

➤ **Veszélyeztetett férfiak**

Most már legalább húsz éve próbálják kutatók megfejteni azt a gázós rejtélyt, hogy a magyar férfiak 45 és 65 év közötti életszakaszukat miért élik túl olyan ritkán. Ez ugyanis nem vadonatúj jelenség, de éppen az egyformasága takarja el azt a változást, ami ezen jelenség okailban végbement az utóbbi 15 évben. Azelőtt az érvényesülés és a kilátástalanság csapott össze bennük és legtöbbször az utóbbi került ki győztesen. Most inkább az úgynevezett státusz szindróma szedi az áldozatait. Azokat akik úgy élik meg, hogy örökké lemaradnak egy kanyarral a versenytfutásban, a kapcsolataik tönkremennek és úgy érzik, hogy minden sarkon a munkanélküliség fenyegeti őket. Ma ott tartunk, hogy a középkorú férfiak halálózása magasabb, mint a 30-as évekből volt, amikor pedig pusztított a TBC és hírből sem ismerték az antibiotikumokat.

folytatás a 3. oldalon ►

➤ **Veszély: kullancsinvázio**

Néhány héten belül kullancsinvázióra lehet számítani az országban az esős tavasz miatt. Az agyhártyagyulladás és Lyme-kórt terjesztő vérszívók már nemcsak az erdőkbe, hanem a városi parkokba is beköltöztek. A szakemberek mindenkinek a védőoltást ajánlják. A kullancsok leginkább az erdők aljnövényzetében élnek, és a szabadon hagyott bőrfelületre tapadnak. A rovar leginkább a lágy bőrszövetek közöttik bele, hajás fejbőrbe, nyakba, végtaghajlatokba, csuklóra és bokára. A bőrbe került kullancsot nem szabad nyomkodni, meg kell fogni és ki kell húzni. A patikákban ehhez lehet kapni egy speciális csipeszt, amivel egyszerűbb megfogni az élősködőt: Tujajdonképpen ez a csipesz kiszakít egy picit a bőrből, tehát fejestől, potrohostól együtt jön ki az élősködő. Viszont ha a kullancscsípés helyén egy karikaszérű, egyre növekvő gyulladás alakul ki, azonnal orvoshoz kell fordulni. Betegséget csak fertőzött kullancsok okoznak. A szakember szerint a kullancs tulajdonképpen kétféle fertőzésű lehet. Egy vírussal fertőzött, amely agyhártya- illetve agyvelőgyulladást okoz. Ezzel szemben a védőoltás tökéletesen védelmet biztosít.: Védőoltás nélkül azonban ezt a betegséget nem lehet gyógyítani. A másik fertőzés Lyme-kórt okoz, amely, ha időben történik a diagnózis antibiotikumos kezeléssel gyógyítható.

folytatás a 10. oldalon ►

*Szerkesztőségi Közlemény

Tisztelt Főszerkesztő Asszony!

Telefonon történt megbeszélésünk értelmében a Lát-lelet 2006. 4-es számában „Fidesz ígéret” címszó alatt megjelent cikkben az alábbi helyreigazítást kérném:

- Kubinyi Jolán helyesen **Kubányi Jolán**

- Szakdolgozók Szakszervezetének képviselője helyett helyesen **Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara alelnöke**

- 310 üres szakdolgozói állás helyett helyesen **a fekvőbeteg intézményekre vonatkozóan több mint 1500 egészségügyi szakdolgozó hiányzik a rendszerből.**

Üdvözlettel: Kubányi Jolán, MESZK általános alelnök

1458. Budapest, Pf. 74.

Tel.: 06-1/323-2070 | Fax: 06-1/323-2079

*A kezdeti nehezségek ellenére végül is sikerült szót értenünk a reklámálóval, aki jogosan volt indulatos, hogy az igen rövid tudósításba annyi hiba csúszott, hogy majdnem az a bizonyos kabát effektus ténye lett a jellemző.

A Látlelet részéről a helyreigazítás most megtörtént, de ezután jelezzük: a hírt a Médiafigyelő Sajtóhíreben kaptuk, amely nélkül képtelenek lennénk ezt a műfajt – azaz a téma látleletezését – megvalósítani. Ők a Magyar Rádió Online internetes oldaláról vették le, amely viszont a Kossuth Rádió élő tudósítása volt Bánkúti Gabortól. A Sajtófigyelés több fórumhoz eljut, mind a mai napig például egy internetes zárt fórumon is (pl. Webdokki) olvasható így a hír.

Havonta megjelenő lapunk azért közölte ezt a rövid, még a választások eredménye előtt megjelenő hírt, mert vezető anyagnaként – lásd a Lételete 2006/4-es számának címlapját is – az Egészség Világnapja alkalmából az Egészségügyi Dolgozók helyzetéről – „Érted szól e nap” – szóló összefoglaló közöltünk, ahová abszolút adekvát volt egy a hazai témába vágó hír is.

Az orvosok presztízséért

– az orvoslás művészete –

Az egyetemi oktatásban nagyobb szerepet kell szentelni az orvosi viselkedés megfelelő formáinak az elsajátítására. Ma az előrehaladott informatika árnyékában elhalványultak az orvosi „példaképek”, akikről meg lehet tanulni a szakmai alázatot, a betegekkel és hozzátartozóikkal kapcsolatos viselkedésmódmát. Ez a „művészet” a presztízs egyik alapja. Példamutató orvosi magatartást kell a mindennapos életben tanúsítani. A kommunikációt nem csak a beteg és hozzátartozó irányába kell fejleszteni. Nyitni kell a magunk oldaláról is a média felé, el kell érni, hogy az elért eredmények, sikerek is „hírek” legyenek a médiában. Kerülni kell a korrupció minden formáját. Az uniós bérek fokozatos bevezetése jelentősen javítana ebben a kérdésben. Megszüntethető lenne a paraszolvencia.

Az egészségügy biztosan „billenő pont” közelében van. Talán még van visszaut, még hozhatóak olyan intézkedések, amelyek a változást szolgálják. Ha tovább tart ez a folyamat, a fiatal és teherbíró orvosok és szakembélyzet a gazdag országokba távoznak a jó fizetés és megbecsülés reményében. Ugyanakkor a hamarosan tömegesen kiöregedő, nyugdíjra vonuló orvosok hiánya megoldhatatlan probléma elé állítja a magyar egészségügyet. Erősíteni kell az orvosok kamara tekintélyét, szakmai és érdekvédő szerepét.

Lejegyezte:

Prof. Dr. Beró Tamás, osztályvezető főorvos, Pécs



Gyakorló ügyvédként és sérülékeny, műkedvelő labdarúgóként korábban csak és kizárólag külsős minőségben szemléltem a gyógyító tevékenységet, így magam is hajlamos voltam arra, hogy dühös foxiként megmorogjam orvosaimat, mert lassan gyógyulnak sérüléseim, és ki kell hagynom két sörmeccset, illetve teljes mellszélességgel tudtam a betegeket képviselni vélt vagy valós kárigenyük érvényesítésében, bár úgy véltem, hogy az orvosokkal szemben nehéz pert nyerni, mondván, hogy a szakértők is orvosok és a bírák is lehetnek még betegek. Négy-öt éve annak, hogy „átigazoltam” a másik oldal csapatába és a B-A-Z. Megyei Kórház képviselőjeként, örökös alperesi szerepre kárthatva feladatom a kárigenyek elhárítása. Korábban igényeztem keresni a kártérítést megalapozó jogcímeket, ma pedig próbálom kizárni ezeket. Bevallom, alperesi oldalon egyetlen ilyen jogcímmel nem igazán boldogulok, ez pedig a tájékoztatási kötelezettség megsértésére, annak nem megfelelő voltára alapított kereset. Írásomban nem kívánok utalni a kórházak ellen indított kártérítési perek elszaporodott voltára, a tengerentúli méreteket idéző felperesi igényekre, foglalkoznék inkább a pereket kiváltó valós okokkal és ezek jogi alapjául megjelölt jogcímekkel.

folytatás a 5. oldalon ►

Felelősségünk a házi ápolás során

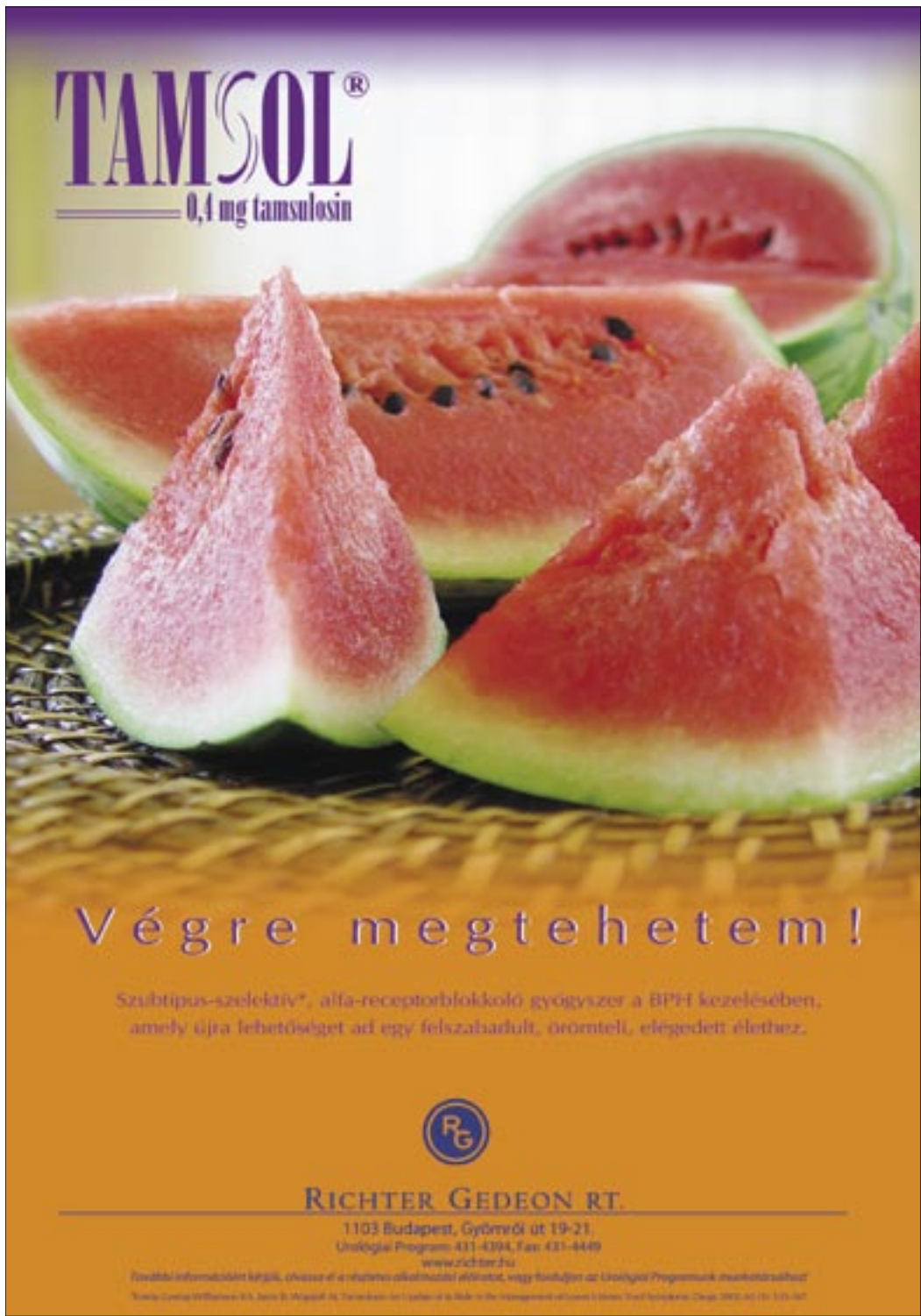
– vázlatpontokban –

Az otthoni szakápolás nemcsak a kezelés, gondozás és rehabilitáció módjaiban, de a kockázati tényezők szempontjaiból is egyedi jellegű. A teljesítményorientált finanszírozás mellett a betegek korán kikerülnek az akut ellátásból. Ez az ápolás során a beteg, a család és az ápoló számára egyaránt szigorúbb követelményeket támaszt. A korszerű orvosi technológia kezelése pedig a felelősséget tovább fokozza. A komplex anyagi-szakmai és jogi felelősség, szigorú protokollokkal és a minőségbiztosítási elvek betartásával érvényesül. Ugyanakkor empátiuk kapcsolattartására van lehetőség, ami segíthet az ápolónak a kommunikációban, munkája eredményességében. A compliance romlása viszont nagyon megnehezíti a funkcionális rehabilitációt. Adaptív, azaz anyagi, jogi, etikai és morális kötelességei is vannak a házi ápolási rendszerben dolgozóknak. A szakmai előírásoknak és pénzügyi figyelemnek megfelelően pontos dokumentáció a menedzsment, a szakhatóságok, a finanszírozó számára. Személyes felelősség és elszámoltathatóság, az anomáliák feltárásának a kivizsgálási módszerek indoklására. A betegek és a környezetük elégedettsége a mérésére kérdőívekkel használhatunk, amelyeket feldolgozás és értékelése a menedzsment feladata. A javítási technikák, a végrehajtás módszereinek a megjelölésével, folyamatosan korrigálhatják az egyes praxisok, praxis-közösségek házi ápolási tevékenységét. Fontos ismernünk a szolgáltatás megszűntethetőségének a lehetőségeit is. A szolgáltatás megszűntethető: a betegnek, a környezetének dokumentált kérésére, az elégséges ellátási szint elérésekor, a biztosítási-finanszírozási fedezet hiányakor, az ápolást végzők veszélyeztetésekor. Más speciális esetek is előfordulhatnak. Egyértelműen a szolgáltatott felelőssége akkor valószínűsíthető, ha szakmailag elfogadható indokok nélkül fejezi be az ellátást. A hanyag ápolás során elszenvedett egészségkárosodásokért a vészhelyzetek megoldatlanságáért is a szolgáltatót terhelik a következmények. Természetes a felelőssége az ápolónak (és a szakmai felügyeletet gyakorló orvosnak):

– a felszerelések nem szakszerű használatáért, – a dokumentációs hiányosságokért, – a finanszírozási deficitekért, – a jelentési kötelezettségekért, – a környezetvédelmi, hulladékmegsemmisítési inszufficienciákért.

A dokumentációnak az említettekkel túlmenően tükrözni kell: – a nyújtott ellátás színvonalát; – a beavatkozások rogzitottságát, jogosságát; – jelezni a szövődményeket, iat-rogeniákat; – indokolni a konzíliumokat, intézti elhelyezéseket. Tartalmazza a beteg és környezetének önkéntes döntési kompetenciáját, compliance-t, a kommunikációs dokumentációt. Hosszasan folytathatnánk a lehetőségeiről és fontosságúinkról szóló beszámolókat, de ez meghaladja egy dolgozat lehetőségeit. Az ápoltak tájékoztatására azonban mindenképpen utalnunk kell. Tudniuk kell a nyújtható szolgáltatásokról, ezek veszélyeiről és a várható eredményekről. Ismerniük kell a más szolgáltatók által felkínált lehetőségeket, hogy szabad akaratl, a teljes választék alapján dönthesenek.

Dr. S.S. és Tömös Béla Gyuláné háziiorvosi praxis



Egy szakfelügyelő főorvos céljai

1986-tól bőven volt időm és lehetőségem a Bodrogköz és a környékbeli kistérségek múltját, sorsát megismerni. Alkalmazkodhattam a rendszerváltással együtt járó sorstalansághoz. Közéleti emberként (két alkalommal voltam polgármester) is megtanultam, hogy a rang nem csak hatalmat, hanem felelősséget jelent, a szolgálni akaróknak. Szakmai karrierem is erre nevelt 32 éves koromtól, amikor táppénz ellenőrző főorvos, majd tudógondozó vezető m. főorvos lettem. A megízeltetésnek igyekeztem megfelelni, a bizalommal sohasem visszaélve alázatosan, tisztességesen, humanista szellemben és empatikus gyakorlattal gyógyítani. Hibáimból tanulni akartam és a mai napig önkritikát gyakorlok, a megbántottaktól bocsánatot kérek, jó szándékú tévedéseimért is.

Itt a Zemplénben, ahol különösen nagyon nyomasztóak a gazdasági paraméterek, asszociálódtak számosan, dehumanizálódtak a közösségek, számosanban jelentkeznek az egészségügy gondoljai is. Az egészségügyi kultúrátlanság társult a káros szenvedélyek rohamos terjedéséhez, a közigazgatás alkalmazkodó képességének mérséklődéséhez, a funkcionális medicina perifériára szorításával, a társadalmi disharmóniával.

Közös gondjaink és a szakfőorvosi rendszer hiányosságai

Az alapkérdés, ami számtalan esetben foglalkoztatott: Vajon, miért csak eddig juthattunk? A nyilvánvaló gazdasági, szociális, közigazgatási (önkormányzati, kistérségi...stb.) okok mellett, számos medicinális diszfunkcionális tényező is szerepet játszott, a politikai machinációkkal és manipulációkkal együtt.

„Érdekelletéinkből adódó megosztottságunk”, dehumanizálódásunk, értékeink megóvásának képtelensége...stb. eredményezték hitelességünk csökkenését, hivatásunk társadalmi marginizálódását. Szembe kell néznünk a hibáinkkal, hiányosságainkkal, szolidaritásunk elmúlásával. Másrésztől fel kell számolnunk a kishitűségünkkel, passzivitásunkat, morális sodródásainkat, lelassult reagálásunkat, a provokációknak és a csúsztatásoknak való felületethezességünket.

Tudjunk összetartozni a gáncsoskodásokkal szemben, türelmesen mérlegelni, határozott döntéseket hozni az éles helyzetekben. Szemléletváltásra van szükség a minőségi átalakuláshoz, valamint időre, türelemre, kitartásra, következetességre.

A szakfőorvosi rendszer az anyagi, jogi lehetőségek hiányában eddig csak virtuális eredményeket produkálhatott. Így az elvárt követelményeket nem teljesíthette, nem válhatott kollegiálissá, a cselekvési szabadsága csak formális volt. Gyűjthette a javaslatokat, dokumentálhatta a véleményeket, jelezhette a gondokat és összegezhetette a hiányosságokat. A szólas szabadsága ritkán járt együtt a lehetőségek és a szándékok összecsengésével. Az áldatlan helyzetünkön sokszor változtatni akartak, de ezekre szakmapolitikai okokból lehetőségeket alig kaptak.

Lehetőségeink, javaslataim

Úgy gondolom, hogy napjainkra megváltoztak a körülményeink, megvan a szándék nem csak az ANTSZ-nél (akikkel eddig is korrektek voltak a kapcsolataink), de a szakmai szervezeteknél is arra, hogy valóságos partnernek kívánnak minket tekinteni. Ki-

alakulóban a folyamatos és reverzibilis kapcsolattartás (azaz oda és visszajelzések és a közös cselekvések), funkcionális stratégia és adaptációs taktikai lépéssorozatok harmóniába hozása. Az elméleti szándékok gyakorlatba átültetéséhez megteremtődött a szakmai és a társadalmi konszenzus. Itt a zempléni végeken én úgy képelem el, hogy – felhasználva az internetes lehetőségeket is – élő kapcsolattartás alakul majd ki a kollégákkal, az ANTSZ-ekkel, az orvosi kamarával és más szakmai szervezetekkel, egészségügyi intézményekkel, az omsz-el, önkormányzatokkal, kistérségi társulásokkal. Folyamatosá válik az érdekek összehangolása, a közös értékeremtésért lobbyzás.

Gondolodom, un. „kistérségi akció csoportok” megszervezésén, akiknek feladata lenne a megelőzés, a szűrés és a gondozás, rehabilitáció koordinálása. Növelné a kollegialitást az alapellátásban dolgozók, s az ellátás más szintjein gyógyítók között is. Partnere lenne a szakfőorvosnak, az ANTSZ-nek, a sürgősségi ellátásnak, a házi ápolói-szociális gondozói hálózatnak, a falugondnokoknak és önkormányzatoknak, a kistérségek egészségügyi felelőseinek egyaránt.

A szakfőorvosnak aktívan részt kell vennie a helybeli, a regionális szakmapolitika alakításában és ennek közigazgatási vonatkozású döntéshozatalában. Ezzel összefüggésben feladatának kell lennie a kölcsönös egymásrautaltság elvének a gyakorlatba való átültetése. Hogy például figyelemmel kísérje a pályázati lehetőségeket, keresse meg a szakember elvándorlás okát, segítsen a konfliktushelyzetek megszüntetésében és a bizalom növekedésében. Jól együttműködjön a betegjogi képviselőkkel, az illetékes igazgatási, oktatási közszereplőkkel, a munkajogi és az érdekvédelmi kötelezettséget vállalókkal. Kiemelném a sürgősségi ellátó rendszerek kialakítása során felmerülő személyi, tárgyi, finanszírozási, munkajogi gondok felszámolásában a lehetőségeit és a kötelességeit mind a kollégáknál, mind az önkormányzatoknál. Itt sem könnyű feladat a tudatformálás, érdekelődés, az elvtelenségek megszüntetése. Remélem, az ANTSZ-el célszerűen megosszuk a feladatokat, segítjük egymást.

Figyelemmel kívánom kísérni a továbbképzéseken való részvételt, s hangsúlyozom a klinikó-patológiai konzultációk ismételt bevezetésének a szükségességét. Odafigyelek közegészségügyi, munkaegészségügyi, gyermek és nőgyógyászati szakkonzultációk folyamatosságára, de nem kívánom elhanyagolni a finanszírozás korrektségét sem. Természetesen valamennyi településen remélem a minőségbiztosítási eljárások betartásának megvalósulását, az ehhez kapcsolódó elemzéseket. Úgy gondolom, a konzultációknak megvan az indokolttsága a MEP-el, az omsz-el való együttműködésben. Figyelembe véve a terület természeti adottságait s az ezekből adódható váratlan helyzeteket (pl.: hófúvások, bel és árvizek) felkészülők a krízis állapotokból adódó kihívások ellátására is.

Végezetül

Mindig és mindenkor érvényesíteni szeretném alapelveimet, melyek: rendszeresség, következetesség, ésszerűség, célszerű alkalmazkodás, rugalmasság, időszűrés, elszámoltathatóság.

A lehetségestől a megvalósíthatóságig, a körülményeknek és a követelményeknek az összhangba hozásáig kívánom hivatásunkat akkreditálni kollegiálisan, a közös célok iránti elkötelezettséggel.

» Dr. Salamon Sándor háziorvos, szakfelügyelő főorvos «

Fiatal orvosok a jövőért

Példaértékű kezdeményezésbe fogtak a fiatal gasztroenterológus szakorvosok és szakorvos jelöltek. Kezdeményezésük célja, hogy az ország különböző részein működő központok közötti kommunikáció javításával, a fiatal kollegák közötti eszmecsere biztosításával és a szakmai továbbképzésben nyújtott segítségadással javítsák az emésztőszervi betegségekben szenvedő betegek ellátását, egyben élhetőbbé tegyék a mai fiatal orvosok számára az orvosi létet.

A fiatal orvosok összefogásának gondolata az elmúlt években már sokakban felvetődött. A különféle társszakmákban (pl.: kardiológia, pulmonológia, stb.) évek óta sikeresen működnek a fiatal orvosok hasonló szervezetei. Az ötletet tettek követték, melyet a szervezők lelkes munkája mellett a Magyar Gasztroenterológiai Társaság vezetősége is támogatott, így lehetőség nyílt a Társaság nagygyűlésén az alakuló ülés megtartására, és 2005. június 9-én, Balatonaligán 63 tag részvételével hivatalosan is megalakult a Fiatal Gasztroenterológusok Munkacsoportja (FIGAMU), mely első kongresszusát ezen a hétvégén rendezte Harkányban.

Legfontosabb céljai, hogy javítsák a kommunikációt az ország különböző részein dolgozó, az emésztőszervi betegségekkel foglalkozó fiatal orvosok között, lehetőséget kínáljanak a kollegák számára a szakmai tudásuk fejlesztésére, és egyben új fórumot teremtsenek a tudományos életben is aktív fiatal kutatók szá-

mára. Szeretnének élő kapcsolatot létrehozni a fiatalok között, megteremteni a szakmai együttműködés új lehetőségeit, ezzel is javítva a fiatal orvosok sokszor nem megfelelő munkakörülményeit.

Ennek során a fiatal szakemberek és szakorvos jelöltek közötti rendszeres munkakapcsolat megszervezésén túl, a szervezet koordinációs szerepet kíván betölteni a klinikai tárgyú vagy alap kutatásban végzett vizsgálatok összehangolásában és kivitelezésében. Természetesen a munkacsoport szakorvos tagjainak kiemelt feladata a gasztroenterológia szakvizsgára készülők segítése, a szakvizsga anyagával és a szakvizsgára bocsáthatóság kritériumainak teljesítésével kapcsolatos naprakész információk megosztása.

A hétvégi kongresszus során a szakmai összefoglaló előadások mellett számtalan interaktív fórum és esetismertetés segítette a fiatalok tapasztalatcseréjét és munkáját. Az eseményen mindemmel a tagság hivatalosan is jóváhagyta a szervezet felépítését, és megválasztották a FIGAMU vezetőségét, melynek elnöke a következő két évre Bajor Judit doktornő lett. A FIGAMU a továbbiakban együtt kíván működni a fiatalok hasonló szervezeteivel (pl.: Fiatal Kardiológusok, Rezidens Szövetség) és a nemzetközi szervezetekkel (ASNEMGE) is megtörtént az első kapcsolatfelvétel. A Munkacsoport honlapja a Magyar Gasztroenterológus Társaság honlapján (www.gastroent.hu) a FIGAMU pontra kattintva érhető el.

WKOMM

Patent Library (PATLIB) hálózat

A Debreceni Egyetem Tudás- és Technológia Transzfer Irodája fogadja be az európai Patlib hálózat Észak-alföldi Regionális Központját. A DEOEC Elméleti Tömbjében, a Magyar Szabadalmi Hivatal támogatásával létrejött új központ a szellemi tulajdonvédelmi oltalmi formák teljes körére kínál tájékoztató ügyfélszolgálati szolgáltatást, információt nyújt cégek, intézmények, szervezetek, vállalkozók és érdeklődők szellemi alkotásaival kapcsolatos jogvédelmi kérdésekben. A Patlib hálózat Észak-alföldi Regionális Központja a Magyar Szabadalmi Hivatal és a Debreceni Egyetem Genomnanotech Regionális Egyetemi Tudásközpont együttműködésével, a Debreceni Egyetem Egyetemi és Nemzeti Könyvtár támogatásával valósult meg. A Magyar Szabadalmi Hivatal (MSZH) fontos feladata – tekintettel az Európai Szabadalmi Egyezményhez való csatlakozásra – a Magyarországon működő iparjogvédelmi tájékoztatási rendszer átalakítása, továbbfejlesztése. Ezt a célt szolgálja az európai szabadalmi rendszer keretében működő Patent Library (Patlib) hálózat magyarországi kiépítése és működtetése. A Patlib hálózat egyéni feltalálók, kutatók, oktatók, műszaki és természettudományi, agrár és gazdagszakemberek, vállalkozások, valamint egyetemi és főiskolai hallgatók iparjogvédelmi tájékozottságát szélesíti, részükre iparjogvédelmi információt szolgáltat. A Patlib hálózat Észak-alföldi Regionális Központjának működésétől a Debreceni Egyetem jelentős innovációs képességének fokozott társadalmi felhasználását, a szellemi termékek előállítására és hasznosítására létrejött Regionális Egyetemi Tudásközpont valamint Kooperációs Kutató Központok eredményes működésének továbbfejlesztését, az Észak-alföldi Régió gazdasági növekedését várjuk.

A debreceni Patlib-központ elérhetősége: Patlib Debrecen, Debreceni Egyetem OEC Elméleti Tömb, I. emelet 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. | Hamza-Vecsei Tímea, Dr. Bene Tamás, Tel.: +36 (52) 411-717 /54102 | E-mail: patlib@dote.hu, www.lib.unideb.hu/patlib

Az EU-s egészségkártya Horvátországban és Svájcban is használható

Kell az üzleti biztosítás – Kiterjesztette az európai egészségkártya használatát Horvátországra is az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), így a magyarok ugyanolyan feltételekkel vehetik igénybe a sürgősségi ellátásokat, mint a horvát biztosítottak. A kártya nélkül utazóknak a helyszínen ki kell fizetniük az ellátás költségét, ám az eredeti számla ellenében a magyar egészségpénztár utólag megtéríti számukra azt az összeget, amelyet a horvát egészségbiztosító térített volna. Az uniós országokban – s emellett Horvátországban is – ugyanis úgy látják el a másik ország betegét, mint saját állampolgárukat, így a páciensek által fizetendő önrész – amely az egyes országokban nagyon eltérő – is azonos. Ez vonatkozik a hazánkban ellátott külföldiekre is.

Lengyel Balázs, az OEP illetékes főosztályvezetője arra figyelmezteti a horvát tengerpartra készülőket: a magyar tb kontójára kizárólag az ottani társadalombiztosítóval (tb) szerződésben lévő orvosokat kereshetik föl. Ezért ha valakinek gyógykezelésre lenne szüksége, az ne a szállodai magándoktortól kérje, indokolt esetben inkább hívjon mentőt, vagy keresse a tb-orvost.

Sürgősségi ellátásnak azon beavatkozások minősülnek, amelyek nem halaszthatók a hazatérésig. Ezek között van az első három, egymást követő vesedialízis is. Térítésmentesen csak az életmentő és az elsősegély-ellátások nyújthatók, az egyéb szolgáltatásokért a horvát biztosítottakénak megfelelő önrészt kell fizetni. Ennek mértéke általában a költségek 15, kórházakban 30%-a. Egyébként a legtöbb országban 5–36 euró önrészt kell fizetni, ezért az OEP üzleti biztosítás megkötését is javasolja a kiutazóknak. Szükség szerint a Horvátországban bekövetkezett keresőképtelenség alapján az itthon szokásos táppénz is megállapítható, ám a keresőképtelenséget igazoló dokumentumot a területileg illetékes horvát egészségpénztárhoz kell eljuttatni, onnan küldik el a magyar megyei egészségbiztosítónak.

A főosztályvezetőtől megtudtuk azt is, hogy az uniós csatlakozás óta 350 ezer, a külföldön szükséges egészségügyi ellátásra jogosító E-111-es nyomtatványt adtak ki. Az ezt tavaly összesen felváltó európai egészségkártyát eddig 120 ezren vették ki. A kártya C típusú okmány, ezért azt csak jogos tulajdonosa veheti át a területileg illetékes megyei egészségpénztárnál.

Lengyel Balázs szerint a külföldön ellátott magyarok és a hazánkban ellátott uniós polgárok után kiállított számlák egy évre eső költsége négy-öt év múlva derülhet ki. Ugyanis nincs elévülés, a társadalombiztosítók félévente a régebben kiállított számlákat is elküldhetik egymásnak. A megelőző négy év összesített számlái között uniós és nem EU-s elszámolások is vannak. Ebben az időben évente 8910 számlát kapott az OEP a magyarok külföldi ellátása után, azok költsége 421 millió forintot tett ki. Ugyanekkor évente 7400 számlát küldött ki a különböző országok biztosítóinak a nálunk ellátottak után, azok összege 220 millió volt. Az OEP idei költségvetésében közel kétfélmilliárd forintot irányoztak elő a nemzetközi kötelezettségekből fakadó egészségügyi kiadásokra.

Svájcban drága a gyógyítás

Áprilistól európai egészségbiztosítási kártyával vehetik igénybe az orvosilag szükséges gyógyítószolgáltatásokat az átmenetileg Svájcban tartózkodó biztosított magyarok. A járóbeteg-szakellátás költségét közvetlenül ki kell fizetniük, a kártya felmutatása a csökkentett díjra jogosít. Az OEP-nél biztosítottak a pénz utólag, az illetékes svájci biztosítótól vagy a hazatérést követően a megyei pénztáraktól kapják vissza. A fekvőbeteg-ellátásra szorulóknak a kártyával a svájci tartózkodási hely szerinti kanton közkórházát, önrész fizetése mellett vehetik igénybe, a költségek nagyobb részét a biztosítók egymás között számolják el. 30 napos időszakonként fix összegű önrészt kell fizetni. Ez a 18 évnél fiatalabbaknál 33 svájci frank, az ennél idősebeknél 92. Ezt akkor is ki kell fizetni, ha valaki kevesebb ideig tartózkodik az országban.

Önrészfizetés (E) forrás: OEP		
	Ellátás	Összeg
Ausztria	kórház/nap	7,70-9,0
Belgium	kórház/nap	12,07
Franciaország	kórház/nap	10,67
Görögország	gyógyszer	25*
Nagy-Britannia	gyógyszer	5,90**
Németország	kórház/nap	10,0
	gyógyszer	5-10
Olaszország	orvosi vizit	36,15-ig
Portugália	orvosi vizit	1,50-5,0
Spanyolország	gyógyszer	40*

* számlák | ** Font.

Betegszervezetek Konferenciája Budapesten

Fókuszban a tanult beteg

A cukorbeteg, illetve a vese-, rák-, asztma- és tüdőbetegek érdekeit képviselő szervezetek közös konferenciáján többek között előadások hangzottak el a betegközpontú egészségügyi ellátásról, a 2006-ban, Prágában és Varsóban szervezett betegszervezeti konferenciák eredményeiről, a kapcsolódó jogi kérdésekről és a beteg-tájékoztató, illetve a betegek megszólításának fontosságáról. A konferencia első napján bemutatkoztak a magyarországi betegszervezetek is, illetve sor kerül a beteg-tájékoztató anyagok kiállítására és a résztvevők közötti tapasztalatcserére.

A betegbiztonságot, illetve a tanult beteget középpontba helyező nemzetközi rendezvényen Közép-, illetve Kelet-Európából valamint Magyarországról 35 betegszervezet képviselői vettek részt. A hagyományokkal rendelkező, országos szervezetek mellett meghívást kaptak az új alapítású, illetve a ritkább betegségekkel küzdőket képviselő egyesületek és alapítványok is. A közös tanácskozás üzenete az volt, hogy a hasonló berendezkedésű és helyzetű országok képviselői kivétel nélkül egy széleskörű, civilek, egészségügyi dolgozók és a hatóságok hatékony és szervezett együttműködésén alapuló betegképviselettel kívánják munkájuk során érvényesíteni az általuk támogatott betegek érdekeit. A konferencia résztvevői választ akarnak adni korunk kihívásaira, amelyek a következők mottók erővonalában helyezhetők el: „Korunk követelménye a tájékozott beteg!” és „A tudatosság áldás!”.

A konferencia legfőbb megállapításai között szerepelt a beteg felelőssége; hiszen a beteg szerepe létfontosságú a gyógyító folyamatban. Érdekesképpén az is elhangzott, hogy egy nemzetközi tanulmány alapján a megfelelő tájékoztatás hiányában a betegek 80%-a idő előtt hagyja abba a felírt gyógyszerek alkalmazását, ami az esetek többségében az állapot romlásához vezethet. A résztvevők prezentációból arra is fény derült, hogy térségünkben, a legtöbb országban, egyelőre a különböző terápiákhoz való hozzáférés sem megoldott. E mellett komoly nehézségeket okoz az orvos-beteg kapcsolat megfelelő szintre hozása, illetve a legtöbb országban az állami dotáció hiánya. A betegszervezeti képviselők többsége problémaképpen említette még az egészséggel kapcsolatos kommunikáció hátrányos szerepét, illetve ezen témák negatív megkülönböztetését a médiában.

A továbblépést a résztvevők a targetált informálásban látták, tehát abban, hogy nemek, országon belüli földrajzi hely, anyagi státusz alapján változó információs anyagokkal kell a betegeket ellátni. Remek példa erre a Magyar Rákellenes Liga mellrák elleni tájékoztató csomagja, ahol a roma asszonyok számára különböző anyag készült, hiszen az ő körükben a szűrésen való részvételi hajlandóságnak mások a gátló tényezői.

WKOMM | RÁKLIGA

HÍRINFO

Egy magyar sikertörténet

A Richter Tudósklub népszerű tudományos előadásorozatának legújabb helyszíne, május 9-én, Debrecen volt. A nyitó előadást **Bogsch Erik** (B.E.), a Richter Gedeon Rt. vezérigazgatója tartotta a „Gyógyszeripar Magyarországon” címmel. Az esemény kapcsán kértük meg vezérigazgató urat, hogy a Látlelet olvasói számára engedjen bepillantást a cég példaértékű sikertörténetébe.



■ **Vezérigazgató Úr, amikor 1992-ben a Richter Gedeon Rt. élére került, a céget csődvészély fenyegette, ám hamarosan olyan dinamikus fejlődésnek indult, hogy rövid időn belül Magyarország vezető, egyben Közép-Kelet-Európa egyik legjelentősebb gyógyszercégévé vált. Minek köszönhető az elért eredmény, mely egyebek között már 2002-ben komoly nemzetközi elismerést hozott Önnek, amikor is az amerikai Business Week üzleti hetilap Európa 50 legeredményesebb menedzsere közé sorolta.**

B.E.: Kezdjük egy kis történeti áttekintéssel. Az iparág hazánkban több mint száz éves múltra tekint vissza. A Richter Gyógyszergyárat Richter Gedeon gyógyszerész alapította 1901-ben. Ezt követte, az ugyancsak kis családi vállalkozásból kinövő többi gyógyszergyár, 1910-ben az Alka Gyógyszergyár, később Chinoin, 1912-ben a Rex, a Biogal elődje, és a Phylaxia Pharma, mely ma állatgyógyászati termékeket, vakcinákat gyárt, majd 1913-ban a svájci Dr. Wander alapította gyógyszergyár, a későbbi Egis. A privatizációból adódóan, 1990 után érthető módon lényeges változások történtek, melynek során szakmai befektetők szereztek meg a többségi tulajdont, így a Chinoinban 1991-ben a Sanofi-Aventis. 1995-ben a TEVA Gyógyszergyár vásárolta meg a Biogalt, a Servier francia gyógyszer cég az Egist, az amerikai ICN pedig az Alkaloida Gyógyszergyárat. A Richter egyedül, megmaradt függetlennek, s pénzügyi befektetői által a tőzsdére került, ez is alapja lehet a dinamikus fejlődésnek. Hogy regionális multinacionális gyógyszercégé fejlődhetett a Társaság, ez annak a stratégiának volt köszönhető, amely a piaci rések kihasználásával egyfelől terápiás területen a nőgyógyászati készítményeivel, másrésről földrajzi területen, a FÁK és a Közép-Kelet-Európa országaiban számottevő eredményeket hozott. A nemzetközileg is elismert, magas szintű kémiai tudással rendelkező hazai kutatógárdának köszönhetőek azok a hosszú távú együttműködési megállapodásaink, amelyeket az Európai Unió egyes országaiban és az Amerikai Egyesült Államokban működő gyógyszercégekkel kötöttünk. Tulajdonosi struktúránk egyébként a következőképpen épül fel: a részvények 25%-a az állam, az ÁPV Rt. tulajdonában van, a belföldi befektetők 8%-kal részesednek, a külföldi befektetők 67%. Mi szeretnénk, hogy még több legyen a belföldi befektető, bár arányuk nálunk így is magasabb, mint más tőzsdei cégek, például a MOL, vagy az OTP esetében.

■ **Miért fontos, hogy a Richter független magyar gyógyszergyár?**

B.E.: Ez nagyon fontos, mert ez jelenti a biztosítékot arra, hogy a döntések Magyarországon szülessenek, a magyar nemzetgazdaság érdekeit szem előtt tartva. Itt termelünk, folytatunk kutatásokat és fejlesztéseket, valósítunk meg beruházásokat. A Magyarországon működő gyógyszergyárak árbevétele mintegy 480 milliárd forint, ebből Társaságunké körülbelül ennek egyharmada, 140 Mrd Ft. Ugyanez igaz az exportra is, és a beruházások, adók és járulékok vonatkozásában is. A hazai gyógyszercégek az államkasszába összesen 57 milliárd forintot fizetnek be, ami azt mutatja, hogy a nemzetgazdasághoz való hozzájárulásunk

igen jelentős. A Richter Gedeon Rt. a GDP-hez való hozzájárulás mértékének tekintetében a kilencedik legnagyobb a hazánkban működő vállalatok sorában.

■ **Hogyan ítéli meg jelenleg a magyarországi gyógyszeripar helyzetét. Milyen intézkedéseket, támogatást remél, vár el a kormányzattól?**

B.E.: Valljuk, hogy a szellemi hozzáadott érték a gazdaság versenyképességének egyik legfontosabb tényezője. Ilyen szempontból a gyógyszeripar az egyik legerősebben kutatásigényes iparág, és Magyarországon ennek jelentősek a hagyományai. Sajnos hazánkban a kutatás-fejlesztési tevékenységre a kellenél sokkal kevesebb pénz fordítódik, a GDP kevesebb, mint 1%-a. Az európai uniós célkitűzés a 3% lenne. Ettől messze vagyunk. Folyamatban van a 2007-2013 közötti időszakra szóló II. Nemzeti Fejlesztési Terv kimunkálása. Szeretnénk, ha az erőforrásokat az állam a megfelelő területre koncentrálná. Az egyik legfontosabb terület az élet-tudományok, ezen belül is a gyógyszerkutatás. Nagyon fontosnak, a mi működésünkben is, és az ország jövője szempontjából is kulcskérdésnek tartjuk az oktatást. Cégünk számára létkérdés az egyetemi és az akadémiai háttér, hogy azok a kollégák, akik az egyetemekről kikerülnek később azt a bázist szolgálják, amire a Richter Rt. szintén támaszkodni tud. Ehhez szükséges az erőforrások, mind anyagi, mind szellemi vonatkozásban megfelelő biztosítása, csoportosítása.

■ **Milyen szakmai struktúra jellemzi a Richter gyógyszergyártási, kutatási-fejlesztési irányvonalát?**

B.E.: Igyekszünk a terápiához korszerű és kedvező áru készítményekkel hozzájárulni. Árbevételünk, gyógyszer eloszlásában a következő: 17% az eredeti készítmény, amit a Richter szabadalmaztatott és fejlesztett ki egyedül, 13% a licence termék, 70% pedig generikus, illetve reprodukciós készítmény, ami azt jelenti, hogy mind a hatóanyaggyártó eljárások fejlesztését, mind a gyógyszer technológiai fejlesztéseket – pl. a tablettázási eljárás kidolgozása – mi végeztük, és ezek után nyerte el a készítmény a törzskönyvet. Ha terápiás területek szerint nézzük, a megoszlás a következő: 26% nőgyógyászat, 24% szív- és érrendszer, 17% központi idegrendszer, 7% gasztrointesztinális, 4% izomlazító, a többi egyéb készítmény. Az eredeti gyógyszerkutatási tevékenységet elsősorban a központi idegrendszer betegségeinek kezelésére szolgáló vegyületek kutatására koncentrálnak. Itt három területet említhetünk meg: a krónikus fájdalom, a szkizofrénia és a szorongás kezelése. Jelenleg 17 folyamatban lévő projektünk van. Természetesen, mint minden gyógyszer cég számára, nekünk is nagyon fontos az innováció. Az elmúlt időszakban több innovációs díjat és nagydíjat nyertünk. Az egyik vérnyomáscsökkentő kombinációs készítményünkkel nemrég nyertük el a 2005-ös Innovációs Nagydíjat.

Ez csupán néhány villandó a Richter Gedeon Rt. veszteségességéből a nyereségbe, elismerésbe vezető göröngyös útjából, de a jövő biztató, a Cég a privatizációjával együtt is megmaradt független, magyar gyógyszergyárnak, e közben sikeresen integrálódott a világ gazdaságba, s nemzetközi vonatkozásban is figyelemre méltó teljesítményt elérő tőzsdei társasággá vált. Végezetül, köszönöm a tájékoztatást, és magam, s lapunk, a Látlelet nevében gratulálók Vezérigazgató Úrnak az Ernst & Young „Entrepreneur Of The Year”, „Az Év Üzletembere” 2005-ben elnyert Példakép különdíjához.

» Pigniczki Ágnes Debrecen «



Az Országos Gyógyintézeti Központ (OGYK) „Andrológia és urológia a magyar férfiakért. A férfi komplex vizsgálata” címmel megtartott sajtótájékoztatója felhívta a figyelmet a férfiak egészségügyi problémáinak időben történő felismerésére és kezelésére.

Az OGYK főigazgatója, **Prof. Dr. Vályi-Nagy István** tájékoztatt arról, hogy az OGYK a hazai progresszív betegellátás meghatározó intézményeként az egyes betegségszociális komplex ellátására törekszik. A betegeknek egy helyen rendelkezésükre áll a nem zeteközi szinten működő diagnosztika, valamint a gyógyszeres, vagy műtétes kezelés lehetősége. Kiemelést érdemelnek az országos, illetve regionális központként működő klinikai centrumok. Az andrológiai-urológiai, valamint számos laboratóriumi szakterület integrált együttműködése teszi lehetővé az úgynevezett Reprodukciós Medicina Központ megszervezését. A férfi és a női meddőség összetett kivizsgálása és kezelése mellett számos rokon szakterület nemzetközi szintű. Az osztály az egyetlen olyan hazai intézmény, amely a modern urológiai tevékenység mellett az andrológiát szakmai fő profilként műveli. A műtétes szakmák közé tartozik az urológia is, mely nemzetközi színvonalon működik. Az endoszkópos mikroinvazív beavatkozások aránya az összes műtéthez viszonyítva fokozatosan növekszik. A mikroinvazív technikáknak köszönhetően a betegek jobban és gyorsabban gyógyulnak, ápolásuk ideje rövidül, és hamarabb hagyhatják el a kórházat.

Az Andrológiai és Urológiai Osztály vezető főorvosa, **Prof. Dr. Papp György** egyetemi tanár elmondta, hogy új állomáshoz érkezett a magyar andrológia fejlődése. Törvény által is elismerten, 2005-ben megjelent az andrológus szakorvos szakkifejezés, mely azt jelenti, hogy a szakterület önállósult. Magas színvonalú, széles körű minősítő eljárás során Közép-Kelet-Európában elsőként és egyetlenként, az OGYK egyeteme az Európai Andrológiai Akadémia Akkreditált Képzőközpontjává vált. Európában összesen nyolc ilyen központ létezik, és Kelet-Európában eddig még nem volt. Magyarországon önálló, egységes andrológiai szakvizsgára két éve van lehetőség. A szakma rendelkezik önálló újsággal, egyetemi tankönyvvel, és elmondható, hogy a hazai egyetemeken is megjelent az oktatási igény, mely e témakörrel kapcsolatos. Az OGYK andrológiai centruma, mind a férfi meddőség, mind az erektilis diszfunkció (merevedési zavar) vonatkozásában európai szintű, korszerű műszeres felszereltséggel bír. Azok a vizsgálatok, amelyeket a szakma előír, maradéktalanul végrehajthatók az intézetben.

A sajtótájékoztatón **Dr. Kopa Zsolt** főorvos, egyetemi adjunktus a merevedési zavarok kezelésében történt új eredményeket, **Prof. Dr. Berényi Mihály**, az orvostudomány doktora, az andrológiai labor vezetője a férfimeddőség vizsgálatait foglalta össze. A férfi szexuális zavarait tekintve az első vonalbeli gyógyszeres terápiát a foszfodiészteráz bénító csoportjába tartozó készítmények jelentik. A magyar populáció bizonyos korcsoportjainak betegségszázalékai ismertté váltak.

► folytatás a 12. oldalon



Új elvárások a potenciazavar kezelésében

A montreali Szexológiai Világkongresszuson ismertették annak a nyílt, multicentrikus, keresztezett klinikai vizsgálatnak az eredményeit, mely során a résztvevők tadalafil és sildenafil terápidiában részesültek. A vizsgálatba bevont 291 férfi előzőleg nem részesült PDE 5 inhibitor terápidiában. A kutatásba bevont 291 beteg 71%-a a tadalafil terápia folytatása mellett döntött a sildenafil terápia választók 21%-a ellenében. Az eredmények arra is rámutattak, hogy a tadalafil terápia választó férfiak döntését olyan tényezők befolyásolták, mint a merevedés minősége, a gyógyszer bevétele után eltelt hosszabb időn keresztül képesség a merevedés elérésére és a partner preferenciái.

A vizsgálatban azon férfiak, akik tadalafil terápidiában részesültek, két külön csoportanalízis során is jobb eredményeket értek el a szexuális működés több területén (merevedés tartóssága, sikeres közösülés, általános szexuális elégedettség), sildenafilit szedő társaikkal összehasonlítva. A tadalafil terápia során a férfiak a szexuális együttlét spontaneitásának lehetőségéről, az önbizalmuk növekedéséről, valamint az időzítésből fakadó aggodalom okozta stressz hiányáról is beszámoltak. „A fenti adatok azt támasztják alá, hogy a potenciazavarban szenvedő férfiak változatos szempontok alapján döntenek úgy, hogy a tadalafil terápia választják a kezelésükre.” – nyilatkozta Dr. John Dean, a szexuális medicina egyesült királyságbeli szakértője. „Amikor lehetőséget kaptak arra, hogy terápiajuk folytatásához válasszanak a tadalafil és a sildenafil közül, a férfiak többsége a tadalafil részesítette előnyben.”

A közelmúltban két Magyarországon elvégzett internetes kutatás is hasonló elvárásokat fogalmazott meg. A férfiak, valamint nők körében végzett felmérés során mindkét nem képviselői egyetértettek abban, hogy ha már kell, akkor olyan merevedési zavart kezelő szert szedjenek (szedjen partnerük), amely lehetővé teszi számukra, hogy akkor éljenek szexuális életet, amikor kedvük van hozzá, és amely nem szorítja időkorlátok közé a szexuális együttlét lehetőségét. E mellett a választandó férfiak és nők egyöntetű véleménye szerint az ideális választás a hosszúhatású terápia, mert ez idő alatt bármikor sor kerülhet a szexuális együttlétre, és a 36 órás időtartam miatt a párok nyugodtan elfeledkezhetnek az időről, és nem kell attól sem tartaniuk, hogy idő előtt elmúlik a készítmény hatása.

► folytatás a 12. oldalon

A magyar férfiak halálozása 45 és 65 év között

► az 1. oldal folytatása

A Semmelweis Egyetem Magatartáskutató Intézetének igazgatója Kopp Mária professzorasszony válaszol egy felmérés kapcsán arra a kérdésre, hogy vajon mi lehet az oka a cimbelen elhangzó állításnak.

■ Az intézet két éve végzett egy felmérést arról, hogy mi lehet az oka a Magyar középkorú férfiak idő előtti halálának. Végeztek egy kontroll vizsgálatot, mire jutottak?

Prof. Dr. Kopp Mária a Semmelweis Egyetem Magatartáskutató Intézet igazgatója (K.M.): – A magyar középkorú férfiaknak a korai, idő előtti halálozása katasztrofális. Minden második férfi éli csak meg a 65. évét Magyarországon. Ausztriában 80%-a a férfiaknak él 65 évig és még tovább. Most már nem mi állunk a legrosszabbul a világon, mert tőlünk keletebbre az oroszok, az ukránok, meg a Baltikum országaiban még rosszabbak az arányok.

■ Mi az oka?

K.M.: – Egy olyan fókú verseny alakult ki, ami elsősorban a férfiak számára kötelezettség. A társadalmi elvárás, a szerepelvárások olyanok, hogy ha a kollégájának egy kicsit több a fizetése, jobb autója van, vagy akár csak jobb körülményeket tud egy kicsit teremteni a családjának, akkor már úgy érzi, hogy ő ma – a halálózásnak a hátterében meghatározó. Érdekes módon, ha megéli Magyarországon egy férfi a 65. évét, akkor utána már olyanok az életkilátásai, mint egy nyugat-európainak. Övé a világ. Annak ellenére, hogy szegény, annak ellenére, hogy nagyon sok nehézsége van a nyugdíjasainknak! Tehát meglepő ez az eredmény, hogy akkor, amikor már kilépett abból a kényszerből, amit a munkahelyi szituációk jelentenek – már kevésbé veszélyeztetet! Kiderült az is, hogy ebben mi nők is nagyon felelősek vagyunk! Mert hogyha a nők elégedetlenek az anyagi helyzetükkel, a férfiak számára ez egy krónikus stressz! Ha az élettársuk, feleségük, lánygyerekekük, vagy az édesanyjuk úgy érzi, hogy rosszabb a család anyagi helyzete mint ami elvárható volna, az nem felel meg annak az elvárásnak, amit a férfaitól várnak el! És így saját magát érzi emiatt értéktelennek ez a férfi és egy krónikus stresszállapotban az ember a szó szoros értelmében bele tud halni. Először persze csak megbetegszik, magas vérnyomása lesz, agyon hajszolja magát. Nagyon lényeges az iskolai végzettség. Kétszer annyian halnak meg 65 év alatt a férfiak közül, hogyha érettségénél alacsonyabb a végzettségük, mint, hogyha magasabb. Viszont ami nagyon érdekes, hogy az iskolázott nő védőfaktor a férfi számára. Mert az iskolázottabb nők már úgy érzik, hogy a nő is ugyanannyira felelős, vagy legalább annyira a helyzetükről és nem úgy érzik, hogy ez csak a férfiak felelőssége.

■ Hogyan lehet mindezt bizonyítani? Konkrétan hogyan jutottak ezekhez az adatokhoz?

Aktuális helyzetünk

választások utáni elvárásaink

Az egészségügy valóságos reformjainak az elindítása a költségvetés, az állami közszolgáltatás ésszerűsítésével párhozamosan: nélkülözhetetlen. Viszont úgy gondoljuk, hogy a betegellátó rendszernek alanyi joga van valamennyiünk számára hozzáférhetőnek, színvonalasnak, reális árúnak és paraszolvenciamentesnek kell lennie. Ezek feltételei: a források növelése tőkebevonással, a párhuzamosságok megszüntetésével a pazarlás csökkentése, a felhasználások folyamatos követésével, a szolgáltatók érdekeltségeinek növelésével s a betegek hozzáállásának a megváltoztatásával. A mennyiségi ellátás erőltetése helyett, a minőségi protokollok prioritása érvényesüljön.

Nem lesz könnyű a regionális egyenlőtlenségek csökkentését összhangba hozni, a biztosítási alapsomag racionalizálásával, a co-payment elfogadtatásával, a kiegészítő biztosítások szükségességének az elismerésével. Tisztességes, valamennyiünk érdekeit szolgáló népegészségügyet szeretnénk. Olyat, ahol a humán értéknek és a tőkeérdeknek, az értékelvűség és a haszonelvűség harmóniája teremthető meg. Ez – figyelembe véve, a sajátos magyar hagyományokat, viszonyokat és a közgondolkodást – csak a szolidáris állam felügyelete mellett tartható célravezetőnek. A versenyt a parlament befolyásolhatja és a kormány, pedig indirekt módon szabályozhatja.

Javaslataink

Gyorsítanunk kell a „Nemzeti Népegészségügyi Program” végrehajtását, javítanunk a kistérségi együttműködést (sürgősségi ellátás, kommunikáció) és biztosítani a döntéshozatal decentralizációját. Fontosnak tartjuk hangsúlyozni az egyéni felelősségvállalás növelése mellett a társadalmi összefogás megteremtését is. Számos esetben indokolt az erőforrások koncentrációja, az innovációs igényű ágazatok, a gyógy-idegenforgalom, a biotechnológiák fejlesztése, azok az egészségügy húzóágazattá válásához, az ezekhez kapcsolódóan az un. „egészségipar” megteremtéséhez is. Munkahely teremtési adó és járulékbefizetési pozitívumokkal hozzájárulhat a döntéshozatal az egészségügyi költségvetés rendbetételéhez, a szakmapolitika felértékelődéséhez.

Természetesen az említettek sem fogják megoldani az ellátórendszer forráshiányait, finanszírozási gondjait. Viszont a korábban említett áramilag ellenőrzött, felügyelt tőkésítések, a struktúra váltásával a funkcionális privatizációk, a biztosítási gyakorlat megváltoztatása valószínűleg igen.. Ennek fontos lépése volt a járó és fekvőbeteg kassza összevonása, az OEP részére a miniszteri jogszívtvány átadása, a biztosító vásárlói szerepének erősítése. Folyamatban van a közgyógyellátás korszerűsítése, a nyilvántartási rendszer és a gyógyszerrendelés érdekeltségei struktúrájának a kialakítására stb. Gondot jelent viszont, hogy kimaradt az Eu-szabályozáshoz igazodó ügyeleti díjazás fedezetének biztosítása. Nagyon lényeges, hogy a járulékot nem fizetők után a költségvetés fizeti a hozzájárulást.(Sajnos ez nem teljes körű kompenzáció, csak a minimálbér után számított 11% járulékot tartalmazza.) Másrészről novembertől megszűnik a tételes egészségügyi hozzájárulás is.

Az említettek költségvetési fedezete a funkcionális privatizációval Eu-s források megszerzésével, s nem utolsó sorban ra-

dikális szerkezeti-funkcionális átalakításokkal valósítható meg. Egyes intézményeket át kell profilozni, esetenként osztályokat átfunkcionálni, a szolgáltatókat átképezni és átirányítani (azaz a munkaerőt is mobilizálni). A közigazgatásban (ide értve az önkormányzatokat is), radikális és racionális átalakítással megtakarított összegek egy részét, szigorú ellenőrzés mellett érdemes és indokolt az egészségügy fejleszthető területein felhasználni. Véleményünk szerint a privatizáció és a közszolgáltatás korrektt harmóniája összefogással elérhető, s szolidárisan működtethető lehetőségünk. Ez egy sajátos magyar „egészségügy híd” lehetőség, amennyiben megtaláljuk a megfelelő mértéket.

Az érdekek alkalmazkodásáról

Vannak közös érdekeink, értékeink s hasonló lehetőségeink, ahol rugalmasan együttműködhetünk. Így az egészségvédelemben, a káros szenvedélyek csökkentésében, az egészségkárosító tényezők kiküszöbölésében. Más területeken a konfrontációkat váltsa fel a bizalom növekedése, rugalmasság és célszerű alkalmazkodás. A lehetőségektől a megvalósíthatóságig törekedünk a követelmények és a körülmények figyelembe vételére, az időszzerűsre, a szakmai és betegjogok következetes érvényesítésére. Szembe kell néznünk a hibáinkkal, hiányosságainkkal, passzivitásunkkal, kishitűségünkkel, dehumanizálódásunkkal. Megosztottságunk megszüntetésével, egymás iránti s betegeinkkel szembeni empátiánk növelésével sokat tehetünk a funkcionális medicina elfogadtatására, a társadalmi diszharmonia megszüntetésére. Jó szívvel ajánljuk a leírtakat valamennyiünk épülésére és a hitelességünk visszaszerzésére. Legyünk mindig türelmesek, a konfliktus helyzetekben is mérlegelni képesek, kitartóak és következetesek, a szakmai társadalmi konszenzusokra nyitottak.

A Látlelet olvasóinak nevében:
Dr. Salamon Sándor orvos szerkesztő

Az a kedves olvasó, aki a fentiekkel nem ért egyet vagy másképp gondolja a jövőt stb. vállalja fel véleményét Fórum rovatunkban.

Hozzászólását várjuk a szerkesztőségi címünkre vagy a latlelet@dunakanyar.net email címünkre.

(szerk.)

Vihar előtti csend

– vélemény –

Bizony nem egyszerű feladatra vállalkozik, aki a pártok egészségügyre vonatkozó ajánlásait/változtatási szándékát igyekszik összehasonlítani. EU-s kötelezettségeinkből adódóan szeptemberi határidővel bizonyos költségvetési kritériumok teljesítésére kényszerülünk.

Ezeknek következményeként az oly régóta ígértett – ám a rendszerváltoztatás óta folyamatosan halogatott – átalakítást elkezdni kényszerül a győztes párt/koalíció. S hogy ez hogyan érinti majd a biztosítottakat/ellátottakat, és hogyan érinti majd az egészségügyben dolgozókat, – mert bizony itt esetenként igen lényeges érdekkülönbség van – úgy tűnik, még csak megjósolni sem lehet.

A reformot

„kizárólag a költségvetés csökkentése érdekében, gondolatilag kárleletlenül, pénzügyi szempontok alapján, megvalósítani mindenképpen ártalmas, és következményei hosszú időre szóló sérelmeket okozhatnak.” (Különösen ha elemzésre alkalmas, választópolgárok számára hozzáférhető programot sem láttunk az egyébként önmagukat ajánlókról. Igaz, az egészségügyiek szavazatait 200-400%-os béremelés ígéretével csábították sem kerültek (még?) elő. S feltűnik, hogy a már-már elfeledett 50%-os közalkalmazotti béremelés államháztartást terhelő felvállalhatatlan kihatásait hangsúlyozó közgazdászok is mennyire csendben vannak mostanság.)

Abban talán igen-igen sokan egyetérthetünk a szakközgazdászokkal és az egészségügy teoretikusaival, hogy biztosításnak álcázott állami egészségügyünk a finanszírozhatatlansága miatt mielőbbi átalakításra szorul, az ellátórendszer átstrukturálása elkerülhetetlen. A fennálló, kiskapukkal teli egészségügyünk szegény, nem túl igazságos, nem is igazán szolidáris, és nem elég biztonságos. Az utóbbi időkből a biztosítottak járulékként befizetett forintjainak útját/sorsát ellenőrző vizsgálatok mind gyakrabban visszaélésekről, gondatlanságokról, felelőtlenségről

tanúskodnak. (pl.: A felírt gyógyszerek utólagos ellenőrzése során 12%-ban nem igazolható orvos-beteg találkozók!)

A 3,5 millió állampolgár által befizetett egészségügyi járulékból valamennyi magyar állampolgárt (esetenként a határon túl élő magyarokat is) ellátni csak a jelenlegi színvonalon lehet. Becslések szerint 450-500 ezer járulékfizetésre kötelezett lakos elsumákolja a befizetést, ám szükség esetén gond nélkül igénybe veszi az ellátást.

Elgondolkodtató vélemények

A rendelkezésre álló 83 ezer kórházi ágy felét alacsony költségekkel fenntartható krónikus ellátás (ápolás, rehabilitáció, utókezelés, stb.) céljaira kell átalakítani, s a fennmaradó források átcsoportosításával az aktív tevékenységek finanszírozhatók. Ennyi kórház ugyanis nem tartható fenn, illetve az EU komform bérék/ügyeleti díjak mellett ennyi kórház megfelelő színvonalon nem működtethető. Azaz: kisebb, de sokkal hatékonyabb, erőforrás koncentráción alapuló ellátórendszerre van szükség, melyhez a rászorulóknak igazságosabban hozzáférhetnek. Vagy: Demján Sándor szerint az államigazgatás, az egészségügy, és az oktatás azonnali reformjára van szükség annak érdekében, hogy a magyar gazdaság elkerülje az összeomlást.

A gazdaság számára az egyetlen megakarítási lehetőségének azt tartja, ha ezeken a területeken mielőbb drasztikus létszámcsökkentés történik. Mások a versengő, több biztosító modell bevezetését tartják üdvöztetőnek, meghivatkozva, hogy az EU országaiban ez már évtizedek óta bevált módon működik, további kísérletezgetésre pedig nincs idő. Ám a több biztosító rendszertől igen sokan féltek a szolidaritást, míg mások ennek esetében a költségek várható növekedéséről beszélnek.

Ami egészen biztos: a rendszer látszat ingyenességének fenntartása morális el lehetetlenülését okozhatja a még áldozatkész orvosoknak, dolgozóknak is.

» Dr. Koleszár Lajos kórházigazgató, Miskolc «

Tíz éves az otthonápolás

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület Budapesten tartotta a VIII. Otthoni Szakápolási Kongresszusát. A fő témája a 10 éve működő egészségügyi rendszer eredményei, tapasztalatai, problémái és átalakítási lehetőségei voltak. Tíz éves a finanszírozott Magyarországi Otthonápolás, Stabil szakmai alapon új szakmai tevékenységek: cél. Az országos hospice hálózat és az ápolásbiztosítás bevezetése.

Magyarországon immár tíz éve működik államilag finanszírozott formában az otthonápolás, mint egészségügyi ellátási forma. Hazánkban több mint 350 otthonápolási szolgálat működik, amelyek mindegy 3400 szakdolgozója (szakápoló, gyógytornász, fizioterápiás asszisztens, logopédus) végzi az ellátást. A szolgálatok 2005 -be 1,2 millió vizit során több mint 70.000 beteget láttak el,a saját otthonában. Egy betegre jutó ápolási nap 17 egy betegre jutó ápolási költség 40 000 Ft A szakszolgálatokat tömörítő Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület (MOHE) az egyik legfontosabb szakmai, érdekvédelmi szerv hazánkban. A MOHE rövid távú célkitűzései között szerepel a Nyugat-Európában már 20-30 éve működő ápolásbiztosítás bevezetése, valamint a tavaly elindult hospice szolgálat országos hálózatának kiépítése. A rendszerváltás utáni évekre jellemző hazai gazdasági mutatók, az egészségügyi struktúra, a demográfiai helyzet alakították az egészségügyi ellátó rendszerrel kapcsolatos elvárásokat. Elsődleges követelmény az átlagos kórházi idő csökkentése volt, amelytől a költséghatékonyság megteremtését várják és várták az egészségügyi szakemberek és döntéshozók.

A MOHE és tagszervezeteinek legfontosabb feladata magas szintű, az Egészségbiztosító Pénztár által finanszírozott, egyénre szabott szakápolás biztosítása. A beteg otthonában, szakképzett munkaerő segítségével. A MOHE feladatai, közé tartozik a továbbképzések, szakmai protokollok, standardok kidolgozása. Az otthonápolási szolgáltatók és az állami szervek közötti tárgyalások, egyeztetések a szakmai irányvonalak kialakításában. Az egyesület tagsága az otthonápolás két formáját, az otthoni szakápolást és az otthoni hospice ellátást végzik. Az otthoni szakápolásban azok a betegek részesülhetnek, akik nem szorulnak állandó orvosi felügyeletre, így otthonukban is megoldható az ápolás. A biztosító számukra azonban csak napi egy vizitet finanszíroz, ami az egyedül élők és az önellátásukban sérült betegek esetében nem elegendő. Otthonápolás keretében láthatók el az agyi katasztrófák, sérülések, balesetek következtében történt állapotváltozás a rehabilitáció is. A hospice tevékenység keretében a hospice team tagjai hospice szemlélettel

rendelkező szakápolók, gyógytornászok, lelkeszek, pszichológusok, orvosok, dietetikusok, önkéntes segítők) a betegség végstádiumában lévő otthoni ellátását vállalják. Az elmúlt tíz évben folyamatosan nőtt az otthonápolás finanszírozásának költségvetése. Az otthonápolási szolgálatok támogatására 1996-ban 600 millió forintot, 2006-ban, pedig már 3,5 milliárd forintot fordított az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, azaz a működés tíz éve alatt közel meghatszorozódott az erre a célra fordított költségvetési keret, amely jelenleg 1.2 millió vizit során mindegy 70.000 beteg otthoni szakápolását teszi lehetővé. Ez azt jelenti, hogy egy beteg otthoni ellátása átlagosan 17 vizit során valósul meg. Az otthonápolás, mint ellátási forma költsége egy tizede a kórházi ellátás költségének, hiszen a betegek ellátásához nem szükséges kórházi infrastruktúra és egészségügyi dolgozó fenntartása. Még is jelenleg az otthonápolás éves költségvetése a kórházi költségvetés 1%-át teszi ki. A MOHE számításai, és tapasztalata szerint a jelenleginél nagyobb igény mutatkozik erre az ellátási formára. Ezt az igényt a MOHE szakszolgálatai további 500. 000 vizit során tudnák kielégíteni, amelynek többlet költsége mindegy 1,5 milliárd forintra tehető. A MOHE rövid távú szakmai célkitűzései között szerepel a Nyugat-Európában már közel 30 éves múltra visszatekintő ápolásbiztosítás hazai meghonosodása.

Az ápolásbiztosítás keretei az egyedülálló, baleset vagy átmeneti egészségkárosodás biztosítás keretei az egyedülálló, egy baleset vagy átmeneti egészségkárosodás miatt önmagát ellátni képtelen betegek otthoni ápolása volna megvalósítható. A hospice ellátás terén a MOHE legfontosabb szakmai kihívása egy országos hálózat létrehozása, amely ideális finanszírozási környezet és megfelelő kormányzati szándék esetén, a meglévő otthonápolási rendszerre épülve akár 1-2 év alatt kiépülhet. A szakmai célkitűzések megvalósítása mellett az ápolást végzők szakmai kompetenciáinak kiterjesztése (pl. sebkötözési jogosultság, gyógyászati segédeszközök felírhatóságának lehetősége szakdolgozók által, a lakossági igények kapcsán felmerült tevékenységek jogszabályi rendezése, például az infúzió otthoni adásának megoldása) is segítené az otthonápolás fejlődését. Mindezen szakmai célkitűzések megvalósítása és szakmai kompetenciák megszerzése érdekében a MOHE a három fő egészségügyi ellátórendszer, az alapellátás, a járó beteg ellátás és a fekvőbeteg ellátás szoros szakmai együttműködését szorgalmazza.

Banai Jolán Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület
| Tel.: 06-1-225-3672 | Fax: 06-1-225-3673 | Mobil 06/70/941-7620 |
Email: postmaster@mohe.axelero.net

HÁZIÁPOLÁS



Nyugodt szívvel

Tensoval® a megbízható vérnyomásmérő Önnek és családjának

A Tensoval® vérnyomásmérő segítségével bárhol és bármikor meggyőződhet vérnyomásáról. Az eredmények megbízhatóságát klinikai vizsgálatok garantálják. Kétszer 3D memóriahelyén két családtag is követheti vérnyomásának alakulását.

Kapható gyógyszerárakban és gyógyszerati segédeszköz boltokban, valamint mintaboltunkban. HARTMANN mintabolt: REND Utvar, 1138 Budapest, Váci út 168/b.



A jogszerű betegtájékoztatás igénye a panaszügyek és a bírósági eljárások tapasztalatai tükrében

Dr. Maksa Csaba ügyvéd, Miskolc

► *az 1. oldal folytatása*

N yilvánvaló, hogy az ember egészségesen legfeljebb látogatóként keresi fel a kórházat, ezért furcsa, hogy a gyógykezelést követően hajlamos elfeledkezni arról, hogy őt senki nem invitálta oda, hanem élete és egészsége védelme, helyreállítása végett került orvosok kezébe. És sajnos azt is igyekeznek elfelejteni embertársaink, hogy a csodák korszaka már elmúlt, vagy még nem jött el, ezért kénytelenek vagyunk beérni az orvostudomány szerény vívmányaival, orvosaink – akik bizony minden eltérő várakozás ellenére emberek – tisztességes gyógyító munkájával.

Mégis mi váltja ki a páciensekből – akik egy része az életét köszönheti a gyógykezelésnek – hogy az el-látás vélt vagy valós hibái, hiányosságai kapcsán rö-gvest a betegjogi képviselőt keresik fel panaszaikkal, esetleg tanult kollégáimhoz fordulnak kártérítésben reménykedve?

A folyamatban lévő perekből megállapítható, hogy a fő indíték és motiváció a sértettség és a médiák által is gerjesztett hit a váratlan gazdagodás lehetőségére. Igen gyakran fordul elő, hogy orvosaink nem fordítanak kellő gondot a betegek lelkére, egy-egy ingerültebb válasszal, indokolatlan várakoztatással azt a képzetet erősítik, hogy bizony nem fordítanak kellő gondosságot a betegek felé, szükséges rossznak tekintik őket és gerjed bennük az az érzés, hogy gyógyulásuk elhúzódása, illetve elmaradása nem a betegség vagy sérülés természetével, hanem az ellátás nem megfelelő voltával függ össze.

Újságok, televíziós műsorok kitűnő témája a kórházak keresztre feszítése, sugallják a betegeknek azt az esélyt, hogy bizony minden bajuk-bánatuk okozója a magyar egészségügy és ennek orvoslása csakis a kártérítés lehet.

És ha ez a kórház együttműködő, tényfeltárá kor- rekt partnerségével párosul, az ügyek be is fejeződnek panasz korukban. A betegek – ha megfelelő törődéssel, időt, energiát nem sajnálva foglalkozunk beadványaikkal – meg tudják érteni azt, ha az általuk elvárt eredmény a legjobb akarát és szándék ellenére el is marad. Nyilván ehhez az szükséges, hogy a kórház igazgató- sa az illetékes osztályok vezetőivel együttműködve, megfelelő jogi háttérrel tudja kezelni a panaszokat, kimunkálva a konkrét eset összes lényegi részletét, feltárva a tényeket és nem kizárólag a felelősség alóli kibívást keresve. Sajnos gyakran a szükséges együttműködés elmarad, és ha egymás mellett elbeszélünk, akkor semmi sem ment meg a pertől, még ha annak valós alapja igen csekély is.

Nem akarom bántani ténylegesen károsult és kárigényét érvényesíteni kívánó betegeket és hozzátartozóikat, hiszen nyilvánvalóan mindannyian tudunk a bekövetkezett tragédiákról és ezen tragédiák okozójaként jelen volt orvosi mulasztásokról, hibákról. Ügyvédként magam is teljes mértékben egyet kell, hogy értsek a betegek valós kárigényének teljes megtérítésével.

Azonban manapság az elvárható gondosság hiánya mellé, de egyre inkább helyébe lép az a felperesi kereset megalapozandó jogcím, hogy bizony a kár azért következett be, mert a beteg tájékoztatása nem volt teljes körű így nem volt tisztában a kezelés szövődményeivel, mellékhatásaival, kockázataival. Előfordult, hogy a súlyos , életveszélyes betegségből felépült felperes arra alapozta kárigényét, hogy arról őt nem tájékoztatták, hogy az a sugárterápia, aminek életét köszönheti bizony fájdalommal jár és kisebb-nagyobb mozgásbeszűkülést eredményez.

Az Eü. tv. vonatkozó szakaszait vizsgálva első olvasatra úgy tűnik, hogy a jogalkotó teljes körűen igyekezett a tájékoztatás teljes körűségét kifejteni. Sajnos azonban ezen jogalkotói szándékok a jogalkalmazói gyakorlat megmérítettette és kevésnek találtatta. Esetünkben a túlszabályozás alulszabályozottságot eredményezett, nyitva hagyván a kaput a bíróságok számára, hogy a konkrét és egyértelmű törvényi előírás hiányában ők határozzák meg a tájékoztatás megfelelőségét.

Hogyan is zajlik ez a való világban?

Károsult betegeink bíróság előtt vagyoni és nem vagyoni káruk megfizetésére kérik a kórházat kötelezni. Követelésüket elsődlegesen általában arra alapozzák, hogy nem kellő gondossággal, nem a szakma szabályai szerint zajlott az ellátás. A perbe vont szakértők véleménye – mint a bizonyítási legtipikusabb módja – gyakran cseng össze a kórházi állaponttal, és ha tényleg betartásra kerültek a szakmai szabályok és fennállott az elvárható gondosság, akkor a felelősség alóli kimentés nem okozhat gondot. Ekkor jön a képbe a tájékoztatás nem megfelelő volta, mint a veszni látszó fejse jól megfogható nyele.

A bíróság ugyanis skatitván a kártérítési perekben érvényesülő és a károsult oldalára nehezédő bizonyítási teherrel a kórházat kötelezi annak kizárólagos bizonyítására, hogy a tájékoztatás teljes körűen megtörtént. Ennek során gyakorlatilag objektív – kimentési lehetőséget nem engedő – felelőssége bontakozik ki alperesnek. A jogalkalmazói gyakorlat kevesli a tájékoztatás okirati formában bizonyított megtörténtét, mondván, hogy egy előre gyártott sablonszöveg nem biztosítja az egyéniesített, teljes körű tájékoztatását a betegnek.



Mi illik jobban bele az ön szoros napirendjébe? Napi egy óra edzés vagy a nap 24 órájában halottnak lenni?

A körületekintően megfogalmazott tájékoztatókból azonban ki kell, hogy tűnjön, hogy a beteg a beleegyező nyilatkozat aláírásával nem csupán egy általános tájékoztatás megtörténtét ismeri el, nemcsak azt, hogy a beavatkozáshoz hozzájárul, hanem azt is, hogy a megfelelő tájékoztatást megkapta, és ezen túlmenően lehetősége volt arra, hogy azt elolvassa és megbeszélje kezelő orvosával. Mindezeket követően a gyógyintézmény további bizonyításra való kötelezése a bizonyítási teher egyoldalú értelmezését jelenti, hiszen életszerűtlen és a fizikai lehetőségek korlátjaiba ütközik az átlagosnál bővebb körű, tudományos előadás kategóriába tartozó tájékoztató tartása. Különösen akkor, mikor a beteget általában az érdekli, hogy mikor szűnik a fájdalom, mikor kelhet fel és mikor mehet haza.

Az alperesi pozícióban lévő kórház által indítványozott bizonyítás, azaz a szakértelemmel rendelkező tanúk nyilatkozatai, a felperes által aláírt nyilatkozat, a részére átadott tájékoztató és esetlegesen a perbe vont szakértő erre irányuló véleménye ellenére mégis képes arra az álláspontra jutni a bíróság, hogy a tájékoztatás nem volt teljes körű és felperes „nem került olyan helyzetbe, hogy eldöntse, vállalja-e a beavatkozást, vagy ahhoz nem járul hozzá.”

Hagy említsem egy konkrét példát: Vajon, ha a beteg tisztában van azzal a ténnyel, hogy a vezetékes érzéstelenítés kapcsán 1 a 20.000-hez valószínűséggel előfordulhat idegsérülés ennek ismeretében megtagadja az ellátást és gyógyítatlanul távozik? Ugyan kérem, ez csakis utólagos okoskodás és látszat felróhatóság gyártása. És ha a bíróság – mondjuk rész- ítéletben – megállapít bármilyen felelősséget, utána összezszerűség kérdésében határ a csillagos ég, még ha a bekövetkezett kár és a tájékoztatás bármilyen volta között nincs is semmiféle okozati összefüggés. Mert még ekkor is, ha és amennyiben a tájékoztatás kapcsán az alperest terhelne mulasztás, változtatlanul a felperest kell, hogy terhelje a keletkezett kára és ezen mulasztás közötti okozati összefüggés bizonyítása. Nevezetesen, amennyiben a tájékoztatási kötelezettség megsértése útján sérültnek volna felperes betegjogi, e körülmény és a bekövetkezett kár között a releváns okszerű kapcsolatot felperesnek kellett kimutatnia és bizonyítania. És bizony ezt a bíróságok már gyakran nem veszik figyelembe, mondván megvan a felróhatóság, így viselje a kórház a kárt is.

Az eljáró bíróságok által hivatkozott eseti döntések tanulmányozása kapcsán is látható, mennyire nem egységes a bírói gyakorlat a tájékoztatási kötelezettség vonatkozásában. A szakirodalom mutat rá eseti döntések kapcsán, hogy egy 5-20%-os gyakorisággal a műtéti kockázat körében fellépő szövődmény tekintendő olyan, a műtéttel általában együttjáró következménynek, amelyről a beteget tájékoztatni kell, mert különben nem kerül olyan információk birtokába, amely alapján megalapozottan eldönthetné, hogy hozzájárul-e a műtethez. Tudunk olyan eseti döntésről amely 5%-ot, és olyanról is amely 1%-ot jelöl meg. A tendencia ígyébként lefelé halad, kíváncsi vagyok, mikor megy át negatívba.

Konkrét jogszabályi előírás hiányában a gyakorló orvosok a kézikönyvek százalékos mutatói alapján állítják össze a tájékoztató szövegét azzal, hogy mindennemű felmerült kérdésre szóban igyekeznek válaszolni. A szóbeli tájékoztatás során nem reális, hogy az előre még csak alig sejthető és cseppet sem valószínű – azonban sajnálatosan előforduló – szövődmények is felvetésre kerüljenek.

Tapasztalt főorvos tette fel a kérdést az egyik per során, mely szerint ha egy rutin jellegű, de a beteg gyógyulását eredményező beavatkozásba szélsőséges, százalékban ki sem fejezhető esetben esetleg bele is lehet halni, ezt kell-e közölni a beteggel. A bírói válasz szerint, csak így lehet teljeskörű a tájékoztatás, még akkor is, ha a beteg ijedtében fogja a fogkeféjét és hazáig szalad.

Helytelen az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmezése során annak 13. §-ának a törvény szöveggörnyezetéből kiemelt, önálló vizsgálata a tájékoztatás mibenlétéről. Ugyanis éppen ezen hivatkozott törvény 129. §-ának (1) bekezdése rendelkezik a terápiás módszerek megválasztásáról az orvos jogai körében. Lényege, hogy a kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott terápiás módszerek közül szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást. A következő bekezdés értelmében a módszer alkalmazhatóságának feltétele a beteg beleegyezése és

az hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál.

A betegnek a teljes körű tájékoztatáshoz való törvényes jogának biztosításához hasonlóképpen fontos és alkalmazandó kötelezettsége az egészségügyi ellátást nyújtóknak az orvosokba, az egészségügybe, továbbá a gyógyításba, a gyógyulásba vetett hit erősítése. Ennek megfelelően nem lehet egy beavatkozást olyan színben feltüntetni, ami elriaszthatja a beteget az általában megvalósuló kedvező eredmény elérésétől. Az egyéniesített tájékoztatás éppen azt kell, hogy jelentse, hogy minden beteget állapotának, intelligenciájának, felfogó-képességének megfelelően, de a gyógyulás esélyét szem előtt tartva kell tájékoztatni. És ez is olvasható az Eü. tv-ben.

S még egy apróság... Sokan talán legyintenek, hogy miért foglalkozunk ezzel a tájékoztatási témával ennyit, a kártérítési ügyekben ügyis elviszi a balhét a biztosító.

Sajnos nem ilyen egyszerű a dolog. Míg egy műhibára alapított kárigényt valóban megtérít a biztosító, azonban a tájékoztatási kötelezettség megsértéséből eredő károk kívül esnek a helytállási körön. Hogy miért? Azon túl, hogy ez a kérdés talány számomra, talán mert úgy vélik, hogy a tájékoztatás megfelelő teljesítése a legegyszerűbb, legeggyértelműbb, lehét- köznapibb dolog.

Vagy talán mégsem?

Változások az orvos-beteg viszonyban

Az elmúlt ötven évben forradalminak mondható változás ment végbe az orvos-beteg viszonyban. Az alábbiakban áttekintést adunk ennek előnyeiről és esetleges veszélyeiről is.

Valaha belépve a rendelőbe, előadtuk panaszunkat, és egy recepttel, valamint bizonyos ajánlásokkal jöttünk ki. Nem valószínű, hogy sok kérdést tettünk fel, vagy vitattuk volna az ajánlásokat. Az meg végképp elképzelhetetlen lett volna, hogy mi magunk vizsgálunk információt a betegségünkről. Ma azonban, a médiának és elsősorban az internetnek köszönhetően a betegnek minden képzeletet felülmúló mennyiségben – és minőségben – áll rendelkezésére információ. A legtöbb orvos támogatja, sőt el is várja betegétől, hogy aktív szerepet vállaljon a kezelésben. Általánosan elfogadott ma már a közös döntés is a vizsgálatokról és a kezelésekről.

A legtöbbben, a betegeket is beleérte örömmel üdvözik ezeket a változásokat. A jól informált beteg jobb döntéseket tud hozni. Végül is a beteg az, és nem az orvos, akinek el kell fogadnia a döntések kockázatait. Ennek az irányzatnak természetesen megvannak a hátulütői is. Nem igaz az, hogy a betegek jobb informáltsága minden esetben előnyös. Akkor ugyanis, ha az információ kétes vagy egyenesen téves forrásból származik, többet árt, mint használ. Sok esetben igaz, hogy „az információ egyenlő hatalom”, ha az előbbi minősége azonban nem megbízható, annak az orvos-beteg viszony, végső soron a beteg egészsége láthatja kárát.

Létezik túlinformáltság is. Az orvosi tankönyvek a szakembereknek szólnak, a laikus nem tud eligazodni bennük. Ennek egyik következménye, hogy a beteg szükségtelenül megrémül, nem tudja ugyanis, hogy a szakirodalom gyakran a legkiválóbb, legsúlyosabb eseteket tárgyalja. Problémát okozhat az ún. alternatív szerek és gyógymódok kritika nélküli alkalmazása is. A vény nélkül kapható gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény pusztán attól, hogy mint „természetes” vagy „biotermék” reklámozzák, nem lesz biztonságos vagy hatásos. Ne feledjük, „természetes” a mérges gomba vagy a húsevő baktérium is. Gyakran kell számolni a gyógyszerek kölcsönhatásaival is. A jobb informáltság nagyobb felelősséggel kell, hogy párosuljon. Számos gyógyszernek – elsősorban agyonreklámozott fájdalomcsillapítók – az előírtnál nagyobb mennyiségben való szedése jár súlyos következményekkel.

Van, hogy a megbízhatónak tűnő információról kiderül, nem annyira a tájékoztatás, mint inkább a vevőcsalogatás a célja. Tudunk kell azonban, hogy ez nem a hirdető „hibája”, nekik ez a dolguk. Itt megint csak a felelős döntés és az információ ellenőrzése a legfontosabb elvárás a betegről.

(Informed.)

BETEGTÁJÉKOZTATÁS

Kevés fontosabb kérdés fogalmazódik meg az egyén és a társadalom részéről az egészségügyi ellátással kapcsolatban, mint a minőség. Számos olyan lehetőség van – a betegek szakszerű tájékoztatása, folyamatos törekvés az elégedettségre, rendezett és jól szervezett munkavégzés – melyek napi gyakorlata a betegellátás fontosságát tekintben is igazolja. Az Ajka Város Kórházában 2005. júniusában megalakult az a team, mely az egészségügy minden szolgáltatást nyújtó területén csökkenti kívánja a betegek kockázatát az ellátás igénybevétele során.

Antal Géza betegjogi képviselő
Magyar Imre Városi Kórház, Ajka

Az állampolgárok, az intézmények részéről támasztott igény is jelzi, hogy szükség van arra, hogy a minőségi ellátás az egészségügyi szolgáltatás területein is a kockázati tényezők figyelembevétele mellett történjen. Hatékony, nemzetközi szabványokon, standardokon alapuló, kevésbé bürokratikus, szerves egésetet alkotó, átlátható, kezelhető, folyamatosan fenntartható és fejleszthető egészségügyi ellátásban legyen része minden település állampolgárának. Megfeleljünk az EU tagállamaiban lévő gyakorlatnak, ugyanazon minőségi ellátásban részesüljenek a tagállamokból hazánkba érkező külföldi állampolgárok is. Ebben a csapat munkában az intézmény minden osztálya, ellátási területe képviselteti magát. Az intézmény főigazgató-főorvosa megbízással élt a betegjogi-jogvédő felé is, hogy ebben a munkában tevőlegesen segítse ismereteivel, tapasztalataival az átfogó minőségi betegellátás EU kompatibilis megvalósítását a minőségi betegellátás érdekében. Az egyértelmű cél megfogalmazott volt, hiszen a team azért alakult, hogy együttesen alakítsa ki azokat a szempontokat, mely a betegek érdekeit, az intézmény hatékony munkavégzését, biztonságos működését garantálja. A csoportmunka hasznossága nem kérdőjelezhető meg, mert a csoport az, amely együttesen jobban tudja tudását, ismereteit hasznosítani, feltételezhetően megalapozottabbak a döntések, az egyénenként hozzáadott értékek növelik biztonságérzetüket saját munkaterületükön is.

A minőség történetéről

Az egészségügyben a minőség elvárt szintje olyan alapkövetelmény, amelynek évezredes múltra tekint vissza és mindig is az erkölcsi, szakmai hitvallás meghatározó eleme volt.

Már az ősi egyiptomi, kínai, japán, de különösen az ókori görög és római orvoslásban is megtalálhatók a minőségbiztosítás elemei és az orvostudomány fejlődését követve egyre gyakrabban találkozunk olyan szemlélettel és gondolatokkal, amelyekből a mai értelemben vett minőségi ellátás komponensei gyökereznek. Hazánkban az egészségügyi minőségbiztosítás az 1990-es évek elejétől indult gyorsabb fejlődésnek, de a minőségbiztosításra való spontán törekvés ennél korábban tehető Magyarországon is. Klasszikus példa erre a Semmelweis Ignác által javasolt klórvizes kézmosás, ami modern értelemben a fertőzések – gyermekágyi láz – megelőzésének első szabályozott folyamatléírásának felelt meg. Ha már akkor lett volna minőségügyi rendszer, ezer és ezer anya életét lehetett volna megmenteni. Semmelweis Ignác példája is mutatja, hogy ha a spontán tevékenységek nem szerveződtek a minőség fejlesztését szolgáló összehangolt rendszerré, hatékonyságuk és az ellátás minőségére gyakorolt hatásuk elmaradt a kívánatostól.

Az orvosi tevékenység minőségének rendszeres értékelését elsőként Ernest. A. Codman Egyesült Államokbeli sebész végezte el, aki már 1916-ban megállapította, hogy az orvos felkészültsége közel sem az egyetlen tényező a minőség alakításában, hanem ehhez még egyéb, környezeti feltételek is szükségesek. Az Amerikai Sebészeti Társaság 1915-ben kezdeményezte a kórházi standardizációs program kidolgozását. Codman és az Amerikai Sebészeti Társaság erőfeszítései jelentősen hozzájárultak ahhoz, hogy 1952-ben az USA-ban megalakult a közös kórházi akkreditációs bizottság (Joint Conuuiission on the Accreditation of Hospitals, későbbi neve: Joint Commission on the Accreditation of Heathcare Organisations – JCAHO).

Az egészségügyi minőségbiztosítás szempontjából másik fontos dátum 1947, amikor megalakult a Nemzetközi Szabványügyi Szervezet (International Organization for Standardization). Az ISO célja a szabványok (standardok) világméretű fejlesztése és egységesítése, amely elősegíti a termékek és a szolgáltatások nemzetközi kereskedelmét és fejleszti az ezzel kapcsolatos szellemi, tudományos technikai és gazdasági együttműködést ezen a területen.

Az egészségügyi minőségbiztosítás fejlődése a nyolcvanas-kilencvenes években felgyorsult Európában, amikor több nemzetközi szervezet is foglalkozott az egészségügyi minőségbiztosítás kérdésével. Ennek hatására Magyarországon is felgyorsult az egészségügyi minőségbiztosítás fejlődése.

Mérőfldkőnek tekinthető a Zala Megyei Kórház munkája, amely során ISO 9001-es mintára alakította ki minőségügyi rendszerét és 1995-ben tanúsítást is szerzett. Több hazai szervezet és intézmény közös munkája eredményeként az egészségügyi minőségbiztosítás folyamatosan fejlődik. A minőségügyi rendszer kialakításának mi a célja, fogalmazódik bennünk meg a kérdés?

Az egészségügy kormányzatok és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egyik kiemelt célja az ellátás minőségének javítása, az ellátáshoz való egyenlő hozzáfutás, a felhasználók elégedettsége és a források költség-hatékony elosztása. Az egészségügyi ellátásnak – a szükségletekhez igazítottan – gazdaságosnak, hatékonyaknak és a lehető legjobb minőségűnek kell lennie. A minőségügyi rendszer kialakításának célja, hogy megfelelő szabályozással működő egészségügyi intézmény nagyobb valószínűséggel képes jó minőségű ellátást nyújtani. Az egészségügy minőségének biztosítása, illetve fejlesztése során ennek érdekében

alapvető feladat annak az egységes normarendszernek a kialakítása, amely a gyakorlati egészségügyi ellátás, a finanszírozás, a minőségtanúsítás és az ellenőrzések alapjául egyaránt szolgálhat.

A rendszernek rendelkeznie kell törvényi háttérrel

Az Európa Tanács Egészségügyi Szakértői Bizottsága 1996-ban ajánlást tett a tagországok minőségbiztosítási rendszereinek kialakítására. A bizottság nem adott javaslatot konkrét minőségügyi rendszer bevezetésére, de az egyes tagországok egészségügyi miniszterei egyetértettek abban, hogy a „folyamatos minőségfejlesztés” alapelvét a minőségirányítási rendszernek tartalmaznia kell. Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága 1997-ben ajánlást fogadott el a tagországok minőségfejlesztési rendszerének kialakítására, majd 1998-ban az Európai Unió Egészségügyi Miniszterinek Tanácsa is állást foglalt a minőségbiztosítás kialakításának szükségességéről és alapelveiről. Az Európa Tanács ajánlását figyelembe véve, az „1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről” 1999. január 1-i hatállyal már kötelezővé tette a minőségügyi rendszerek működtetését az egészségügyi intézményekben:

- „Minden egészségügyi intézményben biztosítani kell a belső minőségügyi rendszer működését, amelynek célja:
- a) a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése és részletes tervezése, ide értve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését is,
- b) a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, a megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése,
- c) a hiányosságok okainak feltárása, az azokból fakadó költségek, károk csökkentése,
- d) megelőzés a szakmai és minőségügyi követelményeknek és a saját követelményrendszer fejlesztése.”

Standard alapú minőségügyi rendszer

Általános megfogalmazás szerint a standard az alkalmazottak felé támasztott olyan specifikus követelmény, amelyet egy bizonyos tevékenységben vagy eredményben határoznak meg, amelyhez az alkalmazottak tevékenységét viszonyítják.

A standardokon alapuló akkreditációs rendszerben, pl. a struktúra kritikus elemeit előre meghatározott kritériumokkal vetik össze. A kritériumok egy része „minden-vagy-semmi” jellegű, ebben az esetben a minősítés alatt levő intézmény vagy megfelel, vagy nem felel meg az adott kritériumoknak. Az akkreditáció során egy akkreditáló intézmény elismeri, hogy az egyén vagy egy szervezet megfelel az intézmény által felállított kritériumoknak. A kifejezést az intézmény által elvégzett értékelési folyamat és az értékelés végeredményének – amikor is egy akkreditációs tanúsítvánnyal ismerik el, hogy az egyén vagy a szervezet megfelel a követelményeknek – kifejezésére egyaránt használjuk. Tágabb értelemben a standardokon alapuló egészségügyi ellátás sem idegen a magyarországi egészségügyi ellátásban. Az úgynevezett minimum feltételek is tulajdonképpen kritériumokat illetve standardokat tartalmaznak. Az érvényes ÁNTSZ előírásoknak és szabványoknak való megfeleléseit az ÁNTSZ mint egészségügyi hatóság és a területileg illetékes szakfelügyelő ellenőrzi és az intézmény csak ennek engedélyének birtokában működtethető.

2001-ben jelent meg a Kórházi Ellátási Standardok (KES) kézikönyv, amely a Joint Comission International (JCI) standardok adaptációjából készült.

A KES előnye, hogy az egészségügyi ellátás szempontjait konkrétan fogalmazza meg, és ezért az ISO-nál hatékonyabban támogatja a fekvőbeteg gyógyintézetekben folyó minőség-fejlesztő tevékenységet és a szakmai munkát. A KES ugyanakkor ebben az esetben is csak keretet ad, amit a szakmáknak konkrét tartalommal kell megtölteni.

Összehasonlítva a két rendszert, az igazi kérdés nem az, hogy az ISO tanúsításra vagy minőségi standardokon alapuló akkreditációra van-e szükség, hanem az, hogyan lehet egy, a mindkét rendszer előnyeivel rendelkező, egészségügyi minőségügyi rendszert létrehozni.

A rendszernek tartalmaznia kell azokat a szakmai és ápolás standardokat, amelyek bizonyítékokra épülnek, irányszámokkal (indikátorokkal) működése legyen mérhető, továbbá folyamatosan fejlődjön.

Az ellátás standardizálásnak elsősorban a betegek érdekében van szükség.

Ugyancsak szükség van egységes standardokra a betegfelvétel során alkalmazott dokumentációnál, az elvégzett laboratóriumi vizsgálatoknál vagy az ápolásnál. Minden olyan folyamatban, aminél az egyéni különbségnek nincs jelentősége, sőt az általánosan igazolt eljárástól való eltérés veszélyes lehet, törekedni kell a szakmai bizonyítékokon alapuló standardok alkalmazására. Különösen fontos előre meghatározott szabványok alkalmazása azoknál – a beteg által sokszor nem is észlelt – háttér tevékenységeknél, mint pl. a tűzvédelem, a veszélyes hulladékok tárolása, a radiológiai vizsgálatok vagy a gyógyszerek tárolásának szabályozása. Az egészségügyi ellátás eredménye komplex módon függ a rendelkezésre álló kezelések hatékonyságától, a betegség tulajdonságaitól, az életkortól, a társbetegtől, illetve egyéb kockázati tényezőktől, az ellátás minőségétől, és a betegek egyéni különbözőségétől.

Kórházi Ellátási Stand

A biztonság megvalósítása, illetve a kockázatsökkentés modern elve szerint az egészségügyi szolgáltatónak fel kell mérni a várható veszélyeket és ezek ismeretében vagy ezeket figyelembe véve kell végezni a betegellátással közvetlen kapcsolatban lévő vagy a betegellátást biztosító tevékenységeket.

A korszerű kockázatmenedzsment tehát igyekszik megelőzni a hibákat és nem csak a már kialakult hibákat akarja kijavítani. Valószínűleg mindenkinek érthető az a folyamatos kockázatsökkentő tevékenység, hogy a kórházak rendszeresen ellenőrzik a gyógyszerraktárban lévő orvosságok lejárati idejét, nehogy hatastalan vagy veszélyes gyógyszer kapjon a beteg. De ide tartoznak pl. az elektromos készülékek rendszeres érintésvédelmi felülvizsgálata vagy a tűzoltó készülékek ellenőrzése és cseréje is.

Népegészségügyi szempontból lényegesek azok az oktatások, vizsgálatok és beavatkozások, amelyek azokat a kockázatokat igyekeznek csökkenteni, amelyek a lakosság egészségi állapotát károsan befolyásolják. Ide tartoznak a szív- és érrendszeri betegségeket vagy a rákos megbetegedéseket megelőzni kívánó oktatási és szűrő programok is. A hatásosság, hatékonyság, eredményesség, és a kockázat csökkentését szolgálja a bizonyítékon alapuló orvoslás és ápolás.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1981-ben jelentette meg az alapvető betegjogokat – a választás lehetőségeit – összefoglaló lisszaboni deklarációját.

Ez a dokumentum – igaz, a teljesség igénye nélkül, már megfogalmaz számos alapvető betegjogot, így többek között, hogy:

- a beteg szabadon választhasson orvost,
- a betegnek joga van ahhoz, hogy olyan orvos lássa el, aki szabadon, minden külső beavatkozás nélkül hozhat klinikai és etikai döntéseket,
- a betegnek joga van ahhoz, hogy megfelelő tájékoztatás után bizonyos kezelések elvégzését elfogadja vagy elutasítsa,
- a beteg elvárhatja orvosától, hogy minden orvosi és személyes adatát titkosan kezelje,
- a betegnek joga van az emberhez méltó halálhoz,
- a betegnek joga van a lelki vagy morális vigaszhoz, de el is utasíthatja azt.

A megfelelő választáshoz alapfontosságú, hogy megfelelő kapcsolat alakuljon ki a beteg és az egészségügyi személyzet között, mely közül az orvos-beteg kapcsolat az egyik leglényegesebb. Napjainkban, miközben egyre kevesebb idő jut egy-egy betegre, a személyes alaphangú orvos-beteg kapcsolatra, és a beteg számára érthetetlen és sok esetben félelmetkeltő, különböző személyek által végzett vizsgálatok és kezelések alkotják a gyógyítási folyamatot, a betegek változatlanul – sőt talán fokozottabban – igénylik a bizalmon és emberi hangon alapuló kapcsolatot kezelő orvosukkal. Az orvos-beteg kapcsolat mélysége és személyessége lényeges hatással van a beteg általános közérzetére és véleményére az ellátással és a gyógyulásával kapcsolatban. Az 1997. évi XLVII törvény rendelkezik az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről is. A törvény rendelkezik mind az adatok (dokumentáció) tárolásáról, mind az adatok kezeléséről, illetve az ahhoz kapcsolódó titoktartásról. Az adatok tárolását oly módon kell megoldani, hogy ahhoz illetéktelen ne férjen hozzá és védeni kell a megrongálódástól, megsemmisítéstől. Az adatokat utólag javítani, kitörölni nem szabad.

A betegekkel kezelésével kapcsolatos adatoknak két csoportja van:

- egészségügyi adat: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, betegségére, halálára vonatkozó bármely adat, függetlenül attól, hogy az miként jutott tudomásra.
 - személyi adat: az érintett neve (leánykori), neme, születési idő, hely, lakóhely, TAJ szám együtt, vagy külön, amely alkalmas az érintett személy azonosítására.
- A beteg – öntudatlanul, vagy tudatosan – mindig valamilyen elvárással él orvosával, a személyzettel, a gyógyítás eredményével, a körülményekkel szemben. Ha a várakozások és a beteg tapasztalatai negatív irányban eltérnek, egy elégedetlen beteget generál az intézmény, míg ha sikerül megfelelni az elvárásoknak, a kórház elégedett beteget bocsát el. A betegelégedettség tehát nem más, mint a beteg elvárásainak való megfelelés mértéke. Lényeges, hogy ezek az elvárások sosem objektívek, és nemcsak a megfelelés (a szolgáltatások színvonala), hanem az elvárások is befolyásolhatók.

A betegelégedettségi vizsgálatok alapvetően három funkciót töltenek be:

- kommunikációs eszköz,
 - kiegészítő információ,
 - az ellátás színvonal javításának eszköze.
- Valódi funkcióját, – az ellátás színvonalának javítását szolgáló segédeszköz – akkor tölti be, ha a kérdések valóban az ellátás minőségét befolyásoló elemekre irányulnak, és az őszinte vélemény alapján kitöltött kérdőívek feldolgoása alapján összegyűjtött információk a minőség-kör részeként visszacsatolásra kerülnek, azaz a betegek véleménye alapja a szükséges változtatások valóban bevezetésre kerülnek a gyakorlatba. (Forrás: Dr. Gódné Sándor Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Iskola)



Ezen célok és feladatok elérése érdekében több team is alakult, melyek az alábbiak:

- Fekvő és járó-beteg
- Kockázatkezelés és beteginformáció
- Minőségfejlesztés és mérés
- Humán erőforrás
- Infrastruktúra, műszer, gép
- Betegdokumentáció, dokumentumfejlesztés és kezelés

A Kockázatkezelés és beteginformáció team munkájába veszek részt, amely csoport célja a kockázati tényezők meghatározása, a lehetséges kockázati tényezők feltárása, a kockázatok csökkentése, a megfelelő módszerek kidolgozása, az ún. „műhibák”, műhibaperek elkerülésében mediátorként közreműködni, a beteg és intézmény közötti konfliktus kezelésben hatékony részvétel.



ardok a gyakorlatban

►►►

Miután a betegjogi képvisleti rendszer 2000. június 01-től megkezdte munkáját az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények területén, – már rendelkezünk 1997. óta ismeretekkel,– így már meglévő tapasztalatokkal napjainkban, a feladat nem idegen számunkra. A minőség csak szakmai feladat, csak az egészségügyben dolgozók javíthatnak az egészségügy állapotán vagy maguk a betegek is?

Miért fontos a minőségbiztosítási rendszer a betegeknek?

A minőségbiztosítás a betegek és hozzátartozóik érdekeit is szolgálja, mivel számukra garanciát jelent ellátásuk és a bérükből levont járulék hasznosulása szempontjából egyaránt. A minőségügy alapelemeinek oktatása segít az egészségeseknek, a betegeknek és a volt betegeknek, hogy a szerzett ismeretek alapján aktívan bekapcsolódjanak az egészségügyi ellátásba, és igényeik megfogalmazásába. A minőség csak szakmai feladat, csak az egészségügyben dolgozók javíthatnak az egészségügy állapotán vagy maguk a betegek is? 2001. novemberében jelentette meg az Egészségügyi Minisztérium hivatalos közlönyében a Kórházi Ellátási Standardok kézikönyvét, amelynek 2003. május 29-én jelent meg 2.0 változata. A specifikus standard alapú tanúsítási követelmény új alternatívát jelent a kórházak számára. Az intézmények választhatnak az ISO 9001:2000, és a standard alapú rendszer között, illetve integrálhatják a két rendszert.

Mit jelent ez számunkra?

- értelmezi a standardokat,
- előírja a felülvizsgálati kritériumokat,
- meghatározza az eljárásban dokumentálandó standardokat,
- hivatkozik bizonyos szabályozókra, melyen az egészségügyi szolgáltatónál alkalmazandó jogszabályok, szakmai előírások helyi gyakorlatának szabályozását értjük,
- meghatározza a felülvizsgálati területeket,
- definiálja a használatos fogalmakat.

A standardok 2 fő (standard) csoportot alkotnak.

Betegellátáshoz közvetlen kapcsolódó standardok:

- betegfelvétel és elbocsátás,
- betegvizsgálat,
- betegellátás, mint az ellátási folyamat részei,
- valamint a betegjogok, betegtájékoztatás, melyek a betegellátás alatt érvényesülnek.

Szervezési, vezetési standardok; melyek:

- minőségfejlesztéssel,
- vezetés, igazgatással,
- humán erőforrás menedzsmenttel,
- épületek, berendezések biztonságával foglalkoznak.

Ma már igen fontos követelmény, hogy egy egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény minősítetten végezze tevékenységét. Az iparban már több évre, évtizedre is visszatekint ez a gyakorlat, az egészségügyi ellátástól azonban idegennek volt mondható az auditálás, az audit. Jelenleg követelményként éljük meg, hogy egy egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény is rendelkezzeék:

- a Kórházi ellátási standardok kézikönyvvel,
- egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó jogszabályok, szabványok a gyakorlatban alkalmazottak, megvalósítottak legyenek,
- a rendszer folyamatos nyomon követése, a változások beépítése elengedhetetlenül fontos feladatnak kell lennie.

Összefoglaló

A Magyar Imre Kórház folyamatosan feltárja mindazokat a problémákat, mely akadályt jelenthet a jobb szolgáltatás elérésében, a kórház helyzetének és elismertségének fokozásában, a szakmai és gazdasági szempontok közötti ellentétek feloldásában.

A középpontban a betegközpontú gyógyítás áll. Már a betegek fogadásánál érvényesülnek mindazok az elvárások, melyek egy korszerű, minőséget nyújtó ellátórendszerre érvényesek. A sürgősségi ellátás megvalósulásával komoly előrelépés történt, mind a betegellátás, mind a kórházi szervezeti élet területén. Megvalósul a beteg informálása, szükség esetén a hozzátartozó teljeskörű tájékoztatása.

Az orvosok, szakdolgozók közötti interakció növeli a biztonságérzetet, a kommunikáció a konzulensekkel a legrövidebb időn belül valósul meg. A kórház együttműködik más egészségügyi ellátókkal, (szoros kapcsolat alakult ki a családorvosokkal), külső szervezetekkel, az intézmény rendelkezik mentőhelikopter fogadására, a betegek továbbküldése a megfelelő szakellátás irányába egyértelműen példaértékű.

A betegdokumentáció, a zárójelentés a betegek rendelkezésére állnak, szükség esetén arról saját költségükön másolatot készíthetnek a benyújtott írásbeli kérelmük alapján, a legrövidebb időn belül. A kiszolgáló egységek (laboratórium, radiológia, egyéb diagnosztikai területek, betegszállítás, stb.) szakképzett munkatársai segítik a gőrdülékeny nonstop szolgáltatás megvalósulását.

Az egységes betegellátást belső szabályok, a törvényi előírásoknak megfelelően kidolgozott minden betegellátó területet érintő kivitelezési eljárások garantálnak. Az intézetben belül működő gyógyszerterá segíti a betegeket a gyógyszerek kiváltásában.

A betegjogok megismerése az írásos betegtájékoztatón túl szóban is megtörténik, minden egészségszolgáltatást nyújtó terület elkészítette az önálló betegtájékoztató dokumentációját, mely konkrétan megfogalmazza mind a betegséggel, mind az esetleges beavatkozással járó szövődmények előfordulási lehetőségét.

Az intézmény menedzsmentje, a szakterületeken dolgozók együttműködnek a betegjogi képvisellel, a betegeket, az ellátást végző orvosok, szakdolgozók tájékoztatást nyújtanak a jogvédő szükség esetén történő elérhetőségéről, az esetlegesen felmerülő panasz-kivizsgálás módjáról, lehetőségeiről. A gyermekek, fizikailag, vagy korlátozottan cselekvőképes személyek különös figyelemmel kerülnek ellátásra.

A kórház vezetői, az érintettek minden esetben részt vesznek a minőségügyi programok tervezésében, monitorozásában. Az állandó minőségfejlesztés része a kórházi gyakorlatnak, enélkül nehezen képzelhető el a prioritások meghatározása, a szükséges fejlesztések megvalósításának előterjesztése, az információk feldolgozása, stb.

A személyzeti munka is fontos területe a kórház szervezetében. A dolgozók rendelkeznek munkaköri leírással. Különös hangsúlyt kap a képzés, továbbképzés, mely tervezett, éves szinten meghatározott. A képzésben a betegjogok ismerete is szerepel mind orvosi, mind szakdolgozói vonatkozásban.

A kockázatelemző teamnek feladata volt, hogy a betegek kockázatainak intézményi vonatkozásának vizsgálata során azt is elemezzék, mennyiben felel meg az intézmény a betegek, hozzátartozók, látogatók számára a fizikális környezetre, az épületek állaga, biztonságos megközelítése, elérhetősége, a tartózkodás ideje alatt a balesetveszély nem áll fenn?

A megfogalmazottakra adott válasz egyértelmű, minden kritériumnak az épület megfelelő, kivételt képez a mozgáskorlátozottak eljutási lehetőségei a

szükséges szakellátások igénybevételére. Természetes, hogy az állandó állagmegővásra törekedni szükséges a nem ma épült épület folyamatos karbantartása elengedhetetlen. Az erre vonatkozó intézkedések napjainkban megtörténtek.

Néhány példa egy elhangzott minőségügy, kockázatelemző konferencia előadásaiból

Prof. Dr. Daróczy Judit osztályvezető főorvos, c. egyetemi tanár (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): A krónikus seb kezelésében elkerülhető ellátási hibák

A krónikus sebek oka különböző: vénás-, artériás keringési zavar, cukorbetegség, trauma, égés, daganat. A betegség gyakori a lakosság 3-6%-t érinti. A nem megfelelő kezelés miatt a betegség kezelésének költségei rendkívül magasak, az eredmények nem jók. Az indokolatlanul magas kezelési költségek okai a következők: a diagnózis nem korrekt, az ellátási szintek megállapítása nem megfelelő, a betegség ellátásában résztvevő érintett szakmák (bőrgyógyász, angiologus, sebész, orthopéd, infektologus, háziorvos) együttműködése hiányos. A krónikus seb ellátásának a guide line-ja nem elfogadott (presztízis és lobby okok), sok korszerűtlen szakmai eljárás van a gyakorlatban (pl. helytelen kötszer és indokolatlan antibiotikum használat).

Javasolt megoldás: A kidolgozott guide line elfogadása (az evidence based szavakkal), a kötszer felírási jogosultság szabályozása, a sebkezelés minőségének (szakember, módszertan, eredmény) a biztosítása.

Dr. Kránitz Katalin minőségirányítási igazgató (Zala Megyei Kórház Zalaegerszeg): Betegek biztonságára irányuló törekvések a Zala Megyei Kórházban.

Az egészségügyi ellátás biztonságának kérdése az utóbbi években egyre inkább előtérbe kerül nemcsak a fejlett országokban, hanem Magyarországon is. Ennek ellenére az ellátási hibák nagyságáról pontos adataink nincsenek. Egyes becslések szerint a hibák 95-98%-a rendszerhiba, nem pedig személyes mulasztás következménye. A magyar egészségügyben az elmúlt 10 évben egyre több egészségügyi intézményben kezdtek el minőségirányítási rendszert kialakítani, melynek alapeleme többek között az ellátás biztonságának fejlesztése. A Zala Megyei Kórház 1995 óta ISO 9000 szabvány szerinti minőségirányítási rendszert működtet és fejleszt. 2003 tavaszán a meglévő ISO rendszerünkhöz a Kórházi Ellátási Standardok (KES) előírásainak adaptálását is megkezdttük. A munka során szembesültünk azzal, hogy a standardokban előírt betegbiztonsági szempontoknak nem minden esetben tudunk megfelelni. A probléma kezelésére minségfejlesztő team jött létre, amely feltárta azokat a területeket, ahol a biztonságos betegellátás érdekében lépéseket kell tennünk.

- A kritikus, mielőbbi beavatkozást igénylő pontok a következők voltak:
- a kórházba kerülő betegek biztonságos azonosíthatóságának megoldása az ellátás egész folyamán, különös tekintettel a gyermekek, idősek, eszméletlen vagy zavart tudatállapotú, valamint cselekvőképességükben teljesen vagy részlegesen korlátozott betegek tekintetében,
- a diagnosztikai vagy terápiás beavatkozásokra szállított betegek felügyelete, figyelembe véve a kórház két telephelyből adódó sajátosságait,
- a gyógyszerelés biztonságának fokozása.
- A fejlesztő team által javasolt és a későbbiekben megvalósított megelőző tevékenységeink eredményéről kívánok beszámolni, ezek a következők:
- a gyógyszerelőcsúklópánt 2004 január 1-től történt teljes körű bevezetése a Zala Megyei Kórházban amely megelőzte a 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet 2005. január 1-ei hatályba lépését,
- a radiológiai vizsgálatra váró betegek felügyeletére, valamint a központi műtőblokkban a műtét előtti obszervációra hozott intézkedések,
- a gyógyszerelés biztonságának javítására és a gyógyszerelési hibák kiküszöbölésére tett lépések.

Makai Péter, Péter Tünde, Jacobsen Ákos, Szy Ildikó, Gulácsi László (Budapest Corvinus Egyetem): Minőségügy és ellátási hibák megelőzése a magyarországi kórházakban.

Cél: A Magyarországi kórházak feltérképezése minőségügy és ellátási hibákkal kapcsolatos tevékenységek szempontjából. Kísérletet tettünk az ellátási hibák elkerülésének, illetve ezekhez kapcsolódóan a betegbiztonság strukturális és folyamat változóinak feltérképezésére is.

Háttér: A Corvinus Egyetem az Egészségügyi Minisztériummal közösen, egy nemzetközi vizsgálat keretében vizsgálat egy korábbi kérdőívvel már mérte a minőséget a magyarországi kórházakban, 2002-ben.

Módszer: A 2002-es kérdőív továbbfejlesztett változatát használva, ismét egy nemzetközi felérés keretében, a kérdőíves vizsgálatot megismételtük. A vizsgálat kiterjedt az összes, az Egészségügyi Minisztérium fennhatósága alá tartozó kórházra. A kórházak a kérdőíveket 2004. decemberében kapták kézhez, és 2005 első hónapjaiban postázták a válaszokat.

Eredmény: Összesen 103 kórház küldte vissza a kérdőívet. A válaszoló kórházak 78%-a rendelkezik ISO minősítéssel, 63% használja a Kórházi Ellátási Standardokat minőségfejlesztésre, és 6,8% használja az EFQM-et. Áttekintettük az Egészségügyi Minisztérium által kiadott „ISO-kórházak Minőségirányítási rendszerek – Folyamatfejlesztési Irányelvek Egészségügyi Intézmények Számára” című dokumentumban, illetve a Kórházi Ellátási Standardok Kézikönyvben megtalálható követelményeket, és összehasonlítottuk ezeket a kérdőívben található válaszokkal.

A kérdőívre kapott egyéb válaszokból mutatószámokat képeztünk, amelyek segítségével következtettünk a kórház biztonságos működésére, pontosabban a biztonság struktúrájában és folyamatában megjelenő jellemzőire. Az ellátási hibák elleni, a betegbiztonságot javító tevékenységek szórványosan jelennek meg, csupán maroknyi kórháznál figyelhető meg a rendszerszerű megközelítés.

Konklúzió: Az ellátási hibák csökkentéséhez szükséges a rendszerszerű megközelítés, és a minőségfejlesztésen belül szükség van a betegek biztonságát fokozottan figyelembe vevő szemléletre is. A betegbiztonsági ismeretek elterjedése is kívánatos volna.

„Az emberi tökéletlenség nem küszöbölhető ki, de a rendszer hibái, szervezési hiányosságai felderíthetők és megoldhatók.”(J. Reason 1995.)

Forrás: Safety in the operating theatre-part 2: Human error and organisational failure. Qual. Saf. Health Care 2005. 14. pp. 56-61.

Irodalom

Institute of Medicine. To err is Human: Building a Safer Health System. Washington D.C.: National Academy Press; 1999. | 1. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Death due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. JAMA 2000;284:93-5. | 2. Bates D, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. JAMA 1995;274:29-34. | 3. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events. JAMA 1995;274:35-43. | 4. Cooper-Mahkorn D. Series of errors led to 300 unnecessary mastectomies. (News) BMJ 2000;320:597. | 5. Vincent Ch, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001;322:517-9. | 6. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997;277:307-11. | 7. Rigby KD, Litt JC. Errors in health care management: what do they cost? Quality in Health Care 2000;9:216-21. | 8. Edbrill SD, Lagasse RS. Relationship between malpractice litigation and human errors. Anesthesiology, 1999;91:609-11. | 9. Belicza É. Minőségügyi rendszer kidolgozásának szempontjai a magyar egészségügyi intézményekben. Egészségügyi Menedzsment 2001;2(2):19-22.

A magyar jogszabályok szerint jelenleg jogunkban áll az orvos által felírt vényköteles terméket megvásárolni és bekapni, de a legminimálisabb információt sem kapjuk meg a gyógyszerről, mielőtt megvásárolnánk.

Szerkesztőségünkbe rendszeresen érkeznek levelek arra panaszkodva, hogy a gyógyszerkeresőnkben nem találják egyik vagy másik gyógyszer nevét, leírását, vagy hogy valamelyik cikkünkől nem derül ki, hogy melyik gyógyszeről van szó, amely pedig lehet, hogy segítségére lenne olvasóknak. Ilyenkor mindig a jelenlegi, hazai jogszabályokra hivatkozva válaszolunk, miszerint ez nem a gyógyszeradatbázis, vagy a szerkesztők, újságíróink hibája, csak igyekszünk a törvényeket maximálisan betartani. A hazai jogszabályok szerint ugyanis vényköteles termék nevét nem lehet megjeleníteni olyan felületen, amelyet nem csak és kizárólag szakemberek érnek el. Magyarul sem a nevét, sem az OGYI (Országos Gyógyszerészeti Intézet) által jóváhagyott betegtájékoztató anyagot, amely a gyógyszerdobozban található meg, nem adhatjuk közre.

Miért lennének hülyébbek az amerikaiaknál?

Jó néhány országban, például az Egyesült Államokban is lehet vényköteles gyógyszereket is a „nagyközségnek” hirdetni. Vajon miért? Ott mindenki orvosi diplomával a kezében lép ki az általános iskolából? Miért lennének az amerikaiak érettebbek, mint az európaiak, hogy valódi hasznát lássák egy vényköteles termék hirdetésének? Hacsak nem attól, hogy itthon mesterségesen, például ilyen jogszabályokkal tartják vissza az információkat az állampolgároktól. – **Mindez a betegek érdekében történik?**

A tudás hatalom?

Az előző felvetéshez kapcsolódik az a tény is, hogy ma már itthon is bármilyen élelmiszert, műszaki eszközt, egyebet vásárolunk, a csomagoláson részletes

„Jogában áll bekapni!”

leírást találunk az összetételéről, a használati módjáról. A vényköteles gyógyszer miben különbözik a többi általunk vásárolt terméktől? A gyógyszer esetében miért csak a vásárlást követően van jogom elolvasni a tájékoztatót? A pirula megvásárlását követően ugyanúgy dönthet a beteg arról, hogy nem veszi be a gyógyszert (lásd a rengeteg compliance tanulmányt a betegek lazuló együttműködési készségéről:)), igaz, előtte már ki kellett fizetnie a termék árát. Hol van még egy olyan termék, amit előbb meg kell vennem ahhoz, hogy elolvassam, mire való, mire hat, hogyan kell használni? Ráadásul éppen egy olyan terméknél, amely igazán az egészségemről, betegségemről, „életemről-halálomról” szól. Kétségtelen, hogy a reklám és a tájékoztatás, informálás között igen keskeny a mezsgye (sőt, elvetemültebb esetekben ezek egybe is eshetnek). Jelen esetben annyira keskeny, hogy a reklám tilalma miatt a vásárlót az őt megillető minimális információtól is eltiltja. Jelenleg ugye, laikus közönség számára elérhető helyen egy vényköteles termék nevét sem szabad leírni, utalást se lehet rá tenni, az OGYI által ellenőrzött, jóváhagyott betegtájékoztató anyagot sem lehet megjelentetni. – **Mindez a betegek érdekében történik?**

Mi a helyes szereposztás?

Biztos, hogy automatikusan el kell fogadnunk azt a sokak által egyedül követendőknél vélt szereposztást, az „orvos diktál, én meg beveszem” jellegűt? Nem lehet, hogy e között és a Doktor Bubó-féle „diktál a beteg, írja a doktor” között lehetne átmenet? Például, amikor informálódik a beteg is, esetleg még kérdezni is mer, és aztán dönt az orvos? – **A jelenleg jellemző szereposztás lenne a betegek érdeke? Hogyan lehet az Internet korszakában az információt cenzúrázni? Röviden: Sehogy!**

Amikor szinte bármilyen vényköteles termék neve elé a „www”-t és a végére a „.com”-ot írva a böngészőbe megkapom az adott vényköteles gyógyszer promóciós oldalát, vagy cnn.com, google.com, yahoo.com és egyéb „amerikai” portált olvasva vényköteles termékek reklámaiba botlok bele. És akkor még nem tértem ki a napi tucatnyi gyógyszert rám tukmáló kéréten e-mail-ekre.

És persze nem tudom, hogy mennyivel járunk jobban azzal, ha a betegnek egy idegen nyelven kell elolvasnia a tájékoztató anyagokat, melyeket várhatóan azért nem tud olyan tökéletesen értelmezni, mintha magyarul olvasná. Fordítási, értelmezési hibák, esetleg a termék ország-specifikus kisserelése miatt többet árthat magának, mintha mindez magyarul is legálisan elérhető lenne. – **Mindez a betegek érdekében történik?**

Az Európai Unióban

Az EU-ban jelenleg érvényes vényköteles gyógyszerek kommunikációjára vonatkozó szabályok helyességét, követhetőségét időről időre megkérdőjelezik az egyes tagországokban is.

Legutóbb a Freedom Institute közvélemény-kutató Írországban végzett erre vonatkozóan felmérést. A felmérés szerint az írek jobban bíznak a gyógyszer-gyártóktól származó információkban, mint a más forrásokból származó adatokban. A megkérdezettek 61%-a szerint a gyógyszerekkel kapcsolatban minden információhoz hozzá kellene, hogy jussanak, 23%-uk gondolja azt, hogy az ilyenfajta információs tevékenységet továbbra is tiltani kellene a törvénynek.

Ebben a rövid vitaindítóban most csak négy olyan kérdést vetettem fel, amely megkérdőjelezi: Valóban a betegek érdekét védi-e az, ha a vényköteles gyógyszerekről semmilyen információhoz nem juthatnak hozzá?

Talán érdemes lenne néha elgondolkodni bizonyos dolgokon, hogy azért, mert valami évszázadok óta úgy van, biztos-e, hogy kérdések nélkül el kell fogadnunk és helyeselnünk.

Kocsis Gábor HáziPatika.com

Az apropó: átlagosan ötmillió forintos kártérítés

A Magyar Hírlap május 19-i számában cikk jelent meg a hazai műhiba ügyekről: „Átlagosan ötmillió forintos kártérítés jár a műhibáért - Divattá vált az orvosokat, kórházakat műhibák miatt perelni, – címmel. A cikkből megtudhatjuk, hogy műhibára hivatkozva a betegek, illetve hozzátartozók több mint hárommilliárd forintot követelnek a kórházaktól. Bár elvileg kötelező lenne, de felelősségbiztosítása még mindig nincs mindegyik intézménynek – mint ahogy azt előző Látleletünkben is írtuk - nekik saját zsebből kell kifizetniük a sokmillióos kártérítéseket. A cikk a Magyar Kórhákszövetség felmérésére alapozza kitételeit. Extrém eseteket is megemlít a szerző – kit egy biztosítónál tájékoztattak az alábbi esetről: „Nemrég egy család ötmillió forintnyi kártérítést követelt az egyik kórháztól. Indoklásuk szerint gyermekük annyira megijedt a kezelés közben, hogy hetekig a szülői ágyában kellett aludnia, emiatt nem volt zavartalan a szexuális életük. A pert elvesztették...” Az alábbiakban részletek olvashatóak a cikkből, amelyek a felkért szakmai hozzászólás miatt érdemlegesek:

A műhibaperek 80%-ában azonban a betegek javára döntenek a bíróságok. Ha van a kórháznak felelősségbiztosítása, a biztosító elvileg állja a követeléseket vagy azok egy részét. Ha nincs, az intézmény saját zsebből fizetheti ki a páciens. *“Az átlagos követelés hétmillió forint körüli, de nem ritkák a harminc-ötven milliós perek sem”* – állítja Golub Iván, a Magyar Kórhákszövetség elnöke. A biztosítók a magas kártérítéseknek általában csak a töredékét állják. A szerződésekben ugyanis kikötik, hogy káronként mennyit fizetnek, és az évenkénti esetek száma is limitálva van. Bár egyre gyakoribb a tízmillió forintos összeghatár, a tipikus limit ma még ötmillió forint körül jár, igaz, az Allianz Hungária Biztosító Rt.-nél és az Uniqa Biztosító Rt.-nél tizenötmillióos határig is lehet biztosítást kötni. A díj a biztosítási limiteken túl a kórház méretétől és „problémásságától” is függ, s a tarifa a nagyobb intézményeknél az évi több tízmillió forintot is elérheti.

A nehéz helyzetben lévő kórházak igyekeznek a biztosításon is spórolni, csakhogy a nagy összegű kártérítéseknél a biztosítási limit feletti milliókat az intézményeknek gyakran a már amúgy is ingatag büdzséjükből kell kigazdálkodniuk. *„Előfordul, hogy kétszáz beteg havi gyógyszeradagja megy el egy-egy perre”* – állítja Golub Iván. Ráadásul a kártérítés nemcsak a pórul járt betegeknek nyújt vigaszt, a megnyert perekben az ügyvédek is szépen keresnek. Tiszteletdíjuk Berberovics Gábor műhibákra szakosodott ügyvéd szerint – attól függően, mennyire munkaigényes az eset, – a megítélt összeg öt-negyven százaléka lehet, de egyes esetekben elérheti a 60-70%-ot is.

Ügyvédre pedig nagy szükség van, a peren kívüli megegyezés ugyanis ritka. Hogy a követelésből végül mennyit ítél meg a bíróság, sok mindentől függ. A jómódú ügyfelek például ugyanazért a műhibáért több kártérítést kaphatnak, mint a szegényebbek. Ők ugyanis a kiesett munkaidőre nagyobb fizetéselemaradást tudnak igazolni, mint mondjuk egy munkanélküli, és egy elrontott plasztikai műtét is hátrányosabban befolyásolhatja őket a szakmai előmenetelükben.

Egészségügyi felelősségbiztosítást 1992 óta lehet kötni Magyarországon, az egészségügyi törvény a kórházaknak és az egészségügyi intézményeknek ezt 1998-ban tette kötelezővé. A szaporodó műhibaperek és az egyre magasabb kártérítési összegek láttán a biztosítók kezdeti lelkesedése azonban hamar lelohadt, a kórházak biztosítását egyre ritkábban vállalják. A kilencvenes évek végén még nyolcvanszázalékos piaci részesedéssel bíró Generali-Providencia Biztosító Rt. lényegében kiszállt az üzletből, de más egészségügyi intézményeket, például plasztikai sebészeti klinikákat szívesen elvállal. *„Túl kockázatos, a radikálisan változó környezet miatt nem lehet kiszámítani a díjakat”* – magyarázza a kórházaktól való ódzkodást Csáki Gyula, a Generali-Providencia felelősségbiztosítási csoportvezetője. A rizikó miatt az Uniqa Biztosító Rt. is csak az osztrák tulajdonos engedélyével szerződhet kórházakkal, plasztikai sebészekkel viszont úgy sem.

Jelenleg a legtöbb kórháznak az Allianznál van felelősségbiztosítása. Bár a törvény előírja, több kórház is inkább vállalja a rizikót, de nem köt biztosítást. A kórhákszövetség tavalyi felmérésében három intézmény is elismerte a jogsértést. Nekik elvileg működési engedélyt sem adhatna az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, a hatóság azonban efféle szabálytalanságok fölött, úgy tünik, hajlamos szemet hunyni. A biztosítási kötvényt például nem is kell bemutatni, elegendő, ha az intézmény főigazgatója úgy nyilatkozik, szerződést kötött valamelyik biztosítóval.

Műhiba-e a fejlődési rendellenesség?

Nagy sajtóvisszhangot váltott ki nemrég több olyan eset is, amikor a terhességi ultrahangvizsgálatkor az orvosok nem vették észre, hogy a magzat fejlődési rendellenességgel fog megszülni. Több műhibaper folyik ezzel kapcsolatban, sok esetben már kártérítést is megítélt a bíróság. A kórházak és a biztosítók azonban vitatják a bírói gyakorlatot, szerintük ha az egészségügyi intézmény a műszert az Orvos- és Kórháztechnikai Intézet engedélyével üzemelteti, nem lehetne arra hivatkozva elmarasztalni, hogy több vizsgálattal vagy jobb készülékkel ki lehetett volna szűrni a rendellenességet.



Dr. Kismarton Judit – Dr. Martini Jenő ügyvédek és szakorvosok

„Műhibára hivatkozva a betegek, illetve hozzátartozók több mint hárommilliárd forintot követelnek a kórházaktól” – tudtuk meg a Kórhákszövetség napokban közzétett felméréseéből. (A felmérés hibájaként felróható, hogy kizárólag a kórházakra vonatkozik. Hiányoznak olyan nagy szervezetek adatai, mint például a MEDICINA 2000, vagy a Háziorvosok Országos Szervezete, vagy a MOTESZ Háziorvosi Szekciója.)

A cikk szerint a kártérítési ügyek száma nő, azok divattá váltak, a követelési igények összegszerűsége magas. A mérlegnek két karja van. Ha azt vesszük alapul, hogy évente hány orvos-beteg találkozó történik, akkor a 3 milliárd forint nagyságrendű követelési összeg nem sok. A kártérítési perek számának alakulását többek között felek, illetve az egészségügyi felelősségbiztosító peren kívüli egyezségi készsége alapvetően befolyásolja. Az utóbbiból, - és egyéb érdekekből eredően - az elmúlt hat évben a perek száma valóban emelkedő tendenciát mutatott.

A kártérítési követelés előterjesztése pedig nem feltétlenül jelenti azt, hogy a követelés összegét az igény nyel élő maradéktalanul megkapja. Általánosságban elmondható, hogy a követelés összege magasabb, mint a megítélt összeg. A cikkben említett 50 milliós kártérítési összeg a legtöbb esetben csak igény marad, azt csak rendkívüli esetben ítéli meg az eljáró bíróság. Az összegszerűséget számos tényező befolyásolja, aminek részletezése jelen kommentár kereteit meghaladja. A felpereseknek tudnia kell, hogy még személyes költségmegteremtése esetén is köteles pervezetessége arányában az alperes javára megítélt perköltséget megfizetni.



Dr. Salamon Sándor háziorvosi praxis, Lácacséke

Valamennyi fejlődési alakjukban képesek vért szívni. Az erdei rágszálók, a kismeslősök, a nagyvadak és az ember élősködői. Elsősorban a Dunántúlon és Észak-Magyarországon elterjedtek az erdei aljnővényzetben, de napjainkban már a városi parkokban is. A bőrbe befürödva vért szívnak, és a közben a gyomornedvükkel juttatnak kórokozókat az áldozat keringésébe. A Lyme-kórt a borelliák, az agyhártyagyvelő gyulladást pedig egy specifikus vírus által segítik elő. A kutyáknál „óshonos” babeziozis, szerecsére embert ritkán betegít meg.

A védekezésnek több formája létezik, amelyeket kombináltan érdemes használni. A csípést megelőzhetjük rovarriasztókkal, amelyeket a szabad bőrfelületekre, a ruhára érdemes fújunk. A séta a biciklizés, a kirándulás után minden esetben célszerű a hajlatokat is alaposan átvizsgálni. Ne felejtszünk el a külső nemi szervek környékéről, a hajas bőrfőről sem. Ajánlott viselet a zokniba tűrt hosszúszerű nadrág, fejedő és a zárt cipő. A táplálkozási idő lerövidítésével, a korai eltávolítással is csökkenthető a megbetegedés lehetősége. A kullancs eltávolításához nem feltétlenül kell szakember, ha csipeszsel jól megfogható, kifordítható és kiemelhető. (Sebfertőtlenítés minden esetben történjen.) Az 1-2 napig fennálló pici, piros és viszkető elváltozás lokális reakció a csípésre. A körkörös növekvő, nem fájdalmas és nem viszkető bőrpír halvány centrummal és kokárdaszerű éles széllel a borellia fertőzés előjele. Ezt már feltétlenül lássa a bőrgyógyász.

FELKÉRT HOZZÁSZÓLÁS

Intézménynek, orvosnak kötelező – biztosítónak nem

A cikkből megtudhattuk azt is, hogy „a jómódú ügyfelek például ugyanazért a műhibáért több kártérítést kaphatnak, mint a szegényebbek.” Ezt azzal indokolta a cikk írója, hogy a jómódúak „a kiesett munkaidőre nagyobb fizetéselemaradást tudnak igazolni, mint mondjuk egy munkanélkülinek.” Ez azt sugallja, hogy a jómódúaknak jobban megéri kártérítési igényt élni. Ez súlyos tévedés! Nem erről van szó. Sőt persztisztikai adatok bizonyítják, hogy a „szegényebbek” egyes ügyvédekkel érdeklőzősségekben sokszor próbaszerencse alapon is perelnek. Vitathatatlan azonban az, hogy akinek a kéresemény bekövetkezése előtt magasabb volt a jövedelme, magasabb vagyoni kártérítési összeghez juthat.

Hazánkban teljes kártérítési felelősség van, ami egyrészt jelenti a vagyoni kár, másrészt a nem vagyoni kár megtérítését. A vagyoni kár, a kéresemény miatt a károsult vagyonában bekövetkezett hátrány és az elmaradt vagyoni előny. Ez utóbbiba tartozik a kiesett jövedelem. Tehát a vagyoni kár megfizetésétől nem jár jobban a jómódú, csupán a károsodás előtti vagyoni helyzetének megfelelő szintre jut. Az sem mindegy, hogy a károsodást milyen életkorban szenved el a beteg. Más az összegszerűség az idős és egyébként súlyos alapbetegségben szenvedő betegnél, és más a fejlődési rendellenességgel, a születési ellátás rovására írható oxigénhiányos agykárosodással született újszülött esetében. Az újszülött agykárosodására nézve megjegyezzük, hogy világirodalmi adatok szerint annak oka még napjainkban is 60%-ban ismeretlen, és csak kis része (8-20%) áll okozati összefüggésben a születéskori orvosi ellátással. A fenti példában azonban nem önmaga az életkor a döntő, az nem is lehet, hanem abban az időtartam esik bírói mérlegelés tárgyává, amely a sérülés után befolyásolja a károsult életminőségét. Egy végtaghiánnyal vagy oxigénhiányos agykárosodással született gyermeket élete végéig különleges módon kell ápolni. Életminőségének biztosítása igen költséges, és ehhez pénzre van szükség. Az egészségkárosodás ugyan nem mérhető pénzben, azonban a pénz a megfelelő életminőséget könnyíti teni tudja.

Álláspontom szerint nem a kártérítés intézménye jelent problémát, hanem az a téves felfogás, hogy kártérítés nem más, mint az érintett ellátó személye elleni „közvetlen támadás”. Gondoljunk csak arra, hogy gépkocsiba ülve minden nap kitesszük magunkat valamilyen közlekedési balesetnek, és ha bekövetkezik az, abban az esetben a véten fél kárát a vétkes fél kötelező biztosítója megtéríti.

közei helyzet esetén pedig az intézményt fenntartó önkormányzatnak van helytállási kötelezettsége.

A megoldás nem a nem vagyoni kár összegének – szerintünk alkotmányellenes – maximalizálásában, hanem a biztosítókra vonatkozó jogszabályok megalkotásában keresendők. Mivel az egészségügyi szolgáltatót törvény kötelezi a felelősségbiztosítás megkötésére, arra nézve a biztosító társaságoknak is törvényi szerződéskötési kötelezettséget kell keletkeztetni. *Továbbá az 1997. évi egészségügyi törvényben foglalt felhatalmazás alapján a kormánynak ki kell adni a felelősségbiztosítás részletes szakmai szabályait, ami a mai napig nem történt meg. Nem történt meg annak ellenére, hogy a különböző szakmai szervezetek, köztük a MOTESZ Elnöksége erre vonatkozó indítványát írásban is előterjesztette.* Mint arra már fentebb utaltunk, a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás körében is így működik.

Egyetértünk abban, hogy a peren kívüli megegyezés nem olyan gyakori, mint régebben volt, és ennek az eredménye, az évekig tartó pereskedés és jóval magasabb kárigény. A hazánkban bevezetett közvetítői eljárás intézménye nem váltotta be a kodifikált módján a hozzá fűzött reményeket, a perek megelőzésére irányuló várakozásokat. Németországban ez az Orvosi Kamara mellett „kvázi választott bírósággént” működve nagyon jó eredményeket hozott. Megjegyezzük, hogy az eredeti tervezetek nálunk is ahhoz hasonlóak voltak. Talán ezen is el kellene gondolkodni.

A cikkben említett ügyvédi munkadíjra vonatkozóan le kell szögezni, hogy a munkadíj a megbízó és a megbízott közötti szabad megállapodás kérdése. A munkadíjat sok tényező befolyásolja, de a cikkben megjelölt százalékok – legalábbis a saját gyakorlattunktól – jelentős mértékben eltérnek. Tekintettel arra, hogy az utóbbi időben több hasonló közlemény jelent meg, szükségesnek tartjuk a tisztánlátás kedvéért rögzíteni, a következőket:

A bevételek fedezik az iroda működését, az alkalmazottak fizetését, postaköltséget, másolási költséget (gyakran több száz oldalt kell másolni), beadványok szerkesztését, tárgyaláson való részvételeket, szakvélemények elkészítését, biztosítási és kamarai tagdíjak stb. Eltérések a jogi tevékenység során is vannak, csakúgy, mint az orvosi beavatkozások során, azonban általánosítani itt sem szabad. A Napi Gazdaság szerint állami finanszírozás alapján egy egyszerű szülés 83 ezer forintba kerül, ugyanez egy magánklinikán 550 ezer forint. Az utóbbi jogszerűségét senki nem vonja kétségbe!

■ **Műsorvezető (MV):** Bevezetőben annyit, hogy Kuncze Gábor volt a Keresztűz vendége, és azt mondta, hogy sokan nagyon igyekeznek azon, hogy az egészségügy reformjának dolgában összeugrasszák a két jelenlegi – és az ő reményei szerint jövőbeni – koalíciós partnert. Ezzel együtt azért nyilvánvaló, hogy a koncepciójukban van különbség! És itt volna az ideje annak, – Kuncze Gábor egy korábbi nyilatkozatát idézem –, hogy az egymástól különböző programokat a jövő érdekében megpróbálják összesítmítani. A kérdés sem arra irányul, hogy – leegyszerűsítve a dolgot – az egy biztosítás, több biztosítás rendszert hogyan lehet összehangolni? A kettő koncepcionálisan különbözik egymástól. A több biztosítás rendszer az SZDSZ-nek a gondolata, hovatovább a vesszőparipája, az MSZP pedig amellet van – egyébként e tekintetben azt hiszem a Fidesztől alapvetően nem különbözik – hogy a szolidaritás alapú, tehát a jelenlegi egy biztosítás rendszert főnt kell tartani.

Dr. Molnár Lajos, a Liberális Egészségügyi Tanács elnöke (Dr. M.L.): Bocsánatot kérek. Ebben nem különbözik az szdsz programja sem a többitől, tehát a szolidaritás alapú társadalombiztosítást főnt kell tartani az szdsz programja szerint is, csak mi azt mondjuk, hogy nincs egy biztosítás társadalombiztosítás, ez fából vaskarika. Nagy állami rendszer van, európai módra, ahogy a németeknél, és ahogy 1950-ig Magyarországon is volt – míg nem államosították az egyébként vagyonos biztosítottak, – és van a több biztosítás rendszer. Az állami rendszernek a hibáit megtapasztalhattuk ötven éve, és úgy gondoljuk, hogy azt kell tennünk, amit Európa nagy része tesz. Több biztosítás rendszert kell bevezetni...

■ **MV:** Ez a rendszer ugye úgy működik, hogy egy csomó biztosító kap jogosítványt arra, hogy szerződjön az állampolgárokkal, akik biztosítást vásárolnak a szóban forgó biztosítónál, a biztosító pedig kórházakkal, illetve orvosokkal szerződik. És meg van benne a választás lehetősége, azt a biztosítót választom, amelyiket akarom, illetve azt, amelyik nekem kevesebb pénzért jobb szolgáltatást, vagy ugyanannyi pénzért jobb szolgáltatást ad mint a másik?

Dr. M.L.: Így van, de hát ez egy normális rendszer. Egyébként ma is azt ígéri Önnek, hogy a járuléért biztosítást vásárolt. Tehát ma sem ingyen van, nagyon sokat fizetünk az egészségügyért, az állam elszedi, és nem mondja meg, hogy mit ad érte. Nincs választási lehetősége a biztosítottnak, hogy a jobbat válassza, ki van szolgáltatta az állami bürokráciának.

Dr. Kökény Mihály népegészségügyi kormány megbízott (Dr. K.M.): Picit messzebből indítanék, de nem leszek hosszú. Mindig arra hegyezik ki a kérdést, hogy mi az, amiben különbözik a két koalíciós partner, miközben az egészségügyi programnak számos olyan eleme van – és ezek vannak többségben – ahol egyetértünk. Mert nem hiszem, hogy abban különb-

Koalíciós eszmecsere a Napkeltében



ség van, hogy olyan típusú fejlesztéseket kell csinálni a magyar egészségügyben, amelyek a szerkezetváltást szolgálnak. Nem hiszem, hogy különbség van a népegészségügyben, a gyógyszer politikában, stb. és még nagyon hosszan sorolhatnám. Egyébként mi is egy valódi biztosítási rendszert akarunk, mert ahogy jelenleg az egészségbiztosítási pénztár működik, az egy állami pénzelosztás, és idáig azt gondolom, hogy nincs is vita köztünk. *Abban van vita, hogy milyen technikával jutunk el odáig, hogy ez valódi biztosítóként működjen!* Hogy egy biztosítót kell először felruházni a szolgáltatás vásárlói, a versenyeztetői funkcióival, vagy lehetőséget adni arra, hogy a különböző szolgáltatókat – ideértve a magánszolgáltatókat is – megfelelő jogosítványokkal versenyeztessük egymással, és ez a jogosítvány több biztosító között oszlik meg az alapbiztosításban! Ebben van különbség! Mi azt mondjuk, hogy ha az alapbiztosításban, – és ezt hangsúlyoznám, mert a kiegészítő biztosításban persze hogy helye van az üzleti biztosítóknak – ten-nénk ezt, ez egyrészt drágítaná az ellátást, másrészt pedig nincs olyan jó technika – nemzetközileg sem sikerült ezt megoldani –, hogy az üzleti szempontok szerint profitorientált módon viselkedő üzleti biztosítók a jobb egészség kockázatúakat kiszelektálják, és valamilyen úton-módon

■ **MV:** Az Önök rendszerében az egy biztosító szelektál. Tehát azzal köt megállapodást...

Dr. K.M.: Nem. Az üzleti biztosító szelektálhat a betegek között.

■ **MV:** Az egy biztosítás rendszer azt mondja, amelyik jobb szolgáltatást nyújt, azzal szerződő.

Dr. K.M.: A szolgáltató tekintetében.

■ **MV:** – A szolgáltatás tekintetében.

Dr. K.M.: Így van. Tehát ez alapvető változás a jelenlegihez képest.

■ **MV:** De a biztosító válogat ebben a rendszerben, az SZDSZ javaslatnál pedig tulajdonképpen a beteg válogat. Érdekes, hogy tulajdonképpen ennek a kétfajta koncepciónak van egy találkozási pontja, van egy kö-

zös eredője: mind a kettő rostál. *Éspedig minőség szerint rostál. Miért nem mondják ki? Nyugodtan kimondhatnák, hogy a rostán egyesek átjutnak, mások nem jutnak át, következésképp nyilvánvaló, hogy az egész kórházi intézmény rendszer nagyfokú vékonyítása lesz a végeredmény, akár így szelektálunk, akár úgy szelektálunk.*

Dr. M.L.: Én úgy gondolom, hogy a szelekció joga a betegé. A beteg dönthet, hogy melyik az a szolgáltató amelyik megfelelő minőségű szolgáltatást nyújt. A mai rendszernek az a logikája, hogy az marad talpon, és az a sikeres egészségügyi intézmény, vagy orvos, akinek sok a betege. Hát ez egy furcsa logika. Annak kell talpon maradni, akinél elégedettek a betegek. *Akinél nem lesznek elégedettek a betegek, annak meg kell szűnnie.* És ezt ki kell mondani! Az szdsz programja kimondja, és ugyanezt mondják ki mondjuk Németországban a biztosítók! Kötelező minőséget nyújtani, és aki arra képtelen, az ne operáljon. Aki nem tud jó körülmények, jó szakmai feltételek között műtéteket szervezni, az ne szervezzen műtétet.

■ **MV:** Végül is a beteg dönt, igen.

Dr. K.M.: A beteg szolgáltatót, kórházat, orvost akar választani. Kevésbé akar biztosítót választani, ez a cseheknel is bebizonyosodott. Mi azt mondjuk, hogy természetes, hogy az a biztosító, amelyik mérni tudja a kórházaknak a teljesítményét, erre oda tud figyelni! Azt, hogy ezt nyilvánosságra kell hozni, ez teljes egészében rendben van. Azt hiszem, abban is egyetértés van, hogy igen, át kell építeni azt a rendszert, ami jelenleg van, és oda kell fejlesztést nyújtani, ahol valóban koncentrálni akarjuk a jó minőségű ellátást, ahova sürgősséget telepítünk! Nem lehet Budapesten negyvenegy néhány kórház 179 telephelyén ugyanazt a típusú szolgáltatást fenntartani, miközben iszonyú hiány van ápolásban, rehabilitációban, és én még sorolhatnám. Igen, ide kell eljutni.

Dr. M.L.: Szabad egy megjegyzést tenni?

■ **MV:** Parancsoljon!

Dr. M.L.: Szóval a verseny nem megy, amíg egy állami biztosító van. Az egy olyan verseny, mint a szocialista munkaverseny volt. Megmondják, hogy dolgozni kell, és úgy nagyjából megszabják a feltételeket, hogy ki in-

dulhat, kinek van előnye, és még azt is megmondják, hogy ki lesz a győztes. Az nem lehet valódi verseny, amit az állam szervez. Én úgy gondolom, és ahol az állam dönt, hogy mi lesz a pénzünkkel ...

■ **MV:** Tehát Önök fenntartanak bizonyos...

Dr. M.L.: Nem, nem bizonyos fokok, a jelenlegi formájában, teljes egészében, és itt egyezik a véleményünk valamennyi párttal. Csak hogy kinek adják oda, ki kezeli azt a pénzt, aki a legjobb szolgáltatást tudja a betegnek nyújtani, *akit a beteg választ!* És ez egy olyan természetes jog egész Európában, és egy olyan természetes jog volt 1950-ig Magyarországon is...

Dr. K.M.: Mi azt szeretnénk, hogy egy alapbiztosító működjön először jól. És ha az alapbiztosító jól működik, akkor későbbiekben el lehet azon gondolkodni, hogyan osszuk meg ezt a funkciót. De ezt ma én egy kicsit koraértetnek érzem sok tekintetben, figyelembe véve a társadalmi különbségeket, egészségkultúra állapotát, és így tovább. Ezért mondjuk azt, hogy egy biztosítónak kéne először valódi biztosítóként viselkedni, és utána persze nem lemondva arról, hogy a kiegészítő szolgáltatásokban legyen verseny.

■ **MV:** Szóval elvi értelemben az Ön eszmefuttatása oda vezet, hogy előbb-utóbb el kellene jutni oda, hogy mondjuk az ausztriai formához...

Dr. K.M.: Ma nem érett a helyzet. Tehát egy biztosítónak kell jól működni, hogy a közfelelősség az egy szolidaritás elvű, széles alapon működő nemzeti kockázat közösségben kell, hogy megnyilvánuljon.

Dr. M.L.: Itt egy alapvető probléma van! 1992-ben törvény született arról, hogy ennek az egy biztosítónak biztosítóként kell működnie, és volt tizenöt éve arra, hogy bebizonyosodjon: így nem működik. És én úgy gondolom, hogy itt az ideje változtatni ezen!

Dr. K.M.: Hát ebbe benne van a politika felelőssége!

Dr. M.L.: És nem működik.

Dr. K.M.: Nem működik, de most végre van egy olyan program, amiben azt gondoljuk, hogy az egyéni járulék számlákkal, megteremtjük a versenyhelyzetet, megváltoztatjuk az önkormányzati és állami ellátási felelősség szabályait!

Dr. M.L.: Hát ez az amikor a Trabantba a hat voltos elektromos rendszer helyett tizenkét voltosat próbálunk beletenni, de attól még nem lesz *(közbe szólnak)*

■ **MV:** De attól Trabant maradt.

Dr. M.L.: Így van. És én úgy gondolom, hogy azt nem lehet megúszni, hogy a biztosított választási lehetőséget kapjon..

■ **MV:** A választás egy eszköz lesz ahhoz, hogy egyebek között ezekre a koncepciókra, programokra is szavazanak a választók. Majd eldől. Uram, köszönöm szépen, hogy befáradtak a Napkeltébe.

Kompromisszumkészségüket és „alapvető elvi egyetértésüket” hangoztatják ugyan az MSZP és az SZDSZ vezetői az egészségügy átalakításával kapcsolatban, de részleteiben vizsgálva a kérdést szinte összeegyeztethetetlennek tűnik a két program. A szocialisták szerint az SZDSZ receptje ráadásul már meg is bukott külföldön.

Rossz az SZDSZ receptje?

A magyar társadalombiztosítás ma évente mintegy 1500 milliárd forintból gazdálkodik (igaz, ebben pénzbeli ellátások is vannak); GDP-arányosan nagyjából annyi (7,8%) költünk egészségügyre, mint a fejlett államok átlagban. Bár az előre megállapított keretet szinte minden évben túllépi a tényleges költsékezés, az egészségügyi ellátással mégis alig elégedett valaki. Sok olyan, ma már jól és olcsón gyógyítható betegség van (pl. a méhnyakrák), amely Magyarországon ennek ellenére nagyszámban gyakrabban válik végzetessé, mint más országokban. Abban nagyjából ösztársadalmi konszenzus van, hogy „*csinálni kellene valamit*”. A 2004. december 5-i népszavazás eredményéből a Fidesz ugyanakkor láthatóan azt a következtetést vont le, hogy a társadalmi kommunikáció szintjén érdemes megmaradni az „*el a karvalyotöke ragacosz mancsával az egészségügytől*” stílusú üzenetnekél.

Gyurcsány és az SZDSZ: elvi ellentétek

Az MSZP meglehetősen szemérmesen kezelte a kérdést a kampányban. Igaz, a **Gyurcsány Ferenc** meghirdette 100 lépés programból elvileg 21 is az egészségügyről szólt, de a két talán legfontosabb „lépés” közül egyiket sem sikerült megtenni az eredetileg ígért határidőre, 2006. január 1-re. *Az egyik a rendszer biztosítás-alapúvá tétele, vagyis hogy mindenkit járulékfizetésre kötelezzenek valamilyen módon – az ennek nyilvánartartását végző informatikai rendszer elvileg felállt, a bevezetés új határideje július 1.* Az ellátási kör három részre osztása (az alanyi jogon járó ellátások, a járulékköteles kezelések és a külön díjas „extra” szolgáltatások) szintén nem történt meg.

Mégis jöhet a több biztosító?

Egy, a Magyar Hírlapnak adott interjúban Gyurcsány Ferenc azt mondta, elvből ellenzi, hogy egymással versengő magánbiztosítók szálljanak be a finanszírozásba. Ezt igazolja **Kökény Mihály** volt egészségügyi miniszter, szocialista politikus is, aki a Hírszerzőnek azt mondta: nem tartja valószínűnek, hogy a koalíciós tárgyalások során a több-biztosítás modell mellett állna ki az MSZP. Ő nehezen tudna érvelni a liberálisok dédelgetett álma mellett, hiszen „*ebbe már a csehek is belebuktak a rendszerváltáskor, a lengyelek pedig be sem vezették az egymással versengő biztosítás rendszerét*”. **Sinkó Eszter** közgazdász, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának tanára szerint sem reális, hogy a több-biztosítás modell bekerüljön a kormányprogramba, bár „a politikusok olykor okoznak meglepetéseket”. Sinkó Eszter egyetért Kökény Mihállyal, miszerint a világon mindenhol, ahol bevezették, kudarcot vallott a rendszer. „*Bár azzal érvel az szdsz, hogy a modell jobb gyógyítási körülményeket és az ágazatban dolgozóknak magasabb jövedelmet biztosít, a valóság erre mégis rácsófol.*”

Mi a reform lényege?

Márpedig éppen utóbbi az szdsz egészségügyi programjának lényege, azé a párté, amely a lehangsúlyosabb szerepet szánta kampányában

Elbukhat az érdemi egészségügyi reform?

a területnek, és egy koalíciós győzelem esetére már előre bejelentette, hogy magának szeretné az ezzel foglalkozó minisztériumot, illetve annak lehetséges vezetője, **Molnár Lajos** nevét is bedobták. (Igaz, úgy tudjuk, az MSZP négy éve is megkínálta partnerét a tárcával, de akkor a liberálisoknak nem kellett.) A reform lényege nem az, hogy pénzt vegyünk ki a rendszerből vagy hogy plusz forrásokat vonjunk be, első körben a változások azt szolgálják, hogy a jelenlegi forrásokat sokkal hatékonyabban költsük el” – mondta a Hírszerzőnek ezzel kapcsolatban Molnár Lajos. A párt egészségügyi felelőse szerint sok kérdésben nincs ellentét az MSZP és az SZDSZ programja között, ilyen például a szolidaritás-elv alapvető szerepe.

„Nem vagyunk benne, hogy ne történjen jelentős változás”

A kérdésről Molnár az MTI-nek úgy nyilatkozott, „*minden ésszerű kompromisszumban benne vagyunk, abban nem vagyunk benne, hogy ne történjen egy jelentős változás*”. Ugyanakkor információink szerint az szdsz adott esetben el tudná fogadni, hogy első lépcsőben egy biztosító legyen, aztán később esetleg jöhet mellé a többi is. Ezzel a megoldás azonban fából vaskarika lenne **Mihályi Péter** közgazdász szerint. A Közép Európa Egyetem tanára a múlt héten jelentette meg **Csillag István**nal közösen írt Kettős kötés című könyvét, melyben egy 18 hónapos stabilizációs és reformcsomag elemeit fektették le. Ennek egészségügyi része sok átfedést mutat az szdsz programjával, sőt Csillag István szakértőként részt is vesz a balatonöszödi kormányülésen. „*Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1992-es létrehozása óta nem tud biztosítóként működni. Ez olyan, mint a demokrácia: egy párt sem tud demokratikus lenni magában*” – mondta a Hírszerzőnek Mihályi Péter, aki szerint a vizitdíj bevezetése is elkerülhetetlen, több okból. „*Ha bevezetjük a vizitdíjat, azzal mérsékelni lehetne a gyógyszerek árát, azonkívül el lehetne érni, hogy a betegek ne ücsörögjenek fél napokat a rendelőben, hanem előre meghatározott időpontra hívják be őket*” – mondta a professzor, hozzátéve, hogy bizonyos számú ingyenes látogatási lehetőséget fenn kellene tartani, és differenciálni is kellene a vizitdíjak között. Bár a vizitdíj nem szerepel az szdsz programjában, és ennek bevezetését Molnár Lajos is cáfolta a Hírszerzőnek, a liberálisok egyik vezetője szerint ugyanakkor szükség lenne rá, „*hogy az öreg néink ne beszélgetni járjanak a körzeti orvoshoz*”. A Mihályi-Csillag kettős ugyanígy elengedhetetlennek tartja az „*egészségügyi bérlet*” bevezetését, vagyis hogy (Mihályi Péter szerint) „*legalább egy villamosbérlet árával havonta mindenki járuljon hozzá az egészségügy finanszírozásához, és akinek nincs ilyen bérlete, annak utólag kiszámlázható legyen egy kezelés*”.

A lényeg, hogy mindenki fizessen

Mivel ez gyakorlatilag megegyezik az MSZP által is hirdetett „*mindenki fizessen*” elvével, politikai viták várhatóan nem lesznek körülötte. Vagyis eddig úgy tűnik, amiről megegyezés volt/van a koalíciós partnerek között, azt technikai okok miatt nem sikerült realizálni, a többi kérdérről pedig még elvitáznak a felek.

HÍRSZERZŐ

VÁLASZTÁSOK 2006: KORMÁNYKOALÍCIÓ



Dinamikusan halad a DEOEC Augusztia programjának a végrehajtása. Várható eredmény: 214 ezerrel kevesebb táppénzes nap, 12%-kal kevesebb haláleset 2010-re.

Az Augusztia program: Pszichiátriai és Tüdőgyógyászati Klinika rekonstrukciójának I. ütemében a Tüdőgyógyászati Klinika új fekvőbeteg osztályai, szakrendelői, orvosi dolgozói és kiszolgáló helyiségei elkészültek, megtörtént a műszaki átadás. A költözés március 16-21. között lezajlott. A Tüdőgyógyászati Klinika új helye a Neurológiai és Idegsebészeti Klinika épülete.

Az új helyen 1845 m² területen korszerű, a modern betegellátás követelményeinek megfelelő körülmények között működik a klinika, 50 általános pulmonológiai, 41 onkológiai, 10 rehabilitációs ágyon. A klinika 5 ágyas intenzív osztállyal is rendelkezik. A földszinten Pulmonológiai Osztály létesült. A mélyföldszinten található a TBC osztály, az emeleten az Onkológiai Osztály. A tetőtérben orvosi szobák vannak. A kórtermek többsége 1-2-4 ágyas. Minden betegszobához vízcsatlakozás és mellékhelyiség tartozik. Szintenként található társalgók, kezelők és egyéb kiszolgálóhelyiségek. A járóbeteg szakrendelések és laboratóriumok jelenleg a tényleges területük kétharmadát foglalták el a mélyföldszinten, így végleges helyet csak a bronchológia és a légzésfunkciós laboratórium kapott.

A munkák két ütemben valósulnak meg. Az I. ütemben elkészült 2576 m² felújított terület, melynek építési költsége mintegy 530 millió forint. A fejlesztés ered-

ményeként korszerű és igényes betegellátó tevékenységet lehet végezni. Az orvosi szobák, szakrendelők és raktárak egy része csak a II. ütemben kerül átadásra. A munkákat a HUNÉP Universal Rt. és Magyar Építők Rt. konzorciuma végezte el. A kivitelezők kiválasztása közbeszerzési eljárás keretében történt meg.

A beruházás az Augusztia program része. A DEOEC Augusztia program végrehajtásának megkezdéséről 2005. februárban adtunk hírt. A nyertes pályázat a HEFOP 4.3. Egészségügyi infrastruktúra fejlesztése elmaradott régiókban intézkedésének 1. központi programjához – Regionális egészségcentrum modellintézmény létrehozása – kapcsolódik. A pályázat keretében a DEOEC-ben létrejövő Kardiovaszkuláris és onkológiai komplex regionális egészségcentrum az Észak-Alföldi- és az Észak-Magyarországi Euró régió teljeskörű progresszív betegellátási igényét kielégíti a szív- és érrendszeri valamint a daganatos megbetegedések területén, egyrészt közvetlenül, másrészt a két régió intézményeinek a segítségével.

Felöleli ezen betegcsoportok kezelésének teljes vertikumát: a megelőzést, szűrést, diagnosztikát, konzervatív- ill. műtéti terápiát, rehabilitációt, utógondozást, szekunder prevenciót. Mint arról beszámoltunk, felépül: 13086 m² új épület és 3210 m² új épületbővítés, felújításra kerül: 14935 m². A beruházási költség: 12.12 milliárd Ft, melyből 1,32 milliárd Ft önrész, 1,80 milliárd Ft kormányzati, 9,00 milliárd Ft Európai Unióból érkező támogatás.

TUDÓSÍTÓNKTÓL

Az asztmás fellángolások kiindulási okát célzó újfajta gyógyszer egyedülálló kezelési lehetőséget kínál a legnagyobb kockázatú betegeknek.

A Xolair a súlyos allergiás asztma kezelésének új megközelítési módját képviseli, mivel ez az első olyan terápia, amely az allergiás reakciók kiváltásáért felelős immunglobulin E (IgE) működését gátolja. A Xolair gyógyszeres terápiát eddig 42 ország egészségügyi hatósága engedélyezte, így mind több országban válik elérhetővé a betegek számára a gyógyszer. A Xolair Magyarországon az Európai Unió összes tagállamával egy időben 2005. október 25-én kapott forgalomba hozatali engedélyt az EMA-tól, azaz az Unió gyógyszerügyi bizottságától. Ennek ellenére a magyar betegek a társadalombiztosítási támogatás hiánya miatt nem jutnak hozzá a korszerű gyógyszerhez, mert az önf finanszírozás költségei túl magasra rúgnak

Klinikai vizsgálatok kimutatták, hogy azon súlyos perzisztáló asztmában szenvedő betegek esetében, akiket az aktuális szakmai irányelveknek megfelelő gyógyszerelés mellett sem tudtak megfelelően kezelni¹, a Xolair szignifikánsan csökkentette az asztmás fellángolások előfordulásának gyakoriságát és majdnem felére csökkentette a sürgősségi orvosi ellátásainak számát. Egy, az Egyesült Államokban közép-súlyos és súlyos allergiás asztmában szenvedők körében végzett vizsgálat eredménye szerint a Xolair a kórházi kezelések számát 92%-kal, az átlagos kórházi tartózkodás időtartamát pedig 63%-kal csökkenti².

A Xolair a légzésfunkció³ és az életminőség⁴ javulását eredményezi. Egy nemrég megjelent tanulmányban sok beteg „az életet megváltoztató terápiaként” jellemezte a Xolair-t.⁵

Az asztma krónikus állapot, melynek súlyosságát gyakran alábecsülik. A betegség jelentősen megterheli az egészségügyi forrásokat, csak Európában 17, 7 milliárd Euro kiadást jelent.¹⁰ Nagy-Britanniában az asztmára fordított költség közel felét fordítják a betegek azon 20%-ára, akik a betegség legsúlyosabb formájában szenvednek.⁶ Magyarországon a hivatalos adatok szerint körülbelül 200 000 ember szenved asztmában. Az asztmások 5-10%-a a betegség súlyos stádiumában van, akiknek kisebb hányada a jelenleg elérhető leghatásosabb terápiák mellett is tünetektől szenved.

„A Xolair teljesen új terápiás utat jelent a súlyos allergiás asztma kezelésében azon betegek számára, akik a jelenleg elérhető, leghatékonyabbnak tartott terápiák mellett is súlyos tünetekkel küzdenek.” – nyilatkozta Dr. Herjavec Irén, az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet osztályvezető főorvosa, ambulanciavezető, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke. „A jelenleg elérhető hatékony terápiás lehetőségek elle-

Fehér foltok az asztma kezelésében

– Magyarországon közel 200.000 ember szenved asztmában –



2006. május 2. – Budapest Az idej, a világ számos országában megrendezésre kerülő, Asztma Világnap központi témája az asztmás betegek kezelésének eredményessége, illetve a lehetőségek és az elért eredmények közötti űr.

A Világmozgalom az Asztmásokért (GINA) azért választotta ezt a témát, hogy felhívja az egészségügyi szakma, a kormányok és a betegek figyelmét a még hatékonyabb és személyre szabottabb asztmakezelés szükségességére! Magyarországon közel 200.000 ember szenved asztmában, és minden évben ez a szám közel 18.000-rel nő. Kiemelkedő az asztmás gyermekek számának gyors növekedése. Az egyes korosztályokat vizsgálva kiemelkedően magas a 20-30 évesek megbetegedése, az összes betegek 1/5-ét ez a korosztály teszi ki.

Megegy megosztás tekintetében Fejér és Nógrád megye vezet, míg Borsod és Pest megye a gyengén „fertőzött” megyéknek számít. Az idej asztma világnap rendezvényei arra szeretnék felhívni a lakosság és a szakemberek figyelmét, hogy -bár nagyon jó lehetőségek vannak a betegség kezelésére-az eredmények nem mindig tükrözik ezt.

- A nemzetközi ajánlás szerint a jól kezelt asztmás betegeknek nem fordul elő, hogy:
- a betegnek érzékelhető asztmás tünetei vannak
 - éjszaka felébred a nehézlégzés, köhögés miatt
 - nincs szüksége (vagy csak nagyon minimális) rohamoldó kezelésre
 - nem igényel sürgősségi ellátást (kórházi kezelést)
 - nem gátolt a szokásos napi fizikai aktivitásában, tevékenységében

A betegszervezetek szerepe Magyarországon

Az eredményes kezeléshez nagy szükség van a beteg hétköznapiakra is kiterjedő támogatására. Ebben kiemelkedő szerepe van a jól szervezett betegszervezeteknek. Hazánkban az Asztmás és Allergiás Gyermekek Magyarországi Egyesülete (AGYME), megalapítása óta – közel 10 éve – az asztmás gyermekek és családjaik életét segíti. A kivizsgáláson, diagnosztizáláson, kezelés beállításán túl, sok segítséget nyújtanak az asztmások hétköznapijainak alakításában, mindennapi egészségükkel kapcsolatosan felmerülő problémák megoldásában.

Zempléni János az AGYME elnöke elmondta: „Megalakulásunk óta mottónk szerint mindazzal foglalkozunk ami a rendelőből kimaradt, azaz azt próbáljuk a beteg gyermekeknek megmutatni, elmagyarázni, hogy miként lehet teljes értékű életet élni a betegségük ellenére.”

Asztmás és Allergiás Gyermekek Magyarországi Egyesülete (AGYME) – 1192. Bp. Hungária u. 33/2. www.agyme.hu

Új terápiás lehetőségeket sürget az idej Asztma Világnap

A súlyos asztmában szenvedő betegek millióinak eddig kielégítetlen szükségleteit állítja ma reflektorfénybe a GINA (az asztma kezelésével foglalkozó nemzetközi irányelv – Global Initiative for Asthma) megalkotói által meghirdetett Asztma Világnap. Az esemény középpontjában „az asztmás betegek kielégítetlen szükségletei” állnak, továbbá az olyan új kezelési módok kapnak hangsúlyt, mint a világ egyre több országában elérhető Xolair® (omalizumab).

nére a krónikus asztma teljes, hosszú távú kontrollja a betegek egy részében elmarad a nemzetközi asztma terápiás irányelv, a GINA célkitűzéseitől. A ma rendelkezésre álló gyógyszerterápiás lehetőségek a súlyos asztmások egy részében nem kielégítőek. Az asztmás betegpopuláció 5-10%-a a súlyos krónikus asztma egy olyan formájában szenved, amely a szokásos terápiával nem kezelhető eredményesen, ezért ezt az asztma fenotípust sok szakember terápia rezisztens asztmánaként tartja számon. Ezek a betegek krónikusan kínzó tünetekkel küszködnek, amelyeket gyakori akut súlyos rohamok fokoznak. Az akut súlyos asztma életet veszélyeztető állapot, azonnali kórházi ellátást igényel. A súlyos asztmás betegek egy része ezért folyamatosan szisztémásan ható szteroid kezelésre szorul, ami hormon mellékhatások kialakulásával jár. A betegségnek az asztmás egyénre, továbbá a társadalomra rótt terheir érhetővé teszik olyan kezelési formák elérhetőségének az igényét, amelyekkel az asztmás betegpopuláció ezen része is hatékonyan kezelhető.” – folytatta a főorvos asszony.

LÉGSZOMJ – KÜZDELEM AZ ÉLETÉRT! betegfelmérés Magyarországon

A betegfelmérést az ABOSZ (Asztmás és Allergiás Betegek Országos Szövetsége) 2005-ben azért indította el, hogy a korábban készült és nagy vihart kavart európai és angliai felmérések után feltérképezze a magyarországi súlyos asztmások helyzetét, megismertesse a közvéleménnyel a súlyos asztmások problémáit és a társadalomba történő be-, illetve visszailleszkedésük nehézségeit.

„A Légszomj – Küzdelem az életért!” felmérés összesített eredményeiből kiderült, hogy a magyar betegek állapotukat rosszabbra értékélik nyugat-európai betegtársaikénál. A magyar betegek egyharmada a jelenleg elérhető terápiák mellett is gyakran küszködik asztmás rohammal, míg ez az arány Nyugat-Európában 20% alatt van. A gyógyszeres kezelésektől a betegek a gyors és hosszan tartó hatást, valamint a mellékhatások minimalizálását várják el. A válaszadók szerint a havi egyszeri gyógyszerbevitel lenne a legideálisabb. A tünetek javításában a betegek szerint a legfontosabb szerepet az új, hatásos gyógyszerek játszanák (tizfokú skálán 9,5-ös átlagértékl), kisebb mértékben, de fontosnak tartják a szakorvos mindenkori

elérhetőségét. Ezek az elvárások a hazánkban jelenleg használt súlyos asztma kezelésében alkalmazott terápiákkal nem minden esetben teljesíthetőek.”⁷

A Xolairról

A Xolairt számos szakember az allergiás asztmás betegek kezelésében az utóbbi 15 évben elért egyik legjelentősebb előrelépésnek tartja. Az európai és az amerikai szakemberek üdvözik a Xolair növekvő hozzáférhetőségét, mint a súlyos allergiás asztmás betegek innovatív kezelési lehetőségét.

A Xolairt két- vagy négyszerente – a testsúly és a kiindulási IgE-szint (IU/ml) függvényében –, bőr alá adott injekció formájában kell beadni. A gyógyszer az allergiás asztma tüneteit okozó gyulladásos folyamatok kiváltásáért felelős IgE-antitest tevékenységét gátolja. Klinikai vizsgálatok során kimutatták, hogy a gyógyszer a súlyos krónikus asztmás betegeknek jelentős mértékben csökkentette az asztmás fellángolások számát, valamint felére csökkentette a sürgős orvosi beavatkozások gyakoriságát.⁴ A gyógyszer előnyeit még azoknál a betegeknek is kimutatták, akiknek a betegségét az elérhető legjobb terápiák alkalmazása ellenére sem sikerült megfelelően kezelni¹ és akiket emiatt az életveszélyes fellángolások fokozottabban fenyegetnek.^{13, 14}

Európában a Xolair az asztma hatásosabb gyógyításának céljából kiegészítő kezelésként engedélyezett, a súlyos perzisztáló allergiás asztmában szenvedő felnőtt és serdülőkorú (12 éves vagy idősebb) betegeknek, akiknél a naponta magas dózisban szedett inhalációs kortikoszteroidok és egy tartós hatású inhalációs beta2-agonista alkalmazása ellenére is fennállnak az alábbiak:

- pozitív bőrteszt vagy in vitro reakció legalább egy perennális aeroallergénre
- csökkent tüdőfunkció (FEV₁ < 80%)
- gyakori nappali tünetek vagy éjszakai felébredések
- többszörös dokumentált súlyos asztmás fellángolások.

A Xolair alkalmazása csak a bizonyítottan IgE által közvetített asztmás betegeknek fontolando meg. A Xolair-t az Egyesült Államokban 2003 júniusban, az Európai Unióban 2005 októberben engedélyezték. A gyógyszert a Novartis Pharma AG, a Genentech és a Tanox közötti megállapodás keretében fejlesztették ki.

A Xolair alkalmazását egy összesen körülbelül 5 500 beteget magában foglaló, 30 klinikai vizsgálatból álló átfogó program támasztja alá. A vizsgálatokból származó adatok azt bizonyítják, hogy a Xolair még a jelenlegi gyógyszerekkel nem megfelelően kezelhető, súlyos allergiás asztmában szenvedő betegeknek is eredményesen kezeli a tüneteket, csökkenti az asztmás fellángolások számát és a sürgős orvosi kezeléseket gyakoriságát, valamint javítja az életminőséget. Hosszú távú vizsgálatok adatai bebizonyították, hogy a Xolairrel történő kezelés több mint három éven át hatásos maradt, emellett a betegeknek javult a tüdőfunkció és csökkent a szükséges inhalációs kortikoszteroidok mennyisége.⁹ Az anti-IgE kezelés potenciális előnyeit már a Global Initiative for Asthma (GINA) által kifejlesztett kezelési irányelvek is alátámasztják. Az irányelvek az anti-IgE kezelést a meglévő klinikai lehetőségekkel nem megfelelően kezelt, súlyos allergiás asztmában szenvedő betegek kiegészítő kezeléseként ajánlják.¹⁰

Referenciák

1. Bousquet J et al. The effect of treatment with omalizumab, an anti-IgE antibody, on asthma exacerbations and emergency medical visits in patients with severe persistent asthma. Allergy Mar 2005;60:302-308.
2. Corren J, Casale T, Deniz Y, et al. Omalizumab, a recombinant humanized anti-IgE antibody, reduces asthma-related emergency room visits and hospitalizations in patients with allergic asthma. J Allergy Clin Immunol 2003; 111:87–90.
3. Chung KF et al. Long-term asthma control with omalizumab, an anti-IgE monoclonal antibody in patients with severe allergic asthma. Poster (P417) presented at 15th European Respiratory Society Congress, Copenhagen, Denmark, 17–21 September 2005.
4. Beeh K-M et al. Omalizumab significantly improves quality of life in patients with severe persistent allergic asthma: a pooled analysis. Poster (P424) presented at 15th European Respiratory Society Congress, Copenhagen, Denmark, 17–21 September 2005.
5. Marcus P. Incorporating anti-IgE (omalizumab) therapy into pulmonary medicine practice: practice management implications. Chest 2006;129:466-474.
6. Global Initiative for Asthma. The Global Burden of Asthma Report, 2004.
7. ABOSZ: Légszomj – Küzdelem az életért! - a súlyos asztmások állapotáról készült magyarországi felmérés
8. Tough SC, Hessel PA, Ruff M, Green FH, Mitchell I, Butt JC. Features that distinguish those who die from asthma from community controls with asthma. J Asthma 1998;35:657–665.
9. Turner MO, Noertjojo K, Vedal S, Bai T, Crump S, Fitzgerald JM. Risk factors for near-fatal asthma. A case-control study in hospitalized patients with asthma. Am J Respir Crit Care Med 1998;157:1804-1809

Parkinson-kórban is fenntartható az életminőség

„A Parkinson-kór az ún. degeneratív idegrendszeri betegségek között a legjobban kezelhető kórkép. Számos terápiás lehetőség és gyógyszer áll rendelkezésünkre, amivel javítani tudjuk a betegek életminőségét és hosszú éveken át megtarthatjuk munkaképességük eredeti munkakörükbén. Véleményem szerint ez a korszerű gyógyszeres kezelés legnagyobb eredménye. Ezzel a betegséggel együtt lehet élni – nem is rosszul – akár húsz-harminc éven át.” – fűzte hozzá **Dr. Takács Annamária**, a Magyar Tudományos Parkinson Társaság elnöke.

A Parkinson-kór hazánkban is tízezreket érintő betegség. Az időben elkezdett és szakszerű kezelés megfelelő életminőséget biztosíthat a betegek számára. Azonban a tünetekre továbbra is figyelni kell, mert a gyógyszerek hatástartama idővel rövidül. Ezért elengedhetetlen az orvos és a beteg együttműködése, és legalább ekkora szükség van a család odafigyelésére is. A terápia során megjelenő változások vagy problémák észrevételében ugyanis a beteg környezetében élők kulcsszerepet játszanak. Közös odafigyeléssel a Parkinsonos beteg életminősége a kezelési folyamatok korrekciójával hosszú távon is fenntartható.

A Parkinson-kór

A Parkinson-kór egy részben öröklődő, részben mindmáig tisztázatlan eredetű degeneratív idegrendszeri betegség, amely 100.000 ember közül 60-80 esetben fordul elő. Az életkor növekedésével gyakorisága a 65 év feletti lakosság körében mintegy tízszeresére is nőhet, világszerte összesen több mint 6,3 millió embert érint.

Magyarországon a becsült adatok szerint kb. 18-20 ezer közé tehető a Parkinson-betegek száma, és évente mintegy 1500-2000 új beteggel számolhatunk. Sok betegnél későn állítják fel a diagnózist, valamint nem minden beteg részesül megfelelő ellátásban.

Jellemző az érintett beteg megjelenése, főként a betegség előrehaladottabb állapotában. Lelassult mozgás, beszéd és gondolkodás jellemző, a lépések rövidke, csoszogóak. Nagy problémát jelenthet egy küszöb átlépése, vagy veszélyessé válhat egy hirtelen megfordulás, mivel a beteg megszédülhet és eleshet anélkül, hogy a normális védekező reflexek megvédenék őt a sérülésektől. Az arcizmok sem működnek elég jól, az arc mimikája elveszik, érzelmi tompaság tükröződik rajta, bőre kenőcsösen fénylővé válhat. Az írás és a kézzel vezetett finom mozgásokat szintén befolyásolja a kór, amit a megjelenő kézremegés tovább ront.

Nem mindenki észleli azonban ugyanabban az időben pontosan ugyanazokat a tüneteket. A betegség jellegzetes tüneteinek korai felismerése rendkívül fontos. Az időben elkezdett szakszerű kezelés hosszú ideig megfelelő életminőséget biztosít a betegek számára.

Betegség és életminőség

A Parkinson-kór tipikusan olyan betegség, amely lassan rontja az életminőséget, azonban a kezelés fejlődésének köszönhetően ma ez az állapot hatékonyabban befolyásolható mint eddig bármikor. A megfelelő életminőség fenntartásához optimális kezelésre, azaz a beteg, a környezet és a kezelőorvos szoros együttműködésére van szükség.

Az egyértelmű kommunikáció és szükséges ismeretek megléte alapvető fontosságú bármilyen betegség-nél, de ez különösen igaz a krónikus betegségek eseté-n. Az orvosnak a beteg állapotában bekövetkezett legkisebb változásokról is tudnia kell, hiszen ez az alapja annak, hogy a beteg a legjobb kezelést kapja.

A változásokat nem feltétlenül az érintett látja a legjobban – hiszen ő folyamatként éli meg a betegséget –, sokszor a családtagok érték figyelmen kívül az azokat a változások, melyek aztán létfontosságúak lesznek a megfelelő terápia kialakításában, és így az életminőség megőrzésében. Mivel a Parkinson-kór tünetei döntően az agyi dopamin (ingerületátvivő

anyag, az idegsejtek közötti kommunikációban játszik fontos szerepet) szint csökkenésével kapcsolatosak, a legtöbb kutatás ennek ellensúlyozásának kifejlesztésére irányult. A kezelésben használt gyógyszerek az elvesztett dopamin pótlására szolgálnak vagy gátolják a dopamin lebontását.

Ezt a gyakorlatban nehéz megvalósítani, mivel a megfelelő előányag, a levodopa csak kis mennyiségben jut át az ún. vér-agy gáton (a vérből nem juthatnak át bizonyos molekulák az agysejtek közé – ez az agy védelmi rendszere). Ez átjutott levodopa dopamin-ná alakul és mintegy varázsütésre elfújja a tüneteket. Ez azonban csak órákig tart – amíg az anyag le nem bomlik – majd kezdődhet a folyamat előlről. Így már érthető, hogy e kezelés egyik legnagyobb problémája a gyógyszer-hatástartam rövidülése („wearing off”). Ez akkor következik be, amikor a Parkinson-kór tüneteinek kezelésére használt gyógyszeradag már nem tart ki a megszokott ideig, azaz a betegek – tüneteinek enyhítése érdekében – hamarabb kell bevennie a következő gyógyszeradagját. Azt az időszakot, amikor a gyógyszerek enyhítik a tüneteket, sokan hívják „jó időszaknak”, azt a periódust pedig, amikor mozgásuk nem kielégítő, „rossz időszaknak”. Mivel a Parkinson-kór mozgászavarral járó betegség, a gyógyszer-hatástartam rövidülésénél is a mozgással kapcsolatos tünetek állnak előtérben. Ilyen a remegés, az izommerevség és a mozgások lelassulása, amiket összefoglalóan motoros tüneteknek hívunk. Azonban wearing off-nak lehetnek egyéb, nem a mozgással kapcsolatos tünete is. Ide tartoznak a gondolkodás és az érzelmek olyan zavarai mint például az ingerlékenység, idegesség vagy a gondolatok lelassulása. Annak ellenére, hogy ezek nem olyan szembeötlők, nem kevésbé fontosak, és néha ezek sokkal kellemetlenebbek és zavaróbbak, mint a különféle mozgászavarok.

A jelenség előbb vagy utóbb számos betegnél megjelenik,

ezért nagyon fontos, hogy a család, a környezet felfigyeljen rá! A beteg elérhető életminősége szorosan összefügg a megfelelő kezeléssel, viszont a kezelés módosítása csak megfelelő visszajelzés alapján lehetséges. Sajnos ebben az orvos lehetőségei korlátozóztak, hiszen a betegöt 6 csak rendszeres időközönként látja, így „egyedül”, segítség és információ nélkül nem is érzékelheti a gondot. Ráadásul a betegek ezen tünetek a betegségnek tulajdonítják, és nem veszik észre a kapcsolatot a gyógyszereszedéssel. Ezért ha a már leírt tüneteket tapasztaljuk, vagy látjuk az érintettet, feltétlenül forduljunk a kezelőorvoshoz és jelezzük ezt neki. Ha ezt elmulasztjuk, könnyen lehet, hogy az időben történő terápia módosításról, és ezen keresztül a beteg elérhető legjobb életminőségéről mondunk le!

Az orvosi ellátás mellett számos egyéb lehetőség is van a betegek állapotának javítására. A Parkinson-kórban szenvedők és családtagjaik számos országban öngyógyító csoportokat, betegszervezeteket alakítanak, melyeket nemzetközi szervezet (az EPDA) fog össze.

A betegek és hozzátartozóik Magyarországon sincsenek egyedül. A Delta Parkinson Egyesület 1998-ban Budapesten a Félvárosi Szent István Kórházban alakult meg. Célja a betegeket segítő közösségi csoport létrehozása volt, hangsúlyozva az összefogás, egymás segítéseinek gondolatát. Ennek szellemében az érintett környezetében élőknek inkább aktív, mint passzív szerepet kell játszani a betegséggel kapcsolatban. Együtt kell működnie a gondozottal, hogy minél többet tudjon meg a betegségről – az okairól, tüneteiről, kezeléséről – hiszen annál könnyebb lesz megértenie és a mindennapi problémákkal megoldania.

A betegséggel, a tünetekkel, a lehetséges és szükséges teendővel kapcsolatos információk megtalálhatók a www.parkinsonpoly.hu honlapon, illetve itt lesz hamarosan elérhető a Delta Parkinson Egyesület is.

A Muhamad Ali Parkinson Kutatóközpont segítségével a gyógyszerhatás rövidülés (wearing off) felismerését segítő kérdőívet dolgozott ki egy neurológusokból, betegek, és nővérek által álló munkacsoport az Európai Parkinson Betegségkövetség (EPDA) közreműködésével. A kérdőív a gyógyszerhatás rövidülés („wearing off”) következményének tekintett mozgási (motoros) és nem-mozgási (nem-motoros) panaszokra, tünetekre kérdez rá.

Megjelenő tünet: Abban az esetben tegyen X-et ebbe az oszlopba egy vagy több tünet mellé, amennyiben a levodopa-tartalmú gyógyszer bevétele után néhány órával (de még a következő levodopa-tartalmú gyógyszer bevétele előtt) az adott tünetet észleli.

Gyógyszerbevétel után javuló tünet: Abban az esetben tegyen X-et ebbe az oszlopba egy vagy több tünet mellé, ha az adott tünet a levodopa tartalmú gyógyszer bevitelét követő 1 órán belül javul vagy megszűnik.

Értékelés: Amennyiben a 19 kérdésből akár egyetlen vagy több tünetnél is mind a „Megjelenő tünet”, mind a „Gyógyszerbevitel után javuló tünet” oszlopában X található, Önnél nagy valószínűséggel gyógyszerhatás rövidülés áll fenn.

A beteg neve:				férfi			
				nő			
Parkinson-kór diagnózisának éve:				év			
Levodopa terápia kezdetének ideje:				év			
WO kártya kitöltésének dátuma:				év hó nap			
				Megjelenő tünet		Gyógyszerbevétel után javuló tünet	
1. Kézremegés							
2. Beszédzavar							
3. Ingerlékenység, szorongás							
4. Fokozott izzadás							
5. Hangulatzavar							
6. Általános fáradtság, gyengeségérzés							
7. Egyensúlyzavar							
8. Mozgáslassulás							
9. Kéz ügyetlenség							
10. Zsibbadás							
11. Végtagmerevség							
12. Pánik rohamok							
13. Gondolkodás lassulás, zavaros gondolatok							
14. Hasi panaszok							
15. Izomgörcsök, izomfeszülések							
16. Nehézkés felállás ülő helyzetből (pl.székből)							
17. Furcsa, hideg - és melegérzet							
18. Bizonytalan, változó fájdalmak							
19. Erős fájdalomérzés							

Napjainkra jellemző, hogy egyre többen szeretnék fokozott részesei lenni egészségügyi problémáink kezelésének, gyógyításunknak és általában az egészségünkkel kapcsolatos döntéseinknek. Az egészségügyi átalakításában is kiemelt jelentőségű a lakosok egészségügyi tudatosságának, tájékozottságának, s ezen alapulva választási lehetőségeinek, öngondoskodásának támogatása. E folyamatot segíti az Egészségügyi Minisztérium felügyeletével 2004-ben indult Dr.Info szolgáltatás. A Dr.Info telefonos ügyfélszolgálaton és interneten keresztül elérhető egészségügyi adatbázis, amely hasznos segítséget nyújt azoknak, akik egészségügyi szolgáltatókról, gyógyszerekről, gyógyászati segédeszközökről kívánnak tájékozódni, vagy többet akarnak tudni az egészségről, egy-egy betegségről és annak korszerű kezeléséről.

A szolgáltatás működésének második évére a lakossági igények és a telefonos hívásközpont feladatai meghaladták a portál lehetőségeit. A tartalmában és külsejében is megújult internetes oldalak és az azokra épülő telefonos ügyfélszolgálat a megszokott témákon túl tájékoztatást nyújtanak például a gyógyszerek helyettesíthetőségéről, a gyógyszer kölcsönhatásokról, az egészségügyben tevékenykedő civil szervezetekről. A Dr.Info portál kitudtése alapvetően nem változott. Továbbra is kiemelt figyelmet fordít a közérthetőségre, a könnyű kezelhetőségre és a szolgáltatott információk megbízhatóságára.

Megújult a Dr. Info egészségügyi lakossági tájékoztató rendszer

Az információs háttérzet az egészségügy alapvető és közhiteles nyilvántartásai biztosítják. A portál az adatbázisok bővülése mellett számos olyan elemmel gazdagodott, mely a korábbi változatban még nem volt elérhető: újabb – elektromosan kereshető – szakcikkvev, orvosi szótárak, kérdéskörű információk és ún. Gyakran Ismételt Kérdések segítik a minőségű tájékozódást.

A portálon elérhető információk közé tartoznak:

Az egészségügyi szolgáltatók közhiteles adatai, kiegészítve a szolgáltatók (kórházak, rendelőintézetek, vállalkozási formában működő egészségügyi szolgáltatók) által rendelkezésre bocsátott információikkal. Az orvosok elérhetősége, jelenleg a rendszer a háziorvosok és az egyéni vállalkozó orvosok adatait tartalmazza. A gyógyszerárak elérhetősége, valamint a civil szervezetek és a segélyvonalak adatai. Külön fejezete a portálnak a gyógyszerekre vonatkozó információk, melyek tartalmazzák a gyógyszerek árait, a támogatások mértékét, az egyes gyógyszerek közötti kölcsönhatásokat, valamint az allergiára

vonatkozó ismereteket. Természetesen ezen adatbázis is folyamatosan frissül, követe a gyógyszerpiac változását. Az utókezelésben és rehabilitációban részesülők számára nyújt hasznos információkat a gyógyászati segédeszközök adatbázisa, mely a termékek kivül a forgalmazókról is nyújt ismereteket. A megújulás eredményeképpen a kibővített szolgáltatások palettáján találjuk a híreket, közleményeket és hírleveleket, valamint az egészségügygel kapcsolatos jogszabályok tömör, közhírhétő magyarázátát, segítve az egészségügy rendszerében való tájékozódást, a jogszabályok közötti eligazodást.

Az új portálon lehetőség van kérdések közvetítésére, ezzel is kiegészítve a Dr.Info telefonközpont adatai lehetőségeket. A kérdésekre a szakértők elektronikus úton adják meg a választ. A fejlesztés során kiemelt figyelmet fordítottunk a hátrányos helyzetű olvasókra, így számukra ún. akadálymentesített felület áll rendelkezésre. Annak érdekében, hogy a portál minél szélesebb körben legyen elérhető, a rendszert valamennyi gyakran használt (Internet Explorer, Firefox, Opera, Netscape) böngészőre optimalizáltuk.

A Dr.Info – megújított – szolgáltatás 2006. április 27-től a www.drinfo.eum.hu, a www.dr.info.hu vagy a www.doktorinfo.hu címenek érhető el. A Dr.Info telefonos szolgálat változatlanul a 06-40-374-636 kék számon hívható.

Kiadja: Egészségügyi Minisztérium, Sajtó és Kommunikációs Főosztály



**EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA**

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**.
Jogi szerkesztő: **Dr. Ábrahám László**, tördelés-szerkesztő: **Tick Ervin**
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **latlelet@dunakanyar.net**
A lap előfizetési díja: 3450 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Látlelet egymásutánálását a lapon található sorszámozás tűkrözi.



Andrológia és urológia a magyar férfiakért

A férfi komplex vizsgálata

► a 3. oldal folytatása

Például egy hatvan év körüli férfi, általában az öregedés folyamatának megfelelő, bizonyos mértékű, magas vérnyomással, érlemeszesedéssel, esetlegesen cukorbetegséggel együtt jelentkező szexuálisteljesítmény csökkenésről számol be. Ilyen esetekben a gyógyszer-kombinációk kialakításánál a vizsgálat tárgyát képezik a más betegségeire alkalmazott gyógyszerekkel való együtt alkalmazhatóság. Ezen kívül három olyan gyógyszer van, melyek a szexuális zavarok problémájának megoldásában hatékonyak. Új gyógyszerkészítmény bevezetése is várható a közeljövőben, melyet Amerikában már alkalmaznak. Ez a tabletta, melynek adagolása naponta történik, a többi egyéb betegségekre szedett gyógyszerekkel együtt bevehető, s így előidézi a probléma megszűnését. Nem alkalmoszerű, nem hosszú hatású módon alkalmazott készítmény, hanem egy rendszeresen szedhető, csökkentett hatótartalmú tabletta, mely szexuális teljesítmény tekintetében szinten tartja a férfit. Ugyanakkor adott esetben a női oldal is meghatórozó. Ebben az évben már hangsúlyos az irány, melynek következtében nem csak a férfi merevedésére történnek vizsgálatok, hanem a pár együttes szexuális tevékenységére is.

Újdonság a férfi meddőség diagnosztizálásában és kezelésében,

hogy a kivizsgálás részévé váltak a genetikai vizsgálatok, és a különböző vírus vizsgálatok. A már-már rendszeressé váló mikrosebészeti műtétek tovább folytatódtak, szélesebb körben történik a diagnosztika és az együttes kezelés. Új lehetőséget kínál az asszisztált reprodukció számára a spermium mélyfagyasztása. A lombik megtermékenyítés folyamatában az andrológus szerepe felértékelődött az utóbbi időben, a férfi oldal szerepe meghatározóvá vált. A férfi fogamzásgátlás esetében bizonyos törvényi változások vannak folyamatban, amelynek még a gyakorlatban történő eredményei nem megítélhetők. A társadalmi igénynek meghatározó szerepe van a férfi fogamzásgátlás alkalmazásának lehetőségében. Az andrológia negyedik témaköre az öregedő férfi, azaz a férfi klimax, mely időszakban a metabolikus szindróma (elhízás, magas vérnyomás, magas vérszír szint, cukorbetegség) megjelenése mutatható ki. A férfi klimax hátterében tehát hormonális változások állnak, amely első sorban a férfi minden életfunkcióját ellenőrző férfi hormont érinti. Az öregedő férfi átalakuló anyagcsere folyamatainak komplex értékelése kerül látótérbe. Az urológiai szakterületen andrológiai vonatkozásai lehetnek a prosztata betegségeinek. A prosztatarák radikális műtéteinek szexuális következményei kerültek az utóbbi néhány évben előtérbe, annál is inkább, mert e témakörben módszertani változás is felfedezhető. Magyarországon is gyakorlattá vált a laparoszkóppal történő radikális prosztatektómia (az egész prosztata, az ondóhólyagok, valamint a környező szövetek egy részének eltávolítása). Az utána bekövetkező szexuális problémák időben történő megoldási lehetőségei bevezetésre kerültek, és rendkívül jó eredményeket mutatnak hazánkban.

Új elvárások a potenciazavar kezelésében

► a 3. oldal folytatása

A vizsgálat felépítése és eredményei

A nyílt, multicentrikus, keresztezett vizsgálat során a résztvevők szükség szerint alkalmazott tadalafil és sildenafil terápiaiban részesültek. A vizsgálat résztvevői előzőleg nem részesültek PDE 5 gátló kezelésben. A klinikai vizsgálat egy 4 hetes alapperiódusból, két 12 hetes kezelési periódusból és egy 8 hetes kiterjesztett periódusból állt. Mindkét 12 hetes kezelési periódus magába foglalt egy 8 hetes dózisoptimalizáló és egy-egy 4 hetes eredményfelmérő szakaszt. A 8 hetes dózisoptimalizáló szakasz folyamán a kutatás résztvevői bármikor megváltoztathatták gyógyszeradagjukat (sildenafil: 25, 50 vagy 100 mg; és tadalafil: 10 vagy 20 mg), hogy megtalálhassák az optimális kezelési módszert. A 4 hetes eredményfelmérő szakasz során a betegek megtartották a dózisoptimalizáló szakaszban kiválasztott kezelési dózusukat. A két 12 hetes vizsgálati szakasz lezárása után a vizsgálatban résztvevő 291 férfi szabadon dönthetett arról, hogy milyen terápiával szeretnék folytatni a 8 hetes kiterjesztett periódust. A férfiak 71%-a (206 a 291-ből) a tadalafil terápia, míg 21%-uk (85 a 291-ből) a sildenafil terápia mellett döntött. Hogy megindokolják döntésüket, a résztvevők kitöltötték egy kérdőívet, mely a potenciazavar gyógyszeres kezelésének hét előnyös tulajdonságát sorolta fel. A betegek a válaszlehetőségek közül a „legjobb” és „második legjobb” indokokat választották ki, ami miatt terápiájuk mellett döntöttek. A tadalafil terápia mellett szavazók indokai között leggyakrabban a gyógyszer bevétele után eltelt hosszabb időn keresztüli képesség a merevedés elérésére, valamint a merevedés minősége szerepeltek. A sildenafil választó betegek döntésüket első helyen a merevedés minőségével, míg második helyen a gyógyszer bevétele és az első merevedés közti idő rövidségével magyarázták. A vizsgálatot két kiegészítő csoportanalízis követte: az első közvetlenül hasonlított össze a tadalafil és sildenafil hatékonyságát, valamint tolerálhatóságát a vizsgálat résztvevőiben. A vizsgálat kezdetén a férfiak 39%-ának enyhe, 30%-ának közepes, míg 31%-ának súlyos potenciazavara volt. A tadalafil terápiát választó férfiak pontszáma az International Index of Erectile Function (IIEF) potenciazavarra vonatkozó tartományában a kiindulási 14,2 pontról 10,1 ponttal javult. Összehasonlításképp sildenafildal ugyanez a pontszám 9,7 pontos javulást mutatott a kiindulási pontszámhoz képest. A második csoportanalízis során ugyanazt a betegcsoportot vizsgálták a PAIRS (Psychological and Interpersonal Relationship Scales), 1-4-ig terjedő skáláján. A PAIRS a következő tartományokat öleli fel: szexuális magabiztosság, spontaneitás és az időzítés miatt érzett aggodalom. Ezen vizsgálati paraméterek felvilágosítást adhatnak arról, hogy a betegek milyen szempontrendszer szerint választottak a gyógyszeres terápiák közül a nyolc hetes kiterjesztett periódus alatt. A szexuális élet spontaneitása 3,17 pontot kapott sildenafil, míg 3,32 pontot tadalafil terápia alkalmazása esetén. A szexuális magabiztosság pontszámai a sildenafil esetében 2,75 pont, míg tadalafil esetében 2,91 pont volt. Az időzítés miatti aggodalom sildenafilt szedő betegek esetén 2,59 pont, míg a tadalafil terápiát választóknál 2,20 pont volt. (ebben a paraméterben az alacsonyabb pontszám a szexuális élet időzítése miatti kevesebb aggodalmat jelöli.)

A magyar férfiak halálozása 45 és 65 év között

► a 3. oldal folytatása

Másokhoz képest sokkal rosszabb helyzetben vannak, de önmagukkal békében élnek és egy ilyen ember az értékesnek tartja saját magát és nincs szüksége folyton külső megerősítésre ahhoz, hogy az életét értelmesbbnek és fontosnak tartsa. Az az érdekes, hogy azt találtuk, hogy akinek ez az alapvető lelkiállapota, az testileg és lelkileg is sokkal egészségesebb! És ez áll a férfiak között is. Tehát az élet célja és az értelmébe vetett hit az a legkomolyabb védőfaktor. Minden más faktornál komolyabb és ez az egyetlen olyan tényező, amelyik életkortól, nemtől és iskolázottságtól függetlenül is véd és ebben ma a magyar lelkiállapotban ezen a téren is nagy torzulás van !

■ Ön ezt már régóta kutatja. Amikor végére ér egy vizsgálatnak, akkor mindig újra és újra hangoztatja tapasztalatait. De Önön és a munkatársaink kívül – tehát akik ezzel foglalkoznak még: a pszichiáterek, pszichológusok akik elismerik azt és elfogadják azt amit ön újra és újra próbál mondani, hogy összefügg gyakorlatilag a munkahelyi stressz, a stressz maga az egészségünkkel. tehát a fizikai állapotunkkal és az esetleges betegségeinkkel – ezt az orvosok nagyon kicsi része, vagy kisebbik része fogadja csak el.

K.M.: – Igen és sajnos az ilyen fajta pszichológiai kultúra nagyon alacsony szintű. De én azt remélem, hogy azok az orvosok, akik innen fognak kikerülni az egyetemről, azok már sokkal nyitottabbak lesznek ezekre a kérdésekre. Azért egyre többen vannak, akik ezt Magyarországon is komolyan veszik, de sajnos tényleg igaz az, hogy általában nem igazán tudják az orvosok, hogy hogy kezeljék az ilyen helyzeteket.

■ Nagyon sokat halljuk, hogy az egészségtelen életmód, az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a nem megfelelő életmód miatt rosszak a betegség és a halálozási mutatók Magyarországon. Amit Ön mond, az ezzel ellentétes, vagy nem feltétlenül ennyire egyértelmű.

K.M.: – Eleve az a kérdés, hogy mitől válik valaki alkoholista, vagy mitől dohányzik valaki és ennek a hátterében a lelki egészség zavarai állnak-e,? A szorongás, a depresszió, a szorongásnak a legfontosabb háttere az, hogy nincsen elég információnk a saját helyzetünkre vonatkozóan és ebből a szempontból a szorongás keltésnek nagyon fontos szerepe van. Ez egy borzasztó negatív jelenség, hogy sokan azt hiszik, hogy azzal, hogy másokat megfélemlítenek és másokban szorongást keltenek - mert a szorongás keltés lényege, hogy a másik állandóan bizonytalan, kiszolgáltatott helyzetben van – azzal a hatalmukat tudják biztosítani.

■ Ez egyébként a diktatúráknak az alapja. A diktatúra lényege az állandó szorongáskeltés, hogy az ember sohasem tudja, hogy mikor fog olyat tenni, amiért büntetést kap, mert nincsenek egyértelmű játékszabályok.

K.M.: – Nem diktatúrában élünk, ezt azért nyugodtan ki-jelenthetjük. Tehát ez azért mégiscsak egy demokrácia.

■ Akkor hol a hiba, miért ne hisznek önmagukban sokkal jobban az országban? Miért nincsenek önmagukkal jóban az emberek? Miért viselkednek így azok, akik megfélemlítik a másikat, vagy az előbb említett módon bánnak a körülöttük lévőekkel?

K.M.: – Ezt nevezi a pszichológia kisebbségi komplexusnak. Tehát az az ember, aki nincs egyensúlyban önmagával, aki igazából nem érzi elég magabiztosnak és biztosnak saját magát, nincs harmóniában önmagával, az a hatalomban, a mindenáron való hatalomban éli meg azt, hogy ő erősebb és a hatalomvágy a kisebbségi komplexusnak a legfontosabb megnyilvánulása. Úgy érzi, hogy akkor amikor mások félnek tőle, amikor másokat megfélemlít, akkor ő ettől értékesebb ember! Ez egy nagyon súlyos önbecsapás és ez egy nagy tévedés! Hogy azt hisszük, hogy ma Magyarországon egy demokratikus társadalomban mindenki a több teljesítményt akarja elérni és a munkahelyek is erre töreksenek. Sajnos nagyon sok munkahelyen egyedül bizonyos vezetőknak a komplexusa érvényesül és nem a valódi teljesítmény a cél.

■ Miért hagyják az emberek? Mi okozza azt, hogy ahogy Ön mondja: a társadalom egy elég meghatározó része hagyja ezt, engedi ezt és belebetegszik? Tehát miért nem tud védekezni?

K.M.: – Egy átalakuló társadalomban nagyon sok embernek bizonytalan az élete. Hogyha valaki úgy érzi, hogy elveszítheti a munkahelyét és számára ez nagyon fontos, akkor bizony nagyon sok mindent elvisel ennek érdekében.

■ Hát ez tényleg fontos...

K.M.: – Tényleg fontos. Ilyen szempontból azért a magasabb végzettségű emberek kicsit jobb helyzetben vannak, mert több a választási lehetőségük. Minél kevesebb választási lehetősége van egy embernek, minél kevésbé tudja megtenni azt, hogy azt mondja: énnekem ebből elegendő van és ezt én nem viselem el tovább, annál jobban ki van szolgáltatva. Sajnos azok a reflexek amik a megfélemlítésnél élne, ezek Magyarországon még borzasztóan erősek.

KOSSUTH RÁDÍÓ – SZOMBAT DÉLELTŐTT | OBSERVER