



Hivatkozási szám: 001-OSzMK 39/2007

dr. Pikó Károly

elnök

Oxyológia-Sürgősségi, Honvéd és Katasztrófaorvostani

Szakmai Kollégium

N y í r e g y h á z a

Tisztelt Elnök Úr, tisztelt Grémium!

Budapest, 2008. január 5.

A „detoxikálás” kérdéskörével a hazai ellátási -, jogi- és szakmai szabályozási rendszer egyik legellentmondásosabb területére kényszerítenek minket.

A jogalkotás rendszeréből gyakran, annak világos logikája ellenére hiányzik a szakmai (esetünkben orvos szakmai) tartalom, a jogalkotói gyakorlat pedig gyakorta hiányolja a probléma orientált megoldások és alapgondolatok rendszerét.

A számtalan szempontból koherens, liberális alapgondolatokat, ezen belül is a betegjogok prioritását képviselő Egészségügyi Törvény is annak kritikus részén hiányos és szabályozatlan. Ez a pont a sürgősség, a kritikus állapot, a közvetlen életveszély kérdésköre, ahol a betegjogok a legszélesebb körben korlátozódnak és a mind a szabályozás, mind a fogalmak pontos szakmai tartalma üres. Ez a helyzet az abusus betegekkel és a részekkel is.

Az a citátum amire az IRM hivatkozik nem más mint a mentésről szóló rész:

Mentés

94. § (1) A mentés az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan - az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas - legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása (a továbbiakban: mentés).

(5) A közterületen vagy nyilvános helyen tartózkodó, magatehetetlen ittas személyt a mentőszolgálat kijózanítás céljából egészségügyi megfigyelésre, illetve ellátásra az illetékes egészségügyi szolgáltatóhoz szállítja. A megfigyelés az érintett kijózanodásáig, de legfeljebb 24 óráig tarthat. A beszállított személyt kijózanodásáig, de legfeljebb 24 órai időtartamra lehet az egészségügyi intézményben visszatartani.

A probléma, hogy nem pontos a „magatehetetlen ittas személy” fogalma és tartalma nem meghatározott, de szakmailag még a cél is rosszul jelölt, hiszen nem a kijózanodás a cél, hanem, hogy abban a periódusban a TLS, a szükséges differenciáldiagnosztikai készség is biztosított legyen.



Kitől várunk el olyan helyszíni differenciáldiagnosztikai készséget – tünetegyüttes szintjén – amit magunk kórházban sem tudunk azonnal, vagy akár hosszabb idő alatt sem garantálni? A kérdés költői, a konzekvencia azonban minden érintett számára életbevágó!

A következő problémakör az ellátás – minden liberális tartam ellenére – fenntartott kényszer jellege: *Korlátozottan cselekvőképes minden olyan kiskorú, aki a tizenegyedik életévét már betöltötte, de a tizennyolcadikat még nem, és nem cselekvőképtelen, továbbá az a nagykorú is, akit a bíróság cselekvőképeséget korlátozó gondnokság alá helyezett.* **Cselekvőképeséget érintő gondnokság alá helyezésre kizárólag a bíróság jogosult és az is csak a törvényben megszabott feltételekkel. Cselekvőképeséget korlátozó gondnokság alá azt a nagykorú személyt helyezheti a bíróság, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - pszichés állapota, szellemi fogyatkozása vagy szenvedélybetegsége miatt - tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent.** A belátási képességet csökkentő "pszichés állapot" ezekben az esetekben többnyire szerzett elmebetegségeket jelent, melyek orvosilag kezelhetők és gyógyszeresen befolyásolhatók. A szellemi fogyatékoság viszont rendszerint veleszületett, stabil állapotot jelent. **A szenvedélybetegség leginkább alkoholizmusban és kábítószer-élvezetben nyilvánul meg.**

Nem kérdés, hogy abusus szerek bizonyos dózisának hatása már korlátozott cselekvőképeséget jelöl. A Ptk. 17. § (1) **Gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelen az, aki olyan állapotban van, hogy ügyei viteléhez szükséges belátási képessége – tartósan vagy a jognyilatkozata megtételekor átmenetileg – teljesen hiányzik.**

Nem kívánok olyan területre lépni, amihez csak kényszer szintjén értünk, de ez a jogi okoskodás nem megkerülhető! Léteznek rendkívüli helyzetek, az azonnali intézkedést igénylő esetek, amikor az egyén érdekében, helyette és nevében mi, az ellátók járunk el – ez a helyzet szakmailag nem definiált és ez nem elsődlegesen a jogalkotó hibája.

Az abusus betegek - betegek, akárcsak az abusus, vagy tudatmódosító szerek hatása alatt álló személyek, akik dosis, hatóanyag, egyéni variabilitás és komorbid status függvényében szintén igényelhetnek sürgősségi jellegű ellátást. További ellátási igényt jelöl, hogy a módosult tudatállapot, az egyszerű részegnek imponáló tünetegyüttes háttérében számtalan, gyakran életveszélyes egyéb, az abusus betegséggel összefüggésbe hozható, vagy attól független kórfolyamat is állhat.

Életszerű, azaz functionális – probléma orientált megközelítés, hogy a megváltozott tudatállapotú betegek differenciál diagnosztikája, ellátása a prehospitalis ellátórendszer, egészségügyi szempontból aprofesszionális és



professzionális része sem bízható. **Adott betegek biztonságát a kórházi ellátás jelenti – ahol a sürgősségi ellátás feltételrendszere biztosított.**

A megváltozott tudatállapot ellátása orvos szakmai szempontból független annak büntetőjogi következményeitől és ugyanígy független a finanszírozási kérdésektől is.

A büntetőjogi kategóriák - típusos részegség, pathologias részegség, abortív formák... - az abusus szer hatásának előre felmérhetősége, önkéntes fogyasztása és a nem teljesen korszerű pathophysiologia besorolás, valamint a megváltozott tudatállapotban elkövetett bűncselekmény mértéke szerint osztályoznak.

Az abusus szerek között csupán az egészségügyi szabályzók tesznek – indokolatlanul – különbséget.

Finanszírozási szempontból a „detoxikálás” folyamatának térítéses volta – orvos szakmai megközelítésben – indokolatlan.

Természetesen a biztosítási jogviszony keretében lehet szankcionálni egyes betegségek gyógykezelését – ez azonban nem szakmai kérdés.

Módosult tudatállapotú betegek menedzseléséhez – annak tudatában, hogy ezzel élni kell és visszaélésre minél kevesebb lehetőséget szabad biztosítani – mind az ellátandók, mind az ellátók védelmében az alábbi területek közvetlen szabályozása szükséges:

➔ **orvos szakmai indokoltság jelölése mellett**

- kompetencia
- indikáció
- dokumentáció
- ➔ időtartam meghatározása
- ➔ személyi szabadság ideiglenes korlátozása
- ➔ betegjogok közül
 - önrendelkezési jog **ideiglenes korlátozása**
 - eü. ellátás igénybevétele
 - beavatkozások elvégzéséhez való hozzájárulás
 - beavatkozások elutasítása
 - intézmény elhagyásához való jog **ideiglenes korlátozása**

Pontosan az alapjogok és az alapvető betegjogok, de elsődlegesen a beteg és a többi beteg, valamint az ellátószemélyzet biztonsága érdekében az ellátás feltételrendszerét jelölni kell.

A feltételrendszer leírása – javaslat szintjén – a Kollégium kompetenciája.

Szervezeti feltételek:

- ➔ *izolálható betegellátó tér*
- ➔ *biztonsági szolgálat folyamatos jelenlétének garanciája*
- ➔ *fokozott hygienes igény kielégítése*
- ➔ *abusus mennyiségi kimutatásának készsége*



Személyi feltételek:

- egy-egy betegellátó-, observatio térben (max. 4-5 beteg) 3 ápoló folyamatos jelenlétének biztosítása
- biztonsági szolgálat garanciája – minimálisan 2 fő
- szociális munkás
- pszichiáter szakorvos folyamatos elérhetősége

Tárgyi feltételek:

- speciális ágyak
- megfékezés eszközei
- speciális monitoring rendszer

Mindezek a sürgősségi egységek jelenleg érvényben lévő "minimál feltételeivel" együttesen garantálhatják a tárgyalt betegcsoport biztonságos ellátását.

A feltételrendszer garanciájához nélkülözhetetlen a **finanszírozás** ebben a relációban való említése is. A rendszer fenntartásához adott betegcsoport investitív ellátását garantáló, HBCS alapú, **garanciális szabályoktól mentes** finanszírozása szükséges.

Remélve, hogy az az elv, hogy az akut ellátást garantáló intézményekben kötelező érvénnyel kell sürgősségi egységet üzemeltetni, érvényesül – **a tárgyalt betegcsoport 24 órán belüli ellátása a sürgősségi egységeken kell, hogy történjen!**

Tisztelettel:

Berényi Tamás dr.