

A geriátria helyzete ma Magyarországon

Bakó Gyula dr.

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet,
Geriátria Grémium, Debrecen

Az *Orvosi Hetilap* alapítója, Markusovszky Lajos halálának 130. évében
a Szerkesztőség felkérésére készített tanulmány.

Magyarországon aktív geriátriai ellátórendszer nincs, aktív geriátriai osztály alig van, ennek megfelelően a térségi rendszer keretén belül, de minden vezető megyei intézményben is létre kellene hozni. A hiány egy része azért van, mert a finanszírozási szerződésekből nem történt nevesítés az aktív geriátriára vonatkozóan, másrészt nincs elégséges számban a korábbi minimumfeltételben megfogalmazott geriáter szakorvos. A szakorvos hiánya miatt a kórházak természetesen nem üzemeltetnek osztályt, nem létező osztályra pedig nem lehet életpályát építeni/ígérni, ezért nem megy senki geriáternek. Kétségtelen tény, hogy az oktatási rendszer sem támogatja/támogatja a perifériára szorult geriátorszakember-képzést, mivel (uniós harmonizációként) a ráépített képzés megszűnt. Rendkívül hátrányos az a helyzet, hogy számos egészségügyi intézmény nem ismerte fel azt a szükségletet, illetőleg azt a fajta megoldást, amely az aktív ellátás (belgyógyászat, sebészet, nőgyógyászat, neurológia stb.) – aktív geriátria – krónikus ellátás folyamatát, egymáshoz kapcsolódását és teljes átjárhatóságát jelenti. Nincs geriátriai szakrendelés, nincs geriátriai nappali kórházi rendszer, előfordulásuk, működtetésük esetleges. Nincs geriátriai (mobil, térségi-területi) konzulensi rendszer. *Orv Hetil.* 2023; 164(23): 891–893.

Kulcsszavak: geriátria, geriáter szakorvos, geriátriai osztály, életpályamodell, oktatási rendszer, geriátriai szakrendelés, nappali kórház, mobil konzultáció

The situation of geriatric medicine in Hungary today

There is no systematic geriatric supply service and active geriatric wards are very rarely found in Hungary. That is why these wards need to be established in every leading county hospital as a regional system. The reasons for this lack are that active geriatric wards do not exist in the financing agreements, and, on the other hand, there is no sufficient number of geriatric specialists to fulfil the minimum personal conditions of a geriatric ward. The hospitals do not operate geriatric wards in lack of specialists, hence management pathways cannot be built in the system, therefore, no colleagues choose this subspecialty. Undoubtedly, the educational system does not support the training of geriatricians and, as a consequence of European Union regulations, secondary geriatrician subspecialization is not supported any more. The situation is extremely disadvantageous, most of the hospitals do not realize the importance of geriatrics, hence they do not work on establishing a care pathway between active care (internal medicine, surgery, gynecology, neurology, etc.), active geriatrics and chronic care. There is no geriatric outpatient service, daytime hospital system, their existence and operation are contingent. Finally, no geriatric consultant system (mobile, county, territorial) has been established.

Keywords: geriatric medicine, geriatrician, geriatric ward, carrier path, educational system, geriatric outpatient clinic, day hospital, mobil consulting system

Bakó Gy. [The situation of geriatric medicine in Hungary today]. *Orv Hetil.* 2023; 164(23): 891–893.

(Beérkezett: 2023. március 23.; elfogadva: 2023. március 25.)

Rövidítések

EU = Európai Unió; HBCs/OENO = Homogén Betegségcsoportok Rendszere/Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása

A szakma feladatai, jelenlegi helyzete, aktuális problémái

Krónikus ellátás sok helyen, sokféleképpen van jelen, de számos intézményben a hiányzó geriátria feladatait is át akarja venni/kénytelen átvenni, ami a jelen rendszer számára értelmezhetetlen „aktív” krónikus ellátáshoz vezet. Régóta problémája a magyar egészségügynek, hogy szociális jellegű ellátásokat kénytelen végezni aktív ellátásként finanszírozott ágyakon. Ez is hozzájárul az egészségügy tartós alulfinanszírozottságához [1].

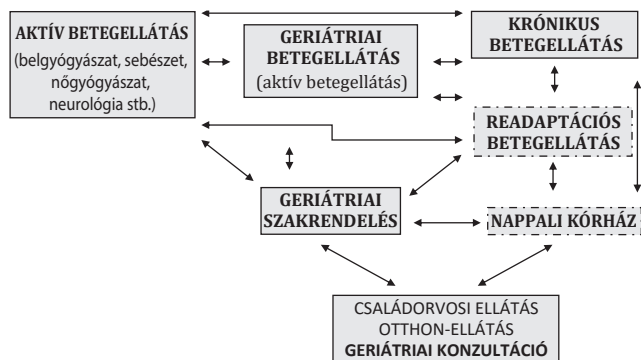
A rehabilitáció elsősorban szakmaspecifikus (neurológiai, pszichiátriai, kardiológiai, mozgásszervi stb.), általános rehabilitáció nincs és valószínűleg nem is lesz. Ezért az alaprendszerhez az éppen meglévő rehabilitáció (readaptáció) kapcsolható.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Geriátriai és Krónikus Ellátás Tagozatának javaslata rendszerbe foglalja a jelen helyzetet és a jövőbeli kívánt ellátást, illetve illeszteni próbálja a jelenlegi létező lehetőségeket és a szükséges változtatásokat (1. ábra [1]).

A jelenleg kitűzött cél a minimum-feltételrendszer, a humán erőforrás, a kompetenciai/progresszivitási szintek és az ehhez tartozó finanszírozott HBCs/OENO ellátás/tevékenység meghatározása. Ehhez egy jelenleg nem létező rendszerbe kell integrálni a jelenlegi szereplőket.

Az elégtelen geriátriai szakellátás összetevői

1) Szakemberhiány. Az idős betegek multimorbiditása, nagy gyógyszerigénye, funkcionális függése (mások segítségére való rászorultság), elesettsége, eltérő kórtana speciális tudást, átfogó ismereteket igényel mind az általános orvosoktól, mind az általános belgyógyászoktól [2]. Ma Magyarországon ennek a speciális tudásnak csak nagyon kevesen vannak birtokában. Megjegyezni kívánom, hogy benyújtott igényeink ellenére évek óta nem történt meg geriáter rezidensi státusz meghirdetése!



1. ábra | Az aktív és a krónikus ellátás szerkezete teoretikusan

2) A szakképzés hiányosságai. Az orvosképzésben nem kötelező az alapszintű geriátriai ismeretek megszerzése az egyetemi tanulmányok során. Az orvosegyetemeken választható kreditkurzus formájában létezik geriátriai oktatás. (Zárójelben megjegyzem, hogy külföldi hallgatóink nyomására történnék a kreditkurzusok kiírásai, mert hazájukban az orvosi diplomát ennek hiányában nem fogadják el. Saját hazájukban ezt a vizsgát utólag pótolniuk kell, ha a képzőhelyen nem kapták meg.) A szakemberhiány az orvosokon túlmenően a szakápolók és ápolók vonatkozásában is fennáll.

3) Az idősgyógyászati osztályok vagy egyetemi tanszékek rendszerszintűen hiányoznak az egészségügyi ellátásból. A legtöbb megyei kórházban nincs ilyen profilú, akut ellátást biztosító, nevesített osztály, specialistákkal. Az idősök ellátása a legtöbb esetben általános belgyógyászati osztályon vagy speciális osztályon (tüdőgyógyászat, kardiológia, ideggyógyászat, pszichiátria, a legtöbbször alapos okkal) történik. Napjainkban a belgyógyászaton kezelt betegeknek átlagosan több mint a 70%-a időskorú, miközben geriáter specialista még konziliáriusi szinten sem érhető el [3, 4].

4) Az országban a létező, geriátriai ellátást biztosító osztályok területi eloszlása rendkívül egyenetlen. Az ellátás az egyetemi központok környezetére lokalizálódik. Kifejezetten „fehér-szürke” foltok vannak az országban ezen a téren.

5) A szociális szféra által ellátott idősotthonokban a legtöbb helyen nincs geriáteri szakképzéssel rendelkező orvos, geriátriai szakápoló, megfelelő kompetenciákkal.

6) A geriátriai ellátás felsorolt hiányosságai, az elégtelen működés és működtetés törvényszerűen többletkiadásokhoz vezet az amúgy is alulfinanszírozott rendszerben.

7) A magyar egészségügyben hiányzik az az időseket a mindennapi életvitelükhöz visszavívó, readaptációs (nem rehabilitációs, bár közeli fogalom) akut kezelési forma, melyet szintén speciális osztály, geriáter szakember és szakápoló tudna biztosítani az idős beteg számára.

Nem hallgatható el, hogy az Európai Unió országai között is nagy a diverzitás a geriátriai ellátás és a geriáter-szakképzés között. Vannak országok, ahol szakképzés nem létezik, geriátriai ellátórendszer még a mi elégtelen rendszerünk formájában sincs. De az sem hagyható figyelmen kívül, hogy nagyon sok európai országban (Nagy-Britannia, Hollandia, skandináv országok, Németország) a geriátria már a specializálódás, sőt a szuperspecializálódás felé halad. A több mint száz éve meglévő geriátriai ismeretek ellenére Magyarországon még nem történt meg a geriátria önállóvá válása, annak ellenére, hogy az általános orvoslásból, mondjuk úgy, a belgyógyászatból rég kivált a gyermekgyógyászat, a neurológia, a bőrgyógyászat, és maga a belgyógyászat is tovább

specializálódott a kardiológia, tüdőgyógyászat stb. irányába. Mi több, ma már „szervspecifikus” szuperspecializálódás van kialakulóban (diabetológia, hipertoniológia, andrológia stb.).

Az önálló geriátriai szakvizsga 2000 óta létezik Magyarországon, jelenlegi ismereteink szerint országunkban maximum 70–80, geriáteri szakvizsgával (is) rendelkező szakorvosunk van regisztrálva.

Elvégzendő feladatok

I.

- A létező intézmények progresszivitási szint szerinti besorolása,
- a szükséges intézmények megjelölése (hely, intézmény, terület),
- a progresszivitási szintekhez tartozó kompetencia meghatározása,
- a szakképzési rendszer véleményezése, aktualizálása.

II.

- A szakmai irányelvek aktualizálása/adott esetben létrehozása,
- a klinikai audit megtervezése,
- a tárgyi és személyi feltételek meghatározása/megléteinek ellenőrzése,
- a humán erőforrás kérdéseinek megtárgyalása [5].

Szakképzés

Erre vonatkozóan több anyag készült és több felterjesztés történt az egyetemeken és a minisztérium felé is. Javaslom elfogadni azt a tényt, hogy nem lesz ráépített szakvizsga, mert nem EU-konform.

Ennek megfelelően:

- 1) Gyorsítanunk kell a szakorvosképzést a geriátria vonatkozásában azzal, hogy lefektetjük a különböző szakvizsgával rendelkező orvosoknál a más szakvizsgából beszámítható és a gyakorlatban eltöltött időt.
- 2) Minden nagy szakmában, elsősorban a belgyógyászati jellegűben (kiemelten a családorvosi és a belgyógyászat vonatkozásában) szorgalmazni kell az aktív geriátriai osztályon, járóbeteg-szakambulancián eltöltött képzési időt.
- 3) A geriátriai szakvizsgálóhoz kapcsolódó curriculumon belül ki kell emelni a geriátriai osztályon eltöltött idő mértékét és jelentőségét (törzsképzés szakmaspecifikussága).
- 4) Biztosítani kell a megfelelő számú akkreditált képzőhelyet.

- 5) A szakvizsga-előkészítő és szinten tartó tanfolyamok rendszere nem igényel jelenleg változtatást.
- 6) A szakmaspecifikus tárgyak egységesítése szükséges a rezidensrendszerű képzéshez.
- 7) A geriátria egyetemi oktatása is egységesítésre szorul, elsősorban tartalmilag és a vizsgakövetelmények szempontjából. A formai megvalósítások elsősorban speciális egyetemi, kari feltételrendszerekre vezethetők vissza, melyek egységesítése nem feltétlenül szükséges az eredményes oktatáshoz [6].

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóvá hagyta.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsen érdekeltsége.

Irodalom

- [1] Bakó G. Geriatrics and care for patients with chronic diseases. In: Kosztolányi G, Csiba L. (eds.) The situation and perspectives of the medical subdisciplines in Hungary at the beginning of the 21st century I. [Geriátria és krónikus ellátás. In: Kosztolányi Gy, Csiba L. (szerk.) A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. század elején I.] MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya, Budapest, 2019; pp. 62–65. [Hungarian]
- [2] Székács B, Besenyi A, Vonyik G, et al. Protocols for care of older multimorbid people. [Szakmai irányelvek egyedi kórállapotokra – időskorú multimorbid betegek. Idősgyógyászat 2019; 4(3–4): 65–74. [Hungarian]
- [3] Rijken M, Struckmann V, van der Heide I, et al.; on behalf of ICARE4EU consortium. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? In: Richardson E, Van Ginneken E. (eds.) Policy Brief, No. 23. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen. © NIVEL and TU Berlin, 2016. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/337585/PB_23.pdf [accessed: March 14, 2023].
- [4] World Health Organization. World report on ageing and health. WHO, Geneva, 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 [accessed: March 14, 2023].
- [5] Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. The Kings Fund, London, 2014. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf [accessed: March 14, 2023].
- [6] Silvester KM, Mohammed MA, Harriman P, et al. Timely care for frail older people referred to hospital improves efficiency and reduces mortality without the need for extra resources. Age Ageing 2014; 43: 472–477.

(Bakó Gyula dr.,
Debrecen, Móricz Zs. körút 22., 4032
e-mail: gybako@gmail.com)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)