

Láttelelet

HUNGA-COORD
SAJTÓIRODA



HUNGA-COORD

Postacím: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Telefon/fax: (06-26)-316-659 e-mail: lattelelet@elender.hu

szaklapjaink: OrvosVédelem Hungary
Láttelelet Katedra

Teljeskörű Egészségügyi Kommunikáció

Reklámügynökségi szolgáltatások

- Grafikai tervezés, előkészítés
- Médiatervezés
- Médiavásárlás
- Internetes promóció

PR szolgáltatások

- Sajtótájékoztatók, rendezvények lebonyolítása
- Folyamatos PR
- Szponzorációs stratégia kidolgozása és kivitelezése
- Saját szaklapunkba ingyenes elhelyezés

Szakfordítás, tolmácsolás: angol, német, svéd, orosz, lengyel, görög anyanyelvi szinten

XLIV. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2000. 1. szám

A magyar egészségügy ügye: nemzeti ügy. A magyar egészségügy ügye - remélhetőleg immár rövidtávon - európai ügy. Ezt valamilyen megfogalmazásban mindenki elismeri, vagy megelégedően árnyalt szövegkörnyezetben, kénytelen - illendőségből - elismerni. Eljátszódhatunk a gondolattal, hogy melyik a fontosabb, de ez már veszélyes játék. Más törésvonalak mentén okozhat fájdalmas sebeket. Ez már a tragikus magyar történelem szülte magyar lélek sajátja. Ne ezt feszegessük hát. És pláne ne azt, hogy a magyar egészségügy lehetne-e minden magyar egészségének ügye. Bizony messze vagyunk mi ettől az ideális állapottól is. Hallatán érdekek gerjesztette érzékenységek horgadoznak. Érdekek? Kényszerek? Nyomorúságos helyzetünk.

A mentőcsónak utasaiként nézegetünk egymásra, magyarok. Kit áldoznánk fel elsőként? És senki sem arra figyel, hogy a lélekvesztő sebességét fokozva, mielőbb felkiálthassunk: föld! Egy nép egészségi állapota - ha azt a WHO ismert definíciója szerint értelmezzük - csak részben függ magától az egészségügytől. Világszerte vita van arról, hogy ez 7, 11, 20, vagy esetleg több százalék. Elméleti vita ez. A dolgok összefonódnak, hiszen számos más - befolyást gyakorolni képes - tényező kell ahhoz, hogy a maga százalékával az egészségügy egyéb területek vonatkozásában érvényesíthesse áldásos hatását. A számok világa lehet megdöbbentő, figyelemfelhívó, meggyőző, de a valóság ennél összetettebb, összefonódóbb. Az egészségügy ott van a bajok olcsóbbnak bizonyult megelőzésénél, és a drágábbnak bizonyult végén is, a következmények megoldásá-

nál. Ott van éppen úgy, ahogy jelen van a drágasága miatt egyre ritkább születés és a drágasága ellenére egyre gyakoribb magyar halál perceiben. Végig a kettő között, kinek-kinek adatott sorsa szerint, fel-felbukkanva.

MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY 2000

Gondolataim a tizedik, egyben a századik, és ezredik év végén

Jelentősége tehát

Mégis a vad globális törvényeinek engedve, a stratégiai rangsor kitaszítottjaként tengődik. Jeles gondolkodók állítják, hogy világszerte erősödő tendencia az egészségügy és az orvosi hivatás tekintélyének tudatos lejárata. A magyar valóságban jártas, már sorolhatja is magában azt, hogy a magyarországi (tudatosan nem írok magyart) média, mekkora igyekezetet tesz eleget ennek az elvárásnak. Közben azonban áthallatszik már az előttünk járók por-tájáról, saját remélt jövőnkől, egy másik hang is. Ez a hang azt jelzi előre, hogy a jövő ezred első évszázada már nem a bankvilág százada lesz. Nem a teljesítmény nélküli, pénzügyletekből szerezhető nyereség időszak. Ezzel szemben részben a tudás évszázadát vetjük előre, másrészt - illetve konkrétan - a felemelkedést

garantáló oktatás és az egészségügy felértékelődésének korszakát emlegetik. Micsoda és mekkora nyomás az, amely felvilágosult vezetőket arra kényszerít, hogy ezeket a tényeket ne vegyék figyelembe? A „nincs forrás” érv

MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY 2000

Gondolataim a tizedik, egyben a századik, és ezredik év végén

egyszerű magyarázat lehetne. El is hinnénk a ránk zúdított és a magunkra szabadított gondok közepette. Csak-hogy: van ágazat, melyre úgy látszik nem érvényes ez a száraz és megfellebbezhetetlennek tűnő érv. Ez az ágazat pedig nem tartozik a jövőbelátók által prognosztizált legfontosabbak közé. Inkább nevezhető retrográdnak, amely ma még - tagbaszakadt és visszataszítóan kigyúrt testével - felénk tornyosul. Bankszektornak nevezik. Magabiztos, kihívó, pimaszul csillogó. Miközben fölényesen nevet az egészségügy filléreire osztzkodó rabszolgák tülekedésén és egyben örömmel nyugtázza - imitt-amott talán ösz-tönzi is - a valaha bérfeszültségnek nevezett, gyarló, kicsinyes irigykedést, fel sem merül egy másik, - sokkal kézenfekvőbb - feszültség lehetősége. Az egész életét hivatásának áldozni köteles,

orvossági egészségügyi és az illatos bankfiúk fizetése közötti tízszeres differencia. Mindezekre már hallom is a rövid és gúnyos vá-laszt: demagógia! A hivatalos felelősök válasza-inak nyilai ott sorakoznak az oldalukon fityegő aranyos tegezben. Pedig tudjuk, hogy ez a de-magógia a valóság! Amiként minden, ami élet-hű, a giccs gyanújába kerülhet, úgy himbá-lózik a demagógia élesen tartott kardja, az élet nyers igazságainak kimondása felett. Mi hát a kiút? Úgy látszik még nem termeltük ki harcosainkat. Nem tudjuk hol vannak a küzdelemre felkentek. Ha odavetett kis koncainkon ma-rakodva, a minket páholyból néző-ket szolgáljuk, sőt szórakoztatjuk, nem is lesznek ilyenek. Miközben hi-vatás és eskü emlegetésével zsaroltatunk meg arcátlanul, miközben az anyagi romlás okozta elkerülhetetlen morális zuhanás vámszedői leselkednek ránk, elfelejtjük: a hivatás és az eskü nem arra kötelez, hogy önmagunkat felélve vigyük a megelőzni és gyógyítani képes szakmát a biztos pusztulásba, hanem arra, hogy annak gyümölcseit mindenkorra garantáljuk népünknek, nemzetünknek. Ez pedig arra int, hogy a napi munka mellett, minden erővel és esz-közzel harcoljunk annak feltételeiért is. Ha az egészségügy valamennyi résztvevője - félretéve a szűkös források elosztása feletti marakodást - képes lenne egy emelkedettebb gondolkodásra, felcsillanhatna a remény. Akkor - ismét vissza-térve egy már használt hasonlathoz - hivatásunk lélekvesztőjének utasai sem egymást falják fel, hanem földet érve elmondhatnák, hogy átmen-tették a generációkon keresztül őrzött és most ő-rájuk bízott, legnagyobb kincsét, a csakis és egye-dül általuk hasznosítható tudást.

- Dr. Szász István T. -

HEMOPHILIA 2000
WORLD CONGRESS
Montreal
JULY 16 - 21, 2000

website: www.wfh.org
XXIV INTERNATIONAL CONGRESS OF THE WORLD FEDERATION OF HEMOPHILIA

Organizáció: WORLD FEDERATION OF HEMOPHILIA
Helyszín: Montreal, Quebec, Kanada
Közvetítő: Magyar Hemofil Társaság
Szerkesztés: Magyar Hemofil Társaság

XXIV International Congress of the World Federation of Hemophilia Congress Secretariat c/o Events International Meeting Planners Inc.
719 Square Victoria, Suite 300, Montreal, Qc, Canada H2V 2J7 Tel: (514) 384-0453 Fax: (514) 384-0266 E-mail: info@eventsintl.com

A Hemofilia Világszövetség kilencedik kongresszusa (Montreal 2000) július 16-21.)

Napjainkban zajlik azon Hemofiliában szenvedő betegek kártérítési pere, akik - még 1986-előtt - a vérkészítmények által Hepatitis fertőzést kaptak. Ennek apropóján gondoljuk, hogy hasznos lehet M. Rosenberg' és P. Molho: Az Erőszakmentes Kommunikáció Központja, Reigolds - Svájci' és a Cochlin Kórház Hemofília Központja Párizs' - Franciaország tanulmányának folyamatos közreadása.

A betegellátók erőszakmentes (empátiás) kommunikációja

Az erőszakmentes vagy empátiás kommunikációs tréning célja, hogy megkönnyítse az információáramlást, ami az emberek hatékony együttműködéséhez és a fennálló ellentétek sikeres feloldásához szükséges. Ilyen tréningeket széles körben alkalmaznak az egészségügyben, ahol a betegekkel való kommunikáció és a csoport tagjainak együttműködése alapvetően fontos a kezelés hatékonysága szempontjából. Az egészségügyi ellátók kommunikációs képességeinek kiemelkedő a szerepe, a krónikus betegek - mint például a hemofiliások - ellátásában. Mindazon nehézségek mellett, amelyek a betegség krónikus voltából fakadnak a betegek és a betegellátók közötti viszonyt drámaian súlyosbította a HIV fertőzés, sok, máig fájó sebet mindkét félben. Közleményünk célja, hogy rámutasson arra, milyen módszerekkel tudnák feldolgozni érzelmeiket mind a betegellátók, mind pedig a betegek, hogyan tudnák helyreállítani a hatékony együttérző és egymást kölcsönösen elfogadó kommunikációt. Kulcsszavak: erőszakmentes kommunikáció, együttérző kommunikáció, empátia együttműködés, konfliktusok feloldása. A kommunikáció az orvos, illetve a többi betegellátó munkájának legfontosabb része, amit vagy egyáltalán nem, vagy csak minimális mértékben tanítanak az orvosi, illetve az egészségügyi képzés során. A kommunikációs képességeknek különösen fontos szerep jut a krónikus betegségek, - így például a hemofília - esetében, ahol a beteg és az egészségügyi ellátó csoport kapcsolata többnyire életreszóló. Az ilyen krónikus betegségeknek nagyon nehéz megtalálni azt a törekvő egyensúlyt, ami a nagyon közeli, már-már a kezelést akadályozó viszony és a túlzott távolságtartás között van.

A vérkészítményekkel a HIV fertőzés rendkívül károsan befolyásolta az orvos-beteg kapcsolatot. Számítalan érzés között, amit ez a dráma

okozott: a beteg részéről a leggyakrabban a *haragot*, az orvosok részéről pedig a *bűntudatot* kell megemlétenünk. Tovább rontja a helyzetet, hogy ezeket az érzéseket a Szóban forgó felek gyakran nem mondják ki és több, mint 10 évvel a fertőzés után sem a betegek, sem a betegellátók helyzetét nem sikerült orvosolni. Még rosszabb a helyzet azokban az országokban ahol még mindig folynak az eljárások, s ahol az orvosokat „mérgezésben való bűnrészesség” miatt perelik. Ezek kemény szavak, fokozzák az orvosokban a félelmet és a haragot. Ráadásul az ismeretlen veszélytől való félelem, például a még nem azonosított kórokozók által átvitt fertőzéstől való félelem, vagy bármi egyéb kezeléssel kapcsolatos szövődmény miatti félelem jelentős mértékben nyomasztja az orvosokat, megijeszti és bizalmatlanná teszi a betegeket. Mindezek tetejében minden nagyobb intézményben jellemző, hogy konfliktusok keletkeznek a betegellátást végzők körében, s ez gyakran a dolgozók elfásulásához vezet.

A fentieket szem előtt tartva, megpróbálunk választ kapni arra, hogy hogyan lehetne helyreállítani a bizalmon alapuló viszonyt a betegek és az egészségügyi ellátók között a betegek optimális ellátása érdekében. A közelmúltban a Lancet (1)-ben megjelent egy vezércikk „Orvosi empátia - fontos ez?”- címmel. A cikk szerint nem engedhetjük meg magunknak azt, hogy ne törődjünk az empátiával. Bizonyított, hogy az orvosi empátia fokozza a betegek elégedettségét, javítja az együttműködésüket, továbbá segíti az orvosokat a helyes diagnózis felállításában és a megfelelő kezelésben. Tapasztalataink szerint az empátia fokozza az orvosok elégedettségét is, fontosságuk tudatát, és munkájuk örömeit. Ezenfelül Levinson és Beckman kimutatta azt is, hogy az empátiás viselkedést tanúsító orvosokat lényegesen kevesebbszer perelik be. Ennek ellenére egy felmérés, amely körzeti orvosi rendelőkben készült és videofelvételeken, valamint az ottani dokumentáción alapult, azt mutatta, hogy az orvosok ritkán tanúsítanak empátiás viselkedést, s emiatt a betegek úgy érzik: nem értik meg őket. Ebből következik, hogy olyan képzésre van szükség, ami az orvosokat és a betegellátókat alkalmasra teszi arra, hogy együttérzéssel viseljenek betegek iránt.

- Hemofília 1999. -

(A szerkesztőségbe érkezett, hazai szerző kommunikációval kapcsolatos cikket a 12. oldalon olvashatják - a szerk.)

QUO VADIS GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS

1999. november végén tartotta ötödik szakpolitikai konferenciáját a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete a budai Flamenco Szállóban.

Az 1995 decemberében létrehozott egyesület negyedik éve küzd az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok egzisztenciális és szakmai érdekeinek védelméért. Hangsúlyozzák, hogy tevékenységük a gyermekek és a hazai gyermekorvosok érdekeit szolgálja. Idézik **Soltész Gyula pécsi professzor néhány megjegyzését. Ebben arra figyelmeztet, hogy a hazai gyermekgyógyászat helyzete az utóbbi évtizedben meggyengült. Ennek oka pedig nem csupán a gyermeknépesség ismert és sajnálatos csökkenése, de a szakma ártétegződése is, melyben különösen a városi és megyei körházi ellátás került veszélybe. Hangsúlyozza, hogy a gyermekgyógyászat érdekképviselete is veszített súlyából. Még egészségügyön belül sem ismerik fel az ágazat stratégiai jelentőségét.**

Ezen gondolatok mentén elmélkedve vetette fel a kérdést az egyesület vezetősége, illetve a szervezőbizottság: Quo vadis gyermekorvosi alapellátás.

Az egyesület küldött közgyűlésén belső ügyeivel foglalkozott. **Dr. Huszár András** elnöki beszámolót tartott az évi munkáról, **dr. Molnár Zoltán** az Ellenőrző Bizottság jelentését mondta el. Ezt vita követte.

(Terjedelmi okokból a fontosabb gondolatsorokat vagy vitákat közöljük. Azokról a kérdésekről, amelyekben a résztvevőktől bővebb anyagot remélhetünk, csak érintőlegesen tájékoztatunk - a szerk.)

Első blokk: „Egymás között”

Üléselnök: **dr. Huszár András**, moderátor: **dr. Kádár Ferenc**, meghívott vendégek: **dr. Hargittai Mária főosztályvezető - Egészségügyi Minisztérium**, **dr. Molnár Ilona országos tisztifőorvos**, **dr. Riesz Tamás egyetemi tanár, OALI főigazgató**, **dr. Verebely Tibor egyetemi tanár - SOTE I. sz. Gyermekklinikája**, **dr. Harmath György főigazgató**, **Madarász utcai Gyermekkorház**, **dr. Nemes János gyermekkarodiológus, újságíró voltak.**

Dr. Kádár Ferenc felszólalásában felhívta a figyelmet arra, hogy a mai gyermekpopuláció a jövő felnőtt populációját jelenti. A színvonalas ellátásra igény van, a lakosság „megindult” a gyermekorvosok felé, de nehézzé azok betelepülése a rendszerbe. Az önkormányzatok általában nem igyekeznek gyermekkorházakat létrehozni, inkább - akárcsak a felnőtteket ellátó háziorvosok -, az MSZSZ tevékenységét támogatják. Az ellátásnak ez a módja a körházi osztályoknak is jobban szolgálja érdekeit, mert kevesebb a definitív ellátás. Rossz a gyermekorvosok PR-tevékenysége. A továbbképzéssel is inkább a családorvosi tanszék kezdtek foglalkozni, kevésbé a gyermekorvosi tanszék.

Dr. Hargittai Mária elismerte, hogy a gyermekorvosi ellátásnak számos rendezetlen kérdése van. Elmondta, hogy a minisztérium csak rendezői szereppel bír és nem óhajt sommás megállapításokat tenni. Kérte, hogy hozzászólását a végén folytathassa.

Dr. Molnár Ilona igen közvetlen, ugyanakkor szuggesztív stílusban adta elő érzelmi töltetű sem mentes, de tárgyilagos véleményét. Aláhúzza azt a tényt, hogy a magyar házi gyermekorvosi szolgálat világszínvonalon van. Kiállt amellett, hogy a túlzott nyugatra tekintéssel badarságokhoz vezethet, ha Magyarországra erőltetik annak tapasztalatait. Nagyon sok függ a politikai szándék-

tól. Egyszer ki kell, hogy mondják magas szinten is, hogy a gyermek ellátásnak az alapellátásban döntő szerepe van. Világosan elemezte azt, hogy kik a feladat ellátásának szereplői és kinek mi ebben a dolga.

Az önkormányzatok csak általában kapták a feladatot, a törvény nem mondja ki, hogy specializálással kell ellátniuk azt. Tisztességes önkormányzat a legmagasabb színvonalat próbálja biztosítani. Sajnos itt merül fel az emberi tényező negatív hatása: a kártyák féltése. A lakosság öntudatra ébredése e téren egyelőre nem valószínű. Kérdés, hogy az érdekek egyeztetése az önkormányzattól vajon elvárható-e? Az állam a kereteket biztosítja csupán. Irányítás, szervezés, ellenőrzés a feladata. A teljesítményfinanszírozás túldimenzionálását rémálomnak nevezte. Meggyőződését fejezte ki, hogy az orvosok többsége most is becsületet munkát végez.

„A fejkvóta rendszer sem visz jó irányba - mondta. Toldozunk földözünk, de a fejkvóta nem követi az inflációt és mindenki a maradék kártyák őrzésén munkálkodik. Szóba se jön, hogy például a gondozást szorzóval honorálják.”

A jelenlegi úton haladva a nagy körzetek nem csökkennek le az ajánlott 1500 főre. A szakmának meg kell szerveznie a külső minőségellenőrzést és azt számon kell kérni. A szakfelügyeletet meg kell fizetni. Ha az alapkérdésekben konszenzus születik, mindenki megkapja a felelősségét és tudja mi a dolga.

A szakmának támogatni kell a politikai döntéshozókat a döntések meghozatalában. A kamarai vélemény nem ad okot elragadtatásra. Az elvekből kell kiindulni, s ezt követhetik a pénzügyi döntések. Elmondta, hogy a liberalizált piacnak ellensége. A korlátozott piac keretei között kell jól megtalálni a lólatok helyét. (Mi lenne, ha például nem adnák ki a gyermekek utáni pénzt csak akkor, ha van gyermekorvos? Durva dolog, de miért lenne elképzelhetetlen?) A főorvos asszony határozott kiállása igen pozitív visszhangra talált a hallgatóságban.

Dr. Riesz Tamás a tőle megszokott vidám és anekdotázó keretbe foglalva mondta el fontos gondolatait. Kiemelte az eltelt 5 év eredményeit a szakmai színvonal emelkedése terén. Hangsúlyozta, hogy amint létrejött az Alapellátási Intézet, négy gyermekgyógyászt hívott be annak vezető munkatársai közé. Az alapellátás jól látja el kapuór szerepét. A gyermekellátásban a csökkenő gyermekszám és a magas ágyszám ellentmondását emelte ki. Külön fontosságot tulajdonított a továbbképzésnek, ami belterjesen nem mehet. Hangsúlyozta, hogy meg kell találni a helyes utat a továbbképzés megfelelő fórumai felé.

Dr. Verebely Tibor azt emelte ki, hogy társadalmunk nem gyermekközpontú. A képzés is ezt tükrözi, hiszen Angliában a háziorvos képzése 7 évig tart és ebből csak a gyermeksebészetre 6 hónap jut. Nem vonta kétségbe az egzisztencia féltés jelenlétét. Azt is megállapította, hogy ha az alapellátás nem olyan jó, akkor az ágykihasználás javul. Az ágykihasz-

nálás elve nem jó, nem tudni belőle, hogy ki dolgozik jól. Inkább a minőségben kellene javítani, mondta.

Felhívta a figyelmet, hogy a klinikák igenis, már régebben megindították a továbbképzéseket. Sokan el is jönnek, sőt vidékre is elviszik programjaikat. Főleg Győrbe, ahová - utóbb kiderült -, veszprémiek is átjárnak. Ebben a munkában felajánlotta a partnerséget az OALI-nek.

Dr. Harmath György számadatokkal és táblázatokkal igazolta állításait, melyszerint Budapesten, miközben a házior-

vosok száma nő, a házi gyermekorvosoké csökken vagy stagnál. A kormegoszlás a szakma előregedését mutatja. A fővárosban a többség 45-65 év közötti. Rövidesen 45 fő pótlása válik szükségessé. Hogyan? A nagy körházi gyakorlattal rendelkező kollégák száma is fogyóban van. Hangsúlyozta, hogy a gyermekkorház más mint a többi. Itt a kihasználtságot, egyéb követelmények miatt, nem lehet 65 százalék fölé vinni.

Dr. Nemes János úttal mint sajtószakértő beszélt. Megjegyezte, hogy az ágazat PR-tevékenysége nem megfelelő. Maga a sajtószabadság is hézagossá válik hazánkban. Az objektív információ nem jut el mindenkihez. Ma több mint 160 egészségügyi lap van.

A hatalom 10 éve ugyanazon hibákat követi el. Hallgatás, elhallgatás, nem meghallgatás, interjúadás megtagadása. Ez arrogancia. „A vitalközös kötelesség” - mondta. A sajtótörvény válaszadásra kötelezi őket. A bonni államtitkárok heti két alkalommal állnak a sajtó rendelkezésére. Nálunk a válaszadás ha meg is történik, gyakori a konfabuláció. Az újságírók is mélyítik az előítéleteket. Igen gyakran felkészületlenek, felszínesek. Rosszul fizetettek, diktatúra alatt dolgoznak, úgynevezett híryomás alatt dolgoznak. Inkább téma a műhiba vagy egy csodadoktor. Nem járnak utána a híreknek. Megszűnt az oknyo-mozói attitűd. A házi gyermekorvosok rosszul lobbyznak, visszavonultak. A törvényekben és rendeletekben is alig említik a házi gyermekorvost. De fellelhető a gyávaság is „jobb a békesség” jelszóval. Végül minden-

kit kommunikációra kért. Használják ki sajtóbeli kapcsolataikat. Ha tudnak írjanak, és lobbyzzanak testületileg is.

Dr. Hargittai Mária kijelentette, hogy a kérdéseket a köztisztviselő alázatával fogja közelíteni. Kiemelte a első beteg-orvos találkozás fontosságát a gyermekpopuláció szempontjából. Pontokba tömörítette mondanivalóját.

1. Mit akar a szakpolitika? Az egészségügy dinamikus alakulást. A reform szó tulajdonképpen nem jó. Gyermekorvosra és védőnőre mindenkor szükség lesz. Kiemelte, hogy a szakmai érdekképviselet, önmagához képest itt fejlődött a legtöbbet.

A cél az esélyegyenlőség. Három évtizeddel ezelőtt csak városban voltak gyermekorvosok. Utána szerveződték meg az MSZSZ. Közben még egy demográfiai hullám is lezajlott. Sajnos ott ahol kevés a gyermek ma sem remélhető körzet kialakítása.

2. Hogyan tovább? Kell-e az MSZSZ? Ki hajtsa végre? A kórházból jönnek? Erről szakmán belül kell dönteni az érdekeket artikulálván. A politika akkor tudja felvállalni a megoldást, ha konszenzus született.

3. Hangsúlyozta, nem tudja, hogy a kórházakban sok-e a gyermekorvos. Meg kell találni a helyes választ, amit a finanszírozási vitában képviselni lehet.

4. Amikor 7 milliárd forint felhasználásáról van szó, meg kell nézni, hogy mi ennek az egészségnyeresége. Ki kell dolgozni a jó megoldásokat. Minden rendszerváltáshoz szükséges egy konszenzus. Új körzetek is befogadhatók, de a területnek kell igényelnie ezt. Meg kell keresni az önkormányzatot. Ha kell, a politikát is segítségül kell hívni.

5. Meddig gyermek a gyermek? Ez is kimondottan szakmai kérdés. Valószínűleg 14 és 18 év között dől el egyénenként, helyzetenként. A kórház minden esetben a gyermeket gyermekosztályon kezeli.

6. Talán a továbbképzést tartja a legfontosabb kérdésnek. Általában - mint kiderül -, mindent szakmailag jó megfogalmazni és bizonyítani. Fontosak a minőségi mutatók is.

7. Kiemelte a sajtó fontosságát. Elmondta, hogy nem zavarja, ha egy kérdést több oldalról világítanak meg.

8. A kapacitástörvény változása várható.

9. A fekvőbeteg ellátás lehet túlzott, érdemes foglalkozni azzal, hogy az alapellátás hogyan fogadja az onnan kitűnő kollégákat?

10. A gyógyszerárak kérdésében sok a negatív visszhang.

11. Az ügyeleti rendszer továbbfejlesztése céljából felmérés készül.

12. Végül megjegyezte, hogy az önkormányzatokkal kapcsolatos konkrét gond merül fel, személyesen is hajlandó segíteni.

gyelmet arra, hogy átlagosan minden két körzetben ott van egy harmadik, gyermekkorház létesítésének lehetősége. Egyik hozzászóló azt szorgalmazta, hogy ahol van gyermekorvos, ott a felnőtt háziorvos ne fogadhasson el gyermekkorházat, más azt hangsúlyozta, hogy elég az MSZSZ.

Dr. Kálmán Mihály elmondta, hogy a továbbképzés tavaly óta már euroconform és lesz pontértéke is. Verebely professzor arról számolt be, hogy terveik szerint nem lesznek megalázó vizsgák, hanem kérdőíveket küldenek ki. Ezekre több hónap után kell válaszolni. Aki válaszol, az egyben utána olvas, tehát eleget tesz az önképzés követelményének.

Dr. Papp Béla tájékoztatta a jelenlévőket arról, hogy van olyan negyvennégyezer lakos feletti település, ahol nincs gyermekorvos.

A konferencián az is szóba került, hogy a felnőtteket ellátó orvosoknak rendezett továbbképzőkön is szép számmal vettek részt gyermekgyógyászok.

A panaszok közt említésre méltó volt az, amely a máshol bejelentkezett gyermekek eseti ellátással való kezelését feltételezte több háziorvosnál.

A második blokk címe, amely a házi gyermekorvos-védőnő együttműködés aspektusait foglalta magába: „Jövőre veled ugyanígy”

Üléselnök: **dr. Újhelyi János**, moderátor: **dr. Kálmán Mihály**, meghívott vendégek: **Bognárné Várfalvi Mariann egészségfejlesztési szakreferens - Egészségügyi Minisztérium**, **dr. Molnár Ilona országos tisztifőorvos** és **dr. Komáromi Zoltán MOK titkár.**

Dr. Újhelyi János a címben felvetett kérdésre adott először rövid és tömör választ: „Természetesen igen.”

Néhány gondolat az elhangzottakból: A folyamatosan zajló változások óvatosságra intenek. Elkészült a védőnői szolgálat új stratégiai terve és megszületett a praxisjog törvénye is. A tevékenység nemzetközi szinten is kiemelkedő helyen áll. 40 éves együttműködés eredménye ez. Cél, az eddigi eredmények megtartása és javítása. A HGYOE célja a pontos helyzetfelmérés, a hivatalos kapcsolatfelvétel, a rendszeres megbeszélések és a konszenzusra törekvés. Felmérések szerint az esetek 80 százalékában az orvos-védőnő közösen, egy helyiségben dolgozik. A védőnők nagyon gyakran kényszerülnek arra, hogy egyszerre több orvossal is dolgozzanak. Sok a gond és a probléma, a jogszabályok hiányosságai, a koncepció hiánya, az alacsony bérezés stb. A meglévő rendeletek közül 55 foglalkozik a háziorvosokkal, 19 a házi gyermekorvosokkal és 17 a védőnőkkel. Sok a végrehajtási bizonytalanság.

Bognárné Várfalvi Mariann kiemelte, hogy nemzetpolitikai célkitűzésről van szó. Informatív jellegű volt az a tájékoztatás, miszerint a közeljövőben a gyermekjóléti szolgálatokhoz történő integrálás nyomán a gyermekorvos és a védőnő közös munkáját a szolgálat koordinálja.

(Folytatás a későbbiekben - a szerk.)

- Dr. Szász István T. -

„NEM TUDJUK MI A CSOPORTPRAXIS, DE SZÜKSÉG VAN RÁ...”

IV. CSOPORTPRAXIS KONGRESSZUS AZ ORVOSI EGYÜTTMŰKÖDÉSI FORMÁKRÓL

1999. október 28-án a Nagyvárad téri SOTE díszteremben, ismét a MOTESZ rendezésében, tartották meg a IV. Csoportpraxis Kongresszust, az orvosi együttműködési formákról. A kongresszus fővédnöke dr. Gógl Árpád egészségügyi miniszter volt. Idézet a meghívóból: „A Csoportpraxis '98 Kongresszus 1998. szeptember 18-19.-én 3. alkalommal került megrendezésre. A kongresszus egyértelműen megállapította, hogy a csoportpraxis modellkísérletek eredményesek voltak, az egészségpolitika fontos kérdéseire adhatnak reális választ. Az eddigi munkának volt értelme és a továbblépés érdekében a kongresszus ismételt javaslata a vállalt célkitűzések megvalósítását.” A kongresszus moderátorául dr. Kincses Gyula kormány-főtanácsadó kérték fel.

Dr. Fodor Miklós miniszteri biztos, előadást tartott *Háziorvosi privatizáció és csoportpraxis* címen, majd őt követte dr. Rainer Hess, a Német Pénztári Orvosok Szövetségének főigazgatója. A kerekasztalvita jelenlévő résztvevői dr. Fodor Miklós miniszteri biztos, dr. Gyöngyösi Pál dunai városi orvosigazgató, dr. Hargittai Mária az Egészségügyi Minisztérium munkatársa, dr. Kúhonya Pál ajkai főigazgató főorvos, dr. Matejka Zsuzsanna ügyvezető igazgató, dr. Sinkó Eszter tudományos főmunkatárs és dr. Somlai András egészségügyi szaktanácsadó voltak.

Dr. Fodor Miklós előadásában a csoportpraxist, a járóbeteg szakellátás privatizálásával egyetemben, megoldásként aposztrofálta egy forrásigényes rendszer véges orvos eltartó képességének javítására. Hangsúlyozta, hogy az orvostársadalomnak tudomására kell hozni az érdekek közösségét. Elmondta, hogy nem csak az alapellátás privatizációját tekinti feladatának és szívügyének. Hosszú távon az egészségügyi markáns privatizációt akar kitüntetetten az alap és járóbeteg szakellátásban.

Dr. Reiner Hess főigazgató alaposan dokumentált előadásában a német tapasztalatokkal próbálta meggyőzni a jelenlévőket. Kiderült, hogy ott sem döntheti el senki önmaga, hol és mikor akar elhelyezkedni. A szabadabbá vált praxist ki kell írni. Az eladási ár felső határát az orvosi kamara rögzíti. Az emelkedő költségek nyomása ellen jönnek létre az összefogások és ezek jelentős megtakarítással képesek működni. Az orvosok elszámolása ezt követően is egyéni marad. Mintegy 6000 orvos klinikákkal is együttműködik. A csoportpraxis apróbb hátrányait kiegyenlíthető, 5-10 százalékos finanszírozási pluszt kapnak. Az egyéni és csoport praxisok egyébként azonos szolgáltatásokat biztosítanak.

Ami a praxisok létesítését illeti, megjegyezte: országrészenként változó, hogy mi az előnyösebb, praxist alapítani vagy kész praxist átvenni. Ez utóbbi a keleti tartományokban kifejezetten előnyösebb. A csoportpraxisba való belépést központilag támogatják és honorálják.

A 2000-re tervezett reformot nem várják egyöntetű lelkesedéssel. Sokan remélik, hogy nem vezet be. Egyébként náluk 40 százalék

általános és 60 százalékos szakorvos dolgozik. A biztosítottaknak chip kártyájuk van és ezzel bárhol megkaphatják a kívánt szolgáltatást. A szakorvosok felé direkt utak is vannak. Az orvosok maguk próbálják a konkurenciát kiiktatni, a különféle kooperációs modellek segítségével.

A biztosítók a praxisszövetségekbe mintegy be-vásárolják magukat.

HOZZÁSZÓLÁSOK

• **Dr. Kincses Gyula** moderátor Hess doktor előadása nyomán azt emelte ki, hogy egy demokráciában is kiderülhet: nem elég a piac. Külső szabályozással is be kell avatkozni. Egy más gazdasági rendszerű ország ismerős panaszaitalálkozunk. Szerinte nem arra kell törekedni, hogy megtaláljuk a csoportpraxis definícióját. Hagyni kell fejlődni és a gazdaság racionalitása, illetve a szakmai együttműködés igénye fogja kialakítani a végleges formákat. Megtudtuk, hogy az első modellek az Amerikai Egyesült Államokban alakultak ki. Náluk jelentős társadalmi nyomás észlelhető ellene, a gazdasági szempontok dominanciája miatt. Az orvosok által megtakarított pénz 25 százalékát a menedzsment rendkívül magas fizetési vizszi el. Ott is bevásárolják magukat a kasszák ezekben a csoportokba, és nem szokás orvosokat kimazsolázní.

- Egy hozzászóló éppen arra hívta fel a figyelmet, hogy nálunk nem lehet a folyamatot egészen szabadjárá engedni, mert már jelentkeznek a kimazsolázási és túlzottan gazdaságcentrikus tendenciák. Szomorú, hogy a finanszírozásról nem hallani. Az anyagi és a szakmai érdekek nem szabad, hogy szembekerüljenek egymással.

• **Dr. Fodor Miklós** megjegyezte, hogy vannak elképzelések a struktúraváltásról. Előttünk van azonban az amortizáció megkerülhetetlen kérdése.

• **Dr. Kincses Gyula** felhívta a figyelmet arra, hogy nem a finanszírozás, hanem a gazdasági teljesítmény az a pont, ahol az okokat keresni lehet.

• A következő hozzászóló arra figyelmeztetett, hogy ez a szervezési forma is érdekeket érint. A kórházak nem érdekeltek benne. Egy a hallgatóság soraiban ülő szakértő ekkor jegyezte meg, hogy ebben az osztályvezető főorvosok erős, ma még legerősebb lobbyja lehet a legfőbb ellenérdekel.

• **Donkáné Verebes Éva** az OEP képviselőjében volt jelen. Hangsúlyozta, hogy a csoportpraxis mibenléte még a világon sehol nincsen megfogalmazva. Nagyon fontos jellegzetessége, hogy az eszközök általa, közel kerülnek a betegekhez. Nyílt szavakkal ecsetelte a hazai helyzetet. Olyan a finanszírozásunk, hogy annak alapján nem lehet előre gondolkodni. A felszabaduló eszközt azonnal elveszik, a nyereség nem marad ott. Pedig mint azt dr. Fodor Miklós mondta, a megelégedett orvosok jelentőségét nem szabad alábecsülni. A finanszírozónak különösen nem.

Dr. Kincses Gyula itt engedelmet kért, hogy kilépjen a moderátor szerepköréből és megjegyezte: nem cél, hogy minden műszert bevigyük a praxisba. Azt kell nézni, hogy mi az olcsó. Egyes szakmák, egyes tevékenységek kerülnek a csoportpraxisba, s nem költözik oda az egész szakma.

• **Donkáné** a továbbiakban arról beszélt, hogy a modellek gyakorlati problémákkal küzdenek. Nem végleges elszámolás szerint, a 600 milliós költségvetés mellett 20 milliós nyereség keletkezett. A százhetvenzert tervezett létszámot egyes vélemények szerint még negyvenzerttel kellene bővíteni.

• **Dr. Kúhonya Pál** ajkai igazgató főorvos szerint az értékelendő, hogy az atomizálódott orvostársadalomban, a szakmán belül megindult egy kommunikáció.

Megjelent a nyereséggel kapcsolatban az ellenvélemény is. Dr. Matejka Zsuzsanna szerint ebben az esetben a megtakarítás nem nyereség. Ezt más kasszák területére kell átnedni.

• **Dr. Kincses Gyula** feltette a kérdést: biztosak vagyunk e abban, hogy minden rovaton megtakarítást kell elérni? Arra is felhívta a figyelmet, hogy a hatékonyság és a minőség nem konkurálnak egymással.

• **Dr. Fodor Miklós** is hangsúlyozta, hogy olyan helyzetről van szó, ahol belső tartalék nincs. Lehetőségünk egyhármada a legszegényebb nyugatinak. Spórolni itt csak a humán erőforráson lehetne. Tehát nem a megtakarításról, a nyereségről kell beszélni, hanem a plusz forrás biztosítása kell, hogy legyen a cél. Új források kellene!

• A moderátor megjegyezte, hogy a menedzsment nem pazarol. Hiszen Hess úr is elmondta, hogy magasak a menedzsment költségei. Inkább ott kell kutakodni, hogy a forrásokat arra használják-e, amire kell?! Ebben lehet tartalék.

• **Dr. Somlai András** egészségügyi szakértő a betegutak átlátásának jelentőségét említette meg. Beszélt annak a veszélyeiről, amit a praxisok kapacitásszabályozása és a praxisszám rendszerbemerítvő hatása jelenthet.

• **Verebes Éva** hangsúlyozta, hogy a magyar egészségügyben a finanszírozás nem piaci mód. Fodor Miklós miniszteri biztosnak válaszolva megjegyezte, hogy nyereség igenis képződhet, de annak a rendszeren belül kell maradnia és az ellátást kell, hogy javítsa.

• **Sinkó Eszter** tudományos főmunkatárs szerint a politika felelőssége, hogy a kísérletet vigye végig.

• **Dr. Hargittai Mária** jelezte, hogy év végén a tapasztalatokat összesítik. A két év eredményeit megfogalmazzák. (Nem lesz könnyű.)

• **Dr. Balogh Gábor**, a MOK Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei elnöke megjegyezte, hogy itt tulajdonképpen egy finanszírozási modelltől van szó. (Részletes véleményét megküldi lapunknak - a szerk.)

• **Dr. Kincses Gyula** szellemesen jegyezte meg: „Nem tudjuk mi a csoportpraxis, de szükség van rá.”

• **Fodor doktor** arról is beszélt, hogy az OHI három modellt ajánlott fel a betegellátás moni-

torozására. Ezt kellene kipróbálni, szülő és csoportpraxisokban. A morbiditásról, s annak soráról adatok kellene.

• A csoportpraxis tulajdoni kérdéseiről beszélve Donkáné megjegyezte, hogy a TSZCS-k esetében a szeged-környéki gazdák nem a tulajdont vitték be a közösbbe, hanem a használatot.

• **Kincses doktor** is megfogalmazta ezt. Gazdasági és nem vagyoni közösségről van szó.

A rendezvény után lezajlott folyosói beszélgetéseken kialakult véleményekből is közvetítve néhányat, meg kell állapítani, hogy a hallgatóság szerint itt nem az általunk eddig vitatott csoportpraxissról, hanem egy finanszírozási modelltől volt inkább szó. A kísérleti modellek, az egész zárt kassa elkülönített 2 százalékából működnek. Tehát a kassa nem egészen zárt. Persze ahhoz képest, hogy az többször is „ki-felé” lyukadt ki, ez a belső - csak részben plusz - „átfolyás”, melyről még azt is lehet mondani, hogy érdekeinket szolgálja, kevésbé tragikus. A kezdeti ígéretekkel azonban ez is csak sántítva egyeztethető össze. A funkcionális privatizáció kezdetekor deklarált zárttság már régen a múlté. Részben ravasz trükkök, részben csendes és általunk átláthatatlan manőverek tették illuzórikussá.

Minthogy nem esett szó az elmúlt évek során emlegetett és vitatott horizontális és vertikális csoportpraxisokról, azokról a formákról, melyeket kezdeményező-készséggel megáldott szak- és háziorvosok maguk is létrehozhatnának, a rendezvény szünetében az OEP jelenlévő képviselőjétől azt is megkérdezték, van-e mód ilyen kezdeményezésre. A válasz határozott „NEM” volt. A „folyosó embere” felvetette azt is, hogy egy, a kísérletben szereplő modell elterjedése, nagymértékben korlátozhatja az orvosi függetlenséget, melyet ma már bizonyítottan az anyagi előnyök elé helyez a háziorvos társadalom többsége. Emellett a globalizációs híreket hallva, felmerülnek olyan félelmek is, hogy ez a modell annak is szálláscsinálója lehet. Jó lenne tehát, ha majd erre is kitérnének - lehetőleg megnyugtató magyarázatokkal - a kiértékelésekben.

Az idő végessége, mint annyi más hasonló kongresszuson, nem tette lehetővé a vita teljes kibontakozását, a közös gondolkodás és a kapott válaszok, valamint az ezután kidolgozásra kerülő ajánlások azonban minden bizonnyal előbbre vitték az ügyet.

- SZIT -

Gondolatok a Csoportpraxis 99 konferencia kapcsán



Dr. Balogh Gábor

Már a konferencia meghívója furcsa volt, mivel a korábbi csoportpraxis modell kísérletek egyike sem szerepelt a résztvevők között. A konferencia csalódást okozott. Olyan érzésem volt, mintha a felkért résztvevők nem tudnának mit kezdeni a kérdéssel, ezért évek óta beszélnek róla érdemi előrelépés nélkül. Néhány szót az előzményekről.

2 éve az akkori Népjóléti Minisztérium cso-

portpraxisok létrehozására pályázatot írt ki. A pályázat révén létre is jött négy csoportpraxis, de a kezdeti ígéretekkel szemben a létrehozott csoportok a TB részéről működési finanszírozást nem kaptak. Ennek ellenére helyi lehetőségeiknek megfelelően mind a négy csoport különböző szakellátási tevékenységeket alakított ki és működtetett. A múlt évi konferencián beszámoltak tevékenységükről és kérték, hogy működési finanszírozás mellett optimális modell működést alakíthassanak ki.

Ezt követően Gógl miniszter úr javaslatot tett az OEP akkori főigazgatója felé a csoportpraxisok befogadására. A minisztérium koordinátora által vezetett team javaslatot is dolgozott ki a finanszírozás mellett működő csoportpraxisok monitorozására. Azonban erre nem került sor. Ellenben az Egészségügyi Közlönyben megjelent a rendelet, ami meghatározta a praxis közösséget és az ennek alapján létrehozandó csoportpraxis jellemzőit. A négy csoportpraxis modell egyike sem felelt meg teljesen a feltételeknek, így finanszírozási befogadásra nem került sor. Bár az előző kormányzat idején indították a modelleket, mégis a jelenlegi kormányzat érdeke is lenne, hogy ne hagyja félbe ezeket, hanem megfelelő feltételek biztosítása mellett folytassa majd, megfelelő értékelés után vonjon le következtetéseket a modellek használható-

ságáról. A fent említett konferencián az előadók szót sem ejtettek a korábbi csoportpraxis kísérletekről. A kerekasztal a jelenleg folyamatban lévő „optimális betegutak” című founholding projektekről szólt.

Fontosnak érzem kiemelni, hogy a csoportpraxis lényegileg nem finanszírozási mód, hiszen a csoportpraxis finanszírozható tételes elszámolás vagy fejkvóta szerinti módon is.

A csoportpraxis: privatizáció révén létrejövő, ambuláns ellátást preferáló betegellátási szervezési forma.

Ennek lényege, hogy a jelenleg önkormányzati tulajdonban lévő kórház rendelőintézeti típusú, ambuláns szakellátást, a háziorvosi praxisokhoz közelített és azokkal szorosan együttműködő magánszakrendeléseké váltják ki.

Ez a konferencia sem adott választ az évek óta halogatott kérdésre, miszerint az egészségpolitika eldöntötte-e végre, hogy a csoportpraxis követendő szakellátási forma-e vagy sem. Megítélésem szerint ez a kérdés már sokáig nem halogatható és túl mutat néhány modell finanszírozásán. A szűkös egészségügyi források kényszerítik ki a költséghatékony szerkezetet alakítás megkezdését. Tőlünk tehetősebb államok is az ambuláns ellátások bővítésével reagáltak az egészségügyi költség robbanására. Az orvosok egzisztenciája szempontjából is

Figyelem!

A Paraszolvenciamentes Gyógyításért Közhasznú Egészségügyi Alapítványra 1999. tárgyévben törtéző felajánlásokat a *Látalelet* és az *Orvosvédelem* szaklapoknak költségtérítéssel törtéző eljuttatására - az alapítványi célnak megfelelően - használtuk fel. A felajánlásokért ezúton mondunk köszönetet.

Adószám: 18041332-1-01
Számlaszám: 10403112-31112712-00000000

nagyon lényeges kérdés, hogy kényszerű építések során kerülnek ki a szakorvosok a kórházakból, vagy megtervezett módon az ambuláns ellátókapacitások bővítése révén önálló szakorvosi praxis megteremtésére kapnak lehetőséget és ezek által váltható ki kórházi kapacitás. A csoportpraxis modellekben közreműködők meggyőződése, hogy a csoportpraxis forma egy ambuláns dominanciájú ellátó rendszer sikeres vonulata lehet, ha a helyi viszo-nyokra optimálisan kialakítva jön létre.

- Dr. Balogh Gábor ügyvezető -
Medi-son csoportpraxis Nyíregyháza



Dr. Cser Ágnes

JELENTÉS A LAM KLUBBÓL

Alsó szinten - felső szint

Második helyre a tevékenységek bővítését helyezte: elmondta, hogy elsősorban a **képzés és továbbképzésben** játszott szerepüket akarná bővíteni.

Beszélt arról, hogy a miniszterelnöknek a költségvetésről írt levelét Frajna államtitkár úrnak is elvitte és vele megbeszéléseket folytatott. 174 ország életminőségét vizsgálva igen rossz bizonyítványt kaptunk és a velünk egy sorban lévő reformországok mind előttünk voltak ezen a listán. Gázsó Ferencre hivatkozott az egyre nagyobb méreteket öltő esélytelenségről beszélve. Az állampolgárok 4/5 része él ebben az állapotban.

Azoknak, akik azt kérdeznék, hogy miért vállalta ezt a megbízatást, ezeket mondta: hiszek a valódi jogállamiságban, a demokratikus állam működésében és elképzelhetetlennek tartom, hogy olyan országban éljek ahol a gazdasági hatalom egy 5 százalékos kisebbség kezében van, s a politikai hatalmat is ők birtokolják.

A kérdésekre adott válaszok és apró eszmecserék, szópárbajok során is felbukkantak érdekes gondolatok és információk. Az elnökasszony a Frajna Imre államtitkárrel folytatott tárgyalás során felvetette az egészségügyből történt 14 milliárdos elvonás visszapótlásának kérdését. Az Országos Intézetek túlmunkájához is fedezetet javasolt betervezni. A 3 százalékos lécpítés kapcsán a túlterhelt dolgozókra újabb többlet munka hárul. Ezt nem tartja elfogadhatónak. Elmondta, hogy a sajtóban 35 százalékos struktúra felesleget emlegetnek az egészségügy terén. A kiemelten kezelt védőnői program sem kapta meg a szükséges támogatást.

Az önkormányzatok és az OEP nem tudnak fedezetet biztosítani a költségvetés helyett a tervezett feladatokra. A kormány hozzáállását a fellélesség alóli kivonulásnak minősítette. Hangsúlyozta, hogy nem más ágazatok rovására akar változtatást, de ez a költségvetés így nem maradhat.

Mihályi Péter volt államtitkár-helyettesével beszélgetve, azt a gondolatot vetette fel, hogy kell húzni egy vonalat és az egészségügy problémáját, „holnapról másként oldjuk meg”, legalább 5-6 évre tervezzék. „Ne gondolkodjunk kormányokban”. Az előző kormányzat súlyos hibája, hogy nem tette be a kétharmados törvények közé az állampolgárok szociális jogait. Innenlő kezdve ez „toldozás-foldozás”. „A jelenlegi jogalkotási rendszerrel pontosan tudom, hogy semmit nem lehet elérni. Pedig utolsó utáni pillanatban vagyunk. Változtatni kell.”- mondta.

A dr. Vojnik Mária országgyűlési képviselővel folytatott eszmecsere során került szóba, hogy még 12 százalékos forrásemelés sem lenne elég a kívánt állapot eléréséhez. Nem megfelelő a kapcsolat az intézményi menedzsment és az önkormányzatok, illetve az intézményi menedzsment és alkalmazottak között sem. Apró alkukra van csak lehetőség, a bármilyen

áron való bérharcot mégsem tudja elfogadni, ezért fontos együttműködni a szakmai érdekképviseletekkel. Tudomásul kell venni, hogy a szakszervezetek leértékelődtek, fel kell tenni a kérdést, hogy mit nyújt a szakszervezet, vonzó e tagnak lenni? A szakszervezet ágazati jellegű és más ágazatokkal csak sajátos együttműködés lehetséges. Esetünkben a tagság erkölcsileg zsarolt helyzetben van, de nem tud elképzelni egy l'art pour l'art érdekérvényesítést.

Dr. Kökény Mihály kérdései között érdekes volt a **közalkalmazottiság és teljesítmény finanszírozás** közötti elentétre vonatkozó. „Tűnjön el a teljesítményfinanszírozás vagy a közalkalmazottiság kereteit oldjuk fel?” Válaszában Cser Ágnes azt hangsúlyozta, hogy a beteg aspektusából két dolog fontos: részeseüljön valamilyen ellátásban és az őt ellátó munkacsoport rendelkezzen megfelelő feltételekkel azért, hogy figyelni tudjon erre az ellátásra. A leggazdagabb és legjobb egészségügy sem engedi meg magának, hogy folyton mindent előlől kezdjen másfél évenként, és az amit más talált ki neki nem jó, számolatlanul költve erre a milliárdokat. A Bismarki emlékü rendszerhez passzolt a közalkalmazotti struktúra, azért mert valaki Amerikában járt nem kellett volna ezt a struktúrát tönkretenni. Nem ért egyet az amerikanizálódással. Minek minden évben valamit úgy megváltoztatni, hogy az többé kerüljön mint előbb. Adott feladat betöltésének struktúrája egészségpolitikai kérdés és szakminisztériumi feladat. Ennek üzemeltetését törvény írja elő. Nincs szinkronban a struktúra és az üzemeltetés.

Mihályi Péterrel azt tisztázta, hogy a struktúrát a minisztérium hozta létre az igények adta ajánlások alapján. Ezt az OEP készen kapta. Az OEP nincs monopól helyzetben. Nem az OEP dönti el, hogy kit fogad be a struktúrába. Nincs jogalkotási joga és nem ő dönti el, hogy kivel köt finanszírozási szerződést. Az állam még nem halt el. A helyzet ez és a törvény a közgazdász is kötelezi. Csak a törvényhez tarthatjuk magunkat. „Csináltak volna más törvényt” mondta és Antal Józsefet idézte a „csináltak volna forradalmat” megjegyzését parafrázálva. Elmondta, hogy annak idején a feladatok 98 százaléka átment az önkormányzatokhoz és nem tudják ezeket teljesíteni, mert nem kaptak hozzá forrást. El kell dönteni, hogy kiengedjük-e az ellátókat, vagy mint közalkalmazottakat becsüljük meg őket.

Az **ágyzámcsökkentés** vad buta piaci magatartásnak minősítette. „Nem tanácsolom egy politikusnak sem, mondtam, hogy az ellátórendszer ottalölje egy ócska piaci magatartásnak. Az ellátó előbb-utóbb munkanélküli lehet, ha így lökik ki a rendszerből majd beteg lesz és visszajön a rendszerbe mint ellátandó.” Összefoglaló válaszában is megismételte annak jelentőségét, hogy az ellátó kapja meg a megfelelő megbe-

csülést és munka közben ne a gázszámlájára gondoljon. Nevetségessnek minősítette az alkalmazott pontrendszereket. Felhívta a figyelmet az ország tagoltóságára. (Budapest, Nyugat és Kelet-Magyarország)

Dr. Kökény Mihály a mai közalkalmazottiságtól való ellépés szükségességét említette. Cser Ágnes válaszában a **közalkalmazottiság** megtartását azért ítélte fontosnak, mert ha az állam felel az ellátásért, akkor legyen módja azt kontrollálni.

A továbbiakban felmerült annak a kérdése is, hogy nem biztos, hogy minden szakszervezeti tag közalkalmazott akar lenni és az ő érdekeit is képviselni kell. A válasz: „**el kell választani az egészségpolitikát az érdekvédelemtől.**”

Belső László azt kérdezte, hogy kinek volt szüksége kire? A mozgalomnak egy főtisztviselőre vagy a főtisztviselőnek a mozgalomra. Cser Ágnes tagadta, hogy azt mondta volna, legyen minden egészségügyi közalkalmazott. Csak arról beszélt - mondta -, hogy van egy **ideális munkavállalói állapot** és egy **ideális betegellátotti állapot**. Ugyanakkor adva van egy kényszerállapot. A kettő közötti út megtevéséről szól a történet. Alkalmazotti helyzetben könnyebb lenne kezelni a folyamatot. A kényszerállapot azonban valamilyeni partnerrel együtt kell kezelni. Arról is elhangzott hozzászólás, hogy a **vállalkozói szféra** is igényelne szakszervezeti képviseletet.

Cser Ágnes hangsúlyozta, hogy nyitottak és a vállalkozók érdekeit is képviselik, elmondta, hogy a vállalkozói réteg fizet be a legkevesebb járulékat és veszi igénybe a legtöbb szolgáltatást, ráadásul a fekete piacon is ez a vásárlóképes réteg...

Az erős eszközök igénybevétele dolgában azt kell mérlegelni, hogy mit ér ez az eszköz. Önmagáért a sztrájkért nem kell ezt az eszközt alkalmazni. Az ország nyilvánossága tudni fogja, hogy melyik tárgyalásnak mi volt az eredménye. A kormány nem engedte alkalmazni a jogilag megengedett eszközöket, ennek ellenére a jog által megengedett magatartás fokozatait fogják alkalmazni.

- Az egyik szakszervezeti vezetőnél elmondta, hogy vezető jelöltet kellett keresni, azért gondoltak Cser Ágnesre, mert olyan ember kellett, aki a jog eszközeivel tudja keresni az okokat. Hangsúlyozta, hogy a sztrájkról nem mondtak le. A szakszervezet nem enervált, de az orvostársadalom nem állt ki mellettük. Ezért nem lehetett sztrájkolni úgy, ahogy az Európában teljesen szokványos. Magyarország ebben is heterogén. Budapest sztrájk barát a vidék inkább ellenzi. Okuk van féltetni - a munkahely hiány állapotában - sovány állásaikat. Ezután a közlőgő csődök lehetőségét vázolta.

Cser Ágnes ismét hangsúlyozta, hogy nyitott, nyugat-európai szakszervezet akarnak lenni és nem csak a közalkalmazottaké. Nem csak a mindenkori hatalom ellenfelei, ha-

nem egy **tudásbázis** óhajtanának lenni. Igénybe fogják venni a nemzetközi csatlakozások lehetőségeit is. Ha kell ismertté kell tenni, hogy itt csak deklaratív szinten működnek a demokratikus rendszerek.

- Ezután Gerő Gábor számolt be érdekes adatokról. Arról beszélt, hogy a magyar egészségügynek nem az az alapvető baja, hogy mi a struktúra, hogy van vagy nincs privatizáció, hanem az, hogy az egy főre jutó egészségügyi kiadás annyi amennyi. A rendszerváltásnak az egészségügy a legnagyobb vesztese. Még az sem igaz, hogy nincs megtermelve az a pénz amiből többet kaphatnánk. A termelékenység jelentősen emelkedett és azok aki ezt csinálták, nem-hogy kaptak volna belőle, de további veszteségeket szenvedtek. Ha nincs egy biztonságos egészségügy és egy színvonalas tanügy, akkor az ország leszakad. Ezt bizonyította az olaj országok példája. Ahol a plusz jövedelmet egészségügyre és oktatásra fordították, a válság után is szinten maradtak. Ahol a hadsereg költötték, azok lesüllyedtek. Termelékenységünk az OECD országokénak a 40 százaléka a kapott bér ugyanakkor a 11 százaléka. Minket nem a bankrendszer fog előrevinni, hanem a jövő században egyre fontosabbá váló **egészségügy és tanügy**. Nyugaton kezdnek erre rájönni. Amikor a sztrájkról beszélünk, fel kell tenni azt a kérdést, hogy van-e jogunk alacsonyabb színvonalon szolgáltatni? A finn nővérek 5 hónapos sztrájkjuk után háromszoros fizetéssel tértek vissza a munkába. A társadalom nem fordult szembe velük.

A továbbiakban arról is szó esett, mennyire értelmetlen 2-3 százalékokért sztrájkolni. Felmerült a források bevonásának reménytelensége és az, hogy a nyilvánvaló belső pazarlást mégis csökkenteni kell.

Cser Ágnes figyelmeztetett arra, hogy az Unió egyik fő gondja a munkanélküliség. Ezt figyelembe kell venni. Figyelmeztetett arra is, hogy nem csak a bérpolitikáról van szó, hanem ebből a bérből a családreprodukcióra sem kerülhet sor. Erkölcsei zsarolás, hogy az egészségügyi dolgozó nem sztrájkolhat. A törvény nem írja sehol azt, hogy: kivéve az egészségügyet. Az erről szóló beszélgetés egy ócska politikai trükk. Az EDDSZ oktatni akar. Ismerjük a jogait. Azt az ágazatot lehet eltaposni, amelyik nem ismeri a jogait. Információáramoltatás, felvilágosítás és konkrét jogérvényesítés, ez a feladat. Az hogy tiltakozás esetén a beteg érdeke ne sérüljön, már csak megoldás kérdése. Tarthatatlan a helyzet. Példáit hozott fel, ezúttal a szociális ágazatból, ahol egy idült elmebeteg ápoltra több pénz jut mint az öt ápolóra.

Az utolsó kérdés: hisz abban, hogy a kormányzattal a költségvetés ügyében az ágazat érdekében valamilyen konszenzusra tud jutni.

- Jó dolog hatalmon lenni, felelte Cser Ágnes. Ami most zajlik 98 nyara óta, az elképzelhetetlen. A köztisztviselőkkel a bánásmód nem jogállami. Hogy a saját szövetségeseikkel miként bánnak, az majd a szavazatokban fog megmutatkozni néhány év múlva. Nem tudom - mondta - lehet, hogy ez így jó?! Akkor 30 évig fognak kormányozni.

- SZIT -

HULLÁMOK HOSSZÁN

A Kossuth Rádió 16 óra című kedvelt műsorában is volt alkalmunk az egészségügy gondjainal találkozni.

Dr. Sirák András, azóta híressé vált cikkéről (Az öreg halász és a ? Velencei tó) beszéltek. A cikk megcáfollhatatlanul igazolja, hogy finanszírozásunkban milyen képtelen aránytalanságok léteznek, s ebből valamit a közvélemény is megértett.

A riportert az alkalmából szakminiszterünket is faggatta:

- Dr. Gógl Árpád elmondta, hogy ő „egy árán fizetett rendszerrel” álmodik. Jövőre ebbe az irányba szeretne előrelépni. A magyar költségvetés évente 800 milliárd körüli összeget

konzolidál, s ha hozzávesszük a 3-4 százalékos évi mínszt, akkor megtudhatjuk, hogy évente 1300 milliárddal többet költünk mint amennyi van.

- A továbbiakban a lobbyzástól kérdezték a minisztert. A kérdésben elhangzott, hogy egyes hírek szerint három minisztérium fog kapni többletet, ezek között azonban nem szerepel az egészségügy.

Válaszában a miniszter elmondta, hogy jövőre érdemi változás nem lesz. Ez a kérdés eldőlt! „Kritikus év után vagyunk. Más nem várhatunk” - mondta. „Talán még reménykedhetünk, hogy részesedük az egészségügy a dohányjövődékből, esetleg egy, az édességekre kivetett adótöbbletből.”

A riportert összeg megjelölését kérte.

Dr. Gógl Árpád megemlítette, hogy a mezsgye, amelyért küzdeni lehet, igen szűk. Néhány tíz

milliárdról lehet szó. A közös igény 650 milliárdot is meghalad. Az egészségügy ebből mindössze 100 milliárdra tartott volna igényt. A lakosságot havonta megkérdezik, hogy a tárcákat fontossági sorrend szerint, hova sorolják. Az egészségügy általában az élen szerepel. Ha a valós helyzetet nézi, akkor a tárca a közepes alsó határán mozog.

A miniszter a menesztésének és családottságának hírével foglalkozó kérdésekre elmondta, hogy sem ő, sem a miniszterelnök nem gondoltak arra, hogy változás lenne szükséges. Ugyanakkor nem állíthatja, hogy ez az év nem volt nyomasztó. Tudja azonban, hogy olyan területre lépett ahol kiírható: „*ki itt belépsz hagyj fel minden reménnyel.*” - A nagyhatású cikk ismertetése és a beszélgetés alatt és után hallgatói telefonok érkeztek. Ezek közül négy került ismertetésre.

- Az első telefonáló szerint az orvosok felháborítón sokat keresnek, telik abból a 10 000 forintba.

- A második szerint ezért a helyzetért nem csak az OEP hibás.

- A harmadik telefonáló szerint a miniszter dolga nem az, hogy siránkozzon az ország pénzügyi helyzetén, hanem az, hogy lobbyzzon a tárcá érdekébe.

- A negyedik telefonáló felháborodva mesélte, hogy őt 7 éve nem látta orvos, mert nem tud fizetni! Ezért ez alatt egészségi állapota sokat romlott.

Ez a négy telefonmondat, kötetnyi tanulmány megírását is indokoltá tenné. Olvassa át őket ismét a kedves olvasó és gondolkozzon. Úgy érzem felesleges minden kommentár.

- SZIT -

A Pfizer amerikai gyógyszergyár 1996-ban kutatás sorozatot kezdett három amerikai nagyvárosban: Philadelphiában, San Franciscóban és Tampában arról, hogyan kezelik a nők partnerkapcsolatukat/házasságukat, ha társuknak merevedési zavara van? Hogyan beszélnek erről partnerükkel, miképpen befolyásolják őt az orvos felkeresésében? A felmérésében 55, harmincöt év fölötti nő vett részt, egyéni mélyinterjúkban és 10-12 fős, moderátor által irányított fókuszcsoportokban.

*

Dragon Erika, a Pfizer képviselőjében, ismertette a felmérés eredményeit. Kiderült, hogy a nők a merevedési zavarnál csak a depressziót, a szorongást tartották súlyosabb, az életminőségüket negatívabban befolyásoló tényezőnek. Még a meddőség is hátrébb került a sorban, a menopauzával járó tünetekről az elhízásról, az álmatlanságról nem is beszélve. Tévhitek is felbukkantak a betegséget illetően:

„A partneremnek merevedési zavara van, a szokásos tíz perc helyett mostanában feleannyi

Merevedési zavar ahogyan a nők látják

ideig tart az erekciója. Korábban naponta, most csak hetente egyszer élünk házasságot.”

A kutatás adatai szerint a merevedési zavarban szenvedő férfiak és partnereik a probléma kezelését illetően jól elkülöníthető magatartás-mintákat jelenítettek meg. Mindenekelőtt a betegséget elismerők, illetve azt tagadók különíthetők el. Akik szembenéznek a helyzettel, ezen belül választhatják a megoldás keresését vagy a beletörődő magatartást, amikor is a partnerek lemondanak a kapcsolat szexuális oldaláról, s inkább más jellegű, például kulturális együttlétekben keresnek örömet.

1998-ban hazánkban 653, harmincöt év feletti beteget kérdeztek meg, akik elszánták magukat a megoldás keresésére, kiderült: 38% saját, míg

35% a partnerével közösen hozott döntés alapján kereste fel az orvost. Az európai adatokban a közös döntés aránya mintegy 60 százalékos, van még tehát tennivaló a nők részéről, társuk motiválásában.

A másik, jól elkülöníthető csoport a betegséget tagadóké. Kerülik a szexuális együttlétet, a problémát a szőnyeg alá söprik. Mindez elfojtáshoz, frusztrációhoz vezet, a partnerek egymást okolják. A megalázó helyzetekből a felek sokszor új kapcsolatokba menekülnek. Mindezek következtében a kapcsolat visszafordíthatatlannul tönkremegy. Ha nem is következik be szakítás, a partnerek pszichésen mindenképpen súlyosan sérülnek, hiszen a férfi úgy érzi, nem képes megfelelni társa elvárásainak, a nő ké-

telkedik vonzerejében, vagy szégyelli magát, büntudatot érez partnere állapota miatt. Holott a nőnek nem szabad magára vennie a felelősséget ezért, ugyanakkor tudnia kell, hogy megértő, támogató, elfogadó viselkedése rendkívül sokat segít a megoldásban, amelyhez azonban okvetlenül szükség van orvosi, pszichológusi segítségre is! Mindenképpen kerülni kell az olyan negatív megnyilvánulásokat mint: „Már hozzám se nyúlsz!”, „Ne kezdj olyanba, amit nem tudsz befejezni!”, stb.. Imre és neje - akik vállalták a nyilvánosságot -, a pozitív példa. A fiatalember motorbalesetet szenvedett, melyért csigolyatoréssal, gerincvelősérüléssel, deréktól lefelé bénulással, férfiereje elvesztésével fizetett. A probléma őszinte megbeszélése, az orvos és a pszichológus segítségével olyan eredményes volt, hogy a házaspár gyermeket tervez.

Kettner Anikó klinikai szakpszichológus rendelésén egyre több a fiatal, huszonéves páciens. A szakember rámutatott, hogy az élet bármely területén elszenvedett kudarcok okozta stressz, vagy a túlzottan nagy motiváció (nászéjszaka-effektus), valamint a partner iránti érdektelenség egyaránt csökkentheti az erekciót. Már a kudarc gondolata - „a múltkor sem sikerült” - kialakíthatja a negatív visszacsatolást. A férfi sokszor rosszul ítéli meg partnere elvárásait: saját teljesítményényszerét vetíti ki rá. Ismeretes az olyan helyzet, amikor a lehetőség adott, „nem megy a dolog”, míg ha nincs lehetőség az intím együttlétre, minden további nélkül beáll az erekció.

Akár egyikük viseli a merevedési zavarok okozta pszichés tüneteket, akár mindketten, egyformán érintettek, ezért van szükség párterápiára, melynek halogatása csak a probléma elmélyülését okozza! Legjobb a prognózis akkor, ha stabil a párkapcsolat és akut krízisről van szó. Az eredményességi skálán a következő a jó párkapcsolat krónikus krízissel, majd a labilis érzelmi háttérű kapcsolat együttműködő partnerrel. A sort a nem kooperáló partnerrel rendelkező, labilis párkapcsolat zárja.

A leghosszabb kezelésre, partnerhiány esetén van szükség, mint annál a huszonéves fiatalembernél is, akinek ezidáig sem szexuális, sem érzelmi kapcsolata nem volt. A pszichológus tizenöt éves praxisában szerzett tapasztalata szerint segíthet, ha a nő egy ideig nem erőlteti az aktust. Egy - 10 évig jó szexuális életet élő házaspár építkezésbe fogott. A férfi kimerült, erekciós nehézségeire a felesége sírógörcsrel, jelenetesséssel reagált. A probléma fixálódott, s a pár két év után megjelent a pszichológusnál. A nem megbeszélte merevedési zavar destruktív végkifejletet hozhat, amely önagresszióban, vagy a partner iránti agresszióban nyilvánul meg. A szexuális egészség igen fontos ahhoz, hogy fizikailag és érzelmileg jól érezzük magunkat.

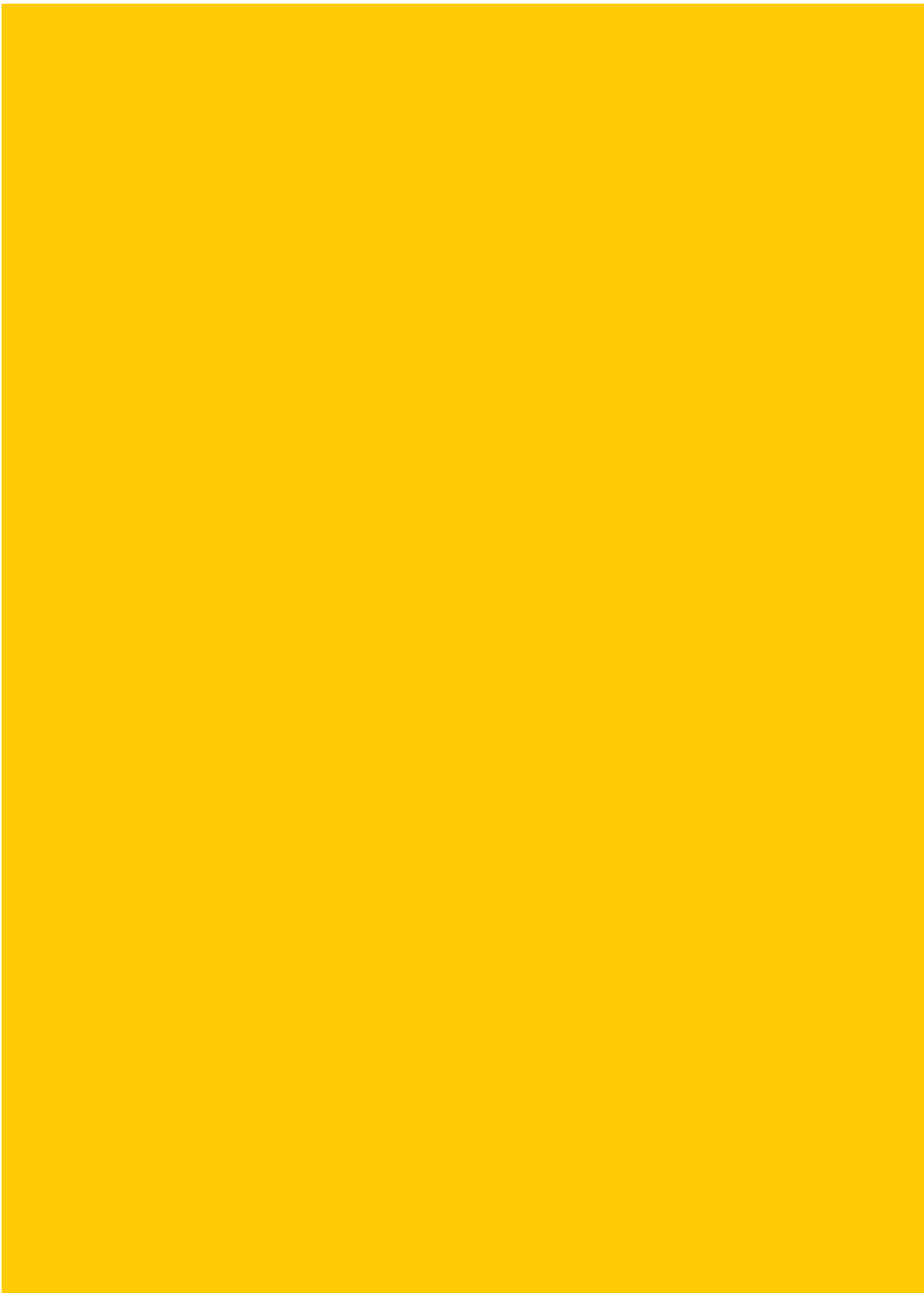
A szexuális életet gátló merevedési zavarról nyíltan beszélni fájdalmas lehet és komoly érzelmi megrázkódtatást is kiválthat a partnerekben, hiszen felszínre kerülhetnek a kapcsolatnak olyan egyéb rejtett zavarai is, amelyekkel szintén szembesülni kell.

Az egyetlen járható út mindennek ellenére a partnerek őszinte kommunikációja!

„Sok még a tennivaló az orvosok részéről is” - fejtegette Dragon Erika -, hiszen a családorvosok nem vesznek fel szexuális anamnézist a hozzájuk eféle panaszokkal fordulókról. Sajnálatosan kevés a szexológus szakorvos is. Az andrológiára szakosodott urológusok azonban már az egész országra kiterjedő hálózattal rendelkeznek. Működik továbbá a Pfizer által szponzorált Dr. Molnár Jenő andrológiai alapítvány is, melyet azért hoztak létre a benne tevékenykedő orvosok, hogy minél több embernek elmondhassák: a merevedési zavar gyakran előforduló betegség, s az esetek túlnyomó többségében sikeresen kezelhető. Az alapítvány a 06/80/20-829-es ingyenes zöld számon fogadja kedden, szerdán és csütörtökön 15-19 óra között a szexuális, illetve merevedési zavarokkal küzdők hívásait - a hölgyeket is, hiszen e betegség mindig két embert érint! Az anonim tanácsadás mellett, a fenti időpontokon kívül automata ad felvilágosítást a merevedési zavar mibenlétéről, okairól, az előfordulását növelő betegségekről és tényezőkről, az orvosi kivizsgálás fázisairól, a gyógyszeres, illetve műtéti kezelés módjairól.

A kemoterápia és a pszichoterápia együttes alkalmazása, s az érintett párok őszinte kommunikációja - egymással és a szakemberekkel - lehetővé teszi a merevedési zavar hatékony kezelését.

- Szádvári Lídia -





Az inkontinencia mindenkit éríthet, nemre, korra való tekintet nélkül. A már jól ismert stressz inkontinencia mellett, egy újabb formájára kívánjuk felhívni a figyelmet.

A hiperaktív hólyag, melyet a sürgető és a gyakori vizelési inger mellett a sürgősségi inkontinencia jellemez, szintén bárkit sújthat. Ugyanakkor a vizsgálatok kimutatták, hogy a az emberek életkorával egyenes arányosan növekedhet kialakulása. A fejlett világban körülbelül 50 millió ember szenved **hiperaktív hólyag** által okozott betegségben.

A **hiperaktív hólyag** esete akkor áll fenn, amikor **naponta nyolcnál többször kell vizeletünket üríteniünk és alkalmanként 2 dl-nél kevesebbet.**

Mind nőket és mind férfiakat egyaránt sújtó **hiperaktív hólyag**-működés annak köszönhető, hogy a hólyag váratlanul összehúzódik a feltöltődés időszakában és ez vezet a vizelési ingerhez.

Felmérések kimutatták, hogy a **hiperaktív hólyaggal** rendelkező embereknek az életminősége jelentősen csökken. A beteg speciális, fizikális és akár szexuális életét is nagy mértékben negatívan befolyásolja.

A kiszámíthatatlanság oda vezet el a betegeket, hogy felhagynak például addig kedves hobbijukkal, sportjukkal, mert a vizelési inger olyan sürgősséggel érkezik, hogy nem tudnak a WC-ig elérni. Nehezen lehet elképzelni, hogy valaki teniszezik vagy bármilyen csapportot űz, és egyszer csak

A hiperaktív hólyag mint az inkontinencia egyik speciális esete

kiszalad a pályáról, eltűnik a WC felé.

A külvilágban való létüket az befolyásolja, hogy hol találunk a lehető legközelebb mellék-helyiséget. Ha például valaki elindul bevásárolni, nem elsődlegesen az jár a fejében, hogy mit kell megvenni, hanem először megtervezi az útját a WC-k elhelyezkedése alapján és csak akkor indul el. A **hiperaktív** hólyaggal rendelkező ember nem valószínű, hogy moziba, színházba vagy koncertekre jár, mert nem tudná zavarán a többi embert az örökös mászkálással.

Ezeknek a betegeknek éjjelente többször kell kimenni pisilni, s így nem tudják teljes mértékben kipihenni magukat, ami aztán a munkavégzésben is akadályozhatja őket. Az sem kizárt, hogy a munkahelyén nem tudja ellátni feladatát. Gondoljunk csak arra, hogy valaki például egy bankban ügyfelekkel dolgozik, esetleg megvárja 45 percet kell a diákok előtt állni vagy éppen pénztáros egy áruházban. Ezek az emberek nem hagyhatják el a helyüket magya-

rátat nélkül és nem is végezhetik ilyen betegséggel rendelésen és kielégítően munkájukat.

A felmérések szerint ezen betegek **életminősége rosszabb, mint számos más krónikus betegségben mint például a cukorbetegségben szenvedőknek.** Természetesen pszichésen is megterheli a beteget annak a tudata, hogy nem tud normális életet élni. Büntudathoz, akár depresszióhoz is vezethet ez az állapot, hisz a beteg kirekesztődik a társasági és munkahelyi életből, fel kell adnia minden közösségi hobbiját, mert nem szívesen vállalja be, hogy neki ilyen problémája van. A probléma csak az, hogy még orvosának sem nagyon akar erről beszélni.

Egy 1998 áprilisában és májusában végzett felmérés alapján* az Európai Unió lakosságának 14 százaléka, azaz 45 millió ember, míg az USA lakosságának 12 százaléka, azaz 30 millió ember találja zavarba ejtőnek a hiperaktív hólyagról, illetve annak hatásáról való beszélgetést orvosával. Ez köszönhető annak,

hogy a vizelési problémákról való beszélgetés, illetve annak bevallása még mindig tabunak számít, valamint az, hogy nincs tudomásuk arról, hogy létezik hatékony gyógyszeres kezelés.

Dr. Matányi Sándor előadásának kivonata:

Ötven év körüli vezető beosztású nő panasza:

„Doktor úr, borzasztó kellemetlen és már-már elviselhetetlen, hogy félóránként ki kell mennem pisilni, néha gyakrabban; ha jön a vizelési inger, azonnal mennem kell, semmit sem tudok várni, különben megtörténik a baleset. Már semmit sem merek inni, állandóan betétet viselek. Leszoktam a dohányzásról, feketekávé sem iszom, alkoholt egyáltalán nem, kerülöm a fűszeres ételeket... Éjszaka forgolódom, többször felkelek vizeletet üríteni, nem pihenem ki magam, állandóan rettegek a bepisiléstől. Egy értekezletet nem tudok végig űlni, a házasságom lehetetlen. Színház, mozi, társasági élet szóba sem jön...”

Fizikai munkát végző negyven éves nő:

„... két műszakban dolgozom, reggel telepakolom alulról magam, folyadékot alig fogyasztok. Ha elkezdem a munkám, 4 órán át felállni nem tudok, közben próbálom a vizelési ingeret elnyomni, de rendszeresen bepisilek és a munkaszünetben teszem magam rendbe. A kolléganőim már szóltak a pisizag miatt. Ha a piacról bevásárolva hazafelé tartok, nem érem el a WC-t, sokszor az ajtóban bepisilek...”

A készletes, sürgősségi (urge) inkontinencia (akaratlan vizeletvesztés) lényege: a hólyag-izom akaratlan kontrakciója következtében megnövekedett hólyagon belüli nyomás meghaladja a húgycső záró nyomasztását, így akaratlan vizeletvesztés jön létre, amely igen erős vizelési késztetésben (urgencia) nyilvánul meg. Két formáját lehet elkülöníteni:

• **Motoros forma:** a hólyag-izom hiperaktív működésű és/vagy akaratlan független urethrális relaxatio, ellazulás, diszsinergia áll fenn

• **Sensoros forma:** enyhébb kórforma, a funkciózavar hátterében gyakran urológiai vagy nőgyógyászati megbetegedés áll: alsó húgyúti fertőzés, idegentest (kő, tumor), hegese-

dések (sérülések, műtétek után), önmagában anatómiai változások is, mint például hólyagnyak süllyedés hólyagnyak funkcionális változást okozhat és előáll az urge inkontinencia képe.

Kezelés:

• A kiváltó ok (ha kideríthető) megszüntetése. Például a hólyaghurut gyógyítása, kő, tumor eltávolítása, anatómiai defektus megszüntetése.

• Tüneti kezelés: hólyag-ellazító gyógyszerek adása.

Az esetek többségében az ok ma még ismeretlen és egyedüli kezelést a hólyagizomra ható gyógyszerek adása jelenti, amelyekkel tünetmentes állapot érhető el. Ezeknek a gyógyszereknek egyre nagyobb hatású és szelektívebb, a szervezet által jobban tolerálható formái jelennek meg. Fontos fűszerszegény diéta, az alkohol, dohányzás, feketekávé mellőzése (izgató anyagok választódnak ki a vizelettel), hólyagtréning, speciális torna.

A készletes inkontinencia gyakorisága:

Hazai országos adatok nem állnak rendelkezésre. A SOTE II. sz. Szülészeti és Nőgyó-

gyászati Klinika Inkontinencia Centrumának (vezető: dr.

Matányi Sándor egyetemi docens) adatai szerint (MOTESZ Urogynecologia I. 1999. 05. 21. Kongresszus) az Inkontinencia Centrumban vizelet-tartási vagy vizeletürítési panasz miatt vizsgáltak inkontinencia típusa: egyik sem 22,7%, stressz inkontinencia 23,2%, urge inkontinencia 17,4%, kevert inkontinencia (stressz/ur-ge) 28,3%, a többi egyéb kategória (enuresis, folyamatos inkontinencia, stb.).

A nemzetközi statisztikák is hasonló megoszlást mutatnak. Mivel a kevert inkontinenciáknál először a készletes kezelése jön szóba, majd a stressz inkontinencia gyógyítása, a kezelendő készletes inkontinenciák aránya (17,4 + 28,3 = 45,7%) meglehetősen magas. Ismert tény, hogy az esetek száma az életkor előrehaladásával egyre nő. Az életminőséget jelentősen befolyásoló népegészségügyi problémáról van szó, amelynek kezelése a társadalomtól komoly áldozatokat követel.

* A Gallup International Association és a Taylor Nelson Sofres 1998-ban végzett el egy felmérést a vizelet-tartási kapcsolatos beteg attitűdről. Európában 1750 (Franciaországban, Németországban, Olaszországban, Írországban, Spanyolországban, Svédországban és Nagy-Britanniában 250 orvos) orvost, míg az USA-ban 250, Japánban 559 orvost kérdeztek meg ezzel kapcsolatban.

gyulladáscsökkentő
mérsékli a congestiót
csillapítja a prostatitis tüneteit

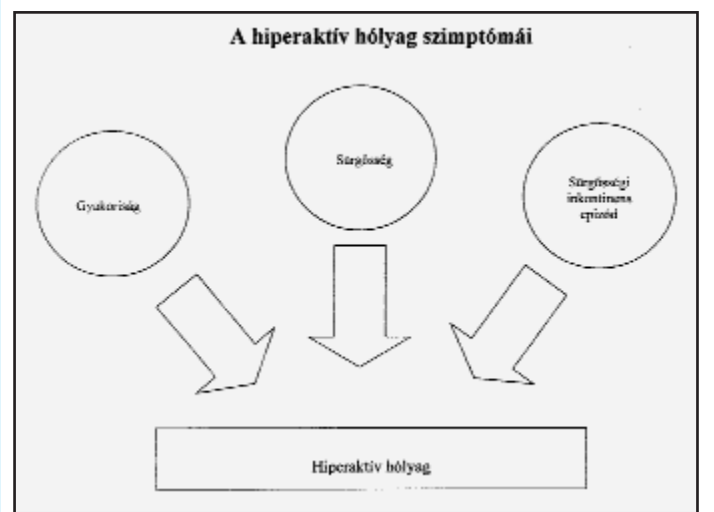
Pollstimol – rozspollen a prostatagyulladás terápiájára

Pollstimol
Rozspollen für die Prostata

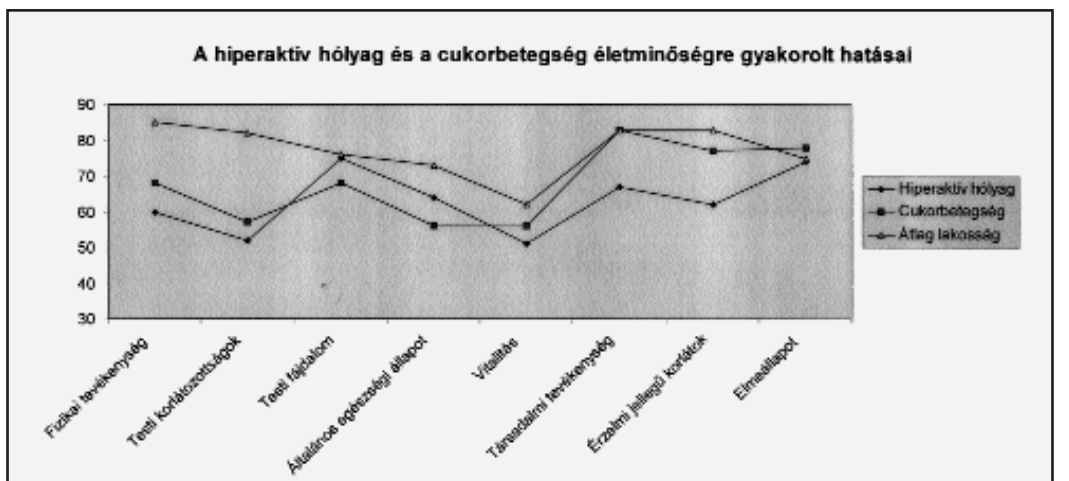
S széles körű vizsgálatok alapján...

A vizeletinkontinencia becsült elterjedtsége

	Felkor	Az inkontinencia gyakorisága (beteg %-a)
Otthon élő nők	15-44	5-7
	45-64	8-15
	≥ 65	10-20
Otthon élő férfiak	15-64	3
	≥ 65	7-10
Intézményben élő férfiak és nők	Bontakodás otthon	26
	Intézet	40
	Kórház	50-70



A hiperaktív hólyag a hólyag feltöltése alatt jelentkező hólyag-összehúzó izom kontrollálatlan összehúzódásával jellemezhető



Az INKO FÓRUM 1996-ban alakult az inkontinencia, a vizeletartási zavarok problémakörének általános összefogására, valamint az inkontinens emberek megsegítésére. A szervezet aktív szerepet vállal mind a gyógyító kollégák, mind a „rejtőzködő” és a már kezelés alatt álló paciensek százezeire, valamint az őket ápoló hozzátartozók támogatásában. Az INKO FÓRUM ingyenesen hívható, anonim telefonszolgálat (INKOLINE: 06/80/630-007) már két éve fogadja inkontinensek, hozzátartozók és az érdeklődők hívását. A betegséggel kapcsolatos alapinformációk szolgáltatásán kívül az INKO LINE fő célja, hogy az érintetteket a betegségüknek megfelelő területeken tevékenykedő szakorvosokhoz irányítsa, ugyanakkor tudatosítsa a ráksűrés jelentőségét is.

A hívások többsége, (61 százalék) Budapestre érkezett, míg a fennmaradó (39 százalék) vidékről. A telefonvonal végén válaszoló szakember szerint a hívások mindig akkor szaporodtak meg, amikor a sajtó közölte az ingyenes telefonszámot. Az adatrögzítés és a statisztikák készítésének érdekében egy erre a célra szerkesztett tesztlapon jegyezte fel a válaszoló orvos a hívó felek legfontosabb adatait. A kérdések a beteg korára, nemére, panaszainak kezelésére, az inkontinencia mértékére irányultak. Az is feljegyzésre került, hogy a telefonáló házi- orvosa értesült-e az állapotáról, hogy szakorvos vizsgálta-e, történt-e urodinamiás vizsgálat, ráksűrés, illetve inkontinenciát célzó kezelés. Hívások érkeztek ezen idő alatt a két és fél éves beteg szüleitől kezdve a 91 éves korú idős emberig. A statisztikák azt mutatják, hogy többségében nők az érdeklődők: a 2123 hívásból 1478 volt nő és csak 645 férfi. Érdekes az életkor szerinti megoszlás is: 633 hívás alkalmával 65 év feletti személy érdeklődött, míg a második legnagyobb korosztály a 18 év alatti, ahonnan 506 hívás érkezett. (A 19 és 35 év közöttiek 228-an, a 36 és 45 kor közöttiek 288-an és a 46 és 65 év közöttiek 469-en érdeklődtek.)

A hívások a legkülönbözőbb inkontinenciában szenvedő emberektől jöttek: enuresis nocturnában szenvedő gyerekek szüleitől, de felnőttektől is, a szülést követően kialakult inkontinenciában szenvedő fiatal nőktől, a változó korral összefüggő vizeletartási zavarokkal küszködő nőktől, idős kori inkontinenciában szenvedő férfiktől és nőktől, valamint alapbetegségekhez társuló vizeletartási zavaroktól, sérüléseket, műtéteket követően kialakult inkontinenciában szenvedőktől. A tapasztalatok szerint az inkontinensek egyharmada első ízben beszélt inkontinens panaszairól, sok esetben annak ellenére, hogy rendszeresen látogatták orvosukat. A betegek kétharmada járt orvosnál és részesült konzervatív, vagy műtéti kezelésben. Elenyésző számban, de előfordultak olyan esetek, amikor nem kísérelték meg megoldani az érintettek vizeletartási zavarát. Sajnos nagyon kis számban történt urodinamiás vizsgálat az inkontinencia tisztázása érdekében. Becslések szerint 350.000 inkontinens ember él hazánkban, de egyes szakemberek szerint ez a szám magasabb, és elérheti a félmilliót is. Összehasonlításként ez azt jelenti, hogy Magyarország második legnagyobb városának, Debrecen lakosságának kétszeresét keseríti meg nap mint nap az inkontinencia.

INKO LINE hívható száma: 06/80/630-007
Kedd: 16-18 óráig, Péntek: 09-13 óráig,
Szombat: 12-16 óráig.

Pályázati felhívás

az egészségügyi- és az egészségünk kérdéseivel foglalkozó újságírók részére, az önkéntelen vizeletvesztéssel, az inkontinenciával kapcsolatos figyelemfelhívó és témakezelő cikkek megírására.

Hazánkban három-négyszázezer ember szenved vizelet- irtési problémája miatt nap mint nap. Az inkontinencia kérdése méltánytalan módon háttérbe szorult mind szakmai téren, mind a mindennapi életben. Pedig ez az állapot alapvetően befolyásolja az illető életminőségét. A szociális korlátok mellett pszichikai terhet is jelent, hiszen az inkontinensek többsége nemigen beszél e problémájáról környezetének, sőt rejtőzködik, szégyelli problémáját. A társadalomban egyre növekvő elszigetelődés még inkább háttérbe szorítja ezeket az embereket, akik inkontinenciájuk miatt kirekesztettnek érzik magukat. Az INKO FÓRUM pénzdíjjal kívánja jutalmazni azt az újságíró,

- aki inkontinens betegek, hozzátartozók és ápolóik vallomása alapján híven mutatja be az inkontinens emberek mindennapjait,
- aki az adott időszakban cikkével felrzza az orvostársadalmat, hogy nagyobb figyelmet szenteljenek az inkontinencia problémájának,
- aki az egészségügyi kormányzat figyelmét felhívja az inkontinenciában szenvedőkre, hiszen a vizelet- irtési problémával járó élettani és pszichés megterhelés egész életüket megnehezíti, illetve
- aki hasznos információkkal látja el olvasóközönségét az inkontinencia kezelésével kapcsolatban.

Az INKO FÓRUM pályázati anyag leadási határideje: 2000. május 1.
Cím: Inko Fórum, 1399 Budapest, Pf.: 701/163
Érdeklődni a (06-1) 428-6685-ös telefonszámon lehet.

A Nemzetközi Gyógyszergyártók Egyesülete (NGYE) meg- 10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

petéssel értesült a gyógyszer- 10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

ideinél még nominálértéken is 10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

mert Magyarország kötelezett- 10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

nisztratív eszközökkel korlátozza 10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

További információ:
Nemzetközi Gyógyszergyártók
Egyesülete, Invcancz Péter
Telefon: 250-4876, Fax: 250-4877
1036 Budapest, Galagonya u. 5.

Ahogy mi látjuk...

„Otthonápolás, otthoni szakápolás, Hospice az alapellátásban” címmel hallhattunk előadásokat az Országos Alapellátási Kongresszus második napjának délutánján október 28-30 között a SOTE Nagyvárad téri Elméleti Tömbjében. A téma nem új, hiszen már évek óta megtalálható az általukalóban lévő magyar egészségügy rendszerében e három szolgáltatási forma, csupán megjelenítésében megfogalmazásában, elérhetőségében és életképességében történnék időről időre változások. Külföldön már közismert és alkalmazott ellátási mód a „drága kórházi ágyak” helyett az otthonápolás, a szakszerű utógondozás és a megváltozott életmódra való felkészítés, amely nélkülözhetetlen része az egészségügyi alapellátásnak. Mi ezt Magyarország közel 5 év távlatából sem mondhatjuk el.

Hallottunk előadást a miskolci Mátyás Gondoskodás Kht. ápolási otthonáról, mely a kórház és a családba visszahelyezés között egy hosszabb-rövidebb időszakot tesz lehetővé beteg és hozzátartozó számára, hogy felkészüljenek az otthon történő ápolásra. Mint tudjuk, az ilyen otthonnak az ápolás a fő funkciója, s mint ilyen, jóval alacsonyabb a költségterítés a TB részéről. Valószínűleg a miskolciak sem tudnának a Mátyási „gondoskodása” nélkül rentábilisan ilyen magas szintű ápolást, gondozást nyújtani ápolójuk részére. Vajon mikor jut el kis hazánk oda, hogy az illetékesek felismerjék eme ápolási forma jelentőségét, szükségességét, s esetleg létrehozásuk módjait törvényileg szabályozzák?

A másik témakörrel a Hospice-ről, különböző megközelítésben hallottunk: a *Szombathelyi Hospice Alapítvány működésének bemutatása: a család szerepe a gyógyíthatatlan betegek ellátása során, a hospice nővér lelke, a hospice ápolás oktatási vetületei az ottani szakápolásban*. A maga nemében mindegyik előadásban a téma iránti mélyesség elhivatottság szólalt meg, egy esetben olyan hangon, mely könnyeket csalt a hallgatók szemébe. Jó tudni, hogy vannak még ezen a pályán olyan értekezők, akiket az egészségügyre oly jellemző

„kiégés” még nem érintett meg. Utoljára, de nem utolsó sorban említésem az otthonápolási szolgálatokról és szolgáltatásokról elhangzott előadásokat. A szolgáltatás számunkra - akik a te-remben ülünk - nem új, hiszen valamilyen formában mindannyian résztvevői vagyunk, csupán a megközelítés és a konklúziók levonásában eltérő a véleményünk. Az bizonyossá vált számunkra, hogy a szolgálatok igen jelentős része tö-rekszik komplex holisztikus ápolás megvalósítására, s mind többen vesznek részt az irányított betegellátás modelljében, amely az alapellátás szintjén új távlatokat nyit beteg és az őt ápolók számára. Nem csak munkánkról, de megemlé- tetésünkről is szó esett egy budapesti betegégedettségi vizsgálat során, valamint egy megyei vezető ápolónő az otthoni szakápolási szolgáltatás hozzáférhe-tőségének és igénybevételenek vizsgálatá kapcsán mondta el negatív tapasztalatait, melyeket sajnálatosan általános érvényűnek tekintett, amellyel a hallgatóság nem értett egyet. Úgyanebből a megyéből egy városi vezető ápoló a team munkáról - a jó együttműködés fontosságáról, az otthoni szakápolási szolgálatok működéséről és kapcsolattartásáról beszélt. Ez után az előadás után kicsit megnyugodhattunk, hiszen azok a kollégák, akiknek a beteg és a mi gondjaink fontosak, s velünk keresik a megoldásokat léteznek és itt vannak ve-lünk, nem a számok tükrében és a paragrafusok soraiban keresik a várt eredményeket. Ahogy mi látjuk... Az elmúlt 3 év szolgálatának eredménye, szükségessége és meg- ítélese még mindig nagyon homogen képet mutat. Talán csak az vizsgálható számunkra, hogy a beteg, akiért vagyunk mindig minden körülmény között vár bennünket. Akkor is, ha MEP ellenőrzést vizsgálunk a nyakára, akkor is, ha orvos megkritikálja a vizitszámokat, ne-talán a hosszabbítást nem rendel el. Ó vár, s tőlünk reméli állapota jobbra fordulását. Egy biztos: vala-mennyien - akik ezen ápolási for-ma mellett tet-tünk hitet - igyekszünk megfelelni az elvárásoknak, új és új követelményeket állítva magunk elé, néha a „lehetetlent” tűzve ki cé-lul.

- György Istváné -

„Itt a halk és komoly beszéd ideje” - Babits Mihály

Megjelent dr. Szabó László „...Ismét beszélni tanuló” című könyve.

Az „...Ismét beszélni tanuló”, című könyv a maga nemében igen figyelemreméltó írás. Napjainkban a könyvesboltok és polcokat elárasztják a különböző orvosi témájú könyvek, amelyek szakemberek által a nagyközönségnek (az ún. laikusoknak) szólnak. Ezek igen hasznosak, de gyakran a megfelelő háttérismeret, összefüggések ismeretének hiányában félrevezethetnek, nehezíthetik adott esetben az orvos munkáját is. Ellentétben ezekkel, ez a könyv nem tudományos, nem szakember által írt, hanem a beteg írta úgy, ahogyan ő látta, átélte betegségét, a kezelést és a gyógyulását. Laikusként írja le benyomásait, gondolatait és rögzíti azt a tanulási folyamatot, amelyen át eljutott a gyógyulásig, a beszédig, a társadalomba való visszaillészkedésig. Saját tapasztalatai alapján tud nagyon hasznos tanácsokat adni betegétársainak, sőt a szakembereknek is. Ezt a könyvet nem gondolnám tankönyvnek, bár nagyon tanulságos és sokat lehet belőle tanulni. Ez a könyv egy nagyon, egy segítő kéz lehet azoknak a betegeknek, akik ma egyre többen vannak és sajnos egyre fiatalabb korosztályt érint ez a probléma. Nekik igenis fontos, hogy ne rokkant nyugdíjasként, család- juktól, munkahelyükről kirekesztve, elzárkózva, gyakran magukat elhagyva „tengessék” életüket, hanem minél gyorsabban vissza- illeszkedjenek a családba, munkahelyre és teljes értékű em-berként élhessék tovább életüket. Ebben a könyvben mindez igen jól meg- fogalmazódik, lelkesít, ösztönöz. A könyv írása során a szerző kérésére az egyes részeket már korábban átolvastam, szakmailag kijavítottam, de csak annyira, hogy szakmai tévedések ne szerep- eljenek a könyvben. Bár helyenként, főleg a beszéd-gyakorlatok fejezeteiben, esetleg rövidítéseket, illetve az egyes részek kö-zött az ismétlések elkerülésére összevonásokat tartottam volna indokoltnak, mégis úgy gondoltam, hogy ez nem az én szak- könyvem, hanem a beteg által leírt, számára bevált tanulási folya- mat és rendszer.

- Dr. László Klára -

Epilepszia és életminőség

1997 decemberében vetődött fel az ötlet a Heim Pál Kór- ház Neurológiai Osztályán, hogy olyan rendezvényt szervezzünk gondozottaink (az utóbbi három évben 974 epi- lepsziás gondozottat regisztrálta osztályukon és ambu- lanciájukon) és családtagjaik részvételével, ahol kikap- csolódni, s a hétköznapi élet- ben felmerülő gondokra vá- laszt kapni egyaránt lehetsé- ges.

1998 tavaszán rendezték meg az úgynevezett Hepi Bulit 710 fő részvételével. Közki- vánatra zajlott le a 2. Hepi Buli 1999 őszén, ugyancsak a Központi Honvéd Kórház épületében. Az egész napos rendezvény fővédnöke ezút- tal is Göncz Árpádné volt. A meghívottak különböztek u- gyan intellektusukban, szoci-

ális helyzetükben, de a beteg- séggel kapcsolatos gondok valamennyiüket érintették. A szülők, hozzátartozók, szak- emberektől (az Egészségvé- delmi Intézet, az OEP, az Oktatási Minisztérium ille- tkesektől), szakorvosoktól, pszichológustól, gyógypeda- gógustól, jogásztól kaphat- tak választ kérdéseikre; mi az, ami jár, s ami adható az epilepsziával élők számára. A gyermekek, fiatalok pedig egyebek közt filmvetítésen, bábelőadáson vehettek részt az egész napos, több hely- színen zajló program kereté- ben. A szervezők reményei sze- rint ez a nap is hozzájárult az epilepsziás betegekkel szem- ben táplált előítéletek oszla- tásához.

- Szádvári Lídia -

Betegjogi képviselők

A betegjogi képviselők a fekvőbeteg ellátó intézményekben igen fontos szerepet tölthetnek be. Ezen képviselőknek azonban - elsősorban - a feladatuk alkalmas személyiségeknek kell lenniük. Hiába is hirdetjük - alkotunk jogszabályt -, hogy nekik ilyen vagy olyan diplomával kell rendelkezniük (bölcész, jog- gász, szociális gondozó, egészségügyi főiskola stb.). Nekik nem orvos-, nővér-, pszichológuspótlónak kell lenniük, hanem a va- lóságban összekötőnek a túlhierarchizált orvos-beteg kapcsolat-

ban. Le kell cserkedniük a sérülékeny beteghez, függetlenül attól, hogy a beteg analfabéta avagy egyetemi tanár, atcisita, vagy felekezeti elkötelezett. Szerepükhöz beleérzőképességre van szükség, melyet szinte nem lehet megtanulni. A szolgálatot ellátók nem lehetnek függő jogviszonyban az adott intézmé- nyekkel, munkájukat tisztelődjásként, a „hospice” elvekhez közelítve kellene ellátniuk, s nem a főnővér-ápolási igazgatók duplikációjaként. E feladatukra is születni kell, s ekként megsze- rezni a szükséges ismereteket.

Erőss Angéla, Budapest

Élet = energia

Helyes légzéssel a szervezet megújítható

Az alábbi cikket nem orvos írta. Búzás József azonban orvosi felügyelet és ellenőrzés mellett végzi önmagán kísérletét. Meggyőződése, hogy például a megfelelő tudományos feldolgozás után - forradalmasíthatja az életet, az egészségnevelés és a sportéletet bizonyos alapelveit. Bizonyítékait, amelyek nem mások, mint saját páratlan mérési adatai az esetét tanulmányozó szakorvosok, elsősorban sportorvosok elismerték ugyan, ám hozzátették, hogy „egy példa nem példa”, azaz nem bizonyított semmire. E mondatokkal egy mozdulattal lesöpörték az asztalról Búzás József figyelemre mindenképpen méltó elméletét is, amelynek ő maga, 88 évesen, teljes fizikai és szellemi frissességgel megáldva - két lábon járó illusztrációja.

Nagy András László

A tüdő működését akaratosan irányíthatjuk. Tudjuk a levegővételünket mélyíteni és gyorsítani, növelni a ventilált levegő mennyiségét. A légzésen keresztül minden szervünk működésére hatást gyakorolhatunk. A szervezet számára az a kívánatos légvétel, ami minél több széndioxidot távolít el a tüdőből annak érdekében, hogy minél magasabbra emelkedhessen az oxigénszint. Ez azért hasznos, mert az oxigénszint befolyásolja az artériás-vénás, oxigén-különbség (A-V= az 1 liter artériás vér oxigént felvevő és leadó kapacitása) kialakulását. A felvett oxigénnek csak 20-25 százaléka használható munkavégzésre, amit szabad oxigénnek (szabad energia) neveznek. Amikor növekszik az 1 liter artériás vér oxigénfelvétele, a többlet majdnem teljes egészében szabad oxigén. Az oxigént a hemoglobin veszi fel és ezek oxigénnel való jobb feltöltődésével emelkedik az artériás vér oxigén-felvevő képessége, egyben nő a szervezet teljesítő- és regeneráló képessége. Ezzel a szervezetben lassul, sőt megfordul a keringési rendszer leépülésének folyamata. Személyes példám: annak érdekében, hogy javíthassak oxigénfelvételen, az 1970-es évek elejétől orron keresztüli légző gyakorlatokat végeztem. Ez napi 6-7 kilométeren megfelelő sebességű gyaloglás során 2 kilométeren (20-25 perc) keresztüli légzést mélyítő és gyorsító gyakorlatokat jelent. Magamon végzett empirikus kutatásaim ellenő-

zése céljából 1981-től - az Országos Sportegészségügyi Intézet kutató osztályának nagyvonalú segítségét igénybe véve - felméréseken veszek részt. Ennek során megvizsgálják, hogy a gyaloglás közbeni légző gyakorlatok milyen hatással vannak oxigénfelvételekre. Szalagon végzett 8 km/óra sebességű futás során megbizonyosodott, hogy 1 liter CO2 leadásához egyre több levegőt ventilálok. Ennek hatását oxigénfelvételekre az 1990-től mért FCO2 százalék mutatja meg. Ennek értéke egyenlő az artériás-vénás oxigén-különbséggel, ami azonos az 1 liter artériás vér oxigént felvevő és leadó képességével. Ekkor vált számomra ismertté, hogy az 1 liter széndioxid leadásával, a növekvő ventilációval arányosan, de áttetelesemen emelkedik az 1 liter artériás vér oxigénfelvevő és leadó képessége.

Dátum	Km	V02	VE	C02	VE/C02	FCO2%	AV
1981	8	2480	54,1	2270	23,8	5,5	148,1
1985	8	3270	65,6	2910	32,8	3,77	162,3
1990	8	2200	80,5	2130	37,8	3,7	168,0
1995	7	1920	75,9	1770	42,9	2,85	171,5
1997	4	1480	74,4	1490	49,9	2,40	175,0

Km: futás, gyaloglás

V02: futás, gyaloglásor 1 perc alatt felvett oxigén mennyisége

VE: ventilált levegő mennyisége

C02: leadott széndioxid mennyisége

VE/C02: 1 liter széndioxid eltávolításához felhasznált levegő mennyisége

FCO2%: 1985-ig C02 artériás vénás oxigén különbséggel

AV: 1 liter artériás vér oxigént felvevő képessége

De ahhoz, hogy emelkedhessen az 1 liter artériás vérem oxigént felvevő és leadó kapacitása, szervezetemnek aerob körülmények között kellene működnie.

Az 1997. évi ellenőrző felmérés mutatta meg ennek kialakulását. Szalagon nem futottam, hanem 4 km-es sebességgel gyalogolva a szokásos légző gyakorlatokat végeztem. Ennek eredményeként természetesen több levegőt ventiláltam és több oxigént vettem fel, mint amennyit a végzett munka igényel, sőt a 8 km sebességű futások igényéhez mérten is több oxigén jutott a

tüdőmbé. Kérdés az, hogy a felvett, de el nem használt (égetett) oxigénnek mi a további sorsa? A felmérés kimutatta, hogy a felvett oxigén mennyiségének megfelelő mennyiségű széndioxid került leadásra. Mindez történik. Akkor, amikor nyilvánvaló az, hogy az oxigénnek csak egy része lett elégetve és csak ennek megfelelő mennyiségű széndioxid termelődhetett. Ennek az a magyarázata, hogy az el nem égetett oxigén mennyiségével arányos mennyiségű széndioxid került a sejtközökből leadásra. Így összességében annyi széndioxid került leadásra, mintha a teljes oxigén mennyiség lett volna elégetve. Az így eltávolított széndioxid helyére ennek megfelelő mennyiségű oxigén nyomult. Tehát egy új, oxigént befogadó bázis jött létre. Így oldódik meg az el nem égetett oxigén elhelyezése és tárolása a sejtközökből légző gyakorlat idejében. A visszamaradó oxigén pedig teljes egészében szabad oxigén. A légző gyakorlatokat követő további gyalogláskor máris megkezdődik a szabad oxigén felhasználása, mert a gyaloglás oxigén igényének egy része a szabad oxigénből elégül ki, a másik rész pedig a légvételén keresztül.

A termelődött széndioxid két úton távozik. A bázisból felhasznált oxigénégetés széndioxidjával kezd feltöltődni a sejtköz széndioxid szintje. A légzésen keresztüli oxigénégetés széndioxidja a légzésen keresztül távozik. Tehát több oxigén van elégetve, mint amennyit a légzésen keresztül felvettem. Ennek okán, ameddig a bázisból igénybe vehető oxigénrész lehetővé teszi, a szervezet aerob körülmények között működik. Az 1981-től rögzített felmérési adatok azt igazolják, hogy azóta folyamatosan emelkedik az 1 liter artériás vérem oxigént felvevő képessége, vagyis szervezetem folyamatosan aerob körülmények között működik. Az életten eddigi történetében példa nélküli az, hogy valaki 69 és 85 éves kora között ilyen arányban tudta volna növelni az 1 liter széndioxid eltávolításához ventilált levegő mennyiségét és vele ilyen arányban növelni az 1 liter artériás vér oxigént felvevő képességét. Azt hiszem, ezzel beláthatatlan lehetőséget teremtettem a jelen és a jövő nemzedéke számára szervezetük megújításához, valamint úgy szellemi, mint fizikai teljesítő és regeneráló képességük fokozására.

- Búzás József -

(88 éves nyugalmazott órásmester)

Egészség a XXI. században címmel rendezte meg az Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége idei, XI. szimpóziumát Kiskunfélegyházán, az ez évi előki feladatokat ellátó városban.

A szövetség minden évben másik tagvárosban tartja éves kongresszusát. A szövetségnek jelenleg 21 tagja van, a városokat polgármestereik vagy alpolgármesterek képviselik.

A megnyitó előadásokat dr. Pusztai Erzsébet egészségügyi államtitkár és dr. Kökény Mihály, a Parlament Egészségügyi Bizottságának elnöke, valamint De Blasio Antonio, a szövetség elnöke tartották.

Mindannyian hangsúlyozták, hogy a szövetség stabil magva az egészségmegőrzésnek és mivel az egészségügyről való gondolkodás nem tordelhető szét kormányciklusokra, a 21 tagváros összefogása garanciát teremthet egy politikától független, azon túlmutató program megvalósítására. Biztosított teremtett arra is, hogy a helyi döntéshozók munkájában az egészségügy mint prioritás jelenjen meg.

Dr. Pusztai Erzsébet az egészség megőrzésében a család szerepét emelte ki, mert mind a testi, mind a lelki egészség alapjai itt teremődnek meg. Itt tanuljuk meg a konfliktusok kezelését, az empátiát, a szokásokat. Táplálkozási szokásaink is itt alakulnak ki.

A kötődés hiánya a szenvedélybetegségek kialakulását segítheti elő. Ezért az ezredforduló után a mentális egészségügy előtérbe kerülése várható, hiszen azok testi betegségeket provokáló szerepe is ismert. A családon kívül az iskola a következő, fontos személyiségalkotó tényező, ezért a mentális egészségre nevelés, az érzelmi intelligencia kialakítása, a gyermekkori agresszió kezelése egyre nagyobb szerepet kell, hogy kapjon. Kiemelte a civil szerveződések szerepét, ezek között kiemelkedő jelentőséget tulajdonított az Egészséges Városok Szövetségének.

Dr. Kökény Mihály hangsúlyozta, hogy a szorosan vett egészségügy egyhármad részben járul hozzá az egészséghez, a többi az életmód, dohányzás, munkakörülmények, környezeti viszonyok, stb. által meghatározottak.

Századunkban harminc évvel nőtt az átlag életkor, és egyes elképzelések szerint a következő században a százötven éves elérhető életkor valószínűsíthető. Ehhez azonban változásokra van szükség egészségzsemléletünkben. A társadalom felemelkedéséhez, a gazdaság javulásához egészséges emberek kellene, hiszen az egészséges ember többet termel, többet fogyaszt és így több pénz marad az inaktív nyugdíjasok ellátására is. Lakossági felmérések szerint az egészségügy a harmadik legfontosabb terület, melynek helyzetét javítani kellene. Az egészségéről való gondolkodás formálása csak a civil szervezetek, a társadalmi együttműködés segítségével valósítható meg. Dobi Bálint a Környezetvédelmi Minisztérium osztályvezetője a csatlakozással összefüggő teendőket ismertette. Elmondása szerint a szennyvízesatorna hálózat teljesessége tünik a legköltségesebb feladatnak, körülbelül ezer milliárd forintba kerül majd. Ezután a tagvárosok számoltak be az elmúlt évben végzett munkáikról. Mindenhol fontos szerepet kap az egészségnevelés, a drogmegelőzés, a szemléletformálás.

- Dr. Pázmány Annamária -



Betegágy, speciális textíliákkal



Háttámasz



Étkezőasztal

GeronTex®

Gyógyászati Segédeszköz Kereskedelmi Kft.

A HÁZI BETEGÁPOLÁS SZOLGÁLATÁBAN

TB támogatott

- mosható **GERONTEX** antidecubitus és inkontinencia textíliák,
- a dán **COLOPLAST** cég stoma ellátással kapcsolatos termékei,
- a **COLOPLAST** férfi vizeletelvezető rendszerei.

A német **RUSSKA** cég életvitelt segítő és az **otthoni ápolást** megkönnyítő termékei, **viszonteladók részére is.**

Bemutató lakásunkban speciálisan felszerelt fürdőszoba, betegszoba áll az érdeklődők rendelkezésére.

Ingyenes tanácsadással szolgálunk a termékek felírhatóságáról, használatáról - betegek, hozzátartozók, laikus segítők részére.

Szaküzleteinkben többszáz gyógyászati segédeszköz kapható!

VÉNYEKET BEVÁLTUNK!

Bemutató lakás, Iroda:
1052 Budapest, Sütő u. 2. II/8.
Tel/fax: 338-2171 - Tel: 318-4837

Nagykereskedéseink:
1123 Bp. Alkotás u. 21. fsz.5.
Tel: 356-5384
1111 Bp. Budafoki út 47.
Tel/fax: 466-6483

Szaküzleteink:
1052 Budapest, Deák F. tér 4-5.
(Sütő u. sarok) Tel: 267-2446

1052 Budapest, Sütő u. 2.
(udvar) Tel: 267-6211

1111 Budapest, Budafoki út 47.
Tel/fax: 466-6483



WC-magasító



Zuhanyülőke



Zokni-harisnya felhöz

Szűk másfél évre engedte meg a sors, hogy Balla Ilus néni ismerjem és szeressem.

Amikor az utolsó bőrzáró kapcsot becsipenttettem frissen bezárt hasfali metszése alsó sarkába, tudtam, hogy csak néhány hónapja van hátra már.

Ilus néni Pestmegyei nagyközség lakója volt, hetvennégy éves korához képest fürgé fizikummal és szellemmel. Egykori férjével kulturált falusi kézművesek voltak, nem földművelők. Egyetlen kikupálódott városlakó diplomás fiúgyermeküknek nagyon utálatos felesége volt.

- Kérem, ne haragudjon rá, Ő már csak ilyen - mondta Ilus néni idővel, amikor hosszú betegségekkel már beavatottabb voltam a bizalmasabb családi kapcsolatokban. - Menyem nehezen visel engem is, de nagyon szereti a fiam, jól kijönnek egymással és ez a fő. Én hétszám megvagyok magam a kerttel, a virágaimmal meg a két cicámmal. Nem sokat zavarjuk egymást.

Így lehetett, mert másfél év alatt csak háromszor találkoztam velük. Az asszony sohasem volt barátságos, a férjén észrevehető volt valami zavartság, hogy szeretne, de nem mer közvetlenebb lenni velem.

**

Szeretem az öregasszony betegeket. Legtöbbször kedvesek, szelídek, szánnivalóak. Meg magányosak. Hálások minden barátságos szóért, bármire boldogan válaszolnak. Orvoskodásom több, mint három évtizedére visszapillatva végtelen sorban tódulnak elő régen elhaltot kedves arcok emlékezetemben, ritkás fehér hajjal, vékony, ráncolódó átlátszó bőrű kézfejjel, melyen számtalan finom kék ér tűnik át élesen. Ujjuk egy kicsit meg-megremeg, ahogy ölbegett összekulcsolt kézzel várnak valamire türelmesen.

Nagyanyám is ilyen volt. És ők, mind a nagyanyámra emlékeztettek. Ki ezért, ki azért. Éveken át nagyanyám símogatta vígasztaló szeretettel gyermeki fejemet. Harminc évvel később én az övét, hogy békítsem kapkodó lélegzetét utolsó betegágyánál. Mégis sokszor adósa maradtam örökre. Talán ezt próbáltam akaratlanul is törleszteni az öregasszonyok iránti vonzódásommal.

*

Arra nem emlékszem pontosan, hogyan kezdődött ismeretségem Ilus néniel.

Rokonszenvünk első pillanattól kezdve kölcsönös volt. Akkor még Balla néniék szőlőttermelt. Idővel én kértem, hogy a bonnyolult „adjunktusurazás” helyett szólítsa a nekem sokkal kedvesebb „doktor úr” megszólítással.

Megegyeztünk, de cserébe ettől kezdve ő nekem Ilus néni lett. Amikor egyértelművé vált, hogy mielőbb meg kell operálnom, kertetél nélkül elmondta neki. Rámnézett komoly arccal:

- Én csak annyit kérek doktor úr, hogy legyen velem mindig teljesen őszinte az állapotom és a várható sorsom felől. Ne tessék engem kímélni, vagy mellébeszélni. Azt hiszem, észrevette, hogy én vallásos vagyok. Egész életemben nekem az Úristen cserébe nagyon sok erőt és szepet adott. Nem félek a sorsomtól, a haláltól sem, de tartozom magamnak, a tárgyaimnak, a virágaimnak, az állataimnak annyival, hogy időben elrendezzem a dolgot, ha kell.

Elgondolkodtattak nyugodt bölcsességet és csodás lelki békét sejtető szavai. Úgy éreztem, adott esetben kötelességem az őszinteség, bármit is keljen közölnöm majd.

*

Már a műtét előtt is rosszat sejtettem, de a látvány lesújtóbb volt a vártnál. A műtőlámpa éles fényében méhe mellett gonoszul lapultak a jól ismert karfiol-szerű göbök mindkét oldalon. Jutott belőlük a hasfalra, a belekre, mindenhová. Magasan a rekesz felé is volt már számtalan apró fehér csomócska, mintha grízzel szórták volna be a fénylő felületeket.

Tudtam, hogy Ilus néni útja ettől kezdve rövid és keserves lesz. Ez az óriási szétszórta daganatfelszín rengeteg folyadékot fog termelni, ami - hétről hétre - gyűlik a hasüregben. Dobszerűen pattanásig feszíti a hasfalat, 8-10-12 liternyi is lehet. Akkor le kell szívni, mert feltolja a rekeszt, összehúzza a tüdőket, megátolja a légzést. Átmeneti megkönnyebbülés után minél többször ismétljük majd a leszívást, annál bővebb lesz a folyadéktermelés, egyre rövidebb idő alatt telik meg a hasüreg. A végén akár 3-4 naponként is rákényszerülünk a lebocsájtására.

Csak fohászodni lehet, hogy ez az út ne legyen hosszú! Hogyan fogom én mindezt őszintén elmondani neki? Pedig meg kell mondanom! Meggírtam!

*

Megmondtam! De csak harmadnap, amikor az altatástól és fájdalomcsillapítóktól már kitisztult a tudata és fájdalmai sem voltak nagyok. Újra a régi Ilus néni értelemmel teli szemei csillogtak rám.

Lassan végigsétáltuk a folyosót és leültünk a társalgóban egy kókadozó pálmafa alá. Megfogtam a kezét, lassan simogattam és az ablakon túl a semmibe nézve elmondtam mindent. Nem szólt közbe, piciket bólogatott, aztán egy mélyet sóhajtott, és ő is hosszán kinézett az ablakon. Sokáig ültünk csendben.

- Hát jó - mondta idővel. - Köszönöm. - Köszönöm a bátorságát és az őszinteséget. Ettől kezdve a Jóistenre bízom magam. Meg önre, hogy ne legyen nagyon nehéz.

*

Az a kopott fekete Biblia a kórtermi éjjeliszekrény fiókjába rejtve, meg a párna alá dugott rózsafűzér, amit békés percekben a paplan alatt ujjai közt forgatott, elképesztő lelkiert adtak neki. Nehéz politikai évek voltak ezek, papot, lekést csak civilben cserkészünk be, ha a nagybeteg vagy a hozzátartozók kérték.

Ilus néni

Sokáig azt hitték a betegek, hogy tiltja a kórházi szabályzat, vagy nekünk egészségügyieknek kellemetlen, ha hitük ilyen megnyilvánulásait észleljük.

Egyszer, még kapcsolatunk kezdetén, amikor a kórterembe lépve láttam a gyors kémozdulatot, amivel az olvasót párnája alá rejtette, nem bírtam ki, hogy szóvá ne tegyem:

- Balla néni, én tisztetem a vallásosságát, nyugodtan imádkozzon vagy folytassa bármikor. Mellesleg éveket papi gimnáziumba tanultam, gyóntam, áldoztam, bérmálkoztam, ministráltam.

Olyan örömet láttam az arcán, hogy csak ezért is megérte szólnom.

*

Amikor két hónappal a műtét után először vettük vissza hasfali csapolásra, nehezen lélegzett, felszínesen kapkodta a levegőt.

- Eddig elhúztam... De már nem megy...tovább... - zihálta, de mosolygott.

Megkezdődött egyre gyakrabban ismétlődő találkozásaink sora a szomorúemlékű 112-es kórteremben. Ez volt az utolsó kórterem a hosszú folyosón. Ide különítették el az idős, magatehetetlen, gyógyíthatatlan betegeket, akiknek az ápoláson és fájdalomcsillapításon túl nemigen adhattunk egyebet. Néha szerencsénkre üres volt, de adódott, hogy fehér lepedős paravánokkal elválasztva hárman-négyen is feküdtek benne.

Ilus néni mentőautó hozta be és vitte vissza megkönnyebbülve délutánoként.

A trokárnak nevezett szűrőeszközzel kis terület helyi érzéstelenítése után egyetlen szisszenéssel kellett átszúrni a hasfalat. A trokár toldásaként hosszú műanyag csövön át az ágy alá helyezték egyszerű háztartási vödörbe csobogót a gonosz, aszciszter-nevezett folyadék, néha teljesen megtöltve azt. Csak lassan volt szabad leengedni, eltartott másfél órán át is. Hacsak tehettem, ezalatt beosontam hozzá. Szerencsés esetben egyedül birtokolta a 112-est, de néha még súlyosabb állapotú sorstársai paraván mögötti krakogása, szörössége hallatszott.

Sokat beszélgettünk mindenféléről. Jó volt letisztult bölcseségem elmerengeni. Lelkiereje meghatározó volt. Időnként még mókázunk is. Én szándékosan nem sajnálkoztam, Ő nem sajnáltatta magát. Idővel teljes képen voltam a kiskerttel, a kisházal, a virágokkal, a macskákkal. Néha el-el szúndított, csak a vödör csendes csobogása hallatszott.

*

Amikor kiléptem a fényesen kivilágított műtőelőkészítőből a félhomályos folyosóra, Mária főnövére botlottam. A kezelőkocsit tolt, nagy csörömpöléssel, összeverődő kémcsövekkel, vizeletpoharakkal. Megállt: - Már kerestem agyunkt - szólított így lecsípve két szótagot hivatalos címből, hogy adjunktus úr. De osztályunk őszülőhajú, uralkodó főnövérenek négy szemközt ez kiváltsága volt. Cserébe részemről csak Főfő volt a megszólítás. Több, mint húsz éve dolgoztunk együtt. A Főfő, miközben reménytelenül igyekezett rendet rakni a kezelőkocsin, folytatta:

- Ilus néni megjött, a szokott helyen várja. Mindent odakészítettem.

Beléptem a 112-esbe. Egyedül feküdt bent. Elszúndított. Mellette sterilen letakarva a műtőasztalka, az ágy alatt a vödör. A vödör mellett a földön a rózsafűzér, amely lecsúszott az alvó Ilus néni kezéről. Lehajoltam, felvettem, az éjjeliszekrény üveg-lapjára helyeztem. A halk csörrenésre Ilus néni felriadt. Milyen más volt ez a rám néző arc, mint egy évvel ezelőtt! Pergamenszerű kiszáradt bőr, egészen mélyen ülő kékesen árkokkal. Orra keskeny sarlóként ugrott elő beesett, egykor dundi arcából. Csak a szeme fénye volt a régi. Megpróbált rám mosolyogni.

- Van fájdalom? - kérdeztem. Nemet intett, majd alig hallhatóan suttogta kapkodva a levegőt:

- Reggel... a védőnő... beadta az... injekciót. Este... is szokott...jönni...doktor úr... meddig tart... ez még. Meddig...tarthat még?

Felhúztam a hálógépet, vékonyra fogyott testén. Terhességmérték hatalmasra duzzadt hasa - bár ismertem a látványt - ijesztőnek tűnt. Számtalan barna heges folt jelezte rajta, hogy közel a huszadik csapolásnál tarthatunk már.

Rákérdeztem. Persze tudta, számolta, legutóbb jubiláltunk, az volt a huszadik. Aztán minden a szokott rend szerint ment, csak alig lehetett a behatoláshoz jó helyet találni már. A feszes hasfal alatt kemény, krumpliszzerű képletek lapultak mindenütt és nem szabad a daganatszövetbe szúrni.

Később az ágyvégre támaszkodtam és inkább én tartottam szóval, amíg a hatalmas feszülés engedett, amitől nehéz a légzés és a beszéd. De amint könnyebben kezdett, visszatért életerej, élénksége:

- Doktor úr! Régen mesélte egyszer, hogy ifjúkorában sokat ministrált.

Képzelve, én is. Tiltakoztam, hogy lányok nem szoktak ministrálni, de állította, hogy náluk faluhelyen nem mindig akadtak fiúk. Olyankor ő is beállt, megtanulta, a pap hozzájárult és ministrálhatott. Mégpedig latinul. Mert akkor még az volt a mise

nyelve. Bemagolta a szöveget, de mellette ott volt a magyar nyelvű fordítása is.

Hogy felvidítsam kissé, elmeséltem, hogy hosszú időn át nem tudtam megjegyezni, mikor kell csemetni a szentmisen. Ha valamilyen ünnepelesebb mozdulatot tett pap osztályfőnököm a reggeli diákmisséken, biztos ami biztos, én csemettem. Aztán az atya bosszús arcát és idegesen hátraintó kezét látva sürgősen abbahagytam, de nem csemettem, amikor kellett.

Elnevette magát, a mosoly sokáig arcán maradt, elgyötört, megvékonyodott arcán. Aztán egy ideig csend lett, csak a megszokott csobogás hallatszott.

Váratlanul megszólalt:

- Emlékszik még a ministrálás szövegére?

A kérdés váratlanul ért: - talán, de biztosan nem az egészre. Inkább a latint memorizáltam jobban.

- Kérem, kezdje el mondani. Én is megpróbálok visszaemlékezni rá magyarul. Kettőnknek menni fog, meglátja.

Továbbra is az ágyvégre támaszkodtam, egy pillanatra behunyt szemmel koncentráltam, és megindultak az emlékrefflek:

- Introibo ad altare Dei - vágta ki végül. Ez a pap kezdő szövege volt.

Boldog mosoly terült el arcán és rámnézve átszellemülten mondta halkán:

- Belépek az Úr oltárához...

Innen már könnyebb volt folytatnom: - Ad Deum, qui lificat juvenutem meam... - ami a ministrálás válasza erre.

Ilus néni immár lehunyt szemmel áhítatosan suttogta:

- Az Úrhoz, aki visszaadja ifjúságomat...

Ránéztem, mert valami fureszt éreztem. Mosollyal az arcán kis-kis kinyitotta szemét, de a szemgolyók felfelé fordultak...! Finom remegés futott végig az arc izmain, aztán a testén, a végtagjain... Majd mozdulatlan lett! Teljesen mozdulatlan!

Tudtam, hogy meghalt! Tudtam, hogy nincs többé! A dermesztő csendben csak az az átkozott csordogálás hallatszott ijesztő el-lentétként.

Az első másodpercekben a döbbenettől egyszerűen megbénultam. Ilyet érezhetett a fatimei pástorlány, amikor megjelent előtte a Szűz Mária. Ha szólnom kellett volna, csak hebegés jött volna ki a számon. Aztán belém villant a szakma szabálya hirtelen halál esetén. Egy tört pillanatig ugrani akartam, hogy éleszszem, hogy feltépve ingét, szétlökve karjait asszisztenciáért, gyógyszerért, lélegeztetőért kiáltok, hogy remegő kézzel vénát keressek, kanült vezessek, mellkasát nyomkodjam... Aztán valami álljt parancsolt! A fülemben az utolsó mondatok visszhangzottak: Ő belépett az Úr oltárához, az Úrhoz, hogy visszakapja örök ifjúságát! Nekem nincs jogom czegetni, hogy csak kísérletet is tegyek a visszatartására. Ő már az Úr!

Én ennél szebb, felemelőbb, magasztosabb halált soha nem láttam, nem hallottam. Egy kiválasztott eltávazása volt.

Még percekig álltam, bémult mozdulatlanságba a csoda hatása alatt, mert ezt akkor sem, azóta sem tudom másként értelmezni. Ez volt a legszebb bizonyágtétel az életemben. Legszívesebben térgyre rogytam volna, hogy elszorult torokkal mondjam: „Uram, nem vagyok méltó”... nem vagyok méltó, hogy egy csodád egyedüli részesévé tegyél!

Gyomrom összeszorult, szíven a torkomban dobogott, és megeredt a könnyem. De ez egy boldog, felszabadult sírás volt.

Percek múlva furesztan megkönnyebbült lélekkel odaléptem Ilus nénihez, lecsuktam szemhéjait, kihúztam a trokárt, eltettem a műszereket, betakartam a testet, megsimogattam az arcát. Kezeit megigazítottam a mellkasán, rajta volt a rózsafűzér. A Bibliát mellétem. Magamban megköszöntem neki is, hogy részese lehettem csodájának. Tudtam, hogy visszakapta ifjúságát.

- Dr. Szalóczy Péter -

(Magyar Rádió, „Csodák és csodák” pályázatának díjnyertes alkotása. - Elhangzott a Kossuth Rádióban 1999. november végén.)



Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó Jogutódja

» OBSERVER «
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **dr. Kollárné Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Szász István T.**
munkatársak: **Gyurgyik Zsuzsanna** tervező szerkesztő, **Thaly Borbála** terjesztési vezető,
Kollár Bence lap- és marketingigazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és Szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, e-mail: latlelet@elender.hu
A lap előfizetési díja: 1500 Ft./év. Darabonkénti ára: 224 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

ISSN 0865-7424

A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője,
a MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemléli.

