

*Dr. Papp Renáta, Dr. Dobos Éva, Dr. Kozma Anna, Dr. Füredi Gyula,
Dr. Hajnal Ferenc, Juhász Márta, Dr. Balogh Sándor*

TÜKÖRKÉP: A HÁZIORVOSI PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG DOKUMENTÁCIÓJÁNAK RETROSPEKTÍV VIZSGÁLATA

Országos Alapellátási Intézet

BEVEZETŐ

Nemzetközi epidemiológiai vizsgálatokban kimutatottak szerint a kardiovaszkuláris mortalitás csökkenés mögött leginkább a rizikófaktorok ismerete, azok csökkenése és a kezelés minőségének javulása áll¹. Ugyancsak kimutatott, hogy az ismert prevencióstratégiák populációs szintű megvalósulásában az alapellátás igen komoly szerephez jut².

A Népegészségügyi Program kapcsán sok más megállapítás mellett, két lényeges és alapvető állítás igazolódott, miszerint

1. Nincsenek megfelelő adatok és adatbázis, amelyek a helyzet exponálását egyértelművé és a változások jól nyomon követhetővé teszik.
2. Nem lehet eredményesen megoldáshoz vezető utakat kiépíteni a háziiorvosi rendszer, illetve az alapellátás megkerülésével.

Egyértelműen megállapítható így, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések hatékony és tartós javítása csak az alapellátásban érhető el. Az alapadatok, azok változása és jellemzői és az intervenció eredményessége, elsősorban az alapellátásban gyűjthetők és az alapellátásban oldhatók meg.

A prevencióstratégia alapellátási szintű integrálása nem csak hazai tapasztalat következménye, hanem a nemzetközi szakmai és egészségpolitikai irányelvek is fontosnak tartják a népesség egészségi állapotának javításában. A megelőzésre kínálkozó lehetőségek azonban még nem kellően kihasználtak sem a nemzetközi gyakorlatban, sem hazánkban. Ennek számos oka lehet: hiányosak a háziiorvosok megelőzéssel kapcsolatos ismeretei? nem kellően motiváltak? időhiányban szenvednek? hiányos a nyilvántartásuk? hiányzik a többletmunkáért elvárt anyagi ösztönzés? vagy nem összehangolt ajánlások forognak közkézen?

CÉLKITŰZÉS

A projekt specifikus célja az alapellátás preventív tevékenységének jelenlegi feltérképezése, elemzése a fent említett paraméterek vizsgálata mentén, a motivációs tényezők feltárása és javaslattevés a tevékenység végzéséhez szükséges optimális környezet megteremtésére. A bevezetőben bemutatott hazai és nemzetközi tapasztalatok mutatják, hogy az alapellátásban történő rizikófeltárás és kezelés javítja a népegészségügyi helyzetet. A jelenlegi Háziiorvosi Hatásköri Listában³ megfogalmazottaknak megfelelően, a háziiorvosok a népegészségügyi szempontból lényeges kórképek közül, a szív- és érrendszeri kockázatelemzés és kezelés területén rendelkeznek legkiterjedtebb kompetenciával. Ezáltal a projekt konkrét céljaként említett alapellátási preventív tevékenység fejlesztés eredményeként várható:

- a betegek korai kiszűrése és kezelése,
- a legfontosabb rizikófaktorok célzott és személyre szabott kezelésének mielőbbi elkezdése, a nemzetközi és hazai irányelvekben lefektetett gyógyszeres prevencióstratégiák alkalmazásával
- az alapfolyamatok (atherosclerosis, diabetes mellitus, hypertonia, dyslipidaemia) okozta célszervkárosodások (szív, vese, agy, érrendszer, szem) megelőzése, valamint hosszú távon
- az ischaemiás agyérbetegség és a perifériás érbetegség első vagy ismételt klinikai események előfordulásának a csökkentése.

A második leggyakoribb halálókként nyilvántartott daganatos betegségek szűrése országos célzott szűrési program keretében történik, így ennek elemzése érintőlegesen történt ezen vizsgálat kapcsán.

A projekt célkitűzése hogy az alapellátásban a korszerű megelőző tevékenység napi gyakorlattá váljon, működő-

dése kialakított szakmai-szervezési eljárási rend alapján történjen, amely reálisan beilleszthető és ezáltal kivitelezhető a napi háziorvosi gyakorlatban, amely megelőző tevékenység folyamatos alkalmazásával, monitorozásával a Népegészségügyi Program távlati céljai megvalósíthatók legyenek.

A VIZSGÁLAT MÓDSZERTANA

A vizsgálat során a praxis dokumentációjának vizsgálata retrospektív módon történt, annak elkerülése érdekében, hogy a „real-time” orvos–beteg találkozás alkalmával esetlegesen hiányzó szűrési adatok kiegészítése történjen meg, zavarva a valós kép rögzítését. A háziorvosi praxis dokumentációjának részét képező törzskarton információ tartalmának frissítése folyamatosan történik. A törzskartonon feltüntetett adatok jelentős része a prevenció tevékenységet szolgálja, ahogyan az 51/1997. sz. NM rendelet előírásai is. Az 51/1997-es NM rendeletben megfogalmazottaknak megfelelően, a biztosítottak részére 21 éves korban végzendő el a felnőttkori alapstátusz felvétele, amely a rendelet szerint tartalmazza az alábbiakat:

- a) a családi anamnézis adatainak frissítése, különös tekintettel a szülők és a testvérek között a korai életkorban (férfiaknál 55 évnél, nőknél 65 évnél fiatalabbaknál) jelentkező szívkoszorúér-betegsége, érelmeszesedéssel kapcsolatos szélütésre, verőérszűkültre,
- b) életmódbeli tényezők (táplálkozási szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás) feltárása,
- c) részletes fizikális vizsgálat, testsúly, maskörfog, testmagasság, testtömegindex meghatározása, vérnyomásmérés,
- d) abdominális obesitas (maskörfog nőknél ≥ 80 cm, férfiaknál ≥ 94 cm) esetén a metabolikus szindróma más alkotóelemei (triglicerid-szint, HDL-koleszterin-szint, vérnyomásérték, éhomi vércukorszint) fennállásának vizsgálata,
- e) a 2-es típusú diabetes mellitus szempontjából nagy kockázatú személyeknél (elhízás, a diabetes mellitus családi halmozódása, a kórelőzményben gestatio diabetes) orális glükóz tolerancia teszt elvégzése (éhomi és 120 perces értékek értékelése) vagy ennek kivitelezhetetlensége esetén éhomi és postprandiális vércukorszint meghatározása,
- f) a teljes kardiovaszkuláris kockázat felmérése,
- g) vesebetegség szempontjából nagy kockázatú személyeknél (öröklődő vesebetegség familiáris előfordulása, hipertónia, diabetes mellitus stb. fennállása) szérumban kreatininszint, a kreatinin clearance becsült értékének a meghatározása vizeletvizsgálat (tesztcsikkal): fehérje- és haematuria meghatározása,
- h) a családi kórelőzmény elemzése a 40 éves kor alatt a szülők és a testvérek között előforduló benignus

és malignus szolid tumorokra, valamint hajlamosító állapotokra,

- i) sztomato-onkológiai vizsgálat, különös tekintettel a parodontosusra, mint ateroszklerózisra is hajlamosító tényezőre, valamint az ajak- és szájüregi rákra hajlamosító állapotokra,
- j) látásvizsgálat.

A törzskarton és az 51/1997 NM rendelet szerinti együttes adattartalom dokumentációját vizsgáltuk, amely lehetővé tette azt, hogy az alábbi paraméterek dokumentáltságát és az adatok rögzítésének, utolsó bejegyzésének, módosításának időpontjáról tájékozódjunk:

- testtömeg index (törzskarton, 51/1997 NM rend.)
- maskörfog (51/1997 NM rend.)
- vérnyomás érték (törzskarton, 51/1997 NM rend.)
- éhomi vércukorszint
- orális glükóztolerancia teszt (törzskartonon 2h postprandiális, 51/1997 NM rend.)
- triglicerid (51/1997 NM rend.: abdominális elhízás esetén végzendő a metabolikus szindróma diagnózisának felállítására)
- koleszterin (törzskarton, 51/1997 NM rend. a kardiovaszkuláris kockázatfel mérés kapcsán)
- HDL-koleszterin (51/1997 NM rend. abdominális elhízás esetén végzendő a metabolikus szindróma diagnózisának felállítására)
- kreatinin (51/1997 NM rend.: vesebetegség kockázata esetén)
- kreatinin clearance (51/1997 NM rend.: vesebetegség kockázata esetén)
- vizelet-fehérje, haematuria (51/1997 NM rend.: vesebetegség kockázata esetén)
- ér-doppler (51/1997 NM rend.: nagy kardiovaszkuláris kockázat esetén)
- boka-kar index (51/1997 NM rend.: nagy kardiovaszkuláris kockázat esetén)
- kardiovaszkuláris rizikó (51/1997 NM rend.)
- látásvizsgálat (törzskarton, 51/1997 NM rend.)
- ajak-szájüregi státusz (51/1997 NM rend.)
- colorectalis szűrés (50-70 év között 51/1997 NM rend.)
- mammográfia (45-65 év között 51/1997 NM rend.)
- cervix cc. szűrés (törzskarton, (25-65 év között 51/1997 NM rend.)

Az egyes paraméterek mögötti zárójelben található annak megjelölése, hogy a törzskarton vagy az 51/1997-es NM rendelet tartalma szerint szükséges elvégezni.

A két dokumentációban (törzskarton és 51/1997-es NM rendelet) való átfedés, párhuzamosság, illetve az információfrissítési időtartamban való eltérés zavarja a rendszeres egységes szűrési-megelőzési tevékenységet. A páciens vizsgálati adatlapokon a két dokumentáció: a törzskarton és az 51/1997 NM rendelet egységesített információ tartalmának követése valósult meg. Mivel a

praxis tevékenysége a rendelésen megjelenő lakosság jellemzőivel írható le inkább, így a randomizálás vonatkozásában a rendelésen történő megjelenés alapján történő kiválasztás mellett döntöttünk.

A páciens adatlapok kitöltésének forrását mindig a már meglévő dokumentáció nem és nem a páciens megjelenésekor felvett adatok képezték. A páciens korábbi megjelenése csupán a mintavétel- randomizálás eszköze volt.

Randomizálás:

A páciensek, akiknek dokumentációjának vizsgálata történt, rendelési dátum és sorszám szerint került kiválasztásra. A vizsgálatot megelőző 5 hét, heti 1–1 napján azaz 5 napon keresztül minden 5. megjelent páciens dokumentációja alapján kellett kitölteni a páciens adatlapokat. Amennyiben az adott napon nem volt rendelés, az azt megelőző hét azonos napja volt az irányadó. Ha az adott rendelési napon 50-nél kevesebb páciens jelent meg a rendelésen, minden 4-ik ill. 3-ik ill. 2-ik megjelent páciens dokumentációja vizsgálandó, úgy hogy a napi 10 beteg vizsgálata gyűljön össze.

A vizsgálat menete az alábbiak szerint alakult:

1. A praxis adatlap kitöltése
2. Az 5 különböző rendelési nap kijelölése a retrospektív vizsgálati időszakban illetve rendelés hiányában az adott nap helyettesítése.
3. A kiválasztott napokon, az egyes napon megjelenetek számának vizsgálata. Amennyiben 50-nél több páciens jelent meg, minden 5. dokumentációjának vizsgálata és annak alapján napi 10 páciens adatlap kitöltése. Amennyiben 50-nél kevesebb páciens jelent meg a vizsgálaton, a 10 páciens dokumentációjának megfelelő gyakoriság meghatározása (így pl. 40 megjelent páciensnél minden 4-ik, 30 megjelent páciensnél minden 3-ik, 20 megjelent páciensnél minden 2-ik kiválasztása szükséges).
4. A gyakoriságnak megfelelő páciens kiválasztása és a páciens adatlap kitöltése.

A vizsgálat célja a jövőbeni változások előkészítése, nem

Megye	Praxis szám	Páciens szám
Borsod-Abaúj-Zemplén	1	50
Békés	5	253
Csongrád	6	204
Budapest	4	301
Hajdú-Bihar	6	303
Heves	11	553
Jász-Nagykun-Szolnok	12	601
Komárom-Esztergom	6	300
Pest	10	456
Somogy	1	50
Szabolcs-Szatmár-Bereg	6	300
Zala	3	150
ÖSSZES	71	3521

pedig az ellenőrzés volt. A vizsgálatból levonható következtetések objektivitása a páciens adatlapok valid adatokkal való kitöltésén alapult.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatban összesen 71 praxis vett részt és 3521 páciens dokumentációjának elemzése történt a kidolgozott adatlap segítségével.

A praxisok földrajzi elhelyezkedésének ábrázolása az alábbi térképen látható:

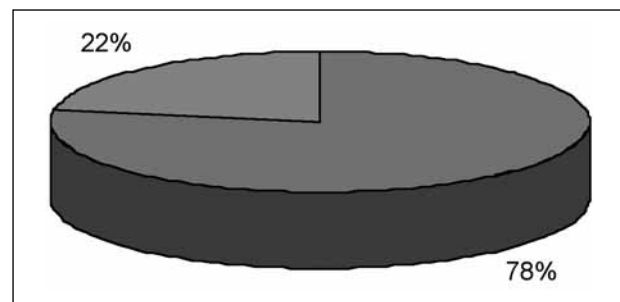
1. ábra A vizsgálatba bevont praxisok földrajzi eloszlása



Praxisjellemzők

A vizsgálatba zömmel felnőtt lakosságot ellátó praxisok vettek részt, a vegyes praxisok aránya 22% volt. A praxisba bejelentkezettek átlagos száma az országos átlagnak megfelelő 1940 páciens volt.

2. ábra A vizsgálatba bevont praxisok megoszlása praxistípus szerint

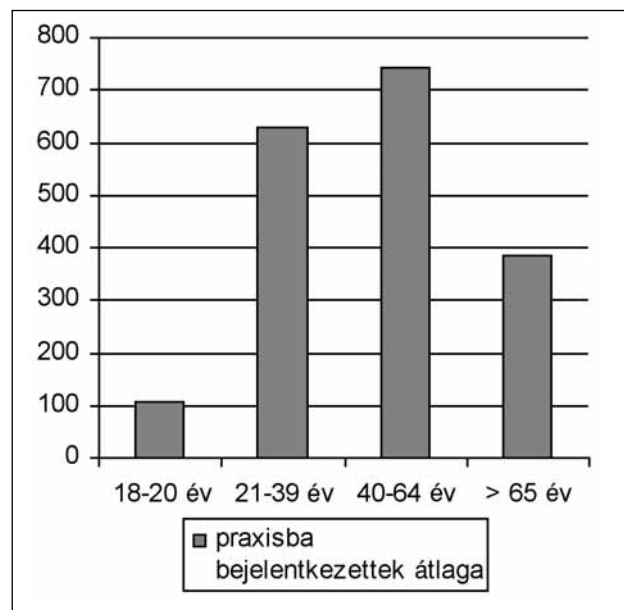


A praxisok jellemzői közé tartozik az is, hogy korcportonként (18–20 év, 21–39 év, 40–64 év, ≥65 év) hány bejelentkezett főt számlálnak. Az idősödő generáció túlsúlya nem meglepő a magyar demográfiai helyzet ismeretében.

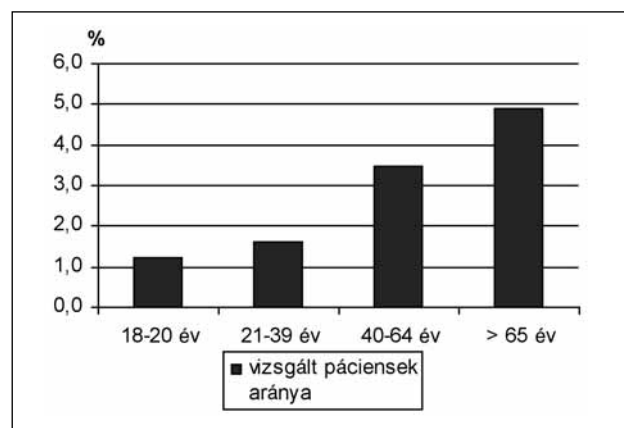
A vizsgált praxisokba összesen 114 579 bejelentkezett fő háziiorvosi ellátása történik, akiknek 3%-át vizsgálták e projekt kapcsán. A vizsgálati módszertannak megfelelően, a rendelésen korábban megjelentekről készült a felmérés, így az, hogy az idősebb generáció nagyobb arányban reprezentált (4,9%-ban) nem meg-

lepő. A rendelésen megjelentek korstruktúrája már el-
őrevetíti, hogy kisebb eséllyel következik be az
51/1997-es NM rendelet szerinti szűrés az előírt 21 éves
életkorban.

3. ábra A praxisokba bejelentkezettek számának
átlaga



4. ábra Vizsgált páciensek aránya



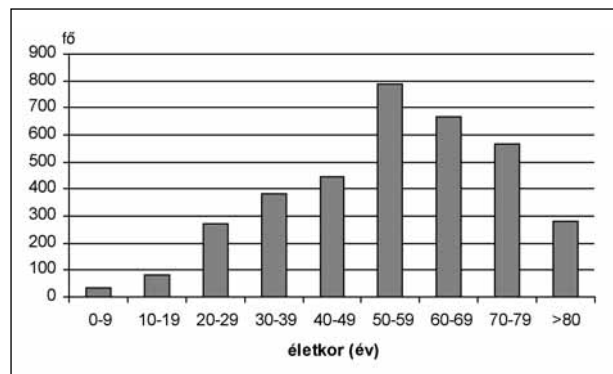
Mivel a projekt a törzskarton és az 51/1997-es NM ren-
delet dokumentáció vizsgálatáról, annak felülvizsgálá-
táról és harmonizációjáról szól, a praxisok dokumentá-
ciójára vonatkozó kérdés is szerepelt a felmérésben:
elektronikusan, papíron vagy mindkét adathordozón
történik-e rögzítés. Az eredmények mutatják, hogy a
praxisok 56,7%-ában csak elektronikusan történik a tel-
jes dokumentáció, a törzskartont és az 51/1997. NM
rendelet követelményeit is beleértve. A praxisok 38,8%-
ánál a számítógépes adatrögzítés mellett párhuzamos
papír alapú dokumentáció is történik. Három praxisban
a törzskarton és a szűrések dokumentációja csupán pa-
píron történik.

Páciensjellemezők

A vizsgálati dokumentáció szerint, a 3521 páciens átlag

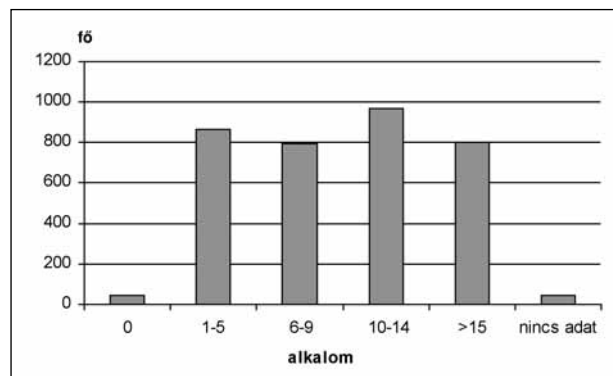
életkora 54,9 év volt, viszonylag magas szórás ($\pm 18,5$
év) mellett, amely ez esetben inkább pozitív, hiszen szé-
les korcsoport vizsgálatát jelenti. Az alábbi ábra mutatja
a résztvevő páciensek eloszlását kordecilisek szerint.

5. ábra Vizsgált páciensek kordecilis szerint



A vizsgált páciensek 72,5%-a szed rendszeresen gyó-
gyszert és a vizsgálatot megelőző 12 hónap során átlago-
san 10,5 alkalommal keresték fel háziorvosukat. A viz-
gáltak közül csupán 45-en nem voltak a rendelőben az
elmúlt évben. Érdekes adat, hogy közülük 11-en rend-
szeresen szednek gyógyszert. A vizsgálat nem tért ki a
gyógyszeres kezelés jellegére, ám ezen esetekben nem
háziorvosi kontroll alatt történik a gyógyszeres terápia.
A 45 fő, aki nem jelent meg háziorvosánál a vizsgáltak
elenyésző részét képezik, 1,3%-át. A fennmaradó rész-
ben a páciensek változó gyakorisággal keresték fel há-
ziorvosukat. Az alábbi ábrán látható, hogy gyakoriság
csoportonként (1-5; 6-9; 10-14; ≥ 15 alkalom) hány fő
volt a vizsgálatot megelőző 1 év során háziorvosánál.

6. ábra Vizsgált páciensek háziorvosi vizitjei a
megelőző évben

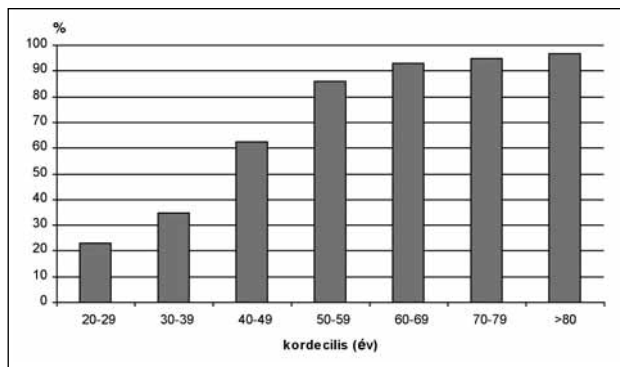


A vizsgált páciensek között 29 fő töltötte be, vagy a
2008. év folyamán tölti be a 21. életévét. Közülük 24
rendelkezik alapstátusz felvétellel, 5 főnek még nem
történt meg a szűrése. Jellemző volt, hogy a háziorvo-
sok törekedtek arra, hogy alapstátuszt rögzítsenek pá-
ciensüknél, figyelembe véve a korosztály orvoshoz for-
dulási szokásait, 150 főnek a 21 éves kort megelőzően
történt meg ezen szűrővizsgálat. 21 év felett az alap-
státuszt elvégezték és a későbbi időpont a rendelet ha-
tálybelépésének és a páciens 21 évnél idősebb voltának

volt köszönhető. Előfordult olyan indok is, amely szerint a páciens még nem volt az adott praxisba bejelentkezve. 269 főnél, a 20–30 éves korosztályban majd 100%-ban megtörtént az alapstátusz felvétel 30. életév betöltése előtt. A rendelet a 21–40 év közöttiek számára követéses vizsgálatokat ír elő, az egyes paraméterek rögzítését értékeljük az alábbiakban, bár nem csak ebben, hanem az ettől idősebb korosztályoknál, kordecilisenként.

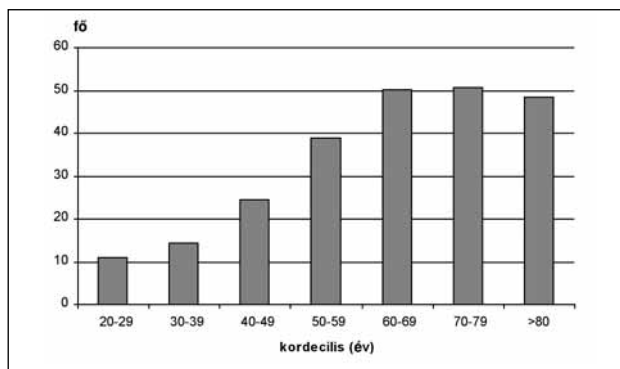
A 20 év feletti páciensek 70%-a rendszeresen szed gyógyszert, az arány egyértelműen növekszik a kor előrehaladtával:

7. ábra Gyógyszert rendszeresen szedők aránya



Az kötelező szűrésekről szóló rendelet értelmében a 21. éves kori alapstátusz szerinti szűrést ötévente, eltéréstől függően kétevente szükséges megismételni. A vizsgálat során rákérdeztünk arra is, hogy a szűrés eredményezett-e olyan betegség felismerést, amely a rendeletben meghatározott követéstől gyakoribb orvos–beteg találkozást tett szükségessé. A 20 év feletti 34%-ánál derült ki gondozást igénylő betegség.

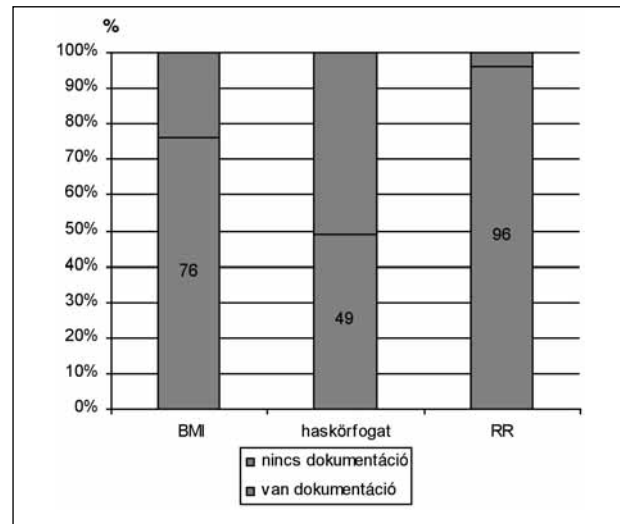
8. ábra Szükségszerű gyakoribb kontroll aránya



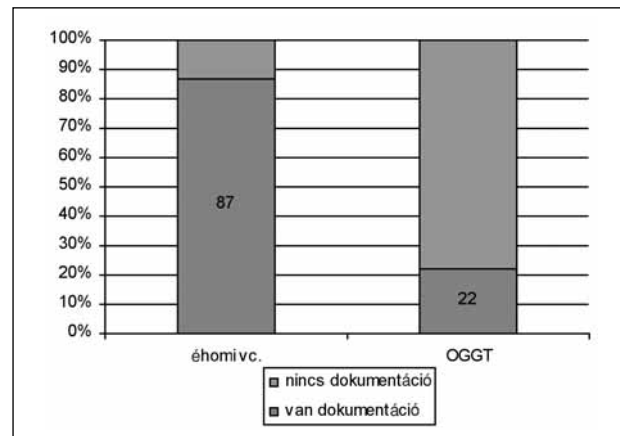
A 9. sz. ábra mutatja, hogy a testtömegindex-, haskőrfogat- és vérnyomásértékekre vonatkozó adatok milyen arányban található meg a háziorvosi dokumentációban. A leginkább a vérnyomásértékek rögzítettsége lehet fel, míg a testtömegindex 76%-ban volt rögzítve. E két paraméter meghatározása a törzskarton követelménye, míg a haskőrfogat mérése a később hatályba lépő 51/1997 NM rendelet elvárása. A centrális obezitásra utaló emelkedett haskőrfogat jelentősége a szak-

mai irányelvekbe is később jelent meg a másik két elemhez képest.

9. ábra BMI-, haskőrfogat-, vérnyomás-szűrések aránya



10. ábra Éhomi vércukor- és OGGT-szűrések aránya

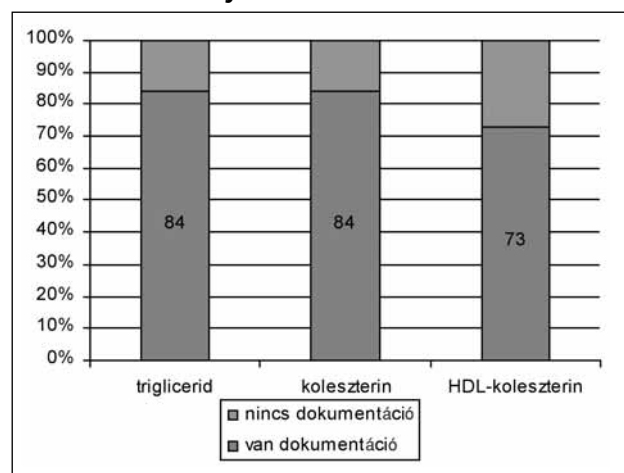


A törzskarton adattartalmának megfelelően, 2 órás postprandialis vércukor érték rögzítendő, míg az 51/1997 NM rendelet szerint 2-es típusú diabetes rizikójának esetén az orális glükóztolerancia teszt végzendő, vagy ennek kivitelezhetőségének hiányában az éhomi és a 2 órás postprandialis vércukor vizsgálat végzendő el. Az éhomi vércukorérték magas arányú (87%-os) rögzítettsége nem mutat összefüggést a követelményekkel, inkább arra enged következtetni, hogy a laborvizsgálat kérésnél ez a paraméter is bejelölésre került.

A triglicerid és koleszterin szintek dokumentáltsági aránya (84–84%) hasonló a 10. sz. ábrán látható éhomi vércukor mérések gyakoriságával. Így valószínű az egyetemes laborvizsgálati rutin előtérbe kerülése az előírásokkal szemben, amely szerint a koleszterin szint mérése szükséges mind a törzskarton, mind az 51/1997 NM rendelet szerint, ám a triglicerid csak emelkedett haskőrfogat érték esetén végzendő. Mivel a haskőrfog-

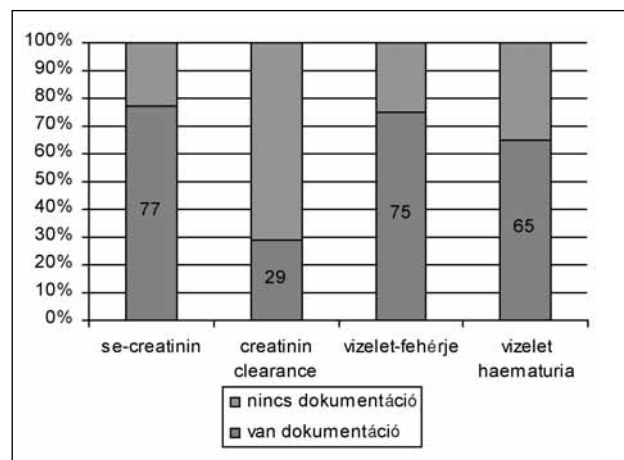
gat mérése 49%-ban történt meg, a triglicerid mérési gyakoriság sem lehetne ettől magasabb arányban előforduló.

11. ábra Triglicerid, koleszterin és HDL-koleszterin szűrések aránya



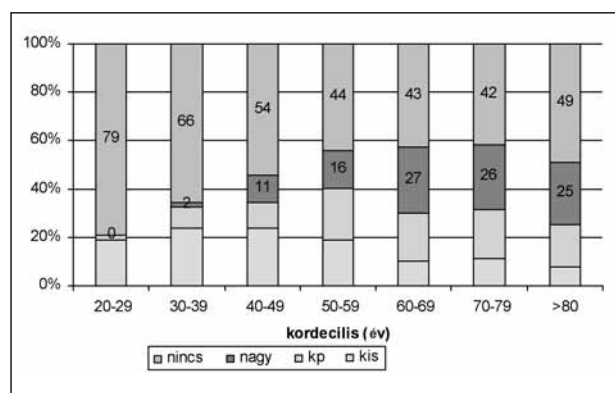
A rendelet szerint, a veseműködés vizsgálata a kockázattal rendelkezők körében végzendő (öröklődő vesebetegség familiáris előfordulása, hipertónia, diabetes mellitus). A 12. sz. ábra szerint, a bemutatott négy paraméter közül: creatinin, creatinin clearance, vizelet-fehérje, haematuria, a creatinin clearance jóval kisebb arányban 29%-ban szerepel, így bár a szükségesnél valószínű gyakrabban mért tényezők alapján a formula szerinti számított érték nem kerül rögzítésre. Egyik mögöttes indok lehet az, hogy a dokumentációs szoftve-
rekből hiányzik a képlet.

12. ábra Veseműködés szűrési aránya



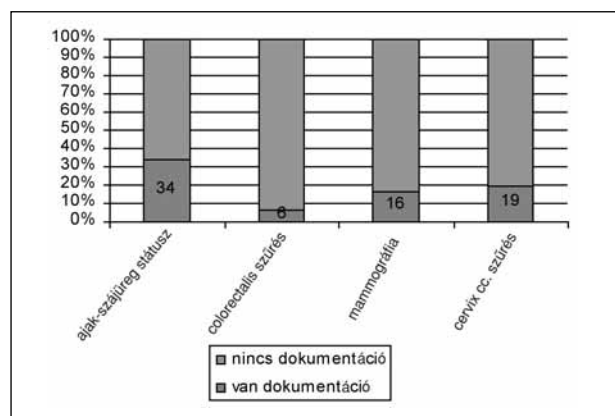
Az alapstátusz és a későbbi szűrések követelménye a kardiovaszkuláris rizikó meghatározása. Bár korábbi felmérések rámutattak arra, hogy a 20–29 éves kor között a nagy kardiovaszkuláris rizikó 5% körüli, ami már a népbetegség előfordulási kritériumát éri el ebben a korosztályban is, a rizikóstátusz csupán a vizsgáltak 21%-ban fordult elő. A 40–70 év közöttiekénél is csupán 46–57%-ban került meghatározásra a kockázat mértéke.

13. ábra Kardiovaszkuláris kockázat meghatározási aránya



Az onkológiai betegségek közül az ajak-szájüregi daganatok incidenciája emelkedik a legnagyobb ütemben. A szűrési rendelet szerint a háziiorvosi kompetenciába a szájuégri státusz tartozik, a gasztrointesztinális vérzés szűrése csupán pilot formában kezdődött meg. A népegészségügyi célú célzott szűrések, mint a mammográfia és cervix carcinoma szűrések a háziiorvostól függetlenül történnek, nem praxis szinten történik programszerűen a dokumentáció.

14. ábra Onkológiai szűrések dokumentációjának aránya



A vizsgálat során a dokumentáció megléte mellett, arról is tájékozódunk milyen régen történt az adott szűrés. Az eredmények azt mutatják, hogy amennyiben volt a páciensnek szűrési eredménye, az átlagosan 1–2 éve történt. Ez mutatja, hogy a háziiorvosi rendelőkben a szűrési-gondozási tevékenységbe bevont páciensek követése folyik, ám a követés rendszere nem teljesen korrelál az elvárásokkal.

MEGBESZÉLÉS, MEGVALÓSÍTÁSI MODELL

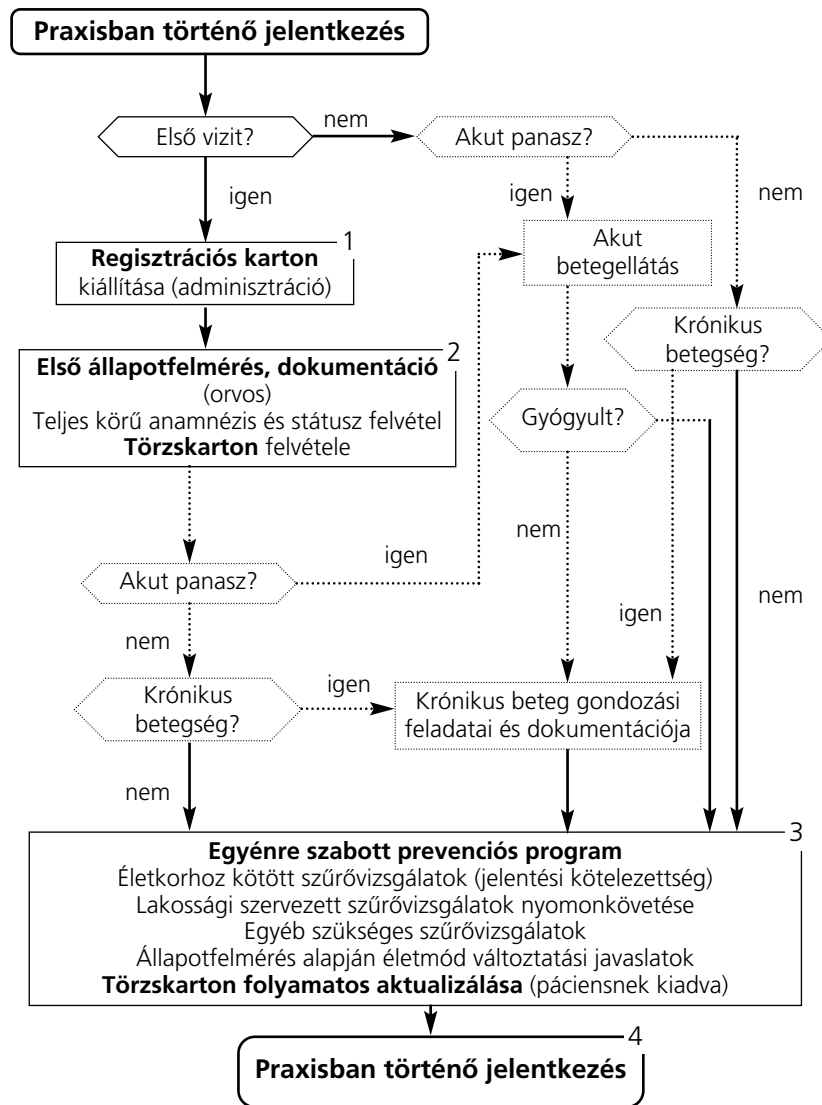
Az eredmények értékeléséből kifolyólag, a leírtaknak megfelelően, a gyakran igényként felmerült törzskarton frissítési problematika megoldása és az 51/1997 NM rendlettel való harmonizációja várható. Az érdekelték együttműködésének ösztönzésével, az admi-

nisztratív terhek csökkentésével, az elvégzett tevékenységről való visszajelzés és a helyi szintű kollegiális továbbképzés ösztönzésével elérhető, hogy a befektetett eszközökkel a maximális egészségnyereséget érjük el, egyidejűleg az alapellátásban dolgozók és a betegek elégedettségének növelésével.

Az adatfeldolgozás mutatja, hogy a 90-es évek elején megújult háziiorvosi rendszer idején életben lévő szakmai követelmények (pl. testtömegindex, vérnyomás mérése) dokumentációja magas arányban valósul meg. Az akkor kötelezően kitöltendő törzskarton részét képezték, amely a praxis kialakítás („kártyagyűjtés”) részét képezte, ami motiváló tényezőként segítette a folyamatot. A „rutin” laborvizsgálat részét képező kockázati tényezők is (éhomai vércukor, triglicerid, koleszterin, HDL-koleszterin) egységesen nagy arányban dokumentáltak. Ez a laborkérési- és vizsgálat elvégzési gyakorlatnak is köszönhető. Az aktuális ajánlások gyakorlati megvalósulása még nem teljes körű, pl. a haskőrfogat, creatinin-clearance, ajak-szájüregi státusz dokumentációja hiányos. Ez részben a dokumentációs szoftverek hiányosságának is köszönhető.

A házi orvosok szűrési tevékenységének javítása érdekében javasoljuk:

- Az informatikai rendszerek országosan koordinált, egységes irányultságú fejlesztése az 51/1997 NM rendelettel egységesített törzskarton dokumentáció folyamatos automatikus aktualizálása érdekében (szoftver szakmai akkreditáció!).
 - A háziiorvosi praxisok a prevenció tevékenységét teljesítmény alapú finanszírozás mellett végezzék. A teljesítmény elemek arányának növelése nem magyar szükségszerűség, hanem európai követendő példa. Ahogyan a 90-es évek előtt a kapitáció alapú finanszírozás dominált a hazánk részére modellként tanulmányozott háziiorvosi rendszerekben (Egyesült Királyság, Hollandia, Svédország), a teljesítmény finanszírozás részaránya ma már a 40-60%-hoz közelít.
 - A szűrésben résztvevő szakemberek számára nélkülözhetetlen a megelőző ellátással kapcsolatos legújabb ismeretek átadása továbbképzés formájában, és a tevékenység kistérségi szinten történő koordinálása.
- A háziiorvosi megelőző ellátás az alábbi folyamatábrán követhető:



A praxisba ellátásra jelentkező személyek számára az első, előjegyzési időpontra előjegyzett vizit alkalmával történik meg a páciensenkénti **regisztráció**, melynek során

- az adminisztrációs feladatokat végző praxis-munkatárs rögzíti a regisztrációhoz előírt személyi alapadatokat, miközben a jogszabályi rendelkezésnek megfelelően ellenőrzi a páciens biztosítási jogviszonyát, biztosítási kártyájának érvényességét;
- a praxis-ápoló/asszisztens elvégzi a testsúly, testmagasság, háskőfogát, vérnyomás és pulzus mérését, BMI kalkulációját;
- a házi orvos felveszi a részletes anamnézist és a fizikai alapvizsgálat módszertanát követve (*belgyógyászati propedeutika*) teljes-körüen felméri a státuszt.

A személyi adatok a **regisztrációs**, az egészségügyi adatok pedig az **egészségügyi törzskartonba** kerülnek rögzítésre

Egyénre szabott prevenció program

Az egyénre szabott prevenció program alapját az 51/97 NM rendelet mindenkor érvényes előírásainak (életkorhoz kötött és egyéb szűrővizsgálatok tartalma és társadalombiztosítás terhére elszámolható módon végezhető gyakorisága) megfelelően végzett szűrővizsgálatok, és azok eredménye alapján indokolt életmód tanácsok és javaslatok képezik.

A prevenció programban való részvétel a páciens számára önkéntes.

A prevenció program lépéseit (anamnézis felvételét, a vizsgálatok elvégzését és azok eredményeit, a páciensnek adott tanácsokat, továbbutalását, a következő prevenció jellegű találkozás megbeszélés időpontját) dokumentálni kell az egészségügyi törzskarton megfelelő fejezeteiben.

Házi orvosi praxis által kezdeményezett lelvégzett, jogszabály szerinti életkorhoz kötött szűrővizsgálatok

Valamennyi életkori csoportban alapstátusz felvétele:

- Családi anamnézis (első felvétel után folyamatos frissítés)
- Életmódbeli tényezők felmérése
- Részletes fizikális vizsgálat, beleértve
 - testsúly, testmagasság, háskőfogát, BMI,
 - vérnyomásmérés a szakmai szabályok szerint,
 - emlők orvosi vizsgálata 20–39 éves korban 3 évente, 40 év felett évente
 - herék tapintása,
 - rektális digitális vizsgálat,
 - sztomato-onkológiai vizsgálat : 40 éves kortól, évente,
 - kültakaró orvosi ellenőrzése (kiemelten az „anya-jegyek” megtekintése és összehasonlítása) 20 éves kortól évente, nagyszámú anyajegy esetén félévente.
- Kockázat felmérések:
 - Kardiovaszkuláris kockázat besorolás
 - 2-es típusú diabetes kockázat (alacsony/magas)

- Vesebetegség kockázata (alacsony/magas)
- Daganatos betegség (alacsony/magas)
- Látásvizsgálat (Kettesy látásvizsgáló táblával a rendelőben)

Vizsgálatok gyakorisága kardiovaszkuláris kockázati besorolás alapján:

- 21–40 éves korban, valamint 40–64 év között az alapstátusz vizsgálatok
 - Alacsony kardiovaszkuláris kockázat esetén 5 évente (melyhez csatlakozzék sztomato-onkológiai vizsgálat 2 évente, ha a páciens egyéb okból megjelenik a rendelőben)
 - Közepes és nagy kardiovaszkuláris kockázat esetén 2 évente
- 40–64 év között nagy kardiovaszkuláris kockázat esetén az alapstátusz vizsgálatokon felül panaszt nem okozó ateroszklerózis tüneteinek teljes körű vizsgálata (perifériás artériák tapintása és hallgatósága), boka-kar index meghatározása a rendelőben.
- 65 éves életkor felett (= *életkorral járó fokozott kardiovaszkuláris kockázat*)
 - 2 évente
 - Életmódbeli tényezők felmérése
 - Részletes fizikális vizsgálat (ld. alapstátusz)
 - Panaszt nem okozó ateroszklerózis tüneteinek vizsgálata (a perifériás artériák tapintása és hallgatósága), a boka-kar index meghatározása a rendelőben.
 - Évente érzékszervi vizsgálat
 - látásvizsgálat Kettesy látásvizsgáló táblával a rendelőben,
 - tájékozódó hallásvizsgálat,
 - teljes neurológiai státusz részeként egyensúly vizsgálat.

További vizsgálatok egyéb kockázati csoportokban:

- *Metabolikus szindróma* gyanú esetén, bármely életkorban abdominalis obesitas észlelésekor: háskőfogát nőknél ≥ 80 cm, férfiaknál ≥ 94 cm)
 - laboratóriumi vizsgálatok Z1230 beutaló BNO-val (triglicerid = 42147; HDL-koleszterin = 42149; vércukor vizsgálat = 42144, 42145),
- *2-es típusú diabetes mellitus magas kockázata* esetén (elhízás, a diabetes mellitus családi halmozódása, a kórelőzményben gestatio diabetes)
 - orális glükóz tolerancia teszt Z1310 beutaló BNO-val (vércukor vizsgálat = 42144, 42145 éhomi és 120 perces értékek értékelésével) vagy ennek kivitelezhetetlensége esetén éhomi és 2 órás postprandiális vércukormérés.
- *Vesebetegség szempontjából nagy kockázatu személyeknél* (öröklődő vesebetegség familiáris előfordulása, hipertónia, diabetes mellitus stb. fennállása) laboratóriumi vizsgálatok Z1280 beutaló BNO-val (szérum creatinin szint = 42162, 42164, 42165; a creatinin clearance becsült értékének meghatáro-

zása; proteinuria és haematuria kimutatása tesztsíkkal a rendelőben = 42163)

Népegészségügyi célú, célzott lakossági szűrővizsgálatok

Vizsgálatok és gyakoriságuk:

- Méhnyakrák szűrés 25–65 életév között egyszeri negatív vizsgálat után 3 évente nőgyógyászati ellátás keretében,
- Emlődaganat szűrés 45–65 év között kétevente mammográfiás centrumokban.

Lakossági szűrővizsgálatok eredményességének javításában történő, betegirányító közreműködés, konkrét feladatok, együttműködés egyéb résztvevőkkel

- A lakossági szintű szűrővizsgálatok eredményességének javításában a háziiorvosi team feladata a lakosság tájékoztatása, felvilágosítása, akciók, rendezvények szervezése/támogatása annak érdekében, hogy minél többen vegyék igénybe a szervezett szűrővizsgálatokat.

Feltétele: háziorvos tájékoztatása

- a behívottak listájáról és behívás időpontjáról,
- a szűrővizsgálaton megjelentek és meg nem jelentek névsoráról,
- a megjelentek szűrővizsgálati eredményéről.

Önvizsgálatok oktatása

Emlők önvizsgálata⁽⁶⁾

Módszertanát az első alapstátusz felvételekor kell bemutatni és minden prevenció alkalmán ellenőrizni a kivitelezés helyességét. Írásos tájékoztatók találhatóak ajánlásokban és internetes oldalakon. Férfiak esetében sem elhanyagolandó, bár itt a daganatok előfordulása nagyon ritka. Megtörténtét az egészségügyi törzskartanban dokumentálni kell

Széklet megtekintése: 21 éves kortól rendszeres végzése javasolt,

Vérnyomásmérés: 45 év felett (különösen női klimaktérium idején) havonként javasolt,

Szájüreg megtekintése: 21 éves kortól rendszeres végzése javasolt,

Kültakaró (elsősorban naevusok): 21 éves kortól havonkénti végzése javasolt,

Here: 21 éves kortól havonkénti végzése javasolt.

Krónikus betegségek, kórallapotok feltüntetése az egészségügyi törzskartan folyamatos aktualizálása kapcsán

Krónikus betegség BNO kódja, felismerésének éve

Azon kórallapotok felsorolása, melyek befolyásolják az egészségi állapotot, illetve kockázati státuszt.

Dokumentáció

A háziiorvosi tevékenységet megfelelő számítógépes adatrögzítő program felhasználásával szükséges dokumentálni. Ezen programok alapvetően elvárt tulajdonsága, hogy a tevékenység során rögzített információk minden olyan felületre automatikusan eljussanak, ahonnan bármilyen felhasználás célzatú lekérdezés lehetséges.

A jelen helyzet elemzése, a népegészségügyi helyzet értékelése, az alapellátás szerepvállalásának fontossága rámutat arra, hogy a magyar háziiorvosi rendszer fejlesztésének egy újabb lépcsője válik szükségessé a követelmények egységesítésén, a motivációs eszközök korszerűsítésén és a koordináció erősítésén keresztül.

Ezúton köszönjük a felmérésben résztvevő házi-orvos kollégák munkáját, akik hozzájárultak annak sikeres kivitelezéséhez!

IRODALOMJEGYZÉK

¹Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000;355:675-687.

²Papp R. - Balogh S.: Háziiorvosi prevenció a mindennapi gyakorlatban; Med. Univ.: XXXVI/6. 247-252. 2003.

³Háziiorvostani Szakmai Kollégium: Háziiorvosi Hatásköri Lista