

Osztott felelősség kérdése holisztikus megközelítésben

Dr. Varga Imre, programvezető, Holisztikus Medicina Program, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Tanszék

A test, a lélek és a szellem hármas értékrendjének megfelelően, a szervezet működésének egységes rendszerét tanulmányozó és ebben a szellemben kezelő orvoslás a felelősség kérdéskörének értékelését is szükségessé teszi. Miután a magyar társadalomnak kiemelkedően nagy az egészségdeficitje, érdemes végig gondolni ennek nemcsak okait, de felelősségmegoszlását is. Didaktikai szempontok miatt az alábbiakban kifejtettek megértése fontos lehet, mikor egy adott szervezet állapotát és környezetét is figyelembe vevő értékelését tervezzük. A kérdéssel akkor is kell foglalkozni, ha annak több részterületén mozgásterünk kicsiny, vagy esetleg akár nem is lenne. Ott „megrendelőként” kell fellépniünk. A vázlatosan összefoglaltak nem pusztán az orvosi gyakorlat szemszögéből számíthatnak érdeklődésre, hanem azok számára is elgondolkasztató lehet, akik szervezők, az egészségpolitika és politika alakítói, tehát mindenki, aki tevékenysége, intézkedése és döntése bármilyen mértékben is kapcsolódik az egészség ügyéhez.

The holistic practice of medicine emphasizes the value system of body, mind and soul together in the study of human functioning. In this approach the question of responsibility gains special significance. Since the health deficit of the Hungarian people is exceptionally high, we have to study not only the causes but analyse the structure of responsibility in the system. It is important to understand the role of responsibility when evaluating a human organism interaction with the environment. We have to address this question despite our limited elbow room in several aspects, but we can be initiators. This review intends to help the formation of the outlook represented by the 21st century paradigm mentioned as „Whole Person Care” in a didactic fashion. This sketchy review is not only for those practicing medicine but meant to help health care managers and those active in the formation of healthcare policy including politicians.

MAKROSZINTŰ MEGKÖZELÍTÉS

A felelősség kérdését először a menedzsment kellékek tárából segítségül hívott PEST elemzés szempontrendszerének felhasználásával mutatom be, a klasszikus négy dimenzió alapján. A módszert jelen esetben kicsit módosított formában ábrázolom „felelőségelemzés” cíllal, ellentétben az eredeti céljával, mely közismerten a piackutatásra használatos.

PEST elemzés

Ezen mozaikszó angol és magyar nyelvű összetevői Political (politikai), Economic (gazdasági), Socio-cultural (társadalmi), Technological (technológiai)

Politikai szempontok

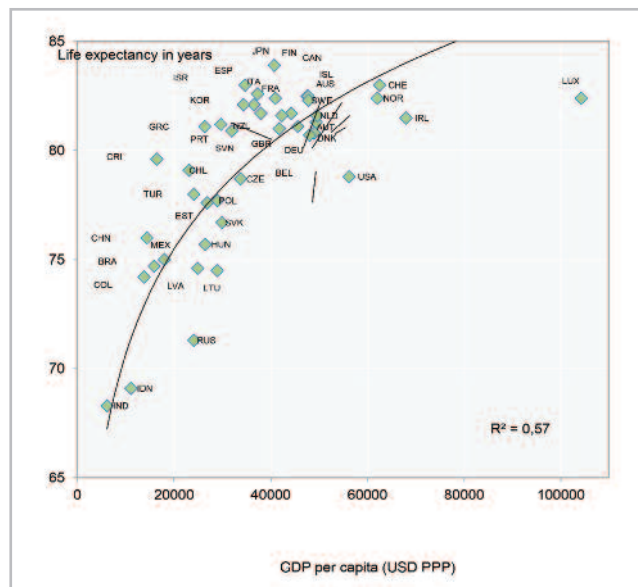
A felelősség ezen aspektusa csaknem a legmagasabb szintű, mely magába foglalja a szabályzó és jogalkotói/jogalkalmazói gyakorlatot is egyben, melyet valamennyi demokratikus társadalomban megválasztott kormányzatnak meg kell jelenítenie. Először szükséges kiemelni a választási ciklusokon túli és belüli intézkedések halmazát. A 4 évet meghaladó időtartam a felelősség terén azért emelendő ki elsősorban, mert az intézkedések nagy részének következményei hosszabb, akár több évtizedes fáziskéséssel hozzák meg gyümölcsüket. E téren nyugodtan kijelenthető, hogy a léptékek történelminek is mondhatók, melyekre, ha nem is a legdicőségesebb példaként a „Ratkó-korszak” politikai döntéseit lehetne megemlíteni. Az ötvenes évek eleji folyamatok 60-80 év elteltével is érzékeltetik hatásukat a társadalom egészének vonatkozásában az egészségügytől a nyugellátásig, vagy a szépkorúak gondozásával bezárólag.

Jelen korunk számtalan kihívása közül megemlíthető az az intézkedéshalmaz, mely nem pusztán a születéskor várható életkor hosszának növelését, hanem ugyanennek a panaszmentesen eltöltött életek nyereségét tűzi ki célul. Szokatlanak tűnhet a mindennapi orvoslás kérdéskörének analízisekor olyan szempontok említése, mint pl. kormányzati stabilitás, vagy a politikai értékrendek változása, a törvényhozás és a parlament működése, társadalompolitikai célkitűzések, adópolitika, versenyjogi szabályok, környezetvédelmi szabályozás és egyéb jogszabályi feltételek alakítása stb., amennyiben a kérdéshez a komplexitás igényével közelítünk.

Gazdasági szempontok

Ebben a kategóriában a felelősség lényegében az előző – a politikai – kategóriával részben kapcsolatos, mely túl a betegbiztosítási rendszer alakulásán, összefügg az ország egyéb gazdasági paramétereivel is. Példaként említendő a gazdasági ciklusok, kamatszintek, a GDP és a GNP trendek, infrastrukturális fejlesztések, infláció, munkanélküliség, családi jövedelmek változása, tőkemozgások alakulása, globalizáció, de természetesen maga az egészségügyi ellátásokra fordítható kiadások mértéke, annak alakulása. Tudomásul kell venni, hogy az egészségügy terén az infláció/amortizáció, az orvostechnológiai fejlődések alakulása, illetve a változások bekerülése más, tehát e kérdés speciális megítélést igényel, mivel valamennyi kapcsolatos lehet magával az orvoslással és természetesen annak befolyásoló részeleme-

ivel. Azt, hogy egy ország lakosságának egészségi állapota mennyire az ország gazdasági teljesítményével van összefüggésben, jól mutatja az OECD Health at Glance jelentésben publikált 1. ábra [1].



1. ábra Születéskor várható életevek száma a GDP egy főre számított árnyában (2015 or nearest year) [1]

Társadalmi szempontok

Esetünkben a szocio-kulturális kifejezés többet mond, mint a demográfiai változások, a képzettségi szintek alakulása, társadalmi mobilitás, életmódbeli változások, életstílus, munkához való viszony, a fogyasztási szokások változása, vallási csoportok hatása. Ebben – különösen az állami felelősség tekintetében – kiemelendő a társadalmi egyenlőtlenségek mértéke. Komolyabb kategóriát képez egy társadalom, illetve annak egy rétegének kulturáltsága, egészségüggyel kapcsolatos ismeretszintje, saját magával és környezetével kapcsolatos elvárása, illetve teljesítőkészsége és képessége. Ezen kategóriába tartozik az egészséges életre nevelés az óvodáskortól az orvosképzéssel bezárólag.

Technológiai szempontok

Ennek jelentése szűkebb értelemben: új felfedezések, találmányok és technológiák, kormányzati fejlesztési politikák, K+F programok/kiadási szintek, a technológia átvétel mértéke és szabályozása, a technológiai infrastruktúra változása. Az egészségügyben ezen felelősség nem az egészségügy függvénye, de speciális jellege miatt külön kategóriába sorolása fontos és igen bonyolult, melynek része lehet pl. az egészségügyi engedélyezési rendszertechnológia megfelelőségi rendszere (technology assessment), a betegbiztosítás ún. be-, illetve kifogadási rendszere, tehát régi módszerek újra történő cseréje. Ezen kérdésnek esetleges vizsgálata vonatkozhat egyebekben mindazon technikák és technológiák területére, melyek ugyancsak kapcsolatba hozhatók az orvoslással és az azt érintő folyamatokkal a diagnosztikától kezdve a terápiák legkülönlegesebb fajtáig,

melyek részletezése nem lehet a cikk célja (pl. a Da Vinci operációs robottechnika megjelenése a sebészetben, finanszírozásában, a jövő generáció oktatásában stb.).

KÖRNYEZET KÜLSŐ FELELŐSSÉGI SZINT KATEGÓRIÁJA

Ebben a kategóriában kétségtelen tényként kezelendő, hogy valamennyi, a PEST elemzés pontjai alatt említett tényezővel létezik függőségi kapcsolata. Sarokpontokként kiemelendő felelősségi fő kategóriák a teljesség igénye nélkül:

- környezetvédelem
- levegőtisztaság
- élelmiszerbiztonság
- gyógyszerbiztonság
- mezőgazdaság vonatkozó feltételrendszere
- állattenyésztés vonatkozó feltételrendszere stb.

Szóra érdemes és egyben elgondolkodtató példaként említhető itt az a 39 Európai Parlamenti tag (ebből 14 egészségügyi és környezetvédelmi miniszter) vizsgálata, mely eredménye az emberre is veszélyes anyagok (pl. fitátok, perfluoro vegyületek stb.) létét mutatta ki szervezetükben. Nyomokban kétféle rovarirtót, 22 PCB (poliklórozott bifenilt) vagy egy tűzálló anyag jelenlétét is kimutatták a vizsgálatok [2].

Tancélos példaként említhető meg továbbá a glifozát (Roundup) nevű gyomirtó esete is, mely a génmódosított haszonnövényekre káros hatással nem bír. Ebből 2017-ben az USA-ban 1,35 millió tonnát szórtak ki. Komoly szakmai visszhangot kapott az az értekezés, mely valószínűsíti azt a folyamatot, mely 25 év adatainak feldolgozása alapján joggal feltételezi a lisztérzékenység változás háttérében a glifozátot [3]. Az igen neves toxikológiai szaklapból idézett cikkben a szerzők impresszionáló ábrán mutatják be a két görbe emelkedő párhuzamosságát.

E példa kapcsán megemlítendő, hogy pl. Ausztrália, Japán és az EU esetében is fellelhetők a vonatkozó génmódosított termékek előállítására, mind értékesítésére megszorítások, egyes esetben tilalmak is. Az ún. GMO biztonságot bizonyító tanulmányok hitelességét azonban sajnálattal megkérdőjelezhetik azok a tények, miszerint ezen vélemények pont maguktól az érdekelt cégektől erednek.

Ezen példa jelen cikknek azon aspektusát bizonyítja, hogy kiemelt szinten történő állásfoglalások, jogszabályok, mint pl. az ún. Roundup Ready GMO vetőmagok alkalmazása esetén szükségesek, milyen mértékben képesek befolyásolni végső soron az ún. „szivárgó bél” szindrómát, következményesen okozva a neurotranszmitterek változásait, a szervezet oxidatív stressz állapotát stb., és mindezeknek milyen ok-okozati kapcsolatai létezhetnek a nagy rendszerben, melyek kihathatnak a kórházi betegellátástól a finanszírozáson át az idősek gondozásáig sok mindenre.

Elgondolkoztatóan nagy port vert fel 2018 augusztusában a Monsanto vegyipari óriáscég kártérítési perében hozott 290 millió US dolláros nagyságrendű elmarasztaló ítélet, mely

egy San Franciscó-i bíróságon született. Ítéletében a bíróság kijelentette, hogy Roundup nevű gyomirtója rákkeltő hatású. A kérdés bonyolultságánál azért is érdemes röviden időzni, mert a glifozát alkalmazása világszerte elterjedt és a tudományos megítélése igencsak ellentmondásos. A WHO nemzetközi rákkutató központjának tanulmánya 2015-ben valószínűleg rákkeltő hatásúnak minősítette. Ugyanakkor az európai uniós intézmények, köztük az élelmiszerbiztonsággal foglalkozó EFSA nem így foglalt állást. Az Európai Unió tavaly novemberben további öt évre meg is újította a glifozátot tartalmazó vegyszerek forgalmazásának engedélyét. E jelenségek jó példával szolgálhatnak arra, hogy egy alapvetően mezőgazdasági kérdés hogyan is generálhat következőes egészségpolitikai/egészségügyi felelősségi kérdéseket.

ÁTFOGÓBB KÖRNYEZETI VISZONYOK FELTÉTELRENDSZERE

Egy korábbi publikációban [4] már foglalkoztam a még szervezői körökben is kevésbé ismert fogalomkörrel, amelyet az irodalom „optimális gyógyító környezetnek” nevez (optimal healing environment, OHE) Az igen összetett szempontrendszer az adott beteg genotípusának függvényében javasolja analizálni valamennyi környezeti tényezőjét a táplálkozástól kiindulva, mint a lélek, a szellem, a hit, a családi környezet stb. Számunkra is a jövőt vizionáló összefoglaló irodalom a mindennapi gyakorlat számára is súlypontozottan kezeli a kérdést, mely javasolt irodalma maga az Integrative Medicine kb. ezer oldalas könyve [5].

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FELELŐSSÉGE

Fő szempont, az ellátásokhoz történő hozzáférés egyenletessége és a rendszer igazságossága (accessibility, equity). Természetesen meghatározó a kérdésben az egészségügyi ellátás fejlettsége, minősége, de az általánosan hozzáférhető szolgáltatások minősége fontosabb, mint egyes, szűk betegcsoport számára életmentő hightech ellátások [6].

AZ „ÜZLETI” FELELŐSSÉG

A saját magam által összeállított felelősségi rendszerem következő csoportját egy igen furcsa irány képezi, melyet „üzleti felelősség” kategóriájaként fogalmaznék meg. Szélsőséges példa, mikor egy adott szolgáltatás vállalkozói, tulajdonosi anyagi érdekeltségi dominanciája felülír vonatkozó – kevésbé jövedelmező – szakmai érvrendszereket. Az egészségügyben és annak perifériáján számtalan szakmailag kifogásolható és nem egy esetben tudománytalan „segítők” is megtalálhatók. A lista a tudománytalan rontáslevételtől a szakképzettség nélküli, egyebekben megtévesztően hitelesnek tűnő alternatív tevékenységeket végzőkig igen széles. Ezek azért sorolandók az üzleti felelősség csoportba, mert lényegében érdemi gyógyító tevékenységet nem képesek végezni. (Tisztelet azon kivételeknek, akikre nem vonatkoznak az említettek.)

A SAJTÓ FELELŐSSÉGE

Külön pontként feltétlenül megemlítendő, mely lényegében a témakörben felsoroltak mindegyikével kapcsolatba hozható. Tekintettel arra, hogy a sajtó képviselői nem mindig rendelkeznek egészségügyi alapképesítéssel, előfordulhatnak olyan hibák, melyek szerencsétlen esetekben akár negatív befolyással bírhatnak esetleges jószándékuk dacára is az adott olvasó/néző stb. érdeklődésére, akár életstílusának alakulására. Kiemelendő ezen felelősségi kategória azon esetleges vonatkozása, mikor negatív – akár ténylegesen helytelen – konkrét példa kapcsán annak szerencsétlen prezentálásával a lakosság bizalmát és gyógyítóiba vetett hitét negatívan befolyásolja.

AZ EGYÉNI SZEMÉLYI FELELŐSSÉG

Igen fontos ezen kategória, mivel a holisztikus betegellátás folyamatában a személy aktivitása megkerülhetetlen. Aktív, saját helyzetét belső indítatásból is alakító, külső segítséget befogadóan kezelő és kellően tájékozott hozzáállás nélkül az egyéni és ezáltal a társadalmi felelősség, mint alap, nem működhet. A felhozható példák sora az ún. „egészséges életmód” kategóriától a káros szenvedélyek kerülésén át a szükséges és utolérhető szűrések rendszeres elvégzéséig igen hosszú.

Az egyén felelőssége az egészségével kapcsolatban 3 alapidimenzióban írható le:

- életmód
- terápiás együttműködés
- jogtudatosság, informáltsági pozíció

Ezen pontban elsősorban a beteg alap tájékozottsági szintjét említeném, mely családi kultúra és iskolázottság függvénye. (Megjegyzendő, hogy pl. utóbbi esetben az iskolai oktatás egészségkultúrára vonatkozó feltételrendszere már nem csak egyén/család függő.) Itt emelném ki azt a fogalomkört, mely „személyi hajlandósági” szintnek nevezhető (pl. a gluténérzékenyek esetében szükséges tájékozottság megszerzése, illetve annak folyamatos szinten tartása és alkalmazása).

AZ ORVOS FELELŐSSÉGE

Végül, de nem utolsó sorban lényeges kategória a holisztikus betegellátást végző orvos felelőssége. Egy szervre, szervrendszerre kihelyezett problémakeresés és „megoldás” gyakorlata helyett komplex „személyre szabott” megoldások keresése és rendszerelméleti kapcsolatok analízise kell történnjen, mely lényegében megváltozott CBM (Cooperation Based Medicine) jellegű alapokat igényel [4]. A 21. században a gyógyítás már interdiszciplináris teammunka, és a team-nek a beteg is része. Erről az IME hasábjain Kincses Gyula írt [7].

Nem lényegtelen tényező e kérdésben az adott orvos számára elérhető valamennyi szakmai direktíva, előírás,

guideline, melyek betartása csaknem kötelező érvénnyel bír. A szakmai tevékenység azonban nem fogalmazható meg valamennyi probléma megoldására, tehát nemcsak a mozgástér, hanem a kötelezettség íve is szélesnek mondható. Utóbbi két fogalom határai az alkalmazó orvos hozzáállásának függvényében szűkek és akár lényegesen tágabbak is lehetnek. Érdemes megismerni azt a speciális helyzetre jellemző tancélos példát, mely a daganatos betegek komplex megközelítésével kapcsolatos [8].

Multidiszciplináris jelentősége miatt említenék még két jó példát: egyik a D-vitamin interdiszciplináris hasznosíthatósága kérdésében a szakterület legavatottabb szakemberétől Michael F. Holick bostoni professzortól halhattunk előadást a Medicina 2000 Szövetség 2015-ös konferenciáján Balatonfüreden [9]. Másik demonstratív példaként említhető ezen pont alatt a betegek nagy számát érintő metabolikus szindróma [10] területe, a magas vérnyomástól a cukorbetegségen, szív- és érrendszeri kórképeken át akár a rákkal bezárólag is. A felelősség különös ún. összegzett formában írható le ezen példa kapcsán, mikor az adott beteg ellátásában a háziorvostól kiindulva valamennyi szakma képviselője érintett lehet úgy, hogy lényegében az eredmény a rész felelősségi hányadok összegzésével jellemezhető. Mivel a társadalombiztosítás költségvetésének igen nagy hányadát teszi ki ezen összefoglaló tünetegyüttes – a metabolikus szindróma – kezelésének költsége, ezért nem pusztán orvosszakmai érvek szólnak emellett, hogy kiemelt szereppel bírjon értéken történő kezelése bármely rendelésen.

A jövő iránya és a korszerű tájékozottság iránti igény jó példája lehet Dr. Paul Clayton oxfordi professzor előadása 2015-ben a Medicina 2000 Járóbeteg Szakellátási Szövetség konferenciáján [11], mely szemléletformáló volt, és amelyről bővebb kitékintést adott magyarul is megjelent könyve [12].

KOMPLEX PÉLDA AZ OSZTOTT FELELŐSSÉGRE

Tancélos példaként az alábbiakban említettek szomorú komplex összefoglalása is lehetne annak, amiért magát a kibontott témakört nevesíteni szeretném:

- 1989 és 2005 közötti időszakban 32,3%-os férfi spermaszám csökkenést regisztráltak [13].
- Az 1940-es években több mint 100 milliós spermaszám/ml-hez viszonyítva mára átlagosan csak a 15-40 milliós/ml tartományban van a mutató, ami önmagában is a termékenység alsó határa [14].
- Megjósolható a 2030-tól növekvő mértékű férfi meddőség, mely demográfiai összeomlást is okozhat, amennyiben a folyamat így halad tovább.
- Rövid magyarázat: A túlzott gyulladás felborítja a sejtek szaporodása és a programozott sejthalál közötti dinamikus egyensúlyt, mely eredményeképp a spermiumok pusztulási sebessége nő [15].
- Az eredmény: férfi meddőségi katasztrófa.

Megerősíti az elmondottakat egy 1973-2011 alatt végzett kutatások eredményeit összegző metaanalízis [16]. A kutatás

vezetője egyre jobban felgyorsuló folyamatként írja le a változásokat, melynek tendenciájából szerinte is az emberi reprodukció drasztikus lelassulására lehet következtetni.

Dr. Levine megjegyzi, hogy noha a vizsgálati minták Észak-Amerikából, Európából, Ausztráliából és Új-Zélandról származnak, az ázsiai, afrikai, és dél-amerikai fejlődő országok esetében már közel sem ilyen rossz a helyzet. Ugyanakkor azt is hangsúlyozza, hogy véleménye szerint a probléma idővel a fejlődő országokat is elérheti. Kérdésként merül fel, hogy milyen mértékben járulnak hozzá a jelenséghez a környezetünkben egyre nagyobb számban jelenlévő különböző vegyszerek és műanyagok, az elhízás, a stressz, a dohányzás, vagy éppen az étrendünk. Prof. Dr. Clayton (Oxford University) egyértelműen táplálkozási okokat valószínűsít a háttérben kutatásai alapján, melyről közérthető formában hatalmas mennyiségű irodalmi idézet biztonságával ír egyik magyarul is megjelent könyvében [12].

Joggal feltételezhető, hogy az okok a multifaktoriálisak. Kiragadott példaként az elmondottakhoz kapcsolódva meg kell említenek egy olyan közleményt is, mely szerint a terhesség alatt szedett paracetamol/acetaminofen nemcsak a nőstényutódok fertilitását csökkenti, hanem a hímnemű utódok maskulinitását is gátolja. Korábbi, egereken végzett vizsgálatok már kimutatták, hogy a vemhes állat által fogyasztott fájdalomcsillapító paracetamol hatására a hímnemű foetusokban csökken a tesztoszteron termelődése, aminek következtében zavart szenvedhet a here fejlődése [17].

Dr. Kristensen utolsó szerző és munkatársainak kutatása most azt mutatta ki, hogy az anya által fogyasztott paracetamol miatti csökkentett magzati tesztoszteronszint a későbbiekben a felnőtt hím állatok viselkedését is szignifikáns módon megváltoztatja. Ugyanezt erősíti meg az endokrinológus társaság egy közleménye is [18], a 2018-as Science Daily-ben megjelent közleménye is. Lényegében szakmafüggetlen kérdés, hogy milyen szakorvos/háziorvos, életstílus oktató, stresszmenedzser, dietetikus stb. vesz részt egy adott beteg problémájának rendezésében. Túl a betegellátási tevékenységen, mindig nyújtania kell az orvosnak – például a fenti példára hivatkozással- egy-két tanácsot. Előfordulhat, hogy csupán csak diétás, életmódi, gyógyszeresedési stb. hibákat korigáltatunk, melyekkel viszont komoly hatással lehetünk betegünk jövőjére. (Zárójelben: a fenti példa alapján nem pusztán a betegünk, hanem az emberiség jövőjére is). Ezen hozzáállásunk esetén is érezhetjük, hogy egy vizionált ideális eset eléréséhez szükséges számtalan olyan tényező ismerete is, melyre mozgástér hiányában nem bírnak hatással.

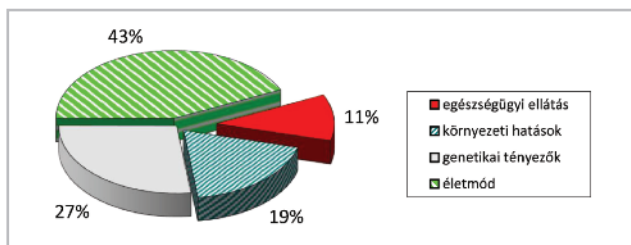
FELELŐSSÉG, MOZGÁSTÉR ÉS HATÉKONYSÁG ÖSSZEFÜGGÉSEK

Egy képzeletbeli grafikonon a felelősség lehetőségeit egy adott személy szemszögéből vizsgálva megállapítható, hogy a mozgástér és a felelősség egyenes arányossággal ábrázolható. Ahol nagy a mozgástér, ott – ideális esetet feltételezve – nagy a személyi felelősség is (egészséges életmód valamennyi szempontja, káros szenvedélyek kerülése, rend-

szerez testmozgás). Viszont a korlátozottabb mozgástérrel bíró területeken már teljes személyi igyekezetek dacára is csak közepes mértékben érvényesülhet a hatékonyság, mivel pl. a környezeti káros tényezők egy részében van csak lehetőség azok tudatos kiiktatására, mint levegőtisztaság, vagy élelmiszerbiztonság stb. A harmadik esetben, mikor jogszabályok, biztosítói protokollok, technológiai feltételrendszerek függvényében stb. vizsgáljuk az egyén mozgásterét, akkor a legkisebbnek ítélnélhető a személyi hatékonyság mértéke.

OSZTOTT FELELŐSSÉGRŐL SZÁMOKBAN

Abban a szemléletváltásban, hogy az egészség nemcsak az egészségügy „terméke”, azaz osztott felelősség, kiemelt jelentősége van a WHO 1946-ból származó meghatározásának, mely szerint „az egészség a teljes testi, lelki – szellemi és szociális jólét, nem csupán a betegség, illetve a testi nyomorúság hiánya” [19]. A Lalonde report néven híressé vált WHO dokumentum (New perspective on the health of Canadians, Ottawa 1974) volt az, ami szakított a hagyományos biomedikális szemlélettel, és az egészségben a gyógyítás mindenhatósága helyett az egészség (elsősorban külső) feltételeinek biztosítására helyezte a hangsúlyt. Ennek számszerűsítése nem egyszerű, mert az egyes komponensek jelentősége nagyban eltér az országok gazdasági és kulturális státuszának függvényében. A 20. század végi OECD, WHO adatok alapján az országok széles körét tekintve az egészségügyre eső felelősséghányad 11-25% között mozog. Magyarországi adat szerint (Józan P.) az egészségügyi ellátás szerepe 18%. Az eltérés mértéke érthető, ha pl. Etiópiát és az USA-t tartjuk két szélső pontnak. Természetesen egy adott országon belül sem láthatunk feltétlenül azonos százalékot, ami annak függvényében is változhat, hogy pontosan ki, hol és milyen mértékig érintett az egyes, korábban felsorolt hatásokban.



2. ábra
Az egészségügy felelősségi aránya az egészségi állapotra [20]

Ide kívánczik Dr. Kincses Gyula megállapítása, mely szerint a „Az egészségügy szerepének ilyen értékelése csak populációs szinten igaz, a beteg ember számára természetesen az egészségügyi ellátás fejlettsége és hozzáférhetősége a meghatározó”.

ÖSSZEFOGLALÁS

A 2. ábrán bemutatott kördiagram alapján is megállapítható, hogy mennyire összetett a témakör és mekkora az a nagyságrend, ahol hivatásunknak megfelelően egyáltalán lényegi mozgástérrel bírhatunk. Ez elsősorban el kell gondolkotasson bennünket, hogy saját területünkön igyekezzünk mindent megtenni és lehetőségeink függvényében teljességgel megfelelni magunkkal szemben támasztott „felelősségi” elvárásainknak. Ugyanakkor a diagram ismeretében azon részvevők számára is gondolatébresztő lehet a cikk, akik a felelősség kérdésében nem érzik magukat érintetteknek, pedig... Aki meg akar tenni valamit, talál rá módot, aki nem, az talál kifogást! (Stephen Dolly)

Köszönetnyilvánítás

Szeretném köszönetemet kifejezni Dr. Kincses Gyulának konzultációs segítségéért!

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] in: <https://www.health.gov.au/publicationsfiles/healthatag-lance2017.pdf> p.49
- [2] Campagne detox du WWF. World Wildlife Fund 2005
- [3] Samsel A, Seneff S: Glyphosate, pathways to modern diseases II: Celiac sprue and gluten intolerance, *Interdiscip Toxicol*, 2013, Dec;6(4):159-84. doi: 10.2478/intox-2013-0026.
- [4] Varga I: Cooperation Based Medicine, mint a paradigmaváltás alapja az egészségügyben, *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy XVI. évfolyam 8. szám 2017. szeptember*
- [5] Rakel D: *Integrative Medicine 4th Edition*, Elsevier, 2017
- [6] Kincses Gy: Egészségügy csendes válaszára, *Egészségtudomány*, LIX évfolyam, 2015, 1. szám
- [7] Kincses Gy: Mire szerveződik, azaz milyen kockázatokat fed le a kötelező egészségbiztosítás? – Szempontok az újragondoláshoz II. rész, *IME*, X. évf. 2001/8
- [8] Varga I: Az onkopszichológia holisztikus megközelítése: rákbetegek pszichoszociális támogatása saját tapasztalatok alapján. *IME XVI. évf (2017) 5. szám 33-39*
- [9] Holick MF: Van új a nap alatt! – M. Holick endokrinológus professzor a D-vitamin aktuális kérdéseiről, *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy IME*, 2015, 14:34-6.
- [10] Paragh Gy.: A metabolikus szindróma fogalma, diagnosztikája, terápiás lehetőségei, *IME XVI. évf.*, 2017, 3.szám, 48-53
- [11] Clayton P: „Nem a tünetet kell kezelni, hanem az okot megszüntetni”, *IME – XIV. évfolyam*, 2015, 10. szám, 31-33
- [12] Clayton P: Ne Gyulladj Be! A krónikus gyulladás, mint a betegségek fő oka és az általa okozott károk, *Biogenic World Laboratories Europe Kft.*
- [13] Rolland M, Le Moal J: Decline in semen concentration and morphology in sample of 26609 men close general

population between 1989 and 2005 in France”, Hum Reprod, 2012, Dec 4

[14] Mascarenhas MN, Flaxman SR, „National, regional, and global trend in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys”, PLoS Med, 2012, Dec;(12):e1001356

[15] Pérez CV, Theas MS: Dual role of immune cells in the testis: Protective or pathogenic for germ cells? Spermatogenesis, 2013, Jan 1;(1):e23870.

[16] Levine H: Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis Human Reproduction Update, pp. 1–14, 2017.

[17] Hay-Schmidt A, Finkielman OTE, Jensen BAH, Høgsbro CF, Bak Holm J, Johansen KH, Jensen TK, Andrade AM, Swan SH, Bornehag CG, Brunak S, Jegou B, Kristiansen

K, Kristensen DM: Prenatal exposure to paracetamol/acetaminophen and precursor aniline impairs masculinisation of male brain and behaviour, Reproduction, 2017, Aug;154(2):145-152. doi: 10.1530/REP-17-0165. Epub 2017 May 30.

[18] Society for Endocrinology: Taking paracetamol during pregnancy may reduce fertility of daughters. ScienceDaily, ScienceDaily, 6 January 2018. www.sciencedaily.com/releases/2018/01/180106103439.html

[19] WHO 1946 <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

[20] Kincses Gyula egészségpolitikai ábra gyűjtemény http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/egeszsegpolitikai_abragyujt_011_06.pdf

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Varga Imre 1976-ban szerzett általános orvosi diplomát Debrecenben. 1981-ben szakvizsgázott az Orvostovábbképző Egyetem Urológiai Klinikáján. 2000-ben szerzett a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen egészségügyi menedzser diplomát. Alapító tagja – kezdetben titkára, majd éveken át elnöke, 2017-től örökös tiszteletbeli elnöke – a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetségnek. A Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet uroló-

gus szakorvosa. Szakmai tanulmányutak: Ausztrália, Flinders Medical Center. Az USA 10 államában szervezési, egynapos szolgáltatások vizsgálata, szerkezetátalakítás, irányított betegellátás szervezésstréning program USAID segítségével. Jelenleg a Debreceni Orvosegyetem Holisztikus Medicina speciálkollégiumi oktatás programvezetője. Szervezési-kutatási területe: az egynapos és az ambuláns ellátások, komplex egészségügyi rendszerek működtetése, holisztikus/integratív kultúráváltás tanulmányozása. Alapításától, 2002-től az IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – tudományos folyóirat – Szerkesztőbizottságának a tagja.

Innovatív fejlesztések az egészségügyi informatikában

Egy új, az egészségügyben zajló informatikai fejlesztésnek köszönhetően még több egészségügyi ellátó helyre, kórházba, rendelőintézetbe érkehetnek időpontra a betegek.

A projekt 2019 március 20-i nyitórendezvényén Vitályos Eszter, az Emberi Erőforrások Minisztériumának európai uniós fejlesztéspolitikáért felelős államtitkára, Dr. Fábian Károly, egészségügyi fejlesztésekért felelős helyettes államtitkár, Vartus Gergely, az E-health koordinációjáért felelős miniszteri biztos és Dr. Gondos Miklós, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ főigazgatója, valamint szakmai vezetők számoltak be a rendszer megújításának irányairól.

A rendszernek köszönhetően új adatokkal bővítik az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Teret (EESZT). Öt évre visszamenően feltöltik a múltbeli betegadatokat, folytatják az iratok standardizálását, megvalósítják a mentésirányítási információk elektronikus átadását a kórházaknak. Tökéletesítik továbbá az Országos Onkológiai Informatikai Rendszert, kifejlesztik a gyógyszerári webes önellenőrzési rendszert, illetve az EESZT-hez illesztik a sugárterhelési nyilvántartást is. A projekt során megvalósul a Telemedicina (távdiagnosztika) központi informatikai rendszer, amely megteremti, hogy az egészségügyi adatok a páciensek otthonában is gyűjthetők legyenek.

A mentőszolgálatnál a Mentésirányítási Rendszer és az EESZT integrációja 2018. november 1-jén megtörtént. Elkészült a Nephrológiai regiszter, és működésbe lépett az objektív újszülöttkori hallásszűrés monitorozására alkalmas rendszer is.

A 22,86 milliárd forint keretösszegű programot az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK), mint konzorciumvezető, az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYEI), a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK), a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) és a Nemzeti Infokommunikációs Szolgáltató Zrt. (NISZ Zrt.) közreműködésével hajtja végre.

A fejlesztés az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP – 1.9.6-16-2017-00001 Elektronikus egészségügyi ágazati fejlesztések kiemelt projekt) keretei között, a Széchenyi 2020 programból valósul meg.

További információ: www.aEEK.hu