



Ön dönt, hogy személyi jövedelemadójának **1%-**ával segíti-e lapunk megjelenését.

Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Alapítvány

Adószám: 18041332-1-01

Az PGYSZ Alapítvány az összeget átadja és mi jóváírjuk az előfizetésnél.

Támogatását köszönjük!



A Láttelelet Egészségügyi Kommunikációs Szaklap elektronikus változata olvasható:

www.euagazat.hu portál → Könyvtár → eBook → Hunga-Coord Kiadó

50. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2006. 4. szám

► **Jog és szakmai felelősség kérdése – a Kórházszövetség XVIII. kongresszusán**

Kockázatközösség a megoldás? – tette fel ön-magának a kérdést pont egy éve egyik gazdasági napilapunkban megjelent nyilatkozatában dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter. A szakminiszter egy háromlépcsős felelősségbiztosítási rendszertől várta akkor a megoldást, arra vonatkozóan, hogy a kórházak elleni peres ügyekben – amelyeknek száma növekvő tendenciát mutat – hogyan lehetne védekezni. Tovább mélyítette a kérdést akkor, hogy az intézmények ötödének nem volt felelősségbiztosítása. Ennek oka, hogy a monopolhelyzetben lévő Allianz Hungária Biztosító Rt. 2005 fordulóján esetenként ötszörösére, ötmillió forintra emelte a díjat, amelyet a kórházak képtelenek kifizetni. Ekkora összegre limitálta a biztosító az általa megtéríthető kár összegét is, pedig manapság már nem ritka a betegek vagy hozzátartozóik több tíz millió forintos kárigénye. Ennek kapcsán jött szóba a tárca vezetőjének nyilatkozata, amelyben egy háromlépcsős felelősségbiztosítási rendszertől várná a megoldást. A banális káresemények utáni, viszonylag kis értékű kárterítéseket az intézmények állnák, az 5-10 millió forintos kárra lehetne a felelősségbiztosítást kötni, az extra követelések kiegyenlítésére pedig a gyógyintézményeknek kockázatközösséget kellene létrehozni, amelybe az állami költségvetés is beszálna. A miniszter akkor sajnálatosnak tartotta, hogy a hatályos jogszabályok Magyarországon nem teszik lehetővé a kárterítések nagyságának behatárolását.

bővebben a 5. oldalon ►

Érted szól e nap Egészségügyi Dolgozó!

Egészség Világnapja 2006

Az egészségügyi munkaerő hiánya számos országban megakadályozza, hogy sikeresen fel lehessen venni a harcot a betegségekkel szemben és javítani lehessen a lakosság egészségi állapotát – figyelmeztet az új WHO jelentés. A Világ egészségügyi helyzetéről szóló jelentés aláhúzza annak szükségességét, hogy többet fektessünk be az egészségügyi munkaerőbe, javítsuk munkakörülményeit, újítsuk meg a képző intézményeket és készüljünk fel a jövő kihívásaira.

Az Egészség Világnapja minden évben az Egészségügyi Világszervezet kiemelkedő eseménye, amely 1950 óta április 7-én kerül megrendezésre, azzal a céllal, hogy felhívja a figyelmet egy-egy kiemelt jelentőségű, világméretű egészségügyi problémára. A 2006-os év témája – **Az egészségért dolgozunk** – az egészségügyi dolgozók embert próbáló, ugyanakkor magasztos munkáját helyezi a figyelem középpontjába.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az Egészség Világnapján hozza nyilvánosságra jelentését a világ egészségéről. A Jelentés a Világ Egészségéről 2006 – **Az Egészségért dolgozunk** – felhívja a figyelmet azokra a válság-jelenségekre, amelyek az egészségügy emberi erőforrását – bár jelentősen eltérő szinteken – világszerte jellemzik. Kiemelten foglalkozik a legnagyobb szegénységgel és betegség-teherrel küzdő országokkal, amelyekben leginkább szükség lenne a megfelelően képzett egészségügyi dolgozókra, és ahol a legnagyobb hiány van belőlük. A központi ünnepségnek helyet adó Lusakában (Zambia) hirdette meg április 7-én az Egészségügyi Világszervezet egy *új egészségügyi emberi erőforrás szövetség létrehozását*, melynek feladata a nemzeti és nemzetközi erőfeszítések összehangolása lesz ezen a létfontosságú területen. *A szövetség megalakulását követően összehangolt cselekvési kampány indul, melynek célja az egészségügyi dolgozók számára a tisztességes és biztonságos munkakörülmények létrehozásának, munkájuk elismerésének és a hatékony munkavégzéshez szükséges feltételek megteremtésének elősegítése.*

A Magyar Köztársaság Kormánya kiemelt jelentőséget tulajdonít annak, hogy az egészségügyben dolgozók áldozatkész munkája elismerést kapjon, és megteremtődjenek a jobb, eredményesebb, biztonságosabb munkavégzéséhez szükséges feltételek. Az Egészségügyi Világszervezet jelentésének, javaslatainak összeállításával egyidőben, az abban foglaltakkal összhangban az Egészségügyi Minisztérium a szakmai szervezetek bevonásával elkészítette a hazai Egészségügyi Emberi Erőforrás Stratégia tervezetét, amely a Kormány programjának részeként válsul meg. A közleményhez csatoljuk az Egészségügyi Világszervezet genfi központja és a koppenhágai Európai Regionális Iroda sajtóközleményének magyar nyelvű fordítását, illetve a WHO Világnap utáni angol nyelvű állásfoglalását.

folytatás a 4. oldalon ►

Lehetőségeink az orvosi műhibák kiküszöbölésére (háziorvosi tapasztalataim)

Megfelelő közegészségügyi körülményeink, lassan javuló műszerparkunk, tudásbővülésünk ellenére még mindig hatezer honfitársunk lesz műhiba áldozata.(1) Ez – összehasonlítva a hasonló helyzetű országok adataival – elfogadhatónak mondható. Másrészről, minden indokolatlanul elvesztett élet szakmai, emberi, morális lelkiismeretfurdalást kell, hogy okozzon.

Sok évtizedes gyógyító múlttal a hátam mögött, ma is azt vallom: emberbarátként, betegbarátként kell megélnünk a hivatásunkat. Következetességemet nem befolyásolhatták politikai szándékok, finanszírozási gáncsoskodások avagy a gyógyítást, a gyógyítókat „Júdás-pénzért kiszolgáltatók” ármánykodásai sem.(2)A háziorvosi körülményeket, lehetőségeket figyelembe véve kívánom az alábbiakban összefoglalni a tapasztalataimat és kollegiálisan felhívni a figyelmet számos veszélyforrásra. Igyekeztem etikusan mérlegelni a valós és a vélt tényeket (sérlemeket), mindig szem előtt tartva a hibák elkerülésének a lehetőségeit, illetve a megelőzhetőség módjait. Nem kódósítottam el az egyéni felelősségünket, és nem hallgattam el a zavaró rendszerhibákat sem. Hangsúlyozni kívánom azt is, hogy nem provokálni akartam vagy a hibás döntéseimért a „feloldozást kijárni”. Remélem sikerült nyíltan, átláthatóan, őszintén kibeszélni kétségeimet, tévedéseink okait és az ezekből leszűrt tapasztalatokat ajánlhatom valamennyiünknek, a jobbítás szándékával.

bővebben a 8. oldalon ►

Néma betegség

A chlamydia nem új betegség, magát a baktériumot már több mint száz éve ismeri az orvostudomány. Ez a betegség igen sokáig a szakma figyelmét is elkerülte, a laikusok számára pedig szinte teljesen ismeretlen volt. Viszont a múlt évben indított kampánynak sikerült a figyelem középpontjába állítani ezt az elsősorban szexuális úton terjedő, olykor súlyos következményekkel járó betegséget szakmai körökben is, és most, mikor a HPV vírus nőgyógyászati szűrése a népegészségügyi program része, nem árt a tisztító hüvelykezelések sordán erre a betegségcsoportra is odafigyeln. Amerikai felmérések szerint 12-19 év közötti korosztályban minden harmadik fiatal fertőzött. A világon egyébként mintegy 400 millió fertőzöttet tartanak nyilván, Magyarországon egyes becslések szerint a lakosság 30%-át érinti a betegség. A szakemberek szerint ez túlzás. Egy középkelet-európai felmérés alapján a fertőzés mértéke 3-12% között változik, Magyarországon körülbelül 7-8%.” A legveszélyeztetettebb a 25 év alatti korosztály, hiszen itt történik a legtöbb partnercsere. A lányok egyre inkább előnyben részesítik a fogamzásgátló tablettát, ami azt jelenti, hogy sokszor egy új kapcsolatot esetében sem használnak óvszert, és ez elősegíti a betegségek terjedését.

A chlamydiát más néven néma betegségnek is nevezik, hiszen tünetei alig észrevehetőek. Sőt a fertőzött nők mintegy 80, a fertőzött férfiaknak pedig 50%-a teljesen tünetmentes, így a betegség nehezen ismerhető fel, holott a következményei súlyosak lehetnek. Ráadásul a diagnózis felállítása is bonyolult, hiszen a baktérium kimutatása speciális tesztet igényel, így a nőgyógyász nem tudja ott helyben megmondani, van-e fertőzés. Így van, aki évekig hordozza magában a betegséget, és ha nem megy el szűrésre talán ki sem derül, hogy beteg, pedig a baktérium okozta gyulladások következtében előfordulhat, hogy a fertőzött nő meddővé válik.

Közismert, hogy a meddő párok száma hazánkban is évről-évre növekszik, és az orvosok szerint számos egyéb ok mellett legtöbbször a chlamydia áll a hátterben. A legutóbbi kutatások szerint a chlamydia a férfiaknál is meddőséget okozhat, nem csak a nőknél, kutatások szerint a pár termékenysége 30%-kal csökken, ha a férfi fertőzött. Megállapították, hogy: a meddő nők egynegyedénél, a meddő férfiak egyötödénél volt antitest kimutatható. Emellett el kell mondaní, hogy bár a chlamydia befolyásolja a termékenységet, nem befolyásolja a terhesség normális lefolyását, ha az létrejött.

folytatás a 10. oldalon ►

FérfigészségŐr Klub

Férfiakról – nem csak férfiaknak

SAJTÓKÖZLEMÉNY

/2006. április 24./

„40-en túl vár az élet!”

Egy kezdeményezés a tabuk feloldásáért!

Bár a média jóvoltából egyre több szó esik a férfiak egészségügyi és életviteli problémáiról, de még mindig vannak tabu témák, és a statisztikák azt mutatják, hogy a teremtés koronái nehezebben szánják rá magukat, hogy gondjaikkal szakemberhez forduljanak, mint hölgytársaik. Pedig, főleg 40 év felett, egyre nagyobb a kockázata az urológiai és egyéb betegségek kialakulásának. Éppen ezért a Magyar Urulógusok Társasága, az Országos Sportegészségügyi Intézet, az Országos Alapellátási Intézet és a Richter Gedeon Rt. Urológiai Program szakmai támogatásával 2006. április 24-én megnyitja kapuit a FérfigészségŐr Klub, amely a www.ferfigeszsegor.hu honlapon és a díjmentesen hívható 06 80 204-687-es telefonszámon várja a jelentkezőket.

A **FérfigészségŐr Klub** célja, hogy a férfiaknak teljes körű tájékoztatást nyújtson az őket érintő betegségekről és a legkorszerűbb gyógy módokról, hogy fizikailag és szellemileg egészségesebb, boldogabb életet élhessenek. A kezdeményezés mögé számos szakmai szervezet állt, és ennek köszönhetően 2006. április 24-től a www.ferfigeszsegor.hu honlapon új **klub** várja a jelentkezőket. A Klubot olyan hiteles, közéleti személyiség képviseli, mint **Endrei Judit** népszerű televíziós, aki azt vallja: „egy nő akkor élhet teljes, egészséges, harmonikus életet, ha van mellette egy társ – egy férfi, méghozzá igazi Férfi.”

A **Klub egyedülálló kezdeményezés, tagjai** – anonimitásukat megőrizve – az interneten, vagy telefonon: a 06 80 204-687-es zöldszámon tehetik fel egészségügyi problémáikkal kapcsolatos kérdéseiket, amelyekre szakemberek válaszolnak. Feloldja a tabukat, amelyek elsősorban a 40 év feletti férfiak egészségügyi problémáit övezik, és megoldásokat is kínál a betegségek megelőzésére és kezelésére.

„Magyarországon nagy szükség van arra, hogy legyen egy olyan fórum, ahol a férfiak anonimitásukat megőrizve, feltehetik kérdéseiket, megismerhetik a leggyakoribb betegségek tüneteit és kezelési lehetőségeit, és tájékozódhatnak arról, hogy hova, vagy éppen melyik szakorvoshoz fordulhatnak problémáikkal. Tudniuk kell, hogy nincsenek egyedül gondjaikkal és van megoldás, sokszor kínosan titkolt problémáikra. A társadalmi felelősségvállalást igen fontosnak tartja a Richter Gedeon Rt., ezért támogatja a több mint hat éve sikeresen működtetett Urológiai Programja a FérfigészségŐr Klub-ot.” – nyilatkozta Beke Zsuzsa PR vezető a Richter Gedeon Rt.-től.

A klub tagjai féléves rendszerességgel a **FérfigészségŐr című életmód magazint** is kézhez kapják, amely egy-egy betegség tüneteit, megelőzésének és gyógyításának lehetőségeit járja körül. A lapban megszólalnak olyan népszerű művészek, mint **Liptay Claudia, Gesztesi Károly, Lukács Sándor**, hogy megtudjuk, ők mit tesznek egészségük megőrzéséért. Tanácsokkal, újdonságokkal szolgál a lap a szexuális problémák megoldásához is. Útjelzőként kalauzolja az olvasót a helyes táplálkozási szokások és a trendek világában. A klubtagok ötleteket kapnak a tartalmas kikapcsolódáshoz utazás, sport és könyvajánló rovatainak segítségével. Továbbá öltözködési és testápolási tippekkel is segítjük az alkalomhoz illő megjelenést, a magabiztos fellépést.

A Klub a 40-en túli férfiak számára megnyitja az utat egy új, tartalmas, fizikailag és szellemileg egészséges, hosszú élet felé.

További információ: **Schwarcz Tibor – Telefonszám: 06 20 377-1583**

Jön! Tartalomszolgáltatás és élővonalas segítségnyújtás

www.nogyogyasz05.hu
www.S0Snogyogyasz.hu

Jön! Tartalomszolgáltatás és élővonalas segítségnyújtás

Liliom program sikere

A közelmúltban összegezte a Népegészségügyi Programiroda a méhnyakszűrés programjának első szakaszát és annak eredményességét. Ennek során eddig egyedülállóan összetett kommunikációval, valamint egy nyereményjátékkal is csábították az érintett hölgyeket a szűrésen történő részvételre. A program sikerét mutatja, hogy a kapcsolódó nyereményjáték során 17.549 hölgy küldte vissza nevezési lapját. Ami még ennél is fontosabb, hogy a résztvevők 51%-a eddig még soha nem vett részt a szűrővizsgálatokon.

A rosszindulatú daganatos betegségek Magyarországon az összes haláleset mintegy egynegyedéért felelősek. A daganatos halálozás mérséklésének – rövid és középtávon – egyik legígéretesebb stratégiája a lakosság szűrővizsgálata, azaz a magukat egészségesnek vélő, tünet és panaszmentes személyek időről-időre megismételt vizsgálata. Ennek célja a még rejtett betegség kimutatása, a betegség fennállásának valószínűsítése, vagy kizárása céljából.

A méhnyakszűrés a 25-65 év közötti női lakosságot, összesen 2,4 millió személyt érint. A szervezett szűrővizsgálatok részvételi arányának növelése – különösen a méhnyakszűrés esetében – jelenleg a prevenció az egyik legfontosabb kihívása. A most zárult kampány során a behívólevéllel együtt egy nyereményszelvény is kézbesítésre került. Aki a szűrővizsgálaton – a megadott helyen és időpontban megjelent – részt vehetett a nyereményjátékban. Az ellenőrizhetőség érdekében a kitöltött és visszaküldött nyereményszelvényen szerepeltetni kellett a forgalmi napló sorszámát az orvos aláírását, és pecsétjét. A megyék versenye a várttól eltérően alakult, míg a legtöbb szelvény Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből érkezett, addig Budapest csak a negyedik helyet érte el a második helyezett Hajdú-Bihar és a harmadik helyezett Békés megye mögött.

Néhány további érdekes adat a nyereményjáték szelvényt visszaküldőkről:

- a nyereményjátékban 17.549 hölgy vett részt
- a résztvevők 51%-a eddig soha nem vett még részt szűrővizsgálatokon
- 23%-uk egyetlen alkalommal volt korábban szűrésen
- a résztvevők 70,5%-a általános illetve középfokú iskolai végzettségű

A szponzori felajánlásból származó földíjat, egy Re-nault Modus személygépkocsit **Sturovicsné Szabó Hajnalka** Debrecenből nyerte meg.



Az orvosok versenyének nyertese **Dr. Tóth János** Szekszárdról lett. Összesen 725 érvényes jelentkezési lapot küldtek be olyan hölgyek, akiken ő végezte el szűrővizsgálatot 2005. október 1. és 2006. február 3.-a között. A nyertes 2 millió forint értékű műszert vásárolhat rendelője korszerűsítésére.

A program sikeressége kellő indok a folytatásra, így a következő szakasz május 1-vel indul, és előre láthatólag november végéig tart majd. A kampányban szereplő reklámeszközök – a tervek szerint – változatlanok maradnak, így televízió és rádió szpotokban, óriásplakátokon, és újsághirdetések formájában is zajlik majd a nyereményjáték második fordulójának beharangozása.

A Liliom programmal elért sikerek mellett az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat tovább szeretné javítani az átszűrtségi arányt, ezért az ÁNTSZ védőnői hálózatban történő kenetvétel bevezetésére irányuló mintaprogramot kezdeményez. A mintaprogram kapcsán 5 megyében a cytológiai kenet levételét a védőnők végzik majd. A mintaprogramban a következő megyék vesznek részt: Nógrád, Baranya, Somogy, Tolna, Zala.

A mintaprogram indítása mellett szólt, hogy az Európai Unió egyetlen országában sem a nőgyógyász szakorvos veszi le a cytológiai kenetet és magyar védőnők is képesek és készek ellátni ezt a feladatot. További fontos szempont, hogy a védőnők „közelebb vannak a lakossághoz”, ezért irányukban nagyobb bizalom, így további segítséget jelenthetnek az érintettek mozgósításában.

» **kormányzati kommunikáció** «

Védőnők szűrnek

Egy kormányzati mintaprojekt keretében megindították a védőnők képzését egyes megyékben, hogy ők is elvégezhessek a méhnyakrákszűréseket. A projekt célja, hogy az olyan településeken élők átszűrtsége is jobb legyen, ahonnan esetenként azért nem mennek el szakorvoshoz a nők, mert sokat kell utazni a rendelőbe. Csordás Ágnes elmondta: a szűrésekhez szükséges eszközöket és a védőnők pluszbérezését a népegészségügyi programból finanszírozzák. Balassagyarmaton és térségében már befejeződtek a felkészítések, Zalaegerszegen pedig most folynak. A tervek szerint Baranya, Tolna és Somogy megyében is indul hasonló képzés – hangzott el az Info Rádióban.

A MAVE elnöke Csordás Ágnes hangsúlyozta: mintaprojektről lévén szó a jelenlegi elképzelések még alakulhatnak; az sem biztos, hogy a védőnők fogják elvégezni a szűrést, hiszen szülésznők és egyéb szakemberek is bekapcsolódhatnak. Elsősorban azt kell megvizsgálni, hogy a program mennyire népszerű a nők körében. Az elnök kitért arra is, hogy védőnők komplex nőgyógyászati szűrővizsgálatot nem, csak kenetvételt végezhetnek (a kolposzkópiás vizsgálatot továbbra is csak a szakorvos végezheti). Hozzátet: európai országokban bebizonyították, hogy a rákmegelőző állapotot a kenet alapján lehet leginkább felfedezni; több országban a kenetvételt nem orvosok, hanem felsőfokú végzettségű szakemberek végzik. Hangsúlyozta: ugyanakkor a kenetvétel a komplex nőgyógyászati vizsgálatot nem helyettesítheti. A projekt ősz tájékán indul majd igazán, és a védőnői képzés jelenleg kétnapos. (OTS Cégvonal)

Szoptatás Védelme és Támogatása Konferencia

A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság 2006. március 24-én konferenciát rendezett az Egészségügyi Minisztériumban, melynek nyitóelőadásán Dr. Kapócs Gábor helyettes államtitkár a Bababaráti Kórház pályázat nyertesének az elismerést.

A szoptatás kérdése a népegészségügyi és gyermek-egészségügyi programban is kiemelt helyen szerepel. A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság fő feladata az egészségügyi szakemberek és civil szervezetek munkájának összehangolása annak érdekében, hogy a jövőben jelentősen javuljon a hat hónapos korig kizárólag anyatejvel táplált csecsemők aránya Magyarországon. A Bizottság a WHO és az UNICEF által kidolgozott Bababaráti Kórház újraindítását kezdeményezte, ezen belül a Bababaráti Kórházak számának bővítését.

Jelenleg 8 intézmény (Szent István Kórház, Budapest, MÁV Kórház, Budapest, Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr, BAZ Megyei Kórház, Miskolc, Semmelweis Kórház, Miskolc, Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján) viseli ezt a címet Magyarországon, de a vég-ső cél, hogy ezek száma 2007 végére elérje a 25-öt.

A Bababaráti Kórház cím eléréséhez szükséges támogatásokra a Bizottság pályázatot írt ki, melynek eredményhirdetésére a konferencián került sor. A pályázat nyertes intézményi részére „Korszerű szoptatási ismeretek” címmel ingyenes oktatást, valamint

intézményenként 500.000,- forint értékű tárgyi eszközöket biztosít a Bizottság a Szerencsejáték Zrt. támogatásával. A rendezvényen bemutatásra került a Bababaráti Szent István kórház, melynek sikerei láttán remények szerint további intézmények is csatlakozni kívánnak a kezdeményezéshez. Ennek elősegítése érdekében a programban szerepel a Bababaráti Kórház feltételrendszerének megteremtéséhez vezető út, valamint a Bababaráti Kórház a gyakorlatban című előadás, és egy kerek-asztal beszélgetés a megvalósítás lehetőségeiről és buktatóiról.

A Bababaráti Területek kialakításának elősegítésére szintén pályázatot írt ki a Bizottság, amelynek célja olyan elkülönített, szoptatásra alkalmas helyiség kialakítása köztintézményekben, művelődési házakban, könyvtárakban, ahol az édesanya nyugodt körülmények között megszoptathatja, tisztába teheti gyermekét. A nyertes pályázók százezer forintot kapnak a Szerencsejáték Zrt. támogatásával. A konferencia célja, segítséget nyújtani a Bababaráti program keretében a szakemberek ismeretanyagának bővítésére, lehetőségeket biztosítani a tapasztalatcserére a már Bababaráti Kórházak képviselőinek közreműködésével és támogatni a Bababaráti cím iránt érdeklődő kórházakat a cél eléréséhez vezető úton.

Bővebb információk a Bizottság tevékenységéről és a konferenciáról: Dr. Németh Tünde, a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság Titkára Tel: 460-97-68)

» **Egészségügyi Minisztérium Sajtó és Kommunikációs Főosztály** «

A méhnyakdaganatok többségét a HPV okozza

A fejlődő országokban a méhnyakrák szedi a nők közül a legtöbb áldozatot. Becsült adatok szerint évente 500 ezer új megbetegedés és 239 ezer halálesetet fordul elő, ezek 80%-a fejletlen világban következik be. A méhnyak rosszindulatú elváltozásai Magyarországon az emlőrák után mind az előfordulási gyakoriságot, mind a halálozást tekintve a második helyen állnak.

Hazánkban a méhnyakrákból eredő halálozás 2001 és 2003 között 465 és 539 között változott. Kedvező fejlemény az utóbbi évben, hogy nagy publicitással átfogó szűrőprogram indult az érintett populáció bevonására, ugyanis a méhnyakrák megelőzése gyakorlatilag 100 százalékban elérhető lenne, ha minden nő rendszeresen részt venne rákszűrésen. Ez esetben az elváltozás még rákmegelőző állapot stádiumban felismerhető és kezelhető, így nem alakul ki a méhnyakrák. Gond, hogy a nők jelentős része nem megy el rákszűrésre. Igaz ez még a jelenleg futó országos szűrési kampány ellenére is. Amikorra viszont a méhnyakrák tüneteket okoz, a folyamat már előrehaladott, és a túlélés a legjobb terápia ellenére is csak néhány évben mérhető. A folyó szűrőprogram ellenére évente mintegy 2600 új eset ismernek fel. Míg az 1970-es években a betegségben szenvedők átlagéletkora 54 év volt, az 1990-es évek végére tíz évvel korábbra tolódott, és a 35 év alatti populációban megkét-szeresződött a halálozási szám.

A méhnyakrák oki tényezői között a régóta ismert faktorok (korán elkezdett nemi élet, promiszkuitás, szülések, szocio-ökonomiai helyzet, dohányzás, immunosuppresszív állapotok, orális fogamzásgátlók szedése, rossz higiénés viszonyok) mellett egyre inkább a HPV- (humán papillomavírus) infekció jelentősége válik a legfontosabbá. Mai ismereteink szerint elsődlegesen a HPV-fertőzés, valamint a fent említett tényezők felelősek a méhnyakrák kialakulásáért.

A legfrissebb epidemiológiai adatok alapján a méhnyakrákos esetek több mint 99%-át a HPV-fertőzés okozza. Ez a leggyakrabban előforduló nemi szervi vírusfertőzés világszerte, amely eddig mintegy 660 millió embert támadott meg. A HPV-nek több mint száz típusát különítették eddig el; ezek közül a leginkább a malignusfajták ismertek, amelyeknek kiemelkedő szerepe van a rákmegelőző állapotok kialakulásában. A HPV egyébként nem csak méhnyakrákot okozhat. A HPV-fertőzés előfordulása a 25 év alatti nők körében a leggyakoribb. Nemzetközi adatok alapján az átfertőzöttséget 9–13% közöttinek becsülik. Magyarországon az elmúlt évek rákszűrési keneteit elemezve több mint 5%-ban észleltünk HPV-fertőzésre utaló jeleket. Noha a fertőzés általában magától gyógyul, hatására rákmegelőző állapotok alakulhatnak ki a méhnyakon, amelyekből kezelés hiányában 2-3 évtized alatt kifejlődhet a méhnyakrák, de nem egyforma erősséggel, és sokszor csak hosszú lappangási idő alatt. A szexuális úton történő fertőzést követően, 6-8 hónapos inkubációs idő után a vírus genetikai anyaga bejut a sejtmagba, és önálló replikációra képessé válik. Az aktív fázisban arra fogékony egyénekben jellegzetes sejtelváltozásokat okoz. Mintegy hat hónap után a gazdaszervezet immunreakciói lelassíthatják vagy teljesen le is állít-

hatják a vírusexpressziót. A késői fázisban, körülbelül kilenc hónap elteltével a betegek egy része tartósan tünetmentes marad, másoknál elindul a rosszindulatú átalakulás. A HPV olyan, sejtmaghoz kötött organizmus, amely szükségszerűen fertőz meg osztódásra képes hámsejteket, hogy fenntartsa saját magát.

A nemi úton terjedő HPV-vírusfertőzés megelőzése a monogámia és a konzekvens óvszerhasználat révén oldható meg, ezek azonban a mai szexuális szokások mellett társadalmi szinten nem jelentenek kielégítő prevenciót. Az elmúlt évek tudományos kutatásainak eredményei, úgy tűnik, nagy áttörés hozhat a megelőzésben: komoly esélye van, hogy rövidesen elérhetővé válhasson a HPV-fertőzést kizáró védőoltások. Ezek a vakcinák elsősorban a leginkább rosszindulatú vírustípusok ellen nyújtanak védelmet.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a téma jelentőségére tekintettel konzíliumot hívott össze a HPV-oltás bevezetéséről, azonban a döntés meghozatalához kulcsfontosságúnak vélt néhány fontosabb közegészségügyi kérdést. Azok a vizsgálatok, amelyek választ adhatnak ezekre a kérdésekre, már folyamatban vannak, illetve tervezésük már a befejező stádiumban tart. Szükség van egyrészt olyan eszközrendszerre, amelynek segítségével a megfelelő tájékoztatás nyújtása érdekében a különböző országok felmérhetik a helyi lakosság méhnyakrákkal és HPV-oltással kapcsolatos ismereteit és hozzáállását, másrészt pedig olyan módszerekre, amelyekkel a HPV-vakcina hatékonyságának az engedélyeztetést követő, különböző körülmények között történő vizsgálata elvégezhető. A konzílium javasolta, hogy a különböző rasszokhoz tartozó, kilencévesnél fiatalabb korosztály körében is végezzenek nagyon hosszú követési idejű vizsgálatokat, hogy meghatározhassák a védettségi idejét és az emlékeztető oltások szükségességét. Az ilyen hosszú távú vizsgálatok logisztikai nehézségei ellenére az iskolakezdekscor vagy az az előtt adott oltás nagy lefedettséget biztosítana, és így megnövelné a védőoltásprogramok hatékonyságát – különösen a szegényebb országokban.

Bizonyos irányelvek kialakítása szükséges a különböző országok döntéséhez arról, beépítsék-e a HPV-védőoltást immunizációs programjukba, milyen stratégiákra van szükség a vakcina megfelelő helyre juttatásához, milyen szerepet foglal majd el a HPV-vakcina az méhnyakrák elleni átfogó programban, és milyen módszerekre van szükség a HPV-oltás programjának ellenőrzéséhez és kiértékeléséhez. A HPV-vakcina további segítséget jelenthet a méhnyakrák okozta halálozás és megbetegedések számának csökkentésében, de nem feltétlenül helyettesíti a szűrést és a korai kezelést. A HPV-oltás használatával kapcsolatos irányelveket az immunizációs programok, a serdülők ellátásának és a szülészet-nőgyógyászat és a rák elleni programok hazai és nemzetközi szintű integrációjával kell kidolgozni és alkalmazni.

A már meglévő fejlesztési eredmények reményt adnak arra, hogy a védőoltás a rosszindulatú HPV-fertőzést, ezen keresztül a HPV okozta méhnyakrákot száz százalékban képes lesz megakadályozni, alkalmazásával kapcsolatban pedig eddig még nem merült fel biztonságossági kétely.

A szaktárca és az üzleti szféra együttműködése a védőnők élet- és munkakörülményeinek javításáért

A védőnők évtizedek óta fontos szerepet töltenek be a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjú és a családvédelemben. Munkájukat területi elv alapján, országos lefedettséget biztosítva végzik.

Egy éve, 2005. január 1-től a területi védőnői ellátás tevékenységét új szakmai rendelet (49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet) szabályozza, ezzel összhangban 2005. június 1-től új finanszírozási rendelet lépett hatályba. A szakmai változtatás célja az volt, hogy oda csoportosítsuk át azokat az ellátási formákat, ahol az ellátási igény ténylegesen jelentkezik. A védőnők gondozottainak 60%-át az oktatási intézményekben látják el, az új struktúra kialakítása is ennek megfelelően történt, ezért az iskolavédőnői szolgálatok száma 375-ről 842-re emelkedett. Ezzel összhangban a területi védőnői szolgálatok száma az átszervezést követően 4595-ről 4110-re csökkent.

Az új rendszer sokkal igazságosabb elosztást tesz lehetővé és sokkal rugalmasabban képes alkalmazkodni a területen jelentkező változásokhoz is, mert a korábbi fix díjazást felváltotta az ellátandó feladat nagyságával korreláló létszamarányos díjazás. Ennek megfelelően a védőnői kassza 2,340 milliárdnyi növelésével egy igazságos, valóban a feladat nagyságához igazodó rendszert léptettünk életbe, mely a 2005. év teljes védőnői kasszáját tekintve 2,9 milliárdos növekményt jelentett. A védőnői ellátás színvonala, eredményessége fontos szerepet tölt be a jövő generáció és a lakosság egészségi állapotának alakulásában. A területi védőnők a legfontosabb életszakaszoknál – a gyermekvárásnál, az újszülött fogadásánál, a családi élet kialakításánál, a gyermekek óvodába/iskolába menetelénél, az ifjak családi életre való felkészítésénél – vannak jelen a család életében.

Az iskola védőnők az oktatási intézményekben a 6-18 éves tanulók iskola-egészségügyi ellátásában vesznek részt. A Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program keltitűzései között meghatározott feladatok végrehajtásához, a gyermekek egészségét javító prog-

ramok megvalósításában, fontos a védőnői tevékenység átfogó, hatékony működésének biztosítása.

Az ellátást nyújtó védőnők száma:

- körzeti védőnők száma: 4110 fő
- iskola védőnők száma: 842 fő
- összesen: 4952 fő

A védőnők által végzett tevékenység társadalmi fontosságát és jelentőségét felismerve **a kormány 2,9 milliárdos többletforrást biztosított** az átszervezések fedezetéül, valamint a védőnői szolgálatok működőképességének fenntartására. Azonban az elmúlt évtizedekben kialakult hiányszágok kiküszöbölésére továbbra is minden lehetőséget szükséges megragadnunk, ezért is vettük örömmel az üzleti szféra néhány szereplőjének az ajánlatát, mert úgy véljük, hogy segítségükkel valóban javítani lehet a védőnők élet és munkakörülményein.

2006. március 17-én került sor az együttműködési megállapodás aláírására a szaktárca és az üzleti szféra képviselőinek részvételével, amelynek eredményeképp a jövőben az aláíró cégek anyagi támogatást biztosítanak a minisztérium által meghatározott célok megvalósítása érdekében. Ezek az alábbiak:

- szakmai továbbképzések szervezése
- szakmai segédanyagok, tájékoztató füzetek készítése
- szakmai rendezvények szervezése
- mobil telefon biztosítása
- számítógép/laptop biztosítása
- önszegélyező pénztáron keresztül pénzbeli támogatás biztosítása a védőnők számára

Az együttműködő partnerek:

Naturland Magyarország Kft., Felicitas Kft., Magyar Telefonknyvtárközpont Társaság, Babainfo Magazin, SCA Hygiene Products Kft.

Célunk az, hogy a cégek által biztosított támogatási összegek az utolsó forintig eljussanak a védőnőkhöz.

» **Egészségügyi Minisztérium Sajtó és Kommunikációs Főosztály** «

A praxisok szerepe a Nemzeti Rákellenes Programban

Az alapellátásban dolgozók közül egyeseknél a kutatás és a továbbképzések hiányosságai miatt hiányosak az ismeretek a megelőzés módszereiről, a komplex terápiáról vagy a rehabilitációs lehetőségekről. A „Nemzeti Rákellenes Programban” vannak jelzések a háziorvosi szűrő, gondozói funkciókról és találunk utalásokat a társadalmi visszailleszkedésben, az életminőség javításában meglévő lehetőségekről. Másrésztől számos szakmai, emberi, etikai és morális kötelességekről viszonylag kevés szó esik.

Megelőzés, Szűrés

A. Elsődleges megelőzés

Olyan társadalmi feladat, ahol megvan valamennyiünk közös felelőssége. A háziorvos különösen sokat tehet az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeret-terjesztésben. Így befolyásolhatja a helytelen táplálkozást, a mozgáshiányt és lelki intolarenciát egyaránt. Az első vonalban van az egészségvédelemben, azaz, a dohányzás, italozás, indoktalan gyógyszerfogyasztás mérséklésében. Az egészségügyi szolgáltatások észre-rű felhasználásának elfogadtatására is számos nevelési lehetőség van, ami idővel s következetességgel alakítja majd honfitársaink, a társadalom hozzáállást az egészség védelméhez.

Úgy gondolom, hogy amikor praxisban figyelmeztetünk a személyi, környezeti higiénia betartására, foglalkozunk az egészségneveléssel, az egészséges életmódra szoktatással, utalunk a környezeti egészségkárosító okok kerülésére vagy a káros szokásoktól, szenvedélyektől akarjuk megszabadítani a betegeinket, érdemi elsődleges megelőzést folytatunk.

Az un. „önkéntes leszoktató programokkal” és a „visszaautasítás technikájának” megantításával, különösen a gyerekeknél, a fiataloknál lehetünk sikeresek. Eredményesek azok akik, a káros szenvedélyektől, szokásoktól kívánja megszabadítani a betegeit, érdemi elsődleges megelőzést folytat. Ilyen például: „önkéntes leszoktató programokat” szervezhet vagy kiscsoportos foglalkozások keretei között megtaníthatja a „vissza-utasítás technikáját”. Különösen fontosnak tartom az alapellátás lehetőségeit a gyerekeknél és a veszélyeztetett fiatal korcsoportokban. Megelőzhetővé válnak a szenvedélybetegségek, a medicinális- szociális és morális aszocializálódás. Itt elsősorban a drog, alkohol-fogyasztás, a nikotinizmus, altató és nyugtató fogyasztás területén érhető el maradandó eredmények.

Nem felejtezzünk el az elhízás kóroktani szerepéről sem, pl.: vastagbél-, emlő-, vese-, nyelcsődaganatok eseteiben. A háziorvos kötelessége a testtömegindex emelkedés figyelemmel követése is. Az inaktivitás gyakran fokozza a daganat kialakulás kockázatát, különösen, ha nem megfelelő minőségű táplálkozással társul. Elsősorban a rost, zsírtartalom, a zöldség-gyümölcs mennyiség, minőség, a teljes értékű gabonafélék

fogyasztásának a mértéke befolyásolhat. Ismert az anti-oxidánsok szabadgyökök közömbösítő szerepe illetve a túlzott mennyiségű DNS károsító hatása. Mindezek hatásait progresszíven növelhetik a helytelen táplálkozási szokások, így a napi ritmus, az energetikai és minőségi összetevők illetve életkor harmónia. Ne felejtezzünk el a fertőzések szerepéről sem. A méhnyakrák kialakulásában a humán papilloma, a májrák egyes eseteiben a hepatitis B-C, számos daganat kialakulásában az EBV vírusnak van provokáló funkciója.

A háziorvosnak a rendszeres kapcsolattartások folytán adottak a lehetőségei egy folyamatos beteg kapcsolattartásra és így az egészségkárosító tényezők mérséklésére, az egészségkultúráltság elfogadtatására. Közvetlen a hatása a civil szervezetekre, vallási közösségekre, a mikrotértség szociális viszonyaira, azaz a felelőtlen, önkárosító magatartás korrekciójára.

B. A másodlagos megelőzés

Ennek a célja a tüneteket, panaszokat még nem okozó daganat előtti állapotok illetve daganatok megtalálása, azaz kiszűrése. A pozitív eredmény midig valószínűsít, de egyúttal esélyt is teremt, ha a szűrés érzékeny (szenzitív) és fajlagos (specifikus). Segítségével növelhető az incidencia.(egy év alatt diagnosztizált új megbetegedés szám), s a korai felismeréssel elérhető a túlélési idő meghosszabbodása is. Másrésztől csökken a mortalitás és javulnak az életminőség bizonyos paraméterei, humanizálódik az ellátás. A közpénzből finanszírozott szervezett szűrések hazánkban jól beillesztettek az ellátórendszerünkbe. Mindig és mindenkor megtervezettek, célszerűen végrehajtottak az életkor(veszélyeztetett korcsoportokra hangoltan), s ugyanakkor személyre szabottak valamint népegészségügyi szempontból is racionalizáltak.

Az alábbiakban röviden kiemelném a legfontosabb paramétereiket:

- 1.) Az emlőszűrés a 45-65 éves hölgyeknél a legkivánatosabb mammográfiával, telepített állomásokon illetve szűrőbuszok segítségével, kétfévente.
- 2.) A vastag- és végbél szűrés az 50-70 éves nőknél, férfiaknál két évente indikált. A fizikális vizsgálathoz társul a széklet immunkémiai diagnosztikája.
- 3.) A méhnyakrákszűrés a 25-65 éves női korcsoportokat célozza meg, egyre jobb részvételi eredményekkel.

Véleményem szerint az említetteknek jobb be lehetne vonni a háziorvosokat. Egyrészt nőne az átszűrtség, mobilizáltatónak válnának a nehezebben megszólíthatók és javulna a folyamatosság is.(ilyen tapasztalatokat szereztünk az IBR-ben is, ahol modell bizonyos hiányosságai mellett!) Sokakkal egyetérték, amikor ajánlom emlő-, méhnyakrák szűrésekben részvételt biztosítani a védőnőknek, szakápolóknak és különösen a szülészneknek.

A legtöbb vita az un. alkalmoszerű szűrésekkel kapcsolatban van. Egyes régiókban, kistérségekben évek óta folynak s az IBR is számos ilyen próbálkozást mutatott meg. Ma már kidolgozásra kerültek a szakmai protokollok s érvényesül az „Evidence Based Medicine” gyakorlata is. Engedtések meg ezekről is szót ejtenem.

- 1.) A szájüreg szűrése elsősorban fogszakorvosi feladat, de vannak kötelességei a háziorvosnak is, különös tekintettel a halálozás drámai növekedésére.
- 2.) A prosztata szűrésben való részvételünket fontosnak és célszerűnek tartom, mivel a körülmények megteremthetők, gyorsan és nagy létszámú beteganyagnál el tudjuk végezni. Természetesen törekedjünk itt a biztonságra, és sohasem negligáljuk a betegek panaszait.
- 3.) Az előzőhöz kapcsolnám, a praxis előszűrési lehetőségeit a here, a bőrbetegségek szűrésénél. Utóbbi, melanoma gyanús esetek kiemelásával kifejezetten életmentő lehet! Étvágytalanság, a viszketés, a hasmenés, a vérszegénység... stb csökkentésében.

Nem szabad elfelejtenünk a korrekt, humánus, empatikus kommunikációs felelősségünkönk sem. Napjainkban már megtalálta helyét az „alternatív medicina” is, aminek a daganatos betegellátásban meg van a maga helye, szerepe. A háziorvos figyeljen oda a reális, igazolt alkalmazási módokra, szükség szerint befolyásolja a szakmai protokollok szerint.

Hazánkban is kiépülőben vannak a hospice (palliatív) ellátás szintjei, intézményei. A csoport (mobil-team), az otthoni és az osztályos helysyrűeknek egyaránt megvannak a funkciói. Nyilvánvalóan a háziorvos az otthoni ellátásba tud a leginkább bekapcsolódni. Sokunkban megvan erre az igény és remélem egyre többen tartjuk majd hivatásunkból adódó szakmai, emberi kötelességünknek.

Összefoglalás

Remélem számos lehetőségre tudtam felhívni a figyelmet, amikor elmondtam véleményem ezen „felzárkóztatási programról”. Kétségtelen, hogy a megelőzésben, a szűrésekben, való aktív részvétellel, sokkal több lesz a munkánk. Biztos vagyok abban, hogy jó szándékkal erre is megtalálhatók a finanszírozási források. A követelmények egyensúlyba hozhatóak lesznek, a lehetőségekkel és az elismertséggel. Az ellátó rendszerek, a civil szféra és a társadalom igényei, elvárásai idővel összhangba kerülnek. Az összefogás kialakításában, az „egészség hidjának a felépítésében”, a háziorvosi praxisok pótolhatatlanok. Önbecsülést teremtek, jogkövető magatartást mutatók, konszenzust kialakítók és szemléletformálók illetve fenntartók.

» Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő, háziorvos szakfelügyelő főorvos «



„Évente több mint harmincezen halnak meg rákos betegségben. Egy vizsgálattal talán a legrosszabb is elkerülhető. A PET/CT már a néhány milliméteres daganatot is kimutatja. A korai felismerés életet menthet. A rák legyőzhető!” – hangzott és hangzik a közszolgálati és kereskedelmi televíziókban a reklámszöveg, amelyben a Pet Pozitron Diagnosztika Kft. népszerűsítette – egyébként nem olcsó – egészségügyi szolgáltatását. Ennek kapcsán a közelmúltban elindult egy polémia az egészségügyi szolgáltatások reklámozásának etikai kérdéseivel kapcsolatban. Sokan visszásnak vélik a laikusok figyelmét így felhívni az egyébként kétségtelenül fontos rákszűrés diagnosztikára. A reklámszöveg hozzávetőleges idézése mellett is magára ismert a diagnosztikai centrum, s úgy gondolta: a kérdés vitára érett és felveszik a kesztyűt.

Tombor Bálint, a cég ügyvezető igazgatója elmondta, az ötlet formabontó, Magyarországon egészségügyi tevékenységet ilyen módon még nem reklámoztak. Nem látják be, hogy egy hirdetés – amely nálunk még újszerű – az emberek ezreinek életére kiható vizsgálatot népszerűsít, miért lenne etikátlan, miért okozna kárt? Valójában ezzel a magánszektor próbálja pótolni az állam egészségügyi szolgáltatásainak hiányosságait, korlátozottságait, amely nem tudja teljeskörűen ellátni ezzel a fejlett diagnosztikával a rászorulókat. A cégvezető hozzátette, hogy sem a Gazdasági Versenyhivatal, sem az orvosi kamara etikai kódexe nem tiltja az ilyesfajta hirdetéseket.

– Elmondjuk, hogy mi várható a vizsgálatról, s azt is, hogy kockázat nélkül igénybe lehet venni. Aki bejelentkezik, a lehető legtöbb információt megkapja munkatársainktól – reagált Tombor Bálint, aki szerint a jelenlegi szabályozási rendszer sokáig már nem tartható fenn. Fazekas Ildikó, az Önszabályozó Reklám Testület elnöke szerint is időszerű a helyzet rendezése. – Mindenkinek pontosan tudnia kell, s fontos, hogy akarja is tudni, hogy mire van ma lehetősége, illetve mit tehet saját maga az egészségéért. A reklámnál döntő, hogy pontos legyen, és semmiképpen se félrevezető – mondja a reklámszakember. Mindössze egy-két egészségügyi reklám került a testület elé, így komolyabb gyakorlat e tekintetben nem alakult ki. – Egy vesekőzúzó eljárás reklámját nem támogattuk, de azt is inkább azért, mert szükségétellenek ítéltük.

Kásler Miklós, az Országos Onkológiai Intézet főigazgatója csak hallomásból ismeri a reklámfilmet, de annak szövegét látva semmilyen szakmai kifogásolnivalót nem talált. Etikailag azonban általánosságban nem helyesli az egészségügyi szolgáltatások reklámozását. – A PET/CT-vizsgálatokról rendszeresen folynak a szakmai egyeztetések, ismeretterjesztés arról, hogy mikor és kinél indokolt elvégezni. Ebben egyetértés is született. Az egyetértelmű, hogy a vizsgálat a szűrés kritériumainak nem felel meg, ahogyan az is, hogy mindenkinek joga eldönteni, akár egészségesen is, hogy kifizeti-e a vizsgálat borsos árát. Más azonban a reklám, és más a tájékoztatás. Annak, aki az egészségügyben dolgozik, szerintem etikátlan bármilyen tevékenységét reklámozni – véli a főigazgató.

OTS

HPV teszt

Nemzetközi elismerést kapott egy kis magyar cégnek a méhnyakrák megelőzését segítő vírusesztyje. A világ egyik legtekintélyesebb amerikai piacelemző vállalata, a Forst and Sullivan a molekuláris diagnosztikában jelentős újdonságot piacra hozó céként méltatta a magyar feltalálókat.

Az alig tucatnyi emberrel dolgozó hazai vállalkozásnak multinacionális versenytársakat sikerült megelőznie Mint ismeretes, a méhnyakrákot leggyakrabban egy szexuális úton terjedő vírustörzs, az úgynevezett HPV valamelyik típusa okozza. A nők többsége éllete során legalább egyszer találkozik a szexuális érintkezéssel terjedő kórokozóval, de nem tud róla, mert a vírustörzés általában magától elmúlik. Hatására azonban a méhnyakat borító hámsejtek kontrollálatlanul szaporodni kezdenek, és néhány év alatt rosszindulatú daganattá válnak. Kísérletek szerint a több mint 70-féle HPV-vírus közül 35-féle képes megfertőzni a nemi szerveket, és ezek közül 19 biztosan rosszindulatú daganatot okozhat. Ezek mindegyikének jelenlétét mutatja ki mindössze három óra alatt, 95%-os megbízhatósággal a magyar szabadalom. Az új HPV-teszt már szabadalmilag védett, s heteken belül európai forgalomba hozatali engedélyt kaphat.

OTS Cégvonal

Új diagnosztikai eszköz a méhnyakrák felderítésére

A méhnyakrák az egyik leginkább megelőzhető rákfajta. Korai felismerése és műtéti kezelése megelőzheti áttéteket képző rák kialakulását. Az Egyesült Államokban most törzskönyveztek egy új képalkotó eljárást, mely alkalmas a méhnyakrákot megelőző állapot felismerésére. Az FDA törzskönyvezési eljárásának alapja egy klinikai kísérlet volt, amelyben 193 nő vett részt.

A LUMA-rendszert a kolposzkóppal együttes használatra javasolja a gyártó. A cég által elvégzettetett kísérlet során bebizonyosodott, hogy az eljárással olyan eseteket is ki lehet deríteni, amelyeket a kolposzkóppal nem. Az 50 rákmegelőző állapot közül a kolposzkóp 41-et azonosított, míg a LUMA a fennmaradó 9-et is.

Az eszköz megvilágítja a méhnyakat, és azt elemzi, hogyan reagálnak a méhnyak különböző területei erre a fényre. Ezek után szintériképet készít, amely segít az orvosnak eldönteni a biopszia helyét. A térkép színei és mintái alapján a szakorvos különbsége tud tenni az egészséges és az esetleg beteg szövet között. Az orvos először kolposzkópos vizsgálatot végez, és azonosítja a biopsziára szánt területeket. Ezek után értékeli a LUMA által készített képet, hogy megállapítsa, vannak-e még további olyan területek, ahol biopszia elvégzése ajánlatos.

FDA News

Az emlőrák szűrésnél sok a téves pozitív diagnózis

Svéd kutatók szerint tíz nő közül, akinél mammográfiás szűréssel emlőrákot állapítottak meg, egy tévesen kap pozitív diagnózist.

A kutatók a 10%-os téves diagnózis tényét egy az összlakosságot alapul vevő malmói kísérletben állapították meg. Ez azt is jelenti, hogy olyan eseteket is felderítettek, melyek a szűrés nélkül soha sem kerültek volna a klinikai figyelem látóterébe. Széleskörű az egyetértés, hogy a mammográfiás szűréssel csökkenthető az emlőrák halálozása, írják a kutatók, de az emlőrák klinikai és közegészségügyi problémáinak vitája során a túldiagnosztizálással is foglalkozni kell.

A túldiagnosztizálás egyik fő oka a feltárás időpontja. A más betegségekben bekövetkező halálozások miatt egyes esetek soha sem kerültek volna a klinikus látóterébe. Az is előfordul, hogy bizonyos esetek nem haladnak előre, és szűrés nélkül nem derítették volna fel őket. A kísérletben 42 283 nő vett részt (életkoruk az induláskor 45-69 év volt), a vizsgálat időpontja 1976-1976. A nőket további 15 éven át követték. A kutatók a fenti adatok mellett az is megállapították, hogy a szűrt csoportba tartozó nőknél 10 százalékos volt a mind invazív, mind in situ, tehát nem továbbterjedő emlőrák előfordulása is.

Tb-finanszírozás a fővárosi centrumokban is

Március közepétől fogadhatnak közfinanszírozással beutazókat a fővárosi PET-CT-központok, aláírták ugyanis a vizsgálatok egészségbiztosítási támogatásával kapcsolatos szerződést.

Így a 250 ezer forintos vizsgálati díjat az állam fizeti a két budapesti és – ahogy eddig is – a debreceni centrumban. Az idén a három helyen összesen 3200 vizsgálat díját téríti meg az egészségbiztosító. Az orvosok által javasolt vizsgálatot az úgynevezett PET-biztoságnak kell jóváhagynia. Az indokoltnak ítélt beutalók az országos várólistára kerülnek, s innen választják ki betegeiket a centrumok. Galuska László professzor, az Országos PET szakmai bizottság elnöke elmondta, hogy az országos várólistán körülbelül száz-százötven beteg van, a várakozási idő maximum néhány hét, ami csökkenhet a fővárosi centrumok indulásával.

OTS

Érted szól e nap Egészségügyi Dolgozó!

Egészség Világnapja 2006

A Világ egészségügyi helyzetéről szóló jelentés aláhúzza annak szükségességét, hogy többet fektessünk be az egészségügyi munkaerőbe, javítsuk munkakörülményeit, újítsuk meg a képző intézményeket és készsüljünk fel a jövő kihívásaira.

Az egészségügyi munkaerő súlyos hiánya 57 országban megkérdőjelezi még az alapvető, életmentő ellátások nyújtását is, beleértve a gyermekkori védőoltásokat, az anyák biztonságos várandóssági és szülési ellátást, illetve a HIV/AIDS, malária és tuberkulózis kezeléshez történő hozzáférést. A munkaerőhiány, együttesen a képzés és tudás hiányosságaival, jelentősen gátolja az egészségügyi rendszereket abban, hogy hatékonyan reagáljanak a krónikus betegségekre, a madárinfluenzára és egyéb egészségügyi kihívásokra, írja a Jelentés a Világ Egészségéről 2006 – Az egészségért dolgozunk, címmel az Egészségügyi Világszervezet (WHO).

További több mint négy millió orvosra, nővérré, szülésznőre, menedzserre és népegészségügyi szakemberre lenne sürgősen szükség ahhoz, hogy az elmaradásokat megszüntessük ebben az 57 országban, amelyből 36 a szaharai Afrikában van – írja a jelentés, amelyet világszerte számos városban különböző rendezvényeken mutatnak be az Egészség Világnapja alkalmából. Minden egyes országnak fejlesztenie kell az egészségügyi személyzetet alkotó orvosok, nővérek és egyéb szakdolgozók munkaerő-tervezésére, oktatására és foglalkoztatására vonatkozó módszereit, valamint jobb munkakörülményeket kell teremteni számukra – következtet a jelentés.

„A Világ lakossága növekszik, ugyanakkor az egészségügyi dolgozók száma stagnál, vagy még inkább csökken, számos esetben pontosan azokon a helyeken, ahol a legnagyobb szükség lenne rájuk” – mondta Dr. LEE Jong-wook, a WHO főigazgatója. „A fejlődő világban az egészségügyi dolgozók gazdasági nehézségekkel, romló infrastruktúrával és társadalmi nyugtalansággal szembesülnek. Sok országban a HIV/AIDS járvány az egészségügyi dolgozók egészségét is tönkretette, vagy elvette életüket.”

A Jelentés a Világ Egészségéről 10 éves tervet vázol fel a válság kezelésére. Felszólítja az országok vezetőit, hogy sürgősen alakítsák ki és valósítsák meg az egészségügyi munkaerőre vonatkozó nemzeti stratégiájukat. Ezek megvalósításához nemzetközi donor támogatásra van szükség. A fertőző betegségek, valamint a terhesség és szülés alatti komplikációk évente mintegy 10 millió ember halálát okozzák. Az egészségügyi dolgozók jobb hozzáférhetősége számos ilyen halált megelőzhetne. Egyér-

AZ EGÉSZSÉGÜGYI MUNKAERŐ HIÁNYA SZÁMOS ORSZÁGBAN MEGAKADÁLYOZZA, HOGY SIKERESEN FEL LEHESSEN VENNİ A HARCOT A BETEGSÉGEKKEL SZEMBEN, ÉS JAVÍTANI LEHESSEN A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT – FIGYELMEZTET AZ ÚJ WHO JELENTÉS.

telmű tények igazolják, hogy az egészségügyi dolgozók lakosság számhoz viszonyított arányának növekedésével együttesen növekszik a csecsemők, gyermekek és anyák életben maradási esélye.

„Ahol a legnagyobb szükség van rájuk, ott nem képeznek és alkalmaznak elegendő egészségügyi dolgozót, és egyre többen csatlakoznak a képzett szakemberek »agyszívásában« érintettek csoportjához és vándorolnak el jobban fizetett állásokba, gazdagabb országokba, akár a szomszédba, akár a gazdag iparosodott államokba. Feltehetően ezek az országok fokozatosan növekvő számú külföldi szakembert vonzanak, tekintetbe véve előregedő lakosságukat, akik egyre több tartós ápolást igényelnek” – mondta Dr. Timothy Evans, a WHO főigazgató helyettese.

A válság kezelése érdekében több, az egészségügyi dolgozók képzését és támogatását szolgáló, közvetlen befektetésre van szükség. Kezdetben a pénzeket több egészségügyi dolgozó képzésére kell fordítani. Amint ők végeznek és belépnek a munkaerőpiacra, forrásokra lesz szükség bérük kifizetéséhez. A komoly munkaerő-gondokkal küzdő 57 országban az egészségügyi költségvetés évente, személyenként legalább 10 USD mértékű emelésére lesz szükség, hogy az elmaradás felszámolásához szükséges négy millió egészségügyi dolgozó képzését és bérét fizetni tudják. Ezen célkitűzés 20 éven belül megvalósítása ambiciózus, de ésszerű cél, vonja le a következtetést a Jelentés.

Az elmaradás felszámolásának finanszírozása jelentős mértékű célzott, és kiszámíthatóan rendelkezésre álló pénzeszközt igényel, mind nemzeti forrásokból, mind pedig a nemzetközi fejlesztési partnerektől. A Jelentés ajánlása szerint, az összes jövőbeni egészségügyi célú pénzadomány 50%-át az egészségügyi rendszerek megerősítésére kell szánni, és ennek 50%-át kifejezetten az egészségügyi munkaerő képzésére, megtartására és kiszámítható, fenntartható finanszírozására kell fordítani.

Világszerte legalább 1,3 milliárd ember nélkülözi a legalapvetőbb egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférést, gyakran azért, mert nincs egészségügyi dolgozó. A hiány világméretű, de legnagyobb a teher azon országokban, amelyeket a szegénység és a betegség legjobban súlyt, és ahol az egészségügyi dolgozókra a legnagyobb szükség lenne. A legsúlyosabb a hiány a

szaharai Afrika országaiban, amelyekben a világ lakosságának 11%-a él, a világ betegség-terhének 24%-át viselik és a világ egészségügyi dolgozóinak mindössze 3%-a dolgozik náluk.

A Jelentés azonnali és innovatív kezdeményezéseket sürget a hatékonyság javítása érdekében. Például, a HIV/AIDS, tuberkulózis és egyéb kiemelten kezelt betegségekkel foglalkozó programok során olyan munkamódszereket alakítottak ki az alacsony képzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozók részére, amelyek alkalmazásával sikeresen tudnak végrehajtani meghatározott egészségügyi feladatokat. Ezen tapasztalatokat hasznosítani kell a nemzeti egészségügyi munkaerő stratégiák kialakítása során. A Jelentés a Világ Egészségéről ajánlása szerint annak érdekében, hogy elérjük a célt és „a megfelelő készségekkel rendelkező, megfelelő dolgozót a megfelelő helyre tegyük, hogy megfelelő tevékenységet végezzon”, az országoknak olyan terveket kell készíteniük, amelyek magukban foglalják az alábbiakat:

- Növelni kell a munkaerő hatékonyságát: az egészségügyi dolgozók számára jobb munkakörülményeket, nagyobb biztonságot, az ellátáshoz és gondozáshoz való jobb hozzáférést kell biztosítani;
- Fel kell mérni, hogy mi vár ránk: jól előkészített tervre van szükség a jövő egészségügyi munkaerőjének képzéséhez;
- A kellő kapacitást meg kell teremteni: ehhez munkaerő tervezés; a vezetés és menedzsment fejlesztése; a minőség javításának elősegítése érdekében szabványosítás, akkreditáció és engedélyezési eljárások szükségesek.

A nemzeti stratégiákon túl a jelentés sürgeti a világméretű együttműködést:

- Közös befektetéseket a kutatásba és az információs rendszerekbe;
- Megállapodásokat az etikai szabályoknak megfelelő toborzásra és a migráló egészségügyi dolgozók munkakörülményeire vonatkozóan, valamint az egészségügyi munkaerőre vonatkozó nemzetközi tervezést a humanitárius krízis helyzetek és a világ egészségét fenyegető veszélyek, például influenza pandémia esetére;
- A donor országok elkötelezettségét, hogy erőfeszítéseikkel segítik a válságban lévő országokat az egészségügyi munkaerő fejlesztésében és támogatásában.

WHO KÖZLEMÉNY – GENF/LUSAKA/LONDON

Az Egészségügyi Világszervezet az egészségügyi dolgozók fokozottabb támogatására szólít fel

Április 7-én ünnepli a nemzetközi közösség az Egészség Világnapját. Ebből az alkalmából veszi kezdetét „Az egészségért dolgozunk” című kampány, amely az egészségügyi munkaerőt állítja a középpontba és tiszteleg előttük azért a vitathatatlan szerepért, amelyet az emberek milliói életének megmentésében, jobbításában játszanak. A Jelentés a Világ Egészségéről rávilágít arra az emberi erőforrás válságra, amellyel az egészségügyi rendszerek világszerte szembesülnek.

„Ha erőteljes egészségügyi rendszereket akarunk, az orvosokba, nővérekbe, gyógyszereszekbe, szülésznőkre és más egészségügyi szakemberekbe kell befektetnünk – oktatásukba, képzésükbe és a munkahelyi környezetbe” – mondja Dr. Marc Danzon, a WHO európai regionális igazgatója. „Erős és fiatal egészségügyi munkaerő nélkül az egészségügyi haladás eredményei nem jutnak el az azt igénylőkhöz, és nem adható hatékony válasz olyan problémákra, mint a pandémias influenza, a HIV/AIDS, a több gyógyszerre rezisztens tuberkulózis és az elhízás.”

Az egészségügyi munkaerő hiánya és aránytalan megoszlása jelenti az egyik legsúlyosabb keresztmetszetet a Millenniumi Fejlesztési Célok és a betegségekkel kapcsolatos kiemelt célkitűzések megvalósítása során. Általában túl kevés az egészségügyi dolgozó, és sok beteg nem részesül egészségügyi segítségben az egészségügyi személyzet hiánya miatt, vagy azért, mert az egészségügyi dolgozók nem kapnak elegendő támogatást készségeik naprakészen tartásához, az új technológiai fejlődést is figyelembe véve. Becslések szerint az Egyesült Királyságban 2008-ban 35 000 nővér fog hiányozni. Finnország nemzeti egészségügyi ellátórendszerében 2010-re 112 000 nővérrel lesz kevesebb a szükségesnél.

A régió keleti részén élők közül sokan elhagyják országukat magasabb fizetést keresve. Egy 2002-ben, a Cseh Köztársaságban, Magyarországon, Litvániában és Lengyelországban orvosok körében végzett felmérés eredményei azt mutatják, hogy a válaszadók negyede-fele tervezte, hogy nyugatra vándorol, ugyanakkor 4-10% körül volt azok aránya, akik ténylegesen elhatározták, hogy külföldre mennek dolgozni.

A dolgozók átlagéletkora növekszik. Komoly gondot okoz, hogy az egészségügyi rendszerek nem tudták magukhoz vonzani és megtartani a fiatal nővéreket. Dániában, Izlandon, Norvégiában, Svédországban és Franciaországban a nővérek átlagos életkora 41-45 év. Az Egyesült Királyságban csaknem felül 40 év feletti és minden öt nővérből egy 50 éves vagy annál idősebb. Lettországon a nővérek több mint 30%-a nyugdíjkorhatár előtt van, míg mindössze 6%-uk 29 év alatti. Hasonló trendeket jelentettek az orvosok körében is. Míg 1985-ben a francia orvosok 55%-a volt 40 év alatti, ez az arány 2000-re 23%-ra csökkent. Egy, az Egyesült Királyságban

végzett felmérés azt mutatta, hogy 2001-ben az egészségügyi dolgozók mindössze 19%-a volt 40 év alatti és az 50 év felettiek mintegy 40%-a a következő 10-15 évben feltehetően nyugdíjba vonul.

Dr. Nata Menabde, a WHO Európai Régiójának regionális igazgató helyettese megjegyezte, „Mindez olyan időszakban történik, amikor az országok új egészségügyi problémákkal szembesülnek a demográfiai változások, a változó betegség struktúrák, az új technológiák és a fogyasztók változó elvárásai tekintetében, a politikai és gazdasági környezet átalakulása, az európai integráció és a bővítés, a globalizáció és a gazdasági nehézségek összefüggés-rendszerében. Az egészségügyi emberi erőforráshoz kapcsolódó számos kérdés háttérbe szorult az elmúlt években, most azonban ideje szembenézni velük! A tagállamok kérésére 2008-ban európai miniszteri konferenciát rendezünk az egészségügyi rendszerekről. Az egészségügyi ágazat humán erőforrása napirenden lesz.”

Információforrások, globális és regionális rendezvények az Egészség Világnapja alkalmából:

A WHO és regionális irodái számos figyelemfelhívó tevékenységet szerveztek az Egészség Világnapja alkalmából. Az Egészség Világnapja ünnepségének fő helyszíne április 7-én Lusaka, Zambia. A WHO Európai Régiójában a központi ünnepség helyszíne Londonban volt.. Egy új Emberi Erőforrás Szövetség került meghirdetésre az egészségügyi munkaerővel kapcsolatos nemzeti kezdeményezések támogatására. Ezzel párhuzamosan az Európai Régió számos országában népszerűsítő megmozdulásokra került sor.

A tevékenységekről való jobb tájékoztatás érdekében a témában rendelkezésre álló ismeretek és ennek érdekében információk anyagok összeállítására került sor. A WHO/EURO „Az egészségügyi humán erőforrása az Európai Régióban” elérhető a www.euro.who.int/whd weboldalon, számos más, az egészségügyi munkaerővel foglalkozó kiadvánnyal együtt. Ezen a weboldalon található rendszeresen frissített tájékoztatás a WHO Európai Régiójában folyó tevékenységekről is. Az Egészség Világnapja weblap: www.who.int/world-health-day/2006, amelyen hozzáférhető az Egészség Világnapja segédanyaga és a Jelentés a Világ Egészségéről 2006 szövege, valamint további információ a kampányról.

SAJTÓKÖZLEMÉNY, WHO/EURO/06/02
KOPPENHÁGA, 2006. ÁPRILIS 7.

FIDESZ ígéret

Az Egészségügyi Világnapon **Mikola István**, a Fidesz miniszterelnök-helyettes jelöltje bejelentette, hogy 670 milliárd forintot juttatnak az egészségügynek a Fidesz kormányra kerülése esetén. Ebből rendezik az elmaradt hűségjutalmat, ügyeleti díjat, a védőnők köztisztviselők lesznek, a patikák nemzeti érdekkörben és gyógyszerész-tulajdonban maradnak.



A FIDESZ egészségügyi fórumának javaslatára az elnökség elfogadta, hogy 670 milliárd forintot juttat az egészségügynek, ha a párt kormányozni fog – közölte **Mikola István** az érdekképviselletekkel. Ebből kifizetik a két éve elmaradt ügyeleti díjakat, a szakdolgozók négyévenkénti, egyéves hűségjutalmát, amit a jelenlegi kormány ígért.

A fizetés részleteiről a kamarákkal állapodnak meg. A védőnők köztisztviselői jogállást kapnak, a gyógyszerárak pedig nemzeti érdekkörben és gyógyszerészi tulajdonban maradnak, a gyógyszerárak egységei lesznek és csak patikákban árusíthatóak.

Cser Ágnes, az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének elnöke üdvözölte a bejelentéseket, mint mondta: a Fidesz az első szervezet, amely adni kíván az egészségügynek mostanában. **Kubinyi Jolán**, a Szakdolgozók Szakszervezetének képviselője megjegyezte: 310 üres szakdolgozói állás van, így könnyebb lesz majd azokat betölteni. Üdvözölte a bejelentéseket **Éger István**, az orvosi és **Hávelné Sztármári Katalin** a gyógyszerész kamara elnöke is.

MAGYAR RÁDÍÓ ONLINE

Blinding Trachoma: progress towards global elimination by 2020

Several countries are on track to eliminate the infectious eye disease, blinding trachoma, the World Health Organization (WHO) announced today. This progress results from efforts to achieve the global goal set by the World Health Assembly in 1998 to eliminate this disabling disease by the year 2020.

The estimated number of people affected by trachoma has fallen from 360 million people in 1985 to approximately 80 million people today. This is the result of a concerted effort by the WHO Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma (GET 2020) combined with socioeconomic development in endemic countries. Trachoma affects the poorest and most remote rural areas of 56 countries in Africa, Asia, Central and South America, Australia and the Middle East.

At today's 10th meeting of GET 2020, held at WHO Headquarters in Geneva, the Islamic Republic of Iran, Mexico, Morocco and Oman have reported successfully implementing their national strategies of interventions necessary for eliminating trachoma, based on the WHO-recommended SAFE strategy. The WHO SAFE strategy emphasizes comprehensive public health action and stands for lid surgery (S), antibiotics to treat the infection (A), facial cleanliness (F); and environmental changes (E). If implemented comprehensively, the SAFE strategy could prevent virtually all cases of blindness.

"This is very encouraging progress," said Dr LEE Jong-wook, WHO Director-General. "If countries continue at this rate, the global goal to eliminate blinding trachoma as a public health problem by 2020 can be achieved." WHO is currently developing the specific epidemiological assessment criteria to determine when countries have fully eliminated blinding trachoma. The criteria are expected to be finalized by the end of 2006, at which time WHO will be able to evaluate the effectiveness of national strategies and provide country-by-country certification that the disease has been eliminated.

Blinding trachoma

Trachoma originates from an eye infection that is spread from person to person, is frequently passed from child to child and from child to mother within the family, especially in environmental conditions of infected shortages, flies, and crowded households. Through the discharge from an infected person's eyes, trachoma is passed on

by hands, on clothing, or by flies that land on the person's face. Infections often begin during infancy or childhood and become chronic. If left untreated, these infections eventually cause the eyelid to turn inward which in turn causes the eye lashes to rub on the eyeball, resulting in intense pain and scarring of the front of the eye. This ultimately leads to irreversible blindness, typically beginning between ages 30-40 and often resulting in deepening poverty for individuals and their families. Women are blinded two to three times more often than men, probably due to their close contact with affected children.

The alliance for the global elimination of blinding trachoma

Launched under WHO's leadership in 1997, the Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma by the Year 2020 (GET2020) is a partnership formed to support country implementation of the SAFE strategy. The Alliance is led by WHO and is open to members from all sectors – public, nongovernmental and commercial willing to work with governments to implement the SAFE strategy. Alliance members include WHO, national governments, nongovernmental organizations research institutions, foundations, and the pharmaceutical industry.

Pfizer International Inc and its Foundation have been key partners in the fight against trachoma. It has already donated 37 million doses of azithromycin and has committed to provide 100 million additional doses by 2008. Azithromycin is a long-acting antibiotic used as one component of the SAFE strategy.

For more information or if media would like to cover the meeting, please contact:

Ms Alexandra Munro, Communications Officer,
Tel: +41 22 791 5053, Mobile: +41 79 754 7763 Email: munroa@who.int
Dr Silvio P. Mariotti, Medical Officer,
Tel: +41 22 791 3491, Mobile: +41 79 217 3452 Email: mariottis@who.int

Related links

More information on trachoma: <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index2.html>
More information on GET2020: <http://www.who.int/blindness/causes/trachoma/en/index.html>

Note for the Media WHO/ 9-10 April 2006

► az 1. oldal folytatása

Nyilatkozatpárbj?

Ugyancsak a múlt évben az „Elkerülhető ellátási hibák az egészségügyben” című konferencián **Vojnik Mária** politikai államtitkár meglepőnek tűnő kijelentése kavarta fel az erre a témára jellemző állóvizet, miszerint „*évi három-hatezer, az egészségügyben elkövetett hibáról*” beszélt, amit tévesen a média meghalt esettel azonosított. Adatait és érvelését azonnal visszautasította a Magyar Orvosi Kamara elnöke, miszerint nincs is igazán jó statisztika – legalábbis itthon – erre vonatkozóan. „*Fogalmam sincs, honnan veszi az államtitkár asszony az adatokat. Sajnálatos minden ilyen előforduló esemény, de bizonyítani kell.*” – nyilatkozta **Éger István**.

„*Nem értem a berzenkedést, hiszen ahol dolgoznak, hibázhatnak is. Azért kell erről beszélni, hogy ez minél kevesebbszer fordulhasson elő. Nem az orvosokat okolom, egyszerűen csak tudomásul kell venni, hogy senki nem tévedhetetlen*” – érvelt a szaktárca egészségpolitikusa dr. Vojnik Mária. Egyébként az előadásában elhangzott hazai műhibaszámot egy tanulmány alapján becsültem meg, mert külföldről pontos adatok állnak rendelkezésre. Az usa-ban évi százezer, az Egyesült Királyságban 45 ezer, Németországban pedig 30 ezer esetről tudnak.

Ezer sebből vérző rendszerek

Németországban a gyógykezelési hibák oka többnyire a kórház és a háziorvosok közötti rossz kommunikáció. A tévedések megelőzését segítik a káreseteket dokumentáló adatbankok, de „majdnem-hibákat” is rögzítik és elemzik. (Nálunk hasonló feladatra ún. „kockázati menedzserek” alkalmazását tervezik.) Angliában évek óta jelentősen növekszik a kórházi fertőzések száma, ezért a szakminiszter ősszel a kórházhygiéniát a kormány egyik egészségpolitikai prioritásává nyilvánította. Egy svájci vizsgálat szerint a kórházi betegek 7%-ának volt kórházi fertőzése. Az arány függött attól, hogy mekkora intézményben és milyen osztályon feküdt a beteg: legveszélyesebb a nagy kórház intenzív osztálya, ahol minden harmadik gyógyuló szerzett új fertőzést.

A nemzetközi adatokban az egészségügyi ellátás káros eseményei vezető halálozási oknak számítanak. Többen veszítik életüket téves gyógyszeradagolás következtében, mint munkahelyi balesetben, orvosi hiba miatt pedig többen halnak meg, mint közlekedési balesetben, mellrákban vagy AIDS-ben. A leggyakoribb

ellátási hibák a kórházban szerzett fertőzések, a téves diagnózisok, terápiák, illetve a gyógyszerelési és technikai tévedések. – idéz a tanulmányból az államtitkár.

A szakma, az orvostársadalom ezirányú nyilatkozataiban többnyire a körülményeket okolja. A rendezetlen túlórákat, ügyeleti rendszert, egzisztenciális kérdéseket. A szakma képviselői állítják: az elmúlt évek folyamatai a rendszer biztonságát, vagy hadrafoghatóságát kedvezőtlen irányba vitték. A folyamatos túlterheltség és az egyre nagyobb anyagi megszorítások gyakran olyan helyzetet eredményeznek, hogy egy adott pillanatban az eszközök vagy a megfelelően korszerű feltételek nem állnak rendelkezésre.

„*Az elavult kórházakban persze, hogy nagyobb a fertőzésveszély (de nem a műtőkben, hanem a kórtermekben alakulnak ki általában a fertőzések).* A gyógyszer mellékhatások általában minden betegnél másként jelentkezhetnek, és kinek-kinek a saját biológiai tartalékenergiája dönti el, belehal-e egy mellékhatásba, vagy sem. A gyógyszerrendelés területén meg van kötve az orvosok keze. Vannak kórházak, ahol súlyos gyógyszerhiányok vannak, és ha a beteg nem viszi be otthonról a saját gyógyszerét, vagy a kezelő orvosa (szabálytalanul, de kényszerhelyzetben) nem írja föl neki akkor a beteg nem kapja meg a gyógyulásához szükséges gyógyszert, mert ami nincs, ugye azzal nem lehet gyógyítani. Ez szerintem nem orvosi műhiba, hanem az egészségügyi ellátórendszer alkalmatlanságának a következménye! Ezt azért már ne varrják az orvosok nyakába. Inkább odafignn, ahol a döntéseket hozzák kéne elgondolkozni azon, hogyan lehetne javítani az ellátást(igaz ehhez több pénz kéne, mint amennyit jelenleg adnak erre). Sajnos kétfelm, hogy „felelős vezetőink” ezt észrevennék! Az alapellátásban uralkodó gyógyszerrendelési anarchiát is fentről zúdították a háziorvosok és a betegek nyakába! – volt olvasható egy orvosoknak szóló internetes honlapon.

„A kórházak továbbra is 80%-ban perverztesek lesznek,ha nem alkalmaznak hozzáértő jogászt ügyeik védelmében. Megfelelő jogtanácsos (ügyvéd) sok milliót megtakaríthat egy kórháznak. A tanúként beidézt és szakértőként meghallgatott orvos jogi konzultáció lehetősége nélkül elég nehéz helyzetben van. „Esetismertetés 2.”: tanúként beidézték a kártérítési perben, a bíró a szakvéleményemre volt kíváncsi. Amikor az nem egyezett a felperes ügyvédjének (!) „szakvéleményével”(!),emelt hangon felhívta

Múlt és jelen tükrében

Jog és szakmai felelősség kérdése

A Kórházszövetség XVIII-ik kongresszusán

a figyelmemet a hamis tanulás következményeire!!” – írja egyik olvasónk.

„*A szakma követendő magatartásként a deffenzív orvoslást kezdi előtérbe helyezni szerte a világon és ez napjainkra hazánkban is begyűrűződött*” – állítja lapunk orvosfőszervekesztője, aki aktív kórházi szülész-nőgyógyász.

A politikai államtitkár és a mok elnöke között zajló pengeváltás átnyúlt 2006-ra is. A mok elnöke a tavalyi szegedi sztrájkkezdeményezésre figyelmeztette a döntéshozókat, ahol az aneszteziológus kollegák nem a bérükért, hanem éppen a rossz altatógépek és egyéb más elégtelen eszközök miatt háborodva fel, követelték a munkakörülményeiknek a megjavítását.

„*Ilyen körülmények között igenis sajnos fokozódhat az egészségügyi ellátórendszer bizonytalansága. De ezt úgy minősíteni, – főképpen döntéshozóknak, – akinek az volna a dolga, hogy ezen javítson és változtasson, hogy ez mintegy elkerülhető legyen – ez egyszerűen felháborító! Ahelyett, hogy ilyenről polemizálnak, és hogy erről konferenciát csinálnak, ahelyett arra kellene törekedni a felelős kormánypárti politikusoknak,*

A félős orvosok miatt egyre több a császármetszés

Egy felmérés szerint nem a várandós anyák kérése, hanem az orvosok félelmei miatt terjed a császármetszéssel végrehajtott szülések aránya – írja a Guardian. Nagy-Britanniában már minden negyedik újszülöttet császárral segítik világra. Az orvosok ugyanis sokszor akkor is a szikéért nyúlnak, ha az nem lenne feltétlenül szükséges, mivel tartanak tőle, hogy egy esetleges komplikáció után beperelnék őket a császármetszés elmulasztása miatt. Nem az anyák választása, hanem az orvosok félelmei miatt hozzák világra egyre gyakrabban császármetszéssel az újszülötteket – állítja a Guardian brit lap, a Cambridge-i egyetem most készült felmérésre hivatkozva. A természetes szülések aránya a brit és az ír szigeteken (a felmérés helyszínén) folyamatosan csökken, Nagy-Britanniában például már a szülések 28%-a császárral történik. A felmérés szerint azonban az esetek nagy többségében ezt nem az anyák kéri, hanem az orvosok döntenek róla: a brit kórházakban végzett császármetszéseknek mindössze 7%-át hajtják végre a szülő nő és nem az orvos döntése alapján.

A megkérdezett szülések kétharmada mondta azt, hogy az esetleges komplikációk miatt indított kártérítési perek miatt választja a császárt. A császármetszést a brit orvosi előírások csak olyan nők esetében ajánlják, akiknél orvosi kockázatot jelentene a természetes szülés. Az orvosok mégis egyre gyakrabban sebési eszközökkel segítik világra az újszülötteket. A megkérdezett 785 szülész többsége a bírósági procedúrától, karrierjének végétől és attól tart, hogy egy rosszul sikerült szülés után bekerülhet a médiába. Az orvosok félelme azonban a Guardian szerint alaptalan. A műhibák miatt indított perek száma ugyanis ötödével csökkent a brit szigeteken az előző évihez képest.

„Az orvosok úgy gondolkodnak, hogy még senkit nem pereltek be azért mert császárt hajtott végre, elmulasztása miatt viszont kerültek már bíróság elé” – mondta az eredményekről Helen Statham, a Cambridge-i egyetem kutatója. „A felelősségre vonástól való félelem ott van a levegőben, függetlenül attól, hogy valós vagy sem” – tette hozzá. Az úgynevezett „védő beavatkozások” – olyan kezelések, amelyek nem feltétlenül szükségesek, de védelmet nyújthatnak az orvosnak egy esetleges jogi felelősségre vonás esetén – az Egyesült Államokban a legelterjedtebbek – írja a Guardian. A lap által ismertetett felmérés ugyanakkor azt mutatja, hogy az ilyen operációk Európában is egyre gyakoribbak. (Origo)

Létezik-e jó megoldás Európában a felelősségbiztosítás témakörében?

A Kórházszövetség 18. kongresszusán elhangzó előadás kivonata

Dr. Harmat György
Magyar Kórházszövetség. Heim Pál Gyermekkórház

Az 1997. évi CLIV. Egészségügyi Törvény tartalmazza a kötelezettségeket. Ennek alapján a miniszter felhatalmazást kapott az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó rendelet kidolgozására (247§ (2) bek). Megállapítandó, hogy ez a rendelet még eddig nem készült el! Ennek arányában továbbra is kedvezőtlen a jogi háttér! Miért? Mert: megváltozott a bírói gyakorlat, a felperest képzett ügyvédek képviselik. Elég-telen a szakértői rendszer, az esetek nagy részében bírói mérlegelés teljes szabadsága jellemző. Azonos értékűek a szakértői vélemények, a nem anyagi kár korlátlan mérték. Miközben a kereset értéktől függetlenül még mindig illetékmentes.

Az érintett téma jellemzői hazai és nemzetközi kitekintésben:

A nem vagyoni kár

Alkotmánybíróság 34/1992 határozata szabályozza. Szapordnak a kártérítési perek? Figyelembe véve az ápolás és kezelési költség emelkedését és a magasabb jövődelmeket, **gyorsan növekedett az összegszerűség**. De továbbra is figyelmen kívül hagyják az **intézményi finanszírozást és ennek pénzügyi feltételeit**.

Alperesi felelősség

Az alkalmazott orvos felelőssége korlátozott, **helyette az intézmény (szolgáltató) perelhető**. Az orvos pénzügyi felelőssége – gondatlanság esetén is – **csak max. 6 havi átlag keresetig terjedhet ki**. Vállalkozó ellen **második polgári peres eljárásban**, a teljes vagyonértékig nyújtható be kereset, de **az állami szolgáltató itt sem vonulhat ki**.

Miért alakult ki Európában krízis a felelősségbiztosítás területén?

Nem ismertek a valódi esetszámok. A kárbejelentés gyakran csak évek múlva jelentkezik. A Biztosító Társaságok töbzsdei bevétele megszűnt. A biztosítók emelik a biztosítási díjakat. A privát biztosítók kivonulnak a piacról Franciaországban, Irországban.

Mely szakmák érintettsége a legnagyobb a külföldi tapasztalatok szerinti megoszlásban?

Obs/gyn: 27% | Orthopaedics: 27% | General surgery: 15% | Internal Medicine: 3% | Thorax surgery: 3% | Neurosurgery: 3% | Pediatrics: 2%

EU Biztosítási díjak emelkedése az elmúlt években
Franciaország 2004 (SHAM): 39% | Írország: 50% | Spanyolország: 100%

Hol is tartottunk 2000-től?
ESZCSM-PM-KHSZ-EGVE Bizottság. Törvénytervezet – Szakmai koncepció.Pénzügyi háttér (kezdemény 400 M (276 –100-???) Fővárosi kezdeményezés – Regionális szervezet. Intézményi Orvosi Felelősség Biztosító Egyesület??

Milyen megoldási lépések történtek?

Elsődleges felmérések és törvényi háttér tisztázása. Nemzetközi összehasonlítás biztosítási-orvosi-ügyvédi konferencia 2002. HOPE téma felvetés – nemzetközi összehasonlító felmérés. Hazai kórházi kérdő ívek feldolgozása.

Milyen további megoldási lépések történtek?

Orvosi kamara bevonása közös rendezvények – bíróság, jog-esetek. Budapesti kezdeményezések. Ügyvédi kezdeményezések. Törvény előkészítő bizottság felállítása 2003 államtitkári szinten. 2004 Miniszteri Biztos-i értekezlet.

Lehetséges megoldások I.

Pénzügyi finaciális háttér. Önkéntes Orvosi Biztosítási Egyesület nem piaci feltételekkel – **lásd *Ügyvédi Biztosító Egyesület**. Kórházi-Intézményi Felelősség Biztosítás. Kockázati alap létrehozása a tulajdonosok bevonásával. (*Magyar Ügyvédek Biztosító és Segélyező Egyesülete: esetenként 15 Mft/évente 30 Mft limit. Aránylag jelentős önrész 15% .de legalább 120 eFt.Tagdíj + Biztosítási díj 100-168 eFt. Szakterületenként és kockázati gyakoriságtól függően lehet eltérő díjszabás.)

Lehetséges megoldások II.

Szakmai Háttér. Elismert szakmai értékelő testület létrehozása – „gyors” pártatlan vizsgálat megfelelő díjazással, majd ezt követően. „**Peren kívüli megegyezés a biztosítók bevonásával, és a média kizárásával!?!?**” A tanulsgos esetek értékelő közzététele szakmai körben.

Észak-Rajna Düsseldorfri Orvosi Műhiba Szakvéleményező Bizottság működése I.

Szakértői testület állandó és meghívott tagokkal – specialitások szerint **30–58 fő**. Havonta 1 x plenáris ülésen tárgyalják a nehezebb eseteket. A benyújtott és a bizottság által beérített eredeti dokumentumok és szükség esetén az érintett meghallgatása alapján. A válasz elküldése előtt jogással is konzultál. Bírósági ítéletszerűen kidolgozott vélemény.

Észak-Rajna Düsseldorfri Orvosi Műhiba Szakvéleményező Bizottság működése II.

Évi 691 beadvány – beteg vagy ügyvéd. 81 esetben kereset lehetősége, 5 esetben tért el az ítélet a véleménytyől. Átlagos értékelési idő 1 év!!! **Értékelés díja 800 DM –(Euro/200.000 Ft.)**. Orvosi Kamara 60%-a biztosítók 40%- arányban közösen fizetik!!! **A panaszos részére ingyenes.**

Észak-Rajna Düsseldorfri Orvosi Műhiba Szakvéleményező Bizottság működése III.
Akinék a kárára történt a döntés 1 hónapon belül panasszal élhet, majd 4–5 fős szakértői csoport hoz végleges döntést. Szükség esetén a biztosítók meggyőzi a beteget. Ha hiba történt a biztosító kifizette a kárt.

Észak-Rajna Düsseldorfri Orvosi Műhiba Szakvéleményező Bizottság működése IV.

1975-2002 között: 25914 kereset – 24011 vizsgálat – 5844 hiba, 32,92% pozitív döntés. **Szakértői eredmények**; kórházi kezelések száma: 1.881.951 | ambuláns kezelések száma: 57.076.768 | a szakértők által felfedezett műhiba: 77 | **0,006% azaz 6 hiba/1 millió kezelés.**

Észak-Rajna Düsseldorfri Szakértői Bizottság feladata

Szakértői eredmények összegyűjtése. Figyelmeztető utalások és esetleírások közlése szaklapokban. Továbbképző szimpóziumok tartása. Tudományos értékelés és közreműködés.

Dániai minta I.

Dán Központi Tud. Etikai Bizottság. **Független szakértői szervezet! Tagjait 1-2 évre nevezik ki**. A beadott kereket alapján a kapott dokumentumok vizsgálatát végzi. Szükség esetén az intézettől kiegészítő véleményt kér.

Dániai Minta II.

Elutasítás esetén bírósági keresetre sincs mód. **Pozitív értékelés esetén bírósági ítélet. Limitált biztosítási érték alapján**. A döntések rendszeres közzététele. Javaslat a hasonló esetek elkerülésére. Hogyan fedezhetnénk a kórházi felelősségbiztosítás költségeit?

Hogyan fedezhetnénk a kórházi felelősségbiztosítás költségeit?

Hogyan lehetne elfogadható költséggarányt kialakítani?

Kifizeti az állam? Maximális kompenzáció a betegeknek? Kórházi tulajdonú Biztosító társaság/egyesület? (non profit?) Nincs hiba – nincs vád /károkozás? Veszély megelőzése/tervezés/számítás?

Állami kifizetés / kompenzálás?

Franciaországban a kárt teljes egészét fizeti, ha a károsodás a 25%-ot meghaladja. A magán ellátás biztosításának megemelkedett költségeit az állam fedezi. Irországban extra támogatás a szüléseknek és a magánkórházaknak szülés esetén. Skóciában az olyan kár 75%-át, amely meghaladja a kórházi költségvetés 0,15%-át. (pl. 1Mrd évi költségvetés-nél 1.500.000 Ft felett.)

hogy a 2006-os költségvetés ne olyan gyalázatos legyen amilyen, hanem abba teremtsenek forrást ezeknek az általuk vélt vagy valósan feltételezett eseteknek a lecsökkentésére, illetve megszüntetésére. Ez a felelős magatartás.” – nyilatkozta **dr. Éger István** még mindig **dr. Vojnik Mária** politikai államtitkár kongresszusi előadására hivatkozva.

Nos: az aneszteziológiai géppark hiányosságainak vonatkozásában a kormányzat a 8,5 milliárd altatógépekre történő eszközpályázat beindításával megtette az első lépéseket a megoldás felé. (Erről a Látletlet 2006/3-as számának 6-7. oldalán bőven találhat információt az olvasó, benne a nyertes kórházak névsorával Feltételezhetően ebben nem kis érdeme volt az egyébként aneszteziológus államtitkárásszonynak is, aki évtizedeket húzott le aneszteziológusként a Jósa A. megyei kórházban így számára is ismert volt ezen terület anomáliái.)

De hogy áll a kérdés a kórházak felelősségbiztosításával 2006-ban? Erre kereste a választ a Látletlet a Kórházszövetség síófoki kongresszusának apropóján.

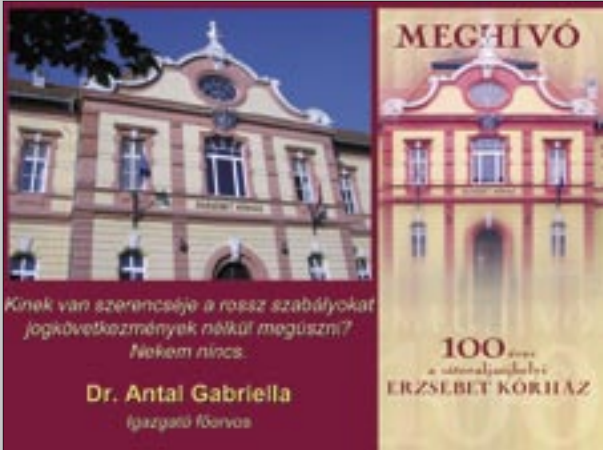
» **Összeállította: Balla Anna főszervekesztő** «

Kinek van szerencséje a rossz szabályokat jogkövetkezmények nélkül megúszni?

Alcím ?: hely, alkalom, stb...

Dr. Antal Gabriella
igazgató főorvos
Sátoraljaújhely

1.



2.



3.

1. AZ ELSŐ ÜGY – A LEVÉLBONTÁS ÜGYE

Általános probléma:

- Jogszabály szerint az intézmény saját Iratkezelési Szabályzatában kell rendelkezni a levelek felbonthatóságáról.
- Korábbi jogszabály szerint (R/1999. EüM.r.), felbontás nélkül kell az alábbi levelet továbbítani:
 - az „SK”
 - a „névreszóló, megállapíthatóan magán jellegű”
- Új jogszabály szerint (335/2005 Kom.r.):
 - az „SK”
 - „szem közleményeket, melyeknél ezt az arra jogosult személy érendőfte” (7)
- Mi a helyzet a nevet is tartalmazó címzéssel?
- Különbözik-e a titkarság személyzete titoktartás tekintetében a kórház bármely többi dolgozójától?
- Jogosult-e az igazgató betegápoláshoz hozzáférni?
- Az intézetben dolgozó orvos magánorvosként ad-e véleményt, vagy azt az intézmény nevében teszi?

4.

1. AZ ELSŐ ÜGY – A LEVÉLBONTÁS ÜGYE

Helyi problémák

- Az intézményben 2002-ben gyakorlatilag nem működött „iratkezelés”.
- Önkormányzati biztos és számos szakember ügyködött az adósság rendezésén, s az iratkezelés rendbetétele is része lett az általános – és a dolgozók által természetesen ellenérzettel fogadott – rendcsinálásnak.
- A saját Iratkezelési Szabályzat szerint „hivatalosnak tekinthető az a levél, amelynél a címzésben a kórház neve, vagy valamely részének megnevezése szerepel, s amelynek feladója hivatalos szerv”.

5.

- Az intézet egy szűk orvos csoportja kezdeményezett a városi ügyészségen büntető eljárást „ismeretlen tettes elleni levéltitok megsértése bűncselekmény miatt”.
- A rendőrség – egy igen kiváló indoklást tartalmazó okfejtéssel – megszüntette az eljárást.
- Ügyészségi óvás, majd magánvádas bírósági büntető eljárás. Fellebbezések, fellebbezések, többször eljárási hiba miatt vissza.
- Új magánvádas eljárással csatlakozik a feleség is. Ekkorra már a sátoraljaújhelyi bíróság minden tagja elfogultnak mondja magát, így folytatás Miskolcon.

Az ügy jelenlegi állása

- A feleség ügyében jogerős II. fokú döntés van, a férj ügye egy fél éve II. fokú döntésre vár.
- A házaspár önként távozott a kórházból.

6.



7.

2. A MÁSODIK ÜGY – „ORVOSPER” HELYETT „MÜTÖSPER”

Általános probléma

- Hatályos magyar jogszabályok ellentmondásossága
- Munkaidőt, túlmunkát szabályozó legfontosabb magyar jogszabályok:
 - A Munkatörvénykönyv (1992. évi XXII. tv. harmonizálása 2003. július 1-i hatállyal)
 - A Közlalkalmazotti tv. (1992. évi XXXIII. tv.)
 - 233/2000. Korm.r. a Kjt. végrehajtási utasítása
 - Az un. jogállási tv. az eu. tevékenység végzésének kérdéseiről (2003. évi LXXXIV. tv.)
 - 47/2004. ESZCSM r. a folyamatos működtetésről (sürgősségi, ügyeleti tevékenységről)
- A munkaidő-irányelv (2003/88/EK), a munkaidő szervezés szempontjairól

8.

Jogszabály	Rendkívüli munkaidő
Mt.	ügyelet alatti; legfeljebb évi 200 óra (KSZ sz. 300); jogszabály ágazat tekintetében meghatározhatja
Irányelv	heti 48 óra, de a tagállamok „opt-out” szabályozása lehetőséget ad ettől hosszabbra is
Kjt. végreh.r.	ügyelet meghatározott hányada; legfeljebb évi 300 óra (KSZ sz. 400)
Jogállási tv.	„önként vállalt”; a heti 8 óra elrendelhetővel lehetséges évi 416 óra, a heti 12 óra önként vállalttal további évi 624, összesen 1040 óra; Min.r.-ben meghatározott rendkívüli körülmény felmentést adhat
Sürgősségi r.	azaz rendkívüli körülmény felmentést adhat

9.

Jogszabály	Pihenőidő
Mt.	123.§. A munkavállaló részére napi munkájának befejezése és a másnapi munkakezdés között legalább 11 óra pihenőidő kell biztosítani
Irányelv	munkaidő/pihenőidő fogalma adott, tervezett az „inaktív munkaidő” fogalom bevezetése
Kjt. végreh.r.	10.§ Egy ügyeleti szolgálat ...a munkaidő befejezésétől a következő munkaidő kezdetéig tart. 24 órás minősített ügyelet utáni 8 óra pihenőidő kötelező, normál után 4 óra adható.
Jogállási tv.	13.§. Adott naptári napon folytatott eu. tevékenység befejezése és a következő naptári napon megkezdett eu. tevékenység között legalább 11 óra időtartamnak kell lennie
Sürgősségi r.	

10.

Jogszabály	Ügyeleti körülmény
Mt.	129.§. ...a munkáltató által meghatározott helyen és időig tartóan rendelkezésre állás ...készenléti kötelezettség teljesítését folyamatosan biztosítani; készenléti maximum pl. 10 hétköznapi vagy 7 hétvége
Irányelv	nincs: „inaktív munkaidő”?
Kjt. végreh.r.	9.§. ...ha a közalkalmazott rendkívüli munkaidőben, ügyeleti díj ellenében „rendelkezésre áll, és elvégzi az ügyeleti feladatokat” ... ahol műszak szervezése nem szükséges, vagy lehetséges, de az előre nem tervezhető feladatok ellátásához ...állásidő jelentősen csökkent, ügyeletet kell szervezni?; heti maximum 6 ügyelet
Jogállási tv.	független az, mit Mt. maga a tv. ípp azért szövegezt, hogy az eu. dolgozókra egyéves előírások vonatkoznak, és ezáltal az ellátás biztonsága javuljon.
Sürgősségi r.	„18.§. ...állásidő helyen és időig munkára készen áll az ügyeleti feladatok ellátására” „33.§. (3) ...több annál vagy hasonló profilú munkatársat ... főszerepet vállaljon ügyelet szervezésében; normál, csendes, minősített ügyelet fogalma; 60% fölött műszakot kell szervezni; a melléklet világosan szabályozza, mely szakmákban kell műszakot szervezni, hol ügyeletet, hol pedig készenléti

11.

Néhány sajátos szabály

A Munka Törvénykönyve szerint

- Egészségi ártalom miatt meghatározható a leghosszabb munkaidő.
- 119.§.(6) „Az ügyelet teljes időtartamát munkaidőként kell figyelembe venni, ha a munkavégzés ideje nem mérhető”
- 129.§.(7) „Az ügyelet, készenléti szabályairól az eu. tevékenységet folytató munkavállalók esetében az ágazatra vonatkozó külön törvény eltérően rendelkezhet”

Munkaidő-irányelv (2003/88/EK)

- Legfőbb célja a munkavállalók egészségének védelme. A hosszú munkaidő káros következményeinek elkerülését szolgálja a heti átlagos 48 órás korlátozás, a pihenő időszakra, a munkaközi szünetek, az évi 4 hét fizetett szabadság.
- „A munkavállalók jogai és a munkáltatók jogai érdekei közötti egyensúly megteremtése nagy kihívást jelent”.

233/2000. Korm.r. a Kjt. végrehajtásáról

- 12/A.§.(7) SBO-n. ...azoknál a minősített ügyeletet ellátó osztályokon, ahol az intenzív munkavégzés miatt a feladatellátás ügyelettel megfelelően nem biztosítható, műszak szervezése indokolt

2003. évi LXXXIV. tv.

- Melléklet világosan szabályozza, mely szakmákban kell műszakot szervezni, hol ügyeletet, hol pedig készenléti

12.

2. „ORVOSPER” HELYETT „MÜTÖSPER”

Helyi problémák a műtősök perének hátterében

- Egy racionális átszervezés, mely többletmunkát jelentett a korábban csak a szülészetben dolgozó műtősöknek a csak a sebészeten dolgozókhöz képest.
- Permentesség esetén jelentős többletpénz lehetősége (az első igény 22 millió Ft volt).
- Ügyveti presszió.
- Vezéregyenység.
- A munkaügyi perben szakértőt kértek fel.
- A közalkalmazotti ügyeket – a létszám szükségszerű bővítése mellett – 2005.januártól műszakra váltottuk.

Záró gondolat a Munka Törvénykönyvből

3.§. “A jogok gyakorlása és a kötelezettségek teljesítése során a munkáltató, és a munkavállaló a jóhiszeműség és a tisztesség követelményeinek megfelelően, kölcsönösen együttműködve kötelesek eljárni”

13.



14.

3. HARMADIK ÜGY – A SZÍNLELT SZERZŐDÉS KÉRDÉSE

Helyi sajátosságok

- A jogvitát itt NEM a dolgozók kezdeményezésére jelentkezik, hiszen pont az ő kérésükre történik a nem közalkalmazotti, hanem másfajta jogviszonyban történő alkalmazás.
- A sátoraljaújhelyi kórházban orvoshiány mindig is volt.
- A mai, kritikus helyzetben az orvosok túlmunkájával, jelentős többletdíjazásával és az általuk választott alkalmazási móddal lehet csak biztosítani a megfelelő betegellátást.
- Naponta 7 szakmában, 7 ügyeletet (5 készenlétes) orvossal biztosítjuk az egyébként miniszteri rendeletben előírt típusú ügyeletet (a Kjt.-ben engedélyezett túlmunka limitet semmiképp sem lehet tartani).
- Munkaügyi felügyelet vizsgálata „színeli szerződésnek” minősítette az egyéni vállalkozóval kötött, ügyeleti tevékenység végzésére szóló közreműködési szerződésünket.

15.

3. HARMADIK ÜGY – A SZÍNLELT SZERZŐDÉS KÉRDÉSE

Általános probléma – tágabb értelemben

- A munkaügyi felügyelet jogosítványa a jogviszonyt munkaviszonnyá minősíteni a szerződés összes körülményét és tartalmi elemét értelmezve.
- Az adóhatóság csupán a munkáltatót terhelő adó elmaradását állapítja meg, a szerződés tartalmát nem vitatja.
- Moratórium – lehetséges jogszabály módosítás? – 2006.június 30-ig.
- Országosan, de leginkább vidéken kritikus az orvoshiány (elsősorban ügyelet, helyettesített szakrendelések, hiányszakmák ellátásai tekintetében).
- Ágazati szabály rendelkezik arról, milyen szakmában kell ügyeletet biztosítani (büntetőjogi felelősség kérdése).

16.

- A betegeket el kell látni.
- Különbséget szükséges tenni az egyes intézmények között, és az esetleges „jogszerűtlenséget” a rendkívüli körülmények függvényében vizsgálni.
- Az ágazatra jellemző berfeszültség megoldására átmeneti megoldást (pénzt és időt) nyerhetnek, ha az orvost kívánsága szerinti alkalmazási jogviszonyhoz segítenék.

Záró gondolatként részlet a 2003. évi LXXXIV. tv. Alapelvek-ből

„3.§.(1) A Magyar Köztársaság területén mindenki, aki megfelel az e törvényben ...foglalt követelményeknek, jogosult ...a választott jogviszony keretében egészségügyi tevékenységre.

(3) Az egészségügyi tevékenység végzésére irányuló jogviszony típusának megválasztása nem irányulhat az egészségügyi dolgozó jogos érdekeinek ...korlátozására.”

17.

Dr. Rácz Jenő Miniszter Úr – fenti problémám miatti – hozzám írott levele, 2004.december 16.

„Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. tv. az egészségügyi dolgozók egészségügyi tevékenység végzésére illetve abban történő közreműködésre 9 félé jogviszonyt határoz meg.

Ez igen széles alkalmazási lehetőséget biztosít a munkáltatók részére.

Természetesen ezen jogszabályok továbbra sem teszik lehetővé a közalkalmazottként foglalkoztatottak számára, hogy a feladatkörükbe tartozó feladatok egy részét más alkalmazási formában lássák el ugyanazon intézményben. Folyamatban van a munkaidő direktíva felülvizsgálata, a magyar jogszabályok harmonizációjára azok elfogadását követően kerül majd sor.”

18.



A közelmúltban Siófokon rendezték a Magyar Kórházszövetség 18. kongresszust. A nagyszabású rendezvényen **Dr. Rácz Jenő** egészségügyi miniszter az utóbbi négy esztendőben elértéről adott összefoglalót, és ugyanitt került sor az Év Kórháza pályázat díjkiosztására is. A miniszter egyebek között elmondta, mára függetlenül attól, hogy az áprilisi választásokon ki kerül kormányzásra, elodázhatatlanná vált a fekvőbeteg-el-látó intézetek átalakítása. A kórházak jó részének a jövőbeni feladata megváltozik, amikor is az aktív fekvőbeteg-ellátás helyett ápolással, rehabilitációval kell majd foglalkozniuk. **Dr. Golub Iván** és **Dr. Ajkay Zoltán** a Magyar Kórházszövetség konferenciáját követő sajtótájékoztatón közölte – amit az egészségügyi miniszter a rendezvényen is elmondott –, hogy az egészségügyi közalkalmazottak áprilistől esedékes 3%-os béremelését a költségvetés tartalékalapjából finanszírozzák majd. Mindenekelőtt a törvényben előírt összegnél kevesebbet keresők fizetését rendezi a kormányzat. A béremeléshez szükséges 6,7 milliárd forint felhasználását a pénzügy-miniszternek még jóvá kell hagynia.

Összefoglaló a háromnapos rendezvény előadásairól

Az egészségügyi tárca részéről **Dózsa Csaba** a 6. EURÓPAI EGÉSZSÉG GAZDASÁGTANI KONFERENCIA (6TH EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS ECHE) programját ismertette. **Rajnai Attila** az intézményi gyógyszerbeszerzésről, **Dr. Mag Olga** a kórházi betegazonosítás lehetőségeiről, **Dr. Vasas Livia** a kórházakon belüli elektronikus szakirodalmi forráshasználatról, **Králik György** a korszerű humánügyviteli szoftver- támogatás az egészségügy speciális igényeire témakörben tartott előadást.

A rendezvény másnapján **Dr. Vadász Mária** és **Dr. Fülöp Rudolf** elnökletével A BETEGFORGALOM, A FINANSZÍROZÁS ÉS A MŰKÖDTETÉS ÖSSZEFÜGGÉSEI A FEKVŐBETEG ELLÁTÓ INTÉZMÉNYRENDSZERBEN kérdéskör került terítkekre. Ezen belül **Dr. Miskovits Eszter** azt feszegette, hogy a magyar egészségügy 2005-ben mennyit költött vér és vérkészítményre, **Dr. Stubnya Gusztáv** pedig a Semmelweis Egyetemen a kórház konszolidációs program eredményeit ismertette.

Dr. Gerő Gábor és **Nikliné Gáldonyi Edina** a „Sok Beteg! Kevés pénz! Működtetés?“, **Dr. Somogyi Tamás** „Inforend, mint kórházon belüli komplex megoldás” címet választotta mondandójának. „Szinten tartható-e az intézményi működtetés a jelenlegi finanszírozás körülményei között?” volt **Dr. Kollár Zoltán** előadásának címe. **Dr. Papp László** „A közvetlen költségek mérésének és elemzésének, valamint a klinikai eredmények evidencia alapú értékelésének tapasztalatai a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórházában” címmel adta elő mondandóját. **Dr. Horváth Ágnes** a nappali kórház múltját, illetve jövőjét elemezte. **Dr. Pongó Éva** „A betegforgalom, a finanszírozás és működtetés összefüggései a Semmelweis Egyetemen” címet választotta. **Kerekes Lajos** a „Láthatatlan szolgáltatóról” beszélt. „Funkcionális típusú tervezés, mint a működtetés egyik hatékonysági eszköze”, ezt adta előadás címeinek **Dr. Baráth Lajos**. A celldömölki Kemenesaljai Egyesített

Kórház munkatársai – **Dr. Mazur Sándor**, **Tarcsi Jánosné**, **Dobány Lajos** – mondanivalójuknak a „TVK alulnézetben” címet választották. „Szervezéssel a finanszírozási problémák megoldásáért!?” előadója **Dr. Zétényi Ágnes** volt. **Dr. Mezőfi Miklós** a „Sürgősségi osztály üzemeltetése és a folyamatos üzem mód hatása a betegforgalomra és a kórházműködtetés gazdaságosságára – különös tekintettel a Teljesítmény Volumen Korlátra” című előadást tartotta meg, **Dr. Saracz Judit** „A gyermek sürgősségi ellátó rendszer kialakításának várható hatása a kórházakra címet választotta”. **Temesfői Zsolt** „Az informatika kritikus szerepköre a kórház gazdálkodásában”, **Dr. Nagy Márta** a „Közbeszerzés és verseny” témáról, **Dr. Szepesi Gábor** „Új rendelet a klinikai gyógyszervizsgálatokról. Változások a kórházi eljárásokban”, **Dr. Pusztai Erzsébet** „Országos decubitus prevenciós program”, **Salczerne Dr. Hok Mária** „Európai normák érvényesítése, érvényesülése a krónikus seb megelőzési és ellátási gyakorlatában”, **Ifj. Nagy Antal** a „Steril műtét-technikai eszközök gyártására szakosodott vállalati szervezet” témáról beszélt. „Beavatás az egyesülés kényszerébe és lehetőségeibe”, **Dr. Antal János** „Milyen az ideális vizsgálati helyszín, a megbízó szemszögéből” **Dr. Orosi Piroska**, **Kihívások és lehetőségek a kórházhigiénében**” címmel tartotta meg előadását.

BETEGJOGOK, BETEGBIZTONSÁG, BETEGTÁJÉKOZTATÁS, A HAZAI JOGGYAKORLAT ÉS SZABÁLYOZÁS ELLENTMONDÁSAINAK HATÁSA AZ INTÉZMÉNYEK MŰKÖDTETÉSÉRE – MUNKAI DÖ DIREKTÍVA, KIEMELT KOCKÁZATI PÓTLÉK, FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS, KÓRHÁZAK ÜGYELETI KÉRDÉSEI – vitakör üléselnöke **Dr. Ajkay Zoltán** és **Dr. Elek Attila** volt.

„Magyar Kórházszövetség lehetséges szerepe a betegbiztonság javításában” – előadásnak **Dr. Kullmann Lajos**, az „EU tagságunkból fakadó betegügyi kötelezettségeink” mondandó előadója **Dr. Csehák Judit** volt. Az egészségügyi szűrések és az informatika kapcsolattáról **Fábián Kálmán** beszélt. Az EDSZBE tevékenységéről **Dr. Torma Albert** szólt. „Létezik-e jó megoldás Európában a felelősségbiztosítás témakörében?” adta előadásának címét **Dr. Harmat György**. **Dr. Lőke Miklós**, **Dr. Horváth János**, **Dr. Varga Lajos** a kórház és az orvos ellenes polgári perek tapasztalatait foglalta össze. „A jogszerű betegtájékoztató igénye a panasz és kártérítési ügyek tapasztalatai tükrében” című előadást **Dr. Maksa Csaba**, a „Fogyasztói jogok az egészségügyi szolgáltatás során, avagy a betegtájékoztató jelenéről” **Dr. Simon Tamás**, az „Egészségügyi humán-erőforrás menedzsment az uniós csatlakozás, valamint a hatályos munkaidőkorlátok tükrében” címűt pedig **Dr. Papp László**, **Dr. Török Árpád**, **Istvánovszki Krisztina**, **Kövesi Jánosné** tartotta. „Kinek van szerepe a rossz szabályokat jogkövetkezmények nélkül megúszni? Nekem nincs” – mondta előadása címében **Dr. Antal Gabriella**.

A SZAKDOLGOZÓI KÉPZÉSEK, TOVÁBBKÉPZÉSEK témakör üléselnöke **Halmosné Mészáros Magdolna** és **Dr. Varga Ferenc** volt. A Hungarotransplant

A kórházszövetség kongresszusán történt

Kht. tevékenységének bemutatása, a hazai donációk és transzplantációs helyzet jellemzői, a szervátültetés koordinációja mondandó előadója **Mihály Sándor**, „Az ápolónő képzés hatása a betegágy melletti munka színvonalára” **Óváriné Gáty Zsuzsanna**, a „Milyen szakdolgozói létszámmal ápolják (?) kórházaink a betegeket” **Szloboda Imréné**, „A kardiológiai rehabilitációs team szakdolgozóinak képzésével, továbbképzésével kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok” **Kónya Anikó**, a „Helyzetkép a Jósa András Megyei Kórház szakdolgozóinak képzéséről, továbbképzéséről” **Jakabné Harcsa Erzsébet**, az „Újra eséllyel Equal program a Heim Pál Kórház szervezésében” **Smrcz Ervin** és **Baukó Mária**, a „Képzettségi struktúra az egészségügyi intézményekben” **Nyilas Judit**, **Dr. Zsolnai Gábor**, „Gyógyító szakma, intézményi működés, vállalati hatékonyság” címet választotta előadásának.

A konferencia utolsó napján az EGÉSZSÉGÜGYI FEJLESZTÉSEK, INNOVÁCIÓK LEHETŐSÉGEI ÉS MEGVALÓSÍTÁSA FORRÁSHIÁNYOS HELYZETBEN lett a fő témakör, amin **Dr. Ari Lajos** és **Dr. Csidei Irén** volt az üléselnök. „Megoldási lehetőség a forráshiány kezelésére – külföldi betegek kezelése magyar kórházban” – ekként szólt **Dr. Erős András** előadása, **Dr. Mór**

E. Csaba mondandója „Rehabilitációs »mókuskerék«” címet viselte. **Dr. Kerekes László**, **Nagy Béla** előadása „A fennmaradás érdekében megvalósuló struktúraváltás folyamata” címet kapta. „Kórházi fejlesztés, innováció pénz nélkül” volt **Bándiné Töreki Andrea** előadásának címe, **Dr. Ivády Vilmosé** pedig az „Innováció és fejlesztés a Semmelweis Egyetemen: megoldások forráshiányos helyzetben”, **Dr. Hodosi György** „A rossz informatikai döntések és beruházások befolyása az egészségügyi intézmények gazdálkodására, például a gastroenterológia, kardiológia, tüdőszűrés, PACS rendszerek stb. tekintetében.” A „Megújuló rehabilitációs intézet: egy nagyberuházás tanulságai” **Dr. Ari Lajos**, „Az intelligens, hálózatba kapcsolt egészségügy alapjainak megteremtése” néven **Szini Domokos**, „Egészségügyi fejlesztések, innovációk lehetőségei és megvalósítása forráshiányos helyzetben” címmel **Kecskés Gábor**, „Egészségügyi fejlesztések, innovációk lehetőségei és megvalósítása forráshiányos helyzetben a Semmelweis Egyetemen” **Dr. Pörzse Gábor**, „Gyógyszerbeszerzés, gyógyszerfelhasználás, gyógyszerellátás – hatékony innovatív módszerekkel” referátum előadója **Dr. Mike László** volt.

» szerkesztési összeállítás «

MKSZ XVIII. Kongresszus állásfoglalása

- 1.) A MKSZ elkötelezett az ágazat működőképességét biztosító sürgős szakmai változások és a hosszú távú átalakítások végrehajtásában. Kormányzati támogatást várunk a forrásbővítéssel járó, fenntartható finanszírozás, az ágazati szerkezetmódosítás, és a humán erőforrás helyzet javítása érdekében. Mindezekhez feltétlenül szükséges a jelenlegi jogszabályi környezet megváltoztatása.
 - 2.) A teljesítmény volumenkorlát (TVK) bevezetése óta folyamatosan fennálló forrásvesztés és finanszírozási hiány a kórházak pénzügyi – gazdasági helyzetét tovább rontotta. A TVK jelenlegi formájában mára értelmetlenné és időszertülnné vált.
 - 3.) A 2006. évi költségvetés – nominál értéken is – 4-5%-kal kevesebb forrást biztosít. Nem veszi figyelembe a 2005. évben csak részben finanszírozott 12%-os béremelés fedezetét és az idei 3,0%-os áprilisi béremelés forrását sem tartalmazza. A finanszírozás 2006. évi változásai újabb burkol forráskivonást jelentenek.
 - 4.) A MKSZ szorgalmazza az európai munkaerő direktíva, illetve a „jogállási” tv. konszenzusos rendezését. Szövetségünk, az ellátásért felelős intézmények képviselőjeként, a bármely célból történő munkaerő kiejárlást elfogadhatatlannak tartja.
 - 5.) Az egészségügyi felelősségbiztosítás átfogó megoldása halaszthatatlan.
 - 6.) A „zártforgalmú” kórházi gyógyszerárak működésének szektorsemleges jogi rendezését fontosnak és elodázhatatlannak tartjuk.
 - 7.) Továbbra is meghatározó jelentőségű a MKSZ számára a szakmai, érdekvédelmi, egyéb szervezetekkel, társaságokkal való konstruktív együttműködés.
 - 8.) Az Európai Unió kezdeményezéseket, pályázati programokat, fejlesztéseket Szövetségünk készséggel támogatja és ezekben közreműködik.
- Nemzetközi kapcsolatainkban aktív és folyamatos részvételünket állami, ágazati támogatással kívánjuk biztosítani és fejleszteni.
- 9.) Az intézményvezetők, illetve menedzsmentek fluktuációja az elmúlt évben minden eddigi mértéket túlélt. A vezetői megbízatások eldöntésénél kizárólag a szakmai alkalmasság kritériumait és az elvárások tárgyilagos érvényesítését tartjuk elfogadhatónak.
 - 10.) Az egészségügy egyre negatívabb társadalmi megítélését méltatlannak tartjuk. Az ágazat hiányosságaiért, alulfinanszírozottságáért, a munkaerő gondokért, az egzisztenciális bizonytalanságért döntően nem az egészségügy szereplőit felelősek.
- Siófok, 2006. 03. 10.

Magyar Kórházszövetség Elnöksége

Állami Egészségvédelmi Adatbázis

Dr. Alexin Zoltán okl. matematikus
Dr. Ábrahám László ügyvéd

A HVG 2006. március 4.-i számában jelent meg Halló, ki beszélt? címmel Pálmai Erika írása a távközlési titokról. A cikkben egy országos, távközlési adatbázis létesítéséről volt szó, amelybe minden a magyarországi távközlési szolgáltató köteles adatokat továbbítani a kezdeményezett (sikeres vagy sikertelen) telefonhívásokról. Az adatbázisban a beszélgetés nem kerül rögzítésre, csak a hívó és a hívott telefonszám, az időpont, és az időtartam. Az alábbiakban szeretnénk egy másik országos adatbázissal párhuzamot vonni, amelynek szabályozása ennél lényegesen elhanyagoltabb, az ellenőrzése megoldatlan, viszont az emberi jogi vonatkozásai a távközlési adatbázissal összevetve hatványozottabbak. Ez az adatbázis az OEP (Országos Egészségpénztár) egészségügyi adatokat tároló rendszere.

Az adatbázist az 1997. évi LXXXIII. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény alapján alakították ki. Benne Magyarországon élő minden állampolgár, az itt tanuló vagy dolgozó külföldi, és minden itt élő biztosított külföldi állampolgár egészségügyi adatai megtalálhatók. A lefedettsége elérheti a 99,9%-ot, és 1994-re visszamenőleg tartalmaz adatokat mindnyájunkról. Egy jogalkotási hiba miatt, bár az adatvédelmi törvény kötelezően előírja ennek megállapítását, a társadalombiztosítási jogszabályok nem rögzítik az adatok tárolási idejét, amely így jelenleg nem meghatározott, szemben a távközlési adatbázis 24 hónapos tárolási idejével. Az Alkotmánybíróság jelenleg vizsgál egy e mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenesség megállapítására vonatkozó indítványt.

A távközlési szolgáltatók kinosan ügyelnek arra, hogy a velük szerződőket, ahogyan azt az adatvédelmi törvény előírja, a távközlési adatbázis működéséről tájékoztassák, és az adatkezeléshez a szükséges tudomásulvételt dokumentálják. Mivel ebben az esetben törvény írja elő az adatok kezelését, ezért beleegyezés az adatkezeléshez nem szükséges (az OEP esetében sem kell). Ezzel szemben a társadalombiztosítás adatbázisának működését nagyjából 100 egymást kereszthben

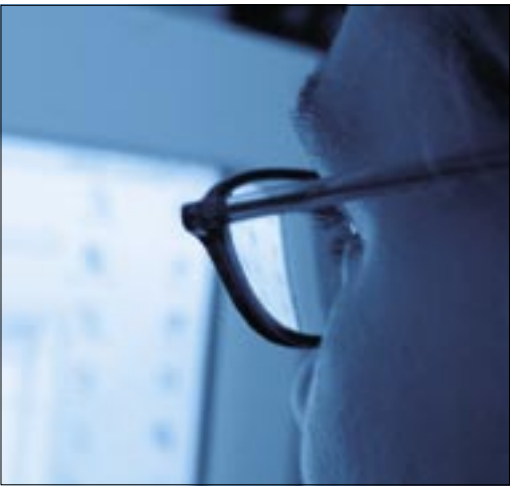
módosító rendelet írja le, amelyben az eligazodás meglehetősen nehéz, szakjogász nélkül szinte lehetetlen. Az egészségügyi rendszer kísérletet sem tesz arra, hogy az adatkezelésről bármilyen tájékoztatást adjon, ismeresse a páciensek jogait és lehetőségeit. A jogszabály úgy rendelkezik, hogy személyes adatokat csak valamely társadalmi ellátás megállapítása, folyósítása, és ellenőrzése céljából lehet az OEP-hez továbbítani. Ez a meghatározás meglehetősen képlekeny, az adatkezelések sok esetben túlteherjeszkednek a szükséges mértéken (az EU személyes adatkezelési direktívájának egyik fő szempontja, hogy személyes adat csak akkor kezelhető, ha az, szükséges). Ez néha már komoly emberi jogi jogvértésekbe is torkollik, pl. amikor a tb. támogatás nélküli gyógyszerek kiváltásának személyes adatait is begyűjtik törvényi felhatalmazás nélkül.

A távközlési adatbázisban valóban szenzitív személyes adatok is lehetnek

akár egy nagyobb családra vonatkozóan is, ez indokolja a kezelésével kapcsolatos körültekintő jogi szabályozást. Az OEP adatbázisának esetében azonban ez a szenzitivitás hatványozott, hiszen mindenkiről, születésétől a haláláig minden egyes egészségügyi esemény, orvos-beteg találkozás szintjén dokumentált (kivéve a háziorvossal történő találkozásokat, de már nem sokáig). A lábficamtól kezdve a nemi betegségig, depressziótól a pszichiátriai kezelésig, az összes elvégzett laboratóriumi vizsgálat ideje, megnevezése. Bár az eredeti egészségügyi lelletek, zárójelentések nincsenek az OEP birtokában, a fogyasztott gyógyszerek adatai azonban igen, ezért lényegében a konkrét leletek nélkül is ismerik a vizsgálatok által feltárt egészségügyi probléma legapróbb részleteit, teljes intimitásukban. Az Alkotmánybíróság törölte az egészségügyi adat meghatározásából a szexuális szokásokra vonatkozó adatokat 65/2002. számú határozatában, így azok csak az érintettek külön, egyedi, írásos beleegyezésével tárolhatók egészségügyi adatbázisokban. Az adatvédelmi biztos 2005. nov. 15.-i állásfoglalásában az OBNI (Országos Bőr- és Nemi-kórtani Intézet) megszüntetése kapcsán aggodalmát

fejezte ki amiatt, hogy a jelenlegi körülmények között, mégis, ilyen jellegű szenzitív adatok kerülhetnek az OEP birtokába, indirekt kikövetkeztethető módon, a számára továbbított adatokból.

A távközlési adatbázisban tárolt adatok felnyitására, és megismerésére csak törvényben meghatározott, súlyos bűncselekmények esetén van mód. Az EU irányelv előírja egy az adatkezelés jogszerűsége felett őrködő független szervezet létrehozását is, de még ezt sem tartotta elégnek pl. Írország. Az OEP adatbázis esetében a feldolgozás célja nagyrészt a pénzügyi elszámolások követése, adminisztrálása. Van azonban néhány terület, amely nem kapcsolódik szorosan a biztosítási tevékenységhez. Egyik ilyen az ellenőrzés. Erre kétségtelenül szükség is van, azonban ez rendszerint a páciensek különleges személyes adatainak összekapcsolását jelenti esetleg hosszabb időszakra vonatkozóan, ezért ennek a jogszerűsége vitatható. Csak akkor lehetne szó ilyesmiről, ha magát a páciens ellenőrzik. Amikor az orvosok munkáját, akkor természetesen nem. Nyugat-európai országokban a személyes egészségügyi adatok felhasználására egy ellenőrzés során engedélyt szoktak a kérni. Jelenleg az ellenőrzéseknek, a páciensek magántitokhoz fűződő jogait tiszteletben tartó módjait nem alkalmazzák. A másik kérdés a működés hatékonyságának javítása. Itt is nagyon komoly emberi jogi problémák vannak. Fontos kérdés, hogy ez a tevékenység mikor csúszik át orvosi kutatásba, mivel ekkor már egészen más etikai mércét kell alkalmazni a páciensek irányában. A kutatásban ugyanis önként lehet részt venni, míg a hatékonyság vizsgálatát a tárolt adatok alapján törvényi felhatalmazás alapján végeztető. Az Egyesült Államok Eü. Minisztériumának intézete (Institute of Medicine) foglalkozott a kérdéssel és egy a társadalombiztosítási kutatások etikájával foglalkozó könyvében arra a következtetésre jutott, hogy orvosi kutatásnak számítanak egyebek mellett a következők: amikor eddig ismeretlen jelenségek előfordulását keresik, amikor a jelenlegi gyógyítási folyamatokat manipulálják és a kiváltott hatást ellenőrzik, amikor több lehetséges kezelési alternatíva alkalmazásának eredményességét vizsgálják. Ugyancsak az intézet állásfoglalása volt, hogy minden



hatékonyságvizsgálati protokollt egy független etikai véleményező bizottságnak kell áttekinteni, a páciensek jogainak védelme érdekében. Az adatfeldolgozási projekteket ma Magyarország egyetlen egészségügyi intézményében sem látja etikai bíráló bizottság, ami az Orvosok Világszövetség orvosi kutatásra vonatkozó Helsinki Nyilatkozatának megsértése, egyben az alapvető emberi jogok elleni súlyos támadás is.

A fentiekből arra a következtetésre kell jutnunk,

hogy a legbizalmasabb adatainkat tároló OEP adatbázis esetében sürgető lenne egy átfogó, konszenzuson alapuló, adatvédelmi és emberi jogi szabályozás. Meg kell teremteni annak a lehetőségét, hogy a páciensek minden adattovábbításról az OEP felé, előre kaphassanak tájékoztatást, ahogyan azt az adatvédelmi törvény előírja. Ha az adatok továbbítását el akarják kerülni azzal, hogy inkább kifizetik az ellátás (gyógyszer, kezelés stb.) teljes költségét, akkor ezt könnyen megtehessek, és ilyenkor ne kerülhessen sor adattovábbításra. Általában is az egészségügyi rendszerben, az informált beleegyezésnek, mint alapvető európai adatkezelési normának meg kellene valósulnia. Haladéktalanul szükség lenne az egészségügyi adatkezelések, feldolgozások jogszerűségét ellenőrző etikai testületek felállítására, a jelenlegi, a személyiségi jogokat sértő rendszer megszüntetésére.

Lehetőségeink az orvosi műhibák kiküszöbölésére – háziorvosi tapasztalataim

► az 1. oldal folytatása

Engedtessek meg, hogy röviden visszatekinthessek a megbiztonság megteremtésének hazai történetére. Virhow után, 1843-ban bevezették, majd az 1876-os közegészségügyi, illetve az 1878-as büntető törvények közé is bevették az „orvosi műhiba” értelmezését, szankcionálását. Kiemelték a tudatos gondatlanságot (luxuria), a hanyagságot (negligencia) s az egyéni felelősséget (súlyos testi sértés vagy a hivatás gyakorlása során megmutatkozó járatlanság, máskor a szabályok tudatos megszegése). (3)(4)(5) Az 1848-ban majd 1961-ben született jogszabályok már a műhibákat besorolták a „gondatlanság” kategóriából a „foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés” csoportba. (Utalok a korabeli Btk-ra.) (6) Szó van a „mapractice” (kezelési hiba felkészületlenség, figyelmetlenség, illetve körültekintés hiánya miatt) következményeiről, és összefoglalták az okokat is.

A rendszerváltás után az egészségügy átalakulásának a természetes velejárója volt a műhiba perek szaporodása. Idővel a média és a „bulvárjog” mahinációinak hatására, periodikus provokálásunkat is tapasztalhattuk. Az 1997-es egészségügyi törvény megpróbálta az „elhajlásokat” korrigálni, de a betegjogok indokolt és időszerű szabályozása mellett igen csak marginálisan érintette a betegek kötelességeinek taglalását. Itt jegyzem meg, hogy átrendeződött a „perre érdemes” szakmák sorrendje, előtérbe kerültek a manuális hivatások. Érdekes, hogy a korábban ki maradtak közül is sok érintetté vált. (Az okait nem ismerem.) A háziorvosokkal szemben indított perek száma viszont lényeges mértékben mérséklődött. (7)(8) Ezt a következőkkel magyarázom:

- Javult az ellátás színvonala, a szakvizsga és a folyamatos továbbképzések által.
- Minőségi átalakuláson ment át a dokumentáció, a kommunikáció.
- Nem képviselünk perelhetően jelentősebb anyagi javakat.

A perspektíváink viszont nem nagyon adnak optimizmusra való bizakodást. A 2001. évi CVII. törvényünk és a 2002-ben elfogadott „Európai Betegek Kartá”-jának a 9-es, és a 14-es pontja, amelyek a megbiztonsággal, illetve a kártérítési jogokkal foglalkoznak, valamint a 2005-ös „Luxemburgi Nyilatkozat” ajánlásai, növelhetik a pereskedések számát nálunk is. A félreértések végett le kívánom szögezni, hogy nem a kockázat kezelése („risk management”) ellen kívánok tiltakozni. Jogosnak tartom a minőségi normák, protokollok természetessé válásának az igényét, gyakorlatát. Nálunk, ahol a praktizálók anyagi forrásai az alulfinanszírozottság miatt elégtelenek, nincs honnan kigazdálkodni az esetleges perek költségeit. Morálisan pedig tovább rontja a helyzetünket az is, hogy hiányzik az egészségügyi szolgáltatóknál a tévedések jogi megítélésének a „bizonyított ártatlanság vélelem” gyakorlata.

Sajnos részlegesen az ún. „megelőzési kockázat csökkentő elemzések” és hiányosak a kivitelezhető technikai megoldások útmutatásai is. A ma pos minőségügyi protokoll programja számos etikus lehetőséget kínál az alapelátásban dolgozóknak, de értelmetlen módon viszonylag kevesen vették igénybe a praktizálók közül. Itt említem meg, hogy az EU-nak nincs kötelező minőségügyi ellátás szabályzata, de létezik és ajánlott a tagok számára az egészségpolitikája. Ez statisztikai, járványügyi, egészség állapot megőrző és betegség megelőző ajánlásokat tartalmaz. Újabbban a CEN kapott megbízást egy orvosi és páciensi (fogyasztói) minőségügyi rendszer kidolgozására. Itt a külső fogyasztó a járó-, a belső a fekvőbeteg s minden esetben alapvető minőségi kritériumok:

- a klinikai hatékonyság,
- a szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőség,
- az ellátás biztonsága,
- a fogyasztói elégedettség, és
- a betegek jogainak védelme. (9)(10)(11)(12)(13)(14)

A hibák megelőzésének lehetőségei és a megbiztonság megteremtése

Természetesen csak az lehet a cél, hogy „selejtmentesen” gyógyítsunk. Ez sokszor nem a tévedéseink, hanem a rendszerünk hibái miatt nem valósulhat meg. A gazdasági, szemléletbeli, morális lemaradásunk jele

az egészségügy területén is az EU-ban, hogy „egyre messzebb kerültünk” az elvárható közszolgáltatástól. (Úgy gondolom, hogy „az elmúlt rendszer kísért”, még napjainkban is a gondolkodásunkban s a cselekedeteinkben egyaránt.) (15) Hiányzik az ún. „őrszem” (sentinel event) funkció és nem bevezetett az „adverse event”, azaz a „nem kívánt esemény” alapján történő megítélés. (16) (17) A rendszerünk számos hibája közül kiemelném a túlterheltségből, aszociális környezetünkől adódó, praxisainkat folyamatosan ingerlő negatívumokat. Gondolom, ezeknek fontos szerepe van a károsultakat ért fizikai, szellemi sérülések, pszichés attakok, azaz a „szervezet misszióját” radikálisan befolyásoló alulértékelésében. Ualtam a kiegészítőnkre, a medicinát globálisan sújtó marginalizálódásunkra egyaránt. Szakmapolitikánk súlyos mulasztása, hogy alig törekedett eddig az ún. „nem vétkesítésen alapuló”, azaz a betegekkel (egymással, a politikával) konszenzust kereső (és találó) egészségügyi stratégia, taktikai harmonizáció kialakítására. A protokollok következetes betartatása mellett, egy megváltozott társadalmi mentalitás légkörében, értékeremtésünket valóságosan elismerve lehetne egy folyamatos egészségügyi reform-folyamatot elindítani. Ez jogi és szakmai EU-harmonizációval, nemzeti sajátosságainkat figyelembe véve motiválhatná a valóságos egészségügyi felzárkóztatásunkat. Itt is hangsúlyozni kívánom a társadalmi kontroll, a reverzibilis kommunikáció, a partneri kapcsolatrendszerek szükségességét, az ellátás uniformizálódásának a megszüntetésével s az ellátók „autonómiájának” a megtartásával. Az ellenőrzést végezhetnék a kistérségi, régiós „kockázat menedzsmentek”, hatósági és szakmai elszámoltathatóság, jogbiztonság mellett. (18)(19)

Nem kívánok megfedkezni a megelőzés átalakításának a szükségességéről, kiemelve az ún. „információs asszimetria” felszámolásának időszerűségét. Tapasztalom szerint, ha jobban odafigyelünk a betegek panaszaira, és folyamatosan bevonjuk őket az ellátás folyamatába, rendszeresen informálunk, akkor következetesebben és rugalmasabban végrehajtják az utasításainkat, feltétlenül meg akarnak gyógyulni. (20)(21) Ne felejtsük el az időfaktor jelentőségéről sem, azaz a gyors reakálás és az ésszerű időárfordítást mindig eredményre vezethet. (22) Az ellátás prioritását befolyásolja az emocionális kontaktusteremtés, a humanizmus és az empátiánk is. Számtalan nem kívánt esemény megelőzhetünk, ha mindig komolyan vesszük az első betegjelzéseket, mérlegelünk, kizárunk, sohasem kívárunk, hanem felelősséggel döntünk. Tévedéseinkről informáljunk, de sohasem félremagyarázzunk, avagy mellébeszéljünk. Vállaljuk tetteinkért a felelősséget, kérjünk a sértettől bocsánatot és megértést. Ne felejtsük el a pszichés instabilitásáról, a betegségéből adódó eleve meglévő kiszolgáltatottságáról sem. Amikor a betegek és a hozzátartozóik úgy érzik, azt tapasztalják, hogy emberségesen, őszintén és tisztességesen bánnak velük, gyakrabban megbocsátják az apróbb hibáinkat. Idővel visszanyerhetjük a bizalmukat is, ami nélkülözhetetlen feltétele önbecsülésünknek és „önkritikánk életben maradásának”. (23)(24)(25)

Az eredményes betegbiztonság a praxisok megfélelő minőséggel végzett munkája mellett feltétlenül szükséges lenne az egészségügyi rendszerünk alkalmasabbá válására is. A hiba okok feltárása (1.ábra) és a megelőzés gyakorlatának hiányosságaiból adódó diszkrepancia (is) jelzi az elmúlt másfél évtized szakmapolitikájának a hiányosságait, mulasztásait. (2.ábra)

Véleményem szerint ennek a lehetséges okai a következők lehetnek:

- a vezetéstudomány hiányosságai,
- a feltétlen politikai megfelelés, megfeleltetés, azaz az „átpolitizálás gyakorlata”,
- a társadalom alul- vagy félretájékoztatása, alkalmanként „manipulálása”,
- a bulvár média túlkapásainak az „eltűrése”, esetenként motiválása,
- az elmaradott egészségügyi kultúra megszüntetésének kampányyszerű megoldási kísérletei és az eredménytelenség „elhallgatása”,
- ami az érintettek nem megfelelő megszólításaiából, illetve az eszközök, módszerek helytelen megválasztásából adódhattott,
- a politikai, szakmai és társadalmi konszenzus hiánya,
- a múlt rendszerből örökölt szemléletek, megközelítések részleges megmaradása,

1.ábra: A műhiba okok osztályozása



2.ábra: A hibák hatásainak a megelőzése és mérséklése. A prevenció (P) és a mitgation (M) jelentősége a praxisban

Általában	Szelektíven	Speciálisan
1. A betegazonosítás pontosítása (P)	1. Diagnosztikai és terápiás verifikáció	1. A személyes felelősség gyakorlatának alkalmazása
2. Aktív betegvezetés	2. Egyedi megközelítés	2. A TAO (Evidence based medicine) folyamatossága
3. Korrekt kommunikáció az egészségügyi szolgáltatást nyújtók között, a kollegialitás szellemében. A folyamatos korrekció lehetőségeinek a megteremtése	3. Reverzibilis kapcsolattartás az ellátott és az ellátandó között. (Partner kapcsolati rendszer kialakítása a közös felelősség és eredményesség jegyében.)	3. Empatikus és compliance harmóniában az ellátás minőségének a folyamatos javítása.
4. Az iatrogéniák csökkentése (M)	4. Megfelelés a CDC-higieni-ai előírásoknak.	4. A betegek elégedettségének az alakulása, korrigálása.
5. A betegjogok (és kötelességek) monitorozása	5. „Őrszem funkciók”, azaz rendszeres jelzése és értékelése a váratlan eseményeknek	
6. Szolgáltatásaink biztonsága.	6. A szolgáltatáshoz való hozzáférhetőség biztosítása.	

és nem utolsó sorban a finanszírozás anomáliái miatt az alulfinanszírozottság és a paraszolvencia „életben maradása”.

Az említettekből (is) levonható tanulságok figyelembe vételével kell kialakítani az új egészségügyi stratégiát. Az alapelátásban is, azaz figyelembe kell vennünk, hogy a folyamat szabályozások szükségese, de sohasem elégségesek. Alapvető strukturális átalakításokra van szükségünk, összhangban a közigazgatás, az oktatás reformjaival.

Először gondoljuk át a lehetőségeinket, vegyük figyelembe a szakma, a politika és a lakosság érdekharmóniáját, alkalmazkodóképességeit és igényeit. Nem lesz könnyű a sok helyen még mindig feudális jellegű struktúrákat, a konzervatív szellemiséget átfarmálnunk és a nemzeti sajátságainknak is megfelelően, a felzárkóztatás útjára lépniünk. (26)(27)(28)

Ne csak kritizáljuk, hanem mutassak esetlegesen járható lehetőséget is. Javasolnám a Joint Comission 2004-es „Betegbiztosítási Célrendszerek” dolgozatban közöltek jól összefoglaló, általam módosítottan a 2. ábrán felvázoltak szerint eljárniunk. Elsősorban a háziorvosi praxisokra gondoltam, de kiegészítve jól használható a szakrendeléseknél, az osztályoknál, illetve intézményi szinten is.

Irodalom

1. Köles T.: Orvosi műhibaperek. Bírói gyakorlat zsebkönyv. 1999. [2. Dr. Salamon S.: A háziorvosi hivatás anomáliái és a betegek kötelességeinek elmaradásai. 2006. (Közlés alatt)] [3. Dr. Salamon S.: Orvosi műhibák el- és felismerése. Előadás a ZOK keretében. 2005. Sátoraljaújhely] [4. Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés. Orvosi műhibaperek. Medicina, Bp. 1997.] [5. Sótányi G.: Az orvosi műhibaperek. Műhiba fogalma és jogi értékelésének történeti vizsgálata. OH. 146. évf. 2. sz. 89-

90. o. [6. BTK. 1960-1961. Megfelelő törvényei. (folyamatos módosítással)] [7. Barta F.: Egyetiki ügy és következményei. Magyar Orvos XI. évf. 2003. december 19-20. o. [8. Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége. HVG-ORAC Kiadó, Bp. 2004.] [9. Lóke M. – Horváth J.: Orvospercek, javaslatok. Orvosok Lapja, 2004. szeptember 28. o. [10. Kakuk Péter: A tájékozott belegegyezésl gyakorlati szempontból. OH. 2004. 145. évf. 29. sz. 1517-1522. o. [11. Ughy T. – Venkei T.: „Nem vagyunk mi istenek”. Budapesti Igazságügyi Orvosszakértői Intézeti Közlemény 2004. [12. Dr. Salamon S.: Eltékozt lehetőségeim a diagnosztikában és a terápiában. Két évtizedes tapasztalataim. (Előzetes közlemény, 2006.) [13. Dr. Salamon S.: Korrigálható hibáink a praxisban (Szerkesztéségi közlemény, 2006.) [14. Az orvosi foglalkoztatás körében elkövetett veszélyeztetés – „orvosi műhiba” kérdéseiről őszintén. Interdiszciplináris Fórum. Bp. MTESZ Székház, 2004 november 5. Moderátor: prof. Dr. Sótányi Péter. [15. Dr. Salamon S.: „Egyl lépés előre, kettő hátra...?” Előadás, ZOK 2004. Sátoraljaújhely.] [16. Gulácsi L.: Minőségfejlesztés az egészségügyben. Medicina, Bp. 2000.] [17. Hajnal M.P.: Az integrált minőségirányítási rendszerek kialakításának tapasztalatai egészségügyi szervezetekben. Magyar Minőség XIII. évf. 2. sz. 2004. február.] [18. Arthur R.T., Irving J.: Teljes körű minőségmenedzsment. Műszaki Kiadó, Bp. 2001.] [19. Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokolljai. Módszertani levelek és irányelvek. Egészségügyi Közöny LV. évf. 12. sz. I. kötet, 2005. július 15. 1825-1928. o. [20. Betegbiztonság – Nemzetközi tapasztalatok: Makai P. – Gulácsi L. Egészségügyi Gazdasági Szemle 43. évf. 3. sz. 2005. június 16-23. o. [21. Lóránt I.: A perek kétharmadát a betegek nyelik „De Jure”. A jogászok társadalmi magazinja. VII. évf. 2005. június. 7-9. o. [22. Súsánky M.: Az EU minőségügyi fejlesztés irányairól az egészségügy területén. Minőség és megbízhatóság. 2005. 2. sz. 63-66. o. [23. Carl W.K.: QOS – egyszerű módszer. Magyar Minőség XII. évf. 2. sz. 2004. február.] [24. Harmat Gy.: A Magyar Kórházszövetség kezdeményezései... (HOPE) Dokumentum Kiadó, Bp. 2004.] [25. David S.: ISO 9000 felhasználó barát teszt. Magyar Minőség, XIII. évf. 2. sz. 2004. február.] [26. Dr. Salamon S.: Compliance és empátia praxisomban. Előadás FAKOOSZ Kongresszus, 2004.] [27. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről] [28. Lóke M. – Horváth J. – Varga L.: A megelőzés lehetőségei az orvos ellenes kártérítési perekben. Előadás. Szeged Magyar Igazságügyi Orvosok Társasága XIII. 2005. augusztus 28-31. Összefoglalók. 26. o.

Új típusú együttműködés a hazai orvosképző egyetemek között

Új típusú együttműködés kezdődött a hazai orvosképző egyetemek között egy nyertes pályázat eredményeként. Az „Egészségügyi vezetés” – című tanfolyam keretében a modern gazdaság- és vezetés tudományi ismeretek terén megszerzett tudást, tapasztalatot osztják meg egymással a résztvevők, a Semmelweis, és a Debreceni Egyetem, valamint a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetem vezetői, oktatói, orvosai.

A képzés négy helyszínes videokonferencia keretében történik, 7 alkalommal, 9 témában. A témák jól tükrözik napjaink aktuális problémáit, kihívásait, melyek megfelelő kezelése az eredményes működés lényeges feltétele. Az egyes témákat a négy egyetem adott területének szakemberei közösen dolgozzák fel és ismertetik a résztvevőkkel. A négy helyszínes videokonferencia a hallgatóság aktív részvételére is lehetőséget biztosít. A konferencia helyszíneinek monitorain ugyanis nemcsak

az előadók, hanem a hallgatóság is megjelenik, és lehetőséget kap a megszólalásra.

A következő témák kerülnek megvitatásra: – Jogi és etikai ismeretek | – Gazdaságtan, finanszírozás, kontrollig | – Menedzsment ismeretek | – Innováció menedzsment | – Minőségügy | – Orvosi kommunikáció és retorika | – Esélyegyenlőség | – Környezetvédelem | – Evidence Based Medicine (bizonyítékokon alapuló orvoslás)

A képzés a „Jogi és etikai ismeretek” témával indult 2006. március 23-án, a DEOEC videokonferencia termében. A tanfolyam a Humán erőforrás-fejlesztés Operatív Program által támogatott „Minőségi tudás előállítása és átadása az egészségügyi orvosképzésben. Válasz a XXI. Század új kihívásaira” című pályázat keretében valósul meg. Célja a minőség szemléletű képzés megvalósítása, korszerű vezetői ismeretek átadása az egyetemi oktatók számára. (Tudótónktól)

Kórházból, saját felelősségre – Mit mond a jog?

Mikor hagyhatja el a beteg saját felelősségére a kórházat, és mikor nem? A gyógyintézet elhagyásának a joga egyike az egészségügyi törvényben felsorolt kilenc betegjognak. E szerint a betegnek joga van a gyógyintézet elhagyására, de nyilvánvalóan csak abban az esetben, ha ezzel mások egészségét, testi épségét nem hozza veszélybe. (Például fertőző, vagy beszámíthatatlan betegként). Az önkéntes távozás rendes módja, hogy a beteg távozási szándékát kezelő orvosának bejelenti, aki ezt a tényt a beteg egészségügyi dokumentációjában feltünteti. Így jár el a kezelő orvos akkor is, amikor a beteg a gyógyintézetből bejelentés nélkül távozik, de – amennyiben a beteg állapota indokolja – a gyógyintézet elhagyásának a tényéről érteit az illetékes hatóságokat, valamint cselekvőképtelen beteg esetében a törvényes képviselőt. Erre azért van szükség, mert ha a beteg cselekvőképtelen, akkor az intézmény elhagyásának joga a törvényes képviselő egyetértésével gyakorolható. Am a kérdéskör két másik betegjogot is érint: a beteg önrendelkezési jogát és - bizonyos esetekben - az ellátás visszautasításának a jogát. Mindkettő a beteg döntési helyzetét erősíti, - kivéve azokat az eseteket, amikor e döntések mások életét vagy testi épségét veszélyeztetnék. E döntési lehetőséggel azonban ajánlatos meggondoltan élni, hiszen amennyiben a kezelő orvos helyesebbnek tartja az intézményben maradást és a kórházi kezelés folytatását, ezzel a biztosabb gyógyulásnak ad esélyt, vagyis a beteg érdekét kívánja szolgálni.



MTI

Debrecenben a Komplex Mammográfiás Központok 2006. április 6.-án ismét megtartották a már hagyományosnak tekinthető értékelő konferenciájukat. A Népegészségügyi Program keretében 2002. január 1-jén megkezdett szervezett lakossági emlőszűrés II. ciklusának lezárásaként a konferencia szervezői, az ÁNTSZ Hajdú Bihar Megyei Szervezete és a Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet pontszerző akkreditált továbbképzés, valamint esetismertetéssel egybekötött szakmai fórum keretén belül biztosítottak lehetőséget ismeretterjesztésre, szakmai tapasztalatcserére.



Továbbképzés sajtótájékoztatója

Dr. Vajda Olga Kenézy

Dr. Hajdú Zoltán Kenézy

Dr. Édes István centrumelnök helyettes DEOEC

Dr. Pásti Gabriella ÁNTSZ HBM

Dr. Budai András OTH

Dr. Kánya Judit orvosigazgató helyettes Kenézy

A továbbképzés a kreditpontok megszerzésén túl értékes segítséget nyújtott a résztvevő orvosok, védőnők, ápolónők és más egészségügyi szakdolgozók részére, akik munkájuk során hasznosn tudják kamatoztatni itt megszerzett ismereteiket.

Ónadi Mihályné röntgenasszisztens (Hajdúszoboszló), a továbbképzés egyik résztvevője így értékelte a rendezvényt: - Nagyon érdekes előadásokat hallottunk. A statisztikai adatok különösen elgondolkodtatóak. Munkám során igazán jó hasznát veszem ezeknek az információknak. Úgy tapasztaltam, hogy ha elmondunk a nálunk megforduló betegeknek egy-két jellemző, néha talán egy kicsit megdöbbentő adatot, megjelenési arány, kiszűrtek és daganat miatt meghaltak száma, esetenként egy kicsit „rájuk ijesztünk”, és hamarabb észbe kapnak, hogy vegyék komolyan a saját egészségüket. Könnyebb meggyőzni a nőket, hogy el kell menni a szűrővizsgálatokra, ha megfelelő tájékoztatást kapnak. Más esetekben pedig, megnyugtató, bátorítást tudunk adni műtétre váró, vagy műtéten átesett betegek számára. Mindenképpen tudatosítani kell az emberekben, hogy az emlőrák korai szakaszban felismerve gyógyítható. Nem szabad elkenyelmeskedni a szűrővizsgálatokat, nem félni kell, hanem törődni magunkkal, az egészségünkkel, és akkor nem lesz „a nők rettegett betegsége az emlőrák”. Nekem ez a továbbképzés azért is jelent olyan sokat, mert most készülök ezzel a címmel megírni a szakdolgozatom éppen ebben a témakörben.

Dr. Pásti Gabriella megyei tisztifőorvos (ÁNTSZ HBM-i Intézete) az előadásokat követő sajtótájékoztatón az emlőszűrési program eddigi eredményeiről, további teendőkről adott részletes tájékoztatást: – Az „Egészséges nemzetért – népegészségügyi program 2001 – 2010” kiemelt feladata a népegészségügyi fontosságú, rosszindulatú daganatos megbetegedések és az általuk okozott halálozás mérséklésére alkalmas szervezett lakossági szűrővizsgálatok kiterjesztése. A megfogalmazott célok között szerepel a 45-65 éves nők kétévenként végzett, behívásos rendszerű, lágyrész röntgenvizsgálattal – mammográfiával – végzett emlőszűrése. Ez megyénk-

ben is, akárcsak országos szinten, 2002. január 1-én kezdődött meg. Sajnálatos tény, hogy az első ciklushoz, 2002 – 2003, viszonyítottan a második ciklusban esett a megjelenési arány. Jelenleg ez – mind országos, mind pedig megyei szinten – 37% körüli, szemben az első ciklusban tapasztalt 53%-os megyei, illetve 43%-os országos adattal. A visszahívottak aránya is közel azonos a megyei (6,6%) és az országos (6,8%) adatokat tekintve. A visszahívásra megjelentek aránya pedig Hajdú Bihar megyében magasabb, 93%, mint az országos, 86%-os megjelenési arány. A KSH adatai alapján 2004. évben, megyénkben az emlő rosszindulatú daganata következtében 121 nő halt meg. A második ciklusban, megyénkben mintegy 78 000 nő kapott meghívót emlőszűrésre. Az elvégzett tisztázó vizsgálatok eredményei alapján 151 esetben javasoltak műtétet. A 116 elvégzett műtét szövettani vizsgálata 36 esetben igazolt jóindulatú, 79 esetben rosszindulatú, további kezelést igénylő emlőbetegséget. Szűréssel kiemelt inoperábilis esetek száma 6. Ebben az időszakban (2004 – 2005.) országosan 7 800 új beteget diagnosztizáltak, 2 314-en meghaltak, pedig a szűrhető daganatos betegségek az elkerülhető halálokok közé tartoznak. Ha minimálisan 70%-os átszűrtséget – a skandináv országokban ez 90% – sikerülne elérnünk, a halálozás 30%-kal csökkenne.



Dr. Pásti Gabriella, Dr. Budai András

Dr. Budai András országos szűrési koordinátor (OTH) tisztí főorvosnő tájékoztatására reflektálva kicsit enyhített a sötét képen: – A megjelenések esésének több oka is lehet. Egyrészt, a szűréssel kiemeltekéről a kórháztól az OEP-ig, illetve az onnan visszajutó jelentések átfutási ideje túlár a vizsgálati ciklus határidején, több mint 24 hónapos. Ezt az időt lerövidítve pontosabb képet kaphatnánk a tényleges adatok birtokában. Másrészt sokan nem várják meg az újabb behívó levelet, hanem a két év körülbélüli leteltével háziorvosuktól kérnek beutalót, vagy esetleges panaszaik miatt egyéniileg vesznek részt a szűrővizsgálaton. Ez a részvétel azonban, akár az úgynevezett butik-szűrések – nem mammográfiás, csak fizikális vizsgálatok –, a szervezett szűrések adataiban nem jelennek meg. További lehetséges magyarázat, hogy vannak jó néhányan, akik azért nem jelentkeznek ismét a szűrésen, mert úgy gondolják: „a múltkor beutaztam, akkor sem volt semmi bajom”. Ezen a hozzáálláson sokat javítana a szűrések „házhöz vitele”. Mobil szűrőbusz azonban jelenleg csupán kettő van az országban (Fejér Megye és MaMMA Klinika Kft. Budapest).

Dr. Pásti Gabriella: Hajdú-Bihar megyében nem a szolgáltatás megy házhöz, hanem a pácienseket hozzuk be a szűrésekre. A megyei ÁNTSZ együttműködési megállapodást kötött a Hajdú Volánnal. Eddig a 18 érintett településből 14 élt a lehetőséggel.

Eredmények és tervek

Láttelelet: Hogyan lehetne jobb megjelenési arányt elérni? Elképzelhető-e a méhnyak szűréshez hasonlóan, a védőnők bevonása a szűréseken való részvételre ösztönző tájékoztató, meggyőző tevékenységbe?

Dr. Budai András: Ez a háziorvosok kötelezettsége, de a kivitelezése nehézségekbe ütközik. Megpróbáltuk, hogy a praxison belül, a szűrőközpontoktól megkapott, aktuális lista alapján elkészített behívóleveleket a háziorvosok juttassák el, adott időpontra szóló megbeszélések során. Ez azonban nem hozta meg a kívánt eredményt, mert az érintettek nem mentek el ezekre a megbeszélésekre. A védőnők nem ezt a korosztályt (45–65 év) gondozzák, hanem a terhes és kisgyermekes nőket. A modellkísérletként beindított cervix – szűrésekben pedig a kenetvételhez külön engedélyre volt szükség a védőnők számára.

Láttelelet: A növédelem szintén beletartozik a védőnők feladatkörébe, s míg a cervix – szűréseken tevőlegesen is részt vesznek, az emlő szűrés esetében csak felvilágosító, meggyőző tevékenységre gondolok.

Dr. Budai András: Az eltérő ciklusú (emlő kétévenkénti, cervix háromévenkénti) szűréseket nehéz lenne összekötni. A mindkettőre jogosultak körében természetesen lehet szó a védőnői közreműködésről, de nehéz megszervezni. A legnagyobb gond az, hogy az emberek tudatában nincs benne, hogy a saját egészségéért bármit is tehetne.

Láttelelet: Helyes-e a nőknél szorgalmazni az emlő önvizsgálatát, ahelyett, hogy inkább a szűréseken való részvétel fontosságát hangsúlyoznák?

Dr. Vajda Olga radiológus, osztályvezető főorvos (Kenézy Gy. Kórház): A „2 éve voltam szűrésen”, „miért pont velem történne meg” gondolatok miatt a nők hajlamosak az elkényelmesedésre. Ehhez járulhat egy hamis biztonságérzet, ha az emlők áttapintásakor nem érzékel elváltozást. Bár 5-7 év, míg a daganat tapinthatóvá válik, ha a nő nem megy el a kétévenkénti szűrésre, ez nagyon komoly veszélyt jelent. Éppen ezért valóban tudatosítani kell mindenki, hogy az önvizsgálat nem egyenlő a röntgenmammográfiával, amely a rákmegelőző állapot kimutatására alkalmas legjobb vizsgálati módszer. Rendkívül fontos kihangsúlyozni, az emlők önvizsgálata kizárólag arra jó, hogy bármiféle változás észlelése esetén feljogosít a szakrendelésen való megjelenésre.

Dr. Hajdú Zoltán professzor (Kenézy Gy. Kórház Általános Sebészeti osztály vezetője) Ugyancsak a szűrővizsgálatok fontosságát hangsúlyozta, kiemelve, hogy osztályán az utóbbi ciklusban, szemben a szervezett szűrés adataiban szereplő 151 műtėti javaslattal, 223 emlőműtétet végeztek el. Közük olyan, lényegesen rosszabb esélyekkel induló esetekkel, amikor a beteget nem szűréssel emelték ki.

Dr. Péter Mózes radiológus professzor (DEOEC) a sajtótájékoztatón elhangzottakhoz még a továbbiakat fűzte hozzá: – Semmiképp sem tekinthető negatívnak a szervezett emlőszűrésnek eddigi eredményei, még akkor sem, ha a statisztika szerint a második ciklus megjelenési aránya esett is. Eredményként kell értékelni hogy a felfedett esetekben megnőtt a kicsi, 1 cm alatti elváltozások aránya, emelkedett az emlőmegtartó műtétek száma, az emlődaganatok miatti halálozás évek óta stagnál. A 37%-os szűrtségnél a valóságban jobb az arány, hozzá kell még számolni

mintegy 17%-nyi, más módon átvizsgált csoportot. A különbszet abból adódik, hogy két rendszer, az ellátó, és a 45-65 év közöttiek számára szervezett szűrővizsgálati működik egymás mellett.



Dr. Édes István DEOEC centrumelnök helyettes

Dr. Pásti Gabriella megyei tisztifőorvos ÁNTSZ HBM

Dr. Budai András OTH országos szűrés koordinátor

Dr. Kánya Judit orvosigazgató helyettes Kenézy Kórház

Láttelelet: A Liliom program meghirdetése során szó volt a nyereményakció más szűrővizsgálatokra történő kiterjesztéséről. Vonatkozik ez esetleg az emlőszűrésre is?

Dr. Budai András: A Liliom programról egyelőre csak annyit tudok mondani, hogy szervezői májusra tervezik a folytatását, de az emlőszűrés nem került bevonásra az akcióba.

Dr. Pásti Gabriella végül így foglalta össze a további feladatokat: – Az emlőszűrés 2006. januárjától is folyamatosan működik. Hajdú-Bihar megyében két Komplex Mammográfiás Központ (DEOEC Mammográfiás Szűrőközpont és Kenézy Gyula Kórház RI Mammográfiás Szűrőközpont) és egy akkreditált Em-lőszűrő Állomás (vesz – echo Kft.) végzi szigorúan meghatározott tárgyi és szakmai feltételek mellett a mammográfiás szűrés. Közös cél a megjelenési arány további növelése, a veszélyeztetett korosztály államilag biztosított, rendszeres, ingyenes, szakmai protokoll alapján történő vizsgálatával az emlődaganatos betegségek okozta halálozás csökkentése, mérséklése.



Dr. Kovács Ilona oszt. vez főorvos Kenézy Patológiai Oszt.

előadásának a címe: Emlőszűréshez kapcsolódó patológiai diagnosztika

» Pigniczki Ágnes «

Az idei év egyik slágergyógyszere lesz a méhnyakrák elleni védőoltás – jóslják piaci szakértők. Magyarországon évente 1000-1200 új méhnyakrákos esetet regisztrálnak az orvosok, és 500-600 nő hal meg e betegség következtében. Annak ellenére is, hogy a méhnyakrák jól szűrhető. Hamarosan még a kialakulását is meg lehet előzni. Olyan védőoltást fejlesztettek ki ugyanis, amely megakadályozza a betegség kialakulását. Ezt 12-13 éves korban, a szexuális élet megkezdése előtt kell majd beadni. Csakhogy a betegség által leginkább sújtott országoknak elérhetetlenül drága lesz a vakcina.

Csupán becslésekből lehet tudni, hogy a megközelítően évi 300 ezerre tehető méhnyakrákádózatok 80%-a – az elégtelen egészségügyi ellátás miatt – a fejlődő világ országaiból kerül ki. A fejlett ipari országokban viszont pontos statisztikák készülnek: eszerint Európában évente 33 500 esetben diagnosztizálnak méhnyakrákos megbetegedést, és 15 ezren meg is halnak a túl későn felfedezett bajban. Nagy-Britanniában évente 1100, az USA-ban pedig 3700 asszony hal meg értelmetlenül, hiszen az időben felfedezett méhnyakdaganat túlélésének esélyei kiválóak. A szexuális úton terjedő hpv-fertőzés bár élete során minden második nő és férfi is megkapja, 25-30%-uk vírushordozó marad, ám száz asszonyból csak negyénél fejlődik ki rákbetegség a vírussal való találkozásból, a többiek szervezete legyűri a kórokozót.

A nők védelmében

Oltás a rák ellen: két cég is rástartolt...

Szerencse a bajban, hogy a méhnyakrák előrehaladása igen lassú, több éven át tartó folyamat, így a rendszeres nőgyógyászati szűrés jó eséllyel még időben észlelheti a kóros sejtburjánzást. A legjobb megoldás persze az lenne, ha minden nő megkapná a forgalomba kerülő vakcinát – vélekedik a gyártó. Az évek óta zajló klinikai vakcinakipróbálások azt mutatják, hogy a 10-15 éves korban beadott oltás 100 százalékos hatékonysággal előzi meg a 16-os és a 18-as típusú hpv támadását.

Soron kívüli eljárást ígért

az amerikai **Merck** cégnek a Szövetségi Élelmiszer- és Gyógyszerhatóság (FDA) – így a nyár elején pecsét kerülhet a világ első méhnyakrák elleni védőoltásának forgalmazási papírjaira. A gyorsított ügymenetet, a kiemelt figyelmet azzal érdemelte ki a vakcina, hogy „kielégítően egészségügyi igénynek” felel meg. Az elmúlt negyed században mind több kutatás igazolta, hogy a humán papilloma vírus (hpv) száz különböző genetikai típusa közül 15 egyértelműen összefüggésbe hozható rosszindulatú daganatos betegségek kialakulásával. Mindenekelőtt a 16-os és 18-as

sorszámmal jelölt hpv-t sorolták a különösen nagy kockázatot jelentő kórokozók közé – ezek okozzák a méhnyakdaganatok 70%-át. Piaci elemzők szerint az oltás forgalmazásának első éve 500 millió dolláros bevétellel kecsegtet, 2008-ra pedig akár 3 milliárd dollárra is felfuthatnak az eladások. Bár elsősege okán a Merck vezető értékesítő lesz – jóslják amerikai gazdasági lapok –, szorosan ott van a nyomában a brit **GlaxoSmithKline** (GSK), amely éppen most kért az EU-ban forgalmazási engedélyt a maga hpv elleni vakcinájára (Cervarix™). A GSK még az idén meg akarja szerezni az amerikai FDA-tól és az ausztrál gyógyszerhatóságtól is a szükséges papírokat a több európai országban klinikai kipróbálásokon a konkurensével azonos eredményeket bizonyított oltóanyagra. Igaz, a Merck oltóanyaga nemcsak a rákot okozó, hanem a külső nemi szerveken szemölcsöket növesztő két hpv-fajta ellen is hatásos, ám a piac olyan jelentős, hogy egyik gyártó sem fog kereslethiányra panaszkodni – prognosztizálják gazdasági elemzők. Az értékesítési lehetőségeknek a készítmény ára mégis jelentős korlátot szabhat, mert előzetes becslések szerint a három „szuriból” álló immunizálás 300

dollárba is belekerülhet. A fejlődő országok többsége viszont az egészségügyi ellátásra – beleértve a malária és a HIV-fertőzés elleni harcot is – évente és fejenként 15 dollárnál kevesebbet fordít. A Bill és Melinda Gates Alapítvány 50 millió dollárja, amelyet a Microsoft-alapító kifejezetten a méhnyakrák elleni küzdelemre szánt, legfeljebb gesztusértékű lehet az évi félmillió nőt érintő megbetegedéssel szemben.

Az USA-ban,

ahol a viszonylag alacsony méhnyakrákelőfordulás szűrésére és a hpv-fertőzés, valamint a rákbetegség kezelésére évi 6 milliárd dollárt költenek, az oltás megfizethető, ésszerű mértékű kiadást jelent. Ennek ellenére nehézségekre számít a Merck, amely már piacutatást is végzett a szülők körében, azt tudakolva, beoltatnák-e gyermekeiket a szexuális úton terjedő betegség ellen. A megkérdezettek 71%-ának fogalma sem volt arról, hogy a hpv rákot okozhat, és amikor erről felvilágosították, 62% mondta azt, hogy ha lesz megvásárolható oltóanyag, még 18 éves kora előtt beoltatná gyermekét. Egy másik felmérés szerint a szülők egynegyede határozottan ellenezné

az oltás beadását tinédzserkorú gyermekének, mondván, az a szabados szexuális életet segíti elő. Bár az oltóanyag első számú célközönsége egyelőre a szexuális kapcsolatokba még nem bonyolódott korosztály lesz, a georgiai rákkutató központban már a 16-23 éves férfiak, valamint a 15-45 év közötti nők is a vizsgált csoportokba kerültek. A kutatást vezető Daron Ferris úgy látja, a férfiaknak ugyanolyan fontos az immunizálás, mint a nőknek, hiszen a hpv őket is megfertőzi, kellemetlen szemölcsöket, olykor rákot is okozva.

A kormányzat nem foglalkozik addig a vírusellenes szerrel, amíg nincs hazai gyógyszerforgalmi engedélye – mondta lapunknak Rácz Jenő egészségügyi miniszter. A termék piacra kerülése után lehet majd vizsgálni azt is, hogy teljes áron vagy támogatással kapják meg az érintettek. Nagyon sok múlik azon, hogy mennyibe fog kerülni, illetve milyen hatásos lesz.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szerint az adott vírussal összefüggésbe hozható halálozások nagy többsége az oltással megelőzhetővé válik. A hazai nőgyógyászok arra figyelmeztetnek, ha lesz is védőoltás, nem teszi feleslegessé a nőgyógyászati rákszűrést. Bakos László, a Semmelweis Egyetem II. Nőgyógyászati Klinikájának főorvosa szerint ezt a kontrollt évente érdemes megismételni. Az öt-tízperces beavatkozással már a rákot megelőző állapot is felfedezhető. Bakos László szerint az ilyen, nulladik fázisban felfedezett rák túlélési esélye 100%.

Gyakran éri kritika – olykor okkal, joggal – a magyar egészségügyi ellátást. Néha azonban, amikor a szolgáltatói oldalon már oly sok mindent megtesznek a betegek, vagy még csak potenciális páciensek érdekében, megmagyarázhatatlannak tűnik az erőfeszítések eredménytelensége. Ilyenkor óhatatlanul felmerül a kérdés: Mi magunk, betegek és még nem betegek, mit tehetünk, és mit teszünk meg.

Magyarországon évek óta olyan betegségek (szív-, és a daganatos megbetegedések) állnak vezető helyen a leggyakoribb halálokok között, melyek megfelelő életmóddal, tudatos, egészségmegőrző szemlélettel kivédhetők. Ez pedig nem pusztán az egészségügy, hanem nagyon is meghatározó mértékben az emberek egyéni felelőssége.

A halálozások több mint feléért (50-56%-áért), és körülbelül fele-fele arányban mégis ez a két betegcsoport tehető felelőssé.

1. sz. ábra:

Halálozások a két leggyakoribb halálokal szerint.

(a táblázat KSH adatok feldolgozásával készült)

	1980	1990	2001	2003	2004
Halálozások száma (100%)	145355	145660	152183	135823	132492
Oka:					
Daganatok	27550	30871	33318	33830	33502
	19%	21%	22%	25%	25%
Szívbetegségek	38501	38908	38253	40483	40584
	26%	27%	25%	30%	31%

Az ellenük való küzdelem pedig többfrontos. Gyakran bevetésre kerül a média is – írott és elektronikus egyaránt –, mely valamennyi egészségügyi jellegű híradásában mindig előtérbe helyezi az egészségtudatos életmód, és a prevenció fontosságát. Elhangzanak riasztó tények, statisztikai adatok, orvosok, egészségügyi dolgozók hívják fel a figyelmet a megelőzésre, adnak bátorítást, hogy a daganatos betegség, a *rák* nem halálos ítélet, ha időben felfedik és megkezdik a gyógyítását. Ennek eszközei a szervezett szűrési programok (emlő, cervix), melyekre a veszélyeztetett csoportok tagjai névre szóló behívó levelet kapnak, felajánlott időpontokkal, helyszínnel, hogy minél kényelmesebben és gyorsabban meggyőződhessenek a megnyugtató tényről, egészségesek. Mind ezek után igazán érthetetlen, hogy a szervezett (és ingyenes) szűrőprogramok keretében behívottaknak nagy része nem vesz részt szűrésen. A 2005. évi összesítő jelentések alapján 620 246 behívólevél kiküldését követően csak 40 520 jelent meg a szervezett szűrővizsgálatokon. Ez a megjelenési arány elképesztően alacsony, még akkor is, ha tudjuk, hogy sokan a statisztikában nem szereplő magánorvosi rendelőkben lesznek részesei szűrővizsgálatoknak. Elképesztően alacsony ez a megjelenési arány még akkor is, ha ez az előző évekhez viszonyítottn (2004-ben 2,7%), a megszokott átlagnál jóval magasabb. Nem szabad továbbá elfelejteni azt sem, hogy ebben az adatban – 6,53% – már benne van egy országos szintű, a média által többször is propagált, s főképp, egy értékes nyereményekkel kecsegtető kampány, a **LILIOM program – a női egészség jegyében: „Nyerje meg az egészséget!”** – és egy személyautót, vagy wellnes hétvégét, vagy legalább egy mobiltelefont – három havi (október-november-december) eredménye is. A Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda és az ÁNTSZ szervezésében, a Lilly Hungária Kft és a főnyeremény személyautót biztosító Renault Hungária szponzorálásával tavaly szeptemberben meghirdetett kampány értékelésére március 1.-én került sor.

Egészségünkért

Az már mindenképpen pozitív jelenségként értékelhető tény, hogy – mint arról Kökény Mihály népegészségügyi kormánybiztos a sajtótájékoztatón is beszámolt – a nyereménykiadóban résztvevő 17 549 nő 51%-a először vett részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton, de ök legalább végre megmozdultak saját egészségük érdekében – *jó néhányan persze talán inkább a nyeremény reményében* –, mentek el a szűrővizsgálatra.

Vajon hányuknak menthette, mentette meg az életét ez a lépés? A megjelentek 2,78%-ánál, 1 126 nőnél ugyanis pozitív, vagy legalábbis „gyanús” leletet produkált a kenetvétel.

Arra vonatkozó felmérés ugyan nincs, hogy a kiszűrtek között hányan jártak először nőgyógyászati szűrésen, hányunkra hatott a reklámkampány, hányan járnak rendszeresen orvoshoz, de talán ez nem is olyan fontos, mint az a tény, hogy így ök, 1 126-an, amennyiben nincs közöttük előrehaladott stádiumban lévő beteg, esélyt kaptak a gyógyulásra, az életben maradásra, az egészségre. Ne felejtsük el: évente még mindig 500-600 nő hal meg ma Magyarországon méhnyakrák miatt!

A szerencse, vagy talán inkább Justitia igazságérzetének köszönhetően a földiját, a Renault Modus gépkocsit olyan hölgy nyerte meg, aki rendszeresen jár az egészsége megőrzését szolgáló szűrővizsgálatokra.

Sturovicsné Szabó Hajnalka (Debrecen) az egészségtudatos életmód elkötelezett híve. Készséggel osztotta meg életfilozófiáját lapunkkal.

– Nagyon örülök a nyereményautónak, bár őszintén szólva, már a pusztta nyelési lehetőség is meglepetés volt számomra. A nyereménykiadóról ugyanis csak a vizsgálat végén szereztem tudomást, amikor az orvos átadta a részvételi szelvényt. Úgy gondoltam, ha már így adódott, megpróbálok.

Ezek szerint Ön nem is behívó levélre jelent meg a szűrővizsgálaton, hiszen akkor annak mellékleteként már kezébe jutott volna a nyeremény-szelvény?

– Nem meghívóval mentem. Rendszeresen eljárak minden szokásos vizsgálatra – tüdőszűrő, fogászat, nőgyógyászat –, számomra ez természetes. Ösztönöz lehet ugyan egy-egy nyereménykiadói, de szerintem a legfontosabb az a felelősségtudat, melyet egy nő anyaként, feleségként a családja iránt érez, kell, hogy érezzen, mert mi lesz a gyerekekkel, ha az anya lebetegszik. Gyermekei, szerettei egészségével csak az tud igazán hatékonyan foglalkozni, aki saját magára is elegendő gondot fordít.

Mit tart a legfontosabbnak az egészség megőrzése érdekében?

– Meghatározó az egyéni példamutatás. Fontos, hogy a gyermekek számára természetes igény legyen a rendszeres orvosi ellenőrzés, az egészség megtartása. Elni kell az adott lehetőségekkel. Hiszen ezek a vizsgálatok bárki számára bármikor és ingyen elérhetők. A média is jelentős mértékben befolyásolhatja az emberek szemléletmódját, komoly segítséget nyújthat az egészséges életmód kialakításához, a betegségek megelőzéséhez tájékoztatásával, figyelemfelkeltéssel, pontos közérthető ismeretterjesztéssel, de a családok egészsége, én továbbra is úgy gondolom, nagyrészt a nőkön, anydón, az ő felelősségérzetükön múlik.

Ezek a szavak különösképpen erőteljesen összecsengenek az orvos szakma prominens képviselőinek véleményével: **Dr. Tóth Csaba** urológus professzor (DEOEC) lapunknak korábban adott interjújában szintén a nők szerepét emelte ki a prevenció egyik lényeges elemeként. Mondván, hogy a nő – anya, feleség – az, aki rá tudja venni a férfit, hogy menjen el,

például prosztata szűrővizsgálatra (*még mielőtt a kifejlődött kórt jelző fájdalom kergetné orvoshoz*). **Dr. Hernádi Zoltán onkológus** professzor (DEOEC) lapunk 2005/11. számában ugyancsak az egyéni felelősségre helyezte a hangsúlyt. Hiszen „a szolgáltatói oldal biztosított”. Bárki bárholonnan eljuthat szakvizsgálatra, ahol a szűrést megbízható módon, jó minőségben elvégzik számára, megfelelő körülmények között, térítésmentesen. Miért érződik mégis szükségesnek a szűrési rendszer bővítése, védőnők bevonása citológiai kenetminta levételébe, mért van szükség különböző „becsalogató” módszerekre, nyereménysorsolás, adó visszatérítés – szűrésnemenként 1 000 Ft – , s vajon a meglévő lehetőségek kiaknázása, igénybe vétele megfelelő-e, nincs-e még kihasználatlan tartalom? A Liliom program folyamatát végigkísérve több kérdés is felvetődött mind a civil résztvevők, mind pedig az orvos szakma részéről. **Dr. Csiky-Mészáros Tibor** nőgyógyász szakfőorvos örömmel és nagy várakozással vett részt a kampányban. Lehetőségeit kihasználva igyekezett minél több nőt bevonni a szűrővizsgálatba, felvetve az esetleges nyelési lehetőséget is, mármint az egészség megnyerése mellett. A programot kísérő pontatlanságok és tájékoztatási hiányosságok azonban bosszúsá tettek. Elmondta hogy a program beharangozása ugyan hirtelen nagy lobbal megtörtént, de azután meglehetősen hosszú csend következett. A nyereményszelvény ígérete szerint: „A földji kisorsolása 2006. februárjában a Betegek Világnapiához kötötten egy nyilvános TV show keretében zajlik...”. Ebből adódó kommunikációs félreértés lehetett, hogy sokan február 11-én, a Betegek Világnapián várták a sorsolás közvetítését, a nyertesek közzétételét. Ám ez akkor elmaradt, és egyéb forrásból sem derült ki az esemény pontos ideje. A betegek pedig az orvosukat kérdezgették, aki egy ideig úgy érezte, hiteltelenné vált a páciensei előtt, tájékoztatlansága, vagy ami még rosszabb, üres ígéretés miatt.

Végül is nem túl lényeges pontatlanság, hogy a sorsolás csak 22-én történt meg, s erről a tévé február 25-én tudósított, de a (meg nem való-sult) show műsor egybek mellett teret adhatott volna néhány civil véleménynek: Miért megy, miért nem megy el valaki szűrővizsgálatra? Megszólaltathatott volna rákot legyűrő embereket, esetleg méhnyakrákban meghalt nő családjából valakit, emberi közelségbe hozva, a statisztikai adatokon, a szakmai zsargonon túl érthetőbbé téve ezzel is a megelőzés, a szűrővizsgálatokon való részvétel rendkívüli fontosságát.

Kételyeimre **Péterfia Éva**, a Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda vezetője a következőképp reagált: – A magyarok általános egészségkultúrája nem megfelelő, és hiába folyik akármilyen tájékoztatás a médiából, az ismeretbővítés nem elég. Ha így lenne, nem találkozhatnánk dohányzó orvosokkal, elhízott egészségügyi dolgozókkal. Marketing kutatások igazolták, hogy a magyar lakosság árérzékenységére két dolog jellemző: fizetnie kell, vagy kap valamit. A parlagfű elleni küzdelemben a büntetés, tehát a „fizetni kell” elvet alkalmaztuk jelentős hatékonysággal. Ennek eredményeként 20-22%-kal csökkent a parlagfű pollen koncentrációja. A szűrővizsgálatokon való részvétel elmaradása jelenleg nem szankcionálható. Itt a nyeremény, a „kap valamit” segítségével, a Liliom program által próbálunk jobb eredményeket elérni. Az eddigi hatékonysági vizsgálatok azt igazolták, hogy ez sikerült is. A kezdeti adatok alapján 4000 – 5000 jelentkező lapra számítottunk, a végeredmény több, mint 17500 lett. A már feldolgozott adatok alapján Békés megyében a tavalyi 4,1%-ról 7,4%-ra nőtt a megjelenési arány a szervezett méhnyak szűrésen. Országos szinten is hasonlóan kedvező eredményt hozott a Liliom program, amelyet májusban, az anyák napjához kapcsolódóan folytatni szeretnénk.

»Pigniczki Ágnes«

Sumamed® S
azithromycin

1 g monodózis mindkét partner számára

Sexuális életről fontos tudni:

- A Chlamydia fertőzésnek az első tünetei általában 1-3 hét múlva jelentkeznek.
- Az első tünetek általában a következők: fájdalom a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a májban, a lépben, a hasnyalékban, a pajzsmirigyben, a mellékvesében, a prosztatában, a vesiculában, a prosztatában, a húgycsőben, a hüvelyben, a méhnyakban, a petefészekben, a hasban, a csípőben, a combban, a lábban, a vállban, a nyakban, a fejben, a szemben, a fülben, a torokban, a tüdőben, a szívben, a vesében, a má

Összefoglaló a haemodinamikai laborok fejlesztésének hatásairól

A Fővárosban 2003. január 1-je óta áll folyamatosan, napi 24 órában rendelkezésre az akut szívinfarktusban szenvedő betegek számára az akut percutan corona-ria intervencio (PCI) lehetősége. Azt megelőzően nem volt folyamatos a beavatkozás elérhetősége. Ettől az időponttól kezdve az 5 fővárosi PCI centrum közül hét-köznap délutántól másnap reggelig, valamint minden munkaszüneti napon valamelyik centrum teljesít – egyedül – ügyeletet.

Az 5 centrum közül a SE Ér- és Szívsebészeti Klinika heti 2 alkalommal, mindig fix napokon, míg a további 4 centrum a fennmaradó napokon egymást követő sorrendben teljesít ügyeletet. Kezdetben elsősorban a fővárosi betegek számára volt elérhető ez a szolgáltatás, azonban ma már az agglomeráció, teljes Pest megye, valamint a haemodinamikai centrummal nem rendelkező környező megyék lakosai számára is elérhető ez a szolgáltatás.

Az OMSZ a diagnosztizált st elevációval járó akut myokardialis infarktus esetén a centrum előzetes értesítése mellett a betegeket haladéktalanul, más intézmény közbeiktatása nélkül juttatja el a megfelelő centrumba. Vidéken először az egyetemi városokban (Pécs, Szeged, Debrecen) kezdődött meg ennek a nagy jelentőségű beavatkozásnak a beindítása, majd Zalaegerszeg, Balatonfüred és Miskolc következett. A továbbiakban 2005-ben Győr, Nyíregyháza és Szolnok került befogadásra, míg 2006-ra Szombathely, Székesfehérvár, Kecskemét és Gyula befogadása szükséges. Ezen központok beindulását követően az ország lefedettsége szinte teljes lesz, amennyiben a rendelkezésre álló mentőkapacitásokkal biztosítható a beteg megfelelő időben való kórházba juttatása, s így a katéteres beavatkozás elvégzése.

A Magyar Kardiológusok Társasága és a Kardiológiai Szakmai Kollégium 2005. márciusi közös ajánlása alapján – mely az új európai irányelveket követi – elkészítették az st elevációval járó akut myokardialis infarktus prehospitalis ellátásának útmutatóját, mely nagy segítséget jelent a betegutak megfelelő meghatározásában. Ezek alapján amennyiben a beteg mellkasi fájdalma kevesebb, mint 3 órája áll fenn és a beteg 60 percen belül pci centrumba juttatható (+30 perc áll rendelkezésre a katéterezés megkezdésére), akkor

mindenképpen akut pci-re kell törekedni a minél nagyobb mértékű szívizommentés érdekében. Amennyiben a beteg mellkasi fájdalom 3 órán túli, de még kevesebb, mint 12 órája áll fenn, akkor a centrum 90 percen belüli elérhetősége esetén szintén akut pci a választandó eljárás.

Amennyiben a fenti kritériumok nem teljesíthetők (akár azért, mert a pci centrum túlterhelt), akkor azonnali – lehetőleg már prehospitalisan – fibrinolitikus kezelésre kell törekedni, lehetőség szerint fibrinspecifikus szöveti plazminogén aktivátor alkalmazásával. Ehhez azonban széles elérhetőséget kell biztosítani a néhány hónapja hazánkban is elérhető leggyorsabban ható thrombolitikumnak, mely már bólusban is adható. Az OMSZ eme lehetőséggel való felszerelése további jelentős szívizommentést eredményezhet.



FORRÁS

Egészségügyi ellátás európai színvonalon a Fehérvári úti felújított szakrendelőben

21. századi betegellátás, új szakrendelések várják a betegeket Újbudán a megújult Fehérvári úti rendelőben. A 60 éves műemlék épület 900 millió forintból belül teljesen átépült.

A megújult intézetben bevezetésre került az előjegyzési rendszer, ezzel a várakozási idő csökkent. A korszerű környezethez korszerű szemlélet, és folyamatosan megújuló műszerpark is tartozik. A rendelő Újbuda teljes lakosságának olyan járóbeteg-ellátást kínál, amely bárhol megállja a helyét Európában.

A Fehérvári úti rendelő 1947-ben épült. A 60 éves épület műemlék, amely belül egészen mostanáig megőrizte a '40-'50-es évek hangulatát. A teljes Újbudát ellátó intézetet 2003-ban vette át az önkormányzat. A felújítás 2004 végén indult el, a cél egy 21. századi rendelő-intézet létrehozása volt.

Az öt emeletes rendelő teljes alapterülete 6500 négyzetméter. Az átépítést úgy szervezte az önkormányzat, illetve a rendelőt működtető Gyógyír XI. Kht, hogy egyszerre mindig csak 2 szintet zártak le, a többi szinten a rendelés folyamatos volt, úgy, hogy ideiglenesen egy-egy osztály más épületbe költözött. A rendelési idők nem csökkentek. A felújítás költsége elérte a 900 millió forintot, amelyet Újbuda önkormányzata saját forrásából biztosított. Az épületben csak belső felújítás történt, a műemléki homlokzat nem változott, az épület egyes belső elemei a műemléki jellegnek megfelelően megmaradtak, és az új

ablakok a korábbiak megfelelő színben és méretben készültek el. Az épület természetesen akadálymentes.

A rendelőben két új szakrendelés működik. A kardiológiai szakrendelés keretében ambuláns szívgyógyászati rehabilitációt is szerveznek a betegeknek. A kezelés magában foglalja a rendszeres orvosi ellenőrzést és a gyógytornász által vezetett rehabilitációs tornát. Ugyancsak új az endokrinológiai szakrendelés, ahol a hormontermelő szervek betegségeinek valamint az anyagcserezavaroknak (pl. csontritkulás, a súlyos elhízás, a kóros soványság, az idült hasmenés) vizsgálata és kezelése folyik. Az intézetben továbbá angiológia, audiológia, belgyógyászat, EKG, érsebészeti vizsgálat, felnőtt és ifjúsági fogászat, fizioterápia, fogászati röntgen, foglalkozás egészségügy, foniátria, fül-orr-gégészet, gyógytorna, ideggyógyászat, laboratórium, ortopédia, reumatológia, röntgen-ultrahang és mammográfia, sebészet, szájsebészet, szemészet, szülészet-nőgyógyászat, terhesrendelés, tudógondozó és ernyőképszűrő állomás, urológia működik. Emellett több háziorvos is itt rendel. A gyerekek számára külön gyermekbőrgyógyászat, gyermekgégészet, gyermekortopédia, gyermeksebészet, gyermekszemészet áll rendelkezésre. A rendelések mellett további szolgáltatások is igénybe vehetők, így a rendelőben fogtechnika, ortopéd cipészet, optikai szaküzlet, gyógyszer-tár, gyógyászati segédeszköz szaküzlet is található.

Az Egészségügyi Minisztérium Sajtóközleménye

Számtalanszor elmondtuk már, Mikola István, úgy tűnik, mégsem akarja megérteni: Az MSZP nem teszi „fizetössé” az egészségügyet, az MSZP nem adja el a kórházakat. Sajnálattal tölt el, hogy a Fidesz képességei kimerülnek a légből kapott számadatokkal való felelőtlen riogatásban, rémhírek terjesztésében, a közvélemény félrevezetésében.

A Fidesz ott folytatja a hazugság-kampányát, ahol 2002-ben abbahagyta.

Ezzel szemben az MSZP folytatja a 21 lépésben megkezdett egészségügyi reformot, amely szerint a befizetett járulék után a biztosítási ellátások mindenkit megilletnek.

Dr. Vojnik Mária politikai államtitkár, Egészségügyi Minisztérium

A román egészségügyi miniszter budapesti látogatása

A magyar-román együttes kormányülés alkalmával, 2005. október 20-án írták alá a két ország egészségügyi minisztériumai közötti időszakra vonatkozó Nemzeti Fejlesztési Terveiben, illetve az EU kohéziós és strukturális alapjaiból támogatható fejlesztéseket tartalmazó referencia dokumentumaiban,

- Az egészségügyi ellátórendszer modernizációja, finanszírozásának átalakítása,
- A népegészségügyi programok végrehajtása a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében,
- A fertőző betegségek elleni küzdelem területén való tapasztalatcsere,
- Az egészségügyi területek megjelenítése a két ország 2007-2013 közötti időszakra vonatkozó Nemzeti Fejlesztési Terveiben, illetve az EU kohéziós és strukturális alapjaiból támogatható fejlesztéseket tartalmazó referencia dokumentumaiban,
- Magyarország tapasztalatainak megosztása a Strukturális Alapokból és a Községi Kezdeményezésekből finanszírozható egészségügyi projektek vonatkozásában,
- Együttműködési projektek kialakítása, amelyek közösen be nyújthatók lehetnek az Európai Unió pénzügyi eszközeiből történő finanszírozás elnyerésére,
- Magyarország tapasztalatainak megosztása a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK tanácsi rendelet egészségügyi ellátásokat érintő rendelkezéseinek végrehajtása területén.

Az együttes Kormányülést követően. Rácz Jenő miniszter levélben fordult Eugen Nicolaescu egészségügyi miniszterhez, amelyben hangsúlyozta annak fontosságát, hogy a tervezett közös tevékenységek megvalósuljanak és az azonnali erőfeszítéseket összpontosítsuk:

- Az influenza felkészültséggel kapcsolatos tervezésre és intézkedésekre,
- A Nemzeti Fejlesztési Terveiben az egészséggel kapcsolatos kérdések megközelítésére, olyan közös programok, projektek előkészítésére, amelyek EU támogatásra pályázhatnak.

Rácz Jenő magyarországi látogatásra hívta meg Eugen Nicolaescu, aki a meghívást elfogadta és munkatársaival 2006. március 16-17-én látogat Magyarországra. Küldöttségének tagja Székely Ervin a román Egészségügyi Minisztérium államtitkára.

Egészségügyi Minisztérium Sajtó és Kommunikációs Főosztály

Csökkentő térítési díjak a támogatott gyógyszerek körében

A 2006. április 1-vel társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerek körében történő legfontosabb változások:

Árcsökkentések

15 készítmény esetében a forgalmazó csökkentette a gyógyszer termelői árát, ez átlagosan a normatív támogatási kategóriában 9, emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriában 5%-os térítési díj csökkenést eredményez.

Az emelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriában egy, az Alzheimer kór kezelésére szolgáló készítmény térítési díja 3%-kal, két másik készítmény térítési díja 10%, illetve 9%-kal csökken.

A normatív támogatási kategóriában 4 készítmény térítési díja csökken 1-29% között.

Támogatási mérték

Négy szájon át szedhető cukorbetegséget kezelő készítmény (acarbose hatóanyagú antidiabetikum) és 26 vérnyomáscsökkentő angiotenzinII-receptor blokkoló és kombinációi esetében a támogatás mértékét 50-ről 70%-ra emeltük, ez az első szer esetében a térítési díj 35%-os, a vérnyomáscsökkentők esetében 40%-os csökkenését eredményezte.

84 új generikus készítmény került a támogatottak közé be április 1-jével,

- 5 gyomor-bél rendszerre ható,
- 14 szív- és érrendszerre ható,
- 3 urogenitális rendszerre ható,
- 2 onkológiai,
- 7 mozgásszervrendszerre ható,
- 7 antiepileptikus,
- 38 antipszichotikus,
- 3 antidepresszáns és
- 1 anasztmatikus készítményt.

Közülk egy antipszichotikum (quetiapine) és egy gombaellenes hatóanyag (itraconazole) első generikus készítmények.

További részletek a www.oep.hu/lakossági oldal/hírek és események/ Egészségbiztosítási Közlöny rovatban lesznek olvashatók, a Közlöny megjelenésétől függően, várhatóan a jövő hét elejétől.

Egészségügyi Minisztérium Sajtó és Kommunikációs Főosztály

Jönnek az új mentőhelikopterek

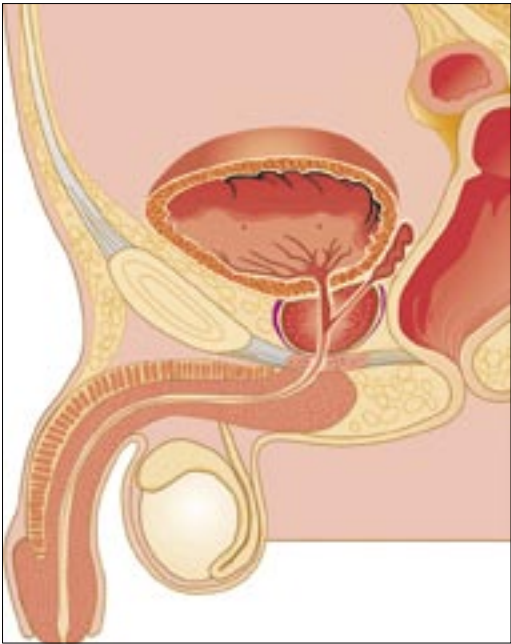
Az Országos Mentőszolgálat és az OMSZ Légimentő Kht. – a sikeresen zárult közbeszerzési eljárás eredményeként – ünnepélyes keretek között aláírta a mentőhelikopterek biztosításáról szóló szerződést a Heliair Transport Gmbh.-val, amely az ÖAMTC-Légimentés (Österreichische Automobil- Motorrad- und Touring Club – Flugrettungsverein) fednyávlalata.

Az új, korszerű mentőhelikopterekre kiírt közbeszerzési eljárás harmadik fordulójára nyolc pályázat érkezett, négy ajánlat bizonyult érvényesnek. A négy pályázó közül – a legalacsonyabb ár szempontját figyelembe véve – az osztrák Heliair Transport Gmbh. lett a győztes, a szerződés kötése 2006. március 10-én került sor. A szerződő partner Európa egyik legnagyobb, mentőhelikoptereket üzemeltető szervezete. Ausztriában 1983 óta, 24 géppel végzik a légimentést, évente 16 ezer bevetést hajtanak végre. Több mint húszéves szakmai tapasztalatuk, szigorú minőségbiztosítási és kiképzési rendszerük, illetve a szervezet non-profit jellege garanciát jelent arra, hogy folyamatos, biztonságos, ugyanakkor költség-hatékony légimentés működjön Magyarországon.

A tender eredményeként érkező EC-135 típusú új helikopterek mindenben megfelelnek az Európai Unió előírásainak, az intenzív osztály körülményeit képesek biztosítani. A gép egy fekvő- és egy ülő beteg egyidejű ellátására alkalmas, és a repülés közben is végezhetőek beavatkozások. A helikopter két hajtóműves, hátsó rotorja zárt keretben forog, ami nemcsak a balesetveszélyt csökkenti, hanem alacsony zajszintet is biztosít. Utazósebessége 250 km/h, ami közel duplája a MI-2-es helikopterek sebességének. Ez nemcsak a kikerkezés idejét rövidíti le, hanem a bevezethetőség hatósugarát is megnöveli.

A szerződés kötéstől számított harminc napon belül egy, majd további hatvan napon belül még kettő, illetve egy éven belül újabb kettő EC-135 típusú mentőhelikopter áll szolgálatba, így júniusra megteremtődik a lehetőség egy hatodik légibázis (Dél-Kelet Magyarország) beindítására, és a jelenleg használt, mára korszerűtlenné vált MI-2-es mentőhelikopterek folyamatos cseréjére is. A Heliair Transport Gmbh. az öt mentőhelikopter biztosításán túl azok karbantartását is végzi, míg a légimentési tevékenységet – fontos állami feladatként – részben ezen, részben saját helikopterekkel a száz százalékban állami tulajdonú OMSZ Légimentő Kht. látja el.

Egészségügyi Minisztérium Sajtó és Kommunikációs Főosztály



A prosztata (dűlmirigy) gesztenye alakú és nagyságú, tömör, simaizomból és mirigyszövetből álló szerv, mely a húgyhólyag alatt és a végbél előtt helyezkedik el. A prosztátán áthalad a húgycső felső szakasza. A prosztata által termelt váladék az ondó részét képezi, a spermiumok aktivitását, mozgását segíti elő. A férfi nemi hormonok (androgének) serkentik a prosztata működését, és szerepet játszanak az egészséges prosztata sejteinek szaporodásában és fejlődésében. A prosztata nagysága az évek során fokozatosan növekszik, ami természetes folyamatnak számít.

Eckhardtné Dr. Horváth Irén, Dr. Kálmán Anna

A felnőtt férfiak közel fele élete során legalább egyszer átesik prosztatagyulladásra. A prosztata gyulladása különböző tünetekkel járhat, többek közt alhasi, gáttáji, deréktáji fájdalommal és vizeleti panaszokkal. A férfiaknál 50 éves kor felett egyre gyakoribbá válnak a különböző súlyosságú vizeleti panaszok, amelyek különböző mértékben zavarják az életvitelt és az életminőséget. Ezek hátterében a leggyakrabban a prosztata, a húgycső és a húgyhólyag izomzatának fokozott ingerlékenysége áll, ami az izomzat összehúzódásával, és a vizelet elfolyásának akadályozásával jár, valamint igen gyakori ok a prosztata jóindulatú megnagyobbodása, főleg a húgycsövet körülölelő mirigyállományé. Sokkal ritkábban ugyan, de a panaszok hátterében prosztatarák is meghúzódhat!

A jóindulatú prosztata megnagyobbodás az idősebb férfiak egyik leggyakoribb betegsége, általában 45 év felett jelentkezik. Előfordulása az életkorral együtt nő, a 80 év körüli férfiaknál gyakorisága a 80%-ot is elérheti. A betegek fele élete során kezelésre szorul. A jóindulatú prosztata megnagyobbodás jellemző tüneteként egyre gyakoribbá és súlyosabbá válnak a különböző vizeleti panaszok, amelyek befolyásolják az életvitelt és az életminőséget. Ennek ellenére a panasszal rendelkezőknek csak a 10-20%-a fordul orvoshoz, pedig a betegség jól kezelhető, ezáltal az életminőség jelentősen javítható.

Ilyenkor a vizelet nehezebben indul, a vizeletsugár gyengül, a vizelés gyakorivá válik még éjszaka is, többször jelentkezik és a vizeleti idő megnyúlik. Középsúlyos esetben gyakran hirtelen vizeleti inger támad, sőt jellemző a vizelet sugár megszakadása, a fájdalmas vizelés, az inkontinencia (vizelettartási nehézség), az utócspepegés és az elégtelen hólyagürülés érzése. Kezdetben a húgyhólyag, a húgyvezeték és a vese még nem mutat jelentős elváltozást, a hólyag izomzata még elég erős ahhoz, hogy ellensúlyozza a prosztata megnagyobbodás okozta szűkületet. Előrehaladott állapotban a húgyhólyag fala megvastagszik, a húgyvezeték és a vese üregrendszere kitágul, vizelés után a hólyagban vizelet marad vissza. Súlyos esetben már elvékonyodik, hegesedik a húgyhólyag izomzata, táglulatok jelennek meg rajta, működése károsodik. Vizelés után nagy mennyiségű vizelet marad a hólyagban és a húgyvezeték, a vesemedence valamint a vesekelyhek kitágulnak. A kellemetlen tünetek egyre gyakrabban és súlyosabb mértékben jelentkeznek, mindjobban megkeserítve mindennapokat. Elhanyagolt, kezeltetlen esetben szövődményként visszatérő gyulladások, vérvizezés, húgyhólyagkő keletkezhet. Súlyos esetben a vizeletelfolyás akadályá miatt a veseműködés is károsodik, ami veseelégtelenséghez vezethet.

A pontos diagnózishoz

és a kezelés megválasztásához általános és/vagy speciális urológiai vizsgálatokra van szükség. A vizsgálatok azt a célt is szolgálják, hogy a betegség elkülöníthető legyen más, a húgyutakat érintő betegségektől, többek közt a prosztataráktól, mely inkább előrehaladott stádiumban produkál hasonló tüneteket. Az urológus a végbélben keresztül történő betapintásból tájékozódik a prosztata nagyságáról, felületéről, érzékenységről és keménységéről. A végbélen át végzett ultrahangvizsgálat képet ad a prosztata szerkezetéről. A pontos diagnózishoz segít a vizeletvizsgálat és a vérévétel, melynek során elvégzik az ún. PSA (proszтата specifikus antigén) vizsgálatot is. A vizsgált antigén egy fehérje-természetű anyag, mely a prosztata szövetében termelődik és a beteg véréből kimutatható. A psa vizsgálat segítségével a prosztatarák korai szakaszban – átlagosan 5 évvel korábban, mint ahogy a daganat

egyéb tünetekkel jelentkezne – felismerhető, és ilyen esetekben, a korai diagnózis mellett a prosztatarák még többnyire jól gyógyítható.

A jóindulatú prosztata megnagyobbodás kezelése

nem egyenlő a műtéttel. Az időben elkezdett és szakorvos által beállított gyógyszeres kezeléssel a műtét legtöbbször elkerülhető és az életminőség jelentősen javítható. Az utóbbi időben olyan új gyógyszerek kerültek bevezetésre, amelyek gyorsan és hatékonyan csökkentik a tüneteket, ezáltal jelentős előnyt élveznek a műtéttel szemben. A gyógyszeres terápia egyrészt a prosztata tömegének csökkentésére (ezt a hatást az ún. 5-alfa-reduktáz gátló gyógyszerekkel érik el), másrészt a vizeletelfolyási akadály megszüntetésére (simaizom-összehúzódnást oldó, ún. alfa-receptor-blokkoló gyógyszerekkel érik el) irányul.

Célszerű az életvitelt már fiatal korban úgy alakítani, hogy minél több rendszeres testmozgás, sport kapjon benne helyet. Törekedjünk arra, hogy a mindennapi étkezés legyen zsírszegény, valamint kerüljük a túlzott fűszer- és alkoholfogyasztást. Fontos, hogy az 50 év feletti férfiak – tünetmentesség esetén is – minden évben felkeressék az urológusukat. Panasz esetén pedig azonnal keressük fel az orvost, hogy a még korai stádiumban lévő elváltozást időben, jó eséllyel kezeljessük. A korai felismerést és a kezelést elősegíti a beteg tudatos, a saját egészsége és életminősége érdekében tett lépései. A kezelés megválasztásánál lehetőség van arra, hogy a kezelőorvos a legmesszebbmenőkig tekintettel legyen a beteg korára, igényeire, életvitelére, az esetlegesen meglévő más betegségeire és ennek megfelelően tud választani a rendelkezésre álló kezelési módok közül.

A prosztatarák a férfiak daganatos halálzásának harmadik leggyakoribb oka a tüdőrák és a szájüregi rákok után. Magyarországon évente 2700 fővel növekszik a diagnosztizált esetek száma, és körülbelül 1300 férfi válik a prosztatarák áldozatává. Pedig a prosztatarák korai felismerés esetén megszelídíthető, jól kezelhető daganat, és még előrehaladott stádiumban is, megfelelő kezeléssel az életminőség jelentősen javítható.

A prosztatarák kialakulásának oka nem ismert. Tudunk azonban kockázati tényezőkről, amelyek elősegíthetik a kialakulását. Bizonyított kockázati tényezők: az életkor – ennek előrehaladtával gyakoribb és az előfordulási gyakorisága a csúcstól 75 év felett éri el; a rassz – az afro-amerikai népességben gyakrabban fordul elő, mint az ugyanott élő fehér és indián lakosság körében; a földrajzi elhelyezkedés – Európában a skandinávok között a leggyakoribb és Dél-Európában a legritkább; az öröklődés – minél fiatalabb korban jelentkezik a prosztatarák, annál valószínűbb, hogy örökletes tulajdonság áll mögötte; az étkezési szokások – sok zsiradékot tartalmazó étrend. Lehetséges kockázati tényezőként tartják számon, ha a mindennapi táplálkozásunk kevés zöldséget, paradicsomot, gyümölcsöt, E-vitamint, szelént és cinket tartalmaz.

A prosztatarák lefolyása igen hosszú

Korai szakaszban panasz- és tünetmentes. Előrehaladott esetben okozhat vérvizeléset, fájdalmas vizeletürítést, és minden olyan tünetet, amit a jóindulatú prosztata megnagyobbodás is okoz. Áttétes stádiumban csontfájdalmak jelentkeznek.

Mindaddig amíg a daganat nem lépi túl a prosztata tokját – jelenleg ilyen korai szakaszban a prosztatarákok 30%-a kerül diagnosztizálásra – gyógyítható stádiumban van. Ilyenkor a leggyakoribb eljárás a daganatszövetet tartalmazó prosztata műtéti eltávolítása vagy besugárzása. Ha a daganat már áttért a prosztata tokját (jelenleg a diagnosztizált esetek 70%-a tartozik ide) és a környező szervekre terjedt vagy távoli áttétet adott, kezelhető stádiumban van. A kezelés a daganat fejlődésének gátlását, lassítását jelenti. A kezelés lényege a férfi nemi hormonok (androgének) hatásának kiiktatása. E célból végzik el az androgénket termelő herék sebészi eltávolítását vagy vetnek be olyan gyógyszereket, amelyek által a here megszűnik hormont termelni (kémiai kasztráció). A herék mellett a mellékvesék is termelnek androgén hormonokat, ezért a prosztata szövetében az ennek következtében fellelhető androgénhatás megszüntetésére is szükség van, amit az ún. antiandrogén gyógyszerek alkalmazásával érnek el. Ezek a daganatszövet növekedését mindenhol – a távoli áttétekben is – visszaszorítják.

A prosztatarák korai felfedezése szempontjából különösen fontos, hogy az 50 év feletti férfiak – tünetmentesség esetén is – minden évben felkeressék az urológusukat. Ennek a tanácsnak a megfogadásával javítható lenne a korán felfedezésre kerülő prosztatarákok aránya, és sokak számára elérhető lenne a gyógyulás, illetve a hosszú távú jó életminőség lehetősége. Amennyiben egy családon belül a vérszerinti rokonok között prosztatadaganat fordult elő, úgy már 45 éves kortól javasolt az urológus évenkénti vizsgálat céljából felkeresni. Panasz esetén azonnal urológus szakorvoshoz kell fordulni, hogy minél előbb megfelelő kezelésben részesüljön a beteg, mert a még korai stádiumban felfedezett prosztatarák megszelídíthető, jó eséllyel gyógyítható, de előrehaladt esetekben is korszerű terápiás lehetőségek állnak rendelkezésre a daganat növekedésének gátlására és az életminőség javítására. A prosztata gyulladása különféle tünetekkel járhat.

A prosztata és megbetegedései

Leggyakrabban alhasi, gáttáji (a gát a hímvessző és a végbélnyílás közé eső terület), esetenként vizelés közben jelentkező fájdalom, égő érzés, olykor nehéz vagy gyakori vizezés kíséri.

A prosztatagyulladásnak három fő csoportja ismert

Heveny (akut):

Baktériumok által létrehozott fertőzés idézi elő a betegséget. Ez a legritkábban előforduló típus, de egyben a legsúlyosabb is. A tünetek gyakran hirtelen alakulnak ki és hevesek, a betegség számos esetben kórházi kezelést igényel.

Idült (krónikus) bakteriális prosztatagyulladás:

Tünetei sokkal lassabban jelentkeznek és kevésbé súlyosak, mint a heveny gyulladás esetén. A fertőzést leggyakrabban ebben az esetben is a húgyutakban megtelepedett kórokozó hozza létre. Előidézhetik azonban olyan, a véráramba került baktériumok is, melyek a vérkeringéssel odasodródva, a prosztatában telepednek meg. A dűlmirigyben idővel apró, elmeszesedett kövek is képződhetnek, melyeken szívesen tapadnak meg a baktériumok. A fertőzés kialakulásához ritkán a prosztata olyan szerkezeti eltérései is hozzájárulnak, melyek kedveznek a kórokozók megtelepedésének.

Krónikus kismencedei fájdalom tünet együttes:

Noha ez a prosztatagyulladás egyik leggyakoribb formája (80-90%), kiváltó oka pontosan nem ismert. A kutatók számos elméletet dolgoztak ki azokról a lehetséges tényezőkről, amelyek elősegítik a betegség kialakulását, ezek az alábbiak: nemi úton terjedő fertőző betegségek következtében kialakuló húgycsőgyulladás; olyan kórokozók is előidézhetik ezt az állapotot, amelyek hagyományos laboratóriumi vizsgáló módszerekkel nem mutathatók ki; nehéz tárgyak telt húgyhólyag mellett történő emelése vizeletet préselhet a prosztata szövetébe, mely gyulladást kialakulásához vezethet; bizonyos testmozgások, például kocogás, kerékpározás, egyes munkakörök – melyek erős rázkódással járnak, például teherautó-, buszvezető – szerepet játszhatnak a betegség kialakulásában.

A prosztata gyulladása nem minden esetben gyógyítható meg teljes mértékben. Legtöbbször azonban a tünetek annyira mérsékelhetők, hogy nem zavarják a beteg mindennapi tevékenységét. Ha az orvos megállapította, hogy a betegnek milyen típusú prosztatagyulladása van, komplex kezelési tervet dolgoz ki. A

gyógyszeres kezelés szereplői a következő gyógyszer-csoportok közül kerülnek ki: antibiotikumok, alfa-receptorblokkolók (simaizom-összehúzódnást oldó gyógyszerek) fájdalomcsillapítók és nem-szteroid gyulladásgátlók. E mellett az életmód változtatása is jelentősen enyhítheti a beteg panaszait, például javasolt a bőséges folyadékfogyasztás, viszont a nagy mennyiségű alkohol, kávé és a fűszeres ételek kerülendők.

A Richter Gedeon Rt. 1999 óta működő „Urológiai Programja” a férfiak egészségi állapotának javítását, jobb életminőség elérését tűzte ki fő célul. A jóindulatú prosztata nagyobbodás és a következményes vizeleti tünetek megkeseríthetik az apák, nagyapák napjait, és ezen keresztül hatással vannak az egész család hangulatára. Ezért is fontos, hogy hatékony, megbízható terápiával biztosítható legyen számukra tünetaik mielőbbi enyhülése, ami lehetővé teszi, hogy újra jó közérzettel, aktívan részt vehessenek a mindennapok eseményeiben, és élvezhessék az élet nyújtotta örömeit.

2005-től – a jóindulatú prosztata megnagyobbodás terápiájában, a nagy méretű prosztata esetén már több éve sikeresen alkalmazott gyógyszer mellett – egy új, a prosztatában a simaizom-összehúzódnást oldó készítménnyel egészült ki az Urológiai Program termékpalettája, mely gyorsan és megbízhatóan hat, így megfelel a fent említett célkitűzésnek.

A Richter Gedeon Rt. új terméke olyan áron kerül forgalomba, amely - az idősebb korosztály mindennapi kiadásait figyelembe véve is - széles betegkör számára teszi elérhetővé ezt a korszerű, magas minőséget képviselő gyógyszert.

A prosztatarák kezelése egy olyan összetett terápián keresztül valósul meg, melynek alkotórészét képezik az ún. antiandrogén gyógyszerek. Ilyen – az áttétes prosztatarák kezelésében fontos szerepet játszó korszerű, szakmailag elismert hatóanyag tartalmú – antiandrogén gyógyszer is része a Richter Gedeon Rt. Urológiai Programja termékpalettájának. Ez a készítmény számos olyan tulajdonsággal rendelkezik, amely a prosztatarákos betegek kezelése során a megfelelő életminőség fenntartásában fontos. A daganatos betegek a patikákban ezt a szakorvos által felírt antiandrogént térítésmentesen válthatják ki.

A prosztatagyulladás kezelésére a Richter Gedeon Rt. Urológiai Programja termékpalettáján a már említett simaizom-összehúzódnást oldó (alfa-receptorblokkoló) készítmény és egy jól bevált, ebben a diagnózisban gyakran és megbízhatóan alkalmazott antibiotikum áll az urológus szakorvosok és a betegek rendelkezésére a sikeres gyógykezelés érdekében.

Férfigészségőr Klub

Férfiakról - nem csak férfiaknak

40-EN TÚL VÁR AZ ÉLET!

A Magyar Urológusok Társasága, az Országos Sportegészségügyi Intézet, az Országos Alapellátási Intézet és a Richter Gedeon Rt. Urológiai Program szakmai támogatásával megnyitotta kapuit a Férfigészségőr Klub!

A klub célja, hogy a férfiaknak teljeskörű tájékoztatást nyújtson a betegségek megelőzésének és kezelésének lehetőségeiről.

A klub tagjai fél éves rendszerességgel kézhez kapják a Férfigészségőr című új életmód magazint, nyereményjátékokban vehetnek részt, és konzultálhatnak szakembereinkkel elektronikus, vagy postai levelezés útján.

Csatlakozzon Ön is a Férfigészségőr Klub-hoz!

Nem kell mást tenni, mint kitölteni a jelentkezési lapot és postai úton elküldeni, vagy hívni a zöldszámunkat **06 80 204-6871**

Látogasson el a **www.ferfigeszsegor.hu**-ra!

BÍZUNK BENNE, HOGY HAMAROSAN ÖNT IS A TAGJAINK KÖZÖTT ÜDVÖZÖLHETJÜK!

Elmúlt már 40 és egészséges, teljes életet él? Akkor Ön bizonyára a Férfigészségőr Klub tagja!

Szakmai támogatóink:

MAGYAR UROLOGUSOK TÁRSASÁGA

Fő támogató:

RICHTER GEDEON RT. Urológiai Program

A klubhoz való csatlakozás az alábbi jelentkezési lap beküldésével lehetséges a következő címre: Férfigészségőr Klub 1525 Bp., Pf. 65.

JELENTKEZÉSI LAP

Minden jelentkezőnek díjmentesen postázunk a Férfigészségőr életmód magazin első számát, és résztvevői lesznek a klub első nyereményjátékának. A 2006. szeptember 1-jei sorsolás fődíja egy 2 személyes wellness hét, a csodálatos NaturMed Hotel Carbona***-ban, továbbá 20 db 5000 Ft értékű ajándékesomag is nyertesre vár.

NÉV:

CÍM:

E-MAIL:

FOGLALKOZÁS:

ÉLETKOR: év

.....

Alkírás

Secretin a Férfigészségőr Klub tagja lenni. Az 1992. évi LXIII. tv., valamint a 2001. évi CVIII. Tv. Vonatkozó rendelkezései alapján Ön hozzájárul ahhoz, hogy adatainak megküldésével, ill. azok átvételével a Férfigészségőr Klub marketing célokra történő felhasználására, a hivatkozott jogszabályi előírások betartása mellett felhasználja. Ön bármikor jogosult az adatai módosítását, illetve törlését igényelni.