

Pécs, 2010. február 26-27.

CSAKOSZ



Családorvos Kutatók Országos Szervezete



2010-Pécs Európa Kulturális Fővárosa

CSAKOSZ IX. Kongresszusa

Program és Összefoglalók

„Új evidenciák az alapellátásban”

2010. február 26-27.

Pécs, Hotel Palatinus

CSALÁDORVOS KUTATÓK ORSZÁGOS SZERVEZETE
IX. KONGRESSZUSA
Pécs, 2010. február 26-27.

Védnökök

Dr. Páva Zsolt Pécs város polgármestere
Prof. dr. Németh Péter a PTE ÁOK dékánja

Szervezők

PTE ÁOK Családorvostani Intézet
Családorvos Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ)

Szervező iroda

PTE Családorvostani Intézet
7632 Pécs, Akác u. 1.
Telefon: 72-536-881
Fax: 72-536-882
E-mail: csakoszkonf@gmail.com

Tudományos Bizottság

Prof. dr. Kalabay László
Prof. dr. Nagy Lajos
Dr. Végh Mária
Dr. Rinfel József
Dr. Bíró Ferenc
Dr. Csikós Ágnes
Dr. Trompos Katalin

Szervező Bizottság

Prof. dr. Nagy Lajos elnök
Dr. Végh Mária
Dr. Rinfel József
Bodai Csabáné
Rebman Mónika
Dr. Krassó Sándorné
Dr. Nagy Lajosné
Temesvári Tibor

Pécs, 2010. február 26-27.

Általános tájékoztatás

Helyszín

Hotel Palatinus, Pécs, Király u. 5.
Telefon: 72-889-467, Fax: 72-889-462
www.danubiushotels.com/palatinus

Parkolás

A szálloda mélygarázsában
Díj: szállóvendégek részére 2000 Ft (a kongresszus kezdetétől a másnapi zárásig).
Látogatók részére 50%-al csökkentett óradíj (180 Ft/óra).

Vetítési lehetőség

Projektor
Párhuzamos kivetítés (Bartók teremben)

Időkeret

Megnyitó: 2010. február 26. 9.30
Zárás: 2010. február 27. 14.45

Regisztráció

A Hotel Palatinus szálloda halljában
2010. február 26. 8.00-tól folyamatosan

Részvételi díjak

Január 15-e előtt	9 000 Ft
Január 15-e után	10 000 Ft
Nyugdíjasok	3 000 Ft
Orvostanhallgatók, rezidensek	1 500 Ft

Ez magában foglalja: a tudományos programokon való részvétel lehetőségét, a kávé/üdítő jegyeket, a Program és Absztrakt Füzetet, a kongresszusi táskát, kitűzőt

Ebéd

A kiosztott jegyek felhasználásával. Helyszíne a szálloda étterme

Fogadás

2010. február 26-án 20.30 kor, Bartók terem (program, zene, tánc)

Kiállítás

A kiállítók 2010. február 26-án 7.00 órától helyezhetik el a standjukat a szálloda kijelölt területén

Főttámogató

Richter Gedeon Nyrt

Támogatók

Aramis Pharma Kft

Astra Zeneca

Berlin Chemie

EGIS Nyrt

Granum folyóirat

Janssen Cilag Kft

Korszerű Csaláadorvos Képzésért Alapítvány

Nycomed Pharma

Pécsi Tudományegyetem

Pfizer

A Szervező Bizottság köszönetét fejezi ki a támogatásokért. Ez a segítség hozzájárul a színvonal növeléséhez, a résztvevők költségeinek csökkentéséhez különösen a fiatal kollégák és a mentorok esetében.

Pécs, 2010. február 26-27.

ÜDVÖZLÉS

Tisztelt Kolléganők! Tisztelt Kollégák!

Szeretettel üdvözlök minden résztvevőt, kedves vendégeinket a Pécsen immár 3. alkalommal megrendezésre kerülő CSAKOSZ Kongresszuson.

Örömmre szolgál, hogy az idei kongresszuson közel 200-an jelezték részvételüket: családorvosok, házi gyermekorvosok, mentorok, szakorvosjelöltek és orvostanhallgatók. A fiatal kollégák felkészítésében és részvételük anyagi támogatásában az egyetemek családorvostani intézetei ebben az évben is nagy szerepet vállaltak.

Az kongresszus egyik jellemzője, hogy a megszokotthoz képest jóval több - összesen 71 - előadás bejelentés érkezett. A meghirdetett témákban összefoglaló referátumokat, szimpóziumokat és kerekasztal megbeszéléseket szerveztünk. A Tudományos Bizottság csak paralell szekciók szervezésével, az előadások időtartamának csökkentésével és a poszter bemutatások számának növelésével tudott programot készíteni.

Az előadások és szimpóziumok témái időszerűek és fontosak. A problémák megvitatása, ajánlások és javaslatok megfogalmazása hozzájárulhat a szakmánkat érintő feladatok megoldásához.

Az előadások összefoglalóit a Granum szakmai folyóiratban is megjelentetjük. Ezt még március hónapban megküldjük az alapellátásban dolgozó valamennyi orvos részére.

A kongresszus programját a folyamatos családorvos továbbképzés keretében minősítettük. A résztvevő kollégák 10 kreditpontot kaphatnak.

Az idei kongresszus sajátossága, hogy 2010-ben Pécs Európa Kulturális Fővárosa. Ennek keretében városunkban az év során színvonalas kulturális és szakmai programokra kerül sor. Remélem, hogy rendezvényünk egyike lesz az EKF legsikeresebb orvosszakmai eseményeinek.

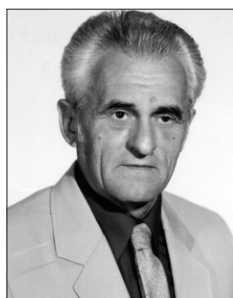
Bízom abban, hogy a tudományos program mellett a vendégeiknek módja lesz városnézésre, egyéb rendezvények és bemutatók meglátogatására is. Mindez hozzájárulhat ahhoz, hogy a résztvevők számára maradandó emlék lesz a EKF évében lebonyolított pécsi CSAKOSZ kongresszus.

Kívánom, hogy a kongresszus járuljon hozzá a kollégák szakmai ismereteinek gyarapodásához és a baráti kapcsolatok elmélyítéséhez.

Pécs, 2010. február 11.

Prof. dr. Nagy Lajos
a Szervező Bizottság elnöke

CSAKOSZ ÉLETMŰ DÍJ-jal kitüntetett kollégáink



Dr. Várallyay Gyula (*Derecske*)
2003



Dr. Morva László (*Tataháza*)
2004



Dr. Hidas István (*Pilisvörösvár*)
2005



Dr. Margittay Erzsébet (*Fót*)
2006



Prof. dr. Arnold Csaba (*Budapest*)
2007



Dr. Várbíró István (*Pécs*)
2008



Prof. dr. Ilyés István (*Debrecen*)
2009



Prof. dr. Nagy Lajos (*Pécs*)
2010

ÉLETMŰ DÍJ 2010

Dr. Nagy Lajos szakmai önéletrajz

1947. november 8-án született a Fejér megyei Pázmándon. A gimnáziumot 1966-ban fejezte be Székesfehérváron. 1972-ben szerzett általános orvosi diplomát Pécsen „summa cum laude” minősítéssel. Az orvossá avatást követően a POTE I. sz. Belklinikájára került, ahol 27 éven át dolgozott. 1977-ben belgyógyászatból szakvizsgázott. Később klinikai farmakológiából (1982), gasztroenterológiából (1994), háziorvostanból (2000) és geriátriából (2000) is szakorvosi képesítést szerzett.

Éveken át osztályvezető volt a Humán I. fázisú gyógyszervizsgálatok végzésére minősített klinikai farmakológiai osztályon, később a gasztroenterológiai osztály vezetője lett. 1989-92 között kutatói ösztöndíjat kapott Bostonban a Harvard Medical School Brigham and Women's Hospital-jában, ahol a fekélybetegséget kutatta. Hazaérkezése után 1992-ben a megbízták a Családorvostani Tanszéki Csoport megszervezésével majd irányításával. Ezzel párhuzamosan vezette a Belklinika Sürgősségi Betegfelvételi Osztályát. 1999-től igazgatója lett a Családorvostani Intézet- és Betegfelvételi Osztálynak, 2003-2010 között a Családorvostani Intézet és Általános (III. sz.) Belgyógyászati Klinikának, majd 2010-től az önállóvá vált Családorvostani Intézetnek.

1977-ben egyetemi tanársegéd, 1982-ben tudományos főmunkatárs, 1994-ben egyetemi docens, 1996-ban egyetemi tanári kinevezést kapott.

1976-tól részt vesz a belgyógyászati propedeutika és a gasztroenterológiai oktatásban. Elindította a klinikai farmakológiai graduális ill. posztgraduális tantárgyakat, és a POTE-n gazdája lett a GCP kurzusnak. 2002-ben az ÁOK oktatási dékánhelyetteseként létrehozta az orvostudományok kreditalapú kurikulumát.

A családorvostan szervezeti és működési kereteinek kialakításával együtt munkatársaival a szakterülethez tartozó új tantárgyakat fejlesztett ki az orvostudományok, valamint a szak- és továbbképzés vonatkozásában. A graduális oktatásban magyar, angol és német nyelven kötelező és választható tantárgyakat vezetett be (pl. családorvostan, az orvosi kommunikáció, betegközpontú orvoslás, hospice/palliatív gyógyászat). Grémiumvezetőként megszervezte a családorvostan szakképzés különböző formáit, köztük a korszerű rezidensi rendszerű szakorvos képzést. Ehhez kapcsolódva közreműködött a szakorvosi követelményrendszer kidolgozásában, az egyetem oktató háziorvosi hálózatának (130 praxis) kialakításában, a tanrend és a vizsgakövetelmények kidolgozásában. Emellett az intézet biztosította a régióban már praktizáló kollégák szintrehozó szakképzését és szakvizsgáztatását, majd 1400 családorvos kolléga folyamatos szakorvos továbbképzését.

Kutatómunkája az első időszakban a fekélybetegséggel volt kapcsolatban. Kandidátusi értekezletét „Az antacidumok összehasonlító farmakológiai és klinikofarmakológiai vizsgálata” címmel védte meg 1989-ben.

1995-ben habilitált. Témája: „Új gasztroprotektív és fekélyelleni készítmények biokémiai hatásai”. 1999-ben elnyerte a Széchenyi professzori ösztöndíjat.

A családorvostani intézetben hazai és nemzetközi együttműködések segítségével kutatási programok indultak el a népegészségügy, a klinikai gyógyszerkutatás valamint a geriátriai és életvégi

Csaláadorvos Kutatók Országos Szervezete IX. Kongresszusa

problémák területén. Több intézeti kolléga PhD munkán dolgozik. A közelmúltban Fulbright ösztöndíjjal 1 amerikai kolléga Pécssett, 1 kollégánk az USA-ban végzett kutatómunkát.

Kezdeményezésére 2001-ben megalakult a Csaláadorvos Kutatók Országos Szervezete, (CSAKOSZ), amelynek 3 éven át elnöke volt.

Tudományos publikációja: teljes közlemény: 130, idézhető absztrakt: 151, könyv és könyvfejezet: 62, kumulatív impact factor: 68.4, független idézet (citation): 642.

A csaláadorvostan vezetőjeként is külföldi tanulmányutakon vett részt: St. Marys Hospital, London (1994). Akron, OH (2000 és 2003), Cleveland és Rootstown, OH (2005).

Főszerkesztője a Granum-nak, szerkesztőbizottsági tagja a Medicus Anonymus, Metabolizmus, Hyppocrates, Háziiorvosi Továbbképző Szemle és a Medicus Universalis folyóiratokban.

Tagja vagy vezetőségi tagja a Magyar Belgyógyász Társaság, Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete (MAOTE), Csaláadorvos Kutatók Országos Szervezete, Magyar Gasztoenterológiai Társaság, American Society of Teachers in Family Medicine (STFM), American Gastroenterological Society, Worldwide Hungarian Medical Academy, American Academy of Family Physicians (AAFP), World Organization of National College Academy (WONCA) szakmai társaságoknak.

CSAKOSZ IX. Kongresszus, Pécs, 2010. február 26-27, Hotel Palatinus

2010. február 26.		2010. február 27.	
„A” TEREM	„B” TEREM	„A” TEREM	„B” TEREM
Megnyitó 9.30		Beszámoló a kerekasztal megbeszélésekről 8.00-8.15	
Referátumok 10.00-11.30		Referátumok 8.15-9.15 Szünet (5 perc) Hospice/Depresszió 9.20-10.20	Posztterek felhelyezése 8.00-9.00
Kávészünet 11.30-11.45		Kávészünet 10.20-10.35	Kutatás a napi gyakorlatban 9.20-10.20
Referátumok 11.45-13.00		Műhiba perek-etikai dilemmák 10.35-11.20	Gyermekgyógyászat 10.35-11.20
Ebéd 13.00-14.00		Ebéd 12.30-13.30	
Gyermekkori obesitas 14.00-15.00 Szünet (5 perc) Referátumok 15.05-16.25		Sürgősségi betegellátás 13.30-14.45	
Kávészünet 16.25-16.40			
Munka/Hivatás/Megélhetés 16.40-17.40	Megelőzés/Terápia 16.40-17.40		
KEREKASZTAL I Családorvoslás- kutatás-jövőkép 17.40-18.40	KEREKASZTAL II Dohányzásról leszokás támogatása 17.40-18.40	Zárás 14.45-15.00	
	Közgyűlés 18.40-19.20		
Fogadás 20.30			

„A” terem: I. em. Bartók terem
„B” terem: Fsz. Nádor II.
„C” terem: Fsz. Nádor I.

Poszterméret:
90 cm széles, 120 cm magas
Hátlap: hungarocell

Pécs, 2010. február 26-27.

CSAKOSZ IX. Kongresszusa

2010. február 26-27, Hotel Palatinus, Pécs

Program

2010. február 26. (Péntek)

„A” TEREM

9.30

MEGNYITÓ

Dr. Páva Zsolt polgármester, Pécs

Dr. Németh Péter egyetemi tanár, dékán, PTE ÁOK

Dr. Kalabay László egyetemi tanár, elnök, CSAKOSZ

Dr. Hajnal Ferenc egyetemi tanár, elnök, Háziiorvosi Szakmai Kollégium

Dr. Nagy Lajos egyetemi tanár, elnök, Kongresszusi Szervező Bizottság

10.00

REFERÁTUM

Elnökség: Dr. Kalabay László (Budapest), Dr. Hajnal Ferenc (Szeged)

ÉLETMŰDÍJ 2010 (15 perc)

Dr. Nagy Lajos

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

EGPRN ÚTMUTATÁSAI AZ ALAPELLÁTÁSBAN VÉGZETT KUTATÓMUNKÁRÓL (15 perc)

Dr. Kalabay László, Dr. Dunai Klaudia

SE Családorvosi Tanszék, Budapest

MAGYAR SZEREPVÁLLALÁS AZ EURÓPAI CSALÁDORVOSLÁS FEJLESZTÉSÉBEN (15 perc)

Dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

KÉRDÉSEK ÉS KIHÍVÁSOK AZ ALAPELLÁTÁS SZAKMAI, MŰKÖDÉSI ÉS FINANSZÍROZÁSI RENDJÉBEN (15 perc)

Dr. Balogh Sándor

Országos Alapellátási Intézet, Budapest

**WORKING WITH FAMILIES IN PALLIATIVE CARE. RESEARCH AND PRACTICE
IMPLICATIONS, COMMUNICATION, COHESION, CONFLICT (30 min.)**

*David Oliviere, Director of Education and Training, St Christopher's Hospice
London, UK*

11.30-11.45 Kávészünet

11.45 REFERÁTUM

Elnökség: Dr. Rurik Imre (Debrecen), Dr. Végh Mária (Pécs)

MULTIMORBID BETEGEK A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN (15 perc)

Dr. Rurik Imre
DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

**MIGRÁCIÓS EGÉSZSÉGÜGY AZ ALAPELLÁTÁSI/ CSALÁDORVOSI GYAKORLATBAN
(30 perc)**

Dr. Szilárd István
PTE ÁOK Klinikai Infektológia és Migrációs Egészségügyi Tanszék, Pécs

**A SZEXUÁLIS ERŐSZAK A CSALÁDBAN –FILMMŰVÉSZETI ALKOTÁSOK TÜKRÉBEN
(30 perc)**

Dr. Stark András
Megyei Mentálhigiénés Intézet, Pécs

13.00-14.00 Ebéd

14.00 GYERMEKKORI OBESITAS

Moderátor: Dr. Ilyés István (Debrecen)

GYERMEKKORI ELHÍZÁS GLOBÁLIS JELENTŐSÉGE (20 perc)

Dr. Molnár Dénes
PTE KK Gyermekklinika, Pécs

**A GYERMEKKORI ELHÍZÁS KEZELÉSE, GONDOZÁSA ÉS MEGELŐZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI
(20 perc)**

Dr. Ilyés István
DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

**A FŐVÁROSI ÉS A VIDÉKI CSALÁDORVOSOK ELHÍZÁSRA VONATKOZÓ ISMERETEINEK
ÉS ATTITÜDJÉNEK FELMÉRÉSE (10 perc)**

Dr. Torzsa Péter, Igari Erzsébet, Dr. Pintér Nóra, Dr. Kalabay László

SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

Vita (10 perc)

15.00-15.05 Szünet

15.05 REFERÁTUM

Elnökség: Dr. Nagy Lajos (Pécs), Dr. Szélvári Ágnes (Budapest)

HITEK, TÉVHITEK A GENERIKUS GYÓGYSZEREKRŐL (30 perc)

Dr. Borvendég János

CHMP/London

THROMBOCYTA AGGREGÁCIO-GÁTLÁS 2010 (30 perc) (RICHTER)

Dr. Gaszner Balázs

PTE KK Szívgyógyászati Klinika, Pécs

**A SZTATIN TERÁPIA AKTUÁLIS KÉRDÉSEI (VAN KÜLÖNBBSÉG A GENERICUMOK KÖZÖTT ?)
(20 perc) (ACTAVIS)**

Dr. Radnai Béla, Dr. Kovács Erzsébet***

PTE KK I. sz. Belklinika, Kardiológiai Prevenció és Rehabilitációs Munkacsoport, Pécs*, Actavis Hungary Kft**

16.25-16.40 Kávészünet

16.40 MUNKA/HIVATÁS/MEGÉLHETÉS

Elnökség: Dr. Bíró Ferenc (Pécs), Dr. Margittay Erzsébet (Budapest)

AZ ORVOSI HIVATÁS, MEGÉLHETÉS – FÉL ÉVSZÁZADOS VISSZATEKINTÉS (10 perc)

Dr. Margittay Erzsébet

Greguss-Fodor Bt Főfő, SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Pécs, 2010. február 26-27.

A KORAI KLINIKAI TAPASZTALAT HATÁSA AZ ORVOSTANHALLGATÓK HÁZIORVOSI ORIENTÁCIÓJÁRA – ELSŐ TAPASZTALATOK (10 perc)

Dr. Eőry Ajándék, Dr. Kalabay László
SE Családorvosi Tanszék, Budapest

MOTIVÁCIÓK ÉS GÁTAK A HÁZIORVOSOK KÜLFÖLDI MUNKA-VÁLLALÁSÁBAN (10 perc)

Dr. Cs. Szabó Zsuzsanna, Dr. Hajnal Ferenc
SZTE Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

HÁZIORVOSI ELLÁTÁSOK IGÉNYBEVÉTELE (10 perc)

Dr. Sebestyén Andor, Lipp Sándor
Dél-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs

A GAZDASÁGI VÁLSÁG HATÁSAI AZ EMBEREK HÁZIORVOSHOZ FORDULÁSI SZOKÁSAIRA, A HÁZIORVOS-BETEG KAPCSOLATRA - A CSALÁDORVOSI PRAXISOK HELYZETE RECESSZIÓ IDEJÉN (10 perc)

Gasparovszky Beáta szig. orvos, Kósa Andrea szig. orvos, Dr. Szélvári Ágnes, Dr. Kalabay László
SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Vita (10 perc)

17.40 KEREKASZTAL MEGBESZÉLÉS I

CSALÁDORVOSLÁS-KUTATÁS-JÖVŐKÉP

Moderátor: Dr. Bíró Ferenc (Pécs)

Résztvevők: Dr. Kertai Aurél (Budapest), Dr. Borsi Éva (Szeged)

18.40 ZÁRÁS

20.30 FOGADÁS

„B” TEREM

16.40 MEGELŐZÉS/TERÁPIA

Elnökség: Dr. Tamás Ferenc (Budapest), Dr. Mester Lajos (Szeged)

**AZ ÚJ TÍPUSÚ INFLUENZÁVAL ÉS A VÉDŐOLTÁSSAL KAPCSOLATOS ISMERETEK ÉS
ATTITŰD VIZSGÁLATA A LAKOSSÁG ÉS A CSALÁDORVOSOK KÖRÉBEN KOMÁROM-
ESZTERGOM MEGYÉBEN (8 perc)**

Kósa Andrea szig. orvos, Gasparovszky Beáta szig. orvos, Dr. Szélvári Ágnes, Dr. Kalabay László
SE Családorvosi Tanszék, Budapest

**A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉG: A KÖZÖSSÉG EGÉSZSÉGE MAGYARORSZÁG EGYIK
KISTÉRSÉGÉBEN A HOMOKHÁTON (8 perc)**

Dr. Mester Lajos, Dr. Barabás Katalin, Dr. Hajnal Ferenc*
SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, SZTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Szeged*

EGY CSEPP IDŐ - EGY CSEPP VÉR. DIABETES PREVENCIÓ A PRAXISBAN (8 perc)

Dr. Percs Erika
XI. Praxis, Zalaegerszeg

CRP MÉRÉS HÁZIORVOSI PRAXISBAN (8 perc)

Dr. Kaizer Zsuzsa, Dr. Hajnal Ferenc
SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

**KARDIOVASZKULÁRIS PREVENCIÓ TÁMOGATÁSA DIGITALIZÁLT
KOCKÁZATBECSLÉSEL (8 perc)**

Fórizs Noémi orvostanhallgató
DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

A KOBALT VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI (8 perc)

Dr. Tamás Ferenc, Dr. Kalabay László
SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Vita (12 perc)

Pécs, 2010. február 26-27.

17.40 KEREKASZTAL MEGBESZÉLÉS II

ÚJ MÓDSZEREK A DOHÁNYZÁSRÓL LESZOKÁS TÁMOGATÁSÁBAN

Moderátor: Dr. Szabó János (Heves)

Dohányzásról leszokást támogató központ, Budapest

Részvevők: *Dr. Vajer Péter, Dr. Urbán Róbert, Dr. Tamás Ferenc, Dr. Bőze Barna*

18.40-19.20 KÖZGYŰLÉS

„C” TEREM

16.40 KEREKASZTAL MEGBESZÉLÉS III

BÁLINT MOZGALOM MAGYARORSZÁGON. MÚLT, JELEN, JÖVŐ

Moderátor: Dr. Dormán Hajnalka (Pécs)

Részvevők: *Dr. Ormay István (Budapest), Dr. Dobó Katalin (Budapest) Dr. Csörsz Ilona (Debrecen),
Dr. Harrach Andor (Budapest)*

BÁLINT CSOPORT BEMUTATÓ JELLEGEL

Dr. Harrach Andor

SE Magatartástudományi Intézet, Budapest

2010. február 27. (szombat)

„A” TEREM

8.00 BESZÁMOLÓ A KEREKASZTAL MEGBESZÉLÉSEKRŐL

Moderátor: Dr. Rinfel József (Pécs)

Dr. Bíró Ferenc (5 perc)

Dr. Szabó János (5 perc)

Dr. Harrach Andor (5 perc)

8.15 REFERÁTUM

Elnökség: Dr. Torzsa Péter (Budapest), Dr. Percs Erika (Zalaegerszeg)

SOK BÁBA KÖZT ELVÉSZ A GYEREK – A MAGYARORSZÁGI PSZICHOSZOMATIKA STRUKTÚRÁJÁRÓL (10 perc)

Dr. Harrach Andor

SE Magatartástudományi Intézet, Budapest

DAGANATOS FÁJDALMAK CSILLAPÍTÁSA (25 perc) (NYCOMED)

Dr. Heigl Péter

PTE KK Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs

A FELSŐLÉGÚTI INFEKCIÓK KORSZERŰ ANTIMIKRÓBÁS KEZELÉSE (25 perc) (PFIZER)

Dr. Ternák Gábor

PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Tanszék, Pécs

9.15-9.20 Szünet

9.20 HOSPICE/DEPRESSZIÓ

Elnökség: Dr. Garay Erzsébet (Gyula), Dr. Csikós Ágnes (Pécs)

AZ OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁS 5 ÉVES TAPASZTALATAI, FELADATOK ÉS TERVEK A JÖVŐRE (10 perc)

Dr. Csikós Ágnes, Dr. Trompos Katalin

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Pécs, 2010. február 26-27.

HOSPICE SZELLEMŰ ELLÁTÁS A HOSPICE ELLÁTÁSI FORMÁKBAN (8 perc)

Lukács Miklós, Dr. Csikós Ágnes***

Betegápoló Irgalmasrend Pécsi Háza, Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány, Pécs*

Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány, PTE Családorvostani Intézet, Pécs**

HOSPICE ELLÁTÁS LEHETŐSÉGEI FALUSI HÁZIORVOSI PRAXISBAN (8 perc)

Dr. Mihályfalvi Zita, Bartos Klára

Berzence, I. sz. háziorvosi praxis, MÓNKA-M Szakápolási Szolgálat, Zalaegerszeg

MINDENNAPI SZORONGÁSAINK (10 perc)

Dr. Karakó Erzsébet, Vincze Lilla, orvostanhallgató***

Háziorvos, Fényeslitke*, DE OEC, Debrecen**

A DEPRESSZIÓ VIZSGÁLATA FŐVÁROSI ÉS VIDÉKI CSALÁDORVOSI PRAXISOKBAN

(10 perc)

Miklós Júlia, Al-Mohamed Rita, Dr. Torza Péter, Dr. Kalabay László

SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Vita (10 perc)

10.20-10.35 Kávészünet

10.35 MŰHIBA PEREK-ETIKA DILEMMÁK

Elnökség: Dr. Sirák András (Velence), Dr. Kaizer Zsuzsanna (Szeged)

„MŰ”-ÉS EGYÉB HIBÁK A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN–VALÓS HELYZET, OKOK, MAGYARÁZATOK, JAVASLATOK (10 perc)

Dr. Nagy Edit

Budapest II. ker. Eü. Szolg.

VÉTLEN ORVOS? VÉTLEN BETEG? BETEG PANASZOK ELEMZÉSE ÉS TANULSÁGAI

(10 perc)

Dr. Végh Mária, Dr. Nagy Lajos

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs



A VÉTLENEK ETIKÁJA (15 perc)

Dr. Blasszauer Béla

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Vita (10 perc)

12.30-13.30 Ebéd

13.30 SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÁS

Elnökség: Dr. Szabó János (Heves), Dr. Hintalan János (Miskolc)

AZ ALAPELLÁTÁS SÜRGŐSSÉGI TEVÉKENYSÉGÉNEK KRITIKUS ÉRTÉKELÉSE A KECSKEMÉTI KISTÉRSÉGBEN (8 perc)

Dr. Tamasi József rezidens, Dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

PER OS ANTIKOAGULÁCIÓ SORÁN ELŐFORDULÓ MELLÉKHATÁSOKAT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK MULTIMORBID BETEGEK ESETÉBEN (8 perc)

Dr. Várnai Réka rezidens, Dr. Végh Mária, Dr. Nagy Lajos

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

ACS- A BETEGEK ELLÁTÁSA AZ OMSZ ÉRTESÍTÉSÉN IS TÚL (8 perc)

Dr. Garbai Imre Gábor rezidens Dr. Garay Erzsébet mentor***

SZTE Családorvosi Tanszék*, Coronella Orvosi Centrum Gyula**

PÁCIENS ÉS ORVOS – KÖZÖSEN AZ ÉRTELMETLEN SZÍVHALÁLOK ELLEN (8 perc)

Dr. Németh János mentor

Jajrabajra Kft. Ágfalva

AKUT KORONÁRIA SZINDRÓMA HELYSZÍNI ELLÁTÁSA. AHOL NEM MINDEN A PROTOKOLL SZERINT TÖRTÉNT (8 perc)

Dr. Sirák András

Családorvos Velence, SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Pécs, 2010. február 26-27.

**VEGYI EXPOZÍCIÓ HATÁSÁNAK ELEMZÉSE RUTIN LABORATÓRIUMI LEHETŐSÉGEKKEL
KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A GOT, GPT, GGT ÉRTKEKRE ÉS ACDT%-RA (8 perc)**

Szabó György, Fraenkel E.**, Szabó G.***, Márk L.****, Jegesy A.*****, Huszár A.***** Bajnóczky I.*****,
Dinya E.***** , Lengyel G.***** Fehér J.******

Háziorvosi Szolgálat Enese*, Kassai Egyetem Belklinika**, PTE ÁOK hallgató***, PTE ÁOK Biokémia
Intézet****, PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet*****, EGIS Kutatási Főosztály*****, II. Belklinika
Budapest*****

AZ UTAZÓK TROMBOZIS KOCKÁZATA (8 perc)

Dr. Kisegyházi Attila

Háziorvos, Repülőorvos vizsgáló, Kőröshegy

SZTOK-PREVENCIÓ- SZŰRÉS – NAGYEREK FELETTI AUSZKULTÁCIÓ (8 perc)

Dr. Hintalan János

Családorvos, Miskolc

Vita (16 perc)

14.50 KONGRESSZUS ZÁRÁSA

Dr. Kalabay László, Dr. Hajnal Ferenc, Dr. Rurik Imre, Dr. Nagy Lajos

„B” TEREM

9.20 KUTATÁS A NAPI GYAKORLATBAN

Elnökség: Dr. Jancsó Zoltán (Debrecen), Dr. Ádám Ágnes (Budapest)

**ÉHGYOMRI ÉS POSZTPRANDIÁLIS HIPERGLIKÉMIA: MIÉRT CSAK PREDIABÉTESZ ESETÉN
KÜLÖNBÖZTETJÜK MEG ŐKET? (8 perc)**

Dr. Simay Attila

DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

MALA (8 perc)

Dr. Szántó Marianna

DE OEC Családorvosi- és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

ALKOHOL BETEGSÉG – VAN KIÚT? (8 perc)

Dr. Bojtor Éva rezidens, Dr. Weisz Mária

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

A MIGRÁCIÓ ALAPELLÁTÁSI VONATKOZÁSAI (8 perc)

Dr. Újhelyi János

Házi gyermekorvos, Nyíregyháza, DE OEC Családorvosi Tanszék, Debrecen

GASTROOESOPHAGEALIS REFLUXBETEGSÉG A CSALÁDORVOSI PRAXISBAN (8 perc)

Dr. Rókás Anikó Gabriella, Dr. Kopjár Gábor

Ko-Mederg Bt., Pécs, PTE Családorvostani Intézet, Pécs

A PAJZSMIRIGY GYULLADÁSBAN SZENVEDŐ BETEG ÉLETMINŐSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA (8 perc)

Motyovszki Anikó orvostanhallgató, Dr. Végh Mária

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Vita (12 perc)

10.20-10.35 Kávészünet

10.35 GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Elnökség: Dr. Márton Hajnalka (Debrecen), Dr. Pap Mária (Pécs)

AZ ATÓPIÁS MENETELÉS MEGELŐZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI (8 perc)

Korcsmár Judit szig. orvos, Dr. Benczenleitner Éva***

PTE ÁOK Családorvostani Intézet*; Oktató házi gyermekorvosi körzet, Pécs**

AZ ELHÍZÁS HATÁSA A GYERMEKKORI ASZTHMA BRONCHIALERA ÉS KEZELHETŐSÉGÉRE

(8 perc)

Iski Gabriella, Dr. Márton Hajnalka***

DE ÁOK orvostanhallgató*, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék**, Debrecen

HOGYAN VÉDIK GYERMEKEIK EGÉSZSÉGÉT A SZÜLŐK? (8 perc)

Dr. Márton Hajnalka, Dr. Szövetes Margit**, Dr. Pásti Gabriella***, Orbánné Lakatos Judit**, Dr. Ilyés István*.*

DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen*

Házi Gyermekorvosi Praxis, Debrecen**

ÁNTSZ Észak –Alföldi Regionális Intézete***

GYERMEKKORI INKONTINENCIA, VIZELÉSI ZAVAROK – NEM IS CSAK EGY (1) BETEGSÉG?

(8 perc)

Dr. Sándor György^{1,2,4}, Dr. Juhász Zsolt^{3,4}, Dr. Oberitter Zsolt^{3,4}

PTE KK Családorvostani Intézet¹; Gyermekorvosi körzet Pécs² PTE KK Gyermekklinika³; Vizeleési

Tréning Program⁴

Vita (13 perc)

12.30-13.30 Ebéd

„C” TEREM

8.00-9.00 A POSZTEREK FELHELYEZÉSE (szélesség 90 cm, magasság 120 cm)

11.20 POSZTER VITA

Elnökség: Dr. Ilyés István (Debrecen), Dr. Kalabay László (Budapest)

P1 MI TÖRTÉNIK A HÁZIORVOSI ÜGYELETBEN? HAZAI KÖZPONTI ÜGYELETEK MŰKÖDÉSÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÓ FELMÉRÉSE

Dr. Jancsó Zoltán, Bégányi Dániel oh., Dr. Ilyés István, Dr. Rurik Imre

DE OEC Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás egészségügyi Tanszék - Orvosi Ügyelet Nonprofit Kft., Debrecen

P2 AZ ALAPELLÁTÁS SÜRGŐSSÉGI GYÓGYSZERES TERÁPIÁJÁNAK KRITIKUS ÉRTÉKELÉSE A KECSKEMÉTI KISTÉRSÉGBEN

Dr. Hajnal Ferenc, Dr. Tamasi József rezidens

SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő Intézet

- P3 ABPM A NON-DIPPER HYPERTONIA ÉS OSAS SZŰRÉSÉBEN
SZŰRÉSI MODELL AZ ALAPELLÁTÁSBAN**
Dr. Ádám Ágnes, Dr. Bondár Bernadett, Dr. Horonyi Petra, Fülöp László
SE Családorvosi Tanszék, Budapest, Drádám Egészségügyi Szolgálat-Zugló
- P4 KARDIO-VASCULARIS MEGBETEGEDÉSEK NON.INVAZIV VIZSGÁLATA
(LEHET-E ADMINISZTRATIV AKADÁLY A KLINIKUS ÉS A CSALÁDORVOS
EGYÜTMŰKÖDÉSÉNEK?)**
Dr. Radnai Béla, Dr. Hegedűs Dalma, Dr. Ocskó Lajos, Dr. Bósz Nanetta, Dr. Varga Ildikó, Dr. Nagy Lajos
PTE ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászat, Pécs
- P5 THROMBOTIKUS MICROANGIOPÁRIA MOSCHCOWITZ SZINDRÓMA KÉPÉBEN:
ESETTANULMÁNY**
Dr. Frank Nóra, Dr. Tóth Erzsébet***
PTE ÁOK Családorvostani Intézet*, 18. Sz. Háziiorvosi körzet, Kaposvár**
- P6 DOHÁNYZÁSI SZOKÁSOK VIZSGÁLATA AZ ALAPELLÁTÁSBAN**
Fekete Levente szig. orvos, Dr. Rinfel József
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs
- P7 DOHÁNYZÁSI SZOKÁSOK FELMÉRÉSE I. ÉS V. ÉVFOLYAMOS ORVOSTANHALLGATÓK
KÖRÉBEN A PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEMEN**
Prugberger László szig. orvos, Dr. Tóth Ildikó, Dr. Rinfel József
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs
- P8 A TŰNETKEZELÉS NEHÉZSÉGEI AZ OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁSBAN**
Dr. Trompos Katalin, Dr. Csikós Ágnes
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs- Baranyai Hospice Alapítvány, Pécs
- P9 FIATALKORÚAK VÉLT ALKOHOLFOGYASZTÁSÁNAK ELEMZÉSE LABOR ÉRTÉKEK
SEGÍTSÉGÉVEL KÖZÉPISKOLÁSOK KÖZÖTT.**
Szabó György, Fraenkel E.**, Szabó G.***, Márk L.****, Jegesy A.*****, Huszár A.***** Bajnóczky I.*****,
Dinya E.***** Lengyel G.***** Fehér J.******
Háziiorvosi Szolgálat Enese*, Kassai Egyetem Belklinika**, PTE ÁOK hallgató***, PTE ÁOK Biokémia
Intézet****, PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet*****, EGIS Kutatási Főosztály***** , II. Belklinika
Budapest*****

P10 TESTÉPÍTŐK VÉRNYOMÁS ÉRTÉKEINEK ELEMZÉSE KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A FIATALKORÚ FIÚK SPORTOLÁSI SZOKÁSAIRA.

Szabó György, Fraenkel E.** , Szabó G.***, Márk L.****, Jegesy A.***** , Huszár A.***** Bajnóczky I.***** , Dinya E.***** , Lengyel G.***** , Fehér J.******

Háziorvosi Szolgálat Enese*, Kassai Egyetem Belklinika**, PTE ÁOK hallgató***, PTE ÁOK Biokémia Intézet****, PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet,***** EGIS Kutatási Főosztály***** , II. Belklinika Budapest*****

P11 A GYERMEKORVOSI ÜGYELETI ELLÁTÁSI RENDSZER KORSZERŰSÍTÉSE GYŐR VÁROSÁBAN-EGY ORSZÁGOS MODELL A PREVENCIÓS ÉS SZOCIÁLPEDIÁTRIAI MUNKÁBAN

Dr. Schmidt Péter, **, Dr. Muzsai Géza*, ****

Házi Gyermekorvosi Szolgálat Győr*, Nyugat-Magyarországi Egyetem KTK Széchenyi István Doktori Iskola Sopron**, Győri Háziorvosok Ügyelete KHT***.

P12 2-ES TÍPUSÚ DIABETES SZŰRÉSE

Bokor Ildikó, Dr. Oláh Ilona***

SE ÁOK szig. orvos.*, SE Családorvosi Tanszék, Budapest**

P13 14 VITAMIN-13 NYOMELEM HATÁSA DEKOMPENZÁLT MÁJSZUGORRA

Dr. Tolnai Pál háziorvos

Ajka

P14 KEVERT SZORONGÁSOS ÉS DEPRESSZIÓS BETEGEK TÁRSBETEGSÉGETŐI

Soós Krisztina szig. orv., Dr. Szabó János, Dr. Kalabay László

Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék

12.30-13.30 Ebéd

A Családorvos Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ) IX. Kongresszusa 2010. február 26-27.

Előadás-kivonatok

FŐ TÉMA: „Új evidenciák az alapellátásban”

ABPM A NON-DIPPER HYPERTONIA ÉS OSAS SZŰRÉS- ÉBEN

SZŰRÉSI MODELL AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Dr. Ádám Ágnes, Dr. Bondár Bernadett, Dr. Horonyi Petra, Fülöp László

SE Családorvosi Tanszék, Budapest, Drádám Egészségügyi Szolgálat-Zugló

A családorvosi munkában a hypertoniás betegek szűrése, után követése kiemelt jelentőségű.

Az ABPM nélkülözhetetlen eszköz a hypertonia diagnosztikájához, gondozásához.

Előadásunkban arról a szűrőmunkáról számolunk be, amelyet évek óta családorvos rezidensek bevonásával végzünk praxisunkban.

A praxis hypertoniás betegeit 2002 novembere óta szűrjük ABPM segítségével.

2009 áprilisáig összesen **837** vizsgálatot végeztünk **564** betegen. Az 564 hypertoniás között **304** non-dipper és **260** dipper beteget találtunk. Mivel a praxisban évek óta működő ABPM-OSAS munkacsoport kiemelten az OSAS-t szűri, ezért a kiszűrt pácienseket tovább vizsgáltuk OSAS tekintetében. Az alváslaboratóriumban készített polyszomnográfias vizsgálat ez idáig **122** OSAS beteget talált.

Vizsgáltuk betegeink egyéb rizikótényezőit is. Elemeztük laborparamétereiket, testtömeg-indexüket. A laborparaméterek csak a metabolikus szindrómával való szoros kapcsolatot támasztják alá, de OSAS szűrésére nem alkalmasak. A BMI biztosan összefügg az alvási apnoeal

Az OSAS és non-dipper hypertonia kapcsolata statisztikailag egyértelműen igazolható volt. A non-dipper hypertonia előfordulása a vizsgált populációban magasabb a dippernél. Megtaláláshoz az ABPM nélkülözhetetlen eszköz. Non-dipper hypertonia esetén OSAS –ra is feltétlenül gondolni kell. Az ABPM az alvási apnoe szűrésére alkalmas eszköz. Sajnos ma még nincs

minden praxisban, vagy ha van, akkor sem használják a mindennapokban. Pedig nélküle a hypertonia komplex orvoslása lehetetlen.

Az OSAS, egy igen jelentős kardiovaszkuláris társbetegség.

Saját vizsgálatunk szerint, morbiditása lényegesen magasabb az eddigi becsült értéknél.

Kutatómunkánk értékelésénél, összegzésénél felbukkantak annak nehézségei, hiányosságai.

Előadásunkban kitérünk a gyakorló orvoslás mellett végzett kutatás buktatóira is.

KÉRDÉSEK ÉS KIHÍVÁSOK AZ ALAPELLÁTÁS SZAKMAI, MŰKÖDÉSI ÉS FINANSZÍROZÁSI RENDJÉBEN

Dr. Balogh Sándor

Országos Alapellátási Intézet, Budapest

Két évtizede, hogy a Magyar Köztársaságban megtörténtek a többpártrendszeri parlamenti választások, melynek folyamodványaként a választások után megkezdődött az egészségügyi rendszerváltás. Ezzel párhuzamosan többek között létrejött az önkormányzati rendszer.

Az úgynevezett egészségügyi rendszerváltás keretében konkretizálódott a biztosítás alapú egészségügyi ellátás gyakorlati és működési rendszere, illetve elkezdődött az eddigi állampolgári jogon fizetett egészségügy társadalombiztosítási finanszírozása. Megjelent a biztosítási kártya, a biztosítási szám, később TAJ szám, a biztosítási jogviszony, amely kezdetben és még ma is zömmel szinte mind a tíz millió magyar jogosultságát jelentette. Lehetővé vált, korlátok között a szabad orvos választás, az ehhez kötött háziorvosi teljesítmény finanszírozás. Az alapfogalatok voltak: 1. A teljesítmény alapja a morbiditás, amely az ellátás mennyiségét a szakmai szabályok szerint determinálja, a morbiditás pedig alapvetően az életkorral függ össze. Ez jelentette a korhoz kötött korrigált fejkvótát (kártyapénz).

2. A teljesítményen túl az alapellátásnak működnie szükséges és a rendelőt nyitva kell tartani kevés kártya esetén is, ami egy földrajzi területtől befolyásolt állandó bevételt kell biztosítani, a mai fix díj. 3. A minőség minimális mércéje a szakmai képesítés szakvizsga ami a teljesítményt is érinti (szakmai szorzó). 4. A magán tulajdon igényessége az eddigi állami ellátás helyett javítja, javíthatja az ellátás színvonalát, illetve a működtetőhöz, háziorvoshoz közvetlen úton jutó finanszírozás felhasználása optimálisabb működést eredményez. Ennek jegyében már 1992-ben kész volt a háziorvoslás jogszabályi működési leírása, szakmai, szakképzési szakmai tartalma (rezidensi rendszer), minimum felszerelése, finanszírozásának máig is alig változott, változtatható (!) rendje és szinte egyedül állóan kompetencia leírása. 20 éve minta és úttörő volt az alapellátás sikerei az egészségügyön belül inkább irigyeket mint partnereket hozott. Az elmúlt 20 év azonban számos változást hozott amelybe a háziorvoslás egyedülisége, egyedül állósága minden tekintetben többek között úgy mint szakmai, finanszírozási, partner kapcsolati, társadalmi beágyazódási viszonylatokban, kiszolgáltatottá, sérülékennyé vált. A kedvező pozíció fokozatosan elolvadt és mára kritikussá vált. Szükséges és elengedhetetlen az egyes kérdések felvetése és tisztázása, amelyek a következők. 1. Szakmai megfelelés, megfelelıhetőség, vagy adminisztratív elszámoltatás, 2. Partnerség és szakmai integráció az egészségügyi rendszerben, vagy kirekesztés abból és „bűnbak” stigmatizáció, 3. Partnerség és korrektség az „államhatalmi” szervekkel minisztériumok, ÁNTSZ, egészség pénztár, APEH, 4. Biztonságos és kiszámítható működés, mind szakmai, mind finanszírozási tekintetben, 4. Önkormányzatiság és hogyan?

Ezek és más kérdések felvetése megoldása a jövőre gondolva elodázzhatatlan. A realitás, a lehetőségY.

A VÉTLENEK ETIKÁJA

Dr. Blasszauer Béla

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Elképzelhetetlen, hogy a súlyos gazdasági válság, a munkanélküliség, az állandó átszervezés, a növekvő bürokrácia, a jogszabályi dzsungel – csak néhány anomáliát említve – erkölcsileg érintetlenül hagyná az élet bármely területét. A társadalom erkölcsi szövete jelentősen meggyengült. Az egészségügy ebben a tekintetben kiemelkedik azzal, hogy ott állítólag már erkölcsi válság van. Az anyagi válság könnyen érzékelhető, az erkölcsi válság kevésbé, már csak azért is, mert nehéz lenne meghatározni, hogy valójában, mi is jelenti az erkölcsi válságot. Akárhogy is nézzük, az egészségügy nem az etika húzóágazata, amely példát mutatna az erkölcsiségből. Az egyre romló életszínvonal, a nyomor és a kilátástalanság, együtt még számos más negatívummal rossz hangulatot teremt, ami aztán lecsapódik, hol máshol, mint leginkább, az egészségügyben. Nem véletlen, hogy sűrűsödnek a konfliktusok az orvos-beteg kapcsolatban. A zsúfoltság, a

hosszas várakozás, a megfelelő tájékoztatás hiánya, az egészségügygel szembeni fokozottabb elvárás, a nyomott társadalmi közérzet mind-mind okkal vagy ok nélkül feszültséget okoz, és gyakran deviáns magatartást vált ki. Az orvosok körében pedig a széthúzás, a tehetetlenség, az alacsony fizetés, a futószalagszerű munka kényszere, az ádáz versengés és egy jobb jövőkép hiánya borzalja a kedélyeket, amelyeknek a következményeit a betegek is elszenvedik. Lehet akármilyen színvonalas az orvosképzés, a jövőendő orvosok nevelése, ha a fiatal orvosok szembe-sülve valósággal elvesztik mind azt az idealizmust és motivációt, amelyekkel elindultak pályájukon.

A vétlenséget többnyire a kivédhetetlen környezeti hatások jelenthetik. Számptalan receptet adtak már az erkölcsi problémák és konfliktusok megelőzésére és megoldására. Ezek közül a legalkalmasabbnak az udvarias és őszinte kommunikáció tűnik. Ha valóban gyarlók vagyunk, akkor az erkölcsi felháborodásunk kiváltó okának megítélésében is tévedhetünk. A megfelelő kommunikáció során ez kiderülhet, és a tanulság levonható. Persze a kommunikáció sem egy mindenható eszköz, mert mindig vannak és lesznek olyan emberek, akiknek a génjeikben van a konfliktuskeresés.

CSALÁDORVOSLÁS – KUTATÁS – JÖVŐKÉP

Dr. Bíró Ferenc

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

A ma családorvosát számos szakmai és egzisztenciális akadály nehezíti, hogy gyógyító munkája mellett tudományos kutató munkával is foglalkozzon. Ezen okokat igyekszik feltárni a kerekasztal beszélgetés annak reményében, hogy ezek az akadályok elháríthatók, az egész családorvosi rendszer működési rendszerének szakmai tevékenységének újragondolásával, megreformálásával. Várhatóan akkor ismét erőre kaphat az egyre lanyguló és gyengülő tudományos tevékenység iránti igény.

ALKOHOL BETEGSÉG – VAN KIÚT?

Dr. Bojtó Éva rezidens, Dr. Weisz Mária

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

A túlzott alkoholfogyasztás - mint minden dependencia - legsúlyosabb következményei az idővel bekövetkező egészségromlás mellett az interperszonális viszonyok károsodása, a családi konfliktusok, házassági problémák, balesetek, bűncselekmények. Az alkoholisták várható élettartama 8-12 évvel rövidebb a nem alkoholista kortársaikhoz viszonyítva.

A probléma kezelése komplex megközelítést igényel, amely mind az egészségügy, mind a társadalom számára óriási feladat. Két középkorú férfi szenvedélybeteg esettörténete kapcsán szeretném bemutatni, hogy van értelme és kell foglalkozni az alkoholfüggőséggel. Egyikük egyértelműen sikertörténet, már 10

éve absztinens, rendezett életvitelt folytat. A másik beteg jelenleg még a gyógyuláshoz vezető út elején jár, és csak bízni tudunk abban, hogy lesz elég kitartás az úton végighaladni.

2-ES TÍPUSÚ DIABETES SZŰRÉSE

Bokor Ildikó*, Dr. Oláh Ilona**

SE ÁOK szig. orvos.*, SE Családorvosi Tanszék**, Budapest

A vizsgálat a 2-es típusú diabetes és előállapotai: az IFG ill. az IGT korai felismerését célozza a háziorvosi praxisokban megjelenő 20-69 éves, mindkét nemű, ismert szénhidrát-anyagcsere-zavar-tól mentes személyek körében.

A diabetes mellitus az érintettek számát tekintve népbetegség. A szövődmények hatékony megelőzése csak a kórkép időben történő felismerésével lehetséges.

Teljes körű lakossági szűrésre a világ egyetlen országa sem vállalkozhat, hiszen ez óriási költséggel járna. Ezért mindenütt az ún. kockázat alapú szűrést választják.

Hazánkban a Magyar Diabetes Társaság kezdeményezte a szűrőprogramot a finnországi FINDRISK kérdőív magyar változatának felhasználásával.

A vizsgálandó személyek önkéntes alapon töltötték ki a kérdőívet. Ez - az életkor, BMI, haskörfogat, fizikai aktivitás mértéke, táplálkozási szokások, antihypertensív kezelés, szénhidrát-anyagcsere-zavarra utaló anamnesztikus adatok, a cukorbetegségre vonatkozó családi anamnézis alapján - a cukorbetegség tíz éven belüli megjelenésének kockázatára vonatkozó pontszámot (score értéket) adott meg. A vizsgálat második részében a fokozott kockázatot jelző értékkel rendelkezők körében éhomi vércukor meghatározást végeztek vénás plazmából.

A praxisban 100 páciens vizsgáltunk. Közülük 4 diabetesesnek bizonyult, 1-1 betegnél IFG-t, illetve IGT-t kórisméztek. Az összes vizsgált 84%-a túlsúlyos vagy elhízott, 83%-nak nagy a haskörfogata, 89% nem végez naponta még 30 perc fizikai tevékenységet sem, 65% nem fogyaszt naponta zöldséget, gyümölcsöt, 53% szed rendszeresen vérnyomáscsökkentőt, 85%-nak van a családjában/rokonságában diabeteses, 55% dohányzik. Tekintettel arra, hogy a vizsgáltaknak csak 5%-a tartozik az alacsony vagy enyhén fokozott kockázatú csoportba, felmerül a kérdés, hogy nem ajánlott-e a betegpopuláció egészére kiterjeszteni az éhomi vércukor vizsgálatot és a MDT módszertani ajánlásának megfelelően szűrni a betegeket

HITEK, TÉVHITEK A GENERIKUS GYÓGYSZEREKRŐL

Dr. Borvendég János

CHMP/London

Milyen készítményt nevezünk generikus, azaz alapvetően hasonló gyógyszernek?

Milyen feltételek teljesülése esetén minősíti egy gyógyszerérté-

kelő és törzskönyvező hatáság a gyógyszert generikusnak?

Mit jelent az, hogy a generikus gyógyszer gyógyszerészeti minősége és biohasznosulása „alapvetően hasonló” a választott innovátor termék minőségéhez, biohasznosulásához?

A bioegyenértékűség bizonyítása jelenti-e a két gyógyszer terápiás egyenértékűségét is, végső fokon kicserélhetőségét, vagy helyettesíthetőségét?

Mit mutat a gyakorlat?

Mik azok a tényezők, amelyek befolyásolhatják, segíthetik, vagy nehezítik a helyettesíthetőség megállapítását, alkalmazását az orvosi gyakorlatban.

Előadásában a fentiekben megfogalmazott kérdésekre keres választ az előadó és kíván egyben tanácsot adni a generikumokat alkalmazó orvosoknak.

AZ OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁS 5 ÉVES TAPASZTALATAI, FELADATOK ÉS TERVEK A JÖVŐRE

Dr. Csikós Ágnes, Dr. Trompos Katalin

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

1997. évi Egészségügyi Törvény 99. pontjában megfogalmazásra került, hogy a végstádiumú, daganatos betegek legmegfelelőbb ellátási formája a hospice ellátás. 2004-ben került bevezetésre és finanszírozásra a hospice ellátás Magyarországon. Jelenleg két ellátási forma finanszírozott, az otthoni, valamint az intézeti ellátás. Alapítványunk, a Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány 2004-től lát el terminális állapotú betegeket Pécsen, illetve 2009-től Baranya megyében otthoni hospice ellátás keretében. Egy új ellátási forma bevezetése, bevezetési időszaka mindig sok kihívással, nehézséggel jár. Egyrészt az ellátási forma definiálása, kapcsolódási, együttműködési pontok meghatározása az egészségügyi és szociális ellátókkal. Tájékoztatás az ellátási formáról, hogy mind a szakmai körök, mind a betegek és/vagy hozzátartozók tudják, hogy mit jelent, mit tud nyújtani a hospice ellátás. Mikor gondoljanak arra, hogy a hospice ellátási forma az melyben a beteg és családja a legmegfelelőbb segítséget kaphatja az előrehaladott betegségben. Másrészt a hospice ellátó csoport kialakítása, a multidiszciplináris szemlélet és ellátás meghonosítása. Olyan magas szintű tüneti kezelés, ápolási segítség, pszichés támogatás megvalósítása, hogy a beteg otthonában tudjon maradni és szerettei körében tudja tölteni életének utolsó időszakát. Ennek az 5 évnek a pozitív és negatív tapasztalatairól, feladatokról és tervekről számolok be előadásomban.

MOTIVÁCIÓK ÉS GÁTAK A HÁZIORVOSOK KÜLFÖLDI MUNKA-VÁLLALÁSÁBAN

Dr. Cs. Szabó Zsuzsanna, Dr. Hajnal Ferenc

SZTE Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

Háttér: Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal

adatai alapján évente több ezer orvos kér engedélyt külföldi munkavállaláshoz. Szakorvosok tekintetében második leggyakoribb a háziorvos szakvizsgával rendelkezők ilyen irányú kérése.

Cél: Tudományos munkánkban vizsgáljuk az orvosok, ezen belül a háziorvosok külföldi munkavállalásának egyéni és csoportos motivációit, valamint korlátait.

Módszer: Áttekintjük az irodalmi adatokat, amelyek a magyar orvosok migrációs hajlandóságának vonatkozásában megjelentek. Saját felmérésünkben a SZTE IV. éves orvostanhallgatói körében a külföldi munkavállalás előnyeinek, lehetőségeinek, hátrányainak és veszélyeinek feltárását SWOT analízis formájában végeztük, a válaszokban előforduló kulcsszavakat felhasználtuk a háziorvosoknak szánt kérdőív összeállításához. A háziorvosi kérdőívben a szempontokat skálán értékeltettük.

Eredmények: A válaszok elemzése során kiderül, hogy a háziorvosok többsége foglalkozott a külföldi munkavállalás gondolatával, szeretne külföldön dolgozni, de nem tekinti céljának a külföldön való letelepedést. A legnagyobb motiváció az anyagi előnyszerzés és a munkakörülmények javulásának lehetősége, míg a legnagyobb gát a nyelvtudás hiánya és a családtól való elszakadás nehézsége.

Konklúzió: A háziorvos szakorvosok az EU-ban több befogadó ország részéről is keresettek, anyagiakban sokszor jobb ajánlatot kapnak, mint más diszciplínák szakorvosai. A háziorvosok külföldi munkavállalását befolyásoló tényezők hasonlóak a más orvosokra vonatkozó felmérésekben tapasztaltakhoz, de a háziorvosok többször említik gátló tényezőként életkorukat és praxisuk elhagyásának kockázatát.

WORKING WITH FAMILIES IN PALLIATIVE CARE. RESEARCH AND PRACTICE IMPLICATIONS, COMMUNICATION, COHESION, CONFLICT

David Oliviere, Director of Education and Training, St Christopher's Hospice
London, UK

"Families are not fairytales whose last line is 'and they all lived happily ever after'. They are places of conflict and stress. But they are also places where we learn to resolve them by honest communication, mutual understanding and forgiveness. The family is where we learn the grammar of emotional intelligence by not giving up when the going gets tough. It's our ongoing seminar on the meaning of loyalty." Rabbi Jonathan Sacks

Families are made up of ordinary people. As a result of illness, death and bereavement, they react, respond, adjust and achieve. It is an indication of resilience of families that they can do these things. The medium for families is communication. It is the job of health and social care professionals to facilitate these processes, not try and do it for them. We cannot give families what

they ultimately wish: to take away the illness, keep the person alive or bring back their family member following bereavement. Some families struggle to care, communicate, collaborate or cohes. We need to give special attention to these families. Research has underlined the importance of family communication, cohesion and conflict resolution.

This presentation will cover the many complex and multi-faceted processes involved in how families cope and how clinicians assess and intervene with the tools in palliative care that promote coping and achievement.

BÁLINT MOZGALOM MAGYARORSZÁGON. MÚLT, JELEN, JÖVŐ

Dr. Dormán Hajnalka (Pécs), Dr. Ormay István (Budapest), Dr. Dobó Katalin (Budapest) Dr. Csörsz Ilona (Debrecen), Dr. Harrach Andor (Budapest)

Bálint Mihályt elméleti munkássága mellett, elsősorban, a nevével fémjelzett Bálint-módszer létrehozójaként ismerjük.

Az általános orvoslás elméletét és gyakorlatát érintő tanait, - Az orvos, a beteg és a betegség - című könyvében fejtette ki, mely 1957-ben jelent meg Londonban. Bár az első kiadás hazánkban 1960-ban megjelent, szilárd és mély humanista elkötelezettségű, morális alapú módszere a kommunista uralom alá került országokban, így hazánkban sem tudott elterjedni a pszichológia, különösen a pszichoanalízis, ártalmasnak kikiáltott politikai-ideológiai tiltása és elítélése miatt.

A hetvenes évektől világszerte felélnékölt a Bálint-mozgalmat, 1991-ben megalakult hazánkban a Bálint Társaság, mely a 2000 utáni években az egyetemeken magatartástudományi és családorvostani tanszékeken centralizálódó junior, rezidens, valamint gyakorló háziorvosok Bálint csoportjait fogta össze országosan szervezett mozgalommá.

A kerekasztal tagjai a Bálint-mozgalmat 21. századi fejlődésének hazai perspektíváit, az együttműködés többszintű módozatait, a módszer nyújtotta lehetőségek optimálisabb felhasználását elemzik a pszichoszomatikus medicina, orvosképzés-és továbbképzés, valamint a széleskörű gyakorlati munka fellendülésének tükrében.

A KORAI KLINIKAI TAPASZTALAT HATÁSA AZ ORVOSTANHALLGATÓK HÁZIORVOSI ORIENTÁCIÓJÁRA – ELSŐ TAPASZTALATOK

Dr. Eőry Ajándék, Dr. Kalabay László
SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Háttér: Európa szerte problémát jelent a családorvosok utánpótlása. Ez a probléma Magyarországon is jelentősen érzékelhető.

Célkitűzés: A Semmelweis Egyetem Általános Orvos Karán

2009-ben első éves hallgatóknak bevezetett kötelezően választható gyakorlati tárgy, a „Bevezetés a klinikumba” kapcsán lemérni: 1. Megváltoztatja-e az orvostanhallgatók véleményét a csaláadorvoslásról, ha kiscsoportos, gyakorlati oktatáson vesznek részt oktató háziorvos irányításával? 2. Milyen hatásosan adták át a tantárgy lényegét az oktatók a hallgatóknak? 3. Hogyan ítélik meg háziorvos oktatójukat a hallgatók? 4. A gyakorlat végén milyen arányban választanák a háziorvoslást leendő szakterületüknek?

Minta és körülmények: A 2008/2009-es tanév második szemeszterében 354 hallgató vette fel a tantárgyat. Részükre átlagosan nyolc fős csoportokban, heti gyakorisággal tartottak gyakorlatot oktató háziorvosok, melyek első órájában a hallgatók beteggel találkozhattak, második órájában speciális témaköröket vettek át az adott beteg kapcsán oktatójukkal. A gyakorlatok háziorvosi praxisokban zajlottak, a rendelési idők között.

Módszer: A félév végén a hallgatók és az oktatók kérdőívet töltöttek ki. A kérdőívek első részében megadott szempontok szerint hétpontos skálán osztályozták a tantárggyal kapcsolatos célokat. Az oktatói kérdőívek második részében a felkészülésre fordított időt, az oktatással kapcsolatos speciális szempontokat, véleményüket kérdeztük nyílt és zárt kérdések alkalmazásával. A hallgatói kérdőívek második felében az oktatók értékelése történt megadott szempontok szerint hétpontos skálán, majd nyílt kérdésben véleményük és javaslataik felmérése.

Eredmények: A kérdőívet kitöltött 287 hallgató 60%-ának változott meg pozitívan a véleménye a háziorvoslásról. Az oktatók által fontossági sorrendben a holisztikus gondolkodás (átlag: 6,63 SD: 0,871), majd az alapvető készségek kialakítása (5,26; 1,460), és az orvosi ismeretek átadása (3,44; 1,216) következett. Ezzel összhangban a hallgatóknál is az orvosi gondolkodás megismertetése állt első helyen (4,98; 1,606), ezt követte a gyakorlati ismereteket átadására (4,34; 1,717), majd a tárgyi tudás növelésére vonatkozó kérdés (3,29; 1,707). A félév végére a hallgatók 55%-a tartotta elképzelhetőnek, hogy háziorvos váljon belőle. Oktatóikat a hallgatók minden kérdésben hat pont körül osztályozták (figyel ránk [6,26; 1,130]; orvos példaképnek alkalmas [5,64; 1,596]), és a többlet terhelés ellenére az oktatók nagy része az oktatásban maradt.

Következtetések: A Bevezetés a klinikumba tárgy első klinikai gyakorlatként jelenik meg az orvostanhallgatók kurrikulumban. A háziorvosi praxisokban zajló, kiscsoportos oktatás jelentős hatással lehet a hallgatók későbbi pályaválasztására. Az eredmény pontos leméréséhez a vizsgálat folytatása, utánkövetéses vizsgálat kivitelezése szükséges.

DOHÁNYZÁSI SZOKÁSOK VIZSGÁLATA AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Fekete Levente szig. orvos, Dr. Rinfel József
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Bevezetés: A dohányzás az egyik legsúlyosabb egészségkárosító tényező. Magyarországon mintegy 2,6 millió ember dohányzik, azaz minden negyedik polgár, pontos adatokkal azonban a dohányzókra nem rendelkezünk. Az érintettek pontos beazonosítása mellett fontos az egyéni sajátosságok, dohányzási szokások, az esetleges leszokási szándék megismerése ahhoz, hogy konkrét, személyre szabott segítséget nyújthassunk.

Módszer: Két baranyai praxisban végeztük a kérdőíves vizsgálatot. A főbb kérdések az egyéni dohányzási előzményekre, jelenlegi dohányzási profilra, az orvosi tanácsadás megtörténte, a dohányzással kapcsolatos panaszokra, dohányzás elhagyásának szándékára vonatkoztak, amit a nikotin dependencia mérését célzó Fageström teszttel egészítettünk ki.

Eredmények: Az 1750 fős dél-baranyai praxisból 102 fő (64 nő, 38 ffi), míg az 1800 fős hegyhátsági praxis betegei közül 107 fő (54 nő, 53 férfi) összesen 209 fő töltötte ki a kérdőívet. A dohányzás elkezdését, az elszívott mennyiséget, korábbi elhagyási próbálkozások tekintve a nemek között volt észlelhető különbség. A dohányzók többsége túl van számottevő sikertelen leszokási kísérleten. A dohányzással kapcsolatos ismeretekben csak mérsékelt különbségek mutatkoztak, míg az attitűdökben már jelentősebb eltérések észlelhetőek. A dohányzók nagy részénél észlelhető volt a leszokásra való hajlandóság. A nikotin függőség mértéke elsősorban az elszívott cigaretta számmal, a dohányzás időtartamával volt összefüggésben.

Összefoglalás: Érdemi különbségek nem voltak kimutathatóak a két praxis között. A válaszok tükrözik a dohányzás szervkárosító hatásait az erre utaló testi panaszok gyakoriságát tekintve. Ebben a nők és férfiak számadatai sem mutattak markáns differenciát. Az elhagyást nem akarók napi cigaretta fogyasztása magasabb, jelezve a függőség következményeit. A vizsgált betegek dohányzási szokása jól tükrözik a nikotin függők mindennapi életét, esetleges leszokási hajlandóságukat, ami lehetőséget teremt a további lépésekhez. A kérdőíves módszer keresztmetszeti kép felvétele mellett alkalmas lehet prospektív nyomon követésre is, így pontos képet nyerhetünk egy adott populáció (praxis) dohányzási szokásairól

KARDIOVASZKULÁRIS PREVENCIÓ TÁMOGATÁSA DIGITALIZÁLT KOCKÁZATBECSLÉSEL

Fórizs Noémi orvostanhallgató

DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

A kardiovaszkuláris betegségek megelőzése fontos népegészségügyi feladat. A „Szív- érrendszeri betegségek prevenció programja” (SZÉP) értékeli az egyén rizikóállapotát, megjeleníti a betegségkockázatot, ezt az átlagos kockázattal veti össze, és bemutatja a rizikócsökkentés várható kedvező hatását.

Munkám során arra kerestem választ, hogy a program alkalmazásának van-e hosszabb távon kedvező hatása. A szűrés és

a kapott orvosi tanács eredményez-e rizikócsökkentést, van-e motiváló hatása.

Egy falusi közösségben 2008-ban és 2009-ben 76, illetve 68 résztvevővel szűrővizsgálat történt. Mindkét vizsgálatban 14 személy vett részt. Esetükben összehasonlítottam a SZÉP program eredményeit. Egy cukorbeteg klub 21 tagja ismételt szűrővizsgálatának eredményeit is elemeztem, egy életmódprogram hatásának le mérésére. Vizsgáltam egy üzemorvosi szűrésen részt vett 10 fős menedzsercsoport rizikó státuszának egy éves változását is. Felmértem egy háziorvosi praxisban is a SZÉP eredményeit.

Mindhárom csoportban hiányosak voltak az egyéni kockázatra és életmódprogram várható hatására vonatkozó ismeretek. A falusi szűrés után csak minimális változás következett be. A már jelentős betegségkockázattal rendelkező menedzsercsoportban pedig a kockázat kifejezettebbé vált. A cukorbeteg körében látványos változás történt, a komplex gondozás hatására a rizikó állapot jelentősen javult. Ugyanígy kedvező változást észleltem egy háziorvosi praxis betegek körében is, akik esetében az első felmérést követő gondozást egy személy, a praxis háziorvosa végezte.

A SZÉP program távlatilag akkor hatásos, ha azt orvosi tanácsadás, gondozás, motiválás támogatja. Ennek hiányában a komplex szűrés hatástalan.

THROMBOTIKUS MICROANGIOPÁTHIA MOSCHCOWITZ SZINDRÓMA KÉPEBEN: ESETTANULMÁNY

Dr. Frank Nóra*, Dr. Tóth Erzsébet**

PTE ÁOK Családorvostani Intézet*, 18. Sz. Háziorvosi körzet, Kaposvár**

A thrombotikus thrombocytopeniás purpura (TTP) egy ritka, klinikailag heterogén betegség, a thrombotikus microangiopáthiák közé sorolható a haemolytikus uraemiás szindrómával együtt. Incidenciája korábban 1-3/1 millió lakos volt, gyakorisága azonban nő. Hazai adatok szerint évente 30 beteg szorul kezelésre. Terápia nélkül mortalitása igen magas, 90-100% körüli.

Esetismertetés: Tanulmányunkban egy 62 éves nőbeteg esetét dolgoztuk fel. A születése óta mentális retardáció miatt gondozott beteg napok óta visszatérő láz, inproductív köhögés, elkent beszéd, járásbizonytalanság miatt érkezett rendelőnkbe. A beteget sápadtság, láz, újkeletű pitvarfibrilláció, friss neurológiai tünetek miatt sürgősséggel kórházba utaltuk thrombotikus esemény lehetősége miatt. A kórházi vizsgálatok során láz, direkt Coombs negatív haemolitikus anémia, thrombocytopenia, neurológiai tünetek, és vesefunkció beszűkülés alapján a betegnél thrombotikus thrombocytopeniás purpura diagnózist állítottak fel. Bőrtünetei nem voltak. Moschcowitz szindróma miatt 12 alkalommal plazmaferézist végeztek, a beteget transfundálták. Az átmeneti terápia elégtelenség miatt intravenás szteroid és ciklofoszfamid kezelést is kapott, melyeket fenntartó

dózisban otthonában is tovább javasoltak. Tekintettel krónikus pitvarfibrillációra, orális anticoaguláns kezelést kezdtek.

Következtetés: A Moschcowitz szindróma egy igazi haematológiai vészhelyzet, vérkép eltérések, láz, bőrtünetek, neurológiai tünetek, vesebetegség esetén mindig gondolni kell rá. A rendkívül ritka genetikai öröklésen kívül a betegség etiológiája ismeretlen (primer formák). Vannak bizonyos betegségek-állapotok, melyek esetén gyakoribb az előfordulás (pl. infekciók, gyógyszerek, terhesség, malignitások, kemoterápia utáni állapot, csontvelő-transzplantáció, autoimmun megbetegedések), ezeket szekunder formáknak nevezzük. Mivel a thrombotikus történések az egész szervezetet érintik, valamennyi szerv érintett lehet, ennek megfelelően változatos klinikai képpel járhat. A magas halálozási arány miatt a terápia nem késhe, a gyors felismerésben a háziorvosoknak központi szerepe van. Manapság köszönhetően a fejlett terápiás lehetőségeknek a túlélési arány 80% feletti. 10 éves követés alatt a betegek harmada esik át újabb relapszuson. A betegek körében neurológiai maradványtünetek maradhatnak vissza, emiatt gondozásuk elengedhetetlen.

A GAZDASÁGI VÁLSÁG HATÁSAI AZ EMBEREK HÁZIORVOSHOZ FORDULÁSI SZOKÁSAIRA, A HÁZIORVOS-BETEG KAPCSOLATRA - A CSALÁDORVOSI PRAXISOK HELYZETE RECESSION IDEJÉN

Gasparovszky Beáta szig. orvos, Kósa Andrea szig. orvos, Dr. Szélvári Ágnes, Dr. Kalabay László

SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Cél: A felmérés budapesti lakosok körében a 2008 második felében kezdődő gazdasági visszaesés hatását vizsgálja a háziorvoshoz fordulás és az egészségre gyakorolt rövid távú hatás tekintetében, illetve a háziorvosok munkafeltételeinek változását az elmúlt egy évben.

Módszerek: A felmérés során 6 budapesti háziorvosi rendelőben megjelenő személyek (200 fő: 95 férfi és 105 nő, átlag életkor: 51,2Y14,32év) egy 28 kérdésből álló többszörös választási lehetőséget tartalmazó saját kérdőívet töltöttek ki. A budapesti és pest megyei háziorvosok munkájának felmérésére egy 10 kérdésből álló többszörös választásos, szintén saját kérdőív szolgált, melyet 152 családorvos (77 férfi és 75 nő, átlag életkor: 59,6Y9,32év) töltött ki.

Eredmények: A megkérdezettek orvosok csaknem fele (47%) a gazdasági válság hatására kevesebb műszert, felszerelést tud vásárolni. A hosszabb kórházi előjegyzési listák miatt a megkérdezett orvosok 60%-a szerint hosszabb a várakozási idő a praxisban. A válaszadók 90%-a elfogad hálapénzt. A bizonytalan gazdasági helyzet miatt a háziorvosok több mint fele (55%) a praxis eladásán gondolkodik. A nehezebb pénzügyi helyzet miatt a válaszadók harmada (27%) nem tud úgy koncentrálni a munkájára és nem tud olyan empátiával fordulni betegeihez, mint korábban. A budapesti válaszadók több, mint

harmada (36%) kevesebb recept nélküli készítményt vásárol, közel ugyanennyien (28%) olcsóbb készítményt választanak. Az orvoshoz fordulás gyakorisága és az emberek elvárása a háziorvosi munkával szemben nem változott a válság hatására. A válaszadók háromnegyede (74%) nem szokott hálapénzt adni háziorvosának.

Következtetések: Az emberek orvoshoz fordulási szokásai, valamint elvárásai a háziorvosokkal szemben nem változtak a nehezebb gazdasági helyzet ellenére. Bár az ár csak a 4. legfontosabb szempont a gyógyszerválasztás során, recesszió idején mégis változnak a gyógyszervásárlási szokások. A betegek többsége nem szokott hálapénzt adni, bár nagy részük kevésnek tartja az egészségügyi dolgozók fizetését. Az orvosok többsége elfogadja a paraszolvenciát. A praxis egyre nehezebb fenntartása miatt sokan annak eladásán gondolkodnak.

ACS- A BETEGEK ELLÁTÁSA AZ OMSZ ÉRTESÍTÉSÉN IS TÚL

Dr. Garbai Imre Gábor rezidens Dr. Garay Erzsébet mentor***

SZTE Családorvosi Tanszék*, Coronella Orvosi Centrum Gyula**

A szerzők az OMSZ Gyulai Mentőállomás esetlapjainak feldolgozása alapján mutatják be a Gyulai kistérség alapellátó orvosainak mellkasi fájdalommal jelentkező betegeket ellátó tevékenységét, kritikus szemmel.

A vizsgált periódusban: 2009.jan.01-2009. szept. 30. között 67 esetben hívtak mentőt mellkasi fájdalom miatt, amit a hívó orvos angina pectorisnak, AMI-nak, ACS-nek véleményezett.

Nagyon figyelemre méltónak találtunk néhány kérdést:pl.: hogy az esetek hány százalékában kapott a beteg a helyszínen a feltételezett diagnózisnak megfelelő ellátást. Mi minősíthető egy adott helyen, adott helyzetben adekuat ellátásnak? Mi a különbség a protokoll és a gyakorlati megvalósíthatóság között? A helyzet javítását célzó megyei gyakorlat hatékonyságának felmérése 5 év múlva kell, hogy megtörténjen.

AZ ALAPELLÁTÁS SÜRGŐSSÉGI GYÓGYSZERES TERÁPIÁJÁNAK KRITIKUS ÉRTÉKELÉSE A KECSKEMÉTI KISTÉRSÉGBEN

Dr. Hajnal Ferenc, Dr. Tamási József rezidens

SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő Intézet, Szeged

Célunk az alapellátásban dolgozó orvosok konkrét terápiás beavatkozásainak elemzése volt bizonyos gyakori sürgősségi esetek kapcsán.

Retrospektív módon tanulmányoztuk át az Országos Mentőszolgálat 2009. január 1. – 2009. március 31. közötti eset- és rohamkocsi, valamint a 2009. január 1. – 2009. február 28. közötti mentőgépkocsi kivonulásainak esetlapjait. Azokat a mentőse-

teket (összesen 387 kivonulás) elemeztük, melyeknél háziorvos vagy ügyeleti alapellátó orvos volt a bejelentő. Az ellátó mentőegység által adott iránydiagnózisokat is figyelembe véve áttekintettük a bejelentő orvosok által nyújtott terápiás beavatkozásokat "adekvát", "részben adekvát", "inadekvát" és "nem történt ellátás" csoportokba sorolva azokat. Elemzésünk a következő gyakori betegségek kapcsán nyújtott ellátásokra terjedt ki: angina pectoris szindróma, szívizom infarktus, fulladással járó akut állapotok (asztma mixtum, tüdőgyulladás, COPD akut exacerbációja), kardiális dekompenzáció, agyi vérkeringési zavarok, hipertóniás krízis, traumás betegségek, kiszáradás és néhány kevésbé gyakori sürgősségi beavatkozást igénylő állapot. A felsorolt állapotokban egyenként regisztráltuk az alkalmazott gyógyszerkört, majd ezeket összevetettük az aktuális irányelveknek megfelelő ajánlásokkal.

A kapott eredményeket, azok statisztikai elemzését és következtetéseinket poszterünk tartalmazza.

MAGYAR SZEREPVÁLLALÁS AZ EURÓPAI CSALÁDORVOSLÁS FEJLESZTÉSÉBEN

Dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

Abstrakt nem érkezett

BÁLINT CSOPORT BEMUTATÓ JELLEGEL

Dr. Harrach Andor

SE Magatartástudományi Intézet, Budapest

Bálint csoportüléseken orvosok mutatják be szabad elbeszélő formában problematikus eseteiket, ezt követően a csoport kötetlen formában megbeszéli a két résztvevő, beteg és orvos kapcsolatát, a kezelés menetét, a két résztvevő magatartását. A megbeszélést pszichológiai-pszichoterápiásan képzett csoportvezető moderálja. A cél az eset szupervíziója, ezen túl a résztvevők folyamatosan tanulnak egymástól az esetmegbeszélésekből, s személyes magatartásukat, orvosi céljaikat és professzionalitásukat is reflektálják. Egy csoport hosszabb ideig együttműködve társas támogató közösséggé alakulhat. A munka fényt derít a tevékenységben felmerülő konfliktusokra, megterhelésekre. Az utóbbi években egyre inkább hangsúlyozódik a Bálint csoportnak a kiégést megelőző funkciója. Így világosabbak lesznek az elégedetlenségi faktorok ill. az azokkal való bánásmód az orvos tevékenységében, javul az orvos életminősége, egészségileg védettebbé válik.

A csoportmunkát más egészségügyi szakmákban is lehet alkalmazni, sőt minden olyan foglalkozásban, ahol a foglalkozási tevékenységnek fontos része az emberi kapcsolat (pedagógia, jogászat, lelkipásztori tevékenység, tanácsadás, stb.).

A módszer kifejlesztőjének, a magyar származású orvos-pszichoanalitikusnak nevét viseli. Bálint Mihály (Budapest, 1986

– London, 1970) már a múlt század 30-as éveiben végezte első kísérleteit a módszer kifejlesztésére, ami aztán az ötvenes években Londonban történt meg. Alapkönyve, „Az orvos, a beteg és a betegség” 1957-ben jelent meg Londonban, Magyarországon először 1961-ben, majd több kiadást ért meg. Az egész orvosi világirodalom egyik legelterjedtebb könyve! Magyarországon a csoportmozgalom bár ismert, de nem terjedt eddig olyan mértékben, mint más országokban. A Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság folytatja a hagyományt és alkalmazza a módszert, csoportvezetőket is képez. A Bálint világmozgalmat a nemzetközi Bálint Társaság irányítja

SOK BÁBA KÖZT ELVÉSZ A GYEREK – A MAGYARORSZÁGI PSZICHOSZOMATIKA STRUKTÚRÁJÁRÓL

Dr. Harrach Andor

SE Magatartástudományi Intézet, Budapest

A jelen konferencia kiírási témái mind tartalmaznak pszichoszociális-pszichoszomatikai mozzanatokat. Ez is jól tükrözi azt az alapvető megállapításunkat, hogy pszichológiai és társadalmi szempontok a medicina minden szegletében jelen vannak, bár különböző tartalommal ill. intenzitással. Ezért csak helyeselni lehet, hogy a modern medicina sarokköve a bio-pszicho-szociális szemlélet, minden más elképzelés egyoldalú és elégtelen.

A magyarországi orvoslás ezzel szemben messzemenően biológiai alapozású, a pszicho-szociális dimenzió kevésbé érvényesül. Ezt komplex jelenségként kell értékelnünk, ennek megfelelően a lehetséges változtatások is sokoldalú stratégiát követelnek. Ebben egyik fontos tényező magának a pszichoszomatika tudományának magyarországi helyzete. Ezen előadás címének első része azt szeretné kifejezni, hogy a pszichoszomatika Magyarországon „szervezetlen”: sok helyen művelik, nagyon sokszor igen magas színvonalon is, de izoláltan; vannak jó publikációk, melyek valószínűen nem érik el megfelelően célközönségüket; feltehetően nincs meg a szükséges kooperáció a résztvevők között; „három P” (pszichiátria, pszichoszomatika, pszichoterápia) tudományának határai elmosódnak; a modern idegtudományok nem illeszkednek megfelelően a mindennapi gyakorlat-hoz; az ellátási rendszer maga szervezetlen. Állítólag hiányzik a pénz erre, a tény pedig az, hogy a pszicho-szociális alapú ellátás olcsóbb, s amellettt humánusabb is.

A háziorvos számára ez az átláthatatlanság bénítóan hat. A háziorvosi tevékenység külső körülményei is lényegesen hátráltatják a pszicho-szociális gondolkodási módot, így alkalmazása alig sikerülhet.

Az előadás megkísérli felvázolni változtatás lehetőségeit, nem utolsósorban a pszichoszomatika németországi és a svájci szerveződésének mintái alapján.

DAGANATOS FÁJDALMAK CSILLAPÍTÁSA

Dr. Heigl Péter

PTE KK Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs

Hazánkban daganatos betegség miatt évente 32.000 ember hal meg. Nemzetközi adatok szerint a végstádiumú daganatos betegségben szenvedők 98%-a erős fájdalomtól szenved. Ugyanakkor az is ismert, hogy hazánkban összesen kb. 8.000 ember részesül opioid analgéziában, ami a fájdalomcsillapító terápia egyik leghatékonyabb módszere. Ezen adatok jól reprezentálják a fájdalomcsillapítás elégtelen voltát Magyarországon. Panaszt okoz maga a daganat, sokszor annak kezelése, társulhat mellé gyulladás, egyéb társbetegség okozta fájdalom, idegi érintettség okozta neuropátiás komponens is. Az „alapfájdalom” mellett áttöréssel járó fájdalmas epizódok is felléphetnek. A daganatos, vagy bármely más etiológiájú krónikus fájdalom azonban nem csupán szomatikus hátteret takar. Az ún. „total pain” (teljes fájdalom) fogalom mögött bonyolult, az egyén és környezete közötti viszonyrendszer is húzódik.

Ezért nem meglepő, hogy a fájdalomra adott válaszreakció sem csupán szomatikus, élettani elemeket takar. A daganatos beteg sokszor leginkább a fájdalomtól tart, félelmei depresszióhoz, szociális izolációhoz, legvégső esetben akár suicidumhoz is vezethetnek.

A jó analgetikus terápia ugyanakkor jelentősen javítja a daganatos betegek életminőségét, várható túlélését – alapvető szakmai, etikai és morális elvárás a betegek részéről.

A háziorvosi gyakorlatban leginkább a gyógyszeres fájdalomcsillapító terápia kivitelezhető. Ennek eszközei a non-steroid analgetikumok, az opioidok, valamint egyéb adjuváns analgetikumok.

Előadásomban elsősorban az opioidok használatával kapcsolatban kívánok hasznos tanácsokkal szolgálni, valamint kitérek egy hamarosan hazánkban is bevezetendő új terápiás lehetőségre is.

SZTOK-PREVENCIÓ- SZŰRÉS – NAGYEREK FELETTI AUSZKULTÁCIÓ

Dr. Hintalan János

Családorvos, Miskolc

Cerebrovaszkuláris betegségek jelentősége, gyakorisága mindannyiunk előtt ismert. E csoportba tartozó kórképeknek az érintett páciensre, környezetére, és a kezelést végzőkre kifejtett hatását nem kell részleteznem. A kezelés költségei és a rokkant-tá válás következményei komoly anyagi terhet jelentenek az egyén és a társadalom szintjén egyaránt. Mindezekre tekintettel az utolsó fél évben nagy erek, főként a karotisok feletti hallgatódzást rutinszerűen elvégeztem minden, bármely okból a rendelőben megjelent betegnél. A fizikális vizsgálatnak ezzel való kiegészítése csak elhanyagolható mértékben növelte meg

a rendelési időt. Ezen időszak alatt az ezerkétszáz betegkártyás, viszonylag kis körzetből közel ötszáz beteget sikerült így megvizsgálni és közülük tizenkilenc személynél volt hallható szisztolés zöreje a karotisz régióban. Ezek angiológiai kivizsgálása is megtörtént. Minden esetben kimutattak az erek falában különböző mértékű szklerotikus plakkokat és tizenöt esetben harminc – hetven százalékos szűkület is felismerésre került. További rizikótényezők tisztázása, a gyógyszeres kezelés szükség szerinti kiegészítése és az időszakos angiológiai kontroll mellett a beteg egészségtudatának formálásától azt várom, hogy elkerülhető, vagy elhalasztható legyen a leelkedő stroke kockázata. Ennek reményében javaslom mindannyiunk számára a nagyerek időszakos, de rendszeres, szűrőjellegű auszkultációs vizsgálatát

A GYERMEKKORI ELHÍZÁS KEZELÉSE, GONDOZÁSA ÉS MEGELŐZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Dr. Ilyés István

DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

A gyermekkori elhízás jelentőségét az adja, hogy gyakorisága növekvő, már gyermekkorban számos másodlagos anyagcsere-elérés kialakulásának forrása, átmenete a felnőttkori elhízásba gyakran bekövetkezik, s mindezek miatt a felnőttkori kardiovaszkuláris betegségek és a 2-es típusú diabetes mellitus rizikótényezőjének tekinthető.

A gyermekkori elhízás kezelése komplex: magába foglalja az étrendi kezelést, a fizikai aktivitás fokozását, a szükséges pszichés támogatás és magatartás-terápia biztosítását. Az összefoglaló a kezelés ezen összetevőit tekinti át. Foglalkozik ezután a gyermekkori elhízás gondozásának elemeivel: a szűrővizsgálattal az elhízottak rizikótényezőinek felmérésével, az együttműködést biztosító edukáció szempontjaival, a komplex kezelés megvalósításával és a gondozás eredményeinek felmérésével. Ezt követően a gyermekkori elhízás megelőzésének lehetőségeit veszi számba, a primer, szekunder és terciér prevenció feladatainak áttekintésével.

Megállapítja, hogy a gyermekkori elhízás primer prevenciója és adekvát gondozása a felnőttkori kardiovaszkuláris betegségek és a 2TDM megelőzését szolgálja.

AZ ELHÍZÁS HATÁSA A GYERMEKKORI ASZTHMA BRONCHIALERA ÉS KEZELHETŐSÉGÉRE

Iski Gabriella, Dr. Márton Hajnalka***

DE ÁOK orvostanhallgató*, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék**, Debrecen

Az asztma bronchiale a leggyakoribb gyermekkori krónikus betegség, a túlsúly pedig korunk népbetegsége. Vizsgálatunkban választ kívántunk kapni arra, hogy a túlsúly milyen összefüggés-

ben van az asztma bronchiale kialakulásával, súlyosságával, kezelhetőségével. Módszerünk egy anonim kérdőív kitöltése volt, melyben a debreceni városi szakrendeléseken megjelent asztma bronchiale miatt kezelt gyermekeket és szüleiket kérdeztük meg. A kapott 117 értékelhető kérdőívet statisztikai módszerekkel értékeltük. A lányoknak 43,2 %-a volt túlsúlyos, a fiúknak 30,3 %-a. A lányok esélye a túlsúlyra kétszerese volt a fiúkénak. A családban levő elhízás háromszorosára, az iskolai testnevelés alóli felmentés felmérésünkben hatszorosára növelte az elhízás esélyét. A szteroid kezelésben részesülő betegek 37,1 %-a bizonyult túlsúlyosnak, míg a szteroidot nem használók 30,8 %-a. A normál súlyúak állapota 81,4 %-a volt kontrollált, míg a túlsúlyosoknak csak 71,8 %-a. A testnevelésből felmentett 6 gyerek közül 4 tartozott a nem kontrollált asztmás csoportjába, míg a testnevelésben részt vett 49 gyermekből 2. A sportoló 43 gyermek közül 7, míg a nem sportoló 40 közül 17 tartozott nem kontrollált csoportba. A születési súly vizsgálatunk alapján a későbbi túlsúly kialakulását és az asztma kontrollálhatóságát nem befolyásolta. Következtetésünk az, hogy vizsgálatunk szerint a túlsúly rontja az asztma kezelhetőségét. A szteroid terápia nem növelte az elhízás kockázatát. A megfelelő testmozgás, sport javított az asztmás betegek állapotán, hiánya növelte az elhízás kockázatát.

MI TÖRTÉNIK A HÁZIORVOSI ÜGYELETBEN? HAZAI KÖZPONTI ÜGYELETEK MŰKÖDÉSÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÓ FELMÉRÉSE

Dr. Jancsó Zoltán, Bégányi Dániel oh., Dr. Ilyés István, Dr. Rurik Imre

DE OEC Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék - Orvosi Ügyelet Nonprofit Kft, Debrecen

Bevezetés: A háziorvosi ügyelet működését jellemző hazai adatok meglehetősen szegényesek, feldolgozott formában nehezen elérhetőek. Ugyanakkor az ügyeleti időszak hossza – a rendelési és rendelkezésre állási idő több mint háromszoros –, ezen ellátási forma közvetlen elérhetősége és a lakosság általi prioritása, valamint az ellátás sajátosságai és kihívásai egyaránt kitüntetett pozícióba helyezik az alapellátás e formáját és indokoltá teszik a tudományos igényű adatgyűjtést ill. –feldolgozást.

Metódus: Felmérésünk során öt, az ország különböző régióiban működő központi háziorvosi ügyelet tevékenységére vonatkozó adatokat gyűjtöttünk és elemeztünk. A vizsgált központi ügyeletek eltérő településszerkezetű és gazdasági fejlettségű területeket reprezentálnak. A vizsgált időszak 2009. II. féléve. Az adatokat a szolgáltató vállalatirányítási rendszeréből ill. a betegellátás dokumentálását szolgáló ügyeleti szoftver adatbázisából nyertük. Egyebek mellett vizsgáltuk az ügyeleti ellátások számát, a rendelői és rendelőn kívüli ellátások arányát, a felnőtt és gyermekkori páciensek

megoszlását, a továbbküldésre és az OMSZ igénybevételére vonatkozó adatokat, az ellátás során keletkezett diagnózisok BNO szerinti megoszlását, hatósági tevékenységre vonatkozó igénybevételt.

Eredmények: A felmérés során több mint 11.000 ügyeleti ellátás adatait elemeztük. Jelentős eltéréseket észleltünk az egyes központok működésére jellemző adatokban: az ügyelet igénybevétele intenzitásának, a nem rendelői ellátások arányának, valamint a további sürgősségi ellátási igény vonatkozásában.

CRP MÉRÉS HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Dr. Kaizer Zsuzsa, Dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

Cél: Szakmailag és a finanszírozó részéről is egyre erősebb elvárás az antibiotikum felírások csökkentése. Ezt a célt szeretnénk teljesíteni egy felnőtt háziorvosi praxisban mindennapi használatra beállított CRP mérő készülékkel.

Módszer: 1 hónapon keresztül a rendelőbe felső légúti panaszokkal jelentkező betegeknél elvégeztük a CRP mérést, ujjbegyből vett vérből Quik Read készülékkel. Minden betegnél az előre elkészített anamnézis protokoll szerint rögzítettük az anamnézist, és a statuszt. Majd rögzítettük, hogy ezen adatok alapján az orvos milyen terápiát választott volna. Ezután elvégeztük a mérést. Amennyiben szükséges volt módosítottuk a terápiát.

Eredmények: Az eredmények bizonyítják, hogy a CRP mérés rendkívül hasznos segítője lehet a háziorvosnak a mindennapi diagnosztikában.

EGPRN ÚTMUTATÁSAI AZ ALAPELLÁTÁSBAN VÉGZETT KUTATÓMUNKÁRÓL

Dr. Kalabay László, Dr. Dunai Klaudia

SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Az Európai Háziorvosok Kutatóhálózata (EGPRN) által kiadott programterv (Research Agenda) az alapellátásban végzett kutatómunkáról ad áttekintést. Összefoglalja az evidenciákat a háziorvoslás definíciójáról, háziorvosok munkájáról és jelentőségéről kutatók és állami vezetők részére. Megvilágítja a kutatások szükségleteit és a bizonyítékok hiányát. Alapot ad proaktív és pozitív tevékenységekhez, ezáltal befolyásolva az egészségpolitikát (pl. kutatások finanszírozása). Vázolja a kutatás fontosságát; áttekinti, hogy erőforrás hiányában hogyan kell elindítani belekezdeni a háziorvosi kutatómunkát.

A vizsgálatok megtervezésénél első feladat a kutatás körülményeinek (egészségügyi rendszer, alapellátásban folyó kutatások, elérhető adatok) az áttekintése, a szükségletek felmérése. A kutatás témájának kiválasztásánál figyelembe kell venni, hogy az

időszerű legyen és a napi gyakorlatban, az alapellátó rendszerben vagy az oktatás területén hasznosítható legyen. A kutatási terv összeállításánál fontos a vizsgálat céljának pontos meghatározása, a jó kérdésfeltevés és a megfelelő módszer kiválasztása. A következő lépés a kutatócsoport felállítása és a kapcsolatépítés. A csoportban szükség van kellő tapasztalattal rendelkező szakemberekre. Szakismeretünk, jártasságunk fejlesztése és a kutatásban résztvevők oktatása, motiválása is elengedhetetlen. Az alapellátásban végzett kutatások nélkülözhetetlenek, mert a gyógyító és megelőző ellátást bizonyítékokkal kell alátámasztani. A legtöbb helyen, de főképp a szegényebb országokban az egészségügyi ellátás legnagyobb részét az alapellátás biztosítja. A laboratóriumi és kórházi kutatások önmagukban nem szolgáltatnak kellő bizonyítékkal az alapellátásban. A kutatómunka hiánya az alapellátásban a betegvizsgálatok számának növekedését, nem megfelelő kezelést, és helytelen szakorvosi beutalásokkal a diagnózis késését eredményezi. A háziorvosi kutatások az egészségügyi ellátás hatékonyságát és eredményességét fokozzák, nélkülözhetetlenek a háziorvosok szerepének növelésében az egészségügyi rendszerben és a lakosság egészségi állapotának javításában.

MINDENNAPI SZORONGÁSAINK

Dr. Karakó Erzsébet, Vincze Lilla orvostanhallgató***

Háziorvos, Fényeslitke*, DE OEC, Debrecen**

A szerzők felmérésüket nagy létszámú falusi vegyes háziorvosi praxisban végezték egy hónapos időszakban a háziorvosi rendelőben spontán megjelenő 18-65 életév közötti betegek bevonásával.

A vizsgálat során felmérték a rendelőben megjelent páciensek szorongásának a mértékét.

Minden a vizsgálatba bevont beteg egy HADS-A (Hospital Anxiety Depression Scale) önkítöltő kérdőívet töltött ki, önkéntesen, anonim módon. A vizsgálatban részt vevők száma 381 fő volt, nemenkénti megoszlásuk szerint 255 nő és 126 férfi. A vizsgálat eredménye szerint a kóros mértékű szorongással rendelkezők tartományába eső személyek száma 203 fő volt, ez a vizsgált populáció

53 %-át teszi ki. Tovább vizsgálva az anxiétás mértékét a felmérés eredményeként drámai adatok kerültek felszínre. A szerzők rámutatnak, hogy a kóros mértékű szorongás rizikófaktorként szerepel számos életveszélyes megbetegedés előzményében, amelynek a népegészségügyi jelentősége egyre nagyobb, és hatalmas terheket ró a társadalomra.

THROMBOCYTA AGGREGÁTIÓ-GÁTLÁS 2010

Dr. Gaszner Balázs

PTE KK Szívgyógyászati Klinika, Pécs

Abstrakt nem érkezett

AZ UTAZÓK TROMBOZIS KOCKÁZATA

Dr. Kisegyházi Attila

Háziorvos, Repülőorvos vizsgáló, Kőröshegy

Bevezetés: Thromboembolia nem csak repülőút során, hanem más járművön történő hosszú távú utazás kapcsán is keletkezhet!

Egy osztrák vizsgálat szerint 53 utazási thromboemboliából 20% autó-, 10% autóbusz- és 6% vonatút során alakult ki, 64% pedig repülőút kapcsán keletkezett

A THROMBOEMBOLIÁK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE, IRÁNYELVEK

Összeállították a *Magyar Thrombosis és Haemostasis Társaság* vezetőségének tagjai és felkért szakértők, a Transzfúziológiai és Hematológiai Szakmai Kollégium gondozásában.

Esetbemutatás: **2005/09/30.**-án elrepül, majd **10/07.**-én érkezik BP-re kb. **3-3 óra repülőút** után. Érkezőkor már a reptéren rossz volt a közérzete, dyspnoea, gyengeségre, tachicardiára panaszkodott. **2005/10/08** (másnap) fulladásra, nevézlegzésre panaszkodik, orvost hívnak. -feltételezett dg: AMI

Állapota rohamosan romlik, mentőorvos az intenzív osztályra szállításról dönt, de a beteg az esetkocsiban **exital**.

Megbeszélés: Fiatal korban bekövetkező (mély) vénás thrombózis esetén a krónikus anticoagulálást élethosszig fenn kell tartani!

Kivizsgálás véralvadási zavar irányába. Ki végzi el és mennyiért?

Tájékoztatás a hosszú távú utazás veszélyeiről!

Prevenció: átmozgató torna oktatása, flavinoidok, LMWH?

Megmenthető lett volna a beteg?

Ki menthette volna meg a beteg életét?

AZ ATÓPIÁS MENETELÉS MEGELŐZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Korcsmár Judit szig. orvos*, Dr. Benczenleltner Éva**

PTE ÁOK Családorvostani Intézet*; Oktató házi gyermekorvosi körzet, Pécs**

Az allergiás megbetegedések előfordulása világszerte folyamatosan emelkedik. Az allergia a XXI. század népbetegségévé vált. Bár az allergiás megbetegedések genetikusan determináltak, kialakulásukban a környezeti hatások rendkívül fontos szerepet játszanak. A kialakult betegség-mind az egyén, mind a társadalom számára-nagy terhet jelent, akkor is, ha csak a kezelések költségeire gondolunk.

Az egyre modernebb terápiás lehetőségek ellenére a betegek életminősége sok esetben rosszabb, mint a hozzájuk hasonló körülmények között élő egészségeseké. Ennek magyarázata pedig az, hogy a kezelések többsége csak tüneti javulást ígér, nem jelentenek oki terápiát. Ezért kerül egyre nagyobb hangsúly a megelőzés lehetőségeire.

Az úgynevezett atópiás menetelés során a csecsemőkorban jelentkező atopias dermatitist a későbbiekben allergiás rhinitis, illetve asthma követi.

Jelen előadás célja elsősorban ezen atópiás menetelés megelőzésének csecsemőkorban lehetőségeit bemutatni, áttekintve a legújabb nemzetközi ajánlások alapján Magyarországon is érvényben lévő új irányelveket. Ezen irányelvek szerint a várandósság, illetve a szoptatás idejére szóló szigorú diétás tanácsok helyett a kizárólagos anyatejes táplálásra, és a probiotikumok alkalmazására került a hangsúly.

Kutatásunkat gyermekházi orvosi körzetben kérdőíves módszerrel végeztük, melyben allergiás gyermekeket vizsgáltunk. Ebben elsősorban az esetleges rizikófaktorok jelenlétére, és az anyatejes táplálás időtartamára kérdeztünk rá. Ennek eredményeit ismertetve szeretnénk felhívni a figyelmet a megelőzés fontosságára.

AZ ÚJ TÍPUSÚ INFLUENZÁVAL ÉS A VÉDŐOLTÁSSAL KAPCSOLATOS ISMERETEK ÉS ATTITÜD VIZSGÁLATA A LAKOSSÁG ÉS A CSALÁDORVOSOK KÖRÉBEN KOMÁROM-ESZTERGOM MEGYÉBEN

Kósa Andrea szig. orvos, Gasparovszky Beáta szig. orvos, Dr. Szélvári Ágnes, Dr. Kalabay László

SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Cél: Komárom-Esztergom megyében a felnőtt lakosság új influenza betegséggel és oltással kapcsolatos ismereteinek és az oltási hajlandóságnak felmérése, valamint a családorvosok attitűdjének vizsgálata ugyanezen betegséggel kapcsolatban.

Módszerek: A vizsgálat a lakosság számára 22, a családorvosok számára 15 többszörös felelet választós kérdést tartalmazó saját kérdőívvel készült, 2009. október 20. és november 30. között. A lakossági adatfelvétel 3 városi rendelőintézetében történt (n=275 f:126, n:149, átlagéletkor: 46,46Y15,65év). A megkérdezettek százalékos eloszlásai korcsoport, lakóhely, családi állapot és nem tekintetében megfelelnek a megyei arányoknak. A háziorvosok (n=53, átlagéletkor: 54,35Y8,57 év) személyes megkereséssel kapcsolódtak be a vizsgálatba. Eredmények: Az új influenzával kapcsolatos ismereteket a lakosság több, mint négy ötöde (85%) a televízióból szerzi be, a válaszadóknak kevesebb, mint egy ötöde (16%, 44 fő) fordult emiatt háziorvosához, és 22 fő oltatta be magát a tanácsadást követően. A megkérdezettek kétötöde (40%) érzi úgy, hogy megfelelő tájékoztatást kapott, a többség ellentmondásosnak érzi a beszerzett ismereteket. A válaszadók egy negyedének (65 fő) van az új influenza szempontjából fokozott rizikót jelentő betegsége, ebben a csoportban csak 38 fő oltatta be magát. A megkérdezettek egy harmada (30%, 81 fő) oltatta be magát az elmúlt években legalább egy alkalommal szezonális influenza ellen, míg új influenza ellen ebben a csoportban csak kevesebb, mint a válaszadók fele (39 fő) kért oltást. A szezonális influenza ellen még sohasem oltottak

egy ötöde (20%) kért új influenza elleni vakcinációt. Akik az új influenza elleni oltást elutasítják, egy ötöd részben a mellékhatástól való félelmet, egy harmad részben az oltóanyagban való bizalmatlanságot jelöltek meg. A válaszadók 14 %-a kapott a háziorvostól külön kérés nélkül tájékoztatást az új influenzáról. A háziorvosok közel két harmada szerint hiányos vagy egyáltalán nem volt megfelelő a tájékoztatásuk. A háziorvosok fele látja nagyobb veszélynek pácienseire nézve az új típusú influenza vírust és két harmaduk a betegek rákérdezésekor ajánlja az oltást. Következtetések: Az adatok alapján kevesen fordulnak háziorvoshoz azért, hogy ismereteiket személyesen szerezzék be, és a téli „influenza szezonban” a háziorvosoknak is kevés idejük marad arra, hogy mindenkit tájékoztassanak. Az új influenza szövődményei és halálózása szempontjából a rizikócsoportha eső krónikus betegséggel rendelkezők a legveszélyeztetettebbek, az ő meggyőzésükre mindenképpen nagyobb hangsúlyt kell fektetni.

HOSPICE SZELLEMŰ ELLÁTÁS A HOSPICE ELLÁTÁSI FORMÁKBAN

Lukács Miklós*, Dr. Csikós Ágnes**

Betegápoló Irgalmasrend Pécsi Háza, Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány*, Pécs

Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány, PTE Családorvostani Intézet**, Pécs

A hospice ellátás elsősorban a végső stádiumban lévő daganatos betegek egészségügyi, lelki és szociális gondozását nyújtja. Míg a fejlett országokban gyakran hospice-házakban történik az ápolás, amelyek külön, önállóan működő intézmények, hazánkban kórházi osztályokon, otthoni hospice ellátás keretében.

Pécsett az otthoni ellátások mellett hospice osztályon történik a végstádiumú daganatos betegek ellátása. Még mindig sok a tévhit, gyakoriak a félelmek, előítéletek az ápolásnak ezzel a formájával szemben. Aki volt már ilyen jellegű intézményben, megismerkedett a hospice ellátással, formáival másképp ítéli meg munkájukat. Mégis mi a különbség a hospice ellátási formák között? Milyen lehetőséget, segítséget kapnak a betegek, családok? Az előadás rámutat a daganatos betegek hospice szellemű ellátására, az ellátási formák különbségére, szerepére, jelentőségére, komplexitására és kapcsolatrendszerének fontosságára. Nehézségekről, könnyedségekről és tapasztalatokról számol be a hospice beteg ápolásával kapcsolatban.

AZ ORVOSI HIVATÁS, MEGÉLHETÉS – FÉL ÉVSZÁZADOS VISSZATEKINTÉS

Dr. Margittay Erzsébet

Greguss-Fodor Bt Fót, SE Családorvosi Tanszék, Budapest

A legősibb társadalmakban is volt egy-egy személy, aki bizonyos sérüléseket, betegségeket tudott gyógyítani, és gyakran a papi-varázslói funkciókat is ellátó kiemelt tagja volt törzsének, népének. Az egyetemi képzés megindulásával a két feladat teljesen elvált egymástól, majd a legjobban megfizetett foglalkozásként, a biztos megélhetés reményében váltak sokszor orvossá az emberek. Ugyanakkor nemcsak anyagilag, hanem erkölcsileg is a társadalom megbecsült tagjai voltak, főként mivel legtöbbször humanista, az emberekre való segítség, gyógyítás volt a pályaválasztás oka. A háború befejeztével társadalmunk vezetői a munkás-paraszt kiemelés mellett háttérbe szorították az értelmiséget, és az orvosi fizetések lényeges csökkenése mellett a halálpénz volt éveken át a fő orvostikai probléma. Nem érzékelték, hogy az orvos tekintélyének lejárata végső fokon a betegek kárára van, emellett igen sok fiataalt származása és nem rátermettsége alapján vettek fel az orvosegyetemekre. Az elmúlt 50 év alatt ezekből gyakran vezetők lettek és a probléma tovább él. A családorvos egyéniségével tudta sokszor megőrizni tekintélyét, anyagi kérdésekben a visszaélés folyamatos emlegetése mellett az áldozatos, hivatásukat csendben gyakorló orvosok ritkán kerültek kiemelésre. Az úgynevezett rendszerváltás nem oldotta meg a problémát, bár voltak jóindulatú kezdeményezések is. A szerző napjaink néhány meglepő adatát szeretné ismertetni azzal a céllal, hogy elgondolkodtasson az orvosi hivatásra nevelésről, a fiatal orvosok nagymértékű kivándorlásáról, az orvos-beteg kapcsolat változásáról, változtatásáról. Mi lenne a megoldás?

HOGYAN VÉDIK GYERMEKEIK EGÉSZSÉGÉT A SZÜLŐK?

Dr. Márton Hajnalka*, Dr. Szövetes Margit**, Dr. Pásti Gabriella***, Orbánné Lakatos Judit***, Dr. Ilyés István*.

DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen*

Házi Gyermekorvosi Praxis, Debrecen**

ÁNTSZ Észak-Alföldi Regionális Intézete***

A szerzők felmérést végeztek Hajdú-Bihar megye gyermekeket ellátó praxisaiban annak vizsgálatára, hogy a gyermekek egészségének megőrzésének érdekében milyen eszközökkel élnek a szülők. A rendelőkben 1 hónap alatt (2009. január) a betegrendelésen és a tanácsadáson megjelent gyermekek szülei véletlenszerű kiválasztással, önkéntes, anonim kérdőívet töltöttek ki. 1500-ból 1146 értékelhető kérdőívet kaptak vissza. Az egészségmegőrzés lehetőségeiről a válaszadók többsége orvostól (70,4%) és védőnőjétől hallott, sokan találtak tájékoztatást a médiában (58,3%), a környezet (rokonok, ismerősök) 24,6%-

ban, az iskolák, óvodák 10,6%-ban adtak ilyen jellegű ismereteket. A szülők 77,7%-a törekszik az egészséges táplálásra, 67,7% ad gyermekének vitaminokat, 44,5%-a védi a dohányzástól, 36,7% biztosít megfelelő testmozgást, 31% a kötelezőkön túl választható védőoltásokat is beadat gyermekének, 18,8% orvos által felírt immunerősítő szert alkalmaz, 13,8% választ homeopátiás szereket. A vitaminok közül C-vitamint 45,4%, multivitamin-készítményt 34,8% ad gyermekének. A nem kötelező védőoltások közül pneumococcus vaccinat 34,5%, meningococcus ellenit 16,7%, kullancs encephalitis ellenit 9%, varicella ellenit 7,9%, influenza védőoltást 7,5%, hepatitis A és B ellenit 5,1%, rotavírus vaccinat 3,7% és HPV elleni oltást 1,0% vett igénybe. Gyermekük egészségének megőrzéséhez a szülők 53,8%-a magasabb jövedelmet, 52,1%-a ingyenes vagy olcsóbb választható védőoltásokat kívánna, 29% a gyermekétkeztetés minőségének javítását, 28,5% az iskolai egészségnevelés intenzívebbé tételét igényelné, 20,5% ingyenes sportolási lehetőségeket, 17,4% egészségtudatosabb médiát, az egészséges életmódról több információt várna. A szerzők szignifikáns összefüggést találtak a szülők szociális helyzete, lakóhelye, gyermekek száma, és az alkalmazott egészség-megőrzési mód, a beadott választható védőoltások, az ismeretek forrása és az igényelt segítség között. A szerzők az eredmények alapján úgy látják, hogy ahhoz, hogy a magyar lakosság egészségi állapotának mutatói javulhassanak, a gyermekek egészségének megőrzésére, a gyermekes családok anyagi helyzetének javítására kell a legtöbb figyelmet és anyagi forrást biztosítani.

A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉG: A KÖZÖSSÉG EGÉSZSÉGE MAGYARORSZÁG EGYIK KISTÉRSÉGÉBEN A HOMOKHÁTON

Dr. Mester Lajos, Dr. Barabás Katalin*, Dr. Hajnal Ferenc
SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, SZTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Szeged*

A magyar populáció egészségi állapota Európában a legrosszabbak között van. Az országon belül az egészségi állapot tekintetében is jelentős térségi egyenlőtlenségek mutathatók ki, azonban az országos halálzási átlagnál jóval alacsonyabb halálzási adattal rendelkező régiók halálzási értékei is messze meghaladják az európai átlagot.

A térségi különbségek sok faktor eredőjeként jelennek meg. Nyilvánvaló, hogy társadalmi, gazdasági tényezők befolyásolják a közösség egészségi állapotát, de jellemző módon az adott közösség kultúrája szintén jelentősen meghatározza az emberek egészségmagatartását.

Az előadásban Magyarország Délalföldi Régiójának egyik kistérsége, a Homokháti Kistérség sokszínű populációjának egészségi állapotát mutatjuk be. A földrajzilag 980 km²-nyi területen élő 32.000 főnyi lakosság különböző eredetű (kunok, kitelepülők, zsellérek, cigányok, stb.) A mai napig meglévő

különböző hagyományok által alakított magatartási minták, megküzdési stílusok a földrajzilag közeli települések között is jelentős egészségi állapotbeli eltéréseket eredményezhet.

Az egészségügyi alapellátás adatait bemutatva, kirajzolódnak a különbségek az egészséggel, betegséggel kapcsolatos attitűdök és az orvoshoz fordulási szokások terén.

A közösségek egészségi állapotának javítását szolgáló megelőző, egészségfejlesztő programok csak akkor lesznek hatékonyak, ha igazodnak az adott közösség kultúrájához, értékrendjéhez.

A közösségi egészségi állapotot és azt befolyásoló tényezők mellett azokból az egészségfejlesztő közösségi programokból mutatunk be néhány megvalósult aktivitást, amelyek hatékonyan bizonyultak a Homokháti Kistérségben

HOSPICE ELLÁTÁS LEHETŐSÉGEI FALUSI HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Dr. Mihályfalvi Zita, Bartos Klára

Berzence, I. sz. háziorvosi praxis, MÓNKA-M Szakápolási Szolgálat, Zalaegerszeg

A szerzők röviden ismertetik a hospice szolgálat történetét, az ellátás alapelveit, céljait, lehetőségeit. Hospice ellátásban részesülő betegeiken keresztül bemutatják, hogy egy somogyi faluban dolgozó családorvosnak milyen lehetőségei vannak a végállapotú onkológiai betegeinek palliatív kezelésében.

A DEPRESSZIÓ VIZSGÁLATA FŐVÁROSI ÉS VIDÉKI CSALÁDORVOSI PRAXISOKBAN

Miklós Júlia, Al-Mohamed Rita, Dr. Torzsa Péter, Dr. Kalabay László
SE Családorvosi Tanszék, Budapest

Háttér, célkitűzés: A felnőtt lakosság közel 20%-a élete során legalább egy depressziós fázison átesik, az ismétlődő vagy krónikus depressziók prevalenciája is meghaladja a 10%-ot. A depresszió legsúlyosabb szövődménye az öngyilkosság. A befejezett öngyilkosságot elkövetők mintegy 70%-a depresszióban szenved. A családorvosok ezeknek a betegeknek mindössze 25-50%-át ismerik fel.

Módszer: 1192 beteg (699 beteg Budapesten, 493 vidéken) töltötte ki a rövidített Beck Depresszió Kérdőívet (BDI) és a BDI által kiszűrt vagy öngyilkosságra pozitív családi anamnézisé betegeknek DSM-IV (Prime-MD) alapján történt a diagnózis felállítása.

Eredmények: A betegek átlagos életkora: 50Y19 év, 61% nő. A depresszióra utaló tünetek előfordulása BDI alapján a fővárosban 32%, vidéken 52% volt ($p < 0,01$). Vidéken a nők 32%-ánál (17% a férfiaknál) találtunk közepesúlyos vagy súlyos depressziós tünetegyüttest, 8 általános iskolai végzettségűeknél 46 % volt az arány. Az öngyilkosságra pozitív anamnézisé betegeknek Bu-

Budapest 15%-ban, vidéken 41%-ban diagnosztizáltunk súlyos depressziós tünetegyüttest a BDI alapján ($p < 0,001$). A negatív családi anamnézisű betegek 7%-a súlyos depressziós Budapesten, vidéken ez az érték 27%. Budapesten a BDI által súlyos depressziós tüneteket mutató betegek 92%-ánál igazolódott a major depresszió a Prime-MD teszttel, vidéken ez az arány 86% volt. A hangulatzavarban szenvedő betegek 20%-ának öngyilkossági gondolatai voltak a kikérdezés pillanatában.

Következtetés: A BDI gyorsan és könnyen kitölthető. Vidéken, alacsony iskolai végzettségű nőknél gyakoribb a depressziós tünetek előfordulása. A Prime-MD kitöltése több időt és személyes beszélgetést igényel, de számos beteg súlyos depressziójának diagnosztizálásában nyújt segítséget.

GYERMEKKORI ELHÍZÁS GLOBÁLIS JELENTŐSÉGE

Dr. Molnár Dénes

PTE KK Gyermekklinika, Pécs

Az utóbbi évtizedekben nemcsak a felnőtt, hanem a gyermek- és serdülőkori elhízás gyakorisága is növekvő tendenciát mutat világszerte. Tekintettel arra, hogy a kardiovaszkuláris betegségeken kívül a kövérség más betegségek szempontjából is kockázati tényező, ezért a WHO, 1998-ban, az elhízást krónikus recidiváló betegségnek definiálta. Az USA-ban másfél évtized alatt a gyermek- és fiatalkori elhízás prevalenciája megduplázódott. Növekedett azonban a prevalencia az egész világon, így Európában is. Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet 2001. évi vizsgálata alapján a magyar középiskolások 15 %-a túlsúlyos vagy elhízott volt. A közelmúltban közölt adatok szerint 2006-ban, Európában 22 millió túlsúlyos és 5 millió elhízott gyermek él és számuk évente 300000-rel nő majd. Ugyanezen közlemény adatai alapján, 2006-ban Magyarországon a túlsúly prevalenciája 31,5% fiúk és 32,9% leányok között, míg az elhízás prevalenciája 6,8 és 9% fiúk és leányok között. A gyermekkori elhízáshoz társulóan gyakran megfigyelhető az egyes felnőttkori betegségek kockázati tényezőinek jelenléte, halmozódása is. A jelen előadás célja a gyermekkori elhízás és a kardiovaszkuláris kockázati tényezők gyakoriságának bemutatása normál gyermekpopulációban, európai multicentrikus vizsgálatok: 1/ HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence), 2/ IDEFICS (Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infantS) eredményei alapján.

Öt európai ország 1241 elhízott gyermekén végzett vizsgálatunk szerint az elhízottak körében a metabolikus szindróma gyakorisága 17,3 és 35,7% között változott az alkalmazott definíciótól függően.

Az eredmények egyértelműen azt mutatják, hogy már fiatal gyermekkorban igen gyakori az elhízás és túlsúly az európai gyermekek között, a következményes kardiovaszkuláris kockázati tényezőkkel egyetemben. Egyben felhívják a figyelmet,

hogy a felnőttkori kardiovaszkuláris és egyéb krónikus betegségek megelőzését fiatal gyermekkorban kell elkezdni.

A PAJZSMIRIGY GYULLADÁSBAN SZENVEDŐ BETEG ÉLETMINŐSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA

Motyovszki Anikó orvostanhallgató, Dr. Végh Mária

PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

A pajzsmirigy gyulladásban szenvedő betegek száma évről - évre nő Magyarországon.

A pajzsmirigy gyulladás fogalma valójában több fajta gyulladásos betegséget is magába foglal. A betegség elsősorban nőket érint.

Munkám során kérdőívek segítségével próbáltam kideríteni, hogy a pajzsmirigy gyulladásban szenvedő betegek életminőségét miként befolyásolja a betegségük és az ezzel járó működészavarok. Ezen gyulladások valamennyi fajtájának gyakoriságát is felmértem.

100 darab kérdőívet küldtem el pajzsmirigy gyulladásban szenvedő betegeknek, amelyből 60 darabot már vissza is kaptam. Ebből kiderül, hogy sokan nem is tudják pontosan, hogy milyen betegségben szenvednek. A betegek 48%-a nem tudja, hogy melyik fajta gyulladása van, 35% Hashimoto, 15% akut és 2% Postpartum thyroiditisben szenved. Arra is fény derült, hogy a betegek jelentős részének (38%) pajzsmirigy betegségét háziorvosaik veszik észre rutin laborvizsgálat során, illetve követik nyomon a betegség további lefolyását. Fontos információ az is, hogy a betegek nagy részének családjában más is szenved ilyen betegségben. Valamennyi kitöltött kérdőív utal rá, hogy a pajzsmirigy gyulladás kihat a betegek hétköznapijaira. Minden beteg számolt be valamilyen panaszáról, sokan a túlsúlyt, a székrekedést, menstruációs problémákat, illetve a fáradékonyságot említették.

Fontos, hogy felismerjük a pajzsmirigy gyulladásokat mivel jelentősen ronthatja az ebben szenvedő betegek életminőségét. Nagyobb figyelmet és több időt kellene fordítani a harmonikus orvos-beteg kapcsolat kialakítására, illetve a betegek tájékozottságának növelésére.

„MŰ”-ÉS EGYÉB HIBÁK A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN-VALÓS HELYZET, OKOK, MAGYARÁZATOK, JAVASLATOK

Dr. Nagy Edit

Budapest II. ker. Eü. Szolg.

A szerző a nemzetközi irodalom, és a rendkívül nehezen hozzáférhető és kétségbe vonhatóan tolmácsolható hazai medicológiai adatokat feldolgozva paradigma váltást javasol a magyar családorvosok hivatalos és spontán szerveződő közösségeinek számára ezekben a kiemelkedően fontos etikai kérdésekben.

A tisztábban látás érdekében ajánlja az etikai mulasztások következő osztályozását: **műhiba – tévedés – szakmai elégtelenség – nemtörődőmség, hanyagság, rezisztencia**. Kiemeli, hogy – a bulvársajtóban misztifikált előítéletekkel szemben – a **műhibák** prevalenciája elenyésző – más, elsősorban manuális szakmákkal összehasonlítva – a háziorvosi settingben. Vizsgálja az alapellátás helyzetét a globalizált világban, kiemelve azokat a követelményeket, amelyek miatt a magyar családorvosi ellátás inkább az „Alma Ata – Bamako Plus” rendszerbe, mint a civilizált ’nyugati’ világ kulturkörébe illeszthető. Elemzi a magyar háziorvosi kompetencia-rendszer és minimál standardok azon hiányosságait, amelyek miatt a **tévedések** relatív aránya az összeomlóban lévő ’magasszintű’ járó- és fekvőbetegellátás képviselői szerint relatíve magasabb lehet, de rámutat arra is, hogy a fiskális jellegű, és bürokráciája miatt kevésbé hatékony, illetve csak virtuálisan létező szakfelügyeleti rendszer valódi kontrolljának hiánya a defenzívára való törekvés alapvető oka. A **szakmai elégtelenség** viszonylatában – elismerve a folyamatos oktatás javuló tendenciáját – ismét csak tételszerűen foglalja össze az elmélet és gyakorlat ellentmondásait. Véleménye szerint a **nemtörődőmség és hanyagság** – amely a magyar polgári és büntetőjog szerint gyakorlatilag alig büntethető kategória – a családorvosok között sem megbocsátható devianciának tekinthető, ezzel szemben az érthetetlen és nem szakemberek által hozott autokratikus, hibás, és önhatalmúlag szankcionálható rendelkezésekkel szembeni passzív – vagy akár aktív – **rezisztencia** csak a jelenleg teljesen hiányzó orvosjogi védelmet helyettesíti. Végül **konkrét pontokba rendezett releváns javaslatokban** igyekszik összefoglalni a helyzet jobbítására vonatkozó ajánlásait.

PÁCIENS ÉS ORVOS – KÖZÖSEN AZ ÉRTELMETLEN SZÍV-HALÁLOK ELLEN

Dr. Németh János mentor
Jajrabajra Kft. Ágfalva

A zsákfaluban, több mint két évtizede egyedüli orvosként, egy asszisztenssel dolgozó szerző előadásában beszámol szűkebb közösségében végzett, sok éves egészségnevelő tevékenységéről. Részletesen szól másfél évig tartó, felnőtt páciensei közel felére kiterjedt kardiovaszkuláris rizikófelméréséről, melyet diplomás ápoló asszisztensével közösen végeztek. Bemutatja praxisa a téma szempontjából releváns betegségmutatóit az országos adatok tükrében, a szűrőprogramot megelőzően, és azt követően. Beszél a páciensek megszólításának, érdekeltté tételének általa alkalmazott módszereiről, a személyes példa erejéről. Bemutatja az utat, melynek aktuális végpontján egy kétezer fős település összefogása áll. Ágfalva két, lakossági adakozásból vásárolt defibrillátorral, valamint 21 laikus életmentésre és defibrillátor használatra kiképzett, riasztható „életmentő” önkéntessel büszkélkedhet. Rövidtávon célja, hogy TDK-s hallgató bevonásával szűrő munkáját kiterjessze. Hosszú távon zömében egész-

ségtudatos pácienseket szeretne nevelni (tudni) praxisában.

EGY CSEPP IDŐ - EGY CSEPP VÉR. DIABETES PREVENCIÓ A PRAXISBAN

Dr. Percs Erika

XI. Praxis, Zalaegerszeg

2009 nyarán praxisunk részt vett a Magyar Diabetes Társaság epidemiológiai vizsgálatában, mely a 2-es típusú diabetes és előállapotainak szűrővizsgálata volt a diabetes szempontjából veszélyeztetett egyének körében.

A szűrővizsgálatba bevont 168 beteget a már ismert, korai szénhidrát-anyagcserezavar miatt (BNO:R7300) gondozottak köréből választottuk ki. Célunk az volt, hogy az előírt protokoll szerinti kockázatfelmérés kérdőíves és szomatometriás állapotfelvétele mellett komplex szűrővizsgálatot is végezzünk, mely a konkrét diagnózis felállításán túl a multimetabolikus szindróma egyéb paramétereinek feltérképezését, (HbA1c-, lipidértékek, stb) és/vagy gondozását, vérnyomáskontrollt és személyre szabott életmódi és diétás betegeudakációt jelentett. Eredményeink alapján meghatározható a további feladat a betegek holisztikus gondozása érdekében.

DOHÁNYZÁSI SZOKÁSOK FELMÉRÉSE I. ÉS V. ÉVFOLYAMOS ORVOSTANHALLGATÓK KÖRÉBEN A PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEMEN

Prugberger László szig. orvos, Dr. Tóth Ildikó, Dr. Rinfel József
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Bevezetés: A dohányzás az egyik legsúlyosabb egészségkárosító tényező. Az egészségügyi dolgozók, így az orvosok érintettsége is számottevő. A leendő orvosok egy része már korábban elkezdte a dohányzást, de nem elhanyagolható azok száma sem, akik az egyetem alatt szoknak rá a cigarettára. Jelen vizsgálat célja az I. és V. évfolyamon tanuló hallgatók dohányzási szokásainak felmérése, összehasonlítása volt. Választ kerestünk arra, hogy az egyetem elvégzésével párhuzamosan hogyan változnak a hallgatók dohányzási szokásai.

Módszer: A nemzetközileg is használt GHPS kérdőív magyar nyelvű változatával végeztük a vizsgálatot. A válaszadás önkéntes módon történt. A kérdőívvel strukturált módon hét kérdés-körben; - dohányzási szokások, környezeti dohányfüst ártalom, ismeretek, attitűdök, viszonyulás-leszokás, oktatás, demográfia - nyertünk adatokat.

Eredmények: Az I. évfolyamon 134 fő (58 nő, és 65 férfi), az V. évfolyamon 152 fő (113 nő és 39 férfi) töltötte ki a kérdőívet. A válaszadók mintegy 2/3-ának vannak tapasztalatai a cigarettával, közülük jelenleg 28 – 32 % a alkalmanként és napi rendszerességgel dohányzó. A két csoport között szignifikáns különbség van az alkalmi dohányzás terén: I évfolyamon a nők

27%, férfiak 19 %-a, V. éven az adatok: 17 % illetve 13 %. A dohányzás közhelyekről való kitiltása mellett 95 % feletti arányban egyöntetű vélemények születtek a kórházakat, iskolákat illetően az évfolyamokon. Említendő különbség a diszkók-kocsmák kérdéskörében volt: első évfolyamon átlagosan 38%, ötödik évfolyamon átlagosan 56 % tiltaná ki a dohányzást.

7 napon keresztül tartó folyamatos passzív dohányzási ártalomnak a lakóköznyezetben a hallgatók 14 %-a (I. évfolyam) és 20 %-a (V. évfolyam) van kitéve.

A válaszolók dohányzással kapcsolatos ismereteiben csak mérsékelt különbségek voltak, míg az attitűdökben már jelentősebb eltérések észlelhetők. Az érintetteknek észlelhető volt a leszokásra való hajlandóság. A válaszok tükrözték a dohányzással kapcsolatos tájékozottságot mindkettő évfolyamban.

Összefoglalás: A vizsgált orvostanhallgatók körében a dohányzás gyakorisága I. évfolyamon meghaladja, V. évfolyamon meg egyezik a magyar lakosság dohányzási átlagával. Prospektív nyomon követéssel fontos adatokat kaphatunk egy - egy évfolyam cigarettahasználatának alakulására, ami lehetőséget adhat az időben történő beavatkozásra, igény esetén a leszokás segítésére/támogatására.

GASTROOESOPHAGEALIS REFLUXBETEGSÉG A CSALÁD-ORVOSI PRAXISBAN

Dr. Rókás Anikó Gabriella, Dr. Kopjár Gábor

Ko-Mederg Bt., Pécs, PTE Családorvostani Intézet, Pécs

Napjainkban egyre gyakrabban fordul elő a gastrointestinalis reflux betegség a háziorvosi gyakorlatban, számos beteg fordul kezelőorvosához refluxra utaló panaszokkal.

Vizsgálatunkban képet próbáltunk nyerni diagnosztikus és terápiás gyakorlatunkról, az alkalmazott gyógyszerekről és ezek mellett is fennálló panaszokról. Kutatásunk arra is irányult, hogy refluxra jellemző panaszok esetén milyen diagnosztikus és terápiás attitűdjeink voltak. Célunk volt megismerni, hogy mely tünetek fordulnak elő leggyakrabban a praxisban.

A körzetben 261 páciensünknek szerepel a refluxbetegség diagnózisként. Az általunk készített és elküldött kérdőívől 86 darab érkezett vissza és volt értékelhető. Információt szerettünk volna nyerni a korábbi és jelenlegi panaszokról, a betegség kivizsgálásáról és kezeléséről. Megfigyelhető, hogy a praxisban a betegek korcsoportos eloszlását tekintve minden korosztály érintett, és a nők körében gyakrabban fordul elő e betegség. A panaszokat elemezve a páciensek által legnagyobb számban megjelölt a gyomorégés, a puffadás, a gombócérzés, a keserű és savanyú íz érzése a szájban és az ingerköhögés, ezen panaszokat sorolták gyakoriság és jelentőség szerint is az első helyekre. A kivizsgálások kapcsán gasztroenterológiai, fül-orr-gégészeti és pulmonológiai szakrendelésen jártak a páciensek. A panaszokon leginkább

bizonyos ételek, az alkohol és dohányzás elhagyása segített. A gyógyszeres terápiában elsősorban a H2 blokkolók és a korszerű PPI készítmények fordulnak elő.

Eredményként megállapítható, hogy a refluxra jellemző panaszok felismerése képezi a diagnosztika alapját és segít a megfelelő szakrendelésre való irányításban, fontos a betegség interdiszciplinális megközelítése. Kiemelendő a gyógyszeres terápia mellett a páciensek életmódvezetése, az alarmizáló tünetek felismerése. A szakrendelőben történő megjelenésig a háziorvos feladata a refluxos panaszok kezelése, melynek diagnosztikai és terápiás felelőssége a családorvosé, beleértve ezen betegkör gondozását is.

A SZTATIN TERÁPIA AKTUÁLIS KÉRDÉSEI (VAN KÜLÖNB-SÉG A GENERICUMOK KÖZÖTT ?)

Dr. Radnai Béla*, Dr. Kovács Erzsébet**

PTE KK I. sz. Belklinika, Kardiológiai Prevenció és Rehabilitációs Munkacsoport, Pécs*, Actavis Hungary Kft.**

Közismert tény, hogy hazánkban a magas és igen magas cardiovascularis rizikóval élő emberek lipidparaméterei az alkalmazott kezelések ellenére is csak 33-27 %-ban érik el a célértéket.

A rizikó-stratifikáció és kezelés, valamint ezen belül a statinok alkalmazása minden gyakorló orvos számára a napi rutin-feladatot jelenti. A statin terápia bevezetésekor és ellenőrzése során számos kérdésben kell döntést hoznunk. Ezek közül kiemelten fontos a lipid célértékek elérése céljából a megfelelő hatóanyag, illetve kombinációk kiválasztása mellett a megfelelő diéta kialakítása. A beteg-compliance javítása és ezt elérendő, a mellékhatások csökkentése miatt a közelmúltban került az érdeklődés középpontjába a krónikus betegségek hosszú távú kezelésében alkalmazott gyógyszerkészítmények segédanyag összetétele. A segédanyagok közül három anyaggal foglalkoznak a gyógyszerügyi hatóságok legtöbbet: a laktózzal, a gluténnal és a benzoátokkal. A laktóz tartalom a populációban széles körben észlelhető laktáz deficiencia miatt kiemelkedően fontos. A laktáz deficienciák közül a szecunder laktáz hiány az, ami a hosszú távon gondozott, statint is szedő betegeknek gyakori. A laktóz tartalom általában kiemelkedően magas a statin készítményekben, ezért ezt a kérdést érdemes átgondolni a konkrét adatok ismeretében is.

A generikus atorvastatin szerek között segédanyag összetételben számottevő különbség van, ezekkel a különbségekkel tudatosan számolni kell a statin terápia megválasztásánál.

KARDIO-VASCULARIS MEGBETEGEDÉSEK NON-INVAZIV VIZSGÁLATA (LEHET-E ADMINISZTRATIV AKADÁLYA A KLINIKUS ÉS A CSALÁDORVOS EGYÜTMŰKÖDÉSÉNEK?)

Dr. Radnai Béla, Dr. Hegedűs Dalma, Dr. Ocskó Lajos, Dr. Bósz Nanetta, Dr. Varga Ildikó, Dr. Nagy Lajos

PTE ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászat, Pécs

A dél-dunántúli régióban – elsődlegesen, de nem kizárólag a PTE Szívcentrumának köszönhetően – jelentősen csökkent a kardio-vascularis mortalitás az elmúlt évtizedben. Ez a csökkenés nem alakulhatott volna ki, a háziorvosok, a belgyógyászok és a kardiológusok hathatós együttműködése nélkül. A kollaboráció alapjait megteremtette, hogy a háziorvos kollégák nagy aktivitással vettek részt a klinikák által szervezett továbbképzéseken, megismerték az egyes vizsgálatok indikációjával kapcsolatos speciális elvárásainkat, így közvetlenül is lehetővé vált számukra a vizsgálatok kérése, mely jelentősen rövidítette a kivizsgálásokhoz ill. a kezelés optimális beállításához szükséges időt. Ennek az együttműködésnek köszönhetően számos beteg került – a modern elveknek megfelelően – úgy invazív vizsgálatra, hogy megelőzően klinikai osztályos észlelésre nem volt szüksége, és került nemegyszer sürgős műtétre. Kiemelendő, hogy 2004-hez képest 2009-ben az akut felvételes ügyeletbe – a területnövekedés ellenére is – közel 1/3-dal kevesebb akut myocardialis infarctusban szenvedő beteg érkezett.

Konkretizálva: 2009-ben a CSOI és III. Belklinika ambuláns vizsgálatai közül az ergometriák 17%-át, a Holter monitorozások 12 %-át, az echocardiographiás vizsgálatok 22 %-át, az ABPM vizsgálatok 33 %-át háziorvosok közvetlenül indikálták. Az nem lehet, hogy az egészségügy baranyai átszervezése e folyamatot visszafordítsa. Meg kell találni az együttműködés további lehetőségeit.

MULTIMORBID BETEGEK A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

Dr. Rurik Imre

DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

Napjainkban az egyik legnagyobb kihívást a háziorvos számára az olyan betegek kezelése jelenti, akik többféle betegségben szenvednek.

A kezelés gyakran a szakorvosok által rendelt vagy indikált, a háziorvos által nem mindig ismert mellékhatások, interakciók miatt a beteg számára veszélyt jelenthet, fokozott háziorvosi odafigyelést és a kezelési előírások gyakori tanulmányozását, a tudás felfrissítését igényli.

A referátumban az elhízással kapcsolatos leggyakoribb megbetegedések előfordulása és terápiás szempontjai kapnak hangsúlyt.

GYERMEKKORI INKONTINENCIA, VIZELÉSI ZAVAROK – NEM IS CSAK EGY (1) BETEGSÉG?

Dr. Sándor György^{1,2,4}, Dr. Juhász Zsolt^{3,4}, Dr. Oberitter Zsolt^{3,4}

PTE KK Családorvostani Intézet¹; Gyermekorvosi körzet Pécs², PTE KK Gyermekklinika³; Vizeleli Tréning Program⁴

A nem organikus eredetű gyermekkori inkontinencia hátterében a vizeleli diszfunkció áll. A tünetek felismerése a betegség korai időszakában sokszor nem egyszerű, így sok gyermek és család hosszú időn keresztül küzd a problémával mielőtt megfelelő kezelést kapnának.

Az előadásban a Vizeleli Tréning Programban gondozott 170 gyermek 2005-2010 közötti kezelésének tapasztalatait és ennek az alapellátás számára hasznos, alkalmazható vonatkozásait mutatjuk be. A diszfunkcionális vizeleli és következményei nem csak egy betegséget jelentenek. A gyermekek életminőségét jelentős mértékben befolyásoló inkontinencia meghatározó jelentőségű, de a társuló pszichés problémák, az iskolai élet zavarai és a család életének változásai teljesen új megközelítést tesznek szükségessé. Ezek a problémák adataink szerint a családok közel 70 %-át biztosan érintik, változó, de sokszor azonnali beavatkozást igénylő mértékben. A Vizeleli Tréning Program kialakításában vezető szempont volt, hogy egy helyen és egy időben álljon rendelkezésre az összes érintett szakma nyújtotta segítség a gyermekek és szüleik számára.

A komplex kezelési módszer hatékony, a bemutatásra kerülő eredmények ezt igazolják, azonban a becsült incidencia alapján valószínűsíthető, hogy a betegeknek csak töredéke kerül felismerésre megfelelő időben. Az alapellátás szerepe a megelőzésben, a tünetek felismerésében, a krónikus betegség gondozásában és a felvilágosító tevékenységben alapvető fontosságú. Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok, iskolaorvosok munkáját segítő információs háttérrel és konzultációs lehetőséget alakítottunk ki, a betegség előfordulási gyakoriságát pontosító felméréseket tervezünk. Az előadásban a kóreredit és a kezelési módszer rövid bemutatása mellett elsősorban a megelőzés és a széles körű szakmai együttműködés lehetőségeit ismertetjük.

A GYERMEKORVOSI ÜGYELETI ELLÁTÁSI RENDSZER KORSZERŰSÍTÉSE GYŐR VÁROSÁBAN-EGY ORSZÁGOS MODELL A PREVENCIÓS ÉS SZOCIÁLPEDIÁTRIAI MUNKÁBAN

Dr. Schmidt Péter^{*,**}, Dr. Muzsai Géza^{*,***}

Házi Gyermekorvosi Szolgálat Győr^{*}, Nyugat-Magyarországi Egyetem KTK Széchenyi István Doktori Iskola Sopron^{**}, Győri Háziorvosok Ügyelete KHT^{***}.

Szerzők részletesen gyermek-egészségügyi ellátás ügyeleti rendszerének szervezeti felépítését és annak szervezési kérdéseit. Ügyeleti szolgálat a háziorvosoknak a sürgős-a következő rendelési időig nem halasztható- orvosi tevékenységek céljából szervezett

szolgálata. Legfontosabb célunk: gyermeket gyermekorvos, felnőtt háziorvos lásson el ügyeleti időszakban is. A telefonhívásokat kérdező protokollok alapján célszerű fogadni, a hangrögzítés elengedhetetlen. Az indokolatlan házhoz hívásokat, lakáson történő ellátást minimalizálni kell. Szerzők egy országos modell ismertetésén keresztül ismertetik az egészségnevelés és egészségfejlesztés fontosságát, melyet a következő szinten valósítottak meg: LCD monitoron felvilágosító filmek vetítése a rendelő várójában, házi gyermekorvosi egészségnevelési előadások és egészségfejlesztési ismeretek bővítése. Novumként ismertetik a szerzők a 2007-ben általuk bevezetett „Szülők Akadémiája” szülői és iskola-egészségügyi rendezvénysorozatot a megyeszékhelyen, mely kezdeményezésnek is köszönhetően Győrben 4 év alatt egyhatodára csökkent a lakáson történt ellátás ügyeleti időben. Szerzők a jövő fontos feladatának tartják a finanszírozás problémáinak mielőbbi orvoslását (az ellátórendszerek közötti internetes kapcsolatot, elektronikus TAJ kártya bevezetése, mobilinternet), melyek segítségével a gyógyítás költségei hosszútávon nagyságrendekkel csökkenthetők.

HÁZIORVOSI ELLÁTÁSOK IGÉNYBEVÉTELE

Dr. Sebestyén Andor, Lipp Sándor

Dél-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs

Cél: Az előadás célja háziorvosokhoz bejelentkezett biztosítottak megjelenéseinek bemutatása Baranya megyében a vizitdíj időszakának 1 éve alatt. Anyag és Módszer: Az elemzés alapját a Baranya megyei háziorvosok által havonta leadott tételes betegforgalmi (B300-as) jelentések képezik. A vizsgált intervallum a 2007.03.-2008.02. közötti egy éves időszak. Az elemzés a baranyai háziorvosokhoz bejelentkezett és megjelent biztosítottak háziorvosi ellátásának igénybevételét vizsgálja a bejelentkezettek számának 2008.02. állapota alapján. Eredmények: Baranya megyében a háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak száma 387.441 fő, melyek körében 2.405.973 ellátási esemény történt a vizsgált egy évben a 298 háziorvosi praxisban. A megjelenések átlaga egy biztosított esetén 6,2, mely különböző paraméterek alapján vizsgálva az alábbiak szerint alakul:

Nemenként: férfiaknál 5,5, nőknél 6,8; *Korcsoportonként:* 0-1éves:14,8, 2-7éves:10, 8-14éves:5,6, 15-19éves:4,9, 20-29éves:2,8, 30-39éves:3,1, 40-49éves:4,7, 50-59éves:7, 60-69éves:8,5, 70-79éves:10,8, 80év felett:11,5; *Rendelővel ellátott települések száma szerint:* egy településen 5,9, két településen 6,4, három településen 6,9, négy településen 6,8, öt településen 6,9, ötnél több településen 7,1; *Település típusa szerint:* városban 6, falvakban 6,7; *A praxisok munkanaponkénti átlaga szerint:*

Havi bontásban: januárban 38,7, februárban 36, márciusban 34,7, áprilisban 32,4, májusban 32,6, júniusban 29,5, júliusban 25,7, augusztusban 25,6, szeptemberben 31,2, októberben 31,2, novemberben 35,2, decemberben 32,2 fő;

Hétköznapi bontásban: hétfőnként 38,4, keddenként 34,5, szerdánként 33,3, csütörtökönként 32,3, péntekenként 29, munka-szombatonként 18,9 fő.

Megbeszélés: A háziorvosi praxisok igénybevétele hétköznapi szerint a hét első munkanapjaiban, havi bontásban a téli hónapokban, korcsoportok szerint a legfiatalabb (0-1 éves) korosztályban, nemek alapján a női nemnél a legnagyobb. A rendelővel rendelkező csatolt települések számával emelkedik a bejelentkezettek átlagos megjelenése. Mindezek háttérében az orvos „közelsége” a beteghez jelentheti a jobb hozzáférést is, de éppúgy jelentheti a szakellátási hozzáférések lokális hiányát is, melyet a későbbiekben tervezünk igazolni a morbiditási különbségek vizsgálatával együtt.

ÉHGYOMRI ÉS POSZTPRANDIÁLIS HIPERGLIKÉMIA: MIÉRT CSAK PREDIABÉTESZ ESETÉN KÜLÖNBÖZTETJÜK MEG ÖKET?

Dr. Simay Attila

DE OEC Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

Az éhgyomri és posztprandiális hiperglikémia számos területen különbözik egymástól. Más a progresszió sebessége, a betegek mortalitása, a szövődmények gyakorisága és a feltételezett patomechanizmus is. Így nem meglepő, hogy sokan különböző kórállapotnak tartják őket és a diagnosztika is eltérő a két esetben. Viszont meglepő, hogy a terminológia csak a prediabetes állapotában különbözteti meg őket, mint IFG és IGT, de manifeszt diabetesz esetén ezt figyelmen kívül hagyja. Az irodalmi adatok alapján feltételezhető, hogy a megkülönböztetés a betegség teljes spektrumában jogos lenne. Előadó a felvetést vitaindítónak szánja.

AKUT KORONÁRIA SZINDRÓMA HELYSZÍNI ELLÁTÁSA. AHOL NEM MINDEN A PROTOKOLL SZERINT TÖRTÉNT

Dr. Sirák András

Családorvos Velence, SE Családorvosi Tanszék, Budapest

A szerző egy akut koronária szindrómás beteg helyszíni ellátását ismerteti. Az olasz állampolgárságú nyaraló egy, a főúttól messze álló eldugott nyaralóban találkozott a beteggel, aki a tágas nyaraló padlásterében feküdt, igen rossz megközelítési lehetőségek között.

Kérkezéskor perifériás pulzusa nem tapintható, vérnyomása nem mérhető, ennek ellenére tudata aránylag tiszta, kontaktusképes. Az angol nyelvű szöveget magában – helyesen – olaszra fordítja.

Jelentős mellkasi fájdalma van, ami az állkapocsba és a bal karba sugárzik. Az esetet friss szívinfarktushoz társuló kardiogén shock-nak tartjuk. Ennek ellátásához intraaortikus ballon pumpa-

pa lett volna szükséges. Ez intézetén kívüli körülmények között nem biztosítható. Következő lépésként presszor aminok infúziós alkalmazása lett volna szükséges (Dobutamin – Dobutrex infúzióban). Pillanatnyilag ez sem állt rendelkezésre (házi orvos ezeket a gyógyszereket nem tarthatja).

Jobb ötlet hiányában a beteg két karjába két infúziót kötöttünk be, egyik karjába 3x500 ml Ringer oldatot, a másik karba 500 ml HAES-6% infúziót kötöttünk. Frakcionáltan Morphin-t kapott iv összesen 8 mg mennyiségben, további ellátása: ASA 250 mg, Clopidogrel 300 mg per os.

Az ellátás után a beteg állapota javulni kezd. A másfél órás kimentést, amit tűzoltók segítségével végeztünk kibírta. a székesfehérvári Szent György Kórházban végzett azonnali PCI után gyógyultán távozott. Balatonfüreden sikeres rehabilitáción esett át, meggyógyult.

Az eset tanulsága az eltérés az ellátási protokoll és a tényleges ellátás közti különbség. Egyéb megoldás hiányában kénytelenek voltunk a protokolltól jelentősen eltérni, ami esetünkben a beteg gyógyulásához vezetett.

KEVERT SZORONGÁSOS ÉS DEPRESSZIÓS BETEGEK TÁRSBETEGSÉGEI

Soós Krisztina szig. orvos, Dr. Szabó János, Dr. Kalabay László
Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest

Előzmények: A kevert szorongásos és depressziós betegek sokszor járnak a családorvoshoz, (pszicho)szomatikus betegségeik egész sorával komoly terhet róva az ellátóra.

Kérdéseim: 1. Van-e különbség a betegségek halmozódásának szempontjából a kevert szorongásos és depressziós betegek és a betegségben nem szenvedők közt? 2. Mely betegségek gyakoribb előfordulása várható kevert szorongásos és depressziós zavarral küzdő betegek közt?

Módszerek: 477 fő (107 férfi, 370 nő, átlagéletkor: 55Y15év) kevert szorongásos és depressziós zavarral küzdő beteg társbetegségeit 477 fő, korban, nemben illesztett, mentális betegségben nem szenvedő páciens krónikus betegségeivel hasonlítottam össze két mintás t, valamint Y2-próbával. (p< 0,05)

Adataimat a betegek kórlapjaiból a gondozásba vételi, ill. gondozási diagnózisok alapján gyűjtöttem ki.

Eredmények: 1. Kevert szorongásos és depressziós betegeknél átlagosan 3 társuló krónikus betegség, míg a kontrollcsoportban átlagosan 2 krónikus betegség fordult elő. 2. Az ischaemiás szívbetegség előfordulásában mindkét nem esetében szignifikáns volt a különbség a kevert szorongásos és depressziós zavarban szenvedők és a kontrollcsoport között. Osteoporosis, colitis ulcerosa, nyombélfekély, nyaki és egyéb intervertebrális porckorong-rendellenesség, valamint spondylopathia a nőknél, szívritmuszavarok és cerebrovasculáris betegségek férfiaknál gyakrabban fordultak elő a kevert szorongásos és depressziós zavarral küzdő betegek közt.

Következtetés: 1. Kevert szorongásos és depressziós betegek közt az egyes betegeknél a betegségek szignifikáns fokban halmozottabban fordulnak elő, mint a kontrollcsoport esetében. Emiatt fokozott figyelmet igényelnek családorvostól. 2. Annak tudatában, hogy mely betegségek gyakoribb előfordulása várható náluk, ezen betegségek prevenciójára a kevert szorongásos és depressziós zavarral küzdő betegeknél érdemes hangsúlyt fektetni. (pl. osteoporosis szűrése)

A SZEXUÁLIS ERŐSZAK A CSALÁDBAN –FILMMŰVÉSZETI ALKOTÁSOK TÜKRÉBEN

Dr. Stark András

Megyei Mentálhigiénés Intézet, Pécs

Előadásomban **Thomas Vinterberg**: *Születésnap* (1998) és **Atom Egoyan**: *Exotica* (1994) c. filmjéből vett idézetek segítségével a szexuális abúzus családi dinamikáját, lélektani összetevőit, a „nyelvezavar” (Ferenczi Sándor pszichoanalitikus elemzéséből kiinduló) természetét, és kulturális összefüggéseit elemzem.

VEGYI EXPOZÍCIÓ HATÁSÁNAK ELEMZÉSE RUTIN LABORATÓRIUMI LEHETŐSÉGEKKEL KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A GOT, GPT, GGT ÉRTÉKEKRE ÉS ACDT%-RA

Szabó György*, Fraenkel E.**, Szabó G.***, Márk L.****, Jegesy A.*****, Huszár A.***** Bajnóczky I.*****, Dinya E.***** Lengyel G.***** Fehér J.*****

Házi orvosi Szolgálat Enese*, Kassai Egyetem Belklinika**, PTE ÁOK hallgató***, PTE ÁOK Biokémia Intézet****, PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet*****, EGIS Kutatási Főosztály*****
II. Belklinika Budapest*****

Összefoglaló: A vegyiexpozíció mérése általánosságban rendkívül összetett probléma. A rutin laboratóriumi értékek közül a transzaminázok és a CDT százalékos változásai érdekes lehetőségeket rejtenek magukban. Ennek elemzése és eredményei ezen értékek figyelembe vételét javasolják a gyakorló orvos számára.

FIATALKORÚAK VÉLT ALKOHOLFOGYASZTÁSÁNAK ELEMZÉSE LABOR ÉRTÉKEK SEGÍTSÉGÉVEL KÖZÉPISKOLÁSOK KÖZÖTT.

Szabó György*, Fraenkel E.**, Szabó G.***, Márk L.****, Jegesy A.*****, Huszár A.***** Bajnóczky I.*****, Dinya E.***** Lengyel G.***** Fehér J.*****

Házi orvosi Szolgálat Enese*, Kassai Egyetem Belklinika**, PTE ÁOK hallgató***, PTE ÁOK Biokémia Intézet****, PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet*****
II. Belklinika Budapest*****

Összefoglaló: A fiatalok laborvizsgálata felvetette az értékek változása alapján, hogy a nem alkoholfüggő közepiskorúak anamnézisének különösen alaposan kell felvenni a hétköznapi gyakorlatunkban.

TESTÉPÍTŐK VÉRNYOMÁS ÉRTÉKEINEK ELEMZÉSE KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A FIATALKORÚ FIÚK SPORTOLÁSI SZOKÁSAIRA.

Szabó György*, Fraenkel E.***, Szabó G.***, Márk L.****, Jegesy A.*****, Huszár A.***** Bajnóczky I.*****, Dinya E.*****, Lengyel G.*****, Fehér J.*****

Háziorvosi Szolgálat Enese*, Kassai Egyetem Belklinika**, PTE ÁOK hallgató***, PTE ÁOK Biokémia Intézet*****, PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet,***** EGIS Kutatási Főosztály*****, II. Belklinika Budapest*****

Összefoglaló: A testépítők által használt teljesítménynyfokozó szerek a tensiót szignifikánsan megemelik amely komoly veszélyeket rejt magában még rövid távon is.

ÚJ MÓDSZEREK A DOHÁNYZÁSRÓL LESZOKÁS TÁMOGATÁSÁBAN

Dr. Szabó János, Dr. Vajer Péter, Dr. Urbán Róbert, Dr. Tamás Ferenc, Dr. Bőze Barna

Dohányzásról leszokást támogató központ, Budapest

A másfél órás workshopban interaktív technikák alkalmazásával, a résztvevők aktív bevonásával ismertetjük a dohányzástól történő leszokás támogatásának bizonyítottan hatékony módszereit, az orvosi tanácsadás és minimál intervenció, öngyógyító anyagok, intenzív egyéni, csoportos és a telefonos tanácsadás technikáit. Bemutatjuk a Dohányzásról Leszokást Támogató Központ (DLTK) működését és a proaktív telefonos leszokás támogatás módszerét.

A workshop második részében a DLTK-ban zajló tudományos munkát, kutatásokat

MALA

Dr. Szántó Marianna

DE OEC Családorvosi- és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

Magyarországon jelenleg több mint hatszázezer cukorbeteg él. A leggyakrabban alkalmazott orális antidiabetikum ma, a biguanid vegyületcsoport képviselője, a metformin. Előadásomban a metformin okozta laktacidózisra (MALA) szeretném felhívni a figyelmet.

A Svéd Toxikológiai Intézet jelentése alapján az elmúlt hét-nyolc

évben jelentősen megnőtt a metformin okozta tejsavacidózis előfordulási gyakorisága, 41 beteg közvetlen halálát okozva.

A metformin kezelésnek számos ellenjavallata van. Kontraindikációját képezi a krónikus vese- és májelégtelenség, cardialis dekompenzáció, krónikus tüdőbetegség, és minden állapot, ami hypoxia veszélyével jár. Valamennyi fent felsorolt tényező a laktacidózis lehetőségét növeli. Erélyes fogyókúra, megerőltető fizikai munka, túlzott alkoholfogyasztás, éhezés, szintén növeli a MALA veszélyét cukorbetegségben. Újabb irodalmi adatok szerint a RAS-ra ható gyógyszerek vagy egyes nem-szteroid gyulladásgátlók is állhatnak a kórfolyamat hátterében.

A MALA-nak jellegzetes tünete nincs. Jellemzője lehet az „acidotikus dyspnoe” hasi fájdalommal, hypothermiával. Diagnosztikus kritérium: csökkenő pH, 5 mmol/l feletti plazma laktátszint, megnövekedett anionhiány (gap). Intenzív osztályon történő kezelés ellenére a kórkép letalitása magas, 60-80%, három betegből kettőt elveszítene. Megelőzésére egyetlen mód a metformin indikációinak pontos betartása. Szívelégtelenség, emelkedett serum-creatinin illetve 75-80 éves kor felett adását kerüljük el. A cukorbetegség gondozásával, rendszeres kontrollvizsgálatokkal a laktacidózis előfordulása jelentősen csökkenthető. A metformin hatóanyag tartalmú gyógyszer felírása ne rutinszerűen történjék.

MIGRÁCIÓS EGÉSZSÉGÜGY AZ ALAPELLÁTÁSI/ CSA-LÁDORVOSI GYAKORLATBAN

Dr. Szilárd István

PTE ÁOK Klinikai Infektológia és Migrációs Egészségügyi Tan-szék, Pécs

A migráció globális jelenség és trendje gyors növekedést mutat. Az EU-ban már jelenlevő migránsok száma már 50 millióra tehető, eléri az összlakosság 8%-át. Hazánkban ugyan ez ma még csak 2% (ez is Pécs lakosságával egyenlő), de a Schengeni övezetbe csatlakozás óta mind a dokumentált, mind a nem dokumentált migrációnak célországává váltunk és számuk már két év alatt is többszörösére növekedett. Ugyan akkor a migránsok eredetország szerinti összetétele is megváltozott, zömük távoli földrajzi régiókból érkezik. A növekvő trend alapján joggal feltételezhető, hogy az egészségügyi szférában dolgozók egyre gyakrabban fognak munkájuk során találkozni az EU-n kívül született kliensekkel. Az alapellátásban, és különösen a keleti és délkeleti határhoz közeli régiókban dolgozó kollégák számára ez fokozottan igaz.

Az ellátás során három tényezőt kell figyelembe venni:

A migránsok eredetországuk morbiditási profilját reprezentálják, mely lényegesen különbözhet a hazai/ európai spektrumtól. Nem csak ritka, itt elő nem forduló kórképek megjelenésével kell számolnunk, de az eltérő (vagy teljesen hiányzó) vaccináció miatt újra feltűnhetnek kórképek, melyekkel a gyakorló orvosok már nem találkoztak (pl. Poliomyelitis, Dyphteria stb.)

Az eltérő kulturális/ egészség-kulturális és vallási gyökerek a nyelvi nehézségeken túl is problémát jelentenek a kommunikációban, az orvos-beteg kapcsolat kialakításában.

Migránsok vándorlásuk során földrészeket keresztezhetnek nyomorúságos utazási körülmények között, ez további egészségkockázatot jelent.

Az ellátás során a közegészségügyi kockázat kezelése mellett természetesen a humanitárius szempontokat is tiszteletben kell tartani, nem beszélve a migrációnak az EU számára jelentős gazdasági kihatásáról. Az Európa Tanács külön szakbizottsága készíti elő azt az állásfoglalást, mely a migránsok egészségügyi ellátáshoz való jogával foglalkozik.

A KOBALT VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

Dr. Tamás Ferenc, Dr. Kalabay László

SE Családorvosi Tanszék, Budapest

A Hypertonia Társaság ajánlásában a béta-blokkolókat bizonyos társbetegségek esetén első választandó szerként javasolják a hipertónia kezelésére, ezzel szemben azonban azt látjuk, hogy a hétköznapi gyakorlatban a béta-blokkolókat sem mennyiségben, sem minőségben nem használjuk megfelelő módon. Ezen a helyzeten kívántunk változtatni, amikor 2008-ban az Oktató Családorvosok Magyarországi Kollégiuma és a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének munkatársai országos prospektív tudományos vizsgálatot végeztek, melynek címe „**K**orszerű **B**éta-blokkoló **A**lalmazása a hipertónia **T**erápiájában” (KOBALT Vizsgálat)

A beválasztáskor a béta-blokkoló terápiában részesülő betegek gyógyszerelését az ajánlásokban szereplő korszerű – carvedilol alapú – terápiára cseréltük, ill. béta-blokkoló terápiát indítottunk amennyiben ezt a szakmai ajánlások előírták és a hat hónapos követéssel rögzítettük, hogy milyen kedvezőbb metabolikus paraméterek kísérik ezt a változtatást.

A vizsgálat zárásakor több mint 6000 beteg bevonásával szerzett tapasztalatról tudunk beszámolni. A béta-blokkoló terápia beindításával, korszerűsítésével az átlagos vérnyomás szisztolés értéke 152,15; 138,84; 134,71; 132,10 Hgmm, míg a diasztolés értéke 89,41; 83,17; 80,95; 79,83 – re csökkentek. A vérnyomás csökkenésével párhuzamosan a betegek általános jóléti állapota, – melyet 1-5-ig pontoztak vizitenként – 2,9; 3,3; 3,5; 3,6-ra nőtt, ugyancsak statisztikailag jelentős mértékben. A béta-blokkoló terápia méltánytalanul alacsony használata mögött valószínűleg a régi típusú béta-blokkolóknak, az anyagcserét negatív irányban befolyásoló hatása is állhat. Vizsgálatunkkal bebizonyítottuk, hogy a szakmai ajánlásoknak megfelelő antihipertenzív terápiával, a korszerű carvedilol alapú béta-blokkoló terápiával és a megfelelő gondozó tevékenységgel 6 hónap alatt szignifikáns mértékben sikerül javítani az anyagcsere paraméterekben is.

AZ ALAPELLÁTÁS SÜRGŐSSÉGI TEVÉKENYSÉGÉNEK KRITIKUS ÉRTÉKELÉSE A KECSKEMÉTI KISTÉRSÉGBEN

Dr. Tamasi József rezidens, Dr. Hajnal Ferenc

SZTE ÁOK Családorvosi Tanszék és Rendelő, Szeged

Vizsgálatunk célja az volt, hogy adatokat nyerjünk felnőtt betegek sürgősségi alapellátásáról a kecskeméti kistérségben.

Az Országos Mentőszolgálat 2009. január 1. – 2009. március 31. közötti eset- és rohamkocsi, valamint a 2009. január 1. – 2009. február 28. közötti mentőgépkocsi kivonulásai esetlapjait elemeztük retrospektív módon. Az összesen mintegy 3000 esetlapból azt a 387-at elemeztük, melyeknél háziorvos vagy alapellátó ügyeletes orvos volt a bejelentő. Rögzítettük az alábbi adatokat: bejelentett sürgősség foka (azonnali vagy 2 órán belüli), bejelentés időpontja és a helyszínre indulás időpontja között eltelt idő, a helyszínre indulás és a helyszínre érkezés időpontja között eltelt idő, a kért mentőegység típusa, a beteg neme, életkora, bejelentő első ellátó orvos felállított (irány)diagnózis és terápiás beavatkozások, mentőegység által felállított diagnózis, a mentőegység által alkalmazott terápia, a beteg további sorsa (helyszínen hagyás, kórházba szállítás stb). Az ellátó mentőegység által adott diagnózishoz hasonlítottuk a bejelentő orvosok véleményeit, ill. az általuk nyújtott terápiás beavatkozásokat az érvényes szakmai irányelvek alapján minősítve „adekvát”, „részben adekvát”, „inadekvát” és „nem történt ellátás” csoportokba sorolva azokat.

A kapott eredményekről és elemző értékelésünkről előadásunkban számolunk be.

A FELSŐLEGÚTI INFEKCIÓK KORSZERŰ ANTIMIKRÓBÁS KEZELÉSE

Dr. Ternák Gábor

PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Tanszék, Pécs

Abstrakt nem érkezett

A FŐVÁROSI ÉS A VIDÉKI CSALÁDORVOSOK ELHÍZÁSRA VONATKOZÓ ISMERETEINEK ÉS ATTITŰDJÉNEK FELMÉRÉSE

Dr. Torzsa Péter, Igari Erzsébet, Dr. Pintér Nóra, Dr. Kalabay László

SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

Az elhízás a fejlett világ egyik legsúlyosabb közegészségügyi problémája. Az elhízás felismerésében és kezelésében a családorvosoknak kiemelt szerepük van.

Módszer: 236 gyakorló családorvos és 62 rezidens (63% nő; átlagos életkor 53Y11 év) töltötte ki egy 90 kérdésből álló validált kérdőívet, melyben a magyar családorvosok elhízásra vonatkozó ismereteit, attitűdjét vizsgáltuk. Rögzítésre került az orvosok demográfiai jellemzői is.

Eredmények: 104 Budapesten dolgozó és 132 vidéki családorvos töltötte ki a kérdőívet. A praxisban eltöltött évek száma: 20Y11 év volt. A családorvosok 96%-a tisztában vannak azzal, hogy az elhízás egyéb betegségek rizikófaktor, 93%-uk alkalmaz is testsúlycsökkentő programokat a praxisban, bár 55%-uk nem ismerte pontosan az elhízás BMI kritériumát. Havonta a családorvosok átlagban 7 betegnél alkalmaznak testsúlycsökkentő programot, melynek medián időtartama 10 perc (95% C.I. 2-16). A városban dolgozó családorvosok 24%-a tartotta sikeresnek a testsúlycsökkentést a praxisban. Falusi orvosoknál ez az arány 15% volt ($p < 0,05$). A családorvosok 69%-a a normális BMI elérését vagy a testtömeg több mint 15%-os csökkenését írja elő a páciensnek. Az orvosok életkora negatív korrelációban van az elhízás kezelésével kapcsolatos attitűdjükkel ($r = -0,23$, $p < 0,001$), míg a több szakvizsgával rendelkező orvosokra pozitívabb attitűd jellemző a testsúlycsökkentéssel kapcsolatban ($r = 0,11$, $p < 0,03$). A családorvosok 13%-a érezte magát jól felkészültnek a túlsúlyos és elhízott betegek kezelésében.

Következtetés: A vizsgált családorvosok gyakran hiányos ismeretekkel rendelkeznek az elhízás okairól, veszélyeiről, ugyanakkor túl szigorú célkitűzéseket állítanak fel az elhízott betegek testsúlycsökkentésekor. Az irreális célok kitűzése gyakran kudarcélményhez vezethet a betegeknek. Dietetikus alkalmazása, elhízás kezelésével kapcsolatos interaktív oktatás, kevesebb adminisztrációs munka és a testsúlycsökkentő program OEP finanszírozása segíthetne a családorvosok elhízással kapcsolatos attitűdjének megváltoztatásában.

14 VITAMIN-13 NYOMELEM HATÁSA DEKOMPENZÁLT MÁJSZUGORRA

Dr. Tolnai Pál háziorvos
Ajka

Súlyos idült alkoholbetegek kalóriaszükségletük felét bő alkohol ivással fedezik. Étkezésük szénhidrát és zsírbő, fehérje-zöldség-gyümölcszegény. Ez Vitaminok és Nyomelemek hiányállapotához vezet. Emiatt májszugarok működése hamarabb dekompenzálódik az elégtelen alkoholégetés termékeink állandó „szőnyegbombázásaitól”. 1989-ből ilyen eset U. Antalné /1939/: kórházi hazahozása utáni abstinencia ellenére stagnált sárgasága és hasvíze, pedig 3x70 mg silymarint és 40 mg furosemid+1 gr káliumot szedett. Egy hónap után is gyenge betegnél silymarint 3x140 mg-ra emeltem és adtam 8-as polyvitamint. Ugyanekkor a beteg titokban 8 nyomelemes gyógyszerterméket kezdett enni. Kórház utáni 2. hó végén hirtelen eltűnt sárgasága és hasvíze. Ekkor árulta el nyomelemek szedését. Azóta a kórházból hazakerült dekompenzált májszugaros betegeknek 3x140 mg silymarin mellé adok 14 vitamint és 13 nyomelemet. Ezen kezelésre 10 ilyen beteg májdekompensációja 2-4 hónap alatt gyógyult, eseteiket leírtam.

Nem együttműködő májdekompenzálódott betegek 10 esetét is leírtam.

A TÜNETKEZELÉS NEHÉZSÉGEI AZ OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁSBAN

Dr. Trompos Katalin, Dr. Csikós Ágnes
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs- Baranyai Hospice Alapítvány, Pécs

A Pécs- Baranyai Hospice Alapítvány 5 éve lát el otthonukban végstádiumú daganatos betegeket. A betegek tüneteinek kezelése speciális feladat. A tüneteket úgy kell megszüntetni, vagy enyhíteni, hogy a kiváltó ok ki sem deríthető, de ha kideríthető, akkor sem szüntethető meg. A betegek rossz általános állapotúak, ellátásukban csak az egyszerű, otthon elvégezhető vizsgálatokra támaszkodhatunk.

Az elmúlt 5 év 312 betegének dokumentációját áttekintve, a betegek 91%-a panaszkodott fájdalomról. Ezeknek körülbelül 25%-a nehezen kezelhető, sok problémát okozó fájdalom volt. Gyakori, néha a fájdalomnál is több nehézséget okozó tünet a hányinger, hányás. Betegeink 65 %-a panaszkodott hányingeről. 1-2 %-ban volt ez igen nehezen csillapítható. Két tipikus esetet mutatok be a fájdalomcsillapítás, és hányáscsillapítás bonyolult esetei közül

A MIGRÁCIÓ ALAPELLÁTÁSI VONATKOZÁSAI

Dr. Újhelyi János
Házi gyermekorvos, Nyíregyháza, DE OEC Családorvosi Tan-
szék, Debrecen

Sem az országban, sem régióinkban nem működik megnyugtatóan a legálisan, három hónapnál tovább itt tartózkodó – nem Európai Unió országából érkezett - egyének egészségügyi ellátása. Bizonyos, hogy ennek káros következményei nem kizárólag a külföldi állampolgárokra nézve fogalmazhatók meg, de a környezetükben élő magyar lakosokra is, sőt epidemiológiai, népegészségügyi következményekkel is számolhatunk. Kitüntetett szerepe van az alapellátásnak, ahol az áttekinthető és a gyakorlatban jól alkalmazható szabályozással a költség/haszon arány is a legeredményesebb lehetne. Kiemelhető, hogy a legfontosabb körülmény a biztosítási jogviszony korrekt rendezése: meglétét már a tartózkodási engedély kiadásának feltételül kellene szabni. Meg kell teremteni annak lehetőségét, hogy az egészségügyi ellátás szempontjából legfontosabb kórtörténeti adatok ismertek legyenek, és kötelezően megjelenjenek az alapellátási regisztrációban. Ki kell küszöbölni azt a ma még csaknem mindennapos gyakorlatot, hogy különböző trükkökkel egész kolónia vesz igénybe egészségügyi szolgáltatást egyetlen külföldi állampolgár biztosítási kártyájával, vagy magyar biztosított jogviszonyával élnek vissza. A mai betegmozgás kapcsán

nélkülözhetetlen, hogy a „törzskarton” adattartalmával egyező információk a külföldi állampolgárról is rendelkezésére álljanak annak az egészségügyi alapellátónak és fekvőbeteg ellátónak, aki a beteg kezelését aktuálisan végzi.

Gyermekekben különösen fontos a védőoltásokkal való ellátottság ismerete, amely lehetőséget kínál arra, hogy mielőbb integrálódhasson a magyar oltási rendhez. A felnőtt betegellátáshoz is nélkülözhetetlenek ezek az adatok, továbbá azok a fontos információk is minden korosztályban, amelyek nélkül kicsi az esély az eredményes gyógyító/megelőző tevékenységre (krónikus betegség, allergia, rendszeresen szedett gyógyszerek, gondozási ápolási szükségletekY). Fontos, hogy ezeken az ellátó helyeken a nyelvi kommunikáció is megoldott legyen. Az eredményes egészségügyi ellátás csak team-munkában valósítható meg, de egyben társadalmi és szociális biztonság is támogat.

PER OS ANTIKOAGULÁCIÓ SORÁN ELŐFORDULÓ MELLÉKHATÁSOKAT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK MULTIMORBID BETEGEK ESETÉBEN

Dr. Vármai Réka rezidens, Dr. Végh Mária, Dr. Nagy Lajos
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Bevezetés: A kumarin-származékok használata multimorbida betegek esetében a szűk terápiás tartomány mellett fokozott óvatosságot igényel a mellékhatások kialakulásának illetve a gyógyszer-interakciók megelőzésének érdekében. Per os vér-alvadást gátló kezelés évente kb. 65 000 beteget érint Magyarországon.

Célkitűzés: Laboratóriumi vizsgálattal enyhe máj- illetve vesebetegség milyen mértékben befolyásolja a kumarin-származékok dózisát illetve a mellékhatások előfordulási gyakoriságát az egészségügyi alapellátás során.

Módszer: Kérdőíves felmérés történt legalább 1 éve kumarin-származékot szedő betegek között, kiegészítve laboratóriumi mintavétellel prothrombin, májfunkció, vesefunkció és fehérjekötő-kapacitás irányába.

Eredmények: Összesen 125 fő vett részt a vizsgálatban, nő : férfi = 72 : 53. Átlag életkor 68Y13 év. Mindegyikük normál, vegyes táplálkozást folytatott. Per os antikoaguláció ideje: 6Y6év. 119

fő Syncumar, 6 fő Warfarin kezelésben részesült, melyek heti dózisa 17Y9 mg illetve 30Y6 mg volt. Compliance-hiba összesen 6 főnél merült fel. Az eltelt egy évben 72 főnél lépett fel kumarin-kezeléshez köthető mellékhatás. 24 főnél mutattunk ki oly mértékű beszűkült vesefunkciót, amely alacsonyabb heti per os vér-alvadást gátló dózissal mutatott összefüggést.

Következtetések: Jelen vizsgálatunk alapján beszűkült vesefunkció esetén alacsonyabb kumarin dózis alkalmazása szükséges, azonban a mellékhatások előfordulási gyakoriságával sem a vese-, sem a májfunkció mértéke nem függ össze. Súlyos máj- illetve vesebetegség esetén kumarinszármazékok alkalmazása kontraindikált, míg enyhe lézió fokozott óvatosságot igényel a kezelőorvos részéről.

VÉTLEN ORVOS? VÉTLEN BETEG? BETEG PANASZOK ELEMZÉSE ÉS TANULSÁGAI

Dr. Végh Mária, Dr. Nagy Lajos
PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs

Mi történik a háziorvosokról érkező panaszokkal? Milyen problémákkal fordulnak a betegek jogorvoslatért, vagy csak elmondani szeretnék élményeiket, sérelmeiket? Milyen tanulságok vonhatók le a panaszos ügyekből? Hogyan hasznosíthatjuk az oktatásban, a szerzett tapasztalatokat? Mi hol panaszkodhatunk?

A szerzők az előbbi kérdésekre keresik a választ.

Kéréssel fordultunk az Egészségbiztosítási Felügyelethez, a Pécsi Orvosi Kamara Etikai Bizottságához, valamint a Baranya Megyei Betegjogi Képviselőhöz, hogy tájékoztassanak bennünket a hozzájuk érkező esetek leggyakoribb típusairól, megoldásairól. Nagyon fontosnak tartjuk, hogy lehetőségünk legyen arra, hogy megismerjük a rólunk beérkező panaszokat, levonjuk a szükséges konzekvenciákat, valamint értékesítsük a tapasztaltakat az oktatásunkban.

Összefoglalva: az orvossá nevelés folyamatában, és az orvosaink „etikai szinten tartásában” nagyon fontosnak tartjuk a panaszok elemzését, a tapasztalatok levonását, és a képzésünkben történő hasznosítását.

Pécs, 2010. február 26-27.

Címlapfotó: Körtvélyesi László

Kiadja: Családorvos Kutatók Országos Szervezete
Felelős kiadó: Dr. Nagy Lajos
Készült: Molnár Nyomda és Kiadó Kft., Pécs

Családorvos Kutatók Országos Szervezete IX. Kongresszusa
