

Láttelelet[®]

HUNGA COORD
SAJTÓIRODA

Móttó

„Az Európai Közösség legnagyobb paradoxonja az egészségügy terén az, hogy bár a lakosság korábban soha nem volt olyan egészséges mint most, mégis a tagállamokban az egészségügyi rendszer és ellátás javítására és ezzel az egészségügyi kiadások növelésére vonatkozó igény folyamatosan nő. Ezért a közösség olyan népegészségügyi stratégiát alakított ki, mely megfelel azoknak kihívásoknak, amelyekkel a tagállamok egészségügyi ellátó rendszerei szembesülnek és amelyek várhatóan tovább nőnek a jövőben.”

Public health in Europe
European Commission 1997.

- Bővebben a 12. oldalon -



XLIV. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2000. 6. szám

Ató vízén seregnyi apró díszszobrok fehéren a nyári napsütésben. A 470-es vítorlások világbajnoki találkozója zajlik a füredi vizeken. A parton, a Füredi szállóban is nagy a nyüzsgés. A Magyar Kardiológusok Társasága itt tartja az éves kongresszusát, a parkban kiállítási sátor garatálja a vásári hangulatot. A világ nem áll meg - nyugtázom magamban, amikor a sokadomán meglatom Simon Kornélt beszélgetők gyűrűjében. Néhány nap telt el a székesfehérvári kórházvezetés döntése óta. A főorvos - mint tudjuk - munkatársával megtagadta az osztályát megosztó határozat végrehajtását, ezért és nyilvános szerepléséért fegyelmi eljárást indítottak ellene. A kardiológia ismert alakja most állás nélkül beszélget a folyosón. A Társaság közgyűlése tegnap nyilatkozatban foglalt állást a professzor mellett. A közgyűlés egyetértett a Kardiológiai Szakmai Kollégium korábbi állásfoglalásával, melyek szerint a székesfehérvári kórház vezetése döntése során nem vette figyelembe a szakmai szempontokat.

A hírek hetek óta jönnek innen-onnan, médiából, magánbeszélgetésekből sok mindent hall az ember. Most itt az alkalom, első kézből tudhatunk meg dolgokat. A víztükrös és a vakító égbolt fényei elől bújva keresünk egy kis árnyékot a szálloda teraszán.

• Azt mondta nekem valaki a napokban, hogy ez az egész székesfehérvári ügy azért van, mert

„Nem terveztem én ezt meg. Nem tudtam kitérni előre...” Füredi beszélgetés Simon Kornéllal

az orvos-igazgató a sürgősségi ellátás kialakítását kapta feladatul és a változást kifogásoló Simon Kornél ebbe nem állt bele. Így van ez?

- Nézd, itt több dolog van. Biztos, hogy az egész ügynek az indokait tekintve különböző etá-
zok, emeletek vannak, és a - hogy is mondjam - nem felszíni motivációkat illetően az igazgató biztosan alapvető szerepet játszik. Egy tehetséges ember, jó orvos, kiváló manualitású intenzív terapeuta, de a személyiségében benne van a konfliktus lehetősége. Én valószínűleg az útjában voltam, hiszen ő kardiológus, így én „rontottam a boltját”. Az intenzív kardiológiai betegellátás hozzámm tartozott és a sürgősségi betegosztály felvétele rendszerének kiépítésével kapcsolatban ő igényt tarthatott rá, legalábbis részben. Szerintem mi ezt megosztottuk egymás között és becsülettel csináltuk. Igen, de általában kaptam visszajelzéseket, hogy ő sértő dolgokat mondott a munkatársairól, az osztályunk teljesítményéről, nem akarom ezeket teljesen elmondani. A kifogásolható megnyilvánulások miatt a helyi kamarai Etikai Bizottságnál eljárást indítottam. Mivel az etikai bizottság elnöke függő viszonyban van a kórház vezetésével, ezt szóvá tettem, így másra hivatkozva -

az ügy országos méretére - a helyi kamara az Országos Etikai Bizottságnak utalta vissza az ügyet. Ezek után egy másik megye bizottsága fogja lefolytatni az etikai vizsgálatot. Az a kijelentése bejárta a sajtót, hogy „felzántam és sóval hintem be a II. Belgyógyászatot” - biztosan találkozott vele.

• Többen kifogásolták, hogy a kórházi átszervezéseket a függő helyzetben lévő helyi kamara és ÁNTSZ, illetve a lakos megyei önkormányzat minősítette szembehelyezkedve a Kardiológiai Szakmai Kollégium állásfoglalásával.

- Teljesen igazuk van. Nem veszek róla tudomást. Egyetlenegy grémium létezik, amelyik igazán szakemberekből áll és akik nem közvetlenül függnek a hatalomtól, ez a szakmai kollégium. Az a szakmai kollégium, amelyik kétszer mondta ki ugyanazt, hogy ez rossz döntés volt, és azt, hogy itt a betegérdek sérül a költözéssel. Ennek ellenére az igazgató, a tulajdonos önkormányzat, az ÁNTSZ és elnézést kérek, maga a miniszter úr is azt ismételték, hogy itt betegérdek nem sérült. Mintha a szakmai kollégium állásfoglalása nem is létezett volna. Egyébként a vizsgálatnak a miniszter úr

által kijelölt helyi résztvevői nem csak függő viszonyban vannak, van köztük, aki kedvezményezettje az erőteltett változtatásoknak.

• A miniszter azt nyilatkozta, hogy a szakmai kollégium előző véleményeit átvette, és azok nem voltak egybehangzóak.

- Valóban ezt mondta a miniszter úr. Hadd mondjam erre a következőket. Mind a két kollégiumi nyilatkozatban az áll, hogy a kollégium egységesen foglalt állást. Közbevetőleg megjegyzem, hogy mint kollégiumi tag ott voltam. Egy vita kapcsán persze, hogy felvetődnek különböző szempontok, azonban a Fehérvárról meghívott tisztifőorvos eltérő véleményén kívül - ami szerepel a jegyzőkönyvben - a kollégiumi tagok részéről nem volt végül is más vélemény.

• Nemrég került sor a szakmai kollégiumok megújulására, amivel kapcsolatban nagy hangsúllyal hangzott el, hogy azok az adott szakterületek legmagasabb szintű javaslattevő, véleményező autonóm szakmai testületei és a Magyar Orvosi Kamara működési azoka. A kollégiumi állásfoglalás kit, mennyire kötelező?

- A kollégium nem egy operatív szerv. A kollégium csak állást foglal és ajánlást tesz. Ezt most nem vették figyelembe. Senki nem vette figyelembe, a miniszter sem. Ezek után elgondolkoztok, hogy tulajdonképpen mi a kollégium szerepe? De továbbmegyek. Ha egy szakmai kollégium azt mondja, hogy itt betegérdek sérül, hogy a költöztetés alacsonyabb szintű ellátást tesz csak lehetővé a Szent György kórházban, akkor ki fog korrigálni? Ki védi meg a beteget? Az ombudsman? Ki? - kérdezem - ki?

- folytatás a 4. oldalon -

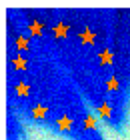
75 Jahre RAL

DER WEG ZUR GÜTE ÚT A MINŐSÉGHEZ



Magyar Minőségi Management
Szövetsége

Európai Együttműködés



DVG Deutscher Vereinigung für Qualitäts-Management e.V.
Berlin, den 6. Mai, 1925



Magyar Minőségi Management Szövetsége
Budapest, 2000. Május 4.

Információ: 06-309-62 72 00

Műsorvezető: Svábny András
Riporter: Zöldhegyi Katalin



Nővér/kép Lenni vagy nem lenni?!

Műsorvezető: A kórházakban nincsenek nővérek, egy felsőfokú, diplomás ápolónő keresete bruttó 35.000 forint. Ennyiből nem lehet megélni. Kénytelenek máshol munkát vállalni. Mindegy, hogy hol, csak fizessenek. Közben a kórházak gyakorlatilag működésképtelenek. Havi bruttó 35 ezerért több műszakban 30-40 beteget látnak el, gyógyszernek, étetnek, pelenkázni, ágat húznak. A sztrájkban már nem hisznek, inkább szép csendben elvándorolnak. Kapnak munkát a gombamód szaporodó bevásárlóközpontokban, áruházakban és boltokban. Ott azzal becsülik meg őket, hogy valamivel emberibb bért kapnak. A hosszú műszakokat, a hétvégek hiányát már régen megszokták. Közben a kórházakban osztályokat vonnak össze vagy szüntetik meg, mert nincsen elég nővér. Riportunk róluk meg rólunk szól. Gyógyulási esélyünk ugyanis csökken minden egyes ápoló távozásával.

• Riporter: Semmit sem ér a diplomájuk. Egy főiskolát végzett nővér havi 35.000-ért dolgozik, sokszor 24 órás műszakban. Egyre többen hagyják el a kórházakat, és lesznek bolti eladók vagy pénztárosok.

- Végül is nem szabók vagyunk, akik elszabunk egy arányt és pótolni lehet, hanem emberileggel játszunk. Játszunk? Nem is tudom, hogy ez játék-e. Ez nem játék, ez valóság.

• R.: Nővérek. Gyógyszereznek, ágytálaznak, tisztába tesznek. Etetnek, fürdetnek, sokszor 80-100 kilós testeket mozgatnak, emelnek. Gyógyszereket, infúziókat kell adagolniuk pontosan és időben. Rutinvizsgálatokat végeznek ugyancsak időre, meghatározott időpontokban. Műtetre készítenek fel, az operáció után a betegek figyelése, állapotuk esetleges változásainak haladéktalan észlelése, a gondozás, az ápolás az ő feladatuk. Ezeket vállalták a nővérek, amikor az ápolóképzésben ma már egyedül járható úton, a három- vagy négyéves egészségügyi főiskolát elvégezték. Tisztában voltak azzal, hogy nem fizetik meg jól azt, aki

ezt a munkát, vagy inkább hivatást vállalja. De arra végképp nem számítottak, hogy diplomával hosszú évek munkája után az ápolónők bére 2000-re országosan havi bruttó 35.000 forint lesz. Emiatt pedig olyan sokan hagyják el ezt a pályát, hogy gyakorlatilag három ápolónői helyre csak egy nővér marad, akinek így minden nap három ember munkáját kell elvégeznie. Sohasem tapasztalt feszültség az Országos Traumatológiai Klinikán: a nővérek hiánya miatt összevontak két szomszédos osztályt.

Dr. Szabó Győző főorvos, Országos Traumatológiai Intézet: Egyelőre más megoldást nem látunk. Kénytelenek vagyunk, hisz Budapesten tudomásom szerint körülbelül 40 százalékos a nővérhiány. Az intézetünkben is nagyon magas.

• R.: Pótlagok a mellkasi sebészeti osztályon. Az összevonással ugyan zsúfoltság lett, de az intézet fellélegezhet, túljutott a nővérhiány miatti akut életveszélyen, legalábbis idő nyertek.

Dr. Endi Antal főorvos, Országos Traumatológiai Intézet: Ez az üres osztály az egyik kórterem. Tulajdonképpen holdbéli táj.

• R.: Holdbéli tájnak tűnik a bezárt hasi sebészeti osztály is. A volt részleg főorvosa elfogadja a helyzetet, nem tehet mást.

Dr. Endi Antal: Mi az oka ennek? Egy szóval meg lehet mondani, a pénzhiány.

• R.: A Traumatológiai Intézet előbb említett két osztályáról ötven mentek el az utóbbi hónapokban, mindnyájan szakképzett nővérek. A főnővérnek mindennapos harc a beosztás. Az ápolónőket is megillető nyári szabadságok miatt adódó helyzetbe bele sem mer gondolni. Ani nővér is feszült, akárcsak ápolónő. Április végére ő is lassan túllépi az éves túlórák retét. Jól érzi itt magát?

Ani nővér: Kapcsoljuk ki. Most az igazat mondjam?

(folytatás a 11. oldalon)

VÍZPARTI TALÁLKOZÓ

A kastély parkjából csak néhány lépés a Duna-ág, melynek tükre délies szél borzolja most, csalóssá varázsolva a képet. A víz visszafolyó látszik az imént elhagyott nagyváros felé.

A kastélyban fórum készül, annak sodrása, amiről bent fogunk beszélgetni, talán előre mutat.

A hallban Savoyai Jenő herceg egykedvűen nézi a jövő-menést. Neki immár több mint két és félszáz éve senki nem árthat. A herceg tehát nem zavartatja magát, a hétvégi találkozók vendégei gyűlekeznek a tizre hirdetett egészségügyi fórumra, ami kis-késve indul, a Miniszterelnök Hivatala állanattikára így sem ér ide. A fórumot Komáromi doktor, kamarai titkár vezeti, a pulpituson a tárca vezetője mellett ott ül a kamaraelnöke, az OEP képviselője, a MÁOTE rég jól ismert és a szakmai kollégium új elnöke, aki - mint később a miniszterrel megtudjuk - tanszékeivel koordináló funkciót is hivatott ellátni a jövőben.

Előljáróban Gögl Árpád foglalja össze az elmúlt időszak történéseit és a közeljövő szándékait. Mint mondta, az alapellátás több eleme készen áll, kialakultak a tanszék, működés, a szakmai kollégium, a kialakult struktúra országos irányítási feladatok megoldására képes. A minimum-feltételek közé rövidesen a számítógép is bekerül, ami az adminisztráció jövőjét egyértelművé teszi. A minisztériumban olyan irányú munka folyik, amely a privatizált praxisok működésének megfelelő környezetet szándékozik kialakítani. A megváltozott, megszaporodott feladatokhoz nem lesz könnyű a jogi szabályozás illesztése. Mint később, a kérdéskapszán említtette, a túlmunkával kapcsolatos feszültség is csak hosszú folyamat során enyhíthető, mert a Munka Törvénykönyvben leírtakkal konform megoldás az egészségügyi összemérés eredményezné. Szakmai, jogi, etikai és finanszírozási kérdések vetődnek fel, ezeket együtt kell kezelni. Több műszakos munkaszervezés, a sürgősségi hálózat továbbfejlesztése azok a lehetséges utak, melyeken elképzelhető az előre haladás.

Ami a finanszírozást illeti, a fejkvóta nem fog változni, viszont az amortizáció beépítése a finanszírozásba szerepel a tárca tervei között. A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök racionális felhasználására vonatkozó javaslatokat, tanácsokat várja a tárca. Mindenképpen meg kell találni a motiváció hatékony és az érintettek által elfogadható módjait. A cél elérése közös érdek.

Ismeretes a kormányzati döntés a minimálbér felemeléséről negyven ezer forintra. Ez az egészségügyi szférában a foglalkoztatottak ötven százalékát, azaz mintegy nyolcvanezer embert érint. Ennek költségvetését ennek figyelembevételével kell tervezni.

A továbblépés érdekében a tárca felkészül arra az esetre, ha mégis sikerül az önkormányzatok szerepét befolyásoló kétharmados törvény módosítása.

A miniszter után Kupcsulik Péter, a Magyar Orvosi Kamara elnöke hívta fel a figyelmet arra az elhangzott kitétele, miszerint „a jelen jogi keretek korlátai” ellenére kell megkeresni a továbblépés lehetőségeit, illetve érvényesíteni az eddig elértéket. A kamara decentralizáltan, az érintettek részvételével szándékozik megfelelni az új szerepkörnek. Elmondta, hogy a kamarának korszerű adminisztrációt sikerült szerveznie, ami a nyilvántartást és az azzal kapcsolatos szolgáltatásokat magas színvonalon képes biztosítani. Leszögezte, az amortizáció egységesen kell kezelni, figyelembe véve a privatizáció kiterjesztését a magasabb ellátási szintekre is. Az elnök szerint el kell dönteni, mi az ellátó rendszerben a meghatározó elem? Ha az orvosi tevékenység, akkor ehhez kell alkalmazkodnia a finanszírozásnak. Ha a finanszírozás szempontjai élveznek elsőbbséget, akkor olyan orvosi tevékenység várható el, aminek a feltételrendszerét ez a finanszírozás biztosítani képes. Emlékeztetett az elnök a brit egészségügy jelen válságára, melynek mér-

téke a kormányzatot döntő elhatározásra kényszerítette: jövőre az egészségügy költségvetését 36 százalékkal szándékozik növelni a Munkáspárti kormány. Cél szerű lenne tanulni intő példából.

A miniszteri és az elnöki bevezető kérdések és válaszok követték. Természetesen nagy hangszíval került szóba egészségügyünk hervatag réjtének két tavaszi virágja: a korlátozott biztosítási kártyák, és a gyógyászati segédeszközök rendelkezésének kérdése.

A tárca vezetője nem hagyott kétséget afelől, hogy az egészségpolitika a lakosság életén karbantartását elvi jelentőségűnek tartja, és ragaszkodik hozzá. Ami a részleteket illeti, arra nézve kijelentette, hogy azokat a szakma és az OEP dolgozza ki. Érvek és ellenérvek elhangzottak, mégis, tisztázatlan maradt néhány alapvető összefüggés. Azt senki nem vitatta, hogy az elképzelés hasznos, és megvalósításának biztosan lenne értékelhető hozadéka. Hidas doktor véleménye szerint a köztér lakossága egyébként is három év alatt gyakorlatilag teljes egészében megfordul a rendelkezésben. Utalt német példákra, ahol különböző kedvezményekkel a beteget teszik érdekeltté az ellenőrző-szűrő jellegű vizsgálatokon való megjelenésben. A miniszter hangsúlyozta a költség- és egészségügyi tudatosság erősödésének szükségességét a jövőben.

Azt nem fogalmazta meg senki világosan és egyértelműen, hogy az egyre több ötlek megvalósítása az elavult, kötött körzeti struktúra keretei között nem valószínű, hogy sikerülni fog. A számítógéppel történő nyilvántartás a tapasztalatok szerint 20-25 százalékkal növeli meg a rendelési időt, amit a páciens nem mindig fogadott osztatlan lelkesedéssel. Sok beteg úgy viselkedett, mint Karinty Frigyes kiránszija, aki nem akarta, hogy megismergassák. A fórumon vitatott újabb elemek ezeket a dimerziókat feszítik tovább - a megoldhatatlanság irányába. Elhangzottak ugyan ígéretek a jogi szabályozás csiszolására, a jogszabályok időben történő publikálására, azonban a feszültségek mára kialakult mértéke szükségessé tenné az egészségpolitikát és a végrehajtók közötti kommunikációs rendszer újragondolását. Modellezés, körülmények, flexibilisebb jogalkotás, megfelelő tájékoztatás, visszajelzés monitorozása lehetnének egy új típusú együttműködési rendszer elemei. Az alapelvekben lényegében nincs nézeteltérés. Arról kellene beszélni, hogyan változtassunk a százéves munkaszervezési kövületen? Ennek a megújulásnak az irányába lenne jó a szabályozást vinni. A gyógyászati segédeszközök rendelkezés körüli vita is a vakvágányon csattogó szabályozás, annak hibái miatt alakult ki. Komáromi doktor mondta, nem kétezer oldalas termékkatalógusra van szükség, hanem ötoldalás jogszabályra, ami egyértelműen rendezi a kompetencia kérdését. A miniszter hangsúlyozta a szakmai illetékesség rendezésének fontosságát, a szakmai kollégium és a koordináló tanszék első dolgáért jelölte meg azt.

A beszélgetés alkalmat adott a nyugdíjasok, a foglalkozásegészségügyi szolgálatokkal kapcsolatban kialakult szétszóró praxisok, az önkormányzatokkal viaskodók, az orvosok alkalmazott foglalkoztatók problémáinak felemelésére. A miniszter ígéretet tett, hogy az élethez igazodó jogi szabályozás mellett egyedi esetekkel is szándékoznak foglalkozni kölcsönösen elfogadható megoldások érdekében.

Az idő eltelt, Komáromi doktor zárta a fórumot.

Békassy Koppány öröksége a herceg ódon falai között néhány év alatt hagyományra nőtt. Visszatérő vendégek emlékeznek jó érzéssel vissza immár több év eseményeire, találkozására. Koppány szellemében biztosnak látszik a folytatás.

- Tálas-Tamásy Tamás -

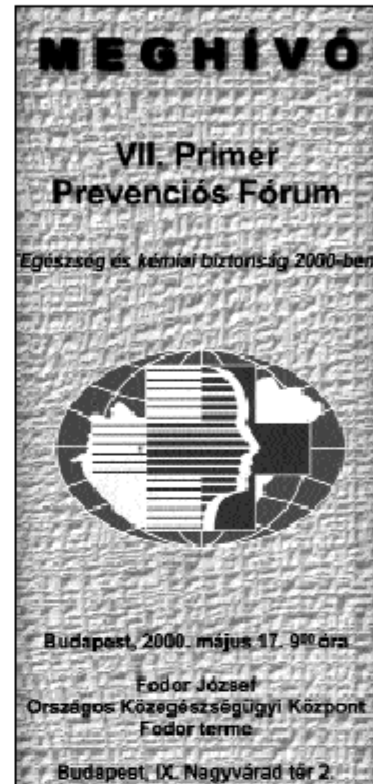
A VII. Primer Prevenciós Fórum

Az Országos „Fodor József” Közegészségügyi Központ által szervezett VII. Primer Prevenciós Fórum május 17-én tartott konferenciájának fő témája az „Egészség és kémiai biztonság 2000-ben” volt. A téma több tárcát érintett, így a konferencia védnökei Gögl Árpád, Pintér Sándor és Boros Imre miniszterek, valamint Bakondi György vezérőrnagy és Ungváry György az OKK főigazgató főorvosa voltak. Mindez jelzi a feladat nagyságát és a téma aktualitását, amit elsősorban az Európai Unióhoz történő csatlakozásunk mielőbbi esélyének megteremtése tesz különösen fontos-
sá. (*Itt is felhívjuk a figyelmet lapunk hasábjain olvasható dr. Czimbalmos Ágnes által összeállított „EU és Egészségügy” tanulmányára, melyet az Egészségfejlesztési Kutatóintézet adott át közlésre. - szerk.)

A plenáris referátumok keretében Ungváry György egyetemi tanár tájékoztatta a hallgatóságot a brüsszeli EU támogatások lehetőségeiről, Bakondi György vezérőrnagy bemutatta a BM Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóságát, Tompa Anna az OKK-OKBI igazgató főorvosa ismertette a kémiai biztonság intézményrendszerét Dobi Bálint minisztériumi főosztályvezető helyettes (KÖM) beszélt a kémiai biztonság gyakorlatának környezetvédelmi vonatkozásairól, Ocskó Zoltán minisztériumi főosztályvezető helyettes (FVM) bemutatta a növényvédőszer engedélyezésének intézményrendszerét, Kovács Gábor miniszteri főtanácsos (FVM) pedig ismertette az egészségügy lehetőségeit a Technológiai Előretérítési Program keretében. Ezután dr. Frenkl Róbert, Pucskó József és Simón Tamás egyetemi tanárok a doppingok, a dohányzás, illetve a vérnyomás, a kapható gyógyszerek és kémiai biztonság kapcsolatát mu-

tatták be. A délutáni szekción a bejelentett előadásokra és poszter bemutatásokra került sor. Az előadások a daganat prevenciós lehetőségeit, a Nemzeti Rákregisztert, valamint a kémiai biztonság és egészségmegőrzés kapcsolatának különböző aspektusait tárgyalták. A Primer Prevenciós Fórum honlapja megtekinthető a : <http://www.extra.hu/okbi> internet címen.

A Fórum keretei között a kom-



munikáció blokkban lapunk főszerkesztője „Egészségügy, kémiai biztonság és kommunikáció” címen tartott rövid hozzászólást. Az eredetileg előadásnak szánt, de a hallgatóság türelmi kűszöbét is figyelembe vevő megnyilatkozásnak eredeti célja az volt, hogy - mivel a készülő kémiai biztonságról szóló törvény az egészségügy egyes területeit kiemelten érinti - ezen be-

lül mit tehet az írott média, annak is a szakajtó ága. Tekintettel az utóbbi idők egyik legnagyobb publicitást kapott egri nővérek jelen stádiumában peres eljárás alatt lévő ügyére, ahol minden bizonnyal valamilyen formában sérült a kommunikáció. Hiszen akár sugároztak, akár nem azok a gázsterilizálók, nem vet jó fényt az egészségügyön belüli kommunikációra, hogy ezeknek a szakmai kérdéseknek a populáris médiában kellett ütközniük. Itt kölcsönös a felelősség, hiszen legalább annyira fontos egy panasz vagy észrevétel ügykezelése, mint annak mindenki számára megnyugtató rendezése. A főszerkesztő hozzászólásában megemlítette a GLOBALIZÁCIÓ, a PR és az ISMERETTERJESZTÉS összefonódását, ennek veszélyforrásait, s mindennek a határonba történő integrálódását. „A jó PR-modellértékű is lehet, adott esetben a követendő példát sugallja, de arra is alkalmas lehet, hogy elferdítve a tényeket üzleti érdekeknek vesse alá az ismeretterjesztést.”

A közállapotokat kívánta jellemezni saját családján belüli példájával: a hatvan felé közeledő, 32 éve klinikumban dolgozó orvos hozzátartozójának havi nettó keresete a jövedelemigazolás szerint 72.431 forint, azonban a 25 éves, egy éve PR területen dolgozó másik hozzátartozójával, aki ennek többszörösét tudhatja magáénak. „És mond, fiam, tulajdonképpen mit csinál? Te annál az amerikai cégnél? Óh, apám azt én nehezen tudnám elmondani neked, mert nagyon bonyolult. Nemzetközi médiaszakember vagyok. Igazad van fiam, az én munkám nagyon egyszerű. Csak megoperálom a beteget!” - hangzott végül a szövegként előadásának szumázata.

Idé vonatkozó tanulmányunk az 5-ös oldalon található - ymcs -

„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.)

(folytatás az előző számból)

• **Létezik talán más - a légszennyezéssel összefüggő - oka is a hazai légúti rákos megbetegedések emelkedésének?**

- Nagyon valószínű az, hogy a légszennyezésnek van kapcsolódása a tüdőrákkal. Ezt azonban eddig Magyarországon az úgynevezett zártlevegőjű medencékben, ahol valóban határérték fölöttiek a szennyezőanyagok a levegőben, nem sikerült bizonyítani. Van egy a légszennyezés ártalmával foglalkozó szakcsoportunk, amely egyértelműen kimutatta a pollenartalom epidemiológiai vonatkozásait. • **Hogyan áll a hazai tüdőgyógyászat a külföldi kutatásokhoz és fejlesztésekhez képest, milyen lehetőségei vannak a hazai szakembereknek a saját továbbképzésükre?**

- Nyugat-Európában a TBC visszaszorulása után kis intézetekben, izoláltan folytatták tovább a TBC-s betegek ellátását - de a belgyógyászat keretében maradt a pulmonológia. Emiatt ott nem volt olyan egységes a szakma, mint amilyen Magyarországon, a volt NDK területén, vagy Szlovákiában, ahol a pulmonológiai szakvizsgára mindig rá lehetett építeni a belgyógyászati képzést. Ebből eredően a Kórházban dolgozó pulmonológusok közel egyharmada egyben belgyógyász is. Tudományos fókuszaink nemzetközi elismertséget jelentő publikációs rátaik miatt nem csak a hazai, de nyugat-európai elismertségük is komolyan tekinthető. Részt vettünk például a WHO-ban a távoli fejletlen országok TBC elleni prevenciós projektjeiben, Koreában, Kambodzsában, a volt Szovjet tagállamokban. Ebben az is segített, hogy a hetvenes évekől kezd-

dődően idetelepült a SOTE-ról két egyetemi tanszék: a Bőszörményi professzor úr által vezetett Pulmonológiai Tanszék, amely egyben ellátja a többi egyetem között a koordinatív funkciót is, és a Mellkasbelső Tanszék hajdan Kulka professzor, most Dr. Csékes Attila vezetésével. Az ÁNTSZ-el együtt értékelve mi működöttük a TBC-s beteg országos betegkövetési rendszerét. A Tüdőgyógyász Alapítvány működött olyan trendeket, amelyekből egyidejűleg több intézeti orvosunk tud Nyugat-Európában dolgozni. Másik kapcsolatrendszerünk az úgynevezett „csereprogramok”. Mi irányítjuk és szervezzük Magyarországon a „Hope-programot”, amelynek keretében nem csak a Korányiból, hanem más intézetekből is évente 15-20 szakember megy ki hat hétre fejlett országokban lévő intézetekbe.

• **Hogyan valósítják meg az intézményben a minőségbiztosítás rendszerét, s hogyan érintené Önöket egy előirányzott esetleges Kht.-be történő összevonás?**

- Három évvel ezelőtt elkezdődött egy akkreditációs folyamat, amelyet a chicagói „Joint Commission” amerikai szakemberei végeztek itt a helyszínen, s amelyek tapasztalatai alapján szervezési-módszertani osztályunkat profilját bővítjük minőségbiztosítási feladatokkal. Ebben a programban körülbelül kilenc akkreditációs modulig jutottunk el, sajnos azonban személyes kapcsolatunkat időlegesen felfüggesztettük, hiszen az EÜ Minisztérium már nem támogatja a projektet.

- folytatás az 5. oldalon -

2000. május 21.-én a Csont és Ízület Évtizede alkalmából nagyszabású galát rendezték a Pesti Vigadóban. A mozgásszervi megbetegedések szociális és anyagi terheinek csökkentése, a kezelés korszerűsítése és a megelőzés jegyében született nemzetközi mozgalomban 39 ország több mint 650 különböző szervezete vett részt. Hazánkban a tudományos intézmények részéről többek között a Magyar Tudományos Akadémia, az Egészségügyi Tudományos Tanács, a Magyar Reumatológusok Egyesülete, a betegszervezetek képvisletében pedig a Magyar Reumabetegek Egyesülete csatlakozott a programhoz. Magyarország elsőként csatlakozott a nemzetközi mozgalomhoz, melynek nemzeti koordinátora dr. Bálint Géza, az ORFI főigazgatója. Az esemény fővédnöke Göncz Árpád köztársasági elnök volt. A meghívott díszvendégek között volt Mádl Ferenc leendő köztársasági elnök, Víz E. Szilveszter az MTA elnöke, dr. Oberfrank Ferenc az Egészségügyi Minisztérium közigazgatási államtitkára.

A mozgásszervi betegségek emberek százmillióit betegíti meg világszerte, a súlyos, hosszantartó fájdalommal és sokszor rokkantsággal, fizikai munkaképtelenséggel járó betegségek között az első helyen szerepelnek. A fejlett országokban az 50 év feletti emberek valamennyi krónikus megbetegedésének felét a csont és ízületi panaszok okozzák, a járóbeteg-rendeléseket felkeresők 20 százaléka fordul emiatt orvoshoz. A mozgásszervi betegségek drámai növekedése világszerte súlyos pénzügyi terhet is jelent az egészségügy számára. Az Agy Évtizede (1990-2000) sikerét követve az egészségügy és a betegek közössége nemzetközi kezdeményezést indított útjára, a „Csont és Ízület Évtizede” programját azzal a céllal, hogy világszerte csökkentse a mozgásszervi megbetegedések szociális és anyagi terheit, javítsa a megelőzés, a helyes diagnózis és a magas szintű kezelés lehetőségeit, elősegítse a



„CSONT ÉS ÍZÜLET

reumatológiai betegségek kezelését érintő kutatások fejlesztését, valamint rávilágítson annak jelentőségére, hogy a betegeknek aktív részvétel kell vállalniuk a saját gondozásukat érintő döntésekben. A nemzetközi program jelentőségéről, és hazai elfogadtatásáról tanúskodik, hogy már idáig is sikerült rangos közéleti személyiségeket, hazai szervezeteket, tudományos társaságokat az ügy mellé állítani.

A PROGRAM JELENTŐSÉGÉT AZ ALÁBBI NEMZETKÖZI TÉNYEK IS ALÁTÁMA SZTJÁK:

- Világszerte emberek százmilliói szenvednek mozgásszervi megbetegedésekben, ami óriási költséget jelent a társadalomnak (például az Egyesült Államokban az éves becsült költsége 215 milliárd USD).
- Világszerte a mozgásszervi betegségek jelentik a súlyos, hosszantartó fájdalom és fizikai munkaképtelenség leggyakoribb okát.
- Csak az Egyesült Államokban, a mozgásszervi betegségekkel mintegy 131 millió beteg kereste fel az egészségügyi intézményeket.
- A 60 éves és afölött levő korosztályban az ízületi megbetegedések teszik ki az összes krónikus megbetegedés felét.
- A csonttritkulás okozta törések megduplázódtak az elmúlt években. Az 50 év fölötti nők 40 százaléka fog csonttritkulásból eredő törést elszenvedni. A csípő ízületi törések száma 1,7 millióról várhatóan 6,3 millióra fog nőni 2050-re.
- A 65 éves feletti emberek körében az arthrosis a krónikus megbetegedések felét teszi ki. A 60 év feletti emberek közel 25 százalékának jelentős fájdalma van. Óriási az osteoarthritis gazdasági következményei, olyan mértékű, hogy például az USA-ban a munka elvesztésének leggyakoribb okaként tartják számon.

- A fiataloknál és a középkorúknál a derékfájás számít a betegállományok második vezető okának.
- Svéd egészségügygel foglalkozó gazdaságkutatók úgy becsülik, hogy a mozgásszervi rendellenességekkel fűződő betegségeknek a társadalomra gyakorolt költsége messze a legmagasabb lesz, összehasonlítva még az agyi és a mentális betegségekkel együttvéve is.

A CSONT ÉS ÍZÜLET ÉVTIZEDE A KÖVETKEZŐ MOZGÁSSZERVEK MEGBETEGEDÉSÉHEZ KAPCSOLÓDÓ PROGRAMOKAT FOG AT:

- ízületi megbetegedések,
- osteoporosis,
- arthrosis,
- rheumatoid arthritis,
- derékfájás,
- gerincbántalmak,
- végtagokat érintő balesetek,
- gyermekkori deformitások.

A CSONT ÉS ÍZÜLET ÉVTIZEDE ALAPVETŐ CÉLKITÜZÉSEI:

Az egészségügyben dolgozók és a betegek közössége azzal a kötelezettséggel indította útjára a „Csont és Ízület Évtizede” programját, hogy világszerte csökkentse ezeknek a súlyos, hosszantartó betegségek terheit.

ÁLTALÁNOS CÉLOK:

- a mozgásszervi megbetegedések szociális és anyagi terheinek csökkentése,
- a megelőzés, a helyes diagnózis és a kezelés

lehetőségének javítása valamennyi beteg számára,

- a kutatások fejlesztése a megelőzés és kezelés terén,
- a betegek részt vehessenek saját sorsukat érintő döntésekben.

A CSONT ÉS ÍZÜLET ÉVTIZEDE KONKRÉT CÉLKITÜZÉSEI:

- 2002-re legalább 100 ország kormánya legyen részt aktívan a Csont és Ízület Évtizedének programjában.
- Valamennyi résztvevő országban működjön beteg oktatási program és társadalom figyelmét felkeltő program.
- A mozgásszervi betegségek megelőzésére, kezelésére szolgáló kutatások fedezetére szolgáló pénzügyi források háromszorosodjanak meg a program végére.
- Az orvosképzésben legalább 6 hónapig tartson a mozgásszervi betegségek képzése, az alapellátás orvosa megfelelő diagnosztikus készséggel rendelkezzen.
- A mozgásszervi betegségek diagnosztikája és kezelése a bizonyítékokon alapuló orvoslás elveire támaszkodjon.
- Egyre kevesebb mellékhatással rendelkező gyógyszerek álljanak rendelkezésre, új génterápiás készítmények és egyéb biológiai módszerek kerüljenek alkalmazásra, biztonságosabb és hatékonyabb sebészeti eljárások kerüljenek bevezetésre.
- 25 százalékkal csökkenjen az osteoporosis okozta törések várható növekedése.
- 25 százalékkal csökkenjen az ízületi betegségek okozta ízületi károsodások várható növekedése.
- 25 százalékkal csökkenjen a súlyosan megsemmisült emberek számának várható növekedése.
- 25 százalékkal csökkenjen a gerincbetegségek okozta indirekt orvosi költségek várható növekedése.

A Vigadóban került sor a Pro Preventionem díj - kapta Görög Csaba nagydobosi általános iskolai tanár - és a Mytendon díj - kapta Béresné Lutter Mária gyógytornász - átadására. (Ez utóbbiról bővebben a 10-es oldalon tájékozódhatnak.)



Bizalom a RAL-minőségjelben

A minőségjel meghatározása:

Termékek és szolgáltatások semleges szervek folyamatos ellenőrzésével biztosított, jó minőségének olyan tanúsítványai, amelyeket a RAL „a minőségjelre vonatkozó alapelvek” értelmében elismert.

A minőségjel célja:

Az olyan termékek és szolgáltatások megjelölése, amelyeket meghatározott, magas minőségi követelmények alapján gyártanak, illetve eladásra kínálnak.

A minőségjel odaítélése:

A minőségjelet a RAL által elismert minőségellenőrző szövetségek ítélnek oda olyan gyártóknak és szolgáltatóknak, amelyek a meghatározott minőségi és vizsgálati követelményeket teljesítik.

A minőségjel alapja:

Olyan egyedi minőségi kritériumok, amelyek jól átláthatók, és amelyek minden fogyasztó számára hozzáférhetők.

A minőségjel által nyújtott garancia:

A minőségjelek a különleges minőséget háromszoros ellenőrzéssel: első vizsgálat, cégen belüli ellenőrzés és külső szerv ellenőrzése alapján garantálják.

A minőségjelek márkavédelme:

A minőségjelek a Német Szabadalmi és Védjegy-hivatalnál történő bejegyzéssel márkavédelmet kapnak.

A RAL minőségjelet több ezer termék és szolgáltatás viseli.



A 155 RAL minőségjel a gazdaság minden területén megtalálható

Minőségjel egyéb termékeknél

47

Minőségjel szolgáltatásoknál

23

Minőségjel építőipari termékeknél

18

Minőségjel a mezőgazdasági és élelmiszeripari termékeknél

12

%-os arány



- folytatás az első oldalról -

De hadd hívjam fel a figyelmet arra is, hogy a Kamara önmagával is ellentmondásba keveredett. A Magyar Orvosi Kamarának ugyanúgy a Kollégium a legfelsőbb szakmai tanácsadója és mi történt? A kamara megyei szakmai bizottsága a kollégiummal inkongruens állásfoglalást hozott. Most a kamarának nem kéne eldönteni, hogy melyik a sajátja? Visszakanyarodva még megerősíteném, hogy a miniszter úr a legelején nekem egy telefonbeszélgetés kapcsán - nem szoktunk mi telefonálgni, de én akkor felhívtam - azt mondta, hogy „*kát igen, ez egy rossz döntés volt*”. Aztán utána a nyilvánosság előtt többször azt mondta, hogy „*én nem foglalkozok állással, mert ez a kórháznak a belügye*”. Ugyanakkor viszont, amikor sztrájkoltak a munkatársaim is, és mert már a nagy zűrzavar, akkor azt mondta - idézem szó szerint és ezt nehéz kihaverni - „*nem teljesen tisztességes dolog beteg érdekét mögé bújni*”. Fértő László a közgyűlés elnöke még tovább ment. Ő a munkatársaimról azt mondta - a sajtóban jelent meg - hogy a zsíros paraszolvenciáért csinálják az egészet. Ismert a miniszter úr parlamenti vitája Világosi Gábor interpellációja nyomán. Azt mondta a parlamentben a honatyáknak, hogy a kollégiumi döntés - akkor még csak az első volt meg - a kórházvezetés céljait támasztja alá. Ez szöveg ellentétben áll azzal, ami a valóságban volt. Ott vált számomra nyilvánvalóvá, hogy a miniszter úr mit akar hallani.

• *Struktúrák le azt, amiről ez a történet szól. Az itt a lényeg, hogy a kórházvezetés által hozott döntés hogyan érinti a magas időfaktorú kardiológiai esetek esetét. A kardiológiai reanimáció az újraélesztés minősített változatának tekinthető, hiszen a mindennapi ellátás kikerülhetetlen és sokszor eredményes lejárója. Sajnos, tudjuk, még ideális körülmények között is sokszor kell elviselni a frusztráció élményét. Nem árnyékolja be ez az itt végzett munkát?*

- Arra gondolsz, hogy az állandó hallásközeliséget az ember hogyan viseli? Ennek külön irodalma van. Az egyéni tragédiának a súlyát a személyzet nem szokta tudatosan megélni. Valahol kívül tud maradni a saját maga védelmében. Ez az úgynevezett intenzív osztályos lelkület. Ha te teljesen átéled az egyén tragédiáját, képtelen vagy jó döntést hozni és remeg a kezed. Ugyanaz történik, mint amikor közeli hozzátartozódat kell kezelni. Kívül kell maradni, mert különben nem működik a rendszer. Ez nem jelent részvétlenséget, ez egy célszerű védekezés a beteg érdekében. A személyzet mégis dekompenzálódhat, amikor túl nagy a teher, ilyenkor egyszerűen elmenekülnek onnan, vagy ki kell venni őket, mert tönkre mennek pszichésen. Néha betelik a pohár és akkor szünetet kell tartani.

• *Magad hogyan éled meg az értékek óta tartó feszültséget?*

- Időnként az ember belefárad ezekbe a dolgokba. Néha arra vágyik, hogy most már jó lenne nyugodt helyen dolgozni. Amikor kikapcsolom magam mindig visszatértem. A medicina lényege az intenzív osztályon nyílt ki előttem, ezért én mindig visszakuncsorogtam oda. Nagyon sokszor este 9-ig bent voltam egy-egy beteggel. Behoztak egy heveny ischaemiás szindrómás beteget, leülttem mellé addig, amíg ki nem alakult róla a kép. Hát erről van szó. Abból lehet sokat megtudni, tudod az egészről, ami nincs benne a könyvben. Ott lehet összeszedni az elemeket, azokban az első órákban, a történeteket monitorozva, folyamatosan követve a görbét az érintett régióban, figyelve a pulzust, a vérnyomást, a beteg kinézetét, a fájdalmát és közben ezt adsz, azt adsz, amazt adsz, és akkor mindent látsz egyben. Ez nincs a könyvekben, ezt nem lehet leírni, ez egy egyenes adás. Mennél inkább közel vagy a

„Nem terveztem én ezt meg. Nem tudtam kitérni előle...” Füredi beszélgetés Simon Kornéllal

halálhoz, annál többet tudsz meg az életről. De ahhoz ott kell lenni.

• *Mikor gondoltál arra, hogy orvos leszel? Korai döntés volt?*

- Nem tudnám megmondani neked. Valamikor középiskolás koromban.

• *Voltak alternatív elképzeléseid?*

- Hogyne, műszaki pálya. A matematikához volt vonzódásom.

• *Azt mondja az orvosszociológia, hogy három alaptípusa van az orvos-pálya választásának. Van akit a természettudományos érdeklődés, másat altruista elkötelezettség, megint másokat valamilyen hedonizmus visz a pályára. Te hová sorolnád magad?*

- Hát azért hedonizmus van bennem. Meg altruizmus is és a tudomány is érdekel. Azt hiszem mindegyik igaz egy kicsit, én egyiket sem tagadnám le. Egyébként is az ember életében vannak szakaszok.

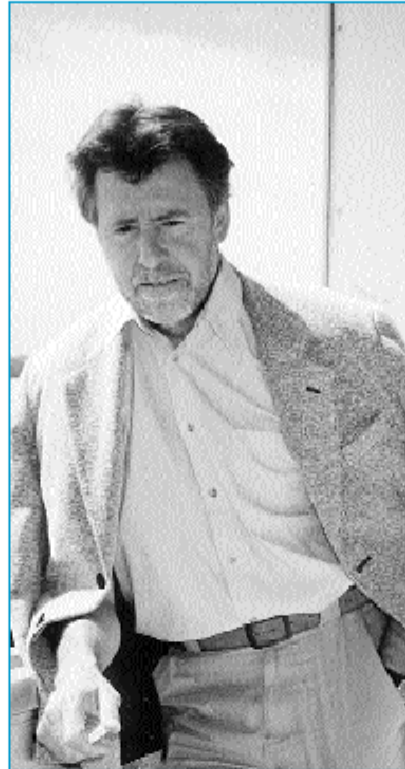
• *Jó félstáz évvel ezelőtt az ántivágásban megkülönböztetett tisztelet vette körül az orvost. Ma a presztizs morzsáit próbálja a szakma ösztönözni, nem nagy sikerrel. Így látod magad is?*

- Ma reggel az uszodában azt kérdezi úszkálás és csevegés közben az egyik kolléga - amolyan mostanában gyakran előforduló részvétbeszélgetésen, ami egyébként nincs terhenre - „*Ha Magyar Imre itt lenne, mit szólna?*” Mondom: „*Azt hiszem, a legendás professzor egy nap alatt kiválna ebből az egészből, nem bírná csinálni*.” Tudniillik a klasszikus, betegcentrikus gondolkodás és mentalitás kivészben van. A kérdésedre - úgy érzem - eléggé felkészült vagyok, sokat foglalkoztat a dolog. Három diszfunkcionális jelenséget látok a mai medicinában, ami a klasszikus szemlélettel nehezen egyeztethető, vagy legalábbis összeegyeztetésre vár.

Az egyiktől decemberben a Heti Világgazdaságban írtam egy rövid esszét, ami a finanszírozással kapcsolatos diszfunkcióra hívja fel a figyelmet. Ennek a lényege: a beteg gyógyítása helyett az intézmény-finanszírozás került az előtérbe. Mivel vizsgálatokat finanszíroznak, ma nap mint nap előfordul, hogy egy vizsgálatot azért rendelnek el, mert ott és akkor megéri rendelni, nem azért, mert a betegnek kell. És fordítva is igaz: kellene a vizsgálat, de pénzügyi okokból elmarad. Állandóan intézmény-finanszírozásról, HBOS pontokról, kódokról meg trükkökről beszélünk a klasszikus értelemben vett gyógyítás helyett. Ez az első szánni torzító tényező.

A második, amivel nagyon óvatosan kell bánni, a Janus-arcú gyógyszeripar, az evidence based medicine, amiről mostanában jelent meg cikkem az Orvosi Hetilap 771. oldalán. Ha elolvasod, remélem, egyet fogsz érteni vele. Azért Janus-arcú, mert rengeteget köszönhetünk neki, de azért örült veszélyek is vannak benne. A nagy megatritikus olyan adatokkal bővítik az ismeretanyagot, amelyek más módszerekkel nem érhetők el. A baj az, hogy a gyógyszeripar által mozgatót folyamat megváltoztatta a sok tradicionális értéket és szakmai lehetőséget hordozó orvosi magatartást, az egyes beteg felváltotta a személytelen átlagos beteg. Azt tudomásul kell venni, hogy a gyógyszeripar elsősorban business és nem betegsegítő egyesület. Profittermelő ágazat, ami egyébként sokat visszaforgat infrastruktúrába, fejlesztésbe, tudományba, továbbképzésbe, stb.

A harmadik dolog, ami a tengelyből kimozdította a medicinát, az pedig a



szuperspecialisták bevonulása. Amikor beteg vagy, de nem tudjuk, hogy mi a bajod, akkor elég nagy bajban vagy, mert olyan igazi régivágású orvos-orvos, aki globálisan lát téged, klasszikus belgyógyász, ilyen keveset talál az országban. Amikor már tudom, hogy mi a bajod, akkor én ajánlok neked tíz darab szuperspecialistát, akik onnantól kezdve tökéletes profizmussal megoldják a bajodat. Ezt a három problémát látom, amelyekben az a közös, hogy a beteg helyett valami más került a központba. Ez az, ami a mai medicinában a legnagyobb probléma. Magyar professzor ezért menekülne innen.

• *Elgondolkodtató kérdés a praxis és a tudomány viszonya. A praxis a kikerülhetetlen mindennapi rutin a maga feladataival, míg a tudomány egyre újabb ismeretek és célok láncolata és a kettő között feszül valami megfoghatatlan. Nem az orvos személyisége itt a megoldás?*

- Én még megértem azt a korszakot, amikor még virágzott az úgynevezett klinikai applikált tudomány. Ez azt jelentette, hogy valamit megláttunk, vagy véltünk látni, elképzeltünk róla valamit, gyűjtöttük az adatokat, kutattunk. Nem fizette meg a kutya sem, de az ember boldognak érezte magát, ha valamit talált. Meséltem az imént az interjú részlegen töltött órákról. Ma mi történik? Megjelennek a gyógyszerárak az új istertelen megatritusokkal és megkínálnak azzal, hogy kinyílik előtte a nagyvilág, ami egyébként elérhetetlen lenne. De! Száltsd az adatokat ahhoz a tudományhoz, aminek a centrumában most már a gyógyszer áll. Megfejik az agyadat, félkész állapotban. Nagyon jól megfizetnek és az Isten sem ment meg attól, hogy egy világhírű cég világhírű trialjeiben a lábujgyezben ne szerepelj, mint társszerző. És azt hiszed, hogy tényleg tudós lettél, miközben egyetlen egy saját gondolatod nem volt életedben. Ma már nincsenek klasszikus, globális szemléletű, igazi klinikusok. És tudod ki issza meg ennek megint a levét? A beteg. Hát ezek az én gondjaim.

• *Azt mondja egy kolléga, sokan úgy tünnek ezzel a dologgal, hogy: szép dolog az orvostudomány, csak ne zavarja az elmélyülést benne a beteg.*

- Valaki emlegette a napokban, hogy régen, Korányi korában a klinikára nem is vettek fel gyógyítás céljából beteget. Képzeld el. Ott oktatás zajlott, a betegnek csak demonstráltak

• *Te is klinikáról indultál, úgy tudom Pécsről.*

- Igen, de az egy kicsit később volt. Először röntgenes voltam, egy évig. Utána kerültem az I. Belklinikára.

• *Ki volt a főnököd?*

- Jávor Tibor. Kiváló ember. Mostanában is sokszor találkozunk... Aztán onnan hívták Gögl Árpádot Székesfehérvárra - ő nem ment nélkülem - így mentünk együtt.

• *Tehát Pécs és Székesfehérvár. Külföldön jártál?*

- Kongresszusokon nagyon sokat, de huzamosabb ideig egyetlenegyszer voltam két hónapot 88-ban Kanadában, ösztöndíjjal.

• *Amint az előbb már beszélgettünk róla, az osztályra sok idő fordítottál. Mára ad-e idő más elfoglaltságra?*

- Én szakbarbár vagyok. Na, persze azért vannak hobbjaim. Az iménti vallomásnak egyébként van magyarázata. A munkatársaimnak szoktam mondani: ha az ember levizitál és mindent rendben talál, akkor egyetlen egy dologban lehet biztos, hogy rosszul vizitált. Ilyen nincsen, hogy minden rendben van. Akkor pedig neked soha nincs szabaddidő, mert állandóan utána kell nézned valaminek. Tehát, aki nem szakbarbár ebben a hivatásban, az egy kicsit gyanús. Ez a házi filozófiám öngazoló része. Azért sok minden érdekel. Érdekel a gondolkodástudomány, és azt sem titkolom - nem tudom szabad-e ezt nagy dombra venni -, hogy azért egyre inkább érdekel az ezotérika. Szóval, a ráció mögött, azon túl lévő, sokkal mélyebb és biztos, hogy létező, de rendkívül sok visszaélésre alkalmas adó misztikus világ. Nagyon érdekel, mint orvost.

• *Hogy érted ezt a misztikus világot? Olyan, ami a minket körülvevő világtól függetlenül létezik, vagy azoknak a jelenségeknek a világát, amikről még keveset, vagy semmit sem tudunk?*

- Pontosan ez a megközelítés. Nekem ez a szimpatikus. Az utóbbi. Tehát attól, mert valami nincs benne a Révai Nagy Lexikonban, attól még létezhet. Mondok egy példát. Írísdiagnosztika. Van aki jóslásnak tartja az egészet, de azért ha felcsapod a klasszikus medicinát, azért ott van a Kayser-Fleischer gyűrű, ott van a Lisch-féle jel neurofibromatosisban. Tehát vannak jelenségek, amelyekkel találkozhatunk a klasszikus medicinában is. A Spinoza-gömböt ismered ugye? A gömbön belül van, amit tudsz, a felszínen, amit nem. Mennél nagyobb a gömb, mennél többet tudsz, annál nagyobb a felszíne. Az igazi tudós ember ezért nagyon szerény. Tudatában van a korlátainak. A medicina állandóan változik és bővül. Amit ma tudok, az nem biztos, hogy két év múlva is igaz. Miért ne lehetne egy csomó ismeret, ami benne van például a természetgyógyászatban megfigyelés szinten, csak ma még nincsen bizonyítva? És még valami. Minden valamirevaló felfedezés nem logikai úton született.

• *Kell az intuíció.*

- Pontosan így van. A gondolkodásnak egy mélyebb szintje. De talán nevezhetem ezotériának is. És ezen a szinten az az érzésem, hogy egy csapda leselkedik ránk. Amikor te a logikai gondolkodásodat kifejleszted, ez a másik, ez a mélyebb szint automatikusan visszafelé dik.

• *Mennyire megbízható az emberi gondolkodás?*

- Az embernek az agya, ez a rendkívül fontos szerve nagy tiszteletet ér-

demel, különösen a tudományos gondolkodásban, de én úgy gondolom, hogy az embernek van lelke és az még fontosabb. És lélekkel is lehet gondolkodni.

• *Egy más dumentója is lenne a gondolkodásnak?*

- Igen. Leírtam az előbb említett cikkben is, hogy ugyanazon két számadatot, attól függően, hogy milyen emócióval van töltve, homlokegyenest ellenkezően lehet értelmezni. Ha az adat azt bizonyítja, amit várok, tovább nem foglalkozom a problémával. Ha nem, tovább erőltetem. Ilyen az emberi agy.

• *Hát igen, ez már szociopszichológia, magasabb régió, azonban körü-*

lítottunk az élet meg tovább. Most a székesfehérvári történet egy szak-

sa lezárult. Válfuk meg őszintén,

nem hittük, hogy ez lesz a végkifej-

let. Most hogyan tovább?

- Le kell ülednie ennek a dolognak még bennem. Ebben az utolsó két hónapban én azt hiszem, hogy többet tanultam az életről, mint az előző 57 évben összesen. Végig kell újra és újra gondolni a történetet minden szereplőjével, munkatársakkal, betegekkel, miniszterrel, önkormányzattal... Nyilvánvaló, hogy szeretnék gyógyítani, mert ahhoz értek és az a hivatásom, és az ami igazán érdekel, de félek egy kicsit. Félek, mert nem biztos, hogy a szabályok, a diszfunkcionalitások másutt mások, mint Székesfehérváron, ahonnan kirúgtak. Félek, szembeülni fogok velük máshol is, bár-hová megyek. Egy kis félsz maradt bennem.

• *Hívtak már valahová?*

- Hívtak elég sok helyre. Egyébként engem nem szórakoztat, hogy én krakélekdek, viszont szeretnék abban a szellemben gyógyítani, amiben hiszek. Tehát ilyen szempontból is körül kell nézmem, hogy mennyire lesznek toleránsak velem ilyen szempontból is? Lehet, hogy olcsó frázisnak tűnik, de bármennyire is pénz-kérdés ma a gyógyítás, bármennyire is profitorientált a gyógyszeripar, bármennyire is kellene a szuperspecialisták, mert csodákat csinálnak, azért valahol ennek az egész vonulatnak hegeli spirált kell képeznie, amelynek a tengelyében, centrumában a beteg van, mert „*salus aegroti suprema lex*”. Valami kompromisszumra van szükség. Egy picit félek a visszatéréstől az említett okok miatt, de vissza kell hogy térjek. Meg kell terveznem, idő kell hozzá. Most elmegyek két hónapra remetének. Magamban akarok lenni.

• *Sokak szerint felváltottál egy a múltból a mába ívelő orvosszerepet, amit mostanában nem szokás.*

- Lehet. Az ember soha nem látja önmagát „*Felváltaltam*” - ezen a szón gondolkodom. Nem terveztem én ezt meg. Nem tudtam kitérni előle...

• *Atóbbiség ki szokott térni.*

- Hát igen. Ezt láttam több kollégámon is, akik nagy csalódást okoztak. Őszinte legyek? Nehezen tudom elképzelni, hogy velük együtt dolgozzam. Egyébként tudt az, hogy az emlegetett főorvosi értékezetlen semmi féle szavazás nem történt. A II. Belgyógyászatról egy szó nem esett, már éppen elmenőben voltak, amikor valaki megszólalt, hogy hát akkor mi legyen ezzel? Senki nem szólt egy szót sem. Ez volt az egységes állásfoglalás. Aztán, amikor az újságban megjelent ami megjelent, senki nem vállalta a nyilvánosság előtt, hogy nem ez történt. Őszintén remélem, hogy adott helyzetben én ennél többet tettem volna. Nincs jogom azt mondani, hogy igen, de őszintén remélem.

A víz felől, a versengő vitorlások irányából tompa lövéspar hangja dúpláz a fák koronái felett. Nem nekiunk löttek.

- Tálas-Tamás y Tamás -

A VII. Primér Prevenció Fórum témája az „Egészség és kémiai biztonság” volt. Ehhez a témához kapcsolódik alábbi cikkünk, amelyet szerkesztőségünk kapott még 1998-ban a szentesi aneszteziológus orvos szerzőnkől, de akkor ezt a cikket az Orvosvédelem lapunkban közöltük.

A téma aktualitása viszont most megköveteli, hogy a szintén általunk szerkesztett Orvosvédelem 98/1 számából átvesszük ezt az anyagot.

Egyben felhívjuk olvasóink figyelmét az Orvosvédelem legutolsó számára (5-ös), ahol egy bírósági határozat olvasható a munkavédelem területéről. Bizonyítandó: a *kémiai biztonság* kérdése, annak be nem tartása nemcsak önmagunk, hanem a beteg számára is végzetes lehet.

Nem véletlen tehát a kémiai biztonság törvényre emelkedése a közeljövőben...

Ismert tény, hogy az altatógázok és párolgó altatószerek számos mellékhatással bírnak nemcsak a betegeket, de mind a külső környezetet, mind a műtői mikroklímát illetően. A műtőkben dolgozók sokkal hosszabb ideig vannak kitéve a gázexpozíciónak, mint betegek, emiatt a mellékhatások is náluk jelentkezhetnek gyakrabban. Először talán Lassen és munkatársai vizsgálták a *nitrogén-oxid* mellékhatásait 1956-ban. 1976-os szovjet irodalmi adatok szerint (Vaisman) a vizsgált 110 női aneszteziológus között sokkal magasabb volt a sportán vetélés előfordulása (18/31), mint az átlagos populációban. A 70-es évek végén és a 80-as évek elején sok környezeti tanulmány és állatkísérlet történt, melyek során beszámoltak daganatokról, idegkárosodásokról, csontvelőkárosító hatásról, fejlődési rendellenességekről, alacsony születési súlyról, de a tanulmányok középpontjában szinte mindig a magas sportán abortuszok álltak. A tartós expozíció mellett készülték vizsgálatok a rövid ideig tartó gázterhelésről is. Itt az altatóorvosokat vizsgálták, és fejfájást, idegességet, fáradtságot, álmoságot, csökkent reakcióidőket találtak mind az érzékelés, mind motoros válasz szintjén, bár ezzel mások vitatkoznak. Az „elhasznált” altatógázok a magas áramlású

KÖRNYEZETSZENNYEZÉS ÉS AZ ALTATÓGÁZOK

altatási rendszereknél is végül a szabad levegőbe kerülnek. A műtő légtérbe legnagyobb részben az altatógázok lélegeztető rendszerének tömítetlensége miatt kerülnek. Hozzáadódik még ehhez a párolgó altatószerek párologtatónak feltöltésekor bekövetkező veszteség, az altatás bevezetésének technikai részletei, az altatáshoz használt maszk körüli veszteség, a bealtatás során műtőbe kerülő gázok, stb.

A külső környezeti hatások jelentőségét a kibocsátott orvosi gázmennyiség - a többi környezet-szennyező ágenshez képest - elenyésző volta miatt sokan nem tartják említésre méltónak. Mind ezek ellenére tudnunk kell, hogy a párolgó anesztetikumok a halogénezett szénhidrogének - CFC - csoportjába tartoznak, így közvetlenül is károsítják az ozonréteget. A nitrogén-oxidul ugyan nem ebbe a csoportba tartozik, de különösen stabil vegyület akár 150 évig sem bomlik el és az úgynevezett üvegházhatást fokozza a légkör magasabb rétegeibe érve.

Az üvegházhatás környezetegészségügyi szempontból a következőket takarja. Maga a jelenség globális hőmérséklet növekedés főként a légköri CO₂ koncentráció fokozatos emelkedése következtében. A légkör CO₂ koncentrációja a mérések szerint a múlt század végén lassú növekedésnek indult, és ez napjainkban is tart. A növekedés üteme összevethető az ember által felhasznált tüzelőanyagok mennyiségével. Valószínű, hogy a CO₂ szint emelkedését az emberi tevékenység okozza. Mivel a CO₂ a nap sugarazás hosszú hullámú spektrumát elnyeli, koncentrációjának növekedése a légkör fokozatos felmelegedéséhez vezet. A jelenség hasonló ahhoz a hőcsapdához, mely az üvegházak esetében jól ismert: a

fény az üvegen áthatva a levegőt felmelegíti, a hő azonban nagyrészt bennrekesz. A földet burkoló légkör a napfény rövid hullámhosszú, nagy energiájú sugárzását átveszti (a földfelszínt felmelegíti), s a földfelszíni hosszú hullámhosszú tartományú, alacsony energiájú sugarakat bocsátja ki. Így a kívülről érkező rövid hullámhosszú sugarak átvesztésével, és az atmoszférában található gázok a hosszú hullámú hősugarak elnyelésével ejtik csapdába a Nap energiáját. A légköri vízgőz, CO₂, nitrogén-oxidok (így a N₂O is, melynek bomlási ideje 120-150 év is lehet), metán és más gázok is fontos szerepet játszanak a Föld felmelegedésében.

A szervezetre veszélyes anyagok kibocsátásának monitorozása, csökkentése régóta foglalkoztatja a szakembereket. A veszélyesnek minősített anyagok munkahelyi koncentrációjának, munkaidő alatti expozíciós idejének mértéke a legtöbb országban, így nagyon sok anyagra a névze nálunk is, szigorúan szabályozott. Az altatógázok tartósan, hosszabb időn keresztül történő belélegzése olyan szervi károsodásokat okozhat, melyek miatt szükségesnek látszik a műtő személyzetét kellő mértékben felvilágosítani és védeni ezen hatások ellen. Mindezek tudatában az Egyesült Királyságban, a Dept. Of Health and Social Security (Egészségügyi Minisztérium) az anesztetológusokkal közösen dolgozott ki ajánlást 1976-ban a műtők ventilátoros szellőztetésére vonatkozóan, valamint sürgették a műtői gázterhelés oly mértékű csökkentését, amennyire az csak a gyakorlati munkában megvalósítható.

A költséges mérőműszerekkel, gázmonitorokkal végzett, alacsony gázáramlású altatási módszer elvileg csökkenteni hivatott mind a külső, mind

a műtői környezet gázszennyezését, ám néhány független mérés és beszámoló szerint ez a módszer sem mindig hozta meg a várt, lényeges gázterhelés csökkenést. A tömítetlenség csökkentése, az arcmaszkok mellett elszóró gázok „kimosása” a műtőből csak egy lehetséges megoldás a műtői gázterhelés csökkentésére. Ugyancsak egy lehetséges megoldás az alacsony gázáramlású altatás, mely már technikai követelményeit figyelembe véve is (például pontos tömítettség) jelentősen redukálja mind a külső környezetet, mind a műtő gázterhelését. A ventiláció ugyancsak a műtői gázexpozíció ellen hat, ugyanakkor nem csökkenti a külső környezeti hatásokat.

Egy újabb, lehetséges megoldás olyan altatógáz használata, melynek a környezetre gyakorolt mellékhatásai lényegesen kedvezőbbek, vagy hiányoznak. Ha a *xenon*mal történő altatás előnyeit hasonlítjuk össze a hagyományosnak mondott párolgó anesztetikumokkal szemben, sokkal kevesebb mellékhatást találunk. A magzati ártalmakra vonatkozólag a kutatók adataikat a légköri levegővel egyenértékűnek találták, szemben a kén-gáz (N₂O), dinitrogén-oxid) magas százalékaival. Jó analgetikus, fájdalomcsillapító hatásúnak találták abban a mintegy 150 kórházban a világon, ahol a xenon altatás hozzáférhető. Gyors bealvás és gyors ébredés jellemző a xenonra. A környezetkárosító hatás gyakorlatilag megszűnt ezzel a módszerrel, hiszen a xenon, ha kismértékben is, de a környező levegő alkotórésze. Tehát környezetbarát, szív- és érrendszeri hatása gyakorlatilag nem észlelhető.

Összességében: bár a korszerű intravénás altatószerek mellett háttérbe látszanak kerülni az altatógázok, használatuk mégis nagyon sokáig a napi gyakorlatban megtalálható. Az altatáshoz használt kémiai anyagok külső és műtői környezetre gyakorolt hatásainak ismeretében a gázexpozíciónak kitett személyzet érdekében a gázszennyezést mindenképpen csökkenteni volna ajánlott. A költségesnek mondott gázmonitorok mellett a megfelelő szellőzés biztosítása és tömítettség ellenőrzése lényeges gazdasági nehézséget nem okozhat, ugyanakkor környezetegészségügyi szempontból legalább a személyzetet védjük az indokolatlan gázexpozíció ellen.

- Dr. Gion Gábor -

„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.)

- folytatás a 2-es oldalról -

Mi ennek ellenére továbbra sem az IZO szerinti akreditációt részesítjük előnyben, hanem a „JCQ” akreditációt, s ezt a munkát minőség-biztosítás keretében is folytatni szeretnénk. Jelenleg 6 témakörben már működik a minőség-biztosítási rendszerünk, 15-20 százalékos mintán folyamatosan végezzük betegeink elégedettségi vizsgálatát, nővéreink az osztályok többségén ápolási dokumentációt vezetnek a betegről. Folyamatosan működik a klinikopatológiai figyelőrendszerünk, továbbá a nozokomiális surveillance, amelynek jó alapja a mikrobiológiai laboratórium és a kórházhygiénés szolgálat, de ennek keretében működtejük az antibiotikum biztonságát is. Egy héten kétszer ül össze a tüdőrákos betegek onkoradiológiai teamje, s végül most szervezzük a dokumentációfigyelő szolgálatunkat, ami elemzi az osztályokon az egyes betegek dokumentumait és ennek alapján tesz megállapításokat. Egy évvel ezelőtt miniszteri koncepció alapján mérlegettük a Budapesti Egyetemhez való csatlakozásunkat és erre különböző javaslatokat készítettünk el, de sem az Egyetem vezetői, sem az egyetemeiket felügyelő oktatási miniszter nem látta indokoltnak az országos intézetekkel összekapcsolást, nagyobb ágyszámú dolgozó egyetem működését. Az utolsó fél év új koncepciója: egy közhasznú társaságba vonnák össze a tízenegy országos intézetet és az öt szanatóriumot. Írásbeli tervezetet eddig nem kaptunk, így csak szóban elmondottakra támaszkodhatok. Mi ezzel nem tudunk szakmailag azonosulni, mert nekünk egy népegészségügyi gondozóhálózatot kell irányítani. A tulajdonos kibújhatna a tulajdonosi felelőssége alól, hiszen ma az országos intézetek alapító okirata szerint az Egészségügyi Minisztériumnak kell fedeznie a beruházási, fejlesztési költségeket. Ez eddig is hiányos volt, költségvetésünknek - hozzá kell tennem, hogy nincsenek adósságaink! - körül-

belül csak 15 százalékát fedezte a Minisztérium. Egy Kht, amelynek élén nem elsősorban orvosokból álló igazgató tanács állna, garantálna, hogy nem elsősorban szakmai elveket érvényesítene a javak elosztásában. Nem lenne tehát elegendő tőkeberuházás sem, s a források egy idő után lassan elapadnának. Ebben az esetben itt is érvényesülne a Kht.-ról a 90-es évek elején az iparban, vagy a mezőgazdaságban szerzett tapasztalat. A vagyontárgyak konvertálásra kerülhetnek, ez pedig egy idő után vagyonsfélésre vezethetne. Fennáll a veszélye annak is, hogy egy olyan intézményhálózatba, ahová az Országos Traumatológiai Intézet, a Kardiológiai Intézet, vagy az Idegsebészeti Intézet, mint rendkívül nagy pénzforrást igénylő szakmák bekerülnek, a mi fejlesztésünk a rangsorban hátrálva kerülhetne, vagyonunkat pedig, amivel mi földben, műszerekben épületekben rendelkezünk, a Kht egy idő után felélné, vagy értékesítené. Mi tehát semmiképpen sem értünk egyet ebbe a Kht-ba történő kerülésünkkel.

• **Említette, hogy eddig sikerült elkerülni az eladósodást. Hogyan?**

- Mindig csak annyit kötöttünk, amennyi a bevételekből befolyt. Sajnos ezért a dolgozóink béreit rendkívül alacsonyan kellett, hogy tartjuk. Az intézet költségvetéséből csak 51 százalék, amit bérre fordítottunk, más intézetekben, kórházakban olykor 60 százalék fölötti. Ezen és a műszereink cseréjén spórolunk igazán sokat. De alacsonyan tartottuk a dologi költségeinket, visszaszorítottuk a gyógyszerfogyasztásunkat is.

• **Idén februárban lemondott a Fővárosi Önkormányzat MSZP Frakciójának vezetőéről. Lehet, hogy ezzel a lépéssel egy későbbi visszatérést tervez, vagyis újabb politikai szerepvállalás készül?**

- Én gyakorló orvosnak érzem magam és kórházigazgató vagyok elsősorban. Amikor soros

elnökként 2002 márciusáig átvettem a Kórházszövetség elnöki funkcióját, úgy gondoltam, hogy ez a direkt politizálással, vagyis azzal, hogy frakciót vezessek a Fővárosban, nehezen összeférhető. Politikai hovatartozásom természetesen nem változott, de a Kórházszövetség elnökéként némileg politikamentes szövetséget kell képviselnem. Azért mondom, hogy némileg, mert ebben a közegben egyetlenegy szervezet sem maradhat távol az egészségpolitikától. Nyilván egy érdekképviseleti szervnek érdekeket kell képviselni, elsősorban betegérdekeket, és dolgozó érdekeket. Egyébként pedig elég sok időmet emésztette fel a frakció, s úgy érzem, hogy a Kórházszövetség már csak emiatt is elvárta ezt az állásfoglalást. Természetesen 2002-ben saját szabad döntésem alapján nem zárható ki egy újabb politikai szerepvállalás, de szövetségbeli elnökségem semmiképpen sem tekinthető ugródeszkának hiszen számomra az egészségpolitika területén már elmúlt az az időszak, amikor még előre akarnék haladni és ezért valamit is ugródeszkának kellene használnom. Nekem az előző miniszterelnök felajánlotta az egészségügyi tárcát, s azzal, hogy nem vállaltam el, kifejeztem azt, hogy én már nem akarok följebb kerülni a ranglétrán, nem akarom a saját politikai karrieremet képviselni. Inkább ügyeket, mégpedig lehetőleg jó ügyeket szeretnék szolgálni.

• **Milyen új feladatok állnak a Kórházszövetség előtt?**

- A Kórházszövetség abban a szerencsés helyzetben van, hogy semmit nem kell megváltoztatni. Nem csak Varga Ferenc, de már Kovács Gyula és Mikola István is megfelelő infrastruktúrát, jól működő hálózatot alakítottak ki. Várnak azonban újabb feladatok is, amelyek például az informatika megújításában öltenek testet. Szeretnénk ebbe a munkába a passzívabb kórházainkat is bevonni, de elsősorban a Minisztériummal az OEP-pel, a Kamarával, és az érdekképviseleti szervekkel való kapcsolatunkat kell megfelelő módon fenntartani. A Kórházszövetség alapvető feladatának a továbbiakban is elegendő kívánnunk tenni: fellépünk a kórházak zavartalan működése, megfelelő finanszírozása, érdekeinek figyelembevétele ügyében.

- Galgóczy Zsuzsa -

Közzététel

A Paraszolvenciamentes Manager Szemléletű Gyógyításért (PMSZGY) közhasznú egészségügyi alapítvány 1999-es árbevétele 6.026.000 forint volt, amely összeg az Ausztráliában élő alapító adománya miatt érte el ezt a megszokottól igen eltérően magas árbevételt.

A Sydney-ből kapott 6 millió forint az ajándékozó szándéka szerint a Látletet szaklapot is kiadó Hunga-Coord Kiadó Kft. veszteségét ellentételezte, azzal a nem titkolt szándékkal, hogy a Hunga-Coord Kiadó kedvező pozícióból tudja megvalósítani a Szentendrén létrehozandó KIADÓHÁZAT, ami egyben egészségügyi INFO-központ kíván lenni. Ez a terv az alapítványi célt is jobban szolgálja. Ezen adomány révén a HUNGA-COORD KIADÓ 1999-es tárgyévben nyereséges, közbeszerzési pályázatokon történő pozitív elbírálási esélye nő.

A pénz befogadása a számviteli törvényeknek megfelelően történt.

A PMSZGY alapítvány önálló gazdálkodást nem folytat, adományokat fogad be és adja tovább alapítványi céljának megfelelően.

Számlaszáma: 18041332-1-01

Megalakult az Egészségfejlesztési Kutatóintézet

Amortizációs problémák megoldásának gyakorlati kérdései a járóbeteg szakellátásban (Vitaindító anyag)

Az amortizáció visszapótlására kidolgozott számítástechnikai, matematikai, közgazdasági módszerek

V/1 A számításokhoz szükséges adatok számbavétele

A résztvevő intézetektől az alábbi adatokra vonatkozó teljes körű adatszolgáltatást kértünk.

V/1/1 Közvetlen eszközhasználat megoszlása az elvégzett beavatkozások számának arányában a végzett beavatkozások között			
Közvetlen használatú eszközök	Mennyiség (db)	Bruttó érték (eFt)	Értéksokkoltatás (Ft/év), egyedi és átlag
E1			
E2			
EN			
EF			

V/1/2 Közvetlen eszközhasználat összesített formában			
Közvetlen használatú eszközök	Mennyiség (db)	Bruttó érték (eFt)	Értéksokkoltatás (Ft/év), átlag

V/1/3 Épületek összesített formában			
Épület	Nr	Bruttó érték (eFt)	Értéksokkoltatás (Ft/év), átlag

Útmutató:

- közvetlen használatú eszközöknek tekintjük mindazon 30 eFt ÁFA nélküli beszerzési értéket meghaladó (bruttó érték) eszközöket, melyeket közvetlenül egy vagy többféle beavatkozás elvégzéséhez használunk

- közvetlen használatú eszközöknek tekintjük azokat, melyek használata nem kapcsolódik közvetlenül a beavatkozások elvégzéséhez. (Ilyenek például a központi irányítás, anyagbeszerzés, konyha, ebédlő, gépjárművek, informatika stb.)

- a listákon szerepeltetni kell, csillaggal megjelölve, a nullára leírt eszközöket és épületeket is a korábbi bruttó érték és értékcsökkenés figyelembevételével

V/1/2 Elvégzett beavatkozások listája 1998-1999

Beavatkozások kódja és megnevezése	Mennyiség (db)/év	Pontbeavatkozás	Forrásforrás	Részesedés az éves pontteljesítményből (%)	Arányosított éves pont
E1					
E2					
EN					
EF					

Útmutató:

- az egyes beavatkozások az éves pontteljesítményből történő részesedés arányában csökkenő sorrendben kerüljenek bemutatásra

- amennyiben kórház-rendelőintézet az adatszolgáltató, a kórházi ambuláns fogalom is szerepeljen a beavatkozások listáján

V/1/3 Közvetlen eszközhasználat: számbavétele beavatkozások szerint, 1998-1999

Beavatkozások (B)	Értéksokkoltatás / Beavatkozás
B1	E1 E2
B2	E1 E2
Bn	E1 E2

Útmutató:

- a résztvevő intézetek megkapják a FESZ által készített eszköz-megosztást

- a megkapott eszközmegosztási listát korrigálják a résztvevő intézetek, oly módon, hogy az általuk nem végzett beavatkozást kihúzzák

- az általuk is végzett beavatkozásokat a megadott eszközhasználat alapján áttekintik és korrigálják ott, ahol ez a saját helyzetük alapján szükséges

- amennyiben olyan beavatkozásokat is végeznek amelyek a listán nem szerepelnek, akkor kérjük az eszközhasználatot saját tapasztalat alapján megadni.

V/2 A bekért adatok felhasználásával történő számítás metodikája:

Az adatok alapján a különböző lehetőségek áttekintésével alapvetően kétféle olyan számítási módszert találtunk amelyek különböznek egymástól és a projekt célkitűzéseit a lehető legjobban megközelítik. Az eltérések csak a számítások gyakorlatilag nullára nem csökkenthető torzításának jellegében tükröződnek. A számítás metodikájának lényege, hogy minden nagy értékű

eszköz amortizációs összegét szétosztjuk az eszközökhöz közvetlenül kapcsolódó WHO-k között az egyes WHO alkalmazásának arányában. Ezen számítással megkapjuk, hogy egy-egy WHO-ra vetítve mekkora összegre lenne szükség egy év alatt, majd ezen konkrét összegeket a tavalyi év átlagával 0,8 pont/forint értékben visszaszámoljuk konkrét WHO pontra.

A következőkben egy konkrét példát a két különböző kiértékeléssel mutatjuk be a két módszer eredményeinek eltérését illetve az eredmények esetleges torzulásainak okait.

Alap adatok:

Eszköz: Eszköz 1 neve: Autohumalízyer 900-s

Amortizáció mértéke: 540 000 forint

Eszköz 2 neve: Boehringer Accutred GCT

Amortizáció mértéke: 6600 forint

Kapcsolódó WHO-k száma: 6

Az 1 sz. és 2 sz. variációban használt módszerek elemzése előtt

WHO kód	beavatkozások száma	12 900	12 900	összes pont/év	645 000
WHO(21310)	beavatkozások száma	20 210	20 210	összes pont/év	808 400
WHO(21411)	beavatkozások száma	12 902	12 902	összes pont/év	624 650
WHO(21420)	beavatkozások száma	13 903	13 903	összes pont/év	651 150
WHO(22042)	beavatkozások száma	296	296	összes pont/év	177 600
WHO(88461)	beavatkozások száma	2 842	2 842	összes pont/év	56 840

A számításoknál használt pont/forint érték = 0,800

1 sz. variáció Beavatkozások számának megoszlása eszközök darabszáma alapján

Sorsz.	WHO kód	Összes beavatkozás	Beavatkozások megoszlása	Eszköz 1	Eszköz 2
1	21 120	12 900	6 450	6 450	
2	21 310	20 210	10 105	10 105	
3	21 411	12 902	6 451	6 451	
4	21 420	13 903	6 952	6 952	
5	22 042	296	148	148	
6	88 461	2 842	1 421	1 421	

Eszköz 1-re jutó beavatkozás WHO - német = Összes beav. / (Eszköz darabszáma * Amortizáció mértéke)										
WHO kód	Beav./év	Pont	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány
21 120	6 450	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 310	10 105	80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 411	6 451	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 420	6 952	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
22 042	148	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
88 461	1 421	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Eszköz 2-re jutó beavatkozás WHO - német = Összes beav. / (Eszköz darabszáma * Amortizáció mértéke)										
WHO kód	Beav./év	Pont	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány
21 120	6 450	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 310	10 105	80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 411	6 451	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 420	6 952	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
22 042	148	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
88 461	1 421	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

2 sz. variáció Beavatkozások számának megoszlása az eszközre jutó amortizáció nagysága alapján

Sorsz.	WHO kód	Összes beavatkozás	Beavatkozások megoszlása	Eszköz 1	Eszköz 2
1	21 120	12 900	12 900	12 900	
2	21 310	20 210	19 965	19 965	
3	21 411	12 902	12 841	12 841	
4	21 420	13 903	13 903	13 903	
5	22 042	296	192	192	
6	88 461	2 842	2 842	2 842	

Eszköz 1-re jutó beavatkozás WHO - német = Összes beav. / (Arány + Amortizáció mértéke)

Eszköz 2-re jutó beavatkozás WHO - német = Összes beav. / (Arány + Amortizáció mértéke)

Eszköz 1 neve: Autohumalízyer - éves amortizáció: 540 000 Ft										
WHO kód	Beav./év	Pont	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány
21 120	12 900	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 310	19 965	80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 411	12 841	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 420	13 903	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
22 042	192	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
88 461	2 842	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Bev/év = Bev/év * Pont * Pont/Ft

Költségek/év = Bev/év + Amortizáció

Új pont = Költségek/év / Pont/Ft / Bev/év

Ny % = ((Új pont / Pont) - 1) * 100

WHO kód	Beav./év	Pont	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány	Arány
21 120	12 900	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 310	19 965	80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 411	12 841	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21 420	13 903	50	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
22 042	192	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
88 461	2 842	10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

fontos leszögezni, hogy jelen esetben azt a tényt feltételeztük, hogy egy eszközökhöz egy vagy több WHO kapcsolódik és egy WHO-hoz is több eszközt kapcsolunk. Ugyanakkor néhány WHO-t kiemeltünk, mert azok általános jellegűekből adódóan majdnem mindegyik eszközökhöz kapcsolhatóak és nagy darabszámuk alapján a számításokat jelentősen torzítják. Ilyen kódok például az általános „vizsgálatok”, „controll vizsgálatok” (11041, 11042). Ezekkel a WHO-kat - összesen körülbelül 10 darab véleményünk szerint egy az összes WHO-ból kiszámolt átlag százalékkal lehetne „amortizálni”.

A már korábban leírt számítási technika kipróbálása során, illetve a beérkezett adatokból megtudtuk, hogy számos olyan eszköz van, amelyhez több WHO pont, illetve számos olyan WHO pont van, amihez több eszköz tartozik. Ezen az alapvető számítási technikán is finomítani kellett.

Először a beavatkozások számát a WHO-k között egyszerűen az eszközök darabszáma alapján osztottuk el (1. variáció). A számítások konkrét eredménye alapján úgy vélelmeztük, hogy bizonyos berendezéseket „túl amortizáltunk”, bizonyos berendezéseket „alul amortizáltunk”.

Ez látszik is az új pontszámok értékén. Abból a problémakörből kiindulva, hogy ugyanazon műveletek különböző helyeken különböző típusú, tehát más amortizációs szükségletű berendezésekkel végzünk, arra a következtetésre jutottunk, hogy a technika meg további finomításra érdekében a beavatkozások számának megoszlását az eszközökre jutó, amortizáció nagysága alapján kell ki dolgozni (2. variáció).

Ezen számításokból látszik, hogy az új pontértékek reálisabban, tehát a korábban alul amortizált eszköz pontszámait felelmeztük, és a felül amortizált eszköz pontszámait lecsökkentjük. A két különböző módszerrel kiszámolt WHO kódok átlaga tulajdonképpen minimális mértékben tér el, ugyanakkor úgy véljük, hogy számításai módszerünk, vagy a korábban kipróbált számítási módszerek tulajdonképpen egy picit a logikával ellentmondva ne a gép, hanem egy-egy WHO kódot amortizálnak annak gép igényére vetített amortizációt tartalmaznak. Ez nagy valószínűséggel azért van így, mert ugyanazon tudású berendezések amortizációs szükséglete között is igen jelentős különbség van.

VI Az amortizáció visszapótlási módszer alapján az egyes intézményeknél történő konkrét felmérésekhez szükséges feladat és munkaterv

1. A modellezés bázisintézménye, a Ferenyvárosi Egészségügyi Szolgálat információs rendszerének áttekintése és az amortizációs költségek kalkulálásához szükséges adatállomány kiállítása.

2. Közreműködő intézmények olyan speciális paraméterek alapján történő kiválasztása, amelyek lehetőséget biztosítanak arra, hogy a viszonylag nagy számban és különböző lehetőségekkel rendelkező a járóbeteg ellátásban résztvevő szervezetek közül azokat válasszuk ki, amelyek a lehető legjobban reprezentálják az ágazatot. A minta intézményként történő kiválasztása során a következő paramétereket tartottuk a legfontosabbaknak.

a. Az intézmény jellege:

- Önálló járóbeteg szakrendelő

- Kórházzal összekapcsolt járóbeteg szakrendelés (egy telephelyen)

- Kórházzal összekapcsolt járóbeteg szakrendelés (a kórháztól jelentősebb távolságban)

b. Az intézmény jogállása:

- Költségvetési szerv

- Közhatalnű társaság

- Egyéb

c. Az intézmény által ellátott lakosság létszáma

d. Az intézmény közvetlen környezetében lévő hasonló profilú ellátó helyek száma, mérete

e. Az intézményben működtetett szakrendelések száma tételes felsorolásban (Például: sebészet, onkológia, szemészet, akupunktúra, radiológia; angiológia)

f. Az intézmény dolgozóinak létszáma:

- Főállásúak

- Mellékállásúak

g. Az intézmény költségvetése ezer forintban

h. Az intézmény nagy értékű tárgyi eszközeinek darabszáma, értéke ezer forintban:

- Közvetett eszközök

- Közvetlen eszközök

i. Az intézmény telephelyei:

- Telephelyek száma

- Ha egy telephelyen több épület van, az épületek száma

A felsorolt paraméterekből adódó változatosságok alapján a következő egymástól meglehetősen különböző gazdasági, eszköz-ellátottsági, földrajzi, működési helyzetben lévő intézményt választottuk ki.

- Ferenyvárosi Egészségügyi Szolgálat

- Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat

- Dél-Budai Egészségügyi Kht.

- Dunajvárosi Városi Kórház-Rendelőintézet

- Dombóvári Kórház Kht Tarnási Rendelőintézet

- Békéscsabai Kórház-Rendelőintézet

3. A kialakított adatállomány elemzése, az amortizációs költségek kimutatása vizsgálati típusonként, a forgalom 100 százalékos átlagot vizsgáló esetekben.

4. A kutatáshoz kapcsolódó további hat intézmény (továbbiakban társintézmények) esetében konzultáció tartása a modellezés céljáról és az elvégzendő feladatok meghatározásáról.

Gondolatok a járóbeteg ellátásról és annak privatizációjáról

(folytatás az előző számból)

Érdekvédelem, Szakmai Kollégiumok

Szakmai kollégiumokba jelenleg a Kamara és a MOTESZ a fő delegáló. Az ott jelenlévők döntően az intézményi érdekeket védik természetesen pozíciójukból eredően. Ők - nagyon helyesen, mert professzorok, tudományok doktorai - az orvostudományt képviselik. Ez a fő korlátjuk is. Nem biztos, hogy alkalmasak szakmájuk határait meghaladó racionális egészségügyi döntések meghozatalára. Az érdekek színesítése a kollégiumokban jótékony hatású lehetne. Így csak járóbeteg ellátásban érdekelt orvosok delegálhatóságának megoldása a jelentős lépés lenne.

A szolgáltató orvosok sokszínű érdekvédelmének támogatása a jótékony hatású lenne az egészségügy közéletére, (rendezvény szervezés támogatása stb.).

A MOK-ban a fogászokéhoz hasonló önálló háziorvosi és járóbeteg szakellátó TAGOZAT létrehozása.

A MOK alapszabály módosítása a tagi ellenőrzés a beleszólási lehetőség fokozása érdekében.

Finanszírozási technika a kórháztól független járóbeteg szakellátásban

Mindegy a módszer, csak protokollokkal lefedett és a TB által ellenőrzött legyen. Könyvebb, olcsóbb a tevékenység valamilyen formáját ellenőrizni később, mint a diagnózis súlyosságát mérni. A teljesítményelv a szolgáltatás jellegét erősíti a tevékenységnek, de veszélyes a túlzott tevékenységre csábító volta miatt. Csak akkor szabad jelentősen támogatni, ha a rendszer külsőmozgatója. A többi tevékenység további költségektől kímélhet meg, gátló funkciót lát el abban, hogy az érdekek fölélegesen magasabb költségintézet ellátó helyre tereljék a beteget.

Regionális finanszírozás

EU konform méretű egészségügyi finanszírozási területi egységek létrehozása - MEP-ek összevonása. Akár OEP felügyelet mellett, de jelentős önállósággal, ennek szigorú ellenőrzésével, kartelesedés megakadályozásával. (Biztosítási felügyelet, versenyhivatal) Regionális biztosítók kiegészítő csomagajánlatokkal, de olyan magas áron, hogy javítsa az alapszabály színvonalát. Amortizációs alapok azonos régióknak megfelelően szervezendők.

Biztosítói attitűd

A biztosító nem viselkedhet egyben hatóságként is (általában hazugnak vagy tévesnek ítélt jelentés esetén automatikus pénzvisszatérítés, sőt büntető kamat lehetősége). Polgári peres eljárásban kell érvényesítenie érdekeit a házug/téves jelentéssel szemben. A bírói gyakorlat mai állását tekintve azonban célszerűnek látok egy közbeeső fórumot létrehozni. Egy „finanszírozási döntőbizottság”, ami lehetne országos hatáskörű a regionális biztosítóval szemben. A funkciója alapvetően az lenne, hogy egy

előzetes kontrollt jelentene, ami jó eséllyel a polgári per végkimenetelével egyező ítéletet hozna, hiszen vélelmezhető, hogy egy ilyen döntőbizottság tagjai lennének polgári per esetén a bíróság által felkért szakértők.

A biztosító monopol helyzetét gátló jogszabály kell (például a MATÁV sem emelhet korlátlanul árat). (Biztosítási felügyelet.) Csökkenteni a súly, változson meg a szerepe a szolgáltató, illetve a szolgáltatástigénybe vevő betegek „szövetsége” háromszögben.

PR tevékenység

A fenti folyamatnak lesznek veszteségei. Jelentős tevékenységet kell abba az irányba kifejteni, hogy megértsék - lakosság, orvosok(!), önkormányzatok - azt, hogy a veszteségek száma kevesebb lesz, mint a jelenleg folyamatosan veszteségek. Továbbá, hogy a terhek oka nem maga az átalakulás, hanem a régi, kudarcot vallott rendszer merevségéből adódó csikorgás. Szabad orvosválasztás jelenlegi szabadosságának megváltoztatása előtt jelentős aktivitást kell kifejteni. A progresszió magas szintjén ellátott apró problémák feleslegesen vezetnek ki erőforrást a rendszerből, és valakinek egészség veszteségéhez vezetnek.

Adópolitika - paraszolvenca - melléfizetés

A paraszolvenca problémaköre sem adminisztratív tiltó, sem adminisztratív befogadó magatartással nem oldható meg. A magyar egészségügyi rendszerben hagyományai vannak a tevékenység mellett tett pénznek. Ezt meg kell fosztani megalázó, esetleges, ellenőrizhetetlen, garancia nélküli felhangjaitól. A magyar egészségügy ezen jellegzetességével nem szembeesni gyáva.

A paraszolvenca legkevésbé, vagy nem fertőzött terület támogatásával, az egész egészségügyi rendszeren belüli súlyának növelésével - például járóbeteg szakellátás -, ott az eddiginél jelentősebb egzisztencia teremtési lehetőség biztosításával, ezzel egyhangzó PR tevékenységgel a paraszolvenca endémia lényegesen csökkenthető. Mivel ez bevétel kiegészítés fog vezetni az egészségügyben, ezzel párhuzamosan - mértékével egyezően -, a paraszolvenca kompenzáló fogyasztási adó bevezetése javasolt, természetesen a létminimumot nem befolyásoló cikkeknél. A korrupció jellegű szolvenca - táppénz utalványozás, beutaló utalványozás - már csak szakmai és büntetőjogi probléma marad, ha az utalványozó orvos egzisztenciája jelentősen javul. Rendezett, legális szolgáltatói versengésen alapuló járóbeteg szakellátási rendszerben a melléfizetés helye a progresszivitási szinteket jelentősen átlépő igények felépítésekor van. Az ilyen szolgáltatásos TB finanszírozása a megfelelő ellenőrzési apparátus esetén nem történhet meg. Intézményi szinten a szabad kapacitás térítésesen működtethető (A műtets szakmák nagy para-

szolvenciáinak láthatóvá tétele nem e munka célja.)

Integratív törekvések

A felülről szervezett, kényszer csoportok létrehozásával kapcsolatban igen nagyok az ellenérzések mind a háziorvosok, mind a szakorvosok körében a nem jelentéktelen súlyú ellenkező irányú mozgások ismeretében is. Ennek ellenére a jövő további nagy lehetősége az ilyen irányú szerveződés. De sajnos a bizalmatlanság, a történelmi tapasztalatok és a rossz struktúra továbbélési esélyeinek minimalizálása miatt be kell járni az utat. Csak a szolgáltatói rendszer elemzése bontása után - szakmánkénti, egyéni funkcionális privatizáció - ébredő spontán szerveződési struktúrák lesznek életképesek.

• **Csoportpraxis:** A nagy kormányzati támogatás ellenére számuk jelenleg nem az országban. Főleg családi, szűk baráti kör együttműködéséről van szó. Ennek oka a finanszírozás elégtelensége.

• **Irányított betegellátási modell:** jelentősége hatalmas. Az integratív törekvések mellé anyagi érdeket is köt. Az együttműködés foka jelentősen összefügg a szolgáltatói egységnél maradó ki nem fizetett összeg mértékével. Összekapcsolva a szakorvosi és háziorvosi „teljes” funkcionális privatizációval hatványozott erőket szabadíthat fel.

Szabad orvosválasztás

Nem azonos a szolgáltatási szint kihagyásával, a beteg szabadon köborlásával. Csak a legális ambulancia, legális, nevesített doktorának tevékenysége jelenthető - s így finanszírozható -, amely engedélyezett rendelőben, azonos, kötött rendelési időben végzett tevékenység. S amely rendelési időközönként egyezik a TB szerződésben szereplő órák összegevel, legfeljebb kevesebb. (Ennek a területnek az ellenőrzése nagyobb figyelmet igényelne. Különösen érdemes a fogalom újragondolása az irányított betegellátási modell esetében.) Beutalási rend: különbség van a konzilium (=kérdés) és a szakvizsgálat (=beteg átadása) között, nem érték, hanem jogkör tekintetében.

Amortizáció

Adóforintokból képződik, per capita - regionális egészségügyi amortizációs alapokba. Részben visszaosztva: teljesítmény, kártyaszám, HBSC alapján a szolgáltatóknak, szakmai szor-zókkal modulálva, részben nagyberuházásokra tartalékolva. A finanszírozó, az önkormányzatok a beteg-szervezetek és a szolgáltatók együtt döntenek róla.

Orvosképzés

Műnőség: megváltozott feladatokhoz másképpen gondolkodó orvosokra van szükség. Ennek meg kell jelennie az orvosképzésben Átfogó képzési reform nélkül lényeges változás nem érhető el. Elemei:

• **Informátika** - Középfaladó számítógépes ismeretek nélkül az önállóan működő orvos életképtelen.

• **Etika** - az egyénért érzett felelősségnek ki kell egészülnie a közösségért érzett orvosi felelősséggel is. Ennek szervesülnie kell az egyetemi évek alatt.

• **Önálló felelősségvállalás** - szemben a régi deferzív gondolkodással. A tudós orvosképzéssel helyett nagyobb hangsúlyt kell kapnia a magas színvonalon szolgáltató szakemberi szerepnek már a képzés során is.

Mennyiség: tervezni - csökkenteni - kell a kibocsátott orvosi diplomák számát, az egyetemnek képzési érdekének csorbítatlanul hagyásával. Vátoztatlan hallgatószám az egyetemen, magas felvételi szám, de felfelé szűkülő évfolyam létszám, szűkési pályák biztosítása szükséges, ami csak minimális kudarccal jár, egészségügyi, biológiai jellegű kredit pontokkal - szociális munkás, biológia tanár, biológus, biológus mérnök, egészségnevelő, védőnő stb.

• Csökkenteni kell a túlságosan specializált szakorvosok körét. Inkább az alapellátási joggal is járó belgyógyászati jellegű szakmák szakorvosi végzettségének elérését kell támogatni.

• Minél hamarabb tervezni - csökkenteni - kell a szakmánkénti szakorvosi létszámot országosan és regionálisan (MOK).

Orvosi nyugdíj

Praxisjog - eladhatóság: a praxis eladhatóságának fontos feltétele, hogy a másodiknak praxisba kerülő generáció finanszírozásában legyen benne a praxis megvásárlásához felvett hitel törlesztésének közel megfelelő összege. Különben az átalakítás eredménye csak rövid távú lesz, csak az azt kivívó nemzedék fogja élvezni.

Egészségnevelés

Egészségügyi felvilágosítás első fokon a családban történik. Az egészségügyi veszélyessége nem közsímet a lakosság körében. Az egészség olyan érték, melynek ismeretei az általános műveltség részének kell lenni. Így az általános iskolai tantervekben mélyen penetrálni kell, jelentős biztosítói érdek is fűződik ehhez. Alkalmas szervezettel ma is rendelkezünk: ilyenek a védőnői szolgálatok, illetve az iskolaegészségügy rendszere. Kapcsolatukat mind szorosabbá kell tenni az iskolákkal, óvodákkal. Itt jelentős anyagi érdekeltiséget is létre kell hozni. Jelenleg a két szolgálat típus csak jelentős önkormányzati támogatásnak, a gyermekellátást támogató hagyományoknak és az erős törvényi háttérnek köszönhető. A tartalom a jogszabályban rögzített szűrővizsgálatokra és a védőoltások lebonyolítására szorítkozik. Egészségnevelői lehetőségei alig kiaknázottak. A szolgálat hatékonyabbá szervezése csak hosszabb távon, de akkor tartós eredményekkel szolgálhat. Az átalakítás lépései: hatékonyághoz megfelelő finanszírozás szükséges, meg kell nyerni a tanári kart, pedagógus tagjának is kell lennie a szolgálatnak (Előnyös, ha ez az iskola egyik vezető embere.) Egészség-pedagógus képzés létrehozása, ahol, tréningeken elsajátíthatják a tanárok, az orvosok és főleg a védőnők azokat a

technikákat, melyekkel a birtokukban lévő szakmai ismereteket kellő hatékonysággal át tudják adni az iskolásoknak. Meg kell ismerniük a személyes beszélgetés, a kiscsoportos foglalkozás és a nagy tantermi előadások technikáit, továbbá a célcsoportok és személyek felkutatásának módját.

Táppénz

Családtag otthoni ápolására - ekkor ne kelljen a munkáltatónak az első napokat, illetve a 30 százalékat fizetnie a táppénznek. Kiadhatóságát viszont főorvos ellenőrizze a háziorvoson kívül.

Nyilvántartások

Egységes, publikus, (havonta) frissített TB-vel szerződött szolgáltatói nyilvántartás. Megfelelő szakma szerinti kód struktúra (ÁNTSZ), ezekhez kapcsolódó tevékenységi lista, ami segíti a számítógépes ellenőrzést. Pontos, telefonon, interneten a szolgáltatók által lekérdezhető TAJ nyilvántartás. Jelentett pontok részletesebb számítógépes ellenőrzése az egységes elbírálás és a túlfizetések, visszafizetések megelőzésére.

Gondozók

Éles elválasztásuk az önállóan működő szakrendelőktől nem indokolt. Az ott említett gondolatok a gondozókra is érvényesek. Gondozói ellátás SWOT analízise.

Erőssége: Jelen nehéz finanszírozási körülmények között is működnek. Önállóan is működőképesek, elsősorban a fix finanszírozás miatt. Erős szakmai háttér.

Gyengesége: gyakori kórházhoz, szakrendelőhöz csatlakozásuk miatt egyéb, nem rentábilis szolgáltatások kiegészítésére használják többlet bevételeiket. Gondozási területek, kompetencia területek pontatlan, gyakorlati eltérő meghatározása.

Lehetőségei: teljes lefedettség miatt további hatékony szűrővizsgálatok könnyen bevezethetők. Az összes járóbeteg szakellátásnál felsorolt lehetősége.

Fennyegetettség: ÁNTSZ fennhatóság alá kerülnek, holott döntően szakorvosi feladatokat látnak el. Gondozói feladataik miatt nem engedi az ÁNTSZ funkcionális privatizációjukat.

1. Az átalakítás gondozóira specifikus körülményei:

- Külön kasszának indoka nincs, teljesítményéből adódó bevételeit kapja az egységes járóbeteg kasszából.
- A fix finanszírozási tétele kasszán kívül tartása jogosult egyedül.
- Lakosonként kiszámított fix finanszírozásra való áttérés.
- Gondozói szakmai szorzóval korrigálva.
- Területi jellegzetes morbiditási adatok alapján szorzóval korrigálva.

- Dr. Szánthó András tanulmánya alapján -
- folytatjuk -

5. A modellezéshez szükséges adattalomány kialakítása a társintézményeknél.

6. A kialakított adattalomány elemzése a társintézményeknél, az amortizációs költségek kimutatása vizsgálati típusonként a fogalom 100 százalékát kitevő vizsgálatok esetében.

7. Az intézmények saját kalkulációs értékeinek összehasonlítása, átlag amortizációs költségtartalom meghatározása.

8. A modellezés eredményeinek megfogalmazása az amortizáció beépítésének és kapcsolódó problémák mentén. Összefoglaló tanulmánykészítés.

9. A tanulmány véleményeztetése külső szakértők által. Korrekciók elvégzése.

A vizsgálatokhoz szükséges adatok begyűjtése és elsődleges feldolgozása során olyan kérdés merült fel, amelyek megválaszolására szükségük van befolyásolja a projekt eredményét. Ezen kérdések egyrészt konkrétan meghatározzák a WHO-k új értékét másrészt közvetett, de az ágazat finanszírozását jelentősen befolyásoló következtetések levonására adnak lehetőséget. A projekt kezdetekor nem teljesen számbavehető - főleg az egységes adatbázis kialakítása során felmerült - problémák miatt az adatok hiányosságának ellenőrzésére és a következő részfeladatok kidolgozására merült fel igény.

• Az intézmények bemutatása, a már ismertett módszer szerint. A szükséges amortizációs visszafizetés mértékének megállapításához szükséges számítások eredményeinek elemzése.

• Az intézmények azonos paramétereinek összehasonlítása, a különbözőségek okainak elemzése.

• A feldolgozott eredmények összesítő átlagának meghatározása, a szükséges adatok okainak elemzése szakmacsoportonként.

• A projekt tapasztalatainak összegzése, végkövetkeztetések levonása.

• A tanulmány során felmerült adatokból levonható, de nem a fő témakörhöz kapcsolódó tapasztalatok, ajánlások.

„A tudomány csallhatatlan, de a tudósok mindig tévednek”
- Anatole France -

Köszmerte azok a híradások, hogy gazdag amerikai milliomosok - mert ilyesmit csak ők tehetnek meg - úgy rendelkeznek, hogy haláluk után testüket hűtő le, hibernálják azért, hogy ha az orvostudomány annyira fejlődik, életre kelthessék őket.

Már ebben az esetben is mennyi ellentmondás van. Bizonyára valamilyen betegségben haltak meg, tehát a betegséget is meg kell tudni gyógyítani. Vegyünk egy nyolcvan éves embert. A biológiai folyamatait lejárta, szervezete elhasználódott. Ha életre keljük, ugyan mit nyernénk vele? Megfiatalítani kellene, de ha ilyen lehetősége volna az orvostudománynak, ezt a beavatkozást már hatvan éves korban elvégezte volna, visszaigazítva az élet óráját, mondjuk húsz évvel hátrafelé. Hányszor lenne erre igény, és hányszor lehetne ezt megtenni az

emberi szervezettel? Többször?

Ekkor hatványozottabban adódik a probléma, hiszen még ma is demográfiai robbanásról beszélünk.

A Föld eltartóképessége rohamosan csökken, pláne ha nem csak a születésszám növekedik, hanem az életmeghosszabítással az életben tartás is. Természetesen csak azoknál, akik ezt meg tudják fizetni. Esetleg jön egy szegények világorradalma, és az a lehetőség is mindenkit megillet majd, állampolgári jogon!

Ha komolyan akarnánk ezzel a biológiai problémával foglalkozni, mindennek előtt fel kell tenni egy jelenséget. Annak, hogy ez az igény csak az idős emberek vágyaik haláluk után. El kellene végezni az alábbi kísérletet, ami természetesen egy gondolat kísérlet, de így is abszurdum. Rengeteg etikai problémát

vetne fel, elburjánzanának a pro és kontra viták, és végeredményben nem tudnánk majd közös nevezőre jutni. A módszer a következő lenne.

Húsz, negyven éves egészséges embereket kellene hibernálni úgy, hogy minden életfunkciójukat teljesen megszüntetnénk. Húsz, negyven év múlva ezeket azután ismét életre keltenénk, és megnéznénk, hogy folytatódna az életjelenségeik. Gyakorlatilag azt érnénk el a sikeres újraélesztés esetén, hogy ezeknek az egyéneknek életüket húsz, negyven évvel meghosszabbítottuk. Ennek így talán lenne nem csak értelme, de haszna is.

Ugyanis ezt a módszert már felvetették mint lehetőséget azokban az esetekben, ha majd embereket küldünk távoli bolygókra, így győzve le az időt, a hosszú utazások érdekében.

Megvalósulna-e majd egyszer az emberiség ezen álmai? Esetleg csak utópiák maradnak? Ma még erre a kérdésre sem lehet egyértelműen válaszolni. Legfeljebb csak kérdéseket tehetünk fel. Meddig tolható ki tudásunk határa? Meddig lehetnek majd a jövőben életképesek és hatékonyak a „kollektívák” a tudományban a „teamek”? Lesznek-e a sokak munkájából, ismereteikből eredmények, hiszen kell egy „karmester”, aki összehangolja őket? Lesznek-e majd zseniek a jövőben, akik egyedül akarnak majd alkotni? Lehetnek-e? Ennek alátámasztására íme két idézet, jelentős szakmai orgánumból. „Az általános orvosoknak - ahhoz, hogy lépést tudjanak tartani a korral - naponta 19 eredeti közleményt kellene olvasniuk, egy évben 365 napon át.” (Ann Inter Med 1985.) „Az orvosi

szaklapokban megjelent cikkek több, mint 95 százaléka nem felel meg a minimális minőségi standardoknak és kémiai szempontból nincs jelentőségük.” (ACP Journal Club 1993.) Érdemes figyelni az éveket és azt, hogy ma már a 2000. évben vagyunk. Az is tény, hogy az emberiség mindig az álmait igyekszik megvalósítani. Szerintem ezen csodálatos emberi álmok nélkül nem lenne haladás földünkön - semmilyen téren sem! A kutatás nem más, mint az ember álmainak valósággá tétele. Az emberi vágyak és az emberi realitások sokszor nem esnek egybe ugyan, de sokszor igen, és ezekből az emberi vágyakból már nagy dolgok születtek az emberiség javára és a jövőben is születni fognak!

- Dr. Veres Sándor -
Szeged

Génterápia: az első igazi siker

Francia orvosoknak első alkalommal sikerült génterápiával gyógyítani egy betegséget. Az örökített immunhiányból kigyógyított csecsemők elhagyhatták a steril szobát, amelynek eddig a védelemre szorultak.

A kutatók a Science amerikai tudományos magazin április 28-i számában tették közzé eredményeiket. Három kisgyermeket kezeltek a szobán forgó eljárással, és két esetben szinte hiánytalan gyógyulást értek el. A harmadik állapota szintén javult, de az orvosok még nem nyilatkoztak sikernek a nála elért eredményt.

Az első két csecsemőt 8, illetve 11 hónaposan kezelték, majd hazaengedték őket, és azóta - 13, illetve 12 hónapja - további gyógyítás nélkül normálisan fejlődnek, immunrendszerük működik, a kezelések mellékhatásai nem mutatkoznak. Esetükről Alain Fisher professzor, a párizsi Necker kórház specialistája számolt be, aki a Science-ban megjelent tanulmányt a kutatást finanszírozó INSERM (Országos Egészségügyi és Orvosi Kutatási Intézet) kutatójával, Marina Cavazzana-Calvóval együtt jegyezte. Mint hangsúlyozza, ez az első valóban kézzelfogható bizonyítéka a génterápia hatékonyságának, mivel eddig még nem sikerült semmilyen genetikai anomáliát teljes körűen kezelni a módszerrel. A gyerekeket mindenesetre egész életükben figyelemmel kell kísérni, hogy a kezelés hosszú távú sikerességét ellenőrizzék. Idén hat további gyerek kezelését tervezik.

Az immunrendszer helyreállítását tetanusz, diftéria és gyermekbénulás elleni oltással igazolták: a csecsemők szervezetének reakciója megfelelő volt, megjelentek a betegségekkel szemben védő antitestek.

Az X-kromoszómához kapcsolódó sú-

lyos kombinált immunhiány (Severe Combined Immunodeficiency, SCID) ritka örökletes betegség, amely csak fiúgyerekeket sújt. Az immunsejtek teljes hiányával jár, s így a leggyértebb fertőzés halállal végződik, ha csak csontvelő-átültetéssel nem pótolják a szervezet védekezését. A beteg steril szobába, „burkba” kényszerül. A génterápiával a T- és B-limfocita-állományt és az NK-sejteket (természetes ölósejtek), illetve a szervezet más immunsejtjeit is sikerült „restaurálni”. A beteg gyermekéből csontvelőt vettek ki, majd kinyerték belőlük a vértépkészítő őssejteket. (Ezek hozzák létre osztódásuk és differenciálódásuk során az összes vérésejt-típust.) Az őssejteket egy retrovírus segítségével bejuttatták annak a génnek normális példányait, amelynek működése képtelen változatai idézték elő a betegséget. Ez az immunrendszer működése szempontjából létfontosságú gén egy olyan receptort kódol, amelynek alapvető szerepe van az immunrendszer különböző sejttípusainak aktiválásában. A módosított őssejtek visszainjekciózása után, kemoterápia nélkül, helyreállt az immunrendszer normális működése - magyarázza Fisher professzor. A kezelt gyerekek szervezetében a T- és NK-sejtek száma hasonló a velük egykorú egészséges gyerekekénél számálthoz.

Fisher professzor elmondta, hogy a kezelés sikere nem a fejlett technológiának, hanem a betegség jellegének köszönhető. A SCID esetében ugyanis a gén normális példányával rendelkező sejtek igen gyorsan szelektíós előnyhöz jutnak, intenzíven osztódnak, s rövid idő alatt lecserélik hibás génrel rendelkező társaikat. Eppen ezért már a minimális mennyiségben bevitt normális sejteknek is gyógyító hatást kell kiváltaniuk.

(MTI)

Meglepő génterápiai siker a vérzékenység kezelésében

A kutatók is meglepődtek, amikor egy pusztán a kezelés biztonságát tesztelő génterápiai eljárás hatására rohamos és tartós javulás következett be két vérzékeny betegnél.

A kísérletek során a IX. véralvadási faktort kódoló gént juttatták be a páciensekbe. (A véralvadás igen bonyolult folyamatához többek között 13 véralvadási faktor jelenléte és összehangolt működése szükséges.) Aikben a IX. faktor (amely egy fehérje) az őt kódoló gén hibája miatt nem termelődik rendszeresen, injekció formájában kell pótolniuk, ellenkező esetben a betegségük, a vérzékenység B típusú változata halálos kimenetelű. Katherine High és Mark Kay amerikai kutatók a kór génterápiás kezelésén dolgoznak. Ennek

lényege, hogy egészséges géneket kell bejuttatni a betegbe, amelyek segítségével aztán természetes úton, a szervezetén belül válhatna lehetővé a IX. faktor termelődése.

A kutatók célja első lépésben nem a fehérje pótlása volt, csak az eljárás biztonságosságát akarták vizsgálni (fázis-1 klinikai próba). Eppen ezért kis mennyiségű egészséges gént juttattak a betegekbe.

Ezután őket lepte meg a legjobban, hogy a dolog ilyen kis adagban is remekül működött. Bár a betegek vérében a terápia hatására a IX. faktor normális szintjének csak 1 százaléka termelődött, ez is elég volt ahhoz, hogy a hagyományos módszerekkel történő kezelést drámai módon csökkenteni lehetett: egyik beteg esetében

50, a másikban 80 százalékkal. Az új gének hónapokkal bejuttatásuk után is működtek.

A egyszerű eredmény a lehető legjobbkor jött a génterápiás eljárások számára, mivel a közelmúltban nagy felzúdulást keltettek a hasonló kísérletek során bekövetkezett - és sok esetben elhanyagolt - problémák. A génterápia tavaly szeptember óta áll a támadások kereszttüzében, amikor egy 18 éves páciens (Jesse Gelsinger) életét veszítette egy kezelés során. „Remélem, hogy az emberek belátják: nem minden génterápiás eljárás veszélyes, s nem azon a módon, ahogyan a Gelsinger esetében. Vannak más stratégiák, amelyek használhatóbbak lesznek a jövőben” - mondta Kay.

- S. T. -

Gyógyszerrezisztenciáért felelős gének „kilövése” baktériumokban

Két újonnan megtalált gén segíti a tüdőgyulladást és számos más betegséget okozó baktériumokat abban, hogy „kicszelezzék” a penicillint. Hatásuk blokkolásával a kórokozók teljesen sebezhetővé válnak.

Az új felfedezés lehetőséget teremt olyan gyógyszerek kifejlesztésére, amelyekkel szemben a baktériumok nem mutatnak ellenálló képességet (rezisztenciát). Az egyre nagyobb mérvű antibiotikum-rezisztencia napjaink gyógyításának egyik legnagyobb problémája. Vezető kutatók szerint öt évünk van arra, hogy valami teljesen új fajta baktériumellenes szert fejlesszünk ki, másképpen a kórokozók nyerik az egyre elkerülhetetlenebb „fegyverkezési versenyt”. Hiába jelennek meg újabb és újabb típusú antibiotikumok, a gyorsan változó baktériumtörzsek gyorsan képesek hozzájuk alkalmazkodni.

Streptococcus pneumoniae. A többek között tüdőgyulladást okozó Streptococcus pneumoniae penicillin-rezisztenciája is egyre nagyobb problémát jelent világszerte. Korábban jól kezelhetőnek tartották, a 80-as évektől kezdve azonban egyre nagyobb mennyiségben jelentek meg ellenálló törzsek. Napjainkra a legfontosabb kórokozó baktériumról lépett elő, amelynek évente mintegy 1 millió ember esik áldozatul. Csak az Egyesült Államokban 6000 agyhártyagyulladást, 50.000 vérfertőzéses megbetegedést, 500.000 tüdőgyulladást és néhány millió gyermekkorú tüdőgyulladást okoz minden esztendőben. Óriási veszélyt jelent az öregek, gyerekek és legyengült immunrendszerű (például AIDS-es) betegek számára.

Alexander Tomas és kollégái (Rockefeller University, New York) két évtizede dolgoznak annak megfigyelték, hogy hogyan fejlesztik ki a S. pneumoniae egyes törzsei a penicillinnel szembeni ellenálló képességet. Már 1980-ban egy különlegesen ellenálló dél-afrikai törzs tanulmányozásával rájöttek arra, hogy a baktérium egy szokatlan trükköt használ. Ahelyett ugyanis, hogy a penicillint elpusztító anyagokat (enzimeket) termelne - ahogyan azt a Staphylococcus aureus törzsek teszik -, újraépíti a penicillin célpontjaként szereplő fehérjéket, az úgynevezett PBP-enzimeket (az angol Penicillin-Binding Proteins, azaz penicillinhez kötődő fehérjék nevének rövidítéséből).

A PBP enzimek fontos szerepet játszanak a baktériumsejt fal felépítésében. A penicillin hozzákötődik a fehérjékhez, s ezáltal inaktíválja őket - így azok a továbbiakban nem tudják ellátni feladatukat, vagyis a sejtfal képzése megszűnik.

A további kutatások kimutatták, hogy a penicillinrezisztens törzsek PBP enzimeit kódoló génekben árryalt nyi eltérés mutatható ki, amelynek következtében az enzimek penicillinhez való kötődési képessége alacsony csökken.

Az igazi meglepetés 1990-ben következett, amikor kiderült, hogy az ellenálló törzsek PBP enzimeit nemcsak hogy „kerülik” a penicillint, de egé-

szen sajátos szerkezetű sejtfalet építenek. E szokatlan sejtfaletban tízszer nagyobb mennyiségben vannak jelen a murein nevű fehérje elágazó formái, mint a penicillinre fogékony törzsek esetében. Míg egy „fogékony” törzsnek 70 százaléknál egyenes láncú murein jellemző, addig a rezisztens törzseknek ez az arány 7 százaléka csökken.

Jelenlegi kutatásaik során Tomas és kollégái két olyan gént azonosítottak - MurM és MurN jelzéssel -, amelyek egymással együttműködve játszanak szerepet a különleges szerkezetű molekulákban gazdag sejtfalet kialakításában. A kísérletek során elsőként mutatták ki, hogy a két gén inaktiválásával az elágazó molekulák nem jelennek meg a sejtfaletban, sőt a baktériumok teljesen elveszítik penicillinrezisztenciájukat. Ebből az következik, hogy az ellenálló képességhez nem csupán a módosult PBP enzimek szükségesek, de a MurM és MurN gének hibátlan működése is. Még nem tisztázott, hogyan befolyásolják a MurM és MurN gének a penicillin kifejeződését. Lehetséges, hogy az általuk kódolt elágazó molekulák a penicillin molekulákkal vetélkednek a PBP enzimeken található kötőhelyekért, s kiszorítják őket. Az is előfordulhat, hogy olyan fontos pozíciókat foglalnak el a sejtfaletban, aminek következtében a baktériumsejt penicillin jelenlétében is tovább növekedhetne. A felfedezés mindenesetre olyan új fajta gyógyszerek kifejlesztését teszi lehetővé, amelyben a penicillin mellett a fenti géneket gátló anyagok is jelen vannak, együttműködve a kórokozók elpusztításában.

- S. T. -

Öt klónozott kismalac - áttörés a jövő szervdonorai felé

Ugyanazok a kutatók, akik 1997-ben Dollyt klónozták, öt sertést állítottak elő hasonló technikával. A világ tudósi nagyobb sikeréért értékelik ezt az eredményt, mint a híres bárány születését.

Az öt kismalac - Millie, Christa, Alexis, Carrel és Dotcom - március 5-én látta meg a napvilágot, s mindannyian jó egészséggel örvendenek. A PPL Therapeutics (Edinburgh, Skócia) kutatói ugyanazt az eljárást alkalmazták, mint Dolly esetében, vagyis a maganyag-átviteli (nukleáris transzfer) technológiát. Ennek lényege, hogy egy már differenciálódott sejt sejtmagját -, amely a genetikai állományt, vagyis a DNS-molekulákat tartalmazza - kivesszük, s egy előzőleg saját sejtmagjától megfosztott petesejtbe ültetik be. Az eljárás során - ma még nem teljesen tisztázott módon - a sejtmag genetikai öröke „lenullázódik”, s előlről indul a fejlődés. A petesejtet egy nőstény állat méhében ültetik („béranya”), amely aztán szülés után a kismalacot

hordja és megszüli. A PPL kutatói elmondták, hogy a klónozás során új eljárásokat is kipróbáltak. A kismalacok DNS-tesztjei megerősítették, hogy genetikai állományuk a donoréval egyezik meg (vagyis azzal az állattal, amelyből a sejtmag származik), s nem a befogadó anyáéval, amely kihordta őket.

Sok tudós áttörésként értékeli az eredményt, mivel ezzel nagy előrelépés történt a genetikailag módosított sertések előállítására felé. Ezeket az állatokat „szervbankoknak” fejlesztették ki, hogy segítségükkel oldják meg az emberi szervek és szövetek egy részének pótlását. Az ilyen jellegű klinikai kísérletek pár éven belül megkezdődhetnek. Az új eredményt éppen ezért a xenotranszplantációval (fajok közötti szervátültetés) foglalkozó kutatók értékelik nagyra. Véleményük szerint a klónozás volt a legnehezebb lépés - a többi probléma már könnyebben megoldható lesz.

- S. T. -

Az értelmes ember ösidőktől fogva kutatta a mesterségesen létrehozható életlány titkát. Paracelsusnál találunk erre nézve teljes elképzelést, sőt receptet. Megdöbbentettek a szavai, mintha ma szólna hozzánk. „Sokat vitáztunk az a régi bölcses, vajon megsejtsé-e nekünk a természet, hogy az asszony testén kívül előállítsuk az embert.” Majd később így ír: „Zárjunk negyven napra át lombikba férfimagot. Hagyjuk rothadni, amíg meg nem mozdul, fel nem éled, és ez könnyen felismerhető. Ezután egy emberhez hasonló forma alakul ki, de áttetsző, majdnem anyagátalan. Ha szentül gondosan tápláljuk, napról napra csupa valami, gondosan előrelátással, vértől tápláljuk negyven hétet keresztül és lósár egyenlősen melegben tartjuk, sbből a valamiből ligaci és eleve a gyermek fejlődik... Ez egyike a legnagyobb útoknak, melyet kén fejfedett a halandó és büdös ember előtt... Minden útkor úka, amelyet meg kellene öngni addig a fenekült napig, amikor majd sem misem lesz rajta az embernek sőt.”

Ma tudjuk, hogy amiről Paracelsus beszélt, az a mai lombikbéli elődjé lenne, nem a mesterséges ember, bár ezt is elnevezték sokáig. A mesterséges ember inkább Löw prágai rabbi Cölemje lenne, hiszen azt agyagból formázta teremője. Méginkább azt mutatná a lombikban létrehozott emberke, a Homunculus, melyet a Mephisto segítségével Faust famulusa, Wagner hozott össze. Csak hogy Wagner homunculusa testetlen szellemi lény, tiszta tudás, melyet az a lombik tart össze, melyben fogant. A pánzófia, a tudomány, vallás megteremtője, aki mindent tud, csak éppen létezni nem, mert a létező forma is kell. Ezt a formát kerem, míg elkíséri Faustot és Mephistot a klaszikus walpurgis éjre. Alakja talán azért is érdekes, mert szimbolizálja azt a homunculus, melynek létrehozására már nekünk is megvan minden tudásunk, csak az a forma hiányzik, melyet a lombik helyett magára öltethet. Tehát van előzménye annak, amit ma a tudomány megvalósítani igyekszik, hogy a rendelkezésünkre álló tudás segítségével, a szerves kémia eredményeit használva élő anyagot hozzunk létre. Hogy megragadhasunk a teremtés fonálát és visszagombolyítsa eljussunk a kezdetekhez, hogy az egész folyamatot az eszünk kontrollja alá vehessük.

Jogosan teheti fel bárki a kérdést, mi szükség van erre? Miért akar a tudós leteint utánozni? A felelet egy részét megelőlegezve: Azért, mert az élet is csupán vizsgálódó jelenség, melynek fel kell tárni a törvényeit, hogy életünk biztonságosabb legyen. Kicsit érthetőbben fogalmazva, tudással leszünk képesek az élő anyag életerőit munkába fogni, tehát célirányosan dolgoztatni a gyógyítás szolgáltatásában. Ezt kell csak megérteni, ez a kulcsa törekvéseinknek.

Tudjuk, hogy a világegyetem, így mi is egyégesen kilencvenkét elemből épülünk fel. Ezekből az elemekből állnak minden, és az emberi tudás egyik elérhető csúcsa éppen az összerakás módjának, mikéntjének a megismerése. E törvények ismeretében veheti ellenőrzése alá a tudomány az egész univerzumot, az élőlényeket is beleértve.

Igen, az élet általában, benne az emberi, állati és növényi, sőt a véglények élete is teljesen azonos anyagokból és azonos biológiai törvények szerint épül fel. A tudást csak e törvények érdeklik. Ebből következik, a laboratóriumi körülmények között előállított élő anyag, ha vele a természetes helyettesíthető, ugyanolyan értékű, mint a természetes, tehát ivaros úton létrejött. Ez a helyettesíthetőség lenne, a tudomány ma elérhető legnagyobb vívmánya, ha a felhalmozás és létrehozás útjából sikerülne az előítéleteket eltakarítani. Ma még ott tartunk, hogy a legtöbb ellenzők a leghangosabbak. Képtelenek felfogni, mit jelentene mindez a gyógyításban.

Azt nagyon jól tudjuk, hogy ez a gyógyítási mód messzemenően beavatkozás a természet rendjébe, de az is fontos, hogy az emberiség érdekében. De hát az ember megjelenése, tehát emberré válásunk óta az eszének igénybevételével beavatkozott a természet kialakult rendjébe. E beavatkozás mértéke exponenciálisan nőtt a gépésztől és a robbanószerek ipari felhasználásától fogva a természet művi átalakítása érdekében. Az vitatható, hogy mindig célzatosan és okosan-e? E beavatkozások legzsomorúbb következménye az állatfajok nagymértékű kipusztítása mellett, a környezeti károk katastrofális mérete. Összegezve, civilizációnk egyze-

rien csak úgy létezhet, hogy folyamatosan és drasztikusan beavatkozunk a természeti folyamatokba. Most talán elérhetjük, hogy a géntechnológia segítségével a kipusztulások folyamata megállítható. Megállítható az emberiség elcsúszása, melynek okai számtalanok, a harctérre való sorozástól a megmentett génekárosult magzatokig. Ez a folyamat, ha jó kézbe kerül, szinte már egyenlő az emberiség újateremtésével.

Ez szigorúan tudományos feladat, és ez ellen a társadalom nevében való tiltakozás egyszerűen egy fikcióval való takarozás. Vegyük tudomásul, a 21. századra az ember végre nagykorúvá vált, mert felnyitotta a szemét az utolsó száz év irracionalis rettenete.

Eddig gyógyításunkhoz általában mesterséges anyagokat használtunk fel. Gyógyszereket adott a kémia, botanika, pótnyagokat a műanyagipar, varróanyagokat a fejlett technológia, nem sorolom, a sor végtelen.

De végtelen az egyes orvosi szakmák próbálkozása is a maradéktalan gyógyításra. Mielőtt azonban a kérdés mélyebb taglalásába fogunk, ha kissé hézagosan is, fussuk át a mesterségesen gyógyított embertörténetét. Láthatjuk majd, mennyi ellenállás után és mennyi szellemi energia latba vetésével küzdött ki a tudomány az eddigi eredményeket. Testtájukat szaladunk át a gyógyítás, gyógyító pótlás területén.

A fej, mely azonnal látható és meghatározható a személyről alkotott képet gyakran szorult kijavításra. Az elhullott haj pótlására vendéghajjal, parókával, csak utalok, no meg a hajnövesztő szerekkel való köklerségre. A vendéghaj lehetett természetes hajból, de állati szőrből, sőt növényi anyagokból is. Ma képesek vagyunk hajhagymákat beültetni a haj pótlásához.

Az agyhoz nem mert a sebész sokáig hozzányúlni, mert rendkívül vérengy és lágy szövet. Csak azután látszott valamelyes remény a beavatkozásokra, miután az egyes agyterületek feladatait az emberi gondolkodásban és magatartásban felderítették. Először a sérülések következményeit figyelték, majd az agy elektromos hullámai vittek közelebb a kérdéshez. Maga a műtét különleges technológiát igényel, de eredményei vannak és voltak, például rá Karinyth és Klemperer. Agyhoz fűződik egy betegség, a vízfejűség, amikor több agyvíz termelődik, mint ami el tud folyni a gerinc felé. Ma műanyag csővezeték beültetésével lehet megszabadítani a beteget az agynyomás fokozódásával járó agykárosodástól.

A szem látása ha romlott, kezdetben lencsékkel, majd szemüveggel javították. Ismeretes volt Néro rubin lencséje. Ha elszürkült a szemlencse, hályogmetező eltávolította, és visszamaradt rövidlátást nagy dioptriájú szemüveggel javították. Ma mesterséges lencsét ültetünk be, mely szövetbarát anyagból áll. Egész szem elvesztését még nem tudjuk pótolni, de esztétikailag lehetséges üveggel az arc helyrehozása. A szaruhártya egyik legjobban átültethető emberi szerv, vele való gyógyítás megoldott.

Az arc régen több okból sérült. Egyrészt a háborúban elveszített az orr, a fül, ajak. Mára már két szörnyű betegség tehetett tönkre, a syphilis és a tuberculózis. Míg a szövettranszplantáció nem létezett, csak bőrszínű helyettesítő anyagokból ragaszthattak fel orrot, fület. Ma az arc helyreállítható, még szörnyű égések után is. Saját bőrlebegyek, tenyésztett vagy kapott bőrrel való pótlás.

A fül betegségei hallásromlással gyógyultak. Aztán megpróbálkoztak halló csővel, csekély eredménnyel. Ma a belsőfülben a hallócsontonkon végzett finom műtétekkel lehet javulást elérni, vagy akár új dobhártyát beültetni. De kívülről elektromos erőszó segítségével az úgynevezett csontvezetéssel lehet javítani a nagyothallást.

A szájban legelőször a fogak romlanak el. Eltávolításukat régóta ütték a vándor fogászok a vásárokon, emől remek képeket festettek a hollandusok. A fogpótlás protézisekkel mindennapos beavatkozás. A fogmederbe való beültetés azonban széles körben ma még ritka, hiszen nagyon költséges. Az alkapság helyreállítása platiná pótlással ismert, ma a szövetbarát anyagok szerepe nő.

Mellkasban leggyakoribbak voltak a bordát is érő sérülések. Ha nem nyílt meg a

mellkas, a gyógyulásra minden remény megvolt. Mellbehatól sérülésnél a légmell, vizenyő, vér befolyása az üregbe életveszéllyel járt, különösen fertőződéssel. Míg nem találták ki a mesterséges lélegeztető gépet, mellben nem lehetett műtétet végezni. Legfeljebb TBC-nél kísérleteztek összenövések oldásával, mesterséges légmellel. Új eredmény volt annak a felismerése, hogy a tüdő eltávolítható segmensekből épül fel, így operálható. Ehhez is kellett a mesterséges keringés feltalálása és a teljes aszepszis, antibiotikumokkal.

A szívhez csak századunkban mert hozzányúlni a mellkas sebéhez. Rendkívül nagy kísérleti anyagok kellett összegyűlni, míg megtalálták a módszereket. Általános érzéstelenítés, teljes mesterséges keringés, műtét technika kidolgozottsága, roncsolást nem okozó varróanyagok feltalálása, majd az immunrendszer tökéletes ismerete, hogy a beültetett billentyű, az új szív ne löködjön ki. Itt mára sebéz egy kicsit istennek érezhette magát, hiszen ott dolgozott az örökkévalóság mesgyéjén. A kezdet azonban itt is az egyszerűtől haladt a bonyolult felé. Először csak a szűk szívbillentyűt tágtították, majd beültettek új billentyűt fémbe, műanyagból, állatból majd emberből. Egész szív beültetéséhez valakinek meg kellett halnia, hogy a beteg megkaphassa. Itt már megkezdődtek az álviták, szóhoz jutottak tudományon kívüli szempontok. Ez csak fokozódott, amikor a sikeres műtét után a donorkérdés élesebben vetődött fel. Ma az ellenállás ott érződik leginkább, ha arról van szó, létre lehet hozni teljesen kompatibilis szívet, szívcsövetet klónozással. Reméljük ez is lesz egy-egy, ha felülkerekedik a józan ész. Ugyanis bizonyára jobb egy új autó mint egy használt Trabant, illetve egy új szív, mint egy használt.

Az érsebzést mára új tudományággá nőtte ki magát. Se szén, se száma a mesterséges ércsöveknek, de élő ér is sikeresen ültethető át akár saját, akár idegen donorból. Ezeket az úgynevezett bypass, áthidaló műtéteket szinte rutinszerűen végzik. De az ereken való beavatkozásoknak még felsorolása sem lehetséges, annyira kidolgozott a terület. Természetes tökéletes biológiai tudás volt az előfeltétel.

A has nagyon sokáig a sebészet réme volt. A beléhatolás az antibiotikus korokban vált csak részben veszélytelené, de csak az általános anesztézia tette lehetővé a benne végzett műtéteket. Az elaltatott beteg nem feszíti a hasát, nem ömlenek ki a beleka műtő orvos ölébe. A leggyakoribb hasi műtétek az úgynevezett helyreállító műtétek, amikor a belrendszert kell megszabadítani akadálytól, elzáródástól. Ezen kívül daganatok eltávolítása, gyulladáások feltárisa mindennapos munkája a hasi sebésznek. Van némi szerepe a helyi érzéstelenítésnek is, no meg a gerincérezéstelenítésnek. Tehát a beavatkozásokhoz a sebész állapítja meg a módszert.

A hasban vannak páros szervek és páratlanok. **A máj** páratlan, ezért teljes eltávolítása nem lehetséges. Talán nem is nagyon régóta lehetséges belőle eltávolítani daganatot, cystát, követ, idegen anyagot. Azonban teljesen új, hogy lehetővé vált máját transzplantálni, azaz beültetni. Új májat kapni, szintén csak akkor lehet, ha a donor - akár balesetben - meghal. Az eredmény elérése nem volt egy könnyen járható út. Mesterséges máj azonban nincs, de a máj által termelt hasvíz, májszűrő esetén már elvezethető, elég régóta.

A vesék páros szerv, ezért egyik tönkremenetele esetén eltávolítható, mert a másik megmagyobbodik és elvégzi a feladatot. Ma a vesék jól operálhatók, belőlük beteg rész kivágható, a medencékből kő, idegen anyag eltávolítható. Az új idők eredménye, hogy a kétoldali vesebetegségek esetén a salakanyagok eltávolítása dialízissel, tehát a vér kémiai megtisztításával lehetséges egészen addig, míg a beteg nem kap új vesét. Itt az igény igen nagy, a donorbankok hálózata végzi a jutást.

Húgy és ivarszervnél először csak a helyreállítást végezték a sebész, sérülés esetén. Húvely és himnesző visszavarása ma jó eredménnyel végezhető, míg a funkciókról érthetően kevesebbet tudunk. Állítólag erre is vannak már ígéretes jel-

zések.

Végtagokon kezdetben leggyakoribb volt a helyreállítás. Furcsa módon két gyakorlat vitte előre e beavatkozást. Állítólag a hóhérokak sikerült először keréketört embernél sínézéssel a végtagot megmenteni. Aztán a harctéri felcserekek közül került ki néhány gyakorlatias képességű, aki vállalkozott a helyreállításra. Gyakoribb volt azonban a csontoklása. Utána a faláb nyújtott valamelyes megoldást. Az elvesztett kéz helyére felszűjzható vas-kampó került, némi munkavégzés reményében. Ma a közlekedési balesetek megszorodásával egyre gyakrabban hallani végtag visszavaráról. Amikor a beteg saját testrészt kapja vissza, akkor beszélünk autotranszplantációról. Ennek a módszernek rendkívüli anatómiai tudást, türelmet és manualitást követel meg, nem beszélve a felszerelésről. A finom ideg és érvarratokhoz csak a legújabb a traumatikus tü és varróanyag alkalmas. Aztán pontosan kidolgozott funkcióhelyreállítási módszerek is szükségesek. De megoldható. Végtagok, gerinc csontjain gyakoriak a törések, kitört csontok hiánya. Ezeket lehet saját csont darabok beültetésével, vagy donortól nyert csontokkal pótolni. Vízont egy rendkívül elegáns gyógyítás is feltűnt a tudomány látóhatárán. A kötőszövet még nem szakosodott sejtjeit lehet a szervezetben termelődő csontnövekedési faktorokkal arra serkenteni, hogy pótolják a hiányzó csontrészt. Tehát a természet élő erői befoghatók irányított gyógyításra, csak ismerni kell használatukat.

Mindaddig azokon a módszereken szaladtunk át, melyek köztudottak és ami sokkal lényegesebb, közelebb voltak. Igaz, vannak ostoba szekták: nézetek, melyek ezeket is tiltják. Sokkal nagyobb az ellenállás, sőt ma is erőfeszítések szükségesek ahhoz, hogy elfogadjassuk a következő beavatkozásokat.

Talán a vépótlás, közmisemten transzfúzió már elfogadott, hiszen ezeket ment meg a haláltól az időben kapott vér. Van azonban szekták, amelyek még ezt is tiltja. Ritkább beavatkozás a csontvelő átültetés. Híres tenorista példája mutatja, végzetes betegségben életmentő beavatkozás. Pedig csak az előkészítésének kidolgozására fordított a tudományos kutatás horribilis összegeket. Az élet alapjainak ismerete nélkül ma sehol nem lenne. Eredményeink egyik csúcsa ez.

A másik most készülő, emberi sejteket lehet génszűrészel átalakítani arra, hogy a testben szaporodó daganatsejteket felfelják és megsemmisítsék. Aki a géntechnológia ellen a kellő tudásháttér nélkül bözong, az ki akarja ütni eszköztárunkból a rák elleni gyógyítás legreménykeltőbb fegyvereit. Ez egyszerűen ostobaság. Az emberi szervezetben élnek úgynevezett őssejtek, melyek még megőrzhetik olyan adottságokat, amelyek alkalmasak teszik őket új, gyógyító funkciók ellátására. Ezekkel a sejtekkel a géntechnológia olyan távlatait nyitja meg a gyógyításnak, ami eddig lehetetlennek látszott. E sejteket be lehet fogni a legkülönbözőbb hiányok pótlására, legkülönbözőbb funkciók elvégzésére. És nem idegen anyagok.

Az átültetésre régóta alkalmas szervünk a bőrünk. A saját bőr átültethető a test égett területére, tenyésztett szövettenyészetben, kapható idegen személytől. Tehát nagyon jó „gyógyyszerünk”.

Idegszövet pótlása ma két úton halad. Egyik, hogy a szervezetbe beültetnek mesterséges chipet a pacemaker mintájára. A másik, hogy embrionális szövetet használunk fel, mely majd a beültetés helyén átveszi a beteg rész funkcióját. A Parkinson kór az idegrendszer eddigi gyógyíthatatlan károsodása volt. Ma úgy néz ki, a beteg sejtjeivel klónozott embrionális szövet képes javulást eredményezni. Szépség-hibája, no nem az orvos szemében, hanem a lelket mint entitást felfogók szemében, hogy ez beavatkozás az emberi lélekbe, amire nincs egyházi engedély. Daganatok kérdése az elkövetkező huszonegyedik századra meg kell oldódjon. Ma már sok okot ismerünk, köztük több arra mutat, génhiba folytán jön halmazotlan létre egyes családokban anyai rák. Napóleón rokonosságát szokták emlegetni ilyen összefüggésben. A génhibák javíthatók lesznek, hiszen az öröklést hordozó anyag már a kezünkben van. Dolgozni tudunk a géneket szabdaló, összerakó en-

zimekkel. A megoldás itt van, míg a homályos fejekben ott fészkel az ellenállás. Ezt kell legyőzni, úgy mint az eddig felsorolt esetekben, ha meglepte egy-egy új módszer a közvéleményt. Aztán a közvélemény formálónak illesse utánanézni, hogy ami ellen tele szájjal harognak, az netán egyszerűen az ő bajukra hozhat gyógyulást.

Az új gyógymódok kidolgozásának vannak feltételei. Első, az előítélet menteség. Míg a kutatót saját, vagy a köz valamilyen irányú elkötelezettsége irányítja, tudásába nem lehet tárgyilagos. Szükséges a kutatás teljes szabadsága úgy, hogy egy tudós grémium mindig értesülve legyen az eredményekről. Esetleg a megoldandó célokat is az tűzze ki.

Pontosan kell ismerni a szerves lét, élő lét fejlődés törvényeit. A gének teljes biológiája és biokémiája szükséges, hogy a kívánt hatást elérje a kutató. A gének egyes részeinek, a genomoknak a határait a génláncban belül pontosan kell ismerni és tudni azok mit szabályoznak. Tehát kézben kell tartani a kutatás szálait és a hiányok irányába előrehaladni.

El kell érni azt a nézetet, hogy az élet önmagában érték, de nincs értékelési eltérés egy állati, emberi, vagy növényi sejt között, ha azt azonos célra kívánjuk felhasználni. Tehát ha bármely eredetű sejt azonos információkat, értad génláncmányt hordoz, azonos értékű.

Az azonos értékű egy mesterséges nucleotida is, ha az beépíthető emberi, állati sejtbe. Sőt, ha hiba nélkül előállítható kémiaiilag öröklési fehérje, vagy funkcionál sejtalkatrész, az tudományos eredmény. Emlékezzünk, a polimerizált gumi és a valódi mennyire megegyezett használhatóság szempontjából. Van mesterséges insulina is.

Ugyanígy kell értékelnünk a mesterséges gyógyászati szereket, vérpótlókat, széragszítókat, szövetbarát anyagokat mint az akrilátok, beültethető csöveket, hálókat, szelepeket. Mesterséges anyag minden gyógyszer.

Vannak félig mesterségesek is, mint a gyógyszavók, oltóanyagok, védőglobulinok, vérfehérje készítmények, plazmák. Részünkre élőlények állítják elő, a tudós parancsára.

Végeredményben el kell tűnnie a laboratóriumban előállított anyagok, eredeti élőlényekből nyert anyagok, tenyésztett anyagok közötti minőségi és értékelési különbségeknek, hogy felhasználásuk előítélet nélküli és veszélytelen legyen. Ennek a célnak az eléréséhez nincs más út, mint a teljesen szabad, de kontrollált kutatás, megkötés nélkül.

Tudomásul kell venni és ragaszkodni hozzá, hogy nincs kutathatatlanság! Ahol tabukat állítanak fel, ott valami nincs rendben.

Csak tudományosan igazolt alapokon keresztül, lépésről lépésre juthatunk el egy egyszerűes természet megismeréshez, ezen belül az ember maradéktalan megismeréséhez. Így kapunk magyarázatot megoldható egészségügyi kérdéseinkre, mely válaszokat nem szűnzi érzelmi-indulati töltés, ezért tényyszerűek. Ilyen legyen legelőször az életről ezen belül az emberi életéről is kialakított tudományos meghatározás. Félrehallás, félre magyarázás nélkül. Míg ez nincs, toporgunk és rajtuk kívül álló nézetek irányíthatják kutatásainkat.

Végezetül, a gyógyítás és a kutatás tudományossága között el kell tűnnie a különbségnek. Vagy elfogadjuk a kézzártelt is tudományos eredménynek, vagy tiltakozunk ellene a természettudomány nevében. Tudom, rengeteg lehet az ellenetés, rengeteg előítéletes vélemény valahogy másként látja és reagál a merőben új nézetre, hiszen a gyógyításban évezredek óta használtunk mi orvosok babonás nézeteket. Használtunk anyagokat, melyeknek hatásában nem voltunk biztosak, mint a placébók.

Ami merőben új, az a megismert természeti törvények befogása és dolgoztatása a gyógyítás érdekében. Ha az így befogott természeti törvény alkalmas arra, hogy teljes értékű emberi egyedet hozzon létre, akkor az ivaros, tehát természetes úton fogant ember és a helyesen értelmezett homunculus között nem lesz értékelési különbség. Akkor az emberi faj eugenetikája, tehát egészségessége nem ideológiai kérdés, hanem tudományos feladat lesz.

Utópia? Nem hiszem!

- Dr. Sárly Gyula -
Tapolca

AZ IDŐSÖDÉS-KUTATÁSOK ÚJ EREDMÉNYEI

Móttó:

„A gerontológia nem fogja megszüntetni az öregséget, csak későbbre tolja.”

(Alex Comfort gerontológus)

Prof. Dr. Iván László gerontológus a Batthyány Strattman Lajos Idősek Akadémiája program-sorozata keretében 2000. márciusában előadást tartott a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen az idősödés, idősor alap-, alkalmazott- és társadalmi vetületű kutatásainak jelenlegi állásáról, új eredményeiről, s vázolta a jövőbeni trendeket.

A gerontológus professzor az élő rendszert az alábbiak szerint definiálta: programozott működésekkel, célirányosan strukturált, hierarchikus belső összefüggésekkel és behatárolt kapacitással rendelkezik. Az élő rendszer humánrendszerként való meghatározása kiegészül az ön-vezérelt, strukturált személyiséggel.

Az ön-vezérlés romlásakor, meghibásodásakor keletkeznek a nehézségek az egyén, valamint környezete számára. Az öregedés folyamata ("senescence", "ageing") többféleképpen definiálható: leépülés-jellegű változás, amely növekvő mortalitáshoz vezet, illetve a mortalitási ráta korral való emelkedése. Az öregedés biológiája jól ismert terület, de egységes elmélete csak napjainkban van kialakulóban. Genetikai vizsgálata sok buktatót rejt magában, mivel az élettartam mind a környezeti, mind a genetikai háttérre érzékeny.

Sokáig tartotta magát az a nézet, mely szerint az idősödés ütemét egy biológiai „óra” szabályozza, s keresték azt az egy gént, örökítő anyagot, mely az élettartam hosszát befolyásolja. A *Drosophila melanogaster*-en és a *Caenorhabditis elegans*-on végzett kutatások nagyban előrelendítették az öregedés alapjainak felderítését és megdöntötték azt az illúziót, miszerint egyetlen gén képes meghosszabbítani az élettartamot. A *Caenorhabditis elegans* az egyetlen metazoa, amelynek age-mutációi ismertek.

Ezek nem csak megnyújtják az élettartamot, hanem több más fenotípusuk is van. Több agén kölcsönhatást és közös fenotípust - stressz-rezisztenciát - mutat. A genetikai kutatásokból nyert eredmények szerint a gerinctelenek öregedésének ütemét nem óraszerű mechanizmusok, hanem a belső stressz elleni ellenálló képesség és más, nem adaptív folyamatok befolyásolják, melyeket a *stresszválasz*-génnek határoznak meg. Bizonyossá vált, hogy az idősödés folyamatát több száz sejt, egyéni kombinációk hosszú sora befolyásolja, életünk hátterében sok biológiai „óráska” áll, amelyek a sejtekben, szövetekben, szervekben, óraszerű ütemben szolgálnak. Kiderült továbbá, hogy két evolúciós genetikai mechanizmusnak: a mutáció-akkumulációnak és az antagonisztikus pleiotrópiának szerepe van az öregedésben. Mindkét mechanizmus a szelekció hiányára vezethető vissza idős organizmusokban, melyek nem szelektálnak, hanem felhalmozzák a mutációs ártalmakat. Az élettartam tehát nem adaptív jellegű, hanem az élet kései szakaszában történő események elleni szelekció hiányának következményeként alakul.

További érdekes eredmény, hogy a mortalitási ráta nem emelkedik magas életkorban.

Fontos tényező az öregedésben az oxidatív stressz és az elégtelen metabolikus tartalékok. A sejtek szaporodására, élettartamára létezik egy idő-kód. A szabad gyökök károsítják a sejtet és a DNS-láncot. Szabadgyök-képző hatások: radioaktív, röntgen- és ultrabolya sugárzás, szmog-frontok, cigarettafüst, többszörösen telítetlen zsírok, füstölt ételek, fizikai, lelki stresszhatások, higany, szénmonoxid-, ólom-mérgezés, sérülések, hőhatás, magas frekvenciás rezgések, fájdalom-anyagcsere zavarok, csökkent vér-oxigén ellátás (hypoxia, ischaemia), fertőző betegségek, magas láz, fémek (például vas) felszaporodása. Szabadgyökök okozta károsodások: rákos megbetegedések, Parkinson kór, Katarakta, ízületi panaszok, szívpanaszok. Génhibák következményei: arthero-

sclerosis, hypertónia, tüdőbetegségek, emésztő-rendszeri betegségek, vesebetegségek, diabetes mellitus, immunológiai betegségek, hemofília A és B, neurológiai betegségek több mint 1000 válfaja, mitokondriális betegségek, pszichiátriai betegségek, ízületi betegségek, osteoporosis, onkológiai megbetegedések stb.

A szervezet rendelkezik saját antioxidánsokkal a szabad gyökök ártó, oxidatív hatásai ellen. Ezek: az E-vitamin, glutation, szelén, C-vitamin, melatonin, B-vitaminok. Külső hatások a káros ártalmak ellensúlyozására: zöltségek, gyümölcsök (fokhagyma, brokkoli, saláta), gabonatermékek, gyógynövények, testedzés.

A központi idegrendszer öregedését illetően megdőlt az agy-állomány jelentős csökkenésének teóriája. A neuronok számcsökkenése mindössze 24 százalékra tehető. (Halliday et al., 1993-as kutatási eredménye). Az idegrendszer plaszticitásának köszönhetően nagyszámú ellentételező, reparáló, catecholaminergias mechanizmus épül rá a megmaradt idegrendszerre. Ennek egyik tanulsága, hogy stroke hatás, vagy végtagbénulás esetén akár egy-másfél évvel az esemény után is érdemes folytatni a rehabilitációt!

„Az öregedéskutatások társadalmi vetületét tekintve a legújabb álláspont szerint az öregedés az evolúció szempontjából sem nem hátrányos, sem nem előnyös folyamat, miként az életidő meghosszabbításáról sem gondolkodhatunk ilyen szellemben” - hangsúlyozta Iván László gerontológus professzor. - A darwini természetes szelekció az életkor előrehaladtával csökkenő tendenciát mutat. A kérdés az, hogy az öregedés és öregség relatív hosszú időszakkal mit tud az egyén kezdeni? Ki-kí hogyan sáfárkodik személyes, ön-vezérelt lehetőségeivel, mindazzal, amit magával hozott, s miképpen értelmezi, milyen válaszokat ad az új eseményekre? Hogyan él - egészségben, aktivitásban.

Ifjúság-lélektani konferencián hangzott el az a figyelemreméltó megállapítás, mely szerint a-

zok, akik nem esnek át eredményesen leközött ifjúkori kríziseken később sokkal sérülékenyebb, kevésbé kioldódékos, éretlenebb személyiségek maradnak. Újabb ismeretek szerint az ifjúkori vegyes táplálkozás is a védekező működések megerősödése irányában hat.

Előadása befejező részében Iván László a jövőbeni kutatások lehetséges irányait vázolta. A genom-térkép arra hivatott, hogy az egyéni génkombinációk vizsgálata alapján felderítse, milyen és milyen mértékű megbetegedésekre hajlamos az egyén. A humán genom-térkép 1999 végére elkészült.

A kockázat-vizsgálat az egyéni érzékenységeket (például táplálkozási ellenjavallatok) kutatja, a kockázat-befolyásolás nem csak a gének, hanem a személyiség vizsgálatát is tartalmazza, a személyiség egy-egy jellegzetessége mentén, s kiegészül egyenre szabott tanácsadással is, a szabad gyökök befolyásolása ezek elhárítását illetve az ellenük való, egyéntől függő védekezést jelenti, a repair-folyamatok megragadásával a helyreállítás menete is követhetővé válik. A fejlődés ütemének megújításában óriási tartalékok rejlenek! Hayflick (USA) gerontológus kísérlete szerint a fiatal sejt szaporodásának reprodukciós aránya 100, míg az idősé 20-25. Ha a sejt tovább tartható fiatalon, megnövekszik a reprodukciós kapacitása. Innen csak egy lépés a klónozás sokat vitatott eljárása.

Nem csak a jövő, hanem a jelen kihívásai közé kell, hogy tartozzék a károsodások kezelése, különös tekintettel a sürgősségi ellátásra, hiszen a beteg mielőbbi eljuttatása a megfelelő helyre csökkenti a károsodás mértékét (például: stroke).

Végül a személyiség „programozása” nem gépesítést jelent, hanem a megfelelő családi, környezeti feltételeket a képzéshez, tanuláshoz, a helyes életmód elsajátításához, mely - általánosságban - mintegy 40 százalékban befolyásolja az idősor életminőségét.

- Szászvári Lilla -



RICHTER GEDEON RT.

Mydeton díj a Csont és Izület évtizedének hazai megnyitója alkalmából

A Richter Gedeon Rt. független, szakmai befektető nélkül működő hazai gyógyszergyártó, mely közel száz éves múlttal büszkélkedhet. A társaság számára a tradíciók megőrzése, a szakmai háttérbázis oktatásának felkarolása, a kutatás - fejlesztés támogatása és a tudatos társadalmi felelősségvállalás kiemelten fontos hosszú évtizedek óta. Éppen ezért a Richter Gedeon Rt. örömmel fogadta a „Csont és Izületi Betegségek Évtizede” világméretű kezdeményezést, hiszen csak a deréktáji megbetegedések hazánkban egymillió ember életminőségét befolyásolják.

*

A társaság a Mydetonnal - mely saját fejlesztésű, piacvezető izomrelaxáns készítménye - 40 éve járul hozzá a mozgásszervi betegségeket kísérő fájdalmas izomgörcsrel együttjáró állapotok gyógyításához. A vállalat vezetése ezért úgy döntött, hogy a Csont és Izület évtizedének hazai megnyitója alkalmából a Magyar Gyógytornászok Társasága ajánlására Béresné Lutter Mária vezető gyógytornászt, a gyógyításban és az oktatásban nyújtott kiemelkedő teljesítményét „Richter Gedeon - Mydeton” díjjal jutalmazza.

*

Ápolók Nemzetközi Napja

- A következő két év költségvetését úgy kell előkészíteni, hogy ne csupán a hivatástudat alapján végezzék az ápolónők a munkájukat, hanem végre megfelelő anyagi elismerésben is részesüljenek - jelentette ki Dr. Gógl Árpád, az egészségügyi tárca vezetője pénteken a Magyar Ápolási Egyesület és a Jávorszky Kórház által az Ápolók Nemzetközi Napja alkalmából szervezett szakmai konferencia megnyitóján.

A miniszter kifejtette: tíz évvel a rendszerváltás után is kritikus helyzetben van az egészségügy, s e tartóhatatlan helyzet megváltoztatására a tárca kidolgozta a középtávra szóló Szentgyörgyi-tervet.

Ebben helyet kap az egészségügyi reform két szerkezeti elemének felgyorsítása - a sürgősségi rendszer és az otthoni ellátás szolgáltatásának fejlesztése - beleértve a védőnői terepet is.

Ugyancsak kiemelten fontos szerepet kap a tervben a bérék rendezése, amely immár nem csupán ígéret, hanem valóság lesz.

- A Szentgyörgyi-tervben szerepel a kormány lakástámogatási rendszerének az egészségügyi dolgozókra való kiterjesztése is - utalt rá a miniszter.

Ez az intézményekhez kötött otthonteremtés lehetőséget ad a pályakezdő orvosok, nővérek, védőnők számára,

hogy az egészségüghöz kapcsolódó életpályájukat hosszú távon biztosítani lehessen. Ide tartozik még az úgynevezett ötéves tudásmegújító program, amelynek keretében a balatonaligai üdülőkomplexumot mostantól átveszi a tárca, s itt lesz a továbbképzések központja.

Mucha Márk, a Magyar Ápolási Egyesület elnöke a tanácskozáson az MTI-nek elmondta: jelenleg 83 ezer ápolónő tevékenykedik a kórházakban, intézetekben, 30 százalékkal kevesebb, mint amennyire szükség lenne.

Így amíg Európa fejlettebb országaiban egy kórházi orvos munkáját 6-16 ápolónő segíti, addig nálunk ez az arány alig éri el a 2,5-öt. Az ápolónők túlterheltek, gyakori az elvándorlás.

Ráadásul - húzta alá az elnök - az általános nővérházi ellenére a kórházak létszámleépítése is többnyire az ápolónőkkel kezdődik, mivel érdekérvényesítési erejük gyengébb, mint például az orvosoké.

- A nővérházi mérséklésének - a bérémelet mellett - fontos eleme lehetne a beiskolázási segély, a pályakezdési támogatás rendszerének elindítása - utalt rá az elnök.

- (MTI) -



Váci Jávorszky Ödön Kórház:

A 170.000 ember ellátásáért felelős intézmény Pest megye lakosai közül Budapesttől a Szlovák határig élő embereket látja el, emellett Nógrád megye több települése is ellátási területéhez tartozik. A kórházban 702 ágyon, 16 osztályon folyik a gyógyító munka, amit több mint száz orvos felügyel.

Ajándék rákszűrő műszert kapott a váci kórház

Kwasniewska, a lengyel államfő felesége adta át szerdán azt a női rákbetegségek korai kimutatására szolgáló műszert a váci Jávorszky Ödön Kórháznak, amelyet egy lengyel vállalat adományozott.

Fekete Zoltán, a kórház osztályvezető főorvosa az MTI-nek elmondta: a 15 millió forint értékű készülék pontosan elemzi a szövetszövetet, és ennek eredményeként sok felesleges műtét elkerülhetővé válik.

A Jávorszky kórház megkezdte a területéhez tartozó intézményekben, gyárakban a nők rákszűrésének megszervezését, és a gyanús eseteket az új műszerrel is megvizsgálják.

Magyarországon a nők körében rendkívül gyakori a nőgyógyászati eredetű rákbetegségek előfordulása, évente 3200-3400 új esetre derül fény.

- A betegségek egy része már nehezen vagy nem gyógyítható, ám amennyiben a nők részt vesznek az évi egy-

szeri szűrésben, a bajok döntő többsége kezelhetővé válik - hangsúlyozta a főorvos.

(MTI) - Jolanta



• R.: Ani nővér, aki büszke arra, hogy már 35 éve van ezen a pályán és, aki ezer problémával, bajjal bírkózott már meg ez idő alatt, nem panaszkodik. Nem tartja illendőnek ezt épp egy ápolónőtől. Felelősségtudata viszont azt mondja vele, hogy a nővérházi miatt a betegellátás veszélybe kerülhet.

Barta Gáborné, főnővér, Országos Traumatológiai Intézet: A beteg az beteg, éjszaka is, beteg szombatnap is, és beteg vasárnap is. Az az igazság, hogy ezzel a kevés emberrel, a kevés nővérlétszámmal ugyanúgy el kell látni a betegeket lelkiismeretesen, pontosan, és végül is nem szabadok vagyunk, akik elszabtunk egy anyagot és pótolni lehet, hanem emberileg jelszünk. Játsszunk? Nem is tudom ez játék-e. Ez nem játék, ez valóság.

• R.: A bezárt hasi sebészeti osztályról szinte minden nővér elment ebben az évben. Andrea azon kevesek egyike, aki maradt. Most a mellkassebészeten tanul új feladatokat. Andrea Szegedről jött Budapestre, abban bízott, hogy a fővárosban jobban kereshet. Nővérszállón lakik, havi fizetéséből lakásvásárlásra nem is mer gondolni.

Gweleg Andrea, nővér, Országos Traumatológiai Intézet: Az egészségügyben nagyon nehéz, kilátástalan a helyzet. Itt máról-holnapra bejövünk dolgozni, és hogy mi lesz holnap, azt még nem tudjuk.

• R.: Az ápolónők, hogy a sok beteget el tudják látni, rendszeresen túlóráznak.

Szarvasné Révész Klára, nővér, Országos Traumatológiai Intézet: Nagyon sokat kell túlórázni, a múlt hónapban például 30 túlórára volt. Két kisgyerekem van, a férjem vigyáz a gyerekekre, amikor én itt vagyok, reggel, délután, este, éjszakázni is kell természetesen.

• R.: Éjjeli ügyelet az Országos Tra-

Nővér/kép Lenni vagy nem lenni?!

Műsorvezető: Sváby András
Riporter: Zöldhegyi Katalin

umatológiai Intézetben. Sokszor előfordul, hogy egy-egy nővér éjszakánként egymaga 40-50 betegre felügyel. Ez a szám még egy tanórán is borzalmas, nemhogy egy olyan intézetben, ahol minden órában vesznek fel súlyos, életveszélyes állapotú betegeket. Nem nehéz azt sem felismerni, hogy mit jelent ilyen betegnek a testi tünetek, láz, rosszullét azonnali felismerése. Életemet persze, de csak akkor, ha van aki felismeri. Mindennapos helyzet, egyszerre több beteg kér vészcseggel segítséget.

Csillag Andrea, nővér, Országos Traumatológiai Intézet: Minden egyes kórterembe beszaladok, először is fel kell mérnem a terepet, hogy előtte bekötöttem infúziót vagy esetleg rosszullott lett valaki, de minden esetben végig kell menni és utána pedig, amelyik a legfontosabb, azt kell ellátni először. Nagy valószínűséggel azt tudom mondani, hogy szinte 90 százalékban egyedül voltam, mert nem jutott ember.

Prof. Nagy Attila, osztályvezető főorvos, Veszprémi Megyei Kórház: A feladatunkat és a kötelességünket nem tudjuk teljesíteni, már sikerélményről az egészségügyben réges réges nincsen szó.

• R.: Vészhelyzet Veszprémben is. Nagy Attila professzor a helyi kórház sebész főorvosa saját lelkiismeretével sem tud elszámolni amiatt, hogy

a nővérházi következtében nincs meg a feltétele a szakosított orvosi munkának.

Prof. Nagy Attila, osztályvezető főorvos: A frissen operált beteghez nem tud annyiszor bemenni, megnézni, hogy a legfontosabb paramétereket ellenőrizze, nem veszi észre, ha valami akut szövödmény van, nem tud olyan időhöz kötött feladatokat, például a diabéteszes betegnek az inzulinbeadás vagy ahhoz hozzá rendelt pontos időben az étel biztosítását megcsinálni, vagy nem tudja a műtétre egyszerűen előkészíteni a beteget. Vegyünk megint csak egy vastagbélműtétet, ha nem tudja kutsztítani megfelelően a betegnek a bélét a műtét idejére, ezzel közvetve a beteg életét veszélyeztetjük és fizikailag képtelen állni.

• R.: Veszprémben a megyei kórházban 450 ápolónőnek kellene dolgoznia. Ehelyett 330-an vannak. Csak az idén 29 ápolónő hagyta el a pályát Veszprémben és ment jobban fizető bevásárlóközpontokba, vállalkozásokba.

Dr. Pákozdi János, igazgató-főorvos, Veszprémi Megyei Kórház: Ki kell adni a munkaszabadságokat és nem lesz elég nővér a házban, hogy elvégezzük a munkát, osztályrészeket fogunk valószínűleg bezárni.

• R.: A vezető főnővér több, mint 30 éve dolgozik a veszprémi kórházban,

túlórával és pótlékokkal havi 40 ezer forintot visz haza. Nem is akar belegondolni abba, hogy egy fáradt és túlterhelt ápolónő tévedhet.

Jancsik Györgyné, főnővér, Veszprémi Megyei Kórház: Segítséget várunk, de ha továbbra is így halad és ilyen nagy a nővérelvándorlás, bizony katasztrofális helyzet alakulhat ki. A dött esetben talán még az is előfordulhat, hogy tévedünk mivel mi is emberek vagyunk, két kezünk van és egy bizonyos idő után mi sem tudunk többet teljesíteni csak annyit, amennyit egy normális embertől el lehet várni.

• R.: Az ápolónői pálya előregszik Magyarországon, nincs utánpótlás. A tavaly végzett 1300 ápolónő közül csak 230-an, tehát körülbelül minden ötödik diplomás helyezkedett el az egészségügyben. A helyzet azonban ennél is rosszabb. Ápolónőnek már alig-alig jelentkeznek fiatalok. Veszprém megyében például 1995 óta egyetlen évfolyamot nem tudtak indítani az ápolóképzőkben. A pályaelhagyó ápolónők leggyakrabban vállalkozók, butikosok lesznek, üzletközpontokba mennek, mert ott kétféle omzorosót is megkereshetik nővéri fizetésüknek. Edina is anyagi okok miatt lett optikus.

Weller Edina, volt ápolónő: Ennyi fizetésért, amennyit mi a kórházban kerestünk, illetve kaptunk, senki sem

tudná eltartani a családját és nem tudna ilyen egzisztenciát teremteni magának.

• R.: A többiek azonban egyelőre maradnak és dolgoznak tovább.

Winkler Lajosné, ápolási igazgató, Veszprémi Megyei Kórház: Fizetés után bejött hozzám az egyik ápolónő, megmutatta a bérjegyzékét és sírva megkérdezte tőlem, hogy mondjam meg, hogy ebből a bérből, aki egyedül neveli a gyermekét, hogy fogja tudni ezt a hónapot kihúzni, hogy kenyeret ne vegyen a gyerekeknek, vagy cipőt ne vegyen. Még azt is hozzátette, hogy nem biztos, hogy ez benneket érdekel. Szörnyű volt a lelkiállapotom utána, mert úgy éreztem, hogy valóban minket hibáztatnak a dolgozók, holott erről mi nem tehetünk igazán. Ha ezt központilag nem oldják meg, akkor az intézetek soha nem fogják tudni olyan mértékben megváltoztatni ezeket a körülményeket, amelyek méltóak lennének ehhez a hivatáshoz, ehhez a pályához, amit megérdemelnének a szakdolgozók.

• R.: Ismét az Országos Traumatológiai Intézetben. Súlyos műtét után a sebész a kórterembe kíséri a beteget, utasításokat ad a nővéreknek. Csuhá doktor és kollégái is ingerültek, mint mindenki, akivel a nővérházi kapcsolatban a Napló beszélt az országban. Csuhá doktor is néhány másodperc múltán, mint a többi orvos és nővér már ismét csak a munkára figyel, dolgoznak tovább.

Műsorvezető: Az egészségügyi dolgozók béremeléséről több, mint 10 éve vitatkoznak, eredmény nélkül. A hálapénzzel bonyolított javadalmazás esélyt sem ad arra, hogy rendeződjene a fizetések. Köszönöm a figyelmüket, a viszontlátásra!

- Napló -

Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

» OBSERVER «
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

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

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: dr. Kollárné Balla M. Anna, orvos-szerkesztő: dr. Kollár László
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 Látlelet egymásutániságát a lapon található sorozatszámok tükrözi.
ISSN 0865-7424

