

A SZERKESZTŐSÉGI ROVAT anyagaihoz szorosan kapcsolódik az alábbi tanulmány is. **ALAPELLÁTÁSI REFORM – 2008.**

Kincses Gyula, főigazgató, ESKI

A helyzet

15 évvel az alapellátás rendszerének kialakítása után célszerű áttekinteni annak eredményességét. Erdemi analízis nélkül is kimondható, hogy **a háziiorvosi rendszer kialakításának céljai csak korlátozottan valósultak meg.**

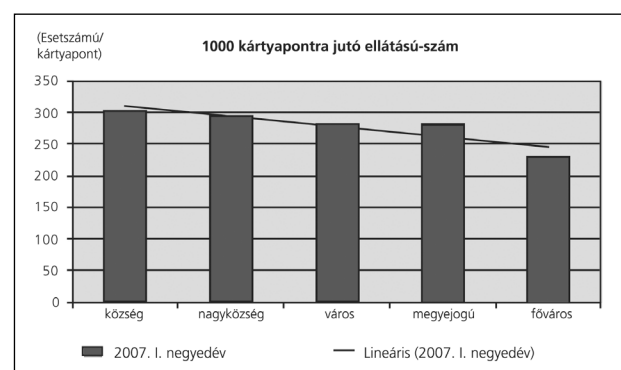
A főbb problémák:

- *Nem valósult meg az az elv, hogy a beteg egészségének egyetlen gazdája legyen, a háziorvos, mert:*
 - a lakosság jelentős része nem a háziiorvosi rendszeren keresztül kapcsolódik az ellátáshoz, hanem más orvoson keresztül vagy közvetlenül,
 - egyes betegség-csoportokban más ellátó (például: „szakgondozás”) veszi át a beteg tartós gondozásának szerepét, a háziorvos vagy kimarad a folyamatból, vagy csupán felesleges adminisztratív áttét: más orvos javaslatára beutalót vagy receptet ír, táppénzre vesz stb.
 - *tovább élnek egyéb, „alternatív”, párhuzamos formák, amelyek jelentős tömegek számára informálisan átveszik a háziiorvosi funkciót: foglalkozás-egészségügy, illetve újabban a manager szűrésre alapozott kiegészítő biztosítások.*
- *Az alapellátás nem tölti be az „egészség-gazda” szerepet, nem koordinálja megfelelően a szűréseket, illetve saját hatáskörében sem végzi el az alapvető egészség-felmérést („törzskarton”). A háziorvos nem manageli teljes körűen a beteg egészségét, nem/ esetlegesen érkeznek be hozzá a szűrések, egyéb ellátások leletei.*
- *Nem elég erős az alapellátás definitív ellátási képessége, és nem követi (technológiai – költség – szervezeti okok miatt nem is követheti) a szakmai lehetőségeket.*
- *Egyetlen a protokoll-szerű működés aránya, az IBR területektől eltekintve túlzott a szakmai önállóság, azaz a tevékenységük fölött nincs megfelelő szakmai kontroll, nincs hatékony ellenőrzési – felelősségrevonási rendszer.*
- *Zárt a háziiorvosi rendszer (a szabályozás lényege: háziorvos lehet az, aki háziorvos, kivéve, ha előtte házi-orvosként dolgozott...), nehéz a belépés, illetve más szakterületekről szinte lehetetlen átlépni. Így –bár minden kormány meghirdeti az alapellátás erősítését – a bevezetett intézkedések ellenére (pl.: praxisjog) nemhogy nem bővül az alapellátás, de egyes területeken nő az ellátási hiány.*

- *A finanszírozás egyre messzebb kerül a teljesítménytől, annak úgy mennyiségi, mint minőségi paramétereitől. A rendszer nem kezel semmilyen eredményességi vagy minőségi paramétert, és a betegek jelentős része után úgy kap finanszírozást, hogy évek óta nem látta, illetve nem végzett rajtuk semmilyen állapot-felmérési – gondozási tevékenységet.*
- *A háziorvosok terhelése, különösen városokban, igen egyenetlen, mert itt nagy az alapellátást megkerülő ellátások lehetősége.*

A háziiorvosi rendszer terhelése – részint a fenti okok miatt is – igen nagy egyenlőtlenégeket mutat. A praxisok méretének különbözőségét a degresszió részben kezeli, de a tényleges tevékenység-ráfordítást a rendszer egyáltalán nem méri, és nem is kezeli. 2007. január 1-jével, Háziiorvosi (B300) tételes betegforgalmi jelentés adatai már adnak valamilyen támpontot a praxisok teljesítményének/leterheltségének a megítéléséről. Az elemzést megnehezíti a rövid megfigyelési idő (az első három hónap adatai állnak rendelkezésre), és hogy az egyes hónapok jelentési aránya, a jelentők köre nem teljesen azonos.

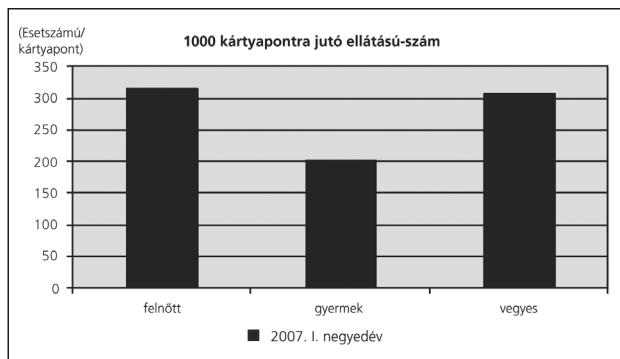
Az elvégzett vizsgálatok ennek ellenére informatívak. A B300-as jelentésből csupán a betegforgalmi adatokat kaptuk meg, és ezt vetítettük a kártyapontra. Ezáltal egy olyan mutatót képeztünk, amely azt mutatja, hogy egy kártyapontra milyen betegforgalom jut. Ez még nem azonos a tényleges ráfordítással, a tevékenységgel, de lényegesen pontosabb a kártyapontonál.



Az ábra jól erősíti meg azt a közfelfogást, hogy az alapellátásban dolgozók leterheltsége fordítottan arányos a település-mérettel, szerkezettel.

A forgalom-szerinti leterhelés a felnőtt és vegyes körzetek esetében közel azonos, a gyermek-körzetek esetében kisebb (hangsúlyozandó, hogy csak forgalmi adatokkal rendelkezünk, a tényleges tevékenység-igény ettől a gyermek-ellátásban eltérhet).

Az alapellátás **legnagyobb fenyegető veszélye a munkaerő-ellátottság biztosíthatósága.** Ma még a

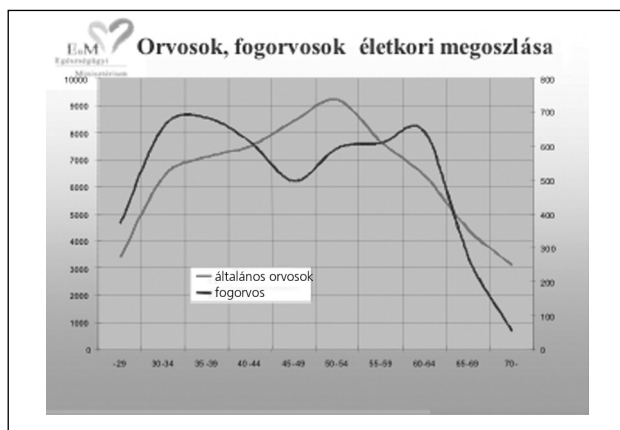


helyzet nem kritikus, hiszen országosan összesen a praxisoknak csupán 2,4%-a betöltetlen. A legrosszabb a helyzet Nógrád és Jász-Nagykun-Szolnok megyében, itt a hiány 6–7%, természetesen az apróbb falvakban ez égetőbb.



2004. és 2007. között a betöltetlen praxisok aránya országosan nem változott. Legjobban a Dél-Alföldön csökkent a hiány, és leginkább Észak-Magyarországon, ezen belül is Nógrád megyében nőtt.

A helyzet ugyanakkor rosszabb. A 2. ábrán látható korstruktúra a szakmai és ellátás-szervezési érvektől függetlenül önmagában szükségessé teszi az alapellátás érdemi átalakítását: az elkövetkező 10 évben a nyugdíjba vonulók pótlása lehetetlenné válik a jelenlegi rendszer szerint, és emellett a praxisok tömege lesz ellátatlan.



A fentiek alapján érdemi elemzés nélkül kimondható, hogy az alapellátás átértelmezése általános tendencia lesz, mert az **első orvos–beteg találkozás egyre át-fogóbb tudást és egyre komolyabb műszerezettséget igényel, ami a hagyományos, egyszemélyes praxisra épülő háziorsvosi modellben nem biztosítható.** Ezért az alapellátás jelenlegi rendszere sem szakmai, sem HR oldalról nem fenntartható, és érdemi (tartalmi és finanszírozási) reformra szorul. Az alapellátás (nem csak a háziorsvosi ellátás) átalakítását három szálon kell végigvinni:

- az alapellátás fogalmi – tartalmi átalakítása,
- az alapellátásba való belépés/átlépés felzárkóztatása,
- finanszírozási változások:
 - a finanszírozás teljesítmény-arányosságának javítása az elvárt tevékenységek számonkérése mellett,
 - az ellátási hiánnyal küzdő területek támogatása.

A javaslatok

Az alapellátás 1992-ben kialakított alapelvei ma is érvényesek, de ezek részben formalizálódtak, illetve meg sem valósultak. Másrészt szakítani kell azzal a sztereotípiával, amelyik az alapellátást a háziorsvosi rendszerre egyszerűsíti.

Az alapellátás alapelveit érdemes ismét megfogalmazni és megerősíteni:

- a beteg választásán alapuló tartós (nem eseti, nem epizód jellegű) kapcsolat;
- az alapellátás a „beteg egészségének gazdája”:
 - egészség-manager: periodikus és állapotkorrigált ellenőrzések, szűrések koordinálása, leletek gyűjtése, személyes egészségterv készítése stb.,
 - betegség-manager: az aktuális betegségek kezelése, a kezelés szervezése betegút-szervezés;
- normatív jellegű (nem fee for service alapú...) finanszírozás.

A fenti alapelvek megtartandók, de **érdemi átalakítás szükséges, amely érinti:**

- a háziorsvosi rendszerre épülő alapellátás átértelmezését,
- a tevékenységgel kapcsolatos elvárások megfogalmazását,
- a finanszírozásban a teljesítmény-arányosság megváltoztatását,
- az alapellátás beágyazását a megváltozó egészségügyi szervezetbe.

A háziorsvosi rendszerre épülő alapellátás átértelmezése

A háziorsvos ma jellemzően egy **egy-orvosos praxis** jelent, amely általános „alap” ellátást nyújt, és szervezi a hozzá forduló/ót választó betegek ellátását. **Működési formája a praxis, amelynek vezetője a**

háziiorvosi szakvizsgálóval rendelkező általános orvos.

A későbbiekben azt kell elérni, hogy az alapellátás lehetséges szervezeti formái illeszkedjenek a gyakorlathoz, azaz *mindenki számára az a szervezeti forma nyújthassa az alapellátást, ami hatékony és a beteg számára a legjobb megoldás.* Ez nem kizárólag a háziiorvos! Ilyen szervezeti forma lehet:

- háziiorvos,
- „üzemorvos”,
- kiegészítő biztosítás orvosa,
- szakgondozás,
- csoportpraxis.

Tehát mindenki számára az élethelyzete és betegsége szerinti optimális szervezet nyújtaná az alapellátást. Ehhez az szükséges, hogy a háziiorvosokon kívül egy *alapellátási licencvizsga letétele után* a többi kör is vállalhasson alapellátási funkciót. Ez ma Magyarországon eretnekségnek tűnik, de országok sora működik így, pl. Németország vagy Ausztria, hogy csak az ismertebbeket említsem.

Az egyes körök rövid indokolása:

- **A foglalkozás-egészségügyben** ez a probléma részben rendezett, csak az átlépést kell megkönnyíteni, azaz a szakvizsga helyett licence is legyen elég. Ez a lépés alkalmas lehet a foglalkozás-egészségügy amúgy is esedékes szakmai újra-definiálására. Így – eltérő forrású finanszírozásból – egy kézbe lenne a beteg munkahelyi egészségi kockázatának, és az ettől független betegségeinek kezelése. Ez számtalan élethelyzetet kezel, és jelentős munkaidő-kiesést előzhet meg: nem kell félnapokat hiányozni csak azért, hogy a beteg beutalóért el tudjon menni a háziiorvosához.
- **A kiegészítő biztosítások** elvben ma is végeznek állapotfelmérést, szerveznek szűréseket, de ezek eredménye részben konzekvencia nélküli, hiszen a gyógyítás szervezésére nincs meg a megfelelő jogosítványa a pénztár vagy biztosítói orvosnak. Ezért meg kell engedni, hogy teljes felelősséggel végezhesék az alapellátási funkciókat, amely itt kiegészül az önkéntes biztosítás többlet-szolgáltatásaival. *Így az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítás párhuzamosság helyett szinergista viszonyba kerül.*
- Bizonyos **krónikus betegségben szenvedő** betegkörök számára lehetővé kell tenni azt, hogy a **szakgondozás** (diabetológia, allergológia stb.) ne csak a jellemző krónikus alapbetegség tekintetében gondozza a beteget, hanem számára a speciális szakellátás mellett terjeszkörű alapellátást is nyújtson. A rendszer szakgondozás esetén emelt fejkvótával működhet megfelelően.
- Ma már életszerű az az igény, hogy egyes betegek szeretnének definitív ellátást kapni, és számunkra a gyógyulás hatékonysága, sebessége, egyszerűsége fontosabb, minthogy az alapellátást egyetlen személy

nyújtsa számukra. Ezért **célszerű megengedni, hogy az alapellátást egy orvos csoport, egy csoportpraxis nyújtsa.** Elképzelhető, hogy a csoportpraxis minimális szakmai összetételét célszerű meghatározni (belgyógyász, gyermekgyógyász, nőgyógyász, prevenciósnővér...). Ennek a megoldásnak többek között az „Egészség ház” koncepcióban lehet kiemelt jelentősége. (lásd melléklet.)

Az alapellátásba való belépés (az alapellátás szereplőinek bővítése) szempontjából lényeges kérdés a területi ellátási kötelezettség **(TEK) nélküli háziiorvosok kérdése.** Ma ez a forma alapvetően nyugdíj-kiegészítési formaként működik, amikor a praxist átadó háziiorvos egy szűkebb betegkört megtart magának, és csökkentett OEP finanszírozásból és hálapénzből egészíti ki jövedelmét.

A jövőben az alapellátásban **új, választék-bővítő, versenyélénkítő szereplőnek kell tekinteni a TEK nélküli háziiorvost,** aki természetesen a jövőben sem kap semmilyen pótlékot, ugyanakkor **a betegeit** (általa előre meghatározott tarifa szerinti) fix havi díjért veheti listára. (Ezt a díjat fizetheti a beteg, vagy a kiegészítő biztosítása).

Így **ez a szegmens kifehéredik** (a praxis működését nem a hálapénz, hanem a meghatározott díj, a beteg által önként vállalt co-payment *biztosítja*), másrészt a lényegesen alacsonyabb betegszám mellett nagyobb eséllyel realizálódnak az alapellátás eredeti céljai, az egészség-management és a beteg-út szervezés. Mindez összességében is csökkenti az ellátási kötelezettséggel bíró praxisok terhelését, ezzel globálisan is javul az ellátás minősége. Az alapellátás ilyen jellegű diverzifikálásánál általában is, szélesebb körben kell a TEK nélküliséget kezelni. TEK nélkülinek kell tekinteni az összes olyan belépő szereplőt, amely más szervezetre épül rá (üzemorvos, kiegészítő pénztár orvosa stb.), tehát ezek a praxisok nem kaphatnak területi pótlékot.

Ugyanakkor az ellátás biztonsága érdekében a valóban területi ellátási kötelezettséggel rendelkező praxisok működését biztosítani kell, ezért **a területi pótlékát összességben emelni kell,** és megfontolható az a lehetőség is, hogy **az önkéntes piacrálépők** (TEK nélküliek) a piaci **bevételeik egy részét befizetik egy szolidaritási alapba, amely elsősorban a nehezen ellátható területek területi pótlékát növelné** az ellátás biztonsága érdekében.

A tevékenységgel kapcsolatos elvárások megfogalmazása

Az alapellátás diszfunkciójának egyik oka a tevékenység szabályozatlansága.

Nincs meghatározva megfelelően az alapellátás elvart tevékenysége, nem megfelelő arányú a protokollszerű működés. Ez egyrészt eredményességi problémákat vet fel, másrészt költség-generáló.

Újra kell definiálni

– a praxis alaptevékenységeként (egészség-manage-

ment) végzendő kötelező háziorvosi „alapszűrést”, állapotfelmérést (régi nevén: törzskarton), mindezt összhangba kell hozni a szűrővizsgálatok rendjével, és az alapvető jelek, tünetek kivizsgálási protokolljával,

- az alapellátás dokumentációs rendjét,
- az egyes krónikus megbetegedések gondozási protokollját, és
- az egyes vizsgálat-kéréseket megelőző vizsgálati protokollhoz kell kötni.

Ennek megfelelően az alapellátásban az alábbi három területen kell a **protokoll-fejlesztést erősíteni**:

- „alapvizsgálat” – állapotfelmérés a talált jelek és tünetek függvényében,
- krónikus betegségek gondozása,
- jelek – tünetek („fejfájás”, „szédülés” stb.) kivizsgálásának protokolljai, szemben az eddigi diagnózis-központú protokoll-fejlesztéssel.

A szabályozott működés (és az alapellátás munkájának megerősítésének) alapja a régen törzskarton-kitöltésnek nevezett alapvizsgálat és alap-dokumentációs rend.

Az egészség-karton tartalmazza:

- az életkor és alapbetegség függvényében kötelezően elvégzendő állapotfelmérő vizsgálatokat, és azok eredményeit,
- a kötelező/ajánlott szűréseken való részvételeket, illetve azok eredményeit,
- a gondozásba vételt (sz.e.),
- a tervezett ellenőrzéseket,
- a *személyes egészségtervet*: szükséges kontrollok, együttműködés, életvezetési tanácsok, közös célok (fogyjon 10 kilót, szokjon le stb.). Az egészség-tervet (és ezzel az állapotfelmérést) a beteg aláírja, hogy megértette és elfogadja (vagy megértette, de nem fogadja el...).

A finanszírozás átalakítása

A finanszírozásban az alapelvek formalizálódását kell megakadályozni, azaz a *normatív finanszírozás tevékenység-arányosságát kell javítani*.

A javasolt változások lényege:

- Csak az alapellátás által végzett állapotfelmérő és terápiás, életvitel-tervezésen alapuló alapvizsgálaton átesett, szabályosan dokumentált beteg (a beteg által aláírt törzskarton) után jár fejkvóta.
- A beteg választásának érvényessége fordítottan arányos a súlyszámmal.
- A súlyszám nemcsak az életkorral korrigált, hanem a gondozott krónikus betegségekkel is. Bizonyos gondozási súlyszám-szorítót csak szakgondozások (allergológia, diabetológia) számolhatnak el.
- A törzskarton-kitöltésért (állapotfelmérés és „egészség terv” készítésért) tételes finanszírozás jár, havi limit mellett.
- Megmarad bizonyos fix elem (területi pótlék, stb.), de csak a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosok kaphatják meg, illetve olyan egyéb for-

mációk, amelyek átvállalták az ellátatlan háziorvosi praxis területi ellátási kötelezettségét.

A rendszer a későbbiekben alkalmas arra, hogy aki nem regisztrált a háziorvosnál, és nem vett részt az alapvizsgálaton, vagy nem fogadta el a személyes egészségtervet, az a bonus – malus rendszernél hátrányba kerül.

Az alapellátás beágyazása a megváltozó egészségügyi szervezetbe

Alapvető feladat, hogy meg kell szüntetni az alapellátás relatív izoláltságát. Erősíteni kell a kapcsolatait az ellátórendszer többi ágával, de az egészségügy egyéb szegmenseivel (ifjúság-egészségügy, foglalkozás-egészségügy) és a szociális szférával, illetve helyi közösségekkel is.

Ennek eszközei:

- a lakosságközeli ellátások integrálása (Egészségház modell, illetve ennek preferálása, csoportpraxis),
- az ellátás-szervezés kiterjesztése (IBR modell),
- a kiegészítő biztosítások bekapcsolása (a kötelező és önkéntes szűrések egységes kezelése, illetve a kiegészítő biztosítás patient-manager orvosa is lehessen háziorvos stb.),
- a helyi egészségfejlesztési színterekkel való együttműködés erősítése,
- informatikai támogatás (leletek küldése, fogadása, távkonzílium, beutalás, előjegyzés stb.).

Az alapellátás új rendszerét (szabályozását) úgy kell megtervezni, hogy lehetőséget teremtsünk az ellátás-szervezési, betegút-meghatározási szempontok érvényesítésére (IBR, térségi egészség-gazdálkodó közösségek, biztosítók stb.).

Az „Egészségház” koncepció, a csoportpraxis segíti az alapellátásnak a mikro-, illetve kistérségi szerveződéését, mert a jelenlegi széttagozottság nem fenntartható. Az alapellátás átértelmezésében nélkülözhetetlen elem a **speciálisan képzett szakdolgozók, diplomás nővérek szerepének növelése**. A korszerű alapellátás önálló szakdolgozói munkára is épül. Ilyen az önálló „nővér-rendelés” a csoportpraxisban az ápolási-ellenőrzési szakápolási feladatokra, illetve a prevenciós nővérek feladat- és korcsoportosan (védőnő, dental nurse, egyes betegcsoportok gondozása, „idős-védőnő” stb.)

Ez az írás alapvetően a jelenlegi háziorvosi rendszer átalakításával foglalkozik, és nem érinti a tágran értelmezett alapellátásba beletartozó egyéb szolgálatokat: védőnői rendszer, iskola-egészségügy, ügyelet. Rövid megjegyzésként annyit, hogy az iskolaorvosi rendszer erősen formalizálódott, hatékonyabb lenne olyan diplomás nővéreket képezni, akik pedagógiai képzést is kapnak, és az iskolai szűrések, állapotfelmérések, védőoltások szervezése mellett az egészségtan oktatását is el tudnák látni.

Összegzés

Az alapellátás érdemi átalakításra érett. Az 1991-ben meghirdetett elvek erősen formalizálódtak, és az alapellátás a jelen szervezeti formájában nem tud megfelelni a változó szakmai és társadalmi változásoknak. Érdemi változások nélkül nemcsak a diszfunkciói nem oldódnak, de még a ma működő rendszer sem tartható fenn.

Az átalakításban át kell értelmezni az alapellátás fogalmát: szakítani kell azzal a tradícióval, hogy az alapellátás egyenlő az erre szakosodott szakorvos által működtetett, egy-orvosos praxissal (hol körzeti, hol háziiorvosi néven.)

Ezért az alapellátást a szó eredeti értelmében kell használni: a közvetlenül igénybe vehető, tartós kapcsolaton alapuló, az egészségünk (nemcsak betegségünk) menedzselésével foglalkozó ellátó-szervezetet kell alapellátásként meghatározni, ami nemcsak a jelenlegi háziiorvosi rendszert jelenti.

A javasolt változások előnyei:

- **Az alapellátás jobban betölti eredeti funkcióját,** a beteg egészségének gazdájává válik.
- Lehetővé teszi az alapellátás színvonalának, **definitív-ellátó képességének erősítését.**

- **Megszünteti az eddigi párhuzamosságokat,** a beteg az élethelyzetének megfelelő orvost választhat, valóban egy gazdája lesz az egészségének.
- **Bővíti az alapellátási kört,** reálissá teszi az alapellátás megerősítését, és esélyt ad arra, hogy ne legyen érdemi ellátási hiány.
- Úgy tágítja ki az alapellátási kört, hogy közben a területi pótlékon keresztül **megadja a védelmet a háziiorvosoknak,** illetve ezen keresztül megadja a mozgásteret a vidéki ellátatlanság ellen.
- **Számonkérhetővé, elszámoltathatóvá teszik az alapellátás munkáját.**
- **Csökkenti a hálapénz szerepét az alapellátásban.**
- Úgy lesz **teljesítményarányos a finanszírozás,** hogy nem alakul fee for service jellegűvé a finanszírozás.
- **Többletforrás-igény nélkül javítja az ellátás hatékonyságát és minőségét.**
- **Illeszkedik az egészségügyi reform-folyamatba,** erősíti a beteg választási lehetőségeit, megalapozza a fogyasztóvédelmet, bekapcsolja a kiegészítő biztosításokat.

Budapest, 2007. július.

GERIÁTRIAI KONGRESSZUS

2007. november 8–10. között Pécsen rendezik a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság és a Preventív Gerontológiai és Geriátriai Társaság közös országos kongresszusát, amely egyben a továbbképzés céljait is szolgálja. Az Oftex akkreditálás folyamatban van.

Fontosabb témakörök a farmakoterápiás lehetőségek (neuropszichiátria, keringési rendszer, anyagcsere zavarok) mellett a mozgásszervi problémák, rehabilitáció, prevenció, dietetika, szociológiai aspektusok és a gondozás, ápolás. A részletes programról és a regisztráció költségeiről érdeklődni lehet a www.tensi.hu vagy www.geronto.hu honlapokon, ill. dr. Székely Miklós címén (PTE ÁOK Kóréletani és Gerontológiai Intézet, 72 536-246, Pécs, Szigeti út 12. [7624]). A honlapokról a jelentkezési lap is letölthető.

Előadások bejelentése: miklos.szekely@aok.pte.hu szept. 15-ig (meghosszabbított határidő). Regisztráláshoz a jelentkezési lap a Tensi Kft. – Kongresszusi Csoport, 7621 Pécs, Teréz u. 17. (tel.: 72 513-993, e-mail: congress@tensipecs.hu) címére küldendő.

AKTUÁLIS KÉRDÉSEK AZ ALAPELLÁTÁSBAN**AZ ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET KISTÉRSÉGI RENDEZVÉNYEI**

Szakmai konferencia: Veszprémben (május 30.), Nyíregyházán (június 5.), Szekszárdon (június 12.)

Dr. Balogh Sándor, az OALI főigazgatója abból a szempontból tekintette át az alapellátás szerepét, hogy a népegészségügyi sajátosságok miként vehetők figyelembe a megváltozott egészségügyi struktúrában. Vizsgálta a háziorvosi betegforgalmat, az utalási rendszert, ezek változásait a településszerkezet függvényében, a jelen számait a múlttal összehasonlítva. Megállapította, hogy 1990 óta növekedett a háziorvosi betegforgalom: az 1990-es évben kb. 42,7 millió volt, 2005-ben a 60 millióhoz közelített (58,9 millió) /2004-ben 57,3, 2000-ben 53,2 millió volt/. A szakrendelésekre irányított páciensek száma is nőtt, arányaiban kissé intenzívebben: 7,2-ről 14,2%-ra; azaz 3,09 millióról 8,38 millióra (1990 és 2005 között). A növekedési ütem mérséklődni látszik: 1990 és 2000 között nőtt 7,2%-ról 12,1%-ra a szakrendelésre utaltak aránya, viszont 2004-hez képest egy év alatt mindössze 0,4%-kal emelkedett. A kórházba utalás abszolút számai 1990-től tíz év alatt emelkedtek 216 ezerről 355 ezerre, 2005-ben 417 ezer ilyen eset volt, egy évvel korábban 414 ezer, azaz az arányokat illetően az 1990-es 0,5%-ról mindössze 0,2% a növekmény 14 év alatt, s a 2004-es 0,7%-os arány 2005-ben sem nőtt. Statisztika bizonyítja, hogy a városi praxisokból nagyobb arányban küldik a pácienseket szakrendelésekre a háziorvosok, mint a kisebb településeken rendelő társaik; a kórházi beutalásoknál viszont éppen ellentétes a helyzet: a kisebb települések orvosai nagyobb arányban utalnak kórházba, mint a városi doktorok. A járóbeteg-szakellátás forgalmán belül a háziorvosok által kezdeményezett esetek aránya eltörpül: az összes eset 4,1%-át teszik ki mindössze (2004-ben). Ugyanebben az évben a fekvőbeteg-ellátás forgalmának csak 14,9%-át kezdeményezték háziorvosok. A vizsgált periódusban (1990 és 2004 között) a járóbetegek laborvizsgálatainak száma több mint négyszeresére nőtt (közelít a 130 ezerhez), nem ilyen intenzíven, de nőtt a röntgen vizsgálatok száma is, ellenben volt szakterület, ahol csökkent a betegforgalom, pl. a csecsemő és gyermekgyógyászat, ill. a reumatológia területén. Dr. Balogh Sándor az OALI cardiovascularis prevenciók tevékenységét idézve bemutatta a 2005–2006-os kistérségi fölmérések bizonyos adatait. E programban 10 olyan kistérség vett részt, amely jól reprezentálja „a magyar vidéket”: a kistérségek egyes településein nem élnek 15 ezernél többen, leggyakoribb az ezer és ötezer fő közti lakosságú település. Nincs

olyan kistérség, ahol 40%-nál kisebb arányban tapasztaltak nagy cardiovascularis rizikót a pácienseknél (viszont volt olyan kistérség, ahol ez a fenyegetettség 65%-os). Mindezek kapcsán utalt arra, hogy az egyre bővülő adattár birtokában lehetővé válik egységes módszertan kialakítása, a hazai kockázatbecslés pontosítása, szükség szerint a megfelelő struktúra kialakítása, a meglévő átalakítása, s nem utolsósorban a cardiovascularis morbiditás és mortalitás csökkentése. Leírta azt a társadalmi környezetet, amelyben a prevenció folyamata hatékonyan érvényesülhet. Az orvos, a nővér, a védőnő alkotta praxis belső környezetként övezi a páciens; középső környezet a szakellátás hálózata; s a külső környezet alkotói például a gyógyszertárak, az önkormányzatok, a pedagógiai intézmények, az egyházi és civil szervezetek stb. Ebben a miliőben van jogosultsága az ún. kistérségi egészségközpontoknak, amelyeknek fölvázolta a lehetséges szerkezetét, egymásra épülő elemeit. Itt jól illeszkedik egymáshoz a csoportpraxis-szerűen kialakított alapellátás (ide csatolhatók: a nappali ellátás /beleértve például az iskolaorvosi, az üzeme-gészségügyi, a sportorvosi ellátást/, a védőnői hálózat működtetése; az ügyelet; a betegszállítás; bizonyos szociális ellátási formák), s a járóbeteg-szakrendelés, valamint a fekvőbeteg-ellátási formák közül mindazok, amelyek tkp. közvetlen orvosi felügyelet nélkül funkcionálnak (pl. mátrix kezelő, ápolási otthon). A kistérségekben az alapellátási központok az első ellátási szintet jelentenek: hozzávetőleg tizenötezer páciens látnának el, országosan 400–600 ilyen egységet kellene szervezni. A kistérségek egészségközpontjai képeznék a második ellátási szintet; a településszerkezettől függően 1–3 kistérségre jutna egy ilyen, országosan 150–200-at kellene létrehozni. Ezekben szerveződnek tehát az alapellátás, a járóbeteg-szakrendelés (minimálisan a négy alapszakmával, de lehetőség szerint minél több területtel), ez az egészségfejlesztési központ is, s az információs, kommunikációs rendszer kiépítésével, telemedicinális elemekkel egészülhet ki ez az ellátási egység, ellátási szint, amely természetesen kapcsolatot teremt például a szociális ellátórendszerrel, a sürgősségi betegellátást végző egységekkel. További egészségügyi ellátási szintet képeznének a fekvőbetegeket (is) ellátó központok, valamint a megyei, ill. fővárosi kórházak, s a régiók „vezető” kórházai. Dr. Balogh Sándor elemezte az alapellátás humán erőforrása helyzetét az elmúlt 15

év tapasztalatai alapján. A szakvizsgákat tekintve ez idő alatt a felénél kevesebbre csökkent a belgyógyászati szakvizsgával rendelkezők száma, csaknem a negyedére csökkent az egyéb szakvizsgások száma, s az ötödére a szakvizsga nélküliek száma, viszont négyszeresére nőtt az általános orvostan, háziorvostan szakvizsgások száma. Összességben gyarapodott a háziorvosok száma: 4632-ről 5031-re. A védőnők alig harmada fiatalabb 35 évesnél, 29%-uk elmúlt 50 éves, a 36–49 éves korosztályba tartoznak legtöbben (39%). 1995-ös adat szerint akkor az alapellátásban 5159 háziorvos, 1570 házi gyermekorvos, s 5859 körzeti ápoló dolgozott. A körzeti ápolók csaknem 60%-a 20 évnél több időt töltött az egészségügyben, s 3,2%-uk az igazán fiatal (5 évnél kevesebb munkaviszonnal), s a 11%-ot is alig éri el azok aránya, akik tíz évig terjedő egészségügyi munkáévet tudhatnak magukénak. A 35 éven aluli háziorvosok tizenöt éve két és félszer voltak többen, mint ma, ám ez idő alatt ugyancsak körülbelül két és félszeresére nőtt a rendszerben a 60 éven fölüliek száma. Mindezek sajnos jól illusztrálják a szakma elöregedését. A háziorvosi körzetek száma 1970 és 2005 között 4385-ről 6589-re nőtt. A háziorvosi rendszerbe az elmúlt 12 év során bekerült új orvosok aránya 21,72%. Amennyiben kistérségenként vizsgálják, hogy melyik településcsoportokban korosabbak a háziorvosok (9 kistérségben a doktorok 41%-a elmúlt 60 éves, s csak 25 kistérségben marad 10% alatt a 60 évnél idősebbek aránya), valamint azt nézik, hogy betöltetlen háziorvosi körzetek merre halmozódnak, s ezeket az adatokat összevetik az adott területen az agyérbetegség miatti halálozás tízezer lakosra vonatkoztatott standardizált arányszámaival (2001 és 2003 között), nyilvánvalóvá válik, hogy ahol kevés a doktor (betöltetlen körzetek), s ahol sok az idős orvos, ott a halálozási mutatók fölszöknek.

Dr. Füredi Gyula, az OALI főigazgató-helyettese a háziorvosi tevékenységet befolyásoló aktuális változásokat tekintette át. Előre bocsátotta, hogy a jogszabályok jelenleg meglehetősen sűrűn változnak, a folyamatos figyelemmel kísérésük nélkülözhetetlen, s ennek jóformán egyetlen lehetséges és praktikus módja az internetes tájékozódás. A beutalás rendjére vonatkozóan leszögezte, hogy a szakmai elvek nem változtak, alapvetően a területi elv érvényesül. A háziorvos felelősen dönt, hogy hová utalja a beteget, természetesen figyelemmel arra, hogy a transzport költségeit a legközelebbi ellátóhely távolsága szabja meg, s hogy dokumentálva legyen: a páciens fogadják az adott helyen, ha az a hely amúgy nem illetékes területileg. Kitért arra, hogy a beutalásnak, valamint a visszarendelésnek ma nincs időbeli korlátozottsága, ám ennek olykor kiütköznek a negatívumai. A szanatóriumi beutalás kapcsán megerősítette: a háziorvos a procedúra kezdeményezője, a szakrendelő a tényleges beutaló, az előjegyzést, az adminisztrációt is az utóbbi végzi. A szállítás, a közlekedési támogatás kérdéseiről szólva kifejtette, a

házi orvos mérlegeli ezek lehetséges módjait, s dönt a racionális elemek figyelembe vételével. Adott esetben ő a mentővel való szállítás elrendelője is (de nem a megrendelője!). A segédeszközök tekintetében, s a közgyógyellátás vonatkozásában megjegyezte: megszűnt a korábban használt, egyebek mellett az árat, a támogatást is tartalmazó lista; a háziorvosnak a segédeszközök fölírásában korlátozottak a lehetőségei, szakorvosi javaslatnak kell lennie, s meghatározott eszköz csak az ennek megfelelő BNO kódhoz társítva rendelhető. Az OEP honlapján lelhetők föl az aktuálisan érvényes szabályok. A gyógyszerek fölírásáról Füredi doktor több mindent megemlített: a javaslatra írt gyógyszereknél a dokumentumok őrzésének szükségét, a javaslatban megjelölt szerek alkalmazását; a betegek háromhavi recepttel való ellátásának indokoltságát, adminisztrációját stb. A közgyógyellátás kapcsán érintette az alanyi alapon való jogosultság kérdését, az ún. keretet, illetve ennek túllépéséből származó következményeket, a keret módosításának lehetőségét. Megkülönböztette a TB által nem támogatott, illetve a 0 támogatású kategóriákat, s a hatóanyag megjelölésének az elvárásairól is beszélt. A vizitdíjat több szempontból is elemezte. Hangsúlyozta: a vizitdíj beszedése kötelező, az indokolatlanul be nem szedett vizitdíjat – egy későbbi, TB általi ellenőrzés során – befizettetik az orvosokkal. A vizitdíj az ún. E-alap szerinti bevételnek minősül (ennek bizonyos védelmi funkciója is van, ugyanis ez egyben megszabja a fölhasználásának a lehetőségeit is). A vizitdíjra vonatkozó szabályozásban várhatóan módosításokra kerül sor a közeljövőben, csakúgy, mint a tartós betegség fogalmát illetően. A háziorvosok egymás helyettesítésekor való vizitdíj beszedési gyakorlatról azt emelte ki főszabályként, hogy amelyik orvos nevében járnak el, azt illeti a vizitdíj, ám ettől el lehet térni. Fontos, hogy belső szabályzatban rögzítsék az eljárási rendet, s szükség szerint egymás közti számlázással korrekt viszonyt alakítsanak ki. Az ügyletekben adódó problémák közül külön tisztázta a sürgősség fogalmát: ugyanis az egészségügyi törvény mást ért rajta, mint a vizitdíjjal összefüggő jogszabály, s megint másként jelentkezik, jelentkezhet a sürgősség a háziorvosi praxisban. Befejezésül dr. Füredi Gyula a kistérségi egészségügyi alapellátásról beszélve kiemelte a struktúraváltás elengedhetetlen voltát, azt, hogy az ellátást közelebb kell vinni a lakossághoz, s mindezt szakmai előrelépésnek kell kísérnie, ehhez az erőforrásokat racionalizálni kell, ez vezet az ellátók és ellátottak nagyobb biztonságához. (Végül az előadó megválaszolta a hallgatók által föltett kérdéseket.)

Dr. Papp Renáta, az OALI osztályvezetője a háziorvosok, az egészségügyi alapellátás helyzetét vizsgálta előadásában olyan szempontból, hogy az Európai Unió egyes országaiban miféle azonosságok, különbségek figyelhetők meg. Bevezetesként az egészséget meghatározó tényezőket vette számba, eszerint az életmód 43%-ban

meghatározó, a genetika 27%-ban, a környezet 19%-ban, s önmagában az egészségügyi rendszer átlagosan 11%-ban. Bemutatta a cardiovascularis mortalitás jellemző statisztikai értékeit Európa különböző országaiban. Az USA-ból származó adatokkal szemléltette az egészséget befolyásoló ún. determinánsokat (pl. szakorvosok száma, az alapellátásban dolgozó orvosok száma, a kórházi ágyak száma, a páciensek képzettsége, jövedelmi szintje, a munkanélküliség, a levegőszennyezettség mértéke miként hat az egészségi mutatókra, van-e szerepe a kisebbségi létnek, a városi élettérnek). A különféle ellátási szintek egymásra épülésével illusztrálta az egészségügyi rendszer szerkezetét: az alapellátáson nyugvó járóbeteg-ellátással, s fölül a fekvőbeteg-ellátással. Hangsúlyozta, hogy az alapellátásnak is olyan közegre kell támaszkodnia, amelyben a civil szervezetek, az egyének, a családtagok is elkötelezettek az egészséges állapot megőrzését illetően. Az alapellátás felől a fekvőbeteg-ellátás felé haladva az egészségügyi ellátás költségei nőnek. Ebből is következik, hogy minél alacsonyabb ellátási szinten kellene minél nagyobb egészség-nyereséget produkálni. A finanszírozáson kívül több más szempont is alátámasztja az alapellátás fejlesztésének szükséges voltát: a hozzáférhetőség, a méltányosság, a folyamatosság, a kompetencia, a „kapuőri” szerep. E tényezők egyszersmind összevetésekre alkalmat adva a rendszer jellemzői, mutatói is. Papp doktornő összehasonlítást tett az ún. háziorvoslás-orientált, és nem háziorvoslás-orientált országok között különböző szempontok szerint. Egyes országokban (pl. Svédország, Dánia, EK, Finnország, Hollandia, Spanyolország), amelyek háziorvoslás-orientált országok, csaknem minden korcsoportban, s mindkét nemből kedvezőbb a helyzet a várható élettartamot illetően, mint a nem háziorvoslás-orientált országokban (ilyen Belgium, Németország, Franciaország). Ugyancsak kedvezőbbek a fogyatékosokat illetően az életminőségi kilátások is a háziorvoslás-orientált területeken. Ismeretesek további adatok is, amelyek az alapellátás kedvező perspektíváit emelik ki. Például Angliában a tízezer főre jutó háziorvosok számát eggyel növelve 5%-os mortalitás csökkenést érhetnének el. Az USA-ban a háziorvosok számának ugyanilyen arányú növelésével a stroke mortalitás egy éven belül 1,5%-kal csökkenne, 3 év alatt pedig 3,6%-kal. 1970 és 2000 között a mortalitást elemezve egyértelműen jobbak a háziorvoslás-orientált országok mutatói. A WHO is nevesíti az alapellátás-orientált egészségügyi rendszer előnyeit: az ilyen országokban minden halálokot figyelembe véve kedvezőbbek az egészségügyi mutatók, jobb a költség-hatékonyság, elégedettebbek a betegek, folyamatosabb az ellátás, jobb az elérhetőség, méltányosabb a rendszer, nem csökken az ellátás minősége, a rejtett igényeket is könnyebb felderíteni.

Dr. Barna Lajosné Trendek az egészséges táplálkozás ösztönzésére címmel, A dietetikus feladatai és lehető-

ségei a gyógyításban és megelőzésben alcímmel tartott előadást két vidéki helyszínen. (Egy alkalommal Kovács Ildikó adott elő hasonló címmel és tartalommal.) Először azt tekintette (tekintették) át, hogy a diéta jelentése miként változott meg az évezredek során. Az ókorban, a görögöknél az életmódot értették rajta, ma a gyógyító táplálkozást. Helytelenül sokszor a fogyókúrával, a megvonással azonosítják. Az élelmezés-, illetve a táplálkozástudomány főiskolai, egyetemi végzettségű szakembere a dietetikus, aki az adekvát ismereteit az egészséges és beteg egyének élelmezésében kamatoztatja. Munkaterületük részben adminisztratív, részben klinikai, részben közegészségügyi/prevenációs. Angliában kb. 4200 dietetikus dolgozik, 60%-uk kórházakban, szakrendelőkből, családorvosi hálózatban, a többiek az egészségnevelés, az oktatás, a közétkeztetés, a kutatás területén, gyógyszerészeti és élelmiszeripari cégeknél, a médiumoknál, magánpraxisban. Svájcban például 10 családorvosra jut egy dietetikus, akik krónikus betegeknek az egészségbiztosító által finanszírozott módon és mértékben adnak étkezési tanácsokat. Finnországban és Írországon is, ahol hangsúlyosan kezelik az egészségügyi primer prevenciót, az egészségnevelést, tág tere van a táplálkozási szakembereknek. Magyarországon viszont, ahol morbiditási és mortalitási adatok közismerten rosszak, az elhízottak, túlsúlyosok száma nagy, mindössze alig 2000 dietetikus van. Munkájukra pedig szükség volna a táplálásterápiában (kórházakban, táplálási teamekben), a tanácsadásban (szakambulanciákon, osztályokon, rendelőkből), élelmezési üzemekben, szociális intézményekben, az otthonápolásban, a hospice szolgálatoknál, a gyógyszer-, az élelmiszeripar, és -kereskedelem területén, kutatóintézetekben, az ÁNTSZ régióközpontjaiban, bizonyos civil szervezetekben, a gyógyturizmusban, a sport és a fitness területén, s egyéb helyeken. A hazai állapotokat jellemzi továbbá, hogy a kórházakban átlagosan 100-150 betegre jut egy dietetikus, az alapellátásban nem foglalkoztatják őket, a kompetenciájuk tisztázatlan. A dietetikusok tevékenysége a HBCS hotelszolgálaton kívül a járóbeteg-ellátásban három kódon számolható el a: a frissen felfedezett krónikus beteg dietetikai alapoktatásakor; krónikus anyagcsere-betegségben szenvedők 5–15 fős csoportjának diétás tanácsadásakor; hagyományos inzulinkezelést kapó cukorbeteg – az önellenőrzésükre, önkezelésükre vonatkozó – tanfolyami képzésekor. A dietetikusok a szakmai céljaikat a következőkben fogalmazták meg: a táplálkozással összefüggő betegségek előfordulásának csökkentése, megelőzése; a betegségmentesen töltött évek számának növelése, az életminőség javítása, a nagy ellátórendszerek terhelésének csökkentése. Ugyanis a cardiovascularis betegségek legfontosabb rizikófaktorai közül a táplálkozással összefüggésbe hozható a túlsúly/elhízás, a magas vérzsír-szint, a hypertonia, a cukorbetegség, a metabolikus szindróma; a kövér gyermekek száma sajnálatosan növekszik a társadalmunkban, a túlsúlyos gyermekek többnyire

kövr felnőtté válnak. A belgyógyászati betegségek fele megelőzhető (s megjelenésükkor ugyanilyen arányban visszafordíthatók) egészséges táplálkozással. A kitűzött célok elérésének elsődrendű módja a primer prevenció. Ez jelenti az egészségesek körében a tanácsadást, a fölvilágosítást, a nevelést; a helyes táplálkozási ismeretek elsajátíttatását, az egészségmegővő készségének kialakíttatását. Lehetőleg a legkorábban, a legfogékonyabb korban el kell kezdeni (akár a bölcsödében), de jószerevel – a szülők edukációján keresztül –, akár még a születés előtt... Léteznek integratív, számítógépes anyagok, étrendi útmutatók, egyebek, amelyekkel népszerű formában (is) oszlatni lehet a táplálkozásra vonatkozó tévhiteket, hibás beidegzéseket, s amikkel a helyes gyakorlat megismertethető. A szekunder prevenció központjában a szaktanácsadás áll, ezt a tevékenységet illetően a szakmai protokollokra kell támaszkodni. Ilyen kiadványok már elérhetőek nyomtatásban is.

Dr. Papp Renáta másik előadását a dohányzásról, a róla való leszokásról, leszoktatásról, s ezek kapcsán egy új szerről (vareniklin, Champix) tartotta. Magyarországon a lakosság 33%-a dohányzik (a nők 26%-a, a férfiak 41%-a, a nők körében terjed, a férfiak esetében valamelyest mérséklődik az arány). Hazánkban minden ötödik haláleset közvetlenül a dohányzásból fakad. A dohányzás miatti többlethalálozás 64%-a a 35–69 éves korosztályban fordul elő. E csoportban 21 évvel rövidíti meg az életet. Korcsoporttól függetlenül pedig kb. tíz évvel élnek kevesebbet a dohányosok, s az életük minősége is rosszabb, mint nem dohányzó kortársaiké. A dohányzásnak tulajdonítható halálokok közül kiemelkednek az ischaemiás és egyéb szívbetegségek, a tüdődaganatok, a hipertonia és az agyérbetegségek, az ajak, a szájüreg, a garat, a nyelőcső és a gége daganatai, s a légzőrendszer idült obstruktív betegségei. A dohányzás független kockázati tényező; a dohányzás elhagyása csökkenti a kockázat mértékét. Tapasztalat szerint minden második dohányos megpróbálkozik a leszokással. A leszokás általában egy folyamat: elsőként megfogam a leszokás gondolata, majd kételyeken át megszületik az elhatározás, az illető megkísérli a leszokást; ez hozhat teljes sikert, ám járhat kudarccal is, azaz visszaeséssel, visszazokással. A dohányzásról való leszokás elősegítése az orvosi kompetencia körébe tartozik. (Kevésbé hiteles és hatékony az az orvos, aki maga is dohányzik.) Az ún. 5T modell (tudakozódás, tanácsadás, tisztázás, támogatás, tevékeny ellenőrzés) értelmében az orvosnak tudnia kell, hogy a páciense dohányzik-e; differenciálnia kell: panaszmentes, egészséges emberrel van-e dolga, nagy rizikójú panaszmentessel, vagy olyanal, akinek panaszai vannak, ugyanis az érveit, a stratégiáját ezekre való tekintettel kell megválasztania, amikor a dohányzás abbahagyására kapacitálja őket. A leszokási hajlandóság fölélesztése, ébredése után támogatni kell a leszokási próbálkozást, majd a beteg követésére is figyelmet kell fordítani. A dohányzásról főként azért nehéz leszokni,

mert a szervezetbe bejutott nikotin a központi idegrendszerben megfelelő hatásokat vált ki: a ventralis tegmentalis area $\alpha 4\beta 2$ (nikotin-acetilolin) receptoraihoz kötődik, aminek következtében a nucleus accumbens területén dopamin, endorfin stb. fölszabadulását váltja ki. S ez quasi jutalomérzést, boldogságérzést idéz elő, élénkül a figyelem, az éberség, javulnak a kognitív funkciók, könnyebb a tanulás, jobb a memória, oldódik a stressz. A dohányosoknál a $\alpha 4\beta 2$ receptorok száma gyarapodik, működésük fokozódik, konformációjuk változik. A vareniklin nevű szer (illetve a vareniklint hatóanyagként tartalmazó Champix nevű gyógyszer, amely nem tartalmaz nikotint, s amit dohányzásról való leszokás elősegítésére fejlesztettek ki) kettős (parciális agonista és antagonist) aktivitással bír. Egyrészt az $\alpha 4\beta 2$ receptorokhoz kötve meggátolja a nikotin kötődését (tkp. a dohányos a cigarettát elszívva nem érzi mindazt a „jót”, amit korábban, így nincs „megerősítés” a dohányzásnak), másrészt pedig vált ugyan ki dopamin felszabadulást (ezzel enyhítve a cigaretta elhagyása miatti megvonási tüneteket), viszont ez a hatás 35–60%-a a nikotinének. In vitro vizsgálatok szerint a vareniklin nagy affinitással és szelektivitással köt az $\alpha 4\beta 2$ receptorokhoz. A gyógyszer célszerű alkalmazása a következő: 1–2 héttel a dohányzás tervezett abbahagyása előtt kell megkezdeni a kúrát; három napig naponta egyszer 0,5 mg-ot kell bevenni, majd további négy napig 0,5–0,5 mg-ot (naponta kétszer), s ezután a kezelés végéig naponta egyszer 1 mg-ot. Általában 12 hétig tart a kezelés, a dohányzást abbahagyóknál megfontolandó még egy 12 hetes gyógyszeres periódus folytatásként (napi kétszer 1 mg Champix), illetve a visszaesésre hajlamosaknál a fokozatos dóziscsökkenés. Meta-analízisek bizonyossága szerint a dohányzásról való leszok(tat)ást leginkább elősegítő szer a vareniklin, a legjobb esélyhányadost produkálja (eddig). Eredményessége fokozható a folyamatot kísérő pszichés támogatással.

Dr. Tóth Attila a normális hüvelyflóráról, s ennek a fenntartását szolgáló egyszerű, biztonságos és hatékony eszköz, és hatóanyagok (az Aqatus rendszer) használatáról hatásairól tartott előadást. A hüvelyben található váladékban (a hüvelybemenetbe nyíló mirigyek váladékai, a méhszájban lévő nyák egy része, és leváló sejtek) mikroorganizmusok teremtik meg élettani esetben a kedvező mikrobiológiai egyensúlyt, a normális hüvelyflórát. A mikroorganizmusok közül igen fontos a Lactobacillus. Ez a baktérium glikogénből tejsavat termelve H_2O_2 -t szabadít föl, 3,9–4,2 között tartja a hüvely kémhatását, amely pH tartomány nem kedvez a kórokozók elszaporodásának. A hüvely gyulladása a női szervezet leggyakoribb betegsége, életük során többször is érheti a nőket aktív (kórokozó mikroorganizmus), illetve passzív fertőzés, ilyenkor gyengül az immunitás, pusztulnak a Lactobacillusok, fölbomlik a hüvelyflóra egyensúlya, kóros folyás lép föl. A hüvely gyulladása népbetegségnek is tekinthető, főként a hüvely és a

hüvelybemenet környékén jelentkezik, gyakran egyidejű hólyaghuruttal jár, krónikus esetben méhnyak gyulladás is kialakulhat, felszálló fertőzéssel pedig kismedencei gyulladások is felléphetnek. A gyulladás tünetei: duzzadt, vöröses hüvelyhám, bőséges váladékozás, égő, viszkető, fájdalom, folyás. Ha a folyást gomba okozza, a váladék sárgás-fehéres, sűrű, tapadós, szemcsés, túrós; a Trichomonas fertőzés édeskés szagú, zöldes, habos váladékot okoz; a Chlamidia fertőzéskor a hám törékeny, vérzékeny, híg, fehér, jellegtelen a folyás. A Gardnerella vaginalis, anaerob kórokozók híg, szürkés, gennyes jellegű, odorózus folyást váltanak ki, lúgpróbával penetráns halszag érezhető (biogén aminok). A hüvelygyulladását illetően bizonyos hajlamosító tényezőkkel számolni lehet: antibiotikum, szteroid gyulladásgátlók, az immunrendszert gyengítő gyógyszerek szedése, cukorbetegség, az immunrendszer betegségei, erősen klórozott (uszodai) víz, a partner fertőzöttsége, a nem megfelelő higiénia. A betegség kezelésére kombinált helyi és szisztémás lehetőségek vannak, intravaginális kúpok, krémek, cél a Lactobacillus flóra helyreállítása. Az ún. Aquatus rendszer amellett, hogy az enyhe gyulladásos esetek kezelésére is alkalmas (gyógynövény koncentrátumai révén visszaállítja a tejsavas flórát), a gyógyszeres terápia kiegészítője lehet, valamint jó esélyt ad a megelőzésre, mint a női intimhigiénia legkorszerűbb eszköze. A magyar szabadalom hazai kutatás, fejlesztés eredménye. A tervezéskor meghatározott igényekkel léptek föl (pl. az optimális mennyiségű hatóanyagokat pontosan adagolja térben és időben, megfelelő nyomásviszonyok mellett; egyszerűen, biztonságosan lehessen kezelni, rövid ideig tartson az általa végzett procedúra, ergonómikus, esztétikai szempontoknak is megfeleljen, ki legyen zárva a visszafertőzés esélye). A készülék áll a vezetékes ivóvíz hálózathoz (célszerűen a zuhany csövéhez) csatlakoztatható egységből, amelynek a tisztítófej része helyezendő föl

irrigáló eszközként a hüvelybe, s a kapszulából, amely a hatóanyagokat tartalmazza. A használat kezdetén a csatlakoztatás után a készülék tiszta vízzel átöblítendő, majd el kell helyezni benne a kapszulát, s a tisztítófej részt a hüvelybe kell vezetni. A (28–34 °C-os) víz megengedésekor a kapszula első részéből só oldódik ki, s kb. 1,5 liter 0,9%-os oldat keletkezik, amely szabályozott erősséggel kiáramolva lemosza a hüvelyfalat. Amint elfogy a só, egy dugattyú elzárja a víz korábbi útját, ezért a víz nyomása ezután a kapszula hátsó részében lévő hatóanyagot juttatja egyenletesen a hüvely belső falára ugyancsak egy dugattyú révén (az utóbbi néhány másodpercig tart, a sóoldatos öblítéssel együtt kb. 1 percig tart a folyamat). A hatóanyag filmszerű megtapadását hordozóanyagok segítik. A használatot a készülék ismételt öblítése, szétszerelése és tisztítása követi. A különböző kapszulák különböző anyagokat tartalmaznak, egyikük a tejsavas gél (acidum lacticum), amely tkp. közeget teremt a Lactobacillusoknak, ezek meggátolják a baktériumok, gombák, paraziták szaporodását a hüvelyben. A cickafarknak (achillea millefolium, ill. fehér virágú achillea fajok) helyi gyulladáscsökkentő, sebgyógyító, hámosító, antiszeptikus, ellenálló képességet javító hatása van, a kakukkfű (Thymus sp.) timol tartalma gátolja a baktériumok, a vírusok, a gombák fejlődését, karvakol tartalma pedig baktériumölő, fertőtlenítő, és serkenti az immunrendszer működését. A körömvirág (Calendula officinalis) egyebek mellett gyulladásgátló, sebgyógyító, vérzéscsillapító. A zsályának (Salvia officinalis) már a latin neve is a gyógyításra utal, tisztít, gyulladást csökkent, fertőtlenít stb. A levendula (Lavandula angustifolia) fájdalmat csillapít, vérnyomást csökkent, nyugtat, fertőtlenít. Az Aquatus tehát enyhe gyulladásos tünetek kezelésére, prevencióra (pl. uszodahasználat után), valamint a mindennapi komfortérzet kialakítására egyaránt alkalmas.

**Az eddig leírt elképzelésekhez, koncepciókhoz várjuk
az Ön véleményét amelyet megtisztelő,
ha megküld számunkra.**

Előre is köszönettel: Szerkesztőség

Postacím: 1135. Budapest Szabolcs u 35.

e-mail: oali@olai.hu, www.medicusuniversalis.hu

PROF. GÖMÖR BÉLA SZENT-GYÖRGYI ALBERT-DÍJAT KAPOTT

Krasznai Éva



A reumatológus = megfigyelés, betegvezetés, következtetés, döntés

A magyar felsőoktatásban dolgozó iskolateremtő, nemzetközileg elismert Dr. Gömör Bélának, a Semmelweis Egyetem egyetemi tanárának, az orvostudomány kandidátusának a Kultúra Napján az oktatási-, kulturális miniszter Szent-Györgyi Albert-díjat adományozott. A kitüntetett azt mondta, a díj odaítélésekor politikamentes, demokratikus döntés született.

– Miközben meggyőződésem, hogy többen is megérdemelték volna a díjat, felterjesztésért hálát és köszönetet mondok saját egyetememnek. Nemes gesztusnak tartom, hogy ezúttal speciális helyzetben, a jogelődnie eltöltött időm honorálásaként adományozták a rangos elismerést.

– Milyen volt a kezdet?

– Friss diplomásként a Farkas Károly igazgatása alatt működő nemzetközi reputációt és országos rangot szerzett ORFI-ban helyezkedtem el, ahol a 60-as évektől a világon egyedülálló struktúrában – a csecsemő- és gyermekgyógyászaton kívül – mindegyik szubdiszciplínát művelték. És én bár belgyógyásznak készültem, végül a reumatológusként építettem szakmai karriert.

– Csakhogy külön reumatológiai szak sehol nem volt és ma sincs egyetlen orvosegyetemen sem...

– Az Orvostovábbképző Intézetben Bozsóky Sándor a szakma első egyetemi tanára 1971-től az ORFI reumatológiai-, fizioterápiás tanszékvezetőként indított továbbképzést és állította össze a szakvizsga struktúráját, szakanyagát. Ebbéli munkásságát nyugállományba vonulását követően 1984-ben 46 évesen én vettem át, és elsőszámú vezetőként máig a betegellátásra, a tudományos munkára és nem utolsósorban az oktatásra koncentrálok, bár igaz, leginkább a posztgraduális képzés köti le az energiáimat. Ami pedig a kérdését illeti, önállóan valóban nem létezik a nappali hallgatóknak ez a tantárgy.

– Apropó, az évek során hogy alakult a magyar reumatológia története?

– Az 1950-es esztendőkből ahhoz, hogy a reumatológiában is dolgozhassanak szakorvosok a belgyógyászokat és más területekről érkezőket is a szakvizsga megszerzésére sarkallták. Hiányukban gyakorta a pótlásukat nyugdíjas bõrgyógyással, fogással oldották meg, majd az ORFI-ban három hónapos tanfolyam elvégzését követően szakvizsgára engedték őket. 1971-ig ugyan a Gellért fürdő reumatológiai osztályán dolgozó de Châtel Andor szakvizsgáztatott, ám a megfelelő színvonalú reumatológiai és fizioterápiás szakképzés megoldatlan

volt, én pedig erről úgy gondolkodtam, hogy már csak a szakma presztízse miatt is mihamarabb gyökeresen változtatnunk kell ezen.

– Milyen elvek mentén képzelte a megújítást?

– Nézze, máig vallom, ha a szakorvosi képesítés megszerzése során a kollégáknak elnézünk dolgokat, engedékenyek vagyunk, akkor felkészületlen orvosokat engedünk a beteghez, ami pedig a páciensre és a szakmánkra egyaránt kártékony lehet. A tanszéki munkában mindent központilag ellenőrzötté tettem, a szakvizsga gyakorlati és elméleti követelményeit konkretizáltam. Tanszékvezetőként munkatársaimmal új programot indítottam, máig tartóan évi két-három úgynevezett speciális tanfolyammal bővült a reumatológiai ismeretek oktatása. A felsorolásból ki ne hagyjam, hogy a szakvizsga idejének konkretizálása is komoly előrelépés volt. Mindezt nem volt túl könnyű elérni, hiszen a legális teljesítés és a felkészülés nyomán követésének fontosságáról az országban reumatológiával foglalkozó valamennyi osztályvezető főorvost meg kellett győzni. Az igazi problémát egyébként a „ráépített” szakvizsgák jelentették, ahol a „hallgatók” közül sokan bejárásaikat externistaként tüntették fel, úgy mintha rendelet alapján teljes munkaidőben dolgoznának. Kemény harcot folytattunk munkatársaimmal, amíg elértük, hogy aki a szakvizsga gyakorlati részén megfelelt, az az elméleti vizsgán már ne bukjon meg, amihez értékmérőként az egyhetes gyakorlati vizsga szolgált, ahol kiderült, ha valaki nem felelt meg a követelményeknek. Az egységes minőségű szakorvosképzés szempontjából fontos, hogy napjainkra a szakvizsgáztatást a három vidéki egyetemi kar saját körben, önállóan intézi ugyan, de azonos tananyagból.

– A szakképzésnek jót tett, amikor 1993-ban a reumatológiát és a fizioterápiát rendeletben is szétválasztották...

– Persze az elkülönítés egyik szakvizsgázótól sem kíván kevesebb tudást, hiszen a reumatológiának fontos része a fizioterápia. Ugyanakkor máig sokan fogalomzavarban vannak, így nem lehet elégszer beszélni kell arról, hogy bár a reumatológia nem önálló tudományág, hanem a belgyógyászat egyik ága, a fizioterápia még sem több mint speciális elméleti és gyakorlati ismereteket igénylő szolgáltatás.

– Tényleg sokunk ezt másként tudja, tehát valóban fontos a kettő megfogalmazása, hiszen nem stilisztikai, hanem tartalmi különbözőségről van szó. De térjünk vissza az Ön által képviselt szakképzésre! Visszatekintve a múltra és napjainkat átgondolva a szakképzés terén megtett fáradozásait igazoltnak látja?

– Azt hiszem, a Szent-Györgyi Albert-díj engem igazol.

Meg persze az is, hogy az általam irányított tanszéken 1984-ig 317, az azt követő két évtizedben pedig 596 doktorból lett reumatológus szakorvos. Közülük 682 kollégának én voltam vizsgáztatója...

– Ön szerint szükség van ennyi reumatológusra?

– Nézze, tőlünk nyugatabbra a mozgásszervi betegekkel elsősorban háziorvosok, belgyógyászok, esetleg ortopédusok, vagy éppen rehabilitációs szakemberek foglalkoznak. Ugyanakkor a reumatológiában és az immunológiában nagyon otthon lévő belgyógyászok a vezető reumatológusok. A honi gyakorlatra nem akarok panaszkodni, de tény, egy szakorvosi rendelőben a legtöbb beteg mindig a reumatológusra vár, mégpedig azért, mert nálunk a legkisebb mozgásszervi panasszal is mindenkit a reumatológiára irányítanak. Ez részint hátrány, mert óriási terhet ró a szakembergárdára, részint előny, mert a betegeket – a sajátos magyar szisztémának köszönhetően – magas színvonalon képzett orvosok látják. Ugyanakkor vallom, a háziorvos a maga sokesztendő gyakorlatával levehetne terheket a reumatológus válláról. Nem kell mindig minden zokszóval az utóbbihoz küldeni a beteget. Egy rándulás, egy rossz mozdulat nem feltétlenül reumatológiai baj...

„A szakmát szeretném reflektorfényben tartani”

Gömör professzor úrról sok-sok minden megírható lenne még, annyit azonban mindenképpen le kell jegyeznünk, hogy noha néhány évvel ezelőtt Dr. Géher Pálnak adta át az osztályvezetői széket, azért azóta sem dolgozik kevesebbet, továbbra is „beteg-közelségben” maradt, ugyanis az Irgalmasrendi Kórház szakambulanciáján és az osteoporosis-centrumban dolgozik, miközben a Semmelweis Egyetemen grémium elnökként a rezidensképzés felelőse maradt, és hatalmas tudását írással meg előadások tartásával adja az utódoknak tovább.

Az őt jól ismerők mondják, a fél tucatnál több szakmai könyve mellett egy tucat más témájú kötete aratott az olvasók körében óriási sikert. A Professzor úrról tudni való, hogy sok egyéb között orvos-történettel, írással, sőt könyvkiadással is foglalkozik. Egyebek között így írtok ti címmel jelent meg az első, majd a sokak által kedvelt, az orvos-élsportolókkal készült Ők huszonketten című riport és az ezt követő Kisplasztikai körkép kötet. Ugyanő egy nyilatkozatában azt mondta, lelkéhez leginkább a 2003-ban kiadott Bäck Mancim az elfeledett szegedi fotográfus című mű áll. A LAM-ban a Nemesánszky professzor által jegyzett interjúban azt nyilatkozta, hogy „ha lapot szerkesztek, ha írok, ha orvostörténeti vagy kulturális előadást tartok, akkor is mindig előttem lebeg a cél, hogy az orvoslás nehéz hivatását segítsem, hogy nyújtani tudjak valamit ahhoz, hogy a szakmában oly gyakran észlelt kiégés, fásultság lehetőleg mérséklődjék. Tizenhat éve vagyok felelős szerkesztője szeretett folyóiratomnak, amely hat éve REUMA-INFO címmel jelenik meg. A szakmát szeretném reflektorfényben tartani, és külön öröm számomra, hogy ebben sok barátom, kiváló professzortársak és sok-sok tehetséges művész is a segítségemre van.”

Az utódoknak szakmát, életigenlést és munkafilozófiát a neves szakembertől bőven van mit tanulniuk ...

Dr. Gömör Béla 1938. január 23-án született Szegeden, 1962-ben általános orvosi diplomát a Szegedi Orvostudományi Egyetemen „Summa cum laude” minősítéssel szerzett.

Szakkvizsgát reumatológiából (1967), belgyógyászatból (1971) tett.

Munkahelyei 1962-től az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, 1977-től ugyanott osztályvezető főorvos a szervezési osztályon, 1982-től a B, majd 1984-től a C reumatológiai osztályon. 2000. július 1-jétől a Budai Irgalmasrendi Kórház I. Reumatológiáján van.

Tudományos minősítése „A spondylarthritiss ankylopoetica epidemiológiája és genetikája” című disszertáció alapján az orvostudomány kandidátusa (1977).

Egyetemi pályafutása következőként alakult: 1984-től az Orvostovábbképző Egyetem, majd a HIETE, később a Semmelweis Egyetem keretében a reumatológiai és fizioterápiás tanszéken egyetemi tanár, 1984–2002-ig tanszékvezető.

Egyesületi tisztségviselése: 1982–1987-ig a Magyar Reumatológusok Egyesületének főtítkára, 1987–1996-ig elnöke.

Nemzetközi tevékenysége: 1989-1995-ig az EULAR (Európai Reumaellenes Liga) Végrehajtó Bizottságának tagja, 1991–1993-ig az elnöke.

Tudományos folyóiratok: felelős szerkesztő: REUMA-INFO (1991 óta), szerkesztőbizottsági tag: Orvosi Hetilap, Magyar Reumatológia, Orvostovábbképző Szemle, Osteológiai Közlemények, Medicus Universalis, Klinikai Farmakoterápiás Szemle, korábban: Clinical Rheumatology (Leuven).

Tudományos elismerés: Belák Sándor-émlékérem, (1991), Farkas Károly-émlékérem (1999), Bozsóky Sándor-émlékérem (2004).

Kitüntetés: a népjóléti miniszter Pro Sanitate emlékérem (1994).

Tudományos publikációk: 155 közlemény, 11 könyv szerzője, szerkesztője, 43 könyvfejezet szerzője.

Irányító testületek, bizottságok: az MTA, az ETT, az OTKA, a NEVI, a HIETE számos bizottságában tag. 1978 óta a Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium tagja, 1983-1987 között titkára, 1987-1991-ig és 2000-2004-ig az elnöke. 1988-1991-ig a HIETE dékán-helyettes. Az OEP Gyógyszerzakértői Bizottságának tagja 1993-1996-ig. 1999-től a SOTE Általános Orvosi Kar Reumatológiai Grémium elnöke. 2000-től a Semmelweis Egyetem ETK Nem Konvencionális Medicinával Foglalkozó Bizottság elnöke. Az ETT Gyógyszer Alkalmazási Bizottság tagja 2001-2002-ig. 2001-től a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár Intézeti Tudományos Tanács tagja. 2002-től a Magyar Orvosi Kamara Országos Felügyelő bizottságának tagja. 2003-tól az ESZCSM Nem Konvencionális Medicina Tanácsadó Testület tagja.