

„Bábel után az emberek több nyelven kezdtek el beszélni, hogy ne értsék egymást. Pünkösdtől az apostolok több nyelven kezdtek el beszélni, hogy megértsék egymást. Napjainkra az emberiség felfejlődött arra a fokozatra, hogy nem kell beszélni egymással, így nincs gondjuk a megértéssel.”

Rendelőintézeti főorvosnő ismerősöm panasza: egyik betegén keresztül kapcsolatba került X professzorral, aki megkérdejezte diagnózisát. Mivel ő van évek óta kapcsolatban a beteggel és ő tartja táppénzen is, úgy gondolta, hogy feltétlenül beszélniük kellene. Többször tett erre kísérletet, mindhiába. A titkárnő jelezte: a professzor úr igen elfoglalt, külföldi vendégei vannak, most éppen külföldre utazik vagy éppen riporterek keresztútjában nyilatkozik. Amikor végre kapcsolatba, annyit mondott a professzor, hogy ezzel az ügygel csak délután fél 4-kor tud foglalkozni, mert nincs előtte az anyag, kint van az ambulancián. A főorvosnő ebben az időpontban épp egy előadást tartott a járóbetegszakrendelés várható privatizációjáról.

Bábel és Pünkösöd üzenete avagy napjaink kommunikációja

ról, így a kommunikáció nem jött össze. Háziorvos ismerősöm arról panaszkodik, hogy a szakorvosi vizsgálatról visszajövő beteg nyitott borítékban olvasta fel neki a vizsgálat eredményét, természetesen a latin ki-fejezéseket fonetikusan kiejtve. Mikor megkérdezte a beteget, hogy ezt miért teszi, az volt a válasz, hogy a rendelésben mondták neki, hogy ezt tegye, hátha jobban megtanulja a kolléga a diagnózist és nem küldi mindenféle kivizsgálásra be a rendelőbe. Ezt nyomtatékosítandó: le sem zárták a borítékot. És valóban egy recept hátuljára - amolyan kísérőlevélként - ráírták: „*hangosan olvasandó!*” A nagy port felvert Simon Kornél ügyének támadható pontja szintén a kommunikáció. Hiszen köztudott: mindent meg lehetne beszélni, ha vannak ész érvek. De a „*sóval behintem*”

szlogen gyengeségen alapuló, érzelmdiktált bölcsélet, amelynek egy kívülről is azonnal diagnosztizálható a kényszermagatartást, az érvek hiányát. A „*kéknének széles a háta*” is az egészségügyünk szegmenseiben uralkodó közállapotok jegyében született, és felveti a szakmai konfliktások helyére kerülésének igényét. Az egyik kórházi riportmunkos kiírt szemű nővér kalauzolt. Unszólásomra elmondta: a nagyvizitnél „*kikapott*” olyan dologért, amiről nem is tudott és nem is ő a felelős. Mindezt nem volt alkalma elmondani, mert azonnal leintették: ez itt most nem a magyarázkodás helye. És történt ez a betegek előtt. Napestig lehetne sorolni a kommunikációs anomáliákat. „*A társadalom üzemzavarainak legzsembetű*

nőbbje a kommunikációs válság. A keresztény műveltség alapelve, hogy a communicatio, másfelől a communitas és a communio egyazon szellemi kör különféle megközelítései: a közlés, a közösség, az áldozás gyökere azonos. Tehát a közösség és a kommunikáció egymástól elválaszthatatlan. A kommunio és a kommunikáció szétválása, szembefordulása - vagyis üzemzavara - a gazdaságkor gyermekeinek napi tapasztalata. A közösség tömegé morzsolódott, amelyet kívülről próbálnak manipulálni különféle kommunikátorok” - olvashattuk a közelmúltban az egyik napilap szombati mellékletében „*A párbeszéd lehetetlen volt a magyar közéletben, pünkösdtől vagy jerikói megoldás?*” címmel. S hogy mi a helyzet mondjuk egy szakmán - adott esetben az egészségügyön - belül? A rendelőintézeti főorvosnő, háziorvos, nővér panasza egyedi vagy netán általános? A kérdés megválaszolásához elegendő saját területünkön körbe nézni. Vagy akár egy külföldi szaklapban böngészni.

- Balla M. Anna -
(Összeállításunk a 6-7. oldalon)



Újjé a ligetben...

A rendszerváltás tizedik évében van egy közös pont: a mindhárom kormányzati ciklusban hangot adó „*egészségügyben dolgozók méltánytalan anyagi helyzete*” tényfelismerést nem követte érdemben rendezés. Miközben az ellenzéki oldalak - felcserélődve - egy formán zászlajukra tűzik ennek rendezését. Azután átkerülve a másik oldalra, minden marad változatlan. A tény, tény marad: már csak a lelkiismeretük vagy a „*mert nem tudok mást*” kényszermagatartás tartja az egészségügyben a dolgozókat. Már akit ott tart.

(Tudósításunk a 7. oldalon)

Beteg Járóbetegellátás?

Az újságíró - főszerkesztő -, aki csak közvetetten értesül napjaink egészségügyének reformfolyamatairól - meglehetősen kényelmetlenül érzi magát, amikor szakmáját hitetlen akarja gyakorolni. Hiszen nem tud elfogulatlan véleménynyilatkoztatni, mert akik illetékesek a megnyilatkozásban, saját szemszögükön keresztül interpretálják a várható történéseket vagy az arról szóló elképzeléseiket és természetesen meg vannak győződve arról, hogy csak az ő elképzelésük az egyetlen járható út. A képletet tovább bonyolítja az a tény is, hogy a kormányzati és a szakmai elképzelések sem fedik egymást és mindenki lobbizik saját elképzelésének megvalósításáért. Hogy ki lesz a nyertes, azt még a finanszírozás sem lehet tudni, persze a tavalyi év megegyezése az újságírókat is a praxisprivatizációról szóló információk kapcsán. A járóbetegellátás privatizációjával kapcsolatban különböző tudományos munkák láttak/láttnak napvilágot és kerültek be a szakajtó látószögébe. Ebből igen sok közlésre is került, attól függően, kinek, hol volt kapcsolata azt elhelyezni. Így az egyszerű földi halandó - a gyakran csak területen dolgozó szűkebb eminenciás-részfolyamatok, hangos gondolkodások részese lehet, miközben azért húsába vágó kérdésekről folyik a polémia. Az edényben forr az étel, és biztos lesz olyan falat, ami odakozmál. Felesleges őrizni a tüzet, mert az automatikusan vezérelt: olykor olyan hőfokra kapcsol, amittől odaéget az egyébként nem es anyag. A bölcs tanács persze készen áll: alkalmazunk hőszabályozót, ami veszélyhelyzetnél kikapcsol! Ezt vegyük nagyon fontolóra az érdekeltek, annolyan mentálhigiénés övintézkedésként! Dr. Arnold Weintraubnak a közelmúltban jelent meg a „*Reumatológiai panaszok lelki háttere*” című könyve, amit azonnal lehetne párosítani egy hazai szerzőnek, dr. Császár Gyulának húsz évvel ezelőtt írott könyvéhez: a „*Pszichosomatikus Orvoslás*”-hoz.

(Összeállításunk a 4-5. oldalon)

„Mindennapos gondjaink: a fejfájás”

A fenti cím jelentése sokrétű: utal a napi gondok fejfájást okozó szerepére (mint ahogy nyelvünkben megtalálható ez az összefüggés például: fő a feje, megüt a guta..., tőri a fejét, stb.), de utal arra is, hogy nem talál el nap, hogy az egészségügyben dolgozó szakember (orvos, nővér, gyógytornász) ne találkozzon ezzel a panaszal bármelyik szakterületen dolgozik. A fejfájás tünet, melynek számtalan oka lehet. Nem szándékom jelenleg, hogy a témakörben szakmai továbbképzés jellegű sorok írójá legyek, inkább a Láttelel című lap kiadásának megfelelően, mint egészségügyi kommunikációs szaklapban író együttgondolkodásra, párbeszédre serkentsem a tisztelt olvasót alábbi gondolataimmal. A fejfájásról szóló szaklapok, a mindennapi sajtokban megjelenő cikkek a panaszról elsősorban a tudományos megközelítés igényével írnak, közölnek adatokat, s mindenekelőtt kiemelik „*népbetegség jellegét*”, az életminőséget és a munkateljesítmény romboló hatását, egészségü-

gyi és népgazdasági költségvetéseit. Kevés (vagy kevesebb) szó esik azonban a fejfájással foglalkozó egészségügyi dolgozók, mint az orvos, nővér, asszisztens, a pszichológus, gyógytornász, fizioterapeuta mindennapos tapasztalatairól. Mint ideg-, elmegyógyász, s a relaxációs szimulaterápiás kezelési módokban is jártassággal bíró, több mint egy évtizedes fejfájós páciensekkel foglalkozó orvos munkám során szerzett tapasztalataimról szeretnék csak röviden vitatódzkodni egy gondolatot leírni. Az 1990-es évek elején szerveződtek hazánkban az első Fejfájás Centrumok, s azóta már mindenki örömeire egyre nagyobb számban érhetők el, országsszerte. E centrumokban a mindenkor legkorszerűbb kezelési elveket kidolgozó, 1996 óta megalapított Magyar Fejfájás Társaság szakmai irányelvei szerint történik a fejfájós beteg kivizsgálása, kezelése, optimális esetben hosszútávú komplex gondozása.

(folytatás a 2. oldalon)

FOLYTATÓDIK A WHITEHALL VITAMINPROGRAM

- 37 millió forint értékű adomány a rászoruló családoknak -

A Whitehall újabb adományozási akciója kezében összeen 37 millió forint értékű vitamint adományt ad a rászoruló gyermekeknek. A kisiskolai vitamin- és ásványi anyag ellátottságát fejlesztő Centrum Junior + Beta C létezéséről a Whitehall és a Magyar Vöröskereszt, a Gyermekorvosok Alapítvány és a Fővárosi Gyermekorvosok és a Magyarországi Országos Egyesület (NOB) és a Pécsi Intézet is részese. Ezek a szervezetek összekapcsolják az adományok további elosztásában is, így módon biztosítva, hogy azok a leginkább rászoruló családokhoz kerüljenek. A NOB által a közelmúltban szervezett gödöllői rendezvény alkalmával például a Magyar Vöröskereszt által a Kárpátaljáról érkezett gyermekeknek is jutott a vitaminokból. A Magyar Vöröskereszt révén az árvákhoz is eljut az adomány, míg a Gyermekorvosok Alapítvány a kórházak kis betegeinek és további családoknak osztja át a vitamint.

Az első Búti, a Whitehall termékeinek elosztása hangfolyosón: bár főképpen a téli időszakban, a gyakorlati megfontolások és influenza idején tudatosul a vitaminok és ásványi anyagok pótlásának szükségessége, nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a nem megfelelő táplálkozás következtében kialakuló hiánybetegségek veszélye az év minden időszakában fennáll. Különösen veszélyesek azok a helyzetek, amikor a gyermeknek kevés energiája van, amikor a gyermeknek kevés energiája van, amikor a gyermeknek kevés energiája van.

Azok a családok, akik a jelenlegi adományozási program során részt vesznek a közreműködésben, anyagi körülményeik miatt az általánosul is ritkábban tudják az optimálisnak mondható étrendet biztosítani gyermekeik számára. A beteg kisgyermek esetében az ellenálló képesség javítása és a gyors felépülés elősegítése érdekében fontos a vitamintáplálás, különösen tekintettel a betegség megkezdésénél kezdve az életről való gondoskodásra, akiknek a szervezetüket rendkívül módon igénybe vevő kezeléssel követő regenerációs fázisban van szükségük a multi-vitaminokra.

A Whitehall 1999. októberében, a Heim Pál Gyermekorvosok Társaságának szervezésében gyermekorvosi fórum keretében indította útjára „*Vitaminprogramját*”, melynek során már eddig is folyamatosan támogatott számos kórházat és jól ismert egészségügyi szervezetet. Az adományozási programot vidéki és greifkórházakban a gyermekorvosok számára megrendezett előadások során ismert, melyek a gyermekek esetében jellemző táplálkozási hiányosságokról és azok lehetséges következményeiről folyó a beszélgetés. A mostani akció során a leginkább rászoruló betegek segítése a cél. A vitaminokban és ásványi anyagokban gazdag táplálkozással az év minden időszakában ellátott van a Whitehall szervezetnek megvalósításában segíteni azoknak a családoknak, ahol anyagi okokból nem kerülhet minden nap egészséges étel az asztalra.



Tájékoztató a gyógyászati segédeszközökről!

A gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos híradásoktól hangos közéletben a napokban esett szó azokról a visszaélésekről, amelyeket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ellenőrzései derítettek fel. A július 17-én tartott sajtótájékoztatón Hagymási Miklós főosztályvezetőtől megtudhatjuk: mintegy 850 millió (!) forintra rúg az az összeg, amely illetéktelenül került kifizetésre. A főosztályvezető utalt a behajtás rendkívül nehéz voltára, hiszen a bizonyítás tételese, egyedi esetek kapcsán történhet, amely rendkívül időigényes. Egyetlen járható út: a vizsgálat idejéig, - vagy még a rendőrségi szakaszban - a gyártó vagy forgalmazó céggel felüggőszteni a szerződést. Ez is körültekintést igényel, hiszen a rászoruló nem maradhatna eszköz nélkül.

A visszaélések általában három nagy csoportba sorolhatók: többet írnak fel a vényre, mint amit ténylegesen ki kell szolgálni; mást adnak, mint amit felírtak, vagy fiktív TAJ számok alapján történik a felírás. Extrém eset is van: amikor a forgalmazó bevizsgált egy többnyire külföldi terméket, a támogatási szerződést ennek forgalmazására köti és kapja meg az OEP-től, majd panaszos bejelentésre kiderül, hogy saját maga kezdi el gyártani a

terméket, természetesen bevizsgálatlanul, olykor teljesen használhatatlan formában. A fantázia a tettenézéskor is talál magyarázatot: véletlenül pont egy „beszállítói mintadarabot” szolgált ki az eladó, aki majd ezért szankcionálva lesz...

A sajtótájékoztató elhangzott: 50 millió visszafizetésre került a feltárt összegből, és egy céggel megtörtént a szerződésbontás, mert a vád igaznak bizonyult. Ez a cég egymaga 75 millió forint jogtalan bevételt tett szert, ahol egyetlen orvos 30 millió forint értékben írt fel inkontinencia terméket. A többi, mintegy 50 céget érintő vizsgálat rendőrségi szakaszban van, bár - mondta az OEP illetékes - igen gyakori, hogy a bírósági szakaszban tisztára mosás magukat. A gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatban elhangzott, hogy a betegek többször felvetették azt a jogos igényt, mely szerint vannak olyan eszközök, amikre csak ideiglenesen néhány hétre, esetleg hónapig van szükségük, így ezeknek a segédeszközöknek a megvásárlása felesleges terhet ró rájuk. Az OEP megteremtette annak a lehetőségét, hogy ezen termékeket a rászoruló kölcsönzési rendszer formájában kaphassák meg.

Hasonló rendszer Magyarországon TB-támogatással korábbi években nem volt, bár voltak olyan vállalkozók, akik a támogatási rendszert nélkülözve a betegek részére kölcsönzési lehetőséget teremtettek. Mivel a rendszer kimeretete nehezen megbecsülhető, ezért a modell jelleggel két megére terjedő kísérleti üzemetelést indítottunk el. Ezen tanulmány értékelése után válhat egyértelművé, hogy a rendszer mennyire életképes. Amennyiben eredményes a szolgáltatás, úgy természetesen minden beteg számára az ország teljes területén hozzáférhetővé kell tennünk kölcsönzés formájában is a gyógyászati segédeszközöket.

A rendszer kialakítása előtt az OEP illetékesi felkérésték azokat a cégeket, amelyek korábban TB-támogatás nélkül a gyógyászati segédeszköz kölcsönzés valamely módját tervezték, s ezen vállalkozásoktól tervezetet kértek a kölcsönzési mód üzemeltetésére. Mivel a kölcsönzési rendszer az ÁNTSZ szabályai szerint meglehetősen költségigényes, a cégek három kivételével elálltak az ajánlattól. A három vállalkozás közül kettő közepes nagyságú gyógyászati segédeszköz forgalmazó volt, egy pedig olyan vállalkozás, amely Magyar-

országon a gyógyászati segédeszközök támogatására kifizetett összeg mintegy negyedét magának mondhatja. Így nyilvánvalóan ez a forgalmazó nem tekinthető reprezentatívnak, ezért esett a választás arra a két vállalkozásra, amely jelenleg is a kölcsönzési modell résztvevője. Az előzetes értékelés alapján a betegek elégedettek a szolgáltatással. A kölcsönzés eddigi tapasztalatai azt bizonyítják, hogy mindez egyértelműen költségmegtakarítást jelent az OEP számára. Amennyiben ezek az érté-

kélek megerősíthetők, az év végére sor kerülhet a kölcsönzés országos bevezetésére.

Ezúton hívjuk fel olvasóink figyelmét az OEP honlapjára. Az aktuális hírek, információk lehetővé teszik a naprakész tájékozottságot.

WWW.OEP.HU

OEP	
Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1139 Budapest Váci út 73/a.	
Ügyfélszolgálat	
Gyógyászati segédeszközök	Gyógyászati segédeszközök
Gyógyászati segédeszközök	Az alábbi dokumentum a gyógyászati segédeszköz felírás jogosságát és indikációs listát tartalmazza.
Visszafejtés	Megjegyzés: Elmentéséhez a jobb egérgombbal kattintson a "Letöltés" linkre, majd a megjelenő menüből válassza a "Save Target As..." (Mentés Másiként...) menüpontot, és mentse el a dokumentumot saját gépének lemezére. Az RTF (Rich Text Format) formátumú dokumentum megjelenítésére az MS Word és a Windows Wordpad is képes.
Gyógyászati segédeszköz felírás jogosságtól	
Letöltés	Formátum: RTF Méret: 770 kB Dátum: 2000.07.19
Letöltés	Formátum: ZIP Méret: 28 kB Dátum: 2000.07.19
OEP - 1139 Budapest, Váci út 73/a. Telefon: (1) 3502-001	

www.oep.hu www.oep.hu www.oep.hu www.oep.hu www.oep.hu www.oep.hu www.oep.hu www.oep.hu

Világszerte mintegy 7 millió, Magyarországon pedig közel 160 ezer ember szenved rákos megbetegedésben. A rák egyik jellemző tünete a fájdalom. Ennek legjellemzőbb okai: a daganat terjedése miatt közvetlenül az idegekre nehezedő nyomás, az erek daganatos beszűkődése, a szigerek elzáródása, az izommal, hasi hártárával körülvevő szervek duzzanata, a koponyán belüli nyomás fokozódása, valamint áttétek kialakulása. A fájdalom fellelphet kemoterápiát, radioterápiát vagy műtétet követően is, esetleg létrejöhet a beteg leromlott általános állapota miatt megjelenő járulékos betegségek következtében.

A rákos betegek legjobban a fájdalomtól félnek, hiszen sem ők, sem a társadalom nincsen tisztában azzal, hogy az utóbbi húsz évben a fájdalom kezelésének fejlődése lehetővé tette a fájdalom megszüntetését. A Magyar Rákellenes Liga - a Szonda Ipsos Közvélemény-kutató cég bevonásával 2000 tavaszi tudományos felmérést készített, hogy pontos adatokhoz jusson a magyarországi tumoros fájdalomcsillapítás helyzetéről. A kutatás eredményeiről Dr. Telekes András, az Országos Onkológiai Intézet onkológus főorvosa, Závecz Tibor, a Szonda Ipsos kutatási igazgatója, az ELTE Szociológiai Intézetének egyetemi oktatója és Dr. Vasvári Artúr, a Magyar Rákellenes Liga főtitkára számolt be.

Az orvostudomány jelenlegi állása szerint a tumoros fájdalom 95 százaléka megszüntethető. A kutatás eredményei szerint azonban a megkérdezett tumoros betegek 83 százalékának vannak fájdalma és ezen belül 55 százalékuk

erős, állandó fájdalomról számol be! Az ezer fős reprezentatív mintavételű kutatás alapján a megkérdezettek 71 százaléka tartja az orvostudomány kiemelkedő feladatának a tumoros betegségekkel járó fájdalom csillapítását.

Ugyanakkor csupán a közvélemény egyharmadának van tudomása arról, hogy a tumoros fájdalom a betegek túlnyomó részénél teljes mértékben csillapítható.

A fájdalom csillapításának eredményességét nehezíti a betegek ismereteinek hiánya a fáj-

2000 a Fájdalomcsillapítás Éve

dalom csillapíthatóságáról, amelynek egyik következménye, hogy a fájdalom észlelő betegek több mint egynegyede csak néhány hét vagy hónap elteltével számol be az orvosnak fájdalomról, és 20 százalékuk csak akkor, ha az orvos erre rákérdez.

A jelenlegi gyakorlat szerint a fájdalomcsillapítás még nem tartozik szervesen a tumoros betegségek kezeléséhez. Az orvos a vizsgálatokra és a tumor gyógyítására koncentrált, így a fájdalom kezelése kikerül a figyelme fókuszából. A kutatásból kiderült, hogy a kezelőorvosok 76,47 százaléka, az azaz több mint háromnegyede a fájdalomcsillapítással csak abban az esetben kezd el foglalkozni, ha a beteg jelzi a fájdalmait, s nem kérdez rá a fájdalom jelenlétére!

A tumoros betegek leggyakrabban a tévhitek és a félelmek miatt nem jelzik orvosuknak fájdalmaikat. A leggyakoribb tévhit az, hogy a fájdalom a betegség természetes velejárója, és nincs lehetőség annak csökkentésére, míg a leggyakoribb félelem a fájdalomcsillapítás mellékhatásaira vonatkozik (például önkontroll-vesztéstől való félelem). Sokan pedig úgy vélik, hogy a gyógyulás igazán hatékonyan csak fájdalomcsillapítás nélkül lehetséges.

A nem kellően hatékony fájdalomcsillapítás nem csak a betegek tévhiteire, félelmekre vezet-

pítésben. Ennek oka nem a gyógyszerhiányban, hanem adminisztrációs nehézségekben keresendő.

A szakma szabályai szerint a fájdalom megszüntetését a lehető legrövidebb időn belül el kell érni. Szakmailag etikátlan, ha a beteg olyan fájdalmat szenved el, ami csillapítható lenne. Megjegyzendő, hogy az ennek során keletkező mellékhatásokat nem lehet azonos hatóanyagú, csak más elnevezésű készítmény alkalmazásával kiküszöbölni, csak magasabb hatóanyagúval.

Az időben elkezdett fájdalomcsillapítás mellett rendkívül fontos, hogy a betegek megfelelő dózisú fájdalomcsillapítót kapjanak mindaddig, amíg a fájdalommentes állapotot el nem érik. Valamennyi fájdalomcsillapító hatékonysága 24-48 óra alatt megítélhető.

Annak érdekében, hogy a tumoros betegek ne szenvedjenek szükségtelenül, a Magyar Rákellenes Liga azt javasolja az érintetteknek, hogy: 1., a hatékony fájdalomcsillapítás érdekében a beteg és az orvos között folyamatos legyen a kommunikáció, 2., a betegek kérjenek átfogó tájékoztatást orvosuktól a fájdalom természetével, milyenségével és kezelésével kapcsolatban, 3., az orvos tegyen meg mindent annak érdekében, hogy a tumoros fájdalmat megszüntesse, különös figyelmet fordítva a fájdalomcsillapítás időben történő elkezdésére, a megfelelő gyógyszerek és dózisok alkalmazására, 4., a civil szervezetek fordítsanak több figyelmet a társadalom és a betegek felvilágosítására a tumoros fájdalomcsillapítást érintő kérdésekben.

- Szászvári László -

EU: A gyógyszereladás problémái a távkereskedelemben

Az internetes eladás és a teleshopping új problémákat vet fel a gyógyszer-értékesítésben - ez derül ki egy tanulmányból, amely az Európai Parlament megbízásából készült. A tanulmány megállapítja, hogy a problémák gyökere a gyógyszerforgalmazásra vonatkozó előírások tarkaságában rejlik, s mivel a teleshopping valamint az elektronikus kereskedelem lehetővé teszi, hogy a saját fogyasztók olyan gyógyszerekhez is hozzájussanak, amelyek saját hazájukban csak orvosi rendelvényre kaphatók, égetően szükségessé vált a gyógyszerforgalmazás egységes szabályozása. Az ideális megoldást voltaképpen a globális szabályozás jelentené, az USA-ban ugyanis igen lazák az előírások, de első lépésben európai szinten kellene egységesíteni a gyógyszereladást. A tanulmány javaslatokat fogalmaz meg a gyógyszer-értékesítésről szóló EU irányelvek módosítására és egy olyan minőségjelző rendszer kialakítására, amelynek segítségével a fogyasztó felismerheti a megbízható ajánlatokat: továbbá olyan monitoring-rendszer kialakítását indítványozza, amelynek révén nyomon lehet követni az internetes gyógyszereladásokat, végül sürgeti az internetes gyógyszer-értékesítés etikai kódexének kidolgozását.

Reklámstop a rendelőkben

A gyógyszergyárak reklám és marketingtevékenységének szigorítását javasolja a kormány. A pénzügyi és az egészségügyi tárca. A változtatás jelentősen megnehezítené, hogy a cégek és orvoslátogatóik ingyenes gyógyszermin-ták adományozásával, ajándékokkal, külföldi utakkal, kongresszusi meghívásokkal ösztönözzék a kórházakat és az orvosokat arra, hogy termékeiket rendeljék. Ezt ugyan tiltja a gyártók szövetségének etikai kódexe, a cégek azonban harcolnak a piaci pozíciójuk javításáért. A javaslat szerint a jövőben olyan gyógyszert, amit legalább 70 százalékban támogat az egészség-biztosító, a gyógyszercegek csak a házi-orvosoknak adhatnak ingyen. Ők viszont alkal-manként nem kapnának 5000 forintnál nagyobb értékű ajándékot, kongresszuson való részvételüket pedig csak akkor támogathatnák a cégek, ha ott előadást is tartanak.

Most fizessen elő a
Láttelelet -re!
Megéri!

„Mindennapos gondjaink: a fejfájás”

- folytatás az első oldalról -

Korábban a SOTE Neurológiai Klinikája, utóbbi években a Magyar Fejfájás Társaság évente - már hagyományként is -, előre meghirdetett időpontban (május elején) munkakonferencia keretében 2-3 napos továbbképzést szervez, igen kedvezményes térítési díj mellett. Évközben folyóiratuk és fél vagy 1 napos munkaerő-kezelési biztositják a továbbképzést.

Mégis elgondolkoztató számunkra, s talán nem vagyok ezügyben egyedül - sajnos -, hogy 2000. évet írva is szinte mindennap találkozom olyan fejfájós páciensekkel, akik évek óta, sőt évtizedek óta (!) például migrénes fejfájásban szenved, s vagy ezidáig nem

történt meg a szükséges, ilyen irányú átvizsgálása, illetve ha meg is történt a páciens átvizsgálása, a páciens nem jutott hozzá például a korszerűnek számító, speciális, (mondhatom már) igen hatékony migrénellenes gyógyszerekhez, mellyel az 1-3 napos, kímő mellékhatásai miatt is szenvedő migrénos beteg rohama napjainkban már nagy biztonsággal elmulasztható.

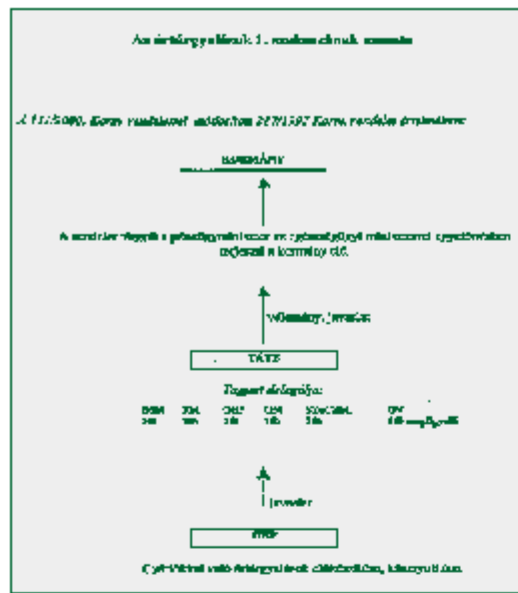
E speciális például migrénellenes gyógyszerek egy része már a házi orvosok által is kedvezményesen felírható, ideggyógyász szakorvosok a TB. által jelzett kedvezmény szerint írhatják fel e szereket. Az országos köznyelv elnevezése Fejfájás Centrumok pedig

felvállalják a legösszetettebb és/vagy csak kritkán előforduló, speciális terápiát igénylő fejfájásformák kezelését is.

Elgondolkoztató az az élményem, mely során a páciensek gyakran mondják, hogy nem is hallottak arról, hogy Fejfájás Centrumok vannak Magyarországon vagy léteznek már olyan gyógyszerek a migrén esetében, amelyek bár még igen drágák, de alkalmazásukkal megőrizhetik vagy hamar visszanyerhetik munkaképességüket (mely napjainkban már létfontosságú kérdés!!), s életminőségük nem romlik.

(folytatjuk)

- dr. Zsombók Terézia -



A gyógyszerár-tárgyalások első szakasza, amely a fix támogatási körbe vonható készítmények árát és támogatását érintette 2000. augusztus 10-én lezárult az Országos Egészségbiztosító és a gyógyszergyártók között.

A 2000. július 26-án kezdődött megbeszéléseken összesen 211 gyógyszer-csoport (fix csoport) tárgyalására került sor. Ez közel 1400 készítményt jelent. Ebből a gyártók 288 készítmény árát csökkentették, 145 árát pedig növelték. Ahol árát csökkentették, ott az átlagos csökkentés mértéke 14 százalékos volt. Előfordultak 50 százalékos körüli csökkentések is. Az ár-emelések átlagosan 9 százalék körül mozogtak. A tárgyalások most lezárult szakasza a kifizetett társadalombiztosítási támogatást tekintve mintegy 60 milliárd forintot, a gyógyszerforgalmat tekintve mintegy 83 milliárd forintot érintettek (1999-ben az összes támogatott gyógyszerforgalom megközelítőleg 188 milliárd forint volt, amelyre 140 milliárd forint támogatást fizetett ki az OEP a járulékdíjazók pénzéből.)

Az egyes fix csoportokon belül a fix támogatás alapját képező készítményeknél 30 esetben történt csökkentés a befagyasztott áron számolt legalacsonyabb árhoz képest. Az árcsökkentés maximuma 32 százalék volt. A csökkentések átlagosan 7 százalék körül mozogtak. 44 fix csoportban most a hivatalosan rögzített áron tör-

Gyógyszerár-tárgyalások első szakaszának összefoglaló értékelése

tént meg a fixesítés, de 3 hónap múlva megváltozik a fix alap, ami ismételt árcsökkentést jelent. Tehát a fix alapok tárgyalásának körülbelül 30 százalékánál érte el árcsökkentést.

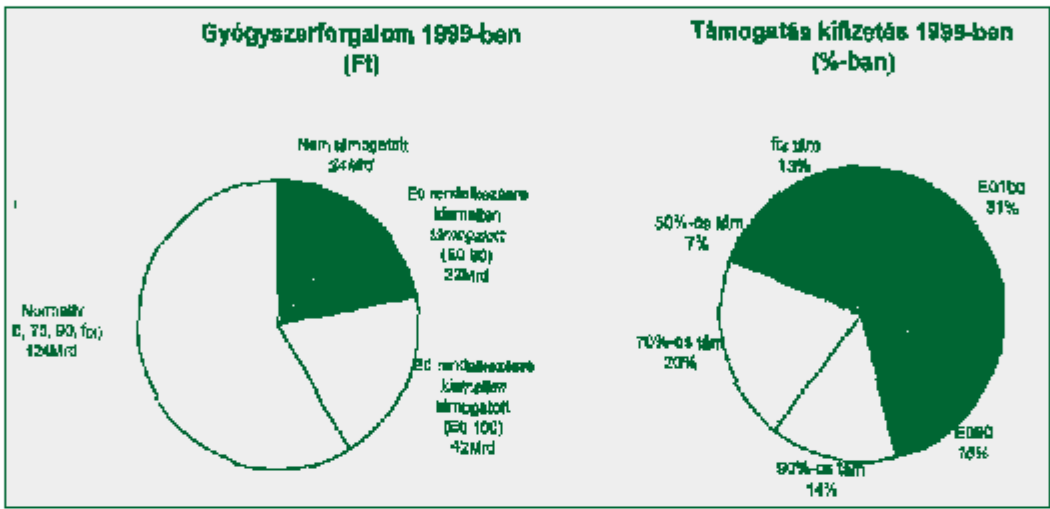
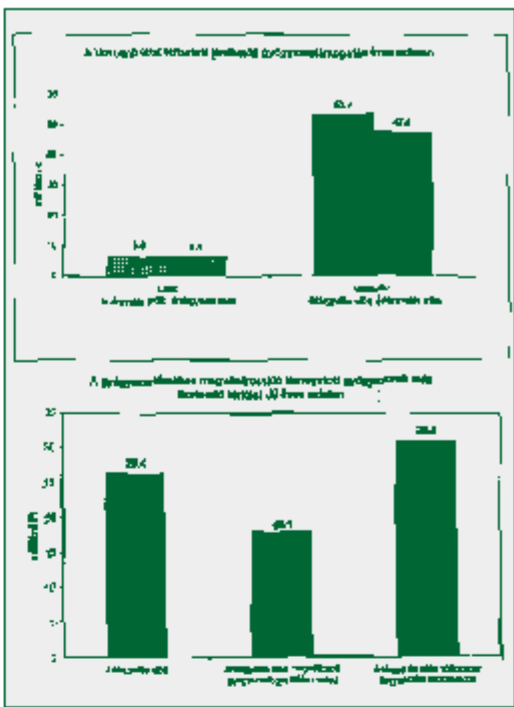
A tárgyalások folyamán 202 új készítmény támogatotti körbe való befogadása történt meg (amennyiben a különböző kiszerelési formákat különböző készítményeknek vesszük). Ez azt jelenti, hogy a fixcsoportok körülbelül 40 százalékánál található új termék (83 gyógyszer-csoportban). Ezek között vannak gyomorsav-túltengésre ható készítmények, antidepresszánsok, magas vérnyomásra és szívre ható gyógyszerek, antiparkinson szerek.

A tárgyalások első szakasza - mind a járulékdíjazók, mind a gyógyszerkassza vonatkozásában - kiemelkedően sikeresnek mondható. A tárgyalások eredményeként normatív támogatási jogcímen kifizetett társadalombiztosítási támogatás éves szinten 6,1 milliárd, egészségügyi rendelkezés jogcímen pedig mintegy 0,5 milliárd, összesen tehát 6,6 milliárd forint megtakarítást jelent.

A betegek által fizetett térítési díj akár 8,1 milliárd forinttal is csökkenhet, ha a gyógyszerfor-

gyasztás átrendeződik, a betegek számára kedvezőbb árú készítmények irányába. Ebben természetesen mind az orvosoknak, mind a gyógyszerészeknek, mind a betegeknek együtt kell működnie. Az egészségügyi rendelkezésre írható, kiemelten támogatott készítmények körében (Eü pont), amennyiben a támogatási lista úgy változik, hogy a kedvező árú készítmények kerülnek kiemelt támogatásra, a betegek összességében éves szinten megközelítőleg 1,1 milliárd forinttal kevesebbet fognak fizetni. Ez összességében 9,2 milliárd forint megtakarítást is jelenthet éves szinten.

Ez első olvasatra - mint ahogy a sajtótájékoztató hozzászólásaiból is kitűnt - igen jelentős. Sokakban felmerül a jogos kérdés, miért csak most kezdett hozzá az Egészségbiztosító a gyógyszerfelhasználás racionalizálásához, illetve a gyógyszerfelhasználásba az egészségpolitika eszközével történő beavatkozáshoz. Ezzel kapcsolatban világjelenségről lévén szó el kell mondani, hogy a gyógyszerárak világméretű emelkedése készítette a kormányzatokat a beavatkozásra, illetve az igen drága innovatív gyógyszerek helyett a generikus készítmények



köl történő gyógyításra, átálásra. Az azonos hatóanyagok kiváltása a már lejárt szabadalmú gyógyszerek újraelőállításával jelentős költségmegtakarítást eredményezhet és ez visszafordítható az új gyógyszerek befogadására.

Visszont feltétlenül el kell mondani, hogy ez a koncepció az orvos, a gyógyszerész és a betegek párbeszédével valósulhat csak meg, ahol a felhasználók gyógyszeresedési szokásait akár szakmai meggyőzéssel, akár reklámmarketinggel előnyös irányba kell adni. Ez pedig nem könnyű, mert mint megtudtuk, a betegek és orvosok egyaránt igen gyakran alkalmazkodnak és kötődnek a megszokott piruláikhoz. Ezért fontos a párbeszéd és egymás segítése a cél érdekében. Márpedig a racionális gyógyszerfogyasztás nemcsak népgazdasági hanem egyéni érdek is, hiszen a beteg számára nem mindegy, mennyi terheli a család pénztárcáját ezen a címen - hangzott el a sajtótájékoztatón.

A gyógyszerár-tárgyalások második szakasza a tervek szerint az érdekelt feleken - gyógyszergyártók és a Biztosító - kívül a szakmai kollégiumok bevonásával történik.

- ba -

Napjainkban a szakellátás reformfolyamata, mint megoldandó feladat, a köztudatban a privatizáció, illetve a szakorvosi praxisjog kérdésénél megtorpan. A privatizáció nem cél, hanem eszköz, csak valamilyen cél elérése függvényében értékelhető. Ezért nem magát a privatizációt célszerű értékelni, hanem azokat az érdekeket, amelyek érvényesülését segíti. Azt érdemes vizsgálni, hogy a privatizáció a korszerű egészségpolitika céljait segíti-e? A privatizáció hatásait csak piaci körülmények között fejtheti ki, a piac és a biztonság ellentétes fogalmak. Ezért kétségtelenül fontos, hogy rendszer szemlélettel közelítsük meg az elkerülhetetlen változásokat, kerüljünk anélkülre azok a kapcsolatok és befolyásoló tényezők, melyek figyelmen kívül hagyása rövidebb-hosszabb időn belül esetlegesen negatív érzékelheteti hatását. Ellátási hiányosságok, esetleg egyes orvosok, szakdolgozók egzisztenciális ellehetetlenülése is bekövetkezhet. Mindezek elkerülése valamennyiünk fő célja kell, hogy legyen.

Tervezett változtatások

A szakma gyakori és régi vágya: - közalkalmazotti biztonság, - tervezhető biztonságos bevétel, - piaci szféra jövedelme fix fizetésként, - vállalkozói költség elszámolási lehetőség, amortizáció. Ez így együtt nem realitás. Információk alapján a kormány az egészségügyi ellátó rendszer továbbfejlesztése érdekében két modellt dolgozott ki. Az egyik praxisjog szerinti önálló, rendelkezéskénti privatizáció, - önálló orvosi tevékenység, - önálló felelősség, - önálló OEP szerződés. A másik modell a rendelőintézetekénti privatizáció, - intézményi működési forma, - intézményi szintű OEP szerződés, - vezetői felelősség, - praxisjog, mint apport a társaságban. A mindennapi gyakorlat szemszögéből vegyük sorra azokat a fő témaköröket, melyek részben a járóbeteg szakellátás jelenlegi környezetét mutatják, részben a tervezett változtatások, vagyis a privatizáció lehetőségeit érzékeltetik az adott problémák tükrében.

Tulajdon

Az alternatívák mérlegelése előtt tisztázandó:

- a) műszer, infrastruktúra
- b) épület,
- c) mindkettő.

Az átlagos magyar járóbeteg szakellátásban használatos műszerpark állapota, valós értéke (nem könyv szerinti) meghatározandó. A szükséges minőségbiztosítási elveknek is megfelelő feltételek biztosításához létezik-e megfelelő anyagi garancia? Ehhez országos felmérésre van szükség, egy általános kép alapján kialakítandó vélemény megszületéséhez. Az épületek egésze 100

A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS PRIVATIZÁCIÓJÁRÓL

millió forintos nagyságrendet képvisel, a részleg pedig ennek arányos részét képezik. Fő kérdés, hogy a jelenlegi tulajdonosok milyen formában hajlandóak az épületek átadására. Jelenleg az önkormányzatok többségénél domináns igény a gondoktól való megszabadulás, mintsem a szakellátásban dolgozók anyagi jobb-létének biztosítása. Az a tévhit, hogy a privatizációval megmenekülhet egy felesleges nyugtól. A jelenlegi tulajdonosok hozzáállását leginkább az érzékelheti, ami a szakellátás privatizációjánál lényegesen egyszerűbb, és talán kezelhetőbb területen, az alapellátásban történt. Kérdés, hogyan kerüljön sor a tulajdon átadására - bármely formában is ha a jelenlegi duális finanszírozás rendszere nem változik. További kérdés, hogy az új vállalkozó tulajdonos, vagy tulajdonosok, meg tudnak-e felelni kötelezettségüknek (Legyen az egy karbantartási feladat, felvonó felújítás vagy komplett fődémcseré, stb.) Bármely alternatíva esetén konkrét, valamennyi érdekelt szempontjait szem előtt tartó, jogszabályi feltételrendszer megalkotása szükséges. Kiemelt rendszerező elv kell, hogy legyen a betegellátás garantált biztonsága.

Finanszírozás

Feltétlen korrekciók végzendők el a járóbeteg ellátás finanszírozása területén. Meg kell szüntetni a horizontális és vertikális pontérték aránytalanságokat. Egyes tevékenységek esetében még az anyagköltséget sem fedezi a pontérték. Analizálandó és korrigálandó a járóbeteg szakellátás területén a teljesítmény arányos forráselosztás. További figyelmet kell fordítani az úgynevezett kasszák közötti kapcsolatrendszer változtatására is. A merev kasszahatárok miatt számtalan, nemegyszer logikátlan és gazdaságtalan folyamat, ezáltal szinte egy csapásra megváltozhat.

Kapacitás-lekötés

Egészségpolitikánk irányítói szerint a jelenlegi fekvő túlsúlyú ellátás, felesleges kettőzött vizsgálatok, valamint számtalan esetben szükségesül magasabb progresszivitási szinten történő ellátások kivédésére jó szervezéssel a járóbeteg szakellátás lehetne hivatott. Újra kell értelmezni a kapacitás lekötéseket, ezeket a tényleges és valós igényekhez kell igazítani, területi és szakmánkénti bontásban. Újra kell értelmezni a „területi szakellátási kötelezettség” fogalmát és annak megfelelően kell használni a gyakorlatban. (Lakosságszám, földrajzi terület, szak-

orvosok száma, stb.) A struktúraváltás előtt nem javasolható olyan OEP szerződések kötése, amelyet nem előz meg a jelenlegi rendszer pontos vizsgálata és korrekciója. Elkerülendő továbbá a kontrollok nélküli új kapacitások befo-gadás, illetve az azonos kapacitásra elszámolható szolgáltatók helyek létesítésének gyakorlata.

A lakosságszám-függő és fekvőbeteg céltámogatási rendszer

Fejlesztési kiadások változatlanul az adófizetésekből kerülnek finanszírozásra, az önkormányzaton keresztül. Jelenleg a rendszer nem ellenőrizhető, hogy ez most oda kerül egyáltalán, ahova kellene vagy sem. Kidolgozandók azok a megoldások, amelyek a jelenlegihez képest átlátható, és kalkulálható megoldást jelentenek.

Az amortizáció kérdése

Egyes vállalkozások számára titkolva ugyan, de lényegében létező fogalom az amortizáció (CT, MRI, izotóp, stb.). Ameddig nincs az egész rendszerben biztosítva az amortizáció lehetősége egyöntetűen, addig a privatizáció leg-alapvetőbb feltétele hiányzik. Ez a kérdés a már privatizálódott alapellátásban sincs megoldva, a magasabb műszerigénnyel jelentkező szakellátás esetében még nagyobb problémát jelent, feltétlenül megoldandó kérdés.

A FA viszályigényelhetőség kérdése

Lényegében az egész egészségügyet sújtó probléma, hogy a végfelhasználóra nem lehet az ÁFA-t áthárítani, így ez szinte büntetés az egészségügyi szolgáltatás számára. A privatizációs alternatívák analizálása során erre is gondot kell fordítani.

Szakmai protokollok

A pontosabb szakmai munkavégzéshez, de a számonkéréshez is egyértelmű helyzetet kell teremteni, ezért a szakellátásban is az ellátási protokollok alapján kell végezni a tevékenységet. A finanszírozó oldaláról sem meghatározott jelenleg az elvégezhető kategórián túl a kötelezően elvégzendő tevékenységek listája. Ez mindennapi munkánkban hiányzik, de az esetleges privatizáció esetén még égetőbb szükségesség.

Ellenőrzés

Finanszírozói, és szakmai ellenőrzésnek kell megvalósulnia.

Az egészségügyi ellátási szintek közötti kapcsolatrendszer értékelése

A járóbeteg szakellátás lényegében az alapellátás konzultatív háttereként létezik, de a fekvő ellátás számára is meghatározó. Célszerűbb az ambuláns oldal részeként értelmezni, mint a szakellátást kettévágyva azt járóbeteg és fekvőbeteg osztani. Az integrált szakrendelések esetében a szakorvosi privatizációs folyamatok beindítása előtt ezen szemlélet szerint kell a feltételeket megteremteni.

A jövő egészségügyének követelménye, minden esetben a definitív ellátás a cél, a szükséges és elegendő progresszivitási szinten. A járóbeteg szakellátás nem működhet konzultatív hátteret biztosító szakambulanciák és fekvőbeteg ellátó osztályok nélkül. Ezen kérdéskör rendezett és adaptálható formája alapos átgondolást igényel az integrált egészségügyi intézmények esetében.

Egészségügyi vállalkozások, kontra profit orientált vállalkozások, az egészségügyi piac és a gazdasági értelemben vett piac ellentmondásai

A hazai jogrend nem rendelkezik olyan kategóriával, melybe a közismerten mélyen aludott egészségügyi szolgáltatások beleillenek. Valójában a magánszférában a bizonyos nagyságrendet jelentő beavatkozások az OEP által finanszírozott formában hasonló beavatkozás esetén annak csupán 20-30 százalékos nagyságrendet jelent.

Konklúzió

Az egészségpolitika alapelvei az egyes modellekben eltérő súllyal jelentkeznek, ezért a privatizáció szerepe modell függő. A forrásoldal és a szolgáltatói oldal széleskörű privatizációja veszélyezteti a populációs szintű egészségi állapotot, segíti az ellátó rendszer fejlődését, de csökkenti az ellátók biztonságát. A szabályozott és korlátozott privatizáció az egészségi állapot veszélyeztetése nélkül javíthatja az ellátó rendszer hatékonyságát. A szakellátás praxis elvi privatizációja nem javasolható. Az orvosi munka individualizálása ellentétes a nemzeti tendenciákkal, a magyar egészségügy szervezeti kultúrája kórház ügyben nem az önálló orvoslásra épül. A rendelkezéskénti privatizáció a jelen finanszírozás körülményei mellett egyes szakmák ellehetetlenülését, a praxisok közel 40 százalékának működésképtelenségét okozná.

- a tanulmány szerzője Dr. Jeney István főorvos, a Józsa András Megyei Kórház Járóbeteg szakellátásának irányítója -

EGY HÁZIORVOS GONDOLATAI A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS PRIVATIZÁCIÓJÁNAK ÉVÉBEN

A háziorvosi privatizáció lépett egyet az elmúlt évben. Hogy ez valóban lépés volt-e, majd elvállal. Hiszen már tanult elvtársunk Lenin is megmondta, lehet úgy lépni előre, hogy hátralepünk (Egy lépés előre, két lépés hátra, - 1904). Minak utána a funkcionális privatizáció (melyről szakemberek elmondták, hogy ez olyan mint az öreg székegy számára az állatkerti zsiráf látványa: fiam, ilyen állat nincs is) befutotta kétes pályáját, most a praxisjogból, működtetési jogra majd önálló orvosi tevékenység törvényére keresztelt valaminek a végkifejletét várjuk. Ez a gyerek, mely a présben lett púpos, az elődjéhez hasonlóan sok szenvedés és vita után, egyelőre azt a fő funkciót tölti be, hogy legyen miért irigyelni azokat, akik elnyel(t)ték. Halunk is mindkettőtől elegendő. Még szívünkhez közel álló vezető is mondogatja: megkapták, hallgassanak.

Na de mit gondolt az események elszennedője vagy ingyeltje? Mit gondolt az élet szabályai szerint előbb vagy utóbb vele egy alapellátásban dolgozó járóbeteg szakorvosok most induló kálváriájáról?

(Leninhez visszatérve: Mi a teendő, - 1902) A különféle lapokban és közkezen cirkuláló anyagokat látván van néhány ötlet, melyek száma remélhetőleg nem haladja meg az alapvető ismeretes libacsorda feltételezett

létszámát. Lássuk hát ezeket.

- Mindenek előtt az, hogy nem halogatható ez a lépés. Az alapellátás eddigi olyan-ami-ilyen eredményei is akkora ellentéteket szítottak az új meg új elakadások okozta kétségbeesés miatt, hogy a hír tovább nem feszíthető. Jogos a szakorvosi társadalom igénye.

- A privatizációs folyamat bábai szem előtt kell tartásuk az a nagy valószínűséggel bekövetkező változást, hogy az egészségügy két pólusává válik: járó és fekvőbeteg ellátásról fognak beszélni nem sokára. A járóbeteg szakellátás pedig amint az az elmúlt évek eredménytelen - mert koraszülött - csoportpraxis vitái során kontúrozódott, együtt fog dolgozni a háziorvosokkal. Ennek az együttműködésnek a legrugalmasabb és leghatékonyabb módja a letelepült szakorvosok és a háziorvosok laza és egymásrautaltságra, érdek-közösségre valamint betegérdekekre alapozott közös munkája. Ez ugyanakkor gazdasági érdek is, mert a legvalószínűbb út a kórházak valódi tehermentesítése felé.

- Az intézményes privatizáció minden formája magában rejt magába veszélyt, hogy ellehetetleníti az önálló, letelepült szakorvosok négetnek kialakulását.

- Nem kellene feladni a kísérleteket a politikai konszenzusra, hogy a kétharmados törvény hiánya ne tegye torzová ezt a lépcsőfokot is.

Ez volt a gyereket púposra formáló prés egyik pofája a tavalyi történet során is.

- Nem kell lemondani a többletforrás bevonásának kiharcolásáról. El kell fogadtatni azt a gondolatot, hogy a pénzügyi nyereség és egészségnyereség csak befektetés esetén igazán nagy és nem lehet ennek akadályja az a felismerés, mely szerint ez a nyereség nem rövid távon jelentkezik.

- A szakorvosok praxisjogát is területhez kell kötni. Kellő és jó megfogalmazással ki kell zárni a félreérthetőségeket. Sok gondot okoznak most ilyen hibák az alapellátásban.

- A járó és fekvőbeteg ellátás szétválasztása sok hátsó szándék és háborúság gyökerét vághatja el.

- A helyenként igényelt, vagy szükséges úgynevezett praxisközösségek csak önkéntes alapon szerveződhetnek. A gazdasági társaságok különféle formáit maguk az orvosok kell létrehozniuk saját akaratukból és saját kockázataikra. Ha ez nem így történik, akkor ezek a gazdasági társaságok eljátszhatják ugyan azokat a játékokat, amelyekkel az önkormányzatok keserítették meg több száz háziorvos életét. Az orvos nyugalomba vonulásakor pedig egy-egy praxis értékét a nullával tehetik egyenlővé - ha érdekük úgy kívánja. Nem a privatizálódó orvos kell egy gazdasági társaságban ébredjen (vagy az után), hanem a privatizált orvosok kell létrehozniuk - ha úgy gondolják - társaságaikat.

- Amikor előre tervezünk, nem a mai megfélemlített és a díjtétel harmonizációt még csak remélő orvosok hangulatából kell kiindulni.

- Meg kell mozdítani a most még kevés saját tőkét és főleg a kockázatvállalás most még féltékeny szellemét. El kell fogadni a fájdalmas

tényt, hogy vesztesek is lehetnek, de ezek számát minimálisra kell redukálni és gondjaikra megoldásokat szükségesnek találni.

- A kórházakhoz kötött orvosok esetében nem szabad a kórház teljhatalmú kezébe adni sorukat.

- Nem lenne jó, ha kívülről jövő „nem egészségügyi” tőke megjelenne az ágazatban. Eleget voltak már a szakorvosok is rabizol-gák. Az így besettenkedő tőke aztán később megpróbál új meg új pozíciókat szerezni.

- Nagyon fontos lenne azt figyelembe venni, hogy ha most a tőkehiányra vagy a kockázatvállalás készségének kicsinyiségére hivatkozva, más módon indulnak el, akkor örökre elvesztheti a magyar szakorvosi társadalom az önállóság elnyerésének lehetőségét.

- Kellőképpen szükséges értékelni azt, hogy most amikor egy orvos kockázatot vállal, akkor későbbi orvos generációk érdekébe is teszi ezt. Bátor kísérletében ennek megfelelően kellene támogatni.

Végül nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az egészségügy is piac, de sajátos piac, nem szabad préda. Mondhatnám úgy is, hogy feladattal és esküvel terhelt piac.

A szakorvos kollégáktól ezúton kérek bocsánatot, hogy ügyeikbe belekontárkodok, de remélem a segítő szándék nem kétséges. Hasonló kísérleteket mi háziorvosok is szívesen fogadnánk a most még mostoha, de elkerülhetetlenül valódi testvérré váló kollégáinktól. Kórházi kollégáinknak pedig ígérjük meg, hogy még e szerencsés esetben sem fogjuk azt mondani - a langeszű vezér nyomán -, hogy: „Minden hatalmat az alapellátásnak”.

- Dr. Szász István T. -

Hónapok óta folyó előkészítő munkát követően, melyben az Egészségügyi Minisztérium képviselőiben prof. dr. Bordás Mária vállalt oroszlanrészt, elkészült az a konszenzus anyag, amely a privatizációval kapcsolatban a MOK Járóbeteg Szekció, a Kórházszövetség, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, a Medicina 2000 és a Szakorvosi Védegylet elkötelezett ötvözi egy mindnyájuk által elfogadott konszenzus formájában.

Reméljük, hogy a törvényhozók figyelembe veszik azt a jelentős és az érintettek véleményét legjobban tükröző előkészítő munkát, melyet ilyen széleskörű egyeztetés előzött meg. A munkacsoport tagjai szerettek volna ennél is tovább lépni, de ennek több kérdésben hatályos törvények szabtak határt.

2000. június 30-án létrejött konszenzus

1. A szakellátás privatizációjával kapcsolatos törvényalkotás a 2000. évben elkerülhetetlen. A jelenlegi rendszer fennmaradása szükségképpen egy szabályozatlan, negatív irányú privatizációs gyakorlat kialakulásához vezet. A privatizációval kapcsolatos jogi szabályozásnak a munkacsoportban lefektetett alapelveket - hatékonyság, szolidaritás, ellátás biztonsága, szabályozott verseny és önkéntesség - kell érvényesítenie.
2. A szakellátás privatizációja az önkormányzati törvény keretei között megvalósítható az alábbi módon:
 - Az önkormányzati tulajdonban levő járóbeteg- és fekvőbeteg egészségügyi szolgáltatások intézményi formából gazdasági társaságok alakítása az állam/önkormányzat számára csak olyan lehetőség, amely pénzügyi ösztönzékkel befolyásolható de nem jogi kényszer.
 - Az állam/önkormányzat a privatizált egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatban ellátási felelősségét elsősorban szerződéskötési jogán keresztül érvényesíti.
 - Az állam/önkormányzat ellátási felelőssége nem érvényesíthető akkor, ha az állam/önkormányzati tulajdonban levő egészségügyi intézmények működését - megfelelő szerződéses garanciák nélkül - az állam/önkormányzat magántulajdonban levő gazdasági társaságoknak adja át.
3. A törvény hatályba lépésével egyidejűleg többletforrás bevonása szükséges az egészségügyi rendszerbe, mert a többletforrás bevonása és a szolgáltatások hatékonysága csak együttesen képesek az egészségügyi szolgáltatások minőségét jelentős mértékben javítani.
4. A szakellátás privatizációjának az „adekvát szinten történő ellátás” elvét, mint legfontosabb egészségpolitikai célt kell követnie, amelynek feltételei:
 - Az egészségügyi szolgáltatók jogi és gazdasági önállósága
 - Koncessziós jellegű szakorvosi praxisjogok,
 - A járó- és fekvőbeteg ellátás szétválasztása,
 - A betegellátás minőségét javító verseny preferálása,
 - Díjtétel harmonizáció a járóbeteg szakellátásban,
 - Egysátozott finanszírozási rendszer és a kasszák átlátható, feladat szerinti korrekciója.
5. A szakorvosi praxisjog tartalmi elemei:
 - a., A járóbeteg praxisjog
 - A közfinanszírozott szektorban való működésre jogosít
 - Tulajdonosa csak természetes személy szakorvos lehet,
 - Meghatározott szakfeladatra jogosít,
 - Korlátozottan forgalomképes,
 - Meghatározott földrajzi területre szól, és azon kizárólagossági jogot jelent, az „egy földrajzi területen több praxisjog” elvének korláta között.

Újdonságok a járóbeteg szakellátás privatizációjáról

- Területi ellátási kötelezettséghez kötődik. (Ez alól kivétel az orvostudományi egyetemnek és az országos intézeteknek)
- A praxis tulajdonosa személyesen felelős a szolgáltatásért, ha a praxist egyénileg működteti.
- Szakorvosi csoportpraxis esetében a felelősség osztott: a praxis tulajdonosa a szakmai (minőség és rendelkezésre állás), a szakorvosi csoportpraxis gazdasági társaság pedig a működésért (épület, infrastruktúra) felelős.
- A szolgáltató arra a földrajzi területre korlátozott telephely-választáshoz kötődik, amelyre a praxisjogot a Kamara kiadta.
- A praxistulajdonos szabadon választhatja meg azt a jogi formát, amelyben működni kíván, azzal a korlátozással, hogy egyéni praxist csak akkor létesíthet, ha azt a Kamara és az ÁNTSZ engedélyezi.
- A praxis tulajdonosát alanyi jogon illeti meg a finanszírozási szerződés megkötéséhez való jog, azzal a korlátozással, hogy szakorvosi csoportpraxis esetében a finanszírozási szerződést a gazdasági társaság köti meg.
- Meghatározott óraszámra szóló rendelkezési jog és kötelezettség.
- A praxistulajdonos díjazása teljesítményarányos, de a szakorvosi csoportpraxis esetében az orvos díjazását a gazdasági társaság belső forráselosztási szabályai is meghatározzák.
- Visszavonására a Kamara jogosult abban az esetben, ha az orvos alkalmatlanná válik a tevékenység gyakorlására.
- b., A fekvőbeteg praxisjog: (különbségek a járóbeteg praxisjoghoz képest)
 - A praxistulajdonosok nem alkotnak szakorvosi csoportpraxist, hanem mint egyéni vállalkozók köthetnek szerződést a fekvőbeteg ellátót működtető gazdasági társasággal, annak érdekében, hogy a team-munka követelményei megvalósíthatók legyenek.
 - A szerződésben ki kell kötni a teljesítményarányos díjazást, a felelősség kérdéseit és a munkavégzés más feltételeit.
- c., Vegyes szakellátó (diagnosztikai) praxisjog: (különbségek a járóbeteg praxisjoghoz képest)
 - A labor, az izotóp, a radiológia és a patológia területén hozható létre.
 - A praxisjog megadásakor meg kell határozni, hogy milyen arányban teljesít a járóbeteg, és fekvőbeteg ellátás részére. A praxisjog tulajdonosának a járóbeteg ellátás után - a teljesített óraszámától függően - a finanszírozási szerződés megkötésére alanyi joga van, a fekvőbeteg ellátás után a díjazást a kórháztól kapja.
 - A diagnosztikai praxisjog tulajdonosai szakorvosi csoportpraxis keretében működnek a labor, az izotóp, a radiológia és a patológia területén.
 - A diagnosztikai csoportpraxis szerződést köt a nagy értékű, speciális műszerek használatára azok tulajdonosaival, függetlenül attól, hogy az önkormányzat, vagy magánvállalkozás.
- 6. A járóbeteg szakrendelő működési formája:
 - A járóbeteg szakrendelő egyben tartású indokolhatják a szakmai koordináció szükségessége és a díjtétel-harmonizáció szükségessége. Az orvosok egzisztenciális biztonságát szolgálja, ha a praxisok tulajdonosai az önkormányzattal különálló gazdasági társaságot hoznak létre.

- Ezért a járóbeteg szakellátó működési formájaként a praxistulajdonos orvosok szakorvosi csoportpraxisa preferált. A szakorvosi csoportpraxis olyan gazdasági társaság, amelynek tagjai a praxistulajdonosok, és amely az önkormányzat képviselőtestületével köt szerződést a szolgáltatás nyújtására. A gazdasági társaság tagjai kötelezően megállapodnak a társasági szerződésben a belső forráselosztásról. Az önkormányzat részéről nem szükséges a járóbeteg szakrendelőhöz kapcsolódó ingó- és ingatlan vagyontárgyak kezelésére külön gazdasági társaságot létrehozni. A szakorvosi csoportpraxis és az önkormányzat között kötött szerződésben a szerződő felek kötelezően megállapodnak:
 - Az ingó és ingatlan vagyontárgyak használatának, esetleges eladásának feltételeiről, valamint a mindenkori finanszírozási jogszabályok keretei között a fejlesztésről, az amortizációs költségek megtérítéséről.
 - A szolgáltatás folyamatoságának és általános elérhetőségének biztosításáról.
- Önálló praxist a praxis tulajdonosa akkor létesíthet, ha azt a területi Kamara és a területi ÁNTSZ engedélyezi. Az engedélyezés feltétele, hogy az önálló praxis a szakfeladat jellegével összeegyeztethető legyen, és/vagy a település igényei, sajátosságai ezt lehetővé tegyék.
- 7. A járóbeteg ellátás leválasztása fő szabályként akkor javasolt, ha a járóbeteg-ellátás:
 - önálló, csak erre a célra használt telephelyen van,
 - és/vagy a szakrendelés, mint egység rendelkezésére álló órája eléri a heti 30 órát (Egy praxis 30 órája - ha a település sajátosságai ezt szükségessé teszik - tartozhat több rendelőhöz is.)
- A járóbeteg ellátás leválasztása így három - az alábbiakban részletezett - formában történhet:
 - a., Ha a járóbeteg praxis a kórháztól szervezett különálló járóbeteg szakellátó intézményhez tartozik, akkor az ebben az intézményben főállású orvosként járóbeteg ellátást végző orvosok teljes praxisra (heti 30 óra) kapnak praxisjogot. A praxisjog ebben az esetben, a törvény erejénél fogva, alanyi jogon jár, feltéve, hogy az orvos a törvény hatályba lépésének időpontjában közalkalmazottként, munkavállalóként, vagy vállalkozóként érvényes, a szakrendelővel megkötött, munkavégzésre irányuló szerződéssel rendelkezik.
 - b., Ha a járóbeteg praxis olyan járóbeteg ellátás keretében van, amelyik a kórház szervezeti egységéhez tartozik, akkor a Kamara és az ÁNTSZ jogosult meghatározni az itt létesíthető praxisok számát. A kórház - a szakorvosokkal és a helyi kamara egyetértési joga alapján - az így megállapított praxisokról jogosult eldönteni, hogy azokat egész, vagy részpraxisokként kívánja működtetni. A részpraxis a teljes praxisnak legfeljebb csak 50 százalékos szétosztását jelentheti. A Kamara és az ÁNTSZ rendkívüli esetben, és meghatározott időre engedélyezheti a részpraxist minimum heti 6 óra.

- során elsőbbséget élveznek azok az orvosok, akik a törvény hatályba lépésének időpontjában járóbeteg szakrendelésben is dolgoznak. Az így kiválasztott orvosnak a területi Kamara praxisjogot ad.
- Azok a szakrendelések (szakambulanciák), amelyek:
 - a kórház/klinika speciális műszereire épülnek, és
 - mind a műszer, mind a speciális tudású szakember kihasználtságát csak a járó és fekvő együttes kihasználása biztosítja, javasolt, hogy a fekvőbeteg-ellátás keretében működjenek továbbra is.
- c., Ha a kórház szervezeti egységéhez tartozó járóbeteg szakellátásra fordított óraszám nem haladja meg a heti 15 órát, akkor járóbeteg praxis nem adható. A járóbeteg rendelőt így - praxisok hiányában - a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó orvosok, a kórházzal kötött szerződés keretében, külön díjazás ellenében látják el.
- Fekvőbeteg praxis tulajdonosa is lehet tulajdonosa járóbeteg részpraxisnak. Az egész (heti 30 órára szóló) járóbeteg praxis tulajdonosa is jogosult - a kórházzal kötött külön szerződés alapján - kórházban operálni, konzíliumon részt venni, helyettesíteni, és ügyeletet ellátni.
- 8. Az EüM, a Kamara, az ÁNTSZ és az önkormányzat között az egészségügyi szakellátással kapcsolatos hatáskörök megosztása:
 - A finanszírozás rendszerét, elveit, és módszereit a Kormány, illetve a szakminiszter, valamint a finanszírozó - az Orvosi Kamara egyetértése alapján - jogszabályban határozza meg.
 - A praxisjog kiadására és visszavonására a Kamara jogosult államigazgatási határozatban.
 - A praxisok számát földrajzi területenként a Kamara, az ÁNTSZ és az EüM együttesen határozzák meg.
 - A földrajzi területet (amelyre a praxisjog szól) az önkormányzat, a finanszírozó, a Kamara és az ÁNTSZ együttesen határozzák meg, abban az esetben, ha indokolt, hogy az a megételtől eltérő legyen.
 - A kórház - a szakorvosok és a helyi kamara egyetértésével - írja ki a pályázatot azokra a járóbeteg praxisokra, amelyek a kórház keretei között működnek, és amelyeket a törvény hatályba lépésével létesítenek (lásd a 7. b. pontot).
 - A megüresedett praxisokra (a praxisjog tulajdonosa meghal, és nincs folytatásra jogosult személy, vagy a praxisjog visszavonásra kerül) az a szakorvosi csoportpraxis, vagy kórház írja ki, és bírálja el a pályázatot, amelyhez a megüresedett praxis tartozik. Ha a praxis tulajdonosa praxisjogát értékesíteni kívánja, vagy ha a praxisjog folytatásra kerül, a szakorvosi csoportpraxist, vagy a kórháztól működő gazdasági társaság társasági szerződése irányadó abban a kérdésben, hogy ki, és milyen formában jogosult kiválasztani a praxisjog új tulajdonosát. Mindhárom esetben a Kamara adja a praxisjogot annak, akit az előbbiekből felsorolt módon kiválasztottak.
 - Ha a megüresedett praxis önálló, akkor kizárólag a kamara jogosult a pályázatot kiírni és elbírálni.
- 9. A magánbefejtések szerepe
 - A magánbefejtések szerepe jelentős, de csak bizonyos indokolt korlátozásokkal:
 - A praxistulajdonos orvos személyesen köteles munkáját végezni, és más

- orvost alkalmazottként nem foglalkoztathat. (Ez alól kivétel a helyettesítés és a visszavonulás előtt a praxis átadásával eltöltött idő.)
- A törvényileg meghatározott alacsony körén kívül eső szolgáltatásokra a magánbiztosítás lehetővé tétele üzleti biztosítókkal kötött szerződés alapján.
- A praxistulajdonos orvos, a praxis-közösség és a fekvőbeteg ellátót működtető gazdasági társaság magánbiztosítással rendelkező, vagy co-paymet formájában fizető betegeket láthat el a közfinanszírozási szerződésben foglalt kötelezettség teljesítését nem veszélyeztető mértékben.
- A magánvállalkozások tulajdonársárlásának lehetővé tétele a járóbeteg praxisközösséget, és a fekvőbeteg ellátót működtető gazdasági társaságban, de csak olyan magánbefejtetők számára, akik az egészségügyhöz kapcsolódó tevékenységet domináns jelleggel végzik, és csak olyan mértékben, hogy a többségi tulajdont ne szerezhesék meg.
- A profítképzés mértékét és módját a finanszírozási jogszabályoknak gondoskodni és körültekintően kell szabályozni, annak érdekében, hogy az ne mehesse a szolgáltatás minőségének rovására. (Például meghatározott közfinanszírozási forrásból köteles meghatározott mennyiségű és minőségű szolgáltatást nyújtani, valamint az akkreditáció alapján a fejlesztéssel kapcsolatos szabályokat betartani.)
- Az egészségügyi intézményeket már jelenleg is működő magánvállalkozások (CT, MR, stb.) szerződést köthetnek a szakorvosi csoportpraxissal, vagy a fekvőbeteg ellátót működtető gazdasági társasággal a szolgáltatásra.
- 10. A fekvőbeteg ellátó működési formája
 - A fekvőbeteg ellátó intézmények privatizálásának módszerei még további konzultációkat igényelnek, de az alábbi elvekben már konszenzus született:
 - Preferált a fekvőbeteg ellátó intézmény gazdasági társasággá (Rt Kft. Kft.) történő átalakítása, annak érdekében, hogy működésében a tulajdonosi és a közhatalmi jogtisztviszonyok szétválaszthatók legyenek.
 - Az állam/önkormányzat a többségi tulajdoni hányadának fenntartásával és/vagy szerződéskötési jogán keresztül gyakorolja ellátási kötelezettségét.
 - A fekvőbeteg ellátó intézményt a gazdasági társasággá történő átalakítás során egyben kell tartani, ami azt jelenti, hogy csak egy gazdasági társasággá alakítható.
 - A fekvőbeteg ellátó gazdálkodásáért a menedzsment felelős.

Szakellátás-privatizáció

Az egészségügyi tárcánál két műhelyben is zajlanak a szakellátás privatizációjának előkészületei. Kilenyi Géza és Fodor Miklós miniszteri biztosságok irányításával. A kétféle koncepció között egy ponton van különbség. Kilenyi Géza tervei szerint a működési jog nem kötődne egy adott praxishoz, vagyis adott szakorvos - az önkormányzat hozzájárulásával - az ország bármely pontján praktizálhatna. Fodor Miklós elgondolásában - amelyet több szakorvosi szakmai szövetség is támogat - a működési jog egy adott helyhez kötődne. A szakminisztériumhoz egyébként már eddig is több, mint negyven rendelő privatizációs kérelme érkezett be. Mint ahogy ez a fentiekben is kiderül, a Látalelet ezúttal a szakorvosi szakmai szervezetek összefoglalóját közli, dr. Bordás Mária összegzésében - dr. Pázmány Annamária és dr. Szász István T. szerkesztői közreműködésében. Egyben a Látalelet ezúton fejezi ki szándéknyilatkozatát a másik vélemény összegző közreadására.

- a szerk. -

Orvosi és ápolói felelősség Egyenrangú párbeszéd szükséges

Az orvosi és ápolói szakma egyazon célt szolgál - a beteg egészségét. Mégis léteznek kommunikációs problémák, amelyek okai megbeszélésre szorulnának.

A beteg vagy ápolásra szoruló paciens kezelésénél, illetve ápolásánál az orvosi és az ápolói személyzet közti együttműködés elengedhetetlen. Ez érvényes - különböző intenzitással - mind a kórházakban, mind a kórházon kívüli tevékenységeknél.

A két foglalkozási csoportban sok a közös vonás: mindkettő egy speciális képesítéssel rendelkezik, és mindkettő egy társadalmilag megkívánt szolgáltatást nyújt a betegeknek, valamint a mozgásukban, illetve egyéb módon korlátozott és idős embereknek. Közös az etikai alapelv: **csak nem ártani**. Közös továbbá, hogy az egyik foglalkozási csoport a másik nélkül feladatát gyakorlatilag nem tudja ellátni.

Ezen körülmények figyelembevételével tehát jogos elvárás, hogy a két foglalkozási csoport között rendszeres párbeszéd legyen, az ápolók szükségletei, illetve eltérő etikai elképzeléseiket illetően. A gyakorlatban azonban ez inkább kivételnek számít. A hétköznapokat sokkal inkább egy relatív független „egymás mellett létezés” jellemzi összefonódva utasítások adásával és elfogadásával. Az ápoló személyzetnek az orvos társadalom felé az ápolók egészségi állapotát illetően információadási kötelessége van, míg fordítva ez nincs így. Egy közvélemény-kutatásból kiderült, hogy az ápolók többsége gyakoribb párbeszédet tartana szükségesnek, míg ugyanakkor az orvosoknak csak egynegyede kritizálta az együttműködést.

A két foglalkozási csoportnak eltérő megközelítési módja okán tulajdonképpen sokat kellene egymástól tanulnia. A jobb párbeszéd lehetővé tenné, hogy az ápolók adekvátabb ellátást kapjanak.

A kommunikáció hiányának következményei vannak.

Azok az emberek, akik panaszukkal hátráltatva vannak és mások segítségétől függenek, különösen kiszolgáltatottak. Az orvosok és ápolók közötti párbeszéd hiányának gyakori következményei a nem megfelelő fájdalomcsillapítás, a hosszabb ágyhoz-kötöttség, az ápoló elbizonytalanodása, a nem kívánt diéta, szükségletlen áthelyezés a kórházba, illetve az elfekvőbe (forgóajtó hatás).

Mivel magyarázható, hogy a párbeszéd, az egyenrangú kommunikáció az ápoló személyzet és az orvostársadalom között néha egyáltalán nem, vagy gyakran csak rendkívül nagy erőfeszítéssel lehetséges?



Az orvos feladata meglehetősen egyértelműen van meghatározva: minden diagnosztikai és terápiás teendők az elrendeléséért és elvégzéséért - amely egy beteg embert gyógyulásához, vagy bajának enyhítéséhez hozzásegíthet - ő felel. Az ápolói feladatkör kevésbé egyértelműen meghatározott.

Az Ápolói Törvény szerint az ápolásban résztvevők önállóan felelnek „az ápolók tervezett, szakszerű és átfogó ápolásáért”. Feladatkörükhez tartozik azonban az orvos által a diagnosztika és terápia területén megadott instrukciókban történő közreműködés. Ez a foglalkozáskörbe beépített kettősség - amely az orvosi asszisztencia és az önálló ápolási tevékenység között mozog -, egy meghatározatlan döntési szabadsághoz vezet. A hatvanas évek óta erre a két feladatkörre az *ápoló- és a kezelési ápolás* feladatmeghatározások lettek bevezetve, amelyek egy, a szakmában széles körben ismert művön keresztül terjedtek el. Végül az 1988-as Egészségügyi Reform Törvényben lettek rögzítve. Ez a véleményezés nélküli, csak látszólag világos szétválasztás az önálló ápolói munka és az orvostól függő asszisztencia között a gyakorlatban újra meg újra komoly megkülönböztetési nehézségekhez vezet. Az elválasztás a tevékenységi területek eltérő értékelését is magával hozta. A kezelési ápolás messze magasabbra lett értékelve, mint a kizárólagos ápolás (korábban alapápolás). Mindennek racionális magyarázata nincs. Vagy talán az orvosi tevékenység közelsége lenne a kulcsa?

Tanulmányok kontra kettős szakképzés

Az orvossá válás feltétele az orvostudományi egyetem. A specializáció bizonyos ágazatokra később, a munka során történik meg. A diákok életkora az egységes iskolai végzettség és a hosszú tanulmányi idő miatt 20 és 30 év közé esik. Az orvosi „hétköznapok” viszonylagos késői megkezdése lehetővé tesz egy viszonylag problémamentes személyiségfejlődést, mielőtt a konfrontáció a beteg, a szenvedő, illetve a haldokló emberekkel elkezdődne. Az ápolói képzésnek ezzel ellentétben nincs egységes alapja. Bármilyen iskolai végzettség folytatása lehet az ápolói szakképzés, a specializálódás pedig már a szakképzés alatt megtörténik (általános ápoló, gyermekápoló, idős ápoló, ápolói segéderő).

Használhatóak az életkori összetétel. Az Ápolói Törvény szerint a szakképzés a 17. életévben már megkezdhető. Mivel a szakmának nagy a fluktuációja - az igény azonban a szakképzett ápolói munka iránt emelkedő tendenciát mutat -, az elhelyezkedés még ma sem okoz különösebb nehézséget. A Munkaügyi Hivatal a szakmát melegen ajánlja a szakképesítésre vágyóknak és átképzést kívánóknak. Így aztán nem ritka a szakképzésen a résztvevők legkülönbözőbb iskolai végzettsége és szakmai gyakorlata. Életkor szerint a szörös 17 és 40 év között van, a leg-

többen azonban 17 és 23 év közé esnek.

A kettős képzés ahhoz vezet, hogy szakképzésben résztvevők a klinikai gyakorlatot kezdettől fogva különböző területeken végzik. Az *Általános Ápolói Iskolákban* a három éves tanulmányi idő alatt négytől tizenkét hétig tartó időtartamot töltenek el a képzésben résztvevők tíz-húsz különböző helyen. Ez az ápolói képzésben résztvevőktől rendkívül nagy alkalmazkodó képességet kíván meg, mivel mind a munka milyensége és módja, mind a csapatmunka a különböző helyeken lényegesen különbözhet. Az ápolónak mint személyiségnek a hovatartozás érzése, a hivatás iránt és a hivatásért érzett egyértelműség kialakulása ezzel lényegesen megnehezedik. Az elméletben közvetített elképzelés egy önálló ápolói munkáról megkérdőjeleződik. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy az érzelmi megterhelés alá van becsülve. Különösen a fiatalabb tanulókat, akik gyakorta még a kamaszkor végén járnak, felkészületlenül éri a látott szenvedés, a haldoklók és a halál. Ezek a fiatalok még nem tudtak semmiféle védekező mechanizmust magukban kiépíteni, és semmilyen túlélési stratégiát kifejleszteni, ezért teljesen kiszolgáltatva érzik magukat érzelmeiknek. Mivel a legtöbb kórházi osztályon és a legtöbb iskolában nem szokás semmiféle segítséget nyújtani ehhez, nem zárhatók ki a személyiség mélyreható változásai.

A beleélés tudománya

Az orvosi egyetemi tanulmányoknak a természettudományok szolgáltatnak alapot. A pszichoszociális és érzelmi aspektusok a beteg gondozás terén - legalábbis az elméleti összefüggéseknél - meglehetősen alárendelt szerepet játszanak. Azt, hogy egy orvos mennyi erőfeszítést tesz pszichoszociális ismeretek elsajátítására és ennek munkájába történő beillesztésére, teljesen személyes hozzáállásától függ. A diagnosztikában és a terápiában az ezeket tényekre történő összpontosítás néha egy belső ellenálláshoz vezet a beteg szubjektív állapotával szemben.

Az ápolói képzésben ugyanakkor az orvosi szempontok mellett nagyon nagy hangsúly helyeződik a beteg érzelmi állapotára. A pszichoszociális és holisztikus szemléletű ápolás - legalábbis elméletileg -, a szakképzés legfontosabb elemei közé tartozik. Olyan szaktárgyak, mint a pszichológia, szociológia, pedagógia és etika mellett ez főleg az általános ápolástanra vonatkozik. A beteg ember lelki állapotára vonatkozó jelzések megértése - a metakommunikáció - az ápolástan legalapvetőbb tudnivalói közé tartozik. A kezdeti időkben nem ritkán a képzésnek éppen ez a része vezet a szenvedők védtelen közelségéhez (nem professzionális azonosulás), az ápoló érzelmi belebonyolódásához, amely ösztönösen tehetetlenséget, ellenállást és egy radikális megoldás iránti igényt vált ki.

Döntési szabadság kontra utasításhoz kötöttség

A döntés és az ennek megfelelő diagnosztika és terápia az orvos kezében nyugszik. Az orvos feladata a beteg megfelelő felvilágosítása, természetesen a beteg jogainak figyelembevételével. A döntés is az ő feladata. Döntésénél az érvényes etikai szempontok lényeges szerepet játszanak.



A felelősség meglehetősen világosan van elhatárolva és ebből a felelősségből adódik az utasításra jogosultság az ápoló személyzettel szemben. Az ápolói munkakörben ugyanakkor a felelősség kérdése a nem egyértelmű döntési területnek megfelelően nem annyira világosan körülhatárolt. Az ápoló személyzet viseli az elrendelt végrehajtásáért a felelősséget. A közvetlen ápolásnál övé ugyan mind a döntés mind a végrehajtás felelőssége, miután azonban egy, az ápolásra vonatkozó, törvényileg is szabályozott elhatárolás nem létezik, az egyéni döntési szabadságot illetően rendkívüli bizonytalanság uralkodik: a lehetőségek gyakran nincsenek kihasználva.

Ugyanakkor problémákat idézhet elő az a helyzet, hogy a nővérek és az ápolók - akik a diagnosztikai és terápiás területen döntésre nem jogosultak -, az orvosi döntések következményeit azonban hordozzák. Adódnak ugyanis esetek, amikor az orvosi és ápolói vélemény nem egyezik meg. A kérdés gyakran az, körül merül fel, hogy a beteg mennyi ideig és egyáltalán gyógyításra szorul-e. A két foglalkozási csoport képviselői számára ez a kérdés a morális alapok és a szakmai egyértelműség kérdése. Az orvosok körében az „életben tartás” élvezi esetek túlnyomó többségében az elsőbbséget,

míg a nővérek és az ápolók a betegek nagyobb közelségéből adódóan gyakrabban a „meghalni hagyni” elvét képviselik. A szembesülés ezzel a résztvevők mély érdekelttsége miatt elengedhetetlen. Ha ilyen esetekben az ápolók tevékenysége az orvos irányítási jogosultság miatt párbeszéd nélkül történik - azaz etikai, szakmai és személyes kompetenciája és szükséglete egy felsőbb utasításnak lesz alávetve -, könnyen következhetnek mindebből kommunikációs problémák, amelyek a betegápolásra nem kívánt hatással lehetnek.

Közelség és távolság

Minden intézményi beteg és időskori ellátásban elengedhetetlen az ápoló személyzet folyamatos jelenléte. Az orvosi ellátásra ugyanakkor ez csak bizonyos határok között igaz az intézmény típusának függvényében. Az orvosi viziteknek csakúgy mint a diagnosztikai és terápiás tevékenységnek másféle jellemzői vannak mint az ápolói tevékenységnek. Miközben az orvos munkája szinte mindig a szakértői szereppel van

összekötve, amely tudásán keresztül információt, tanácsot, és legjobb esetben gyógyulást ígér, az ápolók átveszik azokat a feladatokat, amelyeket a legtöbb ember szinte egész életében magától értetődően önállóan végez. Ezek közé tartozik a mosakodás, a kellemes testhelyzet felvétele, az evés és ivás, a vizelet és széklet önálló ürítése, a járás. Az ápolási tevékenységek ezért többnyire rendszerezett, időt igénylő és testközelibb tevékenységek, mint a terápiás és diagnosztikai része a kezelésnek, így ennek véghezvitelére is ezzel összekapcsolt deszkód mód is közelebb áll a pacienshez, amelynek megfelelően könnyebben alakul ki egy „szimmetrikus” beszéd sík. A nagyobb testi közelségen keresztül gyakran alakul ki egy erősebb érzelmi közelség, legalábbis sok ápoló kívánná így. Ez nem minden problémától mentes, mert a határ a tiszteletteljes egymáshoz közeledés és az erős érzelmi telítettség között igen keskeny.

Ugyanakkor a foglalkozás helyzete a megszólítási móddal együtt a beteg és orvosa vagy ápolója közti közelséget vagy távolságot meghatározza. Így az orvosi szakma a mai napig a legmagasabb tiszteletnek örvendő, míg az ápolók helyzete inkább az alsó középmezőbe helyezhető. Az orvossal foglalkozók „doktor úr és

doktor nőként” lesznek megszólítva, amely egy mindenképpen távolságot tartó megszólítási mód. Ez a távolság a „megjelenési rituáléval” a vizitek során csak megerősödik, amely nagyon sok esetben egy asszimetrikus kommunikációs viselkedéshez vezet: beteg és orvosa között. Az ápolók ezzel ellentétben nővéreként vagy keresztmevükön szólítottak meg, amely sokkal családiasabb vonást juttat kifejezésre és támogatja (az esetleg nem szakmához illő) közelséget. Az ápolók számára az egyensúly a közelség és a távolság között a szakma nehéz feladatai közé tartozik. Az érzelmi törődés az ápolói szakma fontos része, amely azonban a gyakorlatban minden esetben gondosan egyensúlyban tartandó a hivatalos közelség és távolság között.

Miközben nem egyértelmű esetekben az orvosok magukat, mint szakértőket tekintélyük mögé rejthetik, és ezt a betegek többnyire el is fogadják, addig az ápolóktól egy hasonló magatartást sokkal könnyebben találhatunk bántónak.

Önálló és irányított ápolás

Minél több a támogató és ezzel együtt az orvosi részvétel a beteg-ápolásban, többnyire annál nagyobb az irányítással összekötött rész (gyógyszeradás, figyelő- és ellenőrző munka, a készülékek kezelése). Ennek függvényében annál kisebb mértékű

az önálló ápolói munka. Ugyanakkor, ha a betegség krónikus lefolyása vagy a beteg közelgő halála miatt az ilyen jellegű tevékenységek nem dominálnak, lecsökken az orvosi tevékenység rövid vizitekre, amellyel párhuzamosan az önálló ápolói tevékenység megnő. Így a folytonosan ápolásra szorulóknál, vagy a halálos ágyukon fekvő betegeknek az ápolás szinte kizárólag az ápoló személyzetre hárul.

Ernek a ténynek a leírása, amely valóság, semmilyen problémát nem jelent (illetve nem kellene, hogy jelentse). A konfliktusok akkor keletkeznek, amikor létszám, illetve időhiányból kifolyólag a munka típusokat illetően prioritások kell, hogy felállítódjanak. Különösen a kórházakban vehető észre egyértelmű ten-

dencia a gyógyító tevékenység előtérbe helyezésére, amely természetes is, hiszen a kórházaknak nyilvánvaló gyógyítói funkciójuk van. Azonban a betegek között, akiknek jó esélyeik vannak a gyógyulásra fekszenek olyanok is, akik „már csak” ápolásra szorulnak, illetve haladók is. Ezeknek a betegeknek szintén joguk van az emberhez méltó ápolásra, amelyhez több ápolási idő szükséges. Ez számos ápoló véleménye szerint az orvosi szakma gyakorlójánál nem mindig talál megértésre. A gyógyító tevékenység elsőbbsége néha oda vezet, hogy a közvetlen ápolási tevékenység az ápolói szakmán belül is csekélyebb megbecsülésnek örvendő. Sőt: az elvárások szerint ezt a közvetlen ápolói tevékenységet a közvetlen orvosi tevékenység javára

redukálni kell. Ez gyakran közvetve történik, néhány orvos magától értetődő elvárásán keresztül, amely többnyire a diagnosztikus és terápiás utasítások kivételését előtérbe helyezi az ápoló esetleges más módon prioritásait szemben.

Ebben az összefüggésben is eltérő elképzelésekről van szó. Mindkettő egyformán jogos. A kérdésnek azonban nem annak kell lennie, hogy ki-nek van igazsága, hanem, hogy a konkrét helyzetekben hogyan lehet a minden résztvevő számára segítséget nyújtó közlekedési módot megtalálni.

*Deutsches Ärzteblatt 99. Heft: 51-52
- Irmgard Hoffman -*

*fordította: Benda Judit, gyógy-
szerész, egészségtanácsadó*

UJJÉ A LIGETBEN

Jörnek, jönnek a kék lufik, mint valami karnevál korán gyűjtött lampionjai egy virtuális vonal felett oszillálnak hordozójuk járásának ritmusa szerint. A fő nyomvonal az Ajtosi Dűrer sor felől húzódik, de az Andrássy út irányából is szaporodik a tömeg a Műcsarnok előtt.

Itt van már egy platós kocsi is - rögtönzött emelvény csötörtött technikával - a tribünméretű lépcsőkön ücsörgő és a téren hullámozó közönség várja a kezdést. A szervező elnökszorong kommunikál, a kamerák helyezkednek a tér fénye koraestibe hajlik. Közéleg az óra, a perc, a tömeg növekszik, bár nem oly mértékben, mint azt sokan várták.

Az Egységügyben Dolgozók Demokratikus Szakszervezete Semmelweis Ignác születésnapját demonstrációval ünnepli. A meghívó nem csak a szakmabelieknek szól, a tömegben fel-fel tűnik más érdekvédelmi szervezet képviselője, a művészvilág, média egy-egy ismertebb figurája is.

Verssel indul a műsor, taxis szimpátiadudák szakítják meg a jö-zsefatlilai sorokat. Majd sorban következnek a szónokok: szolidáris szakszervezet vezetője, Civil Parlament elnöke, beteg- és egyéb szervezetek képviselői, ellátók és ellátottak.

Néhány nappal az akció előtt a szaktárca vezetője azt mondta, ha a demonstráció az egészségügyért van, egyetért vele. Nos, halljuk, miről is lesz szó?

Vendég szakszervezeti vezető mondja: „Elvárható az államtól és az önkormányzatoktól, hogy a befizetett járulékok fejében megfelelő ellátást biztosítsanak minden állampolgárnak, az ország minden egyes településén. Elvárható, hogy azok, akik egészségünkért és szociális gondozásunkért dolgoznak, ne éhbéért dolgozzanak, hanem munkájuk társadalmi jelentőségéhez méltó biztos megélhetést nyújtó magas keresetért gyakorolhassák hivatásukat.”

Azután a Civil Parlament elnöke szól: „Az egészségügyi ellátás nem a költségvetés pillanatnyi helyzetétől függően adható, vagy elvehető kegy... Az egészségügy alacsony anyagi és politikai megbecsülése mindannyiunk lejárata. Az egészségügyi és szociális ellátás alacsony színvonalát az ország lejárata a európai unió, a világ szemében. Az egészségügyi és szociális ellátási rendszerek az összehasonlítás küszöbén állnak.”

Az orvosegyetem képviselője emlékeztet rá,ők már egy éve felvetették, hogy az egészségügy érdekében az egész társadalomhoz kell fordulni. Az egészségügyben dolgozók áldozatvállalásának is van határa.

A gyakorló idegsebész is hasonló dolgokról beszél. Nem kérdéses a

kompetenciája, hisz nap mint nap megszervezi mindazt, amiről ez a demonstráció szól: „*Szajnos, a magyar parlament jelentős része, legyen az ellenzéki vagy kormánypárt, az egészségügyi minisztérium vezetésével egyetemben nincs tisztában a helyzettel és olyan feltételrendszert teremt erkölcsi és gazdasági értelemben, hogy képtelenség munkánkat magas színvonalon végezni. A mindenkori hatalom elintézte az egészségügyet az elmúlt ötven évben. A rendszerváltás óta semmi nem történt, csak hangzatos hazugságok hangzottak el pártvezetők, egészségügyi miniszterek részéről.*”

És így tovább, ápolónő panaszkolja osztályok elnéptelenedését, betegek képviselője a kiszolgáltatottságot.

A látványok, diagnózisok sorát az EDSZ elnökének szavai zárják, aki felidéri a miniszterelnök tizenegy éve elhangzott gondolatait, amelyeket negyvenkét éve kivégzett elődje újratemetésén ezen a helyen elmondott, követelve az élethez és a szabadsághoz való jogot.

Az újdonsült elnök nehéz helyzetben van. Bizony, lépten nyomon felemlegetik múltját, amikor még főgazdátoként a másik térfelén rugta a labdát, bezzeg akkor nem így szólt a szólarn, kötekednek a kákán is csomót keresők. Úgy tűnik, az új elnök érdekvédelmi pályáját inkább a professzionális szakszervezeti menedzser képére formálódva építheti, a karizmatikus vér a vérünkől modell sokan nem fogadják el hitelesnek, talán nem is érdemes erőltetni.

Az egészségügy szimpádjának másik, meghatározó személyisége szintén térfelet váltott két éve. A Magyar Orvosi Kamara egykori

elnöke ma a kormány egészségügyi politikájának végrehajtója, alakítója. Napról napra újratemelő, sokszor megoldhatatlan feladat lehet összeegyeztetni a kamarai elnökök hangzottait és a kormánytagként képviselhető törekvéseket. Különösen nehéz lehet az ügy, hogy a háttérből hiányzik egy olyan apparátus, amely szakszerű ügyintézés, körültekintő jogszabályalkotással támogatná a vezetést, ehelyett inkohérens, félkész intézkedések nap mint nap élezik a végrehajtók számára egyébként is egyre fogcsikorgatóbb helyzetet. A megbízottak szánt megnyilvánulások mögött nem lehet nem észrevenni némi vergődést. „*Megijesztett az a demagógia, amely pénteken országoszte utcai demonstrációra készítette az egészségügyben dolgozókat*” - olvashattuk a miniszter július másodikán, két nappal a demonstráció után tett nyilatkozatát, noha a demonstráció lényegében azt fogalmazta meg, ami már évek óta kiderült: a magyar egészségügyben. Azokról a gondokról szól a történet, amelyeket az egykori kamarai elnök is sorolt hajdanán nyilatkozataiban, amelyek felépítették akkori kompetenciáját. Azt a kompetenciát, aminek vitathatatlan szerepe volt a kormánypárt választási győzelmében. A rosszul sikerült nyilatkozatok mára már nem csak az egészségpolitika és az ellátók közötti kommunikációt lehetetlenítették el. Egy-egy elejtett megjegyzés az orvoskamara szerepét is újra megkérdőjelezi, pedig igencsak hosszú út vezetett a terület többé-kevésbé elfogadásáig. Az egyébként is idült beteg egészségügyi állapotát tovább súlyosbítja, hogy a biztató kormány-kezdemenyyezések a végrehajtási hibáktól terhelt kivitelezésén sorra megfeneklenek, rosszkedvű feszültségek gyűlnek mint szürke esőfelhők, végül az egész hitelét vesztheti. Ennek a hitelvesztésnek két év múlva következményei lehetnek. A következményekért pedig a felelősséget valakiknek viselniük kell.

Most azonban még csak 2000 június utolsó napja van, esteledik és az elnöki zárszóval véget ér a demonstráció.

A Hírmanusz hangjai visszafordulnak a Szépművészeti Múzeum oszlopsorához érve, szólnak eresztett légömbök kélje egyre emlékező egybeolvad az égbolt mélyülő színével. Tekintetek, kamerák követik a játékos memnybenemestelt, a tüntető még ácsorognak a szürke aszfalton és azt remélik, hogy legalább egy kékszíni üzenet célba ér.

Ha nem, hát az Isten sem segít rajtuk.

- Tólas-Tamásy Tamás -



Kultúra? Elmélkedés (el)viselt dolgainkról

Motó: „A kultúra minőségét az általa észlelt vagy megégett szimbólumok minősége árulja el.”

Különböző jelzésértékű mozdulatokkal, hangokkal igyekszünk környezetünk tudomására hozni érteztinket, gondolatainkat, amelyek nyíltan vagy álcázottan üzeneteket közvetítenek a világba általában (jelen vagyunk a világban), míg máskor cél tudatosan választunk magunknak egy csoportot, még gyakrabban személyt, s „megcímézzük” kiadójuk el az üzenetet. Viselkedésünkkel azt reméljük vagy akarjuk, hogy a másik ne csupán tudomást vegyen rólunk, hanem az általunk közölték változtassák meg addigi helyzetét és figyelme irányuljon felénk. Ha akciónk sikeres, az üzenet információ (tudásnyereség) a megcélzott számára. Ha valamilyen módon viszonyozza jelzésünket, (reakció), akkor kialakulhat egy kölcsönviszony (interakció).

Amikor a jelzésrendszer segítségével sikerült összeköttetést hoznunk létre a másikkal, akkor a ma, újra nagyon divatos szóval: kommunikálunk. Jelzéseink az adott kultúrában, lényegében közmegegyezően alapuló szimbólumok is lehetnek, és az üzenet magvát kódolnak nevezhetjük. Ha az általunk kiválasztott megérti jelrendszerünket, akkor dekódolja üzenetünket. A kapcsolatrendszer gyakran ritualizált, vagyis következetesen betartott viselkedésmód. A társadalom folyamatos (át)alakulásával a szokásrendek változnak, nem mindig a nekünk kedvező módon. Ezért gyakran úgy érezhetjük, hogy környezetünk „elárvult”, amelyekben nem érezzük jól magunkat. Rejtőzködők vagyunk már elég régen. Bizonyára sok o-kunk van rá. Igyekszünk magunkat megóvni a vélt vagy valós kellenetlenségektől. Erre kondicionáltak bennünket, s mi alkalmazkodunk a helyzethez, vitatható eredményességgel.

Civilizált életünkben egyre nagyobb szerepet kap a telefon. Egy mástól távol, a legkülönbözőbb élethelyzetekben elér bennünket a másik ember hangja, s mivel mozgását (egyenlőre, a tömegterméket használva) nem láthatjuk, csupán hangszínei és szavai tájékoztatnak céljairól. Magam azt tapasztalom, s jónéhány emberrel beszélgetve nyertem megerősítést, hogy nem csupán a személytelen (rosszul hangsúlyozott vagy érdektelen) géphangot nem szeretjük, de azt a sok modorosságot vagy modortalanságot sem, amely jelenleg hazánkban a kommunikáció rész-jelensége. (Sok, technikai hibának is vélhető tényről, mint például a számváltozások, a gyakori foglalt jelzés, a hívott szám félrekapcsolása, felesleges várakoztatás, stb, most nem tesz említést. Csúpn annyit fűzök hozzá, hogy ezek a kellenetlenségek csak a telefontársaságok jövedelmét növelik.)

„Az emberi tényező” viszont talán megváltoztatható lenne, ha tömegesen kifogásolnánk azt a tapintatlan viselkedést, amellyel nap mint nap szembesülünk.

Mielőtt kicsit részletesebben kibontom mire gondolok, közbevetőleg megjegyzem: vannak egyesek, akik arra hivatkoznak, hogy ez elszemélytelenedés világielenség és előszeretettel hivatkoznak az U.S.A.-ra olyanok is, akik soha életükben nem létek ott, de még turistaként sem tették lábukat földjére, az ott készült filmeket azonban a TV-ben gyakran nézik. Jogosnak vélem a kérdést: az U.S.A. megfelelő referencia-e ezen a téren a mai Magyarországon? Tudják-e azok az emberek, akik e világhatalomra hivatkoznak, hogy ott, az egymástól akár ezer km-re lévő államok, mennyire különbözőek egymástól az ott élő emberek szokásait illetően is?

Most, a hazai egészségügyből veszek néhány konkrét példát. Telefonhívást kezdeményez valaki egy háziorvosi körzettel - mondjuk Budapesten - ahol egy épületben egymás mellett akár tíz orvos is dolgozik, de majdnem mindegyiküknek önálló telefonszáma van, tehát úgynevezett telefonközpontos nincs kontaktus a felvételhez közbeiktatva. A jelző hang után aki válaszol: tessék! (Ennyi) Vagy: körzet. Mennyivel humanusabb lenne, ha az, aki beleszólt a kószülékbe, azt mondaná: X körzet, Y doktor vagy asszisztens? Sokkal. Ezen kívül több információt nyújtva „*jóbb bizonyítványt*” állítana ki arról a „*műhelyről*”, amelyet képvisel. Ha a hívó névvel bemutatkozik, ezt a hívott gyakran nem tartja szükségesnek akkor sem, ha két-három személyes munkahelyen van és nem ismerőseivel beszél, akik kölcsönösen felismerhetik egymást hangjukról. Még elidegenítőbb a kapcsolat, ha a hívást kezdeményező, valamilyen hatósági jogkörrel is felruházott irodában dolgozóval beszél (például ÁNTSZ), ahol nincs telefonközpontos. E helyeken érezni lehet a sértettséget, ha az önmagát névvel bemutatkozó, hívást kezdeményező megkérdezi, hogy ki veli is beszél.

A példákat tovább lehet gondolni az egyes kórházakban a „*pult mögött ülő*” bármilyen szakember: „*ez az én felségterületem, mit zavar*” szituációról, a kórterembe lépő segéderőg, aki otthonosságérzete és fontossága tudatában nem köszön az ápoló látogatójának.

Ki és mikor fogja ezeket az embereket más mintára tanítani? Valóban csak a kis fizetés miatti sértettség mindennek az oka? Ők azt hiszik, hogy a más élethelyzetben jól fogják tolerálni, ha keresztül néznek rajtuk? A beteggyógyítás nem a gyógyszerekkel kezdődik!

Az emberiség által létrehozott anyagi és szellemi értékek összességét nevezzük röviden kultúrának.

- Dr. Németh Endre -
Színházművész

*Gordon, G.H Szimbólizmus és társadalom. (Ird. Kommunikáció 2. Kösg. és Jogi Kiadó Bp. 1978) Magyar Értelmező Készítők. A kadémia Kiadó Bp. 1985. 1. köt.

Egy felmérés tapasztalatai

A Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége két főmunkatársa, Havasi Edina és Kató László, természetesen a szervezet felhatalmazása nyomán, az elmúlt esztendőben tájékozódó, ám igen lelkiismeretes felmérést készített a tartós bentlakások állampolgárokban élő mozgáskorlátozott emberek életminőségét befolyásoló tényezőket, melyek érintik emberi és állampolgári jogaik érvényesülését, szociális biztonságukat, rehabilitációjukat, valamint önálló életvitelüket.

A kiinduló feltételezés az volt, ami a közvélemény számára is nyilvánvaló: Magyarországon a tartós bentlakások intézmények szakosodása eddig még nem valósult meg, mert többszöri kísérlet ellenére - a mozgáskorlátozottak idősékel, értelmi fogyatékosokkal, pszichiátriai és szenvedélybeteggekkel közös otthonokban élnek. A következő években elengedhetetlenül szükséges specializációt messzemenően alátámasztották az intézményvezetőkkel, az otthonok lakóival folytatott beszélgetések is. A jelenlegi intézményrendszer némileg túlgondoskodó, amire az építészeti mozgáskorlátozottaknak azért nincs szükségük, mivel, ha az épület és a „külső” környezet akadálymentes, a paternalista szemléletre nem tartanak igényt. A gondok egyik forrása azonban mégiscsak az akadályteltetés: számos intézményben nem megfelelő a lakószobák mérete, nehezen megközelíthető a fürdőszoba, az illemhely, sok helyütt nincs felvonó és mindössze két helyen van az ott élő mozgáskorlátozottak szállítására alkalmas speciális jármű, ami még a nővérek és a segítők fizikai igénybevételének mértékét is felve.

Szintén figyelemre méltó a szakemberösszetétel: a mozgáskorlátozottak sággal élők környezetükben több szakember jelenlétét látnak szívesen. Kevés helyen van például ergo- és fizioterápia, egyáltalán nincs viszont logopédia, ami eddig nem kapott helyet a hazai idősellátásban sem, noha az agyi történések sokszor beszédzavarral járnak együtt. A szövetség két főmunkatársa felmérésének mintájába 59 intézmény került, főleg a 200 feletti létszámúak, ahol egyébként a mozgáskorlátozottak tekintélyes hányada él. Havasi Edina és Kató László a kérdőívek összeállításánál ügyelt arra, hogy az intézményi léttel összefüggő valamennyi tényezőre rávilágítsanak, jól lehet a kérdések számát természetesen nem lehetett a végtelenségig gyarapítani. A kiválasztásnak elsőleges szempontja az volt, hogy az interjúalanyok legyenek 60 év alattiak, de minél fiatalabbak; képviseljenek több betegségi, sérültségi csoportot és súlyossági fokozatot. A felkéréselt helyek túlnyomó többsége megyei (fővárosi), kisebb hányaduk megyei jogú város, valamint egyéb települési önkormányzat által fenntartott intézmény volt. Kettőt az adott megye mozgáskorlátozott egyesülete üzemeltet, kilenc „egyesített” keretek között működik, öt módszertani, tizenkettő pedig rehabilitációs feladatokat is ellát. Ezek negyötöd része idősotthonok otthona, ahol mozgáskorlátozottak is - rendezetten vagy anélkül - helyet kaptak. Közel egyötödükben vannak felnőtt- és gyermekkorú fogyatékosok és (vagy) pszichiátriai betegek is. A vegyes összetétel tehát egyértelmű arról a lakók és a dolgozók is egyöntetűen azt vallják: ez így nem jó. Az intézménybe kerülés leggyakoribb eredője az állapotváltozásban keresendő. Erre építhető fel a másik két ok is, nevezetesen a családi gondok, valamint a gondozó személyé-

nek elvesztése, bár a megkérdezettek 67,7 százaléka - lehet, hogy merő szemérmességből - úgy nyilatkozott: hozzátartozóival jó, sőt nagyon jó a kapcsolata.

Kiemelt figyelmet érdemel még az a tény, miközben az arány húsz esztendő óta 2-4 százalék volt, hogy az utóbbi időszakban a megkérdezettek körében a bekerülés 1998-ban bizonyult a legmagasabbnak, azaz 17,4, az elmúlt év első félévében pedig 9,1 százalék volt, ami egyik magyarázata a túlszűfltségnek is.

A betegség- és sérültségszempontok szerint a következők élnek az otthonokban: elsősorban agyi történések, kisebb hányadában bémulusok és amputációk, Little-, illetve Parkinson-kór, Heine Medin (gyermekbémulus), Sclerosis Multiplex, izomsorvadás, izületi, ortopédiai gondok, nyitott gerinc, gerincdeformitások.

A mozgáskorlátozottak létszámáról az adatok csak megközelítőek, hiszen gyakorta megtörténik, hogy az elidősödés során az öregb emberek is mozgáskorlátozottsággal élők, „nyilvánítják”. A 60 esztendőnél fiatalabb mozgáskorlátozottak száma mintegy ezer. Közel 90 százalékuk használna valamilyen segédeszközt, amivel jól kapcsolódhatunk az akadálymentesség kérdéseihez is.

A rehabilitációt legtöbb helyen önként vállalják fel, melynek egészségügyi, foglalkoztatási és szociális összetevői vannak. Mindenütt van háziorvosi rendelés, de nincs szabad orvosválasztás, a szakorvosi ellátást, részben házon belül, az intézmények meg tudják oldani. Az önálló gyógytornának és a fizioterápiának viszont igen kevés otthonban vannak még meg a csirái. Pusztán néhány lelkes nővér invitálja a lakókat úgynevezett „megmozgató” tornára.

A sport és a kulturális jellegű foglalkoztatás ugyan gyakorlat, ám a tényleges és rendszeres munkatevékenység már kevésbé gyakoribb.

hiszen az anyagi források szűkösek. Az otthonokban élők többnyire munkarehabilitációs jutalom ellenében látnak el valamilyen házi vagy házkörüli teendőket. Komplex rehabilitáció, tehát amikor a lakó visszakapja a társadalom vérkeringésébe, úgy szólva nincs. A válaszadók 47,6 százaléka úgy ítélte meg, hogy az adott intézményben semmiféle ilyen

jellegű tevékenységet nem végeznek. Átlagban 14 volt azoknak a száma, akik nem tudták felmérni: a meglévő rehabilitációt elegendőnek vagy kevésnek tartják-e? A „nem” válaszok mögött nyilvánvalóan az ismeretek hiánya is meghúzódott.

- folytatás a 11. oldalon -

Érdekvédelem

A szociális szférában dolgozók az egészségügytől számos ponton eltérő sajátos érdekeiknek érvényesítése, védelme és képviselése céljából önálló szakszervezetet alakítottak 1989 decemberében. Az elmúlt tíz év alatt taglétszámuk kétszeresére növekedett.

III. Kongresszusuk megrendezésére 2000. május 15-18 között került sor Balatonfüreden, ahol Könyö Guszta elnöksége beszámolt az elmúlt időszak szakmai érdekegyeztetéseiről, és megemlítette: a társadalmi párbeszéd nem volt jellemző az elmúlt időszak együttgondolkodására. Viszont örömmel tájékoztatta a jelenlévőket arról, hogy április 26-án a Szociális és Családügyi Minisztériummal megállapodás került aláírásra, amelynek értelmében az eddigi hiányt kölcsönösen pótolják az érintett felek. Jelen volt a rendezvényen Dr. Öry Csaba leköszönő politikai államtitkár, aki biztosította a kongresszust, hogy a továbbiakban a megállapodás értelmében folyamatos véleménycsere kerül sor. A legérzékenyebb témáról a 40.000 forintos minimálbérrel is szó esett. A szociális terület mintegy 70 százalékát érinti ez a kérdés, és meg kell oldani a bérkategóriáknak megfelelő differenciálást is. A jelenlévők részletes tájékoztatást kaptak a Szakszervezeti Konferencia által készülő úgynevezett „Országjelentés alakulásáról” - című szociológiai tanulmányból, amely feltárja a jelenlegi gazdasági, társadalmi, munkavállalói és szociális

helyzetet az Európai Unió elvárásokkal összevetve. A helyzetfelmérés alapján az ország gazdasági növekedése évi 6 százalékos.

Magyarország szilárdan demokratikus jogállam, több párti parlament vezet, működnek mindazon intézmények, amelyek ennek garanciáját jelentik. Gazdasága van olyan erős, hogy kibírja az Európai Unióban uralkodó versenyhelyzetet. Hogy mindezek békésen létrejöttek ebben nagy szerepük van azoknak a munkavállalóknak, akik áldozataik révén ezt a helyzetet megteremtették. Ugyanakkor két területen hihetetlenül nagy a lemaradás az Európai Unió normákhöz képest: ez a környezetvédelem és a szociális dimenzió. Ez utóbbihoz tartozik a foglalkoztatási helyzet, a bérhelyzet, a szociális ellátás, és a társadalmi párbeszéd.

A munkavállalókat a legérzékenyebben érintő probléma, hogy miközben az egy főre jutó teljesítménymutatók tekintetében Magyarország elérte az EU átlagának a felét, a jövedelme ehhez képest egyhatod szinten mozog. „S jelen pillanatban nem érődik semmilyen elmozdulás ezen a téren” - hangzott a ténymegállapítás. „A jövő garanciáit az új bérrány kialakulása jelentené” - összegződött a kongresszus fő témája - rövidebb ideig fel kell vállalni a kialakuló feszültséget, amíg a megemelt alsó szintről az újabb reális bérrány kialakul, de a jelenlegi átlagotlan helyzetből ez jelenthet csak kitérőt.

„Itt n minden kis fücskénak akad hely a kórusban
Némelyik hangja mély, a másiké magas,
Mégis ni másik hangosan csipeli a telefonát,
És aki csak tapsolni tud, olyan is akad.”

A fehér bot, a hallókészülék, a kerekesszék elfedi az embert, aki mögötte van. Elő kell csalogatni onnan. Számomra ez jelenti a rehabilitációt.

Nem tudom, vajon próbált-e ol-vasóink közül valaki például csukott szemmel közlekedni az utcán, vagy bedugott füllel megérteni hangokból álló üzenetet, esetleg beszéd nélkül elmagyarázni fontos gondolatokat, netán rokkant kocsiban ülve „ügyeket” intézni fontos hivatalokban. Sok ehhez hasonló valóságos és belső hiedelmekből álló akadályt kell leküzdenie mindennap a fogyatékosokkal élő embereknek.

Pedig a világ mindannyiunké, nincs külön világa a fogyatékosoknak és az egészséges kiváltságosoknak. A másság nem hiba és nem bűn. Nem büntethető elzárással, kirekesztéssel, karanténnal. „Az ENSZ adatai szerint földünk lakosságának tizede, tehát közel 500 millió ember hátrányos helyzetben van, mert testi képességeinek fogyatékosai korlátozzák normális egyéni és társadalmi életmódjának kialakítását.” Minden élőlény, mely károsodást szenvedett, törekszik a károsító tényező kiküszöbölésére, a következmények felszámolására. Azonban a regenerációs képesség fordítottan arányos az élőlények fejlettségi szintjével. Az emlősök, és közöttük az ember, lehetőségei a legszűkebbek a testi képességek biológiai visszanyerése terén.

A felépüléshez, az egészségkárosodás leküzdéséhez szükségünk van a minket körülvevő emberek gyakorlatban való megnyilvánuló támogatására.

A rehabilitáció kifejezés századunkban elsősorban jogi és közgazdasági értelemben terjedt el. Eredeti jelentése: visszahelyezés előző jogokba. Rehabilitálni azt jelenti, jó hírnevet visszaállítani, az alaptalanul vádolt személy becsületét visszaadni. A rehabilitáció fogalmának orvostudományban való megjelenése gazdasági és történelmi események következménye volt.

GONDOLATOK A REHABILITÁCIÓRÓL

A hagyományos, több generációt magába foglaló „nagy család”, mint természetes gazdasági egység többek között az urbanizáció következtében széttagolódott. A 3-4 fős „kiscsaládok” már nem képesek az újra kialakított munkamegosztás révén helyet, szerepet adni fogyasztóknak. Történelmi események (az első és második világháború) következtében sajnálatosan megemelkedett a rokkant, csökkent munkaképességű emberek száma, akiknek munkábaállítása mind az egyén mind a társadalom számára fontos programmá vált. Szükség volt összehangolt cselekvésre a sok rászoruló korábbi társadalmi státuszának viszonyozása érdekében. Nem karitatív jellegű, nem csak egy-egy kiválasztottra vonatkozó program kellett. A rehabilitációs szemlélet térhódítását elősegítette az is, hogy a XX. sz. második felében az orvostudomány fejlődése következtében a betegségek mind nagyobb hányada vált gyógyíthatóvá, s maradtak életben, akár csökkent munkaképességgel, addig „halálra ítélt”, gyógyíthatatlan betegek. A koraszülött gyermekek már nagyon kis súllyal is életben tarthatók, azonban éretlen idegrendszerrel világra jönni nagyon megnöveli az esélyét a korai idegrendszeri károsodás létrejöttének, amelynek sajnos igen gyakori következménye értelmi, mozgásszervi vagy érzékszervi károsodás.

A gyógyászati segédeszközök minőségi javulásának eredményeképpen számtalan, addig munkaképtelenség számító csökkent munkaképességű ember vált alkalmassá a munkavégzésre. Így a rehabilitáció orvosi értelemben való térnyerése kézenfekvő: a beteg, sérült ember az orvosi kezelés befejezése után, ha ugyanazt a feladatot, munkakört, amelyet korábban betöltött, nem képes ellátni, de munkaképes, átképzés, újra kiképzés útján a felgyógyulás utáni állapotának megfelelő munkába állítható, azaz visszahelyezhető a társadalomba. A rehabilitációs program kiterjeszthető a

gyógynevelés, tevékenységi területére tartozóakra is.

A veleszületett vagy kisgyermek koruktól fogyatékosok rehabilitálása is lehetséges. Azonban az ő esetükben nem az előző jogokba való visszahelyezésről van szó, hiszen azok sosem voltak. A fogyatékos gyermekeknek csak a társadalomba behelyezni lehet, hogy a fogyatékoságuk mellett, illetve annak ellenére a társadalomban helyüket megtalálják. Ez a rehabilitáció, mely fogalom eredeti jelentése a tudományos életben való képesítés, fokozat megszerzése.

Teljesértékű társadalmi beilleszkedésről akkor lehet szó, ha a fogyatékos ember képes ségeinek megfelelő szinten:

- munkaviszonyban áll, amelyből önmagát fenntarthatja
- legalább részlegesen azonosulni tud szakmájával, szereti azt
- tanulhat, művelődhet, szórakozhat
- és olyan életet vesz körül, amely érdekeltté teszi és nem akadályozza őt az önálló életvitelben, csáladalapításban.

A Független Élet Mozgalom a 1960-as években indult Kaliforniából. Mozgáskorlátozott fiatalok indították útjára a rehabilitáció eszméit tartalmazó megújítására. Az újszerű szemléletmód a következőképpen állítható szembe a konzervatív rehabilitációs nézőponttal: Konzervatív szemlélet: „Új szemlélet”. Mi a probléma? A fizikai fogyatékos, a foglalkoztatáshoz szükséges képességek hiánya a szakemberektől, a családtól való függés? Hol a probléma? Az egyénben, a környezetben, a rehabilitációs folyamatban? Megoldás? Szakértők, (orvos, gyógytornász, foglalkozásterapeuta stb.) beavatkozása útján a korlátok eltávolítása, egyenrangú tanácsadás, jogvédelem, pártolók, önszegély? Társadalmi szerep? Beteg, páciens, fogyasztó? Ki irányít? A szakértők? A fogyasztó? Mi lesz az eredmény? Legfeljebb „rész-

benfüggetlen - életfüggetlen” élet, jövedelmző munka? Ez a szemlélet a számtalan szakterület összehangolt munkáján kívül feltételezi magának a fogyatékosággal élő embernek aktív, tevéleges részvételét saját életének alakításában. Kiemelkedő tudósok és művészek kerültek ki a fogyatékosok számára köréből: A „dadogós” Diogenész kavicsot véve a szájába tanult meg szónokolni. Milton akkor írta legszebb költeményeit, miután elvesztette a szeme világát Beethoven siketen alkotott halhatatlan zeneműveket, Toulouse-Lautrec „gnóm” emberként méltán a XX. század egyik legismertebb képzőművésze. Őze Lajos súlyos dadogását kovácsolta színművészetté, Pernye András zeneesztéta két bottal is csak nehezen küzdött fel magát a Zeneakadémia lépcsőin, de utána a szavain csüngő barátok és rajongók szoros gyűrűje miatt volt mozgásképtelen. Pasteur az agyvérzés okozta féldoldali bémulus nem akadályozta meg a tudományos kutatás folytatásában és egy himlőtől félvagy ember, bizonyos Kölcsey Ferenc nevezetű, alkotta meg nemzeti Hymuszunkat. A rehabilitáció - rehabilitáció megvalósulása esetén önmagát megszüntető folyamat, hiszen célja a tartalmas, önálló életvitel lehetőségének kialakítása. A függőségi viszony helyett a képességektől függő függetlenség megteremtésével az emberi méltóság visszaadása. Ez a rehabilitáció-rehabilitáció egyetlen lehetséges tartalma.

- Tasnádi Ágnes -

1. Mantle, Margaret (1985): Some Just Clap Their Hands; Adams Books, New York, Jersey, 1983) in: Dr. Kálmán Zsófia: Bémusztól (Korábban Könyvtárs, Budapest 1997) 111. oldal

2. Dr. Fejes András: Nyíltan vagy sárkósotthon. Válogatott rehabilitációs lélektan tanulmányok (A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 18. Budapest, 1997.) 12. oldal

3. Körmöczy György: Mígis kinek az érdeke? (A Rák, Ellen és Emberekért a Holnapért Alapítvány kiadványa Budapest, 1994)

Míg a megírásától a szerkesztésig az írásom eljutott a nyilvánosságig, megtörtént a csoda, a kutató ember nagykörűvé vált, kilépett a természet sokszor kényszerítő gyámsága alól és kezébe vette a sorsa irányítását. Ez az új típusú ember, aki most vált függetlenné a teremtetől, a Homo faber sapiens. A hivatkozott írás megjelent a Látlelet 2000/6. számában, Homunculus címen.

Az történet, hogy két kutató gárda megalkotta azt a géntérképet, melynek felhasználásával az emberiség kezébe került egész jövődjének logikus alakítása. A lehetőségek köre csak vázlatosan, a főbb irányok megjelölésével.

1. Az orvostudomány kialakíthatja a teljesen egészséges emberi fajt, mely mentes lesz azokról az átöröklhető betegségektől, melyektől hála az orvostudománynak, hernyezik a kórtan. Fogamzás előtt már kiszűrhető lesz számtalan betegség.
 2. A gyógyítás egy majdnem általános új fegyvert kapott a betegségek ellen.
 3. A fajok degenerálódása és kipusztulása megállítható.
 4. Az ipari állatok, élelmiszert adó élőlények használhatósága korlátlanná változik úgy minőségileg, mint mennyiségileg.
 5. A zooszféra általános állapota és ezen belül az arányok viszonya egészséges követelmények szerint beállítható.
 6. A monista világnézet a győzelme tudománytalan spekulációkat száműzheti.
 7. Új humán értékrend alapja megtehetővé vált és vele az úgynevezett társadalomtudományok szilárd alapra helyezhetők.
 8. A művészetek és irodalom horizontja új területek felé orientálódhat.
 9. A civilizáció globalizációja új hajtóerőt kapott.
 10. A kultúra minden transcendens tartalma visszavonulhat a privátszférába.
- Mint a felsorolásból, ami valószínű még hiányos, látható, hogy ez az új tudományos eredmény ki fog hatni egész emberlétünkre, és felhasználásának tendenciája meghatározó lesz abban, hogy jólét és virágzás, vagy az emberi faj bukása lesz a következő eredmény. Mivel a következményeknek csak egy része szolgál közvetlen egészségügyi célt, a másik része végtelen kihívást jelent úgy a társadalomtudományok, mint a teológiák, szertirakot, misztikus titkok felé, várható, hogy az ellenállás ez irányból nagyon erős lesz.
- Már most deklarálni kell a tudomány fórumain, hogy az új tudományt nem szoríthatja sarokba egyetlen vallásos rendszer teológiai apriorija sem. Az emberi faj egészségét szolgáló tevékenységekbe nem engedhető meg kompetencia nélküli, kvázi disciplinák beleszólása. Ilyenek az elharapó-

GÉNTÉRKÉP: LEHETŐSÉGEK

Homo faber sapiens

zott távolkeleti gyógy módok, a természetgyógyászat tartalom nélküli tevékenységei. Mivel az eredmények leginkább az orvosi kutatásokból indultak ki és céljuk is orvosi volt, lássunk szintén csak vázlatosan néhány elérhető eredményt disciplinákra realizálva.

Már sejtettem, hogy az új nemzedék egészségét leginkább a *genetikai tanácsadás* fogja meghatározni. E hálózat kiépítése Európában nem problémás. A nagyon gyorsan szaporodó népeknél kell súlypontot képezni, ellenkező esetben a világon felborul a képzett és képzetlen populáció aránya. Felborulhat még a genetikailag egészséges és a genetikailag terhelt népcsoportok aránya is. Ide fog tartozni a népesség szaporodás kérdése, tehát létszükség a feladatok megoldása. A *szülészeti feladatok kitágulnak*, a lombikbétől a béranyaságig. A géntechnológiával való gyógyítás másik központi területe a *gyermekgyógyászat* lesz, addig míg a genetikai tanácsadás eredményeképpen új egészséges generáció nem kezd el jelentkezni. Addig a gyógyítás feladatai óriásiak. A gyermekgyógyászati tankönyvekből még csak vázlatosan sem írható ki az a rengeteg, eddig idiópatiának, vagy hereditárnak jellemzett szerzői névvel futó betegség, amely mostantól megkapja a közös aetológiáját. Ezeknél orvosi bravúr volt az életben tartás, újságok zengtek egy-egy team eredményét, hogy megmentették az életnek egy-egy génhibás koraszülöttet. Arról aztán hallgatott mindenki, mi lett a családdal, amikor a beteg csecsemő hazakerült. Azért néhányat megemlítek, mikről is van szó. *Atréziák, debilítások, Down-kór, Fallot tünetcsoportok, gigantizmus és nanosomia, Little-kór, Tay-Sachs tünetcsoport, hydrocephalusok, eunuchoidizmusok, számi összenövés, Marfan betegség, Bardet tünetcsoport, idiociák*, tovább nem sorolom egyenként, lehetetlen mindezt érinteni. Összegyve. Ide tartoznak a *hereditár betegségek, rendszertbetegségek, degeneratív kórképek nagy része, fejlődési rendellenességek úgy morfológiaiak mint funkcionálisak, enzimopathiák, anyagcsere betegségek, endocrinopathiák*. A hagyományos *belgyógyászati betegségek*, - mint *decompensációk, gastroenterológiai kórképek, vesekárosodások* - közül kezelhetők lesznek az összes fejlődési rendellenességek, az „*idiopathiák*” rendszertbetegségek, vérbépzőszervek betegségei, tárolási betegségek, enzimopathiák, anyagcsere betegségek, nem szerzett endocrinopathiák. Hát bizony megcsappan itt is az jellemző betegségek száma. A gyermek és felnőtt betegségek

nélkül átfedik egymást.

Idégggyógyászat az idegrendszer szisztémás betegségei, idegrendszer fejlődési anomáliái, gerinc fejlődési betegségei, vasculáris idegrendszeri elváltozások, idegrendszer anyagcsere betegségei, vázizomzat idegrendszeri betegségei (csak példának Myoplegia fam.) igényelnek majd genetikai kezelést. Elmekórtan nagy endogén kórképei valószínű génekhez kötöttek. *Shizophreniák, cirkuláris elme-zavar, Huntington chorea*, de ide kívánkoznak a *paranoiák, oligophreniák, endocrin elme-zavarok* is. *Mozgásszerveknél* elsősorban a *vázrendszerbetegségei, úgynevezett collagenozisok, izom-ideggyógyászati betegségei, kitöltő és szövetek betegségei (zsír)*. *Szemészetben* a színlátás zavarai, szemfejlődési rendellenességei, szemidegek, szemgolyók veleszületett anomáliái. Egyébként minden kis szakmának megtalálható a keresztje, azok a betegségek, melyekkel szülők, egyének vándorolnak orvosoktól orvosig, intézettől intézethez. Csak hát hiába.

Végignézve a tisztas listát, megállapítható, hogy a génterápiák, vagy génszűrés bevezetése után a hagyományos gyógyító orvos kezében a következő betegcsoportok maradnak.

- a, sérülések
- b, infekciók
- c, exogén ártalmak
- d, atrophikák
- e, önrontó élet, alkohol, nikotin, poliphágia következményei.

Daganatokról kevés szó esett. Megoldásra a génszűrés csillantott fel többek között lehetőséget. A daganatok ellen kiterjeszthető őssejtet járható útnak tűnik. A daganatok mint halálokok rémszítő felszaporodása biztosan visszaszoríthatóvá válik, ha a géntérkép leolvasásában egy-két év múlva előbbre jutunk. Az optimizmus e téren is indokolt.

A gyógyításra váró betegségek száma igen nagy. Ahogy a tudományos munka nyomán egyre több betegség nyeri el a gyógyíthatóságot, úgy fog a géntechnológia ma még ambivalens fogadtatása átváltani az elismerésbe. Nem hiszem, hogy a géntechnológia mint tudomány kikészíthető nem tudományos oldalról. Ez ma már közös kincsünk, legfeljebb továbbfejleszhető. Azonban mint minden óriási felfedezésnek, úgy ennek is lesznek, sőt már vannak világnézeti következményei. Ezekben az áttörés sokkal nehezebb lesz, mint utaltam rá. Már a Római-kor megállapította, az emberi haladás útjában a gát az agyban van. Az alapkutatás és ed-

digi eredményei már legitimálták a géntechnológiát, ami nem mondható el a kultúrára való kihatásairól. A szigorúan tudományos téziseket olyan szakemberek használják fel, akiknek rendelkezésére állnak a biológia, szerves kémia, biokémia, elektrofiziológia, biofizika, fizikokémia tudományainak eszközei. A felsorolásból látható, hogy a tiszta diszciplínákat egyre inkább az interdiszciplinaritás felé mutató tudományok váltják fel. Ez közeledést jelent az egyes tudományágak között. Végül is a monisztikus világnagyrázat felé tett egyik utolsó lépés a géntérkép. Attól jobb eltekinteni, hogy materializmust vagy idealizmust kiáltunk végső oknak, hiszen csak annyit tudunk, hogy az anyag szinte megfoghatatlan, csak Einstein képlete ad fogódzót, anyag és energia egymásba átalakul. Ez lenne a végső ok.

Sajnos, pontosan a végső ok az, ami megosztja a tudósvilágot is, hívókra és nem hívókra. A tudományos pályán mozgó emberek gyakran nem merik végig gondolni tárgyuk logikáját, ami rendszerint a monista fel fogadást preferálja. Kényelmesebb és veszélytelenebb a dualizmus, mert az anyag és lélek kettősség ma társadalmi szinten elfogadható. Talán úgy még inkább elviselhető, ha a lelket magát az anyagon kívüli entitásnak fogják fel. Tartanak attól, hogy a környezetük ateistának tarthatja őket, és ezt megbélyegzésnek élik meg.

Ennek a gondolkodásnak a géntérkép véget vet. Ha mentális képességeink, sőt szellemi állapotunk kódolt, akkor a teremtet lélek üres hipotézis. Amint az idiociák, demenciák előre jelezhetők és meggyógyíthatók lesznek, az a felismerés általánosan elfogadottá kell, hogy váljon.

Ahogy minden nagy, tudásban elért eredmény felbolydulást okozott teológusi körökben és azonnal megindult kivédésére a szellemi munka, avagy igyekeztek indoktrinálni, beolvasztani! T. Chardin munkái erre bő példával szolgálnak, hogy a transzcendens világnézet nem omoljon össze, úgy jelenleg még vehemensőbb támadásra kell számítani. Miről van szó?

A teremtet privilegiumától megfosztott úgynevezett könyvvallások egy csapásra egyenlők lettek a többi pogány hiedelemmel, hiszen legitimációs alapjuk az isteni genezis elvesztett. Az ember a géntérképpel igazán nagykörű lett és legitimálta saját esztét. A géntérkép alapján az élet előállítható, a klónozás első lépcső volt. A mesterségesen létrehozott egyedek, úgy élnek, mint a hagyományos szexuális úton fogant élőlé-

nyek. Idegrendszerük is úgy működik, aminek alapján ma már biztosan állítható, a lélek funkció. Igaza lett a biológiai pszichológia híveinek. Óriási lépés arra, hogy e téren is visszaszoruljon a terméketlen spekuláció. Ide tartoznak az emberi lélekről szőtt elméletek is, mind-mind csak flatus voci.

A géntechnológia a szerves világ hierarchiájában az embert az emberi eszt és kreativitást a csúcspont helyezte azzal, hogy kezébe adta saját sorsát végérvényesen megszabó tudást, a teremtet „tervdokumentációját.” Ezzel a legmesszebbmenően megterhelte a felelősség tudatával és kötelezettségével. Nem lehet ezután hivatkozni földönkívüli hatalmak közbenjárására, segítségkérés is hiábavaló. Már csak a „*segíts magadon*” érvényes. Embernek lenni mostantól egyet jelent önmaga urának és a világ urának lenni. Szörnyű felelősségteljes és magasztos szép feladat. Ez a feladat nem oldható meg szabályozás nélkül.

A szabályozás három grémiumot kíván. Az egyiknek meg kell oldani az új tudomány felhasználhatóságának az **etikai szabályait**. Át kell írni az etikákat, de az új paradigmára rádolgozva. Döbbenetes feladat, hiszen ezután csak ember dönt emberről, s a humanumnak el kell foglalnia a szellemi horizontot.

A másik grémiumnak ki kell dolgoznia a **jogi kautéllakat**. A felvetődő jogi kérdések eddig ismeretlenek voltak, hiszen új helyzet állt elő a nemzéstől a halálig. A harmadik grémium feladata a **tudományos eredmények felhasználásának és továbbfejlesztésének az összetett kérdésköre**. Ezekre már most készülni kell, hiszen a tudás igen megelőzte a civilizációs felhasználást. Szűdület az a jövő ezen perspektívája. Boldog az orvos, aki megértheti áldásait. Nekem töretlen a hitem abban, hogy úrrá tudunk lenni a betegségeken. Olyan erős a hitem, hogy megragadhatók a gyógyítás törvényei és velük a természetirányelveivel összhangban legyőzhetők a nyavalyák, legalább olyan erős, vagy sziklaszilárdabb mint sok-sok hívó alapl nélküli meggyőződése, hogy környörgéssel, fohászokkal, imádságokkal, ráolvasásokkal, kézrátétellel, felfüggeszthetők a kóros folyamatok, megszüntethetők az azokat kiváltó noxák, kiprovokálhatók csodás gyógyulások.

Ezért hiszek csak az emberben, az emberi kreativitásban. Ennek letéteményese, eredménye, az új ember, a Homo faber sapiens. A tevékeny okos ember.

- Dr. Sárly Gyula
belgyógyász-főorvos, Tapoka -

Kommunikációs szaklapunk véleményeket közöl, azokat kívánja megfélelő szakmai közegben ültetni. Hozzászólás tekintetében valamennyi levélírónk „esélyegyenlő”, amennyiben névvel, címmel, elérhetőséggel kíván a témával kapcsolatban megszólalni. Ez természetesen vonatkozik a géntérkép témára is.

Előző „Homunculus” cikkünkkel kapcsolatos észrevételeket kérjük írásban szerkesztőségünkhez eljuttatni, mert telefonos bejelentéskor nem mindig autentikus munkatárs fogadja a hívást aki nem minden esetben tud érdemben reagálni az olvasói észrevételre. Hozzászólásait az olvasó eljuttatjuk a szerzőnek és ezáltal direktben történhet az eszmecsere. Itt kívánjuk megjegyezni: szerkesztőségünk pártatlan, a géntérkép témájánál sem. Azonban a közelmúltban tett tudományos felfedezés következtében aktuálissá vált a fenti cikk közlése, illetve annak ugyanazon szerzőtől történő folytatása. Tisztában vagyunk azzal, hogy ez csak „egy” vélemény, és azt is elfogadjuk, hogy sokak szerint „meglehetősen szélsőséges”. De csak érvelkel és beazonosítható megszólalással tudjuk szembeállítani a kérdést: „*Mért kell mindent közölni?*”

Belső székfoglaló levén szó legalább mi magunk között nevezzük nevén a gyermekét. Ezt legalább is így gondolja: Balla M. Anna, újságíró-főszerkesztő.

„Kiűtött malacok”

A szervátültetések alapvető problémája, hogy a befogadó szervezet immunrendszere idegenként azonosítja a donortól kapott szervet, így megtámadja, és sokszor kilöki. Az egyik módszer a probléma enyhítésére az immunrendszer mesterséges gyengítése, amely azonban a fertőzésekkel szemben is igen sebezhetővé teszi az amúgy is legyengült beteget. A másik módszer azon alapul, hogy a beültetett szerv (szövet) sejtjeiben úgy módosítanak bizonyos géneket, hogy azok ne váltsanak ki immunválaszt. E módosítás azt jelenti, hogy a géneket gyakorlatilag kikapcsolják, „kiűtik”. A probléma az, hogy egy normális módon született sertés esetében ezt a feladatot lehetetlen egy szerv minden egyes sejtjében elvégezni. Ha azonban a módosítás egy olyan sejtben történik, amelyből aztán az egész állatot klónozzák, akkor annak minden sejtje, így szerve és szövete is „kiűtött” lesz, vagyis immunválaszt keltése nélkül ültethető be az emberi szervezetbe. A PFL kutatói most megmutatták, hogy mindkét dolog lehetséges: a donorból származó sejtet ugyanazzal a szabadalmaztatott technológiával módosították, mint amivel annak idején a Cupid és Diana nevű genetikailag módosított bárányokat hozták létre.

Sertések: a jövő donorai?

A sertések jelenleg a xenotranszplantációs kutatások fókuszában állnak. Szerveik mérete általában megfelelő az emberbe történő átültetéshez. Bár a főemlősök közelebbi rokonságban állnak velünk, kis utódszámuk és etikai megfontolások miatt nem jönnek szóba a tekintetben. Persze a sertések jogain is lehet vitatkozni, de valószínűleg csak az képes erre igazán, aki még nem került olyan szörnyű helyzetbe, hogy másképp lássa ezt a problémát. Genetikailag módosított sertés-klónok vagy emberi embriókból kinyert sejtek felhasználása - a jelenlegi súlyos szervhiányt mindenképpen meg kellene oldani a közeljövőben.

Végül a névadásról: Millie a Milleniumról, Christa, Christian Barnardról, az első szívátültetést végző orvostól, Alexis és Carrel, Alexis Carrelről, a transzplantációs eljárások Nobel-díjas úttörőjéről kapta a nevét, míg Dotcom az internet terjedését hivatott jelképezni.

(com) S. T.

Ajtót nyitunk egy jobb otthoni kezelés felé

A ma közel 14 000 alkalmazottat foglalkoztató AGA alapkövét 1904-ben, a fizikai Nobel-díjas Gustaf Dalén rakta le Stockholm közelében. Jelenleg a cég 38 országban (Európában, Észak- és Dél-Amerikában) ipari és egészségügyi gázok előállításával, szállításával és az ehhez kapcsolódó gázellátó rendszerek léptetésével, telepítésével foglalkozik.

A cég Magyarországon ugyanúgy piacvezető a kórházak komplex orvosi gázellátásában, mint az otthon kezelt betegek számára szükséges palackos oxigén előállításában.

Hypoxia

Többféle betegség: bronchitis chronica, asthma bronchiale, emphysema pulmonum, bronchiectasia, fibrosis pulmonum, mucoviscidosis, lobectomy, kyphoscoliosis, Bechterew-kór, légzésszabályozás-zavarok következményeként az oxigén bejutása a szervezetben nehezített, a tüdőből érkező vér oxigéntartalma alacsony.

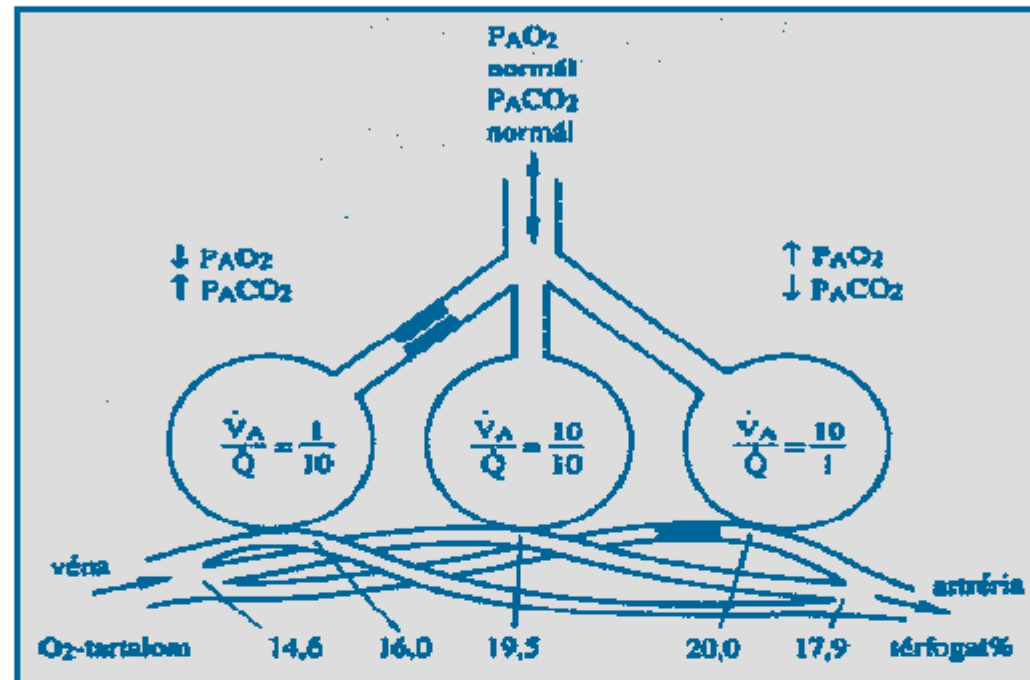
A hypoxia, azon túl, hogy nem teszi lehetővé a szervezet összes sejtjeinek a normális működését, két fő kóros folyamatot is indít:

1. A pulmonaris hypoxia a legerősebb vasoconstrictor a kisvérkörben. A tüdőerek keresztmetszetének csökkenése nagyobb ellenállással szembeni szív munkát követel. Kezdetben a szív képes teljesíteni a pluszfeladatot; később a jobb kamra hipertrófiája, illetve dilatációja következik be. A folyamat vége a szívelégtelenség.

2. A hypoxiára a szervezet erythropoetin-termeléssel reagál, a betegnek secundér erythrocytosis alakul ki. A nagyobb vérvizkozitás még nehezebbé teszi a szív működését. A megváltozott rheológiai viszonyok kóros alvadás-készséget is jelentenek. Mivel teherbíró ké-

pességük csökken, a betegek kevesebbet mozognak, és tovább fokozza a thromboemboliák gyakoriságát. A folyamat kezdetén csak nagyobb fizikai vagy szellemi megterhelésre jelentkeznek

hamarabb a kifáradás tünetei. Később a betegek már munkaképtelenek, súlyos esetben önellátásra sem képesek. Terápia nélkül néhány év alatt a szervezet tartalékai kimerülnek és a beteg állapota menthetetlenül romlik.



Az otthoni tartós O₂-kezelés eszközei

Az a felismerés, hogy megfelelő intézményes háttér, személyi feltételek és technikai eszközök mellett sok betegségtípus sikeresen kezelhető otthon is, egy lavinaszerű folyamatot indított el a 1980-as években. A páciensek szubjektív szempontjai (megszokott, kellemes családi környezet) szerencsésen egybeesnek a gazdaságossági számításokkal - a kórházi kezelés költségei magasabbak. A fejlett országokban - USA, Nyugat-Európa, Japán - jelenleg az egészségügyi kiadások közel 10 százalékát Home Care tevékenységre fordítják.



Az oxigénkoncentrátor elektromos árammal működő készülék, amely a nap 24 órájában, az év 365 napján szobalevegőből akár 5 liter/perc O₂-t biztosít megfelelő koncentrációban. A készülékek a legmodernebb technika felhasználásával készülnek. Így az alacsony zajszint mellett rendkívüli megbízhatóságot biztosítanak. A készülék hiba esetén hang- és fényjelzést ad. A szerviz 24 órán belül a hibát elhárítja, vagy cserekészüléket biztosít.



A cseppfolyós oxigén-rendszer olyan műszaki megoldás, amely kis térfogatban nagy mennyiségű O₂ tárolását teszi lehetővé. Ennek köszönhetően a palackhoz képest 10-15-ször több gáz áll a beteg rendelkezésére az otthonában. A rendszer két egységből áll: egy nagyobb tárolótartályból és egy kicsi, 3-4 kg tömegű, hordozható egységből. Azt a felhasználó saját maga töltheti fel a tárolótartályból. Az így nyert 8-12 órás mozgásszabadság azt jelenti, hogy a betegek elhagyhatják otthonukat, autót vezethetnek, elvégezhetik a napi bevásárlást, meglátogathatják rokonokat, kerékpározhatnak, sőt nagy fizikai megterheléssel nem járó munkát is vállalhatnak.



A palackos oxigén alkalmazása a legrégebbi módszer. Az általunk használt palackok kifogástalan állapotban vannak, bennük gyógyszerminőségű oxigén található. Az orvosi nyomás-szabályozók és párástítók precíz adagolást és megfelelő állagú oxigént biztosítanak.

Ez év elejétől az otthoni tartós oxigénkezelésre szoruló betegek számára az OEP 1000 db új oxigénkoncentrátor használatát tette lehetővé. A készülékek elosztása meggyénként, lakosságszármányosan történik. A felírás, a szükséges vizsgálatok elvégzését követően pulmonológiai osztályokon térítésmentes recepten történik.

AGA
AGA Healthcare

- H-1097 Budapest, Illatos út 7-9.
- Telefon: (061) 347-4747
- Fax: (061) 347-4790
- Dr. Ivanov Georgi 347-4767,
- mobil: 06-209 / 538-302
- E-mail: georgi.ivanov@hu.aga.com
- Kék szám: 06-40-200-207

Az otthon lévő betegek oxigénbiztosításához 3 műszaki megoldás ismert. A lenti táblázat a legfontosabb előnyöket és hátrányokat mutatja:

O ₂ -koncentrátor = KOX	O ₂ cseppfolyós = LOX	O ₂ palackos = GOX
Előny • kimeríthetetlen O₂-forrás • alacsony O₂-előállítási költség Ft/m³/év	O₂ cseppfolyós = LOX • mobilitást biztosít • a társadalmi hasznossága a legmagasabb	O₂ palackos = GOX • jól ismert technológia • évekig tárolható
Hátrány • a készülék működése némi zajjal jár • a mozgás 15 méterre korlátozott	• magas eszközár • elosztóhálózat kiépítése szükséges	• kis O₂-tároló kapacitás = gyors kimerülés • a gyakori cseré drága és munkáigényes • magas O₂-ár Ft/m³

A XXI. század küszöbén állva társadalmunk egyik nagy problémáját az okozza, hogy az idősok száma és népességben belüli aránya növekszik. Ugyanakkor a több generációs családok „széthullásával”, a nők munkába állásával, a társadalmi értékek átrendeződésével, megnőtt a magányosan élő öregek száma. Magyarországon az idősok lakosság gondozásával kapcsolatos problémák már a hatvanas évektől jelen vannak. Bár a gondok megjelenésével egyidőben a szociális segítségnyújtás intézményei is kezdtek kialakulni, de komplex intézményrendszerre csak a 80-as évek végére fejlődtek. Az idős, krónikus betegségben szenvedők saját otthonukban történő gondozása nehezen megoldható feladat volt. Ezért a hozzátartozók az ápolásra szoruló családtagjukat, igyekeztek kórházban elhelyezni. Ez magyarázza, hogy a 90-es évek elejéig a szociális problémák megoldását - az otthoni ellátás helyett - a kórház volt kénytelen magára vállalni.

A magyar egészségügy átalakítása 1989-ben kezdődött. „Ahhoz, hogy a magyar egészségügyet minőségileg fejlesszünk tudjuk és meg kellő forrásokat jobban kihasználjuk, a nyugat-európai országokban a közelmúltban végbement, illetve most is zajló átalakítás ötleteit kell átvennünk.” (Rékassy 1998. 12. o.)

Ha a magyarországi egészségügyi reformtörvényeket összehasonlítjuk a különböző társadalmi berendezkedésű országok ellátási formáival, megfigyelhetjük, hogy más országok az intézményi ellátási formák helyett az otthoni ellátást részesítik előnyben. Lehetővé teszik, hogy az egyén saját környezetében, felkészültségének hangsúlyozásával és családja bevonásával kapjon meg minden olyan segítséget, amire életviteléhez, gyógyulásához vagy rehabilitációjához szüksége van.

A WHO szerint: „Az egészségügyi alapellátás az a nélkülözhetetlen egészségügyi gondoskodás, amely teljes mértékben hozzáférhető az egyének és a családok számára és integráns része az ország egészségügyi rendszerének. Az első szint, amelyen az egyén, a család és a közösség kapcsolata kerül az egészségügyi rendszerrel és a folyamatos egészségügyi ellátás első elemét alkotja.”

Tágabb értelemben az alapellátás fogalmába nemcsak a háziorvosi, háziorvoskorvosi és fogorvosi ellátás tartozik, hanem mindazok a szolgáltatások, amelyeket akár a beteg akár az egészséges ember szüksége ki-elégítésére igénybe vehet. A külön-

böző ellátások hatékonysága az egészségügy és a szociális terület koordinációjától függ. Ezen feladatok összehangolásához az alapellátás színvonalának és hatékonyságának emelése, illetve az egészségügyi és szociális hálózat integrált működése szükséges.

Szociális gondozás kialakulása, feladatai

A szociális szférában a hetvenes évek elejétől elkezdődött a területi ellátás fejlesztése. Kezdetben a úgynevezett társadalmi gondozók, tiszteletdíjért dolgoztak és a hivatásos gondozók (eü. végzettséggel rendelkezők) csak irányítottak. Később a szakmai feladatok növekedésével, a gondozottak ellátását is a hivatásos gondozók végezték. A szociális ellátást végzők és az egészségügyi alapellátásban dolgozók egymással intenzív kapcsolatot tartottak, de ez a partneri viszony mindig problémákat hordozott és időről-időre megfogalmazódott, hogy párhuzamos feladatot látnak el. Ezért a 10/1986 EüM rendelet alapján a két hálózatot egy irányítás alá helyezték és a szociális gondozói, illetve a körzeti nővéri munkát egy megyei gondozó irányította. Az ezt szabályozó rendeletet később hatályon kívül helyezték.

Jelenleg a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, az 1993. évi III. törvény rendelkezik. E törvény célja, hogy a szociális biztonság megteremtése és megőrzése érdekében meghatározza a szociális ellátások formáit, a jogosultság feltételeit és az érvényesítés garanciáit. A személyes gondoskodást nyújtó ellátások formáit - az alap és szakosított ellátásokat - az 56. § szabályozza. Az alapellátás része a házi segítségnyújtás, amely leginkább határterületnek tekinthető. Ennek keretében kell gondoskodni azokról a személyekről, akik otthonukban önmaguk ellátására saját erőből nem képesek és róluk nem gondoskodnak. A házi segítségnyújtás tehát olyan gondozási forma, amely az egyén önálló életvitelének fenntartását, szükségleteinek figyelembe vételével, saját lakókörnyezetében biztosítja. A törvény értelmében ezért az ellátásért térítési díjat kell fizetni.

A szociális gondozónál feladatkörét az 1993. évi III. törvény végrehajtási utasítása: 2/1994 (I.30.) NM rendelet

szabályozza. A rendelet részletesen felsorolja a házi segítségnyújtás körébe tartozó gondozónál által végzendő tevékenységeket. A gondozónál segítséget nyújthat a gondozottnak: testi higiénés szükségletének kielégítésében, környezeti higiénéjének megtartásában, meleg étel biztosításában, bevásárlásban, szükség esetén orvosi ellátáshoz juttatásban, gyógyszerkiváltásban és adagolásban, hivatalos ügyek intézésében, kívüljáró való kapcsolattartásban és az orvos utasítása alapján szakképzettégeknek megfelelő egészségügyi ellátást biztosít.

Kezdetben a szociális gondozónál alkalmazhatóságát ápolói képzéshez kötötték, mivel nem volt megfelelő szociális szakemberképzés. Ma a házi gondozói állás, középfokú szociális (például szociális asszisztens) és középfokú egészségügyi (például általános ápoló) képzéssel egyaránt betölthető. Amíg az otthonápolási szolgálatok nem működtek, a gondozónál a gondozási feladatok mellett, alapvető ápolási (decubitus kezelés, sebkötözés, stb...) tevékenységet is elláttak. A szakápolási szolgálatok megalakulásával feladatuk elsődlegesen a gondozásra szorítók, (holott képzettségük nem változott), ezért gyakran alufoglalkoztatottnak, szakmailag alacsonyabb presztízsűnek érzik magukat.

Családorvosi - és a körzeti ápolói szolgálat kialakulása és feladatai

1992-ben az alapellátás reformja nyomán, megalakult a Családorvosi Intézet és ezzel a területhez kötött körzeti orvosi szolgálatot, a családorvosi ellátás váltotta fel. A rendszer lényeges eleme, hogy a családorvos a beteg által választható. A háziorvosi szolgálat feladatkörét és ezen belül a szolgálatához tartozó ápolónői feladatokat 6/1992 (III.31.) NM rendelet szabályozza. (A körzeti ápolók szakképzéséről, a 7/1998 (XII.02.) EüM. rendelet határozza.) A körzeti-közösségi szakápolók tevékenységei közé tartozik a diagnosztikus és terápiás ápolási eljárások végzése (például vérvétel, különböző gyógyszerformák bejuttatása, a megelőzés, a szűrés az egészségnevelés feladataiban való részvétel, illetve a dokumentációk vezetése. Az ő feladatuk még a fertőtlenítés, a sterili-

zálás, a vészhelyzetek felismerése, az elsősegélynyújtás megkezdése és az orvos kihívása, illetve a beteg testi higiénéjének biztosítása vagy ennek megszervezése.

A körzeti orvosi rendszer átalakításán kívül változást hozott az alapellátásban, a kórházakban bevezetett új finanszírozás és a 20 százalékos ágy-szám csökkentés is. Ezek az intézkedések arra ösztönözték a kórházakat, hogy az intézményi ellátást már nem igénylő, de otthoni ápolásra még rászoruló betegeiket minél előbb hazaküldjék. Ezzel mind a családorvosra, mind a körzeti nővérré a korábbiaknál sokkal több feladat hárul, illetve az otthonukban ellátandó betegek száma is évről-évre nő. Ezt tetézi, hogy a körzeti nővér gyakran egy személyben látja el az ápolói és orvosimoki funkciókat. Így nem csoda, ha a túlterhelt körzeti ápolónők csak nehezen képesek a velük szemben jogosan támasztott elvárásoknak maradéktalanul eleget tenni.

Az otthoni szakápolás kialakulása, feladatai

Nemzetközi tendencia, hogy az otthoni betegápolás bevezetésével az intézményi ellátás felől, az alapellátás felé mozdul el az egészségügyi rendszer. Az egészségmegőrzés, a betegellátás, a szociális veszélyeztettség megelőzése, a hátrányos helyzetűek segítése az egész társadalom ügye.

A területi szociális gondozás és a családorvosi szolgálat nem tudta a feladatokat zökkenőmentesen ellátni, ezért az anyagi is nehéz gazdasági helyzetben lévő egészségügy és szociálpolitika újszemléletű, olcsó, hatékony és korszerű ellátási rendszer létrehozását sürgette. Az otthoni ápolás az egészségügyi szolgáltatás új, világszerte dinamikusan fejlődő ága. A rendkívül drága kórházi ápolás helyett a beteg a saját otthonában, szakképzett ápolók segítségével gyógyulhat. Ezt felismerve 1994-ben fogadta el a parlament a Kormány cselekvési programját (1107/1994/XI.23./ Korm. határozat), amelyben meghatározta az egészségügyi ellátás alapvető problémáit. E programban hangsúlyt helyez a kórházon kívüli egészségügyi ellátásokra, a háziápolási rendszer fejlesztésére. A 103/1995 (VIII.25) Korm. rendelet 23.§-a az otthoni szakápolás finanszírozásáról rendelkezik. A 20/1996. NM rendelet az otthoni szakápolás tevékenységét, dokumentációját és a minimum feltételeit határozza meg. Ezt a 15/1999 (VI.9.) EüM. rendelet módosította.

Szakmailag és finanszírozás szempontjából fontos kérdés, hogy hol és hogyan helyezkedik el a szociális ellátó, illetve a háziorvosi rendszerhez képest az otthonápolás rendszere. A tervek szerint az ápolás az egészségügyi és szociális rendszert köti össze, illetve az alapellátás a kórházi ápolás és a szociális gondoskodás közötti funkciókat látja el. Ezzel a nagyon drága hotelszolgáltatást váltja ki. Célja, hogy ne kerüljön kórházba, vagy minél előbb kerüljön haza, az a beteg, akit megfelelő feltételek megteremtésével, családja bevonásával, otthonában is el lehet látni. Ehhez jól képzett, megfelelő szakmai gyakorlattal rendelkező, jó helyzetfelismerő képességgel bíró ápolónőkre van szükség. Az otthoni szakápolási munkakör betöltéséhez speciális végzettségi előírás nincs, de a feladat ellátása felnőtt szakápolói képzettséget és több éves szakmai gyakorlatot igényel. Az ápolási tevékenységet ápolási csoport végzi, amit elrendelhet a háziorvos, a beteg kezelő szakorvos és kórházi orvos egyaránt. A

szolgálatok finanszírozása a MEP-pel történő szerződéskötés alapján történik, a TB kártya felmutatása mellett, a beteg számára ingyenes.

Tapasztalatok, problémák összegzése

Tapasztalataink szerint az egészségügyi- és a szociális ellátás nem választható el élesen egymástól. A gyakorlati életben azonban más-más minisztérium irányítása alá tartozik, így különböző kasszákból történik a finanszírozása is. Bár a körzeti nővéri-, a gondozói- és az otthonápolási szolgálat feladatkörét külön-külön rendelet szabályozza, mégis rivalizálás és kisebbségi érzés van a három szolgálat között, melynek hátterében a feladatok egymás közötti tisztázatlansága áll. Ez a megosztottság, határt húz a betegellátásban. A beteg otthonában a szociális és ápolási feladatok általában egyszerre jelentkeznek. Gyakorlati tapasztalataink alapján a betegek egy része nem rendelkezik elég információval az egyes ellátási formák tevékenységéről és hozzáférhetőségéről, de tudja, hogy amíg az egészségügyi ellátás számára ingyenes, addig a szociális szolgáltatásért fizetnie kell.

Az otthonápolás kompetenciájába finanszírozási szempontból, csak a kórházi ellátást kiváltó szakápolás tartozik. Az alapszükségletek kielégítése (mosdatás, étkeztetés, ürítés) a szociális gondozás munkájába, az Insulin vagy más injekció beadása, illetve a vér és vialadékvétel, vagy bármely vizsgálatra való előkészítés elvégzése, kizárólag a körzeti nővér feladatkörébe tartozik. Így például, ha egy magatehetetlen, lábszár-fekélyes, cukorbetegségben szenvedő emberhez a három ellátási rendszer együttesen jár, akkor finanszírozás szempontjából mindenki betartja a saját kompetencia határát, legfeljebb a holisztikus szemlélet csorbul. Ahhoz, hogy a kiszolgáltatott beteghez egyidőben ne három szolgáltatónak kelljen kimenni, az intézmények összehangolt működésére lenne szükség. Véleményem szerint az egy szolgáltató által végzett komplexellátás csak akkor valószínűleg meg, ha ehhez a finanszírozás is igazodik. Mint ahogy azt a fentiekben is kifejtettük, a három szakterület feladatkörében átfedések vannak. Talán éppen ezért a holisztikus szemlélet megvalósítása a szolgáltatókon is múlik. Amennyiben nem a finanszírozást, hanem a beteg igényeit helyezik előtérbe, úgy (megfelelő együttműködéssel) a feladatorientált ellátás helyett, betegközpontú ápolást tudnak biztosítani.

- Nagy Illdikó, szakreferens -

Egy felmérés tapasztalatai

- folytatás a 8. oldalról -

A kötelező normatívákon túl, általában negatívak a vélemények a fenntartók finansziális, sőt - nem ritkán - szakmai és egyéb jellegű támogatásáról. A költségvetés lényeges tétele ugyanis a gondozási díj, amely 15-20 ezer, illetve 20-25 ezer forint között mozog, amit a lakók mintegy 30-35 százaléka nem képes egy összegben ki fizetni. A gazdálkodás milyenségét jól jellemzi az, hogy csak a legszükségesebb karbantartási és felújítási munkákat végzik el, bár mostanában a pályázatokon elnyert összegekkel új részlegeket alakítottak ki vagy megkezdődött az akadálymentesítés.

Az utóbbiak tekintetében hatalmas a lemaradás; az alapoktók lehangolóak, amit az intézményvezetők is elismernek. Már önmagában az otthonokba való eljutás is nagyon nehéz, mert a legtöbb településen a tömegközlekedési eszközök megállói messze vannak. Az otthonokban meglévő szállítójárművek zömét csak anyagbeszerzésre és ügyintézésre használják; ezekkel például kirándulásokra ritkábban jutnak el. Ami a rámpákat illeti, meredek dőlésszögűek, sok helyen nincs korlát sem. Segítség nélkül, önállóan, csak az intézmények kis hányadában lehet az épületekbe bejutni. Csúpan a 3-4 esztendeje épültek felelnek meg a követelményeknek. Hasonló a helyzet a vizesblokkoknál: magasak a zuhanytálcák peremei, a für-

dőszobákban kevés és az a stabil szék, melyet a kerekesszékesek biztonsággal használhatnak. Ekkor még szót sem ejtettünk a mesterségesen megvilágított folyosókról, melyek ugyancsak keskenyek. A terület persze tovább szűkíti, hogy gyakorta talán az optimálisnál kicsivel több a fotel, a pad, a szék.

Az adatok szerint az intézmények beépített területe nem éri el az 5000 négyzetmétert, kivéve a régi kastélyokat, melyek szobái azonban általában túlszűkítettek és messze járnak az otthonias, emberi léptékű, intim hangulattól, de nem gyakori látvány a környespól, a tükör sem. Főleg azokban a szobákban, ahol négy-nél több ágy van, csoda, hogy az együttélés is adóknak gondok? Ugye nem. A MEOSZ a következőket javasolja: történjék meg az intézmények profilizálása; kapjon nagyobb prioritást a lakóotthonok létesítése; az Országos Településrendezési és Építési Követelmények betartásával, valósuljon meg az intézmények akadálymentesítése; az egészségügyi háttér mellett bővítsék az alapellátást, továbbá a megfizethető szolgáltatások (szállítószolgálat, személyi segítők) körét; végül, de koránt sem utolsó sorban, fektessenek nagyobb hangsúlyt a fenntartók és az érdekérvényesítő szervezetek együttműködésére.

- Nagy Áttila -

Pályázati felhívás a Látletet orvos-szerkesztői megbízására

A Hunga-Coord Kiadói Kft. pályázatot hirdet a Látletet egészségügyi kommunikációs szaklap orvos-szerkesztői megbízására. Az orvos-szerkesztői megbízatását vállalkozási formában végzi. Feladatkörébe tartozik a Látletet hosszú távú gazdasági, szervezeti, működési tervének elkészítése, a továbbképzési rovatok szakmai összefogása, kapcsolattartás a beszállítói célcsoporttal, ezzel a lap rentabilitásának biztosítása.

A finanszírozási források megtalálása, kivitelezése munkájában külön elismerésként jelentkeznek.

A jelentkezéseket - külön igény-megjelöléssel - diszkrétan kezeljük. Határidő: folyamatos.

A jelentkezéseket a szerkesztőség címére „orvos-szerkesztő” jelleggel kérjük.

Látletet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



» OBSERVER «
MAHİR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

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 nevével hitelesített szerző.

Kiadó és Szerkesztőség címe: 2001 Szentendrei, P.E: 56. Tel./fax: 06 20 9785-662, e-mail: latletet@elender.hu
A lap előfizetési díja: 2340 Ft/év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látletet egymásutánítását a lapon található sorozatszámok tükrözi.

ISSN 0865-7424

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

A gyógyfürdők finanszírozásával kapcsolatban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár módosító intézkedéseket kíván foganatosítani, s a rendelettervezet a napokban került a kormány elé. Erről a módosított indítványról kérdezte lapunk Hagymási Miklós főosztályvezetőt, az OEP munkatársát.

• Mi ennek a változtatásnak a lényege?

- A változtatás lényege, hogy a díj - amit az OEP fizet a gyógyfürdők szolgáltatásáért -, változatlan maradna, viszont nem képezné a kezelési díj teljes összegét, hanem csak a 85 százalékát. A fennmaradó szolgáltatást a betegek fizetik az igénybevett szolgáltatásokért. Tehát ez azt jelenti, hogy a fürdő valamennyivel többet kapna a szolgáltatásáért. Ezt a változtatást a törvényi szabályozás is indokolja, ami kimondja, hogy az OEP 100 százalékosan csak életmentő beavatkozásokat vagy irreverzibilis folyamatokat támogathat. A gyógyfürdők indikációjánál nem ilyen súlyos tényekkel állunk szemben, így a beteg részvállalása az általa igénybevett és kapott szolgáltatásnál adekvát.

• Mekkora ez az összeg?

- Ha megnézzük a közlőnyben a finanszírozásért folyósított eddigi összeget, és azt vesszük 85 százaléknak, akkor könnyen kiszámítható - akár tételeken is - a kezeléseknél a beteget terhelő tényleges díj. Az is látható, hogy mindez nem nagy összeg, de talán arra elegendő, hogy valamiképp ebből a fürdők fejlesztésre, beruházásra fordítsanak. Mint mondtam, ez a Kincstárnak nem jelent többletterhet, viszont némi forrást szolgáltathat azoknak a minőségi követelményeknek, amelyeket szeretnénk kórházunkként felállítani a fürdőkkel történő szerződés-kötéskor. A szolgáltatás színvonalának emelése egyfajta létkérdés is a hazai fürdőpiacon és mint tudjuk - a gyógyturizmus fejlesztése egyfajta stratégiája is az EU-ba igyekvő Magyaror-

Új utak a hazai gyógyfürdők finanszírozásában

OEP koncepciók a kormány előtt

szágnak. Tévedés ne essék: nem ebből az összegből kívánjuk a hazai kincstárnak eladhatóvá tenni, hiszen mint tudjuk igen sok Phare és egyéb támogatás van ennek a koncepcióknak a stratégiájához. De meggyőződésünk: ami ingyenes, nem értéklépő - ezt ellensúlyozná az önrész vállalása.

• A fürdőkkel történő szerződés-kötés - a szolgáltatás befogadása - mennyire mobilis?

- A szerződés-kötések folyamatos tendenciát mutatnak, egyre több fürdő próbálja a műszaki és személyzeti paramétereit úgy alakítani, hogy azok megfeleljenek az elvárásoknak. Országunk igen gazdag gyógyvizekben, csaknem országos lefedettségben, így a mi álláspontunk is az, hogy igen szerencsés, ha a régiók saját területükön tudják végezni a gyógykezelést szolgáló terápiát. Szeretnénk olyan tevékenységet is bevonni szolgáltatásunk körébe, amik eddig nem voltak. Az új szolgáltatások befogadásához szükségünk van orvosi tanulmányra, amely szakmai alapon támasztja alá az új szolgáltatás hatásmechanizmusát, ezáltal igazolja annak létjogosultságát. Mi pedig költség-hatékonysági vizsgálatokkal igyekszünk mindezt alátámasztani. Amennyiben a felmérések igazolják a szolgáltatások hatékonyságát, az OEP rugalmasan viszonyul ezekhez az új tendenciákhoz. Jelen pillanatban 155 fürdővel állunk szerződéses viszonyban, de az újabb befogadásra várók már itt állnak az ajtóban... Amennyiben a tudományos vizsgálatok, a kezeléseknél eredményesége

igazolt, a befogadásnak nincs akadálya. A Miniszterelnöki Hivatal Gyógyturizmus Bizottsága igen sok energiát fektet abba, hogy a gyógyfürdők is a gyógyturizmuson belül támogatásban részesüljenek. Minket - akik a hazai piacon biztosítunk szolgáltatást - legfőképp az érdekli, hogy a rászoruló betegeink minél gyorsabban, minél rövidebb ütemezési idő alatt kapják meg a nekik megfelelő, szakorvos által javasolt gyógykezelésüket.

• Kik jogosultak a beutalásra, illetve területi illetékeség szempontjából szabályozott-e az igénybevétel?

- Kompetenciakörrel illetően a rheumatológus, rehabilitációs és december 1-től az orthopéd szakorvosok rendelkeznek az igényjogosultság indikációjára. Ennek az alapja az a tudományosan igazolt hatásvizsgálat, miszerint a krónikus ízületi megbetegedésekre a különböző fürdőkezelések eredményesek. Hogy hol veszik igénybe a betegek ezt a szolgáltatást, az az ő szuverén joguk. Tehát mintegy piacverseny van az azonos kezeléseket biztosító gyógyfürdők között, amely a fürdők marketingstratégiáját illetően minőségfelfutást javító tényező. A szolgáltatás színvonalát illetően 3 kategóriába csoportosítjuk a fürdőket, és ennek függvényében történik a kezeléseknél a finanszírozás. Nincsenek nagy eltérések, de természetesen többet adunk annak a fürdőnek, amely magasabb színvonalon nyújtja a szolgáltatást.

• Beszéljünk a visszaélésekről.

- Előfordulnak. Az OEP igyekszik ezeket kiszűrni, sokat fordítunk az ellenőrzésre. Továbbá szeretnénk elvédeni a visszaélések lehetőségét. Ezért is forszírozuk a fürdőkezelések előreütemezését. Szeretnénk, hogy a ténylegesen elvégzett szolgáltatások kerüljenek leigazolásra, illetve a valóban igényjogosult kapja a szolgáltatást. Ezen a téren még vannak hiányosságok, de történt előrelépés. Folyamatos tárgyalásban vagyunk a Fürdőigazgatósággal és ezért forszírozuk azon elvárásunk gyakorlati megvalósítását, hogy a magasabb szolgáltatást biztosító fürdők rendelkezzenek számítógépes adatszolgáltatással. Az illetékeseknek fon-

tos tudni az idevonatkozó rendeleteket: 2 kúra adható az igényjogosultnak egy évben, és egy kúra 15 kezelésből áll. A 17/97 NM. rendelet 56/1999. (XI. 26-án) módosított változata az orvosi rehabilitációs ellátás keretében történő gyógyfürdőellátások rendelkezéséről, a társadalombiztosítás által támogatott gyógyfürdőellátások kiszolgáltatásának szakmai követelményeiről, valamint az ellátásokhoz nyújtott társadalombiztosítási támogatás elszámolásának rendjéről tartalmazza az idevonatkozó szabályokat. Tavaly 5 millió szolgáltatást finanszíroztunk, ami közel 330 ezer beteget jelent. Mindez forint-sítva: 2,16 milliárdot költöttünk gyógyfürdőre, az előirányzat 2,4 milliárd volt. A jövőben mind mennyiségben, mind minőségben a szolgáltatásainkat növelni szeretnénk ezen a téren is.

• Köszönöm az információkat

„Milliárdok a gyógyturizmus fejlesztésére, Öt éves terv készült az ágazat fejlesztésére és támogatására” - címmel a közelmúltban olvashattuk az egyik napilapban Kraft Péternek a Gazdasági Minisztérium államtitkáranak nyilatkozatát.

„Legkevesebb húszmilliárd forint lesz jövőre a turizmus kasszájában, aminek tekintélyes részét vissza nem térítendő támogatásként szívesen fordítanánk gyógyvízre, illetve a termálvízre épülő vendégfogadás fejlesztésének ösztönzésére” - mondta a szabadságon lévő államtitkár az újságíróknak. Az országot járva szakemberekkel tárgyal, többek között az ügyben is, hogy a földből feltörő olyan összetételű víz, amely fürdő vagy ivókúra formájában kezelésre alkalmas, hogyan válhatna az adott régió egyik potenciális, megélhetést biztosító bázisává. Mindezek hátterében az áll, hogy a kormány a Széchenyiről elnevezett öt éves tervet „egészségturizmus-programmal egészítette ki, amelynek kidolgozásán a Matolcsy György gazdasági miniszter által kinevezett szakértőbizottság dolgozik Bánki Erik, az Országgyűlés idegenforgalmi bizottsága tagjának vezetésével.” - olvashattuk a gyógyfürdőkkel kapcsolatos hírt.

„Meggyógyult” Kórház

A parádfürdői Állami Kórház éveken át a botránykörülmények között működött, pedig a Mátra völgyében fekvő gyógyhelyről már a múlt században elismerték, hogy „Magyarhon legjelesebb fürdőhelyei közé számítható”. Az intézet mára kilábal a csődből, visszanyerte gazdasági stabilitását, és a közelmúltban egy ötvenéves, önköltséges rehabilitációs osztályal gyarapodott.

Misz Irén Irisz főigazgató főorvos szerint a parádfürdői kórház jelenlegi működése modellértékű lehet. Az sohasem volt kétséges a hányatott sorsú állami kórház fél évszázados történetében, hogy a parádfürdői völgy háromféle gyógyvize és erdei klímája megbecsülendő érték, ezért nem szabad bezárni az intézetet. Parádfürdőt már 1930-ban gyógyhelyként emlegették, s a múlt század elejétől évente több ezren zárandokoltak ide, hogy a szűkös fürdőkamrák homályában megnátozhasanak a dézsákban melegített vízben. A szegények a szabad ég alatt töltötték a kúra éjszakáit, a módosabbak azonban szálláshelyet kerestek. A múlt század közepétől nagy-szabású építkezések kezdődtek Parádfürdőn, mely a gróf Károlyi-család tulajdonába került, így később már hat szálloda és hét kisebb lakóház várta a fürdőzőket. Az intézetet 1934-ben nyilvánították gyógyfürdővé, majd később felépült a gyógyszálló, melyben jelenleg is működik kórház.

Bár az intézet a hetvenes években még 240 ágyon fogadta a nőgyógyászati és emésztőszervi megbetegedésekben szenvedőket, a kilencvenes évek reformjának „köszönhetően” azonban mindössze 40 fekvőbeteg rehabilitációs kezelését finanszírozza a társadalombiztosítás. Egy időre az állandóságot is elvesztette a kórház, mely két évtizeden át a kékestetői in-

tézzel és a mátraházi tüdőszanatóriummal működött közös egységben Mátrai Állami Gyógyintézet néven.

Ezután következett az a korszak, amikor Parádfürdő negatív sztereotípiáról lett közismert. Az akkori vezetés a gyógyításról a vendéglátásra kívánta helyezni a hangsúlyt, és egy zavarosan működő rekreációs centrumot alakított ki sikertelenül. A pénzügyi és szakmai gondok orvoslására 1996-ban miniszteri biztost rendelték ki az állami kórházba, majd felmentették az akkori főigazgatót, aki ellen azóta is büntetőeljárás folyik. Ezután új főigazgatót neveztek ki, és az akkor már 50 millió forintos adósságot felhalmozó intézet gazdasági ügyeinek irányítását kincstári biztosra bízták, de a gazdasági és szakmai hanyatlást nem sikerült megállítani.

A jelenlegi főigazgató, Misz Irén Irisz a Népjóléti Minisztérium ellátásszervezési osztályának vezetőjeként ismerte meg a parádfürdői problémát, asztalán tomyosultak ugyanis a kórházzal kapcsolatos bejelentések és feljelentések. Hogyan állítható vissza a normális kórházi működés, és hogyan vezethető ki a gyógyintézet a csődből? - erre keresett választ a Heves-megyei kötődésű orvos-közgazdász, amikor 1998 júniusában kirendelték a minisztérium, hogy foglalja el a megbízott főigazgatói posztot. Azt biztosan tudta az intézet új vezetője, hogy az ország egyik legértékesebb gyógyhelyét meg kell tartani a betegellátás szolgálatában. Adva volt egy perekkal, büntetőeljárással terhelt, önmagából kifordult intézet, ahol mindössze egy négyórás nyugdíjas belgyógyász képviselte az orvoslást. Megfeszített munka kezdődött el. Misz Irén Irisz szerint egy különleges időszak, amikor nem latolgatták a szokatlanul bátor lépések kockázatát. Ki kellett fizetni az adósságokat, szakembereket kellett toborozni. Egy év alatt sikerült stabilizálni az intézet

gazdasági helyzetét, s kialakítani a kórházi működés személyi és tárgyi minimumfeltételeit. Jelentős minisztériumi segítséggel százmillió forint nagyságrendű belső rekonstrukciót és komoly orvostechnikai fejlesztéseket valósítottak meg.

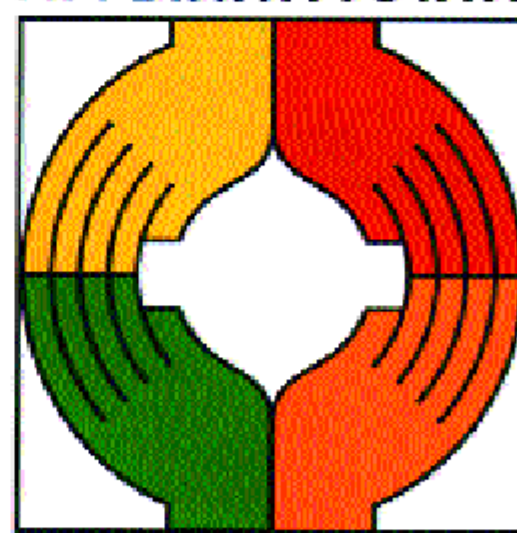
A kórházi tradíciót ápoló Parádfürdő az elmúlt év júliustól száz, a társadalombiztosítás által finanszírozott ágygal működik, és nyolc orvos gyógyítja a betegeket. A május végén átadott új rehabilitációs osztály révén érdekes kísérletbe kezdene a Mátra völgyében: ez az önköltséges és a tb-finanszírozott betegellátás „összeházasítása”.

Misz Irén Irisz szerint ugyanis hazánkban nincs igazán létjogosultságuk a tisztán önköltséges formában működő magánkórházaknak, ugyanakkor a jövő útja nem vezethet a teljes tb-finanszírozás mellett tengődő népkórházak felé sem. A parádfürdői modell a két megoldás ötvöztetésével képzelel a főigazgató, vagyis az ágyak kétharmadán közkórházi betegek, egyharmadán pedig fizető páciensek gyógyulnak, és az önköltséges résztől olyan bevételi forrást remélnek, amellyel támogatnák az alulfinanszírozott osztályok működését. Az új ötvenéves, igényesen berendezett rehabilitációs osztályon a hagyományos nőgyógyászati és emésztőszervi mellett mozgásszervi és - az országban egyedülálló - onkológiai rehabilitációt is folytatnak. Egy napra 8-9 ezer forintba kerül az ellátás és a kezelés, de a piackutatások eredményeit biztatónak tartják, és azon dolgoznak, hogy szerződéseket kössenek biztosító társaságokkal, intézetekkel, a páciensek hosszabb idejű ellátására. A főigazgató úgy véli, egyre többen engedhetik meg maguknak, hogy komfortosabb körülmények között próbáljanak meg visszakapaszkodni az életbe.

- Palágyi Edit -
Magyar Nemzet

További információ: Máté Szilvia képviselővezető
BD-EXPO Kft. - A Messe Düsseldorf GmbH magyarországi képviselője 1024 Budapest, Lövház u. 30.
Telefon: 346-0273, Fax: 346-0274

REHACARE®
INTERNATIONAL



Internationale Fachmesse
für Menschen mit Behinderung
und Pflegebedarf

Fogyatékosok, gondozást igénylők nemzetközi szakkonferenciája

A düsseldorfi REHA szakkonferencia - amely szakterületén a világon a legjelentősebbnek számít - az idei évtől minden októberben megrendezésre kerül a Düsseldorfi Vásárvárosban. A szakkonferencia tematikája kibővült a házi betegápolással. Az érdeklődők számára ma már lehetőség van arra, hogy a kórházi, klinikai rehabilitációs eszközön és berendezéseken túl a házi

betegápolás eszközeit és berendezéseit is megtekinthessék.

A REHACARE International szakkonferenciájának kínálata: tolószékek, járóeszközök, ergoterápia, fizioterápia, szabadidő, sport, lakóberendezések, mindennapi segédeszközök, protézisek, rehabilitációs szakképzés, munkahelyi felszerelések, kommunikációs segédeszközök fogyatékosoknak, járművek (mozgáskorlátozottaknak), ruházat, testápolás, higiénia, klinikai ellátás, ambuláns gondozói szolgálat, rehabilitációs szolgáltatások, kiadók, szervezetek.

Düsseldorf
18.-21. Okt. 2000