



Egészségvédelmi Hatóság

A bizalmas egészségügyi adatok elégtelen védelme miatt érzett komoly aggodalmainknak adtunk hangot akkor, amikor az adatvédelmi biztosnál és legutóbb az Alkotmánybíróságnál 728/B/2004. sz. alatt nyilvántartásba vett indítványunkat előterjesztettük az egészségügyi adatok gyűjtésének emberi jogi problémái és nemzetközi szerződésekre ütköző gyakorlata miatt. Aggodalmainkat visszaigazolni lát-
szik a Népszabadság szeptember 3-ai cikke, amely arról tudósít, hogy orvosok pénzért írtak fel bizonyos gyógyszereket. A dobozonként járó juttatás elszámolása érdekében bizalmas egészségügyi adatokat juttattak ki az intézményekből. Véleményünk szerint a Btk. 177/A. § (3) bek.-e szabályozza ugyan ezt a kérdést, de szükségesnek tartjuk álláspontunkat közölni.

A magyar alkotmány szerinti az alapvető szemé-
lyes szabadságjogok törvénnyel sem korlátozhatók,
csak igazságügyi, peres ügyekben, háborúban, társadalmi szükségkörülményben, szükségállapotban vagy nemzetbiztonsági érdekből. Ezért még törvény sem kötelezheti arra, hogy a bizalmas egészségügyi adatai-
mat átadjam kezelésre az egészségügyi rendszernek -
háború és szükségállapot nem lévén - a peres ügyek kivételével. Az egészségügyi adatok kezelése, felvétele, tárolása és felhasználása szoros kapcsolatban van az alapvető emberi jogokkal. Az adatkezelés kialakult rendszere mára olyan erkölcsi mélységekre szülte, hogy itt lenne az ideje a változtatásnak. Azért írtam erkölcsi válságot, mert sok esetben az embertelen cselekedetekre érvényben lévő jogszabályok adnak felhatalmazást. A nem egyértelműen megfogalmazott, vagy nem átgondolt paragrafusok egyenesen bátorítanak különböző jogértékekre.

Egészségügyi adatokat a kilencvenes évek óta gyűjtenek a gyógyintézetek, és azóta az adatok csak gyűlnek. A hatályos jogszabály 30 év tárolási időt ír elő, ami azt jelenti, hogy eddig adatot még nem törltek. Óvatos becslésem szerint mintegy 1-10 TB (1 terabájt = milliószor millió bájt) mennyiségű adattól van szó, azaz minden egyes állampolgárra kb. 0,1-1 MB jut. Ekkora adatmennyiség felett rendelkezni, akárhogy is nézzük, hatalmas, és nem is akármilyen! A birtoklásért mindent el is követ az egészségügyi rendszer. Mire képes egy ilyen adatbázis? Ha valaki leül egy számítógép elé és begépel egy személy nevét, akkor rövid időn belül megtudhatja az illető gyermekbeteg-
ségeit, védőoltásait, belső szerveinek állapotát, káros szenvedélyeit, volt-e öngyilkossági kísérlete, milyen a szexuális élete, van-e mentális betegsége, melyik évben mely napokon váltott ki Viagrárt a gyógyszer-
tárban. Kis szerencsével fényképeket is találhatunk a keresett személy testrészéről. Előfordulhat-e ilyen egyáltalán? Ez lenne az egészségügyi rendszer feladata: a páciensek megfigyelése, titkos adatgyűjtés és korlátlan kézbentartás? Nem kell már kamerákat elhelyezni a házhoz, mikrofonokat tenni a virágcserepbe, elegendő csupán bejutni egy gyógy-
intézet számítógépes rendszerébe ahhoz, hogy egy életré lehetetlenül tegyenek, zsaroljanak, vagy „csak” megalázzanak valakit!

Nem mindegy tehát, hogy hogyan gondoskodunk a bizalmas adatok védelméről és megfelelő felhasználásáról. Az alábbiakban ismertetek néhány olyan problémát, amely már régóta megoldásra vár és egészségügyi reform idején ezeket meg kellene vitatni. Jelenleg ugyanis az egészségügyi rendszer inkább egészségvédelmi hatóságként, nemzetbiztonsági hivatalként cselekszik, hiszen jogot formál a páciensek múltjában való korlátlan keresgélésre, az adatok összegyűjtésére, rendszerezésére. Ezt a fennálló nemzetközi szerződések szerint csak a páciensek írásos beleegyezése nyilatkozata alapján tehetné meg, az alapvető emberi jogok megsértése nélkül.

(folytatás az 5. oldalon)

Egy napos sebészet pro és kontra

A fejlett társadalmak túlnyomó részében az egészségügy képezi a gazdaság legnagyobb önálló szegmensét. Az országok GDP-jük 5-15%-át költik egészségügyi kiadásokra, ez a szám az utóbbi három évtized során megduplázódott. Az egészségügyi kormányzatok számára cél a rendelkezésre álló szűkös erőforrások olyan jellegű kiaknázása, hogy az a társadalom tagjai számára minél nagyobb egészséggyerességet biztosítson.

A 80-as években elindult folyamatok eredményeként a 90-es évek a világ számos országának egészségügye számára az igazi változások és megszorítások korát jelentették. A reformok elterjedését - melyeknek részét képezte az egy napos sebészeti is - három fő tényező határozta meg döntően: 1. Technikai, technológiai fejlődés, 2. Pénzügyi szorítás, 3. A klinikai gyakorlat változása: az előző két tényező eredményeként új szakmai standardok jöttek létre.

Az egy napos sebészet előnyei és hátrányai

• **Betegekre ható tényezők**
Az ápolás szubjektív igénye. A betegekre háruló többlet pénzügyi terhek. Modern munkahelyek támasztotta követelmények. Egyéb szubjektív tényezők - az emberek jelentős százaléka ma sem szeret kórházba menni.

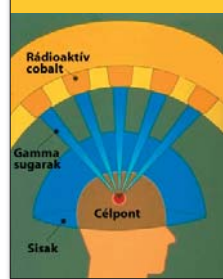
• **Orvosokra ható tényezők**
Betegek iránt érzett felelősség. Az orvosnak, ha jól képviseli a beteget, érdeket, figyelembe kell venni a betegek szociális hátterét is.

Kórházban dolgozó orvosok esetén: betegforgalom változása, szakmai presztízis, a kórház igénye, informális pénzügyi ösztönző, munkakörülmények változása.

• **Kórházakra ható tényezők**
Pénzügyi érdekeltiség, stratégiai hátrány (ágysszám-vesztés). Csökken az egy betegre jutó orvosi munkafordítás. A gyógyszerköltség, szakmai anyag, kismértékben

kötszer az otthoni ellátásba, post-hospitalizációs szakaszba kerül, a diagnosztikai és egyéb konziliumi szolgáltatások kitolódnak a kórházi felvétel előtti, prehospitalizációs szakaszba.

A téma egyik vezető írása a Gamma késről szóló anyag a 2. és a 7. oldalon.



Orvosok és a szőlősgazda

„Fél éve a legnagyobb példányszámú napilap ismertet-
te egy tekintélyes nemzetközi piacutató cég, a GFK
házánkra vonatkozó adatait. Bizalmi indexe szerint
Magyarországon az orvosokban bíznak leginkább, s a
politikuskban legkevésbé az emberek. A GFK leg-
frissebb kutatási eredményei ismét hozzáférhetővé
váltak. Örömmre szolgál, hogy az önk lapja is is-
mertette a vizsgálat legfrissebb eredményeit: fél év
alatt a magyar orvosok bizalmi indexe tovább nőtt,
ma már 8%-os. Ezt követik a pedagógusok 7%-al.
Óvatos bizakodással említem, hogy megyénkben, kór-
házunkkal kapcsolatban is hasonló tendenciát észle-
lek. Az egészségüggyel kapcsolatos negatív hírzón
ellenére a lakossági visszajelzések inkább kórházunk
megbecsültségének lassú, fokozatos javulására utal-
nak. Ehhez az öröndetes jelenséghez a megyei média
dolgozóinak mind felelősségteljesebb közszolgálati
aktivitása is hozzájárul.

Joggal feltételezem, hogy ha valahol, akkor a negatív
manipulatív hatásoktól ilyen öröndetes mértékben
függetlenedni képes Fejér megyében őszintén beszél-
nünk gondjainkról is. Ennek jegyében szeretném
megosztani gondjaim, szorongásaim egy részét a Tisz-
telt Olvasóval” - kezdi levelet Dr. Csingár Antal, a
Szent György Kórház főigazgatója a Fejér Megyei
Hírlapban.

(folytatás az 6. oldalon)

A „láthatatlan” genitalis herpes

A herpes simplex vírusok (HSV-2, HSV-1) okoz-
ta fertőzések a leggyakoribb nemi érintke-
zéssel közvetített fertőzések közé tartoz-
nak. Az amerikai adatok szerint az Egyesült
Államokban minden ötödik szexuálisan aktív
ember HSV-2 fertőzött a 12. életév feletti koros-
tályban. Terjedésében a tünetmentes vírus ürít-
köz is meretlen száma, a gyakori partnerváltás,
a különböző szexuális praktikák és a fel nem
ismert esetek szerepe a döntő. A tapasztalatok,
és az irodalmi adatok szerint az elsődleges infekció
azonban az esetek igen jelentős részében klinikai
tüneteket nem okoz, és a betegek egy részénél
csak a rekuráló herpes megjelenése utal arra,
hogy az illető valamikor fertőződött. A „láthatatlan”
genitalis herpes feltehetően gyakrabban nyil-
vánul meg nem-típusos tünetekkel, mint ahogy
azt a betegek és az orvosok is gondolják.

A szeméremtesten, a penisen, scrotumon, vagy
végbélnyílás körüli területeken előforduló finom
beperecskés, vagy a lokalizált erythema, irritáció-
ra utaló szimptomák, vagy az időnként észlelhető
fájdalmatlan felületes sebek észlelése a leggyak-
rabban eredményezi a herpes diagnózist. Maguk
a betegek sem biztos, hogy orvoshoz fordulnak,
vagy ha mégis, akkor általában nem kerül felis-
merésre. Tudjuk azt is, hogy a klinikai megnyi-
ilvánulás és az egyéb cervicovaginalis, húgyúti
infekciók és a különböző, genitalis lokalizációban
előszerezetteltt manifesztálódó körképek között a
klinikai sokszínűségekből következően nagy az átfe-
dés. Mindebből nyilvánvaló, hogy a körkép fel-
ismerése, megfelelő kezelése több szakágat érint,
így igen fontos szerep jut a beteg ellátása terén
a nemigógyászoknál, a nőgyógyászoknál, urológusoknál,
házi orvosoknál, gyermekorvosoknál, infektológusoknál.
Tulajdonképpen nem hagyhatók ki a felsorolásból a fogorvos-szajseb-
szek, szemészek sem, jóllehet a genitaliák vizs-
gálata nem tartozik tevékenységi körükbe, de
herpeszes tünetek észlelése esetén adott korrekt
tanácsadással jótékonyan hozzájárulhatnak a
páciensek felvilágosításához.

Mit tudnak az emberek a nemi szervek beteg-
ségeiről és hova, mely szakterület orvosaihoz for-
dulnának a nemi szerveknél kialakuló tünetek
esetén? Ez utóbbira ad választ az az internetes
anonim megkérdezés, melynél arra a kérdésre,
hogy „kihez fordulna, ha nemi betegségére utaló
tünetet észlelne magán?” összesen 3.005 állampol-
gár válaszolt.

(folytatás a 7. oldalon)

herpes simplex

herpes zoster

herpes genitalis

800 mg
400 mg
200 mg
5% krém

AZ ELSŐ VÁLASZTÁS

A SZISZTÉMÁS ANTIVIRÁLIS KEZELÉSBEN

További információk:
Egri Gyógyszergyár Rt., Termékekért
1140 Budapest, Hungária krt. 179-187.
Tel.: 469 2222 - Fax: 963 0257
E-mail: marketing@egrigyogj.hu



Gamma-kés
nem mernek belevágni

A Magyar Tudományos Akadémia szeptember 22-én, rendkívüli ülésen tárgyalta az úgynevezett sugárbé-
szetről. Az esemény fontosságát jelzi, hogy maga Mádl
Ferenc köztársasági elnök nyitotta meg a tanácsko-
zást, amelyen Nyáry István, az Országos Idegsebészeti
Tudományos Intézet vezetője egy olyan készülékről, a
gamma-késről tartott előadást, amely már világszerte
forradalmasította az agyműtétet.

Magyarországon szükség is, hely is, hozzáértő
orvos is lenne. Nincs azonban pénz. A szakmai
program kész, befektetők is részt vennének a
készülék beszerzésében, a kezelések finanszírozása
azonban annak ellenére kétséges, hogy a koponya
megnyitása nélküli, vértelen operáció jelentősen
olcsóbb, a műtét után csökken a lábadozási idő, és
jelentősen javul a betegek életminősége.

Utazás egy készülék körül

Jelképértéktől probléma: egy modern berendezés for-
radalmian egyszerűsíthetné és olcsóbbá tehetné a
magyarországi agyműtétet. Az egészségügyi költsé-
gvetésben azonban nem találják rá a pénzt.

Nővéröltöző, szekrények, kis asztal, székek áll-
nak azon a helyen, ahol a legmodernebb, vértelenül
elvégezhető agyműtétre alkalmas eszköznek kelle-
ne állnia. Hiába készült el a speciális épület az eszköz
elhelyezésére a budapesti Amerikai úti idegsebészeti
intézetben, az egészségügyi tárcánál még csak

tervben sincs a gép beszerzése. Pénzhiányra hivat-
koznak, bár az eszközzel, az úgynevezett gamma-
kessel felére lehetne csökkenteni a költséges agymű-
tétet. A gamma-kés 1,1 milliárd forintba kerülő
berendezés, egy olyan sugárbébszerkesztő eszköz, amellyel
a koponya felnyitása nélkül lehet agydaganato-
kat, agyvérzésekhez vezető agyi érlejlődési rendelle-
nességeket kezelni, de alkalmas a Parkinson-kór, az
epilepszia és az arcidegzsába kezelésére is. Egy műtét
alkalmával az agy különböző részein elhelyezkedő
többesbörös tumorok is megoperálhatók. A gamma-
kessel a kóros sejteket úgy pusztítja el, hogy a
környező egészséges szöveteket nem roncsolja. A
hagyományos koponyaműtétet a koponya felnyitá-
sával járnak, és hetekig tartó intenzív osztályos
gyógykezelést igényelnek. A gamma-kés segítségével
bonyolult agyműtétet helyi érzéstelenítéssel, úgyne-
vezett egy napos sebészeti eljárással is végrehajthatók.
A kivizsgált beteg egyik nap befejeződik a kezelése, és
másnap hazamehet. Mechanikai egyszerűsége és tála-
lati pontossága miatt a gamma-kést a sugárbébszer-
keztő „aranystandardjének” nevezték el.

Miért nem működik hát ilyen Magyarországon?
Sugárterápiás központok létrehozására, a gamma-kés-
központ működtetésére az országban több intézmény
is vállalkozna. A pécsi, a debreceni és a budapesti
orvosgyógyintézet, valamint az Országos Idegsebészeti
Tudományos Intézet (ORI). Hely tehát lenne rá.

(folytatás a 7. oldalon)

OEP által finanszírozott egynapos sebészeti ellátás a Telki Magánkórházban

A Telki Magánkórház az egészség-
ügy modernizációját célzó pályáza-
ti lehetőségek keretében OEP-finan-
szírozás mellett végzi az egynapos
sebészeti ellátást, így a korábban ko-
moly anyagi ráfordítással járó ma-
gán-egészségügyi beavatkozások
széles körben elérhetővé válnak. A
kórház orvosa egy év alatt mintegy
2500 olyan műtétet terveznek elvé-
gezni, melyet követően a páciensek
huszonnégy órás benn tartózkodás
után elhagyhatják az intézetet.

Az egészségügy modernizáció-
ját célzó állami pályázatok
egyike a magánintézmények
számára is lehetővé tette, hogy
bizonyos műtétet az Országos
Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)
finanszírozásával végezzék el.
Ezzel a lehetőséggel élt hazánk
első magánkórháza, a Telki Ma-
gánkórház is, amikor elindította
új szolgáltatását. Az OEP a Telki
Magánkórházban kizárólag az
egynapos sebészeti ellátást támo-
gatja. Egy év alatt az intézmény
szakorvosai mintegy 2500 ilyen,
legfeljebb huszonnégy órás kór-
házi benn tartózkodást igénylő,
általános sebészeti, nőgyógyászati
és szemészeti műtét elvégzését ter-
vezik.

Biztonságos műtétet, nyugodt lábadozás otthon

Néhány évvel korábban szinte va-
lamennyi műtét, sebészeti beavat-
kozás elkerülhetetlen velejárója
volt a hosszabb, a betegek számára
számos kellemetlenséggel járó
kórházi tartózkodás. Míg korábban
a páciensek a kisebb műtétet
után is napokig nyomták a kór-
termi ágyat, az utóbbi időben

– elsősorban az egyre fejlettebb
műtéttechnikáknak köszönhetően –
mind inkább tért hódít az ún.
egynapos sebészeti gyakorlat –
legalábbis a külföldi orvosi gyar-
korlatban.

Az „egynapos sebészet” kifeje-
zés olyan műtétet takar, melyek
előkészítése és a szükséges
utókezelések a hagyományos já-
róbeteg-ellátás keretében belül is
elvégezhetőek. A beteg csak a mű-
tét idejére, de legfeljebb huszon-
négy órára vonul be a kórházba,
igly otthon, nyugodt körülmények
között gyógyulhat – és ellátása is
kiseb terheket ró az egészség-
biztosításra, mint ha valamelyik
kórházi osztályon lábadozna. A
felmérések szerint ma már a sebé-
zeti beavatkozások közel egyhar-
mada megoldható lenne ezen a
módon; sajnos, a nyugaton már
bevett gyakorlatnak számító meg-
oldást hazánkban még csak keve-
sen alkalmazzák.

Műtétet követő huszonnégy órán belüli távozás a Telki Magánkórházban

Magyarország első magánkórhá-
za, a négycsillagos szállóadói kö-
rülme nyeket kínál (légtömke-
onált szobák tusolóval, mosdóval,
televízióval és kérésre internet
csatlakozással felszerelve), mo-
dern műtőkkel felszerelt Telki
Magánkórház korábban is arra
törekedett, hogy a gyógyászati
szolgáltatások legfelsőbb válas-
tékával szolgálja páciensei egész-
ségét; ám most – köszönhetően
az állami pályázatok nyújtotta
lehetőségeknek – még újabb, még
inkább naprakész megoldásokat
kínál a különféle egészségügyi

problémákra. A főváros tözsom-
szedságában, Telkiben 1998-ban
alapított intézet „első fecskéként”
elindította az OEP által finanszíro-
zott egynapos sebészeti szolgálta-
sát. A szolgáltatás keretében a
százazgas, mátrix rendszerű intéz-
ménybe ellátogató betegeknek
lehetőségük nyílik arra, hogy a
kiseb általános sebészeti műtét-
eket (sérvműtét, visszér műtét,
kiseb csontműtétek, stb.), kül-
önféle nőgyógyászati beavatkozá-
sokat (egészségügyi méhkaparás,
méhszaj-plasztika, egyes hüvely-
plasztikai műtétek, stb.), szemé-
zeti műtétet (szemhéjműtét,
kancsal műtét, zöld- és szürkéhá-
lyog műtét) követően rögtön, de
legfeljebb huszonnégy órán belül
elhagyhassák a kórházat.

Az OEP által támogatott egyna-
pos sebészeti ellátást azok vehetik
igénybe, akik rendelkeznek érvé-
nyes TAJ kártyával; beutalóval;
előzetes, szakorvos által kiállított
vizsgálati eredményekkel, ame-
lyek igazolják, hogy egészséggyi-
leg alkalmasak a beavatkozásra;
a kórház telefonos ügyfélszolgá-
tán, vagy személyesen előjegyzés-
be vétették magukat; és átestek a
szükséges vizsgálatokon.

Az egynapos sebészeti szolgálta-
sát előnyével élni kívánó pácién-
sektől az intézmény „emelt szintű
szolgáltatási díjat” kér, amelynek
összege 23750 Ft. Amennyiben a
műtét során előre nem látható szö-
vődmény lépne fel, a Kórház külön
díj fizetése nélkül elvégzi a szük-
séges rehabilitációs kezeléseket.

<http://www.telkihospital.hu>
H-2089 Telki, Kórház Fásor 1.
00 36 26 373200

Orvosi szexáció Budapesten

A magyar ortopéd sebészek a világon az elsők között
csatlakoztak ahhoz az új módszerhez és annak fejlesz-
téséhez, amely forradalmasítja az eddigi hosszadal-
mas és fájdalmas térdműtétet folyamatát.

Csak gondolják el: napjában hányszor hajlítjuk be
a térdünket, mennyire terheljük csípőnköt fordulá-
sokkal, leülésekkel és felállásokkal. Szervezetünk
egyetlen részét sem terheljük úgy, mint az ízületein-
ket.

A kopott ízületekkel nem lehet mást tenni, mint
kicsérélni. Jöhet a vágás. Nagy metszésekkel, hosszú
műtéttel, lábadozással, maradandó nyomokkal. Vali
néni, a Magellán riportalanja már tapasztalt kórház-
látogató, hisz fiatal kora óta a reuma egy speciális faj-
tájával küzd. Negyszer műtöttek: kétszer a csípőjét,
kétszer a térdét. A legutóbbi térdműtétet azonban
más volt, mint az eddigié, és nem csak azért, mert
– ahogy ő mondja – ez a beavatkozás mini volt.

Három nappal a műtét után pedig már nem csak
a térdhajlítás megy, hanem a járkálás is. Még ha kis
segítségig is. Vali néni gyors műtétje nem egyedül-
álló orvosi bravúr, hanem a technikai eszközök fej-
lődésének köszönhető. Pár éve ugyanis már arra
törekszenek a sebészek, hogy minél kisebb sebzéssel
végezzék el a műtétet.

„Azokat az ízületeket, amelyeket korábban 10-25
centivel oldottunk meg, ma már 1-10 centis vágással
úgy, hogy nem károsítjuk az ízületeket, lágyrésze-
ket” – mondta a Magellánnak Hangody professzor,
a beavatkozást végző sebész.

Az úgynevezett minimál-invazív technikát sikerrel
alkalmazzák évek óta csípőműtétknél, de a techni-
ka fejlődésével most már a térdizületeket is ki lehet
cserélni ezzel a módszerrel.

Nagy vágások helyett a kis sebet ejtenek, majd
olyan utakat igyekeznek találni a sebészek, amelyek-
kel nem sértenek mozgató izmok. Ebből követke-
zik, hogy műtét közben az orvosok nem látják túl jól
a részleteket. Talán ezért hallgatták kicsit kétkedve
a külföldi sebészek a magyar professzor előadását a
budapesti konferencián. Sokak szerint ugyanis túl
komoly technikai feltételeket igényel a beavatkozás.
A műtétet végző szakemberek – köztük a magyar
orvosok – szerint azonban a beavatkozás bonyolul-
tabbnak látszik, mint amilyen valójában. Ráadásul
az eddigi eredmények nagyon jók. És bár a műszerek
drágábbak, a műtét ugyanannyiba kerül, a gyógyulás
– így a kórházban eltöltött idő is – sokkal rövidebb.

Mindez nem jelenti azt, hogy az új módszer min-
denkinek alkalmas. Elsősorban azoknak ajánlható,
akik aktív életmódot folytatnak, akiknek fontos a
gyors gyógyulás és rehabilitáció, nincs súlyfelesle-
gük, no és akiknek orvosai az alapos kivizsgálás
után valóban ezt a módszert ajánlották.

Akit azonban az alapos vizsgálatok után az orvosi
alkalmasnak találtak a beavatkozásra, ne siessen
rögtön a budapesti intézménybe. Fél-egy éven belül
ugyanis több ilyen centrum is lesz az országban,
úgyhogy mindenki talál majd lakhelyéhez közeli
kórházat a térdműtétéhez.

FORRÁS: TV2-MAGELLÁN

Hospice ellátás – ki lesz a beteg mellett?

A rádióban és a televízióban elhangzott hírekre reagálva a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület vezetősége az
alábbi közleményt teszi közzé:

Hamis illúziókat kelthet a végstádiumú betegekben és hozzátartozókban az a – hazai sajtóban a napokban
világot látott – hír, mely szerint az eddigi gyakorlat megváltozásával a továbbiakban a nap 24 órájában és korlát-
lanul rendelkezésre áll a rászoruló számára a hospice ellátás, mégpedig megváltozott finanszírozási feltételek
mellett. Ezt az ellátási formát elsősorban rákbetegek vehetik igénybe.

Évente több mint 34.000 ember hal meg rákban Magyarországon. Az 1991 óta létező hospice szolgálatok
eddig évente 2000 beteget tudtak ellátni és jelenleg is egyelőre az országnak csupán néhány pontján elérhetőek.
Az erre a feladatra kiképzett szakembereknek is csak töredéke dolgozik hospice ellátásban. A lehetőségek az
igények kielégítésére a mai napig nagyon korlátozottak.

Noha ez év őszétől az új finanszírozási program életbe lép, a híradásokban keltett képpel ellentétben a jövőben
sem várható az ellátottak számában nagy áttörés, hiszen az infrastrukturális feltételek továbbra sem adóttak. Az
otthonukban ápolott betegek 24 órás felügyelete nem feladata ezeknek a szolgáltatóknak, feladatuk a betegek
szakellátása – mégpedig interdiszciplináris csoport bevonásával –, ami az eddigi gyakorlatnak megfelelően
nap maximum néhány órában valósul meg. Ugyanakkor törekünk ma is és a jövőben is törekedni fogunk
arra, hogy az ellátó személyzet elérhető legyen sürgős esetekben a nap 24 órájában.

dr. Hegedűs Katalin és dr. Simkó Csaba

a 28 hospice betegellátó szervezetet tömörítő Magyar Hospice-Palliatív Egyesület vezetősége nevében

Váltson
kevésbé fájdalmasra

Safetac
Kevésbé trauma, kevésbé fájdalom

A Safetac technológia megvédi a sebet a kötszer sebágyba történő
tapadásától, mégis ultra gyengéd tapadás biztosít a környező
száraz, ép bőrre. Biztosítja a nedves sebminőit, amely felgyorsítja
a sebgyógyulás folyamatát és védi a seb környezetét.

Mölnlycke Health Care Kft., 1089 Budapest, Rezső u. 5-7.
Tel.: 06 1 477-30-80 Fax: 06 1 210-76-00 www.molnlycke.net
Health Care

Az Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület felmérést végzett 2003-ban a betegeknek az egészségügyi ellátórendszerben átélt tapasztalatait, véleményét tudakolva. Három kérdés közül a családorvosi ellátásra vonatkozó 22 kérdést tartalmazta, a járóbeteg-szakrendelési kérdőív 14 kérdése, a fekvőbeteg-intézet (a legbonyolultabb szolgáltatást) pedig 71 kérdés volt. Az adatok 2001-re, 2002-re és 2003-ra vonatkoznak. Az ország 15 megyéjéből 89 értelmezhetően kitöltött kérdőívet dolgoztak fel. A legmagasabb arányban a családorvosi ellátásról szólnak az adatlapok, szám szerint 802, amely az összes adatlap 90%-a. Járóbeteg-szakrendelésről 705 fő (79%) töltött ki kérdőívet. Kórházi gyógykezelésen szerzett tapasztalatairól 410 személy számol be, amely csaknem a fele a nyilatkozóknak.

Általános adatok

20 év alatti a megkérdezettek 3,23%-a; 21-40 év közötti 17,22 %; a legmagasabb reprezentációt (34 %) a 41-60 éves korosztály képviseli; nagyságrendben ezt követik a 61-70 évesek, míg 70 évnél idősebb volt a nyilatkozók 20%-a. A nők 63 %-os aránya vélhetően a nagyobb kitöltési hajlandóságot mutatja. A kérdőívet 90 %-ban városi emberek töltötték ki – ami összefügg az OFE szerveződéssel. Faluhelyről 9,84%-ban érkeztek kérdőívek, tanyáról pedig csak 2 darab.

Családorvosi ellátás

A kérdőívet 802 fő töltötte ki. A várhatónak megfelelően elsősorban valamely megbetegedésre utaló panasz miatt keresték fel a rendelőt (78%-ban). Örvendtek, hogy a második helyen a megelőzés szerepel, amikor szűrővizsgálat vagy egészségi állapotának ellenőrzése miatt megy a páciens az orvoshoz. A részvételi arány (59,7%) meglepetés is lehet. Ám ez nem országos adat, mert túlnyomórészt városiakok szokásait tükrözi. Jelentős a krónikus betegek aránya, közel 46%, aki emiatt rendszeres orvosi kezelésre szorul. Az adatlapok 38%-ában jelezték, hogy sürgős esetben lakásra hívták ki az orvost. Fekvőbetegként lakásban gyógykezelte az orvos a megkérdezettek 18%-át. Részletes véleményt kértünk a családorvosi rendelő körülményeiről, s ez pozitív. Az orvosi rendelő majdnem mindenki számára elfogadható távolságból van és jól megközelíthető (95%). A betegvárakozás körülményei, azaz a várószoba, a mellékelteliségek állapota és tisztasága több mint háromnegyed részt megfelelő. Számukra elviselhető a vizsgálat előtti várakozás ideje (87,9%). Az orvosi rendelő állapotával, tisztaságával 80,4%-ban elégedettek. A legkevesebbet viszont a rendelő orvosi eszközökkel való felszereltségével elégedettek (67%). Vizsgáltuk a családorvosi ellátási betegelegettséget is. Az elemzés eredményei azt mutatják, hogy 80,4%-ig elégedett az orvos tevékenységével. Egy következő kérdésre ugyanúgy azt válaszolták, hogy ők és családtagjaik bármely egészségügyi problémával szívesen és bizalommal fordulnak a család orvosához. Ha nem a szokásos rendelési időben volt szükség orvosi ellátásra, a családorvost elérte 50%-uk. Nyilvánvalóan ebben az esetben az ügyeletnek kell rendelkezésre állnia. Arra a kérdésre, hogy ha éjszaka, hétvégeken, ünnepnapokon sürgős esetben

Egészségügyi szolgáltatások és betegjogok

volt szükség orvosi ellátásra, az ügyeletet tudta-e értesíteni, és az kellő időben ellátta-e a beteget, az igenlő válaszok mindössze 46%-osak voltak. Ha ez általános országos helyzetet tükröz, és nem egészen 50%-ban működőképes az ügyeleti rendszer, ez nem elfogadható egészségügyi ellátást jelent.

Járóbeteg-szakrendelés

A kérdőívet meglepően magas arányban, 78,8%-ban töltötték ki, azaz az összes nyilatkozó nagy számban vette igénybe a járóbeteg szolgáltatást. A tapasztalatok nagyon eltérőek. A szakrendelés leginkább érkezői sorrendben hívják be a betegeket (39,5%). Ezt követi a protekcionizmus, amely joggal irritálja a rendelőre várakozókat. A kérdőívet kitöltők 28%-a azt tapasztalta, hogy az egészségügyi dolgozók ismerőseiket soron kívül behívják. Negyedrész a kívánatos előjegyzés alapján történik a behívás a rendelőre (26,9%). A várakozás a betegek elvárásainak elfogadhatósága tünik. Ugyan 44% több mint 30 percet várakozhat a rendelőben a vizsgálatra, azonban ez az időtartam egy beteg kivizsgálására elegendő. Tehát ha az előjegyzett időpontra érkezik, egy beteg kivizsgálását kell csak megvárnia. A nyilatkozók kevesebb, mint fele elégedett a rendelőintézet tisztaságával. A rendelőintézetben gyógykezelést, kivizsgálást betegek többsége elégedett a nyújtott szolgáltatással. Ezen belül az orvos és egészségügyi szakdolgozók magatartásával, a bánásmóddal (68%) nyilvánított pozitív véleményt. Ennél még többen, történetesen 73,8%-ban elégedettek a járóbeteg-rendelőben nyújtott orvosi kezeléssel.

Fekvőbeteg-intézeti szolgáltatások

70 kérdést tettünk fel azoknak, akiket 3 éven belül kórházban gyógykezeltek. Az értékelhető 894 adatlap kitöltő személyek közül 401 betegnek volt kórházi múltja, ez 46%. Természetesen 80%-uk beutalóval került kórházba, előjegyzés alapján. Az előjegyzés 20%-ban egy hónappal hosszabb időtartamú volt, amely az ellátással összefüggő, további tájékoztatást igénylő probléma. A sürgős szükség miatt bekerülő páciensek aránya 40%. Ez jóval magasabb a vártnál, amelyet korábbi hazai felmérések 20-25%-ban regisztráltak. A gyógykezelés időtartama, azaz a kórházban töltött éjszakák száma – ha úgy tesszük az ápolási idő – 60%-ban meghaladta a hat napot. Feltételeztük, hogy szoros összefüggés tapasztalható a kórházi osztály egyes elemeivel való elégedettség és az elszervezett betegség súlyossága között. Felmérésünkben a gyógykezelés alatt ágyhoz kötött beteg 39,5% volt, fennjáró beteg 60,5 %. Az adatok elemzése alapján a fekvőbeteg-ellátó intézményekben kezelt betegeknek 66 százalékánál került sor műtéti beavatkozásra. Ez az arány nagyon magasnak tünik. Feltételezi a felmérés során a műtets osztályok nagyfokú dominanciáját. Ennek viszont ellentmond, hogy nem a kórházakban került sor az

adatgyűjtésre. A megkérdezettek között 14% úgy vélte, hogy a kórházban tartózkodásuk rövidebb volt, mint megítélésük szerint szükséges lett volna, és nem végeztek el minden vizsgálatot, gyógykezelést. A kórházak 27,8%-ban kéri ki a beteg a kórházról alkotott véleményét a távozáskor. A több intézményben gyógykezelték szerint az egyes kórházak között jelentősek a különbségek.

A hotel-szolgáltatásról

Egy vagy kétágyas kórteremhez csupán a nyilatkozók egyötödének volt szerezése. Négyágyasnál nagyobb kórteremben fektűt az abszolút többség (76,3%). A kórteremmel és a mellékelteliségekkel való melegegedettség 68%. A kórterem felszereltségét a gyógykezelték felének felett meg (51,4%). A már elvárható kényelmet, a felfekvés megelőzését biztosító, mozgatható betegágyban mindössze 41% fektűt. Az ágy nemű cseréjét 68%-ban vélelmetek megfelelőnek. A betegek 67% találta tisztának rendezettnek a kórtermet, ahol ápolták. Az adott évszázknak megfelelően a kórterem klímáját a betegek 60%-a megfelelőnek találta. A kórtermek csak egy-negyedhez tartozott fürdőszoba. A fürdőszobákat és vécéket a megkérdezetteknek mindössze 34%-a mondta tisztának. (Fertőzésveszély!) Kritikus pont az étkezés. Az étel minőségére, hőmérsékletére, tállalásának megfelelőségére 48%-ban mondtak igent. Az étel mennyisége 54%-ban volt megfelelő. Az ételt megfelelő időben tállálják fel (86,3%). Sajnos csupán 53,9%-os az „igen” arra a kérdésre, hogy ha a beteg az étkezései időpontjában vizsgálaton, kezelésen volt, félretették-e az ételt és azt kellő hőmérsékleten tállálták-e. (Gondoljunk például a cukorbetegre...) Negatívum, hogy a diétás étkezétséssel 42,6%-osan nem mindig az előírás szerinti ételt szolgáltattak. Rossz, hogy a mozgáskorlátozott, ágyhoz kötött betegeknek mindössze 41,6%-ában segítettek az étkezétsében.

Gyógykezelés

Vajon a beteg a kórházba érkezése után egy órán belül ágyba került-e, illetve, hogy elhelyezésétől számított további egy órán belül megvizsgálta-e orvos? Igen: 76 és 79%. A gyógykezeléssel összefüggő feltelet, – amely egyuttal deklarált betegjog is – hogy műtét, altatás, továbbá a testüregekbe végzett behatással járó vizsgálatok előtt a betegől kértek-e, és a pácienst adott-e írásos beleegyező nyilatkozatot. Bár ez alapvető követelmény, az erre a kérdésre nyilatkozóknak csak 66,3%-a adott igenlő választ. A beteg személyiségi jogainak sérültek, amikor a gyógykezelés szempontjából szükséges személy is jelen voltak a helyiségben, a beteg előzetes beleegyezése nélkül. Ilyen szituáció 22%-ban fordult elő. A kezelőorvos munkájával magas, történetesen 84,3%-os a melegegedettségi ráta. Ugyanílyan arányú a jó orvos-beteg kapcsolat létrejöttének az ará-

nya is, amely végő soron előbbel összefüggő tényező. Negatív észrevétel és nem is csekély arányban – 36,8%-ban – az a tapasztalat, hogy a kezelőorvos egyes betegekkel megkülönböztetett módon bánik. Visszaulva az előző betegvéleményekre, az egyes betegek irányában tapasztalt megkülönböztető bánásmód úgy tünik nem erős negatív hatás, vélhetően, mert nem jár együtt a többi beteget tekintve diszkriminációval.

Az ápolókról, az ápolásról alkotott vélemények

Csupán 48,5 % nyilvánított határozott elégedettséget az ápolók munkájával szemben. Ennél öt pontszá-lalakkal többen (53,4%) tapasztalták, hogy minden ápolási feladatot – ha szükség volt rá mosdatást, étkeztetést, wc-használatot – megfelelően elvégeztek, sőt az ápolás során figyelembe vették a beteg egyéni igényeit, állapotának sajátosságait is. A betegek utóbbi értékelését úgy is megfogalmazhatjuk, hogy többségben az elvárható legmagasabb szintű ápolást nyújtottak. A betegek is tapasztalták az ápolási eszközök (betegfürdők, betegemelő) hiányát. Ilyen eszközök a beteg tudomása szerint csak 27%-ban állnak rendelkezésre. Az ellátottságot tekintve a betegek nem sokat tevének. Az ápolási eszközök hiánya egyrészt közvetlenül a betegek komfortját, a minőségi ellátást rontja, másrészt közvetetten a betegápolók fokozott fizikai, ergonomiai megterhelése révén, fáradtságuk negatív következményeit érzik. Az orvosokkal kapcsolatban feltelet kérdések többséget a nővérekre vonatkoztatva is felteletük. Így a megkülönböztetett bánásmódot is. Ez erre adott válaszok 41%-a arra a felteletre készített, hogy ilyen arányban megkülönböztetett bánásmódot gyakorolnak egyes betegek irányában. Nyilvánvalóan pozitív megkülönböztetésről van szó. A betegápolásról alkotott vélemények igen pozitív momentuma, hogy az éjszákas nővér 80%-ban rendelkezésre állt, a betegápolási folyamatos. A gyógyszerostással összefüggésben a betegek egyötödét állítja, hogy előfordult, hogy a gyógyszerét nem az előrt időben kapta meg, vagy esetenként egyáltalán nem kapta meg. Ennél nagyobb hiba, azaz gyógyszerzercsere 5%-ban történt.

A betegjogok

A beteg felvételekor az intézet, az osztály rendjéről adott tájékoztatás csupán 44%-os, amely rendkívül alacsony arány. Az intézetek 37%-a rendelkezik írásos betegtájékoztatóval. Ez a körülmény előbbi negatív véleményét csak abban az esetben korrigálja.



Országos Fogyasztóvédelmi
Egyesület
http://www.ofe.hu

Bizalmi index

A GfK Ad Hoc Research Worldwide piacutató cég 19 európai országban és az USA-ban 1000-1000 fős mintán vizsgálta a különböző foglalkozások megítélését. Kisebb-nagyobb eltérések ugyan országokként kimutathatók, az egyes foglalkozási ágak presztízse azonban közel hasonló mind a húsz országban. Csak minden hatodik válaszadó tartja a politikusokat bizalomra méltónak.

Az orvosok bizalmi indexe a legjobb, magas pontszámot kapnak a pedagógusok is. A politikácsiálók viszont a népszerűségi verseny sereghajói. Valamivel jobb minősítéssel illetik a nagyvállalati vezetőket és az újságírókat. A GfK Bizalmi Indexe szerint Magyarországon a listavezető orvosok után 75%-kal a pedagógusok következnek, a rendőrök 51, a hadsereg 54, az ügyvédek 52%-os bizalmi indexszel szerepelnek, a papok a megkérdezettek 44 százalékának szemében hitelesek, a válaszadók 32%-a szavaz bizalmat nagy cégek vezetőinek, az újságírók mutatója 26%.

Többé-kevésbé más országokban is hasonló az egyes foglalkozások képviselői iránti bizalom sorrendje. Eltérések tapasztalhatók például Oroszországban, Romániában és Csehországban, ahol a rendőrök imázsa elmarad a többi országétól. 5 bar pozitív, de átlag alatti a papokkal szemben érzett bizalom Csehországban, Spanyolországban, Franciaországban és Belgiumban.

A nagyvállalati menedzserek iránt rokonszenvet táplál a többség Dániában, Finnországban, Svédországban és Törökországban. Különösen kritikus viszont a közvélemény a gazdasági vezetőkkel szemben Magyarországon, Görögországban és Franciaországban.

A politikusok imázsa a legjobb Hollandiában, Törökországban, Spanyolországban és Svájcban, ahol tizből hárman bíznak választott vezetőikkel. Elegendő rossz a politikusok reputációja Németországban, Lengyelországban és Olaszországban, ahol tiz választásdóól átlagosan egynél is kevesebb képviselő pozitív felfogást. Kicsit jobb a helyzet Csehországban, Franciaországban és Oroszországban, ahol tizből egy megkérdezett gondolja, hogy lehet bízni a politikusokban.

A gazdasági vezetők megítélése nem ennyire éles. Tizből három polgár bízik bennük. Tízbeségi pozitív véleményét regisztráltak ennél a kérdésnél Dániában, Finnországban és Törökországban. A leggyengébb bizonyítványt a német és lengyel menedzserek kapták – öt emberből csak egy tartja őket bizalomra méltónak.

Európában és az USA-ban is sokan kételkednek az újságírók megbízhatóságában. Tizből több mint hatan adtak hangot kételyeiknek. Átlagban felül az újságírók elismertsége Romániában, Lengyelországban, Spanyolországban és Belgiumban. Nagyarányú viszont a bizalmatlanság a görögökben, olaszokban és amerikaiakban a médiahívatások iránt.

(MTI)

Magyarországon nincs olyan hatóság, amely szűrőpróbaszerűen ellenőrizheti a betegjogok érvényesülését és a kórházi ellátás minőségét. A Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség ugyanis nem vizsgálódhat az egészségügyi intézményekben, a Betegjogi Közalapítványhoz pedig csak utólag fordulhat valaki panasszal. A problémára nem jelentenek megoldást az ÁNTSZ ellenőrzési és a különböző minőségbiztosítási tanúsítványok sem.

Néhány hete három szakhatóság együttesen ellenőrizi, hogy a magánrendelési jogszabályok számlázása és költségeit az egészségbiztosítók.

Lapunk kiderítette, az egészségügyben a magánpraxisok számlázási kötelezettségén kívül a gyógyszerre piaci forgalmazása az egyetlen terület, ahol valamely hatóság bejelentés nélkül, „próbafigyaszttással” vizsgálhatja a betegek fogyasztói jogainak érvényesülését. A Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőségnek (FVF) ugyanis nincs ellenőrzési joga a kórházakban és a magánrendelőkben. „Nincs olyan hatóság Magyarországon, amely fogyasztói szempontból ellenőrizheti az egészségügyi intézményeket, meg a magánkórházakat és klinikákat sem.” – közölte lapunk kérdésére az FVF sajtóreferense. Siklósi Máté úgy véli: nola az eu-ban egyre erősödik az egészségügyi fogyasztóvédelem, és hazánkban is mind több kórházi szolgáltatást privatizálnak, egyelőre nem tudatosult a törvényhozásban, hogy az egészségügy is szolgáltatás, melyért fizetünk, tehát fogyasztói jogainak vannak. „Tálatagatni lehet csupán, hogy a 2006-tól érvényes új fogyasztóvédelmi koncepciók része lesz-e az egészségügy.” – tette hozzá.

Az Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület (OFE) szóvivőjének elmondása szerint bár egy tavaly novemberi konferenciájukon az egészségügyi szekció megállapodott az elerendő célokkal, például jogszabály-módosítások kezdeményezésében, előrelépés azóta sem történt. „Az egészségügy egy meglehetősen zárt világ, amely hagyományosan nem tartozik a fogyasztóvédelembe.” – mondta lapunknak

Nem lehet razzia a kórházakban

Újlaky-Vázt László. „Az OFE ezért úgy döntött, inkább a megelőzésre, az egészséges életmód hirdetésére helyezi a hangsúlyt.” – közölte.

Az egészségügyi tárca sajtóosztályán kérdésünkre megerősítették az FVF munkatársának az állítását, és hozzátették, egyelőre nincs szó az ezzel kapcsolatos jogszabályok módosításáról. Jogszertéssel kapcsolatos panaszokkal a betegjogi képviselőkhöz fordulhat a pácienst, a betegellátás színvonalának ellenőrzése minden kórházban a minőségbiztosítási igazgató feladata; néhány részletet, például a higiénés körülményeket pedig az ÁNTSZ vizsgálhat – mondták lapunknak.

Ha valaki úgy érzi, nem megfelelően látták el, kezelték adatait vagy tájékoztatták, utólag fordulhat az idén januártól működő Betegjogi Közalapítvány munkatársaihoz, akik kivizsgálják, sített-e jogszabályt egy intézmény vagy orvos. A szervezet azonban nem hatóság, csak közvetítő: ha az úgy nem intézhető el közös megegyezéssel, a pácienst bíróságon keresheti az igazát. A szervezet sajtóreferense lapunknak elmondta, a közalapítvány csak a konkrét panaszokkal foglalkozik, szűrőpróbaszerűen nem ellenőrizi az intézményeket. Tavaly több mint hétézren keresték fel az alapítványt, 88 esetben azonnal per indult, több mint háromszáz ügy még elintéztelen. Nem tudni ugyanakkor, összesen hányan fordulnak bírósághoz a betegjogok megsértése miatt az ellátás nem megfelelő minősége miatt, mert sem az Országos Igazságszolgáltatási Tanács, sem a Legfőbb Ügyészesség statisztikai főosztálya nem vezet ilyen nyilvántartást – tájékoztatták lapunkat mindkét intézményben.

A problémára nem jelentenek megoldást a különböző minőségbiztosítási tanúsítványok sem, mert az ezzel kapcsolatos ellenőrzéseket is csak előzetes bejelentés után lehet elvégezni mert az ezzel kapcsolatos ellenőrzéseket is

csak előzetes bejelentés után lehet elvégezni. Az utóbbi egy-két évben az egészségügyi intézmények az ISO 9001 minőségirányítási rendszer mellett a Kórházi ellátási standard (KES) kézikönyvében meghatározott követelményrendszer bevezetésére vállalkoznak – tudtuk meg Molnár Katalintól, a Magyar Szabványügyi Testület (MSZT) sajtóértőjtől. Hazánkban a mintegy 150 kórház közül 62-nek van ISO tanúsítványa, négyen felelnek meg a KES-nek, 14 intézmény pedig mindkét minőségbiztosítási tanúsítványt rendelkezik.

Az MSZT auditorai előzetes bejelentkezés után megvizsgálják, hogy a kórházak megfelelnek-e a követelményeknek, majd az intézmény megkapja a tanúsítványt. Ezután már nincsenek rajtaütésszerű ellenőrzések, a Betegjogi Közalapítványhoz hasonlóan itt is utólag derülhet csak ki egy-egy jogszertés vagy nem megfelelő ellátás. „Az előírások megfelelő teljesítését végeredményben a beteg visszajelzései igazolják” – hangszólta Molnár Katalin. „Olyasmit, hogy időben megkapta-e valaki a gyógyszerét vagy félretették-e az ételt, ha ebédidőben éppen kezelesen volt, csak akkor vizsgálhatunk, ha van erre vonatkozó belső szabályozás a kórházban” – mondta. Az ÁNTSZ az általános közegészségügyi állapotokat ellenőrizi: van-e fertőzőeszeély, megvannak-e a feltételek a megfelelő ellátásnak. A fenti példánál maradvá, megvizsgálják, hogy tiszták-e a konyhák, vannak-e mikrohullámú sütők. „Arra azonban nincs kapacitásunk, hogy ellenőrizzük, valóban megfelelő minőségű ételt kapnak-e a betegek, és ha kihiú, megmelegítik-e nekik. Ehhez egy ellenőrlőnknek be kellene költöznie a kórházba, ami lehetetlen” – közölte lapunkkal Szabó Enikő osztályvezető.

» Rovó Attila »
(NÉPSZAVA)

Kórházi ügyelet helyett műszakok

Komoly gondok jelentkezhetnek majd, ha az orvosoknak műszakokban kell dolgozniuk, és megszűnik a kórházi ügyelet intézménye. A műszakos rendszerre ugyanis nincs elegendő szakember. A pihenőidőt már most sem tudják garantálni az orvosoknak.

Bezavart a kórházi ügyeleti rendszerbe uniós csatlakozásunk. Az érvényes EU-előírások szerint ugyanis a munkavégzés az egészségügyben sem lehet több heti 48 óránál, ráadásul napközi naponként biztosítani kell a pihenőidőt is. Igen ám, de mi számít munkaidőnek az orvosi ügyelet idejéből? Dr. Kőszegfalvi Editől, a kecskeméti megyei kórház jogaszától megtudtuk: a jelenlegi uniós iránymutatás nem ismeri az ügyelet és a készenléti fogalmát, kizárólag munkaidőben és pihenőidőben gondolkodik. Ez alapján az EU-bírság két esetben hozott precedensértékű döntést a közelmúltban. Az orvosi ügyelet teljes egészében munkaidőnek számította, így a rendes munkaidőhöz, a ledolgozott órák számához hozzáadódott az ügyeleti órászám is. A magyar munkajog azonban másként számolt. Nálunk az ügyeleti munkaidőből és készenléti időtartamból áll. Azaz: az orvosok ügyeletben töltött idejének csak az a része számít munkaidőnek, amiben ténylegesen dolgoznak.

A jelenlegi rendszernek ettől függetlenül két jelentős problémája van: az egyik, hogy nem készül megfelelő kimutatás a ténylegesen ledolgozott órákról; a kórházak többsége nem méri a valóban ledolgozott időt, helyette jogszabályban meghatározott, vélelmezett idővel számol. A másik, hogy hiába szabály a napi pihenőidő kiadása, sokszor mégsem tudják betartani. Ügyelet után a kórházon kívül kellene tölteni minimum nyolc órát, és csak utána lehetne megkezdeni a következő napi munkát, ám dr. Kőszegfalvi Edit szerint az évtizedek alatt kialakult rendszeren nagyon nehéz változtatni. Az orvos sem veszi szívesen tudomásul, hogy neki ezentúl más napi ritmus szerint kell élnie. Joggal gyaníthatjuk azt is, hogy az EU nem feltétlenül elégedett jelenlegi szabályaival, hiszen most módosításon gondolkodik. Amennyiben a munkaidő és a pihenőidő közötti köztes állapotot elfogadja, valamivel könnyebb lesz a helyzet, ellenkező esetben a magyar szabályozást kell megváltoztatni. Ezzel a szándékkal már született egy új hazai jogszabály, ami kimondja: a kórházaknak arra kell törekedniük, hogy a jelentős munkavégzést tartalmazó ügyeleti szolgáltatásokat (ilyen például a traumatológia) a műszakosítás váltja fel. Sőt, egyes osztályokon ezt 2005-től kötelezően be kell vezetni.

A kecskeméti megyei kórház jogász szerint ez komoly problémákat okozott, ahol nincs elég szakember. Az ügyeleti rendszerrel elboldogulnak, de minden műszakra megfelelő orvosi létszámot aligha tudnak biztosítani. Ezzel egyes területeken veszélybe kerülhet a folyamatos ellátás megszervezése.

Az Orosháza Városi Önkormányzat Kórház Igazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi szakorvosi állások betöltésére

traumatológus szakorvos, bőrgyógyász szakorvos, reumatológus szakorvos, radiológus szakorvos, anaesthesiológus szakorvos

Pályázati feltételek:

szakirányú szakvizsga • orvosi nyilvántartásba vételi igazolás • MOK tagsági igazolás működési nyilvántartásba vételi igazolás • 1 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány a bérezés, a lakás illetve lételegépesítési támogatás megbeszélés tárgyát képező körben.

Traumatológus, anaesthesiológus szakorvos jelentkezését esetében lakás biztosított.

Bérezés megegyezés szerint.

Pályázni részletes szakmai tevékenységet bemutató életrajz, végzettséget, orvosi nyilvántartást, kamarai tagságot igazoló okiratok másolatának csatolásával lehet. Pályázatokat az **Intézet igazgató főorvosához, Dr. Gervain Mihályhoz** kell benyújtani. Az állások elbírálása után azonnal betölthetőek.

Dr. med. habil. Gervain Mihály
az orvostudomány kandidátusa, igazgató főorvos
5901 Orosháza Kold u. 99, Pf.140

tel: 68-411-756 fax: 68-411-166/250 e-mail: ohk@ohk.hu

Ügyeleti láttelep

Lázás beteg a magyar egészségügy a rendszerváltozás óta szinte egyfolytában, s mit sem segít rajta a vizsga lepedő. Pedig gyógyítgátjak az egy-másztól kórházyok, ám a diagnózisuk sem jó, nemhogy a terápia. Mert ki ne emlékezne az elhíresült ágycsatára a Horn-kabinét idején, amikor is a kórházyok szentesi polgármester bizony beállt a tüntetők közé, hogy tiltakozzon a kórházyi osztályokon az ágyak számának drasztikus csökkentése ellen? Akkor sikerült meghátrálnia késztetni a szaktársa illettekeseit. Még úgy is, ha a ki tudja már, melyik egészségügyi miniszter szentesi látogatása alkalmával elfelejtette magával vinni a fővárosba a dossziényi aláírást a kórházyi ágyak megtartása érdekében.

Manapság is szükség lenne ilyen kormánypárti politikusokra, akik szembe mernének helyezni a pártjuk álláspontjával. Talán nagyobb hatással lennének Kókény Mihály miniszterre, ha elváratai jelennek neki a szegedi és a szentesi adminisztrációs hibák kapcsán: a klinikai halál állapotához közeledik az orvosügyi rendszert. A megyei közgyűlés szakközvetítésének ellenzéki, civilben házi orvos tagja már megkondgatta a vészharangot, és próbápparrel ríogatja az illettekeseit a doktorok és velük együtt a betegek érdekében. Igaza is van! A túlélhetlenségük tudniillén – még akkor is, ha a legjobb szándék vezérli őket – tévedhetnek.

Ettől retteg a szentesi főorvos, aki elismeri: ki tudja hány műtöben töltött nappal és éjszaka után bizony ő is összekeverhetné bármikor a páciensek papírait. S akkor az én nevem is meghurcolnák? – kérdezi. Ám feleletmől vezérelem nem lehet dolgom. Egy-egy, szinte végig talpon töltött ügyelet után meg pláne nem. A magyar jogszabályok szerint ráadásul nem ismerik el az ügyeletben töltött minden órát munkaidőnek. Talán úgy lehetne véde az illettekeseik, hogy az orvosnak és az asszisztenciának azért jut ideje az ügyelet alatt a pihenésre. Sőt még a szórakozásra is, tesszem hozzá. Mert eszembe jut a komikus, bár inkább tragikomikus minapi eset, amikor luxusautó gördült a szentesi kórház sürgősségi osztályára. Az ügyeletest arra akarta rávenni a beteg kísérője, ugyan hozná már rendbe a számára oly kedves hozzátartozója lábát. Arra már nem emlékszem pontosan, hogy a kutyának(l) hány vágtagja is sérült. Am de ebcsont előbb-utóbb csak befor, de az országos szaktekintélynek számító főorvos szívén ejtett seb ki tudja, mikor gyógyul. A vele történet eset mindenesetre az ügyeleti rendszer láttelepe vagy másképpen fogalmazva: görbe tükör a jövőből.

Balázs Irén

Forrás: Délmagyarország

Orvosok és a szőlősgazda

(folytatás az 1. oldalról)

[1] Középkorú férfi látható élvezettel vizeli végig a sürgősségi osztály zsúfolt folyosóját. A várakozó betegek néma döbbenettel szemlélik az eseményeket.

– Nem tudta volna egy kicsit visszatartani? Két méterre van a végé. Most takaríthatunk magunk után!

– Ezért vagytok, kurvák!

[2] Halló, igazgatószág? Kapcsold az igazgatót, de gyorsan!

– A másik vonalon beszél, ahogy befejezi, kapcsolom.

– Le ne tedd, mert bemegyek, és letépek a fejedet, te mocsdák!

– Értse meg, foglalt a vonala, ahogy befejezi, rögtön kapcsolom!

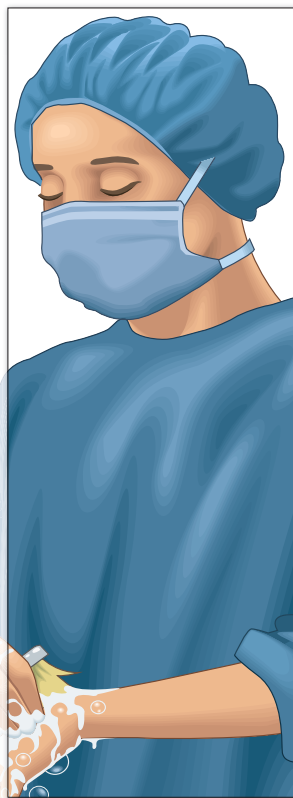
– Nem várok tovább, te szajha! Megadom a számmam, ha nem hívotok rögtön vissza, bemegyek, és kitépem a beledet, te köcsög!

– Halló, a Szent György kórház igazgatója vagyok. Úgy tudom, ön keresett...

– Na végre! 89-ben megoperált a Pete doktor. Azóta rövidebb a bal lábam. Pereltem kártérítésért, de minden bíró egy szemét. Ti is azok vagytok. Azt javaslom, hogy egyezünk ki, és akkor nem pereltek tovább!

[3] Jóval éjjel után a biztonsági szolgálat és az ügyeletvezető főorvos keres. Egy győri férfi éjjel 2-kor az urológus ügyeletet követeli. Potenciázavarai vannak, és csak most ér rá. A ügyeletelőjegyzési időt javasol neki, mire lelővéssel fenyegeti. Ugyanez a sorsa a segítségül hívott ügyeletvezető főorvosnak és a biztonsági őrnek is. Próbálék én is beszélni vele.

– A maffiával tetetlek el láb alól, te szemét! – üvölt magából kifordulva. Végő érvként kihívatom a rendőrséget. A két rendőr kikíséri az urat a csapajótján, majd eloldalog. A férfi röhögve-öröngve tér vissza, és hosszú órákat át fenyegeti kórházunk dolgozóit.



hölgyet a bíróság jogerősen a sajton keresztüli bocsánatkérésre is kötelezte. Ezt még azóta sem olvashattuk. Pereljük be ismét?

Egy velencei betegünk notórius panasztévő. Szinte állandó rovata van a Hírlapban. Minden panasztát kivizsgáltuk. Minden esetben a valótlanságok színes tömkelegét társítja le nyegtelen valóságalemekhez. Mit tegyünk? Pereljük, perlekedjünk, társuljunk magunk is egy nemkívánatos gyakorlathoz?

A közelműt nyilvános panasztévője a kórház orvosainak gögös magatartását kárhoztatja. A szerkesztőség is, mi magunk is tudjuk, hogy nem a megyei kórházban van baja a lelvélrólnak. De ha a megyei lapban „a” kórházról esik szó, érthető módon az olvasó „a” megyei kórházra gondol. Jól van ez így?

„Bocsánatot kérek, hogy élek” – kezdi panaszait a nehéz sorsú lelvélró, igaza vált tudatában a FMH aug. 10-i számában.

Az Ő panaszait is kivizsgáltuk. Nem július 23-án, hanem két nappal később, vasárnap hajnalban járt a kórházban, fullfűlés miatt. Legálább mi legyünk pontosak: 05:55-kor jelentkezett be a betegfelvételi irodán, az sron. Nyilván 5 percen belül felért a 8. emeletre. A kórházát 06:45 előtt elhagyta. Tehát dokumentálhatóan 45 percnél kevesebbet várt. Ezt követően feldúltan távozott, s „egy másik vidéki kórházát” keresett fel. Megyénk többi kórházában nincs egész kórházyi benti ügyelet, ezért nyilván másik megyét keresett fel. Hány óra múlva? Másik megye felkeresése belefért panasz szűrgősségébe?

„Egyedül ültm a váróban” – írja. A fekvőbeteg osztálynak nincs várója, a társalgóban ülhetett. Azonnali ellátást várt attól az ügyelet főorvostól, aki akkor már 22 órája volt szolgálatban. Nem az ágyában hevert, a műtöben dolgozott. Huszonnygy órá szűrgősségi szolgálatát követően felhívta és számon kérte. Mit is? Hogy huszonnygy órá, talpon töltött szolgálatát követően aludni próbált volna? Szerencsére feltehetően más orvost zaklatott vált igaza tudatában. Ugyanis, bármennyire természetesnek tartaná panaszosunk, a következő 24 órá szolgálatát már nem ugyanaz a főorvos biztosította.

Sajnálatos folyamatnak lehetünk tanúi. A gazdasági jóléti társadalmak mindegyike szűkíti a társadalombiztosítási alapon járó szolgáltatások körét. Térítési díjhoz kötik az ügyeleti és a sürgősségi igénybevételt, a mentőszállítást. A nálunk fejlettebb országokban már évtizedek óta sokkal szűkebb az ügyeletben nyújtott egészségügyi szolgáltatások köre.

Minden orvosnak olyan az egészségügye, amilyet megérdemel. Egyetlen kivétel Magyar-

ország, ahol az egészségügyi szolgáltatás magasabb szintű és kiterjedtebb körű, mint amennyit az ország megérdemel, de ez már nem tart sokáig – szoktam mondani keserűen és igazságtalanul. Igazságtalanul, mert a szolgáltatás feltételrendszerét nem az ország lakossága, hanem a mindig aktuális politika alakítja.

Nálunk is megindult a szolgáltatások körének csökkentése. Rendeletek születtek, sőt már életbe is léptek. A társadalombiztosítás kevesebb szolgáltatást finanszíroz, mint korábban. Meg kell felelni az Európai Unió munkaiügyi normáinak is. Ezért nagyszámú kórházyi ügyeletet meg kell szüntetni. A hatályba lépő rendelet javaslatot is ad: az un. kis szakmák kórházyi ügyeleteinek megszüntetését javasolja. Ezek: urológia, szemészet, ortopédia, bőrgyógyászat, fül-orr-gégész, stb. Ezek helyett készenléti szolgálatot kell beállítanunk, de csak a halaszthatatlan esetek ellátására. A többiek elsősorban szakorvosi ellátást helyett tüneti, sürgősségi ellátást kaphatnak, ha az úgy sürgős. Nem a kórházban, hanem a kialakított ügyeleti centrumokban.

A társadalombiztosítás kevesebb kórházyi ellátást finanszíroz. A rendeletek ún. műtői és vizsgálati várólisták felállítását írták elő. Ezek a rendelkezések is életbe léptek. Én e rendeletek miatt nem kárhoztam az egészségpolitikát és a kormányzatot, mert egy részük elkerülhetetlen.

Ma az egészségügy, az orvoskamara nekikeseredve és láthatóan vesztes pozícióból küzd azért, hogy ne ezt az utat válasszuk, mert a magyar társadalom egészségügyi állapota nem engedné meg, hogy most és vakon másoljuk a jóléti társadalmak ellátásházkikötő gyakorlatát. Tragikomikus azonban, hogy a szűkülő hozzáférési lehetőségek miatt érthető lakossági elégedetlenség épp arra az egészségügyre zúdul, mely a társadalom érdekében, a társadalom helyett próbálja ezt megakadályozni.

Könyörgöm, valaki ki kell mondja a lakosságnak hogy mi várható, mire és hogyan kell felkészülnie. Valaki ki kellene, hogy mondja a nehezsorsú, rokkantnyugdíjas, terhes és fűlfűjős embertársunknak – megértve keserűségét –, hogy olyasmik kár számom a kórház fül-orr-gégészeti, amire már most nincs jogosultsága. Ez a valaki nem az egészségügy. Nem az ő dolga. Nem az a fül-orr-gégész főorvos, aki nekikeseredve harcol velem azért, hogy az ügyeleti szolgálatot ne szüntessék meg, a gyermek-bronchospópos szolgálatot tartsuk fenn, akkor is, ha csödbe jutunk, akkor is, ha a törvény erre nem kötelez, akkor is, ha neki minden második éjszaka be kell rohannia, mint ahogy az elműlt 25 évben rendszeresen tette. Akit egyébként dr. Rüll Miklósnak hívunk.

Hetek óta olvashatunk arról, hogy elcsérlelt két beteget. Majd elcsérlelték egy beteg zárójelentését. Tragikus. Szomorú. Jo lenne, ha mi sem ismétlődne meg. Meg fog ismétlődni. Miért? Nézzük a számok mögé:

Tételezzük fel, hogy a magyar egészségügy 99. 9%-os hatásfokkal dolgozik. Mit jelent az 1 százalékos hibarány?

• Azt, hogy pl. évente 86 újszülöttet elcsérlelnek Magyarországon.

• Azt, hogy 2350 elcsoportított beteg tévesen más zárójelentést kapja majd meg.

• Azt, hogy évente 12 betegnél tévedésből ellednoldali amputációt hajtanak végre.

• Azt, hogy naponta 70 betegnek tévesen más gyógyszerre adnak ki a gyógyszerárak, annak nehezen kiszámítható következményeivel.

• Ha a magyar egészségügyi pontosság eléri az USA színvonalát, az azt jelenti, hogy nálunk évente 5 -11 000 beteg hal meg gyógyszerelési ártalmak miatt.

A magyar egészségügyben nincs ilyen magas hibaszázalék. Ez azt is jelenti, hogy a tévedési arány inkább az egy-tízszázalék (0,01%)! Mint az úriparban. Azt hiszem, nincs még egy ágazat az országban, mely eléri ezt a megbízhatóságot. Vagy tudnak ellenpéldát? Esetleg a pénzügy, a gazdaság, az igazságszolgáltatás, a média vagy a politika területén? Embergyűszatban az egy-tízszázaléknyi pontatlanság is sok. Sok?

Akkor az ezen a területen bevezetendő spórolással is körültekintően kell eljárni. A színvonal, a biztonság fenntartására az egészségügy önmagában nem elég erős. Mások rendelkeznek az erőforrásokról. Parlamentáris demokráciában a társadalom szabja meg, hogy mit nyújnyire tart megőrzendő vagy fejlesztendő értéknek. Mi, egészségügyiek csak ezen a megadott játéktérben belül mozoghatunk.

Pénzhiány esetén is törekednünk azonban értékeink megőrzésére.

Legálább arra ügyeljünk, nehogy Arany János (Bolond Istók, II. Ének) egyszeri szőlősgazdjaként viselkedjünk...

Dr. Csingár Antal

Szent György Kórház Igazgatója
FORRÁS: FEJÉR MEGYEI HÍRLAP

Megköveznek vagy megkövetnek?

és marad minden a régiiben...

Írtam, írtam a sok sirádot, s bár jócskán megrágyadtam a valóság csendben rothadó, de meggyőző melléktermékeivel, mindhiába. S tettektől velem együtt oly sokan. A gond ciklusokat ívelt át, és az értetlenség, ástott és spontán drókok felett kapcsolta össze a magyar társadalmat. Mint annyi más sorsdöntő témakörben, itt is az volt az érzésem, hogy már mindenkinek a könyökén jönnek ki érveink, s egy idő után már pirultam lelmi azokat. Közéhejnek hittem, mindenki által elfogadott és szőnyeg alá seprert evidenciáknak. Aztán – mint annyi más sorsdöntő témakörben saját gondunk terén is rájöttem, hogy semmi sem elég. Most hát újra kezdeném és a kelevény gyökerét közelítem. Ubi pui ibi evacua.

Mi kérem nem merünk már védekezni. Már szégyenkezünk a társadalom elé tártai gondjainkat, azokat a gondokat melyeknek megoldatlansága a mi összeomlásunkon át a társadalom súlyos érdeksérelméhez vezethet. Ennek biztos jeleit már érezhetik. Szögezzük le, hogy ezt az igazságot legjobban a politika ismeri, és éppen ezért elköndözi és figyelemeltereléssel leplezni is ő tudja legkönyömben. Mert a finanszírozás és gazdái is tudnak ezt-azt, de ők ezen a szemüvegen fordítva néznek át. A szakmapolitikai feladészon azonban nem mentegethető. Igénis, ők tudnak mindent nagyon jól, de nem mondják! Nem hajlanak áldozatot vállalni ezzel, magyarul: pozíciójukat féltik.

Egyeszer volt, hol nem volt..., volt egyszer egy vezetőnk, aki nem így gondolkodott. Azt mondják beteg volt!

Kedves kollégák,

Most tegyük félre álszerénységünket, belénk tápláljuk, belénk szocializált gyáváságunkat, félszünket, közönyünket, vagy betelőrődséinket. Ebben próbálunk segíteni egy nyugdíjas, immár partvonalon (és pártvonalon) kívüli bátorságával. Mentésemül szolgál, hogy 15 év alatt minden helyzetben, minden klubban számtalanszor és számtalan formában már leírtam ezt. Három kötet gyűlt össze belőle, s most gyűlik a negyedik. Azt is elárulom, hogy miért pont most kezdem újra.

Egy más utáni több élmény mozgatót meg a napokban. Először egy közmagyar médiaáldozat hánnya (mindkét értelemben) élem, az általa sajtóknak megismert főbenjáró bűneinket, aztán meg egy szűrőreporter kérdezett rá egyik vezetőnkre: Mi a baja az orvosoknak, talán rosszabbul vannak megfizetve mint a magyar gazdaság más ágazata?

Hol is kezdjem? Természetesen azzal, hogy számokozom ezerről. Azzal, hogy megpróbálom lehigadni a felháborodásból! Mert ez a tájékoztatlan fölényesség felháborító! Nem hiszem, hogy csallhatatlan vagyok, de végigfutok a történeten úgy, ahogy én látom. Ismételné fogom önmagam, mint jeleztem – sajnos okkal.

A modern közép-európai társadalom működésének egyik alappillére az immár több mint egy évszázada bevezetett bismarki szolidaritás. A maga módján bevált megoldás volt, s hiába bírálta azt a szocializmus, negyven éven át maradékleven működő egészségügyével, jobbat nem találtak ki. Ráadásul a szocializmus, a fenti elv szerint működő egészségügyet tápláló biztosítási rendszer vagyonát is elorozta. És az egészségügy nem az erre felértelt megakartításokból keletkezett vagyon hozadékából működő, a befizetők által jogosan elvárt szolgáltatást, hanem a pillanatnyilag, kvázi adóként befizetett, maradék forintok egy részének visszaszolgáltatása próbálta éltetni. Idősebbek esetében – akár a nyugdíji vonatkozásban is – ez a megalázó eljárás az, amely az egész juttatást az éppen dolgozó korosztályok által adományozott kegyelemkenyérre állapította.

Időközben ez az ingyenesség elvén nevelkedett keleti társadalom kialakította a maga igényeit.

Nyugaton is elindult egy mozgás. Az egyik gazdasági, a másik tudati szinten. A gazdasági, a tőkének a műszer és győzszeriparba vándorlásával, egyre jobban elszakította egymástól a lehetséges az elérhetőt. A tudati pedig kikapitálta az európai ember képzeletében, az úgynevezett nagy fehér mákus illúzióját. Ő az, aki mindent tud, mindent megold és mindent kibír. Előbbi érthető és különösen a jóléti társadalmak járultak hozzá kialakulásához, az utóbbi úgyiszentén, hiszen mióta ember az ember, szüksége volt a másra, a sámanra. És ez a – valljuk be legolcsóbb gyógyszer – meg is fog maradni még sokáig.

Az elvárások pedig, mindkét vonatkozásban megjelentek a poszt-szocialista, európai csatlakozásért ácsingózó társadalmakban is. Ahogy mondják: begyűrűztek.

A kintről jött „igényesség igénye” és a szocializmusból örökölt „igénytelen ingyen-

ség igénye” összeadódott, és lett belőle egy „ilyen nincs is” igénye elegy.

Az egészségügy egy tovább szegényedő maradékleven alapján működve, a kormánypárt sora által kizsebelve (lásd a több mint 1500 milliárdos elismert elvonást, lásd a mára már nem is emlegetett társadalombiztosítási vagyon – ígéretek ellenére történt – visszatartását) kell megfeleljen ennek az egymást fokozó igénye elegynek. Így keze, akkor, amikor a minimálisan elvárható szükségletet sem képes ellátni. A kivont pénz pótlása, a jogos és nem jogos igények növekedéséből fakadó többletszükséglet biztosítása nem lehetséges forrás nélkül. Ezenközben minden kormány pénzügyei az egészségügyi alkimia ingoványos talajára tévednek. Csodamódszerekkel akarnak a semmiből pénzt csinálni. Ez a tevékenység éppen most, a legujabb tervekkel, érte el tetőpontját.

És itt ismét megjelenik egy kísérő, de mindent meghatározni akaró körülmény. A globalizáció szelleme, és a globalizációnak (mint annyi minden előző bűnös kísérletnek) a kiszolgáltatásra kész magyarság. A tőke kezére játsza akarnának aranyat csinálni? Tudjuk jól, hogy ez csak csallással lehetséges. És mégis próbáljuk velünk elhitetni, hogy náluk van a bőlcsekhöz.

Ez tehát, ami a nélkülözhetetlen pénz, és a pénzügyi szemléletet illeti.

A kérdés le nem zárva – ugyanis ez a szemlélet minden mást is meghatároz –, nézzük meg a dolg emberbi vonatkozásait. Tanulmányozzuk a humán erőforrás oldaláról.

„Amint ez a generáció lelép, vége! A fiatalabbak, hiába próbálják most azt magyarázni, hogy nem mennek el, hogy még csak 200 vagy 300 próbálkozzott, nem vállalták fel ezt a keresztet.”

Itt állunk a fent ecsetelt lelki és tudati állapotunkban. Nyakunkon a múlt minden felsorolt terhe, és ráadásnak az európai normák kényszere. Olyan normák, melyeket a fejlett kitaláló sem tud betartani. A feladatot – mint az utóbbi fél évszázadban az egészségügy valamennyi problémáját – az orvosoknak kell megoldaniuk. És most valami arra kényszerít, hogy patetikusra váltsak, valahogy így: Miközben ez a teher a vállukra nehezedik, saját vezetőinktől ingerelt, vagy azok által meg nem fékezett tollnokok ostoroznak áldozatvallásban megfáradt testünkkel, lelünkkel. Ez az, ami elkeserít!

Tudom, hogy van közöttünk is olyan, aki őszinte és jogos felháborodását veti újságpapírra, s közöttünk is olyan, aki erre rászolgált. Csak hogy nem a következőknek, a kirívó eseteknek, a folyton negatív példának kell kutakodni. Ha megfigyeljük, oknyomozó, háttér megvilágító írás – ugyanezen tollakból – szinte soha nem jelenik meg.

Az orvos nem szólhat! Az orvos csak dolgozhat (hibátlanul), és meghalhat (nyomatlanul), az orvos (egyedül nálunk) nem szájraülhat! Az orvos nem, az orvos nem! Minden tilos! Mert ő kell legyen a nagy fehér mákus! Ott nyugaton pénzért, emitt ingyen! Ha megszólal, az erkölcselen, az megengedhetetlen, az esküszegés!

Ha hibázik, arról szól az egész média

Zeng-zúg, a sajtóerdő. Már megint...! És nem meri senki kimondani, hogy így nem lehet! Hogy ez képtelenség! Hogy nem másukos vagyunk, hanem csak emberek. Eppen olyanok, mint azok, akik bármilyen meggyűny nap mint nap tapasztaljuk, hogy nálunk sokkal több hibával végzik munkájukat. Vallják be kérem, hogy mi folyik itt a magyar szolgáltatások terén, a magyar hivatalokban, a magyar kultúrában, és ne hagyjuk ki a politikát

sem. Hibát-hibára halmozó társadalom ez. Csak éppen ezek nem számítanak olyan nagy hibának, ezekről nem írnak annyit, ezeket, ha kell takargatják, sőt a politika esetében erényként tüntethetik fel.

Az orvos fizetése vajon kevesebb a többi ágazaténál? Kérdezi a szűrőreporter. Értem, azt akarja mondani, hogy itt mindenki alultüntetett, tehát mit akar az orvos?

Válaszoljunk hát neki

Mindenesen elött saját kérdésed fordítva velem szembe.

Ha ez a rosszult (okait ne most kutassuk) dolgozó társadalom egy bizonyos rétegétől tökéletességet vár és emberfeletti (lásd korlátlan munkaidő fizetés nélkül, és az ebből kapcsoltos bűvöszműtárványok stb.) akkor felejtse el az egyenlőséget.

Aztán pedig vegyük elő azokat a táblázatokat, és nézzük már meg, hogy igenis kevesebbet kapunk, mint mások. És sokkal, de sokkal kevesebbet, mint egyet. Mint olyanok, akik éppen a legrosszabbul dolgoznak, mert a legnagyobb veszteséget okozták a társadalomnak. És nehogy valaki az ötven százalékkal álljon elő, mert az semmit sem változtatott a helyzeten. (Rövid) ideig, (néhány) óráig úgy tűnhetett, de túl alacsonyról indultunk, nem is volt igaz az ötven százalék, visszagyúszkedtek belőle, és főleg nem folytatódtak, vagyis elinflálódtak. Ahogy azt Bokros úr más vonatkozásban mondta már: Nincs az a juttatás, amit nem lehet elinflálni. Az ötven százalékok tehát felejtűk el. Ez emlegetni – és ezt már felmérés is igazolja – az egészségügyben ma már káromkodás számban megy.

Továbbra is csupán egyetlen reménye lehet – de csak rövid ideig –, a szolgaleltű egészségpolitikának, és a vak pénzügyi politikusoknak. És ez az idősebb orvos-társadalom – elődeik által belénk táplált – biraktuléma. Az az átágleltkorunkat csökkentő, ártalmas, és szegyeteljes türelme. Amint ez a generáció lelép, vége! A fiatalabbak, hiába próbálják most azt magyarázni, hogy nem mennek el, hogy még csak 200 vagy 300 próbálkoztak, nem vállalták fel ezt a keresztet. Nem mennek a pályára, nem maradnak a pályán, elhagyják a magyar pályát. És amit vezetőinktől hallottam, hogy majd hozunk keletre, hogy máshol is idegen orvosok dolgoznak, hogy nem határon túl magyar kell, hanem jemeni, meg vietnámi, aki itt képezünk ki, meg egyéb agyremek, az bizony nem lesz megoldás. A keletről jött is csak ugrodészának fog minket nézni.

Az orvosok vándorlását az anyagi körülmények biztosítása határozza meg jóval szerte! És ez nem csak a mennyiség terén van így, de jelentős hatással van a minőség vándorlására is, ami újabb és nagyon fontos szempont.

Az orvos – kérem tisztelttel – a társadalmi munkamegtérzésben kiemelkedően nehéz, veszélyes, életminőségének és élettartamának ártó, nélkülözhetetlen munkát végez. Hogy ez szép, felelősségteljes hivatás? Valóban az! Csak hogy ezt nekünk kívülől senkinek sincs joga bekiabálni. Jöjjön ő is orvosnak, ha olyan szépen találja. Addig pedig hallgasson. Ha az élet megannyi területén, még mai szerény körülményeink között is, természetesnek találja az átlagot sokszorosan felülmúló javadalmaszt, akkor tessék és nyúljon társadalmunk a zsebébe. S ha az éppen üres, akkor azokéba, akiket érdemükön felül töltöttek meg. Nem véletlenül ugrik itt be mindenkinek a bankkonkolidáció. Ha arra, minden válság ellenére volt pénz, akkor konszolidálnak minket is.

Elég a lyukas zsák, és más hasonló elméletek. A reformnak ezzel kell kezdődnie. Ha lesz mit elosztani, akkor lehet majd a helyes beosztáson vitatkozni. Ha lesz pénz, lehet hozzá struktúrát tervezni. Akiik pedig ismét a tőkére hagyatkoznak, azok vegyék elő az eresz alól marxista tankönyveiket. Fognak azokban igazságokat is találni. De ma göggyükben e helyett inkább azt mondják, hogy ez az egész csak demagógia.

Dr. Szász István T.

LEÁNYFALU



Reformok vagy balkanizálódás

Ellátásszervezés elsőfokon?

Az elpazarolt évek. A rendszerváltást ügyesen befolyásoló ugyanazok voltak, akik a váltást megtervezték a gazdasági, igazgatási, politikai pozíciók megszerzésére tudatosan felhasználták. Az egészségügyi stratégiai hűzóágazatnak már akkor sem számított, így értekei érdeklődésre kevésbé voltak fontosak. Természetesen, azért az érdekeltek a gazdasági, szellemi profitot itt sem hagyták elszúzni. Másrészt az egészségügy, az oktatás álszociális manipulálása kiváló eszköz volt a választópolgárok demagóg manipulálására. Ezért fenntartották a szökösjogot, motiválták a berögzöttségeket, s provokálták az ellátási rendszer „hűbéri” viszonyait. Megtervezetten alulfinanszírozták a paraszolvenca fenntartásával a szolgáltatásokat és a betegátsadalmat megosztották, s ugyanakkor álszent módon „alanyi jogon járó ellátásról” szónokoltak. A plebs megvezetésére és bizonyos orvoscsoporthoz, érdekképviseletnek elhallgatására részleges virtuális reformokat indítottak. Ezeket is átpolitizálták, a médiával dogmatizálták, az ellenfeleiket hangoztatottak pedig kriminalizálták vagy demoralizálták.

Mindezek eredményeként a magyar egészségügyi ellátó rendszer szavalhatósága csökkent, értékei amortizálódtak, presztízsvesztesége permanens vált. A média gátlástalan célbáljára lett, s globális gazdasági, etikai, morális válságba került, ahol a szakmai, egyéni egzisztenciák elvalulódtak. Az Európai Unióba való belépés görbe tükröt tartott elénk. Ilyen finanszírozással, folyamatos eszközállapot romlással, ellátás pazarlással, a társadalom egészségügyi kultúrátlanságának fennmaradásával szembenünk sincs, hogy balkanizálódó egészségügyi paraméterekben változtatni tudjunk. Ha, akarunk?

Az ellátásszervezés és a reformok igénye

Az ellátásszervezést, az egészségügyet valóságos reformját vitatók, elutasítók és gátolók mindig ugyanazok. A modernizáció ellenfelei az egészségügy „öskövületei”, a „peremberek”, „egóisták”, „hitetlenekek” és az „örökös elégedetlenekek”. A konzervatív struktúrákat álhumánista módon fenntartani akarók, a státuszukhoz ragaszkodó inkollegálisak, a demagóg módon demokratikusnak minden résziságot felhasználás és abszolutizálnak. Tudatosan elhallgatják a források biztosításának fontosságát, a felhasználás racionalizálásának indokoltságát. A párhuzamos és így pazarló szolgáltatások felszámolása lehetőségeik beszűkítését, az indokolatlan ellátást igénylők megszabályozása pedig a mellettük hangosan tüntető gátlástalanságát akadályozza.

Kemény szavak ezek, a tényeken alapuló! Fájdalmasak, mert nem öncélúak, hanem a társadalmi elvárásokat megfogalmazók. Az alábbi javaslataim ezen szellemében, a mennyiségi, minőségi ellátás színvonalamelésének érdekében lettek átgondolva.

Felejtjük el az alanyi jogon való ellátás szocialista értelmezését! Értéktérmettség szerint differenciáljunk, fenntartva a sürgősségi és kiszolgáltatottsági esélyegyenlőség elvét a gyerekeknek, az időseknek, fogyatékosoknak. Az egészségügyi szolgáltatásokkal visszaélők, az egészségrombolók fizessék meg, s nem fizetessék meg mások által az egészségkárosodásuk következményét.

Az egészségügyi ellátó rendszer ne legyen önkormányzatfüggő. A teljes privatizációval a tulajdonosok gazdaságilag, míg a szakmai kollégiumok, az ÁNTSZ és a Kamara jogi, közigazgatási, szakmai kompetenciát gyakoroljon.

A közgyógyellátó rendszer a protokoll, evidenciák alapján működjen, ne disz-

krimináljon. Szigorodjon az ellenőrzési rendszer, a renitens, követelőző betegcsoporthokkal szemben is. A szociális, familiális szempont ne legyen egészségügyi ellátást befolyásoló.

A területi ellátás következetesebb érvényesítésével nem megátolva a szabad orvosválasztást, de a beteg egyéni vagy biztosítói legális finanszírozásával, plusz jövedelmekhez juttatni a fogadókat.

El kell indítani a több biztosító általi finanszírozásra épülő ellátórendszer kiépítését.

A túlhajszoltságból is adódó szakmai és etikai vétség megatálása érdekében radikális és gyors intézkedésekre van szükség. Szigorítani és következetesen kell tenni az előjegyzési rendszert, mert csak ezáltal csökkenthető a zsúfoltság, s válnak kiszűrhetővé az indokolatlan szimuláló, diszimuláló betegek. Így mérsékelhető a keresztvizsgálatok, csökkenthető a beavatkozások, a medicinális polypragmasia. Nem a mennyiségi, hanem a minőségi paraméterek alapján alkalmazandó a teljesítmény-pontrendszer. Ez is feltételezi az irányított betegellátást és a minőségbiztosítás országos kiépítését.

A sürgősségi ellátást, a készenléti és ügyeleti szolgálatokat önálló jogi, gazdasági személyként működő, privatizált formában működtesük és centralizáljuk.

Az ellátásszervezés számtalan intézményről és ellátó helyről be fogja bizonyítani, hogy működésük pazarló, szakmaiilag lemaradt és a legkevesebb betegárral. Ezeket figyelembe véve a lakosság rohamos előregedését és magányossá válását kínáljuk fel egyéni, önkormányzati tulajdonosoknak. Így számtalan szociális funkciót az egészségügy átadhat etikusan és humánusan.

A fogyatkozó létszámú régiókban centralizáljunk s a felszabadult anyagi eszközöket átcsoporsortvisva funkcionális javulásokat motiváljunk. Itt sem hagyjuk elveszni a jól képzett szakembereket, hanem szakmailag és anyagiilag biztos égisztenciákat kínálunk fel.

Az említettetkhez szorosan kapcsolódik, hogy tudományt véve az Európai Unió által (is) teremtett versenyhelyzetet, többet és következetesebben kell tennünk a hioni ellátást biztosítók megtartása érdekében.

Változtatást igényel a gyógyszergyártók és a szolgáltatók közötti viszony is. A gyógytatókat anyagiilag is arra motiváljuk, hogy ne legyenek a kereskedők „bérbrátszói”, hanem kevesebb és ésszerűbben praktizáljanak.

Végezetül, de nem utolsó sorban a paraszolvenciáról. Fenntartva folyamatosá teszi a gyógyító és a beteg közötti függőségeket, melegegya a korrupciónak, s alapvetően diszkriminatív is. Egyébként is nonszensz, hogy egy polgári társadalom egészségügyi ellátásában szerepe lehessen. Sohasesm érhetünk el semmilyen maradandó eredményt, ha radikálisan meg nem szüntetjük. Ez a mi „trójai falovánk”.

Igények lehetőségei és remények

Tudom, hogy számtalan fontos változtatást igénylő dogmáról nem szoltam. Az évtizedek alatt tönkrement egészségügyi krónikus betegségeknek csak a felsorolása is hosszadalmas lenne, s akkor még nem utaltam a gyógymódokra. Valami elkezdődött, nem először, de remélem, most már maradandóan. Ehhez kívánom hozzátenni a résziságaimat, jelezni a valós igényeket és megmutatni a lehetőségeket, amelyek anyagi forrásainkat is biztosítják.

Remélem, hogy igényeim, hitem és tőrelmem most végre valóság lehet!

Dr. Salamon Sándor háziorvosi praxis

LÁCACSEKÉ

Egészségvédelmi Hatóság

(az 1. oldal folytatása)

Az egészségügyi adatok kezelését nemzetközi egyezmények és magyar törvények szabályozzák. Egyes jogszétsékek abból adódnak, hogy a fennálló magyar törvényeket nem tartják be, míg mások abból, hogy még mindig olyan jogi szabályozás van érvényben, amely ellentétes az időközben megkötött nemzetközi szerződésekkel. 2004. május 1. után a fenti nemzetközi szerződések EU közösségi jogszabályok lettek és elsőbbséget élveznek a magyar törvényekkel szemben. Ezt a tényt azonban rendszerint figyelmen kívül hagyják, és a hatóságok a régi, inkorrekt törvények alapján járnak el.

Azt is fontosnak tartom megjegyezni, hogy ha nem áll össze egy konzisztens rendszer az alapvető emberi jogok (az önmeghatározás, a magántitkokhoz fűződő jogok, a személyes biztonság) való jog) figyelembe vétele tekintetében, akkor ebből egy állandósult jogi probléma keletkezik, és ezután már egyik törvénysértésből következik a másik. Az Európai Unió 1997 óta rendelkezik egy egységes rendszerrel. Itt lenne az idő megismerni és nálunk is megmonosítani, ha már egyszer ehhez az államszövetséghez csatlakoztunk 2004-ben.

Az egyik fontos, nemzetközi szerződésben

(ETS-108) is megkötött feltétele az egészségügyi adatok gyűjtésének az, hogy az adatfelvételnek és a tárolásnak törvényesnek kell lennie. A törvényesség egyrészt azt jelenti, hogy az adatok rögzítése kötelező, akkor azt csak törvény rendelheti el. Nem kötelezően gyűjtött adatok esetén az adatok tulajdonosa szabadon dönt, hogy megadja az adatokat, vagy sem. Másrészt a törvényesség azt is jelenti, hogy az adatok felvétele az 1992-es adatvédelmi törvényben írt részletes, előzetes felvilágosítás után lehetséges. Kötelező tárolás esetén az elrendelő törvényt is meg kell adni. Önkéntesen adott adatok esetén a tulajdonosnak írásban hozzá kell járulnia a tároláshoz, kötelező tárolás esetén, pedig tudomásul kell vennie azt. Egyébként az adatok felvétele nem törvényes (mivel az titkokban, a tulajdonos tudata nélkül történt). A nem törvényesen gyűjtött adatokat a törvény megsemmisíteni rendeli. Az adatok tulajdonosának pontosan kell tudnia, hogy milyen adatai kerültek rögzítésre. Ha a folyamatot nem ilyen módon zajlik le, az, tulajdonképpen titkos adatgyűjtés, vagy adatlopás. Az egészségügyi adatoknak vajon hány százaléka jut gyűjtöttek törvényesen?

Miért kötelező és nem önkéntes az egészségügyi adatok tárolása? Vajon sérti-e az egyéni önmeghatározást, hogy a páciens távolról-távolról a tárolt adatait idegenek megtekintik, összekapcsolhatják más adatokkal, különböző kutatásokhoz végezhetik rajtuk? A válaszom egyértelműen: igen. Ha minden újságíró köztudomású betáplálna egy országos adatbázisba, hogy ki, mikor, milyen újságot vásárolt nála, és ezeket feldolgoznák – az vajon nem megfigyelés lenne-e? Az nem ütközne-e alkotmányos problémába? De igen. A szisztematikusan, huzamos ideig folytatott, minden részlete kiterjedő adatgyűjtés és feldolgozás az én foglaim szerint megfigyelés, amelyre lehet jog nemzetbiztonsági érdekből, vagy háború esetén a nemzetbiztonsági hivatalnak. Orvosnak azonban még akkor sem. Ha a dolgok végére járunk, akkor az derül ki, hogy az egészségügyi adatok kötelező tárolására az intézmények alkotmányos önmeghatározási jogának érvényesítése miatt van szükség. Ha egy intézmény ellen jogi eljárás indul, akkor minden lehetséges információt fel szeretne használni saját maga védelmére. Ezt a jogát az alkotmány biztosítja. Az adatvédelmi törvény az adatok tárolását csak célhoz kötötten engedély meg, jelen esetben jogi eljárások esetére biztosítékként. A gyakorlatban azonban az, hogy ha már az adatok úgyis össze vannak gyűjtve méghozzá a törvény erejével köztudomású, akkor azokat mindenféle egyéb célokra is felhasználják?

Magyarországon általánosan elterjedt

megoldás, hogy egyetlen közös számítógépes adatbázis van a gyógyintézetekben. Az adatbázis tartalma alapján történik az adatszolgáltatás a társadalombiztosítás, az ESZCSM, és az ÁNTSZ felé. Ezzel nem csak az a probléma, hogy így a bizalmas betegadatok állami hivatalok kezébe kerülhetnek, – ezzel a lehetőséggel egyébként gátáltsalannul élni is szoktak, – hanem inkább az, hogy így a társadalombiztosítás saját adatainak kezelésére kiadott rendeletei, vonatkoznak

a bizalmas betegadatokra is. Például nem törölhető soha. Ez egyértelműen nemzetközi egyezményeket sért, ugyanis nem törvények, hanem alacsonyabb rendű jogszabályok szabályozzák az adatok tárolását. Nem véletlenül mondta ki az Európa Tanács 1995-ben a 95/46/EK direktívájában, hogy a kutatási, a népegészségügyi statisztikai, a társadalombiztosítási és a bizalmas adatokat tároló adatbázisnak teljesen függetleneknek kell lenniük. Csak ebben az esetben lehet ugyanis biztosítani azt, hogy a bizalmas adatok semmilyen módon ne kerülhessenek ki az egészségügyi intézmény falai közül. A bizalmas adatokat őrző adatbázishoz semmilyen hivatal nem kell, hogy hozzáférjen, és nem is férhet hozzá.

Jelenleg az Európa Tanács direktívájának be nem tartása miatt a magyar társadalombiztosítás hozzáférhet a bizalmas adatokhoz. Ha sikerülne teljesen elválasztani a gyógyítást és a biztosítást, akkor az OEP már nem hatóság, hanem közönséges biztosító lenne, amely önkéntesen szolgáltatott adatok alapján működne. A neki önkéntesen továbbított adatok között egyetlen bíztal az adat sem lehetne, csak ami rá tartozik. A megfelelő háttérrel ehhez ki kell építeni, be kell jelenteni az önkéntes adatgyűjtést az adatvédelmi biztostól, adatvédelmi felelőst kell kinevezni, és gondoskodni kell arról, hogy minden önkéntesen történhessen. A pácienseknek biztosítás nélkül (és az OEP-hez történő adattovábbítás nélkül) is hozzá kell jutniuk minden ellátáshoz, csak ebben az esetben nem kaphatnának támogatást. Figyelembe véve, hogy az OEP napról-napra feldolgozza a gyógyszerárban kiváltott receptjeit, csupán emberi jogi alapon felvetném, hogy a receptköteles, de TB támogatásban nem részesülő gyógyszeresek esetén indokolt-e a recepten a páciens adatait feltüntetni?

Másik fontos feltétel,

amely szintén egy nemzetközi egyezményből (CETS-164) következik az, hogy az egészségügyi adatok tárolása semmilyen alapjogot nem sérthet (itt elsősorban az önmeghatározás és a magántitkokhoz fűződő jogokról van szó). Vegyük most a tudományszerkezetet. A nemzetközi szerződés kötelezővé teszi, hogy kutatásban csak úgy vehet részt valaki, ha kifejezetten az adott célra, felvilágosítás után, írásos beleegyezést adott. Az erkölcsileg kissé megbillent magyar törvény e helyett azt mondja, hogy a kutatáshoz az adatok bármikor felhasználhatók, a bizalmas adatokba történő betekintésre az intézményvezető vagy az adatvédelmi felelős engedélyt adhat. Ez nem csupán egy merénylet az emberségség és a tisztesség ellen (mivel fel kellene tártani a páciens előtt, hogy itt van egy kísérlet és kellene kérni a beleegyezést az adatok felhasználásához), hanem egyenesen örökös büntetésnéget biztosít a Btk.-ban leírt jogosulatlan adatkezelés, személyes adatok jogtalan nyilvánosságra hozása bűncselekménnyel szemben. Mi sem könnyebb annál, mint utólagos engedélyt szerezni ún. kutatásra. A törvény az írásos engedélyt sem követeli meg, tehát elég, ha valaki úgy emlékszik, hogy szóban megengedte. Mivel a jogszabályok erőssége olyan, hogy a nemzetközi jogszabályok megelőzik a magyart, ezért ebben az esetben a probléma akkor lép fel, ha az egészségügyi intézmények még mindig, a már érvényét veszített magyar paragrafus szerint járnak el.

Az emberek az egészségügyi problémáikat

egyhatalan nem kívánják megosztani a szelész nyilvánossággal (nagyon ritkán vannak azért kivételek, a súlyos életveszélyes betegek esetében). Mindenki azt szeretné, hogy az adatait titkosan és bizalmasan kezeljék, illetve egyáltalán ne kezeljék. Itt máris van egy ellentmondás, amely abból következik, hogy az egészségügyi intézmények alkotmányosan rendelkeznek az önmeghatározás fűződő jogokkal, és peres ügyekben, teljes joggal, támaszkodni kívánnak az informatikai rendszerben tárolt adatokra. A nemzetközi szerződés úgy rendelkezik, hogy szakmai szempontok alapján meghatározott ideig kell tárolni az adatokat, a magyar törvény egységesen 30 év tárolási időt (zárolentesség esetén 50 évet) ír elő. A nyugat-európai gyakorlatot figyelembe véve ez túlbiztosítás, és aránytalanul hosszú idő mondjuk egy szemüveg-felíratás, vizelvizsgálat, EKG vizsgálat esetében.

Később, valaki kitalálta, hogy a tárolt egészségügyi adatokat sürgősségi ellátásra

is lehetne használni, ezért azokat korlátlannal hozzáférhetővé kell tenni egy országos rendszerben. Ez olyan, mintha holtól nem lehetne az ajtókat bezárni, és mindenképp köteles lenne a kézpénzt, ékszerket kitenni a konyhasztalra, mert, ha esetleg tűz ütne ki, akkor könnyebb a mentés. Ennél megdöbbentőbb erkölcsi mélységekre már nem süllyedhet ez az embertelen rendszer. Amikor Magyarország aláírta az ovidói egyezményt (CETS-164), akkor az ott leírt paragrafus, miszerint: az adattárolás nem sértheti senki személyiségi jogait – ez alapvetően a magántitkokhoz és az önmeghatározáshoz fűződő jogokat jelentette. A véleményem szerint az, hogy a bizalmas adatokat megtekintheti több ezer idegen egészségügyi dolgozó, a leg súlyosabb merénylet a magántitkokhoz fűződő jogok ellen, akármilyen legyen az indoka, ráadásul köztudomású, úgy, hogy nem tehetek ellene semmit, 30 évig köteles vagyok túrni. A véleményem szerint már az is, hogy egy számítógép képernyőn két különböző vizsgálatom eredményét egyszer jelenik meg: már ez is sérti az alapvető emberi jogaimat, ez az adatok összekapcsolása, amelyre csak akkor lehetne lehetőség, ha én kifejezetten kérem.

Mi lenne, ha a gónyási titkokat egy országos adatbázisba gyűjték és gónyas alkalmával a plébános, előbb megtekintené a korábbi gyónásait és penitenciáját, vagy lehetőség lenne a családtagok és a rokonok gyónásaiban különböző kutatásokat végezni?

Az 1992-es adatvédelmi törvény előírja, hogy a személyes adatokat kezelő intézményekben adatvédelmi felelősöket kell alkalmazni, akik minden hozzájuk fordulóknak az adatkezelésről felvilágosítást adnak. Ez az egészségügyi intézményekben sincs másképp. Vajon minden páciens tudja-e, hogy ki az adott intézményben az adatvédelmi felelős, és kap-e képzést a megfelelő tájékoztatás az adatvédelemről, ahogyan azt a magyar törvény elrendeli? Vajon mi lenne a feladata az adatvédelmi felelősnek egy olyan rendszerben, ahol az önmeghatározás látszólagos, a bizalmas adatok kezelése szóbeli tiltásokon és engedélyeken alapul, és az illetéktelen hozzáférések napi gyakorlat? Figyelembe véve azt a régi jogelvet, hogy senki sem köteles maga ellen tanúskodni: egyértelmű. Ha a tudomásra jut valamilyen jogszétségek, akkor azt le kell tagadni, és ha még van rá bizonyíték, akkor azt haladéktalanul el kell tüntetni. Helyese, hogy az adatvédelmi felelőst az adott egészségügyi intézmény foglalkoztatja? Nem lenne-e jobb egy független személy erre a feladatra?

Amikor eljutunk ideig,

akkor fel kell tennünk a kérdést, hogy vajon a szolgáltatott egészségügyi feltevélenül szükség van-e arra, hogy a törvény kényszerítő erejével szerezzen be magának bizalmas adatokat, és azokat csoportosítással kezelje? Talán megpő, de az európai gyakorlat szerint egyértelműen nincs. (Kivételek kiderül az, az eset, amikor az egészségügyi rendszer hatóságként jár el, és alkalmassági, rokantsági, igazságügyi stb. igazolásokat állít ki, ilyenkor lehetséges bizalmas adatok köztudomású rögzítése.)

Mi ez a rendszer és hogyan működik? A megoldás 1992. óta benne van például a német kórházitörvényben: az úgy nevezett igazságügyi célokra zárolt egészségügyi adat. Ez azt jelenti, hogy a páciensek bizalmas egészségügyi adatait elzárva, kizárólag igazságügyi célokra zárhatja adatait az irattárban. Magától értetődik, hogy az irattárban nem lehet személyes azonosító alapján keresni, mert ez adatgyűjtés lenne. (Nem lehetnek az egy személyhez tartozó adatok egy mappában, egy dossziében.) Erről a helyről adat nem kerülhetne, ki csak a mondat célból, illetve, ha a páciens a saját adatait továbbítani kívánja egy általa megjelölt címre, például egy orvoshoz. Az ilyen módon zárolt adatok mentesíthetők az egészségügyi rendszert a bizalmas adatok tárolásának felelőssége alól, és a páciensek emberi jogait a legteljesebb mértékben védi, azokat semmilyen nem korlátozza. A továbbiakban az egészségügyi intézményeknél csak olyan adat fordulhat elő, amelyet a páciensek önként hoznak magukkal és adtak át, írásos beleegyezéssel nyilatkozat kitöltésével. Amikor az adatok már nincs szükség, a páciens azonnal töröltheti azokat.

Szeged, 2004. augusztus 31.

Dr. Ábrahám László ügyvéd
» Alexin Zoltán, PhD. okl. matematikus »

Összefoglaló az Alkotmánybírósághoz benyújtott felülvizsgálati kérelemről

2004. júliusában kértük az Alkotmánybíróságtól az 1997. évi XLVII. törvény (röviden egészségügyi adatvédelmi törvény) egyes, adatkezeléssel foglalkozó paragrafusainak érvénytelenségét, amelyet 727/B/2004. sz. alatt vettek nyilvántartásba.

A rendszerváltás egyik nagy vívmánya volt az 1992. évi adatvédelmi törvény, amely megszüntette az állampolgárok kiszolgáltatottságát egy elnyomó apparátussal szemben. A törvény hatályba lépése után már nem lehetett bárkiről, korlátlannal személyes adatokat gyűjteni; megszűnt az adatok önkényes továbbításának a lehetősége is. A legfontosabb vívmánya ennek a törvénynek az volt, hogy az adatok tulajdonosa bármikor ellenőrizhette a róla nyilvántartott adatokat, egyes esetekben kérhette az adatok javítását vagy törlését, az adatok továbbítását, áramlását közvetlenül ellenőrizhette. Sokan nem tudják, hogy ez a törvény valójában egy 1981-es EU nemzetközi egyezmény (ETS-108) magyar megfelelője. A jogállamiság, és az egyéni szabadságjogok védelme területén az új Magyar Köztársaság egy igen nagy lépést tett előre, a törvény megalkotásával. Ez a jogszabály azonban kissé megelőzte a korát – sok rendelkezését még csak most az EU csatlakozás után kezdik komolyan venni. A törvényben alkalmazott elvek annyira szilárdak, hogy az unióban máig nem merült fel semmilyen változtatási igény. Az adatvédelmi törvény az egészségügyi adatokat különleges személyes adatként kezelte és megkülönböztetett védelemben részesítette.

Az egészségügyi adatok valóban rendkívül bizalmas adatok. Ezek jelentős része a páciensek magánügye, senki másra nem tartozó adat – gondoljunk csak a gyermekszülésre, a termékenységre, egyes műtétekre, rákszerűségekre, szűrővizsgálatok eredményére, nemi betegségekre stb. Az orvosi etika már 2500 évvel ezelőtől a hippokratészi esküben kilénykeltette, hogy az orvos a foglalkozása vagy társadalmi érintkezési során tudomására jutott titkokat nem „fecsegeti ki”. Ez egészen az 1990-es évekig így is volt. A modern számítógépek és számítógépes hálózatok megjelenése azonban elbizonytalanította az orvos-társadalmat: vajon továbbra is érvényben levőnek kell-e tekinteni a hippokratészi esküt? Vajon nem tesszünk-e jobbat, ha mi orvosok, egymással megosztunk minden információt a páciensekről, hiszen a számítógépes rendszerek erre alkalmasak, és a súlyos, életveszélyes állapotban érkező betegről is azonnal meg tudhatunk minden információt? A másik fontos szempont, amelyet ugyancsak figyelembe kell venni, hogy a betegjogok ismertté válása folytán jelentősen megszaporodtak az orvosokkal kapcsolatos igazságügyi esetek, peres, feljelentések. Az egészségügyi intézmények nem megilleti a védekezés joga, amelyhez a tárolt elektronikus adatok nélkülözhetetlenek. Ebben a helyzetben került sor az 1997. évi egészségügyi adatvédelmi törvény megalkotására a Horn-kormány idején. Az új törvény lényegében lerombolta az adatvédelmi törvény minden addigi eredményét – az egészségügyre vonatkozóan. Lehetővé tette, hogy az orvosok belátásuk szerint bánjanak a rögzített adatokkal, megosszák, továbbítsák, vagy – kisebb korlátozásokkal – hasznosíthassák azokat. Sok vitára adott okot az is, hogy vajon az 1992-es adatvédelmi törvény paragrafusait az egészségügyben be kell-e tartani, vagy pedig még is a köztisztviselők? Mindenesetre, a törvény a páciensek érdekeit védő egyetlen rendelkezését sem tartják be a mai napig.

A bizalmas egészségügyi adatok megosztásának kérdését az EU szakértői is behatóan tanulmányozták, és végül 1997-ben több nyilatkozatban leszögezték az akkori tagállamok: minden technikai vívmány a páciensek érdekeit kell szolgálni, bizonytalanság esetén a páciens érdeke a döntő. Ez egy olyan nagy horderejű döntés volt, amely ez után már egyértelműen megadta azt a vezérfonalat, amely mentén az egészségügyi adatok kezelésének erkölcsi és etikai problémája megoldható volt. Az EU tagállamok 1997-ben nemzetközi egyezményt alkottak (CETS-164), amelyhez 1998-ban Magyarország is csatlakozott. Maga az egyezmény, pedig az Orbán-kormány idejének legvégén 2002-ben hatályba is lépett. Véleményünk szerint ettől az időtől számítva már megszűnt az 1997. évi egészségügyi adatvédelmi törvény érvényessége, mivel egy erősebb, nemzetközi jogi kötelezettség lépett a helyébe. A 2004-es csatlakozások ez a nemzetközi egyezmény törvény rangjára emelkedett. Az EU egyetemes lényegében az 1992-es adatvédelmi törvény elveinek az ismételt megerősítése volt: csak a páciens beleegyezésével tárolható róla bizalmas egészségügyi adat; semmilyen feldolgozás, továbbítás, hasznosítás nem képzelhető el a páciens tudta és beleegyezése nélkül. A hippokratészi erkölcsi elvek némi megingás után visszanyerték eredeti fényüket. Az egészségügyi intézmények minden jogát egy elektronizált archívum (irattár) biztosítja, amely teljesen azonos szabályok alapján működik, mint egy papír alapú irattár. Onnan csak igazságügyi esetekben lehet adatot kihozni vagy a páciens indokolt, írásos kérelmére.

Az elmúlt hetekben, hónapokban számos olyan probléma merült fel, amelyek azt látszanak alátámasztani, hogy az egészségügyi törvénykezésben nem vesznék tudomást a fenti, az EU-val kötött, nemzetközi egyezményről, például, hogy a biztosító társaságok bejuthatnak az egészségügyi adatbázisokba, vagy kik tekinthetnek meg a genetikai adatainkat, azután az egészségügyi reform keretében megvalósuló országos, megosztott egészségügyi adatokat tartalmazó rendszer kérdése, a betegirányításhoz kapcsolódó adatkezelés. Az új genetikai törvény előzetes anyagában is a megosztást támogató nézet jelent meg. Mik lennének a következmények, ha ezek a tervek megvalósulnának? Tegyük fel, hogy valaki életében egyszer egy általa titkolni kívánt betegségnek esett át. Ez az adat bekerül a számítógépes rendszerbe, a jelenlegi elképzelések szerint onnan nem törölhető. Bár már régen nyom nélkül meggyógyult, de ha elmegegyeztet felírtna, vagy fogorvoshoz, az orvos képernyőjén állandóan ott látható ez az információ. Még évekkel a halála után is viselheti ennek a megsejtenítő bélyegét. Ez egy rendkívül érzékeny és embertelen ötlet, amelynek a megvalósulását meg kívántuk akadályozni.

A fenti problémák csak akkor merülhetnek fel egyáltalán, ha létezik egy nagy területre kiterjedő, jelentős számú páciens adatait tartalmazó számítógépes hálózat, amelyben az adatok nyíltan elérhetők. Nagy számú felhasználó esetében különleges szerepe lenne az adatvédelemnek is, amely azonban annál kevésbé lehet sikeres, minél több a felhasználó. A jelenlegi informatikai rendszer sajátossága, hogy nemcsak orvos, hanem nagy számú adminisztrátor dolgozik a hozzáférhető bizalmas adatokhoz. A véleményünk az volt, hogy ilyen adatbázis elképzelhető ugyan, de csak ha minden páciens előzetes felvilágosítás után írásban beleegyezett az adatok tárolásába. Ha később megmondodja magát, az adatok kérésére törölhető legyenek. A pácienseknek kell mérlegelnie, hogy az adatok nyilvánosságra kerülése mennyire áll arányban azzal az előnnyel, amit az adattárolás nyújthat. A valóban sürgősségi adatok megosztása életmentő lehet (pl. cukorbetegség, magas vérnyomás, szívbetegség adatai), de ekkor is a páciens szándéka dönt. (Az orvosi kezelést is visszautasíthatja – ezért ez nem újdonság.)

Arra a következtetésre jutottunk, hogy valahogyan fel kell hívjuk a figyelmet arra: mennyire méltánytalan az alkotmányban biztosított önmeghatározás, a személyes biztonság, a magántitkokhoz fűződő jog gyakorlásának helyzete egészségügyi adatok kezelése terén, ezért a további bizonytalanságot megszüntetendő, léven az 1997. évi egészségügyi adatvédelmi törvény nemcsak a magyar alkotmányba, hanem nemzetközi szerződésben is ütközik, kértük a törvényalkotmányossági felülvizsgálatát és az adatkezelésre vonatkozó paragrafusainak megsemmisítését.

Szeged, 2004. július 13.

Dr. Ábrahám László, Dr. Alexin Zoltán

A Fórum elhangzott virológiai és klinikai előadások után jelen előadás sülyponti részét a humán herpeszvírusok okozta terheségi és szülészetis vonatkozásai jelentik, kiemelve azok az általános nőgyógyászati gyakorlatot HSV infekciókkal kapcsolatos problémaköréből.

Nemzetközi irodalmi adatokból ismert, hogy 2.000-5.000 szülésre jut egy HSV- okozta komplikáció, némi adatokkal Magyarországon is rendelkezünk a fejletlenek mondható neonatológiai intenzív ellátó hálózat miatt.

A HSV szereprevalencia világszerte magas. Hollandia 3 városában (Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen) 1507 terhes nőnél elvégzett vizsgálat (ELISA) alapján a HSV-1 szeropozitivitás 61-73% között mozog, HSV-2 tekintetében alacsonyabb, 11-35 %-os értékeket találtak. (Gaytan M. *Et al: Sexually Transmitted Diseases*, 2002.)

Míg újszülöttek HSV infekciója esetén az utóbbi három évtizedben a morbiditási gyakorlatilag változatlan maradt, egyéves életkorra a normál fejlődésük aránya 50%-ról 83%-ra nőtt. Emellett a mortalitás drámaian csökkent, a disszeminált fertőzésekben 85%-ról 29%-ra, míg a központi idegrendszeri infekcióban 50%-ról 4%-ra. Ezek az öröndetes tendenciák az intenzív ellátás körülményeinek javulásának és az antivirális szerekben (aciklovir) gyökereznek. További előrelépés a vírus terhesekben és újszülöttekben való biológiai viselkedésének intenzív kutatásaitól várható. (Kimberlin DW: *Clinical Microbiology Reviews*, 2004.)

A transzplacentaris in utero magzati HSV infekció rendkívül ritka, de ilyen esetekben a kialakuló magzati szepszis az esetek többségében aghalállal végződik. Emiatt tekintetbe veendő, hogy az újszülöttnél észlelt központi idegrendszeri károsodás in utero akvizált HSV fertőzés és ennek során kialakult szepszis és/vagy encephalitis következménye lehet. (Lee A. *et al: Obstetrics & Gynecology*, 2003.)

Más irodalmi közlés szerint a kora terhessegekben kialakult HSV-2 infekció a szülés előtt 11 nappal kialakult spontán burokrepedés után a 28. hétre született újszülöttnél kiterjedt agykárosodást, agyvérzést, encephalomalatiát okozott, az MRI vizsgálat alapján megállapítható volt, hogy az agyvérzés in utero történt, a placenta szöveti képe az ascendáló fertőzésre utaló hisztopatológiai elváltozásokat mutat. Ennek a klinikum szempontjából fontos következménye, hogy preventív és szuppresszív antivirális terápia feltétlenül indokolt minden olyan esetben, amikor a terheség során HSV fertőzés zajlott le és idő előtti burokrepedés történt. Ilyen terhesekben a császármetszés indikációja is

A herpeszfertőzés szülészetis és nőgyógyászati vonatkozásai



egyértelmű a ma már sokkal bátrabban adott aciklovir kezelés mellett. (Vasileiadis GT. *et al: American Journal of Perinatology*, 2003)

A neonatális fertőzések prevenciójában legfontosabb lenne a terhesgondozásban a kockázati csoportot jelentő terhes nők kiszűrése, hogy a megfelelő beavatkozások idejében megtehetőek legyenek. A gyakorlatban sokszor a tünetes fertőzésekre sem derül fény, szinte soha nem derül ki a tünetmentes vírusúrtés. Ilyenkor in utero ascendáló fertőzés jöhet létre. Tipus specifikus szerológiai tesztek végzése lenne célszerű mind a terheség elején, mind a prenatális időszakban, hogy a rizikócsoportok kiszűrésével és az intervenció lépések megtételével a későbbi szövődmények gyakorisága redukálható legyen. (Kingham GR: *Herpes*, 2002.)

A preventív aciklovir kezelés hatását a 3. trimeszterben 162, rekuráló HSV infekcióban szenvedő nőnél vizsgálták. Az

egyik csoport (84 fő) a 36-ik héttől napi 3x400 mg aciklovirt, a másik (78 fő) placebo-t kapott. A kezelt csoportban a szüléskor 5%-ban, a kezeletleneknél 14%-ban észlelték herpeszes léziót, a szüléskor tenyésztéssel 0%-ban, PCR-rel 2%-ban tudták kimutatni a vírust a kezelt terhesekben, ezeket az értékeket a kezeletlen csoportban 7, illetve 34%-ot tettek ki. A kapott eredmények tehát az aciklovir kezelés jó hatását igazolták. Mindemellett – mivel a készítmény vírusinaktív – a kezelt terhesek 6%-ánál a vizsgált napok több, mint 1/5-ében kimutatható volt a vírus, ami bizonyítja, hogy a tünetmentes vírusúrtés nem szűnik meg, de a magzati szövődmények esélye így is drámaian csökken. (Watts DH. *et al: Am J Obstet Gynecol*, 2003.)

A szuppresszív aciklovirkezelés szignifikánsan csökkenti a genitális herpesz és a szülés körüli HSV exkréció gyakoriságát a rizikócsoportokban, mint erre egy 234 terhes nő, előbbiekhez hasonló vizsgálata során fény derült. A kezelt és kezeletlen csoportban a szülésnél klinikai tünet 6 ill. 14%-ban, pozitív tenyésztési lelet 0 ill. 6%-ban fordult elő. (Scott LL. *et al: Infectious Diseases in Obstetrics & Gynecology*, 2002.)

Egy közel 800 esetet vizsgáló, 5 korábbi tanulmány adatait felhasználó meta-analízisben is megállapítást nyert, hogy a szülés előtti aciklovirkezelés hatékony a szülés előtti aktív léziók számának csökkentésében és az aszimptomatikus szóródás rizikójának csökkentésében is. (Sheffield S. *et al: Obstet Gynecol*, 2003.)

Konklúzióként levonható, hogy terheség alatti HSV infekció esetén a 36. terheségi hét után profilaktikus aciklovirkezelés ajánlott, de mindenképpen szükség lenne hazai epidemiológiai adatokra is az esetleges területi különbségeket feltárás céljából, emellett kíváncsnak lenné az indexesetek köldökzsinórverének tenyésztése és az indexesetek újszülötteinkeztérése is, legfontosabb lenne azonban legalábbis a tünetes esetek felismerési arányának és ezáltal kezelésének javítása.

Prof. Dr. Paulin Ferenc
Semmelweis Egyetem ÁOK
II. sz. Szülészetis és Nőgyógyászati Klinika

Magyar Herpesz Fórum 2004.

Gamma-kés nem mernek belevágni

(a 2. oldal folytatása)

Az OTT-ben hat szakorvos is megtanulta a gamma-kés használatát, közöttük a nemzetközi tekintélyű Szeifert György tanár is, aki Európa legmodernebb gamma-késsel felszerelt centrumában, a brüsszeli Erasmus Klinikán vendégprofesszor, és a gamma-kés alkalmazását már tíz éve elsajátította Sheffieldben. Ráadásul az idegsebészeti intézetben egy korábbi projekt révén rendelkezésre állnak a műszert üzembe helyezésre meg kell bontani, hogy el tudják helyezni a készüléket. Az intézmény tíz éve vár a gamma-kés beszerzésére, de eddig csak ígéretek kapott. A teljes épület rekonstrukciója két-három milliárd forintba került eddig, nek, sőt sokan úgy tudják, a jelenlegi kormány tervében is benne van a beszerzés. Tavaly nyáron a terv megvalósításához már csak az akkori, éppen távozó egészségügyi miniszter Csehák Judit aláírása hiányzott.

Azóta semmi. Az ok látszólag egyszerű: nincs rá költségvetési pénz. Az egészségügyi tárcától azt az információt kaptuk, hogy egyelőre nincs „gamma-késprojekt”, és a költségvetésben sem szerepel az eszköz beszerzése. A tárca nincs abban a helyzetben, hogy egy ilyen nagy befektetésért, drága műszert megvegyen. Jelenleg alapvetőbb dolgokra kell pénz – mondta a tárca szóvivője.

Nyáry István, az OTT igazgatója azonban úgy gondolja, általánosabb, a rendszerváltás óta a kormányzati tevékenységre krónikusan jellemző okokra, a hosszú távú tervezés elmaradásából eredő határozatképességre és a döntéshozatalra vezethető vissza a gamma-kés telepítésének késlekedése. Magyarországon a gamma-késsel évente négyszáz beteget lehet kezelni. Az agybetegségek kezelésére létezik egy kevésbé modern és hatékony eljárás, a sugárkezelés. Hazánkban tíz éve alkalmaznak ugyan sugársebészeti eljárásokat, például lineáris gyorsítót, de a foglalkozásban lévő berendezéseket eredményesen nem agysebészetre tervezték, úgyhogy módosított változatokat használnak bizonyos idegsebészeti célokra. A lineáris gyorsítóval évente csak száz beteget tudnak

kezelni. Ráadásul van olyan betegség, amelyet csak a gamma-késsel lehetne gyógyítani.

Rácz Jenő, az egészségügyi tárca államtitkára azt mondja, a gamma-kés szakmai programja kész, és befektetők is lennének a beszerzésre. A kezelések finanszírozásához azonban többletforrás kell, és még nem dől el, hogy tudják-e biztosítani a jövő évi költségvetésből. Kínai befektetőkkel már tárgyalnak arról, hogy egy gamma-készhez hasonló berendezést hozzanak az országba – tette hozzá az államtitkár. Azt, hogy a szerkezet kínai vagy svéd lesz-e, a szakmának kell eldöntenie.

A gamma-kést egyébként nagy értékű ingatlannak eladásból fedezné a tárca, de beszerzése egyelőre nem prioritás – mondta Rácz. A budapesti Semmelweis Orvosegyetem rektora, Tulassay Tivadar elmondta, a hó végi tárgyalások kínai küldöttekkel arról, hogy a legkorszerűbb sugárterápiás eszközöket telepítsék a radiológiai klinikára. A rektor szerint a kínai ajánlat jól illeszkedik az egyetem kiterjedt sugárterápiás szakmai programjához. Tulassay hozzátette, fontos lenne összehangolni a sugárterápiás fejlesztéseket.

További indok a kormányzati óvatosságra, hogy a berendezés működtetése sem olcsó. Nyáry professzor szerint a gamma-kés működtetéséhez az egészségbiztosítónak minimálisan 3500-4000 eurót (900 ezer–egy millió forint) kellene fizetnie kezelésenként. Aztán évente esedékes a szerkezetben a félmillió euróba kerülő izotópcseré. A nyugat-európai számítások szerint azonban a gamma-késsel történő kezelés felére csökkenti az agyműtétek árát. Amerikában a biztosítók az említettől jóval többet, 25 ezer dollárt (ötmillió forintot), Nyugat-Európában 7–22 ezer dollárt (1,4–4,4 millió forintot) fizetnek a kezelésért.

A Magyar Orvosi Kamara Sugárterápiás és Onkológiai Szakkollégiuma támogatja és szükségesnek tartja, hogy hazánkba is telepítsenek gamma-kést. Szűcs Miklós professzor, a kollégium elnöke elmondta, az egészségügyi tárca két évvel ezelőtt kért a szakvéleményt az eszközről. Azóta azonban nem történt hasonló felkérés – tette hozzá.

FORRÁS: MAGYAR HÍRLAP

(folytatás a Látletet 10. számában)

A „láthatatlan” genitális herpes

(az 1. oldal folytatása)

A választ adók 60,1%-a férfi, 39,9%-a nő volt. A következő lehetőségek között választhattak a megkérdezettek: háziorvoshoz; nőgyógyászhoz/urologushoz; bőrgyógyászhoz; bőr- és nemibeteg gondozóhoz (BNG); gyógyszerészhez/gyógyásztárhoz; gyógynövény és gyógyhatású készítmény boltba; természetgyógyászhöz; senkihez, reméli, hogy elmúlik. A nők 69,7%-a nőgyógyászhoz, 10,8% bőr- és nemibeteg gondozó intézetbe, 6,2% bőrgyógyászhoz és 8,1% háziorvoshoz fordult. A férfiak 23,3%-a urológust, 24,4%-a bőr- és nemibeteg gondozót, 14,3% a bőrgyógyászt és 27,3%-a háziorvost keresne fel. A férfiak 63%-a a nő 2,2%-a nem fordulna orvoshoz. (1. és 2. ábra)

Ha a korcsoportok szerinti kiértékelést nézzük meg, akkor a következőképpen állapíthatjuk meg: a férfiak a 29. életév korcsoportig panaszokkal a háziorvost, majd ezt követően urológust keresnek fel. Ebben a korcsoportban a BNG-k látogatása a harmadik helyen szerepelt. A 30. életév felettiek már az első helyre kerültek a BNG, s ha a kapott adatokhoz hozzáadjuk a bőrgyógyászokat potenciálisan felkeresők számát, akkor a bőr- és nemibeteg gondozást, mint preferált szakterület messze vezet a férfiak válaszaiban, a kérdésben megadott lehetőségek között.

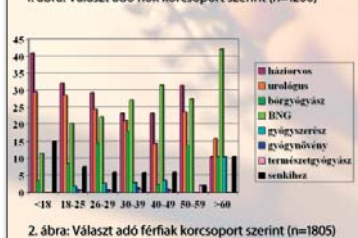
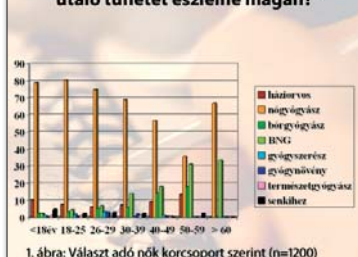
A nők minden korcsoportban elsősorban a nőgyógyászokat keresnek fel, a 30. életév felett azonban a háziorvosokkal szemben a BNG-eket részesítik előnyben.

A feltett kérdésből és az arra adott válaszból azonban természetesen nem derült ki, hogy a választ adók milyen ismeretekkel rendelkeznek a genitális herpeszről. Azonban, ha abból indulunk ki, hogy a potenciális betegek mely szakterület orvosait keresnek fel panaszaikkal, már nem lehet kétséges, hogy nagy felelősség hárul a betegeket ellátó orvosokra. Mivel a tünetek és a szubjektív panaszok általában nem kórokozó specifikusak, így egy adott probléma megoldásához széleskörű, differenciál diagnosztikai ismeretek is szükségesek.

A beteg, de megkockázatom, hogy járványügyi érdekből sem mindegy, hogy adott esetben például sarjadtó gombás fertőzést kezelnek egy atipusosan megnyilvánuló rekuráló herpeszt, vagy a szifilisz primer fekélyt gondolják herpesznek és alkalmaznak a megfelelő antibiotikum helyett antivirális készítményeket. A példák lehetné sorolni a végtelenségig. A lényeg, hogy a nemi szervekre lokalizálódó tünetek esetén a vizsgáló orvosnak gondolnia kell többek között a herpeszre is.

Prof. Dr. Várkonyi Viktória
Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet

„Kihez fordulna, ha nemi betegségre utaló tünetet észlelné magán?”



herpes simplex

herpes zoster

herpes genitalis

800 mg
400 mg
200 mg
5% krém

AZ ELSŐ VÁLASZTÁS

A SZISZTÉMÁS ANTIVIRÁLIS KEZELÉSBEN

További információ:
Egis Gyógyszergyár Rt., Terméköszlő 1146 Budapest, Hungária krt. 179-187.

Látletet

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: Balla M. Anna, orvos-főszerkesztő: dr. Kollár László, orvos-szerkesztő: dr. Salamon Sándor,
ápolási témafelelős: Petrikné Jakab Zsuzsa, tördelészerkesztő: Tóth Ervin, marketing igazgató: Kéner Zoltán (Tel.: 06-20/933-1652),
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastrút út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 978-662, e-mail: latletet@dukananyar.net
A lap előfizetési díja: 3000 Ft/év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Látletet egymásutánítását a lapon található sorszámozás tükrözi.

Lapunkat rendszeresen szemléli Magyarország legnagyobb médiatitkára az

OBSERVER

BUDAPESTI MÉDIATITKÁRSÁG KFT.

1084 Budapest, Árpád u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://www.observer.hu

Bőrgyógyászat a háziorvosi gyakorlatban

Napjaink bőrgyógyászata multidiszciplináris tudomány, amelynek egyes részterületeit ismertetni szándékozik a bőrség zavarával kerül szembe. Ugyanakkor a háziorvosi körképek 10 %-a innen kerül ki, és így feltétlenül indokolt felhívni a figyelmet a kevésbé ismert tényekre.

Nem mindig gondolunk arra, hogy a száraz (érzékeny) bőrűeknél a szappanokat, a detergenszeket csak a hőnál, a lágyék régióknál, a lábakon használjuk. Kevesen tudják, hogy a fürdés utáni „beolajozás” szisztematikusan is hatásos. Arra sem mindig figyelünk, hogy a külsőleg alkalmazott szerek koncentrációja nem paralel feltétlenül a hatóssal. Utóbbi fontos a szteroidok, a gombaellenes készítmények mellékhatásainak szempontjából is.

Sohasem felejtszünk el a familiáris anamnézisben szereplő predisponáló tényezőkről, a környezeti expozíciók testregio hajlamosságáról vagy az egyes irritációk etiológiájáról.

Helyi kezelések hatóssága és az egyes gyógyszercsoportok

Itt tennék említést az általános kezelési alapelvekről. Jobb, ha kevés és általunk jól ismert bőrgyógyászati szert alkalmazunk, mint ha sokféle próbálnánk ki. Ha kétségeink vannak a kezelést illetően, helyesebb a kevésbé erős hatású szert alkalmazni. Száraz és érzékeny bőrű betegeknél nincs szükség az egész testfelszín szappannal történő tisztításával (kivéve foglalkozási olaj vagy korom expozíciót).

A kortikoszteroidok felszívódása kenőcs formában a leghatásosabb, s ez fokozható a bekenet felület ún. okkluzív kötésevel, például generalizált erythrodermában vagy atópiában. Vigyázzunk a vékony bőrfelületeknél, fokozott felszívódás, pl. a szemhéjál fokozza a glaukóma, illetve katanakta hajlamot. A helyi szteroid igényt mindig az ún. kilences szabály segítségével becsülhetjük meg, azaz felnőtteknél 20-30 gr-ot adunk.

Az emolliens krémeket fürdés után a víztartalom megőrzésével, puhításra használhatjuk fel. Alkalmanként az oldatok is jó hatásúak, s előnyük, hogy kevésbé zsírosak. A száraz bőr konzisztenciája és konstallációja javulhat tejsav tartalmú szerekre, glicolsavas emulziókra, az ichthyosis progressziója pedig lelassulhat.

Dermatosisokban célszerű használnunk az ún. szárító szereket, különösen a nedvező esetekben. Nagyon hatásosak a vizes borogatások alumínium sókkal (Burow oldat), illetve a kolloid zablisztal. Felhívom a figyelmet a rázókeverékek, a keményítő

vagy kolamin tartalom miatt pörkösödést okozhatnak. A hintőporok használatát s kontraindikált.

A viszketés számtalan dermatózis kísérő tünete. A pramoxin tartalmú krémek, oldatok érzéstelenítő hatásuk folytán mindezen esetekben eredményesek. Oki kezelést az ún. szisztémás szerekkel végzünk. Az antihisztaminok szisztémás hatását a H₁ receptor blokkolás révén fejtik ki, így az alkylaminok, az ethanolaminok, a fenotiazinok, a piperidinek és az ethyléndiaminok. Kevésbé szedatív mellékhatásuk a loratadin, a famotadin és a cetirizin. A szisztémás kortikoszteroidokról itt csak említést teszünk, hatásosságuk és mellékhatásaik közismertek.

Földünk ózonpajzsának rohamos pusztulásával különösen aktuálissá váltak a fényvédőszer. Preventív hatásuk alapvető az ún. aktinikus keratózisek, a hasoliomák számának csökkentésében, malignizációjuk lassulásában. A WHO adatai szerint használatukkal a bőrrák rizikó 75 %-kal csökken. A csúcsidő alatt direkt napsugárzás kerülésével és a test védelemmel pedig még újabb 20 %-os mérséklést érhetünk el. A 15-ös (SPF 15) fényvédelem már mérséklő, a 30-40-es pedig közel 100%-ban védő hatású, különösen a PABA-mentes fényvédőszer. A magas faktor (> 25) biztos védelmet nyújt az UVA és az UVB sugárzás ellen, s hatásos a kezelésben is. A fényt át nem eresztő, fedő hatású anyagok, mint például titániumdioxid protektív hatásúak.

Természetesen hosszasan folytathatnánk az egyes készítménycsoportok sajátosságainak ismertetését. Amit azonban feltétlenül szóba kívánok hozni az alábbiakban, a lehetséges mellékhatások.

Lokális terápia és a szövődmények

Allergia a kezelt esetek 5 %-ában fordul elő, ami alkalmanként gyógyszer koncentrációtól függ. Az esetek jelentős részében az anamnézis korrekt felvételével, a gyógyszerek potenciális hatásának kiiktatásával megelőzhető lenne.

Számtalan bőrgyógyászati betegségben szenvedőnél találkozunk felszívódási zavarral. A gyerekek, a terhesek felszívódási paraméterei pedig eleve egyedi. Természetesen a magzatkárosító határról sem szabad elfelejtenünk. Többek között a fenol tartalmú szereket újszülöttek nyálkahártya ecsetelésére tilos használnunk.

Egyes szerek túlzott használata is veszélyes lehet. Így a fluorozott kortikoszteroidok az arcon akné (szteroid rosacea), a testhajlatokban pedig atrofikus striákat okozhat.

» Dr. Salamon Sándor «

orvoskeresztő, belgyógyász, praxisvezető

silverplast

A Silverplast Korlátolt Felelősségű Társaság 1991-be alakult meg, műanyagipari termékek melegen történő gyártására, PVC alapanyagú cikkek magas frekvenciás hegesztéssel történő előállítására, belföldi és export-import kereskedelemre. Üzemünk rendelkezik a legmagasabb követelményeket támazstó szabványokkal (ISO 9001:2002, ISO 13485:2003) és használhatja a CE 1011 konformitás jelet az orvostechnikai eszközeinek gyártásánál.

Reméljük, hogy folyamatosan bővülő kínálatunk, kedvező áraink és termékeink állandó, jó minősége elősegíti áruink mind szélesebb körű hazai felhasználását.

Tisztelettel: **Kollárik Mihály**
Ügyvezető igazgató

Infúziós szerelék

(egyszeri használatra)



- beszűrő tövis védőhüvellyel
- cseppkamra levegőztető szeleppel
- 10 mm-es folyadéksűrítő
- görgős áramlásszabályozó
- latex injekciós közdaráb
- 150 cm-es összekötő cső
- LL csatlakozó
- 20 csepp=1 ml
- steril, egyesével csomagolt

Háromjáratú csap

(egyszeri használatra)



- polikarbonát, átlátszó ház
- szinkronizált forgatókar
- 360 fokos elforgatási lehetőség
- 0,25 ml-es átáramlás
- 2x male, 1x female luer lock csatlakozó, zárókönnyűszal
- steril, egyesével csomagolt

Felnőtt vizeletgyűjtő zsákok

(egyszeri használatra)



- 2 l-es vagy 1,5 l-es kivétel
- 50 ml osztású kalibrált gyűjtőzsák
- alsó keresztcsapos biztonságos leeresztés, vagy leeresztő nélkül
- 90 cm-es összekötőcsővel és kúpos csatlakozóval
- visszafolyásgátlóval szerelt
- a zsák tartóra szerelhető
- steril, egyesével csomagolt

Műanyagipari termékeket és Orvostechnikai Eszközöket Gyártó, forgalmazó, Export-Import Kft.
SILVERPLAST KFT. H-2023 DUNABOGDÁNY, KOSSUTH L. U. 3/B • TEL.: +36.26.390.994, +36.26.390.848 | FAX: +36.26.391.040
WWW.MEDICA.HU | WWW.SILVERPLAST.HU | INFO@SILVERPLAST.HU