

Opponensi vélemény dr. Balogh Sándor „A körzeti-, család-, háziiorvosi tevékenység átalakulása, az elmúlt négy évtized tevékenységének új szempontok szerinti összehasonlító elemzése” c. MTA doktori értekezéséről

Dr. Balogh Sándor „A körzeti-, család-, háziiorvosi tevékenység átalakulása, az elmúlt négy évtized tevékenységének új szempontok szerinti összehasonlító elemzése” c. MTA doktori értekezése 93 szöveges oldalt, 15 táblázatot és 35 ábrát tartalmaz. Az értekezést könnyen áttekinthetővé teszi, hogy az egyes fejezeteket rövid összefoglaló részek zárják le, továbbá az értekezés alapját képező saját közlemények felsorolása is az egyes fejezetek szerinti beosztást követi. Gördülékeny, olvasmányos stílusban megírt munkát tart a kezében az olvasó. Néhány esetben egyes szavak írása nem konzekvens, előfordul, hogy hibás, pl. az „algemeine arzt” rögtön a bevezetés 4. sorában. A rövidítésjegyzék mellett szerencsés lett volna, ha a fontosabb vizsgálatok, pl. a CORPRAX vizsgálat esetében a teljes név kiírásra kerül a megfelelő fejezetben is.

Ezeket csupán azért jegyzem meg, mert illik néhány szót szólni a formai szempontokról is, érdemi jelentőségük nincs.

Ugyanarról a 40 évről szól az értékelés, melyet magam is mindvégig a magyar egészségügyi rendszerben dolgoztam végig, nem is elszakadva a háziiorvosok munkájától, hiszen az általam ellátott fekvő, ill. ambuláns betegek többsége háziiorvosi beutalóval érkezett, ill. érkezik napjainkban is a klinikára. Balogh professzor leírása alapján ugyanez a 40 év sok tekintetben más értelmezést nyer: összefüggéseiben, rendszerszintem mutatja be ezt a periódust, melyet nagyon kevesen láttak, az egyébként is folyamatosan változó háziiorvosi rendszer különböző vezető tisztségeit betöltve.

Az értekezésről kiemelendő az általános orvostani képesítés létrejötte (1974), a MÁOTE tevékenysége, a Háziorvos Hatásköri Lista, majd ez alapján a Háziiorvosi Kompetencia Lista bemutatása is. Érdekes és tanulságos az Országos Alapellátási Intézet létrejöttének, ill. a Medicus Universalis szakfolyóirat megalapításának leírása. Az ún. Praxisanalízis adatlapja elismerést érdemlően egyszerű volt, ugyanakkor egyértelmű választ adott a háziiorvoshoz fordulás okaira. A betegek legtöbbször légúti, mozgásszervi, ill. emésztőrendszeri panaszok miatt fordultak orvoshoz. Fontos megállapítás, hogy a Praxisanalízis után közel két évtizeddel a Dél-Alföldön élő nők körében végzett egészségelemző vizsgálat a 40 év alattiak esetében magasabb arányban igazolt a keringési rendszerrel kapcsolatos panaszokat.

A Háziiorvosi Tételes Betegforgalmi Jelentés (HTBJ) 2016. évi adatainak elemzése jelentős részben megerősítette a Praxisanalízis 20 évvel korábbi adatait, de egyúttal számos új adattal is szolgált: a keringési betegségek után az orvoshoz fordulás második leggyakoribb okát az endokrin betegségek képezték, utóbbin belül a cukorbetegség aránya 90% volt.

Alapvető és jogos megállapítás, hogy a korra korrigált fejkvóta alapú finanszírozás hatékony eszköz a háziiorvosi tevékenység javadalmazására. Ez azt is magában foglalja, hogy a megbetegedési jellemzőket, a családorvos napi tevékenységét az ellátott betegek életkora alapvetően befolyásolja. Igen érdekes hypertonia vizsgálatok kapcsán annak a társadalmi vélekedésnek az ismertetése, mely szerint a kövérség az egészség jele, a fogyás valamilyen betegség tünete, továbbá, hogy a panaszmentes hypertonia nem tekinthető betegségnek. Számomra meglepően kedvezőnek tűnik az az adat, hogy a lakosság 92-95%-a 2-3 év alatt

felkeresi háziorvosát. Valószínű, hogy a kórházba kerülő betegek körében felülreprezentált a fennmaradó 5-8%.

Igen fontos a CORPRAX vizsgálat megfigyelése, mely szerint a rizikófaktorok közül a hypercholesterinaemia kezelése a legkevésbé gyakori, sajnos, ezt az adatot más felmérések is megerősítették. A CORPRAX vizsgálat egyúttal a metabolikus szindrómával kapcsolatos hazai adatok összegyűjtésére is lehetőséget adott, mind ATP III., ill. IDF kritériumok alapján.

Az OEP Prevenciós Pályázatot és az Egészséges Vásárhely Programot egyaránt a CardioNet Program tette lehetővé. Előbbi pályázatnak a legfiatalabb felnőtt korosztály rizikófaktoraira vonatkozó eredményei messzemenően egybecsengenek az MDT vizsgálatának fiatal 2-es típusú cukorbetegségeiben tett, egy évtizeddel későbbi megállapításaival. Az Egészséges Vásárhely Program valóban példaértékű együttműködés alapján valósulhatott meg, legeredményesebb összetevője a hipertonia kezelése volt.

Az EUPrimacare Projektben a fókuszcsoporthoz adatgyűjtés során felvetett kérdések korszerűek, előremutatóak voltak és a kapott adatok nemzetközi összehasonlítását tették lehetővé. Sajnálatos, hogy a felvetett kérdések jelentős része 8-10 év elteltével is megoldásra vár – ez természetesen a legkisebb mértékben sem disszertáción múlott.

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 szöveggörnyezet 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.

Diabetológiai szempontból igen fontos volt a háziorvosok körében végzett FINDRISC vizsgálat. A kistérségi alapellátási modell elemzését az értekezés egyik legfontosabb, napjaink problémáival, a háziorvos társadalom öregedésével, a háziorvosi tevékenység finanszírozásával is összefüggő résznek tartom – ezeket érdemes lenne az eü. döntéshozók figyelmébe ajánlani.

Figyelemre méltó adat a praxisok számának jelentős emelkedése 1992. júniusa és 1993. decembere között, annak köszönhetően, hogy a háziorvosok immáron vállalkozási formában is dolgozhattak. A 28. ábra A-B-C-D-E betűjeleinek magyarázata sajnos sem ábramagyarázatként, sem a szövegtörzsben nem szerepel.

A RENECOP, ill. az UEMO a nemzetközi együttműködés fontos példái. Az előbbivel foglalkozó 60. irodalmi hivatkozás bibliográfiai adatai hiányosak. A részletesebben bemutatott UEMO-val (Európai Családorvos/Általános Orvos Unió) foglalkozó részből kiemelkedik a burn-out szindróma bemutatása és részben ezzel kapcsolatban az az ajánlás, mely szerint a személyes és szakmai fejlődésre, a folyamatos orvosi oktatásra fordított időt be kell építeni a munkahétbe. Sajnos ettől hazánkban nagyon távol vagyunk.

Maximálisan egyet kell értenem Balogh professzor megállapításával, mely szerint a családorvosok oktatás finanszírozási feltételei az egyetemeken esetében nem biztosítottak. Végül különösen értékesnek tartom a 7. fejezetben megfogalmazott személyes gondolatokat.

Kérdéseim az alábbiak

1. Mivel magyarázható, hogy a praxisanalízis tapasztalatai szerint (1. táblázat) a diabetes mellitus, ill. a hipertonia 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?

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?

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

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

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?

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.

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

Diabetológusként az MTA doktori értekezés esetében hajlamos lenne az ember impakt faktort, nemzetközi citációkat, Hirsch indexet keresgélni. Ugyanakkor a hozzávetőleg 1 millió cukorbeteg meghatározó többségét, valamint a 3,8 millió hypertóniás beteget háziorvosok kezelik. Ezt figyelembe véve az elmúlt 40 év háziorvosi/családorvosi tevékenységnek áttekintése, új szempontok szerinti elemzése hazánkban hiánypótló munka, mely hiteles adatokat tartalmaz. Balogh Sándor MTA doktori értekezését nyilvános vitára alkalmasnak tartom és javaslom az MTA doktori cím odaítélését.

Budapest, 2020. szeptember 23.



Prof. dr. Kempler Péter

az MTA doktora