

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Egészséggazdasági, egészségpolitikai és
szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2020. 21. sz. (Lapzárta: 2020. november 2. 00:00)

Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

Amerikai elnökválasztás (2020. november 3.)

- Donald Trump és Joe Biden egészségügyi terveiről

Globális egészségügy

- *Global Burden of Disease 2019*

Koronavírus

- *The John Snow Memorandum.* Tudományos konszenzus a koronavírus-járvány második hullámával szembeni fellépésről
- Második jelentés a COVID-19-re adott globális válaszból: egy kollektív kudarc
- COVID-19: A svéd perspektíva
- Halálozási többletráta a világ 21 ipari államában a COVID-19 pandémiával összefüggésben
- Két tanulmány a halálozási többletrátáról az Egyesült Államokban és további 18 ipari államban a COVID-19-pandémiával összefüggésben
- Könyvajánló. Pandémia-menedzsment az ápolási intézményekben
- Férfi-dominancia a COVID-19-pandémiával összefüggő döntéshozatali rendszerben
- Összeesküvéselméletek a koronavírusról

Európa

- Jelentés az antimikrobiális szerek állategészségügy területén való alkalmazásáról 31 európai országban 2018-ban
- Európai kampány a munkahelyi egészségért

Kórházügy

- Pszichiátriai barométer 2018/2019. A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete

Gyógyszer

- Tanulmány a globális hatóanyagtermelésről
- Osztrák szakértők állásfoglalásai az európai gyógyszertermelésről
- A *Salerno-i Ediktum*. Vita a gyógyszerészeti és orvosi kompetenciák szétválasztásáról

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben – *Pflege-Report 2020* (3. rész): Nemzetközi tapasztalatok. Svédország

Kardiológia

- A szívsebészeti beavatkozások statisztikája Németországban 2018-ban

Personalia

- Jan Blatny, új cseh egészségügyi miniszter
- Prof. Nachman Ash MD, MHA, Izrael új COVID-19-megbízottja
- Személycserék a Fresenius felügyelőbizottságában

Ráadás

- 30 éves a romániai orvosi sürgősségi ellátás és rohammentőszolgálat. Raed Arafat és a SMURD sikertörténete

A sajtószemle az EGVE honlapján: <http://www.egve.hu/sajtoszemle>

*Amerikai elnökválasztás (2020. november 3.)
Donald Trump és Joe Biden egészségügyi terveiről*
Medscape, 29 Sept 2020

Kulcsszavak: amerikai elnökválasztás, egészségpolitika, egészségügyi programok, Donald Trump, Joe Biden, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://www.medscape.com/viewarticle/938267>

Sabrina Corlette JD (co-director of the Center on Health Insurance Reforms at Georgetown University's McCourt School of Public Policy) szerint a mostani elnökválasztásban az egészségügyi témák rendkívüli fajsúllyal jelennek meg.

COVID-19:

Trump az oltóanyagfejlesztésre helyezi a hangsúlyt. A fejlesztés felgyorsítása érdekében elindította a *Warp Speed* műveletet, néhány hete pedig bejelentette, hogy az oltóanyag a választás napjára rendelkezésre állhat. A kormány a *Warp Speed* keretében hat gyógyszergyártóval 11 milliárd USD összegben kötött szerződéseket. [Lásd még: 2020. 16. sz.] Trump augusztusban rendeletet bocsátott ki, amely utasította a *Medicare & Medicaid* szolgálatokat a telemedicina szolgáltatások vidéki lakosság számára való kiterjesztésére.

Biden részletes koronavírus elleni akcióttervet hirdetett, amelynek sarkalatos pontjai: ingyenes COVID-19-teszt minden amerikai részére; 100.000 munkatárs beállítása a kontaktusok utánkövetésére; a kezelések finanszírozásának biztosítása; a biztonsági intézkedések fokozása, különös tekintettel az időskorúak védelmére.

Affordable Care Act:

Trump hivatalba lépése első pillanatától mindent megtett az *Obamacare* hatályon kívül helyezéséért: A republikánusok szerint a szabad piac sok mindent megold az egészségügy területén, teret nyit az innovációnak és a választási lehetőségeknek. A demokraták alapvető emberi jognak tekintik az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, e jog biztosítása az állam kötelessége.

Biden az *Obamacare* megerősítésére és kiterjesztésére törekszik. Kiegészítő szolgáltatások segítségével lehetségessé tenné, hogy az amerikaiak 97%-a biztosítási védelemben részesüljön. Biden programjának kulcsfontosságú eleme egy *Medicare*-szerű opció, amely alternatívát nyújtana a kisvállalkozók részére. Ez a következő tíz évben 750 milliárd USD-be kerülne, amit a gazdagok adójának emeléséből finanszíroznának.

Trump számos intézkedéssel gáncsolta az *Obamacare* alkalmazását: megvonta egyes programok finanszírozását, alternatív tervet jelentett be a rászorulóknak ellátásának biztosítására. Szeptember 24-én aláírta az *America First Healthcare Plan*-t.

Gyógyszerárak:

A gyógyszerárak az *Obamacare* bevezetése óta folyamatosan növekedtek, ma már a tervezett inflációs ráta kétszeresét teszik ki. A *Centers for Medicare & Medicaid Services*

adatai szerint a vényköteles gyógyszerekre fordított kiadások az elmúlt tíz év során 42%-kal, 253.1 milliárd USD-ről (2010) 358.7 milliárd USD-re (2020) növekedtek.

Biden támogatja a demokrata többségű Képviselőház törvénytervezetét, amely felhatalmazza a *Medicare*-t, hogy a privát biztosítókhoz hasonlóan tárgyaljon a gyógyszergyártókkal a gyógyszerárakról. Ezt egyelőre egy másik szövetségi törvény akadályozza. Támogatja továbbá a kedvezőbb árú külföldi gyógyszerek behozatali tilalmának feloldását. Egy független bizottság felállítása mellett foglal állást, amely meghatározza, az új, konkurens nélküli gyógyszerek maximális árát és jobb helyzetbe hozza a generikumokat.

Trump két hete rendeletet bocsátott ki, amelynek célja a gyógyszerárak *Medicare*-betegek számára való csökkentése. A gyógyszercégek egyemberként léptek fel a rendelet ellen. Szakértők szerint a Fehér Háznak nincs lehetősége annak a Kongresszus jóváhagyása nélküli hatályba léptetésére. A rendelet előreláthatóan bíróság elé kerül.

Trump szerint a gyógyszercégeket kötelezni kellene arra, hogy a tévéreklámokban közöljék a gyógyszer árát is. Ezt egy szövetségi bíróság már meg is akadályozta.

Az elnök júliusban aláírt egy rendeletet, amely csökkenti az inzulin és az adrenalin árát az alacsonyabb jövedelműek részére. Engedélyezi továbbá a kedvezőbb árú külföldi gyógyszerek importját, ami csökkenti az ún. „*Pharmacy Benefit Manager*”-ek profitját. Szakértők szerint ez is csak a Kongresszus jóváhagyásával léphet hatályba.

Medicare és Medicaid:

A *Medicare* az időskorúak, a *Medicaid* a fogyatékkal élők és alacsony jövedelműek biztosítási rendszere. Függetlenül attól, hogy ki lesz az elnök, a Kongresszusnak súlyos döntéseket kell elfogadnia a két biztosítás jövőjéről.

Trump augusztusban rendeletet bocsátott ki, amely egyoldalúan csökkenti a személyi jövedelemadót, amely a *Medicare* legfontosabb pénzügyi forrása. Egyes közgazdászok szerint a *Medicare Part A* legkorábban 2022-ben fizetésekképtelenné válhat.

Trump újjavaslatára esetén a személyi jövedelemadó mértékének stabilizálását tervezi. Több költségvetési tervezettel állt elő, amelyek mindkét biztosítás támogatásának csökkenésével járnak.

Biden javaslata szerint a *Medicare* jogosultjainak korhatárát 65-ről 60 évre kellene csökkenteni, így az további 20 millió amerikaira terjedne ki. Javasolja a *Medicare* szövetségi forrásainak a szövetségi államok részére történő emelését.

Terhességmegszakítás:

Trump a terhességmegszakítás tilalmát, a terhességmegszakítást végző kórházak támogatásának megvonását támogatja.

Biden 1973-ban még úgy ítélte meg, hogy a Legfelső Bíróság túl messzire ment az abortusz legalizálásához vezető „*Roe vs. Wade*” ügyben, amit később átértékelte. Ugyancsak felülbírált a *Hyde-kiegészítéssel* kapcsolatban vallott korábbi álláspontját (amely megtiltja, hogy az abortuszklinikák állami pénzekből részesüljenek az elvégzett műtétek után, kivéve, ha...) . Most a „*Planned Parenthood*” szövetségi finanszírozásának visszaállítását ígéri.

***Global Burden of Disease 2019 – GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators.
Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019:
a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.***

Lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1204-1222. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).

Kulcsszavak: globális egészségügy, globális betegségteher, egészségkárosodással korrigált életévek, Disability-Adjusted Life Years (DALY), Global Burden of Disease, Global Health Data Exchange, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019> ;
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)

A *Global Burden of Disease* konzorcium kutatói az utóbbi 30 év egészségügyi trendjeit értékelték 369 betegség vonatkozásában. A jelentés letölthető a *Global Health Data Exchange GBD 2019* honlapjáról.

Eredmények

- Az elmúlt 30 év során a világ lakosságának – egészségkárosodással korrigált életévekben (*Disability-Adjusted Life Years – DALY*) – mért egészségi állapota folyamatosan javult. A lakosságnövekedés és a megnövekedett átlagéletkor figyelembevételével a DALY stabil.
- Az 1990 és 2010 közötti időszakhoz viszonyítva 2010. óta az egészségkárosodással korrigált életévek számának csökkenése az 50 év alattiak körében felgyorsult. Ebből elsősorban a 10 éven aluli gyermekek profitálnak.
- 2019-ben a 10 éven aluli gyermekek körében az egészségkárosodással korrigált életévek számának csökkenésével kapcsolatban a 10 legfontosabb ok közül 6 fertőző betegség volt, többek között légúti megbetegedések, hasmenéses betegségek, malária és agyhártyagyulladás.
- A 10 és 24 év közötti fiatalkorúak körében az egészségkárosodással korrigált életévek számának csökkenésével kapcsolatban a legfontosabb okok a közúti balesetek (1. hely), az önsebesítések(3. hely) és az erőszak (5. hely).
- A 25 és 49 év közöttiek korcsoportjában a sorrend: közúti sérülések, HIV/AIDS, szívbetegségek, hátfájás, fejfájás, depresszió.
- Az 50 és 74 év közöttiek és a 75 év fölöttiek korcsoportjában az egészségkárosodással korrigált életévek leggyakoribb okai az ischiemiás szívbetegségek és a stroke.

Finanszírozás: Bill & Melinda Gates Foundation

***The John Snow Memorandum. Tudományos konszenzus
a koronavírus-járvány második hullámával szembeni fellépésről***

The Lancet, Published: October 15, 2020 ;

DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32153-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32153-X)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus-járvány, COVID-19, The John Snow Memorandum, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32153-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32153-X/fulltext) ;

The John Snow Memorandum: <https://www.johnsnowmemo.com/> ;

Az aláírók névsora: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32153-X/fulltext#sec1](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32153-X/fulltext#sec1) ; [https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736\(20\)32153-X/attachment/b53d2004-138d-481d-b7a8-8528858a40f1/mmc1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(20)32153-X/attachment/b53d2004-138d-481d-b7a8-8528858a40f1/mmc1.pdf)

Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint az új koronavírus (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 – SARS-CoV-2*) 2020. október 12-ig világviszonylatban 35 millió ember megfertőződését okozta és több mint egymillió emberéletet követelt. A ***The John Snow Memorandum*** kezdeményezői szerint a tél közeledtével sürgős cselekvésre, hatékony stratégiákra van szükség.

A pandémia első hulláma idején az országok többségében kijárási korlátozásokat rendeltek el. Ez a halálozás csökkentése, az egészségügyi szolgálatok megterheltségének megelőzése és a pandémiával szembeni időnyerés szempontjából volt fontos. A *lockdown* azonban bomlasztó hatással járt, ártott az emberek testi-lelki egészségének és a népgazdaságnak is. Széleskörű demoralizálódást és bizalomvesztést eredményezett.

A második hullám közeledtével egyre nagyobb érdeklődés nyilvánul meg az ún. nyájimmunitás iránt, amellyel kapcsolatban az alacsony kockázatú lakosság körében engednék a kontrollálatlan kitörésnek, miközben védenék a magas kockázatú lakosságot. Ez egy súlyos és veszélyes megtévesztés, amely nem rendelkezik tudományos bizonyítékkal.

Hogy csak néhány sikertörténetet idézzünk: Japán, Vietnám és Új-Zéland határozott népegészségügyi intézkedésekkel kontrollálta a fertőzés terjedését és előmozdította az élet normálishoz közeli kerékvágásba való visszatérését. A tanulság egyértelmű: az elkövetkező hónapokban, a hatékony vakcinák és terápiák bevezetéséig, társadalmaink és gazdaságaink megvédése azon múlik, hogy mennyiben tudjuk kontrollálni a COVID-19 közösségi terjedését.

***Második jelentés a COVID-19-re adott globális válaszról:
egy kollektív kudarc***

HealthManagement.org, Exec Highlights, Week 39 / 2020, 15 Sep 2020

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus-járvány, COVID-19, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://healthmanagement.org/c/hospital/news/global-covid-19-response-a-collective-failure> ;

A World in Disorder (52 p.):

https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_AR_2020_EN.pdf

A *Global Preparedness Monitoring Board (GPMB)* kibocsátotta 'A World in Disorder' c. második jelentését, amelyben élesen bírálja a COVID-19 pandémiával szembeni globális fellépést.

A 2017-ben létrehozott és formálisan 2018-ban elindított *GPMB* a globális egészségügyi válságokra való felkészítésre hivatott független monitorizáló és elszámoltató testület. Az első 'A World in Disorder' jelentés 2019 szeptemberében jelent meg, amelyben a csoport rámutatott, hogy globális szinten felkészületlenek vagyunk egy légzőszervi kórokozóval szembeni fellépésre, amely több millió emberéletet követelhet és felemésztheti a világgazdaság 5%-át. A szervezet sürgős cselekvésre szólított fel annak érdekében, hogy ne ismétlődhessen meg a korábbi egészségügyi válságok esetén túltengő „pánik és hanyagság”.

A korábbi dokumentumon alapuló jelenlegi jelentés a COVID-19-pandémia kontextusában készült. A szerzők szerint a pandémiával szembeni fellépés kész kollektív kudarcnak minősíthető, a nemzeti és nemzetközi grémiumok a prevenció, a felkészülés és a válasz tekintetében nem értek el komoly eredményeket, nem tudtak adekvát prioritásokat felállítani, hiányzik a vezetők elszámoltathatósága, a geopolitikai szempontoktól való függés aláásta a multilaterális akciót.

A jelentés a prevenció jelentőségét szemléltetve úgy számol, hogy a jelenlegi prevenció hiányából származó veszteség egy 500 évre kiterjedő pandémiás felkészülés költségeihez hasonlítható. Előrejelzése szerint a COVID-19 szocioökonómiai következményei tartósak lesznek. A COVID-19-re adott válasz költségei jelenleg több mint 9 trillió EUR-ba (11 trillió USD) kerülnek, ám a jövőbeli bevételkiesés is meghaladhatja a 8.5 trillió EUR-t (10 trillió USD).

COVID-19: A svéd perspektíva

HealthManagement.org, Volume 20 - Issue 7, 2020

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus-járvány, COVID-19, Svédország

Forrás Internet-helye:

<https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/management-of-covid-19-pandemic-the-swedish-perspective>

A decentralizált svéd rendszerben a felelősség a regionális tanácsokra, egyes esetekben a lokális tanácsokra vagy kommunális testületekre hárul. Az egészségügy és a szociális ügyek területén alkalmazott jogszabály a ***Health and Medical Service Act***. A központi kormányzat feladata az elvek és guideline-ok kidolgozása, az egészségügyi politikai agenda kitűzése. A regionális tanácsok tagjait négyévente választják. A központi és helyi politikusok közötti párbeszéd közelebb hozza a polgárokhoz az egészségügyi témákat. A ***Public Health Agency*** bizonyítékokon alapuló ismereteket szolgáltat a nemzeti kormány, a regionális ügynökségek és a kommunális testületek számára a fertőző betegségek kontrolljáról, a népegészségügy helyzetéről, beleértve az egészségügyi technológiai értékelést. Az ügynökség orvosi, gazdasági, etikai és szociális szempontok szerint értékeli az új gyógyító eljárásokat. Az értékeléseket döntéshozatal céljából a központi és lokális kormányzat, valamint az orvosi személyzet rendelkezésére bocsátják.

A COVID-19-pandémia beálltával a svéd kormány a forráshiány miatt a sérülékeny csoportok védelmét helyezte előtérbe. A lakosságot ellátták a szükséges információkkal, utasításokkal és ajánlásokkal. A svéd társadalom kulturális és viselkedési mintáinak összefüggésében nem alkalmaztak korlátozásokat, a lakosságot a ***Public Health Agency*** ajánlásainak betartására kérték. A stratégiai döntéseket övező egységet és konszenzust fokozták a kormányzati vezetők és intézmények részvételével tartott gyakori média-konferenciák. Svédországban, más jóléti államokhoz hasonlóan igen magas a fertőzésekkel összefüggő halálozási ráta.

Prof. Amir Khorram-Manesh, Institute of Clinical Sciences Sahlgrenska Academy Gothenburg University – Swedish Armed Forces Center for Defense Medicine

***Halálzási többletráta a világ 21 ipari államában
a koronavírussal összefüggésben***

nature medicine, Published: 14 October 2020

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus-járvány, COVID-19, halálzás, halálzási többletráta, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1112-0>

Brit kutatók számításai szerint a pandémia kezdete óta a világ 21 ipari államában feltehetően 206.000-rel többen haltak meg, mint amennyi haláleset pandémia nélkül bekövetkezett volna. A halálzási többletráta Angliában, Wales-ben és Spanyolországban a legmagasabb.

A kutatók a több mint négymillió lakossal rendelkező országok 2020-ban hetente regisztrált halálzási adatait vették figyelembe, amelyeket életkor és nem szerint csoportosítottak. A vizsgálat a 2015 és 2020 május vége közötti időszakra terjedt ki. A 2020 február óta bekövetkező halálzási többletrátát az előző években regisztrált halálesetekkel való összehasonlítással határozták meg. Ezek megoszlása nyilvánvalóan arányosan oszlik meg a két nem között. A halálzási többletráta Angliában, Wales-ben és Spanyolországban volt a legmagasabb, ahol a többi halálesethez képest 100.000 lakosra további 100 haláleset jutott. Ez nagyjából 37%-os növekedésnek felel meg. Spanyolországban a relatív növekedés mértéke 38% volt. A vizsgálat eredményei szerint a relatív növekedés a férfiak körében Ausztriában (100.000 lakosra 14,3 további haláleset), Svájcban (21,9) és Portugáliában (férfiaknál 27,4, nőknél 28,7) volt a legalacsonyabb.

*Két tanulmány a halálozási többletrátáról
az Egyesült Államokban a COVID-19 pandémiával összefüggésben*
JAMA. Published online October 12, 2020. doi:10.1001/jama.2020.19545 ;
JAMA. Published online October 12, 2020. doi:10.1001/jama.2020.20717

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus-járvány, COVID-19, halálozás, halálozási többletráta, Egyesült Államok, OECD

Forrás Internet-helye:

A Woolf munkaközösség abstract-je:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771761> ;

Az Emanuel munkaközösség abstract-je:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771841> ;

A Virginia Commonwealth University sajtóközleménye:

https://news.vcu.edu/article/Total_deaths_recorded_during_the_pandemic_far_exceed_those_attributed

A Dr. Steven H. Woolf (Department of Family Medicine and Population Health, Virginia Commonwealth University School of Medicine, Richmond, Virginia, USA) és mt. a National Center for Health Statistics és a US Census Bureau adatai alapján értékelték a 2020. március 1. és augusztus 1. közötti haláleseteket. Azokat a haláleseteket vették figyelembe, amelyeknél a COVID-19 egyetlen halálok, vagy az elhalálozást okozó fő halálok volt. A tanulmány szerint ebben az öthónapos időszakban összesen 1.336.561 haláleset következett be, ami 225.530 esettel, 20%-kal több mint az előző évek hasonló időszakában volt, New York-ban azonban a növekedés ebben az időszakban elérte a 65%-ot. Ez 67%-os túlhalálozásnak felel meg.

A JAMA két főszerkesztője, Dr. Howard Bauchner és Dr. Phil B. Fontanarosa szerint ebből 2020 végéig extrapolálva, a halálesetek számának 400.000-re való növekedése adódik. Ez meghaladja a koreai és a vietnámi háborúban elesettek számát és a második világháborús veszteségekhez közelít.

Alyssa Bilinski (Interfaculty Initiative in Health Policy, Harvard Graduate School of Arts and Sciences, Cambridge, Massachusetts, USA), Dr. Ezekiel J. Emanuel (University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Philadelphia, USA) és mt. tanulmánya az Egyesült Államokra, valamint az OECD további 18 tagállamára terjedt ki, amelyek lakossága meghaladja az ötmilliót és amelyekben az egy főre eső GDP legalább 25.000 USD.

Elemzésük szerint az OECD-országok a COVID-19-halálozás tekintetében három csoportra oszthatók:

- alacsony halálozás (< 5 / 100.000): Dél-Korea, Japán, Ausztrália,
- mérsékelt halálozás (5 – 25 / 100.000): Norvégia, Finnország, Ausztria, Dánia, Németország, Izrael, Svájc, Kanada,
- magas halálozás (> 25 / 100.000): Hollandia, Franciaország, Svédország, Olaszország, Egyesült Államok, Nagy-Britannia, Spanyolország, Belgium.

A szerzők három scenárium segítségével kiszámították, hogy hány százalékkal több COVID-19 miatti további (vagy kevesebb) haláleset következett volna be az Egyesült Államokban a referencia-országokkal szemben, ha az amerikai halálozási ráta a pandémia kezdete (február 13.), vagy május 10., vagy június 7. óta ugyanolyan magas lett volna, mint az adott referencia-országban. Ebből az alábbi hipotetikus értékek adódtak:

- Dél-Koreához viszonyítva 99 / 61 / 45 %
- Németországhoz viszonyítva 81 / 57 / 44 %
- Kanadához viszonyítva 59 / 41 / 38 %
- Olaszországhoz viszonyítva 2 / 46 / 40 %
- Nagy-Britanniához viszonyítva – 4 / 34 / 37 %
- Belgiumhoz viszonyítva – 44 / 41 / 38 %

A különbség a 100.000 lakosra jutó halálozási többletráta tekintetében, a pandémia kezdetéhez, május 10-hez, ill. június 7-hez viszonyítva, július 15-vel bezárólag, 2020-hoz viszonyítva a 2015-2019 közötti időszakban a megfelelő naptári heteken az alábbi értékeket eredményezte:

- Norvégia -2,6 / -4,3 – 2,1
- Németország 10,0 / 1,4 / - 0,2
- Kanada 13,3 / - 3,7 / - 7,6
- Nagy-Britannia 94,5 / 13,7 / - 1,2
- Belgium 67,8 / -4,6 / - 6,4
- Egyesült Államok 71,6 / 31,2 / 19,4

[Lásd még: *Halálozási többletráta New York City-ben az 1918-as spanyolnátha és a COVID-19-pandémia idején, 2020. 18. sz.*]

Könyvajánló
Pandémia-menedzsment az ápolási intézményekben
medhochzwei, Oktober 2020

Kulcsszavak: ápolás, bentlakásos intézményi ápolás, pandémia, pandémia-menedzsment, guideline, koronavírus-járvány, COVID-19, SARS-CoV-2, Németország

Forrás Internet-helye:

[https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm&ogbl#section_query/\(in%3Ainbox+OR+label%3A%5Eiim\)+is%3Aimportant/FMfcgxwKhqkQdRslhGtfCXxZRdKIDBKj](https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm&ogbl#section_query/(in%3Ainbox+OR+label%3A%5Eiim)+is%3Aimportant/FMfcgxwKhqkQdRslhGtfCXxZRdKIDBKj) ;
https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/pandemie-management-978-3-86216-765-4?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Test2

Az ápolási otthonoknak a jövőben a „korona- és pandémia-menedzsment” minőségügyi kritériumait is be kell tartaniuk. A minőségügyi vizsgálatok új kritériumai az ambuláns ápolás területén 2021 januárjában lépnek hatályba. Hogyan képes alkalmazkodni az üzemeltetés a pandémia folyamatosan változó követelményeihez? Hogyan akadályozható meg a vírus terjedése az intézményben és hogyan valósul meg az ügyfelek, lakók és hozzátartozók részére nyújtott tanácsadás?

Ilyen és további hasonló kérdésekre kísérel meg választ adni a „*Pandémia-menedzsment az ápolási intézményekben*” c. szakkönyv. A szerzők koncepciója, a cselekvési iránymutatások és checklisták jól illeszthetők az ambuláns és teljeskörű bentlakásos ápolási intézmények individuális struktúráihoz. A könyv eligazítást nyújt az ápolási intézmények részére egy működőképes belső pandémia-menedzsment kialakítására, amely már eleve preventív módon működik és alkalmas a továbbfejlesztésre.

Endris Björn Heimer / Julia Ratz / Susanne Steinröhder: Pandemie-Management für Pflegeeinrichtungen, medhochzwei Verlag, 1. Auflage, Oktober 2020. 160 S., 59,99 EUR ; ISBN: 978-3-86216-765-4

Endris Björn Heimer, okleveles szakápoló, intézményvezető, minőségügyi megbízott, betegápolási és idősápolási közgazdász. Különböző ápolóképző főiskolákon docens, a minőségbiztosítás, a dokumentáció és a minőségügyi menedzsment oktatója. Az ápolási dokumentáció bürokráciamentesítését célzó strukturális modell alkalmazásának képzett multiplikátora (EinSTEP® Projektbüro).

Julia Ratz, végzettsége: Bachelor of Science in Economics (Bonn). A BICURA vállalkozói társaság igazgatója. Adminisztratív, személyügyi és pénzügyi kérdésekben nyújt tanácsadást egészségügyi és ápolási intézmények részére.

Férfi-dominancia a COVID-19-járvánnyal összefüggő döntéshozatali rendszerben

BMJ Global Health 2020;5:e003549. doi:10.1136/bmjgh-2020-003549 (19 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus-járvány, COVID-19, döntéshozatal, nemek közötti esélyegyenlőség, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://gh.bmj.com/content/5/10/e003549> ;

<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/10/e003549.full.pdf> ;

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.13.20152397v2>

Kim Robin van Daalen (*Cardiovascular Epidemiology Unit, Cambridge University, Cambridge, UK*), **Csongor Bajnoczki** (*UHC2030 Alliance, Health Systems Governance Collaborative, World Health Organization, Geneva, Switzerland*) és *mt.* a 2020 júniusával lezáródó időszakban az ENSZ 193 tagállama vonatkozásában, csak az Interneten rendelkezésre álló adatok alapján értékelték az állami grémiumok nemi összetételét. Vizsgálták továbbá a globális grémiumokat, többek között az Egészségügyi Világszervezet testületeit is.

87 ország vonatkozásában, összesen 115 szakértői és döntéshozatali grémium tekintetében elégséges információ állt rendelkezésre.

Eredményeik szerint a nemzeti grémiumok 85,2%-ában domináltak a férfiak, 11,5%-ában a nők. Az esetek 3,5%-ánál az arány kiegyensúlyozott volt. A grémiumok 81%-át férfiak irányították.

A helyzet a nemzetközi teamek összetétele tekintetében sem rózsásabb: hét csoport közül egy volt női többségű: az *EU COVID-19 Response Team*-je (4 nő, 2 férfi), amelynek élén Dr. Ursula von der Leyen, az Európai Bizottság elnöke áll. Ráadásul a nők inkább tanácsadó testületekben vannak jelen, döntéshozatali grémiumokban kevésbé. Jellemzően sok nő van az osztrák, a belga, a holland, az észt és az ecuadori teamekben. Ebben a tekintetben azonban az amerikai *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* grémiuma áll az élén (82,4% nő), amelyet az albán (72,7%) és kanadai (71,4%) grémiumok követnek.

Jóllehet a COVID-19 erőteljesebben sújtja a férfiakat, mint a nőket, a nők helyzete számos vonatkozásban kedvezőtlenebb: súlyosabban érintik őket a járvány szociális és gazdasági következményei, a gyermekjóléti intézmények hiánya miatti jövedelemkiesés, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való korlátozott hozzáférés. Az Ebola- és a Zika-járvány idején növekedett a nők halálózása, valamint a nem kívánt terhességek és vetélések száma. A szerzők szerint nemcsak az igazságosság elvéről van szó. A paritásos összetételű grémiumok tendenciálisan jobb döntéseket hoznak. Érdekes következtetésük, hogy azokban az országokban, ahol nő az államfő, a COVID-19 elleni intézkedések hatékonyabbak, a lakosság számához viszonyított halálesetek száma hatszor alacsonyabb. Ebben a tekintetben **Dr. Luca Coscieme** (*Trinity College Dublin*) és *mt.* egyelőre preprintben közzétett tanulmányát idézik.

Összeesküvéselméletek a koronavírusról

Royal Society Open Science, Volume 7, Issue 10, Published:14 October 2020
(2020; DOI: 10.1098/rsos.201199)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus-járvány, COVID-19, összeesküvéselméletek, előítéletek, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsos.201199> ;
<https://www.cam.ac.uk/stories/goviral>

Sander van der Linden (Department of Psychology, University of Cambridge, Downing St., CB2 3EB Cambridge, UK; Winton Centre for Risk and Evidence Communication, University of Cambridge, Wilberforce Road, CB3 0WA Cambridge, UK) ; sander.vanderlinden@psychol.cam.ac.uk

Sander van der Linden (Universitüt of Cambridge) és mt. a világ öt országában mérték fel a koronavírussal összefüggő összeesküvéselméletek terjedésének mechanizmusát. Eredményeik szerint az általánosan alacsony képzettségi szint mellett igen fontos prediktor a számok helytelen értelmezése. Azok az emberek, akik hisznek a koronavírussal kapcsolatos összeesküvéselméletekben, azt hiszik, hogy az 1/1.000 valószínűség magasabb mint az 1/10 valószínűség. Következésképpen az összeesküvéselméletek hívei kevésbé hisznek a kutatóknak és az újságíróknak, többnyire a közösségi médiákból tájékozódnak és nem bíznak az Egészségügyi Világszervezetben. Írországban, Mexikóban és Spanyolországban a konzervatív nézeteket valló emberek inkább hajlanak az összeesküvéselméletekre. Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban ez nem volt egyértelműen kimutatható. Miközben az idősebb emberek általában inkább összeesküvéselmélet-függők, a COVID-19 esetén nem. A felmérések szerint a koronavírussal kapcsolatos összeesküvéselméletekben hívők egyben oltásellenesek is.

A Nagy-Britanniában, Írországban, Mexikóban, Spanyolországban és az Egyesült Államokban az utóbbi hónapokban végzett felmérések szerint nagyon sokan vannak, akik nem tudják elképzelni a vírus természetes kialakulását. Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban a megkérdezettek 22, ill. 23%-a, Írországban 26%-a, Mexikóban és Spanyolországban 33, ill. 37%-a hiszi, hogy a vírust egy wuhani laborban állították elő. A mexikói lakosság 22%-a, az írek, a spanyolok és az amerikaiak 18%-a, a britek 13%-a hisz abban, hogy a vírust egy globális oltási terv részeként szabadították el. A mexikóiak és a spanyolok 16%-a, az írek 12%-a, a britek és az amerikaiak 8%-a hiszi, hogy az 5G-adórtornyok felerősítik a COVID-19 tüneteit.

***Jelentés az antimikrobiális szerek állategészségügy területén
való alkalmazásáról 31 európai országban 2018-ban***

European Medicines Agency (EMA) – European Surveillance of Veterinary
Antimicrobial Consumption (ESVAC), 21 October 2020 (104 p.)

Kulcsszavak: gyógyszer, antibiotikum, antibiotikum rezisztencia, antimikrobiális szerek, állategészségügy, állatgyógyszerek, European Medicines Agency (EMA), European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption (ESVAC), Európai Unió

Forrás Internet-helye: <https://www.ema.europa.eu/en/news/10th-esvac-report-shows-continued-decrease-sales-veterinary-antibiotics> ;
<https://www.ema.europa.eu/en/veterinary-regulatory/overview/antimicrobial-resistance/european-surveillance-veterinary-antimicrobial-consumption-esvac#annual-report-on-sales-of-veterinary-antibiotics-section> ;
https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/sales-veterinary-antimicrobial-agents-31-european-countries-2018-trends-2010-2018-tenth-esvac-report_en.pdf

A *European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption (ESVAC)* létrehozására 2010-ben került sor a *European Medicines Agency (EMA)* keretében. Jelenleg az Európai Gazdasági Térség 30 országa és Svájc szolgáltat adatokat a surveillance-rendszer számára. A 2011 és 2018 közötti időszakra vonatkozóan 25 ország szolgáltatott kimerítő adatokat.

Az EU tagállamai az antibiotikum-fogyasztásnak az állattartás területén való csökkentésén munkálkodnak. Az Európai Gyógyszerügynökség a *European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption (ESVAC)* éves jelentése alapján bejelentette, hogy az állatgyógyszerként engedélyezett antibiotikumok kereskedelmi forgalma 2011 és 2018 között 34%-kal, egyes országokban pedig több mint 50%-kal csökkent.

Különösen örvendetes fejlemény hogy, erőteljesen csökkent az embernél előforduló súlyos fertőzések kezelésére alkalmazott antibiotikum-osztályok forgalma. Többek között a harmadik negyedik generációs cefalosporinok forgalma Európa-szerte 24%-kal, a polymyxineké 70%-kal csökkent. A fluorkinolonok fogyasztása ugyan mindössze 4%-kal, a többi kinoloné 74%-kal csökkent.

Ivo Claassen, az Európai Gyógyszerügynökség állategészségügyi osztályának vezetője szerint az állategészségügyi célokra alkalmazott antibiotikumok fogyasztásának az utóbbi tíz évben való folyamatos csökkenése azt bizonyítja, hogy jó úton járunk az antibiotikum-rezisztenciák leküzdése tekintetében. Az EU guideline-jai és az antibiotikumoknak az állategészségügy területén való körültekintő alkalmazására irányuló kampányok pozitív eredménnyel jártak.

Európai kampány a munkahelyi egészségért
EU-OSHA, 12/10/2020

Kulcsszavak: népegészségügy, munkaegészségügy, munkahelyi egészség, European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Európai Unió

Forrás Internet-helye: <https://osha.europa.eu/de/about-eu-osha/press-room/time-move-eu-osha-launches-campaign-address-europes-most-common-work> ;

<https://healthy-workplaces.eu/en/get-involved/about-campaign>

Az egészséges munkahelyek kampány 2020-2022 honlapja:

<https://healthy-workplaces.eu/en>

Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA) felállítására 1994-ben került sor. Székhelye: Bilbao. Alkalmazottak száma: 67.

*Ügyvezető igazgatója: Dr. Christa Sedlatschek (sedlatschek@osha.europa.eu;
Tel.: 0034 944 358 302 (asszisztens) ; Magyar nyelvű honlap:
<https://osha.europa.eu/hu/about-eu-osha>*

Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség elindította a 2020-2022 időszakra tervezett munkahelyi egészségvédelmi kampányát, amelynek súlypontja a munkavégzéssel összefüggő izom- és csontrendszeri megbetegedésekre irányul.

Az izom- és csontrendszeri megbetegedésekre vonatkozó számos jogszabály és kezdeményezés ellenére Európában jelenleg öt munkavállaló közül három ilyen megbetegedésekben szenved. Ez továbbra is a leggyakrabban előforduló munkavégzéssel összefüggő egészségi probléma, amely az összes munkahelyen és ágazatban előfordul. Az ismétlődő mozdulatok, az ülőmunka, súlyos tárgyak emelése, csupán néhány kockázati tényező, amely hozzájárul e megbetegedésekhez.

Nicolas Schmit, az Európai Bizottság foglalkoztatáspolitikai és szociális jogi biztosa a brüsszeli sajtókonferencián arról beszélt, hogy ez ügyben sürgősen cselekedni kell.

A kampányban részt vesznek az EU-OSHA hálózatai, a nemzeti focal point-ok, a hivatalos kampánypartnerek, a médiapartnerek, valamint az *Enterprise Europe Network*. Ezek Európa-szerte üzeneteket közvetítenek az érintettek, elsősorban a kis- és középvállalkozások felé.

**Dr. Karl Blum et al.: Pszichiátriai barométer 2018/2019 –
PSYCHIatrie Barometer 2018/2019
A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete**
Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, 27. 11. 2019 (66 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, pszichiátria, pszichiátriai intézetek, gazdasági helyzet, Németország

Forrás **Internet-helye:** https://www.dki.de/sites/default/files/2020-01/Psychiatrie%20Barometer%202018_2019_final.pdf ;

Az **összes** **PSYCHIatrie** **Barometer** **2011.** **óta:**
<https://www.dki.de/barometer/psychiatrie-barometer>

A *PSYCHIatrie Barometer* összeállítására a *Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)* fenntartóinak megbízásából évente kerül sor. A fenntartók: a *Német Kórházársaság (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG)*, a *Német Kórházigazgatók Szövetsége (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands – VKD)* és a *Német Vezető Kórházi Orvosok Szövetsége (Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands – VLK)*.

A *PSYCHIatrie Barometer* eddigi kiadásai a DKI honlapjáról letölthetők (www.dki.de).

A *PSYCHIatrie Barometer* 2018/2019 eredményei a pszichiátriai kórházakban és pszichiátriai osztályokon 2018 október és 2019 február között végzett felmérésen alapulnak, amelyben 119 intézmény vett részt.

2. Gazdasági helyzet

2. 1. A gazdasági helyzet megítélése

A megkérdezetteknek az intézmény gazdasági helyzetét kellett értékelniük 2018/2019 fordulóján. Az általános kórházaknak csak a pszichiátriai osztály helyzetét, a pszichiátriai kórházaknak az intézmény egészét kellett értékelniük.

A pszichiátriai kórházak és osztályok 36-36%-a inkább jónak ítéli meg gazdasági helyzetét. A pszichiátriai osztályok 23%-a és az intézetek 11%-a elégedetlen gazdasági helyzetével. A többi intézmény ebben a kérdésben határozatlan.

Az előző évhez viszonyítva a pszichiátriai intézetek és osztályok üzleti klímája javult. Akkor még a pszichiátriai osztályok 15%-a és a pszichiátriai intézetek 6%-a találta nem kielégítőnek gazdasági helyzetét.

2. 2: A gazdasági várakozások megítélése

A 2019-re vonatkozó várakozások tekintetében a pszichiátriai intézetek 55%-a és a kórházi pszichiátriai osztályok 29%-a nyilatkozott úgy, hogy inkább a gazdasági helyzet rosszabbodására számít. Csak néhány intézet és osztály válaszolta, hogy helyzete javulásában reménykedik.

[Lásd még: *Pszichiátriai barométer*, 2012. 9. sz.; 2015. 5. sz.; 2017. 6. sz.; 2018. 18. sz.]

A DKI-Psychiatrie-Barometer 2020/2021 munkálatai 2020. október 26-án elkezdődtek. Az eredmények előreláthatóan 2021 tavaszán jelennek meg.

Tanulmány a globális hatóanyagtermelésről
progenerika, 07. 10. 2020

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszeripar, hatóanyaggyártás, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.progenerika.de/presse/studie-zur-globalen-arzneimittelwirkstoff-produktion/> ; https://www.progenerika.de/wp-content/uploads/2020/10/PM-7.10.2020_API-Studie.pdf ; https://www.progenerika.de/wp-content/uploads/2020/10/201001_Auszuege-Wirkstoffstudie_DE.pdf ; https://www.progenerika.de/wp-content/uploads/2020/10/Wirkstoffstudie_Schaubild.pdf

Legfontosabb eredmények: A megfelelőségi tanúsítványok (*Certificate of Suitability – CEP*) változásának elemzése jelentős piaci eltolódásokat mutat.

- Az adatbank 2000-ben 589 CEP-et tartott nyilván, amelyek 59%-át Európában, 31%-át Ázsiában birtokolják.
- 2020-ra az arány megfordult: összesen 3.786 CEP közül, 63%-ot Ázsiában, 33%-ot Európában birtokolnak.

Az Európában felírt és elfogyasztott hatóanyagok többsége Ázsiából érkezik. A **Pro Generika** megbízásából a *MundiCare Life Science Strategies* által készített elemzés szerint a 20 éve elkezdődött folyamat eredményeként az európai gyógyszerellátás az ázsiai hatóanyaggyártás függvényévé vált.

Európa elveszítette a hatóanyaggyártás területén birtokolt korábbi vezető szerepét. A termeléshez szükséges engedélyezések kétharmada indiai és kínai gyártók birtokában van, amelyek ráadásul csak néhány provincia között oszlanak meg. A vizsgált generikus hatóanyagok egyhatoda esetén nem létezik egyetlen európai gyártó sem. Európában ma már csak viszonylag alacsony termelési volumennel rendelkező hatóanyagot gyártanak, valamint olyanokat, amelyek előállítása komplex folyamat.

A tanulmány több mint 500 hatóanyag gyártásának területi megoszlásáról nyújt áttekintést. Nemcsak az elvándorlást szemlélteti, hanem arra is rámutat, hogy Európában hol nem létezik már hatóanyag-engedélyezés. Pontosan kiszámítja, hogy jelenleg az európai szükségletek fedezésére gyártott fontos hatóanyagok hány százalékát gyártják Európában, ill. Ázsiában.

Osztrák szakértők állásfoglalásai az európai gyógyszertermelésről
Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 61. Jg. (2020) 10, 10-12. p.

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszeripar, gyógyszergyártás, Európa

A kiadvány csak nyomtatott formában áll rendelkezésünkre. A példányokat a kiadó Dr. Josef Hradsky úr kérésére bocsátja rendelkezésünkre.

A gyógyszer szállítások kiesése, a gyógyszerhiány, a minőségügyi problémák már a koronavírus-válság előtt is visszatérő témák voltak. A gyógyszeripar ugyanazon mechanizmusok szerint működik, mint bármely más ipari ágazat, oda helyezi ki a termelést, ahol az olcsóbbnak bizonyul. Az ezzel járó problémák azonban nehezen kezelhetők, a megoldások keresése és a biztonság sokba fog kerülni.

Jan Grumiller (Österreichisches Forschungsinstitut für internationale Entwicklung – ÖFSE) a globális gyógyszeripar értékteremtési láncainak kutatója, aki jelenleg a beszállításoknál és az ellátásban fellépő kiesések okait, valamint a különösen kritikus gyógyszercsoportokat vizsgálja. A gyógyszerellátás területén különösen pregnánsan nyilvánul meg a neoliberális globalizáció és a regionális ellátásbiztonság közötti ellentmondás. A gyógyszeriparban legalább két értékteremtési lánc különböztethető meg: a magasra árazott, innovatív gyógyszereké, valamint az olcsó gyógyszereké, elsősorban a generikumoké. A termelés elvándorlása és a nemzetközi kereskedelemben keletkező kiesés főleg az utóbbiakat érinti. Ezek olyan alacsonyra vannak beárazva, hogy az utóbbi évtizedekben a teljes termelés Kínába és Indiába helyeződött át.

Thierry Langer (Pharmazeutisches Departement der Universität Wien) szerint a keleti országokban az alacsony környezetvédelmi előírások miatt a gyógyszergyártás folyamán multirezisztens baktériumok is kitenyésztődnek, amelyek aztán a tengerbe kerülnek.

Christa Wirthumer-Hoche (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen – BASG) elképzelése szerint az Európában előállított gyógyszereknél saját hazai árakat lehetne megállapítani. Sok más fogyasztási cikknél, mezőgazdasági és élelmiszeripari termékeknél a legváltozatosabb minőségügyi eljárásokat és ösztönzőket alkalmazzák (pl. az osztrák agrárpiaci tanúsítvány – *AMA-Gütesiegel*). Hasonló ösztönzést lehetne alkalmazni a hazai gyártású gyógyszereknél is. Ehhez persze a fizető oldal hosszútávú készsége is szükséges. *A gyógyszerellátás biztosításáról szóló osztrák rendelet (Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittellversorgung)* 2020. április 1-én lépett hatályba [<https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/II/2020/30>]. Ez előírja, hogy az engedélyezés birtokosának, amennyiben két héten belül nem tud szállítani egy vényköteles gyógyszert, ill. amennyiben négy hétig előreláthatóan szállítási nehézségei adódnak, azt be kell jelentenie a **Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)** regiszterénél, amit a hatóság ellenőriz.

Mag. Jörg Wipplinger, MA, wipplinger@gesundheitswirtschaft.at

A Salerno-i Ediktum. Vita a gyógyszerészi és orvosi kompetenciák szétválasztásáról

PZ online, 21. 10. 2020. 09:55

Kulcsszavak: hivatásrend, gyógyszerészek, gyógyszerértörténet, jogtörténet, kultúrtörténet, Salerno-i Ediktum, Zur-Rose-Gruppe, Teleclinic GmbH, Svájc, Európa

Forrás Internet-helye:

https://en.wikipedia.org/wiki/Constitutions_of_Melfi ;

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-edikt-von-salerno-121282/seite/alle/>

Miután a legnagyobb európai internetes gyógyszertár, a **Zur-Rose-Csoport** („közepes nagyságrendű kétjegyű milliós összegért”) felvásárolta a **Teleclinic GmbH** telemedicina szolgáltatót, **Walter Oberhänsli, a Zur-Rose főnöke** és társalapítója azzal kijelentéssel rukkolt elő, hogy ezzel vége a gyógyszerészi és orvosi kompetenciák merev szétválasztását feltételező 800 éves hagyománynak, amit eredetileg a Salerno-i Ediktumban fogalmaztak meg. Nyilatkozata széles visszhangot váltott ki a gyógyszerértári szaksajtóban.

A „**Liber Augustalis**” (más elnevezésekkel: „*constitutiones Regni Siciliae*”, „*Constituzioni die Melfi*”) c. jogszabály-gyűjteményt a Stauf-házi II. Frigyes császár bocsátotta ki az 1231 és 1243 közötti időszakban. [N. B. a „Salerno-i Ediktum elnevezés téves és félrevezető, ám a vita résztvevői ennek ellenére változatlanul erre hivatkoznak – *a szerk.*] Az alapvetően a Két Szicília Királyságának közjogi és egyházjogi viszonyait szabályozó kódex részletes rendelkezéseket tartalmaz az egészségügy és a gyógyszerészet területén. Egyebek között előírja, hogy az orvosok nem tarthatnak fenn gyógyszerészekkel való gazdasági közösséget; szabályozza a rögzített gyógyszerárakat, a letelepedés korlátozását és a gyógyszerészek tevékenységének állami kontrollját.

A kezdetben a dél-itáliai területekre kiterjedő jogszabály elveit később az észak-európai államokban is követték. Ezek ugyanis nem az uralkodó agyából pattantak ki, hanem jól követték az orvosi és gyógyszerészi tevékenységek alakulását. A komplex gyógyszerelőállítás (desztillációs eljárás és sok más teendő) a gyógyszerészek dolga volt, amit egy orvos már nem végezhetett csak úgy balkézről. A gyógyszerész szakma fokozatosan professzionizálódott. A gyógyító hivatásoknak az ediktum általi szétválasztása azonban inkább követendő és célszerű ajánlásnak minősült. Az idők folyamán többször is rögzítették azt az egészségügyi rendelkezést, miszerint: »a közjó számára az az üdvös, ha az orvos nem írhat fel gyógyszert nyereségszerzés céljából«.

A vita tárgyát képező helyzet annyit változott, hogy a nevezett esetben már nem maga az orvos, hanem egy fölérrendelt, tisztán kereskedelmi célokat követő szervezet szorgoskodik a »nyereségszerzésen«. Arról, hogy ezt jobban is végzi-e, már felmerül némi kétség. A kulcskérdés, hogy meddig engedhetjük elszabadulni az egészségügy kommercializálódását és meddig tarthatunk fenn olyan rendelkezéseket, amelyek fellazítják a gyógyszer, mint »különleges áru« jellegét, elsősorban a gazdasági érdekekből adódó túlfogyasztás értelmében. A határok megvonása ma is a politika feladata. Mivel ez a szétválasztás sohasem működött tökéletesen, nem is „számolható fel”; az elv mögött meghúzódó megfontolásokat és alapértékeket pedig nem lenne szabad könnyelműen beáldozni.

*Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben –
Pflege-Report 2020 (3. rész):
Nemzetközi tapasztalatok: Svédország*
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) – Forsa Institut

Kulcsszavak: ápolás, ápolásfinanszírozás, Svédország

Forrás Internet-helye: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/> ; <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-61362-7> ; https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_pfl_pr2020_pm.pdf

2. Nemzetközi tapasztalatok

2. 2. 1. Svédország

A svéd ápolási rendszer a szociáldemokrata típusú jóléti állam modelljén alapul. Ennek jellemzői, hogy a célcsoportot az összlakosság képezi, széleskörű szolgáltatási spektrum áll rendelkezésre, a szolgáltatások biztosításának legfontosabb szereplője az állam. Az ápolás szervezésének és finanszírozásának felelőssége az államra hárul, a családok és a magánszemélyek szerepe az informális ápolás területén egy idő óta megnövekedett. A svéd ápolási rendszer explicit célja a „méltó körülmények közötti való öregedés” biztosítása.

Az irányítás rendszere

Svédország decentralizált egységes állam, a törvényhozás állami hatáskörbe tartozik, amely a végrehajtást neki alárendelt testületekre ruházza át. A svéd alkotmány két alárendelt igazgatási szintet határoz meg, a 21 megyéből álló regionális és a 290 községre kiterjedő kommunális szintet.

Az állam a szociális ügyek és az ápolás fölötti illetékességet átruházta a községi testületekre, így szerepe a célkitűzések meghatározására és a felügyeletre korlátozódik.

A megyék inkább az egészségügyi ellátás, a községek inkább az ápolás irányítása tekintetében illetékesek. Az ápolási szolgáltatások biztosítása és finanszírozása a községekre hárul. Az egyfajta önkormányzati testületekként működő községek szabadon rendelkeznek költségvetésükről, maguk állapíthatják meg a kommunális adók mértékét.

A finanszírozás rendszere

Az ápolásra fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya tekintetében Európában az első helyen Hollandia, a másodikon Svédország áll. Az ápolásra fordított kiadások 2016-ban a GDP 3,2%-t tették ki (az európai átlag 3,1%). Az ápolás finanszírozásának 95%-a általános, nem célhoz rendelt adóforrásokból, 5%-a privát forrásokból történik.

Svédországban a teljes nemzeti adóbevétel (nemzeti adóbevétel és indirekt adók) az ápolási kiadások 5%-ának finanszírozását biztosítja. Az ápolási kiadások nemzeti részét nem kötelező és nem célhoz rendelt módon – azok méretével arányosan – a községek rendelkezésére bocsátják. A nemzeti adóbevétel nagyjából a kommunális jövedelemadóból képződő része az ápolási kiadások 90%-át fedezi. A kommunális jövedelemadó 2019-ben átlagosan az adóköteles jövedelem 32,19%-át tette ki (29,18 és 35,15 % között ingadozott).

A privát forrásokból származó befizetések az ápolási kiadások 5%-át teszik ki. A privát önrészek az ápolásra szoruló személyek jövedelméhez igazodnak, azt a község részére kell befizetni, függetlenül attól, hogy az ápolási szolgáltatásokat állami vagy privát szolgáltatóktól veszik igénybe. A községek maguk szabhatják meg a privát önrész mértékét, de az nem érheti el a nemzeti szinten rögzített maximum havi 200 EUR-t. Az önrészek mind az ambuláns, mind a (részben) intézményi ellátásra kiterjednek. Az ápolási otthonokban a hotelszolgáltatások külön tételt képeznek.

A szolgáltatások struktúrája

A természetbeni ellátások az összes ápolási szolgáltatás 95%-át teszik ki. 2017-ben a 65 év fölöttiek 16,2%-a vett igénybe természetbeni ellátásokat, ezek 4,3%-a az intézményi, 11,9%-a az ambuláns ápolásra jutott. Ezek a számok megerősítik a politikának az ápolás deinstitucionalizációjára irányuló törekvéseit.

Az ápolási szolgáltatásokra való jogosultság megállapítása a községre tartozik. Ez az ápolás iránti szükséglet vizsgálatán alapul, amely nem terjed ki az ápolásra szoruló személy pénzügyi rászorultságára. Ennek során az egyes községek „a szociális ügyekről szóló törvény” (*Socialtjänstlagen*) alapján szabadon dönthetnek arról, hogy mely személy, mely ápolási szolgáltatásokra jogosult. A szolgáltatások nyújtása során a pénzügyi és természetbeni ellátások jellege és volumene tekintetében nincsenek kötelező feltételek, a községek között így jelentős különbségek mutatkoznak. A községek az 1990-ben bevezetett reform óta mind állami, mind privát szolgáltatókat megbízhatnak a szolgáltatások biztosításával.

A községek által biztosított természetbeni ellátások ambuláns, részben intézményi és intézményi ápolásra, otthoni betegápolásra, étel házhozszállítására, közlekedési szolgáltatásokra, a lakás átalakítására és a vészhívó üzemeltetésére terjednek ki. Az ambuláns ápolás keretében biztosított szolgáltatások: segítségnyújtás a háztartás vezetésében (pl. bevásárlás, főzés, mosogatás), a személyes testápoláshoz nyújtott segítség (pl. öltözködés, mosakodás), továbbá érzelmi és szociális támogatás.

Az ugyancsak a községek által biztosított pénzügyi ellátások két típusa: az ápolásra szoruló személy részére a természetbeni ellátásokon kívül a családtagjaik által nyújtott ápolás fejében fizetett havonta max. 450 EUR; valamint az ápolást végző személyek részére fizetett pótlék (*anhöriganställing*), amely lehetőséget nyújt a 65 év alatti ápolást végző hozzátartozó számára, hogy az adott község alkalmazottjaként lássa el az ápolási teendőket. A pénzügyi ellátások mértéke és a hozzáférés szabályai tekintetében a községek között jelentős különbségek mutatkoznak.

A szívsebészeti beavatkozások statisztikája Németországban 2018-2019-ben
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Kulcsszavak: kardiológia, szívsebészet, statisztika, Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), Németország

Forrás Internet-helye: https://www.dgthg.de/de/dgthg_leistungsstatistik

A szívsebészeti szolgáltatások statisztikájának összeállítására Németországban 1978. óta évente kerül sor. Kezdetben a *Hamburger Statistik* elnevezést viselte, később beépült a *Német Mellkas-, Szív- és Érszabészeti Társaság (Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie – DGTHG)* statisztikájába (*DGTHG-Leistungsstatistik*).

A szívműtétek száma 2019-ben 1,8%-kal, 100.446 beavatkozásra növekedett, 2018-ban 98.707 beavatkozást végeztek.

A statisztika nem terjed ki a sztentek beültetésére, a defibrillátoros beavatkozásokra, a szívközeli főütőér műtétjeire, valamint a szív-tüdő-gép alkalmazására.

Szövetségi szinten 78 szívsebészeti osztály és 980 szívsebész szakorvos biztosította a területet lefedő ellátást.

A statisztika szerint a szívsebészeti osztályokon egyre több időskorú beteget látnak el. Ennek ellenére a kórházi túlélési ráta az egyes beavatkozási kategóriáknál stabil.

2019-ben a betegek 33,5%-a 70 és 79 év közötti, 18,6%-a 80 éves vagy annál idősebb volt. Ez azt jelenti, hogy a 80 év fölöttiek csoportja az elmúlt évben 6,2%-kal gyarapodott.

A csaknem változatlan 79%-os túlélési ráta az időskorú és elaggott betegek szívsebészeti ellátásának magas minőségét tanúsítja.

Szövetségi szinten leggyakrabban az aortabillentyű szűkületénél alkalmaznak invazív terápiát, amelyet a mitrális billentyű-elégtelenség követ. 2018-ban még 34.915 izolált szívbillentyű-műtétet végeztek, az elmúlt évben már 36.650-et, ami 4,7%-os növekedésnek felel meg.

A DGTHG szerint a donorszámok és ezzel a szívtranszplantációk száma 6,7%-kal növekedett: 2018-ban 312, 2019-ben 333. Ez azonban azt is jelzi, hogy szövetségi szinten 10.000 ember vár megfelelő donorszervre.

Doc. MUDr. Jan Blatny PhD, új cseh egészségügyi miniszter

Forrás **Internet-helye:** https://cs.wikipedia.org/wiki/Jan_Blatn%C3%BD ;
<https://www.praguemorning.cz/specialist-doctor-hospital-director-and-professor-who-is-the-new-czech-health-minister/>



Jan Blatný (Sz. Prostějov, 1970. március 24), cseh orvos, hematológus, egyetemi tanár, politikus. Nős, három gyermeke van. Lakóhelye: Jinačovice, Brno-járás.

Tanulmányok: 1988-1994: Masarykova univerzita, Orvostudományi Kar, MUDr

2005: nagydoktori cím (pediátria), 2009: habilitáció (pediátria).

1994-1997: gyermekorvos (*Dětské fakultní nemocnice J. G. Mendela Brno*).

1997-2000: a gyermekhematológiai klinika alapítója.

2001-2006: hematológus konzultáns a gyermekhematológiai klinika trombózis és hemosztázis osztályán (*Dětské fakultní nemocnice Brno*).

2006-2008: hematológus konzultáns (*University Hospital, Temple Street, Dublin*).

2008: a gyermekhematológia és biokémia főorvosa a Brno-i Orvostudományi Egyetemen.

2019: a pediátria egyetemi tanára.

A cseh nemzeti hemofília program koordinátora.

2019: a *European Association for Haemophilia and Allied Disorders (EAHAD) Congress, Prague* elnöke.

2020. október 29.: Csehország egészségügyi minisztere.

Blatny szeptember óta már a harmadik egészségügyi miniszter. **Elődje, Roman Prymula** a maszkviselés szabályainak megszegése miatt távozik. [Személyéről lásd: *Roman Prymula, új cseh egészségügyi miniszter, 2020. 19. sz.*] Csehországban a koronavírus elleni védekezést súlyos kommunikációs ballépések nehezítik. Andrej Babiš kormányfő maga sem éppen a kötelező maszkviselés elkötelezett híve. Nyár elején pedig, amikor honfitársait otthonmaradásra szólította fel, fogta magát és Krétára utazott nyaralni. Ezzel kapcsolatban viszont Ratislav Radar, epidemiológiai kormányfőtanácsadó volt az, aki lemondott.

Prof. Nachman Ash MD, MHA, Izrael új COVID-19-megbízottja

Forrás Internet-helye: <https://www.medinisraelconf.com/speaker/dr-nachman-ash/> ;
<https://www.ynetnews.com/article/rye0r00SuD>



Prof. Nachman Ash (sz. 1961), izraeli orvos, katonaorvos, kórházmenedzser.

Felesége, Dr. Shifra Ash, a *Rambam Healthcare Campus Haifa* gyermekonkológiai osztályának vezetője. Két fiuk és egy lányuk van.

Tanulmányok: 1986, MD fokozat (*Sackler School of Medicine, Tel Aviv University*).

2001, MS fokozat egészségügyi informatikából (*Harvard-MIT Division of Health, Sciences and Technology, Boston, USA*).

MS fokozat politikatudományból (*University of Haifa*).

25 évig volt katonaorvos. 2011-ben dandártábornoki rangban szerelt le, miután négy évig az Izraeli Védelmi Erők főorvosa volt.

2012 január és 2013 július között: az Egészségügyi Minisztérium egészségügyi informatikai főosztályának főosztályvezető-helyettese. E minőségében szakterülete az egészségügyi információtechnológia és az egészségügyi információmenedzsment volt.

2013 augusztus óta: a *Maccabi Healthcare Services (MHS)*, a második legnagyobb izraeli HMO orvosigazgatója.

Az *Ariel University, Health Sciences School* professzora.

2020. október 28-tól: Izrael COVID-19-megbízottja.

Elődje, Ronni Gamzu, akit júliusban határozott időre neveztek ki, visszatér az *Ichilov-Hospital Tel Aviv* igazgatói székébe. [Személyéről lásd: *Ronni Gamzu, Izrael új COVID-19-megbízottja, 2020. 14. sz.*] Gamzu COVID-19 megbízottként kemény harcot vívott a korlátozások tiszteletben tartásáért, ami az ultraortodox lakosság ellenállásába ütközött. Hivatalos adatok szerint Izraelben a válság kezdete óta legalább 311.313 személy fertőződött meg bizonyíthatóan SARS-CoV-2-vírussal. A vírus 2.452 halálos áldozatot követelt.

Személycserék a Fresenius felügyelőbizottságában

Fresenius, 13. Oktober 2020

Kulcsszavak: personalia, személyi ügyek, személyzeti politika, humánpolitika, humánerőforrás, menedzsment, gyógyszeripar, Fresenius, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.fresenius.de/8597>

2021. májustól:

- ***Wolfgang Kirsch a felügyelőbizottság elnöke.***
- ***Dr. Gerd Krick a felügyelőbizottság tiszteletbeli elnöke.***
- ***Michael Sen, a felügyelőbizottság új tagja, az ellenőrzőbizottság elnöke.***
- ***Stephan Sturm további öt évre elnök-vezérigazgató.***

Wolfgang Kirsch (65) 2020. január 1. óta a *Fresenius Management SE* felügyelőbizottságának tagja. Korábban éveken keresztül az *Else Kröner-Fresenius-Stiftung* tanácsadói körének tagja volt. További mandátumokat töltött be a *Würth Group*-nál és az *AGCO Corporation, Atlanta* tanácsában. 2002-ben: a *DZ BANK AG Frankfurt am Main* elnöke, 2006 szeptemberétől elnök-vezérigazgatója. Szakmai karrierje 1975-ben a *Deutsche Bank*-nál kezdődött. 1977-1981: üzemgazdaságtani tanulmányok (*Universität Köln*). 1981-2002: különböző vezető pozíciókat töltött be a *Deutsche Bank*-nál. A 2021 májusában tartandó közgyűlésen a tőzsdén jegyzett *Fresenius SE & Co. KGaA* felügyelőbizottságának elnökévé választják.

Michael Sen (51) 2017 és 2020 között a *Siemens AG* elnökségének tagja, az E.ON SE energiakonzern pénzügyi igazgatója volt. Tanulmányok: üzemgazdaságtan (*Siemens* és *Technische Universität Berlin*). 1996. óta különböző vezető pozíciókat töltött be a *Siemens*-nél, 2008. óta a *healthcare* ágazat vezetője. A 2021 májusában tartandó közgyűlésen a *Fresenius Management SE* és a *Fresenius SE & Co. KGaA* felügyelőbizottságának tagjává, az ellenőrzőbizottság elnökévé választják.

Stephan Sturm (57) elnök-vezérigazgató további öt évre bizalmat kap. Sturm 2016. július 1. óta tölti be ezt a tisztséget. Annak előtte a cég pénzügyi igazgatója volt.

Dr. Gerd Krick (82) 45 éve tölt be vezető pozíciókat a *Fresenius*-nál. 1975-ben kutatás-fejlesztési igazgatóként kezdte a *Dr. E. Fresenius KG*-nál. Nevéhez fűződik a dialízis-ágazat ágazat kiépítése és a dialízis-készülékek fejlesztése. 1992-2003: a *Fresenius AG* (ma: *Fresenius SE & Co. KGaA*) elnök-vezérigazgatója, 2003. óta a felügyelőbizottság elnöke. Érdemeinek elismeréseként a jövőben mindkét felügyelőbizottság tiszteletbeli elnöke marad.

Horváth-Kovács Szilárd: 30 éves a romániai orvosi sürgősségi ellátás és rohammentőszolgálat. Raed Arafat és a SMURD sikertörténete

Transindex, 2020. október 26. 09:57 ; október 29. 10:58

Kulcsszavak: sürgősségi ellátás rohammentőszolgálat, SMURD, Raed Arafat, Románia

Forrás Internet-helye:

1. rész:

https://eletmod.transindex.ro/?cikk=28692&a_smurd_kezdetei_onkentesek_akik_elet_mentesre_tettek_fel_mindent ;

2. rész:

https://eletmod.transindex.ro/?cikk=28700&smurd_8222aki_egy_eletet_ment_meg_a_z_egy_egesz_vilagot_ment_meg8221

Raed Arafat: https://hu.wikipedia.org/wiki/Raed_Arafat

1. rész:

A romániai orvosi sürgősségi ellátás és rohammentőszolgálat 30 éve kezdődött Marosvásárhelyen. Mára a SMURD fogalommá vált, és a hétköznapi emberek egy mentő láttán meg szokták tippelni, hogy mennyire van vészhelyzet: ha a fehér mentő megy, akkor nem olyan nagy a baj, de ha a piros mentő, akkor igen.

Az a szerencsénk, hogy elvágta egy vizsgán. Közismert, hogy a történet Raed Arafattal kezdődik. A palesztin-szíriai származású fiatalember már tizenéves korában az orvoslásra tette fel az életét, és a családi viták (meg a biztosított üzleti karrier) ellenére kitartott amellett, hogy Európába jön orvosi egyetemre. 1981-ben érkezett Romániába, ahol egy év nyelvtanulás után felvették a kolozsvári orvosi egyetemre. Egyetemi éve alatt már megjelent az újító szelleme: egy alkalommal amikor egyetemi hallgatóként ügyeletes volt, a kórház szomszédos osztályáról egyszerűen átvitte a defibrillátort, hogy egy embert újraélesszen. Ilyet a 80'-as években senki sem csinált: mi az, hogy egy klinika osztályának a felszereléséről egy egyetemi hallgató rendelkezik? Abban a korszakban rendkívüli tettek számított – mesélte egyik előadásában –, viszont abban nem volt semmi rendkívüli, hogy ha barátkozott egy romániai kollégájával az egyetemen kívül, akkor az illetőt a Szekuritáté azonnal kihallgatta. Így eldöntötte, hogy miután végez az egyetemmel, elhagyja Romániát.

Azonban egy vizsgán elvágták, ami miatt egy évet meg kellett ismételnie. Ezzel az egy év csúszással csak 1989-ben fejezte be az orvosi egyetemet. És jöttek a rendszerváltás zavaros hónapjai, ezért nem kapta meg időben a franciaországi „papírokat”, hogy elutazhasson. S mire a dokumentumok megérkeztek, az országban már – úgymond – demokrácia volt. Ezért maradt, és Kolozsváron megpróbálta bevezetni a kórházon kívüli sürgősségi ellátást és mivel a város ezt nem fogadta el, Marosvásárhelyre telepedett.

Marosvásárhely utcáin 1990 második felétől megjelent egy autó – egy Opel Kadett – amelyre vörös kereszt volt festve, és szirénázva közlekedett. A fiatal dr. Raed Arafat személyes autója volt, aki néhány önkéntes társával és különböző felszerelésekkel a sürgősségi helyszínre igyekezett: a beteget ott helyszínen igyekeztek a lehetőségekhez mérten ellátni. Ezzel kezdetét veszi a romániai rohammentőszolgálat története: a kis csapat mellett kiállt a Maros Megyei Sürgősségi Klinika intenzív terápiás osztályvezetője, Mircea Chiorean, és létrejön a SMUR, azaz az ***Mobil sürgősségi mentő- és újraélesztő szolgálat (Serviciul Mobil de Urgență și Reanimare)***. A következő évben Németországból támogatásként kapnak egy felszerelt mentőautót. Az egészségügyi intézmények az újfajta kezdeményezést nem akarták befogadni, így végül a Mircea Pintilie vezette helyi katonai tűzoltóság keretében lett helye a rohammentősök csapatának – amely önkéntes egyetemi hallgatókat, fiatal orvosokat, a vöröskereszt tagjait tömörítette –, akiknek sofört és a sürgősségi képzéshez oktatóhelyiséget a tűzoltók biztosítottak.

A korai korszakról a Transindex megkeresésére Vass Hajnal főasszisztens mesélt, aki 1992-ben találkozott a SMUR-ral, és Arafattal: „Az orvosi asszisztensképző posztliceum másodéves hallgatója voltam, amikor hírt kaptunk arról, hogy Arafat doktor úr egy képzést fog szervezni. Akkor még nagyon friss volt a kezdeményezés, nem lehetett sok mindent tudni róla, de a kíváncsiság az egészünket ebbe az irányba küldött. A képzéshez a helyek korlátozottak voltak, évfolyamonként négy hallgatót fogadtak. A nevünket felírtuk egy cetlire, betettük egy sapkába, és négyet kihúztunk. Én egyik szerencsés voltam, és így mentem el Arafat doktor úr tanfolyamára.”

Vass Hajnal elmesélte, hogy abban a periódusban még lényegében semmi sem volt, csak egy autós sürgősségi szolgálat, amellyel kimentek a súlyos esetekhez. A rohammentőszolgálat lényege, hogy időben kiérjenek a helyszínre, és elindítsák az életmentést, mutatott rá a szolgálat hiányt betöltő szerepére: „A legsúlyosabb esetekről van szó, például mikor egy embernek a szíve leáll. Itt percekről beszélünk, ha az első 3 percben kiérsz, az a legjobb, ha az első 5 percben, akkor még rendben van, utána az

ember elkezd szép lassan elveszíteni az idegsejtjeit, amelyeket nem biztos, hogy vissza lehet szerezni. Ezért elemien fontos minél hamarabb elkezdni az életmentést. Most, hogy már volt autó, abban felszerelés, az esetek jelentős részében kiérték időben, és mindent megtettek, amit tudtak” – mondta. Elmesélte, hogy így a beteggel beértek a kórházba, ahol szembesültek azzal a kérdéssel, hogy most hova vigyék, és ki veszi át. Közben az alapvetően fontos percek teltek-múltak, és az életben maradás esélye csökkent. „Beláttuk, hogy oké, mi kimegyünk az utcára, de utána egy olyan helyre kellene behozzuk a beteget, ahol tovább lehet folytatni azt a munkát, amit az utcán elkezdünk: kell egy újraélesztő szoba” – fogalmazta meg a sürgősségi osztály csírájának igényét. A reanimálósobát végül kiharcolták – a sebészet egyik öltözőjét alakították át a sebészek bosszúságára –, amelyet skóciai támogatással szereltek fel. Így akiket az utcán elláttak, azt a csapat másik fele a kórházban fogadni tudta, és folytatták az életbe vágó ellátást.

„A reanimálósobában egy orvos volt, és két asszisztens dolgozott, ennyiből állt az ügyelet: mind önkéntesként dolgoztunk, és csak a súlyos eseteket fogadtuk.” – emlékezett Vass Hajnal, akik elmesélte, hogy a takarítástól a betegellátásig mindent ők csináltak, hiszen nem volt lehetőség a személyzet bővítésére. „Viszont a kórház kezdett nyitottabb lenni, mert látták, hogy amit csinálunk az nem játék, hanem valódi és komoly dolog történik.” – mondta. A SMUR tevékenységének köszönhetően a környéken az halálozási arány 50%-kal csökkent. „Az intenzív terápia osztályvezetője, aki nagyon határozottan kiállt mellettünk, sokat segített: így például engem az intenzív terápia osztály alkalmazott, de megengedték, hogy a reanimáló szobában dolgozzak. És így voltak kollégák, akiket a neurológia vagy a sebészet alkalmazott. Így indultunk el, köszönhetően a különböző klinikai osztályoknak, ahol megértették, hogy mi az, amit csinálunk.” – mutatott rá Vass az akkori személyzeti helyzetre. Elmondta, hogy eközben az orvosok elindították az első sürgősségi orvosi rezidens képzésüket, és a csapat is folyamatosan növekedni kezdett, javarészt további önkéntesekkel. 1993-ban a tűzoltóságnál is nemzetközi szintű paramedikus képzéseket indítottak, és külföldi adományként egy jelentős technikai mentésre felszerelt speciális autót kaptak: ettől kezdve a SMUR egy betűvel bővült, a *D-vel (Descarcerarie)*, hiszen most már a technikai-műszaki mentést is el tudták végezni. A történetek szerint az autó ünnepi keretek közötti átadásán érkezett egy hívás, amire a SMURD-os csapat az új autóval le is lépett, hogy az első gépkocsiból kivágyják a sérültet.

A SMURD működését akkoriban az egészségügyi minisztérium egyik rendelete tette lehetővé, amely a Marosvásárhelyi rohammentőszolgálatot egy országos kísérleti

modellnek nevezte ki. A sürgősségi orvosi ellátást azonban csak 2006-ban szabályozták törvényes keretekben.

„Minél többet láttunk el, annál több esetet kaptunk: a szoba már nem volt elég” – mesélte Vass. Ma már történelem, hogy már akkor reális elképzelésként megfogalmazódott, hogy a Megyei Kórház első szintjét átalakítsák, de ezt akkor mindenki elképzelhetetlennek tartotta. A csapat viszont nem mondott le arról, hogy márpedig szükség van egy sürgősségi osztályra. 1993-ban egy angliai képviselő rosszul lett a városban, és a SMURD ment ki utána, és aki az ellátás során a reanimáló szobában kötött ki. Ő ígérte meg, hogy segít megoldani egy osztály megnyitását – meséli Vass Hajnal.

Raed Arafat egy előadásában beszámolt arról, hogy telefonhívást kapott az Egyesült Királyságból, hogy találtak egy moduláris kórházat. Elmondása szerint azt hitték, hogy valami sátrakat, vagy barakkokat fognak kapni, de megnyugtatták, hogy rendes kórházi épület az. A moduláris kórház költöztetését Skóciából a BBC egyik műsora vállalta, a Challenge Aneka: a stúdió 18 teherautóval hozta el szétszedve a kórházat, és egy hónap alatt fel is építették közösen a SMURD-osokkal. „Így lett nekünk abból az egy szobából egy sürgősségi osztályunk, vagyis egy ágyból, tizenkét ágyra fejlődtünk ” – összegezte Vass Hajnal az első romániai sürgősségi osztály létrejöttét.

Eközben más erdélyi városok is felfigyelnek a marosvásárhelyi történésekre, és elkezdik átvenni a modellt: elsőként a nagyváradiak és a nagyszebeniek, aztán Temesvár, Kolozsvár is, vagyis a SMURD lassan kezdett elterjedni Erdélyben.

De a megoldandó feladatoknak még nem látszott a vége. „Maros megye nagy, és amíg mi 5-6 perc alatt el tudunk jutni a város különböző helyszíneire, nagy kérdés volt, hogy a megyében mit csinálunk. Mert a többi városban, falvakban nem tudunk percek alatt ott lenni, pedig egy szívstoppos beteg időintervalluma ott is percek kérdése. Innen jött az ötlet, hogy képezzünk ki a sürgősségi elsősegélynyújtási beavatkozásokra – szívmasszázs, mesterséges lélegeztetés, defibrillálás – tűzoltókat” – meséli Vass Hajnal.

Arafat egy beszélgetésben elmondta, hogy mindenki meg volt ijedve, hogy ez illegális és a defibrillátorral a tűzoltók megölik az embereket. Neki erre csak két érve volt: ha az a kérdés, hogy illegálisan embereket mentsenek meg, vagy törvényesen hagyják meghalni, akkor az előbbit választják. Másrészt: a szívstopp klinikai halált jelent, és egyetlen tűzoltó sem tud megölni egy klinikai halottat – de képes esélyt adni a beavatkozással. Az elsősegély csapatokat viszont senki sem akarta létrehozni.

Aztán 2000-ben Libánfalván a polgármester fiát megrúgta egy ló. És bár Szászrégenből mentőautót küldtek, és Vásárhelyről is elindult egy SMURD csapat, hiába ért ki elsőnek a rohammentőszolgálat, már csak a gyerek halálát tudták megállapítani. A helyi polgármester akkor ígérte meg, hogy amint lejár a temetés, Libánfalván létrehozzák az első elsősegélynyújtó központot.

„Libánfalva után majd Radnóton, Szovátán is létrejöttek ilyen csapatok, akik mind le tudtak fedni egy-egy területet, s lassan kifejlődött az elsősegélynyújtó SMURD-os hálózat. Ők voltak azok, akik elsőnek odaértek, elkezdték a beteg ellátását, és így a vásárhelyi rohammentősöknek volt idejük kiérni úgy, hogy a betegnek még legyen lehetősége életben maradni. Mert az első 5 percen valaki – egy elsősegélynyújtó – már elkezdett valamit, s a vásárhelyiek át tudtak venni egy beteget, s nem a halál beálltát megállapítani értek oda. Azelőtt számos eset volt, hogy csak ennyit tehettek. Az alapelv az, hogy mindenkinek legyen megadva az életben maradásra a lehetőség. És ezeket az alapvető elsősegélynyújtó technikákat, beavatkozásokat mindenki megtanulhatja” – jelentette ki Vass Hajnal, utalva arra, hogy a SMURD azóta számos képzést tartott, intézményeknek, a lakosságnak és ezt a munkát azóta is folytatják. Tavaly a kolozsvári Központi Parkban találkoztunk velük.

1997-ben felújítják a romániai mentőszolgálat (Serviciu de Ambulanță) autóparkját, de a SMURD hiába igényel autót, nem kap – mivel nem a mentőszolgálat része. „Szükség volt egy jó autóra, egy újra, amire lehet számítani, ami több éven keresztül tudja biztosítani, hogy odaérünk” – meséli Vass Hajnal – „Mert az adományként kapott autók egy-két évig bírták, de lerobbantak, és akkor valahonnan kellett szereznünk egy másikat, ami ismét egy-két évig volt megoldás.” Megemlítette, hogy amikor beindult a szolgáltatás, akkor hívás hívás után érkezett, és megtörtént, hogy autók nélkül maradtak: „Nagyon kellemetlen volt, amikor mentünk ki egy sürgősségi esethez, és az autók útközben elromlottak. Tényleg nagyon kellemetlen, mert tudtuk, hogy oda kellene érjünk időben de... az autók nem segít, s nem értünk oda”.

Mivel addigra Marosvásárhely és a megyében számtalan település látta, hogy mit csinál a SMURD, úgy döntöttek elindulnak házról-házra, cégtől-cépig, hogy aki szeretne adományozni egy mentőre, az tegye meg. „És sikerült, lett egy saját új mentőautónk” – mondta. Ezzel 1998-ban a lakosság konkrét tettel is elismerte a SMURD tevékenységét, és kiállt a mellett, hogy szükség van rá.

„Az elején 1990-ben minden szolgáltatásnak külön telefonszáma és diszpécser szolgálat volt, az orvosi sürgősségek diszpécser a mentőállomáson volt. Így hozzájuk érkeztek

be a hívások, és ők vagy továbbadták nekünk a hívást, vagy nem – az elején nagyon nehezen indult az együttműködés a mentőszolgálattal és a mentőállomással, mert azt hitték, hogy mi elveszük a kenyerüket, a munkájukat. Nem ismerték fel, hogy mi csak egy pluszt adunk az egészhez, s nem valamit elveszünk” – mutat rá a SMURD fejlődésének egy másik vonatkozására Vass Hajnal.

Raed Arafat erről egy előadásában elmeséli, hogy egyik ellenséges intézmény vezetősége egy gyűlést tervezett, amely a mentőszolgálat alá rendeli a SMURD tevékenységet – amellyel lényegében felszámolták volna. Egyszerű stratégiát alkalmazott: a gyűlésre minden intézmény képviselőjét elhívta, beleértve a médiát is. Így a tervezett leszámoló gyűlés helyett egy olyan nyilvános szakmai megbeszélés lett, amelynek eredményeként az egészségügyi sürgősségi hívásokat fogadó diszpécserszolgálatot áthelyezték a SMURDhoz. Arafat még hozzátette, hogy eleinte annyira nyugtalan volt, hogy működtetni tudják-e, hogy 10 napig folyamatosan ott volt a diszpécser mellett, amíg meggyőződött, hogy működik az újítás. Így a SMURD vette át az összes egészségügyi hívást, aminek következtében hatékonyabban tudtak dolgozni, és az együttműködés akadályain is enyhíteni tudtak.

„Így az első lépés a SMURD volt, amit aztán 2001-ben követett az integrált diszpécserszolgálat, az egységes 112 segélyhívószám bevezetése” – meséli tovább Vass Hajnal – „amelyen keresztül egyetlen hívással el lehetett érni a többi szolgálatot, akiknek egy sürgősségi esetben ott kell lenniük (rendőrség, a csendőrség – a tűzoltósággal már együtt dolgoztunk).” Romániában így a maros megyeiek tárcsázhatták elsőként a ma is használatos 112-t, ha vészhelyzet alakult ki.

„Ennek az a lényege, hogy mindenki ugyanabban a pillanatban tudjon az esetről, és mindenki minél hamarabb tudjon dönteni, hogy kell küldjön csapatot vagy sem. Mert azelőtt volt olyan, hogy kiküldtek egy mentőt, de a helyszínen kiderült, hogy szükség van a rendőrségre is, vagy a tűzoltóságtól a technikai mentésre: ezeket addig mind külön-külön telefonhívásokkal kellett intézni. Most már mindenki hallotta a hívást, és nem kellett elkérni a hívást, nem kellett még egyszer minden egység visszahívja és kikérdezze a részletekről az embereket. Ez nagyon nagy jelentőségű könnyítés a sürgősségi esetekben beavatkozó csapatoknak” – mutatott rá az 112 jelentőségére a SMURD főasszisztense.

Az első SMURD-os mentőhelikopter a tragédiájáról lett híres. „Mikor az első helikopter lezuhant, és a személyzet és a pilóták életüket veszítették, akkor lényegében még nem is létezett SMURD-os helikopteres mentőegység” – mutatott rá a fejlődés

rohamtempójára Vass Hajnal. „Adminisztratíván a medgyesi Transgaz Társasághoz tartoztak, de nagyon nyitottak voltak, szívesen együttműködtek, szívesen vállalták a munkát. Nagyon sokat köszönhetünk nekik ezért a nyitottságért: mind a pilótáknak mind a gázásoknak, akik ezt lehetővé tették. Mert amíg a tragédia megtörtént, addig már megmutatták az országnak, hogy ez mit jelent, és tényadatok álltak a rendelkezésünkre, hogy ezt mennyire és miért fontos létrehozni és fejleszteni” – magyarázta Vass, az 1999-2003 közötti helikopteres mentőakciókra utalva. Ezekre az eredményekre alapozva hozták létre 2004-ben a romániai helikopteres mentőszolgálatot.

„A SMURD-os kollégákban ez az első eset nagyon mély nyomot hagyott. Addig folyamatosan mentünk előre, haladunk, senkiben fel sem merült úgy igazán, hogy ilyen tragikus baleset akármikor velünk is megtörténhet. Ekkor tudatosult, hogy a munkánkkal esetenként tényleg az életünket kockáztatjuk. Ettől senki nem hátrált meg, és mindenki folytatta ami elkezdődött, de már tudtuk, hogy ezzel is jár” – vonja le a tanulságot Vass Hajnal.

Az első tragédia után még 5 SMURD mentőhelikopter zuhant le szolgálat közben, összesen 16 halálos áldozatuk van. 2013-ban a SMURD alapítványa megvásárolja az első sugárhajtású mentőrepülőgépet, így a légimentést még jobban kiszélesítette. ***Jelenleg 8 mentőhelikopter-állomás áll a romániai sürgősségi mentőszolgálat rendelkezésére.***

Ma már a rohammentőszolgálat nem csak Romániában van jelen, hanem Moldova Köztársaságban is, illetve számos nemzetközi tanfolyamot és továbbképzést szervez. Ezzel kapcsolatban Vass Hajnal megjegyezte, hogy a SMURD kezdeteinél eszközökben, technikában, tudásban rengeteg segítségek kaptak más államoktól: „Így a jelenlegi helyzetben természetes, hogy a fejlettségünk jelenlegi fokán mi adunk tanácsokat, és segítséget másoknak. A nemzetközi tanfolyamok és képzések a haladásunk mutatói. Ma nemzetközileg több ország tőlünk veszik a példát” – jelentette ki. „És ma azok az országok, akik minket tanítottak egykor, ma büszkeséggel – jó akaratú baráti „irigységgel” – szemlélik az eredményeket. Mert amikor ez az egész elkezdődött tényleg senki sem merte volna azt gondolni, hogy ez ilyen szépen fog fejlődni, és ezt a szintet el lehet itt érni. Mi sem, ők sem” – fogalmazott Vass Hajnal.

A SMURD utóbbi évtizedéről, kihívásairól, a jelen problémáiról és a jövőről a következő cikkben fogunk beszámolni.

2. rész:

Míg az első részben főleg a SMURD létrejöttét mutattuk be, most a 2000-es évek történéseiről, és jelenlegi helyzetéről lesz szó. Erről Turucz Emilia, sürgősségi szakorvos mesélt nekünk, aki elmondta, hogy nagyváradiként érkezett a marosvásárhelyi orvosi egyetemre tanulni, majd 2004-ben kezdte a rezidensi képzését, és azóta a SMURD-nál dolgozik.

Beszámolója szerint a 2000-es évek közepén sokkal családiasabb volt a hangulat a sürgősségi osztályon és a rohammentőszolgálatnál, ahol jelenleg inkább professzionális a légkör. Természetesen akkor is jellemző volt a professzionális, magas szintű háttér, mivel ezt nagyon megkövetelte dr. Raed Arafat. Viszont a személyzet még sokkal kisebb csoportból állt, és a hely – a barakk – is kisebb volt. A személyzet jelentős része még az első önkéntesekből állt, akik kezdték a SMURD-ot, akik építették a barakkot, takarították, rendezték, s így teljesen a sajátjuknak érezték, ami egy családias, szoros közösséget alkotott, amelyhez jó érzés volt csatlakozni. „Kevesebb volt a beteg is, mert még megvoltak az ambulanciák (sürgősségi járóbetegrendelők), így kicsit oszlott a mindenféle problémákkal a sürgősségi osztályra érkező betegek száma” – tette hozzá.

Azóta a sürgősségi osztály nagyon sokat fejlődött, 2012-ben beköltözött a Maros Megyei Sürgősségi Kórház földszintjére, ami a '90-es években még teljesen abszurdnak, elképzelhetetlennek látszott. A sürgősségi osztály szolgáltatása, betegellátása komplexebbé vált, a SMURD szervezetileg is felduzzadt, megnőtt személyzet. „Mikor odakerültem, akkor az ápolóktól, a takarítónőig, az asszisztensektől az adminisztratív részlegig mindenki személyesen ismerte egymást, szorosan együtt dolgoztunk. Most, hogy sokan vagyunk, ennek az együttműködésnek már nincs meg ez a vonása – helyette viszont egy nagy, jól működő professzionális közegnek vagyunk a részesei” – mesélte Turucz Emilia.

Kérdésünkre, hogy milyen volt Arafattal orvos-kollégaként dolgozni, a sürgősségi szakorvos elmondta, hogy szigorú volt, de rengeteget lehetett tőle tanulni. „Nagyon jó volt tanuló rezidens orvosként mellette lenni. Szigorú volt ha hibáztunk, vagy ha olyan hibát követtünk el, amely veszélyeztetett minket. Akkor is ha bizonyos dolgokat elmulasztottunk, vagy nem a szabályzat szerint jártunk el, mindig határozottan és keményen lépett fel, megkövetelte a rendet és a fegyelmet, de ezt olyan formában adta át, hogy mi büszkén próbáltunk megfelelni.

Másrészt, ha éles helyzetben bajban voltunk, akkor nagyon nagy nyugalommal és professzionalizmussal állt mellénk. Kezdő orvosként voltak helyzetek, amikor én

megijedtem és döntésképtelenné váltam: mikor ezt látta, akkor teljes nyugalommal segített. Nem vette át tőlem a problémát, de irányított, hogy »ezt így és így és így csináld«. Az emberre átragadt az a nyugalom amit ő sugárzott, és megtanult a kritikus helyzetben helytállni. Így tanultam meg olyan döntéseket meghozni, amelyeket éles helyzetben meg kell hozzon egy orvos. A sürgősségi ellátásban folyamatosan, akár percenként gyors döntéseket kell hozni, amin egy ember élete múlhat: ehhez komoly szakmai tudás és nagy fegyelem szükséges. Ez próbálta Arafat doktor úr mindenünknek átadni. Nagyon nagy élmény volt vele orvos kollégaként dolgozni, olyan volt, aki egy kezdő orvosnak példaképe lehetett” – osztotta meg élményeit a sürgősségi doktornő.

Etnikai diszkriminációra nem volt példa Marosvásárhelyen 1990-ben a SMURD létrejötte előtt alig néhány hónappal történtek azok az interetnikai konfliktusok, amelyeket ma „fekete március”-ként ismerünk. Kérdésünkre, hogy etnikailag voltak-e konfliktusok a SMURD-on belül – hiszen a személyzet román-magyar volt, a vezetőjük egy arab származású ember, a betegek egy része roma – Turucz Emilia elmondta, hogy a sürgősségin nem voltak etnikai problémák, nem volt téma, hogy ki milyen nemzetiségű. „Arafatnak irányelve volt, hogy teljesen egyenlően kezel ilyen szempontból mindenkit, valószínűleg azért is, mert olyan ember aki bejárta a világot, hét nyelvet beszél, amin keresztül hét kultúra tisztelője.”

E mentén a vásárhelyi sürgősségin minden orvosnak, asszisztensnek, vagy egyáltalán aki ott szeretett volna dolgozni, azok számára egyértelmű volt, hogy nincsenek ilyen különbségek közöttük: „a személyzetből mindenki egyenrangú, egyforma bánásmódot kapott, attól függetlenül, hogy ki honnan érkezett, vagy mi a nemzetisége. A hangsúly azon volt, hogy amit tud, azt maximálisan beleadja a közös munkába. A személyzeten belül sosem volt ilyen probléma” – jelentette ki Turucz, hozzátéve, hogy valószínű, hogy aki miatt lehetett volna, az vagy nem is ment oda, vagy hamar elment a SMURD-tól. Többnyelvűség a marosvásárhelyi sürgősségin.

A romániai sürgősségi rezidensi képzést lényegében Dr. Arafat indította el, és bár az országban még indultak más képzési központok is, a képzés koordinálása és fejlesztése lényegében ma is Vásárhelyen van. És amikor elindították a sürgősségi rezidensi képzést, akkor az ország minden részéről érkeztek emberek, olyanok is, akik Vásárhelyen találkoztak először a magyar nyelvvel: de sosem volt emiatt feszültség.

„Lényegében minden innen indult, és kötelességünknek éreztük, hogy a fejlődésben is az élen maradjuk, a vásárhelyi közösség továbbra is fogékony marad minden

innovációra. De természetesen más központokban is összegyűltek olyan munkacsoportok, ahol vannak jó ötletek, kísérletek a fejlődésre, amelyeket mi veszünk át. Nagyon szép dolog ebben a sürgősségi rendszerben, hogy ténylegesen létezik kapcsolattartás, együttműködés. Mi ezt is a nagyoktól tanultuk el: akkoriban egy kisebb közösség volt, és minden nagyobb városból voltak emberek, akik elkezdték ezt csinálni, és tovább vinni Arafat doktor úr ötleteit, elméleteit és kidolgozott terveit. Aztán mindenki a maga városában megívta a maga harcát. Így bővült ez a kis közösség, és a fiatalabbak megtanulták tőlük, hogy együtt vagyunk erősek és legyőzhetetlenek, kell tartani a kapcsolatot a más központokkal, mert csak együtt lehet előre menni” – mutatott rá Turucz Emilia a SMURD nemzeti szintű kiépülésének az egyik mozgatórugójára.

Mint az előző részben is beszámoltunk arról, a rohammentőszolgálat történetének az elején több intézmény részéről is erős ellenállás volt tapasztalható. Kérdésünkre, hogy ebből mi volt belülről tapasztalható, illetve hogyan alakultak az intézményközi viszonyok, a sürgősségi orvos elmondta, hogy egyrészt érthető volt az idegenkedés és ellenérzés a korai szakaszban, mivel külföldi példákából vett modellek mentén végül egy nagyon bonyolult, kombinált rendszert építettek fel.

„Ez egy nagyon értelmesen felépített rendszer, amit eleinte nem igazán értettek. Azon túl sok külföldi támogatást megszerzett (ezt hangsúlyozom, mert mindenki azt hiszi, hogy »csak úgy kapta«, pedig ezeket ő szerezte meg külön-külön, céltudatos munkával). Ennek következtében az első 10 évben a SMURD adományokból jobban fel volt szerelve mint a kórházi rendszerek nagy része, ami miatt más intézmények nehezteltek. Ugyanakkor szakmailag is nézeteltérések voltak, mert ez egy teljesen új szakterület, amit nem ismertek” – vázolta a helyzetet a doktornő.

A SMURD szakmailag nagyon gyorsan fejlődött, és képes volt tartani mindvégig a magas nemzetközi színvonal-standardokat. De mivel az egészségügyi ellátás egy rendszer, a klinika többi osztályai is fel kellett zárkózzanak. „Ez gyakran konfliktushoz vezetett, mert nem mindenki akart feltétlenül a lehető legjobb lenni – mi viszont igen. Amellett, hogy egy fiatal közösség volt, Arafat doktor rengeteg külföldi továbbképzésre küldött mindenkit, minden lehetőséget megragadott, hogy a személyzet menjen, tanuljon, és külföldi tapasztalatokat szerezzen, s új dolgokat hozzon haza – ez a mai napig így van a SMURD-nál. Ez a gyakorlat a szintet magasán tartja, és a többi szakterületek, osztályok kénytelenek folyamatosan felzárkózni, mert mi mindenkivel szoros kapcsolatban vagyunk.”

Turucz elmagyarázta, hogy az egészségügyi rendszerben, amikor egy sürgősségi helyzet van, akkor az ő részük lényegében az első 2 óra: amikor a beteg megkapja a szükséges sürgősségi beavatkozásokat, az állapotát stabilizálják, felderítik, hogy mi a gond. Ezt követően átadják a megfelelő szakembernek, szakosztálynak. „És hozzánk mindenféle patológia érkezik, és mivel mi tudjuk tartani a nemzetközi standardoknak megfelelően járunk el, ezen a szinten vannak az elvárásaink a többi szakterülettel szemben: és ez elég sok feszültséget, konfliktust generált, és bár ma már ez nem általános jellemző, még mindig előfordulnak feszült helyzetek – de ezek is inkább elszigeteltebb, személyesebb, régről visszamaradt viszályok nyomai inkább.”

Ugyanakkor az évek során a kórházak és a klinikai osztályok lassan felismerték a sürgősségi osztály előnyeit, és a viszony partnerséggé formálódott. Hiszen az ő részükről nagyon nagy előnyt jelent, hogy egy sürgősségi szakorvos a beteget teljes egészében átvizsgálja, úgymond "átválogatja" és egy-egy diagnózis-javaslattal adja át a beteget a megfelelő szakellátásnak, miközben a beteg végig orvosi felügyelet alatt van, és a kezelése is elkezdődik. Míg a sürgősségi osztály létrejötte előtt négy-öt különböző szakrendelő között kellett sétálgasson a beteg, felügyelet nélkül és gyakran nagy fájdalmakkal, most sokkal gördülékenyebben és szervezettebben történnek a dolgok, ami az összes intézménynek jó, de a betegeknek is sokkal előnyösebb.

Már az első részben kiderült, hogy a képzésekre, tanfolyamokra a SMURD mindig nagyon nagy hangsúlyt fektetett. Ugyanis a rohammentőszolgálatnál alapvető belátás, hogy amikor mindenkinek megvan a megfelelő felszerelése, akkor a különbség az emberek szaktudásában rejlik: és ezen életek múlhatnak. Ezért alapvetően fontos a folyamatos továbbtanulás, a továbbképzés, a folyamatos felkészültség fenntartása, a legújabb ismeretek, tudásformák és eljárások elsajátítása.

Jelenleg a SMURD-nál több nemzedék van jelen, ami a szolgálat egyik előnye. Ugyanis még ott vannak azok, akik az egészet elkezdték, az alapítók, és vannak akik később csatlakoztak és még elkapták a rendszerépítés hangulatát, gyakorlatát. Mostanában viszont megjelent egy újabb generáció is, akiknek már kissé eltérő szerepük lesz: a rendszer fenntartása, fejlesztése, és továbbvitele. „Így az emberek különbözőképpen vannak motiválva, eltérően gondolkodnak, másként állnak hozzá a dolgokhoz.”

Ma már Marosvásárhely egyéb képzések mellett a katasztrófaelhárítás tanfolyamok és képzések központja is. „Szoros együttműködésben állunk a bukaresti katasztrófaelhárító központtal, de nekünk van egy virtuális szimulátorunk, ami tökéletes katasztrófavédelmi gyakorlatok elvégzéséhez, mivel a virtuális-valósággal

bármilyen katasztrófa helyzetet szimulálni tudunk: s így a képzések, felkészítések, gyakorlatok jelentős része itt valósul meg” – mondta Turucz Emilia.

A vásárhelyi katasztrófaelhárító központban fejlettsége és naprakész felkészültsége miatt 2016-ban NATO gyakorlatokat szimuláltak. A szimulációs központot a SMURD alapítvány a kórház segítségével működteti, több komoly külföldi magas színvonalú szakmai tanfolyamot sikerült már importálni, és helyi tanfolyamként havi rendszerességgel megszervezni.

„Ugyanakkor szoros kollaborációnk van a hegyimentőkkel, más katasztrófavédelmi szervezetekkel, és a paramedikusokkal. Kiemelném a kapcsolatunkat a tűzoltóságon belüli paramedikusokkal, akik egyszerre képzettek a tűzoltási és az elsősegélynyújtási eljárásokban, emellett pedig szakértők a technikai mentésben is, akik szorosan együttműködnek a rohammentőszolgálattal – nagyon sokat gyakorlatozunk együtt” – jelentette ki Turucz Emilia. Hozzátette: a SMURD innovatív, sokoldalú fejlődése a tűzoltóságra is átragadt, főleg mert a két szervezet között nagyon szoros az együttműködés, amely kollaborációnak a kiindulópontja szintén Marosvásárhely volt. A tűzoltóságnak ma már számos speciális autója van a legkülönbözőbb technikai mentéshez, és a személyzet is sokoldalúan felkészített.

Emellett jelenleg a SMURD-nál is számos speciális mentőautó – és szakismerettel rendelkező rohammentős – megtalálható, kezdve az újraélesztő, intenzív terápiás autóktól, az elsősegélynyújtó kocsikig, egészen az újszülötteket ellátó vészhelyzeti járművükön át. De Romániában jelenleg olyan különleges SMURD-os járművek is vannak, mint a mobil képzőközpontok, illetve a járvány miatt éppen igénybe vett mobil intenzív terápiás kórházak. Mi több ma Románia rendelkezik speciális fertőző betegségek ellátására kifejlesztett mentőautókkal, és mobil tesztközpontokkal.

Továbbá a SMURD-központok folyamatos multimédiás online instrukciókat és szolgáltatást is tudnak nyújtani azoknak az elsősegélynyújtó csapatoknak, akik egy vészhelyzeti esetben a helyszíneken vannak, legyenek paramedikusok, tűzoltók, hegyimentők. Mivel a személyzeti hiány állandó jellegű a sürgősségi rendszerben, a telemedicina által széles földrajzi területeket lehet professzionális szakellátásban részesíteni kevesebb személyzettel. Ez külföldön egy bevált módszer, és a jelenlegi koronavírus-járványban még inkább kiemelkedett a jelentősége. „Arafat doktor mindig a jövőre figyel, évekkal ezelőtt építette ki ezt a rendszert mindenféle támogatásokból, hogy megoldást találjon a sürgősségi ellátás egységesítését.” – összegezte Turucz.

„Aki egy életet ment meg, az egy egész világot ment meg” Ez a SMURD mottója. Kérésünkre Turucz Emilia elmondta, hogy számára, számukra ez mit jelent: „Mint sürgősségi orvos, vagy mint sürgősségi egészségügyi személyzet tagja, rengetegszer olyan helyzetben találjuk magunkat, amikor szó szerint élet-halál helyzetről van szó. És azon túl, hogy az illető személyt, mint pácienset kell megmenti és maximális ellátást biztosítani neki, természetesen mindig ott van az is, hogy az illető egy ember, akinek van egy környezete. Amikor kimegyünk egy balesethez, és például egy anyuka nagyon súlyos állapotban van, és az autóban ott van még két gyerek és az apuka is, akkor nem csak egy »sérült pácienssel« van dolgunk, hanem egy anyával, egy férjjel, egy emberrel – ezek a dolgok megérintenek minket. Vagy bejött a sürgősségi osztályra egy nagymama, aki nagyon rossz egészségügyi állapotban volt. Kiderült, hogy ő tartja el az unokákat, és ha valami történik vele, akkor a család szétesik. Az esetek itt nem csak orvosi ügyek: hanem egy-egy világ. Egy világ maga az ember, mint személy, aki ellátást igényel, akinek vannak hozzátározói, akinek van egy környezete, ahonnan származik. A világával érintkezünk” – mondta a sürgősségi szakorvos.

Beszámolt arról is, hogy ez sokszor nagyon nehéz, és meg kell tanulja a SMURD-os személyzet, hogy kissé hátralépjön, és elhatárolja magát, mert ők is emberek, és nem tudnak mindent átvenni, hiszen akkor emberileg összeomlanak, kiégnek. Sok olyan eset van, amit így sem tudnak elfelejteni, és csak lassan dolgozzák fel.

„Viszont amikor megmentesz egy életet, akkor érzed, tudod, hogy köréje egy világ épült fel, és azt a világot is megmented valamilyen szinten” – mutatott rá Turucz a mottó jelentésére.

A közösségi médiában, beszélgetésekben, sajtóhírekben gyakran találkozhatunk éles kritikával, ami a SMURD, vagy dr. Raed Arafat tevékenységére vonatkozik. Megkérdeztük Turucz Emiliát, hogy erről mit gondol.

Elmondta, hogy véleménye szerint ennek háttérében egy csúnyán manipulált jelenség áll, amely mögött különböző politikai-üzleti érdekek állnak, és a sürgősségi ellátás, illetve a rohammentőszolgálat hiteltelenítése a céljuk. „Külföldön, világszerte a romániai sürgősségi rendszer egy példakép, mivel egy nagyon meggondoltan, jól kiépített, jól működő integrált sürgősségi rendszer. Tényleg számtalan nyugati országnak példa, hogy merre kellene fejlődni. A világ minden részéről folyamatosan érkeznek szakemberek, hogy megnézzék, megtapasztalják, hogy átvegyenek dolgokat, amivel kiegészíthetik, feljavíthatják a saját országuk sürgősségi rendszerét” – vázolta a sürgősségi szakorvos a SMURD-rendszer nemzetközi elismertségét.

„E közben itthon azzal találkozunk, hogy lekritizáljuk, sok mindenbe szakértelem nélkül belekötnek, hogy az nem jó. Ez az attitűd nagyon rátelepszik a nyilvánosságra, mert Romániában megvan nekünk egy általános elégedetlenségünk: ezt gyakran szándékosan fenntartják, mert úgy könnyebb a tömeget irányítani. A sürgősségi rendszer pedig az elégedetlenség egyik célpontja, eszméletlen nagy lobbizással és nyomással próbálnak hitelteleníteni – ebben sokféle politikai-, üzleti- és magánérdek találkozik – akik mindezt mediatizálják. Rettenetes következményekkel járja, ha ilyen érdekek miatt az emberek elvesztik a bizalmukat a sürgősségi szolgálatban” – jelentette ki Turucz, miután vázolta a rosszindulatú kritikák működési mechanizmusát.

Álláspontja szerint nem a kritikával önmagával van baj, hanem, hogy Romániában nincs közegészségügyi oktatás, nincs egészségügyi nevelés. Pedig egy ilyen általános képzettség keretében az emberek információkhoz férhetnének hozzá, megtanulhatnák, hogy egy sürgősségi osztállyal szemben hogyan kell fellépni, milyen elvárásokat lehet jogosan megfogalmazni, s így tovább. „Azok az idősebbek, akik tudják, hogy milyen volt az országban a sürgősségi ellátás, amíg nem léteztek a »piros mentők«, vagyis amíg nem volt rohammentőszolgálat és sürgősségi osztályok, azok nagyra értékelik a munkánk, a létünk. A fiatalabbak ezt készen kapják, és inkább a hibákra figyelnek, és magasabb elvárásaik vannak, amelyek gyakran nem megalapozottak” – jegyezte meg Turucz, utalva arra, hogy a betegek, hozzátartozók részéről egyik leggyakoribb kritika a hosszú várakozási idő.

„Volt olyan olaszországi betegünk, aki hat órát várt, amíg foglalkoztunk vele – mert voltak nála sürgősebb esetek – neki meg csak egy hűléses tünetegyüttese volt. Mikor hat óra türelmes várakozás után sorra került, akkor elsőnek megköszönte szépen, hogy ilyen hamar foglalkozunk vele, mert Rómában a sürgősségi osztályon súlyosabb tünetekkel 14 órát kellett várakoznia. Ez a magatartás hiányzik a romániaiak jelentős részéből.” (Hogy miért kell várni a sürgősségi osztályokon, arról itt írtunk – szerk. megjegyz.)

Ugyanakkor Turucz elismerte, hogy vannak a SMURD-nál is hibák, s mint minden rendszerben itt is vannak gyenge pontok, s tisztában vannak azzal, hogy egy viszonylag fiatal rendszerről van szó, amit még fejleszteni kell.

„Most az a célunk, hogy fejlesszük a minőséget, és magas szinten tudjuk standardizálni a szolgáltatásokat. Annál is inkább szükség van erre, mert az elején volt egy nagyon motivált közösség, amely professzionális szempontból nagyon keményen és eredményesen teljesített. De most már sokan vagyunk és sokfélék, és a rendszerbe

beszivárognak olyan emberek is, akiknek egyszerűen anyagi motivációjuk van, vagy nem volt más lehetőségük, stb. – de nem elhívatottak. Emiatt valamennyire felhígult a közeg, s nekünk feladatunk, hogy megtartsuk a minőséget: és ez egy nagyon kemény munka. Vannak akiket egyszerűen fel kell zárkóztatni, mert gyengébb a képzettségük, vannak akiknek a hozzáállásán kell javítani. Azt mindenki elismeri és felvállalja, hogy vannak hibák: de a rendszer működik” – mutatott rá dr. Turucz Emilia a SMURD egyik kritikus pontjára és megoldására.

A lakosság figyelmét felhívja arra, hogy a kritikát lehet konstruktívan művelni: a körülményeket figyelembe véve, a helyzetet méltányosan felmérve. „Mert azt biztosan tudom garantálni, hogy a sürgősségi osztályon senki nem akarhat rosszat, mindenki a tehetségéhez, tudásához, lehetőségeihez képest a maximálisat nyújtja. De persze mi is emberek vagyunk, mi is szoktunk fáradtak lenni, idegesek lenni, nekünk is van rossz napunk, és lehet nem megfelelően szólalunk meg: de olyankor is szakmailag a maximális sürgősségi ellátást kapják” – fogalmazott Turucz Emilia, a marosvásárhelyi rohammentőszolgálat sürgősségi szakorvosa.

És ki tudja mit hoz a jövő? A 30 éves történetnek most már vége? Elégedettek lehetünk? Mit hoz a jövő? Kérdésünket Vass Hajnalnak, a marosvásárhelyi SMURD koordinátorának tettük fel, aki a 90-es évektől ott dolgozik. Rövid válasza szerint: még nincs kész. „Ha mi megelégedtünk volna a reanimáló szobával, akkor nem lett volna kiépítve ez a sürgősségi osztály. Ha megelégedünk csak a rohammentőkkel, akkor nem lettek volna elsősegélynyújtó csapatok, és nem lett volna helikopter. Mindig elemezzük, hogy hol állunk, mi a jó az egészben, hol kell javítani és hova lépünk tovább. Mivel szükségleteket fedünk le, ezért figyelni kell, hogy milyen szükségletek alakulnak ki. Ezekből következnek a fejlődési irányok, és ebből a szempontból ez nem egy lezárt 30 év, nem állhatunk le, hogy most már megvan a rendszer, s kész” – fejtette ki, hozzátéve, hogy ma már teljesen mások az emberek igényei, elvárásai, mint ahogyan technológiák is nagyon megváltoztak.

„Látjuk, hogy lassan jön a robotvilág a technika felől, és kérdés, hogy mit hoz a sürgősségi betegellátásba: vannak robotok amelyek műtenek, vagy egyéb beavatkozást végeznek. Ez előbb-utóbb Romániába is megérkezik. Emellett természetesen még sok fejlődési irány van, de ez az egyik, és nagyon érdekes kérdés számomra, hogy milyen emberi tevékenységet tud majd egy robot végezni. Szerintem ebből is lesz részünk, de majd a jövő eldönti, hogy milyen szintig...” - mondta Vass.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Koronavírus

- A COVID-19-pandémia helyzete egyes európai országokban

Kórházügy

- *VKD-Praxisberichte 2020*. Kórházi válságmenedzsment (1-8. rész)
- Panaszkézelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)

Digitalizáció

- A Bundestag elfogadta a digitális ellátásokról szóló törvényt
- Digitalizáció az egészségügyben – *Continentale Study 2019*
- A digitális kórház (DKI)
- Az információtechnológiai biztonság a kórházakban (DKG)
- A személyi állomány és a digitalizáció helyzete a német kórházakban (*MLP Gesundheitsreport 2019*)
- Együttes döntéshozatal a digitalizáció alkalmazásáról az idősápolás területén (IAT)
- eHealth az ambuláns alapellátás területén Svájcban

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről – *Pflege-Report 2020* (WIdO) (4-7. rész): 4. Hollandia; 5. Spanyolország; 6. A geriátriai rehabilitáció helyzete; 7. Az ápolásra szorultság helyzete Németországban
- Munkahelyi együttes döntéshozatal a bentlakásos intézményi ápolás digitalizációjában (IAT)

Egészséggazdaság

- Jelentés az egészséggazdaság helyzetéről Németországban 2018-ban

Gyógyszer

- A települési gyógyszertárak helyzetének megerősítéséről szóló törvény
- Elemzés az utóbbi tíz évben engedélyezett svájci rákellenes gyógyszerek klinikai hasznáról

Emberi erőforrás

- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechnika területén (DKI)

Palliatív ellátás

- A kórházi palliatív ellátás helyzete Svájcban 2018-ban

Minőségügy

- Ajánlások az egészségügyi regiszterek továbbfejlesztésére Svájcban

Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2019 (Commonwealth Fund)*
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- A diabétesz mellitus helyzete Svájcban. betegségteher és ellátás

Praxishírek

- Az orvosi praxisok gazdasági helyzete Németországban 2015 és 2018 között

Rövidhírek (aleatorikusan):

- Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)
- Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)
- Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)