

KÖZLEMÉNYEK

AZ ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET

2006. ÉVI MUNKÁIRÓL

Szerzők:

Dr. Füredi Gyula, Dr. Papp Renáta, Dr. Hargitai Réka, Dr. Becka Éva,
Dr. Hanusz Klára, Dr. Grósz András, Dr. Balogh Sándor

ELŐSZÓ A 2007 ÉV KÖSZÖNTÉSÉHEZ

2007 februárjában lesz a 15. évfordulója az alapellátás, ezen belül is a háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátás új jogszabályi keretek közötti indulásának. A háziiorvoslás úttörő és példamutató módon vállalt élenjáró szerepet mintaként az egészségügy többi szektora számára, amivel egyaránt kapott elismerést és váltott ki irigykedést. Az első szakma volt amely megfogalmazta önmagának a szakmai megfeleltetéstől, a képzéstől és átképzéstől, műszerezettség minimumtól az új működési formáig szinte mindent amit akkor és addig lehetett. Az akkori átképzési és szakképzési forma ma európai gyakorlat és alapja lett az egész magyar rendszernek. Kaput nyitott az állami egészségügy áthatolhatatlannak látszó falán és megalapozta a valós egészségügyi vállalkozások gyakorlatát, felvállalva minden nem egészségügyi ismereteket igénylő bajaival együtt. Meghatározó szerepet vállalt és mérhető eredményeket ért el a népegészségügyi feladatok teljesítésében. És ezek csak kiemelt eredmények más hasonlókkal mellett.

Azután mint afféle korán érkező kijebb és háttérbe szorult.

Az alapkérdések 15 év alatt, sőt 30 év alatt sem változtak. Az elvárások, a társadalmi környezet, a mozgástér azonban gyökeresen átalakult.

Ideje ismét átvenni a kezdeményező szerepet és létrehozni egy egységes alapellátást vidéken és városban egyaránt. Ehhez kívánunk eredményességet mindenkinek.

A következőkben az Országos Alapellátási Intézet 2006. évben végzett tevékenységéből és az erre alapozott szakértői anyagaiból közlünk néhányat. A szándék az alapellátásban dolgozók informálása és véleményük, tapasztalataik megismerése.

A végső cél az elmúlt évek eredményei alapján a további eredménytelenségek megszüntetése, egy kollektív bölcsességre alapozott új alapellátási rendszer megteremtése, a jogszabályi és strukturális feltételek kialakításával. Ennek eredménye egy orvos- és betegbarát, de a realitásokat figyelembe vevő XXI. századi alapellátás.

HELYZETELEMZÉS AZ ALAPELLÁTÁSRÓL

(Különös tekintettel a kistérségekben rejlő lehetőségekre)

I. A JELENLEGI ALAPELLÁTÁS ELEMZÉSE

Erősségek:

- A területi ellátási kötelezettség mindenki számára biztosítja az ellátáshoz jutás jogosultságát.
- Az egészségügyi alapellátás korlátozások nélkül igénybe vehető.
- Az önkormányzatok által létesített körzetek finanszírozása garantált.
- Az egyetemes önkormányzati felelősség biztosítja az alapellátás szektorainak integrálását.
- A lakossági igények szerint az önkormányzatok döntenek a körzetek létesítéséről, módosításáról.
- A sürgősségi ellátás terén a finanszírozás a szakmailag magasabb szintű ellátás szervezését ösztönzi.
- A kapitáción alapuló praxis-finanszírozás a gerjesztett teljesítményt korlátozza.
- A praxisok szakmai és technikai minimuma előírt, elvileg az esélyegyenlőség az egyes praxisokban való ellátás szintjére megalósulhat.
- A háziiorvosi körbe való bejutásnak kihirdetett szakmai feltételei vannak.
- A háziiorvosi rendelőnek meghatározott tárgyi feltételeknek kell megfelelniük.
- A vállalkozások elterjedése 95%-os.

Gyengeségek:

- Az önkormányzat elvi felelőssége nem minden esetben realizálható.
- A működtetési jognak önkormányzati körzethez való kötődése és az ezzel járó egzisztenciális bizonytalanság korlátozza a praxisokban a generáció váltást és az innovációt.
- A szeparált körzeti rendszer nehezíti a helyettesítések rendjét, a szakmai továbbképzések elérését, a betegellátás megfelelő szinten tartásának folyamatos biztosítását.
- Az elvileg teljes körű területi lefedettség a szaporodó betöltetlen körzetek miatt károsodik és korrigálhatatlan mértékű ellátási feszültségeket okoz.
- A területi és normatív elemek együttes jelenléte mellett a szakmai felelősség keveredik, miközben maga az ellátó személye azonos lehet (ld. háziorvos és iskolaorvos, ill. területi védőnő és iskolai védőnő).
- A teljesítmény elemek és a minőségi mutatók nem jutnak szerephez az alapellátásban.
- Hiányzik a definitív ellátás ösztönzése.
- Korlátozott mértékű és gyakoriságú pályázati lehetőségek a forrásoldal bővítésére, a minőségi elemek támogatására.
- A vállalkozói és az önkormányzati körzetek finanszírozása csak az alapfeltételekben azonos, a tényleges kiadásokban és forrásokban eltérnek egymástól.
- A lakosság egészségügyi ismeretei hiányosak.

- A lakosság nem érdekelt a takarékos ellátásban.
- Szociális igények és egészségügyi ellátások keverednek.

Lehetőségek:

- A nem realizálható önkormányzati felelősség delegálása más szintre.
- Az önkormányzatok anyagi helytállása helyébe az amortizáció megjelenítése a finanszírozásban.
- Szakmai ösztönző rendszerek alkalmazása.
- Minőségi elemek megjelenésének támogatása.
- Az erőforrásokkal való hatékonyabb gazdálkodás elősegítése önkormányzati együttműködéssel.
- Az alapellátás szabad szakmai kapacitásainak felmérése és előnybe helyezése.
- A munkamegosztás (orvos, ápoló, adminisztrátor ill. védőnő, szakápolói szolgálat, hospice, OMSZ stb.) racionalizálása.
- Az egészségügyi és a szociális alapellátás együttműködésének racionalizálása.

Veszélyek:

- Az önkormányzati felelősség kiváltása megfelelő garanciák nélkül instabilizálhatja a rendszert.
 - A teljesítményt ösztönző elemek indukált teljesítményt hoznak.
 - A hozzáférhetőség javulása indukálja a fokozott igénybevételt.
 - Az elvárt magasabb szint azonos kasszából való finanszírozása felborítja az egyensúlyt és veszélyezteti az átlag alatt maradó praxisokat.
 - A jelenlegi rendszer a közben belépett új szabályok (pl. uniós munkaidő és a velejáró bérek) miatt destabilizálódik, szaporodik az üres körzetek száma.
- Az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás prioritása lakosságközeli helyzetben sem felcserélhető.

II. RÉSZLETES KIBONTÁS

Az egészségügyi ellátás biztonságának egyik elvi alapillére a területi ellátási kötelezettség elve, melynek értelmében valamennyi lakos kötelező ellátásának felelős személye minden esetben meghatározható, elvileg senki nem eshet ki az ellátásból. Ez az elv olyan, egymástól határvonallal elhatárolt körzetekben realizálódik, melynek felelős egészségügyi dolgozója meghatározható, legyen az akár háziiorvosi, akár védőnői körzet vagy akár magasabb szinten szakrendelő vagy kórház. Az alapellátás vonatkozásában e felelősség az önkormányzati törvény értelmében a település önkormányzatára hárul, neki kell az ellátást nyújtani képes egészségügyi szolgáltatásról gondoskodni.

A területi ellátási kötelezettség (TEK) elve mindaddig hasznos és követhető, amíg egy-egy területen nem alakul ki tartós lyuk a hálózatban és nem terhelődik aránytalanul túl a szokásos

mértékhez képest a helyettesítő funkció ellátója. Hiába a szabad orvos választás lehetősége, ha a beteg választott orvosát tartósan más, helyettesíti. Hiába születnek a helyettesítést ellátó orvos számára kötelező érvényű szabályok, képtelenség elvárni, hogy a betegek a helyettesítés alatt is hasonló ellátásban részesülhetnek. Ezzel végső soron az érintett lakosság egészségügyi alapellátása lesz egyre hiányosabb és kockázatosabb: nagyobb az orvosi ügyelet és a mentőszolgálat igénybe vétele, emelkedik a kórházban ellátandók, csökken a szűrővizsgálatokon átesettek száma, elégtelen a gondozás, miközben romlik a helyzet abban a vonatkozásban is, hogy az immár tartósan betöltetlen álláshelyre pályázó egészségügyi szakember vonzóan találja-e a megpályázni kívánt helyet.

Szembe kell nézni a ténnyel, hogy a települési önkormányzatok ilyen kritikus helyzetben nem rendelkeznek azokkal a feltételekkel (anyagforrások, átszervezési lehetőségek, más ösztönző hatások beállítása vagy elérése, stb.), melyek reális lehetőséget adnak számukra a helyzet megoldására, kezelésére. Sajnálatos, hogy más, olyan hatások is jelen vannak az alapellátásban, amelyek további kockázatot hordoznak a pályakezdekők számára, tovább csökkentve ezzel a jelentkezők tábortát (pl. a kiszolgáltatottság olyan hatásoknak, melyek az orvosi tevékenységtől, annak mikéntjétől függetlenek). A tartósan betöltetlen házi orvosi körzetek egyre emelkedő száma, az öregedő házi orvosi kar, a szaporodó – ha áttételesen is – munkamegtagadások jelensége mutatja, hogy a jelenlegi struktúra nem alkalmas az ellátás biztonságának az ország minden területén való garantálására.

Volt olyan év, amikor a végzős medikusok negyede (!) jelentkező házi orvosi rezidensnek, ma alig tudják betölteni a meghirdetett rezidensi álláshelyeket. A végzős rezidensek gyakran pályaelhagyók lesznek és nyilvánvalóan jövedelmezőbb, ugyanakkor kevesebb kockázatot és bizonytalanságot jelentő marketing területen vállalnak munkát.

1999. január 1-eje óta csak megfelelő előképzettséggel léphet be bárki a házi orvosok körébe. Ez a szakmailag indokolt és vállalható körülmény ugyanakkor szoros feltételeiből adódóan kizárta a rendszertől az orvosok egy bizonyos körét: mindazokat, akik rezidensek már nem lehetnek de nem rendelkeznek az átképzéshez szükséges feltételekkel sem. A más szakirányú szakképzéssel rendelkezők ugyanakkor legfeljebb saját szakmai igényességük miatt folytathatják szerzett ismereteik gyakorlását, mert elismert módon sem közvetlenül, sem közvetve az jelenleg nem hasznosul. Hiába reumatológus a házi orvos (vagy a szomszéd házi orvos), a betegek vizsgálatra, reumatológiai ellátásra vagy akár csak a gyógyszerelés prolongálására utazhatnak a szakrendelőbe. A kreditpontok megszerzésének technikája és igénye nemcsak a pálya elhagyókat érinti, de nehéz helyzetbe hozza pl. a gyermeket vállaló kismamák rendszerbe való visszakapcsolását: más körzetben kell adott esetben hónapokat eltölteni a működési nyilvántartás megszerzéséhez. Ez a helyzet korlátozza a házi orvosként munkát vállalni képesek és szándékozók számát.

A klasszikus, körzeti orvosi rendszerben a „falu eltartotta orvosát”, kimondatlanul is ismert volt a falusi körzeti orvosok presztízse. A ma végző kollégák azonban nem szívesen támaszkodnak a bizonytalan ígéretekre: meghatározott munkaidőt,

világos feltételeket igényelnek és számítható, realitást jelentő jövedelemre szeretnének építeni. Az ország hátrányos területein azonban a forrásoldalon hiányzik az a plusz, ami a körülményekben mutatkozó hátrányt kompenzálni tudná. Az Egészségügyi Alapból történő finanszírozás normatív alapú és nem tartalmaz pozitív diszkriminációt, más forrásra pedig az alapellátás jelenleg nem számíthat. A duális finanszírozás elve ugyan elvi lehetőséget formálisan is adhat erre (nevezetesen, hogy az alapellátás feltételeiről az önkormányzat gondoskodik, a társadalombiztosítás pedig a működés költségeit állja – ez biztosítaná az amortizáció fedezetét), ám a hátrányos helyzetű települések ilyen kapacitásokkal többnyire nem rendelkeznek.

Különösen feszült a helyzet a gyermekek házi orvosi ellátása terén. Miközben kb. 1500 házi gyermekorvos tevékenykedik az országban, nagyságrendileg ugyanennyi a vegyes körzetekben dolgozó orvosok száma is. A házi gyermekorvosi körzetek zöme azon a területen található, ahol amúgy is elérhetőbb közelségű a szakellátás, a konziliáriusi lehetőség. Ebből adódóan a vegyes körzetekben élő gyermekek ellátása a házi orvosok legodaadóbb tevékenysége mellett sem történhet olyan szakmai színvonalon, mint a városi lakosok esetében. A vegyes körzeteket ellátó orvosok képzése, továbbképzése nincsen figyelemmel arra, hogy az általuk ellátott populáció egy olyan jelentős életkori csoporttal egészül ki, amelynek ellátása számos paraméterében eltér a felnőtt lakossághoz képest. A mozgó szakorvosi szolgálat gyakorlatilag esetleges és felelősségében sem körüljárt lehetősége mellett semmiféle érdemi szakmai támogatásban e körzetek nem részesülnek.

Az egészségügyi alapellátás folyamatosságáról szintén az önkormányzatok kötelessége és felelőssége gondoskodni. A vonatkozó jogszabályok ugyanakkor meglehetősen tág mozgásteret adnak számukra és saját belátásuktól függ, hogy területükön a számba vehető formák közül melyiket választják. Ebből adódóan egymás mellett él és létezik a készenlét és a központi ügyelet fogalma. Nyilvánvaló, hogy az ellátandók biztonságát és az erőforrások optimális kihasználását a központi-, vagy legalább is a központosított ügyeletnek képesek ellátni, de semmi nem akadályozza meg, hogy a legfeljebb az önkormányzati felelősség allokálására, de semmi esetre sem a beteg szakszerű ellátására vagy pl. az orvos elvárható rekreációra alkalmas készenléti szolgálatot szervezzenek. Ennek az a következménye, hogy a véletlenül múlik, hogy adott esetben a beteg ellátására milyen körülmények között, milyen eséllyel fog sor kerülni – akár az időfaktort, akár a rendelkezésre álló szakmai kapacitásokat nézzük. A kórházon kívüli sürgősségi ellátásban a házi orvosi ügyelet és a mentőszolgálat vesz részt, jogszabályokkal körülírt feladatmegosztásban. Nem kevéssé múlik a betegek számára a hozzáférhetőség, az esélyegyenlőség azon, hogy e két terület milyen formálisan is szervezett egységben látja el feladatát. A finanszírozás kapitáció alapul, ám bizonyos szorókból adódóan a szakmailag magasabbat nyújtani képes szolgálatok nagyobb forráshoz juthatnak. Végeredményében mégis az önkormányzatokon múlik, hogy az elvárható szakmai és technikai felkészültség mellett jutnak-e ellátáshoz a rászorulóknak vagy sem.

Az eddig ismertettek szinkronban állnak azokkal a morbiditási mutatókkal, melyek azt igazolják, hogy az ország hátrányosabb területein az egészségügyi paraméterek is

messze elmaradnak a városi területekétől. Súlyosbítja a helyzetet az e területeken élő lakosság iskolázatlansága, ebből adódóan a munka piacán való gyengébb érdekérvényesítésük is. Az alacsonyabb egészségügyi kultúra velejárója a hiányos higiéné, a fertőző betegségek gyakori előfordulása, az alultápláltság, az egészséges életmóddal szembeni igénytelenség – tovább véve: a magas rokkantossági arány és a korai halálozás. A szakrendelőtől való távolság a hozzáférhetőség korlátja miatt a diagnosztikai és terápiás lehetőségeket is szűkíti, nemcsak a betegek, vizsgálati anyagok bejuttatását, hanem az adatok áramlását, az eredmények elérhetőségét is értve alatta. A távolság mellett nem elhanyagolhatóak azok a geográfiai és közlekedéssel adottságok, amelyek további gátakat emelnek a szakszerű ellátás elérésének útján. A lehetőségek ellenére sem alakult ki mára az az igény, hogy ne az egészségügyi egység vonuljon a beteghez (nem számítva természetesen a szakmailag indokolt eseteket), hanem a beteg jusson el a korszerű, a szakma szabályainak aktuálisan megfelelő ellátást nyújtani képes, az ellátáshoz szükséges szakmai és tárgyi feltételekkel rendelkező, a szükséges további ellátási szintekkel együttműködő rendelőbe.

A munkavédelmi törvény ellenére a mezőgazdasági területen élő lakosság foglalkozás-egészségügyi ellátása általában nézve minimális. Ha az érintettek körét kiterjesztjük a nem foglalkoztatottakra is, akár katasztrófálisnak is tekinthetnénk. Vannak ugyan üzemorvosi képesítéssel rendelkezők a házi orvosok között, de ennek eloszlása véletlenszerű, a megfelelő szakemberrel való ellátottság területi adatai nem ismertek. Miközben a kémiai biztonság, a rezisztencia, a mindennapos mérgezések, a szennyeződések, az állati fertőzések a mindennapi híradások részét képezik, a szakszerű ellátás vagy az egészségügyi szinten történő informálás elégtelen.

A kezdetleges informatikai körülmények nem juttatják ma még érvényre azt a már 1992-ben megfogalmazott igényt, mely szerint a házi orvos rendelkezzen betege valamennyi egészségügyi információjával és ezeket az adatokat a beteg ellátása érdekében menedzselve aktuálisan juttassa el az egészségügyi ellátó rendszer megfelelő pontjára.

Ismert tény a roma lakosság lépést parancsoló egészségügyi és szociális helyzete. Számtalan elemzés igazolja a problémák halmozott és egymást erősítő voltát, s ismert az a tény is, hogy a halmozottan hátrányos területeken milyen mértékben koncentrálódik ez a problémahalmaz. A helyzet volumene rövid távon jelenleg kevés eséllyel kecsegtet: a magas morbiditás, különösen a fertőző betegségek terén, a szűrések, a betegségek időbeli felfedésének elégtelensége, az egészségügyi ismeretek hiánya magával hozza a sürgős egészségügyi ellátást igénylő esetek magas számát, a tanácsatlanságot, a rossz döntést és az egészségügyi probléma kezelésének lehetetlenségét. Fokozza mindezt az egészségügyi és a szociális körülmények keveredése, az igényjogosultságok kuszasága és egymásra utaltsága (szociális alapú egészségügyi kedvezmények, egészségügyi állapot dokumentálásától függő szociális kedvezmények stb.). Ebből adódóan sok esetben a szociálisan marginalizálódottak nem az egészségben, hanem éppen ellenkezőleg a betegségben, vagy legalábbis annak igazolásában érdekeltek, ami tovább erősíti az elégtelenséget az ellátók és az ellátottak között.

Számba véve a fentiekben összefoglaltakat, kijelenthetjük, hogy a jelenlegi feltételek között az egészségügyi ellátó rendszer, ezen belül is az egészségügyi alapellátás képtelen a tőle elvárt színvonalon az esélyegyenlőség messzemenő figyelembe vételével a szolgáltatást minden hozzá forduló számára nyújtani. Olyan strukturális változtatás szükséges, amely nem teljes rendszerében változtatja meg az egészségügyi alapellátást (annak jól, a betegek elégedettsége mellett, az elvárható szakmai szint biztosítását nyújtani képes területeket változatlanul meghagyva), de lehetővé teszi, hogy azokon a területeken, elsősorban kistérségi szinten, ahol az ellátási felelősségnek az önkormányzati szintről magasabbra helyezése előnnyel kecsegtet, lehetővé váljék más gyakorlatok alkalmazása. Az erőforrások koncentrálása, a realitásokra is figyelemmel végső soron az ellátás optimalizálását eredményezheti.

A lehetséges és kívánatos lehetőségek:

- A TEK szeparált körzetei helyébe az egymást átfedő felelősségi köröket (több egészségügyi szolgáltató egyetemleges felelőssége egy a jelenleginél nagyobb, de továbbra is meghatározott földrajzi területen).
- A szolgáltatások lakosság közeli területen, de nem feltétlenül az adott településen, térben és időben ismert és biztonságosan rendelkezésre álló módon hozzáférhetők, így a betegek mozgatása is szervezhető.
- A feltárt határterületi érintettségek miatt azonos helyen nemcsak az egészségügyi, hanem más – pl. szociális – alapellátások hozzáférése is indokolt, sőt más, kapcsolódó területek – pl. gyógyszerár, gyógyászati segédeszköz bolt stb. – jelenléte is megoldható.
- A csoportos együttműködés nemcsak a betegek közvetlen ellátását támogatja, de segíti az egészségügyi személyzet képzését, továbbképzését, szakmai felügyelethez kötött tevékenységének kivitelezését, sőt a laikus oktatásnak is kedvező színhelye lehet.
- Ugyancsak javítja a csoportok együttműködése a kapacitásokkal való racionális gazdálkodást az aktuális igényekhez jobban igazodni képes munkamegosztással.
- Nem elhanyagolható, hogy a centralizált, ám a betegek által jól és biztonságosan megközelíthető, illetve igénybe vehető rendelőkhöz az érintett lakosság teljes köre azonos szakmai színvonalon, azonos technikai feltételekkel működő szolgáltatáshoz jutnak. Megszűnik annak az esetlegessége, hogy a beteg lakhelye szegényebb vagy gazdagabb település, több települést lát-e el a körzet egy orvosa vagy egy település több orvosa képes az ellátást nyújtani.
- A lakosság közelében megjelennek olyan ellátási formák, amelyek elérhetősége nemcsak elvárható, de fontos is (pl. foglalkozás-egészségügy).
- Olyan egészségügyi informatikai bázisa legyen, amely nemcsak az adatok rögzítésére és archiválására alkalmas, hanem szükség esetén a beteg ellátása, eredményes gyógykezelése érdekében azok hozzáférhetőek, a jogosult szakember számára kezelhetőek legyenek.

A KISTÉRSÉGI PREVENCIÓS PROGRAM

2006. első féléves vizsgálatának összefoglaló eredményei

Közösség-közeli pozíciójukból adódóan, az alapellátás résztvevői képesek a népegészségügyi jelentőségű megbetegedések prevenciójának leghatékonyabb kivitelezésére. A legszélesebb hozzáférhetőség mellett, a háziorvosok és az alapellátás szakdolgozói élvezik betegeik bizalmát (ld. OALI felmérés a háziorvosi ellátással kapcsolatos elégedettségéről) és pácienseik életkörülményeinek ismerete mellett személyre szóló ellátást tudnak biztosítani, és pedig hosszú távú kapcsolatra alapozottan.

Az OEP által a háziorvosok részére 2005. évben meghirdetett prevenció pályázat tapasztalataira építve indult el az OALI koordinálásával a Kistérségi Prevenció Program. Az OEP Pályázat keretében a páciensek szűrése valósult meg, a kiírásnak megfelelően, a praxis legalább 25%-át érintette a prevenció aktivitás. A háziorvos résztvevők a páciensek státuszáról jelentést küldtek, a pályázat időtartama és szakmai tartalma szerint a jelentés a szűrési adatokra korlátozódott, a betegkövetésről információgyűjtés nem történt.

A Kistérségi Prevenció Pályázat keretében komplex prevenció program került kidolgozásra, a WHO közösségorientált ellátási koncepciójára alapozottan. Ennek megfelelően, az alapellátási teamek és a közösségtámogató szervezetek (önkormányzat, civil szervezetek) együttműködésével, a helyi lakosság bevonása történt annak érdekében, hogy adekvát információval ellátva, az egészséges életmód választása irányába terelje magatartásukat. 12 kistérség került kiválasztásra, az ország különböző területein, figyelembe véve, hogy minden régió képviselt legyen.

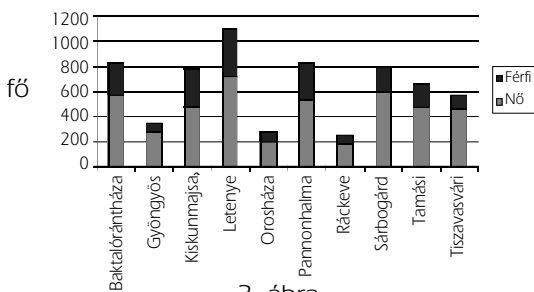
Az adott kistérségekben, helyi koordinátort jelöltünk ki, aki a különböző résztvevők aktivitását hangolta össze. A szakemberek bevonására és továbbképzésére kistérségi fórumokon került sor. Település-egészségnap keretében, lakossági szűrést végeztek a helyi alapellátásban dolgozók –, ahol a rizikóstatuszról leletet, és ahhoz tartozó értékelést, valamint tanácsokat, kaphattak a résztvevők. A háziorvosok részvétele biztosítja azt, hogy a kiszűrt rizikószemélyek követése, gondozása az egészségnap után megtörténjen, a szakdolgozóké pedig azt, hogy az életmódi tényezők befolyásolását (pl. dohányzás leszoktatást, testsúlycsökkentést) célzó tanácsadást megkezdjék, illetve folytassák.

A szűrési adatok rögzítését és a rizikóállapot értékelését a CardioNET informatikai rendszer biztosította, amelynek központi egysége lehetővé tette az adatok összesítését, statisztikai elemzését. Jelen feldolgozásban 10 kistérség adatait összegeztük.



6428 fő vett részt az egészségnapokon, a nők és férfiak 2/3–1/3 arányban jelentek meg. A bevont kistérségek népességének átlaga 41 111 fő (17 308 és 121 560 közötti lakosságsszámmal), az egyes településeké pedig 4400 fő. A részvételi arány nagyobb volt a kisebb lakosságsszámú kistérségekben.

Szűrésben részt vett lakosságsszám kistérségenként és nemenként



2. ábra

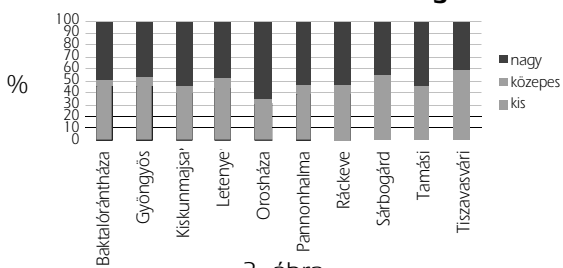
A vizsgált populáció 70,6%-a 40 és 70 év közötti volt, jelezve a kitűzött prioritást, a kardiovaszkuláris rizikószemélyek elérését. A vizsgált népesség 22,6%-a dohányzik, 73,6%-a túlsúlyos (testtömegindex >25 kg/m²), 64,1%-ának abdominális típusú elhízása van – a nők – derékkörfogata >88 cm, a férfiaké >102 cm. A vérnyomás 140/90 Hgmm határértékének figyelembevételével (a cukorbetegség alacsonyabb határértékét nem vettük figyelembe), a szisztolés érték 67,5%-ban volt magasabb, míg a diasztolés érték csupán 31,5%-ban haladta meg a 90 Hgmm-t. A vizsgáltak 46,6%-nál volt mérhető 5,1 mmol/l-nél magasabb koleszterinszint és 22,6%-ánál 6 mmol/l-nél magasabb vércukorérték.

Össességében, a vizsgált lakosságsszámú csoport 50,1%-a nagy kardiovaszkuláris rizikóval rendelkezik, azaz 5%-nál nagyobb az esélye, hogy 10 éven belül fatális kardiovaszkuláris eseménye lesz.

A nagy rizikójú személyek előfordulása Orosházán a legmagasabb (64%), míg Tiszavasváriban a legalacsonyabb (41%). Az egyes rizikófaktorok kistérségek közötti szórása a derékkörfogat, a koleszterin- és a vércukorszint esetén a legmagasabb, kisebb szórás tapasztalható a testtömegindex, a dohányzás, a szisztolés- és diasztolés vérnyomásértékeknél.

Mivel ismert, hogy az emelkedett szisztolés vérnyomásértékek erősebb korrelációt mutatnak a kardiovaszkuláris események előfordulásával, mint a magas diasztolés értékek, a magasvérnyomás betegség gondozása során, ennek figyelembevétele és a célterekre törekvés szükségszerű. Szükséges a magas koleszterin- és vércukorszintek célértékekre való csökkentése a kockázat mérséklése

Kardiovaszkuláris rizikó kistérségenként



3. ábra

érdekében. A magas vércukorszintek esetén különös figyelmet kell fordítani a szövődmények, különös tekintettel a nephropathia megelőzésére, hiszen a cukorbetegség önmagában kifejezett rizikót jelent a manifesztt érbetegség kialakulására.

A Kistérségi Prevenációs Program – első lépcsője az érintett kistérségekben a kardiovaszkuláris rizikó felmérését eredményezte, kijelölve a helyi prioritásokat a teendőkből. A kistérségi alapellátásban dolgozók bevonása – a leszűrt személyek követését a jövőben – megvalósíthatóvá teszi. A hypertonia, hypercholesterinaemia, a diabetes kezelés, gondozás – háziiorvosi kompetencia, szükség esetén szakorvos bevonásával, a monitorozásban célszerű

NÉHÁNY GONDOLAT AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MINŐSÉGGÖZPONTÚ MEGKÖZELÍTÉSÉRŐL, A BETEGELÉGEDETTSÉG VIZSGÁLATA KAPCSÁN

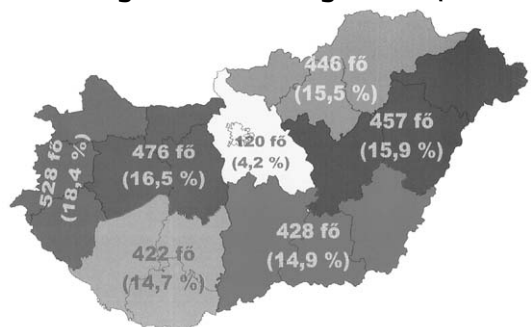
A háziiorvosi ellátással kapcsolatos elégedettség egyenlőtlenégei címmel került bemutatásra az V. Országos Háziiorvosi Napokon (2006. június 23–25.) az **Országos Alapellátási Intézet** és a SZTE Népegészségügyi Intézet közös vizsgálatának gyorsértékelése a kistételepüléseken élők életminőségéről és egészségi állapotáról. A most bemutatott értékelés a 2006. június 1.-ig beérkezett adatok alapján készült előzetes tájékoztató jelleggel, a mélyreható vizsgálatok elvégzése még tart.

A vizsgálat főbb célkitűzései az alábbiakban foglalhatók össze:

- kistételepülésen élők életminősége és egészségi állapota,
- az egészségügyi ellátás igénybevétele,
- az egészségügyi ellátással való elégedettség,
- az ellátással kapcsolatos igényeknek a feltárása,
- település-specifikus jellemzők értékelése.

A vizsgálatba 2877 fő került bevonásra 77 kistételepülésről, a minta 18 éves vagy annál idősebb népességre nézve kor és nem szerint reprezentatív, a regionális megoszlást az alábbi térkép illusztrálja.

A mintarégiók szerinti megoszlása (n=2877)



Az európai módszereken alapuló, kérdőíves, felmérés szerteágazó eredményeiből kiragadva most csupán egyetlen szempont kapcsán felmerülő gondolatokat szeretnénk megosztani a szakma művelőivel.

A lakosok véleményüket a saját egészségügyi ellátás, a háziiorvossal kapcsolatos elégedettség, és a nővérrel kapcsolatos elégedettség terén fejthették ki. A mérés 1–5-ig terjedő skálán történt. Az elemzés során a kérdőívek értékelésre kerültek az alábbi három szempont szerint:

- település mérete szerint,
- korcsoportos bontás szerint,
- iskolai végzettség szerint.

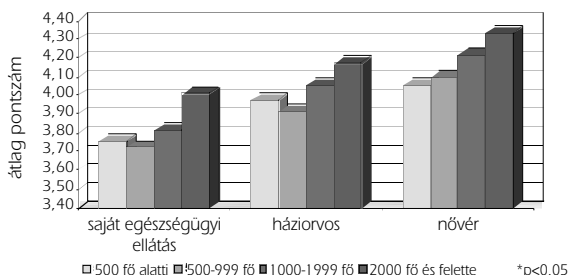
A fent bemutatott grafikonok számos érdekes információval

szakdolgozók kapacitásának kihasználása. Korábbi vizsgálatok szerint az életmód tanácsadás: dohányzásról történő leszoktatás, túlsúly csökkentése, akkor a leghatékonyabb, ha mind a háziiorvos, mind a szakdolgozó részt vesz a folyamatban, de az erőforrások racionalizálása végett a követést célszerű a szakdolgozóra bízni.

A prevenációs tevékenység területén az alapellátásban dolgozók kompetenciájának definiálása a háziiorvos és ápoló tekintetében megtörtént. A helyi szükségleteknek (lakosság, településszám, rizikóállapot) megfelelően célszerű az egészségügyi alapellátás strukturális átalakítása és a finanszírozás-hozzáigazítása, megfontolva egyéb egészségügyi dolgozók bevonását is.

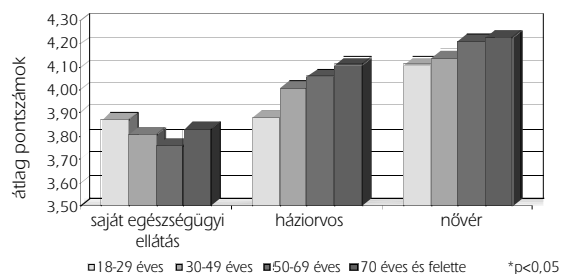
szolgálnak. Ezek közül az egyik az, hogy mind a település nagysága, mind a lakosság életkora, mind pedig az iskolai végzettség szerint nézve a válaszokat, a vizsgálat egyértelműen azt mutatja, hogy **a kistételepüléseken élő lakosság leginkább a nővér munkájával volt elégedett.**

Az egészségügyi ellátással való elégedettség település méret szerint

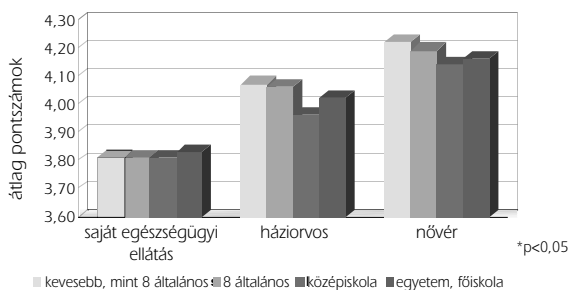


Különösen érdekes a fenti vizsgálati eredményt abból a szempontból értékelni, hogy vajon milyen hatással lenne a betegek elégedettségére a szakmai és szervezési szempontból kívánatos **kistérségi egészségközpontok** bevezetése. Jelenleg a háziiorvos munkáját többnyire izoláltan és kuratív jelleggel végzi, a kistételepüléseken igen gyakori a tartósan betöltetlen körzet. Nem alakultak ki a gyakorlatban a praxisközösségek, sőt a védőnők is önálló praxisokban tevékenykednek, mely a legnagyobb problémát a vidéki lakosság szempontjából jelenti. A WHO integrált preventív egészségügy kialakítását szorgalmazza, melyben az egészségügyi team-ek koordinálása mellett részt vesznek a közösségtámogató civil szervezetek és maguk a páciensek is családjukkal együtt. Ennek során olyan lakosság-közel ellátásforma valósul meg, melyben a prevenációs, a gyógyítási és rehabilitációs-rekreációs feladatok ellátása a team-munka eredményeként

Az egészségügyi ellátással való elégedettség korcsoportok szerint



Az egészségügyi ellátással való elégedettség iskolai végzettség szerint



magasabb színvonalon jelenik meg, ugyanakkor a különféle egészségügyi és szociális ellátások integrálása gazdaságilag is racionális működést eredményez. A kistérségi egészségközpon-

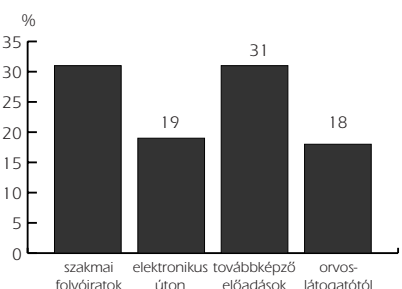
tok a humán erőforrás optimalizálása szempontjából is nyereséget jelentenek, hiszen a háziorvosok, az egyes szakellátások orvosai, a védőnők a központi bázisról „forgásos” jelleggel az egész kistérség lakosságát képesek ugyanakkora időráfordítás mellett ellátni.

A WHO szakmai ajánlására alapozott kistérségi egészségközpontok kialakításának kérdését a betegelégedettség oldaláról is fontos megvizsgálni. Az elégedettség érzését több összetevő határozza meg, melyek között a szakmai felkészültséget megelőzve előkelő helyen szerepel **a páciens meghallgatására szánt idő, az intím légkör, és a rövid terminus. Ezeket az igényeket a nővér a kistelepülésen maradván tudja biztosítani szakmai feladatai mellett, amely tovább növeli a betegelégedettséget, míg az orvosok is jobban meg tudnak felelni gyógyító, gondozó és prevenció feladataiknak.**

A KARDIOVASZKULÁRIS PREVENCIÓS AJÁNLÁS HASZNOSULÁSA A GYAKORLATBAN MILYEN VEZÉRFONAL MENTÉN TÖRTÉNNÉK A HÁZIORVOSI DÖNTÉSEK?

A kardiovaszkuláris megbetegedések népegészségügyi jelentősége a hazai morbiditási és mortalitási adatok ismeretében vitathatatlan. Az alapellátás szerepe a szűrésben és az annak megfelelő intervenció végrehajtásában jelentős, hiszen emellett, hogy a leginkább költség-hatékony ellátásról van szó, a legjobban hozzáférhető is, hiszen egy lakos évente átlagosan 6-szor keresi fel háziorvosát.

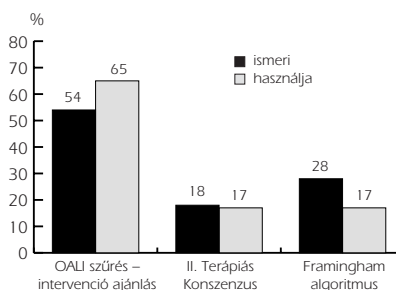
Orvos-szakmai információ leggyakoribb forrása



A kardiovaszkuláris prevenció komplex feladat, több rizikófaktor ismerete szükséges a státusz értékeléséhez, s az egyes terápiás célok rizikóállapottól függően változnak. A szűrés-intervenció betegellátásban történő hasznosítása függ a háziorvos ismereteitől és gyakorlatától, amelynek fejlesztése érdekében, az OALI 2005. évben, elkészített egy egyszerű, áttekinthető, tudományos evidenciákra alapozott és ugyanakkor költség-hatékony elveket is figyelembe vevő ajánlást a kardiovaszkuláris prevenció kivitelezésére. Az ismertetés a háziorvosok felé kiadvány, továbbképzés és informatikai eszköz segítségével történt. Egy évvel az ajánlás elkészítését követően, az OALI kérdőíves felmérést készített, annak érdekében, hogy a háziorvosok ismereteit és gyakorlatát feltérképezze a kardiovaszkuláris prevenció területén.

A felmérés rávilágított arra, hogy a háziorvosok leginkább szakmai folyóiratokból (31%) és továbbképző előadások útján (31%) szerzik be információikat a legújabb tudományos eredményekről, ajánlásokról. Terjed az Internet használata is (19%), s utolsó helyen az orvoslátogatók fontossága áll az információ forrás tekintetében, (18%).

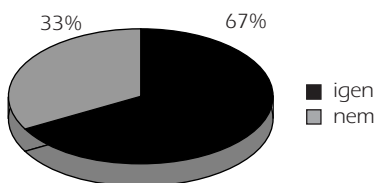
Kardiovaszkuláris prevenció ajánlás ismerete/használat



Az OALI által készített ajánlás a legismertebb és gyakorlati hasznosulása is a legmagasabb, ennek része a SCORE algoritmus is.

Az OALI ajánlás ily széles körű ismerete az egyéb ajánlásokhoz képest, annak köszönhető, hogy minden háziorvosi praxisba eljutott az intézeti kiadvány, valamint informatikai eszköz is segítette a gyakorlatban való használatot. (kördiagramm)

Az ajánlás informatikai támogatottsága



A kardiovaszkuláris prevenció ajánlás ismeretét és gyakorlatban történő hasznosítását bizonyítja az is, hogy a háziorvosok 82%-a az abban rögzített és nem a laboratóriumi leleten található, sokszor nem megfelelően karbantartott és evidenciákhoz igazított határértékeket fogadják el irányadónak.

Az ajánlás ismeretének betegellátásban tükröződő eredményessége az OALI által koordinált prevenció projektek (OEP által finanszírozott Prevenció Pályázat, Kistérségi Prevenció Projekt) értékelése során került elemzésre. Az ajánlás 2006. évi frissítésére az OALI rendezte V. Háziorvos Napok Konferenciáján került sor.

ÖSSZEFOGLALÁS AZ AKTUÁLIS HÁZIORVOSI KÉRDÉSEKRŐL I.

GYÓGYSZERÍRÁS ÉS DEFINITÍV ELLÁTÁS

A kiemelt támogatású gyógyszerek vonatkozásában a szakmai szabályokkal gyakran ellenkező a javaslatok ismétlésének gyakorisága. A javaslatot tevő szakorvos nem érdekelt a takarékos gyógyszer-alkalmazásban. Itt nem érvényesül a nemzetközi szabadnéven történő ajánlás sem: a szakorvos utasítását köteles a háziorvos követni.

Sokat hallani a felírási gyakorlat pozitív támogatásáról, de a jelenleg hatályos jogszabályok jelentős része e szándék ellen hat – miközben a sajtó a háziorvosok felelősségét és lehetőségeit hangoztatja. Jelenleg nem áll rendelkezésre a szándékot támogató eszköz sem nyomtatott, sem elektronikus formában. A döntést adott esetben támogató rendszerek orvoslátogatók útján, esetlegesen kerülnek a praxisokba. Számításaink szerint a beígért ösztönző keretnél kisebb összegből felszerelhetők volnának a praxisok megfelelő, akár online kapcsolatra is gépes, a helyes és elvárt, és így már számon is kérhető döntés támogatásához szükséges, mobil eszközökkel. Az elvárás, hogy a háziorvos az olcsóbb szert válassza betegének, nem realizálható megfelelő támogatás nélkül. Az elvárt magatartás teljesüléséhez közölni is kell az orvossal, hogy melyik választás az, amit a biztosító megfelelőnek tart, de ugyanakkor ehhez a megfelelő támogatás megadása elvárható.

A közgyógyellátás háziorvosi feladataihoz nem készült el az OEP által ígért támogató szoftver, így nehezen realizálható az adatlapok korrekt kitöltése (pl. nincsen fordító segítség a gyógyszer-hatóanyag vonatkozásában). Sajnálatosan már a törvény szintjén bekerültek a rendszerbe olyan elemek, amelyek kérdésessé teszik mind a kivitelezhetőséget, mind a cél elérését. Az általunk ismert érintettek a realitásoknak megfelelő módosítást (az informatika hatékony alkalmazása, az ATC szint módosítása stb.) tartanak szükségesnek.

Visszatérő probléma a segédeszköz felírás kérdése: a betegek otthoni ápolásához szükséges alapvető eszközök nagy része nem írható a háziorvosok által. Az életvitelszerűen szükséges eszközök elhasználódás esetén is szakorvos ismételt közbeiktatását igénylik. Mindez vagy a szükségletek ki nem elégítéséhez, vagy a beteg felesleges és indokolatlan terheléséhez vezet.

A beteget ugyan nyilatkoztatni szükséges a vényen, hogy másutt, vagy kihordási időn belül nem vett igénybe hasonló eszközt, de ennek jogi konzekvenciája rá nézve jelenleg nincsen. Ha ennek helyére a háziorvosi

felírhatóság lépne (a beteg mindenkor háziorvosa naptári napra bármikor beazonosítható), mind a nyilvántartás, mind az ellenőrizhetőség megvalósulna.

A VIZITDÍJ PROBLEMATIKÁJA A HÁZIORVOSI ELLÁTÁSBAN

Alapvető megfontolások:

- A vizitdíj (tovább: VD) ösztönzőleg hasson az egészségügyi szolgáltatások indokolatlan igénybevételének csökkenésére.
- A VD fékezőleg hasson a lakáson történő ellátások igénybevételére.
- Ne szorítsa vissza az indokolt ellátások igénybevételét.
- Az ellátások vonatkozásában a betegek, a bevételek vonatkozásában az ellátók esélyegyenlősége érvényesüljön.
- A fő szabály alóli kimentések ne csökkentsék az egyes egészségügyi szolgáltatók, sem az egészségügyi ellátórendszer forrásait.
- A szociális ok miatti mentesség ne az egészségügyet terhelje.
- A beteg által történő vizsgálat/ellátás-kezdésnek minden esetben legyen VD-vonzata.
- Gondoljunk arra, hogy a VD hatása lehet bizonyos betegmozgások volumenének változása is (pl. az üzemi orvosok fokozottabb igénybevétele, a sürgősségi ellátások megterhelése, a többszörös szakrendelői konzultációk helyett a beteg számára adott esetben fajlagosan kisebb költséget jelentő kórházi kivizsgálások preferálása stb.), ezek felismerése illetve kezelése, orientálása szabályozást igényelhet.
- A rendszerbe állításra megfelelő előkészítéssel, felkészítéssel, minden érintett számára érvényes és érthető eljárásrend közzététele mellett kerüljön sor.

Remélhetőleg a várható konfliktusok kezelésére az egészségügyi szolgáltatók, így különösen a magányosan vagy egy-egy segítővel dolgozó háziorvosok megfelelő (szociális, jogi és szükség esetén fizikai) védelmet fognak kapni. E védelem nemcsak közvetlenül, hanem a kommunikációban, a sajtóban is meg kell jelenjen ahhoz, hogy a lakosság megfelelő orientációt kapjon.

ÖSSZEFOGLALÁS AZ AKTUÁLIS HÁZIORVOSI KÉRDÉSEKRŐL II.

A háziiorvosi ellátás az egészségügyi ellátó rendszer része: a definitív ellátásra való törekvés a feltétele annak, hogy az ellátás volumenének súlypontja az alapellátás felé elmozdulva tehermentesítse a specialistákat ahhoz, hogy ott hatékonyabb, gazdaságosabb tevékenységet folytathassanak. Az alapellátás működési zavarainak ennél fogva vannak olyan komponensei, amelyek az egész rendszer működését közvetlenül befolyásolják, vannak a háziiorvosi ellátás hatékonyságát és körülményeit befolyásoló komponensek és vannak a hosszú távú orvos-ellátottságot érintő kérdések. Az Országos Alapellátási Intézet ezeknek a tényezőknek a feltárásában az alábbiakat emelte ki és közvetítette a jogalkotók felé:

1. A vényírás szabályozása és ellentmondásai

A 90–100%-os támogatású gyógyszerek vonatkozásában a szakmai szabályokkal gyakran ellenkező a javaslatok ismétlésének gyakorisága, a javaslatot tevő szakorvos nem érdekelt a takarékos gyógyszer-alkalmazásban. Itt nem érvényesül a nemzetközi szabadnéven történő javaslatétel sem: a szakorvos utasítását köteles a háziiorvos követni.

2. A beutalási szabályok változásai

A labor vonatkozásában szakmailag védhető, korrekt szabálykönyv készült, mely figyelembe veszi az ellátó rendszer igényeit, miközben ésszerű takarékosagra ösztönöz. Önmagában azonban ez a szándék nem áll meg, csak abban az esetben, ha a szakellátás orvosai, akik eddig gyakran a háziiorvosokon keresztül vették igénybe a labor és az egyéb diagnosztikus szolgáltatásokat, élnek a saját maguk által történő elrendelés lehetőségével.

A következő évtől alkalmazandó szabályok, melyek beutalóhoz kötnek újabb szakellátásokat, várhatóan konfliktusokhoz vezetnek. Különös része a szabályozásnak a sürgősség, mint kivétel: nevezetesen azért, mert annak fokát vagy mértékét aktuálisan eldönteni nem könnyű. Hasonlóan veszélyforrás a sürgősséget eldöntő személy felelőssége is (gyakran fog utólag kiderülni, hogy mégis sürgős lett volna – ezt az egészségügyi dolgozók nehezen fogják felvállalni)

A beutalási rend és a vényírási szabályok együttesen alapvetően meghatározzák a kapuőri funkció teljesíthetőségét, az alapellátásnak az elvárásokhoz való illeszkedését, ezért is van különös jelentősége ennek a két kérdéskörnek.

3. A vállalkozó háziiorvosi praxisok támogatásának megvonása

A háziiorvosi praxisok ún. amortizációs támogatásának befagyasztása érzékelhető felháborodást keltett: ez ugyanis nemcsak az új szerződéseket zárta ki, hanem a módosításokat (pl. vállalkozási forma) is. A jelzések szerint e lépésre visszaélések miatt került sor, de ez az érv nem vigasztalja a vétlenteket, viszont tovább erősítheti a praxis- vállalástól való ózdkodást.

A forrásoldal szűkítése mellett legalább ilyen súlyos kérdés a duális finanszírozás felborulása: a működés feltételeiről fő szabályként az önkormányzatok felelősek gondoskodni, a működés költségeit fedezi a TB finanszírozás. A szóban forgó amortizációs támogatás feltétele volt, hogy a háziiorvos az önkormányzati feladatot átvállalja – kérdéses, hogy ezeknek a megállapodásoknak, szerződéseknek mi a sorsa az új helyzetben (az önkormányzati költségvetés tervezése nem számolható pl. az új feltételekkel stb.).

4. A tételes jelentési kötelezettség bevezetése:

A jogszabály bevezetését nem előzték meg tényleges felmérések a teljesíthetőségről és a fogadóképességről sem.

Informatikai szakemberek megkérdőjelezték, hogy az OEP képes-e egyáltalán az adatok fogadására illetve feldolgozására: az információ mennyisége ugyanis a pénztár által kizárólagosan működtetett floppys (!) rendszert túlhaladja, az internetes továbbításról pedig nem hallani. Tovább bonyolítja és nehezíti a jelentés megítélését, hogy annak kötelezővé tétele a háziiorvosi szoftver gyártókat hozta előnyös helyzetbe. A háziiorvosi finanszírozás kapitáción alapul, nem függ a tényleges betegellátási tevékenységtől. A jogszabályban megjelent adatlapon bekért adatok zöme más forrásból rendelkezésre áll. Az adminisztratív munkán felül az ellátó rendszer számára további hasznos szakmai információt a jelenlegi adatstruktúra nem tartalmaz.

A Háziiorvostani Szakmai Kollégium korrekt anyagot készített az alapellátás informatikai fejlesztésével kapcsolatosan, amely kitér a tételes jelentésen kívül a szoftverek akkreditációjára, a teljes körű jelentési racionalizálásra és az ellátórendszer integratív informatikai igényére.

Szeretnénk kihangsúlyozni, hogy a tételes jelentési kötelezettség teljesítése, teljesíthetősége csak része lehet annak a komplex informatikai programnak, amely fel kell, hogy ölelje a teljes alapellátási dokumentációs rendet – beleértve a nyomtatványokat, a rögzítési köte-

lezettségeket, az archiválást és a teljes körű adattovábbítást.

Gyakorlatilag egyöntetű az igény, hogy a háziiorvoslásban csak akkreditált szoftverek kerülhessenek elfogadott alkalmazásra, viszont az általuk generált jelentések validitása is igazolt legyen.

5. A hátrányos helyzetűek ellátása

Az egészségügyi paraméterek önmagukért beszélnek: a hátrányos helyzetűek pozitív diszkriminációt igényelnek. Ebbe a körbe tartozik az „Utolsó padból” akció a fogyatékos nyilvántartás ellen a gyermekkorban és más, a háziiorvosi körben folyó intézkedés. Az OALI évek óta folytatja a „Roma egészségőr” programot, melyben roma fiatalok kapnak egészségügyi és szociális ismereteket azért, hogy segítsék a kommunikációt és az elfogadást a sajátos kultúrájú lakosság körében. Információink szerint – bár a program nem ad OKJ bizonyítványt – minden eddig a programban képzést kapott fiatal alkalmazásra került az önkormányzatoknál.

6. A praxis alap kérdései

A praxis alap, mint fogalom, az elmúlt években annak megoldására vonatkozott, hogy a praxisok orvoscseréjét támogató forrás jöjjön létre, összekapcsolva szabályozó, intervenciók lehetőségeivel. Miniszteri megrendelésre a kamarával közös anyag készült, ami a működtetési jog egyfajta koncessziós jellegű joggá való átalakítását helyezte a középpontba. Az elkülönített és a költségvetésben megjelentetett 100 MFt-os keret a tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetek támogatására került felhasználásra és a működtetési jog illetve a hozzá kapcsolódó, a generációváltást is akadályozó körülmények megoldása továbbra sem került napirendre. A fővárosban is öregszik a háziiorvosi gárda és a fiatalok még itt sem kapkodnak a körzetek után.

A keretből 28 körzet támogatására került sor, javítva a körzetek orvos szerző és megtartó képességét. Kiegészítésképpen a szakvizsga szabályok módosításával lehetővé vált, hogy az OALI közreműködésével tartósan betöltetlen körzetekben helyettesítő feladatok ellátása mellett készüljenek fel kollégák a szakvizsgára.

7. A működtetési jog kérdései

Továbbra is komoly feszültség okozója a működtetési jog megoldatlansága. Ahol megfelelő kereslet van a praxisok iránt, nem okoz gondot a praxis-váltás. Ott azonban, ahol a kereslet minimális, az ösztönzés helyett kifejezetten korlátozó a hatása: a mindenképpen kifizetendő illeték és a vélhető eladhatatlanság együttesen alapos meggondolásra készteti a háziiorvosi munkát

kereső orvosokat. A tartósan betöltetlen körzetek orvosellátására irányuló, s egyben speciális képzést is nyújtó új gyakorlat növekvő népszerűsége mutatja, hogy a röghözkötöttség kikapcsolása még a nehezen betölthető praxisokba is hoz orvost!

8. Ügyelet

Ki nem hagyható kérdésként vetődik fel az ügyeletek szervezése mellett az ügyeleti munkaidő és a bérezés kérdése. Szerencsére egyre több helyen látni a falugondnoki rendszer együttműködését a betegek orvoshoz, ügyelethez való eljuttatásában, az erőforrások ésszerű kihasználása érdekében. Kétségtelenül negatív hatása volt a háziiorvosok között a készenlét „mégis-életbentartásának”, bár azok között, akik kistelepüléseken ott lakó háziiorvosai, a készenlét fenntartása is előnyös (úgyis őt keltik fel a betegek...). Kevés olyan sajtó információ jelenik meg, amely a központi ügyeletek szakmai előnyét, a biztonságosabb ellátást jelentő oldalát domborítja ki.

Az utóbbi időben gyakran vetődik fel, hogy mi a teendő ott, ahol az OMSZ nem vállalja az együttműködést, nélküle ugyanis nem központi az ügyelet. Kényszeríteni nem lehet, mégis jelentős forráscsökkenést jelent az alacsonyabb kategóriába sorolás.

9. Helyettesítés

A 43/1999. Korm. Rendelet nemcsak az adatszolgáltatásban, hanem a háziiorvosi helyettesítésben is hozott nehezen tartható újdonságot: az új szabály szerint helyettesítés esetén a helyettesített körzet rendelési idejének felében köteles a helyettesítő orvos ott rendelni. Két, már meglévő ok miatt felesleges volt ezt az indulatokat kiváltó normát bevezetni: a háziiorvos minden a rendelési időben hozzá forduló beteget köteles ellátni, vagyis időbeli korlátozás nélkül addig dolgozik, amíg az utolsó beteget el nem látta. Egy másik rendelkezés fő szabályként előírja, hogy a helyettesítés a helyettesített körzetben történik, kivéve, ha az ÁNTSZ hozzájárul ahhoz, hogy a helyettesítő orvos a saját rendelőjében lássa el a helyettesítést. E két szabályt „fejeli meg” feleslegesen az új szöveg.

10. Csoportpraxisok

Minden háziiorvosi fórumon ismételtelen vetődik fel, bár esetenként eltérő megközelítéssel a csoportpraxisok kérdése: a mai jogi környezet sem a csoportos működtetést, sem az egyéb szakképesítések hasznosulását nem ösztönzi. Széleskörű az igény arra, hogy ez a racionálisabb, a lakossághoz közelebbi betegellátást biztosító forma elismertséget és támogatást kapjon. Meglátá-

sunk szerint a kérdés kistérségi szintű kezelése fontos betegellátást javító lépés lehetne.

11. Minőségbiztosítás:

Az elmúlt évben elkészültek a háziorvoslás standardjai. Célszerű volna a praxisokat ösztönözni a tanúsításra, ezzel is javítva a dokumentált megfelelés szintjét az alapellátásban.

A háziorvosok továbbképzése etalonja volt a jelenlegi szabályozásnak. Pontosítva: az akkoriban kialakult gyakorlat egyszerű és követhető, s nem túlzás, de népszerű is volt. A jelenlegi szabályozás olyan bonyolult, hogy áttekintése intézmények számára is gondot okoz.

További kérdés, hogy a mai szabályozás egyetemi hatáskört preferál, miközben a háziorvoslást jellemző, a tényleges medicinán túlmutató helyzetspecifikum oktatása vélhetően más intézmények (PL. OALI) kezelésében hatékonyabb és rugalmasabb lehetne.

A szakfelügyeleti rendszer struktúrája is a háziorvoslásban épült fel elsőként: az OALI évente két alkalommal tette lehetővé a szakfelügyelők konferenciáját, ahol a kétirányú információáramlásra, az egyeztetésre volt lehetőség. Az alapellátás, mint egység működéséhez ezzel is kiváló háttérrel biztosít az Intézet.

Nem elhanyagolható szempont, hogy a háziorvosi szakma rendelkezik a Szakmai Kollégium által karbantartott Kompetencia listával, amelynek figyelembe vétele hasznos volna a működést szabályozó rendelkezések kialakításánál.

Szólni kell a háziorvosképzésről is: ha harmonikusan fog működni a generációváltás, évente mintegy 300 új háziorvos kell, hogy megkezdje munkáját. Ehhez képest jelenleg 100 főt sem képzünk a rezidensi rendszerben évente. A ráépítettként megszerezhető szakképesítés megszüntetése esetünkben feszültséget fog hozni, melynek kompenzálására az OALI javaslatot készített (felhasználva a tartósan betöltetlen körzetek orvosellátásának biztosítására lehetővé tett pályázat sikerének tapasztalatait)

12. Szűrővizsgálatok változásai

Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokról szóló jogszabály változása kapcsán felvetődött, hogy az elsősorban érintett alapellátással milyen formában történt egyeztetés? A megvalósíthatóság kérdései mellett a más jogszabályoknak való megfelelés komoly kérdésként vetődött fel egyes szakfelügyelők részéről (pl. a védőnők kvázi beutalási joga, vagy a 21 éves korhoz kötött vizsgálatok realizálása stb.). Megszűnt a sorkötelesek

vizsgálata, helyébe egy más életkorban, a hölgyekre is kiterjesztett módon, ám finanszírozás nélkül került bevezetésre egy általános értékelés.

Nem hagyható figyelmen kívül, hogy ma a prevenció felelősséget a különböző jogszabályok más és más helyre delegálják (ld. háziorvos – házi gyermekorvos – iskolaorvos – területi védőnő – iskola-védőnő, s áttételesen ugyan, de a foglalkozás-egészségügyi szolgálat): a szakma régi igénye, hogy ebben harmonizációs lépésekre kerüljön sor, a keletkezett egészségügyi adatok a beteg érdekében mozogjanak a rendszerben és kerüljenek az optimális helyre.

13. Ápolói kompetencia

A körzetben dolgozó ápolók jól képzettek, a racionális munkamegosztásban a jelenleginél magasabb szakmai tartalomra képesek. Az alapellátás strukturális fejlesztésekor hasznos volna foglalkozni intézményesen is e kérdéssel. Ugyanitt említhetjük a kiválóan képzett védőnői gárda kapacitásának bevonását a közösségi orvoslásba.

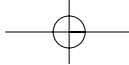
A házi betegápolás, annak komponensei fejlesztést igényelnek a hatékonyabb kórházon kívüli ellátás, ellátathóság érdekében.

14. A TB által nem finanszírozott estek ellátásának díjazása:

Az előírt tarifák 1997 óta változatlanok. A forráshiányos egészségügy ne mondjon le erről a forrásbővítésről, ezért az értékek felülvizsgálatát indokoltnak tartjuk. A kérdéshez kapcsolódik más, eddig a tételes listán nem szereplő eljárás díjazási kérdéseinek rendezése is, több esetben a kapcsolódó jogszabályok harmonizálásával együtt (pl. biztosítók számára adott igazolások, egészségpénztárak felé adott nyilatkozatok stb).

15. Az Iparüzési adó

Az iparüzési adó a társadalombiztosítási oldalról gyakorlatilag a kassza kb 2%-át helyezi át az önkormányzati oldalra. Pénzügyi szakemberek által levezetett módon (tekintettel arra, hogy az iparüzési adó alapja a kiadott és befogadott számla, számlát helyettesítő módszerek pedig ma már nem elfogadhatók) az egészségügy társadalombiztosítási támogatása nem lehet alapja ennek. Az egyértelműség kimondása fontos támogató lépés volna.



A MÁOTE XIV. ORSZÁGOS VÁNDORGYŰLÉSE EGER, 2006. 11. 10–12.



A rendezvényre a Hotel EgerPark jól felszerelt, kitűnő hangosítással és vetítési lehetőséggel ellátott előadóteremben került sor. A szállást a hotel biztosította a résztvevők számára. Kár, hogy minden évben kevesebb és kevesebb a hallgatóság száma, bár sem az előadások száma, sem azok színvonala nem indokolja az érdektelenséget.

A megnyitó – Prof Hajnal Ferenc, az Egyesület elnöke tartotta – után az első napi program az oktatás, képzés, szakképzés tárgykörben, elsősorban a tanszékek képviselői jóvoltából, érdekesen alakult.

Rinfel József (PTE, CsOT) a történeti áttekintés után részletesen elemezte a Pécssett folyó munkát, s megkísérelte megteremteni az országosan egységesített, az egyetemek között átjárhatóvá tehető módszer bevezetésének elméleti föltételeit. Heim Szilvia ugyancsak Pécsről az oktató tréningek jelentőségét húzta alá, s az idegen nyelvű oktatás tapasztalatairól is szólt, saját gyakorlata alapján is. Dicsőreően szólt a Bánospusztán rendezett oktató-továbbképző rendezvényről, amelyen Kozma Anna és Szabó János kollégáink osztották meg tapasztalataikat a frissen „avatott” oktató gárdával. Az EURACT zakopanei és a hevesi továbbképző rendezvények sikere azt igazolta, hogy ezeknek a továbbképző összejöveteleknek igen fontos szerepük van a színvonal fenntartása és a minőség javítása területén.

Mester Lajos A SzTE Családorvosi intézetéből, az „intenzív” rezidensképzés módszerét, lehetőségeit és eredményét ismertette. Céljuk a mielőbbi önálló munkára történő felkészítés, s megítélése szerint a módszer erre alkalmas, s esetükben sikeres volt.

Tamás Ferenc a SE CsOT (Budapest) rezidensképzését és a továbbképzés mikéntjét taglalta. A tanszék 8 állandó munkatárssal és 250 akkreditált oktatóval dolgozik a graduális és a posztgraduális oktatás, a folyamatos továbbképzés valamint a PhD képzés sikeres megvalósításán. A gyakorlati megoldásokban a már elhangzottakhoz hasonló módszerekről hallottunk, csak a hallgatói és az oktatói létszámok sokkal nagyobbak, mint a többi egyetemen. Probléma fölvetésként elhangzott az előadó szájából: nagyon heterogén a rezidensek tudásszintje, ami az egységes tanterv és oktatási módszer bevezetését is nehezíti.

Füredi Gyula a szakképzésre és praxis ellátásra (helyettesítésre) bevezetett új megoldást tárgyalta. Az OALI-val köthető szerződés segítségével mentor felügyelete mellett a betöltetlen állások átmeneti és/vagy végleges ellátására, szakképesítéssel nem rendelkező orvos is megbízható. A feltétel: legalább 12 hónapja üres praxis, legalább 1500 lélekszámú körzet. A fölmérés szerint hazánkban 39 ilyen praxis volt. A pályázatra 29-en jelentkeztek, közülük 18 fő el is nyerte a megbízást. A lehetőség továbbra is nyitott, reklámozásra eddig nem került sor.

Ilyés István (DE CsOT Debrecen) elemezte a szak- és továbbképzési rendszerüket, kitért a változtatás szükség-

gére, lehetőségére a hatékonyság javítása érdekében. A hiányosságok taglalása (Nem egységes a néhány egyetem rendszere. A törzsképzés egészére közalkalmazotti viszonyt kell biztosítani. Fölvetette a licence-vizsga megszüntetésének lehetőségét, s azt is, hogy a speciális képzés nem jól szabályozott) esetleg megváltoztatása volt a fő irány előadásában.

A tanszékeken zajló tudományos tevékenység témakörben zajlott kerekasztal beszélgetést Szatmári Mariann moderálta. Debrecenből Ilyés István vázolta a témákat, amelyek köré csoportosul a kutató-értékelő munka. Ezek a kardiovaszkuláris betegségek, a gyermekellátás, a gyermekkori elhízás és a gyermekkori endokrin betegségek.

Minden tárgykör köré munkacsoportok szerveződtek, amelyek irányítása mellett folyik a tudományos kutatás, a feldolgozás, és értékelés.

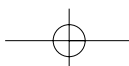
Becka Éva az OALI-ban folyó munkát ismertette. Témakörök: a Kistérségi program, a Kardiovaszkuláris program és a Beteg-elégedettségi program. A résztvevők az Intézet munkatársain kívül az alapellátás, az ÁNTSz, a kistérségi társaságok, civil szervezetek és az EGIS sok munkatársa. A cél az egészségfejlesztés, a hátrányos helyzetűek felderítése, segítése és az alapellátás szűrőtevékenységének koordinálása, hatékonyabbá tétele.

A CARDIONET program beindítása a szív-érrendszeri betegségek szűrése, gyógykezelése vonalán ad segítséget. A kistérségi programban több, mint 50 000 résztvevő van. S mint a beszámolóból kiderült a prevenció program költséghatékonysági vizsgálatokat is tartalmaz, ami a mai pénzügyi világban szintén fontos szempont.

Hajnal Ferenc a szegedi programokat ismertette. Hangsúlyozta, hogy sokkal szélesebb körben és igényesebben folytatják ma már a vizsgálatokat, felméréseket, ennek következtében az eredmények is jobban értékelhetők, hasznosíthatók a mindennapi gyakorlatban. A vizsgált témák a Praxis működtetése, a Minőségbiztosítás, Oktatás, Kompetencia. Szólt a nemzetközi kapcsolatok jelentőségéről, az együttműködési lehetőségekről a nemzetközi tapasztalatok hazai hasznosításáról.

Tamás Ferenc a budapesti tanszékeken folyó munkáról számolt be. A tanszék munkatársai az elmúlt időszakban 30 hazai és 3 nemzetközi kongresszuson számoltak be a kutató munkájuk eredményeiről. A nemzetközi együttműködési lehetőségek szélesítését szolgálja a folyamatosan javuló kapcsolatok a szomszédos országok (erdélyi, kárpátaljai sőt kijevei) egyetemeinek családorvosi tanszékeivel. A tanszék munkatársai az elmúlt időszakban a hazai folyóiratokban 23, külföldi folyóiratokban 8 közleményt jelentettek meg.

Végh Mária a pécsi családorvosi tanszék tudományos diákköreinek munkájáról, az alapellátási szervezetekkel (MÁOTE, CsAKOSz) folytatott közös munkáról szólt. Segítik az államvizsga dolgozatok témaválasztását, fontosnak tartják és ezért megkövetelik a rezidensek rendszeres folyóirat refe-



rálását. Segítik a külföldi tanulmányutakat, amitől a tapasztalatszerzés mellett új oktatási, kutatási módszerek megismerését, hazai bevezetését remélik.

Az első napot az „Új szempontok a hipertónia gondozásában és korszerű kezelésében” címmel rendezett kerekasztal beszélgetés zárta. Ebben mind a négy egyetemi tanszék (Előadók: Bíró Ferenc, Ezer Kinga, Kovács Eszter Szabó Adrienne és Kozma Anna.) és az OALI előadása (Papp Renáta), szerepelt. Az előadók egyetértettek abban, hogy ez a népbetegség csak felkészült, folyamatosan továbbképzésben részesülő orvosgárdával gondolható eredményesen. Talán az évekkkel ezelőtt elkezdett és folyamatosan bővülő, korszerűsödő, gondozási rendszerünk eredményes munkája a közeljövőben már mérhető eredményeket hoz, s mind a morbiditás, mind a mortalitás javulása számokkal is kimutatható lesz. Erre az „álomra” adott ez az ülésszak biztató lépés-ajánlatokat, melyek – ha megfelelő fogadtatásra találnak, mind a betegek, mind az ellátók részéről – talán magukkal hozhatják a javulást.

Ördög Katalintól a hepatitisz elleni védőoltások hatékonyságáról, az új védőoltási lehetőségeiről (TWINRIX, vaccina) hallottunk, amivel mind a hepatitisz A, mind a B típus ellen aktív védettséget tudunk elérni.

Balogh Sándor és Papp Renáta az OALI-ból a beteg együttműködés fontosságáról és a nem szteroid gyulladáscsökkentők alkalmazási lehetőségeiről szóltak a tőlük megszokott magas színvonalú, továbbképző jellegű előadásban.

A folytatás a 77 Elektronika Kft támogatta szimpózium volt. A téma: két fontos betegségecsoport kezelése, gondozása és/ill. korai kórismézési lehetősége. A két előadás, mely a szénhidrát anyagcserével foglalkozott, „hölgyszakasz” volt. Thaisz Erzsébet A glukóz kontroll múltja és az önellenőrzés jelene címmel olyan történelmi háttérrel mutatott be, melyre a hallgatóság többsége nem is emlékezhetett, de a jelen lehetőségeinek széles körű ismertetése mindannyiunknak tanulságos és a mindennapi életben hasznosítható lesz. A Metabolikus szindróma – mindennapjaink „keresztje” – volt a következő előadás (Buday Borbála tolmácsolásában). Sok adat, sok tanulság és sok tennivaló került tárgyalásra, hiszen az érintett populáció közelíti a többszázazres nagyságot, s a tennivalók sokasága elsősorban az alapellátás feladata lesz mindig.

A Keszthelyi Attila által vázolt kép, a PSA: áldás, vagy átok címmel hirdetett előadás bevezetőjében is meghökentőnek bizonyult mindannyiunk számára. Ki gondolta volna, hogy ma 3 percenként hal meg egy beteg prosztata rák miatt. Ezért a vizsgálat – természetesen a rektális digitális vizsgálat kiegészítéseképpen – széleskörű alkalmazása, eredményes kísérletet jelenthet ennek a tendenciának a megváltoztatására.

A következő szimpózium az EGIS támogatásával Bártfai Ildikó beszámolójával indult, melyben a barcelonai kardiológiai kongresszus előadásairól számolt be. Első kézből kaphattunk információt az európai kutatási eredményekről, melyek újabb nagy lépést jelenthetnek a szív-érrendszeri betegségek gyógyításában, megelőzésében.

Papp Renáta a kistérségi egészségnapok tapasztalatait

ismertette, kísérletet téve a követendő irány meghatározására. Jó lenne, ha sikerülne nemcsak megtalálni, hanem követni is ezt az irányt.

A SANOFI-AVENTIS támogatásával folyt szimpózium az inszomnia és neurológiai comorbiditás, valamint a légúti kórokozó spektrum témakörben folyt. Ezek a témák – jól lehet nem a mindennapjaink eseményeihez kapcsolódóak – mindenki figyelmére méltók voltak, igazi továbbképzésnek minősültek.

A szombati előadássorozat befejező része egy új vizsgálati lehetőség Astrazeneca Kft. támogatásával történő bevezetéséről, annak klinikai értékeléséről, hasznáról tájékoztatott. Az artériás stiffness és a sztatinek a háziiorvosi gondozásban, ezen belül a rozuvasztatin jelentősége a lipid-célértékek elérésében. Sok új információ és a mindennapi háziiorvosi gyakorlatban használható módszer került taglalásra. A szerzőgárda (Kékes Ede, Császár Albert, Balogh Sándor) biztosította a tudományos színvonalat, s a hallgatóság kellően hangolt állapotban vágott neki a már egyszer elhalasztott közgyűlés megtartásának. Ez kevésbé bizonyult sikeresnek, de a kívánt cél – az alapszabály megváltoztatása – végül (ha nehezen is) elérhetővé vált.

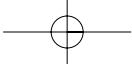
A tervezett hangverseny a székesegyházban – kis létszámú, lelkes hallgatóság részvételével – megtartott, a közgyűlés, ennek megfelelően, még kisebb létszámú résztvevővel bezárult, este 20.30-kor a búcsúvacsorán már mindenki békésen falatozott, feledve a hosszúóra nyúlt délután néhány kínos pillanatát.

Vasárnap már feleedtük az előző napi „bukatókat”, csak az előadásokra figyeltünk, volt is mire. A sok fiatal előadó bevezetéséhez professzorok (Kalabay László, Nagymajtényi László) főigazgató (Balogh Sándor) tanszéki munkatársak (Paulik Edit, Kertész Aranka) és nagy tapasztalatokkal rendelkező háziiorvos (Ádám Ágnes) adták meg a hangot. De csodálkozunk a fiatal generáció produkcióin kellett, mert nemcsak amit mondtak, de ahogy mondták az is első osztályú produkció volt. Kiemelném Tassi Noémi hallgatót (*könnyű neki, két háziiorvos szülővel mást sem hallott csak tudományt, mese helyett!*), Balázs Éva és Fekete Bernadett rezidensek előadását, valamint Taller Gabriella, solymári háziiorvos esetbemutatóját. Mindegyik magas színvonalú, minden igényt kielégítő szereplés volt, jól felkészült, szerezény, de határozott fiatal kollégáktól.

A zárás előtt ismét profi kutatók (Kulin Sándor, Garay Erzsébet, Kozma Anna, Péntes János és Kocsis Károly) szerepeltek. Előzőek az elektroszomatográf bemutatásával, utóbbi pedig az alvási diagnosztikai állomás tapasztalataival kápráztatta el a hallgatóságot.

Összefoglalva, a kis létszámú hallgatóság ellenére sikeres vándorgyűlést tudhatunk magunk mögött. Nem kell szégyenkezniünk, van utánpótlásunk (*MÉG MA !!!, de ki tudja meddig, ha a finanszírozás ilyen tempóban javul?*) s ez az utánpótlás már sokkal magasabb színvonalról indul, mint mi kíséreltük meg 40 évvel ezelőtt. Bízunk benne, hogy van kiút ebből a reménytelen helyzetből is, csak soha nem szabad feladnunk.

Dr. Hidas István



ÚJDONSÁGOK A KARDIOLÓGIÁBAN XV. KARDIOLÓGUS VILÁGKONGRESSZUS, BARCELONA, 2006.

Dr. Bártfai Ildikó előadása a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének XIV. Vándorgyűlésén (Eger, 2006. november 10–12.)

Bevezetéként a főorvos asszony utalt arra, hogy idén a világkongresszust és az európai kongresszust egyszerre tartották, s a rendezvény meghatározó gondolata az volt, hogy a kardiológiában is a prevenciót kell középpontba állítani, olyan értelemben is, hogy a csapatmunkába az orvosokon, a szakdolgozókon, a betegeken, a pácienseken kívül az egészségügyi kormányzatokat is be kell vonni. A globális kardiológiai prevenció hangsúlyos része az edukáció, az oktatás: a rizikófaktorok széleskörű megismertetése, eliminálása.

A Világkongresszuson az eddig mértékadó evidenciák közül néhány megkérdőjeleződött, el is kellett vetni őket. Ennek tanulsága: az evidenciák nem örök érvényűek, a tévhitek eloszlásával új ajánlások megfogalmazása válik időszerrűvé. (A doktornő megemlítette a Rausedyl példáját, ill. a vérnyomás célértékek módosulását: nemrég még nagy tanulmányok alapján 160/95 Hgmm-es vérnyomást írtak elő, s ma 140/90 Hgmm a célérték, vagy ennél is kevesebb bizonyos esetekben.)

Előtérbe kerültek olyan rizikófaktorok, amelyekre eddig kevesebb figyelmet szenteltek. Közéjük tartozik a passzív dohányzás, amely miatt mindinkább „zéró toleranciával” lépnek föl a nyilvános helyeken való dohányzás ellen. A nyugalmi szívfrekvencia és az anaemia ugyancsak azok közé tartozik, amelyről eddig kevesebb szó esett, pedig például a vérszegénység kiküszöbölése a CV halálozást 25%-kal, a stroke rizikót 19%-kal csökkenti.

Az obesitas (amelyben a világelső USA-t követő sorban hazánk az ötödik), valamint a metabolikus szindróma növekvő problémát jelent, s ezekkel összefüggésben a mozgáshiány. (A kongresszuson is legalább napi 30 perces mozgást, minimálisan sétát javasoltak.)

Hangsúlyozták az influenza védőoltás jótékony hatását a CV betegek számára. A rizikó stratifikációt illetően az európai populációra (egyebekkel szemben) a SCORE táblázat alkalmazását tartják kívánatosnak.

Bártfai doktornő hírül adta azt is, hogy szignifikánsan nagyobb CV halálozást, és nem halálos AMI-t tapasztaltak azon betegek körében, akiknél droggal bevont stentet alkalmaztak azokkal szemben, akik csupán stentet kaptak. (Megjegyezte, hogy ez az első generációs DES beültetésére igaz, s a jelenség hátterében azt is meg kell említeni, hogy a droggal bevont stentek elhelyezése után fél évvel elhagyták a clopidogrel alkalmazását, a többieknél viszont nem, s a nem kívánt következmények is zömében fél év után jelentkeztek.) – A droggal bevont stenttel ellátottak körében nagyobb arányban találtak rosszindulatú daganatos betegséggel is. Ezzel az immunrendszert hozták összefüggésbe, csak hogy a drog a vérben nem mutatható ki, a helyi hatásán kívül tehát általános hatása nem valószínűsíthető. Mivel azonban korábban a daganatra vonatkozóan nem történt vizsgálat, ok-okozati összefüggés nem mondható ki a gyógyszeres stent és a malignus elváltozás között.

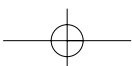
A főorvos asszony hivatkozott Salim Yusufra, aki stabil effort angina eseteiben a gyógyszeres kezelés elsődlegességét hirdette az invazív beavatkozással szemben. Szólt arról, hogy a kardiológusok körében egyre inkább az a szemlélet válik uralkodóvá, amely a hypertoniára szindrómaként tekint. (Azaz nem pusztán az a lényeg, hogy a Hgmm értékek álljanak helyre, hanem az is, hogy ez milyen módon történik.)

A TROPHY-tanulmányra utalva elhangzott: a magas normális vérnyomású (120–139/80–89 Hgmm) és az optimális vérnyomású páciensek összevetéséből egyértelműen kiderül, az előbbieket CV rizikója közel kétszerese, az acut cardialis eseményekre vonatkozó kockázata háromszorosa az alacsonyabb vérnyomásúakénak. – A hypertóniások kb. 30%-ának a szívfrekvenciája, nyugalmi pulzusa magas (75/min fölötti). Ennek a 60 körüli értékre való leszállítása is kiemelt feladat.

A cardiovascularis continuum kapcsán a doktornő kitért arra is, hogy a neurohumorális aktivációra mind a RAAS, mind az adrenerg rendszer oldalon megfelelő hatást kell gyakorolni (napjainkban az utóbbi valamelyest a perifériára szorult).

A gyógyszeres kezelésre vonatkozó barcelonai újdonságok közé tartozik, hogy a PTCA után minimálisan 1 évig (lehet, hogy élethosszig) alkalmazni kell a clopidogrelt (függetlenül a stenttől, ennek jellegétől). – Az ACE gátlókat az AMI és a CV halálozás megelőzésében kedvezőbbnek ítélték meg a receptor blokkolóknál. – Nőknél (nem diabeteseseknél) az amlodipine hatékonyabb, mint a valsartan (körükben gyakoribb az izolált szisztolés hypertonia). – Az indapamidról kijelentették: unikum a diureticumok között. – Jó tapasztalatokról számoltak be a renin-gátló aliskirenről, amely amlodipine, ramipril együttadásakor is előnyös. – Stabil angina pectorisban új, ígéretes csatorna gátló az ivabradin. – A rimonabant a testsúlyon kívül a CV rizikót is csökkenti (endokannabinoid receptor gátló). – Két ACE gátlóról állították bizonyosan a prevenció aktivitást: a ramiprilről és a perindoprilről. – Az utóbbi időszak, miocardialis infarktuson átesett betegeknél is javítja a miocardialis funkciót, sőt, a szellemi teljesítményt is. – Az ASCOTT vizsgálattal bizonyossá vált, hogy új diabetes mellitusra vonatkozóan a thiazid és béta-blokkoló terápiával szemben az amlodipin, perindopril eredményesebb terápiás rezsim. – Az indapamid – a thiazidoktól eltérő diuretikumként – kettős hatásmódjával unikális, ugyanis a diuretikus hatása mellett gyors vasculáris hatása is érvényesül; kiváló szer a stroke prevencióban, s a hypertonia kezelésében egyaránt. – Acut coronaria szindróma esetében tilos elhagyni a béta-blokkolót. – A statin terápiát illetően a legfontosabb a minél korábbi alkalmazás (még a terápia intenzitásánál is fontosabb).

Egyéb újdonságként vezette elő a főorvos asszony, hogy az összejt terápia – a jelen ismereteinek birtokában – a post AMI szívelégtelenségben alkalmazható jó eséllyel. – A 2-es típusú diabetes kapcsán a világkongresszuson hangsúlyozták



a terhesség előtti/alatti glykaemiás kontroll jelentőségét, ugyanis ennek hiányában megnő a születendő gyermek congenitalis szívbetegségének, hipertrófiás cardiomyopathiájának rizikója. – Perzisztáló foramen ovale és migraine együttes megjelenésekor már 30–40 éves korban javasolják a foramen ovale zárását. – Külön fejezetként szerepelt a depresszió, amely a CV megbetegedések önálló rizikófaktora, és comorbiditása is egyben.

A kongresszus eredményeként a közeli jövőben várhatóan új ajánlások jelennek meg a következőkről. A stabil effort

angina gyógyszeres terápiájának előnyben részesítéséről. A pitvarfibrilláció esetében a frekvencia kontroll, s az anticoaguláns terápia szerepéről (főként idős korban gyakori a vézses szövődmény). – A kamrai arrhythmia, s a reszinkronizációs pacemaker terápia is új alapokra kerül. – A billentyűbetegségek terápiájában szorgalmazzák a minél korábbi beavatkozást.

Befejezésül Bártfai doktornő Kölcseyt idézve („Minden ismeret kútfeje a tapasztalás”) hitet tett a saját tapasztalatokon nyugvó, személyre szabott terápia mellett.

Prof. Dr. Strausz János

Országos Korány Tbc és Pulmonológiai Intézet főigazgató főorvosa

MILYEN VESZÉLYT JELENTHET AZ ÚJ REZISZTENS TUBERKULÓZIS BAKTÉRIUMOK MEGJELENÉSE?

Magyarországon az elmúlt évtizedekben – eltekintve a kilencvenes évek első felétől – folyamatosan csökkent a tuberkulózisban megbetegedettek száma. 2005-ben már csak 2024 új beteget fedeztünk fel. Ez a szám (20/100 000 lakos) azt jelenti, hogy elértük a fejlettebb nyugat-európai országok alacsony megbetegedési mutatóinak felső határát. Köszönhető mindez a tüdőszűrések mellett a tüdőgyógyászati osztályok és a tüdőgondozók, illetve újabban a támogató civil szervezetek tevékenységének a felkutatás, a diagnosztika, a kezelés és a gondozás terén.

A gondot elsősorban az jelenti ma, hogy az adott beteg között több a súlyosabb kórformában szenvedő, többnek a kezelése húzódik el, illetve válik elégtelenné a rezisztenssé váló baktériumok miatt. Több betegnél újul ki a betegség, mint az megengedhető volna.

Optimális esetben hat hónapos kezeléssel a tuberkulózis meggyógyítható. A rezisztencia kialakulásának leggyakoribb oka a helytelen, rendszertelen és nem kellő ideig tartó gyógyszeresedés, amely számos országban problémává vált. Ebben elsősorban a nem kellően együttműködő betegeknek van szerepe, de néha a nem megfelelő egészségügyi szolgáltatás is felelős lehet.

A 1990-es évek során világszerte új fenyegetésként jelent meg a multidrog rezisztens (MDR) tuberkulózis, a betegség azon súlyosabb formája, amely a két leghatékonyabb antituberkulotikus gyógyszerrel, az izoniaciddal és rifampicinnel szemben ellenállóvá vált *Mycobacterium tuberculosis* fertőzés következménye. A MDR tuberkulózis kezelése ún. másodvonalbeli antituberkulotikumokkal lehetséges, amelyek azonban az első vonalbeli szerekhez képest lényegesen kevésbé hatékonyak, sokkal több és kellemetlenebb mellékhatással járnak, valamint nehezen hozzáférhetőek és költségesek.

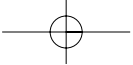
Az Egyesült Államokbeli Szövetségi Közegészségtani Központ (Centers for Disease Control and Prevention) és az Egészségügyi Világszervezet 2000 és 2004 között végzett és ez év márciusában közzétett felmérése a rezisztens tuberkulózis helyzetének súlyosbodását és egy fokozottabb rezisztenciát mutató új törzstípus megjelenését észlelte. A MDR rezisztens törzsek csoportján belül világszerte megjelent egy úgynevezett extenzív drog rezisztens (XDR) forma, amely már nemcsak az első, hanem

a legfontosabb 4 másodvonalbeli, egyébként csak a rezisztens megbetegedések kezelésére alkalmazott antituberkulotikumokkal szemben is ellenállást mutat. A két intézmény jelentésének fontossága újabb figyelmet kapott egy Dél-Afrikai esemény kapcsán, ahol több mint 50 HIV fertőzött beteg esetében észlelték az XDR tuberkulózis járványszerű kitörését.

Ezeknek a törzseknek a kialakulása gondos kezeléssel, megfelelő tuberkulózis elleni szűréssel, valamint a modern mikrobiológiai és gyógyszer-rezisztencia meghatározási módszerekkel, a betegek pontos követésével megelőzhető. Ennek ellenére a már rezisztens törzsek behurcolására is számítani kell, hiszen Nyugat-Európában az ilyen megbetegedések döntő többsége a kelet-európai (volt szovjet tagköztársaságok) vagy fejlődő országokból származó menekültek és bevándorlók köréből kerül ki. Ezért is lenne indokolt az idegenrendészeti jogszabályok felülvizsgálata járványügyi, közegészségügyi szempontok alapján.

Hazánk a gyógyszerérzékeny vagy rezisztens törzsek okozta megbetegedések ellátására szakmailag felkészült tüdőgyógyászati hálózattal és laboratóriumi háttérrel rendelkezik. Mindazonáltal a rezisztens és különösen az XDR fertőzések gyors és pontos felismeréséhez szükséges eszközök (röntgen park, mikrobiológiai és rezisztencia meghatározási módszerek) elmaradnak az Európai Unió normáitól, és nem teszik lehetővé a gyors és szakszerű beavatkozást a törzsek esetleges behurcolása esetén. Ugyancsak mindennapos gondot jelent a rezisztens megbetegedések gyógykezeléséhez szükséges antituberkulotikumok költséges és esetenként késedelmes beszerezhetősége is.

Magyarországon jelenleg biztonságos a tuberkulózis járványügyi helyzete. Az újonnan felfedezett mintegy kétezer beteghez képest 70 multidrog rezisztens (MDR) és 3 extenzív drog rezisztens (XDR) esetről tudunk. Éppen a biztonság megőrzése érdekében szeretnénk felhívni a figyelmet a járványügyi intézkedések szükségességére, a felkutatás, a szűrés gépparkjának a korszerűsítésére, a stabil, az intézmények pénzügyi helyzetétől függetlenül gyógyszerellátás fontosságára, és a szociális és civil szervezetekkel való szorosabb együttműködés jelentőségére.



SZÍVÉDELEM: DIÓ KONTRA OLIVAOLAJ



Egy marék dió megevése csökkentette a gyulladós molekulák szintjét és az endothel működési zavarát.

Korábbi vizsgálatok jelezték, hogy nem csak a telített zsírok rendszeres fogyasztása károsítja az érfalakat, vezet érlemezésedéshez, de minden egyes zsíros ebéd vagy vacsora is gátolja az ereket tágító nitrogén-monoxid (NO) termelődését. Spanyol kutatók már évekket előbb azt észlelték, hogy bőséges dió-fogyasztás egy hónap után helyreállítja az endothel NO termelését. A munkacsoport most arra volt kíváncsi, hogy a dió érvédő hatása akár egyetlen zsíros étkezés esetén is érvényesül-e, illetve van-e hasonló kedvező tulajdonsága az oliva-olajnak is.

Emilio Ros (Hospital Clinico, Barcelona) és munkatársai 24, nem-dohányzó, normál testsúlyú és vérnyomású, önként jelentkező egyént vettek be a vizsgálati csoportba. A vizsgálati alanyok felének vérzsír-szintje normál szinten volt, a többieké kissé emelkedettnek bizonyult. A vizsgálat kezdete előtt valamennyien koleszterin-csökkentő mediterrán étrenden voltak és ezt folytatták a tanulmány végéig. Két alkalommal kaptak egy-egy zsíros ebédet, egy hét különbséggel egymástól. Az étel mindkét esetben azonos volt: fehér kenyérből szalámis-sajtos szendvics, amit teljes tejből készült joghurt követett.

Egyik alkalommal a vizsgált személyek a zsíros ételhez öt evőkanál oliva-olajat is elfogyasztottak, illetve egy hét múlva a nehéz étel mellé 40 g diót kaptak, ami átlag nyolc megtisztított diót jelentett. Éhgyomorral és négy órával evés után történtek a vizsgálatok: vérvétel, valamint ultrahangos érvizsgálat az endothel-funkció mérésére. Valamennyi résztvevő mindkét mérésben részt vett, keresztezett vizsgálati terv szerint. A szendvics 80 g zsírt tartalmazott, amelynek 35 százaléka volt telített zsír.



Szakmai és társadalmi összefogással zajlott szűrés az Ormánságban.

Szakmai és társadalmi összefogással veseszűrés történt hazánk egyik gazdasági gondokkal küzdő tájegységén, az Ormánságban. A cél a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikófaktorainak prevenciók célú kiszűrése és kezelésének megkönnyítése volt. Ezzel az összefogással a program résztvevői ismételtelen felhívják a figyelmet a hátrányos helyzetű hazai kistérségekben élők egészségügyi problémáira.

Az ormánsági veseszűrés előkészítése 2006. tavaszán kezdődött. A program tervezésében és megvalósításában páratlanul széles körű együttműködés alakult ki, részt vett benne az Országos Alapellátási Intézet, a Fresenius Medical Center, a ROCHE Magyarország Kft., a Baranya Megyei ÁNTSZ, a Pécsi Tudomány Egyetem (PTE) Nephrológia Klinikája, a

Mind a normál-, mind az emelkedett koleszterin-szintű csoportban az áramlás-okozta értágulat mértéke azt mutatta, hogy a dió nagyobb mértékben javítja az NO elválasztást, mint az oliva-olaj. Az oxidált LDL-szint mindkét étrendi beavatkozás után csökkent, hasonlóképpen a gyulladós citokinek és az adhéziós molekulák szintje, bár az E-selectin adhéziós molekula mennyisége a dió evés után kifejezettebben csökkent, mint oliva-olaj fogyasztását követően.

A különbséget a vizsgálok azzal magyarázták, hogy a dióban több, kedvező hatású anyag található: többszörösen telítetlen zsírsavak – például alfa-linolénsav –, a nitrogén-monoxid előanyaga, az arginin és sok antioxidáns. Az antioxidánsok az olivában ugyancsak megtalálhatók, de ebben kevesebb a többszörösen telítetlen zsírsav és nincs benne arginin vagy Omega-3 olaj.

Dr. Ros azt nyilatkozta a tanulmány megjelenésekor, hogy nem azt szeretnék az embereknek sugallni: továbbra is egyék nyugodtan az egészségtelen zsíros ételeket, csak kapjanak be hozzá néhány diót. Azt kívánják tudatosítani, hogy a dió legyen alapvető része az egészséges étkezésnek, mert csökkenti a telített zsírok kedvezőtlen hatását.

„Amikor zsíros ételt fogyasztunk, a vérben a gyulladós molekulák szintje megnő és ez gátolja az endothel az NO megfelelő termelésében, ami rontja a véráramlást. Vizsgálatunkban egy marék dió megevése csökkentette a gyulladós molekulák szintjét és az endothel működési zavarát, míg az oliva-olaj ugyancsak mérsékelte a gyulladós molekulák szintjének emelkedését, de nem akadályozta meg az endothelialis dysfunciót, ami a zsíros étkezésre bekövetkezett. Az oliva-olajnak is kedvező hatása van – nem rossz, de a dió jobb” – foglalta össze a vizsgálat vezetője.

(Forrás: JACC, 2006, 48: 1666-1671, published online 25 September 2006)

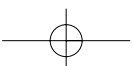
TÁJÉKOZTATÓ AZ ORMÁNSÁGI VESESZŰRÉS EREDMÉNYÉRŐL

British American Tobacco Hungary (BAT Hungary) és a Pécs-Baranyai Orvosklub.

A közreműködők célul tűzték ki, hogy megszervezik és elvégzik a halmozottan hátrányos helyzetű Baranya megyei Ormánság kistélepüléseiben a veszélyeztetettek szűrését – szem előtt tartva a Népegészségügyi Program prevenciók céljait. Az itt élők gazdaságilag egyértelműen hátrányos helyzetűek, életkilátásaiuk a fejlettebb kistérségekkel összehasonlítva rosszabbak, hajlamosabbak a vese, a szív- és érrendszeri megbetegedésekre, mint a jobb körülmények között élők.

A program nyitányaként, idén februárban a Pécs-Baranyai Orvosklubban prof. dr. Karátsón András és dr. Csiky Botond tartott szakmai továbbképzést a területen működő háziorvosoknak. Ezzel egy időben megkapták a vizsgálatokhoz szükséges egységcsomagot, amely tartalmazta a szűrés alapját képező vizeletvizsgálathoz szükséges Combur 3 tesztcsíkokat is.

A vizsgálatokban, amelyek 2006. március 1-től június 15-ig



tartottak, tizenegy háziorvos vett részt. A vizeletmintákat minden esetben kiértékeltek, majd pozitív eredmény esetén további vizsgálatokat folytattak, melyeknek – szakorvosi konzultáció után – a PTE Nephrológiai Klinikája biztosított hátteret.

Ugyancsak ezzel egy időben a Baranya Megyei Rendőr Főkapitányság Szervezeti Egységét, majd később a BAT dolgozóit is bevonták a szűrésbe. Végül tesztcsíkokat küldtek szét a megyében működő valamennyi felnőtt háziorvos számára, hogy lehetőség szerint minél szélesebb körű, összehasonlítható programot valósíthassanak meg.

A vizsgált területen a háziorvosi praxisokhoz tartozó összlakosság száma megközelítőleg 11 000, a 20 év feletti gondozottak aránya 15–20%, a gyermeklakosságé 30%. Így a vizsgálatba mintegy 5000 személyt szerettek volna bevonni. Ez több mint 34 százalékban sikerült, összesen 1714 személyt szűrtek, ami jó eredménynek számít. Közülük 311 többször kontrolláltan pozitív eset volt, a szűrt esetek 18,1%-a.



Bár a Hipertónia Hét lezárult, a magas vérnyomás elleni küzdelem korántsem ér véget.

A Hipertónia Héten 5 nagyvárosban – Budapesten, Győrött, Debrecenben, Szegeden és Pécsen – várták felvilágosító előadásokkal és ingyenes szűrővizsgálatokkal a lakosságot. Az eseményeken összesen 5 előadás hangzott el, a szűrések-mérések során több mint 1000-en vettek részt az eseményeken, a szervezők pedig 1600 km utat tettek meg az egy hét alatt – összesítették a Magyar Hipertónia Társaság kezdeményezte kampányhét tanulságait.

A résztvevő városok közül Pécsen látogattak el legtöbben a Hipertónia Hét eseményére, a „legnagyobb” hozzájárulás pedig a miskolci Tehetséggondozó Kollégium munkatársait dicséri, akik 291 gyermek vérnyomását mérték meg és küldték el a szervezőknek.

Az események pozitív és negatív tapasztalatokkal egyaránt szolgáltak a szervezők számára. A szűrések ismételtén rámutattak, hogy e betegség nem a kor függvénye: egy 20 éves fiatalembernek Győrött – többszöri ellenőrzéssel – 230/120 (!) Hgmm-es vérnyomásértéket mértek, és sajnos a gyerekek között is – főleg a nagyon elhízottak körében – volt emelkedett és magas vérnyomás.

Másfelől viszont a fiatalok számára is irigylésre méltó módon volt kifogástalan minden mért értéke annak a 94 (!) éves debreceni úrnak, aki hosszas kérdezősködés után is csak egyetlen panaszt tudott említeni: néha fáj a nagylábujja.

Az egy hetes kampányban az erre a célra rendszerített, alapdíjas SMS számra, összesen 1534 vérnyomásérték érkezett, a kezdeményezéshez rendelt honlapon pedig további 1593 érdeklődő összesen 11.151 vérnyomásértéket küldött be. A vérnyomásértékeket

A Baranya megyében a program keretében 180 háziorvost is megkerestek, közülük harminckettő válaszolt és küldött be vizsgálati eredményeket. Az összes vizsgálat 1612 volt, pozitív mintát 496 esetben találtak, amelyből több mint 400-at helyben megoldottak, 26 beteg további kivizsgálásra szorult. A Baranya Megyei Rendőr Főkapitányságról beküldött adatok szerint az elvégzett 120 vizsgálatból 80 bizonyult pozitívnak. Helyben ötvenöt, szakorvosi konzultációval 17 esetet oldottak meg, nyolc beteg a nephrológiára került.

A programban résztvevők számára mindvégig világos volt, hogy a szűrővizsgálat a kiszűrt és további kezelésbe vett egyéni esetek kivéve, önmagában nem oldja meg a hátrányos helyzetű hazai kistérségekben élők egészségügyi problémáit. Egy nagyon fontos dolgot azonban elért: ismételten felhívta a figyelmet a kistérségi szűrés fontosságára – ami egyértelmű sikerként értékelhető.

A KAMPÁNYNAK VÉGE, A VESZÉLY MARAD

SMS-ben beküldők 30 százaléka volt budapesti, 70 százaléka más városban vagy községben élő.

Kissé meglepő, ámbar annál öröndetesebb, hogy az akcióban a 45 év felettiiek voltak a legaktívabbak, tőlük érkezett az SMS-ek 52 százaléka. A beküldők 7 százaléka volt 25 év alatti, és 26–45 év közötti 41 százalék.

Az SMS-ben beküldött vérnyomásértékek 12 százaléka, valamint az internetes beküldések 29 százaléka volt a 140/90 Hgmm-es célvérnyomásérték fölött, ami lényegesen jobb arány, mint a több tízezer kezelt beteg adataiból nyert 60 százalék.

Az, hogy az SMS-ben beküldött vérnyomásértékek 88, illetve az internetes vérnyomás adatok 71 százaléka alatta maradt a kívánatos értéknek, feltehetőleg összefügg azal a ténnyel, hogy a vérnyomásukat otthon is rendszeresen ellenőrzők általában jobban odafigyelnek kezelésükre, így esetükben jóval sikeresebb a terápia is, illetve feltételezhető, hogy a mozgósító kampány hatására azok is megmérték és beküldték a vérnyomásértékeiket, akiknek nincsen gondjuk a magas vérnyomással.

Bár a Hipertónia Hét lezárult, a magas vérnyomás elleni küzdelem korántsem ér véget. A kampány életében újabb fontos lépés következik, a Magyar Hipertónia Társaság (MHT) a programban résztvevő orvosok segítségével ismételtén rögzíti több ezer kezelt hipertóniás beteg adatait, hogy összehasonlító elemzéseket végezzen, vajon a kampány elmúlt egy éve miként befolyásolta a vérnyomás célértéket elérők arányát.

A szervezők továbbra is biztosítják a csatlakozó betegek számára a beteg-együttműködést segítő csomagot és segítik az otthoni vérnyomás ellenőrzését. Az eredményeket várhatóan az MHT december elején megtartandó kongresszusán ismertetik majd.

Az „Éljen 140/90 Hgmm alatti!” programmal kapcsolatban további információk kérhetők az ingyenesen hívható 06/80/203-523-as telefonszámon.

ÚJ ISMERETEK A TÜDŐBETEGSÉGEK VONATKOZÁSÁBAN

**Irodalmi áttekintés, készítette Vera Seifert a
Dtsch Med. Wochenschr 2006.131 (1431-34)
száma alapján a Der Allgemeinarzt 16/2006
(10-11) részére**

Az áttekintés a pulmonológia területén elért eredmények összefoglalása, különös tekintettel a COPD, az asztma, a tüdőfertőzések és az alvási apnoe kórképekre.

Az asztma eredményes kezelése vonatkozásában ma a klinikai paraméterek, úgymint a tünetek, az exacerbációk száma, súlyossága, valamint a peak-flow meter mérés eredményei az irányadók. Az újabb kutatások eredményeképpen használt mérési módszer a kilégzési levegőben mért NO koncentráció azonban objektívebb és egyszerűbb értékelési mód. A módszer egyértelmű bizonyítékkal szolgál az esetleges gyulladás mértékére és ebből következően a kezelés eredményességére. Miután a módszer még nem mindenütt használt, s az értékelés tapasztalati eredményei nem egyértelműek, valószínűleg évek kellene a mindennapi használat elterjedéséhez. Előnye mindenesetre az egyszerű, nem invazív, kivitelezési lehetőség. Az első alkalmazók a szükséges inhalatív szteroid mennyiség felével értek el ugyanolyan eredményt, mint a régi módszer szerint ellenőrzött csoport értékelői.

Hasonlóan úttörő munka a COPD kezelésének kombinált módja, melyben tiotropium és formeterol kombinációjával (*házánkban forgalomban lévő készítmények: Spiriva ill. Oxis és, Symbicort Ref.*) sokkal gyorsabb, hatékonyabb és tartósabb tünetmentességet értek el.

A tüdőfibrozis esetében, mely az eddigi kezelési módok mellett 50%-os, 5 éves túléléssel, a legrosszabban kezelhető légúti betegségek közé volt sorolható, az új kezelési mód segítségével jobb prognózist tudtak elérni. Az eddigi szokásos szteroid és azathioprin kezelést kiegészítették 3x600 mg N-acetilcisztein adagolásával, ami a túlélést és a tünetek javulását eredményezte.

Ismert, hogy az obstruktív alvási apnoe fokozza a stroke veszélyét. Ez a veszély független az egyéb – a stroke rizikót emelő – betegségektől, ezért korai felismerése a veszély csökkentését teszi lehetővé. Ezzel okvetlenül számolnunk kell, s a korai felismerés végett minden lehetőséget meg kell ismernünk és alkalmaznunk kell.

A pulmonális hipertónia kezelésében is új módszerek terjedtek el. Az eddig használt gyógyszerek mellé bevezetett foszfodiesteráz bénító (Sildenafilil) alkalmazása ugrásszerűen javította a betegek túlélési esélyeit.

A tüdőrák kezelési lehetősége nem sokat változott, de az I., vagy II. stádiumú kissejtes tüdőrák kuratív műtéti megoldásának a gyógyulási esélyeit az egyúttal végzett adjuváns kemoterápia szignifikánsan emeli. Hosszú távon 73 hónap versus 94 hónap túlélést figyeltek meg a két kezelési séma esetén.

A tüdőtuberkulózis kórisme megállapítása



ma már megoldott, de a tuberkulin antigén kimutatása bőrreakció segítségével nehezebbé vált, mert sok keresztreakciót figyeltek meg az utóbbi időben, az egyéb típusú myko-baktérium fertőzések terjedése okán. Mindenesetre a negatív bőr-teszt gyakorlatilag kizárja a fertőzés fennállását. Bizonytalan esetben az Interferon-Gamma-teszt ad biztos támpontot, amivel pl. a környezet fertőzés-mentességét bizonyítani tudjuk.

Dr. Hidas István

folyóirat- és könyvreferátum

SÓ MEGSZORÍTÁS. HATÁSTALAN, HATÉKONY, VESZÉLYES?

Interjú Walter Zidek professzorral Berlinben

Bővebben : www.hochdruckliga.de oldalon

A vérnyomásbetegség só megszorításáról sokat beszélünk, főlegességéről, szükségéről, egyaránt sok érv hangzott el. A professzor véleménye: egyáltalán a megszorítás szó hibás. Az bizonyos, hogy őseink étkei sokkal kevesebb sót tartalmaztak, mint amennyit manapság kimutathatunk a mindennapi ételeinkben.

A napi normális só igény nem haladja meg a 15 grammot, a Charité klinikán végzett kísérlet során diétás nővér felügyelet mellett kíséreltük meg minden itt kezelt vérnyomás betegnél ezt elérni. Ez még mindig több, mint amennyit őseink naponta magukhoz vettek, s leszögezhető, ennél kisebb mennyiséget a mai étkezési szokások mellett nem tudunk elérni.

Mindenesetre, ha sószegény étkezést akarunk biztosítani betegeinknek, nem szabad konzerveket, füstölt húsokat, sós süteményeket stb. fogyasztania a megszorítás idejében. Sőt arra is figyelnie kell a diétázónak, hogy bizonyos ásványvizek Na tartalma magasabb, mint 20 mg/liter, ezek fogyasztása szintén növeli a Na bevitelt, s ezt is számítsuk bele a diétás megszorítás.

Ma a konyhasó megszorítás a vérnyomás kezelés diétás kiegészítője kell, legyen minden középkorú vérnyomásbetegnél, s ez, a tapasztalatok szerint, majd minden betegnél nehézséget jelent. (munkahelyi étkeztetés, a sótlan ételek iztelensége stb.).

Idősebb betegek esetén problémát jelent, hogy gyakran fordul elő ennél a generációnál az elektrolit háztartás zavar, csökkent vesefunkció, folyadékbevitel csökkent volta, vizelethajtók szedése stb., ami néha még Na- hiányt is provokál.

Az bizonyos, hogy a só megszorításnak van vérnyomás csökkentő hatása (nagy statisztikák szerint 3,7 Hgmm szisztolés és 0,9 Hgmm diasztolés nyomás csökkenést regisztráltak), de nem szabad arra gondolnunk, hogy egy extrém magas vérnyomás érték ezzel a normális szint közelébe vihető le. Azt mindenesetre tanácsolja a professzor, hogy minden családi előfordulás esetén ne csak az érintett, hanem a család

minden tagja már gyerekkorban szokja meg a só megszorítást, mert hosszú távon elért eredménye mégis számottevő lehet, s ha már gyerekkorban megszokja a sószegény diéta ízét, nem jelent majd problémát ennek folytatása felnőttkorban.

Dr. Hidas István

VÉDŐOLTÁSI TANÁCSADÁS. EVIDENCIÁK A FELTÉTELEZÉSEK HELYETT

**C.-A. Siegrist és mtsai. – Schweiz. Ärztezeitung
2005 86:(9)539-552**

A cikk szerzői – egy orvos és két közgazdász – a védőoltásokkal kapcsolatban, leggyakrabban előforduló kérdéseket tárgyalják. Érdekes, mivel a cikk végkicsengése: a védőoltási kampányok mind a betegek, mind a társadalom, mind pedig az egészségügyi költségvetés szempontjából pozitívan értékelendők.

Az első kérdés: vajon a tömeges védőoltások tényleg befolyásolják a fertőző betegségek előfordulási gyakoriságát? Nem arról van-e szó, hogy a magasabb életszínt, a javuló higiénés körülmények eredménye a fertőző betegségek visszaszorulása. A válasz egyértelmű: Finnországban 2000-re (feltehetően a bevezetett védőoltások eredményeképpen) eltűnt a kanyaró, a mumpsz és a rózsahimlő, Svájcban a haemophilus influenzae okozta B típusú meningitisz, Svédországban a szamárköhögés 1995 és 2004 között gyakorlatilag megszűnt, úgyszintén a védőoltásoknak köszönhetően.

A második kérdés: nem túl sok védőoltást adunk? Erre választ egy gyermekgyógyász adott: 1960-ban közel 7000 antigént használtak, hogy ezzel néhány fertőző betegségtől megvédhessék a gyermekeket, ma kb. 50 antigénnel, sokkal több fertőző betegség ellen érünk el jobb eredményt, mint közel fél évszázaddal ezelőtt.

Harmadik érv: az oltott anyák kevesebb ellenanyagot látják el újszülötteiket, mint a betegségen átesettek. Kétségtelen vannak betegségek (kanyaró, rózsahimlő, mumpsz), melyeknél az oltással elérhető, átörökíthető ellenanyagszint nem éri el a betegségen átesettekénél mérhető, de a DiPerTe, a szamárköhögés, a polio és a hepatitis-B elleni védőoltás, az oltottak újszülötteinek védettségét is megalapozza.

A kombinált védőoltások kevésbé hatékonyak, így a negyedik ellenvetés. A válasz, egyértelmű elutasítás, mivel mind a Hib-DiPerTe, mind a MMR (mumpsz, kanyaró, rózsahimlő) kombináció ugyanolyan hatékony, mint az egyenként adott védőoltás.

A tolerancia vonatkozásában ugyanez az álláspont, a konzerváló anyagok (higany, alumínium stb.) allergiát okozó hatása sem nagyobb, mint bármilyen más allergéné.

Sokan egyes neurológiai kórképek esetén (epilep-

szia, egyéb központi idegrendszert érintő kórképek) féltik a gyermeket, állapota romlásától. Egyetlen vizsgálat nem erősítette meg ezt a gyanút. A cukorbeteg provokáló hatás sem volt igazolható.

A gyermekkori fertőző betegségek mozgáskoordinációt javító hatása téves elképzelés. Nem volt igazolható, egyetlen esetben sem, ezért ilyen okból, soha nem szabad kihagyni a védelmet jelentő oltást. Az ökológiai egyensúly felborítása is csak föltételezés, semmi bizonyítható tény nem került eddig nyilvánosságra, ettől sem szabad megriadnunk és elhanyagolnunk a csecsemő- és gyermekkori védőoltások folytatását.

Dr. Hidas István

MELY BETEGSÉGEK A LEGDRÁGÁBBAK?

**Gerhard Brenner – Der Allgemeinarzt 15/2006
(66-67)**

A kérdés milyen betegeket, milyen betegség miatt, mennyiért kezelünk, gondozunk az alapellátásban? A kérdés az egyre növekvő morbiditási arány és egészségügyi kiadások miatt, melyek főként az idősebb korosztályt érintik, kerül szóba nap, mint nap.

Németországban 2002-ben az egészségügy kiadásai 233 Mrd Euro-ra rúgtak, ebből a járóbeteg ellátás 31,4 Mrd Euro-t használt fel.

Pontosan felmérték az egyes betegcsoportok „bekerülési” arányát, s kiderült, hogy a „legdrágább” a mozgásszervi betegségek csoportja. Az összköltség 5,1%-át használták fel ennek a csoportnak a betegei. (Ebben benne foglaltatik természetesen mind a gyógyszer, mind a rehabilitáció, mind a gyógyászati segédeszköz, műtét stb. költsége is)

A további sorrend:

Szív- érrendszeri betegségek	(3,8%)
Endokrin és anyagcsere betegségek	(2,6%)
Az urogenitális rendszer betegségei	(2,5%)
Légzőszervi betegségek	(2,3%)

A gyógyszerigényt tekintve az első helyen a szív-érrendszeri betegségek állnak, ezt követi, az endokrin- és anyagcsere betegségek, majd a pszichés és magatartászavarok együtt, az organikus neurológiai kórképek és az emésztő rendszer betegségei egyenlő mértékű gyógyszerigénnyel.

A költségeket egy negyedév („quartal”) adatainak összesítésével számították ki, mely adatok objektíveknek tekinthetők, mert pl. csak emésztőrendszer betegségei miatt 7,8 Milliárd beteg költségeit elemezték.

[Ref.: Vigasztalásul szolgálhat mindannyiunknak, hogy az egészségügyi kiadások nemcsak nálunk szöknek az égbe, azaz nem mi vagyunk pazarlók, hanem

a gyógyítás költségei szerte a világon mindenütt egekbe szöknek.)

Dr. Hidas István

**A SZÚRÉSTŐL AZ UTÓGONDOZÁSIG.
EMLŐRÁKOS BETEGEK A HÁZIORVOSI
RENDELŐBEN**

**Thorsten Koch – Der Allgemeinarzt 15/2006
(44-45)**

Németországban, egy háziorvosi praxisban, általában, 15 emlőrák miatt kezelt-gondozott nőbeteg ismert. Jóllehet az etiológia nem ismert, az bizonyított, hogy a családi halmozódás nem ritka. Sokan ajánlják, hogy halmozódás esetén gén meghatározással a hajlam – esetleg – kideríthető.

Néhány tartományban – pl. Bajorországban – bevezették, 50 éven felüli nőknél a kétévente megismételt mammográfiás szűrővizsgálatot. Az országszerte elfogadott diagnosztikus protokoll: minden nőt megtanítani az önvizsgálatra, s gyanú esetén a protokoll szerint részletes kivizsgálást végezni. (mammográfia, emlő szonográfia, tübiopszia, szövettani vizsgálat).

A mai műtéti technikákkal az ún. „emlőcentrumokban” az esetek 70%-ában emlőmegtartó műtéti megoldások érhetőek el, ezért fontos a szűrővizsgálatok széleskörű bevezetése. Ez csak korai felderítés esetén járható út. Az eredményes kezelés feltétele az esetleges nyirokcsomó áttétek („sentinel”nyirokcsomó) időben történő felfedezése, ami speciális, erre kidolgozott módszerrel ma már megoldható.

A biztos kórisme megállapítás után a távoli eredmény biztosítása a műtét előtt végzett ún. preoperatív kemóés/ill. radioterápia segítségével elérhető, ezért ezt minden esetben el kell végezni.

Az utógondozás, többségében háziorvosi feladat – is - az érintett oldal mammográfiás vizsgálatát félévente, az ellenoldalt évente végeztessük el, a műtétet követő három évig. Ezután ritkíthatjuk, félévente „csak” ellenőrzés, évente mammográfia javasolt. Ha Tamoxifen terápia is történik, a méh és/ill. az endometrium szonográfiás vizsgálata is ajánlott, mivel méhtest rák előfordulása gyakoribb lehet ilyen előzmény után.

Dr. Hidas István

**MI A TEENDŐ, HA HIBÁZTUNK?
A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS A CÉL**

**Erika Ziltener (a zürichi beteggyesület elnöke)
– Der Allgemeinarzt 15 (2006) 3.**

Nem minden hiba, melyet működésünk során elkövetünk, vezet életveszélyhez, de fájdalmat, szenvedést okozhatunk vele. Így, minden hiba, melyet elkerülünk, nyereség minden résztvevőnek, orvosnak, betegnek egyaránt. Kétségtelen, olyan orvos, aki munkája során nem követ el hibát, nincsen. De az is kétségtelen, hogy megfelelő hozzáállással, felkészültséggel, lelkiismeretes munkával a hiba lehetőségét minimálisra csökkenthetjük.

Különböző források a minőségbiztosítás lényegét abban látják, hogy megtaníttuk az egyetemen ennek kivitelezését, ellenőrzési lehetőségeit. Gondoskodunk arról, hogy a műszerparkunk olyan állapotban legyen, hogy a tévedés lehetősége ezen ne múljon. Fontos, hogy a kezelés folyamatossága ne szenvedjen csorbát, mert ez a legnagyobb veszély mind a szövődmények, mind az életveszély fokozódása okán.

Régen mindig a betegséget tekintettük a lényegnek, ma már a beteg a legfontosabb, ezért be kell vonnunk őt mind a kórisme megállapítás, mind a kezelés minden lépésébe. Ez a paradigmaváltás az együttműködő képességet javítja, a páciens lépésről-lépésre tudatosan készül a feladataira, melyek gyógyulását segítik.

A minőségbiztosítás projektjei néhány éve tudatos tervezés eredményeképpen indultak, ehhez a bázeli egyetem 1996-ban bevezetett CIRS (Critical Incidents Reporting System) programja adta az első lökést. A rendszer a beteget fenyegető helyzetek elemzése és kiküszöbölése révén nagyon szép eredményeket ért el, mind a megelőzés, mind a kezelés eredményeinek javítás terén.

A Németországban bevezetett rendszerhez (a „Minőség-körhöz”) csatlakozó orvosok rendszeresen jelzik a szövődmények eredményes megelőzési módjait, egy központi adatbankba. Innen mindenki számára elérhető, a hiba oka kideríthető, értékelhető és reményeik szerint gyakrabban lesz megelőzhető, mint e nélkül a beavatkozás nélkül. Ezt a jelzést minden hiba észlelése esetén továbbítják, akár hátrányos, akár nem a beteg további sorsára. Ezzel szeretnék a hiba lehetőségeket csökkenteni és a betegellátás színvonalát emelni.

Dr. Hidas István

Pest megyei kisvárosban, jó adottságú felnőtt háziorvosi praxis eladó.

Telefon 16 óra után:

06 30 225-1348

ELSŐ ÉRTESETÉS A CSAKOSZ VI. KONGRESSZUSÁRÓL

Tisztelt Kollégák!

A Családorvos Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ) 2007. február 23–24-én rendezi VI. kongresszusát Hajdúszoboszlón, a Hotel Békében.

A kongresszus ez évi fő témái a kutatás és az alapellátás gyakorlatának kapcsolata, a szakmai irányelvek alkalmazása, és az ellátás értékelésének lehetőségei az alapellátásban. Emellett felkért szaktekintélyek referátumai a farmakoterápia aktuális kérdéseiről és a házi orvosok saját kutatásainak bemutatása is helyet kapnak a programban.

A kongresszusra az érdeklődő kollégákat, rezidenseket és hallgatókat ezúton tisztelettel meghívjuk. Kérjük, hogy az alábbi másolható visszajelző szelvény visszaküldésével vagy e-mailen szíveskedjék jelezni, ha részt kíván venni a kongresszuson. A regisztrálás, a szállásigénylés, étkezés űrlapját és az előadások (posztterek) bejelentésének követelményeit a Második értesítőben küldjük meg.

Őszintén reméljük, hogy a kongresszus témái, a kellemes helyszín, a garantáltan barátságos árak és a résztvevők aktivitása értékes szakmai összejövetelt eredményez majd.

Tisztelettel hívjuk és várjuk Hajdúszoboszlóra.

Debrecen, 2006. október

Prof. dr. Ilyés István
a CSAKOSZ és a kongresszus elnöke

VISSZAJELZŐ SZELVÉNY A CSAKOSZ VI. KONGRESSZUSÁN VALÓ RÉSZVÉTELÉRŐL

Küldendő: Prof. Dr. Ilyés István DEOEC Családorvosi Tanszéke,
4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
Tel./fax: 52/314-388, e-mail: csotanszek@freemail.hu

A CSAKOSZ VI. kongresszusán részt kívánok venni

A kongresszuson előadást tervezek tartani , poszttert tervezek bemutatni

A kongresszus Második értesítőjét kérem számomra megküldeni

Jelenleg CSAKOSZ tag vagyok , nem vagyok CSAKOSZ tag , szeretnék belépni a CSAKOSZ-ba

Név: Pecsétszám:

Postacím:

Telefon: fax: e-mail: