

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2015. 19. sz.

Menekültügy, menekültek és bevándorlók egészségügyi ellátása:

- A menekültek egészségügyi ellátásának jogi keretfeltételei – 1-2. rész
- A menekültek egészségügyi ellátása:garantált jog
- Egészségügyi kártya a menekültek számára Észak-Rajna-Vesztfáliában is
- Drezdában orvosi praxis nyílik a menekültek számára
- Saarland is az egészségügyi kártya menekültek részére való bevezetését mérlegeli
- Egészségügyi ellátás és ápolás a bevándorlók társadalmában (A Friedrich-Ebert-Stiftung konferenciája, Berlin, 2015. április 21.)

Kórházügy:

- Nemzetközi tanulmány az egészségügyi kiadások és a halálozás összefüggéséről
- Amerikai tanulmány a kórházi minőségmérésről
- A szolgáltatások prioritizálását a haszonelvűség határozza meg

Terhesgondozás:

- Túlellátottság a terhesgondozás területén (*Bertelsmann Stiftung*)
- A magzati EKG nem jelent előnyt a szülészet számára
- A jelentés a kismamák terhesség és szülés körüli halálozásáról (*Stiftung Weltbevölkerung – Datenreport 2015*)
- Terhességmegszakítások statisztikája Svájcban 2014-ben

Orvosetika:

- Az Amerikai Pszichológusok Társaságának jelentése a kínzásokról
- Eutanázia Hollandiában és Belgiumban

A sajtószemle az EGVE honlapján:

http://www.egve.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=119

**Tematikus összeállítás: Menekültügy,
menekültek egészségügyi ellátása Németországban**

Dr. Pasch: A menekültek egészségügyi ellátásának jogi keretfeltételei – 1. rész
Arzt & Wirtschaft, 2015. szeptember 3. 7:00

Kulcsszavak: menekültügy, menekültek egészségügyi ellátása, Németország

Forrás Internet helye: <http://www.arzt-wirtschaft.de/asylbewerber-i-rechtliche-vorgaben/>

Az *Arzt & Wirtschaft* a jelenlegi menekültügyi állapotokra való tekintettel, valamint annak érdekében, hogy ne keletkezzen káosz az egészségügy területén is, összeállítást közöl a menekültek egészségügyi ellátásának jogi feltételrendszeréről.

A menedéket kérelmező személyek számára nyújtandó szolgáltatásokról szóló törvény (Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG):

A menedékre jogosult személyek egészségügyi ellátásának feltételeit az 1993-ban elfogadott, legutóbb 2014. december 23-án módosított törvény szabályozza. Szolgáltatásokra az alábbi menedéket kérelmező személyek jogosultak:

- azok a külföldiek, akik a hazájukban dúló háborúk miatt tartózkodási engedéllyel rendelkeznek;
- azok a kiutazásra kötelezett külföldiek, akik személyes vagy humanitárius okokból jelenleg nem tudnak kiutazni;
- azok a kiutazásra kötelezett külföldiek, akik jogi vagy tényleges indokokból jelenleg nem tudnak kiutazni;
- a felsorolt személyek házastársa, vagy kiskorú gyermekei, még abban az esetben is, ha az ő esetükben az előbbi feltételek nem teljesülnek.

Az orvosi ellátás tekintetében a jogszabály különbséget tesz azon menedéket kérelmezők között, akik első lakásukban laknak, ill. szükségszálláson tartózkodnak, valamint azok között, akiket már leosztottak a települések között.

- **Első lakásban vagy szükségszálláson való tartózkodás esetén** az ellátást rendszerint a tartományi hatóságok vagy azok egységei biztosítják. Ennek során az ellátást a hatóságok megbízásából működő tisztiorvosok vagy más orvosok nyújtják. E szolgáltatások térítése az állami hivatalokra tartozik.

A menedéket kérelmező személyek települések közötti leosztását követően az orvosi ellátást a szociális hivatalok irányítják és szerződött orvosok biztosítják. Az elszámolás előírásai tartományonként változók.

Dr. Pasch: A menekültek egészségügyi ellátásának jogi keretfeltételei – 2. rész
Arzt & Wirtschaft, 2015. szeptember 7. 7:00

Forrás Internet-helye: <http://www.arzt-wirtschaft.de/asylbewerber-ii-welche-leistungen-sind-abrechenbar/>

A menedéket kérelmező személyek számára, a települések között való leosztásukat követően nyújtandó szolgáltatások volumenét a törvény (*Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG*) 4. § szabályozza. A probléma itt már az, hogy az orvosi ellátás tartományi hatáskörbe tartozik és ebből az interpretáció számos lehetősége keletkezik. Látszólag minden világos, ám a gyakorlatban az interpretáció módjával összefüggő mozgástér miatt a végső döntést a szerződött orvosnak akkor kell meghoznia, amikor a beteg vele szemben ül.

A menedéket kérelmező személyek orvosi ellátása a törvény szerint az alábbi szolgáltatásokra terjed ki:

- akut megbetegedések és fájdalmak, beleértve a gyógyszeres ellátást, kótszert, a megbetegedések vagy megbetegedések következményeinek gyógyítására, a beteg állapotának jobbítására irányuló egyéb szolgáltatások;
- orvosi és ápolási ellátások, bábaasszonyi szolgáltatások biztosítása a leendő anyák vagy gyermekágyi segélyben részesülő anyák részére;
- hivatalosan ajánlott védőoltások és orvosilag szükségesnek látott megelőző vizsgálatok.

A mindennapi gyakorlatban a döntő kérdés, hogy hol a határ az akut és krónikus megbetegedés között. Jól beállított diabétesz esetén meg kell-e várni, amíg inzulinhiány miatt bekövetkezik az akut rosszabbodás? Ebben a tekintetben a tartományok és az egyes betegpénztári orvosi egyesületek sem foglalnak világosan állást. A tényállást csak Baden-Württembergben sikerült tisztázni. Karlsruhe kormányhivatal állásfoglalása szerint: „az ellátás a krónikus megbetegedésekre is kiterjed, amennyiben ez orvosi szempontból szükséges.”

A törvény 4. § „*a hivatalosan ajánlott védőoltásokról és orvosilag szükségesnek látott megelőző vizsgálatokról*“ is rendelkezik. Mindenesetre kizártak az önkéntes kiegészítő szolgáltatások, a mesterséges megtermékenyítés vagy a külföldön való kezelés.

Összegzés: A menedéket kérelmező személyek ellátása során az orvosilag szükséges kezeléseket minden esetben biztosítani kell. Ennek során az orvosnak el kell zárkóznia a szolgáltatások köréből kizárt és a beteg kénye-kedve szerinti kezelésektől. Kétségek esetén az orvos betegpénztári orvosi egyesüléséhez fordulhat.

Heike Korzilius: A menekültek egészségügyi ellátása: garantált jog
Deutsches Ärzteblatt print, 2015; 112(35-36): A-1391 / B-1171 / C-1143

Forrás Internet helye: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/171776>

A Szövetségi Belügyminisztérium ebben az évben 800.000 bevándorlóval számol. Ez az elmúlt évhez viszonyítva a menekültek számának négyszeres növekedését jelenti. Thomas de Maizière szövetségi belügyminiszter szerint ez „egy gazdag és jól szervezett ország számára kihívásnak számít”, de nem jelent túlzott megterhelést. Nemzetközi összehasonlításban a válságövezetekkel szomszédos (kisebb és szegényebb) országokba nagyságrendekkel több menekült érkezik (Törökországba 1,6 millió, Pakisztánba 1,5 millió, Libanonba 1,2 millió).

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, a Szövetségi Orvosi Kamara elnöke elsők között foglalt állást a menekültekkel szembeni diszkrimináció ellen. „A menedéket kérelmező személyek számára nyújtandó szolgáltatásokról szóló törvény” (*Asylbewerberleistungsgesetz*) csak akut megbetegedések esetén teszi lehetővé a kezelést, azt is csak hatósági engedély birtokában. „Számunkra, orvosok számára nincs jelentősége annak, hogy valaki honnan jött. Minden embert azonos szempontok szerint kezelünk.” Montgomery utalt a Német Orvostudományi Kongresszus határozatára, amely javasolta, hogy a menedéket kérelmezők részesüljenek teljeskörű ellátásban a kötelező betegpénztáraknál. Pozitív példaként említette, hogy Hamburgban és Brémában a menekültek egészségügyi kártyát kapnak és így hozzáférést nyernek a rendszeres ellátáshoz. Az orvosi ellátáshoz, az oktatáshoz és a szociális szolgáltatásokhoz való jogot a genfi menekültügyi egyezmény is garantálja.

*

Egészségügyi kártya a menekültek számára Észak-Rajna-Vesztfáliában is
Ärzte Zeitung online, 28. 08. 2015

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/gesundheitskarte/default.aspx?sid=892874&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150831-Gesundheitskarte

Sajtójelentések szerint a menedéket kérelmezők Észak-Rajna-Vesztfáliában is egészségügyi kártyát kapnak. A tartomány így követi Hamburg és Bréma példáját. A menedéket kérelmezők így közvetlenül orvoshoz fordulhatnak és nem kell minden egyes kezelést külön kérelmezniük. **Hannelore Kraft (SPD) tartományi miniszterelnök** már június közepén e megoldás mellett foglalt állást.

*

[Lapzárta előtt: Berlinben több mint 800 orvos jelentkezett a menekültek önkéntes ellátására.]

Drezdában orvosi praxis nyílik menekültek számára
Deutsches Ärzteblatt online, 2015. szeptember 1.

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63985>

Szeptember közepén Drezdában speciálisan a menedéket kérelmezők ellátását célzó orvosi praxis nyílik. A tartományi kormányzat, a város és a betegpénztári egyesülés (*Kassenärztliche Vereinigung – KV*) közötti megállapodás szerint a praxis megnyitására az egyetemi klinika területén kerül sor. Működtetését első lépésben novemberig tervezik, további sorsáról a felek közösen döntenek.

Barbara Klepsch (CDU) tartományi egészségügyi miniszter szerint a kezdeményezés más települések számára is példamutató. A praxis működtetését kezdetben egy általános orvos fogja ellátni, de később lehetőség nyílik pediátriai és sebészeti ellátásra is. A praxis hétfőtől péntekig fogadja a menedéket kérelmező beteg személyeket. A helyszínen állandó tolmács áll rendelkezésre. A finanszírozást a menedéket kérelmezők szolgáltatásairól szóló törvény szerint biztosítják. Amennyiben a fenntartás költségei meghaladnák a bevételeket, a deficitet tartományi forrásokból egyenlítik ki.

*

***Saarland is az egészségügyi kártya
menekültek részére való bevezetését mérlegeli***
Deutsches Ärzteblatt online, 2015. szeptember 2.

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64008>

Annegret Kramp-Karrenbauer (CDU), Saarland tartomány miniszterelnöke, bejelentette, hogy Hamburg, Bréma és Észak-Rajna-Vesztfália példáját követve a tartományi kormányzat is az egészségügyi kártya menekültek részére való bevezetését fontolgatja. Ezzel kapcsolatban Rheinland-Pfalz Tartomány kormányával közösen egyeztetéseket folytatnak a betegpénztárakkal.

A tartományi miniszterelnök **Hermann Gröhe szövetségi egészségügyi miniszterrel** együtt nyitott meg egy tartományi befogadó központot. A miniszter hangsúlyozta, hogy a szövetség és a tartományok közötti megállapodás alapján az egészségügyi kártya bevezetésére csak azokban a tartományokban kerül sor, amelyek így döntenek. A finanszírozást továbbra is az állam biztosítja.

[**N. B.** A bevándorlást Németországban a 2005-ben elfogadott „bevándorlási törvény” („**Zuwanderungsgesetz**”) szabályozza. A német politikai közbeszédben az elmúlt hetekben a bevándorlási szükségállapottal összefüggésben kreatív párbeszéd alakult ki a bevándorlásra vonatkozóan alkalmazandó korrekt fogalomhasználattal kapcsolatban. A törvény fogalommeghatározásai árnyalatnyi szemantikai különbséget tesznek (az egyaránt bevándorlásként fordítandó) „**Zuwanderung**” és „**Einwanderung**” között. A szakmapolitika a jelenlegi konstellációban az utóbbi alkalmazása felé hajlik. – a szerk.]

Egészségügyi ellátás és ápolás a bevándorlók társadalmában
(Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft)
Válogatás a Friedrich-Ebert-Stiftung konferenciájának dokumentációjából
(Berlin, 2015. április 21.)

Kulcsszavak: menekültügy, bevándorlás, bevándorlók egészségügyi ellátása, ápolás, Németország, Skandinávia

Forrás Internet-helye: <http://www.fes.de/de/publikationen/> Neu im Juli 2015

Aydan Özoguz államminiszter:
Az interkulturális egészségügyi ellátás politikai keretfeltételei

A szövetségi kormány migrációs, menekültügyi és integrációs megbízottja 2015-ben a bevándorlók társadalmának egészségügyi és ápolási ellátásának témáját helyezte tevékenysége középpontjába:

1. a bevándorlók nyelvi felzárkóztatása;
- 2 a prevenció javítása a bevándorlók körében (védőoltások, megelőző vizsgálatok);
- 3 a rehabilitációs intézkedések szélesebb körű igénybe vétele;
- 4 a szakmai megbetegedések és munkahelyi balesetek számának csökkentése;
- 5 a bevándorlók ellátórendszerben való helyzetének, biztosítási viszonyának rendezése.

A bevándorlók elég jól eligazodnak az egészségügyi rendszerben, csak 20%-uk számol be arról, hogy nyelvi nehézségekkel küszködik az orvosokkal és ápolókkal való érintkezés során. A nyelvi akadályokon túl a kulturális különbségek is nehézségeket okoznak. Ezzel kapcsolatban a szövetségi kormány migrációs, menekültügyi és integrációs megbízottjának kiadásában megjelent „A kulturálisan érzékeny kórház,, („*Das kultursensible Krankenhaus*“) c. broszúra.

A jelenlegi és a következő években várható drámai menekülthullámra való tekintettel módosítani kell a menekültek ellátására vonatkozó szabályozásokat. A jelenleg a menedéket kérelmező személyek és megtűrt külföldiek számára egy évig korlátozottan járó egészségügyi szolgáltatások határidejét rövidíteni kell. Más tartományoknak is követniük kell Hamburg és Bréma példáját, ahol a bevándorlók részére évek óta bevezették az egészségügyi kártyát.

Egyre több a bevándorlási háttérrel rendelkező időszerű személy. 2012-ben Németországban a 65 éven felüli bevándorlók száma meghaladta az 1,58 milliót. Számuk 2030-ig 2,8 millióra növekedik és szükségessé válik a számukra nyelvi és kulturális szempontból adekvát ápolási és gondozási kínálatok kialakítása. Jelenleg még nagyon sok bevándorlási háttérrel rendelkező család próbálkozik a nagyszülők gondozásának az ambuláns és intézményi ápolási rendszer mellőzésével történő megoldásával. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium 2016-ban modellprojektet indít a bevándorlási háttérrel rendelkező ápolásra szoruló személyek és hozzátartozóik eligazítására.

Prof. Dr. Allan Krasnik:
A skandináv egészségügyi rendszerek aktuális kihívásai

A skandináv országok menekültügyi politikájának sajátosságai:

Svédország, mint jóléti állam, mindig nagyobb nyitottságot tanúsított. A külföldön született személyek aránya az összlakosság 15,4%-át teszi ki. A bevándorlók kétharmada nem az EU-ból származik.

Norvégia migrációval szembeni befogadókészségét az új erőforrások, a külföldi munkaerő iránti igény táplálja.

Dánia protekcionista migrációs politikát követ, a bevándorlók aránya nem éri el az EU átlagát.

A migránsok egészségi állapota:

A migráns lakosság körében megfigyelhető, hogy az alacsonyabb szocio-ökonómiai státusz rosszabb egészségi állapottal jár. A hátrány még a bevándorlók második-harmadik nemzedékénél és érezhető. A magasabb képzettségű munkaerő jelenleg megfigyelhető bevándorlása már átlagosan jobb egészségi állapottal jár.

Az integrációs politika és az egészségi állapot közötti összefüggés jól megragadható. A Dániában élő migránsok sokkal rosszabbnak ítélik meg egészségi állapotukat, mint a többi skandináv országban élők. A bevándorlók első generációjának várható életkora még magasabb, mint a helyi lakosságé, a második generációé azonban már annál alacsonyabb. Egy norvégiai vizsgálat szerint a pszichés megbetegedések aránya az Európán kívülről érkező bevándorlók (24%), valamint a menekültek (31%) körében sokkal magasabb. A migránsok egészségi állapota azokban az országokban rosszabb, ahol az integrációs politika kevésbé artikulált.

Az egészségügyi szolgáltatások tekintetében az elismert menekültek és migránsok a helyi lakosságéval azonos jogokkal rendelkeznek. Dániában a menedéket kérelmező személyek ellátása csak a szükséges, sürgős és fájdalmakat enyhítő szolgáltatásokra korlátozódik. Az érvényes tartózkodási engedéllyel rendelkező személyek csak sürgősségi ellátásra jogosultak. A migránsok EU-szerte – de Skandináviában is – átlagon felüli mértékben vesznek igénybe sürgősségi és jóval ritkábban rendszeres ellátásokat. A tartózkodásra jogosult legális migránsoknál utóbbiak igénybevételét a nyelvi és kommunikációs korlátok akadályozzák. Menedéket kérelmező és illegalizált személyeknél nincs meg a jogosultság.

A skandináv országokban alkalmazott stratégiák:

Svédországban és Dániában a felvázolt problematikák tekintetében nem azonosítható valamilyen állami stratégia. Dániában mindössze helyi kezdeményezések vannak, pl. a Vörös kereszt intézményeinél önkéntesen ellátják az illegális bevándorlókat.

A norvég parlament a közelmúltban nemzeti stratégiát fogadott el a lakosság körében tapasztalható egészségi különbségek kiegyenlítésére. Ennek célja a migránsokat az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során akadályozó tényezők azonosítása és felszámolása. Ennek érdekében paradigmaváltást eredményező intézkedések bevezetésére került sor: A jövőben a szolgáltatóknak fel kell készíteniük a személyzetet a különböző kulturális különbségek kezelésére, a norvég nyelvet nem beszélő emberekkel való alapkommunikáció kialakítására, szükség esetén tolmácsolási szolgáltatást kell biztosítaniuk.

4. vitafórum: A menekültek és menedéket kérelmező személyek egészségügyi ellátása javításának lehetőségei

Georg Classen berlini menekültügyi tanácsos szerint a menedéket kérelmező és megtúrt személyek rendkívüli nehézségekbe ütköznek. A törvény szövege a szolgáltatások volumene tekintetében pontatlan, több interpretációra nyújt lehetőséget. Különösen kritikus az akut és a krónikus megbetegedések megkülönböztetése, A törvény szövege félreértelmezhető.

Dr. Thea Jordan (a Berlini Orvosi Kamara emberjogi bizottságának tagja) az önkéntes orvosok tevékenységéről számolt be. Kezelésekre csak sürgősségi esetekben kerül sor, krónikus megbetegedéseknél nem biztosított az orvosi ellátás, gyakran a segédeszközöket is megtagadják. Különösen súlyos, hogy háborús övezetektől érkező, traumatizált személyek sem részesülnek megfelelő pszichoterápiás kezelésben.

Az ún. „brémai modell” megoldást jelenthetne a menekültek orvosi ellátásának javítására. Brémában és Hamburgban a menekültek tartózkodásuk kezdetén megkapják a kötelező betegpénztárákéval ekvivalens chip-kártyát. Ennek alapját az AOK Bremen, valamint a brémai és hamburgi szociális hatóságok közötti megállapodás képezi. Az AOK Bremen átvállalja az orvosi kezelések számláit, amit a szociális hivatal (*Sozialamt*) az igazgatási költségekkel együtt megtérít. A „brémai modell” kiterjesztésének lehetőségeit jelenleg a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium mellett felállított szövetségi-tartományi munkacsoport vizsgálja.

Az ápolásra szoruló személyekkel kapcsolatban az ápolási intézményekre is feladatok hárulnak. Jóllehet a törvény hivatalosan ambuláns és bentlakásos intézményi ellátást ír elő, a tartományi egészségügyi hivatalok általi szakértői véleményezési eljárás a gyakorlatban jócskán elhúzódik. Az ápolási szolgáltatások emiatt finanszírozási kényszerhelyzetbe kerülnek, mivel nem állnak rendelkezésre a megfelelő engedélyek.

A vita során felmerült, hogy a menekülteket feltétel nélkül fel kellene venni a rendszeres egészségügyi ellátás körébe, ami jelenleg politikailag nem vihető keresztül. Maga a téma azonban a menedéket kérelmező személyek számára nyújtandó szolgáltatásokról szóló törvény tavalyi novellálása során felmerült, ám végül nem ment keresztül. Georg Classen szerint a megoldás az lenne, ha a menedéket kérelmező személyek és menekültek ellátásának megoldása nem tartományi vagy kommunális szinten valósulna meg, hanem annak rendezésére szövetségi szinten kerülne sor.

Kapcsolat:

Dr. Dietmar Molthagen,

Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin, Arbeitsbereich Integration und Teilhabe

Tel.: 49-30/ 269 35 7322,

Fax: 49-30 / 269 35 9240,

E-Mail: dietmar.molthagen@fes.de

F Peters et al.: Nemzetközi tanulmány az egészségügyi kiadások és a halálzási ráta összefüggéséről

Journal of Epidemiology and Community Health 2015; 69: 536-542. DOI: 10.1136/jech-2014-204906)

Kulcsszavak: egészségügyi kiadások, halálzási ráta, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://jech.bmj.com/content/early/2015/01/22/jech-2014-204905>

Német és holland kutatók a hollandiai adatok elemzése során annak próbálták utánajárni, hogy az egészségügyi reformok és az egészségügyi rendszerbe pumpált pénzek mennyiben járulnak hozzá a halálzási csökkenéséhez. Az eredmények felérték egy hidegzuhanyal.

Minden egészségpolitikus álma: olyan egészségügyi reformot bevezetni, amely az életkor meghosszabbodásához vezet. Rotterdami és rostocki kutatók annak próbálták utánajárni, hogy megállapítható-e valamilyen összefüggés a magasabb hollandiai egészségügyi kiadások és a lakosság alacsonyabb halálzási aránya között.

Ennek során a holland lakosság rendszeres egészségfelmérésének (*Permanent Onderzoek Leefsituatie*) adatállományához folyamodtak: egy 7.691 fős kohorsz 2001/2002-i adatait hasonlították össze egy másik, 8.362 fős kohorsz 2007/2008-i adataival. Ezenkívül felhasználták az orvoslátogatásokból, gyógyszerfelírásokból származó rutinadatokat és a mortalitási mutatókat.

A köztes időszakban, 2002 és 2007 között az egészségügyi kiadások Hollandiában több egészségügyi reform során szokatlan mértékben növekedtek: a kiadások 2002-ben a GDP 8%-át, 2011-ben 11,8%-át tették ki.

A reformokat követően az egészségügy gyakorlatilag minden szegmensében több pénz jelent meg, mint korábban. A tanulmány eredményei azonban ellentmondásosak és csalódást okozhatnak az egészségpolitikusoknak.

Annak elemzése céljából, hogy mely csoport profitált elsősorban az egészségügy többletkiadásaiból, a kohorszt négy csoportra osztották. Ennek során különbséget tettek abban a tekintetben, hogy a személyek egy vagy

több krónikus megbetegedésben (pl. diabéteszben vagy reumában) és/vagy potenciálisan halálos kimenetelű megbetegedésekben (rákos megbetegedésekben, szívbetegségekben) szenvedtek-e. Az orvoslátogatások és a felírt gyógyszerek számát is rögzítették.

A kutatók az adatok alapján bizonyítani tudták, hogy a legsúlyosabb megbetegedésekben szenvedő csoport profitált leginkább. Az ő halálozási kockázatuk a 2001/2002-i kohorszban háromszor volt magasabb az egészséges emberekénél. A 2007/2008-i kohorszban a kockázat csak másfélszer haladta meg az egészségesekét.

Ez a csökkenés várható volt, mivel az ellátáshoz való hozzáférést gyorsabban lehetővé tevő egészségügyi rendszernek legalábbis indirekt módon elsősorban ennek a csoportnak kell kedveznie. A pozitív effektus mindenesetre csak a súlyos betegek csoportjában volt azonosítható.

Nem tisztázódott, hogy a (jobb) ellátási kínálat hozzájárult-e és ha igen, milyen mértékben járult hozzá a halálozás csökkenéséhez, hogy ez volt-e a csökkenés tényleges oka. A tanulmány szerzői semmilyen utalást nem találtak arra, hogy az alacsonyabb halálozás az egészségügyi és prevenciószolgáltatások iránti magasabb kereslethez asszociálhatók-e.

Ellenkezőleg: annál a személyi körnél, amely gyakrabban fordult orvoshoz és több gyógyszert szedett, a halálozás kockázata magasabb volt. Az Egyesült Államokban már évek óta napirenden van és tanulmányok tárgyát képezi az ún. „ellátási paradoxon” (*"Health Care Paradox"*).

Az Egyesült Államok világviszonylatban messze a legtöbb pénzt fordítja egészségügyi kiadásokra (a GDP 16%-át). Ettől azonban az amerikaiak semmivel sem lettek egészségesebbek.

Számos tanulmány jelzi, hogy a csúcstechnológiát alkalmazó egészségügy és a megszorítási programok szimbiózisa kiszípolozza a szociális államot, ami az Egyesült Államok esetén egyértelműen egészségtelen közegnek bizonyult.

Amerikai tanulmány a kórházi minőségmérésekről
JAMA (2015;314(4):375-383)

Kulcsszavak: minőségügy, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://jama.jamanetwork.com/issue.aspx>

<https://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2411284>

A tanulmány 3.200 olyan amerikai kórház adatait elemezte, amelyek 2014. óta részt vesznek egy pénzügyi programban, amelynek keretében a rossz minőségi ellátást nyújtó kórházaknál csökkentik a kifizetéseket. Ezekben a kórházakban elsősorban a *Medicare* és *Medicaid* szociális programok keretében ellátott betegeket kezelik, akik többnyire igen alacsony jövedelemmel rendelkeznek. Az adatelemzés elsősorban a műtétekre, akut koronária szindrómában, szívelégtelenségben és tüdőgyulladásban szenvedők ellátására irányult. A kutatókat az érdekelte, hogy az ellátásminőség mérése annak 2014. óta alkalmazott formájában adekvátnek bizonyul-e.

Az eredmény: A legtöbb büntetéssel sújtott kórház 22%-a részben oktató kórház vagy regionális kórház, ahol sok a multimorbid beteg, akik ennek megfelelően költségesebb ellátást igényelnek. Az oktató kórházak feltehetően sokkal rendszeresebben dokumentálják a hibákat. Ezeknek a kórházaknak gyakrabban kell levonásokkal vagy bírságokkal számolniuk, mint a tanulmányban vizsgált más kórházaknak.

A kutatók szerint ezek a kórházak gyakran több minőségügyi tanúsítvánnyal, igényesebben felszerelt egységekkel rendelkeznek, jobb kiszolgálást nyújtanak és jobb eredményeket érnek el a minőségmérés egyéb kritériumai tekintetében. Az egyes kórházakban az adatkódolás minősége tekintetében is jelentős különbségek vannak. Az eredmények azt mutatják, hogy a kórházakra kirótt büntetéseket át kell gondolni.

A tanulmányból kiderül, hogy a szociálisan rosszabb helyzetben levő lakossággal rendelkező régiókban, ahol pontatlan mérési instrumentumokat alkalmaznak, az ellátásminőségre vonatkozó adatok meghamisíthatók, de a „jó” kórházak részére nyújtott bónuszok rendszere is átgondolandó. A gyakorlatban ez a rendszer azt fogja eredményezni, hogy minden beteg olyan kórházban szeretné magát kezeltetni, ahol a betegpénztárak készséget tanúsítanak a minőségi pótlékok fizetésére.

A szolgáltatások priorizálását a haszonelvűség határozza meg
European Journal of Health Economics
(DOI 10.1007/s10198-015-0693-x), 27 May 2015

Kulcsszavak: priorizálás, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-015-0693-x>

Két német egyetemi kutató tanulmánya szerint az orvostudomány fejlődése és a demográfiai átalakulás miatt a jövőben már nem lesz lehetőség arra, hogy mindenki számára, bármikor és a kívánt mennyiségben bocsáthassanak rendelkezésre egészségügyi szolgáltatásokat. A lakosság jelentős része azonban nem nyugszik bele abba, hogy a terápiás eljárásokhoz való hozzáférést a beteg bizonyos tulajdonságaitól tegyék függővé. Az emberek a jobb egészségügyi ellátást lehetővé tevő jövedelemfüggő hozzáférést is elutasítják.

Christian Pfarr (Universität Bayreuth) és Marlies Ahlert (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) tanulmánya az ún. *International Social Survey Programme (ISSP)* gyakorlatán alapul, amelynek keretében több országban végeznek reprezentatív felméréseket aktuális társadalomtudományi kérdésekről, a nyers eredményeket pedig a nyilvánosság rendelkezésére bocsátják.

A szűkös forrásoknak az egészségügyben való felhasználására vonatkozó kérdésekre 1.681 polgár válaszolt, ami reprezentatív mintának minősül. A megkérdezettek válaszait aztán esetenként haszonelvű eszmefuttatások kísérték. A szerzők egyebek között felvetik a kérdést, hogy miként kellene eljárni, ha két szívbeteget, akik orvosi szempontból egyformán sürgős beavatkozásra szorulnak, nem tudnak egyidőben megműteni.

Tegyük fel, hogy a két szívbeteg közül az egyik dohányzik, a másik nem: a megkérdezett nemdohányzók 31%-a válaszolta, hogy előbb a nemdohányzót kell megműteni, 68% szerint a dohányzás nem ok a két beteg közül az egyik előnyben részesítésére. A megkérdezett dohányzók 82%-a szerint viszont ez a különbség irreleváns és csak 17%-uk vélte, hogy előbb a nemdohányzót kell megműteni.

Hasonló volt az eredmény az életkorra vonatkozó kérdésnél: Az 50 évnél fiatalabb megkérdezettek 45%-a vélte, hogy a fiatalabb betegeket kell előnyben részesíteni. Ezeknek a fele (53%) irrelevánsnak tartotta az életkort abban a tekintetben, hogy kit kell előbb megműteni. Az 50 év fölötti megkérdezettek körében ez az arány 64%-ra növekedik, miközben mindössze 35% részesítené előnyben a fiatalabb betegeket.

Túlellátottság a terhesgondozás területén

Bertelsmann-Stiftung, 2015. július 27.

Kulcsszavak: terhesgondozás, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/juli/ueberversorgung-in-der-schwangerschaft/>

A *Bertelsmann Stiftung* tanulmánya szerint csaknem minden terhes nő több vizsgálatban részesül, mint amennyit az anyasági/terhességi irányelvek előírnak. Lett légyen szó veszélyeztetett terhességről vagy a terhesség komplikációk nélküli lefolyásáról: a leendő anyák ugyanazokban a kezelésekből részesülnek.

A felmérésben 1.293 anya vett részt, aki az elmúlt év során hozta világra gyermekét. Mivel az orvosok által felkínált, vagy a terhes nők által óhajtott szolgáltatások nem minden esetben rutinszerűek, ezekért a leendő anyák 80%-ának fizetniük kell. **Uwe Schwenk, a Bertelsmann Stiftung egészségügyi szakértője** szerint „a több nem feltétlenül jobb. A terhesgondozás területén egyértelmű a túlellátottság”.

Csaknem minden terhes nőt a hivatalos irányelvektől eltérő módon látnak el. A kardiotokográfiát (CTG) és az ultrahang-vizsgálatot veszélyeztetett és komplikációk nélküli terhességnél egyenlő mértékben alkalmazzák.

Minden második nő „nagyon jónak”, további 30%-uk „jónak” ítéli meg az orvosa által nyújtott terhességi tanácsadást. A nők 95%-a azt hiszi, hogy a CTG a terhességi ellátás rutinszolgáltatásai közé tartozik – holott az anyasági/terhességi irányelvek ilyesmit nem írnak elő.

Csaknem minden terhes nő részesül CTG-ben, még akkor is, ha a terhesség tünetmentes. A zavartalan terhességet viselő nők 49%-a több mint öt ultrahang-vizsgálatban részesül, miközben az irányelvek mindössze hármat írnak elő.

Az egyik szerző szerint a túlkínálat fokozza a nők szüléssel szembeni szorongásait és a vélelmezhetően biztonságosabb császármetszés iránti óhajt táplálhatja.

A terhesgondozást az anyasági/terhességi irányelvek (*Mutterschaftsrichtlinien – MSR*) szabályozzák, amelyeket a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), a szakma közös önkormányzata tesz közzé. Ez a tanácsadás, vérvizsgálatok, súly-, vizelet- és vérnyomáskontroll, a gyermeki szívhang és a méhmegnagyobbodás kontrollja mellett három ultrahang-vizsgálatot tartalmaz, amelyekre a terhesség 10-ik, 20-ik és 30-ik hetében kerül sor. Az irányelvek 10-12 terhesgondozási vizsgálatot írnak elő, amelyeken kezdetben négyhetente, a terhesség 32-ik hetétől kezdődően kéthetente kell megjelenni.

*

A szakmai szervezetek: a Nőgyógyászok Szakmai Szövetsége (*Berufsverband der Frauenärzte – BVF*) és a Német Nőgyógyászok és Szülészek Társasága (*Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – DGGG*) állásfoglalásban fogalmazták meg ellenvetéseiket.

A magzati EKG-vizsgálat nem jelent előnyt a szülészetben
New England Journal of Medicine (2015; 373: 632-641)

Kulcsszavak: terhesgondozás, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1500600>
; <http://www.utmb.edu/newsroom/article10592.aspx> ;
<http://www.nichd.nih.gov/news/releases/Pages/081215-fetal-ecg.aspx>

Egy amerikai tanulmány szerint a magzati ST-szakasz elemzésének a kardiokardiográfiába való integrációja nem gyakorol befolyást a szülés kimenetelére. Egy svéd cég, a *Neoventa*, tíz éve forgalmaz az Egyesült Államokban és Európában egy készüléket a magzati ST-szakasz elemzésére.

A kilencvenes években Svédországban és Angliában két tanulmányt készítettek, amelyek arra az eredményre jutottak, hogy a magzati ST-szakasz elemzése tényleges előnyökkel jár. Ezt azonban több negatív tanulmány követte. A *Cochrane Collaboration* összesen 16.295 nő részvételével készített hat randomizált kontrollált tanulmány alapján arra az eredményre jutott, hogy a magzati ST-szakasz elemzése 39%-kal csökkenti a magzati vérgáz-elemzések számát, az instrumentális vaginális szülések száma pedig 11%-kal alacsonyabb. A „kemény” végpontokon, a császármetszések száma, a születéskor súlyos metabolikus acidózisban szenvedő babák száma, vagy a neonatális encephalitisszel született babák száma tekintetében azonban csak tendenciális előnyökről beszélhetünk.

Egy kísérleti szakaszt követően, amelynek keretében a kórházak beavatást nyertek a készülék használatába, 26 klinikán összesen 11.108 komplikációk nélküli terhes nőt és az előrejelzés szerinti időpontban szülő nőt két csoportba randomizáltak. A szülés idején mindkét csoportban egy elektródát rögzítettek a magzat fejére, az ST-szakasz elemzésének eredményét azonban a nők felénél nem közölték a szülésekkel.

A magzati ST-szakasz elemzése legkedvezőbb esetben is csak 13%-kal volt jobb, mindössze egyetlen végpont tekintetében, 5 perces Apgar-score esetén 3-nál vagy annál kevesebbnél bizonyult előnyösnek. Ez a végpont csak 0,1%-nál lépett fel, szemben a kontrollcsoport 0,3%-ánál. A császármetszéses szülések vagy az instrumentális szülések rátája között nem volt különbség, így az ST-szakasz elemzése nem gyakorolt befolyást a szülés jellegére.

Az amerikai kutatók szerint semmilyen indok nem szól a szülészeti készülékekre való ráfordítások növelése és a magzati ST-szakasz elemzésére szolgáló berendezések beszerzése mellett. Legújabb irányelvében a Német Nőgyógyászati és Szülészeti Társaság sem ajánlja a magzati ST-szakasz elemzését.

Jelentés a kismamák terhesség és szülés körüli halálzásáról
Stiftung Weltbevölkerung – Datenreport 2015
Deutsches Ärzteblatt, 2015. augusztus. 18.

Kulcsszavak: terhesség, anyaság, szülés körüli halálzás, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63842> ;
<http://www.weltbevoelkerung.de/start.html> ;
<http://www.weltbevoelkerung.de/aktuelles/details/show/details/news/datenreport-2015-veroeffentlicht.html> (2015. 08. 18.)

A legszegényebb országokban a nők terhesség és szülés körüli elhalálzásának kockázata 25-ször magasabb, mint az ipari államokban. A csecsemőhalálzás kockázata 13-szor magasabb. A *Stiftung Weltbevölkerung* által közzétett *Datenreport 2015* az afrikai, ázsiai és karibi országokat sorolja a legszegényebbek közé.

A tanulmány szerint a szülés körüli halálzások száma 1990. óta világszerte megfeleződött: 1990-ben 523.000, 2013-ban 289.000 volt. Ez azonban még nem éri el az ENSZ célkitűzését, miszerint 2015-ig egynegyedére kellett volna csökkenteni a halálzást.

A nők szüléskor való túlélésének esélye a világ azon fejletlen régióiban alacsony, ahol a világ lakosságának 83%-a él. A jelentés szerzői szerint azonban az átlagos gyermekszám az 1960-as években még öt volt, mára pedig 2,5-re csökkent. Ennek ellenére a világ lakossága a jelenlegi 7,3 milliárdról 2030-ig 8,5 milliárdra, 2050-ig 9,7 milliárdra növekedhet. A szubszaharai övezetben akkorra kétmilliárdra növekedhet, tehát megduplázódhat.

Ebben a régióban, ahol egy nő átlagosan öt gyermeket hoz világra, él jelenleg a világ legfiatalabb fiatalkorú generációja: a lakosság 43%-a 15 éven aluli. De a nem tervezett terhességek száma is túl magas.

A 15 és 24 év közöttiek korcsoportjában csak a férfiak 36%-a és a nők 26%-a részesült elégséges szexuális felvilágosításban. A tanulmány szerzői szerint sokkal többet kellene beruházni a családtervezésbe, az oktatásba és a foglalkoztatásba.

A terhességmegszakítások statisztikája Svájcban 2014-ben

Bundesamt für Statistik

BFS Aktuell, 14 Gesundheit

Neuchâtel, August 2015 (4 p.)

Kulcsszavak: szülészet-nőgyógyászat, terhességmegszakítás, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6709>

A szabályozás megjelenése, 2002. óta Svájcban évente 11.000 terhességmegszakítást regisztráltak. A beavatkozások száma 2011. óta enyhén csökkent.

A terhességmegszakítások száma 2004 és 2011 között viszonylag stabil volt, 2011. óta enyhén csökkent. A fiatalabb (15 és 19 év közötti) nők körében azonban a terhességmegszakítások száma már 2005. óta csökken. Ha eltekintünk a külföldi lakóhellyel rendelkezőktől, jelenleg a 15 és 44 év közöttiek körében 1.000 nőre évente 6,3 (ill. a 15 és 19 év közöttiek körében 1.000 nőre évente 3,7) terhességmegszakítás jut.

Más európai országokhoz viszonyítva a terhességmegszakítások száma Svájcban alacsony, ami elsősorban a fiatalok körében jellemző.

A terhességmegszakítások több mint 60%-ára a terhesség első hét hetében kerül sor. Az esetek 94%-ánál gyógyszeres eljárást alkalmaznak. A terhességmegszakítások 35%-át a terhesség 8-ik és 12-ik hete között végzik el. Ezekben az esetekben a sebészeti beavatkozás vagy a leszívás mellett döntenek (71%).

A terhességmegszakítások 4%-ára a terhesség 12-ik hete után kerül sor: az esetek 53%-ában sebészeti beavatkozást alkalmaznak, a többieknél gyógyszeres eljáráshoz, vagy a kettő kombinációjához folyamodnak. A gyógyszeres eljárás alkalmazása folyamatosan gyakoribbá válik: 2004-ben a beavatkozások 49%-át, 2014-ben 70%-át tette ki.

A beavatkozások 89%-ára ambulánsan, 6%-ára részben fekvőbeteg ellátás keretében (kevesebb mint 24 óra), 5%-ára fekvőbeteg ellátás keretében (24 óra vagy annál több) kerül sor. 2010-ben a beavatkozások 8%-a 24 órás vagy annál hosszabb kórházi tartózkodást igényelt. A kórházi kezelések aránya a terhesség előrehaladtával növekedik. 2014-ben a 12-ik hét utáni terhességmegszakítások 60%-ánál legalább 24 órás kórházi tartózkodásra volt szükség.

A terhességmegszakítások aránya a 15 és 19 év közöttiek körében általában alacsony, de magasabb az élvészüléseknél. 2014-ben a 15 és 19 év közöttiek körében 814 beavatkozást és 436 élvészülést regisztráltak, ami azt jelenti, hogy ebben a korosztályban a terhességek kétharmadát megszakították. A terhességmegszakítások aránya a 20 és 24 év közöttiek körében a legmagasabb, de azt követően az életkor előrehaladtával arányosan csökken.

A 2014-ben a terhességmegszakítás mellett döntő nők 58%-a egyedülálló, 30%-a házas, 5%-a külön élő, 7%-a elvált vagy özvegy volt. 44%-uk partnerével vagy barátjával, 19%-uk egyedül, 12%-uk egyedül, egy vagy két gyermekkel, 24%-uk egy vagy több felnőttel élt. A nők felének még nem volt gyermeke, 40%-uknak egy vagy két, 9%-uknak három vagy több gyermeke volt. Az esetek csaknem háromnegyedénél az első terhességmegszakításról volt szó, miközben 27%-uk már átesett egy beavatkozáson.

Tájékoztatás:

Bundesamt für Statistik,
Auskunftsdienst Gesundheit,
Tel. 41-58 463 67 00,
E-mail: gesundheit@bfs.admin.ch

David Hoffman et al.:
Jelentés az amerikai pszichológusok kínzásokban való együttműködéséről –
REPORT TO THE SPECIAL COMMITTEE OF THE BOARD OF
DIRECTORS OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION,
July 2, 2015 (566 p.)

Kulcsszavak: orvostika, kínzások, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

www.apa.org/independent-review/APA-FINAL-Report-7.2.15.pdf

A Hoffman-Jelentés súlyos vádakat fogalmaz meg a legfontosabb amerikai pszichológus társaság ellen, amelynek magasrangú vezetői együttműködtek a titkosszolgálatokkal és a hadsereggel a kínzási módszerek tökéletesítésében.

A jelentés az *American Psychological Association (APA)* szemére veti, hogy a szeptember 11-i terrortámadásokat követően együttműködött a titkosszolgálatokkal és a hadsereggel a „kemény kihallgatási módszerek” (*harsh interrogations*) kidolgozásában. A pszichológus társaság vezető képviselőit nyilvánvalóan jól megfizették azért, hogy legitim fénybe helyezték a CIA kínzási praktikáit. Tavaly decemberben mutatták be az amerikai szenátus vizsgálóbizottsága által a CIA-kínzásokról készített jelentést, amely egyebek között az amerikai pszichológusok dicstelen szerepvállalásáról is megemlékezik. Ezt követően az Amerikai Pszichológusok Társasága a *Sidley Austin* ügyvédi irodát bízta meg a titkosszolgálatokkal való együttműködés felgöngyölítésével. A jelentést a David Hoffman korrupciós szakértő vezette team állította össze. A munkacsoport 50.000 dokumentumot értékelt és 148 személyt kérdezett meg.

Az Amerikai Pszichológusok Társasága és a titkosszolgálat közötti együttműködés akkor jött létre, amikor a CIA saját pszichológusai bírálni kezdték a kemény kihallgatási módszereket. Egy évvel a terrortámadások után a CIA-nál alkalmazták James Mitchell pszichológust, aki korábban a légierőnél szolgált és részt vett az amerikai katonák részére kidolgozott speciális programban, amely az esetleges fogságra felkészítő szimulált kínzásokat is tartalmazott. Most azonban feladata a CIA teljesen reális kihallgatási programjának kidolgozása volt, amiben régi kollegája, Bruce Jessen volt segítségére. Mitchell szerepe azonban nem volt a titkosszolgálatoknál dolgozó pszichológusok és orvosok ínyére. Belső körökben felmerült, hogy a pszichológusok számára etikailag egyáltalán vállalható-e, hogy terroristagyánús személyek kínzásában közreműködjenek. Saját sorainak megnyugtatóására a CIA külsős szakértőként elnyerte egy ismert pszichológus, Mel Gravitz támogatását. A jelentés szerint Gravitz, aki tanácsadóként már korábban is a titkosszolgálatok fizetési listáján szerepelt és az NSA számára is dolgozott, azt az álláspontot képviselte, hogy a pszichológusoknak elkötelezettséget kell tanúsítaniuk a nemzettel szemben és bizonyos körülmények között rugalmasabban kell kezelniük szakmai etikai irányelveiket, neki tehát végleg nem voltak fenntartásai a pszichológusoknak a kihallgatásokban való részvételével szemben. Az egészben az a

különösen pikáns, hogy Gravitz az Amerikai Pszichológusok Társaságának etikai bizottságával is együttműködött.

Az Amerikai Pszichológusok Társaságának két korábbi elnöke ugyancsak a CIA tanácsadójaként működött és fizetési listán szerepelt. Egyikük, Joseph Matarozzo azt fejtegette a tanácsadói testületben, hogy az alvásmegvonás nem számít kínzásnak. A New York Times szerint Matarozzo később részesedést szerzett a Mitchell és Jessen által alapított cégből, amelynek tevékenysége a CIA kihallgatási technikáinak kiárusítására irányult.

2004-ben titkos találkozóra került sor a CIA és az Amerikai Pszichológusok Társasága között, amelynek eredményeként létrejött egy közös Task Force. A jelentés szerint a Task Force állományát elsősorban bennfentesekkel töltötték fel, akik a biztonsági hatóságok számára dolgoztak, egy év elteltével pedig arra a konklúzióra jutottak, hogy a pszichológusoknak a „kemény kihallgatási módszerek” kidolgozásában való részvétele etikailag egyáltalán nem aggódalmas.

Az Amerikai Pszichológusok Társaságának vezető tisztségviselői a szó szoros értelmében folyamatosan dörgölöztek a hadsereg vezetőihez és gondoskodtak a szervezet etikai irányelveinek felpuhításáról, hogy azok megfeleljenek a katonaság és a titkosszolgálatok szükségleteinek. A kritikák keresztüztüzebe került a pszichológusok társaságának etikai igazgatója, Stephen Behnke is, aki a társaság releváns nyilvános közleményeit rendszeresen egyeztette egy vezető katonai pszichológussal. Ennek fejében jól fizetett szerződést kapott a Pentagontól a speciális kihallgatóknak a hadsereg számára való pszichológiai kiképzésére, amit nem hozott a pszichológusok társaságának tudomására. Azóta őt is kirúgták a társaságtól.

A Hoffman-Jelentés szerint a CIA több tízezer dollárt fizetett konferenciák szervezésére és a résztvevők útiköltségeire. Az ilyen konferenciák erősítették a pszichológusok társaságának a szakmai körökben való tekintélyét.

A jelentés egyik első következményeként az Amerikai Pszichológusok Társasága visszavonta a Task Force 2005-ben tett vitatott ajánlásait.

Egy belső vizsgálóbizottság azt ajánlotta az Amerikai Pszichológusok Társaságának, hogy az esetből vonja le a legmesszemenőbb konzekvenciákat. Egyebek között le kell szögeznie, hogy a társaság tagjai a jövőben nem vesznek részt katonai vagy titkosszolgálati kihallgatásokban. Az egyik ajánlás szerint a társaságnak egy sor kontrollgrémiumot kell felállítania, amelyek jobban felügyelik az etikai irányelvek betartását, valamint a szervezet és tagjai pénzügyi érintettségét.

Az „Orvosok az Emberi Jogokért” egyesület (*Physicians for Human Rights*) büntetőjogi eljárást követel az Amerikai Pszichológusok Társaságának felelőseivel szemben, továbbá az összefonódások alaposabb feltárását.

Eutanázia Hollandiában és Belgiumban:
az életért vívott küzdelembé való belefáradás is ok az eutanáziára
JAMA Internal Medicine (2015; doi: 10.1001/jamainternmed.2015.39)

Kulcsszavak: eutanázia, Hollandia, Belgium

Forrás Internet-helye:

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2426428>;
www.levenseindekliniek.nl/; http://www.eurekalert.org/pub_releases/2015-08/tjnj-poa080615.php

A tanulmány szerint egy hollandiai „**eutanázia klinikán**” egyes esetekben már az életért vívott küzdelembé való belefáradás esetén is halálba segítik a beteget. Egy olvasói levél szerint pedig már Belgiumban is egyre gyakoribb, hogy az orvosi indokokat meghaladó okokból végzik el az eutanáziát.

Hollandiában és Belgiumban 2002. óta az eutanázia területén világszerte a legliberálisabb jogszabályokat alkalmazzák. Hollandiában az orvosok felkínálhatják, sőt be is adhatják betegeiknek a halálos gyógyszert, amennyiben úgy ítélik meg, hogy a beteg alaposan mérlegelte döntését, szenvedései elviselhetetlenek és nincs remény a jobbulásra.

A halálba segítés akkor megengedett, ha a beteget részletesen tájékoztatták és nincs észszerű alternatíva. Mielőtt felírnák, vagy beadnák a halálos készítményt, a holland orvosoknak konzultálniuk kell még egy kollegájukkal. Egy felmérés szerint a halálba segítés/eutanázia az összes haláleset 1,7-2,8%-át teszi ki.

Eutanázia-klinika: a halálba kísérésre irányuló nem engedélyezett kérelmek felülvizsgálata: Mindez nem jelenti, hogy az orvosok minden megkeresést teljesítenek. 2012 márciusában az elutasított betegek számára a *Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde* létrehozott egy eutanázia-klinikát (*Levenseindekliniek*). Az orvosok által visszautasított betegek itt egy „második véleményben” részesülnek. A klinika a beteg kérelmére egy ápolóból és egy orvostól álló mobil teamet küld ki a beteghez. A kéttagú team megvizsgálja a betegdokumentumokat és interjút készít a beteggel. A holland orvosszövetség (KNMG) elutasítja az eutanázia-klinikát, mivel ez azt a hamis benyomást kelti, hogy az eutanázia és a halálba kísérés betegjognak tekinthető.

Az eutanázia-klinikához az alapítás első évében 709 kérelmet nyújtottak be. Egy amsterdami kutató 645 kérelmet vizsgált meg és a betegek további sorsát is nyomon követte. 300 kérelmet (46,5%) elutasítottak, 124 beteg (19,2%) meghalt még mielőtt a kérelmét elbírálták volna, további 59 beteg (9,1%) pedig visszavonta kérelmét.

A halálba kísérésre irányuló kérelmet az életért vívott küzdelemben való belefáradás esetén is engedélyezték: A klinika 162 kérelmet (25,1%) engedélyezett: a halálba kísérést/eutanáziát 92 esetben a klinikán hajtották végre, 47 esetben (29,0%) a házi orvos kinyilvánította erre való hajlandóságát, 23 esetben (14,2%) pedig a felmérés időpontjáig végrehajtották az eutanáziát.

A pozitív döntések aránya: szomatikus megbetegedésekben szenvedő betegek 32,8%, kognitív leépülésben szenvedő betegek 37,5%. A mobil team azonban 121 tisztán lelki megbetegedésben szenvedő közül 7 esetben (5%), az életért vívott küzdelemben belefáradt 40 eset közül 11 esetben (27,5%) hozzájárult az élet idő előtti megszakításához.

A kommentátorok bírálják a hollandiai gátszakadást: Barron Lerner és Arthur Caplan (Langone Medical Center New York) szerint ezek a számok azt bizonyítják, hogy a holland kormány átlépett egy bizonyos határt, amely felér egy gátszakadással („*slippery slope*“). Az elmúlt hónapokban egyes befolyásos amerikai médiák több alkalommal figyelmeztettek az eutanázia társadalmi veszélyeire. A *Newsweek* „*Dying Dutch*“ – az eutanázia terjed Európában címmel közölt cikket. A *New Yorker* pedig riportban számolt be egy depressziós belga nő „halálba kezeléséről”, aki egy újabb életválság közepette az eutanázia általi önkéntes halált választotta.

A halálba segítés helyzete Belgiumban: Sigrid Dierickx (Vrije Universiteit Brussel) a 2007. évi adatokkal hasonlította össze a 2013-ban bekövetkezett 6.781 halálesetre vonatkozó szűrőpróba eredményeit. Az eutanázia iránti kérelmeknek az összes halálesethez viszonyított aránya azóta 3,4%-ról 5,9%-ra, az elbírált kérelmek aránya 55,4%-ról 76,7%-ra növekedett.

Az eutanázia engedélyezésének leggyakoribb indokai: testi és lelki bántalmak (87,1%) mellett a beteg kifejezett akarata (88,3%), valamint az állapot jobbulásának kilátástalansága (77,7%). Az engedélyezett kérelmek 25,3%-ánál az életért vívott küzdelemben való belefáradást nevezték meg. Az esetek 23,4%-ánál a család akarata is szerepet játszott, 13,8% pedig úgy vélte, hogy családja már nem tudja elviselni a helyzetet.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

2015. 20. sz. (2015. szept. 21.)

Gyógyszer:

- A gyógyszerpiac helyzete Németországban 2015 első félévében (*IMS Health*)
- A gyógyszerpiac helyzete Svájcban 2015-ben – *Pharma-Markt Schweiz 2015 (Interpharma)*
- Az off-label gyógyszeralkalmazás értékelése a kötelező betegbiztosítás területén Svájcban
- Jelentés az antibiotikumok alkalmazásáról 2014-ben (*DAK-Forschung*)
- Gyógyszerpiaci rövidhírek

Társadalombiztosítás:

- Jelentés a Szövetségi Társadalombiztosítási Hivatal 2014. évi működéséről – *Bundesversicherungsamt: Tätigkeitsbericht 2014*
- Jelentés a német nyugdíjbiztosító 2014. évi tevékenységéről (*Jahresbericht Deutsche Rentenversicherung 2014*)

VÁRÓLISTA:

- A magas egészségügyi költségek okai a szociális segélyek területén Svájcban
- A svájci kórházak klasszifikációja: az intézmények összehasonlításának új algoritmus
- Jelentés a németek egészségmagatartásáról
- Szociális státusz és egészségi állapot (*Robert-Koch-Institut*)
- Ambuláns potenciál a kórházi sürgősségi ellátásban (*IGES – Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung*)
- Tanulmány a gyermekszegénységről
- Demencia Luxemburgban
- Demencia Japánban
- Jelentés a svájci lakosság egészségi állapotáról 2015-ben (*Nationaler Gesundheitsbericht 2015*)
- Jelentés a migrációs háttérrel rendelkező anyák és gyermekeik egészségi állapotáról Svájcban
- A Ritka Betegségek Nemzeti Programja Svájcban
- Várólisták nemzetközi összehasonlításban
- Mennyit keresnek az orvostechikiai asszisztensek? (*Lohnspiegel.de*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)