

Válaszok Prof. Cseh Károlynak

Tisztelt Professzor Úr!

Köszönöm, hogy szakmai és szakmapolitikai elfoglaltságai mellett szakított időt

Az elhízás terhe és következményei az alapellátásban c.

MTA Doktori pályázatomban elolvasására, értékelésére és bírálatára.

Köszönöm támogató véleményét és a kritikai megjegyzéseit.

Külön öröm, hogy Professzor Úr hasonló szakterületen végzett elméleti kutatói és eredményes belgyógyász-klinikusi munkája mellett más dimenziókban, a népegészségügy területén is talált átfedéseket az én munkásságommal.

Ahogy bevezető mondatai, rövid tudománypolitikai összefoglalója is mutatja, átérzi a témaválasztás időszerűségét és annak hiánypótló jellegét a hazai alapellátásban. Valóban büszke vagyok arra, hogy hazai publikációm közül csaknem mindegyik, idegen nyelvű közleményeim 2/3-a első vagy utolsó szerzős közlemény, ami részben annak is betudható, hogy mindössze 7 éve vagyok főállású egyetemi státuszban.

Fiatal háziorvos kollegáimat tudom biztatni, munkájukat segíteni azon keretek között, amelyeket a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolája nyújt számunkra. Ennek létrehozásáért és annak felismeréséért, hogy az alapellátás és népegészségügyi kapcsolata milyen szoros, az iskola alapító-vezetőjét **Ádány Róza** professzor asszonyt illeti a köszönet. Itt jegyzem meg, hogy ennek a kapcsolatnak szakmai alátámasztása volt idei csaláadorvosi tudományos kongresszusunk fő témája, amely nemzetközi részvétellel zajlott, külföldi egyetemek csaláadorvosi és népegészségügyi intézeteit vezető kollegák előadásaival. Remélem előbb-utóbb a többi orvosképző egyetem doktori iskolái is akkreditálnak PhD programokat csaláadorvosok számára.

Engedje meg, hogy az opponensi véleményben feltett kérdéseire válaszoljak:

1. A magyar egészségbiztosító aktívabb részvételére elsősorban az egyre gyakoribb *morbid obesity* kezelésében lenne szükség, több lehetőséget adva a bariátriai sebészetnek. Mivel jelenleg csak egy testsúlycsökkentési indikációban törzskönyvezett gyógyszer érhető el Magyarországon, ennek tb-támogatása is megfontolandó, beleértve a remélhetőleg hamarosan megjelenő újabb készítményekét is.

2. A magyar háziorvos kollegáknak több képzésre lenne szükségük ezen a téren. Ehhez kereteket adna a közelmúltban bevezetett *licence-képzés*, amelynek bemeneti oldaláról, szakmailag nem magyarázható indokokkal az erre motiváltabb háziorvosok is kimaradtak.

3. A 3. éve indult „*Svájci program*” új népegészségügyi szemléletet kíván meghonosítani a hazai alapellátásban, multidiszciplinárisan, közösségi megközelítésben. Az induló felkészítő képzésekben ugyan részt vettem, de azóta nincs információm a jelenlegi előrehaladásról.

A program szakmailag kimunkált, a bevont kollegák és egyéb nem orvos végzettségű szakemberek motiváltak. Remélhetően az eredmények elemzése után lesznek hazai források is a program továbbvitelére, kevésbé hátrányos környezetben is, szakmapolitikailag szembenézve a magyar alapellátás előrevetíthető humán-erőforrás krízisével.

4. Az „*elhízás-paradoxon*” elsősorban epidemiológia értelemben érdekes és jelentősége kórképenként változik, megítélése sem egységes. Mivel a háziorvoslás is egyfajta transzlációs tudomány, ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az elhízásnak elsősorban a megelőzésére kell törekednünk. Bár a testsúlycsökkentés igénye szinte minden életkorban indokolt lehet, de ezt elsősorban egyénenként (az aktuális beteg esetében), és nem kórképenként kell értékelnünk.

5. Az alapellátáson belül, a *háziiorvosi és foglalkozás-egészségügyi* szolgáltatások koordinációja nem várhat sokáig. Erre, mivel mindkét szakma képzésében és művelésében érintett vagyok, már több javaslatot tettünk különböző grémiumokban, kevés szakmapolitikai fogadókészséggel találkozva.

Debrecen, 2015.május 23.

Válaszaim, magyarázataim elfogadásában bízva, tisztelettel,



Rurik Imre