

## Betegutak – országos felmérés a hazai reumatológiai betegellátás problémáiról, a minőségfejlesztés lehetőségeiről

Kovács László dr. <sup>1</sup>, Hunka Aniella dr. <sup>2</sup>, Kovács Attila dr. <sup>3</sup>, Körtvélyessy András dr. <sup>4</sup>, Sebők Edit dr. <sup>5</sup>

1 Szegedi Tudományegyetem, Szeged

2 Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

3 MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok

4 Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kiskunfélegyházi Telephely, Kiskunfélegyháza

5 Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kalocsai Szent Kereszt Kórház, Kalocsa

Szerzők az arthritises betegek magyarországi reumatológiai ellátása fejlődésének útjában álló akadályokat, a hazai reumatológusokat érintő legfontosabb problémákat, a betegutak optimális működésének gátjait vizsgálták, és felmérték a hazai reumatológus társadalom véleményét a reumatológiai ellátás minőségi fejlesztését célzó intézkedések támogatottságát illetően.

E célból kérdőívet szerkesztettek, amit internetes platformra helyeztek, és eljuttattak minden, a Magyar Reumatológusok Egyesülete adatbázisában szereplő tag részére. A kérdőívet összesen 167-en töltötték ki. A válaszadók közül 72-en arthritis centrumban, szintén 72-en I. progresszív szinten (66-an járóbeteg-szakrendelésen) dolgoznak, a többiek egyéb ellátóhelyeken (rehabilitáció, gyógyfürdő stb.). Az optimális működés gátjaként legtöbbször a szűkös finanszírozást, a leterheltséget, az arthritis centrumok elérhetőségének nehézségeit, és a centrumból a szakrendelések felé történő visszairányításnak az akadályait jelölték meg. A többség kívánatosnak tartaná, hogy a gyulladáscsökkentő gyógyszerek aránya növekedjen a hazai reumatológiai ellátásban. A válaszadók többsége, munkahelytől függetlenül támogatta, hogy minőségi standardok kerüljenek kidolgozásra, melyekkel mérhető lenne a reumatológiai ellátás színvonala, és a magas szintű munkát végző kollégák szakrendelése több finanszírozást és hatáskört – akár subcutan biológiai vagy új szintetikus betegségmódosító gyógyszeres kezelést felíró jogosultságot kaphassanak.

**KULCSSZAVAK:** arthritis, irányelvek, minőségbiztosítás, betegút, színvonal, minőségi standard

### Bevezetés

Szakmai és közéleti fórumokon is számtalanszor felmerül a kérdés: hogyan lehetne javítani a magyar

### PATIENT REFERRAL PATHWAYS – A NATIONWIDE SURVEY OF THE PROBLEMS IN THE HUNGARIAN RHEUMATOLOGY PATIENT CARE AND OF THE POSSIBILITIES TO DEVELOP QUALITY ASSURANCE STANDARDS

The aim of the authors was to explore the obstacles that inhibit the development of the care of arthritis patients in Hungary, the most important problems experienced by Hungarian rheumatologists, the factors that prevent the optimal operation of patient referral pathways, and to survey the opinion of the Hungarian rheumatologist community about potential quality assurance measures. For this purpose, they constructed a web-based survey, that was distributed to all registered members of the Hungarian Association of Rheumatologists. A total of 167 respondents filled in the questionnaire. Seventy-two of them were employed in arthritis centres, and another 72 worked at primary specialist care institutes (66 of them at outpatient clinics) and the remaining respondents worked for various other health care providers (i.e. rehabilitation or balneotherapy centres etc). The most common obstacles of optimal patient care were identified as poor financing, work overload, difficulties of contacting the arthritis centres, and the insufficiencies in the referral of patients from the arthritis centres back to the clinics. The majority of the respondents thought it desirable to increase the proportion of patients with inflammatory joint diseases within the Hungarian rheumatology patient care system. The majority of the participants, irrespective of their workplace, supported the development of quality assurance standards that would enable the quantitative measurement of the Hungarian rheumatology patient care, and that a higher financing and more opportunities – including authorization to administer subcutaneous biological therapy or targeted synthetic disease-modifying anti rheumatic drugs – should be granted to those clinics where a higher level of patient care is provided.

**KEY WORDS:** Arthritis, Guidelines, Quality Assurance, Patient referral pathways, Quality assurance standards

reumatológiai betegek ellátásának színvonalát, a rohamosan fejlődő reumatológiai diagnosztika és terápia egyenlő mértékben elérhető-e a hazai betegek számára, mi az akadálya annak, hogy a betegek

gyakran nem kerülnek időben a megfelelő szintű ellátóhelyre, ahol megtörténhet betegségük pontos diagnosztizálása, prognosztizálása és az egyre szaporodó nemzetközi és hazai ajánlások szerinti legjobb terápia beállítása? Megfelelő-e a hazai reumatológiai ellátás finanszírozása, úgy érzik-e a kollégák, hogy a megfelelő helyen a megfelelő beteganyagot tudják saját és a betegek elvárásai szerint gyógyítani, világosak és gördülékenyek-e a betegutak?

A magyar reumatológia jövőképét, „vízióját” a Magyar Reumatológusok Egyesülete (MRE) vezetősége is több alkalommal tárgyalta az elmúlt években, és igyekezett szakmai konszenzuson alapuló cselekvési tervet meghatározni a hazai reumatológia fejlesztése érdekében. Ennek kapcsán kaptak megbízást jelen közlemény szerzői az összes magyar reumatológust megcélzó adatgyűjtés elvégzésére. Előzménye ennek az, hogy Kovács László és több dél-alföldi reumatológus kolléga, akik a jelen cikk szerzői és az ellátórendszer más-más szintjein dolgoznak, 2018 elején már elvégeztek egy hasonló, szűkebb körű kérdőíves felmérést, és számos hasznos javaslatot, véleményt gyűjtöttek az akkor még dominálón csak a dél-alföldi régió orvosai számára eljuttatott kérdőívvel. A tapasztalatokat a Szegeden 2018 januárjában tartott kötelező szintentartó tanfolyam nagy sikerű szakmapolitikai fórumán is megosztották egymással a résztvevők. Ezen tapasztalatok alapján, az MRE vezetőségének felkérésére jelen közlemény szerzői átdolgozott kérdőívet állítottak össze, mely elsősorban az előzőekben említett fontos kérdések hátterét és megoldási lehetőségeit kutatta. Az MRE segítségével az egyesület minden elérhető tagja részére eljuttatott kérdőívvel átfogó kép rajzolódott ki szakterületünk orvosainak gondolataiból, problémáiból, jövőképeiről, a nehézségek megoldását célzó véleményükről, javaslataikról. Jelen közleményben ezen országos „közvélemény-kutatás” adatainak feldolgozása során feltárt tényeket, eredményeket mutatjuk be.

## Módszerek

A szerzők a [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com) felületen hozták létre a kérdőívet, mely 17 pontból állt, ebből kettő opcionális, szabad szöveges pont volt, ahol a kitöltők saját megfogalmazásukban szövegesen oszthatták meg véleményüket, illetve tehettek javaslatokat. Az elkészült kérdőívhez a hozzáférést az MRE zárt levelező rendszerén keresztül kapta meg MRE-hírlevél keretében az egyesület minden tagja, akinek elérhetősége ismert az MRE titkársága számára. A válaszolók anonim módon töltötték ki a kérdőívet, azonosításukra nem volt lehetőség, ezt a SurveyMonkey felület kizárja. A kitöltésre 2018. december 1. és 2019. február 10. között volt lehetőség.

A kapott eredményeket a [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com) weboldal segítségével analizáltuk, egyes esetekben pedig az adatbázisból további statisztikai elemzéseket végeztünk. A weboldal minden kérdésre részletes leíró statisztikát készít: megadja az összes válaszoló számát, az igen választ adók számát és százalékos arányát, valamint osz-

lopdigramot készít a fentiekre. Közleményünkben ezeket a diagramokat vettük alapul az ábrák elkészítésekor. Az adatok pontosabb elemzéséhez külön összehasonlítókat végeztünk a válaszadók munkahely szempontjából legnagyobb két csoportja, az I. progresszivitási szinten (szakrendelésen, illetve nem arthritis centrum reumatológiai osztályon) dolgozók és a II-III. progresszivitási szinten, tehát arthritis centrumokban dolgozó kollégák között. Előbbi csoport túlnyomó többsége (72-ből 66-an) szakrendelésen dolgoznak, és ugyanígy 72-en szerepeltek az arthritis centrumban tevékenykedő csoportban, így e két csoport az összes válaszadó 86,22%-át tette ki. Kétféle t-próbával hasonlítottuk össze e két csoport válaszait. Többszörös választással járó kérdéseknél a program a válaszok megoszlásának (általában az egyetértés fokának) súlyozott átlagát is kiszámolta, ennek értéke 0 (teljes elutasítás) és 4 (teljes egyetértés) közé eshetett, 2 feletti érték a támogatottság (nagyértékben, illetve teljes mértékben) túlsúlyát jelzi. Szignifikánsnak a  $p < 0,05$  alatti értéket tekintettük.

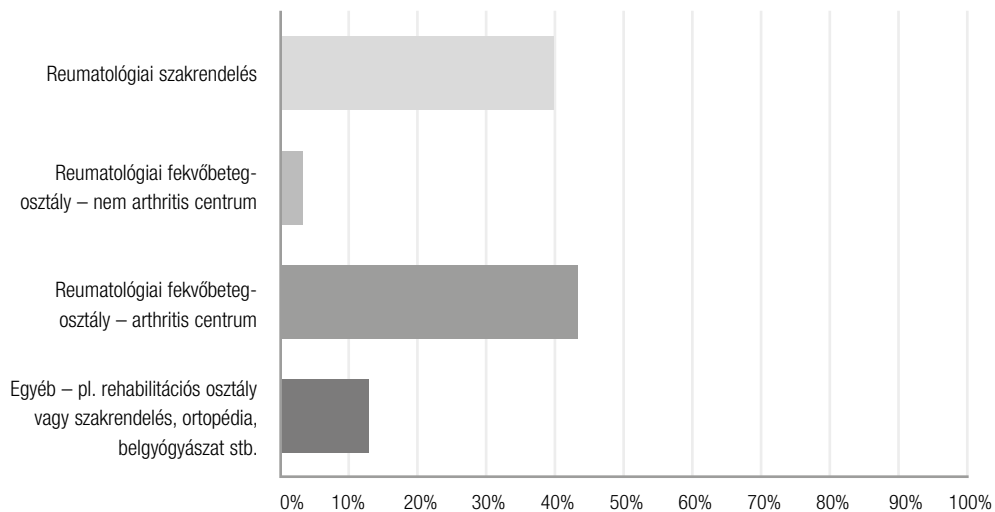
## Eredmények

Összesen 167-en töltötték ki a kérdőívet és küldték vissza válaszaikat. Az első két kérdés a válaszolók munkahelyének típusára, illetve szakmai tevékenységének hosszára (értelemszerűen így nagyjából életkorára) vonatkozott (1. és 2. ábra). Munkahely szempontjából az előzőekben említett csoportokon kívül a többi válaszadó egyéb típusú, heterogén munkahelyen dolgozott, pl. rehabilitációs osztály, ortopédiai osztály, szanatórium stb. A diploma óta eltelt időt tekintve minimális különbséggel a 10–30 éve végzetek csoportja lett a legnagyobb, de közvetlenül követi őket a több mint 30 éve praktizálók csoportja. Az I. progresszivitási szinten (szakrendelésen) dolgozó kollégák körében szignifikánsan magasabb volt a 30 évnél régebb óta praktizálók aránya ( $p = 0,0013$ ), mint a fekvőbeteg-osztályok munkatársai között.

A következő két kérdés az utóbbi időben megjelent egyre több nemzetközi (főleg EULAR) terápiás irányelv ismertségét és az azzal kapcsolatos attitűdöt firtatta. Mint látható, a válaszadók nagy többsége (86,59%) ismeri az ajánlásokat, bár csak 30,49%-uk nyilatkozott úgy, hogy több forrásból és alaposan ismeri (3. ábra). Fontos kérdés a hazai betegellátás színvonala szempontjából, hogy ezen evidenciákon alapuló ajánlásokat milyen mértékben követik, illetve tudják követni a hazai reumatológusok. A jelentős többség (62,05%) azt érezte a saját gyakorlata szempontjából a releváns válasznak, hogy „Csak részben követem őket, mert nincs lehetőségem (diagnosztika vagy gyógyszerválasztás terén) arra, hogy teljesen kövessem őket” (4. ábra). Bár az ajánlások alkalmazása, az evidence-based vs. empirikus gyógyítás sokszor ad okot kételyek megfogalmazására, illetve véleménykülönbségekre, fontos, hogy senki nem osztotta azt a véleményt, hogy „Nem tartom szükségesnek, hogy külföldi szervezetek ajánlásait kövessem betegeim ellátása során”.

A magyar reumatológiai ellátórendszer struktúrája és a hazai reumatológusok által ellátott beteg-

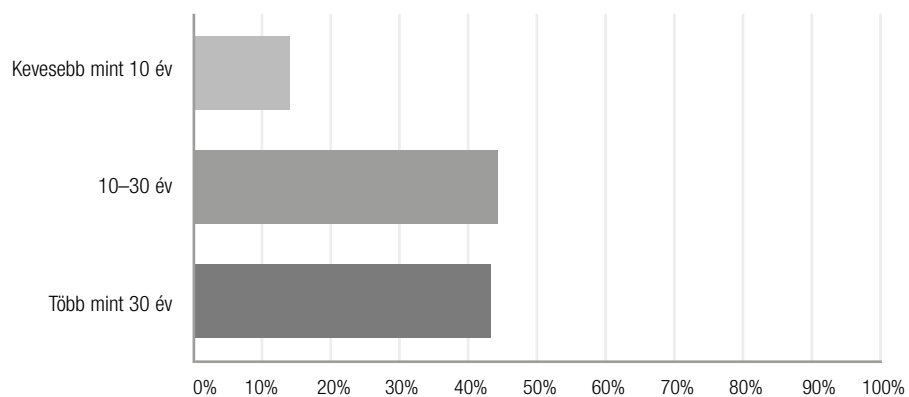
**1. Kérjük, adja meg munkahelye típusát**



Válaszlehetőségek	Válaszok	
Reumatológiai szakrendelés	39,76%	66
Reumatológiai fekvőbeteg-osztály – nem arthritis centrum	3,61%	6
Reumatológiai fekvőbeteg-osztály – arthritis centrum	43,37%	72
Egyéb – pl. rehabilitációs osztály vagy szakrendelés, ortopédia, belgyógyászat stb.	13,25%	22
<i>Összesen</i>		166

**1. ábra. A válaszadók megoszlása munkahely szerint**

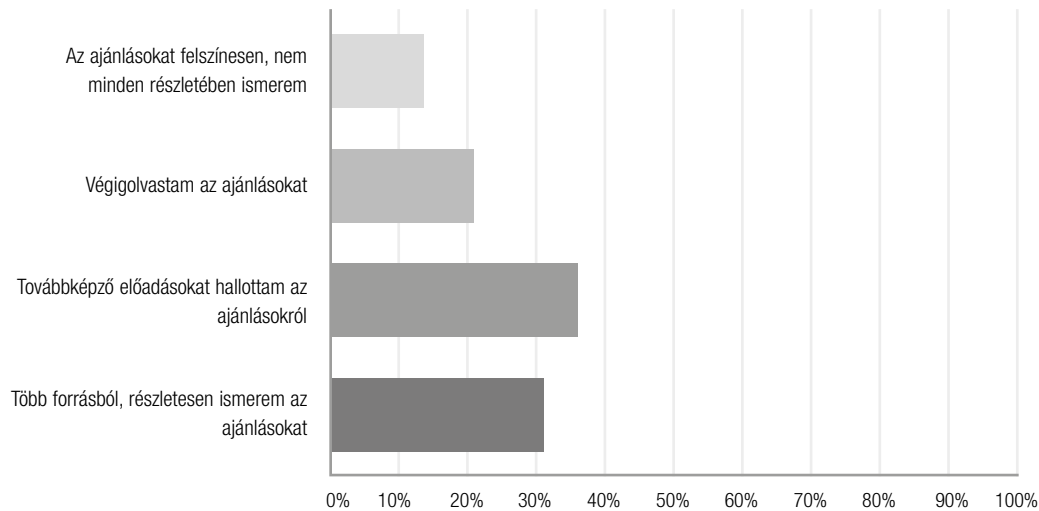
**2. Kérjük, adja meg, hány éve kapta meg orvosi diplomáját**



Válaszlehetőségek	Válaszok	
Kevesebb mint 10 év	13,33%	22
10–30 év	44,24%	73
Több mint 30 év	42,42%	70
<i>Összesen</i>		165

**2. ábra. A válaszadók megoszlása a diploma megszerzése óta eltelt évek alapján**

**3. Kérjük, az alábbiak közül jelölje be az Ön gyakorlatához legközelebb álló állítást: Az EULAR az utóbbi két évben számos krónikus gyulladásos mozgásszervi kórképre ajánlást dolgozott ki vagy aktualizált (pl. RA, axiális SpA, arthritis psoriatica, köszvény)**



Válaszlehetőségek	Válaszok	
Az ajánlásokat felszínesen, nem minden részletében ismerem	13,41%	22
Végigolvastam az ajánlásokat	20,73%	34
Továbbképző előadásokat hallottam az ajánlásokról	35,37%	58
Több forrásból, részletesen ismerem az ajánlásokat	30,49%	50
<i>Összesen</i>		164

**3. ábra. A nemzetközi szakmai ajánlások ismertsége a válaszadók körében**

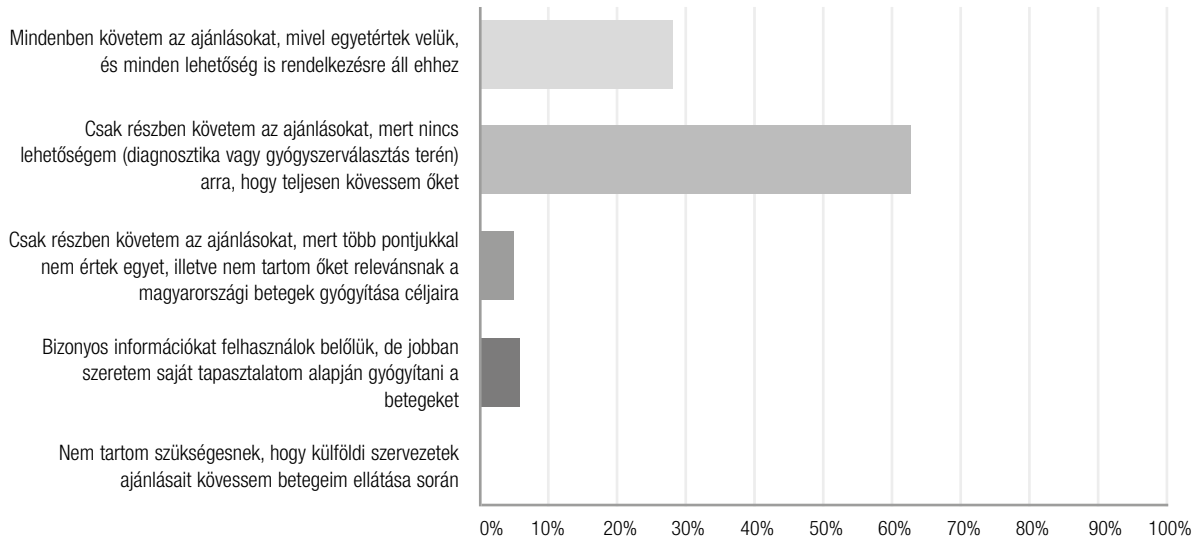
anyag összetétele volt a következő két kérdés, majd 10 javaslat témája. Az *I. táblázatban* olyan problémákat vetettünk fel, melyek fel-felbukkannak a szakmai közéletben, fórumokon vagy informális beszélgetések során, és emiatt tudni szeretnénk volna, mennyire jelenthetnek ezek általános problémát a hazai reumatológiai gyakorlatban. A válaszok alapján meglehetősen nagy, 70-80%-os az elutasitottsága azoknak a probléma-felvetéseknek, hogy nem állna rendelkezésre megfelelő diagnosztikai eszköz, kórházi háttér vagy konzultációs lehetőség a betegek megfelelő színvonalú ellátásához. Abban viszont már megoszlottak a vélemények, hogy az ellátandó beteganyag mennyisége, összetétele, illetve a szűkös finanszírozás akadályát képezi-e a korrekt betegellátásnak, hiszen ezen felvetésekkel a válaszolók túlnyomó többsége legalább részben egyetértett. Az *5. ábrán* bemutatott kérdésre adott válaszok azt mutatják, hogy a résztvevők közel kétharmada (63,47%) alapvető vagy jelentős változtatást tart szükségesnek az irányban, hogy a sok helyen, főleg szakrendeléseken jelenleg is domináló degeneratív ízületi és gerincbántalmakban szenvedők hányadát csökkentve, a gyulladásos betegek nagyobb arányú ellátása felé haladjon a hazai reumatológia.

A szerzők 6 potenciális megoldási lehetőséget fogalmaztak meg (*II. táblázat*), emellett számos

javaslat érkezett még a szabad szöveges válaszok között is, utóbbiakat a *Függelékben* tudjuk bemutatni, ami a levelező szerzőtől elkérhető, illetve az MRE vezetősége rendelkezésére lett bocsátva. Mint a *II. táblázatban* látható, a többség nagyrészt vagy teljesen egyetért azzal, hogy a degeneratív betegek jelentős részét házi orvosok, akár önállóan, komplex balneo-fizioterápiás egységben praktizáló diplomás szakdolgozók (gyógytornászok és fizioterapeuták), vagy a reumatológiai ellátórendszerrel függetlenül működő, gyógyfürdőhöz kapcsolt rehabilitációs szakrendelések lássák el.

Külön kérdés vonatkozott arra, hogy ezen komplex balneo-fizioterápiás önálló szakellátó-helyekre – melyek ugyan számos külföldi, nyugat-európai országban igen elterjedtek, de Magyarországon eddig megfelelő jogszabályi háttér hiányában hiányoznak – ki utalhatna beteget. A többség az előzetes vagy időszakos reumatológiai felügyelet mellett, kisebb hányad (13,86%) pedig akár anélkül is támogatná a házi orvosok közvetlen beutalási jogosultságát, de a válaszadók negyedrésze továbbra is csak reumatológus vagy más mozgásszervi szakorvosok számára tartaná fenn ezt a lehetőséget (*III. táblázat*). Kiemelendő, hogy ez volt az a kérdéscsoport, ahol jelentős különbség mutatkozott a szakrendelői és

**4. Kérjük, jelölje meg, melyik állítás áll legközelebb véleményéhez az ajánlások alkalmazásával kapcsolatban**



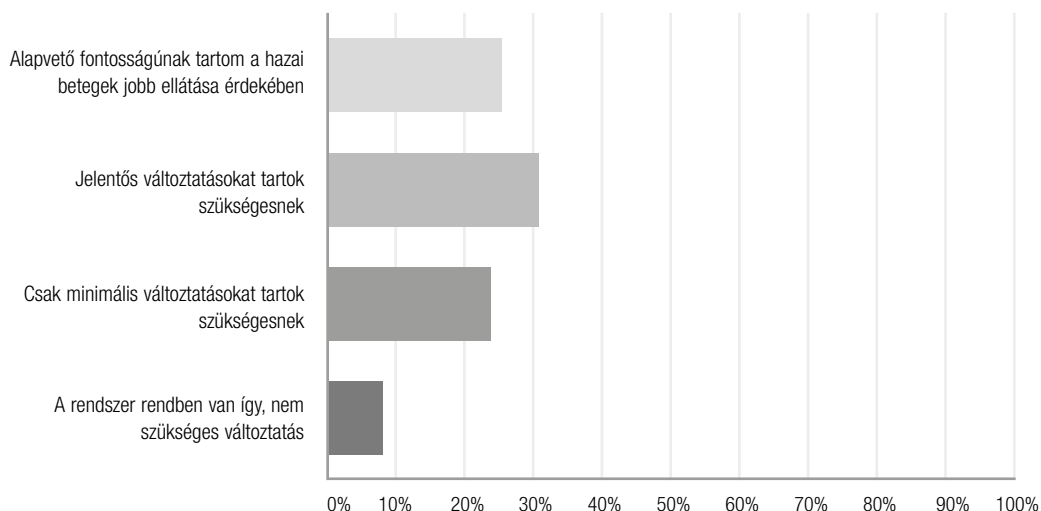
Válaszlehetőségek	Válaszok	
Mindenben követem az ajánlásokat, mivel egyetértek velük, és minden lehetőség is rendelkezésre áll ehhez	27,71%	46
Csak részben követem az ajánlásokat, mert nincs lehetőségem (diagnosztika vagy gyógyszerválasztás terén) arra, hogy teljesen kövessem azokat	62,05%	103
Csak részben követem az ajánlásokat, mert több pontjukkal nem értek egyet, illetve nem tartom azokat relevánsnak a magyarországi betegek gyógyítása céljaira	4,82%	8
Bizonyos információkat felhasználok belőlük, de jobban szeretem saját tapasztalatom alapján gyógyítani a betegeket	5,42%	9
Nem tartom szükségesnek, hogy külföldi szervezetek ajánlásait kövessem betegeim ellátása során	0,00%	0
<b>Összesen</b>		<b>166</b>

**4. ábra. A nemzetközi szakmai ajánlások alkalmazása a válaszadók körében**

Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
Nem áll rendelkezésemre minden, a reumatológiai betegek ellátásához a saját progresszivitási szintemen szükséges eszköz (laborvizsgálatok, képzővizsgálatok, más szakterület konzultáns orvosa)	38,32% 64	37,13% 62	19,16% 32	5,39% 9	167	1,92
Nincs megfelelő kórházi háttér ahhoz, hogy súlyosabb eseteket is vállalni tudjak, pedig szaktudásom és szakmai ambícióm is lenne hozzá	41,32% 69	31,74% 53	17,96% 30	8,98% 15	167	1,95
Túl sok olyan beteget vagyok kénytelen ellátni, akik nem is igényelnek reumatológus szakorvosi ellátást, így nem mindenkinek tudom a maximális minőséget nyújtani	10,78% 18	46,11% 77	32,34% 54	10,78% 18	167	2,43
Nem tudok tanácsot kérni, problémás eseteket megbeszélni helybeli vagy környékbeli kollégáimmal	53,01% 88	30,12% 50	9,04% 15	7,83% 13	166	1,72
A szűkös finanszírozás nagy akadályt jelent azzal szemben, hogy nyugodt, minőségi munkát tudjak végezni	10,84% 18	39,76% 66	31,93% 53	17,47% 29	166	2,56

**I. táblázat. „Milyen mértékben szembesül gyakorlata során az alábbi problémákkal?”  
A válaszok megoszlása az egyetértés mértéke alapján**

**5. Az angolszász és észak-európai reumatológiai gyakorlatban szinte kizárólag gyulladásos betegeket látnak el, és a francia vagy német-osztrák gyakorlatban is ezen kórképek kezelése teszi ki a reumatológusok gyakorlatának nagy részét. Hazánkban a betegforgalomban a legtöbb szinten még mindig a krónikus degeneratív betegségek és az osteoporosis dominál. Mennyire tartja fontosnak ennek csökkentését, és a gyulladásos betegek arányának növelését?**



Válaszlehetőségek	Válaszok	
Alapvető fontosságúnak tartom a hazai betegek jobb ellátása érdekében	28,74%	48
Jelentős változtatásokat tartok szükségesnek	34,73%	58
Csak minimális változtatásokat tartok szükségesnek	26,95%	45
A rendszer rendben van így, nem szükséges változtatás	9,58%	16
<i>Összesen</i>		167

**5. ábra. A válaszadók véleménye a magyarországi reumatológiai gyakorlatban ellátott beteganyag kívánatos összetételével kapcsolatban**

Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
A reumatológiai ellátórendszer úgy kellene szervezni, hogy a jelenleginél kevesebb ún. degeneratív beteget keljen ellátni	11,98% 20	28,14% 47	41,32% 69	18,56% 31	167	2,66
Több kompetenciát kellene adni háziorvosoknak a mozgásszervi betegek ellátásában	4,19% 7	27,54% 46	44,31% 74	23,95% 40	167	2,88
Több kompetenciát kellene adni fizioterapeuták, gyógytornászok számára a mozgásszervi betegek ellátásában	7,27% 12	34,55% 57	40,00% 66	18,18% 30	165	2,69
A mozgásszervi betegek nagyobb hányadát kellene gyógyfürdőhöz kapcsolt rehabilitációs szakrendelésen ellátni	6,63% 11	24,70% 41	49,40% 82	19,28% 32	166	2,81
Modern, komplex fizio-balneoterápiás egységek kialakítása lenne szükséges, ahol szakdolgozók (gyógytornász, fizioterápiás asszisztens, masszőr, ergoterapeuta) az orvosi beutalást követve, de önállóan vennének részt a mozgásszervi betegek gyógyításában	7,83% 13	22,89% 38	48,19% 80	21,08% 35	166	2,83
A reumatológiai szakrendelések jelenlegi tevékenysége, beteganyaga szakmailag megfelelő, az ellátórendszer nem szorul módosításra, a problémákat egyedül a reumatológus orvosok számának növelése tudná megoldani	44,58% 74	34,94% 58	15,06% 25	5,42% 9	166	1,81

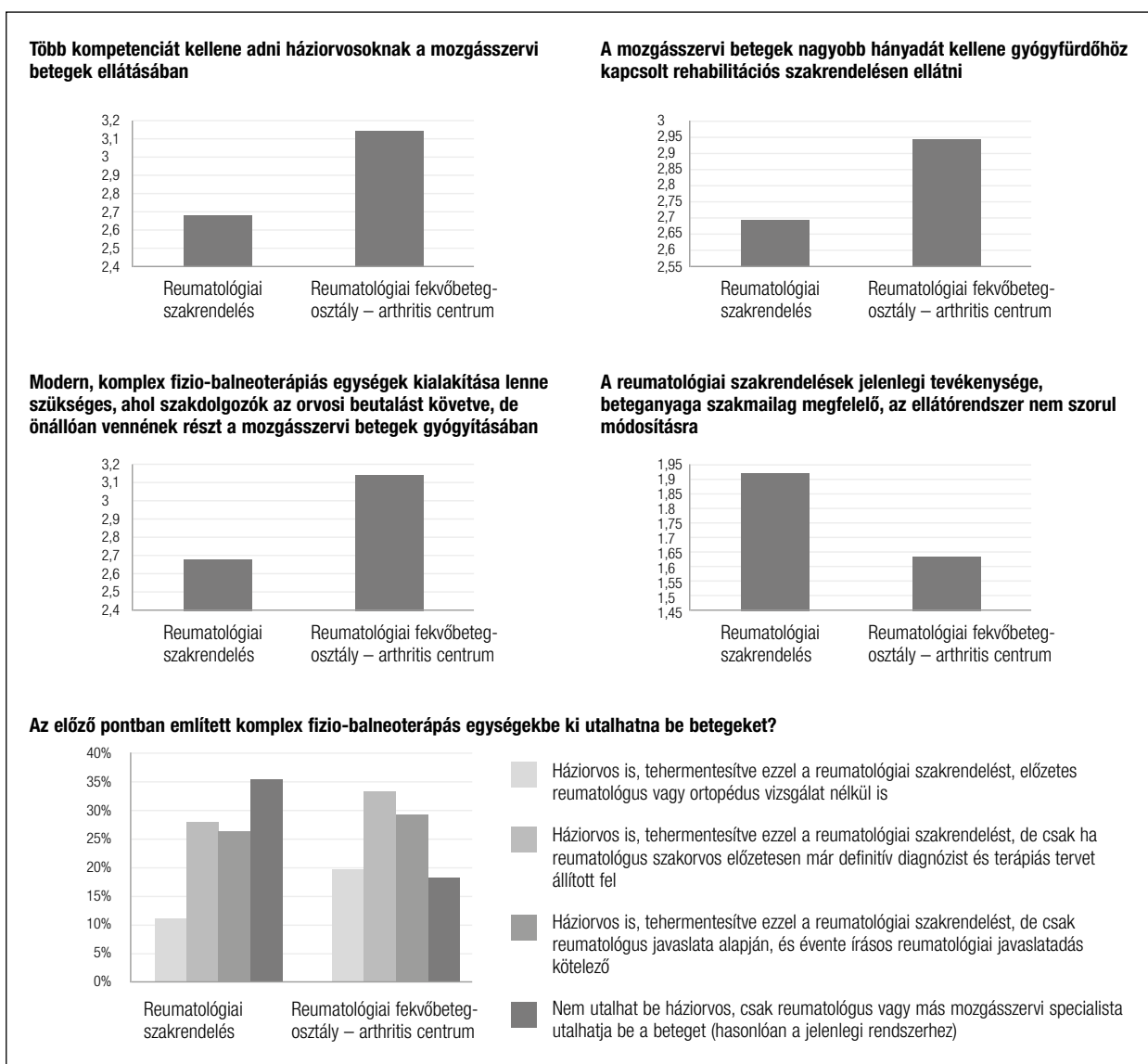
**II. táblázat. Az egyetértés mértéke a hazai ellátóhelyek minőségi színvonalának emelésére vonatkozó egyes javaslatokkal**

Válaszlehetőségek	Válaszok	
Háziorvos is, tehermentesítve ezzel a reumatológiai szakrendelést, előzetes reumatológus vagy ortopédus vizsgálat nélkül is	13,86%	23
Háziorvos is, tehermentesítve ezzel a reumatológiai szakrendelést, de csak ha reumatológus szakorvos előzetesen már definitív diagnózist és terápiás tervet állított fel	34,34%	57
Háziorvos is, tehermentesítve ezzel a reumatológiai szakrendelést, de csak reumatológus javaslata alapján, és évente írásos reumatológiai javaslatadás kötelező	25,90%	43
Nem utalhat be háziorvos, csak reumatológus vagy más mozgásszervi specialista utalhatja be a beteget (hasonlóan a jelenlegi rendszerhez)	25,90%	43

### III. táblázat. A válaszok megoszlása: „Az előző táblázatban említett komplex fizio-balneoterápiás egységekbe ki utalhatna be beteget?”

fekvőbeteg-intézeti reumatológusok között: előbbieket minden kérdéskörben (több kérdésben szignifikánsan nagyobb arányban) kevésbé pártolták a feladatkörök, jogosultságok átadását, illetve inkább támogatták a

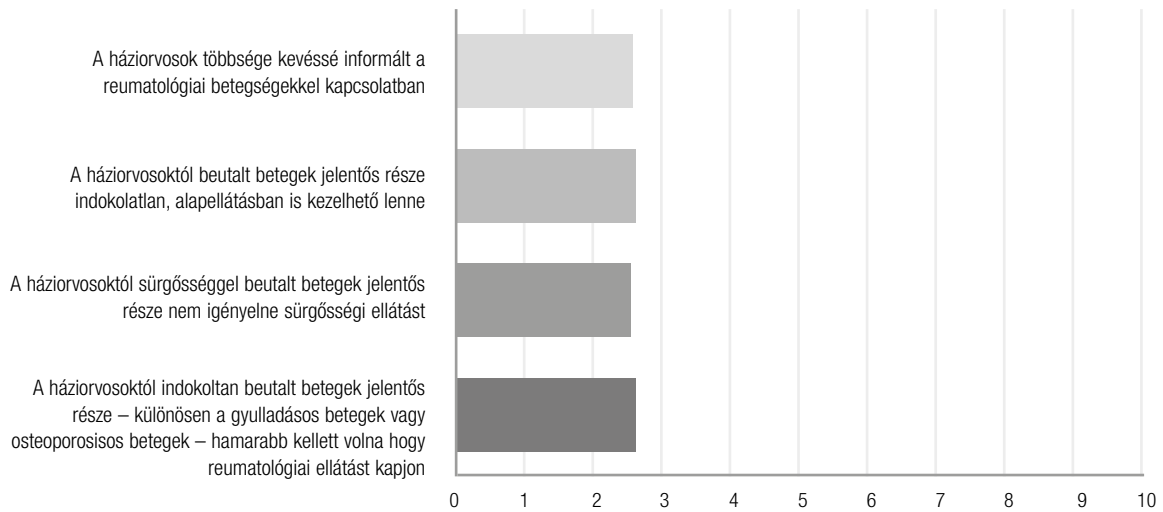
jelenlegi beteganyag fenntartását, de kiemelő, hogy körükben is a változásokat támogató álláspont volt – bár kisebb arányban – többségben (súlyozott átlag 2 felett) (6. ábra).



**6. ábra. A hazai ellátóhelyek minőségi színvonalának emelésére vonatkozó egyes javaslatok támogatottsága a válaszadók két fő csoportja között. Szakrendelésen (n=72), illetve arthritisz centrumban (n=72) dolgozó reumatológusok összehasonlítása. Az oszlopok súlyozott átlagot mutatnak (lásd Módszerek alfejezet). \*: p<0,05 (kétmintás t-próba)**



**6. Kérjük, adja meg, mennyire jelent nehézséget munkája szempontjából a következő állításokban felvetett probléma (egyáltalán nem – kismértékben – jelentős mértékben – döntő mértékben)**



Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
A háziorvosok többsége kevésbé informált a reumatológiai betegségekkel kapcsolatban	1,80%	29,94%	53,29%	14,97%	167	2,81
A háziorvosoktól beutalt betegek jelentős része indokolatlan, alapellátásban is kezelhető lenne	1,20%	31,74%	49,10%	17,96%	167	2,84
A háziorvosoktól sürgősséggel beutalt betegek jelentős része nem igényelne sürgősségi ellátást	2,40%	32,93%	48,50%	16,17%	167	2,78
A háziorvosoktól indokoltan beutalt betegek jelentős része – különösen a gyulladásos betegek vagy osteoporosisos betegek – hamarabb kellett volna hogy reumatológiai ellátást kapjon	1,80%	33,53%	42,51%	22,16%	167	2,85

**7. ábra. A vélemények megoszlása a háziorvosokkal fennálló szakmai kapcsolatok kérdésében**

A kérdőív következő része szorosabban véve a betegutakkal, az arthritis centrumok és az alacsonyabb progresszivitási szintű szakrendelők, osztályok, valamint a reumatológusok és a háziorvosok együttműködésével foglalkozott. A 7. ábra adatait értékelve megállapítható, hogy a válaszadók többsége jelentősen javítandónak értékeli szakmánk és a háziorvosok szakmai kapcsolatának színvonalát.

Ami centrum és nem centrum kapcsolatát illeti, a nem centrumban dolgozó kollégák körében az az álláspont dominált, hogy ugyan szignifikáns szervezési nehézségek előfordulnak akkor, amikor beteget szeretnének centrumba irányítani, de úgy érzik, indokolt esetben betegek magasabb progresszivitási szintű ellátása nem ütközik akadályba (IV. táblázat). Bár örvendetesen magas volt a megfelelő betegáramlásról beszámoló aránya, néhány kolléga (jelen esetben 7-en nyilatkoztak így) úgy érzékeli, hogy az illetékes centrum nem nyitott betegeik számára.

Ezt követően hat, a szakmai köztudatban felmerülő problémát tártunk a résztvevők elé (V. táblázat). Némi meglepetésre, mindegyikkel csak igen kevesen értettek egyet, és különösen az utolsó három kérdés találkozott szinte teljes elutasítással. Ugyanakkor jelentős problémaként értékelhető, hogy a centrumok betegfogadási rendjét nagyon sokan rugalmatlannak, az előjegyzési időket irreálisan hosszúnak, a betegküldés logisztikáját alacsony hatékonyságúnak értékelik, nehéz a kapcsolatfelvétel a centrumokkal, sokszor hiányzik a rendszeresen megszervezett sürgősségi betegfogadás.

Másik oldalról nézve, az arthritis centrumok munkatársai meglehetősen megosztottak voltak a VI. táblázatban bemutatott kérdésekben. Viszonylag nagy volt az aránya azoknak, akik úgy gondolják, túl későn, indokolatlanul előrehaladott károsodások állapotában „kapják meg” a betegeket a szakrendelésről, illetve, hogy nem tudják betegeiket visszairá-



Válaszlehetőségek	Válaszok	
Gördülékeny, jól megoldott, szinte teljesen akadálymentes	20,61%	34
Előfordulnak nehézségek, melyek nem akadályozzák meg betegem továbbirányítását, de szignifikáns szervezési nehézséggel járnak	42,42%	70
Nehéz, problémás a betegem továbbirányítása	12,73%	21
Alig van lehetőségem betegeim konzultálására, továbbirányítására a területileg illetékes magasabb progresszivitási centrumba	4,24%	7
Legmagasabb progresszivitási centrumban dolgozom, a kérdés nálam nem merül fel	20,00%	33
<b>Összesen</b>		165

#### IV. táblázat. A válaszok megoszlása: „Mennyire érzi gördülékenynek beteg továbbirányítását magasabb progresszivitási szintű reumatológiai ellátóhelyre?”

Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
A magasabb szintű centrum előjegyzési ideje túl hosszú	21,83% 31	44,37% 63	26,76% 38	7,04% 10	142	2,19
A magasabb szintű centrum nehezen elérhető (ritkán vesznek fel telefont, gyakran nem válaszolnak e-mail vagy más megkeresésre)	33,10% 47	42,96% 61	19,72% 28	4,23% 6	142	1,95
A magasabb szintű centrum előjegyzési rendje rugalmatlan, nem életszerű (pl. nem fogad sürgősséggel beteget)	38,73% 55	38,73% 55	16,90% 24	5,63% 8	142	1,89
A magasabb szintű centrumban dolgozó orvosok negatív hozzáállással viselkednek az általam beutalt betegekkel szemben, esetenként negatívan minősítik munkámat	66,67% 94	25,53% 36	4,96% 7	2,84% 4	141	1,44
Nem jó a magasabb szintű centrumban dolgozó kollégákkal a személyes kapcsolat, vagy nem tudok velük érdemben beteget konzultálni	71,63% 101	20,57% 29	7,09% 10	0,71% 1	141	1,37
Elvesztem betegemet, ha magasabb szintű centrumba irányítom	56,03% 79	29,79% 42	9,93% 14	4,26% 6	141	1,62

#### V. táblázat. A válaszok megoszlása: „Mennyire jelentenek a magasabb progresszivitási centrumba történő továbbirányítás útjában akadályt a következő problémák?”

Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
Az arthritis centrumba érkező gyulladásoos betegek az indokoltnál később kerülnek beutalásra, így sok esetben már elkésve indul a célzott terápia számukra	3,21% 5	45,51% 71	44,87% 70	6,41% 10	156	2,54
Az arthritis centrumba utalt beteget nehéz visszairányítani szakrendelésre szakmai vagy logisztikai okokból	16,13% 25	41,94% 65	32,26% 50	9,68% 15	155	2,35
Az arthritis centrumba utalt beteget nem célszerű visszairányítani szakrendelésre	27,27% 42	42,86% 66	24,03% 37	5,84% 9	154	2,08
Az arthritis centrumba utalt beteget szívesen gondoznám közösen a szakrendelés reumatológus szakorvosával	12,99% 20	18,18% 28	40,26% 62	28,57% 44	154	2,84
A centrum nagy leterheltsége vagy egyéb szakmai okok miatt is támogatnám, hogy felkészült reumatológus kollégák, akkreditált szakrendelésen, szoros ellenőrzés mellett adhassanak biológiai vagy új, kis molekulás célzott terápiákat	21,02% 33	20,38% 32	31,85% 50	26,75% 42	157	2,64

#### VI. táblázat. A válaszok megoszlása: „Mennyire jelentenek az alacsonyabb progresszivitási szinttel fenntartott betegirányítás útjában akadályt a következő problémák?”

Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
Helyesnek tartom, hogy bizonyos betegségaktivitási vagy funkcionális indexet számoljak ki (pl. DAS28, BASDAI, HAQ-DI, BASFI stb.), és ezeket el is végzem munkám során	1,21% 2	20,61% 34	32,12% 53	46,06% 76	165	3,23
Helyesnek tartom, hogy bizonyos betegségaktivitási vagy funkcionális indexet számoljak ki (pl. DAS28, BASDAI, HAQ-DI, BASFI stb.), de csak akkor, ha ezért plusz finanszírozás járna	52,44% 86	21,34% 35	15,24% 25	10,98% 18	164	1,85
Helyesnek tartom, hogy bizonyos betegségaktivitási vagy funkcionális indexet számoljak ki (pl. DAS28, BASDAI, HAQ-DI, BASFI stb.), de ez idő hiányában nem megvalósítható	29,52% 49	31,33% 52	25,30% 42	13,86% 23	166	2,23
Feleslegesnek tartom, hogy bizonyos betegségaktivitási vagy funkcionális indexet számoljak ki (pl. DAS28, BASDAI, HAQ-DI, BASFI stb.)	86,06% 142	7,88% 13	3,64% 6	2,42% 4	165	1,22
Néhány mérőszámot kellene meghatározni (pl. évente diagnosztizált arthritises betegek száma, hagyományos DMARD-kezelésben részesülő arthritises betegek száma, betegségaktivitási indexek alapján a remisszióban levő vagy alacsony betegségaktivitással rendelkező betegek aránya stb.)	12,20% 20	34,15% 56	32,32% 53	21,34% 35	164	2,63

**VII. táblázat. Különböző, a reumatológiai ellátórendszer minőség-fejlesztését célzó javaslatok támogatottsága a válaszadók körében – minőségi standardok alkalmazása a mindennapi munka során**

nyítani a szakrendelésekre, bár a többség (69–70%) azt tartja a betegek szempontjából célszerűnek és kívánatosnak, hogy az ellátásuk arthritis centrum és szakrendelő közötti jó kooperáció alapult. Végül arra a kérdésre, hogy felkészült reumatológus kollégák, akkreditált szakrendelésen, szoros ellenőrzés mellett adhassanak-e biológiai vagy új, kis molekulás célzott terápiákat, a többség (58,6%) jelentős vagy döntő mértékben egyetért ezzel a gondolattal, de volt egy kategorikus kisebbség, a válaszadók 21%-a, aki egyértelműen ellenzi ezt a felvetést. A szabad szöveges vélemények között még számos további gondolatot, véleményt lehet olvasni a *Függelékben* (összesen 35 válaszolótól).

A nehézségek feltárása és a jelenlegi működéssel kapcsolatos vélemények felmérése után végül a megoldási javaslatokkal kapcsolatos álláspontok tesztelése zárta a kérdőívet. A kérdések a minőségirányítás fejlesztése, szakmai standardok kidolgozása, szakmai szabályok megalkotása oldaláról igyekeztek megközelíteni a megoldási lehetőségeket. Mivel a kérdőív elsősorban az arthritises betegek ellátásának problémáira, akadályaira, valamint a betegutak és a betegellátás színvonalának javítására koncentrált, először arra voltunk kíváncsiak, mekkora támogatottsága lenne annak, hogy ezen betegségek aktivitását, a betegek funkcionális állapotát és gyógyszeres kezelésének mutatóit mérnék, rögzítenék a

kollégák, és ezen mérőszámok ellenőrzése révén alakulna ki egy magas minőséget biztosító ellenőrzési, irányítási szakmai rendszer. Mint a *VII. táblázatban* látható, a kollégák túlnyomó többsége egyetért azzal, hogy pl. a DAS28- vagy BASDAI-indexek rögzítése révén objektív mérőszámok tükrözzék a betegek állapotát, és ezt a nagy többség semmilyen feltételhez sem kötné, bár az idő hiányát sokan jelölték meg mint nehezítő tényezőt. Az aktivitás felmérésén kívül néhány további mérőszámot is felvetettünk (*VII. táblázat*), mint pl. évente diagnosztizált arthritises betegek száma, hagyományos DMARD-kezelésben részesülő arthritises betegek száma, betegségaktivitási indexek alapján a remisszióban levő vagy alacsony betegségaktivitással rendelkező betegek aránya stb., melyek már értelemszerűen adatgyűjtéssel járó pluszfeladatot is rónak az ellátóhelyekre. Ennek ellenére a válaszolóknak csak kis hányada (10% körül) utasította el ezt a gondolatot, a többség a kismértékben vagy a nagyrészt egyetérték válaszokat jelölte meg. Az egyetértés fokát jelző súlyozott átlag mindenhol 2,0 felett, azaz az egyetértés oldalán állt.

Mi legyen a következménye ezen minőségi mutatók gyűjtésének? Hogyan járulhat hozzá a munka minőségének számszerűsített megítélése a betegek ellátásának és a reumatológiában dolgozók szakmai előmenetelének javításához? Az erre vonatkozó javaslatok támogatottságából az derül ki, hogy a

Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
Reumatológus szakorvosokból álló szakértői csoportot kellene létrehozni, pl. régióként, melyek időszakonként áttekintenek az adott reumatológiai ellátóhelyek (szakrendelés és osztály) arthritis-kezelési gyakorlatát (szakrendelésenként orvosokra lebontva), és véleményt, javaslatokat fogalmaznának meg az ott dolgozók számára	15,85% 26	31,71% 52	32,32% 53	20,12% 33	164	2,57
A mérőszámok alapján bizonyos minőségi standardok kerüljenek kidolgozásra, és ezek teljesülése az ellátóhely tartós működésének feltétele legyen (pl. bekerülnének a minimumfeltételek közé).	14,72% 24	34,97% 57	29,45% 48	20,86% 34	163	2,56
A mérőszámok alapján bizonyos minőségi standardok kerüljenek kidolgozásra, és ezek teljesülését a reumatológiai szakmai vezető testületek (pl. Szakmai Kollégium) időszakonként ellenőrzik	11,18% 18	32,30% 52	36,02% 58	20,50% 33	161	2,66
A mérőszámok alapján bizonyos minőségi standardok kerüljenek kidolgozásra, és ezek nyilvánosságra kerülhessenek pl. betegek számára is elérhető weboldalon	24,69% 40	37,04% 60	26,54% 43	11,73% 19	162	2,25
Az intézetek, illetve orvosok autonómiáját sérti, ha bármilyen kontrollt vezetnék be, ezért maradjon minden a jelenlegi módon	46,95% 77	30,49% 50	15,85% 26	6,71% 11	164	1,82

### VIII. táblázat. Különböző, a reumatológiai ellátórendszer minőségfejlesztését célzó javaslatok támogatottsága a válaszadók körében – az ellenőrzésekről történő visszajelzés formái

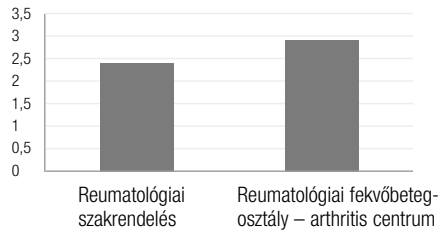
válaszadók nagyobb hányada vállalná azt, hogy e mérőszámok alapján az erre hivatott szakmai testület(ek), pl. a Szakmai Kollégium által megbízott regionális minőségellenőrző szakértői orvoscsoport javaslatokat fogalmazzon meg az ellátóhelyek (szakrendelések esetén minden egyes orvosra lebontva) tevékenységére vonatkozóan (VIII. táblázat). Ami az ellenőrzések potenciális következményeit illeti, viszonylag a legkisebb, de még egyetértő volt a támogatottsága annak, hogy a szakrendelések ily módon kapott minősítése a teljes nyilvánosság, így a betegek számára is elérhető legyen, de a válaszadók nagyobb része inkább úgy gondolta, hogy az erre hivatott szakmai testületek ezek rendszeres ellenőrzése után javaslatokat, javítási elvárásokat tegyenek az ellátóhelyek (szakrendelésen orvosokra lebontva) felé. E kérdéskörben is volt töréspont a szakrendelőben és az arthritis centrumban dolgozó kollégák között: a szakrendelői reumatológusok általában kisebb mértékben támogatták a minőségi standardok kidolgozását és alkalmazását, és a feltett kérdések többségében a különbség szignifikáns volt, de fontos megjegyezni, hogy a különbség ellenére a szakrendelői kollégák körében is minden konkrét javaslattal kapcsolatban az inkább egyetértés (súlyozott átlag > 2,0) volt többségben (8. ábra).

Tovább boncolva a kérdéskört, a következő kérdéscsoport arra vonatkozott, hogy pozitív vagy negatív

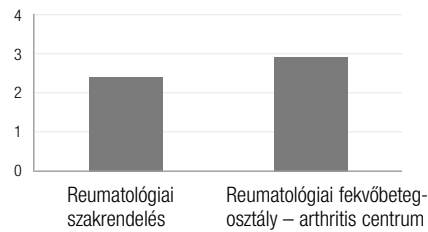
következmény („jutalom” vagy „büntetés”) filozófiája kap-e nagyobb támogatást (IX. táblázat). A relatív többség számára az önkéntes adatszolgáltatás volt a legrokonszenvesebb megoldás, ami értelemszerűen csak pozitív irányban befolyásolhatná a szakrendelés, illetve orvosa tevékenységét, így a magas minőségű ellátást tükröző mutatószám pl. több finanszírozást vagy szakmai kompetencia szempontból magasabb minősítést eredményezhetne. A válaszadók közel 60%-a ugyanakkor a kötelező adatszolgáltatás mellett tette le a voksát, és ezen belül annak volt a legnagyobb támogatottsága, hogy ez mind pozitív, mind negatív (pl. kötelező javítóintézkedések) következményekkel járjon.

Az utolsó három kérdés ezekkel a potenciális gyakorlati következményekkel kapcsolatos álláspont felderítését célozta, melyek már az ellátórendszer továbbfejlesztésének alapjait képezhetnék (X. táblázat). Mindhárom pozitív következmény kiemelkedően magas támogatottságot élvez a válaszadók körében. A részt vevő hazai reumatológusok 70-80%-a nagyrészt vagy teljesen egyetért azzal, hogy a színvonalas teljesítményt nyújtó szakorvosok rendelései 1. kapjanak magasabb finanszírozást, 2. magasabb szakmai minősítést, 3. az eddiginél több szakmai kompetenciát, így pl. jogosultak lehessenek biológiai vagy egyéb új célzott terápiák adására.

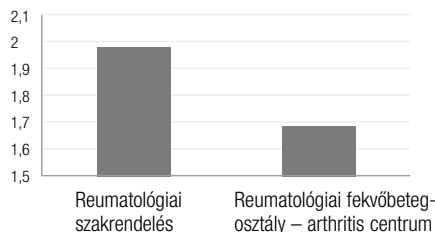
**Néhány mérőszámot kellene meghatározni... A szakértői csoport ezen mérőszámok alapján véleményt, javaslatot fogalmaz meg az ellátóhely dolgozóinak számára**



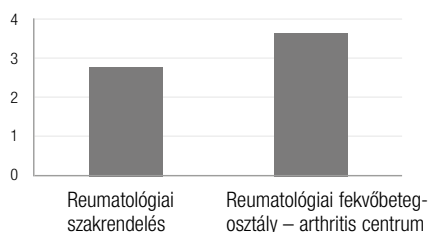
**A mérőszámok alapján bizonyos minőségi standardok kerüljenek kidolgozásra, és ezek teljesülését a reumatológiai szakmai vezető testületek időszakonként ellenőrzik**



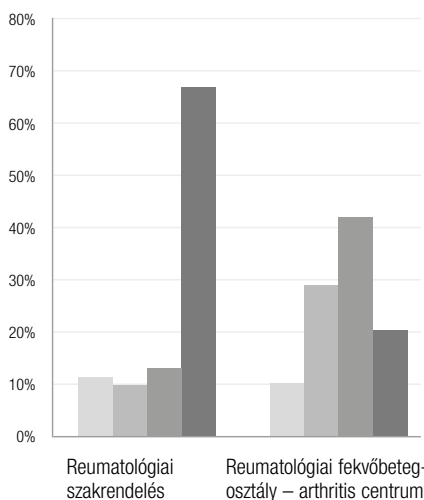
**Helyesnek tartom, hogy bizonyos betegségaktivitási vagy funkcionális indexet számoljak ki..., de csak akkor, ha ezért plusz finanszírozás járna**



**Helyesnek tartom, hogy bizonyos betegségaktivitási vagy funkcionális indexet számoljak ki..., és ezeket el is végzem munkám során**



**Kérjük jelölje meg, hogy melyik javaslatot tartja a legjobbnak**



- A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás kötelező lenne, és ha bizonyos határérték alatti minőségi mutató jönne ki, az ellátóhely (szakrendelés esetén orvosra lebontva) javító intézkedésekre lenne kötelezhető
- A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás kötelező lenne, de csak pozitív értelemben minősítené az adott ellátóhely munkáját (szakrendelés esetén orvosra lebontva), tehát ha bizonyos határérték feletti minőségi mutató jönne ki, az ellátóhely több finanszírozást kaphatna
- A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás kötelező lenne, és mind negatív, mind pozitív értelemben lehetne következménye (lásd: előző két pont)
- A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás önkéntes lenne, és csak pozitív értelemben minősítené az adott ellátóhely munkáját (szakrendelés esetén orvosra lebontva), tehát ha bizonyos határérték feletti minőségi mutató jönne ki, az ellátóhely több finanszírozást kaphatna

**8. ábra. Minőségi mutatók bevezetésére és következményeire vonatkozó egyes javaslatok támogatottsága a válaszadók két fő csoportja között. Szakrendelésen (n=72), illetve arthritisz centrumban (n=72) dolgozó reumatológusok összehasonlítása. Az oszlopok súlyozott átlagot mutatnak (ld. Módszerek alfejezet) \*: p<0,05 (kétmintás t-próba)**

## Megbeszélés

A bemutatott felmérés elkészítésének mozgatórugója az volt, hogy az utóbbi egy-két évtizedben hatalmas fejlődésen ment át a gyulladásszerű reumatológiai betegségek ellátása: a képalkotó és laboratóriumi diagnosztika fejlődése, és számtalan innovatív gyógyszer öröndetes megjelenése olyan esélyeket biztosít a gyulladásszerű mozgásszervi betegségekben – elsősorban rheumatoid arthritiszben és spondylarthritisekben – szenvedő betegeknek, ami

nemrég még elképzelhetetlennek tűnt. A fejlődés a terápiás gyakorlatban és a nemzetközi irányelvek markáns szemléletváltozásában is tükröződik; köztudott, hogy manapság már az említett gyulladásszerű betegségek kezelésében a cél a teljes tünetmentesség, az évtizedeken át megőrzött teljes mozgásszervi funkcionális épség és jó életminőség. Ugyan hazánkban is öröndetesen bővült az új terápiás lehetőségek elérhetősége, és általánosságban véve sokat javultak a betegek kilátásai, de nemcsak a szerzők látják úgy, hanem széles körben elfogadott vélemény

Válaszlehetőségek	Válaszok	
A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás kötelező lenne, és ha bizonyos határérték alatti minőségi mutató jönne ki, az ellátóhely (szakrendelés esetén orvosra lebontva) javító intézkedésekre lenne kötelezhető	10,06%	16
A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás kötelező lenne, de csak pozitív értelemben minősítené az adott ellátóhely munkáját (szakrendelés esetén orvosra lebontva), tehát ha bizonyos határérték feletti minőségi mutató jönne ki, az ellátóhely több finanszírozást vagy szakmai kompetencia szempontból magasabb minősítést kaphatna	20,75%	33
A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás kötelező lenne, és mind negatív, mind pozitív értelemben lehetne következménye (lásd: előző két pont)	27,67%	44
A mérőszámokhoz szükséges adatszolgáltatás önkéntes lenne, és csak pozitív értelemben minősítené az adott ellátóhely munkáját (szakrendelés esetén orvosra lebontva), tehát ha bizonyos határérték feletti minőségi mutató jönne ki, az ellátóhely több finanszírozást vagy szakmai kompetencia szempontból magasabb minősítést kaphatna	41,51%	66
Összesen		159

**IX. táblázat. A válaszok megoszlása arra a kérdésre, hogy milyen jellegű következményei legyenek a minőségellenőrzési folyamat kapcsán kapott eredményeknek**

Válaszlehetőségek	egyáltalán nem	kismértékben	jelentős mértékben	döntő mértékben	összesen	súlyozott átlag
Egyetérték azzal, hogy a mérőszámokkal dokumentáltan magasabb minőségű munkát végző reumatológus szakorvosok szakrendelése magasabb finanszírozásban részesüljenek	12,65% 21	14,46% 24	30,12% 50	42,77% 71	166	3,03
Egyetérték azzal, hogy a mérőszámokkal dokumentáltan magasabb minőségű munkát végző reumatológus szakorvosok szakrendelése magasabb szakmai minősítést kaphatnának	9,64% 16	12,65% 21	32,53% 54	45,18% 75	166	3,13
Egyetérték azzal, hogy a mérőszámokkal dokumentáltan magasabb minőségű munkát végző reumatológus szakorvosok szakrendelése több szakmai kompetenciát kaphatnának (pl. jogosultak lennének biológiai vagy új nem biológiai célzott terápiák felírására)	9,64% 16	13,86% 23	34,34% 57	42,17% 70	166	3,09

**X. táblázat. Különböző, a reumatológiai ellátórendszer minőségfejlesztését célzó javaslatok támogatottsága a válaszadók körében – pozitív következmények az ellátórendszer továbbfejlesztése érdekében**

és tapasztalat, hogy nagyon sok beteg kezelése, ellátása messze elmarad a napjainkban már elvárható szinttől. A hazai reumatológia színvonalának emelése, a betegek jobb ellátása a benne dolgozók együttműködésén, problémáik feltárásán, lehetőségeik javításán, a rendszer hatékonyabb működésén és a kor változásaihoz történő folyamatos alakításán múlik. A kérdőív célja ezen lehetőségek feltárása volt, hiszen egy rendszert felülről, bármilyen jó szándékkal is, de a résztvevők akarata ellenére nem lehet megváltoztatni. Felmérésünk most az előbb elmondottak miatt az arthritisekre koncentrált, de ez nem jelenti azt, hogy a többi reumatológiai betegség nem igényelne hasonló figyelmet.

Kérdés, hogy mennyire tekinthető reprezentatívnak a felmérés, így eredményei mennyire adnak alapot általános érvényű következtetések levonására. A kérdőív minden MRE-tag orvoshoz, aki az egyesület nemrég frissített levelezési listája alapján elérhető, eljutott. A 167 válaszoló véleményünk szerint tekin-

télyes szám, és az életkori és munkahelyi megoszlás nagyrészt tükrözi a hazai aktív reumatológiai szakma szerkezetét. Ugyan számszerűleg a 167 válaszoló csak egy kisebbség az MRE összes regisztrált tagja között, de ha a szakmai rendezvényeken, a reumatológiai közéletben rendszeresen, aktívan részt vevő kört idézzük fel, akkor joggal feltételezhető, hogy a kérdőív átgondolt kitöltését vállaló 167 fő nagyrészt lefedi az elkötelezett, véleményt formáló, tenni akaró hazai reumatológusi kör túlnyomó részét.

A válaszokból világos kép rajzolódik ki a magyarországi reumatológusok szemléletével, jövőképevel kapcsolatban. A nagy többség ismeri és követni próbálja a szakma fejlődése által biztosított ismereteket, illetve korszerű szemléletmódot. Mégis, annak ellenére, hogy az orvoslás művészete sokkal többet jelent, mint az ajánlások gépies követése, nagyon elgondolkodtató, hogy az EULAR-ajánlásokat a hazai reumatológusok 62%-a nem tudja teljesen követni. Értelemszerű, hogy az arthritis centrumon kívül

dolgozók számára ennek egyik fő oka a gyógyszer-választási korlátozottság lehet, de számos arthritis-centrum-dolgozó is magáénak vallotta ezt a problémát. Az önmagától is elvart teljesítményt akadályozó tényezők közül egyértelműen kiderült, hogy a betegforgalom mérete, a beteganyag összetétele és a finanszírozás elégtelensége a hazai reumatológusok nagy részét negatívan érinti. Mindemellett igen pozitív benyomás rajzolódik ki akkor, amikor a problémákat firtató számos kérdésre adott válaszokat tekintjük át: a többség nem értett egyet azzal, hogy betegirányítás szervezése, a diagnosztikai lehetőségek elérhetősége vagy a szakrendelések és centrum közötti együttműködés, konzultáció területén lényeges nehézséget tapasztalna a betegellátó tevékenységében. Ebből mindenképpen azt a következtetést lehet levonni, hogy a hazai reumatológusok többsége az említett problémák ellenére pozitívan igyekszik viszonyulni az adott helyzethez, igyekszik leküzdeni az akadályokat és megoldani a betegutak szervezését. A képet azért számos tényező árnyalja: torzító tényező lehet az, hogy feltételezhető, hogy a válaszolók nagy része egyébként is az ilyen pozitív attitűddel, nagyobb tenni akarással rendelkező kollégák közül került ki, és sok, az átlagnál is komolyabb teherterheléssel küzdő munkatársunk számára a kérdőív kitöltésére nem maradt sem energia, sem motiváció. Hazai viszonyok között az sem meglepő, hogy az elégedetlenség nagyobb volt, amikor a „lefelé” irányuló problémákra kérdeztünk: arányaiban nagyobb volt a háziorvosokkal szemben, valamint a centrumok részéről az alacsonyabb progresszivitási szinttel való együttműködést firtató kérdésekre a megélt problémák súlya, mint pl. a szakrendelők részéről a centrum irányában. Ezt jelzi az is, hogy amikor szabad szöveggel lehetett további problémákat felvetni, igen sok további nehézség jött fel, a szöveggörnyezetből ítélve nagyrészt a szakrendelői kollégák részéről. Típusos, gyakori gond az, hogy a centrumok előjegyzése rugalmatlan, nem létezik a sürgős betegfogadás szervezett formája, nehéz a kommunikáció az egyes progresszivitási szintek között, kevés támogatást éreznek a felsőbb szintek felől a sokszor kisebb településeken, izoláltan dolgozó kollégák, akik a háziorvosi hálózat összes anomáliáját is közvetlenebbül tapasztalják.

A megoldási lehetőségek közül igen nagy egyetértést talált az a felvetés, hogy a dominálón krónikus, degeneratív gerinc- és ízületi betegek rutinszerű ellátása felől az arthritisek, az akutabb esetek alaposabb ellátását biztosító rendelői betegösszetétel irányában kell átszervezni a hazai reumatológiai ellátóhelyek tevékenységét. A többség támogatná, hogy a háziorvosi képzés és kompetenciák erősítésével, a balneofizioterápia, illetve a rehabilitációs tevékenység részleges különválasztásával lehetne „áramvonalasítani” a reumatológiai szakrendelések, osztályok tevékenységét, és a sokszínűség megtartása mellett ezáltal válna lehetővé az arthritisek magasabb minőségű ellátása. A szakma minden szintjén komoly támoga-

tottsága van ezen korszerűsítő törekvéseknek, de az elgondolkodtató, hogy a legtöbb problémát felvető szakrendelői réteg körében ennek ellenére kisebb a változtatások támogatottsága.

Kutatásunk tapasztalatai alapján a minőségfejlesztési teendők két fő területre csoportosíthatók: egyrészt mindenki, szakrendeléstől egyetemi centrumig folyamatosan tudna javítani saját hatásköri területén a logisztikai kapcsolatokon (telefonos vagy e-mail-elérhetőség, elsőbbségi betegfelvételi lehetőség biztosítása sürgős esetek számára, a beérkező beteganyag triázsolása, oktatás, továbbképzés szervezése háziorvosok, a területen dolgozó reumatológusok és társszakmák számára stb.). A másik lehetőség, sőt véleményünk szerint teendő, az egész hazai reumatológiai rendszer átalakítása, részben az előző bekezdésben említettek alapján, az ellátóhelyek szakmai minőségének ellenőrzése irányában. Megerősítést jelenthet, hogy az ellenőrzés, kontroll gondolatát, a szavakból felsejlő negatív asszociációk ellenére a nagy többség nem utasítja el. Igen nagy támogatottságot olvastunk ki amellett, hogy egyes minőségi mutatószámok, standardok kidolgozása és alkalmazása révén a szakmai testületek és a résztvevők felé világos kép rajzolódjon ki az egyes ellátóhelyek tevékenységének színvonaláról. Ugyan a válaszadók legnagyobb hányada az önkéntes és csak pozitív következményekkel járó minősítési eljárást támogatta, a többség a kötelező, és jelentős arány az akár negatív következményeket is magával vonó rendszer ellen sem emelte kifogást. Mivel az arthritis centrumok számára már léteznek adatszolgáltatási kötelezettségek és ellenőrzési mechanizmusok, valamint a szakmai felzárkózási igény leginkább az I. progresszivitási szinten dolgozók részéről nyilvánul meg, érdemes elsősorban a szakrendelések minőségbiztosítására koncentrálni. A kirajzolódó kép alapján a szakma igényli azt, hogy legalább az önkéntesen részt vevők számára –, akik a kor színvonalának megfelelő, igényes, magas elvárásoknak is megfelelő munkát végeznek, és ezt standardizált adatok is alátámasztják – lehetőség nyíljon magasabb minősítés, magasabb finanszírozás megszerzésére vagy a biológiai, illetve orális innovatív készítmények adására. Úgy gondoljuk, a reumatológia rohamos fejlődése mindenképpen indokolatlanná tette azt, hogy az újdonságokhoz való hozzáférésekből a szakma jelentős része kimaradjon, másrészt világos elvárásrendszer kidolgozása és alkalmazása nemcsak a szakmai előrelépést tenné lehetővé minden arra hivatott kolléga számára, hanem előbb-utóbb kiküszöbölné a mostanra már elvárható színvonal és az esetenként ettől jelentősen elmaradó gyakorlat közötti szakadékot is. Véleményünk szerint ennek megvalósulása elsősorban közös akarat és döntés, valamint nem kevés munka kérdése.

Levelezés: Kovács László dr.,  
e-mail: kovacs.laszlo@med.u-szeged.hu