

# Járványügyi intézkedések nehézségei Faddon és Józsefvárosban

Kovács Aranka dr.<sup>1,2</sup> ■ László Eszter dr.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Epidemiológiai Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Fővárosi Kormányhivatal VIII., IX. Kerületi Népegészségügyi Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Tolna Megyei Kormányhivatal Szekszárdi, Bonyhádi, Paksi Kistérségi Népegészségügyi Intézet, Szekszárd

A szerzők problémafelvetésnek szánják a két, egymástól távol lévő kistérségben észlelt tuberculosisesetekkel és a járványügyi tevékenységgel kapcsolatos tapasztalatok bemutatását. Bár a Központi Statisztikai Hivatal közléseiből nem a legfontosabb halálóki tényezők között tartják számon, a tuberculosis ma is figyelemre méltó népegészségügyi tényező. Jelenleg sem a jogszabályok szintjén, sem a népegészségügyben döntést hozók számára nem tűnik fontos szabályozandó kérdéskörnek, a szerzők mégis javasolják a tuberculosis megelőzésével kapcsolatos járványügyi intézkedési lehetőségnek felülvizsgálatát hazánkban. *Orv. Hetil.*, 2011, 152, 481–484.

**Kulcsszavak:** tuberculosis, járványügy, jogszabályok

## Difficulties of epidemic measures in Fadd and Józsefváros

Authors draw attention to their own experience about the occurrence and epidemic measures of tuberculosis in two micro-regions of Hungary, Fadd and Józsefváros situated far from each other. According to data from the National Statistical Office of Hungary, tuberculosis does not belong to the most significant causes of morbidity and mortality. However, it still represents a notable factor in national healthcare and public health. Currently, tuberculosis is not an important issue to be regulated by health care decision makers or at the level of legislation. Based on their own experience, authors suggest reconsidering the possibility of epidemic measures for the prevention of tuberculosis. *Orv. Hetil.*, 2011, 152, 481–484.

**Keywords:** tuberculosis, epidemic measures, legislation

(Beérkezett: 2011. február 3.; elfogadva: 2011. február 17.)

„A világ tíz vezető halálóka közül négy a légzőrendszer betegsége, amelyek az összes halálozás 17%-át okozzák. A WHO becslései szerint ez a következő harminc évben sem fog számottevően változni, a tbc azonban várhatóan kikerül a legtöbb áldozatot követelő betegségek tíz éllovasa közül” – kezdődik a Központi Statisztikai Hivatal legutolsó beszámolója a légzőszervi betegségek halálóki statisztikájában elfoglalt helyéről [1].

A múlt század 20-as éveitől folyamatosan kialakuló [2] mozgó, kocsmákban, báltermekben felállított átvilágító rendszerek után a helyhez kötött tüdőgondozók megalakulása elsősorban a lakosság halálozásának komoly hányadát okozó tbc visszaszorítását tűzte ki célul. A kötelező tüdőszűrést az 1960-ban született egészségügyi miniszteri határozat hozta létre. Ezzel a rendelkezéssel a felnőtt lakosság döntő többsége évente tüdő-

szűrésen vett részt. Nyilvánvalóan a szűrésben részt vevők számának növelésével csak egy ideig nőtt a kiszűrt tbc-s betegek incidenciája, később a gondozásba vételek miatt a tbc incidenciája csökkent. Ez mutatja, hogy a kötelező tüdőszűrés intézménye eredményes volt. Az 1980-as évektől azonban egyre inkább hangot kaptak azok a vélemények, amelyek szerint a lakosság teljes körére vonatkozó tüdőszűrés az alacsony incidenciája miatt gazdaságtalanná vált, legalábbis pulmonológiai szempontból. A nagyon nagy létszámú lakossági részvétel hozadékaiként a szűrőállomások vezetői felismerték azt a népegészségügyi lehetőséget, hogy egyéb nagy morbiditású és mortalitást okozó betegségeket is szűrjenek. Így a vércukor és a vérnyomás mérése egy idő után hozzátartozott a tüdőszűréshez, sőt, nőgyógyászati szűrésre is lehetőségük volt a résztvevőknek. Ezek a kiegészítő

szűrővizsgálatok azonban a tüdőszűrő, -gondozó vezetőjétől függően valósultak meg. Józsefvárosban *Lukács Gyula* főorvos nevéhez fűződtek a szűrővizsgálatok. A budapesti VIII. kerület tüdőszűrőjében a hajléktalanok szűrését is elvégezték [3].

A tbc-incidencia csökkentésére alapított kötelező tüdőszűrés rendszerét később az egyre komolyabb mortalitású tüdődaganatok korai felismerésére kívánták alkalmazni, azonban a tüdőrák okozta mortalitást nem sikerült ezzel csökkenteni. A tüdőgondozók inkább a nagy és növekvő gyakoriságú krónikus obstruktív tüdőbetegek gondozásával foglalkoznak. A finanszírozás változásával a járóbeteg-ellátástól korábban elkülönülten és jól finanszírozott tüdőgondozók támogatása már nem teszi lehetővé, hogy a népegészségügyi kérdések megoldásában részt vegyenek és járványügyi szemléletük legyen. Hosszú ideig a munkavállalók számára a munkaalkalmassági vizsgálathoz kötelező tüdőszűrés még biztosította a magas részvételt. Később azonban a finanszírozó a beutalási rendszert oly módon szabályozta, hogy röntgenvizsgálat csak beutaló alapján végezhető, és erről tételesen kell elszámolni a szolgáltatónak. A továbbiakban nem lehet ezeket a vizsgálatokat a háziorvos segítségével vagy a foglalkozás-egészségügyi orvos beutalásával térítésmentesen elvégezni. Csökkent azoknak a foglalkozásoknak a sora is, amelyeknél jogszabály írja elő a tüdőszűrés, és gyakran a munkáltató sem kíván erre költeni [4].

A jelenleg érvényben lévő rendelkezések szerint a kötelező tüdőszűrés a regionális tiszti főorvos rendeli el, ha a tárgyévvel megelőző évben a tuberculosis incidenciája a területén meghaladta a 25%-ot. Ennek alapján a 30 éves és ennél idősebb lakosok számára Budapest és Pest megye egy részében a tüdőszűrés kötelező. Az érintett területeken a tüdőszűrésről távolmaradás esetén az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat akár büntetést is kiszabhatna, azonban a legtöbb helyen még az értesítést sem kapja meg a kistérségi intézet a tüdőszűrésen részt vevők számáról vagy a behívott, de távol maradó lakosok adatairól. A jelenlegi finanszírozási rendszerben a tüdőgondozók a háziorvosi beutaló nélkül érkező személynél csak akkor végzik el a tüdőszűrés, ha 30 év feletti és olyan területen lakik, ahol kötelező a szűrés.

A 18/1998. NM-rendelet [5] alapján új megbetegedés esetén a kistérségi intézet kötelezi a környezet-szűrésre a beteggel szoros kontaktusban lévőket. Ugyanez a rendelet részletezi a tbc-szűréssel kapcsolatos összes szereplő kötelezettségét (önkormányzat, jegyző, tüdőszűrő állomás stb.). Az egészségügyi törvény pontosan részletezi, hogy mely járványügyi ellátásokat kell az állampolgárságtól függetlenül, állami költségen biztosítani:

- kötelező védőoltás (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),
- járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat,
- kötelező orvosi vizsgálat,

- járványügyi elkülönítés,
- fertőző betegek szállítása.

## Esetismertetések

Az alábbiakban néhány esetet mutatunk be, amelyek tanulsága vette rá a cikk szerzőit arra, hogy hangot adjanak véleményüknek.

Kirívó példa a faddi eset, amely a médiában [6] is igen jelentős hangot kapott. A sokgyermekes, tbc-s fiatalasszony többször hazaszökött a kórházból és nem folytatta a kezelést. Magatartásával elsősorban gyermekeit veszélyeztette, akik – mint szoros környezetben élők – a szűrendők közé tartoztak. A média közlését követően az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálatról várták a probléma megoldását. A veszélyeztetésüket érző falu lakosainak szűrése érdekében az önkormányzat és a tüdőgondozó nem kívánt külön lépéseket tenni. Az eset médiavisszhangja a kelletnél szélesebb körű szűrést diktált, szemben az ÁNTSZ által képviselt szakmai szempontokkal. A nagyszámú jelentkező szűrése mégsem volt haszontalan: bár a szűréssel csak egy kontakt fertőzött személyt találtak, viszont a fenti forrástól független fertőzést is felfedeztek.

A Józsefvárosban évente 8–10 olyan hajléktalan tbc-s eset fordul elő, akiknél a fertőző tbc kötelező gyógykezelését kell elrendelni. Ezeknek a betegeknek a felkutatásához a tiszti főorvos a rendőrség segítségét kéri. Gyakran előfordul, hogy a kiadott körözés eredményes, de nem munkaidőben, így a fertőző tbc-s beteget ugyan kórházba szállítják, ahol nem fogadják, vagy fogadják, de onnan engedély nélkül távozik. A rendőrség ilyenkor elvégzettnek tekinti a feladatot és feloldják a felkutatási határozatot. A járványügyi felügyelőnek ilyen esetekben ki kell nyomozni, hogy valóban folytatja-e a kezelést a beteg. A hajléktalanokat ellátó intézmények fegyelme is lazult, a szálláshelyeken gyakran tüdőszűrő igazolás nélkül is befogadnak személyeket, sőt, a szálláshelyre jelentkezők is gyakran egymás között cserélgetik a tüdőszűrősről vagy más szűrővizsgálatról szóló igazolásokat.

Szintén tanulságos a Józsefvárosban 2007-ben történt eset, amikor az egyébként guberálással foglalkozó házaspár 12 éves gyermeke került fertőző tbc miatt kórházba. A gyermekkel egy osztályba járó 50 gyermek szűrésével a tüdőgondozó – a gyermekpulmonológiai ellátásra szóló engedély hiányára hivatkozva – nem kívánt foglalkozni. Az illetékes gyermekpulmonológiai ellátóhely a törökbálinti intézet volt, ahol a tbc-s gyermek is feküdt. Kétséges volt azonban, hogy az illetékes fekvőbeteg-gyógyintézményben történő szűrés megszervezésére a szülők, tanárok vagy akár az iskolaigazgató kellően felkészültek-e. A szakma szabályai szerint ilyen korú gyermekek tbc-szűrését nem mellkas-röntgenfelvétellel, hanem Mantoux-próbával kell végezni. A készítményt azonban hazánkban nem gyártják, beszerzése csak egyedi importtal lehetséges. Végül sikerült

a Heim Pál Gyermekkorház, az iskolaorvos és a tüdőgondozó fenntartója közötti egyezség alapján a gyermekeknél a Mantoux-próbát elvégezni, a környezet-szűrés elvégzésének tényét pedig a tüdőgondozóban dokumentálták. Az eset megoldásának szereplői inkább szívességet tettek, mint kötelességet teljesítettek, sőt, a költségeket is közösen viselték, ugyanis a Országos Egészségbiztosítási Pénztár vagy az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat nem vállalt részt a finanszírozásban.

2010-ben egy budapesti, IX. kerületi felsőoktatási intézmény ázsiai (Nepál, Thaiföld, Banglades stb.) tankörében tanulmányokat folytató diák került kórházba aktív, fertőző pulmonális tbc miatt. A diákok szűrése a tankör helye szerint illetékes tüdőgondozóra hárult volna. A tüdőgondozó vezetője azonban csak a fenntartó intézmény orvos igazgatójának engedélyével vállalta volna a szűrést, akit viszont telefonon keresztül nem lehetett elérni. Mivel a diákok egy része a VIII. kerületben lakott albérletben, a VIII. kerületi tüdőgondozó lett a környezet szűrőgazdája. A szűrés azonban itt sem volt zökkenőmentes, ugyanis a taj-kártyával ugyan nem, de más egészségbiztosítással rendelkező külföldi diákoknál a térítésmentes szűrést ismételt komoly fenntartói utasítás után végezték el. A számla kiegyenlítése végül a Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálatra hárult.

Szintén 2010-ben történt, hogy a VIII.–IX. kerületi Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat kérése alapján a rendőrség által felkutatott és kórházba szállított hajléktalan beteg ügyében kért segítséget a kezelőorvos, akinél polirezisztens kórokozót mutattak ki. A beteg többször abbahagyta a kezelést és a megkereséskor is ismeretlen helyen tartózkodott. A kórházi kezelőorvos és a tiszti főorvos közötti megbeszélés során nyilvánvalóvá vált, hogy nincs lehetőség az ügy megoldására, hiszen a beteg rendőrség általi felkutatása esetén sincs hathatós eszköz arra, hogy elérjék a beteg szükséges ideig való kórházban tartózkodását.

## Megbeszélés

Bár napjainkban hazánkban a tbc-incidencia és a betegség mortalitási okokban való részvétele nem hasonlítható össze a múlt század elején tapasztaltakkal, és a nemzetközi mortalitási adatokban is sokkal kisebb részen van jelentősége, munkánk bevezetésében idézett megállapítás csak akkor válik helytállóvá, ha továbbra is megesszük a járványügyi intézkedéseket. Ezek hiányában könnyen szembesülhetünk azzal, hogy ismét jelentős járványügyi problémává válik a tbc. A fertőzés a mai napig is hosszas kezelést és sokszor maradandó egészségkárosodást jelent a beteg számára. A veszély pedig valós, hiszen déli és keleti szomszédainknál (Románia, Ukrajna, Horvátország) a hazait jóval meghaladó incidenciát tapasztalható még napjainkban is. A globalizációs jelenségek miatt nem lehetséges a lakosság olyan módon való

nyilvántartása, mozgásának kiszámítása, ahogyan ezt 20–30 évvel ezelőtt még megtehettük. A szinte automatikusan működő másik szűrési forma, a foglalkozás-egészségügy által kezdeményezett szűrés szintén akadózik. Ha nem végzünk szűrést és a járványügyi veszélyhelyzetet sem ismerjük fel, vagy a finanszírozás tisztázatlansága miatt elhárítjuk a járványügyi kötelességeket, akkor úgy emelkedhet a tbc-incidencia, hogy csak a mortalitás növekedése figyelmeztethet arra, hogy éberebbnek kellett volna lennünk. Ezek az információk azonban elérhetőek, hiszen jelen vannak a kistérségek mindennapjaiban. Nem jelennek meg azonban a statisztikai adatokban, a mortalitásban sem okoztak jelentős változást, de járványügyi jelentőségük mégis komoly lehet. A finanszírozási kimutatások sem tartalmazhatják, hiszen a legtöbb környezet-szűrést – a finanszírozás problémája miatt – más vizsgálatnak jelentik, ha a betegség incidenciája még nem sokkal haladja meg a kritikus 25%-ot. A lakosság átszűrtsége sem hasonlítható az 1960-as évek átszűrtségéhez, tehát a betegség gyakoriságáról sem tudjuk majd időben megállapítani a valós növekedést.

Komoly visszalépésnek érezzük, hogy az a szervezet, amelynek az volt a szerepe, hogy egy járványos betegséget visszaszorítson, és amely ösztönösen részt vett az ellátási profiljába szorosan nem tartozó különböző népegészségügyi programokban, ma már a szakterületébe tartozó, jogszabály által feladatának rendelt járványügyi tevékenységet is hárítja. Tudomásul kell venni, hogy a közegészségügy egyes feladatainak gazdaságossága közvetlen közgazdasági módszerekkel nem bizonyítható, ezért ezeket a finanszírozás közegészségügyi szempontból érzéketlen irányítóira bízni nem szerencsés.

Korábban jó kiegészítésként működő gyakorlat volt a foglalkozás-egészségügyi ellátás keretében végzett tüdőszűrés, ami legalább a munkavállalók számára biztosította a vizsgálatot. Sajnos, ez a lehetőség a finanszírozási nehézségek miatt egyre inkább kikerül a mindennapi gyakorlatból. Ezért jöhetett létre a jelenlegi ellentmondásos helyzet, hogy az alacsony incidenciájú HIV-fertőzést anonim módon és térítésmentesen szűrik, míg a tbc esetében nincs lehetőség önkéntes és térítésmentes szűrésre.

A multidrogrezisztens kórokozó által okozott fertőzésről a napisajtóban gyakran jelennek meg hírek, de az ellátórendszer és a hatóság sem készült fel arra, hogy hathatós eszközökkel elérje a beteg szükséges ideig való kezelését. A legtöbb esetben a közegészségügyi és járványügyi hatóságtól követelik a helyzet megoldását, azonban ezeknek a hatóságoknak a határozathozatalon kívül nincs lehetőségük az intézkedésre.

## Következtetés és ajánlás

2011 januárjától a közegészségügyi járványügyi hatóság a kormányhivatalok részeként működik. Ez bizonyos hatásköri változásokat hoz magával, de ezek gyakorlati

eredményei még nem mérhetőek fel. Fel kell ismerni, hogy az utóbbi években alkalmazott fiskális szemléletet nem lehet olyan feladatokra kiterjeszteni, amelyekre csak hosszú távon vagy csak részlegesen alkalmazható. Célszerű lenne, ha a készülőben lévő közegészségügyi kódex a jelen dolgozatban ismertetett visszásságokra is megoldást adna, ahogyan más, a döntéshozók által kevéssé ismert problémára is. Ez csak úgy lehetséges, ha a szakma művelői is részt vesznek a kódex kidolgozásában.

### Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat VIII.–IX. Kerületi Intézete és az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat Szekszárdi, Bonyhádi, Paksi Kistérségi Intézete dolgozóinak, a Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Tüdőgondozó vezetőjének, *dr. Szilágyi Magdolnának*, és az azóta elhunyt orvos igazgatóinak, *dr. Varga Gábornak*.

### Irodalom

- [1] Légzőszervi megbetegedések. Statisztikai Tükör, 2009, 44, 1.
- [2] *Naményi M.*: A tüdőszűrés története. Hippocrates, 2005, 7, 4–8.
- [3] *Pataki G.*: A tuberculoziszról, napjainkban. Hippocrates, 2005, 7, 18–22.
- [4] 33/1998. (VI. 24.) NM-rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről. Magyar Közlöny, 1998, 54, 4489–4517.
- [5] 18/1998. (VI. 3.) NM-rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről. Magyar Közlöny, 1998, 46, 3747–3748.
- [6] *Ungár T.*: Faddi tbc-félelmek – a betegség és a nem is lappangó ellentétek. Népszabadság, 2010. február 8.

(Kovács Aranka dr.,  
Budapest, Vas u. 17., 1088  
e-mail: goldie19@t-online.hu)

## Tisztelt Olvasónk!

### Újítsa meg előfizetését változatlan áron 2011-re is!

Köszönjük, hogy figyelemmel kíséri az **Orvosi Hetilap**ban megjelenő közleményeket. Reméljük, hogy továbbra is olvasóink, előfizetőink táborában tudhatjuk.

A 2011. évi előfizetési díj egy évre:	22 900 Ft,
fél évre:	14 520 Ft,
negyed évre:	9 160 Ft.

#### Nyugdíjas és ifjúsági (35 év alatti) kedvezmények:

A 2011. évi előfizetési díj egy évre:	16 030 Ft,
fél évre:	10 140 Ft,
negyed évre:	6 395 Ft.

Egyes lapszámok ára: 760 Ft

Az egyes lapszámok megvásárolhatók a **Mediprint Orvosi Könyvesboltban**,  
1053 Budapest, Múzeum krt. 17. • Telefon: 317-4948

Az Orvosi Hetilap az alábbi elérhetőségeken rendelhető meg:  
**Akadémiai Kiadó Zrt.** 1117 Budapest, Prielle Kornélia u. 19/d, Telefon: (06-1) 464-8240, kapcsolattartó: Gulyás Andrea,  
E-mail: journals@akkrt.hu