

A CRP GYORS KVANTITATÍV MEGHATÁROZÁSA CSALÁDORVOSI RENDELŐBEN

Madis Veskimägi családorvos, Töstamaa Családorvosi Egészségügyi Központ, Észtország
(A MÁOTE Jubileumi Kongresszusán elhangzott előadás összefoglalóját Dr. Hidas István fordította le)

Bevezetőben hangsúlyozottan került említésre a házi-orvos kulcsszerepe a beteg-ellátásban, külön kiemelve a korai kórisme megállapítás jelentőségét a további szövődmények megelőzésében. Ez az, ami mind a betegek, mind a kezelőorvos legfontosabb érdekét jelenti. A nemrégiben bevezetett C-reaktív protein meghatározás gyorsteszte a mindennapi munka során megteremti a lehetőséget a gyors, a kellő időben történő kórisme megállapítás és hatékony kezelés megindítására.

Az előadásban az észt házi-orvos az ezzel megteremtett lehetőségeket taglalta, ami a népesség széles tömegeinek – csecsemőkortól az aggastyánig – nyújthat segítséget. A beteg mindig valamilyen panasszal érkezik a rendelőbe, aminek gyors megoldását várja, sőt elvárja az orvostól. Ebben az elvárásban nyújthat segítséget az ismertető gyorsteszt. Ennek segítségével ugyanis 10–15 perc alatt a házi-orvosi rendelőben, vagy akár a beteg lakásán, olyan választ kaphatunk, ami a további orvosi teendőinket is meghatározza.

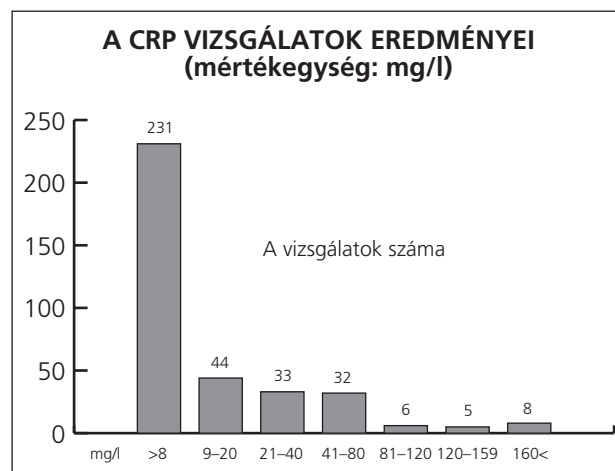
Miért van ennek jelentősége? Elsősorban azért, mert a rohanó tempójú világunkban mind a beteg, mind az orvos kevés idővel rendelkezik, – ami elég sajnálatos – hogy hosszabb időt szenteljen a betegség pontos megismerésére, következőképpen gyógyítására is.

A panaszos, akin nem látszik, hogy komoly beteg, néha többet mond, mint ami a valóság, néha azonban meg sem szólal – a csecsemő és az aggastyán esetében ez gyakran van így – s ennek ellenére a kórisme megállapítás, vagy kezelés megkezdése gyors döntést igényel, ebben jelenthet segítséget az ismertető eljárás. Ez különösen azért fontos tényező, mert a panaszos azonnal választ vár, akár egy hatástalan szer receptjét, vagy akár azonnali (persze fölösleges) kórházi beutalást. Részünkről, családorvosok részéről pedig megvan az igény a pontos kórisme és hatékony kezelés megvalósítására. Fejünk fölött mindig ott lebeg Damoklész kardja, ne tévedjünk, mert a gyors kórházi beutalás esetleges elmulasztása, lelkünkön szárad.

A község ahol dolgozik a szerző, Töslamaa-Varbla, Észtország délnyugati részén Pärn megyében van A legközelebbi kórház 50–70 km, attól függően, hol lakik a beteg. A két település 2400 lakosát kezelik, gondozzák abban az egészségügyi központban, ahol dolgozik. Rendelkeznek egy kislaborral, ahol vérkép, süllyedés, CRP, vércukor, vizelet és okkult vérzés vizsgálatára van lehetőségünk. Ezen kívül van Rtg, szonográfia, spirometria, ABPM és tympanometria vizsgálati lehetőségük is. A csapat 5 fős, a szerző a csapat vezetője, családorvosi

szakképesítéssel rendelkezik, 2 főiskolai végzettségű szakasszisztens, egy fizioterápiás szakasszisztens és egy családorvosi asszisztens egészíti ki a csapatot.

Az éves forgalmuk mintegy 5000 ambuláns beteg, ezek harmadát látja az orvos a többi ellátását, ellenőrzését az asszisztencia végzi. Házi beteglátogatás nem gyakori, és többségében csak indokolt hívásra szorítkozik, de a gondozás során szükségessé váló házi beteglátogatás is belefér ebbe a kontingensbe. Így a fölmerülő problémás kórismézési esetek otthoni CRP meghatározása is elvégezhető, mivel a készülék mobilis, a vizsgálat nem igényel nagy szakember gárdát.



Jelen munkában a 2006. augusztus 10. és 2007. augusztus 10. között végzett CRP vizsgálatok eredményei kerültek földolgozásra, ezt elektronikus adatrögzítés és értékelés segítségével végezték.

Egy év alatt 359 CRP gyorstesztet végeztek. A vizsgálatokra nagyrészt alsó és felső légúti hurutos megbetegedések során, de húgyúti fertőzések gyanúja, bőr- és kötőszövet lobos, fertőzőes folyamatok pontos kórismézése és izületi panaszok tisztázása végett került sor. Néhány esetben tisztázatlan, általános állapotromlás, fogyás, gyengeség, hosszabb lázas megbetegedés és/ill. rosszindulatú folyamat gyanúja esetén is sor került a vizsgálatra a kórok tisztázása végett. A teszt alkalmazása a felhasználások 24%-ában a folyamat alakulásának követésére is hasznosnak bizonyult.

AZ ALKALMAZÁS FŐ INDIKÁCIÓI

A betegség lefolyásának követése	14%
Ismeretlen folyamat tisztázása	14%

Kardiovaszkuláris betegségben	1%
Reumás panaszok	6%
Bőr és kötőszövet fertőzés	4%
Urológiai fertőzés	4%
Hasi kórképek tisztázása	7%
Fül-orr-gégészeti betegségek	15%
Felső légúti kórképek	20%
Alsó légúti fertőzések	15%

Összefüggések: az emelkedett CRP értékek és a leukocytosis között alig észlelhető összefüggés. Még a 160 mg/l feletti értéket sem kísérte emelkedett fehérvérsajt szám. Sőt a panaszok sem korreláltak az emel-

kedett CRP értékekkel, viszont ha a normális értéket messze meghaladó CRP értéket észleltek, majdnem bizonyos volt valamilyen szövődmény jelenléte.

Összefoglalva: véleményük szerint a CRP gyorseszt biztos támpontot nyújt a kórisme és a követendő kezelési stratégia megválasztásában és folytatásában. Ami a legfontosabb tényező, hogy ez a támpont percekben belül rendelkezésünkre állhat, ezért bevezetése minden alapellátási csapat számára indokolt és megéri. Ezt külön alátámasztják gazdasági szempontok is, hiszen a főleg antibakteriális kezelés bevezetését, vagy a kórházi beutalást kerülhetjük el segítségével.

SZAKORVOSI KONZULTÁCIÓ SZÁMÍTÓGÉPES ADATKÖZLÉS ÚTJÁN

Madis Veskimägi háziorvos, Töstamaa Egészségügyi Központ (Észtország)

A Családorvoslás Balti Konferenciáján, Rigában, 2005. októberében elhangzott előadás.
(Az angol összefoglaló alapján magyarra fordította Dr. Hidas István főszerkesztő)

A tanulmány célja: a számítógépes adatközlés és továbbítás, mint lehetőség a szakorvosi konzultáció egyszerűbb – és olcsóbb – lebonyolításának módját ismertetni. Az eddigi megfigyelések értékelése és néhány eset tapasztalata alapján kiderül, a módszer hasznos, erről és a tapasztalatok összegzése alapján a bevezetésének lehetőségéről szól a háziorvos szerző.

Bevetőben leszögezi: az információs technológia hatalmas és gyors fejlődést hozott magával, mely századunkban a diagnosztikus eszközök és a kommunikáció rohamos változásával lehetővé tette ezt a vizsgálatot. Munkahelyén, az egészségügyi központban, ahol a vizsgálat folyt, egy sor képalkotó eljárás (rtg, szonográfia), EKG, spirometria, tympanometria, vérnyomás-monitorozás (ABPM) és alap-laboratóriumi vizsgálatok végzésére van lehetőség.

Az e-mail konzultáció során a legfontosabb klinikai adatok (anamnézis, fizikális vizsgálat, labor eredmények stb.) alapján a vizsgáló szakember, a családorvos fölteszi a kérdést e-mail-ben a konzultációt végző szakorvosnak (ha bizonytalan milyen irányba induljon el) és ugyanígy kap választ a fölített kérdésre, a diagnózist, a további teendőket, esetleg a kezelést illetően.

A most bemutatott vizsgálat során arra kerestek választ, vajon az ilyen módon végzett konzultáció időigénye és bekerülési összege kisebb, mint a hagyományos járóbeteg rendelés által biztosított konzultáció és megfelelő hatékonysággal bír-e. A további kérdések a kompatibilitásra és a beteg, valamint az ellátó orvos és a konzultáns elégedettségére vonatkoztak.

2003. augusztus 15. és 2005. augusztus 15. közötti periódust vizsgálták, s az adatokat digitális formában rögzítették és tárolták, majd küldték el az egészségügyi központba, a megfelelő konzultánshoz.

Az összes konzultáció 4 fő irányba került továbbításra: fül-orr-gégész szakrendelő, traumatológia, ortopédia és reumatológia. Először értékelték a feldolgozás során az előző módon végzett szakkonzíliumok lefolyását, eredményét, időigényét, költségeit. Ennek során átlag 2–4 orvos–betegtalálkozóra került sor mire a kórisme megálapítást nyert.

A két éves időszak alatt összesen 87 e-mail konzultációra került sor, s a vizsgálat során a kétféle konzultációk időigénye tekintetében volt a legnagyobb különbség. Az e-mail konzultációk átlagosan 1,43 napot igényeltek a kórisme tisztázásig, a szokásos járóbeteg rendelés során szükségessé vált időtartam átlagosan elérte a 17,8 (!) napot. A betegeket terhelő kiadás a szokásos módon végzett szakkonzílium során esetenként elérte a 9 Eurót.

Az értékelés során az e-mail konzultációk 5%-ában igényelte a szakorvos a személyes találkozást és szakvizsgálatot. 8%-ban sürgős műtéti indikáció merült föl, 36%-ban javasolt a szakorvos más kezelést (is), a megkezdett terápia kiegészítéseként és az értékelt esetek felénél javasolt tervezett időpontban műtétet.

A családorvos az e-mail konzultáció eredményeként az esetek 3%-ában javasolta a beteg szakorvosnál történő további vizsgálatát, 8%-ban sürgős kórházi beutalást tartott szükségesnek, erre sor is került, 32%-ban a javasolt kezelést folytatta többségében jó eredménnyel és 57%-ban tervezett időpontban műtét elvégzésére kórházi előjegyzést fogantatosított.

Következtetés és megbeszélés

A konzíliumkérés és a megfelelő vélemény kialakítás

e-mailben elintézhető, ha megfelelő vizsgálati adatokat közöljük a szakorvossal. Az e-mail konzultáció hatékonysága magas, az eddigi tapasztalatok alapján a szakorvos véleményének kialakításához – elegendő tájékoztatás esetén – 3–5 perc elegendő.

Természetesen a megfelelő tájékoztatás elengedhetetlen és föltétele az alapvizsgálatok (Rtg, labor, szonográfia, spirometria, tympanometria, digitális kamera stb.) digitális rögzítése és továbbítása. Ehhez alapfeltétel, hogy a családorvos ezeket az első találkozás során képes legyen számítógépen rögzíteni és a szakorvoshoz továbbítani. Szükséges ehhez a családorvosi team magas színvonalú együttműködése. A családorvos számára ez a módszer

gyors, pontos és könnyen elérhető szakorvosi konzultáció lehetőségét biztosítja, ami a betegellátás színvonalának emelését, a beteg-elégedettség javulását és az alap- és szakellátás jobb együttműködését is megteremti. Az előadásban több eset megbeszélés is szerepel (adenoid hypertrophia, alkartörés, súlyos coxarthrosis stb.) ezek részletes tárgyalása tartalmazta az eljárás minden lépését és az eredményt is közölte a szerző.

Ennek alapján a módszer – ami már a 21. század színvonalát jelenti – mielőbbi bevezetését és elterjesztését javasolja a szerző, hiszen a gyors szakorvosi vélemény birtokában elsősorban a beteg nyer vele, s még megtakarítást is jelent a mai pézszűkevilágban.

VII. HÁZIORVOS NAPOK

2008. 04. 4–6.

BALATONFÜRED,
HOTEL
FLAMINGO

EGÉSZSÉGÜGYI REFORM NÉMETORSZÁGBAN: SZABAD GYAKORLATBÓL ÁLLAMI KONTROLL?

Prof. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi

Német Orvosi Szövetség

Hogyan lehet fenntartható alapokon, jó és korszerű egészségügyi ellátást biztosítani az egész lakosság számára – a demográfiai fejlődés és az egészségügyi ellátórendszer finanszírozásának szükségessége ellenére? A német kormányzat jelenlegi megoldása a dilemmára a „Törvény a verseny erősítésére a kötelező egészségbiztosításban” címet viseli. A nemrégiben elfogadott egészségügyi reformok feltételezik egy biztonságos, hosszú távú finanszírozási alapon nyugvó egészségügyi ellátórendszer megteremtését, a kötelező egészségbiztosítók között nagyobb versenyre ösztönöznek és csökkentik az egészségbiztosítás nem bér jellegű költségeit.

Jelenleg a lakosság mintegy 88%-a tagja a kötelező egészségbiztosítási rendszernek; a munkáltatók és munkavállalók a hozzájárulás rájuk eső felét közvetlenül a biztosítóknak fizetik. Az emberek szabadon megválaszthatják biztosítójukat a felajánlott egyéni díjszabás és a szolgáltatások függvényében, míg a biztosítási alapcsomag egységes. A jövőben a munkáltatók és munkavállalók a jövedelem arányos hozzájárulást a „Nemzeti Egészségbiztosítási Alapba” fogják befizetni. A hozzájárulás aránya egységes lesz, melyet a kormányzat határoz meg. Az Alap kockázattal korrigált átalányösszeget fog fizetni a tagok után a kötelező egészségbiztosítók részére. Attól függően, hogy az egyes biztosítók milyen jól teljesítenek, kiegészítő hozzájárulást kérhetnek a tagjaiktól, vagy képesek lehetnek visszatérítést fizetni részükre. A kötelező egészségbiztosítóknak lehetőségük lesz továbbá a tagok részére személyre szabott biztosítási tervet ajánlani. A jelentkezők választhatják egészségbiztosítási terv vásárlását különböző éves levonásokkal, vagy alternatívaként bónusz tervet, amely visszatérít a tagoknak egy meghatározott összeget, ha adott időintervallumban nem lépik túl a keretüket. A fenti eszközök mind jól ismertek a magán egészségbiztosítási szektorból.

Ennek megfelelően, a kötelező egészségbiztosítási rendszer jellemző elemei beépítésre kerülnek a magán egészségbiztosításba. Németországban az önálló vállalkozók és azok a személyek, akik havonta 3975 € felett keresnek, kívül maradhatnak a kötelező egészségbiztosítási rendszeren. Jelenleg a lakosság mintegy 10%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással, és néhány százalék egyáltalán semmiféle egészségbiztosítást sem tudhat a magáénak. A jövőben az egészségbiztosítás kötelező lesz mindenki részére. A magánbiztosítóknak „alap egészségbiztosítási tervet” kell felajánlaniuk, melyet a nem biztosítottak és a korábban

magánbiztosítással rendelkező azon személyek részére terveznek, akik elveszítették időközben a biztosításuk fedezetét. Az „alap egészségbiztosítási tervnek” olyan egységes előnyöket kell magában foglalnia, melyek a kötelező egészségbiztosítási csomagon alapulnak, és a felkínált hozzájárulási arány nem lehet magasabb, mint a kötelező egészségbiztosítási rendszer esetében. Tilos lesz a „kimazsolázás”.

Világosan fogalmazva, bevezetésre kerülnek a kötelező egészségbiztosítási rendszer elemei a magán egészségbiztosítási szektorban, a magán egészségbiztosítás jellegzetességei pedig a kötelező egészségbiztosítási szektorban. Logikusan feltételezhető, hogy a két rendszer struktúráját kell összeillővé tenni, mielőtt a közöttük lévő különbségek véglegesen és teljesen megszűnnének. Az államilag ellenőrzött nemzeti egészségbiztosítási terv egységes hozzájárulási arányokkal és egységes előnyökkel, végül megszüntetheti a jelenlegi sokszereplős biztosítási rendszert. Ez mindig is hosszú távú célja volt a jelenlegi német egészségügyi miniszternek. Feltételezhető, hogy az egészségbiztosítási hozzájárulás rögzítéséhez elsősorban költségvetési megfontolások vezettek, és kevésbé a szükséglet-orientált egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szükségessége. Az igénybe vehető szolgáltatások körének további szűkítése lesz a várható következmény, míg az orvosokat valószínűleg szigorú gyógyszerrendelési és terápiás szabályokra, valamint teljesítménykorlátra kényszerítik. Egy olyan rendszerben, ahol növekszik az államilag ellenőrzött egészségmenedzsment szerepe, bomlasztó faktornak tűnik a szabad gyakorlat, vagyis az orvosok függetlensége, mely szerint megválaszthatják betegek számára a legmegfelelőbb terápiát. Nem meglepő tehát, hogy a jelenlegi egészségügyi reform számos elemet tartalmaz, melyek veszélyeztethetik az orvosi hivatás szabadságát Németországban. Nyilvánvalóan világméretű trendről van szó, sok más országban hasonlóak a tapasztalatok. A Német Orvosi Szövetség európai partnereivel és az Orvosi Világszövetséggel együtt következetesen és hűen fog az orvosi hivatás és szabadság szabadságáért és függetlenségéért dolgozni, valamint azért, hogy a legjobb orvosi ellátás minden beteg számára elérhető legyen.

A szerzők elérhetősége:

Professor Dr. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, MD Elnök

Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi, MD, MPH

Nemzetközi Kapcsolatok Osztályának vezetője

*Német Orvosi Szövetség, Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin, Germany*