

INTERJÚK

Megelőzés a háziorvosoknál – Beszélgetés Dr. Vajer Péterrel

Prevention at GPs – Interview with Dr. Péter Vajer

Doi: [10.58701/mej.17631](https://doi.org/10.58701/mej.17631)

Kulcsszavak: megelőzés; háziorvos; praxisközösség
Keywords: prevention, GP, general practice partnership

A MEJ célja, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítse az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb, teljesebb kép kialakítását. Ehhez a tudományos közlemények mellett egy új formát is választottunk: interjúkat készítünk néhány olyan kiemelkedő hazai szakemberrel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jólléthez.

Az interjút Vitrai József, a MEJ alapító főszerkesztője készítette 2024. november 18-án.¹

Vitrai József (V. J.): Szeretettel köszöntöm Dr. Vajer Pétert, aki vállalkozott arra, hogy a Multidiszciplináris Egészség és Jóllét folyóirat számára egy beszélgetésben részt vesz, aminek a témája tulajdonképpen az, hogy a háziorvosok, az alapellátás milyen módon tud hozzájárulni a népegészségügy feladataihoz, főképpen a megelőzésben. Mielőtt a beszélgetésben

ezt a témát elkezdenénk boncolgatni, megkérlek Péter, hogy röviden mutakozz be az olvasóknak és hallgatóknak.

Vajer Péter (V. P.): Sok szeretettel köszöntök mindenkit, és nagyon köszönöm, hogy lehetőséget adsz arra, hogy erről a témáról beszélgessünk ma. Röviden magamról: 2003-ban szereztem háziorvostanból szakvizsgát, 2006 óta dolgozom háziorvosi praxisban, de az egyetem elvégzése után rögtön a Családorvosi Tanszékén kezdtem el dolgozni. Így nem csak hogy lehetőséget, hanem kötelességem is volt bekapcsolódni mind kutatásba, mind az oktatásba. Ez a mai napig része az életemnek, és valahogy mindig úgy alakultak a kutatási témák, hogy azok a népegészségügygel kapcsolatba hozhatók voltak. A tudományos fokozatomat a dohányzásról való leszokástámogatás témaköréből írtam, ami talán az egyik legfontosabb beavatkozás, amit tehetünk a betegségek megelőzése érdekében. Több nagy hazai projektben vehettem részt akár háziorvosként, akár valamilyen szakmai koordinátorként vagy vezetőként, amiben kimondottan népegészségügyi célú feladatok kidolgozása és megvalósítása zajlott

¹ A szöveg a MEJ [Facebook oldalán](#) és [Youtube csatornáján](#) meghallgatható interjú szerkesztett változata.

háziiorvosi praxisokban. Ilyen volt az „Alapellátási Program”, ami svájci programként híresült el Magyarországon, illetve a „Három generációval az egészségért program”, ami talán a legfrissebb ilyen kormányzati forrásból támogatott program volt. Ma szerencsém van a Kardiovaszkuláris Intézetben, a GOKVI-ban (Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet – a szerk.) is dolgozni, ahol prevenciós és módszertani osztályt vezetek. Itt mi nagyon aktívak vagyunk szűrőbuszos programok szervezésében, ami elsősorban a hátrányos helyzetű településeken élők szív- és érrendszeri kockázatait, de egyéb kockázatait is próbálják beazonosítani, és picit terelni az ott lakókat a változtatás irányába.

V. J.: Köszönöm szépen, akkor vágjunk is bele! Az első kérdésem az lenne, hogy látod, jelenleg mit tudnak a háziorvosok tenni a megelőzés érdekében.

V. P.: Érdekes talán kettéválasztani, hogy mi az, ami elvárt, és mi az, amit egyébként tenni lehet. És talán van még egy harmadik, az, amit teszünk a napi gyakorlatban. Amennyire én tudom, mindig vannak aktuálisan érvényes népegészségügyi programok – bár néha van olyan időszak, amikor ilyen még csak nincs is, legalábbis ahogy én látom az elmúlt 20–30 évet, – de valahogy az a része elmarad, hogy ezeket napi tevékenységgé és támogatott tevékenységgé fordítsa át az éppen aktuális egészségügyi kormányzat, pedig ez egy nagyon kíváncsi dolog lenne.

Azt hiszem, hogy most is pont egy ilyen időszakban vagyunk, amikor létezik valamifajta elképzelés arról, hogy milyen népegészségügyi programnak kellene működnie Magyarországon, de valójában konkrét feladatokká ez nem fordul át, legalábbis ami az alapellátás területét illeti.

Ez probléma, hiszen a lakosság – különböző felmérések eltérő eredményt mutatnak – nagyjából 70%-a megfordul egy év alatt a háziiorvosi praxisokban, tehát óriási a mi találkozás számunk nem csak a beteg emberekkel, hanem olyanokkal is, akik egyébként nem betegek, hanem valamilyen ügyet intéznek nálunk. Ennek a részleteibe szerintem nem érdemes belemeríteni, de nagyon sok a kontaktus helyzet, ami jól használható lenne akár egészségnevelésre, vagy éppen primer vagy szekunder prevenciós tevékenységek elvégzésére. Ami ezen a területen jogszabályalkotásban történt az 2021-hez köthető, amikor a praxisközösségek jogszabályi háttere megjelent, hogyan kell, vagy lehet praxisközösséget alakítani Magyarországon. Akkor jelent meg ezzel egy időben a prevenciós rendelésre vonatkozó szabályozás, ami arra hívja fel az ügynevezett szoros praxisközösségben működőket, hogy hetente bizonyos óraszámban ügynevezett prevenciós rendeltetést kell biztosítaniuk a felnőtteket ellátó praxisokban. Azt nem említettem, hogy én most a felnőtt háziorvoslásról beszélek, a gyermek praxisokban a prevenció egy picit másként zajlik, ott vannak nagyon fontos tevékenységek, például a védőoltási program, ami kimondottan egy primer prevenciós aktivitás. A felnőtt praxisokra vonatkozóan is ilyen módon megjelent a prevenciós rendelések kötelezettsége, ami arra szolgál, hogy előre egyeztetett időpontban az erre nyitott páciensekkel vagy kliensekkel – nincs igazán jó szó a nem beteg betege Magyarországon – ott történjen valami. Ezen kívül megjelent egy irányelv is, ami azokat a tevékenységeket sorolja fel, ami mögött van tudományos bizonyíték arra, hogy értelmes, és prevenciós rendelésen jó lenne végrehajtani.

V. J.: Pár példát mondanál erre?

V. P.: Például – most akkor kicsit hazabeszélve – a dohányzásról leszokás támogatása, a minimál intervenció az egy helyes dolog. Vagy az, hogy rendszeresen mérjünk vérnyomást, hogy bizonyos életkor fölött, mondjuk 50 év felett küldjük el a beteget urológiai – mármint a férfiakat – vizsgálatra, és így tovább. Ezeknek a tevékenységeknek egy része egy korábbi rendeletben is benne van, az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat felsoroló rendeletben, ahol nincs mögötte a tudományos bizonyítékok listája, egyszerűen csak egy taxatív felsorolás arról, hogy miket kell csinálni milyen életkori csoportban. Az irányelv talán annyiból volt több, hogy konkrétan a bizonyítékokat is felsorolja, illetve azoknak az erősségét is megmutatja. Így egy picit talán a szakmai meggyőződésünket erősítheti abban, hogy ezek értelmes tevékenységek. Arra vonatkozóan nincsen adatunk, hogy hányan vesznek részt prevenciós rendelésen, és mi történik ezeken a prevenciós rendeléseken.

V. J.: Ezt nem kell jelenteni nektek a prevenciós rendelésről?

V. P.: Nem, annyi volt az elvárás, hogy a működési engedélyünkben meg kellett jeleníteni, hogy mikor vannak a prevenciós rendelések időpontjai, de nincs egy szisztematikus adatgyűjtés ezek méréséből. Az szerintem egy probléma Magyarországon hosszú ideje, hogy elkezdünk valamilyen elmozdulást egy jó irányba, akár szakmailag helyes irányba, de nem szoktuk megmérni, hogy ezek hova visznek, hányan csinálják, van-e hosszútávú egészségnyeresége. Ezt neked talán nem kell részleteznem, számos ilyen jelentést készítettél, amikhez szerintem adatokat találni nagyon nehéz lehetett.

V. J.: Említetted, hogy ezek a prevenciós rendelések a praxisközösségekre vonatkozóan kötelezőek. Az első kérdésem az,

hogy hány háziorvos dolgozik praxisközösségben. Van-e valamilyen becslés?

V. P.: Az általam ismert utolsó adat az 3500 körüli praxisról szól.

V. J.: Ez durván a fele, ugye?

V. P.: Ez több, mint a fele. Nagyjából 6200 körzet van Magyarországon, ma nagyjából 1000 olyan körzet érintett, ahol nincs állandó háziorvos. Ha ezeket nem számítjuk, akkor a praxisok száma csak 5200 környékén van, tehát ebből a 3500 azért az elég magas szám.

V. J.: Akkor akik nem dolgoznak praxisközösségben, azokra vonatkozóan nincs olyan elvárás, hogy prevenciós rendelést vagy prevenciós tevékenységet végezzenek, azon kívül, hogy kötelező szűréseket kéne végrehajtani, ugye?

V. P.: Ha levezetjük a magasabb rendű jogszabályok felől, akkor alapvetően mindkinek kötelező prevencióban aktívnak lennie, szóval ez nem kérdés. Hiszen, ha a háziorvosok tevékenységéről szóló 4/2000-as egészségügyi miniszteri rendeletet elolvassuk, akkor benne van, hogy a prevenció fontos feladata a háziorvosnak. Még az egészségtervezés is szerepel benne, mint kifejezés, ami talán 2015 óta került be így a szóhasználatba. Tehát ezek létező fogalmak, és ezek olyan rendeletek, amik mindenkire vonatkoznak, akik háziorvosi tevékenységet végeznek. Csak ha azt mondom valakinek, hogy csinálj prevenciót, ezzel nem mondasz semmit. Azt kell neki mondani, hogy ha bejön egy ilyen és ilyen ember, akkor vele ezt és ezt kell tenni. Vagy meg kell határozni, hogy ebbe a korcsoportba tartozókkal ezt kell csinálni, ilyen gyakran, ha találsz valamilyen eltérést, akkor mit kell tenni. Az lenne a szerencsés, ha ez így működne.

V. J.: A korcsoportokra megállapított szűrési feladatok a valóságban úgy zajlanak le, hogy a háziorvos behívja az adott korcsoportba tartozó, mondjuk 50 év feletti férfit azért, hogy utána meg tudja neki mondani, hogy milyen feladatai lennének, hova kéne elmennie? Tehát van arra gyakorlat, hogy a háziorvos behív egy lakost anélkül, hogy bármilyen problémával önként jelentkezne?

V. P.: Ha arra gondolsz, hogy szervezett módon, időről időre valamilyen formában megkeresnénk az adott korcsoportba tartozókat, azt hiszem, hogy ez nem valósul meg. Ez inkább egy opportunista módon történő aktivitás. Tehát ha valaki már ott van a rendelőben, mondjuk egy gépjármű vezetői alkalmassági vizsgálat-hoz kapcsolódóan, akkor több mindenről lehet beszélni, több mindent fel lehet vetni, és be lehet őt vonni. Elvben a prevenciós rendelés adna alkalmat arra, hogy szisztematikusan elkezdjük feldolgozni egy praxis betegkörét.

V. J.: Ennek a gyakorlati megvalósításához az adott személyek elérhetőségét is ismerned kellene, mint háziorvosnak.

V. P.: Amikor a betegek bejelentkeznek egy praxisba, ott történik adatrögzítés, aminek része a telefonszám, lakcím, elérhetőség egyeztetése.

V. J.: Telefonszám vagy e-mail cím is?

V. P.: Ha hozzájárul és megadja akkor igen, ezt fel lehet venni. De ezek olyan dolgok, amik – mindannyian tudjuk a saját életünkben is – változnak.

V. J.: Felvázoltad, hogy mik a jelenlegi viszonyok. A saját ismereteid alapján – mondtad, hogy kutatással is foglalkozol, tehát nyilván nem csak a gyakorlati tapasztalatok állnak rendelkezésedre – milyen módon lehetne bővíteni, vagy

javítani ezt a megelőzésre irányuló tevékenységet a háziorvosok körében?

V. P.: Egyrészt, a körülményekhez hozzátartozik, hogy viszonylag sok praxisban nincs állandó háziorvos, hanem valamilyen helyettesítés útján oldják meg a rendelőt. A másik fontos körülmény, amiről beszélni kell, hogy az átlagélethor már 60 környékén van, ami a háziorvosokat illeti. Ezzel semmi olyat nem szeretnék mondani, hogy aki efölött az átlag fölötti életkorú, az kevésbé lenne elkötelezett a prevenció mellett, mint a fiatalabbak, de nyilván kevésbé motiválható már egy nyugdíjhoz közeledő kolléga, mint aki most lép ki a porondra, és meg akarja váltani a világot. Tehát önmagában ez a helyzet vélhetően nem segíti a prevenciós aktivitás sikerességét. Amiben korábban is gondolkodott a szakma, az az, hogy a mi – orvosok – képzésünk, a tanulmányaink elsősorban a gyógyításra készítettek fel. Ezért biztosan szükség lenne arra, hogy az ismereteket bővítsük és az attitűdünkön is változtassunk. Azt elhinni, hogy ha én mondom egy jó mondatot egy betegnek, hogy kérem önnek érdemes lenne a súlyával kezdeni valamit, mert ennek nagyon pozitív hatása lenne a mozgására, a daganatos betegségek megelőzésére, a cukorbetegség kialakulásának a megelőzésére és így tovább, tehát hogy egy-egy ilyen mondatnak van értelme, ezt nem mindenki hiszi el. Miközben bizonyított, hogy az ilyen jellegű mondatok lehet, hogy nem azonnal, de később akár működhetnek is. Tehát egyrészt fontos az ismeretbővítés, az attitűd, és magának a háziorvosi rendszer működésének a megváltoztatása is nagyon fontos lenne. Ebbe beletartoznak az infrastrukturális körülmények, de ugyanúgy a humán erőforrás jelenlegi helyzete. Nyilván nem tudunk fiatalabbak lenni, de az, hogy akár praxisközösségi szinten megjelenjen mellettünk egy jól képzett szakdolgozó, akár egy MSC ápoló, aki

kimondottan a prevenciós aktivitás szakértője, az biztos, hogy nagyon sokat jelentene a prevenció szempontjából.

Szerintem az nem feltétlenül reális, hogy a háziorvosokból jó prevenciós egészségügyi szakember lesz.

V. J.: Nagyon érdekes kérdés, amit most felvehetsz.

V. P.: Igen, mert minket nem erre tanítanak.

V. J.: Igen, nem erre vagytok kiképezve.

V. P.: Nekünk akkor kapcsol be, hogy csinálni kell valamit, ha megjelenik egy betegség. Miközben persze mindannyian úgy gondoljuk, hogy a legjobb megelőzni a betegségeket. Az egyik opció az, hogy már az egyetem alatt, a rezidens képzés, a szakképzés során nagyobb hangsúlyt kap a prevenció, és hogy ezen a területen milyen technikák alkalmazhatók. Hosszabb távon ez biztos, hogy egy jó irány lenne. A másik lehetőség az, hogy ott vannak velünk olyanok, akiknek tényleg ez a szakmája. Mi adjuk a pacientúrát, mi adjuk azt a fajta szakmai támogatást, hogy ha fény derül valamilyen megoldandó ügyre, akkor ott vagyunk és segítünk. Tehát maga a praxisközösség befogad egy ilyen szakembert és lehetőséget ad neki. Szerintem ez egy reálisabb út, és úgy tűnt a korábbi projektekből – akármelyiket nézhetjük az elmúlt egy-másfél évtizedből –, hogy ez egy működőképes modell lenne. De nyilván kell az, hogy legyen egy értelmes cél, egy jó szakmai program, megfelelő pénzügyi háttér, mert különben nem fog működni.

V. J.: Érdemes lenne pontosítani, hogy milyen prevencióról beszélsz. Nyilván az elsődleges prevenció az, amire itt gondolsz, hogy ahhoz megelőzési szakember kellene. Az orvosok felkészítése pedig

inkább a szekunder, vagy az a fölötti prevencióra vonatkozik, mert a szekunder vagy tercier megelőzésben az orvosok szerepe nyilvánvalóan elsődleges. Egy kicsit ez át is visz arra, hogy amire az alapellátási programban népegészségügyi koordinátort alkalmaztak, az főképpen az elsődleges megelőzés volt. De manapság egyre inkább előtérbe kerül az is, hogy a krónikus betegek másodlagos, harmadlagos megelőzésében a háziorvosoknak is nagyon nagy szerepe lenne, talán ez nem annyira közismert manapság. Tehát erről az újabb irányról mondhatnál valamit. Háziorvosként mi az, amit tudsz tenni, vagy mit kellene tenni a krónikus betegek ellátásában?

V. P.: Én azt gondolom, hogy itt is ugyanúgy lenne helye további szakembereknek. A praxisközösségek kialakítása ebben a pillanatban egy megrekedt folyamat, nem sikerült még befejeznünk. Ugyanis arról van szó, hogy mi praxisközösségbe rendeződtünk, mondjuk 5-10 háziorvos azt mondtuk, hogy mi alkotunk egy praxisközösséget. De valójában, amit korábban végig gondoltunk, kipróbáltunk különböző projekteken, az nem arról szólt, hogy ebben a praxisközösségben csak háziorvosok és egészségügyi szakdolgozók vannak, és akik mellettünk dolgoznak, a körzeti közösségi ápolók. Nem csak ezek a csapat tagjai, nagyon sok egyéb szereplő is felmerült. Akár olyan, aki a fizikai aktivitás területén szakértő, a táplálástudomány, vagy éppen a lelki problémák szakértője. Valahol ebbe az irányba kellene továbblépni, mert nekik abban, amiről most beszélni szeretnénk – amikor már van egy krónikus nem fertőző betegség, és ott szeretnénk akár az állapotromlást megelőzni, vagy újabb egyéb társbetegségek megjelenését megelőzni –, ott óriási szerepük van. Hiszen ezek a kórképek mind olyanok, amiknek a kialakulásában és az állapot romlásában az életmódnak döntő szerepe van. Mi ahhoz nagyon jól

értünk, hogy milyen gyógyszert választunk, azt milyen dózisban szedje a beteg, milyen gyakran és milyen egyéb paramétereket kell kontrollálni, de abban, hogy milyen tanácsot adjunk, hogy egy év alatt a páciens 10-12 kilót csökkentse a testsúlyát, itt már nálunk megáll a tudomány. Most éppen egy ezzel kapcsolatos projektet csinálunk, ahol kiscsoportos interaktív képzést tartunk testsúlycsökkentés témakörben, és nagyon érdekes tapasztalataim vannak arról, hogy a kollégák egy része úgy véli, hogy az elhízás egy esztétikai probléma, és nem krónikus betegség. Nagyon furcsa, hogy így a 21. század első felében az nem teljesen egyértelmű, hogy az elhízás az egy betegség, illetve, hogy mennyien úgy gondolják, hogy ez egyszerűen azon múlik, hogy a betegnek kevesebbet kéne ennie, és többet mozognia, és akkor minden rendben lenne. Hogy csak ennyit kell mondani a betegnek. Oda szeretnék kilyukadni, hogy miközben nekünk is változni kell, többet kell tudni ezekről a dolgokról, az attitűdünket is meg kell változtatni.

Ha be tudnánk fejezni azt a folyamatot, amit elkezdtünk, hogy olyan praxisközösségek jöjjenek létre, ahol a betegeket segítő egyéb szakmák is megjelennek, és ők egy csapatban, megfelelő finanszírozás mellett tudnak dolgozni, azt gondolom, az lenne egy igazi népegészségügyi program.

Enélkül nem fog menni. Ha az az irány van, hogy egyre kevesebb a háziorvos a területen, és egyre több az idős, multimorbid beteg, akkor nem jön ki a matek, hogy több időt fogunk tölteni prevencióval.

V. J.: Amit mondasz, az ha nem is a praxisközösségekre, de az Egészségfejlesztési Irodákra (EFI) vonatkozóan már felmerült. Amikor elindultak az Egészségfejlesztési Irodák, akkor az volt a koncepció,

hogy a háziorvossal szorosan együttműködnek, és ők nyújtják a másodlagos megelőzéshez szükséges szolgáltatásokat. Te hogy látod, ez hogyan alakult? Gondolom, hogy vannak erre vonatkozóan neked is tapasztalataid. Mi az, ami miatt ez az együttműködés nem fejlődött ide, mi lehet ennek az akadálya?

V. P.: Az egyik gond szerintem már a legelején kódolva volt. Amikor az Egészségfejlesztési Irodák több lépcsőben, EU-s pályázatból létrejöttek, akkor a legelején megengedte azt a rendszer, hogy nagyon sokféle tulajdonosi kör is pályázhasson. Gyakorlatilag az önkormányzati társulásoktól kezdve a fekvőbeteg intézményeken keresztül, ha jól emlékszem ötféle tulajdonosi kategória volt, aki beadhatta a pályázatot. Ma ott tartunk azt hiszem, 110 EFI van az országban, nagyjából ennyi jött létre. Ez azért probléma szerintem, mert ha még a szakmai irányítás egységes is lenne, akkor is nehézséget okoz az, hogy a fenntartói kör ennyire diverz. A másik gond az, hogy az EFI-k jogállása a mai napig nem rendezett ügy, legalábbis tudomásom szerint, tehát nem tisztázott, hogy az EFI valójában egészségügyi intézmény, vagy sem. Amikor például megvalósítanak egy csoportos testsúlycsökkentő programot, vagy leszokás támogatást, akkor az egészségügyi intervenció vagy sem? Mert ha az, és ha az EFI egészségügyi szolgáltató, akkor a NEAK elvben finanszírozhatná ezeket a tevékenységeket. Amennyire én tudom, ez ma nem egy NEAK finanszírozott feladat, hanem bizonyos időközönként – és általában inkább a tárgyév második felében – kapnak valamilyen központi forrást a működésükre. Egy időben az sem volt teljesen világos, hogy ki határozza meg a feladatukat. Az Államtitkárság Egészségpolitikai vagy Népegészségügyi Főosztálya jelöli ki, hogy mi az adott évben a prioritás vagy éppen a most már NNGYK-nak nevezett – akkoriban talán OTH volt – intézmény adja a

feladatot. Egy időben az AEEK, most már OKFŐ-ként próbált ebbe a folyamatba úgy beavatkozni, hogy ő próbálta irányítani a feladatokat. Szerintem nagyon fontos lenne, hogy tisztázódjon, ki az, aki szakmailag legalább a főbb irányokat megmondja. Például, hogy 2025 az elhízás éve, és akkor erre próbáljatok minél több aktivitást megvalósítani a területeteken. Most csak mondtam egy példát, de szerintem ez egy üdvös dolog lenne. Tehát van egy ilyen gond a háttérben, a másik pedig a fenntartás. Minimum két embert kell foglalkoztatni, ez a szabály. Két ember az nagyon kevés azt gondolom.

V. J.: Amit felsoroltál, az tulajdonképpen az EFI-k problémahalmaza. Amire én kérdeztem az az, hogy a háziorvos és az EFI közötti munkakapcsolat vajon miért nem valósult meg? Te is azt tartanád megfelelőnek, ha az EFI-ben elérhető szolgáltatások – például az elhízás éve kapcsán fizikai aktivitást elősegítő programok – lennének elérhetőek a háziorvosi páciéntúra számára, azoknak, akiknek szükségük lenne erre?

V. P.: Azt hiszem, hogy erre egymondatos választ nem lehet adni azért, mert nagyon különbözhet a gyakorlat a különböző területeken Magyarországon. Ahol van kommunikáció az EFI és a háziorvosok között, ott vélhetően ez sokkal jobban működik, mint ahol ezt nem sikerült kiépíteni. Most egy kicsit másként fogalmazom meg azt, amit az előbb elmondtam. Picit nekem úgy tűnik, hogy oda-dobtuk a gyeplőt a lovak közé, és mindenki azt csinál, amit akar.

V. J.: Tehát például a háziorvos nem tud „rendelni egy mozgás receptet” úgy, hogy azt az EFI-ben tudja teljesíteni valaki, mert ennek a feltételei nem jöttek létre? Így érted?

V. P.: Igen, így értem, illetve lehet, hogy az egyik járásban ez működik, de a másikban meg nem. Tehát nincs egy egyenszilárd-ságú szolgáltatási lista, egy rendszer, amire tudok építkezni. A legtöbb esetben, amikor voltak ilyen területen uniós projektek, mindig elvárás volt, hogy az EFI-vel együttműködésben kell megcsinálni a programot. Ezt a „Három generációval az egészségért programban” is leírtuk, tehát mindenki próbálta erősíteni, hogy a háziorvos és az EFI között működjön ez a kapcsolat. Csak szerintem most már lassan mindenkinek meg kellene érteni, hogy nem lehet projektről projektre működtetni az egészségügyet. Ha egyszer azt láttuk, hogy valami jó, vagy kíváncsú, akkor próbáljuk azt megerősíteni, és stabilá tenni a rendszerben, mert akkor elképzelhető, hogy működni fog. De arra várni, hogy majd a következő projekt megint hoz valami kis pénzt, és akkor majd lesz valami, erre népegészségügyi programot alapozni szerintem nem reális.

V. J.: Már fel is vezetted az utolsó témát, amiről beszélünk kellene. A háziorvos szemszögéből milyen feltételeknek kellene megvalósulniuk, teljesülniük ahhoz, hogy sokkal hatékonyabban tudjon megelőzési szolgáltatásokat nyújtani? Te hogy látod, mi az a három dolog, amin a legfontosabb lenne változtatni ahhoz, hogy a háziorvosok sokkal többet tudjanak tenni a betegekért a megelőzés területén?

V. P.: Az elsőt én mindenképpen az ismeret és készségfejlesztésben látom, tehát ez az egyik dolog. A másik, ami nagyon fontos, talán az általam elmondottakból már kiderült és szerintem egy alapvető dolog, hogy határozzuk meg, hova szeretnénk eljutni, milyen terv, események, végrehajtandó feladatok mentén. A „Három generációval az egészségért programban” maguknak a praxisközös-

ségeknek kellett a saját területükön élők szükségleteihez igazodóan kialakítani egy ilyen tervet, mert ez ugye különbözhet az ország más-más pontjain. Nem biztos, hogy ugyanazt kell csinálni a 12. kerületben, mint például Somogy megyében egy zsákfaluban. Ez lenne a második. Még egy olyan finanszírozási rendszert is ki kellene alakítani, ami motiváló mind a két oldalon. Nem csak az ellátók, a praxisközösség, a benne dolgozó háziorvos és az ott dolgozó szakemberek oldalán, hanem az érintettek oldalán is. Erre vonatkozóan is vannak elképzelések.

V. J.: A betegekre gondolsz, ugye?

V. P.: Igen. Egy egyszerű példa, ha nem csinál sz balesetet, akkor a kötelező évről évre kedvezőbb, tehát lehetne ösztönözni. Ez biztos, hogy nem egy egyszerű dolog, de el tudom képzelni, hogy lehetne ilyen ösztönzőket találni. Nézzük meg, mindenki rohan visszaváltani a műanyag palackokat, pedig csak 50 forintot kap. Azt az 50 forintot, amit amúgy kifizetett, de mégis tömött sorok vannak és hatalmas szatyrokkal rohangál mindenki. 50 forint, és csináljuk. Nekem is mutatja az alkalmazás, hogy már 6000 forintnyi palackot visszavittem, ez nem egy akkora összeg, de

mégis motivál. Ugyanígy lehetne valamit az egészségünkkel kapcsolatban tenni.

V. J.: Igen, ez szerintem nagyon jó példa volt. Ha nincs más, amit szeretnél hozzátenni, akkor le is zárhatnánk a beszélgetést.

V. P.: Egyetlen egy gondolat még a végén, mert ezt mindig szoktam hangsúlyozni. Annyit csináljunk meg, ha valamit változtatunk, legalább próbáljuk megmérni, és abból valamilyen következtetést levonni, hogy az jó volt-e vagy sem.

Hiányzik szerintem a legtöbb esetben, hogy legyen meg bennünk a tanulási képesség, az, hogy okuljunk abból, amit csináltunk. Különben az lesz, hogy csak kísérletezgetünk, és semmivel nem leszünk előrébb.

V. J.: Igen, a tanuló rendszerek hiánya, így is lehetne fogalmazni, ha rendszerszinten nézzük. Nagyon szépen köszönöm a számomra nagyon érdekes és értékes gondolataidat, és remélem, hogy az olvasók és a hallgatók is hasonlóképpen fogják értékelni. Köszönöm szépen még egyszer.