

# Az integrált pulmonológiai ellátás kispesti modellkísérlete

*Dr. Nyíró Melinda, Dr. Csépe Andrea*

*XIX. kerületi Szakrendelő Tüdőgondozó, Budapesti Metropolitan Egyetem*

## Bevezetés

A mai magyar egészségügy számos problémától terhes, melyek a tüdőgyógyászat különböző szintjeire is árnyékot vetnek. A pulmonológus szakma évek óta próbál megoldást találni a nehézségekre. Az áttörést eddig jellemzően a rendszer felső szintjeiről irányított, a düledező rendszerre erőltetett programokkal igyekezett elérni.

A Kispesten megvalósított integrált modell paradigmát váltva, alulról szerveződő módon, a helyi viszonyokra szabva, rendszerépítő gondolkodás mentén tesz kísérletet a COPD-s betegek integrált ellátására. Ez a megközelítés a hazai pulmonológián belül egyedi kísérletnek számít, mely rendkívüli módon sürgető a betegek magas színvonalú ellátásához a forrás- és szakemberhiányos rendszerben.

Az „alulról szerveződés” fontosságának felismerése inspirálta a kispesti Tüdőgondozóban megkezdett modellkísérletet, amely a problémákra fókuszál, és a COPD-s betegek érdekeit szem előtt tartva próbál mintaként szolgálni a kollégák számára. Tevékenységünk modellkísérlet jellegéből adódik, hogy ez egy első pró-

bálkozás, ami a jövőben rugalmasan alakítható: a bevált módszereket a szakma számára megvalósításra kínáljuk, a kevésbé hatékony eszközöktől pedig eltekintünk.

## A COPD-s betegek ellátásának hiányosságai

A COPD-s betegek hatékony pulmonológiai ellátásának szervezése során számos hiányossággal és problémával kellett szembesülnünk (1. táblázat).

### Hiányosságok a tüdőgyógyászatban

A tüdőgyógyászat hiányszakma, 400-nál kevesebb aktív pulmonológus látja el az egyre növekvő betegtömeget. A tüdőgyógyászok többsége a közel 130 ellátóhelyet tömörítő tüdőgondozói hálózatban dolgozik, ami hungarikum, a tüdőgyógyászati járóbeteg-ellátás világszerte egyedülálló formája.

A fekvőbeteg-ellátás szintjén szakkórházak és pulmonológiai klinikák állnak rendelkezésre. A szakemberhiány itt is súlyos gond. 2015 nyarán átmenetileg szakkórházi és klinikai osztályokat kellett bezárni, mert nem volt meg az osztályok működtetéséhez szükséges nővérleltszám.

A tüdőgyógyászok korfáját szemlélve riasztónak látszik, hogy néhány éven belül tömegesen mennek nyugdíjba a kollégák, ugyanakkor az utánpótlás igen gyér, kevés rezidens gondolkodik első szakvizsgásként a pulmonológiában. A tapasztalt középkorú szakemberek közül sokan külföldre mentek dolgozni. Előrevetítve az eddigi tendenciát, a szakmánk néhány éven belül gyakorlatilag megszűnhet.

#### 1. táblázat: Problémák a COPD-s betegek ellátásában

- szakemberhiány
- a pulmonológiai kompetencia hiánya a háziorvosoknál
- a felvállalt kapuőr szerep hiánya a háziorvosoknál
- pulmonológia kórházi szintű ellátás hiányosságai
- forráshiány
- a beteggyűttműködés hiánya
- idős, deprivált beteganyag
- komorbiditások
- a szakmák közötti interdiszciplinaritás hiánya

### Hiányosságok háziiorvosi szinten

A háziiorvosok esetén szinte általánosnak mondható a pulmonológiai kompetencia hiánya, aminek számos oka lehet. Több kollégánál tapasztalható ún. tüdőgyógyászati betegség fóbia. A köhögős betegeket nem hagyja a többi pácienssel együtt a váróban ülni az orvos, minél előbb szakorvosi szintre szeretné küldeni őket.

A háziiorvos tüdőgyógyászati esetekkel kapcsolatos kapuőr szerepet nem szívesen, vagy egyáltalán nem vállal fel, inkább a szakorvos „kezébe” helyezi betegét. Erőteljesen érzékelhető, főként a tüdőgondozói rendelések előjegyzései alapján, hogy extrém módon megnövekszik – sokszor indokolatlanul – a sürgős háziiorvosi beutalások száma.

Nemrég került a háziiorvosi indikátor rendszerbe az első tüdőgyógyászati betegség mutató, mely a COPD-s betegekkel kapcsolatos. Emiatt a háziiorvosnak célszerű évente szakorvoshoz küldeni a beteget spirometriás vizsgálatra, továbbá érdemes meggyőznie a köztudottan non-adherens, nem együttműködő betegcsoportot a folyamatos gyógyszerhasználat jelentőségéről, hiszen a 3 hónapos folyamatos gyógyszerhasználat megvalósulása szinte elérhetetlennek látszik az átlagosan 1 hónapos gyógyszerhasználatot tekintve.

Az eddigi tizenegy indikátor mellé tizenkettedikként bekerülő légúti betegség indikátor azonban nem igazán hangsúlyos a magasvérnyomás, a cukorbetegség és más népbetegséggel kapcsolatos mutatókkal szemben. Gondoljunk bele, hogy egy háziiorvosi praxisban összesen, átlagosan 25-30 kezelt COPD-s beteg lehet, akiknek egy részét a tüdőgondozókban gondozzák. Nem véletlen, hogy a COPD nem vált háziiorvosi fókuszbetegséggé.

Önkritikaként azért megjegyzendő, hogy a szakma sok év alatt sem tudta elérni, hogy az átlag háziiorvos tisztában legyen a COPD négy alaptünetével.

### Problémák a COPD-s betegekkel

A COPD-s beteganyag senki számára nem vonzó, hiszen zömében idős, deprivált betegekről van szó, akik aluledukáltak, motiválatlanok, szociálisan hátrányos helyzetűek, tele addiktív szokásokkal, mindemellett a megfelelő beteg együttműködésre is nehezen bírhatóak rá.

Ismerve azt, hogy a COPD-t akár rendszerbetegségként is értelmezhetjük, fontos számolnunk a komorbiditásokkal. Ebben a tekintetben hangsúlyosan jelentkezik az interdiszciplináris ellátás elégtelensége. Mivel a társszakmák is hasonló gondokkal – forráshiány, szakemberhiány, hosszú várakozási idő – küzdenek, a COPD-s beteg esetében számolni kell további ellátási nehézségekkel is.

### Az integrált értéklánc modellje

Az integrált betegellátás a betegút-menedzsment kontrollált alkalmazását, az egészségügyi ellátás folyamatainak kézben tartását jelenti, melynek során a páciens végigvezetjük a betegellátás különböző szintjein, az időben történő diagnosztikán, a kezeléseken keresztül egészen a gondozás folyamatáig. Marketing szemlélettel a beteg számára nyújtott szolgáltatások során a középpontban a beteg igényeinek kielégítése áll, miközben a páciens folyamatos monitorozását végezzük a szolgáltatások fejlesztése céljából (1. ábra).

A betegút tevékenység elemei láncszerűen kapcsolódnak egymáshoz, mely során integrált módon valósul meg az egészség nyereség a páciens számára és a szolgáltató/vállalat maximális nyeresége. Minden egyes folyamat elem során a szereplők mindegyike a páciens számára történő értékteremtésre kell fókuszáljon. A szakmák tevékenységei integrált módon szervezettek, saját célrendszerrel és utánkövetéssel kontrollálják saját teljesítményüket. A teljes folyamatban fontos az eredmények folyamatos utánkövetése és a folyamat további fejlesztése. Emellett a páciens és a családtagok tájékoztatása, edukálása is fontos a beteg együttműködés elérése céljából.

### A kistérségi integrált modellkísérlet

A kistérségi integrált modellkísérlet egy útkereső (pilot) projekt, melynek keretén belül az alulról szerveződés és a gyakorlati kipróbálás valósul meg. Kísérletezve keressük a választ az ellátásszervezés problémáira, célunk a bevált lépések közreadása. A szakemberhiány megoldására gyakorlati lépésként célul tűztük ki a háziiorvosok és a társszakmák képviselőinek edukálását és még mélyebb bevonásukat az ellátásba.

1.) Háromhavonta meghívjuk a háziorvosokat a tüdőgondozóba. Megbeszéljük a közös beteganyag ellátásával kapcsolatos gyakorlati kérdéseket és a szükséges lépéseket, **háziorvosi edukáció** történik. Első alkalommal az asztmáról és az inhalációs eszközökről hallhattak a kollégák, illetve gyakorlati eszközbemutató is volt.

2.) A háziorvosi rendelőkben előre szervezeten **spirometriás vizsgálatot** végzünk háromhavonta, ezzel monitorozzuk a háziorvosi praxisban a gondozott betegeinket. A COPD-s és az asztmás betegek a háziorvosnál állapotfelmérő kérdőíveket (CAT, ACT) töltenek ki.

3.) Csak akkor lehetnek jól menedzseltek a betegeink, ha aktív a kapcsolatunk a háziorvosokkal, ezért **folymatos konzultációt** ajánlottunk a kollégáknak. Ennek eredményeként észrevehetően javult a kommunikáció. A háziorvosok közül sokan telefonon kérnek véleményt egy-egy beteg kapcsán, de olyan kolléga is van, aki rendszeresen meglátogatja a gondozót, és közösen nézzük meg a betegeiről frissen készült mellkasröntgen felvételeket.

4.) A hatékony ellátásszervezést a **terápiamenedzser**, esetünkben a pulmonóvér végzi. Ő gondoskodik a betegek tájékoztatásáról, végigvezeti őket a kezeléseken, válaszol a felmerülő

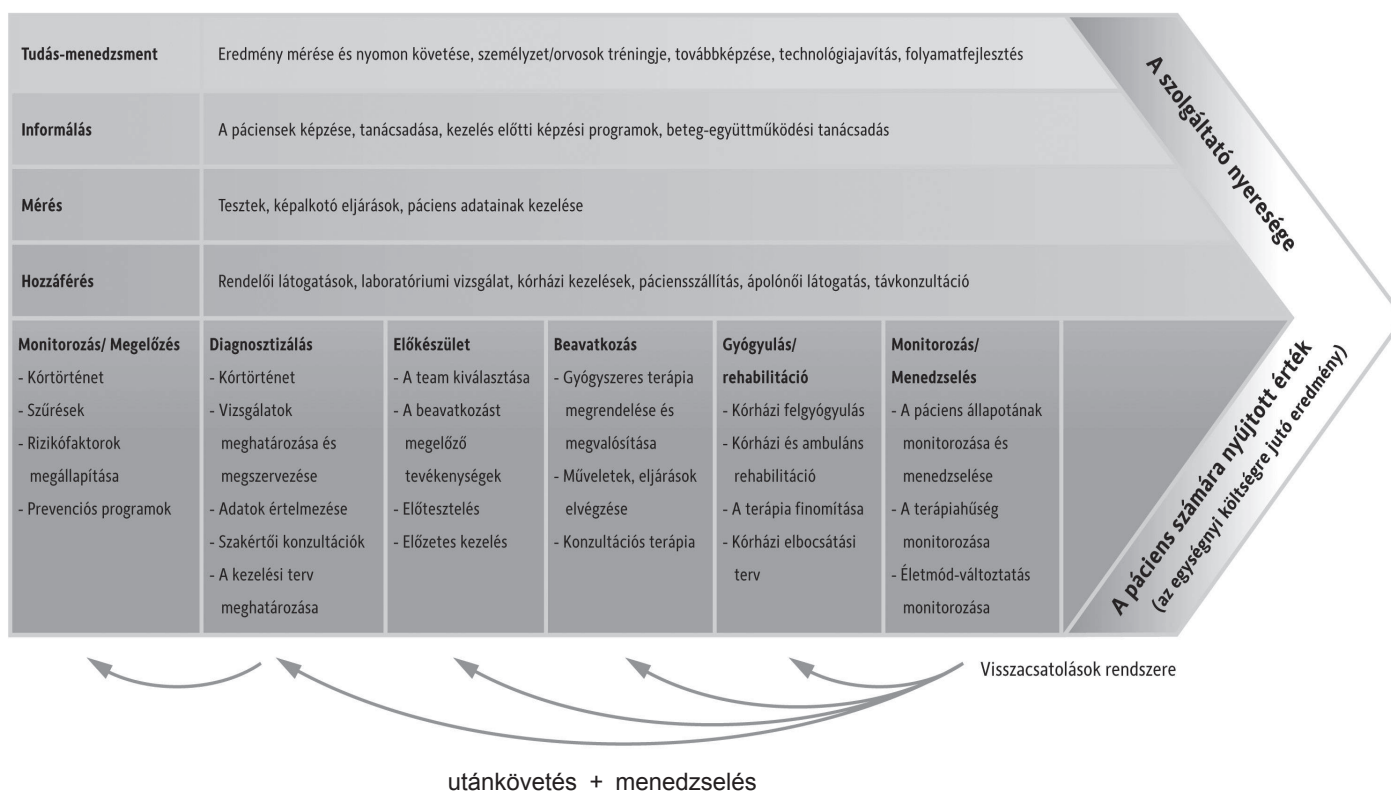
kérdéseikre, tájékoztatja a családtagokat, gondoskodik arról, hogy a beteg érezze, mindent megtesznek a gyógyulásáért.

5.) A közeljövőben **pszichiáter kollégákkal** együttműködve betegcsoportokat indítunk szorongó asztmás, depressziós COPD-s és dohányzásról leszokni akaró betegek részére.

6.) Az interdiszciplinaritás jelenik meg akkor, amikor a főorvosi értekezleten a COPD-ről mint rendszerbetegségről hallanak a társszakmák képviselői. **Kardiológus, diabetológus, fül-orr-gégész, allergológus-immunológus, urológus, reumatológus és pszichiáter főorvosok** figyelmét hívjuk fel arra, hogyan kezeljük közösen a COPD-s betegeinket.

7.) Az idős, deprivált **beteganyag elégedettségét négy teszttel mérjük fel**. A gondozott COPD-s betegeink körében – egy Ph.D. hallgatóval közösen – legalább 200 betegnél mérjük fel kérdőívekkel az elégedettségét úgy, hogy a legmegfelelőbb tesztet maga a beteg választja ki. A későbbiekben ezt a tesztet használjuk az összes gondozott beteg követésére.

8.) COPD **gondozási kiskönyvet** adunk a betegeinknek, amivel megvalósulhat **az exacerbációk regisztrálása** a két kontrollvizsgálat közötti időszakban.



1. ábra: Az optimális betegút menedzsment, integrált praxisegységre épülő értéklánc modell!

A betegellátás kapcsán általános a forráshiány. Az ellátás színvonala költséghatékonyabbá tehető azzal, ha több szereplőt sikerül bevonunk a COPD-s betegek menedzselésébe.

### Várható eredmények

Mit várunk a kispesti modellkísérlettől? Sokat, többszintű előnyt az összes szereplő számára.

**A betegek számára előny** a folyamatos monitorozás, a megfelelő kommunikáció és tájékoztatás, amitől a compliance javulása és az exacerbációk számának csökkenése várható. Ennek révén az életminőségük és az életkilátásaik egyaránt javulhatnak.

**A tüdőgyógyászok számára előny**, hogy megtarthatják a betegeiket akkor is, ha a háziorvos számára a szakorvosi javaslatot kiadva elengedik a páciensek kezét. A háziorvosokkal való együttműködéssel mintegy virtuális kontroll valósul meg. Mi származik mindebből? Optimális betegszám tervezés, tervezhető ellátás a tüdőgondozóban.

**A háziorvosok számára előny** az állandó pulmonológiai konzultáció és a folyamatos edukáció. Mindezzel jól menedzselte betegköre marad a háziorvosnak úgy, hogy plusz szolgáltatást

nyújthat betegének, továbbá a COPD-s betegek esetén az indikátor rendszer is kézben tartható.

**Az egészségügyi ellátórendszer számára előny**, hogy a beteg az alapellátás szintjén marad, mégis hatékonyabbá válik az ellátása. Emellett költségmegtakarítással jár, nő a beteg elégedettsége, továbbá a szakemberhiány orvoslásának is egyik eszköze lehet a jól végiggondolt integrált betegellátás. ■

### Köszönetnyilvánítás

Külön köszönet illeti *Kötél Miklósné Marikát*, a XIX. kerületi Tüdőgondozó vezető asszisztensét, aki a program terápiamenedzsere.

### Irodalom

1. Bíró H, Csépe A, Engi Cs, és mtsai. Terápiás együttműködések rendszere. Fehér könyv. Terek 2011, p14.
2. Michael EP, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
3. Csépe A, Nyíró M. Innovation and partnership in the pulmonary care system in Hungary. In: Klucznik-Törő A, Csépe A, Kwiatkowska-Ciotucha D. (Eds.) International Conference and Workshops on Higher Education Partnership & Innovation Proceeding of the IHEPI 2009, Budapest 7-9 September, 2009. pp163-168.



2016/február

## AMEGA TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAM – JELENTKEZÉSI LAP

Jelentkezem a PTE ÁOK/2016.I./00173 számon **szabadon választható távoktatásként** akkreditált Amega Továbbképző Tanfolyamra, melynek díja **7000 Ft /félév**.

- A regisztrációs díjat átutalom a Grandani Kft. bankszámlájára (K&H Bank 10400779-50526683-68901009)
- A regisztrációs díjat belföldi postautalványon (rózsaszín csekken) fizetem be.

Név: .....

Lakcím: .....

Számlázási név: .....

Számlázási cím: .....

Pecsétszám: ..... Szakvizsga: .....

Telefonszám: ..... E-mail: .....@.....

Dátum: ..... .....

alíírás, pecsét

Jelentkezzen közvetlenül az OFTEX-en ([www.oftex.hu](http://www.oftex.hu)) – egyszerűbb és gyorsabb – vagy küldje vissza a jelentkezési lapot szerkesztőségünkbe postán (Grandani Kft., 7618 Pécs-18. Pf: 46) vagy faxon (06-72-461-305).