

Kongresszus a járóbeteg szakellátásról

A Szakorvosi Védegylet április 8-án tartotta az évi kongresszusát a Budai Kongresszusi Központban. Számos érdeklődő volt jelen, sokan az ország távoli területeiről. A meghívott előadók közül néhányan azonban nem tiszteletük ennyire a hallgatóságot, és ígéretük ellenére nem jöttek el. Eljött viszont Dr. Csáky András, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának elnökhelyettese, Dr. Széld Zsolt, a Magyar Orvosi Kamara alelnöke, valamint Dr. Lehoczy Péter, az újonnan megalakult MOK Járóbeteg Szakellátási Szekció ideiglenes elnöke.

Szánthó András miután megnyitotta a rendezvényt, programpontokba szedve vázolta fel a Szakorvosi Védegylet Programját. A program ismertetése után írásvetítőn felvettette azokat a szempontokat, amelyek alapján a beszélgetés, vita megindulhatott.

Csáky András ezekre reflektálva elmondta, hogy forrásbővítés nélkül nehezen képzelhető el a továbbélés. Ehhez vagy járulékemelés, vagy az ÁFA törvény módosítása szükséges. Jelenleg szerint körülbelül 6 százalék a reális részesedési arány a GDP-ből, ez a környező országok egy részében is már magasabb, nem beszélve a fejlettebb országokról. Véleménye szerint legalább

8-9 százalék volna reális, ehhez 50 százalékkal kellene emelni a forrásokat.

A praxistörvény felemás ugyan, de letette az alapokat. Az önkormányzati törvény módosítása nélkül nem készülhet megfelelő törvény. Az ellátási kötelezettséget mindenképpen el kellene venni az önkormányzatoktól, mert ez a viták alapja. Ebben a harcban szerint a MOK komoly szerepet kaphat. A szakellátásban személyi jogú praxisjogot kell adni. Cél az, hogy a beteg legyen fókuszban, aki a lakóhelyéhez legközelebb kapja meg a minél véglegesebb ellátást. Jelenleg a szakellátásban komoly területi aránytalanság van, ezen változtatni kell. Ez valószínűleg komoly érdeklődelmeket, ennek hatásaként politikai reakciókat is ki fog váltani, hiszen az orvosok érdekvégyesítési képessége igen jó. A területhez kötött személyi jogot, a szükséges praxisszámot az adott terület morbiditási és mortalitási adatainak alapján kell megadni. Ez versenyhelyzetet fog teremteni.

A beruházásokat ésszerűen kell tervezni, mert például a Nagykőrösi Kórház felújítása két milliárd forintba került, pedig azon a területen több kórház található, tehát nem megfelelő kihasználtságú a kórház.

Az integrált intézmények alulfinanszírozott diagnosztikus egységekre támaszkodnak, ezek finanszírozását kellene rendezni.

Fókuszban a sürgősségi betegellátás

Lapunk kérdéseire Moro Ákos az Országos Mentőszolgálat Főigazgatójának munkatársa válaszol.

• **A kormányprogramot tanulmányozó és Dr. Gógl Árpád egészségügyi miniszter nyilatkozatait nyomomonkövetők gyakran hallhatják ezt a kifejezést: sürgősségi betegellátás. Hogyan halad a szóban forgó reformprogram?**

- A sürgősségi betegellátás fejlesztése több elemről áll. Az egyik aminek létrehozása kívül esik az Országos Mentőszolgálat hatókörén, az a kórházi sürgősségi betegellátó osztályok fejlesztése és működtetése. A másik, ami a lakosságot ugyancsak érinti - a orvosi ügyeleteknek a mentőállomásokhoz történő telepítése. A harmadik a földi és légmentés fejlesztése. Valamennyi részlem esetében, úgy a műszaki ellátottság (technika, kommunikáció stb.) mind a személyzet szakmai színvonalának emelésére nagy hangsúlyt fektet a program. Az orvosi ügyelet mentőszolgálathoz történő telepítésének elősegítéséhez az Egészségügyi Minisztérium a múlt év közepén pályázatot írt ki az önkormányzatok számára. Minden önkormányzat a Mentőszolgálattal egyeztetve adhatta be pályázatát, amelyhez mintegy 18 millió forinttal járult hozzá szolgálatunk. Ez azt jelenti, hogy ha egy önkormányzat 3.6 millió önrészt tudott felajánlani erre a célra, akkor mi ehhez 1.8 millió forinttal hozzájárultunk, saját működési költségvetésünk terhére. A pályázatokat lezártuk, most folyik a kapcsolattartás a nyertes önkormányzatokkal a fejlesztések megkezdéséről. Ezek nagy részét építészeti beruházások teszik ki, hiszen az ügyeleteken többnyire az infrastruktúrát kell megteremteni ahhoz, hogy az ellátás biztonságos módon történjen. Barcsan már befejeződtek az építési munkálatok. Mezőkövácsházán, Vasváron folyamatban van a megállapodás.

• **Az önkormányzatok megközelítőleg hány százaléka élt ezzel a lehetőséggel?**

- Pontos adatot nem tudok mondani, egyrészt azért, mert több helyen a feltételek sem adótlak, hiszen több mint 3000 önkormányzat működik, ezzel szemben az Országos Mentőszolgálat 198 mentőállomást működtet, másrészt azért sem, mert volt olyan önkormányzat, amely nem az Országos Mentőszolgálaton keresztül pályázott. Ez a pályázat azt is megragadta, lehet fokozni az önkormányzatok aktivitását. Az ösztönzés két oldalról jött. Egészségpolitikai szempontból a minisztériumtól, mi pedig piaci szereplőként léptünk fel és mértük meg magunkat, annak ellenére, hogy meglehetősen szűkösek a lehetőségeink. Ennek nyomán az is kiderült, hogy nem minden önkormányzat kíván velünk együttműködni. Tudnak, találnak más megoldást. Például a vállalkozói szférában. Meggyőződésünk: a program összességében javítja a betegellátás színvonalát. Az egészségpolitikát aktívan követő olvasók számára meglehetősen kusza a kép a praxisjog kérdésében, ahol sokak szerint sérül az önkormányzatiság, hiszen az alapellátás privatizálásával kezelhetetlenné válik a felügyeleti jog. Ugyanakkor az önkormányzatot egyértelműen minősíti, hogy mit tesz a területén élő állampolgárokért.

Bizonyára vannak érdekellentétek egyes önkormányzati szférákban. Szakmai meggyőződésünk szerint azonban, ha az ügyeleti szolgálatot társítjuk a mentési szolgálattal és ennek nyomán nagyobb biztonsággal folyik a sürgősségi ellátás, ez legyen akármilyen forma - az ottlakók érdekeit szolgálja. Áttételesen tehát a program megvalósítása a jól és hatékonyan funkcionáló önkormányzatiság kifejlesztése.

- folytatás a 8. oldalon -

Tíz éve a mentők szolgálatában

A Toyota Motor Hungary magyarországi értékesítési adatai: fennállása óta 9000 darab Hiace-t adott el „*Csúcsmegbízhatóság, elnyúlhatatlanság*” - a szakemberek szerint ezek kulcsszavai a Hiace modelleknek. Az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) tíz éve hirdetett pályázatot elavult gépkocsi parkjának megújítására. Az 1300 gépkocsi vásárlására kiírt tenderen 11 európai és távolkeleti gyártó közül végül is a Toyota került kiválasztásra. A Hiace modell kiváló műszaki paraméterei mellett nagy súlyt esett latba a típus közismert megbízhatósága, alacsony karbantartási költsége.

Az elmúlt tíz évben az OMSZ összesen 1245 Toyota Hiace mentőautót vásárolt. Ezek közül ma 1046 teljesít szolgálatot, ez a típus teszi ki a járműállomány 72 százalékát. A Toyota mentőautók összesen 350 millió kilométert teljesítettek a mentőszolgálat kötelékében és példásan bizonyították a Toyota járművek megbízhatóságát. A vásárlás első ütemében érkezett darabok közül ma már több túl van az ötszázezredik kilométeren anélkül, hogy nagy javításra lett volna szüksége.

Hogy mennyire strapabírók a Toyota Motor Hungary Kft által forgalmazott Hiace típusú mentőautók, azt mi sem bizonyítja jobban, minthogy a közelmúltban került sor egy Toyota Hiace kisbusz „megünneplésére”, mert 6 év

alatt egy millió kilométert tett meg jelentősebb javítás nélkül. A kishasznajárművet 1993-ban vette a tulajdonos - Pili Zoltán salgótarjáni személyszállító kisiparos - és a gépjármű ma is kifogástalanul működik. Véleménye szerint a siker titka: „*egy jó jármű, egy jó gazda és egy jó szervíz*”. Tájékoztatásként elmondta: az autó eladása óta 2200 nap telt el, az egy millió kilométerhez naponta 450 kilométert kellett megtennie 6 éven át. Vagy másképpen: 90 kilométer/óra átlagssebességgel számolva a jármű 15 hónapon át 24 órát ment. A kimagasló teljesítményen fellelkesülve megalakították az Egy millió Kilométeresek Klubját.

Az egyik ötszáz ezer kilométert futott Hiace motorját nemrégiben visszazállították a gyárba, hogy megvizsgálják a felújítás nélkül megtett futásteljesítmény határait - cserébe a Toyota Motor Hungary egy új motort adományozott az Országos Mentőszolgálatnak. A Toyota mentőautók üzemeltetését a szerelőknak tartott tanfolyamokkal, számítógépes alkatrészellátási rendszer bevezetésével, gyári célszerszámok biztosításával is segíti a Toyota Motor Hungary.

A tízéves együttműködés során jó kapcsolat alakult ki a Mentőszolgálat és a Toyota között. A kiváló együttműködést megpecsételte a gesztus értékű ajándékozás: a jubileumi ünnepségen a Toyota Motor Company egy Hiace mentőt adományozott az Országos Mentőszolgálatnak.

MEDICOR
KÉZIMŰSZER RT.

**KIVÁLÓ MINŐSÉGŰ
SEBÉSZETI ÉS FOGÁSZATI
KÉZIMŰSZEREK GYÁRTÁSA
ÉS FORGALMAZÁSA
VERSENYKÉPES ÁRON**

H-4032 Debrecen, Fűredi út 98.
Fax: (36-52) 520-581
Telefon: (36-52) 415-328
E-mail: medicorkm@mail.matev.hu

Az OEP ellenőrzési stratégiája

Az OEP ellenőrzési stratégiájáról, tipikus vizsszásságokról kérdezte a Látlelet - a 2000/4. szám-ban Donkáné Verebes Éva OEP finanszírozási főosztályvezetővel közölt beszélgetés folytatásaként - Dr. Somodi Zoltánt, az OEP Gyógyító-Megelőző Ellátási Főosztályának tanácsosát, aki maga is több mint egy évtizedet töltött el praktizáló gyermek-neurológus szakorvosként az egészségügyben.

- Az 1990-es évek elejétől végeztek bonyolult, kísérleti számításokat és elemzéseket arra vonatkozóan, amit senki sem tudott: mennyibe kerül egy beteg meggyógyítása és ennek milyen fázisai vannak? Több fázisra több pénz járna ugyan, de az elosztott keret adott. A szolgáltató két prés között van, egyfelől a finanszírozás, másfelől az orvosi felelősségvállalás oldaláról - fejtegette a szakember.
- A gyógyító intézményeket teljesítményük arányában finanszírozza az OEP, járóbetegknél a beavatkozások, fekvőbetegknél a diagnózisok alapján. Az ellenőrzéssel, mely az OEP joga, egyben kötelessége, az igazságos elosztást kívánja elősegíteni, a valós teljesítménynek nem megfelelő elszámolást megakadályozni, a szolgáltató szabályszerű működését biztosítani.
- Márpedig a tévedés lehetősége a szolgáltató részéről gyakran előfordul, akár a kórházi számlógépes nyilvántartás hibájából, akár a kórtörténet meghamisításából, kódolási szabálytalanságokból eredően. Tudni kell azonban, hogy a szabálytalan kódolás okirat-hamisításnak minősül! - fűzi hozzá a tanácsos.
- Az OEP ellenőrzési részlege közel egy esztendője működik az ország regionális felosztásának megfelelően szerveződve, melyben az alapszintet a megyei egészségügyi hivatalok ellenőrzési osztályai képviselik. Az OEP a progresszív betegellátás és minőségbiztosítás jegyében a régiók szerinti ellenőrzési terv alapján,

valamint spontán módon kezdeményez ellenőrzéseket. Fel kell ismerni az alapellátásban, melyek azok a vizsgálatok, amelyek háziorvosi szinten elláthatók, s mely esetekben kell továbbbábelni az ellátó rendszerben - fogalmaz meg Dr. Somodi Zoltán a progresszív betegellátás lényegét.

- Ide kapcsolódik a HBSC (homogén beteg csoport) meghatározása. A * - gal jelölt HBSC pedig a csak meghatározott, erre jogosult gyógyító intézményekben végezhető beavatkozásokra utal.
- A törvény szerint az orvos közfeladatokat ellátó, de nem hivatalos személy. E distinkció a paraszolvencia esetében nyer jelentőséget, hiszen utóbbi esetben vesztegetés állna fenn! A párhuzamosan végzett vizsgálatoknak a pazarlások megszüntetésével, jogkövető magatartással és megfelelő szakmai felkészültséggel lehetne elejét venni. Sajnálatszerű módon az orvosi tevékenység mintegy 70 százaléka adminisztrációval telik. Többet kellene áldozni a kórházi informatikai rendszerre - hangsúlyozza a tanácsos.
- Az OEP konkrét ellenőrzési tevékenységéről szólva Dr. Somodi Zoltán az 1999 októberében lefolytatott vizsgálatról szolt, amikor is az ágyszám csökkentés rendszere körüli anomáliákat tárták fel. Kiderült, hogy kialakult egy „top-lista” mintegy két tucat gyógyító intézménnyel. Szerepelt ezen a listán olyan fővárosi klinika, amely a szerződött betegágyakon felül 178 százalékot teljesített, s olyan kór-

ház, amelynek sebészeti osztálya 250 százalékos teljesítményt mutatott ki! Napirenden van a gomba módra szaporodó szubintenzív részlegek országos ellenőrzése is. Ezek ugyanis olyan beavatkozásokat jeleznek teljesítményként, amelyek az intenzív osztályhoz tartoznának. Meg kell határozni: mik a szubintenzív osztályok működésének szakmai kritériumai. Sok a gond az idegenrendészet hatáskörébe tartozó külföldiek, valamint a határ mentiiek - sürgősségi címen igénybevett - kezeléseinek finanszírozásával, a gazdasági, illetve a humanitárius szempontok figyelembevételével. A TAJ-kártya körüli visszaélések vizsgálata szintén az OEP hatáskörébe tartozik - sorolja a tanácsos - mivel egy, történetesen Mátészalkán fekvő betegnek csak is akkor vizsgálhatják Veszprémben a CT-jét, ha a TAJ-kártyáját „kölcsönadták”. Gyamira ad okot bizonyos beavatkozások kirívóan nagy száma. Előrendendő ilyenkor: a biztosított vagy az orvos kezdeményezésére történt az adott beavatkozás? (Gyakori ez például a női sterilizációnál.) A fogorvosi ellátásban a kiugróan magas pontszámok szintén ellenőrzést vonnak maguk után. A fogszabályozás kontrolljának történetesen nincs külön kódja, mert a fogszabályozás tartalmazza a kontrollvizsgálatot is, s ez viszárlásra ad lehetőséget, csak úgy, mint például a házi betegápolás időtartamának megállapítása, melynek eldöntése a házi-orvos hatáskörébe tartozik, s tudvalegőleg a fekvőbeteg-ellátás kiváltására szolt.

- Az ellenőrzés kezdeményezésének joga nem csak az egészség-biztosítónak, hanem a szolgáltatótis megilleti (önellenőrzés kérése, tisztázás céljából), s az OEP a beteg - például a kezelések árával kapcsolatos - panaszaiával foglalkozik - fejezte be Dr. Somodi Zoltán az OEP ellenőrzési rendszeréről szóló ismertetését.

- Szádvári Lilla -

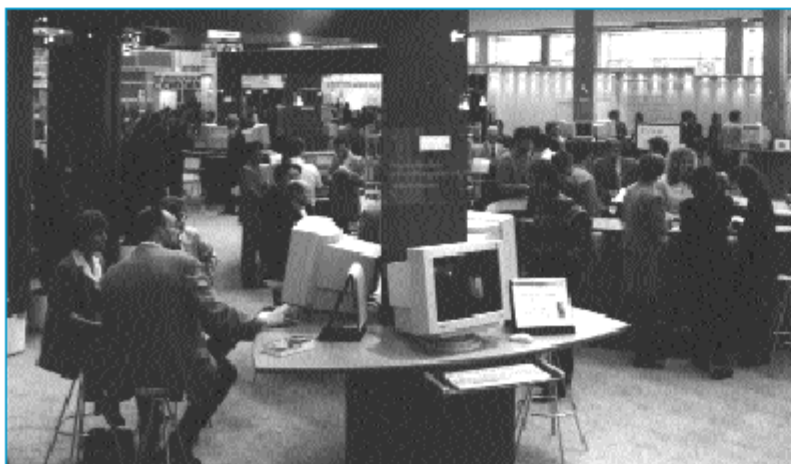
A szenvedés enyhítése a legalapvetőbb orvosi tevékenység

„Családtérápia és palliatív gondozás távoktatással történő képzés lehetőségei az egészségügyi és szociális szakmában” - elnevezésű nyílt szakmai napot tartottak az Egészségügyi Minisztériumban május 5-én. A rendezvényt - amely videókonferencia segítségével egyszerre három helyen zajlott (Budapest, Pécs, Gyöngyös), az egészségügyi miniszter nyitotta meg.

A szenvedés enyhítése a legalapvetőbb orvosi tevékenység - volt a mottója a rendezvénynek. Ahhoz, hogy minden orvosnak rendelkezésére álljon ez a tudás, a Pécsi Orvostovábbképző Intézet az Európai Unió támogatásával elkészített egy olyan távoktatási kiadványt, amelyből a családterápia és a fájdalomcsillapítás megtanulható.

„Az orvosi kezelés nem akkor ér véget, amikor kifogyunk a gyógyítás összes eszközéből. A palliatív terápia a betegek tüneti kezelését jelenti. A tüneteket akkor is lehet csökkenteni, amikor a beteget már nem lehet meggyógyítani. Jó példa erre az előrehaladott állapotú daganatos betegek fájdalomcsillapítása. Annak ellenére, hogy a gyógyulásnak már nincs esélye, a fájdalom csillapításával, megszüntetésével a betegek életminősége javítható, szenvedésük enyhíthető. A fájdalomon kívül sok más tünet is megkezelethető a betegek életét. Ilyenek például a hányinger/hányás, a bőrvizsketés, a csuklás, a nehézlégzés, a száj kiszáradása stb.” - olvasható a kiadványban.

- Eü. Sajtóiroda -



Május 16-18. között rendezték meg a Nürnbergi Vásárcsopontban az INTERFABE/HEALTHCARE Kórház, Rehabilitációs és Ápolási Szakvásárt.

Allergia

Népbetegség?!

Az allergiás ember legbőkebb időszaka a téli havas, hideg idő. A februári olvadással együtt azonban a természet szépségei mellett az allergiát okozó virágpor is megjelenik a levegőben.

A természet nem bír semmit a véletlenre, még a fagyok előtt felkészül a tavaszi szaporodásra. Melegedéskor a barka és rügy kezdeményeknek csak folyadékfelvételre van döntően szükségük. Ennek köszönhető a természet gyors tavaszi átalakulása.

Február végén a mogyoró, kissé később az éger barkái kezdik az allergiás tavaszt. Március-április a nyír, a magas körös és a nyárfák virágzási ideje. Ezek a szél beporzású csapadék és fák lombfakadás előtt virágnak, allergiát okozó hatásuk szerencsére össze sem mérhető a május-júniusban panaszokat okozó fű, még kevésbé az augusztustól októberig a levegőben jelenlévő parlagfű járványszerű hatásával.

Fontos figyelni rá azonban, mert pont a tél végi influenza járvány, illetve egyéb fertőző légúti betegségek szezonjával esik egybe, ami a panaszok felismerését nehezíti. Hasonlóan problémát okoz főleg a gyermekeknél az őszi közösségbe kerülési időszak. Ekkor találkoznak a gyermekek először, vagy újra a közösségre jellemző ott felszaporodó, fertőzéseket okozó mikroorganizmusokkal, de fontos tudni, hogy a szeptember-október ugyanakkor a parlagfű, a penészgombák mind a házpor atka allergiás szezonja is.

Az elkövetésben segít a panaszok - nátha, köhögés, szemgyulladás - láz nélküli fellépése - a szezonális, „előző években is pont ekkor voltam beteg”, - továbbá az allergia halmozott előfordulása a családban.

Több éve ismétlődő láztalan szezonális légúti panaszok esetén célszerű a kiváltó okok keresésekor allergiára gondolni.

KIVÁLTÓ OK FELKUTATÁSA

- Legfontosabb az allergén kutatási módszerek közül a páciens részletes kikérdezése. Kezdve a táplálkozási szokásaitól, a lakás-körülményein, átvészelt betegségein keresztül szokásain át egészen pszichoszociális körülményekig. Nem szabad az időt sajnálni rá. Sokszor a második, harmadik találkozásnál maga a beteg szánol be arról, kérdéseink hatására fedezte fel a kiváltó okot.
- Fontos még az előbbieken említett családi érintettség allergia tekintetében, felnőttek esetében a gyerekek panaszára is rá kell kérdezni!
- Az így kialakított elképzelést igazolandó vizsgálatok közül a legpontosabb és tudományosan más módszerek ellenőrzésére használt laboratóriumi technika a vérből történő allergén specifikus ellenanyag meghatározás (specifikus IgE, IgG). Magyarországon három féle elven működő meghatározási módszer érhető el az intézményekben. Ezek egymástól elvben nem, csak kis mennyiség kimutatásához szükséges erősítő technikákban térnek el. A legrégebbi a RAST technika, mely sugárzó izotóp segítségével mér, a legelterjedtebb a CAP, mely színreakció erőssége alapján határozza meg a vizsgált anyag mennyiségét. Elérhető még a CLAMAST technika, mely a ellenanyagok mennyiségével arányos fényreakciót mér. Vannak kislaboratóriumi körülmények között végezhető, de pontosságban az előbbieket nem utoléró egyszerűbb és olcsóbb módszerek: IgEQuick, INTEX.
- Sokak által ismert a karcolásos bőrpróba, mely gyors, kellően érzékeny módszer, a gyakorlatban a legelterjedtebb nemzetközileg is.
- Az elmúlt évek során terjedtek el úgyne-

vezett „szűrés nélküli” technikák. Egyes gyógyszerárakban, magán intézetekben, természetgyógyászati rendelőkben. Legismertebb közöttük a Vega teszt. Mérési technikájuk elméleti alapjai nehezen illeszthetők a hagyományos orvoslás gondolkodásába. Elfogadhatóságukkal szemben a legnagyobb gond a hagyományos módszerekkel történő összehasonlítás, illetve az esetleges összehasonlítás publikálásának hiánya.

- A feltételezett allergén elkerülése, emellett a panaszok enyhítése (viszáradása esetén romlása) az egyértelmű bizonyíték a valódi okra. A nehezen elkerülhető allergének esetén - például a virágpor - a panaszok összevetése a vizsgált pollen megjelenésével a részletes pollenjelentésben igazolhatja a körköt.

KEZELÉS - KÖRNYEZET

- Az allergén elkerülése már a kezelés első lépcsője is. Környezeti (nem mindig) alakoson belüli allergének kiküszöbölése: háziállat, toll, penészes falak; mennyiségük csökkentése: porfogó játékok, bútorok, drapériák kicserélése, gyakoribb takarítás megfelelő eszközökkel.
- Más gyakorlat javasolt virágpor allergia esetében: a közvetlen környezetet rendszerben tartása, fű nyírása, gyomtalansítás. Fontos a pollenek várható kiszabadulásának ismerete. Mind a hónapok, mind a napszak tekintetében. Az előbbiről pontos adatokat kaphatunk az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat rendszeres pollen-jelentéséből.
- A napszaki változásokra jellemző, hogy a reggeli és az esti köbméterenkénti pollen-szám alacsonyabb, mint a déli. Igaz ugyan, hogy jelentősen befolyásolja mindent az időjárás. Széles, meleg időben magasabb, kiadós eső után alacsonyabb a virágpor koncentráció a levegőben.
- Javítható a panaszos ember állapota megfelelő légtisztító berendezés alkalmazásával. Különösen ajánlott a módszer terhesek számára, akiknek gyógyszerelése a megszokottnál is nagyobb felelősséggel jár. Ősszel önmagában sokat segíthet házipor allergiás emberben a légtisztító. De nyáron a panaszos virágpor allergiásokat okozza még a nagy meleg is a csukva tartandó ablakok miatt. Esetükben a légtisztító kiegészíthető klíma berendezéssel is, természetesen ennek anyagi kihatásai is jelentősebbek.
- Sokan javasolják pácienseiknek a barlangterápiát. Ez azonban nem mindenki számára érhető el, de a biztosan tiszta levegő enyhülést adhat a szenvedő betegnek.
- Ajánlják még a lakásba telepíthető erősen párolgó sóoldatokat, aminek célja a helyi barlangi klíma kialakítása. Hatékonyságáról kontrollált munkák azonban még nem jelentek meg.
- Igazolt vizorít az úszás jótékony hatása. Elsősorban az asztmás betegek állapotát javíthatja, a kilégzés támogató mellkasra nehezedő nyomás, a medence körüli tisztábbnak vélt levegő és a légzéstechnikát javító rendszeres tréning miatt. Elsősorban gyermekek esetében igazolták hatásait a kisebb gyógyszerigény, és kevesebb hiányzási nap segítségével.
- Gyógytorna, légzőtorna a légzéstechnika javításával, légzőizmok tudatos átnozgatásával, kiegészítve relaxációs technikák valamely formájával jelentős javulást eredményezhet megfelelő szakember irányításával.

*

A felsoroltak is bizonyítják, hogy a medicalizált világunkban sem az első labor és a gyógyszer. A részletekbe menő kikérdezés, a klinikai kép folyamatos értékelése jelentősen csökkentheti a beteg terhelését és labor költségeinket, ugyanakkor a kezelésben a bonyolult gyógyszerelési technikák alkalmazása előtt, vagy velük együtt számos lehetőségünk van arra, hogy betegeink szenvedéseit enyhítsünk.

- Dr. Szánthó András
gyermek-tüdőgyógyász -

Dr. Ajkay Zoltán 1939-ben született többgenerációs orvos-családban. Nagypja egy ideig a mai Honvéd Kórház igazgatójaként, édesapja a Bajcsy Zsilinszky Kórház Gégeosztályának vezető főorvosaként dolgozott. Pályaválasztása az ötvenes évekre esett, de kisebb nehézségek árán sikerült a családi hagyományt továbbvinni - akkori döntése meghatározta későbbi életpályáját is. 1980-tól a Pulmonológiai Szakmai Kollégium tagja, 1994-től 2000. februárjában történt lemondásáig 1990-től a Közgylűlés MSZP Frakciójának vezetője, 1995-től a nagy múltú, jövőre jubiláló Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet igazgatója, ez év márciusától pedig a Kórházszövetség megválasztott soros elnöke. Ez alkalomból kértem, beszéljen eddigi pályájáról, az egészségpolitika általános, illetve aktuális kérdéseiről, a kórházról, amelyet igazgat.

• Az Ön családtörténete alapján talán kicsit erőltetett a kérdés feltevése: hogyan lett orvos?

- A kérdés csöppet sem erőltetett, mert noha a család és a kor, amelyben élünk erősen befolyásolja az ember életútját, mégis mindenkinek megvan a maga egyéni sorsa. Pályaválasztásom éppen az ötvenes évekre esett, amikor mi is rosszul éltünk, mint az ország. Édesapámat egyetemi magántanárként távolították el a Gégéklínikáról, és helyezték ki a kórházi SZTK-ba - 1991-ben, halála után 14 évvel rehabilitálták az egyetem kari tanácsa. Nem volt könnyű indulásom, annál inkább, mert az egyetemre akkor is többszörös volt a túljelentkezés. Első évben nem vettek fel, ezért az Országos Mentőszolgálatnál kezdtem dolgozni mentőápolóként a Markó utcában. Itt teljes képet kaptam a gyógyító munkáról, és egy kicsit az egészségügyet is megismerhettem alulnézetben. 1958-ban sikeres felvételem után, szép és hasznos egyetemi éveket követően szintén meghatározó volt ötödéves koromban TBC-s megbetegedésem, amikor emiatt meg is kellett szakítanom a tanulmányaimat. Ennek kapcsán a Szabadsághegyi Szanatóriumban, majd szlovákiai gyógykezelésben részesülve megismerkedhettem nem csak az akkori TBC-s megbetegedések ellátásával, hanem magukkal a betegtársakkal is, ami meghatározó élmény volt számomra. Ekkor dön-

„Jó ügyeket szeretnék szolgálni!”

(Beszélgetés Ajkay Zoltánnal, a Korányi Országos TBC és Pulmonológiai Intézet igazgatójával, a Kórházszövetség új elnökével, az újraválasztott pulmonológiai szakmai kollégium tagjával.)

töttem el, hogy tüdőgyógyász leszek. 1965-ben szereztem diplomát. Az egyetemről kikerülve megpályáztam több tanszéki, illetve klinikai álláshelyet, ezeket azonban nem nyertem el. Mégis, hiányszakma lévén el tudtam helyezkedni az Újpesti Kórházban. Itt 15 év alatt végigjártam a ranglétra összes fokozatát, a segédorvostól az osztályvezető főorvosig. Orvosszakmai munkámat a 80-as évek elejétől kezdve a Korányiban folytattam. Ennek két alapvető oka volt: egyrészt megszűnt az Újpesti Városi Kórház tüdőgyógyászati bázisa, másrészt pedig kapcsolatba kerültem az egészségpolitikával: szakszervezeti titkár lettem az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének Budapesti Központjában, ahol egy cikluson - 5 éven - keresztül én voltam a budapesti titkár. Itt figyeltek fel egészségpolitikai elképzeléseimre: 1980-tól feljártam a Korányiba, s közben a minisztériumban vezettem a kórházi osztályt. Büszke vagyok arra, hogy az ottani három évben a körülöttem kialakult magtagjai - hogy csak néhányukat említsem: Kökény Mihály, Csaba Károly a Fővárosi ÁNTSZ igazgatóhelyettese, Szilágyi István onkológus, vagy Bognár Ilona a Fővárosi Egészségbiztosító igazgatója, - a mai egészségpolitikában is meghatározóak. 1983-ban mégis a Korányit és teljes egészében a tüdőgyógyászati választottam, mert nehezen tudtam elviselni, hogy az egészségügyben mindig a pénzügypolitika volt és lesz a meghatározó. Másodfőorvos lettem a 14-es osztályon, s közben vezettem a Szervezési-

és Módszertani Osztályt. Később, 1986-ban pályázat útján nyertem el a 13-as Tüdő-Belosztály osztályvezetői állását, amelyet mai napig vezetek, s ahol elődöm Levendél László volt. 1987-ben prof. Schweiger Ottó igazgató úr megbízásából 1991-ben történt visszavonulásomig helyettes főigazgató voltam, majd 1995-ben szintén pályázat útján nyertem el a főigazgatói posztot.

• Maradjunk még kicsit a távolabbi múltban és az egészségpolitika területén: hogyan emlékszik vissza a hatvanas évektől kezdődő, tüdőgyógyászati értelem „leépítésre”?

- A szakma a hatvanas évek végétől kezdve már nem elsősorban a TBC-seket látta el, hanem az akkor már veszedelmesen emelkedő tüdőrákos eseteket, és az úgynevezett krónikus aspecifikus légzési betegségeket, mint amilyen az asztma, a bronchitisz, vagy a hörghurut.

A TBC-t fertőző népbetegségként fekvőbeteg intézetekben gyógyították, az új megbetegedések száma azonban húsz év alatt szerencsére csaknem a tízedére csökkent, ezért jelentős ágy-szám vált felszabadíthatóvá.

Számomra az egészségügy struktúraváltásánál, az ágyszámleépítésekénél emlékeztető volt, ahogyan az első és nagyon szeretett munkahelyemen végeztem. Abban az időben - ami nem válik különösebben a rendszer dicsőségére - az átalakult szükségleteknek megfelelően a váltások direkt irányításos rendszerben zajlottak: pénteken leszóltak, hogy hétfőtől kezdve a tüdőosztály nem működik, más profilra kell áttérni, a betegeket helyezték el különböző osztályokra, és fogadjuk be az új feladatot. Akkor egy ilyen váltást négy nap alatt fegyverzetten végrehajtottunk. A magyar egészségügynekerről a struktúraváltásról ma elég kevés szó esik, pedig ez is „modernizáció” volt a szó egyfajta értelmében. Ezalatt a 10 év alatt a korábban 16 ezer tüdőgyógyászati ágy lényegében 6 ezerre csökkent. Később, a kilencvenes évek elején lezajlott Mátraházán is egy drámai struktúraváltás. Egy jóhírű, elsősorban TBC-s betegeket ellátó szanatóriumban, amely már korábban átalakult modern diagnosztikai központtá, olyan módon végbevitt ágyzsáncsökkentéssel, amikor két éven keresztül a központi épületben a lépcsőház egyik oldalán üres traktusok voltak, a másik oldalon pedig folyt a pulmonológiai betegek ellátása! Kétségtelen, hogy a leépítések erőszakossága miatt voltak ezeknek a lépéseknek sokkoló vonatkozásai is.

• Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet jövőre 100 esztendő. Milyen múltat tekint vissza az intézmény és milyen profiljai vannak jelenleg?

- A szanatórium Budapest és Budakeszi határában a Pozsonyi-hegy lejtőjén terül el 12 katasztális holdon fekvő ősparkban. A század közepéig két szanatórium is működött itt: az 1902-ben Ferenc József által átadott Erzsébet Szanatórium és a Weiss Manfréd által építtetett szegénybeteg szanatórium, a mai „J” épületben. Régen a két szanatóriumot kerítés választotta el, amelyet a második világháború után elbontottak, ekkor lett egy intézménnyé. Amikor a Szegénybetegek Alapítványa kiválasztotta az építkezés helyét, gondos, településhigiénés szempontoknak feleltették meg, s az itt dolgozók mindig értékként kezelték a természeti környezetet is. Közismert, hogy az intézetet a híres Korányi család alapította, bútorait, személyes feljegyzéseiket ma is relikviaként őrzük. Az intézmény ma 680 ágyval működik. Ennek közel kétharmada pulmonológiai-tüdőgyógyászati ágy, 9 tüdőosztályunk működik, ez a fő profilunk. Többségben 40-50 ágyas osztályok, egy krónikus osztályt működtetünk a TBC-s betegek számára, akik közül a fertőző TBC-seket elkülönítjük kórházon belül a többi betegtől. A kiegészítő profilok a tüdőgyógyászati határterületet jelentik. Ilyen a mellkassebészeti, amely a maga 44 ágyával a legnagyobb hazai központ. Itt történik az országban a nagy mellkasi műtétek közel egyharmada, napi 6-8 nagy tüdőműtétet végeznek többnyire tüdőrákos be-

tegeken. Harmadik nagyon fontos profilunk a 3 osztályon, illetve részlegesen működő intenzívológia. Részben ellátjuk a posztoperatív betegeket, de van légzési intenzívum és kardiológiai őrzőnk is. A kiegészítő profilok területén 3 társosztályt működtetünk a határterületek beteginek az ellátására. Kardiológiai osztályunk, mely mindenben megfelel az Országos Kardiológiai Kollégium Székesfehérvárról is jól ismert ajánlásainak, 32 ágyon a koronária őrző mellett, azaz osztályegységben helyezkedik el, de van emellett általános belgyógyászati osztályunk és működik egy urológiai osztályunk is, amely régén az extrapulmonáris tuberkulózist, a húgyveszervi és nőgyógyászati TBC-seket látta el, ma pedig folyamatosan alakul át a profilja. Ez tehát az osztálystruktúránk. Ezen kívül a diagnosztikus szakmákat a speciális pulmonológiai radiológia, a patológia és egyéb laboratóriumok képviselik. Ezt a szervezetet kiszolgálja 110 orvosunk, akiknek közel fele tüdőgyógyász több más szakvizsgával. Közel 250 nővér dolgozik betegágy mellett, többnyire három műszakban, ami rendkívül megerőltető munka, de az intézmény missziós nyilatkozata magában foglalja, hogy az ápolást, gondozást tartjuk fő feladatunknak. Az időnkénti nővérhiányon sokat segít, hogy 120 fős nővérszállót működtetünk. Mintegy 120 asszisztens dolgozik a laboratóriumokban, akiknek egy része szintén speciálisan képzett szakember. 40 éves múltja visszatérítő körélettani osztályunkat a SEB professzora, dr. Kollai Márk és helyetteseként dr. Horvát Ildikó vezeti, akik jelenleg európai koordinációs központokkal együttműködő, a légzés élettanára irányuló légzéspatológiai vizsgálatokat végeznek különös tekintettel a szén-monoxid légzésélettanra meghatározó szerepére. Itt folyik a tüdőrákkal kapcsolatos szövettani és egyéb eljárásokon alapuló kutatómunka is, amelyekhez jóhírű gyógyszeráraktól kaptunk támogatást.

• Hogyan áll Magyarországon a légúti megbetegedések epidemiája?

- Tuberkulózisban az 1990-ig tartó nagyon gyors és jelentős javulás után egy átmeneti visszaesés következett be. A legalacsonyabb új esetszámmon 1989-ben mintegy 3500 új beteg formájában regisztráltak, s egészen 1995-ig jelentős szaporulat következett be, amely csaknem elérte ekkor a 4500 főt. Ennek az emelkedésnek a hátterében a rendszerváltást követő elszegényedés, a hátrányos helyzetű rétegek bővülése állt, s az ebben a körben megjelenő hajléktalanság, amely a TBC egyik alapvető rizikófaktor. 1996-97-ben a 4000 új betegből több, mint félezer volt hajléktalan. Az utóbbi 5 évben egy céltűz felkutatási munka eredményeképpen csökkent 300 körülre a számuk. Nőtt azonban sajnos a szenvedélybeteg, alkoholbeteg, drogosok, munkanélküliek körében megbetegedettek száma. 1995-ben ki dolgoztuk a TBC és nemzeti programunkat, s ennek eredményeképpen 2000-ig csökkentő arányú az új megbetegedések száma, ami évente most mintegy 4000 új beteget jelent. Sajnos az utóbbi húsz évben igazán nagy hatású antituberkulotikumot már nem fedeztek fel, azonban a meglévő gyógyszerek is elegendők az eredményes gyógyításhoz. Ezeknek a gyógyszereknek az ára akkor terhelő, ha rezisztencia alakul ki, és emiatt többszörös költséges kombinációkat kell adnunk. Szerencsére csak polirezisztens esetekben - ez 5-6 százalék - kell alkalmazni az ilyen költséges kezelést, amelyet a TB is támogat: ezeknek az eseteknek speciális HBCS-je van, amely jóval nagyobb pénzt biztosít a kórházaknak, mint a többinél. Ez a kérdés a tüdőgondozókban megoldatlan, ahol a már ambuláns továbbkezelt betegek esetében a gyógyszer a betegnek ingyenesen jár, de ezt a kórház rendelőintézetét biztosítja a saját költségvetéséből. Újabbán már a tuberkulózisnál is fenyegető a tüdőrákos epidémia, amely főként 60-70 éves korban szedi áldozatait. A tüdődaganatos megbetegedések száma az elmúlt 20 évben az országban megduplázódott. Számuk ma már 7000-re tehető, ami csaknem kétszer annyi, mint az új TBC-sek száma. Ez az emelkedés egyértelműen összefüggésbe hozható a dohányzási szokásokkal. 25-30 évvel ezelőtt nemek szerint jelentősen változtak a dohányzási szokások: akkor kezdett csökkenni a cigarettafogyasztás a férfiak és emelkedni a nők körében. Mi ezt a jelenséget két évtizedes latenciáidővel megfigyelhetjük tüdőrákosaink körében: két éve csökken a férfiak, s meredeken emelkedik azonban a tüdőrákos nőbetegek száma. Ezek kezelésében az életmentő műtét és a citosztatikumok azonban valóban költségesek. De sajnos ugyanilyen meredeken emelkedik az asztmás betegek száma is, egyre többen igénylik a tüdőgondozók segítségét ebben a vonatkozásban.

(folytatás a következő számban)
- Galgóczy Zsuzsa -

Rectodelt® Kúp

30 mg, 100 mg prednison

Rektális Szteroid Terápia

Hatékony gyors segítség otthon is!

Pseudocroup,
Obstruktív légúti,
Allergiás,
Gyulladásos megbetegedésekben

Afania Trade Kft.
1119 Budapest, Vihor ut. 1.
Telefon: 204-1560, Fax: 204-1572



2000. március 24-én a Glaxo Wellcome Kft. támogatásával a Nemzeti Sportcsarnokban rendezték meg az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény megjelenése utáni első nagy országos szakmai konferenciát. A konferencia fővédnökei dr. Oberfrank Ferenc az EM. közgazdasági államtitkára, dr. Kara Pál a BM. Önkormányzati helyettes államtitkára, és dr. Fodor Miklós EM. miniszteri biztos voltak. A konferenciát másnap pécsi helyszínnel is megrendezték. A háziorvosok és az önkormányzatok együtt tárgyaltak a közös, de eddig ellentétes oldalakról megközelített problémákról.

Dr. Oberfrank Ferenc bevezetőjében azt hangsúlyozta, hogy a hídépít és ha nem is értünk még a túlsó partra, de van már egy hídfeállásunk. A kétharmados törvény hiányában alkotott paragrafusokon ne bosszankodjunk, ne adjunk teret a zavarnak. A minisztériumnak bizalmi tökére van szüksége. Tudják, hogy egy jó ellátó rendszerben a hangsúlyt az *alapellátásra kell helyezni*. Aztis tudják, hogy a jó kommunikáció a társadalommal fontos. Tiszteletes partnerséget ajánlott. Kijelentette, hogy munkáját szolgálatnak tekint.

Dr. Fodor Miklós azt akarta tisztázni, hova is jutottunk el eddig. Egy év megfeszített munkája után derült ki, hogy rajtuk kívülálló okok miatt a privatizáció nem ért véget. Megoldást kellett találni az önkormányzati törvény változtatása nélkül is. Sülyponttá helyezte a törvényt. Nem vagyont privatizáltunk, hanem immateriális értéket materializáltunk. Ebben sem volt ellentét az önkormányzatokkal az elképzelés terén. Annál inkább a kivitelezésben. A cél az orvos kiszolgáltatottságának csökkentése volt - érte és a betegek érdekében. A másik cél az volt, hogy az önkormányzati felelősség megőrzése mellett a szakmai döntést egy testületnek adják. Ez a testület a MOK. Tudnivaló, hogy a jó működéshez plusz forrásokra van szükség. Kedvező esetek bizonyítják, hogy az önkormányzatok meggyőződtek a teljes privatizáció szükségességéről.

A működési jog kimondja, hogy *személyre szóló, vagyontörvényű, adható-vehető, folytatható*. Vagyontörvényű, mert meghatározott számú jog van, annyi ahány a törvény életbelépésekor kiadásra került. Nem lehet az „*utóóról bővítéssel bővíteni*” csak megvenni, vagy folytatni. Közben még egy garanciát építettek be: az önkormányzat nem köthet 5 évnél rövidebb szerződést. Szakmai kérdésekben csak a szakma dönthet. A működési jog visszavételét az önkormányzat csak kezdeményezheti. Új praxis csak akkor hozható létre, ha felnőtt körzetnél 1200, gyermek körzet esetén 600 kártya jut átlag minden praxisra a közigazgatási területen. Ugyanakkor új orvos, megfelelő előképzettség nélkül nem léphet be a rendszerbe. Cél az is, hogy a nyugalomban vonulós ne járjon nagy életszínvonal csökkenéssel, a fiatalokat viszont hitel segíti a joghoz jutáshoz. Szó volt arról, hogy a működésre vonatkozóztott életkor felső határát meghúzzák, de ez nem lett volna törvényes. Ezért a minisztérium az annyi is előírt orvosi vizsgálat kiterjesztésével próbál szabályozni. A kormányzat tudja, hogy az elmúlt ciklusban bekövetkezett 40 százaléknyi reálérték csökkenést előbb-utóbb pótolni kell. Hasonlóképpen az amortizáció is megoldásra vár. A jövő évi költségvetés ezt figyelembe veszi. Még egyszer ilyen reálérték csökkenés nem fordulhat elő.

A pénzügyi könnyítések közt szerepel a két éves kamattörlesztési halasztás, a plusz 18 százalékos felújítási forrás, az eddig működésre fordított pénz szabad használatára és az, hogy a privatizációs bevételekből ezekre a célokra is adhatnak összegeket. Mindent összevetve, ami eddig történt: „jó mulatság, férfi munka volt”, zárta szavait a miniszteri biztos.

TUDÓSÍTÁS:

ÚJ KIHÍVÁS: A HÁZIORVOSI TELJES PRIVATIZÁCIÓ - címmel rendezett országos szakmai konferenciáról

Ezután **Cyenes Géza** MOK főtájtár beszélt arról, hogy miként is fog működni a jog kiadása. A MOK e szempontból hatóságnak minősül. Az alapellátásban önálló tevékenység ezután csak működtetési joggal végezhető. Csak egy szabaddá vált jog kerülhet betöltésre. A jogok száma = a meglévő jogok + az engedélyezett új körzetek száma. Fiktív, praxis nélküli jog nincs! A szubjektív fogantatású túllapásokkal szemben a MOK felléphet. A jog csak személyesen gyakorolható. Nem dolgoztathatók úgynevezett bérabszolgák. A jog átadásának legkulturáltabb módja a rezidens alkalmazása. Mivel ez a jogszabállyal ellentétes, a kérdést a főtájtár az államtitkár figyelmébe ajánlotta.

A jogszerzés jogcíme: alanyi jogon (területi kötelezettséggel vagy nélkül); elidegenítés útján; folytatással; új körzet létesítésével.

A jogért a Megyei Orvosi Kamarához kell fordulni. Az elnökök alapos kiképzést kaptak a jogosultságról. Szükséges a MOK tagság, a működési nyilvántartásba vétel, valamint a megfelelés az alkalmassági feltételeknek, ne legyen jelen kizáró ok (mint például más jog van már, vagy például 5 évnél rövidebb ideje vesztette el jogát), kötelező nyilatkozatok aláírása stb. A MOK soha többet nem fog kétszer bekérni adatot.

Elidegenítésről tárgyalni előzetes kamarai nyilatkozattal érdemes. Az ár magántulaj. Folytatásra is csak háziorvos alkalmas, ha ilyen utód nincs akkor a jog elidegenítése kötelező. Új körzet esetén két önkormányzati nyilatkozat kell. Az egyik arról, hogy a körzet betölthető, mert betöltetlen volt vagy új, és a másik az alkalmazási szándék, - hogy a kolléga tárgyalóképes lehessen. A működési jog visszavonása MOK feladat. Akkor lép életbe, ha a MOK olyan információkat kap, hogy ezt kell tennie. Csak az ÁNTSZ és az OEP kérhet ilyet. Az ÁNTSZ akkor kérheti, ha a kolléga 3 év alatt egynél többször nem hajtotta végre határozatait. Az önkormányzati vagy OEP szerződés visszavonása még nem egyenlő a jog visszavonásával.

Tudnivalók az érdekelteknek: területi kötelezettség nélkülük kérhetik a MOK-nál a hatósági igazolványt. A területi kötelezettséggel bíróknak csak elidegenítés esetén lehet szükséges az igazolás megszerzése, de ez az első évben csak kivételes helyzetekben fordulhat elő. Minden esetben kell az orvosi vizsgálat. Erre a megfelelő intézkedést kijelölése megtörténik. Sajnos sarcot, 8.000 forintot kell érte fizetni, ami nem vető fényt az egészségügyre.

A jog mindenféle megszerzése a kamarán át történik, a helyettesítéshez is a kamarára ad engedélyt. Minden esetben adva vannak a szokásos fellebbezési lehetőségek. Ezt követően **dr. Kara Pál** a BM. önkormányzati helyettes államtitkára beszélt. A kérdés egymillió állampolgár és alkotmányos jogot érint, kezdte szavait. Ezután az alaptörvényeket és feladatokat sorolta fel. Az ellátásért felelősökkel az állam együttműködik. Az önkormányzatoknak ezután is kötelező feladata az egészségügyi és szociális ellátásról való gondoskodás. 1992-től a feltételeket és eszközöket kellett biztosítani. Közben már csak 17 százalék közalkalmazott orvos maradt. A változás meggyőződés szerint eredményekkel járt. Jönnek tarja a közelítésszám szabályozása adta védelmet. Az alkalmas orvost az önkormányzatnak kell kiválasztani. A minimum 5 éves szerződés nem zárja ki a határozatlan időre kötött szerződéseket. A teljes privatizálás nem jelentené azt, hogy az ellátási kötelezettség nem az önkormányzaté. A bonyolult helyzetek miatt megfelelő jogi technikák kellene. Az önkormányzat a rá háruló kötelezett-

ségek miatt biztosítékokat kell kiköszön. Annak idején a funkcionális privatizációt is rosszul fogadták az önkormányzatok, helyesebb egy jogszabálynak megadni az esélyt. Végül az egész magyar lakosság érdekében kívánt siker. Ezt követően a szponzor cég képviselője beszélt. Jelszavuk: együtt a háziorvosokkal. Az ÁNTSZ képviselőjében **dr. Kovács Attila** országos helyettes tisztifőorvos tartott előadást. Elmondta, hogy az orvosi vizsgálatra egy év áll rendelkezésre. Most esedékes a kamarai működési engedély megszerzése és ugyanakkor a MOK részéről a működési jog megküldése. 2001 január 01-től lejár a megkötés és a jog eladhatóvá válik. Közben a minimum feltételeknek teljesülniük kell. Az ideiglenes engedélyek visszavonásra kerülnek, de az építészeti okok miatt fenntartások 2005 szeptember 30-ig meghosszabbítottak. Nem kell félni attól, hogy az ÁNTSZ viselkedése megváltozik. Nem lesznek szigorúbbak, de a jogszabályok betartását megkövetelik. Az ÁNTSZ szolgáltató hatóság szeretne lenni.

Dr. Hargitai Mária, a minisztérium Egészségpolitikai Főosztályának vezetője elmondta, hogy az ördög a részletekben bujkál. A cél az orvosok helyzetének stabilizálása volt. Nem az a kérdés, hogy mi nem sikerült, hanem az, hogy mit sikerült a törvénybe beírni. Rövidesen megjelenik egy szabálykönyv.

A konferencia legizgalmasabb hozzászólása következett ekkor. Dr. Koncz József a minisztérium Jogi és Közigazgatási Főosztályának főosztályvezetője beszélt. „3 paragrafus kevés és sok is egyszerre. A magyar joggyakorlat nem egységes”, mondta. Az alapidokumentumok a Magyar Közlöny 12. és 16. számán. Több teendő a praxisváltás esetén van. Sajnos az első jogadományozása nem igazságos. Itt 30 év annyi éret, mint 1 nap. A jogot az akadályoztatottak is megkapják. A nyugdíjba készülő is megkapja, ha szerződéses jogviszonyban van még. Az önkormányzat-háziorvos viszonylatban nincs semmi változás és mégis bonyolult a helyzet. Amikor tárgyalnak a 3. paragrafus 1. bekezdése sokat mond.

A jog átadásakor tudni kell, hogy milyen a kereslet, a tárgyaló partnernek legyen kamarai nyilatkozata arról, hogy megfelel a feltételeknek, az eladással azt is tudni kell, hogy itt nem a praxist adjuk el. Egy átalány jogot adunk át, amivel bárhol jogot lehet gyakorolni. Tehát nem a praxis, hanem a működtetési jogunkat adjuk el! A szabad orvosválasztás megilleti a polgárt. Nem ültethetünk a beteggel. Ha az eladó és az új orvos valamint az önkormányzat megegyeztek, akkor már a praxist adjuk el. A jog ára alacsony lesz, mindenki a praxis értékesítésére fog törekedni. Erre a rezidens módszer nem rossz. A személyes kapcsolatot igen fontos lesz. Az önkormányzat így hirdethet: „személyi joggal rendelkező háziorvost keresek”. Sok a tartósan üres körzet. Ez a rendelet gyenge pontja, mert az ezekbe belépő és így jogot nyert orvos onnan bármikor tovább állhat a joggal. A nyugdíjba vonuló orvos, ha van jogra alkalmas, de utóddal nem bíró gyermeke, ne adja át a jogot annak csak halála után, mert ha a gyermek hal meg előbb, a család számára elveszett a jog. Persze az sem biztos, hogy az önkormányzat a leszármazottat alkalmazza. A december 31-ig tartó eladási tilalom egy modern röghözkötöttség. A jogot a közalkalmazott orvos is megkapja.

A 400 területi kötelezettség nélküli jogosult pályázhat területi kötelezettséggel járó körzetre. A rendszer tehát nem átjárhatóan. Vannak beépített szankciók is. A jogot

valahol meg kell szerezni. Ilyen lehetőség az új körzetek létrehozása. Évek óta üres 60-70 körzet. 6 hónap után az oda pályázók is jogot kaphatnak. Ha így bekerültek, továbbállhatnak. Ne feledje senki, hogy egyben potenciális jog elvesztő is. A működési jog megszerzése nem lehet rosszsziszemű. Egészségügyi alkalmatlanság miatt is visszavonható a jog, de ilyenkor értékesíthető. Az árakat a piac fogja diktálni. Személyhez kapcsolódó vagyontérkép jogról van szó, bérabszolgát nem dolgozhat csak ellenőrzés alatt.

Dr. Hargitai Mária szövezt ismét. Újra hangsúlyozta, hogy az orvosok helyzetének stabilizálása volt a cél. Elmondta, hogy a duális finanszírozásban nem történt semmi félé változás.

A következőkben **dr. Ivády Vilmos** mondta el a hitelfeltételekkel kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat. Ezután **dr. Csabay László** - a konferencia levezetője - tartott kitűnő előadást: „A privatizáció hatása a családok egészségügyi ellátására”. Címmel. Néhány gondolat az előadásból: Ha nem saját a praxis, nincs motiváltság a fejlesztésre. Van forrás hitelre és nincs forrás ennek kifizetésére. Adott praxis működési jogát kellett volna megkapni. Sokak szerint nemzeti ajándék, mások szerint tapasztalat tőnő sebre. A kártya nem adható el. Mit is adunk hát el: a támogatást, hogy az utódot bevezetjük az önkormányzati körökbe, segítséget adunk a páciensek megtartására. Erre a párhuzamos munka jó. Mobilitás van. A rossz praxis elhagyható. Szerződés újításkor az önkormányzat azzal szerződik, akivel akar, tehát nem annak adjuk el akinek akarjuk, hanem annak akinek az önkormányzat engedi. Hiteltől kell megvenni, ennek törlesztésére pénz kell. Felhasználható erre a paraszolvencia de a kezdőnek kevés van és egyáltalában visszaesőben van. Tisztázatlan a szűrés kérdése is. Jelenlősen összevarták az orvos-beteg viszonyt is. Az ellátási kötelezettség az önkormányzaté. Gyakran egészségügyön kívüli munka kell a forrásbiztosításra. Szükséges: amortizáció; önkormányzati törvény módosítása; kötelezni őket a vagyon átadására. Ha a helyzet konzervatívodik a pályakezdők törlésének Túlélésükkel foglalkozni kell. A szűrésre nincs forrás. A pácienseket is motiválni célszerű, kedvezményeket kell kötni a szűrésekhez. Fontos az egészségügyi nevelés a tv, a sajtó szerepe. A privatizáció eszköz és nem cél. A cél a családok jobb ellátása.

FÓRUM

A fórum kemény vitával kezdődött. **Cyenes Géza** kijelentette, hogy a MOK mint jogalkalmazó nem köteles a jogértelmezőkre hallgatni. Arra kell figyelni, hogy amikor a törvényt alkotják, volt egy szándék. Most egyszerre kiderül, hogy a jog nem kapcsolódik a praxishoz? A félreértelmezés ellenére a MOK megvédi tagjait. Vigyázni fognak arra, hogy ne szülessenek fiktív jogok bár azt nem akadályozhatják meg, hogy a háziorvost kirúgják. Azt mondják, hogy az önkormányzatnak semmi sem tiltható meg. A MOK, ha akarja megteheti. De ha az orvostársadalom nem gyakorol önmérsékletet, akkor minden papír semmivé válhat. A nagy zavart okozó fiktív jog bevezetését a MOK megakadályozhatja. Ezt a törvény nem tiltja. Az önkormányzat számára a MOK garantálja a megfelelő szakembert.

Dr. Koncz József Kilényi idézetre hivatkozott: „az új jog egyországos horogszegedély”. En megmondtam, hogy mitől óvakodjanak, egyébként azt tesznek amit akarnak, ha azt hiszik, hogy rosszat akartam, én távozok. Szándékaim tisztességesek voltak. (Ekkor a

főosztályvezető úr elhagyta az emelvényt, ahova csak később - a fórum kérdéseire válaszolni - tért vissza, felkérésre.)

Dr. Hargitai Mária is kijelentette, hogy választ óhajt, különben maga is távozik. A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos felvetésre elmondta, hogy az egyértékes valóban semmi sem motiválja, viszont a szűrésért fizetnek, mert az ára benne van a kártyapénzben. Hangsúlyozta, hogy nem az orvost, hanem a beteget kell motiválni. Ittélünk oka, hogy a törvény elfogadásának nem voltunk részesei. Ezután kérte, hogy tegyék felre az indulatokat.

Dr. Csabay hangsúlyozta, hogy mi nem a minisztérium képviselőin kérünk számon valamit.

Ezután következtek a tulajdonképeni válaszok:

- Az önkormányzatok gondoskodási kötelezettsége megmarad.
- Az ideiglenes ÁNTSZ engedély, ha a praxis nem a mienk, nem minket sújt.
- Az orvosi vizsgálatok helyére az országos főintézet főigazgatója adta a javaslatot. Más javaslat is szóba jöhet.
- A jelenlegi szerződések érvényesek. Nem kell újra szerződni.
- Közben Koncz főosztályvezető figyelmeztetett arra, hogy figyeljünk, mert a jogszabályok végén levő rendeletek foglalkoznak a jellel. Maga a jogszabály a jövőt szolgálja.
- Ha a vállalkozási forma változik, új szerződés kell, s ilyenkor az önkormányzat azt megtagadhatja.
- Az önkormányzat által kérhető rezsi átalánydíj összege nincs meghatározva. Annnyit kérhet, amennyi nem lehetetleníti el a tevékenységet.
- Az utóddal kötendő szerződést az önkormányzat indoklás nélkül elutasíthatja.
- Ha jelöltünk 6 hónapig visszadobja, utána azt hozhat oda, akivel akar. Tehát a hat hónap akkor kezdődik, amikor a körzet megüresedett. Más vélemény szerint, ha a jelölt egyébként alkalmas volt, akkor a hat hónap újra kezdődik. Az önkormányzatnak persze itt van egy politikai felelőssége. Nem maradhat ellátatlan a körzet.

- A közigazgatási hivatall felléphet a törvényértő önkormányzattal szemben, de csak bírói úton.
- Aki a kötelező továbbképzésnek nem tesz eleget, kikerül a nyilvántartásból, tehát nem dolgozhat. Az ötévenkénti továbbképzés a nyilvántartásban maradás tartós feltétele. A fellebbezésnek halasztó hatálya van.
- Nincs lehetőség az örökös végrendelet megjelölésére.
- Rendelő és lakás építésre a felsorolt hitelek nem használhatók.
- A tartósan ellátatlan körzet valóban befelé működő szelep lehet a rendszerbe.
- A szerződés lejártakor az önkormányzat azzal szerződhet, akivel akar.
- Teljesítményarányos finanszírozás lehet, hogy lesz, ha forrás is lesz hozzá.
- Az alkalmassági vizsgálat 8000 forintját a MOK nem vállalhatja át. Az üzem-orvosok nem lobbiztak ennek megszerzéséért. Persze az orvosok megérdemelnének ennyi kedvezményt.
- Ahol több orvos dolgozik, valószínűleg a közös privatizációt fogják preferálni. Ha az egyiket engedélyezi az önkormányzat, a másiknak új rendelt kell adnia.
- Az önkormányzatok helyi rendeleteiben benne kell lennie az orvosi rendelőnek is. Ha nem került be, akkor módosítani kell. Céltól rendelt vagyontól van szó. Céltól pedig nem privatizálható, csak az a célra használó egyén által.
- Helyettesíteni csak az egyébként háziorvosságra jogosultak alkalmasságát. (Nem kell jogtulajdonos legyen.) A központi ügyeletben az idén még elég az orvosi diploma, jövőre már életbe lép a megszerző rendelkezés.
- A függőben levő orvosok sorsát (tehát a működtető jog megszerzését) az dönti el, hogy a rendelő életbelépésének napján szerződésük érvényben volt-e még. Ha az úgy a bíróságon van, akkor ott döntenek róla.

A konferenciát másnap Pécs városa is vendégül látta

- dr. Szász István T. -

NEUROPATHIA - IDŐBEN NYAKON CSÍPHEŐ?

Az α -liponsav adásának jelentősége a diabéteszes eredetű, kezdődő perifériás polyneuropathiában

Összefoglaló:

A szerzők egy 1-es típusú diabetes mellitusban szenvedő, jól kontrollált szénhidrát-anyagcseréjű, de kezdődő polyneuropathiás panaszokat, tüneteket mutató páciensük esetét ismertetik, elemzik.

A betegnél az α -liponsav adása egyértelmű, mérhető javulást eredményezett, ami arra int, hogy a kezelőorvosnak a neuropathia első jeleire is fel kell figyelnie, és megfelelően be is kell avatkoznia, amivel a páciens életminőségét feltétlenül javítani tudja, és talán a kórfolyamat előrehaladását is lassíthatja.

Kulcsszavak: polyneuropathia, α -liponsav, Thiogamma

Bevezetés

Köztudomású, hogy a diabetes mellitus egyik leggyakoribb szövődménye a polyneuropathia, melyet sajnálatos módon sokszor nem ismernek időben föl, holott erre a célra egyszerűen és

- aminek ma különös jelentősége van - olcsón kivitelezhető vizsgálati technikák állnak rendelkezésre (ilyen például a 128 Hz-es Rydel-Seiffer-féle kalibrált hangvillás vizsgálat, a cardiovascularis reflexteszt stb.).

Ennek a ténynek kettős jelentősége van. Az első az, hogy a neuropathiák (és különösen a szenzoros neuropathiák) döntő mértékben befolyásolják az érintett betegek életminőségét (1) - példaként gondoljunk csupán a diabétesz láb kialakulásának kórfolyamatára és ennek az életlehetőségeket, illetve az életkialakításokat rontó hatására. A másik, az előzővel persze szorosan összefüggő, nagy jelentőségű vonatkozása a neuropathiáknak a következtükben megjelenő újabb és újabb funkciókárosodások és ezek hihetetlen kezelési költsége, amely óriási terhet jelent hazánk amúgy is komoly gondokkal küzdő egészségügyi ellátórendszerének.

Az előbbiekből következőleg - figyelembe véve a diabetes mellitus nagy gyakoriságát - a polyneuropathia betegség megelőzése és kezelése hangsúlyos feladat az orvos számára. Az 1948-ban felfedezett, és ma már természetesen

Magyarországon is hozzáférhető α -liponsav (Thiogamma, Wörwag Pharma) biokémiai szerepéről és a terápiában való alkalmazhatóságának patogenetikai háttéréről e cikkben szükségtelen részletesen szólnunk, csupán néhány kulcsszóban utalunk ezekre a kérdésekre, az egyébként bőséges irodalmi forrásanyag említésével.

Az idegrendszeri szövődmények kialakulásában nagy az oxidatív stressz szerepe (2, 3); a hyperglykaemia következtében előtérbe kerülő anyagcsere-mechanismusok (poliolút, fehérjeglizoziláció, glükózaautooxidáció) az oxidatív stressz fokozódását jelentik (4); az α -liponsav mint a Szent-Györgyi-Krebs-ciklus egyik enzimének kofaktora kísérleti körülmények között növeli az idegek ingerületvezetési sebességét, fokozza az endoneurális véráramlást és a glutathionszint (redox rendszer!) normalizálódásához vezet (5).

Az α -liponsav hatásosságát a perifériás szenzoros neuropathyára az ALADIN tanulmány bizonyította (6).

ESETISMERTETÉS:

T-né B. A. 30 éves nőbeteg

5 éve ismert 1-es típusú cukorbetegsége. Osztályunkon két éve áll folyamatos gondozás alatt. Jelenlegi inzulinterápiája: reggel 8 E Actrapid és 6 E Insulatard, délután 4 E Actrapid, vacsorakor 4 E Actrapid, lefekvéskor 6 E Insulatard penfill insulinnal.

Vércukrárt otthonában rendszeresen ellenőrzi D-Cont Cabrio vércukormérőjével. Háromhavonta rendszeresen kontrolláljuk vércukorértékét, HgbA_{1c}, koleszterin, triglicerid szintjét és vérnyomását. Szemészeti, angiológiai és neurológiai szövődménye ez idáig nem igazolódott.

Múlt év novemberében a rutin kontroll vizsgálat során jelezte a bal lábfej és lábujjak zsibbadását. Az ekkor elvégzett hangvillavizsgálat a bal lábon 4-es, a jobb lábon 5-ös értéket mutatott. A végtagok perifériás erei jól tapinthatóak voltak, angiológiai vizsgálat érszövődményt nem igazolt. Neurológiai vizsgálat reflexkiesést nem észleltünk.

Anyagcsere-paraméterei közül: HgbA_{1c} értéke: 6,3%, koleszterin: 5,7 mmol/l, triglicerid: 2,1 mmol/l értéket mutatott. A tudás testsúlya 70 kg,

testmagassága 170 cm, BMI: 24,2 kg/m².

Egy hónapon át napi 600 mg Thiogamma filmtablettát szedett. A kúra befejeztével a kontroll hangvillavizsgálat a bal lábon 5,5-ös; a jobb lábon 6-os értéket adott, és a beteg zsibbadásos panaszai is megszűntek. Anyagcsere-paraméterei lényegesen nem változtak, szénhidrát-háztartása továbbra is egyensúlyban volt.

MEGBESZÉLÉS:

A diabéteszes neuropathiák nagyon gyakori elváltozások, és ennek a ténynek messzemenő anyagi és emberi következményei vannak.

Vizsgálati eredményeink azt mutatják, hogy egy diabetes mellitusban szenvedő beteg kezdődő neuropathiás tünete, panaszai hatásosan kezelhetők a Thiogamma 600 terápiás alkalmazásával.

Fontos, hogy az eredményesség, valamint a napi egyszeri adagolási orális készítmény alkalmazása a beteg együttműködési hajlandóságát is nagyban támogatja.

Komoly, még tanulmányozásra váró kérdés, hogy az idejekorán elkezdett kezelés a perifériás idegkárosodáshoz vezető kórfolyamat egészét milyen mértékig képes lelassítani, megállítani. Ez fölveti az α -liponsav profilaktikus felhasználhatóságának, a profilaxis eredményességének kérdését is.

Irodalom

- Boulton AJM: The pathogenesis of diabetic foot problems: an overview. Diab Med. 1996; 13 (suppl. 1): 12-16
- Giugliano D, Ceriello A, Paolisso G: Oxidative stress and diabetic vascular complications. Diab Care 1996; 19: 257-267
- Low PA, Nickander KK: Oxygen free radical effects in sciatic nerve in experimental diabetes. Diabetes 1991; 40: 873-877
- Cameron NE, Cotter MA: The relationship of vascular changes metabolic factors in diabetes mellitus and their role in the development of peripheral nerve complications. Diab Metab Rev. 1994; 10: 189-224
- Nagamatsu M, Nickander KK, Schmelzer JD, Raya A, Wittrock DA, Tritschler H, Low PA: Lipoic acid improves nerve blood flow, reduces oxidative stress and improves distal nerve conduction in experimental diabetic neuropathy. Diab Care 1995; 18: 1160-1167
- Ziegler D, Hanefeld M, Ruhnau KJ, Meibner HP, Lobisch M, Schütte K, Gries FA, The ALADIN Study Group: Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the anti-oxidant α -lipoic acid: a 3 week multicentre randomized controlled trial. Diabetologia 1995; 38: 1425-1433

- dr. Bandur Szilvia, dr. Kovács András -

Pest megyei Flór Ferenc Kórház
IV. Belgyógyászati Diabetológia
2143 Kistarcsa Semmelweis tér 1.
osztályvezető főorvos: dr. Kovács András

MELLÉKLET

Táblázat: A vizsgált paraméterek változása a kezelés végre

	A Thiogamma bevezetésekor	A kúra végével
Vérnyomás	130/80 Hgmm	125/70 Hgmm
BMI	24,2 Kg/m ²	24,4 Kg/m ²
Hangvillavizsgálat	B.o.: 4 J.o.: 5	B.o.: 5,5 J.o.: 6
HgbA _{1c}	6,3%	6,4%
Szérumvércukorszint	5,4 mmol/l	6,2 mmol/l
SGOT	14 U/l	16 U/l
SGPT	13 U/l	17 U/l
GGT	24 U/l	28 U/l
Kreatinin	75 μ mol/l	82 μ mol/l
Hemoglobin	131 g/l	138 g/l
Vyt-szám	4,32 T/l	4,28 T/l
Összfehérje	75 g/l	80 g/l
Szérumbilirubin	11 μ mol/l	8 μ mol/l
Szérumkoleszterin	5,7 mmol/l	5,9 mmol/l
Szérumtriglicerid	2,1 mmol/l	2,0 mmol/l
Szérumhúgysav	170 μ mol/l	194 μ mol/l

Gondolatok a járóbeteg ellátásról és annak privatizációjáról

Az egészségügyi reform prioritásai között legelső helyre kívánkozik a járóbeteg szakellátás súlyának növelése minden eszközzel. A folyamat következetes végig vitele számos, sok éve égető problémára ad választ.

Sok a szakorvos Magyarországon. A kórházakban, osztály-ambulanciákban, illetve önálló szakrendeléseken dolgoznak, létük a mai magyar egészségügy egyetlen humán erőforrás aránytaláné. Gondos bánásmódot igényel. Az érdekviszonyok alakításával az itthoni hagyományokon alapuló betegközeli szakellátás hozható létre, ami a tapasztalt kórházi szakorvos egyik jelentős életútja alternatívájává kell, hogy váljon a jövőben. Míg a kórházban defenzív döntési helyzetben és zavaros érdekviszonyok között utalványozó tollát szinte semmi sem akadályozza, az önálló praxisban, korlátozottabb eszközökkel, sok éves tapasztalataira támaszkodva, a betegért - a közelség miatt - lényegesen jelentősebb felelősséget vállalva próbálhat meg gyógyítani. Különösen, ha ehhez financiai érdeke is társul. Lehet terv a szakorvosi létszám csökkentése, de azt a graduális és posztgraduális képzés korlátozásával, szabályozásával, az alapellátás szakmai színvonalának emelésével, az orvosi nyugdíj megoldásával lehet és kell elérni.

Ma az egészségügy sok tekintetben intézmény-ügy. Szemléletváltásra is szükség van az eredményes reformhoz. A tulajdonos önkormányzatok az intézmények üzemeltetési problémáival azonosítják az egészségügyi ellátás komplex gondjait,

képtelenek túllépni a tanácsi rendszerből maradt intézményirányítási technikákra. Képtelenek az intézményi szinten racionális döntéseket önkormányzati szinten felülbírálni. Például funkcionális privatizációval kapcsolatos kérdésekben az átadandó óra eddigi tulajdonosát, a vagyonszerzőt fogadják el a probléma megkérdőjelezhetetlen szakértőjének.

Az egészségügy elemi egysége nem az intézmény, hanem az egészségügyi szolgáltató - az orvos. Innen kell felépíteni az új rendszert. Ehhez első lépésben mind jobban le kell bontani a funkcionális privatizáció eszközével. Innen két irányba mehet tovább a folyamat:

- A magasabb eszközigenyű, nagyobb terület szakellátásáért felelős szakmák - természetesen támogatással - spontán szerveződés alapján nagyobb egységekbe - szakrendelőkbe - foglalkoztatásulni.
- A népbetegségeket ellátó, 20-30 háziorvos területén dolgozó szakellátók az alapellátáshoz foglalkoztatni. Ennek segítségével lényegileg más alapellátási rendszer alakulhat ki. Megjelenhet végre a valódi verseny. Ez a magyar adottságokon alapuló, de a nemzetközi trendeknek is megfelelő, a korai reformtervekben is szereplő hatékonyabb alapellátás elérésének legrövidebb útja.

A tudatosság következő fokán az alapellátó egységek és a szakorvosok, nagyobb szakorvosi csoportok - különösen, ha erre kormányzati támogatást is kapnak - felvállalhatják egy terület teljes egészségügyi ellátását

Jelen szakorvosi járóbeteg ellátás SWOT analízise

Gyengeség: kórháztól függés, kórházi osztály „beszállító” puffere, alacsony bevétel, (különösen a kórházi felvétel eredményezte bevételek képest), döntően még kontraszteltelt orvoskar, kiegyensúlyozatlan, portrendszer szakmák szerint, ellenőrzés hiánya, következetlensége, önmagában nem jelentős orvosi karrier lehetősége.

Erősség: viszonylagosan magas szak tudás, gyakorlat az önállóbb működésben, mobilitás, telepíthetőség kellő számú szakorvos az országban a fejlesztéshez, nem kell jelentős képzési programba kezdeni.

Lehetőség: kapuőr funkció, orvosi karrier alternatíva, ha jobb finanszírozással és a funkcionális privatizációval egybekötjük, a beteg optimális ideig kórházon kívül tartása a megfelelő szak tudás és érdekelttség alapján, a versenyhelyzet és a hatóságok ellenőrzésével, kitörési lehetőség az egészségügy számára. A drága kórházi üzemből az orvosok az alacsonyabb költségintézi járóbeteg ellátásba csábíthatók a tulajdonszerű joghoz való jutás érdekében - funkcionális privatizáció.

Fenyegetettség: háziorvosi rendszerbe erőtlenítés a doktoroknak: alkalmazottként, vagy csoportpraxisban (kevés szakmunka, gyenge háziorvosi tevékenység = rossz hatékonyság), a kórházi lobby a csúcs felé menekül, odadobja a szakrendelőket a változó orvos egészségügyi szolgáltatás, nem hazai alapokon nyugvó, idegen modellek helytelen adaptációja (a nyu-

gati alacsony szakorvos szám, késői szakorvoshoz jutás miatt egyértelmű, hogy a „general practitioner” kompetenciáját kellett növelni).

Átalakítás lépései:

1. Minden szakrendelésre, orvosra kiterjedő előre mutató tevékenység jelentés ellenőrzés, tanácsadás.
2. Szakrendelések, ambulanciák legalitásának ellenőrzése megfelelő orvos, rendelő és rendelési idő tekintetében. 1-2. Pont érték növelés; illegális konkurencia kiküszöbölése;
3. Kórházi ambulanciák és gazdaságilag, szervezettileg kórháztól független járóbeteg szakrendelések ki- lőrválasztása, külön kasszába osztása.
4. Kórházi ambulanciák, ha definitív ellátást tudnak nyújtani külön gazdasági egységgé válnak, pénzük kerüljön a járóbeteg kasszába, orman kapják ezután a finanszírozást. Egyéb esetben a kórházi kasszából táplálkoznak.
5. Kórházakról válnak le szervezettileg a nagy laborok, diagnosztikus egységek, válnak önálló gazdasági egységek.
6. Szakmailag megfelelő, független TB ellenőri réteg, biztos szakmai háttérrel.
7. Rendszeres, megelőző, tanácsadó szemléletű ellenőrzés a finanszírozásban és a szakmai munkában.
8. A fenti új gazdasági egységek alkalmazhatók a funkcionális privatizáció technikáját.

(Szakmánkénti pont harmonizáció a járóbeteg kasszában. Szakmai protokollok kidolgozása, alkalmazása. Kassza átfér- hatóság biztosítása. A pénz a beteggel áramoljon a járóbeteg kassza felé. Meg- felelő arányok kialakítása esetén (finan- szírozás, orvos létszám) esetleg több év múlva, de előre meghatározott feltételek elérésekor szakmák szerint kassza felé- és járóbeteg kassza. Az új eljárások be- vezetése és folyamatos lekövetése. Kas- szák-szakmák köti alku. Később a támo- gatók - önkormányzat, sz. kormányzat, biztosító - belemélyülhetnek a rendszerbe és integrálódási folyamat támogatására (például irányított betegellátási modell, csoportpraxis, stb.).

Átalakítás körülményei

Privatizáció a járóbeteg szak ellátásban
Véleményem szerint ez az első lépések között megoldandó feladat. Egyfelől azért, mert stratégiai jelentőségű, másfelől azért, mert eszköz. Az egészségügyi átalakításának egyetlen belső érdek motívuma a szakorvosok vagyoni joghoz való juttatása. Ezzel a lépéssel belső szövetséget nyer az átalakító. Csak belső támogatással törhető meg a jelen rendszer használatának érhethető ellenállása. Továbbá: a szakorvosok kórházból való kicsérelésének fő eszköze, a betegek felesleges kórházba kerülésének ez a járható megakadályozása. Lehetőséget ad a belső tartalékok fel- tártására, az orvosvezetők hatalmának csökkentésére. De ezáltal megvalósulhat az orvos-szakmai szorítás csökkenése is a kórházi menedzsmenten, s racionálisabb intézményi gazdasági döntések fogantatásához. Az ápolói és szakdolgozói tevékenység jelentősége megfelelő helyre kerülhet, az orvos-szakmai szorítás a tulajdonosokra enyhülhet. A kapacitások könnyebb kezelése, - a racionálisabb helyi, regionális gazdasági döntések lehetősége kitermelődik. Az orvosi felelősség gazdasági felelősség és érdek mellé kapcsolódik, a másfajta orvosi gondolkodás lépéskénysze ezáltal megvalósul. A betegről mindig távolabb intézményi érdek helyett, személyes, betegközeli szolgáltatói érdek erősödik, a nyugdíjkérdés megoldódik. A paraszolvencia helyett - megfelelő finanszírozási és szabályozási keretek között - tisztán tartható szegmensévé válik az egész-

ségügynek, így a paraszolvencia vis- szaszorításának eszköze.

Megvalósíthatóságának módja: a szak- mánként szélsőégesen eltérő mű- szerigény miatt csak funkcionális pri- vatizáció jöhet szóba. Elemen: pra- xisjog a szakellátásban, gyógyszer, műszer, vegyszer stb. gyártók beha- toltásának a meggátítása - személyi jog. Hasonlóan a háziorvosokhoz el- ső alkalommal a jelenleg is benne dolgozó élvezhesse a privatizációs jogot. Új szolgáltatók bekerülésének pontos szabályozása, nem megaka- dályozása (lásd ellenpéldaként a há- ziorvosi rendszert). (MOK, önkor- mányzat, regionális biztosító, beteg- szervezettek, meglévő szolgáltatók alkujaként)

Kórházi érdek és teljesítmény finanszírozás

A struktúra átalakításának egyik elő- feltétele a kórházi (nem véletlen meg- határozás) finanszírozás a fenti fo- lyamatokkal összhangban történő át- alakítása.

Csökkenteni kell a kórház vágyát a beteg felvételére. (A háziorvosi re- form kapcsán hiába növelték a há- ziorvos felelősségét és érdekeit - bár csak igen kis mértékben - a beteg ot- thon tartásában, a nagyságrenddel erősebb volt a kórház betegfelvételi szívóereje, ezért növekedett tovább a kórházba kerülések száma.)

Korlátozni kell a teljesítmény hajhá- szást addig, míg nincs kellő minő- ségügyi rendszerbeli garancia arra, hogy nem vezet mindez minőségrom- tásra. A beteget a kórházon kívül tar- tó (még - járóbeteg szak és alapel- látás - , és már - otthonápolás, ápolási otthon) érdeksoportok támogatásá- val a kereslet csökkenthető.

A járóbeteg szakellátás átalakításá- nak várható eredménye a kevesebb kórházba került beteg. A kórházi kasszát úgy kell átalakítani, hogy kevesebb ellátott beteg esetén a ben- ne képződő maradék előre megállá- pított, kialakított arányban kerülhet- ne felosztásra a beteg kívül tartásá- ban érdekelt (járóbeteg kassza, ápolási szolgáltatók stb.) és a termé- szetesen elismert forráshánnyal küzdő kórházi kassza között. Ez az arány az átalakítási folyamat előreha- ladása során változtatható lenne. E- közben az OEP a kórházak finanszí- rozásakor a ténylegesen ellátott eset- számhoz közelítsen. Megoldandó - nem megoldhatatlan (!) - probléma az újszülöttek ellátásának finanszí- rozása TAJ száma hiányában. Detoxi- kálókba, traumára felvett és drágán ellátott betegek TAJ száma az esetek jelentős részében felvételkor látszik, hogy elérhetetlen. Ezen intézmények terheit központi alapról kell támo- gatni. Az állam alkotmányban rögzít- tett ellátási kötelezettségét nem ter- helheti ki ilyen direkt módon egy- egy intézményre. Ha igen, akkor az ebben az intézményben ellátott többi állampolgárnak nyújtott egészségü- gi szolgáltatás minőségét rontja tu- datosan. (Itt is említem, hogy a kór- házi ambulanciák és osztályok össze- fonódását meg kell akadályozni.) A kórházi osztály csak kórházi bent- fekvő beteggel foglalkozzon. Ha beu- talásra kerül kórházi kezelést nem igénylő eset, akkor megfelelő bizton- ságos körülmények között az illeté- kes járóbeteg szakrendelőre kell irá- nyítani. Ha bizonyos definitív gyors ellátással befektetés nélkül haza küldhető, akkor is a kórházi kass- zából finanszírozzódjon az ellátás. Nagy diagnosztikus egységek levá- lasztása szervezettileg és gazdasági- lag a kórházakról.

- folytatás a következő számban -

Kongresszus a járóbeteg szakellátásról

folytatás az 1. oldalról

A szakorvosok praxisjogáról szóló tör- vény júniusig meglesz, de a házior- vosokéhoz hasonlóan csak a szemé- lyi jogról fog rendelkezni. A törvény négy központban is készül, csak remélni lehet, hogy ezek egymással is egyeztetni fognak.

Az egészségnek értékéért kellene meg- jelennie, ebben a médiá szerepe nem hangsúlyozható eléggé.

Dr. Széld Zsolt elmondta, hogy a Ma- gyar Orvosi Kamara stílust váltott. Eddig csak véleményt adott, a továb- biakban javaslattevők is szeretnének lenni. Erre ad lehetőséget a szakmai kollégiumok irányítási joga.

A funkcionális privatizáció ki- fejezést mestersegesnek érzi, nem kellene használni. Olyan béreket kell biztosí- tani, amely lehetővé teszi a bérleti dí- jak kifizetését, nem kell a tulajdonra törekedni. Kórházak privatizációját nem támogatja, még a részprivatizá- ciót sem. Véleménye szerint a szak- ellátásban le kellene állítani a priva- tizációs folyamatot, felháborodott moraj amíg a pénzügyi feltételeket megteremtik, mert a szakmákat e-

gyenlően kell eleresztetni, a sokat bí- rált Kincses féle felmérést le kell tisztítani, ez csak jelzés értékű. Véleménye szerint a szakellátás ügye- leti szolgálatát is meg kell szervezni, ezzel kímélni lehetne a kórházakat. Egységes orvostörvény kell, az ügy- védi törvényhez hasonlóan. Az amortizációt a kamara úgy sze- retné megoldani, hogy az az adóbból leírható legyen a szakellátásban, a kórházak számára fix amortizációt képzelnék el.

Dr. Lehoczy Péter szerint a stílus- váltást az élet kényszerítette ki a MOK-tól.

Az élet kényszerítette ki azt is, hogy megalakult a Járóbeteg Szakellátási Szekció. Két, egymással horolok- egyenest ellenkező álláspontot kép- viselő szervezet álláspontját próbálja a szekció egyeztetni. A szekció véleménye szerint növelni kell a járulékbajátást, valamint cél- szerű lenne a zárt kasszát feloldani, hogy a tevékenységet értékén szá- molják el.

Az Országos Egészségbiztosító Pénz-

tár csak pénztár, de nem biztosító. Csáky doktor figyelmeztetett, hogy a gyógyszerárak privatizációja tanu- ságos, mert a nagyobb gyógyszeré- gek két megében is felvásárolták a gyógyszerárakat. Ez igen veszélyes út. Felmerült a legújabb privatizációs törekvés, hiszen Szegeden az önkor- mányzat pályázatot írt ki az egész város egészségügyi ellátásának pri- vatizációjára. Nagy vita bontakozott ki, egyöntetűen elítélték a Szegeden történeteket. A hallgatóság bírálta az Orvosi Kamarát, mert nem vezethet- volna idáig a szegedi ügy, ha az Or- vosi Kamara azonnal tiltakozott volna.

Egy jelenlévő kórházgazdátónak az a véleménye, miszerint a járóbeteg ellátás nem olcsóbb, különösen nagy vitát váltott ki. Dr. Fővényi szerint egyértelműen a definitív járóbeteg ellátása a jövő, hiszen a betegek 2/3- da a jelenleginél egy szinttel alacso- nyabban ellátható. A pontkarbantar- tást hangsúlyozta.

Belső László figyelmeztetett, hogy az OEP által finanszírozott és a va- lóban működő járóbeteg óraszámok gyakran nem fedik egymást, ezen az OEP kimutatás nem tükrözi a valódi helyzetet.

Végül néhány, már funkcionális pri- vatizációban működő szakrendelő mutatkozott be. A Püspökladányi Rendelőintézet, melynek igazgatója számolt be az eddigi működésről, elmondta, hogy jóval költséghaté-konyabban működnek, a menedzs- ment költsége pedig körülbelül 20 százalékkal alacsonyabb. A fizetések a közalkalmazotti bérnél jelentősen magasabbak.

- Dr. Pázmány Annamária -
Szentendré



Fókuszban a Sürgősségi Betegellátás

folytatás az 1. oldalról

A különböző oldalakon szereplők eltérően érvelnek ez ügyben. Mi úgy véljük, egy államilag garantált intézményrendszerben biztonságosabban működhet a sürgősségi ellátás kritikus területe, mint vállalkozói alapon. Ám elfogadjuk, hogy nincs monopolhelyzetünk. Azt is figyelembe kell venni ugyanakkor, hogy a vállalkozói szférában megjelennek más érdekelt-ségek is és kevésbé követhetőek a jogi garanciák. Ennek kapcsán néhány gondolat erejéig érdemes kitérni az alternatív szolgáltatók megjelenéséről a hazai egészségügyben. A közelmúltban véleményeztünk egy rendelet tervezetet, amelyben kifejeztük: a vállalkozóknak e téren akkor van létjogosultságuk, pontosabban a kormány vagy az önkormányzat akkor jár el a jó gazda gondosságával, ha jogaik ellátási kötelezettségekkel párosulnak. Tehát legyen lehetőség bármilyen vállalkozásnak egy adott lakosság mentésére, betegszállítására, ügyeleti szolgálatának ellátására, ha a szakmai alkalmasság mellett az év meghatározott időszakában és/vagy meghatározott régióban rendelkezésre áll. Ebből viszont az következik, ha valakinek ellátási kötelezettsége van, akkor azt beépíti az árba, hiszen nő a rezsiköltsége, mert épületet, adminisztrációt, stb. kell fenntartania. A mentőszolgáltatást ellátónak és a mentés lehetőségének ott és akkor kell lennie, ahol és amikor azt a jogszabály előírja.

• **Ha már e témánál vagyunk, meg kell említenem egy olvasói levelet. Írója szándékosan kérészt meg egy szaklapot, mert aziránt érdekfűdött, hogy a mentési, betegszállítási vállalkozást végző szolgáltatók számára van-e követelményrendszer és ki ellenőrizi őket. Levelemben leírtam, hogy az egyik országos intézetből lakhelyére (Dél-Alföldi) történt hazaszállításakor a frissen operált lába újra eltört, mert egy harmadrendű úton, ahol a betegszállító kilométereket akart megspórolni, megdobódott a mentőautó. A jármű állapota és rugózása olyan rossz volt, hogy kikötözött lába a kocsik oldalához csapódva tört el. Ennek következtében azonnal vissza kellett fordulni. Ki fizeti meg a kárát és miért alkalmaznak ilyen kímustrált mentőt, amit a vállalkozó elmondása szerint Önöktől vásárolt leselejtezte.**

- Nagyon jó a példa. Elismerem kellett a versenyhelyzet, ránk fért, hogy megmértessünk. De egyenlő feltételekkel. Az Országos Mentőszolgálat törekszik arra, hogy átlagosan három évenként lecserélje gépjárműveit, mert el akarja kerülni az említettéhez hasonló helyzeteket. Az Országos Mentőszolgálatnál az elmúlt 10 évben műszaki hiba miatt egyetlen balesetünk sem volt. De ehhez meghatározott és magas színvonalú technikai felkészültség szükséges. Annnyit azonban pontosítanék, hogy amíg a sürgősségi betegellátás alanyi jogon jár, állami finanszírozással folyik, addig a betegszállítás költségeit biztosítási alapon az OEP téríti. A közutadban, a laikus számára a mentő mindegyiket jelenti, valójában azonban két dologról van szó. Hadd mondjak el egy érdekességet ezzel kapcsolatban: 1990-ben mintegy másfél millió állampolgárt szállítottunk be gyógyintézetbe, vagy onnan haza és megtettünk 46 millió kilométert. Nem mentés, hanem betegszállítás keretében, kórházból haza, kontrollra vagy intézetbe. 1998-ban már 2,6 millió állampolgárt szállítottunk és 68 millió kilométert tettünk meg. Tehát csaknem 40 százalékkal nőtt meg a szállítási igény. Ám a KSH adatai szerint ezalatt az idő alatt nem nőtt mondjuk a gyermekáldás, ami indokolta volna a növekedést, hanem csökkent. Az elmúlt években Magyarországon nem voltak járványok vagy katasztrófák. Akkor honnan ez az emelkedő igény és betegszám? Két dolog lehet a magyarázat: a szociális helyzet romlása és a kvázi még mindig ingyenes szolgáltatás. Azaz, ha korábban valakit be kellett vinni vizsgálatra a közeli kórházba, akkor esetenként hozzátartozói is szállították, mert a benzin olcsóbb volt. A rászoruló ma inkább szítja a kényszerű várakozását a szolgálatot, de kíváncsi, míg érte megy a mentő. Ez a gyakorlat tarthatatlan, hiszen mindannyiunk zsebére megy, ezért célzerűnek látszik a betegszállítás rendelkezhetőségét újrászabályozni. Elfogadható, adott esetben kívánatos, hogy szociális alapon is igényelhető legyen gépkocsi, de ez nem keverendő össze a finanszírozással. Kétségtelenül van összefüggés a betegszállítás és a sürgősségi betegellátás között.

Katasztrófa vagy járványhelyzetben tömeges sérüléssel járó balesetekhez vagy megbetege-

désekhez a roham és esetkocsi kapacitás önmagában nem elegendő, ilyenkor a szállítói kapacitásból kell átcsoportosításokat végeztünk, amelyre jó példa napjaink árvízi helyzete. Ezt mi azért tudjuk megtenni, mert az a mentőápoló, aki bizonyos napokon beteget szállít, azaz rutinfeladatot végez, a hét többi napján a sürgősségi betegellátásban dolgozik. A mentőállomáson egyéniség mellett áll az orvossal ellátott és a betegszállító kocsik. A beérkező hívásnak megfelelően szállnak fel munkatársaink a két-fajta mentőautó valamelyikére. Ha valakinek az a gondolata támadna, hogy a kettőt elválasztja egymástól, akkor a sürgősségi ellátásra fordítandó személyzeti állományt meg kellene duplázni. Ha egy nyári kánikulai hétvégét veszünk alapul, mondjuk az M7-en, akkor elgondolkodtató, hogy biztonságban vannak-e az állampolgárok? Hiszen mondjuk Ausztriában, Bécsben ugyanezt a feladatot több szervezet, a rendőrség, a katonaság, a tűzoltóság és a speciális mentőalakulat látják el. Ezért hangsúlyozom, hogy számtalan előny származik abból, ha egy szervezeten belül mindenki félszavakból megérti a másikat.

A sürgősségi betegellátás során az idő a legfontosabb tényező, mert a másodpercek döntőek lehetnek. Ezeket a perceket mi úgy tudjuk megnyerni, hogy az államnak nem kerül külön pénzbe. Ugyanakkor nem tudunk megbírozni a szállítás 40 százalékos növekedésével. Ördögi kör alakult ki? Nekünk nem áll módunkban felülbíráltni a hívásokat, hiszen az orvos rendeli a szolgáltatást, miközben minket is kötelez a Munka törvénykönyve. Az elmúlt időszakban háromszor fizettünk büntetést munkatársaink túlfoglalkoztatása miatt. Ezzel egyidejűleg minket is érintett 1999-ben a három százalékos létszám leépítés, amely alól 2000-ben felmentést kaptunk.

• **A sürgősségi betegellátás reformja esélyegyenlőséget hirdet a 15 perc alatt érkező mentésben. Az említettek fényében reális cél ez?**

- A 15 perces időtartam alatti kivonulás és helyszínre érkezést törvény még nem írja elő, hanem Európai Unió elvárás. Hazánk bizonyos

régiókban már tudjuk ezt teljesíteni, máshol közelítjük a negyedórát. Akad azonban olyan terület is, ahol nem tudunk megfelelni ennek a követelménynek. Ennek számos oka van. Közülük egyet emelnék ki, mely igencsak egyszerű, de talán nem mindig tudatosul kellőképpen: a mentőállomások 1930 és 1980-as évek között általában a városok közepén épültek. Gondoljunk csak bele, hogy azóta milyen mértékben nőtt körbe az adott város az objektumot és ebből kifolyólag, mit jelent a „kiállás”, miközben a veszélyforrások, gyárak kikerültek a városok szélére. A főváros körül úgy megnőtt az agglomerációs övezet, hogy a Budapestre dolgozók fele innen jár be, miközben a mentőállomások a város közepén vannak. Vagy egy másik példa: autópályák épültek, melyek veszélyforrást jelentenek. Az országban mentőállomások viszonylagosan távol esnek az autópályáktól. Végezetül a megnövekedett idegenforgalom is sok feladatot ró ránk. Az Országos Mentőszolgálat számára központi kérdés, hogyan lehet közelebb kerülni a veszélyforrásokhoz. A közelmúltban a Balaton körül és Vas megyében időszakos mentőállomásokat hoztunk létre. Fontos feladatunk az út melletti állomások hálózatának kiépítése. Különböző becslések szerint 58 állomásra lenne szükség a közeljövőben. A program ezen részének megvalósítása azonban rendkívül költséges és időigényes. Megoldás lehet a légimentés, amihez persze drága helikopterek kellene, de ezek az eszközök gyorsan beszerezhetők és hadra foghatók. Körülbelül nyolc helikopterrel lehet lefedni az országot. E téren szép eredményeket tudunk felmutatni. Először Budapesten, majd Balatonfűreden alakítottunk ki ilyen bázist. Pécsen és a szegedi körzetben tavaly indult be alapítványi keretű között a Dél-Magyarországi Helikopteres Mentőszolgálat. Debrecenben tavaly újra tudtuk indítani a szolgálatot, a korábbi leállás oka az volt, hogy a helikopterünk „kirepült” az idejét, azonban minisztériumi segítséggel szolgálatunk tudott egy használt helikoptert vásárolni.

• **Köszönöm a beszélgetést.**

- balla -

Átadták Budapest legkorszerűbb intenzív osztályát Tíz ágy az életért

A tévécsatornák kórházi sorozatai szinte akciófilmként mutatják be a világ álmokdramáin folyó életmentő munkát. A magyar valóság ennél jóval fakóbb. A baleseti intenzív ellátás fontosságára a közelmúltban történt tragédiák ellátatlan sérültjeinek halála hívta fel az egészségügyi kormányzat figyelmét. Újpesten, az Árpád Kórház területén, múlt év decemberében adták át az Intenzív Terápiás Osztályt, amelyet az észak-pesti régió: a IV. és XV. kerület sürgősségi betegellátására hoztak létre. Munkatársunk dr. Nyulási Tibor osztályvezető főorvossal és dr. Nagy Péter Pállal, a Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet főigazgatójával beszélgettünk.

• **Az új pavilon mintha egy nyugat-európai ország magánklinikájának részlegeként pottyant volna az Árpád Kórház udvarára. Szembeötlő a különbség az új osztály, valamint a többi épület állapota és felszereltsége között. Hány szakmai és anyagi háttérrel hozták létre az Intenzív Terápiás Osztályt?**

- Az érvényben lévő jogszabályok szerint kórház intenzív részleg nélkül nem láthat el közkórházi feladatokat - mondja a főigazgató. Annak ellenére, hogy a fővárosi önkormányzat egészségügyi intézetei közül 130 ágygal nálunk működik a legnagyobb traumatológia (baleseti sebészet), mostanáig csupán „kvázi intenzív” osztállyal rendelkezünk. Intézetünk hetente négyszer ügyeletet, s ilyenkor mintegy 700 ezer fővárosi lakos tartozik az ellátási körzetünkbe. Elengedhetetlen volt az intenzív osztály létrehozása.

- A helyi igény szerencsésen találkozott a Népjelölési Minisztérium és a főváros támogatási törekvéseivel - veszi át a szót az osztály vezetője. A menedzsment felmegoldások helyett az egész problémakört vizsgálta és erre kívánt megoldást találni. Korábban a Szent János Kórház intenzív osztályán dolgoztam, ez a részleg egyben a SOTE Intenzív Terápiás Tanszéke volt. Amikor 1997 decemberében megpályáztam a jelenlegi állásomat, itt éppen az alapokat ásták. Akkoriban merész döntéseket tartottam a kórházvezetés tervét, ma már azonban magam is tapasztalom, hogy a Schrammel Zoltán tervezte falak között lehetővé vált a komplex ellátás. A közel 450 m² alapterületű új épületben a legmodernebb műszerekkel, kórházi berendezésekkel gyógyíthatjuk az életfunkciójukban veszélyeztetett betegeket.

- Kidolgozott projektünket 1996 őszén nyújtottuk be a Népjelölési Minisztérium struktúraátalakítási pályázatán - folytatja dr. Nagy Péter Pál. A beruházásra 95 millió forintot nyertünk, amelyet később az Egészségügyi Minisztérium további 16 millióval kiegészített.

szített Fenntartónk, Budapest Főváros Önkormányzata több mint 80 millió forint értékű műszerrel támogatta az osztály felszerelését. Újpest képviselő-testülete további 1 millió forintnyi eszközt vásárolt, amelyet az intézet használatába adott át.

- A felsoroltak mellett kiemelném a Máltai Szeretetszolgálat munkatársainak önzetlen segítségét, akik kórházi bútorokat, berendezési tárgyakat ajándékoztak osztályunknak - mondja Nyulási főorvos. Különleges és ritka alkalom, ha egy adományokból élő szervezettől kapunk segítséget. Támogatók, szponzorok nélkül az egészségügy nem működhet színvonalosan, és a megálapítást kiűldön szerzett tapasztalataim is alátámasztják.

• **Milyen betegség- és sérüléscsoportok esetén kerülnek a betegek a Terápiás Intenzív Osztályra?**

- A 10 ágyas osztály baleseti intenzívként is működik - válaszol az osztály vezetője -, emellett ide szállítják a sokkos állapotba került szív- és keringési, valamint a felborult életfunkciójú, anyagszereztávarok miatt életveszélybe került betegeket. Ugyancsak itt helyezük el a sebészet, lélegeztető gépet igénylő eseteket, és a mentőszolgálat megítélése szerint beszállított betegeket. Osztályunk ügyeleti rendje nem követi a kórházét, mi a hét valamennyi napján ügyeletben vagyunk.

- A főváros valamennyi kórháza közül innálunk működik a legmodernebb intenzív részleg, amely az egészségügyi személyzet számára is korszerű munkafeltételeket teremt - magyarázza a főigazgató. Az átadásakor 45 új munkahelyet létesítettünk, 6 orvos és 39 főnyit szakdolgozó (beleértve a takarítókat is) biztosítja a folyamatos ellátást. Az intézet költségvetésében évente körülbelül 100 millió forint kiadást jelent majd az intenzív osztály fenntartása, ennek 40 százalékát az anyagok és gyógyszerek, 60 százalékát a személyi bérek teszik ki. Költségvetésünk 1995 vége óta stabil, mincsenek likviditási gondjaink, ám az új osztály beindítása miatt jelentős mértékben kell elvonnunk egyéb területek bevételeiből. Készülünk azonban a kompenzálásra is. Február 1-jétől valamennyi telephelyünkön beindítjuk a minőségügyi rendszert, amelynek eredményeként legalább 10 százalékos költségmegtakarításra számíthatunk. A közelmúltban kiteljesedett üvegszál informaticai és telefonrendszerünk segítségével ugyancsak jelentős megtakarítás érhető el.

- Amikor az intézet élére kerültem, terveim között szerepelt egy modern képalkotó diagnosztikai központ kialakítása. Az Intenzív Terápiás Osztályon, valamint a Traumatológián folyó szakmai munka néhány hónapon belül elengedhetetlenné teszi egy computer-tomograph telepítését. A CT ára napjainkban 80-100 millió forint, ám megfelelő üzleti terv kidolgozásával jó esély nyíthat a műszer működtetésére, s ezzel teljes körűvé válhat az észak-pesti régió sürgősségi betegellátása.

- *Rajkó Annamária -*
(Internet: Magyar Hírlap Online)

MENTŐ/KÉRDÉS

Az Európai Unió elvárás szerint 15 percen belül valamennyi magyar állampolgárnak esélyegyenlőséget kell biztosítani a sürgősségi betegellátáshoz. Ezért is került „*kormánygondolat*” a hazai sürgősségi betegellátás reformja. A kabinet tervei szerint a kormányzati ciklusban összesen negyven új mentőállomást adnak át, és ezzel elérhető közel-ségbe kerül az Európai Unió átlag: vagyis a riasztástól számított 15 percen belül az ország valamennyi pontjára megérkezne a mentő. A fehér folttok jelenlegi nagyságát mutatja, hogy az Országos Mentőszolgálat felmérése szerint hosszabb távon hatvan új mentőállomásra lenne szükség. A kormányváltás óta tíz új állomást avattak fel, idén hatnyolc átadását tervezik. Az árvízveszély miatti költségvetési átcsoportosítás következtében egy új mentőállomással kevesebbet adhatnak át: összesen kétszázmillió forinttal lett kisebb a sürgősségi betegellátás fejlesztésére fordítható összeg. Ebből százmillió forintot az új mentőállomás létesítéséből vontak el. (Egyébként a kormány hatáskörével élve 1,2 milliárd forintot csoportosított át az Egészségügyi Minisztérium által felhasználható összegből a katasztrófa-helyzet

miatt. Félmilliárd forintot a PHARE programhoz adandó hazai hozzájárulástól, kétszázmillió forintot a felsőoktatási képzéstől vontak még el a sürgősségi betegellátás büdzséjén kívül.)

A logisztikai útvesztőkön kívül az EU-s elvárások teljesítését igencsak befolyásolhatja a mentőszolgálatnál dolgozóknak igen alacsony jövedelme. Még az árvízi helyzet előtt dr. Göbl Árpád a tárca minisztere és Göbl Gábor, az Országos Mentőszolgálat főigazgatója Somogyban járva úgy nyilatkozott, hogy a dolgozók jövedelmét meg lehetne emelni, ha újragondolnák az éves túlóra-keretet, amelyet a Munka törvénykönyve kétszáz órában maximál. Göbl Gábor elmondta: korábban a mentősök évente 600-800 túlórárt is vállaltak, ezáltal elfogadhatóbb volt a keresetük. Amióta évi 200 óra a felső határ, valóban csökkentek a kereseti lehetőségeik. Egyébként az EU-s elvárás teljesítése a „hardveren” nem múlik. A mentőautók szervizelése szakszerűen történik, erre sokat áldoz a márkaképviselet. A mentőszolgálat dolgozóinak és szerelőinek technikai tréningeket szerveznek, folyamatosan figyelemmel kísérik a műszaki trendeket.

- balla -

Az Ápolási Egyesület petíciója

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK HELYZETÉRŐL

„Megtenni mindent a betegekért a legjobb tudásunk szerint. Mi ápolók ezért a legmagasabb szakmai tudást tűzzük magunk elé. Az ápolói szolgáltatások iránt az igény világszerte növekvő tendenciát mutat.”

Ezt a tényt a WHO is megállapította.

Az ápolók tevékenységi köre szélesedik. Új ápolási-gondozási, diagnosztikai eljárások, új szolgáltatási formák (például otthonápolás, dokumentáció, gondozás, menedzsment) mind a tevékenységek közt szerepel.

Az ápolóképzés az elmúlt évtizedben rendkívül sokat fejlődött. Az ápolási szolgáltatás minősége és biztonsága csak rendkívüli teljesítménnyel garantálható, amire tartósan nem képes sem az egyén, sem az intézmény.

A fenyegetővé vált létszámlhiány okai a következők:

Nagyfokú pályaelhagyás oka; a teljes frusztráció, az a fiatal, aki az ápolói pályát választotta élethivatásul, hamar szembesül azzal a ténnyel (az új képzési modellel), hogy 21 évesen érettségire épülő hároméves szakképesítéssel a zsebében maximálisan fizikai, szellemi és pszichés energiájának felhasználásával sem képes anyagi fizetést kiérdemelni, mint a hozzá hasonló korú átlagos igényű fiatal.

Családalapítás ilyen gazdasági tényező, valamint a munka természete miatt (éjszakai, váltó szolgálati beosztás, ünnepnap) szőba sem jöhet.

Ez a fizikai frusztráció nemcsak a pályakezdőkre, hanem a pályán hosszabb ideje dolgozókra is hat, és a pályaelhagyást motiválja.

A korábbi években a létszámutánpótlás egyik forrása az egészségügyi szakiskolai képzés volt, mely nem felelt meg az elvárásoknak. Ezért kidolgozták az érettségire épülő, hároméves szakképzés modelljét, amely megfelel mind az Európai Unió elvárásainak, mind a hazai igényeknek.

Az új képzési forma a létszám-utánpótlási terveket is beváltani látszott, mivel az indításkor (1994) igen népszerű volt. Újabb sajnós a jelentkezők száma drasztikusan csökkenő tendenciát mutat (lásd: I. táblázat).

Így sajnós napjainkban van olyan iskola, ahol a létszámlhiány miatt nem tudják az évfolyamot elindítani.

Aki már évek óta ápoló, meg kell küzdenie a családdal, a depresszió, válás, egyedül nevelés tényével.

A nyugdíjkorhatárt egyre kevesebb ápoló ért meg a nagyfokú lehasználtág, stressz miatt. Egyre nehezebb megbirkózni az ápolókra nehe-

zedő létszámlhiány miatt sokasodott feladatokkal. Maradt az a lehetőség, hogy az itt dolgozók a létminimumon tengődnek, vagy túlórával, helyettesítéssel, más munkával (takarítás, árusítás, mezőgazdasági munkák) biztosítják a megélhetésükhöz szükséges jövedelmet. Természetesen a család, illetve a pihenés rovására. Ez megalázó mind az egyén, mind a hivatás, sőt az egészségügyi ellátórendszer számára is. A statisztikai mutatók szerint a bruttó jövedelem is mutatja, hogy az utolsó helyen állunk a közalkalmazotti, illetve más szektorok összehasonlításakor. A minimálbért alig meghaladó munkabérből az életvitel követelményének megfelelni nem lehet, ez egyértelmű. Nem csoda, ha egyre több jó szakembert csábítanak el a jobbban fizető szupermarket áruházak, melyből városainkban egyre több lesz, és még a beiskolázást is vállalják a szakmát elhagyó ápolók.

Milyen alapon várható el tehát normális fiatal-tól, hogy ezt a képzést, pályát válassza, ha van jobb lehetősége?

A követelmények emelkedésével jogos az a kérelem, hogy a munkabért is rendezzék, mint azt más szektoroknál teszik.

Mi lenne a megoldás?

Átfogó hatékony berendezés

- megtartó hatás, az az ápolók meg tudnának élni a bériükből és nem hagynák el a pályát.
- létszámnövelő hatás: visszatérnének a pályára azok, akik a megélhetés miatt hagyták azt el.
- többen jelentkeznének ápolónak, növekedne az utánpótlás.

A létszámnövekedés következtében a csökkenő megterhelés szintén megtartó és vonzó hatást fejtené ki, nem is beszélve a betegek ellátásáról.

Mivel veszélyes munkaterületnek számít, fontosak lennének a védőoltások, szűrővizsgálatok, és legyen ingyenes a fogászati kezelés. Legyen lehetőség üdültetésre.

Miért van az, hogy csak az egészségügyben dolgozók nem részesülnek kedvezményekben, per-se ez más szférában (Matáv, Titász, Volán, MÁV stb.) dolgozóknak szinte normális dolog? Veszélyes és megterhelő munkahelyeken a nyugdíj korhatárcsökkentő tényezőként szerepel, ezt mi is jogosan követeljük, hiszen mi is ebbe a

ÁPOLÁSI SZAKRA JELENTKEZETTEK ÖSSZESENTE

Iskolai évfolyamok	A jelentkezők száma az egyes évfolyamokból	A végzettség nélküli	Átlagos juttatás
1995/96	28 67	24 65	13 65 Nyiregyháza daja.
1996/97	25 67	20 65	12 65 Nyir. ún. 8 fős műhely
1997/98	23 65	19 65	12 65
1998/99	20 65	10 65	11 65

kategóriába tartozunk. Az egészségügyi alapeljárásban igen jól bevált a privatizáció, mutatja az eredményességet az orvosok tekintetében, de itt is a szakdolgozók hátrányban vannak úgy, mint a kórházakban, mivel alulfizetettek, kiszolgáltatottak, a sok jogi útvesztőben nem látják át helyzetüket. A sok szabály csak a vállalkozók részére nyereséges, és nem az ápolóknak.

Egy társadalomban, ha sok a beteg, a társadalom is egyre betegesebb lesz. Ki lesz, aki majd el látja őket? Addig senkinek nem feltűnő a helyzet nehézsége és veszélye, míg kórházba nem kerül (igaz, a nagy emberek ott sem fognak hiányban szenvedni, mert az ápolóknak kötelességük lesz ezeket az embereket megkülönböztetett eljárásban részesíteni), csak akkor szembesül azzal, hogy az a néhány ápoló milyen emberfeletti erővel küzd a beteg életéért, gyógyulásáért.

Ezért kérjük és tesszünk jelzést, hogy ez most még menthető elsősegély szintű beavatkozás-

sal, de később tragédiá sorozat fog elindulni.

A mai piaci viszonyok között csak kérni, csak kérni, a hivatástudatra hivatkozni, elvárásokat felállítani nem lehet. Adni is kell, megfelelő bért!

Jó lenne, ha az illetékesek meghallanák ezt a segélykérést, és megoldanák ezt a problémát, míg van mit megoldani.

Ha valóban Európa felé akarunk haladni, akkor nemcsak a követeléseket és terheket kell átvenni, hanem a megélhetéshez nélkülözhetetlen béreket is.

A mi viszonylatunk: lásd II. táblázat.

Legyen a bér az anyagi és erkölcsi megbecsülés a csodálatos XXI. század zászlajára tűzve.

Ápolási Egyesület vezetője

Jósa András Megyei Kórház

Nyiregyháza,

NETTÓ KERESÉTEK (1999)

Közalkalmazotti viszony kezdete	Függő	Bevétel	Nettó
	Éves	Éves	Éves
1996.	1. 12	49 800 Ft	13 300 Ft. vezető
			6750 Ft munkabérről
1997.	1. 12	48 800 Ft	6750 Ft munkabérről
1998.	1. 12	46 800 Ft	6750 Ft
1999.	1. 12	42 000 Ft	6750 Ft
2000.	1. 12	31 700 Ft	6750 Ft
2001.	1. 12	27 800 Ft	6750 Ft
2002.	1. 12	26 400 Ft	6750 Ft
2003.	1. 12	25 400 Ft	6750 Ft
2004.	1. 12	24 400 Ft	6750 Ft
2005.	1. 12	23 400 Ft	6750 Ft
2006.	1. 12	22 400 Ft	6750 Ft
2007.	1. 12	21 400 Ft	6750 Ft
2008.	1. 12	20 400 Ft	6750 Ft
2009.	1. 12	19 400 Ft	6750 Ft
2010.	1. 12	18 400 Ft	6750 Ft
2011.	1. 12	17 400 Ft	6750 Ft
2012.	1. 12	16 400 Ft	6750 Ft
2013.	1. 12	15 400 Ft	6750 Ft
2014.	1. 12	14 400 Ft	6750 Ft
2015.	1. 12	13 400 Ft	6750 Ft
2016.	1. 12	12 400 Ft	6750 Ft
2017.	1. 12	11 400 Ft	6750 Ft
2018.	1. 12	10 400 Ft	6750 Ft
2019.	1. 12	9 400 Ft	6750 Ft
2020.	1. 12	8 400 Ft	6750 Ft
2021.	1. 12	7 400 Ft	6750 Ft
2022.	1. 12	6 400 Ft	6750 Ft
2023.	1. 12	5 400 Ft	6750 Ft
2024.	1. 12	4 400 Ft	6750 Ft
2025.	1. 12	3 400 Ft	6750 Ft
2026.	1. 12	2 400 Ft	6750 Ft
2027.	1. 12	1 400 Ft	6750 Ft
2028.	1. 12	400 Ft	6750 Ft
2029.	1. 12	0 Ft	6750 Ft
2030.	1. 12	0 Ft	6750 Ft

* Havi nettó.

** A nettó kereset, azaz a bruttó juttatásból a 10% munkaadókat terhelő járulékokat levonták.



Tisztelt Szerkesztőség!

Az orvostudomány a hullát boncolja, így ismeretlen marad számára az élő, egészséges ember. Talán többet kellene foglalkozni az egészséges emberrel. Napjainkban az orvostudomány a mesterséges egészséget kifejlesztette, ami nem elegendő a ma emberének a boldogságához. Az orvosi vizsgálatok orvosi gondozás kényelmetlen és gyakran hatástalanok. A gyógyszerek és kórházak költségesek. Az orvostudomány nem adhatja meg az embernek azt a fajtájú egészséget, amelyre szüksége van, ha nem veszi figyelembe az ember igazi természetét. A természetes egészség birtoklása óriási módon felfokozza az emberi boldogságot. E sorokat Alexis Carrel: „Az ismeretlen ember” című könyvéből vettem. Olyan kellene, hogy legyen ez a könyv az egészségügyi dolgozók számára, mint a vallás a biblia. Az „embertudomány” a legnehezebb valamennyi tudomány között.

Az egészségügyben eltöltöttem 35 évet munkával, munkában. Sajnos az utóbbi időben a másik oldalra kerültem. Jelenleg mozgáskorlátozott vagyok, eltörött a jobb bokám, még pedig darabosan. Egy fél méh-telepet építettek belém. A kórházi ellátással részéről semmi probléma. Annál nagyobb hiányt látok viszont a kórházból kikerülés utáni ellátásról. Igaz, az ember kap szóbeli utasítást a gipsz-levétele utánra, de sokszor oda sem tud figyelni, mert pillanatnyilag még rosszabb lett a helyzet, mint gipszsel

volt. Az is igaz, nem vagyok húsz éves, elmúltam hetven is. De még vagyok élek, és mivel környezetemben ez idő alatt többen elmentek az örök hazába - hatvan év alatt is - így nem szabad panaszkodni. Erre ki ad választ, hogy ez miért van így?

Az 1970-es évek végén 3 alkalommal voltam Balatonfüreden a szív-kórházban, kezelésen. Az azóta eltelt idő alatt lassan 20 éve ezzel a problémával nem terhelem az orvosokat, sem a gyógyszereszkámlát. Erre ki figyel oda? Igaz, az orvos a betegért kapja a fizetést. Na de milyen? Amiből nem lehet megélni! Csak létezni lehet, holott az orvosnak állandóan tanulni, fejlődni kell, hogy a kor követelményeinek megfelelően. Ehhez pedig gondtalan, szabad élet szükséges.

...E sorokat a rádió és tv adása folytatja velem. „A háziorvosoknak találkozni kell a beteggel” - még pedig szűrés kapcsán. A megelőzés kulcskérdés az egészségügyben! Napjainkban az emberek még betegen sem igen mennek el az orvoshoz, féltve munkahelyüket. Igaz, bizonyos területeken nagyot változott a világ: az egyik helyen előre a másik helyen visszafelé. Az ember a teremtmények legcsodálatosabb alkotása, általa alakul változik a világ, ezért érte kellene hogy történjen minden és nem ellene. Csak az szülessen meg, akit akarnak és oda, ahol várják. A jövő az emberiség kiteljesedése kell hogy legyen, hogy még szebb, hogy még tökéletesebb legyen egymás hasznára, javára, szolgálatára. Életet, de ne mindenáron! Ne lehessen az embert megcsúfolni, mert sokszor az egyik megeszi a másikat. Meglepődve hallok, hogy egy-egy betegség kapcsán a műtét miibe kerül és ugyanakkor a kukából szednek ki egészségesen világra jött gyermeket. Ezt kell megakadályozni.

A gyógyítás drága és költséges az egyénre kényelmetlen és néha eredménytelen. A megelőzés: ÉLET, ERŐ, EGÉSZSÉG! Az elsőleges kell, hogy legyen, mert valóban: „Legfőbb érték, az ember!” És valóban: „legdrágább kincs az egészség!” Ez ne csak jelszó, közmondás legyen, hanem élő valóság az emberért. Az orvostudománynak felül kell helyezkedni más tudományok felett, hogy az ember élhessen fenn maradni, megmaradni tudjon a jövőben. Egmást nem legyőzni, hanem meggyőzni kell tudni az életért, a létért. Napjainkban a pénz lett az isten, az irányító, az dönt el mindent. Az Istennek tíz parancsolata van, az emberi együttélésnek száza sem férne bele, de még meg sincs írva. A tanult, művelt ember a tudását a másik ember felemelésére kell, hogy használja. Ne érvényesülhessen Váczi Mihály sorai, hogy „más válnak tapos, ki általa lett magas”. Ugyancsak az ő soraival zárom soraim: „nem elég a jót akarni, de tenni-tenni kell! - a szebb, az egészségesebb népért, nemzetért.” Egészségügyi állapotom miatt az utóbbi időben járom a rendelőket, de szabályosan kezdek rosszul lenni attól a tömegtől, amit ott látok. Az egészségügy nagyüzem lett a szó igazi értelmében, amit az 1973-74-es évben végzett osztályvezető nővéri tanfolyamon tanítottak. Lassan ennek 30 éve. Az eredmény egyre többen halnak meg fiatalon. Ezt én nem tudom elfogadni ezért komoly változás kell, hogy legyen az egészségügyön belül a megelőzés érdekében, hogy az egészség valóban kincs legyen az ember számára.

Tisztelettel: Mohár Ferencné
nyugd. ápolónővér Szolnok.

Nőgyógyászati incontinencia

címmel tudományos konferenciát rendezett a Jósa András Megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztálya március végén Nyíregyházán, amely egyben akkreditált, pontszerző tanfolyamnak is minősült. A dr. Pap Károly osztályvezető főorvos és teamje által szervezett rendezvényen az üléseknél a Magyar Nőorvos Társaság elnöke Prof. dr. Szabó István (POTE Klinika) volt, amely utal a téma fontosságára. *Napjainkban ezen betegségek gyakorisága emelkedő tendenciát mutat, amely nagy kihívást jelent a szakma számára - hangsúlyozta a rendezvényen. A konferencián - többek között - med. habil. dr. Tankó Attila egyetemi magántanár (Szent István Kórház Bp.) A női vizelet-visszatartás zavarái és hagyományos műtéti-ről beszélt, dr. Demeter János a Rókus Kórház osztályvezető főorvosa egy új műtéti eljárást (TVT) mutatott be a stressz-incontinencia kezelésében. Dr. Póka Róbert klinikai adjunktus (DOTE) A Burch műtét helye a vizeletincontinencia kezelésében címen tartott előadást, dr. Rurch Árpád osztályvezető főorvos (Békéscsaba) pedig ennek módjait mutatta be. A rendezvény házigazdái közül többen az ország legnagyobb szülészeti-nőgyógyászati osztályán zajló gyakorlatról beszéltek, valamint dr. Lázár László a nyíregyházi kórház ideggyógyászati osztályának vezető főorvosa az incontinencia neurológiai hátterét ismertette. Egyben sor került az újonnan szervezett Incontinencia Ambulancia bemutatására is.*

Mint ismeretes, a vizelet incontinencia olyan mértékű és gyakoriságú, akaratától független vizeletürítés, ami szociális és egészségügyi problémákat okoz. Az önbecsülés elvesztése, a fokozódó szociális izoláció, a depresszió és a szexuális problémák rontják az életminőséget. Mindezek ellenére vagy talán éppen ezért csak minden tizedik, tizenkettedik nő fordul panaszával orvosához. A különböző felmérések alapján az életkor előrehaladásával 10 százalékról

akár 60 százalékra is nőhet az incontinenciával küszködő nők aránya.

Az incontinencia három fő típusa: a stressz incontinencia, a detrusor instabilitás, és a kevert formák 70 százaléka nem műtéti megoldással kezelhető.

A műtéti megoldásnak a célja a hátsó húgycső-hólyag szögének visszaállítása (90%), a hólyag-alap bázissik fölé emelése, a húgycső dőlés szögének helyreállítása. Ezen feltételeknek számos műtéti megoldás tesz eleget. Ezek lehetnek hüvelyi megoldások, hasi műtétek vagy a kettő kombinációi, illetve mesterséges sphinkter implantáció.

A sebészi kezelések fajtái: hüvelyi (alátámasztásos) műtétek, vaginális felvarrások (Pereyra, Stanley), Burch-féle retropubicus urethropexia, Marshall-Marchetti, Krantz-Stanley, Gittes, TVT Műtéti típusok I.

Hólyag-alap emelő hüvelyi műtétek:

- Kelly-Stoeckel
- Krantz hengerleberny plastica
- Richter pubococcygeus plastica
- Ingelman-Sundberg plastica

Szövetbarát anyagok injektálása:

- teflon, kollagen, szilikon, fibrin

Retropubicus suturek:

- Marshall-Marchetti-Krantz
- Colposuspensio sec. Burch

Transzplantált lebenyek alkalmazása:

- fascia lata, dura mater, GoreTex

Műtéti típusok II.

Kacsaműtétek:

- Goebbel
- Stoeckel
- Frangenheim
- Ridley

Hólyagnyak suspensio műtétek:

- Stanley
- Pereyra
- Gittes
- Raz
- T.V.T

Mesterséges sphinkter implantáció.

Beavatkozásaink a statisztika függvényében

A Nyíregyházi Nőgyógyászati Osztályon évente 210 Kelley-Stoeckel műtétet, 10 Krantz-plasztikát és 4 Marshall-Marchetti-Krantz műtétet végeztünk. A műtétek 50 százalékban perineorrhaphiával (hátsó plastika) és 25-30 százalékban vaginális hysterectomiával (hüvelyi méheltávolítás) egészülnek ki indokolt esetben, ezzel elősegítve a jobb eredmény elérését. A műtéteket a legnagyobb számban a 40-60 évesek között végeztük, ezek közül 50 beteget interjúvoltunk meg, akik egyéb panaszok miatt keresték fel szakrendeléseinket és anamnézisében incontinencia műtét szerepelt. Ezek 64 százalékánál 2 év elmúltával ismételt jelentkezők kisebb fokú incontinenciás panaszok. Ez a tény, valamint az, hogy Nyíregyházán 34.369 30 év feletti nő lakosnál (több mint 10.000) feltételezhető vizeletincontinencia, arra inspirált bennünket, hogy ezen problémák megoldására incontinencia ambulanciát szervezzünk nőgyógyászatunkon. Célunk a részletes célirányos anamnézis felvételével, a különböző tesztekkel eldönteni a személyre szabott kezelést, amely lehet gyógyszeres vagy egyéb nem se-

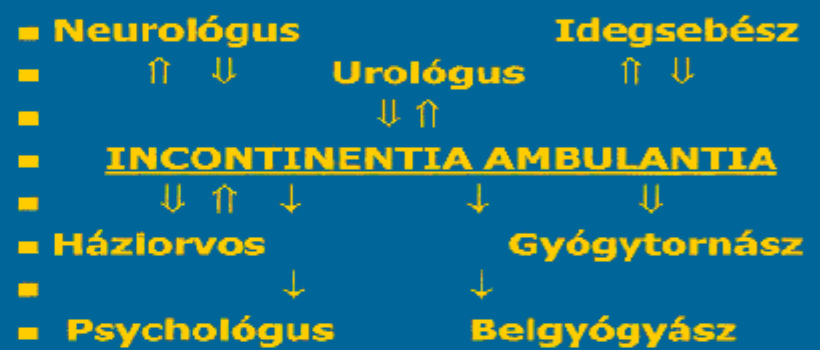
bészi kezelés. (Gandens teszttel anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat nőgyógyászati vizsgálat, Q-tip teszt, neurológiai vizsgálat, vizelettenyésztés, ürítés utáni residuum mérése, cisztometrogram, urodinámia stb.)

Gyógyszeres kezelések: Detrusor instabilitásra anticholinerg szerek, alfa-agonisták, hormonpótló kezelés. (A közelmúltban új gyógyszer került forgalomba, az Uroaxal. Indikáció: sürgető urge - incontinencia, szekunder hiperaktív hólyagműködés, enuresis nocturna, idiopáthiás detrusor hiperaktivitás. Kezdő dózisa: napi 2x1 tabletta, amely emelhető a klinikai válasz függvényében 3x1-re.)

Nem sebészeti kezelési módszerek: Hólyaggyakorlatok (vizelet tudatos visszatartásai) Kegeltoma, vaginális súlyok, a medencefenék funkcionális elektromos stimulálás, pesszáriumok. A vizeletincontinenciát tehát ne kezeljük tabuként, mert a fenti módszerekkel az életminőség javítható. E célt szolgálja az *Incontinencia Ambulanciánk* felállítása.

- Dr. Fügedi László főorvos -

KAPCSOLAT A TÁRSZAKMÁKKAL



Tornával a vizeletcsepegés ellen

A kismencedei tréning

A medencefenék elhelyezkedésénél fogva nincs szemkontroll alatt, másrészt szemérmességünk miatt nem foglalkozunk vele. A célzott tréninggel ez elkerülhető lenne. Lányok esetében már az első mensis megjelenésével ajánlatos volna a gyakorlatokat elkezdni, s ettől fogva rendszeresen gyakorolni, hogy az mindennapos igénnyé váljon. Ezért célszerű lenne, ha a medencealap tréningjét a testnevelési órák keretében (néhány óra erejéig) megismerhetnék.

Az időben elkezdett tornával a nők a terhesség és a szülés természetes folyamatait a gátlózat sérülése nélkül élhetnék át. Az életkor előrehaladtával a hormonális változások hatására a női medencealap állapota tovább gyengülhet. A kialakult helyzetet az említett izomterület inaktivitása csak súlyosbítja.

A legtöbb nő medencealapi izmait csak rendkívül gyengén, vagy egyáltalán nem képes mozgani. Pedig az inaktivitás már önmagában is izomelégelenséget okozhat. Egyeseknél az állandó idegi megterhelés, gyakori stressz-szituációk a kismencedei izmokban tartós feszülést okoz. Ez a testtáj vérellátását rontja, így az izomelégelenség tovább fokozódik. Előfordulhat, hogy a folyamat csak évek múltán, a tünetek megjelenésével realizálódik. **Ilyen tünet lehet például a vizeletcsepegés is.**

A gyakorlatok rendszeres alkalmazásával a tünetmentes időszak kitölthető, azaz a tünetek ismételt megjelenése késleltethető. Érdemes megjegyezni, hogy egyes betegeknél az általános állapot miatt nem végezhető műtét. Ilyenkor is célszerű megkísérlni a konzervatív kezelést, legalább ily módon csökkentve a vizeletvesztést. Gyakran találkozom olyan esettel is, amikor a testtájról, az izmokról, azok funkciójáról még a legalapvetőbb ismeretek is hiányoznak. Ilyen körülmények között nehéz az izmok állapotát befolyásolni akár magának a betegnek, de a szakembernek is.

Ezért elsődleges fontosságú, hogy a betegek a tréning során a testtáj észlelését, az izmok tudatos működését, a gyakorlatok célját, alapvető szabályait elsajátítsák. A tréning elsősorban az akaratlagosan működtethető, kicsiny izmokra irányul. Mivel a medencealap egy egységes izom- és kötőszöveti rendszert alkot, az akaratlagosan működő izmok edzésével az egész medencealpra közvetett módon hatással van a torna. Így azokra a nagyobb akaratunk-

tól függetlenül működő izmokra is, amelyeken a kismencedei szervek nyugszanak. Ez a tartófunkció erősíthető közvetett módon a tréninggel.

A tréning gyakorlatok könnyen elsajátíthatók, s a beteg ezután azokat otthonában is rendszeresen végezheti. Óvakodni kell attól, hogy a gátlózatok a teljes kimerülésig elvigyünk. A tréning lényegét jelenti, hogy ezen izmokat milyen típusú gyakorlatokkal edzzük, ezt milyen intenzitással, ismétlésszámmal, mennyi idő alatt, milyen szünetidővel végezhetjük. Az előzetesen megtanított gyakorlatokat a beteg önálló ritmusában, otthonában önállóan végezheti.

Az izmok tartós javulása mindennapos hatékony gyakorlással érhető el. A páciens az eredményességet maga is ellenőrizheti. Erre már számos lehetőség van: hüvelybe helyezhető, apró kúp alakú súlyokkal, elektromos eszközökkel, tesztgyakorlatokkal, manuálisan.

Tapasztalatok szerint a tréning önmagában csak a stressz-incontinencia enyhébb fokán álló betegeknél jelenthet végleges megoldást. Más esetekben a torna egyéb terápiás megoldásokkal együtt alkalmazva fejti ki jótékony hatását.

A gyakorlatok végzésével a beteg aktív részese lehet a gyógyulás folyamatának, ezért szükségesnek tartom, hogy megismerhessék ezt a teljesen veszélytelen, mellékhatásoktól mentes módszert. A tréning során a betegek praktikus tanácsokat kapnak a megelőzésre, például életvitelükre, öltözködésükre stb. A torna megjelölésére a „kismencedei torna” elnevezést tartom helytállósnak, ez a megnevezés jelöli a tréning komplex jellegét. A szexológusok által meghirdetett „intim női torna” a szűk értelemben vett gátlómára utal, továbbá a cím hallatán valószínűleg nem az a korcsoport fog jelentkezni a tornára, akiket ez a betegség, illetve állapot a legjobban sújt.

Megelőző céllal bárki alkalmazhatja a kismencedei tornát, aki ülőmunkát végez, testalkata, általános kötőszöveti gyengesége vagy krónikus köhögése, szorulás révén veszélyeztetett a medencealap ellazulására. Egyszerűen a gyakorlatokat korra és nemre való tekintet nélkül mindenkinnek ajánlom. A tornát sohasem késő elkezdni, mert az izmok állapota még időskorban is javítható.

- Gráczolné Varga Edina
gyógytornász -
(gyógyár)



Ethicon® Tension-free Vaginal Tape

Innovatív lehetőség a női stress incontinencia megoldására

A „Tension-free Vaginal Tape” (TVT) műtét a genuin női stress incontinencia mikroinvaszív megoldására szolgáló új műtéti eljárás. A műtét neve a beavatkozás során használt speciális Prolene szalagból ered, melyet feszülésmentesen kell a vagina felé a húgycső középső szakasza alá bevezetni.

Az új műtéti módszer agát funkcionális anatómiájának új megközelítésén alapul, melynek lényege, hogy a női stress incontinencia végső soron a lig. pubourethrale meggyengülésére vezethető vissza, melyet a TVT eszköz behelyezésével korrigálhatunk.

A műtéthez a TVT eszközzel, mely egy közepén kettévágott plasztik hüvellyel borított, a szalag két végén a szalag felvezetését segítő tűkkel rendelkező Prolene szalag; a tűk biztonsá-

gos felvezetését szolgáló „introducer”-re és egy a hólyagkatétért színező „catheter guide”-ra van szükség.

A TVT eszköz egyszerű, míg az utóbbiak többszörhasználatos eszközök.

A műtét során helyi érzéstelenítésben a húgycső felett a vagina mellő falán, valamint a symphysis felett az alhasfalon két oldalt kell kis metszéseket ejteni. A Prolene szalagot, a végére erősített tűk segítségével, közvetlenül az os pubisok mögött kell felvezetni. A szalag feszülésmentes helyzetének ellenőrzése és a nylon védőhüvelyek eltávolítása után, a Prolene szalag külön rögzítés nélkül a helyén marad. A szalag körül kialakuló hegövet garantálja a műtét hosszú távú jó eredményeit.



GYNECARE

A Division of ETHICON

2000. október 18-21.
Budapesti Vásárcsoponthungaro
med

I. Nemzetközi orvostechnikai és egészségügyi szakkiállítás

Az orvostechnika helyzete a világban és Magyarországon

Az orvostechnikai eszközök és berendezések a termékek rendkívül széles spektrumát foglalják magukba. A termékcsoportnak éppúgy részét képezik a kórháztechnikai berendezések, mint a különféle gyógyászati segédeszközök. Az orvostechnikai eszközök további jellemvonása, a termékek „bizalmi jellege”. A felhasználók az eszközök beszerzésénél a maximális biztonságra törekednek, döntéseikben meghatározó szerepe van a márkának, a minősítésnek és az imázsának.

Az orvostechnikai eszközöket gyártó ipar komoly fejlődésen ment keresztül az elmúlt években. A fejlődés legfontosabb tényezője a számítástechnika eredményeinek sokoldalú felhasználása. A digitális technika alapvető változásokat eredményezett a műszerek és az egyéb analitikai eszközök esetében. Az új technika a korábbinál pontosabb és gyorsabb mérési eredményeket produkál, mindezt lényegesen egyszerűbb kezelhetőséggel párosítva. A változások másik iránya az orvostechnikai eszközök méretének, súlyának csökkenése. Az anyagok tekintetében döntő változásokat hoztak az új ötvözetek, és a műanyagok beépítésének folyamatai. Előtérbe került a formatervezés iránti igény, ma már nem elég a sokat tudó műszer, vagy eszköz, fontos annak megjelenése, formája is.

Mekkora a világ orvostechnikai piaca?

Az orvostechnikai termékek világpiaca - az 1998 évről rendelkezésre álló EUCOMED (Orvostechnikai Eszközök Európai Gyártóinak Szövetsége) adatai szerint - meghaladta a 215 milliárd DEM-t. Ennek a hatalmas piacnak több mint 40 százalékát az USA, 25 százalékát az EU, míg 14 százalékát Japán fedezi. Az amerikai piac, azon túlmenően, hogy méretével meghatározó jelleggel bír, alapvetően rányomja bélyegét a világ orvostechnikai termékgyártó iparára. Az európai piac meghatározója - 35 szá-

zalékos részesedéssel - Németország, melyet Franciaország és Olaszország, majd Nagy-Britannia követ. A kiemelt négy ország együtt a kontinens piacának több mint 2/3-át adja. A nyugat-európai piacon tevékenykedő mintegy 7000 vállalkozást döntően kisvállalkozások alkotják, melyek az egységes EU besorolásnak megfelelően 50 főnél kevesebb alkalmazottat foglalkoztatnak.

A magyar export szempontjából rendkívül lényeges az EU-ban alkalmazott módszerek figyelemmel kísérése, hiszen ezek nélkül eredményes exportra minimális a lehetőség. Az orvostechnikai termékek értékesítése - speciális és bizalmi jellegéből adódóan - különleges marketing eszközök alkalmazását igényli.

Mi jellemző a hazai piacra?

A magyar orvostechnikai ipar bázisát mintegy 80-100 vállalkozás képezi. Ezek egyrészt a korábbi állami vállalatok privatizációjával létrejött, másrészt az elmúlt években alakult, klasszikus értelemben vett kisvállalkozások. A két alapvető szegmens cégei egymástól gyökeresen eltérő üzletpolitikát folytatnak. Az előzőek kiforrott, hagyományos termékszerkeztúrával rendelkeznek, és közepes, illetve nagy sorozatú gyártásra rendezkedtek be. A kisvállalkozások többségére a szűk termék körben való specializáció, az egy-egy orvosi feladat magas szintű elvégzésére való felkészülés jellemző.

Az orvostechnikai termékeket gyártó iparban lezajlott változások azonban nem jártak sem a jól képzett hazai munkaerő, sem az évtizedek alatt felgyülemlett szakmai ismeretanyag, elvesztésével. Ellenkezőleg, az átalakulások hozzájárultak egy rendkívül aktív és a korábbinál hatékonyabb termelési struktúra létrejöttéhez.

A magyar piacon tevékenykedő multinacionális cégek magukkal hozták a többi piacon eredményesen alkalmazott marketing módszereket, eljárásaikat.

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 megszervezésével, melynek a Budapesti Vásárcsopont ad otthont 2000. október 18 és 21. között.

A bel- és külföldi gyártók a hazai egészségügyi piac bővítésének tekintik a finanszírozás reformját. A cégek egyértelmű véleménye az, hogy a TB merevsége a piaci viszonyok érvényesítésének gátját és akadályát képezik. A legnagyobb gondot abban látják, hogy a TB támogatások rendszerével és az árak kontroll alatt tartásával fékezi a piaci viszonyok érvényesülését.

Az orvostechnikai termékek hazai keresletében központi szerepet játszik a társadalombiztosítás. Az orvosi gép-műszer tekintetében a szállító cégek a közbeszerzési törvénynek megfelelően, nyílt közbeszerzési eljárás útján kerülnek kiválasztásra.

Az orvostechnikai termékek gyártásával foglalkozó iparág, amint az adatok is mutatják, komoly exportpotenciállal rendelkezik, és rugalmas vállalkozásai, valamint néhány esetben, világviszonylatban is jelentős újdonságot képviselő termékei révén, kivételének fokozása is képes. A vállalkozások többsége tisztában van azzal, hogy eredményes exportra, piaci sikerre csak akkor számíthat, ha terméke valamilyen szempontból speciálisat nyújt felhasználójának. Exportpozíciójának javítása érdekében azonban a hazai vállalkozásoknak feltétlen segítségre és támogatásra van szükségük.

Az elmúlt években csekély mértékben, de tovább nőtt az import, azaz folytatódott a belföldi piac élénkítése, és várhatóan tovább emelkedik a kivitel, javulnak a hazai cégek exportpozíciói.

Az orvostechnikai szakmát tekintve leszögezhetjük, hogy annak egészsége a tradicionális ismeretek és szaktudás, valamint a hallatlan mértékű innovációs készség jellemző.

Az orvosi eszközök eladásában a magyar kis- és középvállalkozóknak van mit keresniük az európai piacon, azonban feltétlen segítségre van szükségük. Ehhez kínál első alkalommal fórumot a Hungaromed I. Nemzetközi orvostechnikai és egészségügyi szakkiállítás, amelyet a szakma és az egészségügy politikát formáló is megkülönböztetett figyelemmel kíséremek. A szakkiállítás iránt az egészségügyi gyártók, forgalmazók már eddig is folyamatosan nagy érdeklődést és részvételi szándékot mutatnak.

Forrás: Marketing Centrum
Orvostechnikai eszközök exportstratégiája
Fontosabb megállapítások
A tanulmány az ITD-Hungary megbízásából készült. Összeállította: Botka Andrea a Hungaromed marketing menedzser és Varga Éva a Hungaromed sajtófőnöke

Néhány orvostechnikai eszköz hazai gyártása 1997-1998 (millió Ft)

Megnevezés	Termelés 1997	Termelés 1998	1998/1997 (%)
Orvosi, sebészeti, ortopédiai készülék összesen:	12.765	18.562	145,4
Orvosi stb. készülék és alkatrész	11.254	16.732	148,7
-röntgenberendezések	3.128	6.420	205,2
-diagnosztikai berendezések	862	1.077	124,9
-sterilizáló berendezések	-	73	-
-ortopéd cipő és talpbetét	976	-	-
-fecskendő, tű, katéter	3.366	3.508	104,2
-meh. hatású gyógyászati készülék	609	-	-
-protézisek	2.738	3.457	126,3
-hallásjavítók, pace-makerek és alk.	531	1.499	282,3
-fogorvosi és orvosi bútorok	696	839	120,5
-bérmunka	515	-	-
-összeszerelés	163	828	508,0
-javítás, karbantartás	135	13	-

A Nemzetközi Falu- és Mezőgazdaság-egészségügyi Társaság XIV. Nemzetközi Kongresszusa

Pécs, 2000. Május 25-27.

SAKMAI PROGRAM ÉS CÉLKITŰZÉSEK

I. Szakmai háttér

A Nemzetközi Falu- és Mezőgazdaság-egészségügyi Társaság az 1970-es évek elején a franciaországi Toursban alakult meg, mint az akkor nagy ütemben fejlődő mezőgazdaság-egészségügy foglalkozás-egészségügyi problémáival foglalkozó nemzetközi tudományos egyesület.

Tevékenysége később az Egészségügyi Világszervezettel való hivatalos együttműködés kapcsán az Egészségügyi Világszervezet célkitűzéseinek megfelelően a falusi lakosság egészségi állapotának vizsgálatára és az elsődleges egészségügyi ellátás, a Primary Health Care kérdéseire is fokozatosan kiterjedt és ennek megfelelően a Társaság elnevezését a Nemzetközi Falu- és Mezőgazdaság-egészségügyi Társaság elnevezésre változtatta meg, jelezve tevékenységének irányváltását. A Társaság az Egészségügyi Világszervezettel hivatalos kapcsolatban álló NGO-ként tevékenykedik. Tevékenysége három kontinensre terjed ki, afrikai részlegének megszervezése jelenleg áll folyamatban. Eddig 13 nemzetközi kongresszust tartott három évenként. A Társaság következő, XIV. Kongresszusát 2000-ben, Magyarországon, Pécsen kívánja megrendezni.

II. A XIV. Kongresszus szakmai célkitűzése és elképzelése

A Társaság Végrehajtó Irodája az Egyesült Államokban, Salt

Lake City-ben tartott ülésén úgy határozott, hogy a XIV. Kongresszus az együttműködés és kooperáció gondolatának kívánja szentelni. A Társaság abból indult ki, hogy a falusi lakosság, a falusi közösségek rendkívül hátrányos helyzetű népcsoportot képeznek, melyhez az általános infrastruktúrális, gazdasági, szociális és kulturális tényezőkön kívül nagymértékben hozzájárul a falusi közösségek egészségügyi szempontból adott rendkívül kedvezőtlen helyzete is. A falusi lakosság egészségének javításáért folytatott tevékenység csak széleskörű interdiszciplináris és intersektoriális összefogás eredményeként mutathat javulást. Jelenleg a falusi viszonyok javítására irányuló erőfeszítések szétterjedtek, egymással párhuzamosan futnak. A különféle utakon futó tevékenységek között az együttműködés, információcsere, kooperáció előmozdítása a falusi közösségek tényleges részvételének és mozgósításának gondolata a Kongresszus alapvető célkitűzésévé vált. A Szervező Bizottság arra törekszik, hogy bemutassa a különféle területeken folyó közösségi projekteteket, azok tapasztalatait és a kongresszuson való részvételre hívva azokat az érdeklődési köröket, szakmákat, akik a falu-egészségügyben érdekelt lehetnek. Kezdeményezzen olyan deklarációt megfogalmazását, amely az együttműködés gondolatát, annak előmozdítását segítő és gátló tényezőket megfogalmazza és megkísérel kialakítani olyan, az együttműködést előmozdító információs és tapasztalatcsere központ létrehozását, amely a falusi közösségek egészségének fejlesztése érdekében nemzetközi szinten felelős tényező lehetne.

III. A Kongresszus célja érdekében tett eddigi tevékenység

A Nemzetközi Falu- és Mezőgazdaság-egészségügyi Társaság Végrehajtó Irodája megtárgyalta és jóváhagyta a Társaság Kongresszusának szakmai programtervezetét, a programtervezethez való csatlakozás érdekében megnyerte a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO), a Nemzetközi Menekültügyi Szervezet (IOM) a Magyar Kormány, a számos nemzetközi tudományos társaság, köztük a WOMCA támogatását. A Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetsége, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, a Magyar Népegészségügyi Tudományos Társaság, a Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság, a Magyar Társadalomtudományi Társaság, a Magyar Higiénikusok Tudományos Társasága és a Népegészségügyi Tudományos Társaság támogatásával az Egészségügyi Minisztérium, a Földművelődésiügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium és a Környezetvédelmi Minisztérium részvételével hazai szervező bizottság alakult. A szervező bizottság jóváhagyta a Kongresszus előkészítésének munkatervét, a határidőket és a célkitűzéseket. A Kongresszusi célkitűzések elérése érdekében nemzetközi tanácsadó testület létrehozására került sor, melynek névsorát a 2. sz. kongresszusi értesítés tartalmazza.

IV. A Kongresszus várható eredményei

A kongresszus lehetőséget ad a falusi közösségek egészségügyi problémáinak, helyzetének javítása érdekében folyó tevékenység széleskörű, világméretű áttekintésére, az erőfeszítések értékelésére tapasztalatainak kicserélésére. Reményeink szerint lehetőséget ad egy nemzetközi információs és tapasztalatcsere központ létrehozására, és egy ezt kezdeményező deklaráció kialakítására és elfogadására. Miután a Kongresszus célkitűzései alapvetően egybevágnak a Soros Alapítvány kezdeményezéseivel és céljaival, bátorodunk kérni és javasolni a Soros Alapítvány részvételét és támogatását a Kongresszus munkájához.

Láttelelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap
az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



» OBSERVER «
HUNGAROMED MÉDIAFIGYELŐ KFT.

A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője,
a MAHİR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szerkeszti.

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 nevét hitelesített szerző.

Kiadó és Szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, P.E. 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 Láttelelet egymásutániságát a lapon található sorozatszámok tükrözik.
ISSN 0865-7424

A Wyeth már Magyarországon is vigyáz a nőkre

2000. május 4-én került sor a Wyeth Nőgyógyászati Divíziójának első magyarországi bemutatkozására, amelynek fő témája a nők egészségével kapcsolatos felvilágosító tevékenység volt. A sajtótájékoztatót részt vett Niklas Karlberg, a Wyeth igazgatója és Dr. Czírok Tünde, a cég nőgyógyászati divíziójának vezetője. A sajtótájékoztatót jelen voltak és felkért hozzá-

szólóként szót kaptak a női egészségügyben jártas szakemberek. A vállalat vezetői hangsúlyozták: a nők egészségével kapcsolatos felvilágosító tevékenység, valamint az egészségügyben dolgozók továbbképzésének támogatása szolgál alapjául annak a koncepciónak, amit az ezredfordulón alapozott meg a Wyeth Magyarországon. A cég a fogamzásgátlást és a

hormonpótlást együttesen tekintve is világelső. A több, mint fél évszázados tapasztalattal, kiemelkedő kutatási eredményekkel és vezető termékekkel rendelkező Wyeth a fogamzóképesség, a terhesség és a változókor időszakában egyaránt új és megbízható termékekkel járul hozzá a nők egészségének javításához már Magyarországon is. A cég hazai összfor-

galmának több, mint 60 százalékát a Nőgyógyászati Divízió képviseli, termékkatalógusát idén két terápiai területen is bővíti.

*

A Wyeth a világban és hazánkban

Wyeth a világon az egyik legjelentősebb erőt képviseli a női egészség javítását szolgáló termékek piacán is. Készítményei, melyek mára hazánkban is elérhetővé váltak, nők millió számára biztosítják a magas életminőséget világszerte. A cég elkötelezett az iránt, hogy a nők életének különböző szakaszaiban fennálló igényeket folyamatosan új és megbízható termékekkel elégítse ki, ezért a női egészségügy területén forgalmazott termékei között megtalálhatóak a fogamzásgátlók, a maternális vitamin és ásványi anyag készítmények, valamint, hormonpótló szerek is.

A cég hazánkban nemrég vezette be új fogamzásgátló készítményét, amely alacsony hormontartalmából adódóan minimalizálja a mellékhatásokat, kiváló cikluskontrollt is nyújt továbbá a testsúlyt sem befolyásolja jelentősen. A fogantatás előtt, a terhesség alatt és a szülést követően szoptató és nem szoptató anyáknak fejlesztette ki vitamin és ásványianyag-készítményét, mely javítja az anyatej minőségét és elősegíti a szülést követő gyors regenerációt is. Hormonpótló termékeinek hatékonyságát és megbízhatóságát több mint 3500 tanulmány támasztja alá. A hormonpótlás terén a legtöbb tapasztalat a Wyeth többféle konjugált ösztrogént tartalmazó készítményéről gyűlt össze.

A Wyeth és az ismeretterjesztés

A cég különösen nagy hangsúlyt fektet a nők ismeretének bővítésére, hiszen az alulinformáltság a legfőbb oka a hormonpótló készítményekkel kapcsolatos ellenérzésnek, és a terápia során tapasztalható alacsony együttműködési hajlandóságnak.

Egy, a Wyeth által Amerikában végzett felmérés tanúsága szerint minden harmadik, változókorba lépő nő nincs tisztában azzal, hogy panaszai életének egy új szakaszát jelentik, minden ötödik nő úgy gondolja, a menopauza kísértő tüneteit nem lehet orvosolni, a nőknek mindössze öt százaléka van tisztában azokkal a kockázatokkal, amelyek a klimax kísértőjeleiként felléphetnek, csak a nők 56 százaléka tudná felsorolni a hormonpótlás előnyeit a női szervezetre, s a felmérésben megkérdezett nők 48 százaléka szerint nincs olyan minta, közéleti személyiség, vagy olyan személy, aki segítene nekik a változókorral kapcsolatos információk beszerzésében, illetve abban, hogy életüknek ezt az időszakát a lehető legjobban élhessék meg.

A Wyeth és az életfilozófia

A Wyeth büszke arra, hogy a női életciklus minden időszakában piacvezető termékekkel járulhat hozzá a nők kiegyensúlyozott, egészséges életviteléhez, külső és belső harmóniájához már Magyarországon is. Hiszen nap mint nap, évről évre változunk ahhoz, hogy egy nő valóban tudatosan élhesse meg életének egyes időszakait és megőrizhesse vitalitását, és tudatos odjon benne: törődni kell önmagával. A Wyeth gondoskodik arról, hogy a nők harmóniában élhessenek testük változásaival. A Wyeth vigyáz a nőkre.

- Szádvári Lilla -

Hosszútávú elkötelezettség a nők egészségéért!

A nők egészségügyi ellátása – életének sokféle változása miatt – folyamatos fejlődést igényel. A Wyeth elkötelezettséget érez és azon fáradozik, hogy ezeket az állandóan megújuló igényeket a nők minden egyes életszakaszában új és megbízható termékekkel elégítse ki.

Az újítás és egészség iránti elkötelezettsége miatt a Wyeth igyekszik összhangot teremteni a betegek és az orvosok között, és világszerte elősegíti a nőgyógyászati klinikai gyakorlat megújulását és fejlesztését a jelen, és a jövő érdekében.

Harmonet® (C75 µg/EE 20 µg)

A 20 µg-os fogamzásgátló a gestodenen összes előnyével.

MATERNA®

Hamarosan megújuló összetételben. Materna beta-carotinum + selenium

PREMARIN®

Természetes alapú konjugált equin ösztrogének komplex interakciója teszi egyedülállóvá a HRT-k között, melynek köszönhetően a Premarin a világon a legtöbbet felírt hormonpótló készítmény.



vigyáz a nőkre

Bővebb tájékozódás végett, olvassa el az alkalmazási előíratot!

Wyeth - worldwide leader in women's health

Wyeth-Lederle Pharma division of Cyanamid Hungary Kft.
1133 Budapest, Váci út 110. Tel.: 350-0292 Fax: 350-0296

Harmonet

MATERNA

PREMARIN®

PREMARIN®+MPA

