

Mit tehet a házi orvos a mammográfiás szűréseken való részvétel javításáért?

A prevenciós nővér szerepe

Móczár Csaba dr.¹ ■ Ambrózay Éva dr.² ■ Lehoczky Nyina³

¹Irinyi Egészségügyi Központ, Kecskemét

²Bács-Kiskun Megyei Kórház, MaMMA® Szűrő és Diagnosztikai Központ, Kecskemét

³Bács-Kiskun Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály, Kecskemét

Bevezetés: A szűréseken, köztük a mammográfiás szűrésen való részvétel aránya hazánkban igen alacsony. A megjelenési arány javítása terén az alapellátás szerkezeti átalakítása, a praxisközösségek kialakítása lényeges feladat. **Célkitűzés:** A szerzők munkájukban a praxisközösségek tagjaként a szűrést segítő prevenciós nővérek munkájának hatékonyságát vizsgálták a mammográfiás szűrések szervezésén keresztül. **Módszer:** Kecskeméten fokozatosan az összes felnőtt-házi-orvosi praxisra kiterjesztve, meghatározott protokoll szerint, a prevenciós nővérek segítségével a házi orvosok nevében léptek kapcsolatba a mammográfiás szűrésen a bázisidőszakot megelőző két évben részt nem vett asszonyokkal. **Eredmények:** Az első szerző saját praxisában tartósan 60% feletti megjelenési arányt lehetett elérni a módszerrel. A második fázisban a programot öt praxisra kiterjesztve a két évben túl megjelentek 36,7%-át sikerült a mammográfiás szűrésbe ismételt bevonni. A harmadik fázisban, a város egészére kibővítve a programot, a két évben belül nem szűrt lakosság 16–20%-a jelent meg szűrésen, és a regionális mammográfiás központban 70% fölé emelkedett a terület átszűrtségének aránya. **Következtetések:** A program során igazolódott, hogy a praxisközösség tagjaként dolgozó prevenciós nővér hatékonyan tudja koordinálni a szűrési feladatokat a házi orvosok, a szűrőcentrumok és a páciensek között. Orv. Hetil., 2017, 158(8), 311–315.

Kulcsszavak: házi orvosok, mammográfia, prevenciós nővér, praxisközösség, részvételi arány, szűrés

How can family doctors improve the participation rate in mammographic screening

The role of prevention nurses

Introduction: In our country the participation rate in screenings, including mammographic screening is very low. Restructuring of primary care system through the development of practice teams is an important task. **Aim:** The authors examined the effectiveness of prevention nurses' work as a member of the practice team on the organization of mammographic screening. **Method:** Prevention nurses looked up women who did not participate in mammographic screening two years before proceeding the reference period according to a protocol. The program was gradually extended to all family doctor practices in Kecskemét. **Results:** In the author's own practice is that the turnout could be achieved and sustained over 60% with this method. During the extension of the program on a representative sample respect of Kecskemét 36.7% of patients who did not participate in screening in the previous two years were involved in mammographic screening again. Extending the entire target population of Kecskemét authors found that the 16–20% of non-screened patients participated again and whole screening rate rose above 70% in the city. **Conclusions:** The program proved that a prevention nurse as a practice team member can coordinate the tasks of screening effectively making a connection among the family doctors, screening centers and patients.

Keywords: mammography, screening, prevention nurse, practice team, family doctors, turnout

Móczár, Cs., Ambrózay, É., Lehoczky, Ny. [How can family doctors improve the participation rate in mammographic screening. The role of prevention nurses]. Orv. Hetil., 2017, 158(8), 311–315.

(Beérkezett: 2016. augusztus 17.; elfogadva: 2016. december 19.)

A magyarországi halálozási adatok szomorú képet mutatnak az ország egészségügyi helyzetéről. 2014-ben 12,8 ezrelékes halálozási aránnyal Európában Bulgária és Oroszország után a harmadik helyen álltunk [1]. A halálokok között a cardiovascularis betegségek vezetnek 62 780 honfitársunk halálát okozva, a második helyen a daganatos betegségek 33 292 halálessel [2]. Amíg a cardiovascularis halálozás tíz évvel ezelőtt még 70 ezer/év körül mozgott, a daganatos halálozás gyakorlatilag 1992 óta 33 ezer/év körül stagnál. Bizonyos években kismértékben csökken, más években emelkedik [2].

Mindezek mellett szomorú tény az is, hogy a szűrésre alkalmas daganatos betegségek miatt a hasonló népességű európai államokhoz viszonyítva nálunk magasabb a halálozás. Emlőrákban 2011-ben 2159 magyar ember halt meg (2138 nő és 21 férfi), míg Csehországban 1747, Szlovákiában 902 vagy Ausztriában 1508 ember. A másik kidolgozott és elfogadott szűrőmódszerrel könnyen felfedezhető daganat a méhnyakrák, amelyben 2011-ben 414 magyar asszony halt meg, amíg a hasonló népességű Csehországban 316, Szlovákiában 221 és Ausztriában 154 [1].

Az alapellátás számos feladata közül az egyik legfontosabb a megelőzés, amely magában foglalja az egészségnevelést, a szűrés szervezését. A másik fő feladatkör a gyógyítás, az akut betegség tüneteivel orvoshoz forduló betegek vizsgálata, betegségük diagnosztikája és gyógyítása. A harmadik fő terület a gondozás, a feltárt idült betegségek nyomon követése, a betegség rosszabbodásának, a szövődmények kialakulásának megelőzése vagy késleltetése. Ideális esetben a feladatok prioritását a megelőzés–gyógyítás–gondozás sorrend határozza meg. A mindennapi háziiorvosi gyakorlatban azonban ez a sorrend nem valósul meg, a tevékenység nagy részét a gyógyítás és a gondozás teszi ki. Nagyon kevés energia jut a megelőzésre, különösen a nem fertőző betegségek megelőzésére. Ehhez hozzájárul a Magyarországon jellegzetes háziiorvosi praxisstruktúra, amely a háziiorvosból és egy asszisztensből áll, aki egyben orvosírnoki feladatokat is ellát. A korszerű háziiorvosi praxisok munkáját szociális munkás, dietetikus, gyógytornász, rehabilitációs szakember és prevenciósnővér segíti, akik praxisközösség formájában dolgoznak több háziiorvost is kiszolgálva [3].

Ma Magyarországon a legjobban szervezett, országos szűrőhálózattal rendelkező mammográfiás szűrővizsgálatokon való megjelenés területenként változóan 40–60% között van, átlagosan 50% alatt. Az európai államokban ez közelíti vagy meghaladja a 70%-ot. Ezekből az egyszerű számokból is látszik, hogy sok tennivaló van a szűrés szervezésében.

A háziiorvosok bevonásának két alappillére a szűrés szervezésébe a megfelelő motiváció és a szűrőmunka segítése. A háziiorvosi finanszírozásban 2013-ban megjelent az úgynevezett indikátorrendszer. Az indikátorrendszer a háziiorvosi szűrő-megelőző tevékenység és a gondozás népegészségügyi szempontból fontos területein igyekszik anyagilag is motiválni a családorvosokat.

A szűrő-megelőző tevékenység keretében az indikátorok közé került a mammográfiás szűrésen való megjelenés monitorozása. Az adott háziiorvos praxisába tartozó korcsoportos asszonyok megjelenési arányát hasonlítják össze az adott terület adataival. A területi adatoknál magasabb arányú megjelenést a rendszer díjazza. A több mint hároméves tapasztalat azt mutatja, hogy önmagában az indikátor nem hozott áttörést a mammográfiás szűrésen való megjelenési arányokban [4].

Sokkal eredményesebbnek bizonyultak azok a helyi kezdeményezések, amelyek a háziiorvosokat közvetlenül is bevonták a mozgósításba. Ilyen sikeres kezdeményezés például a Hódmezővásárhelyen megvalósult Egészséges Vásárhely Program, amelynek emlőszűrő programjához mind a 24 vásárhelyi háziiorvosi praxis csatlakozott. 2009 októberében a Bristol-Myers Squibb Alapítvány támogatásával, a Magyar Rákellenes Ligával és a vásárhelyi Kapcsolat Központtal együttműködve egy új szűrőszervezési modellt vezettek be, amelynek eredményeként két év alatt 43%-ról 69%-ra sikerült növelni a szűrésen részt vevő nők arányát a városban. Az aktív emlőszűrés szervezési tevékenység hatására a 45–65 év közötti nők körében az átszűrtség közel 70%, ami hazai viszonylatban kiemelkedő eredmény [5].

Munkánkban egy Kecskeméten harmadik éve folyó programot mutatunk be, amely során a háziiorvosok munkáját meghatározott protokoll szerint prevenciósnővérek segítik.

Módszer

A program során a prevenciósnővérek az alábbi módon végzik a munkájukat:

1. A regionális emlőszűrő központból lekérlik (Mamma Zrt. Kecskeméti Telephely) az adott háziiorvosi praxisból az adott bázisidőszakot megelőző két évben emlőszűrésre behívott, de emlőszűrésen meg nem jelent korcsoportos asszonyok listáját.

2. A listát összehasonlítják az adott háziiorvosi praxisba bejelentkezett korcsoportos, 45–65 év közötti asszonyok listájával. Ennek során pontosítják az alapadatokat, kiszűrik a más intézményben szűrési vagy diagnosztikus mammográfián részt vett asszonyokat, valamint azokat, akik emlőrák miatt onkológiai gondozásba kerültek.

3. A fenti módon letisztított listán („különbséglista”) szereplő asszonyokat a háziiorvosuk nevében levél formájában megszólítják. A levélben figyelmeztetik az adott hölgyet, hogy a szűrési nyilvántartás szerint az elmúlt két évben nem vett részt szűrésen. Felhívják a figyelmét a szűrés fontosságára és kérik, hogy ez ügyben keresse fel a háziiorvosát. A levél tartalmazza a regionális szűrőközpont elérhetőségeit is, arra az esetre, ha a páciens nem akarja a háziiorvosával felvenni a kapcsolatot. A levélben az asszonyok olvashatnak az emlőrákra hajlamosító állapotokról, és kérjük őket, ha valamelyik állapot igaz rájuk, feltétlenül fontolják meg a szűrésen való részvételt. A levélhez mellékeljük az emlő önvizsgálatának leírását is.

A prevenció nővérek munkájáig a város egészségügyi alapellátási intézményével vannak megbízási jogviszonyban, és a munkájukat a város önkormányzata finanszírozza.

Az adott éven belül a bázisidőpontot a városra ütemezett szűrési periódusokhoz igazítottuk: tavasz (április–június), nyár–ősz (augusztus–szeptember), tél (november–kora december).

A program három fázisban zajlott:

1. 2011-ben az első szerző saját praxisában egy prevenció nővér közreműködésével. Ennek a fázisnak a célja az volt, hogy pilot jelleggel felmérjük a módszer működőképességét, illetve tapasztalatokat szerezzünk egy számunkra addig csak részben ismert területen. Részletesen tanulmányoztuk a mammográfiás szűrés módszertanát, a résztvevők szerepét a régióinkban. Ebben a fázisban alakultak ki azok a munkakapcsolatok, amelyek a későbbi munkánk alapját képezték.

A fent leírt módszeren túl ebben a fázisban a páciensek visszajelzései alapján rögzítettük azt is, hogy az előző szűrési ciklusban miért nem mentek el szűrésre.

2. 2013-ban a módszert öt kecskeméti praxisra kiterjesztve tanulmányoztuk. A munkát ekkor is még csak egy prevenció nővér végezte.

3. A programot 2014-től Kecskemét egész területére kiterjesztettük. A 49 területi ellátási kötelezettséggel, illetve a nélkül dolgozó felnőtt-háziorvosi praxisban már négy prevenció nővér dolgozik. A programban a háziorvosok és a háziorvosi asszisztensek számára szervezett képzés is történt (a szűrés szervezése, önvizsgálat, a kiszűrt betegek további sorsának figyelemmel kísérése), valamint lakossági fórumot is szerveztünk.

Eredmények

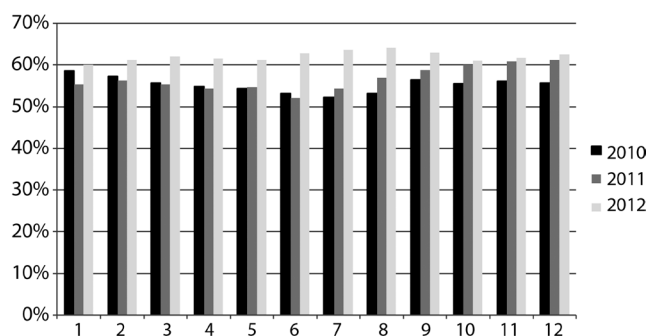
Első fázis

Az első fázisban a praxis átszűrtségének alakulását az 1. ábra mutatja. A 2010-es bázisévben átlagosan 55,25%-os volt a praxis átszűrtsége. 2011 áprilisában indult a munka, amelynek eredményeként a praxis átszűrtsége októberre elérte a 60%-ot, és 2012-ben is egész évben meghaladta ezt az arányt.

Érdekes eredményt mutatnak a „Miért nem ment szűrésre?” kérdésre adott válaszok. Az első évben, 2011-ben összesen 145 pácienszt értesítettünk ki („különbséglista”, ők nem voltak az elmúlt két évben szűrésen).

73 visszajelzést kaptunk:

- 10 esetben a címzett ismeretlen;
- 18 páciens volt már szűrésen;
- 31 páciens értesítésünk hatására elment a szűrésre, közülük négy hölgy nem kapott értesítőt, a többieknek nem volt jó az eredeti időpont;
- 11 teljesen elutasította a szűrés (a szűrővizsgálatot fájdalmasnak gondolták, vagy a szűrés eredményétől való félelem miatt);



1. ábra | A mammográfiás szűrésen való megjelenési arány alakulása az első szerző saját praxisában

– három páciens a nőgyógyászati szűrés során végzett manuális emlővizsgálatot elégnek találta. (A mammográfia szükségességéről szóló tájékoztatásunkat követően ők is elmentek mammográfiás vizsgálatra.)

Második fázis

A regionális szűrőállomás 2013-ban öt praxis 11 346 ellátottja közül 1988 korcsoportos asszonyt hívott be. A behívottak közül 485 asszony nem vett részt a megelőző két évben (és ebben a szűrőperiódusban sem) mammográfiás vizsgálaton. Ők kaptak értesítést a háziorvos nevében a prevenció nővértől, és közülük 246-an jeleztek vissza, és végül 178 fő (a „különbséglista” 36,7%-a) elment a szűrésre.

Harmadik fázis

A programot 2014-ben kiterjesztettük Kecskemét egész területére, 130 ezer ellátottra.

2014-ben 1634 asszonyt értesítettünk ki, 258 asszony jelent meg a szűrésen (15,8%).

2015-ben 1256 asszonyt értesítettünk ki, 264 asszony jelent meg a szűrésen (20,1%).

A kiszűrt pozitív eseteket az 1. táblázat tartalmazza, látható, hogy az esetek körülbelül 7%-a volt pozitív a szövettani diagnózis alapján. Az esetek legnagyobb része szövettani feldolgozás alapján invazív ductus carcinoma (80,6%) és invazív lobularis carcinoma (11,1%) volt. A kiszűrt daganatok szövettani feldolgozása során a mért daganat legnagyobb átmérőjének átlaga 23,42 mm (7–60 mm) volt.

A kecskeméti szűrőközpontban a megjelenési arány kétéves szűrési ciklust vizsgálva:

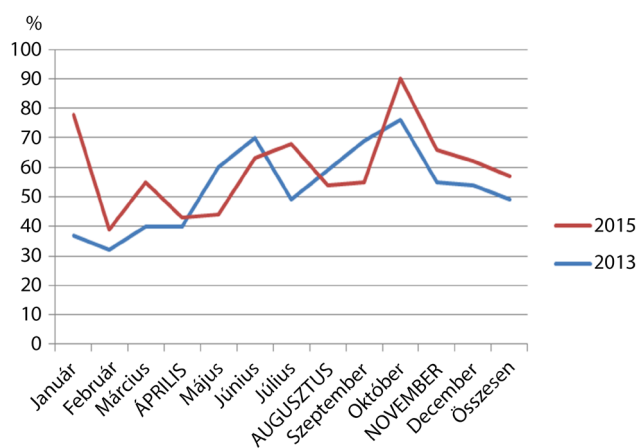
2012-ben 49%, 2014-ben 58,05%, 2016-ban 70,29%. (Ez időben a szűrőközpontban tartozó Észak-Bács-Kiskun megye településein a megjelenési arány átlagos növekedése 6% volt 2014–2015-ben.) Ezeket az adatokat a Mamma Zrt. Kecskeméti Szűrőállomása bocsátotta rendelkezésünkre.

1. táblázat | A program során a szűrővizsgálaton megjelent asszonyok között a szövettanilag pozitív esetek megoszlása szövettani diagnózisok alapján

	2014	2015	Összesen
Invazív ductus carcinoma	14	15	29
Invazív lobularis carcinoma	2	2	4
Invazív micropapillaris carcinoma	2	0	2
Hodgkin-lymphoma	1	0	1
Összesen	19 (7,3%)*	17 (6,4%)*	36 (7%)*

*A kiértékelte asszonyokhoz viszonyítva.

A 2. ábrán látható, hogy a 2013-as bázisához viszonyítva 2015-ben, a programnak a módszereknél leírt éves ütemezésének megfelelően, egy harmadik csúcs is megjelent a hónapokra lebontott megjelenési arányokban.



2. ábra | A harmadik fázisban tapasztalt megjelenési arányok a bázisában, 2013-ban és a program második évében, 2015-ben

Nem számszerűsíthető eredmények

A prevenció nővérek szorosabbá tették a háziorvos–szűrőkoordinátor–szűrőközpont–páciens közti kapcsolatot. A munkájuk során:

- Pontosítani lehet a páciensek lakcímadatait. Bizonytalan esetekben a páciensek összes elérhetőségére kiküldünk értesítőt.
- A szűrőközpont előjegyzési rendszerét teszteltük, és lehetővé vált a mai kornak megfelelő elérhetőségek, internetes bejelentkezés, e-mailben történő bejelentkezés is.
- Az értesítésre visszajelző nők számára segítséget nyújtottunk a számukra megfelelő időpont egyeztetésére.
- A szűrőközpont és a szűrőkoordinátor által szervezett szűrési kampányok (szűrések éjszakája, 65–70 évesek szűrése) szervezésében is segítséget nyújtottak a prevenció nővérek.

Megbeszélés

Hazánk mortalitási és morbiditási mutatói elengedhetetlenül teszik az egészségügyi kultúra fejlesztését, valamint a szűrővizsgálatok kiterjesztését a lakosság minél szélesebb körére. Ebben a munkában a háziorvosi szolgáltatnak nagyon fontos szerepe van. Jelenleg Magyarországon a háziorvosi szolgálatok többnyire két- vagy háromszemélyesek: háziorvos és körzeti asszisztens alkotja azokat, esetleg orvosírnokkal kiegészítve. A háziorvosok száma a háziorvosi praxisok privatizációjának elindítása során, az ezredforduló időszakában volt a legmagasabb (1998-ban 6780 orvos), majd a számuk ezt követően fokozatosan csökken. Az egy háziorvosra jutó páciensek száma az ezredforduló első évtizedében némileg csökkent, illetve hullámzott, majd 2009-től kismértékű, de fokozatos emelkedés figyelhető meg [2]. A háziorvosok számának csökkenése és ezzel párhuzamosan a lakosság számának fogyása egyelőre makroadat szintjén kiegyenlíti egymást, azonban az olló egyre nyílik. Ez a mindennapi munkában érezteti a hatását, mert a napi betegforgalom országosan jelentős szórásban ugyan, de tartósan messze az ideális felett van.

A háziorvosi tevékenység elsődleges prioritása a megelőzés, az akut betegellátás és a krónikus betegek gondozása mellett. Jelenleg azonban a gyakorlat megfordul, és a háziorvosi munka jelentős részét az akut betegellátás és a gondozás teszi ki, kiegészülve a táppénzes nyilvántartás körüli (legtöbb elemében teljesen fölösleges) tevékenységekkel, és az egyéb szociális ellátások igénybevételéhez szükséges igazolások kiadásával.

A megelőzés teljesen háttérbe szorul, és kimerül az influenzaellenes vakcinációban, illetve igazolások kiállításában során elvégzett szűrővizsgálatokban. Ezen túlmenően a kollégák egyéni ambíciójuk és idejük függvényében végznek megelőző tevékenységet.

A megelőzésre nagyon kevés a jelenlegi finanszírozási rendszerben az ösztönzés, az indikátorrendszer nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A közlemény megírásakor még bevezetés előtt álló új törzskarton jelenlegi formájában terjengős, nem életszerű. Félő, hogy a kitöltésére komoly informatikai támogatás nélkül az indikátorrendszerben hozzáillesztett finanszírozás nem lesz ösztönző.

A megoldás az anyagi ösztönzés mellett a praxisok segítése, akár önszégítése lenne. A hatályos alapellátási törvény nevesíti a praxisközösségek fogalmát [6]. A praxisközösségekben több praxis összefogva alkalmaz a működéséhez szükséges szakembereket: prevenció nővér, szociális munkás, dietetikus, fizioterápiás asszisztens, gyógytornász stb. Ezzel a szervezési formával jelentős energiákat lehet felszabadítani, és lesz szakember, aki például a megelőzéssel foglalkozhat. A rendszer működtetésének jogszabályi és finanszírozási háttere még nincs kialakítva.

Következtetések

Munkánkban egy lehetséges praxisközösségi rendszer egy elemét, a prevenció nővér tevékenységét tanulmányoztuk. A tanulmány színterül a 2010-es évek elején az egyetlen hazai szervezett szűrővizsgálatot választottuk, a mammográfiás szűréseket.

A program bizonyította, hogy a prevenció nővér hatékonyan össze tudja kapcsolni a szűrés szervezésében részt vevőket és háziiorvosi praxisokat, valamint a pácienseket. Jól működő, rugalmas rendszerként alacsony költségfordítással képes a szűrések hatékonyságát fokozni. A módszerrel a két éven belül szűrésen részt nem vett asszonyok körülbelül 20%-át lehet ismételtelen a szűrésbe visszavezetni. Ebben a populációban a szűrés során szövetlenül igazolt pozitív esetek aránya lényegében meg egyezik az általános populációban észlelt pozitív esetek arányával, azonban az átlagos tumorméret a patológiai feldolgozás során a kívánatos felett volt.

Munkánk eredményeit is felhasználva a Mamma Zrt. kifejlesztett egy jól használható, gyakorlatias webes felületet, ahol háziiorvosok a regionális szűrőközponttól megfelelő adatvédelmi szabályok betartásával lekérdezhetik és elemezhetik a praxisukba tartozó korcsoportos asszonyok mammográfiás szűrési adatait.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: M. Cs.: A program megtervezése, koordinációja, irodalomkutatás, szövegírás, végső szerkesztés. A. É.: A program szervezése, a program során képződött adatok összegyűjtése, rendezése. L. Ny.: A program szervezése, módszertani segítség.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak a program anyagi támogatásáért Kecskemét Megyei Jogú Város Önkormányzatának és a Bács-Kiskun Megyei Háziiorvosok Egyesületének. Itt mondunk köszönetet a Kecskemét Megyei Jogú Város Egészségügyi és Szociális Intézmények Igazgatósága vezetésének, *dr. Kellerman Péter* főigazgató főorvos úrnak és *Oláh Annamária* ápolási igazgató asszonynak, és az általuk vezetett intézmény munkatársainak a program során nyújtott adminisztratív és technikai segítségért, valamint a programban dolgozó prevenció nővéreknek: *Szabóné Tóth Gabriella* programkoordinátornak és munkatársainak: *Fischer Anita, Osán Imréné és Csapóné Kocsis Krisztina* asszisztenseknek.

Irodalom

- [1] Eurostat. Your key to European statistics. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [accessed: July 26, 2016].
- [2] Hungarian Central Statistical Office: Deaths by frequent causes of death (1990–). [*Központi Statisztikai Hivatal: Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990–)*.] Available from: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html [accessed: July 26, 2016]. [Hungarian]
- [3] *Ádány, R., Kósa, K., Sándor, J., et al.*: Manual for public health services of general practices. [Működési kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz.] *Népegészségügy*, 2014, 92(3–4), 133–222. Hungarian]
- [4] *Kolozsvári, L. R., Rurik, I.*: Quality evaluation of primary care service performance. What are the problems with the recent Hungarian primary care indicators? [A háziiorvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a háziiorvosi indikátorokkal?] *Orv. Hetil.*, 2016, 157(9), 328–335. [Hungarian]
- [5] Healthy Vásárhely Programme. [Egészséges Vásárhely Program, Hódmezővásárhely.] Available from: www.evp.hu [accessed: July 30, 2016]. Hungarian]
- [6] Act CXXIII of 2015 on the Hungarian Primary Health Care. [2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.] *Magyar Közlöny*, 2015, (102), 17507–1714. [Hungarian]

(Móczár Csaba dr.,
Kecskemét, Irinyi u. 22., 6000
e-mail: moczarcsa@gmail.com)

Eladó praxis!

Budapest XX. kerületében 500 fős gyermekorvosi praxis betegség miatt eladó.

Éjszakai ügyelet van.

Érdeklődni az alábbi telefonszámon lehet:

+36 30 999 59 72