

A betegtájékoztató, mint betegjog a felnőtt háziiorvosi alapellátásban a hipertóniás betegek körében

Doktori tézisek

Lengyel Ingrid Krisztina

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Prof. Dr. Kovács József egyetemi tanár, az MTA doktora
Hivatalos bírálók: Dr. Feith Helga Judit Ph.D., főiskolai tanár
Kissné Dr. Kapocsi Erzsébet Ph.D., ny. egyetemi mesteroktató
Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Dr. Réthelyi János Ph.D., egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Kakuk Péter Ph.D., egyetemi adjunktus
Dr. Simon Lajos Ph.D., egyetemi docens

Budapest
2022

Bevezetés

A jelenleg hatályos, egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) betegjogokról szóló paragrafusainak a hazai egészségügyi ellátórendszerben kiemelt és meghatározó szerepe van. A betegjogok ismerete, azok betartása és betartatása igen nagy feladat minden, a szolgáltatásban résztvevő orvos és szakdolgozó számára. A betegek jogai és tájékoztatása egyaránt foglalkoztatja a pácienseket és az ellátókat. Egyre jellemzőbb a betegek és hozzátartozóik jogtudatos szemlélete is, ezért kiemelt fontosságú, hogy valamennyi egészségügyi ellátó ismerje a betegjogi rendelkezéseket, mert ez a kulcsa a napi ellátás gördülékenységének és a beteg elégedettségének is.

Ennek kapcsán a betegtájékoztatás átfogó vizsgálatának szükségessége nem megkérdőjelezhető. Több száz publikáció foglalkozik a betegtájékoztatással, mint törvényi kötelezettség, de a kapcsolódó definíciók vizsgálata sem kevésbé fontos. A betegtájékoztatás nélkülözhetetlensége az egészségügyi ellátórendszer egészében jelen van, annak elmaradás, a betegjogi sérelmek közül is az elsők között jelenik meg.

A magyar népi orvoslással foglalkozó irodalom [1] szerzője szerint „Mária Terézia 1770-ben kiadott, Generale Normativum in Re Sanitatis című rendelete indította el azt a rendeletlavinát, előírás-áradatot, amely végső soron bürokrata rabszolgává züllesztette a XVII. században még szabad magyar orvost.” [2] A GNRS a modern polgári értelemben vett, szakmailag is elkülönülő egészségügyi államigazgatás felé vezető út első állomása Magyarországon.

Magyarországon az 1876. évi XIV. törvénycikk (tvc.) is rendelkezett – többek között - a hazai egészségügyi ellátásokról, ezek során pedig a betegek egyes csoportjait kiemelten kezelte. Ugyanez a jogszabály hívta fel a figyelmet az orvosok által elkövetett jogsértésekre is, amelyekre már akkor a „műhiba” megnevezést alkalmazta. A rendelet 19.§-a már a betegekről szóló tájékoztatásra is utalt az alábbiak szerint: „A betegek hogylétéről a hozzátartozók, gyámok és hatóságok tudakozódására az intézet tudósítást adni tartozik.” [3]

Az 1972. évi II. törvény 45.§/1/bekezdése már szintén foglalkozott az általános betegtájékoztatással. A betegek megfelelő tájékoztatáshoz való jogát, illetve e jog érvényesülése érdekében az egészségügyi szolgáltatókat terhelő kötelezettségeket, a jelenleg hatályos Eütv.13., illetve 134-135. §. jogszabály passzusai rögzítik. Ezek értelmében a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. A betegtájékoztatás tartalma, terjedelme vonatkozásában mindenek előtt annak céljából kell kiindulni. Ez teszi lehetővé, hogy a beteg minden szükséges információ birtokában, kellő megfontolást követően, megalapozott döntést hozhasson a beavatkozás elvégzéséhez való hozzájárulás kérdésében. A beteg tájékoztatása akkor tekinthető megfelelőnek, ha e cél elérésére alkalmas [4]. A korszerű bioetika alapelve az alapos és hatékony tájékoztatás, ez

azonban akkor valósulhat meg, ha az informáló és az informált személy is ténylegesen megérti, miről is van szó a tájékoztatás során [5]. Hazánkban, az egészségügyi törvény hatályba helyezése előtt az orvos döntése volt jellemző az egészségügyi ellátás, gyógyítási folyamatok során, míg később ez a gyakorlat inkább a beteg döntése felé orientálódott. A paternalista szemlélet mellett egyre inkább az autonómián alapuló modell is helyet kapott. A betegek már jóval tájékozottabbak, és az egészségügy több szegmensében elvárják, hogy partnerként kezeljék őket.

Amennyiben a hazai egészségügyi rendszerben az ellátó minden paragrafusra kiemelt figyelmet és elégséges időt fordítana, abban az esetben a rendszer szinte működésképtelenné válna. Így az áthidaló és elégséges megoldást az jelentheti, hogy a beteg állapotára fókuszálva, a rövid távú célokat és tervezett eljárásokat, terápiákat szem előtt tartva szükséges a minimum információt a betegnek átadni.

Fontos különbséget tenni a betegtájékoztatás, a tájékozott beleegyezés és a betegoktatás fogalmai között. A hazai egészségügyi rendszer valamennyi szegmensében – betegségcsoportoktól és demográfiai jellemzőktől függetlenül – a betegek tájékoztatása mindennek az alapja. A tájékoztatás önmagában nem cél, hanem eszköz kell, hogy legyen, amelynek segítségével a beteg szabad és informált döntéseket hozhat. A tájékoztatás egy folyamat része, amelyben a beteg több különböző információforrást – köztük webes felületeket és írásbeli tájékoztató anyagokat – vehet igénybe. A szóbeli tájékoztatás alapvető, de a beteg számos esetben csak látszólag és rövid ideig érti azt, amit az ellátó elmond számára, kis időn belül az információ tartalma kopik és egy döntési helyzetben esetleg rossz irányba befolyásolja a beteget.

Minden tájékoztatás hatékonyságának a mércéje a megfelelő orvos-beteg viszony. Ezek interperszonális jellemzőit azonban nem szabályozzák, vagy nem úgy befolyásolják egységes és nemzetközileg elfogadott elvek, mint ahogyan az új tudományos eredmények irányítják a diagnosztikát vagy az alkalmazott terápiát. Az orvos – beteg interakció szenzitivitása a háziorsvosi alapellátásban lelhető fel leginkább. A háziorsvos iránti emberi és szakmai tisztelet, valamint a paternalista szemlélet eredményeképp a tájékoztatás iránti igény is egyre nagyobb a betegek körében.

Az infokommunikációs technológiai fejlődés teret nyitott a betegnek, a világhálón más fórumok eléréséhez is. Ez olykor előnyére, míg más esetekben hátrányára válik a betegnek, ellátónak egyaránt. Amikor a beteg információkkal felkészülve megy a szolgáltatóhoz, joggal feltételezhető róla, hogy jártasságot szerzett az állapotáról, és ez a tájékoztatás lerövidítéséhez vezethet szolgáltatói oldalon. E folyamat során a legnehezebb megtalálni a megfelelő arányokat, domináns közlendőket a kommunikációban; ez a mindennapi gyógyítási

tevékenység igazi kihívása és sokszor a gyógyítás egyik kulcsa is egyben. Elvárható, hogy a beteg által használt információ-források szakmailag hitelesek legyenek.

A betegtájékoztatás teljességét a betegoktatói státusz bevezetése segítheti; ez hazánkban jelenleg egy – két, elsősorban fekvőbeteg-ellátó intézményben működik. A háziorvos munkáját segítő, professzionális tevékenység remélhető a tevékenység bevezetéstől.

Fontos, hogy a háziorvosi alapellátásban zajló betegtájékoztatás vizsgálata betekintést adjon a jelen állapotról, de tekintettel arra, hogy az egyik legszerteágazóbb ellátási forma ez, így egy – népegészségügyi jelentőségű - keresztmetszeten át célszerű ezt vizsgálni.

Célkitűzés

A vizsgálat célkitűzése, hogy a jövőbeni betegtájékoztatással és betegoktatással kapcsolatos hazai kvalitatív és kvantitatív kutatásoknak szakirodalmi és empirikus háttérrel biztosítson, ezzel támogatva a további munkát.

A kutatás egy olyan témát kívánt feldolgozni, amely az egészségügyi ellátás minden területén jelen van, és a napi alkalmazása során számos hiányosság, probléma fedezhető fel. Az orvos – beteg interakció kifogástalansága általános elvárás a betegek körében. Ez egy mérhető, és nagyon pontos kritériumrendszer szerint feldolgozható terület, amely értékelésekor viszont magában rejtheti a szubjektív lehetőségét. A kutató feltételezése szerint a mindennapi gyógyító tevékenység, valamint a betegek egyre nagyobb száma nem teszi lehetővé, hogy a jelen hatályos jogszabály betegtájékoztatásra vonatkozó részében foglaltak maradéktalanul betarthatóak legyenek.

E felvetések alapján a vizsgálat célkitűzései a következők voltak:

- a felnőtt lakosság egy szegmensének szubjektív egészségi állapot megítélésének feltérképezése
- a hazai egészségügyi rendszerről való lakossági tájékozottság megismerése
- a háziorvosi ellátás részleteiről és a jogérvényesítésről való tájékozottság megismerése és következtetések felállítása
- a magasvérnyomás-betegség, a gyógyszereszedési szokások és a kapcsolódó betegtájékoztatási lehetőségek ismereteinek vizsgálata
- a felnőtt háziorvosi alapellátásban megjelenő betegtájékoztatási elemek és a jelen hatályos jogszabályban deklarált előírásainak összehasonlítása
- az egészségértés, egészség tudatosság tanulmányozása, korábbi kutatások feltérképezése
- a betegoktatás fogalmának tisztázása, a hazai egészségügyi rendszerben való fellelhetősége, és ehhez kapcsolódó oktatási anyagok felkutatása

A célkitűzéseket összegezve a kutatás három fő irányt tűzött ki vizsgálat tárgyául: a magyar lakosság egy keresztmetszeti populációjának (véletlenszerűen kiválasztott erzsébetvárosi lakosok) az egészségi állapotát, egészségértését, a magasvérnyomás-betegséggel kapcsolatos állapotukat és ismereteiket, valamint a betegtájékoztatással kapcsolatos tudásukat, attitűdjüket megfigyelni, majd ebből leíró statisztikát, és összehasonlító elemzéseket készíteni. A kutatásnak nem volt célja, hogy vizsgálja az egészségértést, és a háziorvosi rendelések infrastrukturális jellemzőit, valamint a kutatás nagyobb körre való kiterjesztése sem. Nem volt célja továbbá az európai adatokkal való összehasonlító elemzés elkészítése sem, annak ellenére, hogy számos adat rendelkezésre állna a feldolgozáshoz.

A kutatás hipotézisei

A hipotézisek, elsősorban a jelenleg hatályos Eütv. betegjogi – ezen belül a tájékoztatáshoz való jog - vonatkozásai alapján kerültek felállításra, keresve az egyezőségeket és különbözőségeket.

Első hipotézis: A hatályos egészségügyi törvényben szereplő, betegtájékoztatáshoz való jog nem, vagy csak minimálisan valósul meg a felnőtt háziorvosi alapellátásban

Második hipotézis: A betegtájékoztatás jogszabályban foglalt részletességének megvalósulása nem kizárólag kommunikációs, hanem etikai feladat

Harmadik hipotézis: A betegoktató képzés és a képzést követő bevezetés, hiánypótló a jelenlegi oktatási és egészségügyi rendszerben

Negyedik hipotézis: A felnőtt háziorvosi alapellátásban kevés a betegek tájékoztatására fordított idő

Számos szempont felmerül a hipotézisek megalkotása során, hiszen a betegtájékoztatás témája egy széles spektrumú, több nézőpontból vizsgálható terület. A betegjogok tekintetében elsődlegesen a betegtájékoztatásra fókuszáltak a hipotézisek, az ellátórendszer egyik olyan szegmensében, ahol az orvos-beteg találkozás kiemelten fontos. Az egészségértés és egészségi állapot mutatói, valamint a hipertónia témájában feltett kérdések a teljesség és a keresztmetszeti szűkítés eszközeiként funkcionáltak.

Módszerek

Az adatgyűjtés - kérdőívezés 2017. szeptember és 2019. december között zajlott, ún. kényelmi mintavételezés, véletlenszerű kiválasztás módszerével, kérdőíves lekérdezéssel, a háziorvosi praxisokban megjelent betegek körében. Ők képezték az alapsokaságot. A kutatást a Tudományos és Kutatási Etikai Bizottság engedélyezte (engedély száma: 12265-2/2017/EKU). A kitöltött kérdőívek száma 541 volt, ez végül 24 háziorvosi körzetből adódott össze. A mintavételi eljárás alanyai az adott rendelési napokon a praxisok váróiban jelenlevő, válaszadási hajlandóságot mutató várakozó páciensek voltak. Ahhoz, hogy ténylegesen a

beteg kerüljön lekérdezésre, vagy töltsse ki a kérdőívet, tájékozódni kellett arról, hogy valóban saját jogon várakozik-e az orvosánál.

A kutatásban részt vevő praxisok adatai is vizsgálat alá kerültek; a házi orvos által kitöltött adatlap tartalma adott információkat a házi orvos neméről, koráról, a praxisban ellátottak számáról, nemi megoszlás és a területi ellátási kötelezettség alapján. A kérdések között felmerült a praxisban eltöltött évek, és a rendelési időben megjelent betegszám is, illetve a magasvérnyomás-betegséggel nyilvántartott betegek nemi eloszlása. A praxis adatai a kérdőívek feldolgozását nem befolyásolták, a kutatás e része arra irányult, hogy képet adjon arról, milyen kor – és nemi összetételűek a vizsgált terület házi orvosai. A kérdőívben nem szerepeltek arra utaló kérdések, hogy ez befolyásolja-e az orvos-beteg viszonyt; a kutató meggyőződése szerint ezek túl bizalmas jellegű információk lettek volna a válaszadás során, amely az eredményeket is negatívan befolyásolja (jó benyomás keltés).

A kutatás fő gerince a kérdőíves felmérés volt, az elemzés pedig ennek megfelelően szisztematikusan (három tagolásban) készült. A három tagolás (egészségi állapot - magasvérnyomás-betegség (hipertónia) - beteg tájékoztatás) koncepciója végigkíséri a feldolgozást is, az egyes blokkok és összefüggések részletes feldolgozása mellett. A kutatás másik iránya egy hazai betegoktatóval készített interjú feldolgozása volt, ezen belül a beteg tájékoztatással kapcsolatos közös pontokat kereste, és ez került elemzésre.

A kutatás során önkitöltős módszer alkalmazása volt a cél, azonban a válaszadásra hajlandóságot mutatók jelentős része (76,3%) a kérdezőbiztosi közreműködést preferálta. A fiatalabb válaszadók maguk töltötték ki a kérdőívet (23,7%). Ahogy a kitöltés különbözősége is eltérő időtartamot igényelt, úgy a feldolgozásnál is különbség volt észlelhető; a kérdőívek 18,4%-ában nem volt teljes a kitöltés, egy vagy több kérdés kihagyásra került. Ez az önállóan kitöltők között volt észlelhető. A kérdőívek feldolgozása során a tényleges válaszadók eredményei kerültek elemzésre, ezek száma pedig 541 lett; statisztikai szempontból ennyit lehetett teljes körűen felhasználni.

A hazai betegoktatás/betegedukáció témájában készített interjút követően nem történt tartalomelemzés, az interjú azért készült, hogy betekintést kapjunk a tevékenység alapjairól, egy hazánkban működő jó gyakorlatról. Az interjú 2016-ban készült az Országos Gerincgyógyászati Központ betegoktató munkatársával, Oroszi Juliannával. Az interjú hangfelvétellel került rögzítésre az interjúalany beleegyezésével, majd annak tartalma szó szerint került lejegyzésre. Az interjú alanya hozzáférést biztosított a vizsgálni kívánt jelenséghez, a betegoktatás és beteg tájékoztatás témaköréhez. Jellemzően a betegoktató „perspektíváit” kívánta reprezentálni, nem pedig a kapcsolódó orvosi tevékenységet.

A kérdőívek feldolgozása az IBM-SPSS v.26 statisztikai program használatával történt, leíró statisztikai és összehasonlító keresztlelmzések elkészítése céljából. A leíró statisztika során a minta adatainak áttekinthető formába történő rendezése, tömörítése, az adatok grafikus megjelenítése, ábrázolása és egyes jellemző értékeinek meghatározása volt a cél. Tekintettel arra, hogy a leíró statisztikai elemzés esetében a nominális mérési szint a legkevésbé informatív, hiszen értékei között csak minőségi különbség van, ezért az elemzéseket, értelmezéseket keresztáblával, khi négyzet próbával és a nominális változók közötti kapcsolatokat mérő mutatókkal végeztem.

Eredmények

Általános eredmények. Egy kérdőív kitöltése átlagban 30 - 40 percet vett igénybe. A kitöltési hajlandóság igen alacsony tendenciát mutatott. A háziiorvosi rendelésre várakozók mintegy egyharmada működött közre, így a tervezett mennyiségű kérdőív (N=547) ugyan kitöltésre került, de háromszor annyi embert (n=1847) igyekeztem rávenni az együttműködésre, mint amennyi a tervben volt. A válaszadók aránya: 73,3% nő, 26,7% férfi. Az elutasítások (n=1297) hátterében különféle indokokat említettek a megkérdezettek. Ezek (a teljesség igénye nélkül: „félek, hogy ha kitöltöm, az orvos megbosszulja vagy kikapok”; „számít egyáltalán, ha bármit is mondok?”; „nem érek én erre rá”). A kérdőívekre került feljegyzésként az elutasítás indoka, amelyből az összegzett feldolgozás történt. Elgondolkodtató eredmény, hogy a betegek egy része tart a háziiorvosuk haragjától, vagy bármely más retorziótól. Az orvostól való félelem ténye a kérdőívben is megjelenik. Valamennyi közreműködésre való felkérés esetén, az előzetes tájékoztatás során többször biztosításra került a válaszadó anonimitása, ennek ellenére a félelem, a kiszolgáltatott helyzet ezt felülírta. A közöny és az érdektelenség aránya domináns, ez az elutasítások 76,6%-a volt.

Az egészségi állapot megítélése. Jelen kutatás során az egészségi állapot megítélésének összehasonlító elemzése nemenként, családi állapot, végzettség szerint és korcsoportos bontásban történt. A nők (73,3%) válaszadási hajlandósága 2,5-szer több volt, mint a férfiaké (26,7%). Ez az eltérés a „jó” és „kiváló” minősítésben is követhető, míg a „nagyon rossz” minősítésben 2%-os eltérés látható a férfiak javára. A családi állapot szerinti összehasonlításban az özvegy, egyedül élő válaszadók egyharmada ítéli rossznak/nagyon rossznak egészségi állapotát. A házasságban és házasságon kívül, de tartós kapcsolatban élő válaszadók (n=331) esetében pozitív eredmények születtek. E csoportokban átlagosan 56,2 %-ban jó/kiváló volt a szubjektív egészségi állapot mutatója. A kapcsolatban élők az összes válaszadók 61,6 %-a. Az iskolai végzettségi szint, az összehasonlító elemzés eredménye alapján igen erősen befolyásolja az egészség önértékelését. Az érettségi bizonyítvánnyal és diplomával rendelkező válaszadók (n=494) körében egyértelmű emelkedő tendencia

figyelhető meg az egészségi állapot pozitív szubjektív megítélésében. Az érettséggel nem rendelkező, 8 osztályt végzett válaszadói csoportnál (n=33) tapasztalható egy kirívó eredmény, miszerint a válaszadók 9,1%-a nagyon rossznak ítéli saját egészségi állapotát. Az egészségi állapot szubjektív megítélésének korcsoportonkénti vizsgálata során a „nagyon rossz” és „kiváló” minősítések is összevetésre kerültek. Öt korcsoport sávban átlagosan 14,3% eltérés mutatkozott a pozitív megítélés irányába, míg a hatodik sávban (65 év fölötti korcsoport) 9,1% volt az eltérés mértéke a „nagyon rossz” megítélés irányába. A kutató meggyőződése, hogy a magas életkor és az azt kísérő multimorbiditás eredményezi ezt a mutatót.

Az egészségi állapot megítélését követően, olyan konkrét tünetek egy hónapon belüli megjelenését kérdeztem, amelyek az egészségi állapotra engedtek következtetni. A kérdések a leggyakoribb nozológiai osztályozásnak megfelelően, a szív-és érrendszeri-, az emésztőrendszeri-, a légzőszervi-, mozgásszervi megbetegedések és a mentális állapot jellemző tüneteire vonatkoztak. A kérdés során nem volt cél, hogy bármilyen szociális diagnózis történjen, kizárólag az, hogy kiderüljön, az emberek felismerik-e tüneteiket, megváltozott egészségi állapotukat, azokat hogyan élik meg, és ezzel egyidejűleg megkeresik-e háziorvosukat, vagy egyéb utakon keresnek megoldást, tájékoztatást panaszaikra. A kutatás eredményei igazolják az időskorban megjelenő leggyakoribb betegségeket is (alvással kapcsolatos problémák, ízületi fájdalmak és a székelési habitus változásával járó problémák). Az aktív munkaképes korosztály (18 – 45 év között) derék-és hátfájás panaszainak hátterében a mozgásszegény életmód, és az ülőmunka/számítógépes tevékenység magas munkaóra aránya vélelmezhető. Megdöbbentő adat az a 71,6%, ami a legfiatalabb válaszadók (n=110) körében a fáradtságra, energiahányra mutat rá. Az összehasonlító elemzés azt mutatta, hogy a felsorolt tizennégy tünet közül tíz esetben bizonyítható szignifikáns eltérés, ahol a független változóként az életkor, függő változóként az adott tünetek kerültek feltüntetésre. Az egészségi állapotra vonatkozó kérdései közül, a gyógyszerszedési rendszerességre is rákérdeztem („Szed-e rendszeresen gyógyszert?”). A válaszadók 46,2 %-a rendszeresen szed gyógyszert, míg az 53,8%-a nem. A gyógyszerfelíratás összehasonlító vizsgálata során a nemek szerinti összehasonlításban nem volt releváns különbség (nők: 51,8%, férfiak: 58,6%, ahol n=541). A családi állapot vizsgálata során a két kimagasló eredményt (92% és 71,4%) az özvegy és elvált, élettárs nélkül élő válaszadók mutatták, amely arra engedett következtetni, hogy a magány jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot, és ennek érdekében a gyógyszereszedési hajlandóság is nő.

A magasvérnyomás-betegség ismerete. Három kérdés vonatkozott az esetlegesen fennálló magasvérnyomás-betegségre („Mikor derült ki a betegsége?”), és terápiája ismeretére

(„Ismeri-e a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek általános hatásait, és a mellékhatásait?”). A válaszadók (N=547) 41,5 százaléka (n=227) vallja, hogy magasvérnyomás-betegsége van. A megkérdezettek 45%-a (n=102) viszont nem tudja, hogy mióta áll fenn a betegsége. A kutató feltételezése szerint, e válaszadói réteg kevésbé tájékozott a betegségével kapcsolatban.

A hazai egészségügyi rendszerről való tájékozottság eredményei. A háziiorvosi ellátásra vonatkozó kérdés (Ön szerint a háziiorvosi ellátás milyen típusú ellátás?) során, ez az ellátási típus a válaszadók (n=536) 96,6%-a szerint az alapellátás, míg 3,4 %-a a szakellátás körébe tartozik. Az egészségügyi dolgozó feladat ellátásával kapcsolatos kérdésnél (Ön szerint az egészségügyi dolgozó milyen feladatot lát el?), nem jelölte a kérdőív külön az orvosi és az asszisztensi tevékenységet. A válaszadók (n=532) 45,7% - a úgy véli, hogy a betegek érdekképviselője megoldott, míg az 54,3%-uk ennek ellenkezőjét vélelmezi. Az egészségügyi ellátás során ért jogsérelmekkel kapcsolatban is minden lehetőséget igyekeznek kihasználni az érintettek. Az egészségügyi ellátásokkal való elégedettség során a felsoroltak közül a patikai ellátással való elégedettségi átlag (4,2), második helyen a háziiorvosi ellátás található (3,5), valamint közepesen alacsonyabb megítélés alá került a járóbeteg-szakellátás és a kórházi ellátás. A mérés alapja az 1-5-ig tartó skála volt.

A háziiorvosi ellátásról. E blokkban a háziorvos szakmai tudásának és az emberi tulajdonságainak beteg általi megítélésére irányultak a kérdések; a szakmai tudás eredményeként 516 fő válaszadó által 3,74 átlag volt tapasztalható. Az emberi tulajdonságok közül (türelmetlen, közvetlen, lelkiismeretes, felületes, kedves) 3,76/3,64 átlagot mutatott a kedvesség és lelkiismeretesség. A háziorvos látogatás gyakoriságát kilenc kategóriában vizsgáltam, de az elemzésnél több ízben összevont értékek kerültek összehasonlításra más jellemzőkkel. Így a három legmagasabb értéket és a hozzá tartozó gyakoriságokat állítottam szembe az egészségi állapot szubjektív megítélésének eredményeivel. A százalékos megoszlásban az évi 1-2 alkalommal történő látogatás mutatta a legmagasabb értéket (37,1%), azonban ehhez a mutatóhoz hozzáadtam az ennél ritkábban, és soha orvoshoz nem járó adatokat is. Így az összesített eredmény 59,2% lett. Megvizsgálva az egészségi állapot megítélésének értékeit, az feltételezhető, hogy a „jó” minősítésű egészségi állapotú válaszadók (53%) tartoznak ebbe a körbe. A háziiorvosi látogatások céljait korcsoport szerint és iskolai végzettség szerint is vizsgáltam. A kapott adatok szerint az életkor előrehaladtával (45 év felett) a gyógyszerfelírási- és a szakorvosi beutalók iránti igény növekszik, míg a szűrővizsgálatok céljából és az akut panaszok, tünetek miatti orvoslátogatás száma csökkenő tendenciát mutat. A kutatói vélelem ez esetben az, hogy az idősebbek tisztában vannak betegségeikkel, van szakorvosuk és tudják, hogy esetenként mely orvosi ellátást szükséges felkeresniük. A fiatal generáció egészségesebb, nem jár orvoshoz, amennyiben szüksége van

orvosi ellátásra, a családorvost keresi fel elsőként. Kimagasló eredményeket mutattak a 18-45 év közötti korcsoport válaszadói, az akut panaszok miatti háziorvosi felkeresések tekintetében, melynek hátterében – az említett okon túl - a médiahatás és az internetes tájékoztatás kontrollja feltételezhető. A kérdőív betegtájékoztatásról szóló kérdéscsoportjában - ahol a kérdés arra irányult, hogy milyen egyéb helyekről tájékozik még a beteg állapotával, vagy betegségével kapcsolatosan - is megerősíti ezt a tényt. A válaszadók (n=448) 81,9%-a az Internetről tájékozik állapotával kapcsolatosan.

A betegtájékoztatásról. A kérdőív betegtájékoztatási blokkjának első három kérdése a vizsgálatokra küldés indokoltságáról, tervezett időpontjáról és azok elvégzéséhez szükséges beleegyezés lehetőségére vonatkozott. Ezek szerint:

- „ha orvosa vizsgálatra, vagy beavatkozásra küldi Önt, minden esetben tájékoztatja ennek indokoltságáról?”
- „minden esetben megkapja a felvilágosítást a vizsgálatok, vagy beavatkozások tervezett időpontjáról?”
- „kéri-e az orvosa a vizsgálatok és beavatkozások elvégzéséhez az Ön beleegyezését?”

A kapott eredményeket összevetve a jogszabályi előírásokkal látható, hogy mindösszesen a válaszadók kevesebb, mint egyharmada (29,1%) nyilatkozott úgy, hogy részletes tájékoztatást kap. A vizsgálatok, vagy a beavatkozások tervezett időpontjával kapcsolatos tájékoztatás vizsgálata során (n=536) az volt tapasztalható, hogy a számbeli különbözőség nem mutatott nagy eltérést (66% igen, 34% nem), azonban a kérdőívezés során kapott szóbeli megjegyzések azt tükrözték, hogy a tájékoztatás konkrét tartalma nem volt jellemző. A vizsgálatokhoz, beavatkozásokhoz történő beleegyezés kérdésében is közel egyező válaszok születtek az igen/nem arányában (n=529; igen:52%, nem:48%). A válaszadók (n=78) egynegyede (25,1%) úgy véli, hogy orvosa áthárítja betegére a döntési felelősséget, ezért nem kéri a beteg beleegyezését. Több szakirodalom világít rá arra a megállapításra, mely szerint a beteg csak akkor tud megfelelő döntést hozni a kezeléséről, ha valamennyi kockázattal és esetleges mellékhatással tisztában van. Követve a jogszabályi szövegezést a betegtájékoztatás tartalmára („Szokott-e más alternatív módszerről, például életmód tanácsadás, homeopátia stb., új vizsgálati vagy gyógyító eljárásokról tájékoztatást kapni az orvosától?”), valamint azok technikai megvalósítására irányult a következő kérdés. A nyugati orvoslástól eltérő módszerekről, életmódról és az ehhez kapcsolódó esetleges újszerű vizsgálati vagy gyógyító eljárásokról a válaszadók több, mint fele (52,7%) soha nem kap tájékoztatást. Hasonló jelleget mutatott a betegtájékoztatásról szóló blokk azon kérdése is, mely azt kérdezi, kap-e a beteg az

orvosi találkozások alkalmával az életmódjára vonatkozó tanácsokat? E szerint az életmódra vonatkozólag az esetek 59%-ában nem kap a beteg tanácsokat. Ez a magyar lakosság prevenciós szemléletének javítására rossz hatással van. A válaszadók számos esetben szóbeli jelzéssel éltek azzal kapcsolatban, hogy nem kapnak megfelelő információt arról, hogy betegségét hogyan értelmezze és kezelje. Úgy érzik az orvos „visszautasítja” és/vagy a korára fogja a problémát, nem válaszol a kérdéseire.

A tájékoztatás módjára (szóbeli, írásos, ismeretterjesztő ajánlás) utaló kérdés eredményeiből kimagasló tendenciát jelez a szóbeli tájékoztatás (81,5%). Ez aggályos lehet a vizsgált populáció demográfiai jellemzőit figyelembe véve. Az egészségi állapothoz kapcsolódó plusz információk érdekében tett lépésekről tesz fel három kérdést a kérdőív beteg-tájékoztatásról szóló blokkja. Ezek az alábbiak:

- „Szokott-e Ön kérdéseket feltenni a betegségével kapcsolatban?”
- „Kit kérdez leggyakrabban a betegségével kapcsolatban?”
- „Milyen más helyekről tájékozódik még a betegségéről, gyógyszerekről és az egyéb, egészségi állapotát érintő kérdésekről?”

A válaszok feldolgozása során örömteli eredményként mutatkozik az összegzett igen válaszok aránya (80.1%), amely az egyén felelősségét és az orvos tanácsainak, javaslatainak elismertségét mutatja. Az orvos iránti bizalmat és a tudás elismertségét feltételezi a válaszadók (n=510) 83,5%-a, aki a betegségével leggyakrabban a háziorvosát és a szakorvost kérdezi. A kérdőív beteg-tájékoztatásra vonatkozó kérdésblokkjának utolsó kérdése is táblázatos formában készült el, és a feldolgozásnál átlagszámítást alkalmaztam. A kérdés: „A következőkben a beteg-tájékoztatásról olvashat rövid állításokat. Kérjük, mindegyiknél karikázza be, hogy Ön mennyire ért egyet ezekkel az állításokkal?” Ötfokozatú Likert skála (1=egyáltalán nem, 2=kis mértékben, 3=általában igen, 4=igen, 5=teljes részletességgel) használatával kellett a megvalósulás mértékét bekarikázni. Az eredmények (n=535) feldolgozásánál az első szembetűnő eredmény, hogy a tájékoztatás során a beteg életkora a legtöbb esetben kiemelkedő szempont. A válaszok kevesebb, mint felénél a tájékoztatás szempontjai közül, a beteg pszichés és kognitív jellemzőinek feltárására nem kerül sor. A beteg lelkiállapotának figyelembe vétele, és ahhoz igazodó tájékoztatás számos esetben hatékonyabb lehet, mint az ezt figyelembe nem vevő tájékoztatás. A válaszadók közül minden harmadik jelölte, hogy a beteg-tájékoztatás során fontos az aktuális lelkiállapota.

A hipotézisek megbeszélése

Az *első hipotézis* feltételezte, hogy a hatályos Eütv-ben szereplő, betegtájékoztatáshoz való jog nem, vagy csak minimálisan valósul meg a felnőtt háziiorvosi alapellátásban. Ez részben igazolódott a kérdőíves válaszok feldolgozását követően. A felnőtt háziiorvosi alapellátásban kevés idő jut a hatályos egészségügyi törvényben foglalt, tájékoztatási jogban foglaltak részletes betartására. Ennek okaként az alapellátás rendszerére nehezedő adminisztrációs és feladat ellátási túlterheltség említhető. A betegtájékoztatás rendszere a hatályos jogszabályban jól kidolgozott, azonban azok maradéktalan betartása nem kivitelezhető.

A *második hipotézis* azt feltételezte, hogy a betegtájékoztatás jogszabályban foglalt részletességének megvalósulása nem kizárólag kommunikációs, hanem etikai feladat. Tekintettel arra, hogy a háziorvos gyógyító - etikai hozzáállását igen nehéz a laikus betegek számára meghatározni, jellemezni, így a kutatás során a háziorvos emberi tulajdonságainak megítélése került a kérdőívbe. Ennek eredményeként számos esetben igazolódott, hogy a betegek elnézőbbek, lágyabbak azokban az esetekben, amelyek során érzik az orvos odafordulását, illetve azon információkat is jobban befogadják, amelyek tartalma nem feltétlenül kedvező számukra. Az orvosi tisztességet, kedvességet és hozzáértést még mindig prioritásként kezeli a legtöbb beteg az orvos-beteg találkozások során. Ehhez pedig a háziorvos személyének pozitív megítélése – amelyet a kutatás eredményei alátámasztanak – elengedhetetlen. Az ellátó orvost elsősorban kedvesnek, lelkiismeretesnek és közvetlennek látják a megkérdezett betegek, amely az etikus orvos – beteg kapcsolatot is alátámasztja. Igazolódik tehát a hipotézis, amely szerint a pragmatikus és részletes betegtájékoztatás valóban nem „csak” kommunikációs feladat. Kezdetben Katz az orvos – beteg kapcsolat történetét az orvosok részéről a hallgatás történetének nevezte [6]. „...Noha a betegek túlnyomó többsége a legtöbb empirikus vizsgálat szerint kétségtelenül tudni szeretné betegsége diagnózisát és prognózisát, valójában azonban a betegek nem az igazságot, hanem a megnyugtatót várják orvosuktól...[7]”. A betegek felvilágosításának standardjai közül az objektív standard is alátámasztja a hipotézist. „...Eszerint az, hogy egy tervezett beavatkozás veszélyeiről, előnyeiről stb. mit és mennyit kell a beteggel közölni, nem szakmai, hanem inkább elvi, 88 etikai kérdés, s ennek eldöntésében a laikusok éppolyan illetékesek, mint az orvosok...[8]”.

A *harmadik hipotézis* szerint, a betegeducátor képzés és a képzést követő bevezetés, hiánypótló a jelenlegi oktatási és egészségügyi rendszerben. A betegeducátor képzés bevezetése a betegtájékoztatási hiátusok betöltése érdekében szükséges lehet, majd egy rendszerszintű felmérést követően a végzett szakemberek helyét is szükséges lenne megtalálni. Ehhez megfelelő finansziális háttér és paradigma változtatás elindítása válhat

szükségessé, a képzők, döntéshozók és felhasználók részéről egyaránt. Tekintettel arra, hogy évek óta működik hazánkban is ez a jó gyakorlat, célszerű lehet a kiterjesztése más intézmények felé is, vagy akár az alapellátás területére is. E hipotézis kizárólag a jó gyakorlat bemutatásával került alátámasztásra, erre vonatkozó kérdés nem szerepelt a kérdőívben, és más módon sem tért ki rá a kutatás.

A *negyedik hipotézis* szerint a felnőtt háziiorvosi alapellátásban kevés a betegek tájékoztatására fordított idő. A kutatás eredményei alapján, e hipotézis igazolását három szempont alapján célszerű vizsgálni. Az első szempont az orvos – beteg találkozások ideje: a válaszadók (N=541) közel 70 százaléka szerint elégséges. Ez feltételezi azt, hogy minden olyan információ birtokába is kerül a beteg, amelyre egészségi állapotával, tervezett vizsgálataival és hasonló kérdésekkel kapcsolatosan felmerül. Ez azt mutatja, hogy a hipotézisben foglaltak nem támaszthatóak alá. A második szempont a beteg-tájékoztatás módja: a válaszadók 81,5 százaléka a háziorvos szóbeli tájékoztatását jelölte a kérdőív kitöltése során. Ez szintén azt mutatja, hogy a hipotézisben foglaltak nem támaszthatóak alá, hiszen a betegek jelentős része megkapja a tájékoztatást, és feltételezhetően ez az idő elégségesnek bizonyul. A harmadik szempont a beteg kérdezési hajlandósága/lehetősége a betegségével kapcsolatosan, amely során információkat szeretne az állapotáról: a kutatás eredményeiből – ebben az esetben - a nemleges válaszok kerültek elemzésre, annak okán, hogy rávilágítsanak a hipotézisben foglaltakra. A nemleges válaszok a válaszadók 66,5 százalékánál jelentek meg, az alábbi bontásban: 57,1% nem kérdez a betegségével 89 kapcsolatosan, mert az orvosnak mindig sietnie kell; 4,7% azért nem kérdez, mert nem mer kérdezni és szintén 4,7% azért nem kérdez, mert nem lehet. A kutató számára ez a szempontrendszer igazolja a negyedik hipotézist, mely szerint a betegek jelentős részének szüksége lenne még további tájékoztatásra.

Következtetések

A betegek tájékoztatása egyszerű feladatnak bizonyul, azonban alapvető fogalmak tisztázása szükséges e tekintetben. Az alapvető beteg-tájékoztatást beleegyezés követi. Eszerint az orvos egyszerűen közli a beteggel, hogy milyen beavatkozást vagy kezelést tart az adott esetben a legcélszerűbbnek, s a beteg ebbe minden további magyarázat vagy információ nélkül beleegyezik [9]. A viszony alá- és fölérendelt, a döntés az orvos kezében van, a beteg pedig passzívan tudomásul veszi a hallottakat és engedelmeskedik. A kommunikáció egyirányú, a beteg informáltsága kismértékű. Számos esetben nem érvényesül a beteg autonómiája, mely legtöbb esetben bizalmatlanná teszi a beteget. Tájékozott beleegyezés során az orvos-beteg kapcsolatra az erkölcsi kölcsönösség jellemző, az orvos a részletes tájékoztatás és döntés

előkészítésének a kulcsa. Kétirányú kommunikáció és folyamatos párbeszéd jellemzi e kapcsolatot, melynek eredményeképp a beteg tájékozottá, és ezzel együtt a döntései során magabiztossá válik [10]. Sokszor az ellátók is meglepődnek, milyen komoly kérdéseket fogalmaznak meg a betegek, hiszen egy részük jól felkészült, tájékozott, olvasott beteg, hiszen az életükről van szó, tudni akarnak mindent a legapróbb részletekig. A bizalom is optimálisnak mondható, a beteg bízik az orvosában, és az orvos is bízik a beteg felelős döntésében. A kutatás eredményei ezt is alátámasztották. ...”Az orvos és betege közötti szakmai kompetencia különbség feloldása létkérdés az együttműködés megvalósítása érdekében, melynek nélkülözhetetlen eszköze a tájékoztatás...” [11]. Az orvosi kommunikáció jelentőségére is egyre több kutatás hívja fel a figyelmet. Immár áttekintő tanulmányok, metaanalízisek is igazolják, hogy megfelelő kommunikáció többek között jelentősen javítja a betegek terápiás együttműködését [12]. Jelen kutatás eredményéből egyértelműen kiolvasható, hogy a betegek többsége egy szakmailag kompetens és emberileg számára megfelelő orvosra szeretné bízni magát, aki elrendeli a helyes terápiát, és vállalja a felelősséget a döntéséért. Ezt a bizalmat és információkat keresik a betegek más, kiegészítő tevékenységek - pl. utazás előtt – során is. A betegek tájékoztatásának fontossága szinte minden területen kiemelkedően fontos. Az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőkről, a lakosság egészségügyi ellátórendszerrel való elégedettségéről leginkább kérdőíves lakossági egészségfelmérések révén lehet információhoz jutni [13]. Jelen vizsgálat eredményei a 2017-2019. évi állapotot tükrözik. A kutatási kérdésekre a kutatás választ adott, és innovatív kapukat nyithatnak meg egy további, kutatáshoz, vagy olyan programokhoz, amelyek a betegedukációt és a professzionális szintű betegtájékoztatást tűzik ki célul. A későbbiekben bevonásra kerülhetnek olyan, nem állami feladatot ellátó szervezetek is, akik az ellátásra kötelezettek részére a betegtájékoztatás tárgyában segítségükre lehetnek. A kutatást megelőzően a saját és szűkebb környezet háziorvos látogatás tapasztalatai, a szinte napi jelenségnek számító betegpanaszok valamint a médiában megjelenő, témával kapcsolatos események voltak ismertek. A kutatás aktualitását végül a hatályos jogszabályban foglaltak betarthatóságát, és az esetleg felmerülő eltérésekre adható innovatív javaslatok lehetősége adta. A kutatás eredményei arra is rámutattak, hogy a széleskörű, alapos és a hatályos jogszabályokhoz szorosabban illeszkedő betegtájékoztatás csak olyan eszközökkel és módszerekkel alkalmazhatóak, amelyek a tájékoztatás idejét nem a közvetlen orvos-beteg interakció növelésével, hanem a 21. századi eszközök és lehetőségek kihasználásával valósítja meg. Megvalósítható és fenntartható megoldás lehet, hogy az orvosok betegtájékoztató munkájába, mint a szakmai team értékes és hasznos tagjai, a megfelelően képzett ápolók lépnek be segítségül. Szükséges bevonni a szakképzett betegoktatók munkáját az

egészségügyi intézményekben, akik nem csak lerövidíthetnék az orvossal történő beszélgetés és tájékoztatás idejét (az orvosi kompetenciákra szorítkozva), hanem kiegészítésképp ápolási, életvezetési, diétás tanácsokra, alternatív gyógyászati segédeszközökre, rehabilitációs és gondozási tevékenységekre vonatkozó információkkal láthatnák el a betegeket.

Disszertációhoz kapcsolódó tudományos közlemények

- **Lengyel I, Ács N** (2021) Az együtt szülés feltételeinek megteremtése hazai szülészeti osztályokon a COVID-19 járvány idején. *Orvosi Hetilap* 2021; 162.(21): 824 – 829. DOI: 10.1556/650.2021.32226
- **Lengyel I** (2020) A jogszabály szerinti betegtájékoztatás érvényesülésének vizsgálata a felnőtt háziiorvosi alapellátásban *Lege Artis Medicinae – közlésre elfogadva* (2021. január 30.)
- **I. Lengyel** (2020) ” Expectations for 21st century patient information in Hungary – examining the right to being informed in general practice only for adults (including the outcomes of a survey questionnaire)” *Kaleidoscope Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat* 2020. Vol. 10. No. 20. DOI: 10.17107/KH.2020.20.190-195
- **Felkai P, Lengyel I** (2019) Kéretlen e-mailek az orvos postafiókjában: ezek veszélyei az egészségnevelésre, a betegtájékoztatásra és a tudományos munkára *Orvosi Hetilap* 2019; 160.(43): 1706–1710 DOI: 10.1556/650.2019.31531
- **Lengyel I, Felkai P** (2018) Utazás előtti tanácsadás és betegedukáció a magyar utazóknál *Orvosi Hetilap* 2018; 159.(9): 357–362. DOI: 10.1556/650.2018.30987
- **Lengyel I** (2018) Leggyakoribb utazással összefüggő nyári fertőzések, ételmérgezők és azok kezelési lehetőségei és az utazás előtti betegtájékoztatás jelentősége *Háziiorvos Továbbképző Szemle* 2018; 23: 54-57.

Disszertációtól független tudományos közlemények

- **Felkai P, Lengyel I, Szokoly M, Forgó I.** (2017) A magyar alpesi sízők és hódeszkázók egészségkárosodásainak összehasonlító statisztikai elemzése *Orvosi Hetilap* 2017; 158.(16): 618–624. DOI:10.1556/650.2017.30707

Hivatkozások:

- [1] Oláh Andor: „Újhold, új király!” A magyar népi orvoslás életrajza. Bp., 1986. Gondolat Kiadó. 305 p.
- [2] Oláh Andor: „Újhold, új király!” A magyar népi orvoslás életrajza. Bp., 1986. Gondolat Kiadó. I. rész, 3. fejezet: Német méreg – magyar orvosság (népi orvoslás és politikatörténet), p. 91, 93.
- [3] A m.k. belügyminiszter 1876. november 21-én 51.661.sz.a. kelt szabályrendelete a kórházakra és gyógyintézetekre nézve (5.§.e.g pontok). In: Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. 1854-1894. Összeállította: Dr. Chyzer Kornél, Budapest: Dobrowsky és Franke Kiadása, Pesti Könyvnyomda; 1984
- [4] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2006:130.
- [5] Nemes László (2009): Egy tudománykutatáson alapuló bioetika körvonalai Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola. PhD értekezés Forrás: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/90422/Nemes%20Laszlo%20ertekez.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (Letöltve: 2021. december 4.)
- [6] Katz J (1986) The Silent World of Doctor and Patient. London, Collier Macmillan Publishers 28
- [7] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006:352.
- [8] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006:131-32.
- [9] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006:127. 105
- [10] Elwyn, Glyn – Edwards, Adrian Gwyn – Kinnersley, Paul – Grol, Richard (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. British Journal of General Practice, 2000/50(460). 892– 899.
- [11] Dósa Á. (2002) Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért. Állam- és Jogtudomány 43:23-72.
- [12] Kelly B Haskard Zolnierek, M Robin Dimatteo (2009) Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care 47:826-34
- [13] Forrás: www.ksh.hu/elef (Letöltve: 2021. december 5.)