



ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET

A RIZIKÓ SZEMLELETŰ GONDOZÁS ÉS A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS LEHETSÉGES ÖSSZEFÜGGÉSEI A CORPRAX VIZSGÁLAT NÉHÁNY EREDMÉNYE ALAPJÁN

DR. BALOGH SÁNDOR Phd c. egyetemi docens

Bevezetés

Az alapellátás fejlődésének következményeként a Népegészségügyi programok végrehajtásában kiemelt szerepet kap a háziorvoslás, az alapellátás. A kiemelt szerep fontossága, a szakterületen meglévő jelenlegi alkalmasság, az elért eredmények önmagukban nem elegendők, hanem szükséges az alapellátás további alkalmassá tétele, hogy a kívánt célkitűzések és eredmények elérhetők legyenek.

Kiemelten fontos átgondolni a vidéki (értsd kistérségi) alapellátás jelenlegi helyzetét amelyben az orvosi, humán kapacitás teljesítőképességének végső határán áll.

Különösen fontos ez a szív-érrendszeri betegségek ellátásának vonatkozásában, amelyre lehetőséget nyújthat a Szív-érrendszeri betegségek megelőzését és gyógyítását megcélzó nemzeti program. Az Országos Alapellátási Intézet alapkutatásai és vizsgálatai, illetve azok eredményei megfelelő alapot szolgáltatnak a népegészségügyi programok megvalósításával párhuzamosan az alapellátás átalakításához is, valamint, a minőségbiztosítás és oktatás területén egyaránt hasznosíthatók.

A hazai mortalitási és morbiditási adatokat illetően a következők olvashatók: „A halálozási statisztikák tükrében más európai országokéval összevetve a magyar lakosság egészségi állapota rendkívül kedvezőtlen. A halálozási adatok azonban önmagukban nem kielégítőek a lakosság egészségi állapotának jellemzésére, ehhez egészségproblémákról, köztük a megbetegedésekről is információk szükségesek.”

Első saját felmérésünkben (1, 6), közel 100 ezer lakos cardiovascularis kockázati állapotát jellemző morbiditási adatokra vonatkozó kérdésekre a háziorvos által adott válaszokat összesítettük. Láttuk, hogy a rizikófaktorok kóros értékeinek pontos definiálása nélkül is reálisnak tűnő, konzisztens értékeket kaptunk a populáció rizikóprofilját illetően, az egyéb nagy vizsgálatok adataival történt egybevetés szerint. Az is nyilvánvaló, hogy a fokozott cardiovascularis rizikósintet olyan állapotok

fennállása esetén definiáltuk, amelyek esetében ez a besorolás nem képezheti vita tárgyát. A magyar populáció cardiovascularis rizikóprofilját illetően, amelyek összességükben konzisztensek az irodalmi adatokkal, sőt az újabb vizsgálataink (OEP Prevenációs Pályázat 2005, Kistérségi Egészség Napok).

Másik saját felmérésünkben (2, 7, 8, 9) a rizikófaktorok mért adatainak átlaga igen jó egyezést mutat a „gyorsteszt” súlyozott mintán kapott, de nem mérésen alapuló adataival. Másrészt a módszer különösen alkalmas arra, hogy a háziorvos betegkövető rendszerébe beépülve a korszerű, ajánlásokon alapuló prevenációs követés-gondozás kiindulási pontját képezze.

A cardiovascularis prevenáció hatékony megvalósításához a szükséges mértékű és mennyiségű globális tudás létezik és rendelkezésre áll. Fentiek ellenére a prevenáció lehetőségei és az eredményei között aránytalanság van, az elmélet és a gyakorlat közötti szakadék mélyül. A rizikóbecslés és a klinikai döntés a logikailag összefüggő folyamatok, amelyek végrehajtását az alapellátás szintjén összehangolva és a következő célok irányába kell fejleszteni:

Elsődleges cél: a cardiovascularis rizikó számított átlagos értékének a csökkentése adott populációban. Másodlagos cél a fokozott rizikójú betegek kiemelése és hatékony preventív, illetve kuratív kezelése, különös tekintettel a rejtett, néma, tünet- és panaszmentes esetekre (pitvarfibrilláció, néma infarktus és/vagy csökkent bal kamra funkció, zörej a nagyerek felett, igen magas vérnyomás, vagy vérsír stb.). Távlatos cél: a cardiovascularis rizikó és a prevenáció költséghatékonyágának a közvetlen mérése.

Módszer

Cardiovascularis rizikósint meghatározás (CORPRAX) (2, 7, 8, 9, 10)

Prospektív egyedi rizikófaktor-mérésen és Framingham-rizikóbesoroláson alapuló szűrővizsgálat

A napi betegellátás adatait a véletlenszerűen kiemelt ellátottak esetében meghatározott protokoll alapján rögzítettük. A sikeresen elvégzett „Gyorsteszt” alapján nagyobb volumenű felmérés szervezésébe kezdett az Országos Alapellátási Intézet.

A vizsgálatban résztvevő betegek a kockázati tényezők ismert előfordulási formái alapján a 40 és 70 év közötti, vizsgálatra jelentkező egyének közül kerülnek ki. A technikai lebonyolítás egyszerű: egyenlő arányban kell kiválasztani mindkét nemből, nincs megkötve, hogy egy nap hány főt lehet regisztrálni, viszont a rendelés első félórájában nem, csak ennek eltelte után javasolják a kiválasztást.

Eredmények

1. táblázat

A 40–70 év közötti férfi és nő lakosság országos (1) és CORPRAX vizsgálat praxisainak (2) százalékos megoszlása

Kor	férfi 1	férfi 2	nő 1	nő 2
40–49	39,8	39,5	36,1	37,2
50–59	36,0	36,7	35,3	35,7
60–69	24,2	23,7	28,6	27,1

- I. 40–70 (1) = 3 749 728 fő (bejelentkezett)
 II. 40–70 (2) = 1 69 903 fő (CORPRAX ÖSSZES)
 III. 40–70 = 3 840 000 fő (Magyaró. összes)
 IV. 40–70 = 43 524 fő (CORPRAX bev.)
 I:III = 97,7%; IV:II = 25,8%

Hosszas magyarázatot az ábra nem igényel. Gyakorlatilag minden kártya tartozik valamelyik háziiorvoshoz, amely számban, nemben és korosztályban is azonos arányokat mutatnak az országos adatokhoz képest a kiválasztott praxisok vonatkozásában. A lakosok közel 5 százalékára terjedt ki a vizsgálat és minden 4. ember került vizsgálatra, amely a magyar lakosság 1%-át is meghaladja.

2. táblázat

A 40–70 év közötti nők és férfiak magyarországi megbetegedési viszonyai, százalékos megoszlásban

	Hlp		Diab		Chol	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
40–49	17,8	23,5	2,7	1,8	4,8	3,4
50–59	36,0	46,2	6,2	5,2	10,4	10,1
60–69	52,1	62,4	9,3	9,3	12,3	14,8

60 év alatti nők között kevesebb a kezelt/reg. diabetes és cholesterolin
 60 év feletti nőknél több a kezelt/reg. cholesterolin
 a nőknél több a kezelt/reg. hypertonia

A táblázat a háziiorvosi praxisok terápiában részesült pácienseinek adatait tartalmazza.

A kezelt magas vérnyomás a 40–70 év közöttiek 10

éves korcsoportjaiban markáns különbséget mutat a nők „javára”. Több férfi kap antidiabetikus kezelést 60 év alatt, 60–69 év között a két nemben megegyezik a kezelt aránya. A gyógyszeres koleszterin csökkentés 40–49 évek között a férfiaknál, 60–69 korosztálynál a nőknél gyakoribb.

Természetesen az életkor növekedésével a kezelt száma, százalékos gyakorisága is jelentős mértékben emelkedett.

Eltérő eredményeket kaptunk amikor a CORPRAX vizsgálatban a kezelt korcsoportos értékek és a vizsgálatban kiszűrt esetek gyakorisága vonatkozásában.

3. táblázat

A CORPRAX vizsgálatban regisztrált morbiditás (2) és kezelési gyakoriság (1)%-os megoszlása

	Hlp a.	Diab b.	Chol c.	Trig d.
2	45,9	13,9	31,5	47,3
1	37,8	6,9	8,8	–

a. RR sziszt.>140 hgmm

b. v.c>7,1 mmol/liter

c. chol>6,2 mmol/liter

d. trig>1,7 mmol/liter

nőknél: magasabb a regisztrált Hypertonia és Cholesterin↑
 kevesebb a regisztrált Diabetes

férfiaknál: magasabb a „talált” Hypertonia, Diabetes és Triglicerid↑
 kevesebb „talált” Cholesterin↑

A férfiaknál:

- a kiszűrték között a nőkhöz képest gyakoribb a magas vérnyomás, ellentétesen a kezelt esetében (2. tábla) ahol a nők aránya magasabb, azaz „jobb” a komplajenz,
- a kiszűrt esetek száma és aránya úgy mint a kezelt esetében is gyakoribb férfiaknál cukorbetegségben, míg ugyanez a magasabb koleszterin értékeknél pontosan fordított,
- gyakoribbak az 1,7 mmol/l feletti triglicerid értékek is.

Ami mindezek mellett különösen figyelem felhívó, hogy mindkét nemben jelentős mértékben magasabbak a megbetegedések abszolút számai a kezelt csoportjaihoz viszonyítva. A kezeletlen esetek aránya különösen az emelkedett koleszterin értékek mellett magas.

A vizsgálat adatai alapján kiszámítható a morbiditási jellemzőkön túl az egyes megbetegedések esetén a kezelt és az eredményesen kezelt aránya. A három nagy csoport adatait dolgoztuk fel: a magas vérnyomást, a cukorbetegségét és a magas koleszterin értékekét (4. táblázat).

A 40–70 év közöttiek esetében a magas vérnyomás érték gyakorisága 30% volt. Ezek közül igen magas arányban (83%) kaptak kezelést. A kezelt 1/3 érte el a célérték vérnyomást a 140/90-es értéket. A több mint 20 éve módszeresen keresett magas vérnyomás beteg-

ség mellett is a vizsgálat kapcsán 3,4% új magasvérnyomás betegséget regisztráltak.

4. táblázat

Az ismert, kezelt és célértéken kezelt megoszlása a CORPRAX vizsgálat alapján

n = 43524 fő (40–70 év közöttiek)	
Emelkedett vérnyomás (140/90<)	31%
Kezelt vérnyomás	83%
ebből jól kezelt (140/90>)	34%
Új magas vérnyomás	3,4%
Koleszterinnel kezelt	28%
Megfelelően kezelt	14%
Új eset	52%
Vércukor kezelt	58%
Megfelelően kezelt	53%
Új eset	10%

Összességében kedvezőtlenebb a kép a diabétesz vonatkozásában. Kevesebb a kezelt (58%), a megfelelően kezelt aránya viszont jobb (53%), és 10% az új eset. A legtöbb tennivaló a koleszterin csökkentés területén mutatkozik. Kevés a kezelt aránya (28%), kevés a célértéken kezelt aránya (14%), és magas az újonnan (ismételten) „felfedezettek” nagysága.

Következtetések

A magyarországi krónikus nem fertőző megbetegedések az európai, de még a közép-európai országokhoz képest is lényegesen kedvezőtlenebb képet mutat. Kijelenthető az is, hogy a vártnál is rosszabbak az eredmények a szív-érrendszeri egészségi állapotot illetően.

Az eddigi vizsgálatok és következtetéseknél lényegesebben gyakoribb a magas vérnyomás, a cukorbetegség és a lipid anyagcsere eltérések. Megállapítható, hogy a magas vérnyomás populációs gyakorisága a 40% körül található, a cukorbetegség előfordulása 10% felett volt és a lipid eltérések közül a terápiára szoruló 1/3-os arányt mutattak.

A már kialakult betegségek, illetve rizikó tényezők esetében a az öngondoskodás, a terápiát követő magatartás esetleges, sőt nem kevés esetben túlzó egészségügyi ellenőrzést vár el leterhelve emberi erőforrást és olyan költségek kényszerít ki az egészségügyi finanszírozásból amelyet gazdagabb országok sem tudnak megfizetni. Az egészségügy emberi erőforrása és gazdasági lehetőségei ki kell, hogy kényszerítsék a lakossági öngondoskodást, a lakossági tevékeny részvételét a megelőzésben. Nem vezet eredményre, hogy a lakossági elvárások és időnként az orvosi pillanatnyi érdek hatásaként túlzott és megoldhatatlan teher nehezedjen az egészségügyi ellátásra. Kimutatott és elfogadott tény, hogy az egészségügyi ellátórendszer negyednyi hatással bír az egészségi állapotra, a lakosság életmód-

jához viszonyítva. Amennyiben ez bizonyított tény akkor hiába teljesít túl az egészségügy az eredmény szerény és még bűnbak is kereshető.

Nem feltétlen bizonyítható, hogy a minőségbiztosítás az adatgyűjtés és annak jelentési rendszerében biztosítható-e. Nem kell messze menni a DRG és a finanszírozás alapját jelentő járóbeteg pontok, mennyire jelentik a valóságot, mennyire a teljesítményt és mennyire a bevétel látszólagos növelését szolgáló túlpörgetett „elszámolást”. A minőségbiztosításnak sokkal fontosabb része a közvetlen szakmai ellenőrzés (szakfelügyelet és egyéb „állami” és nem kizárólagos biztosítói lehetőségek, amely utóbbinak igen nagy „dívatja” van manapság), a szervezeti és strukturális kialakítás, és a vidéki ellátást is biztosító szervezettség, melynek érintenie kell a jelenlegi rendszert is.

Az eredményes folyamatok méréséhez és bizonyítékok felmutatásához szükség van tudatos és rendszerezett szakmai iránymutatásokra, módszertani ajánlásokra, illetve az alapadatok, a változók mérésére, a mérési eredmények elemzésére és azok alapján az irányok meghatározására. Ma már elfogadott tény az alapellátás a háziorvoslás meghatározó szerepe, a lakossági egészségi állapot javításában, különösen a nagy megbetegedési és halálozási gyakoriságot eredményező megbetegedésekben. Az OALI vizsgálatai alapján kialakítható az a vélemény, mely szerint a változásokat mérő adatok és azok elemzése, a fő irányok kialakítását magalapozó alaptervékenység a legeredményesebben és a legvalósabb mértékben, az alapellátásban valósítható meg. Vagy akár „melléktermékként” megmagyarázható háttéredeteket kapunk ahhoz, hogy miért fogy sok sztatin, vagy ACE gátló. Ez nem jelentheti az országos, teljes körű és minden háziorvosra kiterjesztendő jelentési rendszert, amely csak az összegyűjthető adatok értéktelenségéhez és a szolgálatok túlterheléséhez vezet. Jelentheti azonban egy monitor rendszer kialakítását, amelyre eddig már voltak kísérletek, de működő rendszer nem alakult ki.

IRODALOM

- Balogh S, Hajdú E, Jánosi I.: Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése. Med.Univ. 2003; 36(4)143-149
- Balogh S, Kékes E, Császár A: A cardiovascularis rizikófaktorok felmérése háziorvosi praxisokban. Med.Univ. 2004;37(1)3-10
- Belec B, Paulik E, Kómár M, Balogh S, Hajnal F, Nagymajtényi L: Az egészségi állapot település-specifikus jellemzői Csongrád megyében. Med.Univ. 2003; 36(6) 253-258
- Belec B, Paulik E, Balogh S, Hajnal F, Nagymajtényi L: Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében. Med.Univ. 2004; 37(1) 11-16
- Belec B, Paulik E, Balogh S, Hajnal F, Nagymajtényi L: A nők egészségi állapota és egészségmagatartása dél-alföldi megyékben. Med.Univ. 2004; 37(4) 171-175
- Hajdú E, Balogh S, Jánosi I: Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése 2. Med.Univ.2004; 37(1) 17-24

7. Kékes E, Balogh S, Császár A: A kardiovaszkuláris rizikófaktorok felmérése háziiorvosi gyakorlatban. *Medicus Anonymus* 2004; 12(1) 24-26

8. Kékes E, Balogh S, Császár A: A kardiovaszkuláris rizikóbecslés, mint a prevenció első lépcsője” háziiorvosi praxisokban. *Metabolizmus* 2004; 2(Suppl.A) A1-A4

9. Kékes E, Balogh S, Császár A: Kardiovaszkuláris rizikó-

becslés, mint a prevenció első lépcsője” háziiorvosi praxisokban indított program. *Háziiorvos Továbbképző Szemle* 2004; 9: 136-139

10. Kékes E, Balogh S, Császár A: Megdőbentő statisztika – a hazai nagyszabású cardiovascularis rizikófelmérő program eredményeinek ismertetése. *Granum* 2004; 7(4):5-9.

V. HÁZIORVOS NAPOK

2006. június 23–25.

Balatonalmádi
Hotel Ramada Balaton

Témák:

- Kistérségi Prevenció Program
- Vérnyomás, vérnyomásmérés, ön-vérnyomásmérés
 - Éljen 140/90 alatt
 - Onkológiai éberség
 - Csontritkulásról őszintén
 - Mozgásszervi betegségek
 - A háziiorvos egészsége
 - Kardiovaszkuláris rizikó
 - Érvek az érvédelem érdekében
 - Artériás érfalkárosodás megítélésének lehetőségei
 - Diabéteszes láb

AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

A REGISZTRÁLT ÉS MINDHÁROM NAPON RÉSZTVEVŐK SZÁMÁRA A MEDTRONIC ÁLTAL ADOMÁNYOZOTT 1 MILLIÓ FT ÉRTÉKŰ DEFIBRILLÁTOR ÉS A ROCHE ÁLTAL ADOMÁNYOZOTT 300 EZER FT ÉRTÉKŰ KOAGULOMÉTER KERÜL KISORSOLÁSRA.