

A falu egészségügyi ellátás fogalom- és tevékenységrendszere

[Dr. Simek Ágnes]

Magyarországon van falu és van egészségügy.

A *falu* meghatározása az értelmező szótár szerint: nem zárt építkezésű csoportos település, a városnál rendszerint kisebb településforma. A történelem folyamán a falvak lakossága főként mezőgazdasággal foglalkozott.

A szinonimaként használt *község* az államigazgatásban jogi és politikai kategória.

Az *egészségügy* a társadalom azon tevékenységeinek strukturált rendszere, amely az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését és gyógyítását, krónikus betegségek esetében azok kezelését, gondozását szolgálja; az ember és ezen keresztül a társadalom szociális biztonságának része, melyben számít az egyén és a társadalom aktív közreműködésére.

De mi a falu egészségügy?

A meghatározás nehézségét mi sem bizonyítja jobban, mint hogy az UEMO is csak 2002-ben fogadta el a háziorvoslás egységes európai meghatározását (1).

A falu egészségügyi ellátással, oktatással, elkülönített intézményrendszerrel rendelkező országokban is gondot okoz ennek a fogalomnak a pontos meghatározása (2).

Az EURIPA és az IAAMRH belgrádi konferenciáján 2004-ben sok beszélgetés, vita tárgya volt a pontos megfogalmazása.

Végül az EURIPA vezetőségének nemzetközi körkérésének értékelése után a következő definíció került elfogadásra (3).

A falu egészségügy a falun élő és/vagy dolgozó emberek gyógyító-megelőző, rehabilitáló ellátását jelenti. Tevékenységi körében részt vesz a háziorvoson kívül a foglalkozás-egészségügyi szakorvos, a közegészségügyi ellátórendszer (nálunk az ÁNTSZ és a védőnő), a környezetvédelmi, környezet-egészségügyi szakemberek, az önkormányzat szociális referensei. Ezen szakemberek összehangolt, egybefogott munkájával lehet csak biztosítani, hogy a falusi embernek ugyanolyan esélye legyen egészségének megőrzésére, a gyógyulásra.

Leginkább ez a meghatározás foglalta magában ennek a szerteágazó területnek a definícióját.

Joggal vetődött fel sokszor és sokakban a kérdés: ugyanez a meghatározás érvényes lehet a városra is! Ott is a *közösségi orvoslás* felé kell haladjon a medicina, ott is fontosak a környezeti hatások, a munkahelyi egészségügy, ott is együtt kell működjenek az érintett szakemberek. Az is tény, hogy a városi emberek is szenvednek hátrányokat,

pl. a mozgáshiány, a zöldterület csökkenése, az elidegenedés miatt (4), de ezek megoldása nem az egészségügyi ellátás feladatkörébe tartoznak, azt az államigazgatás, a szociális ellátás keretein belül kell megoldják a lakóközösségek.

Akkor mégis miért más, mennyiben *egyedi* a falusi egészségügyi ellátás?

A válasz egyértelmű: a lakóhely sajátosságaiból, az ellátottak más szocio-ökológiai helyzetéből adódó eltérő egészségügyi státus és annak eltérő ellátási igénye és lehetőségei teszik szükségessé a falu egészségügyi ellátás külön kategóriába sorolását.

A falu egészségügyi ellátást jelenleg elismerten legmagasabb szinten gyakorló Ausztráliában jelentek meg olyan cikkek, melyek felhívták a figyelmet a falusi lakosság eltérő morbiditási és mortalitási mutatóira (5–6).

Mik ezek az eltérések?

Mindenekelőtt az a máshol ritkán tapasztalható jelenség, hogy a falusi ember *munkahelye* legtöbbször a lakóhelye is. A *munkahelyi ártalmak* gyakran egyben *környezeti ártalmak* is.

A speciális munkahelyi adottságok mellett további gondokat okoznak, hogy a mezőgazdaságban sok a *képzetlen munkás*. Nem az üzemenként működő gazdasági formációkban, hanem a háztáji és legfőképp a hétvégi, nyaralótelteken. Az ország lakosságának nagy része kedvtelésből vagy szükségből maga termeli meg élelmiszer-szükségleteinek kisebb-nagyobb részét. Teszi ezt úgy, hogy akár semmilyen szakmai ismerettel nem rendelkezik, csak a tapasztalat, a hagyományok vezetnek.

A II. világháború után a lakosság közel 60%-a mezőgazdasági munkából élt. A 2000-es években megjelent Statisztikai évkönyvekben már csak arról kaphatunk tájékoztatást, hogy az ország lakosságának 41%-a él községekben.

A hivatalos statisztikákban semmilyen adatot nem találtam arra, hogy ma Magyarországon hányan foglalkoznak bármilyen formában *mezőgazdasági termeléssel*, milyen arányban szenvednek balesetet a képzett és nem képzett termelők, milyen mértékben károsítják vagy védik környezetüket. Az az adat, mely szerint a lakosság 8%-a él mezőgazdaságból (7), csak a munkaerőként bejelentett létszámot jelenti.

A lakóközösségek viszonylag *kis, területileg körülzárt egységek*, ahol szinte mindenki személyesen ismeri egymást – ennek összes előnyével és hátrányával. Az önkormányzat, a *döntéshozók* is közelebb állnak a lakossághoz, jobban ismerik napi gondjaikat, valós helyzetüket, ők is a szűk lakóközösség tagjai. Kevesebb a felsőfokú végzettséggel rendelkező lakos a faluközösségben, az önkormányzatban is. *Nincs elkülönült egészségügyi szakirányítás*, a létszámában kis közösség átlagos összetétele ezt nem teszi lehetővé (8).

Sok esetben a kis létszám miatt *nincs önálló gye-rekorvos, sőt háziorvos* is csak részmunkaidőben található, és folyamatosan csak egy másik faluban elérhető.

További hátrányok a meglévő *utak* rossz állapota, mely bizonyos időjárási viszonyok között a lakóhely hosszabb-rövidebb ideig tartó teljes elzártságát okozhatja. A városi munkahelyek távolsága miatt pedig a helyi közlekedésnél jóval drágább helyközi *közlekedést* kénytelen igénybe venni a falusi lakos.

Ugyanígy sok kis településen gondot okoz az *informatikai szolgáltatások* igénybevétele: a vonalas telefon nem kiépített mindenütt, modern változatai nem elérhetőek, a mobil telefon-szolgáltatók nem mindenütt tudják a megfelelő térerőt biztosítani, a kábeltévé kiépítése gazdaságtalan, a műholdvevő az alacsony jövedelmek mellett túl drága.

A *kulturált szórakozási lehetőségek hiánya* ugyancsak jellemző a falusi településekre: nincs múzeum, színház, mozi, ezek összes járulékos szolgáltatásaival. Kevés lehetőség van irodalmi, színjátszó vagy táncsoportban részt venni, a választás lehetősége pedig eleve kizárt.

A problémakör felvetésével az elmúlt évtizedekben kezdett hivatalosan foglalkozni a WHO (9) és kereste a megoldást több nemzetközi falu-egészségügyi szervezet is, köztük az IAAMRH (10).

Bár a *falusi lét megítélését* vizsgáló felmérések (11–12), egyértelműen *negatív* eredménnyel zárultak, a falusi létforma *sok pozitív elemet* is tartalmaz:

A *természetes környezet* sok esetben biztosítja a jó levegőt, a nagyobb mozgási lehetőségeket.

A *zárt közösségek* éppen a személyes ismeretség miatt többet tudnak törődni tagjaik személyes problémáival, jobban kimutatható az egyén felé irányuló gondoskodás hivatalos és magán-területen is. Ennek előnyeire és hátrányaira hívja föl a figyelmet James Rourke, a falu-egészségügy napjainkban legnagyobb szaktekintélyének számító kanadai kolléga (13). Az orvos, az ápolónő, a védőnő is mélyebb ismeretekkel rendelkezik betegeik életkörülményeire, nagyobb a lehetőség az *egyénnel szabott gyógymódok* kialakítására, a *pszichoszomatikus betegségek felismerésére* (14).

Akkor mégis miért tarjuk szükségesnek a *faluegészségügy mint komplex ellátási forma, mint egységes tudomány* kialakítását?

Elsősorban és mindenek felett az *esélyegyenlőség* biztosítása céljából.

Az előnyök ugyanis számukban és lehetőségeikben messze elmaradnak azoktól a hátrányoktól, melyek ma a falusi lakosokat sújtják (15).

Ezek leküzdéséért sok szakember próbált lépéseket tenni az elmúlt évtizedekben (16).

Jelen korunkban *Tényi Jenő* professzornál találjuk meg a falu-egészségügyi ellátás kezdeményeit, aki a közösségi orvoslás és a kisebbségek esélyegyenlőségének elkötelezett híve volt (17–19).

Sok kolléga nem dokumentált, és adatokkal nem alátámasztott *szubjektív véleménye* volt, hogy a falusi lakosság halmozottan hátrányos helyzetű. Orvos és beteg egyaránt rosszabb eséllyel indul az élet sok területén a városi lakosokhoz viszonyítva (20).

Ezeket az évtizedek alatt felgyűlt tapasztalatokat és az eltökélt szándékot, hogy a falusi betegek és orvosok esélyeit javítsuk, próbáltuk hivatalos keretek közé foglalni a *Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság* megalakításával és működésének megkezdésével.

A két végpont közötti folyamat lépései ezek voltak:

A szakmai-tudományos együttműködés első tapasztalatait a *PHARE* által tervezett és az Országos Háziorvosi Intézet által felügyelt „*Szakmai protokoll az asthma bronchialeban és bronchitis chronicaban szenvedő betegek terápiájára*” programjában (21) szereztük.

A program célja az volt, hogy a magyar háziorvosok *konszenzus-csoportot* létrehozva, egyéb szakorvosokkal együttműködve nyugati mintájú *szakmai protokollokat* hozzanak létre (22) kialakítva ezzel a minőségbiztosítás egy fontos elemét. *Fodor Miklós*, az OHI akkori igazgatója ötletéből a program kidolgozására *vidéki háziorvosokat* kért fel.

Az elkészített asthma bronchiale-bronchitis chronica protokoll nagyszerűen sikerült, mind a Háziorvosi, mind a Pulmonológiai Szakmai Kollégium megfelelőnek tartotta a gyakorlati alkalmazásra.

A program további pozitív következménye volt a Baján megalakult Club Doctores, mely sok területen képviselte a falusi lakosság ellátásának javítását.

A programban résztvevőkön kívül több háziorvos, kórházi, szakrendelői és ÁNTSZ-ben dolgozó kolléga alapította meg a *Club Doctorest* 1995-ben azzal a hármassal, hogy

- a Phare program keretében tanulmányozott öntevékeny, probléma-alapú, kiscsoportos önképzési-továbbképzési módszert tovább alkalmazza
- az egészségügyön belül a szakmák között a kapcsolatok kialakítását és megerősítését biztosítsa
- a kollégáknak kulturált körülményeket nyújtson szabadidejük eltöltéséhez (23–24).

Munkánkat azzal kezdtük, hogy egy asztalhoz ültettük az egészségügyi ellátás 3 szintjén és az irányításban, finan-

szírozásban dolgozó kollégákat, hogy *közös szakmai protokollok* kidolgozásával tegyék lehetővé

- *legmodernebb ellátási formák* megismerését,
- a *személyi és tárgyi feltételek* meghatározásával azok jogos igénylését a fenntartótól,
- a *kompetenciaszintek* meghatározásával a háziorvos – egyéb szakorvos közt a betegút egyértelművé tételét, a párhuzamos és fölösleges ellátások megszüntetését
- a pontos betegellátási protokoll kidolgozásával a *költséghatékonyság* növelését.

A szakmai protokollokat minden esetben a szakterület egy kiváló, elismert képviselőjével alkottuk. A *SOTE* Családorvosi Tanszék négyet közülük (25) folyamatosan a *honlapján* tartott. Ezek karbantartására azóta ugyan nem került sor, de a Szakmai Kollégium megkezdte a szakmai protokollok hivatalos kiadását, melyhez szintén felhasználta az általunk készített helyi protokollokat.

A POTE Kóczé Anna professzor vezette Minőségbiztosítási Csoportjának kérésére, a Phare konszenzuscsoport tagjai állítottak össze egy 500 tesztkérdésből álló csomagot rezidensek és háziorvos szakorvosjelöltek számára.

Szintén *Phare* program keretében vehetett részt sok falusi *mentor* kolléga a felnőttoktatás metodológiáját, technikáját oktató harkányi nemzetközi *továbbképzésen* (26). Önkéntes jelentkezés alapján 10 kolléga egy iskolaévet Exeterben tölthetett, ahol a gyakorlatban tanulták ill. maguk is alkalmazhatták az *andragógia* elveit. A sok befektetett energiával kiképzett kollégák tudását az egyetemeken, orvosklubokban, konferenciákon, a Szakmai Kollégiumban hasznosítjuk.

A *ROMTENS* kezdeményezéseként létrejött *Kelet-Európai Alapellátási Együttműködés* konferenciáján Nagyszébenben 1998-ban megvitattuk a volt szocialista országok alapellátásának helyzetét, lehetőségét, az oktatás szerepét a meliorizáció területén, az *együttműködés lehetőségeit* a hasonló körülmények alapján. A *SOROS* Alapítvány kivonulásával a nagyon jó kezdeményezés sokáig folytatás nélkül maradt.

2004-ben az *IAAMRH* együttműködésével az *OALI* szervezésében folytatódott a Kelet-Közép-Európai Országok közös éves konferenciája (*RENECOP*), ahol elemzésre kerül a résztvevő Közép-Kelet Európai országok előző évi tudományos tevékenysége, megbeszéljük a következő feladatokat, az együttműködés lehetőségeit. Felméréseinkről, kezdeményezéseinkről ezen a fórumon is rendszeresen beszámolunk.

2005-ben a Nyugat- és Dél-Európai országokkal együtt megalakítottuk az *IAAMRH* *Európai szekcióját*, melyben Balogh Sándorral, az *OALI* főigazgatójával együtt *vezetőségi szinten képviseljük* a magyar falusi betegellátást.

A következő tevékenységünk a *MEDINFO* közös minőségbiztosítási-*betegirányítási* rendszerének kidolgozása volt 1998-ban Lépes Péter igazgató és Irinyi Éva programszervező irányításával. Sok területen igyekeztünk

a falusi betegek érdekeit képviselni, sok kórházi nagyvárosi kollégával tudtuk megismertetni a falusi betegek eltérő körülményeit. Sajnos a munka a *MEDINFO*-ban történt igazgató-váltás, majd a teljes átszervezés és megszűnés miatt feledésbe merült.

1998-ban került sor az *orvosok pszichés státusát* értékelő felmérésünkre a *SOTE CSOT* és a *FAKOOSZ* együttműködésével. Az anyagot konszenzus konferencián elemeztük, majd előadások készültek belőle a *MÁOTE* és a *WONCA* szekcióira.

Véleményünket, javaslatainkat OKOSAN (27) címmel először a KÖR-ben jelentettük meg. Ezután az *OALI* és a *SZAOTE CSOT* is hasonló *szomatikus* felmérést készített, mely ugyancsak az átlagosnál sokkal rosszabb eredményeket mutatott.

A felmérés nagy média-visszhangot keltett, az anyagot figyelemre-méltónak találta az Egészségügyi és Szociális Miniszter is. Kéréseink azonban, hogy a *báziorvoslás nyilváníttassék veszélyes foglalkozásnak, és hogy a báziorvosok emiatt nyugdíj-korkezdvezményt kapjanak*, azóta is függőben maradtak.

1999-ben kaptuk a Club Doctoreshez azt a megtisztelő felkérést az *OEPTől*, Nagy Béla Minőségbiztosítási Főosztály vezetőjén keresztül, hogy egy alapellátásban használandó *minőségbiztosítási kézikönyv* gyakorlati anyagát dolgozzuk ki. Az elméleti részt Dr. Zékány Zsuzsa vezetésével a Rufus Intézet és Tanácsadó Kft. végezte. Az anyag elkészült (28), azonban az ígéretekkel és tervekkel ellentétben a minőségbiztosítás azóta sem került egységesen bevezetésre az alapellátásban, és a kollégák azóta sem kapták meg a CD-re telepített kézikönyvet ingyenesen.

Pedig amíg a *minőségbiztosítás*, annak auditálása és rendszeres *karbantartása* nem történik meg a gyakorlatban is, a falusi beteg számára elérhetetlen az *egyenlő ellátás esélye*. És minél messzebb vagyunk a nagyvárosi centrumoktól térben és időben, annál valószínűtlenebb.

2000-ben végeztük el a *FAKOOSZ* és a Club Doctores által kezdeményezett és finanszírozott *"A falusi népesség egészségügyi helyzetéről és ellátásáról Magyarországon"* című felmérésünket. A falusi lakosság önértékelése alapján készült, melyben egészségi állapotát és az egészségügyi ellátását elemeztük az elérhetőségtől a rehabilitációig minden fontos, a falusi praxis működését érintő kérdésben (29).

Anyagunkat bekérte Kökény Mihály egészségügyi miniszter, és Jávor András, a Népegészségügyi Program kidolgozásáért felelős államtitkár-helyettes. Tájékoztatásként bemutattuk adatainkat a *FAKOOSZ* 2000. évi konferenciáján, a Népegészségügyi Fórum rendezvényesorozatán 2001-ben, a *IAAMRH* belgrádi vezetőségi ülésén, a *WONCA*-n és még sok más helyen.

A *FAKOOSZ*, bár 1991-ben mint a *FALUSI KÖRZETI ORVOSOK ORSZÁGOS SZÖVETSÉGE* alakult meg, *1998-tól* a falusi orvosok oktatási rendszerben történő érdeképviseletével megbízott alelnök által külön foglalkozott

a falusi betegellátás *tudományos-oktatási* kérdéseivel. Sok kollégánk mutatta be mindennapi tudományos tevékenységét éves konferenciánkon, a *MÁOTE* vándorgyűlésein és még sok más regionális vagy országos fórumon.

Az *OALI együttműködés* keretében 2002-ben a házi-orvosok fizikális státusáról, az „Egészséges Nemzetért program beavatkozási pontjai”, szakmai protokollok a leggyakoribb betegségekben, „Mi szükséges a minőségi munka biztosításához a falusi alapellátásban?”, a definitív ellátásra irányuló szakmai tevékenységek, a minőségi mutatók, a definitív ellátás és a preventív tevékenység finanszírozási lehetőségei témákról adtunk be tanulmányokat, javaslatokat. Az együttműködés azóta is szoros az Alapellátási Intézettel.

Az *OALI* támogatásával és segítségével értük el, hogy tagjaink egyre nagyobb számban vesznek részt a *MÁOTE* tudományos fórumain. 2006-ban tagjaink már önálló szekció keretében adtak számot tapasztalataikról, tudományos tevékenységükről.

Sok kolléga nyerte el a 4 egyetem meghirdetett mentor-pályázatán a megtisztelő címet és *oktatóorvosként* tevékenyen részt vesz a *medikusok*, és házi-orvosi *rezidensek* képzésében.

A *SOTE*-n lehetőség volt a falusi *báziórvoslás specifikumainak* (30) graduális, a *krízisbelyzetek* (31) és az *etikai kérdések* posztgraduális oktatására is magyar és angol nyelven. Ennek keretében lehetőség nyílt a falusi élet- és munkakörülmények sajátosságainak megismertetésére. Különösen fontosnak tartottuk ezt azért, mert sok olyan leendő kollégával ismertethettük meg a falusi háziórvoslás mibenlétét, akik nem a mi szakterületünk felé kívántak szakosodni, és sokszor csak elméletben ismerték a falusi létformát.

A *SOTE* 2x1 hetes rezidensi *curriculumba* épített falusi gyakorlatának tematikáját egy 10 fős falusi háziórvosi csoport dolgozta ki tartalmi és értékelési javaslatokkal együtt (32). A végleges curriculumot ennek alapján készítette el a tanszék.

A falusi kollégák, ha nem is ennyire kiemelten és elkülönítetten, a többi Családorvosi Tanszék munkájában, *mentorképzésben* is aktívan részt vesznek.

Megalakulása óta számos tagunk a *CSAKOSZ* aktív tagja, a vezetőségben is képviseltetjük magunkat. 2006-ban ebben a tudományos szervezetben is önálló szekció keretében mutathattuk be eddigi falun végzett kutatásainkat.

2003-ban 23 falusi háziórvos úgy érezte, hogy a tudományos munka már önálló kereteket követel és megalakítottuk a *Magyar Faluegészségügyi Tudományos Társaságot* (33).

Célkitűzéseink az Alapszabály szerint:

- Elérni és folyamatosan biztosítani a falun élő és dolgozók esélyegyenlőségét az egészségügyi ellátás minden területén, különös figyelmet fordítva a halmozottan hátrányos csoportokra.
- Megvalósítani a közösségi egészségügyi ellátás leg-

magasabb integrációs szintjét - az egészségügyi ellátásba belevonva a környezetvédelem, a foglalkozás-egészségügy, a gyermekorvosi szakellátás, a közegészségügy, a közigazgatás szakembereit, teret biztosítva bármely más szakágazatnak, mely a falusi népesség egészségügyi ellátásán javítani tud.

- Elérni, hogy a faluegészségügy – más európai és Európán túli országokhoz hasonlóan – interdiszciplináris, de önálló tudományág legyen, ennek megfelelő képvisellel és intézményrendszerrel az egyetemi és a tudományos életben.
- Folyamatos képzést, továbbképzést biztosítani a faluegészségügyi ellátást biztosító szakemberek számára.
- A *MOTESZ* a Szakmai Kollégiumok, az *EURIPA*, az *IAAMRH*, a *WONCA* és egyéb más hazai és külföldi szervezetekben a legmagasabb szinten tovább képviselni és a megfelelő ismertséget és elismertséget biztosítani a hazai faluegészségügyi ellátásnak gyakorlati és tudományos területen egyaránt.

Ennek igyekszünk évközi tevékenységünkkel és éves konferenciáinkkal eleget tenni.

A Faluegészségügyi Társaság 2004-ben Badacsonytördemecen rendezte meg első tudományos *konferenciáját* „*Faluegészségügy testközelben*” címmel (34). A konferencia a legjobb és legteljesebb alkalmat nyújtotta a faluegészségügy közszereplőinek egymás mellé ültetésére, együtt gondolkodására. A TÖOSz elnöke éppúgy jelen volt, mint a badacsonyi szőlősgazda, az *OALI* főigazgatója, és a Szakmai Kollégium elnöke mellett a helyi Családvédelmi Szolgálat vezetője és az *ÁNTSZ* prevencióos nővére, akik egyetértettek abban, hogy sok embernek sokat kell még dolgoznia ahhoz, hogy a falusi lakosságnak ugyanolyan esélye legyen az egészségre, az életre, mint nagyvárosi honfitársaiknak.

2005-ben a *Családon belüli bántalmazás* (35) volt a főtéma, különös hangsúllyal a prevencióra. A terület kiváló szakteknitelyei, Ranschburg Jenő professzor, Forrai Judit tanszéki csoportvezető mellett a Vöröskereszt, a Családsegítő Szolgálat az *ÁNTSZ* szakemberei segítettek a konszenzus-csoportoknak az összegzés kialakításában.

2006-ban a vándorgyűlésünkön azokat az *oktatásban adódó lehetőségeket* kerestük, mellyel a falusi lakosság esélyegyenlőségét javíthatjuk az egészségügyi ellátás területén (36). A szegedi Pedagógiai Főiskola rektora, az Országgyűlés Oktatási és Kulturális bizottságának tagja, helyi és az országos hírközlésben szereplő szakemberekkel vitattuk meg, mit, milyen formában, milyen intézményi keretek között lehetne a betegek tájékoztatására felhasználni. Végső célunk a betegek egészségtudatos magatartásának kialakítása, tájékoztatása a leggyakoribb népbetegségek megelőzéséről, felismeréséről, az orvoshoz fordulás indokairól, végső soron érdekeltté tételéről, saját egészségének megőrzése, gyógyulása elősegítése terén.

2007-ben a résztvevők sorát nemzetközi faluegészségügyi szakteknitelyekkel bővítettük: a román, szlovák,

moldovai, szlovén, szerb, olasz, angol, indiai, görög falu-egészségügyi szakembereken kívül olyan kiemelkedő személyiségek adtak elő konferenciánkon, mint a Nemzetközi Falu-egészségügyi Társaság elnöke, az Európai Falu-egészségügyi Társaság helyettes elnöke, az IAAMRH Európai szekciójának elnöke, vagy a WONCA – EURACT és EGPRW elnökségi tagja.

A téma a *falun belüli kisebbségek balmozottan hátrányos helyzetének kiküszöbölése* volt (37). Egyetértettünk abban, hogy ezt csak saját, önszerveződő képviselőink bevonásával lehet legkönnyebben elérni. A falusi háziorvos lehetősége és feladata is, hogy megkeresse ezeket a helyi szerveződések, és képviselőiket bevonja egészségmegőrző tevékenységébe. Így elérhető lesz hosszú távon, hogy a *nők, gyermekek, idősek, szociálisan hátrányos helyzetűek, fogyatékkal élők vagy nemzeti kisebbséghez tartozók is egyenlő eséllyel* vegyenek részt az egészségügyi ellátásban.

Nemzetközi tudományos együttműködést sikerült kialakítanunk legújabb felmérésünkkel. A *„Népi gyógymódok hatása az alapellátásban”* című felmérésünkben az EURIPA több tagszervezete és részt vett. Eredményeink összehasonlító értékelését a WONCA-Europe Firenzei kongresszusán mutattuk be. Saját felmérésünk első eredményeiről a MÁOTE Balatonalmádiban és az IAAMRH Kinugawán szervezett 2005. évi kongresszusán számoltunk be. Őszinte örömünkre szolgált, hogy előadásunk hatására tervezte a Japán és a Maharashtrai Falu-egészségügyi Szövetség hasonló felmérés elvégzését, hogy az urbanizáció következtében egyre inkább háttérbe szoruló hagyományos, népi gyógymódokat felmérjék, és nemzeti értéként megőrizték.

A Falu-egészségügyi Társaság felvételét kérte a *MOTESZ* és nagy szavazat-többséggel a tagságot meg is kapta. Felvételünk óta több minisztériumi vitaanyaghoz, törvénytervezethez küldtük el javaslatunkat. Örömmel fogadjuk, ha a *döntés előkészítési folyamatában* mondhatjuk el véleményünket és azok már a készülő anyagba beleépülnek.

A 2005. év során lehetőséget kaptunk, hogy Társaságunk szervezze meg a *MOTESZ tavaszi interdiszciplináris fórumát*, melyen „Túlélni, de hogyan?” (38) címmel a sürgősségi ellátás szakmai, etikai és pénzügyi problémáit vitattuk meg Takács Zoltán, az OMSZ, Kiss Jenő, az OEP főigazgatójának, Zámolyi Károly kardiológus professzor és számos más hazai szaktekintély segítségével.

Megtisztelőnek tartjuk, hogy 2005. évtől az egészségügyi miniszter felkérésére és hozzájárulásával, és a tagok csaknem maradéktalan egyetértésével a *Háziorvosi Szakmai Kollégiumon* belül megalakíthattuk a *Falu-egészségügyi Szakcsoportot*.

Legfőbb feladatunknak azt tartjuk, hogy a szakmai anyagok mindegyikébe kerüljön be a falusi specifikum, és esélyegyenlőséget biztosítsunk az ellátás minden területén a falun élőknek.

Sok egyéb szakmai anyag mellett a háziorvosi tevékenységi listához már ennek szellemében adtuk javaslatunkat: célunk minden esetben a falusi orvosok, betegek érdekeinek védelme volt, az ellátás kivitelezhetőségének és elérhetőségének biztosítása.

Szinte megalakulásától képviseljük a falusi betegellátást az *„Együttműködés a Magyar Falu Egészségéért”* alapítvány kuratóriumában (39), mely szintén több *tudományos fórumot* szervezett közreműködésünkkel a roma kisebbség egészségügyi ellátásának javításáról, az alapellátás szociális problémáiról. A kistérségek, kisebbségek egészségügyi ellátásával foglalkozó tudományos *pályázatok* megírásának tartalmi munkájában is részt vettünk, melyek közül több nyertes lett, anyagi háttérrel biztosítva a tudományos fórumok megszervezéséhez.

Az addig végzett tudományos tevékenységünk elismeréseként kérte fel Tényi professzor mint az *IAAMRH* akkori elnöke még a FAKOOSZ-t, hogy vegyen részt a 2000. évi Pécsen tartandó *kongresszus előkészítésében*. A megtisztelő feladatra a szervezet tudományos kérdésekkel foglalkozó alelnökeként jelölt a FAKOOSZ. A kongresszuson a közgyűlés a képviselőt beválasztotta a nemzetközi szervezet *irányító testületébe*.

Feladataink innen *nemzetközivé* bővültek. Részt vettünk az indiai, az olasz, a koreai, majd a japán falu-egészségügyi kongresszus *előkészítésében, szekcióvezetőként* és előadóként a lebonyolításában.

Olyan nagy horderejű nemzeti és nemzetközi kérdésben irányíthattuk a vitát, és alakíthattunk ki konszenzust, mint pl. a nemek által befolyásolt szelektív abortusz, a falu-egészségügyi ismeretek oktatásának lehetőségei a medikusoktatásban, a betegek aktív részvételének kialakítása az egészségügyi ellátás során, európai egységes sürgősségi betegellátási protokoll kialakítása. *Előadásaink* a falu-egészségügy különböző területeit ölelték fel – alapellátás-kórház együttműködése, költséghatékonyság, esélyegyenlőség, - akár plenáris ülésen, akár szekciókban hangzottak el.

Cseretanulmányút keretében vizsgálhattuk az indiai egészségügyi ellátási és oktatási rendszert Loniban, Maharashtra állam egy kis falujában, Punában, Ahmednagarban, Bombayban. Lehetőség volt mindkét részről a fogadó ország egészségügyi rendszerének, közegészségügyi ellátásának, egészségügyi finanszírozásának, orvosképzésének, a továbbképzés formáinak és tudományos munkájának megismerésére. Sok hasznos, a mindennapi emberekhez közeli megoldással találkoztunk, melyet igyekszünk felhasználni itthoni gyakorlatunkban. Az út során előadásokat tarthattunk orvosklubokban, a Pravara Medical University-n, ill. az Indiai Falu-egészségügyi Társaság éves kongresszusán 2002-ben.

Indiai kollégáink az alapellátás és a közegészségügyi ellátás területéről szerzett széleskörű ismeretekkel térhettek haza fél évvel későbbi tanulmányútjukról Magyarországról.

Jelenleg közös *bipertónia* felmérésünk programját dolgozzuk ki vizsgáló a *szociális háttér* befolyását a nálunk népbetegségnek számító, Indiában vészesen emelkedő betegségre (40).

A IAAMRH körein belül vettünk részt a Bari, a Belgrádi és a Lodi Mediterrán Faluégészségügyi Konferencia megszervezésében, tudományos programjának kialakításában. Lehetőségünk volt közös előadásra a spanyol és walesi kollégával a Faluégészségügy feladata és lehetőségei címmel, beszámolhattunk a magyar egészségügy átalakulásáról az elmúlt 15 évben, bemutathattuk a falusi ellátás oktatásának lehetőségeit az egészségügyi felsőoktatási rendszerünkben. Beszámoltunk a munkahely miatti migráció egészségügyi következményeiről a falusi lakosság körében. A konferenciákon szekcióvezetőként is moderáltuk az oktatás-továbbképzésével és a házi orvos – foglalkozás-egészségügyi szakorvos együttműködésével foglalkozó munkacsoport tevékenységét.

A 2004-ben újjászerveződött IAAMRH Európai Szekció elnökségi tagjaként Hans Hannich professzor meghívására a következő generáció számára nyújtottunk ismereteket a magyar falusi betegellátásról. A Vasco da Gama program keretében Greifswaldban diákok által szervezett 3 napos konferencián nagy érdeklődést váltott ki, hogy intézményes faluégészségügyi ellátás hiányában milyen társadalmi összefogással sikerül a falusi lét hátrányait kiküszöbölni az egészségügyi ellátás területén.

Az EURIPA működésében alelnökként képviseli társaságunk a magyar faluégészségügyi ellátást. Az alapvetően falusi házi orvosi érdekeket képviselő európai szervezet feladatának tekinti az egységes európai házi orvosi ellátási rendszer kialakítását, a házi orvosok munka- és életkörülményeinek javítását, a falusi házi orvosok tevékenységének bemutatását tudományos fórumokon.

Közös nemzetközi felmérésekben vehettünk részt a falusi lét hátrányainak (41) meghatározása és a falusi munkahelyi balesetek elkerülésének lehetőségei (42) területén.

2000-ben készült a *Rural Health Intelligence Europe Survey*, mely megállapította, hogy a falusi betegellátás sok hátrányt kell leküzdjön, kezdve azzal, hogy már a „falusi” kifejezés minden európai országban –, ha különböző mértékben is –, pejoratív.

2008-ban elsőként a Közép- és Kelet-Európai Régióból Budapest látta vendégül az EURIPA elnökségi ülés résztvevőit.

Az EURIPA tudományos kapcsolatain keresztül jutottunk el a WONCA konferenciákra, ahol a falusi ellátás nehézségeiről, az oktatás, az önképzés lehetőségeiről tartottunk előadást, felkért hozzászólóként a hazai falusi alapellátás helyzetéről számoltunk be. James Rourke a WONCA-Rural elnökével Kinugawan megszövegezett egyezmény értelmében 2006-ban Firenzében az EURIPA külön szekcióban számolhatott be a falusi ellátás helyzetéről, 2007-ben Párizsban pedig magyar vezetéssel zajlott

az a szekció, ahol a betegek jogairól, ellátásukban történő aktív részvételükről készült állásfoglalás.

Néhány kollégánk tagja a WONCA keretein belül működő EURACT nevű európai oktató orvosokat tömörítő szervezetnek, illetve részt vesznek az EGPRN tudományos fórumain, vagy szervezésében is, mint pl. a 2008. évi budapesti fórum rendezőiként.

Az eddig felsorolt szerteágazó tevékenység egységes rendszerbe foglalása, eddig elért eredményeink bemutatása és a további célok kitűzése adta meg az alapot, hogy ezt a beszámolót megírjam.

Az elvégzett felmérések, oktató-kutató tevékenységem, napi praktizáló működésem eredményeit a végső cél, a *faluégészségügyi kultúra* kialakítása szemszögéből igyekeztem rendezni. Ennek megfelelően, egy működő falusi praxis kialakítása és fenntartása szempontjából összegeztem az eredményeket, és ebben a struktúrában kívánom bemutatni. Úgy, ahogy azt egy mindennapi munkáját végző falusi házi orvos észleli és értékeli.

Az irodalmi anyag felhasználásánál a következő elv vezérelt: mivel a nagyon sok esélyegyenlőséggel foglalkozó magyar cikk körében alig-alig van a falusi lét hátrányaival célzottan foglalkozó, igyekeztem a „falusi” nézőpontból megközelíteni és felhasználni a forrásokat. A külföldi irodalomban szerettem volna kifejezésre juttatni azt a szerteágazó ismeretanyagot, mely témájában és nemzetiségében kifejezi azt a széles kört, melyet nemzetközi szervezetekben betöltött funkcióim és kapcsolataim révén kénytelen vagyok felölelni, és amely kifejezi csodálatomat és elismerésemet a sok országban működő vagy éppen kialakuló faluégészségügyi ellátás iránt. Egyben igyekeztem olyan írásokat kiválogatni a könyvtárnyi külföldi irodalomból, melyek az itthoni problémákhoz hasonló eseteket tárnak fel és vitatnak meg, illetve a faluégészségügy, mint szakterület kiváló és nemzetközileg elismert szakembereinek munkásságát tükrözik.

Noha a falusi egészségügyi ellátásról, a falusi lakosok egészségi állapotáról igyekeztünk objektív adatokat nyerni, még nagyon messze vagyunk attól, hogy a faluégészségügyet egyáltalán, mint önálló tudományágat, mint létformát elfogadtassuk, és ennek megfelelően kialakítsuk oktatási és intézményrendszerét. De az apró részletek már kezdenek formát ölni, és remélhetőleg a következő generáció számára már elfogadottá tesszük, hogy van falu, annak összes hátrányával és előnyével, specifikumaival és ennek megfelelő specifikus egészségügyi ellátási igényeivel, a faluégészségügyi ellátással.

Összefoglalás

A faluégészségügyi ellátás Magyarországon annak ellenére kezd szakmailag és szerkezetileg formát ölni, hogy társadalmilag sem a falu, sem annak specifikumai nem tudományosan meghatározottak.

Intézményrendszere Magyarországon kialakulatlan, bár csirái fellelhetők az Orvostudományi Egyetemeken. Úgy véljük, a *Falu-egészségügyi Társaság* kapcsolatai a magyar és külföldi tudományos és szakmai szervezetekkel, eddigi tudományos, összegző és integráló tevékenysége megte-remtheti azt az oktatási, tudományos, szervezeti *intézményrendszert*, mely lehetővé teszi speciálisan a falu-egészségügyi ellátásra kiképzett *szakemberek* oktatását, továbbképzését, munkájuk irányítását.

Csak megfelelő szakembergárdával, kialakított intéz-ményrendszerrel, a közösségi orvoslás kialakításával és alkalmazásával érhető el, hogy a falusi ember számára - lakóhelyéből adódó objektív földrajzi és szociális hátrányai ellenére - biztosítsuk az esélyegyenlőséget az egészségügyi ellátás területén.

VIII. Irodalomjegyzék

III. Bevezetés – célkitűzések:

1. Hajnal F, Balogh S. (2002) A családorvoslás európai önmeghatározása. Beszámoló az UEMO 2002. tavaszi értekezletéről Giardini Naxos , Olaszország, május 10-11. *Medicus Universalis*, 35(3): 129-131.
2. Stresser R. (1995) Rural General Practic: Is it a distinct discipline? *Aust. Fam. Physician* 24: 5.
3. WONCA-Europe, Kos, 2006. EURIPA-Session: Definition of Rural Health
4. Kavanagh AM, Goller JL, King T, Jolley D, Crawford D, Turrell G. (2005) Urban area disadvantage and physical activity: a multilevel study in Melbourne, Australia, *J Epidemiol Community Health*; 59(11):934-40.
5. Turrell G, Kavanagh A, Draper G, Subramanian SV. (2007) Do places affect the probability of death in Australia? A multilevel study of area-level disadvantage, individual-level socioeconomic position and all-cause mortality, 1998-2000. *J Epidemiol Community Health*, 61(1):13-9.
6. Turrell G, Mathers C. (2001) Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. *Int. J. Epidemiol*, 30(2):231-9.
7. Demográfiai évkönyv 2000 KSH, Budapest, 2001.
8. Gabhainn SN, Murphy AW, Kelleher C.(2001) A national general practice census: characteristics of rural general practices. *Fam Pract*, 18 (6):622-6.
9. Promotion of sustainable rural Health in the European Region Report on a WHO meeting Bilthoven, Netherlands 5 April 2000
10. Symposium on European Rural Health: Assessment of the Health Care and Health Status in Rural Area Organized by International Association of Agricultural Medicine and Rural Health Belgrade 2001. September 3-6.
11. EURIPA: Rural Health Intelligence Europe Survey 2000.
12. Gyórfi I. Területi különbségek az egészségügyben: felmérés [elektr.dok] [2003. 03. 09.] <http://weborvos.hu>
13. Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. *Can Fam Physician*, 1993 39:2557-64. Comment in: *Can. Fam. Physician*, 1994 40:430.

14. Gabhainn SN, Murphy AW, Kelleher C.(2001) A national general practice census: characteristics of rural general practices. *Fam. Pract.*, 18(6): 622-6.
15. Furler J, Harris E, Powell-Davies G, Harris M, Traynor V, Rose V, Nacarella L, Young D (2002) Visions of general practice have a role in and the capacity to tackle health inequalities? *Aust. Fam. Physician*, 31(7):681-3.
16. Simek Á.(2001) Falusi egészségügyi ellátás helyzete Magyarországon. *Medicus Universalis* 34 (2): 85-87.
17. Tényi J.(2000) Aktuális kérdések a közösségi orvoslás fogalmáról és értelmezéséről, *Egészségnevelés*, 41(3): 99-103.
18. Kit, mit, hogyan? Konferencia az egészségfejlesztésről a kistérségek és a kisebbségek szempontjából 2003. szept. 26-27. szerk. Tényi J.
19. Tényi J.(1998) Importance of General practitioners in Community Medicine, *IAAMRH Journal*, 22 (1): 28-32.
20. Simek Á.(2001) A falusi egészségügyi ellátás helyzete Magyarországon : Az EURIPA felkérésére megírt beszámoló, elhangzott a WONCA EURIPA II. szekciójában, Bécs, 2000. *Medicus Universalis*, 34 (2): 85-87.
21. Phare HU 9302-02-03 számú project, záró-dokumentum Budapest, 1996.
22. Simek Á. (1996) Gondolatok a csoportpraxis kialakításával kapcsolatban. *Háziorvosi Szemle* 3 (1): 32-34.
23. Club Doctores Alapító-okirat Baja, 1996.
24. Club Doctores Programterv Baja, 1996.
25. Szakmai protokollok: Gerontológia, Fájdalomcsillapítás, Enteritis, Asthma bronchiale, www.csot.sote.hu
26. Phare Mentorprogram Harkány, 1997.
27. OKOSAN – felmérés és javaslatok a háziorvosok pszichés státusáról Összeáll.:Gombay Csongor Bánokszentgyörgy, 1998.
28. Minőség-biztosítási Kézikönyv Club Doctores (kézirat) Baja, 2000.
29. Felmérés a falusi népesség egészségügyi helyzetéről és ellátásáról FAKOOSZ (kézirat) Bánokszentgyörgy, 1999-2000.
30. Simek Ágnes: A falusi háziorvoslás specifikumai. Tantermi előadás angol nyelvű hallgatók számára (kézirat) Budapest, 2001.
31. Krízishelyzetek a háziorvoslásban, A háziorvoslás etikai problémái, Speciálkollégiumi előadások (kézirat) Budapest, 1998.
32. Curriculum háziorvosi residensek falusi gyakorlatáról SOTE-ÁOK Családorvosi Tanszék Budapest, 1999.
33. A Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság Alapító okirata, Badacsonytördemic, 2003.
34. A Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság I. Konferenciája, Badacsonytördemic, 2004.
35. A Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság II. Konferenciája, Ráckeve, 2005.
36. A Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság III. Konferenciája, Mórahalom, 2006.
37. A Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság IV. Konferenciája, Horvátzsidány, 2007.
38. „Túlélni, de hogyan?” MOTESZ interdiszciplináris fórum a sürgősségi betegellátás helyzetéről Budapest 2005. április 1.
39. „Együttműködés a Magyar Falu Egészségéért” Alapítvány alapító okirata Pécs, 1998.
40. Ashok Patil: A hipertóniás megbetegedések szociális háttere, tesztlap és szerződéstervezet Budapest, 2004.
41. EURIPA: Rural Health Intelligence Europe Survey Gregynog, 2000.
42. EURIPA: FFARM Cardiff, 2000.

A XLII évf. 1. számban megjelent KVÍZ megfejtései:

1c, 2b, 3b, 4a, 5c, 6a, 7c, 8c, 9b, 10c.

1. **Mikor kell az inszomnia kezelésére gondolni?**
 - a) az álmatlanság a hét több mint 2 napján jelentkezik
 - b) az álmatlanság a hét több mint 4 napján jelentkezik
 - c) jelentős minőségi zavart okoz a nappali tevékenységben
 2. **Mi az ébredési inszomnia?**
 - a) az alvást legalább három tudatosult ébredés szakítja meg
 - b) az ébredés a megszokottnál legalább egy órával korábban jelentkezik
 - c) az ébredés a megszokottnál legalább egy órával később jelentkezik
 3. **Melyik típusú az inszomnia leggyakoribb formája?**
 - a) az elalvási inszomnia
 - b) az ébredési inszomnia
 - c) az átalvási inszomnia
 4. **Melyik altató rendelkezik rövid felezési idővel?**
 - a) nitrazepam
 - b) cinolazepam
 - c) zopiclon
 5. **Melyik altató nem okoz nappali szedációt?**
 - a) zolpidem
 - b) nitrazepam
 - c) midazolam
 6. **Az alsóvégtagi érszűkület melyik stádiumában jelentkezik a claudicatio intermittens?**
 - a) az első stádiumban
 - b) a második stádiumban
 - c) a harmadik stádiumban
 7. **Milyen gyakori az alsóvégtagi érszűkület a magyar lakosság körében?**
 - a) 1%
 - b) 3%
 - c) 5%
 8. **Milyen boka-kar index értéknél beszélünk Fontaine I stádiumú érszűkületről?**
 - a) 0,9-1
 - b) 1
 - c) 2
 9. **Mi a szöveti ischaemia szempontjából kritikus perfúziós nyomás?**
 - a) 60 Hgmm
 - b) 50 Hgmm
 - c) 40 Hgmm
 10. **0,9 értékű boka-kar indexnél az infarktus és a stroke előfordulási esélyének növekedése:**
 - a) 1-2-szeres
 - b) 2-3-szoros
 - c) 4-5-szörös
-