



Ikt.sz.: EGB/69-1/2013/EL

EL-3/2013. sz. ülés
(EL-12/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottsága**

Ellenőrző albizottságának

2013. december 16-án, hétfőn, 10 óra 00 perckor
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében
megtartott üléséről

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Az inkontinencia morbiditási adatai és kezelési lehetőségei Magyarországon</i>	5
<i>Prof. Dr. Székács Béla (Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság) előadása</i>	5
<i>Prof. Dr. Katona Ferenc (Magyar Kontinencia Társaság) előadása</i>	7
<i>Bugarszki Miklós (Magyar Ápolási Egyesület) előadása</i>	8
<i>Dr. Balogh Sándor (Országos Alapellátási Intézet) előadása</i>	11
<i>Dr. Markovics Gyula (SCA Hygiene Products Kft.) előadása</i>	13
<i>Dr. Füredi Gyula (Emberi Erőforrások Minisztériuma) előadása</i>	15
<i>Dr. Radnainé dr. Egervári Ágnes (Emberi Erőforrások Minisztériuma) előadása</i>	17
<i>Dr. Majoros Attila (Simmelweis Egyetem Urológiai Klinika) előadása</i>	18
<i>Kérdések, vélemények, hozzászólások, válaszok</i>	19

Napirendi javaslat

1. Az inkontinencia morbiditási adatai és kezelési lehetőségei Magyarországon
2. Egyebek

Az ülés résztvevői

Az albizottság részéről

Megjelent

Elnököl: **Dr. Hollósi Antal Gábor** (Fidesz), az albizottság elnöke

Dr. Szalay Péter (Fidesz)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)
Szilágyi László (független)

Helyettesítési megbízást adott

Bábiné Szotzfried Gabriella (Fidesz) dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP) dr. Szalay Péternek (Fidesz)

Meghívottak részéről

Hozzászólók

Dr. Kovács József (Fidesz)
Prof. dr. Katona Ferenc, a Magyar Kontinencia Társaság elnöke
Prof. dr. Székács Béla, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság elnöke
Bugarszki Miklós, a Magyar Ápolási Egyesület elnöke
Dr. Markovics Gyula (SCA Hygiene Products Kft. HC para manager)
Dr. Füredi Gyula szakértő (Emberi Erőforrások Minisztériuma - egészségügyi ágazat)
Dr. Radnainé dr. Egervári Ágnes (Emberi Erőforrások Minisztériuma - szociális ágazat)
Dr. Balogh Sándor, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója
Dr. Majoros Attila (Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika)

(Az ülés kezdetének időpontja: 10 óra 01 perc)

Elnöki bevezető, a napirend elfogadása

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz), az albizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Szeretettel köszöntöm a parlament Egészségügyi bizottsága ellenőrző albizottságának megjelent tagjait és a vendégeket, előadókat.

Miután megállapítottam, hogy a bizottság határozatképes, az ülést megnyitom. Először is az ellenőrző albizottság tagjai számára fel szeretném tenni a kérdést, hogy akik a kiadott napirenddel, amely nem változott azóta, egyetértenek, azok kérem, hogy kézfeltartással jelezzék! (Szavazás.) Egyhangú. Köszönöm szépen.

Az inkontinencia morbiditási adatai és kezelési lehetőségei Magyarországon

Egészen vázlatosan szeretném a bizottság működési rendjét, illetve ügyrendjét, ami a mai napra is vonatkozik, ismertetni. Első körben a meghívott előadók a témához csatlakozó referátumaikat elmondják az előre egyeztetett, megbeszélte időkeretben és módon, majd pedig, ha mindenki elmondta ezt, akkor a bizottság tagjainak módja van kérdést feltenni, majd a kérdésekre adott válaszok következnek. Csak jelzem, hogy a kvázi megfigyelőként vagy vendégként meghívott kollégáink is - természetesen a bizottság egyetértésével - szót kaphatnak.

Hogy a megbeszéltek szerint haladjunk, most meg szeretném adni a szót dr. Székács Béla professzor úrnak, aki a kivetítőn látható című exposéját megtartja.

Azt szeretném még kérni, hogy egyrészt mindenki kapcsolja be a mikrofont, ami a legközelebb van hozzá, illetve ha lenne kedves, amikor megkezdí a hozzászólását, a jegyzőkönyv miatt a nevét hangosan bemondani. Köszönöm szépen.

Prof. Dr. Székács Béla (Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság) előadása

PROF. DR. SZÉKÁCS BÉLA, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság elnöke: Elnézést kérek, csak azért, mert akkor jobban tudom a gombokat nyomni, nem baj, ha leülök?

ELNÖK: Abszolút, sőt kérni szerettelek volna.

PROF. DR. SZÉKÁCS BÉLA, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság elnöke: Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Tisztelt Szakértő Vendégek! A feladatom az, hogy a kérdéskör társadalmi vonatkozásának néhány kiemelt elemét ismertessem. Természetesen, mivel a tömeges előfordulása az idős és az igen idős korosztályban van, elsősorban az idős populációra fókuszálva.

Talán akkor vágjunk is bele, hiszen nagyon kevés az idő, ami rendelkezésre áll. A magyarországi időskorú populációban - talán a két ábra közötti területet tessenek figyelni - összesen körülbelül 2,4 millió 60 éven felüli lakossal, honpolgárral számolhatunk, illetve a 65 év felettieknek az össz-száma körülbelül 1,75 millió Magyarországon. És természetesen ez a populáció folyamatosan, évről évre növekszik több okból is kifolyólag.

Az időskorban az inkontinencia miért alapvetően fontos kihívás? Elsősorban a közvetlen medicinális kockázatok nagyok, hiszen az immunrendszerrel kezdve egy csomó szervnek elégtelen a működése, elégtelen a kapacitása és a közvetett veszélyeztetettség, elsősorban az elesés, illetve a második számú közvetett veszélyeztetettség az elesettség, tehát a Frailty-szindrómának a fenyegetettsége, illetve a társbetegségeknek a felgyorsuló romlása, progressziója. Természetesen mindezeknek a következménye a gazdaságra és az egyénre is súlyos következmény: az intézményi ellátási igény fokozódása, és természetesen igen nagy költségvetési kiadást is reprezentál a problémakör.

Másodsorban miért sajátos ez a kihívás az időskorú populációban? Azért, mert az öregedés előrehaladásával módosul, és egyre összetettebb lehet az inkontinencia oki háttere, a maga patomechanizmusa, és elsősorban társulása más problémákkal, társbetegségekkel. Így a következmény együttese is egyre inkább szerteágazó, és mindezeknek a következménye, hogy ebben a korosztályban azért egyre inkább csak tüneti megoldásokra, tehát a következményeknek a mérséklésére, fékezésére tudunk kényszerülni.

Akkor talán bevillantánk egy ábrát, hogy mennyire komplex ez a bizonyos patomechanikai kihívás, kóroki kihívás időskorban. Ha csak a leggyakoribb úgynevezett geriátriai szindrómát, tehát az időskori és az aggkori tünetcsoportot vesszük fókusz alá, akkor azt látjuk, hogy rendkívül összetett a problémakör, és ha belemennénk, akár csak az idült fájdalomba, akár néhány ilyen geriátriai szindrómába, azt látnánk, hogy legalább 6-8-10-12 nemkívánatos szervi vagy szervrendszeri elváltozás alapozza meg ezeknek a gyakorlati kihívásait. Ez a Bermuda-háromszög, és középen, ahol majd elsüllyednek a vitorlások, tehát minden út sajnos, a fekete lyuk felé, a Frailty-szindróma felé vezet.

Ha ezek társulnak, akkor rendkívül nagy kihívást jelent sajnos, a vizelet- és a széklet-inkontinencia, illetve a kettőnek a társulása természetesen. Itt tetszenek látni az arányszámokat, amelyek önmagukban a prevalenciát reprezentálják az adott kihívásra, és természetesen, ha ezek társulnak, akkor ezek rendkívül nagy mértékben megugranak.

Csak azért, hogy számszerűen is valamilyen kis impressziót kapjunk: egyrészt a Medicare - ami az amerikai idősöknek az egyik nagy ellátója - felmérése szerint körülbelül 50 százalék, minden második betegnél legalább 3 idült kórfolyamatot találtak, és 5 vagy még több kórfolyamatot pedig minden ötödik betegnél.

Azért Magyarországon is vannak adatok. Az utolsó három évben Egervári kolléganővel, a szociális klaszter munkatársaival felmértük, hogy az időotthonokban és krónikus osztályokon ápoltak között hogy néz ki a dokumentált betegségeknek a száma, és tetszenek látni, hogy bőven 5 fölötti, és néha 6 fölötti átlag jött ki a különböző betegségek által reprezentált összbetegség-számra. Természetesen megvan ennek az általános gyógyszerelési következménye is.

És akkor itt egy kicsit próbáljuk felgyorsítani: tehát körülbelül 500-600 ezer idős személy szenved vizelet- és széklettartási elégtelenségben a korábbi, erre szerveződött társaságoknak a felmérései szerint. Erről később úgyis hallunk még majd, ugyanakkor a probléma az társadalmi szinten is, hogy ha nem is száz százalékosan, de többnyire ezeket az idős, többnyire már azért részben vagy egészében elesett betegeket ilyen hiányos szakértelemmel rendelkező, vagy szakértelemmel nem kielégítő mértékben és minőségben rendelkező hozzátartozók vagy horribile dictu ápolók látják el. Az anyagi teher se elhanyagolható, akár a 300 ezer forintot is eléri annak a következménye, ha rosszul vagy nem kezelik a súlyos inkontinenciában szenvedő beteget célzottan, racionálisan, megfelelő paraméterek kormányozta rendszerben.

Megfelelő, tehát rendszerszerű - hiszen azért is ülünk itt - korrigáló beavatkozással a lakosságnak ilyen irányú rezsiköltségei, ha például otthon ápolt betegről van szó, jelentősen mérsékelhetők, bizonyos számítások szerint akár 50 százalékos inkontinencia-függő lakossági rezsiköltség redukciót is jelenthet.

És akkor az üzenet az összefoglaló végén: a vizelet- és széklettartási elégtelenségnek, tehát az inkontinenciának az eddigieknél költséghatékonyabb, rendszerszerű, populációs szintű ellátása egyik igen fontos, és már rövid távon előrelépést sürgető, ugyanakkor véleményem szerint az egészségügy hazai továbbfejlesztésében később modellértékű tapasztalatok szerzésével is biztató probléma. Köszönöm szépen a figyelmet. *(Megérkezik az ülésre Szilágyi László.)*

ELNÖK: Köszönöm szépen professzor úrnak az előadását, és külön köszönöm, hogy nagyon takarékosan bánt az idővel, és én azon nyomban meg is adnám a szót Katona Ferenc professzor úrnak, aki a Kontinencia Társaság nevében mondja el az exozéját.

Prof. Dr. Katona Ferenc (Magyar Kontinencia Társaság) előadása

PROF. DR. KATONA FERENC, a Magyar Kontinencia Társaság elnöke: Az idő rövidsége miatt eltekintek a vetítéstől, hiszen így mondjuk egyszerűbb.

Bevezetéképpen annyit szeretnék mondani, hogy a Nemzetközi Kontinencia Társaság továbbképző tanfolyamot tartott itt két hónappal ezelőtt 6 külföldi előadóval, és amit mondani szeretnék, hogy a gyakorlatban mit kellene tenni annak érdekében, hogy a kontinencia-probléma megoldást találjon. Ezt én azoknak a határozatoknak a mentén mondanám el, amit a nemzetközi továbbképző tanfolyam végén, mint konklúziót, a nemzetközi társaság levont, és ez a következő nagyon röviden.

A vizelet- és széklet-inkontinencia jól ismert negatív hatást gyakorolnak az egészségi állapotra és emellett az életminőséget is befolyásolják, amint ezt most hallottuk. Szociális megbélyegző hatása kedvezőtlen családi és társadalmi életet és munkaviszonyt eredményez. Sok inkontinens szégyenérzetében még a háziórvosa előtt sem fedi fel az állapotát. Ezeknek a negatív hatásoknak a megelőzésében komoly mértékben előrehaladást kell elérnünk, különben veszélyeztetni a korai kezelés preventív, megelőző hatását.

Márpedig a lényeg a prevenció. Mit kell ehhez tenni?

Szükség van megfelelő diagnózisra és prognózisra, hogy a szükséges egyéni kezelést, amit a bizottság kiemelt, ennek megfelelően lehet indítani az inkontinencia típusainak megfelelően.

A Nemzetközi Kontinencia Társaság meghatároz sűrű, stressz-kevert és idegrendszeri eredetű inkontinenciát. Ennek a diagnózisa és prognózisa elősegíti az egyéni kezeléshez szükséges pontosabb diagnózist.

Az inkontinencia-kezelés elsősorban nem invazív jellegű. Ilyen a gyógyszeres kezelés, a medencefenék fizioterápiája, a hólyagtréning, izomtréning, bio-feedback, invazív terápia. A nemzetközi társaság és a nemzeti társaságok interdiszciplináris jellege meghatározza a kontinencia-ellátás komplexitását.

Mit kell ehhez elérnünk?

Ehhez elsősorban az szükséges Magyarországon, hogy ezek a diagnosztikai lépések, a kivizsgálás, beleértve az urodinamikát, szakorvosok kezében megtörténjenek. E nélkül sem prevenció, sem megfelelő terápia nem lehetséges.

Tehát a kivizsgálási program, ami itt ezekben a könyvekben is rendelkezésre áll, végrehajtása az, ami nyomtatékosan kell. Ehhez azonban a háziórvosok számára szükséges az, hogy megfelelő diagnosztikai és terápiai helyre küldjék a betegeket. Tehát az első ellátási rész a háziórvosok kezében van, utána következik a szakorvosi ellátás.

A háziórvosoknak nem feladata a terápia, a diagnózis, hanem a továbbléptetése az érdekeltnek a szakorvos felé, és a háziórvosok óriási feladata elmondani azt, ami ebben a határozatban benne van, hogy a kezelés jó része nem invazív, nem kell félni a műtéttől feltétlenül. Emellett ahhoz, hogy ez a minőség, amiről az előbbi előadás szólt, az életminőség a vizsgálat és a kezelés alatt is megfelelő legyen, az volna szükséges változtatásként, hogy a háziórvosnak módja legyen felírni olyan típusú és anyagilag is elfogadható nedvszívó gyógyászati segédeszközt, ami a kivizsgálás alatt és a kezelés első részében megfelelő módon biztosítja a nedvfelszívást. Tehát megszünteti az inkontinenciának mindazokat a problémáit, amit az előbb is hallottunk. Ezt feltétlenül szükségesnek tartotta a nemzetközi bizottság és természetesen a mi hazai társaságunk is.

Tehát a háziórvosok kezébe több lehetőséget kell adni erre. Miért?

Azért, mert ma már vannak olyan tépőzáras nedvszívó berendezések, nadrágtípusú berendezések, amelyek lehetővé teszi az egész kivizsgálási program véghezvitelét, anélkül, hogy cserélni kelljen, anélkül, hogy külön még anyagi ráfordításra volna szükség. Tehát a kivizsgálás az, amelyhez ezek a fajta betétek, nedvszívó berendezések szükségesek. Ezért nagyon fontos, hogy már a házi orvosnak módjában legyen támogatni a megfelelő kivizsgálást azzal, hogy ezeket a betéteket, illetve berendezéseket fel tudja írni.

Nos, a nemzetközi társaság és a nemzeti társaságok interdiszciplináris jellege meghatározza az inkontinencia-ellátás komplexitását. Ezen a nemzetközi továbbképző konferencián a műtétek leírása alatt is ott ültek a társaság fizioterapeutái, végighallgatván a műtétek leírását, tehát elengedhetetlen, hogy a fizioterapeuták, az ápolási személyzet aktívan részt vegyen mindebben, különben a betegek nem jutnak el se a házi orvosig, se a szakorvosig.

Tehát tessék meggondolni, hogy hány idős inkontinens beteg fekszik a kórházakban, nem az inkontinencia kivizsgálására és kezelésére, számtalan egyéb betegség miatt, de ezek inkontinensek. Az ápolók, maga a kórház költségvetése rendkívüli módon megterhelt mindentől. Tehát ezen is ugyanígy segíteni lehetne.

És még valami, ami rendkívül fontos: társadalmi tudatosságot ébreszteni az inkontinencia-ellátás és a prevenció igénylésére, különös tekintettel az idősödő társadalomra.

Na most, ezek vágyak. Ehhez a médiára van szükség. Olyan értekezletekre, olyan média-megbeszélésekre, ahol a média, amelyik kizárólag a botrányokban érdekelt, valóban valamilyen lehetőséget nyújtson egy szélesebb körű ellátási lehetőségre. Beleértve ezeket a költségmegtakarító nedvszívó segédeszközöket, amelyeket nem csak le kellene emelni a polcra, hanem ezeket megfelelő szakértelem alapján kellene rendelni, illetve kiválasztani.

Tehát befejezésül: a társadalom informálása felkelti a szükséges igényt az inkontinencia ellátására korai kezeléssel.

Azt kell mondanom - és a bizottság tagjai ezt nagyon jól ismerik máshonnan is -, hogy ezek ilyen szépen elhangzó vágyak, amelyek vagy teljesülnek vagy nem. Márpedig az inkontinencia - mint hallottuk az előbb - nyomatékosan terjed, valahányszor további életkorokat tudunk életben tartani, nem otthonokban, hanem családban, munkában, annyival több és több inkontinens van, és minél jobban el tudjuk látni az inkontinenseket, annál kevesebb társadalmi gond lesz velük.

Úgyhogy én szinte azt mondhatnám, hogy amit mi itt kérünk a bizottságtól, azok rendelkezéseken való változtatások, annak az elősegítése, hogy a házi orvosok nyomatékosabban részt vegyenek a kivizsgálásban, a megelőzésben, és ehhez a megfelelő nedvszívó berendezéseket azért tudják felírni, hogy a kivizsgálás és a kezelés első része akadálymentesen lebonyolítódjon. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönjük szépen professzor úrnak is az értékes és figyelemfelkeltő előadását, és külön még egyszer köszönöm az idő betartását. Nem fog elveszni semmilyen idő, sőt semmivel nem akarjuk hamarabb befejezni, ha kell, mindenki még egyszer szót kap, illetve lesz némi diszkusszióra is lehetőség.

Azt gondolom, hogy a logika azt követeli, hogy most egy picit hallgassuk meg, hogy az ápolás oldaláról ez a probléma hol tart, mit jelent, és aztán majd megyünk tovább. Köszönöm szépen.

Megadnám a szót Bugarszki Miklós úrnak, a Magyar Ápolási Egyesület elnökének.

Bugarszki Miklós (Magyar Ápolási Egyesület) előadása

BUGARSZKI MIKLÓS, a Magyar Ápolási Egyesület elnöke: Bugarszki Miklós, Magyar Ápolási Egyesület.

Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok! Szakértők és Kedves Meghívottak! Az inkontinencia kérdése számomra nem egy új kérdés. 32 éve vagyok az egészségügy területén,

nemcsak hogy használtam az eszközöket szinte a null verziótól, hanem emlékszem még arra az időszakra, amikor jobb híján párnahuzatokat használtunk, és mindent, ami a rendelkezésünkre állt. Ez egy nagyon hosszú folyamat volt, míg mára kialakult az a bőséges termékkínálat, amit az ápolók a kezükbe foghatnak és használhatják. Meg kell jegyeznem, ma is vannak a piacon olyan eszközök, amelyeknek már nem szabadna a piacon lenni. Ez egy rövid hozzáfűznivaló volt a bevezetés előtt.

Az inkontinencia-ellátás színtereit tekintve, mindenképpen azt gondolom, hogy érdemes végigkövetni, hogy hol is történik az ápolásban az ellátás, mert nem mindegy, hogy melyik az a terület. Ha megnézzük a fekvőbeteg-szakellátást, azon belül az aktív krónikus ellátást, látszanak azok a jellemzők, amelyek az egyes ellátási típusokhoz tartoznak, és ezek azért fontosak, mert nem egyenlő a leterheltség a különböző ellátási szinteken, a különböző ellátási formákban.

Azt lehet mondani, hogy a fekvőbeteg-ellátásban a legalacsonyabb az aktív fekvőbeteg-ellátási szintér, ahol a legkisebb az inkontinens betegek száma, illetve a legkisebb a leterheltség az inkontinencia-ellátás során. Ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy egy olyan harapófogóban vannak az aktív fekvőbeteg-ellátásban dolgozók, hogy az optimális ápolási idők miatt minél előbb el kell látni azokat a feladatokat, amelyek nem feltétlenül az inkontinencia-ellátáshoz kapcsolódnak, így a diagnosztika, a műtéti ellátás és a műtéti ellátáshoz kapcsolódó ápolás. Minden egyes perc, amit mással kell eltölteni, az aktív fekvőbeteg-ellátásban töltött idejét növelheti a betegeknek.

A krónikus ellátásban ezzel szemben az látszik, hogy az ellátottak száma a fekvőbeteg-ellátáson belül a legmagasabb. Az ellátásra fordított idő itt abból a szempontból fontos, hogy az egyéb alapszükségletek, mint például a testi higiéne, mint például a betegnek a táplálkozási szükségletének a kielégítése, az arra fordított idő lesz kevesebb minden egyes, az inkontinencia-ellátásra - és hangsúlyozom: feleslegesen - eltöltött perccel, mert vannak olyan percek, amit muszáj, hogy az inkontinencia-ellátásra fordítsanak.

Az alapellátás egy talány, kérdőjeleket találtam az alapellátásban, ugyanis az én véleményem szerint tényleges ellátás az alapellátásban nem történik, maximum íródeákként működik az alapellátásban az orvos, mert egyrészt a jogi környezet olyan, hogy nem képes ezt jól ellátni, másrészt alapvetően, akik az alapellátásból kapják meg az ellátáshoz szükséges termékeket vagy az ellátáshoz szükséges információt, azt jórészt otthon fogják ellátni, az otthoni ellátásban. Ez lehet laikus ellátás, amit a család fog végezni, vagy van megfelelő ismerete, vagy nincs, és aztán van olyan lehetőség is, amit az asszisztált ellátás, az otthoni szakápolás vagy az otthoni ápolás tekintetében kell átgondolni.

Akkor van itt azért még további terület, a rehabilitáció - amit inkább a krónikus ellátáshoz sorolnék - és a szociális intézményi ellátás. Nem hiszem, hogy erről nekem kellene beszélnem, vannak nálam sokkal avatottabbak itt, ennél az asztalnál, úgyhogy valószínűleg majd a második körben ez is megtörténhet. Itt is mondhatjuk, hogy az általános szociális ellátás, a szakosított ellátás vagy a nappali ellátás.

Még egy kicsit a számokkal kell foglalkozni, mert azt mondtam, hogy a fekvőbeteg-ellátáson belül a krónikus ellátásnak van a legnagyobb szerepe az inkontinencia-ellátásban. Ha megnézzük, hogy ez 23 ezer krónikus ágyat jelent, ez azért nem kevés, átlagos, 28 ápolási nappal. Ezen a 28 ápolási napon el lehet mondani azt, hogy a krónikus ellátásban a betegeknek nagyjából az 55-65 százaléka igényli az inkontinencia-termékkel történő ellátását.

Én itt most nem szeretnék arról beszélni, hogy más megoldások is vannak az inkontinencia-ellátásra, hiszen nekem ápolói szemszögből kellett megközelítenem a témát, és az ápoló leginkább az inkontinencia-termékek használata során látja el az inkontinens betegeket, az összes többi terapeuta végzi azokat az ellátási formákat, amelyekről professzor úr az előbb szólt.

Nézzük akkor az ápolói szempontokat, mik is ezek. Óriási fizikai leterhelés. Az inkontinens betegek jelentős része mozgásában erősen korlátozott, vagy azt lehet mondani, hogy teljesen fekvőbeteg. Ez azt jelenti, hogy egy ápoló el sem tudja látni, tehát kettő ápolónak kell ellátni ahhoz, hogy betartsa azokat a munkavédelmi szabályokat is, amelyek megelőzhetik a különböző munkahelyi ártalmakat, különböző megbetegedéseket.

Ebből mindjárt látjuk, hogy jelentős időigénnyel is bír. Tehát minél többször kell odamenni terméket cserélni, annál inkább fogja elvinni két ápolónak az idejét. És én emlékszem arra még ápoló koromból - nem biztos, hogy jó lesz majd ez a fogalom -, hogy két etetés között azzal ment el az időnk, hogy az inkontinens betegeket elláttuk, megfürdettük, megettük, és aztán kezdtük előlről. Tehát ezeket azért jó lenne elkerülni.

Pszichés leterhelés szempontjából is ez a mókuserék-szindróma jelentkezik, és jelentős kockázati tényező mind a betegnek, mind az ápolónak. A betegnek azért, mert ha rossz az ellátás, akkor egyéb hozzá társuló megbetegedések, traumák érhetik, akár itt a leggyakrabban említendő fekélyekre, decubitusokra lehet gondolni, az abból adódó fertőzésekre, felfekvésekre, aztán generalizált fertőzésekre. Tehát azt kell mondani, hogy ez a beteg biztonságát is nagymértékben befolyásolja, és a beteg biztonsága már nem csak Magyarországon kérdés, hanem az egész Európai Unióban, sőt a WHO is zászlajára tűzte.

Menedzsment szempontból a költséghatékonyság nagyon fontos. Hogy ha közvetlen költségeket néznek a menedzsmentben, ami azt jelenti, hogy mennyibe kerül egy termék, az egy nagyon rossz választás. Kompletten kellene közvetett költségekben is gondolkodni, merthogy ezen nagyon sok-sok minden rajta van. A munkaidő-menedzsment szempontjáról már beszéltem.

Az ellátottak szempontjából, hogy ha azt mondom, hogy egy nagyon komoly, megfelelő komfortérzetet kell biztosítani, jó életminőséget és a biztonságot, amit már az előbb is említettem, és nagyon fontos, hogy az elvárható és a szükséges együttműködés ne legyen aránytalanul nagy a beteg felé, és legyen ez az ellátás fenntartható. Ne csak ott, ahol a kórházban ellátják, hanem majd otthon is, és akárhol történik meg az ellátása a Magyar Köztársaság területén, azt az ellátást kapja meg, amit elkezdtek neki.

Hozzá tartozói szempontból nyilván van egy kritikus szemlélet, ami azt várja el az ellátók felé - és ez is az ápolókon fog majd jelentkezni, mint pszichés teher, kommunikációs készségeket igényel -, hogy a beteg miért nincs ellátva, miért folyik már megint, miért nedves az ágynemű, tehát sok olyan gyakorlati szempont, amivel találkozunk a mindennapokban. A hozzátartozóknak is fontos a fenntartható ellátás, és ma már egy környezetvédelmi szempontot sem lehet figyelmen kívül hagyni.

Milyen válaszok adhatók ezekre a problémákra? Az ápolási területen mi történik? Kialakítják a legalsó szintjén a szokásokat, ahogyan el szokták látni az inkontinens betegeket, ez ma már túlhaladott és helyi protokollokban kellene gondolkodni, aztán generálisan gondolkodva nyilván nem helyi protokollokban. Az ismeretbővítés az, amit az ápolási terület még segítségül hívhat ezen problémák leküzdésére, illetve a lehetőségek optimális kihasználása. Ha van olyan termék, amit tudok használni, akkor a jobbat fogom megpróbálni használni.

Menedzsment szempontból az olcsó termék beszerzése a pénztelenség egyik legnagyobb hibája, hogy azt vesszük meg, amire pénzünk van. Sokszor kiderült már, hogy a kínai cipő nem biztos, hogy olcsóbb, mert hosszú távon bebizonyosodik, hogy lehet, hogy a másik egy picivel drágább, de a közvetett költségeket is beleszámolva már nem ott fogunk tartani. Tehát menedzsment szempontból is megtakarítás lesz. Ehhez pedig a tudatos termékbeszerzés szükséges.

Az ellátottaknak és a hozzátartozóknak mindenképpen egy ismeretbővítésre van szükség a termékek, árak, támogatások és a hozzáférés tekintetében. Ez az utolsó diám, a lehetséges válaszok közül egy komplex megközelítés és az ellátás biztosítása, minden szinten

egyénre szabott ellátás biztosítása szükséges az alapellátástól a szakellátás, a szociális ellátás területéig. És ahhoz, hogy ez egységes legyen, egységes ellátási protokollban kell gondolkodni, és mindenféleképpen ez az egy út van. Én emlékszem arra, hogy voltak a saját módszerek, emlékszem arra, hogy volt egy INCO-Select nevezetű módszer, ez most már továbbfejlődött, és egyetlen módszer sem került be úgy az ellátórendszerbe, hogy az befolyásolta volna az ellátás minőségét. Pedig vannak módszereink, csak alkalmazni kellene ezeket a módszereket.

Nyilván egy helyes probléma-meghatározáson kell hogy alapuljon ez a módszer, egyéni sajátosságok figyelembevételét is lehetővé kell hogy tegye ez a módszer. Azt is lehetővé kell hogy tegye, hogy kiválasszuk a leghelyesebb és a legjobb eszközt, amit alkalmazni lehet, és itt nyilván a helyes alkalmazás pedig az oktatás, és nemcsak az ellátó személyzet, hanem a hozzátartozók, a betegek, mindenki számára. Köszönöm szépen. Én nagyjából ennyit gondoltam első körben elmondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Itt is meg kell köszönjem a jó időbeosztást. Miután azért itt az elhangzottakból kezd kialakulni valami szakmai irányvonal, azt gondolom, az lenne a helyes, hogy habár nem szerepelt így a protokoll szerint, de Balogh Sándor főigazgató úrnak, az Alapellátási Intézet főigazgatójának bizonyára van véleménye, nem a megszólíttatás, hanem egyáltalán a probléma vonatkozásában. Ha gondolod, akkor mondd el a véleményedet.

Dr. Balogh Sándor (Országos Alapellátási Intézet) előadása

DR. BALOGH SÁNDOR, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója: Tisztelt Elnök Urak! Tisztelt Albizottsági Tagok! Jelenlévők! Nagy megtiszteltetés itt és önökhöz szólni általában, és ebben a témában pedig nemcsak hogy megtiszteltetés, hanem egy fontos dolog szólni, és egyszerre felelősségteljes és rendkívül nehéz feladat.

Ezt a nehézséget némileg javítja részemre, hogy két olyan kiváló szakember, mint Katona és Székács professzorok elmondták már szakmailag azokat a kérdéseket, amelyek itt felmerülhetnek. Ennek is megfelelően én három dologról szeretnék beszélni. Az elején kettőre gondoltam, aztán Bugarszki Miklós egy harmadikat a kettő közé betett.

Az egyik egy globálisabb dolog, a másik egy konkrétabb, a harmadik inkább a mai tapasztalatok és a mai helyzet rövid értékelése és arról néhány szó elmondása.

Globálisan azt mondhatjuk, hogy az elmúlt lassan most már 20 év alatt Magyarországon is jóval 65 év fölött van a születéskor a várható átlagélettartam. Nemcsak a magyar adatok, hanem kelet-európai, közép-kelet-európai adatok is azt mondják, statisztikai adatok, hogy az előregedés nemcsak Európára jellemző már most, hanem a közép-európai, kelet-európai országokban sokkal hatványozottabban fog előfordulni, mint ez a korábbi években lehetett. Az az egy baj van, hogy ahogy itt Székács professzor úr mondta, hogy mi az a Bermuda-háromszög, amely az öregkori betegségeken, klasszikus betegségeken túl, kardiovaszkuláris betegségeken túl egy olyan öregedéssel való egészségkopást jelent, amikor önmagában az egészséges öregnek is az életvitele és az életrealitásai olyan külön feladatot jelentenek megoldani, amelyekkel szükséges, muszáj foglalkozni.

Az átmenet a globálisból a konkrétba: itt elhangzott az alapellátás. Ez azért ütötte meg a fületem, mert valamilyen vonatkozásban az alapellátást eltérő módon értékeli. Az én véleményem szerint az alapellátás nemcsak az egészségügy, hanem az egészségügyön kívüli részek is. Adott esetben itt vannak a nehézségek például Magyarországon, azok a civil intézmények, amelyek még mindig nem tudtak felépülni igazából, és egy ilyen területen borzasztó fontos volna a szerepük. Ha én konkrétan az egészségügyet és a szociális ellátásokat közelebb helyezném, mint ahogy az életben sokkal közelebb is van, akkor már ebben valamilyen vonatkozásban a szociális és az egészségügyi területek határterületeit sokkal jobban nem meghúzni kellene, hanem összevonni.

És az alapellátás konkrét egészségügyi részéről: az alapellátás nemcsak a háziorvoslást jelenti. Tény és való, hogy egy rendkívül fontos, meghatározó része az alapellátásnak a háziorvoslás, azonban a foglalkozás-egészségügy, a védőnők, az otthonápolás, hospice, palliatív medicina, rehabilitáció, ez mind az alapellátás része kell hogy legyen, és ha ezt mi külön gondolkodva szerepeltetjük, úgy, hogy akkor ez meg az, meg az a része, akkor gyakorlatilag nem jutunk tovább, mint ahol most vagyunk.

A konkrétság, amit itt mondott Katona professzor úr, és egy kicsit ez már áthajlik abba, hogy mi az alapellátás egészségügyi és szociális része. Ugyanis ez egy komplex, egész dolog. Az öregedést nem egészségügyi szempontból lehet megoldani, azt csak egészségügyi szempontból kezelni szükséges. Ezen belül az inkontinenciával, mint sok minden mással, szükséges foglalkozni kiegészítésként, de ez sajnos, nemcsak az öregkor betegsége. Ez a 45-65 közötti nőknél is borzasztó fontos kérdés, és azt is mondhatnám, hogy nem fontosabb, mint az öregkori, mert mind a kettő egyformán fontos, de problematikusabb azért, mert ezeknek az embereknek elvileg aktív embereknek kellene lenniük, nem beszélve a családon belül betöltött szerepükről, amikor egy - már elnézést - pisiszagú nagymamát kirekesztenek - de ez lehet fiatal nagymama is - a családból. Magyarán szólva: az a szerkezet vallja kárát, amire adott esetben nagyon lehetne építeni. És több tízezer emberről van szó a saját adatok szerint.

Amit én itt statisztikai feldolgozásban kaptam, 6,5 százalék körül érintheti a populációt, nyilván nem egyforma mértékben, de ennek jelentős részét nagyon súlyosan.

Elhangzott a korai felismerés. A korai felismerés azért érdekes, mert megvan az a kapacitás a szakellátás, a rehabilitáció és a háziorvosok tekintetében, ami ezt kezelni tudná, csak nincs meg az a szervezettség és összhang, ami ezt lehetővé tenné, hogy kezeljük. Tehát meg kell teremteni a szakmai és a működési feltételeket, ahogy sok minden másban, ebben is ilyen vonatkozásban. Ez pedig azt jelenti, hogy a korai kivizsgálásnál nem lehet megvárni bizonyos szempontból, nem akarok európai példákat hozni a gazdagabb Európából, hogy hány hónapot kell valamire várni, tehát azonnal nem lehet semmit megerementeni, de közbülső állomások lehetnek. Elhangzottak itt a nedvszívó eszközök, amelyeknél nagyon sablonosan és nagyon egyszerűen gondolkodunk, és a költség-haszon számításban mi egy gazdag ország vagyunk. A költség-haszon számításban a „szegényebb” országok járnak élen, mint például Amerika, számos példában, kiszámolják, hogy mi, mennyibe kerül, mi, hogyan van. Mi azt mondjuk, hogy az drága, és akkor ezzel egy csomó költséget hozunk magunkra, pedig ezek az eszközök azt is mondhatnám, hogy hosszú távon „életképessé”, komfortosabbá teszik a páciensek életminőségét azért, mert inkontinensek.

Tehát van lehetőség viszonylag gyorsabb beavatkozásra, van lehetőség középtávú beavatkozásra, megvan minden szakmai alap, ehhez viszont egy olyan segítség vagy olyan koncepció szükséges, vagy olyan szándék szükséges, amit ma láthatunk, és egyáltalán akik ma a döntéshozatalban e tekintetben tűzközelben vannak, jó értelemben véve, azoknak kell foglalkozniuk ezzel és a dolgot elősegíteni.

Tehát van megoldás. Ez a megoldás most első látásra drágának tűnik, valójában sokkal hihetlenebb mértékű pénzügyi megtakarítást és olyan egzisztenciális megtakarítást hozhat, amelyet egy olyan társadalom, amilyen irányba mi szeretnénk mozdulni vagy mondjuk megyünk is, nem engedheti meg, hogy ezzel ne foglalkozzon.

Még egyszer nagyon köszönöm, hogy szólhattam, és én semmiképpen nem a megszólíttatás, a differenciálás miatt akartam szólni, csak azért, hogy nem lehet külön kezelni a dolgokat, hanem csak együtt, csak akkor tudunk előrejutni az egyről a kettőre. Még egyszer köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Csak megerősítendő a következő hozzászóló mondandóját, meg ami eddig elhangzott, egy picit reflektálva rá: való igaz, hogy az aktív medicinában, akár egy sebészeti osztályon is jelen van, ami bizony, olyan messze mutató

következményekkel járhat a fel nem ismert vagy nem kezelt inkontinencia, hogy azt itt az asztalnál meg sem tudnánk beszélni, mert mindenkinek annyi története lenne erről.

Tehát azt hiszem, talán nem nyúltunk mellé, amikor ezt a témát idehoztuk az ellenőrző albizottság napirendjére. Ez a végén egy javaslatba fog torkollni, nyilván nem rendeletbe, nem törvénybe, nem jogszabályba, és amiről Katona professzor úr említést tett, van rá szándék, amennyire tudom, a minisztérium, illetve az OEP egy kerekasztalt, egy fórumot fog szervezni a jövő év elején. Azt gondolom, hogy most azért jó lesz, ha az asztalán lesz az egész konferenciának vagy megbeszélésnek - ha úgy tetszik - ennek az albizottsági ülésnek az anyaga.

Mielőtt átadnám a szót Markovics doktornak, annyit el kell mondanom, hogy valószínűsíthetően, sőt tudom is, hogy az ő anyagában szerepelni fog az a tapasztalat, amit Bugarszki elnök úr is említett már, hogy igenis, kórházi körülmények között is, mind az ápolónők, ápolók leterheltsége, valamint a másra fordítható időnek a növekedése, mind pedig a költséghatékonyság megjelenik mondjuk egy krónikus osztályon. De biztos vagyok benne, hogy aktív osztályon is egy megfelelő eszközzel, mert tudjuk, hogy a probléma most már számszerűsítve is körülbelül mekkora, tudjuk, hogy mik a teendők.

Nyírády professzor úr a végén szeretne szólni, ígérem, hogy meg is adom a szót ezután, hogy mi a teendő majd vagy milyen egyéb alternatív, akár műtéti lehetőségek is vannak, de amikor már itt van az inkontinencia, és abban a helyzetben vagyunk, amiben most vagyunk, akkor most azt hiszem, hogy arról fogunk hallani, hogy mi az a megoldás, ami azért úgy nagyjából mindenütt ajánlható lenne.

Dr. Markovics Gyula (SCA Hygiene Products Kft.) előadása

DR. MARKOVICS GYULA (SCA Hygiene Products Kft. HC para manager):
Köszönöm a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok és Meghívottak! Egy nagyon rövid összefoglalását szeretném adni annak, ami eddig elhangzott, kiemelve, ami nem hangzott el, közben én itt jegyzeteltem magamnak.

Tulajdonképpen az inkontinencia a kontinencia fogyatékosága. Azt is láttuk, hogy ennek nagyon szerteágazó okai vannak, hogy miért következik be. Egy tanulságtétel azért van, hogy a betegek 95 százaléka nem tud definitív ellátáshoz jutni, viszont az állapot nagyon sokáig fennáll.

A konzervatív kezelésnek sok útja, módja van, de a 90 százalékuk valamilyen nedvszívó eszközt kap és kell hogy kapjon. Aki nem kap, azonnal kirekesztődik a társadalomból. Ez mindegy, hogy mikrotársadalom és családnak hívják, kicsivel nagyobb és munkának hívják vagy még nagyobb, és társadalomnak hívják. Ezek az emberek azonnal kirekesztődnek a mindennapi életből, gyakorlatilag elveszítjük őket, ők is bennünket.

A könyvben, ami mindenki előtt ott van, benne van, nincs így leírva, de az inkontinencia nem tökéletes ellátása az inkontinencia tökéletes nem ellátásával egyenlő. Teljesen mindegy, hogy kicsit szivárog vagy nagyon szivárog, ugyanúgy nem fogok elmenni se a postára, se az unokámért az óvodába, és nem fogok csinálni semmit. Ez egy nagyon fontos tanulságtétel.

Fontos, nem fontos, prioritizálás kérdése. Ha ez egy fogyatékoság és láttuk, hogy ezt gyógyászati segédeszközön keresztül tudjuk társadalmi szinten - úgy, ahogy, ma - kezelni, legfőképpen az informáltság hiánya miatt, meg ez egy tabu, ha ez gyógyászati segédeszköz, és feltesszük a következő kérdést, akkor látjuk, hogy a gyógyászatisegédeszköz-kasszán belül ez a legnagyobb tétel. Ha hozzáadjuk azt, amit a betegek még hozzáadnak, az 10 milliárd körül van, vagy több.

Azt is tudjuk, hogy ez a legnagyobb gyógyászati segédeszköz dependens betegszámú réteg, ez több százezer. Ez a legnagyobb. Ebből az is következik, hogy ma ez a legnagyobb társadalmi kihívás és probléma.

A gyógyászati segédeszköz mindig mostoha terület volt, mert nem nagyon lehet rá a gyógyszereknél használt sémákat átültetni, ezért aztán - hogy úgy mondjam - úgy maradt, gazdátlan terület.

És én itt most ki fogok utalgatni az anyagra, ami előttünk van. Az eddig használatos támogatáspolitikát és egyáltalán az ellátás mikéntje egy termékcentrikus, termékközpontú, egyszerűsített, végtelenül elavult koncepció. Az, hogy betegközpontúvá kell tenni a támogatáspolitikát, ez világos. De ennek a köztes lépései, hogy ezek mik, ha ez a kérdés nem hangzik el, nyilván választ sem fogunk rá adni. De hogy a betegközpontú ellátáspolitikát milyen ellátás- és támogatástechnikai eszközöket hoz létre, azelőtt konkrét tapasztalataink vannak. Itt kiutalnék az anyagra, néhány gondolat erejéig.

Valahol itt a közepe táján találunk egy ilyen színes ábrát. Voltaképpen én ennek köszönhetem, hogy meghívtak, és nagyon köszönöm. Itt az ábrában az van benne - és az egésznek ez a záróköve szerintem -, hogy a beteg ápolási igényéhez kell szabni azt a terméktípust, amit rendelnek számára. A mostani támogatási séma ezt egyáltalán nem támogatja, ugyanis az ISO-kódok, amit fel kell írni egy családorvosnak, majd amikor megkapta 6 hónap után a szakorvosi javaslatot, mert körülbelül ennyit, 2-6 hónapot kell várni egy inkontinens betegnek, míg a családorvosa bármit felírhat neki. És ez a „bármilyen” az esetek száz százalékában nem szokott illeszkedni a betegprofilhoz. mert mire hazamegy, addigra vagy lefogy, vagy meghízik, sok minden tud történni. Ha valaki stroke-ot kap, fél év alatt lehet, hogy az egyik oldali végtagja már működik, és el tudja magát látni, lehet, hogy nem. Ezek helyben dőlnek el, az alapellátásban, amiről hallottuk, hogy nemcsak családorvost jelent.

Tehát az egésznek ez volna a záróköve. Van benne egy nyomdatechnikai hiba, ez a ragasztócsíkos hagyományos, ennek itt semmi helye nincs, de ez végül is egy technikai probléma. De ha ezt végiggondoljuk logikusan, és megkérdezzük, hogy hogyan lehet ezt átültetni konkrétan támogatástechnikai eszközökbe, ez felvet néhány módosítási igényt.

Működik-e ez vagy sem? Nagy kérdés. Nem mérték meg sehol. Magyarországon mérték meg először számokban, több helyen: Győrben és Újpesten, a Károlyi Kórházban. Ha azokat az eredményeket extrapoláljuk, akkor körülbelül az összes ráfordított ápolási időnek, a teljes ápolási időnek, tehát nemcsak az inkontinenciára konkrétan ráfordított időnek, hanem a teljes ápolási időnek a 10 százalékát lehet megtakarítani. Teljesen mindegy, hogy miről van szó, statisztikailag, ha ezt az egyet megcsináljuk, az ápolók leterheltsége összességében 10 százalékkal csökken. Hogy ezt továbbképzésre fordítja vagy egy másik betegre, vagy egyszerűen csak arra, hogy pihen a szobájában, ez már részletkérdés. Mindegyikre szükség van, mert ápolóból nincsen túltermelés, de orvosból sem.

Pénz. Pénzben körülbelül 20-25 százalékot jelent a költségek szintjén. Ha ezt kivetítjük országos méretűre, ez fekvőbeteg-intézmény, jól kontrollált körülmények között, Petri-csésze, laborkörülmény, a valóságban ez nem így lesz. Ettől kisebb számok jönnek majd vissza, de jól kontrollált körülmények között, vagy ha jók a szabályok, akkor 20-25 százalék jön ki az összköltségen, ami 10 milliárd forintot jelentene az intézményi szegmensben. Ha jók a szabályok, ez 10 milliárd forint az otthonápoltak körében.

Van még egy, az Országos Alapellátási Intézet programjának az összefoglalója. Azt írják - számok állnak mögötte -, hogy az érintettség nem áll arányban az informáltsággal. Ez pontosan a probléma tabujellegéből következik. Ha ezt végiggondoljuk, ameddig ezek a szabályok, amelyeket így megörököltünk, meg úgy is maradt, benne ragadnak a rendszerben, minél súlyosabb lesz a társadalmi probléma, annál nagyobb lesz az elszigeteltség és az információtól való elzártág.

Tehát ezek a sarokkövei ennek az egésznek. Termékoldalról nagyon sok gyártó most már saját maga rájött arra, hogy különböző betegprofilok vannak, és a mérnökeik ennek megfelelően csinálnak, készítenek valamilyen eszközt.

Ami a magyar ellátásban nem jelenik meg, a dán ellátásban és a holland ellátásban viszont napi gyakorlat, ők 90 százalékban ezeket az innovatív termékeket használják, és emiatt a költségeik körülbelül 40 százalékkal kisebbek fajlagosan, mint a mieink. Ez két alaptípust jelent. Nagyon sok gyártó gyárt ilyet. (*Felmutat egy felfújható bemutató babát, amire rá van adva egy nadrágpelenka.*) Az egyik olyan, amit a hemiplég beteg is tud használni, úgy néz ki, mint egy alsónadrág, teljesen hasonlít hozzá. Nem látszik benne az innováció, de tele van vele. Ezt a gumírozást úgy kell megoldani, hogy eléggé szorít, de a bőr keringése, a mikrokeringése még egy rossz balkamra-funkció mellett is működni tud, nem lesz tőle fekélyes, de nem csúszik el akkor sem, ha benne van másfél liter, azaz másfél kilogramm folyadék vagy széklet, vagy a kettő vegyesen.

A másik típus - ezt most leszedelem -, ami szintén nem jelenik meg, mi nem használjuk, ez egy tépőzáras megoldás. Ezt annyiszor lehet fel- és leszedezni - leszedelem erről a bemutató babáról -, itt úgyis a tépőzár a lényeg, ez a tépőzár nem olyan tépőzár, mint egy másik tépőzár, krémesen is működik, teljesen mindegy, hogy mennyi kézvédő krém vagy akármi van rajta, több tízszer, több százszor vissza lehet csukni, ki lehet nyitni. Ez miért jó?

Magának az eszköznek sem kell kikerülnie a hulladékgyűjtőbe, másrészt ha a beteg rendelkezik széklet-kontinenciával, még meg tudja oldani, el tud menni a toalettig, vissza tudja zárni. Óriási jelentősége van, mert ha ez nem történik meg, akkor az ápolókra ennek az összes következménye újra jelentkezni fog.

Tehát termékoldalról, innovációs oldalról én azt látom kitörési pontnak, hogy ha a termékszerkezet, amit használunk, változna, hogy 90 százalékban mi is innovatív megoldást használnánk, akkor az esetek 90 százalékában tudnánk megtakarítani az ápolóknak időt és a hulladékgazdálkodásnak pénzt, és az intézményeknek mindenféle fajlagos költséget.

Egy matracnak a fertőtlenítése 15 ezer forint. Ha egy fertőző betegből szivárgás történik a matraca, ki kell egyszerűen fertőtleníteni, nincs kérdés. De ha ezek csak számok és a betegprofilhoz nem illesztjük, hanem utána mindenkire elkezdünk innovatív terméket adni, ugyanott vagyunk, ahol voltunk, csak átestünk a ló túloldalára.

Tehát összefoglalva: én azt tudnám itt keresztmetszetként hozni Európából, ahol dolgozom, hogy máshol sem sokkal jobb a helyzet, mint minálunk. Ott a ló túloldalán vannak nagyon gyakran. Ezt a betegprofil leírja egy nemzetközi szabvány, ISO-15621 névre hallgat. Túl hosszú, túl bonyolult, 30 oldal, a gyakorlat oldalán nem értékes.

Amit Bugarszki kollégám is mondott, ezeknek a gyakorlati lokálprotokolloknak van gyakorlati haszna és működni tudnak. Hogy azt rendszerszinten hogyan tudjuk egy szabálykörnyezetben érvényre juttatni, az egy másik és fontos kérdés.

Az összefoglaló üzenetem az lenne, hogy ebben az ágazatban körülbelül - én most konzervatív számot mondok - egy olyan 10 milliárd forint lenne az, amit költségoldalról meg tudunk ezen takarítani az inkontinenciával kapcsolatosan. Az sok mindenre fedezetet nyújtana. Tehát ha a számokban nézzük, akkor a küldetésértéke ennyi. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Én is köszönöm szépen, és azt gondolom, hogy ennek a blokknak a lezárásaként, végül is azért mind a széklet-, mind pedig a vizelet-elvezető rendszernek, mint végszervnek valamilyen problémájáról van szó, szeretném megadni a szót Nyirády professzor úrnak, az Andrológus Társaság elnökének.

Dr. Füredi Gyula (Emberi Erőforrások Minisztériuma) előadása

DR. FÜREDI GYULA szakértő (Emberi Erőforrások Minisztériuma - egészségügyi ágazat): Köszönöm szépen. Megtisztelő volna, ha Nyirády professzor volnék, de én Füredi Gyula vagyok, csak a jegyzőkönyv miatt szeretném ezt pontosítani.

Az első, amit szeretnék mondani, hogy szeretném megköszönni, hogy az egészségügyi albizottság napirendre tűzte ezt a problémát. Ezzel is kihangsúlyozva ennek a problémának a

jelentőségét. Akik itt, az asztal körül vagy ebben a teremben ülünk, azt hiszem, teljesen világosan látjuk, hogy ez egy előbb-utóbb nem megkerülhető kérdés, hogy az inkontinencia kérdésével foglalkozzunk.

Azt gondolom, hogy ez a megbeszélés lendületet fog adni az egészségügyi államtitkárságnak is abban a vonatkozásban, hogy valami egyeztetésre sor kerüljön.

Nekem a birtokomban van a szakmai kollégium elemző javaslata arra vonatkozólag, hogy hogyan volna praktikus az inkontinencia-ellátás kérdését racionalizálni. Itt ma délelőtt hallottuk gyakorlatilag az inkontinencia-probléma teljes vertikumát, a tudományos résztől egészen a mindennapi problémákon keresztül.

Azt gondolom, hogy az itt elhangzottak és ebben a kezdeményező javaslatban foglaltak mindenképpen indokoltá teszik, hogy a jövő év első negyedében sor kerüljön valamifajta egyeztető megbeszélésre, ami figyelemmel lesz arra, hogy a pénzügyi kérdések valójában hogyan néznek ki és mit lehet csinálni, hol jönnek meg azok a megtakarítások, amelyeket itt most hallottunk, milyen hatással lesz erre adott esetben a látens betegek felszínre kerülése. Nyilvánvalóan szükség van valamifajta szakmai ésszerűsítésre, mert ez katasztrofális, ezt gyakorló orvosként mondom, amilyen alulinformáltság van ma mind a szakma, mind pedig a laikusok részéről, és itt több előadónál is elhangzott a képzésnek a problémája, a képzésnek a helyére tévése, nemcsak a diagnosztikában, hanem akár a megfelelő eszköz kiválasztásában is.

Még egy, ezt gyakorló körzeti orvosként hadd mondjam, hogy nem megkerülhető ebben az egész kérdésben a házi orvosok szerepe és a felelőssége. Mind a megfelelő kezelés, a megfelelő módszer kiválasztásának a forszírozásában, hiszen ők azok, akik látják a beteget, ők fogják menedzselni a betegnek az útját az ellátórendszerben, mind pedig abban, hogy a tényleges kezelés, gondozás során folyamatosan kontrollálni tudják a beteg sorsát.

Úgyhogy szeretném megköszönni, hogy ez a kérdés itt napirendre került, és külön, hogy én személyesen is ebben részt vehettem, mert én személyemből adódóan is elkötelezettje vagyok annak, hogy az inkontinencia kérdése pozitív irányba mozduljon el nálunk is. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Egy picit átlépjük ennek a körnek a területét és aztán visszatérünk majd, tudniillik azért mi képviselők vagyunk, azon kívül hogy van tisztességes foglalkozásunk is, de most elsősorban képviselőként vagyunk itt. Szalay doktornak egy másik bizottsági ülésre kell mennie, és ő egyébként szintén gyakorló orvos, és ő szeretné elmondani az észrevételét, kérdését (*Dr. Radnainé dr. Egervári Ágnes felé fordulva:*), utána természetesen önnek is megadom a szót.

DR. SZALAY PÉTER (Fidesz): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Tisztelt Vendégeink! Tisztelt Bizottság! Néhány dologra szeretnék reflektálni. Tulajdonképpen mindenkivel messzemenően egyetértek. Számomra a legizgalmasabb az volt, amit Markovics főorvos úr mondott, mert a gyakorlati megvalósításról beszélt, és a gyakorlati megvalósítás szerintem az a terület, ahol egyébként a törvényhozókat és a minisztériumot is, illetőleg az államtitkárságot is lendületbe lehet hozni. Miután a költségtakarékosság rendkívül fontos szempont, és nyilván a drága, fölösleges eszközöknek a felírása nem érdek, tehát valóban minden betegre adaptálni kellene azt, ami neki kell, adni, ami a legcélszerűbb, legszakosítottabb, a legolcsóbb.

Amit itt Katona professzor úr mondott a médiáról, erre azt mondanám, hogy nyilvánvalóan a közmédia becserkészhető, tehát a köztelevízió becserkészhető, sok szempontból elérhető, és ők biztosan hajlandók lennének ezzel a témával foglalkozni. Az egyéb média nem, mert amíg az a legfontosabb hír, hogy Bangladesben kétfejű kecske

született - ez a legizgalmasabb hír a reggeli hírekben -, ez szánalmas, ott nem működik a dolog.

Most az alapellátásról szeretnék néhány szót mondani. Nyilvánvalóan ismerik a kollégák azt a skizofrén rendszert, hogy például a családorvos szakmai kötelessége a lakáson fekvő betegnek az ellátása. Most ez úgy néz ki, hogy a hozzátartozó megjelenik a családorvosnál, hogy katéterre lenne szükség. A családorvos azt mondja, hogy igen, de az csak urológus javaslata alapján írható fel. Akkor a beteg hozzátartozója elvándorol az urológushoz, az ad egy papírt, akkor azzal visszamegy a családorvoshoz. Ez a harmadik megjelenés, majd ezek után ismét elmegy az urológushoz, hogy akkor most már lehet jönni katétert cserélni, és akkor az urológus kimegy és kicseréli. Négy megjelenés volt, ami teljesen fölösleges, túlzottan leterheli a családorvosokat és az egész rendszert.

Én most úgy érzem, hogy ami itt elhangzott, annak alapján én felvetném annak a logikáját, hogy nem is értem, hogy miért vonták meg az urológusoktól a katéter-felírásnak a jogát. Szóval hogy ez miért így működik, ezt nem egészen értem, hiszen a házi orvosok közül - házi orvos feleségem van, tényleg tudom, hogy miről beszélek - igazából nagyon sok házi orvos, és annyira fejlődik a rendszer a katéterek előállítására, a fajtái annyira alakulnak, hogy nyilván nem lehet a házi orvos annyira képben, hogy urológus nélkül fel tudja írni. Na, most akkor miért nem írhatja fel az urológus?

De a segédeszközökre is azt mondanám, hogy az élet logikája azt kívánná, hogy igen, az urológus írhatta fel, és amennyiben úgy látja, hogy megnyugtatóan a családorvoson keresztül fel lehet írni, akkor adjon olyan felhatalmazást, egy javaslatot a családorvos felé, miután ő tudja a legjobban eldönteni, hogy milyen nedvszívó eszköz lenne az, ami a legcélszerűbb, és akkor azt írta fel a családorvos.

Tehát én úgy érzem, hogy a gyakorlati megvalósításnál ebbe az irányba el tudunk mozdulni javaslatunkkal. Köszönöm szépen szíves figyelmüket.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Akkor visszatérünk a másik oldalra, és megadom rögtön a szót dr. Egervári Ágnes elnök asszonynak. Egy dolgot szeretnék azért megemlíteni: a média is valóban egy nagyon fontos dolog, de úgy gondolom, azt a jelenlévők nagyon jól tudják, hogy azért akár a segédeszközök tekintetében, akár az innovatív gyógyszerek esetében is azért nem elutasító és nem kirekesztő az államtitkárság, hiszen azért, ha a segédeszközöket megnezzik, ott sem történt semmilyen negatív vagy restriktív intézkedés. Ad 1.

Ad 2. Személyemben is érintve, mind a colonterápiás eszközök, mind pedig az inkontinencia-termékek vonatkozásában egy jelentős könnyítést ma fogunk megszavazni - ugye, megszavazunk, Péter? -, hogy házhoz lehessen szállítani. Nem volt egy egyszerű eset, meg kell mondom, de úgy néz, hogy elértük. Azért azt gondolom, hogy ezt azért le kell szögezni, hogy itt van remény, és azt hiszem, hogy Markovics doktor engem meggyőzött még a környezetvédelmi előnyeiről is ennek a rendszernek, úgyhogy azt gondolom, hogy azért efelé el fogunk jutni. Valóban az a fő probléma, hogy arra kell vigyázni, hogy ne hogy aztán most tényleg a totál magatehetetlen inkontinens beteg is a legdrágább innovatív ellátást kapja.

Tehát ehhez kell egy szakmai kontroll. Köszönöm szépen. Csak ezt szerettem volna mondani. Most megadom a szót Egervári Ágnesnek.

Dr. Radnainé dr. Egervári Ágnes (Emberi Erőforrások Minisztériuma) előadása

DR. RADNAINÉ DR. EGERVÁRI ÁGNES (Emberi Erőforrások Minisztériuma - szociális ágazat): Köszönöm szépen a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok! Kedves Vendégek! A megszólíttatás okán is a puzzle-nak az alapellátás másik oldalán lévő darabjaként a szociális ellátás felől szeretnék igazán csak néhány mondatot mondani, nem visszaélve az önök türelmével. *(Dr. Szalay Péter távozik az ülésteremből.)*

A szociális klaszter - Székács professzor úr hivatkozott már egy részére ennek a vizsgálatnak az előadásában - 2009-2010 környékén több ezer fős mintán, nagyon részletes felmérést végzett a szociális alap- és szakellátásban gondozott idősök tekintetében, csak az időseket érintő inkontinenciáról szeretnék én most beszélni.

Részint ennek a tapasztalatai, részint pedig a bentlakásos intézményekben élő közel 80 ezer időssel kapcsolatos adatokról mondanék, tényleg csak néhány számot.

A 4 órás gondozási szükséglet 2007-es elhíresült bevezetése óta a bentlakásos intézményekben az ott élő idősök átlagéletkora 85 év feletti, és az inkontinencia tekintetében az érintettségük meghaladja az 50 százalékot.

A 80 felettieknek nagyjából a 20 százaléka demens. A demencia nem került itt még elő. Az ő esetükben az inkontinencia-probléma kezelése egy különösen érzékeny, és a költséghatékonyság szempontjából is döntő kérdés. Például az itt felmerült innovatív megoldás, a nadrágszerűen, alsóneműszerűen használható eszköz, az a demenciának a középsúlyos változatában, amikor még vannak emlékképek arról, hogy hogyan is kell ezeket a dolgokat használni, egy rendkívül költséghatékony megoldás, mert egyéb esetben az egyéb eszközöket ezek a betegek naponta tizenháromszor eltávolítják magukról. Ezért mondjuk ehhez képest egy kétségtelenül drágább, de az alsóneműhöz hasonlító eszköznek a használata mégiscsak nagyon jelentős, akár milliárdokban is kifejezhető számot jelenthet.

A számokhoz én nem értek, én eredendően neurológus vagyok, de mindazok a dolgok, amelyek itt elhangzottak - költséghatékonyság, környezetbarát -, ez egész egyszerűen az érintettek és az érintettek családjai és a kollégák életminőségét érintő kérdés, ami azt gondolom, hogy messze nem mindegy. Mi nem protokollnak hívtuk, hanem standardnak hívtuk, valójában a szociális gondoskodás alap- és szakellátás szintjén léteznek már olyan fajta szakmai irányelvek, ahol megfelelő indikátorok kiválasztásával ezek egész egyszerűen eredményalapon mérhető életminőségbeli változást jelentenek. Tehát ha egy kicsit más megközelítésből nézzük ezt az egész témát, akkor is ezek azt gondolom, hogy összecsengő és egy irányba mutató érvek.

Még egyetlen mondatot hadd mondjak, hogy „Az egymást értő szakemberek” című, október 1-2-án tartott nemzetközi rendezvényünk végén, amit a Geriátriai Társasággal közösen tartottunk, született egy konszenzuszdokumentum,- sokféleképpen lehet nevezni. Ebben mi három prioritást fogalmaztunk meg az időskori komplex problémákon túlmenően: a demenciát, illetve az inkontinenciát. Ebben európai és tengerentúli szakemberek együttesen részt vettek.

Tehát amiben itt most gondolkodunk, az valójában nemcsak a mi gondunk, hanem egész Európáé is, hiszen az egészségben eltölthető életéveink száma sajnos, nem nő olyan mértékben, mint amennyire a várható élettartamunk, és ezt a nagyjából 15 esztendő, amikor ha tetszik, ha nem, gondoskodásra, segítségre szorulunk, netán inkontinencia-termékre vagy sok-sok százalékban inkontinencia-termékre szorulunk, ezt valahogy a long term care típusú ellátásoknak, tényleg a szociális ágazatnak és az egészségügynek közösen kell megszabnia. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Azt gondolom, hogy elég jól tartottuk az időt, úgyhogy ha most javasolhatom, Nyirády professzornak a megszólításával még adós vagyok...

Dr. Majoros Attila (Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika) előadása

DR. MAJOROS ATTILA (Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika): Ha rám gondoltak, akkor Majoros Attila vagyok. Jó napot kívánok! Nyirády professzor úr nincs itt, én a munkatársam vagyok.

ELNÖK: Parancsolj, akkor gyere egy mikrofonhoz, mert őt azért meghallgattuk volna.

DR. MAJOROS ATTILA (Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika): Köszönöm szépen. Őt képviselném, illetve azt a véleményt, amit tulajdonképpen az urológusok vagy gyakorlatilag a szakmai kollégium, illetve a szakmai kollégium urológiai tagozata, tanácsa itt a társszakmák képviselőivel mondhatom azt, hogy egyetértésben próbál képviselni.

Köszönöm szépen a megtisztelő lehetőséget, hogy itt egy pár szóval én is hozzászólhatok ehhez a kérdéskörhöz. Nagyon fontos, itt már említették többen előttem, azonban szeretném arra felhívni a figyelmet, bár nyilván anyagilag és társadalmi szempontból alapvetően ezek nagyon-nagyon fontos meghatározások, hogy az inkontinencia azért elsősorban, és nemcsak a betét- és gyógyászati segédeszköz ellátást jelenti. Nyilván itt egy nagyon fontos népegészségügyi kérdéstről beszélünk, azt hiszem, a címe is ennek az előadásnak, illetve ennek a referendumnak az lett volna, hogy a morbiditási és kezelési lehetőségei, hogy számos olyan kezelési lehetőség van, hiszen ez ellátást jelent, aminek a megteremtése, illetve a továbbfejlesztése vagy a betegek számára biztosítása alapvető fontosságú feladat.

És amire itt Markovics Gyula doktor utalt, hogy mekkora költséget lehet megtakarítani tulajdonképpen vagy lehetne a hatékony betegközpontú gyógyászati segédeszköz-ellátással, ezt egyrészt vissza is lehetne forgatni a rendszerbe, és ezzel hatványozottan még nagyobb költségeket megtakarítani. Utalok itt arra, hogy például a fizioterápia Magyarországon vagy a finanszírozott fizioteraputa-rendelés, betegellátás nincsen, nem működik, holott a prevenció, amire Katona professzor úr is utalt, óriási jelentőségű.

Azt tudjuk, hogy minden betegségben a prevenció hosszabb távon, ha jól működik, a legolcsóbb terápiás forma. Tehát ez lenne az egyik.

A másik, amit szeretnék mondani, és ebben szeretném a döntéshozók segítségét kérni, hogy mi most írunk - azt gondolom, hogy példamutató módon - egy inkontinencia-irányelvet, abszolút multidiszciplináris módon, nőgyógyászokkal, fizioterapeutákkal közösen, társszerzőként, és a háziorvosi tagozat véleményezőként fogja ezt elfogadni.

Mi ebben próbáljuk a legkorszerűbb ajánlásokat, a magyarországi viszonyokra adaptáltan megfogalmazva leírni, belevéve már ezt a hatékony és betegközpontú gyógyászati segédeszköz-rendszert. Azonban szeretném azt kérni, hogy ha ez megszületik, ez gyakorlatilag az orvosok számára kötelező, jogszerű és betartandó, de ha ezt nem tudják azért betartani, mert nem lesz meg ennek a finanszírozási háttere vagy nem lesz meg a jogi háttere, akkor ez egy róka fogta csuka esete, és gyakorlatilag tulajdonképpen magunk esünk a saját csapdánkba, és még felelősségre vonhatók is leszünk.

Tehát azt szeretném kérni, hogy ha ez a korszerű és valóban multidiszciplináris, sok tagozat által elfogadott irányelv megjelenik, akkor az ehhez szükséges jogi, illetve finanszírozási háttér, amit nyilván úgyis majd az OEP megvizsgál, és mondja, hogy mire, mit tud ő adni, ez működhesen. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Elnézést az előbbi szerepcseréért, de jó szándékú volt a dolog, mert én nem ismerem személyesen Nyirády professzor urat és azért szövegeztam, de elnézést, és Füredi Gyulának is köszönöm, hogy a minisztérium részéről elmondta ezeket, és meghallgatta most már ezeket az észrevételeket.

Most valóban áttérnénk a hivatalosan is második résznek gondolt kérdésekre, és ahogy látom, Kiss Sándor képviselő úr készült.

Kérdések, vélemények, hozzászólások, válaszok

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Köszöntöm a professzor urakat és a szakma jeles képviselőit. Én patikus vagyok, egy kicsit ebből a szempontból is fogom megközelíteni a dolgokat.

A múltkor, nem tudom, már mikor olvastam egy internetes valamit, az volt a lényege, hogy Japánban azt hiszem, 2020-ra vagy 2030-ra több felnőtt-pelenkát fognak értékesíteni, mint gyerekpelenkát.

Érdekes volt, csak itt hallottuk azt, hogy nagyon sok nem invazív kezelési lehetőség lenne, és erről nem tudnak az emberek. Én patikusként szembesülök azzal, hogy egyrészt bejön az idős hölgy, és azt a betétet kéri, amelyik egyébként menzeszbetét, de nem is sokba kerül, de tulajdonképpen inkontinenciára kéri az idős néni. Amikor bejön, szégyenkezve, és próbál valahogy puhatolózni a hölgy kolléganőnél, vagy a férfi nálam, akkor nyilván egy nem invazív kezeléssel valamit lehetne vele kezdeni. De ez nem nagyon történik meg.

Itt a képviselőtársam a média szerepét említette, és Katona professzor is. Szerintem óriási szerepe van a médiának és óriási szerepe van a celebeknek, az X-Faktornak, meg nem tudom, kiknek. Tehát ha azt hallanám, hogy egy híres celeb azt mondja, hogy neki inkontinencia-problémája volt, de elment egy ilyen tornára vagy valahová, és milyen jól sikerült ezt neki megoldani, ha ezt ő felvállalja nyilvánosan, akkor már az emberek sem szégyellik annyira.

Úgy gondolom, hogy nemcsak a közmédiának lehet ebben szerepe, hanem a kereskedelmi médiának is, és úgy gondolom, hogy ha a szakma megkeresi a kereskedelmi médiát, akkor valahogy lehet rájuk hatással lenni. Lehet, hogy nem lehet, én úgy gondolom, hogy talán valami módon lehet, de lehet, hogy ebben tévedek.

A másik kérdés: mindig kampányok vannak, legyen ez a diabétesz-kampány, dohányzás elleni kampány, mindig van valami kampány. Nyilván ennek is lesz egy kampányrésze. Egyre több lesz az idős ember. Én nem vettem észre, hogy amikor készülünk az öregedésre, mindig a nyugdíjról hallunk, hogy hát, bizony, lesz-e nyugdíjam, nem lesz nyugdíjam, de az, hogy készülünk-e az öregedésre egészségügyileg, ezt én nem tapasztalom.

Nem tapasztalom azt, akár a médiában vagy bárhol, hogy egészségesen töltsük el majd azt a 15 évet vagy kinek mennyit. Ha elkészül ez a központi irányelv, akkor nem tudom, hogy látják-e annak lehetőségét, hogy egyfajta utalás legyen arra, hogy a 40 évesek, a 30 évesek valamilyen módon szembesüljenek azzal, hogy hogyan kívánják eltölteni majd ezt a 60-75 éves korukig tartó időt, inkontinensen vagy egyáltalán milyen egészségi állapotban. Én kérném, hogy erről mondjanak véleményt, hogy lehetnéne-e egyfajta ilyen, nemcsak kampányok, hanem hogy már felkészüljünk vagy felkészítsük az embereket az egészséges öregkorra.

Tehát valamilyen módon ezt belevenni.

Markovics doktor úr említette, hogy amit felírnak, azt kell kiadni. Én a patikában ezt tapasztalom, hogy jön a beteg, ez van felírva, csak ezt adhatom ki. Méretben sem jó, pláne, ha először írják fel, akkor na, milyen adjunk oda? Most kiadom neki a háromhavi adagot, ami esetleg nagy lesz, kicsi lesz, na és akkor mit fog csinálni? Most ez az expediáló empátiáján múlik, hogy azt mondja, hogy na, adok három különbözőt, próbálja fel, és akkor majd jöjjön vissza, és azt fogjuk kiadni. Persze, szabálytalanul jár el, mert csak azt adhatom ki, ami fel van írva. És most attól függ, hogy mit fog kezdeni az az inkontinens beteg, amikor megkapja a háromhavi adagot, és kicsi lesz rá?

Tehát valóban ezt valamilyen módon rendeletileg is rendezni kell. Nekem van erre ötletem, de gondolom, a szakemberek ezt jobban fogják tudni.

Ebben az irányelvben én nem tudom, hogy meg van-e már írva, én ellenzéki képviselő vagyok, nyilván kevesebb információt kap az ember, én szeretném felhívni a figyelmüket arra, hogy maga a költséghatékonyság, tehát a kormánynak az tetszik, minden kormánynak, hogy ha kevesebbet kell kiadnia. Tehát két dologgal lehet hatni a politikára. Az egyik az, hogy a szavazatok, tehát úgy intézkedik, hogy a szavazatai meglegyenek, erre egyébként nagyon jó ez a téma, a másik pedig az, hogy minél kevesebbet kelljen kiadni. Tehát szerintem ezzel lehet a politikusokat és a döntéshozókat alapvetően meggyőzni.

Én gyógyszerészként azt tapasztalom, hogy hiába mondom el, vagy hiába mondjuk el, hogy igazunk van, és szakmailag is jó, és mindenhogy így jó, hogy ha nem látják a viszonylag rövid távú költségmegtakarítást, akkor nagyon nehéz velük boldogulni.

Nekem igazából ezek jöttek le. A másik az, hogy a házi orvosok szerepét többen is említették. Csak példaként mondom, önök ezt jobban tudják, de mondják meg nekem azt, ahol egy házi orvosnak 3 ezer kártyája van, akkor ő hogyan fogja tudni még minden egyéb mellett a szűréseket elvégezni, mindent, ami jön, az alapellátást elvégezni, a fekvőbeteghez kimenni, de még az inkontinens betegeket is felmérni? Tehát lehetséges ez egy olyan házi orvosnál, aki még egyébként üzemorvos is, meg még politikai tisztsége is van, meg mit tudom én, még micsoda, hogy normális ellátást fog kapni az a 3 ezer ellátott? Szerintem nem.

Tehát ezek mind szép dolgok, és nemhogy szépek, hanem logikusak és szakmailag megalapozottak, én csak azt a feltételrendszert nem látom, ami ennek a megvalósulásához vezetne. Itt beszélhetnénk még a nővérellátottságról is, tehát úgy gondolom, az, hogy valaki bejön ilyen közfoglalkoztatottsági - vagy nem tudom milyen - programba és úgy szeretnénk belőle ápolót képezni, azt nem lehet. Tehát minimum 5 vagy nem tudom, nem vagyok szakember, de kell egy legalább 5 éves, talán még komolyabb szakmai gyakorlat, hogy egy jól felkészült és valóban a feladatát jól ellátni tudó nővér legyen. És nem beszélve arról, hogy nyugodtan beszélhetnék a fizetésről és a megbecsülésről, és arról, hogy egyáltalán mennyit kell dolgozni ügyeletben, stb., de úgy gondolom, hogy ezek nem megkerülhetők.

Tehát az a munka, amit a nővérek végeznek, akár az inkontinens betegek esetében, az tényleg emberfeletti, és nem is mindenki alkalmas - még egyszer mondom - erre a feladatra, és valóban ezeknek meg kellene jelenni. Tehát szó volt itt a múlt bizottsági ülésen arról, hogy hány házi orvos van, hogy sok házi orvos van vagy kevés, vagy mennyi ment el, vagy mennyi újat képeztünk, én úgy gondolom, hogy elképesztően kevés házi orvos van. Azt figyelembe véve, amiről az előbb beszéltünk, hogy öregszik a társadalom, egyre több embert kell majd ellátni, egyre betegbb emberek lesznek, és ennyi emberrel, ennyi szakemberrel ezt megoldani nem lehet normálisan.

Én valahogy erre is szeretném, ha utalás lenne ebben az irányelvben, és amivel a legelején kezdtem, hogy felkészülni az öregkorra, felkészülni az egészséges öregkorra, ezt valahogy tudatosítani az én generációmban és a tőlem fiatalabb generációban. Tehát én ennek kiemelt jelentőséget tulajdonítanék, és nem tudom, nem hallottam arról, hogy hány látens inkontinens beteg van, tehát hány olyan néni van, aki bejön, és csak kér egy betétet azért, mert éppen csak vizeletcsorgása van, és még nem olyan nagy probléma ez, még ezt tudja ő saját maga kezelni, úgy, hogy erről az orvos sem tud.

Tehát ezt is kérdezem, mert ez nem hangzott el, és hogy ezeket a betegeket hogyan lehet megszólítani, hogyan lehet felvilágosítani arról, hogy nem invazív kezeléssel ez még kezelhető, hogy ne szégyellje mondani, vagy egyáltalán mondja a házi orvosnak. Tehát ezt szeretném megkérdezni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Akkor most visszatérünk az albizottság lebonyolítási rendjéhez. Két dologgal vagyok még adós. Egyrészt nagyon szépen köszönjük ezeket a kiadványokat mindannyiunk nevében. A másik, hogy nem mondtam el, hogy Kovács József elnök úr, aki a főbizottság elnöke, rendszeresen részt vesz nem tagként, hanem megfigyelőként, illetve érdeklődőként, és ilyenkor, ha van kérdése, akkor szoktunk neki is szót adni. Parancsolj, elnök úr!

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), az Egészségügyi bizottság elnöke: Nagyon nagy szeretettel köszöntök mindenkit, és nagyon komoly érdeklődéssel hallgattam az eddigieket.

Úgy gondolom, hogy egy nagyon sikeres választás volt ez a téma a mai ülésre. Sokan persze megkérdezhetik, hogy miért ellenőrző albizottsági ülésen és nem a főbizottságon

hangzanak el bizonyos kérdések. Azért, mert tulajdonképpen az a törvényalkotás terrénuma, ez pedig inkább a szakmai megbeszélés területe.

Én a magam részéről egy nagyon földön járó, nagyon egyszerű megjegyzést és - hogy mondjam - néhány mondatos kiegészítést szeretnék tenni, elsősorban saját magamnak, mármint az általam vezetett intézménynek, mert emellett kórházigazgatóként is mintegy 25 éve tevékenykedem már. Békés megyében a gyulai megyei kórházat vezetem most már 15. éve főigazgatóként, majd reméljük, véget ér ez is valamikor egyszer, mert ebbe a sokféle feladatba nagyon sok helyen belekötnek, ami teljesen jogos egyébként mindenki részéről, de átmenetek vannak az életben.

Hollósi igazgató úrral gyakran kommunikálunk, konzultálunk kérdésekről, és a gyógyászati segédeszközök vonatkozásában mindig elkötelezett hívei voltunk annak, hogy az államtitkárságot, a minisztériumot megkerestük ezeknek a problémáknak a kérdésével. Az elmélettel, mindennel egyetérttek, az anyagokat megnéztem nyilvánvalóan, számomra és amit Bugarszki Miklós is mondott, egy nagyon nagy probléma az, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszerben, és én kórházigazgatóként a saját magam irányába szeretnék egy hiányosságot megfogalmazni, hogy időnként a gyógyászati segédeszköz-ellátás, mondjuk a megfelelő, szakszerű pelenkaellátás egy kicsit inkább ilyen piaci - ilyen értelemben már ilyen Lehel-téri piaci vagy külső piaci területre gondolok - problémává degradálódik. A beszerzésben olyan emberek vesznek részt adott esetben, akiknek egyáltalán fogalmuk sincs erről az egész kérdésről, és olyan termékeket vásárolnak meg, például az általam vezetett intézményben is, amire az embernek akár vezetőként is nagyon nehezen van ráhatása. Nagyon sajnálom, hogy nincs itt ilyen szakember, de ez ki fog persze szivárogni előbb-utóbb, de engem mérhetetlenül zavar az a fajta hozzáállás a magyar egészségügyben, hogy olyan szakemberek, akik elsősorban gazdasági, pénzügyi és egyéb területen mondjuk lehet, hogy nagyon jó szakemberek, de a szakma feje fölött vagy a szakmát kihagyva hoznak olyan döntéseket, és szereznek be olyan segédeszközöket és a legkülönbözőbb dolgokat, amelyek mondjuk például az általatok, az ápolási szakma által és az orvosi szakma által beszerzendő. Az ápolást azért említettem első helyen, ugye, nem sértődtek meg emiatt, mert a mindennapi gyakorlatban azért azt a 23,5 órát ti töltitek el általában mondjuk fekvőbeteg-intézményben a betegekkel, mert mondjuk az az orvos, aki fél órát foglalkozik a betegével naponta, az már mondjuk nagyon jó minősítést kap ma Magyarországon. Én legalábbis így gondolom. Beszereznek olyan adatokat, amit elmondtál, éppen erre utalok vissza, amit valahol a végén drágábban fizetünk meg, rosszabb minőségben és rosszabb feltételek mellett.

Tehát azért tartom nagyon fontosnak egy ilyen megbeszélésnek a kérdését, mert adott esetben mondjuk az egészségügyi ellátórendszerekben - ez most teljesen mindegy, hogy járó-, fekvő-, szociális intézmény vagy legyen akármilyen, ahol ilyenfajta problémával szembesülünk -, gyakorlatilag mondjuk egy gazdasági vezető és neki valamilyen gazdasági, beszerző helyettese, mondjuk ketten tárgyalásokba bonyolódnak különböző cégekkel, és megvesznek olyan termékeket, amivel tulajdonképpen kárára vannak az egész rendszernek. És gyakorlatilag ebben a pillanatban - ezt az államtitkárság irányába is jelzem - nem tudunk ráhatással lenni a kérdésre se orvosi, orvosvezetői, sem pedig ápolási szempontból, akkor, amikor ennek megvannak egyébként az ajánlásai, protokolljai, stb.

A végén, amit leírtok, hogy még pénzt is hoz a konyhára, valahol a megtakarítás részét jelenti.

Tehát rosszabb minőséget, drágábban, kidobva, környezetet szennyezve, és így tovább, okozzuk saját magunknak a problémát. Nagyon meg vagyunk elégedve egyébként a tevékenységünkkel, mint ellátórendszer, amiben én nagyon-nagyon komoly problémát látok, és úgy gondolom, hogy ez az a terület, amikor igenis, diktatíven, felülről, irányítottan, erőszakosan, a demokráciát félretéve, itt egyszerűen más módszerekkel kell ezt a kérdést kezelni, mert ennek a jelenlegi rendszernek ilyen értelemben nincs értelme. Tehát mi nem

vagyunk annyira gazdagok, hogy megengedhessük magunknak, hogy drágán pazaroljunk, én úgy gondolom. Tehát ez a mi szempontunk, és ezt kellene ebben a rendszerben úgy elhelyezni, hogy törjük át ezeket a nem szakmai, elvileg egy olyanfajta álruhába bújtatott költségvetési manipulációkat, ami a végén mondjuk negatív formában üt vissza.

Az egész mondókának, amit én elmondtam, egy lényege van, hogy egyetlenegy dolgot felejtünk el nagyon gyakran. Tudom, hogy ez a jegyzőkönyvben nem fog majd jól hangzani, hogy ha esetleg elolvassa valaki a parlamentben, de mondjuk az egészségügyet nagyon gyakran a beteg, az oktatást a hallgató vagy a diák zavarja. De végül is értük vagyunk mind a két területen. Tehát meg kellene fordítani ennek a menetét és szakmai köntösbe kellene bújtatni. A világhírű, európai hírű professzoroknak és szakértőknek a véleményének valaki nyitott fülekkel kellene hogy álljon a rendelkezésére és egyszerűen előre lépünk kellene ebben a kérdésben. Ez számomra egyébként vezetőként napi problémát jelent. Ezt azért szerettem volna itt önökkel megosztani, és gondolom, hogy te is így vagy, elnök úr, velem, hogy ugyanezeket a problémákat ti most felmértétek, a többi helyen pedig szenvednek ettől a problémától, elsősorban az ellátottak és a betegek vagy az igénybe vevők. Elnézést, hogy ezzel a néhány nem éppen nagyon rózsaszínű gondolattal megzavartam ennek az ülésnek a menetét. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Nem zavarta meg az elnök úr, sőt köszönjük szépen. Azt gondolom, hogy maradva ennél a hasonlatnál, bizonyos értelemben egy ilyen fültisztítást végzünk most, azért vagyunk itt, hogy mindenféle információ oda jusson, ahová kell. És azt is gondolom, hogy ez az első számú csatorna, ahogy elnök úr is megemlítette.

Egyetlenegy dolgot szeretnék mondani, mielőtt a válaszadásra sor kerülne. Majoros doktor említette, hogy az irányelveknek főképpen jogi és finanszírozási oldalai vagy lábai lesznek. Azt gondolom, hogy sajnós, a mai gyakorlatban - vagy nem is tudom, hogy sajnós-e - addig nem nagyon célszerű olyan jogi dolgot mellérendelni, amíg a finanszírozás nem látszik, mert az még nehezebb helyzetbe hozza a mindennapi alkalmazót. De én bízom benne, hogy pont ezek, amikről itt beszélünk, meggyőzik a finanszírozót, ami alatt nem mindig az egészségügyi államtitkárság értendő, hanem egy kicsit arrébb van a székhelye. De ha sikerül meggyőzni, akkor valószínűleg a jogi rendezést is jobban meg lehet oldani, és akkor sínre kerül a dolog.

Én itt be is fejezném, és szeretném átadni a szót az asztal másik oldalán ülőknek Kiss Sándor úr és előtte dr. Szalay Péter kérdéseire, amilyen sorrendben óhajtotok, parancsoljatok! Egervári doktornőtől kérdezem, hogy volt-e olyan kérdés, amire úgy gondolja, hogy tud rá vagy akar rá válaszolni?

DR. RADNAINÉ DR. EGERVÁRI ÁGNES (Emberi Erőforrások Minisztériuma - szociális ágazat): Köszönöm szépen. A szociális oldalról igazából csak azt szeretném hangsúlyozni, hogy az inkontinencia-ellátás jelentős részben a szociális alap- és szakellátás problematikája. Tehát azt gondolom, hogy az irányelvben is, illetve a szociális szakmát illető standardokban egy korszerű, és egy kicsit a fejéről a talpára állított szemléletű megfogalmazásra lenne célszerű törekedni, illetve a klaszter birtokában lévő adatokkal, illetve akár további adatokkal is mi készséggel állunk rendelkezésre, hogy ha ezzel tudunk segíteni. A bentlakásos intézményi hálózatban jelenleg 80 ezer ember van, aki ott él. Közülük nagyjából a 40-45 százalék az, aki napi szinten inkontinencia-terméket használ. Tehát azért ez egy óriási tömeg, amiről beszélünk.

Nagyon-nagyon fontos, amit képviselő úr itt a gyógyszerészi oldalról mondott, azt gondolom, a gyógyszerész-beteg találkozás sokszorosa az orvos-beteg találkozásnak. Én már sokszor és sok fórumon elmondtam, csak mindig ilyen naiv ötletnek tűnik, hogy én azt mondtam, hogy egy szappanoperában kellene ezekkel a kérdésekkel foglalkozni, kellene oda

egy inkontinens nagymama, aki a napi életet zavarja, vagy mondjuk egy demenciában szenvedő idős családtag, mert ezeket nézik az emberek, és így lehet társadalmasítani ezt a problémát. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Akkor azt gondolom, hogy vegyük fel az indulási sorrendet és Székács professzor úrhoz ha érkezett kérdés, akkor arra válaszoljon.

PROF. DR. SZÉKÁCS BÉLA, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság elnöke: Külön adresszálván nem voltam. Ami így felmerült bennem az előrelépéshez: 1. készül a guideline, ott majd azért nagyfokú figyelmet kell fordítani arra, hogy viszonylag, 30-60 év között, 65-70 évig megörvendeztet minket az úgynevezett tiszta, diagnosztikusan jól kezelhető esetek sokasága. Utána kezdődik a kellemetlenebb és mondjuk egy háziorvosnak vagy akármilyen szakorvosnak is a rendkívül nagy kihívást jelentő gondolkodási folyamat, amikor maga az inkontinencia is összetett kórokú. Tehát nem tudom leválasztani a klasszikusra, a vizelet-inkontinenciára, de ugyanúgy a széklet-inkontinenciára sem, hiszen néha kombináltak vannak. Aztán ez ugyan nem pontosan a témába vág, de milyen kárt okozunk, ha nem vesszük figyelembe a már felírt, a beteg által már eleve szedett hat gyógyszert, esetleg el is lehet tenni a beteget láb alól. Ez a háziorvosi kontrollnak a dicső szerepe.

A második, hogy amennyiben ilyen rendelkezési struktúra kialakul, nagy kérdés, örök problémát jelent, hogy hol kezdődik a reklám és hol kezdődik a paraméterek elérhetősége. Majd ezen is el kellene gondolkodni a rendeletalkotóknak, hogy itt mindenképpen a paraméterekhez való hozzájárás, egy pontosabb klasszifikálás, akár évenként, akár két évenként, akár központilag, akármilyen rugalmas megoldással, de ezt el kellene érni, mert jelenleg a reklámellenes rendelkezés rendkívül sok információhoz való hozzájárást gyakorlatilag a felhasználók részéről, a szakemberek, betegek részéről lehetetlenné tesz.

Tehát akkor képzelhető el ez a klasszifikálás, amit Markovics doktor úr is bemutatott, ha ugyanakkor a termékek részéről is pontosított klasszifikálás áll rendelkezésre. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen. Katona professzor úr!

PROF. DR. KATONA FERENC, a Magyar Kontinencia Társaság elnöke: Nagyon sok, nagyon fontos általános elv hangzott el, és miután elsősorban társadalmi vonatkozásokról volt szó, azért persze mindenki gondolt rá, de ne felejtsük el, hogy a lényeg az inkontinensek meggyógyítása, amiről itt nagyon kevés szó esett.

Tehát azt ne felejtsük el, és természetesen a parlamenti bizottság is tudja, hogy minél több inkontinens beteget gyógyítunk meg, annál kevesebb társadalmi probléma marad vissza. Az inkontinens betegek meggyógyításának pedig a hogyanja, mikéntje elhangzott itt, és én szeretném, ha mód volna rá, hogy ezeket a nemzetközi határozatokat a bizottság magáévá tudná tenni, és úgy is tudja alkalmazni, mint az itt, Budapesten elhangzott nemzetközi fórumnak az ajánlásait.

Most ez azért is fontos, mert ha szakmai szempontból nézzük, urológiai, nőgyógyászati, háziorvosi szempontból, akkor a különböző szakszerű és költségmegtakarító, tépőzáras nadrágoknak a használata a szakmánk szempontjából ahhoz kell, hogy a betegeket maradék nélkül ki lehessen vizsgálni és kezelni lehessen. Tehát itt ne válasszuk el, illetve ne választódjék el látszatra sem a szakma azoktól a gyógyászati segédeszközöktől, amelyekre a betegeknek és a szakmának egyaránt szüksége van.

Éppen ezért szeretném, ha lehetséges, javaslatként, azaz tényként elfogadottá tenni azt, hogy mindehhez az szükséges, hogy a háziorvosok legalább két vagy több hónapra fel tudják

írni saját maguk a gyógyászati segédeszközöket, a megfelelő gyógyászati segédeszközöket, mert most még a klinikákon is legalább egy-két hónap, amíg a betegek hozzájutnak a kivizsgálás megkezdéséhez. Ezt valamennyien tudjuk, ez a realitás.

Tehát ha egy ilyen javaslat az államtitkárság felé elhangzana, ez sokat segítené a gyakorlatban.

Mi azért adtuk ki az SCA segítségével külön az ápolásra vonatkozó könyvet, hogy ez ne legyen azonos az amúgy is elolvasásra kerülő szakmai könyvvel. Tehát úgy érezzük, hogy a gyakorlatban elkezdtuk megtenni a magunkét, azonban ez még mindig nagyon kevés. De ugyancsak együttesen elhatároztuk, tényként, hogy a következő évben kiadásra kerül egy általunk megírt, a művelt nagyközönséghez szóló munka, ami elősegítheti a médiának az elérhetőségét.

Befejezésül még azt szeretném mondani, hogy itt elhangzottak a rehabilitációról különböző elvek. Mi nagyon jól tudjuk valamennyien, hogy a nagy számú rehabilitációs ágyon nem rehabilitáció, hanem idős betegek ellátása történik, azaz nem rehabilitációs munka. Most éppen ezért megint elhatároztuk az SCA-val közösen - segítségképpen kapva a lehetőséget -, hogy a Rehabilitáció folyóirat legközelebbi számában, aminek 20 éve én vagyok a főszerkesztője, egy olyan külön számot jelentetünk meg a jövő év elején, hogy ne menjen feledésbe a dolog, ami ezekkel a kérdésekkel fog foglalkozni, a rehabilitátorok számára, akiknek nem feltétlenül és nagyon homloktérbe eső területe az inkontinencia rehabilitációja. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Bugarszki elnök úr!

BUGARSZKI MIKLÓS, a Magyar Ápolási Egyesület elnöke: Köszönöm szépen. Valóban sok minden elhangzott és sok biztató jelet is lehet látni a jövőre nézve. Ugyanakkor van némi zavar, lehet, hogy csak az én fejemben, sok kérdéssel kapcsolatban.

Nagyon pontos fogalmakkal kellene dolgoznunk. Akkor, amikor kezeléstről beszélünk, akkor az az én olvasatomban arról szól, hogy a kezelés hatására meggyógyulnak, és aztán egészségesek lesznek, vagy nem gyógyulnak meg. Az ellátás az egy más, egy krónikus végállapotban lévő betegnek az ellátása, és nem biztos, hogy a végállapotot most az élet végére kell értenünk, hanem az adott szakterület, teszem azt az inkontinenciával kapcsolatban.

Ugyanakkor az is elhangzott itt, hogy nagyjából a jelenlegi tudás szerint, az ismeretek szerint az inkontinens betegeknek most a 90-95 százaléka nem kezelés, hanem ellátás alatt áll valamilyen szempontból, tehát kap egy inkontinencia-terméket, és ez az, ami jelenleg most az ápolásra a legnagyobb terhet rója, mint feladat.

Jó lenne tudni azt is nyilván, hogy az inkontinens betegeknek mekkora része gyógyítható meg és mentesíthető ettől az ellátási formától, és ez abból a szempontból fontos, mert hallottam Füredi doktortól, hogy most készül valamilyen guideline, ami arról szól, hogy majd az inkontinencia kezelését milyen úton-módon kell ellátni. Ugyanakkor én azt mondom, hogy kellene készüljön egy olyan is, ami az ápolásról szól.

Óva intek mindenkit attól, már csak gyakorló ápolóként is, hogy ezek hosszú irodalmi művek legyenek, mindenre kitérően, mert azok a polcokon maradnak. Tehát olyan segítség kell az ápolásnak jelenleg, ami maximum egy-másfél oldalban megmondja azt, hogy nézd meg, válassz ki és csináld ezt. Tehát ezekre nagyon oda kell figyelni, mert különben tényleg nem lesz belőle semmi.

Én nagyon örülök ennek a két új kiadványnak. Egy hiányérzetem van, a szerzők közt nem látok még ápolót. Remélem, hogy előbb-utóbb majd az is lesz benne. A gyógytornászok, fizioterapeuták mindenképpen ott vannak, de nekem valahol olyan érzésem van, hogy mindenki szeretné elmondani azt, hogy hogyan is néz ki ez az inkontinencia, csináljátok ezt,

csak pontosan az ápolók azok, akik kimaradnak ennek az egész munkának a finomításából, kidolgozásából. Én ennyit szerettem volna nagyjából első körben hozzátenni.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Balogh főigazgató úr kíván-e reflektálni?

DR. BALOGH SÁNDOR, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója: Csak nagyon gyorsan és néhány dologra reflektálva: az, hogy én túlzottan optimista legyek azért az elmúlt évtizedes tapasztalatok alapján, hogy most megbeszéltük és rendben van, ez nem volna igazságos részemről, de azt kell mondanom, hogy ez egy nagyon jó felvetés volt, és hogy ennek lehet-e következménye, az egyértelmű.

Ami itt elhangzott Szalay képviselő úrtól: azt mondta, hogy az adminisztráció, a betegút-egyszerűsítés. Mondok egy példát: ha egy D-vitamint én írok fel, akkor 350 forint, ha elküldöm a szakrendelőbe, akkor 196 forint lesz. Ez az árdifferencia és a szakrendelői költségek közötti differencia óriási. Tehát sok minden olyan felesleges dolog van, ami adott esetben sok pénzbe kerül, de valahogy egy kicsit bürokratikus, és ez sok minden kapacitást leköt a járóbeteg-ellátásban, az alapellátásban egyaránt.

A másik, hogy van-e elég, el tud-e látni 3 ezer páciens egy házi orvos. Igen, ha akar, bocsánat, ha így erről van szó, és ha tud. Ma vannak olyan jogszabályok, amelyek lehetővé tennék a kapacitásbővítést ilyen praxisokban. Pillanatnyilag a napi gyakorlat ezt megakadályozza, hogy most így mondjam.

A másik, ami itt elhangzott: azok a tudások szükségesek, az egyszerű tudások, tehát egy orvos, aki egy főigazgató, neki nem feltétlenül kell tudni, hogy milyen típusú műtéti beavatkozások vannak az inkontinencia megszüntetésére, és melyik utat válasszuk. De azt jó lenne tudni, ahogy elmondta, hogy és akkor egyáltalán mi az, ami alapján visszakérdezhet a beszerző főigazgató-helyettestől? Mert ilyenkor jövünk rá - és ezért is nagy eredmény volt - azokra, amelyek mellett egyébként a napi gyakorlatban elmegyünk, és nem figyelünk fel rá.

Ez abszolút érvényes a házi orvosra is, mert az sem tud mindent, de a szakdolgozó sem, de az ápoló sem, de a rehabilitáció sem, mindent nem kell tudni, csak annyit, amennyit nekem kell tudni. Tehát ezért az ajánlatok, a szakmai ajánlatok között nem a mélység, hanem az ismeret szükséges, amennyi pont elég ahhoz, hogy továbbléphessünk.

Katona professzor úr pedig mindent elmondott a tekintetben, ajánlatban is, hogy mi a jövő rövid távú megoldása, függetlenül attól, hogy milyen guideline születik vagy nem, amely segíthet ezen, és vélhetően gazdasági hátrányt nem fog okozni, sőt bizonyos fokig a szakma megbecsültségét jelenti.

Egy utolsó dolog, hogy az alapellátás nem otthonápolás, nem házi orvos, hanem az egésznek az együttműködése, és ebben abszolút a hospice, a palliatív medicina, az otthonápolás, ami nagyon közel van egymáshoz, sőt szét sem választható, amely a jövő útja lehet. Ebbe az irányba szükséges tovább - ha a jövőben egészségügyi struktúrában gondolkodunk - az alapellátás szintjén lépni, aminek egy picit része az inkontinencia, de az egész problémakörben benne van jócskán az inkontinencia is.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Füredi doktor!

DR. FÜREDI GYULA szakértő (Emberi Erőforrások Minisztériuma - egészségügyi ágazat): Köszönöm szépen. Csak egyetlen mondattal szeretnék reagálni elnök úr hozzászólására, hogy csak köszönetet szeretnék mondani elnök úrnak a hozzászólásáért, mert igazából ezzel a gyakorlati példával ragyogóan a helyére tette, hogy ez az állatorvosi ló, amit inkontinenciának nevezünk, ez telve van szakmai kérdésekkel, szakmai problémákkal, telve van pénzügyi problémákkal, és még egy nagyon fontos dolog, amire úgy gondolom, hogy az ő hozzászólása rávilágított: rengeteg hibás döntési kompetenciával. Tehát helyére kell tenni,

hogy azok kapják meg minden vonatkozásban a döntési jogot, akik arra valóban jogosultak, aki szakmailag és financiálisan képes ezeket a kérdéseket kezelni.

És még egy: ez nemcsak alapellátási probléma, bármennyire is mentünk el itt a végén ebbe az irányba. Ez az egész egészségügyi ellátás vertikumát érinti. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Majoros doktornak van észrevétele?

DR. MAJOROS ATTILA (Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika): Csak két dologra, ha még megkapom a lehetőséget. Köszönöm szépen. Azt gondolom, amire utalt itt elnök úr is, hogy ezt a kérdést abszolút globálisan kell kezelni, és az nagyon jó lenne, amire elnök úr utalt, hogy ha valóban lenne egy konzultáció, ami egyébként nemzetközileg van. De hangsúlyozom: ezt a konzultációt csak nagyon hosszú előkészítéssel, és csak úgy érdemes megszervezni, hogy ezt nem lehet két órában megtartani, ez legalább egy napos legyen, a döntéshozókkal, hiába lesz irányelv, ezt a kérdést nem oldja meg. Ez csak szakmai útmutatás. Ehhez kellene azok, akik tudják - röviden, tömören összefoglalva nekik egy-egy dolgot elmondva -, hogy az egész kérdést hogyan lehet kezelni.

Utalok arra, amit itt Kiss képviselő úr kérdezett, hogy hogyan is tudná egy házi orvos, akinek van 3 ezer betege, megoldani ezt a kérdést. Természetesen nem tudja. Éppen ezért - és megint visszamegyek a globális dologhoz, amire mi már régóta mondjuk, és ezt nem mi találtuk ki, vannak rá jól működő külföldi példák - úgynevezett kontinencia tanácsadó helyeket kell létrehozni, ami nem azt jelenti, hogy egy új intézményt kell kijelölni, hanem azt, hogy például az OEP finanszírozza egy ápolónak a tevékenységét, mondjuk egy szakrendelőben gyakorlatilag, globálisan egy szakrendelőben vagy egy kórházban, két órában, ahol ő ellátja ezeket a betegeket segédeszközzel, és elmondja, hogy kinek, mi jó. Ha kell, vált benne. Erre a jelenlegi rendszerben sem az orvosnak nincs ideje, energiája, sem pedig az ott működő ápolóknak, ha nincs pluszfinanszírozás. Ez csak egy példa volt.

Azt gondolom, hogy ezeket a kérdéseket valóban egy konzultáció során lehet csak megbeszélni.

Az irányelvekre visszatérve még egy utolsó mondat az ápolási tagozathoz: bárkinek megvolt a lehetősége és megvan még most is bejelentkezni, hogy ezeket a multidiszciplináris irányelveket kontrollálja, akár társszerző, akár pedig véleményező formában, most már nyilván véleményezőként, de természetesen mi ezt el fogjuk az ápolási tagozatnak is küldeni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezném Markovics doktort, hogy kíván-e valamit hozzáfűzni.

DR. MARKOVICS GYULA (SCA HYgiene Products Kft. HC para manager): Köszönöm a szót. Kovács elnök úrhoz intéznék egy gondolatot. Sokan ismerik ezt a problémát. Létezik az „evidence based medicine”, és létezik az „evidence based” közbeszerzés is. Megvannak ennek a maga szakmai keretei. Hogy ebből hogyan lesz jogszabály vagy rendelet, az egy másik kérdés. Mindenki fuldoklik ettől. Ez is egy örökségünk, amit egyszerűen le kell bontani.

Tehát szeretném ahhoz, hogy előre tudjunk lépni, az első lépés az, hogy a kézféket ki kell oldani, a saját életünket gúzsba kötő jogszabályokat egyszerűen el kell nyiszálni, és az a másik, hogy mitől lesz ez jobb, az már egy fejlesztési kérdés. De először a hátrányokat fel kell számolni.

Kiss képviselő úrhoz: létezik a gyógyszerészi gondozás jogintézménye 3 vagy 4 éve talán. Hogy ebbe a gyógyszerészi gondozásba a legnagyobb gyógyászatsegédeszköz-problémát jelentő kérdés bekerül vagy sem, az a kamara részéről egy kérdés.

Az, hogy ez kap-e az államtól, az egészségügyi államtitkárságtól egy nevesített támogatást, az pedig egy másik kérdés. Azt tudom, hogy az Országos Alapellátási Intézet most már harmadik éve tartja a családorvosok, a házi orvosok körében a felvilágosító programját a kontinencia-gondozás tárgyában. Miért?

Nincs itt Szalay képviselő úr, de az inkontinenciának van egy olyan formája, ami igen kellemetlen, viszont rövid ideig tart, de jól kezelhető. Ez a terhességhez kapcsolódó inkontinencia. A kismamákkal az a helyzet, hogy ők egyébként is szeparálódnak a gyermekvállalás okán a társadalmi életből, de ha ez bekövetkezik - ez három kismamából egy, 30 százalék az előfordulása -, akkor ez egy halmozott probléma. Férfiak vagyunk, fogalmunk sincs, hogy ez milyen, de azért el tudjuk képzelni, hogy körülbelül milyen lehet.

Amit még szeretnék mondani: a mostani rendszer Magyarországon egy eszközalapú rendszer. Az eszközt finanszírozza, végig az eszközről van szó. Nyilvánvaló, hogy ha az eszközt finanszírozza egy rendszer, annak egyetlen következménye lesz: az eszköz fogy. Nincs tovább.

Ha egy eredményt finanszírozó rendszert építünk fel, annak más következménye lesz: eredmény lesz a következménye. Ez egy nagyon nagy váltás. Ez a bizottság nélkül természetesen nem megy, az államtitkárság nélkül természetesen nem megy. Ami van, azt látom, hogy az orvosi társadalom, az úgynevezett szakma - én még ilyet nem tapasztaltam, onkológiával foglalkoztam régebben meg kardiovaszkuláris betegségekkel -, nem láttam soha ilyet, tehát azt, hogy a szakma egységesen felállt volna egy probléma mellé és ugyanarról, ugyanazt gondolja, ilyet nem láttam.

Ez egy nagyon komoly társadalmi érték szerintem. És ezt az állatorvosi lovat, amit Füredi kollégám mondott, ez valós, ez realitás, hogy meg lehet oldani. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kovács elnök úr!

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), az Egészségügyi bizottság elnöke: Nagyon szégyellem, de tényleg két mondat lesz, amit szeretnék még mondani.

Katona professzor úrral teljesen egyetértve, én úgy gondolom, és főorvos úrral egyetértve, bizonyos dolgokat egyszerűen át kell törni diktatívén. Megmondom, hogy mire gondolok.

A szakmát azért kell áttörni, mert a szakmában is vannak olyanfajta szakmai akadémikusok, amelyek nem engedik úgymond megvalósulni a szakma teljes kibontakozását, itt a rehabilitációval bezárólag. Tehát ebben nem lehet teret engedni úgymond ilyen demokratikus gondolatoknak, azt meg kell hagyni a politikának, ott se biztos, hogy teljesen jól működik. De a másik kérdés, ami nagyon lényeges, amire én próbáltam utalni. Akkor, amikor én az intézmény első számú vezetőjeként az orvosi és az ápolási igazgatómat megbízom azzal, hogy ezt a kérdést bontsák ki szakmailag, mint ahogy ezt ti is megteszitek, és a végén az érkezik nekem - nem magamról beszélek, de tételezzünk fel egy ilyen mesebeli állapotot -, hogy valamelyik egészségügyi intézménynek pillanatnyilag egy középszintű végzettséggel rendelkező anyagbeszerzője már olyan mennyiségű pelenkaféleséget vásárolt meg, amely tíz évig sem fog elfogyni, akkor ez teljesen a feje tetejére állítja ezt a problémát, vagy nem tíz évig, csak egy évig. De én úgy gondolom, hogy ez egy ténylegesen olyanfajta probléma, hogy ha az egyik vagy a másik elem ebből hiányzik, akkor nem működik normálisan a rendszer.

Azért tartom fontosnak egy ilyennek a működését, mert ez be fog kerülni az Országgyűlés Hivatalához, valakinek el kell olvasnia, és ha közvetíti a felettes, teljesen mindegy, hogy kinek, minisztériumnak vagy államtitkárságnak, akkor valaminek ebből előbb vagy utóbb ki kell jönnie. Mint ahogy sok minden kijött már, amivel elindultunk Hollósi elnök úrral.

Azért gondolom, hogy én ezért szoktam ezeket ilyen értelemben végigülni, mert én ezt tartom nagyon fontosnak, mert akármelyik eleme sérül, akkor sérül az egész rendszer, és sérül a beteg vagy az igénybe vevő.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Székács professzor úr!

PROF. DR. SZÉKÁCS BÉLA, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság elnöke: Csak nagyon röviden a kórházi felvetésre. Talán szerencsés lenne, akár a rendelet részeként tudatosan arra törekedni, hogy a kórházi menedzsment pontos információkkal rendelkezzen az évi segédeszköz-kihívásról. Jelenleg azt hiszem, hogy ilyen adatszerű feldolgozás nem áll rendelkezésre, mondjuk egy főigazgatói döntéshez vagy középszintű döntéshez, tehát ez mindenképpen szükséges lenne.

És csak egy részinformáció: azért ha más címmel ugyan, de az úgynevezett magángyógyszerészek elindították ezt a licenszlehetőséget, ami most már licensz, az idősügyi tanácsadó. Ott természetesen az inkontinenciáról most még januárban egy újabb, jobban megfelelő információt kapnak.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kiss képviselő úr szeretne még szólni, akinek mondanám csak, hogy azért az információhoz jutás, meg hogy ennek a bizonyos éknek a szekér kereke alól való kihúzása néha kormánypárti oldalról is megtörténhet, azt gondolom, hogy itt most azért erről is beszélünk.

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Isten őrizz, hogy politikát vigyek bele. Nagyon rövid leszek, és nem akarnám az idejüket rabolni. Arra a kérdésre kérnék a választ, ezt az előbb is feltettem, hogy mennyi a látens inkontinens, mennyi a látens, mennyi a gyógyítható, mennyi az, ahol csak a progresszió csökkenthető, és mennyi az, akit el kell látni, tehát akit ápolni kell?

Most ez azért nagyon lényeges, mert úgy tudjuk prezentálni ezt. És visszatérve: aki meggyógyítható, az hogyan gyógyítható meg, mennyibe kerül, mi ennek a módja? Tehát én egy kicsit számokat is kérnék, bocsánat. Elnézést, hogy még egyszer szóltam.

ELNÖK: Dehogyan is, természetes. Parancsolj!

DR. MARKOVICS GYULA (SCA Hygiene Products Kft. HC para manager): Az anyag, amit mindannyian megkaptunk és áttanulmányoztam, ebből az egyik legértékesebb rész az Országos Alapellátási Intézet beszámolója. Összefoglalnám a rövid lényegét.

Körülbelül 500 ezren vagyunk Magyarországon, akiket érint ez a probléma. Azért mondom, hogy vagyunk, mert lehet, hogy én most nem szívárogok, de a nagymamámról például pontosan tudom, hogy ő szívárog. Tehát körülbelül 500 ezren vagyunk, akiket érint. Ez nagyjából 3-400 ezer családot fog jelenteni, és ennek a populációnak a fele nincs rajta a radaron. De ez nem azt jelenti, hogy ők ezzel nem kínlódnak. Ez pontosan azt jelenti, hogy nem megy el a postára, nem megy el az unokájáért, nem csinálja meg a mindennapi életét. A maradék 200 ezer embernek pedig a fele olyan eszközzel - nem tudom, erre mi a jó szó - van ellátva, vagyis nincs ellátva, hiszen erre akarok kilyukadni, ami vagy kisebb, vagy nagyobb, valami baja van, nem neki való, nem az élethelyzetére való. Az szívárog.

Tehát 100 ezer ember van olyan, akit az összes ráfordításunkból, amit erre költünk, úgy tudunk ellátni, hogy el tudja látni az élet mindennapi teendőit.

Azt, hogy mennyibe kerül egy átlag inkontinens súlyos beteg helyrehozása, azt leginkább Majoros kollégám tudná megmondani, hogy körülbelül mennyi és milyen eloszlású műtét stb. az, amit rá tudunk fordítani egyáltalán egy betegre. Azt tudom, hogy az 5 éves

hozadék körülbelül, akiket elláttunk definitíven, 5 év múlva körülbelül a fele még mindig kontinens. Magyarul: nincs problémája ilyen értelemben.

Ez az eseteknek olyan 10 százaléka. Tehát körülbelül 10 ezer ember lehet az, akit úgy tudunk ellátni, hogy végül neki nincs szüksége katéterre, nadrágpelenkára vagy más egyébre. Amit Majoros kollégám mondott, óriási a jelentősége számomra, ha megszüntetjük a rendszerbe beletagozódott belső esztelenséget, az körülbelül pont annyit termel ki, mint amennyit a rehabilitációra, vagy a fizioterápiára vagy magára ma a nadrágpelenkákra elköltünk. Úgymond ingyenes lesz Magyarországon az inkontinencia ellátása. Úgymond. És ez egy fontos dolog. Köszönöm.

ELNÖK: Ez lehetne akár zárszó is, de ne tekintsük annak, mert azért ennél az „úgymond”-nál maradjunk, „all most” mondja az angol, ugye... (*Derültség.*) Katona professzor úrnak még volna mondanivalója.

PROF. DR. KATONA FERENC, a Magyar Kontinencia Társaság elnöke: Elnézést, valami az itt ülőknek. Elhangzott valakitől az oktatás kérdése, hogy hány százalék az, aki látens. Szégyelli, és nem megy el. Ehhez hozzá kellene tenni - és talán tud segíteni a bizottság -, hogy az oktatás maga termeli az inkontinenseket. Mi valamennyien arra neveljük az utódokat, hogy szégyelljék azt, hogy a vécére mennek, szégyelljék azt, hogy pisilnek vagy kakilnak, hogy így mondjam, az iskolában is erre oktatják már őket, de már az óvodában is. Tehát a mi nevelési és oktatási rendszerünk, azután a szexuális életre való képzés mindent megtesz, hogy majd szégyelljék azt, amikor valóban inkontinensek lesznek.

Szóval, ha valaki ebben, mint prevenció segíteni tud, az az oktatás. Volt szerencsém régebben nem egy oktatási államtitkárral beszélni, aki azt mondta, hogy nagyon sajnálják, de ez nem az iskolák, hanem a mindennapi élet feladata. Azt hiszem, sokat tudna segíteni a bizottság, ha az oktatással fel lehetne venni a kapcsolatot ezen a téren a prevenció szempontjából, mert az oktatás azért az ápolók és az orvosok oktatásához is hozzátartozik, és hogy ez a tanrendekben hogyan szerepel, az elsősorban ezen múlik.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Azt gondolom, hogy ezt igazán tekinthetjük zárszónak, és itt akkor be is fejezném. Arról tájékoztatnám a tisztelt jelenlévőket, hogy ilyenkor készül egy jegyzőkönyv az albizottság üléséről, ami természetesen - mint ahogy Kovács elnök úr mondta - nem határozat, nem rendelet, nem törvény, de valószínűleg egy segédeszköz, hiszen maga a bizottság is az Országgyűlésnek egy tanácsadó testülete, és ilyen szerepet játszik.

Remélem, hogy az itt elhangzottak alapján is meggyőzte a jelenlévőket is az, hogy talán ezt az éket sikerült ez alól a megakasztott szekér alól kivenni, talán egy kicsit a tehetetlensége is viszi majd előre, és azért azt megállapíthatjuk, hogy van teendő bőven. Van teendő a felismerés, van teendő az oktatás, van teendő az ellátás terén, van teendő bizonyára még műtétechnikai oldalról is. Azt is nagyon jól tudjuk, ami azért kiderült, hogy ez az állapot, vagy ha úgy tetszik, betegség nem minden esetben gyógyítható, úgy, hogy talán 50 százalékra tesszük most azt, amikor sikeresnek mondható. Az onkológiában használjuk az 5 éves túlélés fogalmát, de mondjuk az 5 éves panaszmentességet vehetjük alapul.

Tehát vannak esélyek arra, hogy úgy is meg lehet oldani, de az biztos, hogy nem lehet továbbra sem a paplan alá vagy az asztal alá söpörni, foglalkozni kell vele. Én remélem, hogy ezen az úton megtettük az első lépést, és ha itt a jelenlévők ebben segítettek, akkor nagyon köszönöm.

Még egyszer mindenkinek köszönöm, hogy elfogadták a meghívást, eljöttek és legfőképpen még azt is, hogy pontosan betartották az időt, és hozzásegítettek minket ahhoz, hogy a további napi programunkhoz odaérhetünk. Minden jelenlévőnek az albizottság és talán

a főbizottság nevében is nagyon szép, áldott karácsonyt és boldog új évet kívánok, és jövőre folytatjuk.

(Az ülés befejezésének időpontja: 12 óra 02 perc)

Dr. Hollósi Antal Gábor
az albizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva