

Dr. Papp Renáta

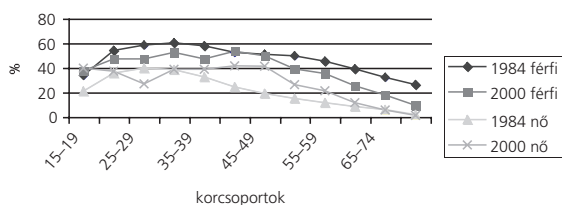
A DOHÁNYZÁSRÓL VALÓ LESZOKÁS SEGÍTÉSE A HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Országos Alapellátási Intézet

A dohányzás és az idő előtti halálozás

Epidemiológiai felmérések alapján, Magyarországon a lakosság több mint egyharmada dohányzik¹. Különbösk mutatkozik a férfiak és nők dohányzási szokásaiban, a 2000. évi Országos Lakossági Egészségfelmérés² adatai szerint a férfiak 40,7%-a, míg a nők 26,3%-a dohányzott. Bár az arányok azt mutatják, hogy a férfiak között több a dohányos, a nők között az arány kedvezőtlen tendenciát mutat, növekszik. Ez leginkább a fiatal- és középkorú nők között figyelhető meg, a 45-49 év közöttieknél 1984-ben a dohányzók aránya 19,2% volt, ami 2000-ben 41,1%-ra növekedett (ld. 1. ábra).

1. ábra A dohányzó férfiak és nők százalékos aránya korcsoportonként²

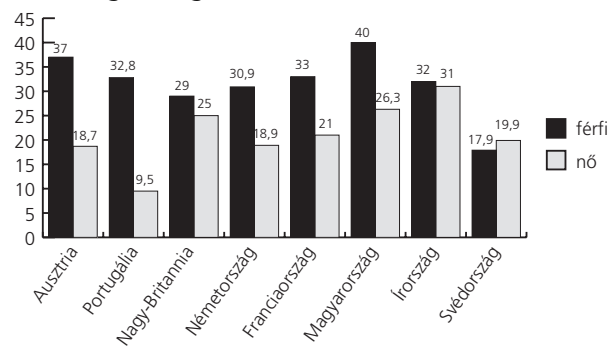


Az Európai Unió a dohányzás elleni küzdelmet az egyik legfontosabb népegészségügyi kérdésnek tekinti. A dohányzással összefüggő betegségeket a világ második legjelentősebb elkerülhető halálai között tartják számon (évente körülbelül 5 millió haláleset); az EU-ban pedig ez a legfontosabb halálok. A 25 EU-tagállamban évente 650 000 ember hal meg dohányzással összefüggő betegségek következtében: ez azt jelenti, hogy minden hetedik halálesetért a dohányzás okolható. Magyarországon a helyzet ennél kedvezőtlenebb, a dohányzás minden ötödik halálesetért felelős³, ami a dohányzók magas arányából is látható.

Különbségek mutatkozhatnak iskolai végzettség szerint is: a Dél-Alföldi régióban végzett komplex egészségfelmérés szerint a dohányzók aránya 28,4% volt, a szakmunkásképzőt végzettek voltak a legveszélyeztetettebbek, 36,3%-uk dohányzott. A kevesebb, mint 8 általános iskolai évet abszolváltak között az arány majd fele ennyi, csupán 14,5%. Ennek hátterében állhat, hogy az

alacsony végzettségűek inkább az idős, nőnemű korosztályt képviselték, akikkel szemben erős volt a társadalmi kontroll. Azonban az alacsony végzettségű dohányosok között, a dohányzó többnyire erős dohányos volt⁶. Az OALI Kistérségi Prevenációs Programjában részt vett kistérségek között is kimutatható a dohányosok arányának különbsége, a legkevesebben Orosháza kistérségben dohányoztak¹¹.

2. ábra Dohányzók aránya nemeként Európai Unió 8 tagországában⁴

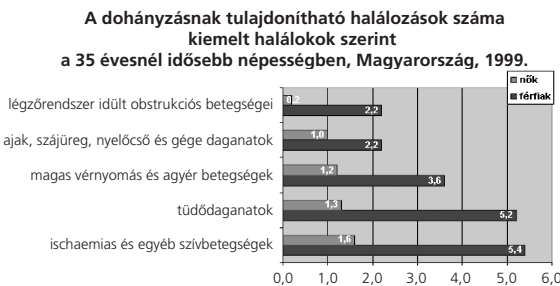


Számos klinikai és epidemiológiai vizsgálat során bizonyították be azt, hogy a dohányzás és számos súlyos, idő előtti halált okozó betegség között oki összefüggés van. A halálokok között kiemelt helyen álló szív-érrendszeri betegségek, mint például az iszkémiás szívbetegség (ISZB), az agyérbetegségek (szélütés), illetve perifériás érszűkület kialakulásában a dohányzás major és független kockázati tényezőként játszik szerepet⁵.

A dohányzás okozta súlyos, sokszor fatális betegségek elsősorban a középkorúaknál jelentkeznek. Ennek az az oka, hogy a következmények manifesztálódásához hosszú időre, több évtizedre van szükség.

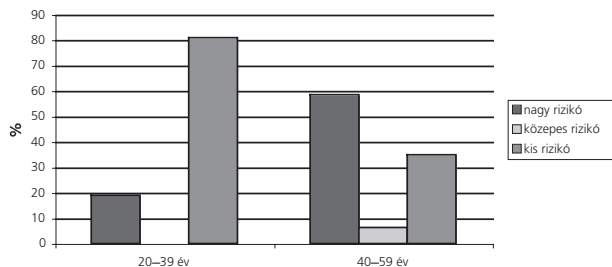
Ezen megállapításokat támasztják alá az Országos Alapellátási Intézet (OALI) koordinációjában végzett háziorvosi OEP Prevenációs Pályázat értékelésének eredményei is. A vizsgáltak közül, a dohányzók 58,8%-ának volt nagy kardiovaszkuláris rizikója, a dohányzó férfiak között ez az arány magasabb volt, 66,2%, míg a dohányzó nők között, a nagy rizikójúak 50,2%-ban fordultak elő. A fiatalabb, 20-39 éves korosztályban a dohányosok

3. ábra A dohányzásnak tulajdonítható halálozások száma⁷



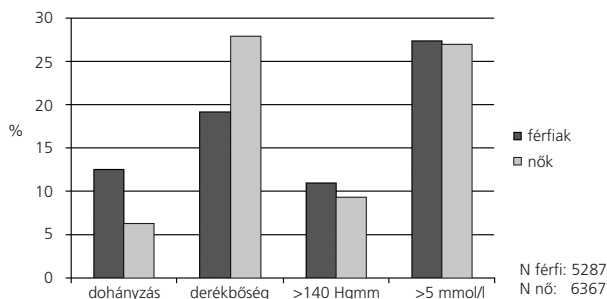
között 19%-ban fordult elő nagy rizikó, míg a középkorúak 40–59 év közötti dohányosok jelentősen magasabb arányban, 58,5%-ban mutattak nagy kardiovaszkuláris kockázatot (ld. 4. ábra).

4. ábra A dohányzók rizikóállapota két korcsoportban



Ugyancsak ez a vizsgálat mutatta ki, hogy a dohányzás legalább olyan mértékben játszik szerepet a rizikó növekedésében, mint a magas vérnyomás. A különböző rizikótényezők előfordulását mutatja a 5. ábra a nagy kardiovaszkuláris kockázatú férfiakra és nőkre vonatkozóan.

5. ábra A nagy rizikójú páciensek rizikótényezőinek előfordulása nemeként

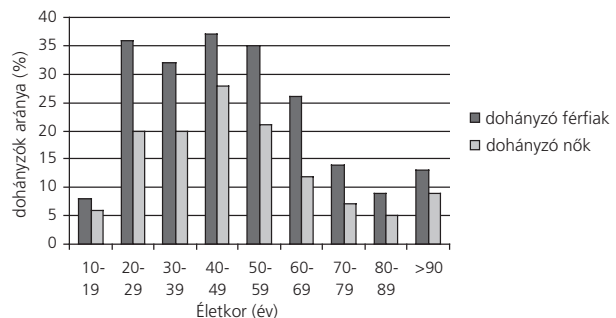


Dohányzó páciensek előfordulása a háziorsos praxisban

Az OEP Prevenációs Pályázat keretében, a praxisba bejelentkezett páciensek 25%-át kellett adott protokoll szerint szűrni. A rögzítendő adatok között szerepelt a dohányzási státusz is. A feldolgozott eredmények szerint, a 10 év feletti páciensek 21%-a dohányzott. A dohányzók aránya a 40 és 60 év közötti korosztályban volt a legmagasabb: 40 és 49 év között 31%-ban, 50

és 59 év között 27%-ban voltak dohányosok a vizsgáltak között. A férfiak inkább dohányoztak (a 10 évesek és idősebbek 27,4%-ban), mint a nők, akiknél a 10 évesek és idősebbek között a dohányzók aránya 16,6% volt. A 2003-ban végzett CORPRAX vizsgálat adatai szerint, a 40–70 év közötti férfiak több mint 50%-a dohányzott és 28%-uk erős dohányos volt⁸.

6. ábra A dohányzók aránya nemeként és korcsoportonként a 10 év feletti páciensek között



Az OEP Prevenációs Pályázat eredményei szerint a 10 éves és idősebbek között, a férfiak 27,4%-a, a nők 16,6%-a dohányzik. A fentebb említett országos adatokhoz képest való eltérés leginkább a 20 év alatti páciensek dohányzási szokásainak felvételének köszönhető. Míg a 2000. évi OLEF szerint, a 15–19 éves férfiak 37,4%-ban és a nők 39,6%-ban dohányoztak, addig a jelenlegi háziorsos jelentések szerint a 10–19 évesek között, az arány 8%, illetve 6%. A „hiányzó” fiatal dohányosok valószínűleg az iskolaorvosnál keresendők vagy éppen az eltitkolt magatartás miatt, a hagyományos egészségügyi rendszer módszereivel, ez egy nehezen megközelíthető csoport. A rendelkezésre álló adatok alapján megítélhető, hogy a háziorsos betegforgalomban a dohányosok nagy arányban fordulnak elő, ahogyan az is, hogy a kardiovaszkuláris rizikóstratifikáció eredményeként identifikálható a dohányosok nagyrizikóval rendelkezők csoportja. Ezen csoport mellett az egyéb, főleg tüdőbetegség tüneteit mutató páciensek csoportja is elkülöníthető, ahogyan a dohányzó terhesek vagy fiatalok csoportja is külön megközelítést igényel. A tünetmentes páciensek megközelítésére keresni kell a motivációt elősegítő igényeket, amelyek leggyakrabban a saját és környezetben élők egészsége, illetve az anyagi okokban rejlik. A felnőtt lakosság dohányzásról való leszokásának elősegítésében határos szerepet játszik a háziorsos. A dohányzásról való leszokás elősegítésében nagyon fontos a személyes példamutatás is. Bár a háziorsosok között a dohányzók aránya 17,2% kisebb, mint a lakosság körében az arány tovább javítandó, ahogyan a védőnők körében is, akik közül 12,5% dohányzik¹⁰.

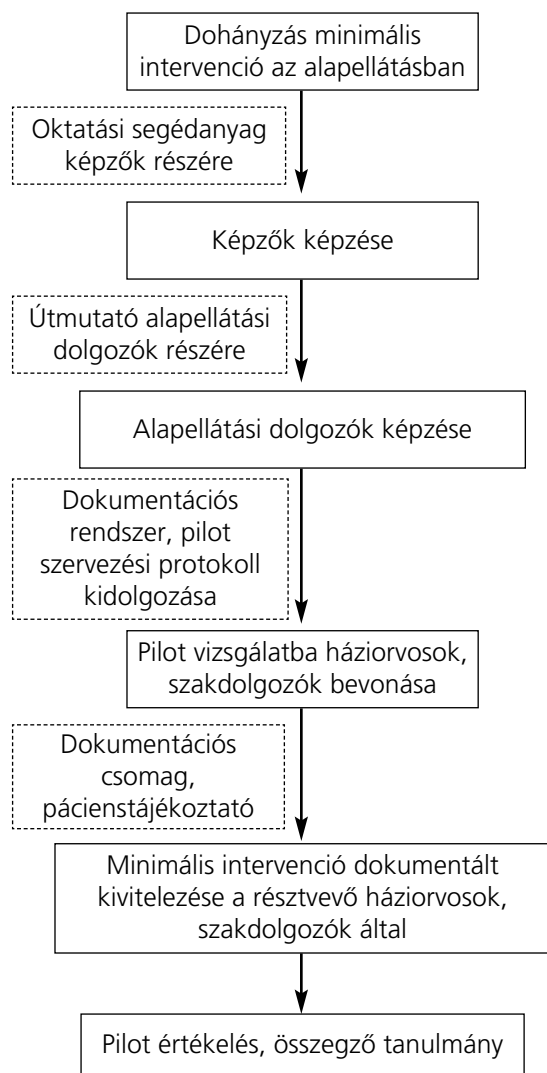
A projekt célkitűzései

Mivel az alapellátás szereplői találkoznak a legtöbb dohányossal és a rendszeres, olykor több éven-évtizeden

át tartó orvos-páciens kapcsolat következtében az alapellátás orvosa ismeri legjobban a páciensek családi körülményeit, életkörülményeit, a családban előfordult betegségeket, a fokozott veszélyeztetettséget jelentő tényezőket, a háziorvos személyre szóló tanácsot tud adni a dohányzás abbahagyására. Ezt alátámasztják a betegelégedettségi vizsgálat eredményei is, amelyek szerint, a páciensek 83,7%-a elégedett vagy nagyon elégedett háziorvosával, 90,6%-uk pedig a körzeti nővérrel⁹.

E fenti megfontolások eredményeként, az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium 2004-ben megbízta az Országos Alapellátási Intézetet a „Dohányzásra vonatkozó minimális intervenció elterjesztése az alapellátásban” című projekt kivitelezésére. A „minimális intervenció” projekt hosszú távú célkitűzése a felnőtt dohányosok számának számottevő csökkentése volt, ezáltal a dohány okozta morbiditás/mortalitás népegészségügyi szintű kedvező befolyásolása, mérséklése, ezáltal hozzájárulva a Nemzeti Népegészségügyi program szándékainak eléréséhez.

7. ábra **A projekt mérföldkövei**



A projekt célja, hogy az egészségügyi alapellátást nyújtó háziorvosok és munkatársaik (nővér, védőnő) rendszeresen foglalkozzanak a náluk megjelenő, az általuk ellátott betegek dohányzási szokásaival és intervenciót végezzenek a dohányzók számának csökkentése céljából.

Ennek során

- Derítsék fel és dokumentálják a páciens dohányzási szokásait és ezzel kapcsolatos attitűdjét;
- Adjanak személyre szóló tanácsot a dohányzás abbahagyására;
- Nyújtsanak segítséget részére a dohányzás abbahagyásához;
- Folyamatos kapcsolat esetén kövessék a páciens dohányzási szokásainak alakulását;
- A tartósan dohányzó páciens irányítsák dohányzásról leszokást segítő rendelésre.

Ennek érdekében az alapellátás dolgozói képzésben vettek részt, amely során elsajátították a dohányzásra vonatkozó minimális intervenció alapjait majd a megszerzett tudás alapján minimális intervenciót végeztek a dohányzó betegek körében. A szerzett tudás hasznosulását pilot vizsgálat keretében tanulmányoztuk.

A projekt kivitelezése

A 7. ábra mutatja a projekt mérföldköveit.

Képzés

Az oktatás kivitelezésére a „hólabda” módszert választottuk. Ennek megfelelően, az Intézet korábbi projekteinek kivitelezésében alkalmazott szakfelügyeleti rendszerrel való együttműködés volt kézenfekvő. A szakfelügyeleti rendszer országos lefedettsége és piramisszerű felépítése lehetőséget teremtett a képzők kiválasztására és a képzők képzését követő széleskörű oktatás kivitelezésére.

8. ábra **Képzési piramis**



A képzés célja a minimális intervenció módszerének ismertetése, a gyakorlati tapasztalatok megbeszélése volt. A mára már jól ismert lépcsők segítik a leszokás folyamatát:

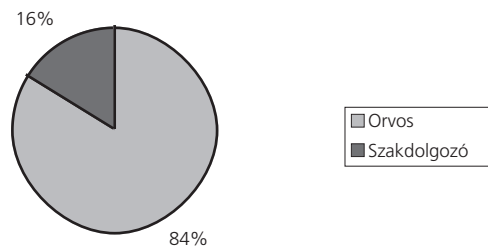
- Tájékozódás, amely során felmérésre kerülnek a páciens dohányzási szokásai, vitális paraméterei, valamint a nikotin függőség mértéke.
- Tanácsadás, amely személyre szólóan történik; a háziorvosnak el kell magyaráznia, hogy az adott páciens esetében miért különösen fontos a cigaretta elhagyása (pl. betegségek, panaszok, rizikótényezők, dohányzással kapcsolatba hozható betegségek a családban, gyermekek és születendő gyermekek egészsége).
- Támogatás a dohányzás elhagyás elhatározásában.
- Tevékeny követés: minden vizitnál rá kell kérdezni a dohányzási státuszra, a leszokottnál azért, hogy kiderüljön nem esett-e vissza, a dohányosnál azért, hogy ne merüljön feledésbe a kérdés.

A képzők képzését követően, 15 megyei szakfelügyelő vállalta az alapellátásban dolgozók további képzésének megszervezését. A minimális intervenció módszere elsősorban felnőttekre alkalmazandó, ezért, mint fő célcsoport, a felnőtt, illetve vegyes háziorvosi praxisok oktatását kívántuk megvalósítani.

A képzendő háziorvosi praxisok team képzését igyekeztünk megvalósítani, azaz a háziorvos mellett, az ápoló meghívása is megtörtént. Ennek azért volt jelentősége, mert külföldi vizsgálatok alapján kimutatták, hogy jelentősen magasabb lesz a cigarettát sikeresen elhagyók száma, ha a dohányzás abbahagyását elősegítő programban az ápoló is részt vesz. Ez egyben az orvos számára számottevő időmegtakarítást is eredményez. A különböző csatornákon meghívott 5159 praxisból, 1258 résztvevő képzése történt meg, változó helyszíneken és rendezvényeken. A 15 megyében, ahol a megyei szakfelügyelő helyi koordinátorként lépett fel, a részvételi arány jelentősen magasabb volt.

Annak ellenére, hogy a team képzés gyakorlata még kevésbé honosodott meg a magyar alapellátásban, a szakdolgozók képzéseken való részvételi aránya elérte a 16%-ot.

9. ábra **Orvos/szakdolgozó részvételi arány (%) a képzéseken**



Összességében elmondható, hogy a dohányzás leszoktatás minimális intervenció módszerének oktatása az ország háziorvosi praxisainak egy negyedéhez jutott el.

A képzéseken a képzők a számukra biztosított elektronikus ábraanyagot használták, és a résztvevőknek kiosztották az Intézet által az OALI Könyvek sorozatban kiadott, Dr. Vadász Imre által összeállított kiadványt, amelynek címe: „A dohányzástól való leszokás az alapellátásban”. Az Intézet ezt a kiadványt 5500 pld.-ban készítette el és a képzéseken, illetve postai úton juttatta el a háziorvosi praxisokhoz. A kiadvány szemlélete gyakorlatias, a kiemelések hangsúlyozzák a fontos részeket és a páciensek számára készített összefoglaló tanácsokat tartalmaz könnyen fénymásolható szerkesztésben. A kiadvány tartalmazza azon tudógondozók listáját, ahol dohányzástól való leszokást segítő rendelvek működnek. Ezek országos lefedettséget mutatnak és szakmai háttérként felhasználhatók, amennyiben a háziorvosok segítségre szorulnak a leszoktatás folyamán.

Pilot vizsgálat

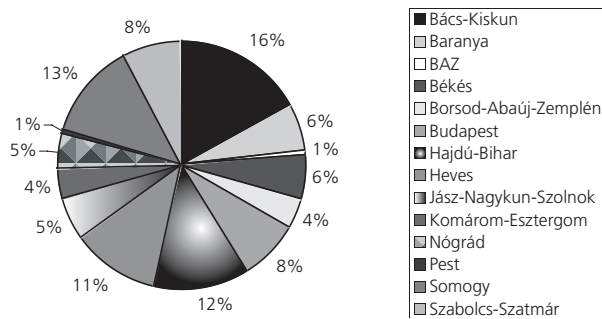
Az oktatás mellett a projekt eredményeként, a minimális intervenció kivitelezésének tapasztalatait is összegezni kellett. Az intervenció értékelése érdekében, meghatározott alapellátó csoport adott protokoll szerint dokumentáltan végezte tevékenységét, majd a rögzített adatokat megküldte az Intézetnek, ahol az összesítés és a kiértékelés történt.

A pilot kivitelezésének első lépése a minimális intervenció dokumentációjának kidolgozás volt. A dokumentáció fejlesztése során figyelembe kellett venni, azt, hogy a páciens dohányzási státusza és a dohányzással összefüggő egészségi állapotára vonatkozó adatok mellett, a rögzítendő kérdéssor segítséget nyújtson („sorvezetőként” szolgáljon) a háziorvos/szakdolgozó számára a leszoktatásban. Az egészségügyi személyzetnek be kellett jelölnie a nikotinfüggőség mértékét is, valamint azt, hogy a páciens környezetében lévő legfontosabbnak személy dohányzik-e, hiszen ez a tényező is erős befolyással bír. A beszélgetés végén a protokoll szerint a kérdezőnek meg kellett állapodnia a pácienssel egy időpontban, amikor Ő elhagyja a cigarettát. Amennyiben igény merült fel, a páciens egyéb segítséget is kapott, úgy mint nikotinos tapasz vagy rágógumi. Szükség esetén dohányzást segítő szakrendelésre utalták a beteget. A dokumentáció tartalmazta a tevékeny követés rögzítését is.

A protokoll szerint a praxisoknak 30 dohányzó páciens kellett bevonni a vizsgálatba, nemtől, kortól és társbetegségektől függetlenül. A mintavétel nem random módon történt, mert a vizsgálat nem epidemiológiai jellegű, hanem egy módszer gyakorlati alkalmazhatóságát és eredményességét értékelte. A dohányzó páciensek részére a tanácsadás és a leszokástól való meggyőzés mellett heti tevékeny követés volt előírva. A praxisok a dokumentáció szerint rögzítették tevékenységüket. A páciensek számára írásos tanácsadó lapot is kaptak, amelyet az OALI biztosított a bevont praxisok számára.

Összesen 69 praxis végezte el határidőre a vizsgálatot, a következő területi megoszlás szerint:

10. ábra **Pilot vizsgálatot teljesítők megyei eloszlása**

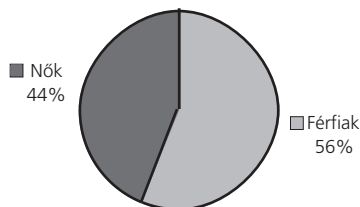


Az értékeléshez a beérkező adatokat Ms Excel file-ba rögzítettük, majd ezen program segítségével értékeltük.

Eredmények

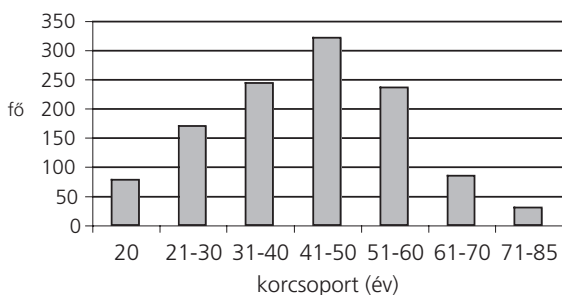
A pilot során 1184 páciensről érkezett feldolgozható adat, a dohányzó férfiak:nők 1,2:1 arányban voltak a mintában, amely megfelel a dohányosok országos arányának az adott korcsoportban.

11. ábra **A bevont páciensek nem szerinti aránya**



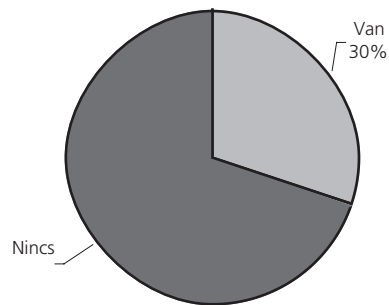
A vizsgálatba bevontak átlag életkora 43 év volt, a következő, Gauss görbét követő, koreloszlás szerint:

12. ábra **Páciensek koreloszlása**



Dohányzással összefüggő betegsége a páciensek 31%-ánál volt, ami a dohányzási státuszt súlyosbítja, ám a leszoktatásban a páciens motivációját gyakran erősíti. A páciensek dohányzási időtartama igen magas volt, átlagosan 20 év, a napi elszívott cigaretta mennyiség 18 szál. Súlyosbító tényező volt, hogy az adatok szerint a dohányzás időtartamának növekedésével, a naponta elszívott cigaretta mennyiség is nőtt.

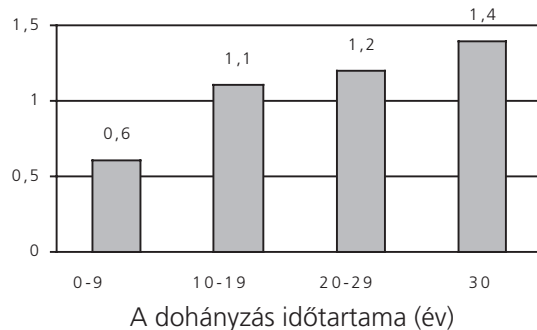
13. ábra **Dohányzással összefüggő betegség**



A nikotinfüggőség mértékének megállapítása a felébredés és az első cigaretta között eltelt idő alapján történt. Ez alapján végezték el az osztályozást: erős (10 percn belül), közepes (10–30 perc között), gyenge (30 percn belül) nikotinfüggőség kategóriákba. A protokoll szerint erős nikotinfüggőség esetén 2 pont, közepes esetén 1, míg gyenge nikotinfüggőség fennállásakor 0 pont volt adandó. Ilyen formában a nikotinfüggőség átlagos értéke 1,12 volt. Észrevehető, hogy a dohányzás időtartamának növekedésével, a nikotinfüggőség is erősödött.

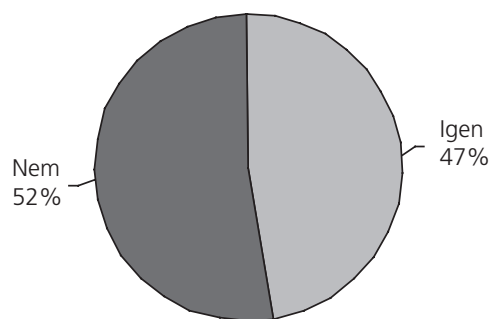
14. ábra **A nikotinfüggőség erősségének megítélése**

(erős=2, közepes=1, gyenge=0)

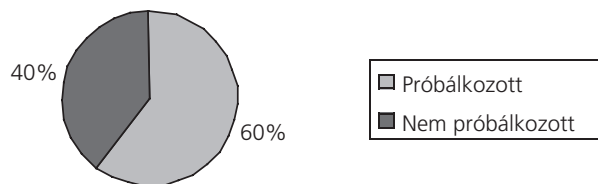


A dohányzási státuszra vonatkozó részletes adatokat követve a páciens motivációjára vonatkozó részletek következtek, mint a dohányzó környezete, korábbi leszokási kísérlet, leghosszabb nemdohányzó hét valamint a leszokást segítő legelfogadottabb indokok. A dohányosok közel felének környezetében a legfontosabb hozzátartozó dohányzik.

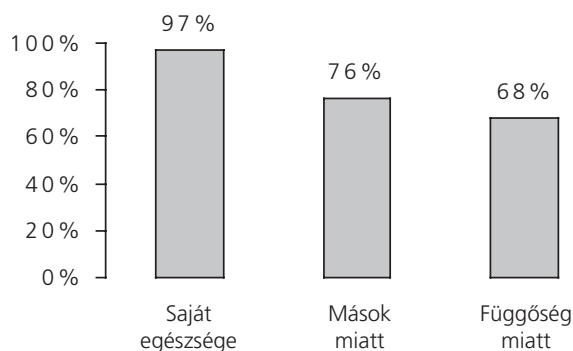
15. ábra **A hozzátartozó dohányzási státusza**



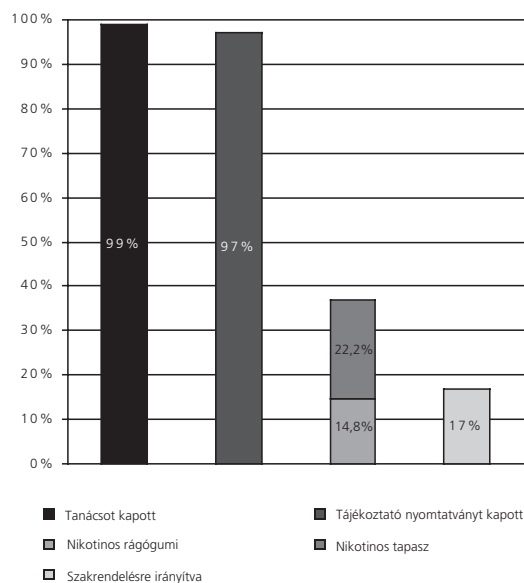
A leszokás leggyakrabban többszörös próbálkozást követően történik. Ez mutatkozik a jelen vizsgálatban is, amely szerint a páciensek több mint a fele próbálkozott már a cigaretta elhagyásával:

16. ábra **Korábbi próbálkozás a leszokásra**

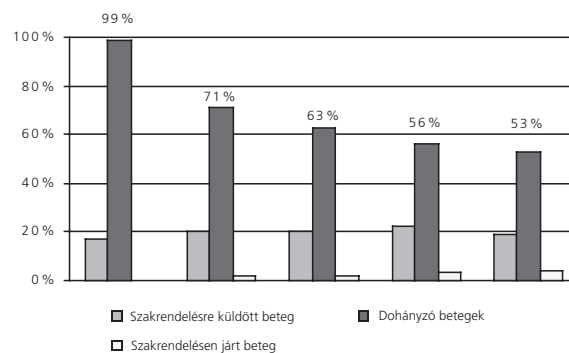
A dohányosok leginkább (97%-ban) saját egészségük érdekében szeretnék elhagyni a cigarettát. Leggyakrabban panasz a köhögés, a fulladás és a palpitáció. Leggyakoribb felsorolt problémák a leszokás kapcsán a feszültség, az elhízás, az elvonási tünetek, a ritus elmaradása.

17. ábra **A dohányzásról való leszokás indítékai**

A minimális intervenció keretében a tanácsadás, tájékoztató átadása megtörtént, kisebb százalékban (37%) volt szükség nikotinpótlásra tapasz vagy rágógumi formában. 17%-ban történt továbbküldés dohányzás leszoktató szakrendelésre.

18. ábra **Segítség a dohányzás abbahagyásához**

A bevonást követő négy vizit alkalmával, amelynek ajánlott gyakorisága a heti egyszeri találkozás volt, a házi orvosok regisztrálták azt, hogy a páciens dohányzik-e még, volt-e szakrendelői továbbutalás, a páciens járt-e ott. A programba bevont dohányosok aránya a vizsgálat elejéről és végére szignifikánsan csökkent: 99,5%-ról 53%-ra.

19. ábra **A dohányzók tevékeny követése**

A pilot vizsgálat során a bevont dohányzó páciensek aránya 46,5%-al csökkent, amely a házi orvosok eredményes munkáját igazolja a felhasznált módszer segítségével. A projekt időtartama sajnos nem tette lehetővé a hosszabb követést, hiszen az ajánlások szerint az intervenció eredményességének megítéléséhez legalább egyéves követés lenne szükséges.

ÖSSZEFOGLALÓ

Az Országos Alapellátási Intézet koordinációjában végzett „Dohányzásra vonatkozó minimális intervenció elterjesztése az alapellátásban” című projekt teljesítése sikeres volt. Minden felnőtt és vegyes házi orvosi praxisba eljuttattuk a minimális intervenció alkalmazását lehetővé tevő ismereteket tartalmazó kiadványt, valamint a dohányzó páciensek tájékoztatását szolgáló szórólapot. Az egészségügyi alapellátást nyújtó házi orvosok és munkatársaik egy negyede részesült személyes képzésben. A képzésen túl a projekt keretében végzett vizsgálat bebizonyította, hogy az ismeretek gyakorlati alkalmazása eredményes. A pilot során a dohányzó páciensek aránya 46,5%-al csökkent. Ezt az eredményt a már kidolgozott és a mellékelt oktatási segédanyagban prezentált minimális intervenció alkalmazásával érték el.

A jelen projekt implementációs jellegű volt, azaz már ismert módszer terjesztését és gyakorlati alkalmazásához tűzte ki célul, amelynek végrehajtása sikeresen megtörtént.

FELHÍVÁS

A projekt folytatásaként, az OALI Minőségfejlesztési Praxis Programja keretében elindítja a „Dohány füst-

mentes rendelők” programját, amelynek keretében a team képzését, szükség szerint a dohányzásról való leszokás segítését és a páciensek tájékoztatásban nyújt támogatást.

Amennyiben szeretne csatlakozni, kérjük jelentkezését az oali@oali.hu e-mail címre vagy levélben a 1135 Budapest, Szabolcs u. 33–35. címre.

IRODALOM

- 1 ODE Dohányzás Monitor 2002-2006.
- 2 Életminőség és egészség KSH 2002.
- 3 Országos Egészségfejlesztési Intézet – A dohányzással kapcsolatos adatok – www.oefi.hu
- 4 White A, Cash K.: A report on the state of men’s health across 17 European countries, European Men’s health forum 2003.
- 5 Grundy M. S. et al: Assessment of Cardiovascular Risk by Use of Multiple-Risk_Factor Assessment Equations. *Circulation*. 1999;100:1481-1492.
- 6 Belec B., Paulik E., Balogh S., Hajnal F., Nagymajtényi L.: Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében. *MedUniv* 2004.XXXVII/1:11-16.
- 7 Józán P., Radnóti L.:A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999 KSH 2002.
- 8 Balogh S., Kékes E., Császár A.:A cardiovascularis rizikófaktorok felmérése háziiorvosi praxisokban-a CORPRAX tanulmány. *MedUniv* 2004.XXXVII/1:3-10.
- 9 Kertész A., Balogh S., Nagymajtényi L., Paulik E.: A háziiorvosi ellátással való elégedettség demográfiai sajátosságai. *MedUniv* 2006.XXXIX/4:117-121.
- 10 Hajnal F., Hajnalné Szabó J., Nagyvári P., Belec B., Balogh S.: Regionális egészség- és életmód felmérés területi ellátásban dolgozó védőnők körében. *MedUniv* 2006.XXXIX/4:141-145.
- 11 Hargitai R., Balogh S.: Kistérségi prevenció program. *MedUniv* 2006.XXXIX/6

BEUTALÁSI INDIKÁCIÓK A BALATONFÜREDI SZÍVKÓRHÁZBA

A Magyar Közlöny '96/35. számában megjelent a népjóléti miniszter 13/1996. (V.03.) NM rendelete az orvosi rehabilitáció keretében történő szanatóriumi ellátás rendjéről szóló 20/1995. (VI.17.) NM rendelet módosítása. Ennek értelmében 1996. május 20-tól a balatonfüredi Állami Kórházban térítésmentesen felvehetők az alábbi felsorolt betegségekben szenvedők:

- akut szívinfarktusos betegek az akut szakot követően 8. nap után a korai lábadozás szakaszában,
- szívműtött betegek, a műtét utáni 7. naptól a korai lábadozás szakában,
- PTCA és egyéb invazív revascularisatiós beavatkozások után a 2. naptól a korai lábadozás szakában,
- nagy mellkasi és hasi verőér-rekonstrukció műtétek után a korai lábadozás szakában,
- szövődménymentes akut szívizom elhalás után 1/2 és 1 évvel,
- szövődménnyel járó akut szívizom elhalás után 1/2, 1, 2 évvel,
- ischaemiás szívbetegség, ha keringési elégtelenség tünetei állnak fenn,
- cardiomyopathia szívelégtelenséggel és/vagy ritmuszavarral szövődött esetei,
- vitiumok szívelégtelenséggel és/vagy ritmuszavarral,
- perifériás szívelégtelenséggel és/vagy ritmuszavarral,
- perifériás érszűkületes betegek állapotuk javítása céljából.

A felsoroltakat figyelembe véve, a korai akut esemény utáni rehabilitációra szoruló beteg szanatóriumi ellátást, az utókezelés optimális időpontjában az akut ellátást végző kórházi osztály közvetlenül kezdeményezheti, a balatonfüredi Állami Kórház felvételi irodája, és az átvétel időpontjáról közös megegyezés alapján határozza.

A késői rehabilitációra szoruló betegek balatonfüredi ellátását a háziorvos, illetve a kezelőorvos az erre a célra rendszeresített nyomtatványon tett beutalási javaslattal kezdeményezi a szakrendelőnél, illetve szakambulanciánál. A beutaló javaslatot az Állami Kórház felvételi irodájának kell eljuttatni. Az Állami Kórház dönt a felvétel jellegeről és értesíti a beteget.

Amennyiben a felsorolt beutalási javallatok nem állnak fenn, de rehabilitációs kezelésre a krónikus szívbetegség állapotában további rosszabbodásának megelőzése céljából szükség van, az intézetünkben történő gyógykezelésért részleges térítési díjat (hotel költséget) kell fizetni, melynek aktuális összegéről a felvételi iroda ad naprakész tájékoztatást. A kezelőorvosnak ez esetben is ki kell tölteni a beutalási javaslatot, és azon jelezniük kell a részletes térítési kötelezettség tényét.

Az Állami Kórház Felvételi Irodájának címe:
8231 Balatonfüred, Gyógy tér 2. Pf.: 13.
Tel.: 87/584-572, 87/584-549, fax: 87/584-581.
E-mail: felvetel@mail.bfkor.hu