

Válasz Prof Dr. Kempler Péter professzor úr

hivatalos bírálatára

Köszönöm professzor úr körültekintő, számomra minden tekintetben hasznos bírálatát. Az értekezés empatis és nagyvonalú értékelése fontos nekem és a jövőben végzett munkámhoz biztatást és támogatást nyújt.

Bírálata, első szakaszának végén jogosan említi a CORPRAX rövidítés teljes név kiírását. Nehéz helyzetbe hozott ezzel, mert emlékezve a megnevezés idejére, ez nem egy rövidített mozaik szóként keletkezett, hanem egy fantázia név volt. A COR a szívre, a PRAX a háziorvosi praxisra utal. A CORPRAX közel két és félszáz háziorvos 43 ezer páciensének kardiovaszkuláris betegségeire vonatkozó paramétereit vizsgálta.

Önmagában is biztató és megtisztelő számomra, hogy professzor úr szakmai életpályáját, így kapcsolja össze az értekezéssel: " Ugyanarról a 40 évről szól az értekezés, melyet magam is mindvégig a magyar egészségügyi rendszerben dolgoztam végig, nem is elszakadva a háziorvosok munkájától, hiszen az általam ellátott fekvő, ill. ambuláns betegek többsége háziorvosi beutalóval érkezett, ill. érkezik napjainkban is a klinikára".

Különösen köszönetre érdemes az opponensi vélemény további bekezdéseiben, az első és második oldalon, az értekezéséből az összefoglaló, a logikusan levelezett és összekapcsolt kiemelések, melyek önmagukban is kerek egészként foglalják össze a fő mondanivalót.

A felvetett kérdéseket és észrevételeket, alábbiakban válaszolom meg, a sorrendnek megfelelően:

A 2. oldal 4. bekezdésben említett: „ A regionális egészségfelméréshez (3.1. fejezet) csatlakozó 14., 15. és 16. ábra esetében nem világos, hogy mi látható a függőleges tengelyen, az ábráknak önmagukban, a szövegkörnyezet nélkül is illik teljes mértékben informatívnak lenniük. A 18. ábra, mely hazánk 7 régiójának születéskor várható élettartamát mutatja be, az értekezés egyik legértékesebb része, itt sem világos ugyanakkor, pontosan mit ábrázol a függőleges tengely.” mondatokat együttesen válaszolom meg.

A nyomdai szerkesztés miatt az ábrákról több helyen a jogosan észrevételezett jelzések lemaradtak. A 14. és 15. ábrák y tengelyei % eloszlást mutatják, a 16. ábra y tengelye pontátlagokat mutat, a válaszadók 1-5 pont között választott pontjainak átlagát, a 18. ábra bal és jobb oldali y tengelye az éveket reprezentálják, a baloldalon a megnyert élet éveket, a jobb oldalon a születéskor várható életkort.

A 2. oldal 6. bekezdésben az A, B, C, D, E betűjelek szintén jogos magyarázatkérese:

Az ábra több információt tartalmaz, ami nem lényeges, ma már nekem is gondolkodnom kellett ezen, mit takart az öt betű. Elhagyható lett volna. Az A, B, C, D, E az akkori OEP-pel, 5

jogviszonyban szerződött háziiorvosi kategóriát jelentette, akikkel az OEP finanszírozási szerződést kötött. A= alkalmazotti kör, B= vállalkozói kör, C= üzemorvos, aki háziiorvosi szolgáltatást is folytat, D= önkormányzattól független háziorvos, E= Szakvizsga nélküli háziorvos

Az Irodalomjegyzékben a 60. számú irodalomnak az alábbiaként kellett volna szerepelnie:

Metabolizmus; 2010. január, VIII. évf. Supplementum 10-x

A feltett kérdésekre adott válaszok:

- 1. Mivel magyarázható, hogy a praxisanalízis tapasztalatai szerint (1. táblázat) a diabetes mellitus, ill. a hypertonia nagyon kis arányban szerepelt diagnózisként? Szerepe lehet-e ennek abban, hogy a 2-es típusú diabetes mellitust a felfedezést követő periódusban a betegek és sok orvos is enyhe betegségnek tartják?*

Válasz: A válasz részben a kérdés második felében feltett kérdésben helyesen megválaszolva benne van. Ugyanakkor a II. körzet átlagéletkora, egy fiatalok lakta lakótelepen, 40 év körüli volt, ami miatt a cukorbetegség előfordulása kevésbé gyakran fordult elő. Továbbá, tekintettel arra, hogy az ismert cukorbeteg és magas vérnyomásos betegek részben az idősebb korosztályba tartoztak, ahol táppénz igény már nem merült fel, értelemszerűen a diabétesz miatti táppénzesek száma igen alacsony volt. Emellett a panaszmentesség, ami nem jelentett keresőképtelenséget a körzeti orvosi munka eredményének is tekinthető. Mindezekon túl, a morbiditási adatok a rendelőt felkeresők betegségeivel, panaszival összefüggők voltak. Fizikai munkás lakosság miatt mozgásszervi panasszal, a fiatal korosztály miatt légúti tünetekkel látogatták meg a háziorvost. Ezek aránya felülreprezentálta a morbiditási diagnózisokat, más körzetekhez képest.

- 2. Hogyan magyarázható a Dél-Alföldön nők körében végzett egészségfelmérés során a keringési betegségek 40 éves életkort megelőzően észlelt magasabb előfordulása? Szerepe lehetett-e ebben a dohányzásnak, ill. a nők gyakoribb munkavállalásának?*

Válasz: Egyértelmű választ a vizsgálat alapján nem tudok adni. A dohányzás mindenképpen kiemelhető, mint rizikó. A vizsgálati adatok egy későbbi elemzése, a vidék szociokulturális, gazdasági, infrastruktúrális elmaradottsága miatt a nők életkörülményei kedvezőtlenebbnek mutatkoztak és a betegségek korábbi életkorban jelentkeztek a vizsgáltak körében. Minden bizonnyal, hogy a vidéki lakosság alacsonyabb iskolai végzettsége és az ebből adódó elsősorban fizikai munkavégzés szerepe is okként megjelölhető.

- 3. A háziorvosok számára előírt fokozódó adminisztrációs teher befolyásolhatja-e a betegek tényleges ellátására fordított időt?*

Válasz: Kijelenthető, hogy igen. Ugyanakkor az adminisztrációs terhek a technikai, informatikai fejlődés tekintetében, az újat kevésbé befogadni tudó idősödő háziorvos karnak csak részben hozott könnyebbséget. A nem ritkán szakmai alapokat nélkülöző, elsősorban finansziális és szerkezeti okok miatti túladminisztráció többletmunkát jelentett, a korábbi a papír alapú dokumentációhoz képest. A növekvő adminisztráció a finanszírozás, az egészségügyi költségvetési keretek megtartása miatt is több és bonyolultabb lett. Egy háziorvosi praxis egy orvostól és egy nővértől áll. Az adminisztráció két embert terhel, akik emellett 2-3 ezer lakost/beteget is ellátnak.

*4. Nem világos az EVP időbeli lezajlása. A programot 2010-ben értékelték, időtartama 10 év volt. Ezek szerint már 2000-ben megkezdődött?*

Válasz: Az EVP futamidejét 10 évre tervezték meg. 2009 első félévében 10 praxist készítettek fel és bővítették ismereteiket a projekthez. A második félévben egy alapállapot felmérés történt, majd 2010 első hat hónapjában az intervenciós betegellátás. Az első eredményeket, 1221 páciens adatai képezték, a feldolgozásában és a prezentációban vett részt az OALI. 2012-től az intézet minden elképzelhető kapacitását a Svájci modell kötötte le, egészen 2015 április elsejéig amikor felszámolásra került. Az EVP-vel későbbi kapcsolatunk nem volt.

*5. Reálisnak tartja-e azt a megállapítást, hogy a telefonos interjú vizsgálat kapcsán a háziorvosok inkább a kardiovaszkuláris prevenció ajánlásban megfogalmazott rizikó becslés szerinti célértékeket követték, a laboratóriumi leletben találhatóak helyett? Szerepet kaphatott-e a válaszokban bizonyos megfelelési attitűd?*

Válasz: A telefonos interjút orvostanhallgatók végezték, egy olyan több, mint ezres háziorvos listából kiválasztottaknál, akik az OALI- val valamilyen kapcsolatban álltak. Ez mindenképpen azt jelentette, hogy a felmérés informált és motivált háziorvos körben történt. A felmérésnek a célja elsősorban az volt, hogy mennyire ismerik és milyen információjuk van a háziorvosoknak a kardiovaszkuláris ajánlásokról, a Framinghamtól az Euro score-ig. Ezzel készítettünk elő, egy összefoglaló füzet elkészítését és kiadását, mely valamennyi háziorvoshoz eljutott. A jó kérdés felvetésére válaszolva, akár kétszeres megfelelési attitűdje is lehetett a válaszadóknak, de az előbb leírtakat is figyelembe kell venni, mert ez egy valós többlettudást is jelentett és a napi rutinban is megmutatkozott. Úgy vélem a dolgot gondolatmenetének egy kicsi állomása volt a telefonos interjú, ami a születéskor várható élettartam növekedését és a háziorvosi munka eredményességét növelte.

*6. Az öregedő háziorvos társadalommal is foglalkozó 3.2.3. fejezetben nem világos, hogy a rezidensi helyek esetében mit jelent az egyéb háziorvosi rendszerbelépési lehetőségek optimalizálása.*

Válasz: A háziorvosi rendszerben, az induláskor, az 1990 előtti szakképzési adatok megváltoztatása, a szakmai színvonal emelése kiemelt cél volt. Emiatt 1993-tól 60, állami finanszírozású háziorvosi rezidensi státusz létesült. Ennek bonyolítása az Országos Háziorvosi Intézet feladatát képezte. 1998-tól a feladatot az egyetemek kapták, majd a kétéves un.

licenc vizsgáig tartó státusz, három évre, a szakvizsga megszerzéséig, bővült. 2000-től az OALI a licenc vizsgákról több mint 10 évig nyilvántartást vezetett. OEP adatokkal összevetve a licenc vizsgázottak alig 60%-a dolgozott a későbbiekben önálló háziiorvosként. 2000-ben az elfogadott Praxisjog törvény tovább nehezítette a fiatalok pályára kerülését és ez az arány máig megmaradt. A háziiorvos kar elöregedett, a fiatalok nem jöttek a pályára, ma a 60 felett dolgozók aránya közelíti a 2/3-ot. Az egyetemi szakképzés és a háziiorvosi rendszerbe belépés folyamata megszakadt, nem volt és jelenleg sincs kontinuitás. Ehhez volt szükség a praxis programokra. A programok 2006-tól indultak, melyek a képzést és a váltást anyagilag támogatták. Ezek csak a folyamat lassítását érték el.

*7. Megoldhatónak látja-e hazánkban a háziiorvosok munkaidőben történő továbbképzését az Európai Családorvos/Általános Orvos Unió ajánlásának megfelelően?*

Válasz: Az Európai Unió szabályai szerint az egészségügy az adott ország belügye, az Uniójé csak a munkaerő szabad vándorlásának biztosítása. Az UEMO a DG Sancon keresztül az Európai Bizottsághoz közvetetten kapcsolódó NGO, több mint harminc országot és félmillió háziorvost képvisel. Az országoként eltérő háziiorvosi kompetenciák és struktúrák vannak, eltérő adottságokkal és anyagi kondíciókkal. A keleti - nyugati és északi - déli különbségek mellett, a volt szocialista országok lakossági igényei is egészségtudatossága nagymértékben különbözik a többi európai országtól. A nyugati országok napi háziiorvosi betegellátása 15-20 betegszámú. A magyar covid időszak előtti napi betegszám ennek a 3-5 szerese.

Az UEMO számos tagország problémájával is foglalkozik. A Családorvos Unió állásfoglalásokat, bulletinteket ad közre, ezzel segítve az európai országok háziiorvosainak munkáját. Ezek közül egy a munkaidőben történő továbbképzés lehetősége volt. Minden ilyen kérdés a részleteiben érdekes. Saját véleményem szerint, nem bánám, ha ehhez a kérdéshez elérnénk és az előtte állókat már megoldottuk volna.

Még egyszer köszönöm professzor úr észrevételeit és igen hasznos lényeglátó kérdéseit. Bízom benne, hogy válaszaim a jogos észrevételeket megmagyarázták és a hiányosságokat pótolták.

Kérem válaszaim elfogadását.

Dr. Balogh Sándor