

Láttelelet®

HUNGA COORD
SAJTOIRODA

NYÍLT LEVÉL

Az egészségügyet szívügyüknek tekintők egy csoportja, körlevelet juttatott el szerkesztőségünkbe.

Az 5. oldalon található dolgozathoz várjuk olvasóink hozzászólásait!

- a szerk. -

XLIV. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2000. 11. szám

A János Szanatóriumtól az Ér- és Szívsebészeti Klinikáig

Az intézet történetében hosszú út vezetett a hajdani, 1912-ben épített János Szanatóriumtól 1981-ig, amikor a Klinika - dr. Szabó Zoltán, a magyar szívátültetés úttörőjének igazgatása mellett - felvette mai nevét. Már kezdetben is zajlott a szanatórium mellett gyógyító tevékenység, a betegek között ott találhatjuk Ady Endrét, Babits Mihályt, akiknek nem egy versét ihlette a szanatórium légköre. „Buda legszebb részén, pormentes, ódon és levegőjű helyén a csendes és előkező Városmajor utcája végén, a Svábhegy oldalán erdőből környezetben egy gyönyörű Szanatórium nyílt meg a nyár elején: a János Szanatórium, amelyet nagytűz nélkül lehet az asztapsis diadalának nevezni...” - írja a Vasárnapi újság. Dr. Nemes Attila professzor az intézet mai igazgatója következőképpen mutatja be az Ér- és Szívsebészeti Klinikát:

- Az első igazgató dr. Totth Gedeon nőgyógyász vezetése alatt a sebészeti osztályok - főként a nőgyógyászat - sterilitása országsszerű elismerté vált, s a szeretetteljes, befogadó légkör később is számos neves embert vonzott ide. Aki körbesétál az intézetben egy-két relikviát lát még ebből az időből: ilyen a szobám előtt a folyosón őrzött 1921-ből származó professzori ingaóra, a vaskapu, vagy mozaik ablakbetétek. Az államosítás után 1951-ben a Szanatórium épületében - a János Kórházhoz csatolva - a Fővárosi Tanács Budai Közkórháza kapott helyet,

amely 160 ágygal - belgyógyászati és szülész-nőgyógyászati osztállyal - működött. Később Sebésztovábbképző Klinikaként sebész orvosokat képeztek a kor politika elvárásainak megfelelően - a hidegháború éveiben - igen nagy számban. Igazgatója ekkor a 32 éves Litmann Imre professzor volt, akit 1956-ig töltött be feladatát. 1952-ben megindultak a zárt szívműtétek és 1953-ban hajtották végre az első sikeres érpótlást (artéria poplitea). A későbbi igazgatók között ott találjuk 1957-től Kudász József, 1975-től Soltész Lajos, 1981-től pedig Szabó Zoltán professzort. Hazánkban először a klinika műtőiben történt carotis rekonstrukció, aneurizma resectio, aorta-bifemorális bypass, pacemaker beültetés. A többprofilú intézet fokozatosan specializálódott és 1975-től gyakorlatilag már csak szív és érbetegeket fogadott. Megszűnt a tüdő és az általános sebészet. 1983-tól alkalmaznak az intézetben Percután Translumináris Angioplasticát (PTA). A szocialista blokkban először, (1986-tól) végeznek a Központi Radiológiai Intézetben MRI-t és Ct-t Kísérleti laboratóriumunkban dolgozták ki, történeti érdekességnek számít, hogy az első magyar szívmotor használata Gömöri András nevéhez fűződik. 1992-ben Szabó Zoltán végezte az első magyar szívátültetést. Az intézet 9 osztályának 220 dolgozója van, és 110 ágyon fogadunk betegeket.

- Folytatás a 2. oldalon -

10 év a mellműtött nők rehabilitációjában.

Az emlő daganatos megbetegedésének tényét, egy melleoperáció testi és lelki következményeit, az esetleges utókezelés mellékhatásait minden nő másként éli meg. Hiszen a mell - a nőességre, a szépségre szimbóluma - elvesztésébe nehéz belenyugodni. Még a csökkentett radikális műtét is komoly megrázkódtatást jelent. Ezért nagyon fontos, hogy a rehabilitáció már a diagnózis közlésekor megkezdődjön, és a betegek már a preoperatív időszakban megismerjék a műtét várható következményeit, a műtét utáni rehabilitáció lehetőségeit, beleértve azokat a gyógyászati segédeszközöket is, amelyek segítségével a megváltozott testkép helyreállítható. Hiszen az önbizalom és életöröm visszaszerzésének útján az első fontos lépés a külső megjelenés. Klinikai tapasztalatok bizonyítják, hogy az érzelmi stabilitás, a megváltozott testkép elfogadása, az élni akarás, megkönnyíti a gyógyulást.

Ehhez egy újfajta szemléletmód szükséges, amelynek alapja olyan multidiszciplináris csoportok létrehozása, ahol a beteg kezelésében, gyógyításában résztvevő szakorvosok, a beteg ápolását végző nővérek, valamint az utókezelésben résztvevő egészségügyi szakemberek mellett, jelentős szerepe van a gyógyászati segédeszközök kizsgáló tanácsadónak.

Olyan gyógyászati segédeszköz szaküzleteket, kizsgálóhelyeket kell létrehozni, ahol speciálisan egy-egy betegcsoportnak mind a termék, mind a szolgáltatás minősége és szakszerevése teljes ellátást jelent.

Ez nagyfokban elősegíti a beteg gyógyulását, életminőségének javítását, és megkönnyíti a beteg kezelő orvos, valamint a beteg rehabilitációjában résztvevő egészségügyi személyzet munkáját.

Ezt a szükségletet felismerve 10 évvel ezelőtt „A rák ellen, az emberért, a holnapért” Társadalmi Alapítvány kezdeményezésére, a német Anita dr. Helbig GmbH közreműködésével létrejött ANITA-HUNGARIA Kft. megnyitotta speciális gyógyászati segédeszköz mintautletét, megteremtve a teljeskörű rehabilitáció lehetőségét a mellműtött nők számára.

Az ANITA CARE termékcsalád - a külső szilikon mellprotézisek, a protézistartó melltartók és fürdőruháknak széleskörű választéka - biztosítja a teljes ellátást, a tökéletes kényelem és biztonság érzését mellműtét után, és segíti az önbizalom visszaszerzését.

10 év tapasztalatával az emlőműtött nők rehabilitációjában - szerénytelenség nélkül állíthatjuk, hogy a mi munkánk a szó legnemesebb értelmében szolgál. Szolgálat, amelyhez elkötelezettség kell. Üzletünkben egyszerre végzünk testi és lelki rehabilitációt, hiszen a beteg szomatikus rehabilitációja mellett a pszichés rehabilitációra is nagy gondot kell fordítani.

Támogatjuk a hozzánk fordulókat a lelki harmóniára, a teljességre való törekvésükben. Segítjük a gyógyulásba vetett hitet, a kizárólagos életminőség javítását, a minőségi életért. A mi munkánk az „ÉLETÁPOLÁS”.

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani az emlőrák gyógyításában, kezelésében, ápolásában résztvevő orvosoknak, nővéreknek és egészségügyi dolgozóknak, akikkel együttműködve segíthetjük mellműtét után az életminőség javítását, a rehabilitációt, és akiknek szakmai és erkölcsi támogatása - az elmúlt 10 év alatt - nagyban hozzájárult munkánk sikeréhez.

Anita-Hungaria Kft. munkatársai

A homeopátia és hazai távlatai

(Beszélgetés Dr. Kürti Katalinnal, a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület elnökével)

1935 óta először tartotta újra Magyarországon kongresszusát az idén 75. születésnapját ünneplő Nemzetközi Homeopátiás Orvosi Liga. E rangos nemzetközi homeopátiás szervezet 55. kongresszusának fővédnöke Dr. Gógl Árpád egészségügyi miniszter, szervezője pedig a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület volt. Az ötnapos szakmai rendezvénynek - amelyre 36 országból 569 résztvevő érkezett - a Magyar Tudományos Akadémia adott otthont.

• Mielőtt a kongresszusról kérdezném, röviden foglalmazzuk meg, hogy mi is az a homeopátia?

- A homeopátia az orvostudomány egyik ága, holisztikus szemléletű úgynevezett szelíd gyógymód, gyógyszeres terápia. Az orvos a homeopátiás szert a Simile elv (Hasonlósági szabály) alapján, részletes anamnézis után választja ki betege számára a mintegy 2500 féle homeopátiás gyógyszer közül. A szerek nővényi, állati, ásványi eredetűek és speciális módon készülnek. A klasszikus módszer alkalmazásakor a gyógyítás nemcsak a beteg szervére irányul, hanem a testi-lelki harmónia teljes visszaállítására is törekszik, valamint a szervezet veleszületett hajlamaiból adódó betegségek megelőzésére is szolgál.

A homeopátia regulációs terápia. A homeopátiás szerekben lévő információ működésbe hozza a szervezet - valamilyen okból gátolt - öngyógyító mechanizmusait.

Egyik legnagyobb előnye a biztonságos alkalmazhatóság, mert nem jelentkezik mellékhatás, nem alakul ki hozzászokás, allergiás reakció, gyógyszerfüggőség.

- folytatás a 11. oldalon -

II. Európai Emlőrák Kongresszus

Szeptember 26-30. között Brüsszelben rendezték meg a II. Európai Emlőrák Kongresszust közel háromezer szakember, köztük számos magyar onkológus részvételével.

Az onkológusok rangos nemzetközi találkozási programjában az emlőrák valamennyi aspektusát felölelő előadások hangzottak el. A megelőzésről és a szűrés jelentőségéről, a diagnózis és a terápia különböző lehetőségeiről, a betegek és a hozzátartozók pszichés támogatásáról, valamint a hazánkban ma még kevésbé elterjedt mellrekonstrukcióról egyaránt szó esett. Több előadás foglalkozott a gyógyszeres kezelés új jelenségeinek számító taxánszáműzőkkel és a jövőben mind nagyobb jelentőségűvé váló immunoterápiával is.

Tudósítónk S. Bonnyai Eszter, a Veszprém megyei Napló munkatársa, aki egy szakújságírói pályázat díjazottjaként vett részt a brüsszeli kongresszuson.

- Összeállításunk a 9. oldalon -

Anita. HUNGARIA

Gyógyászati és Rehabilitációs Segédeszköz-kereskedelmi Kft.
1123 Budapest, Kék Golyó u. 22. Tel.: 487-1030, fax: 487-1033

Emlőműtét utáni rehabilitáció Anita-termékekkel



- Első - textil protézis
- Szilikon mellprotézis
- Protézistartó melltartó
- Protézistartó fürdőruha

Széleskörű forma és méretválaszték
tökéletes biztonság
teljes kényelem

AZ Anita TERMÉKEK GYÓGYÁSZATI
SEGÉDESZKÖZKÉNT ORVOSI
(a fürdőruha kivételével)
VÉNYRE FELÍRTHATÓK!

Közgyógyellátási jogosultság esetén
az Anita-termékek bizonyos típusa térítésmentesen is kiszolgálható!

MINTAÜZLETÜNKBEN SZEMÉLYRE SZÓLÓ TANÁCSADÁS



STACCATO

...avagy a reformot nyitó egészségügy egy évtizedének rövid, alulról jövő, tehát szubjektívnek nevezhető látlelete...

Az Élet Láttelelet fóruma először jelentkezik a Hungaromédia karöltve.

Mondhatnánk, hogy az időpont igen aktuális, mert az egészségügyben nagy dolgok történnek. Ha azonban visszatérünk az elmúlt évtizedre, az egészségügyben folyton nagy dolgok megtörténtére vártunk. Ezek egy vonásukban voltak folyamatosak: ez pedig éppen a folyamatoság hiánya, a szaggatott jelleg.

A szép új világ kezdetén egy anyagilag és presztízsben leromlott egészségügy egész életén át átmeneti

állapotban dolgozó - és azt így fenntartó - rétege remélte, hogy egy kemény vörös, majd egy puhábbra díszített infravörös szakaszról álló - négy évtizedes - korzák után végre valódi értékű és stratégiai jelentősége szerint fogják rangsorolni. Megkönyebbülten sóhajtott fel mindenki: „vége lesz a szocializmus úfán tarsimánba oltott mamádé és világnak!” Mit sem sejtve léptünk be egy globalizálódó piac gazdaság kapuján. De a „szocializmus” felirat alatt semmit sem leltünk az ígéretekben. Ma egy évtized tapasztalatával gazdagabban azt látjuk, hogy lassan a nagy elosztó rendszerek - s elsősorban az egészségügy - maradt az egyetlen forrás a kötelező profit biztosítására. Egyetlen vonzó élességünk pedig - deklaráltan - olcsóságunk lesz.

- folytatás az 5. oldalon -

A János Szanatóriumtól az Ér- és Szívsebészeti Klinikáig

(folytatás az előző oldalról)

• Történelem a Klinika igazgatóinak névsora: Litmann Imre, Kudász József, Soltész Lajos, Szabó Zoltán: hogyan emlékszik rájuk?

- Szubjektív véleményemet fogalmazom meg, amikor azt mondom: az épület az orvostudomány meghatározó intézete lett az ötvenes években. Litmann Imre professzor az intézet akkori nevén Sebészeti-várbkőpő Klinika igazgatójaként jogot kapott arra, hogy vidékről kollégákat keresen speciális új ágak kialakításához.

Megfordult itt Ungár professzor, a mellkassebészet egyik nagyja, aki a Korányi Intézetet vezette, Árvay Attila, aki a Kardiológiai Intézet igazgatója volt egy időben. Nyugodtan lehet így fogalmazni: ő volt az alap. Őt váltotta Kudász József, aki éppolyan virtuóz sebész volt, mint anilyen ügyesen játszott hegedűn. Soltész Lajos a született jó ember, a humánus, aki egy sértődés elsimítására legalább annyi időt szánt, mint mondjuk egy költségvetési kérdés megvitatására. Szabó Zoltánról, az első magyar szívátültetést végző professzorról talán az emelendő ki, hogy nagyon magas vezetői képességekkel rendelkezett. Lehet, hogy ha közpolitikusnak, diplomátának megy,

legalább ilyen sikereket ér el.

• Van szakmai hitvallása?

- Természetesen. Mindenkinek egyformán..., korszerűen..., s a lehető legkevesebb hibával! Nálunk az orvoslás inkább művészet, mint csupán költséges technika. A modern sebészet afelé törekszik, hogy abszolút etalonokat állítson fel, bár az én lelkem kicsit tiltakozik ez ellen. Mondjuk, hogy a beteg „kék” - készakarva nem konkrét betegségről beszélnek. Ha enciánkék, akkor megy balra, ha berlini kék, megy jobbra. Tehát ne gondolkodjon a doktor. Állapítsa meg, hogy encián, vagy berlini kék a beteg. Amerika az orvoslás iparát űzi futószalagon, ahol minden hibát elkerülve a beteg végigmegy a futószalagon. A nőgyógyásztól kezdve a fül-orr-gégészetig, a CT-től kezdve az érfestésig minden megtörténik. Mi nem csinálunk érfestést, ha nem kell. Egy kicsit a panaszköböl indulunk ki, leülünk beszélgetni a beteggel. Ezen az iskolán nőtünk fel. Bizonyos típusműtéteket azonban valóban azonos szabály szerint kell végezni. Konkrét példa: a nyaki verőér műtétjét hosszú ideig úgy csináltuk, hogy egy foltot varrunk rá és kikapartuk. Németországban azonban valaki kesztyűnyűszerűen kifordította ezeket az ereket, így nem kellett műanyag foltot rávarrni, és rövidebb lett a műtét időtartama is (Eversió technika). Három munkatársam kintől hozta a metódust, aztán elindult a nagy sorozat. Ma már

gyakorlatilag az összes centrum ezt a módszert alkalmazza, a javallati kör azonban szigorú előírás szerint történik.

• Milyen vezetőnek tartja magát?

- Nagy gondot fordítok a jó közönség kialakítására, ami a mi feszültségekkel terhes munkánkban rendkívül fontos. Például nem nagyon szeretem, ha a munkatársaim azt mondják: „megoperáltam a beteget”. A helyes kifejezés: „megoperáltuk”. Nincs „beosztottam” megjelölés, csak „munkatársam”. Teszem a dolgom napi 10-12 órát munkálkodva, s talán majd az utódom értékeli, mint én tettem az elődeimtel.

• A beteg-orvos kapcsolatra megszülettek a rendszabályok. Hogyan tarthatók be ezek az Önök területén?

- Az Egészségügyi Törvény és a miniszteri végrehajtási utasítás alapvetően betegjogokat biztosít. A dott személyi és dologi feltételek mellett ennek végrehajtása nehéz. Kevesen vagyunk, ezért egyfelől „szorít” a jog, másfelől a lehetőség. Ilyenkor rangsorolni kell a feladatok között. A betegnek azonnal meg kell kapnia a transzfúziót, amikor kiverzett állapotban van, s csak aztán jöhet a hozzátartozók megnyugtatása, amire a nővérnek, az orvosnak nem mindig marad ideje. Mégis igyekszünk megfelelni a betegek elvárásainak: szorosan együttműködünk például az okkossal a betegkel, akik vallási okokból kerülni kívánják a transzfú-

ziót. Ez év júniusában kaptuk meg például a legmodernebb autotranszfúziós készüléket a Sangvita Alapítványtól. És ott van egy másik kérdés is: a gyógyítás személyessége. Foglalkozunk így: hasznos-e, ha jól ismerjük a beteg személyiségét, körülményeit, otthonát, foglalkozását, esetleg gondjait? Míg a többi szakágnak a gyógyításban használ a személyesség, a sebésznek kifejezetten rossz, ha ismeri páciense élethelyzetét. A rendszabályok betartása orvosi érdek is, a nyugati mintára történő műhibaperek erősen szaporodnak. Egész ügyvédi szakterület alakult ki e kérdésben. A helyes, fecsegésmentes, tájékoztató orvos-beteg kapcsolatot, a pontos dokumentációt sok sok felesleges per elejét venné. Talán még egy fájó pontot kellene megemlítenem a rendszabályok tárgyalásakor. Nem szabályozott az általam kurzuslátnak tartott „orvosi” tevékenység. Diploma nélkül, bizonyíthatatlan eljárásokkal „kezelnek”, sokan sok beteget, sok pénzt. A hiszékenységre kufarai, az orvosi gyógyítást hiányosságait, tehetetlenségét használják ki. Büntetéstől sem védünk meg a kódfikált ellátást.

• A maga nemében az országban ez az intézet egyedülálló. Hogyan tudnak úrrá lenni az egészségügyet érintő mai problémákon?

- Mind a metodikai levelek kibocsátása, mind a szakvizsgára való felkészítés itt történik. A 80 érebbeseti ágyunk Kö-

zép-Európában is egyedülálló. Európai színvonalon és mennyiségben végzünk érműtéteket. S bár a szívsebészetben az Országos Kardiológiai Intézet a központ, utánuk mindjárt ott vagyunk. Ugyanakkor sajnos az országban csak mi végzünk szívátültetést. Intézetünkben zajlik az intervencionális radiológus és orvosi biológiai memók-képzés. A medikusoktatáson kívül 45 orvos dolgozik a házban, ezek közül a sebészek majdnem kevesebben vannak, mint a kiegészítő szakmák képviselői. 11 aneszteziológus, 7 belgyógyász, 6 röntgenes, 6 élettanász, kémikus és biológus is tevékenykedik. Két intenzív osztályunk van, és túl az anyagi gondokon - ami a magyar egészségügyben minket is sújt -, a legnagyobb gondunk a munkatársi, azaz nővér-, aneszteziológus nőrsz-, műtősnő - stb. hiány. Mint egyetemi intézmény két legszegényebb ágazat, az oktatás és az egészségügy vazallusai vagyunk. Az állandó likviditási gondok a vezetés munkájának legalább 40 százalékát lekötik. Kényeszmegoldás, hogy nagyon szigorú gazdálkodás mellett, alapítványaink segítségével szorulunk. Tudományos továbbképzés, beruházás, általában innováció, fejlesztés, de amortizáció-pótlás is csak a dományokból lehetséges. Egy akadémiai évben hivatalosan 24 millió forint jut a fenti tételekre, míg alapítványainkból 20-25 millió forintot költünk rendszeresen évekre visszame-

nőleg. Az ideális 50 millió forint lenne.

• Terveik a jövőt illetően?

- A jövő évben hazánkban lesz az ér- és szívsebészeti konferencia. Klinikánk egyik professzora, Dr. Dzsinich Csaba a Társaság Európai szekciójának elnöke. Az ő érdeme, hogy elnyertük a rendezési jogot immáron második alkalommal. A feladatok sorjájának: technikai-szervezési kérdések, kapcsolatok kialakítása, a hazai szakmai színvonal bemutatása, pénzügyi háttér megismerése, tudományos bírálat és csoportosítás, érdekes kultúrprogram.

• Egyéb terveik?

- Cardio-angiológiai háttér biztosítása esetleg beruházással építkezéssel, - korszerűbb MR berendezés beszerzése akár valamilyen privatizációs eljárással, - az egy napos sebészet feltételeinek megteremtése, - az új módszerek rutin eljárásá tétel (endoszkópos beavatkozás, stent-graft, intervencionális radiológiai módszerek tökéletesítése), - sürgősségi részleg kialakítása. Nem csak ügyességünkön, szorgalmunkon is múlik ez, hanem tőlünk független tényezőkon is. Közismert ez az egészségügyben. A klinika közossége alkalmas és tettekre kész a feladatok megoldásában.

- Galgóczy Zsuzsa -

230 éves az egyetemi belgyógyászat

A közelmúltban több száz vendég vett részt a Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika Jubileumi Ünnepein, melyek abból az alkalomból kerültek megrendezésre, hogy idén 120 éves a Klinika "B" épülete, valamint a belgyógyászat 230 éve van jelen az egyetemi oktatásban. Az évforduló alkalmából jelent meg az Akadémia Kiadó gondozásában „A Szentkirályi utcai Belgyógyászati Klinika” - című könyv. A rendezvényen Prof. Dr. Tullas Zoltán, a Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika igazgatója köszöntötte a vendégeket, majd Prof. Dr. Sótó Péter, a Semmelweis Egyetem rektora, Dr. Gógl Árpád egészségügyi miniszter, Dr. Nemeskürty István, a Magyar Millenáris Bizottság kormánybiztosa, Prof. Dr. Hámori József, a Miniszterelnök tudománypolitikai főtanácsadója és Prof. Dr. Vizi E. Szilveszter, a Magyar Tudományos Akadémia alelnöke tartott beszédet. Az ünnepség fényét emelte a Semmelweis Egyetem Kamarazenekarának előadása.

A belgyógyászat 230 éve van jelen az egyetemi oktatásban, a jelenlegi Semmelweis Egyetem jogelődjének, a nagyszombati Pázmány Péter Tudományegyetem curriculumában 1770-ben jelent meg egy olyan tárgy, amely a belgyógyászatnak elődjének tekinthető. Az orvosi kar indítását és a belorvostani tanszék alapí-

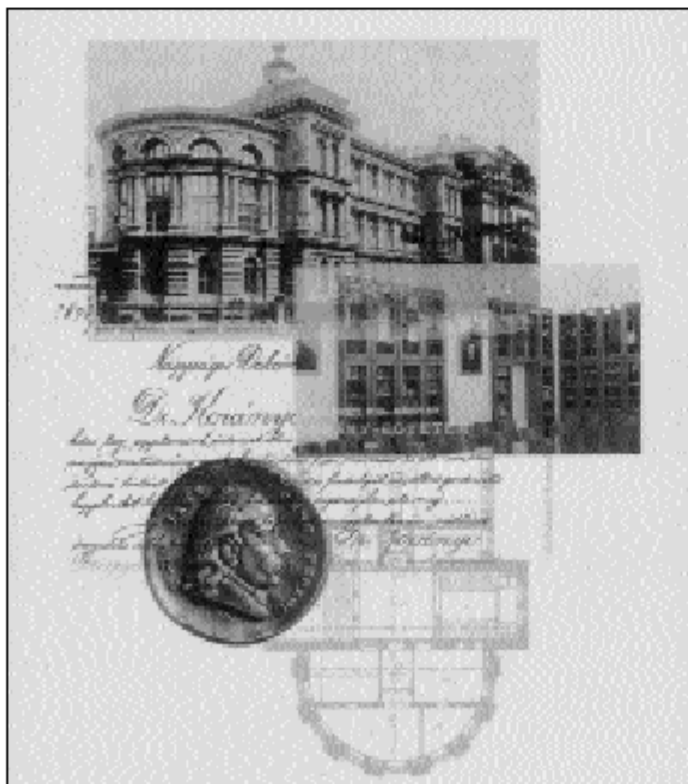
tását Mária Terézia rendelte el 1769-ben. Nagyszombatban az orvosi karon kezdetben csak elméleti oktatás folyt, mert a gyakorlati oktatásnak nem voltak meg a feltételei. 1777-ben az egyetem Budára költözött, majd az 1784/85. tanévtől Pestre tette át székhelyét, ahol ideiglenesen a pálosok kolostorában, majd a jezsuita kolostorban (mai Kosuth Lajos utca - Semmelweis utca sarkán) kapott helyet. A belorvostani oktatásának nagy személyiségei ezekben az évtizedekben Schöretits Mihály, Trnka Vencel, Prandt Ádám,

Bene Ferenc, Sauer Ignác és Wagner János voltak.

A Szentkirályi utcai Belgyógyászati Klinika jelenlegi "B" épülete 120 évvel ezelőtt épült fel és került átadásra. Az épület Trefort Ágoston vallás- és közoktatásügyi miniszter kezdeményezésére, Korányi Frigyes irányításával épült fel, aki 1866 és 1909 között a klinika igazgatója volt. Korányi a kor legmodernebb belgyógyászati klinikáját építette meg, optikai, elektromos, grafikai, vegyszeti berendezéssel, laboratóriummal, majd röntgennel. Ez az épület, bár a

II. világháború során súlyos sérüléseket szenvedett, jelenleg is a II. sz. Belgyógyászati Klinika betegellátását segíti. A klinika egy másik jelentős korszaka (1889-1936) Kéty Károly és Kéty László igazgatók nevéhez fűződik. A klinika szoros kutatási és oktatási együttműködést alakított ki a Magyar Tudományos Akadémiaival, különböző egyetemi társintézetekkel, de külföldi kapcsolatai is számottevőek. A II. sz. Belgyógyászati Klinika az egyetem egyik legnagyobb múltú betegellátó intézménye. A gazdag hagyományokkal büszkélkedő intézetben a gyógyítás és a kutatás mindenkor a hazai tudományosság élvonalába tartozott. A klinika orvosi karának nagy egyéniségei számos esetben a magyar egészségügy és a tudományok közélet meghatározó szereplői voltak.

Az Akadémiai Kiadó gondozásában megjelenő „A Szentkirályi utcai Belgyógyászati Klinika” című kötet a belgyógyászati oktatás és a klinika elmúlt 230, illetve 120 évét jeleníti meg. Megismerhetjük belőle az épület történetét, a klinika nagy korszakait, és jelentős fejezet foglalkozik a XX. század második felének történetével, mely szorosan kapcsolódik a hazai politikai és társadalmi változásokhoz. A most megjelent és bemutatásra kerülő kötet a klinika történetét, fejlődését és az intézet igazgatóinak pályafutását mutatja be az aktualitásokkal kiegészítve.



A MEDICOR Kézműszer Rt. közel 12.000 félé orvosi kézműszert gyárt különböző szériamagyságban. Az orvosi gyakorlatban használatos kézműszerek rendkívül széles választékával állunk partnereink rendelkezésére, melyek között megtalálhatók úgy a standard típusú kézműszerek (ollók, csipeszek, érfogók, tűfogók, szondák, terpesztők, stb.), mint a speciális műteti beavatkozások eszközei (traumatológiai, szemészeti, fül-orr-gége, szívsebészeti, urológiai, stb. kézműszerek). ORKI: 739/98A termékek gyártása fél évszázada folyamatos. Több évtizedes gyakorlattal, szakmai tapasztalattal rendelkező munkatársaink, valamint a mai kornak megfelelő gyártástechnológiai berendezésünk biztosítják termékeink magas minőségi színvonalát és megbízhatóságát, mellyel a legigényesebb felhasználói réteg elvárásainak is eleget tudunk tenni. Termelésünk több, mint 90 százalékát az USA, Németország és Japán kézműszer piacán realizáljuk. Gyártmányainkhoz az alapanyagot és a sajtolt félkész darabot Németországból vásároljuk, amiáltal garantálni tudjuk a késztermékek kiváló korrózió állóságát, formai kialakítását és hosszú élettartamát egyaránt. Gyártástechnológiánk, mely az ISO 9002 szerint dokumentált és működtetett, nagyfokú garanciát biztosít termékeink minőségének mindenkor megtartására. Termékeink CE jelzés viselésére jogosultak. Bátran elmondhatjuk, hogy kézműszereink minden tekintetben egyenrangúak a világ vezető kézműszer gyártó cégek termékeivel.

[illegible]

(folytatás az előző számból)

Németh György, az Egészségügyi Minisztérium ESZTI igazgatója, előadását felolvasásra küldte be. Az előadás címe: *Egészségügy az egészségpolitika szemével.*

Már az előadás elején megdöbbentünk, hogy az egészségügyre ingyelt összegeket fordító USA területén ma ötven millió ellátatlan ember él. A GDP részesedés felett a polgárok még egyszer annyival járulnak hozzá az egészségügy működéséhez. Clintornak az egész lakosságot lefedő egészségügyről szóló terve megbukott. Nálunk kicsi a köz és magas a magánkiadás. A közkiadás és a magánkiadás aránya tehát rossz. Ami ami GDP részesedését illeti: azt a világ-bank úgy tudja, hogy 7.5 százalék. Az OECD 6.0-6.6 százalékáról beszél. A bevételek százhoz százalékkal csökkentek, de még így is nagyobbak mint a kiadások. Ezzel szemben Kornait is idézte, aki szerint koraszülött jöletti állam vagyunk. Először a költségvetés csak akkor fordíthatunk egészségügyre, ha majd többet tudunk megtermelni. A legnagyobb fejlődést azok a délkelet-ázsiai országok érték el, ahol ezeket a költségeket nagymértékben csökkentették.

Az előadás hangsúlyozta, hogy a koraszülött jöletti állam elméletet ő csak mézesmadzagnak tartja, mely az átmeneti időt próbálja magyarázni. Még a fejlett országok is csak az elején vannak jöletti ellátó rendszereik átalakításának. Az egészségügyben Európa GDP részesedési átlaga 7.4, a miénk a valóságban 4.4, ugyanez az arány a tanügyben 5.3-4.8 százalékra áll. Pénzügyi kormányzatunk számára a minta Görögország, ahol az egészségügy 2.2, az oktatás pedig 3.2 százalékot kap. Nem veszik számításba, hogy a valóságban ott is 5 százalék körüli az egészségügyi részesedés, mert az általuk használt adatban az önkormányzati hozzájárulás nincs benne.

Komolyra fordítva a szót, - írja, a magyar egészségügyi a mai gazdaságpolitikai kurzustól semmi jót sem várhat. A mézesmadzag teória (koraszülött jöletti állam) szerint a felzárkózásig, a valóságban azonban soha.

Kornai azt mondja, hogy költsünk kevesebbet egészségügyre és többet beruházásra. Ez az előadó szerint helytelen alternatíva. Az egészségügy és a beruházások nincsenek azonos pályán, tehát nem is versenyeznek egymással. Az egészségügyi kiadás az fogyasztás és ez nem alternatívája a beruházásnak.

Ez év áprilisában Járni pénzügyminiszter az EU-val közösen értékelte a helyzetet. A kitűzött cél az államháztartás méretének mérséklése volt, hogy a magánszektor több támogatáshoz juthasson. Németh György szerint ez is tévedés és mellébeszélés. Még a strukturális támogatás mögött is csak a közkiadások csökkentésének célja rejtőzködik. Szóba sem jött, hogy a fizetések emelése céljából kellene hatékonyabbnak lenni. **A jelenlegi kurzus célja a jövedelmek csökkentése és a profit növelése.** A profit növelésének a társadalmi adó csökkentése már nem lehet útja, ez inkább nőni fog. Járható út viszont a járulékok csökkentése. De ha kevesebbet fogunk fizetni, kevesebbet is kapunk. A munkaerő-költség csökkentése elsőrangú cél, s ezt első sorban a járulék csökkentésével érhetik el. A munkáltatók a járulék kérdésben kívülről néznek tekintik magukat. Az egészségügyi közkiadások GDP arányai akár radikálisan is csökkenhetnek. Ez több millió állampolgárt zárhat ki az egészségügyhez való hozzáféréstől.

Először a szerző felvette a kérdést: *igaz-e, hogy a gazdaságok klubja felvesszük az egészségügy és az oktatás lemaradását a verselővel? Ha ez így van, akkor az egészségügyért szavaznak felelősként hazánkban?*

Az ország gazdasága polgárainak gazdaságával egyenlő. A mindenkorinak kormányt kell pozícióba segíteni a munkáltatókkal szemben. Ne legyünk naivok! A probléma nem örökös, hanem tudatos politika eredménye. Ezt oly jól titkolják, hogy még az aktuális egészségügyi és oktatási miniszter sem szerez róla tudomást. De a munkaerő-költség lemaradásából nem lesz felhalmozás. A történeteket a multinacionális cégek határozzák meg. Övék a profit. A cél, hogy a magyar gazdaság ne működjön egészségesen, mert akkor a bérek maguktól felzárkóznak. Amit a kormány felhalmozásnak hisz, az egy perc alatt távozik az országból. A világ összes vállalkozása sokat tartja a béreket. El akarja hitetni a gazdaságpolitika formálóját, hogy ez az országunk is érdeke. A kormánynak nem vajnak kellene lennie a kés előtt. Sajnos az - fejezi be gondolatait a szerző.

(Ez volt az az előadás, amely után a továbbiakat el kellett volna halasztani, hogy megemléstessük a drámai információkat. De nem es történt. A közönség alig figyelt fel a hallottakra (igaz, felolvasás volt csupán) és az élet ment tovább. A tudósító úgy érezte, hogy a leírtakat nem kell kommentálni.)

Dr. Bérczes Anna, a Pénzügyminisztérium főosztályvezetője a 2001 évi költségvetési törvénytervezet egészségügyi vonatkozásai taglalta. Példátlannak nevezte a 15 milliárdos soron kívüli juttatást, még akkor is, ha nem volt töké-

ÖSSZEFOGLALÓK ÉS GONDOLATFOSZLÁNYOK AZ ÖNKORMÁNYZATI EGÉSZSÉGÜGYI NAPOK ELŐADÁSAIT HALLGATVÁN. II.

letes a végrehajtás. Annak a reményének adott kifejezést, hogy ez a következő évi bázisba már be fog épülni, de jelentős vívmányának tartja a praxisjogot is. Elmondta, hogy a praxisok első értékesítését szeretnék illetékmentessé tenni és a bevételt adómentessé. Áldozni akarnak a radiológia és onkológia további jobb felszerelésére. A felzárkózás szempontjából oly fontos rezidens képzésre is gondolni akarnak. Emelített tett a Phare programok adta lehetőségekről. Nem tartotta kizárhatónak az előírt leépítés alkalmazását a mentőszek esetében.

A gyógyszerár támogatást neurális portnak nevezte, de hangsúlyozta, hogy van remény a kassza növelésére.

A közönség felhőrdült, amikor az OEP informátika fejlesztését helyezte kilátásba. A minimálbér emelkedése az egészségügyi és szociális ágazatot ötven százalékban érintheti. A 3 százalék járuléksökkentés csak ott jó, ahol magasak a jövedelmek.

(Ez a kál kapcsolathoz az olvasó idő közelebb kerülhet, hiszen már bejelentette kb. 50 százalékos csökkenést a tervezettől. Sajnos azonban, ha az állam és a tervezett infláció határaitól kápolni, a 128 milliárdos költségvetés többet - melyről azt mondták, hogy 20 százalékkal emelést jelent - a valóságban csak az infláció követésére és talán 4-5 százalékos emelésre elegend. Mivel azonban úgy hangzott, hogy ezt, "sömében" befejezésre kell kölni, a szóféleképpen magyarázhat, "am" szó mennyiségi, vagy százalékos aránya, soha nem fogja csökkenteni azt a 4-5 százalékos, s nem hiát a további realitások csökkenés. És akkor hol van az eddigi ésszerűsítés 50 százalékos csökkenés kompenzálása? Ezt számolgatva az ember visszagondol Németh György előadására, melynek feltevéseire nagyon hasonlatosnak látszanak az életben tapasztaltakat.)

Dr. Ari Lajos, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke előadását: *Az egészségügy helyzete az intézményvezetés szemével* címmel tartotta meg.

Már politikai gazdaságtan tanárától azt tanulhatta, hogy az egészségügy improduktív, mondta. Ma nincsenek morbiditási adataink, mert a kiskapuk használatának minősülő családok az adatokat használhatatlanná teszik. A teljesítmény finanszírozás története az átverések története. Csupán egy kassza védett, az OEP kasszája. A finanszírozásra nyújtott összegek csak látványzórnak. Ha a HBCS értéket forintba nézzük jobban mutat, annál rosszabb a kép ha dollárban számolunk. Ha a krónikus ágyak finanszírozásának csökkenése így folytatódik, el is fogyhat a finanszírozás. Nem lesznek több krónikus betegek. A mai összeg kevesebb mint amennyit egy váci rabra költenek. Intézményi érdekvédelem nincs. A menedzserek érdekeit sem védi senki és semmi. Miközben alulról egyre nagyobb a nyomás és a beteg egyre többet követel, felülől furcsa bánásmódban részesülnek. Ezután említett tett arról az esetről, amikor a fizetések rovására, de az ellátás érdekében a működési költségéből beruházó kórház bajba került. Azt a törvényt azóta visszavonták. Nem ismer olyan esetet, amikor az önkormányzati képviselő szót emelt volna az orvosok érdekében. Egy mai magyar kórház köbmétere 4570 forintot ér. Hány kórház tudja majd teljesíteni a minimum feltételeket? Az amortizáció hiányzik ma is, de szó sem esik róla. Azt mondják, hogy az egészségügyben együtt van a pazarlás és a hiány. Sajnos nem értik, hogy a szegény ember nem tud takarékoskodni. Ez a bunkó a pénzügyminiszteri kézben. És nem igaz. Egy állandó csődhelyzet van. Az a kérdés, hogy ki kit csap be. A beteg kelt bevigye a gyógyszert a kórházba, nem fizetik ki az ügyleteket és sorolhatnánk. Hogy mégis az egészségügyben dolgoznak az már csak azzal magyarázható, hogy ezt tanulták és még hat az elhivatottság.

(A fórumot gyakran látogató közeledést és a menedzseri és az orvosok réteg elkeseredettségét követően, az elmúlt években még egy-egy hasonló fórum után volt olyan vélemény, hogy az egészségügyből már csak a gazdasági vezetők tudnak jól megélni. Mára már ennek vége van? Így igaz sem volt?)

Endre Sándor a Megyei Önkormányzatok Országos Szövetségének elnöke volt a következő előadó. Ő „Az egészségügy problémáinak önkormányzati aspektusai” címen tartott előadást. Véleménye szerint a kulcsszavak a paradigmaaváltás, a globalizáció kihívásai és a tudás alapú társadalom.

Bár szokás mintának az uniós belépés előtti görög, spanyol és portugál példát emlegetni, azonban nem kell elfelejteni, hogy ott a diktatúra évei alatt is működő gazdaságok voltak. Mégis a mi gazdasági helyzetünk jobb mint

azoké volt a csatlakozás pillanatában.

Ma a magyar megyei önkormányzatok anyagi lehetőségei rendkívül korlátozottak. A központi akaratnak nincs fedezete. A címzett támogatás egyre apad. Vannak olyan vélemények, hogy a fekvőbeteg ellátás legyen megyei feladat, vagy, hogy a szakellátás legyen állami feladat. A pályaelhagyás egyre gyakoribb. Nagy hiba, hogy nincs érettségi adó középfokú oktatás. A pillanatnyi cél, hogy rövid távon ösztönözze meg a realitást, közép- és felsőfokú elindítani egy dinamikus növekedést. A rekonstrukció és a gép-műszer park prioritásokat figyelembe véve felújítása nem várható magára. A privatizáció is fontos feladat. Oda kell figyelni a közalkalmazotti szférából kikerülő dolgozók jogviszonyának alakulására.

A regionális együttműködések és munkamegosztások is átgondolandók. Aki nem tart fenn kórházat, be kellene segítsen annak, aki a területéről érkező betegeket ellátja.

(Itt az, alulról érkezett hallgatók arra figyeltek fel, hogy a kórházak, hogy mennyire más az önkormányzatok magasabb szféráit hallgatni, vagy esetleg tárgyalni, mint ott alant, a ma finoman „lakomnak” nevezett eldönvényben.)

Dr. Komáromi Zoltán, a MOK titkára a háziorvosi privatizáció tapasztalatairól beszélt.

(Sajnos a háziorvosi téma lerágott csontnak számít és azok, akik elhagyták a területet nem gondolták arra, hogy ezekre a tapasztalatokra most éppen az esztendő következőknek lesz szükségük.)

Az előadó elmondta, hogy a háziorvosi társadalom a maga immár 8 éves tapasztalatával egyelőre helyőrség. A háziorvosok 85 százaléka funkcionálisan privatizált.

A privatizáció résztvevői az állam (Kormány, Minisztérium, OEP, ÁNTSZ); a lakosság (Önkormányzatok) és a szakma (MOK) voltak. A privatizáció célja a színvonal javítás, érték-növelés, szakmai megújulás és a forrásbevonás. Felhívta a figyelmet a folyamatos praxisátadás

előnyöire, mely a szakmai visszaéléseket kiküszöböli. A fiatalokat kézenfogva lehet így bevezetni. Ezt a MOK támogatja.

Kulcskérdés az önkormányzatok szerepe és a MOK jogosítványai. A törvény a privatizáció tárgyát három felé osztja. Van a működtetési jog, a felszerelés és az épület. Általában árnyuk 30-30-40 százalék lehet de ez változó. Ez utóbbi 20 és 60 százalék között is ingadozhat a másik kettő rovására. A túl drága ingatlan leadásához nem jó ha ragaszkodik az önkormányzat, mert ezt még továbbadni is nehéz.

A praxisjog fogalmát ma a járóbeteg szakellátás privatizációja is alkalmazni akarja. Mindent összevetve a privatizáció felelőssége! Az önkormányzatnak: ellátási, infrastruktúra fejlesztési és finanszírozás kiegészítési, az orvosnak: ellátási és folyamatos ellátási kötelezettség és a finanszírozás korrekt felhasználásának kötelezettsége. Az önkormányzat minél kisebb, annál jobban fél. Két garanciát kaphat. Az egyiket az ÁNTSZ, a másikat a MOK felől. Az önkormányzat felelősségei közül az orvos és nővér személyének megválasztása, az ellátási kapacitás kérdéseiben hozott döntések és az ügyelet szervezés, illetve a feltételek biztosításával kapcsolatos kérdések könnyen hatalmi kérdéssé válhatnak. Ezt el kell kerülni.

(A blokk végére is türelmesen bennmaradó hallgató ha lett volna ideje, itt elgondolható volt volna az önkormányzat-háziorvosi vívóóró közlője. A szövegben az önkormányzatok a felülről ható pénzügyi szemléletet szembe nem nézve rangsorolják az egészségügyet mint prioritást? De igen jó téma lehetett volna arról vitatkozni, hogy a MOK által is támogatott és például r-tékú rezidens képzés és alkalmazás ügyei miként állnak. Hogy lehet, hogy a formák nélkül álló körsekre hagyják a rezidens alkalmazásának minden terhet. Amint tűzoltó a tanfolyamon és letette a licenctesztet lehet magának áldozatként időt orvost, aki megőrzi a vele járó jogait. A szövegben leírt rezidens képzésre fordított milliárdok erre egy fitying sem jut. És kérem, most ezt a kérdést nem felejtjük el. Nem, mert igen ritkán nem ül fel egyáltalán a lefektetésre is annak, hogy a fiatalok se áll meg. Amikor elfordul, akkor pedig többnyire már muszájból. S ha muszáj? Hát akkor figyeljen a pálya végén várakozó vagy angasztó orvos. Mást úgy sem lehet. Egyébként is áldozhatta volna a községet a két formában, ha tapasztalatlan idejében elhalálozik.)

- Dr. Szász István T. -
(folytatás a következő számban)

MEDICA 2000

Düsseldorf, November 22-23.

A MEDICA a szakma legjelentősebb találkozóhelye és koncepciók átvételének színhelye. A vásárlás több mint 2.600 cég vesz részt az orvostechnika, a laboratóriumi technika, az ortopédiai technika, az elektrogyógyászat, a diagnosztika, a gyógytorna és a kommunikációs technika területéről.

A „Welcome you!” Idegenforgalmi és Szolgáltató Kft. egyéni és csoportos utazásokat szervez kedvezményes áron - a vásárlásra. Ajánlatuk megtekinthető a www.extra.hu/welcomeyou honlapon.

Egyéni utasok részére

Stándások:

1. Apartmanok Ratingenben (9 km-re a vásárlóterületől, mely a 6-os S-Bahnval vagy autóbuszszállal érhető el.) Ár: 3 fő részére 230 DM/Áp/éj, 4 fő részére 270 DM/Áp/éj

2. Egyszerű privátpanzió étteremmel Ratingenben (9 km-re a vásárlóterületől, mely a 6-os S-Bahnval vagy autóbuszszállal érhető el.) Ár: 70 DM/Éj/éj (reggelivel, fürdőszoba használattal)

Közlekedés:

I. Kedvezményes repülőjegyeket ajánlunk a vásárlóidejére már 54.000 Ft-tól.

II. Gépkocsi, illetve autóbuszbérlés (8-45 éjig.)

III. Vonatjegy értékesítés (repülő + vasúti utazás esetén.)

A MEDICA 2000 kiállítás idejére csoportos utat is szervezünk.

Csoportos utazás I.

2000. 11. 22-26 /4éj/ között

Részvételi díj: 5 nap 4 éjszaka: 181.800 Ft/Éj
Tartalmazza: repülőjegy Budapest-Düsseldorf-Budapest útvonalra, repülőtérrel illetékekkel, szállás díját (4 éjszaka) reggelivel, városi belépőjegyet (3 napra) baleset, betegség, poggyász utazás biztosítást.

Csoportos utazás II.

2000. 11. 22-25. között

4 nap/3 éjszaka autóbuszszállal, 2 nap vásárlóutazás
Ár: 109.400 Ft/Éj.
Az ár tartalmazza: autóbuszköltséget, szállás 2 éjszakára, 2 db vásárlóbelépő, utabiztosítás

Welcome you! Idegenforgalmi és Szolgáltató Kft. H-1135 Budapest Ráthor Ferenc u. 39-49
email: yw@com@mail.mafav.hu T: 350-2411/338, 345 Fax: 350-5591 Mobil: 20/9658-989

Jelentkezési Lap

A rajánlatot kérektőltőlfőre a MEDICA 2000 Szakkiállításra:
Csoportos (I., illetve II. variáció vagy egyéni utazásra)

A. Szállás: 1, privát szállás, 2, apartman, 3, szállodára 1-2-3-4-5 *

B. Repülőjegy

C. Egyéb közlekedési lehetőségre (vasút, minibusz,)

E. Bővebben információt kérek a kiegészítő programokról.

Cégnév:

Cím:

Tel./Fax:

Küldzők neve:

.....

A jelentkezési lapot Miskolc Tünde / Simon Andra részére a 350-5591 faxszámra eljuttatni szíveskedjenek!

HELYZETELEMZÉS

A napokban az Országgyűlés elé terjesztett két éves költségvetési javaslattal a mostani egészségügyi kormányzat iránt táplált utolsó illúzióink is szertefoszlottak. A következő évekre a ténylegesen várható inflációt 1-2 százalékkal meghaladó forrásbővítés elégtelen még az egészségügy további leépítésének megakadályozására is. Mind ma, mind ezek szerint két év múlva, az ország a rendszerváltás előtti összegre realitásként felelt költi egészségügyre. Világosan kell látni, hogy a következő két évben ugyan megállni látszik az egészségügyre fordított kiadások további csökkenése, de az egészségügyi finanszírozása minden eddiginél alacsonyabb szinten rögzül.

Az egészségügyből az utolsó 10 esztendőben évről évre kivont, összesességében ezermilliárd forint nagyságrendű összeg jelentette a gazdasági-társadalmi rendszerváltás sikeres lebonyolításához nélkülözhetetlen legnagyobb belső forrást. Ezt az egészségügyi megfizette, elsősorban a beteg emberek és az egészségügyi is megszenvedték. Mára azonban a helyzet tarthatatlanná vált. Az egészségügyi csődjének tagadása a cinizmus határát súrolja. A betegek és az egészségügyi dolgozók túlnyomó többsége számára egyaránt rendkívül megalázóak azok a körülmények, amelyek között mindennapi betegellátás folyik. Legyen az a statisztikai jelentések meghamisításának kényszere, önmaguk és a szakmájuk egészségének jóváérvé, finanszírozási helyzete, a rendszerváltás utáni egészségügyi kormányzatok részéről tapasztalt átverési kísérletek.

PROGNÓZIS
A KÖVETKEZŐ
MÁSFÉL ÉVRE

A következő másfél év várhatóan egyre több indulattal, a kendőzhetetlen leépítés egyre gyakoribb és egyre látványosabb jeleivel lesz jellemezhető. Ilyen jel lehet egy többnapos általános egészségügyi sztrájk, egyes osztályok működésének időleges felüggesztése a szakemberek elvándorlása miatt, számitani lehet arra, hogy szaporodni fognak az elégtelen finanszírozással közvetve vagy közvetlenül összefüggő, a betegek gyógyulását késleltető vagy épp megakadályozó botrányok. Várható kormányzati reakció lehet az egészségügyi miniszter melesztése, ha ez korán történik meg, akkor utódjának is lehet ideje megbukni még a 2002-s választások előtt. Ad hoc jellegű, megalázó, korrupciós filozófián alapuló egyszerűsítő (háromszori) bérjuttatások, a Bokros-csomag további demoralizálása szintén valószínűsíthető. Az ellenzéki pártok egészségpolitikusai közben elkeseredő átalakulást fognak átrátni. Egy mindenre kész anyafarkas elszántságával fog-

nak az ágazat és dolgozóinak védelmére kelni (*a betegek már nem is beszélve*)... Zene lesz füleinknek minden mondatuk (A szirénhangok ugyanakkor nem feledtethetik el velünk, hogy az egészségügyből történt legnagyobb forráski-vonás épp arra az időszakra esett, amikor ők voltak kormányon). Hideg fejjel tisztában kell legyünk azzal, hogy a megelőző kormányzatok felelőssége semmivel sem kisebb a mai áldatlan állapotok előidézésében, mint a mai kormányé.

még elfogadhatatlan érdekse-relemmel is járja, elsősorban a betegek számára. Ilyen esetben az új tulajdonos elemi ér-deke az lesz, hogy a saját ter-mékeit használja fel és nem az, hogy a legoptimálisabb esz-közkelet, gyógyszerkelet alk-al-mazzák a kórházak. A mihamarabbi átalakulást gátló másik érdekcsoport a jelenlegi állapotok konzervá-lásában érdekelt néhány szá-zaléknyi orvos és egészségü-gyi vezető réteg, amely olyan nagyságrendű hálá-, illetve

sokkal jobb ellátásban része-sül. Külön figyelmet érdemel ebben a vonatkozásban, hogy az ország közvéleményét be-folyásolni képes média képvi-selői is ebbe az elitbe sorol-andók! A megoldás társadalmi össze-fogás nélkül elképzelhetetlen. A jelenlegi apatikus közhan-gulat ugyanakkor valószínű-lenné teszi, nemcsak azt, hogy a társadalom jelentős részét aktív kiállásra készítsük, de az is több mint kétséges, hogy a sorsuk és az ágazat folyarna-

működési költségen felül az utolsó évtizedekben az egész-ségügyből kivont források pótlására - leegyszerűsítve az é-pület és műszerállomány felú-jítására - néhány év alatt pótl-olagos rendkívüli támogatást biztosít a költségvetés. Az esetleges megállapodás má-sik, az előzőtől el nem vá-lasztható része egy hosszútávú koncepció elfogadása lehet, mely az egészségügyi irányí-tási, finanszírozási, működte-tési rendszerét a rendszer-váltás után kialakult társadal-

lakításának stratégiai kérdé-seiről konszenzus kialakítása. (*Kell-e új tulajdonforma? Ha igen, ki legyen a tulajdonos, milyen forrásokból biztosít-ható a privatizáció? Mi lehet ebben a külföldi tőke szere-pe?*)

* A finanszírozási struktúra átalakításának stratégiai kérdései. (*Egybiztosítós vagy több-biztosítós modell?*)

* A közfinanszírozott ellátá-sok tételes meghatározása (*ideértve az ezennél ténylege-sen fi-nanszírozott, egészség-megő-r-zést célzó pro-gramokat*), illetve az eddig közfinanszírozott, de abból kikerülő szolgáltatások tételes meghatározása.

* Megállapodás az egyetemek által kibocsátható orvosi dip-lomák számának felső korlá-tjáról.

* Konszenzus kialakítása a há-lapénz viszaszorítása ér-deké-ben.

* Konszenzus kialakítása az orvosszakmai kérdésekben is kompetens, ilyen konfliktus-okat felvállalni képes (*biztosí-tói*) ellenőri hálózat kialakítá-sáról. Ez egyszerre fontos a betegikok érvényesítése szem-pontjából (*ma a betegellátá-nak mint szolgáltatásnak nincs érdemi szakmai kontrollja*) és a közpénzekkel történő pazar-lás megállítására érdekében.

ÖSSZEGZÉS

A NEKT csak akkor jöhet lét-re, ha az egészségügyi dolgo-zók felhagynak passzivitásuk-kal. Ez esetben a kerekasztal, egészségügyet képviselő részt-vevői mögött egy kétszázhar-mincezer aktív tömeg fog áll-ni. (*Közvetlen családtagokkal együtt ez a lakosság 7-9 száza-léka!*) Ez forradalomhoz lehet, hogy nem elég (...), de haté-kony polgári engedelmesség-hez igen.

Ugyanakkor világosan kell lát-nunk, hogy a további vissza-húzóds, a keserű bezárkózás esetén törvényszerű, hogy hely-zetünk tovább romlik. Az is biztos, hogy az eddigi mentali-tásunk folytatása kezdené az ostobaság határát súrolni (*ránk hivatkozva akadálytalanul ér-vényesülhet olyan érdek, amely ténylegesen a mienkiével el-lenértés*). Arról nem beszélve, hogy - jobb híján - nekünk kel-lene aktív fellépésünkkel a be-tegek érdekét és az utánuk jövő gyógyító generáció érde-keit is képviselni - ez pedig morális kérdés is!

2000. október 17.

(Amennyiben a Nyílt levélben megfogalmazottakkal egyet-ért, kérjük jelezze ezt. Bármily-en támogató vagy ellenző véleményét megjelentetünk a www.konzilium.hu honlapon, ahol a nyílt levél aláíróinak neve is olvasható. (Levelezési cím: dr. Solymosi Tamás, Gyöngyös 1., Pf. 278, 3201, e-mail: konzilium@matavnet.hu) Az aláírás részben elközelhel-tő, hogy nem az én nevem lesz feltüntetve, hanem egy posta-fiók-cím csupán.)

- dr. Solymosi Tamás,

NYÍLT LEVÉL

FENYEGETŐ
VESZÉLYEK
2002 UTÁN

A legnagyobb veszély, ha is-mét abba az illúzióba ringat-juk magunkat, hogy ennél ros-szabb már nem lehet. Eddig még mindig ezt hittük és ed-dig még mindig csalódnunk kellett az illúzióinkban. Az e-gészségügyi dolgozóknak a korábbinál sokkal elszántabb fellépése nélkül nem kényszerí-thetjük rá a következő kor-mányzatot sem arra, hogy más területek rovására is kiemelten támogassa az egészségügyet. Ezzel összefüggő és egyenrangú fontosságú veszély, ha a ben-nünket ért folyamatos megalá-zásra továbbra is az eddigi mó-don reagálunk. Ez esetben a további leépülés réme fenye-get, az érélyes ellenállás nél-kül pedig érvényre juthat az egész nevében fellépő, való-jában azonban partikuláris ér-dekeket képviselő akarat. (*Lásd. spontán privatizáció a társadalmi rendszerváltást kö-zvetlenül megelőző félétben*.) Világosan kell látnunk, hogy az egészségügy (tudatos vagy tehetetlenségből fakadó) gaz-dasági ellehetetlenítése - túl azon, hogy a rendszerváltás lebonyolításának egyik legfon-tosabb zálaga volt - érdekét is képvisel.

Az egészségügyben érdekelt, tőkével rendelkező csoportok számára a tulajdonjog átát-szása. Erre az fog hivatkozási alapot szolgáltatni, hogy az összeomlott egészségügyi sza-nálására nincsen belső forrás, miközben ezt a forrást természetesen mégis csak mi, adó-fizető polgárok fogjuk előte-rementeni a későbbiekben. (*Lát-tunk már ilyet 10 év alatt...*) Kell, hogy legyen szerepe a tőkének, a „nyugati tőkének” is az egészségügy átalakítása során. Ha azonban gyógyszer-, műszergyártó vagy forgalmazó cégek privatizálják az egész-ségügyet, akkor sem kerül ke-vesebbe, mintha ezt belső for-rásból tennék meg, ráadásul

(más) korrupciós pénzben ré-szesül, amilyenre tisztább vi-szonyok között nem lenne esé-lye.

A betegek szempontjából a tét hosszú távon nem más, mint hogy a középosztály és a szociá-lisan alatta lévő társadalmi csoportok egészségügyi ellátá-sában a de facto egyre kevésbé érvényesülő szolidaritási elvet meg tudja-e a társadalom vé-dezni. Tiszta viszonyok között is ellentmondásos helyzet a társadalom felső rétege szá-mára, hiszen a szolidaritási elv fenntartása számára szükség-szerűen nagyobb elvonást je-lent, ugyanakkor épp ez az e-gyik ára annak, hogy a társadalmi helyzetét biztosító köz-nyugalom megmaradjon. Azonban az utolsó tíz év za-varos viszonyainak minél to-vább tartó konzerválása az elitnek. Itt csak utalunk a köz-terhek alól való kibúvás lehe-tőségére egyrésztől, másrésztől pedig arra, hogy a szocia-lizmusból örökölt informális utak most is az átlagnál sokkal jobb egészségügyi ellátást biztosítanak számára - köz-pérzekből...

EGY LEHETSÉGES
KIVEZETŐ ÚT FŐBB
ÁLLOMÁSAI

Világosan kell látnunk, hogy a rendszerváltás tíz évéhez a legnagyobb belső forrást az egészségügyből kivont óriási összegek jelentették. Az egész-ségügyi dolgozók követeléseinek ez jelenti a morális alap-ját. Az ágazat a teljes ellehe-tetlenülés határa elékezett. Ez a csődhelyzet ugyanakkor a társadalom egészének a problé-mája, a társadalom normál é-lévtelében is egyre komo-lyabb fennakadásokat okoz. Az persze valószínű, hogy - szemben az adórendszerrel vagy a benzinnal - az egész-ségügyi állapotáról az elitnek nincsen személyes tapasztala-ta, hiszen saját vagy család-tagainak megbetegedése ese-tén a „mezei” állampolgárnál

tosan rosszabbodó helyzetét tehetetlenül szemlélő 230.000 egészségügyi dolgozó nagyobb része rövid idő alatt magától öntudatra ébred. Rá kell éb-redjünk, hogy a tíz éve köve-tett stratégiánk maga volt a kudarc. A konfliktus kerülő, radikális megoldásokat elvető, a mindenkor hatalommal a ki-egyeztetés kereső mentalitás tár-gyalási pozícióink folyamatos rosszabbodásához, az e-gészségügy katasztrófális hely-zetéhez vezetett.

Óriási felelőssége van ebben a helyzetben az orvosoknak. Helyzetüknek, még meglévő társadalmi presztízsüknek fog-va talán még lehetőségük van az események kedvező befolyásolására. Az utóbbi időben egyre szaporodó kezdeménye-zéseket (*aláírásgyűjtések, fel-hívások*) összefogva és integ-rálva egy világos és egyértel-mű, a helyzethez illő radikális programmal kell előállni, mely mögö a kevésbé aktív kollégá-inknak legalább a beleegyező támogatása megnyerhető. Ha a Magyar Orvosi Kamarán be-lül ez megvalósítható, akkor úgy, ha nem, akkor civil kez-deményezésként egy cselek-vési programot kell ki dolgo-zni. Ennek leglényegesebb ele-meként el kell érnünk, hogy a hajdani Ellenzéki Kerekasztal mintájára 2001 tavaszára egy Nemzeti Egységügyi Kon-szenzus Tanács (NEKT) üljön össze. Ennek közvetlen takti-kai célja, hogy az egészségü-gy ne lehessen a 2002-es választá-sokon kampánytéma. Csak így biztosítható ugyanis a straté-giai cél: az egészségügy tel-jes csődjének elkerülése érde-kében szűkebb konszenzus a jövőképe megrajzolásán. E meg egyezés egyik része egy hosszútávú megállapodás, melyben a parlamenti pártok garantálják, hogy a következő tíz évben a GDP éves növe-kedési ütemét évről évre rögzí-tett mértékkel meghaladja az egészségügyi működésére fordított összeg. Hasonló font-oságu, hogy a mindenkor

mi-gazdasági helyzethez il-leszti. Ennek legfontosabb célja, hogy az ad hoc jellegű, mert minden kormányváltás-nál változó, parlamenti ciklu-sokban gondolkodó kormány-zati elképzeléseket egy nemzeti egészségügyi stratégia válthassa fel, mely mögö a kö-vetkező 10 év kormány- és el-lenzéki pártjai felsorakozhat-nak.

Világossá kell tenni, hogy a NEKT célja nem szép deklará-ciók, hanem egyértelmű és utóbb számon is kérhető köte-lezettségvállalások megfogal-mazása. Ennek érdekében el-engedhetetlen, hogy a pártok vezető pénzügyi szakemberei is jelen legyenek a tanácsko-záson. Remélhető, hogy a NEKT összehívását célzó fel-hívásra az egészségügy jelenlegi állapotáért felelősséget ér-ző parlamenti pártok ked-vezően reagálnak. A NEKT csak akkor ülhet össze, ha a tárgyaláson mind a jelenlegi kormányoldal mind az ellen-zék pártjai képviseltetik ma-gukat. Éppen ezért a politikai pártosságnak még alátámasztá-sa el kell kerülni.

Talán nem lényegtelen itt fel-hívni egy reális veszélyre a fi-gyelmet: létezik törekvés a na-pi politikában Nemzeti Kerek-asztal összehívására. Ha azon-ban egy ilyen kerekasztal úgy jön létre, hogy arra az elit ö-nmagát delegálja, akkor csak a kétszázharmincezer egészség-ügyi dolgozó nevében, de nem érdekében történhet politizá-lás!

NÉHÁNY
MEGTÁRGYALANDÓ
KIEMELT TÉMA

* Állásfoglalás, hogy Magyar-országban az egészségügyi el-látásban a legfontosabb tör-vény a szolidaritási elv marad.

* A ország költségvetéséből az egészségügyi éves működésére és a korábban kivont források pótlására szolgáló összeg meg-határozása. Az OEP bevételek felhasználásának ellenőrzése.

* Tulajdonosi viszonyok áta-

erte, hogy egymás elleni acsarkodásunk utat nyisson az egészségügy manipulálása felé is. Hiába az egy-mást követő kormányokat kísérő egymást követő re-ménykedések. Tovább hanyatlunk. Miközben feldoklunk, szegyenkezzve kalimpálunk az örvény közepén segítéget. Nem merjük kimonda-ni, hogy a társadalmi elvárás és a saját lelkiismeret szorításában dolgozó orvos a legnehezebb és legfe-lelősségteljesebb munkát végzi és jár számára a gond-talan, nyugodt, tervezhető élet. Szemérmemetesen a be-tegeket toljuk magunk előtt, azok érdekeire merünk csak hivatkozni. Holott a kettő egy kérdés, és elvá-laszthatatlan. Szegyenkezzésünket a ránk kényszerített hálapénz unós-untalan emlegetett és tanulmányozott, de gyö-keres szemléletváltás nélkül soha meg nem szűnő ré-me tartja felett, a felelősséget elhárító öröme. Ger-jesztett büntudat ez a javából.

A reformnak nevezett kísérlet már első percben - egy cikluson belül - elakadt és fanyar gyümölcsöt ter-mett. Újabb törésvonal keletkezett közöttünk. A to-

vábbi lépéseket politikai szembenállások lehetetle-nítették el. A meg-meglendülő és visszalépések szab-dalta reformot nagyobb szünetek is megszakították, de ugyanakkor barbár allegorok is fellelhetők voltak egy-egy határidő kényszerű szorításában, és itt egy-általán nem egy bizonyos remekműre célozok. Törz-s törvények és végrehajtás szörnyűsültek követték egymást, s a most születőben levők is minden jószán-dék ellenére ott hordják magukban a genetikai káro-sodás veszélyét. Mert itt is ott is vannak, akiknek nem a nemzeti stratégiai cél, az egészségügy a fontos, hanem a politikai csakazértis, vagy a csoport ér-dekeltségek.

Az orvostársadalom többsége fáradt közönyben pró-bálja maradék energiáit a gyógyítás irányába tere-lgetni. Egy szűk réteg járja a fórumokat és küzd. Onok is, itt és ma. Gyors és határozott reformot re-mélünk. Allegro, - ma non troppo.

- Dr. Szász István T. -

STACCATO

folttatás az első oldalon -

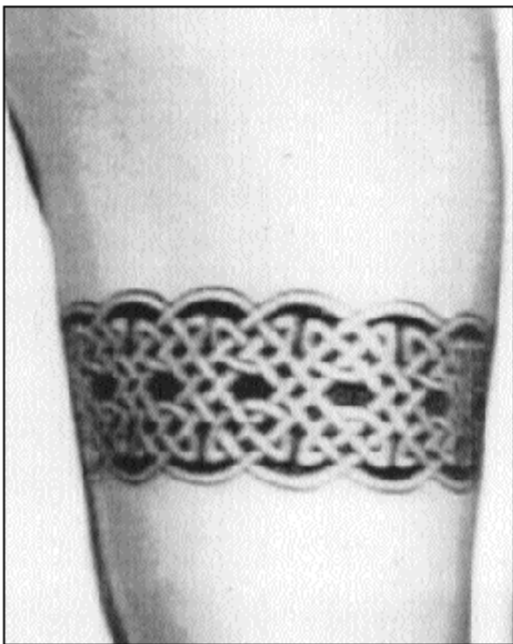
Az egészségügy történezeit nézve, nemcsak munkánk, de a gyógyított, sőt a gyógyító e-gészségének, életének olcsósága is. Kormányok váltogatták egymást és az egyetlen kez-deti lépéstől eltekintve, annak lehetünk tanúi, hogy folyamatos pénzkivonás zajlik egy el-elakadó, re-formnak szánt folyamat közepette. Ezt a reformot mi orvosok egymás közt nevezhetjük kettős vak re-formnak is. Hiszen sem a reformer sem a reformált nem látta, s nem látja mi lesz belőle. Az eredmény: finanszírozásunk ötven százalékos csö-kenése, szegyceteljes helyünk a magyar bérangor-ban, alacsony részesezésünk a növekvő GDP-ből, preztízsvesztésünk, mindennapi kétségbeesett kap-kodásunk eskünk teljeshetőségét. Sikerünk is van, s ezt el is ismerjük. Ez a magyar or-vosi csoda. A fiatalok ellenére működő és mindezek

Amikor a munkámat 1957-ben baleseti sebészként megkezdtem, a beteg vizsgálata nál feltűntek a kék festékanyaggal felvitt bőr ábrák. Akkor még elsősorban a felső végtagon, s csak nagyon ritkán egyéb testrészeken fordultak elő. Ahogy az idegenforgalom nőtt - és jutottunk ki nyugatra - egyre többen éltek azzal a lehetőséggel, hogy valamelyik testtájukat tetováltassák. A határon végignézték a csomagtartóinkat, legeldugottabb táskáinkat, de senkinek nem jutott eszébe, hogy a bőrön behozott, olykor több tízezer forintot érő - tetoválást vámolja. Az akkori tetoválások azért tűntek fel, mert messze meghaladták addigi elképzeléseinket. A sivar feliratokat összefüggő képszerű alkotások váltották fel. Az utóbbi 20 évben pedig a „bőrrajzok” tömegesen tűntek fel.

24 éves kisporkotó testalkatú férfi kerül felvétele az est órákban. Kerékpárról esett le, mellkasi sérülés gyanúja miatt került osztályunkra megfigyelésre. A megfigyelés alatt derült ki, hogy valamilyen házi sérülése van és meg kell operálni. A nehézség ekkor adódott. Testszerző, de elsősorban a hason és mellkason, összefüggő tetoválások voltak, melyek a hagyományos műtét feltáráskor vonalába estek. Nem volt jogi vita a műtétre vonatkozóan, a sérült a műtétet, ha nehezen is, de vállalta. Kérése az volt, ha lehet, a tetoválásban ne okozunk kárt, ne legyen maradandó károsodás a tetovált figurában. A műtétet nem a szokásosan alkalmazott feltárásból végeztük. Ezt előre közöltük a sérülttel, aki írásos beleegyezését adta. Vékonybél sérülését elláttuk és a sérült 14 napon belül gyógyultán távozott. Szemmel láthatóan az egész műtét nem viselte meg annyira, mint az a tudat, hogy a művésien elkészített tetoválása megsemmült-e. De sértetlen maradt, mindannyiunk meglepődésére.

77 éves férfi körfürőszel bal csuklóján olyan súlyos sérülést okozott, hogy a roncsolás miatt a végtagot nem lehetett megmenteni. A sérülttel és a közben megérkezett hozzátartozóval közöltük, hogy az amputációt el kell végezni. Ugyanezzel rekonstrukciós (helyreállítói) műtét szóba sem jöhetett. Mindketten beleegyeztek és ekkor ért bennünk az a meglepetés, amit a sérült közlése okozott. A második világháborúban az alkarrára a szokásos kék színnel magyar címet, koronával, két angyallal tetováltattak. „Az amputáció csak akkor jöhet létre, közölte, ha a tetoválás sértetlen marad.” Szerencsére erre volt mód. Elgondolkodtató, hogy az első kötés alkalmával nem a végtag sérülés végeredményét nézte meg, hanem a tetoválás sérülésmentességéről akart meggyőződni. A kötések alkalmával összeharaktunk, így a tetoválásával kapcsolatban feltettem a kérdést: mit jelent neki? Elmondta, olyan időszakra emlékezett, amit nagyon nehéz volt elviselni, de túlélt. Többen estek át hasonló motivációval tetováláson és ez bizonyos embertársával összetartó erőt is jelentett. Nem utolsósorban menyasszonyának, későbbi feleségének nagyon tetszett.

Régebben a tetovált ábrák szépsége, színesége vagy primitívsege keltezték fel érdeklődésemet. Az utóbbi években figyeltem fel az egyre tömegesebben jelentkező tetoválások tökéletességére. Sorra nyílnak a tetováló szalonok, műhelyek amelyek jelentős forgalmat bonyolítanak le. Legtöbb esetben a test valamelyik tájéka egy-egy ábrát tetoválnak és ezzel a dolog be is fejeződik. Az ábrának a későbbiekben jelentősége nincs. Vannak azonban tetoválási sorozatok, melyek a törzsön vagy végtagokon összefüggő képsort alkotnak. Ilyenkor merül fel bennem a gondolat: netán egy új szenvedélybetegségről lenne-e szó? Az ember a bőrt kínálja fel annak érdekében, hogy elképzelését vagy éppen feltűnési vágyát érvényesítse. A tetoválás alól nem kivételek a nők sem. Náluk nem az összefüggő nagy ábrák jellemzőek, hanem inkább a kisebb képek a mellén, vállon, karon és a comb belső oldalán.



A tetoválás, mint történelem

ÚJ SZENVEDÉLYBETEGSÉG KIALAKULÁSA Baleseti ellátás alatt észlelt tetoválások

A 15 éves fiú első szerelme Jutka névre hallgatott. A fiút a nagyobb gyerekek rávették a tetoválásra. Az alkarrára lépcsőházi körülmények között „szeretlek Jutka” feliratot tetováltat. Rövid időn belül ezt otthon észrevették. A szülők nem voltak elnézőek: az édesanya közölte, ha nem tűntet el a tetoválást, akkor a lakásba többé nem teheti be a lábát. A tetoválás helyén gyulladásos folyamat alakult ki, ami miatt a fiú orvoshoz került. Közöltük, kis időre van szükség, amíg a gyulladás megszűnik, de ezt követően, mivel a tetoválás szerencsére kis területet érint, eltávolítható. Az eltelt tizenhárom év után a tetoválást műtétileg kimetsztük, az minimális heggel gyógyult. A család béke helyreállt.

A tetoválást nem mindenki óhajtja maradandónak, sokan a későbbiekben szeretnék megszabadulni tőle. Itt nagyon igaz a következő mon-



dás: „Mindent megtesz annak érdekében, hogy a bőrre tetoválás formájában a festék felkerüljön és mindent megtesz azért, hogy attól megszabaduljon.” Azonban a bőr tulajdonságaival nem mindig lehet szembe szállni. A tetováláskor a bőr legmélyebb rétegébe kerül a festékanyag, abból eltávolítani csak annak teljes tagságú kimetszésével lehet. Különböző plasztikai megoldások ugyan vannak, azonban a hegek elkerülhetetlenek és igen kétséges az eredmény. Sokszor találkoztam ilyen kéréssel, azonban a negatív tapasztalatok alapján, mindig elzárkóztam a műtétől. Kivételt képeztek a szöveges tetoválások - nem nagy kiterjedéssel - ahol az eredmény biztosnak látszott. Elsősorban nőknél jelentkezik ez a kívánság: az alkaron vagy a test különböző helyein szereplő férfinevek eltávolítását kénik.

Mivel személyesen, szemtől szembe, testközelben éreztem a tetoválási folyamat jelentőségét, tanulmányozni kezdtem a szakirodalmat. (Kovács Á. - Sztérs E. Tetovált Sztálin, Balázs G. Tetovált nevek Magyarországon.) E művek tudományosan évszázados dokumentáció alapján dolgozzák fel a tetoválás jelentőségét, kriminalisztikai és történelmi helyét keresik és értelmezik. Ezen művek ismeretében sem lettem okosabb.

A balesetek száma 1980 óta emelkedett, és jelentős része a fiatal korosztályt érinti. Ennek során egyre több tetoválással találkozom. Szembesültem azzal a ténnyel, hogy a tetoválás a fiatal korosztályt érdekli: az ábrákat magán akarja látni. (Talán dicsekedni is lehet a művészi megoldásokkal, az anyagi ráfordításokkal?) Véleményem szerint ez összefüggésbe hozható az alkoholfogyasztással is: a bulikon nemcsak szóbeszéd tárgya, de összehasonlítási alap is. Az italozás közben fellép a kisebbségi érzés,

ezt kompenzáló irány a tetováló szalon, néhány nap múlva már maga is teljes értékű tagja a közösségnek.

Elgondolkodtató e téma nyilatkozatokban való megjelenése. Eddig a tetoválást „a bőrre alkalmazott beavatkozás következményeként” tartottuk számon. Az elmúlt tíz év irodalmát áttekintve érdekes megállapítás: „A kormány nem operálja, hanem tetoválja a betegeket” (Magyar Bálint - Magyar Hírlap 1993. április 17.). A műtőasztal körüli tevékenységet így aposztrofálja: „Érzésem szerint a műtőasztal körüli se-
rénykédő orvosok nem operálják, hanem tetoválják a betegeket.”

A tetoválás - amennyiben egy-egy kor szimbólumát alkalmazza - sok indulatot vált ki. Nem szeretnék foglalkozni az alkarrá tetovált számokkal - egy borzalmas korszak emlékeként felidézni -, de sajnos történelmi tény. Megjelennek a horogkeresztek és az ötágú csillagok, mint az önkényuralmi rendszer jelképei. Vannak, akiknél felmerül ezek jogi következménye és jogi problémája. Elismerem, sokunkban olyan emléket ébreszt, amit szeretnénk elfelejteni, csak nem mindig sikerül. De... És itt rengeteg kérdés merül fel. (Bírói ítélettel távolíttassuk el, azaz törvényesen „nyúzzassuk” meg. Ne jelenhessen meg nyilvánosan! Győzzük meg arról: elképzelése téves! Ez látszik a leg-egyszerűbbnek, de még mindig megmarad az önkényuralmi rendszer jele tetoválás formájában a testen.)

A tetoválás eltávolításának otthon két formája volt ismert. Vagy saját maga vagy a barátai cigarettával próbálták megszüntetni, azaz kiégetni. A másik megoldás savval való eltávolítás volt. Szerencsés esetben csak ráhelyezték, ritkán a területbe befecskendezték. Hatalmas kémiai égést okozva, rendkívül hosszú gyógyulási idővel. Ha a dolog sikeres volt, a torzító hegek eltávolítása sokkal kisebb fájdalommal járt volna. Ezt azonban már nem vállalták.

30 éves férfi, többszörös felíratos tetoválással: nevekkel és szöveggel és egy nyállal átírt szöveggel, benne nő névvel a felső végtagon. A szív és a név állandó vita tárgya otthon, az életjárás. Akkumulátorsavval, keserves és fájdalmas folyamattal próbál megszabadulni tőle. Hatalmas gyulladásos folyamattal kerül felvételre. A házai kis érlet részleges eredményt hoz, a név eltűnt és a körülötte lévő nevek is halványodtak. A kémiai égést követő torzító heg eltávolítására és plasztikázására már nem lehet rávenni. A műtétet nem fogadta el.

19 éves fiú, jobb felkarjára horogkeresztet tetováltat otthoni körülmények között. A családi riadalom után apjával közösen jelemt meg és kénik az eltávolítást. Mint kiderül, a gyerekek semmilyen politikai kötődése nincs. Az egész alapja egy balhé. A horogkereszt nem nagy, eltávolítása könnyen sikerül.

Külön kell foglalkozni a tetoválási sérüléssel vagy, ha a sérülés olyan helyen történik, hogy a tetoválás a műtéttel nem kerülhető ki.

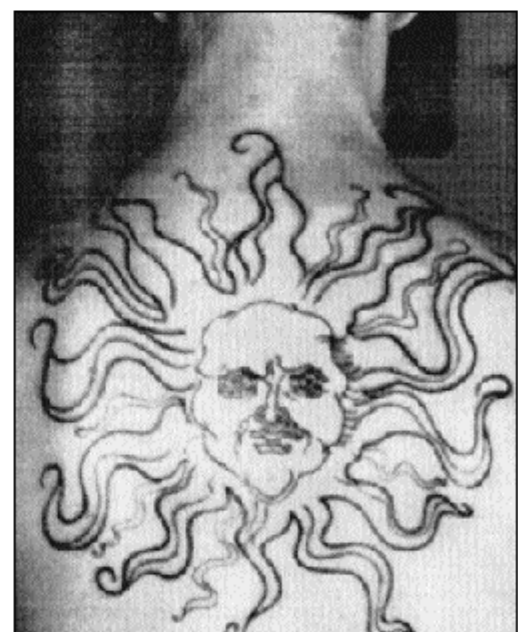
42 éves férfi közlekedési balesetet követően kerül felvételre. Motorral bukkott fel és úgynevezett mechanikus égést szenvedett a felkarján. Ennek lényege, hogy a bukást követően hosszan csúszik a földön. Az égés harmadfokú volt, ami miatt elsődleges kimetszés mellett döntöttünk. Az égési területet teljes nagyságában és mélységében az ép területig kell eltávolítani. Az érintett területen két tenyérnyi nagyságú figurális tetoválás volt, a sérülésből származó égés

a felét érintette és roncsolta. A műtét előtt a sérülttel megbeszéljük, hogy a néhány nap múlva szükséges bőrpótlásnál nem okoz-e nehézséget, ha az egész tetoválást eltávolítjuk. Így végeredményben egységesen csak a plasztikázott terület lesz látható. A sérült beleegyezik. A műtétet követően jó eredményt érünk el. Távozásakor a következőket mondja: 15 évvel ezelőtt végeztette el a tetoválást. A későbbiekben már nem viselte szívesen, de nem tudott megszabadulni tőle. Jelen körülményei között már szígyellte is. A balesetet természetesen nem akarta, de most egy kicsit hálás a sorsnak, hogy a balesettel ettől a kellemetlenségtől megszabadult. Azt is megköszönte, hogy egy csonka tetoválást nem hagytunk meg.

A tetoválás emberi tulajdonságokat vetíthet vissza, - a nonfiguratív ábrák, melyek kissé a kelta eredetre utalnak - sokszor a személyiséget is jellemzik, olykor a tetovált személynek a hangulatát is visszatükrözik. A tetováláson mestere szerint ezek az ábrák akár mosolyogni is tudnak, a színezés korlátlan lehetőséget ad. Ennek ellenére ezen a művészetnek a tetováló a meghatározója. Ő az, aki a tetoválót egyéniségéhez alakítja a tetoválást, úgy, hogy előzőleg elbeszélget az emberrel. Majd létrejön a mű. A hozzott mintát általában nem kedvelik a „mesterek”, mert sok esetben nem sugároz egyéniséget. (Szakmai fortélyaival nem érdemes foglalkozni, mert az szigorú szabályokhoz kötött.) A szalonok forgalma mindig az alkotók művészi készségétől függ. A felhelyezett ábrák színezése és nagysága jelentős anyagi áldozatot is követel a megrendelőktől. Az árak nem titkosak, pontos árfolyama van centiméterre meghatározva. A kis képek pár ezer forintba kerülnek. A nagy terjedelműeknek, a hátón és a mellkason a csillagos égig emelkedhetnek. Ezért ismételtelen meg kell említeni, bár erről eddig sehol nem esett szó, az esetleges kártérítést. Figyelemmel kísérve a képek árát, látható, hogy 200-300 ezer Ft-ért neves festők képei cserélnek tulajdonost. Ha biztosítást kötnek rájuk, értékük megsemmisülés vagy sérülés esetén megtérítésre kerülnek. A mellkason, a hátón, a felső végtagon lévő tetoválások értéke az előbb említett összeg duplája is lehet. Sérülésük esetében nemcsak a tetoválás sérül, de a hegek is véglegesek maradnak, a tetoválást korrigálhatatlanná teszik. Nem szeretnék összehasonlítást tenni neves festő műve és egy összefüggő tetoválási kép között, mégis az utóbbinak a szakmában ugyanolyan értéke van, mint a festménynek.

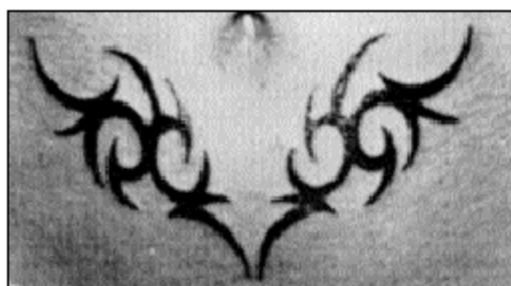
A szerző következtetései:

Összefoglalásként valamilyen következtetést kellene levonni. Ez azonban nem könnyű feladat. Az irodalomban elsősorban a kriminalisztikai



feldolgozás áll előtérben, a megjelent újságoknak is ezt a tényt feszegetik. A divatban - mert nyugodtan állíthatom ez egy divathullám - vannak különbségek is. Azonban, ha a ruha már nem divatos, viselője ruhát váltva, ismét beolvadhat a tömegbe. Itt azonban egészen másról van szó. Ez olyan megkülönböztetési jegy, melyről viselője nem tud megszabadulni. Anyanyira megszokja, hogy a tetoválási figura színtelkének részévé válik. Így a különbségek megjelenésével is számolni kell, mivel gyakran lelkileg és érzelmiileg is azonosulnak saját ábráikkal. (Kérdés: az idő múlásával - személyiségük alakulásaként - mi lesz a tetoválásukkal? Ugyanis azt vállalniuk kell életük végéig.)

A tetoválás felfogható üzenetnek is. A nonfiguratív tetoválás konkrét üzenettel nem rendelkezik, tehát konfliktusmentes helyzetet teremt azzal, hogy - mint tetoválás van, de üzenete nincs és a közepszerűt választja. Feltétlenül figyelmeztető jelként fogható fel, hogy nagyszámú tetováláson átesettől megkérdőve



- akik elsősorban a divat alapján végeztették el. 60 százalék elégedett a viselt tetoválással, megbarátkozott az ábrával is. A velejáró következménnyel együtt élnek. Amit akartak azt elérték, további formák felhelyezését már nem tervezik. Többeségük otthon előre tisztázta a ténny. Ennek megfelelően családi körben a testfestés ellenállást nem váltott ki. (Igaz nem is örültek neki.) Kivételt képeznek a fiatal párok, akik együtt örülnek az előre eltervezett ábraszépségének. Elsősorban a férfiak végeztetik el úgy, hogy a partnerük velük megy. 40 százaléknál már nem ennyire egyértelmű a válasz. Kis százalékban további mintákkal ékesítették magukat és ezek közül kerülnek ki azok, akik a teljes, összefüggő törzstetoválást választják. Ez teszi teljesé az álmukat. A 40 százalék jelentős része, amennyiben családjával, élettársával, szüleivel a tetoválás tényét - még annak elkészülte előtt -, előre nem tisztázta otthon, nagyon sok konfliktusnak van kitéve, ezért rövid időn belül jelentkezik, hogy az eltávolítás esélyeit megduja.

A tetoválás a társadalmi ranglétrán való előre lépésnél jelenti a legnagyobb gondot. Megfigyeléseimnek csak egy betegcsoporton belüli jelenségre figyeltem fel. A traumás sérültek között az érintettek száma egyre jobban növekszik. Érdekes, hogy amikor a sérültnél a tetoválást megfigyeltük, azt tapasztaltuk, hogy a látogatókon is feltűntek hasonló figurák. Ez mindenképpen megerősíti azt az állításunkat, hogy a hovatartozásnak milyen nagy jelentősége van napjainkban.

22 éves fű motorkerékpár balesetet szenved. Combtorése miatt áll kezelés alatt és műtetre vár. Ideiglenes nyári napok alatt többször felügyelték a látogatókat, akik trólikban vannak és csaknem azonos tetoválást viselnek. Mígkor ezt megkérdezzem felvilágosítanak, tévedek, mert az alakok mind más ábrázolnak csak a környezet volt azonos. A fényképfelvételről meglehetősen bizonyos. Véleményük a majdnem közös ábráról az, hogy azok akár vérszerűsítésnek is megjelölhetők és nagy összetartó erejük van. A fűk értelmesek, erről velük nyíltan el lehet beszélni.

Az orvos szubjektív véleménye

A baleseti sebészetben dolgozva, a betegellátás közben nem sok idő van arra, hogy a tetoválással foglalkozzunk. Annak csak szövegmé- nyeivel találkozunk (gyulladás vagy eltávolítási kísérlet) vagy csak észleljük, de például a körkörös nem rögzítjük, mint tény. Mindenkinek van véleménye róla, többen vannak, akik elítélik, sőt a bűnözéssel hozzák összefüggésbe. A baleset elismerése után a sérült egyetelműen kiszolgáltatott helyzetben van. Ha a balesetet alkoholos befolyásoltság is okozta és a beteg még tetovált is, nem nagy népszerűsége számíthat az osztályon, még ha tetoválás kifogástalan és művészinak mondható is, akkor is elítéléssel vannak vele szemben.

A traumatológiai ellátás hatalmas fejlődése együtt jár az összes vele együtt működő társ- szakmák fejlődésével. Így, ha nehezen is, de lehetőséget teremtnek a tetoválásban keletke- zett hegok újrformálására és korrekciójára is. Következtetés: egy olyan megnyilvánulással állunk szemben, mely 20 éves divathullám al- apján fejlődött ki, de még nem érte el a csúcst. Hozzájárult ehhez a kor szelleme és a fiatal kor- osztálynak az elmúlt 10-15 éves egzisztenciális bizonytalansága, s az a 30-40 év, melynek nem volt erkölcsi alapja. Szerintem: egy, olyan fo- lyamattal állunk szemben, ami egyhamar nem fog megszűnni. Sok más hasonló emberi meg- nyilvánulás törvényes vagy erkölcsi ráhatással történik megszűntetése is sikerlennék bizony- nyult (prostitúció). Gondolom, a tetoválás el- leni tiltakozás sem fog sikerre vezetni. Tetov-álás továbbra is lesz. Kérdés, milyen irányban fog elmozdulni. Nem szabad elmenni szó nél- kül a szenvedélybetegségek mellett sem. Ahogy van alkohol, drog és játék-szenvedély, tudomá- sul kell venni: egy új szenvedélybetegség ki- alakulásának vagyunk nemcsak tanúi és szem- lélői, de résztvevői is.

A tetoválás megítélése vagy elítélése, a vele va- ló foglalkozás társadalmi odafigyelést igényel.

- Dr. Kórmócsy Imre*
traumatológus főorvos

* (Csaknem 40 év tapasztalatát adja közre a gy- akorló orvos, "Értelműen halál" című könyvében, a- mely a közeljövőben jelenik meg.)

Foto: VULKÁN TATTAO

Szentendre világhírű tudósa

Szentendre úgy él a magyar köztudat- ban, mint a művészek és a művészetek városa. Pedig a város nemcsak nagy művészeket adott az országnak és a világ- nak, hanem sok kiváló más szakmabéli, többek között tudósokat is. Közülük is ki- emelkedő nagy egyéniség dr. Somogyi Pé- ter, Szentendre szülötte (1950. február 27.), aki jelenleg az Oxfordi Egyetem professzora és a nemrég felépített agykutató részleg i- gazgatója.

A Pap-szigettől a világhírű egyetem intézetéig hosszú és küzdelmes út vezetett. Már a kezdet is nehéz volt, mert az Ády Endre úti Somogyi- házban négy gyermek nevelődött, így aztán az általános iskolából hazaérkező kisdíák a délu- táni játék helyett édesapja kérésére edzet- te magát erős, munkás ifjúvá. Itt szokta meg, hogy az élet nem nyújt semmit sem ingyen, min- denért meg kell dolgozni, keményen és kitar- tóan. A katonaságot szívesen elhagyta, mert az édes- anyja - Gabi néni - enyhítette, neki köszönhető, hogy az otthon nem vált kaszányává, hanem meleg fészkek maradt mindaddig, amíg a repül- nívágó ifjú el nem hagyta azt.

Életpályája kezdetéről így ír Somogyi Péter: „Szerencsés embernek mondhatom magam, mert gyermekkorom óta érdekel a természet, s így mindig éreztem, mivel szeretnék foglalkoz- ni, ha majd pályát kell választanom. Szerencsés vagyok, mert születtem nagy áldozatok árán is vállalták, hogy három testvéremmel együtt ta- nításnak. Szerencsés vagyok, mert sok segit- séget kaptam azoktól, akik szakmai és emberi fejlődésemre hatással voltak.” Mindezeket So- mogyi Péter a szentendrei Móróc Zsigmond Gimnázium emlékkönyvébe írta, név szerint is megemlítve azokat a tanárokat (Benedeczy Ist- vánné, Keresztes Andor, Kun Péter, Rácz Iván, Wölfer Mária), akikre hálával és megbecsülés- sel gondol vissza.

Már gimnazista korában is végzett tudományos értékű munkásságot, amikor a kizsúfolófelben lévő madárfaok érdekében tevékenykedett, té- len-nyáron járva a dunakanyari hegyeket, völ- gyeket, hogy megismerhesse a feltett madarak életét.

Az Eötvös Lóránd Tudományegyetemre az or- szágos biológiai tanulmányi verseny egyik győz- teseként került be. Mint egyetemi hallgató mon- góliai gyűjtőexpedícióban vett részt és a Ma- gyar Nemzeti Múzeum számára több tucat, ad- dig ismeretlen rovarfajt gyűjtött. Szakmai mun- káját az időben Balogh János akadémikus írá- nyította. A madártan mellett a sejtbiológia ér- dekelte leginkább, ezért 1971-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Körbonctani és Rákkutató Intézetének sejtjainak laborjába kérte felvételét. Szakmai vezetője itt dr. Benedeczy István volt, aki az akkor ötödéves hallgatót, ki- váló szakmai előrehaladása alapján, 1973-ban egyéves tanulmányútra küldte az Oxfordi Egye- tem Gyógyszertani Intézetébe. Az ösztöndíjas év végén az Angol Élettani Társaság oxfordi kongresszusán előadást tartott. Hazautazása e- lőtt elkészített még egy dolgozatot is kutatási eredményeiből, s azt az Angol Királyi Társaság folyóirata (Proceedings of the Royal Society) változtatás nélkül fogadta el. Az ösztöndíjas év lejártá után sikeres államvizsgát tett Buda-



pesten, majd a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Anatómiai Intézetében működő MTA kutatócsoport tagja lett, és Szentágotthai akadémikus irányításával folytatta neurobioló- giai kutatómunkáját. Somogyi Péter egyike volt azoknak a bátran kí- sérletező agykutatóknak a világon, akik rájöt- tek arra, hogy a központi idegrendszer (agy) igen bonyolult szerkezetű és működését csak sokféle vizsgálati módszer egyidejű alkalmá- zására lehet felderíteni. Az MTA akkori el- nöke, a korszerű vizsgálati módszerrel elért e- redményeit 1976-ban a „Fiatal kutatók akadá- miai első díjával” jutalmazta.

Legfontosabb eredményei az agyi szinaptikus kapcsolatok szelektivitásának és molekuláris szer- kezetének elnevezéséhez kapcsolódnak. Ennek kiemelkedő példája az úgynevezett axo-axoni- kus sejt ingerületátvivő anyagának (gamma- aminó-vajsav) és a piramis sejtek axonjára való abszolút szinaptikus specifikusságának felisme- rése volt, ami egy teljesen új szinaptikus ka- pcsolódási elv az agyban.

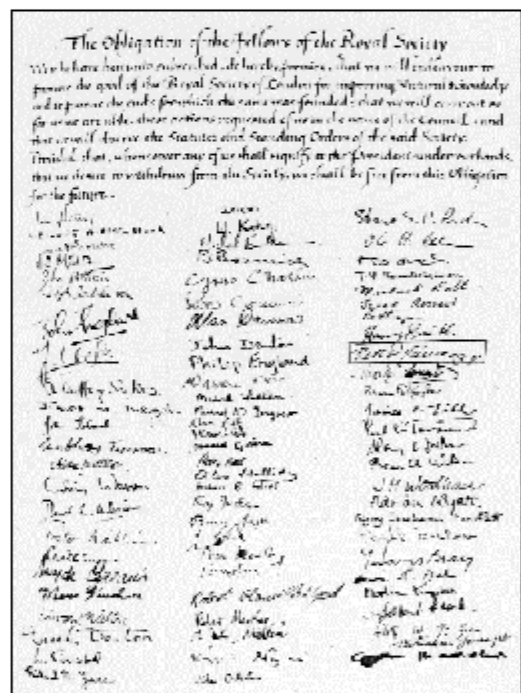
1975-től 1983-ig három alkalommal hívták meg Oxfordba egy-egy évre. Ezenkívül két évet töltött a Dél-Ausztráliai Flinders Egyetemen is (Adelaide), mint önálló vezető kutató. 1985- ben az Angol Orvosi Kutatások Tanácsa önálló agykutató részleget állított fel az Oxfordi E- gyetem Gyógyszertani Intézeté mellé. Ennek tudományos igazgatója Somogyi Péter lett. Az általa vezetett laboratórium a megalapítás óta eltelt időben „nemzetközi tudományos műhely- lyé lett”. A világ minden tájáról érkeznek ide kutatók (természetesen magyarok és erdélyiek is), hogy együttműködhesenek Somogyi Pé- terrel és munkatársaival. A kutatások az agyi ideghálózatok összeköttetésekének felderítésére és az ideg ingerületi folyamatot átvivő moleku- lák (neurotranszmitterek) kémiai azonosítására irányulnak. Az intézmény tehát komplex agy- kutatást végez, melynek eredményeit nemcsak az elméleti tudományok, de a gyógyszer- és az ideggyógyászat is fel tudja használni.

1989-ben a Magyar Tudományos Akadémia fel- mérést végzett a magyar természettudományos kutatást végzők körében, és megállapítást nyert, hogy az 1981-87-es időszakban Somogyi Péter volt a nemzetközileg legtöbbet idézett magyar tudós! Szinte páratlan teljesítmény volt ez ak- kor a 37 éves fiatal kutatótól. Idehaza elsőként a szegedi József Attila Tuda-ományegyetem ismerte el kiemelkedő tudomá- nyos teljesítményét és 1990-ben díszdoktorrá avatta őt. Természetesen a külföldi szakmai tes- tültek is felgyűltek Somogyi Péter kiemel- kedő tudományos teljesítményére. 1984-ben

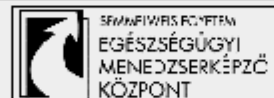
kapta meg az amerikai anatómusok Herck- dí- ját, majd 1991-ben a Cajal Club jutalmazta Kri- eg-díjjal. 1995-ben két kitüntetés is érte. Chi- cagóban Julian Tobias emlékelőadást tartott, a Svéd Élettani Társaság pedig Ingve Zotterman- díjjal tüntette ki. Ez a sok és magas szakmai ki- tüntetés annak a több mint száz eredeti tuda-ományos dolgozatnak az eredménye, amit So- mogyi Péter a legrangosabb nemzetközi tuda-ományos folyóiratokban tett közzé, és amelyek- ből máris sokszor idézet található a szakiro- dalomban. Az eredeti közlemények mellett fel- kérésre még további tizenhét összefoglaló jel- legű cikket is publikált. Somogyi Péter nem- csak eredeti alkotó tudós, hanem kiváló iskola- teremtető egyéniség is. Oxfordi laboratóriumá- ban tucatjával nevelődnek az ígéretes fiatal ku- tatók, akik közül Freund Tamás a legeredetibb és már világhírűnek örvendő magyar kutató, aki 2000-ben elnyerte a legmagasabb magyar tudományos kitüntetést: a Bolyai-díjat. Somogyi Péter elhivatott oktató is. Az Oxfordi Egye- temen rendszeresen részt vesz a hallgatók okta- tásában, és állandó előadója a nemzetközi tu- dományos kongresszusoknak és továbbképző tudományos tanfolyamoknak is.

2000 májusában Somogyi Péter az Angol Ki- rályi Tudományos Társaság kiemelkedő tuda-ományos munkássága elismeréséért tagjai kö- zé választotta a Royal Society a világ egyik legrégebb (1660) és legangosabb tudós társasá- ga, ezért igen nagy az a megtiszteltetés, ami Somogyi Péter, és az ő személyén keresztül a magyar tudományt és szülővárosát érte. A sok siker és elismerés nem kápráztatta el. Tudja, hogy kiemelkedő eredményeit tehetsége mellett hatalmas munkabírásiának köszönheti. Szerény- sége, közvetlensége és önzetlen segítőkészsé- ge alapján nemcsak a nemzetközi tudományos társadalom, hanem az egész magyar tudomá- nyos közélet elismerését és megbecsülését is kiérdemelte.

- DR. BENEDECZY ISTVÁN
ny. egyetemi tanár -
(Forrás: Szentendrei Tükör)



Központunk az alábbi továbbképző programokat indítja az őszi szemeszterben:



ISO minőségirányítási rendszer bevezetésének tevékenységtervezése

A hallgatók a csoportos problémamegoldást és döntéshozatalt segítő Group Systems® Elektronikus Értékelési Rendszer (EMS) támogatásával sajátíthat- ják el az ISO minőségirányítási rendszer beve- zetés projektmenedzsmentjének egyes lépéseit, és képessé válnak azokat ütemezni, grafikusán meg- jeleníteni és ellenőrizni.

Kurzusvezető: Dr. Tóth Zoltán
A kurzus időpontja: 2000. október 25

A HBCS rendszer hatékony működtetése

A kurzus áttekintést nyújt a HBCS új verziójáról, segítséget nyújt a HBCS-elszámolásért felelős szak- emberek számára a kódolási feladatok értelmezé- séhez, a feladatok hatékony megoldásához, bemu- tatja az OEP elvárásait.

Kurzusvezető: Dr. Esetovits Tamás

A 2x2 napos kurzus időpontjai:

2000. október 26-27. és november 2-3.

A hatékony gyógyszer-gazdálkodás alapjai

A kurzus segítséget nyújt a gyógyszer-gazdálko- dást érintő jogszabályok megismeréséhez, gyógy- szer-finanszírozási szempontból olyan fontos fo- galmak, folyamatok értelmezéséhez, mint például gyógyszer-marketing, farmakoeconomia és gyógy- szerutilizáció, gyógyszerár-támogatási- és egészség-

ügyi rendszerek.

Kurzusvezető: Dr. Sinkó Eszter

A kurzus időpontja: 2000. november 2-4.

Csoportmunka a minőségfejlesztésben

(TQM- és csoportos kreativitás-technikák "colla- borative computing" támogatással)

A kurzus célja, hogy a hallgatók a fontosabb TQM technikákat és minőségfejlesztő módszereket a csoportos problémamegoldást és döntéshozatalt segítő Group Systems® Elektronikus Értékelési Rendszer (EMS) támogatásával és hagyományos csoport- munka technikákkal alkalmazva sajátítsák el.

Kurzusvezető: Dr. Tóth Zoltán

A kurzus időpontja: 2000. november 8.

Mit kezdünk, ha rezidens áll a kórházhoz?

A kurzus célja, hogy a résztvevők megismerjék, al- kalmazni és terjeszteni tudják a felnőttképzés kor- szerű módszereit, a program-szervezés minőség- gyi szempontrendszerét, teljesíthetők a pro- gramok iránt támasztott tartalmi elvárásokat, és meg- ismerkedjenek a rezidensképzés aktuális informá- cióival.

Szakmai vezető: Dr. Szabó Gábor

A kurzus időpontjai: 2000. november 9-10.

Egészségügyi belső auditörök képzése

A kurzus célja, hogy a hallgatók ismerjék meg az

egészségügyben alkalmazható minőségügyi rend- szerelvényeket, legyenek képesek annak dokumentá- cióját kidolgozni, karbantartani, és a tevékenységet ellenőrizni.

Kurzusvezető: Dr. Belcsa Éva

A 2x2, 5 napos kurzus időpontjai: 2000. november 23-25. és november 30 - december 2.

Jelentkezési határidő: 2000. november 10.

Az EFQM önértékelési modell alkalmazása az egészségügyben

A kurzus célja, hogy a hallgatók megismerjék az EFQM modell lényegét és az egészségügyi intéz- ményekben való alkalmazásának eszközeit, az ön- értékelés végrehajtásának módszertanát.

Kurzusvezető: Dr. Belcsa Éva

A kurzus időpontjai: 2000. december 5-9.

Jelentkezési határidő: 2000. november 24.

Részletes tájékoztatással készséggel áll ren- delkezésére János Katlén (Tel.: 488-7608) és Ferenczi Gábor (Tel.: 488-7605) program- koordinátor.

Budapest, XII. ker., Kútvolgyi út 2.

Fax: 488-7610.

E-mail: info@emk.sote.hu,

www.emk.sote.hu

Az osteoarthritis a leggyakoribb ízületi megbetegedés, amelyre az ízületi porc és az alatta lévő csont elfajulása jellemző. Ennek következtében az érintett ízületek fájdalmassá és merevvé válnak.

Tünetek

Az osteoarthritis tüneteinak súlyossága igen változatos. Általában jellemző a különböző mértékű ízületi fájdalom, a merevség, és adott esetben a beteg ízület működésének korlátozotttá válása. Ez a legsúlyosabb esetekben a teljes működésképtelenségig is fokozódhat. A betegség első jele az ízületi fájdalom, amely mozgás hatására erősödik. Az érintett ízületek a betegség előrehaladtával egyre nehezebben mozognak, a fájdalom fokozódik. Az ízület megduzzad, és az újonnan keletkező kóros porc, csont és egyéb szövet miatt egyenetlenné váló felületek miatt csikorog, ropog. A kézujjak ízületeiben gyakorta csontos dudor nő. A helyzetet súlyosítja, hogy a panaszok miatt a betegek kerülnek az érintett ízület mozgását, ami elgyengíti az izmokat. Ez fokozza a „labilis ízület” és a bizonytalanság érzését.

Az osteoarthritis (arthrosis) előfordulása és okai

Az osteoarthritis 40 éves életkor körül már sok embernél kimutatható. A 60 év felettiiek túlnyomó többségénél észlelhető valamilyen tünete. Ez oda vezet, hogy sokan ezt a betegséget az öregedés természetes velejárójának tekintik, akárcsak a haj őszülését. Ez azonban nem helytálló: az osteoarthritis nem tekinthető egyszerűen az ízületek életkorral járó „természetes” kopásának.

A betegség pontos okai jelenleg még nem ismertek. Amely bizonyos, hogy az osteoarthritis nem az emberi faj „privilegiuma”, hanem a halakat is beleértve szinte valamennyi gerinces állatfajban kimutatható. Kivételzett helyzet-

Az osteoarthritis (arthrosis) kopásos és gyulladásos ízületi megbetegedés

ben e tekintetben csak a denevérek és a lajhák vannak, de ez utóbbiak sem azért, mert olyan keveset mozognak, hogy nem kopnak az ízületeik, hanem feltehetően azért, mert az állatfaj élete nagy részét fejjel lefelé csüngve tölti.

Az osteoarthritis folyamat során a csontvégeket borító, és azok súrlódásmentes mozgását biztosító sima, síkos felületű porc nem pontosan ismert mechanizmussal egyenetlenné és lyukacsossá válik. A folyamatban a gyulladást közvetítő anyagoknak (citokinek, prosztaglandinok) és fehérvérszereknek is szerepe van (tehát helytelen pusztán „kopásként” bagatellizálni a képet), de megindításához és fenntartásához mechanikai hatások is szükségesek. Újabbban a csont felborult biokémiai egyensúlyának is kóros szerepet tulajdonítanak, és nem csupán másodlagos jelenségként kezelik. Az osteoarthritis tehát elsődlegesen komplett csont- és ízületi, kopásos és gyulladásos megbetegedés (osteoarthritis), nem pusztán ízületi porckopás (arthrosis). Az előrehaladt osteoarthritis a beteg ízület csontfelszínei közvetlenül érintkezhetnek egymással. Az ízület összes alkotórészeinek (a porcon kívül a csontoknak, az ízületet bélelő ízületi hártának, az ízületi toknak és a szalagoknak) a működése romlik.

Az osteoarthritis leggyakrabban az ujjak, a hüvelykujj töve, a nyak, a derék, a nagylábujj, a csípő és a térd ízületeit/ízületeit érinti.

Kockázati tényezők

Bár az orvostudomány jelenleg még nem tárta fel az osteoarthritis pontos mechanizmusát, az azonban ismertté vált, hogy vannak hajlamo-

sító tényezők. Ilyen a jelentősebb túlsúly, amely többletterhelésnek veti alá az ízületek egy részét (főként a térd ízületét); az ízületeket érintő sérülések és fertőzések, amelyek helyi szövethelyesedéseket hagyhatnak maguk után; az ízületek túlzott igénybevétele; az előbbivel ellentétes mozgásszegény életmód, amely csökkenti az ízületek rugalmasságát és az izomerőt, továbbá fokozza a mozgásszervi sérülések kockázatát; valamint az öröklött tulajdonságok.

Diagnózis

Az osteoarthritis fennállását rendszerint már a tünetek is valószínűsítik. A fizikális és a röntgenfelvételt segítséget nyújt az osteoarthritis más ízületi betegségektől való elkülönítésében. A diagnózist az orvos az ízületek röntgenfelvétele alapján állítja fel.

Sokan összekeverik az osteoarthritis és a reumatoid arthritist, pedig a kettő között alapvető különbségek vannak. Az osteoarthritis rendszerint 40 éves életkor felett jelentkezik, míg a reumatoid arthritist 25-50 év közötti kezdet jellemző. Az osteoarthritis degeneratív betegség mechanikus és biokémiai (gyulladásos) hátterrel, míg a reumatoid arthritist autoimmun eredetű. Ez a különbség a kezelésükre alkalmazott gyógymódokban és gyógyszerekben is tükröződik.

Szövődmények

Az osteoarthritis az ízületi panaszok mellett további komoly testi és lelki problémák forrása lehet. A testi szövődmények közé tartozik például az, hogy a nyak vagy a derékját ízületeinek kinövésai idegzálatokat nyomhatnak. Ez zsi-

badásban, szokatlan érzetekben, fájdalomban és gyengeségben nyilvánulhat meg a lábakban vagy a karokban. Ritkán az is előfordulhat, hogy a csontkinövés az agy hátsó részét ellátó ereket nyomja össze. Ilyenkor szédülés, hányinger, hányás jelentkezhet.

A súlyos esetekre jellemző mozgáskorlátozottság a munkahely elvesztéséhez, pénzügyi problémákhoz, a független életvitel kényszerű feladásához, társadalmi elszigetelődéshez, és következésképpen lelki károsodásokhoz vezethet.

Nemkülönben komoly problémát jelent az is, hogy az osteoarthritis kezelésére jelenleg legelterjedtebben használt gyógyszerek, az úgynevezett nem szteroid gyulladásgátlók (angol rövidítéssel NSAID-k) esetenként súlyos emésztőszervi mellékhatásokat okozhatnak, amelyek közé tartozik a gyomor- és a nyombélfekély, a gyomorr vérzés, és a fekély átfuródása (perforációja). Az NSAID-kat szedők körében a súlyos gyomor- és fekély-szövődmények kockázata az e gyógyszereket nem szedőkénél körülbelül négyszerese, de 55 év körül már 7-szeres, a 75 éves életkor táján pedig 20-szoros a kockázat. Életkortól függetlenül körülbelül 15-szörös a kockázat akkor, ha korábban már volt az NSAID-t szedőnek egy egyszerű fekélye. Az orvosi szaklapokban 1996-ig publikált adatok alapján egy nemzetközi kutatócsoport azt állapította meg, hogy a 2 hónapnál huzamosabb ideig NSAID-t szedők között 1200-ból 1 beteg az NSAID-k emésztőrendszeri mellékhatásai miatt veszti életét. Egy egyesült államokbeli populáció (az úgynevezett ARAMIS adatbázis) elemzése szerint ugyanakkor a tápcsatornai gyógyszer-mellékhatás miatti halálozás évente kevesebb mint 500 NSAID-t szedő beteg közül egynél bekövetkezik. Összefoglaló elemzések szerint az NSAID-mellékhatás a 15. leggyakoribb halál az Egyesült Államokban.

Rofecoxib:

Áttörés az artrózis (kopásos ízületi gyulladás) kezelésében

A rofecoxib az osteoarthritis (arthrosis, kopásos ízületi gyulladás) kezelésében a hagyományos nem szteroid gyulladásgátló gyógyszerekhez (NSAID-khoz) képest új generációt képvisel. Különlegessége abban áll, hogy úgy gátolja a fájdalomban és a gyulladásos folyamatokban fontos szerepet játszó prosztaglandinok képződését, hogy a kezelés során a placebohoz (hatóanyag nélküli kontroll-készítményhez) hasonló előfordulási gyakorisággal jelentkeznek a súlyosabb gyomor-bélrendszeri mellékhatások (gyomorfekély, gyomorr vérzés, fekély-perforáció). Ez utóbbiak a hagyományos NSAID-kezelések alkalmával jóval nagyobb arányban fordulnak elő, és hosszú évtizedek óta keserítik meg, sőt mi több, néha veszélyeztetik az ilyen gyógyszereket szedők életét.

A rofecoxib előnyös hatás- és mellékhatásprofiljának magyarázata az, hogy a szervezetben előforduló, eddig ismert kétféle ciklooxygenáz enzim, a COX-1 és a COX-2 közül csak az elsősorban a gyulladásos területeken működő COX-2 enzimet gátolja, míg a gyomor nyálkahártya épségének fenntartásában alapvetően fontos COX-1 enzim aktivitását nem befolyásolja.

Mint új, innovatív gyógyszerrel, a rofecoxibbal alapos klinikai kipróbálásokat végeztek. Az eddigi klinikai vizsgálatokban a világ több országában összesen közel 6000 osteoarthritis-es beteg vett részt.

Az eredmények azt mutatják, hogy a rofecoxib-tartalmú tablettákból mindig elegendő naponta egyet bevenni. 12,5 mg - 25 mg rofecoxib ugyanolyan hatékonyságot mutat, mint a hagyományos NSAID-k napi többszöri adagolásban, sokkal nagyobb dózisban. A rofecoxib hatására jelentősen csökkent az osteoarthritis-es ízületi fájdalom és a reggeli ébredés után megfigyelt ízületi merevség.

A rofecoxib-kezelés hatását a gyomor nyálkahártyára endoszkópián (gyomortükrözéssel) is követték. Az így észlelt fekélyek előfordulási aránya lényegesen alacsonyabb volt, mint amit a hagyományos NSAID-kezelések során figyeltek meg. A rofecoxib-kezelés során a hagyományos NSAID-khoz képest ugyancsak kisebb arányban figyeltek meg emésztési zavar (diszpepszia) formájában jelentkező mellékhatást. Gyakorlati szempontból az is fontos, hogy a rofecoxibbal nem tapasztaltak táplálék-gyógyszer kölcsönhatást.

A rofecoxibot a világ több mint 60 országában nagy sikerrel forgalmazzák. Magyarországon 2000 júliusától kapható orvosi vényre a gyógyszertárakban.

Az oldalt összeállította: Com Media Kommunikációs Iroda

AZ OSTEOARTHRITIS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI NAPJAINKBAN

Az osteoarthritis az orvostudomány jelenleg nem tudja meggyógyítani, mert nem ismerjük a betegség pontos okait, továbbá nem állnak rendelkezésünkre a teljes gyógyulást lehetővé tévő terápiás eljárások vagy gyógyszerek. Ez azonban korántsem jelenti azt, hogy a betegek előnyös hatású kezelés nélkül kénytelenek maradni. A jelenleg alkalmazott fizioterápiás, gyógyszeres, vagy végső esetben sebészeti kezelés ugyanis jelentősen javítja a betegek életminőségét.

Az artrózis kezelésének fő célkitűzései

- A fájdalmak csökkentése
- Az ízületi működés lehető legteljesebb helyreállítása
- A további ízületi károsodás lehetőség szerinti megakadályozása
- A mozgáskorlátozottság mértékének minimálisra csökkentése
- Az életminőség javítása a kezelés előnyös hatásainak maximalizálásával és káros mellékhatásainak minimalizálásával

A testsúly és a mozgás szerepe

A súlyfelesleg jelentős többletterhelő a csípő, és a derékjáték ízületeire, de különösképpen a térdre, és így módon fokozza az osteoarthritis kialakulásának kockázatát. A fogyás nagy segítséget jelent az ízületek számára. A rendszeresen végzett, szakszerűen összeállított (nyújtó, erősítő és tartásjavító) tornagyakorlatokkal megőrizhető a porc épsége, fokozható az ízület mozgástartomány, javítható az ízületek hajlékonysága, és erősíthetők a környező izmok.

Gyógyyszeres kezelés

Egyszerű fájdalomcsillapítók (analgetikumok)

Az egyszerű fájdalomcsillapítók (például: paracetamol) gyakran jelentik az első gyógyszert, amelyet a betegek az osteoarthritis tüneteinek enyhítése érdekében bevesznek.

Nem szteroid gyulladásgátlók (NSAID-k)

Napjainkban sok országban az NSAID-k közé tartozó hatóanyagokat (például: diclofenac, ibuprofen) alkalmazzák leggyakrabban az osteoarthritis kezelésére. Az NSAID-k használata az életkor előrehaladtával fokozódik. E jelenség mögött elsősorban az artrózis áll.

A prosztaglandinoknak nevezett természetes anyagcsere-termék-család képviselői fontos szerepet játszanak a fájdalomérzet, a gyulladás és a láz létrejöttében. Az NSAID-k az ezek előállításában kulcsszerepet játszó ciklooxygenáz (elterjedt angol rövidítéssel COX) enzim működését gátolják. Ma már tudjuk, hogy az emberi szervezetben legalább kétféle COX enzim létezik. A COX-1 enzim a gyomor nyálkahártya épségének fenntartásában fontos szerepet játszó prosztaglandin-származékokat állít elő, míg a COX-2 enzim alapvetően a gyulladásos szövetekben termelődik és működik.

A hagyományos NSAID-k mindkét COX enzimet jelentősen gátolják. Ezáltal fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő hatásukat a gyomor nyálkahártya károsodása kíséri. Ez fekélyek keletkezéséhez, gyomorr vérzéshez, továbbá a fekély átfuródásához (perforációjához) vezethet. Az endoszkópiás (gyomortükrözéses) vizsgálatok szerint a hagyományos NSAID-ket hosszú távon szedő betegek mintegy 20 százaléka esetében mutathatók ki (nagy részük tünetmentes) fekélyek. A fekélyekkel kapcsolatos szövődmények (gyomorr vérzés és/vagy perforáció) éves előfordulása a betegek körében 1-4 százalék. Az NSAID-kat szedők körében a súlyos gyomorr fékely-szövődmények kockázata az e gyógyszereket nem szedőkénél körülbelül négyszerese.

A 90-es évek legvégén megjelent egy új gyógyszer-család, a COXIB-ok. A köztük tartozó hatóanyagok szinte teljesen csak a COX-2 enzimet gátolják. Egyikük - egy kis, igen hatékony tabletta, amelyet naponta csak egyszer kell bevenni - az MSD gyógyszer-gyártó vállalat kutatói által kifejlesztett készítmény, és 2000 júliusától már Magyarországon is forgalomba került. Ez kizárólag csak a COX-2 enzimet gátolja. Ezzel lehetővé vált az orvosok és a betegek sok évtizedes kívánsága: a fájdalomcsillapító és a gyulladáscsökkentő hatás végre különvált az emésztőrendszeri káros és veszélyes mellékhatásoktól.

Kortikoszteroid hormonok

Súlyos, más kezeléssel kellően már nem befolyásolható osteoarthritis esetén az orvos az ízületbe, illetve az ízületet körülvevő lágyrészekbe szteroid típusú, mellékvesekéreg-hormonhatással rendelkező gyógyszert, úgynevezett kortikoszteroidot adhat. Egy injekció általában több hónapos állapotjavulást eredményezhet, azonban hosszú távú, megfontolás nélküli adásuk súlyos mellékhatásokkal járhat.



II. Európai Emlőrák Kongresszus

Professzori vélemény a Taxán hatóanyagú készítményekről

Az Országos Onkológiai Intézetben (vagy ahogy a betegek egymás között emlegetni szokták, a Kékgolyó utcában) prof. dr. Láng István, az egyik onkológiai belgyógyászati osztály vezető főorvosa tölti be azon bizottság elnöki tisztét, amely az emlőrák kezelésében világszerte jó eredménnyel használt, taxán hatóanyagú készítmény úgynevezett különkeres (vagyis teljes egészében az egészségpénztár által finanszírozott, így a betegek számára ingyenes) felhasználását személyre szólóan, de kizárólag szakmai szempontok alapján bírálja el.

- Intézetünk az alapkutatótól a klinikai diagnosztikán át a fekvő- és járóbeteg kezelésig rendkívül sokirányú tevékenységet folytat. A pontos diagnosztikus felállítást a legkorszerűbb képalkotó berendezések segítik, a terápiában a sugár- és a kemoterápia, az onkológiai sebészet, valamint a belgyógyászati onkológia valamennyi eljárása bevetendő. A test bármely részén előforduló daganatos elváltozások kezelésében nagy tapasztalatú kollégák működnek együtt. Betegforgalmunk jellemzésére csupán egyetlen adat: míg más, átlagos forgalmú kórházakban legfeljebb néhány száz, addig nálunk hétszáz körüli emlőműtét történik évente - mutatta be röviden a professzor az ország első számú onkológiai intézményét.

Az emlőrák az egész világon óriási problémát jelent - folytatta a szakember. Előfordulásának gyakorisága és az emlőrákos halálozások száma Ma-

gyarországon egyaránt növekedést mutat, miközben a legfejlettebb országokban stagnál vagy csökken. Feltehetően évekbe telik, míg nálunk is megfordul a tendencia, így már azt is eredménynek tekinthetnénk, ha mérséklődne a növekedés.

- A külföldön elfogadott terápiás szemlélet lényege, hogy az emlőrák kezelésében minél több szakma képviselői vegyenek részt. Ennek értelmében az emlőrákos betegeket olyan korszerű technikával felszerelt központokban célszerű gyógyítani, ahol az onkológiai képzettségű - ezen belül is a rosszindulatú emlődaganatok terén kiemelkedő tapasztalatú - sebész mellett felkészült sugárterapeuta, erre a betegcsoportra szakosodott patológus (kórszövettannal foglalkozó szakember), valamint speciális ismeretekkel is rendelkező belgyógyász onkológus dolgozik. Utóbbinak a kemo-, a hormon- és a jövőben mind inkább előtérbe kerülő immunterápiához, továbbá a tüneti kezeléshez is értenie kell - vázolta dr. Láng István azt az irányvonalat, amelynek megvalósítására hazánkban is töreksznek. Ez a technikai és személyi háttér a kockázati tényezők olyan szintű megismerését és értékelését is lehetővé teszi, hogy az információk birtokában személyre szabottan történjen meg a leghatékonyabbnak ígérkező terápia kiválasztása.

Ez az elv érvényesült akkor is, amikor az országban kijelölték a jelenleg működő tíz taxán centrumot. A bevezetőben említett különkeres felhasználásra kizárólag ezek a központok jogosultak, ám ez nem jelenti azt, hogy mások ne juthatnának hozzá a korszerű készítményhez. A taxán hatóanyagú szereket a hazai kórházak

valamennyi onkológusa alkalmazhatja, de a társadalombiztosítás csak a centrumokban vállalja a száz százalékos támogatást, másutt a gyógyszerköltség az intézményeket terheli. A főorvos hozzátette: nem mindenkinek kell taxánt adni, hiszen a kezdeti stádiumban lévő betegek nagy biztonsággal meggyógyíthatók műtéttel és sugárkezeléssel. Később már szükség lehet úgynevezett szisztémás kezelésre (hormon- vagy kemoterápiára), míg a taxánok alkalmazása csak az előrehaladott állapotú betegek esetén indokolt.

Az emlődaganatok gyógyszeres terápiájában az elmúlt tíz évben kezdtek el alkalmazni, és ma már egyre elterjedtebben használják az úgynevezett taxánokat. A hatóanyag megtalálása Arthur Barclay botanikus nevéhez fűződik, aki az Északnyugat-Amerikában honos, rendkívül lassan növekvő csendes-óceáni tiszafa (*Taxus brevifolia*) kérgéből vonta ki a leukémiás sejtek növekedését gátló paclitaxelt. A hatóanyagot 1967-ben izolálták, hatásmechanizmusát 1977-re sikerült tisztázni és 1984-ben a klinikai kísérletek is megkezdődhettek. Az 1989-től folytatott nagyarányú kéregbegyűjtés azonban kiváltotta a természetvédők haragját, ezért a gyógyszer alapanyagának biztosításához más megoldásokat kellett keresni. Kiderült, hogy a különböző taxus-fajták, főként az európai tiszafa (*Taxus baccata*) újratermelődő tűleveleiből olyan hatóanyag nyerhető, amelynek felhasználásával fél-szintetikus úton kétféle taxánt (paclitaxel és docetaxel) is elő lehet állítani. A taxánok ezidáig egyedülálló, ismeretlen mechanizmussal gátolják a daganatos sejtek növekedését. Ezért és a meggyógyító terápiás eredmények miatt válhattak a gyógyszeres kezelés széles körben alkalmazott újdonságává.

(Forrás: Magyar Onkológia 44: 79-90, 2000, dr. Nagykatnai Tamás)

A brüsszeli emlőrák kongresszuson képviseltette magát a magyar rákbetegek országos szövetsége is, amely az Európa Donna elnevezésű, emlőrák elleni nemzetközi koalíció hazai fóruma. A szövetség egyik alnöke, egyben az Európa Donna nemzeti képviselője Gerzsenyi István.

A tőle kapott tájékoztatás szerint a Rákbetegek Országos Szövetsége tíz éve alakult, jelenleg 70 tagszervezete és határozottan több tagja van. Az Európa Donnahoz 1993-ban csatlakoztak, szándékaik egybeesnek az ott megfogalmazott célkitűzésekkel.

A rákbetegek érdekképviseletén túl rendkívül fontosnak tartják a széleskörű szemléletformálást, a betegek és hozzátartozóik pszichoszociális támogatását, valamint az orvosokkal való érdemi kapcsolatépítést. Ez utóbbi vonatkozásban komoly eredményeket értek el, hisz a gyógyítók közül egyre többen felismerik, hogy a betegségekkel csak a pácienssel együtt, őt mindenben partnernek tekintve lehet sikeresen megküzdeni.

Hőterápia a rákgyógyításban

A daganatos szövetek tüzes vassal való kiégetése elterjedt módszer volt az ókori egyiptomi és görög kultúrákban. A hőterápiás alkalmazásának kezdetleges és drasztikus módszere ezt követően hosszú időre felledésbe merült, és csak az 1800-as években figyeltek fel rá, hogy ha magas lázzal járó fertőző betegségből lábalt ki valaki, sok esetben a daganata is meggyógyult. A magyarázat kézenfekvőnek tűnt: a láz, ami az immunrendszer fokozott aktivitását jelzi, valamilyen módon a rákos szövetek pusztulását okozza - mesélte egy új kezelési mód, a hipertermia felfedezésének előzményeiről dr. Dani Árpád onkológus főorvos, a Brüsszelben nemrég megrendezett II. Európai Emlőrák Kongresszus egyik magyar résztvevője.

- Az 1900-as évek elején a sugárterápiás eljárások ismét háttérbe szorították a hővel való kezelést, mígnem a század közepe táján német orvosok újra foglalkozni kezdtek az elmélet gyakorlati alkalmazásával. Próbálkoztak számaival, meleg fürdővel, de a mélyebben fekvő daganatok szintjén így nem tudták biztosítani a szükséges (42,5-43,5 Celsius fokos) hőmérsékletet. A hipertermia egyre elterjedtebb használatát dr. Szász András fizikus professzor által kifejlesztett berendezések tették lehetővé. Ezeknek ma négy típusa ismert. Közülük kettő rádiófrekvenciával működik és helyi-, illetve üregi kezelésre szolgál, egy monokrom polarizált fényvel egésztest hipertermiára, míg a negyedik elektrokémiai elven hat. Utóbbit felszíni daganatoknál alkalmazzuk úgy, hogy magában a rákos szövetben galvánáramot hozunk létre - magyarázta a főorvos azon eljárások lényegét, melyeket kiegészítő kezelésként (sajnos társadalombiztosítási támogatás nélkül) jelenleg nyolc helyen alkalmaznak az országban.

A dolog rendkívül ésszerűnek tűnik, mivel a daganatos és az ép szövet dielektromos állandója nem azonos. A rákos szövetekben többszörösen nyelődnek el a rádiófrekvenciás hullámok, vagyis az elektromágneses tér hatására ezek jobban felmelegsznek, mint a körülöttük lévő egészséges szövetek. A felmelegedés következtében fokozódik a daganat amúgy is felgyorsult anyagcsereje, így a kemoterápiás szerek sokkal hatékonyabban és célzottabban fejthetik ki hatásukat. A rossz vérellátású rákos szövet tápanyagellátása ezzel egyidejűleg romlik, enzimműködésének működése zavart szenved, ami a káros sejtek pusztulásához vezet.

A hipertermia lehetővé teszi, hogy a sugár- és kemoterápiát alacsonyabb dózisokban alkalmazzák, megkímélve a beteget a kellemetlen mellékhatásoktól. Fájdalmatlan módszerről van szó, ami a komplex onkoterápia részeként, kémiai- és su-

gárterápiával vagy immunstimuláló eljárásokkal együtt alkalmazva jelentősen javítja a páciens esélyeit. A betegségek gyógyítása mindig újabb kihívások elé állítja az orvostudományt. Különösen igaz ez a daganatok esetében, mert bármilyen kezelést is alkalmazzanak önmagában, mindig maradnak rákos sejtek, amelyek ellenállónak válnak a kémiai szerekkel, a rádióterápiával vagy a hőhatással szemben. Ez indokolja a módszerek együttes, egymást kiegészítő használatát.

Dr. Dani Árpád elismeri, hogy az onkológus szakma egy része fenntartásokkal fogadja a hipertermiát, mondván, hatékonyságának igazolására hiányoznak a tudományos igényű klinikai kísérletek. Való igaz, hogy eddig csak néhány ilyen publikáltak, azt is külföldi vizsgálatok alapján, de tudni kell, hogy ezt az eljárást Magyarországon mindössze öt éve használják és a világ más országaiban sem sokkal hosszabb ideje. A hivatalosan elfogadott, úgynevezett randomizált kísérletekhez ennél több idő szükséges. Véleménye szerint mindez nem ok arra, hogy tudománytalannak minősítve bárki elutasítson egy olyan lehetőséget, amivel a kezelt betegeknél érzelhető eredményt sikerült elérni. Azon a magánklinikán, ahol mellékállásban hipertermiával foglalkozik, három év alatt hat-hétszáz rákos beteget gyógyítottak. Zömmel olyanok kerülnek hozzájuk, akik már túl vannak minden egyéb kezelésen és gyakorlatilag lemondtak róluk az orvosok. Ezekben az esetekben az is jelentős eredmény, ha csökken a daganat, ha sikerül a tünetmentes időszakot és a túlélést meghosszabbítani, ha enyhül a fájdalom, javul az életminőség. Számos, előrehaladott állapotú betegnél azonban a komplex onkoterápia részeként tartós, teljes daganatvisszafejlődést is el lehetett érni. Ahogy a főorvos fogalmazott: „A háborút elveszítjük, de egyre több csatát megnyerünk.”

Magyarországon tavaly június óta létezik az úgynevezett rákregiszter, amelybe folyamatosan gyűjtik az adatokat. A friss emlődaganatos megbetegedések számára ma még csak becsléssel, a halálozási statisztikából lehet következtetni. E szerint 1998-ban 2300 fölött volt az emlőrákban elhunytak száma, ami nagyjából az új esetek egyharmada. Évente tehát körülbelül hétezer nő szembesül a ténnyel, hogy emlőrákja van.

Amerikában minden kilencedik, nálunk minden tizedik-tizenegyedik nőnek valamikor az élete során emlődaganata lesz. Ám ott a betegeknek „csupán” 49 százalékát vesztik el, míg nálunk 100 emlőrákosból 70-et. Magyarországon ez a betegség a nők első számú rákhalál oka, és a második leggyakoribb halál oka a nők összes elhalálozását tekintve. Minél fiatalabb korban alakul ki a daganat, annál rosszabb a prognózis, és sajnos ma már nem számít ritkaságnak a huszoneves beteg.

Az okokra vonatkozóan több a feltételezés, mint a bizonyíték. Kockázati tényezőnek számít, ha valaki soha nem szült gyermeket, ha szült, de csak egyszer, ha szült, de viszonylag késői életkorban, illetve szült, de nem szoptatott. Az emlőrák kialakulásában szerepet játszik a stressz, a dohányzás, a túlsúly és a hormonháztartás zavara, ugyanakkor a genetikai meghatározottság mind nyilvánvalóbb.

A gyógyulás szempontjából nagyon fontos a korai felismerés, ehhez pedig szűrésre és az eredmények szakszerű kiértékelésére van szükség. De mindenekelőtt el kellene jutnunk odáig, hogy a nők maguk komolyan vegyék a veszélyeztetettségüket, rendszeresen végezzék el az emlők önvizsgálatát és a legkisebb gyanú vagy rendellenesség esetén is haladéktalanul forduljanak szakemberhez.

Az oldalt összeállította: S. Bonnyai Eszter

EMLŐCARCINÓMA

Az osteoporosis rendszerszemlélete újabb megközelítésben

Skandináv ortopéd sebészek javaslata a 2000. január 1-vel kezdődő évtizedet a WHO a csont és izület évtizedének nyilvánította.

Az osteoporosis a leggyakoribb csontanyagcsere-zavar, különösen a fejlettebb országokban.

A tíz év alatt a deklarációt aláíró országokban, így hazánkban is, fokozott figyelmet fordítanak az osteoporosis, izületi gyulladások, izületi kopások, derékfájás, végtagsérülések és gyermekkori mozgásszervi betegségek megelőzésére és kezelésére.

Az osteoporosis idei világnapján (október 20.) a megelőzés kerül világsszerte a figyelem középpontjába: „Törődjön többet csontjával!”

Ez a „néma járvány” Magyarországon közel egymillió beteget érint. Minden huszadik csonttritkulásos embert ér valamilyen csonttörés. A hatvan év feletti nők huszonöt százalékánál található csonttritkulás miatt bekövetkezett összenyomódásos csigolyakárosodás. A korban előrehaladva ötvenente megkétszereződik a csonttritkulásos csípőtáji combnyaktörések kockázata. A nők életük során csontozatuk úgynevezett kérgi rétegének 35 százalékát, a szerkezeti tartóknak pedig közel 50 százalékát veszítik el. Ma már egyértelműen kimutatott tény, hogy a csonttritkulás kialakulásának kockázati tényezői a genetikai adottságokon túlmenően a dohányzással és az alkoholfogyasztással összefüggő felszívódási zavarok, a mozgásszegény életforma, a túlsúlyosság, a cukoranyagcsere, a mellékpajzsmirigynek, valamint a pajzsmirigy működésének a zavara, táplálkozási hiányok (a kemizálás hatására egyre csökken a zöldelemek, gyümölcsök vi-

tamin- és ásványianyag-tartalma), az alacsony kalcium- és D-vitamin felvétel. Az idős kor önmagában is kockázati tényező. Mind több adat szól amellett, hogy a csonttritkulás kialakulását elősegítik a huzamos ideig szedett kortikoszteroid készítmények, egyes, epilepszia ellen adott gyógyszerek, a folyamatosan szedett vízhajtók, valamint az alumíniumtartalmú gyomorsavlelköző gyógyszerek.

Prof. Dr. Iván László: Az osteoporosis rendszerszemlélete újabb megközelítésben című könyve az osteoporosis megértéséhez, megelőzéséhez, gyógyításához és rehabilitációjához nyújt segítséget, elsősorban a gyakorló orvosok és közvetlen munkatársaik számára. A könyv rendszerbe foglalja a csonttritkulás folyamatát - a csontvesztéstől a csonttörésekig -, s taglalja a csontmegtartás és csontújraépítés lehetőségeit, korszerű módszereit. Mivel az osteoporosis az időszóddal szorosan összefüggő, több-tényezős kör folyamat - az átmenet korától a legidősebb életkorig - a hosszabbéletűséget érintő kérdésekhez is köthet, melynek során figyelembe kell venni a genetikai, biológiai, pszichológiai és szociológiai tényezőket egyaránt, nem feledve azt, a tudományos igazolt tény, hogy a krónikus megbetegedések kialakulásának kockázatában és primer prevenciójuk lehetőségében a mindenkori egészségügynek 15-18, a genetikai adottságoknak 20-25, a környezetnek és a körülményeknek 20-25, az egyén életmódjának pedig 40 százalékos szerepe van!

- Szádáry László

A homeopátia és hazai távlatai

(Beszélgetés Dr. Kürti Katalinnal, a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület elnökével)

- folytatás az első oldalról -

„A betegséget magát nem látjuk, hanem a tünetek összességében felismerjük, s a tünetek jellegzetességében értjük meg és megértjük.”

Dr. Samuél Hahnemann

„A pszichoszomatikus zavarok és a krónikus betegségek szaporodásának korában a homeopátia, mint konstitúciós gyógymód jelentős szerepet játszik a medicina kiszélesítésében és a terápiás eszköztár gazdagításában.”

Prof. dr. Máthias Dorcsi

• Visszatérve a kongresszushoz, melyek voltak a legfontosabb szekciók?

- Nehéz lenne csak néhány témakört kiemelni, mert mindegyik fontos és érdekes volt. Mégis megemlíteném, hogy külön szekcióban beszéltek például a rák, az asztma, az allergiás betegségek gyógyításának homeopátiás lehetőségeiről. Szó esett a homeopátiás tudományos és klinikai kutatások legújabb eredményeiről, új homeopátiás szerekről, de arról is, hogy milyen lehetőségei vannak a fogorvosoknak a homeopátia alkalmazása terén, illetve, hogy miért fontos a homeopátiás kezelés az állatgyógyászatban.

• Fontos-e a homeopátiával gyógyító orvosok és az akadémikus orvoslás alkalmazomak együttműködése?

- Természetesen fontos és kívánatos. Példaként megemlítem a svájci Spinedi doktor előadását. Az ő klinikáján készült statisztika szerint azoknál a rosszindulatú elváltozásban szenvedő betegeknél volt a gyógyulás, illetve a túlélés a legjobb, akiknél a hagyományos terápia mellett homeopátiát is alkalmaztak.

Másfelől pedig az a véleményem, hogy ha egy beteg csak homeopátiával is meggyógyítható, vétek számára erős kémiai szereket felírni. Ugyanakkor orvosi műhiba, ha egy beteg nem kerül időben műtetre vagy nem kap antibiotikumot, ami adott esetben életmentő lehet - csak azért, mert görcsösen ragaszkodunk a homeopátiához. Azt gondolom ezek eléggé meggyőző

érvek az együttműködés fontosságának hangsúlyozására.

• Milyen múltja van a homeopátiának Magyarországon?

- A homeopátia - az úgynevezett hasznosság elvén alapuló gyógymód - 204 éves múlttal tekint vissza és komoly hagyományokkal rendelkezik hazánkban is. A homeopátia rendszerbefoglalója, a homeopátiás gyógymód alapelveinek kidolgozója Dr. Samuel Hahnemann német orvos és gyógyszerész volt. Legfőbb műve az „Organon” nem sokkal megjelenése után már 1830-ban itthon is hozzáférhető volt, még hozzá magyar fordításban. A későbbiekben egy darabig önálló homeopátiás egyetemi tanszék is működött Budapesten az orvostudományi egyetemen, valamint önálló homeopátiás kórház is létesült. Orvosi egyesület alakult Hasonszentiv Orvosegylet néven. Az új szelíd gyógymód külföldön és Magyarországon egyaránt nagy viharokat kavart. Többeszlő tiltás majd engedélyezés után hazánkban 1949-től ismét lekerült ez alkalommal több évtizedre - a gyógyítás palettájáról. Pedig a magyar homeopáták híresei voltak az országhatárokon kívül is - hogy csak a legnevesebbeket említem: Argenti Döme, Bakody Tivadar, Balogh Pál, Hausman Ferenc, Szontagh Ábrahám, Schimert Gusztáv. Schimert szervezése alatt tartotta Magyarországon 1935-ben 10. kongresszusát a Nemzetközi Homeopátiás Orvosi Liga.

• Hogyan éledt újra Magyarországon a homeopátia?

- Az 1990-es években kezdődött az „újkor története”. 1991-ben a Moszkvai Homeopátiás Központ tanárai egy háromhetes, interzív homeopátiás tanfolyamot tartottak Budapesten. Ezt követően egy maroknyi orvoscsoporthoz 1991 októberében megalakította a Magyar Homeopata Orvosi Egyesületet és 1993 őszétől hároméves posztgraduális orvosképző program indult Máthias Dorcsi professzor segítségével. Azóta folyamatosan félévente vannak kezdőtanfolyamok.

- folytatás a 11. oldalon -

MOZGÁSSZERVERI BETEGSÉGEK KEZELÉSÉRE Homeopátiás gyógyszerkészítmények



Reumás és kopásos ízületi betegségek esetén

Zeel®

tabletta, kenőcs, injekció

Gyulladáscsökkentő, fájdalomcsillapító, regeneráló

A kockázatokról és mellékhatásokról olvassa el a betegtájékoztatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát, gyógyszerészét



Gyártó: Biologische Heilmittel-Heel GmbH, Baden-Baden
Info: Dr. Peithner KG, tel./fax: (1) 217-6671
H-1091 Budapest, Üllői út 91/b. (1/7)

Ápolás Magyarországon az Ezredfordulón

ÁPOLÁS ÉS ÁPOLÁSPOLITIKA

Magyarországon az ápolás fejlesztése több évtizeden át nem volt megfelelő, és a szűkös források nagyobb hányada fordítódott a betegségek diagnosztizálására és kezelésére, az orvosképzésre és az orvostudományi kutatásra. Részben e tényezők miatt, részben egyéb elhibázott döntések következtében mélyülő szakadék választotta el az orvoslást és az ápolást. Napjainkban Magyarország ápoláspolitikája azon az elven nyugszik, hogy az ápolás szerves részét képezi az ország egészségügyi rendszerének, és ezzel egyidejűleg szoros kapcsolatban áll a jóléti rendszer más alrendszereivel is. Az új **Egészségügyi törvény** (1997) definiálja először az ápolást és rendelkezik arról, hogy csak szakképzett dolgozók gyakorolhatják az ápolói hivatást. A törvény ugyancsak felvázolja az ápolók és más szakdolgozók regisztrációs rendszerét. Az ápolásnak és az ápoláspolitikának képesnek kell lennie megfelelő választ adni a **társadalom ápolási szükségleteire**. Ezeket a szükségleteket számos tényező befolyásolja, többek között a **jogi és szabályozási keret**, a lakosság életkor szerinti megoszlása, az általános egészségi állapota, az ország népességében leggyakrabban előforduló betegségek, hogy csak néhányat említsünk. Amint az a következő ábrákból és táblázatokból látni, a magyarok **egészségi állapota igen rossz**, és magas az életmóddal kapcsolatba hozható krónikus nemfertőző betegségek előfordulási gyakorisága (dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód). Mindez megköveteli az ápolóktól, hogy tevékenyen végezzék az **egészségfejlesztést és betegségmegelőzést** az emberek egész élete folyamán és minden szintjén. Az ország

népessége kitartóan fogy, mivel alacsony a születések száma és magas a halálozás, s sajnálatos módon a középkorú férfiak körében igen sok áldozatot szed a halál. Mi magyarok nemcsak egyre kevesebben vagyunk, hanem egyre idősebbek is. Sok terhesseget szakítanak meg, a megszületett csecsemők gyakran igen alacsony születési súllyal jönnek a világra és nemritkán olyan problémákkal küzdenek, amelyek az anya terhesség alatti egészségtelen életmódjával állnak kapcsolatban. E speciális szükségletek kielégítése érdekében a védőnőknek javítaniuk kell tevékenységüket, amelynek célja a magzat, a csecsemő, a gyermek, az anyas és a leendő anya, illetve általában a nők egészségének a védelme, valamint a **családok egészségének** fejlesztése. Az ápolóknak rendelkezniük kell a megfelelő és célirányos technikai készségekkel és jártassággal ahhoz, hogy gondozni tudják a **testi betegségekben szenvedőket, az elmebetegségeket és az elmebetegségeket**. Nagy szükség van a rehabilitációra, amely lehetővé teszi a krónikus betegségben szenvedő emberek számára a viszályszelkeskedést a társadalomba és értelmes, hasznos életvitelt. A terminális betegségben szenvedő emberek számára pedig megfelelő **palliatív gondozás és hospice-ellátás** szükséges.

AZ ÁPOLÁS JOGI KERETEI

A MAGYAR KÖZTÁRSASÁG ALKOTMÁNYA

70/D §

(1) A Magyar Köztársaság területén élőnek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.
(2) Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás meg-

szervezésével, a rendszeres testvérzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

70/E §

(1) A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonság, egészség, betegség, rokkantság, öregség, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak.
(2) A Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg.

1997. ÉVI CLIV. TÖRVÉNY AZ EGÉSZSÉGÜGYRŐL

Ápolás

98.§ (1) Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegség megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

Az ápolás

(a) a beteg azon tevékenységének segítésére irányul, amely elvégzésére a beteg egészségi állapota miatt önállóan képtelen vagy elvégzése jelentős nehézséggel, illetve állapotromlással jár, valamint amelynek elvégzése speciális felkészültséget igényel,
(b) a beteg önálló képességének helyreállítására, a betegség okozta fájdalom csökkentésére és a szenvedés enyhítésére irányul,
(c) a tényleges vagy lehetséges egészségi problémákra bekövetkező reakciók, szükségletek felismerését szolgálja,

d) a kezelőorvos által elrendelt terápiai tervben előírt beavatkozások végrehajtását szolgálja,
e) egészségnevelés és tanácsadási feladatokat lát el.

(3) Az ápolás

a) szerves része a beteg intézeti kérétek között végzett egészségügyi ellátásának,
b) kiegészítő eleme a beteg otthonában történő gyógykezelésnek, illetve rehabilitációjának,
c) alapvető eleme a beteg intézeti kérétek között végzett vagy otthonában történő ápolási és gondozási célú ellátásának.

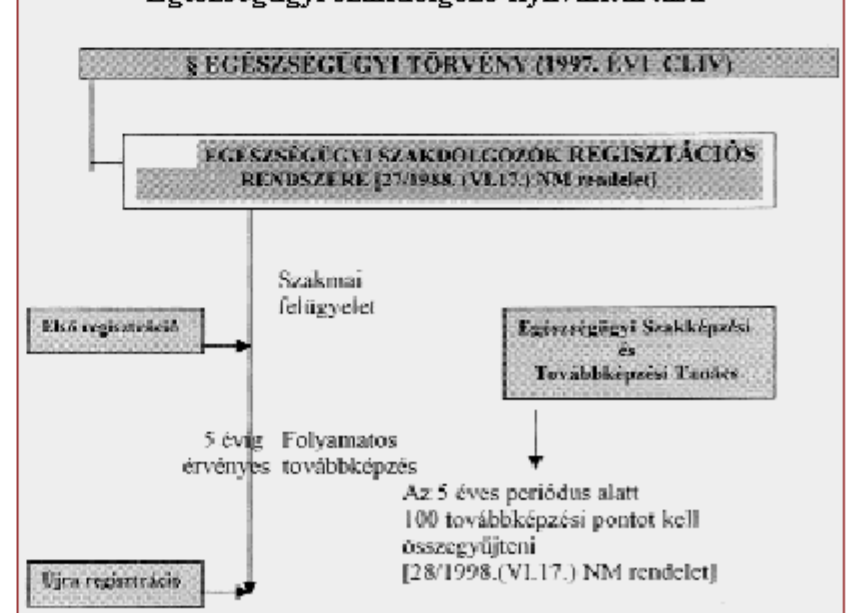
(4) Az ápolási, gondozási tevékenység az ápolási, gondozási terv alapján segíti a betegeket azon tevékenységek elvégzésében, amelyek hozzájárulnak egészségéhez, gyógyulásá-

hoz, rehabilitációjához. Az ápolási, gondozási tervet a (3) bekezdés a) és b) pontjában foglalt esetben - az orvosi diagnózis és a terápia összefüggéseinek tekintetében - a beteg kezelőorvosa hagyja jóvá. A (3) bekezdés c) pontjában foglalt esetben az ápolási, gondozási tervet az ápoló önállóan készíti és hajtja végre.

(5) Az ápolási, gondozási tevékenységről ápolási, gondozási dokumentációt kell vezetni, amely része az egészségügyi dokumentációnak

Kormány-, illetve miniszeri rendelet szabályozza az ápolók képzésének követelményeit. Ezek a minimum-követelmények teljes mértékben összhangban állnak az EU rendelkezéseivel.

Egészségügyi szakdolgozó nyilvántartása



- folytatás a következő oldalon -

Ezen kívül nagyon sok előadást tartottunk szakmai és laikus körökben, könyveket fordítottunk, szakfolyóiratot jelentettünk meg és cikket írtunk szaklapokba és ismeretterjesztő folyóiratokba egyaránt.

Sajnos sok pótolni való van még azokhoz az országokhoz képest, ahol nem volt ilyen hosszú kényszerű szünet. Az Európai Unió országaiiban végzett felmérések szerint az orvosok 20-70 százaléka ír fel valamilyen homeopátiás szert a betegnek és körülbelül ugyanilyen arányban keresik a beteg is a homeopátiát.

• Milyen tananyaggal ismerkedhetnek meg a hallgatók az alapképzés keretein belül?

- Az összesen négy, félévente tartott alaptanfolyamon megismerkedhetnek a homeopátia alapelveivel, gyógyszerképpel, az anamnézis felvétel technikájával, egyéb elméleti és gyakorlati kérdésekkel. Az első évben főként az akut patológiák homeopátiás gyógyításának alapjait vetjük meg, és csak a második évtől foglalkozunk a krónikus betegségek gyógyításának jóval bonyolultabb kérdéseivel.

Az alaptanfolyamokat már kizárólag magyar előadók tartják, ugyanígy az alaptanfolyamok mellett idén ősztől működő gyakorlati képzést (betegbemutató, anamnézis felvétel, gyógyszer-találás, repertorizálás) is.

Hétvégi, úgynevezett kiegészítő tanfolyamokra pedig neves külföldi előadókat hívunk.

• Egyéb ként milyen kapcsolatot tartanak a fővárosi szervezetekkel?

- Egyesületünk 1993-tól tagja a Nemzetközi Homeopátiás Orvosi Ligának.

1998-ban - többéves megfigyelő státusz után hivatalosan is felvettük tagságunkat az „Európai Bizottság a Homeopátiáért” szervezetbe, amely az Európai Unió országai számára dolgozza ki a homeopátia oktatásának, vizsgáztatásának, tanárképzésének, hivatalos elfogadtatásának, a gyógyszerek egységes törzskönyvezésének, stb. harmonizálására vonatkozó javaslatait. Részt veszünk a Bizottság félévente tartott ülésein és egyesületünk képviselőit dele-

gáltuk a Bizottság Oktatási, Kutatási, Politikai és Gyógyszerészeti Albizottságaiba.

Egyesületünk alapkutatási programját is a szervezet irányelvei alapján dolgoztuk ki.

• Hogy áll a homeopátia hivatalos elismerése Magyarországon?

- A homeopátia az 1997-ben napvilágot látott Népjóléti Miniszeri- és Kormányrendelet szerint legálisan, de csak orvosok által végezhető komplementer gyógymód.

Ez év júniusában került először sor homeopátiás vizsgára, melyet a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi kara szervezett. Ez nagy előrelépésnek tekinthető a hivatalos elismerés szempontjából.

A következő kíváncsi lépés az egyesület és más a homeopátiát felelősséggel és kellő hozzáértéssel oktató társaság oktatási programjának akkreditálása. Tehát a homeopátia oktatásának a hivatalos posztgraduális orvospképzés részévé kell válnia.

A Magyar Homeopata Orvosi Egyesület alakulása óta küzd ezért a célért.

Egyébként pedig elmondhatom, hogy a hivatalos elismerés, a vizsga, a színvonalas oktatás azért is szükséges, hogy a dilettánsokat, a „kók-lereket” a gyógyítók köréből kirekeszthessük.

A betegek ugyanis egyre nagyobb számban keresik és használják ezt a szelíd gyógymódot. Hogy ez hat-e ösztönzőleg a kollégákra vagy maguktól is jönnek - az mindegy -, de tény, hogy egyre nagyobb számban jelentkeznek a tanfolyamokra.

• Kérem beszéljen a homeopátiás irányzatokról! Mi a különbség a klasszikus és a komplex homeopátia között? Mit jelent az, hogy a homeopátia konstitucionális gyógy-mód?

- A klasszikus homeopátia mindig a Hasonlósági szabály alapján választ szert a beteg számára, és ha lehet csak egyetlen homeopátiás szert, az úgynevezett leghasonlóbbat. Ez az elv akut és krónikus patológiákra egyaránt érvényes. Az akut betegségeknek a gyógyszer-va-

lasztás fogódzót az etiológia, a lokalitás, az érzet (fájdalom) jellege és a modalitás (mitől javul vagy romlik spontán a beteg tünete) adják. Krónikus esetben ehhez hozzávesszük a családi anamnézist, tehát a betegséghajlamokat, a beteg eddigi betegségeitörténetét, a páciens fizikai jellemzőit, amit mi általános tüneteknek hívunk és ami a legfontosabb a mentális és emocionális jellemzőket.

A klasszikus homeopátia által használt szerek egyetlen alkotórészből állnak és nevük mindenkor a kiinduló anyag rendszertani latin neve. Ezért ezt a világon mindenhol egyformán hívják. Ezek az egykomponensű szerek nem rendelkeznek indikációval, mert a Hasonlósági elvet alkalmazva, a tünetek szerint adhatjuk ugyanazt az egyik betegnél torokgyulladásra, a másiknál fejfájásra, stb. Ennek alapján az is előfordul, hogy például három köhögős beteg háromféle homeopátiás szert kap, a rá jellemző köhögés tüneteinek megfelelően.

Azt hiszem a fentiek választ adnak arra is, hogy mit jelent a konstitucionális. Nevezetesen azt, hogy a szert a betegnek a tünete összeségének azaz, az ő konstitúciójának, magyar szóval alkátának megfelelően választjuk.

A komplex homeopátia pedig azt mondja, hogy itt van egy betegség vagy egy tünetcsoport. Például, ha egy beteg álmatlanságban szenved, akkor ezek és ezek a leggyakrabban használt homeopátiás szerek. Tehát tegyük ezeket össze egy szerbe és próbáljuk meg az álmatlanságban

szenvedő betegeknek ezt adni. Tehát a komplex szerek indikációval rendelkeznek és általában valami - a gyártó cég által kitalált, de azért a hatásra is utaló - fantáziánévre hallgatnak.

• Van-e kedvenc esete, mire büszke eddigi gyakorlatából?

- Nem szeretnék egy esetet sem kiemelni, hiszen mindegyik más és más. Van akit meggyógyított az ember, van akit már a tünetmentesség elérése - erős, komoly mellékhatásokat okozó kémiai szerek adása nélkül, vagy ezek elhagyásával - is nagy szó.

A legbüszkébb arra vagyok, hogy most már sok olyan gyerek páciensem van, akik évek óta nem kaptak mást csak homeopátiás szereket és akiknél ezek adása is egyre kevesebbet kerül sor, mert az immunrendszerük egyre jobban dolgozik és egyre ritkábban és egyre enyhébben betegednek meg.

• Hogyan képeli el saját további tanulmányait, vannak-e személyes ambíciói, amelyek eléréséhez sikereket kívánhatunk?

- Azon kívül, hogy a homeopátiát holtig kell és fogom is tanulni, szeretnék más szelíd gyógymódokat illetve kiegészítő technikákat alaposabban is megismerni. Például a különböző diétás rendszereket, a Bach-virágterápiát, a kineziológiát - hogy hamarjában csak néhányat említsek.

• Köszönöm a jókívánságokat és a beszélgetést.

- Galgóczy Zsuzsa -

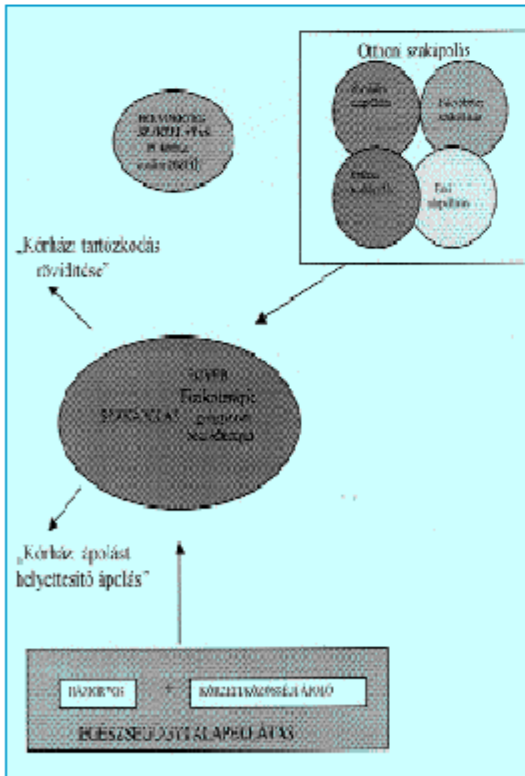
- folytatás az előző oldalról -

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER

A magyar egészségügyi rendszer alap jellemzői

- **állami irányítás és felügyelet**
- **társadalombiztosítási működés**
- önálló egészségbiztosítási alap
 - = a lakosság egészét lefedi
 - = gyakorlatilag teljeskörű ellátást nyújt, a kiegészítő vagy alternatív biztosítások szerepe marginális
- **vegyes tulajdonforma, az önkormányzati és állami tulajdon dominál**
- **dualisztikus finanszírozás**
 - befizetés: tulajdonos
 - működési költség: Egészségbiztosítási Pénztár
- **háziorsvólapon alapuló ellátórendszer**

Otthoni ápolás a kórházi ellátás kiváltására



AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS

- ✓ **háziorsvosi rendszer** a szabad orvosválasztás alapján
- ✓ cél a folyamatos, személyes és lehetőség szerint definiált, egészségügyi ellátás biztosítása, a megelőzés fontosságának hangsúlyozásával, ott, ahol az emberek élnek és úgy, hogy az teljes mértékben megfeleljen az ellátott betegek és a klientsé valós elvárásainak
- ✓ 5210 háziorsvos, 1570 házi gyermekorvos és 5870 **közösségi ápoló** végezte 1998-ban
- ✓ **védőnők** - 1998-ban 4745 - preventív megközelítést és fejlesztést biztosítják
- ✓ **otthoni szakápolás** a betegek otthonában 1995 óta
- ✓ hospice-ok kialakulása

JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS

- ✓ 155 kórházhoz csatolt és 100-nál valamivel több önálló rendelőintézet biztosítja az alapellátás diagnosztikus és terápiás hátterét
- ✓ ambuláns ellátás, nappali sebészet, nem-invaszív és mikroinvaszív diagnosztikai és terápiás eljárások terjedése a kórházi ellátás kiváltására

FEKVŐBETEG ELLÁTÁS

- ✓ 160 kórház összesen 84 232 ágygal, azaz 83,0 ágy / 10 ezer lakos (1998)
- ✓ **városi köz-kórházak** alapszolgáltatásokat képviselik, mindenki számára elérhetők
- ✓ **megyei kórházak** az adott terület szakmai centrumai
- ✓ **országos intézetek és orvostudományi egyetemek klinikái** erősen szakosított ellátást nyújtanak, regionális, országos feladatokat látnak el
- ✓ kórházak tulajdonosai és működtetői az önkormányzatok (az ágyak 77 százaléka)
- ✓ állami tulajdonban van az ágyak 17 százaléka
- ✓ egyházi vagy magántulajdonban van az ágyak 6 százaléka
- ✓ ápolási osztályok és hospice-ok a rászoruló betegek speciális szükségleteinek a jobb kielégítésére

- folytatás a következő számban -

KIEGÉSZÍTŐ INFORMÁCIÓK

HOMEOPÁTIÁS SZEREK

A homeopátiás szerek kiinduló anyagai lehetnek növények, állatok és ásványok, tehát a természetben előforduló anyagok. A homeopátiás gyógyszerkészítés során ezeket a kiinduló anyagokat lépésenként hígítják és mechanikai energiát közölnek velük (*örvénnyel, illetve örvénnyel a vívőanyaggal*). Az így nyert hígításokat, az úgynevezett potenciákat a következőképpen jelölik:

- D1** - a kiinduló anyagot a tízedre hígították és tízszer öszerázták
- D2** - a kiinduló anyagot a tízedre hígították és tízszer öszerázták, s mindezt egymás után kétszer ismételték
- D3** - a kiinduló anyagot a tízedre hígították és tízszer öszerázták, s mindezt egymás után háromszor ismételték
- C1** - a kiinduló anyagot a századára hígították és tízszer öszerázták
- C2** - a kiinduló anyagot a századára hígították és tízszer öszerázták, s mindezt egymás után kétszer ismételték
- C3** - a kiinduló anyagot a századára hígították és tízszer öszerázták, s mindezt egymás után háromszor ismételték
- LM 1** - a kiinduló anyagot az ötvenezredré szerez hígították és százszor öszerázták
- LM 2** - a kiinduló anyagot az ötvenezredré szerez hígították és százszor öszerázták, s mindezt egymás után kétszer ismételték
- LM 3** - a kiinduló anyagot az ötvenezredré szerez hígították és százszor öszerázták, s mindezt egymás után háromszor ismételték

A hosszú, lépésenkénti hígítás és rázás, az anyag szilárd formájának a feloldása, a részecskeméret folyamatos csökkenése, az anyagot összetartó erőknek a folyamatos szétbomlása, s a dörzöléssel, illetve rázással bevitt mechanikai energia a kiinduló szubsztanciából **ÚJ MINŐSÉGŰ** gyógyító anyagot hoz létre.

(Példa erre a *konnyasó viselkedése: hététnapjaiban ismételt használat a gyógyító tulajdonságai növekednek. A homeopátiás elkészítés során azonban az addig „ártatlan” konnyasóból a homeopátiás egyik legnagyobb, például bőrbetegségek és egyik leggyakrabban használt szerét kapjuk.)* Amikor átugorjuk az eszközökkel való mérhetőség határait, kétségekkel és elutasításokkal is találkozhatunk, hiszen a mai kifinomult módszerekkel nem, vagy csak igen bonyolultan és költségesen mutatható ki analitikai úton a materia a C3 vagy a D6 potenciálok után. A homeopátia tehát ezekben az esetekben nem anyaggal, hanem benne levő **ENERGIÁVAL** dolgozik - és mégis gyógyít (*csicsamódot - felejtett és megrázt - állapot hat - és a megleltetést*).

HONNAN ISMERHETŐ FEL A HOMEOPÁTIÁS SZER?

A homeopátiás szerek gyógyszerformája a hagyományos szerekhez hasonlóan lehet tablettá, oldat, kenőcs, injekció - de mégis leggyakrabban kicsi cukorgolyócska formájában találkozunk vele, amire rá van cseppentve a hatóanyag (ennek nincs külön íze) tehát az édes íz miatt a gyerekek is nagyon szí-

vesen beveszik. Mégis, a homeopátiás szer egyértelmű felismerése a következő: a szer (latin) elnevezése után ott láthatjuk a hígítás fajtáját (D, C, LM) és a fokát (a számot). Tehát: *Lycopodium LM 6* - kaposos korpafűből készült LM 6-os hígítás; *China D 12* - kínafa kérgéből készült préselt D 12-es hígítás; *Apis C 200* - mézelő méhből készült C200-as hígítás

ÁRTALMASAK-E A HOMEOPÁTIÁS SZEREK?

A homeopátiás szerek a természetben előforduló anyagokból készülnek, s nem tartalmaznak semmiféle műanyagot. Jóllehet sokféle szert készítenek eredetileg mérgező anyagból (*például: A rónicum album - fehér arsen, Lachesis - kígyóméreg*) de a hígítások fokai miatt gyakran már egyetlenegy molekula sem található a gyógyszerben a kiindulási anyagból (!) csak az a jel, az az információ, amely annak molekulaszekvéjét jellemzi. Ezt a szerkezetet az élő szervezet jelleként ismeri fel és reagál rá, úgy, hogy összezsugorítja a saját gyógyító energiáit és beveti őket a gyógyulás érdekében.

A homeopátiás szerek tehát semmiféle mérgezést, mellékhatást, káros hatást nem képesek kiváltani. A magas potenciák szedéséről azonban mindig konzultálnunk kell homeopátiában jártas szakemberrel.

KOMPLEX SZEREK ÉS MONO-KÉSZÍTMÉNYEK

A homeopátiás szerek között léteznek olyan komplexek, gyári készítmények, amelyek egy kompozícióban többféle potenciálozott anyagot tartalmaznak és előnyük abban rejlik, hogy a kiváltásuk egyszerű: nem a beteg, hanem a betegség jellegzetességeit tekintik mérvadónak. Ezzel szemben a monokészítmények (*az egyetlen kiinduló anyagból készített szer*) kiválasztása a beteg egyéni reakcióinak, a betegséget okozó tényezőre adott válaszáinak individualizálása alapján történik. Előnyük, hogy a szervezet ekkor egyértelmű, jól definiált és erőteljes ingert kap, amire adott reakciója a gyors és perfekt gyógyulás mellett, *„mellékhatás”* nélkül - erősíti a benne meglévő összes gyógyító energiát, az immunrendszert. A klasszikus, Hahnemann szerinti homeopátia az utóbbi módszert űzi, néha már művészi fokra emelve a beteg tüneteinek összessége alapján adandó egyetlenegy magas potenciájú szer kiválasztását.

HOMEOPATA ORVOSOK

Magyarországon a homeopátiát csak orvosok végezhetik. A homeopata orvosok és állatorvosok rendszeres alap- és továbbképzésben részevnek. Magyarországon a homeopátiát jelenleg magánorvosi kereteken belül művelik. A homeopátiás orvosi kezelést és a homeopátiás gyógyszereket az állami társadalombiztosítás nem támogatja. Egészségbiztosító pénztárak azonban sorra veszik fel az általuk nyújtott szolgáltatások körébe a homeopátiás orvosi ellátást.

Láttelelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

» OBSERVER «
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

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

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-szerkesztő: **dr. Kollár László**, ápolási témafelelős: **Petrikné Jakab Zsuzsa**
munkatársak: **Gyurgik Zsuzsanna** tervező szerkesztő, **Thaly Borbála** terjesztési vezető,
Kollár Bence lap- és marketinggazdát és valamennyi nevével hitelesített szerző.
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, PF.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9783-662, 06 (26) 500-638, -39
A lap előfizetési díja: 2340 Ft/év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Láttelelet egy másutánítását a lapon található számozás tükrözi.
e-mail: lattelelet@elender.hu ISSN 0865-7424

