

Láttelelet®

HUNGA COORD
SAJTÓIRODA

Orvos Védelem
Magyarország



2004.2 (11.)

CEA info
Európai Unió körkép az orvosi szakma
felelősségéről és annak biztosításáról
(3. befejező rész)

Ön dönt!
hogyan személyi jövedelemadójának
egy százalékával segíti-e lapunk munkáját

Paraszolenciamentes Gyógyításért Közhasznú
Egészségügyi Alapítvány

Adószám: 18041332-1-01
Támogatását köszönjük!

XLIX. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2005. 3. szám

Kritikus a magyarok egészségügyi állapota

A magyar lakosság egészségi állapota továbbra is rossz, legyen összevetve akár Európával, akár a visegrádi országokkal – derül ki az Országos Alapellátási Intézet által végzett felmérésből. A 2003 eleje óta több tízezer ember megkérdezésén alapuló kutatás ugyanakkor kimutatta, hogy az egészség minősége a legnagyobb mértékben a lakóhelytől, pontosan az adott település nagyságától, az iskolázottságtól és a nemiségtől függ. Eszerint a nők jobb helyzetben vannak, mint a férfiak, az egyetemet végzettek egészségesebbek, mint a nyolc általánossal rendelkezők, nagyvárosban lakni pedig kedvezőbb, mint tanyán élni. A nemzetközi kutatások is bizonyítják azonban, hogy az egészség megőrzéséhez nem feltétlenül pénzre, hanem elsősorban helyes életvitelre van szükség. Ez azonban úgy tűnik egyelőre nem tudatosult Magyarországon.

A legnagyobb rizikófaktor a mozgás hiánya

Az Egészségügyi Világszervezet felmérése szerint az emberek egészségi állapotáért 11%-ban az egészségügyi intézményrendszer, 27%-ban a genetika, 19%-ban a környezet és 43%-ban az életmódjuk felelős – nyilatkozta az intézet főigazgatója. Dr. Balogh Sándor szerint Magyarországon legtöbbször a 11%-ot érintő egészségügyi rendszert bírálják, elemzik, próbálják megváltoztatni, pedig a környezet és az életmód sokkal könnyebben formálható lenne és nagyobb eredménnyel járna. **folytatás az 2. oldalon ►**

„Veszélyeztetett” orvosi szakmák

Vannak olyan orvosi szakmák, amelyek már évek óta „veszélyeztetettek” az ellenük indított perek alapján – ilyen a pszichológus, a sebész és a szülés-nőgyász. Mostanában viszont már egyre többször perelnek be onkológust, radiológust és patológust is.

Dr. Dósa Ágnes szerint nagyon érdekes, hogy régebben alig indítottak onkológusok ellen kártérítési pert, mert ha rosszul diagnosztizáltak a beteget, ha rosszul kezelték a beteget, akkor sem lehetett biztosan állítani, hogy megfelelő kezelés esetén a beteg biztosan meggyógyult volna, hiszen egy onkológiai betegségről nem tudjuk, hogy meggyógyul, vagy nem gyógyul, – ezeket az ügyeket régebben szinte mindig a kórház nyerte meg. A bírói gyakorlat azonban nagyot fordult az utóbbi időben – ma már azt mondják, hogy ha egy picit is csökkentette a beteg gyógyulási, vagy túlélési esélyeit a köteleességszegés, a rossz kezelés, a rossz diagnózis, akkor már megáll az okozati összefüggés a köteleességszegés és a kár között, tehát jár a kártérítés.

Ma már magas rizikójú szakmának számít a radiológus is, ahol gyakran előfordul, hogy nem veszik észre a daganatos betegséget a röntgenfelvételen, később kerül felismerésre és ezért megáll a kártérítési felelősség. Ez új csoport, ahol egyértelműen a beteg javára változott a bírói gyakorlat. Ebbe a körbe tartoznak még a patológusok szövettani diagnózisa miatt indított kártérítési

eljárások. Nagyon érdekesek a pszichiátriai ellátással kapcsolatos kártérítési eljárások előtérbe kerülése. Pszichiáterek ellen régebben is indítottak pereket, de azok olyan típusúak voltak, amikor az öngyilkosságra hajlamos beteget nem őrizték körültekintően, és kiugrott a kórház ablakán, vagy az elbuktatott beteg, aki nem tud tájékozódni, kijutott valahogy a zárt kórházi intézményből és megfagyott a kórház udvarán. Ami újdonság, hogy az indokolatlan pszichiátriai beutalásokkal kapcsolatban egyre több kártérítési eljárás indul – a pszichiátriai beteg hozzátartozója elmegy a körzeti orvoshoz, vagy a pszichiátriai orvoshoz, és előadja, hogy a beteg megint rossz állapotban van, és az orvos anélkül, hogy megnézné a beteget, kiállítja a beutalót, majd a betegért megjelenik a mentő és megpróbálja beszállítani. Az orvosjogász elmondta, hogy több ilyen ügy is volt a bírói gyakorlatban, ahol azt mondta a bíróság, hogy a beutalás indokolatlan volt, és az orvos nem teheti meg, hogy személyes tapasztalás nélkül utalja a beteget a pszichiátriai osztályra.

Az orvosok kártérítési felelősségében klasszikus területnek számít, nagyon régóta élen jár a sebészet és a szülészet-nőgyógyászat. Ez utóbbi különösen, mert nagyon nagy lehet a kár. Az a gyerek, aki a szülés során oxigénhiányos állapotba kerül, de nem hal meg, viszont fogyatékosan éli le az életét, rettenetes költségeket okoz, amit a bírói gyakorlat ráterhel a károkozóra. A sebészeknél változatlanul a betegben felejtett töröl-

kendők jelentik a kockázatot. Ennél a szakterületnél is érdekesen változott a bírói gyakorlat, amely hosszú ideig tartotta magát ahhoz a tételhez, hogy önmagában a bent maradt törölkendő nem számít felróható kötelezettségszegésnek, ezért nem is jár érte kártérítés. Ma már ott tart a bírói gyakorlat, hogy kimondta, nem tartozik bele a műtéti kockázatba, de vannak olyan esetek, amikor muszáj, hogy beletartozzon. A törölkendő nem fehér, amikor benne marad a beteg testében, hanem vérrrel átitatódott. Aki látott ilyet, tudja, hogy nagyon nehéz megkülönböztetni, nagyon bele tud simulni a környezetbe, és vannak olyan szituációk, amikor hirtelen fellép egy vérzés, hirtelen tépik fel a csomagokat, szedik elő a törölkendőt, és előfordulhat, hogy hiába számolják meg, a nagy kapkodásban nem lehet pontosan tudni, hogy hány darabot bontottak fel, mennyi van a szemétkémben, és maradt-e esetleg a betegben.

A külföldi bírói gyakorlatban is a sürgősségi esetekben, ha hirtelen váratlan helyzet lép fel, akkor elfogadják, hogy bizony bent maradt. De ha nem, akkor meg kell számolni, és azt kell bizonyítani a kórháznak, hogy mindent megtett azért, nehogy bent maradjon idegen test a beteg testében. Nem tekintik ma már a bírói gyakorlat a műtéti kockázat körébe tartozónak az idegen test bent maradását.

TÖRVÉNYKÖNYV / KOSSUTH RÁDIÓ/

Szakmai felelősség kérdésköréről összeállítottunk: 3., 4., 5., 6. oldal

Előzzük meg a szélütést!

Biztosan már mindannyian találkoztak rokonaik, barátaik, ismerőseik körében olyan szélütötte emberrel, aki lebénulva, tolókcocsi kényszerülve éli az életét, esetleg súlyos beszéd-, járás-, vagy más életműködéseket befolyásoló zavarai vannak. Kikerülhetetlen, hogy ilyen eseteket ismerjünk, hiszen ma hazánkban évente mintegy ötvétezer új szélütést regisztrálnak.

A szélütés, az agyi érkatasztrófa – nemzetközileg elfogadott nevén: a stroke (ejtsd: sztrók) – az agyi véráramlás zavara vagy agyvérzés miatt az agy szövetében létrejövő károsodás. Az érintett agyterület nagyságától és helyétől függően leggyakrabban valamelyik testfél zsibbadásához, ill. bénulásához, beszédzavarhoz, a járás, egyensúly, nyelés vagy látás zavarához vezethet, a beteg hangulata is rosszabbodhat.

A stroke leginkább az iparilag fejlett országok lakosait fenyegeti. Magyarországon a harmadik vezető halálok a szívbetegségek és a rák után. Az érintettek mintegy egyharmada egy hónapon belül meghal, másik harmada tartósan fogyatékos marad, sokan közülük egész életen át gondozásra szorulnak. Miután a betegség teljes gyógyítása még nem megoldott, nagyon fontos a megelőzés. A körkép háttérben számos kockázati tényező állhat. Ezek külön-külön is a betegség kialakulásához vezethetnek, ha pedig egymással társulnak, még nagyobb a veszély. Ugyan a stroke maga egyik pillanatról a másikra csap le, de a rizikófaktorok többsége – mint pl. a magas vérnyomás, a dohányzás, az emelkedett vérszénszintek, egyes szívbetegségek vagy a cukorbetegség – szerencsére jól befolyásolható.

A legfontosabb kockázati tényező a kezeletlen vagy nem megfelelően karbantartott magas vérnyomás, mely az érfalak károsítása révén idézhet elő stroke-ot. Hazánkban az esetek több mint a kétharmada mögött érhető tetten a hipertónia. A veszély annál nagyobb, minél régebben áll fenn a kezeletlen betegség és minél magasabbak az értékek. Az a probléma, hogy az emberek nem mé-

retik a vérnyomásukat, ha megméretik és magas, nem feltétlenül kezelik, ha kezelik, nem feltétlenül hosszantartóan. Ha hosszantartóan és rendszeresen járnak gondozásra, nem mindig tökéletes a betegséghez

kiválasztott gyógyszer. A vérnyomás csökkentése alapvető feladat, ugyanakkor ma már nem elegendő a vérnyomás-kezelésnél az optimális, 140/90 Hgmm alatti értékig eljutni, hanem az is szükséges, hogy a kezeléshez használt gyógyszer egyúttal a stroke kialakulásának esélyét is csökkentse.

Bár a stroke Európa egészében éppúgy a harmadik haláloknak számít, mint hazánkban, nálunk mégis sokkal rosszabb a helyzet, mint a fejlettebb nyugat-európai országokban. Magyarországon a szélütés előfordulási aránya kétszer-háromszor magasabb, az érintettek átlagéletkora pedig 5-10 évvel alacsonyabb!

Ezek az adatok még inkább aláhúzzák a megelőzés fontosságát. Ezért is alakult meg hazánkban múlt év decemberében az ESZME: az Egyesület a Stroke Megelőzéséért elnevezésű civil szervezet, amely legfőbb céljának tekinti, hogy ráirányítsa a figyelmet a szélütés, az agyi érkatasztrófa kockázati tényezőire, ezek felismerésének fontosságára, valamint arra, hogy az a beteg, aki tisztában van ezekkel a rizikófaktorokkal, és megfelelően kezelteti, ellenőrizteti azokat, sokat tehet a saját és családtagjai életét is megkeresztve, rettegett baj elkerüléséért.

Az ESZME várja mindazon veszélyeztetettek, hozzátartozók jelentkezését a 06-80-630-603-as ingyenesen hívható zöld számon, akik szívesen bekapcsolódnának ebbe a munkába!

Nyugodt szívvel
Tensoval® a megbízható vérnyomásmérő
Önnek és családjának

A Tensoval® vérnyomásmérő segítségével bárhol és bármikor meggyőződhet vérnyomásáról. Az eredmények megbízhatóságát klinikai vizsgálatok garantálják. Kétszer 30 memóriahelyén két családtag is követheti vérnyomásának alakulását.

Kapható gyógyszerárakban és gyógyszerügyi segédanyag boltokban, valamint mintaboltunkban.
HARTMANN mintabolt: RENO Utca, 1138 Budapest, Váro ut 158b.

Kritikus a magyarok egészségügyi állapota

► az 1. oldal folytatása

Ez a lényege a népegészségügyi programoknak az egész világon, a különbség mindössze annyi, hogy az Amerikai Egyesült Államokban, illetve az Európai Unió fejlettebb államaiban más az alaphelyzet, illetve nagyobb forrás áll rendelkezésre. Ami az életvitelt illeti, a legnagyobb rizikófaktorok a mozgás hiánya, a dohányzás és a nem megfelelő étkezés. Ez pedig nem pénzügyi kérdés, hanem a társadalom mentális felkészültségén múlik.

Az intézet kutatási eredményei azt mutatják, hogy azok közül a tényezők közül, amelyeket az ember nem maga választ – a lakóhely, az iskolázottság foka, a nemiség – vannak legnagyobb hatással az egészségre. A nők általánosan jobb egészségre örvendenek, ahogyan a felsőoktatási végzettséggel bírók és a nagyvárosokban élők is. Az intézet kistelepi-településeken végzett kutatásból kiténik, hogy az ott élők életkilátásai sokkal kedvezőtlenebbek: nagyobb a dohányosok és az elhízott emberek aránya, s a legtöbben semmilyen rendszeres mozgást nem végeznek. Az itt élők több mint a fele szed rendszeresen valamilyen gyógyszert, leginkább vérnyomás-, illetve gyulladáscsökkentőket, fájdalomcsillapítókat, vitaminokat, nyugtatókat és szívre ható szereket. Az elméletileg egészséges, negyven évnél fiatalabb lakosság egészségi állapota az ezer lakossal nem rendelkező településeken a legrosszabb: 50%-nak van hajlama szív- és érrendszeri betegségekre, 30%-uk dohányzik és minden harmadik túlsúlyos.

Általánosságban a magyar lakosság egészségügyi állapota nagyon rossz – mondta a főigazgató. A legtöbb mutatóban még a Közép-Kelet Európában is élen jár az ország: gyakori a magas vérnyomás, 10% körül van a cukorbeteg aránya, az emberek több mint fele küzd szívpanaszokkal. Az elhízottak aránya 48%, közülük, 15-20% kórosan túlsúlyos. Arányuk az életkor növekedésével emelkedik: a negyven éven aluliaknak 22 százaléka, a 40 és 60 év közöttieknek 48%, a 60 és 70 év közötti pedig már 52% elhízott. A túlsúly több rizikót hordoz magában: következtében könnyen alakulnak ki szív- és érrendszeri betegségek, esetként akár rák is. A főigazgató szerint a legegyszerűbb eszköz a túlsúly meghatározására, a derékszélesség mérése: a nőknél 88, a férfiaknál 102 centiméter fölötti eredmény már súlyos problémákra utal. Azok sem nyugodhatnak meg, akik csupán a hastájékon szednek fel plusz kilogrammokat, mert az egyenes házással ellentétben sokkal több mérgező anyag koncentráldódik egy helyen a testükben, tovább fokozva a rizikófaktorokat. Balogh szerint az ember súlya egyáltalán nem pénz, sokkal inkább életvezetési kérdés.

Akkor válik értékkelé, ha baj van

„Ha van valami különbség az EU és Magyarország között, akkor az az egészségről való gondolkodás” – fogalmazott a főigazgató. Míg a fejlett államokban az egyik legfontosabb értéknek tartják, itthon csupán akkor nő meg az ázsioja, ha valami probléma van vele. Ezen a közfelfogáson kell változtatni ahhoz, hogy a helyzet ne legyen ennyire riasztó. Az elmúlt években folytatott szív-, és érrendszeri betegségek kialakulásának okaira felhívó kampány részben sikeresnek bizonyult, a betegek száma azonban továbbra is magas. Az intézet ennek érdekében évek óta tart előadásokat az alapellátásban érintetteknek: ápolóknak, háziorvosoknak,

valamint önkormányzatoknak és iskoláknak is. Az idén márciusban kezdődött programsorozat szeptemberben folytatódik majd. A szervezet pénzügyi háttere azonban nagyon csekély: idén minden 40-50 millió forintból büdzséből gazdálkodhatnak, ami Balogh szerint az induláshoz elég, változásokra azonban semmiképpen. Úgy vélte: ezt el lehet ugyan okosan költeni, de nagyon kevés egy országos programhoz.

Az egészség nem az ellátórendszer minőségétől függ

Az intézet a háziorvosok bevonásával próbálja meg felhívni a betegek figyelmét arra, hogy egészségük a legtöbb esetben nem az ellátórendszer minőségétől függ. Az orvosok szakmailag igényesek és zömében partnerek is ebben, a munkakörülmények azonban nehezítik helyzetüket. Ma már a háziorvos egyszerűen nem tudja állapítani, hogy milyen esélye van páciensének arra, hogy 10 éven belül szívinfarktust kapjon. A program több ezer orvost és több millió lakost érint. Az év első felében közel 1000 háziorvoshoz jutott már el a program, szeptembertől pedig folytatódik a márciusban indult továbbképző sorozat.

Az intézet célja, hogy minél szélesebb körben elterjessze az egészséges életmód alapelveit: *többet mozogni, kevesebbet enni nem kerül kifejezetten sok pénzbe, mégis kimutatott tudományos eredmények vannak arra, hogy milyen jótékony hatással vannak az egészségre.* Több kimutatás is készült arról, hogy egy nemzet egészségügyi állapota közvetlen és kölcsönös összefüggésben van a gazdasági helyzettel. Egy betegeskedő társadalom gyengébben tud teljesíteni, míg egy gazdagabb többség tud fordítani az egészségügyre. A főigazgató úgy vélte: a magyar kreatív nemzet, emellett azonban az egészség terén több kintartásra és tudatosságra lenne szüksége.

A magyar fiatalok közül

csak minden második érzi egészségesnek magát

Idén készült első ízben vizsgálat a magyar gyerekek egészségi állapotáról. A KIDSSCREEN felmérés adataiból kiderül, hogy több európai állam közül hazánkban az átlagosnál több a krónikus beteg, a magyar fiatalok alig töltnek időt a szabadban, rossz a hangulatuk, és vezetik a dohányzási statisztikát is. Míg az ír fiatalok 79%-a vélekedett pozitívan saját egészségéről, addig a csehek 68%-a, a magyar fiatalok közül pedig csak – jóval elmaradva a 66%-os átlagértéktől – minden második érzi egészségesnek magát. A vizsgált országok közül az utolsó előtti helyet szerezték meg a magyar fiatalok, amikor az „Élvezed-e az életet?” kérdésre kellett válaszolniuk. A megkérdezetteknek alig 91%-a válaszolt igennel, szemben a holland vagy a cseh fiatalok 97 illetve 94%-os eredményével.

A magyar gyermekek kevés időt töltenek a szabadban: a kutatási eredmények azt mutatják, hogy csak 70%-uk érzi úgy, elegendő időt tölt szabad levegőn, szemben a brit vagy a német fiatalokkal, akik 86 illetve 96%-ban elégedettek azzal az időmennyiséggel, amelyet szabadban tölthetnek. Vitathatatlanul a legrosszabb a helyzet a dohányzás terén: a választadó 8 és 18 év közötti magyar fiatalok 14,6%-a vállalta a dohányosnak magát (igaz, ebbe a kategóriába sorolódtak azok is, akik akár hetente csak egy szál cigarettát szívna el). Ugyanakkor ezzel a 13 ország „listavezetőivé” váltak, hiszen a vizsgált országok „átlaga” is csak 10,6%.

OBSERVER

Háziorvosi Prevenciós Pályázat

„Az egészség olyan érték, amelyet a fenyegető veszélyek időbeni feltárásával, az életmódváltotatással, a szűrési programokon való részvétellel meg lehet és meg kell őrizni. Az egészségmegőrzésben a lakosság aktív részvétele társadalmi szemléletváltással, tudatformálással érhető el, ahol a betegségmegelőzési tájékozottság és hajlandóság az életforma-váltásra kisközösségi csoportokban, – praxisokban – a bizalmi elven épülő háziorvos-páciens kapcsolatrendszerben lehet igazán hatékony. A bizalmi elven alapuló interperszonalitás, illetve interaktivitás, továbbá a kistérségi összefogásban rejlő humán erőforrások optimális mobilizálása lehetőséget mutathat a sajátosan rossz hazai népegészségügyi mutatók pozitív irányba történő elmozdulására” – olvasható az Egészségügyi Minisztérium sajtóanyagában, amellyel deklarálta a február végén kiírt pályázatát háziorvosi prevenció tevékenység végzésére. Pályázatának célja: az irányított betegellátási modell-kísérletben részt nem vevő háziorvosi szolgálatok egészségmegőrző, egészségfejlesztő és betegségmegelőző tevékenységének szemlélyre

szóló elősegítése, fejlesztése és támogatása. A pályázaton összességében valamennyi pályázó által együttesen, maximálisan elnyerhető finanszírozási összeg a 2005-ös évben: 885 millió Ft.

A prevenció tevékenység keretén belül kötelező feladat az egészségügyi felvilágosítás és szervezés területén: az onkológiai rizikófaktorok szűrése, különösen a szájüregi és a bórdagánatok területén, az onkológiai, szűrővizsgálatokon való részvétel arányának növelése, az egészséges táplálkozást és a testmozgást népszerűsítő programok, dohányzásról való leszoktatás, szenvedélybetegségek megelőzése, a fogászati alapellátás eredményességének felmérése, hatékonyságának növelése, a szájhygiéjával való törődés népszerűsítése, egészséges lakosság egészségi állapotának felmérése, szűrése keretében magas kockázatú betegcsoportok számára életvitel tanácsadás, család-tanácsadás.

(Lapzártakor az OEP illetékei szerint alig van jelentkező a Háziorvosi Prevenciós Pályázatra. Szerk.)

Hatékony és széles körű segítség a dohányzás feladásához.

Nicotinell TTS tapaszok
30 (21 mg) • 20 (14 mg) • 10 (7 mg)

Nicotinell rágógumi
mentholos (2mg) • gyümölcsös (2mg)

A Nicotinell TTS tapasz
A transzdermális tapasz a bőrön át folyamatosan nikotint juttat a szervezetbe, mely csökkenti a nikotinelvonás tüneteit, így valószínűbbé teszi a leszokás sikerét. Alkalmazásával csak annyi nikotin jut be a szervezetbe, hogy a dohányzás abbahagyásával járó ingerlékenység, fejfájás, esetenkénti súlynövekedés és a többi kellemetlen kísérő jelenség mértéke enyhébb legyen.

Mi várható a Nicotinell tapazzal folytatott kezeléstől?
A nikotinpótló terápia alkalmazása a placebohoz képest 1,6 – 2,8 szorosra növelte a dohányzás abbahagyásának sikerességét. Nagyon fontos a pszichoszociális segítség, a motiválás, a jó sző. A nikotinpótló kezelés megduplázza a motiválás sikerességét.

A tapaszok adagolása

Naponta elszívott cigaretták száma	Kezelési időszak, hossza 9-12 hét		
Kevésbé, mint 20 szál	3-4 hét TTS 20	3-4 hét TTS 20	3-4 hét TTS 10
Több, mint 20 szál	3-4 hét TTS 30	3-4 hét TTS 20	3-4 hét TTS 310

A tapasz alkalmazását reggel célszerű kezdeni; ép, száraz és tiszta, valamint száraz bőrrel, lehetőleg a törzsre vagy a felkarra kell a tapaszt felhelyezni. A helyi bőrirritáció elkerülésére az alkalmazás helyét minden nap változtatni kell. Naponta egy tapaszt kell alkalmazni és 24 órán keresztül kell a bőrön hagyni. Használatuk szív és érbetegségek, gyomorfekély, vese és májkárosodás esetén és terhességben valamint szoptatás idején kontraindikált.

A Nicotinell tapaszok alkalmazásának előnyei

- Egyszerű alkalmazni, naponta csak egyszer kell felhelyezni
- 24 órán keresztül viszonylag egyenletes nikotin vérszintet biztosít
- jól tolerálható
- hatékonyan csökkenti az elvonási tüneteket
- három fokozatban kapható
- TTS 30-21 mg nikotin tartalommal
- TTS 20-14 mg nikotin tartalommal
- TTS 10-7 mg nikotin tartalommal

1. A GYÓGYSZER KÉSZÍTMÉNY NEVÉNEZÉSE: NICOTINELL TTS 10 ÉS 20 A 30 transzdermális tapasz. ATC N07BA01. INDIKÁCIÓ: 1. HENYEDÉS ÉS HENYEDÉS ELŐZMÉNYEZÉSE. TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. 2. GYÓGYSZERFORMA: 3. Működőanyagok listája: Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 4. KLINIKAI JELLEMZŐK 4.1. Terápiás javallatok: A transzdermális tapaszok segítségével a szervezetbe folyamatosan juttatható a nikotin, amely a szervezetben a dohányzás abbahagyásával járó tüneteket enyhíti, így valószínűbbé teszi a leszokás sikerét. 4.2. Alkalmazás: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 4.3. Ellenjavallatok: A bőrtünetekkel járó allergiák, a bőrrel érintkező anyagokkal szembeni érzékenységi reakciók, a bőrrel érintkező anyagokkal szembeni érzékenységi reakciók, a bőrrel érintkező anyagokkal szembeni érzékenységi reakciók, a bőrrel érintkező anyagokkal szembeni érzékenységi reakciók. 4.4. Károsodás: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 4.5. Mellékhatások: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 4.6. Terhesség és szoptatás: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 4.7. A készítmény összetétele és a gyógyszerkészítmények listája: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 4.8. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 4.9. Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb károsodások: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 5. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 6. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 7. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 8. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 9. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 10. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 11. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 12. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 13. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 14. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 15. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 16. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 17. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 18. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 19. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 20. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 21. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 22. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 23. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 24. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 25. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 26. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 27. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 28. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 29. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 30. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 31. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 32. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 33. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 34. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 35. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 36. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 37. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 38. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 39. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 40. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 41. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 42. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 43. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 44. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 45. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 46. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 47. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 48. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 49. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 50. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 51. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 52. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 53. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 54. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 55. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 56. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 57. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 58. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 59. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 60. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 61. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 62. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 63. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 64. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 65. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 66. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 67. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 68. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 69. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 70. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 71. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 72. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 73. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 74. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 75. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 76. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 77. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 78. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 79. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 80. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 81. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 82. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 83. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 84. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 85. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 86. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 87. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 88. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 89. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 90. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 91. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 92. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 93. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 94. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 95. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 96. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 97. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 98. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 99. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 100. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 101. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 102. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 103. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 104. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 105. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 106. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 107. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 108. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 109. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 110. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 111. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 112. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 113. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 114. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotinell TTS 30-35 mg tartalommal. 115. Farmakológiai tulajdonságok: A Nicotinell TTS 10-15 mg tartalommal. Nicotinell TTS 20-25 mg tartalommal. Nicotin

Orvosi műhibaperek – diktál a beteg

Bírói dilemmák

Klasszikus műhibaper nincs – különleges, meghökentető, vagy legalábbis olyan, amelyet a „hétköznapi halandók” jogérzéke erős túlzásnak tart, viszont annál több. Egy házaspárnak például az ügyvédjük azért kért a közelmúltban több millió forintos kártérítést, mert kicsi gyermekükkel a kórházban rosszul bánt egy nővér. Ennek nyomán a gyerek – a szülők szerint – olyan, maradandó lelki károsodást szenvedett, hogy heteken keresztül egyetlen percre sem hagyhaták magára. Emiatt házasság, társadalmi és kulturális életük komolyan sérült – nem járhattak például színházba vagy moziba. A bíróság nekik adott igazat, és az őket ért nem vagyoni jellegű kárt végül több millió forintban állapította meg.

Az esetek közel 80%-ban egyébként a betegnek ad igazat a bíróság. Történik mindez annak ellenére, hogy sokak szerint a műhibaperek tetemes része pusztá számításból induló, „légből kapott” ügy. Biztosítási szakértők állítják: már Magyarországon is kezd kiépülni az efféle biztosítási csalások „üzletága”, beépített emberekkel, és akár szándékosan előidézett

Vizsgálatok félelemből

Korántsem csupán a műhibaperekben megítélt kártérítés összege – és az adott kórház hírnevének csorbulása – okozhat pluszterhet egy egészségügyi intézmény számára. Komoly veszély az is, hogy miközben az egyik oldalon a jogszabályok a költséghatékony ellátást követelik meg az egészségügyi intézményektől, a másikon számon kérhető rajtuk – ahogyan az a műhibaperek során gyakran meg is történik – az „elvárható legnagyobb gondosság” is. Márpedig e két szempont érvényesülése sok-sok százezer vagy akár millió forintnyi távolságra van egymástól. Mindezek folyamánként hazánkban is egyre inkább terjed az úgynevezett defenzív orvoslás. Azaz az orvosok a perektől tartva inkább minden szóba jöhető, akár még drágára vizsgálatot is elvégeztetnek egy-egy betegre, még akkor is, ha tudván tudják, hogy azok egy részére esetleg semmi szükség. Minderre persze jócskán ráesik a páciensek „félfelelősséget” magatartása: gyakorlati orvosok elmondása szerint nem ritka, hogy a beteg szinte kikövetel magának például egy CT- vagy egy MRI-vizsgálatot – sokszor olyan alapon, hogy „a szomszédnak is megcsinálták”.

Az orvosi műhibák miatti kártérítések kórházak sorát juttathatják csődbe. Az esetek közel 80%-ban egyébként a betegnek ad igazat a bíróság, de a perek a betegek is visszaüthetnek. Egy balul sikerült nőgyógyászati jellegű beavatkozás nyomán megszületett az első százmillió forintot elérő kártérítési ítélet a magyarországi műhibaperek történetében. A korábbi „rekord” 80 millió forint volt – és a növekedés várhatóan a bűvös százmilliós határ elérése után sem áll meg. A műhibaperekben megítélt kártérítési összegek növekedése mellett tovább ront az egészségügy helyzetén, hogy 2005-ben drámaian megugorhat azoknak a kórházaknak a száma, amelyek kötelező biztosítás nélkül maradnak. A legalább 5 millió forintos, de inkább afölötti éves biztosítási díj ugyanis számos kisebb – 100-300 ágyas – intézmény esetében bizonyulhat vállalhatatlan tehernek. Így, bár tavaly még csupán a kórházak 5%-ának nem volt érvényes felelősségbiztosítása, ez az arány szakértői becslések szerint a díjemelkedés mértékétől függően akár 20%-főlé is emelkedhet. Márpedig a drágulás tetemes: a Magyar Kórházszövetség tavalyi felmérése szerint 2003-ról 2004-re átlagosan 180%-kal emelkedtek a díjak, az idén lejárt vagy lejárt biztosítások helyett megkötdendő újakért pedig akár ötszörös árat is kérhet a biztosítótársaság.

károsodásokkal. Az ebben a szegmensben rejlő üzlet méretét mutathatja akár az is, hogy milyen gyorsan szaporodnak – és lesznek egyre aktívabbak – a műhibaperekben a hasznos és fantáziadús megítélés, kimondottan erre a területre szakosodott ügyvédek. A jelenlegi bírói gyakorlat az egészségügyi intézmények képviselői szerint komoly aggodalomra ad okot. Sarkított példával illusztrálja a veszélyt Ari Lajos, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke. Előfordulhat például, hogy ha egy milliárdos cégbirodalom vezetője válik egy – vélt vagy valós – orvosi műhiba áldozatává, és ő (vagy örökösei) a bíróság előtt bizonyítani tudják, hogy a vállalkozás emiatt, tegyük fel, 1-2 milliárd forintnyi veszteséget szenvedett, azt a kórháznak meg kell térítenie. Ha ez bekövetkezik, az adott kórház elkerülhetlenül csődbe jut.

A csőd ráadásul ma akkor is fenyeget, ha az érintett kórháznak van felelősségbiztosítása, a biztosítók ugyanis csak a megítélt kártérítési összeg bizonyos hányadát állják. Általában 5 millió forint a plafon, és ezt is csak évi két-három-négy alkalommal vállalja a biztosító. A fennmaradó részt, legyen szó akár mérkőzések összegéről, az intézménynek kell előteremtenie.

Ezekért a „torzulásokért” alapvetően a terület totális szabályozatlansága, illetve félreszabályozottsága a felelős. Így például a felelősségbiztosítást az egészségügyi intézmények számára kötelezővé tevő 1997-es törvény megszületése óta sem alkották meg azokat a végrehajtási rendeleteket, amelyek a biztosítás körülményeit szabályoznák. Azaz miközben az egészségügyi intézményeknek kötelező megkötdniük a felelősségbiztosítást – kerül, amibe kerül –, sem annak módját, sem a biztosító által cserében nyújtandó szolgáltatást nem szabályozta semmi. Normális versenykörülmények között valószínűleg még ez sem

okozna gondot, ám Magyarországon egyre inkább monopolpiacnak tekinthető az ágazat. Az egészségügyi felelősségbiztosítás ugyanis nem jó üzlet. Egyetlen biztosító, az Allianz Hungária Biztosító Rt. maradt a piacon – eltekintve az ágazatnak azoktól a szereplőitől, amelyeknek esetleg korábban érvényes szerződésük van egy-egy intézménnyel –, monopolhelyzete ellenére azonban ez a társaság sem ítéli meg különösebben rózsásnak a helyzetét. A terület – mint azt Sipos József, az Allianz Hungária kommunikációs vezetője mondja – „minden elvi előnye ellenére meglehetősen minuszos”.

Miután a tárca a biztosítók tevékenységébe nem szólhat bele, Bondár Éva, az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezetője a kórházak felelősségbiztosítási kötelezettségének az eltérülését látja a feloldalas helyzet egyetlen lehetséges megoldásának. Az egyoldalú kötelezettség megszűntével ugyanis felszabadulhatnának azok a piaci erők, amelyek az intézményeket jelenleg gúzsba kötő szabályozás miatt nem érvényesülnék. Politikailag mindazonáltal nem valószínű egy ilyen alternatíva megvalósulása, hiszen annak az lehetne a kicsengése, hogy a kormányzat a korábbinál kevésbé vállal felelősséget az egészségügyi ellátás minőségért. Másrészt viszont gyakorlatilag minden más út is járhatatlan a kártérítési összegek limitálása a bírói szabadságot sértendő, ha pedig a biztosítók részvételének a feltételeit szigorítanák, azaz végképp mindenkit elriasztanának a piactól.

Kockázatközösség

„Az egyetlen reális megoldás az lehetne, ha az intézmények és a szaktárca közösen létrehoznának egy nonprofit kockázati alapot, és ebből finanszíroznák a nagyobb kártérítési kötelezettségeket” – véli Harmat György, a Madarász utcai Gyermekkorház főigaz-

gatója, aki hosszú ideje foglalkozik már a kötelező felelősségbiztosítás kérdésével. Ha pedig a biztosítók valami oknál fogva mégis visszatérnének a piacra, ki lehetne alakítani egy kétszintű biztosítást a hagyományos rendszerben – egy 5 millió forintos kártérítési összeghatárig felelősséget vállaló szélesebb, és egy 20 millió forintosig fizető szűkebb biztosítási szintet –, erre épülhetne rá azután az említett kockázatközösség. Harmat szerint ugyanis lassanként egész egyszerűen nem éri meg a kórházaknak kifizetni a biztosítási díjakat, hiszen a kártérítéseknek azt a részét, amennyit a biztosító hajlandó állni, ha nem is egykönnyen, de ők maguk is finanszírozni tudják.

Szakértők tapasztalatai szerint a kórházak maguk is tetézik a bajt, amikor az eleve vesztes ügyekben is inkább a peres utat választják. Mi több, rendszerint megvárják, hogy ezek az eljárások is évekig húzódjának – súlyos perköltségeket és késedelmi kamatokat okozva –, ahelyett, hogy már az elején tárgyalászat-hoz ülne és megállapodnának a felperessel. Ennek egyetlen magyarázata van: a kórház költségvetésébe így betervezhetővé válik a kiadás. Bár a legtöbb kórházvezető tagadja ezt a tendenciát, a perek jó részének többéves hossza, illetve a peren kívüli megegyezések ritkasága – vagy az éppen erre a célra kialakított mediatori hálózat teljes kihasználatlansága – nyilvánvalóvá teszi, hogy mégis erről van szó.

A műhibaperek végső károsultja paradox módon a beteg maga. Idővel ugyanis, az egészségügyi rendszerrel szembeni bizalmatlanságra válaszul számos orvosban kialakulhat az a hozzáállás, hogy nem azt teszi, ami a betegnek a legjobb, hanem amiből neki a legkevésbé baja származhat. (*Az az defenzívívé válik az orvoslás. A szerk. megjegyzése.)

FIGYELŐ 2005. FEBRUÁR

Műhibaperek számokban

300 – az egészségügyi tárca becslése szerint ma körülbelül ennyi műhibaper indul Magyarországon évente
1,3 milliárd forint – a Magyarországon jelenleg folyamatban levő perek összes kártérítési követelése 100 millió forint – a műhibaperek itthon eddig megítélt legnagyobb kártérítési összeg
80% – a műhibaperek nagyjából ekkora hányadában ad igazat a betegnek a bíróság

■ **Ügyvéd úr, az olyan esetben, mint az elhíresült szegedi betegcsere ügy Ön vállalná az illető egészségügyi személyzet, adott esetben egy orvos védelmét?**

● **Dr. Simon Tamás (S.T.):** Attól függ, hogy melyik eljárásról van szó. Polgári eljárásban annyiban vállalnám, hogy azt mondanám az adott intézményeknek: el kell ismerni a hibát és a leggyorsabban be kell vonnunk a szakmai felelősségbiztosítót és meg kell egyezni. Büntető eljárásban az már egy izgalmasabb kérdés, hogy az adott egészségügyi személyzetben belül kinél lehet kimutatni a foglalkozási szabályszegéssel kizárólagosan ok-okozati összefüggésben a halál tényét, hiszen csak annál lehet majd megállapítani a foglalkozás körében elkövetett halált okozó veszélyeztetést. És érdekes kérdés, hogy ki az, akinél csak mondjuk az enyhébb eset – adott esetben a veszélyeztetés – áll fenn. Tehát nem lehet azt mondani, hogy az ő tevékenységével függ össze a halál.

■ **Doktor úr, úgy gondolom, hogy Ön volt gyakorló orvos is.**

● **Dr. Gyenes Géza (G.Y.G.):** Hogyne természetesen.

■ **Emlékszik arra, hogy az Ön ismereteiben mikor bukkant fel először kártérítési ügy orvossal szemben?**

● **G.Y.G.:** Ha visszagondolok saját orvosi pályafutásomra, inkább a rendszerváltás után kezdtek sorjázni ezek az ügyek. Előtte nem volt jellemző.

■ **Csak azért kérdezem, mert egy ideig azt hiszem, csak pl. Robin Cook jóvoltából – aki eredeti foglalkozását tekintve orvos volt, majd az orvosi krimik egész sorát írta – szóval az ő könyveiben pendül meg először a közvélemény számára ez a téma. No meg az újsághírekből, nevezetesen: hogy az Egyesült Államokban egész ügyvédi irodák szakosodtak erre a témára. Ön pl. mikortól praktizál ezen a téren?**

● **S.T.:** 1992-ben fejeztem be az egyetemem és akkor találkoztam a mostani mentórommal, akivel kitaláltuk, hogy mi alapítsunk egy orvosi műhibákkal foglalkozó ügyvédi irodát. Én ebből írtam a szakdolgozatomat. És akkor elkezdtek. 92-ben nulla ügyünk volt. Most, hogy mennyi van, azt

Háttér

Kerekasztal a felelősségbiztosításról

Meghívottak: Dr. Gyenes Géza orvos a MOK főtitkára, és Dr. Simon Tamás ügyvéd. Ríporter: Vas István Zoltán

nem mondhatom el, mert az reklámnak számítana. De valóban, a kilencvenes évek elején indult el és szerintem egészen sok ügy működött 96-97-ig, de nagyon sok peren kívüli egyezség történt. Tehát szerintem akkor egy kissé visszaestek perek. Az ügyek megvoltak, csak a perek – tehát a bírósági eljárás – sokkal kevesebb volt. 2000-tól úgy látom, hogy megint nagyon sok per van, ami abból adódik, hogy a mostani biztosítói gyakorlat nem fókuszálja a peren kívüli egyezségeket.

■ **Ön az ügyvédi iroda hatáskörébe tartozó perekről nem beszélhet. Én viszont elmondhatom, hogy előzetes tájékozódásom szerint minimum 150-200 ilyen per zajlik esztendőnként és ennek zömét meg is nyerik.**

● **S.T.:** Kétségtelen, hogy többségében megnyerjük ezeket a pereket és nem is ezzel van a bajunk. Mert ha valaki valakinek kárt okoz, az a legtermészetesebb dolog, hogy kapja is meg érte a kártérítést. De azon érdemes elgondolkodni, hogy a megnyert pereket ki fizeti ki valójában? Mert az a furcsa helyzet áll elő, hogy gyakorlatilag az OEP által finanszírozott egészségbiztosításnak az a pénze, amit kórházak működésére ad, az a forrása a kártérítési pereknek. Tehát ebből kell kifizetni.

■ **Egy pillanatra álljunk itt meg. Ugye azt mondtuk, hogy kártérítési perekről van szó. Tisztázandó, hogy ténylegesen orvosi műhibák esetén perelnek a panaszosok avagy más természetű perek is vannak?**

● **S.T.:** Egy fontos dolgot rögzítsünk. Az, hogy orvosi műhiba, az egy jogtudományi műszó. Tehát maradjunk abban, ha polgári jogról van szó, akkor ez egy kártérítés, tehát akkor kártérítési felelősségről beszélünk. Minden beletartozik, ami az egészségügyi ellátás során valamilyen károsodáshoz vezet.

■ **Azért kérdezem, mert ezen esetben az orvos felelőssége nagyobb súllyal esik latba. Tehát egész egyszerűen csak azt akarom ezzel kérdezni, hogy esetenként az emberi méltóságán esett csorbát sérelmezi-e a beteg, vagy az ellátás hiányosságát?**

● **S.T.:** Is. Is.

■ **Tehát nem azt, – most nagyon triviális példát mondom –, hogy megnyitja a mellkasát, jöllehet egy térdmütétről lenne szó?**

● **S.T.:** Igen, van olyan eljárás is – elnézést, hogy megint én beszélek – amikor arról szól a per, hogy az ember méltóságát sértették meg, mert mondjuk nem szépen beszéltek a beteggel. De ezt nem lehet a klasszikus orvosi műhiba kategóriájába sorolni. Ilyenkor egy kis összegű kártérítésre perelnek személyhez fűződő jogsértésért. ● **S.T.:** Nem, én nem. Ha olykor van is orvosellenes hangulat, az nagyon gyakran az egészségügyi intézmények mulasztásaiból adódnak, mert rosszul kommunikálnak. Tehát itt nagyon gyakran kommunikációs probléma van a háttérben, ami azután negatív irányba hangolja a közvéleményt. Tehát pl. hogyha ők mulasztanak, akkor sok esetben nem elzavarni kell a beteget vagy a hozzátartozót, hanem ellenkezőleg: le kell vele ülni, meg kell vele tárgyalni. El kell mondani, hogy mit csináltunk. Ad abszurdum, le kell folytatni egy fogyelemi eljárást házon belül. Én nagyon sokszor ezzel megelőzhető lenne a kártérítési eljárás, ami sok-sok pénzbe kerül. Talán azt is ki merem mondani, hogy az orvosellenes hangulatot változtatna, hogyha egy kicsit a kommunikációja változna az egészségügyi intézményeknek.

■ **És akkor a kórház belső vizsgálatának vagy a rendőrségnek kell kiderítenie, hogy most az orvos felelős-e?**

● **S.T.:** Lehet, de ha nem indul büntető eljárás nem kell és sok esetben nem kötelező, hogy büntető eljárás induljon. Jelen esetben Szegeden a betegcsere ügy rendkívüli halálesetnek minősült, tehát hivatal-

ból indult büntető eljárás. Ez halálesetnél sokszor megtörténik. De pl., ha valakit károsodás ér, akkor sokszor nem is indít büntető eljárást, mert a károsultnak igazából nem az a célja, hogy az orvos x évre börtönbe zárják vagy egy meghatározott pénzbüntetést kapjon, hanem minél több kártérítéshez jusson. Ugyanez vonatkozik a a fogyelemi eljárásra is. Az sem kötelező, hogy meginduljon.

■ **Bocsásson meg, itt szükségesnek találom megjegyezni, hogy úgy rémlik – a szegedi esetre gondolok – hogy a hozzátartozó nem perli az egészségügyi intézményt. Ezt csak a rend kedvéért jegyzem meg. Még egy aprócska kérdés Önhöz – ha akarja nyugodtan kitérhet a válasz elöl – érez-e éppen az utóbbi idők sorozatos ilyen természetű perei okán valamiféle orvosellenes hangulatot?**

● **S.T.:** Nem, én nem. Ha olykor van is orvosellenes hangulat, az nagyon gyakran az egészségügyi intézmények mulasztásaiból adódnak, mert rosszul kommunikálnak. Tehát itt nagyon gyakran kommunikációs probléma van a háttérben, ami azután negatív irányba hangolja a közvéleményt. Tehát pl. hogyha ők mulasztanak, akkor sok esetben nem elzavarni kell a beteget vagy a hozzátartozót, hanem ellenkezőleg: le kell vele ülni, meg kell vele tárgyalni. El kell mondani, hogy mit csináltunk. Ad abszurdum, le kell folytatni egy fogyelemi eljárást házon belül. Én nagyon sokszor ezzel megelőzhető lenne a kártérítési eljárás, ami sok-sok pénzbe kerül. Talán azt is ki merem mondani, hogy az orvosellenes hangulatot változtatna, hogyha egy kicsit a kommunikációja változna az egészségügyi intézményeknek.

■ **Akkor most hadd kérdezzem a másik oldalt. Jeleül azt, hogy az orvosok körében mit tapasztal éppen az utóbbi időben megszaporodott ilyen természetű perek okán?**

● **G.Y.G.:** Engedje meg, hogy még reagáljak az orvosellenes hangulatra. Az ügyvéd úr elmondta, hogy ő nem észlel. Bizonyos fajta orvosellenes hangulatot viszont mi észlelünk, ennek van egy furcsa megközelítése. A szakmai társadalom – az Orvosi Kamara, ugye az orvosok szakmai érdekképviselete – finoman szólva az egészségügy sok problémája miatt – beleértve akár ezeket az ügyeket is, amiről mi most beszélünk – elég kritikus szemléli és nézi a mindenkori egészségpolitikát és gyakorlatilag azt vesszük észre, hogy a politikának nagyon sok manipulatív eszköze van az orvostársadalommal szemben.

■ **Tud példát mondani?**

● **G.Y.G.:** Természetesen. Amikor mi elkezdünk alapvető orvosi jogaink kormányzati elismerésért fellépni, azonnal jeleztük, hogy az uniós csatlakozás kapcsán várható elvándorlásokat tisztességes, becsületes, a paraszolvenciát megszüntető bérézzel lehet megszüntetni. Az azonnali reakció bizonyos jellegtűgyek előrántása lett és most nem a szegedi ügyre célok, hanem egy korábbi orvosokat érintő ombudsmeni vizsgálat lett leporolva. „Durvák vagyunk a beteggel, csalunk-lopunk-hazudunk, paraszolvencia, fúj.” Szóval valahogy úgy éreztük, hogy a politika, amikor valós problémákat vetettünk fel az egészségügyben, akkor hogy ezeket a felvetéseket közömbösítsék, adott esetben a politikuskok kifejtették, hogy mennyire megvetendők az orvosok. És sajnos az általánosításokkal volt a legtöbb bajunk, hiszen az orvostársadalomban is elkövetnek fatális hibákat! Minden ember, aki dolgozik és tesz-vesz, sajnos hibázik. Ez kétségtelenül így van, ez nem is tagadható, ezeket a konkrét ügyeket nem nagyon lehet vétőzni. Az ügyvéd úr is tökéletesen tudja.

folytatás az 4. oldalon ►

Polgárjogi kártérítési felelősség az egészségügyi ellátás során

A kártérítés nem a magyar jog sajátossága, hanem a Betegjogok Európai Kartájának (2002. Róma) első fejezete az „Európai Unió kartájának alapjogai”-ról szól, míg a második fejezet a 14 alapvető betegjogot elemzi. A 14. pont (Right to compensation) szerint az egészségügyi ellátás során kárt szenvedettnek ésszerű határidőn belül megfelelő elégtételt kell biztosítani. Megjegyzendő, hogy ez a dokumentum csupán egy a sok közül, ami a betegjogok között nevesíti az elszennvedett károsodás kompenzációját. Képzelnék el azt a helyzetet, hogy egy beteg egészségügyi ellátás során a kellő gondosság hiánya miatt elveszti például a látását. Az ilyen ember élete olyan maradandó károsodást szenvedett, ami a mindennapi életvitelében lényegesen negatív irányban befolyásolja. Jelentheti ez az önálló közlekedésben való akadályoztatottságot vagy a munkája ellátására való képtelenséget. Nem ítélték el, ha ebben a helyzetben az érintett anyagi jóvátételért folyamodik, ami csupán a mindennapi megélhetés gondjain enyhít, de ebben a helyzetben ez is egy nagyon fontos szempont.

Gondoljunk csak arra, hogy ha nem kellő óvatosság miatt bekövetkezett baleset folytán a személygépkocsiban anyagi kár keletkezik és/vagy személyi sérülés következtében maradandó egészségkárosodás alakul ki, teljesen természetes a kártérítés létjogosultsága a társadalom megítélése szerint. Érdekes módon ezt senki nem vitatja. Kétségtelen, hogy ennek gyökereit részben a jogi szabályozásban, részben a még mindig érezhető paternalisztikus szemléletben keresendők. A baj nem a kártérítéssel, mint jogintézménnyel van, hanem az okozza a problémát, hogy az orvosi felelősségbiztosítás szakmai szabályainak rendszerben történő szabályozására a mai napig nem került sor annak ellenére, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény felhatalmazta ennek megalkotására az egészségügyi minisztert. Ha ez a rendelet megszületett volna, az orvos is sokkal nyugodtabban tudna dolgozni és a gyógyítás ne tartana a defenzív medicina felé.

A „nem teszek semmit, mert bajom lehet belőle” felfogás tövében tévhitben élnek, ugyanis a kár nem csupán tövében magatartással, hanem mulasztással is előidézhető. Megállapítható, hogy a vita, ami a bíróságok által megítélt összegek miatt időnként szárnyra kap, csupán a hangulat borzolását szolgálja, hiszen nem a bíróságok által megítélt összegszerűség, hanem a felelősségbiztosító helytállási kötelezettsége okoz problémát.

A hazai jogrendszerben a kártérítési felelősség alapját a Polgári Törvénykönyv 339.§ (1) bekezdése az aláb-

A legtöbb orvos a károsult beteg kártérítési igényét a saját személye elleni támadásnak értékeli. Az ilyen magatartás nagyban annak köszönhető, hogy már maga a műhiba szó is rossz hangzású és a „tudom, hogy mit tegyek, de csak azért sem teszem” képzetet kelti, holott egy polgári jogi kártérítésről van szó. Egyébként a joggyakorlatban és a hétköznapi életben is elterjedt az orvosi műhiba kifejezés használata, noha ezt a fogalmat törvény vagy más jogszabály pontosan nem definiálja.

biak szerint fogalmazza meg: „Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentésül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.” Tehát az a kérdés, hogy a kárt ki viselje, ezzel a gondolattal megfogalmazódott: aki okozta! Polgárjogi jogviszonyról lévén szó: „Ha az alkalmazott a munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt okoz, jogszabály eltérő rendelkezése hiányában a károsulttal szemben a munkáltató felelős” – tehát a kártérítési kötelezettség a kórházat terheli. Ezzel szemben az egyéni vállalkozó vagy szabadfoglalkozású orvos saját maga tartozik helytállási kötelezettséggel. E törvényi tényállásból következnek, hogy a kártérítési felelősségnek az alábbi négy konjunktív feltétele van: • kár; • jogellenesség; • felróhatóság; • ok-okozati összefüggés a felróható magatartás és a bekövetkezett kár között.

A jogellenesség és a felróhatóság közötti viszony lényege, hogy nem minden jogellenes cselekmény felróható, de minden felróható magatartás jogellenes. Ebből kiindulva bekövetkezhet káresemény akkori is, ha az ellátó intézmény a szakmai előírásokat betartja. Ennek egyik eklatáns példája a hepatitis C vírussal való fertőződés. Közismert, hogy a hepatitis C vírus szűrése 1993-ban kezdődött, így ezt megelőzően könnyebben kerülhetett fertőzött vér a recipiens szervezetébe, mint manapság. Tekintettel arra, hogy a tünetek a fertőzést követően akár évekkel, évtizedekkel jelentkeznek, a kérdés az utóbbi 3-4 évben vált aktuálissá. Ezekben az esetekben a károsultat az állam kártalanítja. Tehát ilyen esetben a jog és a szakmai szabályok betartása mellett - vagyis jogellenesség esete nem áll fenn - bekövetkezett kár esetén az érintett nem kártérítés, hanem kártalanítás illeti meg. (Kétségtelen, hogy ha a donor vírussal fertőződik, de az ún. ablak periódusban van, akkor vére ugyancsak fertőzés forrása lehet. Ilyen esetben ugyancsak fennáll az állam kártalanítási kötelezettsége.)

Abban az esetben, ha a kárt egészségügyi ellátó felróható magatartása okozza azzal, hogy a kár és a felróható magatartás között okozati összefüggés van és mindez jogellenes, akkor a károsultat kártérítés illeti meg. Jogellenes cselekedet mindaz, amit a jogszabály kifejezett tilt. (Példa: Jogellenes a beteg beleegyezése

nélkül elektív műtét során csonkoló műtétet végezni. Amennyiben a csonkoló műtét elvégzésére azért van szükség, mert az egészséget, életet veszélyeztető állapot másképp el nem hárítható, így a csonkoló műtét el nem végzése a beteg rendkívül súlyos, maradandó egészségkárosodásához, esetleg halálához vezetne, a beavatkozás nem jogellenes.)

A kártérítési felelősséget döntően a felróhatóság alapozza meg. A felróhatóság azt fejezi ki, hogy aki az általános társadalmi elvárásokkal szemben jár el, annak magatartása felróható. Ez tehát tágabb értelmezésben elsősorban egy társadalomtudományi kategória, szűkebb értelemben pedig a vétkességgel azonos fogalomként használják. A polgári jogban a kártérítési felelősség szempontjából lényegtelen, hogy a vétkesség szándékos vagy gondatlan, hiszen a kártérítési felelősség teljes reparációt kíván. (Extrém példa, de az érthetőség kedvéért szükségesnek látjuk érzékeltetni, hogy polgári jogban teljesen lényegtelen, hogy pl. egy emlőplasztika során a beavatkozást nem kellő odafigyeléssel, gondossággal végezték el, vagy éppen szándékosan okozták a kárt, hiszen a kárt meg kell téríteni.) A szándékos vagy gondatlan elkövetési magatartásnak a büntetőjogban mint minősítő faktornak van szerepe, de ennek tárgyalása egy korábbi közlemény témája volt.

A felelősség alapja az általában elvárhatóság. Speciális a felelősség azonban annyiban, hogy az általában elvárhatóság kérdését külön törvény (Egészségügyről szóló törvény) írja körül. A hatályos egészségügyi törvény szerint minden beteg – az ellátás igénybevétele jogcímére tekintet nélkül – az ellátásban részt vevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni. Mit jelent az ellátásban részt vevőktől elvárható gondosság? A jogszabály szövegéből következik, hogy a képzettség és az aktuálisan rendelkezésre álló lehetőségek igénybevétele alapján mi az, ami elvárható. Nem várható el a háziorvostól, hogy megoperálja a törést, még akkor sem, ha erre szakképesítése van, hiszen többek között a háziorvosi rendelő felszereltsége nem megfelelő a steril műtét végrehajtásához, de elvárható, hogy az akut ellátást biztosítsa. Az intézetben kívül beindult szülés levezetésében egy nem „szülés

kéz” mozdulatai soha nem helyettesítik a szakembert, de erről még az akut ellátásban részt vevőnek a képzettségéhez mérten a leg gondosabban kell eljárnia. Tehát a felelősség mércéje az általában elvárhatóság!

Ugyancsak érdekes a kérdés a tekintetben, hogy a szakmai szabályok betartása mit is jelent. Ez pusztán szakmai kérdés, persze azzal, hogy a szakmai álláspontok nem lehetnek a jogszabályokkal foglaltakkal ellentétesek! Ezekben az esetekben természetesen az általában elfogadott szakmai szabályokat, protokollokat, előírásokat kell alapul venni. Nem szabad elfelejteni, hogy mindenki önmaga felelős a saját tetteiért! A felelősség általában nem hárítható át másra.

Egy polgári peres eljárás során a károsultnak kell bizonyítania. Hiszen a károsult (vagy beteg) szokott jogorvoslatához folyamodni és nem az ellátó intézmény. Ezzel szemben az ellátónak azt kell bizonyítania, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben elvárható volt.

Sok esetben merül fel a kérdés, hogy megalapozza-e a kártérítési felelősséget pusztán az, hogy egy kezelés elvégzésére modernebb, kevesebb kockázattal járó lehetőség is rendelkezésre áll. A válasz erre a következő: egymagában azért, mert meghatározott betegségek kezelésére korszerűbb eljárás is van és általánosan azt alkalmazzák, ennek az eljárásnak a mellőzése még nem jelent károkozást, illetőleg nem jelenti feltétlenül azt, hogy az orvos mulasztást követett el. A kártérítési felelősség vizsgálatának körében azonban az orvos köteles indokolni, hogy miért alkalmazta a nagyobb kockázattal járó gyógymódot. A beteget az adott lehetőségek között az orvostudomány mindenkori állásának, a beteg egyéni adottságainak, valamint betegségének szakmai megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni. Az orvosnak a legcélravezetőbb vizsgálati módszereket, gyógymódokat és gyógyító eszközöket kell alkalmaznia.

Az egészségügyben bekövetkezett káresemények bírói megítélésénél a szakértői véleményeknek komoly súlyuk van. Sajnos léteznek olyan szakterületek, amelyeknek szakértője gyakorlatilag nincs (vagy nagyon kis létszámban vannak). Optimális az lenne, ha egy szakértő mindig csak az adott szakterülettel kapcsolatos kérdésekben nyilatkozna, azonban ezt a gyakorlatban megvalósítani szinte lehetetlen.

Végezetül meg kell említenünk, hogy a kár azon részéért, ami a károsult felróható magatartásának következtében alakult ki, az egészségügyi ellátót nem terheli kártérítési felelősség

» Dr. Kismarton Judit – Dr. Petneházi Zsigmond «
FORRÁS: CSALÁDORVOSI FÓRUM, 2005. JAN.

► a 3. oldal folytatása

■ **Nem beszélve arról, hogyha egy ember meghal, a hozzátartozóknak nagyon nehéz elmagyarázni a körülmények okán történt fatális tévedés.**

● **GY.G.:** Igen, ez kétségtelenül így van. Tehát gyakorlatilag mi úgy érezzük, hogy van egy orvosellenes hangulat. Természetesen ezt nagyon gerjeszti az egészségügynek egyébként is nagyon nehéz helyzete. Mi úgy érezzük, hogy ezek most még jobban felszínre törnek, függetlenül a politikától is. Ezért hallaniuk, látniuk és tapasztalniuk kell a saját bőrükön, hogy az emberek rögtön az orvosra mutogatnak, ha valami nem jól működik a kórházban, holott lehet, hogy egyszerűen az ellátási feltételeket nem biztosítja a finanszírozás. És a finanszírozást pedig ki biztosítja? A politika! Szóval ennek a kérdésnek azért sokkal több, magasabb régiói vannak! Arról nem is beszélve, hogy a jogok és köteleességek nem kellő egyensúlyban vannak! Igen gyakran a beteg azt mondja: nem kapok ezt, meg azt a kórházban, vagy az orvos morcos velem, vagy hulla fáradtan mond egy-két keresetlen szót, amit én a beteg kifogások, ezért egy ún. kisebb pert elindítok és meg is nyerek esetenként, mert nekem ugye betegként jogaim vannak. De avval a kutya sem törődik, hogy az orvos is ember! Elég sok problémát jelent az orvosok túlterheltsége az ügyelettel. Olyan nonszenszeket állapított meg gyakorlatilag az ombudsman úr is, – aki korábban vizsgálta az egészségügyi intézményekben lezajlott ügyeket – hogy teljesen elképedt, hogyan lehetséges az, hogy valakitől azt követeljük meg, hogy egyfolytában akár 48 órán keresztül fön legyen. És nemcsak, hogy fön legyen, hanem felelős, akár műtéti szakmában dolgozó orvos legyen. Ezek az orvosok hulla fáradtak, agyonterheltek, hát persze, hogy ezek többet hibáznak. Összefoglalva: miért romlik a betegek orvos ellenes hangulata? Miért? Mert mi vagyunk közvetlen kapcsolatban a beteggel, nem az egészségpolitikussal!

■ **Továbbá az ápolónók, műtősnők.**

● **GY.G.:** Persze, természetesen, nemcsak orvosokra gondolok. Teamben, együtt osztjuk meg ezeket a sorsokat.

● **S.T.:** Elnézést, hogy közbeszóló. Egy nagyon fontos dolgot azért rögzítsünk. Azt,

Háttér Kerekasztal a felelősségbiztosításról

Meghívtak: Dr. Gyenes Géza orvos a MOK főtitkára, és Dr. Simon Tamás ügyvéd. Riporter: Vas István Zoltán

amiket most itt a főtitkár úr elmondott, azok pl. egy polgári eljárás során, amikor kártérítésről beszélünk, azokat egy kórház nem hozhatná föl védekezésül. Tehát igazából a polgári jogi felelősséget, ami adott helyzetben általában elvárható magatartás és ugye egészen május 1-ig a legnagyobb gondosság, most pedig elvárható gondosság, ami között nem nagyon hiszem, hogy lehet tartalmi különbséget tenni. Az azt jelenti, hogy ebben az esetben mindig a legjobb ellátást kell kapni. Tehát nem fog tudni egy kórház azzal védekezni, hogy az „orvosom fáradt volt, hogy rosszul tudta megszervezni a munkát”. Büntető eljárásban, ahol a konkrét orvostól való elvárhatóságot nézik, ott majd lehet ez mentesség, de egy polgári eljárásban sosem.

■ **Valószínűleg én vagyok nehéz felfogású, de egy valami végképp nem fér a fejembe. Tehát, ha egy intézmény olyan gondokkal küzd, hogy nővérhány van, hogy orvoshiány van, hogy gyógyszerhiány van, hogy a műszerezettség 30 esztendő, hogy a kórtérkekben többen vannak a kellenél – amit egyébként a beteg tudván tud, mikor betesz a lábát a kórházba – ezzel az intézmény nem védekezhet?**

● **S.T.:** Védekezni védekezhet, csak sikertelen lesz ez a védekezése. Erre azt mondja a jog, hogy ez nem érdekli a beteget. Tehát ez nem a beteg terhére értékelendő. Ezután, sajnos megállapítják az intézmény kártérítési felelősségét és ő forduljon a finanszírozója ellen. Csak hát ezt Magyarországon hogy teszi meg, amíg egy finanszírozó van?

■ **Na itt harap a kigyó a farkába... Tehát, ma ott tart a dolog, hogy a kórházak elvileg elkülönítenek egy külön összeget, ami x millió Ft, szóval nem 2 fillér. ami direkt ennek a fedezetül szolgál. Hogy mindezt a saját büdzséjéből teremti elő, vagy a biztosítóval köt egy szerződést és a biztosító folyósítja, az most más kérdés. De kell egy ilyen, ha úgy tetszik rezerv összegnek lenni?**

● **GY.G.:** A kórházban olyan alacsonyan

méretezett a napi működés finanszírozása, hogy nagyobb rezerv összegeket erre a célra nem tud félretenni. Tehát amikor fizetnie kell egy kórháznak, mondjuk – ügyvéd úr megnyer egy pert a kórház ellen és mondjuk 50 millió Ft-os kártérítésről van szó – ...

■ **Bocsásson meg, csak egy pillanat, csak az érdekesség kedvéért, orvost is védett és beteget is védett? Szóval mindkét oldalt?**

● **S.T.:** Igen, szoktunk védeni orvost, bár azt ritkábban, és inkább büntető eljárásban. Mostanában egyre többször képviselünk intézményt. Kórházat nem, mert azoknak megvan a megfelelő jogtanácsosi háttér. Általában magán intézményeket képviselünk.

● **GY.G.:** ... folytatom. Tehát egy ilyen 50 millió per esetén azért kicsit elemezzük mi történik. Megkötötte a felelősségbiztosítást a kórház. Éppen most készül a minisztériumba a felelősségbiztosításról szóló új rendelettervezet. Egy kicsit át próbálják alakítani. A biztosítótársaságok – nem az OEP-ről beszélök, hanem a felelősségbiztosítást kötő társaságok, akik egy kicsit rossz piacnak tartják ezt és ki is vonultak erről a területről.

■ **Azért teszik mindezt, mert az utóbbi időben megszorodtak az ilyen természetű perek és hozzátéve kétharmad részét a kórház ügyfelei, tehát a betegek meg is nyerik.**

● **S.T.:** Emelkednek a kártérítések.

● **GY.G.:** Igen, valószínű, hogy ez is szerepet játszik, meg a kórházak fizetőképessége. Gondoljunk végig. Jelen pillanatban egy kórházban a biztosító társaság kb. esetenként, egy esetre vonatkoztatva 5 millió Ft-os kártérítési összeget vállal be.

■ **Ez az átlagos?**

● **GY.G.:** Azt mondja a biztosító, kötik én veled olyat, hogy akár egy 50 millió per is ki tudsz fizetni, de a biztosítás díja, amiből én kifizetek az 50 millió per, most nagyon magas, 50 millió Ft.

● **S.T.:** Ez már nem biztosítás.

■ **Álljunk meg egy pillanatra.**

● **GY.G.:** Nem, némi túlzással.

■ **Egy átlagos kórház költségvetéséhez próbáljuk úgy arányítani, hogy mondjuk mennyit kell a költségvetéséből a kórháznak fizetni a biztosítótársaságnak ahhoz, hogy viszonylag nyugodtan aludjanak az orvosok és az egész intézet.**

● **GY.G.:** Nem a biztosítási díjak horribilesek. Hanem a biztosító, mikor helyt áll, akkor max. 5 millió Ft-ig áll helyt. Tehát: egy 50 millió pernél mondjuk ezt levonják, 45 millió marad és 45 milliót a kórháznak kell kifizetni! És most konkrét leszek: ha a betegnek étel, a betegnek mosoda, a betegnek gyógyszer, ellátás, ápolás stb. kell esetenként, abból a pénzből kell elvenni, ami a működési költség. Ad absurdum, még azt is mondom, hogy az a beteg, aki 45 milliót a kórházi büdzséjéből megnyer – biztos, hogy igaza van és nem ezt vitatom – az az egy beteg kb. lehet, hogy 100 beteg ellátásából von el.

● **S.T.:** Igen, csak ugye erről nem az a beteg lehet.

● **GY.G.:** Persze. Csak mondom, hogy ennyire abszurd a helyzet.

● **S.T.:** Sajnos. Igen, de hát van egy megoldás. Valamilyen úton-módon a hazai biztosítási piacot rá kell arra kényszeríteni, hogy ne tehesse azt meg, hogy 92 óta esetenként 5 millió Ft-ot fizessen. Ezt egyféléképpen lehet: úgy, ahogy ez a rendelet tervezti, csak sajnos nem úgy, ahogy ebbe a rendelettervezetbe le van írva. Tehát elő kell azt írni, hogy minimálisan mekkora összegre kellene egy biztosítónak ilyen esetben szerződést kötni. Csak amennyire én ismerem ezt a rendelettervezetet, ebben még sajnos mindig az szerepel, hogy fekvőbeteg ellátás esetén 5 millió, járóbetegellátás esetén 3 millió. Ez semmi. Tehát ez tulajdonképpen nem biztosítás.

■ **Ugye tetszett 50 milliót is emlegetni? Egy ilyen átlagos esetben, próbáljunk átlagot mondani, mi a megítélt összeg?**

● **S.T.:** Ilyet nehéz mondani. Mert az átlag

gos eset különböző egészségkárosodásokhoz igazodik. Tehát vegyük azt, hogy van egy súlyos egészségkárosodásunk ami egy tolokocsival végződött.

■ **Igen.**

● **S.T.:** Aki elszennved, az ma olyan 8 és 15 millió Ft közötti nem vagyoni kártérítésre tarthat igényt vagy annyit fognak megítélni neki. A hozzátartozóknak kb. ennek a felét. Amíg a per tart, az alatt kamatozik a pénz, mostmár ugye évi 11%-ot, ill. ezen felül vannak vagyoni kártérítések. Ez azon múlik, hogy ki mennyit tud előteremteni, mi mennyibe kerül, például gondozás, háztartási kisegítés stb.. És 30-40-50 millió ki fog jönni és nemcsak egyszer.

■ **Azt mondtuk, hogy Magyarországon évente 150-200, sokak szerint 300 ilyen per is lezajlik. Kétharmadát megnyerik, az kb. 200. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon van 156 – Gyenes úr, jól mondom –, egészségügyi intézmény, kórház?**

● **GY.G.:** Ilyen 170 körül van.

■ **170. Tehát durván mindegyik kórházra esik elvileg egy ilyen per.**

● **S.T.:** Nem ekkora nagyságrendű. Azért szerencsére nem mindegyik per tart igényt ekkora kártérítésre, vagy nem mindegyik ilyen egészségkárosodásról szól.

■ **Csak a feltételezésnél maradván, tehát ez azt jelenti, hogy van kórház, amelynek – iszent kegyelméből – akár kettő is juthat?**

● **S.T.:** Minél nagyobb, annál több.

■ **És ez akár 100 milliót is elvihet elvileg a kórházról?**

● **GY.G.:** Igen, pontosan, csak miből? Mert nem fedezi a biztosító, tehát ettől függ a többi beteg ellátásához feltétlenül szükséges és amúgy is alulméretezett pénz. Most én nem azt mondom, hogy akkor az ügyvéd urak fogják vissza magukat, mert nem arról szól a történet, hanem ezt jobban ki kéne találni. Talán nem az egészségügyi működési költségekre kellene terhelni ezeket a költségeket vagy más szisztémával kell az intézményeknek úgymond a megnyert per kapcsán az összeget ellentételezni.

folytatás az 5. oldalon ►

Fájdalomdíj-csillapítás

CSillagászati magasságokba kúsztak az orvosi műhibaperekben megítélt kártérítések az USA-ban. A lelki és fizikai szenvedésekért kifizetett jótételek korlátozását szeretné elérni Bush elnök, amivel egyszerre kedvezne az orvosoknak és a gyógyszergyártóknak.

Szemétekre, kiszámíthatatlan, főnyereménnyel felérő ítéletekről szól George W. Bush idei első beszédében, amelyet Illinois állam délnyugati csücskében, Collinsville-ben tartott. A helyszín megválasztása nem volt véletlen: a kártérítési reformért küzdő szervezet (ATRA) szerint ez a környék a jogi pokol tornáca, itt a legkönnyebb orvosi műhibák miatt indított pereket megnyerni. Országos adatok szerint míg az 1990-es évek közepén az egészségügyi kártérítések 36%-a, ma már közel 60%-a zárul 1 millió dollárt meghaladó fájdalomdíj megítélésével. A kártérítési összegek növekedésével párhuzamosan pedig emelkedtek a magánpraxist folytató orvosok és a kórházak által fizetett felelősségbiztosítási díjai is, olyannyira, hogy a drágább kerületeket tömegesen hagyják ott a doktorok, vagy egyáltalán nem vállalnak komplikált eseteket, a fokozott hibázási lehetőségtől tartva. Ugyanakkor az arányok nagyjából állandóak: a biztosítók adatai szerint száz orvosból 15-öt perelnek be, és a perek egyharmada végződik megítélt kártérítéssel.

A New York-i Kórházszövetséghez tartozó 34 egészségügyi intézményben az elmúlt öt évben 150%-kal nőttek a felelősségbiztosítási díjak, igaz, ebben a városban hírhedten magasak a kártérítési összegek is – némelyik meghaladja a 90 millió dollárt is. Bush szerint a parttalan és „frivol” pereskedés évi 60-100 milliárd dollárral terheli meg az orvosokat – azokat is, akik nem hibáznak – és azon betegeket is, akik sosem kértek kártérítést. Az effajta perek legnagyobb nyertesei a jogászok: az alperes által kifizetett összegnek kevesebb mint a fele kerül a felperes zsebébe, a többin az ügyvédek és a bíróság osztanak. A Biztosítási Információs Intézet (BII) adatai szerint az elmúlt évtizedben megháromszorozódott a bíróságok műhibaügyekből származó bevétele, s immáron megközelíti az évi 4 milliárd dollárt.

Amerikában a műhibaperekben – a tényleges bevetelkiezés, illetve igazolható kiadásnövekedés kompenzációján felül – fájdalomdíj jár a lelki és fizikai szenvedésért is. Bush a kártérítések „szennedezésének” szabta határt – 250 ezer dollárban maximalva a büfelejtetés összegét. Az erről szóló törvénytervezet már tavaly megszületett, ám a szenátusban nem kapta meg a szükséges számú szavazatot. Elemzők szerint a választások után tovább erősö-

dött republikánus többséggel az újabb benyújtott javaslatból most nagyobb esély lehet törvény.

„Két hónap sem telt el azóta, hogy Bush megígérte, egyesíti az országot, és behegeszti a sebeket, amelyeket a rossz ízü választási kampánnyal ejtett, máris arra ösztökéli a törvényhozókat, hogy tovább mélyítsék az árkot” – méltatlankodott Edward Kennedy demokrata szenátor. Az ellenzék nem híve a jogrend ilyesfajta reformjának, szerintük sokkal inkább politikai, semmint gazdasági megfontolások állnak az ügy hátterében. A kongresszus költségvetési irodájában készült elemzésből kiderül, hogy a tavaly az egészségügyre fordított 1800 milliárd dolláros kiadásból mindössze 2%-ra rúgnak a műhibaügyekben megítélt kártérítések. Ha tehát azokat 25-30%-kal csökkentik, az legfeljebb félszázalékos hatást gyakorol majd az egészségügyi költségekre. Ugyanakkor nem lesz, ami fégyelmezze az orvosokat, a betegekkel nem kellően törődő kórházakat – érvel az ellenzék. Egy, a műhibaügyek áldozatait képviselő illinois-i érdekvédelmi szervezet szerint a hatalmas pénzekről szóló közbeszéd mítosz csupán. Statisztikáik azt mutatják, hogy 1996 és 2003 között az állam két megéjében összesen 720 műhiba és halált okozó orvosi gondatlanság ügyében nyújtottak be keresetet. Ezekből mindössze 14 ügy zárult le, és csupán hat esetben adtak igazat a felperesnek. Ellenfelei szerint nem véletlen, hogy már Bush választási kampányában kiemelt szerepet kapott ez a kérdés: a demokrata alelnökjelölt, John Edwards húsz évig foglalkozott kártérítési ügyekkel. Jó szemmel válogatta ki a „sikergyánus” eseteket – több mint negyven perben ért el többmilliósi kompenzációt.

„A szavazók a választás napján világossá tették álláspontjukat” – tehát ebben az ügyben is felhatalmazták a cselekvésre, vonta le a következtetést az elnök. Több államban már korábban limitálták a fájdalomdíj nagyságát, így például Kaliforniában legfeljebb félmillió dollárt lehet ilyen címen leszakítani. A 2001-es BII-statisztika szerint a „legveszélyeztetettebb” szakmában dolgozó nőgyógyászok Floridában átlagosan évi 173 ezer dollárért biztosíthatták magukat, Kaliforniában ugyanez a védelem csak 48 ezerbe került. A kártérítési felelősség csökkentése nemcsak a doktoroknak,

hanem az orvosi műszereket gyártó cégeknek és a gyógyszergyáraknak is jól jöhet. A múlt év végén a különösen súlyos mellékhatásai miatt visszavont fájdalomcsillapító (HVG, 2004. október 16.) amerikai gyártója is érdekelte a gyors megoldásban. A demokraták szerint amúgy is kilóg a lóláb, a gyógyszergyártók jelentős összegekkel támogatták a republikánusok kampányát, így nem alaptalanul remélik, hogy az akár csillagászati összegeket is elérő kártérítési felelősségüket mérsékeli majd a hálás elnök.

FORRÁS: HVG 2005. JANUÁR 14.

Leggyakoribb halálok az egészségügy

Évente több tízezer beteg halálát okozza orvosok műhibája és szervezeti probléma az olasz kórházakban. Emiatt több ember hal meg így, mint autóbaleset, szívinfarktus és daganatos megbetegedések következtében. Olaszországban évente 25 ezer panaszt nyújtanak be orvosok és kórházak ellen a bíróságokon, és az áldozatok száma 14-50 ezer közé tehető – derül ki az Assinform biztosító társaság összeállításából. Tüves diagnózis és elhibázott kezelés következtében naponta olykor kilencvenen is meghalnak. Ehhez járul még a gyógykezelés következtében évente tartós károsodást szenvedő 320 ezer páciens. A biztosító társaság kimutatása szerint mindezeknek a költségei a bruttó hazai termelés – tíz milliárd eurónak megfelelő – egy százalékát teszik ki. A végzetes hibák 32 százalékát a műtömben követik el. Az orvosok és az ápolók személyzet azonban „csak” a halálesetek 15 százalékáról tehet. A leginkább végzetes következményekkel a kórházak szervezeti és vezetési hiányosságai, az orvosok közötti kommunikáció hiánya és a biztonsági berendezésekkel kapcsolatos problémák járnak. A haláleseteket többnyire a vérátömlesztésre való reakció, műtét utáni elvesztés vagy súlyos sebészi beavatkozást követő komplikáció okozza – írja az MTI.

Forrás: HVG.hu

Nagy-Britannia nem győz fizetni a műhibák után

A brit egészségügyi minisztérium az orvosi műhibaperek kezelésének radikális reformjára készül, miután a jelenlegi rendszer hovatovább elviselhetetlen terheket ró a nemzeti egészségbiztosítóra (NHS). A valószínűleg kifizetésre kerülő kártérítési követelések összege jövőre elérheti a 4,4 milliárd fontot, ami közel kétszerese a négy évvel ezelőtti szintnek – derül ki a brit állami számvéviszék jelentéséből. Ez az összeg a jövőre előirányzott állami forrásbővítés több mint felét elvinné, nem is beszélve arról a további 4 milliárdról, amit a „valószínűleg nem megítélendő” követelések címszó alatt tartanak nyilván.

(2002.)

Állásukkal, vagyonukkal felelnek a német orvosok a műhibákért

Németországban még nem jegyezték fel a Szegedi betegcseréhez hasonló esetet, viszont annak bekövetkezése elméletileg nem lehetetlen – mondta a szövetségi egészségügyi minisztérium illetékese a Magyar Rádió kérdésére. Azért, hogy ilyesmi mégse fordulhasson elő, minden német orvos a foglalkozásával, az állásával, sőt a vagyonával felel a drámai következményekkel járó műhibák esetében. Ha tehát egy orvos csoport felcserélné a beteg kórlapját és így tovább, annak olyan következményei lennének az orvosokra nézve, hogy azok életük végéig nem gyakorolhatnák hivatásukat, és nekik személyesen kellene kártérítést fizetniük a beteg, az áldozat hozzátartozóinak. Az adatvédelem ügyét mindez általánosságban nem érinti, mert kórházanként megállapított belső szabályokkal igyekeznek garantálni, hogy Németországban ne történhessenek a szegediehez hasonló esetek.

Zentai Péter (Berlin, Magyar Rádió Online)

Orvosi műhibák a zsidó jog és etika fényében

2004. nyarán nagy visszhangja volt egy végzetes orvosi hibának, mely egy kórházban egy tévedésből megműtött páciens halálát okozta. Az eset kapcsán a média és a társadalom különböző fórumain sok vita volt az orvosok és az egészségügy felelősségéről a páciensekkel szemben. A törvényhozók és így a rabbik feladata ilyen esetben a jog álláspontját megvilágítani. A zsidó jog az élet minden területére kiter, és részletesen foglalkozik az orvosok és az egészségügy kérdésével is.

A levélhez csatolt hat oldalas tanulmányban a Biblia és a zsidó jog álláspontját foglaltuk össze. Az alábbiakban egy izelítőt adunk a terjedelmesebb anyagból.

Az orvosi műhibákról szóló tanulmányban a felelősségre vonás kényes kérdésére adott válasz meghatározásánál két egyenlően fontos de ellentétes elvet kellett szem előtt tartanunk: az egyik oldalról az orvosoknak kedvezőbb az enyhébb a felelősségrevonás, hiszen a túlságosan szigorú szankciók túl nagy

felelősséget róhatnak rájuk. Ugyanakkor a páciensek szempontjából fontos, hogy megmaradjon annak a lehetősége, hogy a kellő esetekben az orvost felelősségre lehessen vonni, mert ennek hiánya nagyban növelné a hibák lehetőségét, és az orvosi figyelmetlenséget.

Az orvos felelőssége

A választunkat meghatározó alapelveket a Sulchán Áruch a következőképp határozza meg: „Ha a Bíróság engedély nélkül gyógyított, akkor kötelezve van kártérítés fizetésére. Sőt még akkor is, ha szakértő, és a Bíróság engedélyével gyógyított, de tévedést követett el, és kárt okozott, akkor a földi bíróság kötelezése alól fel van mentve, de az égi bíróság fenytése kötelező rá nézve. Ha pedig tévedéséből kifolyólag halált okozott, akkor a száműzetés kötelező rá.” Tehát az olyan szakértő orvos, aki a megfelelő engedélyek birtokában akaratán kívül hibát követ el, a mai gyakorlatban büntetéssel nem sújtható, ugyanakkor az „égi bíróság fenytése kötelező rá nézve”. Ezt a felállást a kommentárok úgy magyarázzák, hogy földi kötelezettséget „a világ fennmaradása” miatt nem rovnak ki rá, vagyis mivel nem akarjuk, hogy az orvosok féljenek hivatásukat űzni a felelősségrevonástól rettegve. Ugyanakkor a törvényt magyarázó arra is rámutatnak, hogy bizonyos égi felelősséggel mégis jár az ilyen cselekedet.

Ezt azzal magyarázzák, hogy a Sulchán Áruch olyan, akaratán kívül hibás orvos esetéről szól, aki valamilyen szinten mégis felelőtlenül járt el. Például, ha egy gyakori betegségnek tűnő esetben nem volt eléggé elővigyázatos, és úgy írt elő páciensének hibásan egy szokásos kezelést, hogy külön megvizsgálta volna annak speciális esetét és tüneteit, amivel elkerülhetne volna a hibás diagnózist. A károkozás három szintje a fentiek alapján a következő három variációt lehet megkülönböztetni egymástól: 1.) Ha az orvos akaratán kívül, de súlyos gondatlanság folytán történt a hiba, akkor teljes a felelőssége. Például ha nem vizsgálta meg eléggé a betegség tüneteit, és emiatt tévesen diagnosztizált, majd ebből kifolyólag rosszul kezelte a beteget, vagy még rosszabb esetben, ha a megfelelően diagnosztizált betegséghez például rossz injekciót adott be páciensének.

2.) Ha az orvos akaratán kívül, de kisebb gondatlanság miatt követte el a hibát, akkor az ember általi büntetés alól fel van mentve „a világ fennmaradása” miatt, de az égi bíróság fenytése érvényes rá nézve. Ilyen helyzet az, amikor egy szokásosnak tűnő betegségről kiderül, hogy hibásan diagnosztizálták. (Erről az esetről rendelkezik a fent idézett Sulchán Áruch).

3.) Ha a hiba akaratán kívül történt, és az orvos még csak figyelmen kívül sem volt, akkor még égi büntetés sem sújtja, és „nem kell aggodalmaskodnia, hiszen ha a belátása szerinti helyes módon jár el a gyógyítás folyamatában, akkor nem más, mint Isteni Parancsot teljesít, hiszen az Örökkévaló hagyta meg neki, hogy gyógyítson, és a saját belátása kényszerítette a tévedésre.”

Személyi azonosító karszalagot minden betegnek!

Az egyik oka a sokszor végzetes kimenetelű hibáknak a betegek összezerése lehet. Sok esetben a szobán forgó beteg kiskorú vagy magatehetetlen öregember, aki még saját magát sem tudja kellően beazonosítani, illetve sok esetben alszik, vagy eszméletlenül a páciens a kezelés idején. Sokan a személyi jogok megsértésnek tekintik a karszalag megszerelését, hiszen ez által bárki megtudhatja a beteg legszemélyesebb információit, például titkokban kezelt betegségét stb., Sokan ezzel érvelnek a karszalag ellen. A zsidó jog is tiszteltben tartja a beteg és minden ember személyi jogait, személyes titkait. Ugyanakkor érdemes megérteni: összezerés a közösség érdekét a személy érdekével, sőt be kell látni, hogy ez a módszer magának az egyes betegnek érdeke, amely saját védelmére szolgál. A megoldás olyan beazonosító rendszerben rejthet, amelyen a beteg neve és alap adatai szerepelnek, ugyanakkor betegsége már nem.

Tanulmányunkban csupán az irányelveket ismertettük, de a gyakorlatban minden esetet a körülményekhez mérten kell vizsgálni, a szándékot, az eset hátterét, és a hiba jellegét külön-külön szem előtt tartva. A részletek eltérésének függvényében az egyes esetekben a felelősségre vonás mértéke is változó lehet.

» Köves Slomó vezető rabbi «

FORRÁS: BREUER PRESS INTERNATIONAL
HTTP://WWW.BPI.HU

► a 4. oldal folytatása

■ Az olvasó most felsőhajt és azt mondja, hogy ennek az lesz az ára, hogy tölem nagyobb nyugdíjjárulékot fognak levonni.
● **GY.G.:** Igen. Hát én nem tudok feltétlenül jó megoldást javasolni, nem is az a dolgom, hogy én mondjam meg, hogy mi mindent csinálnánk. Bár a tárcának tettünk azért javaslatokat. Az egészségügyi intézmények gondoltak egy közös kockázatalapra, egy kis olyan pénzmagra vagy alapra, amit, ahogy Ön mondta, jobb időkre félre lehet kis összegekből spejzolni.

■ Márcsak azért is, mert valamelyik kórház esetleg valami szerencsétlen véletlen folytán jobban rájár a rúd, nem okvetlenül azért, mert ott rosszul dolgoznak.
● **GY.G.:** Igen, rájár és akkor ő fizet ki 100 milliót.

■ Mi van akkor, ha a Kórházszövetség létesít egy közös alapot, – akár a biztosítókat is persze bevonva – és abból próbálnák finanszírozni, hogy közteherhivatal legyen?
● **S.T.:** Ez egy jó ötlet. Sajnos 655 millió körüli összeg kellene hozzá. Hiszen ezt biztosítás formájában kellene működtetni! Egy biztosító egyesület formájában és a törvényein egy ekkora összegű alaptőkét írnak elő ahhoz, hogy ez működhesen. Régebben kevesebb kellett volna! Amíg nem volt az Európai Unió törvény, addig csak 226 millió kellett

Háttér Kerekasztal a felelősségbiztosításról

Meghívtak: Dr. Gyenes Géza orvos a MOK főtitkára, és Dr. Simon Tamás ügyvéd. Riporter: Vas István Zoltán

volna. Meg kellett volna akkor csinálni. Sajnos ez évek óta nem történik meg. De ezt egyébként akkor is meg kell csinálni, mert megkerülhetetlen.

● **GY.G.:** Valóban.
● **S.T.:** Mert, hogyha azt nézzük, hogy egy évben kb. másfél milliárd, amit úgy elvesztenek a kórházak összességében, akkor lehet, hogy ez a 600 millió az nem is olyan borzasztó.

■ Csak a hipotézisnél maradván, elképzelhetőnek találja, hogy az egészségügyi ellátásban érdekelték, értd orvosok, nővérek, műtősök, stb. akár hajlandók a zsebükbe nyúlni azért, hogy ezt a bizonyos összeget az ő hozzájárulásuk is növelje?

● **GY.G.:** Igen, én ezt egy jó ötletnek tartom. Javasoltuk is korábban az előző tárca esetében éppen a választások előtt egy pár héttel, talán ezért nem lett belőle semmi. Akkor is ugyanilyen megfontolásból. A Kórházszövetség, az EGBE, a Magyar Orvosi Kamara és még egy-két olyan szervezet ott ült a minisztérium asztalánál és pont, amit itt Ön felvetett jó ötletként, ezt próbáltuk megtárgyalni velük. De sajnos nem történt ez ügyben semmi azóta sem.

■ Miért?
● **S.T.:** Pénz. Ez a legnagyobb akadály. A nagyon sok pénz, mint szükséglet. Én azt gondolom, hogy azért is el lehet ezt képzelni, mert az ügyvédek is így működik. Tehát az ügyvédek ma egy ilyen biztosító egyesületnek működnek. Többségüknél ez az egyesület áll értük helyt, hogyha hibáznak.

■ Ugye nem tetszik haragudni, ha azt mondom, hogy elég sajnós, hogy az ügyvédek jövedelme és egy átlag orvos jövedelme még véletlenül sem találkoznak.
● **S.T.:** Ez vitathatatlan, de nem is az orvosról beszélünk, hanem szolgáltatókról.

■ Nevezük, aminek akarjuk. Bocsásson meg, még egy, nem lényegtelen szempont van. Ugye az orvos-beteg kapcsolat, csak úgy, mint egy ügyvéd-kliens kapcsolat, a legszigorúbban vett bizalmi kapcsolat. Én bízom az orvosomban, hogy ő a tudásának megfelelően lát el engem. De az orvos ilyen körülmények között bízik-e önmagában?
● **GY.G.:** Ez egy nagyon jó kérdés. A mi szakmánkat kellő önbizalom nélkül nem nagyon lehet gyakorolni eredményesen.
● **S.T.:** Ha nem bízik, az nagy baj.

● **GY.G.:** De egyébként jogos, teljesen jogos, mert rettentő sok olyan körülmény van, ami ezt a jó értelemben vett önbizalmat csökkenti. Mondjuk nevezetesen éppen a perek száma. Mert azt is ugye tudjuk Amerikából, hogy bizonyos szakmák kezdenek kihálni. Nem megy el senki nőgyógyásznak, mert ha sapkát teszek akkor is elvesztem a pert, ha sapkát leveszem, akkor is elvesztem a pert. Tehát gyakorlatilag átestek a ló másik oldalára.

■ Arra gondol, hogy esetleg már netán élőkönnek is ebből?
● **GY.G.:** Én nem akarok olyan nagy szavakat használni, hogy a kereslet-kínálat elvén egy piacorientált országba, hogyha erre van kereslet és erre van kínálat, akkor sajnos élni fognak ezzel

■ Most nagyon triviális a példa, amit mondok és nyugodtan mondják azt, hogy nem is jó, amit felhoztam, de ha én most agysebész vagyok és kezembem veszem a szikét, a szegedi eset ismeretében biztos, hogy másként operálok, mint mondjuk egy hónappal ezelőt is.

● **S.T.:** Nem is biztos, hogy az agysebész operál másképpen, hanem inkább a töb-

bi dolgozó egy kicsit talán alaposabban odafigyel.

● **GY.G.:** Borzasztó nehéz elvonatkoztatni, de hát a példája, hogy most az agysebész hogy fogja a szikét, tehát egy jól felkészült agysebész, aki ismeri a szakmát, ismeri a szakma szabályait, megvan a kellő gyakorlata, képzettsége, az gyakorlatilag megint ugyanúgy fogja meg a szikét. Nyilván erről a konkrét esetről neki is megvan a véleménye. Mindenesetre mégis ezért annyit el kell mondjak a konkrét esettel kapcsolatosan: ha én agysebészként kapok egy olyan leletet, hogy az itt előttem fekvő beteget így hívják, én már altatottan látom vagy éppen már letakarva...

● **S.T.:** Erre akartam az előbb utalni.
● **GY.G.:** Így kapok egy esetet és azt mondják, hogy a cr alapján, ha nem tárom föl a koponyát, nem szabádtom föl attól a vérömlenyitől az agyat, akkor az a beteg meg fog halni egy pár órán belül, akkor a szakma szabályai szerint én is elkezdtem azt a műtétet. Az ügyvéd úrnak igaza volt, ebben a konkrét ügyben valószínűnek tartom, hogy legkevésbé az agysebész volt hibás.

■ Uram, köszönöm a beszélgetést.

(A múlt évben elhangzó Kossuth Rádió: Krónika című műsorának háttérbeszélgetése élő beszéd, ezért a Sajtófőigénylőtől kapott szöveg – a mondanivaló megtartásának szándékával – több helyen eltér az írott szöveg nyelvtani szabályaitól. A szerkesztő)

X. Kardiológiai Napok, Debrecen

Szintentartó Továbbképző Konferencia

Ismár tizedik alkalommal került megrendezésre március első hétvégéjén Debrecen város legnagyobb orvoscongressusa, a „X. Debreceni Kardiológiai Napok” szintentartó, továbbképző konferencia. A résztvevők létszáma meghaladta az 1500 főt: kardiológusok, belgyógyászok és háziorvosok voltak szép számmal a résztvevők között. A konferencia szakmai értékét jelezte, hogy a résztvevők sikeres tesztvizsga esetén a maximális 50 továbbképzési pontot kapták.

A konferencia aktuális kardiológiai témákkal foglalkozott, amelyek közül kiemelked a konferenciát megelőző nap délutánjára szervezett Interaktív hemodinamikai fórum, amely szívkatéteres és koszorúér katéterterápiás eljárásokat mutatott be a résztvevőknek tanulságos esetbemutatókkal illusztrálva. Kiemelkedő témája volt a konferenciának a csütörtök délelőtt tartandó „Új trendek a kardiológiában” című szekció. Ezen belül számos, jelenleg a szívgyógyászatban aktuális és új témáról hallhattak előadásokat a konferencia résztvevői. Ilyenek például az érlemezés kutatásának új irányvonalai, a szívinfarktus összejt kezelésének jelene és távlati, a szívkatéteres koszorúér tágítás, az új szívsebészeti technikák és a gyermek kardiológia legújabb eredményei. Egy külön szekcióban vitatták meg a szívgyó-

gyászati diagnosztika és terápia legújabb hazai és nemzetközi szakmai irányelveit. Ezek azok az útmutatók a gyakorló orvos számára, amelyek alapján a mindennapi munkáját végzi. Külön szekcióban volt szó a ritmuszavarok diagnosztikájának és kezelésének legújabb eredményeiről, valamint számos aktuális kardiológiai témáról, különös tekintettel a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésére. (Ez utóbbi téma azért is jelentős, mivel hazánkban a szív- és érrendszeri megbetegedések vezető halál okaiként szerepelnek). Megvitatásra kerültek a prevencióval kapcsolatos legutóbb megjelent hazai és nemzetközi prevenciósi irányelvek, amelyek alapján a jövőben a szív- és érrendszeri megelőző tevékenységet a napi gyakorlatban végezzük. Fontos előadások hangzottak el a terhesség és a szívbetegség kapcsolatáról, a szívelte-

lénségről, a különböző anyagcserezavarok szívbetegsége gyakorolt hatásáról, valamint számos új diagnosztikai módszerről. A kongresszus fő téma mellett a Debreceni Akadémiai Bizottság Izomkutató és Kardiológiai Munkacsoportjának védnökségével az experimentális és elméleti kardiológia főbb irányvonalait és eredményeit bemutató párhuzamos szekció több érdekes elméleti kardiológiai témában, számos külföldi előadó részvételével került megrendezésre. A kongresszus teljes szakmai anyagát a korábbi évekhez hasonlóan kiadvány formájában minden résztvevő kézhez kapta.

DEOEC | EGYETEMI TUDÓSÍTÁS

A konferencia elnöke: Dr. Edes István, egyetemi tanár, Kardiológiai Intézet igazgatója, DEOEC
A konferencia titkára: Dr. Czuriga István PhD, intézetvezető főorvos, Járóbeteg Kardiológiai Intézet, DEOEC



Új igazgató az AstraZeneca gyógyszertár magyarországi irodájának élén

2005. februártól új igazgató áll a svéd-brit AstraZeneca gyógyszergyár magyarországi irodájának élén. Az olasz származású Dr. Nicola Braggio Urban Wident váltja, aki 7 sikeres és elismert évet töltött Magyarországon különböző vezető beosztásokban, végül mint ügyvezető igazgató.

Dr. Nicola Braggio Torinóban végezte az orvosi egyetemet. A diploma kézhezvétele után az egyetem kardiológiai, majd a klinikai farmakológiai tanszékén dolgozott. Több év tudományos munka után váltott a gyógyszeripar irányába. Széleskörű ipari tapasztalatokkal rendelkezik a gyógyszerkutatás és forgalmazás terén: Több évet töltött klinikai vizsgálatok területén, foglalkozott egészség-gazdaságtani kérdésekkel (új gyógyszerek ár- és támogatási rendszerének kidolgozásában) aktívan részt vett több gyógyszer bevezetésében Olaszországban. Dr. Braggio magyarországi kinevezése előtt kettős pozíciót töltött be: az olasz AstraZeneca vezérigazgató helyettese volt, valamint a gyógyszerforgalmazással foglalkozó SIMESA cég ügyvezető igazgatójaként dolgozott.

„Az olasz szervezet egy több évtizede működő, nagy múlttal rendelkező szervezet. Méretét tekintve az ottani forgalom,

amiért felelős voltam, több mint 500 MUSD, és ehhez több mint 1000 ember munkáját kellett összehangolnom és ösztönözni. A magyar szervezet egy fiatal vállalat jelentős piaci fejlődési lehetőségekkel. A méretbeli különbségeken túl sok mindenben azonban ismerős helyzettel találkozom itt Magyarországon: mivel tavaly óta az ország is tagja az Európai Uniónak, így sok minden hasonlóan zajlik a két országban. Természetesen a helyi szabályozásokat még meg kell ismernem.

Fontos feladatnak tartom itt Magyarországon, hogy széleskörű ipari tapasztalatommal továbbvigyem a magyarországi vállalatot a fejlődés útjára. Az idei év speciálisan is sok új kihívást tartogat számunkra: most vezetjük be azt az új kombinációs készítményt, ami jelentős áttörést eredményez majd az asztma kezelésében, és további termékek várnak társadalombiztosítási támogatásra.

Kifejezetten büszke vagyok arra, hogy itt működik a vállalat második legnagyobb klinikai kutatóközpontja, mely további lehetőségeket rejt a fejlődésben. A magyar szakemberek tudása és felkészültsége ismert az AstraZeneca nemzetközi szakemberei előtt is, így nem csoda, hogy örömmel és várakozással nézek a közös munka elé.

Az idegen ország nem jelent problémát számomra, sok közös vonást vélek felfedezni a két ország között. Hallgattam magyar zenét, kedvenc olvasmányaim között tartom számon Márai Sándor a »Gyertyák csonkig égnek« című regényét. Mivel szeretek fényképezni és az országról eddig sok szép képet láttam, terveim szerint magam is szeretném elkészíteni saját képeimet az ország nevezetességeiről...» – foglalja össze Dr. Braggio célkitűzéseit és első tapasztalatait Magyarországról.

FORRÁS

Tudomány

Oxycyte™ nevű perflour-szénhidrogén (PFC) alapú vérhelyettesítő és oxigénszállító szer

Az Oxycyte™ állatokon végrehajtott tesztelésének eredményeit az Amerikai Aneszteziológiai Társaság a múlt év októberének végén Las Vegasban tartandó kongresszuson ismertette. A tesztelést a Syracuse-i State University of New York egyetemen végezték, az eredményeket Enrico Camporesi, M.D., az orvosi egyetem aneszteziológiai osztályának vezetője mutatta be. A Dr. Camporesi által elvégzett kísérletek során első ízben vizsgálták azt, hogy a patkányoknál hogyan befolyásolja az agyi véráramlást (CBF), ha a vérvesztés albuminnal, vagy Oxycyte-tel pótolják. Ez a vizsgálat abból a szempontból fontos, hogy meghatározzák: az Oxycyte alkalmazása a bypass szívműtételnél nem növeli-e a véráramlást, ami növeli a szívroham esélyét.

Amikor megnövekedett szívroham kockázatot észleltek egy másik perflour-szénhidrogén (PFC) alapú vérhelyettesítőnél egy harmadik fázisú tesztelésen kardiopulmonáris bypass pácienseknél, egyes szakemberek azt gondolták, hogy ezt részben az agyi véráramlás növekedése okozta – mondta Robert Nicora, a SYBD elnöke. A vizsgálatot hím patkányokon végezték, az állatok altatásban fokozatosan vért veszítettek. Az agyi véráramlás jelentősen növekedett azokban a patkányokban, amelyek albumint kaptak. Azoknál a patkányoknál, amelyek Oxycyte-t kaptak, a CBF kezdetben némiképp növekedett, utána stabilizálódott, majd csökkent, miután a vörös vérszövet és az oxigén szintje a véráramban igen alacsonyra csökkent. Az eredményeket úgy értelmezzük, hogy alacsony hematokrit határérték

esetén az agyi véráramlás megkísérli az önszabályozást és véredény-tágulás lép fel. Fluorocarbon bevitelle korlátozza a megnövekedett véráramlást, valószínűleg azért, mert javul a szövetek oxigénnel való ellátása – mondta Camporesi. A kísérleteket végző vállalat – www.sybd.com – jelezte, hamarosan befejeznek egy másik Oxycyte-tesztet bypass patkányokon, ami szintén előfeltétele egy második fázisú klinikai kardiopulmonáris bypass tesztelésnek. Ennek a vizsgálatnak az eredményeit azonnal ismertetik, amint rendelkezésre állnak. Az Oxycyte-on kívül az SYBD folytatja a Fluorent™ elnevezésű, légzést elősegítő (ventilációs) folyadék kifejlesztését. A szert mind a felnőttek, mind a gyermekek légzési rendellenességeinek gyógyítására használhatják. A cég dolgozik egy beültethető glukóz bioérzékelőn is, amellyel folyamatosan nyomon lehet követni a cukorbeteg vér cukorszintjét.

A múltbéli információktól eltekintve, az ebben a közleményben felsoroltak jövőbe mutató megállapítások, amelyek olyan kockázatoknak és bizonytalanságoknak vannak kitéve, amelyek folytán a tényleges eredmények lényegesen eltérhetnek a fenti megállapításokban foglaltaktól. Ezek közé tartozik a további tesztelés és kutatás finanszírozásának biztosíthatósága, a preklinikai vagy klinikai vizsgálatok lefolytatásával kapcsolatos bizonytalanságok, és a tudományos adatok vizsgálatával kapcsolatos időbeli- és lehetőségbeli bizonytalanság.

OTS Cégvonal

Új szívritmus-szabályozó és defibrillátor az európai piacon

A világon több mint 8 millió ember szenved bradycardiától és körülbelül 3 millió tachycardiától. Sok abnormálisan gyors szívverés fájulhat a kamraremegésnek nevezett életveszélyes állapottá, amely a hirtelen szívmegállás leggyakoribb előidézője. A hirtelen szívmegállás az egyik leggyakoribb halál oka az USA-ban, évente 450 ezer ember hal meg ebben a betegségben. A beültethető cardioverter defibrillátorok 98%-ban hatékonyan kezelik a hirtelen szívmegállást előidéző gyors ritmusokat.

A Medtronic EnRhythm™ nevű (kétkamrás) szívritmus-szabályozója és EnTrust™ nevű beültethető cardioverter defibrillátorainak egy és kétkamrás változata is megjelent az európai piacon. Ezek a korszerű termékek több olyan egyedülálló funkcióval rendelkeznek, amelyeknek nagy hasznát látják a betegek. Ilyen az újszerű MVP™ (Managed Ventricular Pacing) ingerlési mód, amely a kétkamrás EnRhythm és EnTrust készülékeken alkalmazható. Az EnRhythm az első olyan szívritmus-szabályozó, amelynek MVP-je van. Az MVP-t először a Medtronic alkalmazta a 2004-ben bevezetett Intrinsic™ beültethető cardioverter defibrillátorain.

Az MVP elősegíti a szív normális működését, mert jelentős mértékben csökkenti a szív jobb kamrájának felesleges ingerlését, és automatikusan átkapcsol a jobb pitvar ingerlésére, ha a szíven belüli ingerületvezetés normális. Az MVP mód segítségével a kétkamrás ingerlés és az egykamrás pitvari ingerlés közti átkapcsolás 5% alá csökkentheti a kamrai (ventrikuláris) ingerlést, amely a tipikus kétkamrás ingerlés esetében az 50%-ot is meghaladhatja. Ez azért lehet különösen előnyös, mert a korábbi vizsgálatok kimutatták, hogy a jobb kamra felesleges ingerlése növeli a szívbénulás és a pitvarremegés kockázatát.

Az EnTrust eszközök kulcsfontosságú jellegzetessége a kizárólag Medtronic készülékeken található töltés alatti ATP (ATP During Charging) funkció, amely az anti-tachycardia ingerlés (ATP) továbbfejlesztett változata. Az ATP az ingerlő impulzusok segítségével fájdalommentesen kiszűri a kamrából kiinduló gyors és veszélyes szívritmusokat. A töltés alatti ATP akkor is lehetővé teszi az ATP használatát, amikor az EnTrust töltéstároló éppen feltöltődik, hogy szükség esetén nagyenergiájú sokkot adjon.

Miközben a műszer fájdalommentes ATP terápiát nyújt, arra is képes, hogy ha kell, pillanatok alatt sokkot adjon. A legutóbbi klinikai vizsgálatok kimutatták, hogy

a Medtronic egyedülálló szívritmus diagnosztizáló képességeivel és ATP terápiájával a könnyen halált okozó szívritmusok 77%-át sokk nélkül is ki lehet védeni.

Az EnRhythm szívritmus-szabályozó és az EnTrust beültethető cardioverter defibrillátorok reaktív ATP-t is kínálnak. E megoldás segítségével a berendezések a pitvarban lezajló hosszú, gyors szívritmus epizódok idején folyamatosan keresik a lehetőséget, hogy helyreállítsák a páciens normális szinusz ritmusát. Ezek a műszerek ahhoz is széles körű információkat nyújtanak, hogy az orvosok felismerjék a páciens további szívritmus problémáit, különösen a pitvarban.

Nagy örömmel tölt el, hogy a Medtronic új műszerei kimondottan a szív természetes ritmusának helyreállítását és a felesleges ingerlés kiküszöbölését szolgálják – mondta Wolfgang Schols, a Heidelbergi Egyetem professzora. – Az MVP mód lehetővé teszi, hogy kiküszöböljük a jobb kamra felesleges ingerlését. Az EnTrust anti-tachycardia ingerlő funkciójának finomítása nyomán kevesebb sokkot kell adni, így kíméljük a beteget, ugyanakkor nem kell lemondanunk arról a védelemről, amelyet csak egy beültethető cardioverter defibrillátor képes nyújtani.

Az EnRhythm és az EnTrust a Medtronic átfogó fejlesztési programjának terméke. Az átfogó program olyan testre szabott megoldások kialakítására irányul, amelyek elősegítik vagy utánozzák a páciens normális szívműködését – mondta Steve Mahle, a Medtronic Cardiac Rhythm Management részlegének elnöke. – Ez a megközelítés új irányt szab az orvosi terápia fejlődésének, hiszen a beépített miniszámítógépek rendkívül hasznosnak működnek, de csak ott és akkor, ahol és amikor szükség van rájuk. Úgy gondoljuk, hogy ez az elgondolás javítja a betegellátás színvonalát, hosszú távon pedig megakadályozza a betegségek kialakulását.

Az EnRhythm szívritmus-szabályozó ideális megoldást kínál azoknak a betegeknek, akiknek a szinusz csomó rendellenes működése vagy az intermittáló szívblokk miatt abnormálisan lassú vagy gyenge a szívritmusuk (bradycardia). Az EnTrust beültethető cardioverter defibrillátort azoknak a betegeknek ajánlják, akiknél fennáll a rendellenesen gyors és potenciálisan életveszélyes szívverés (tachycardia) kialakulásának veszélye, amely hirtelen szívmegálláshoz vezethet. A kétkamrás EnTrust eszközt pitvari tachyarrhythmias kezelésére is javasolják.

FORRÁS: OTS CÉGVONAL

Ajándék a színháznak

Defibrillátort (újraélesztő készülék) ajándékozott a Madách Színháznak a ismert szívgyógyász, Matos Lajos és az ugyancsak orvos felesége, Lengyel Margit. A félautomata műszer az életveszélyes szívritmuszavarok leggyakoribb formáját, a kamraremegést áramütéssel képes megszüntetni. A készüléket előképzettség nélkül bárki használni tudja.

Világgazdaság, 2005.03.23.

Megalakult a debreceni Újraélesztési Interaktív Műhely

Cél: újraélesztésben járatos segélynyújtók képzése. Szimulációs helyzetgyakorlatokkal összekötött sajtótájékoztatót tartott be 2005. március 11-én Dr. Fülösi Béla egyetemi tanár, igazgató, (Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék, DEOEC) és munkatársa Dr. Földi István klinikai orvos, az Európai Újraélesztési Társaság minősített oktatója az első emelt szintű újraélesztés tanfolyam beindításáról Debrecenben.

Egyes felmérések szerint Magyarországon évente közel 16000 ember hal meg az újraélesztésben járatos segélynyújtó hiánya, következtésként a megkésett vagy el sem kezdett újraélesztési kísérlet miatt. Azaz minden negyvenedik embertársunk veszélyeztetett. Európa 75 év alatti lakosága körében az elhalálozás hátterében 40%-ban szív- és érrendszeri megbetegedés áll. Sok beteg az életveszélyes tünetek jelentkezésétől számított 1 órában belül meghal.

2004. októberében a DEOEC Aneszteziológiai- és Intenzív Terápiás Tanszékén megalakult a Debreceni Reanimációs Interaktív Műhely, amely a szív eredetű halálzás visszaszorításához és a túlélés javítá-

sához igyekszik hozzájárulni. Cél az olyan újraélesztésben járatos segélynyújtók képzése, akik bármilyen helyzetben az adott körülmények között elérhető eszközökkel hatékonyan ellátást képesek biztosítani.

A professzionális segélynyújtók képzése mellett az oktatást elérhetővé kívánjuk tenni azok számára is, akik munkahelyükön vagy munkakörükben, esetleg környezetükben szembesülhetnek hirtelen keringésmegállással és szükségük lehet jártasságra újraélesztésben. Az emelt szintű újraélesztés segélynyújtói tanfolyam az Európai Resuscitációs Társaság és a Magyar Resuscitációs Társaság felmott-újraélesztés irányelveire épül. Témái: légzés és keringésképzés felismerése és ellátása; akut koszorúér megbetegedés hatékony ellátása; halálos és életveszélyes ritmuszavarok ellátása; különleges körülmények; az újraélesztés etikai és jogi vonatkozásai; EKG-monitorozás, ritmusfelismerés; stabil légútbiztosítás; biztonságos defibrillálás. A helyzetgyakorlatok során az irányelvek és beavatkozások alkalmazását sajátítják el a résztvevők szimulátor segítségével.

» Dr. Fuxreiter Margit, tanácsos «

Modellértékű fejlesztések Debrecenben (várható eredmény: 214 ezerrel kevesebb táppénzes nap, 12%-al kevesebb halálestet 2010-re)

Megkezdődik a DEOEC Augusztai programjának végrehajtása

A DEOEC-ben az Észak-Alföldi és az Észak-Magyarországi Eurorégió a pályázatban leírt tervek szerint a teljeskörű progresszív betegellátási igényt elégíti ki a szív- és érrendszeri valamint a dagasztás megbetegedések területén, egyrészt közvetlenül, másrészt a két régió intézményeinek a segítségével. Felöleli ezen betegcsoportok kezelésének teljes vertikumát: a megelőzést, szűrést, diagnosztikát, konzervatív-ill. műtéti terápiát, rehabilitációt, utógondozást, szekunder prevenciót.

A népbetegségek számító szív-érrendszeri, valamint dagasztás megbetegedések előfordulási gyakorisága különösen magas az Észak-Alföldi és Észak-Magyarországi Régiókban. Az Augusztai programban megvalósul ezen betegcsoportok komplex ellátása, ami az országban egyedülálló. A program sikeres működésének eredményeként mind a halálozási, mind a megbetegedési mutatók jelentős csökkenését várják az említett betegcsoportokban a DEOEC ellátási területén. A becslések szerint 2010-ig a keringési betegségek miatti halálozás 12%-kal, a férfiak rosszindulatú dagasztás miatti korai halálozása 12%-kal, a nők rosszindulatú dagasztás miatti korai halálozása 10%-kal csökken. Az érintett régiók lakossága a legóvatosabb előrejelzések szerint is évente 214 ezerrel kevesebb napot tölt táppénzen. Ez a táppénzes napok számának 2,15%-os csökkenését jelenti. Ugyancsak országosan egyedülállóan megbízható adatbázis jön létre a krónikus, nem fertőző betegségek vonatkozásában, melyre alapozva további konkrét célok fogalmazhatók meg az életminőség javítása érdekében.

Az Augusztai programban a betegutak összehangolása, diagnosztika, beavatkozás, utókezelés egységessé szervezése szoros együttműködésben a megelőzés, szűrés, rehabilitáció, utógondozás, szekunder prevenció folyamatával az egészségügyi ellátás eredményességét nagymértékben fokozza. A betegellátás költség-hatékonyt jelenti. A mutatók és intenzív ágyak blokkba koncentrálása, rugalmas működtetése eredményeként a többfajta beavatkozást igénylő betegek egy helyen, a kor magas színvonalának megfelelően hatékonyan láthatók el, és még jelentős költségmegtakarítás is elérhető. Új műtéti technikák, gyógyító eljárások bevezetésével, modern műszerek, eszközök használatával nagyobb a gyógyulás esélye. Javul az ideggyógyászati, szív, agy-érrendszeri megbetegedések helyi ellátásának aránya is. A legújabb CT- MR technikák a közelben folyamatosan rendelkezésre állnak, az új műtőblokkban a frissen operált betegek épületen kívüli szállításának kockázatát sem kell számolni. Megújulnak a járóbeteg szakrendelések, kiépül az ambuláns egynapos sebészeti ellátás, a sürgősségi betegellátás. Jó körülmények alakulnak ki az ellátandó betegek, orvosok és ápolók részére. Az ápoló-munkát nagyban segíti a számítógépes monitorrendszerrel ellátott nővérrel. Műtőblokkal kapcsolatban álló videólánc emeli az orvos- és posztgraduális képzés színvonalát. A program keretében létrehozott Északkelet-Magyarországi Egészségközpont az egészségügyi adatokat folyamatosan gyűjti, elemzi, hozzáférhetővé teszi. Vizsgálja az egészségügyi ellátórendszer teljesítményét, hiányosságait. Tervezi, szervezi, koordinálja, értékeli a prevenció tevékenységét. Nyomon követi az Augusztai program eredményességét.

A Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrumában (DEOEC) létrejövő Kardiiovaszkuláris és Onkológiai Komplex Regionális Egészségközpont modell „Augusztai program kialakítása a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumában” – című nyertes pályázatának a finanszírozási szerződése 2005. február elején került aláírásra. A nyertes pályázat a HEFOP 4.3. Egészségügyi infrastruktúra fejlesztése elmaradt régiókban intézkedéseknek 1. központi programjához: Regionális egészségközpont modellintézmény létrehozása kapcsolódik. Az intézkedés az ország társadalmi gazdasági szempontból elmaradt régióiban a lakosság egészségi állapotának javítását célozza, az egészségügyi ellátási különbségekből adódó hátrányokat kívánja csökkenteni.

Az Augusztai program számokban

- Felépül: 13086m² új épület és 3210m² új épületbővítés
- Felújításra kerül: 14935m²
- Beruházási költség: 12,12 milliárd Ft (1,32 milliárd Ft önrész, 1,80 milliárd Ft kormányzati, 9,00 milliárd Ft EU-ból érkező támogatás)

Az Augusztai program időbeli ütemezése

- Az elvi építési engedélyes, az engedélyes és a kiviteli tervek elkészítése mintegy 520 millió Ft-ba került, a PEA (pályázati előkészítő alap) támogatásával valósult meg.
- A kivitelezés lebonyolítása nyílt közbeszerzési eljárás keretében történik meg. A kiírás a Közbeszerzési Értesítőben és az Európai Unió Hivatalos Lapjában kerül közzétételre. A tervek szerint a kivitelezés kiválasztása 2005. júliusban történik meg, az átadási határidő 2007. szeptember.
- Értékelhető javulás a lakosság egészségi állapotának javulásában.

I. Augusztai program keretében regionális fejlesztések a DEOEC koordinációjával

- Északkelet-Magyarországi Egészségközpont (ÉKMEO) kialakítása

Két régió, Észak-Alföld és Észak-Magyarország lakosságát kiszolgáló obszervatórium modell alapján az Egyesült Királyság egészségközpont hálózata képezi. Kis létszámú szervezet, hatékonysága a munkatársak magas szintű szakmai felkészültségén, és a partnerszervezetekkel való együttműködésen alapul.

Az ÉKMEO a DEOEC Népegészségügyi Iskolája körül szerveződik, működése az ÁNTSZ megyei és városi szervezetei, önkormányzatok, iskola-egészségügyi intézmények, civil szervezetek, egyházak szoros partnerségben keresztül valósul meg. A hiteles adatgyűjtést a Központi Statisztikai Hivatal, egészségügyi szolgáltató intézmények és háziorvosok, Országos Egészségbiztosítási Pénztár és intézetei, iskolák és ifjúsági intézmények, szociális intézmények irányában kialakított új típusú együttműködési mechanizmusok teszik lehetővé. Az ÉKMEO monitorozza a halálozási adatokat, a halálokokat, a megbetegedési adatokat az Észak-Alföldi és Észak-Magyarországi Régióban, kor, nem és egyéb csoportokra lebontva. Különös hangsúlyt tekint a hátrányos helyzetű lakosságokhoz. Az adatgyűjtés kiterjed az egészségügyi ellátórendszer működését, teljesítményét, hiányosságait jellemző mérőszámokra is. Az adatok gondos elemzését az egészségi állapot javítását célzó stratégia kidolgozása, majd a betegség-megelőző-koordinációs tevékenység követi. A gyakorlati megelőző munka végrehajtása a háziorvosokkal, házi gyermekorvosokkal, szakellátási hálózattal, az ÁNTSZ intézetek Egészségvédelmi Osztályaival, az iskola-egészségügyi szolgáltatók, a védőnői hálózattal együttműködésben történik. Főbb beavatkozási területek: a dohányzás visszaszorítása, rázkódot megelőző és leszkódot támogató programok, az alkohol- és droghasználat elleni küzdelem, táplálkozás-egészségügyi prevenció, az elhízás mérséklése, a fizikai aktivitás serkentése, az esélyegyenlőtlenség mérséklését célzó kö-

zösségi programok. A szűrőprogramok hatékonyságának a vizsgálata, javaslatokkal a hatékonyság fokozását célzó intézkedésekre, a magas vérnyomás és cukorbetegség szűrés, anyagcsere betegségek szűrés-módszertanának kidolgozása, bevezetése az alapellátásra építve, szintén nagyon lényeges tevékenységek. Mindezt a hatékonyság elemzése követi, a tapasztalatok beépülnek a következő programokba. Az ÉKMEO Magyarországon, de a közép-kelet-európai régióban is első intézmény. A világ fejlett egészségügyi ellátórendszerrel rendelkező országaiban a 70-es évektől kezdődően kiépültek és eredményesen működnek hálózatai.

II./a. Augusztai program keretében fejlesztések a DEOEC területén

- Központi Műtőblokk kialakítása.

- Központi Intenzívterápiás Osztály létrehozása.
- Kardiológiai, klinikai immunológiai, belgyógyászati értelegbetegségek, neurológiai, tüdőgyógyászati, onkológiai, pszichiátriai megbetegedések ellátásának javítása, sugárterápiás szakellátás bővítése.
- Sürgősségi betegellátás feltételeinek a fejlesztése.
- Prevenció szakrendelések modell szintű működés-überebítés, lipid, diabetes, hipertónia, trombózis hajlam, kardiiovaszkuláris, cerebrovaszkuláris prevenció szakambulancia, onkológiai szűrések szakambulanciája.
- Fekvő- és járóbeteg rehabilitáció megszervezése, Rehabilitációs Tanszék létrehozása

II./b. Az Augusztai program beruházási a DEOEC területén

- DEOEC II. telep Augusztai főépülethez kapcsolódó új épület.
- A felújításra kerülő Augusztai főépületben kapnak helyet a Neurológiai Klinika, a III. sz. Belgyógyászati Klinika és a Kardiológiai Klinika ápolási egységei.
- Új épületbővítésbe kerülnek a III. sz. Belgyógyászati Klinika járóbeteg szakrendelői.
- A Kardiológiai Klinika ambulancia fejlesztésének és a fizioterápiás tornaterem kiépítésének a Szívsebészeti Klinika épülete ad helyet.
- Az 1924-ben Ideg és Elme Klinikaként átadott, most felújításra kerülő épületet a Pszichiátriai Tanszék és a Tüdőgyógyászati Klinika foglalja el a DEOEC I. telepen.
- A Sugárterápiás Tanszék 20 ágyas új fektető részleget kap a DEOEC I. telepen.
- Az Onkológiai Tanszék 20 ágyas ápolási egységgel, 3 járóbeteg szakrendelével és 4 ágyas fektetővel bővül a DEOEC I. telepen.
- Több akadály-mentesítésre szolgáló felvonó és rámpa kerül kialakításra a DEOEC mindkét telepen.
- Korszerű műszerek, eszközök, bútorok beszerzése mintegy 1,8 milliárd Ft értékben.

DEBRECENI EGYETEM ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM | KÜLSŐ KAPCSOLATOK OSZTÁLYA

Egy új éttrend 76%-kal csökkentheti a szívinfarktus kockázatát

A British Medical Journal c. orvosi folyóiratban számoltak be arról az új fajta éttrendről, amelynek napi fogyasztásával akár 76%-kal csökkenhet a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázata. Az éttrend a következő összetevőkből áll: vörösbors, hal, csokoládé, gyümölcsök és zöldségek, mandula, fokhagyma. Mindezt ajánlott naponta fogyasztani, a hal kivételével, amelyet elég négyyszer egy héten beletenni az éttrendbe. A kutatók az éttrend összeállítását előtérbe helyezték a táplálkozásnak a keringésre gyakorolt hatásaival foglalkozó orvosi szakirodalomra. Megnézték, hogy az éttrend egyes összetevői különböző mennyiségben alkalmazva milyen hatással vannak a vérnyomásra, a vér koleszterinszintjére, és mennyivel csökkentik a szívinfarktus kockázatát. (Például egy korábbi tanulmány szerint napi kb. másfél deciliter vörösbors átlagosan 32%-al csökkenti a különféle szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát.) Ezekből az adatokból számolták ki a kutatók, hogy az éttrend egyes összetevőinek együttesen milyen hatása lehet, majd amerikai felnőttek bevonásával egy jelenleg is zajló felmérésben megkezdtek feltevéseik ellenőrzését.

Látványos eredmények

A számítások szerint a speciális éttrend („Polymeal”) eredményei elsősorban férfiaknál lehetnek látványosak: a javaslatoknak megfelelően táplálkozó személyek

átlagosan hat és fél évvel hosszabb életre számíthatnak, mint azok, akik megmaradnak a hagyományos éttrendnél. Ezen kívül – szintén férfiaknál – kilencen nőtt azoknak az éveknél a száma, amely alatt minimálisan csökkenthető egy halálos kimenetelű szívinfarktus veszélye. Azoknál pedig, akiknél mégis fellép valamilyen szív- és érrendszeri panasz, minden bizonnyal kevesebb évet vesz majd el életükből a betegség. Nők esetében a szívet ellenállóbbá tevő táplálkozásnak hasonló a hatásai: szintén jelentős mértékben (öt és fél évvel) nő a várható életkor azokkal összehasonlítva, akik továbbra is hagyományosan táplálkoznak. 2003-ban hasonló céllal végeztek vizsgálatot, amelyben egy többféle hatóanyag kombinációjából összeállított tableta hatását vizsgálták. Azt kívánták elérni, hogy napi egy tableta bevitelével is akár 80%-al lehessen csökkenteni a szívinfarktus kockázatát. A mostani tanulmány készítői a korábbi kísérlet alapötletéből kiindulva keresték a tableta gyógyszermentes alternatívát.

Az eredmény mindannyiunk számára fontos, hiszen a szerzők szerint a nyugati társadalmakban mindenkit veszélyeztetnek a különféle szív- és érrendszeri megbetegedések. Amennyiben a gyakorlati eredmények is igazolják, az új fajta éttrend a kockázat csökkentésének egyik alternatívája lehet, méghozzá gyógyszerek nélkül.

Illyés András | Origo



Esterin tabletta (pharmacológiai hatások)

A Medicago sativa levelében lévő nem felszívódó medicago szaponinok – in vitro vizsgálatok szerint – a bélcsatornában az exogén és endogén koleszterinnel specifikus oldhatatlan komplexet képeznek 1 / 4,8 - szaponin / koleszterin molarányban. In vivo vizsgálatok szerint, orálisan adagolt medicago szaponinok jelentősen csökkentették a hypercholesterinaemiás diétán tartott majmok, valamint patkányok plazma koleszterinszintjét, emelve, vagy változatlanul hagyva a HDL-koleszterin szinteket; csökkentették a koleszterin intestinális absorpcióját, fokozták a neutrális szteroidok és az epesavak kiürülését; megelőzték az atherosclerosis és előidéztek az atherosclerosis regresszióját. Klinikai vizsgálatokban a medicago szaponinok normalizálták hyperlipoproteinaemiás betegek szérum koleszterin koncentrációját. Nyitott klinikai vizsgálatban, huzamos ideje alacsony koleszterin- és alacsony zsírdiétán lévő hypercholesterinaemiás betegek négyhónapos Esterin kezelése szignifikáns LDL koleszterin szint csökkenést eredményezett úgy, hogy az antioxidáns vitaminok (E- és A-vitamin, -carotin) plasmaszintjei változatlanok maradtak.

Hatás, felhasználás:

Gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmény. Hatását szaktudományi adatok igazolják.

Mi a hatóanyaga?

Szaponinok: standardizált macalevelű szarvas kivonatot tartalmaz Medicago sativa folsz. extr. sec. (5:1:79) mg tablettaformában.

Mit tartalmaz még a készítmény?

A tableta a következő segédanyagokat tartalmazza: polivinil-pirrolidon, magnézium-sztearát, talkum.

Mikor alkalmazza Ön a készítményt?

A készítmény alkalmazható az emelkedett vér koleszterin- /triglicerid-szint csökkentésére, az érelmeszesedési folyamat lelassítására, az érelmeszesedési folyamat visszaféltésének elősegítésére, az érelmeszesedés kapcsán létrejövő betegségek (pl. szívinfarktus) megelőzésére.

Mikor nem szabad a készítményt szedni?

A készítményt nem szabad szedni a hatóanyag iránti túlérzékenység, krónikus máj- és hasnyalmirigy betegség, vese- gyomor- és nyombélbaj, bélygyulladás, epekövesség, zavart felszívódás, vitaminhiányos állapotok, bizonyos autoimmun betegségek (SLE) esetén.

Szedhetik-e a készítményt gyermekek?

12 éves életkor alatt a készítmény szedése nem javasolt.

Szedhetik-e a készítményt más gyógyszerekkel?

Véralvadást befolyásoló gyógyszerek (pl. Syncumar) hatásait erősíti, ezekkel együtt nem szedhető! Összegyűjtendő terápia során, valamint fogamzásgátlók szedésekor a készítményt ne alkalmazza!

A készítmény más gyógyszerekkel és gyógyhatású szerekkel, felszívódását befolyásolhatja, ezért a készítmény és más gyógyszerek

(gyógyhatású szerek) bevétele között legalább 2 óras szünetet kell tartani.

Mit kell megfontolni a terheség idején és szoptatás alatt?

Kelendő vizsgálati adat hiánya miatt terhes és szoptató nők ne szedjék!

Hogyan és mikor kell a készítményt szedni?

Naponta 3-szor 1 tablettát főétkezés után szigorúan ételtől, 1 pohár (– 2 dl) vízzel bevenni.

Milyen nem kívánt hatást válthat ki a készítmény?

Káros mellékhatása a megadott adagolás mellett nem ismert. Túlsúlyos betegeknél, a készítmény szedése során testsúlycsökkenés várható.

Mennyi időre szedhető a készítmény?

A készítményt célszerű 6 hónapig kúraformában alkalmazni. Aktív 1 hónapos szünet után szükség szerint, de orvossal konzultálva ismételt.

Hogyan kell tárolni a készítményt?

25°C alatti hőmérsékleten.

Mire kell még ügyelni a készítmény szedése során?

A készítmény gyermekektől eltérően tartalmaz B6-vitamint, ezért a B6-vitamin hiányosságok elkerülése érdekében a készítmény szedése során figyelni kell a B6-vitamin szintjére.

Nyilvánítási szám

OKGY-2871/992

Forgalmazó:

Birochen Kutatósi, Fejlesztési és Kereskedelmi Kft., 1132 Budapest, Csányi u. 25/a.



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,
 tördelőszerkesztő: Tick Ervin, marketing igazgató: Kéner Zoltán (Tel.: 06-20/933-1652),
 Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.
 Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, e-mail: latlelet@dunakanyar.net
 A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
 A Látlelet egymásutánosságát a lapon található sorszámozás tükrözi.



Milyenek az akut koronária szindrómás beteg esélyei ma Magyarországon?

DR. KISS RÓBERT (K.R.): Két igen eltérő pólusa van válasznak. Az egyik póluson levő betegek tulajdonképpen megkapják ugyanazt az ellátást, amit a más fejlett nyugati országban, vagy pl: az Egyesült Államokban is megkapnának, ugyanazokkal az eszközökkel, ugyanolyan jól képzett orvosokkal és ugyanolyan gyorsan. Adott esetben talán még néha sikeresebben, jobban megszervezett módon is. Ez a szerencsés kevesek tábora. Ha valaki akut koronária szindrómát kap, elsősorban lakhely, másodsorban egyéni szerencse révén lehet ebbe a táborba bekerülni. A másik - ez szerintem a nagyobb többség - akik még mindig sajnos részben a saját tájékozatlanságuk, részben az orvosok nem megfelelő szakmai felkészültsége, de leginkább az őt ellátó kórház felszereltségének a hiányosságai révén nem kapja meg a XXI. században aktuális ellátást. Ebből adódik az, hogy az akut koronária szindróma túlélése meglehetősen nagy területi különbségeket mutat ma Magyarországon.

Mi a helyzet Budapesten és mi a helyzet vidéken? Mekkora a különbség?

K.R.: Az első olyan körzet, ahol sikerült az akut koronária szindrómás betegek azonnali katéters ellátását megszervezni az Zalaegerszeg volt, és Budapest gyakorlatilag későbbben csatlakozott ehhez az ellátási formához. Ugyan sporadikusan már végeztük ezt néhány éve, de Budapesten a központi ügyelet a nap 24 órájában, a hét 7 napján igazából csak 2003. januárjától van megszervezve. Ot centrum veszt ebben részt. Ez hatalmas terhet jelent az adott centrum számára, de ugyanakkor a betegek rengetegét profitálnak belőle, ha bekerülhetnek ebbe a rendszerbe és azonnal megkaphatják azt a katéters intervenciót, ami adott esetben életmentés. Ezzel az ellátással bizonyítottan jobb túlélés következik. Ez Budapestre és közvetlen környékére, valamint az egyetemi városok és Zalaegerszeg környékére jellemzők. A napokban indult be Miskolc, ahol szintén megkezdődött már az akut intervenció és Balatonfüreden is végeznek - talán még nagyobb hagyományokkal, mint Miskolcon - ilyen ellátást, igaz, hogy nem a nap 24 órájában. nap 24 órájában, a hét 7 napján a központi ügyelet Országban belül vannak

Dr. Kiss Róbert kardiológus főorvos válaszol
Az akut koronária szindrómás beteg esélyei

fontok, ahol az akut koronária szindróma túlélési esélyei nem jók és van, ahol javuló a tendencia. Az akut koronária szindróma esetek száma megközelíti a százezretet, de ezeket a betegeket nem látjuk. Ennél sokkal kevesebbet lát az egészségügy, az estek nagy része felismerésre sem kerül.

A prehospitalis ellátásban mire kellene jobban odafigyelni az első ellátó orvosnak?

K.R.: Prehospitalis ellátás egy olyan terület ahol a beteg sorsa eldőlt. Igazából ez az a pont, ahol a beteg kockázata csökkenthető és ehhez viszont az kell, hogy az első ellátást végző orvos tisztában legyen a lehetőségekkel, s fel tudja állítani az akut koronária szindróma esetén a megfelelő diagnózist. Ha egy ST-elevációs akut koronáriás szindrómáról van szó, akkor az adott esetben azonnal be kell küldeni intervencióra, ha ez 90 percen belül megvalósítható. Ha pedig erre nincs lehetőség, akkor lizist kell alkalmazni. Hogyha pedig nem ST-elevációs akut koronária szindrómáról van szó, akkor nem szükséges az azonnali katéterezés, hanem az illetékes kardiológiai osztály koronária őrzőjébe kell irányítani a beteget. Ehhez az kell, hogy a prehospitalis első ellátás során történjen 12 elvezetéses EKG, hiszen enélkül nem nagyon lehet eldönteni ezt a kérdést, valamint ismerni kell azt, hogy 12 órán belül az ST-elevációs esetén mi az ellátási szabály. Ezen kívül néhány alapvető gyógyszer is beadandó, elsősorban az Aspirin, lehetőleg nátrium heparin intravénásan illetve fájdalomcsillapításként valamilyen intravénás opiát. Ezen túlmenően egyéb gyógyszeres kezelések jelentősége már alárendelt ahhoz képest, hogy a megfelelő logisztikai lépéseket minél előbb megtegyük. Nagyon sok megmentett beteget kaptunk olyan településekről, ahol az Önkormányzat már vásárolt defibrillátort a központi ügyelet gépkocsijába és a háziorvos az első ellátás során a kamrafibrillációt sikeresen defibrillálta, majd megvárta a rohamkocsit és a beteget beutalta hozzánk. Nemcsak a 12 elvezetéses EKG szükséges, hanem nagyon fontos, hogy az ügyeleti kocsi



Dr. Kiss Róbert Országos Gyógyintézeti Központ

és a kivonuló mentőegységeknél legyen defibrillátor, ami ma azért már nem elérhetetlen dolog.

Hatékonyabb betegoktatással lehetne javítani a betegek túlélési esélyeit?

K.R.: Ez minden eddigi kérdésnél fontosabb. Ugyanis addig, amíg a beteg nem szól, hogy fáj a mellkasa egyszerűen azért mert nem gondol arra, hogy ez a számára életmentő beavatkozásokhoz vezethet, aminek az elmaradása, vagy késlekedése egy életre nyomorékká teheti vagy pedig a halálát okozhatja, vagyis amíg minimális egészségügyi ismereteknek a lakosság nincs a birtokában, valamint nem tekint értéknek a saját egészségét, addig nagyon keveset jelentenek azok a verejtékes erőfeszítések, amelyekről eddig beszéltünk. A médiában - pedig nagyon sokban tudna segíteni - nagyon kevés szó esik az akut mellkasi fájdalom jelentőségéről és az ilyenkor aktuális teendőkről. Ez nem is olyan egyszerű feladat. Egy Egyesült Államokbeli felmérésben összehasonlítottak 20 várost - ebből 10-ben nagyon komoly laikus továbbképzéseket tartottak éveken keresztül - hogy mellkasi fájdalom esetén mit kell tenni és utána megvizsgálták, hogy milyen az infarktusos halálozási arány a két város között. Nem volt különbség. Az egyetlen különbség az abban nyilvánult meg, hogy a kitanított

10 városban 25%-kal többen fordultak orvoshoz mellkasi fájdalommal a vizsgált periódusban. Tehát ez egy nagyon nehezen átjuttatható tudás! De azt gondolom, ha csak minden héten 5 percet főműsoridőben valamelyik vezető tévécsatorna ezzel foglalkozna, valószínűleg sokkal több ember életét lehetne megmenteni!

Véleménye szerint mennyire használhatóak a különböző szakmai ajánlásokban, módszertani levelekben megfogalmazottak a napi gyakorlatban és az intézetükben milyen protokollok szerint dolgoznak?

K.R.: Megvagyok arról győződve, hogy legalábbis a kardiológiában rendkívül nagy erőfeszítések révén minden áldott évben megújuló módon olyan szakmai irányelveket adunk ki - az idén ez most egy hete jelent meg - amiben pontosan le van írva az a minimálisan szükséges orvosi ismeret, ami a főbb szívbetegek ellátásához nélkülözhetetlen. Ezt a szakorvosoknak ismerniük kell és ennek a mentén kell, hogy történjen az ellátás. Pontosan ez a szakmai ajánlásoknak az értelme, hogy ennél rosszabbabban ne lehessen ellátni beteget - jobban lehet - és számon kérhető legyen, ha valaki nem ismeri a szakmai ajánlásokat és azoknak az ellenében tevékenykedik. Úgy gondolom, hogy ez a nyugati típusú orvoslás egyes számú törvénye, szabálya és amelyik öröndetesen Magyarországon is néhány éve teret kezd nyerni. Nagyon messze vagyunk a nyugati viszonyoktól, de legalábbis a kardiológiában komoly előrelépés történt és a mi intézetünkben különös hangsúlyt fektetünk arra, hogy ezeket az irányelveket betartsuk, másrészt pedig, helyi írott protokollokat is készítsünk.

Mi a véleménye az OEP legújabb listájáról, amely aszerint minősíti a különböző kórházi osztályokat, hogy mennyi szívinfarktusos beteg hal meg ott?

K.R.: Ez egy csodálatos lehetőséget tartalmazó módszer, amit nagyon kevés ország képes megcsinálni, hogy egyetlen egy biztosítót révén a TAJ szám alapján meg lehessen nézni, hogy az adott TAJ számú

betegekkel mi történt, mikor haltak meg stb.! Nagyon kevés ország rendelkezik ezzel és ezt Magyarország csak most kezdi felfedezni! Ez egy hatalmas perspektíva a betegellátás szempontjából. Tulajdonképpen úttörő módon jelent meg most a WEB-en az akut infarctus kórházi halálozásának statisztikája, elég különös módon, ami igazából a hatalmas munka és a valóban pozitív kezdeményezés mellett persze negatív szájízt is hagy. Nem azokat a szokásos kemény végpontokat nézte a tanulmány, ami a nemzetközi irodalomban olyan fontos pl: hogy milyen a 30 napos halálozás! Hanem a kórházi halálozást vette alapul és így az egész kórházak közötti versennyé látszik fájulni! Ahol ugyan számokkal és betűkkel jelzik az egyes kórházakat, de a bennfentesek a sok betűből és számjegyekből nagyjából ki tudják találni, hogy melyik kórházról van szó. Pedig a régiók egészségé tud javulni akkor, ha egy adott régió belül megfelelő ellátási szisztéma kerül megszervezésre! Tökéletesen kimutatták például Pécs környékén - Baranya megye és kapcsolt megyéi - hogy az infarctus halálozás az adott megyékben az invazív kardiológia tényleges erejével jelentősen csökken. Az OEP mostani statisztikája inkább arra való, hogy az egyik vagy a másik kórház kórházi halálozását vizsgálja, ahelyett hogy a régiókat hasonlítaná össze! Ez egy kicsit félre viszi! Hiszen nagyon jól tudjuk, hogy vannak olyan ellátási egységek, ahol nincs annyi ágy, hogy igazán ki tudnák venni az akut esetek gyógyulását! Hanem kénytelenek visszahelyezni egy másik kórházba a még rossz állapotú beteget, s attól kezdve már nem az ő ellátási statisztikájuk romlik! Ilyen módon félrevezető pozitív és félrevezető negatív adatok származhatnak ebből az egészből. A magam részéről szerencsésebbnek tartottam volna a 30 napos halálozások kezelési stratégiák hatékonyságát, mert ott is látszik, hogy kicsoda hatalmas különbségek bújnak meg az egyes régiók között. Nagyon fontos, hogy szakmai berkekben mi egymás között megtudjuk azt, hogy melyikünk dolgozik a legjobban és melyikünk dolgozik a legrosszabbal! Ezt viszont neked és nem a WEB-re kitéve kellene megoldani, hanem egymás között az adott invazív centrumok és ellátó egységek részére pontos beazonosítható formában. Egyértelműen!

WEBDOI

Plavix
clopidogrel 75 mg filmtabletta

sanofi aventis

AZ ÉVEZREDE EVIDENCIÁJA
AZ ATHEROTHROMBOSIS SZÖVŐDMÉNYEI ELLEN
Szakorvosi javaslat alapján a kezelőorvos 6 hónapig rendelheti!

Plavix
AZ ÉV EVIDENCIÁJA 2003

sanofi-synthelabo

Számvetés szívügyeinkről – félidőben a REACH-vizsgálat

Egy éve kezdődött az ateroszklerózis következményeinek széles körű feltárását célzó nemzetközi vizsgálat, amely 35 országban 4000 vizsgálat helyett 65 000 magas kockázatú beteget regisztrál és értékeli az összegyűjtött adatokat. A vizsgálat Magyarországon 70 vizsgálóhelyen közel 1000 beteget érint, a részt vevő orvosok több mint fele belgyógyász.

A kiinduló epidemiológiai adatok szerint:
• A 40 éves korban várható élettartam Magyarországon a legalacsonyabb. Egy 45 éves férfi Magyarországon 8,5 évvel rövidebb ideig él, mint svájci kortársa.
• 1999 óta 100 000 lakosra vonatkoztatva évi 8%-os csökkenés tapasztalható a keringési rendszer okozta halálozási mutatókban.
A vizsgálatok 2005-ben fejeződnek be, de a félidő már számos új, eddig teljes körűen nem elemzett újdonsággal szolgál. A lenti táblázatból megállapítható, hogy Magyarországon a betegek elhanyagolt magas vérnyomása és koleszterinszintje miatt következik be legnagyobb valószínűséggel az ateroszklerózis okozta bármelyik súlyos életét veszélyeztető esemény. Az ateroszklerózis olyan egységes orvostudományi elméletet és gyakorlatot képvisel, amely vallja, hogy a szív, az agy és a végtagi károsodások egy része az érrendszer elváltozásaira vezethető vissza. Az elváltozások közös formája az ateroszklerózis, amely érelmeszesedéssel kezdődik, azaz a nagy és a közepes érfaalakon zsírból, rost- és ásványi anyagokból lerakódások alakulnak ki. Mindez csökkenti az erek rugalmasságát, szűkíti átmérőjét. Ha az említett lerakódások leválnak, bekerülnek a véráramba és elzárhatják az útját, attól függően, hogy hol keletkezik az elzáródás, beszélhetünk szívinfarktusról, szélütésről vagy végtagi trombólusról. Magyarországon évente egy városnyi ember - 60 000 ember - hal meg ateroszklerózis következtében. Az ateroszklerózis - miután az egész érrendszerre kiterjedő betegség, azt eredményezi, hogy az érintett betegek többségénél legalább kétféle következmény fordul elő. Az eddigi vizsgálatok szerint a szívinfarktusos beteget hamarabb veszélyezteti a szélütés, mint egy következő szívinfarktus, míg a szélütéses betegek többsége 4 éven belül egy szívinfarktusra számíthat. Ez az ún. kereszt-kockázat.
A REACH-vizsgálat - amelyet a Sanofi-Aventis szponzorál -, az első globális, a korábbi epidemiológiai felméréseknél szélesebb körű prospektív vizsgálat, amely kifejezetten a szív-és érrendszeri veszélyeztetettség

szempontjából méri fel a lakosságot. Arra is keresi a választ, hogy az ateroszklerózis következtében a három fő betegség milyen gyakran fordul elő, hány esetben okoz halált. A REACH-vizsgálat az atheroszklerózis kereszt-kockázatát középpontba helyezi és pontosítja a következő eseményt előre jelző tényezőket. Összehasonlítva a különböző kezelési stratégiák hatékonyságát a magas kockázati csoportba sorolt betegeknél. A halmozottan magas kockázati tényezők esetén külön értékeli abból a szempontból is, hogy a beteg szenved-e magas vérnyomásban, cukorbetegségben és magas-e a koleszterinszintje és dohányzik-e. A vizsgálat igyekszik fényt deríteni, hogy csökkenthető-e az ateroszklerózis kialakulása után a súlyos események (infarktus, szélütés, végtagi trombólus) bekövetkezésének valószínűsége.
Az első adatok súlyos népegészségügyi helyzetre hívják fel a figyelmet: a REACH Regiszterbe bevezetett betegek 94%-nál nemcsak a rizikótényezők álltak fenn, hanem már az atheroszklerózis valamelyik tünete jelentkezett is már. A kedvezőtlen egészségügyi paraméterek ellenére a betegek kisebb része kapja meg a szükséges kezelést, mint a REACH Regiszterben részt vevő országokban általában.
Vizsgálja az alkalmazott terápiákat és számba veszi a modern, hatékony kezelést által elérhető kockázatcsökkentés mértékét. Ma már Magyarországon is elérhető olyan gyógyszer - 2004-ben az Év Gyógyszere címet nyerte el, amely nagy mértékben csökkenti a kereszt-kockázat következményeit. Nem szabad azonban elfelejteni azt sem, hogy számos kiváltó ok általunk befolyásolható. Ha sikerülne a dohányzásról lemondani, az elhízást megakadályozni, a magas vérnyomást hatékonyan kezelni, a koleszterinszintet a megadott értékek alatt tartani, jelentősen javulna a magyar állampolgárok életkilátása. Ha sikerül gyökeres életmódváltozást elérni, e rizikótényezőket minimalizálni, 7 évvel hosszabbodhatna meg az érintettek átlagos életkora.

További információ: Dr. Blaskó György, ☎ 505-2190, ✉ gyorgy.blasko@sanofi-aventis.com

Az ateroszklerózis kockázata a magyar betegek esetében:

Népesség	Cukorbetegség	Magas vérnyomás	Koleszterin	Dohányzás		
				Leszokott	Jelenleg is	Soha
Teljes	41,4%	86,0%	72,3%	33,1%	20,8%	46,1%
Csak kockázat, tüneti kockázat	74,6% 39,3%	98,3% 85,2%	78,0% 71,9%	17,2% 34,2%	20,7% 20,8%	62,1% 45,0%
Szívinfarktus	38,7%	83,7%	77,5%	37,2%	18,7%	44,2%
Szélütés	38,4%	89,4%	63,3%	30,1%	16,6%	53,3%
Végtagi trombólus	51,3%	87,3%	78,9%	36,5%	26,1%	37,4%