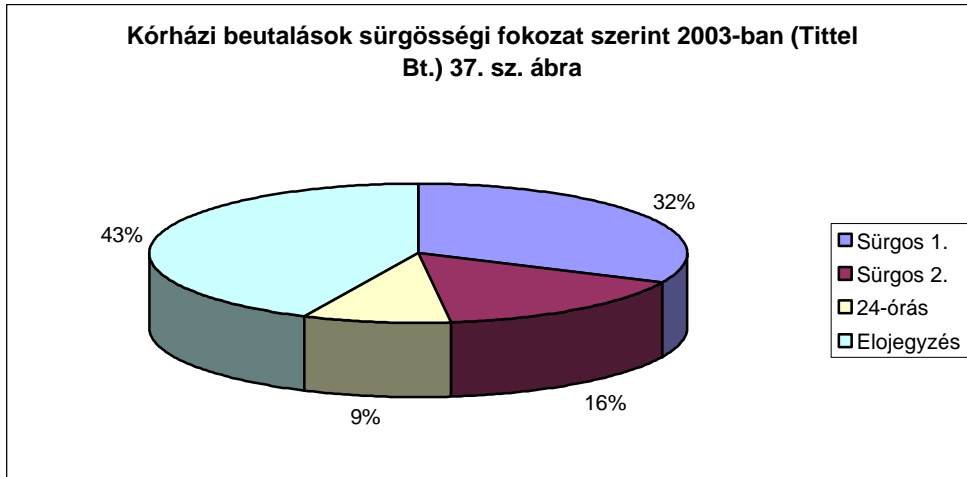


Több mint 1/3 részét a háziorvos utalta be közvetlenül, közel 1/3 részét szintén a háziorvos a szakrendelők illetve gondozókon keresztül. A maradék 1/3 rész megoszlik a szakrendelők önálló kezdeményezésére történt, az ügyelet által beutalt, az osztályok egymás közti továbbutalása miatti és az „egyéb” módon történt beutalások között.



Összehasonlítva az előző három év összesített adataival (36. ábra), megállapítható, hogy: a háziorvostól induló beutalások aránya bár 3%-kal nőtt de lényegileg nem változott, a szakrendelők önálló beutalásai negyedére (75%-kal) csökkentek, az ügyeleti beutalások épp 50%-kal, de közel 6-szorosára emelkedett az osztályok egymás közötti-, és 25%-kal az „egyéb” (etikai okok miatt nem részletezendő) beutalások aránya.

Sürgösségi fokozat szerint



Besorolás:

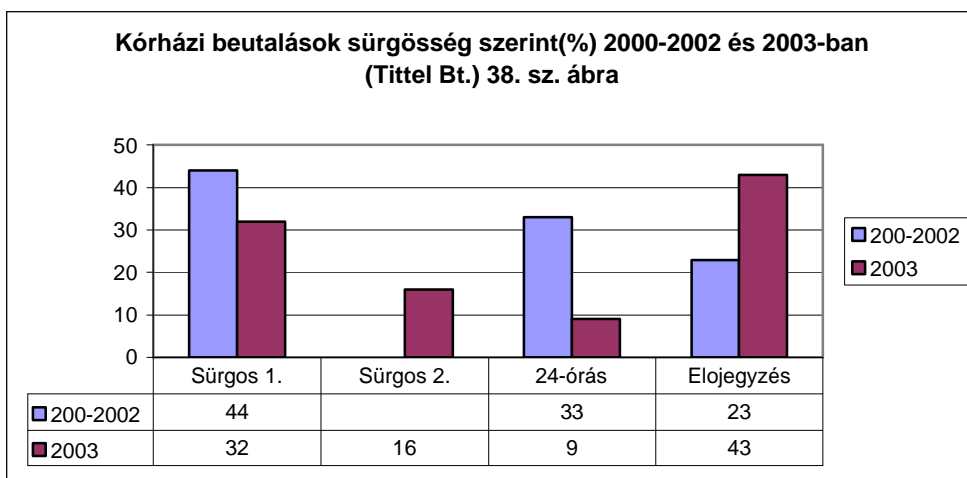
Sürgös 1-be soroltam az azonnali, és 1 órán belüli mentovel szállított betegeket, sürgös 2-be a 6 órán belül beszállítottakat, 24 órásnak értelemszerűen azokat, akik a beteggel való találkozás után 24 órán belül kerültek be, az elojegyzés csoportba pedig azokat, akik tervezetten vagy várólistáról kerültek felvételre.

Eredmény:

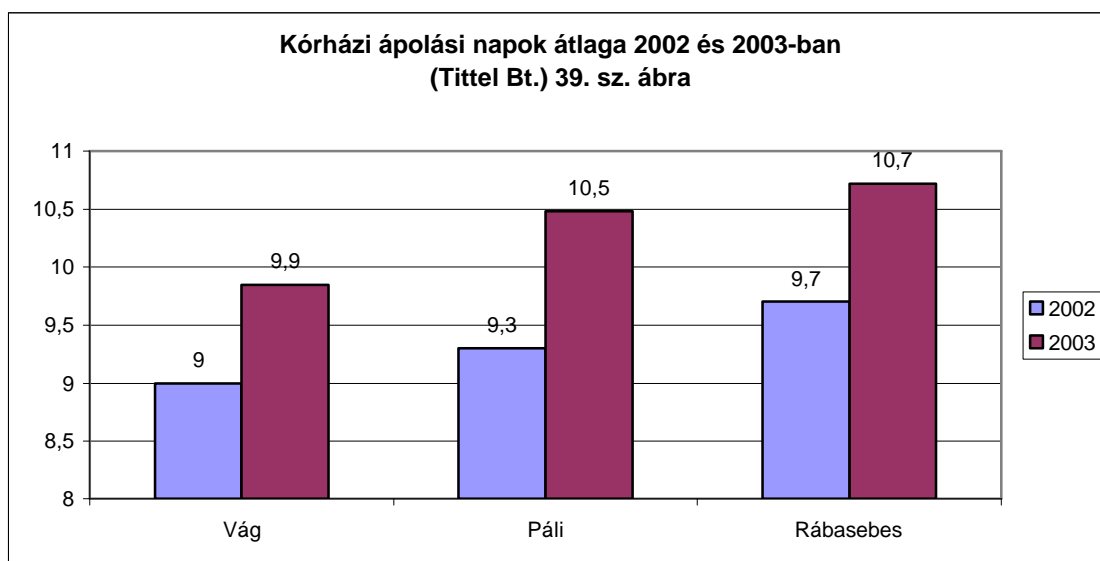
A legtöbben (43%) elojegyzéssel, a betegek 1/3-a azonnal illetve 1 órással szállítással került felvételre, 25%-uk 24 órás halasztással.

Összehasonlítás:

Az előző három év összesített adataival összevetve (**38. ábra**) látható, hogy: a sürgös beutalások aránya összességében 4%-kal növekedett, a halasztott, 24 órások aránya közel ¼-re csökkent, ami az összeshez viszonyítva 24%-os esést jelent, de majd kétszeresére emelkedett az elojegyzéssel osztályra beutaltak aránya. Talán ez utóbbi is közrejátszik a sürgös beutalások emelkedésében. A beutaló és a sürgösségi fokozat szerinti csoportok megváltoztatásánál a differenciális finomításának szándéka motivált.



Kórházi ápolási napok



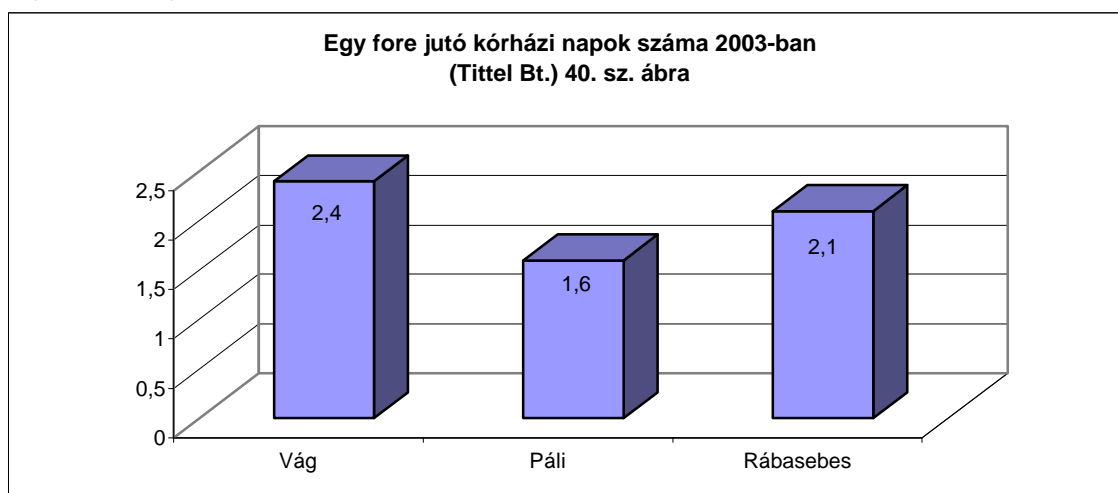
Az kórházi ápolási napok száma községenként: Vág 1439, Páli 692, Rábasebes: 236.

Az kórházi ápolási napok átlaga községenként a **39. ábrán** látható.

Mindhárom község esetében 2003-ban az elozo három év átlagához viszonyítva 10% körüli emelkedés tapasztalható (Vág 9.9-, Páli: 10.5-, Rábasebes 10.7 nap)

Az egy lakosra jutó kórházi ápolási napok száma

Vág 2.4, Páli 1.62, Rábasebes 2.12.



IBM-en belüli és azon illetve rendszeren kívüli ellátások

Az IBM rendszerén belüli ellátásnak tartottunk:

minden ellátást a csornai Margit Kórházban,

azokat a gyori osztályokon történt ellátásokat, amelyeket a kompetencia lista szerint azon a szinten kellett ellátni,

azokat az ellátásokat, amelyeket a kompetencia lista szerint csak az országos intézetekben történhettek (pl. nyílt szívmutét, komplikált onkológiai esetek),

a rendszeren belüli osztályokról a területileg illetékes rehabilitációs részlegekre utalt és ott kezelt eseteket.

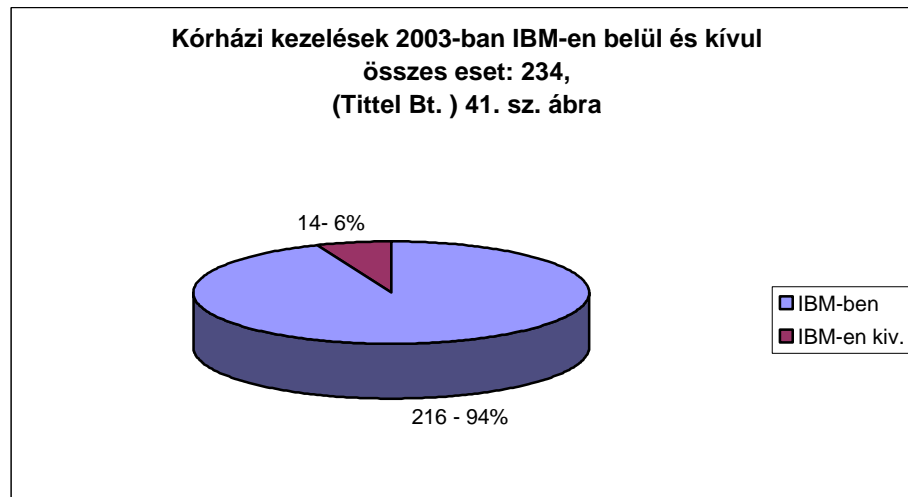
Az IBM rendszerén kívüli ellátásnak minosítettük:

azokat az eseteket, amelyeket a gyori PAMOK belgyógyászati osztályán láttak el családi kapcsolatok alapján (3 eset), a nagygyógyászaton (3 eset), a pápai sebészeten (2 eset), a pápai belgyógyászaton (1 eset), a mosonmagyaróvári belgyógyászaton (1 eset), az ajkai

belgyógyászaton (1 eset), a szombathelyi gyermekosztályon (2 eset), a budapesti Uzsoki kórházban (1 eset).

Megjegyzendo, hogy a fenti megosztás nem a „hivatalos” IBM-es szemléletben készült.

Mint látható a 41. ábrán az összes kórházi kezeléseket 94%-a rendszeren belül történt, és 6%-a rendszeren kívül.



Indokoltság és motiváltság a rendszeren belüli ellátásoknál

Indokoltságát és motiváltságát a rendszeren kívüli ellátások esetében

Az indokoltság minden esetben elfogadható.

A motiváció elfogadható:

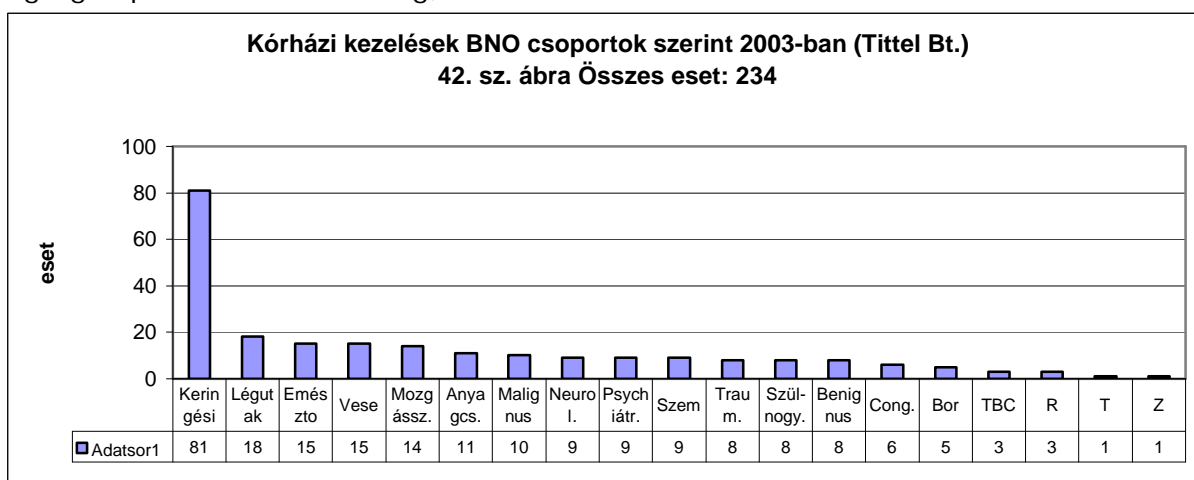
- a két szombathelyi gyermekosztályos kezelés esetében azért mert, mert a család onnan költözött akkor ide és „ott voltak ismerősök”, tehát a szocializáltság miatt oda kötődtek még,
- a mosonmagyaróvári belosztályos kezelés egy ismert és kezelt beteg anya esetében ott lakó leányánál, hosszas tartózkodás során kialakult kardiális decomp. miatt,
- a két pápai sebészeti és egy belgyógyászati osztályos kezelés ott élő gyerekek kezdeményezésére történt kettős motiváció alapján: egyrészt a térbeni közelség által biztosított gyakoribb látogathatóság miatt, másrészt egy elozo csornai osztályos kezelés kellemetlen emlékei miatt-,
- az ajkai belosztályos kezelés az ott élő és az ottani belosztályon dolgozó ápoló leány kezdeményezésére történt egy valóban beteg édesanya esetében, hosszas ott tartózkodása alatt kialakult interkurens megbetegedés miatt,
- a budapesti Uzsoki kh. nyaksebészeti osztályán Pest megyében dolgozó fiatal értelmiségi soliter laterocervicalis nyirokcsomó eredetét tisztázták,
- a gyori PAMOK belosztályán családi, rokoni kapcsolatok miatt kezelték három esetben beteget,

Nem találtunk elégséges motivációt három gyori onyógyászati osztályon történt kezelésnél, az összes eset 1.30%-nál.

BNO csoportok szerint

Kardio-vaszkuláris 81, Légúti 18, Emésztő rendszeri 15, Vese-hugyúti 15, Mozgásszervi 14, Anyagcsere 11, Malignus tu. 10, Neurológiai 9, Pszichiátriai 9, Szemészeti 9, Traumatológiai 8, Szülészet-onyógy. (terhespathológiai) 8, Benignus tu. 8, cong.malf. 6, Bor 5, R kóddal jelzett 3, T kóddal jelzett 1, és Z kóddal jelzett betegség 1 esetben szerepel a beutalás fő okaként. (42. ábra)

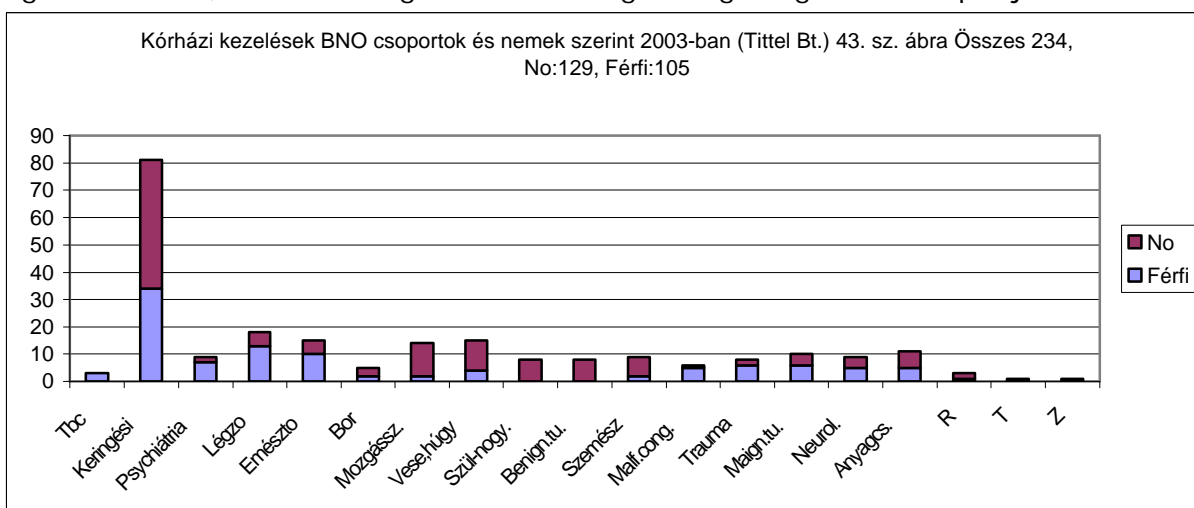
A kardiovaszkuláris megbetegedések a beutalások okának közel 1/3-át teszik ki. A 2/3 18 fő betegcsoport között oszlik meg, de a beutaltak száma 20 alatt marad minden esetben.



A 43. ábrán a kórházba utaltak BNO csoportjai nemek szerinti felosztásban láthatók.

A nők aránya lényegesen magasabb az kardio-vaszkuláris, a mozgásszervi, vese és húgyuti, a szemészeti és anyagcsere betegségek csoportjaiban. Kizárólagos a benignus tumorok esetében.

A férfiak száma különböző mértékben magasabb a légző, az emésztő, a pszichiátriai, a malignus tumorok, a traumatológiai és a neurológiai megbetegedések csoportjában.

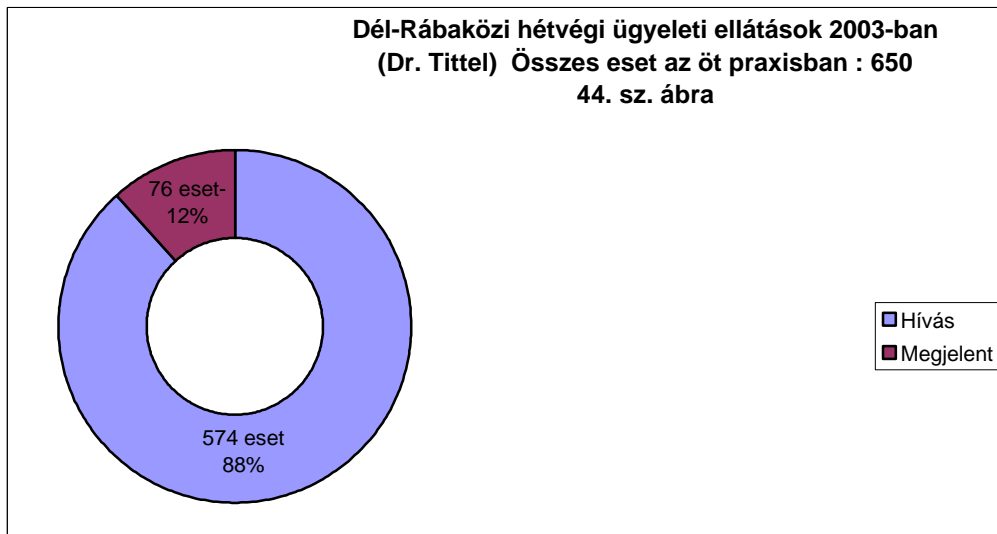


Ambuláns ellátások

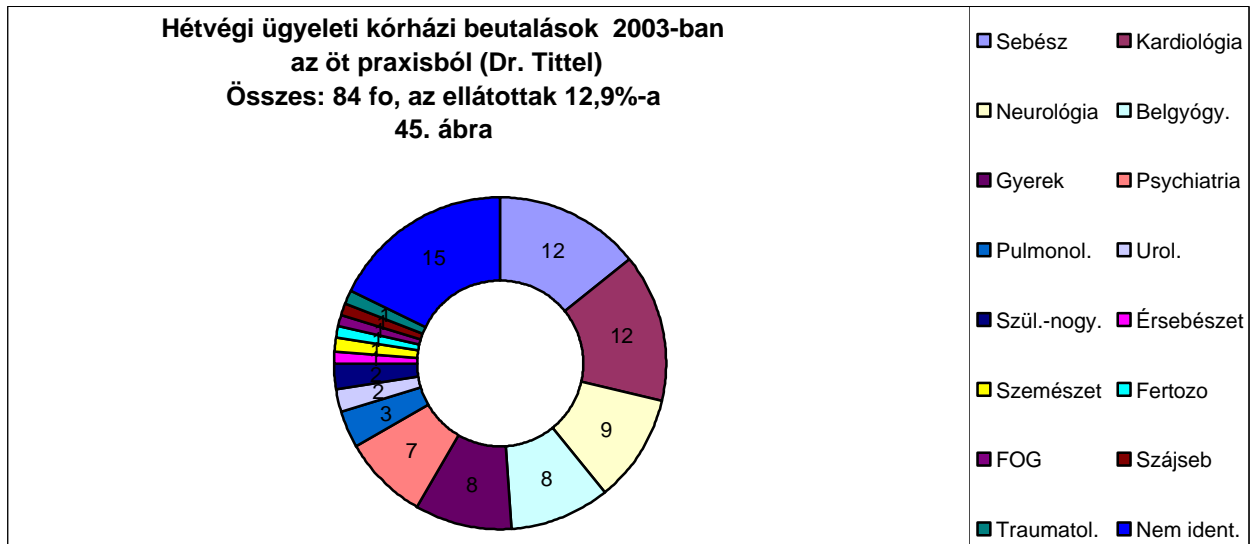
18 ambuláns beteget láttam el számítógépes jelentolappal 2003. év folyamán. Azokat, akik bármilyen problémát jelenthettek a MEP ellenőrzés során (pl. nyaralók, akik otthon felejtették a biztosítási kártyájukat vagy a hatósági igazolást amelyből kiolvasható a TAJ szám, idénylakók számára bázisterápia havi felírása, külföldi állampolgárok sürgős ellátása, akiknél a nyelvi nehézségek, vagy otthonfelejtett útlevelel miatt az adatok rögzítése nehézségekbe ütközött, stb.), a méltánytalan és megalázó magyarázkodás elkerülése végett inkább sehogy, vagy nem biztosítottként jelentettem, inkább lemondva ezzel az említett ellátások finanszírozását képezo „hatalmas” összegekről.

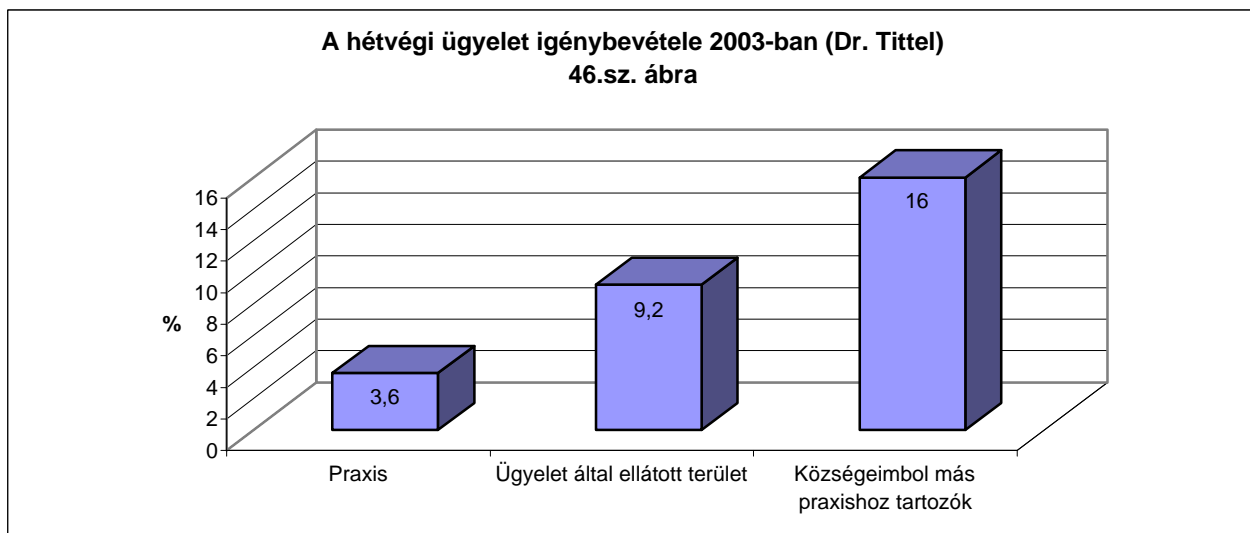
Hétfégyi ügyeleti ellátások

A Dél-Rábaközi ügyelet által ellátott 10 településen élok száma: 7065.



- Az ellátottak száma: 650 fo. Hívás: 574 eset, rendeloben megjelent 76 eset.. (44. ábra). Kórházba utaltak száma: 84 fo, az ellátottak 12,9%-a. Sebészetre 12, Kardiológiára 12, Neurológiára 9, Belgyógyászatra 8, Gyermekosztályra 8, Psychiátriára 7, Pulmonológiára 3, Urológiára 2, Szülészet-nogyógyászatra 2, Érsebészetre, Szemészetre, Fertozoosztályra, FOG-re, Szájsebészetre, Orthopédiára 1-1. 15 esetben az ambuláns naplóból nem volt megállapítható a beutalás helye. Érdekes, hogy a gyerekosztályra utaltak majd teljes egészében ellátási területünkön kívül élok betegek voltak.





A 46 sz. ábrán látható az ügyeleti szolgálat igénybe vételének %-os aránya a lakosság csoportjainak függvényében. Az ügyelet által ellátott területen átlagosan a lakosság 9.2%-a vette igénybe a hétfégi ügyeletet.

A saját praxisomban a lakosság 3.6%-a, és a három községben lakó, de a környező praxisokba tartozók esetében ezek 16%-a.

Új központi ügyelet

Az év közepétől a Csorna környéki Önkormányzatok polgármesterei, Dr. Márkus Katalin városi tiszti főorvos kezdeményezésére megkezdtek a három vidéki ügyelet megszüntetésének előkészítését létrehozandó egy „mega” központi ügyelet szervezését. A 16 kolléga közül egyedül én elleneztem. Számos írott és verbális megkeresésben indokoltam aggályaimat minden fórumon, elsősorban betegellenességére hivatozva, eredménytelenül. A MOK Győr-Moson-Sopron megyei szervezete jogász-irodavezetőjének állásfoglalása (ami természetesen nem a testület állásfoglalása) alátámasztotta többek között a jogi kifogásaimat is, amelynek lényege a következő volt: a laikus polgármesterek döntésüket abban a jóhiszemű, de téves tudatban hozták, hogy a jelenlegiek helyett egy új központi ügyelet létrehozása törvényileg kötelező. Akkor sem volt, de most, e sorok írásakor (2004-03-03-án) sem az...

Ma 2004.10.08.-án már rég ismerjük az egységes szerkezetben megjelent vonatkozó jogszabályokat, miszerint az idő engem igazolt. Ennek ellenére ma nyugodtan kijelentem a következőt: „Reám mindenképpen igaz az a nem tudom kitől származó mondás, miszerint az embert a legnehezebb a saját érdekéről meggyőzni...” Amióta ezt az ügyeleti rendszer bevezetése megtörtént térségünkben végre a (rab)szolgának szocializált és évtizedek óta ennek megfelelően működő (házi)orvos – ego – felszabadult és nem cserélné el önmagát ebben a vonatkozásban senkivel, semmiért!

Mindezek ellenére kizárólag a jobbítás szándékával néhány gondolat erejéig:

Az első öt hónap tapasztalatai

A beosztásokat a vezető gyakran változtatja, amiről semmilyen tájékoztatást nem kapunk. Pl. a június 6-i beosztás után született egy június 21-én, de a július 04-én, amikor jelentkeztem a szerdai ügyeletre Dr. D.A. szabadsága miatt helyettesként, Dr. V.L. is megjelent Dr. L.A. helyett. Mi lett volna, ha nem két orvos hanem senki nem jelentkezik?

- Az ügyelet helyiségei a kezdéskor gyakran takarítatlanok, a szellőztetés hiányában bűdösek. A bejárati kapu gyakran zárva van.
- Az ügyelet helyiségei futatlenek, amit otthonról bevitt radiátorokkal kompenzálunk.
- A telefonon beteggel kapcsolatosan felvett adatok mennyisége és minősége túlzottan függ az éppen ügyeletet ápolótól.

A Linux alatt futó telefonos hívás-rögzítő nem működik folyamatosan, ami adott esetben jogi és egyéb következményekkel járhat.

- Az első négy nap a központi ügyelet területéről hét beteget látott el (kettőt a csornai ügyeleten, ötöt a területen) én viszont kilencet.

A háziorvos által elrendelt és folyamatban lévő injekciós kezelések „a háziorvosi ellátás folyamatosságának biztosítása” értelmében történnek. A felelős egyértelműen a terápiát elrendelő háziorvos. Az általa leadott ez irányú igény nem képezheti mérlegelés tárgyát az ügyeletes orvos által, hanem az ügyelet valamely erre jogosult tagja által (ápolóno, orvos) végrehajtandó. Tehát, ha a háziorvos injekció beadására ad utasítást az ügyeletnek, akkor az ezt végezze el, és ne egyebet tegyen, amire nem kérte fel senki (adott esetben például konziliáriusi tevékenységet, a diagnózis helyességének felülvizsgálatát, mint ahogyan ezt tette Dr. B. M. 2004. jan. 1-én D. I-né esetében). Ha viszont felelős döntést hozó ügyeletes orvosi minőségében tesz eleget személyesen a háziorvos kérésének és látja el az ápolóno feladatát (injekció beadása), akkor jan. 3-4-re a pneumóniás betegemet miért hagyta gyógyszer nélkül, gyakorlatilag ellátatlanul.

Egy idős beteg három napja Rocephinnel kezelt lobáris pneumóniája további kezelését eldöntendő lett volna szükség egy friss fehérvérsejt szám vizsgálatra, tekintettel arra, hogy a bemutatott köpete nem gennyes, hanem kimondottan nyákos volt, és a jó általános állapota sem volt összhangban az (egyébként az előző napon ügyelő Dr. B.M. kolléga által is megállapított) hallgatózási lelettel. Az ügyeletes laborostól telefonon kértem segítséget, de csak akkor végez cito fehérvérsejtszám meghatározást, ha „kék csoban beszállítják hozzá a vért”. A központi ügyeletes Dr. K.G. kollégát hívtam ezután, aki viszont megtagadta a vérvételt, mondván, hogy „ez kórházi ellátást igénylő betegség” ill. kórházi ellátás akkor, amikor azt sem tudta kirol, ill. miről van szó, mivel az indoklást meg sem hallgatta. A beteget egyébként hozzátartozója személygépkocsival szállította volna be az ügyeletre. 2004.01.02-én 11.30-kor a beszélgetés után M. Róbert mérnök hozzátartozó jelenlétében másodszor is több mint tíz percen keresztül hívtam az ügyeletet a meghirdetett ügyeleti telefonon (590-509) a fenti probléma megoldása végett de azt senki nem vette fel. No comment.

A halottvizsgálati igazolások kitöltése néha problematikus. Abban az esetben, ha a halottnál semmilyen dokumentáció nincs (a győri, kapuvári... leányánál vannak az összes leletei, zárójelentései!?!), és ez nem ritka eset) a halál okát a betegségre vonatkozó pontos adatok hiányában kitölteni nem áll módunkban, még akkor sem, ha ifj. Dr. Balázs Mihály erre kötelezni akar. Egyértelmű adott esetekben, hogy korboncolásra sincs szükség a halál okának megállapításához, mivel a háziorvos által régen ismert és kezelt beteg. Mi a teendő ebben az esetben? Ki kell tölteni a „felső részt” és a halál okának kitöltését az információ, illetve a dokumentumok birtokában lévő háziorvos kollégára bízni „az első ügyeletet követő munkanapon”, amikor egyúttal az illetékes Polgármesteri Hivatalnál is bejelentheti a hozzátartozó az elhalálozás tényét, az így biztosan pontosan kitöltött dokumentumok bemutatásával.

Javaslatok:

- *Az egymás közti kommunikációt, jelrendszert sürgősen pontosítani és az SZMSZ-ben rögzíteni kell a főlösleges félreértések végett, még azelőtt, mielőtt ebből betegnek egészségében károkozás keletkezne.*
- *A rugalmas betegellátás hasznosabb lenne, mint az egyes kollégák egymással szemben érzett személyes szimpátiája vagy antipátiája által determinált és a beteget minden kétséget kizáróan hátrányosan érintő (nem)ellátás, illetve az ezzel azonos etikátlan, sőt törvényellenes, ellátás-visszautasítás.*

Az első hat hónap után levonható következtetések

A bevezetés előtti aggályaim egy része alaptalannak bizonyult.

Az igénybevétel (az ellátások száma) töredéke a vártnak.

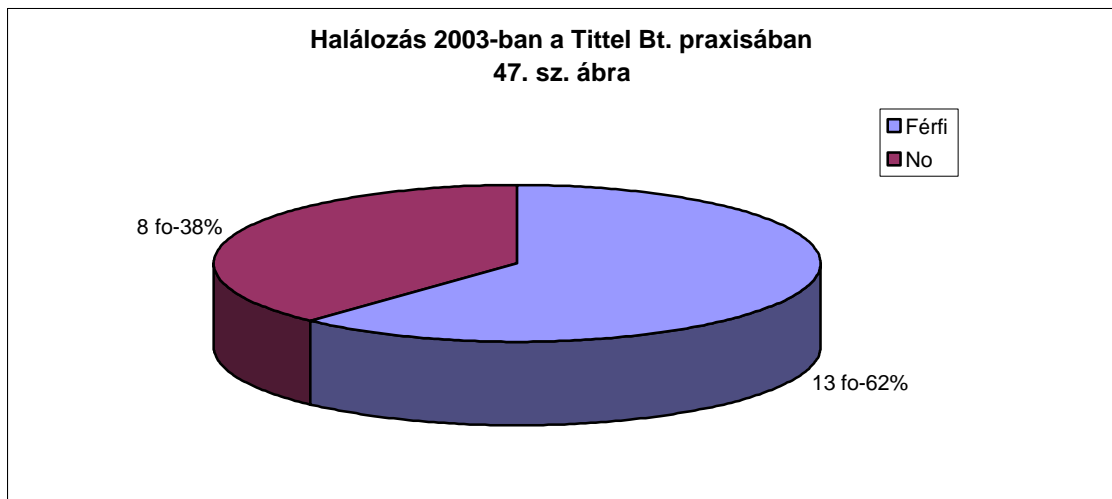
- A háziorvosok számára egyértelműen elonyös, az előző készenléthez viszonyítva.
- Az új tervezett minőségileg magasabb szintű ellátás mindhárom érintett résztvevő intézmény (alapellátás, kórház, OMSZ) közömbös magatartása miatt nem jött létre.
- A szervezetlenség sok veszélyt rejt magában, de az érintett vezetők mindezekhez való viszonyulása még inkább.

Morbiditás

Standardizált Morbiditási Hányados (SMH) (a Praxisban, Győr-Moson-Sopron megyében, Magyarországon, az Európai Unióban)

Mortalitás

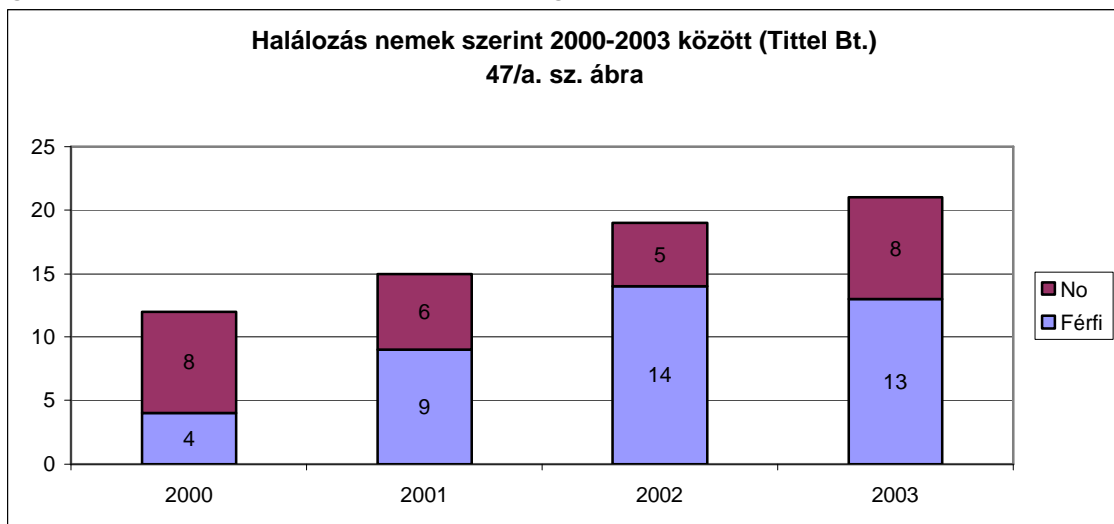
2003-ban összesen 21 főt veszítettünk. 13 férfit és 8 nőt. (47. ábra)



A halottaink átlagéletkora: a férfiak esetében 70,7 év, a nők 80, 8 év.

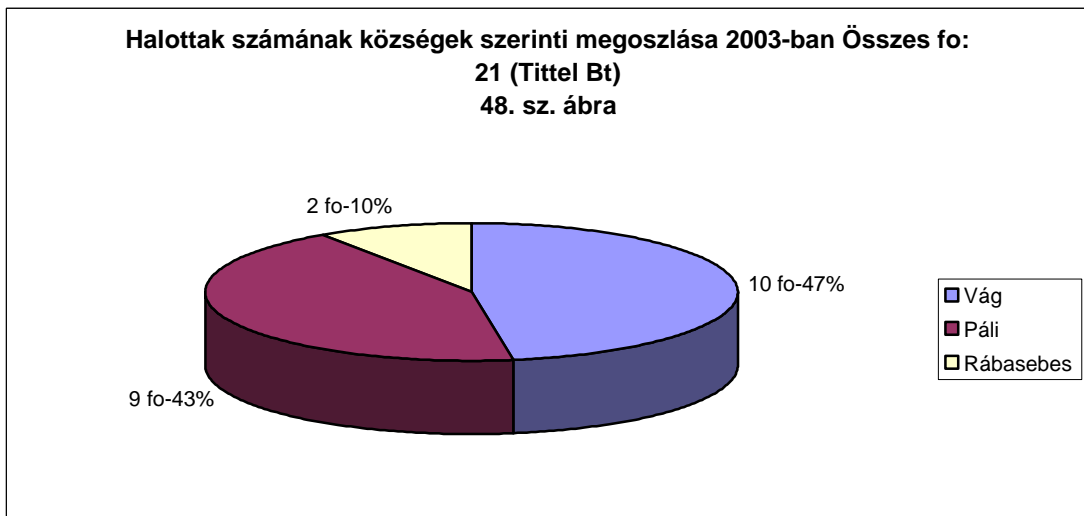
Exitusok korcsoport és nemek szerint 2003-ban

A halottak számának alakulása nemek szerinti bontásban az IBM éveiben a 47/a ábrán látható. A várakozásoktól eltérően a 2000-es 12 főről 2003 végére fokozatosan 21-re emelkedett-ami összességében 75%-os növekedést jelent- és elsősorban a férfiak terhére. A nők mortalitása 2002-ig csökken, de 2003-ban a tendencia megfordulni látszik.



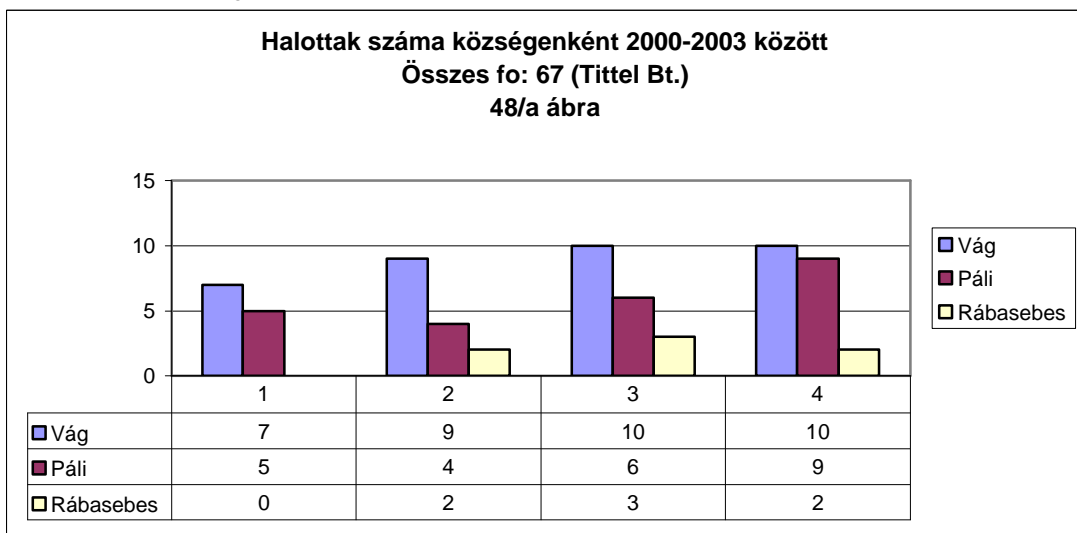
Exitusok községek szerinti megoszlása 2003-ban (48. sz. ábra)

Vágon 10 fo, Páliiban 9 fo, Rábasebesen 2 fo halt meg.

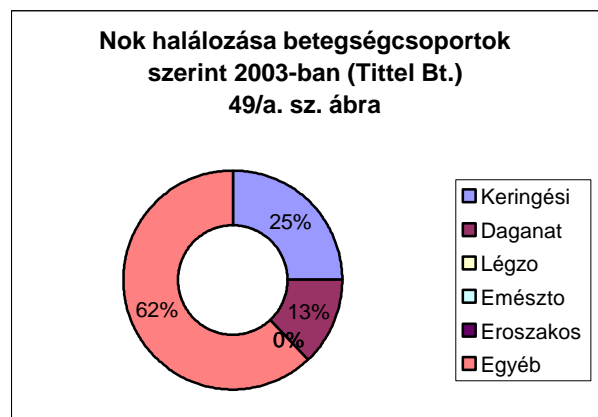
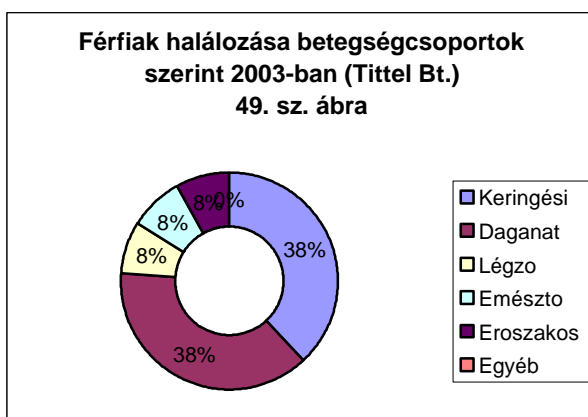


A halottak számának alakulása községek szerint az IBM éveiben 48/a ábra

A praxis összes halálzásának növekedése elsősorban a Páliiban történt 225%-os mortalitásgyarapodásnak eredménye.

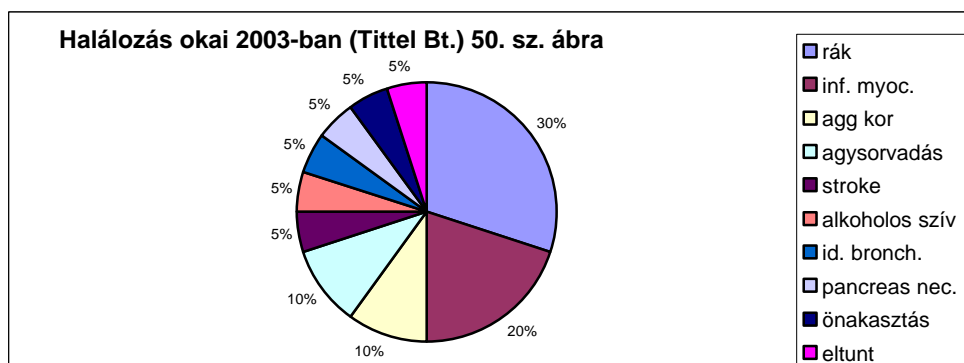


Exitusok BNO csoportok szerint



A statisztikai évkönyv szerinti csoportosításban a halálokokat %-ban kifejezve a férfiak esetében a 49. sz. ábra, a nok esetében a 49/a sz. ábra mutatja be. Megállapítható, hogy a

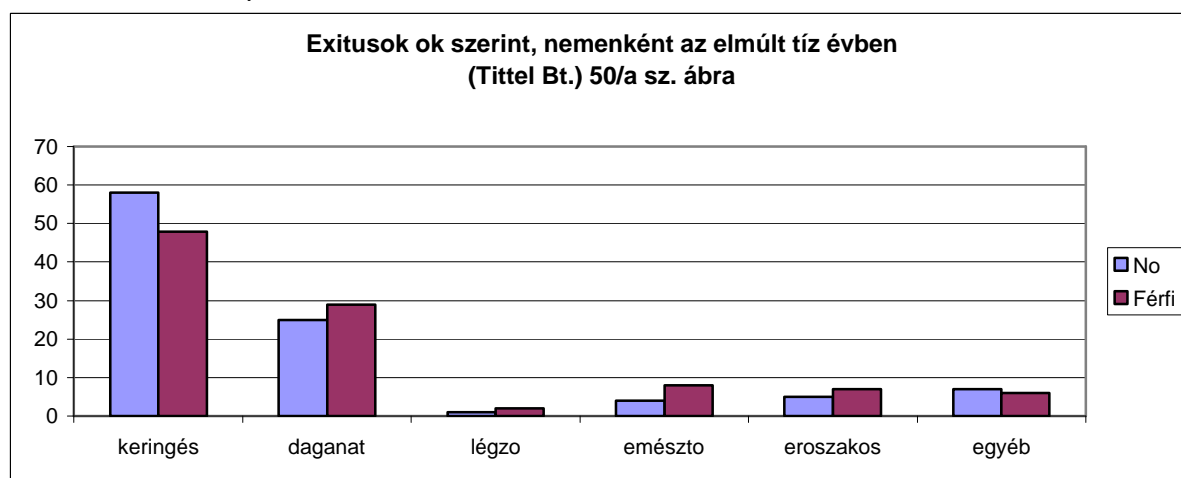
férfiak keringési- és rákos mortalitása együttesen, az emésztorendszeri és az eroszakos halálozás a megyei adatokkal egyezik. A légzőrendszeri nálunk valamivel magasabb, az egyéb eredetu halálozás pedig hiányzik. A noknél a keringési és daganatos eredetu halálozás nálunk a megyeinek kevesebb, mint fele, hiányzik a légzési és emésztési és eroszakos eredetu halálozás, de az egyéb csoport majd' tízszerese a megyeinek. (Ebbe a csoportba soroltunk öt fot a következők okokkal: eltunt, aggkor +/- atrophia cerebri súlyos dementiával, veseelégtelenséggel.)



Részletesebben: **(50. sz. ábra)**

- 1 fo 80 éves non compleans férfi kezeletlen pankreasba perforáló nyombélfekély következtében kialakult heveny necrosis miatt,
- 4 fo (2 idos 75 év feletti férfi és 1 no, valamint 1 fo 58 éves sokszoros szövödményes 1. typ. DM-os no) infarctus myocardi miatt,
- 1 fo 70 éves férfi ismétlodo, kiterjedt és túlélte cerebro-vascularis infarktuskok után, harmadik emeletig erőltetett lépcsónjárás során bekövetkezett infarctus myocardi miatt ,
- 1 fo 40 éves alkohol-dependens férfi önakasztásos öngyilkosság miatt,
- 1 fo 57 éves kezelt de rendszeresen és nagy mennyiségben aethylezo férfi congestív cardiomyopathia heveny decompensatio miatt,
- 6 fo (4 no és 3 férfi) aggkori végelgyengülés plussz asthmás cor pulmonale, vascularis demencia, decompensalt ISZB-s cardiomyopathia, emphysemás cor pulmonale decompensatio, ill. hypostatikus pneumonia miatt,
- 6 fo rákos megbetegedés (1 férfi vastagbélrák, 2 férfi tüdorák, 1 férfi gégerák, 1 no AML, 1 férfi aggkori CLL) miatt halt meg.
- 1 fo chr. psychopáthiában szenvedo no öt éve eltunt, de ebben az évben nyilvánították halottá.

Exitusok ok szerint, nemenként az elmúlt tíz évben 50a ábra.



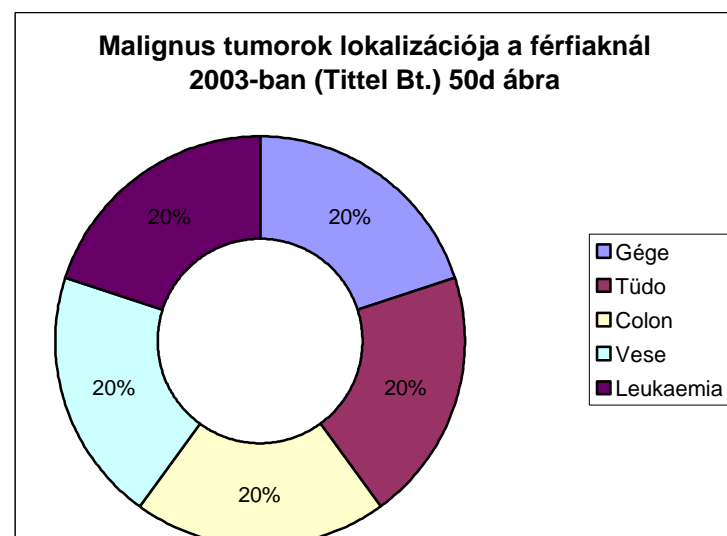
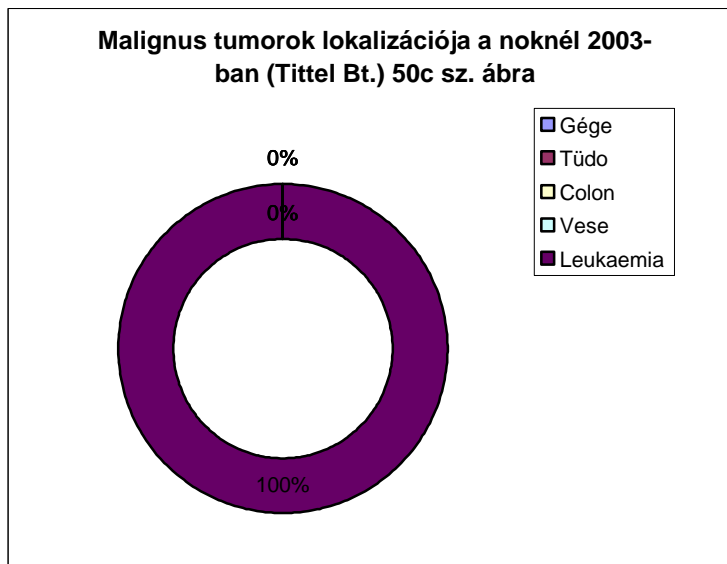
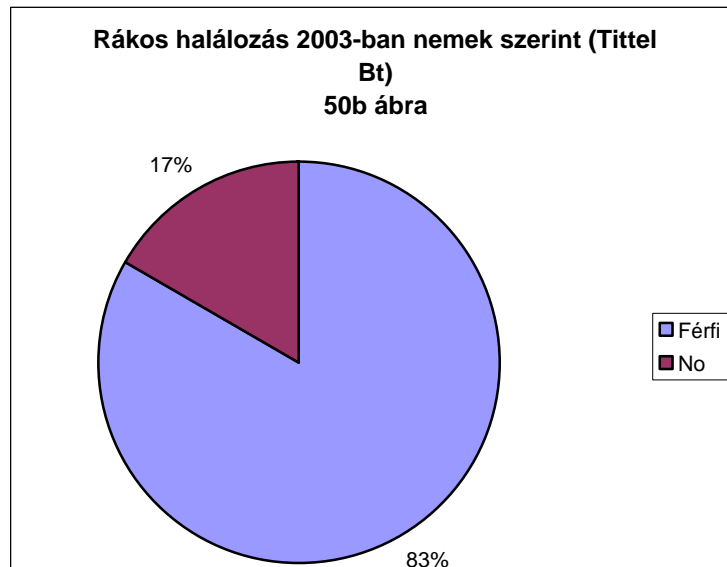
(keringés, daganat, légző, emésztő, eroszakos, egyéb)

Férfi: keringés-48, daganat-29, légző-2, emésztő-8, eroszakos-7, egyéb-6.

No: keringés-58, daganat-25, légző-1, emésztő-4, eroszakos-5, egyéb-7%.

Főbb csoportok elemzése

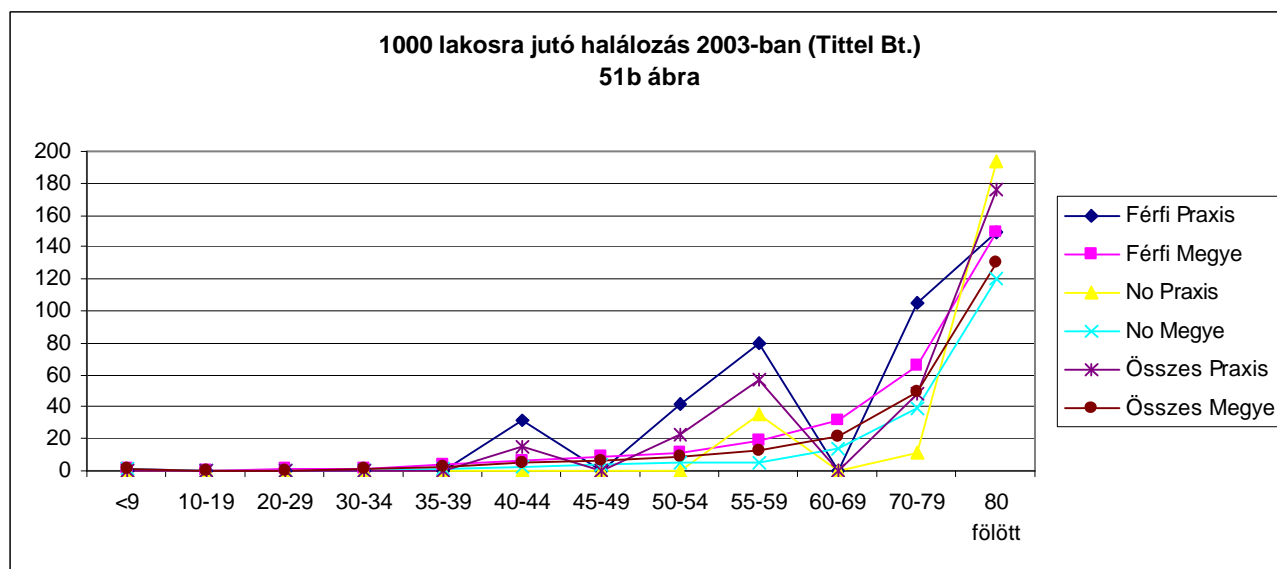
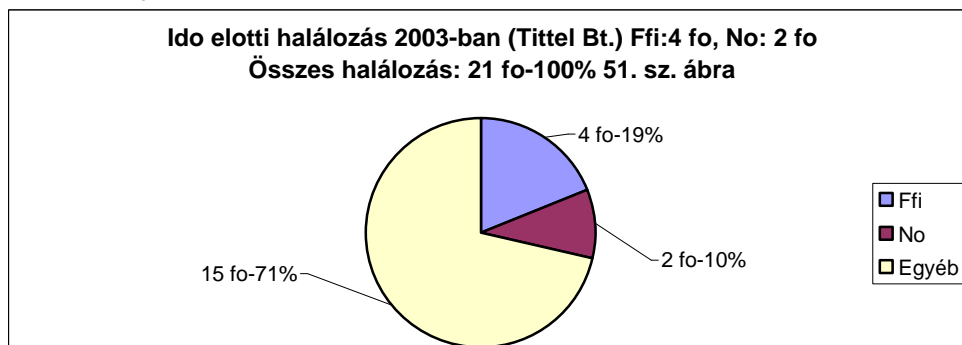
Rákos daganatok 2003-ban 50 b-c-d ábra



Ido elotti halálozás

Az összes halálozás %-ban kifejezett ido elottinek vélelmezett és nemek szerint bontott arányait az 51. sz. ábra mutatja be.

Megelőzhetőnek, vagy legalábbis „halaszthatónak” vélelmezhető halálokok nagyobbik része (a perforált nyombél fekély, a fizikai túlterhelés miatti szívinfarktus, az önkasztás, az alkoholos cardiomyopathia) a férfiaknál található és ezek halálozásának 31%-át képezik, a kisebbik része (az idős asszony eltunése, és egy másik limitált intellektusa miatt folyamatosan decomp.1.typ. DM talaján kialakult heveny szívinfarktus) a nők csoportjában van és ezek halálozásának 25%-t jelenti.



Kényelmi szolgáltatások

Internetes tájékoztató a betegeim által látogatott rendelőintézetek működéséről,
Internetes betegelőjegyzés,
Telefonos gyógyszerrendelés,
Kézipatika és a rászorulóknak gyógyszer házhozszállítása.

Környezeti ártalom

Iskolaorvosi tevékenység

A védőnővel közösen végzett kötelező szűrések és védőoltások elvégzésére korlátozódik.

Kapcsolatok

Kapcsolat a Margit Kórházzal

A szerződés egyik pontjának (Észlelt hiányosságok feltárása és azok kiküszöbölésére tett javaslatok) nyilvánvalóan jobbitó szándékkal történő gyakorlása miatt konfliktusokkal terhelt. A belgyógyászat, a tüdőgondozó, és az IBM menedzsmentje egyes tagjainak kivételével probléma mentes volt.

Kapcsolat az Önkormányzatokkal

Az utóbbi években gyakorlatilag a két évente történő Önkormányzati Képviselőtestületek előtti beszámolásra, beszámoltatásra korlátozódik. A házi orvos véleményét nyolc évig tartó képviselősége alatt sem kérték ki, illetve vették figyelembe, de ennek megszűnte után még annyira sem. Az ÖK egészségüggyel kapcsolatos, pályázatokon nyert pénzüsszegeket átcsoportosítja (másra fordítja), majd a költségvetési év végén a testülettel ezeket visszamenőleg jóváhagyatva „legalizálja”.

Kapcsolat a MEP-el

Általában korrekt, de néha szokásjogilag determináltan nem igazán partneri.

Kapcsolat az ANTSZ-el

A jogszabályok egyes esetekben azok tisztifőorvosok által történt értelmezése által meghatározott.

Kapcsolat a kollégákkal

Két szomszéd házi orvos és három osztályos orvos kolléga kivételével kollegiális. Dr. Legler Alíz külön említést érdemel. Okai: ANTSZ engedély nélküli lakásán történő rendelések. A betegek etikátlan ígéretekkel történő elcsábítása. A kikért betegkartonok hanyag kezelése.

Kapcsolat az IBM-el

Mivel az IBM menedzsmentje gyakorlatilag azonos a Margit Kórház vezetésével a fent már megfogalmazottakkal egyező.

Költségvetés

2004 októberében még csak részadatok állnak rendelkezésemre, ami miatt nem áll módomban ezt a tételt analizálni.

Irányított Betegellátási Modell

Elozmények, emlékeztető a lényegére, változások 2003-ban, kistérségi vonatkozások

- A meghirdetett célok egyik csoportja a strukturális változtatásokra vonatkozik.
- A Margit Kórház évek óta ebből a megtakarításból pótolja a veszteségeit, és addig, amíg ez lehetséges nem is lehet érdekelt semmilyen lényegi változtatásban. Kirakat „reformtevékenység” folyik a prevenció, a gondozók szervezése és működtetése égise alatt. Létre jöttek a lipidológiai, stroke stb. gondozók, de ennek következményei az eredményeket tekintve vitathatók. A kiadások a szakmai protokollok által javasolt vizsgálatok megszorodása és gyógyszerköltségek miatt egyes területeken az öt év alatt többszörösére emelkedtek, emelkednek, de a „benefit” valahogy nem akar mutatkozni...
- Az adatbázis öt év után feldolgozható és hasznosítható konklúziók is levonhatók szép számmal már régen. Sajnos ennek ellenére érdemi kísérlet sem történik a kedvezőtlen folyamatok befolyásolására, amellyel, amelyekkel biztosítani lehetne a növekedő költségek finanszírozását. Csak egyet említek például: a fejkvóta finomítása nem történt meg,

holott, már az első évben bizonyítódott, hogy a 35-55 éves kórcsoport kerül a legtöbbe, és megfogalmazódott az ennek korrekciójára tett javaslat is.

A fő cél elérését, amit annak idején Gógl miniszter úr fogalmazott meg igen plasztikusan „a többletdíjnak, amit a szerveztek kapnak, hasznosulnia kell...” nem látom öt év múltán sem.

Analízisek

A tünet jelentkezésétől a pontos dgn. és definitív terapia megkezdéséig szükséges idő (szórás)

A szórás néhány perc és évek közötti.

Alább csak néhány esetet említenék azok közül az esetek közül, amelyek fatálisan végződtek, minden kommentár nélkül.

- D. J-né sokszoros szövdményes gondozott insulinos DM-os beteg, infarktus myocardii tüneteinek megjelenése után elször három héttel kér segítséget a hétvégi ügyelettel. Az azonnali adekvát ellátás és hospit is eredménytelen.
- E. S-né régen ismert asthma cardiales beteg sokszori eredményes hospit után leányához megy egy másik városba. A beteg által is jól ismert panaszai miatt kéri kórházi beutalását, amit nem teljesítenek. Másnap exitált.
- H. I.: 2003.08.12-én jelentkezik rendelésen polyarthralgia, lábszároedema miatt. Még aznap labor, rtg, neurológiai és érsebészeti beutalót kap. Panaszainak oka nem derül ki, tüneti kezelést kap eredménytelenül. 2003. okt. 13-án részletes leírással, paraneoplasiás sy., Tu. pulm. suspicióval küldöm a tüdoosztályra, ahonnan Dr. F.E. elutasítja (Sine morbo-U999 dgn-al, kiemelve, hogy „a tüdokben malignus folyamatra utaló jel nincs”. 2004.01.12-én Dr. J.G. többedik beküldés során cc.pulm. dgn.-t állít fel, amely mutétileg is igazolódik. 2004. 05.17-én a beteg exitált. Négy hónap telt el a pontos dgn. felállításáig.
- M. B-né gyakori „vendég” évek óta a megye különböző osztályain emphysema pulm., gyakori pneumóniák, pleuritisek, asthma cardiales miatt, mígnem 2003-ban a háttérben megjelenik a malignus tüdo és mellhártya cc. Sok hónap, illetve év? telt el a pontos dgn. felállításáig.
- T. M. hydrokephalus miatt gyerekkorában shunt beültetés történik. Fejfájás miatt jelentkezik rendelésen influenzás időszakban A panaszok és tünetek alapján a szokásos kezelést kapja, de másnap ismét jelentkezik fejfájása perszisztálása miatt. Annak lehetősége miatt, hogy fejfájása alapbetegségével is kapcsolatban lehet, valamint a hétvégére tekintettel a helyi neurológiára utalom, ahol több, mint tíz napig áll megfigyelés alatt, miközben állapota folyamatosan romlik mígnem látását teljesen elveszti. Csak ekkor utalják tovább Bp.-re idegsebészti klinikára, ahol a shunt obstrukcióját állapítják meg és bár azonnal megoperálják látását már nem nyerheti vissza. 18 éves.
- T. F-né: 2003.06.30-án tachycardiával járó, fulladás, jobb alsó végtag körfogatának megnövekedése miatt utalom pulmonológiára mélyvénás thrombózis, tüdoembólia suspició miatt. Itt kizárják az emb. pulm.-ot, cor. pulm. chr. decomp. diagnózist állítanak fel és externálják. Persistáló panaszai miatt laboratóriumba és phlebológiára utalom, ahol a suspiciót ismételten elvetik, de a 2003.07.31-én eljegyzéssel végzett color doppler végre igazolja jo.-i prof. thrombózisát. Ismét hospitalizálom, ahol rövidesen a háttérben ALL igazolódik és szövdményként jelentkező pneumónia miatt exitál. Egy hónap telt el a pontos dgn. felállításáig, de kezelésére már nem kerülhetett sor.

Egy esethez tartozó orvos-beteg találkozások

Globálisan értelmezhetetlen. A „betegutak”-ból talán kigyujtheto.

Egy betegséghez (BNO) tartozó ellátások száma

Általánosságban nem kiszámítható. Külön kellene választani a heveny és krónikus betegségeket, a háziiorvosi, szakrendeloi és kórházi ellátásokat stb. Csak a központi adatbázisból gyujtheto ki.

Egy betegséghez (BNO) tartozó kezelések (beavatkozások) száma

Az előző pontban mondták érvényesek erre is.

A fenti három kérdésre a választ szintén az adatbázist kezelő MedFour Kft. adhatja meg.

Ellátások protokoll szerinti analízise

Az analizálandó tevékenységek (ellátások?) fogalmi meghatározatlansága, az átvilágítás szempontjainak kidolgozatlansága miatt csak az alábbi ellátási forma esetében próbálkoztam ennek kivitelezésével.

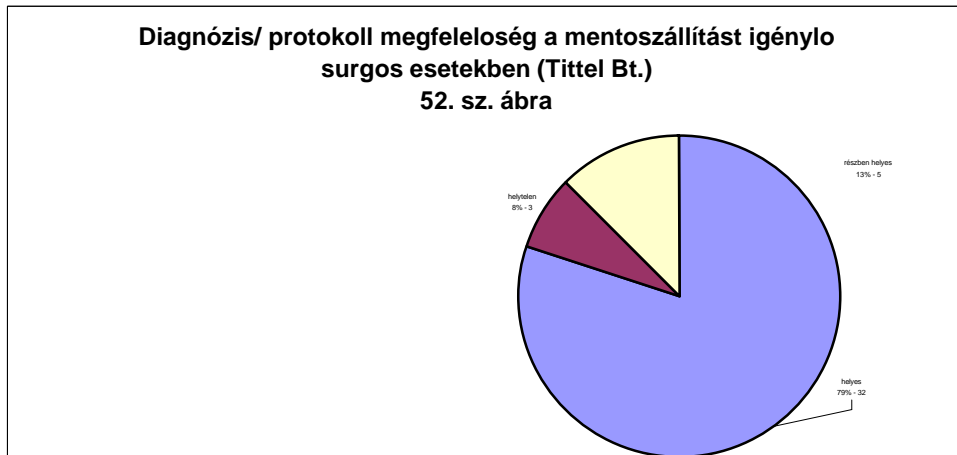
Diagnózis/protokoll megfelelés a mentoszállítást igénylő sürgős esetekben

2003-ban a mentohívásokat és körülményeit külön rögzítettem egyrészt, azért, mert a rendelkezésünkre bocsátott urlapok kitöltése lehetetlen volt, másrészt a diagnózisok és az alkalmazott protokollok megfelelése belső ellenőrzésének az év végén szándékomban állt eleget tenni.

A fejléc a következő elemeket tartalmazta: s.sz., év, hónap, nap, óra, perc, a beteg neve, neme, kora, diagnózis, alkalmazott terápia, a mentohívás sürgösségi foka, a célkórház és osztály megnevezése. A bejegyzés a betegellátást követően azonnal megtörtént.

2. Fractura tibiae eros fájdalommal (disloc. nélkül): 2 ml Dolargan – helyes
3. Thromb. prof.extr.inf. 3 hetes anamnézissel: a máter kérésére egyik nap délutántól (amikor elször láttam, másnap reggelig otthon hagyom a beteget és csak Aspirin protectet adok - helytelen. (Mentség?: retardált, tetraplégiás, vak beteg, Fraxiparinom kifogyott, hétvége van, hozzátartozó sincs, aki a vényt kiválthatná...)
4. Thrombophlebitis prof.extr.inf. susp. 39°C lázzal 1 napig Augmentin, antisludging (Astrix), stb., másnap belgyógyászatra utalom - kétes (az ügyeletben Dimer pozitivitás alapján beállították a Heparin th.-t, de 3. nap a color Doppler infirmálta az thrombozist, anticoagulálást megszakítják. A pontos dgn. máig sem ismert.
5. Asthma cardiale 5 eset: Nitroligual spray 15 percenként, Furosemid 2 amp. , 3 esetben Mo. i.v. 1/2 ml. i.v.) 3 esetben, hospit. azonnal kardiológiára esetmentovel - helyes.
6. Hypertensív cardiopathia: a) Nitrolingual spray, Captopril 50 mg, gyors ritm. FA miatt Betaloc 50 mg - helyes, b) Nitrolingual spray, Furosemid 2 amp. i.v., Captopril 50 mg, c) Nitrolingual spray, Furosemid 1 amp. i.v., Seduxen 1 amp. i.m., (E.S-né) hospit szállítókocsival 3 órán belül – helyes (mert elozményben asthma card., és a vénázás sikertelen)
7. Retentio urinae: katéterezés, 3 órán belül PAMOK urológia osztály -(azért 3 órán belül, mert d.e. 11 óra volt és, hogy érje még el a szakrendelést) - helyes
8. CC. vertebr. cum compr. canal. spin. Fulminánsan órák alatt kialakuló paraplegia extr.inf. Th.: semmi, hospit. 3 órán belül a PAMOK idegsebészetre (az ügyeletes idegsebésszel folytatott telefonos konz. értelmében) - helyes.
9. Pleuritis sicca: 50 mg Contramal i.m., 6 órás szállítás Pulmonológiára - helyes.
10. GM roham: a) eset: Seduxen 1 amp. i.v. azonnal neurológiára - elozményben több Inf. cerebri, 2x hasonló megjelenéssel (mint ismert Saceres mardhatott volna otthon is, de akkor nem volt eldönthető, hogy a roham csak sima GM, vagy egy újabb inf. cerebri). Amire beértek a beteg eszméletét visszanyerte, kiderült, hogy csak GM roham zajlott le és lett is cirkusz hajnali 5 -kor...) - helyes az ügyeletes pulmonológus véleménye ellenére, a megyei neurológiával történt konzílium szerint is. b) eset: zajló GM roham ismert Saceres betegnél: 1 amp. Seduxen i.v. beadása után feltisztul. Család kérésére (ami „szent”) és meggyozódésem ellenére 3 órás szállítást kérek a Neurológiára. Eredmény: mivel nem én kezdeményeztem a beutalást, hanem kérniük kellett, annak ellenére, hogy azonnal eleget tettem ohajuknak, más körzetbe kérik át magukat - helyes?, helytelen?
11. Fibrill. atr./127/min frekvenciával, kezeletlen Hypertonia ess.: 100 mg Betaloc, 1 órán belüli szállítás Kardiológiára - helyes.

12. Pectoralgia (szűrő jellegű, mozgásváltozó): sin. tachycardiával, alacsony vérnyomással, előzményben több emb.pulm.-al, negatív tüdő státussal, jó általános állapottal: 3 órán belüli szállítás Rtg.-re - helyes (eredmény negatív, később sem igazolódott semmilyen pulmonális történés.)
13. Hydrocele testis+gravis retardatio: alkalmilag urológiára - helyes.
14. Colica renalis+emesis+pyrin allergia: Papaverin 1 amp., Contramal 50 mg i.v., Cerucal, B6 1-1 amp.i.m., hospit. azonnal belosztályra (nephrolithiasis recidiva., insuf. ren. bizonyítást nyert) – helyes.
15. Pectoralgia recidivans, előzményben IMA, spondylosis: 1 amp. 50 mg-os Contramal i.m., hospit 3 órán belül Kardiol.-ra- embolia. pulm. nyert bizonyítást – helytelen
16. Fokozódó effort AP sy. 6 hónapja: hospit. 3 órán belüli szállítással Kardiológiára, th. nélkül, mivel teljesen panaszmentes (néhány nap után a kórházban IMA alakul ki)-helyes.
17. Közepes fokú intox. aethylica: th. nélkül azonnali hospit. PAMOK- detoxikáló osztályra - helyes.
18. Praedelirium tremens: th. nélkül a PAMOK alkohológiai osztályára utalom 3 órás szállítással, mivel beleegyezett az önkéntes elvonóba. Mentosök a csornai neurol.-ra viszik be (nem tudom miért) ahonnan ambuláns lappal hazabocsátják. Azóta is aethylezik!: beutalás helyes, a mentosök célállomás - módosítása helytelen.
19. Ulcus dd. haemorrhagica. Shock: Ringer bekötés (mentosök által), azonnal hospit. gastro-enterológiára - részben helyes (a beutalást követő 7. napon exitus hypovol. shock miatt: -a pancreasba penetrált dd. ulcust nem tudták rezekálni...). Még jobb lett volna, ha én kötöm be az infúziót a mento megérkezése előtt, de beszállítás után hét nappal hypovolaemiás shock miatt exitálni a sebészetet?
20. Decomp. ventriculi sin.: Furosemid 2 amp. i.v., 1 órás hospit. Kardiol.-ra - helyes.
21. Vulnus. cont. capiti: Hyperolos, Betadinos sebllátás, fedokötés, azonnali szállítással Sebészetre utalva - helyes.
22. Fract. colli fem.: a) Contramal 50 mg i.m., 6 órás szállítás PAMOK Traumatológiai osztályra – helyes, b) Susp. Fract.colli fem.: Algopyrin 1 órás szállítás Sebészetre - helyes. c.) Fract. colli fem. eros fájdalommal és érzészavarral: Contramal 100 mg i.m., azonnali hospit PAMOK traumatológiára - helyes.
23. Embolia pulm. susp: a) Fraxiparine, 3 órás szállítás pulmonológiára - helyes (ezen hospit során nem bizonyították, egyéb dgn.-at állítottak fel, de b) júliusban ismét hospit történt újabb embólia pulmonum miatt 3 órás szállítással, de terapia nélkül - helytelen. Ez alkalommal a forrás is kiderült (thromb. prof.extr.inf.+ALL),
24. Dializáló katéter bevezetés: nyomókötés, 1 órás szállítás a PAMOOK-muveseállomásra - helyes.
25. Pneumonia: th. nélkül 6 órás szállítás a Pulmonológiára - helyes.
26. Asthma mixtum: Furosemid 2 amp., Diaphyllin 1 amp. i.v., 3 órás szállítás a Pulmonológiára - helyes (de bizalom hiányában a PAMOK-ba viszi hozzátartozó...)
27. IMA: a) Nitrolingual spray, 50 mg Contramal i.v., Colfarit p.o., Ringer, azonnali hospit. Kardiológiára - helyes. b) IMA+ kardiogén shock: Nitrolingual spray, Dolargan ¼ amp. i.v., Aspirin, Ringer inf. –részben helyes mivel nem voltak Dolargan adását motiváló fájdalmak.
28. VBI: Torecan 1 amp. i.m. 3 órás szállítás a Neurológiára - helyes.
29. Stroke cer. u.á.: panasz és tünetmentesen fekszik ágya mellett, de megmozdulni nem tud: th. nélkül küldöm Neurológiára. Talán sebészetre kellett volna elször küldenem susp. fract. colli fem. miatt annak ellenére, hogy törés a későbbiekben nem igazolódott) - részben helyes.
30. Gastroenteritis ac. simplex (kezelt IDDM számos decomp.-val+ hypertonia+asthma card. recid.-al, az előzményekben, kezelt depressziós) 6 órás hospit belosztályra folyamatos obs. végett - helyes.

Az ellátás minősége összevetve a protokollokban előírtakkal:

helyes-32

részben helyes-5

helytelen-3

Nem analizált-15 tervezett ill. alkalmi szállítás.

A három helytelen ellátás:

Egy a kórházban emb. pulm.-nak bizonyuló általam csak egyéb eredetu pectoralgának vélt esetben nem adtam Fraxiparinet, egy öt hetes thromb. prof. extr.inf. - esetében csak másnap hospitalizáltam és nem adtam Fraxiparinet, csak Colfaritot

- Egy esetben emb.pulm.-nál Fraxiparine adása nélkül küldtem pulmonol.-ra.

A három csak részben helyes ellátás:

Egy esetben a beteget a sebészet helyett a neurológiára utaltam (idos beteg az éjjel ismeretlen körülmények között ágya mellett elesett, és nem tudott megmozdulni. Neurológiai tünet hiányában eloször a fract.fem.-ra kellett volna gondolnom)

Egy infarktusos betegnek csekély fájdalmai ellenére¼ amp. Dolargant adtam i.v. fölöslegesen.

- Egy FBV által okozott praeshockos betegnél szállítás előtt az elsodlegesen fontos Ringer beállítása helyett eloször EKG-t készítettem.

A két kétes ellátás:

- Egy férfi betegnél hirtelen kialakult, magas lázzal járó az ingvinális tájéktól az Achilles inig terjedő, a neuro-vasc. pakettet érinto heveny gyulladás miatt antibiotikumot, gyulladáscsökkentőt, Aspirint adok, majd a biztonság kedvéért másnap mégis belosztályra utalom. Itt Dimer pozitivitás miatt, prof. throm.-nak interpretálják az esetet és azonnal Heparin adását kezdik meg, de három nap után a color doppler az obstrukciót infirmálja, ezért az anticoagulálást megszakítják és hazabocsátják. A pontos diagnózis azóta sem ismert.
- Egy ismert saceres betegnél GM roham zajlik. I.v. Seduxen adására megszünik (mint mindig), de a hozzátartozók ragaszkodnak a hospit.-hoz. Beutalom 3 órás szállítással. Talán mégsem kellett volna?

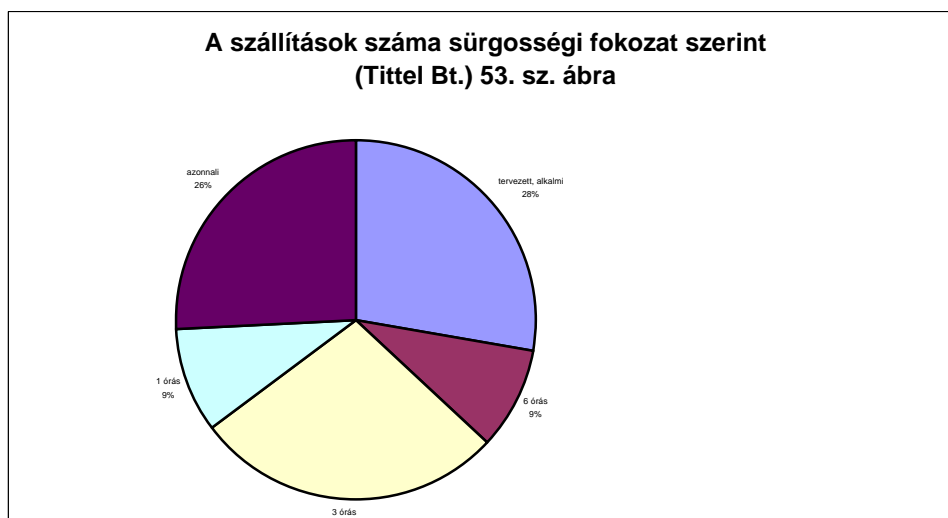
A tervezett szállítások esetében akut teendorol nem lévén szó, nem képezik analízis tárgyát.

Összesítés:

A szállítások száma sürgosségi fokozat szerint

Tervezett, ill. alkalmi szállítás-15

6 órás-5
 3 órás-15
 1 órás-5
 Azonnal-14



A mentovel beszállított betegek és exitusok

A mentovel beszállított 39 beteg közül összesen 6 beteg halt meg. Ezek diagnózisai:

- 1 cc.vertebr.c. meta cost., cerebri et pulm.,
- 2 infarctus myocardii recidivans ,
- 1 pancreasba penetrált ulcus .dd.,
- 1 embolia pulmonummal szövödött ALL,
- 1 hypostatikus pneumóniával szövödött fractura colli femori.

Az egyik kiterjedt infarctus myocardii acuta kivételével (aki fél órával) mindenik beteg hetekkel a beszállítás után exitált. Ennél az egy kivételnél a szomszédok általi hívás több mint három nappal az első panaszok megjelenése után, a terminális állapot kezdetén történt.

Diagnózis/protokoll megfeleloség egyéb esetekben

Terápiás indokltság és hatásosság

- Az terápiás indokltság az IBM periódusában a krónikus és gondozott betegségek esetében elméletileg nem vitatható, mivel majd mindenkinél a gondozó által javasolt gyógyszerek vannak a terápiás lapokon.
- Gyakorlatilag a kezelés hatásossága a dyslipidaemiáknál azonban megkérdőjelezhető, azon egyszerű oknál fogva, hogy a betegek nagy része csak alkalmilag szedi a gyógyszereket (még a gondozó által javasolt esetek egy részében is), arról már nem is beszélve, hogy gyakran a gondozó is helytelen gyakorlatot követ, mint például M. T-né esetében, amikor öt havi Sortis szedés után 2003.05.05-i kontrol során Dr.Kardiol.: " a Sortist elhagyhatja" javaslattal küldi el. Öt hónapig miért szedette? ... Továbbá: a statinokkal, fibrátokkal történő kezeléseik protokolljaiból (egy kivételével, ami nem a csornai, de amely 3 évig tartó folyamatos szedést javasol) hiányzik a kezelés időtartamának meghatározása. Ebből fakadóan ahányan vagyunk annyiféle képpen értelmezzük és alkalmazzuk ezeket. Egy biztos: egy-két-néhány hónapos antilipaemiás kezelés nem lehet elégséges. E téma egy ATC csoportra vonatkozó részletes kifejtése a Gyógyszeres kezelés fejezet Gyógyszerköltség alcím alatt található.

- Az alábbi ábrákon kommentár nélkül mutatom be, a praxis lakosságának systolés és diasztolés vérnyomása, éhgyomri és 2 órás postprandiális vércukor értékeinek, koleszterin és triglicerid átlagértékeinek alakulását az elmúlt nyolc évben. (debreceni táblák 54-62 ábrák)

BNO/ CTI-MRI indokoltság stb.

Egymást követő napokra eső járóbeteg szakellátás vizsgálata (felesleges visszarendelések, párhuzamos ellátások kiszűrése)

Finanszírozás

Praxisra vonatkozó analízisek

Kasszánkénti költséganalízis

Bevétel/kiadás időszakonként

Költséghatékonysági analízisek

Költség/fejkvóta %-os aránya szerinti helyezésem

2002-ben 130%-al a 2. helyen álltuk

Egy biztosított betegre vonatkozó költséganalízisek, 2003-ra és/vagy IBM teljes időtartamára

TOP listák: Legtöbb támogatást kapó betegek
Legdrágább intézmény
Legdrágább osztály
Legdrágább készítmény

Az orvos gyógyszerfelírási szokásainak elemzése

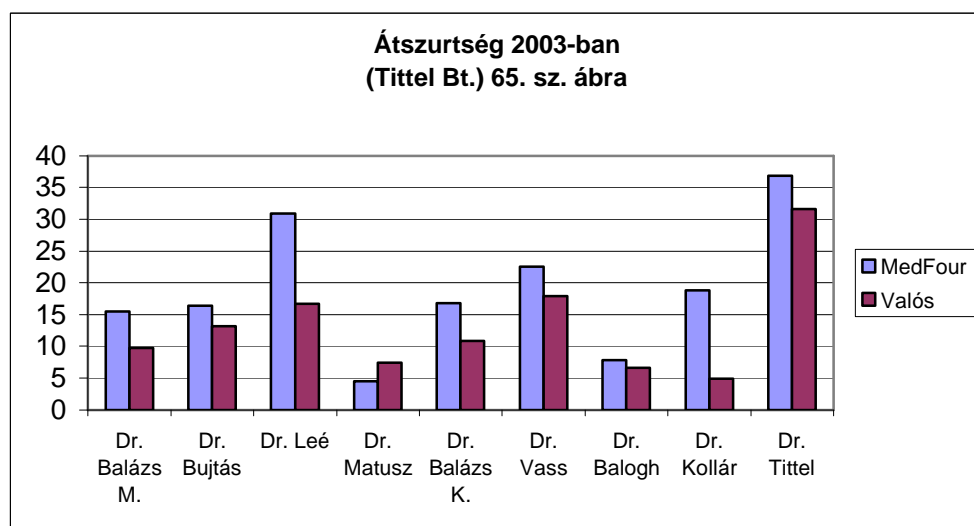
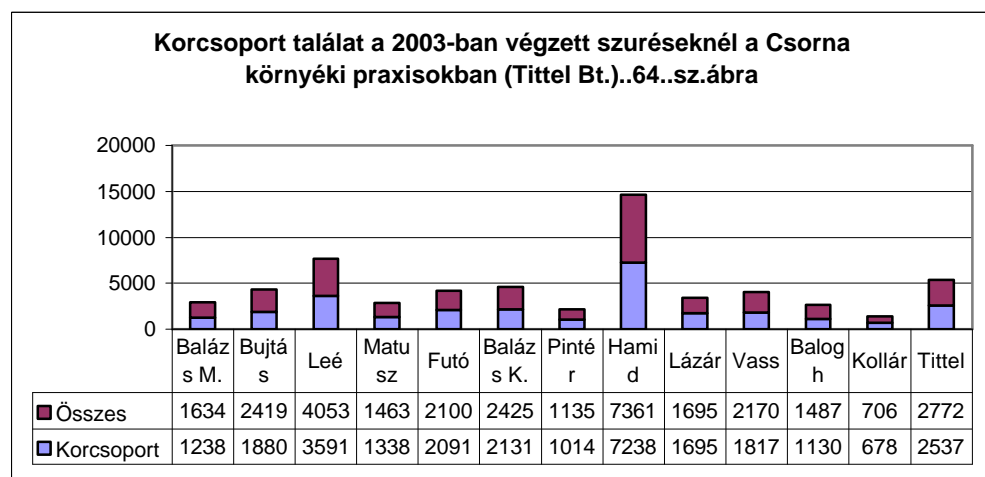
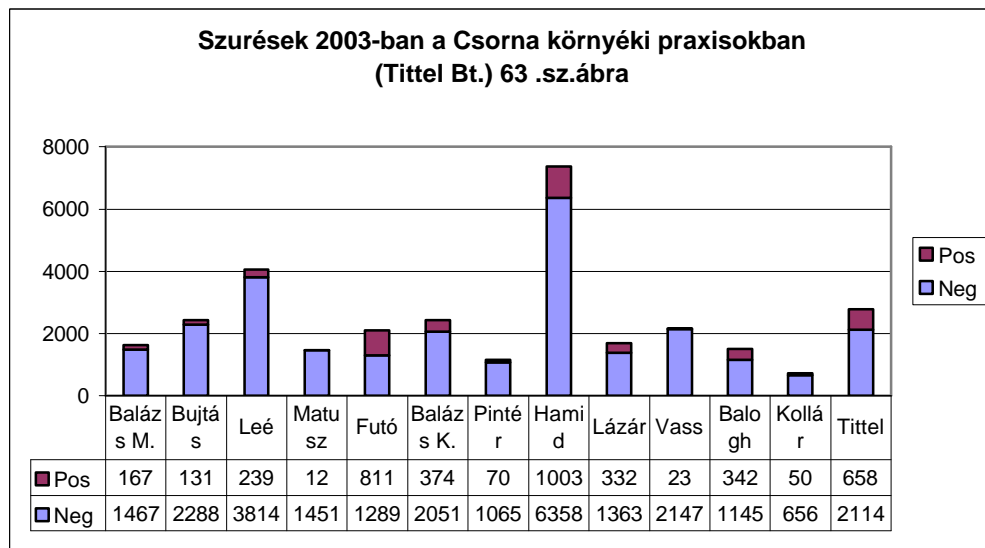
Prevenció

Primér prevenció

Szekundér prevenció

Terciér prevenció

Szurés-Gondozás



Record statisztika: 99.02%, tehát jobb a régiós átlagnál, ami 98.9%.

Godozott TAJ: 571, godozás összes: 887

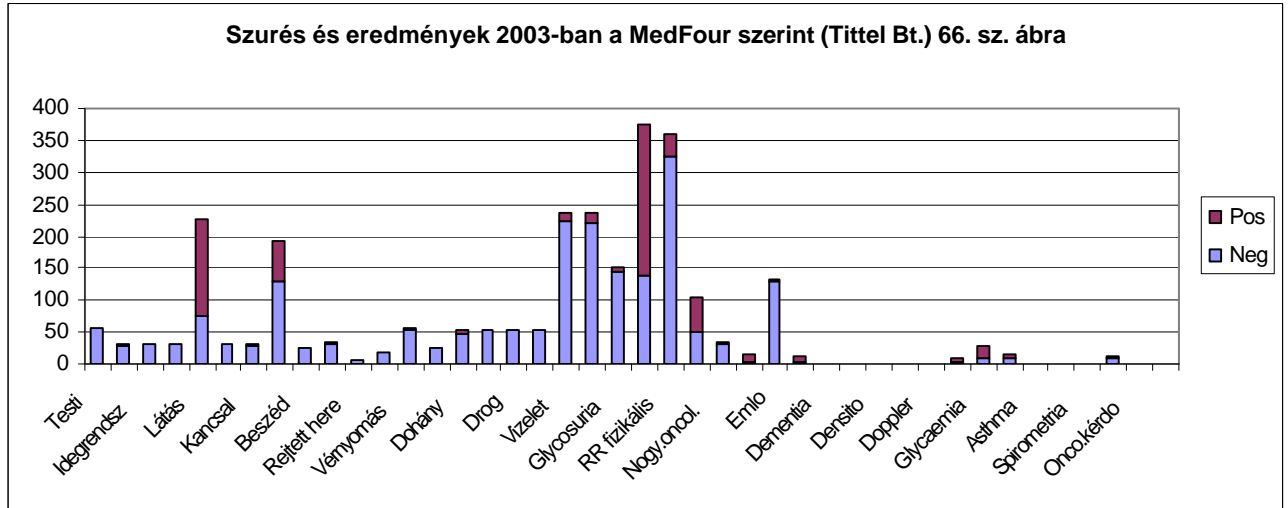
Szurés: összes 2772, ebből pozitív 658 (23%), negatív 2114 (77%)

Átszurtság összesen: praxisoknál: 13.3%. Mi a II. helyen állunk 36.9%-al.

- A kiegészítő modulok nem felelnek meg a követelményeknek.

- A szűrések aktualitását jelző rendszer nem működik, ezért tömérdek fölösleges elvégzendő szűrést jelez indokolatlanul, amelyek „kiszürése” sok időt igényel, amit a többi betegtol veszünk el.

Szűrés és eredményesség



Hypertónia

- A) Szűrendő 716, szűrt: 4, teljesített 0,4%
 B) Hypertónia összes: 374, pozitív 236, negatív 138 (MedFour szerint)
 C) Hypertónia szűrés: szűrendő 716, szűrt 332
 D) Hypertónia szűrés fizikálisan: 716, szűrt 321

Diabetes

MedFour szerint összes szűrés 28, ebből pos. 19, neg: 9. Abszurdum.

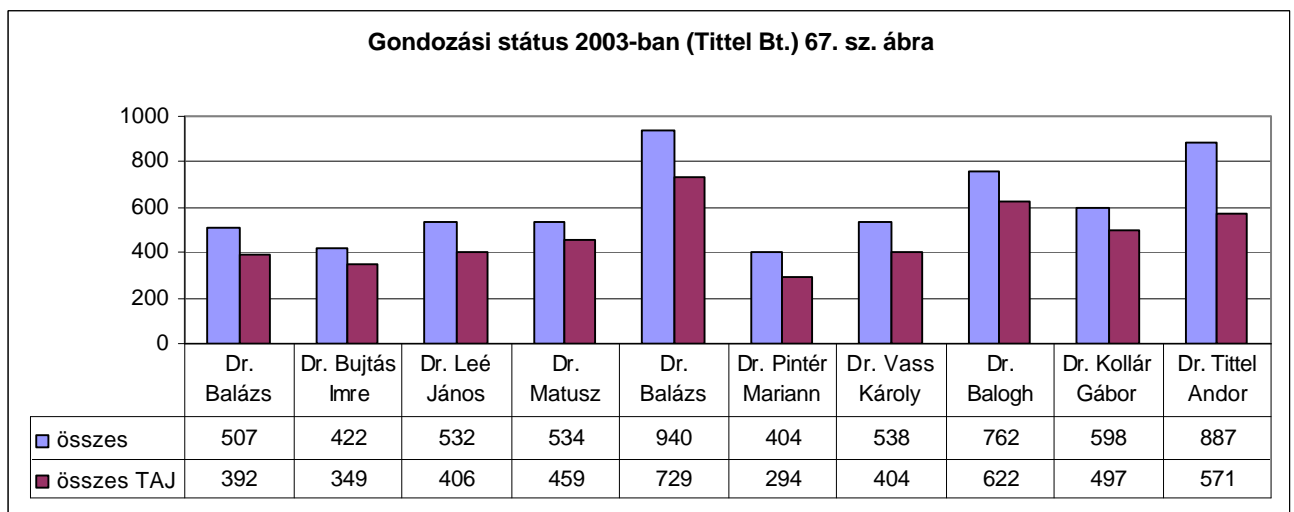
Obesitas

MedFour szerint összes szűrés 11, ebből pos. 9, neg.: 2

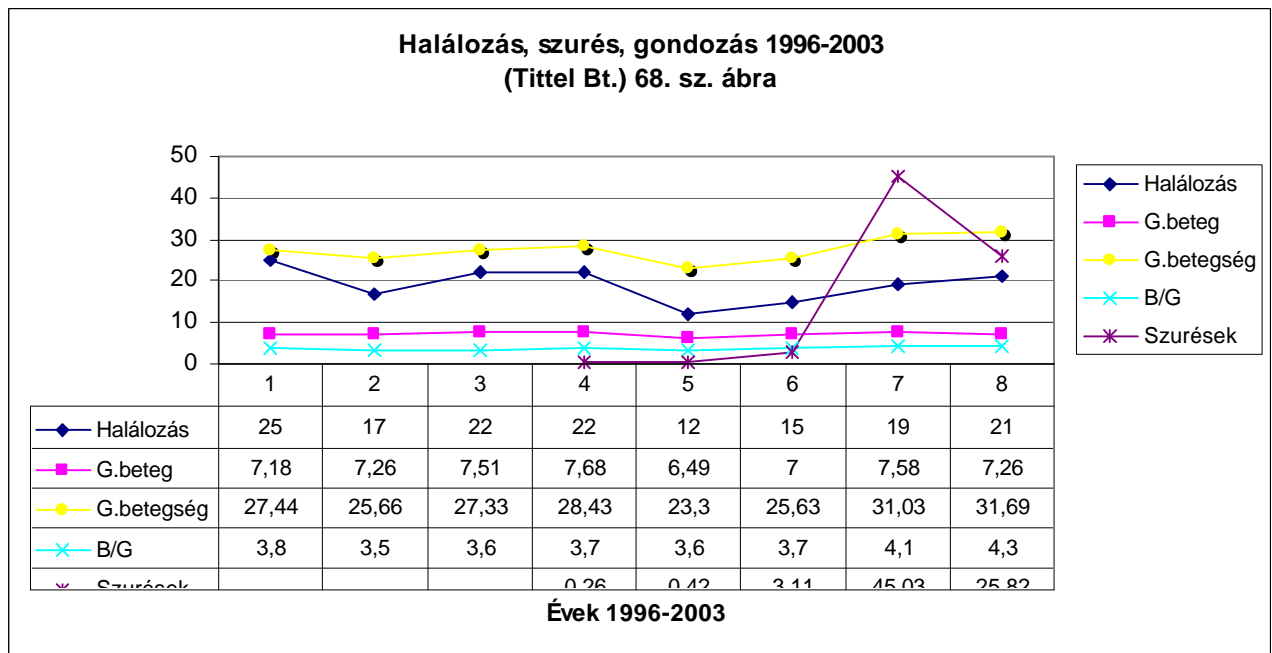
Dyslipidaemia

EKG: 65-199 éves korcsoportban szűrendő 267 szűrt 52 (19.5%) a valóságban 194

Gondozás és eredményesség



Az elvégzett szurések száma a halozások számával nincs korrelációban, de az egy fore jutó gondozott betegségek számával eros pozitív összefüggésben van.



Gondozott betegségek fobb csoportjai az IBM éveiben

Gondozott beteg és betegségek száma az IBM éveiben

Egy gondozottra jutó gondozott betegségek száma az IBM éveiben

Lakosság és gondozott betegségek korcsoport szerint 2003-ban

Egy fore jutó gondozott betegségek száma korcsoportonként 2003-ban

Mit tegyünk, ha két protokoll egymásnak ellentmond?

Az IBM egyik parancsa az „Egészségtudatos magatartásra ösztönzés” ennek kialakulásáig, de addig is szurés. A másik protokoll a „Szurjunk vagy ne szurjunk” címet viselo szerint pedig „azon kívül, hogy nagyon drága és csak a további kezeléseik járulékos költségeit növeli, a halandóságot nem csökkenti”.

Gyógyszeres kezelés

Gyógyszerválaszték

A therápiás arzenál 2001-tol kb. száz tétellel gyarapodva 2003-ban a 981-es tételszámmal az eddigi legmagasabb szintet érte el.

Gyógyszerfogyasztás

Az IBM elso évben tapasztalt kifestő csökkenés után 2000-tol egyenletesen növekszik a kiváltott gyógyszerek mennyisége a 2000-ben számolt 31.400-ról, a 2003-as 40.224-ig, ami 28.1%-os növekedést jelent. Ez a tendencia ellentétes az IBM-ben lefektetett és a gyógyszerfogyasztás csökkentésére vonatkozó elvekkel. Ennek okát elsosorban az ebben a periódusban beindított gondozók aktivitásában látom.

A gyógyszerkassza túllépése praxisomnál 2003-ban 2.369.044 Ft volt.

Gyógyszerköltség

A gyógyszerfogyasztás mennyiségének növekedésével együtt növekedett a gyógyszerre fordított költség is, mind a betegnél, mind az OEP-nél. Ezek aránya viszont különböző. A gyógyszerek ára több mint kétszeresére nőtt az elmúlt öt évben (102.20%-al), de

társadalombiztosítási támogatás ennél még nagyobb mértékben (147.72%-al). Ez a tény betegek gyógyszerköltségeinek növekedését valamelyest mérsékelte.

- ATC csoportok szerinti bontásban %-ban: az antibiotikumok 2.16%, légzőrendszer 2.86%, tápcsatorna 6.34%, Idegrendszer 6.95%, diabetes 7.61%, pszichiátria 8.73%, antilipaemiás szerek 9.52%, kardio-vasculáris 46.47%.
- A legtöbb problémát a lipidológia szakrendelés bizonyos szakmai elvekre, protokollokra való hivatkozás és ezek rendkívül merev alkalmazása okozta, amelynek következtében a MedFour adatbázisából származtatott adatok szerint az első fél évben az OEP által 1.142.933 Ft támogatás lett kifizetve, és ami éves szinten ennek kb. kétszeresét, tehát 2.28 millió forint körüli antilipaemiás OEP támogatást jelenthet. Ez az összeg, mint látjuk gyakorlatilag megegyezik a túlköltség összegével. Másként megközelítve: a dyslipidaemiák (191 gondozási nyilvántartásban regisztrált) az összes nyilvántartásban lévő gondozott betegségek (számszerint 3291) 5.91%-át képezik. Ezek kezelése viszont az összes gyógyszertámogatás 9.52%-át emésztí fel. Ha figyelembe vesszük azt, hogy például a Sortis esetében, amit összesen 22 beteg kapott 2003 folyamán, optimális „terápiás lefedettség” esetén 22x12, tehát 264 hónapos kezelést kellett volna eredményezzen. Ezzel szemben közülük csupán 2 (ketto) beteg használta egy éven át folyamatosan (13-szori kiváltás), 1-szer váltotta ki 3 beteg, 2-szer 1-, 3-szor 4-, 4-szer 0-, 5-ször 2-, 6-szor 1-, 7-szer 2-, 8-szor 3-, 9-szer 4-, 10, 11, és 12-szer egy beteg sem. A terápiás lefedettség összesen 133 hónap volt (50, 37%-os). A kezelés beállítása minden esetben a lipidológiai szakrendelés javaslata alapján történt, tehát az eredményesség első feltétele-a szakmailag helyes indokoltság, megkérdőjelezhetetlen. Ha az eredményesség második feltételének a gyógyszer rendszeres szedését (100%-os lefedettség) tekintjük, máris megállapítható, hogy ez az összes Sortissal kezelt betegek közül csak kettonél, tehát 9%-nál teljesült. Csökkenő sorrendben: 91,6%-os, 83,3%-os a lefedettség 0 betegnél, 75%-os 4-, 66,6%-os 3-, 58,3%-os 2-, 50%-os 1-, 33,3%-os 0-, 25%-os 4-, 8,33%-os 1+3 betegnél található. Az elvileg indokolt és elfogadható költség tehát az összes 9,09%-a. (264 hónapból 24 hónap).
- Forintban kifejezve ez a következőt jelenti: az összes antilipaemiás kezelés TB támogatásából ami, 2.833.152 Ft volt (és amit 100%-nak tekintünk), 278.782 Ft.-ami az összes 9.04%-a két beteg kezelésére fordítódott (szakmailag indokoltan?), a különbség, ami 2.554.370 Ft., (az összes közel 90%-a) pedig gyakorlatilag ki lett dobva.
- Paradoxon, hogy a megoldás épp Dr. Tsch. N. kolléga Granumban megjelent cikkének utolsó mondatában rejlik: "Sosem válhat a terápia öncélúvá!. Sosem a laborparamétereket, mindig a beteget gyógyítsuk!". Úgy legyen!!!!

Megállapítható, hogy eddig (egyes vélemények szerint) az antibiotikumok túlzott használata képezte a költségtúllépés fő okát, ma az antilipaemiás szereké.

TOP-lista

Helyem a listán

Évi átlagaim szerinti helyezésem Gy-M-S megyében 2000-tól

Észlelt hiányosságok, annak kiküszöbölésére tett javaslatok

Módszertan

Az általam lényegesnek ítélt működésbeli zavarok még aznap feljegyzésre kerülnek. A felsorolásban maradásuk a későbbiekben dol el többek között aszerint, hogy ismétlődő negatív jelenség-e, a betegellátás szabályozóival, ill. az IBM szellemével ellentétes-e.

Ezek figyelembevételével az alábbiak maradtak meg:

- Kapcsolatunk a szakrendelőkkel, gondozókkal egy kolléga kivételével (Dr. T. N.) korrekt a kapcsolatunk. Sajnos az ismételt jelzések érdemi változásokat nem eredményeztek a gyakorlatában. A csornai Margit kórház, valamint a gyori PAMOOK osztályain ügyelő szakorvos telefonos konziliárusként is működött és működik jelenleg is. Ennek köszönhetően számos esetben elkerülhető volt a hospitalizáció vagy épp ellenkezőleg. Sajnos Dr. T. N. rendszeresen elutasít. A kardiológiai gondozó kivételével minden gondozó

helyesen úgy működik, hogy a beteg beküldése után teljeskörű, definitív ellátásban részesül. (Néhány kifogás, és javaslat: ha a beteg például megfelel az előzetes laborálásra - ami elég gyakori - nem az a megoldás, hogy elküldjük a kétszer mutótt három ér beteget, mint ahogy tette ezt Dr. T. N. K. Cs. P.-vel 2003. augusztus 28-án és visszarendelte október 13-ra, hanem az, hogy megír egy laboratóriumi beutalót, amivel a beteg elmegy a laborba és visszatér még aznap, vagy másnap a gondozóba. A házi orvos feladatait meghatározó jogszabályok egyikében sem szerepel a kardiológus szakorvos melletti orvos-írnoki tevékenység - például meghatározott laboratóriumi vizsgálatokat kéro és önmagához visszarendelő beutalók írása. Javasolnám, hogy a tisztelt kolléga, szaktársaihoz hasonlóan a gondozás keretében lássa el a betegeket az általa szükségesnek tartott laboratóriumi-, konzíliumkéro, egyéb dokumentációval is.

- 2003. November 5-én részt vettünk egy továbbképzésen, amelynek kulcsszavai voltak: (mutét előtti) laboratóriumi vizsgálatok, költségmegtakarítási lehetőségek. Hozzászólásomban választ kértem volna Dr. T. N. és a jelen lévo Dr. V. P.-tol a nyolcvan év feletti antilipaemiás kezelésének protokoll szerinti rendkívül költséges kezelésének és havi, negyedévi, félévi, évi komplex és nagyon drága „rutin” ellenorzo vizsgálatainak a betegben várható anatómo-funkcionális következményeiről különös tekintettel ezek cardio-vasculáris állapotára és életminőségre vonatkoztatva (pl. Je. Vincéné 86 é, Vá. Ferenc 81 éves 2002.dec.20. Thromb. Prof. Extr.inf. Id. Jav.: többek között Sortis 20 mg, Mih. István 84 éves: 2003.07.2 a megkezdett statin th. miatt egy hó múlva chol, HDL, Tg., Crea., GPT, CK, majd dec. 12-én 1 hónapos ,és friss chol, HDL, TG, crea, GPT, CK, se-glu, OGT eredménnyel és családorvosi beutalóval várjuk kardiológiai szakrendelésen várjuk) de a modulátor Dr.R. foorvos sajnos ezt nem tette lehetővé! A kérdés továbbra is aktuális, sőt, az éves gyógyszerkassza ismeretében még inkább, mivel 2003-ban a díslipidaemiák kezelésének költségtámogatása nagyságrendben a cardio-vaszkuláris therapiás gyógyszercsoport után a második helyre került, és a praxisomban például az ösztámogatás 9%-át emészti fel. A gyógyszerkassza 70Mft-os túllépése az év végére, többek között ennek is köszönhető. Nem ártana épp ezért az egyes házi orvosok által ennek megelőzésére irányuló kísérletként még idejében feltett kérdéseket legalább meghallgatni, ha már a véleményünkre senki sem kíváncsi...Tóth Józsefné 2003.06.07., Torma Gáborné esetei, Markó Jánosné (android obesizitasa)...
- Táppénzes fegyelmet nem lehet tartani, mivel kiírás esetén, ha ezzel a tisztelt gyógyult beteg nem ért egyet, átjelentkezik valamelyik szomszéd házi orvoshoz, aki természetesen más diagnózissal azonnal vissza is veszi, például: F. Ferencné, T. Barnabást, D. Ferencné. Megoldás jelenleg nincs, mivel ennek kulcsa kizárólag a kollégák „etikai státusában” rejlik, annak okán, hogy a monetárisan érintett biztosítót ez furcsa mód egyáltalán nem érdekli.
- 2003.01.- 2003.03. Beküldések a kórházi és házi orvosok jelentések alapján c. írott és nekünk megküldött dokumentumból kiderült, hogy dr. Balázs M. kivételével kizárólag az IxDokisok (Dr. Balogh, Dr. Bujtás, Dr. Tittel, és Dr. Vass teljesítették a számítógépes jelentési kötelezettségüket. Ezt megerősítette Dr. B. K. ad plénum tett kijelentése, miszerint akkor o még azt sem tudta, hogy van egy újabb kiegészítő modul, aminek segítségével minden betegellátás közben számos információt kódolnunk kell és így jelentenünk a napi betegforgalmi és betegellátási adatokat is. Megjegyzem, hogy minket IxDokisokat hónapokon át abban a tudatban tartott Herédi Gábor, hogy csak a mi jelentéseink (mármint az IxDokisoké) használhatatlanok, de nagyon érdekes, hogy a 2003. júniusi lemezen már januártól vannak elektronikus úton szolgáltatott adatai mindenik kollégának. Nyilvánvaló, hogy ezek csak gerjesztettek adatok. Egyébként ezt bizonyítja az én kódomban megjelenő gondozások száma is ami bármekkora is legyen mindenképpen hamis, mivel ezt a betegellátási formát én soha sem írom be az ellenorzés során tapasztalt nézeteltérések további elkerülése véget. Az év végi összesített számadatok összehasonlítása során is több mint megengedhető (szemnifikáns) különbségeket találtam. Ezekből adódóan a továbbiakban sem áll módomban hitelesnek elfogadni az ezekből számított helyi „TOP listákat”.
- A MEP-tól visszaküldött floppy lemezek elég gyakran vírussal fertöztek.
- A havi gyuléseken elhangzott javaslataink vagy egyáltalán nem, vagy félreértve kerülnek rögzítésre. Pl.: a halotti bizonyítványok kitöltésével kapcsolatos felvetésekre (mármint, hogy érdemes lenne megtanulni együtt korrektül kitölteni ezeket) a jogszabályt küldték el

útmutatóként (mintha én nem ismerném a halottkémléssel kapcsolatos eljárást 35 éves praktizálás után...). Én egészen másra gondoltam. Arra, hogy ezt a rendkívül bonyolult logikai rendszert próbáljuk helyesen alkalmazni annak érdekében, hogy a magyar halálóki statisztika a lehető legkorrektebb legyen, amely elengedhetetlen feltétele az ezzel kapcsolatos szakmai programok megfelelő elkészítésének.

- A háziorvosi szoftverek annak idején nem az IBM számára készültek, hanem utólag lettek kiegészítve egy modullal, majd többel is, ami által eleget tehetünk az IBM-ben vállalt jelentési kötelezettségünknek. Az utóbbi években kötelezővé tett szurési-gondozási protokollokat hogy szakszóval fejezzem ki magam „nem támogatják”, de sajnos a szoftverházak sem nagyon törekednek ennek megoldására. Az egyik informatikus véleménye szerint ez utóbbinak az az oka, hogy a szervező menedzsmentje nem hajlandó az OEP által biztosított szervezési díjból pénzt áldozni ezeket a fejlesztéseket megfinanszírozandó.

Etika

Az etikai normák minden pontjának megsértésére boven van példa és sajnos egyre gyakrabban.

Csak ízelítoként:

- Szakorvos kollégák magánrendelésükrol küldik szakrendelobe vagy gondozóba kivizsgálásra a beteget, majd onnan visszarendelik véleményezésre önmagukhoz. Pl.: -H.A. 72 é.
- B. F.-nét 2003.05.26-án egy magánrendeloben látják el. A vizsgálati lapján két érdekes passzus szerepel: a) „Ko. okt. 20-án 15.30-kor, elotte egy héttel laborvizsgálatok/beutalót kiadtuk/. b) „Anyagi megfontolások miatt a S. helyett este 40 mg S. javasolt”.
- A betegnél a laborálás 10.10-én már természetesen a kórház költségére történt jogszabályellenesen. Egy 2003.11.12-i kontroll során a beosztott kolléga felülbírálja osztályvezető főorvosa korábbi, május 26-i, helyes döntését: „S... váltás szükséges, a S... helyett S...adása javasolt”. A pánikra hajlamos beteg dilemmája érthető, amit hogyan old meg? Kihívja az ügyeletet...
- A fentiek mellett még egy - már sokszor felvetett - probléma is adódik ismét: a tisztelt kollégák csak a magánrendelésükön tudnak (jogtalanul) laborbeutalókat kiállítani, a kórház közszolgálati szakrendelőjében vagy gondozójában törvényesen már nem?
- Bizonyos szakrendelobbe egyesek, ha valaki február végén kérnek előjegyzést június 8-ra kapnak időpontot (pl. T. A.), mások április 19-én április 22-re ! (pl. N. L-né).

Minőségbiztosítás

A belső minőségügyi rendszer a Minőségbiztosítási Protokoll a Tittel Bt. háziorvosi szolgálat részére címet viselő dokumentum, a kiegészítő prevenció-, gondozási-és terápiás tevékenységet szabályozó szakmai protokollok, a szakmai képzéseken és továbbképzéseken való részvétel és a folyamatos minőségfejlesztés (hatékony módszerek kidolgozása, alkalmazása a veszélyforrások, hibák feltárására, ezek kiküszöbölésére, a helyesbítő eljárások hatásának elemzése) alapján biztosított.

Augusztus végén Kollai Balázs a MAPOSZ elnökének a Békés megyei Hírlapban Németh Zsuzsának adott interjújából értesültem arról, hogy Matejka Zsuzsanna, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója szerint 2004. január 1-től emelt díjat fizet az OEP azoknak a praktizáló háziorvosoknak, akik minőségbiztosított szolgáltatásokat nyújtanak a programozott betegellátás keretében.

Az OEP szakértői szerint pillanatnyilag a legjobb minőségbiztosítási eljárást Egészségügy Minősége (EMI) néven a MAPOSZ dolgozta ki.

A csatlakozás önkéntes, a feltételek a következők:

Esztétikai és felszerelési szempontból „betegbarát” rendelo.

Pontos tájékoztatás kifüggesztése az ott dolgozók szakképzéséről, az ügyeleti rendrol,

a térítésmentes és a kiegészítő, díjköteles szolgáltatásokról.

Tájékoztató tábla a betegprogramozásról.

Részletes írott tájékoztató a felírt gyógyszerek szedési útmutatójaként.

Helybiztosítás a nem programozható akut betegek ellátására.

Októbertől rendszeres szurás a hypertónia, diabetesz, és krónikus légúti betegségek mielőbbi felismerésére.

Rendszeres ellenőrzés vállalása.

Vállalása annak, hogy a szolgáltatás minőségének színvonala az idő múltával ne csökkenjen.

Mindezeknek már ma megfelelünk, és csatlakozunk is.

Következtetések

Általánosságok

Egy ezer fős praxisban három településen rendelő, kézigyógyászt is működtető házi orvosnak, aki részt vesz az IBR-ben is már csak a napi rendelésben végzett munkaideje is meghaladja az EU-ban engedélyezett maximumot. A házi beteglátogatásokra idő nem marad.

Praxisra vonatkozóan

- a 4. sz. ábrán is bemutatott 62.23%-os (63 fős) természetes fogyás „*demográfiai katasztrófának*” minősíthető, mivel ez a mutató a megyeinek nem kevesebb, mint 23-szorosa (GY-M-S Megye természetes fogyása: 2.70%).
- A népességfogyás az előző évekhez hasonlóan az idén is elsősorban a fiatalok elvándorlásának, másodsorban a halálozásnak, harmadsorban egy, az idén Vágon letelepedett kollégához történő néhány átjelentkezésnek és csak negyedsorban az egyébként rendkívül alacsony elveszülési számnak köszönhető.
- Európa többi államához, Magyarországhoz, a megyénkhez és a környező községekhez hasonlóan a demográfiai mozgás paraméterei nálunk is kedvezőtlenül alakultak. A legkevésbé kedvezőtlen az SHA alakulása.

A betegellátás személyi és tárgyi feltételei optimálisan biztosítottak, ugyanakkor ismételt megemlítem, hogy a rábasebesi rendelő építészeti nem felel meg a hatályos jogszabályok által támasztott működési feltételeknek.

- Az infokommunikációs eszközökkel való ellátottságunk jobb, mint a legjobbaké az országban mivel többfunkciós, betegelőjegyzésre is alkalmas működő honlappal rendelkező praxis vagyunk.
- Az OEP által elfogadott MAPOSZ féle „EMI” minőségbiztosítási követelményeknek 100%-nál nagyobb mértékben felelünk meg.

2000-től folyamatosan csökken a rendelésben végzett betegellátások száma.

1995-től egyenletesen és folyamatosan csökken (így 2003-ban is) a hívásra történő házi ellátások száma.

A forgalom a legnagyobb volt az első negyedévben, ezen belül pedig márciusban.

Az előző évekhez hasonlóan az összes ellátások száma korcsoportonkénti bontásban, a gyerekkorosztályokban, de ezen belül az egy év alattiaknál a legalacsonyabb (a sajnálatos nagyon csekély gyerekszám miatt), a felnőtt korosztályban pedig a 26-30 évesek csoportjában, amelytől kezdve növekszik a 76-80 évesek csoportjáig ahol eléri a legmagasabb szintet. A növekvés szinte lineáris, de egy nagyobb „lépcső” látható a 60-as és 70-es korosztály között.

- Az egy évben egy főre jutó ellátások száma az előző három évhez viszonyítva lényeges változást mutat. A 2000-2002 évek összesített 16.04-es átlagáról (férfi: 13.97, nő: 18.11) ebben az évben 9.24-re csökkent. Alacsony az 1évnél kisebbeknél, megemelkedik a 2-3 éveseknél, majd a legalacsonyabb 4-től 35 évig, hogy utána lineárisan emelkedjék 10 évente a kor előrehaladtával 16-ig.

A forgalmi percátlag elmúlt két évben észlelt csökkenése 2003-ban megállt, sőt a 2000-es szintre emelkedett. Arra a kérdésre, hogy a 21 éves korosztállyal kezdődően ez miért magasabb a férfiak esetében, nem tudok válaszolni.

Látható, hogy mind a betegek, mind az esetek tekintetében a keringési rendszer betegségeinek BNO csoportjában talált ellátások száma 4-6-szorosa a -nagyságrendileg csökkenő sorrendben ezt követő - légző-, majd csont és izom-, továbbá a sérülések-mérgezések, valamint az anyagcsere betegségecsoportokéban lévők számának.

A leggyakrabban (200-nál többször) szereplő diagnózisok csökkenő sorrendben a következők: Hypertónia, Sine morbo, 2. typ. diabetes mellitus, megfázás, hosszas alvadégtáplás, ISZB chr. A továbbutalások aránya 17.5%, ami több mint kétszerese a vegyes praxisok átlagának (8%), illetve a sokkal magasabb a régióban tapasztaltnak is (11%). Ez az IBM keretében végzett nagyszámú laboratóriumi szűrő vizsgálatoknak köszönhető.

A napi szakrendelőkbe utalások száma (243 munkanappal számolva) 2003-ban 6.2 volt, ami magasabb a megyei, a vegyes praxisok és a régió átlagainál (...). Ennek oka a szűrő-gondozás miatti kötelező vizsgálatok valós és dokumentált elvégzése.

A praxis kislaboratóriumában végzett vizsgálatok száma kilencszerese a vegyes praxisokban-, illetve húszszorosa a régióban végzetteknek

(Kérdés: ha a MedFour megállapítása szerint más praxisoknak „átszurtsége” sokkal magasabb a miénknél ez a paraméterük, hogy lehet alacsonyabb? Az „otthon” végzett laboratóriumi vizsgálatok magas száma nem magyarázhatja, hiszen ezek száma is 9-20-szor kevesebb a nálunk végzetteknel...)

A csornai szakrendelők, illetve gondozók igénybevétele nagyon nagy szórásokat mutat. A legtöbb beteget és a legtöbbször a kardiológiai-lipidológiai gondozó látta el. Sorrendben a második a pszichiátria, majd a neurológia. A gyógyászat az utolsó helyen áll (4 ellátással), ami természetesen nyilvántartási hibát jelez. A kardiovaszkuláris megbetegedések magas száma sokkal több szakkonzíliumot igényelne, de a jelenlegi gondozási rendszer mellett ennek megoldása lehetetlen.

Összehasonlítva a praxisban és a kórházban kezelt sorrendjét, a következő eredményt kapjuk: az első helyen a praxisban a hypertónia, a kórházban a kardio-vaszkuláris megbetegedések, a második helyen a praxisban az anyagcsere betegségek, a kórházban a légúti betegségek, a harmadikon a praxisban a légúti-, a kórházban az emésztő rendszeri, a negyediken a praxisban a hosszas alvadégtáplás, a kórházban a vesebetegségek, és az ötödik helyen a praxisban az ISZB, a kórházban a mozgásszervi megbetegedések állnak.

A kórházi beutalások illetve ápolások száma 6%-al emelkedett, és mindez a férfiak gyakoribb osztályos kezelésének eredményeként. Elsősorban Pálból, másodsorban Rábasebesről származik a növekmény. Kiemelkedően magas a kórházi kezelések száma a III. negyedévben.

A rendszeren kívüli osztályos kezelések száma a 2002-es 9,4%-ról 4%-ra csökkent.

Negyedére csökkent a szakrendelések-, felére az ügyeleti beutalások, de 6-szorosára nőtt az egyik osztályról a másikra történt továbbutalások aránya.

Közel kétszeresére nőtt az elojegyzéses és 4%-al a sürgős beutalások száma, de a halasztott 24 órásoké negyedére csökkent. Nem kizárt az ezek közötti összefüggés.

Egy nappal megemelkedett az átlagos kórházi ápolások aránya, mindhárom községből származó osztályon kezelt betegek esetében.

- A sürgősségi ellátás területén tapasztalt ellátási hiányosságok szinte kizárólag az embólia-profilaxis és ellátásra korlátozódtak-a beteg nem kapott azonnal, ill. a szállítás megkezdése előtt Fragmint, vagy Fraxiparinet.

A szűrések száma nem, de az egy gondozott betegre jutó betegségek száma erős pozitív korrelációt mutat a halálozások számával.

A számított kreatinine clearance alapján kiszűrt és gondozásba vett különböző méretben beszűkült veseműködésűek sorsa rendezetlen. Sem az urológia, sem a nephrológia kapacitás hiányában nem képes megoldani a további terápiát, gondozást.

A helyettesítések megoldása kaotikus. Körlevélben értesítenek pl. arról, hogy az orthopédiai rendelés Kapuváron, vagy Győrben történik, de pl. Né. Jo-né páli betegünket június 24-én Kapuvárról azzal küldik el, hogy nem oda tartozik.

A telefonos elojegyzések az urológiára és reumatológiára nem biztosítottak

IBM-re vonatkozóan

- Egyes kollégák szuréssel kapcsolatos adatai bizonyítottan gerjesztettek. Bizonyossá vált a mosonmagyaróvári kollégák adatainak mienkkel történő összekeveredése, összekeverése (?) is. Ezek miatt a MedFour feldolgozásai továbbra sem alkalmasak a modellen belül készült összehasonlító tanulmányok készítésére, és egyebek mellett a megtakarítások felosztásánál történő felhasználására sem.
- Ezt bizonyítják a következő szűrőpróba szerűen végzett ellenőrzések eredményei is. Például:
- praxisomban 2003 folyamán a MedFour szerint összesen 28 diabétesz szurás történt vércukor meghatározással. Ezzel szemben bizonyítottan 439. A MedFour szerint 15 lipidvizsgálat történt. Ezzel szemben a valóságban 217 esetben történt koleszterin-, triglicerid- és HDL koleszterinszint meghatározás (2003. szeptember 16.-ig. A MedFour szerint 105 EKG szurás történt. Ezzel szemben a valóságban 194 lejelentés bizonyítható. De, ha a kollégák adataira is ránézünk több mint „érdekes” megfigyeléseket tehetünk. Például: Dr. L. J. esetében nyolc egymás utáni oszlopnál az átszurtság %-os aránya váltakozva 58.8 és 58.2, aminek valószínűsége természetesen az 5-ös lottó találattal ér fel. De szintén nagyon érdekes, hogy ugyanennél a kollégánál a 65 és 199(!) év közötti korcsoport látásának átszurtsége 69.8%-os, miközben ugyanennek a korcsoportnak a hallás átszurtsége mindössze 3.8 %-os. Megjegyzem, hogy a regisztráló és jelentő modulban a két szurás gyakorlatilag egymás alatt van, tehát gyakorlatilag minden esetben a két szurás együtt végezzük, aminek következtében ekkora különbség a kettő között nem létezhet.
- A BNO szerinti betegségek/ellátások, betegségek/beavatkozások elemzése csak a MedFour adatbázisából lekérdezhető.

Javaslatok mindkettőre vonatkozóan

1. A kardiológiai és lipidológiai gondozó ne csak a javaslatok megfogalmazása stílusának egyes lényegtelen elemein változtasson, hanem szervezze meg végre a mindnyájunk (betegek, házi orvosok) által rég óhajtott érdemi változtatásokat is, például a kardiológiai eljegyzéssel működő gondozó mellett indítson nyitott kardiológiai szakrendelést is. A több időt igénylő gondozás történhet a szakrendelés egy részében.
2. Addig is, úgy, mint kivétel nélkül a többi szakrendelés, gondozó ellátja a betegeket a kontrollvizsgálathoz szükséges laboratóriumi, roentgen, UHG, stb. beutalókkal, vizsgálati kérelmekkel, az ebben érintett tisztelt kollégák szíveskedjenek ugyanígy eljárni a „definitív”-ként meghatározott betegellátásuk során.
3. A lipidambulancia stratégiai terápiás szemléletében változás szükségeltetik. A statinok és/vagy fibrátokkal történő kezeléseket protokolljában - mint ahogy számos közleményben olvasható - a beteg korát és anyagi helyzetét is figyelembe kéne venni a terápia bevezetése előtt.
4. Az alapellátási szoftverek adatbázisaiban gondozásként megnevezett tevékenységi formát differenciálni kell a betegségek alapnyilvántartásától. Mint ahogyan egy évvel ezelőtt egy kolléga bebizonyította, hogy a gyakorlatban lehetetlen végrehajtani a szurást a protokollokban meghatározottak szerint, úgy a gondozást még inkább. A dokumentálás legújabb rekordképe is több esetben a nevettségességig menően bizonyítja az ezt kidolgozó team hozzá nem értését. Csak egy példát említenék ezúttal: nincs továbbküldés esetében ahhoz, hogy továbbléphessenek kilenc nullával kell lekódolnom a nemlétező célintézet célosztályát, majd válaszolnom kell arra is, hogy mivel nem küldtem tovább (mentovel, tömegközlekedési eszközzel, „saját lábán”...és még ráadásul azt is, hogy milyen diagnózissal
5. A nagygyógyászati esetek dokumentálását kívánatos lenne informatikailag rendbe tenni.

A dokumentumban csak címként szereplő fejezetek kidolgozása még várat magára.

Forrás:

1. Németh Zsuzsa: Minoségi „betegbarát” rendelok a MAPOSZ szerint, Békés Megyei Hírlap, 2003. 08.28.
2. Jelentés az egészségügy infokommunikációs eszközökkel való ellátottságáról, GKI Gazdaságkutató Rt., 1364 Bp., Pf. 78.
3. Dr. Tittel Andor: Minoségbiztosítási protokoll a Tittel Bt. háziiorvosi szolgálat részére, 2002
4. Dr. Tittel Andor: A gyógyszeres terápia minoségi érdekeltségi rendszere, levél a MEP-nek, 2003.07.31.
5. Gyor-Moson-Sopron megyei Egészségbiztosítási Pénztár: 38275-097326/4/2003 sz Háziiorvosi Értesito
6. 1997. Évi CLIV. törvény az egészségügyrol
7. 1997. évi XLVII. Törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
8. 2003. évi LXXXIV. Törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről
9. 60/2003. (X.20.) ESZCSM rendelete az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
10. 43/1999 (III.3.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások egyes ...
11. 1999. Évi LXXI. Törvény az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyrol módosításáról
10. MedFour Kft: 2003. április, június hónapokban, 2004 februárjában készült adatbázisok
11. Magyarország lakosságának egészségi állapota OTH, 1999
12. Habcsek: Magyarország népességének eloreszámítása, demográfiai forgatókönyvek, 1997
13. Gyor-Moson-Sopron Megye Statisztikai Évkönyve, 2002 , KSH GY-M-S Megyei Igazgatósága, Gyor 2003
14. Gyógyinfok honlapok
15. Dr. Tschürtz Nándor: A kevert típusú hyperlipoproteinaemiák szerepe a manifeszt kardio-cerebrovaszkuláris betegség, II. típusú diabetes mellitus, metabolikus szindróma és tünetmentes, nagy kockázatú személyek esetén, Granum, VII. evfolyam, 1. szám, 14-16 old.
16. Dr. Vályi Péter:
17. Dr. Benczúr Béla: Hazai adatok a diagnosztizált és kezelt hypertóniások költségeiről-avagy fizethetnénk kevesebbet az alacsonyabbért? (eredmények), Háziiorvos Továbbképző Szemle 2004, április 9, Supplementum B10-15
18. Wood DA. and Euroaspire I. and II. Group 1. Clinical Reality of coronary prevention guidelines, Lancet 2001, 357:995-1001
- 19: Europa és Persuade: meggyozó eredmények perindoprillal, Medicus Anonimus, 2004, április, 7. old.
- 20: Dr. Nagy Viktor: Hypertonia és diabetes mellitus, Granum, 2004 április, 3, 10-13 old.

Vág, 2004.

Dr. Tittel Andor