Szakmai-etikai megfontolások a ”Csípő és Térd Endoprotézis Műtétek igénybevétele során alkalmazandó Várólista Protokoll szabályokról” című dokumentum kapcsán

Készítette:
Dr. Hegedűs Zsolt

OSEI-Sportkórház, Budapest
Wáberer Medical Center, Budapest
Ortopéd sebész főorvos

Practice Plus Group Hospital, Emersons Green
Consultant Orthopaedic Surgeon, Bristol, UK

MOK Etikai Kollégium elnöke (2019-2023)

2025. április 13., Budapest

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés
2. A protokoll szakmai-etikai hiányosságai általánosságban
    2.1. Etikai elvek alkalmazása
    2.2. A relatív indikációk és kontraindikációk hiánya
    2.3. Multidiszciplináris szemlélet hiánya
    2.4. Források és nemzetközi jó gyakorlatok hiánya
    2.5. Objektivitás és ellenőrizhetőség problémái
    2.6. A protokoll rendszeres felülvizsgálatának szükségessége
3. Szakmai és etikai szempontok alkalmazása a protokoll kulcspontjainál
    3.1. A testtömegindex (BMI) alkalmazásának problémái
    3.2. A protokoll közvetett hatása a magánegészségügy felé való terelésre
    3.3. Az ideiglenes kontraindikációk részletes szakmai-etikai kritikája
        3.3.1. Aktív onkológiai ellátást igénylő daganatos betegség
        3.3.2. Vérhígító szedése
        3.3.3. A beteg együttműködésének, szociális helyzetének elégtelensége
        3.3.4. Társszakmák által ideiglenesen kizáró állapotok
        3.3.5. Műtét előtti kivizsgálás során frissen felfedezett akadályok
    3.4. Az abszolút kontraindikációk részletes szakmai-etikai kritikája
        3.4.1. Kooperáció teljes hiánya
        3.4.2. Súlyos cardiorespiratorikus elégtelenség
        3.4.3. Súlyos, nem javuló végtagkeringési zavar
        3.4.4. Apoplexia cerebri bizonyos esetei
        3.4.5. Neurogén arthropathia
        3.4.6. Gluteus medius/minimus vagy quadriceps funkciókiesés
        3.4.7. Rövid várható élettartam
        3.4.8. Társszakmák által felsorolt, nemzetközileg elfogadott kontraindikációk
    3.5. Prioritási kritériumok értékelése
    3.6. A szubjektív fájdalom kérdésköre
4. Szakmai és etikai szempontok alkalmazása a protokoll egyéb pontjainál
    4.1. Több ízületi érintettség kérdésköre
    4.2. Képalkotó vizsgálatok időbeli követelményei
    4.3. A fogorvosi szempontrendszer egységesítése és irányelvekkel való ellátása
5. A protokoll fejlesztésének lehetőségei
    5.1. Betegszervezetek és civil szféra bevonása
    5.2. Multidiszciplináris team döntéshozatalának megerősítése
    5.3. Relatív kontraindikációk bevezetésének fontossága
    5.4. BMI-alapú kizárások újragondolása
    5.5. Alacsony BMI kockázatai
    5.6. Egészségi állapot és életminőség alapú mérlegelés
    5.7. Társadalmi és etikai szempontok
    5.8. Szakmai kompetenciahatárok etikai vonatkozásai

5.9. Traumás és elektív ellátások elhatárolása
5.10. Értelmező útmutató és GYIK szükségessége
6. Rendszerszintű fejlesztések
6.1. Betegtájékoztatás és betegút-menedzsment fejlesztése
6.2. Betegbarát, közérthető kommunikáció
6.3. Közfinanszírozott testsúlycsökkentő programok elérhetősége
7. Referenciák

1. Bevezetés

Az alábbi szakmai-etikai észrevételek az elektív csípő- és térdízületi endoprotetikai ellátásban szerzett, több mint három évtizedes hazai, valamint húsz éves angliai gyakorlati tapasztalatomra, továbbá orvosetikai ismereteimre és az ezen a téren is szerzett vezetői tevékenységemre épülnek. Mivel a köz- és magánegészségügyi ellátás működését mind Magyarországon, mind az Egyesült Királyságban közvetlenül tapasztalom, a jelen kritikai elemzés e kettős szakmai perspektívát is tükrözi.
Az Egyesült Királyságban egy olyan endoprotetikai centrumban dolgozom, amely a National Joint Registry hosszú távú eredményei alapján az ország legjobban teljesítő intézményei közé tartozik. Az ott alkalmazott protokollok és ellátási gyakorlatok a mindennapi klinikai működés során folyamatosan visszaigazoltan működnek, így a tapasztalatok közvetlenül a legmagasabb szintű szakmai standardokon alapulnak. A jelen kritikai észrevételek megfogalmazását kizárólag szakmai-etikai jobbító szándék vezérelte; azok semmilyen politikai vagy egyéb, nem szakmai megfontolást nem tükröznek.

A 2025. április 1-jén megjelent NEAK várólista protokoll fontos előrelépést jelenthetne a nagyízületi protézisellátás egységesítése és az objektív szempontokon alapuló műtéti sorrend kialakítása és annak végrehajtásának ellenőrzése felé, azonban olyan szakmai/etikai szemléletbeli hiányosságokról tanúskodik, hogy annak végrehajtása a gyakorlatban sem a nemzetközi jó gyakorlatokkal nem korrelál, sem pedig az orvosetikai alapelvekkel nem harmonizál.

2. A protokoll szakmai-etikai hiányosságai általánosságban

2.1. *Etikai elvek alkalmazása*

A jelen protokoll értékeléséhez nemcsak az orvosi szakmai szempontok, hanem az etikai alapelvek is elengedhetetlenek. Ezek közül külön kiemelendő:

- **Ne árts (non-maleficence):** Az orvosi döntések során alapelv, hogy a betegnek ne okozzunk felesleges vagy elkerülhető ártalmat. A műtétek indokolatlan elhalasztása – például irreális adminisztratív korlátok vagy túl szigorú kizárási feltételek miatt – jelentős fizikai, pszichés és szociális hátrányt okozhat a betegnek. A protokoll alkalmazása során kerülni kell az olyan szabályokat, amelyek önmagukban nem csökkentik a kockázatot, viszont növelik a beteg kiszolgáltatottságát és szenvedését.
- **Igazságosság (justice):** A méltányos hozzáférés elve alapján minden betegnek esélyt kell biztosítani az ellátáshoz, függetlenül szociális helyzetétől, BMI-jétől vagy életkorától. A protokollnak ezért el kell kerülnie az aránytalan kizárásokat, és biztosítania kell a kiszolgáltatottabb csoportok esélyegyenlőségét is.

- **Előnyök maximalizálása (benefit maximization):** A prioritási döntések során figyelembe kell venni, hogy hol nyerhető a legtöbb funkcionális javulás, életminőség-nyereség vagy önellátási képesség. Ennek érdekében a döntések ne kizárólag életkor, BMI vagy adminisztratív kritériumok alapján történjenek, hanem a beteg számára elérhető „haszon" alapján is.
- **Disztributív igazságosság:** Az egészségügyi erőforrások – beleértve a műtéti kapacitásokat – elosztását úgy kell szervezni, hogy az ne növelje a társadalmi különbségeket, hanem csökkentse azokat. A protokoll ezt akkor szolgálja jól, ha az előnyöket nem csak a legjobb állapotú, hanem a leginkább rászoruló betegek között osztja el.

Ezeknek az elveknek a tudatos beépítése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a protokoll ne csupán adminisztratív szabályrendszerként, hanem erkölcsileg is védhető, méltányos és szakmailag megalapozott döntéshozatali keretként működjön.

2.2. *A relatív indikációk és kontraindikációk hiánya*

A relatív indikáció és relatív kontraindikáció teljesen hiányzik a protokollból, ami nemzetközi összehasonlításban is egy unorthodox megoldás és magában hordozza, hogy a protokoll gyakorlati alkalmazása a szerzők által megfogalmazott és helyesen kitűzött céljait nem tudja majd elérni. Nem relatív kontraindikáció a protokollban szereplő *ideiglenes kontraindikáció*, hanem ez utóbbi időbeni korlátot szab mind a betegnek, mind a kezelőorvosoknak és a haszon/kockázat mérlegelését teljesen kiveheti a kezelő team kezéből, illetve a betegnek sem engedi meg, hogy a haszon/kockázat mérlegelését érdemben elvégezhesse.

2.3. *Multidiszciplináris szemlélet hiánya*

Fontos megemlíteni, hogy nemcsak az operáló sebész, hanem az egész ellátó csapat, köztük az altatóorvosi csapat is aktív része a beteg műtéti várólistára való felhelyezése és az operálhatóság eldöntésének kérdéseiben. **Multidiszciplináris szemlélet,** megközelítés fontos egy ilyen szakmai protokollban, ahogyan **a betegjogok érvényesítése és betegek oldalának meghallgatása, megjelenítése is.**
Olvasva a protokollt félő, hogy sem betegek, beteg szervezetek, sem betegjogi képviselők, szakértők, sem bioetikusok nem voltak bevonva annak készítése során.

2.4. *Források és nemzetközi jó gyakorlatok hiánya*

Források, referenciák hiányosak, semmilyen nemzetközi jó gyakorlat nem lelhető fel a források között, ami azért is problematikus, mert a protokoll gyakorlati alkalmazása során felmerülő kérdéseknél gyakran a hivatkozott források tudnának esetleg eligazítást adni a felhasználóknak. Ez nem jelenti azt, hogy a protokollban ne lennének felismerhetők bizonyos, szakmailag széles körben elfogadott irányelvek elemei, azonban ezek pusztán általános utalás szintjén való, hivatkozások nélküli megjelenítése egy ilyen jelentőségű

szakmai dokumentumban nem tekinthető elegendőnek sem a hitelesség, sem a gyakorlati alkalmazhatóság szempontjából.

2.5. *Objektivitás és ellenőrizhetőség problémái.*

A műtéti indikációkat/kontraindikációkat fekete-fehér alapon nem lehet elvégezni. Racionálisan érthető az a döntéshozói szándék, hogy ha a várólistára való felhelyezés, illetve az előre- vagy hátrasorolás minél inkább egyértelmű szakmai/szervezési kritériumok szerint történjen, mert annál inkább egy felügyeleti szerv könnyebben nyomonkövethetné, ellenőrizhetné az abban résztvevőket, beleértve az orvosi csapatot és a betegeket is. Viszont ha ezek a szabályok nem egyértelműek, nem részletesek, a hatályos nemzetközi standardoktól gyökeresen eltérnek, illetve újabb kiskapukat tudnak nyitni, akkor nemhogy segítenének a rendszeren, hanem félreértések, visszaélések táptalaját szolgálják majd. A protokoll nem támogatja hatékonyan az országosan egységes, standard végrehajtási gyakorlat kialakulását. Ehelyett olyan szabályozási környezetet teremt, amely – a relatív indikációk és a szakmai mérlegelés lehetőségének hiányában – inkább az eltérő intézményi és személyes gyakorlatoknak nyit teret. Így nem egy országosan egységes, standard végrehajtási gyakorlat alakul ki a protokoll alapján, amely az egészségügyhöz való hozzáférést a szakmai és az orvosetikai elveknek megfelelően támogatja és biztosítja, hanem kontraproduktívan a substandard, esetenként ad hoc döntéshozatalt, a protokoll eltérő értelmezését, a kiszámíthatatlan betegutakat és az egyenlőtlen hozzáférést ösztönözheti. Ez hosszú távon alááshatja a rendszer átláthatóságát és a protokoll legitimitását is. Az igazságosság, az előnyök maximalizálásának etikai alapelvei meg kellene jelenjen mind szemléletében, mind a protokoll gyakorlati alkalmazásában is.
A protokoll jelenlegi formája több ponton is azt tükrözi, hogy az orvosokat inkább ellenőrzendő szereplőknek tekinti, semmint a rendszer aktív és autonóm partnereinek. Ennek jele, hogy a szabályozás túlnyomórészt fekete-fehér kritériumokra épül, és hiányoznak belőle a relatív indikációk vagy kontraindikációk, amelyek mérlegelési lehetőséget adnának a szakorvosnak. A túl szűk szabályozási keretek azt kockáztatják, hogy az orvosi ítélőképesség háttérbe szorul, miközben a felelősség továbbra is az ellátókat terheli. Az optimális arány az lenne, ha a protokoll világos szakmai irányelveket fogalmazna meg, ugyanakkor teret hagyna a dokumentált orvosi mérlegelésnek, különösen komplex vagy határhelyzetekben. Ez elősegítené, hogy a szabályozás nemcsak kontrollmechanizmus, hanem valódi döntéstámogatási eszköz is legyen az orvosi gyakorlatban.

2.6. *A protokoll rendszeres felülvizsgálatának szükségessége*

A protokoll hosszú távú hitelessége és alkalmazhatósága érdekében fontos lenne rögzíteni, hogy milyen időközönként és milyen mechanizmus alapján történik annak felülvizsgálata és frissítése. Javasolt lenne egy évente vagy kétévente esedékes revíziós ciklus bevezetése, amely során a gyakorlati tapasztalatok, nemzetközi ajánlások és etikai visszajelzések alapján módosulhat a tartalom. A felülvizsgálati szempontok és felelős testület előre meghatározása biztosítaná a transzparenciát és a szakmai fejlődést.

3. Szakmai és etikai szempontok alkalmazása a protokoll kulcspontjainál

3.1. *A testtömegindex (BMI) alkalmazásának problémái*

A protokoll megjelenése után a híradásokban leggyakrabban a testtömegindex korlátozó kritériumával foglalkoztak, de nem ez az egyedüli probléma szakmai/etikai szempontból. Ugyanakkor a protokollban szereplő testtömegindexre (BMI) vonatkozó ideiglenes kontraindikáció szakmai és etikai szempontból is mindenképpen átgondolást igényel.
A NICE érvényben levő javaslata szerint a BMI bármilyen értékét megjelölni az elektív csípő- és térdízületi protézis műtétek várólistájához való hozzáféréséhez kontraproduktív és diszkriminatív. A magasabb BMI-jű betegek műtétének huzamosabb idejű halasztása gyakran súlyos következményekkel jár: későbbiekben ismételten megjelennek az ambulancián, de már rosszabb általános vagy pszichés állapotban, gyakran még magasabb BMI-vel. Ilyenkor már nem elsősorban az életminőség javítása a műtét célja, hanem szinte vitális indikációból kerül sor a beavatkozásra: hogy a beteget ki lehessen kelteni a kerekesszékből, mobilizálni lehessen, és elkerüljük az imobilizációval összefüggő súlyos szövődményeket (pl. pneumonia, felfekvés, fertőzés, cardiovascularis szövődmények, trombózis, tüdőembólia, stb.).
A protokoll jelenleg a BMI 35–40 feletti értéket ideiglenes kontraindikációként sorolja fel minden csípő- és térdízületi protézisbeültetés esetén.
"Súlyosan elhízott, túlsúlyos beteg (BMI 35–40 felett)" - Alapjában nincs értelme 35–40 közötti értékről beszélni, ha 35 felettieket már ideiglenes kontraindikációnak tekintünk. A 35–40 közötti érték megemlítése így teljesen felesleges és félrevezető is, mintha mérlegelhetné az orvos az értékek között.
A 35 BMI feletti betegek szakmailag halasztott státuszba vétele szemben áll a nemzetközi gyakorlatokkal: például az Egyesült Királyságban a NICE[(1)] és a Brit Ortopédiai Társaság (BOA)[(2)] irányelvei egyaránt kimondják, hogy az elektív ízületi protézisekhez való hozzáférést nem korlátozhatja kizárólag a BMI. A BOA hangsúlyozza, hogy a döntéshozatalnak a beteg egyéni klinikai állapotán kell alapulnia, és elismeri, hogy a műtéti ellátás elhalasztása pusztán BMI alapján egyenlőtlenségeket eredményezhet a hozzáférésben. Az USA-ban az American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)[(3)] nem tesz közzé konkrét BMI-határértékeket kizáró okként, míg Svédországban[(4)] a BMI >35 páciensek is rendszeresen részesülnek műtéti ellátásban. Németországban[(5)] szintén nincs egységes BMI-határ, de egyes ajánlások szerint a BMI >40 relatív kontraindikációnak számíthat, mégsem zárják ki automatikusan az ellátást, hanem egyéni mérlegelés és multidiszciplináris döntés alapján döntenek.
A NICE irányelv (https://www.nice.org.uk/guidance/ng246) 2022. októberi frissítése az ízületi gyulladás témakörében egyértelműen kimondja, hogy a BMI **nem használható kizáró tényezőként** a műtéti beutalás szempontjából. Ennek ellenére az Egyesült Királyság egyes régióiban továbbra is érvényben vannak olyan helyi szabályozások, amelyek a BMI alapján korlátozzák az elektív műtétekhez való hozzáférést.
(https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-023-02899-3)
Ez az ellentmondás jól példázza, hogy a nemzeti irányelvek és a helyi gyakorlatok közötti összhang hiánya önmagában is veszélyeztetheti a hozzáférés egyenlőségét és az orvosi döntések etikai megalapozottságát.

A magyar szabályozás tehát szigorúbb a nemzetközi normáknál, és érdemes lenne felülvizsgálni abból a szempontból is, hogy megfelel-e az egyenlő hozzáférés és az egyéni mérlegelés elvének.

3.2. *A protokoll közvetett hatása a magánegészségügy felé való terelésre*

A jelenlegi protokoll – különösen a BMI-hez kötött kizárások és a szűk prioritási kritériumok miatt – azt eredményezheti, hogy egyes betegek nem jutnak időben ellátáshoz a közfinanszírozott rendszerben, így kénytelenek magánegészségügyi megoldásokat keresni. Ez nemcsak az egészségügyi egyenlőtlenségek növekedését eredményezi, hanem közvetve ösztönözheti a piaci szereplőket is arra, hogy célzott ajánlatokat fogalmazzanak meg várólistát kikerülni kívánó betegeknek. Már jelenleg is megjelentek olyan magánegészségügyi hirdetések, amelyek kifejezetten a BMI alapján elutasított vagy hátrébb sorolt betegek számára kínálnak műtéti lehetőségeket. (https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=2209331456152950&id=100012283509515&rdid=BDNrlt03SjWvniD9#)
Ez a folyamat sérti a hozzáférés igazságosságának elvét, és veszélyezteti a társadalombiztosítás alapú rendszer szolidaritási elvét. Fontos lenne a protokoll megalkotásakor figyelembe venni az ilyen indirekt hatásokat is, és olyan szabályozást kialakítani, amely nem kényszeríti a rászoruló betegeket magánegészségügyi kiadásokba.

3.3. *Az ideiglenes kontraindikációk részletes szakmai-etikai kritikája*

3.3.1. Aktív onkológiai ellátást igénylő daganatos betegség

Szakmailag indokolt lehet halasztani a protézisműtétet, ha az onkológiai terápia (kemoterápia, sugárkezelés) aktív szakaszban van, mivel ezek növelik a fertőzés, sebgyógyulási zavarok és vérzés kockázatát. A halasztásra vonatkozó döntést minden esetben onkológussal történt konzultáció és multidiszciplináris team (sebész, aneszteziológus, rehabilitációs szakorvos) bevonásával kell meghozni, figyelembe véve a daganat stádiumát, a kezelések időzítését, a várható életminőséget és a beteg preferenciáit. Ugyanakkor fontos lenne rögzíteni, hogy a halasztás ideje csak az aktív terápia időszakára vonatkozzon, és utána újraértékelés történjen. Etikai szempontból a beteg informálása és bevonása döntő, hiszen sok esetben a fájdalom és mozgáskorlátozottság is súlyosbítja az onkológiai betegek életminőségét.

3.3.2. Vérhígító szedése

Ez önmagában nem indokolja a műtét halasztását, mivel a legtöbb modern antikoaguláns esetén léteznek protokollok az átmeneti felfüggesztésre és helyettesítésre. A kritérium akkor lenne megalapozott, ha például nem elhagyható véralvadásgátlásról van szó (pl. friss mechanikus műbillentyű). Így szakmailag finomítandó. Etikailag aggályos lehet, ha minden vérhígítót szedő beteget automatikusan kizárnak – egyéni mérlegelés szükséges.

3.3.3.A beteg együttműködésének, szociális helyzetének elégtelensége

Ez különösen érzékeny és diszkriminációra hajlamosító megfogalmazás. Etikailag elfogadhatatlan lenne, ha a szociális körülmények önmagukban kizáró okként működnének. Ehelyett szociális ellátórendszer, házi segítségnyújtás, támogató hozzátartozók bevonása lenne a megfelelő válasz. A szakmai mérlegelésnek ki kell térnie arra, hogy a beteg együttműködésének valamilyen fokú elégtelensége valóban akadályozza-e a műtét utáni rehabilitációt. Ennek megállapítása komplex, multidiszciplináris értékelést igényelhet: a pszichiáter, rehabilitációs szakorvos, szociális munkás vagy esetmenedzser együttes véleménye alapján lehet objektíven dönteni. Fontos lenne meghatározni azt is, hogy milyen formában és milyen időközönként kell felülvizsgálni ezt az állapotot, hiszen a beteg együttműködési képessége változhat, különösen, ha megfelelő támogatásban részesül. A döntés dokumentálása, és a betegek nyomonkövetése, támogatása elengedhetetlen a méltányos és etikus ellátáshoz.

3.3.4. Társszakmák által ideiglenesen kizáró állapotok

Itt is fontos lenne példákat felsorolni, illetve konkrét szakorvosi véleményt kérni. Például kezeletlen magasvérnyomás, instabil cukorbetegség, akut fertőzés, nem beállított epilepszia ideiglenes kizáró ok lehet – de nem lehet parttalan vagy dokumentálatlan döntés.

3.3.5. Műtét előtti kivizsgálás során frissen felfedezett akadályok

Ez életszerű, de szintén szabályozni kellene, hogy milyen időintervallumra érvényes az ideiglenes kizárás, és mikor kell újraértékelni. Szükség lenne egy visszautalási, reaktiválási folyamatra is a várólistán.

3..4. *Az abszolút kontraindikációk részletes szakmai-etikai kritikája*

A protokollban felsorolt abszolút műtéti kontraindikációk közül több tétel fontos és indokolt klinikai megfontolásból került be, ugyanakkor egy részük pontosításra, más részük finomabb egyéni mérlegelésre szorulna.

3.4.1. Kooperáció teljes hiánya

Jogos, ha a beteg posztoperatív együttműködésre való képtelensége miatt nem rehabilitálható. Ugyanakkor fontos lenne világossá tenni, hogy ki állapítja meg ezt: pszichiátriai, neurológiai, geriátriai vagy rehabilitációs szakorvosi vizsgálattal, és milyen objektív kritériumok alapján – különben a megítélés szubjektívvé válhat.

3.4.2. Súlyos cardiorespiratorikus elégtelenség

Életszerű abszolút kontraindikáció lehet, de a súlyosság objektív kritériumait érdemes lenne rögzíteni: pl. NYHA IV, EF <20%, oxigénfüggőség. Fontos lenne multidiszciplináris döntés (aneszteziológus, kardiológus, pulmonológus) bevonását előírni.

3.4.3. Súlyos, nem javuló végtagkeringési zavar

Jogos kritérium, de célszerű lenne megnevezni, milyen diagnosztikai eszközökkel (pl. Doppler, angiográfia) és milyen szakorvos (pl. érsebész vagy angiológus) alapján történik az elbírálás.

3.4.4. Apoplexia cerebri bizonyos esetei

Ez a megfogalmazás rendkívül tág és félreérthető. A „bizonyos esetek” nem definiált, orvosilag nem körülhatárolt kategória, ami jelentős jogbizonytalanságot eredményez. Pontosítás szükséges: mikori stroke, milyen maradványtünet, milyen funkcionális állapot kizáró ok? Ne zárjon ki automatikusan minden stroke-on átesett beteget. Fontos lenne, hogy ezen esetek elbírálása multidiszciplináris team bevonásával történjen, különösen neurológus, rehabilitációs, geriáter szakorvos közreműködésével, akik együttesen tudják megítélni a posztoperatív rehabilitációs esélyeket és az önálló életvitel lehetőségét.

3.4.5. Neurogén arthropathia

Indokolt lehet, de specifikusabban kellene meghatározni: például Charcot-ízület aktív fázisában kontraindikáció, de stabil állapotban mérlegelhető lehet.

3.4.6. Gluteus medius/minimus vagy quadriceps funkciókiesés (0–1 izomerő)

Jogos szempont, de fontos lenne jelezni, hogy ez is csak akkor kontraindikáció, ha a posztoperatív stabilitást és funkciót veszélyezteti, és nem rehabilitálható.

3.4.7. Rövid várható élettartam (<3–6 hónap)

Szakmailag logikus kritérium, de fontos lenne, hogy ezt mindig onkológus vagy más releváns szakorvos igazolja. Etikai szempontból különösen érzékeny kérdés, hiszen az életkilátásra vonatkozó orvosi becslések bizonytalanok lehetnek, és nem zárhatják ki automatikusan a beteg autonóm döntéshez való jogát. Kiemelendő, hogy a beteg preferenciáit – különösen az életminőség, fájdalomcsillapítás és mobilitás vonatkozásában – minden esetben figyelembe kell venni. Egyes esetekben palliatív célú protézisműtét (például mobilizáció, fájdalomcsökkentés vagy önellátás részleges visszaállítása) még akkor is indokolt lehet, ha a beteg várható élettartama korlátozott. Ezért javasolt, hogy a végső döntés multidiszciplináris team (pl. onkológus, aneszteziológus, rehabilitációs szakember) és a beteg közös, dokumentált megállapodásán alapuljon.

3.4.8. Társszakmák által felsorolt, nemzetközileg elfogadott kontraindikációk

Ez a megfogalmazás túlságosan általános. Például ilyen nemzetközileg elfogadott, társszakmák által kontraindikációként megjelölt állapot lehet a nem kontrollálható vérzékenység (pl. súlyos hemofília), aktív pszichiátriai zavar, amely akadályozza az együttműködést, vagy súlyos, dekompenzált metabolikus betegség (pl. instabil diabetes, májelégtelenség). Érdemes lenne legalább példákat, hivatkozásokat megadni, hogy átlátható legyen, milyen típusú állapotokra vonatkozik.

Összességében: az abszolút kontraindikációk egy részének meghatározása jelenleg túl tág vagy nem eléggé objektivált. Javasolt lenne minden esetben dokumentált, multidiszciplináris döntési folyamatot előírni, és ahol lehetséges, a kontraindikációk helyett relatív indikációs vagy feltételes mérlegelési kategóriákat bevezetni.

3.5. *Prioritási kritériumok értékelése*

A protokoll alapján a mozgásszervi fájdalom, amely **kizárólag kábító fájdalomcsillapító** terápiával csillapítható, sürgős műtéti indikációt képezhet. Ugyanakkor nem világos, hogy ezt a kritériumot az operáló sebész hogyan ellenőrzi a gyakorlatban. Visszaélések megelőzése érdekében javasolt lenne egyértelműsíteni, hogy a kábító fájdalomcsillapítók alkalmazása milyen időtávra, dózisra és dokumentáltságra vonatkozzon. Célszerű lehet a háziorvosok, kezelőszakorvosok és adott esetben gyógyszerészek bevonása a dokumentálásba. Ez segíthet annak objektív megítélésében, hogy valóban fennáll-e olyan fájdalomszint, amely sürgős műtéti beavatkozást indokol. A dokumentálásnak tartalmaznia kellene a fájdalomszint objektív mérését (pl. VAS-skála), az alkalmazott gyógyszerek típusát, adagját, alkalmazásának időtartamát, és azt, hogy ezek milyen eredménytelenséget mutattak. Ez alapján lenne megalapozott a sürgős műtéti indikáció megállapítása, és ezzel együtt biztosítható lenne az egyenlő és etikus hozzáférés.

Ugyanakkor a kábítószeres fájdalomcsillapítás ténye – hasonlóan az életkorhoz vagy a kerekesszékhasználathoz – önmagában ne legyen automatikus, kiemelt prioritási szempont, hanem csak egyike a több lehetséges relatív indikációs tényezőnek. A döntéshozatal során ezt más tényezőkkel együtt, egyéni mérlegelés alapján kell figyelembe venni.
Ez a pontosítás a visszaélések megelőzését is szolgálná, mivel fennáll annak a veszélye, hogy egyes betegek a várólistás előresorolás érdekében kábítószeres fájdalomcsillapítást kérnek akkor is, amikor annak még nincs valódi, orvosilag indokolt szükségessége. Ezért különösen fontos a gyógyszerelés dokumentálása és a háziorvosi/szakorvosi visszaigazolás.

A protokoll sürgető prioritást biztosít **az önellátást akadályozó csípőízületi kopás, illetve kerekesszék használat** esetén, ugyanakkor nem részletezi, hogy a jogosultság feltételeit ki és hogyan ellenőrzi a gyakorlatban. Javasolt lenne a háziorvosok és – adott esetben – a szociális ellátórendszer (pl. házi segítségnyújtás, gondozók) bevonása az ilyen állapot objektív igazolásába. Fontos szempont lehet például, hogy a beteg milyen hosszú ideje és milyen távolságra használ kerekesszéket, illetve az önellátási képesség milyen mértékben csökkent.
A fenti elveknek megfelelően a kerekesszékhasználat ténye sem lehet automatikusan kiemelt prioritás alapja, hanem csak egy olyan faktor, amely más klinikai és funkcionális tényezőkkel együtt, relatív indikációkként értelmezhető. A multidiszciplináris döntéshozatalnak ezt is egyéni mérlegelésen kell alapulnia.

A protokoll egyértelműsíti, hogy munkaképes felnőttek esetében a járás- és **munkaképesség visszanyerése** külön mérlegelési szempont lehet. Ugyanakkor a gyakorlatban nem világos, hogy ennek ellenőrzése hogyan történik. Javasolt lenne a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok strukturált bevonása ezekben az esetekben, akik objektív módon igazolhatják a beteg munkavégző képességét, valamint azt, hogy a műtét várhatóan milyen hatással lesz a munkába való visszatérésre. Ugyanakkor a munkaképesség visszanyerése sem lehet önmagában automatikus, kiemelt prioritási

szempont, hanem csak egyike a relatív indikációs tényezőknek, amelyet más klinikai és életminőségi szempontokkal együtt, egyénileg kell mérlegelni.

A protokoll jelenlegi pozitívuma, hogy a **80 év feletti**, egyébként műtétre alkalmas betegek a sürgetőbb műtéti időpontra sorolhatók. Ugyanakkor ez nem garantálja, hogy a betegek 3 hónapon belül valóban sorra is kerülnek, mivel a protokoll szerint az időpontkijelölés sorrendiségi elv alapján történik. Ha több beteg is jogosult 3 hónapon belüli ellátásra, az érkezési sorrend válik elsődlegessé. Így akár a 80 év feletti beteg is hátrébb kerülhet, ha előtte más hasonló prioritású beteg már bekerült a rendszerbe. Egy adott életkor beemelése a protokollba etikai aggályokat is felvet, mivel nem világos, mi indokolja éppen a 80 évnél húzott határvonalat. Miért nem 75 vagy 85 év? Emellett az életkor nem mindig tükrözi a beteg funkcionális állapotát: lehet olyan 65 éves, akinek a műtét sürgetőbb lenne, mint egy 80 éves esetében. A naptári életkoron alapuló besorolás ezért pontatlan és potenciálisan diszkriminatív lehet. Javasolt lenne, hogy a protokollban a biológiai életkort, funkcionális állapotot és várható életminőséget hangsúlyosabban kezeljék, és ezek alapján történjen a prioritás meghatározása. Azaz az életkor is csak egy, nem kiemelt relatív indikációnál való mérlegelési faktor kellene, hogy legyen.

3.6. *Szubjektív fájdalom kérdésköre*

A protokollban szereplő akut prioritási kritériumok között megjelenik a „hirtelen jelentős fájdalom kialakulása, amelynek csillapítása a betegség progressziója vagy egyéb belgyógyászati állapotok miatt (pl. aktív gyomorfekély, máj-, veseelégtelenség) érdemben nem lehetséges” megfogalmazás. Ez ugyan fontos klinikai helyzetekre hivatott reflektálni, de jelenlegi formájában több szempontból is problémás. Egyrészt a fájdalom „hirtelen” és „jelentős” volta szubjektív, és nem tartalmaz semmiféle objektív mérési vagy dokumentálási kritériumot. Másrészt az „érdemben nem csillapítható” kifejezés nem világos: milyen fájdalomszint, milyen gyógyszeres próbálkozás és milyen időtartam számít elégtelennek? Nincs meghatározva, hogy ezt ki, milyen formában igazolja – a háziorvos, szakorvos vagy az ellátó intézmény? Ez a megfogalmazás könnyen félreértelmezhető és visszaélésekre is alkalmas lehet. Lehetőséget adhat: például előfordulhat, hogy egy beteg a várólistás előresorolás reményében túldimenzionálja vagy félrejelzi a fájdalmat, vagy hogy a háttérben nem dokumentált, más típusú problémák állnak. Ezért javasolt lenne ennek a kritériumnak a pontosítása: tartalmazzon konkrét fájdalomskála értéket (pl. VAS $\geq$ 7), a sikertelen gyógyszeres próbálkozások dokumentálását, valamint egy háziorvosi vagy szakorvosi igazolást arról, hogy a fájdalom valóban nem csillapítható hagyományos eszközökkel. A belgyógyászati kórképek (pl. vérzésveszély miatt kontraindikált NSAID-használat) orvosi igazolásához szintén szükséges lenne egy dokumentációs útmutató, hogy az indikáció valóban jogszerű és szakmailag megalapozott legyen.

4. Szakmai és etikai szempontok alkalmazása a protokoll egyéb pontjainál

4.1. *Több ízületi érintettség kérdésköre*

A protokoll jelenlegi pozitívuma, hogy kifejezetten rögzíti: egyidejű kétoldali súlyos csípőízületi vagy térdízületi érintettség esetén az egyik oldali alsóvégtagi nagyízület műtéti megoldása előre sorolható, szubakut műtétként. Ez a rendelkezés előremutató, ugyanakkor nem tér ki azokra az esetekre, amikor két eltérő típusú nagyízület – például egy csípő és egy térd – egyidejűleg súlyosan érintett, és mindkettő protézisműtétre szorul. Ugyanígy nem foglalkozik olyan összetettebb esetekkel sem, amikor három vagy akár négy nagyízület is kopott (pl. két csípő és egy térd, vagy két térd és egy csípő). Ezekben az esetekben indokolt lenne, hogy a beteg hasonló jogosultságot élvezzen, mint a kétoldali csípő- vagy térdízületi érintettség esetén. Az angliai NHS gyakorlata például kimondja, hogy a második műtét esetében válik érvényessé a szubakut időbeni jogosultság, ezzel is maximalizálva az első műtét előnyeit és támogatva a funkcionális felépülést. Ezt az elvet a magyar protokollban is javasolt lenne alkalmazni.

4.2. *Képalkotó vizsgálatok időbeli követelményei*

A protokoll jelenleg előírja, hogy a várólistára való felvételhez 3 hónapon belüli kétirányú csípőröntgen, CT vagy MR vizsgálat szükséges, és hogy 3 hónapnál régebbi felvétel csak akkor fogadható el, ha a műtéti indikáció akkor is fennáll. Ez a megfogalmazás pontatlan és klinikailag félreérthető, mivel nem világos, hogy ki és hogyan állapítja meg utólag az indikáció meglétét. A szigorú időhatár nem minden esetben indokolt: sok beteg esetében a progresszió lassú, a tünetek nem változnak érdemben, a műtéti indikáció viszont továbbra is fennáll. A nemzetközi gyakorlat – például a NICE ajánlása (https://www.nice.org.uk/guidance/ng157)– szerint nem az időintervallum, hanem a klinikai relevancia az elsődleges: ha a rendelkezésre álló képalkotó alapján a műtéti indikáció megállapítható, és a beteg állapotában nem történt jelentős változás, akkor nem szükséges új felvétel. Javasolt, hogy a magyar protokoll is ezt a rugalmasabb, orvosi mérlegelésen alapuló megközelítést alkalmazza. A következő megfogalmazás lenne szakmailag és etikailag is támogatható, mely jobban igazodik az igazságosság és költséghatékonyság elveihez is: 3 hónapnál nem régebbi képalkotó vizsgálat javasolt a műtét közvetlen előtti tervezéséhez, de a várólistára történő felhelyezéshez – amennyiben a beteg állapota azóta nem változott – a korábbi felvétel is elfogadható, a kezelőorvos dokumentált klinikai megerősítése mellett. Itt egy időbeni határt meg lehet jelölni, de az lehet akár 6-9 hónap is.

4.3. *A fogorvosi szempontrendszer egységesítése és irányelvekkel való ellátása*

A fogászati státusz műtét előtti értékelése és szükség esetén kezelése valóban fontos lépés lehet a protézisfertőzések megelőzésében. Ugyanakkor a jelenlegi rendszerben hiányzik az

egységes, országosan elfogadott protokoll vagy irányelv arra vonatkozóan, hogy mely fogászati elváltozások indokolják a műtét halasztását, illetve melyek nem.
Ez azt eredményezheti, hogy a fogorvosi gyakorlatban:
- egyes esetekben túlkezelés történik (pl. szükségtelen foghúzások, halasztások),
- máskor alulkezelés fordul elő (aktív fertőzés nem kerül észlelésre vagy dokumentálásra),
- a beteg pedig információhiányban szenved, nem tudja, milyen szempontok alapján fogadja el vagy utasítja el az ortopéd szakorvos a fogászati véleményt.
Ez a gyakorlat nem felel meg a bizonyítékalapú orvoslás elveinek, és növeli az ellátási egyenlőtlenségeket. A nemzetközi példák (pl. NICE, Philadelphia Consensus) alapján szükséges lenne egy, a fogorvosok számára is kiadott, szakmailag elfogadott ajánlás, amely tartalmazza:
- mely elváltozások igényelnek sürgős kezelést (pl. aktív tályog, kezeletlen foggyökér-gyulladás),
- melyek nem halasztanak elektív műtétet (pl. stabil, tünetmentes parodontális állapot),
- hogyan és milyen formában kell a fogorvosnak véleményt adnia az ortopéd sebész számára.
Ezáltal biztosítható lenne a koordinált betegellátás, és csökkenthető a betegre háruló értelmezési és finanszírozási teher.

5. A protokoll fejlesztéseinek lehetőségei

5.1. A protokoll kidolgozása során célszerű lenne strukturált módon bevonni betegszervezeteket, betegjogi képviselőket, bioetikusokat és más, civil oldalról érkező szereplőket is. Ez biztosíthatná a dokumentum társadalmi és etikai legitimitását, és a betegek oldalának megjelenítését.

5.2. A műtéti döntésekben hangsúlyosabban kellene szerepelnie a multidiszciplináris team (sebész, altatóorvos, esetmenedzser) együttes felelősségének, amely lehetőséget teremt az egyéni kockázat/haszon mérlegelésére és a protokoll rugalmasabb alkalmazására.

5.3. A protokollban jelenleg hiányzik a relatív kontraindikációk fogalma, amely a nemzetközi gyakorlatban lehetővé teszi, hogy a kezelőorvosi és altatóorvosi team – multidiszciplináris együttműködésben – egyéni mérlegelés alapján döntsön egy-egy műtét elvégezhetőségéről még magasabb kockázati környezetben is. Javasolt, hogy a protokoll egészítse ki a jelenlegi ideiglenes kontraindikációs kategóriát a relatív kontraindikáció lehetőségével, amely nem automatikusan kizáró vagy halasztó tényezőként működik, hanem dokumentált orvosi mérlegelésen alapuló döntést tesz lehetővé.

5.4. A BMI ne legyen automatikus kizáró vagy halasztó tényező, hanem kerüljön be egyéni, dokumentált orvosi elbírálás alá.

5.5. Az alacsony BMI-vel (pl. <18,5) rendelkező betegek esetleges rizikóinak szakmai protokollba illesztése indokolt lenne, mivel az alultápláltság, csökkent izomtömeg és csontsűrűség, valamint a lassabb sebgyógyulás mind olyan tényezők, amelyek fokozott műtéti és posztoperatív kockázatot jelentenek ebben a betegcsoportban.

5.6. Szakmai irányelvbe kerüljön be az "egészségi állapot és életminőség alapú mérlegelés" elve.

5.7. Társadalmi és etikai szempontok kiemelése

Tilos bármilyen hátrányos megkülönböztetés a beteg neme, vallása, nemzetisége, rassza, szexuális orientációja, intelligenciakvóciense, biztosítási vagy anyagi helyzete, szociális kapcsolatai, életkora vagy fogyatékossága alapján. Ezek a tényezők nem szolgálhatnak alapul az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátozására. Az ilyen alapú döntéshozatal etikátlan, és szélsőséges esetben büntetőjogi következményekkel járhat.
A társadalmi hasznosság szerinti rangsorolás – vagyis az egyén társadalmi szerepe, gazdasági értéke alapján történő döntés – nem etikus, diszkriminatív, és jogellenes. Az egészségügyi ellátás során minden beteg emberi méltósága egyenlő értéket képvisel.

5.8. A szakmai kompetenciahatárok etikai vonatkozásai

A gyakorlatban előfordulhat, hogy egyes sebészek – akár a komplexebb esetekkel kapcsolatos személyes tapasztalatlanság, akár nem naprakész szakmai ismeretek vagy félelmek miatt – olyan műtéteket nem vállalnak el, amelyek más szakmai közegben, megfelelő háttérrel és teammunkával elvégezhetők lennének. Ha ilyen esetben az elutasítás hátterében nem a beteg objektív állapota, hanem az operáló orvos vagy intézmény kompetenciahatárai állnak, akkor ez súlyos szakmai-etikai kérdéseket vet fel.
Az „autonómia” és „jótékony cselekvés” elve alapján a sebésznek kötelessége korrekt módon tájékoztatni a beteget arról, hogy nem kizárólag a beteg állapota miatt nem vállalható a műtét, hanem azért is, mert az adott helyen vagy teammel a beavatkozás nem biztonságosan kivitelezhető. Ezzel együtt javasolt a beteg más intézménybe vagy szakemberhez irányítása, ahol a beavatkozás elvégzése reális lehetőség.
A protokoll jelenlegi formájában nem rendelkezik világosan az ilyen helyzetek kezeléséről, így etikai szempontból is szükséges lenne olyan ajánlás beillesztése, amely a sebészi kompetenciahatárok transzparens kezelését és a beteg irányításának kötelezettségét előírja.

5.9. A traumás és elektív betegek ellátásának elválasztása – tartalmi és gyakorlati szempontok

A jelenlegi protokollban – bár elsődlegesen az elektív nagyízületi protézisműtétek várólistájára vonatkozik – időnként olyan megfogalmazások jelennek meg, amelyek akut vagy szubakut állapotokat is tartalmaznak, például traumás eredetű mozgáskorlátozottságot vagy hirtelen járásképtelenséget. Ezek a kritériumok bár orvosszakmailag indokoltak lehetnek, a tartalmi elhatárolás hiánya a sürgősségi és az elektív ellátás között zavaró és félrevezető lehet a mindennapi gyakorlatban.
A nemzetközi gyakorlatban, különösen az NHS (UK), svéd és német rendszerekben, a sürgősségi/traumás és az elektív műtétek külön szabályrendszer alapján szerveződnek, külön várólistákon, más indikációs és finanszírozási logikával. Ennek oka, hogy a sürgős állapotban lévő betegek ellátása kórházi ügyeleti vagy aktív traumatológiai struktúrákban történik, míg az elektív ellátások előre tervezett, optimalizált kapacitások mentén valósulnak meg.
Ha ezeket a betegcsoportokat ugyanazon prioritási rendszer alapján próbálják kezelni, az:

- aránytalan versenyt eredményez a forrásokért,
- homályossá teszi az ellátási felelősségi köröket,
- és gyengíti az átláthatóságot a várólistakezelésben.
Ezért javasolt a protokollban világosan elhatárolni, hogy:
- a várólista kizárólag elektív indikációkra vonatkozik,
- a sürgős vagy traumás esetek más protokoll (pl. traumatológiai sürgősségi eljárásrend) szerint kerülnek ellátásra,
- és a két betegút nem összemosható sem elméletileg, sem adminisztratív vagy finanszírozási szinten.

5.10. A protokoll értelmezhetőségének és gyakorlati alkalmazhatóságának javítása érdekében elengedhetetlen lenne egy hivatalos értelmező útmutató, kézikönyv vagy GYIK típusú melléklet kiadása. Ennek hiányában az eltérő helyi értelmezések és gyakorlatok, valamint a félreértések és visszaélések veszélye jelentősen megnő.

6. *Rendszerszintű fejlesztések, mely támogatják a protokollt*

6.1. Betegtájékoztatás és betegút-menedzsment fejlesztésének szükségessége
A protokoll gyakorlati alkalmazása során kiemelt jelentőségű, hogy az operáló team számára a betegtájékoztatás és betegút-menedzsment is felhasználóbarát és működőképes legyen. Előfordulhat, hogy egy adott intézményben – például intenzív osztály hiánya, eszközpark korlátozottsága vagy egy adott beavatkozás szűkebb szakmai kompetenciája miatt – egy beteg ellátása helyben nem biztosítható. Ezekben az esetekben az ellátás elutasítása önmagában nem elegendő.
Etikai és szakmai szempontból alapvető elvárás, hogy a kezelőorvos és az egészségügyi csapat naprakész, gyors és egyértelmű tájékoztatást tudjon adni a betegnek arról, hogy:
- hol található olyan intézmény, ahol a szükséges feltételek adottak,
- ki az illetékes szakorvos vagy team,
- és milyen időintervallumban várható az ellátás kivitelezése.
Ez a fajta proaktív és betegközpontú kommunikáció nemcsak az autonómia és jótékony cselekvés elvét támogatja, hanem hozzájárul az ellátási egyenlőtlenségek csökkentéséhez, és csökkenti az információhiányból eredő kiszolgáltatottságot. A rendszerbe ezért be kell épülnie egy strukturált betegirányítási és információ-megosztási mechanizmusnak, amely valóban a beteg érdekeit szolgálja.

6.2. Betegtájékoztatás szükségessége közérthető formában
A protokoll hatékony, etikus és átlátható alkalmazásához elengedhetetlen, hogy ne csak az egészségügyi dolgozók ismerjék a tartalmát, hanem a betegek is megfelelő tájékoztatást kapjanak róla. A jelenlegi szabályozásban ugyan rögzítettek fontos szakmai szempontokat és jogosultságokat, de ezek a hétköznapi beteg számára gyakran nehezen értelmezhetők.
Ezért javasolt egy közérthető, betegbarát nyelvezettel megírt tájékoztató dokumentum kiadása, amely összefoglalja a legfontosabb tudnivalókat, többek között:
- milyen feltételek mellett kerülhet fel a beteg a várólistára,

- milyen szempontok alapján sorolhatják előre (pl. életkor, mozgáskorlátozottság),
- milyen vizsgálatok szükségesek a beutaláshoz,
- milyen esetekben és milyen módon jogosult másik intézménybe kerülni,
- mikor és hogyan kell őt tájékoztatni az ellátás késedelméről vagy elutasításáról.

Ez a fajta tájékoztatás nemcsak a beteg önrendelkezési jogának érvényesülését támogatja, hanem hozzájárul az egészségügyi ellátásba vetett bizalom növeléséhez is. Fontos, hogy a protokoll gyakorlati megvalósítása során az érthető betegkommunikáció ne lehetőség, hanem kötelező eleme legyen a rendszernek.

6.3.Testsúlycsökkentő programokhoz való valódi, közfinanszírozott hozzáférés biztosítása.

A fenti szempontok figyelembevétele a protokoll szakmai hitelességét és etikai megalapozottságát egyaránt erősítené.

7. Referenciák:

1] NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. NICE guideline [NG157], 2020.

[2] BOA – British Orthopaedic Association. BOA Position Statement on Access to Surgery, 2023.

[3] AAOS – American Academy of Orthopaedic Surgeons. Clinical Practice Guideline on the Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee, 2022.

[4] Svensk Ortopedisk Förening (Swedish Orthopaedic Association). Guidelines for elective joint replacement and BMI thresholds, 2021.

[5] Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Empfehlungen zur elektiven Endoprothetik bei Adipositas, 2020.