

Dr. Hargitai Réka

LEHETŐSÉGEK A KISTÉRSÉGI SZINTŰ ALAPELLÁTÁSI PREVENCIÓBAN

I. BEVEZETÉS

Bár az egészségfejlesztés kérdése messze túlmutat az egészségügyi szektor feladatain és lehetőségein, a prevenció szerepe egyre nagyobb hangsúlyt kap a nemzetközi és hazai egészségpolitikai törekvések között, mert minden országban sürgető kényszert jelent a lakosság egészségi állapotának javítása. Magyarország lakosságának egészségi állapota évtizedek óta elmarad az ország társadalmi és gazdasági fejlettségéből adódó várható szinttől. A fejlett országok viszonylatában hazánkban igen alacsony a születéskor várható átlagos élettartam. Az alábbi grafikonok szemléltetik Magyarországon és az EU (15) országaiban a születéskor várható átlagos élettartam alakulását a hatvanas évektől napjainkig (1. ábra).

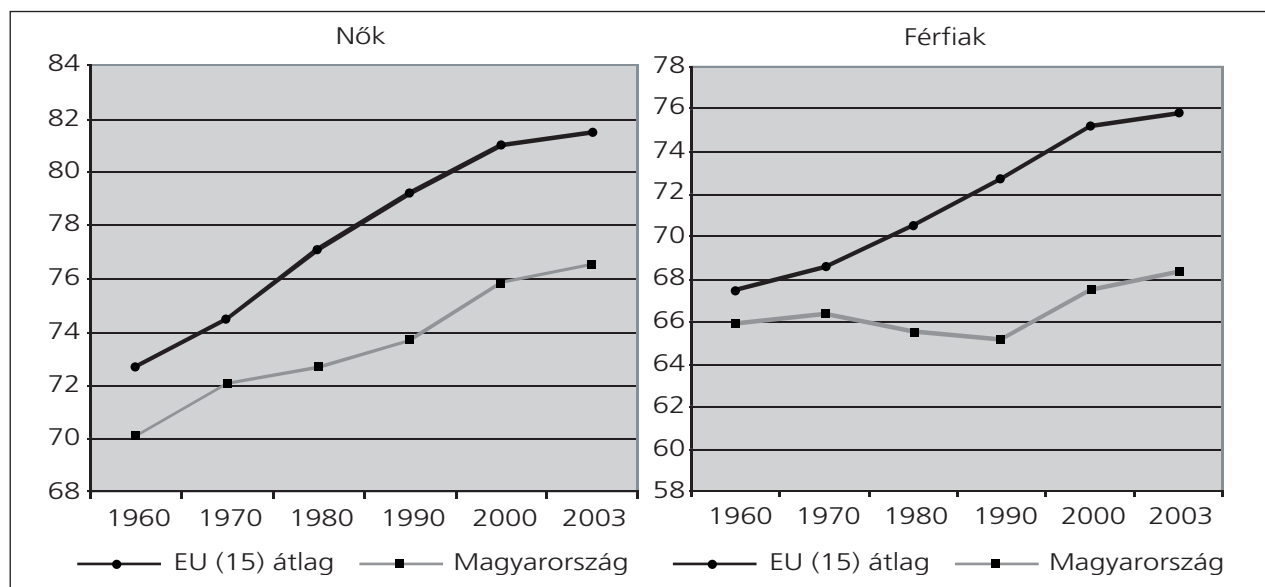
A lakosság elöregedése és a krónikus betegségek számának növekedése is hozzájárul ahhoz, hogy az orvos a gyógyító munka mellett egyre nagyobb arányú betegségmegelőző tevékenységet végez. Nagy számban találhatóak preventív célú intervenciókat tartal-

mazó tanulmányok a szakirodalomban. Felvetődik a kérdés, hogy egyrészt ma Magyarországon milyen jellegű és mélységű preventív tevékenység várható el az alapellátás szereplőitől, másrészt mekkora földrajzi területre kiterjedően célszerű összehangolni a megelőző munkát. Ezekre a kérdésekre keresünk választ ebben a cikkben néhány nemzetközi ajánlás és összefoglaló írás, nagyjából azonban a hazai gyakorlatot bemutató tanulmányok alapján.

II. IRODALMI KITEKINTÉS

A WHO az 1986-os Ottawai kartában (1) már megfogalmazta az egészségfejlesztés multiszektorális jellegének igénye mellett az egészségügyi ellátórendszer prevenció szerepét. Ennek értelmében az ellátórendszeren belül megvalósuló egészségfejlesztés felelőssége megoszlik, az egyének, a közösségi csoportok, az egészségügyi szakemberek, az ellátórendszer intézményei és a kormányzat között. Ezen szereplők együtt-

1. ábra Születéskor várható átlagos élettartam (1960–2003)*



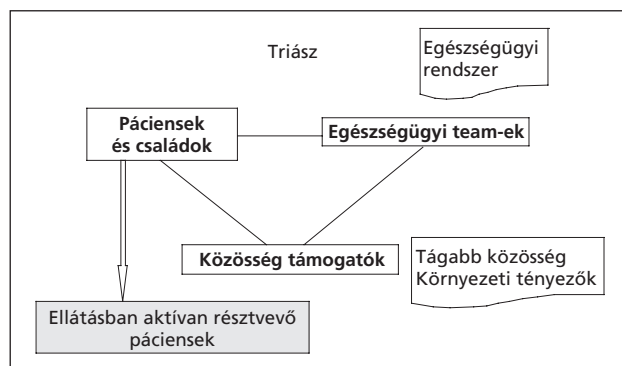
*Forrás: OECD Health Data

működése biztosíthatja a kitűzött célok sikeres megvalósítását. Megállapításai szerint az ellátórendszernek a kulturális igényeket érzékenyen tiszteletben tartva, a korábbinál szélesebb felhatalmazást kell kapnia. Ezen felhatalmazás az egyének és a közösség egészséges élet iránti igényét kell, hogy támogassa széles csatornát nyitva az egészségügyi szektor és a szociális, politikai, gazdasági és fizikai környezeti komponensek felé.

Az egészségügyi szektor feladatai között a gyógyító szolgáltatások mellett napról napra növekszik a megelőzés szerepe. Az egészségügyi ellátórendszer preventív jellegű „reorientációja” nagyobb figyelmet kíván az egészségügyi kutatás, szakemberképzés és továbbképzés irányába is. A fenti törekvések végül az egészségügyi ellátórendszer attitűdjének és szerkezetének változását hozzák magukkal, melynek eredményeként a tevékenységek középpontjában az egyének, mint teljes személyiségnek a komplex igényei állnak.

A WHO integrált preventív egészségügy kialakítását szorgalmazza, melyben az egészségügyi team-ek koordinálása mellett részt vesznek a közösségtámogató civil szervezetek és maguk a páciensek is családjukkal együtt. A paradigmaváltás kulcselemei: a preventív aktivitás támogatása, a preventív minden egyes orvos-beteg találkozás részévé tétele, valamint a betegek a preventívhoz szükséges információval, motivációval és készségekkel való ellátásának biztosítása. (2) Ezek egymáshoz való viszonyát és kapcsolódási pontjait a 2. ábra szemlélteti.

2. ábra **A WHO integrált preventív egészségügy modellje***



*Forrás: Dr. Papp Renáta (OALI) anyaga

Az ellátórendszeren belül az alapellátás van kulcspozícióban a megelőző tevékenységek sikeres alkalmazása terén, és ma már a legtöbb esetben mindhárom preventív szint (megelőzés, szűrés és korai gondozásba vétel, rehabilitáció) a mindennapi munka részét képezi. Az egyén egészséges életvitelét érintő primer preventív intervenciók a legjobban az alapellátás szintjén vihetők végbe, melyek közül a dohányzásról való leszoktatás segítése, vagy a fizikai aktivitásra és az egészséges táplálkozásra történő motiválás a leginkább kiemelendő.

A szekunder preventív (a betegségek korai felismerése

és kezelése) terén is jelentősebb az alapellátás szerepe, mint a szakorvosoké. A preventív megközelítés általánosabb az alapellátás esetében, ezért a beteg egészségi állapotára gyakorolt hatása is jobb.

A rendszeres háziorvosi szűrés-gondozás eredménye, hogy még azelőtt felismeri és kezelésbe veszi a beteget, mielőtt annak betegsége olyan súlyos lenne, hogy szakorvosi vagy kórházi ápolást igényelne. A vizsgálatok eredménye egyértelmű: a háziorvosi preventív kórházi kezelést vált ki, mely amellelt, hogy egyértelműen javítja a lakosság egészségi állapotát, ráadásul még igen költséghatékony alternatíva (3).

Az alapellátás mortalitásra és morbiditásra gyakorolt pozitív hatása abban áll, hogy a beteg személye és nem a betegség kerül a figyelem középpontjába, amint azt számos elemzés is igazolja (3). Más szóval: a háziorvos a beteg általános egészségi állapota szempontjából választja ki a megfelelő gyógymódot, melynek az egyre gyakoribb komorbiditás esetében van kiemelkedő jelentősége.

Erősíti továbbá az alapellátás preventív szerepét, hogy betegközeli, hosszútávú ellátási forma. A folyamatos ellátás lehetőséget teremt személyes jellegű kapcsolat kialakítására. (Magyarországon például egy beteg átlagosan hatszor keresi fel egy évben háziorvosát.) Így az alapellátás dolgozói élvezik pácienseik bizalmát, amely javítja a betegek együttműködési hajlandóságát. Emellett a háziorvos személyre szabott életvezetési tanácsokat tud adni, mivel betegek egészségi állapota mellett életkörülményük is ismeretes számára (4).

A méltányosság elérése minden területen alapvető, de az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás terén kiemelt figyelmet kap. Az ellátórendszeren belül az alapellátás jobban képes a méltányosság érvényesítésére, mint egyéb ellátási szintek. Képes csökkenteni az egészségi állapot egyenlőtlenségeit, és ugyanakkor kevésbé költséges. A méltányosság javításának egyik feltétele, hogy az alapellátás informált legyen a földrajzi területen felmerülő egyéni és csoportos szükségletekről (3).

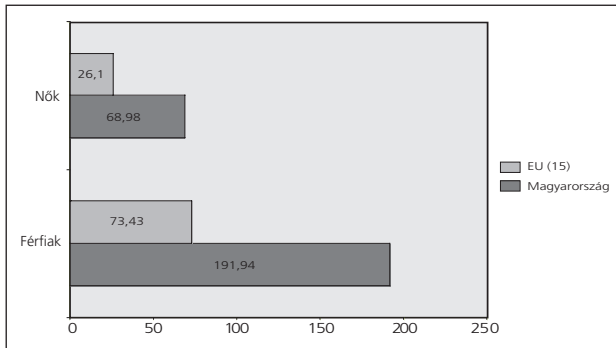
III. HAZAI TAPASZTALATOK

Hazánkban az 1960-as évektől az évszázad végéig a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos halálozás kedvezőtlenül alakult; problémát jelentett továbbá az is, hogy megfelelő irányelvek és minőségbiztosítás híján a preventív tevékenység sikere csupán a gondozást végző orvos személyétől függött (5). A 2004. évi magyarországi Népegészségügyi Jelentés (6) alapján a halálozásnak:

- a **keringési rendszer** betegségei csaknem a felét adják (férfiak esetében 45%, nők esetében 58%),
- a **daganatos** megbetegedések közel a negyedét teszik ki,
- 7%-át **emésztőrendszeri** megbetegedések (beleértve az **alkoholos májkárosodást** is) okozzák,
- 7%-át **külső okok** (baleset, öngyilkosság) teszik ki.

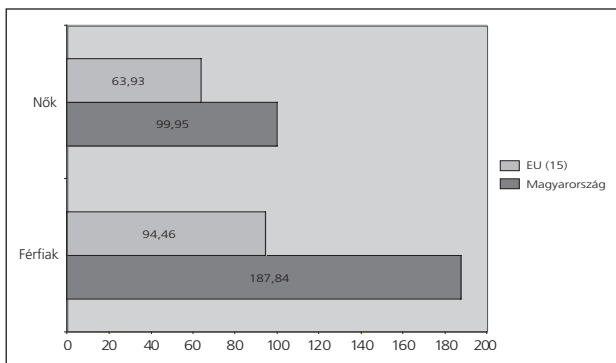
A 3. és 4. ábra a vezető halálokok 100 000 lakosra; 0–64 éves korcsoportra standardizált arányát mutatja hazánk és az EU(15) országok átlaga esetében.

3. ábra **A keringési rendszer betegségei okozta standardizált halálozási arány***



*Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Program

4. ábra **A daganatos betegek okozta standardizált halálozási arány***



*Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Program

Magyarországon az egészségfejlesztési tevékenységeket országos szinten a mindenkorai Nemzeti Népegészségügyi Program foglalja keretbe. A Népegészségügyi Program szabja meg a prioritásokat, melyeket az országos szintű epidemiológiai eredményekre alapozottan alakítanak ki. Az első Program indításakor vált nyilvánvalóvá, hogy eredményesen megoldáshoz vezető utakat kiépíteni csak a házi orvosi rendszer, az alapellátás bevonásával lehet (7). Ennek megfelelően a jelenlegi Népegészségügyi Program (8) mindkét prioritását tekintve – a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos morbiditás és mortalitás csökkentése – kifejezetten számol az alapellátás szerepével.

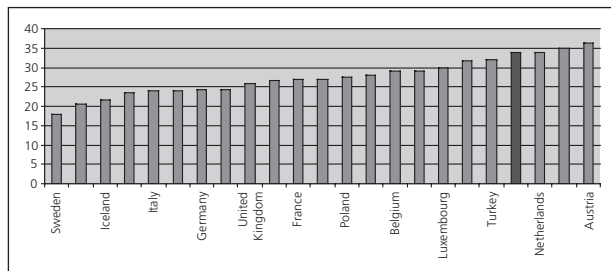
A 90-es évek tudományos kutatásai egyértelműen bebizonyították, hogy a szív és érrendszeri megbetegedésekben az agresszív orvosi kezelésnek köszönhetően, lényegesen csökkenthető a major coronaria események ismétlődése, azaz kimutatott a szekunder prevenció hatásossága (9). A WHO 2002. évi állásfoglalása szerint a rizikófaktorok agresszív felderítése nélkülözhetetlen. A tünetmentes eseteknél indokolt a hagyományos rizikófaktorokon túl az antropológiai adatokat és az életviteli szokásokat is magukba foglaló rizikójellem-

zőket komplex módon feltárni, mert csak egyéni rizikóstatusz meghatározásával lehet a teljes értékű és korai megelőző rendszabályokat végrehajtani (10).

A mindennapi munka során némi segítséget jelent, hogy a leggyakoribb halálokokhoz vezető megbetegedések hátterében többnyire közös rizikófaktorok állnak, melyek a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a fizikai inaktivitás és a túlzott alkoholfogyasztás.

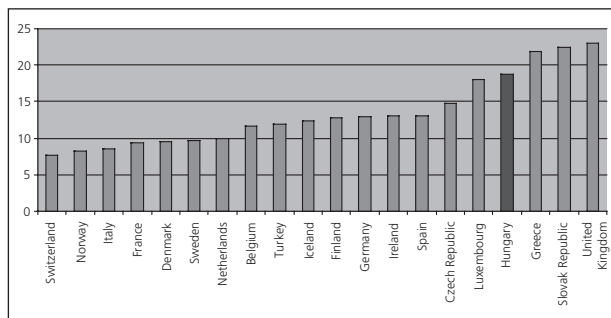
Az 5. ábra a dohányzás, a 6. ábra az elhízás és a 7. ábra az egy főre jutó alkoholfogyasztás arányát mutatja az OECD országokban, külön kiemelve hazánk helyzetét.

5. ábra **A dohányzás százalékos aránya a felnőtt lakosság körében***



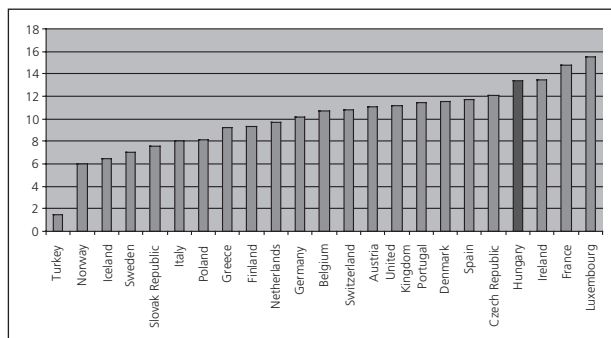
*Forrás: OECD Health Data

6. ábra **Az elhízás százalékos aránya a felnőtt lakosság körében (BMI>30 kg/m2)***



*Forrás: OECD Health Data

7. ábra **Alkoholfogyasztás***



*Forrás: OECD Health Data

Az egészségi állapotról készült felmérések eredményei alapján egyértelműnek tűnik, hogy a keringési rendszer megbetegedései és a daganatos megbetegedések, valamint a következményes halálozás hátterében álló rizikótényezők terén, nemzetközi összehasonlításban

hazánk rossz helyen áll. Az egészségtelen táplálkozás, az obezitás, a hypertonia, a dohányzás és a fel nem ismert diabetes elsősorban cardiovascularis, míg a daganatos betegségek tekintetében, a dohányzás tekinthető a legfontosabb rizikótényezőnek. A magas alkoholfogyasztás az alkoholos májkárosodás és cirrhosis révén, mint emésztőrendszeri halálok jelenik meg.

A Népegészségügyi Programmal összhangban a **vezető halálokok** által érintett betegség-csoportok, valamint azok **rizikótényezőinek** csökkentése tekinthető a legfontosabb szempontnak, így a gyakorlat szempontjából ma Magyarországon az alapellátás fő prevenciósvetékenységei az alábbiakra kell, hogy irányuljanak:

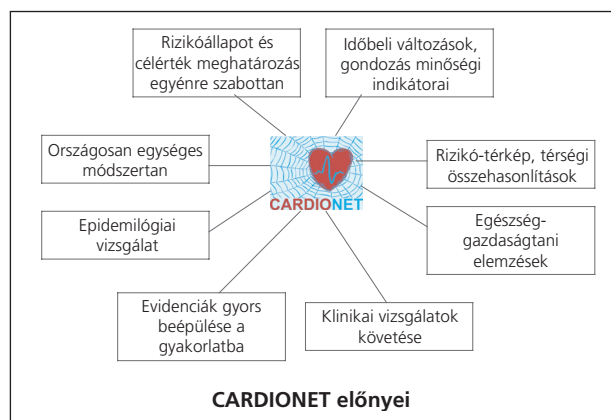
1. Szív- és érrendszeri morbiditás és mortalitás csökkentése:
 - rizikó személyek kiszűrése,
 - rizikó faktorokkal rendelkezők eredményes gondozása.
2. Daganatos morbiditás és mortalitás csökkentése:
 - onkológiai éberség,
 - az ÁNTSZ által szervezett, célzott onkológiai szűrőprogram (jelenleg: emlő-, és méhnyak-szűrés) támogatása.

Az elmúlt évek során számos alapellátási prevenciósvmodell került kipróbálásra és programok sora indult be, melyek döntő többségét az Országos Alapellátási Intézet koordinálta. Az Intézet aktívan részt vett a Népegészségügyi Program Alapellátási Programjának kidolgozásában, valamint a háziorvosok mindennapi munkájába történő implementációjának előmozdításában, a teljesülés monitorozásának kidolgozásában. Az alapellátás prevenciósvtevékenységének kivitelezhetőségére pilot vizsgálat történt, melynek célja az volt, hogy fontos adatokat szolgáltatson nemcsak az ellátottak rizikóstátuszáról és morbiditási adatairól, hanem a megelőzési tevékenység idő-, humán erőforrás és továbbképzési igényéről. Az alapellátás szempontjából megfogalmazott hazai prevenciósvajánlások (11) születtek, a nemzetközi gyakorlat adaptálásával. Ma már számos kiadvány segíti a háziorvos napi munkáját, melyből a prevenciósvra vonatkozó irányelvek megismerhetők.

A szív- és érrendszeri prevenciósv napi gyakorlatban történő alkalmazása, a személyre szabott akciósvterv kidolgozása mindenképpen informatikai támogatást igényel, mely naprakész algoritmus alapján nyújt segítséget a kardiovaszkuláris rizikósv megállapításában. Ennek érdekében fejlesztette ki az Országos Alapellátási Intézet a CardioNET rendszert, mely a fentiekén túl az egyénre szabott célértékek felsorolásában, az egyes rizikótényezősv időbeli változásának ábrázolása és célértékhez való viszonyításában, valamint az életmód változtatáshoz szükséges tájékoztatósv kinyomtatásában is segítséget nyújt. A praxisokból érkező jelentések alapján ugyanakkor, megtörténik az adatok központi feldolgozása, amely áttekintő elemzést nyújt országos,

regionális, megyei, városi és kistérségi szinten. Ezáltal megrajzolható Magyarország szív- érrendszeri rizikósv térképe és az időbeli változások mértéke. Így a praxisokból érkező adatok lehetővé teszik a nemzeti, regionális, városi és vidéki mutatósv alapos elemzését. A jelentések alapján a központi CardioNET tudásbázis megküldi a háziorvos részére a kistérségi átlageredményeket, visszajelzést biztosítva a prevenciósv munka minőségfejlesztését (8. ábra). Eddig több, mint 25 000 beteg adatai kerültek rögzítésre az országban, megtörtént a kardiovaszkuláris rizikósvfaktorok prevalenciájának meghatározása és a SCORE algoritmus szerinti általános rizikósvbecslés.

8. ábra

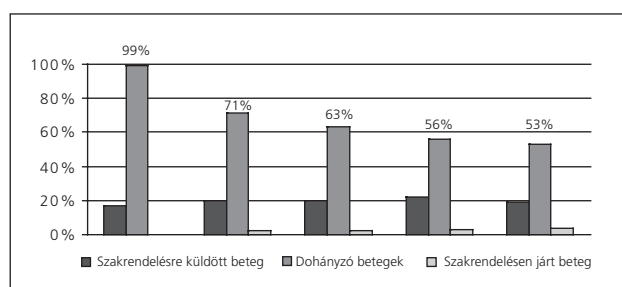


Forrás: Dr. Papp Renáta (OALI) anyaga

A rizikósvfaktorok között kiemelt szerepet játszik a dohányzás. Rendkívül fontos, hogy a dohányzással kapcsolatos ismeretekén túl, az orvosi attitűd formálása is kellő hangsúlyt kapjon már az orvosképzés során is. Az orvosnak társadalmi státuszát tekintve is jó példát kell mutatnia, többek között azzal, hogy nem dohányzik (12). Ez már csak azért is szükséges, mert így sokkal hitelesebben tud fellépni a dohányzás ellen, és segíteni a dohányzásról történő leszokás terén.

Jól mutatja az alapellátás szerepét a dohányzásról történő leszoktatásában a dohányzásra vonatkozó minimális intervenciósv elterjesztése az alapellátásban címmel 2005-ben sikeresen végigvitt projekt, melynek célja az volt, hogy az egészségügyi alapellátást nyújtó háziorvosok és munkatársaik (nővér, védősv) rendszeresen foglalkozzanak a náluk megjelenő, az általuk ellátott betegek dohányzásv szokásaival és intervenciósvt végezzenek a dohányzósv számának csökkentése érdekében (13). Ennek során minden felnőtt és vegyes háziorvosi praxisba eljuttatták a minimális intervenciósv alkalmazását lehetővé tevő ismereteket tartalmazó kiadványt, valamint a dohányzósv páciensek tájékoztatását szolgáló szórósvlapot, és az egészségügyi alapellátást nyújtó háziorvosok és munkatársaik egy negyede részesült személyes képzésben.

A pilot eredményeként a dohányzósv páciensek aránya 46,5%-al csökkent, amint azt a 9. ábra is érzékelteti.

9. ábra **Tevékeny követés eredményei**

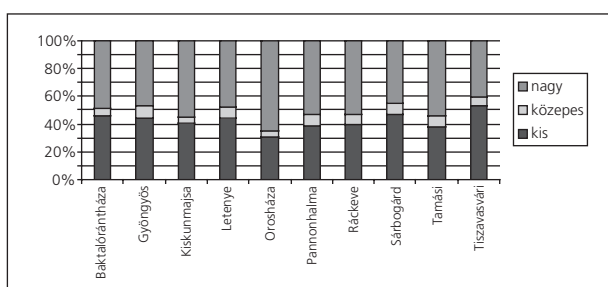
Az eredményt a már kidolgozott oktatási segédanyagban prezentált minimális intervenció alkalmazásával érték el.

Az országos szintű prevenció programok megvalósítása során fontos szem előtt tartani a helyi jellegű eltéréseket, mely sokféle okból eredeztethető a környezeti sajátosságtól elkezdve a helyi életmódbeli szokásokig. A lakóhelyhez kapcsolódó egyenlőtlenségek csökkentése ugyanakkor fontos egészségpolitikai feladat, kiegyenlítésük nélkülözhetetlen a lakosság egészségi állapotának javításához (14). WHO közösségorientált ellátási koncepciójára alapozott alapellátási prevenció legmegfelelőbb szintere a kistérség. A szektorokon átnyúló együttműködés preventív célú megvalósítása mellett a folyamat elősegíti az egészségügyi ellátórendszeren belüli team-munka fejlődését is, mely az egészségügyben zajló reformfolyamat nélkülözhetetlen alapelemeként ellátás diszfunkcióinak eliminálásához is hozzájárulhat (15).

A közösségorientált ellátás égisze alatt indult 2005-ben a Kistérségi Prevenció Program az Országos Alapellátási Intézet koordinálásával. Ennek megfelelően, az alapellátási teamek és a közösségtámogató szervezetek (önkormányzat, civil szervezetek) együttműködésével történt a helyi lakosság bevonása annak érdekében, hogy megfelelő információval ellátva, magatartásukat az egészséges életmód választás irányába tereljék. Az első ciklusban 12 kistérség került kiválasztásra, az ország különböző területein, figyelembe véve, hogy minden régió képviseltetve legyen. Az adott kistérségben helyi koordinátor került kijelölésre, aki résztvevők aktivitásának összehangolását végezte. A szakemberek bevonására és továbbképzésére kistérségi fórumokon került sor. Település-egészségnap keretében, lakossági szűrés zajlott a helyi alapellátásban dolgozók bevonásával, ahol a rizikóstatuszról leletet és ahhoz tartozó értékelést, valamint életmód-tanácsokat, kaptak a résztvevők. A házi orvosok részvétele biztosítja azt, hogy a kiszűrt rizikó személyek követése, gondozása az egészségnap után megtörténjen, a szakdolgozóké pedig azt, hogy az életmódi tényezők változtatását (pl. dohányzás leszoktatást, testsúlycsökkentést) célzó tanácsadást megkezdjék, illetve folytassák.

A szűrés adatok rögzítését és a rizikó állapot értékelését a CardioNET informatikai rendszere biztosította.

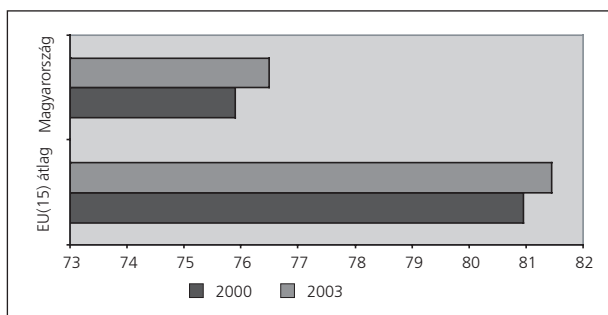
A Kistérségi Prevenció Program első lépése az érintett

10. ábra **Kardiovaszkuláris rizikó kistérségenként**

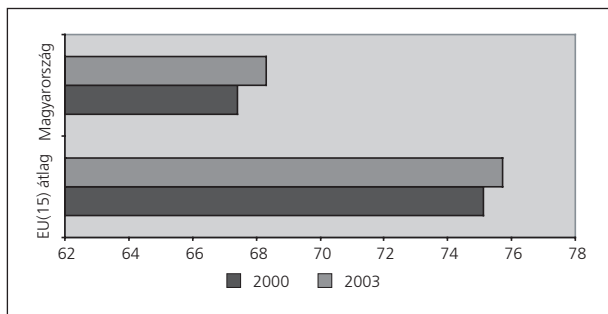
kistérségekben a kardiovaszkuláris rizikó felmérését eredményezte, kijelölve a helyi prioritásokat a teendőkben. A kistérségi alapellátásban dolgozók bevonása által a leszűrt személyek követését a jövőben kell megvalósítani (4).

IV. KÖVETKEZTETÉSEK

Az elmúlt évek alapellátási prevenció programjai elsődleges szempontnak tekintették a Magyarországon vezető halálokok által érintett betegség-csoportok, valamint azok rizikótényezőinek csökkentését. Az OECD adatbázisa szerint 2000 és 2003 között Magyarországon a várható élettartam javult, és a javulás mind a nők, mind pedig a férfiak vonatkozásában, nagyobb mértékű volt, mint az EU(15) országaiban, amelyet a 11. és 12. ábrák szemléltetnek.

11. ábra **Várható élettartam javulása 2000–2003*
Nők**

*Forrás: OECD Health Data

12. ábra **Várható élettartam javulása 2000–2003*
Férfiak**

*Forrás: OECD Health Data

Bár a születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon mérsékelt emelkedést mutat, a szív- és érrendszeri, valamint daganatos megbetegedések okozta relatív mortalitásunk folyamatosan növekszik, elsősorban a 65 év alattiak körében, ugyanakkor az OECD tagállamok többségénél már évek óta kifejezett csökkenés észlelhető, elsősorban a rizikófaktorok csökkenése következtében. A lakosság egészségi állapotának alakulása a jövőben azon múlik, hogy miként sikerül visszaszorítani az idő előtti halálozáshoz vezető kockázati tényezőket.

Az alapellátás a legkönnyebben hozzáférhető a betegek részére, ezért szerepe a szűrés-gondozás rendszerében központi tekinthető. Legfontosabb feladatnak tekinthető a vezető halálokok alapján az életmódra vonatkozó tájékoztatás és tanácsadás mellett, a szív- és érrendszeri betegségek csökkentése (ezen belül is a rizikószemélyek kiszűrése és gondozása), valamint a daganatos megbetegedések elleni küzdelem (onkológiai éberség, és a szűrőprogramok támogatása). Az idejekorán megkezdett gondozás mellett, hogy jelentős életév-nyereséget eredményez, a leginkább költség-hatékony intervenció.

A közösségorientált, prevencióra épülő ellátás gyakorlati megvalósítása kistérségi szinten a legmegfelelőbb, mely feltételezi az alapellátási team kialakulását, és együttműködését az egyéb helyi szereplők, valamint az egyének és családok között.

IRODALOM

1. WHO – Ottawai karta az egészségfejlesztésről, 1986.
2. WHO – Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002. ISBN: 9241590173
3. Barbara Starfield, MD, MPH, Leiyu Shi, DrPH, MBA, James Macinko, PhD: „Primary Care Contributions to Health Systems and Health”. On line Journal of World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (<http://www.globalfamilydoctor.org>) 8/1/2007.
4. Balogh S. és mtsai: A kistérségi prevenció program. *Medicus Universalis* 2006;39(6):16-19.
5. Arnold Cs. - Balogh S. - Fülep L. - Galgóczi E. - Lomb D. - Péntes J. - Végh M.: A hipertóniagondozás minőségének értékelése. *Eredmények – tapasztalatok – következtetések – feladatok*; *Med.Univ.: XX/5.* 269-272. 1987.
6. Népegészségügyi Jelentés, 2004.
7. Balogh S. - Hajdú E. - Jánosi I.: Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése; *Med.Univ.: XXXVI/4.* 143-150. 2003.
8. Nemzeti Népegészségügyi Program 2003-2012.
9. Papp R., Balogh S., Paulik E.: Mennyit ér a kardiovaszkuláris rizikóbecslő algoritmus? *Medicus Universalis* 2007;30(1):19-22.
10. Balogh S. - Kékes E. - Császár A.: A cardiovascularis rizikófaktorok felmérése háziiorvosi praxisokban; *Med. Univ.: XXXVII/1.* 3-10. 2004.
11. Papp R. - Balogh S.: Háziiorvosi prevenció a mindennapi gyakorlatban; *Med. Univ.: XXXVI/6.* 247-252. 2003.
12. Pikó B., Paulik E., Pető É., Müller A.: Orvos- és gyógyszerészhallgatók dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. *Szenvedélybetegségek* 1995;3(1):38-43.
13. Balogh S.: A dohányzásra vonatkozó minimális intervenció elterjesztése az alapellátásban. *Medicina Thoracalis*: 2007. 60. évf. 2.sz. p60-68.
14. Belec B., Paulik E., Kómár M., Balogh S., Hajnal F., Nagymajtényi L.: Az egészségi állapot település-specifikus jellemzői Csongrád megyében. *Medicus Universalis* 2003;36(6):253-257.
15. Müller A., Pikó B., Paulik E.: Teammunka az egészségügyben: álom vagy valóság? *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 1996;34(2):143-151.
16. OECD Health Data adatbázis.

VII. HÁZIORVOS NAPOK

2008. április 4-6.

Balatonfüred

Hotel Flamingó