

Varga Beáta V. OH, Dr. Hajnal Ferenc

## DIABETES MELLITUSBAN SZENVEDŐ BETEGEK GONDOZÁSA ÉS EGÉSZSÉGNEVELÉSE A HÁZIORVOSOK SZEMSZÖGÉBŐL

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,  
Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Családorvosi Intézet és Rendelő

Hazánkban a diabetes mellitusban (DM) szenvedő betegek száma pontosan (természetesen) nem ismert, a rendelkezésre álló epidemiológiai adatok viszont egyértelműen jelzik, hogy mindkét nemben, főleg az 5–7-ik életkori évtizedekben igen magas a betegség előfordulása. A felismerés hiányában prompt életveszélyt képező 1-es típusú DM (1DM) a cukoranyagcsere zavarok csekély kisebbségét jelenti, az alattomosan, lassan és tünetmentesen kialakuló/fennálló 2-es típusú DM (2DM) viszont magas prevalenciája, az évente felismert új esetek magas száma révén, nemzetközi adatokkal összhangban hívja fel a figyelmet a betegség fokozódó népegészségügyi jelentőségére (1,2,3,4).

A döntően 2DM betegek számának növekedésével és korosodásukkal sokrétűbbé válnak és tartalmukat tekintve szaporodnak az alapellátás gondozási feladatai. Az egészségügyet ez a problémakör mind szakmailag, mind gazdaságilag terheli, hiszen a páciensek nagy hányada csak a már kialakult szövődmények kapcsán és okán fordul orvoshoz. Ezen túl, amennyiben még a komplikációk fellépte előtt kerülnek is a betegek a háziorvos látókörébe, valamilyen kommunikációs hiba folytán sokszor nem követik az ott elhangzott életmódbeli és terápiás javaslatokat, azaz a betegség progressziója következhet ill. következik be.

Utóbbi tények figyelembe vételével és a számos alkalommal nem megfelelő beteg–orvos együttműködés okait kutatva azt a célt tűztük ki, hogy mindkét fél oldaláról meg kíséreljük vizsgálni a jelenség hátterét. Jelen vizsgálataink során az ellátói oldalt tettük vizsgálat tárgyává, gyakorló háziorvosok diabéteszről, diabéteszes betegellátásról, különös tekintettel a szekunder és terciar prevenció területéhez kötődő ismereteinek naprakészségéről, ellátói hozzáállásukról és a betegség, a betegek ellátásának rendszeréről, módszereiről kialakított véleményéről kíséreltünk meg adatokat szerezni.

### A vizsgálat résztvevői, módszer

*Az intézetünk által szervezett szakmai továbbképző konferenciákon résztvevő, gyakorló háziorvosokat kértünk fel adatlapjaink kitöltésére 2007. áprilistól októberig.*

*Az kérdéssor 31, egyszerű választásra ill. szöveges vélemény-nyilvánításra lehetőséget adó tételt tartalmazott, amelyet önkéntesen, anonim módon töltöttek ki az arra vállalkozó orvosok.*

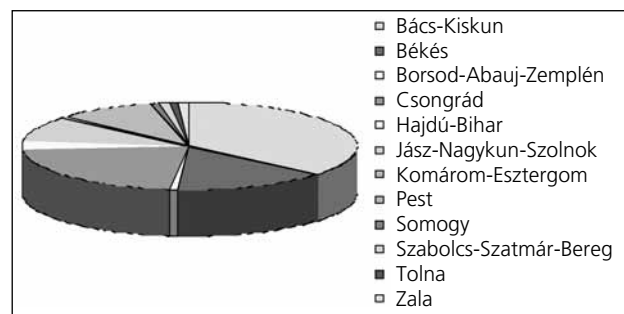
*Tájékozódunk a kitöltők egyéni szakmai háttéréről/képztségéről, cukorbeteg pácienseik köréről, az ellátás szempontjából alapvető ismereteikről a DM tekintetében, önálló és/vagy szakorvosi partnerségben szokásos ellátói kompetenciáikról, a betegség során a betegek és környezetük körében végzett tájékoztatás és kommunikáció mikéntjéről, ismereteik folyamatos megszerzésének és naprakészen tartásának módszereiről, a betegek szakmai ellátási és pszichés támogatási igényének megbecsléséről, ill. saját lehetőségeik, teljesítményük megítéléséről a diabéteszes betegek alapellátása kapcsán. Végül azt kérdeztük meg, hogy mennyire van tudomásuk a cukorbeteg helyi sorstársi közösségeiről, milyen mértékben (ha egyáltalán) működnek azokkal együtt vagy használják ki a működésükből adódó lehetőségeket?*

*A kapott eredményeket statisztikailag összegeztük, a kiértékelés során pedig igyekeztünk az észlelt/megfogalmazott problémákat, felvetéseket figyelembe venni, minél több egyéni véleményt tolmácsolni és közreadni.*

### Eredmények

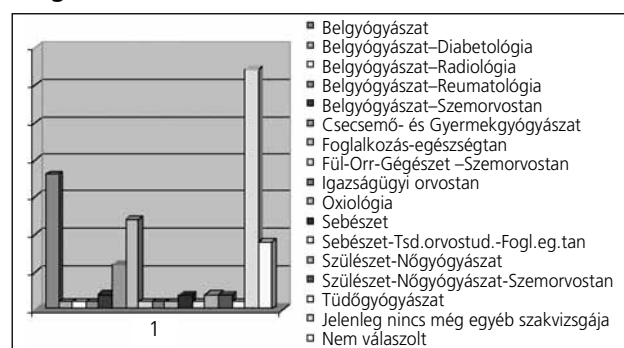
A vizsgálatban 100 háziorvos adott le adatlapot. A válaszolók praxisainak területi megoszlását az 1. ábrán mutatjuk be.

**1. ábra Kérdőívre válaszoló orvosok praxisainak területi megoszlása**



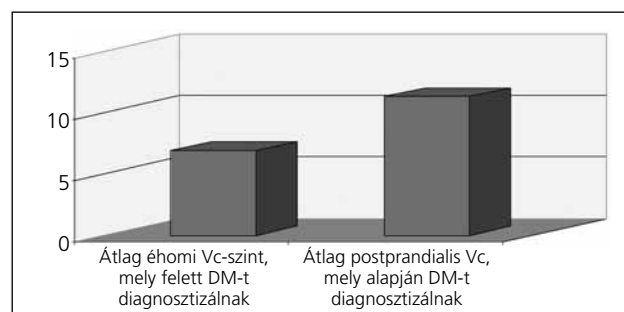
A háziorvosin kívül számosan rendelkeztek egyéb szakképesítéssel, ld. 2. ábra!

**2. ábra Egyéb szakvizsgával rendelkezők megoszlása**



A válaszadók arra a kérésre, hogy becsüljék meg praxisaik cukorbetegének számarányát százalékban – átlagosan 12,11% DM beteg prevalenciát adtak meg. Megkértük a háziorvosokat ezután arra, hogy adják meg azon éhomi- és postprandialis-vércukor(Vc) értékeket, melyek mellett/felett a DM diagnózisát felállítják. A válaszok nem voltak egységesek, a kapott értékek számtani átlaga alapján az éhomi Vc-szintet 6,9 mmol/l-ban, a postprandialist 11,25 mmol/l-ben jelölték meg (3. ábra). Ezen határértékeket tapasztalva egyébként a válaszadók közel 90 %-a azonnal laborvizsgálatra küldi betegét.

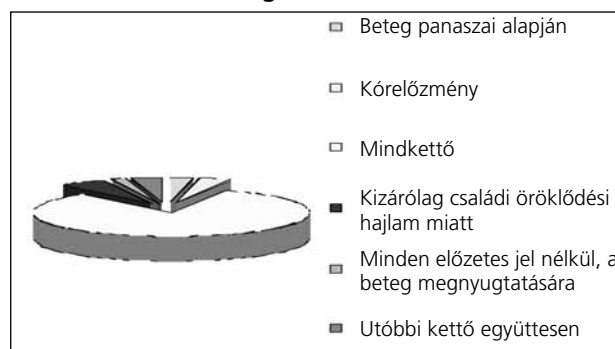
**3. ábra Éhomi- és postprandialis Vc-értékek**



A DM lehetősége a háziorvosok közel 3/4-ében a beteg panaszai és kórelőzmény alapján, együttesen merül fel. A válaszok 1/4-ében ezen lehetőségek önmagukban is szerepet játszanak, ill. minden előzetes jel nélkül, csu-

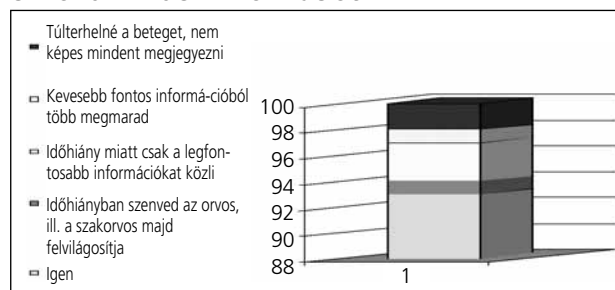
pán a beteg megnyugtatóra vagy kizárólag a családi öröklődési hajlam miatt is végeznek szűrővizsgálatokat, ld. 4. ábra.

**4. ábra DM lehetőségének felmerülése**



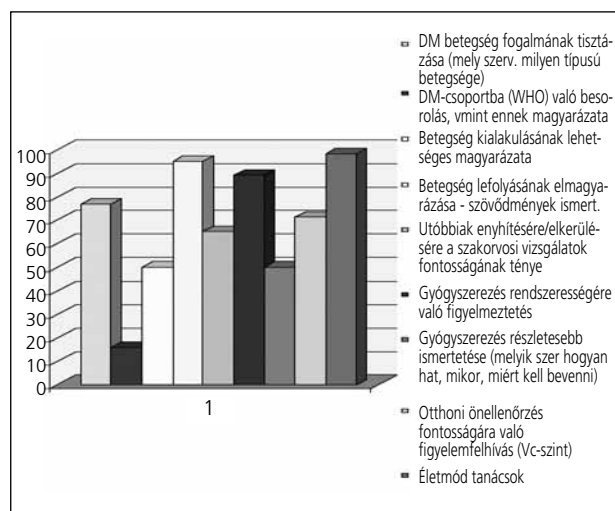
A háziorvosok több mint 92%-a nyilatkozott úgy, hogy a diabétesz diagnózisát követően azonnal elmond minden általa fontosnak vélt információt betegének és az ő környezetének. Közel 7%-uk viszont a 5. ábrán látható okokból ezt nem teszi meg.

**5. ábra A diagnosztizált betegségről azonnal elmond minden információt**



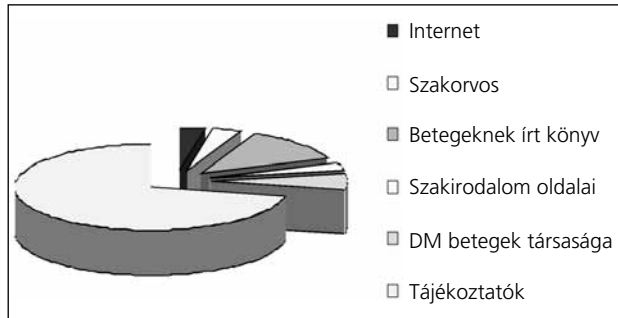
A következőkben azt kérdeztük meg, hogy az általunk felsoroltak közül mely információk átadását tartják fontosnak a betegekkel megosztani. A felsorolt lehetőségek közül százalékosan a 6. ábrán láthatókat választották ki.

**6. ábra Háziorvos által fontosnak vélt információk a betegséggel kapcsolatban**



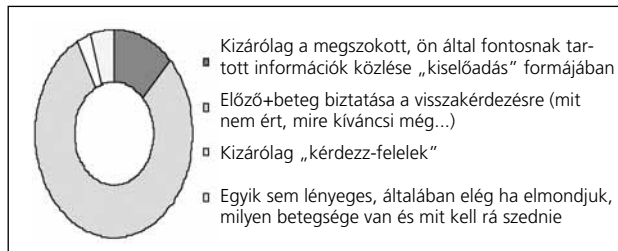
A válaszokat, melyeket a személyes kommunikáción túli tájékoztató eszközök ajánlására vonatkoztak (betegeik és/vagy a család számára), a 7. ábrán foglaltuk össze.

### 7. ábra Amit a háziorvos tájékoztatásra ajánl



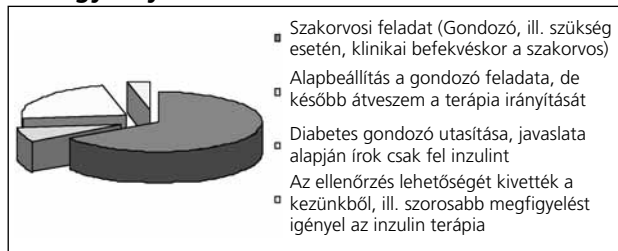
A betegfelvilágosítás/-tanácsadás, egészségnevelés stílusára vonatkozóan a 8. ábrában összefoglalt módszertant alkalmazzák:

### 8. ábra Alkalmazott módszerek a DM páciens irányába való reprezentálásra



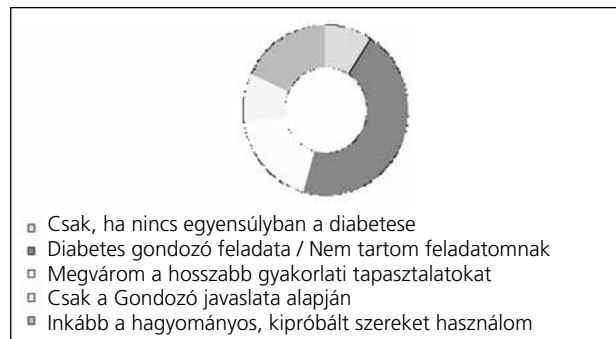
A kapott válaszok szerint a megkérdezettek praxisai DM betegeinek 80%-a 2-es, 20%-a 1-es típusú. A két típus terápiajában és az ellátás szabályozásában meglévő eltérések a megkérdezettek hozzáállásában tükröződtek: 55%-uk nem tartja feladatának az inzulin-terápia beállítását és/vagy korrigálását, közel 1/4-ük csak a diabétesz gondozó javaslatára/utasítására alapján írja fel az inzulint, 3/4-ük szerint ez kizárólag szakorvosi feladat, ld. 9. ábra. Mivel az ellenőrzés lehetőségét mára kivették a háziorvosok kezéből, több vélemény szerint igyekeztek egyébként is hiábavaló lenne.

### 9. ábra A megkérdezettek 55%-a nem tartja feladatának az inzulin terápia beállítását és/vagy folytatását



Ugyanakkor csaknem 90%-uk kezdeményez önmaga per os antidiabetikum terápiát, a csekélynek mondható kisebbség pedig a 10. ábrán látható okokból tartózkodik ettől:

### 10. ábra A megkérdezettek 11%-a az alábbi okok folytán nem próbál ki új gyógyszereket



Arra a kérdésünkre, hogy mely szakorvosokhoz és milyen rendszerességgel küldik cukorbetegüket, nem kaptunk egységes véleményeket, így csupán azt a következtetést vonhatjuk le, a válaszolók több mint 80%-a a diabétesz gondozóra bízta a betegek szakorvoshoz irányítását.

A gyógyszeres terápiától eltekintve is komplikáltabbnak tartja az 1-es típusú cukorbetegekkel kapcsolatos alapellátási feladatokat a megkérdezettek közel fele az általuk alábbiakban megfogalmazottak szerint:

- a fiatalabb korosztályok problémái speciálisak,
- segíteni kell nekik a betegséggel szembeni „dac” leküzdésében,
- tanulmányok, iskolák miatti szükséges mobilitás, szakma-választás, terhesség biológiai következményekkel is járnak,
- inzulin-terápia okozta kötöttségek elfogadtatása,
- rendszeres életmód, önfegyelem fontosságának hangsúlyozása, jó compliance kialakítása,
- vércukor-önkontroll oktatása, kellő gyakorlat elsajátítása,
- (családtagokat is beleértve) oktatás krízishelyzetek felismerésének képességére,
- labor-és rendszeres szakorvosi kontrollok fontosságának hangsúlyozása (elhagyásuk következményeinek ismertetése).

A megkérdezett háziorvosok 49%-a hallott a praxisa közelében működő diabéteszes páciens egyesületről, 90%-uk ajánlja is a betegeknek, 8%-uk pedig előadást is szervez, ill. előad e körben.

Habár a válaszadók közel fele nem tud a környezetében működő sorstársi közösségről, 13%-uk fontosnak tartja, 88%-uk pedig hasznát látja ezen csoportosulásoknak:

- tapasztalatcsere,
- betegség könnyebb elfogadása, ill. a
- compliance ezáltal javulása révén.

Megítélésük szerint a közösségek működésével a háziorvos munkája könnyebbé, effektívebbé válik és a páciens életminősége is javul, tehát a DM-szal kapcsolatos további morbiditás, mortalitás csökkenhet.

## Megbeszélés

Egy amerikai felmérés tanúsága szerint a házi orvosok hozzáállása (legalábbis) 2DM betegek ellátása iránt „hagyott kívánnivalókat maga után”, amit a vizsgáltak a betegség komplex és munkaigényes gondozási szükségletével, a társadalmi támogatás és elismerés irányukban megnyilvánuló hiányával, a betegek együttműködésének és az eü. ellátási szisztéma kedvezőtlen voltával magyaráztak (5). Továbbá, annak ellenére, hogy már a felmérést jóval megelőzően léteztek jól kidolgozott irányelvek, az orvosok panaszként fogalmazták meg a DM diagnosztikájáról és terápiájáról szóló protokollok egyértelműségének hiányát és azt, hogy sem hallgatóként sem rezidensként nem kaptak elegendő felkészítést ahhoz, hogy képesek legyenek pácienseik magatartását kedvezően, a betegségnek megfelelő életmód irányában befolyásolni (5).

Itthon az utóbbi években ellentmondó tendenciák figyelhetők meg a DM betegek alapellátásában. Az alapellátásért felelős szakmai vezetők a nemzetközi irányt követve (is) igyekeznek a lehető legtöbbet megtenni annak érdekében, hogy az ellátói kompetencia minél teljesebben érvényesüljön az alapellátás szintjén (6, 7). A DM gyógyszereire vonatkozó rendelési (vényírási) jogosultságot, lényegében tehát a terápiás döntéseket és felelősséget az eü. kormányzat ezzel szemben szakorvosi hatáskörbe rendelte nemrég, amely nyilvánvalóan a hatáskör szűkülését vonja magával (54/2007. EüM.). Tekintettel a betegség természetére és kihatásaira változatlan marad ugyanakkor – minden külső körülmény ellenére – az alapellátók kötelezettsége a nem gyógyszeres terápia, az egészségnevelés és tanácsadás tekintetében, ill. a betegek állapotának folyamatos követésében, körülményeiknek szemmel tartásában. Előbbieknél nélkülözhetetlen követelmény az érintettek mindenkori meggyőzése, bizalmuk megnyerése és megtartása, azaz a berendezkedés az élethosszig tartó együttműködésre. Ráadásul a betegek együttműködését egyre komolyabb próbára teszik az utóbbi években elkötelezettebb normoglikémiára törekvő terápiás iránymutatások, amelyek nem tűrik a vállveregető, dodonai, engedményekre alapozott orvos–beteg viszonyt, helyette időben elkezdett kiegészítő/átalakuló inzulin terápiára, valamint annak elnézést nem tűrő elfogadtatására/betartatására alapulnak (8, 9). Rinfel közelmúltban megjelent dolgozatában joggal hívta fel a figyelmet a házi orvosnak a szakellátás felé közvetítő és a betegek biztonságérzetét javító/fenntartó párhuzamos szerepére (10). Magunk e tényezőket is figyelembe véve és a válszokat kiértékelve az alábbi következtetésekre jutottunk:

- A válaszadó orvosok elismerik annak feltétlen szükségességét, hogy a folyamatos életmódi és terápiás tanácsadás DM betegek esetében életbevágóan fontos, idő hiányában mégsem tudnak érintett betegekkel megfelelő mélységben és tartamban foglalkozni.

- Amerikai kollegáikhoz hasonlóan hiányolják az egyértelmű terápiás és gondozási iránymutatások és stratégia létét és szakmai közismertségét.

- A DM betegekhez fűződő feladatokat szakmai kihívásnak tekintik, nyitottak és készek a többlet teendők elvégzésére a szűkülő kompetenciával kapcsolatos bizonyos (érthető) szkepszisük ellenére is.

Magunknak, oktató intézmény képviselőiként és az erre vonatkozó felelősség tudatában ugyancsak tükröt tart minden hasonló felmérés, hiszen szembesülnünk kellett pl. azzal, hogy igyekezetünk ellenére mindeddig nem sikerült a folyamatosan felhívni a szakma figyelmét az adekvát hazai iránymutatás létre és elérhetőségére (7). Összefoglaló értékelésünk szerint a felmérés eredményei végső soron mindazonáltal pozitív kicsengésűek, a válaszadó házi orvos kollegák hivatástudata ismét felülkerekedni látszik a „hivatali packázásokon”, önbizalmukat és betegek iránti felelősségérzetüket nem kezdte ki lényegesen a szakmapolitikai irányból bizalom hiányként (is) értékelhető kompetencia szűkítés, ill. a nehezülő munkakörülmények és -terhelés.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A DM betegek számának növekedésével és korosodással sokrétűbbé válnak és tartalmukat tekintve szaporodnak az alapellátás gondozási feladatai. Felmérésünkben vizsgálat tárgyává tettük házi(család-)orvosok e betegcsoporttal kapcsolatos szakmai hozzáállását és vélekedését.

## Módszerek

100 önként jelentkező házi orvos 31 kérdést tartalmazó, egyszerű választásos kérdéseket tartalmazó és szöveges, vélemény-nyilvánításra lehetőséget adó anonim kérdőíves válaszait értékeltük. Tájékozódunk az orvosok szakmai háttéréről, cukorbeteg pácienseik köréről, ill. arról, hogy miként ítélik meg saját lehetőségeiket és teljesítményüket az alapellátástól elvárható oktatás, gondozás feladatkörében. Rákérdeztünk utóbbi módjára és arra, hogy milyen szakmai és/vagy pszichés támogatási igényt érzékelnek a DM betegek ellátása során, ill. mennyire ismerik/működnek együtt a cukorbeteg sorstársi közösségeivel.

## Eredmények és következtetés:

A válaszok kiértékelése után arra a következtetésre jutottunk, hogy bár az orvosok elismerik annak feltétlen szükségességét, idő hiányában gyakran nem tudnak DM betegekkel megfelelően foglalkozni. Hiányolják továbbá az egyértelmű terápiás és gondozási iránymutatásokat és stratégiát. Összefoglaló értékelésünk szerint a vizsgált orvosok a feladatokat szakmai kihívásnak te-

kintve nyitottak és készek cukorbeteg pácienseikkel kapcsolatos többlet teendők elvégzésére.

## SUMMARY

The increasing number of patients with diabetes (DM) as well as their ageing generate also increasing workload at patient management and followup for primary healthcare. In this survey it was investigated the general practitioners' (GP) attitude and professional view towards this group of patients.

## Methods

100 GP have volunteered to fill up an anonym questionnaire of 31 simple choice and essay questions, the latter ones gave chance to GPs for wording views of their own. It was explored their professional background, data about their on-list DM patients, how they assess their own possibilities and performance in the field of patient education and management, the ways of those activities, their needs concerning DM patient care as well as how much they are aware of the existence of DM patients organisations in their working place and whether they collaborate with those?

## Results and conclusion

Upon the responses it was concluded that, though the GPs recognise the absolute need for more patient edu-

cation, because of shortage of time, can not do their best in this field. Furthermore, they call for more available exact guidelines and strategy of care. Finally it was concluded that the GPs consider their duty with the care of DM patients as challenge and are open and ready to undertake even extra work with those patients.

## IRODALOM

1. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P: The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med.*, 14:51-585,1997.
2. King H, Aubert R, Herman WH: Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates and projection. *Diabetes Care*, 21:1414-31, 1998.
3. The World Health Report WHO Geneve, pp.47,1997.
4. Zimmet P, Alberti KGMM, Shaw J: Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 414:782-7, 2001.
5. Larme A.C., Pugh, J.A.: Attitudes of primary care providers toward diabetes. *Diabetes Care*, 21. 9: 1391-1396. 1998.
6. A háziorvosi praxis hatásköri listája. Háziorvostani Szakmai Kollégium 2005., [www.eum.hu/egeszseggpolitika/minosegfejlesztes/haziorvostan](http://www.eum.hu/egeszseggpolitika/minosegfejlesztes/haziorvostan)
7. Felnőttkori diabetes mellitus háziorvosi ellátásának protokollja. Háziorvostani Szakmai Kollégium 2005., [www.eum.hu/egeszseggpolitika/minosegfejlesztes/haziorvostan](http://www.eum.hu/egeszseggpolitika/minosegfejlesztes/haziorvostan)
8. Hirsch I.B. et al.: A real-world approach to insulin therapy in primary care practice. *Clinical diabetes*, 23: 78-86. 2005.
9. Mooradian A.D. and al: A rational approach to starting insulin therapy. *Ann. Int. Med.* 145: 125-134. 2006.
10. Rinfel J.: A háziorvos és a diabetológus közötti kapcsolat rendszer a 2-es típusú cukorbetegek terápiájában, 2008. <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=45184>.