

Profilváltás a tüdőgondozókban: megfelelni az új kihívásoknak, megmentve korábbi értékeinket

Dr. Kovács Gábor, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

A tüdőgyógyászat azon kevés szakmák közé tartozik hazánkban, amelynek sikerült megőriznie egyenletes országos lefedettségét. A tüdőgondozói hálózat jelen van az ország minden részén, s ennek köszönhetően a kisebb lélekszámú megyékben is legalább négy-öt helyen érhető el tüdőgyógyászati járóbeteg szakrendelés. A tüdőgondozók a huszadik század első éveitől kezdve léteztek, s a történelem nagy viharaiiban hol nagyobb, hol kisebb számban szolgálták a lakosságot. A tüdőgondozói hálózat teljes kiépülésére csak az ötvenes-hatvanas években kerülhetett sor, amikor az ország vezetése nagy energiákat összpontosított a tuberkulózis megfékezésére. Ennek jegyében biztosították a szükséges gyógyszereket, sor került a gondozói hálózat mellett a tüdőszűrő állomások felszerelésére, a kötelező, a teljes felnőtt lakosságot érintő tüdőszűrés megszervezésére és hat tüdőkörházi blokk felépítésére. A tüdőgyógyász szakma pedig a képzési programoknak is köszönhetően felkészülten látta el feladatát. Ezeknek az intézkedéseknek és a szakma erőfeszítéseinek eredménye lehetett a múlt század legnagyobb hazai orvostörténeti sikere, a tuberkulózisnak, mint népbetegségnek a felszámolása.

Ennek köszönhetően nagy megtiszteltetés érte az elmúlt év végén a tüdőgyógyászati szakmát. A tuberkulózis visszaszorításában a magyar lakosság egészsége érdekében kifejtett áldozatos tevékenysége miatt Magyar Örökség Díjban részesülhetett a Tüdőgondozói Hálózat, s nevét így örök időkre megőrzi a Magyarok Könyve.

A HÁLÓZAT

Hálózatról beszélünk, de mit is jelent ez ma? A tüdőgondozói hálózat teljes kiépítésekor, a hatvanas években 162 tüdőgondozó és 164 tüdőszűrő állomás állt a lakosság rendelkezésére. 2014 végén – bár több helyen összevonásokra került sor, – 134 tüdőgondozóban 324 tüdőgyógyászati rendelés működik. Ezeknek a rendeléseknek a 83%-a, 271 rendelés szakorvossal betöltött. Közülük 187-en főállásban, 170-en részállásban látják el feladatukat. Munkájukat 843 főállású és 134 részállású szakdolgozó segíti. Nagy eredmény ez akkor, amikor naponta olvashatunk, hallhatunk a nagy munkaerő elvándorlásról az egészségügy területén. A részállások azt jelentik, hogy lehetnek olyan tüdőgondozók, ahol nincs a hét minden napján rendelés. Egy, vagy két szakorvos a megye tüdőosztályáról, vagy egy másik tüdőgondozóból jár át rendelni. Ez a fővárosban és a nagyobb

városokban kevésbé jellemző, de a kisebb településeken, határ menti gondozókban gyakoribb. A szakrendelések mellett 125 stabil és 14 mobil szűrőállomás működik az országban.

2014-ben ezeken a rendeléseken az egyre csökkenő számú tbc-s betegek 41 517 alkalommal fordultak meg részben diagnózis és kezelés, vagy gondozás, részben utókövetés, illetve kontaktvizsgálat miatt. Ennél jóval nagyobb számban jelentek meg a betegek egyéb, nem tbc-s okból. Összesen 1 326 534 orvos-beteg találkozóra került sor. Legnagyobb számban a nyilvántartott COPD-s, asztmás és tüdőrákos és más légzőszervi betegek megjelenésére került sor, de közel ilyen számban történtek pulmonológiai konzíliumok is, elsősorban háziiorvosi kérésre. A tüdőgyógyászati szakrendeléseken 181 983 COPD-s, 290 201 asztmás és 312 515 rhinitisz allergica-ban szenvedő beteget tartanak nyilván. Ezekből a számokból is látható, hogy milyen nagy arányban fordulnak elő az idült légzőszervi betegségek, s az asztmások egy része, illetve a rhinitisz nagy száma mutatja, hogy a légzőszervi betegségek milyen gyakran szövődnek allergiával, s jelentik az allergiás kórképek legnagyobb arányú előfordulását.

PREVENCIÓ

Az egészségügyi kormányzat nyilatkozataiból az látszik, hogy kellő súllyal kezeli a megelőzés feladatait. Prioritás a prevenció érzékeny szakma. Mi sem mutatja jobban ezt, mint korábban főtevékenysége a BCG vakcináció, a revakcináció, a tüdőszűrés volt. Mára azonban már változtak a prevenció feladatai. A primer prevenció területén a dohányzás leszokás támogatás jelenti a legfontosabb feladatot. 2014-ben 86 tüdőgondozóban 5942-en jelentkeztek több hetes leszokás támogatási programra, és ez a szám várhatóan az elkövetkező években emelkedni fog, köszönhetően a 2015 óta megváltozott finanszírozásnak. A primer prevenció eszközei maradtak továbbra is a vakcinációk, de természetesen nem a BCG-re hanem a pneumococcus elleni oltásokra kell gondolni.

A másodlagos megelőzés eszköze volt és ma is a tüdőszűrés. Ennek átalakítása most van folyamatban. A tüdőszűréseken 1 647 354 szűrővizsgálatra került sor, amelyből 501 310 volt mobil szűrés, amikor a többnyire korszerű digitális szűrőgéppel felszerelt szűrőbusz kereste fel a településeket. Ezen vizsgálatokkal 177 tbc-s esetet és 1115 tüdőrákot sikerült kiszűrni. Ez a 2014-ben bejelentett esetek 20, illetve 21 százaléka. Mindennek ismeretében is időszerű volt az, hogy 2014-ben átalakítottuk a szűrővizsgálatok jogsza-

bályi hátterét. A jövőben a lakosság szűréséről a hatékonyabb kockázati csoportos szűrésre kell áttérnünk úgy a tbc, mint a tüdőrák terén. A tüdőrákot illetően folyamatban van az a hazai szűrővizsgálati modellkísérlet (HUNCHEST), amelynek eredményeit 2018-ra várhatjuk, s amely nyomán meghatározhatjuk az itthon is effektív és költség-hatékony módszert, a megfelelő technikát és a kockázati célcsoportot. Ezt követően remélhetjük az országos tüdőrák szűrés bevezetését. Szólni kell a COPD szűréséről is. Nincs ugyan jelenleg evidencián alapuló szűrővizsgálat ezen a területen, de a korai felfedezés eszköze lehet az, ha a 50 évesnél idősebb dohányos páciensek kitöltenek egy egyszerű kérdőívet és legalább a háziorvosi praxisközösségek szintjén történik egy egyszerű spirometria, amely alapján legalább a negatív eseteket ki lehet szűrni, s csak a gyanús esetek kerülnek tovább a szakorvosi szintre.

A harmadlagos megelőzés tipikus eszköze a légzőszervi rehabilitáció. Ma még gyerekcipőben jár ez a szolgáltatás a tüdőgondozókban. Kevés a megfelelően képzett szakember, gyógytornász és az eszközök beszerzése is anyagi gondot jelenthet. Itt finanszírozás technikai kérdéseket, minimum követelményekkel kapcsolatos kérdéseket is meg kell válaszolnunk.

EPIDEMIOLÓGIAI MUTATÓK

Hasonlóan az újkori olimpiai megnyitókhoz, amikor a hagyományok miatt az esetenként nagyon kis létszámú görög csapat vonulhat fel elsőnek, én is a ma már ritka betegségként számon tartott tbc epidemiológiai eredményeiről teszek említést. A folyamatosan csökkenő incidenciáról volt már szó. Magyarországon a kilencvenes évek második felétől évente mintegy 10 százalékkal csökken az évenként bejelentett újonnan észlelt megbetegedések száma. Ennek köszönhetően 2014-ben stabilan alacsony, 9,1/100 000 volt az incidencia. Az epidemiológiai biztonságot jelzi, hogy nagyon alacsony, 0,4/100 000 a 14 éven aluli gyermek tbc aránya, s a 2,5%-os multidrog rezisztens megbetegedési arány is megfelel az európai elvárásoknak. Sikertelenül csökkenteni a kockázati csoportot jelentő hajléktalanok körében is a megbetegedéseket, elsősorban a Magyar Máltai Szeretetszolgálat és az Országos Korányi Intézet szoros együttműködésének köszönhetően. Nem véletlen, hogy a WHO képviselőinek magyarországi látogatását követően meglepéssel nyilatkoztak a hazai ellátás színvonaláról és eredményeiről. Ennek is köszönhető, hogy ma már példaként emlegetnek minket a magas tbc megbetegedési arányszámokkal rendelkező közép-ázsiai köztársaságok számára, s képviselőnk fel is kérték ott a magyar módszer ismertetésére.

Ugyanakkor nem szabad elhallgatnunk, hogy komoly elmaradásunk van a mikobakteriológiai vizsgálatok terén, az új eseteknek alig a felét sikerül csupán bakteriológiailag is igazolni (49% szemben a WHO 75%-os ajánlásával). Ennek az oka részben logisztikai: a mintavétel, tárolás és szállítás nem megfelelő. Az is gond – amit már a WHO képviselői is

jeleztek -, hogy indokolatlanul sok mikobakteriológiai laboratórium működik az országban. 11 ilyen laboratórium van, s nagyobb részüknek nincs megfelelő nemzetközi minőségügyi akkreditációja, nem végeznek rezisztencia vizsgálatokat, s egyáltalán minimális számú vizsgálatot végeznek csupán. Sürgősen és radikálisan csökkenteni kell ezeknek a laboratóriumoknak a számát. Ha másképpen nem megy, akkor a finanszírozásnak az akkreditációhoz kötésével. Új vesztélyt jelentenek a fejlődő, magas tbc incidenciájú országokból mind nagyobb számban érkező menekültek, migránsok. Már megfigyelhető a déli határterületeken, így elsősorban Csongrád és Bács-Kiskun megyék egyes járásaiban a betegek számának emelkedése. Itt sürgős intézkedéseket kell fogantatnunk a fertőző betegek kiszűrése, izolálása és gyógykezelése érdekében. Két éve működik az EMMI Egészségügyi Államtitkársága által szervezett tuberkulózis kerekasztal, amely az egészségpolitika, a finanszírozó, a hatóságok, az érintett társmintisztériumok mellett a szakmát és a civilszervezeteket ülteti egy asztalhoz, hogy egyetemesen a legfontosabb teendőket. Ez lehetőséget teremt arra, hogy a szakma kezdeményezze a szükséges változtatásokat.

A legnagyobb számban az idült légzőszervi megbetegedésben szenvedők fordulnak meg ma már a tüdőgyógyászati szakrendeléseken. A fejlett országokban a három nagy haláloki tényező, a kardiovaszkuláris, a daganatos megbetegedések és az idült légzőszervi betegségek közül utóbbiban nő a mortalitás, míg a másik kettő esetében csökken. A hazai dohányzási adatok ismeretében mintegy hatszáz ezer COPD-s beteg élhet Magyarországon. Közel kétszáz ezret a tüdőgyógyászat tart nyilván és gondoz. Mintegy száz ezret a belgyógyászati-háziorvosi relációban látnak el. Ezeknek a betegeknek is meg kellene jelenniük a tüdőgyógyászati konzíliumokon, hogy szakszerű légzésfunkciós vizsgálat történhessen és korrekt stádium meghatározás és terápia beállítása történjék. A betegek fele még enyhe stádiumú, kezdődő panaszai miatt még nem keresték fel sem a háziorvosukat, sem a tüdőgyógyászati szakrendelést. Pedig itt lehetne igazán hatékonyan segíteni életmód változtatással, illetve korai gyógyszeres kezeléssel. A következő évtized betegsége a COPD lehet. Mind nagyobb számban fedezzük fel, s többszáz ezres létszáma miatt igazi népbetegség. Erre kell fókuszálnunk a prevenció, a korai felfedezés, a szakszerű terápia, a rehabilitáció, a gondozás eszközeivel. A betegek jobb együttműködése érdekében terápiás-gondozási csomagokat kell összeállítanunk annak érdekében, hogy ne csak gyógyszer felírásból álljon az orvos-beteg kapcsolat. Dohányzás leszokás támogatás, életmód változtatás, konzíliumok a leggyakoribb társbetegségek, szövődmények irányában, kardiológiai, anyagcsere betegségek, pszichiátriai kórképek irányába kell kiterjeszteni a kivizsgálást és a gondozást. Be kell vonni a családtagokat. Így érhető el hatékonyabb terápia, ami a COPD-s betegek esetében jó életminőségben eltöltött éveket jelenthet szemben a gyors progresszióval. Célkitűzés, hogy a COPD-s betegek kétharmadát gondozzuk. Ez négyszáz ezer beteg évi hét-nyolcszáz ezer

megjelenését jelentheti, az esetleges exacerbációkkal is számolva. Emellett továbbra is számolnunk kell az asztmás és rhinitiszes betegek megjelenésével. Ez önmagában is indokolja a hálózat megtartását.

FINANSZÍROZÁS

A kilencvenes években a magyar egészségügy finanszírozása nagy változásokon ment keresztül. Akkor alakították ki a teljesítményfinanszírozás rendszerét mind a fekvő, mind a járóbeteg ellátásban. A tüdőgondozók azonban akkor ebből kimaradtak. Ezek a szolgáltatók ún. bázisfinanszírozás formájában kapták meg a működésükhöz szükséges forrásokat. A kétezres években elindult egy folyamat, amelynek a keretében fokozatosan csökkentették a bázisfinanszírozás mértékét és 2011-ben az meg is szűnt. A szakma azt megelőzően ún. járóbeteg HBCs-k kialakításában gondolkodott, amely a ráfordítási költségekhez közelítve az egyes idült, gondozandó betegségek ellátási protokolljait, a szükséges beavatkozások típusait és számát figyelembe véve alakította volna ki ezek finanszírozását. Hosszú előkészítő munkát követően azonban mégsem került sor ennek a bevezetésére, hanem a finanszírozó egyszerűsített módon a ráfordított bázisfinanszírozást elosztva a gondozási, szűrési beavatkozások számával kialakított egy homogén gondozási kódot (HGK), az ahhoz rendelt német pontszámmal. Így egyformán finanszírozza az egyébként eltérő költségű tüdőszűrést, a tbc gondozási eseményeket, COPD gondozási eseményeket stb. Ez sajnos nem támogatja a minőségi, részletekre is kiterjedő munkát. Sematikusá tesz, az éppen szükséges feladatok, vagy az annál is kevesebb ellátására ösztönzi a szolgáltatót. Ha az orvost, a nővért nem is, de a fenntartóját igen. Véleményem szerint az elmúlt évek tapasztalatait értékelve újra kellene gondolni az idült, gondozásra szoruló betegségek finanszírozását. Ha nem is a korábbi javaslatok szerint, de mindenképpen finomabb, a részleteket, az egyes költségeket jobban követő finanszírozási rendszert kellene kialakítani! A rendszernek figyelembe kellene vennie azt is, hogy vannak olyan ritka, de gondozásra és esetenként költséges gondozásra szoruló betegségek (pl. rezisztens tbc, bizonyos ritkább fibrózisok stb.) amelyek ellátása, gondozása egyedi megoldásokat kíván.

Vannak olyan, ma már protokoll szerinti tevékenységek, amelyekről a finanszírozás nem rendelkezik. Ilyen a légzőszervi rehabilitáció a járóbeteg ellátás keretei között. Ilyenek bizonyos mikobakteriológiai tevékenységek is, amelyek az elmúlt évtized során váltak az egyes irányelvek részeivé és a finanszírozás nem követte a változásokat. A szakma kezdeményezi a változásokat, de többnyire váratnak magukra. Nem elsősorban többletfinanszírozásra van szükség, inkább a finanszírozási források átcsoportosítására. Évente egyre kevesebben jelennek meg tüdőszűrésen. Jelenleg egy szűrésért egy HGK-t, vagyis 1100 német pontnak megfelelő kb. 1600-1700 Ft-ot utal a finanszírozó. 2013-ban még 2 030 581-en jelentek meg szűrésen. Ez 3,2 milliárd forintjába került a finanszírozónak. 2014-ban már csak 1 647

354-en jöttek el. Ezért már csak 2,6 milliárd forintot utaltak. A 600 millió forint az OEP kasszájában maradt, illetve átcsoportosításra került más ellátásokra. A jogszabály módosítást követően a szűrések számának további csökkenése várható, tehát további összegek szabadulhatnak fel. Mi azt szeretnénk, ha ennek egy része a szakterületen belül maradna, s a ma már elengedhetetlen korszerű laboratóriumi és genetikai vizsgálatok forrását jelentené, amelyekkel pontosabban identifikálhatók és követhetők a fertőző betegek. Nagyobb szerepet kaphatnának a betegekhez kijáró szakdolgozók, védőnők is. A laboratóriumi vizsgálatokon túl be lehetne vonni a finanszírozott beavatkozások körébe a légzőszervi rehabilitáció különböző, jelenleg még nem finanszírozott beavatkozásait is. A felszabaduló összegek lehetnek a forrásai a néhány éven belül kiterjesztendő tüdőrák szűrésnek is, amikor a korszerű technikával történő kockázati csoportos teljes egészében kiválthatja az ajánlott mellkas röntgen szűréseket.

STRUKTÚRA

Manapság sok szó esik az egészségügyben a struktúra átalakításáról. Ennek egyik legfontosabb eleme a fekvőbeteg ellátás túlsúlyú hazai egészségügy átalakítása járóbeteg súlypontúvá, csökkentve ezzel a fekvőbeteg ellátás magas ráfordítását. A magyar egészségügyi rendszer – szemben számos nyugat európai példával – háromszintű. Amíg ott lényegében véve az alapellátást a háziorvosainknak megfelelő „GP”-k képviselik (igaz lényegesen több szakmai kompetenciával), addig nálunk jelentősebb a járóbeteg szakorvosi szint a háziorvosok és a fekvőbeteg intézmények között. Ebbe a sorba illeszthetők a tüdőgondozók, a tüdőgyógyászati szakorvosi rendelések is. Ez egy jó modell arra, hogy fokozatosan, vagy akár megfelelő finanszírozási támogatással ezt a folyamatot felgyorsítva a betegek jelentős hányadát kivonjuk a fekvőbeteg ellátásból. Úgy azonban elég kétséges a struktúraátalakítás, ha éppen a járóbeteg ellátást hagyjuk ki és csak a fekvőbeteg intézményekre és a háziorvosi ellátásra koncentrálunk. Lehet, hogy idővel kétpólusúvá válhat a hazai struktúra is, de a jelenlegi háziorvosi létszám és különösen a korfából fakadó kompetenciák, felkészültség mellett szükség van a járóbeteg szakorvosi szint erősítésére is. A jelenlegi rendszerben mindenki felfelé küldi a beteget. A háziorvos azonnal a szakorvoshoz, a szakorvos rövid úton a kórházba, s a kórház, ha az átlagos HBCs finanszírozásnál költségesebb a beteg ellátása, akkor a magasabb progresszivitású intézménybe. Ott ellátják a beteget és a magas progresszivitású intézményben adósság képződik részben az alulfinanszírozottság, részben a valamikor megállapított és a mai ellátási helyzetet kevésbé kifejező volumenkorlát (TVK) miatt. Meggyőződésem, hogy a szakorvosi szint finanszírozásának a szakmai tartalommal, a tényleges ráfordítással arányos megjavítása ezen a szinten tartaná a betegek egy jelentős részét, tehermentesítve a kórházakat, ami a költségek csökkenését is eredményezhetné. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy a háziorvosi szintre

nem kellene forrásokat allokálni, de évek kellene még ahhoz, hogy kiépüljön az a praxisközösségi rendszer, ahol akár saját tőke, de inkább biztonságos és hosszúlejáratú hitelek segítségével ki lehet alakítani a megfelelő diagnosztikus és kontroll eljárások infrastruktúráját.

A tüdőgondozók, vagyis a tüdőgyógyászati szakrendelések országos lefedettségüknél, szakmai felkészültségüknél fogva megfelelnek ennek a strukturális igénynek. Rendelkeznek azzal a szakmai potenciállal, amely képes arra, hogy egyrészt megfeleljen a mind nagyobb számú légzőszervi betegek ellátási igényének, a háziorvosi konzíliumoknak, s koordinálja a prevenció tevékenységeket. Bár hiányszakma jelenleg a tüdőgyógyászat is, mutatkoznak a jelei annak, hogy a kormányzati intézkedések nyomán több fiatal orvos jelentkezik rezidensként a területen. Néhány év elteltével elérhetjük azt, hogy legalább a nyugállományba vonulókat pótolhatjuk és stabilizálhatjuk a szakemberek számát. A tüdőgondozók alkalmazkodnak az új kihívásokhoz és feladatokhoz. Mindezt azonban úgy kell tenniük, hogy ne vessze-

nek el azok az értékek, amelyek megkülönböztették a gondozókat a szakrendelésektől. A szakrendelés korrekt vizsgálatot követően szakszerű terápiás tanácsot ad és elengedi a beteget, esetleg még egy alkalommal ellenőrzi, de lehet, hogy ezt a feladatot már a háziorvos végzi majd el. A gondozó viszont igyekszik feltárni azokat a háttérben húzódó okokat is, amelyek esetleg a betegséghez vezettek. Életmódbeli anomáliák, addikciók, vagy a beteg szociális helyzetéből fakadó gondok. Igyekszik ezekkel is foglalkozni a reális határokon belül. Ha a beteg nem jelentkezik, utolérni a háziorvos vagy a szociális szolgálat segítségével. Olyan társadalmi környezetben élünk, ahol a lakosság nem jelentéktelen része él rossz szociális körülmények között, ahol az elemi higiéné is gondot jelent, nem hogy az egészségtudatos magatartás. Ebben a helyzetben az indokolt átalakulás mellett is meg kell őrizni azokat a hagyományos értékeket, amelyek a betegekben nem csak a fájdalmas testet, de a beteg lelkét és a beteg környezetét is látják és segítik.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Korányi Bulletin: 2015,1. www.koranyi.hu
 [2] Kovács G, Strausz J: Tüdőgondozók, szakrendelések, ambulanciák: merre tovább tüdőgyógyászati járóbeteg

szakellátás? IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja
 Képkötő diagnosztikai különszám VII. évf. 2008 október, 30. oldal.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Kovács Gábor 1977-ben szerzett általános orvosi diplomát a Szegedi Orvostudományi Egyetemen. 1981-ben tüdőgyógyászati, 1989-ben belgyógyászati, 1996-ban klinikai onkológiai szakképesítést szerzett. 1998-ban diplomázott egészségügyi menedzserként a Budapesti Közgazdasági Egyetemen. 1978-tól az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben dolgozott segédorvosként, később alorvosként, majd adjunktusként. 1990-től a Szent Margit Kórházban adjunktus, 1994-től megbízott osztályvezető, 1995-től megbízott osztályvezető főorvos. 1996-ban visszatért az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetbe, ahol osztályvezető főorvosként, emellett 1999-től informatikai főigazgató helyettesként dolgozott. 2004-ben az intézet megbízott főigazgató főorvosa, 2007-2012-ig főigazgató helyettese, 2012. május 1-jétől megbízott, majd 2013. július 1-től kinevezett főigazgatója. 2003-2005 között budapesti, majd 2005-től 2012-ig országos tüdőgyógyászati szakfőorvosként is tevékenykedett. 2011 óta az újjáalakult Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozatának az elnöke.

Társasági tagságok és tisztségek: Több cikluson keresztül volt és jelenleg is vezetőségi, illetve elnökségi tagja, 2010. óta megválasztott elnöke a Magyar Tüdőgyógyász Társaságnak. Tagja a Magyar Onkológus Társaságnak, a Magyar Klinikai Onkológusok Társaságának, utóbbinak 2005-2010 között elnökségi tagja. Tagja a European Respiratory Society (ERS) és az International Association for Study of Lung Cancer (IASLC) nemzetközi szakmai szervezeteknek. Fő szakmai érdeklődési területe a tüdőrák, elsősorban a megelőzés lehetőségei. Több mint tíz éve tanulmányozza a primer prevenció, nevezetesen a dohányzás visszaszorításának a gyakorlati lehetőségeit. Több publikáció, könyvfejezet jelzi ilyen irányú aktivitását. 2012. óta szakmai vezetője az intézetben működő Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központnak. A primer prevenció mellett foglalkoztatja a szekunder prevenció kérdése, rizikócsoporthoz tüdőrák szűrési modell kialakítása a tüdőszűrés átalakításával. Legutóbbi publikációi ebben a témában születtek. Rendszeresen részt vesz felkért előadóként a tüdőgyógyászati, onkológiai és háziorvosi szakorvosi képzéseken, továbbképzéseken.