

Dr. Hargitai Réka, Dr. Balogh Sándor PhD

AZ ALAPELLÁTÁS SZEREPE VASTAGBÉLÉRÁK MEGELŐZÉSÉBEN, KORAI FELISMERÉSÉBEN ÉS GONDOZÁSÁBAN

Országos Alapellátási Intézet

A népegészségügyi program célkitűzései között szerepel a szervezett formában történő vastagbéliszűrés bevezetése, melyet a szűrővizsgálatokról szóló jogszabály is már több mint öt éve tartalmaz, pillanatnyilag modell jelleggel. A rosszindulatú daganatok – ezen belül a vastagbélrák – miatti halálozás csökkentése összetett feladat, amelyben a háziorvosoknak fontos szerepe van. Szükség van ezért a háziorvosok onkológiai feladatainak a számbavételére, és arra, hogy a háziorvosok megfelelő tájékoztatást kapjanak azokról a törekvésekről, amelytől a korszerű lehetőségek jobb kihasználása várható az elsődleges megelőzés, a daganatos betegségek korai felismerése, a daganatos betegek korai, szakszerű ellátása, valamint a kezelt betegek utógondozása terén.

I. AZ ALAPELLÁTÁS ÁLTALÁNOS SZEREPE AZ ONKOLÓGIAI PREVENCIÓ ÉS ELLÁTÁS TERÉN

Jogszabályi háttér

A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18) NM rendelet meghatározza a háziorvosok szerepét és közreműködésének módját az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok végrehajtásában:

1. felhívják betegeik figyelmét az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok igénybevételének lehetőségére (3.§.(3) bekezdés);
2. elvégzik azokat a kompetenciájukba tartozó szűrővizsgálatokat, amelyekre a jogszabály nem jelöl ki más egészségügyi szolgáltatót, más esetekben pedig, az egyéneket a szűrővizsgálat elvégzésére jogosult egészségügyi szolgáltatóhoz utalják, valamint a népegészségügyi szűrővizsgálatokban közreműködnek (4.§. a) bekezdés);
3. nyilvántartást vezetnek a saját és más egészségügyi szolgáltató feladatkörébe tartozó szűrővizsgálatokra történő beutalásról és a vizsgálat eredményéről,

valamint a szűrővizsgálat alapján gondozásba vett személyekről. (8.§. (2) bekezdés).

A prevencióra vonatkozó szakmai irányelvek mellett a fenti jogszabály ismerete is alapvető minden háziorvos számára, mert itt található meg, hogy a biztosítási jogviszony mely szűrővizsgálatokra és milyen gyakorisággal jogosítja fel az egyéneket.

Elsődleges megelőzés

A nemzetközi szakmai és egészségpolitikai irányelvek a népesség egészségi állapotának javítása érdekében fontosnak tartják, hogy a primer prevenció az alapellátás tevékenységébe integrálódjék. A megelőzésre kínáló lehetőségek azonban még nem kellően kihasználtak sem a nemzetközi gyakorlatban, sem hazánkban. Ennek számos oka lehet: hiányosak a háziorvosok megelőzéssel kapcsolatos ismeretei; nem kellően motiváltak, időhiányban szenvednek; hiányos a nyilvántartásuk; hiányzik a többletmunkáért elvárt anyagi ösztönzés; kétségbe vonják a megelőzési erőfeszítések hasznát; egymásnak ellentmondó ajánlások forognak közkezen. A háziorvos lehetősége és feladata az elsődleges megelőzésben az egészségnevelés. Ennek első lépése **információ** nyújtása arról, hogy egyes életmódbeli tényezők és egyes betegségek között összefüggés áll fenn. A rizikótényezők megismertetését **személyes tanácsadás** követheti: miként lehet elkerülni az egészségkárosító életmódot, és egészséges életvitelt folytatni (egészséges táplálkozás – ezen belül is a többszörösen telítetlen zsírsavakban és rostokban gazdag étrend, a dohányzás és alkoholfogyasztás mellőzése és a rendszeres testmozgás). A tapasztalat szerint, az életmódra vonatkozó információknak és tanácsoknak, ha azok tekintélyt élvező orvos szájából hangzanak el, jobb esélyük van a meghallgatásra, mint a „személytelen” forrásból jövőknek. Az egészségkárosító életmód megváltoztatását tárgyalva az egyénnel, fontos elmagyarázni, hogy az életmód-változás jövőbeli hasznáért milyen árat kell fizetni a jelenben. Az életmódról folytatott beszélgetéseknek beleérezőnek, ugyanakkor rábeszélőnek és sze-

mélyre szabottnak kell lennie. A tapasztalatok szerint az emberek hajlamosak fontolóra venni a tanácsokat, de elzárkóznak az utasítások teljesítésétől, ezért különösen fontos a háziorvosok tárgyalási készsége és rutinja, különösen, ha szenvedélybetegekkel állnak szemben. Hozzátehetjük, hogy az orvos személyes példamutatása a leghatásosabb véleményformáló, egészségnevelő tényező.

Korai felismerés, korai diagnosztika és kezelés

A háziorvosoknak fontos feladatai vannak a daganatos betegségek korai felismerésében. Ehhez ismerniük kell a daganatos betegségek gyanújeleit és korai tüneteit. Ismerniük kell továbbá a korai diagnosztika fegyvertárát, és tudniuk kell, hogy hová küldjék a beteget mielőbbi kivizsgálásra. Fontos a daganatos megbetegedés szempontjából magas kockázatú betegek gondozása, és követése.

A daganatos halálozás csökkentésének legígéretesebb stratégiája a daganatos betegség korai felismerése és korai kezelése; ennek eszköze a tünet és panaszmentes személyek időről-időre megismételt szűrővizsgálata. Ez országosan szervezettel, formában természetesen csak olyan daganatok esetében indokolt, melyek megfelelnek az alábbi négy kritériumnak:

1. nagy számban fordulnak elő a lakosság körében,
2. korai stádiumban történő kimutatásuk szakmailag megoldható,
3. rendelkezünk megfelelő terápiával a kimutatott daganat gyógyítására,
4. költséghatékony a lakosság átszűrése.

A fenti kritériumok vizsgálata természetesen nem az alapellátás feladata, ugyanakkor fontos azok ismerete, részben azért, hogy megfelelő tájékoztatást tudjon adni betegeinek arról, hogy egyes „divatos” betegségekre miért nincsenek szűrővizsgálatok. A háziorvosok közreműködése fontos a szervezett lakosságszűrésben. A szűrés eredményessége ugyanis döntően a meghívott lakosság minél nagyobb arányú részvételétől függ, a lakosság mozgósításáért pedig a területi szervezők a háziorvosokkal együttműködve tehetik a legtöbbet. A személyes kapcsolat révén tudják motiválni a meghívottakat annak érdekében, hogy elfogadják az ajánlott szűrővizsgálatot. A háziorvosok képesek a szűrés előtt kellő információval szolgálni (mi fog történni, és hogyan); megmagyarázni a normális és a normálistól eltérő szűrővizsgálati leletek jelentését és jelentőségét, valamint tanácsaikkal átsegíteni a szűrővizsgálaton résztvevőket az előadódó nehéz szakaszokon, mint az eredményre várakozás ideje, eseteleges visszahívás további tisztázó, diagnosztikus vizsgálatokra, szükség esetén lélektani támogatást nyújtani, azaz a minimumra csökkenteni a szűréssel járó nemkívánatos lélektani mellékhatásokat.

Háziorvos mindennapos tevékenységének része, hogy

tájékoztatassa betegét a bizonyítottan hatékony onkológiai terápiai eljárásokról. Meg kell nyernie a beteg együttműködését, mert az egyik fontos előfeltétele a kezelés eredményességének.

Utógondozás

A daganatos beteg még a sikeres elsődleges ellátás után is gondos ellenőrzésre szorul. A kezelés után otthonába visszatért beteg követése az onkológiai terápia fontos része, amely túlnyomóan a háziorvosra hárul. A háziorvosnak tudnia kell, hogy daganatos beteget milyen kezelésben részesült; feladata szemmel tartani az ilyen betegeket, és számon tartani, hogy mikor mi a teendő az elsődleges ellátást követő időszakban: onkológiai szakorvosi ellenőrzések, esetleges recidívák „korai”, még klinikai tünetek megjelenése előtti kimutatását célzó képalkotó, vagy laboratóriumi vizsgálatok. A daganatos betegek tünetenyhítő (palliatív) kezelése, a fájdalomcsillapítás, és a tumoros cachexia késleltetése is sokszor a beteg otthonában végzendő háziorvosi feladat, csakúgy, mint a terminális beteg ellátása. A vastagbélrák utógondozása kapcsán külön említést kell tenni a stoma-gondozásról, mely szintén az alapellátás feladata, és a mindennapi stoma-ápoláshoz is értékes segítséget tud nyújtani a betegeknek és hozzátartozóiknak.

Célszerű továbbá, ha ismeri a háziorvos azokat a betegszervezeteket, melyek a daganatos beteg számára lehetőséget nyújtanak a „sorstársakkal” való találkozásra, és a közösség támogató hatása mellett gyakran hasznos tanácsot tudnak adni a beteg életminőségének javításában (ILCO Szövetség).

II. AZ ALAPELLÁTÁS SZEREPE A VASTAGBÉLSZŪRÉSBEN

Nemzetközi gyakorlat

Vastagbéliszűrés terén rendkívül heterogén a nemzetközi gyakorlatokat, mind a szűrés módszertanát, mind pedig a szervezési kérdéseket tekintve: alig van két olyan ország, ahol azonos lenne a vizsgálat jellege és az alapellátás szerepe a témában.

Az amerikai irodalom nagyrészt a kolonoszkópiát javasolja vastagbéliszűrésre, és bár ennek költségvonzatát jelentősnek ítélik meg, főként ezt az eljárást tartják igazoltan hatékonynak. Európában **Németország** (1) követi ezt a gyakorlatot: minden biztosított számára lehetőség van 55 és 65 éves korában **kolonoszkópos** vastagbéliszűrésen részt venni, annak ellenére, hogy EU Council Recommendation on Cancer Screening; 2003/878/EC ajánlása (2) lakosságszűrésre a széket-vér vizsgálat.

Az irodalmi adatok szerint a fejlett országok többsége vagy az elmúlt években vezette be országos szinten a **széket-vér meghatározást (fecal occult blood test, FOBT)** vastagbéliszűrésre, vagy még a modell-stádi-

umnál tart a kérdésben. Az úgynevezett jóléti államok jelentős részében, egyáltalán nincs szervezett vastagbélvizsgálat, mint például Dániában (3), Finnországban (4), Ausztriában – bár Dániában már 1985-től voltak modellkísérletek.

A lakossági szűrés szervezése, és ezen belül az **alapellátás szerepe** szintén nem egységes: három teljesen eltérő modell alakult ki. Abban a kérdésben mindenki egyetért, hogy fontos a háziorvos támogatása a lakossági részvétel szempontjából, és minthogy **a támogatás mértéke elsősorban a háziorvos vastagbélvizsgálatra vonatkozó tudásától, attitűdjétől és véleményétől függ** (5), ehhez természetesen a háziorvosok megfelelő tájékoztatása, informálása és motiválása elengedhetetlenül szükséges.

Nagy-Britanniában az NHS közvetlen módon **nem vonja be a háziorvosokat** a szervezett vastagbélvizsgálatba (6), azonban értesíti őket az ellátási területükön szétküldött meghívólevelekről. A szűrés által érintett korcsoportú lakosság nyilvántartása, a meghívólevelek, tájékoztatók és mintavételi kapszulák szétküldése központilag történik. A betegeken kívül ugyan a háziorvos is kap leletet az FOBT eredményéről, azonban ez inkább tájékoztató jellegű. A legutóbbi, 2004-ben publikált modell-kísérletük indulásakor még nagyobb mértékben szerették volna bevonni az alapellátást (pl. az egyének saját háziorvosuk által aláírt meghívólevelet kaptak volna), azonban ezt a koncepciót végül elvetették (7). Ennek oka elsősorban az volt, hogy megítélésük szerint a várható néhány százalékkal magasabb lakossági részvétel nem állna arányban az alapellátás megnövekedő leterheltségével, ahogyan azt régebbi vizsgálatok, mint például a Nottingham-study tapasztalatai is bizonyították (8).

Franciaország még nem vezette be a szervezett vastagbélvizsgálatot, ugyanakkor 1998-ban elfogadott irányelvük tartalmazza a panaszmentes egyének szűrésére vonatkozó ajánlást, melynek **megvalósítását teljes mértékben a háziorvosra bízták**. Így nekik kellett a saját praxisukban nyilvántartani az irányelvben szereplő korcsoportba tartozókat, felajánlani nekik a vizsgálatot, tájékoztatni, informálni és motiválni őket a részvételre, valamint megszervezni pozitív lelet esetében a beteg további sorsát. Az ily módon folytatott, lényegében oportunistikus szűrés gyakorlat tapasztalatait elemezve úgy találták, hogy míg a magas rizikójú páciensek kiszűrése és követése szinte minden praxisban a szakma szabályai szerint megtörténik, addig az „átlag személyek” vastagbélvizsgálata a háziorvosok csak mintegy 53%-ánál fordul elő rutinszerűen. Az is kiderült a vizsgálatból, hogy mindössze a háziorvosok 77%-a gondolja úgy, hogy a szűróvizsgálat első lépése az FOBT, és nem a kolonoszkópia. Ugyanakkor a 2005-ös felmérésben a háziorvosok 75%-a nem tudta, hogy az 1998-as hivatalos vastagbélvizsgálati irányelv pontosan mit is tartalmaz (9). **Az elvégzett felmérés alátámasztotta azt az előzetes feltevést, hogy a vastagbélvizsgálás**

terén indokolt a központilag szervezett formára való áttérés.

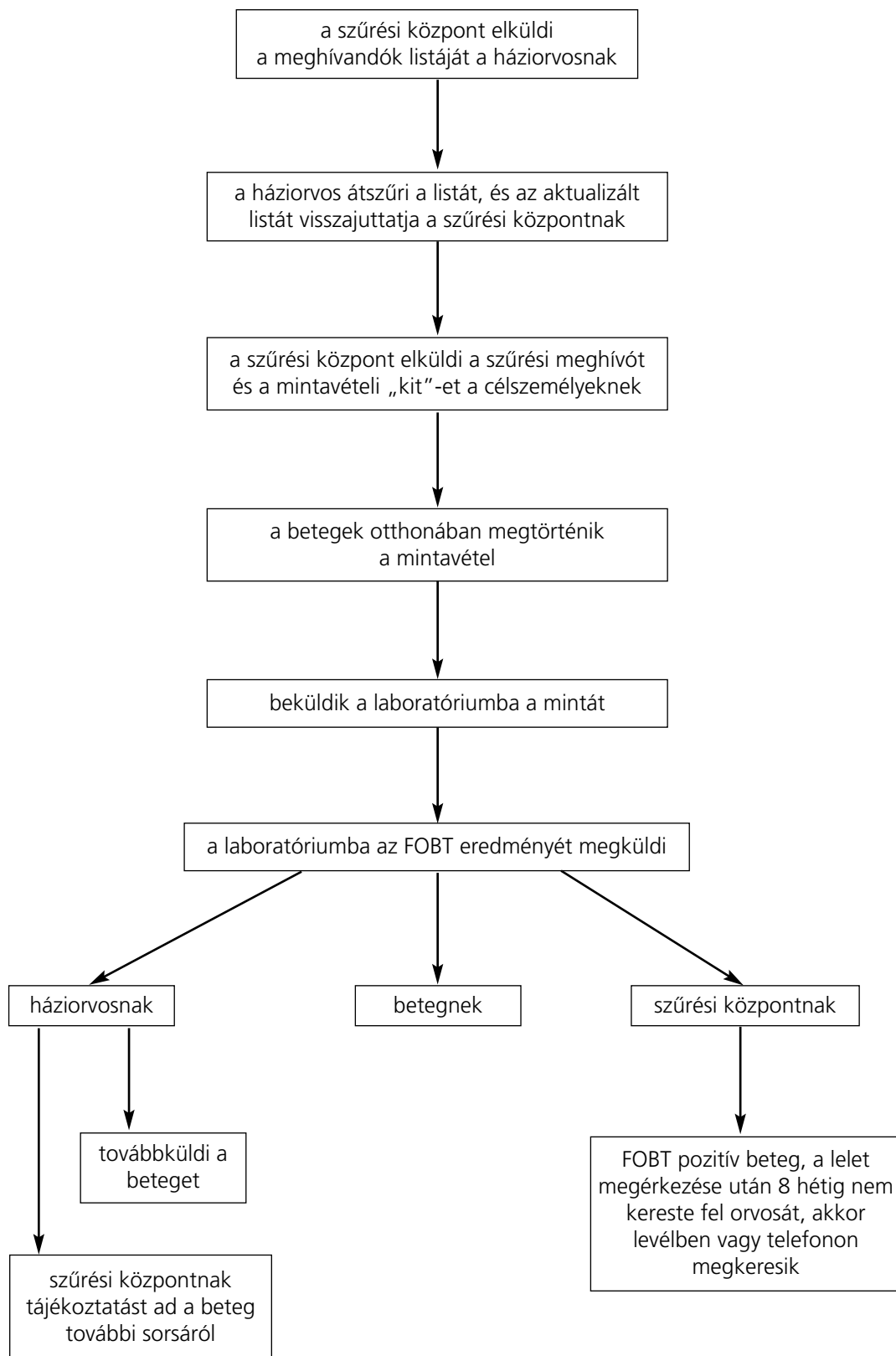
Ausztráliában a fenti két módszerhez képest köztes megoldás született, a háziorvos több ponton is aktívan részt vesz a szűrés folyamatában, ugyanakkor **a szűróvizsgálat szervezése központilag** történik, így mégsem egyedül az alapellátásra hárul az általa ellátott lakosság egészségének szervezett átszűrése (10). Ugyanakkor **a háziorvos szerepe inkább támogató jellegű**, így részére nem kötelező az aktív részvétel. **Az alapellátás szereplőinek minél nagyobb mértékű bevonása érdekében teljesítményarányos ösztönzés került bevezetésre.**

A 2006. augusztusában bevezetett ausztráliai vastagbélvizsgálásban az alábbiak tartoznak a programban részt vevő **alapellátási praxisok feladatai** közé:

- a háziorvos **részt vesz a szűrés lista aktualizálásában**, vagyis kiszűri azokat a személyeket a szűrés központ által küldött listából, akik:
 - o családi anamnézis miatt szorosabb kontroll alatt állnak, és ezért követésük egyéb protokoll szerint történik,
 - o akik már átestek vastagbélrák miatti kezelésen, hiszen az ő gondozásuk is más protokoll szerint történik,
 - o colitis ulcerosa vagy Crohn colitis miatt gondozottak,
 - o a fentiekén kívül egyéb okokból magasabb kockázatú személynek minősülnek, valamint
 - o a célbetegség szempontjából aktuálisan kivizsgáltak (pl. panaszok kapcsán).
- a célpopuláció részére az egyéb okból létre jövő orvos–beteg találkozások alkalmával **tájékoztatást ad** a vastagbélvizsgálás fontosságáról,
- tájékoztatást ad azoknak a személyeknek, akik a szűróvizsgálatra szóló meghívólevelét kapcsán hezitálnak és személyesen vagy telefonon érdeklődnek a vizsgálatról kapcsolatban, és **igyekszik rábeszélni** őket a részvételre,
- **informálja és türelemre inti** azokat az egyéneket, akik még nem kaptak meghívót a vizsgálatra, azonban értesültek a programról és minél hamarabb szeretnének részt venni a szűróvizsgálaton (a teljes lakosság átszűrésének ciklusideje 2 év),
- a laboratórium megküldi az FOBT eredményét a háziorvosnak, aki pozitív lelet esetében betegét beküldi az illetékes endoszkópos laborba (speciális beutalóval), illetve **innentől kezdve ő menedzseli a beteg útját**,
- **a szűrés központ felé** minden pozitív FOBT eredményű **betegnek további sorsáról tájékoztatást ad**,
- jelzi a szűrés központ felé, amennyiben egy beteg pozitív FOBT eredmény után 8 héten belül nem jelentkezett.

Az 1. ábra szemlélteti a jelenlegi ausztráliai vastagbél-szűrési program gyakorlatát, melynek háziiorvosi vonatkozásait az előzőekben foglaltunk össze.

1. ábra A colon szűrés folyamatábrája – Ausztrália, 2006.



Hazai ajánlás a szervezett vastagbélvizsgálásra

Az Egészségügyi Minisztérium gondozásában, 2000-ben került kiadásra az onkológia területét érintő szervezett szűrővizsgálati útmutató (11), mely elméleti hátterét tekintve a WHO, a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség, a Nemzetközi Rákellenes Unió és az EU álláspontján alapult. Ennek megfelelően a szűrővizsgálat a széklet humán-specifikus rejtett vér meghatározását jelenti, melyet pozitív esetben természetesen a beteg célirányos kivizsgálása és szüksége esetén kezelése követ. Az útmutató a szervezést gyakorlatilag teljes egészében a háziiorvoshoz rendelte, akinek az egészségnevelési és a magas kockázatú betegeket gondozó tevékenysége mellett a szűrővizsgálat szervezésének oroszlánrészét és a szűrési nyilvántartás vezetését is feladatául szabta, ahogy az útmutatóból idézett 2. ábrán látható.

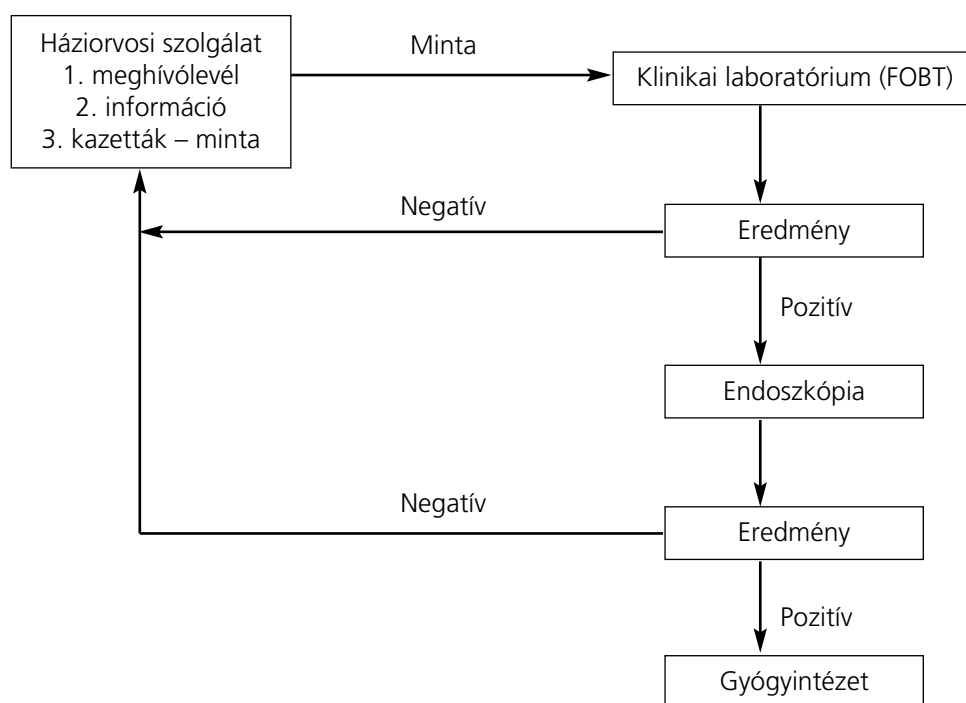
által szervezett szűrővizsgálatok támogatását jelentik. Ennek megfelelően összefoglaljuk az alábbiakban azokat a tevékenységeket, amelyek ma reálisan az alapellátás szintjén tenni lehet a cél érdekében.

A háziiorvosok

1. Vegyenek részt a szűrővizsgálat szervezésében

- legyenek tisztában a szervezett szűrés szakmai és szervezési irányelveivel, a szűrővizsgálat utáni beutalási rendszerrel, és a betegkövetésben rájuk háruló feladatokkal; építsenek ki szoros munkakapcsolatot a területi szűrési koordinátorokkal és a szűrőállomás szakszemélyzetével, működjenek együtt a szűrésre behívási „menetrend” összeállításában;
- biztosítsák a kapszulák rendelésben történő összegyűjtésének lehetőségét, és a mintákat juttassák el a kijelölt laborba;
- vegyék fel a kapcsolatot a mintagyűjtő kazetta

2. ábra Magyar vastagbélvizsgálási ajánlás – 2000.



A hivatalos magyar módszertani útmutató szakmailag a szervezett onkológiai szűrővizsgálatok tudományterületét naprakész módon tükrözi. A vastagbélvizsgálás szervezési kérdéseiben, talán érdemes lenne néhány adminisztratív feladat elvégzésének módját újragondolni a hatékonyság és költséghatékonyság szempontjából – részben az útmutató kiadása óta eltelt idő tapasztalatai alapján.

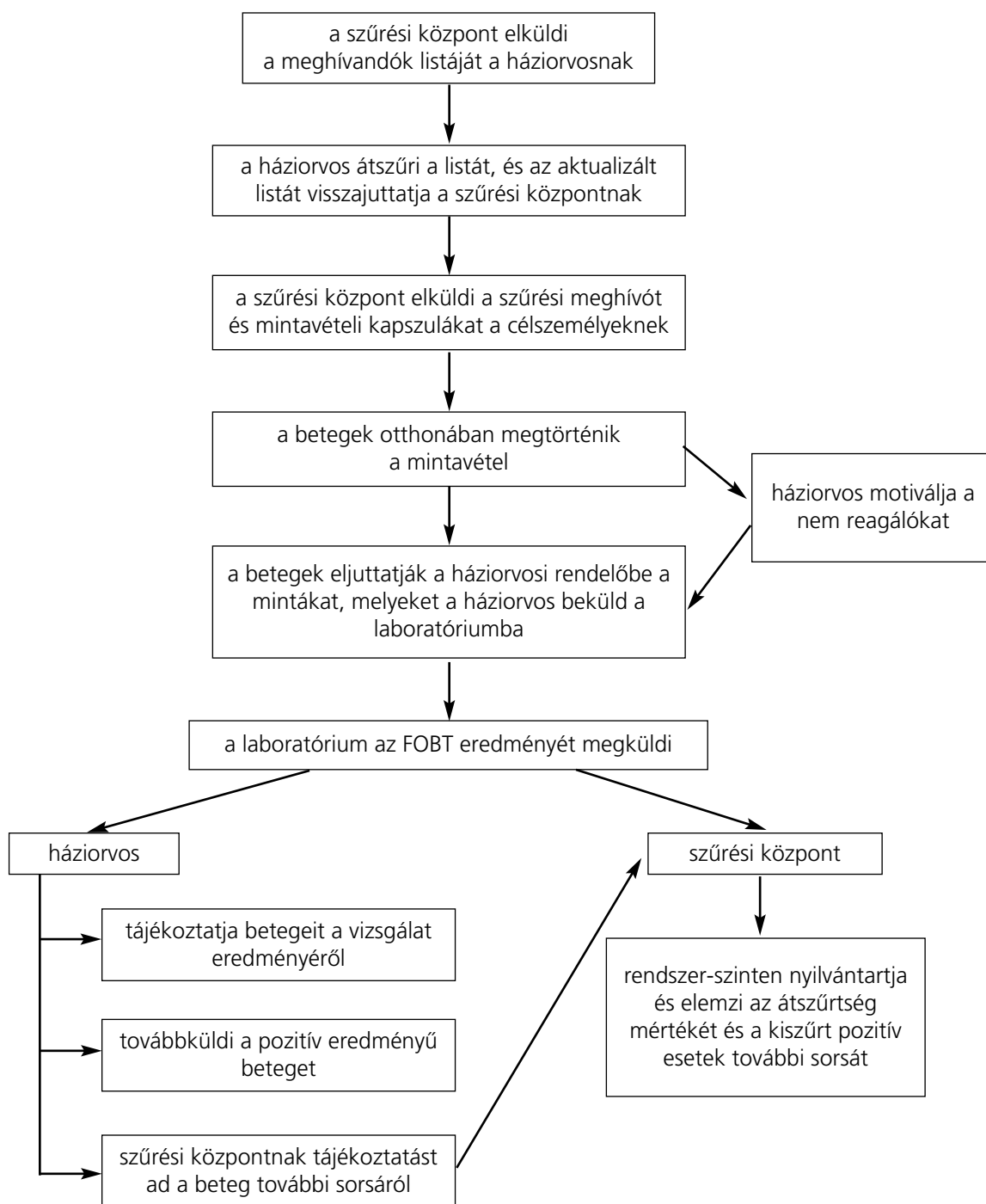
Az alapellátás javasolt feladatai a vastagbélvizsgálásban

Az alapellátás feladatai a vastagbélrák visszaszorítása terén részben általános (egészségnevelő, tájékoztató stb.) feladatokat jelentenek, részben pedig az ÁNTSZ

visszajuttatását nem teljesítőkkal, és beszéljék rá őket a részvételre és az együttműködésre;

- tájékoztassák az eredményről a vizsgálatban részt vettek;
- tanácsaikkal segítsék a szűrővizsgálaton résztvevőket és nyújtsanak számukra lelki támogatást, ha nehéz időszakok állnak elő (mint az eredményre várakozás ideje, visszahívás további tisztázó vizsgálatokra, pozitív vizsgálati eredmény közlése);
- tájékoztassák a szűrési központot a kiszűrt pozitív esetek további sorsáról;
- mindennapos orvosi munkájuk részeként a személyes és családi körelőzmények felvétele során rákérdezés-

3. ábra Javasolt colonszűrési folyamatábra



sel „szűriék ki” azokat, akik a vastagbélrák keletkezése szempontjából magas kockázatúnak minősülnek, és a lakosságszűréstől függetlenül időről-időre ellenőrzéék őket.

2. Segítsék a szűrést egészségnevelési eszközökkel

- személyes kapcsolataik felhasználásával motiválják a meghívottakat arra, hogy elfogadják az ajánlott szűrővizsgálatot;

3. Gondozzák a magas kockázatú csoportba sorolható személyeket

„A családonosoktól elvárható, hogy a személyes és családi kórelőzmények felvétele során rákérdezéssel „kiszűriék” és nyilvántartsák a vastagbélrák keletkezése szempontjából fokozottan veszélyeztetett személyeket. Fokozott kockázatot jelent:

- a hosszabb ideje fennálló colitis ulcerosa;
- a vastagbél Crohn-betegsége;

- a korábban diagnosztizált vastagbélbetegség (daganat, adenoma, polip, gyulladás);
- a vastagbél adenomatózus polipózisának családi előfordulása;
- a vastagbélrák előfordulása a közvetlen, egyenesági rokonok között (szülő, testvér, gyermek);
- egyes családi daganatos szindrómák.” (11)

Az alábbi folyamatábra szemlélteti a fent leírtakat (3. ábra):

ÖSSZEFOGLALVA

tehát, az alapellátás szerepe fontos a rosszindulatú daganatok által okozott morbiditás és mortalitás csökkentése terén. Ezek között a vastagbélvizsgálás különleges helyet foglal el abból a szempontból, hogy a házi orvos aktív részvételére épül, mind a betegek tájékoztatásában, mind pedig a vizsgálat szervezésében. Nem szabad ugyanakkor megfeledkezni arról sem, hogy a vastagbélvizsgálás plusz munkát jelent az amúgy is jelentős munkateher alatt álló alapellátási szakemberek számára. Finanszírozási oldalról tekintve az alapellátás szintjén felmerülő, a szervezett vastagbélvizsgáláshoz kapcsolódó költségek megtérítése egyértelműen szükséges, a teljesítményarányos finanszírozás bevezetése pedig további motivációt jelentene a minél magasabb átszűrtség elérése érdekében – mely utóbbi természetesen nem csak izoláltan a vastagbélvizsgálást foglalná magában.

IRODALOM

1. Health Care Systems in Transition – Germany, European Observatory 2004. – 2. EU Council Recommendation on Cancer Screening; 2003/878/EC. – 3. Health Care Systems in Transition – Denmark, European Observatory 2007. – 4. Health Care Systems in Transition – Finland, European Observatory 2002. – 5. Tong, S.; Hughes, K.; Oldenburg, B.; Del Mar, C.: Would general practitioners support a population-based colorectal cancer screening programme of faecal-occult blood testing? Internal Medicine Journal, Volume 34, Numbers 9-10, September 2004, pp. 532-538(7). – 6. NHS Bowel Cancer Screening Programme <http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/>. – 7. Result of the first round of a demonstration pilot of screening for colorectal cancer in the United Kingdom. BMJ 2004;329:133 (17 July). – 8. Pye, G., Christie, M., Chamberlain, J.O., Moss, S.M., Hardcastle, J.D.: A comparison of methods for increasing compliance within a general practitioner based screening project for colorectal cancer and the effect on practitioners workload. Journal of Epidemiology and Community Health, 1998, 42, 66-71.. – 9. B. Denis, Ph. Perrin, A-F. Cailleret, F. Guth, M. Ruetsch, P. Strentz: Colorectal cancer screening: a survey of French general practitioners. Gastroenterol. Clin. Biol. 2005;27. – 10. Guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer: A guide for general practitioners. National Health and Medical Research Council, Australia, 9/12/2005. – 11. Döbrössy L.: Szervezett szűrés az onkológiában – minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Egészségügyi Minisztérium. Budapest, 2000.

**A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM ÁOK
CSALÁDORVOS TANSZÉK ÉS RENDELŐ ÉS A
FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI OKTATÁSI CSOPORT**

**2008. OKTÓBER 13–19. KÖZÖTT
FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKORVOSOK SZÁMÁRA
KÖTELEZŐ SZINTENTARTÓ TANFOLYAMOT,
FOGLALKOZÁS ORVOSTANI SZAKORVOS JELÖLTEK SZÁMÁRA
KÖTELEZŐ SZAKVIZSGA ELŐKÉSZÍTŐ TANFOLYAMOT
TART SZEGEDEN,
melynek I. része szeptember 25–28. között Budapesten kerül
megrendezésre.**

Bővebb információ: SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő

A tanfolyamokra csak elektronikus úton lehet jelentkezni.

A Magyar Általános Orvoslás Nemzeti és Nemzetközi Színvonalának Emeléséért
Alapítvány, MAOTE Kft.