

EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS ÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGY A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI MEDICINA TANTÁRGY HÁZIORVOSI BLOKKJA

Oktatási anyag
népegészségügyi ellenőr szakos hallgatók számára

Összeállította:
DR. ILYÉS ISTVÁN

DEBRECENI EGYETEM
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KAR
CSALÁDORVOSI ÉS FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI TANSZÉK

**EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS
ÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGY
A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI MEDICINA TANTÁRGY
HÁZIORVOSI BLOKKJA**

Oktatási anyag
népegészségügyi ellenőr szakos hallgatók számára

Összeállította:
Dr. Ilyés István
egyetemi tanár



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2017

Lektorálta:
DR. KÁRPÁTI ISTVÁN
Tanszékvezető egyetemi docens

DUPress

© Dr. Ilyés István
© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

ISBN 978-963-318-721-0

Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press
Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi
Készült a DE sokszorosítóüzemében, 2017-ben

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ.....	5
A HÁZIORVOSLÁS SAJÁTOSSÁGAI ÉS SZEMLÉLETMÓDJAI	6
Általános orvoslás/családorvoslás/ háziiorvoslás – általános orvostan/ családorvostan/háziorvostan.....	6
A háziorvostan és főbb tárgykörei	7
A háziiorvoslás jellemzői	7
A háziiorvoslás szemléletmódjai.....	12
A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS GYAKORLATÁNAK SAJÁTOS KÉRDÉSEI.....	16
Az ellátási struktúrával kapcsolatos sajátosságok	16
Az ellátási folyamattal kapcsolatos sajátosságok.....	21
Az ellátás eredményének megítélése az alapellátásban	25
AZ ORVOS-BETEG KONZULTÁCIÓ, A DIAGNOSZTIKA ÉS A KEZELÉS SAJÁTOSSÁGAI A HÁZIORVOSLÁSBAN.....	27
Az orvos-páciens kapcsolat és az orvos-páciens kommunikáció.....	27
A problémamegoldás és diagnosztika sajátosságai.....	32
A kezelés lehetőségei a háziorvosi gyakorlatban.....	36
A PREVENCIÓ SZINTJEI ÉS STRATÉGIÁI. A PREVENCIÓ TERÜLETEI ÉS AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS FELADATAI A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN	40
A prevenció szintjei.....	40
A prevenció stratégiái.....	41
A prevenció területei az alapellátásban.....	43
Az egészségmegőrzés komplex modellje.....	46
AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS ÉS AZ ADEKVÁT FIZIKAI AKTIVITÁS BIZTOSÍTÁSA	51
A táplálkozás az életmód egyik meghatározója	51
A kiegyensúlyozott táplálkozás és az egészséges étrend	51
A kiegyensúlyozott táplálkozás megvalósításának szempontjai.....	54
Egészségtelen táplálkozás	56
Dietetikai szolgáltatások a háziiorvoslásban.....	57
A fizikai aktivitás az életmód egyik meghatározója	61
A fizikai aktivitás fokozása, a mozgásprogram összeállítása	63
A DOHÁNYZÁSRÓL VALÓ LESZOKÁS ÉS AZ ALKOHOL-FOGYASZTÁS CSÖKKENTÉSE A HÁZIORVOSLÁSBAN	65
A dohányzás káros hatásai	65
A dohányzás elleni küzdelem feladatai.....	65

A dohányzásról való leszokás segítése a minimális intervenció módszerével.....	66
A leszokás szakaszai, teendők az egyes szakaszokban.	67
A túlzott alkoholfogyasztás.....	69
A túlzott alkoholfogyasztás elleni küzdelem feladatai.....	72
Az intervenció szakaszai, teendők az egyes szakaszokban.....	72
SZEKUNDER PREVENCIÓ, SZŰRŐVIZSGÁLATOK A HÁZIORVOSLÁSBAN	75
A szekunder prevenció.....	75
Kardiometabolikus szűrővizsgálatok. Kardiovaszkuláris kockázatbecslés.....	76
A daganatos betegségek szűrésének indokai és követelményei.....	79
A népegészségügyi szűrővizsgálatok daganatos betegségekben.....	80
Egyéb daganatos betegségek szűrővizsgálata	85
GONDOZÁS A HÁZIORVOSLÁSBAN.....	86
A gondozás mint munkamódszer	86
Teendők a kardiometabolikus gondozás megkezdése előtt.....	87
A kardiometabolikus rizikóállapotokkal rendelkezők gondozása.....	88
Igazolt szív-érrendszeri betegségben szenvedők gondozása.....	96
KONKLÚZIÓ	101

ELŐSZÓ

Az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátórendszer első vonala, elsődleges, folyamatos és személyes ellátást nyújt személyek, családok, közösségek számára, akikkel és amelyekkel a helyzetéből adódóan szoros kapcsolatot tart. Ez teszi lehetővé az egészségmegőrzés, az egészség-védelem a betegségmegelőzés, az egészségfejlesztés feladatainak ellátását, a szűrő-vizsgálatok végzését, rizikóállapotok és krónikus betegségek gondozásának, a szükséges rehabilitációnak a folytatását, valamint az ezek megvalósítását segítő egészségnevelés és tanácsadás végzését is. Az alapellátás e tevékenységével segíti a népegészségügyi célkitűzések megvalósítását.

Az egészségügyi alapellátás és a népegészségügy együttműködése az alapellátás egészségmegőrző, primer és szekunder prevenciós tevékenységének továbbá a nem fertőző krónikus betegségek gondozásának stratégiai keretet biztosít, emellett hozzájárul a prevenció egyéni és populációs megközelítésének összekapcsolásához is.

A Népegészségügyi medicina tantárgy háziiorvosi blokkja e szemlélet alapján először a háziiorvoslás jellemzőit, szemléletmódjait és gyakorlatának alapvető kérdéseit tekinti át, majd az orvos-beteg konzultáció, a diagnosztika és a kezelés sajátos kérdéseivel foglalkozik, ezután a prevenció szintjei, stratégiáit, területeit és az egészségmegőrzés feladatait mutatja be a háziiorvoslásban.

Az összeállítás második része az egészséges táplálkozás és a kívánatos fizikai aktivitás biztosításának, továbbá a dohányzásról való leszokásnak és az alkoholfogyasztás csökkentésének feladatait foglalja össze, majd pedig a háziiorvoslásban végzett szűrővizsgálatok és gondozási tevékenység gyakorlatát mutatja be.

A HÁZIORVOSLÁS SAJÁTOSSÁGAI ÉS SZEMLÉLETMÓDJAI

Általános orvoslás/családorvoslás/ háziorvoslás – általános orvostan/ családorvostan/háziorvostan

Az általános orvoslás/családorvoslás (general practice/family practice) az egészségügyi alapellátás (primary health care) meghatározó részét képezi, ami pedig a különböző egészségügyi rendszerek mindegyikének meghatározó eleme. Az általános orvoslás (general practice) kifejezés főként az Egyesült Királyságban, a családorvoslás (family practice) megjelölés pedig leginkább az Egyesült Államokban terjedt el. Gyakran ezeknek a kifejezéseknek a használata az irodalomban is szinonim módon történik, ráadásul hazánkban a háziorvostan és a háziorvoslás kifejezések is meghonosodtak. Minthogy a diszciplína hivatalos neve a háziorvostan, a tevékenység megjelölésére is a háziorvoslás kifejezést használjuk a következőkben.

A háziorvoslás az egészségügyi ellátó rendszer első vonala; elsődleges, folyamatos és személyes ellátást nyújt személyek, családok, közösségek számára, függetlenül a páciensek korától, nemétől, foglalkozástól és betegségétől. A háziorvoslás egészségügyi ellátó rendszerben betöltött szerepének fontosságát az utóbbi időben széleskörűen elfogadják, s ezzel párhuzamosan a gyakorlati tevékenység alapját képező diszciplína önállóságát is elismerik. Elfogadott, hogy háziorvoslás gyakorlatát folytató szakembernek sajátos tudásanyagra van szüksége, sajátos képességek és készségek birtokában kell lennie, és sajátos attitűd segíti a szerteágazó feladatainak ellátásában. Mindezek miatt a háziorvos a maga területén specialista.

A következőkben háziorvostannal (mint diszciplínával), és a háziorvoslással (mint gyakorlati tevékenységgel) foglalkozunk röviden.

A háziiorvostan és főbb tárgykörei

A háziiorvostan meghatározására a hazai szakirodalom az alábbi definíciót fogadja el: háziiorvostan önálló, helyzet-specifikus, azaz szituatív klinikai szakágazat, ami az egyén, a család és a lakosságcsoporthoz elsődleges, személyes és folyamatos egészségügyi ellátásának, gondozásának kérdésköreit foglalja magába, tekintet nélkül az egyének korára, nemére, foglalkozására és betegségére. A definíció az ellátási terület leírásán alapul, a diszciplína határait ennek alapján jelöli ki, ugyanakkor a helyzet-specifikus, szituatív kifejezéssel utal ezen alkalmazott tudományág legfontosabb specifikumára is.

A háziiorvostan tárgyköreinek, tudásanyagának számbavételekor mindenekelőtt a klinikai szakágak emelhetők ki. A háziiorvosi tevékenység során elsősorban az egyes klinikai szakágazatok tudásanyagára szükséges alapozni. A belgyógyászat, gyermekgyógyászat, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, ideg- és elmegyógyászat fontos ismeretei természetesen részét képezik a háziiorvostannak, de nem nélkülözhetők a további klinikai szakterületek legfontosabb ismeretei sem. A klasszikus orvosi ismeretek mellett a háziiorvostan tudásanyagának fontos további alkotó részét képezik a népegészségtan, a magatartástudományok, a humán ökológia egyes kérdéskörei, sőt szociológiai, közgazdasági, jogi stb. ismeretek is.

A háziiorvostanban, mint alkalmazott tudományban ezek a kérdéskörök egységes egészet képeznek. A diszciplína több mint tudásanyaga alkotó részeinek összessége, lényegét a funkcionális összerendezettség, az egységes struktúra képezi.

A háziiorvostan továbbá nem csak ismeretek összessége. Az ismeretek mellett készségek (skills) és technikák (techniques) összességét is jelenti.

A háziiorvoslás jellemzői

Az előzőekben láttuk a háziiorvoslás rövid meghatározását. A következőkben a definícióban szereplő jellemzőket vesszük röviden sorra.

A háziorvoslás elsődleges ellátás

A háziorvoslás elsődleges ellátást nyújt a hozzáférők számára. Az elsődleges egészségügyi ellátás megszervezésekor alapvető szempont a hozzáférhetőség biztosítása. A hozzáférhetőség követelménye egyrészt azt jelenti, hogy az alapellátás földrajzilag és időben könnyen elérhető legyen, jelenti azonban azt is, hogy az egészségügyi szolgáltatások meghatározott köre álljon az alapellátást felkeresők rendelkezésére. Az egészségügyi rendszer kiépítésénél alapvető szempont, hogy e tekintetben az állampolgárok, családok és közösségek lehetőségei minél kevésbé legyenek eltérőek a lakóhely és a társadalmi helyzet szerint. E vonatkozásban a kormányok felelősségét világszerte elfogadják, a helyi hatóságoknak (önkormányzatoknak) fontos feladata meghatározott ellátási színvonal biztosítása.

Az elsődleges ellátás másik fontos jellemzője az ún. gate keeper (kapuőrző) funkció. Azt jelenti, hogy a páciens az egészségügyi ellátó rendszer másodlagos (konzultatív), illetve harmadlagos (kórházi) szintjét az alapellátás igénybevétele útján, annak továbbküldési funkciója révén veheti igénybe. A különböző országok egészségügyi rendszereiben ez a funkció eltérő módon érvényesül. A szigorú beutalási kötelezettséggel és a másodlagos-harmadlagos ellátó rendszerek szabad igénybevételevel egyaránt találkozhatunk. A hazai szabályozás köztes helyet foglal el: a járóbeteg szakellátás egyes rendelkezéseit beutalóval, másokat beutaló nélkül veheti igénybe a beteg, míg a fekvőbeteg szakellátás igénybevétele beutalóhoz kötött. A kapuőrző funkció és a finanszírozás módja között összefüggés mutatható ki. A szolgáltatáselvű finanszírozás esetén a kapuőrző funkció érvényesítésére kevésbé van szükség, a fejkvóta rendszerű finanszírozás esetén viszont a kapuőrző funkció érvényesítésének fontos szerepe van.

A háziorvoslás folyamatos ellátás

A háziorvoslás fontos kritériuma a folyamatos ellátás. A folyamatos ellátás mindenekelőtt a kontinuitást jelenti. A páciensnek minden időpontban, tehát lényegében időbeni korlátozás nélkül hozzá kell jutnia az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz. A kontinuitás biztosítása azonban az alapellátás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatásoknak is csak bizonyos körére terjedhet ki, mely leginkább a sürgősség megjelöléssel illethető. Ezeknek a szolgáltatásoknak a biztosítását a készenléti és ügyeleti rendszerek végzik, melyek munkájában az alapellátás orvosa általában részt vesz.

A folyamatos ellátás további jellemzője a longitudinalitás. A háziorvosi ellátás páratlan lehetőséget nyújt arra, hogy a beteg követése hosszabb távon is megvalósuljon. A hosszú távú követés természetesen nem az adott eset lefolyásának a passzív követését jelenti, hanem hosszú távú együttműködés megvalósítását a beteg és az orvos között. Ez a kapcsolat a beteg egészségügyi szükségleteinek a folyamatos kielégítését biztosítja, és lehetőséget nyújt a gondozás megvalósítására.

A folyamatos ellátás legfőbb jellemzője, az ellátásban érvényesülő kontinuitás és longitudinalitás mellett, a folyamatos felelősség. A folyamatos felelősségen alapuló orvos-beteg kapcsolat azt jelenti, hogy a háziorvoslás felvállalja a páciens folyamatos egészségmenedzselését, s az egészséggel-betegséggel kapcsolatos problémájában segítséget nyújt számára.

A háziorvoslás személyes ellátás

A háziorvoslás további jellemzője, hogy személyes ellátást biztosít. Az ellátás személyes jellegének alapja a páciens hosszabb időperiódusra visszanyúló ismerete, emellett a családjának, a környezetének, a munkahelyének és az életmódjának ismerete is. Ilyen kapcsolat alapján sajátos személyes jellegű viszony alakul ki az orvos és a páciens között. Ez a személyes kapcsolat képezi az alapját annak, hogy a páciens az alapellátást sajátjának érzi.

A háziorvoslás komplex ellátás

A háziorvoslás komplex (komprehenzív) ellátást nyújt. Az ellátás komplexitása mindenekelőtt a megoldandó problémák komplexitásából fakad. Az alapellátás keretei között nem csak szomatikus problémák megoldásával kell foglalkozni, a páciensek pszichés és szociális problémáikkal is ezen ellátási szinthez fordulnak először. Az alapellátás e feladatok megoldási kötelezettségét sajátjának is érzi, minthogy tevékenységében az egészség-betegség biomedikális modellje helyett a biopszichoszociális modellt alkalmazza. Ez a felfogás a betegségek kialakulásában a szomatikus tényezők mellett figyelembe veszi a pszichológiai és szociális tényezők szerepét is. A háziorvoslás ezt a felfogást törekszik érvényre juttatni a betegségek lefolyásának értelmezésében és a kezelési módok meghatározásában is. Figyelemmel van arra, hogy a betegségek gyakran multikauzális természetűek, és nem a betegség, hanem a beteg ember gyógyítását szükséges célként megfogalmazni.

Az ellátás komplexitása a háziorvoslásban azt is jelenti, hogy a tevékenysége a kuratív ellátás minden mozzanatára és a prevenció minden szintjére kiterjed. Az alapellátás munkájában az ellátási funkciók teljes skáláját alkalmazza, még ha időlegesen egy-egy mozzanat elvégzésére más ellátó rendszerek szolgáltatását veszi is igénybe.

A háziorvoslás koordinált ellátás

A háziorvoslás további jellemzője még, hogy koordinált ellátási forma.

Ez egyrészt azt jelenti, hogy az alapellátás az egészségügyi ellátó rendszer integráns részét képezi. Kialakításánál, működési feltételeinek meghatározásánál a rendszer egyéb elemeinek sajátosságait, a kapcsolódási pontokat feltétlenül figyelembe kell venni. Ezúton biztosítható, hogy az alapellátás funkcionális kapcsolata a másodlagos és harmadlagos ellátó rendszerekkel zavartalan legyen. A háziorvoslás feladata, hogy a beteg ellátásának a szervezését szükség esetén a másodlagos és/vagy harmadlagos ellátó rendszerek (a járó- és fekvőbeteg

szakellátás) bevonásával végezze. Ez a koordináció a konzultáció és a beutalás révén valósul meg. Az alapellátás valamint a járó- és fekvőbeteg szakellátás közötti kapcsolat zavartalanságának feltétele egymás munkájának, tudásának a kölcsönös tisztelete. A háziorvos a betege számára, annak problémája megoldása érdekében, általában időlegesen veszi igénybe a specialisták által biztosított ellátás szolgáltatásait. A beteg számára a háziorvos és a specialista jó személyi és szakmai kapcsolata biztosítja, hogy mindenkor a betegségének megfelelő ellátásban részesüljön.

A háziorvoslás feladatait az alapellátási team végzi. A team munkáját a háziorvos irányítja, s a team minden tagja a közöttük érvényesülő munkamegosztás alapján meghatározott feladatokat lát el. Az összehangolt teammunka a koordinált ellátás megvalósítását jelenti.

A koordinált ellátás további megnyilvánulása, hogy a háziorvosi ellátás szoros kapcsolatot tart a beteg problémáival foglalkozó egyéb ellátó rendszerekkel. A helyi hivatalos szerveket, munkahelyeket, iskolákat, társadalmi szervezeteket, egyházakat stb. említhetjük itt, külön kiemelés érdemel az alapellátás és a szociális ellátó rendszer kapcsolata.

A háziorvosi ellátás helyzet-specifikus ellátás

Az egészségügyi alapellátás fontos ismérve, hogy helyzet-specifikus ellátást nyújt. A konkrét ellátási teendőit és lehetőségeit közvetlenül az a szituáció határozza meg, melyben az orvos-beteg (szélesebben véve: az alapellátási team-páciens) kapcsolat realizálódik.

Az ellátás helyszíne a háziorvos munkája során különböző lehet, a legfőbb helyszín az orvosi rendelő és a páciens lakása, de sor kerülhet egyéb helyszíneken (munkahely, iskola, közterület stb.) történő ellátásra is. Az orvosi rendelőben rendelkezésre állnak mindazok az eszközök és felszerelések, melyek a beteg vizsgálatát és a kompetenciaszintnek megfelelő zavartalan ellátását biztosítják. A beteg lakásán történő ellátás egészen más helyzetet jelent. Az

orvos az otthoni betegellátás során megismerheti a beteg lakását, környezetét, hozzátartozóit, körülményeit, ami segítséget jelent diagnosztikus munkájában és a teendők meghatározásában. Emellett a betegek otthonukban, saját környezetükben nagyobb biztonságot éreznek, bizalmasabbak az orvosukkal, s problémájukkal kapcsolatban esetleg több részletet is elmondanak. Az egyéb helyszíneken történő, döntően sürgősségi jellegű ellátás során a körülmények jelentős befolyással vannak a háziorvos ellátási lehetőségeire.

A háziorvos tevékenységének helyzet-specifikus volta abban áll, hogy az ellátási kompetenciája helyzet-specifikus. Az ellátási kompetencia azt jelenti, hogy a háziorvos a gyakorlatában felmerülő problémák bizonyos köre esetén vállalkozik definitív ellátásra, illetve a problémák megoldását adott pontig képes vállalni, s túl ezen más ellátási formák segítségét veszi igénybe. A helyzet-specifikus kompetencia elve szerint az ellátás során megoldandó egyes problémák esetén az alapellátás kompetenciájának konkrét határa mindig az adott körülmények függvénye. A háziorvosnak mindig az összes tényező figyelembevételével kell meghoznia a döntését. Nem csak az adott betegség súlyosságára kell tekintettel lennie, hanem mérlegelnie kell más körülményeket is. Döntésének legfontosabb szempontja az, hogy az adott szituációban mely döntési alternatíva tűnik a beteg számára a legkedvezőbbnek.

A háziorvoslás szemléletmódjai

A háziorvoslás fenti jellemzőin túl a szakirodalom megkülönbözteti azokat a szemléletmódokat, melyek ezen ellátási forma további sajátosságainak tekinthetők. Ezek a következők: páciens-centrikus, család-orientált, közösség-orientált, preventív szemléletű és holisztikus szemléletű ellátás.

A háziorvoslás páciens-centrikus alapellátás

A háziorvoslás páciens-centrikus szemlélete az ellátási forma már tárgyalt jellemzőiből fakad. A páciens egészséggel-betegséggel kapcsolatos problé-

máival az egészségügyi ellátás első vonalát képező háziorvosi teamhez fordul. A problémákban ezután elsődleges döntés születik, ami a páciens ismeretén, a prezentált probléma miatt végzett verbális, fizikális és kiegészítő vizsgálatok eredményén alapul. A döntést követően a páciens követése, szükség esetén hosszú távú gondozása következik, aminek során személyes jellegű orvos-beteg kapcsolat alakul ki. Így az ellátási folyamat középpontjába nem a páciens egy-egy problémája, hanem ő maga kerül a különböző problémáival.

A jó orvos-beteg kapcsolat a gyógyulás, illetve az eredményes gyógyítás alapfeltétele. A háziorvos tevékenységében az orvos-beteg kapcsolat minőségének kitüntetett jelentősége van. A páciens első találkozása az egészségüggyel a szerzett negatív vagy pozitív élmények révén döntő lehet az egészségügről alkotott véleménye kialakításában. Az orvos-beteg kapcsolat az alapellátásban kölcsönös bizalmon alapuló viszony.

A jó orvos-beteg kapcsolat kialakulását megfelelően kivitelezett beteg-orvos találkozások alapozzák meg. A beteg-orvos találkozás, a konzultáció során a beteg prezentálja a problémáit, s az orvosától megoldást vár azokra. A verbális, fizikális és kiegészítő vizsgálatok végzésével az orvos pedig arra keresi a választ, hogy mit is takarnak a prezentált problémák és hogyan lehet rajtuk segíteni. Ezért szükséges a valódi konzultáció biztosítása, amikor a betegnek lehetősége van arra, hogy az orvos által javasolt megoldást vele közösen értelmezze. Ezáltal nem csupán a diagnózishoz vezet közelebb a beteg-orvos találkozás, hanem biztosítéka lesz a beteg további együttműködésének is.

A háziorvoslás család-orientált alapellátás

Az egyén egészséggel-betegséggel kapcsolatos felfogása a szocializáció folyamán alakul ki, a gyermekek szocializációjában pedig a családnak meghatározó szerepe van. Az egészség-betegség kérdése a családok értékrendszerében meghatározó helyet foglal el. Túl ezen a családnak magának szerepe lehet a betegségek kialakulásában és a gyógyulás folyamatában is.

Másrészt viszont a családtag betegsége befolyásolja a család életrendjét és a családi feladatok teljesítését. A családorientált alapellátás törekvése az, hogy a család szintjén eredményesen befolyásolja betegségek, kóros állapotok megoldását, másrészt e problémák megoldása révén hatással legyen a család működésére is. A családorientált alapellátás a biopszichoszociális egészségfelfogáson alapszik, az utóbbi időszakban az általános orvoslás eredményes megvalósítási formájává vált, s az általános orvoslás ezen megvalósítási formáját nevezik családorvoslásnak.

A háziorvoslás közösség-orientált alapellátás

A háziorvosi team tevékenysége közösségi szinten is befolyásolni tudja a hozzá tartozók egészségi állapotát. A praxishoz tartozókat közösségnek tekinti, akiknek egészségi szükségleteit nem csupán az egyén és a család, hanem a közösség szintjén is értékeli és törekszik azok megoldására. A közösség összetételének, morbiditási, mortalitási adatainak, élet- és munkakörülményeinek követésével adatokat nyerhet a közösségi méretekben folytatandó egészségmenedzseléshez. A törekvés a biopszichoszociális egészségfelfogáson alapul, az egyén egészséggel-betegséggel kapcsolatos problémáinak megítélésében a közösségi hatásokat is figyelembe veszi, s az egészséggel kapcsolatos szükségleteket nemcsak az egyén és a család, hanem a közösség szintjén is megfogalmazza és törekszik ezek kielégítésére. A közösség-orientált ellátás folyamata a népegészségügy működési ciklusának modellje alapján értelmezhető, aminek elemei a közösség egészségi állapotának megismerése, az egészségügyi szükségleteinek meghatározása, a szükségletek kielégítésének megszervezése, a változások értékelése. A közösségorientált ellátás megvalósításának lehetősége a háziorvoslás területén adott leginkább, ezért a szakma fontos specifikumának tekinthető.

A háziiorvoslás preventív szemléletű alapellátás

A háziiorvoslás a hozzátartozó páciensek esetében az egészséggel-betegséggel kapcsolatos problémáiban elsődleges ellátást nyújt. Tevékenysége ebből eredően nem korlátozódik csupán a betegségek gyógyításával kapcsolatos feladatok végzésére. A tevékenységébe beletartozik a páciensek egészségének védelme és megőrzése, a betegségek megelőzése, a rizikótényezők felismerése, a betegségek korai stádiumban történő felismerése a korai kezelésbe vétel előnyeinek biztosítása érdekében, a krónikus betegségben szenvedők adekvát gondozásának biztosítása a késői szövődmények megelőzése és a páciens rehabilitációja. Mindez a prevenció széleskörű megvalósítását jelenti.

A háziiorvoslás holisztikus szemléletű alapellátás

A háziorvos csak akkor oldhatja meg eredményesen a feladatait, ha holisztikus megközelítést alkalmazva a szomatikus, pszichés szociális és környezeti szempontokat és ezek összefüggéseit egyaránt figyelembe veszi a munkájában. Alapvető, hogy a tevékenysége központjában ne az egyszeri speciális eset, hanem a változó ember álljon dinamikus kapcsolataival és minden problémájával együtt.

A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS GYAKORLATÁNAK SAJÁTOS KÉRDÉSEI

A háziorvosi ellátás gyakorlata, az ellátási forma jellemzőiből és szemléletmódjaiból következően, sajátos különbségeket mutat a járóbeteg szakellátás, illetve a kórházi ellátás gyakorlatával összevetve. Az egészségügyi alapellátás sajátosságainak összefoglalását Donabedian megközelítésével célszerű elvégezni, aki az egészségügyi ellátás minőségének megítélésére az ellátás három dimenzióját különböztette meg. A *struktúra* az egészségügyi ellátás személyi és tárgyi feltételeinek összességét jelenti, és magában foglalja az ellátottak sajátosságait is. A *folyamat* magának az ellátásnak az összetevőit, az alkalmazott preventív, diagnosztikus, terápiás és rehabilitációs eljárásokat valamint az ellátás szervezésének menetét foglalja magában. Az *eredmény* pedig az ellátás kimenetelét jelenti az ellátottak és az ellátók szempontjából; egyrészt tartalmazza az ellátottak megelégedettségét, megszerzett egészségismereteit, egészségmagatartása változását, másrészt az ellátás klinikai eredményeit, anyagi vonzatát és társadalmi hatását.

Az ellátási struktúrával kapcsolatos sajátosságok

A háziorvos szakmai munkájának sajátosságai

A háziorvos feladatai meghatározzák azon speciális tudásanyag terjedelmét, valamint azon készségek körét, amelyeket a napi munkája során alkalmaznia kell. Mindenekelőtt tisztában kell lennie az egészség-betegség folyamat meghatározó tényezőivel, és azt a szomatikus, pszichés és szociális egyensúly dinamikus változásaként kell tekintenie a különböző életszakaszokban. Értenie kell az háziorvostan diszciplináris lényegét és el kell sajátítania e specifikus szakágazat komplex tudásanyagának főbb összetevőit. Tisztában kell lennie továbbá az orvos-beteg kapcsolat jellegzetességeivel a háziorvoslásban, és

biztonsággal kell tudni alkalmaznia a háziorvoslás páciens-centrikus ellátási munkamódszerét.

Ezek mellett a háziorvosnak olyan képességekkel, készségekkel kell rendelkeznie, melyek birtokában képes az egyének, a családok és a közösség egészségügyi problémáinak menedzselésére. Mindez azt jelenti, hogy a szükséges tudás megszerzése, a készségek elsajátítása és a tevékenység végzéséhez elengedhetetlen sajátos attitűd, magatartásforma kialakulása komplex követelmény, mindezek birtoklása együtt határozza meg a háziorvos ellátási kompetenciáját és biztosítja, hogy specialista a maga területén.

A háziorvosi team, működése és kapcsolatrendszere

A *háziorvosi team* vezetője az orvos, tagjai az ápolónő és az asszisztens. Funkcionális tekintetben a védőnő is a team fontos tagja, még ha munkajogilag más is az alkalmazója. A team tagjának számítható továbbá a kisegítő/takarító dolgozó is. A team munkájához kapcsolódik a szociális segítők tevékenysége is, s a krónikus beteg hosszú távú ellátását végző családtag tevékenysége révén ideiglenesen és funkcionálisan szintén kapcsolódik a háziorvosi team-hez.

A *team tagjainak feladatmegosztása* a szakmai kompetencia alapján történik. A saját munkaterületén végzett tevékenységért minden team-tag a saját kompetenciája körében önálló felelősséggel tartozik. A team egész tevékenységéért azonban a teamet vezető orvos tartozik felelősséggel.

A háziorvosnak rendelkeznie kell a team-munka irányításának képességével, ami a csoport tevékenységének irányítását, a feladatok súlypontosítását, a célszerű munkarend kialakítását, a követelmények megfogalmazását és az ellenőrzés megvalósítását jelenti.

A praxis működtetésének feladatai a *praxistípusoktól* függően különbözőek. Hazánkban jelenleg önkormányzati, funkcionálisan privatizált és teljesen privatizált praxisok működnek. Az *önkormányzati praxisok* esetén a praxis team tagjai az önkormányzat közalkalmazottai, a rendelő és a praxis felszerelése az

önkormányzat tulajdona. A biztosító az önkormányzatot finanszírozza, amiből az a praxist működteti. A *funkcionálisan privatizált praxis* esetében a team-et vezető orvos vállalkozó, a team tagjai az ő alkalmazottai. A team vezetőt szerződés alapján a biztosító finanszírozza, amiből ő a praxist működteti. A rendelő az önkormányzat tulajdonában van. A *teljesen privatizált praxis* esetében a rendelő a praxis team vezetőjének tulajdonában van. Az önkormányzati praxisok esetében a team vezetőnek csupán szakmai vezetői feladatai vannak, a gazdasági menedzselést az önkormányzat végzi. A funkcionálisan és teljesen privatizált praxisok esetében a team vezetőnek teljes körű praxis-menedzsmentet kell folytatnia. Ennek területei a következők: az infrastrukturális, a humán erőforrás menedzsment, az ellátási folyamat szervezése, az adminisztráció vitele, a gazdasági menedzsment és a public relation (PR) tevékenység.

Az alapellátás fejlesztésének új irányát jelenti a *praxisközösségek és csoportpraxisok* kialakítása, ami lehetővé teszi a háziiorvosi team szélesítését. Az MSc végzettségű népegészségügyi szakemberek bevonása az egészségnevelési, szervezési, elemzői feladatok hatékonyabb ellátását biztosíthatja, a dietetikusok, gyógytornászok és egészségpszichológusok alkalmazása pedig a megelőzés és a gondozás munkájában jelent segítséget.

A háziiorvosi team működésének szabályozása

A háziiorvosi team működését mindenekelőtt különböző szintű *jogszabályok* regulálják. A törvények közül az Egészségügyi Törvény emelhető ki. További jogszabályok a kormány- és miniszteri rendeletek, melyek a háziiorvosi működés egyes területeit szabályozzák.

A háziiorvosi ellátás feladatainak végzéséhez a *Háziiorvosi Hatásköri Lista* (HHL) nyújt segítséget. A HHL azon tevékenységek körét határozza meg, melyet a háziorvos a háziorvostani szakképesítése birtokában önállóan végezhet, illetve amelyre a háziiorvosi praxis strukturális és működési feltételrendszere

lehetőséget ad (alaptevékenységek). A HHL az ellátás következő területeit különbözteti meg: sürgősségi ellátás, diagnosztikus tevékenység végzése vagy kezdeményezése, saját kompetencia-körben önálló betegellátási tevékenység (prevenció, kivizsgálás, kezelés, gondozás/követés) és a szakellátás irányításával végzett betegellátás. A háziorvos az ellátást a jogszabályi előírások, a szakma szabályai, a háziorvosi ellátási standardok és a szakmai irányelvek ajánlásai alapján végzi.

A *Háziorvosi Ellátási Standardok (HES)* a hazai ellátási tapasztalatokon nyugvó, folyamatszempléletű követelményrendszer, mely az érvényben lévő jogszabályok és a Háziorvosi Hatásköri Lista követelményeire épül. A HES rendszere döntően a háziorvosi ellátás folyamatára vonatkozik. A beteg bejelentkezésével, vizsgálatával, a diagnosztikával, a gyógykezeléssel, a prevenciós tevékenységgel (megelőzés, szűrés, gondozás gyakorlatával) kapcsolatos leíró standardokat foglalja magában. Ezek mellett érintik a háziorvosi minőségmenedzsment, a vezetés, az erőforrásokkal való foglalkozás, a humán erőforrás menedzsment és az épületek, berendezések biztonságosságának kérdéseit is (1. fejezet további részeit is).

A *szakmai/klinikai irányelvek* meghatározott egészségügyi problémával, diagnosztikus vagy terápiás kérdéssel kapcsolatos, rendszerezett, tudományos szemlélettel kialakított ajánlások. Céljuk, hogy segítsék a gyógyító orvost és a beteget a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában, javítsák a gyógyító munka minőségét, hatékonyságát és eredményeit. A szakmai irányelv ajánlásai bizonyítékokon alapulnak, alkalmazásuk a bizonyítékon alapuló orvoslás megvalósítását segítik. A *bizonyítékon alapuló orvoslásnak* a gyógyító tevékenységnek azt a módját tekintjük, amely esetében a diagnosztikus, kezelési és gondozási döntések megbízható tudományos eredményeken, a gyakorlatban megszerzett klinikai tapasztalatokon és a betegek preferenciáján alapulnak. A bizonyítékok tudományos közlemények eredményeinek elemzéséből nyerhetők.

Együttműködés az egészségügyi rendszer más szintjeivel és más ellátó rendszerekkel

A háziorvosi tevékenység fontos követelménye az egészségügyi ellátó rendszer más szintjeivel és más ellátó rendszerekkel történő együttműködés megvalósítása.

A háziorvosi team kiterjedt kapcsolatrendszerét csupán az alábbi felsorolással érzékeltetjük. A kapcsolatrendszer elemei: kapcsolat az egészségügyi ellátó rendszer más szintjeivel, a járóbeteg ellátással és a kórházi ellátással; kapcsolat más ellátó rendszerekkel, a szociális ellátó rendszerrel, gyermekvédelemmel; kapcsolat a népegészségügyi rendszerrel, a szakfelügyelettel; kapcsolat az egészségbiztosítási pénztárral; kapcsolat az egyházakkal, társadalmi szervezetekkel; kapcsolat civil szervezetekkel; kapcsolat gazdasági szervezetekkel; privát kapcsolatok.

A felsorolt kapcsolatok közül az alapellátásnak az egészségügyi ellátó rendszer más szintjeivel való kapcsolatának fontosságát kell kiemelni. Ennek a kollegiális egyenjogúságon, egymás kölcsönös megbecsülésén és az egymás iránti bizalmon kell alapulnia. A kapcsolat leggyakoribb formája a beteg vizsgálatának kérése, diagnosztikus vagy terápiás segítség céljából, de a konzílium személyes találkozás, telefon-megbeszélés, kórházi látogatás, stb. keretében is megvalósulhat.

A folyamatos szakmai fejlődés követelménye

Fontos követelmény továbbá a szakmai tudás és kompetencia kellő szintjének fenntartása, ami a folyamatos továbbképzésben való rendszeres részvétellel, a folyamatos szakmai fejlődés megvalósításával érhető el. Hangsúlyozni szükséges, hogy a háziorvoslás gyakorlatának a feladatai és követelményei a felkészültség, a tudás, a készségek és a magatartásforma egységét fejezik ki.

Az ellátási folyamattal kapcsolatos sajátosságok

Az ellátási tevékenységhez szükséges készségek

Hipotézisalkotás és problémamegoldás. Az ellátási folyamat során kiemelkedő jelentőséggel bír a hipotézis-alkotó, problémamegoldó képesség, ami a diagnosztikus készség alapja. A háziorvosnak elsődleges döntést kell hoznia a hozzáfordulók minden problémájában. A problémamegoldó és diagnosztikai munkája – mint bármely más klinikai szakma esetében is – a betegnek és körülményeinek előzetes ismeretén, az orvos-beteg találkozások adatain, a szükséges kiegészítő vizsgálatok eredményein alapul.

Maga a problémamegoldás és a diagnózis alkotás sajátossága, hogy a hipotézis felállítására az alapellátásban az orvos-beteg találkozás során már viszonylag hamar sor kerül. Az előzmények, a verbális és a fizikális vizsgálat adatainak mérlegelésével ugyanis már kialakul egy kezdeti elképzelés a prezentált probléma természetét illetően. A kiegészítő vizsgálatok a hipotézis tesztelésének pozitív eredménye (diagnózis) feltétele a kezelés kérdésében történő döntésnek.

A kezelési stratégia megválasztása. A háziorvosi gyakorlat további fontos kérdése a betegségek, problémák esetében alkalmazható kezelési eljárások megválasztása. Ismerni szükséges az alkalmazható kezelési módok alapjait, indikációit és ellenjavallatait. Emellett a háziorvosnak manuális és gyakorlati készségek birtokában is kell lennie, melyeket a terápiás munkájában hasznosít. A kérdéssel a következő fejezet foglalkozik részletesen.

Preventív feladatok ellátása. A háziorvosi munka fontos követelménye a prevenciós tevékenység folytatása, valamint a gondozási feladatok folyamatos ellátása. A családorvosnak ismernie kell azokat az életmódbeli és környezeti faktorokat, melyek befolyásolják az egyének, a családok és a rábízott populáció egészének egészségi állapotát, morbiditását és mortalitását. Mindent el kell követnie ezeknek a veszélyeztető tényezőknek a kiküszöbölésére. Ennek érdekében kell végeznie az egészségnevelő és az egészség megtartására irányuló

tevékenységét, továbbá ismernie és hatékonyan alkalmaznia szükséges a rizikótényezők és a betegségek korai felderítésére alkalmas szűrővizsgálati módszereket. Tisztában kell lennie emellett a gondozásnak, mint a prevenció gyakorlati megvalósításának az elveivel, s a gondozás módszerét minél szélesebb körben alkalmaznia kell gyakorlati munkájában. E kérdéskör részleteire is a későbbiekben térünk ki.

A páciensek egyes csoportjai ellátásának sajátosságai.

A háziiorvosi ellátás sajátosságaiból következik, hogy a páciensek különböző csoportjaival kell foglalkoznia.

A terhesek, újszülöttek, csecsemők, gyermekek ellátása. Terhesek, újszülöttek és csecsemők alapellátása egyaránt a háziorvos feladatkörébe tartozik. Emiatt ismernie kell a szülés-szabályozás lehetőségeit, segítenie kell azoknak az egyénre és családra adaptált alkalmazását. Ismernie kell továbbá a várandósgondozás teendőit. Tisztában kell lennie az újszülött-, csecsemő- és gyermekkorú prevenció és egészségvédelmi feladatokkal és részt kell vállalnia a megvalósításukban. Ellátást kell nyújtania a csecsemő-, a gyermek- és a serdülőkorban előforduló betegségek és problémák esetén.

Hazánkban gyermek-alapellátás házi gyermekorvosi és háziiorvosi (ún. vegyes) praxisokban egyaránt folyik. A házi gyermekorvosok és a vegyes praxisokban dolgozó háziiorvosok ellátási kompetenciája a preventív feladatok végzése terén azonos. A beteg újszülöttek, csecsemők és gyermekek ellátása terén a házi gyermekorvosok ellátási kompetenciája viszont szélesebb, mint a háziiorvosoké. A betegellátás terén a különbséget a gyermekgyógyászati szakellátás által nyújtott segítség igénybevétele egyenlíti ki.

A felnőtt korú páciensek ellátása. A háziorvosnak a felnőtt korú páciensek megfelelő ellátásának biztosításához ismerni kell az egyes korosztályok morbiditási adatait, az előforduló betegségek megelőzésének gyógyításának és gondozásának módszereit. A preventív és kuratív ellátás nyújtása során a

bizonyítékon alapuló orvoslás követelményeinek megfelelően, a vonatkozó szakmai irányelvek figyelembe vételével szükséges eljárnia.

A foglalkozási betegségekben szenvedők ellátása. Figyelemmel kell lenni a háziorvosnak a felnőtt korú páciensei foglalkozására és munkakörére. Ismernie kell a fontosabb foglalkozási betegségeket, azok megelőzésének, gyógyításának vagy rehabilitációjának lehetőségeit.

Az idősek, krónikus betegek, terminális állapotban lévők ellátása. További követelmény a háziorvosi munkában az idősek ellátásának megfelelő biztosítása. Figyelemmel kell lenni a korosztály sajátos problémáira és polimorbiditására. Ismernie kell a krónikus betegségben szenvedők hosszú távú kezelésének, gondozásának módszereit is. A terminális betegségben szenvedők ellátására is nagy figyelmet kell fordítani és ismernie szükséges e tevékenység sajátos szempontjait és követelményeit.

A különböző ellátási szükségletekkel összefüggő sajátosságok

A háziorvosi ellátás sajátosságaiból következik, hogy háziorvosnak a különböző ellátási szükségletű páciensek-csoport ellátását kell végeznie.

Sürgősségi ellátást igénylő állapotok, balesetek. Elsőként az azonnali, sürgős ellátást igénylő állapotok emelhetők ki. Sürgős ellátás szükséges mindazon állapotokban, betegségekben, amelyek esetében az azonnali ellátás elmaradása az érintett személy egészségkárosodásához, esetleg a halálához vezet. A háziorvosnak képesnek kell lennie a beteg állapotának megítélésére: tudja eldönteni, hogy életveszély, súlyos betegség, enyhébb megbetegedés vagy betegségtünet fennállásáról van szó. Tudjon az időfaktor figyelembevételével elsődleges döntést hozni különböző szimptómák és tünet-együttesek észlelésekor.

Egyszerű és gyakori betegségek ellátása. A háziorvosi ellátás alapvető követelménye az egyszerű és gyakori akut vagy krónikus problémák, betegségek felismerése és szakszerű, s amennyiben lehetséges definitív ellátása. Ezért

ismerni szükséges az előforduló betegségek gyakoriságát és a gyakoribb betegségek diagnosztikájának és kezelésének módszereit. Alapvető annak a megítélése, hogy az adott probléma vagy betegség megoldása nem haladja-e meg a háziorvos kompetencia körét. Ha meghaladja, akkor az egészségügyi ellátó rendszer egyéb szintjeinek szakmai segítségét szükséges kérni. A háziorvos tevékenységének ezen utóbbi esetekben is fontos követelménye, hogy adekvát információt szerezzen a beteg állapotáról, megfelelően tudja értékelni a beteg panaszait, s ezáltal képes legyen megszabni a kórisme felállításának irányát és folyamatát a szükségesnek ítélt konzultációk segítségével. Azoknak a gyakori panaszoknak és tünet-együtteseknek a körét, melyek esetében a háziorvosnak a kórisme felállításához specialisták segítségét is igénybe kell vennie, nagyban befolyásolja az ellátási kompetenciájának szélessége, amivel minden alapellátó orvosnak tisztában kell lennie.

Pszichoszociális problémák ellátása. A háziorvosi munka további követelménye a pszichés tényezők és a szociális körülmények figyelembevétele és ezek alapján a pszichoszomatikus problémák felismerése. Saját hatáskörében vagy szakember bevonásával segítséget kell tudni nyújtania ezen problémák megoldásához.

Ritkán előforduló, de fontos betegségek ellátása. Követelmény továbbá, hogy a háziorvos figyeljen fel a nem szokványos tünetek jelentkezésére, és ezek alapján legyen képes felvetni a ritkán előforduló, de nagy jelentőségű betegségek fennállásának lehetőségét, illetve gyanúját. Ilyen esetekben a gyanú igazolására vagy elvetésére haladéktalanul specialisták segítségét kell igénybe venni.

Gondozást igénylő betegségek ellátása. A háziorvos fontos feladata a gondozást igénylő krónikus betegségben szenvedők gondozásba vétele és rendszeres gondozásuk megvalósítása a szakmai irányelvek előírásai szerint (a gondozás módszerének alkalmazásával a későbbiekben foglalkozunk).

Az ellátás eredményének megítélése az alapellátásban

Az ellátás eredményessége a páciensek gyógyulásában vagy állapotromlásában, a szövődmények kialakulásában, az életminőség változásában nyilvánul meg, e tényezők vizsgálata az ellátás minőségét komplex módon tükrözi.

A minőségbiztosítás alkalmazása az alapellátásban.

Az ellátás eredményességének folyamatos fenntartása vagy javítása a minőségbiztosítás módszerének alkalmazásával érhető el. A minőségbiztosítás a „minőségi ciklus” működtetését jelenti, ami által elérhető, hogy az ellátás gyakorlatának vizsgálata során nyert adatok elemzését követően megtörténjenek azok a szükséges változtatások, melyek az ellátás színvonalának emelését eredményezik. Az ellátás eredményének megítélése, mérése kritériumok és standardok alkalmazásával, illetve indikátorok segítségével történik.

A *kritériumok* olyan szisztematikusan kialakított állásfoglalások, melyek döntések, gyógyító eljárások és eredmények megfelelőségének megítélését teszik lehetővé. A *standardok* pedig elvárások, melyek teljesítése szükséges a kívánt minőség eléréséhez. Lehet megfogalmazott elvárás (leíró standard) és arányszámban kifejezett elvárás, aminek az adott kritérium esetén teljesülnie kell. Lássuk a hipertóniás betegek vérnyomásmérésének példáját! Kritérium: a hipertóniás betegek vérnyomásmérése a gondozás fontos feladata az alapellátásban. Leíró standard: a hipertóniás betegek vérnyomását a gondozás során rendszeresen kell ellenőrizni az alapellátásban; numerikus standard: a hipertóniás betegek rendszeres vérnyomás ellenőrzése a hipertóniások legalább 90%-ában történjék meg az alapellátásban.

Az *indikátorok* viszonyszámok, melyek egy folyamat teljesítésének vagy egy kimenet elérésének helyzetét vagy irányát jelzik az idő függvényében. Azt mutatják, hogy mennyiben sikerült megfelelni egy standardnak vagy minőségi célnak. Példa: lipid-célértékek elérése nagy kardiovaszkuláris kockázatú betegek eseteiben.

A minőségi ciklus lépései: a téma kijelölése; standardok, kritériumok meghatározása; az adatok gyűjtése az ellátásról; az adatok értékelése a standardokkal, kritériumokkal összevetésben; a szükséges változások kijelölése és megtétele. Az ellátás egyes területeivel foglalkozó szakmai irányelvek tartalmazzák az alkalmazható kritériumokat és standardokat, továbbá a felhasználható indikátorok körét.

A klinikai audit és alkalmazása az alapellátásban

A klinikai audit az ellátás átfogó és kritikus elemzése, ami kiterjed a diagnosztikus, kezelési és gondozási eljárások alkalmazására és az eredmény megítélésére. Értékelési módszer, mely adott kritériumrendszer alkalmazásával veti egybe egy praxis működését előre meghatározott kritériumokkal vagy standardokkal. Egyes szakmai irányelvek gyakorlati alkalmazásának vizsgálatára kiválóan alkalmas. Eredményei szakmai ajánlások formájában összegezhetők a szükséges változások érdekében. Több praxis összefogásával vagy a szakfelügyeleti rendszer keretében végezhető.

**AZ ORVOS-BETEG KONZULTÁCIÓ,
A DIAGNOSZTIKA ÉS A KEZELÉS SAJÁTOSSÁGAI
A HÁZIORVOSLÁSBAN**

A háziorvoslás az egészségügyi ellátó rendszer első vonala. A háziorvos a hozzáforduló páciensek problémáiban elsődleges döntést hoz, a betegek hosszú távú követése során pedig életre szóló gondozást valósít meg. A páciensekkel való kapcsolata, a problémamegoldó, diagnosztikai és az ellátás/kezelést meghatározó munkája ugyanúgy sajátos vonásokat mutat, mint ahogyan a gondozási tevékenysége is.

Az orvos-páciens kapcsolat és az orvos-páciens kommunikáció

Az orvos-páciens kapcsolat és az orvos-páciens kommunikáció összefüggése

A jó orvos-páciens kapcsolat a gyógyulás, illetve az eredményes gyógyítás alapfeltétele. A háziorvos tevékenységében az orvos-páciens kapcsolat minőségének kitüntetett jelentősége van. A páciens panaszával először az alapellátást keresi fel, s első találkozása az egészségüggyel a szerzett negatív vagy pozitív élmények révén döntő lehet az egészségügről alkotott véleményének kialakításában. Az orvos-páciens kapcsolat az alapellátásban kölcsönös bizalmon alapuló viszony; a páciens választja orvosát, s az orvos felvállalja a páciens egészséggel-betegséggel kapcsolatos problémáinak menedzselését. A kapcsolat alakulása ezért életre szólóan meghatározhatja a páciens sorsát. Bár folyamatról és hosszú távú kapcsolatról van szó, ennek dinamikája változó, az orvos-páciens találkozások száma és jellege alakítja, teszi elmélyültebbé vagy egyes periódusaiban felszínessé. E kapcsolatban szerzi meg az orvos a páciens bizalmát és erősíti meg szakmai tekintélyét, miközben szakmai kapcsolata emberi, személyes kapcsolattá minősül át.

Az orvos-páciens kapcsolat lényege

Az orvos-páciens kapcsolat kiinduló pontja csak az a szemlélet lehet, hogy az orvos van a betegéért és nem fordítva. Az orvosnak tisztában kell lennie azzal, hogy páciensét megilleti a saját egészségével-betegségével kapcsolatos kérdésekben a döntés joga. Az orvosához azért fordul az egészségét, a testi, lelki és szociális jólétét valamilyen októl veszélyeztetve érzi, s az orvosától segítséget, egészségének helyreállítását várja el. Ennek érdekében működik együtt vele, tárja fel előtte akár a legbelsőbb titkait is, veti alá magát az orvos által szükségesnek tartott beavatkozásoknak és tartja be az utasításait. Az orvosnak hivatása a segítség megadása, s ezáltal a páciens érdekeinek mindenek előtt való szolgálata; a tevékenysége keretében végzett ténykedésekért erkölcsi, szakmai-munkaköri és büntetőjogi felelősséggel tartozik.

Az orvos-páciens találkozás elemei és tartalma

Az orvos-páciens kapcsolat kialakulásában és minőségében az orvos-páciens találkozások meghatározó szereppel bírnak. Az orvos-páciens találkozás kétoldalú elvárás: a páciens problémájának megoldását, az orvos az ehhez való hozzájárulás szakmai sikerélményét várja. Minden találkozás tartalmában egyedi, szerkezetileg azonban bizonyos közös elemek különíthetők el. Az orvos-páciens találkozás Bayrne és Long szerint hat részre tagolható. Ezek a következők: a beteg köszöntése; annak felderítése, hogy a panaszos mit gondol, miért kellett felkeresnie orvosát; verbális vagy fizikális vizsgálat vagy mindkettő végzése; a szerzett információk egyeztetése a beteggel; a tervezett kezelés megbeszélése és az orvosi utasítások összefoglalása; a konzultáció befejezése. Ezen elemek mindegyikének szerepeltetése és kellő súlyának megtalálása az orvos-páciens találkozás sikerének biztosítója.

A Bayrne és Long modellt az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat Az orvos-páciens konzultáció modellje Bayrne és Long szerint

Alapkövetelmény: Az orvos-beteg konzultáció páciens-centrikus legyen

Szakaszai:

- Bizalmi légkör megteremtése a konzultáció kezdetén
 - Annak okának kiderítése, miért érezte a páciens, hogy fel kell keresni az orvosát
 - Verbális és/vagy fizikális vizsgálat végzése
 - A szerzett információk összegzése és megbeszélése a pácienssel
 - A szükségesnek ítélt teendők megbeszélése, pontosítása a pácienssel
 - A további kapcsolattartás megbeszélése a pácienssel, a konzultáció befejezése
-

A *bizalmi légkör kialakításának* fontos eleme első találkozás esetén az orvos bemutatkozása, majd minden találkozáskor a páciens megfelelő köszöntése, hellyel kínálása. A megfelelő megszólítás és az egyéni hangvétel megtalálása ugyanezt szolgálja. A páciensnek emellett éreznie kell, hogy a rendelkezésre álló időben az orvos csak az ő problémáival foglalkozik, csak az ő ügyei, az ő panaszai fontosak számára.

A páciens *elvárásainak felderítése* tulajdonképp annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy miért éppen akkor és pontosan mi okból kereste fel a panaszos problémájával az orvost. Ennek eldöntése egyszerű feladatnak tűnik, valójában azonban nagy körültekintést igényel. Az orvoshoz fordulás okai valójában nagyon különbözők lehetnek. A panaszok, tünetek hátterében szomatikus betegségek és pszichés problémák szomatizációja egyaránt állhatnak, a pszichés zavarok hátterében pedig gyakran szociális gondok húzódnak meg. A problémák sokfélesége és ötvöződése mellett figyelemmel kell lenni arra is, hogy

az orvoshoz fordulást számos szubjektív tényező és egyéb körülmény befolyásolhatja.

A páciens panaszainak tartalmát, betegségének lényegét, a *verbális és fizikális vizsgálat* tárja fel részleteiben, s alapot szolgáltat az ideiglenes vagy végleges diagnózishoz. A verbális vizsgálat tartalmában több az előzmények szakszerű és részletes felvételénél, ideális esetben az empátikus kommunikáció módszerének alkalmazását jelenti az orvos-páciens találkozás során. A módszert az alábbiakban mutatjuk be röviden. A gyakorlatban az egyszerű meghallgatás és az empátikus kommunikáció módszerének alkalmazása között az orvos-beteg találkozások során sokféle átmenet valósul meg; az orvoslás művészete részben abban áll, hogy az orvos a verbális vizsgálat kellő mélységét meg tudja találni.

Az orvos-páciens találkozás során végzett fizikális vizsgálat szempontjait a diagnosztikával foglalkozó részben vesszük számba.

Az empátikus kommunikáció. Az empátia a személyiség azon képessége, melynek segítségével az egyén a másik emberrel való közvetlen kommunikációs kapcsolat során bele tudja élni magát annak lelkiállapotába. Ennek révén meg tud érezni és érteni olyan emóciókat, indítékokat és törekvéseket, melyeket a páciens szavakban direkt módon nem fejez ki, és amelyek a társas érintkezés szituációjából törvényszerűen nem következnek. A megérzés és megértés jó eszköze az, hogy az empátia révén a saját személyiségben megjelenítődnek a másik érzelmei és feszültségei; a személyiség tehát beleéli, a másikba vetíti önmagát. Az empátikus kommunikáció az odafigyeléssel, meghallgatással kezdődik; a közöltek megértésével a páciens problémái megfogalmazhatók. Ezt követheti a mögöttes érzelem feltárása, értékelése és a megértésére való törekvés, ami alapján a probléma az érzelmi háttérével együtt újra fogalmazható. Mindennek célja a páciens rávezetése saját problémájára, az összefüggések feltárása és tudatosítása annak érdekében, hogy a páciens képes legyen saját problémájával szembenézni s annak megoldási módjának a felismeréséhez saját maga jusson el.

A szerzett információk összegzése és megbeszélése a pácienssel a további elem. Ezáltal segíthetjük őt a problémája értelmi feldolgozásában, emellett ez érzelmi megnyugtatót jelent számára, s mindezek alapján további együttműködési készségének alapját képezheti.

A teendők, a tervezett kezelés és intézkedések megbeszélése a pácienssel azt a célt szolgálja, hogy megértse és ennek alapján magáévá tegye az orvos elvárásait, a kezelési teendőket és a szükséges előírásait. Fontos hogy az orvos a kezelési utasításokat mindig a páciens értelmi szintjének, egészségügyi ismereteinek, szorongásának, környezeti és családi lehetőségeinek figyelembevételével közöljük. Arra kell törekedni, hogy a páciens fogadja el a döntést, mint lehetséges alternatívát, s az biztonságérzetet és megnyugtatót sugalljon számára. Utolsó elem *az orvos-beteg találkozás befejezése*.

Az orvos-beteg kommunikáció követelményeit a 2. táblázat összegzi.

2. táblázat. Az orvos-beteg kommunikáció követelményei:

-
- Az orvoshoz fordulás okának kiderítése
Lehetőség a panaszok, problémák kifejtésére
 - Prioritások felállítása
A kialakított prioritás egyeztetése a pácienssel
 - Törekvés klinikai problémák megfogalmazására a panaszok alapján
A páciens vizsgálati eredményeinek felhasználása
 - Az orvos véleményének, értékelésének megbeszélése a pácienssel
Kölcsönös egyetértés a további együttműködés érdekében
 - A páciens bevonása a kezelési terv megvalósításába
A páciens teendőinek és felelősségének a megfogalmazása
 - Mindezek összefoglalása, a következő találkozás megbeszélése
Az esetleges félreértések tisztázása
-

Fontos, hogy a konzultáció a beteg számára megnyugtatóan érjen véget s a további együttműködés módja tisztázott legyen számára.

A problémamegoldás és diagnosztika sajátosságai

A problémamegoldó diagnosztikai munka lényege

A háziorvos problémamegoldó diagnosztikai munkája a beteg ellátásának alapvető eleme, ún. hypothetikodeduktív módszerrel végzett problémamegoldó folyamat, ami megalapozza a kezeléstről való döntést. Az alapellátásban a diagnosztikus tevékenység a páciens előzetes ismeretén és az orvos-beteg konzultáció eredményein alapul. Ezek számbavételével hypothesis felállítására kerül sor, s a kiegészítő vizsgálatok eredményei és a beteg állapotának alakulása is hozzájárulnak az orvos döntés meghozatalához és a diagnózis megállapításához.

Az orvos-beteg konzultáció szerepe a problémamegoldó diagnosztikai munkában

A háziorvoslásban a diagnosztikus tevékenység alapja és kiinduló pontja az orvos-beteg konzultáció. Az előzményi adatokhoz a háziorvos az *előzmények felvétele* során jut. A háziorvosi tevékenység fontos sajátossága, hogy az előzmények teljes felvételére csupán a rendelésen először jelentkező új beteg esetében van szükség. A háziorvos ugyanis a praxisához tartozó pácienseket, azok családját, lakóhelyi és sok esetben munkahelyi környezetét többé-kevésbé ismeri. Ismeretei a kumulatív ismeretszerzés során gyarapodtak. Bár az orvos-beteg találkozás időkeretei a háziorvoslás körülményei között általában szűkre szabottak, a kapcsolat longitudinalitása miatt a sok rövid időtartam összegződik az évek folyamán, s az orvos ismeretei pácienseiről, azok családjáról és körülményeiről fokozatosan bővülnek. Emiatt az orvos-beteg találkozás során az esetek döntő hányadában lényegében nem az anamnesis felvételére, hanem annak a célzott kiegészítésére kerül sor. Az anamnesis adatait a háziorvosi gyakorlatban is a szakma általános szabályai szerint célszerű csoportosítani.

A *családi előzmény felvételének* célja a genetikailag örökölhető, illetve a szoros életközösség és az adott életkörülmények miatt a családban előforduló betegségek kiderítése. A szülők, nagyszülők, testvérek betegségei lényeges információt jelenthetnek; a háziorvos helyzetéből adódóan a család több generációját is megismerheti, s ezeket az adatokat diagnosztikai munkájában hasznosíthatja. Ide tartoznak a családi étellel kapcsolatos ismeretek is: szülések, abortuszok száma, a nemi élet rendszeressége, problémái (férfiaknál és nőknél egyaránt). A *környezeti előzmények felvétele* a beteg életkörülményeinek tisztázására szolgál. A lakásviszonyok mellett fontos a beteg foglalkozásának, munkakörének, a munkahely egészségügyi viszonyainak ismerete is. A páciens jövedelmi viszonyai, táplálkozási lehetőségei, higiénés szokásai, iskolázottságának, kulturáltságának színvonala szintén befolyásolják az egészség alakulását.

Az *előző betegségek és azok lefolyásának* ismerete kiemelten fontos. Nagy előnyt jelent, ha a beteg dokumentációja rendszerezett, áttekinthető és könnyen kezelhető formában áll rendelkezésre. Új beteg esetén az előző betegségek, az elvégzett kezelések, műtétek időrendjének tisztázása szükséges. Az *életmód és a rizikófaktorok* ismerete kitüntetett jelentőséggel bír. A dohányzás, alkoholfogyasztás, egyéb élvezeti szerek alkalmazása, a mozgásszegény vagy éppen a stressz-hatásokkal teli életmód, a káros étkezési szokások stb. kiderítése is az előzmény-felvétel feladata. Az *adott panasz, betegség körülményeinek* feltárása az orvos-beteg találkozás alapfeladata. Ennek részleteiről az előző fejezetben volt szó, ezúttal ismételten hangsúlyozzuk az empátikus kommunikáció jelentőségét.

Fizikális vizsgálat szerepe a problémamegoldó diagnosztikai munkában

A *fizikális vizsgálat* a háziorvos gyakorlatában alapvető adatokat biztosít a problémamegoldó, diagnosztikai munka számára. Alapelemei a megtekintés, tapintás, kopogtatás, hallgatóság és egyszerű mérések (hőmérséklet, testmagas-

ság, testsúly, vérnyomás) elvégzése. Kivitelezésénél az orvosi szakma általános szabályai az irányadók, azonban végzésének a háziorvosi gyakorlatban *sajátos követelményei* vannak. A fizikális vizsgálat tünetorientált, célzott, emellett kellően részletes és alapos, valamint szakszerűen kivitelezett és a beteg számára biztonságos legyen. Vannak olyan helyzetek, amikor *mindenre kiterjedő fizikális vizsgálat* végzése szükséges, és alaposságára külön figyelmet kell fordítani. Ilyen helyzetet jelenthet, ha új beteg keresi fel a rendelőt, ha olyan páciens kéri vizsgálatát, aki egyébként ritkán jelenik meg a rendelőben, ha ismert betegnél új tünetek jelentkeznek, ha olyan beteg vizsgálatára kerül sor, aki gyakran s nagyon különböző panaszokkal jelentkezik, ha olyan beteg keresi fel a rendelőt, akiről kiderül, hogy orvostól orvoshoz jár stb.

A kiegészítő vizsgálatok szerepe a problémamegoldó diagnosztikai munkában

A kiegészítő vizsgálatok köre és alkalmazásuk követelményei. Az orvos-beteg találkozás, illetve a keretében végzett fizikális vizsgálat során szerzett információk az esetek egy hányadában kiegészítésre szorulnak; ilyenkor a háziorvos *kiegészítő vizsgálatokat* végez, vagy ezek végzését kezdeményezi. Az utóbbi időben a rendelőben elvégezhető kiegészítő vizsgálatok lehetőségei bővültek: napjainkban az EKG készülék, vércukormérő, dopler-készülék, esetleg a folyamatos vérnyomásmérő monitor, egyszerű laboratóriumi vizsgálatok eszközei a háziorvosi rendelőben rendelkezésre állnak.

A kiegészítő vizsgálatok további körét a háziorvos kezdeményezheti. Laboratóriumi vizsgálatok, különböző képalkotó módszerek, bakteriológiai, citológiai vizsgálatok tartoznak ide. A kiegészítő vizsgálatok alkalmazása sem lehet öncélú, indikálásuknak szakmailag megalapozottnak, célzottnak kell lennie. Mindig mérlegelni szükséges a vizsgálat veszélyét és a várható eredményt. A vizsgálatok sorrendjét a szakmai szempontok és a beteg megterhelése figyelembevételével szükséges eldönteni.

A szakorvosi konzultáció kérése, specialisták segítségének igénybevétele is a kiegészítő vizsgálatok kérdésköréhez kapcsolódik. A konzultációnak több formája különíthető el. A személyesen vagy telefonon történő megbeszélés során a háziorvos a már rendelkezésére álló információk értékeléséhez kap segítséget. Az orvosi levéllel (beutalóval) kezdeményezett konzultáció során pedig a specialista rendelkezésére bocsátja eddigi információit, hipotézisét, kezelésének eddigi eredményeit, és a specialistától az eddigi adatok és a beteg általa történt vizsgálati eredményei értékelésében kap segítséget. Az általános orvos/családorvos-specialista konzultatív együttműködésének fentiek mellett egyéb lehetőségei is vannak: mozgó szakorvosi szolgálat működése, nyílt vizitek, esetmegbeszélések, klinikopatológiai konferenciák stb. A háziorvos specialista konzultáció a diagnosztikai munkában akkor vezet igazán eredményre, ha egymás szempontjainak, tudásának kölcsönös tiszteletén alapul.

A problémamegoldó, diagnosztikus tevékenység sajátosságai

A problémamegoldás és diagnózis alkotás folyamata is sajátos vonásokat mutat a családorvos munkájában. Mindenekelőtt sajátos, hogy a páciens által prezentált probléma természetének meghatározását szolgáló hipotézis felállítására az orvos-beteg találkozás során már viszonylag hamar sor kerül. A verbális és a fizikális vizsgálat adatainak áttekintésével, rendszerezésével, az adatok relatív fontosságának a mérlegelésével ugyanis már kialakul az orvosban egy kezdeti elképzelés a prezentált probléma természetét illetően. Ezen elképzelések összevetése a páciens már rendelkezésre álló előzményi adataival lehetővé teszi az orvos számára hipotézisének felállítását. Ennek során, az adatok interpretációjában a szóba jövő betegség(ek) gyakoriságának, valószínűségének és súlyosságának szempontjait szükséges figyelembe venni. Az orvos-páciens konzultáció további része, valamint a kiegészítő vizsgálatok, a specialisták segítségének az igénybevétele ezen hipotézis tesztelését szolgálják; ha az eredmények, az új adatok alátámasztják a hipotézist, diagnózis felállítható,

ha részben vagy egészben cáfolják azt, a hipotézis módosítása vagy annak elvetése szükséges.

Diagnózisformák a háziorvoslásban, a diagnózisalkotás folyamata

A háziorvosi gyakorlatban a diagnózis kifejezés különböző értelemben használt: beszélhetünk elsődleges, szimptomatikus, lépcsőzetes, multifaktoriális, illetve definitív diagnózisról. A páciens panaszai, a fizikális és egyéb vizsgálatok adatai alapján rendszerint elsődleges diagnózis felállítására kerül sor. Ez gyakran szimptomatológiai, szindromatológiai diagnosztikát jelent. A páciens követése során gyakran megtörténik, hogy az eredeti elképzelésen módosítani szükséges, a diagnózis megállapítása folyamat eredménye. Ilyenkor vagy az orvos-páciens kapcsolat tár fel új momentumokat a probléma hátterében, vagy pedig a kiegészítő vizsgálatok segítségével végső (definitív) diagnózis felállítására kerül sor. Ennek eléréséig a diagnózisok lépcsőzetesen módosulhatnak. A diagnózis multifaktoriális megközelítéssel történő felállítása pedig azt jelenti, hogy a panaszok és tünetek szomatikus betegség kategóriába történő besorolására való törekvés mellett feltétlenül szükséges a mentális, pszichés tényezőket és a szociális helyzetet is feltárni.

A kezelés lehetőségei a háziorvosi gyakorlatban

A kezelés mint a páciens háziorvosi ellátásának eleme

A diagnosztikus tevékenységet követő ellátási elem a kezelés, ami tágabb értelemben a pácienssel kapcsolatos teendők meghatározását jelenti. A házi-orvosnak mindenekelőtt abban a kérdésben szükséges döntenie, hogy a beteg ellátását a háziorvosi kompetencia keretei között megvalósíthatónak ítéli-e, vagy pedig szükségesnek tartja az egészségügyi ellátórendszer további szintjei, a járóbeteg-szakellátás vagy a kórházi ellátás segítségének igénybevételét.

A háziorvos saját kompetenciakörében nyújtott ellátás lehet a beteg meghallgatása, tanácsadás biztosítása, életmód változtatás ajánlása, gyógyszeres kezelés elrendelése, más kezelési mód indítása, a beteggondozásba vétele.

A járóbeteg-szakellátás vagy kórházi ellátás segítségének igénybevételére sürgősséggel, akut betegségek ellátása kapcsán vagy krónikus betegségek esetén ütemezett módon kerülhet sor.

A háziorvos saját kompetenciakörében nyújtott kezelési módok

Az esetek bizonyos hányadában a páciens számára az is megnyugvást, problémájára megoldást jelent, ha az orvos panaszait meghallgatja. A *beteg meghallgatása* az orvos-beteg konzultáció során ugyanis vagy megerősíti a problémáját illetően kialakított értékelésében, vagy ha módosítja is azt, számára elfogadható magyarázattal, értékeléssel zárul. „Az orvos is lehet gyógyszer” felfogás bálinti értelmezését itt csak megemlíjtük, részletezésére itt nem tudunk kitérni. Az esetek további hányadában az jelent megoldást a páciens számára, ha az *orvosi tanácsokat* betartja. Ezek lehetnek az életmódra, munkakörülményekre vonatkozó előírások, vagy tágabb értelemben a beteg problémáját illető olyan megoldás, mely a közreműködését igényli, amivel azonosulni tud, és amit valóban be is tud tartani. Lehet a kezelés *gyógyszeres terápia* is. Szükségességét, lényegét, hatásait és mellékhatásait a pácienssel meg kell beszélni, hiszen optimális eredmény ez esetben is a beteg együttműködése esetén várható. A gyógyszer rendelése a beteggel történő részletes foglalkozást nem helyettesítheti. Végül a kezelés *más gyógymód* (műtét, fizioterápia, pszichoterápia) is lehet; általánosságban ezekkel kapcsolatban ugyanaz mondható el, mint a gyógyszeres kezeléssel.

Kezelés járóbeteg-szakellátás vagy kórházi ellátás igénybevételével

Korábban már említettük, hogy az orvos-páciens kapcsolat az esetek egy részében azzal zárul, hogy a családorvos a másodlagos ellátó rendszer (járóbeteg-szakellátás, konzultatív szint) segítségét kéri. Ez nem jelent lemondást a páciens további kezeléséről, mert lényegében azzal jár, hogy a specialistától megkapott segítség, információ birtokában kell a háziorvosnak a kezeléssel döntését meghozni.

Az esetek további hányadában kórházi beutalásra kerül sor, amit diagnosztikai és/vagy terápiás szükségesség indokolhat. A kórházi ellátásról megkapott zárójelentés – ideális esetben – tartalmazza a felvétel indokát, a kivizsgálás során alkalmazott módszereket és azok eredményeit, a felállított diagnózis(ok)at, a kórházi terápiát, a kórlefolyást, valamint javaslatot a további gyógykezelésre és gondozási teendőkre. Amikor tehát a családorvos visszaveszi a beteg kezelését, lényeges segítséget kap ehhez, de a továbbiakban a kezelés folytatása az ő felelőssége alapján és megítélése szerint történik.

A kezelés elrendelésének időzítése

Ezen a ponton szükséges felvetni azt a kérdést, hogy a kezelés elrendeléséről, a beavatkozás szükségességéről a diagnosztikai folyamat mely fázisában dönthetünk. A sürgősségi esetekben azonnali döntés és beavatkozás szükséges, akut betegségek esetében sem késhet az ellátás, egyes krónikus betegségek esetén viszont lehetséges várakozni a diagnosztikai folyamat eredményére. A kezelés elrendelése mindig egyéni megítélést igényel. Vannak esetek, amikor anélkül, hogy a pontos diagnózis a rendelkezésünkre állana, a valószínűsített diagnózis, csoportdiagnózis alapján a kezelést el kell kezdeni (pl. lázas infekciós gyermek lázcsillapítása, ha bebizonyosodik az otitise, antibiotikumot is kap). Más esetekben enyhe tünetek észlelése esetén a várakozás mellett dönthetünk, s a későbbiekben a kórfejlődés során tapasztalt tünetek eldöntik a diagnózist. Mindig szükséges azonban a helyzet megbeszélése a pácienssel, hiszen az ő számára nem a pontos diagnózis ismerete a fontos, hanem az, hogy hogyan számíthat a problémájának a megoldására.

Az ellenőrzés megszervezésének fontossága

Hangsúlyozandó még, hogy a beteg ellátása a mégoly adekvát kezelés előírásával sem ér véget. Nélkülözhetetlen az ellenőrzés megszervezése is. Tulajdonképpen a beindított kezelés hatásosságának lemérését, az eredmény vagy eredménytelenség regisztrálását jelenti, s annak lehetőségét biztosítja, hogy

a szükséges változtatásokat meg lehessen tenni oly módon, hogy a páciens bizalma, együttműködési készsége továbbra is fennmaradjon.

A háziorvosi betegellátás során figyelembe veendő szempontok

A korábbiakból már kitűnt, hogy a háziorvosi betegellátás során számos szempont figyelembevétele szükséges. Az orvos-beteg konzultáció során feltárhatók az előzmények, a beteg panaszai és tünetei. Megismerésre kerül a beteg szomatikus státusa és pszichés állapota, s információk nyerhetők a szociális helyzetéről is. Meghatározható a szükségesnek ítélt és az adott helyzetben elérhető kiegészítő vizsgálatok köre is. Mindezek alapján megállapítható a háziorvosi diagnózis, és kijelölhető a szükségesnek ítélt adekvát kezelési mód. E folyamatban a konkrét teendők megállapításánál figyelembe kell venni a beteg életkorát, családi viszonyait, szociális helyzetét, a kiegészítő vizsgálatok és kezelési módok biztosíthatóságát és az egészségügyi ellátórendszer egyes szintjeinek elérhetőségét is.

A PREVENCIÓ SZINTJEI ÉS STRATÉGIÁI.

A PREVENCIÓ TERÜLETEI ÉS AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS FELADATAI A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

A preventív szemlélet érvényesítésére való törekvés a háziorvoslás specifikumai közzé tartozó fontos szemléletmód, s a háziorvosi team tevékenységében a preventív feladatok ellátása kiemelt jelentőséggel bír.

Az alapellátás preventív tevékenysége területeinek áttekintését megelőzően röviden összefoglaljuk a prevenció szintjeivel és stratégiáival kapcsolatos tudnivalókat.

A prevenció szintjei

Primer prevenció

A primer prevenció célja a betegségek kialakulásának megakadályozása. A primer prevenció körébe tartoznak mindazon tevékenységek, melyek a betegségekhez vezető okok és tényezők megszüntetése révén azok kialakulását szolgálják. Klasszikus példát jelent a védőoltások alkalmazása.

Szekunder prevenció

A szekunder prevenció a betegségek kockázati tényezőinek feltárását vagy a betegségek korai stádiumában történő felismerését jelenti, a betegség súlyosabb formája, következményei és szövődményei kialakulása megakadályozása érdekében. A szekunder prevenció eszköze a különféle szűrővizsgálatok végzése. A szűrés elkülöníti azokat a látszólagos egészséges személyeket, akik valójában betegek, a valószínűleg nem betegek személyektől. A szűrőteszt általában nem diagnosztikus eljárás, pozitív vagy bizonytalan eredmény esetén további diagnosztikus vizsgálatot követel.

A szűrővizsgálatok alkalmazásának követelményeit a betegség és a módszer jellemzői szerint fogalmazhatjuk meg. A betegség jellemzői szempontjából a

követelmények a következők: a betegségek számottevő gyakorisága és súlyossága; a korai felfedezés módszerének rendelkezésre állása; a szűrést követő diagnosztikus vizsgálat rendelkezésre állása; a hatásos kezelés lehetősége; bizonyíték arra, hogy a tünetmentes időszakban elkezdett kezelés eredménye jobb, mint a tünetekkel járó stádiumban kezdett kezelésé. A szűrővizsgálati tesztekkel szemben pedig a következő követelmények állíthatók: a szűrővizsgálat legyen olcsó; végzése a vizsgált személy számára legyen elfogadható; a teszt legyen megbízható: specificitása, szenzitivitása, prediktív értéke legyen magas.

A kockázati tényezők kimutatása vagy a betegség korai stádiumban történő felismerése lehetőséget ad az időben történő adekvát beavatkozásra, a célzott intervenció bevezetésére. A szekunder prevenció végzésének példái a kardiovaszkuláris rizikótényezők kimutatása, s ennek ismeretében a szükséges életmód-változtatás bevezetése, illetve a daganatos betegségek népegészségügyi szűrővizsgálatokkal történő korai felismerése, és a kiszűrt esetekben a korai kezelésbe vétel biztosítása.

Tercier prevenció

A tercier prevenció már kialakult betegségek esetén a betegségek következményeinek és szövődményeinek megelőzésére törekszik, a betegségek progresszióját igyekszik lassítani. Eszköze a gondozási tevékenység, ami az ellátás rendelkezésre álló módszereinek optimális alkalmazását jelenti. A tercier prevenció körébe tartozik a rehabilitációs tevékenység végzése is. A tercier prevenció példáit jelenti a hypertóniás beteg gondozása, illetve a stroke-on átesett beteg rehabilitációja.

A prevenció stratégiái

A prevenció két stratégiai megközelítése különböztető meg: a fokozott kockázatnak kitett személyekre irányuló prevenció stratégiája (rizikó vagy

rizikócsoporthoz tartozó stratégia) és a népességre irányuló prevenció stratégiája (populációs stratégia)

A rizikó-csoport stratégia jellemzői

A stratégia alkalmazásának alapvető feltétele, hogy a fokozott kockázatnak kitett egyének, csoportok azonosítása szűrővizsgálat alkalmazását igényli. A fokozott kockázattal rendelkező személyek, csoportok kiemelését követően viszont a preventív intervenció bevezetésére már csak ebben a körben van szükség. A rizikó-csoport stratégia alkalmazása ebből adódóan költség-hatékony. A stratégia alkalmazásának további előnye, hogy a fokozott kockázatnak kitett személyek és csoportok számára a szűrővizsgálat haszna könnyen belátható. Emiatt a személyek és a csoportok motiváltsága a preventív előírások betartása tekintetében jelentős lehet. Ugyanakkor a preventív előírások betartása, az egészségmagatartás megváltoztatása az egyén számára jelentős feladat, s környezet támogató magatartását is igényli, ebből eredően a kockázat feltárása az egyén számára egyfajta betegszerepet eredményezhet. Nagyon fontos, hogy a rizikó-csoport stratégia az egészségügyi alapellátás intézményrendszerének tevékenységébe könnyen beilleszthető, s alkalmazásának a háziorvosi ellátás a legfontosabb tere. Ugyanakkor igaz, hogy a rizikó-csoport stratégia alkalmazásának eredményei az egész lakosság vonatkozásában nem feltétlenül számottevők.

A populációs stratégia jellemzői

A populációs prevenció stratégia alkalmazására akkor kerül sor, ha populációs méretű kockázat fennállása mutatható ki. Az emiatt fogantatott átfogó preventív intézkedések a populáció minden tagját érintik, és az egészségmagatartás széles körű, populációs méretű változtatását célozzák. A populációs stratégia alkalmazása ebből következően az egész populáció számára jelentős eredményekkel járhat. Paradox módon ezen stratégia keretében alkalmazott intervenció adott egyén számára kevés előnnyel járhat, mert sokak

esetében kell alkalmazni ahhoz, hogy kevesek esetében a hatása jelentkezzen. Az egyén motiváltsága a stratégia iránt ebből adódóan alacsony szintű. Emellett alkalmazásában az egészségügyi szervezetrendszer motivációja is gyengébb, mert megoldásai kívül esnek az egészségügy tradicionális működésén. Fontos még, hogy a populációs stratégia megvalósítása erős társadalmi és politikai elkötelezettséget feltételez az egészségügyi célkitűzések mellett, ezért interszektoriális megközelítést igényel.

A rizikócsoporthoz és a populációs stratégia együttes alkalmazása

A prevenció e két stratégiája nem zárja ki egymást, együttes alkalmazásuk esetén egymás hatását erősíthetik. Amíg a rizikócsoporthoz stratégia megvalósítása az alapellátás elsődleges feladatát képezi, a populációs stratégia a népegészségügyet támogató társadalompolitika alapján valósítható meg. A törekvéseinek megvalósítását azonban az alapellátás támogatása hatékonyan segítheti.

A prevenció területei az alapellátásban

Az alapellátás preventív munkájának fő területei az alábbiak:

- Primer prevenció programok megvalósítása
- Rizikófaktorok identifikációja és szűrővizsgálatok végzése a kóros állapotok, betegségek korai felismerésére
- Egészségnevelés, tanácsadás végzése
- Rizikófaktorokkal vagy manifeszt idült betegségekkel rendelkezők gondozása
- Primer prevenció végzése közösségi szinten

Primer prevenció programok az alapellátásban

Az alapellátás keretében a védőnői szolgálat, a házi gyermekorvosi, háziorvosi ellátás és az iskolaorvosi ellátás a nővédelem és a gyermekvédelem területén számos primer prevenció programot valósít meg és immunizációs rendszert

működtet. Az ún. felnőtt és vegyes praxisok pedig a felnőttek körében működtet primer prevenciós programokat.

Az alapellátás primer prevenciós programjai az alábbiak:

- A családi életre nevelés
- A fogamzás előtti ellátás
- A várandós anyák ellátása
- Újszülöttek, csecsemők ellátása
- Gyermek egészségvédelme otthonukban és gyermekintézményekben
- D-vitamin, K-vitamin, fluor és jód-profilaxis
- Immunizációs program
- Fertőző betegségek gyógyszeres profilaxisa
- Egészséges táplálás és táplálkozás
- Egészséges életmód
- Mentálhigiéné
- Veszélyeztetett csoportok egészségvédelme

Szűrővizsgálatok az alapellátásban

Az alapellátásban folyó szűrővizsgálatok gyakorlati szempontból az alábbiak szerint csoportosíthatók:

- Szűrővizsgálatok gyermekkorban
- Szűrővizsgálatok kardiovaszkuláris rizikótényezők, betegségek felismerésére
- Szűrővizsgálatok daganatos betegségek korai felismerésére
- Egyéb szűrővizsgálatok

Az első három csoportba tartozó szűrővizsgálatok részletes ismertetésére a következő fejezetekben kerül sor. Az egyéb szűrővizsgálatok közé a tuberculosis, a sexuális úton terjedő betegségek, a drog-dependencia szűrése, a depresszió, a krízisállapotok, a demencia kimutatása sorolható.

Egészségnevelés és tanácsadás

Az egészségnevelés és tanácsadás a magatartás és az egészségi állapot összefüggésének felismerése nyomán a prevenciós stratégia fontos részévé vált. Ennek alapja az, hogy az egészségnevelés és tanácsadás egyaránt segíti a primer, a szekunder és a terciér prevenció célkitűzéseinek megvalósítását. Az egészségnevelés és a tanácsadás kérdésével az egészségmegőzés komplex modellje kapcsán foglalkozunk részletesebben.

Gondozás az alapellátásban

A gondozás a terciér prevenció fontos területe, az ellátás preventív és kuratív aspektusainak egységét kifejező munkamódszer. Célja az egészségi állapot védelme; a felderített betegségek komplex kezelése; a szövődmények kialakulásának megakadályozása a progresszió lassítása. A gondozási tevékenység főbb mozzanatai: a betegségek felfedezése, a gondozandók nyilvántartásba vétele, aktív ellenőrzésük megszervezése és biztosítása, a gondozás eredményességének a lemerése.

A gondozandó páciensek körének megállapítása, a krónikus betegek felfedezése az opportunista szűrés módszerének vagy a célzott szűrővizsgálatoknak az alkalmazásával, vagy krónikus betegségek diagnosztizálásával történik. A betegség felismerését a gondozandó nyilvántartásba vétele követi. A nyilvántartást a számítógépek elterjedése a praxisokban jelentősen megkönnyíti. A gondozási tevékenység fontos eleme az aktív ellenőrzés megszervezése, melynek megvalósítási módja természetesen az adott betegség, kóros állapot függvénye. A gondozási feladatok meghatározásában a szakmai irányelvek nyújtanak segítséget. A gondozás eredményességének javításához a teendők rendszeres értékelés alapján történő megállapítása nyújthat segítséget.

Az alapellátásban számos krónikus betegség, állapot gondozására kerül sor. Ezek közül a legfontosabbakat soroljuk fel:

- Dohányzás

- Alkoholdependencia
- Hypertonia
- Elhízás
- Szénhidrát-anyagcserezavar, diabetes mellitus
- Dyslipidaemiák
- Metabolikus szindróma
- Ischaemiás szívbetegség
- Krónikus vesebetegség
- Asthma bronchiale
- Krónikus obstruktív tüdőbetegség
- Daganatos betegségek
- Krónikus mozgásszervi betegségek
- Egyéb gondozást igénylő betegségek és állapotok

Az egészségmegőrzés komplex modellje

Az egészségmegőrzés tevékenységének tartalmi meghatározását segítik az egészségmegőrzés modelljei, melyek egységbe foglalják a szerteágazó teendőket, tevékenységi köröket és szemléletmódokat.

Az egészségmegőrzés ún. Tannahill modellje az egészségmegőrzés három fő feladatkörét különbözteti meg: az egészségnevelést, az egészségvédelmet és a megelőzést. A modell a tevékenységi formák bemutatása mellett elfogadja a tevékenységi szintek megkülönböztetését is. Eszerint az egészségmegőrzés tevékenységnek az egyéni- családi, a közösségi és a társadalmi szintjét célszerű megkülönböztetni. Az egészségmegőrzés egyéni és családi szintjén dől az el, hogy az egészséges életmód követelményei mennyiben épülnek be az egyén életvezetési követelményei közé, mert ezt a családban folyó, az egészséggel-betegséggel kapcsolatos szocializációs folyamatok határozzák meg. A közösségi szint az egyes csoportok, helyi közösségek körében folyó egészségmegőrzés

tevékenységét jelenti. E szinten a csoportok, közösségek öntevékenysége, a közösségépítés pozitív hatásai adják az egészségmegőrzés hajtóerejét. Az egészségmegőrzés társadalmi szintje pedig mindenek előtt az egészségpolitika szemléletmódját, törekvéseit, az egészségmegőrzés társadalmi célkitűzéseinek a kijelölését jelenti, másrészt a célkitűzések elérése érdekében szükséges interszektoriális együttműködés terepét képezi. Az egészségmegőrzés tevékenysége szintjeinek megkülönböztetése az egészségügyi alapellátás feladatai meghatározása szempontjából gyakorlati jelentőséggel bír. Az egyéni és a családi szinten végzett munka képezi az alapellátás egészségmegőrzés tevékenységének döntő hányadát. A közösségi szinten az alapellátás feladata inkább támogató, segítő, szervező szerepkör betöltése, társadalmi szinten pedig a populációt érintő egészségmegőrzés intézkedéseinek és az interszektoriális együttműködés formáinak a támogatása.

A következőkben az egészségügyi alapellátás egészségmegőrzéssel kapcsolatos feladatait a Tannahill modell tevékenységi körei szerint foglaljuk össze.

Feladatok az egészségnevelés területén

Az egészségnevelés célja, hogy elősegítse az egészséggel, betegséggel kapcsolatos ismeretek elsajátítását, az egészséges életmód értékeinek megismertetését és azok elfogadását. Az egészségnevelés a prevenciónak nagyon fontos eszköze. Aszerint, hogy a prevenció primer, szekunder vagy tercier formájának megvalósítását segíti, primer, szekunder vagy tercier egészségnevelésről beszélhetünk. A primer egészségnevelés az egészséggel és a betegségek megelőzésével kapcsolatos ismeretek elsajátíttatására törekszik, melyek alkalmazásával a betegségek megelőzhetők. A szekunder egészségnevelés célja azon ismeretek átadása, amelyek alkalmazása biztosíthatja, hogy a rizikófaktorral vagy korai stádiumban kimutatott betegséggel rendelkezők esetében súlyos betegség kialakulása ne következzen be. A tercier egészségnevelés pedig azt szolgálja, hogy a megbetegedettek

életminősége elfogadható, a szövődmények és a súlyos következmények kialakulása elkerülhető legyen. A páciens számára adott szituációban biztosított egészségnevelés a tanácsadás.

Az egészségügyi alapellátásban az egészségnevelésnek és a tanácsadásnak voltaképpen a páciens egészséggel-betegséggel kapcsolatos minden problémájára ki kell terjednie, mindazonáltal a tevékenységnek jól körülhatárolható területei vannak. Ezek a következők:

- Terhestanácsadás-terhesgondozás
- Csecsemő- és újszülött tanácsadás
- Tanácsadás a személyi higiéné kérdéseiben
- Táplálkozási tanácsadás
- Tanácsadás a fizikai aktivitással kapcsolatban
- Szexuális tanácsadás
- Tanácsadás dohányzás esetén
- Tanácsadás alkohol- vagy drogdependencia esetén
- Tanácsadás életvezetési kérdésekben, krízisszituációkban
- Pályaválasztási tanácsadás
- Tanácsadás balesetek megelőzésében

A tevékenységnek nemcsak az orvosi rendelőben és a tanácsadóban kell folynia, de az iskolában, a munkahelyen és a pácienssel való találkozás egyéb színhelyein is. Az alapellátási team minden tagja, a szakmai kompetencia szintjének megfelelően, vegye ki a részét ebből a munkából. A tevékenység ne csak a páciensekre, hanem a praxishoz tartozó családokra, a kis közösségekre, egyszerűen a praxis egészére terjedjen ki.

Feladatok az egészségvédelem területén

Az egészségvédelem célja az egészségkárosító hatások kivédése. Magában foglalja mindazon törekvéseket, melyek a komplex módon értelmezett egészség megtartását hivatottak szolgálni. Az egészségvédelemnek különböző területei

vannak. Hatóköre szerint egyéni, családi, közösségi egészségvédelmet különböztethetünk meg, utóbbinak fontos területe a munkahelyi egészségvédelem. A szomatikus egészség megtartása mellett fontos célja a lelki egészség védelme is. Az egészségügyi alapellátás egészségvédelmi feladatai az egyén, a családok és a kisközösségek egészségvédelme területére egyaránt kiterjednek. Megvalósításukban az alapellátási team minden tagjának közreműködése szükséges.

Feladatok a prevenció területén

Az alapellátásban folyó prevenciós tevékenység fő területeit, a primer prevenciót, a szűrővizsgálaton alapuló rizikófaktor identifikációt és a betegségek korai stádiumban történő felismerését jelentő szekunder prevenciót, valamint az idült betegségben szenvedők gondozását a korábbiakban már áttekintettük.

Integrált prevenciós rendszer a háziorvoslásban

A háziorvoslás a szerteágazó prevenciós feladatait a prevenció rizikócsoporthoz tartozó stratégiája alkalmazásával végzi, és e komplex tevékenység végzéséhez az ún. integrált prevenciós rendszer biztosíthat keretet.

Az integrált prevenciós rendszer lényegét a 3. táblázat mutatja be. Kiindulópontja, hogy a háziorvoslás prevenciós szükségletekből fakadó feladatai magukba foglalják a megvalósítandó primer prevenciós programok teendőit, a jogszabály által előírt és a célzott szűrővizsgálatokat, továbbá az elvégzendő egészségnevelési és tanácsadási feladatokat is. Az egészségmegőrzés komplex modellje szerint a prevenciós és egészségnevelési feladatok mellett e tevékenységnek részét képezi még az egészségvédelem feladatainak teljesítése is. Mindezen feladatok nemek, korcsoportok és más további szempontok szerint történő rendezése és rendszerbe foglalása szabja meg a háziorvoslás primer és szekunder prevenciós, egészségnevelési és egészségvédelmi tevékenységének gyakorlatát, ami az egyes páciensek esetében megállapított feladatok szisztematikus teljesítését jelenti. A rendszerhez integrálhatók a háziorvoslás

gondozási és rehabilitációs feladatai is, gondozási/rehabilitációs csoportok szerint. Ezen ellátási szükségletek akkor merülnek fel, ha a panaszmentes páciensek szűrővizsgálata vagy a panaszok alapján indított diagnosztikus vizsgálatok rizikótényezőket fednek fel, rizikóállapotok vagy manifeszt betegségek fennállását igazolják. A háziorvoslás gondozási és rehabilitációs feladatait gondozási/rehabilitációs irányelvek írják elő.

3. táblázat. Az integrált prevenció rendszer elemei

SZÜKSÉGLETEK/ FELADATOK	TELJESÍTÉS
Primer prevenció feladatok	A feladatok
Szűrővizsgálatok	rendezése nemek,
Egészségnevelési, tanácsadási feladatok	korcsoportok és további szakmai
Egészségvédelmi feladatok	szempontok szerint
Gondozási feladatok	Gondozási szakmai
gondozási csoportokban, fokozatok szerint	irányelvek javaslatai szerint

A háziorvoslás alapellátás egészségmegőrzési feladatai az egészségmegőrzés komplex felfogása alapján értelmezhetők. A háziorvoslásnak az egészségmegőrzési tevékenységében az egészségmegőrzés három alapvető feladatköre: az egészségnevelést, az egészségvédelemet és a prevenciót együtt kell érvényre juttatni. E feladatok ellátásának az integrált prevenció rendszer nyújt keretet.

AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS ÉS AZ ADEKVÁT FIZIKAI AKTIVITÁS BIZTOSÍTÁSA

A táplálkozás az életmód egyik meghatározója

Az emberi egészséget legnagyobb arányban az életmód befolyásolja, amit az egyén az életvitelével alakítani képes. Az életmód a napi tevékenységekből, szokásokból, a mindennapi életvitelből tevődik össze, emellett gondolkodás- és magatartásbeli formákban jelenik meg és magában foglalja a táplálkozást is. A táplálkozás egyrészt élettani folyamat, ami együttesen jelenti a táplálék elfogyasztását, felszívódását és a szervezeten belüli hasznosulását, és a szükséges energiát biztosítja a szervezet működéséhez. Másrészt a táplálkozás az egészségmagatartás egyik fontos területe, amit pszichoszociális tényezők határoznak meg. A megfelelő táplálkozás biztosítja az egyén testi és szellemi állapotát, befolyásolja a közérzetét, fenntartja és javítja az egészségi állapotát is.

A kiegyensúlyozott táplálkozás és az egészséges étrend

A táplálkozás kiegyensúlyozott, ha az étrend a tápanyagokat olyan arányban és mennyiségben tartalmazza, ami a szervezet szükségleteit minden tekintetben fedezi, de a tápanyagbevitel a szükségletet nem haladja meg.

Tápanyagok

Az étkezések során elfogyasztott táplálékok a következő tápanyagokból állnak: szénhidrátok, fehérjék, zsírok, vitaminok, ásványi sók és élelmi rostok.

A *szénhidrátok* elsődleges energiaforrások. A szervezetbe egyszerű (mono- és diszacharidok) és összetett (poliszacharidok) formájában kerülnek felvételre. Itt a szénhidrát glikogén formájában raktározódik, illetve a felesleg a zsírraktárakban halmozódik fel. A napi energiabevitel 50-55 %-át elsősorban poliszacharidokat tartalmazó táplálékkal szükséges fedezni.

A *fehérjék* elsősorban testépítő anyagok. A szervezetbe állati és növényi eredetű fehérjék formájában kerülnek, előbbiek teljes értékű fehérjetartalommal rendelkeznek, utóbbiak nem. A komplett fehérjeszükséglet biztosításához az együttes fogyasztásuk szükséges. A napi energiaszükséglet 10-20 %-a származzon fehérjéből.

A *zsírok* és olajok szerepe a szervezet energiaellátásában meghatározó. Az állati eredetű zsírok fogyasztása a nagy telített zsírsav és koleszterin tartalmuk miatt egészségtelenebb, mint a növényi eredetű olajoké. A szükségletet meghaladó bevitel esetén triglicerid formájában raktározódnak a zsírsejtekben, és ez elhízáshoz vezet. A napi energia-bevitel maximum 30%-a származzon zsírokból és olajokból. A napi koleszterin bevitel a 300 mg-ot ne haladja meg. A telített, egyszeresen és többszörösen telítetlen zsírsavak aránya 7%, 10% és 12%, a transzzsírsavaké pedig 1% legyen.

Élelmi rost. Nem emészthető szénhidrát, ami teltségérzetet biztosít, csökkenti az éhségérzetet, gyorsítja az emésztést, és ezek által elősegíti az elhízás, a cukorbetegség, a vastagbél daganat megelőzését. A napi szükséglet >30g/nap.

Vitaminok. A szervezet működéséhez szükséges szerves vegyületek, melyeket a szervezet nem tudja előállítani. Ezeket vagy elő-anyagaikat a táplálkozással szükséges bevinni. A kiegyensúlyozott vegyes táplálkozással a szükséglet általában biztosítható.

Ásványi anyagok A makroelemek közül a kalcium, a nátrium, a kálium és a magnézium, a mikroelemek közül a vas, a réz, a cink, a jód, a fluorid, króm élettani fontossága emelhető ki.

Táplálékcsoportok

Az étrendben szerepeljenek a táplálék-csoportok: a kenyér és cereáliák, a gyümölcs és zöldség-félék, a hús és húsfélék, a tej és tejtermékek, az olaj, margarin, vaj és zsír.

A *kenyér, gabonafélék, tészták* az energia-, a fehérje-, a rost- és az ásványi anyag tartalmuk miatt a táplálkozásban nélkülözhetetlenek. A teljes kiőrlésű gabona- termékek fogyasztása előnyös, a cukortartalmú cereáliák fogyasztása kerülendő.

A *gyümölcs, zöldségfélék* a vitamin-, az ásványi anyag, a rost-, a keményítő- és a cukortartalma emelhető ki. A szükséglet friss gyümölcsök, gyümölcslék, zöldségek fogyasztásával biztosítható, a nagy cukortartalmú befőttek, a nagy sótartalmú zöldségkonzervek kerülendők.

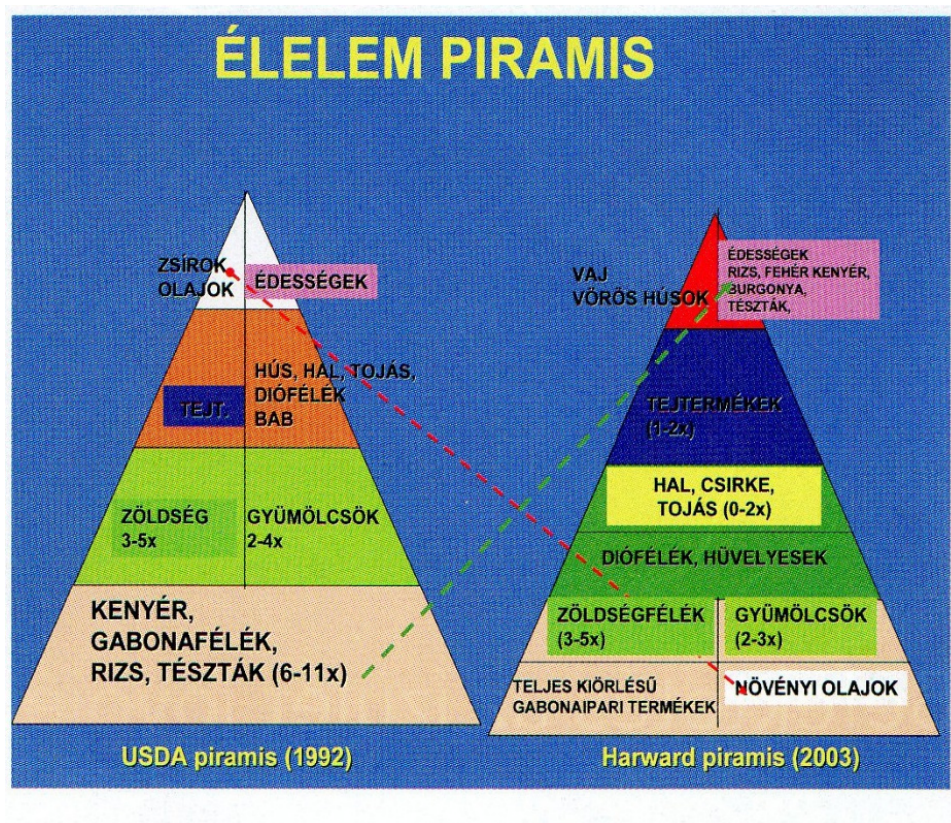
A *hús és húsfélék* esetében a fehérje-, a zsír-, a vitamin-, a vas- és az ásványi anyag tartalom fontos. A baromfi, nem zsíros hús és a hal fogyasztása ajánlott. A felvágottak, húskonzervek sótartalma nagy.

A *tej és tejtermékek* csoportjában a fehérje-, a szénhidrát-, a zsír-, a vitamin- és a kalcium-tartalom említhető. A kis zsír- és sótartalmú tejtermékek és sajtok fogyasztása előnyös.

Az *olaj, margarin, vaj, zsír* élelmiszer csoport esetében az energia-, a zsírsav-, a vitamin tartalom emelhető ki. A növényi zsiradék fontossága és a modern ételkészítési eljárások alkalmazása emelhető ki.

A táplálékcsoportok fogyasztására vonatkozó követelmények a *helyes táplálkozás piramisával* szemléltethetők. Korábban az ún. USDA élelempiramist (1992) alkalmazását ajánlották. Ennek alapzatát a teljes kiőrlésű lisztből készült kenyerek, gabonafélék, rizs, tésztafélék alkotják. Felette a zöldségfélék, főzelékek, illetve gyümölcsök helyezkednek el. Majd a tej, tejtermékek, illetve a húsfélék, tojás, hüvelyesek, olajos magvak következnek, s a piramis csúcsára kerülnek a zsírok, az olajok és az édességek. Az utóbbi években inkább a Harward élelempiramist (2003) részesítik előnyben. Ennek alapzatát a teljes kiőrlésű gabonai termékek és a növényi olajok képezik, felettük a zöldségek és a gyümölcsök helyezkednek el. A rizs, a fehérkenyér és a tészták pedig felkerültek a piramis csúcsára.

A helyes táplálkozás szempontjai az USDA élelempiramis (1992) és a Harward élelempiramis (2003) szerint (Audikovszky M., Pados Gy.: Medicus Anonymus 2011; XIX: 16-19.).



A kiegyensúlyozott táplálkozás megvalósításának szempontjai

Szükségletnek megfelelő energia-bevitel

Testsúlyfelesleg esetén fel kell mérni a napi energia-bevitel nagyságát, és szükség esetén csökkentett energia-bevitel mellett kell a kiegyensúlyozott táplálkozást folytatni.

Ha az elfogyasztott táplálékok feljegyzése magas napi energia-bevitelre utal, azt először napi 250, majd 500 kcal-val célszerű csökkenteni a fogyás elérésére.

Felnőttkorban, túlsúly fennállásakor a napi energia-bevitel maximálisan nőkben 1500 kcal, férfiakban 2000 kcal legyen. Serdülőkorban a napi 1000 vagy 1200

kcal energia-bevitel kiegyensúlyozott táplálkozás esetén fogyást, majd súlytartást biztosít.

Az adott energia-tartalmú kiegyensúlyozott étrend alkalmazását mintaétrendek összeállításával lehet segíteni.

Az egészséges étrend összeállításának szempontjai

A szénhidrátfogyasztás az energia-bevitel 50-55 %-át fedezze. Az étrend inkább összetett szénhidrátokat tartalmazzon, kívánatos az egyszerű cukrok kerülése. A tejben, gyümölcsökben és zöldségfélékben lévő szénhidrát-tartalom biztosítja a szükségletet.

Az étrend zsíraránya az energia-bevitel 30 %-a legyen. A növényi zsír alkalmazása kedvezőbb, mint az állati eredetű zsiradéké. A sovány húsok, zsírszegény hentesárúk és tejtermékek fogyasztását részesítsük előnybe.

Az energia-bevitel 15-20 %-a származzon növényi és az állati eredetű fehérjéből. A hús, továbbá a tej és tejtermékek teljes értékű fehérje-bevitelt biztosítanak.

Só-fogyasztás: az optimális napi bevitel: <3 g/nap, a még tolerálható: 5 g/nap.

A rost-fogyasztás >30g/nap legyen. Forrásai a gyümölcsök, a zöldségek, a gabonafélék.

Az alkoholfogyasztás férfiaknak esetében a napi 20 g-ot, nők esetében a napi 10 g-ot ne haladja meg.

A megfelelő folyadék-bevitel is fontos. A cukortartalmú italok fogyasztása kerülendő.

A kielégítő vitamin és ásványi anyag bevitele változatos étrenddel biztosítható.

Gyakorlati szempontok.

Kerülni kell a magas zsírtartalmú húsok, tejkészítmények fogyasztását. Az étrendben kapjanak hangsúlyt a cereáliák, zöldségek, gyümölcsök, tehát a növényi eredetű, magas rosttartalmú táplálékok. Az ételek, italok cukrozása káros és felesleges. Kerülendő a sós ételek fogyasztása. A kielégítő vitamin és

ásványi anyag bevitelre is gondolni kell. Konyhatechnikai szempontok: előnyben kell részesíteni a párolást, a vízben főzést, a bő olaj nélküli sütést. Az étrendben főtt és nyers ételek egyaránt szerepeljenek.

A *káros étkezési szokások* kialakulásának megelőzésére szükséges törekedni. Káros étkezési szokásnak tekinthető, ha a reggeli elmarad, ha kevés a tej- és tejtermékek továbbá a gyümölcs-fogyasztás, ha gyakran kerül sor gyors étkezésre.

Az étkezés rendszeres legyen, napi ötszöri étkezés ajánlott. Csak étkezési időben együnk, kerüljük a nassolást. Ne siessünk az evéssel, hagyjunk rá megfelelő időt.

Az éhségérzés jelzi, hogy a szervezet az energia-tartalékát használja; más tevékenységgel legyünk úrrá rajta. Tudatosan tervezzük meg a napi tevékenységünket, védjük ki, hogy a stressz-szituációk, kellemetlen élmények megoldása, levezetése evéssel történjék.

Egészségtelen táplálkozás

Egészségtelen táplálkozásról akkor beszélünk, ha az energia-bevitel a szükségletet meghaladja, a táplálék-összetevők aránya eltér az élettani szükséglettől, az egyes táplálék-csoportokba tartozó táplálékok fogyasztása túlzott vagy nem kielégítő, az ételek elkészítése inadekvát és káros táplálkozási szokások állnak fenn.

E jellemzők észlelésekor szükséges a táplálkozási ajánlások figyelembe vétele. Mindenekelőtt kerülendő a szükségletet meghaladó energia-bevitel. Betartandók a táplálék-összetevők energia-arányára vonatkozó előírások: szénhidrát 50-55%, fehérje 15-20%, zsír maximum 30%, élelmi rost >30 g/nap, sóbevitel <5 g/nap. Az egyes táplálék-csoportokba tartozó táplálékok fogyasztása a táplálékpiramis vagy az ún. táplálék-tányér elveit kövesse: kapjon hangsúlyt a teljes kiőrlésű gabona-termékek, a növényi olajok, a zöldség és gyümölcs, a sovány húsok, a zsírszegény tejtermékek fogyasztása. Figyeljünk az ételek elkészítésére, s fontos

a káros táplálkozási szokások (rendszeretlen étkezés, nassolás, túlzott só- és cukorfogyasztás) elhagyása.

Dietetikai szolgáltatások a háziorvoslásban

Ha mód van arra, hogy a háziorvosi team dietetikus szolgáltatását igénybe vegye, a szolgáltatás az alábbi tevékenységekre terjedjen ki:

- Tápláltsági állapot meghatározása és dokumentálása
- A táplálkozási gyakorlat felmérése
- A táplálkozási napló vezetésének megtanítása és értékelése
- A táplálkozási tanácsadás végzése

A tápláltsági állapot meghatározása és dokumentálása

Felnőttek esetében a tápláltsági állapot megítélésére a testtömeg-index használható.

– *Testtömeg-index* (body mass index – BMI): a testtömeg és a testmagasság négyzetének a hányadosa (kg/m^2).

Az alultápláltság, a normál tartomány, a túlsúlyosság és az elhízás fokozatai a BMI alapján a következők:

Alultápláltság: $<18,5 \text{ kg/m}^2$

Normál tartomány: $18,5 - <25,0 \text{ kg/m}^2$

Túlsúlyosság: $25,0 - <30,0 \text{ kg/m}^2$

Elhízás I. fokozat: $30,0 - <35,0 \text{ kg/m}^2$

Elhízás II. fokozat: $35,0 - 40,0 \text{ kg/m}^2$

Elhízás III. fokozat: $\Rightarrow 40,0 \text{ kg/m}^2$

– A centrális elhízás fennállásának megítélésére a *haskörfogat* alkalmazható, ami az alsó bordaív és az elülső felső csípőtővis közötti távolság közepén mérendő.

A normális értékek: férfiak esetén $<94 \text{ cm}$, nők esetén $<80 \text{ cm}$

Metabolikus szövődmény valószínű: férfiak $>102 \text{ cm}$, nők $>88 \text{ cm}$

A táplálkozási gyakorlat felmérése

A táplálkozás megítélése az alapellátásban *kérdőíves felméréssel* lehetséges.

A kérdőívben először a *táplálkozási szokásokra* vonatkozó kérdések szerepeljenek. A napi étkezések számára, a reggelizés rendszerességére, a főétkezések közötti és vacsora utáni étkezések számára és jellegére, valamint a gyorséttermi étkezések gyakoriságára szükséges rákérdezni.

A felmérés legfontosabb része az egyes *élelmiszercsoportokba* tartozó élelmiszerek fogyasztásáról való tájékozódás. A *gabonafélék (kenyér, tészta, rizs) és burgonya fogyasztása* vizsgálatakor a fehér és félbarna illetve a teljes kiőrlésű pékáruk, továbbá a különböző gabonapelyhek, kukoricapehely, müzlik fogyasztása iránt érdeklődünk. Kérdezzünk rá a rizs, főtt tészta és burgonya fogyasztásának gyakoriságára is.

A *gyümölcsök és zöldségek fogyasztásának* megítélésekor a friss gyümölcsök, a konzerv vagy fagyasztott gyümölcskészítmények, a 100%-os gyümölcslevek, továbbá a friss és leveles zöldségek, a főtt vagy fagyasztott zöldségek és a savanyúságok fogyasztásának gyakoriságát és mennyiségét szükséges megkérdezni.

A *tej és tejtermékek fogyasztását* a tej, kakaó és tejes kávé, a joghurt és kefir továbbá a sajt, túró, tejberizs, tejbedara fogyasztásának gyakoriságáról érdeklődő kérdésekre adott válaszokból ítéltethetjük meg.

A *húsok, húskészítmények, tojás és az ún. húsalternatívák fogyasztásáról* több kérdés megválaszolása adhat képet. A csirke-, pulyka-, kacsa- illetve a sertés- és marhahús, valamint a kolbász, sonka, felvágottak, szalonna fogyasztásának gyakoriságra vonatkozó kérdések mellett érdeklődünk a halfogyasztásról és a tojás-felhasználásról is, s érdeklődünk a bab, lencse, borsó fogyasztásáról is.

Az *édességek fogyasztása* vizsgálatakor egyrészt a sütemények, desszert, továbbá csokoládé, édes keksz, nápolyi, egyéb édességek fogyasztásáról, másrészt szörpök, üdítőitalok, cukrozott tea, limonádé, harmadrészt

cukormentes édesség, keksz fogyasztásáról és édesítőszer használatáról érdeklődjünk.

Az ételkészítés és ételfogyasztás módja felől is érdeklődjünk. Kérdezzünk rá a sütőben vagy az olajban történő sütésre, az ételek sózására, a húsok zsírosabb részei fogyasztásának kerülésére, továbbá a félkész- és készételek valamint az ún. kényelmi ételek fogyasztásának gyakoriságára.

A táplálkozási napló vezetése és értékelése. A táplálkozási napló vezetésének a célja az, hogy az elfogyasztott táplálékok egy bizonyos periódusban történt pontos feljegyzése alapján megállapítható legyen a napi energia-bevitel nagysága, a táplálék-összetevők aránya, és az esetleges káros táplálkozási szokások fennállása.

A 24 órás táplálékfogyasztás kikérdezése és feljegyzése a vizsgált közösségben (food recall and food record). Az egyének táplálékfogyasztásának egy napi vizsgálatával a közösség táplálékfogyasztási szokására következtethetünk, azonban a módszer az egyén táplálkozása megítélésére csak korlátozottan alkalmas.

*Az egyén táplálékfogyasztása gyakoriságának kérdőíves felmérése*nek (food frequency questionnaire, FFQ) egy adott időszakban történő végzése alkalmas módszer az étrend hiányosságainak vagy túlzásainak feltárására, valamint az étrendi változások követésére is.

Vizsgálható az egyén *napi étkezéseinek gyakorisága* is (meal frequency), amiből az étkezések rendszerességéről vagy rendszertelenségéről tájékozódhatunk.

Az étkezési anamnézis részletes felvétele (diet history) az étrendi feljegyzést, az étkezések gyakoriságának és a táplálékfogyasztás gyakoriságának vizsgálatát együtt jelenti. A módszer sokoldalú információt nyújt, alkalmazása azonban időigényes és megterhelő a vizsgált és a vizsgáló számára is.

A táplálkozási tanácsadás végzése.

A tanácsadás adott szituációban végzett egészségnevelés. A táplálkozási tanácsadás azt jelenti, hogy a tanácsadást nyújtó egészségügyi szakdolgozó az egyén táplálkozásának megismerését követően, az egészséges táplálkozásra vonatkozó ismereteire támaszkodva az egyén számára célzott táplálkozási egészségnevelést nyújt. Ennek célja az egyén táplálkozási gyakorlatának megváltoztatása, az egészséges táplálkozás követelményeinek megvalósítása.

A kardiometabolikus rizikóállapotokban végzett táplálkozási tanácsadás speciális szempontjait a rizikóállapotok gondozásával foglalkozó részben ismertetjük majd. Itt mutatjuk be még a *MKKK-nak a felnőttek táplálkozására vonatkozó ajánlásait*. Az *egészségesek számára összeállított ajánlás* a kiegyensúlyozott, a testtömeg megtartását biztosító táplálkozást javasolja. A mediterrán jellegű táplálkozás: sok zöldség és gyümölcs, teljes értékű gabonakészítmények, zsírszegény tej és tejtermékek, sovány húsok, tengeri hal fogyasztása, a sóban gazdag táplálékok kerülése javasolt. A koleszterin bevitel 300 mg-nál kisebb legyen, a telített zsírsavak aránya össz-energia bevitel 7%-át ne haladja meg, az alkoholfogyasztás naponta nők esetében legfeljebb 1, férfiakéban 2 E legyen. *Fokozott kardiovaszkuláris kockázat esetén* testtömeg csökkentése ajánlott. Elhízásban az energia-, a zsír- és sz.e. a magas glikémiás indexű szénhidrátok bevitelének korlátozása szükséges; emelkedett LDL-C szint esetén a napi koleszterin-bevitel a napi 200 mg-t ne haladja meg; aterogén diszlipidémia, metabolikus szindróma, diabetes mellitus esetén a telített zsírsavak helyettesítése telítetlen zsírsavakkal, a szénhidrát-bevitel csökkentése szükséges; hipertónia fennállásakor a sóbevitelre, az alkoholfogyasztás csökkentésére és a DASH-diéta alkalmazására kell ügyelni.

A táplálkozási szokások megváltoztatása révén történő kardiovaszkuláris rizikócsökkentés két legfontosabb tényezője a telített zsírok és a só fogyasztásának csökkentése. A sófelvétel csökkentése elsősorban a hipertónia befolyásolásában játszik fontos szerepet. Bizonyított, hogy a sófogyasztás

mérséklése még súlyos hipertóniában is csökkenti a vérnyomást. A telített zsírok túlzott mértékű fogyasztása azért káros, mert jelentős mértékben emeli a koleszterin szintet, ami a kardiovaszkuláris betegségeknek fontos kockázati tényezője. A szív- és érrendszeri betegségek megelőzése érdekében ajánlott továbbá a már említett bőséges zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a rostokban gazdag gabonatermékek fogyasztása, hetente legalább egy vagy két alkalommal tengeri hal fogyasztása, emellett a cukortartalmú italok kerülése, a táplálékok mennyiségének csökkentése és a mértékletes alkoholfogyasztás javasolt.

A fizikai aktivitás az életmód egyik meghatározója

A fizikai aktivitás az egészséges életmód egyik meghatározó eleme. Klinikai epidemiológiai vizsgálatok igazolják, hogy a nem megfelelő fizikai aktivitás, a mozgásszegény életmód kockázati tényezőt jelent számos betegség kialakulásában. Ezek között említhetők a szív és érrendszeri megbetegedések: a koszorúér-betegség, az agyi érbetegségek és az agyvérzés, továbbá a magasvérnyomás-betegség, a 2-es típusú diabetes és a diszlipidémiák. Ezeknek a betegségeknek a kialakulását a mozgásszegény életmód a túlsúlyosság és az elhízás gyakoriságának epidémia-szerű növekedésén keresztül segíti elő. A rendszeres testmozgás, az aktív életmód viszont fontos szerepet játszik ezeknek a betegségeknek a megelőzésében. A fizikai aktivitás iránti igényt ezért már a gyermekkorban szükséges kialakítani, a felnőttkorban pedig az életkornak és az egészségi állapotnak megfelelő fizikai aktivitás végzésével elkerülhetők a mozgásszegény életmód következményei.

A fizikai aktivitás az energiafelhasználás fontos komponense, meghatározó szerepet játszik az egyén energiaegyensúlyának alakításában.

A fizikai aktivitás fokozásának kedvező hatásai

A fizikai aktivitás növeli a szervezet energia-felhasználását, ezáltal negatív energia-mérleg kialakulását idézi elő, ami testsúlycsökkenés bekövetkezését eredményezi.

A testsúlycsökkenés a zsírtartalom csökkenéséből adódik, így a fizikai aktivitás hatására túlsúlyosság vagy elhízás fennállása esetén bizonyos testátépítés is bekövetkezik.

Az étrendi kezeléssel történő együttes alkalmazása túlsúlyosság és elhízás esetén a negatív energiamérleg elérése és a diéta mellett bekövetkező alapanyagcsere csökkenés kivédése miatt előnyös.

A zsírszövet működésére kifejtett fontos hatás a lipolízis fokozása. A fizikai aktivitásnak kedvező anyagcsere hatása a szénhidrát-anyagcsere és a diszlipidémia javítása, az emelkedett vérnyomás csökkentése, s ezek által az elhízás következményeinek kedvező befolyásolása.

A rendszeres fizikai aktivitás növeli a fizikai erőnlétet, teljesítő képességet, és ezáltal pozitív pszichés hatása is van.

A fizikai aktivitás sokrétű kedvező hatása indokolja a törekvést, hogy minden gyermek és felnőtt számára biztosított legyen a nemének és az életkorának megfelelő fizikai aktivitás, testmozgás lehetősége.

A fizikai aktivitás felmérése

A fizikai aktivitás felmérése egyszerű kérdőívvel történhet. Érdeklődjünk aziránt, hogy a páciens az elmúlt héten hány alkalommal végzett legalább 30 perc időtartamú mérsékelt intenzitású testmozgást (pl. gyors gyaloglás, kerékpározás, továbbá kertészkedés, takarítás). Kérdezzük meg, hogy az elmúlt héten hány alkalommal végzett legalább 20 perc időtartamú olyan intenzitású testmozgást, ami a pulzusszámát és a légzésszámát érezhetően megemelte (pl. kosárlabda, tenisz, futás, úszás, táncolás). Érdeklődjünk aziránt is, hogy végez-e rendszeresen fizikai tréning helyett ún. életmóddal összefüggő fizikai aktivitást

és milyen rendszerességgel (pl. gyalog vagy kerékpárral jár a munkahelyére, házimunkát végez). Kérdezzük meg, hogy szabadidejében naponta hány órát tölt TV/video-nézéssel, komputerezéssel. A kérdőív az orvosi rendelő várójában is kitölthető, vagy az alapellátási team tagjával tekintik át a kérdéseket. A fizikai aktivitásra vonatkozó kérdések a táplálkozási kérdésekkel együtt is szerepelhetnek.

A fizikai aktivitás fokozása, a mozgásprogram összeállítása

A fizikai aktivitás növelésének módja

A megfelelő idejű és intenzitású fizikai aktivitás nem csak a fittséget fokozza, hanem az ideális testsúly visszaszerzésében és megtartásában is segítséget nyújt. A fizikai aktivitásnak az energiát szolgáltató anyagcsere folyamatok szerint két formája az aerob és az anaerob mozgásforma. Az aerob testmozgás a kardiovaszkuláris erőnlét fokozására, az anaerob mozgásforma az izomerősítésre szolgál. A kardiovaszkuláris betegségek megelőzése érdekében a dinamikus, aerob jellegű mozgásforma alkalmazása ajánlott, amit ki lehet egészíteni heti 1-2 alkalommal végzett izomerősítő gyakorlatokkal is.

A mozgásprogram kialakításának szempontjai

A tréningek előtt az *egészségi állapot és a fizikai terhelhetőség vizsgálata* szükséges. Fontos tisztázni, hogy a páciens előzményében rizikótényezők, rizikóállapotok vagy már kialakult kardiális, pulmonális vagy anyagcsere-betegségek szerepelnek-e. A fizikai terhelhetőség rizikótényezők fennállásakor megítélhető a pulzusszám és a vérnyomás standard terhelésre bekövetkező növekedésének vizsgálatával (pl. ún. guggolósos teszt). Rizikóállapotokban szükség van terheléses EKG, légzésfunkció, anyagcsere-vizsgálatok végzésére is.

A kis kockázat esetén a páciensek a mozgásterápiára vonatkozó tanácsadást követően sportolhatnak. A magas kockázatúak és a kialakult kardiovaszkuláris, légzőszervi és anyagcsere-betegséggel rendelkezők esetében a mozgásprogram orvosi állapotfelmérés alapján, rendszeres ellenőrzés mellett végzendő. A súlyos betegségben szenvedők esetében viszont számottevő mozgásterápiára nincs mód.

A mozgásprogram bevezetésekor a *terhelés emelése fokozatos legyen*. Ha a maximális O_2 fogyasztás mérésére nincs mód, a kornak megfelelő maximális szívfrekvencia figyelembe vétele ajánlott, ennek 50-70%-áig emelkedhet a pulzusszám. A *fizikai aktivitás időtartama* alkalmanként 20-60 perc legyen, folyamatosan vagy megszakítással. A mozgásprogram nagy izomcsoportokat megmozgató, folyamatos és ritmusos mozgással járó, természeténél fogva aerob jellegű gyakorlatokból álljon: gyaloglás, túrázás, kocogás futás, kerékpározás, úszás, tenisz és labdajátékok. A fizikai tréning *gyakorisága* heti 4-5 legyen.

A fizikai aktivitás az életmód-változtatás elemeivel is fokozható: munkába járás gyalog, háztartási munka végzése, kertészkedés, stb.

Kívánatos a fizikai aktivitás és étrendi kezelés együttes alkalmazása, mert a rendszeres tréning kivédi az önmagában folytatott diétára kialakuló adaptív alapanyagcsere csökkenést valamint a fizikai teljesítő képesség csökkenését.

A DOHÁNYZÁSRÓL VALÓ LESZOKÁS ÉS AZ ALKOHOL- FOGYASZTÁS CSÖKKENTÉSE A HÁZIORVOSLÁSBAN

A dohányzás káros hatásai

A dohányzás a WHO szerint a betegségek és a korai halálozás legfontosabb megelőzhető oka. Káros hatásai a szénmonoxid, a nikotin és a kátránytermékek hatásai révén jutnak érvényre. A dohányzás jelentősen növeli a morbiditást, negatív hatással van a reprodukcióra és növeli a mortalitást is.

A dohányzás hozzájárulása a koszorúér-betegség, a stroke, a nagyerek és a perifériás erek betegségeihez bizonyítottan tekinthető. Felelőssé tehető továbbá a tüdőrák, a gégerák, a szájüregi, nyelőcső- és hasnyálmirigy-, húgyhólyag- és veserák kialakulásáért is. A dohányzás növeli továbbá a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a tuberkulózis, valamint az fekély-betegség gyakoriságát is. E kedvezőtlen hatások következtében a dohányzás jelentősen növeli a morbiditást, csökkenti a várható élettartamot, és idő előtti halálozáshoz vezet. A dohányzás negatív hatással van a reprodukcióra: a meddőség, a méhen kívüli terhesség gyakoribb, a menopauza korábbi, károsodik a spermaképződés, gyakoribb a koraszülés és az intrauterin retardáció, gyakoribbak a fejlődési rendellenességek és magasabb a perinatalis halálozás. A kis születési súllyal születés külön is hangsúlyozandó, mert az érintettek esetében felnőttkorban nagyobb a metabolikus szindróma gyakorisága. Mindezek és a magas prevalencia miatt a dohányzás megelőzése, illetve abbahagyása hazánkban kiemelt preventív feladat.

A dohányzás elleni küzdelem feladatai

A dohányzás elleni küzdelemben alapvető feladat a *rászokás megelőzése*. A dohányzás ugyanis szenvedélybetegség, amit kettős függőség, a nikotinfüggőség és a dohányzással kapcsolatos pszichés függőség jellemez. A dohányzásra való

rászokás megelőzésében a gyermek-alapellátás feladata meghatározó. A kérdéssel a Gyermek- és ifjúság-egészségügy tantárgy foglalkozik.

Ugyancsak fontos a *dohányzásról történő leszokás segítése*. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a dohányzás abbahagyása kedvező hatású a morbiditás alakulására, csökkenti a mortalitást, s a leszokottak életminősége javul.

A dohányzásról való leszokás segítség, támogatás nélkül nagyon nehéz. A háziorvosi team tagjai folyamatos kapcsolatban vannak a páciensekkel, így a dohányzás abbahagyásában ők tudnak leginkább segíteni. A leszokáshoz történő segítségnyújtás módszere az ún. minimális intervenció alkalmazása. Ennek lényege a leszokni szándékozó páciens motivációjának fokozása és folyamatos pszichés támogatás biztosítása a leszokás során (l. lentebb).

Fontos feladat még a *passzív dohányzás elleni fellépés* is.

A dohányzásról való leszokás segítése a minimális intervenció módszerével

A dohányzásról való leszokás segítségének feladatai a dohányzók és a leszokni szándékozók megismerése, a dohányzásról való leszokással kapcsolatos motiváció fokozása, a leszokás segítségének, a nikotinfüggőség kezelésének felajánlása és a leszokás empátikus segítése. A dohányzásról való leszokás segítése szempontjából fontos annak ismerete, hogy a leszokni szándékozó páciens a leszokás milyen stádiumáig jutott el. Ezek a következők: a leszokás mérlegelése előtti időszak, a mérlegelés stádiuma, a felkészülés stádiuma, az akció stádiuma és a fenntartás stádiuma.

A fentiek alapján a minimális intervenció lépései az alábbiak:

- A nikotinfüggőség mértékének és a dohányzási státuszt meghatározása
- Javaslat a dohányzás abbahagyására
- A leszokás iránti motiváció felmérése
- Társbetegségek feltérképezése

- A páciens követése (sikerek elismerése, kudarc esetén bátorítás, motiválás, kérdések megbeszélése)

A leszokás támogatásának feladatai az ún. „5A”-módszer-rel írhatók le.

Ennek elemei:

- ask (tudakozódás): kérdezzük a páciens a dohányzási szokásairól,
- advice (tanácsadás): tanácsoljuk számára a változtatást,
- assess (tájékozódás): mérjük fel a változtatási hajlandóságot,
- assist (támogatás): segítsük a páciens a változtatás megtételében,
- arrange (tevékeny ellenőrzés): segítsük a páciens az eredmények fenntartásában, esetleges kudarc esetén nyújtunk számára segítséget az újrakezdéshez.

A leszokás szakaszai, teendők az egyes szakaszokban

Ezek a lépcsőfokok határozzák meg azt, hogy a dohányzó leszokását milyen segítségnyújtással lehet előre mozdítani, az eredményességét elősegíteni.

A mérlegelés előtti időszakban fel kell hívni a figyelmet a dohányzás veszélyeire, ugyanakkor hangsúlyozni szükséges, hogy ezek elkerülése lehetséges. A megbeszélés során a beteg iránti empátiát kell hangsúlyozni és a segítségnyújtásra kell ígéretet tenni. A konfrontációt véleménykülönbség esetén kerülni kell.

A mérlegelés időszakában a beteg saját maga veszi fontolóra a leszokást. Ebben a helyzetben a terapeuta fontos motiváló tényezőként lép fel, tájékoztatást ad a leszokás kedvező hatásairól és az azok mellett való érveléssel ösztönzi a beteget a dohányzás abbahagyására. Ekkor kerülhet sor a konkrét segítség részletes megbeszélésére. Hangsúlyozni szükséges, hogy a páciens dönt, a nyújtandó támogatás ismeretében.

A következő stádium a *felkészülés időszaka*. A beteg elhatározásra jut, és felkészül a döntés végrehajtására. Ebben az előkészületi szakaszban már egyénre szabott segítségi terv szükséges. A terapeuta segítséget nyújt a végrehajtás időzítésének és módjának megtervezésében. Felhívja a páciens figyelmét a leszokást nehezítő tényezőkre, a nikotinelvonással járó tünetekre és kivédésük lehetőségeire.

A következő szakasz az alapos és jól megtervezett felkészülés után a dohányzás tényleges elhagyása, az *akció időszaka*. Ennek leghatékonyabb módszere az egyik napról a másikra történő leszokás. Az elvonási tünetek az abbahagyást követő két hétben érik el a maximális intenzitást, és általában 30 napon belül megszűnnek. A dohányzási leszoktatásának ebben a szakaszában ajánlott a dohányzó társaság, dohányzó barátok kerülése. A tüneteket enyhítheti a rágyújtás helyett más cselekvésekre való ösztönzés, például cukorka, vagy rágógumi fogyasztása. A dohányzáshoz kapcsolódó körülmények megváltozása is segíti a leszokást. Az ún. stimulus kontroll alapja, hogy a dohányzás tanult magatartási forma, amit a környezeti helyzetek megerősítenek, a változásuk módosítják a helyzet-rágyújtás viszonyát. Erős függés és súlyos elvonási tünetek esetén indokolt lehet a nikotinpótlás is nikotintapaszkok, vagy nikotinos cukorkák, rágógumik formájában, vagy gyógyszeres kezelés varenicline vagy bupropion adásával.

Az utolsó és egyben legnehezebb stádium a *fenntartás időszaka*, a visszaesés elleni küzdelem. Ekkor elengedhetetlen a folyamatos megerősítés, a rendszeres kapcsolat tartása. Nagy segítséget jelent ekkor a környezet segítségnyújtása, bátorítása. Ha a leszokás mégsem jár sikerrel, nem szabad kudarcként megélni. Elemezni kell, ami a folyamatban pozitív módon történt, s azt kell számba venni, milyen pontokon lehetne javítani. Az újrakezdéshez pozitív szemlélettel kell további segítséget nyújtani. A visszaszokás egyik fontos okozója az önértékelés hiánya, melyet ebben a fázisban támogatni, erősíteni és javítani kell. Az adaptív megküzdési készségek fejlesztése szintén fontos tényező. A

minimális intervenció egyértelmű sikertelenségét követően szükséges programszerű leszokás-támogatást már speciálisan képzett szakember végzi.

A passzív dohányzás ártalmainak megelőzése

A nem dohányzók védelmét szolgálja a fellépés a passzív dohányzás ártalmai ellen. A felnőtteket ért passzív dohányzási ártalmak is jelentősek, bizonyos csoportok azonban életkoruk vagy egészségi állapotuk miatt fokozottan ki vannak téve ezeknek a hatásoknak. Veszélyeztetett csoportok a csecsemők, a kisgyermek, a tanulók és a várandósok.

A túlzott alkoholfogyasztás

A túlzott alkoholfogyasztás is életmódbeli kockázati tényező, ami függőségi állapothoz vezet. Az alkohol nemcsak a szív és érrendszert károsítja, hanem központi és perifériás idegrendszert, a mentális és pszichés funkciókat, továbbá az emésztőrendszert, a májat és a hasnyálmirigyet is. Az alkoholfogyasztás mérséklése emiatt feltétlenül szükséges. A csökkentés alapja az alkoholprobléma felismerése (és az érintett beismerése), segítség felajánlása és a motiváció fokozása. A háziorvoslásban a rövid intervenció az alkoholproblémák esetében is alkalmazható. A kockázatos, ártalmas alkoholfogyasztás, az alkoholfüggőség kezelése, az elvonásos és rehabilitációs programok megvalósítása a szakellátás feladata.

Az alkoholprobléma gyakorisága

Az egy főre eső alkoholfogyasztást hazánkban 11-12 liter tiszta alkohol/évre becsülik, és ezzel a mennyiséggel Európa „élmezőnyéhez” tartozunk. Az alkohol függők számáról is csak becslések állnak rendelkezésre. Az ún. Jellinek-képlet alkalmazásával a májcirrózis eredetű halálesetek számából és a különböző eredetű májcirrózis esetek arányából kiszámítható az alkoholfüggők száma. Ez alapján a 15 év fölötti lakosság körében az alkoholfüggők aránya 8 %-ra tehető. A lakosság közel 20 %-a nagyivónak számít, aki már

egészségkárosító mértékben (>5 ital/nap vagy >14 ital/hét) fogyaszt alkoholt. Az *absztinensek* aránya, akik egyáltalán nem fogyasztanak alkoholt, 18 %-ra tehető. A következmények szempontjából alacsony kockázatú, kockázatos és ártalmas alkoholfogyasztás különböztethető meg. Az *alacsony kockázatú alkoholfogyasztás* esetén a fogyasztás az ajánlott mértéket nem haladja meg, és nem vezet alkohollal kapcsolatos problémához. A *kockázatos alkoholfogyasztás* esetén a fogyasztás az ajánlott mértéket már meghaladja és fennáll a veszélye az egészségi (testi vagy lelki) és szociális következmények kialakulásának. Az *ártalmas alkoholfogyasztás* esetén pedig már károsodás következett be az egyén egészségében. A károsodás szomatikus betegségekben, idegrendszeri, mentális és pszichés zavarokban nyilvánulnak meg, és ezek súlyos szociális problémákkal járnak együtt.

Az alkoholfogyasztás káros hatásai

Az alkoholfogyasztás elkezdésének, majd rendszeressé válásának veszélye a függőség kialakulása, majd az alkoholbeteggé válást követően az alkohol által okozott egészségkárosodások széles skálájának bekövetkezése.

Az alkoholfogyasztás egészségi állapotra gyakorolt hatásai közül elsőként az idegrendszeri, mentális és pszichés eltérések említhetők, s közülük a személyiségzavarok, a delírium tremens, az alkoholos demencia emelhető ki. Az alkohol szerepe bizonyított a májcirrózis és a májsugorodás talaján kifejlődő elsődleges májrák kialakulásában. A hasnyálmirigy gyulladása jelentős hányadában is az alkohol a kiváltó tényező. Az alkoholfogyasztás szerepet játszik a szájüregi rákok, a garat- gége- és nyelőcsőrák, továbbá a kolorektális rákok és az emlőrák kialakulásában is. A kardiovaszkuláris betegségek és az alkoholfogyasztás összefüggése viszont J alakú görbével jellemezhető. Kis mennyiségű alkohol a koszorúér-betegség kialakulásával szemben védő hatású lehet, nagymennyiségű és rendszeres alkoholfogyasztás viszont növeli a vérnyomást és fokozza az agyvérzés kockázatát. Alkohol hatására

szívizombetegség is kialakulhat. A terhesség során fogyasztott nagymennyiségű alkohol hatására magzati károsodás, az alkoholos fötopátia alakul ki.

A túlzott alkoholfogyasztás további következményekkel járhat. A pszichoszociális következmények közé tartoznak a családi konfliktusok, a családok felbomlása, a munkahelyi problémák, a munka elvesztése. Az alkoholisták esetében gyakoriak a sérülések, a balesetek és az öngyilkosság is. A kriminális következmények agresszív magatartásban, bűncselekmények elkövetésében nyilvánulnak meg. Az alkoholizmus gazdasági hatásai jelentősek, bár felmérésük nehéz. Az alkoholista nem megbízható munkaerő, gyakori a munkahelyi károkozásuk. Az alkohol okozta egészségkárosodások miatt az alkoholisták ellátásának költségei jelentős gazdasági terhet jelentenek a társadalom számára.

A túlzott alkoholfogyasztás kimutatása

A túlzott alkoholfogyasztás a háziorvoslásban az orvos-beteg konzultáció keretében is azonosítható. Az alkoholfogyasztás túlzottnak minősül, ha a férfiak esetében a napi 20 g-ot, a nők esetében pedig a napi 10 g-ot meghaladja. Felismerés: az előzmény felvétele, alkalmoszerű kiegészítése, következmények felismerése.

A túlzott alkoholfogyasztás felismerése *kérdőíves szűrővizsgálatokkal* is lehetséges. Alkalmazásuk elősegíti a korai kezelésbevételt.

A hazai *ABBA teszt*, ami az angol nyelvű CAGE teszt változata, mindössze négy kérdésből áll. Ezek –az ébredés utáni Alkoholfogyasztás vágyára, -az ivás miatti **B**űntudatra, -az ismerősök, rokonok **B**ántó magatartására és –az Alkohol-fogyasztási szokás változtatásának gondolatára kérdeznek rá. Kettő vagy több pozitív válasz alkoholproblémára utal.

Az *AUDIT-10* kérdőív (az alkoholfogyasztási rendellenességek azonosító tesztje) 10 kérdése alapján az alkoholfogyasztás veszélyeztetettségi szintjei (absztinens,

alacsony kockázatú ivó, magas kockázatú ivó, valószínűen függőség áll fenn) állapíthatók meg.

A túlzott alkoholfogyasztás elleni küzdelem feladatai

A túlzott alkoholfogyasztás elleni küzdelem feladatai a probléma felismerését követően: a rövid intervenció alkalmazásának megkísérlése a praxisban, illetve a háziorvosi praxis gyakorlatában megvalósítható egyéb terápiás eljárások alkalmazása.

A rövid intervenció alkoholprobléma esetén

A rövid intervenció „5A” módszere az alkoholprobléma esetében is alkalmazható.

Elemei az alábbiak:

- ask (tudakozódás): kérdezzük a páciens az alkoholfogyasztási szokásairól,
- advice (tanácsadás): tanácsoljuk számára a változtatást,
- assess (tájékozódás): mérjük fel a változtatási hajlandóságot,
- assist (támogatás): segítsük a páciens a változtatás megtételében,
- arrange (tevékeny ellenőrzés): segítsük a páciens az eredmények fenntartásában, esetleges kudarc esetén nyújtunk számára segítséget az újrakezdéshez.

Az intervenció szakaszai, teendők az egyes szakaszokban.

Ezek a lépcsőfokok határozzák meg azt, hogy az alkoholfogyasztó leszokását milyen segítségnyújtással lehet előre mozdítani, az eredményességét elősegíteni.

A töprengés előtti időszakban a páciens még nem is gondolkodik a változáson.

A szakember feladata ekkor a páciens informálása az alkoholprobléma következményeiről, ugyanakkor tájékoztatás azokról a lehetőségekről, melyekkel ezek megelőzhetők illetve kezelhetők. *A töprengés vagy tépelődés*

fázisában fontos a páciens viselkedése és a megoldás közötti ellentmondások feltárása, hogy belássa a változtatás szükségességét. A változás értelmét és a nem változás kockázatait szükséges hangsúlyozni, és ezáltal erősíteni lehet a páciens önbizalmát. Az *előkészület szakaszában* segíteni kell a páciens abban, hogy maga határozza meg a számára legjobb cselekvési módokat a változásra. A *cselekvés stádiumában* pedig segítsük a páciens a változások megtételében, az esetleges akadályok megoldásának megtalálásában, és bátorítsuk ezek leküzdésében. A *fenntartás időszakában* fontos az esetleges visszaesésekre való felkészülés, ezek megelőzése lehetőségeinek számba vétele, a változás stabilitásának érdekében. Amennyiben mégis *visszaesés* következne be, segítsük a páciens, hogy újra be tudjon lépni a töprengés, az előkészület és a cselekvés szakaszaiba, és támogatásunkkal folytatni tudja a küzdelmét.

Az alapellátásban és a szakellátásban nyújtott terápiás eljárások

Az alapellátásban végzett gyógyszeres terápiás eljárások közé *az akut intoxikáció valamint a krónikus alkoholhatás és a megvonási tünetek gyógyszeres kezelése* tartoznak. Az alapellátási team tagjainak ismerniük kell az alkalmazott gyógyszerkészítmények hatásait és mellékhatásait. Alapvető a beteg felügyeletének biztosítása a tünetek rendeződéséig vagy állapot-rosszabbodása esetén szükségessé váló intézeti ellátás kezdeményezéséig.

Az alkoholbetegség gyógyítása *addiktológiai/pszichiátriai gyógykezelést* igényel, ami addiktológiai, pszichiátriai szakintézményekben történik. Az ún. *elvonó kezelés* egyik módja az averzív-kezelés disulfiram (Antaethyl) tablettás készítménnyel, vagy a disulfiram (Esperal) sebészeti implantációval a gluteális izomzat fölé. Az alkohol iránti sóvárgást (craving) megszünteti továbbá a homotaurin (Acamprosat) és a naltrexone (Revia) kezelés, valamint a szelektív szerotonin visszavétel gátló (SSRI) szerek alkalmazása is. A kezelésében fontos a *pszichoterápia* is, ami már a kórházi osztályon elkezdhető. Módszerei az egyéni és csoportos foglalkozások, konfliktuskezelési tréningek, családterápia és

munkaterápia Ezt követően a kezelésben a *rehabilitáció, utógondozás* kerül előtérbe, melynek célja az absztinencia fenntartása, és a visszaesések megelőzése. A gyógyultnak látszó alkoholbeteg követésében az alapellátás szerepe meghatározó, fontos a szoros kapcsolattartás a szociális ellátás intézményeivel, mint pl. a nappali ellátást, átmeneti elhelyezést nyújtó és tartós bentlakást biztosító intézményekkel, valamint az addiktológiai/ pszichiátriai gondozókkal.

A *visszaesés megelőzésében* nagy szerepe van az alkoholbetegek önsegítő csoportjainak is. A tevékenységük lényege hogy egymással összefogva próbálnak változtatni a saját viselkedésükön, érzéseiken és a gondolkodásmódjukon. Kiemelhető még az alkohol-ellenes társadalmi szervezetekkel és az egyházi háttérű és támogatású csoportokkal való együttműködésük.

A fentiekből adódóan az alkoholfogyasztás káros következményeinek, az egészségkárosodásoknak a megelőzése fontos népegészségügyi feladat. Meghatározó szerepe van ebben az egészségnevelésnek, aminek fontos színhelye a család és az iskola. Az egészségnevelésnek azonban célba kell vennie a lakosság egészét, de különösen a sérülékeny csoportokat: terhes nőket, gyermekeket, fiatalokat. Nagyon fontosak a körükben szervezett primer prevenciós programok. Az alkoholprobléma korai felismerése, a túlzott alkoholfogyasztók azonosítása szekunder prevenciós feladat, ami alapul szolgálhat a tanácsadásnak. A leszokás elhatározását az alkoholfogyasztás veszélyeinek megbeszélésével, motiválással, támogatással lehet elősegíteni. Szükség lehet a függővé vált alkoholfogyasztó kezelésének megszervezésére, segítő szervezetek igénybe vételére is. Fontos, hogy az intervenció személyre szabott legyen.

SZEKUNDER PREVENCIÓ, SZŰRŐVIZSGÁLATOK A HÁZIORVOSLÁSBAN

A szekunder prevenció

A szekunder prevenció a betegségek kockázati tényezőinek feltárását vagy a betegségek korai stádiumában történő felismerését jelenti, a betegség súlyosabb formája kialakulásának megakadályozása érdekében. A szekunder prevenció eszköze a szűrővizsgálatok végzése. A szűrés elkülöníti azokat a látszólagos egészséges személyeket, aki valójában betegek, a valószínűleg nem beteg személyektől. A szűrőteszt általában nem diagnosztikus eljárás, pozitív vagy bizonytalan eredmény esetén további diagnosztikus vizsgálatok elvégzése szükséges.

A szűrővizsgálatok alkalmazásának követelményeit a betegség és a módszer jellemzői szerint fogalmazhatjuk meg. A betegség jellemzői szempontjából a követelmények a következők: a betegségek számottevő gyakorisága és súlyossága; a korai felfedezés módszerének rendelkezésre állása; a szűrést követő diagnosztikus vizsgálat rendelkezésre állása; a hatásos kezelés lehetősége; bizonyíték arra, hogy a tünetmentes időszakban elkezdett kezelés eredménye jobb, mint a tünetekkel járó stádiumban kezdett kezelésé. A szűrővizsgálati tesztekkel szemben pedig a következő követelmények állíthatók: a szűrővizsgálat legyen olcsó; végzése a vizsgált személy számára legyen elfogadható; a teszt legyen megbízható: specificitása, szenzitivitása, prediktív értéke legyen magas.

A kockázati tényezők kimutatása vagy a betegség korai stádiumban történő felismerése lehetőséget ad az időben történő adekvát beavatkozásra, a célzott intervenció bevezetésére. A szekunder prevenció végzésének példái a kardiovaszkuláris rizikótényezők kimutatása, s ennek ismeretében a szükséges életmód-változtatás bevezetése, illetve a daganatos betegségek népegészségügyi

szűrővizsgálatokkal történő korai felismerése, és a kiszűrt esetekben a korai kezelésbe vétel biztosítása.

A háziorvosi gyakorlatban végzett szűrővizsgálatok négy nagy csoportba sorolhatók: szűrővizsgálatok újszülött-, csecsemő- és gyermekkorban; kardiometabolikus szűrővizsgálatok; daganatos-betegségek szűrővizsgálatai; egyéb szűrővizsgálatok. A következőkben a kardiometabolikus szűrővizsgálatokat és a daganatos-betegségek szűrővizsgálatait tekintjük át.

Kardiometabolikus szűrővizsgálatok. Kardiovaszkuláris kockázatbecslés

A háziorvoslásban a rizikótényezők egy része már az orvos-beteg konzultáció során felismerhető. Más részében a felismerés csak szűrési indikációval végzett laboratóriumi vizsgálatokkal lehetséges.

Az orvos-beteg konzultáció során felismerhető rizikótényezők és felismerésük módszerei

Életkor. A férfiak esetében a 45, a nők esetében az 55 éves életkor fölött és korai menopausa esetén fokozott a kardiovaszkuláris kockázat. Megállapítása: az egyéni előzmény felvételével.

Korai kardiovaszkuláris betegség a családban. Kardiovaszkuláris esemény a hirtelen szívhalál, a szívinfarktus (AMI), az angina pectoris, a cerebrovaszkuláris esemény és az okklúzív perifériás érbetegség. A korai előfordulás (az első fokú rokonokban férfiak esetében 55, nők esetében 65 év alatt) emeli az egyén kardiovaszkuláris rizikóját. Felismerése: a családi előzmény alapján.

Mozgásszegény életmód. A sportolás és a rendszeres fizikai aktivitás hiánya bizonyítottan kardiometabolikus rizikófaktor. Felismerés: célzott tájékoztató, egyszerű kérdőív alkalmazása.

Egészségtelen táplálkozás. Jellemzői a szükségletet meghaladó energia-bevitel, a telített zsírok, koleszterin, egyszerű szénhidrátok magas aránya az étrendben,

nagy sófogyasztás és kóros táplálkozási szokások. Felismerés: célzott tájékoztató, egyszerű kérdőív alkalmazása.

Dohányzás. A rendszeres dohányzás minden formája és a passzív dohányzás is növeli a kardiovaszkuláris rizikót. Felismerés: az előzmény felvétele, alkalmoszerű kiegészítése.

Túlzott alkoholfogyasztás. Az alkoholfogyasztás túlzottnak minősül, ha a férfiak esetében a napi 20 g-ot, a nők esetében pedig a napi 10 g-ot meghaladja. Felismerés: az előzmény felvétele, alkalmoszerű kiegészítése, következmények felismerése.

Elhízás. Komplex kardiovaszkuláris rizikótényező. Centrális elhízásban az inzulinrezisztencia és a következményes hiperinzulinémia a szénhidrát-anyagcsere zavarához, diszlipidémia kialakulásához és hipertóniához vezet. Felismerés: célzott vizsgálat (BMI, haskörfogat).

Hipertónia. A 140/90 Hgmm-t meghaladó vérnyomás a koszorúér-, a cerebrovaszkuláris és a perifériás érbetegség valamint a krónikus vesebetegség (KVB) rizikófaktora. Felismerés: opportunist szűrési stratégia alkalmazása vagy célzott szűrővizsgálat.

A szénhidrát-anyagcsere zavarok, a diszlipidémiák és a krónikus vesebetegség szűrése

A szénhidrát-anyagcsere eltérései. Az emelkedett éhomi vércukor (IFG), a csökkent glukóztolerancia (IGT) és a 2-es típusú diabetes mellitus (T2DM) szűrése tartozik ide. Felismerés: célzott szűréssel: 45 éves kor felett, pozitív családi vagy terhességi előzmény, centrális elhízás, más kardiovaszkuláris rizikótényező jelenléte esetén; az ún. kockázat alapú diabetes szűréssel, ami a FINDRISK-kérdőívvel történik, továbbá a szűrési rendelet által előírt szűréssel.

A diszlipidémiák. A szérum összes-koleszterin (T-C) és az LDL-C koncentrációjának emelkedése a szív-és érrendszeri betegségek klasszikus rizikótényezője. Az emelkedett triglicerid és a csökkent HDL-C szinttel járó

diszlipidémiát aterogén diszlipidémiának nevezik. Felismerés: célzott szűréssel: diszlipidémia vagy korai koszorúér-betegség a családban, diszlipidémia vagy koszorúér-betegség tünete, társuló rizikótényezők jelenléte esetén; a szűrési rendelet által előírt szűréssel.

A krónikus vesebetegség (KVB) szűrése. A glomeruláris filtrációs ráta (GFR) csökkenése (< 60 ml/min) és a mikro- vagy makroalbuminuria, proteinuria jellemzi, fennállása fokozott kardiovaszkuláris kockázatot jelent. Felismerés: a GFR és az albuminuria/proteinuria vizsgálata.

Szűrővizsgálat a 67/2005. EüM. rendelet alapján. A rizikóállapotok együttes vizsgálata.

A hazai szűrővizsgálati rendelet a szűrés módszerét az International Diabetes Federation (IDF) metabolikus szindrómára vonatkozó diagnosztikus kritérium-rendszere alapján határozta meg. Ha centrális elhízás áll fenn, a vérnyomásmérés mellett Tg, HDL-C mérés, éhgyomri vércukor (ÉVC), diabétesz nagy kockázata esetében terheléses vércukor-vizsgálat (OGTT) végzése szükséges. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a metabolikus szindróma fennáll -e. A vizsgálatokat a 21-40 éves és a 40-64 éves életperiódusokban kis kardiovaszkuláris kockázat esetén ötévente, közepes és nagy kockázat esetén kétévente, a 65 éves életkor elérését követően pedig mindenkinél kétévente javasolt elvégezni.

A kardiometabolikus rizikótényezők és rizikóállapotok azonosítása a globális kardiometabolikus kockázat elvén is lehetséges. Ilyenkor nemcsak a metabolikus szindróma összetevőinek felismerésére törekszünk, hanem a teljes egyéni rizikóprofil meghatározását tűzzük ki célul az alábbiak vizsgálatával:

-A nem, az életkor, a családi előzmény és az életmódbeli rizikótényezők (dohányzás, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, túlzott alkoholfogyasztás) figyelembe vétele.

-A szív- és érrendszeri fizikális, laboratóriumi és kiegészítő (EKG, boka-kar index) vizsgálatok elvégzése és értékelése.

-Az elhízás fennállásának, típusának és súlyosságának megállapítása; a hypertonia komplex diagnosztikájának elvégzése; a szénhidrát-anyagcsere eltéréseinek kimutatása; a lipoprotein-anyagcsere vizsgálata, beleértve a non-HDL-C paramétert is; továbbá a vesefunkció, a GFR és az albuminuria vizsgálata. –Szükség van még a célszerv-károsodások és társbetegségek kimutatására is.

Kardiovaszkuláris kockázatbecslés

A rizikótényezők ismeretében lehetséges a kardiovaszkuláris veszélyeztetettség becslése. A kardiovaszkuláris kockázatbecslés az egyén rizikótényezőinek ismerete alapján annak megállapítása, hogy tíz évre előre vetítve milyen valószínűséggel számolhatunk a koszorúér-betegség kialakulására vagy szívhalál bekövetkeztére. Korábban a *Framingham* tanulmányon alapuló *pontrendszert* alkalmazták a koszorúér-betegség kialakulása kockázatának becslésére. Ma a Joint European Task Force európai epidemiológiai adatbázison alapuló a *SCORE* (Systematic Coronary Risk Evaluation) kockázatbecslési eljárásnak alkalmazását ajánlják. A SCORE táblázatai a nem, az életkor, a dohányzás, a vérnyomás és a koleszterin-szint figyelembevételével a végzetes kardiovaszkuláris esemény tíz éven belül történő bekövetkeztének valószínűségét mutatják meg.

A daganatos betegségek szűrésének indokai és követelményei

A daganatos betegségek szűrővizsgálatát az indokolja, hogy a kezelés eredményességének a valószínűsége annál nagyobb, minél korábbi stádiumban kerül felismerésre a betegség. A daganatmegelőző állapotban történt felfedezés esetén az adekvát kezelés teljes eredménnyel járhat. A daganatos betegségek szűrésének célja ezért lehetőség szerint a tüneteket nem okozó daganatmegelőző

állapotok felismerése, vagy legalább a daganatos betegségek korai stádiumban történő felismerése.

Az alkalmazott szűrőmódszer legyen megbízható, vagyis legyen specifikus és érzékeny, ne legyen magas az álpozitív és az álnegatív esetek aránya. A szűrővizsgálati módszer alkalmazása csupán elfogadható mértékű megterhelést jelentsen a szűrővizsgálatban résztvevők számára. Fontos, hogy a célpopuláció részvétele a szűrővizsgálatban megfelelő mértékű legyen; a részvételi arány voltaképpen az érintettek compliance-ének jelzője. Követelmény továbbá, hogy a módszer alkalmazásával kapcsolatos szövődmények aránya kicsi legyen. A módszer alkalmazásának hatásossága megfelelő legyen, vagyis a célbetegség halálozásában a szűrővizsgálat alkalmazásának a hatására számottevő csökkenés következzen be. Végezetül a módszer alkalmazása költség-hatékony legyen.

A népegészségügyi szűrővizsgálatok daganatos betegségekben

A népegészségügyi szűrővizsgálatok körébe három daganatos betegség: az emlőrák, a méhnyakrák és a kolorektális rák tartozik. Ezek esetében a szűrővizsgálat központilag szervezett (illetve a kolorektális rák esetében a szűrővizsgálat központi szervezése kiépítés alatt áll). A központi szervezést e daganatos betegségek esetében a következők indokolják: a mammográfiával végzett emlőszűrés az emlőrák mortalitást 30 %-kal csökkenti. A szexuális aktivitás kezdetétől végzett rendszeres kolposzkópos és cytológiai vizsgálattal a méhnyakrák mortalitása 40-80 %-kal csökken; a rejtett bélvérzés kimutatásával és a pozitív esetek további vizsgálatával a kolorektális rákok mortalitása mintegy 20 %-kal csökkenthető.

Az emlőrák szűrése

Az emlőrák szűrésének indoka. Az emlőrák a nőket érintő egyik legelterjedtebb rákfajta. A szűrővizsgálat hatására számottevően csökken a halálozás, az egészségügyben az ellátás iránti igény, a betegség miatt szükséges rokkantossági

arány kisebb lesz, a korai és kevésbé radikális kezelés pedig a megbetegedettek életminőségének javulását eredményezi.

Az emlőrák szűrésére alkalmas módszerek.

-Az emlő önvizsgálata. Populációs szűrővizsgálatra nem alkalmas. Az egyéni értéke azonban jelentős, hiszen az emlőelváltozások 90 %-át önvizsgálat alkalmával fedezik fel. Kivitelezése havonkénti rendszerességgel, a menzesz lezajlását követő napok egyikén, menopauzában pedig a hónap azonos napján javasolt.

-Orvosi emlővizsgálat. Opportunista stratégiával végzett tapintásos emlővizsgálat. Értéke a szakszerűen kivitelezett önvizsgálattal lényegében azonosnak tekinthető. Felhasználható az önvizsgálat megtanítására és kivitelezése ellenőrzésére.

-Mammográfia. Hazánkban a szűrővizsgálat végzését két évente a 45-65 éves életkorú nők esetében rendelet írja elő. Kivitelezése lakossági szűrővizsgálat keretében, berendelés alapján történjék. Az eljárás során szükség esetén a mammográfia végzése mellett az emlő ultrahangos vizsgálatára is sor kerül. Az eredményről a szűrőcentrum értesíti a páciens, és szükség esetén további vizsgálatok szükségességéről is tájékoztatást ad, illetve gondoskodik: az UH vizsgálaton túl indokolt esetben vékonytű aspirációs illetve sebészi biopszia is történik citológiai vizsgálat céljára.

Az alapellátás feladata az emlőrák szűrés megvalósításban. Az alapellátás az emlőrák szűrés eredményes megvalósítását az alábbiakkal segíti:

Célszerű egészségnevelési tevékenység végzése, a szűrővizsgálaton való részvétel fontosságának megértetése az érintettekkel.

Annak elősegítése, hogy az érintett korosztály tagjai minél nagyobb arányban vegyenek részt a szűrővizsgálaton.

A szűrővizsgálaton részt vettek eredményeinek nyilvántartása a praxisban.

Annak elérése, hogy a pozitív eredménnyel rendelkezők vegyék igénybe a szűrőcentrum által szükségesnek ítélt további vizsgálati lehetőségeket.

A szűrővizsgálaton meg nem jelent páciensek azonosítása, figyelmük ismételt felhívása a megjelenés fontosságára.

A betegség fokozott kockázatával rendelkezők azonosítása és célzott egészségnevelés megvalósítása az alábbiak fennállása esetén:

- Elsőfokú rokonok fiatalkori emlőrákja
- Az első menstruáció 11 éves kor előtt
- Az utolsó vérzés 54 éves kor után
- Az első gyermek születése a 40 éves kor után
- Elhízás, egészségtelen táplálkozás, fokozott alkoholfogyasztás
- Orális fogamzásgátló alkalmazása, 10 évnél hosszabb hormonpótlás

A méhnyakrák szűrése

A méhnyakrák szűrésének indokoltsága. A méhnyakrák kialakulása hosszú időt vesz igénybe, így a rákmegelőző állapotok adekvát kezelésével lehetséges a rosszindulatú daganat kialakulásának megelőzése (kisfokú diszplázia 9 év alatt alakul súlyos diszpláziává, ebből pedig 3 hó – 2 év alatt lesz rosszindulatú daganat). A kolposzkópia és a citológia együttes alkalmazásával a betegség mortalitása számottevően csökkenthető, a rákmegelőző állapotok korai felismerése az életminőséget kevésbé befolyásoló eljárások alkalmazását teszi lehetővé.

A méhnyakrák szűrésének módszere.

-*Citológiai vizsgálat végzése* (az ún. Pap-kenet készítése és értékelése). A méhnyakrák szűrés bizonyítottan eredményesen alkalmazható módszere. Az ún. Bethesda értékelési módszer az értékelés megbízhatóságát jelentősen növelte.

-A *kolposzkópiával* együtt történő végzése a szűrővizsgálat megbízhatóságát lényegesen fokozza, a teendők elbírálását egyszerűbbé teszi.

-A *nőgyógyászati rákszűrés* koncepciója: nemcsak a méhnyak rákmegelőző állapotainak, hanem a szeméremtest és a hüvely tüneteket nem okozó rákmegelőző elváltozásainak, illetve korai rosszindulatú állapotaink felismerését

teszi lehetővé, ha a méhnyakrák szűrés nőgyógyászati vizsgálat keretében történik.

A méhnyakrák szűrés megvalósítása. Általában a méhnyakrák szűrését a szexuális aktivitás megkezdésétől kezdődően a 65 éves életkorral bezáróan javasolják. Hazánkban a szűrővizsgálat 3 évenként történő végzését a 25-65 éves életkorú nők esetében rendelet írja elő. Kivitelezése berendelés alapján lakossági szűrővizsgálat keretében történik.

A szűrővizsgálat során a cytológiai vizsgálatra mintavétel és kolposzkópia történik. Az eredményről a szűrőcentrum értesíti a páciens. Szükség esetén további vizsgálatok szükségességéről is tájékoztatást ad, illetve gondoskodik azok elvégzéséről.

Az alapellátás feladata a méhnyakrák szűrés megvalósításban. Az alapellátás a méhnyakrák szűrés eredményes megvalósítását ugyanolyan módon segítheti, ahogyan azt az emlőrák esetében összefoglaltuk.

Annak érdekében, hogy a vizsgálat eredménye megbízható legyen, célzott egészségnevelés megvalósítása szükséges az alábbiakról:

- A kenetvétel lehetőleg a menses első napja után két héttel történjék
- A vizsgálat előtt 48 órán át ne kerüljön sor hüvelyöblítésre, tampon használatára vagy hüvelyen át bejuttatott gyógyszer alkalmazására
- A vizsgálat előtt 48 órán át a páciens ne éljen házaséletet

A kolorektális rák szűrése

A kolorektális rákok szűrésének indokoltsága.

Szűrővizsgálattal a kolorektális rákmegelőző állapotok (polypok) kimutathatók, vagy a rákok korai felismerése biztosítható, minthogy az adenomatosus polypok malignus átalakulása hosszú időt vesz igénybe. A szűrővizsgálat csökkenti a mortalitást és a korai felismerés jobb életminőséget biztosít.

A kolorektális rákok szűrésére alkalmas módszerek

-A rejtett vérzés vizsgálata székletből. A legszélesebb körben a guajakol alapú vizsgálatot alkalmazzák, több székletmintából több vizsgálat végzése szükséges. A vizsgálat nem elég szenzitív, az adenomatosus polypoknak csak egy részét mutatja ki. Diétás tényezők (húsfogyasztás), más eredetű gastrointestinális vérzés (non-steroid gyulladásgátlók alkalmazása) álpozitív eredményt okozhat. A vizsgálat jelentős korlátja lehet a rossz beteg-compliance is. – A rejtett vérzés immunkémiai vizsgálata specifikusabb és érzékenyebb nálunk nem érhető el.

-Kolonoszkópia végzése szűrővizsgálat céljából. A kolonoszkópia a vastagbél vizsgálatának a legmegfelelőbb módja. A kolonoszkópiával felismert adenómák kimetszése 76-90 %-kal csökkenti a rosszindulatú daganatok előfordulását. A módszer korlátozott elérhetősége, az előkészítés nehézsége, az esetleges szövödmények akadályozzák a széleskörű alkalmazást.

-Az okkult vérzés vizsgálat és a kolonoszkópia kombinálása. A hazai népegészségügyi kolorektális rákszűrés tervezete szerint a kolonoszkópia elvégzésére akkor kerül sor, ha a székletvizsgálat a rejtett vérzés lehetőségét veti fel.

A kolorektális rákok szűrése a gyakorlatban. Az 50 évesnél idősebb életkorban az elsőként ajánlott megoldás a rejtett bélvérzés vizsgálatára évenként kerül majd sort, pozitív esetben vpedig kolonoszkópia végzendő.

Az alapellátás feladata a kolorektális daganatok szűrésének megvalósításában

Az alapellátás a kolorektális rák szűrésének eredményes megvalósítását ugyanolyan módon segítheti, ahogyan azt az emlőrák esetében összefoglaltuk.

Ezek mellett törekedni szükséges a kolonoszkópiás vizsgálatot nem vállaló páciensek későbbi megnyerésére. Figyelmet kell fordítani továbbá a speciális kockázatú páciensek eltérő szűrési-követési szükségleteire (familiaris adenomatosus polyposis, hereditér, polyposissal nem összefüggő és a gyulladásos bélbetegségekkel összefüggő vastagbélrák)

Egyéb daganatos betegségek szűrővizsgálata

A prostatarák szűrése

A szűrés indoka, hogy betegség korai stádiumban gyógyítható. Döntően az 50 év feletti férfi populációt érinti, a szűrővizsgálatot ezért ebben a populációban javasolt végezni.

A szűrés módszere a rectalis digitális vizsgálat (RDV) végzése és prosta specifikus antigen (PSA) meghatározása.

A szűrés az 50-70 éves férfiak esetében évente, ha a PSA eredmény normális, kétfévente végzendő.

Az alapellátás feladata: RDV végzése, és PSA meghatározás kezdeményezése (a vizsgálat végzését urológus szakorvos kérheti).

Ajak és szájüregi daganatok szűrése

A gyakorisága növekvő. A rizikócsoporthoz (dohányosok, alkohol-fogyasztók, rossz fogászati státusszal, szájhygiénével rendelkezők) szűrésének biztosítása kiemelt fontosságú.

A korai felismerés szájüregi vizsgálattal (megtekintés és a gyanús terület áttapintása) biztosítható.

A bőr rosszindulatú daganatainak szűrése

Felismerendő daganatformák: melanoma malignum, basalioma.

A korai felismerés fizikális vizsgálattal biztosítható.

A naevusok követése, a nagy UV expozíció kerülése szükséges.

GONDOZÁS A HÁZIORVOSLÁSBAN

A gondozás mint munkamódszer

A gondozás az ellátás preventív és kuratív aspektusainak egységét kifejező munkamódszer. Célja a betegség felderítését követően annak gyógyítása; a szövődmények kialakulásának megakadályozása, a progresszió lassítása. A gondozási tevékenység főbb mozzanatai: a betegségek felfedezése, a gondozandók nyilvántartásba vétele, aktív ellenőrzésük megszervezése és elvégzése, a gondozás eredményességének a lemérése.

A rizikófaktorok, kóros állapot vagy manifeszt betegség felfedezése a mindennapi betegellátó munka során az opportunist szűrés módszerének alkalmazásával, vagy célzott szűrővizsgálatok végzésével lehetséges. Gondozandó betegség felismerését eredményezheti emellett a panaszok vagy tünetek tisztázására indított kivizsgálás is. A betegség felismerését a gondozandó nyilvántartásba vétele követi.

A következő elem az aktív ellenőrzés megszervezése és elvégzése. Az ellenőrzések gyakorisága, azok jellege és tartalma, az egyes ellenőrzések alkalmával nyert adatok értékelése betegségenként meghatározott, betegenként mégis más és más lehet. A gondozás keretében biztosítandó kezelést az egyén szükségletei határozzák meg. Fontos még a gondozás eredményességének körültekintő értékelése, ami az ellátás minőségének biztosítását segíti.

A gondozási feladatok meghatározásában a szakmai irányelvek nyújtanak segítséget.

A következőkben a háziiorvosi gondozás gyakorlatát a kardiometabolikus rizikóállapotok és manifeszt kardiometabolikus betegségek gondozásának példáján mutatjuk be.

Teendők a kardiometabolikus gondozás megkezdése előtt

A kardiometabolikus rizikóállapotok és betegségek komplex diagnosztikája.

A kardiometabolikus rizikóállapotok és betegségek szűrővizsgálatát követően és a gondozás elkezdését megelőzően szükséges a komplex diagnosztika elvégzése, ami kiegészítő vizsgálatok elvégzését igényli.

A kardiometabolikus kockázatot jelentő betegséggel, kóros állapottal rendelkező páciensek kockázati csoportokba sorolása

A kardiometabolikus betegségek háziorvosi gondozása teendőinek meghatározásakor figyelembe kell venni, hogy a gondozandó állapot milyen mértékű kardiometabolikus veszélyeztetettséget jelent. Ennek eldöntésében a kardiovaszkuláris kockázati csoportba sorolás nyújt segítséget. A kockázati csoportba sorolás annak eldöntését jelenti, hogy a páciens a kockázatot jelentő betegsége, kóros állapota figyelembe vételével a kardiometabolikus veszélyeztetettség mely csoportjába (fokozatába) tartozik, ami alapján az alkalmazandó kezelési módok határozhatók meg. A kockázati csoportba sorolás ma a MKKK ajánlása szerint történik. A kockázati csoportokba sorolás orvosi feladat.

A gondozás során elérhető célértékek

A kardiometabolikus kockázatbesorolás gyakorlati szerepe, hogy az elhízás, a hipertónia, a diszlipidaemia és a szénhidrát-anyagcsere zavarok kezelése során az *elérendő célértékek* az egyes csoportokban eltérőek. A gondozás alapelve ezekben az állapotokban, hogy ha az életmód-változás nem elegendő a célértékek eléréséhez, akkor gyógyszeres kezelés indokolt. Az egyes kardiometabolikus rizikóállapotok és manifeszt kardiovaszkuláris betegségek kockázati csoportba sorolására a gondozásuk ismertetésekor utalunk.

A kardiometabolikus rizikóállapotokkal rendelkezők gondozása

Az elhízottak, a hipertóniások, a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere zavarai és a krónikus vesebetegségben szenvedők gondozása a háziiorvosi kardiovaszkuláris gondozás egyik legfontosabb feladata.

Túlsúlyos és elhízott páciensek gondozása

Az elhízás jelentősége. Az elhízás a test zsírtartalmának kóros mértékű felszaporodása, ami másodlagos anyagcsere-eltérések és következményes kóros állapotok kialakulásához vezet. Emiatt kardiometabolikus rizikóállapotnak, egyben krónikus betegségnek tekinthető. A leggyakoribb táplálkozási betegség; a hazai felnőtt populáció 40%-a túlsúlyos, 20%-a pedig elhízott.

Az elhízás komplex diagnosztikája. Komplex diagnosztika: családi és egyéni előzmény felvétele, fizikális vizsgálat végzése, az elhízás fokozatának (BMI csoportok szerint) és formájának (centrális vagy perifériás) megállapítása. kiegészítő vizsgálatok végzése a következmények felmérésére, társuló rizikótényezők, szövődött és társbetegségek, célszerv-károsodások keresése.

Kockázati csoportba sorolás. Igen nagy kockázat: ha az elhízás ide sorolható szív-érrendszeri betegséggel vagy súlyos kardiometabolikus állapottal együtt fordul elő; nagy kockázat: BMI > 40 kg/m², ha az elhízás a metabolikus szindróma része, ha az elhízás 5-10% SCORE-értékkel együtt észlelhető.

Célértékek elhízásban. Igen nagy kockázatú állapot: haskörfogat férfiak esetén < 94 cm, nők esetében < 80 cm, BMI < 25 kg/m². Nagy kockázatú állapot: haskörfogat: férfiak esetében < 102 cm, nők esetében < 88 cm, BMI < 27 kg/m².

Célkitűzés: 10% fogyás/félév, majd súlytartás

A kezelés és gondozás gyakorlata. Az elhízás nem gyógyszeres kezelése magában foglalja az étrendi kezelés folytatását, a fizikai aktivitás fokozását és a szükséges pszichés támogatás biztosítását, az orvosi elhízás-terápia pedig a gyógyszeres és a sebészeti kezelést jelenti. Túlsúlyosság/ enyhe fokú elhízás esetén elegendő a kiegyensúlyozott táplálkozás követelményeinek betartása, ami

önmagában is az energia-bevitel csökkenését eredményezi. Az elhízás további fokozatai esetében már az *energia-bevitel csökkentésére* és étrendi megkorlátozásokra is szükség van.

Az elhízás esetében az energiamérleg pozitív. Alapvető ezért a napi energia-bevitel meghatározása. Az egyén számára ideális energia-bevitelt a nem, az életkor, a testsúly és a végzett tevékenység határozza meg, táblázatok segítségével állapítható meg. Tapasztalatok szerint a napi energiabevitel 500 kcal-val történő csökkentése fogyást eredményez. Az egyéni aktuális energia-bevitel pedig, amint láttuk, a táplálkozási felmérés segítségével kalkulálható.

Ideális a napi ötszöri étkezés biztosítása; az energia-bevitel 20%-a reggelire, 10-10% a tízóráira és az uzsonnára, 35%-a az ebédre és 25%-a a vacsorára fordítódjék. Fontos az energia-bevitel, a zsír-, a szénhidrát- és a fehérje-fogyasztás arányára vonatkozó előírások betartása. Indokolt a magasabb zsírtartalmú tej, joghurt és sajt alacsonyabb zsírtartalmú készítményekre, a finomított lisztből készült termékek teljes kiőrlésű termékekre történő cseréje. Az étrend megfelelő fehérje tartalmának biztosítása érdekében pedig a fehér húsok, halak fogyasztása. Az alkohol kalória-tartalma miatt is a mérsékelt fogyasztás ajánlott.

Az elhízottak *fizikai aktivitására* vonatkozóan 4. fejezetben írottakra utalunk. Ha manifeszt kardiovaszkuláris, légzőszervi vagy anyagcsere-betegség áll fenn, orvosi állapotfelmérésre és rendszeres ellenőrzésre van szükség. Az elhízottak pszichés támogatása is fontos, célja a személyiség kedvező alakítása, az önbizalom növelése, a motiváció biztosítása és a család támogatásának elérése. Ha az életmód-kezelés hatástalan, gyógyszeres kezelés szükséges.

A túlsúlyos/elhízott páciens gondozása során fontos a gondozás folyamatosságának biztosítása, az ellenőrző vizsgálatok időpontjának a pácienssel egyeztetett meghatározása. A gondozási alkalmakat a vizsgálati eredmények megbeszélésére, a kezelési módok aktualizálására, a folyamatos és

megerősítő egészségnevelés végzésére és a szükséges tanácsadásra, valamint a gondozás eredményeinek megbeszélésére kell felhasználni.

Hipertóniás páciens gondozása.

A hipertónia jelentősége. A hipertónia kardiovaszkuláris rizikótényező. Következményei (stroke, koszorúér-betegség, krónikus vesebetegség) miatt kardiometabolikus rizikóállapot, önálló betegség. Hazai gyakorisága 40% körüli, az életkorral nő. Adekvát gyógyszeres kezelése a stroke- és a kardiovaszkuláris mortalitást csökkenti

Komplex diagnosztika. Családi és egyéni előzmény felvétele, fizikális vizsgálat, a hipertónia fokozatának megállapítása, rizikótényezők összegyűjtése, kiegészítő vizsgálatok végzése a szekunder hypertonia-formák felismerésére és a következmények felmérésére.

Kockázati csoportba sorolás. Igen nagy kockázat: ha a hipertónia ide sorolható állapottal együtt fordul elő; nagy kockázat: RR>180/110 Hgmm, ha a hipertónia a metabolikus szindróma része, hipertónia és 5-10% SCORE-érték együttese.

Célértékek hipertóniában. Az általános kezelési vérnyomás célérték <140/90 Hgmm. Ha diabetesz is fennáll, <140/85 Hgmm. Ha krónikus vesebetegség is fennáll, <130/80 Hgmm.

A kezelés és gondozás gyakorlata. A hypertónia kezelése az életmód-változtatásból és a gyógyszeres kezelésből áll. Az életmód-változtatás az étrendi kezelés megvalósítását (súlycsökkentés, kiegyensúlyozott táplálkozás, sóbevitel csökkentése, DASH diéta) és az adekvát fizikai aktivitás folytatását foglalja magában.

Ha túlsúlyosság/elhízás is fennáll, a napi energia bevitel csökkentése ajánlott. A DASH diéta (**d**ietary **a**pproach to **s**top **h**ypertension) sószegény, emellett kiegyensúlyozott, mediterrán típusú étrend alkalmazását jelenti. A csökkent sóbevitel mellett a bő magnézium- és kalcium-bevitel, valamint a szükségletnek megfelelő rostfogyasztás is előnyös. Mindezek miatt a száraz hüvelyesek, olajos

magvak és teljes kiőrlésű gabonatermékek és a tej, tejtermékek fogyasztása ajánlott. A mérsékelt fokú alkoholfogyasztás nem, de a túlzott mértékű fogyasztás emelheti a vérnyomást.

A *gyógyszeres kezelés* indítása és menedzselése a háziorvos kompetenciája. Dönteni szükséges az azonnali gyógyszeres kezelés indokoltságáról, az egyes vérnyomáscsökkentő gyógyszerek alkalmazásáról, monoterápia vagy kombinációs kezelés folytatásáról. Egyes szívbetegségekben, diabetesben és krónikus vesebetegségben szenvedők, idős betegek, terhesek hipertóniája kezelésének sajátos szempontjai vannak. A gondozásban segít az otthoni vérnyomásmérés alkalmazása. Végül fontos a hipertónia-gondozás eredményességének rendszeres megbeszélése a pácienssel és a terápiahűségének folyamatos erősítése is.

Diszlipidémiák gondozása

Diszlipidémiák és jelentőségük. A diszlipidémiák a lipoprotein-anyagcsere elsődleges (genetikus) és másodlagos (betegségek, gyógyszerek okozta) zavarai. Meghatározó szerepük van az érlemezsedés folyamatában. Az emelkedett T-C, LDL-C, Tg és a csökkent HDL-C szint az érlemezsedés eredetű kardiovaszkuláris betegségek rizikótényezői. A hazai felnőtt lakosság 60%-ának a T-C, 40%-ának a Tg szintje emelkedett.

Komplex diagnosztika. Családi és egyéni előzmény, fizikális vizsgálat (tünetek keresése), lipidparaméterek vizsgálata (a non-HDL-C is), rizikótényezők, rizikóállapotok és a következmények felmérése, a szövődött és társbetegségek, célszerv-károsodások keresése. Primer és szekunder formák valószínűsítése és aterogén diszlipidémia (emelkedett Tg és csökkent HDL-C) megállapítása háziorvosi, az egyes primer formák elkülönítése szakellátói kompetencia.

Kockázati csoportba sorolás. Igen nagy kockázatot jelent a familiáris hiperkoleszterinémia és a $\geq 10\%/10$ év SCORE-érték. Nagy kockázatú állapotok

az aterogén diszlipidémia, a familiáris aterogén diszlipidémiák és az 5 – 10%/10 év SCORE-érték.

A diszlipidémia-kezelés célértékei. A célértékek a T-C, LDL-C, Tg és HDL-C koncentrációkra és a non HDL-C értékre vonatkoznak. Ezek közül az LDL-C elsődleges, a non-HDL-C másodlagos célértéknek tekinthető. Igen nagy kockázat esetén ezek a célértékek LDL-C < 1,8 mmol/l, illetve non-HDL-C <2,6 mmol/l, nagy kockázat esetén pedig LDL-C <2,5 mmol/l illetve non-HDL-C <3,3 mmol/l.

A kezelés és gondozás gyakorlata. Kezelési lehetőségek az életmód-terápia és a gyógyszeres kezelés.

Kiegyensúlyozott táplálkozás javasolt, túlsúlyosság/elhízás esetén a napi energia-bevitel csökkentése is szükséges (l. az előzőket). A napi zsírbevitel energiatartalma a napi energia-bevitel 30%-át ne haladja meg. A telített, egyszeresen telítetlen, többszörösen telítetlen és a transz-zsírsavak aránya 7%, 10%, 12% illetve 1% legyen. A napi koleszterin-bevitel a 200 mg/nap mennyiség alatt maradjon. A rostfogyasztás növelése (35-45 g/nap) ajánlott, alkohol mérsékelt mennyiségben fogyasztható.

A fizikai aktivitás követelményeit illetően l. a 4. fejezetben írottakat.

A gyógyszeres terápiában a sztatin kezelés az elsődleges, döntően az LDL-C szint emelkedésével járó vagy a kevert diszlipidémiák esetén hatásos. A kezelés kombinálása a koleszterin felszívódását csökkentő ezetimibbel további LDL-C szint csökkenést eredményez. Ha a Tg szint a sztatin kezelés mellett magas marad, elsősorban fibráttal, esetleg nikotinsav készítménnyel kombinálható; ezek mellett a non-HDL érték csökkenése észlelhető. A diszlipidémiás betegek gondozásának fontos feladata a rendszeres ellenőrzések biztosítása, az alkalmazott gyógyszerek esetleges mellékhatásainak felismerése, s alakulásuk műszeres és labor-vizsgálatokkal való követése. A gondozás hatásosságának rendszeres vizsgálata is indokolt.

Diabetes és előállapotai gondozása

A diabetes és előállapotainak jelentősége. A 2-es típusú diabetes (2TDM), az emelkedett éhgyomri vércukor (IFG) és a csökkent glukóztolerancia (IGT) gyakran észlelhető (IFG 4-5 %, IGT 2-8 %, 2TDM: 7,5 %), gyakoriságuk túlsúly/elhízás esetén még nagyobb. A kardiovaszkuláris kockázat 2TDM-ban 2-4x nagyobb, de az IGT és az IFG fennállása is növeli a kockázatot. A vese-szövődmények aránya 2TDM-ban 10-30%, a vesepótló kezelésben részesülők 30%-a diabeteszes. A neuropathia a diabeteszesek egyharmadát érinti. A retinopathia gyakran okoz vakságot. A diabetes-ellátás direkt és indirekt költségei a GDP 1%-ára tehetők.

A diabetes és előállapotainak komplex diagnosztikája. Családi és egyéni előzmény felvétele (2TDM, IFG és IGT, terhességi diabetesz előfordulása, nagysúlyú újszülött születése, egészségtelen életmód). Fizikális vizsgálat (tünetek), labor-vizsgálatok (ÉVC, OGTT, HbA1c), kiegészítő vizsgálatok (vérnyomás, szemfenék) végzése. Fennáll-e diabeteszes sürgősségi állapot? Észlelhetők-e szövődmények? Egyéb rizikótényezők, rizikóállapotok és következmények, társbetegségek, célszerv-károsodások keresése.

Célértékek és céltartományok diabetesben. Éhomi VC <6,0 mmol/l, étkezés utáni VC <7,5 mmol/l, HbA1c céltartomány: 6-8%. Vérnyomás <140/85, súlyos vesekárosodás esetén <130/80 Hgmm. T-C <4,5 mmol/l (igen nagy rizikó <3,5 mmol/l), LDL-C <2,5 mmol/l (igen nagy rizikó <1,8 mmol/l).

A kezelés és a gondozás gyakorlata. Glukoregulációs zavar (IFG, IGT): életmód-kezelés, ellenőrzés; 2015-től metformin IGT fennállása esetén is adható.

A 2TDM életmódkezelésének összetevői az étrendi kezelés és a fizikai aktivitás biztosítása. Az *étrend* energiatartalma túlsúly/elhízás esetén csökkentendő. A táplálék-összetevők aránya a kiegyensúlyozott táplálkozás követelményeinek feleljen meg: szénhidrát 50-55% (komplex, magas rosttartalmú szénhidrát),

fehérje 15-20% (0,8-0,9 g/kg), zsír 20-30% (zsírsavak megfelelő aránya!), rost-fogyasztás >30g/nap, sóbevitel < 5g/nap legyen.

Hangsúlyozandó a komplex, nagy rosttartalmú, kis glikémiás indexű szénhidrátok fogyasztásának fontossága. Az étkezések gyakorisága napi öt-hat legyen, minden étkezés megfelelő szénhidrát-mennyiséget tartalmazzon. A mesterséges édesítő szerek (sacharin, ciklomat, aszpartam) alkalmazhatók, a cukorhelyettesítő anyagok (fuktóz, xylit) az előírt szénhidrát mennyiségbe beszámítandók. Kávé, tea mértékletesen fogyasztható. Alkoholos italok: nők 1, férfiak 2 egység naponta legfeljebb, csak étkezéshez kapcsoltn; az alkohol- és a cukortartalom is figyelembe veendő!

A fizikai aktivitás biztosításának szempontjait illetően a 4. fejezetben írtakra utalunk.

A 2TDM *gyógyszeres kezelése* az orális antidiabetikumokkal történő kezelést és az inzulinkezelés különböző formáit jelenti. A 2TDM-ban elsőként alkalmazott antiabetikum a metformin. Ha az életmódterápia és a metformin alkalmazása mellett a célértékek nem érhetők el, lehetséges a szulfanilurea készítményekkel való kombináció is. E gyógyszer csoportokon kívül az orális antidiabetikumok többi csoportja is elérhető hazánkban, s ugyanígy az inzulin készítmények is. E készítmények felírása azonban csak diabetológus szakorvos javaslata alapján lehetséges. Mindez azt jelenti, hogy a diabetes gyógyszeres kezelése csak részben tartozik a háziorvos kompetenciájába.

A háziorvosi team feladatai közé tartozik viszont a diabetesben kialakuló diszlipidaemia és hipertónia, továbbá a diabetesz mikroangiopátiás szövödményeinek (retinopatia, nefropatia, neuropatia) és makroangiopátiás (kardio-, cerebro- és perifériás vaszkuláris) következményeinek felismerése és kezelése.

A 2TDM eseteinek *folyamatos gondozása* a háziorvosi team feladatát képezi. A gondozás során az orvos-beteg találkozások alkalmával sor kerül a beteg tapasztalatainak, panaszainak szánba vételére, a fizikális vizsgálat, az előírt

laboratóriumi és kiegészítő vizsgálatok végzésére. Fontos a reaktív és megerősítő betegoktatás folytatása és a további teendők megbeszélése. Az orvos-beteg találkozás gyakorisága a 2TDM esetén legalább évi 4 legyen, amikor sor kerül a szakmai irányelv által javasolt vizsgálatok elvégzésére. Évente teljes körű vizsgálat végzése szükséges (mint a betegség felismerésekor).

A krónikus vesebetegség (KVB) gondozása

A krónikus vesebetegség és jelentősége. A KVB a vese 3 hónapja észlelt strukturális és funkcionális eltérései, melyek a vesefunkció romlásával rontják az egyén egészségi állapotát. Meghatározói az alapbetegség, a glomeruláris filtrációs ráta (GFR) és a proteinuria. Gyakorisága felnőttkorban 10-14%, az életkorral nő.

Leggyakoribb okai a diabetesz, a hipertónia és az ateroszklerotikus vese-károsodás; ritkábbak a vese elsődleges betegségei. Az érelmeszesedés felgyorsulása növeli a kardiometabolikus kockázatot. A KVB diagnosztikus lehetőségeinek javulása növelte az alapellátás szerepét felismerésében és gondozásában.

A krónikus vesebetegség komplex diagnosztikája. A diabetes, hipertónia, a koszorú-, a cerebrális és a perifériás erek betegségei, másrészt strukturális, szisztémás, öröklődő vese-húgyúti betegségek esetén kimutatott KVB súlyossági kategorizálása a GFR és az albuminuria alapján történik. GFR-stádiumok csökkenésével és a proteinuria mértékének fokozódásával nő a csoportok kardiovaszkuláris kockázata. A VI. MKKK szerint igen nagy kockázat áll fenn, ha a $GFR < 30$ ml/p és proteinuria észlelhető, nagy kockázat pedig, ha a GFR: 30-60 ml/p és proteinuria van jelen.

Célértékek krónikus vesebetegségben. A VI. MKKK BMI kategóriákra, lipid- és vérnyomás-értékekre, valamint az ÉVC, PPVC koncentrációkra és HbA1c céltartományra vonatkozó kockázati csoportba sorolása az irányadó.

A kezelés és gondozás gyakorlata. A KVB kezelése lehet specifikus kezelés az etiológia ismeretében; nem specifikus, rizikó alapú, egyénre szabott, vesevédő, a kardiometabolikus kockázatot csökkentő kezelés, ha az ok ismeretlen. Életmód-kezelés: testsúly normalizálása (BMI célérték); táplálkozás: kiegyensúlyozott táplálkozás, de a Na-bevitel 2-3 g/nap, fehérje-bevitel: 0,8-1,0 – 0,6-0,8 g/kg legyen, sz.e. esszenciális aminosav pótlás (dietetikus bevonása!); rendszeres testmozgás. Gyógyszeres kezelés: a vérnyomás-csökkentése, a proteinuria-csökkentése, a lipidszintek normalizálása, a hyperurikaemia terápiája. A KVB korai stádiumaiban ezzel a kezeléssel a KVB progressziója és a kardiovaszkuláris betegségek kialakulása is csökkenthető. A betegség előrehaladásával azonban a gondozás feladatai fokozatosan meghaladják a háziorvos kompetenciáját. A gondozás szükségleteit egyre inkább a veseelégtelenséggel kapcsolatos szövődmények határozzák meg, szükségessé válhat a vesepótló kezelés módjának kiválasztása és indításának meghatározása, s a beteg gondozását ekkor már a nephrológus irányítja.

Igazolt szív-érrendszeri betegségben szenvedők gondozása.

A koszorúér-betegségben szenvedő, a stroke-on átesett és perifériás érbetegséggel rendelkező betegek gondozásának kérdései tartoznak ide.

A koszorúér-betegségben szenvedők gondozása

A koszorúér-betegség jelentősége. A koszorúerek ateroszklerózisa által okozott iszkémiás szívbetegség a mortalitási és a morbiditási statisztika élén áll. Az utóbbi időszakban a kardiológiai ellátás eredményei következtében az akut kórformák mortalitásának csökkenése következett be, aminek kedvező hatása a születéskor várható élettartam növekedésében is megnyilvánul. A koszorúér-

betegség gyakorisága azonban ma is jelentős, korai felismerése, kezelése és gondozása a kardiovaszkuláris prevenció egyik alapkérdése.

A koszorúér-betegség komplex diagnosztikája. A koszorúér-betegség fennállását részletes kardiológiai vizsgálat bizonyítja be. A betegség gyanúja akkor merül fel, ha a magukat egészségesnek tartott személyek esetében végzett szűrővizsgálat a betegség rizikótényezőit mutatja ki vagy ha a beteg panaszai a betegségre jellemzőek. A háziorvos szerepe fontos abban, hogy a kardiológiai vizsgálatot időben kezdeményezze.

Kockázati csoportba sorolás, célértékek. A koszorúér-betegség esetei az igen nagy kardiovaszkuláris kockázati csoportba sorolhatók. A gondozásuk során az elhízásra, a hipertóniára, a szénhidrát-anyagcsere zavaraira és a lipid-értékekre vonatkozó legszigorúbb célértéket kell figyelembe venni.

A kezelés és gondozás gyakorlata. A koszorúér-betegség esetén szükséges *életmód-kezelés* a dohányzás elhagyását, az étrendi kezelést, a beteg állapotának megfelelő aerob testmozgást és szükség esetén az alkoholfogyasztás csökkentését foglalja magában. A *gyógyszeres kezelés* egyrészt a hosszú távú túlélést segíti, másrészt a tüneteket csökkenti. A gyógyszerek első csoportjába az artériás vérrögzépződést akadályozó és vérlemezke-aggregációt gátló, az LDL-szintet csökkentő és pleiotrop hatású statinok, a hipertóniát és vesekárosodást kedvezően befolyásoló gyógyszer-készítmények tartoznak. A tünetek csökkentésében a koszorúerekre és a szív működésére ható gyógyszerek, a szív frekvenciáját és oxigén-igényét csökkentő, továbbá a sejtvédő hatású készítmények alkalmazhatók. A gondozás teendői a rendszeres ellenőrzés, az életmód tanácsadás, a progresszió valamint a társbetegségek felismerése és kezelése is.

A stroke-on átesett beteg gondozása

A stroke jelentősége. Az agyi vérkeringés zavarai gyakoriak, világszerte a halálozási statisztika elején álló helyek egyikén szerepelnek. A stroke közel

minden ötödik esetben halállal végződik és gyakran a munkavégző vagy az önellátó képesség elvesztéséhez vezet. Következménye lehet a demencia, az időskori epilepszia és depresszió kialakulása. A háziorvosi ellátás fontos feladata az intézeti ellátást követően a stroke-on átesett beteg otthoni gondozásának megszervezése és megvalósítása.

A stroke-on átesett beteg állapotának felmérése. Az első lépés a beteg gondozási és rehabilitációs szükségleteinek megállapítása. Elemei: a fizikális állapot megítélése, a paresis fokának, a beszédzavar fennállásának, a gondolkodás zavarának, a hangulati zavaroknak és motivációnak a megítélése.

Kockázati csoportba sorolás, célértékek. A stroke-on átesett betegek az igen nagy kardiovaszkuláris kockázati csoportba sorolhatók. Az esetükben a stroke mellett fennálló kardiometabolikus rizikóállapotok gondozása szükséges, és ennek során az elhízásra, a hipertóniára, a szénhidrát-anyagcsere zavaraira és a lipid-értékekre vonatkozó legszigorúbb célértéket kell figyelembe venni.

A kezelés és gondozás gyakorlata. A stroke-on átesett beteg komplex gondozást igényel, aminek elemei a stroke rehabilitáció otthoni folytatása, az újabb stroke esemény megelőzése, az immobilizációval kapcsolatos állapotok gondozása és a cerebrális károsodás következményeinek javítása. Az otthoni rehabilitáció elemei a gyógytorna és a beszédterápia megszervezése, az életmód körültekintő kialakítása és a pszichés vezetés biztosítása. Az újabb stroke esemény megelőzésében fontos az életmód-kezelés, a dohányzás és az alkoholfogyasztás elhagyása, továbbá a hipertónia, a diszlipidémia és a diabetes kezelése, a trombocytáaggregációt gátló kezelés folytatása és szükség esetén (pitvarfibrilláció !) az antikoaguláns terápia végzése is. Az immobilizációval kapcsolatos állapotok gondozása a dekubitusz, pneumonia, húgyúti infekciók, obstipáció kezelése mellett a mélyvénás trombózis és a tüdőembolia megelőzését jelenti. A cerebrális károsodás következményeinek javítása pedig a paresisek, kontraktúrák, epilepszia és centrális fájdalom valamint a depresszió és a demencia kezelését foglalja magában. A speciális stroke utáni állapotok

kezelése, gondozása során az alapellátási team tagjai és az otthoni ápolás rehabilitációt végző szakemberei együttműködnek a stroke-ambulancia szakembereivel.

Gondozás perifériás érbetegség esetén.

A perifériás érbetegség jelentősége. A perifériás arteriás betegség döntően atheroszklerotikus eredetű. Gyakorisága a felnőtt populációban 6-12%-ra tehető, a magasabb életkori csoportokban a 20-25%-ot is elérheti. A betegség kezelése nagy erőfeszítéseket igényel, a prognózisa nem igazán jó. Emiatt a korai felismerése és gondozásának körültekintő végzése nagy fontossággal bír.

A perifériás érbetegség komplex diagnosztikája. Alapvető az egyéni és családi előzmény részletes felvétele, a klaudikációs fájdalom jellegének és súlyosságának meghatározása. A fizikális vizsgálatnak legyen része a boka-kar-index meghatározása. Az érrendszer állapotának megítélésére képalkotó és kiegészítő vizsgálatok végeztetése indokolt. Szükség van a társult rizikóállapotok, betegségek vizsgálatára is.

Kockázati csoportba sorolás, célértékek. A perifériás érbetegségben szenvedők az igen nagy kardiovaszkuláris kockázati csoportba sorolhatók. A gondozásuk során a betegségük mellett fennálló kardiometabolikus rizikóállapotok kezelésében e kockázati csoport célértékeit kell figyelembe venni.

A kezelés és gondozás gyakorlata. A perifériás érbetegség felismerését követően a betegek gondozásában az életmód-kezelés során kiemelt jelentőségű a dohányzás elhagyása, fontos az étrendi kezelés, az aerob testmozgás és a testsúlycsökkenés elérése is. A klaudikáció kezelésében alapvető jelentőségű a kontrollált járás-gyakorlatok alkalmazása, ellenőrzése nagy figyelmet igényel. A gyógyszeres kezelésben fontos a vérlemezke-aggregáció-gátlás, a klaudikáció gyógyszeres kezelésére pedig a foszfodieszteráz inhibitor hatású pentoxifillin és az újabb cilostazol mellett a még újabb készítmények is használhatók. Szükséges a társbetegségek: a hipertónia, a diabetesz és a dyslipidaemia adekvát

kezelése is. A kezelés intervenciós és műtéti módszerei a sztentelés, az érplastica és a rekonstrukciós műtétek végzése. A gondozás során kiemelt figyelem szükséges a hypertonia kezelésére érszűkület esetén és a diabeteses beteg érbetegsége kezelésére is.

DUPress

KONKLÚZIÓ

A megelőző fejezetekből remélhetően kitűnik, hogy a háziorvoslás gyakorlatában a betegellátó-gyógyító feladatok ellátása és a széleskörű preventív tevékenység végzése azonos fontossággal bír. Az alapellátás a preventív tevékenységével a népegészségügyi célkitűzések megvalósítását segíti. E feladatkörök ellátásában a háziorvosi team tagjaként felkészült népegészségügyi szakember jelentős segítséget nyújthatna. A megfelelő szervezeti keretek biztosítása esetén, vagyis a tervezett csoportpraxisok/praxisközösségek működése keretében, a prevenciós szakember mellett képzett dietetikus, gyógytornász és egészségpszichológus szakemberek alkalmazására is sor kerülhetne, ami hozzájárulna a színvonalas preventív tevékenység végzéséhez.