

Cooperation Based Medicine, mint a paradigmaváltás alapja az egészségügyben

Dr. Varga Imre, Dunakeszi Rendelőintézet

„Ha csak annyi energiát fordítanánk a holisztikus ellátás és az integratív medicina megértésére, mint amennyit az ellenzésére pocskélunk, akkor nemcsak megtanulhatnánk, hanem még előbbre is vihetnénk”.

Az elmúlt évtizedekben elsősorban az USA-ban erősödött meg a háziorvosi gyakorlatból indulva az a megújult szemlélet, mely a megelőzés, a kezelés és a gyógyítás során a szervezet egészét, működésének, a léleknek és a környezetnek az egyensúlyát funkcionális egységében igyekszik kezelni. Az irányt szakmai szervezői körök a XXI. század egészségügyi paradigmájaként is értékelik. Kijelenthető, hogy a csak a szervekre koncentráló, kizárólag a hagyományos elvekkel történő gyógyítás már a múlté, jövője nincs mai formájában. Fontos mozgatórugója a változásoknak a spirál formában emelkedő költségek megfékezésének szükségessége, valamint egyfajta lakossági igény megjelenése is. Az egészségügyi kultúraváltás kihívását felvállaló oktatási központok esetében a holisztikus betegellátási koncepció gyakorlatba ültetése lenne célszerű első lépésként a továbblépés lehetőségeinek szem előtt tartásával. A transzdisciplinális értékekkel bíró holisztikus formára adaptáltan egyedi definícióként javasolt az ún. kapcsolat alapú orvoslási forma, a Cooperation Based Medicine (CBM) bevezetése, mely pontos megértéséhez és alkalmazásához érdemes vizsgálni az adott egészségügyi rendszert. Már a tervezéstől kezdve az integratív szakmai összetétel kialakítására, az oktatás, a kutatás, a gyakorlat párhuzamos kezelésére kell törekedni, lehetőleg a legmagasabb evidencia szint és az ellátási kockázatok csökkentése mellett.

There is a renewal in the medical practice mainly in the USA starting out from primary care that puts the person as a whole, a functioning unity of body and soul, into the focus of prevention and treatment. This approach has gained momentum in the last few decades and professional circles consider this kind of medical thinking to be the health care paradigm of the 21st century. We can say that the traditional treatment practices dealing with certain organs only belongs to the past, it is definitely not the future in its current form. Important motivating factor of these changes was the need to curb the spiralling increase of health care costs but there is a popular demand for it among patients as well. In the case of educational centres taking up the challenge of changing the culture of health care, implementing holistic approach to patient care would be the solution for being able to move forward. In order to apply and understand the so-called cooperation based medicine (CBM), a form of holistic cure with transdisciplinary

values, the analysis of the given health care system is suggested. It is important to handle the complex professional ingredients (education, research, practice) in a coordinated fashion already at the start of planning in order to program higher expectations of evidences and leave minimal chances for risks.

ADOTT HELYZET

Több ország graduális oktatási/egyetemi rendszeréből hiányzik az integrált formában létező holisztikus szemléletmód és a hagyományos orvoslást kiegészítő alternatív szakirányok oktatása, valamint kutatása. Jóllehet, hogy az egyes szakterületek vizsgakérdései már magukon hordhatnak holisztikus jellegű elvárásokat, de ez még mindig nem jelent rendszerszemléletű gyakorlatot. Több egyetem esetében találunk egy vagy több, az alternatív szakterületek témakörébe illeszthető diszciplínát, mint pl. kínai akupunktúra, különféle manuálterápiák stb. Az így kialakult szakmai szerkezetre inkább a spontaneitás, mintsem a tudatos szervezés a jellemző. Nem egy helyen például a diétetika – táplálkozás tudomány – csak meglehetősen csökkentett óraszámában és szakmai tartalommal van jelen. Joggal feltételezhető, hogy alapos szelekciót igényel mind a graduális, mind a postgraduális oktatásban a nyugati típusú gyógyászat hatékonyságát is javító integratív irányok rendszerbeállítása.

Korábban inkább a jó értelemben vett techno medicina jövőképében bízunk kizárólag, azzal, hogy az betegink valamennyi problémáját megoldja. A „több technológia” kifejezéshez azonban más jelző is csatlakozott idővel, mely kissé kijózanító is volt egyben: „more technology & less communication”. Sokszor előfordul, hogy a magasabb technológiaszint a defenzivitás eszköze, és szakmai szempontból nem indokolt. Emiatt kétségtelen tény, hogy sokszor „maga a beteg tűnik el” a technológiák kavalkádjában. A mechanikus és technológiával túlszűfolt ellátás nem igazolta létjogosultságát, mert alárendelt szerepbe kerül minden más, mely a szervezet funkcionális rendszerműködését alapul vevő megközelítés. Kevésbé hangsúlyos szerepet kap a kockázat/haszon arány, erre példa amikor egy adott beteg esetében pár havonta történnek ismételt CT vizsgálatok. Ez nem azt jelenti, hogy az orvostechológia fejlődése egy elítélendő és nem kívánatos folyamat lenne, sőt! Azonban a fejlődés kapcsán kialakul az ún. „szubdiszciplínák” (lipidológia, hepatológia, immuno-onkológia, pszicho-neuroimmunológia, alvásmedi-

cina) megjelenése a pozitív hatások mellett negatív rendszerkövetkezményeket is eredményezett. Ugyanis valamennyi és valóban szükséges szakmai részterület szabályszerű hadrendbe állítása – „bevetése” – még a gazdagabb országok egészségügyében is számtalan szervezési és finanszírozási gondot generál.

Az új korszak termékeként megjelentek a gyógyszerelés hibái, a káros mellékhatások is (adverse drug reactions) mely a hatodik leggyakoribb okozója a kórházi halálzásnak. Amennyiben ezt kibővíjük a fertőzésektől a műhibákkal bezáródó felsorolással, akkor már azt az ijesztő eredményt kapjuk, hogy az orvoslásból eredő hibák számlájára írható csaknem minden harmadik haláleset az Egyesült Államokban [1]. A lakosság vélekedésére és igényére is hatással kell legyen mindez.

E problémák megjelenésével párhuzamosan jelentkezett egy, a szervezet egészének működését szem előtt tartó és egyben tradicionálisabb jellegű terápiák iránti lakossági igény is. Betegjeink rohanó életritmusa, nemegyszer egészségromboló életmódja, a sok esetben hibáztható környezeti feltételrendszer ötvöződve a gyakran inkább a tűzoltásra kihegyezett egészségügyi megoldásaink rögzülésével, paradox reflexek kialakulását eredményezte már évtizedekkel ezelőtt. Így maga az orvoslás és az egészségügyi technikák/technológia vonatkozásában az „előre” helyett inkább egy, a holisztikusabb beteg-megközelítés irányú „visszakanyarodást” eredményezett, mely sokakat meglepett, és sok egészségügyi ellátóból elsőként a tagadást, a kifogást és a „mit miért nem”-reakcióját váltja ki.

A VÁLTOZÁS A HOLISZTIKUS ORVOSLÁSSAL KEZDŐDÖTT

Az 1970-es években indult szemléletmód korrekció első fázisa az irodalomban holistic medicine címmel rögzült az észak-amerikai kontinensen. Ezen fogalomkör esetében nem a tudásszint más, inkább a szemléletmód változik az ortodox, nyugati típusú, vagy allopatiasnak is nevezett orvosláshoz képest. Elméletileg valamennyi graduális és szabályszerű postgraduális képzés segítségével a szükséges ismeretek birtokába kerülhetnek az orvosok, csak a tudásanyagunk szintézisében jelent mást a gondolkodásmód, probléma megközelítés és megoldáskeresés. Ez által gyökeresen új ismereteket nem, csak szemléletmód váltást igényelt az új irány felvállalása.

FOLYTATÁS A KOMPLEMENTER ÉS ALTERNATÍV ESZKÖZÖKKEL

Az 1980-as évekre teszik a kutatók a Complementary and Alternative Medicine (CAM) elvek beépülésének időszakát. Korszakosnak nevezhető az a lakossági/beteg igény, mely a 90-es évekre erősödött meg. Ezen időszak lényegéről az irodalomban gyakran a „less invasive & more traditional” jelző formában olvashatunk, mely a táplálkozás, a masszáz, a gyógynövények stb. világát hozták vissza. Az irány nem a gyógyszer és/vagy műtét kiváltásának egyenértékű alterna-

tívját jelenti, csak inkább olyan – kiegészítő – módszerek kerülhetnek ismét felhasználásra melyeket az orvostudomány és technológia robbanásszerű fejlődése háttérbe szorított. Az irodalomban fellelhető 283 alternatív ellátási mód közül röviden Prof. Rák Kálmán Quo Vadis, Medicina? című közleményéből a teljesség igénye nélkül idézek [2].

Komplett rendszerek (akupunktúra, fitoterápia, kiropraktika, homeopátia); ún. mind-body beavatkozások (meditáció, ima, mental healing, művészet-, muzsika-, táncterápia); biológiai alapú terápiák (speciális diéták, étrendi kiegészítők, növények, vitaminok, "ortomolekulák"); manipulatív (body-based) terápia (masszázs, oszteopátia, ún. body-work rendszerek); a bioenergiával való manipuláció (reiki, terápiás érintés, bioelektromágneses kezelés). Ez a beosztás nem tartalmazza az alternatív diagnosztikai (állapotfelmérő) eljárásokat, mint a nyelv, a pulzus, az írisz vizsgálata. Jelen cikkben ezek tudományos evidenciákon alapuló elemzése nem cél, érdemes azon irodalom segítségét igénybe venni, mely az általános és komplementer orvoslás határterületeit járja körül [3].

Az alacsonyabb szintű technológiákhoz alacsonyabb bekerülési költség is tartozik. Számtalan tanulmány vizsgálja a szakmai és finanszírozási viszonyok alakulását, melyek olvasgatása igencsak tanulságos. Például említenék egy, a biomedicinával kombinált CAM tanulmányt, melyben a gyógyszerfelhasználás 51%-os csökkenését, az ambuláns oldalon a szakellátás szintjén végzett beavatkozások mértékének 43%-os, míg a kórházi felvételek mértékének ugyancsak 43%-kal történő csökkenését írták le a szerzők [4].

Megváltozó világunkat mi sem jellemezi jobban, hogy 2001-ben még úgy határozták meg az alternatív medicinát, hogy mindazon terápiák összessége, melyet a graduális képzésben nem oktatnak, a klinikákon nem érhető el és a biztosító ezen tevékenységeket nem téríti [5]. Mára e három tényező gyökeresen megváltozott. Komoly lakossági igény is megjelent, preferálva a „holisztikus”, az embert egészében megközelítő gyógyító módszerek alkalmazását. Olyan fogalmak kerültek elő, mint világnézet, filozófia, vallás, spiritualizmus is, amelyek a hivatalos orvoslás kéllékrendszerében nem szerepelnek.

AZ INTEGRATÍV ORVOSLÁS MEGJELENÉSE

A 1990-es évektől a változó egészségügyi kultúrát integratív medicina (Integrative Medicine, IM) néven jellemzik, amely olyan gyógyítás centrikus orvoslás, mely az egész embert (testét, gondolatait, lelkét) figyelembe veszi, környezetével és az életstílusával együtt. Hangsúlyozottan kezeli a prevenció és a szükséges hagyományos, valamint az alternatív terápiák kapcsolatát és segítő egységét. Szem előtt tartja a lehetőség szerint magasabb evidenciákkal bíró, ugyanakkor a kevésbé ártalmas, inkább természetes megoldásokat, különösen a költséges, nagyobb rizikót jelentő beavatkozásokat megelőzően. Az IM használ CAM elemeket.

Az IM rendszer négy alapeleme az elme, a közösség, a test és a szellem. A rendszer részelemei pedig: a kutatás, az

orvosi tevékenység, a gyógyszerelés, a megelőzés, a kultúra, az energia, a táplálkozás, a növények, a test szelleme, melyek centrumába a beteg illesztendő. Kiemelt a prevenció témaköre. A kérdéskör tervezett és tudatos bevetése új távlatokat nyithat, (stressz csökkentés, diéta stb.) melyre jó példa lehet a DASH diéta (Dietary Approaches to Stop Hypertension), ami a komplex étrendi korrekciókkal vérnyomás csökkentést ér el. Hagyományos terápiás módszerekkel foglalkozók számára különös megoldást jelenthet ez a módszer. A betegellátás során eldöntendő, hogy a tervezett terápiánk tünetet megszüntető vagy csökkentő legyen-e (Symptom resolution or suppression).

Az IM két alapvető mércéje és eszköze valamennyi tevékenysége során az evidencia és a potenciális kockázat eshetőségének folyamatos vizsgálata valamennyi beavatkozásunk kapcsán. Sok példa hozható fel a magas szintű evidenciákkal bíró terápiák köréből, amelyek magasabb kockázata, esetlegesen káros hatásuk miatt komoly mértékben vesztenek használhatóságukból. Így az evidencia/kockázat szempontjának együttes elemzése nagy segítséggel lehet a hatékony terápia megválasztásában, nem lebecsülve ugyanakkor a költséghatékonyság szempontját sem.

Demonstratív példa a fentiekre az epigasztriális fájdalom esetén adott proton pumpa gátlók, esetlegesen hisztamin receptor blokkolókkal kombinált hosszas adása [6]. A korrekt szakmaisággal dokumentált biztonságot adó terápia a panaszokat kétségtelenül csökkenti, de – mint az IM megközelítésből megállapítható – az gyógyító hatást nem eredményez! Viszont hosszú gyógyszerelés kapcsán már jelentkezhetnek egyéb olyan terápiás következmények, melyek az szervezet egészére is hatással lehetnek, pl. a pneumonia kialakulásának veszélye, a B vitamin, Ca, vas, magnézium malabszorpciós zavarok, Clostridium difficile colitis, vagy csonttörések veszélye, de említhető az autoimmun betegségek kialakulása is. Ideális esetben a betegünk azt kapja, ami számára fontos, és nem azt amihez gyógyítói értenek. Viszont, akinek csak kalapácsa van, az a különféle csavarokat is azzal kényszerül beverni!

A JÖVŐBELI TRENDEK

A jövő egészségügyi kultúráját a „health and healing-oriented medicine” (egészség és gyógyítás irányultságú orvostudomány) címmel próbálják meghatározni ugyancsak Észak-Amerikában. Esetében a kezelés és gyógyítás fogalom különválasztandó. Az angolban a „curing” alatt maga a kezelés, a konkrét gyógyszerelés vagy műtét értendő, míg a „healing” esetében a szervezet egyensúlyára igyekszünk hatással lenni, mint pl. stressz csökkentés, diéta, tehát minden olyan tevékenység, mellyel csökkenthetjük a konkrét kezelés szükségességét, és – milyen érdekes – ez jelenti terminológiailag a sikeres kezelés eredményeként bekövetkező gyógyulást is. Tehát módosult a „több technológia – kevesebb kommunikáció” kifejezés a „kisebb invazivitás – több tradicionális –ra” (Less invasive & more traditional).

TUDOMÁNYOS KÖRNYEZET, KUTATÁS, OKTATÁS ÉS A GYAKORLAT

Az Office of Alternative Medicine 1993-ban alakult a National Institute of Health-en belül. Később hozták létre a National Center for Complementary and Alternative Medicine-t (NCCAM), mely 2010-ben már 127 millió dolláros költségvetéssel működő intézmény volt. Kutatási programjába olyan területek is bekerültek, mint az energia medicina, vagy a hagyományos kínai orvoslás. Az érdeklődés centrumában fontos szerepet kapott az az igyekezet, hogy hogyan lehet a jobb betegellátás érdekében egyesíteni a tudományos eredmények és a CAM módszerek lehetőségeit. Az USA és Kanada területén már 45 orvosképző centrum működik a The Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM) irányításával (pl. Harvard, Stanford, Johns Hopkins stb.). Az innovatív oktatási programok tartalmazzák a biomedicinától az emberi gyógyítás komplex felfogásán át, a legbonyolultabb, és nem egy esetben szélsőséges terápiás lehetőségeket egyaránt. Miután egyre nagyobb mértékben bizonyította eredményességét az IM pl. a Institute of Medicine (IOM) révén is, egyre népszerűbbé vált, így az említett intézmény maga javasolta, hogy az egyes oktató helyek tegyék lehetővé a végzett kollégák számára a CAM ismereteket országszerte [7].

KULTÚRAVÁLTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN?

Csaknem kötelezővé válik az, amit az USA-ban az IOM (Institute of Medicine) és az American College of Physicians (ACP) vezetésével kezdeményeztek annak idején, hangsúlyozva a kultúráváltás javaslata kapcsán a háziorvosok megváltozó szerepét. A kirajzolódó szerkezetváltásban az orvosok által szemmel tartott beteg áll a centrumban, és különféle szakterületek képviselői által bevont, a feladatra összeállt csoport kollektív felelősséggel rendelkezik a beteg gyógyítására. A résztvevő szakorvosok/szolgáltatók kooperációjának elsőbbsége meghatározó, és a megváltozott tevékenységüket a biztonság, az átláthatóság, a beteg érdekeinek komplex képviselése és valamennyi tevékenység/beavatkozás kár/kockázat lehetőségének minimalizálása hatja át.

Fontos az a megállapítás, hogy elengedhetetlen az egészségügyi kultúráváltásban az allopatias ellátások előnyeinek és hátrányainak ismerete, mely rá kell döbbsen mindenkit, hogy a tudomány önmagában a betegünk komplex igényeit nem tudja maradéktalanul kezelni [8].

SZAKMAI TEAMEK (HEALTH TEAMS)

A szakmai teamek kérdése a kultúráváltás kapcsán megkerülhetetlen, és nem csupán a team szakmai összetétele, hanem a tagok kapcsolatrendszerének minősége szempontjából is. A metabolikus szindróma tancélos példaként használható fel, mint az IM állatorvosi lova, mely lényegi hozzáállás változtatást igényel mind a betegtől, mind az ellátóktól. Mivel a kórkép elemei az elhízástól a magas vérnyomáson át ad abszurdum a rákig terjednek, a megoldás a megelő-

zéstől a terápiáig nagy komplexitású, amelyben dietetikus, pszichológus, pszichiáter, belgyógyász, kardiológus, lipidológus szakorvosok, onkológus, onkoterapeuta, egészségnevelők stb. is involváltak. A probléma összetettsége kérdésében koncentrált információt kaphatunk Prof. Parragh György ez évben megjelent cikkéből, mely az Interdiszciplináris Magyar Egészségügy (IME) hasábjain jelent meg [9].

Az IM filozófiája a megújult egészségügyi kultúrában már nem csak egy orvos feladatát, hanem bizonyos team munkát, speciális beteg hozzáállást, és nem utolsósorban egészségesebb környezetet is jelent, mely már lényegesen túlmutat az egészségügyön.

- Multidiszciplináris a team, amikor a résztvevők szakmai együttműködésének eredményére az egyszerű additív jelző illik.
- Interdiszciplináris a team, amikor az interaktivitás jellemzi két vagy esetleg több szakterület kapcsolatát, mikor egymás egyeztetett véleményének függvényében alakítják ki adott kérdésben álláspontjukat
- Transzdiszciplináris a team, mikor a kapcsolat alapját a holisztika jellemzi. A több/számtalan szakterületi kapcsolatot fő ismerve, hogy egymástól tanulva közös erőből akár újat is képesek alkotni.

COOPERATION BASED MEDICINE (CBM), MINT ILLESZTHETŐ MÓDSZERTANI JAVASLAT

Az általam kitalált és elterjesztésre javasolt módszer alapja a relationship-centered care-nek (RCC) nevezett fogalomkör, mely lényegében a transzdiszciplináris team munkán alapszik, mikor több orvos/szakterület képviselője kölcsönös kapcsolattartás mellett közös munka eredményeként akár újat is képes alkotni, miközben egymástól is sokat tanulhatnak. Tehát egy adott beteg adott problémájának megoldására centrált fogalom. Lényegében ez a megközelítési mód a holisztika maga. Az RCC-től a CBM csak annyiban tér el, hogy ezen fogalom már nem egy beteg adott helyzetére, hanem az ellátók tudásszintjére, tájékozottságára, annak eredetére és stabilitására vonatkozik.

Képletesen szólva egy adott beteg személyére, problémáira fókuszálva áll fel a team, valamennyi szükséges szakma bevonásával, melyben résztvevők ismeretanyaga a személyes szakmai határokon túlnyúló mértékű: pl. alvászmedicina, fogszabályozás, táplálkozási anomáliák stb. terén. A szakmai team tagjainak ismeretanyaga szakma-függetlenül emelkedik, és így az új típusú interkollegiális kapcsolatok segítségével lesz a beteg ellátása is gyorsabb és eredményesebb, egyben költséghatékonyabb is. Természetesen maga a CBM inkább akkor lehet igazán hatékony, ha nem egy spontán kialakuló folyamat eredménye, hanem tudatosan kialakított, célzott oktatást is tartalmaz.

A 21. SZÁZAD KIHÍVÁSA

Mind a nemzetközi, mind a hazai egészségügyben évszázadunk egyik lényeges kihívását az jelenti, hogy az

adott országnak miként sikerül módosítani egészségügyi kultúráját. A szervezet egészét, működésének és környezetének, valamint a léleknek egységét is figyelembe vevő irány ismert, csak a hogyan kérdésében lehetnek országonkénti különbözőségek. A feladat összetett, mivel a tudomány és az új orvos technológiai fejlődés eredményeit, adottságait kell a klasszikus gyógyászati irányokkal, megoldásokkal ötvözni úgy, hogy mindez a terápiás hatékonyság növekedését és egyben költséghatékonyabbá is eredményezhesse. Ezen feltételek megvalósulásához nyújthat segítséget az újonnan definiált és javasolt kapcsolat alapú orvoslás (CBM) módszere. Külön kihívást képez az újonnan integrált, de klasszikus metodikák (hagyományos kínai gyógyászat, ayurveda stb.) kutatása és oktatása is, mely feladatot komplex jellege miatt a graduális és posztgraduális képzőhelyeknek kell elvállalniuk.

ÉRDEKESÉGEK A MEGVÁLTOZOTT KULTÚRÁBAN

Az IM fő jellemzője, hogy legtöbb javaslata magán hordja az előre gondolkodás és megelőzés óvatosságát, mely kiemelt területe az étrenddel, környezetünkkel és a mozgással és életmóddal kapcsolatos. A vonatkozó irodalom komolysága azzal a ténnyel is érzékeltethető, hogy olyan magas szakmai elismertséggel bír lapok is felvállalják a témakört, mint a Nature, a Science vagy Lancet.

A CAM és IM irányok a legtöbb kritikát a szükséges evidenciák hiánya és ez által bevállalható nagyobb kockázat miatt kapják. E téren is szolgál meglepetéssel a vonatkozó irodalom tanulmányozása. Az előbbieken már említett könyvben [6] szereplő piktogramok segítséget jelenthetnek azonosítani az evidencia mértékét az „A” szinttől (randomizált kontrollált vizsgálatok, metaanalízisek) a limitált evidencia szinten át a gyakorlati tapasztalatokon alapuló, konszenzusos evidenciaszintig. Ugyanezen logikával javasolják a szerzők ábrázolni a potenciális kockázat lehetőségének 1-3 szintjét is.

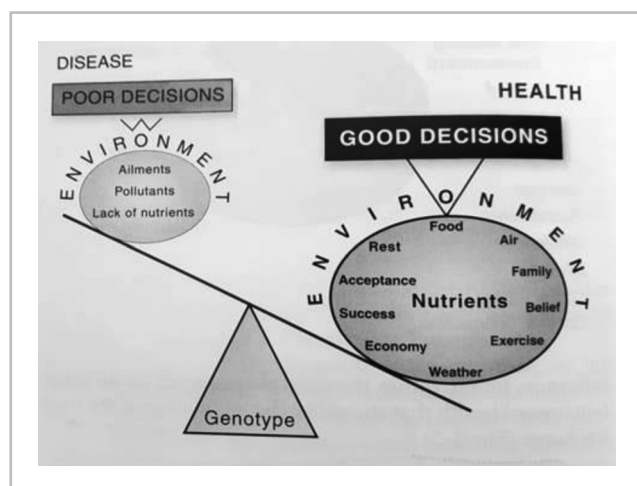
Az „életstílus oktatási program” – lifestyle education – kiemelkedik nem pusztán fontosságával, hanem különlegességével egyaránt. Ornish és mtsai. megállapításai szerint az életstílus váltás, a stressz menedzsment, a csoportos pszicho-szociális programok, tornagyakorlatok, táplálkozási korrekciókkal karöltve jelentősen redukálták a drága gyógyszerhasználatot és beavatkozások szükségességét. Természetesen mondani sem szükséges, hogy az anyagi előnyökön kívül javuló morbiditási és mortalitási mutatókat is észleltek [10].

Tanulságos és hatékony példaként szolgálhatnak a Harvard Egyetem és a Massachusettsi Általános Kórház kutatóinak a JAMA Oncology című folyóiratban publikált eredményeik az életmód változtatás és a rák megelőzés kapcsolatáról és lehetőségéről. Több mint 135 ezer ember adat elemzése alapján a rákbetegségek 20-40%-a életmód változtatással megelőzhető lenne [11]. Elgondolkodtató, hogy a komplexitásra törekvéssel a korábbiakban dollár milliárdokkal rendelkező gyógyszerlobby, a „big pharma” nyomásgyakorlása is visszaszorult. Az IM irodalmában szereplő költség kal-

kulációk, betegelégedettség és költséghatékonyság adatok a világ változására utalnak.

A KÖRNYEZET ÉS A MEGELŐZÉS SZEREPE

Az ideális gyógyító környezet, az Optimal Healing Environment (OHE) egységét a genotípus és a környezet kapcsolata teremti meg (lásd 1. ábra). A képzeletbeli mérleg egyik serpenyőjében a káros tényezők, a környezet szennyezettsége és étrendi hibák találhatók, melyhez szegényes szakmai döntések társulnak, míg a másik serpenyőben a megválogatott táplálék, tisztább levegő, testmozgás, a pihenés, a siker, a családi egyensúly dominál, társulva helyes szakmai döntésekkel. Mindezen egyensúlyi rendszer a genotípus tengelyén balanszíroz, milyensége alapozza meg, hogy valamely döntés melyik irányba téríti ki az egyensúlyi állapotot.



1. ábra
A környezet, az ellátás és a genotípus jelentősége az egészségi állapot egyensúlyi rendszerében. Forrás: [6]

Az IM alapeleme az egészségtudatosság iránti igény és ennek az elvnek történő megfelelés. Ennek eredménye két szinten érvényesül, egyrészt a megelőzés, pl. életmód, mozgás, étkezés, környezethez viszonyulás szintjén, másrészt a terápia segítése, mely még bonyolultabb, mivel a skála a stressz menedzselés aktív segítségével a szükséges komplementer és alternatív folyamatokban történő aktív részvételig terjed. Ez igen komoly váltás a konvencionális medicina gyógyítandó passzív alanyának helyzetéhez képest.

Az egészségtudatosság az egyén felelőségi körén kívüli területen is kell, hogy éreztessen hatását. Ez a környezetvédelemtől az élelmiszerbiztonságon át a kormányzati preferenciákat/diszpreferenciákat is megjelenítő intézkedések sorozatát jelenti, az egészségtudatosság fejlesztésének már nem a beteg és nem az orvos kompetenciakörébe tartozó szempontjait. Mivel a beteg és a kezelők igyekezete önmagában nem elegendő az egészségtudatosság fejlesztésére, nem nélkülözhetők ezek az intézkedések. Példaként említem, hogy létezik olyan intézkedéscsomag Kaliforniában, amely nyomán az ellenőrzési feltételeknek megfelelő zöldség és gyümölcs, valamint állati termékek olcsóbbak, mint az e

nélkül piacra kerülő, esetleg a hagyományos mezőgazdasági és állattartási gyakorlattal előállított élelmiszerek.

A KULTÚRAVÁLTÁS LÉPÉSKÉNYSZERE

Szakmai kényszerhelyzet: Az alapszakmákon belüli részterületek megjelenése, elérhetőségük romlása, a holisztikus szemléletmód megerősödése, az egyszemélyes polihisztor orvoslás eredményességének korlátjai.

Finanszírozói kényszerhelyzet: A költségrobbanás kezelésének követelménye.

Lakossági kényszerhelyzet: Lakossági/beteg igény változás mellyel párhuzamosan alakulnak változások a szolgáltatói oldalon.

Szervezési kényszer: Más országok gyakorlatának egy az egyben történő adaptálása lehetetlen. Minden országnak a saját viszonyai figyelembevételével kell keresnie a megoldást. Számos neves külföldi egyetem kutatási és oktatási programjában is szerepel e terület. A komplex szervezés időigényes, valamint eredményt sem lehet azonnal elérni, tehát a tétlenkedés jelentős hátrányba hozza az ezzel nem foglalkozó országokat.

RENDSZERSZINTŰ MEGKÖZELÍTÉS

Kerülve bármilyen, akár jó szándékkal alakított spontaneitást is, megállapítandó, hogy először minden országnak részletekbe menően értékelni kell saját viszonyait. Erre két módszer javasolt: a körülmények vonatkozásában célzott PEST elemzés (Political, Economical, Sociocultural, Technological), maga a komplex tevékenység vonatkozásában meg a SWOT (Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats) analízis. Az így előállt eredmények birtokában javasolt terv készítése a változtatások bevezetésére, mely egyfajta egészségpolitikai iránymutatást is jelent.

AZ OKTATÁS, A „MERRE” ÉS A „MIT” ÉS „HOGYAN” KÉRDÉSE

A helyzet komplexitásából fakadóan nem szabad kiragadni a tervezendők közül az oktatás kérdését, hanem szakmaszerkezeti csoportosításban kell tervezni és kivitelezni a feladatokat. Az így alakuló folyamatok szinergizmusba kerülhetnek azon egészségpolitikai iránymutatásokkal, melyek a korábbiakban vázolt PEST elemzés és SWOT analízis kapcsán keletkeznek.

Amennyiben nem létezik egyetlen egyetem, oktató központ programjában sem, akkor nagy valószínűséggel a holisztikus medicina / összefoglaló gyakorlati medicina lesz az első lépcső, mely az integratív medicina alapjait megteheremtheti. Ezen első fázis jellemezhető az ún. speciálkollégiumi fázissal, melyben ki kell választani a szakirányokat, a klasszikus egyetemi oktatástól és gyakorlattól távolabbi területeket is érintve (pl. hagyományos kínai gyógyászat, vagy ayurveda gyógyászat, akár manual medicina, bioenergetika stb., mely egyenkénti szervezésére manapság csaknem

valamennyi egyetemen találunk példát.) A kiválasztásnál fontos a lehetőség szerinti legkomplexebb profil összeállítás igénye. Javasolt tanulmányozni az USA és Kanada területén már régebben működő centrumok kutató, oktató munkáját, történetét, amelyek már nem pusztán a fenti szakmai területek, hanem még több integrálását is elvégezték (pl. Harvard, Stanford, Johns Hopkins stb.) Vizsgálatra javasolt maga a feladatra alapult szervezet is, a The Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM).

A második fázis már tanszéki szintű fázis, mely már a kidolgozott kutatási, gyógyítási, oktatási feladatokat is meg-

fogalmazza és koordinálja. Tehát ebben a fázisban már tudjuk, hogy mit választottunk, így adódik a feladat is, hogy azt már hogyan tegyük és kutassuk/tanítsuk. Ekkor javasolt az Integratív Medicina tanszéki megjelenítése. Értelemszerűen javasolt valamennyi irányzat ernyő alá vonása és komplex kezelése, pl. integratív onkológia, integratív pszichiátria stb. is. A programba be kell illeszteni az evidenciák és ajánlások rendszerét, ami kizárja a szakmaiatlan megfontolásokat. Ezek egyben alapot is képezhetnek az ellenőrzés és akkreditáció rendszeréhez, mely összességében szolgálhatja az IM hitelességét és annak fokozatos megerősödését is egyben.

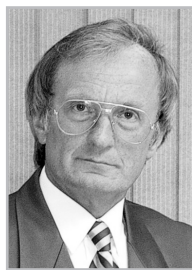
IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Makary M, Daniel M: Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016, 353 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Published 03 May 2016) Cite this as: *BMJ* 2016;353:i2139
- [2] Rák K: Quo Vadis, Medicina? *Magyar Tudomány*, 2003/7, http://epa.oszk.hu/00700/00775/00056/2003_07_05.html
- [3] Pietroni PC: Beyond the Boundaries: Relationship Between General Practice and Complementary Medicine, *British Medical Journal*, 1992, 305, 564-566.
- [4] Sarnat RL, Winterstein J: Clinical and cost outcomes of an integrative medicine IPA, *J Manipulative Physiol Ther*, 2004, 27:336-347
- [5] Kessler RC, Davis RB, Foster DF, Van Rompay MI, Walters EE, Wilkey SA et al.: Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States, *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135, 252-268
- [6] Rakel D: *Integrative Medicine 3th Edition*, Elsevier, 2012
- [7] Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public, Board on Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine of the National Academies: *Complementary and Alternative Medicine in the United States*, 2005 National Academies Press Washington, DC www.nap.edu/
- [8] Snyderman R, Weil AT: Integrative medicine: bringing medicine back to its roots, *Arch Intern Med*, 2002, 162:395-397
- [9] Parragh Gy: A metabolikus szindróma fogalma, diagnosztikája, terápiás lehetőségei, *IME XVI. évf. 3. sz.* 2017. március 48-53 o.
- [10] Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH: Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease, *JAMA*, 1998, 280:2001-2007
- [11] Song M, Giovannucci E: Preventable Incidence and Mortality of Carcinoma Associated With Lifestyle Factors Among White Adults in the United States, *JAMA Oncol*, 2016, Sep 1;2(9):1154-61. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.0843.

Ajánlott irodalom:

- Hutchinson TA: *Whole Person Care: A New Paradigm for the 21st Century*. Springer 2011
- Micozzi MS: *Fundamentals of Complementary and Integrative Medicine*, 5th Edition, Elsevier 2015
- Abrams DI: *Integrative Oncology*, second edition OXFORD University Press 2014

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Varga Imre 1976-ban szerzett általános orvosi diplomát Debrecenben. A Dunakeszi Szakorvosi Rendelő Intézet urológus szakorvosa. 1981-ben szerzett urológiai szakvizsgát. Alapító tagja – kezdetben titkára, majd éveken át elnöke, 2017-től örökös tiszteletbeli elnöke – a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetségnek.

Szakmai tanulmányutak: Ausztrália, Flinders Medical Center, US Aid segítségével, mely célja az USA 10 államában szervezési, egynapos szolgáltatások vizsgálata, szerkezetátalakí-

tás, irányított betegellátás szervezésréning program. 2000-ben szerzett a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen egészségügyi menedzser diplomát. Korábban a Szegedi Tudomány Egyetem orvos/közgazdász képzésében a járóbeteg szakellátás oktatója, az OEP-nél és az egészségügyért felelős minisztérium bizottságaiban tanácsadó, Miniszteri Tanácsadó Testületi tag. Szervezési-kutatási területe: az egynapos és az ambuláns ellátások, komplex egészségügyi rendszerek működtetése. Alapításától, 2002-től az IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – tudományos folyóirat – Szerkesztőbizottságának a tagja.