

Nagy változtatás előtt az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet



Régen...

• Kérem, talán bemutatkozásképpen meséljen arról, hogyan lett orvos, és a gyógyításról belül miért választotta a rehabilitációt?

- Eredendően természet-tudományos érdeklődéssel áldott meg a sors, de hogy orvos lettem, azt hiszem, nagyban köszönhetem egy gimnáziumi biológia tanáromnak, aki valamikor egy évet medikusként dolgozott. Hobbim a természetjárás, a kertművelés, és a művészetek élvezete - különösen a zene hallgatása.

Pályafutásomat az Ortopéd Klinikán kezdtem. Már rögtön a kezdetekkor világossá vált számomra - még nem dolgoztam akkor egy éve sem, amikor a Rehabilitációs Társaságba Alapító tagként 1966-ban beléptem -, hogy az általam választani kívánt szak, az ortopédia olyan terület, ahol a gyógyulás esélye nem mindenkinél adatik meg, s hogy a javulásért keményen meg kell küzdeni. Sokkal hosszabb, aktívabb és komplexebb kapcsolattartásra van szüksége az orvosnak a beteggel. A szakvizsga megszerzése után egy évre Hollandiába utaztam ösztöndíjjal, ahol az Utrechti Egye-

temi Kórházban ismerkedtem a rehabilitációval. Itthon az Ortopéd Klinikán szerzett 8 év tapasztalat után 1973-ban kerültem át a rehabilitáció területére az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetbe, s még részben az átalakítási munkákban is résztvettem. 1979-ben kaptam megbízást arra, hogy az Intézetben belül főként a képzéssel, illetve a tudományos munkával foglalkozzak, mint igazgató helyettes. 1991-ben az Intézet igazgatója lettem.

A rehabilitáció összehangolt munkát kíván meg a különböző területek képviselői között; együtt kell működni a szociális munkásnak a logopédussal, a gyógytornásznak a pszichológussal, az orvosnak a dietetikussal, ami nem könnyű, mert az orvosok sokszor autokratáknak vezetnek - talán mert így nevelik őket az egyetemen -, s ez a vezetési mód a csoporthoz tartozó munkának a legkevésbé sem használ. A beteg teljesítőképességének felmérése sokszor túlmegy a szokásos orvosi diagnosztikán. A rehabilitáció empátiát, beleélőképességet igényel.

• **Hogyan alakult ez a terület**

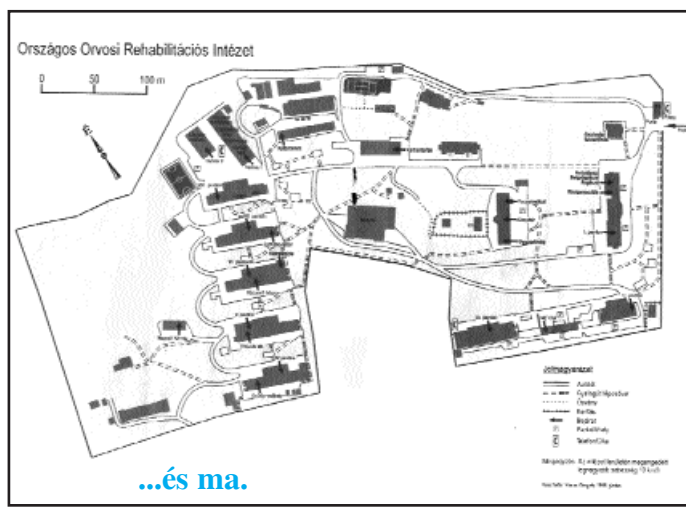
A magyar egészségügy területén jelenleg is két irány harca látszik körvonalazódni: az államháztartási törvény a kétezredik évre szóló költségvetési törvényében megfogalmazta, hogy a központi intézményekben a dolgozók bizonyos százalékát le kell építeni. Az OORI azonban a minimálfeltételek rendeletileg előírt létszáma alatt dolgozik. Egy krónikus kórház hátránya a jelenlegi teljesítmény-finanszírozási rendszerben ott is jelentkezik, hogy nem tudja a teljesítményét például trükkös HBCS-kódolással mestersegesen emelni. „Bár egy fegyházi rab napi eltartására több pénz kerül ki a költségvetés, mint a krónikus ellátásban egy fő alapdíjára, eddig adósságot nem halmoztunk fel.” - mondja Ari Lajos, aki 18 éve a kórház gazdasági igazgatója. Az OORI éves költségvetése 1 milliárd forint. Ebből 340 millió forint a bérkifizetés, 150 millió a felújítás, a többi pedig a működési költség. A kórházat 1993 óta támogatja egy erre a célra 25 ezer forinttal létrehozott, jelenleg 14 millió forint törzstőkével rendelkező közhasznú alapítvány. Az, hogy a rendszerváltás után egy lichtensteini üzletember 30 ezer svájci frankot utalt át a kórház számlájára, lehetővé tette, az első kórházrekonstrukcióra vonatkozó tanulmánytervek elkészítését. Akkor fogalmazódott meg egy olyan intézmény terve, amely Magyarországon egyedülálló. A kórház életéről, szakmai munkájáról, a mindennapi gondokról és sikerekről nyilatkozott dr. Kullmann Lajos főigazgató.

az elmúlt évtizedekben?

- A rehabilitáció főként a második világháború után ment át nagy fejlődésen. Az első világháborúban az volt a kérdés, hogy túléljük-e a háborúban sérült emberek a sérülést, vissza tudnak-e valamilyen módon illeszkedni a társadalomba. Erre a feladatra Magyarországon ekkor építettek először rendszert az egészségügyben. A nagyvilágban, a következő nagy fejlődés értelemszerűen a második vilá-

háború után zajlott le, majd itthon a hetvenes évek közepén lendült meg újra: 1975-ben kilenc éves átalakítási folyamat eredményeképpen az első világháború óta működő 260, majd a második világháború utáni intenzív fejlesztés idején 460 ágyval működő tüdőgyógyintézetből megalkult az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, jelenleg 340 ágyval.

• **Hogyan mutatná be az Intézetet? Milyen hasonló kül-**



...és ma.

öldi intézetekkel működnek együtt, s hol foglal helyet az Önök kórháza a többi rehabilitációs céllal működő intézet között?

- Az OORI több, mint 13 hektáros területen fekszik, amelynek nagy része parkerdő. Közel négyszáz munkatársunk van. A mozgás-fogyatékoságok szinte teljes skáláját el tudjuk látni. Vannak olyan profiljaink, amelyeket az országban rajtunk kívül csak nagyon kevés helyen és korlátozott mértékben, nem arra specializálódtak osztályokon látnak el. Tizenöt éve működik egy napali kórházi részlegünk - főként angolszász és skandináv mintára -, ami szintén igen ritka nálunk, talán még a pszichiátriában létezik több ilyen jellegű intézmény. Működésben áll a külföldi példákat nagy számú beteg alkalmazni, ezért a szakmai fejlesztésre rendkívül jók a lehetőségeink. A többi hasonló intézménytől eltérően mi oktatókórházként működünk, a Népjóléti Minisztérium közvetlen irányítása alatt. Közel 4000 fekvőbeteg, és közel 20.000 járóbeteg látunk el évente. Ágykihasználtságunk a két aktív osztályon értelemszerűen alacsonyabb, a rehabilitációs osztályokon magasabb, átlagosan, összességében közel 90%. Egyik aktív osztályunk az ortopédia, amely a területi betegeket felmerülő összes helyreállító, steril műtétet ezen az osztályon végezzük. A másik - amputációs sebészeti - osztályon az amputációkat véghezvük szeptikus műtétben, de az egyéb olyan szeptikus műtétet is itt végezzük, amelyekre ugyancsak szükség van az intézetben. Az amputáció technikája ugyanis tapasztalataink szerint jelentősen befolyásolja a rehabilitáció idejét, és a beteg későbbi életminőségét. Nálunk a betegek körülbelül kétharmadát térd alatt amputálják, míg országosan ez az arány csak egyharmad. Amputáció utáni halálozás intézetünkben az országos halálozási aránynak mintegy 40 százaléka annak ellenére, hogy nálunk a benttartózkodás ideje is hosszabb, mert a betegeket rehabilitálva, művegtaggal ellátva engedjük haza.

Hivatalos együttműködő intézményünk az Egészségügyi Világszervezet. Korábban az osztrák rehabilitációs intézményekkel volt jó együttműködésünk, de a Ljubjanai Rehabilitációs Intézettel évek óta, a Lővensteini Kórházzal, amely Izraelben, Tel-Aviv közelében található és a Varsó melletti Konstancinban lévő vi-

lágíró rehabilitációs intézettel is kapcsolatban állunk. Az utolsó kérdésként megfogalmazottakra annyit jegyeznek meg, hogy sajnos az utóbbi időben igen sok rehabilitációs osztály létesült, csak azért, hogy a finanszírozás előnyeit élvezzék, de a szakmai feltételeket még nem teremtették meg hozzá. Az ugyanis semmiképpen sem nevezhető rehabilitációs osztálynak, ahol 80 betegre két orvos, nyolc nővér jut, és az említettek kívül semmilyen egyéb csoporttag (sem pszichológus, sem gyógytornász sem senki más) nem dolgozik. Ennek ellenére, ezek a létesítmények mégis rehabilitációs finanszírozásban részesülnek. De szerezésre létrejöttek olyan valóban nagyon jól működő rehabilitációs részlegek, szakorvosok is, mint például a Szentgotthárdi Rehabilitációs Kórház, amely körülbelül két évtizede működik, vagy újabban a Honvédség Hévízi Rehabilitációs Intézete, amelyek kifejezetten rehabilitációs kórházként tevékenykednek.

• **Hogyan történik a beutalás?**

- Nagy kár, hogy az alapellátás néhány éve már nem adhat közvetlen beutalót az érvényes jogszabályok szerint. Ezt nem tartom szerencsés megoldásnak, mivel az egészségügyi törvény az alapellátás feladatait is megjelöli a rehabilitáció, amivel egyetértek. De ha ez így van, akkor az alapellátás orvosa részére is lehetővé kellene tenni, hogy ha olyan problémával találkozik, amelyet nem tud saját maga megoldani, közvetlen kérhesse a segítséget. Jelenleg rehabilitációra az alapbetegség szerint illetékes szakorvos, illetve az esetleges szövődmények szerinti illetékes szakorvos utalhat be. A beteg tehát először elmege a szakellátáshoz - ami sokszor útiköltség-térítést igényel, hiszen egy mozgássérült, nehezebben közlekedik, mint egy egészséges ember - megkapja a beutalót, hazautazik, majd egy újabb úttal jön el a rehabilitációra. Ez meglátásom szerint inkább okoz bosszúságot a beteg számára, mint megtakarítást az OEP-nek.

• **Milyen jövő előtt áll az intézet?**

- Olyan rekonstrukciót tervezünk, amelyben az önálló blokkok egymáshoz szervesen kapcsolódnak, de külön blokkban helyezkedik el a közvetlen gyógyítás (a műtő, az intenzív osztály, kómacentrum) külön blokkban a hotelszárny, illetve a kórterem, egy harmadikban pedig a rehabilitációhoz

Az első világháború után három alapanyagot használtak fel a művegtag-készítéshez: az állati eredetű bőrt, a fát, és a kovácsolt vasat. Ebben az időben még minden alkatrész gyártása manuálisan történt, s ezért az elkészítés hosszú időt vett igénybe. A 70-es évekre tehető az az időszak, amikor a művegtagellátásban is megjelentek a korszerűbb anyagok és alkatrészek (öntőgyanták, termoplastikus műanyagok és csőváz protézis alkatrészek), melyek alkalmazása a technológiát megváltoztatta, az elkészülés időtartamát nagymértékben lerövidítette. A második világháború után Magyarországon egyetlen segédeszköz készítő gyár létezett, a jelenleg is működő Gyógyászati Segédeszközök Rt.

Az OORI-ban a profilváltás idején 1975-ben dr. Borsai János akkori igazgató 1978-ig az ortopéd műhelyt a kórház gyógyszermegtakarítási keretéből működtette, majd 1978-ban a műhely is megkapta ugyanazt a segédeszköz-finanszírozást, mint amit a Gyógyászati Segédeszközök Gyára. Az OORI ortopédműhelye ma az egyedüli nonprofit érdekeltségű cég e területen.

A 400 nm-en működő, 10 fővel dolgozó, évenként 3-400 beteget ellátó, műhelynek 1975 januárja óta munkatársa, 1987 óta a vezetője Balogh Sándor ortopédművész, aki még ma is részt vesz a gyakorlati betegellátásban.

- Az, hogy a segédeszközök alkatrészeit 90 százalékban Nyugat-Európából hozzadjuk (25 éve az Otto Block céggel állunk szerződéses jogviszonyban) lehetővé teszi az elkészülés idejének lerövidítését. Ez azt jelenti, hogy optimális esetben egy amputált beteget a kezdeti mintavétel időpontjától a végleges pro-

Bemutatkozik az OORI ortopédműhelye

tézis átadásáig - szemben az első világháború utáni időkben történt egy esztendővel - három-öt héten belül el tudunk látni. - mondta Balogh Sándor.

• **Hogyan halad a korrall a gyártástechnológia? Milyen újabb módszereket alkalmaznak a betegek ellátásának fejlesztése érdekében?**

- Ezen a területen is történtek fejlesztések, de sajnos minden új eszköz bevezetése magasabb költségeket von maga után. Ezzel a társadalombiztosítás manapság sajnos nem tud lépést tartani. Korábban minden alkatrészt acélöntvényből készítették, a korszerűbb ízületi csatlakozóadaperet azonban már titánból készítenek, amely körülbelül 40 százalékkal könnyebb, mint az acélöntvény. A modern, mikroprocesszorral vezérelt hidraulikus szűretek, akár hússzorosan is többbe kerülhetnek egy hagyományos készítésű művegtagnál. A társadalombiztosítás 2 százalékos támogatáscélját szándékozik jóváhagyni, ugyanakkor a beszállító cég évi 3-5 százalékos áremelést tart indokoltnak. A segédeszközjavításnál pedig már van a betegnek is önresze.

• **A folyosón több művegtaggal ellátott sportoló képe látható. Hogyan áll Magyarországon a rokkant sport? Gyártanak-e a mozgássérült emberek számá-**

ra aktív kikapcsolódáshoz, szabadidős tevékenységekhez szükséges speciális végtagokat?

- Ezeknek a költségigényesebb eszközöknek a finanszírozása Magyarországon sajnos még szintén nem megoldott.

• **2000-ben életbelép az új EAN által kidolgozott minőségbiztosítási rendszer, az uniós csatlakozás értelmében pedig öt éven belül meg kell valósítani az Egyesült Nemzetek minősítési rendszere által kidolgozott normákat. Hogyan érinti ez Önöket?**

- Korábban a kórháztechnikai minősítő intézet (ORKI) végezte az eszközökre vonatkozó minősítéseket. Ma is ez a cég végzi a minősítést, de nem az eszközökre, hanem cégre vonatkozóan. A jövőben az Egyesült Nemzetek minősítési rendszerének kell a segédeszköz készítő cégeknek megfelelniük, de sajnos a jelenleg meglehetősen alulfinanszírozott támogatási rendszerből szinte lehetetlen megvalósítani a köve-telményeket.

• **Az ortopédműhelyt hogyan érinti majd a várhatóan 2003-ra megújított tömbépületben történő elhelyezés?**

- Biztos vagyok benne, hogy javulni fog az általunk biztosított szolgáltatás színvonala, mert a betegnek az ellátás érdekében bármikor a rendelkezésére fogunk állni. A jelenlegi pavilonrendszer működtetéséhez jelenleg nélkülözhetetlen a szállítószoftver, amely három mentőautóval bonyolítja le a belső és külső betegszállítását. Ez a tömbrendszerekben az ortopédműhely számára főlegessé válik, és így a munkánkat szervezettebben tudjuk majd végezni.

- G. Zs. -

Átalakulóban az ORHI... (folytatás a 2. oldalról)

szükséges terápiás egységek (foglalkoztató, tornaterem stb.).

Szeretnénk befejezni 1992-ben elkezdett terveinket. Ezek jórésze a rehabilitációból eredő alapkövetelmények maradéktalan teljesítése: például a toloszékekkel való közlekedéshez elengedhetetlen 90 cm széles ajtók biztosítása, de a mellékhelyiségekben a megfelelő fordulóhoz is sokkal több hely szükséges, és ugyanez vonatkozik az összes kórteremre és kezelőhelyiségre is.

- Szeretnénk a jelenlegi kisméretű, egyszerre csak három beteg számára lehetőséget nyújtó hidrotériás medencénket korszerűbbre és nagyobbra cserélni.

- Fontos lenne bizonyos műszeres fejlesztés és egy intenzív terápiás osztály létrehozása is. Ide abból a felismerésből jutottunk el - úgy tíz-tizenöt évvel ezelőtt -, hogy nagyon sok, a sérülés után különböző intenzív osztályokon kialakuló szövődmény megelőzhető lenne specializált rehabilitációs intenzív osztályokon való elhelyezéssel, amely megelőző ápolási módokat és eszközöket alkalmaz. Ilyenek például a speciális ágyak - amelyek természetesen önmagukban nem elegendők a jól képzett személyzet odaadó munkája nélkül -, vagy annak a szabálynak a betartása például, hogy a beteget két óránként meg kell fordítani az ágyban a felfekvés, a húgyúti infekció kialakulásának megelőzése végett. Ezáltal a rehabilitációs idő például három hónapról egy hónapra csökkenthető. Egy gerincvelő-harántsejtű beteg esetében ez például azt jelenti, hogy az eddigi egy-két hetes gyakorlattal ellentétben a műtét utáni napon átkerülhetne a rehabilitációs osztályra. Nem akkor vennék tehát át a beteget, amikor a szövődmény már kialakult, hanem

rögtön a műtét nap után.

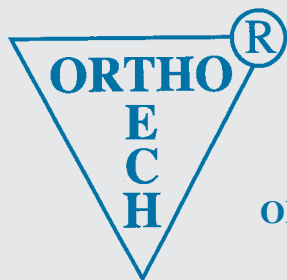
- Ezenkívül szeretnénk létrehozni - Magyarországon először - egy kisméretű, körülbelül nyolc ágyas kómaegységet, amely koponya-, agysérült betegeket gondozna.

- Tervezzük továbbá, hogy a nappali kórház befogadóképességét a jelenlegi harmincről negyven főre bővítjük, és áttelepítjük a bejárathoz közeli épületbe. A tervezett fejlesztések nem jelentenek ágyszámbővítést, sőt: az új épületben háromszáz ágy lesz, tehát negyvennel csökkenni fog az ágykapacitás. Ez nem jelenti azt, hogy kevesebb beteget fogunk ellátni, hiszen terveink szerint a magasabb színvonalú ellátással csökkenteni lehet a benn tartózkodási időt.

• **Mikorra várható, hogy a tervek valóra válnak?**

- A tervezés befejező stádiumban van. A Parlament 1998-ban jóváhagyta a rekonstrukciós terveket, jó kilátásaink vannak tehát arra, hogy ebben az évben az építkezés előmunkálatait meg tudjuk kezdeni. Ez azt is jelenti, hogy - mivel az intézet tájvédelmi körzetben található védett növényekkel, ezeket át kell, hogy ültessük a leendő épület helyéről, s csak aztán kezdődhetnek a közműváltások.

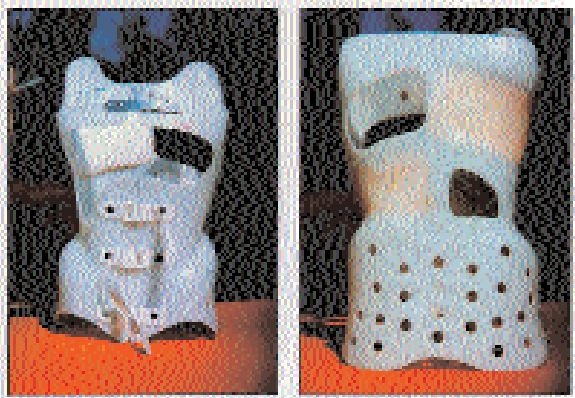
- A felújításokkal kapcsolatban most folyik a közbeszerzési eljárás, júliusra reményeink szerint megindulhat az építkezés, ami azt jelenti, hogy 2003-2004-re elkészülhet maga az épületkomplexum a kórház felső részén. A 12 milliárd forintos beruházás - emelettel együtt - mivel a telken a jelenlegi 10 százalékos beépítettségi arány nem növelhető - közel a jelenlegi háromszorosán, vagyis harmincnyolcezer négyzetméteren tenné lehetővé a legkorszerűbb ellátást, a felépülő 50 méteres uszodában vár-



Cím: 2073 Tök, Fő u. 106.
Telephely: 2092 Budakeszi, Pátyi út 57. Pf.: 99
Tel./Fax: 06-23-450-581

ORTHOTECH gyógyászati segédeszköz termelő és forgalmazó kft.

CHÊNEAU TÖRZSKORZETT



Chêneau törzskorzett

Az Abbot-gipszkorzett alapján, a Chêneau-elvek szerint készített korrigáló törzskorzett. Alkalmas a magasháti lokalizáló kivételével minden típusú scoliosis kezelésére. Polietilénből készül, egyedi gipszminta alapján. A testméretek változásához korlátozott mértékben igazítható.

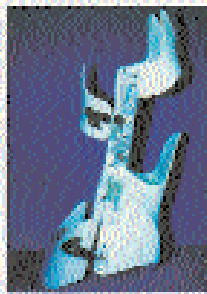
Boston törzskorzett

A Boston-korzett alapelvei szerint készülő korrigáló törzskorzett. Alkalmas az ágyéki lordosis változásainak korrekciójára, polietilénből készül egyedi gipszminta alapján. A korrekció jellege szerint keményhab beragasztásával variálható. A testméretek változásához korlátozott mértékben igazítható.

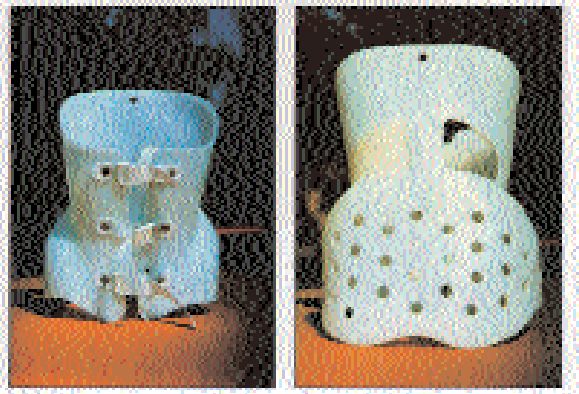
Gschwend törzskorzett

A hárompontos megtámasztási elv alapján működő, korrigáló törzskorzett. Alkalmas a háti kyphosis fokozódásával járó kórképek kezelésére. Polietilénből készül egyedi gipszminta alapján, fémszínnel. A testméretek változásához szerkezeti felépítésé miatt jól adaptálható.

GSCHWEND TÖRZSKORZETT



BOSTON TÖRZSKORZETT



Az ORTHOTECH Gyógyászati Segédeszköz Termelő és Forgalmazó Kft. kivitelezésében mintavétel történik, ezt követi az előzetes gipsz ortézis elkészítése. A termék minőségét a gyártás során a készítő folyamatosan ellenőrzi. A végső minőség-ellenőrzés - átvétel - az orvos joga és kötelezettsége. A próba és igazítás, a használat és tisztítás a páciens és a gyártó között folyamatos.

Ezen kívül a cég által gyártott és forgalmazott segédeszközök: Három fix ponton támaszkodó készülék (F-41), Bokaizület rögzítő műanyag tok (J-24/M), Peroneus benulásnál (J-25/M), Térdrögzítő merev műanyag tok (J-41/M), Térdtámasztó készülék szabad izülettel (J 42), Térdtok gumiszövetből, merevítő sínvázzal (J 44), valamint egyéb - Milwaukee elvei alapján készített rögzített korzetteket és Stagnara valamint Lyoni elvek alapján készített törzskorzetteket.



2040 Budaörs, Bor u.76.
Tel./Fax:06-23-441-293
Mobil:06-20-349-740

A DIA-MED Kft. egészségügyi és gépészeti berendezéseket gyártó és forgalmazó cég. Kis szériás berendezéseket gyárt egyedi megrendelésre, kitűnő minőségben. Bármilyen speciális igényt felvállalnak ezen a területen. Termékeiket magas műszaki színvonalon, folyamatos fejlesztés mellett, kedvező áron kínálják. Kezelőágy, gyermek vizsgálóágy, univerzális vizsgálóágy, elektromechanikus magasságállítós kezelőágy, ROMBUSZ kezelőágy, intenzív ágy, gyermekágy le húzható ráccsal, szülőágy, nőgyógyászati vizsgáló, vérvételi ágy, összecsatolható masszázsa, pelenkázó asztal, műszerkocsi, Sohnenburg műszerasztal, ágyzóköcsi, TerapiMaster, mobil ráccs függesztő, Nürnbergi ráccs függesztő, vízbordásfal, SECA orvosi mérlegek, anatómiai modellek és poszterek, orvosi és rehabilitációs eszközök szerepelnek terméklistájukon.

Ezúttal a rehabilitáció témakörhöz a TerapiMaster norvég gyógyászati segédeszköz mutatjuk be, amelyet szintén ők forgalmaznak.



A TerapiMaster a gyógytornász „harmadik” keze. A terapeutának sok energiára van szüksége ahhoz, hogy egy vizsgálatnál, vagy tornáztatásnál a kezelendő testrészt megfelelő helyzetben tartsa. A terapeuta tapintása fontos a diagnózis felállításánál és a gyógytorna során is. Ehhez nyújt segítséget a képen látható eszköz, melyet Norvégiában fejlesztettek ki és ott gyártanak, a Dia-Med pedig forgalmazza.

Felhasználási területe: gyógyintézetek, gyógyfürdők, rehabilitációs centrumok és klinikák, gyógytornász magánpraxis, edzőtáborok, fitnessszalonok. Mennyezetre vagy gördíthető állványra szerelhető készülék. Mérete: 640 x 200 x 50 mm, súlya: körülbelül 3 kg. A készülékben két egymástól független csigarendszer található, melynek szabadonfutását, illetve rögzítését a kötelek húzási szögének változtatásával valószínűsíthető meg. Tartozékok: combfüggesztő heveder, medencefüggesztő heveder, koponyafüggesztő heveder, ellensúlyok: 2db 1 kg, 2 db 2.5 kg, fali tartó a szerelvényekhez, rögzítőelemek a mennyezetre szereléshez, magyar és idegen nyelvű leírás.

hatóan a rokkantsport művelői is megtalálhatják a kikapcsolódás és a testedzés megfelelő formáját.

- Szeretnénk az intézet területén egy szociális otthont is elhelyezni egészségügyi dolgozók részére, akik erre rászorulnak vagy szeretnék önkéntesként résztvenni a kórházi gyógyító munkában.

• Mi lesz a régi épületekkel?

Az intézet jelenlegi összes fekvőbetege az intenzív -, illetve a kómaellátással együtt, valamint a terápiás és rehabilitációs egységek is az új épületbe kerülnének át. A régi épületekben a fenti speciális otthon és nővérszállást alakítjuk majd ki.

• Milyen oktatómunkát végeznek, s milyen lehetőség van az intézetben dolgozó kollégák továbbképzésére?

- Amióta az egyetemen ráépített második szakként rehabilitációs képesítést is lehet szerezni az intézet ebben tevékenyen részt vesz. Részben úgy, hogy másol képződő hallgatók részére is szűkebb szakterületeken gyakorlati képzési lehetőségeket nyújt, másrészt különböző tanfolyamokat szervez más intézetekkel együttműködve. A gyógytornászképzés gyakorlati részét a budapesti mellett a szegedi és a pécsi gyógytornászhallgatók számára is biztosítjuk, ők az intézeti kollégák által tartott elméleti képzésben is résztvesznek. A Bárzsi Gusztáv Gyógytornász Tanárképző Főiskola Szomatopedagógiai szakának megalakulása (1976) óta vagyunk kapcsolatban a főiskolával, amely egyébként egy kihelyezett tanzéki munkacsoportot is létrehozott az intézetben, s résztveszünk a rehabilitációban kulcs-

szerelő foglalkoztató terapeuták másoddiplomás képzésében is. A világon ezt szinte mindenütt négyéves, felsőfokú képzés formájában oktatják, de Magyarországon eddig csak aszisztens képzés formájában működött. Ebben az évben végeznek majd azok az első foglalkoztató terapeuták, akik két éves másoddiplomás képzés keretében a Gyógytornász Főiskolán tanultak. Egy másik posztsekunder képzést is sikerül a közeljövőben az ETI-ben elindítani érettségizettek részére ugyancsak a foglalkoztató terapeuta képzés keretén belül, de a rehabilitációs tanácsadóképzésben is oktatunk már ugyancsak a Gyógytornász Tanárképző Főiskolán.

Sajnos a medikusképzésben a rehabilitáció nagyon szűk órászámán szerepel. Néhány szak a saját órászámán belül biztosít ugyan rehabilitációs képzést, de sajnos nem az összes, ahol rehabilitációra egyébként a tevékenység jellegéből eredően szükség van. Néhány év óta a szigorú orvostanhallgatóknak egy napot kell rehabilitációban teljesíteniük. Véleményem szerint azonban ennek a szemléletnek a medikus tanulmányait végig kellene kísérnie azért is, hogy hallgatóink megtanulják, nem minden kezelés eredménye „automatikus” gyógyulás. Tanulják meg, hogy mit kell tenniük ahhoz, hogy az egészségügyi ellátás a fogyatékos emberek rehabilitációját is tudja támogatni. A jövő orvosainak meg kéne tanulniuk: az orvosi az orvosi felelősségvállalás nem biztos, hogy a közvetlen gyógyításnál végződik.

- Galgóczy Zsuzsa -

Vélemény

A TB kártyákról - az Alapellátás oldaláról

Ha valakiket egy bizonyos tevékenység elvégzésére nem szakmai érvekkel, ösztönzéssel, hanem elvonás kiltásba helyezéssel akarunk rábírní, akkor egyben véleményünket is közöljük azokról.

Február 16-án a rádió rövid hírből közölte: megszületett a döntés arról, hogy a TB kártyák érvényüket veszítik, ha bizonyos idő (1-3 év) után a tulajdonos nem jelentkezett a háziorvosánál.

A MOK elnöke reagált a híre és felhívta a figyelmet, hogy a beteg nem kényszeríthető az orvos meglátogatására. Az államtitkár válaszában azt közölte, hogy a háziorvosnak legalább azt kell igazolnia, hogy kereste betegével a kapcsolatot. Észrevételeim a hírről kapcsolatban:

1. A magyar lakosság jelenlegi egészségi paramétereirei mellett a szűrés és az ezt követő gondozás alapvető fontosságú. Ezt nem csak tudom, de nagy kockázatok árán bizonyítani is próbáltam. A magam körülményei között - lehet túl korán - próbálkozva a korabeli helyi vezető és hangadó ellenszenvét vívtam ki kísérlettel. A szűrés-gondozással kapcsolatos terveim miatt rám szabadtott országosan egyedülálló átvilágítást áldott emlékü kamarai titkárunk Békassy Koppány döbbenettel hallgatta és nézte végig személyesen. Ide tartozik annak a leszögezése is, hogy a pénzügyi háttérrel foglalkozó szakemberek jeles képviselői az utóbbi időben írták le: a szóban forgó tevékenység magas szintű művelése sem vezet igazán jelentős eredményekhez.

Ugyanakkor nagymértékben emelik a kiadásokat. (Ugyanis hiába csináltatjuk meg a megfélémlített háziorvosokkal ingyen és a költségeket is rájuk hárítva, az igazi kiadások ezután következnek. Kivizsgálások, elhúzó kezelések, a gyógyszer-fogyasztás növekedése, és le kell írjam, mert leírták: az átlagéletkor emelkedése miatt). Leírják, hogy a nyolcvanas években kifejezetten és aránytalanul különböző ráfordítások ellenére is csak 5-6 éves átlagéletkor különbség volt a nagyjából egyforma kategóriájú országok a Szovjetunió és az USA lakosai között.

2. A szűréssel kapcsolatos első reformhangok arról szólnak, hogy külön forrásokból az ÁNTSZ szervezésében és a háziorvosi teamek részvételével kellene megszervezni. Ezzel a gondolattal senki nem vitakozott. A pénzügyiek sem. Ők vita nélkül utasították el a források juttatását.

3. Az ezt követő újabb ötlet már a mai szemlélet jeleit hordozta magán. Ennek lett eredménye a háziorvosok zártnak ígért kasszájából történő elvonást követő szűrés, melynek költségeit a munka utáni jövedelemből visszatartott összeg - szűrt betegek száma szerinti - visszajuttatása talán éppen hogy fedezett. Látszólag ügyes ötlet volt. A többlet munka ingyen zajlott, köteleességnek nyilvánított. Magam becsülettel megpróbáltam. Nagy erőfeszítésekkel a lakosság több mint felét le is szűrtem, illetve elláttam a szükséges beutalókkal (ami jelentős különbség). A kiszűrt betegek mellett számos konfliktus

is kellett kezelnem. Többek között olyanokat, melyekre senki nem is gondolna. Például a területi laboratórium légköre a falu korosztályos Weber szűrésének alapanyaga miatt hetekig elviselhetetlen volt, s könyörögve kértek az iram visszafogására. Az eredmény messze nem volt arányban az igyekezettel... Országos szinten végül az illetékesek belátták, hogy az ötlet nem megvalósítható és visszavonták a vonatkozó rendelkezéseket. A népesség alig néhány százaléka esett át szűrésen.

4. Mindenki tudta, hogy továbbra is kell szűrni és gondozni, de mindenki azt várta, hogy ennek immár egy megvalósíthatóbb modelljét fogják kidolgozni az illetékesek. Sajnos nem ez történt.

5. A hivatalnokok, pénzügyiek és helyenként kollégák által is kimondott magyarázat így szólt: nem jogos felvenni a kártyapénzt az után, akinek a személyéhez semmi féle tevékenység sem köthető. Első olvasatra tetszetős érv. Csakhogy, itt nem személyhez kötött és a személy érdekében elvégzendő feladatok után megítélt pénzekről van szó, még csak nem is teljesítmény bérézésről szól a történet. Ez egy lebetegített ÁTALÁNY a kapitáció módszerének kiszámíthatósága céljából.

Ennek az ötletnek egyetlen logikus fonala van. Forrás nincs, a meglévő pénzből kell megoldani mindent, ezt beismerni nem akarjuk, tehát megideologizáljuk.

- Dr. Szász István T. -

QUO VADIS GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS III.

(folytatás a Látlelet 2000/2 8. oldaláról)

Szilágyi Adolf az önkormányzati szervezetek szempontjait tolmácsolta. Az előadás elején köszönetet mondott, hogy az orvosok tették a dolgukat a be nem tartott ígéretek ellenére, alulbecsült állapotukban is. Utána rögtön azt is közölte, hogy ez nem jelent részéről vak egyetértést mindennel. „Ha nem is állunk egy oldalon, érdemes a másik véleményét meghallgatni” - mondta. Jobb együttműködést javasolt és hangsúlyozta, hogy mekkora veszély, ha a politika agresszíven nyúl bele a dolgokba. A téma túlzottan is a középpontba került. Kijelentette, hogy legjobban Komáromi doktor mértékertő véleményét akceptálja. Kevésbé értett egyet a miniszteri biztos szavaival. Elmondta, hogy október 13. óta nem kapnak semmiféle hírt. Csak a saját és rádió útján tájékozódnak. Mint mondta: „mi vagyunk az érintettek és mások fognak dönteni”. Vitába szállt dr. Fodor Miklóssal. Szerinte minden önkormányzati szövetség ellenzte a tervezetet. A magyar privatizációban szomorú dolgok történtek, s ő egy szakmát se szeretne kiszolgáltatni a vastag aranyláncokat hordóknak. Óvatosságra, lassúbb privatizációra intett. Elfogadhatatlannak minősítette a mai iramot, mert még a társadalmi konszenzus nem alakult ki. „Az egészség nem árú. Az önkormányzat felelőssége szabályozza van, s amíg ez így van, nem járulhat hozzá miniszteri rendeletekben érkező utasításokhoz. Ezt az alkotmánybírók sem hagyják jóvá. Nem értek egyet azzal, hogy az orvosok kárpótlást vagy fájdalomdíjat kapjanak.” Annak a véleményének is hangot adott, hogy jobb lenne alkotmányosan, törvényesen megoldani. Megismételte, hogy ha egyszerű többséggel alkotnak rendeleteket, akkor ők alkotmányossági aggályt jelentenek be. Ha kétharmados törvény születik, azt elfogadják. A rendelők ingyenes átadása egyetlen önkormányzatnak sem lehet célja. Igaz, hogy az önkormányzat ingyen kapta, de en-

nek semmi jelentősége nincs. A tulajdon is alkotmányos jog.

Dr. Huszár András a gyermekorvosi hálózat privatizációjának sajtóságairól beszélt. „A gyermekorvosi hálózat általában kisvirosi szintig van megszervezve” - mondta. Élesen elhatárolta magát mindentől, ami a túlhatalom fogalmkörébe tartozik. A MOK vezetésével a tagság elégedetlen, de „magunknak csináltuk”. A privatizáció során egy szakmai ügy politikai szintre terelődött. Ami a vagyoni privatizációt illeti, abba a jelenlegi finanszírozás mellett nem lehet belevágni.

A vitában több gondolat körvonalazódott. Szó esett arról, hogy az önkormányzat elve kihátrált a feladatból. Mégis ragaszkodik a felelősséghez. Hiába van törvény, az önkormányzat nem tartja be. Az ördög tehát a részletekben van.

Szilágyi polgármester a kérdésekre adott válaszaiban elmondta, hogy az önkormányzat nem veszít semmit a privatizációval, de az nem engedhető meg amortizáció nélkül. „Mi lesz ha majd beázik a rendelő?” - vette fel ellenérveként.

- „Ha nem egy lépésben és a pénz mellérendelésével történik a privatizáció, akkor a kormány később már soha nem fog pénzt adni hozzá. Úgy fogja hinni, hogy az orvosokat már kielégítette. Az önkormányzat szívesen kivonul a feladatból és nem akarja az orvosokat jövőjükben hátráltatni. Sok közülük deficités és forráshiányos. Kár, hogy a kormány a frontot az orvos és az önkormányzat közé helyezte. Szerinte, a praxisjog vonzatai nincsenek rendezve. Az önkormányzat nem az orvosok ellen van, hanem mellettük. Az egészségügyi alulfinanszírozott, s a látványos privatizáció csak elfedi a gondokat.” - tette hozzá.

Dr. Bényi Zsolt viszontválaszában felhívta az önkormányzatok figyelmét arra, hogy öt év állt rendelkezésükre mindazt bizonyítani, amit állítanak. Már a funkcionális privatizáció fázisa idején is az önkormányzatok állították le a folyamat továbbhaladását. Magát a funkcionális privatizációt sem támogatták. Szükség van egy kerettörvényre. Nem kell az ingatlan, de kell a praxisjog a függetlenséghez.

- Lejegyezte: SZIT -

OEP ADAT/ANALÍZIS

Évről évre konferenciáink megkerülhetetlen témája a praxisok finanszírozása, ezen belül is a házi gyermekorvosok alulfinanszírozottsága. Ismételtelen jeleztük, hogy az egyes háziorvosi szolgálat típusok (felölt, gyermek, vegyes) finanszírozási adatai értékelhetetlenek, ha nincs mód azok egyértelmű összehasonlítására. Ehhez először is meg kell fogalmazni, hogy egy átlagos felöltkörzet (a továbbiakban: Fk.) létszámának fele, vagy 2/5-e, esetleg 3/5-e az elvárható mérték egy átlagos gyermekkörzetben (a továbbiakban Gyk.). Ennek az aránynak az eldöntése alapvetően fontos orvosszakmai (!) kérdés. A vegyes körzetek (a továbbiakban: Vk.) megítélése is csak ezen arány ismeretében lehetséges. Jelenlegi finanszírozásunk rendjét meghatározó 43/1999. Korm. rendeletben egyetlen helyen találkozunk az említett arány határozott megfogalmazásával, mégpedig a depresszió alóli mentesség felső határát illetően: Fk.-ben 2400 fő, Gyk.-ben 1200 fő. Ezeket az értékeket valószínűsíthetően az egyenlő elbírálás igényével határozták meg. Tehát a keresett arány 2 : 1! E fenti tény ismeretében láttam hozzá az OEP-től kapott adatok (1. és 2. sz. melléklet) feldolgozásához.

I. Alapfinanszírozásunk lemaradásának mértéke

Az 1. sz. melléklet adataiból könnyen kiszámítható, hogy egy bejelentkezettre a háziorvosi szolgálatok egyes típusaiban átlagosan hány pont jut. Csupán el kell osztani az átlagos alap-pontszámot az átlagos bejelentkezettek számával: Fk.: 2460/1557=1.58 Gyk.: 2544/930=2.74 Vk.: 2848/1561=1.82 Ha valóban érvényesülne a 43/1999. Korm. rendeletben megfogalmazott 2 : 1 arány; a Fk.-ben számított 1.58 pont/fő a Gyk.-ben 3.16 pont/fő-nek felelne meg. Ennek értelmében jelenleg (2.74/0.0316=86.7) 86.7%-os a Fk.-ekhez viszonyított alapfinanszírozásunk.

II. A depresszió igazságtalanságai

Ha figyelmesen átnézzük a 2. sz. mellékletet, feltűnő és érthetetlen a depresszió alá eső praxisok magas aránya. Ez Fk.-ek esetén 3680-ból 2033 (a praxisok 55%-a), Gyk.-eknél 1596-ból 893 (56%), V.k.-eknél 1561-ből 960 (61%). A depressziós határnak (2400 V.k.-ben 2600 pont) megfelelő átlagos keretlétszám az 1. sz. melléklet adataiból nyert átlagos egy főre jutó pontérték segítségével kiszámítható. Fk.: 2400/1.58=1519 fő Gyk.: 2400/2.74=876 fő Vk.: 2600/1.82=1429 fő Mind a három szolgálat típusban az egy praxisra jutó országos átlaglétszám (Fk.-ben 1557, Gyk.-ben 930, V.k.-ben 1561 fő)

alatt marad! Hogyan lehetséges egy önmérsékletre intő gazdasági szabályozót a kötelezően ellátandó átlagos létszáma alatt alkalmazni? Hol érvényesülhet így a szabad orvosválasztás minősítő hatása? Ha az elsősorban a Gyk.-eket sújtó további ellentmondásokat vizsgáljuk, kiugróan magas egy praxisra jutó depressziós veszteségünk. (1. sz. melléklet)

Fk.: 172 pont Gyk.: 202 pont Vk.: 113 pont Még nyilvánvalóbb az egyenlőtlenség, ha a depressziós veszteségeket összesítve, az egyes szolgálat típusok arányaival összevetve vizsgáljuk. Az 1. sz. melléklet adatai szerint összesen 6858 területi ellátási kötelezettségű praxis van. Ebből:

Fk.: 3680 (53.6%) Gyk.: 1596 (23.3%) Vk.: 1582 (23.1%) A 2. sz. melléklet adatai szerint az összes háziorvosi szolgálat depressziós vesztesége 1118543 pont volt ez év szeptemberében. Ebből:

Fk.: 619508 pont (55.4%) Gyk.: 320481 pont (28.6%) Vk.: 178554 pont (16.0%) Mi okozza a Gyk.-ek aránytalanul magas depressziós veszteségét? Elsősorban az, hogy a depresszió-mentesség létszámhatára (Fk. és V.k.: 2400 fő, Gyk.: 1200 fő) a különböző szolgálat típusok egy főre jutó átlagos pontértékének (Fk.:1.58, Gyk.:2.74, V.k.:1.82) figyelembevétele nélkül került meghatározásra. Így lehetséges az, hogy a depresszió-mentesség felső ponthatára a következőképpen alakult:

Fk.-ekben 2400 X 1.58 = 3792 pont Gyk.-ekben 1200 X 2.74 = 3288 pont V.k.-ekben 2400 X 1.82 = 4368 pont Ez az alap depressziós ponthatárhoz képest: Fk.-ekben 3792 - 2400 = 1392 pont Gyk.-ekben 3288 - 2400 = 888 pont V.k.-ekben 4368 - 2400 = 1968 pont engedményt jelent.

Tehát azokban a praxisokban ahol a bizonyítottan kedvezőlen feltételek miatt kedvezőbb depressziós ponthatárral működhetnek egy Fk.-ben 57%-kal, egy V.k.-ben pedig 122%-kal magasabb szintű kedvezményben részesülnek, mint egy Gyk.-ben! Feltételezve, hogy nem szándékos károkozás történt a Gyk.-ek terhére, hanem csak sajnálatos tévedésről van szó; kérjük a hi-bás szabályozók mielőbbi kijavítását! A depressziós határt 2800 pontra kellene emelni. Ez átlagosan 1772-es felölt, 1022-es gyermek, 1538-as vegyes körzet létszámot jelent. Így legalább a Fk.-ekben és a Gyk.-ekben lenne szerény perspektívája a jobb teljesítménynek. A depresszió-mentesség felső határát a bizonyított egyenlőtlenségek miatt nem létszámban, hanem pontszámokban kellene meghatározni. Erre a 3600 pontos határ javasolható.

A házi gyermekorvosok nem valamilyen kivételezett helyzetet szeretnének kiharcolni, csupán kiszámítható, tervezhető és igazságos elosztást biztosító finanszírozást kérnek, és ez valamennyi tisztességes háziorvos érdeke. - Dr. Bényi Zsolt -

1. sz. melléklet

	Háziorvosi szolgálat típusa		
	Felölt lakosság ellátására szervezett háziorvosi szolgálat	Felölt és gyermek (vegyes) lakosság ellátására szervezett háziorvosi szolgálat	Gyermek lakosság ellátására szervezett háziorvosi szolgálat
Bejelentkezettek száma	5 731 080	2 470 158	1 483 793
Háziorvosi szolgálatok száma	3 680	1 582	1 596
Átlagos bejelentkezettek száma	1 557	1 561	930
Átlagos alappontszám	2 460	2 848	2 544
Átlagos depressziós pontszám	2 288	2 735	2 342
Átlagos depressziós veszteség	172	113	202
Átlagos szakképzettségi szorzó	1,168	1,152	1,198

F - Gyógyító Megelőző Ellátási Formák

2. sz. melléklet

	Felölt lakosság ellátására szervezett háziorvosi szolgálat		Gyermek lakosság ellátására szervezett háziorvosi szolgálat		Felölt és gyermek (vegyes) lakosság ellátására szervezett háziorvosi szolgálat	
	Kedvezőbb depressziós ponthatárral	alap depressziós ponthatárral	Kedvezőbb depressziós ponthatárral	alap depressziós ponthatárral	Kedvezőbb depressziós ponthatárral	alap depressziós ponthatárral
száma	64	1 936	64	829	576	384
alappont	292 664	5 847 755	211 718	2 582 547	1 984 079	1 281 828
depressziós pont	281 136	5 229 766	192 703	2 261 082	1 857 288	1 129 865
depressziós veszteség	1 518	617 989	19 016	301 465	28 791	151 963

TUDÓSÍTÁS A ZÖLDKERESZT VÁLLALKOZÓI FÓRUMÁRÓL

2000. február 5-én tartotta a Zöld Kereszt Bt. tagságával idei első találkozóját. A működtetői jog megszavazásának ténye nyomta rá bélyegét a tematikára. A továbbiakban a legfontosabb kérdések felsorolására szorítkozom.

Először **Dr. Gógl Árpád** miniszter röviden elmondta a praxisjog eddigi történetét.

Az OEP részéről **Donkáné Verebes Éva** tájékoztatta a jelenlevőket. Elmondta: szóba kerülhet egy esetleges új finanszírozási-felzárkóztatási törvény kidolgozása. Néhány számadat is elhangzott az alapellátással kapcsolatosan. Magyarországon jelenleg 3593 felnőtt, 1581 gyerek és 1677 vegyes praxis működik. Az felnőtt körzeti létszám középátlaga 1420 fő. A leadott kártyák száma 9760161. A ideai finanszírozásban csupán 4 százalék emelés várható, tehát infláció alatti marad a feltöltés. Az átlag évi bevétel 5 millió körül alakul. Az októberi pontérték 99 forint volt, de januárban már 104 forint lesz. (Tudjuk, hogy az elszámolást körülbelül 3 hónapos lemaradással kapjuk.) Említés történt az idő közben bejelentett rendeletről, mely szerint a lakosságot - korcsoport szerint - egy, két, három évente újra kellene ellenőrizni és új törzslappal ellátni, mintegy leszűrve így az ország lakosságát. A régi törzskarton megőrzése is kötelező lenne.

Tervek szerint az ügyeleti díjak az idegenforgalmat is bonyolító körzetekben 10 százalékkal emelkednének.

Dr. Kőrösy Péter OEP főosztályvezető a gyógyszer támogatási rendszerről beszélt. Megtudtuk, hogy 500 készítményből 300 támogatott, a generikumok aránya 20 százalék, ami nem elégséges. A gyógyszereszek várhatóan nagyobb haszonkulcsot használhatnak az olcsóbb készítményeknél, hogy érdekelték legyenek azok forgalmazásában.

Dr. Böröcz kaliforniai kolléga az Internet hatalmas előnyeire és az angol nyelvismeret fontosságára hívta fel a házi orvos társadalom figyelmét. A már internetezők számára megadta jel-szavát: medlist.com/DOCuTOR és medlist.com/HIP-POCRATES. Oktatást és klubtevékenységet is szerveznek.

Dr. Fodor Miklós miniszteri biztos felkért mindenkit, hogy ötleteivel támogassa a végrehajtási rendelet készítőit. (fax: 1/331-4895) Előreláthatólag, a működtetői jog adományozásának feladatát a megyei orvosi kamarák fogják kapni. 2000 december 31. után válik lehetővé az elidegenítés. Ebben az önkormányzatok előzetes egyeztetési joga megmarad. Szükség lesz az egészségügyi vizsgálat eredményére is. Egy személy csak egy működtetői jogot kaphat. Csere esetén lehet egy átfedési időszak. Az öröklés helyére a folytathatóság fogalma került. A jog visszavonása lehetséges lesz bizo-

nyos esetekben. Ilyen például ha alkalmazási feltételeiről hamis adatokat közöl valaki vagy elveszti egészségügyi alkalmasságát. A visszavonást az önkormányzat is kezdeményezheti, de remélhetőleg a döntés a kamaráé marad. Az ellátást személyes felelősséggel kell biztosítani. Helyettesítésre csak olyan személy jogosult, aki legalább licenc vizsgával rendelkezik.

Tervezik, hogy új praxis alapítása csak akkor kezdeményezhető, ha annak létszáma 1200-1500 között várható és a környező praxisok létszáma nem süllyed 1500 alá.

Három féle hitel várható:

Az első típus: az orvosi lakás és/vagy rendelő vásárlására szolgál. A futamidő lehet, hogy 35 év lesz, évi 8 százalékos kamatfizetés mellett. Lehetséges, hogy ez a kölcsön esetleg építkezésre is felvehető. A második: az új belépőket szolgálja, a kamat itt is 8 százalék lenne és célja a praxisvásárlás támogatása. A felső határ 8 millió forint. A harmadik típus az eszköz és gépkocsi vásárlást szolgálja. Ebben az esetben lesz az összegnek egy felső határa. Itt az önrészek is meg kell jelennie. A kormánygarancia létezik. A koordináló a Magyar Fejlesztési Bank lesz, de más bankok is beszálhatnak, ha ezeket a feltételeket biztosítják.

Dr. Dudás Márta ügyvéd hangsúlyozta, hogy nyugdíjba menés után is lehet dolgozni. A majdan eladandó menetet ki kell dolgozni. Helyes lesz előszerződést kötni és a procedúrát csak utána indítani el az önkormányzat és a MOK felé. A vételár tanácsos letétbe helyeztetni.

Izso Lajos adószakértő a praxis és a praxisjog (működtetői jog) közötti nagy különbségről beszélt. Hangsúlyozta a szellemi és anyagi javak különbözőségét.

Az ő olvasata szerint a működtetői jog nem vagyoni jellegű. A szellemi termék vételárának leírása körül zűrzavar van. A praxisjog értéke nem feltétlenül a kártyaszámra rejlik. Ne felejtjük, hogy a praxisjog eladása után személyi jövedelemadó fizetendő. Ez közel 40 százalékos veszteség. Az állam nem is jár olyan rosszul.

Vélemények:

Dr. Móhr Tamás orvos-polgármester a műszervásárlás esetén követendő módszereket kereste. A szabadpiaci ár fog valószínűleg érvényesülni. Amortizáció bevezetése nélkül nem érdemes ilyen gondolatokkal foglalkozni. Ez érvényes az ingatlanokra is. Erre a célra évi körülbelül 1 millió forintos összeg hiányzik körzetenként. Az ő értelmezésében a praxis törvény szerint az önkormányzat elővásárlási joggal rendelkezik. Utána - ha megváltotta praxisjogunkat - szabadon adhatja tovább. Érdekes de valószínűleg igen vitatható ötlet.

Dr. Dudás Márta kételyeit hangoztatta az önkormányzati szerződések további érvényességéről.

Donkáné Verebes Éva ígéretet tett, hogy az OEP-et érintő rendeleteket pontosan megkapjuk. Érzése szerint az orvostársadalom nem nagyon ismeri a rendeleteket. Kérdésekre felelve elmondta, hogy a passzívált TAJ-szám nem feltétlenül jelent halált, havonta meg kell kapjuk a beküldött állományban található hibákat. Ez kötelező és garantált. Az elrontott jelentést két hónapig lehet korrigálni következmények nélkül; az ügyeleti díj 22 forint/fő, 3000 lélekszám alatti falvakban többet adnak; 2000. január 1-től már nem él az a köztötség, hogy a küldött pénz csak működtetésre használható. Ha marad pénz, az fejlesztésre is használható. Az indokolatlanul megmaradt összegeket nem vonják vissza; az OEP az évi pénzügyi elszámolást nem kérheti helyi ellenőrzés során. Nem mehet el az adóellenőri szintig.

Dr. Fodor Miklós felhívta a figyelmet, hogy a kölcsön visszafizetésére egy éves moratórium lesz; a működtetői jogot az ÁNTSZ, a működtetői jogot a Kamara vonhatja vissza. A működtetői jog visszavonására a kezdeményező más is lehet (önkormányzat, ÁNTSZ, kamara stb.). Az önkormányzatnak írásban (határozat) kell indokolnia, hogy miért köt, vagy nem köt szerződést az utóddal. Szakmailag nincs joga minősíteni. Egyéni indokait kell felsorolnia; a jelenleg rendelkezésre álló összegből 30.000 fő alatt nem kifizetendő ügyeletet működtetni. Ilyen esetben az önkormányzat segíthet; az önkormányzati szerződést csak ha az új törvénnyel ellentétes passzusai vannak, akkor célszerű felújítani. Az általános ügyeletben a gyermekgyógyászatnak is részt kell vennie, ha nem ügyelnek külön gyerekegyeletben. Az ügyelet a folyamatos ellátás részét képezi. Csak így tartható fenn az az állapot, hogy a párhuzamosan működő felnőtt orvos nem vállalhat gyermek kártyát; a depresszió nem érte el hatását. Bizonyos lélekszám felett, célszerű lenne két nővért foglalkoztatni.

Izso Lajos adószakértő válaszaiból is érdemes kiemelni néhányat: elszámolható lehetőségként a szakmai utazás mint olyan, megszűnt. Helyette van hivatalos kiküldetés. Hitelt érdemlően kell igazolni, hogy szakmailag jogos volt a kiküldetés. Célszerű a napok nagyobb részére hivatalos igazolást kérni. Különösen érvényes ez az egyéni utakra; tartós bérlet esetén a bérleti díj teljes egészében elszámolható. A praxisjog értéke lehet, hogy aránylag magasabb lesz, ha már a vagyoni rész is birtokunkban van. A vásárolt műszer és ingatlan amortizálható, a működtetői jog nem; a hitelt feltétlenül érdemes felvenni, mert adóssággal együtt is eladható a teljes praxis.

- Drog -

Utravaló* AZ ORVOS MINT FOGYÓESZKÖZ

A megkésve és működtetői jogra átnevezve életrekeletett praxisjog, mely a privatizáció reményét hivatott továbbéltetni és addig is védőernyőt tartani felénk, most elkezdte pályafutását. Ha nem ismerjük a politikát, érthetetlen lett volt minden ellenkezés. Az érveket már sokszor és sokan kifejtettük. Elakasztani egy folyamatot, s aztán számonkérni elakadását. Egyszerű.

Reform mégis kell. Annak pedig vannak alapszabályai. Meg kell őrizni és fejleszteni azt, ami jó (például a gyermek és a védőnői hálózat), újra felépíteni azt ami jó volt és lerombolták (például az orvostársadalom szabad bellemi foglalkozású státusa), újat alkotni a jelen követelményei szerint (például a globalizációs gyógyszerár robbanás hatásainak kivédése).

Mindezek között az idegen modellektől óvatosan alkalmazni és főleg kudarcaikat jól ismerni. A munkát pedig végezzék valóban semleges szakemberek, akik nem négy évre szerződnek.

Ennyi lenne az útravaló, ennyi kellett volna legyen. De ez egy szétszabdalt társadalom. Ez egy önmagát védeni képtelen nemzet. Maguk a demokrácia legfőbb letéteményesei, az önkormányzatok tették nyakunkra a kést. És most ne várják századszor is a bocsánatkérést, hogy tisztelet a kivételnek. Ha a törvény késése miatt feláldozott kollégákról beszélünk nem lehet azzal érvelni, hogy a jelenség nem általános. Csak 50 vagy csak 100 emberről, önkormányzatról, esetről van szó. A közúton elinduló gépkocsik nagytöbbsége is célhoz ér. De aki balesetet szenved, az ott marad az úton. A közlekedést tehát folyton reformálni kell. Az okokat fel kell számolni. A mi áldozataink nem ilyenek. Ők a fogyóeszköz kategóriába tartoznak, mint mi valamennyien orvosok. Kurta, megkurtított, önmagunk által elfogadottan megkurtított életeinkkel. Sem emberi mivoltunkban, sem felhalmozott tudásunk jogán nem jelentünk értéket. Annál fontosabb a politika számára nagyobb értéket képviselő önkormányzatok óvatos kezelése. Meg ne sértődjenek. A politika serpenyőjében ők a súlyosabbak.

A politika, a politika mindenek előtt. Ezért nem lehet kibeszélni végre ezt a kínos kérdést. Már az is nagy örömmre kelt, hogy ha a hosszúóra nyúlt vita során kikényszerített év gyanánt is, de mégis elhangzott: bizony nincs minden rendben az önkormányzati szándékokkal. Csak halkán finoman, de most először elhangzott. De a média most híreket közöl. Történeteket az áldozatokról. Sztorit. Vért akar látni. Mi a jelenségről akartunk beszélni. Arról, hogy a felettünk zajló alkudozások milyen következményekkel járhatnak. Arról, hogy mit sem számítunk olyanok mérlegén, kik nem bizonyították, hogy nálunk fajsúlyosabbak lennének. Arról, hogy mi csak élünk, dolgozunk, szolgálunk, meghalunk. Sójajainkat nem rögzítik parlamentari jegyzőkönyvek.

- Dr. Szász István T. -

*

Ezennel, mint a lap egészét szerkesztő újságíró, befejeztem tekintem a praxisjognak egzisztenciális, érzelmi oldalról történő elemzését. Mint a lapot tíz éve gondozó, huszonhét éve pedig az egészségügyvel együttélő, tehát bennfentesnek az lenne a tiszteletteljes kérés az egészségügy valamennyi szegmensében dolgozó felé, hogy használják ki a kommunikációnak azt a formáját, melyet a Látlelet tud nyújtani azáltal, hogy az egészségügyet teamként kezelve valamennyi érdekeltjéhez egyaránt kíván szólni. Tárnyilagosan, lényegretörően, szektorsemlecsen de kimondottan szakmai vonatkozásban. Például: itt volt a közelmúltban a „Szív-Napja” a Magyar Rádióban (Lásd a 7. oldalon). A napot összegezve az Esti Krónika vendége volt egy szakorvos, aki arra a vádra próbált magyarázatot adni, hogy az egészségügy különböző területei - házi orvosok, rendelőintézetű orvosok és a kórházi orvosok -, a beteg érdekében miért nem kommunikálnak egymással? Ugyanis ezt a következtetést lehetett levonni az ország különböző részeiből érkezett telefonok alapján. Ahol a betegek egyazon koreográfia alapján esecelték, hogy mennyire magukra maradnak problémájukkal. Akár például egy szívpanasz kapcsán is, miközben állandóan a prevencióról, szűrősről és annak fontosságáról hallanak. S ha például kérnek az ügyben egy szakvizsgálatot, egy-kettőre azzal szembeülnek, hogy: „ne rendeljenek, ennyire még nem szolgáltatás az egészségügy”. Szeretném, ha ez ügyben is hozzájárulnának a kollégák, és elmondanák gyakorlati észrevételeiket. Természetesen a praxisjoggyal gyakorlati megvalósulását is nyomon követjük, de itt konkrét problémákat, esetismertetéseket várunk, amelyek referencia értékűek.

A fentebb említett polémiához kedvet „csinálándó”, közöljük a Rádióban nyilatkozó orvos ide vonatkozó véleményét.

- Balla M. Anna -

FORRÁSFILYELŐ

A működtetői jogot megkapó orvosok a rendelő, valamint lakás megvásárlásához felvett hitelhez a lakástámogatásról szóló törvény szerinti kiemelt kamattámogatást vehetnek igénybe. Az önkormányzatoktól megvásárolandó gépek és műszerek megvásárlásához felvett 5-10 éves hitelt pedig pályázat útján 60 százalékos kamattámogatás kapható - ehhez a Gazdasági Minisztérium fogja meghirdetni a pályázati feltételeket. Azok az orvosok, akik a jövőben egy távozó orvostól vennének praxist vagy rendelőt, orvosi lakást, hosszú lejáratú, az első 10 évben 8 százalékos kamatozású, maximum 8 millió forintos hitelt vehetnek fel. Műszer és gépvásárláshoz 30-40 százalékos kamattámogatást nyújtanak, a későbbi beruházásokhoz pedig kisvállalkozói hitelt lehet igénybe venni, melynek kamatkedvezménye az elmúlt években 25 százalék volt. (Ezét még nem hirdettek.)

forrásexpress

Pályázat Önkormányzatoknak

2001. évi egészségügyi címzett támogatási igénybejelentéshez előírt szakmai program (beruházási koncepció) tartalmi követelményei:

A helyzelleírás, a rekonstrukció indokai, a szakmai tervezési program és a várható szakmai eredmények és ezek hatása vonatkozásában a 104/1998 (V.22) Kormányrendelet által megadott feltételek szerint kell elkészíteni a beruházási koncepciót.

1. Címzett támogatással megvalósítandó kórházfejlesztések és rekonstrukciók szakmai prioritásai: sürgősségi betegellátás feltételrendszerének kialakítása, fejlesztése, műtéti feltételek korszerűsítése, az „egynapos sebészet” feltételei, a nosocomialis fertőzések csökkentése, rövid ápolási idejű ellátás feltételei, hotelszolgáltatások, ellátási és ápolási hatékonyság, gyors diagnosztika feltételei, energiatakarékos és környezetkímélő működtetés feltételei, ágazati, szakmai és munkavédelmi szabványosság a külön jogszabályban meghatározott tárgyú minimumfeltételek megvalósítása. A helyi önkormányzatok a 2001. évi indításra tervezett kórház-rekonstrukciók szakmai programját, beruházási koncepciójának hitelesített példányát, 2000. május 5-ig nyújthatják be az Egészségügyi Minisztérium III. Egészségpolitikai főosztályához (Budapest, V. Arany J. u. 6-8.), valamint a TAKISZ-nak, továbbá eredeti példányát a Belügyminisztérium Önkormányzati Gazdasági Főosztályához (1051 Bp. V. József A. u. 2-4.).

forrásexpress

**A MAGYARORSZÁGI REFORMÁTUS EGYHÁZ
BETHESDA GYERMEKKÓRHÁZA**

**BETHESDA
OTTHONÁPOLÁSI
SZOLGÁLAT**

Otthoápolási Szolgálat,
1146 Budapest, Bethesda u.8. 343-43-43

**ÁPOLÓI TOVÁBBKÉPZŐ
Tanfolyamról**

A Bethesda Otthonápolási Szolgálat pontszerző továbbképzést indít otthoni szakápolási szolgálat a rehabilitáció a fekvőbeteg, az alapellátás, járóbeteg valamint az idősek és ápolási otthonban dolgozó ápolók részére az alábbi témakörben:

A BETEGOKTATÁS A GYAKORLATBAN
óraszám: 40 óra, pontérték: 30 pont
Képzés helye:
1146 Budapest, Bethesda u. 8.
A továbbképzés díja: 2000 forint
Jelentkezési feltétel:
- érettség,
- ápolói képzettség, ápolói gyakorlat.
Témakörök:
- betegjog a gyakorlatban,
- társadalomtudományok az ápolásban,
- kommunikáció, önismeret,
- ápolásatika a gyakorlatban,
- egészségfejlesztés,
- az oktatás gyakorlata.
Jelentkezés: telefonon, fax, e-mail

**ÁPOLÓI ANGOL
Tanfolyamról**

A hallgatói létszám minimum 20 fő

A Bethesda Otthonápolási Szolgálat ANGOL NYELV tanfolyamot indít otthoni szakápolási szolgálat a rehabilitáció a fekvőbeteg, az alapellátás, járóbeteg valamint az idősek és ápolási otthonban dolgozó ápolók részére

KEZDŐ és KÖZÉP HALADÓ
óraszám: 20 óra

KEZDŐ: 15 - 16.30 óra
HALADÓ: 16.30 - 18.00

Képzés helye:
1146 Budapest Bethesda u. 8.

A továbbképzés díja: 3000 forint

Jelentkezés: telefon, fax, e-mail:
A hallgatói létszám minimum 10 fő
- beszédcentrikus
- ápolás szakmai ismeretek

Információ kérhető: Kocsis Istvánné Tel: 343-43-43

Keresem tartós kapcsolat céljából azt a budapesti, mély érzésű, ápoló, intelligens, káros szenvedélyektől mentes, természetet kedvelő, független, korban hozzám illő férfit, aki megosztaná velem magányát. Én 40 éves, kissé molett, érzelmeimben gazdag, házias, diplomás egészségügyi dolgozó nő vagyok. 1592 Budapest, Pf.: 536.

Magyar Rádió - SZÍV Napja

„A szakorvosnak és háziorvosnak kommunikálniuk kell”

Riporter: *Kegyes Csilla, Újhelyi Zoltán*2000. február 14. 18³⁰ Esti Krónika/Háttér

• **Mi a teendő akkor, ha már egy éve magas vérnyomása van valakinek, és nem küldi el az orvos szakorvosi kivizsgálásra?**

- „Ápolónő voltam 35 évig. Nagyjából tisztában vagyok a dolgokkal. Tíz évvel ezelőtt, leszalékokoltak. Amióta nyugdíjas vagyok, többször voltam kórházban, nagy műtéteim voltak, súlyos ritmus zavarom van. Azóta senki nem foglalkozik velem. Bárhol mondtam. Bele születtem, az anyukám is édesapám is ebben haltak meg. A gyerekeket is félttem, mert neki is már 16 éves korában magas vérnyomása volt. Most 33 éves. A körzeti orvosommal jó viszonyban vagyok, csak elbátellizálják azzal, hogy „hogyan vagyok, mit főztem, hogy vannak a gyerekek”. Ha megemlétem, akkor másra terelődik a szó. Megmondom őszintén, nagyon aggódom. Az agyvérzéstől félek, mert láttam, szegény édesanyámat, hogy lebénulva mit szenvedett.”

• **A délelőtti telefonügyeleten velünk volt dr. Zánai Károly kardiológus főorvos, és dr. Kant Sándor, az Országos Kardiológiai Intézet kardiológusa.**

Dr. Zánai Károly: - A telefonok alapján az a tapasztalatom, hogy a betegek nagy része az orvosi ellátásra panaszkodott. Arra, hogy ő jobban tudja, hogy mit kellene tenni, de ezt a háziorvos nem csináltatja, nem csinálja meg.

• **A háziorvos nem ad neki beutalót, nem küldi el kórházba?**

- Igen, biztos, hogy van szemléleti hiba is. Van egy túlsúfolt, nem hatékonyan működő, nem minden esetben - tisztelet a kivételnek -, működő alapellátás, ahol a betegekkel való foglalkozásra nincs megfelelő idő. Gondolom, mert én kórházban dolgozom.

• **Erre azt mondják a háziorvosok, hogyha nem gyűjtenek össze elegendő kártyát nem tudnak megélni.**

- Igen, ezen a szisztémán is változtatni kell. Az új kormány, amikor a működését megkezdte, akkor szó is volt arról, hogy ezt a kártyapénz-rendszert megváltoztatják, és pont a háziorvosok voltak azok, akik ezt megakadályozták. Biztos, hogy ez a rendszer így, ahogy van, véleményem szerint nem jó. Tehát igazi teljesítmény-finanszírozást kéne bevezetni. Közel 7000 háziorvos van Magyarországon, a számuk nem kevés. Biztosan más rendszerben hatékonyabban tudnának működni, jobban tudnának a betegre figyelni, több idejük lenne a szakmai tevékenységre. A tapasztalatom szerint az elmúlt tíz évben a háziorvosra jutó napi betegforgalom változatlan maradt.

• **Térjünk rá a szakorvosi ellátásra. Önöknél, mint kórházban dolgozó szakorvosoknál, hogyan csapódik le mindez? Elárasztják önöket a betegek?**

Dr. Kant Sándor: - Kórházi szinten is nagy a zsúfoltság, minket is elárasztanak a betegek. És az a baj, hogy igen sokszor már nagyon előrehaladott stádiumú betegek jutnak el a kórházi kezelésre, amikor már lényegesen nehezebb gyógyítani.

Dr. Zánai Károly: - Én nem vagyok háziorvos. Lehet, hogy könnyű így beszélnem, de én úgy képzelem el: ha elmegyek a nagymamát megvizsgálni, és látok ott egy 40 éves férfit, akkor megkérdem tőle, hajlandó-e egy vérnyomásmérésre, vagy egy EKG vizsgálatra bejönni. Tehát valóban a családok, annak veszélyeztetett tagjait kell korán kiemelni, és korán megvizsgálni. A háziorvosok semmiképpen nem megkerülhetők. A szerepüknek kell, megváltozni. Úgy, ahogy ez a nyugati világban is van. A beteget menedzselik. Ott az a fontos, hogy ők folyamatosan konzultálják

Műsorvezető:

- Az emberi szív napján a Kossuth Rádióban egésznapos telefonügyeletet, mintegy „virtuális szakrendelést” tartottak meghívott gyógyászaik. Jónéhány kérdésre azonban ők sem tudtak igazán válaszolni. Nálunk ugyanis beteg az egészségügy is. A telefonálók közül sokan panaszolták: úgy érzik, nem kapnak megfelelő ellátást.

nak a szakorvosokkal. És ez marad el Magyarországon.

• **Vendégünk a stúdióban dr. Karád István, a SOTE docense. Megmondom őszintén, hogy eléggé lehangoló kép alakult ki bennem a délelőtti telefonokat hallgatva. Tényleg úgy tűnik, mintha a betegeknek semmiféle információjuk nem lenne arról, hogy mi is pontosan a betegségük. Az orvosok odaadnak nekik valamilyen papírocskát, receptet, amire írva van valami. Azt sem tudják, hogy mi csoda, és még arra sincsen lehetőségük, hogy ezt megbeszéljék. Aztán volt olyan hallgatónk is, aki azt mondta: „persze tudom, hogy ez nem jól van így, de hát nincs más orvos.” „Vagy hogyha választanék másik orvost, akkor az is hasonló lenne.”**

Nem tudom, hogy önnek vannak-e ilyen tapasztalatai?

Dr. Karád István: - Hagy mondjam el azt, hogy az új egészségügyi törvény végül is erre lehetőséget nyújt, és reméljük, hogy a következő években megvalósul. Külön betegjogi képviselők, és külön olyan kórházi dolgozók lesznek - reméljük, hogy azok is orvosok -, akik a beteggel közvetlen kapcsolatot tartanak. A jogok úgy változtak, hogy a beteg gyakorlatilag mindenről tudhat, ami a betegségével kapcsolatos. Én úgy vélem, hogy Magyarországon elsősorban a szervezetlenség az, ami miatt még nincs a beteg és az orvos, illetve a háziorvos és a kórházi orvos között megfelelő kapcsolat.

• **Milyen szervezetlenség?**

- Úgy érzem, hogy a háziorvosi praxis bevezetése, vagy a vagyonná tétele, az első lépés ahhoz, hogy a háziorvosok a praxisukon belül egy biztonszágot érezzenek. Ne legyen ez a túlsúfolttság, másrészt pedig hogy maradjon idejük az olyan jellegű továbbképzésre, ami részben szakmai, részben pedig a beteggel való kapcsolatukat fejleszti. (Amolyan kommunikációs tréning - a szerk.) Ez sajnos egy hosszú út, és ennek az elején vagyunk.

• **A hallgatói telefonokra váró szakértőkkel történő beszélgetés során az is kiderült: nem csak a beteg és a háziorvos kapcsolatán kell javítani, hanem a szakorvosok és a háziorvosok között kell szorosabb kapcsolatot fenntartani. Egyáltalán konzultálni lenne már végre időszere az ezekkel kapcsolatos kérdésekben. Miért nincs ez még meg?**

- Szerintem, ennek még nagyon sok feltétele nem létezik ma Magyarországon. Régen a falusi háziorvos, a családorvost, a körorvost, egy kicsit viccesen körtanárnak hívtuk, hiszen a falu minden lakosát ismerték, tanácsokkal látták el. A falvak átalakultak, a városiasodás egy olyan jellegű urbanizáció, ami Magyarországon is a nyugati országok mintájára megy végbe. Ez új igényeket támaszt a családorvossal szemben. A SOTE Oktató Kórházon belül is indult egy kezdeményezés, amely nyugati projektek hatására alakult ki. Ennek lényege, egy folyamatos számítógépes internet rendszer felállítása, amely a háziorvosok, a szakorvosok és a kezelő kórházi osztály között egy folyamatos kapcsolatot tart. Ez nemcsak személyes kapcsolatot jelenthet. E-mailen keresztül beszélgetni tudunk a kollégákkal is, és azon kívül a

háziorvosok közvetlen leírhatják a mindennapi adatokat. Tehát ha egy beteg kórházban fekszik, háziorvosa még aznap megtudhatja, hogy mi történik vele. És fordítva is így van: a kórházi orvos hazabocsátja, és három hét múlva az ellenőrző adatokat ezen az internet rendszeren majd továbbítja. Aki ért a számítógéphez, az tudja, hogy ezt könnyű megvalósítani, csak pénz és szervezettség kérdése.

• **Vannak itt azért más gondok is. Szép, hogy számítógépen leveleznek egymással az orvosok, de amíg előfordulnak olyan esetek - márpedig a délelőtti ezt bizonyította -, hogy elmegy a beteg az orvoshoz, közli vele, hogy mi baja van, még egy-két tanácsot is ad neki, volt például olyan betegünk, aki említette, hogy felhívta háziorvosának a figyelmét arra, hogy pajzsmirigy gondjai vannak, és az orvos nem küldte el szakorvoshoz. Tehát, amíg a beteg is arra kényszerül, hogy saját magát kezelje, hogy fellapozzon különböző magazínokat, és ebből próbál magának ötleteket meríteni, akkor addig nem a számítógéprendszerrel van a gond, hanem az orvoslással.**

- Akár hiszi, akár nem, ez a kettő nagyon összefügg. Én nem a számítógépeknek vagyok a híve, aki állandóan ezzel foglalkozik, mert én azt gondolom, hogy a számítógép az csak egy eszköz. Ezzel én azt akartam kifejezni, hogy el vagyunk maradva, és ez nem csak ezen a szinten van így. Úgy gondolom, hogy az orvosok jórésze a továbbképzésére sem fordít elég időt. Talán a rendszerek sem minden esetben megfelelőek. A családorvosi tanácsok, országos intézetek nagyon sokat tesznek az ilyen továbbképzésekért és úgy érzem, hogy ezt a részt kell fejleszteni. Azért ne felejtjük el, hogy adott esetben a háziorvosok között - mint minden ember vonatkozásában -, különbségek adódnak. Fel tudnék sorolni olyan általam ismert háziorvost, akihez a családtagjaimat bármikor behunytt szemmel el tudom küldeni. Tehát nagy a képzettségi és a karakterbeli különbség is. Ez mindenre vonatkozik Magyarországon, ami szolgáltatás. Ez nem csak az orvosokra és nem csak a szerelőkre jellemző.

• **Így van. Azt hiszem, hogy nagyon leragadtunk a háziorvosokkal kapcsolatos kérdések megvitatásánál. Azért is kellene továbblépnünk, mert a szív napján a szív- és érrendszeri betegségekkel foglalkoztunk, és a szomorú statisztikák tükrében az is kiderült, hogy elsősorban nem szakmai kérdésekről van itt szó, hanem sok minden másról... Önök hogy tapasztalják?**

- Teljesen egyértelmű, az előzetes beszélgetésekben említettem már, hogy Magyarországon az egészségügyre fordítható pénzösszeg egy lakosra lebontva 300 dollár körüli. Ezzel szemben a fejlett országokban 1800. Ezt a hatszoros különbséget elsősorban az az érzékeltethetem, hogy a műszerek, a gyógyeszkerek egy jó részért ugyanannyit fizetünk. Tehát mi marad hátra? A szolgáltató egyén az orvos, a nővér, az asszisztens, s a többin spórolni. És itt van egy nagyon lényeges dolog, hogy mi a prevencióra nagyon keveset költünk.

• **Nincs megelőzés.**

- Nincs megelőzés, illetve a megelő-

zés nagyon szórványos. A háziorvosoknak, semmiféle érdekelttségük nincs, a saját belső indíttatásukon kívül a megelőzésben. A megelőzés nincs értékelve. Ezért azt gondolom, hogy a társadalom is felelős ebben. Nagyon sok felmérés bizonyította, hogy a megelőzés javításával a későbbi effektív gyógyító tevékenység is fokozódik. Régi felmérések nyugati országokban mutatták, hogy a betegség gyógyításában a kórházi kezelés, - tehát a közvetlen kezelés - csak 10 százalékot jelent.

• **Mondta, hogy nem érdekelt az orvosok a betegségek megelőzésében. De hogy lehet konkrét érdekeltséget kialakítani? Az kevés, hogy jó lenne, ha nem dohányoznál, jó lenne, ha egészségesen ennél.** - Az érdekeltséget válasszuk el a gyógyszerfelhasználástól, tehát a közvetlen gazdasági érdekeltségtől, ami a beteg közvetlen gyógyításában szerepet játszik. Az érdekelttség úgy is növelhető - ami a nyugati országokban egyértelmű -, hogy egy adott vizit, egy adott vizsgálat külön értékelésre kerül, és aszerint kapja utána a pénzt. Ez azt jelenti, hogy neki is érdeke, hogy minél több beteg menjen hozzá, minél több beteget lásson el. Nem az, hogy hatvanan ülnek kint a rendelőben, hanem igenis a minőségi munka. Hogy úgy osztja be az idejét, hogy ezekkel a betegekkel effektíven tudjon foglalkozni. Hiszen az egész betegség csoportjában neki az is érdeke, hogy relatíve egészségesek legyenek, mert akkor kevesebb munkája van.

• **Említette a pénzt. Én nem hiszem, hogy ezt a különbséget „ki lehet spórolni”, az orvosokon és a nővéreken. Feltételezem, hogy ez a különbség megmutatkozik például abban, hogy milyen egy magyar kórház felszereltsége, milyen a műszerezettsége. Közismert dolog az, hogy nálunk nincs igazi amortizáció, tehát elhasználódik a műszer, de a kórház nem tudja újratermelni.**

- Amortizáció van, csak nincsen megfelelő anyagi háttér.

• **Igen, de az amortizáció azt is jelenti, hogy elkönnyvelem azt, egy újabb műszerre. Érezhető-e ez a betegellátásban? Mondhatjuk-e azt, hogy egy szegényebb ország betegéi esélytelenebbek?**

- Magyarországon egy speciális helyzetben van. Szót kellene ejtenem a paraszolvenciáról, ami nyilvánvaló, hogy egy káros jelenség, azonban egy bizonyos fokú hasznossága van. A paraszolvencia egy kiegészítő összeg, ez életben tartja a magyar egészségügyet. Hozzájárul ahhoz, hogy a lelkesedésen kívül pályán maradjanak az orvosok és a nővérek. Úgy érzem, hogy az orvosok sem olyan nagyra vágyóak. Nem hiszem, hogy kastélyokat vagy Mercedeseket akarnának. Hanem arról van szó, hogy mi a nyugati árhoz viszonyítva tízedéért vagy huszadéért dolgozunk, miközben nyugati színvonalat biztosítunk! Akár hiszi, akár nem, ha maga bekerül egy magyar kórházba, és ott egy lelkiismeretes orvossal találkozik, aki ráadásul veszi a fáradságot és a telefon, hogy elintézzék azokat a vizsgálati módszereket, amit nyugaton ugyanúgy megcsinálnak, akkor maga ugyanúgy el van látva.

• **Én ezt nem is vitatom. Én nem**

azt mondom, hogy a magyar orvosok nem lelkiismeretesek. Én a hálapénzre akartam kitérni, de végül is ön említette. Nem hiszem azt, hogy elmegyek egy orvoshoz, a zsebembe pénzt rakok a műtétért, és az orvos azt mondja, hogy: „vesztek egy korszaki műszert”. Előfordulhat ilyen?

- Nem tudok róla. Abban az esetben, ha a praxis teljesen magánkézen lesz, tehát végül is a saját tulajdon, akkor a saját tulajdonának a fejlesztésekben érdekelt. A saját tulajdonát növeli, ami érték. Ebben a vonatkozásban indirekten biztos, hogy hozzájárul. Nem ez a legfontosabb célja az egésznek. Az orvosok nem csak a közvetlen pénzért akarnak jobban gyógyítani, hanem az eredményért is. Higgyék el, az eredményesség a fő motiváló. A beteg gyógyítása azt hiszem, az egyik legnagyobb a világon, aki ezt szívvel csinálja, az biztosan tudja, hogy ez az egyik legnagyobb élmény. Ez az alkotó munkának egy fontos része.

• **Ezzel elérkezett mégiscsak a kiinduló kérdéshez: érezhető-e a betegek esélyein, hogy nálunk valamilyen rosszabb a magyar kórházak műszerezettsége, mint külföldön. Van-e különbség?**

- Biztos, hogy érezhető.

• **Hány évvel élnek tovább például a szívbeteg?**

- Magyarországon legalább 10-15 évvel le vagyunk maradva az életkilátásokat illetően. Ebbe számtalan tényező játszik közre, a megelőzéstől kezdve az életmódon át a túlélésig. Ezeket nem nagyon tudjuk egyik napról a másikra megváltoztatni.

Egyetlen példát hadd mondjak: Most mindenki közgazdász meg jogász akar lenni. Miért? Mert ott van olyan feltétel, hogy ott ő jól fog élni. Ez egy kontrasztelekciót jelent. Régen az orvosi egyetem volt az elsőszámú cél a fiatalok számára. Ebben nyilvánvalóan, annak idején az anyagi szempontok is szerepeltek. Abban az esetben tehát, amikor az orvosoknak a gazdasági helyzetén javítunk, az visszahat arra is, hogy a jobb képességű emberek felé megy a szakma.

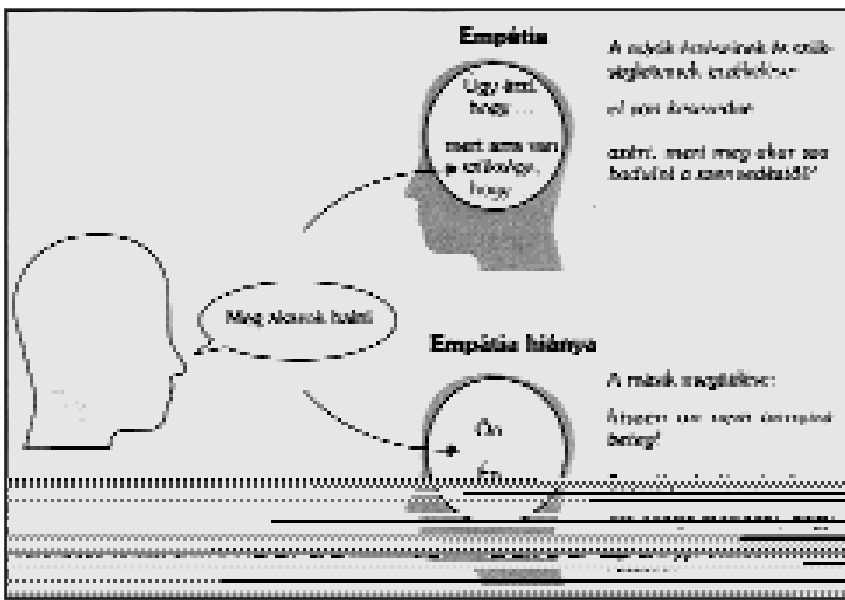
• **Most főleg a szív- és érrendszeri betegségekkel foglalkozó orvosokról beszélünk, és elsősorban a szív- és érrendszeri betegségek alkalmazott gyógyszeréről. A jó gyógyszer drágák. A kevésbé jó gyógyszerek kevésbé drágák? Ez igaz?**

- Nem, ez ilyen vonatkozásban nem igaz. Ha Magyarországon megnézzük a gyógyszerek egy részét, teljesen egyértelmű, hogy az olcsóbb gyógyszert is bizonyos helyzetekben adott betegség és beteg esetében felírhatók. Tehát ha én figyelem a betegnek a pénztárcáját, akkor oda tudok hatni, hogy a beteg ne fizessen annyit. Természetesen csak egy határig. Mert vannak olyan gyógyszerek - például a koleszterincsökkentő gyógyszerek egy része -, amelyeknek olyan magas az ára, hogy sajnos kénytelenek vagyunk felírni. Hadd mondjak még egyet, a legújabb nyugati célok szerint olyan klinikák, illetve szakrendelő intézetek a felállításáról lesz szó, ahol a komplett érbetegség elleni kezelés folyamatos. Tehát: a beteg kijön a kórházból, megvannak a nemzetközi javaslatok, a nemzetközi trendek, és lesznek olyan gondozóhelyek, ahol ezeket kontrollálják, megfigyelik, tanácsokat adnak. Ez összefügg a gyógyszereléssel, hiszen ha adott gyógyszerösszetételt mi olcsóbban meg tudunk oldani, akkor nyilván ezek a gondozók ezt a terápiát fogják alkalmazni.

A betegellátók erőszakmentes (empátiás) kommunikációja

A súlyos betegekkel való együttérzés

A következő történet egy önkéntes betegápoló empátiájáról szól: Svédországban egy erőszakmentes kommunikációs tréningen résztvevő nő hetente egyszer önkéntes ápolóként dolgozott egy kórházban. Röviddel azután, hogy részt vett az erőszakmentes kommunikációs tréningen, bement a kórházba, ahol azt a feladatot kapta, hogy beszélgesse egy idős asszonnyal, aki a szobájában ülve egész nap azt ismételte: „meg akarok halni”. A nővérek azt mondták „megmondtuk ennek az asszonynak, hogy nem olyan beteg, és meg fog gyógyulni, ha beveszi a gyógyszerét, de csak ül a szobájában és azt hajtogatja, hogy meg akar halni”. Az önkéntes ápoló bement a beteghez. Úgy volt, ahogy azt a nővérek előre megmondták, ott ült az idős asszony és azt suttogta maga elé: „meg akarok halni”. Az önkéntes ápolónak eszébe jutott, amit a tréningen tanult: néha jó hatással van a betegre az, ha visszahallja a saját szavait. Ezért így szólt az idős asszonnyal: „Tehát meg szeretne halni”. Az önkéntes ápoló, amikor elmesélte ezt a történetet, elmondta, mennyire meglepődött és megkönyömbült a beteg ennek a mondatnak a hallatán. Elkezdett beszélni arról, hogy senki sem érti meg, milyen rosszul van. Az önkéntes ápoló folytatta a beteg érzéseinek visszatükrözését. Rövidesen megölelték egymást. Később a nap folyamán a nővérek megkérdezték az önkéntes ápolót, hogyan érte el ezt a csodálatos hatást. A beteg elkezdett enni, beszédre a gyógyszereit és sokkal jobb lelkiállapotba került. A nővérek úgy próbáltak meg segíteni rajta, hogy tanácsokat adtak és biztatták. Az önkéntes ápoló volt az egyetlen, aki azt tudta nyújtani neki, amire szüksége volt: egy olyan emberi lélekre, aki valóban átérzi, mennyire elkeserítő helyzetben van. Ez a példa jól szemlélteti a különbséget az együtt érző kommunikáció és a nem együtt érző (empátia mentes) kommunikáció között (4. ábra).



4. ábra: az empátia és az empátia hiánya közötti különbséget illusztrálja az a két különböző válasz, amit a beteg arra a kijelentésére kap, hogy „meg akarok halni”.

Egy másik, egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos történetet szintén jól illusztrálja az empátia fontosságát. Az a meggyőződésünk, hogy úgy véljük, mindenképpen jobb állapotba kell hoznunk a beteget, akadályoz bennünket az empátiás viszonyulásban. Egyszer együtt dolgoztam huszonhárom egészségügyi szakemberrel és megkérdeztem tőlük, hogyan válaszolnának, ha valaki így szólna hozzájuk: „Annyira letör a betegsége, olyan depressziós vagyok, hogy

Az erőszakmentes (együtt érző) kommunikáció különböző alkalmazási formái

nincs kedvem tovább élni.” Kértem, írják le, mit válaszolnának. Összegyűjtöttem a válaszokat és azt mondtam a csoportnak: „Most fel fogom olvasni, hogy mit írtak. Az a kérés, hogy olvassam a válaszokat, képzeljék magukat a depressziós beteg helyébe, és emeljék fel a kezüket, ha úgy érzik, hogy a válaszadó megértő gondoskodással fordult maguk felé!” A huszonhárom válasz közül mindössze három esetében lendültek magasba a karok. A leggyakoribb válasz a következő volt: „Mióta érzi ezt?” Ez, és az ehhez hasonló kérdések annak a szakembernek a fejében fordulnak meg, aki úgy érzi, ő a felelős az adott helyzetben. Azt a látszatot kelti, hogy a szakember a probléma diagnózisához szükséges információt szeretné begyűjteni, s a diagnózis felállítása lehetővé teszi majd a megfelelő kezelést.

A valóságban ez a fajta intellektuális problémamegoldás azonban akadályozza az empátiás jelenlétet. Amikor azon gondolkozunk, hogy mit mond a beteg és olyan adatokat keresünk, amelyek beillenek feltételezéseinkbe, akkor nem együtt vagyunk a beteggel, hanem csak nézzük, megfigyeljük őt. Az empátia folyamatainak legfontosabb eleme a jelenlét. Nem azt jelenti, hogy ugyanazt érezzük, amit a beteg (ez szimpátia lenne), sem nem azt, hogy intellektuálisan megértjük, hanem azt, hogy teljes mértékben vele vagyunk, s részt veszünk mindabban, amin keresztül megy.

Hogyan őrizzük meg emberségünket akkor, ha olyanokkal kell kommunikálnunk, akik az elidegenedett kommunikáció nyelvén beszélnek? Az empátiára való igény felismerése a harag és az agresszivitás

mögött.

Hadd szóljak egy olyan betegről, aki HIV fertőzés áldozata lett. Gyakran előfordul, hogy agresszív, követelőző módon fejezzük ki magunkat akkor, amikor leginkább vágyunk az együtt érző bánásmódra.

Egy 23 éves HIV fertőzött beteg azért tért be a hemofiliás centrumba, hogy antihemofiliás faktor receptet kérjen. Miután a receptet megkapta, arra kérte az orvost, hogy írjon fel altatót is. Az orvos tudta, hogy a beteg gyógyszerfüggőségben szenved és sok altatót szed, ezért visszautasította ezt a kérést, ami a betegből rendkívüli dühöt váltott ki. Így szólt: „Az összes recept, amit felír, szemét”. Erre az orvos összetépte a receptet. A beteg erre elkezdte szidálni

az orvost, s majdnem tettelegességre került sor. Ebben az esetben az erőszakmentes (empátiás) kommunikációt (EMK) alkalmazó orvos így reagált volna a beteg kérésére: „Nem szívesen írom fel ezt a receptet. Meg kell kérdeznem, mint minden gyógyszer esetében, amit felírok, miért kéri ezt? Nem tud aludni?” Ezzel a doktor kinyilvánítja fenntartásait a recept felírását illetően, ahelyett, hogy durva nemi válaszolna a kérésre. Továbbá, ha a beteg azt mondja: „Ugye ér semmit, amit felír” az empátiás, EMK-t használó válasz így hangzana: „Még mindig haragszik amiatt, hogy HIV fertőzött lett és szeretné, ha a többiek jobban megértenék, hogyan tette ez tönkre az életét?”

Ahhoz azonban, hogy az orvos ilyen empátiával tudjon viszonyulni a beteghez, az kell, hogy vele is együtt érezzenek, hiszen fájdalmas és félelmetes dolog ezeket a betegeket kezelni. Ez újabb fontos területre visz el bennünket, ami nem egyéb, mint annak a kérdésnek, hogy hogyan hozunk létre segítőt csoportokat az egészségügyön belül.

Jól együttműködő betegellátó csoportok létrehozása

A következőkben egy olyan orvosról fogunk hallani, akinek arra lett volna szüksége, hogy egyik munkatársa együtt érezzen vele.

Egy orvost, aki sok energiát fektetett abba, hogy jó orvos-beteg kapcsolat építsen ki a betegével, egyszer felhívta a beteget egy biztosítással kapcsolatos probléma miatt. Az orvos azt válaszolta a telefonban, „ez nem az én dolgom”. A beteg erre így szólt: „Maga sem jobb a többi orvosnál, sohasem teszem be a lábamat a rendelőjébe” és letette a kagylót. Az orvost mindez nagyon elkeserítette és egy kollégájához fordult vigaszért, aki így reagált: „Nem tehetsz róla, ez nem a te hibád. A betegek lehetetlenül viselkednek. Túlságosan harcias.” Ez az, amit az EMK „radd helyre, oldd meg rögtön” hozzáállásnak nevez, aminek a lényege: ha látjuk, hogy valakinek fáj valamije, azonnal meg akarjuk szabadítani a fájdalmától. Ebben az esetben ilyen válasz hozhatott volna tényleges megkönnyebbülést: „Úgy tünik, nagyon letör az, ami történt. Azok után, hogy annyi időt és energiát fektettél ebbe a betegbe, elvárhattad volna, hogy legalább egy kis megértést tanúsítson”. Leginkább ilyen fajta megértésre van szüksége mindnyájunknak. Egy jól együttműködő munkacsoport létrehozása annyit jelent, hogy kifejlesztjük magunkban azt a képességet, hogy együtt érzően meghallgatjuk a másikat, ahelyett, hogy kritizálnánk, tanácsokat oszтанánk, vagy rögtön megpróbálnánk megoldást találni a problémára. A kommunikációs folyamat rendkívül fontos része, hogy megoldáskereső helyett inkább empátiás kapcsolatteremtésre törekedjünk.

Az újítással szembeni ellenállás alakítása együttműködéssé.

Egy másik munkából vett példa egy olyan kórház adminisztrátoraival kapcsolatos, ahol újításokat vezettek be. Az adminisztrátorok nagyon tartottak attól az orvos találkozótól, amin újra meg akarták kérni az orvosokat, hogy szavazzanak meg egy

olyan újítást, amit azok korábban 17:1 arányban leszavaztak. Az adminisztrátorok nagyon kíváncsian várták, hogy bemutassam, hogyan alkalmazták az erőszakmentes kommunikációt az orvosokkal szemben.

Eljártam az adminisztrátor szerepét, és azzal kezdtem a mondkám: „Nagyon félek attól, hogy erről a témáról beszéljek” - azért kezdtem így, mert éreztem, mennyire félnek attól, hogy újból konfrontálódjanak az orvosokkal. Mielőtt folytathattam volna, az egyik adminisztrátor megállított: „Ez teljesen irreális. Sosem szabad elárulnunk az orvosoknak, hogy félünk tőlük.” Kíváncsi voltam, miért vélekedik így, és megkérdeztem, miért tartja lehetetlennek azt, hogy az adminisztrátorok féljenek. Habozás nélkül válaszolt: „Ha azt mondanánk, hogy félünk, rögtön darabokra szednének.” Válasza nem lepett meg. Hallottam már hasonló reagálásokat mások szájából, amikor a munkatársaikról beszéltek. Sokan el sem tudják képzelni, hogy kimutassák az érzelmeiket a munkahelyükön.

Ennek ellenére az egyik adminisztrátor mégis úgy döntött, hogy megkockáztatja sebezhetősége kimutatását a félelmetesnek gondolt megbeszélésen. Utólag azt mondta, hogy az érzéseit mindazokkal az érvekkel együtt mondta el, amelyekkel rá akarta bírni az orvosokat arra, hogy megváltoztassák álláspontjukat. Észrevette, mennyire másképpen reagáltak akkor, amikor a megszokott módon fejezte ki magát - logikusan, racionálisan, kendőzetlenül. Elmondta, mennyire elcsodálkozott és megkönnyebbült, amikor ahelyett, hogy darabokra szedték volna, megkapta az orvosoktól azt a támogatást, amit várt. Valóban, az orvosok megváltoztatták korábbi álláspontjukat, és 17:1 arányban megszavazták a projektet. Ez a drámai változás segítette az adminisztrátorokat abban, hogy megértették, érdemes kimutatni a sebezhetőségünket - még a munkahelyünkön is.

A EMK egyéb alkalmazásai

- a konfliktusok feloldása a csoportok között és a csoportokon belül,
- az elfáradás megelőzése,
- ijesztő technikai információk együtt érző közlése,
- a betegekkel való kapcsolat javítása,
- támogatás igénylése, azért, hogy segíthessünk másokon,
- a találkozási termékenységének fokozása,
- súlyos betegek családtagjainak részvételtes támogatása,
- a másik teljesítményének értékelése oly módon, hogy abból a másik maximális mértékben tanulhasson, morálisan épüljön,
- emberi méltóságunk megőrzése akkor is, ha az intézmények a versenyt, az erőszakot és az elbementelenedést támogatják,
- próbáljunk kapcsolatot létesíteni a címek mögötti emberrel,
- tartsuk szem előtt, ami lényeges, akkor is, ha sürges az idő.

Erőszakmentes (együtt érző) kommunikáció tréningje

Az erőszakmentes kommunikáció tréningje képessé tesz bennünket arra, hogy erőszakmentes kommunikációt alkalmazzunk önmagunk-

kal, munkatársainkkal, valamint partnerünkkel, családtagjainkkal szemben. Az erőszakmentes kommunikációt 25 országban tanítják, beleértve a legtöbb európai államot, az Amerikai Egyesült Államokat és Izraelt. Workshopok, valamint 2-3 napos kurzus formájában folyik a képzés (egy 3 napos bevezető és egy 3 napos elmélyítő kurzus). Ez a képzés elegendő ahhoz, hogy a résztvevők megtanulják és a gyakorlatban hasznosítsák az erőszakmentes kommunikációt. Léteznek külön egészségügyi ellátók számára tervezett tanfolyamok is.

Ha többet akarunk tudni a saját országunkban fellelhető tanfolyamokról, a kapcsolatot vegyük fel a svájci Erőszakmentes Kommunikációs Centrummal:

Center for Nonviolent Communication,
 Postfach 232, Reigoldswil, Switzerland
 Tel.: 41 61 941-2440
 Fax: 41 61 941 2079.
 Email: 74721.1121@compuserve.com vagy Amerikában (POB 2662, Sherman, TX 75091, Tel.: 903 893-3886; Fax: 1 903 893 2935, honlap: www.cnvc.org)

Következtetések

Hangsúlyozni szeretnénk, hogy az ismertett módszer ereje egyszerűségében rejlik, s abban a tényben, hogy a szándék tisztasága fontosabb a szavaknál. A folyamat célja, hogy az embereket együttérzés kösse össze vádaskodás, kioktatás és nevelés helyett. Összegezve, azt szoktuk mondani: „az érzelmi kapcsolat fontosabb, mint a nevelés.”

- M. Rosenberg, P. Molho -

Irodalomjegyzék

1. Neuwirth ZE. Physician empathy - should we care? - *Lancet* 1997; 606
2. Beckmann HB., Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. - *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-6
3. Falvo D., Tippy P. Communicating information to patients-patients-satisfaction and adherence as associated with resident skills. - *J. Fam Practice* 1988; 26:643-7
4. Barsky AJ III. Hidden reasons some patients visit doctors. - *Ann Intern Med* 1981; 94:492-8
5. Levinson V., Rotter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship between malpractice claims among primary care physicians and surgeons. - *JAMA* 1997; 277:553-9
6. Beckmann HB, Markakis KM, Suchmann AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice - lessons from plaintiff deposition. - *Arch Intern Med* 1994; 154:1365-70
7. Suchmann AL, Markakis KL, Beckmann HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. - *JAMA* 1997; 277:678-82.
8. Rosenberg MB. Non-violent communication: A language of compassion. Los Angeles: Jalmar, 1998; in press.

Ez az orvosi közlemény eredetileg a Hemofilia Világszövetség hivatalos folyóiratában jelent meg. (Haemophilia volume 4 number 4 July 1998)

Forrás: Hemofilia, 1999. november

Migráció- és utazás-egészségügyi kongresszus

Évente több mint 600 millió ember lép át nemzetközi határokat és körülbelül egymillióan folyton úton vannak. A világ bármely pontjáról bármilyen másikként 36 óra leforgása alatt elérhető. A hihetetlenül lerövidült távolságok következtében a rövid lappangási idejű betegségek tüneteinek jelentkezése révén megnövekszik az emberről emberre terjedő fertőző megbetegedések lehetősége. Nem csak a migráló populáció által a célországba hurcolt betegségek jelentenek veszélyforrást, hanem az egzotikus utakra induló turisták is számos veszélynek vannak kitéve. Egy tanzániai szafaritúrán kapott szúnyogcsípés, vagy a Tunéziában literszáma fogyasztott csapvíz komoly következményekkel járhat.

A megbetegedések terjedése szempontjából fontos a kiinduló országban előforduló betegségek ismerete, mely országról országra, kontinensről kontinensre eltér. A téma súlyát az is mutatja, hogy évente 50 millióan kelnek útra trópusi országokba, ebből 18 millióan Euró-pából. Figyelembe kell venni azt a tényt is, hogy nem csak az emberek, hanem a betegségeket terjesztő vektorok is migrálnak. Ennek következtében a nemzetközi repülőterek környékén élők is ki vannak téve

különléle fertőző betegségeknek, például a maláriának. Ha-zánkat a WHO 1963-ban maláriamentes országnak nyilvánította, de az anopheles szúnyogok jelenléte miatt nincs kizárva, hogy a malária nagyobb mértékű behurcolását követően hazai megbetegedések is előfordulnak. Ilyen eset a közel-múltban Olaszországban is előfordult, de USA-beli esetek is ismeretesek. Mindezek miatt fontos, hogy a hazai egészség-tügyi ellátásban a migrációs és utazási betegségek, azok ellátása megfelelő súlyt kapjon. Magyarországon az epidemio-lógiai hálózat felkészülten fogadja a különféle behurcolt betegségek ellátását, lényeges azonban, hogy a háziorvos is felkészüljön ezeknek a betegségeknek a fogadására. Történetesen egy jó kondícióban lévő fiatal ember lázas megbetegedésekor ne mulassza el ki-kérdezni a beteget: nem járt-e a közelmúltban külföldön, és ha igen, hol? A Grozniában dúló pestisjárvány, de ne menjünk messzire, a közelmúltban lezajlott (sajnos még mindig aktuális) gennyes agyhártyagyulladás is a migrációs betegségek napi aktualizálására figyelmeztet. A Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Karán várhatóan ez év őszénél

megkezdődik a migrációs medicina oktatása. Ugyancsak Pécsen, a PTE-n rendezték meg 2000. március 2-4. között az első hazai Migrációs és Utazás-egészségügyi Konferenciát, amelyen szóba kerültek mindazon betegségek - malária, denque-láz, enteropatogén kórok, parazitózis, szexuális úton terjedő megbetegedések, tuberkulózis, enterális fertőzések mikrobiológiai jellemzői - melyekre a migrációs és az utazások során fokozottan számítani lehet. A kongresszuson előadások hangzottak el a hazánkba érkező menekültek egészségügyi ellátásának általános problémáiról, különös tekintettel azokra, akik fizikai kényszerrel voltak kitéve. Külföldi előadók a migráció nemzetközi vonatkozásairól, a gyógyszerterjesztés kórokozók migrációval terjedő veszélyeiről szóltak. Ugyancsak említették a Koszovóban szolgáltató teljesítő egészségügyi katonai kontingens tevékenységét. A kiutazók védelme és az esetleg betegséggel hazatérő turisták ellátása is fontos hangsúlyt kapott, különös tekintettel a háziorvosok szerepére a behurcolható betegségek felismerésében.

- Sz. L. -

INTERNET ÉS ORVOSTUDOMÁNY I. Keresés az Interneten

Az Interneten sokszor órákat eltöltünk ide-oda szörfözéssel, anélkül, hogy megtalálnánk az egyes becslések szerint több mint 125 millió dokumentum között az egyetlen, amit meg akartunk keresni. A háló alapmódszere a hipertext, ami a beépített linkek (kapcsolódási pontok) révén ide-oda bolyongást tesz lehetővé a hatalmas információ-dzsungelben. A linkek olyan szerepet töltenek be, mint a mindenki által már használt „lásd még...” típusú utalások. Az egyre szaporodó hálózathasználó számára is nagy megpróbáltatás egy-egy dokumentum gyors megtalálása.

Az eligazodás megkönnyítésére olyan csomópontokat, keresőket építettek be, amik „kályhaként” szolgálhatnak a tájékozódásban, ahonnan mindig elindulhatunk, és mindig visszatalálhatunk.

A keresőknek több alapformája ismeretes. Az úgynevezett kulcsszavas keresők esetében Web robotok figyelik folyamatosan a hálón lévő oldalakat, és a feldolgozott lapokat az elérési címükkel (URL-cím) együtt tárolják egy adatbázisban. A felhasználó kulcskifejezések megadásával kereshet. A robot végignézi a feldolgozott Web-lapokat és jelzi, hogy mely URL-címen talált a keresőablakba beírt kulcsszóval azonos kifejezéseket.

Kulcsszavas keresők

Alta Vista - www.altavista.com
nemzetközi keresésre alkalmas
Altavizsla - www.altavizsla.hu
magyar oldalakon keres
Heureka - www.heureka.hu
magyar oldalakon keres

Miután automatikus keresésről van szó, sok esetben áttekinthetetlenül nagy találatthalmazt, a témához távolról sem kapcsolódó oldalakat is találatként kapjuk. A „szív” keresőkérdeés esetén 8602 tételt.

A kinyomtatott első 10 találat között a tudományos munkák mellett találunk még művészeti témájút is.

Csökkenthető a találatok mennyisége, és ezáltal pontosítható a keresés az úgynevezett Bool logikai operátorok használatával, vagyis az AND (és), NOT (nem), OR (vagy), NEAR (közelében) kifejezések alkalmazásával. Esetünkben a „szív” kereső-kifejezés mellé írjuk be a „fejldési rendellenesség” szót, és kapcsoljuk össze AND-del. A találat ebben az esetben már „csak” 134.

A számunkra információirtalommal nem bíró, redundáns elemek száma még így is magas.

Nincs például szükségünk a taurin és a macskatáp kapcsolatát taglaló anyagokra.

A keresők másik típusát a tematikus keresők képviselik, amik egy első, téma szerinti szűrés lehetőségével csökkentik a redundáns találatok számát. Különböző kategóriák, témacsoportok között választhatunk, melyek csak a témában oda tartozó oldalak címeit tartalmazzák. A tematikus keresők működése mögött egy komoly szerkesztőbizottság áll, akik besorolják a dokumentumokat a megfelelő kategóriákba.

A legismertebb tematikus keresők

Yahoo - www.yahoo.com
nemzetközi keresésre alkalmas
HuDir - www.hudir.hu
magyar oldalakon keres

A tematikus keresők segítségével kiválasztott témákon belül ma már lehetőség van a kulcsszavakkal történő keresésre is, valamint a már említett logikai kifejezések használatával a téma szűkítésére.

Keresési szempont lehet a személyek utáni kutatás is. Sajnos a személykeresők terén nem áll rendelkezésünkre egy telefonkönyvhöz hasonló adattár. Nem kell azonban feladni ilyen irányú kutatásunkat, mert jól alkalmazhatók a már említett kulcsszavas keresők, illetve a hálózaton létező címgyűjtemények. Hazai reprezentánsa a **Kiki.** (www.net.hu/kiki), mely segítségével kinyomozhatjuk, hogy egy konkrét személy rendelkezik-e internetes címmel. Kideríthető az is, hogy egy adott településen kinek van elektronikus levelezési lehetősége. Mindegyik keresőnél a találatok linkként szolgáló kiemelt kifejezéseire kattintva jutunk célunkhoz, vagyis a számunkra érdekes dokumentum szövegéhez.

Végül egy jó tanács!
Az általunk megkedvelt és sokat használt URL-címeket célszerű elraktározni a kedvencek (Bookmark) közé. Ez egy bárki által tetszőlegesen szerkeszthető címlista, amely használatával kiküszöbölhetjük, hogy elfelejtünk vagy elveszítünk egy-egy Web-címet

- Kührner Éva -

Forrás:



(Folytatás a Látlelet 2000/2-es számából)

Dolgozik az OEP!

Fókuszban a Gyógyászati Segédeszközökkel kapcsolatos ártárgyalások

• **Sérült-e az ártárgyalások során a betegek érdeke?**

Dr. Hagymássy Péter: Ez egy igen érdekes vetülete egy-egy ilyen ártárgyalásnak. Ugyanis igen-igen gyakran megtörténik a betegekre történő hivatkozás, miközben olykor saját maga keveri saját magát ellentmondásba egy-egy cég. Mert egyik percben - érvként - hangoztatja a betegek sokszor aláírásokkal is nyomatékosított igényét, majd egy másik kérdésnél ő maga állítja, hogy cége - amelyik adott esetben az eszközt forgalmazza - profitorientált, adót és megymást kell fizetnie, nem jótékonykodhat.

Dr. Kőrössi Péter: A hazai gyártók esetében bárki számára hozzáférhetőek az éves mérlegadatok, vagy a külföldi cégek esetében a tőzsde jelentések. Átlagot tekintve a nyereség 30 százalék körül van a gyógyászati segédeszközök forgalmazó cégeknél. Tehát ennek összefüggésében kell ezeket a dolgokat értékelni.

• **Előnyt élvez-e egy hazai gyártó?**

- Ha a minőség megfelel az orvosszakma elvárásainak, és a termék olcsó árfejkvése ezt indokolja, akkor igen. Egyébként az EU direktívái is hangsúlyozzák, hogy nem a társadalombiztosítási támogatás mértékével kell a nemzeti iparvédelmet megvalósítani. Ez utóbbi gazdaságpolitikai és nem biztosításpolitikai kérdés. Nekünk - és az orvosszakmánknak - egyetlen szempontot kell szem előtt tartani: mindenkit a szükségletei szerint, a leghatékonyabb és legolcsóbb készítménnyel gyógyítsuk meg. Az EU-ban van egy olyan szempont, hogy a kutatás-fejlesztést kell támogatni, hogy egy adott ország ter-

méke verseny- és piacképes legyen. Döntésünknel egyértelműen az orvosszakmai vélemények alapján a legolcsóbb árfejkvést termékeket preferáltuk, és ez kedvezően befolyásolta az árak alakulását, mert igen sok gyártó engedett az eredeti elképzeléséből.

• **Mennyi pénzből gazdálkodhattak?**

- Ugyanannyiból, mint az elmúlt évben. Megközelítőleg 139 milliárd volt a felhasznált gyógyszerkassza - a pontos adatok most vannak összegzés alatt, hiszen a patikák utólag számolnak el. Erre az évre 135 milliárd áll rendelkezésre, de a tavalyiban benne foglaltattak szociális elemek is, amelyek ebben az évben már teljesen elkülönülnek, illetve a kötszer átkerült egy másik kasszába, ami megint egy jelentős tétel. Reálisan számolva tarthatónak kell lenni a kasszának. A gyártók gyakran hivatkoznak, hogy a „magyar árak nem követik az inflációt”. Mint már említettem, alig egy órája jöttem meg az EU-s tárgyalásokról, ahol az olasz partner dián mutatta be hazájában a termelői árak alakulását 1976-1998 között. Ott sem követik az árak az inflációt. Hasonló a helyzet Ausztriában is: tíz év alatt közel 20 százalékos infláció volt, és a termelői árak ezalatt az idő alatt 3 százalékos emelkedést mutatnak. Tehát ez az áralkuláció egyazon koreográfiára utal, legalább is itt Európán belül. Összefoglalva: ez évben a gyógyászati segédeszközökre fordítható keret körülbelül 20 százalékos emelkedést mutat. Ennek körülbelül a felét elviszi a kötszer, a másik feléből pedig szeretnék a kölcsönzési rendszert megvalósítani.

Átütő tudományos eredmény a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében

A HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) elnevezésű vizsgálat - melyet Salim Yusuf kardiológus professzor vezetett - mikéntjéről, eredményeiről **Dr. Badrudin Rangoovala klinikai farmakológus, az Ulm-i és a Giessen-i Orvostudományi Egyetem munkatársa számolt be. A vizsgálatot Barcelonában, a kardiológusok ezévi európai kongresszusán, majd az Amerikai Szív Társaság atlantai összejövetelén ismertették.**

A HOPE célja a ramipril hatóanyag tartalmú ACE-készítmény hatásosságának kiderítése volt. A vizsgálat jelentőségét aláhúzza az a sajnálatos tény, hogy - míg az USA-ban csökken a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta halálozások száma -, addig Japánban és a volt keleti blokk országaiban növekszik, hazánkban kiugróan magas ez a szám.

Az 1994-ben elkezdett vizsgálat abban újszerű, hogy olyan nők lettek bevonva a vizsgálati személyek körébe, akiknek a klimaxot követően megszűnt a védettsége a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozások terén. 13.000 betegből 9541-et választottak ki Észak- és Dél-Amerika, valamint Európa tizenkilenc országából, 267 kórház bevonásával. A beválogatási kritériumot tágra szabták; olyan betegek kerültek kiválasztásra, akikkel az orvos a napi praxisában rutinszerűen találkozik. A betegek nagy száma és a vizsgálat hosszú - négy éves - időtartama lehetővé tette, hogy a hétköznapi életet élők, nem „különleges” beteganyagot vizsgálják. A beválasztott (55 éves vagy idősebb) magas rizikófaktort, bizonyítottan érbetegségben, vagy diabéteszben szenvedő és egy kardiovaszkuláris rizikófaktort (dohányzás, emelkedett koleszterinszint, stb.) rendelkező betegek kerültek randomizálásra, akik esetében nem állt fenn bal kamrai diszfunkció, vagy szívelégtelenség. Ezek a betegek vagy ramiprilt, vagy placebót kaptak átlagosan öt éven keresztül.

A vizsgálat kettős vak jellege biztosította, hogy sem az orvos, sem a beteg nem tudta, hogy ki kap placebót, s ki aktív hatóanyagot tartalmazó gyógyszeres kezelést. Ez a tény nagy jelentőségű a vizsgálat tudományos minősítése és megbízhatósága szempontjából. Az etikai követelményeknek megfelelően a placebót szedő vizsgálati csoport is megkapta vérnyomás-csökkentő és egyéb más, szükséges gyógyszereit. Ezen protokoll szerint első ízben fordult elő, hogy normális bal kamra funkcióval rendelkező, de szív- és érrendszeri megbetegedések szempontjából magas veszélyeztetettségű betegek kerültek vizsgálatra.

A ramipril elsődleges szerepet játszik a magas vérnyomás, a szívelégtelenség és a szívinfarktus kezelésében. Vizsgálták a szív- és érrendszeri betegségek, a stroke okozta halálozást, a kórházi kezelést az instabil anginánál, a revaszkularizációs eljárások gyakoriságát, továbbá azt, hogy kialakul-e ramipril-kezelés mellett a rizikófaktortorként fenegető diabétesz, vagy sem. Figyelték, hogy hogyan változik a szer hatására az úgynevezett hirtelen halál és a szívmegállás gyakorisága. A vizsgálat során kiderült, hogy a

ramipril előnye a nemkívánt szív- és érrendszeri események megelőzése tekintetében a placeboval szemben már egy év elteltével megmutatkoznak és ez a pozitív különbség az idő előrehaladtával egyre kifejezettebbé válik. Fontos tehát a gyógyszer hosszú távú - évekig tartó - szerdése, hogy pozitív hatása a prevenciót illetően is érvényesülhessen. A ramipril alkalmazásakor a nem kardiovaszkuláris halálozások - például rák - száma nem emelkedett, ami a gyógyszer biztonságosságára utaló kedvező jel. Szédésekor a kardiovaszkuláris halálozások esetében 25 százalékos kockázat-csökkenés, a miokardiális infarktusok esetében 20 százalékos, míg a stroke-ot illetően 71 százalékos kockázatsökkenés volt tapasztalható.

Csökkent továbbá az anginás esetek rosszabbodása, valamint az újonnan diagnosztizált cukorbetegségek gyakorisága is. Ez utóbbi különösen figyelemreméltó eredmény, hiszen a diabétesz és érrendszeri betegségek elsődleges veszélyeztető tényezői közé tartozik.

A vizsgálatban a ramiprillal igazolt kedvező hatás az előre meghatározott egyes alcsoportokra is igaznak bizonyult. A kedvező eredményeket a vizsgálat végzői a ramipril érvényeszerre kifejtett direkt hatásának tudják be. Összességében tehát csökkent a beteg esélye a szélütésre, a szívinfarktusra, a szívelégtelenségre, a szívmegállásra, a friss cukorbetegség, illetve a cukorbetegséghez társuló szövődmények kialakulására, valamint a kardiovaszkuláris eredetű összhálozásra.

A HOPE-vizsgálatot eredetileg hat évesre tervezték, de már jóval a tervezett lezárási idő előtt leállították, mivel egyértelmű és jelentős különbség volt a kardiovaszkuláris eredetű halálozás, infarktus és stroke esetén a ramiprillal kezelt, illetve nem kezelt betegcsoportok között a ramiprillal kezelt csoport javára, és nem tartották etikusnak, hogy a vizsgálatban résztvevő többi beteg továbbra is placebót kapjon. Ha az érintett betegcsoport egyharmada megkapná az eddigi elfogadott kezelés mellett a vizsgálatban alkalmazott módon a ramipril kezelést, akkor évente világszerte közel 1-1,5 millió korai halálozást, szívinfarktust, szélütést lehetne megelőzni, a vizsgálat vezetőjének, Salim Yusuf professzornak megállapítása szerint. Ezen túlmenően, a szívelégtelenség, valamint a diabétesz szövődményei gyakoriságának csökkentésével és a friss cukorbetegség kialakulásának megelőzésével legalább félmillió, a fentiekben említett szív- és érrendszeri esemény lenne megelőzhető. Összesen tehát évi mintegy kétfélmillió, szív- és érrendszeri, valamint diabéteszhez társuló eseményt lehetne elkerülni.

A ramipril költséghatékony gyógyszer, hazánkban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 90 százalékos támogatásban részesíti, s a terápiás hatás kialakításához és fenntartásához elegendő naponta egyszeri bevétel.

A HOPE (remény) mozaikok találóan fejezi ki az új reményt a szív- és érrendszeri betegségek sikeres megelőzésében, kezelésében.

- Szádvári Lídia -

Az előző részben összefoglaltam az etikai alapfogalmakat. Röviden szoltunk az „ösi éretnyekről” a bátorságról, az igazságosságról, jótékonyaságról, az élet és a személy tiszteltéről. Felsoroltam az erkölcsi alapelveket: jót tenni, nem ártani, tisztelni az ember autonómiáját, igazságosan cselekedni. Azt is említettem, hogy az orvosi etika ezeken az általános elveken alapul.

Az etika az élet három színterén jelentkezik: az egyének, a csoportok egymás közti kapcsolatában és a társadalom egészének és az egyének viszonyában. Minden szinten vizsgálhatjuk, hogyan oszlik meg a hatalom, hogyan osztják szét az anyagi javakat és milyen esélye van az egyéneknek az önmegvalósításra. Ez a három nagy problémakör, amely mindenütt ütközőpont, az erkölcsi konfliktusok kimeríthetetlen forrása.

Korábban említettük, hogy az erkölcs szokásokon alapul, ezért az említett körökben és szintereken az is jellemző az erkölcsi normákra, hogy milyen szokások uralkodnak a társadalomban.

Hogyan érvényesülnek az etikai alapelvek a mindennapos orvosi gyakorlatban, az orvos személyes kapcsolataiban? Hogyan alakulnak ki a szokások?

Kénytelen vagyok messziről megközelíteni a kérdést, mert minden nap azt látjuk, hogy alapvető nevelési hiányosságok miatt sokan felnőtt orvos korukban szembesülnek olyan erkölcsi hiányosságokkal, amelyek helyes normáit óvodásként kellett volna megtanulniuk és azóta szokássá válhattak volna.

A szokások egy hosszú tanulási folyamat végén, ennek eredményeképpen alakulnak ki.

A tanulási folyamat utánzással kezdődik: valakitől látunk valamit és hosszas gyakorlással megtanuljuk magunk is csinálni. Ebből következik, hogy fontos szerepe van a személyes példamutatásnak a tanulás egész folyamatában. A szülő és gyermek, a tanár és tanuló, a munkahelyi vezető és beosztott a példák, őket utánozzuk első sorban és át vesszük, megtanuljuk - akarva-akaratlan - jó és rossz szokásaikat, magunkévá tesszük erkölcsi normáikat.

Különösen mélyen beívódnak a tanult személyiségünkbe, ha érzelmileg azzal azonosu-

Tanuljunk együtt etikát

lunk, akitől tanulunk valamit. Talán tudja a tisztelt olvasó, hogy ha egy macskát hat hónapos koráig egy gömb felületű ketrecben nevelnek, elveszti, azt az ismert tulajdonságát, hogy mindig a talpára esik, ha leejtik. Pontosabban, nem tanulja meg a sík idomokat, nem tud tájékozódni, és későbbi életében sem képes a hiányokat pótolni. Fontos tehát az is, mikor tanulunk meg valamit.

Az ember szerencsére később is képes behozni a mulasztottakat, de igazán akkor tudja az ismereteket mélyen, a személyiségébe építeni, amikor annak az egyén fejlődésében elérkezett az ideje. Gyerekkorban kell kezdeni! Mindenki jól ismeri, és tudja, hogy gyerekkorban kell nyelvet tanulni, meg úszni, korcsolyázni és még sok mindent, azokat a szokásokat is, amelyek a későbbi erkölcsi alapelvek forrása. Ez a lényeg, ez az, ami ezt a hosszú gondolat sort elindította.

Jót tenni, nem ártani, tisztelni az életet, az ember autonómiáját, igazságosan cselekedni, a gyengéket, a kiszolgáltatottakat védeni...

Aki ezeket a megfelelő időben megtanulta és ez személyiségének része lett, az az orvosi gyakorlatban erkölcsi szempontból biztos megállja a helyét. Persze egy életen át különböző hatásoknak lesz kitéve, befolyásolják barátok, a divat, a politika, a gazdasági élet és sok minden más, de ha ezek esetleg nem a kívánatos irányba hatnak, a jó alapokat általában akkor sem rendítik meg.

Említettük, hogy az orvosi gyakorlatban a három színtér egyike a személyes kapcsolatok, a mikro-etika. Az orvos-orvos (más egészségügyi dolgozó), illetve az orvos beteg kapcsolata. Gondoljunk csak arra, hogy nálunk évente mintegy százmillió a járó beteg rendeléseken az orvos beteg találkozási száma. Elképzelhető, mennyi esélye van a sűrűlódásoknak. A bajok forrása a kiszolgáltatott, sorsáért aggódó beteg ingerültségétől, a fáradt, hajsztolt orvos gépies munkájától bármi lehet. Ezen felül természete-

sen az orvosi szakma sajátosságai és az emberi szervezet sokszínű zavarából adódó számtalan problémának is lehetnek etikai vonatkozásai.

Érdemes az orvos által elkövethető típus hibák közül néhányat megemlíteni. Az olvasó kíváncsi lehet, hogy esetenként, a felsorolt etikai alapelvek közül melyik sérül.

Az orvos beteg kapcsolat legtöbb konfliktusa nem is etikai, inkább etikett hibákból (nevelés!) fakad. Hátterében a másik ember tiszteletének hiánya húzódik meg. Talán nem mindig és nem mindenki érdemli meg a tiszteletet, ennek ellenére erkölcsi alapelv. Az előbb már felsorolt mentségek, a hajsztottság, fáradság mindezt csak enyhítik, nem mentik fel az udvariatlan, lekezelő, a másik felet nem partnernek tekintő orvost viselkedésének és következményeinek felelőssége alól.

A minap egy egészségügyi dolgozó keresett fel, akinek göbös strumája és pajzsmirigy hyperfunkciója miatt endokrinológiai konzíliumot kértem. Néhány évtizede bizonyára magam látom el, a séma egyszerű volt, konzervatív kezelés, majd euthyroid állapotban műtét, szét-vettan, esetleg további kezelés. Manapság, a szakosodás korában illik megkérdezni szakosított szakorvos véleményét is.

Két hónap múlva láttam újra a beteget, dacosan, mint egy gyerek, elmondta mi történt vele. Az adott időben megjelent a konzíliumon. Nem voltak sokan - mesélte - amikor bement, senki se várt a doktorra. Valamit gépelt. Egy darabig zavartan állt meg, akkor a doktor hátra se fordulva feltett néhány kérdést, honnan jött, ki küldte... Néhány megjegyzést tett, ami egyáltalán nem volt odavaló és nem is a betegséggel volt kapcsolatos. Közben még mindig gépelt, rá se nézett. Végre felállt, megnyomkodta a nyakát és felajánlotta, hogy időpontot ad, és meg fogják operálni.

A beteg - ismétlem, egészségügyi dolgozó - köszönte és elment. Régi orvos főnökéhez ment,

aki rendelt néhány gyógyszert, amit szedett egy darabig, majd abbahagyta. Megsértődött, úgy kezelte a doktor, mint egy tárgyat. Dühös volt, csalódott és dacos, úgy viselkedett, mint egy gyerek. Mindezt egy udvariatlan, betegét lekezelő, faragatlan kolléga miatt. Az esetnek persze más tanulsága is van, de ezt most hagyjuk, tegyük félre és bízzuk az olvasóra a részletes kommentárt.

A másik gyakori hiba a beteg tájékoztatásának elmaradása. Ez nem csak etikai kötelezettség, az erre vonatkozó törvények részletesen szabályozzák, kit mikor és miről kell, lehet tájékoztatni. Erre aligha lehet sablonokat gyártani, a jó orvos tudja, megérzi, mit lehet, mit kell elmondani, és azt is mikor milyen formában teheti, hogy ne ártson vele. Az orvosok többsége ma is ezt teszi, régen is ezt tette, amikor a törvény nem fenyegette szankciókkal a mulasztókat és ügyvédi irodák nem szakosodtak orvosok elleni kártérítési perekre. Azért, mert tudják, a betegek emberi joga, hogy tudja, mi a baja, mert célszerű a gyógyulás érdekében megnyerni együttműködését.

A betegjogokról újabban már könyvet is írtak, még a vízcsepől is ez folyik, mondják sokan, akik aránytalanul soknak ítélik a jogokról szóló törvényi fejezet terjedelmét. Tényleg, időnként arról is kellene beszélni, hogyan lehet biztosítani azt, hogy a beteg élni tudja jogaival. Nem baj azonban, hogy sok szó esik a betegjogokról, jó ha valaki tudja mi jár neki. Annál is inkább, mert a jogok mellé kötelességek is járulnak és felelősség. Erről viszont kevés szó esik, pedig az embert egészségért, annak megőrzéséért, a betegségek megelőzéséért, az orvosi tanácsok betartásáért személyes felelősség terheli. Erről sem kell elfelejkezni.

Egyébként azért indokolt a jogok hangsúlyozása, mert - ismétlem - a beteg ember szinte teljesen kiszolgáltatott. Magunk is azok vagyunk, ha valamilyen szakemberhez kell fordulnunk vagy saját bajainkkal egy másik kollégát kerestünk fel. Akkor érezzük igazán, hogy a kiszolgáltatottság érzése szinte mindig és mindenütt kísér. Az alapvető különbség az, hogy betegség esetén az orvosi tevékenység alanya és „tárgya” az ember, egyszerű, és megismételhetetlen életével, egyedi problémáival. Tudom, hogy mindez sokszor emlegett közfelfogott, de igaz.

Dr. Ulbing István -

Ágyszínház

1991-ben a Gólyahír című tévéműsor egyik témája az volt: mi történik, ha kórházba kerül a gyerek, hogyan lehet erre a helyzetre felkészülni? Hiszen nincs is talán borzasztóbb annál, mint amikor egy kisgyereknek el kell hagynia családját, otthonát. Hiányoznak a szülők, a barátok, az osztálytársak, s emellett el kell viselnie a kórházi kezeléssel, a betegséggel együtt járó kellemetlenségeket, fájdalmakat. A Gyermekvilág Alapítvány azt tűzte ki céljává, hogy megkönnyítse a kórházban fekvő beteg gyerekek, szüleik és az orvosok, nővérek helyzetét azzal, hogy a kis betegekkel személyre szólóan foglalkoznak. Játékkal, közös tevékenységgel oldják fel a bennük lévő sok negatív élmény hatására kialakult feszültséget, s rendszeres látogatásukkal bizonyos fókig a családot is pótolják. Ők az „ágyszínházak”. Szemenyei Betti vezető koordinálja a Gyermekvilág Alapítványt, s benne az ágyszínházak tevékenységét. A csapat elsősorban huszonéves fiatalokból áll, foglalkozásukat tekintve a legkülönfélébb területeket képviselik. Érdekes módon éppen az orvostanhallgatók, akik hamar feladják, mert nem bírják elviselni az effajta stresszt, holott ez akár tesztként szolgálhat a majdani munkájukban rájuk váró nehézségekhez.

Az ágyszínház nem színházi előadást, hanem személyre szóló foglalkozást jelent. Azokkal a gyerekekkel, akik ágyhoz vannak kötve, külön-külön játszanak, beszélgetnek, mesét olvasnak, kártyáznak, kézimunkáznak, akik pedig elhagyhatják fekhelyüket, játszótérhez hasonló foglalkozásokat szerveznek. Kézműves tevékenység, társasjáték, bábozás, daltanulás, körjáték szerepel a programban.

A kórházi dolgozók eleinte idegenkedéssel fogadták az ágyszínházakat - emlékszik a kezdetekre Szemenyei Betti -, ám később ráébredtek, hogy szövetségeseik vagyunk a gyógyításban még akkor is, ha mi sosem gyógyítunk, nem diagnosztizálunk. A nyugodt, idejét

értelmesen töltő gyereket azonban könnyebb alávetni a kórházi kezeléseknak is! Most már előfordul, hogy maguk a nővérek kérnek miniket, tanítsuk meg őket néhány dologra.

Az orvosok, nővérek tisztában vannak azzal, melyik gyerek állapota milyen aktivitást tesz lehetővé. Ha tehetik, a gyerekeket az ágyszínházak bevonják a kórtermek csinosításába, a falak, az ablakok színesítésébe is. Sosem kérdezik meg a gyereket, miért van kórházban, miként a játékok sem a betegségről szólnak. Nemegyszer fordul elő, hogy infúzióval a karjában labdázott önfeledten egy kis beteg.

Az ágyszínházak tevékenységük megkezdése előtt képzésen vesznek részt, amelynek során minden eshetőségre felkészítik őket.

A legnagyobb probléma a gyász. Sokszor nem könnyű a beteg gyerek szüleivel sem megtalálni a hangot, akik nemegyszer az ágyszínházakon vezetnek le feszültségeiket.

Jelenleg az ágyszínházak heti rendszerességgel látogatók a SOTE I. sz. Gyermekklinikán, a Heim Pál Gyermekkórházban, a Szt. Rókus Kórházban, a Bethesda Gyermekkórházban, a Madarász utcai Gyermekkórházban, a Tűzoltó utcai Gyermekkórházban, az OPNI-ban és még három másik intézményben. Tevékenységüket természetesen társadalmi munkában végzik.

A Gyermekvilág Alapítvány 150 perces műsoros videokazettát is készített, melyet 156 kórházba küldtek szét térítésmentesen. A videokazetta főszereplője egy kislány, aki kórházba kerül. A kazettán 1-1 vizsgálat játékos bemutatásán kívül játékötleletek, mesék, zene és színdarab részletek szerepelnek. Korlátozott számban még kérhető a 06/20-9710-226-os telefonszámon, vagy a Gyermekvilág Alapítványtól levélben: 1061 Budapest, Hegedű u.5.

- Sz. L. -

„A Baby Bruin
törölkendővel kezelt babapopsi
fényesen csillog és világít a sötétben.”



En nemcsak tisztán, hanem praktikus csomagolású, levegőre permeábilis fólia alatt van a szövetanyag, így a nedvesség nem párolog el, hanem a szövetanyagban marad, így a szövet mindig tisztán marad.

• **Árnyék:** a kislány hirtelen, a szülő gyöngyöztető, a szülő szeme.

• **Citrus:** a szülő a bőr óvására választotta, így a szülő szeme.

• **Panthenol:** a szülő a bőr megújítására választotta, így a szülő szeme.

En nemcsak tisztán, hanem praktikus csomagolású, levegőre permeábilis fólia alatt van a szövetanyag, így a nedvesség nem párolog el, hanem a szövetanyagban marad, így a szövet mindig tisztán marad.

• 100 darab, 200 darab, 300 darab csomagolású, így a szülő szeme.

• 30 darab, 60 darab, 90 darab csomagolású, így a szülő szeme.

• 30 darab, 60 darab, 90 darab csomagolású, így a szülő szeme.

A szülő szeme! Természetesen tisztán!

Működőhely: BUCHAN, BUDA, ÚJPEST, 500. TEL: 06/20-9710-226. FELŐL: Budapesti Állami Gyermekkórház, Gyermekvilág Alapítvány.
Készítők: BUCHAN, BUDA, ÚJPEST, 500. TEL: 06/20-9710-226. FELŐL: Budapesti Állami Gyermekkórház, Gyermekvilág Alapítvány.
Fogalmazók: BUCHAN, BUDA, ÚJPEST, 500. TEL: 06/20-9710-226. FELŐL: Budapesti Állami Gyermekkórház, Gyermekvilág Alapítvány.

2000. október 18-21.
Budapesti Vásárcsoponthungaro
med

I. Nemzetközi orvostechnikai és egészségügyi szakkiállítás

A hazai egészségügy mennyiségi és minőségi változások előtt áll. Új tu-lajdonformák alakulnak, az elindult piaci átalakulások várhatóan a közel-jövőben folytatódhatnak és új lendületet kapnak. Az egészségügyi ágazat, amely már most is óriási forgalmat bo-nyolít, tovább bővül és az egyik legdinamikusabban fejlődő ágazattá vál-hat.

Az új reformtörekvések kapcsán az egészségügy szinte valamennyi területét érinti a privatizáció, új törvények lépnek életbe, és a kormányzati döntés eredményeként megszületett a „Praxistörvény”.

Mi ezeket alkalmazása, illetve bevezetése következtében egyre erőteljesebbé válik a piaci alapon működő ellátás, amely az egészségügyhöz kapcsolódó cégeket is fejlődésre ösztönzi. A diagnosztikai és terápiás technikai lehetőségek bővülése, az orvostechnikai kutatások, az informatika dinamikus fejlődése miatt ma már a naprakész tudás elengedhetetlen.

A HUNGAROMED I. Nemzetközi orvostechnikai és egészségügyi szakkiállítás az az esemény, amely összetettsége és sajátos eszközrendszerének köszönhetően, marketingkommunikációja és a médiával történő együttműködése által elősegíti az egészségügyi gazdasági ágazat üzleti tevékenységének hatékonyságát.

Naprakész információhoz juttatja az adott területen működő gyártó, forgalmazó cégek döntéshozóit, szakembereit és a felhasználók körét.

A rendezvény célja, hogy az egészség-

ügyi piac szereplőinek (gyártók, forgalmazók és szolgáltatók) lehetőséget kínáljon a bemutatkozásra, piaci jelenlétének prezentálására, üzleti kapcsolatainak ápolására, fejlesztésére. Ugyanakkor fórumot kínál az egészségügyi politikát formáló vezetők és az egészségügy szereplői számára, hogy közvetlenül vitathassák meg az időszerű, korszerűbb követelmények elé állított egészségügy aktuális kérdéseit.

A HUNGEXPO Rt. átfogó tanulmányt készített a magyar egészség-ügyi piacról, amelyből kiderül, hogy ennek az évi több százmilliárd forint forgalmat bonyolító ágazatnak nincs olyan országos jelentőségű szakkiállítása, amely az orvostechnika vála-mennyi területét egy helyen, egy idő-ben, együttesen és áttekinthetően mu-tatná be.

A szervezők, a kiállítás szakmai színvonalának érdekében együttműködést kezdeményeztek az Egészségügyi Minisztériummal, a Gazdasági Minisztériummal, valamint rangos szakmai szervezetekkel, és részvételükkel Szakmai Bizottságot hozott létre. Az előzetes kutatások és a szakmai támogatók javaslatai alapján került sor a kiállítás koncepciójának és tematikájának kialakítására.

A HUNGAROMED újdonsága a hazai egészségügyi szakkiállításokkal, konferenciákkal szemben az, hogy a hangsúly a kiállításon van, amit négy-napos konferencia tesz teljessé. A rendezvény tematikája az orvostechnika és az egészségügy teljes

A GYÓGYÍTÁS ESZKÖZTÁRA

A HUNGEXPO Rt. új fórumot teremt az orvosegészségügyi szektor megjelenésének és szakmai kérdések megvitatásának a HUNGAROMED I. Nemzetközi orvostechnikai és egészségügyi szakkiállítás és a hozzá kapcsolódó szakmai kísérő programok megszerzésével, melynek a Budapesti Vásárcsopont ad otthont 2000. október 18 és 21. között.

vertikumát tartalmazza, de nem öleli fel a gyógy-szeripart és a természetgyógyászatot.

A HUNGAROMED által részese lehet egy hagyományt teremtő fórumnak, amely egy fedél alá hívja a hazai egészségügyi piac valamennyi szereplőjét egy olyan rendezvény keretében, amelyre a szakmai és gazdasági vezetés és azok szervezetei is kiemelt figyelmet fordítanak. Az egészségügyi piacot széles körben felölelő tematika segíti a résztvevők kapcsolatainak ápolását és fejlesztését.

A HUNGAROMED szakkiállítást kísérő EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS KONFERENCIA a Magyar Orvosi Kamara, az Egészségügyi Menedzser Klub, az Ápolási Igazgatók Egyesülete, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, valamint a Kórházszövetség szervezésében jön létre.

A konferencia az orvostársadalmat leginkább foglalkoztató általános kérdésekkel, valamint időszerű és speciális témákkal foglalkozik. Az ITD Hungary szervezésében Nemzetközi Üzletember Találkozóra kerül sor. Fogászati és fogtechnikai témában tervezett konferencia segítheti a szükséges piaci elmozdulásban, és más fontos, a törvények megváltoztatásával előállt helyzetben való tájékozódást.

A Hungaromed szakmai támogatói:

- Egészségügyi Minisztérium
- Gazdasági Minisztérium
- Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

- Egészségügyi Termékek Gyártóinak Szövetsége

- Fővárosi Közgtyűlés Egészségügyi és Sportbizottsága
- ITD-Hungary
- Magyar Ápolási Egyesület
- Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete
- Magyar Kórházszövetség
- Magyar Medikai Gyártók és Szolgáltatók Szakmai Egyesülete
- Magyar Orvosi Kamara
- Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozata
- Magyar Orvosvezetők Egyesülete
- Medicina 2000 Poliklinikai és Szakorvosi Szövetség
- Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár
- Országos Kórház- és Orvostechnikai Intézet
- Országos Mentőszolgálat
- Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság

A kiállítás fő árucsoportjai:

- Orvosi kézi eszközök
- Diagnosztikai eszközök, készülékek
- Terápiás eszközök, készülékek
- Fogászat - Fogtechnika,
- Szájsebészet
- Egyéb orvostechnikai eszközök,
- Kórház technika
- Labortechnika
- Egyszerhasználatos termékek és gyógyászati segédeszközök
- Informatika
- Egészségügyi textíliák
- Egészségügyi bútorok, berendezések
- Szolgáltatások
- Egyéb

Szakmai kísérő programok:

Egészségügyi Tudományos Konferencia

Szervezők: Magyar Orvosi Kamara, Egészségügyi Menedzser Klub, Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete, Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, Magyar Kórház Szövetség
Időpont: 2000. október 18-19-20.
Helyszín: Budapesti Vásárcsopont, Konferencia Központ

Program:

2000. október 18.
Plenáris megnyitó
A Magyar Orvoskamara Etikai Konferenciája - „Az ezredforduló orvostechnikai problémái”

2000. október 19.
délelőtt: Magyar Ápolási Igazgatók Egyesületének Konferenciája - „Ergonómiai megterhelések, egészségkárosító kockázatok megelőzésének korszerű eszközei és módszerei az egészségügyi intézményekben”

II. rész - délután: Magyar Orvosi Kamara Etikai Konferenciája közös kerekasztal megbeszélés

2000. október 20.

Egészségügyi Menedzser Klub Konferenciája - „Egészségügyi menedzsment feladatok a 2000-es évek kezdetén”

Jelentkezés és további információ: ITDH Nemzetközi Üzletember Találkozó

Szervező: ITDH

Időpont: 2000. október 19.

Helyszín: Budapesti Vásárcsopont

Sír a baba?!

A közelmúlt legmegdöbbentőbb híre minden kétséget kizáróan az a tény volt, hogy Magyarországon - útban Európa felé - patkány rágta le a 9 hónapos csecsemő kezféjét egy Tisza menti faluban. Miközben a családtagok valamennyien egy légtérben tartózkodtak, állítólag aludtak. A kórházban a gyermeket ellátó orvos is csak „dadogva” tudta elemezni a gyógykezelésre szoruló baba sérüléseit, szemmel láthatóan keresve a szavakat, hiszen ilyesmivel nemigen találkozhatott tanulmányai és praxisa során.

Egy szakember számára ennél megdöbbentőbb már csak a családvédelmi kérdésekben illetékes „főintézet” (!) főigazgatójának (Dr. H. M.) érvelése volt, amit a bűnügyi magazin riportérének válaszolt. Észre, az esetért a település önkormányzatának védőnője a felelős, mert nem segítette, nem tanította meg ezt a család az EU konform szerint élni.

A határozott, tanulmányából ismert szakember azt a pszichológiailag igazolt ismérvet akarta igazolni, hogy bármilyen intézeti nevelésnél jobb a családi környezet. Feltételezhetően itt a hospitalizációs ártalmak érzelmi életre történő retardáltságának kétségtelenül nyomkövethető attitűdjeire gondolt, ami csak akkor állja meg a helyét, ha az intézeti nevelést kiválthatja egy személyi, interper-

sonális kapcsolatot is biztosító miliő. Ennek bevált formája a nevelőszülői hálózati rendszer, ahol szakemberek permanens kontrollja biztosítja a mindenre kiterjedő feltételek meglétét, beleértve a „szülői alkalmasság” pszichológus által meghozott szakértői véleményt is. Ezért volt megdöbbentő az illetékes szakember válasza, hiszen itt a leg-lemibb feltétele sem volt meg az emberi élet kritériumainak.

A higiénia biztosítása - kiváltképp a csecsemőnél - alapfeladat. Dr. Gion Gábor „Egészségünk Alapjai II.” című tankönyvének 152. oldalán részletesen leírja azokat a minimumfeltételeket, amelyeket egy „Baba-kelelőnek”- beleértve a környezeti minimumfeltételeket - tartalmaznia kell.

Mi pedig differenciáldiagnosztikáját ajánljuk a „sírás”-nak, mint a csecsemő elsődleges kommunikációjának. Másképp sír a gyermek ha éhes, ha pisís, ha kakis, ha kicsipte a pelus a popsiját, vagy ha éppen unatkozik. Vagy ha - bármennyire is morbid -, egy patkány rágja a kezét... És ennek semmi köze az önkormányzathoz.

Ezen vitára bármikor kész:

Balla M. Anna,
„volt” pszichológus, főszerkesztő.

Az év elején a General Electric Company megvásárolta a Medisor Röntgen- és radiológiai és fluoroszkópiai diagnosztikai képképző üzemeltető cégének 77 szálalékát. A fúzió létrejöttével Közép-Kelet-Európa egyik legnagyobb cége alakult meg ezen a területen, ahol a kutatás, fejlesztés, gyártás és beszerzés terén szerzett szakértelem összekapcsolódott a világméretű pénzügyi és forgalmazási lehetőséggel, amit a GE Medical System tud biztosítani.

A babák barátai
Libero Kórházi Program
Az SCA a „jó ügyekért”

Melyik anyuka nem gondolkodott el azon, mi a legjobb a babájának, milyen körülmények között biztosíthatja leginkább a pici kiegyensúlyozott fejlődését? Ezek a kérdések a szülők mellett az egészségügyi szakembereket is foglalkoztatják.

Kutatások szerint életük első 4-6 hónapjában a hozzátáplálás nélküli szoptatás biztosítja leginkább a babák egészséges fejlődését. A tökéletes mama-baba kapcsolat a születéskor, a kórházban, a minél korábbi együttléttel kezdődik. Ezt felismerve indította el a „Bababarát Kórház Kezdeményezés”-t az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az ENSZ Gyermekalapja (UNICEF). Ebben a világprogramban a két nemzetközi szervezet a kórházakhoz fordult, kérve, hogy a csecsemők és a babák születést követő együttes elhelyezésével, az anyáknak nyújtott korszerű tájékoztatással és oktatással támogassák a programot.

Magyarország 1992-ben csatlakozott a kezdeményezéshez. Még ebben az évben, a kezdeteknél indította támogató programját az SCA Hygiene Products Kft. (korábbi nevén SCA Mölnlycke) is. A cég két évvel később, 1994-ben szándéknyilatkozatot írt alá a UNICEF-fel, melyben vállalta, hogy támogatja az elgondolást egyes elemek bevezetését. Az SCA elkötelezte magát; kórházi és védőnői pro-

gramjaiban alkalmazza a baba-barát mozgalom csecsemőápolási elveit. A cég azt is vállalta, hogy kiadványaiban beszámol a hasznos kezdeményezés elveiről és gyakorlatáról. Az SCA a szülős után rendszeres kapcsolatban áll a kisma-mákkal: kórházi tájékoztató füzetekben hasznos információkat nyújt nekik, hangulatos kórházi plakátjain teszi barátságosabbá a környezetet, és hívja fel a figyelmet a babák körüli praktikus tudnivalókra. Később a DM eszközeivel tartja a kapcsolatot, segíti és tájékoztatja a mamákat. Emellett az SCA kézzelfogható segítséget nyújt a kórházak baba-barát, rooming-in osztályainak; ezeket a rész-legeket kedvezményes, jelképes árú, praktikus, napi adagokba csomagolt Li-bero pelenkával látja el. Ebben a támogatásban jelenleg 79, a gyermek és az édesanya számára ideális ápolási mód-szert alkalmazó kórház részesül.

A Libero kórházi programja mellett minden évben támogat más „jó ügyeket” is. Így 2000-ben a koraszülöttekért áldozatos munkát végző SOTE II. Nőgyógyászati Klinikájára kap több mint egymillió forint értékben Libero Newborn pelenkákból álló adományt.



Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap
az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

» OBSERVER «
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

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

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

Kiadó és Szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662, e-mail: latlelet@elender.hu
A lap előfizetési díja: 2340 Ft./év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlelet egymásutánosságát a lapon található sorszámozás tükrözi.
ISSN 0865-7424

„A nyugati civilizációban életünk 80-90 százalékát épületek belsejében töltjük. Gyakran becsüljük alá a belsőépítészetnek, az építészetnek és a településkonstrukciónak az ember lelki és társadalmi közérzetére gyakorolt hatását. Az építési mód és az építőanyag megválasztása lényegesen befolyásolja az ember közérzetét.”

Ezekkel a gondolatokkal kezdte előadását az Építészet-Biológiai Egyesület első budapesti Nemzetközi Szimpóziumán Heinz Rothweiler, a svájci Építészet-Biológiai Egyesület vezetője.

Az 1999 tavaszán alakult magyar Építészet-Biológiai Egyesület első nemzetközi rendezvényén magyar, svájci és német szakemberek mondták el véleményüket az ember központi építészetéről. A rendezvény fővédnöke dr. Torgyán József Földművelésügyi és Vidékfejlesztési miniszter és dr. Pepó Pál Környezetvédelmi és Területfejlesztési miniszter volt, házigazdaként Ráday Mihály, az „Unokáink sem fogják látni” című építészeti műsor szerkesztője nyitotta meg az eseményt.

Építészet-biológia dióhéjban

Az építészet-biológia ruhánkat második, lakásunkat és házunkat harmadik bőrtünknek tekintti. Az építészet-biológia nem azonos a hazánkban ökológia, azaz a minél energiatakarékosabb építészet. Az így létrehozott tökéletesen izolált épületekben figyelmen kívül marad az ember, azaz, hogy közérzetünk és egészségünk milyen hatással van egy hermetikusan lezárt épület.

Az építészet-biológia mércéje az ember, ugyanakkor ökológikus szempontokat is figyelembe vesz, mert csak ami környezetbarát lehet emberbarát is.

A mai modern építésmódok és ezek direkt, illetve indirekt hatásai számos civilizációs betegség okozói, amelyek részben csak az elkövetkező generációkban válnak nyilvánvalókká. Lakásainkba nagy mennyiségű mérgező kemikáliát építünk be, amely mérgek láthatatlan lakótársainkka válnak.

Számtalan részben meghatározható, részben meghatározhatatlan tér, sugárzás és áramlás hat a lakókra, akik ebben a közegben élnek 75-90 százalékát. Egyetlen élőlény sincs

AZ ÉPÍTÉSZET-BIOLÓGIAI EGYESÜLET 1. BUDAPESTI NEMZETKÖZI SZIMPÓZIUMA

ilyen mértékű pszichoszomatikus megterhelésnek kitéve, mint az ember a lakóhelyén. Ez túlzottan megterhelheti ellenálló képességét, regenerálódó és alkalmazkodóképességét, amely következményeként immungyengeség, allergiák és rák léphet fel. Az ENSZ megállapítása szerint a lakóhelyiségekben a levegőszennyezés a külvilágét lényegesen felülmúlja. Okként a mesterséges szigetelőanyagok, festékek, lakkok, hígítók, impregnálószerek, valamint a fal- és mennyezetborítások szerepelnek. A lakóhelyiségekben tapasztalható levegőszennyezés a modern építészeti módszerekkel kombinálva mélyen behatol a biológiai rendszerbe.

Az építészet-biológia azokat az elemeket tárja fel, amelyekből ezen hatások összetevődnek. Vizsgálatai kiterjednek a hely kiválasztásától kezdve, az előbb felsorolt, lakóhelyünkön található egészségre ártalmas anyagokon keresztül, az építés módjára, az építőanyagok milyenségére, radioaktív sugárzására, valamint a természetes kozmikus, illetve földszugárzások leárnékolásának kérdésére. Foglalkozik továbbá minden, lakóhelyünkön előforduló egészségünket és közérzetünket befolyásoló tényezővel, mint például az elektromosság kérdésével, a burkolatok, berendezési tárgyak elektromos feltöltődésével. Ugyanakkor megpróbál mind ezekben a kérdésekben alternatívákat nyújtani a modern építészeti eljárásokkal szemben.

„Egy az étellel tökéletesen összhangban lévő építészet felé”

„Századunk kezdetéig az építőanyagok 95 százaléka természetes eredetű volt, (például kő, mész, agyag, föld, gipsz stb.), vagy a fotoszintézis folyamat eredményéből adódóan például fa, növényi eredetű vegetális szigetelőanyagok, kender, nád, papír, hordalékos talaj stb., amik eredetüknél fogva fenntartották az otthon

terségeinek nélkülözhetetlen lélegző, átértesztő, felszívó, elnyelő, lekötő képességeit és biztosították azok természetes egyensúlyát.

Ma, az alkalmazott építőanyagok megközelítőleg háromnegyed része 'reflektor' visszaverő típusú: például a beton, vas, üveg valamint a szintetikus kémiai anyagok: polisztirol, pvc, műgipsz, stb. Tehát az ember biológiai kapcsolata a természettel megváltozott.

Az Építészet-Biológiai Egyesület szeretné felhívni a törvényhozók, gyártók, kivitelezők, felhasználók figyelmét, hogy szükséges a gondolkodásmód és a szokások megváltoztatása.

A svájci Építészet-Biológiai Intézet által kidolgozott módszer birtokában, s annak adaptálásával lehetővé válik, hogy az érdeklődő szakemberek posztgraduális képzés keretében sajátítsák el az építészet-biológiai ismereteket.”

Cservény Ferenc, az Építészet-Biológiai Egyesület elnöke.

Elektroszmog

„Elektroszmognak olyan levegőszennyeződések nevezünk, amelyeket elektromos vagy mágneses mezők és sugarak okoznak. Ezeknek a mezőknek és sugaraknak számos kiváltó oka van az iparban, a távközlésben, az irodákban és a háztartásokban egyaránt. Az Elektroszmognak az embernél különböző hatásmechanizmusa, például hő- és információs hatása van. Számos tanulmány szerint az elektromos és mágneses mezőknek egészségügyi kockázatai vannak, viszont ezek átfogó, oksági igazolása igen nehéz. Ennek ellenére van néhány tünet, amit elektromos és mágneses mezőkkel lehet összefüggésbe hozni. Az embernek emiatt árnyékolással és biztonsági távolság megtartásával kellene védekeznie az elektromágneses mezők hatásai ellen, azaz megelőző intézkedéseket kell hoznia.”

Dr. Varga András, bioklimatológus,

a Heidelbergi Egyetem professzora Dr. Varga András előadásában fényképekkel illusztrálta a rádiótelefon adók környékén legelő, illetve élő állatok utódain észlelhető fejlődési rendellenességeket.

Petőfalvi István geofizikus, környezeti orvossal foglalkozó előadásában többek között a Tapolcai barlangban végzett vizsgálatairól számolt be, amikor is a barlang kedvező hatásainak okát vizsgálták allergiás betegeknek. A betegekben a barlangi környezetben kiváltható volt az allergia elektromágneses térrel, a por mint allergén jelenléte nélkül is.

Az Autonóm Ház

Ertsey Attila építészmérnök az 1996-os Naturexpon felépített Autonóm Házat mutatta be. „Az Autonóm Ház egy lakóház modellje, felszerelve mindazzal a kényelmi berendezéssel, amellyel ma egy átlagos városi lakás - nem luxus szinten - rendelkezik. A ház minden centrális közmű- és energiaellátó hálózattól függetlenül működik, kizárólag a környezet megújuló forrásaira támaszkodva. A megoldások kiválasztása a 'szelíd technológia' követelményei szerint történt. Az Autonóm Házban az energiát napkollektorok és szélkerék szolgáltatják, valamint egy faelgázosító kazán, a szennyvizet nádgőképzésű tisztítással tisztítják, az angol WC helyét a komposztoló toalettel foglalja el, a ház vízigényét az esővízből fedezik. A bemutatott modell nagyban is működőképes. Burgerlandban, Ausztria legszegényebb tartományában sorra épülnek a falufűtőművek, amelyekben egy közösen működtetett nagy kazán, napkollektorok és fa segítségével az egész falu fűtés és melegvíz igényét kielégíti. Berlinben új lakótömbök létesülnek szelíd technológiákkal: háztömbön belüli gyökérszónás tisztítóval, esővízgyűjtéssel, stb. Ezek révén elkerülhetők újabb nagyberuházások: vízművek, tisztítók, erőművek.

A szelíd technológiák elterjedése

esetén nincs szükség új alaperőmű építésére, nagy külföldi tőke bevonására és további eladósodásra, új, gigantikus regionális szennyvíztisztítókra, új vízművekre. Kiszolgáltatottságunk a nemzetközi energia rendszereknek és az energia importnak folyamatosan csökkenni tud. A vezeték túlsó végéről zsaroló konzum alattvaló nekünk szánt szerepéből fogyasztó és termelő partnerré, tömegember helyett szabad, felelős személyiséggé válásunk újabb terepe nyílik meg.

Ezt a törekvést jeleníti meg ez Autonóm Ház.”

Zöld Államháztartási Reform

Ezekhez a gondolatokhoz kapcsolódik a Zöld Államháztartási Reform Javaslat, amely a környezet- és így az ember-barát ház közvetett vagy közvetlen állami támogatásával segíti elő az építészet-biológia célkitűzéseinek gyakorlati megvalósítását.

A zöld államháztartási reform bevezetése a skandináv országokban már néhány éve folyik. Svájcban 1997-ben dolgoztak ki vezető környezetvédő társadalmi szervezetek javaslatát a fenntartható fejlődés 18 tisztelettel álló vitairatát az alkotmány módosítása, az állami szerepvállalás újragondolása érdekében. Bár az építészet-biológia területén lemaradásunk komoly a nyugat-európai országokhoz képest, ahol átfogó szakirodalom, kiterjedt szakértői hálózat és jól ellátott szakboltok várják az érdeklődőket. Az építészet-biológia témához nem mindig szigorúan ragaszkodó szimpózium biztató kezdete volt hazánkban az építészet-biológia szélesebb körökkel történő megismertetésének.

Az Építészet-Biológiai Egyesület

székhelye: 1051 Budapest,

Nádor u. 23. Fsz. 4.

Tel./Fax: 1/302-8274

A FÖK (Független Ökológiai Köz-

pont) Internet adatbázisa:

www.foek.hu/korkep

A BauBioDataBank = világszerte

használt építészeti anyagok, építészeti

termékek adatbázisa, címmel,

szervezetek listájával kiegészítve.

Elérhetősége: E-mail: info@gibbeco.org

Weboldal: http://www.gibbeco.org

- Benda Judit -

Kelet-Faház Kft.

Miért éppen gerendaház?

Mert:

- Ember és környezetbarát.
- Jó hőszigetelő, így nagy melegben kellemesen hűs, télen pedig meleg a lakótér.
- A levegő mindig tiszta, nincsenek légzési nehézségek.

Megfelelő kezeléssel akár kétszáz évig is eltartanak.

Falvastagságtól függően lehet nyaraló, illetve lakóház.

- Energiatakarékos.
- Allergiamentes, kellemes otthont biztosít.
- A tervezéstől a kivitelezésig rövid idő szükséges.
- „Az a döntő, hogy megelégette-e az emberiség, hogy vasbeton dobozokba kényszerítsék?! Kívánja-e felfrissíteni kulturális hagyományait, igénye van-e a természetes fára, amely lélegzik és él?”

- Makovecz Imre -
építőművész

Bővebb
információért
hívja a
szerkesztőséget.

