

A betegek együttműködési készségének szerepe az egészségügyi marketingben

A gyógyszer- és egészségügyi marketingben nagy figyelmet fordítanak a beteg és az orvos illetve gyógyszerész kapcsolatára olyan kérdések vizsgálatakor, mint a beteg orvoshoz fordulási illetve gyógyszervásárlási szokása, vagy az orvos gyógyszerrendelési szokása. Kevesebbet foglalkoznak a beteggel attól kezdve, amint elhagyja a rendelőt illetve a gyógyszertárt, vagyis azzal a folyamattal, amikor a beteg ott-hon, felügyelet nélkül, elkezd a gyógyulási vagy rehabilitációs folyamatot, amikor az orvos által rendelt terápiát alkalmazza. Ebben a folyamatban nagy szerepe van a betegnek, mégpedig annak, hogy mennyiben valósítja meg az orvos rendelkezését, előírászerűen beveszi-e a gyógyszereit, illetve betartja-e azokat az előírásokat, amelyek részét képezik a terápiának.

Az együttműködési készség (compliance) jelentősége

Ez az együttműködési készség, a compliance a gyógyulási folyamat része, és hiánya nagyon komoly orvosi és gazdasági következményekkel jár. A compliance definíciójaként a jelen cikkben a következőt használjuk: a beteg együttműködési készsége olyan fokú, amilyen mértékben magatartása megfelel a vele szemben előírt orvosi és egészségügyi előírásoknak. Az egészségügyi előírásokat tágan értelmezve az érintettek köre is kibővül, ugyanis nem csak a valamilyen betegségben szenvedő betegek, hanem a még nem beteg, de veszélyeztetett potenciális betegek is az érintettek közé kerülnek. A továbbiakban az együttműködési készséget nemcsak a betegekre, de a veszélyeztetettek-re is értjük.

A compliance értelmezése két közelítésben történhet:

- Állapot- és eredmény szemléletben: egy szükséges magatartás tanulási folyamata és sikeres alkalmazása.
- Folyamatorientáltan: a folyamat egyes szakaszaiban dinamikusan vizsgálja azokat a magatartási for-

mákat, amelyekkel az éppen adott cél a legsikeresebben érhető el.

A beteg együttműködésének szükségessége a terápia sikeressége szempontjából, vagyis orvosszakmai közelítésben szinte nyilvánvaló. A terápia különböző fokú sikerességének gazdasági következményei is kézenfekvőek, ezért is indokolt az együttműködési készségnek az egészségügyi és gyógyszermarketingben is figyelmet szentelni. Közhelyszerű, de mégsem eléggé tudatosodott az a megállapítás, hogy a legdrágább az a gyógyszer, amit a beteg nem vesz be. Országoként különböző becslések ismertek arról, hogy a helytelenül alkalmazott gyógyszeresedés vagy a gyógyszer be nem szedése, illetve az egyéb előírások betartásának hiánya, vagyis a compliance nem megfelelő foka mekkora gazdasági kárt okoz évente: az USA-ban az évente bekövetkező gazdasági kárt mintegy 20 millió kieső munkanapra és 8,5 milliárd dollár kiadásra (táppénz és egyéb egészségügyi költségek) becsülik.

Az együttműködési készség hiánya által okozott gazdasági károk részben közvetlen, részben közvetett módon jelennek meg, amelyet az 1. táblában foglaltunk össze.

Az együttműködési készség különböző fokú hiánya számtalan tényező miatt következhet be egy adott beteg esetében. Mivel nincsenek eleve felismerhető „nem együttműködő” típusok, ezért az orvos számára nehéz feladatot jelent annak megállapítása, hogy az adott beteg várhatóan mennyire fog együttműködni. A beteg magatartásával, az együttműködés tényezőivel kapcsolatos beállítottság vizsgálatával a marketing segítséget nyújthat az orvosnak a beteg várható compliance-ének felmérésében.

A gyógyítási folyamatban az orvos és a beteg kapcsolata azzal a mozzanattal kezdődik, amikor a beteg a panaszokkal kapcsolatban dönt arról, hogy orvoshoz fordul-e vagy nem. Itt különösen azokban az esetekben van szabadsága a betegnek, amikor a panaszokból nem nyilvánvaló az orvos igénybevételének szükségessége. Könnyebb lefolyásúnak ígérkező be-

1. tábla Az együttműködés hiánya által okozott gazdasági veszteségek

Az együttműködési készség hiánya miatt fellépő	
közvetlen költségek	közvetett költségek
• Az első látogatáskor rendelt gyógyszer költsége	• Termelékenységi veszteség
• A javulás elmaradása miatt az ismételt látogatáskor rendelt gyógyszer költsége	• Munkaidőkiadás
• Az együttműködés hiánya miatt fellépő komplikációk és szövődmények költsége	• Jövedelemvesztés
• Az esetleges sürgősségi beállítás és ellátás költsége	• Kiesés az adóbevételben
• Az együttműködés hiánya miatt szükségessé vált kórházi ellátás költsége	• Magasabb morbiditási arány • Magasabb mortalitási arány

tegségeknél, különösen ha a munkapiaci elvárások ezt sugallják, a betegek jelentős része nem fordul azonnal orvoshoz, hanem öngyógyszerezésbe kezd olyan esetekben is, amikor nem ezt kellene tennie. Ebben az esetben, ha vény nélkül kapható gyógyszert vesz, ő a döntéshozó a gyógyszerválasztásban, bár több tényező befolyásolja a döntést.

Amikor a beteg orvoshoz fordul, akkor az orvos alapítja meg a diagnózist és a terápiát, amelynek részeként – a beteg bevonásával vagy anélkül – ő dönt a gyógyszerrezerésről. A gyógyszerrezerési és egyéb előírások betartásáról az orvosnál tett látogatást követően kizárólag a beteg dönt. A gyógyítási folyamatban megfigyelhető döntési szerepeket mutatja az 1. ábra.

1. ábra A beteg és az orvos döntési szerepe az ellátási folyamatban

Az orvos döntési területe		A beteg döntési területe
Diagnózis és terápia	Gyógyszerrezerés	A gyógyszerrezerés és az előírások betartása

A két fő döntéshozó befolyásolhatja egymást azokon a területeken, amelyeken a másiké a döntő szerep, például az orvos befolyásolhatja a beteget abban, amiben a beteg hozza a döntést, vagyis elősegítheti a compliance magasabb fokát, a beteg is befolyásolhatja az orvost a terápiáról illetve gyógyszerrezeréről való döntésben, lehetnek például gyógyszerrezerési kívánságai.

A gyógyulási folyamatban többféle okból is előfordulhat, hogy a beteg nem működik együtt megfelelően, például elfelejtheti bevenni a gyógyszert, félhet a mellékhatásoktól, abba hagyhatja a gyógyszerrezerését, mert úgy gondolja, hogy meggyógyult, de sok

egyéb ok is előfordulhat. A betegközpontú gyógyszermarketingnek fel kell tárnia a leggyakrabban előforduló okokat, és azzal kell segítenie az orvost, hogy feltár bizonyos beteg-típusokat a compliance szempontjából, ezzel támpontot nyújtva az együttműködési készséget javító intézkedésekhez. A gyógyszerrezerőknek részben a saját kutatási-fejlesztési tevékenységük során kell figyelembe venniük a betegek együttműködését segítő fejlesztési intézkedéseket, részben pedig az egészségmenedzsment-programjaikban fontos szerepet kell kapnia a beteg segítésének. A gyógyszerrezerési eredmények együttműködést javító hatására jó példa az, hogy a naponta egyszer történő gyógyszerrezerés esetén sokkal kevésbé fordul elő, hogy a beteg elfelejti bevenni a gyógyszert. A 90-es években Németországban végzett empirikus vizsgálat közvetlen összefüggést mutatott ki a napi rezerés mennyisége és a betegek együttműködési hajlandósága között: míg a naponta négyszer történő adagolásnál 58%-os, addig a napi egyszeri adagolásnál 95%-os együttműködési készséget mértek.

Az egyes betegek együttműködési készségét meghatározza az egészséghez illetve betegséghez való viszonyulásuk, az ezzel kapcsolatos neveltetésük, az egészségügyi kultúra, amelyben felnöttek és élnek, de nagy szerepe van az általános tényezők mellett az egyéni életstílusuknak, az adott élethelyzetüknek is.

Empirikus vizsgálat az együttműködési hajlandóságról

Különösen kritikus lehet az együttműködési készség krónikus betegségek esetében, illetve olyanoknál, amelyek nem gyógyíthatók, de betartott terápiával jól kezelhetők, viszont nem megfelelően betartott terápia vagy kezeletlenség esetén több, súlyos következmény léphet fel. Ilyen betegség lehet például a diabetes vagy a magasvérnyomás-betegség. Mivel a magyar lakosság esetében a magas vérnyomás igen elterjedt, illetve az ezt okozó rizikófaktorok nagy arányban fordulnak elő, az elvégzett empirikus vizsgálat a

magasvérnyomás-betegség rizikófaktorai által enyhén érintettek körében kívánta felmérni a compliance egyes tényezőinek mértékét. A vizsgálat során célunk volt az általánosan előforduló tényezők alapján az érintettek típusait megállapítani, ezzel segíteni az orvosokat az együttműködés várható szintjének megállapításában, így végső soron a terápia hatékonyságának növelésében.

A vizsgálat a következő fő témaköröket tartalmazta:

- a betegek viszonyulása egészségügyi panaszaikhoz, az orvoshoz;

- az orvos szerepének megítélése a betegséggel illetve a betegség megelőzésével kapcsolatban;
- az orvosi felvilágosító munka megítélése (a betegséggel és a gyógyszer szedésével kapcsolatban);
- a saját szerepének megítélése a gyógyulási folyamat elősegítésében;
- a betegségek súlyosságának és következményeinek megítélése;
- véleményük és közreműködésük a betegségek megelőzésével kapcsolatban;
- viszonyulásuk a magas vérnyomáshoz és gyógyításához.

A vizsgálat célja döntően a betegségtudat felderítése, a betegségek és következményeik megítélése, illetve a betegek közreműködési készségének felmérése részben saját egészségük védelmében, a betegségek megelőzésében, illetve együttműködési készségük feltárása a betegségek gyógyítása során. A vizsgálat kérdőíves, személyes úton történő megkérdezéssel történt. A megkérdezés során 189 érintettet kérdeztünk meg, a mintavételnél a célcsoportot a valamelyik rizikófaktorban érintettek jelentették.

A minta nem reprezentatív a magyar népességre általában, de az adott célcsoporton belül megfelelő megoszlást mutat az életkor, a nem, a lakóhely és az iskolai végzettség tekintetében. A mintába nem kerülhettek be olyan megkérdezettek, akiknek jellemzően alacsony a vérnyomásuk, valamint akik a négy rizikófaktor közül (táplálkozás, mozgásszegénység, súlyfelesleg, stressz) legalább az egyikben nem minősítették magukat érintettnek. A megkérdezésbe tehát bekerült mindenki, aki legalább egy kicsit érintett a rizikófaktorokban, lehet, hogy már volt magas a vérnyomása, de nem biztos, hogy krónikusan az, és valamilyen természetű egészségügyi panaszai vannak, de nem kell feltétlenül súlyos betegnek lennie.

Az egyes rizikófaktorok említettsége 60% körül ingadozik, az együttes előfordulásuk 40-50%-ot ér el. Jellemzően több rizikófaktorot is említettek, vagyis a kérdésbe bevontakra a rizikófaktorok megléte erősen jellemző, valamint a magas vérnyomás előfordulásában is érintettek.

Az egészségügyi panaszok megítélése, döntés a panaszok megjelenésekor

Egészségügyi panaszok megjelenése esetén legtöbbször orvoshoz fordulnak (43%), a betegek mintegy 29%-a vár a további fejleményekre és nem fordul azonnal orvoshoz, mintegy 24% maga kezdi el kezelni a problémát, a megkérdezettek 5%-a a pihenést említette, amit először tesz a panaszok felmerülésekor. E választási

arány férfiakra és nőkre egyaránt jellemző, viszont az idősebb korúak és a városi lakosok nagyobb arányban fordulnak orvoshoz a panaszok megjelenésekor. Az orvos elérhetősége, az orvossal való ellátottság szerepet játszik a városi lakosok magatartásában. Az idősebbek nagyobb arányban mennek el a házi orvoshoz, a nőkre nagyobb arányban jellemző, hogy inkább gyógyszerészhez fordulnak. Az egészségügyi panaszok felmerülése esetén a döntést befolyásoló tényezők közül legtöbbször a panasz jellegét illetve súlyosságát említik, illetve ezeknek saját megítélését, anélkül, hogy bárhová tanácsért fordulnának.

Az orvos szerepe az egészségügyi panaszok kezelésében

Eltekintve a súlyos esetektől, általában láz és fájdalom felmerülése esetén, többnyire mérlegelés hatására fordulnak a megkérdezettek orvoshoz, elsősorban konkrét kezelés igénybevétele, illetve gyógyszer felírása céljából, míg az egészségügyi állapot felmérését csak nagyon kevesen említik.

Az orvos szerepének megítélése az egészségügyi állapot megőrzésében igen ellentmondásos, nagyjából ugyanannyian tartják jelentősnek, mint amennyien nem. Saját szerepüket az egészségügyi állapot megőrzésében a megkérdezettek fontosnak ítélik meg, így 56%-uk jelentősnek, 31%-uk közepesen jelentősnek, csupán 13%-uk tekinti kevésbé jelentősnek a saját, tehát a beteg szerepét a saját egészségügyi állapotának megőrzésében. A nők jellemzően fontosabbnak ítélik saját szerepüket az egészségi állapot megőrzésében, mint a férfiak. Egészségi állapotuk megőrzése szempontjából a legfontosabbnak a megfelelő életmódot tartják, az összes többi tényezőt kevésbé fontosnak ítélik.

A megelőző vizsgálatokat az egészségmegőrzés eszközeként kevesen említik, de ez nem jelenti azt, hogy nem ismert a szűrővizsgálatok fogalma, igénybevehetősége. A legismertebb szűrővizsgálatok a tüdőszűrés és a rákszűrés, míg csupán a megkérdezettek mintegy negyede számára ismert a vérnyomás-szűrés, a szív- és érrendszeri szűrés. A szűrővizsgálatokon való részvétel fő okaként a meglévő betegséget említik (összesen 79-en), de viszonylag gyakran említik a megelőzést is (összesen 62-en).

A gyógyszereszedési szokásokról

A megkérdezettek általában beszedik a gyógyszereiket, vagyis 38%-uk soha, 28%-uk nagyon ritkán, 22%-uk ritkán, csupán 10%-uk gyakran és 2%-uk nagyon gyakran felejt el a gyógyszer bevitelét. Nem ilyen

kedvező a kép, ha az elfelejtés konkrét körülményeire kérdezzük, vagyis hogy jellemzően melyik napszakban felejt el bevenni a gyógyszert, ekkor ugyanis viszonylag magas elfelejtési arányra utaló válaszokat kapunk. A gyógyszert elfelejtők legtöbben délben (40 fő, 34%), reggel (28 fő, 24%), valamint este (20 fő, 17%) felejtik el bevenni a gyógyszert.

Azt, hogy az adott gyógyszert beveszi-e aznap, a megkérdezettek több mint 50%-a az orvos utasítása alapján dönti el, vagyis betartja az orvos utasítását, de mintegy 33%-uk saját mérlegelése alapján veszi vagy nem veszi be a gyógyszert, illetve 7%-nál attól függ, hogy elfelejt-e vagy nem. A gyógyszer szedésének abbahagyásáról illetve az újrakezdésről is sokan maguk döntenek állapotuk mérlegelése alapján, mintegy 40%-uk maga dönt az abbahagyásról, míg 30%-uk saját maga dönt az újrakezdésről.

Csoportosítás az együttműködés tényezőihez való viszonyulás szerint

A gyógyszereszedésről, az orvos munkájáról, elsősorban a gyógyszerek felírásával és a felvilágosítással kapcsolatban, valamint a gyógyszerek hatásának ismeretéről állításokat fogalmaztunk meg, amelyeket a megkérdezettek ötfokozatú skálán értékelték. Ezzel az orvosi ellátásról, felvilágosításról, a gyógyszerekkel kapcsolatos magatartás jellemzőiről, attitűdjeiről igyekeztünk képet kapni. Az állításokat faktoranalízis segítségével csoportosítottuk.

A kapott faktorok a következők:

1. faktor: az orvos felvilágosít a gyógyszerről

- Elmagyarázza-e Önnek az orvos, hogy miért történik a kivizsgálás?
- Elmagyarázza-e Önnek az orvos a felírt gyógyszerek hatásait?
- Megmagyarázza Önnek az orvos, hogy miért az adott gyógyszert kapta?

2. faktor: a gyógyszerrel kapcsolatos ismeretek

- Tudja, milyen hatást várhat a gyógyszerektől?
- Tudja, mire kell figyelnie a gyógyszer szedése alatt?
- Tudja, mit kell Önnek tennie egészsége megőrzéséhez/javításához?
- Tudja, milyen változásra számíthat állapotában?
- Tudja, milyen mellékhatásra számíthat?
- Tudja, meddig kell szednie a gyógyszert?
- Tudja, hogyan kell szednie a gyógyszert?

3. faktor: elégedettség az orvossal

- Mennyire tartja megvalósíthatónak az orvos előírásait?
- Elégedett panaszja megoldásával?

- Orvosa megérti panaszait?

- Elégedett az orvossal történő várakozással?

A faktorok alapján szegmenseket képeztünk, klaszteranalízis alkalmazásával. Ennek eredményeként négy csoportot különíthetünk el:

1. szegmens: Közömbös fiatalabbak (31%)

Az orvos gyógyszerrel kapcsolatos felvilágosításával nem elégedett, a gyógyszer hatásai iránt nem érdeklődik és azokat nem is ismeri, az orvos munkájával, az orvosi ellátás körülményeivel azonban jellemzően elégedett. A magas vérnyomás előfordulása nem jellemző. Nem gyakori és rendszeres orvoshoz járó, a panaszok felmerülése esetén nagyobb arányban várja a fejleményeket, vagy saját magát kezeli. Szűréseken általában nem vesz részt. A klaszterben nagy arányban találunk nőket, az életkort tekintve nagyobb arányban tartoznak ide fiatalok.

2. szegmens: Egészségre figyelő, de orvossal nem együttműködő fiatalabbak (17%)

Az orvos gyógyszerrel kapcsolatos felvilágosításával egyáltalán nem elégedett, de a gyógyszer hatása iránt érdeklődik, ismeri, az orvosi ellátással, az orvos munkájával nem elégedett. A vérnyomásprobléma nem jellemző panasz nála. Panaszai felmerülésekor inkább vár és saját magát kezeli, kevésbé fordul orvoshoz. Egészségi állapotára figyel, és tisztában van azzal, hogy mit kell tennie egészségi állapotának megőrzéséhez. Szűréseken nem nagyon gyakran, de részt vesz, elsősorban mellrák- és méhnyakrák-szűrésen. A csoportban jellemzően fiatalabbak és nők találhatók.

3. szegmens: Orvoshoz forduló és együttműködő idősebbek (38%)

Nagyon elégedett a gyógyszerrel kapcsolatos felvilágosítással, jól ismeri a szedett gyógyszerek hatásait, és az orvos munkájával is elégedett. Gyakrabban fordul elő vérnyomásproblémája, orvoshoz is gyakrabban fordul. A gyógyszer szedésére figyel, az orvos utasítását betartja, a gyógyszer abbahagyásáról is kikéri az orvos tanácsát. Szűréseken jellemzően részt vesz, főként EKG- és koleszterinszűrésen. Ebben a csoportban többen vannak az idősebbek.

4. szegmens: Közömbös idősebbek (14%)

Az orvos felvilágosító munkájával elégedett, a gyógyszer hatásai iránt egyáltalán nem érdeklődik, valamint az orvos munkájával és a körülményekkel nem elégedett. Az orvossal való együttműködése nem jó, a gyógyszert gyakran elfelejt beszedni, a szedés abbahagyásáról jellemzően maga dönt. Szűrésen jellemzően nem vesz részt. Jellemzően idősebb férfiak tartoznak ide, akiknél gyakran fordul elő vérnyomásprobléma.

ma, rendszeresen szednek emiatt gyógyszert. Más egészségügyi panasz esetén gyakran csak a panaszok súlyosbodásakor fordulnak orvoshoz.

A szív- és érrendszeri betegségekhez való viszony

A szívbetegséget és a magas vérnyomást komoly betegségnek tartják, amely egyre több embert érint. A szív- és érrendszeri betegek illetve halálozások növekedésének kiváltó okai között első helyen a stresszt, a feszített élettempót, második helyen a helytelen táplálkozást, harmadik okként pedig a dohányzást tartják számon. A többi említett ok között az anyagi helyzet a legfontosabb, de előfordul a magas vérnyomás is, mint kiváltó ok. Nagyon kevesen említik a koleszterinszintet, a környezeti ártalmakat mint kiváltó okot.

A vérnyomását a megkérdezettek majdnem fele legalább kéthavonta, a másik fele viszont ritkán méri, csupán 12-en válaszolták az évi 3-5-szöri mérést. Az idősebbek gyakrabban méreik a vérnyomásukat, de a férfiak és nők között nem mutatható ki jelentős eltérés a vérnyomásmérés gyakoriságában. A válaszadók mintegy 87%-a indokoltan tartja a vérnyomásmérés gyakoriságát, a ritkábban méretök sokan indokoltan tartanák a gyakoribb mérést.

Magas vérnyomást állapítottak meg a megkérdezettek 42%-ánál, legtöbben szednek vérnyomáscsökkentő gyógyszert, amellyel döntően meg vannak elégedve. Többségük egyféle gyógyszert szed, 17-en két-félét, néhányan három- illetve négyféle gyógyszert szednek, a gyógyszereket folyamatosan szedik. Aki nem szed gyógyszert, annál a magas vérnyomás átmeneti panaszként jelentkezett, vagyis nem látja indokoltan a gyógyszert.

A magas vérnyomás megállapítása után a betegek több mint fele változtatott életmódján is, jellemzően diétázni kezdtek (26 fő), néhányan leszoktak a dohányzásról (4), illetve többet mozognak (5). Akik nem változtattak, azok többnyire a környezetükre és a megszokásra hivatkoznak (23), illetve 7-en nem tudnak változtatni.

A magas vérnyomás lehetséges következményeit általában sokan ismerik, elsősorban az érrendszeri betegségeket és az agyvérzést említik. A következményektől általában tartanak is, de nem elhanyagolható azok aránya sem, akik nem foglalkoznak a következményekkel.

A magas vérnyomású betegek gyógyszereszedéssel kapcsolatos attitűdje

Azok a betegek, akiknél már állapítottak meg magas vérnyomást, gyakrabban járnak orvoshoz, rendszere-

sen szednek gyógyszert, így feltehetjük, hogy a betegekhez, gyógyszereszedéshez való viszonyuk az átlagtól eltér. Ez a feltevés a megkérdezésben szereplő 79 betegnél nagyrészt igazolódott.

Ezen betegek esetében az orvossal való együttműködés az átlagosnál jobb, sokkal nagyobb arányban mondták azt, hogy az orvos általában elmagyarázza a felírt gyógyszerek hatását, általában indokolja és elmagyarázza a gyógyszereszedést. Jellemzően tisztában vannak a gyógyszereszedési utasításával, a várható mellékhatásokkal is.

Annak, hogy az átlagoshoz képest ezen betegek esetében pozitívabb a kép, feltehetően oka az is, hogy ők rendszeresebb kapcsolatban vannak az orvossal, nem csak panaszok esetén keresik fel, hanem a vérnyomáskontroll céljából is. A rendszeresség feltehetően mélyebb kapcsolatot is jelent, ami jobb színvonalú, alaposabb orvosi felvilágosítással párosul. Feltehetően ezek a betegek érdeklődőbbek is, ezért is érezhetik nagyobb arányban azt, hogy tisztában vannak a gyógyszereszedésének előírásaival.

Ugyanakkor az egészségmegőrzésre vonatkozó kérdésekben nincs különbség a magas vérnyomással kezelt és nem kezelt megkérdezettek véleménye között, mindkét csoport úgy véli, hogy tisztában van azal, mit kellene tennie.

A magas vérnyomással kezelt beteg jellemzőbben fordul orvoshoz egészségügyi panasz megjelenésekor. Sokkal kevésbé jellemző az, hogy a további fejleményekre vár, vagy saját magát kezdi kezelni, vagy családtagoktól, ismerősöktől kér tanácsot, jóval jellemzőbben fordul házi orvosához.

Az együttműködő idősebbek (3. klaszter) jellemzői

A gyógyszereszedéssel, gyógyszerismerettel és az orvosi szolgáltatásokkal kapcsolatos ismeretek illetve elégedettség alapján képzett szegmensek közül a harmadik, amelyet az „Orvoshoz fordul és együttműködő idősebbek” (38%) csoportjaként jellemeztünk összefoglalóan, néhány kérdésben eltérő jellemzőkkel rendelkezik a megkérdezettek átlagához képest.

Ez a szegmens jellemzőbben törődik egészségével, nagyobb együttműködési készség állapítható meg nála. Ez részben azzal is összefügg, hogy a klaszter 53%-a a magas vérnyomásúak közé tartozik (a mintában a magas vérnyomásúak aránya mintegy 40%). Ez az arány a korösszetétellel is összefügg, ugyanis itt magasabb az idősebbek aránya.

Az együttműködési készségnek olyan elemei, mint pl. a szűrővizsgálaton való részvétel, jellemzőbb ebben a szegmensben, mint a megkérdezettek összességét tekintve. A mintában tapasztalt arányhoz képest nagyobb arányban vesznek részt EKG-vizsgálaton,

koleszterinszűrésen; a többi szűrővizsgálaton a részvételi arány az átlagoshoz hasonló. Az okok között gyakrabban szerepel a megelőzés, mint az általában jellemző.

A magas vérnyomással kezelt betegek nagyobb hajlandóságot mutatnak az együttműködésre, illetve arra, hogy saját maguk is tegyenek valamit állapotuk javításáért. Így az életmódjuk megváltoztatásáról 65%-uk tett említést, míg általában a magas vérnyomással kezelt betegek 57%-a mondta ugyanezt. Az életmódváltoztatást ebben a szegmensben nagyobb arányban jelenti a diéta bevezetése (70%). A magas vérnyomás befolyásolásában többen tartják fontosnak az életmódot, a megfelelő diétát, a kezelés mellett.

Következtetések az együttműködésre vonatkozóan

Az elvégzett empirikus vizsgálat alapján megállapítható, hogy a megkérdezettektől elvárható egy bizonyos mértékű készség a betegség kialakulásának megelőzésére, mivel a rizikófaktorokban legalább enyhén mindnyájan érintettek voltak. A betegség kialakulásának veszélyével, a lehetséges következményekkel tisztában voltak, de a megelőzésben való közreműködésük már eltérő, részben betegségük súlyosságának függvényében, részben egyéni hozzáállásuk miatt. Ilyen és ehhez hasonló, sztenderd kérdőívvel történő megkérdezésnél az egyes egyéni beállítottságok kevésbé mérhetők, azt elsősorban kvalitatív módszerekkel lehet feltárni. Nagyon alkalmas viszont a felhasznált módszer a közös tulajdonságok alapján történő csoportképzésre, mint ahogy ez a jelen vizsgálatban is megjelenik. Az egyes csoportok, amelyek mind a betegség általi érintettségükben, mind együttműködésüket tekintve eltérők, jó alapot szolgáltatnak a betegek típusainak megkülönböztetésére és az egyes típusoknak megfelelő intézkedések kidolgozására.

Marketingintézkedések az együttműködés javítására

A compliance a beteg magatartásformája, amely az orvosi rendelő illetve a gyógyszerár elhagyása után alakul ki, ezért befolyásolásának már a rendelőben és a patikában el kell kezdődnie. Az orvos és a beteg közti kommunikációnak meghatározó szerepe van a nem megfelelő együttműködési készség megelőzésében. A beteg számára segítséget kell nyújtani a megfelelő magatartásforma kialakításában illetve megtartásában. A 2. tábla összefoglalva tartalmazza azokat a célokat és szükséges intézkedéseket, amelyeket a javítást célzó marketingprogramnak tartalmaznia kell.

A példánkban vizsgált magasvérnyomás-betegség rizikófaktoraitól valamilyen mértékben veszélyeztetett

2. tábla

A marketingprogram elemei

Célcsoport	
Az orvosi rendelő és gyógyintézet egészségügyi személyzete	A beteg, aki éli a mindennapi életét
Cél	
A nem megfelelő együttműködési készség (non-compliance) megelőzése	A megfelelő együttműködés (compliance) kialakításának támogatása
Eszközök	
<ul style="list-style-type: none"> A beteg informálása a betegségről vagy a veszélyzettségéről A beteg egyéni helyzetének ismerete és figyelembevétele a terápia kialakításában 	<p><i>Alapvető jelentőségű intézkedések:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A beteg és az ellátó személyzet között fenn kell tartani a folyamatos párbeszédet A betegnek minél több olyan lehetőséget kell felkínálni, amikor saját maga is ellenőrizheti a saját állapotát, illetve az együttműködés hatását
<ul style="list-style-type: none"> A kezelés elemeit, különösen ha krónikus betegség folyamatos kezeléséről vagy a szövődmények megelőzéséről van szó, a beteggel megbeszélve érdemes kialakítani 	<p><i>Nagyon fontos, nem elhagyható intézkedések:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A beteg és a hozzátartozók részletes felvilágosítása a teendőkről A kezeléssel kapcsolatos teendők beépítése a mindennapok cselekvéseibe, ez különösen a folyamatos kezelésnél és a betegségmegelőzési folyamatoknál nagyon jelentős
<ul style="list-style-type: none"> Bonyolult kezelési vagy megelőzési folyamat esetén célszerű a lépéseket írásba foglalni Törekedni kell az előre látható és a beszélgetés során ismertté váló akadályok megszüntetésére 	<p><i>Nem feltétlenül szükséges, de javasolható intézkedések:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Hosszú folyamatoknál érdemes közbülső célokat kitűzni és így az együttműködési folyamatot mintegy részekre bontani Különösen hosszabb folyamatok esetén a jól együttműködők ösztönzése a motiváció fenntartására
	<p><i>Esetlegesen, bizonyos betegek esetében javasolható intézkedések:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A beteg kíváncsiságának felkeltése és aktivizálása Lehetővé tenni a beteg számára a magatartási formák kialakításában való aktív közreműködést
A marketingprogram akciói	
<ul style="list-style-type: none"> Kommunikációs tréning az egészségügyi személyzet számára A képzést segítő tananyag készítése A betegekről vezetett jegyzőkönyvek alkalmas kialakítása 	<ul style="list-style-type: none"> Betegek és érdeklődők számára tanácsadási hálózat, illetve telefonos tanácsadás, hotline kiépítése Tanfolyamok működtetése betegek és veszélyeztetettek számára Otthoni látogatások beépítése a kezelési folyamatba, különösen hosszú vagy kritikus folyamatok esetében Megfelelő rehabilitációs, fitness létesítmények támogatása és ajánlása a betegek és veszélyeztetettek számára

páciensek esetén a párbeszédet mindenekelőtt a 3. szegmensbe tartozó együttműködő és orvoshoz forduló idősebbekkel kell fenntartani. Mivel azonban a többi szegmensbe tartozók is veszélyeztetettek, a kommunikációt feléjük is el kell kezdeni, de az információközléskor figyelembe kell venni, hogy a rizikófaktorokkal és a lehetséges következményekkel általában tisztában vannak, csak nem törődnek velük. Itt, a következmények felvázolásával, a felelősségtudat felébresztése az elsődleges cél. Az együttműködés a fiatalabb csoportokban a rizikófaktorok minimalizálását, az idősebb közömböseknél pedig az orvossal való kapcsolat felvételét jelenti.

Felhasznált Irodalom

BLETZER, S. [1998]: *Pharma-Unternehmen und Gesundheitsmarketing*. Gabler, Deutscher Universitätsverlag.

HOHENSOHN, H. [1998]: *Patientenorientiertes Pharmamarketing*. Gabler, Deutscher Universitätsverlag.
SULLIVAN, S. D. – KRELING D. H. – HAZLET, TH. K. [1996]: *Non-compliance with medication requirements and subsequent hospitalizations. A literature analysis and cost of hospitalization estimate*. In: Smith: *Studies in pharmaceutical economics*. New York-London.

THIESS, M.: *Ansatzpunkte für eine wirksame Pharmakommunikation*. In: Friesewinkel: *Pharmaindustrie*.

UHLMANN, B. [1998]: *Marketing für ethische Pharmazeutika im deutschen Gesundheitsmarkt der 90er Jahre*. Frankfurt am Main.

Szerzőink:

Simon Judit egyetemi docens, BKÁE Marketing Tanszék
Lantos Zoltán ügyvezető igazgató,
Knoll Hungária Kereskedelmi Képviselet

MAGYAR MARKETING MŰHELYEK HATODIK KEREKASZTAL KONFERENCIÁJA

KESZTHELY 2000. MÁJUS 31 - JÚNIUS 2.

A konferencia a marketingelmélet és -gyakorlat művelőinek szakmai tapasztalatszeréjére terem fórumot.

A konferencia fő témái:

- A nemzetközi marketing kihívásai
- Az Európai Unió csatlakozási folyamat gazdaságfejlesztési programjai és a vállalkozások
- A szolgáltatásmarketing új megoldásai

Előadók:

Berács József, Rekettye Gábor, Orosdy Béla, Fojtik János, Veres Zoltán, Eszes István, Józsa László, Huszti Ernő, Piskóti István, Dankó László, Gyöngyösy Zoltán, Zsámboky Gábor, Bod Péter Ákos, Polgár Tibor, Kevevári Béla, Békefi Veronika, Szatori László, Büdy László, P. Maros Erzsébet.

A konferencián bemutatják a legújabb marketingszakkönyveket.

Jelentkezési határidő: 2000. május 15.

A jelentkezéseket a következő címre vagy faxra kérjük küldeni:

Miskolci Egyetem Marketing Tanszék
3515 Miskolc-Egyetemváros