

Az egysejtű álma

Dr. Szili Horváth Gyula magabiztos, rezzenéstelen tekintettel néz le rám a falról az íróasztal felett belesimulva a tapétába és a múltba. Feszélyez a szempár, mondhatnám némi büntudatom van, ha arra gondolok, újdonsült nyugdíjasként Matuzsálem vagyok több, mint száz éve, de egészségemben nem érve eltávozott dédapámhoz képest. Van megbarnult, kopogós fotográfia is a fiatal, hetyke ezredorvosról, de ez itt a falon már a próbált körorvos ábrázata annak az embernek a megálapodott arckifejezésével, aki pontosan tudja a helyét a világban. Horváth doktor úr és későbbi kollégái, akiket alkalmam volt megismerni, mind tudták. Magam azonban mostanában egyre többször elbizonytalanodom. Nemrégiben egy fórumon hallgattam az egészségügyi minisztert. A tárca népegészségügyi programjáról és az egészségügyben szükséges paradigmaváltásról beszélt. Egy ismerőse intelmét idézve célzott az érintettek húzódozására: „*Ne hidd, hogy az egysejtű leghőbb vágya a filogenezis!*” Természetesen értettem a célzást, hogyne értettem volna? Azt látva, megélve, ami az egészségügyben zajlik évtizedek óta, egy pillanatig nem kétséges, hogy sürgősséggel kell tenni valamit az összeomlást elkerülendő. Látva azt, hogy hányan igyekeznek információs jövedelmek révén minőségi egzisztenciát teremteni kihasználva a reformkényszer nyújtotta lehetőségeket és a piaci eufóriát, látva a vál-

lalkozói kör nyomulásának lendületét, azt is kell látni, hogy itt rendet kell tenni. Ebben az egysejtűek azonos állásponton vannak a tárca vezetőjével. Az, hogy Mikola István rideg racionalitáson alapuló, a mai kor és gazdasági környezet által diktált játékszabályok mentén igyekszik haladni a vállalt politikai úton, érthető. Az egészségügyi vezetés évtizedek alatt megélt ismétlődő kudarca után, a piac törvényeinek térnyerése közepette sokszor nehéz megkérdőjelezni e törekvés tartalmi és stílárius elemeit. A fentebb idézett bonmot azonban ambivalenciákat gerjeszt, mivel bagatellizálni látszik azt az üzenetet az emlegetett paradigmaváltásnak, amely hagyományosan szocializált orvosok tömegét bizonytalanítja el társadalmi helyzetét és sorsát illetően. Hogy miért, előjáróban idéznék dr. Békefi Dezsőnek az egyik országos napilapban minap megjelent írásából: „*Az európai orvoslás ugyanis karitatív indíttatású és etikai ellenőrzés alatt álló szerkezetet alakított ki az évszázadok során, s ehelyett kényszerítik ránk a merkantó-financiális vezérlésű és jogilag kontrollált egészségügyet. Hazánkban persze kellő financiális alapok nélkül és a realitásoktól időnként eltávolodó jogi szabályozás és joggyakorlat mellett.*” – írja a tatabányai gyermekgyógyász osztályvezető főorvos.

(folytatás a 4. oldalon)

A táplálkozás szerepe a betegségek kialakulásában és azok megelőzésében

Statisztikai adatok tanúsága szerint Magyarország élen jár a kardiovaszkuláris, kardiorespiratorikus, cerebrovaszkuláris és karcinomás megbetegedésekben és az ezekkel összefüggő halálozásban. Az iparilag legfejlettebb országokban sem biztató a helyzet: a daganatos betegségek napjainkban az Egyesült Államokban a nőknél vezető halálókként szerepelnek, s a hetvenes évek óta a halandóság több mint 15 százalékkal növekedett a tüdő- és a végbélrák esetében.

Dr. Illyés Edit általános és gyermekbelgyógyász szakorvos egy évtizede kutatja a különféle betegségek és a táplálkozás közti összefüggéseket, és nyújt gyakorlati, személyre szabott tanácsadást a táplálkozási és életmódbeli kérdésekben, nem természetgyógyászati, hanem hagyományos, orvosi szempontú megközelítésben. A megelőzés és a betegségek elleni védekezés három területen zajlik: az étrend korszerűsítésével, táplálék kiegészítők alkalmazásával és az életmód megváltoztatásával, illetve módosításával.

A táplálkozásnak a betegségek kialakulásában és azok megelőzésében betöltött szerepéről – az Európai Unió népegészségügyi elvárásainak megfelelően munkatársunk tudakozódott a szakembernél, akit az Egészségügyi Minisztérium Sajtóirodája ajánlott a Láttelelet figyelmébe.

– A betegségek megelőzésével kapcsolatos tanácsadásban kiemelkedő a családorvos szerepe, aki jól ismeri a kockázati tényezőket, amelyek az adott családban előforduló hajlamotó tényezőkből, illetve az életmódból adódóan bizonyos idő elteltével várhatóan előfordulnak. A szülő magas vérnyomása esetén kétszeres lehet a gyerek esélye erre, mellráknál akár három-négyszeres az előfordulási arány azutódban. Kiemelkedő fontosságúak az időben elv-

zett szűrővizsgálatok, a non-invazív, olcsó rutin laboratóriumi vizsgálatok. Ha történetesen egy gyereknel familiáris zsír-anyagcsere-zavar áll fenn, már gyermekkorban elkezdhető a megelőzés a táplálkozás átalakításával, változatos, könnyű étrenddel, s ebben az életkorban már táplálék kiegészítők is adhatók. Például egy tízes tryglicerid értéket mutató eredmény esetén a heti öt alkalommal adott makréla, vagy lazac képes jelentősen csökkenteni a káros, érfal meszesítő alapanyagot egészen kis gyerekek esetében is. Ugyanakkor koleszterincsökkentő gyógyszerek csak felnőtteknek adhatók – hangsúlyozza a szakember.

A kockázatok felismeréséhez Magyarországon is minden feltétel adva van, a kérdés az, hogyan védekezünk a betegségek ellen? A daganatos betegségek kialakulásában a több jelentős kockázati tényező közül gyakran előforduló tényező a dohányzás és a táplálkozás.

– A fejlett országokban az utóbbi évtizedekben jelentősen megváltoztak a táplálkozási szokások. Csökkent a gabonafogyasztás, azon belül a teljes kiőrlésű lisztből készült pékáruk fogyasztása. Az iparilag feldolgozott, magasabb energiatartalmú élelmiszerek fogyasztásának növekedésével egyidejűleg csökkent a ballasztanyagok és a szénhidrátok fogyasztása. Ezzel egy időben a finomlisztből készült sütőipari termékek, az izolált szénhidrátok, valamint a zsír felhasználása növekedett. A gyümölcsök fogyasztása ugyan emelkedett, ennek nagy része azonban nem frissen kerül a szervezetbe. A primőrök magas rizikófaktorúak, mert a növénybe a napfény hiányában nem épül be a megfelelő fehérje, így magas lehet a szermaradvány-tartalom.

(folytatás a 3. oldalon)

A Máltai Gondoskodás Közhasznú Társaság Ápolási Otthona Miskolcon a Bükk lábánál, festői környezetben 1996. augusztus 23-án kezdte meg működését 3200 m² alapterületen, ahol 60 beteg ellátása valósulhat meg. Az ápoláltak zömében 2 ágyas, zuhanyzóval, WC - vel ellátott szobák, társalgó, könyvtár, tornaterem, kápolna, konyha, étkező és gondos ápolási tevékenység várja 60 napi ápolásra. Az intézet tulajdonosa a Magyar Máltai Szeretetszolgálat. Az építési költséget Csilla von Boeselager bárónő közvetítésével a

német Máltai Szeretetszolgálat, a kölni tartomány és kisebb részben a Népjóléti Minisztérium vállalta. A telket Miskolc város önkormányzata adományozta.

folytatás a 7. oldalon



Az Európai Bíróság döntéseinek hatása az egészségügyi szolgáltatókra

Lehet, hogy már minket is érint?

Az évek során hozzászoktunk ahhoz, hogy amikor az Európai Unióhoz csatlakozásunk egészségügyi vonatkozásairól van szó, akkor népegészségügyi programokra, vagy olyan jogi, például munkaegészségügyi szabályozásokra gondoljunk, amelyek az egészségügyi ellátórendszer dolgozóit inkább csak közvetetten érintik. Vannak ugyan olyan területek, például az áruk, a munkaerő, a szolgáltatások és a tőke szabad áramlása, amelyekre nézve ez másként van, de ezek magyarországi hatása az egészségügyben mindaddig távolinak tűnt. Az Európai Unió bírósága azonban az elmúlt egy évben több olyan ítéletet is hozott, amelyek komoly hatással lehetnek az egészségügyi ellátórendszerre és a dolgozók mindennapjaira, akár már a csatlakozásunk előtt is.

Mielőtt áttekintենék néhányat azon ítéletek közül, melyek az egészségüggyel kapcsolatosak, és főként az egészségügyi ellátókat érintik, az uniós működési mechanizmus és az ítéletek jobb megértése érdekében röviden bemutatjuk az uniós jogrendszert és az Európai Bíróság működési rendjét.

A Közösségi jog két részből áll. Az ún. elsődleges jogforrások az alapszerződéseket, azok módosításait, valamint az ezekre épülő egyéb szerződéseket, például a Belépési Okmányokat és a tagállamok által kötött nemzetközi egyezményeket jelentik. Ezeket a szerződéseket a tagállamok nevében azok legmagasabb rangú képviselői írják alá.

A másik csoportot, az ún. másodlagos jogforrásokat a rendeletek, határozatok, irányelvek, ajánlások és vélemények alkotják. Ezeket a hatáskörükben biztosított keretek között az EU intézményei dolgozzák ki, leggyakrabban a Bizottság.

A rendelet uniószerre általános érvényű, azaz alkalmazandó minden tagállamban és külön intézkedés nélkül is a tagállamok nemzeti jogrendszerének részévé válik. Jogokat és kötelezettségeket állapíthat meg a tagállamok, sőt az egyének számára is. Ez a legerősebb közösségi jogalkotási eszköz, hiszen a nemzeti joggal szemben elsődlegességet élvez.

(folytatás a 9. oldalon)

HUNGA - COORD

K I A D Ó H Á Z

Először is a munkaadóknak kellene tudniuk, hogy az EU-ban a munkaadók kötelesek a munkavégzés során a munkavégzés biztonságát és egészségét biztosítani. A munkaadók kötelesek a munkavégzés során a munkavégzés biztonságát és egészségét biztosítani. A munkaadók kötelesek a munkavégzés során a munkavégzés biztonságát és egészségét biztosítani.



Automata vérvizsgáló Győrben

Dr. Mikola István egészségügyi miniszter október 4-én adta át a 75 millió forint ráfordítással megújult Győri Regionális Vérellátó Központot. Az Országos Vérellátó Szolgálat korszerűsítési programjának első állomása az újjászületett régióközpont, amely már alkalmas az EU GMP követelmények teljesítésére és a nagykapacitású automata vérvizsgáló rendszer telepítésének fogadására.

A nemzeti vérkészlettel való gazdálkodás a vérellátás EU-konform feltételrendszerének biztosítása, biztonságos és egységes működtetése végett 2000. július 1-el jött létre az Országos Vérellátó Szolgálat. Az immáron egy éve működő országos szervezet elsődleges szak-

mapolitikai célja, hogy a hazai vérellátásban az EU normáknak megfelelő vérkészítmények biztosításával emelje a betegellátás színvonalát a lakosság életminőségének javítása érdekében.

Az OVSZ stratégiájában szereplő vérellátó tevékenység centralizációs folyamatát több lépcsőben kívánja megvalósítani, melynek célja az országos vérgazdálkodás gazdasági racionalizálása, a GMP követelményeknek megfelelő minőségbiztosítás, a szakmai eljárások automatizálásával az optimális működés biztosítása.

A Győri Vérellátó Központ rekonstrukciójának előkészületei még a miniszter OVSZ főigazgatói működése alatt, már tavaly megkezdődtek.

A tényleges felújítási munkák 2001. március közepén kezdődtek el és csaknem négy hónapot vett igénybe, de ezen időszak alatt is folyamatos volt a vérellátó működése. A beruházást a megemelkedett vérvételi szám, a kivizsgálási feladatok, a centralizáció valamint a régióközpontból adódó szakmai és adminisztratív feladatok is indokolták. Az OVSZ stratégiájában szereplő centralizációs folyamat második lépéseként egy országos program megvalósítása a cél, melynek keretei között az OVSZ automata vérvizsgáló rendszert telepít a régió központokba, ennek egyik állomása lesz Győrben.

OVSZ Sajtóiroda

Alanyi jogon járó tájékoztatási kötelezettség

Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) idén 1945 óta először értesíti a több mint 5 millió biztosítottat arról, hogy az előző évben hány napot töltöttek el nyugellátást szerző munkával, illetve arról, hogy mekkora az a jövedelem, amely majdani nyugdíjuk alapjául szolgál. A Nyugdíjbiztosítót jogszabály kötelezi arra, hogy ezeket az adatokat 2001-től kezdődően minden évben postázza. A kiértesítést

követő telefonos, személyes vagy levélben történő megkereséseknek az ONYF ügyviteli szabályzata szerinti kezelését teszi majd lehetővé az a telefonos ügyfélszolgálati rendszer, valamint a hozzátartozó ügyviteli adatbázis, amelynek megvalósítására az ONYF nyílt közbeszerzési pályázatot hirdetett, melynek nyertese az **Atos Origin Kft.**

OTS Cégvonal

Európai Uniós körkép az orvosi szakma felelősségéről és annak biztosításáról

*** CEA info**
SPECIAL ISSUE N° 8

Tartalom

BEVEZETÉS

I. Könnyebben hozzáférhető kártérítés

1. A megnevekedett orvosi felelősség
2. Magasabb követelmények az orvosokkal szemben

II. Szabályozott kártérítési rendszer

1. A "betegbiztosítási" rendszer alkalmazhatósága és korlátai
2. Megoldás az orvosi kockázat biztosítási problémájára?

A. AZ ORVOSI FELELŐSSÉG

1. Az orvosi felelősség természete
2. Az orvosi felelősség sajátosságai
3. A bizonyíték problémái
4. Különféle problémák

B. AZ ORVOSI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS

SZÖVEZET

Könnyebben hozzáférhető kártérítés
Szabályozott kártérítési rendszer
Az orvosi felelősség
Az orvosi felelősségbiztosítás

Részlet a kiadványból:

BEVEZETÉS

„...Megvizsgálva egy 16 országra kiterjedő kérdőíves felmérés eredményeit az orvosi felelősségről és felelősségbiztosításról, egy olyan feltartóztathatatlan folyamattal találjuk szembe magunkat, amely a pár évvel korábban megjósolt tendenciákat támasztja alá. A következtetés egyértelmű: a betegek szemében a medicina egzakt tudománnyá vált. Az orvosi beavatkozás során elszenvedett sérelem egyre inkább olyan igazságtalanságnak tekintendő, mely jóvátételt érdemel.

Elkerülhetetlen, hogy az európai országok többségében az írott jog alkalmazkodjon a köz tudatban végbemenő változásokhoz, és lehetővé tegye az orvosi kezelés során elszenvedett sérelmekért jóvátételt remélő egyén számára a kártérítést. A bíróságok és jogalkotók előtt egyre szélesebb körű védelmet nyújtó biztosítási kötvények jelennek meg. Minden védelemnek vannak azonban gazdasági korlátai, csakhogy néhány országban ezeket a tartalékokat kimeríteni látszanak. A vizsgálat elemzése az orvosi szakma biztosítási krízisének itt-ott felbukkanó tüneteire világít rá.

A kártérítés eme igénye két formában fordul elő. Néhány országban a hagyományos felelősségi rendszer fejlődése folytán a „vétkesség” fogalma kiszélesedett, vagy a felelősség vételeme egy vétkesség nélküli rendszer kialakulásához vezetett. Más országokban egy szabályozott kártérítési rendszer alakult ki azon sajátos szisztéma bevezetésével, mely többé nem a felelősségi rendszeren alapszik, hanem a személyes biztosításon...”

*

A jegyzet utánvétellel megrendelhető a Látlelet szerkesztőségében telefonon vagy postai úton 16.200 forint áfás önköltségi áron. (Eredeti angol és szakmai magyar fordítással.)

Postacím: Hunga-Coord Kiadói Kft., 2001 Szentendre Pf.: 56

Tel.: 06 (26) 500 638, -39

Fax: 06 (26) 316 659

E-mail: latlelet@elender.hu

Ne feledje: a szellemi szabadfoglalkozás státusza saját felelősségbiztosítással jár. Nem árt ismerni a környező országok jogi gyakorlatát!

Egészségügyi közigazgatási képzés

Két új szakra várják a jelentkezőket a másoddiplomát adó Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Közgazdasági Továbbképző Intézetébe. *Felszámoló és vagyonszámoló*, valamint *lobbi szakértő* szakon is várják a pályázókat. Az oktatási programban összesen huszonháromféle szakközgazdász képzés szerepel. Ilyenek egyebek közt a *vezetési és szervezési, a környezeti menedzsment, a jövő kutatás, előrejelzés (stratégiaformálás) szak*, valamint az *egészségügyi és gyógyszerügyi menedzsment szak*. A posztgraduális oktatási formán kívül középfokú és felsőfokú tanfolyamokat is indítanak. Várhatóan nagy érdeklődés kíséri majd az *innováció, az elektronikus kereskedelem, digitális gazdaság témakörében*, valamint az ugyancsak most első ízben induló: *Működési kockázatkezelés a bankban* – címmel tervezett tanfolyamokat. A jelentkezési határidő: október 31.

Tájékoztató kiadvány és jelentkezési lap kapható a KTI-nél (cím a kiadványban).

Postabontás:

Vélhetően Önöknek birtokában van az Orvosetikai Statutum. Szükséges, időszerű, hogy eljussunk oda, hogy alaphelyzeteknél fontossági sorrendet állítsunk fel és azokat betartsuk vagy betartassuk. Ezért kérem lapjukat az alábbiak közlésére:

Már az 1972. évi, majd a most érvényben lévő 1997. évi egészségügyi törvény is több olyan jogszabályt biztosít az orvoslásban résztvevők részére, amely orvosi igazoláshoz kötött. Ilyen jogszabály az egészségi állapothoz kötött időszakos, tartós, vagy végleges egészségromlás. Ilyen igazolások alapján folyósítanak táppénzt, megváltozott munkaképességi támogatást, rokkant ellátást, járadékot a mindig itt élőknek és a mára már korszerűtlen, háttér-fedezet nélküli szociálpolitikai események alapján történő kifizetéseket. Ezekből „fejlődnek ki” a háttér-fedezet nélküli nyugellátások. Orvosi igazoláshoz kötöttek a bírósági tárgyalásokról való távollétek, sőt az országgyűlési képviselők is ilyen igazolásokkal maradhatnak távol népképviselői kötelezettségeikről, s jutnak tiszteletdíjhoz. A jogalapot nélkülöző igazolások forgalomba lépének megalapozottnak, szakszerűnek illene lennie. A nem szabályos – háttér nélküli – igazolások okirathamisításnak minősülnek, s mint ilyen büncselekmény. A Magyar Orvosi Kamaráról szóló 1994. évi XXVIII.sz. törvény alapján a Kamara megalakította az Orvosetikai Statutumot. Ennek megfelelően minden praktizáló orvosnak az ebben leírtakkal, azok követelményeivel tisztában kell lennie. Az orvosi igazolásnak tartalmi és alaki követelményeit a 33-36. pont-

ja rögzíti, mely kiadásra kerülő dokumentumnak az Országgyűléstől, az egészségromlás igazolásával összefüggő társadalombiztosítási szervezeteknek ismernie kell, s alkalmazni kötelező, mely közpénzek folyósítását eszközöli. A bíróságnál, a felsőoktatáshoz is ilyen tartalmú és alaki igazolásnak kellene beérkeznie, de még az iskolai mulasztások igazolásánál is. Azonban ez nem így történik. Míg az egyre köztudottabb, hogy a megelőzés, a betegellátás komoly költségterhet igényel – gazdálkodási, s nem csupán humanitárius kérdés az ellátás –, talán be kellene építeni az orvosképzés rendszerébe is. Az orvosetikai Statutumot célszerű lenne az ellátásra jogosultakkal is széles körben megismertetni, hiszen csak így tudják érvényesíteni jogaikat, elvárásaikat. Vélhetően ez volt az alapja annak a rendelkezésnek is, hogy minden praktizáló orvost névreszóló számított bélyegzővel láttak el, hogy az általuk leírtak (megállapítások háttér) követhetők legyenek.

„...33./ Az orvosi bizonyítványt az aktuális vizsgálat vagy az előző vizsgálatok alapján kell kiállítani.

34./ Az orvos csak illetékességének megfelelő igazolást adhat ki.

35./ Az igazoláson fel kell tüntetni a vizsgált személy azonosítására szolgáló adatokat, az igazolás keltét, a vizsgálat idejét, valamint az igazolást kiadó orvos és intézmény azonosító adatait és az igazolás célját.

36./ Az igazolás csak a valós és legszükségesebb adatokat tartalmazhatja...”

Erőss Angéla
Budapest

Más kép - másképp

A Magyar Orvosírók és Képzőművészek Köre idei, immár XXVI. találkozója Balatonlellén, a Postás Hotelben tartotta. A képzőművészeti kiállítás mellett három napon át az irodalmi alkotások bemutatása, útleírások, diavetítések, zenei produkciók meghallgatása és megtekintése zajlott. A MOKK évek óta azzal büszkélkedhet, hogy határon túlról is számos orvoskolléga hozza el alkotását. Az irodalmi alkotások sokrétűen, tarkán, érdekesen mutatják be, hogy az egészségügyben dolgozóknak milyen rejtett tehetségek munkálkodnak. Idén számos vers, novella, esszé, utirajz került bemutatásra, s nem hiányzott most sem a humor.

Dr. Nagy Imre

A Paraszolenciamentes Manager Szemléletű Gyógyításért Alapítvány köszönétét fejezi ki azoknak, akik személyi jövedelemadójuk 1 százalékát az alapítványnak ajánlották fel. Az így befolyt összeget (10.871 forintot) a Látlelet expedíciójára fordítottuk, ezáltal is szolgálva az alapítványi célt: az egészségügyi információhoz juttatását.

A táplálkozás szerepe a betegségek kialakulásában és azok megelőzésében

(folytatás az 1. oldalról)

A huszadik században az energia bevittével párhuzamosan csökkent a fizikai aktivitás.

– A táplálkozási problémák ellen csak részben tudunk védekezni – mondja dr. Illyés Edit. Ma minden a hozam növelése érdekében történik, a többi paraméter rovására, mind a növényi, mind az állati táplálékoknál. A folyamatos műtrágyázás következtében a kalászosok legértékesebb részében, a csírájában szermaradványok, a műtrágya derivátumai, mycotoxinok halmozódnak fel. A környezeti szennyeződések között érdemes kiemelni azt a tényt, hogy a műutak, forgalmas autóutak közelében termesztett gabona nehézfém szennyeződése akár négyszerese is lehet a távolabbi területen termesztetthez képest. Nem ismeretes Csernobil hatása, a talajnak és a víznek az atomrobbanás következtében létrejött szennyeződése.

Nem szabad megfélemlíteni a gyomirtók káros hatásáról sem. A gabona tisztasága a megfelelő csávázástól is függ. A magas kiőrlésű gabona a feldolgozás során jórészt elveszíti a szem avasodását elősegítő értékes anyagokat. (Ebben vannak például a zsírban oldódó vitaminok.) A konzervált húsárak, például a füstölt sonka, carcinogen nitrozaminokat, dimetilnitrozamint, nitrozopirolidint és nitrozopiperidint tartalmazhat.

Sokat hallani a tárolás, tartósítás egészségkárosító hatásáról...

– A termesztés és a feldolgozás során előforduló káros hatásokhoz gyakran hozzáadódik az élelmiszerek helytelen tárolásából eredő hatások. (Például a nyirkos helyen tárolt gabonán aflatoxin keletkezik, amely a policiklikus szénhidrogénekkal, nitrítel és nitroza-

minokkal direkt hatású carcinogen. Ha az ecetet műanyag flakonban tárolják, polivinilklorid oldódhat ki belőle, stb.) Az élelmiszer elkészítésekor is keletkezhetnek rákkeltő anyagok. (A benziprén és más policiklikus szénhidrátok a húsfélék, vagy halak felhevítésekor és ezek füstölése során keletkeznek. A cukor karamellizálása során is keletkeznek mutagén anyagok.)

Az állatok tájja olyan idegen anyagokat, szteroidokat tartalmaz a hozamnövelés érdekében, amelyek nem szerepelnek az adott állat táplálkozási láncában, következésképpen gyengül az immunrendszere, védtelenebb a különféle betegségek ellen. Az ivóvíz arzénrel, nehézfémekkel kontaminálódhat, a vízvezeték-ből polivinilklorid oldódhat ki.

Magyarországon további gondot okoz, hogy a nyersanyag-forrás – eltérően a nyugat-európai, szigorú szabványok alapján működő minősítési feltétel-rendszerrel – nem mindig származik biztosan ellenőrzött helyről, a föld szennyezettségének mérése nem rendszeres, hiányzik a magyar minősítési feltételrendszer. Pozitív példaként említhetném a Galgahévízen található Galgafarm Szövetkezetet, amely tartósan megbízható minőséget produkál.

A védekezés mikéntjét illetően **dr. Illyés Edit táplálkozáskutató** három területet jelölt meg, *az étrend korszerűsítését, táplálkozás kiegészítő alkalmazását és az életmód megváltoztatását.*

Egy rákbeteg azonos onkológiai protokollban részesül Magyarországon és az USA-ban is. Fontos azonban, hogy a remissio hogyan telik el – mondja. Nálunk nincs igazán komoly

következménye annak, hogy az onkológiai protokollok szünetében nem megfelelő minőségű antioxidáns ellátásban részesül a beteg. A remissio szakaszai azonban egyre rövidülhetnek, hiszen az alapbetegség, a kiállott kezelések mellékhatása következtében az immunrendszer egyre gyengül. A terápia nem garantálja, hogy a betegség nem újul ki. A megfelelő védekezés az említett három területen a remissio időtartamát meghosszabbítja. Az életmód megváltoztatásakor nemcsak a dohányzás és az alkoholfogyasztás elhagyását, hanem a stresszmentes környezet megteremtésének fontosságát is kiemeli a szakember.

Egyik napról a másikra nem megy... *A tanácsadás során érdemes figyelembe venni – mondja a szakember, hogy az emberek általában nem képesek egyik napról a másikra felhagyni megrögzött rossz szokásaikkal. Nem érdemes olyasmit tanácsolni, amit a páciens eleve nem fogad meg. Egy erős dohányos nem fogja eldobni cigarettáját, ezért napi cigaretta adagjának csökkentését, és carotenoid komplex C-vitamin dózisának növelését célszerű javasolni. A szervezetben végbemenő normál és kóros lefolyású élettani folyamatok során, valamint a szervezetet érő külső és belső károsító tényezők hatására szabadgyökök keletkeznek.*

Az utóbbi évtizedekben egyre több kutatás eredményéből derült ki, hogy a **szabadgyökök, ha számuk meghaladja a fiziológiai szükségletet, milyen kóreltani hatásokat okoznak a szervezetben** (coronaria szklerózis, carcinoma, idegrendszeri betegségek mint Parkinson és Alzheimer kór; emésztőszervi megbetegedések: máj- és bélbetegségek, cataracta, öregedési folyamatok felgyorsulása: mitokondriális funkciók károsító hatása révén.)

A nem megfelelő táplálkozáson kívül a fokozott stresszhelyzet, bármilyen betegség, sebészeti beavatkozás (műtétek), káros környezeti hatások (szennyezett levegő, ionizáló sugárzások, *organikus oldószerek*) is szabadgyök felszabadulással járnak. E kórfolyamat kivédéséhez **antioxidánsokat** kell fogyasztani, táplálékok és táplálékkiegészítők formájában. Antioxidáns hatások hiányában oxidatív stressz keletkezik, ami a kóros folyamatok beindulásához vezet.

Az energiát nem szolgáltató, de nélkülözhetetlen vitaminok közül kiemelkedő szabadgyök-fogó, tehát antioxidáns szerepe van a zsírban oldódó *A-vitaminnak és provitaminjainak, a caroteneknek és carotinoidoknak, továbbá az ugyancsak zsírban oldódó E-vitaminnak, a tokoferoloknak és tokotrienoloknak.*

Az A-vitamin anticarcinogen hatása epidemiológiailag bizonyítást nyert. A zöld és sárga színű zöldségek fogyasztása csökkenti a tüdőrák rizikóját.

A különböző E-vitamin

aktivitással rendelkező anyagok közül ezidáig a *tokoferolokat* és a *tokotrienolokat* azonosították, amelyeket természetes formájukban kizárólag növények szintetizálnak. Tumorprevenziós jelentőségüket antioxidatív hatásuknak köszönhetik. Az E-vitamin és más antioxidánsok, például a C-vitamin között kölcsönhatás van, de a tokoferol és tokotrienol zsírolékonysága kiemelt szerepet biztosít számukra a tumorprevencióban.

„Nem mindegy azonban – hangsúlyozza Illyés Edit – **hogy a szervezetbe sima E-vitamin, vagy komplex, a négy tokoferolt és négy tokotrienolt tartalmazó, komplex E-vitamin kerül.** Kísérletek igazolták, hogy a szintetikus (gyógyszertári) E-vitamin terhes nők placéntáján keresztül a magzatba történő beépülése igen alacsony határfokú. A komplex E-vitamin hatása a szintetikus E-vitaminhoz képest tízszeres! Kiemelendő a tápanyagok közül a búzacsíra olaj.

Orvosi szempontból ígéretesek a *szekunder növényi anyagok*, a **polifenolok**. Mintegy négyezer flavonoid-származék ismert. Szerepük a **rák megelőzésében** és a meglévő **daganatos betegségek** – például mellrák – **kiegészítő kezelésében jelentős.** Sikeresen alkalmazhatók nőgyógyászati daganatok, pél-

dául méhnyakrák utókezelésében is. A polifenolok nem csak *anticarcinogen* hatással rendelkeznek, hanem védelmet nyújtanak a *mikroorganizmusok, rovarok, baktériumok és gombák* ellen.

Az **ellagsav**, amely egy fenolos dilakton, legfontosabb forrása az eper, a málna, a szőlő, a dió és a pekándió. Az ellagitanninok, amelyek természetes előfordulása a zöld teákban a legmagasabb, *védenek az ultraibolya sugárzás káros hatása* ellen, és kedvezően befolyásolják a humorális immunitást.

A sárga és vörös hagymában, tökben és a brokkoliban található **quercetin** például **gátolja a daganatsejt képző enzimek aktivitását**, és fokozza a citosztatikumok hatását. A daganat megelőzésben jelentős szerephez jutnak a természetes proteáz-inhibitorok is. Epidemiológiai vizsgálatok kimutatták, hogy a proteázban gazdag étrend (rizs, kukorica, bab) fogyasztásánál kevesebb mellrák, vastagbélrák és prosztatarák fordul elő.

Egyre több gyógynövényről derül ki, hogy kedvező hatásukat antioxidáns tulajdonságuknak is köszönhetik. (például fokhagyma, köménymag)

„Irányleveinket városi viszonyainkra kell adaptálni”

A betegségek megelőzésének és gyógyításának elengedhetetlen feltétele a kiegyensúlyozott, növényi rostokban, telítetlen zsírsavakban és vitaminokban gazdag táplálkozás, az optimális tápláltsági állapot – hangsúlyozza Illyés Edit. Visszamenni a Rousseau-i környezetbe nem tudunk; városi viszonyainkra kell adaptálnunk az irányleveket. A tanácsadás során figyelembe kell venni azt, hogy az emberek nem mondanak le megrögzött szokásaikról a táplálkozás terén sem. Ezért a táplálkozási tanácsadás mindig a *fokozatosság elv* alapján, minimális restriktívval, egy-egy dolog bevezetésével, illetve korrekciójával történik. Például, aki illetékesen csirkehúst szokott fogyasztani, húzza le a csirke bőrét, s úgy készítse el. Ha zöldséget, gyümölcsöt vásárol, érdemes kis piacon, idős nénytől, östermelőtől beszerezni, hiszen ezek az árusok – már csak anyagi okból – nem vegyszerezik agyon az árut.

A táplálkozási és életmódbeli szokások mellett a prevenció harmadik területe

Táplálék kiegészítők (nutritien)

fogyasztása, melyekkel a táplálkozás- és életmódbeli anomáliák jelentős korrekciója hajtható végre, szükség esetén pedig a gyógyszeres kezelés kiegészítőjeként funkcionál. Most már vannak olyan, orvosi fejlesztőháttérrel rendelkező cégek, amelyek megfelelnek a táplálék kiegészítők gyártásával szemben támasztott követelményeknek: organikus, az emberi táplálkozásláncból származó, természetes alapanyagból állítják elő, s a szinergizmus érdekében komplexek. Jól felszívódnak, egyes összetevőik kiegészítik egymást, nem toxikusak. A bennük lévő hatóanyag mennyisége kisebb, mint a gyógyszeradag.

Mikor ajánlható tehát a táplálék kiegészítők fogyasztása?

– Akkor, ha a vegyes táplálkozás ellenére relatív hiányállapot alakul ki fokozott igénybevétel miatt: sportolóknál, dohányosoknál, alkoholizmusban, krónikus stressz állapotban, felszívódási zavar esetén, kardiovaszkuláris megbetegedés esetén, krónikus gyulladással járó megbetegedésekben, exo- és autoallergén kórképekben, zsírsavcsere zavar esetén, daganatos megbetegedésekben, továbbá csökkent tápanyag felvétel esetén: fogókúrázóknál, vagy idős korban. Daganatos, vagy kardiovaszkuláris megbetegedésre való hajlam esetén megelőzőként is ajánlott az antioxidánsok fogyasztása. A táplálék kiegészítők a kezelőorvos által beállított gyógyszeres kezelés mellett fogyasztathatók, mivel ugyanazokból az anyagokból készülnek, mint amiket táplálékként is fogyasztunk.

Szadvári Lídia
Budapest



HUNGA COORD

SAJTÓIRODA

**PR és Kommunikációs
Ügynökség**

2000 Szentendre, Fiastyúk u. 2.
Tel.: 06 (26) 500 638/39
Tel./Fax: 06 (26) 316 659



Elhúzódo akkreditáció a továbbképzésben

A kifogásolt rendeletről is szó volt Füreden

Szeptember 20. és 22. között a hagyományoknak megfelelően idén is megrendezték az Őszi Füredi Orvosnapok rendezvény-sorozatát. Az utolsó nap délelőttjén ezúttal egészségpolitikai programokra került sor. Miniszteri fórum után kerekasztal-beszélgetés következett a családorvosi továbbképzésről.

Bár a résztvevők a háziiorvosok képviselői voltak, a 73/1999 sz. rendelettel kapcsolatban sok minden hangzott el, ami más specialitásokra is érvényes, hiszen a jogszabály mindenre vonatkozik, hibái mindenkinek kellemetlenséget okoznak.

Balogh Sándor moderátor felhívta a hallgatóság figyelmét arra, hogy ha valaki elolvassa a népegészségügyi programot, az láthatja, abban semmi olyan nincs, amit egy jó körzeti vagy háziiorvos ne csinált volna eddig is.

Elsőként **Arnold Csabát** hallhattuk a **Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének** képviselőjében. Elmondta, hogy a továbbképzés célja elsősorban az egységes betegellátás. Ezzel kapcsolatban hangsúlyozta, hogy az ellátás különböző szintjein működő orvosoknak mindannyian részt kellene venniük a rendszerben, éppen az azonos cselekvés érdekében, sőt, szerinte a nővéreknek is, hiszen a munkatársaknak hasonló ismeretekkel kellene rendelkezniük az együtt végzendő munka érdekében. A továbbképzések lehetőséget teremtenek szintfelmérésre, többek között sajátmagunk számára is. A korszerű ismeretek a szakma presztízsét is növelik az ellátás színvonalával. Motiválásra van szükség, nem szankcionálásra.

Véleménye szerint a jelenlegi továbbképzési rendszer nem működőképes, túladminisztráló, túlzottan centralizált. Nagyobb szerepet kellene juttatni a helyi családorvosi szervezeteknek a miniszter által

említett központi alapítvány finanszírozása és a tanszékek szakmai irányítása mellett. Kiscsoportos interaktív szemináriumok látszanak a leghatékonyabbaknak. Azt viszont le kell szögezni, hogy szponzorálás nélkül ezek nem működhetnének. A professzor felhívta a figyelmet azokra a minősítő továbbképzési lehetőségekre, amelyek teljesíthetetlen feltételek miatt a többség számára hozzáférhetetlenek.

Ezután **Hajnal Ferenc Szegedről** tájékoztatta a hallgatóságot arról, hogy náluk hogyan szervezték meg a régió háziiorvosainak továbbképzését. Nagy hangsúlyt helyeztek arra, hogy a különböző típusú körzetekben dolgozók mindannyian teljesíteni tudják a rendeletben előírt kötelezettségüket. A délföldi régióban több központban évi két alkalommal öt napos továbbképzést szerveznek napi hat órában. Egy kurzus 30 pont megszerzésére ad lehetőséget és munka mellett is teljesíthető. A nagyvárosokban alkalomlag szervezett szakmai rendezvényeken lehet teljesíteni a rendeletben előírtakat. Hajnal professzor szerint 3 évenként lenne indokolt az ismeretek megújítása. Szerinte az 5 év kevés. Szükségesnek tartana egy átfogó felmérést a tudásszintekről – akkor is, ha ez sérti a privát szférát –, mivel erre lehetne alapozni egy egységes továbbképzési rendszert. A távoktatás feltételei jelenleg még nem állnak rendelkezésre. Elmondta, hogy az eddigi gyakorlatról eltérve ez év őszétől változtatnak a tesztvizsgák rendszerén. A helyszíni felmérések helyett – azok irrealitása, értékelhetetlensége miatt – postán megküldött kérdésekkel szándékoznak elérni a tematikával való érdemi foglalkozást.

Ilyés István Debrecenből felhívta a figyelmet a rendelet hibáira. A túl-

zott adminisztráció, az ellentmondások, az értelmezés zavarai ha nem is kívánják meg új jogszabály megalkotását, rendeletmódosítás mindenképpen szükségesnek látszik. Fontosnak tartotta a különböző szintek feladatainak pontos meghatározását, köztük az oktatási intézmények, kamara, szakmai kollégiumok szerepének egyértelmű tisztázását.

A pécsi családorvosi tanszék képviselője beszámolt a továbbképzéssel kapcsolatos feladataikat segítő számítógépes programokról. Amint elmondta, naprakész adatbázis áll rendelkezésükre, aminek alapján a szükséges igazolásokat is megfelelő formában ki tudják adni. A bevezetésre került lecke-könyvet korszerűtlennek tartják.

A rendelet hibáival kapcsolatban elmondta, ők is módosítást javasolnak: egyszerűbb és évente egyszeri akkreditációs folyamatot, továbbá korrekt, megfelelő kreditpontszámokat, az értelmezési zavarok, ellentmondások kiiktatását.

Karlinger Kinga kamarai titkár beszélt a kamara, a szakmai kollégiumok szerepéről, mellyel kapcsolatban bizonyos ellentmondások tapasztalhatók a jogszabályokban. Elmondta, hogy a kamara mindenképpen el akarja érni az anyagi terhek csökkentését. Kiállt a korszerű adatkezelés mellett, aminek megfelelő alapja lehet a MOK nyilvántartási rendszere. A bevezetett lecke-könyvet nosztalgikus jelenségnek mondta. Beszámolt róla, hogy a kamara a Springer kiadóval távoktatási rendszer kidolgozásán fáradozik. Az akkreditációs folyamat bírálóihoz csatlakozva elmondta, hogy véleménye szerint ez az ügymenet virtuális, csak papírok jönnek-mennek.

- sys -

Az egysejtű álma

folytatás az 1. oldalról

Kiváló összegzés, a lényegre tapint rá. A hagyományos gondolkodást lehet retrográdnak minősíteni, de nem számolni vele, vagy pejoratíve közelíteni hozzá több, mint hiba. Ugyanúgy kezelendő tényként kell elfogadni, mint az időközben eluralkodó piaci meghatározottságot az ellátó rendszer működésében. Ne felejtjük el, hogy a Békefi doktor által fentebb tömören jellemzett rendszer teljes társadalmi elfogadottság mellett nemcsak megállta a helyét évtizedeken át, hanem morális töltésével újra és újra áthidalta a politikai ígéretek és a lehetőségek között tátongó szakadékot, azt, amiről tulajdonképpen ma is beszélünk. Igen, a rendszer hipertrófiája miatt a jövőben ez a morális tartalék már kevés lesz. A feszültséget már nem enyhíti az alacsony bérszint, már nem segítenek a munkajogi törvénytelen-ségek. Nem vitás, az ósdi eszközök csődjé szükségyszerűen vezet új megoldások kutatásához, az eddig nem ismert módszereknek egy új rendszerbe kell illeszkedniük.

A szép új világhoz új emberek kel- lenek. Azonban a ma működő egy- sejtűek közül még sokaknak lehet, évtizedekig részt kell venniük abban a közegben, amely egyre távolodik tőlük. A kérdés: mi lesz addig? Milyen közérzetet kínál az ország ezeknek a diplomásoknak, akik sok évig az értelmiségi szuverenitás illúziójában éltek? A reform kulisszái mögül disszonáns hangok szűrődnek át. Az átalakuló rendszerben bur- jánzó bizonytalanság nyomán meg- indult a migráció minden irányban, beleértve más szektorokat és a külföldet is. A társadalom az or- voskar felé egyre nagyobb elvárá- sokat fogalmaz meg tárcakörülí csoportosulások ötleteivel és köz- vetítésével, ugyanakkor ennek meg- felelő ellentételezésétől hűzódózik. Az ifjúság pedig a szomszéd műanyaggyerekek prosperáló vál- lalkozásának láttán gondolkozni kezd, jó bolt-e ekkora szellemi investíció azért a pályáért, melynek

nyűgei nap mint nap folynak a médiából és az ismerősök plety- káiból. Vigyázat, a szakma karcsú- sodása is csődhöz vezethet!

Békefi főorvos említi a hazai jogi szabályozás hiányosságait. Igen, a reformnak nevezett folyamat során sokszor kellett megélni jogszabályok teljesíthetlenségét. Egyik aktuális reprezentatív darabja ennek a gyű- teménynek a továbbképzési rendelet, amelynek hibáit, ellentmondásait már sokan felsorolták. Legutóbb Füreden kerekasztal-beszélgetés fő témája volt, és mindenki egyetértett a módosítás szükségességében. (Záró- jelben jegyzem meg, lassan két éve hatályos.) Más. A nem kellően megrágott jogalkotásnak köszön- hetően több évtizedes munka után húztak ki szőnyeget kollégák lába alá egy tollvonással ugyanakkor, amikor kiváló helyzetfelismeréssel megáldottak az elmúlt években szinte a semmiből építettek fel karri- ereket és azok bátyáit. És lehetne folytatni a sort, az elbizonytalanodás stációt.

Ellentétben a benne hajdanán kialakult képpel az egysejtű azt látja, hogy az évtizedeken át bec- sülettel elvégzett munka formális bére semmire nem elég, erkölcsi megbecsülése nulla. Aki teheti, informális jövedelemforrás után hajt, ha nem talál és teheti, kreál olyat.

Közben az egysejtű gyanakvóvá vált. „*Te jó Isten, mi jön még?*” – fohászkodik. *Nem tudja, mit hoz rá a filogenezis?*

Mostanában az egysejtű egyre kevesebbet álmodik. Ha mégis, álmaiban visszajár egykori kollégái közé, kihúzza magát, újraéli a maga- biztosságot, amit a közösség nyúj- tott valamikor.

És azt álmodja, hogy egy kicsit talán meghagynak ebből neki.

Dr. Szili Horváth Gyula pedig néz tovább egy idegen dimenzióba. Tőle már semmit el nem vehetnek.

Tálas-Tamássy Tamás

Szeptember végén a balatonfüredi Füred szállóban ez évben is sor került a 62. Őszi Füredi Orvosnapok megrendezésére. 22-én délelőtt a szokásos egészségpolitikai blokk miniszteri fórumot és továbbképzési kerekasztal-beszélgetést kínált a hallgatóságnak. A fórum témája a népegészségügyi program és az intézményi törvénytervezet volt.

Nem elég, hogy csak félháznai érdeklődő gyűlt össze, amint azt Édes István professzor, elnök elmondta, kérdés sem túl sok érkezett. Az embernek eszébe jutottak a régi szép idők, amikor a szanatórium díszterme zsúfolásig megtelt ilyen alkalmakkor. Aztán jött néhány csalódás, ismét divat lett az ősmagyar kódolvasás, mára meg itt az eredmény. Úgy látszik, öregedett a társaság, nehéz izgalomba hozni.

A tárca vezetője tájékoztatójában a tízéves népegészségügyi programot és a kórház-törvényt részletezte.

A mostani népegészségügyi program tulajdonképpen az 1990-es híres-hirhéd cselekvési program folytatása – kezdte tájékoztatóját a miniszter. A megelőzés vált prioritássá. Mint mondta, gazdasági fellendülés csak jó állapotban lévő emberekkel lehetséges, a mai leromlott állapotú, frusztrált, rokkantnyugdijba menekülő lakossággal kezdeni kell valamit. Idézte a Világbank által közzétett riport egy mondatát: „Tudomásul kell venni, hogy a tartós gazdasági fellendülés alapja 76 százalékosan a humán erőforrás kondíciója.” A program filozófiája tudati-spirituális elemeket is hordoz. Az ember felelős saját egészségéért és embertársaiért is, és ez a felelősség a nemzettudat, az együvértartozás tudatának erősödéséhez vezet- het.

A program politikai ciklusokon átível, négy év alatt nem lehet végrehajtani. A lakosság sokat emlegetett egészségi állapotát rendbehozni hosszú időt vesz igénybe, és az is alapigazság, hogy a program végrehajtása során messze az egészségügy határain túl kell lépni. Társadalmi fogadókészség nélkül nem lesz eredmény. A miniszter beszámolt azokról az erőfe- szítésekről, amelyek eredményeképpen már más tárcákat is siker- ült bevonnai a végrehajtásba, illetve a program finanszírozásá- ba. A társadalmi nyitás egyik eredményeképpen a katolikus püspöki konferencia első pontként tárgyalta az egészségügyi helyzetet.

Törvény születik

Egy kis egészségpolitika az orvosnapokon

Rátérve az intézményi törvénytervezetre, beszédében a mi- niszter részletesen indokolta a küszöbönálló változtatások szük- ségességét és elkerülhetetlenségét. A kilencvenes évek elején biztató folyamat indult, különösen az alapellátás területén si- került előremutató lépéseket tenni. 1993-ig ez a folyamat jó ütemben haladt, majd megtorpant és az 1996-os ágyszám- törvény végképp elbizonytalanította az érintetteket, újra vissza- köszöntek a hajdani kijárási módszerek. Mint mondta, lehet vitatkozni részletkérdéseken, bizonyos aggályok érthetőek is, azonban tudomásul kell venni, hogy az egészségügyben veszé- lyes tendenciák jelentek meg, lépéskényszer van, tenni kell valamit. Meg kell különböztetni, mi a nagyon fontos, a kevésbé fontos, mi a nem fontos. Újra kell gondolni a hippokratészi esküt is: ma az orvosilag lehetséges megvalósításához szükséges anyagi határa a csillagos ég, ezért a döntések során a közösség érdekeit is figyelembe kell venni.

Hasonló helyzet alakult ki, mint '89 táján az egész gazdaság- ban. Az egészségügy környékén megjelent a nagyvállalkozói világ. A csúcstechnológia elterjedése nyomán a privatizációs igények miatt szabályozás szükséges, mivel a közpénzek elfoly- nak. Az utóbbi időben sikerült pénzek kiáramlását meg- akadályozni, ezért lehetett a finanszírozás szintjén javítani. A gyógyszerpiacon történtek is illusztrálják a rendezetlenség kiszámíthatatlan következményeit. A gyógyszergyárak parttalan promóciós tevékenysége következtében több tízmilliárdos nagyságrendű gyógyszerámogatási többletkiadás mutatható ki, amely összeget például bérrendezésre is lehetett volna fordítani. A gyógyszerfelhasználást sok esetben nem a szakmai indok, hanem a reklámtevékenység határozza meg. Rendezni kell az Országos Gyógyszerészeti Intézet törzskönyvezési gyakorlatát, a szponzorálást pedig alapítvány révén szektorsemlegessé kell tenni. A gyógyszerhasználat racionalizálását célozzák az OGYI ajánlásai is, amelyek az első-, másod-, harmadsorban javasolt gyógyszereket sorolják fel. Amennyiben az orvos a harmadikat

rendeli, részletes igazoló jelentéssel kell megin- dokolnia döntését. Még egy adalék: még csak folyamatban van a gyógyszerárak repatriációját rendező rendelet előkészítése, de már megjelent a zártforgamú patika a láthatáron, mint kiskapu a nyomuló érdekek számára.

Az intézményi törvény alapvető célja az egészségügyi ellátó rendszer ágazatspecifikus piaci mozgáslehetőségeinek a meghatározása. Közgazdászok bevonásával igen alapos előkészítést végzett a tárca. Standard akkreditációs rendszer fogja rövidesen biztosítani, hogy minden kórház tudja, hol a helye a progresszív ellátásban, mi a feladata és ehhez a feladathoz milyen eszköztárszám szükséges. Az áta- lakulás során megalakuló közhasznú társaságok gazdálkodási lehetőségei kiszélesednek a költségvetési gazdálkodáshoz képest, hitelfelvételre nyílik lehetőség. Mindez a közszolgá- latást nyújtó felelősségének a megtartása mellett. A nyere- ségérdekelt alvállalkozók bekapcsolódása a rendszerbe sokak- ban ellenérzést váltott ki, alaptalanul, mivel a kht. felelősségét a törvény egyértelművé teszi, külső forrás viszont csak az alvál- lalkozók révén juthat a rendszerbe a kht. kötöttségei miatt.

Mikola óva intett azoktól az illúzióktól, amelyek szerint a szféra fontosságának elismertetése külső forrásokhoz juttatja az ágazatot. A szerkezeti változásokat kell kidolgozni, jogi formá- ba öntve elfogadtatni a törvényhozással, és ezután várható, hogy a végrehajtáshoz a költségvetés biztosítsa a szükséges fedezetet – hangsúlyozta a miniszter. Az egészségügy kívülről nem várhat forrást, az esetleges gazdasági növekedés – ami a jelen helyzetben kétséges, hogy marad a jelenlegi szinten – nem biztos, hogy az egészségügyi ráfordításokat is növelni fogja. Nem valószínű, hogy elkövetkezik egy „egészségügyi éve”. Kényszerhelyzeteket kell teremteni, amelyekben kikerülhetlen a forrásbővítés. Ilyenek a törvényi lehetőség alapján megalakuló kht.-k esete is: a törvény elfogadása után a tőkehányad megje- lenítéséhez a forrást is biztosítani kell hozzá.

A viták során sokféle aggályt fogalmaztak már meg, többek között a Magyar Orvosi Kamara is. Mint ismeretes, a kamara a törvénytervezet elutasítását javasolja a kormánynak. A miniszter szerint ennek oka nem értes, konzervativizmus, indokolatlan félelmek. A tárgyalás azért folytatódik. Azt meg kell érteni,

(folytatás az 5. oldalon)

ETIKA: 2001. szeptember 11.

A Látlelet, orvosi kommunikációs szaklap hónapokon át közlő előkészítő tanulmányait. Ezeknek a célja az volt, hogy legalább az orvosokat meggyőzzék arról, hogy az *informatika, géntechnológia és atomkor* olyan emberi magatartás-szabályozásokat kíván – azaz új etikát –, amely elég hajlékony és megbízható támaszt ad a kor viselkedési kívánalmainak és alapelméleti globálisan elfogadhatók a Világ népességének. Ma nem lehet az egekől levezetni azt, hogy hogyan viselkedjünk egy olyan emberiséget egészében érintő tragédia esetén, mint amire a címben szereplő dátum, a new-yorki szeptember 11-i történetre utaló szám figyelmeztet.

A tanulmányokat lezáró *Új Etika ?!* című írásom (Látlelet 2001. 4-5. szám) aztán összegezte mondandómat, mely alapját képezte volna az Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának 2001 november 8-9-én megrendezésre kerülő, MOK II. Etikai Konferenciáján elmondandó, Szekularizált etika című előadásomnak. A tanulmányok végkövetkeztetésével, hogy tudományos életben csak irracionális kizáró, korszerű etika képzelhető el irányítóként, sokan nem értették egyet, mint ahogyan arról értesültem. Azonban megkeresés nem érkezett, így arra kellett következtetnem, a téma súlyát nem érzékelik, nem mernek szembenézni a belőle eredő és levonandó következményekkel, vagy egyszerűen érdektelenek az emberek az etikai kérdésekkel szemben.

Pedig akkor még csak európai dimenziókban gondolkodtam. Ezen az európai gondolat által érintett mindazon földrészeket értettem, ahol a három, világot formáló tudományos eredményt tovább fejlesztik és következményeit leggyorsabban a gyakorlatba ültetik át. Akkor még a Világ egymás mellett békében élő nemzetekből állt, akik különböző kultúrákban élnek, és a civilizációs eredményeket gazdasági életük teljesítőképességétől függően tették társadalmuk közkincsévé. Eggyel azonban már akkor tisztában voltam, nem mindenhol adnak a népek hűtőgépet és televíziót, nem mindenhol csatlakozik a lakáshoz fürdőszoba, de ahol ezek nincsenek is, a sarokban ott állnak a géppisztolyok és rejtett helyeken a rakéták, bombák és bakteriumok.

Szeptember 11-én minden megváltozott. A békés kultúrákban előtérbe kerültek a vallások legsúlyosabb nézetei, pillanatok alatt kézbe vették a géppisztolyokat és atrocitásokat is elkövetve tapsoltak a hangadó szélsőségesek öngyilkos társaik emberiség egésze ellen elkövetett rémtettének. Aztán megjelentek az elemzések, megfogalmazták azokat az írásokat, amelyek a saját nézetek szintjén kívánnak levonni politikai ellenfelet lejárató következtetéseket.

Míndez azt bizonyítja, hogy elmúlt az az időszak, amikor elégséges egy isten, egy vallás, egy szekta etikája, amikor biztonságban élhet az emberiség ideológiai egymást meghazudoló etikai nézeteinek az árnyékában. Amikor elfogadható, hogy valaki a magánéletében egy bizonyos istent imád, a közéletben tudományos feladatokat old meg, de ha megszólítja vallási vezetője, képes öngyilkos merényletben ártatlan életet kioltani. Ma itt tart a világ.

Azonban minden akció reakciót vált ki. A terrortámadás füstje még nem oszlott el, amikor megkezdődött és hihetetlenül rövid idő alatt felzárkózott az emberiség zöme az antiterrorista szövetség mögé. Ez a folyamat olyan alapvető erőre hívta fel a figyelmet, mint az emberiség biztonságérzetének szükségessége. Alapvető, mert ez ellen másnak nem lehet kifogása, csak a terroristának. Ezért ez választóvíz és globális érvényű. Mint ahogy a biztonságérzet is a legátfogóbb emberi igény, úgy az emberiség életében fellelhetők további általános értékek is, mint a szolidaritás, tehervállás, igazságos jog, általában a humanitárius értékek.

A társadalmakat működtető nagy erők, mint a politika és vele az ideológia, gazdasági élet, a tudomány, a művészet, az informatika, a vallás a különböző államok működési rendszerében nem egyforma súlyú szerepelnek. Az európai kultúrkörben a sorrend a következő: *politika, gazdaság és ideológia, tudomány, informatika, művészet és vallás. Az iszlám világban a vallás és politika egységben van, művészet, tudomány és informatika a sorrend.* Gazdaságukat az olajkincs tartja el. Európában a vallások politikai szerepre kívánnak szert tenni, ezért inkább csak a tudomány és művészet ellen lépnek fel. Az iszlám politikája a vallást

kirakatba teszi és olaján kényelmesen ülve világpolitikát művel. De világpolitikát művel titokban támogatott fundamentalizmusa is, ahogy a legutóbbi amerikai történések bizonyították.

Az európai vallások részetikái, ahogy fellépnek a létüket megkérdőjelező tudományos eredmények elterjesztése ellen, nem alkalmasak már világméretű etikai rendszerek alapjává válni. Részben, mert parciálisak, szó sincs egyetemességről, részben azért, mert a szekularizáció olyan fokú, hogy nem veszik komolyan eredetüket. A világnak globális bajt okozó, ezért összeméri gondolkodást igénylő terrorizmus szekularizált és globális érvényességű etikai szabályozást igényel. Ennek alapjai a már említett *humanitárius értékek* lehetnek. Meg kell keresni és találni azokat az összemberi értékeket, amelyeket a vallások, szekták, ideológiai mint etikai közös nevező elfogadnak. Ezt lehet aztán globális, emberiségi etikává fejleszteni és elfogadtatni akár az ENSZ közvetítésével.

Ha ebben a világ nemzetei képesek lennének közös megegyezésre jutni, ezen már felépülhetne egy általános, emberi biztonságot szavatoló törvény is, nemzetközi szankciókkal és betartató erővel. Míg a keresztény, keresztényen, mohamedán, zsidó, buddhista, anababista, unitárius, sintoista más-más etikai normák szerint ítéli meg az emberi élet jelenségeit és ezt bonyolítja a politikai ideológiai emberi cselekvést különbözőképpen megítélő etikai jellegű nézetei, nem lehet a politikailag egységsülő Világot rendben tartani. Nézzük először a felmerülő feladatokat.

Egyetemes etika megalkotásához nem foghatunk egy konszenzusos alap megtalálása nélkül. Vegyük csak sorra azokat a rendszereket, melyek egymás alapelveit semmiképp nem tennék meg egyetemes elvű. A keresztény jámborság, a zsidó tóra, a moszlim sári-a, buddhista ataraxia, sintoista egyetemesség,

marxi osztályharc, liberális szabadság, kapitalista szabad verseny, protestáns szorgalom, tibeti sámánizmus, brahmanista pantheizmus alapelvei kizárják egymást.

A Világon mindenütt egyetlen közös nagy probléma létezik, az egyén és a társadalom viszonyának szabályozása. Hobbes már észlelte a problémát, megoldásul javasolta a kollektív önérdek megfogalmazását. Ezt végiggondolva eljuthatunk egy etikai alaphoz, mely ellen nem lehet kifogása egyetlen szabályozott társadalomnak sem, legfeljebb a perifériákon mozgó terroristáknak. Ez az erőszakkal szembeni ellenállás és együttérzés. Tehát társadalmi szekularis érték a transzcendenciával szemben.

Hol kellene alkalmazni ezt az alapfogalmat, illetve a rá építkező világ etikát?

1. A társadalmak együttélésében, erőszak nélküli megoldásokkal.

2. Az egyének beintegrálásánál a társadalmi munkamegosztásba:

– nevelésben,
– munkamegosztásban, szakmákba irányításnál,

– szabadidő megszervezésénél,
– honvédelemnél.

Meg kell jegyezni, a társadalmak egészségben tartásánál a versenyszellemet fenn kell tartani, mint ahogyan a görögök nagyon helyesen éltek vele az agon-ban.

3. Társadalmak egyenlőtlen fejlődésének buktatói:

– szegénység és gazdagság, elérhető gazdasági előnyök,

– civilizáltság foka, Nyugat-Kelet, Észak-Dél ellentét,

– kulturáltság foka, iskolázottság, vallás, etnocentrizmus,

– geológiai előnyök, éghajlat, geopolitikai előnyök,

– tudományos haladás foka és gyorsasága, annak felhasználása, orvosi kutatás, gyógyítás, élet, halál kezelése ide is tartozik.

4. Az egyén és egyéniség problémái:

– egészség, egészségtelenség, életmód, higiéné, drog, orvoslások,

– tehetség, mentális különbségek, elitképzés, agyelszívás,

– nemek viszonya, társadalmi súlyok, kulturális státusok,

– féltelenségek kezelése,
– kriminológiai helyzet.

5. Társadalmak és az élővilág viszonya:

– kihasználás, fajok kipusztítása,
– védelem, rezervátumok,

– együttélés élőlényekkel.

6. Társadalmak és az élettelen természet:

– kizsárolása a természeti kincseknek,
– tönkretétele a környezetnek, föld, víz, levegő szennyezés.

7. Múlt századtól kezdve a világűr kezelése:

– kisajátítás,
– elszenyvezése.

Ezeknek egységes szabályozása mindeddig utópiának látszott. A terrorista merényletek után egységesen reagáló világban, ennek az időpontnak az elszalasztása bűn lenne az emberiség ellen. Hogy ez így van, nem előzmények nélkül van. Hivatkozom a következő gondolkodókra: Th. Nagel; Az utolsó szó, P. Ricoeur, Jean-Pierre Changeux; A természet és a szabályok, Római és Pesti Klub jelzései.

Dr. Sárly Gyula

Tapolca

HATÉKONY MEGOLDÁSOK

A krónikus sebekkel bajlódó betegek életminősége jelentősen romlik. Számuk sajnos szaporodik. A betegek nagy része alapbetegségénél fogva az egészségügyi ellátórendszer látóterében van, így ellátásuk biztosított.

Néhányuk gondjáról csupán egy-két hozzátartozó vagy ismerős tud, így sebgyógyulásuk esélye minimális.

Pedig számtalan megoldás biztosított. **Adott a jogi lehetőség,** miszerint a legjellemzőbb nehezen gyógyuló, krónikus sebekhez társadalombiztosítási támogatással **receptre írhatók a kötszerek is.** A **kórházon kívüli ellátó rendszereknek** is (családorvos, otthonában kezelt betegek házi szakápolási hálózata, járóbeteg szakellátás, hospice, egyéb szociális területek, stb.), így **módjában áll a legmodernebb eszközöket alkalmazni.** **Adott az ellátók felkészültsége.**

Ismertetőnkkel a folyamatos változásokra, **újításokra hívjuk fel most a figyelmet,** mert a hónapokig-évekig elhúzódó sebgyógyulás esetében ezek alkalmazása újabb lehetőség a gyógyítók kezében.

A **kötszerek** korábban fedő funkciót láttak el a bőr folytonosság hiánya, a seb felszín tetején. A külvilág ártalmaitól ma is védeni kell azt, de a **funkciók kiszélesedtek,** mondhatni **multifunkcionálisak** lettek.

A megfelelően kiválasztott kötési feladata: **Védelem** a külső kontaminációtól (bőrbaktériumok), a környezet mechanikus ingeritől (ruha dörzsölésétől, nem kívánatos hőhatásoktól). **Székretum felszívása és megtartása, optimális feltételeket biztosítása** a sebgyógyuláshoz a **nedves sebbezelés révén.**

Gyorsítsa a sebgyógyulást, hogy kevesebb táppénz, kevesebb életminőségi hátrány legyen. **A fájdalmat csökkentse vagy szüntesse meg. Ne okozzon a betegnek kellemetlenséget, komfortérzetét, mozgásszabadságát** egyáltalán nem vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

NEM ILLÚZIÓ A FENTIEKNEK TÖRTENŐ MEGFELELÉS!

Magyarországon is elérhető, hozzáférhető az a kötszercsalád, amellyel a fenti szakmai és életminőségi elvárásoknak meg lehet felelni. A *Mölnlycke Health Care* által gyártott és forgalmazott **kötszercsalád neve: TENDRA. Sebtszítító kötszereink** (lapok, gélek, alginátok): MESALT, NORMGÉL, HYPERGÉL, MELGISORB és MELGISORB CAVITY. A gélek és alginátok jelentősége azóta fokozódott, amióta orvos-szakmailag bizonyított a nedves sebbezelés (hydro) előnye. **A feltszított sebalapra különböző abszorpciós kötszereket és a sebvédelem funkcióját maximálisan biztosító kötszereinket ajánljuk,** ezek: MEPORE, MEPORE PRO, MESOFT, FILMULIN, MESORB, ALLDRESS, ill. MEPITEL, MEPILEX, MEPILEX BORDER.

Rögzítésre is alternatívát nyújtunk, választható megoldások: MEFIX vagy MEFILM.

A fenti speciális kötszerek **alkalmazását könnyen elsajátíthatják** az egészségügyi dolgozók, mert prezentációkon, kötözési gyakorlatokon, kredit pontos oktatási formában **megtanítjuk** alkalmazását annak a **főszempontnak** megfelelően, hogy **eredményt akkor érhetünk el, ha a megfelelő helyre alkalmazzuk a megfelelő anyagot!** Külön kiemeljük a TENDRA kötszercsalád azon termékeit, amelyek **SAFETAC** jelzéssel kerültek forgalmazásra. A SAFETAC egy egyedülálló és szabadalmaztatott szilikon technológia, amely megváltoztatja a kötözés módját, azáltal, hogy minimalizálja a fájdalmat és traumát. **Szelektív mikrotapadást biztosít a sebet körülvevő száraz bőrön anélkül, hogy az a nedves sebbe ragadna.** Ezzel teszi lehetővé a zavartalan sebgyógyulást és válik költséghatékonyá! **Biztosítja a nedves sebmilliót, redukálja a maceráció rizikóját, nem hagy maradványokat a seben, elkerülhető vele az epidermisz károsodása, nem okoz allergiás reakciókat.**

A fenti **pozitív tulajdonságok** miatt alkalmazzák hatékonyan a **klinikákon és kórházakban** különböző manuális szakmákban, s a krónikus sebek kezelésében. Népszerűségük nemcsak a plasztikai/égési osztályokon nagy, hanem az Ulcus centrumokban és rehabilitációs osztályokon. A decubitusos betegek ellátása tekintetében számtalan tanulmány és előadás mutatja be eredményes alkalmazását.

2001. áprilistól felírhatóvá vált a MEPITEL szilikonháló, így otthoni körülmények között is alkalmazható.

Sokoldalú felhasználhatósága miatt reméljük, hogy **Ön is sikereket tud elérni a sebgyógyulás minden fázisában speciálisan alkalmazható SAFETAC kötszereinkkel: a MEPITEL-lel, a MEPILEX-szel, a MEPILEX BORDER-rel. A hypertrófikus sebek és keloidok kezelésére a MEPIFORM Safetac termékünket ajánljuk.**

Keresse termékeinket és kérdés esetén cégünket a 06 (1) 477-3080-as budapesti telefonon.

(*folytatás a 4. oldalról*)

hogy a tárca és a Magyar Orvosi Kamara felelőssége más. A tárca reményei szerint a kompromisszum irányába haladnak.

A későbbi vitában Nemes Attila professzor beszámolt arról, hogy a MOTESZ tag-egyesületei támogatják a törvénytervezetet.

A tárca vezetője úgy látja, míg a fiatal orvosok támogatják a nyitást, az idősebbek tele vannak szorongással. Nehéz a változás, de lépni kell. Ez a törvény az orvosok érdekeit is képviseli, a világ is erre tart, a rendszer így lesz korszerű.

Mikola szerint a félelmek a törvénytervezet félreértéséből erednek, hiszen egyrészt a közhasznú társaságok alakítása lehetőség, nem kényszer, másrészt a tulajdonos köztöttségei továbbra is garantálják az ellátást, az önkormányzat birtokban marad. Kérdésre válaszolva a miniszter leszögezte, hogy az egyetemeken is megtörténhet az átalakulás, de nem kötelező. Ez egy lehetőség, dönthetnek, élnek-e vele? Minden esetre úgy tűnik, az oktatási tárca nem tud mit kezdeni az egyetemi intézményekben felhalmozódott gazdasági problémákkal, a menedzsment nem képes kezelni a helyzetet, ezért lépni kell, és a társasági forma lehetséges kiútnak látszik. Olyan helyzetet kell elérni a finanszírozásban, hogy azt közvetlenül az egészségügyi intézmény kapja, ne az egyetem. Ami pedig az ingatlant illeti, az állami tulajdon marad.

Ez a rendszer hasonló lesz a fejlett gazdasággal és egészségügyi ellátó rendszerrel rendelkező államokban működő rendszerekhez.

A törvény, elfogadása esetén 2003. január elsejétől lehetővé teszi az orvosi tevékenység folytatását szellemi szabad foglalkozásként, az egészségügyi intézménnyel és az OEP-el kötött szerződés alapján. Az egészségbiztosító önálló orvosi díjtételalapot hoz létre a tevékenység finanszírozására. Az új jogállás fel fog vetni kérdéseket, így foglalkozni kell előreláthatólag a mai rezidensképzéssel, a szakképesítés tartalmi kérdéseivel. Azzal is szembe kell nézni majd az érintetteknek, hogy a versenyszféra jövedelemszintje és a közalkalmazotti státusz biztonsága nem jár együtt.

Szóba került a háziorvosi praxisjog is. A miniszter kijelentette, a jog nem lesz „országos horgászengedély”. Az alapellátási reform be lesz fejezve, az eszközökre, gépkocsira és ingatlanra vonatkozó eszközviszapótlást is beleértve.

A vitában kérdés hangzott el a jövőre emelkedő minimálbérek következményeiről a háziorvosi praxisokban. A miniszter válaszában elmondta, az emelés tény, a feszültségek, bértorlódás és egyéb negatív következmények kezelésére meg kell keresni az eszközöket.

- sys -

Éber kómás betegek otthonápolása

Szolgáltatunk 1998. augusztusa óta 10 éber kómás beteggel került kapcsolatba. Tartósan több éve közülük 2 beteget ápolunk, a többiekkel konzultációs szinten tartunk kapcsolatot, ápolásuk során szerzett tapasztalatainkat ismertetjük jelen dolgozatunkban.

Rövid esetismertetés:

V.Z., 24 éves férfi, aki 18 éves korában autóbaleset áldozataként került tartósan vegetatív állapotba. Ellátásában az akut intenzív terápiát követően az OORI-ban megkísérelték rehabilitációját, majd krónikus belgyógyászati osztályon ápolták. Másfél éves intenzív kezelés után édesanyja hatodik éve otthon gondoskodik róla. Ápolásába szolgáltatunk 1998. augusztusában kapcsolódott be. Állapotát a hibátlanul ápolott test kritériumai jellemzik.

Tudati funkciója nincs. Taktilis ingerekre sem reagál. Szabad légútját tracheostoma biztosítja, táplálása orrszondán keresztül történik. Állandó katétere van.

K.S.Z., 14 éves lányt 3 éve iskolából hazafelé érkezve zebrán személygépkocsi ütötte el.

Akut intenzív ellátás után az OORI-beli rehabilitációs kezelését megkezdték. Szolgáltatunk 1998. augusztusától segíti otthonápolását. Állapotában lassú, de folyamatos javulást észlelünk, érzelmileg megszólíthatóvá vált, „szembeszéddel” kontaktus teremthető vele. Tracheostómája van. PEG-en keresztül történik a szondatáplálása, de szájon keresztül etetve már stabilan nyel.

Az éber kómás beteg otthoni ápolásának feltételei

Az otthonápolás alapfeltétele:

Legyen a betegnek olyan családtagja/i, aki/k otthonápolásra még az intézeti ellátás során felkészíthető/k, megtanítható/k és a nap 24 órájában vállalja/ják az otthoni ápolást.

Az ápolást vállaló hozzátartozó általában a családtagok közül a legközelebb áll az éber kómás beteghez. Számára csak az ápolás alternatívája létezik. Ő az, aki tudja és naponta megéli, hogy „a szeretet mindent hisz, mindent remél és soha el nem fogy.” Az ő munkáját segíti a házi orvos irányításával az otthonápolási szolgálat.

Személyi feltételek:

Az éber kómás beteg minden kezdeményezési készségétől megfosztva, magára hagyva életképtelen. Sorsát meghatározza az őt ápoló közösség szakmai felkészültségén túl az ágyát körülvevők érzelmi gazdagsága, lelki és fizikai teherbíró képessége.

Éber kómás beteg otthonápolását meghatározó szempontok:

1. A beteg együttműködésének minimális szintje nélkül kell az ápolást megvalósítani.
2. Ápolása otthoni körülmények között folyamatos, intenzív őrzés (pulzus, légzésszám, tenzió folyadékforgalom, testhőmérséklet naponkénti ellenőrzése).
3. Az ápolás két részből áll: általános és speciális ápolási feladatokból.

Az általános ápolási feladatok megegyeznek a tartósan ágyban fekvő beteg ápolási teendőivel. **A speciális ápolási feladatok** a kiesett funkciók pótlására, szövödmények megelőzésére, rehabilitációra irányulnak.

Speciális szomatikus feladatok:

- szabad légút biztosítása (tracheostoma, váladék leszívás, párástítás, oxigén-terápia, kanül- és kanülbetét csere)
- szondatáplálás: orr- vagy gyomorszondán (PEG-en) keresztül (szondatápkészítés, adagolás, szondacsere)
- katéteres vizeletgyűjtés (katétercsere)
- kiesett funkciók pótlása (ágyban forgatás, fel- és kiültetés, passzív torna)

Speciális pszichés feladatok a tudati funkciók előhívását segítik.

Az éber kómás beteg racionális eleméből érzelmi lényé vált, ezért csak hallásán, látásán keresztül, érintéssel, íz- és szaggingerekkel, tehát érzékszervein keresztül szólítható meg. **Akusztikus ingerek:** beszéd, ének-zene, terméshangok.

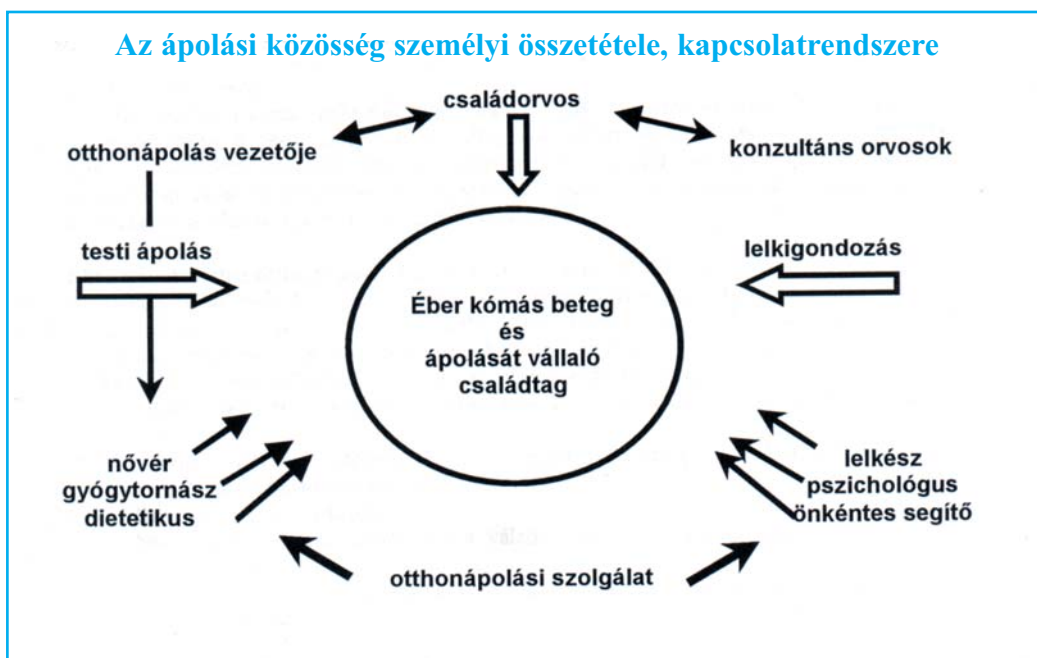
Az élő beszéd és az énekhang semmivel nem pótolható személyességet hordoz. A betegszoba

Az éber kóma definíciója

Állandósult vegetatív állapot stabil keringéssel, spontán lélegzéssel, melyet az agykéreg súlyos károsodása és/vagy az agykérgi és agytörzsi összeköttetések megszakadása okoz.

Klinikai kép: a nyitott szemű beteg ébernek látszik (innen az elnevezés), de vele kapcsolat nem teremthető. Szemével nem fixál, tekintete sem tárgygal, sem felszólítással nem terelhető. Spontán, céltudatos mozgást nem kezdeményez. Ürítési funkcióit irányítani nem tudja. Felső végtagjain a dekortikális spazmus jeleként flexiók, az alsó végtagon extenziós tónusfokozódás észlelhető. **Fizikai külső ingerre** mozgásokkal, tömeges izomválasszal és autonóm reakciókkal (szapora szív működés, gyors légzés, izzadás, kipirulás, nyáladzás) válaszol. **Kóros reflexek**, leépülési jelek (orális automatia) jelennek meg, deliberációs reflexek (fogó reflex) alakulnak ki.

Etiológia: az állapot kiváltó oka leggyakrabban traumás agyi kontúzió, de okozhatja vaszkuláris agyi katasztrófa, agyi anoxia (hypovolaemiás shock, intoxicáció), anyagcserezavar, tumor stb. **Epidemiológia:** mivel a kórkép hazánkban nem tartozik bejelentési kötelezettség alá, elemezhető statisztikai adatokkal nem rendelkezünk. Az OORI Koponya és Agysérültek Ellátó Osztálya húszéves fennállásának jubileumi előadásában elhangzott adataira szorítkozhatunk, mely szerint húsz év alatt 1016 agysérültet (791 férfit és 225 nőt) kezeltek. Az OORI anyagában 52 permanens vegetatív állapotú betegről számol be.



A közlő ábrából egyértelműen kitűnik, hogy az ápoló közösség centrumában az éber kómás beteg és az ő ápolását vállaló családtag/ok áll/nak.

Az ápolás a családorvos irányításával történik, ő a beteg gazdája. Munkáját konzultáns orvosok (ideggyógyász, szemész, gégegyógyász, belgyógyász, radiológus, urológus stb.) segítik.

A családorvos az otthonápolás vezetőjével együttműködve irányítja az ápolást, így biztosított az éber kómás beteg szakszerű testi ápolása. Ebben a munkában nővér, gyógytornász, dietetikus vesz részt.

A beteg mellett a család lelki gondozása lelkész, szükség esetén pszichológus feladata. Az önkéntes segítő a testi ápolásban és lelki gondozásban egyaránt jelentős segítséget tud nyújtani a családnak és a betegnek. Az otthonápolási szolgálat hetenkénti megbeszélésein a felmerülő gondokra közösen keresnek megoldást a team tagjai. Itt értékelik az ápoló munkát, megbeszélnek a feladatokat, az alkalmazható módszereket.

hangulatát alapvetően meghatározza a benne lévő csend és hangok minősége.

Az éber és alvó fázisok kialakulásában jelentős szerepe van a hangok megnyugtató, elaltató vagy felrázó, ébresztő hatásának.

A hangzó zene kinyitja a beteg zárt világát.

Vizuális ingerek:

Az éberkómás beteg tekintetének terelhetővé válása jelzi a tudatállapotának javulását. A szeme, mint „világra tárt ablak” gyakran az önkifejezés és értelmezés egyetlen eszközeként funkcionál. A betegágyat körülvevő személyek, fényképek, képek, a betegszoba tárgyai információt hordoznak. A múltból előhívható és a jelenben azonosítható személyek, tárgyak elindíthatják a beteget az „eszemlésben” és „önépitkezésben.” Különös jelentősége van a környezet színeinek., tudva azt, hogy a sárga – narancssárga – vörös színek és árnyalataik hatnak élénkítően.

Taktilis ingerek:

Az érintés a szavak nélküli beszéd eszköze. Az éberkómás beteg magányát is oldja. A jelenlétet közli.

A simogatás ismétlődő ritmusával érzelmeket közvetít. A kézfogás megerősítés. A párbeszédben álló felek szövetségének jele.

Íz- és szaggingerek:

Szondatáplálás során kialakult gyakorlat, hogy a beteget az étkezés első fázisaként szájon át megkínáljuk. A különböző ízanyagoknak jelentős szerepe van a táplálkozás mechanizmusában. A szag, az illat primer örömforrás lehet. Különösen a virágok illata ajándékozza meg a beteget. Az illat segítségével előhívható a memóriából a virágok felidézhető képe.

Kiesett mozgások pótlása

Ágyban forgatás (nappal 2, éjjel 4 óránként), ágyban felülés, ágyszélre ültetés, ágytól tolokocsiba – karosszékbe ültetés, tolokocsival lakáson belüli és kívüli (séta kertben, utcán) helyváltoztatás.

Tornáztatás

Aktív izommunka helyettesítése masszírozást követő passzív tornáztatással, kis és nagy ízületek mozgásával a kontraktúrák kialakulásának megakadályozására.

A tornáztatásnál figyelembe kell venni a maradék motoros funkciókat, és ezekre kell építeni a rehabilitációs programot.

Éber kómás beteg otthonápolásának tárgyi feltételei

A beteg ápolásának elengedhetetlen eszközei:

- intenzív ágy, antidekubitor matrac, tolokocsi, fürdetőszék vagy tálca, betegemelő, szívó-készülék, párástító berendezés, inhalátor, O₂, hulladékátjáró.

Összegzés:

Dolgozatunkban összefoglaltuk az éber kóma klinikumát, röviden utaltunk etiológiájára.

Kiemeltük, hogy a kötelező bejelentés hiánya miatt a hazánkban évente előforduló esetek száma nem állapítható meg, ezért a kórkép hazai epidemiológiai vonatkozása nem mérhető fel.

Munkánkban vázoltuk az éber kómás

beteg otthonápolásának lehetőségeit, feltételeit.

A teljesség igénye nélkül utaltunk az ápolást megvalósító közösség személyi összetételére. Kitérünk az éber kómás beteg ellátását végző személyek felsorolásából, hogy ez a feladat nem hárítható át az ápolást vállaló családra még akkor sem, ha az ápolás fortélyait készség szinten az ellátásban résztvevő családtagok a hazabocsátás előtt megtanulták.

Lényeges kiemelni, hogy hazánkban ezen hosszú, esetenként évekig tartó ápolást igénylő betegcsoport szükség szerinti intézményesített ellátása nem megoldott, bár erre jelentős igény mutatkozik az éber kómás személy akut betegsége vagy az őt ápoló család időszakos tehermentesítése idejére.

Az éber kómás betegek körüli teendőik újszerű, multidiszciplináris csapat munkáját feltételeznék.

Az ápoló közösség a tartósan vegetatív állapotú beteg szakszerű testi, lelki ellátását igyekszik megvalósítani.

Szükséges azt megemlíteni, hogy a témakörben négy év alatt összegyűlt tapasztalatok azt mutatják, hogy az ellátást vállaló családok a lelki nehézségeken túl súlyos anyagi költségekkel is meg vannak terhelve.

Az OEP az ellátáshoz nélkülözhetetlen eszközök, ápolási anyagok, segédeszközök beszerzését nem kielégítően támogatja, a hotelszolgáltatáshoz nem járul hozzá.

Az ellátást vállaló családok anyagilag is magukra maradnak.

Meggyőződésünk, hogy ezen betegcsoportba tartozó személyt méltányossági szempontokat figyelembe véve egyedi elbírálásban kellene részesíteni, és részükre minden segítséget (szakellátást test, lelki vonatkozásban, és a szociális gondoskodás területén) alanyi jogon biztosítani.

A magyarországi ápolás oktatásának szakirodalmában az éber kómás betegek ellátására vonatkozóan nem találtunk utalásokat, ezért tartottuk szükségesnek, hogy közreadjuk e csoport ápolására vonatkozó tapasztalati úton szerzett ismereteinket.

**Kocsis Istvánné,
Dr. Macskásy Olivía,
Tasnádi Ágnes**

Bethesda Otthonápolási Szolgálat, Budapest

Levelezési cím: Kocsis Istvánné
Bethesda Otthonápolási Szolgálat
1146 Budapest, Bethesda u. 8.
Telefon, fax: 364-9343

*

Felhasznált irodalom (megjelenési sorrendben):

- Horányi Béla: *Neurológia*; Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 1961.
Harrison, S.: *Principles of Internal Medicine International; Student Edition*, 1983.
Szent Írás (Károlyi Gáspár fordítása); Budapest, Magyar Biblia Tanács, 1992.
Peter Berlit: *Memorix Neurológia*; Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 1993.
Nagy Zoltán: *Stroke ellátás*; Budapest, Springer Hungarica, 1994.
M. E. Milliken, G. Cambell: *Mindennapos betegápolás*; Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 1994.
Szirmai Imre: *Sürgősség a neurológiában*; Budapest, Pharma Press Nyomda és Kiadó; 1996.
S. Temple, I. Y. Johnson: *Gyakorlati ápolástan*; Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 1997.
Harcos Péter: *Agyi érbetegségek*; Budapest, VCB Magyarország KFI, 1997.
P. Potter, A.G. Perry: *Az ápolás elmélete és gyakorlati alapjai*; Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 1999.

Gyógyszerpiac-Gyógyszertámogatás alakulása az elmúlt évtizedben.

Gyógyítás és költség-hatékonyság

Magyarországon a piaczgazdaságra történő áttérés keretében a gazdaság és a piac liberalizálására, privatizációra került sor. A szociálpolitikában és az egészségügyben is elindult a reformfolyamat. Bár az elmúlt 10 évben az egészségügyi rendszer egyes elemei megváltoztak, ez nem vezetett teljes átalakuláshoz. A rendszer megfelelő működéséhez átfogó reformra volt és van szükség. A reformnak harmonizálnia kell az Európában elfogadott alapvető egészségpolitikai célkitűzésekkel, amelyek a következők: a népegészségi állapot javítása, egyetlenség biztosítása, hatáson, hatékonyság, minőség, a választás lehetősége és alkalmazkodás a szükségletekhez.

Ebben a cikkben a gyógyszerügyben végbement legjelentősebb változásokat elemezzük, beleértve a Kormány és a gyógyszergyártók által kötött megállapodás következményeit a gyógyszerpiac alakulására.

Az egészségbiztosítási és gyógyszerkiadások

Magyarországon 2000-ben az egészségbiztosítási kiadások több mint 700 milliárd forintot tettek ki, a GDP 6,6 százalékát (1. táblázat). Ez a százalékos arány az 1990-es években folyamatosan csökkent, s csak 2000-ben fordult meg a tendencia. Ezek az arányok az Európai Unió országaihoz hasonlóan (6 és 10 százalék között) alakulnak (1. ábra).



A gyógyszerkiadások és a GDP viszonyát jellemzi, hogy – az arányokat tekintve – az EU-országok átlagánál többet költünk támogatásra. Az ország 1999-ben a GDP 1,8 százalékát fordította gyógyszerre, miközben az EU-átlag 1,4 százalék volt (2. ábra).

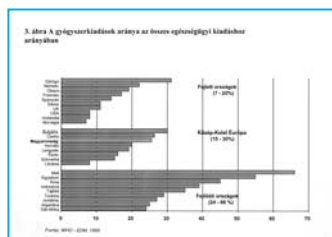
Ország	A GDP %-ban	Az összes EU-kiadás %-ban
Magyarország	1,8	26,4
Cseh Köztársaság	1,8	25,3
Szlovákia	1,6	27,4
Ukrajna	1,6	30,9
OECD átlag	1,2	15,4
EU átlag	1,4	16,1
USA	1,4	9,4

Az EU-ban a gyógyszerkiadás az összes egészségügyi kiadás 16 százaléka körül mozog. Ezen belül vannak regionális különbségek:

Az északi országok, Finnország, Svédország, Dánia a 90-es évek elején egészségügyi kiadásai aránytalanul alacsony részét költötték gyógyszer-támogatásra (8-10 százalékot), időközben azonban ezt az arányt jelentősen emelték, s csaknem 10 év alatt elérték az EU-átlagot.

Napjainkban az EU-ban Portugáliának van az összes egészségügyi kiadásokhoz viszonyított legmagasabb gyógyszerkiadása (kb. 26 százalék), majd azt Franciaország és Spanyolország követi.

A csatlakozásra váró országok esetében ez az arány jelentősen meghaladja az EU-s átlagot (Magyarország esetében 26,4 százalék), melynek oka sajátos; nem a hatalmas gyógyszerbűdzsé, hanem a kórházi ellátás alacsony költsége – ezen



keresztül a relatív alacsonyabb össz-egészségügyi kiadás (3. ábra).

A termelői áron mért összes gyógyszerforgalom 1990 óta többszörösére növekedett (4. ábra).

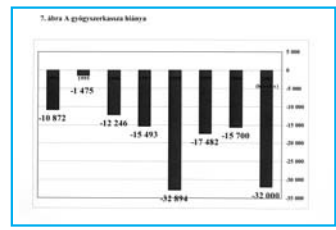
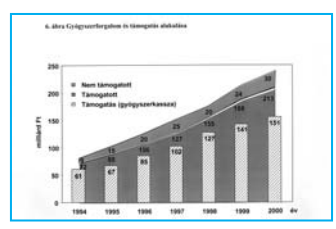


Forgalmonövedés figyelhető meg az EU, alacsony inflációs rátával rendelkező országaihoz is, éves szinten körülbelül 8 százalék. Észak-Amerika forgalmonövedése éves szinten 14 százalék volt.

A növekvő gyógyszerkiadások igen fontos tényezőjeként tartják számon az idősebb lakosság létszámárányának emelkedését, s jórészt ezen keresztül az átlagosnál magasabb költségű, és mennyiségű gyógyszeres terápia iránti igény növekedését. Hazánkban ehhez hozzájárul még a lakosság igen rossz egészségi állapota, a szív-, érrendszeri, daganatos stb. betegségek magas előfordulási gyakorisága (5. ábra).



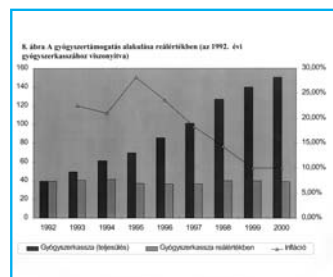
es években az előirányzatot meghaladó mértékű teljesítés jellemezte. 1998, azaz a gyógyszerkassa fokozottabb megtakarítást célzó „bezáródása” óta az előirányzott összeg átlagosan 10 százalék-át kellett más költségvetési forrásokból átcsoportosítani az adott év folyamán. A gyógyszerkassa hiánya általános, illetve a kassa alultervezett. A 2001-es évben az előirányzat 147 mil-



liárd forint, míg a teljesítés várhatóan 179-182 milliárd forint körüli lesz (6-7. ábra).

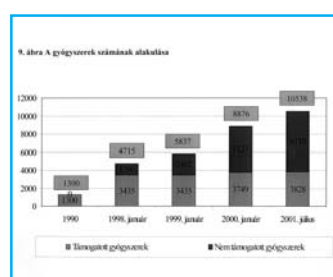
A 90-es évek elejétől 2000-ig

a gyógyszerkassából finanszírozható támogatási összegek reálértéken nem változtak, a kassa vásárlóereje közel változatlan (8. ábra).



Az árszínvonal növekedésének mértékét az utóbbi időben az Eü. Kormányzat törekvései mellett a generikus készítmények számának növekedése (lásd lejjebb), valamint az inflációtól elmaradó forintleértékelődés is korlátozza. A gyógyszerkiadások növekedésének mérséklődését célozza a Kormány és a Gyógyszergyártók által 2001. márciusában kötött 3 éves megállapodás is. Ennek megfelelően 2001. július elsejétől a gyártók max. 6,3 százalékkal emelhetik áraikat. 2002 július elsejétől az áremelés mértéke nem haladhatja meg a 2,8 százalékot, míg 2003 júliusában az inflációs ráta 70 százalékkal emelkedhet majd a támogatott gyógyszerek ára. A megállapodás alapján, ha a tényleges infláció meghaladja a költségvetési törvényben rögzített értéket, a gyártóknak lehetőségük lesz az áremelés korrekciójára.

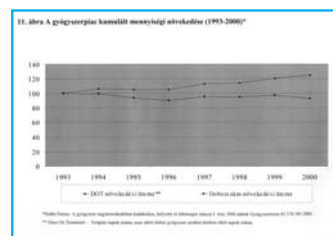
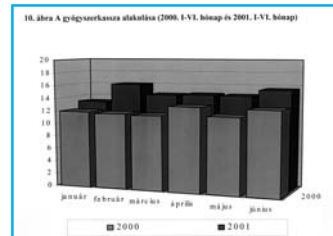
A gyógyszerkiadások növekedésének elemzésekor nem szabad megfeledkeznünk egy igen jelentős tényezőről, a gyógyszerpaletta változásáról. A nemzetközi piacok megnyitásával a Magyarországon forgalomban lévő gyógyszerek száma évről évre emelkedett, s ma már a gyógyszerek jóval szélesebb választéka kapható a patikákban, mint tíz évvel ezelőtt (9. ábra).



A költségek növekedését általában 3 fő tényezővel lehet magyarázni:

- a gyógyszerek árának növekedése,
- az eladott gyógyszerek számának, tehát a dobozforgalom növekedése,
- a forgalom átstrukturálódása a drágább, innovatív termékek irányába.

Bár ezen tényezők hatásait igen nehéz egymástól szétválasztani, a költségnövekedés legjelentősebb tényezőjeként mégis a fogyasztás szerkezetének átalakulását tekintjük. Ezt jól szemlélteti a 2000 és 2001. év első 6 havi támogatási kiáramlásának összehasonlítása. Azonos gyógyszerek és enyhén növekvő dobozforgalom mellett a I-VI. havi kifizetett gyógyszer-támogatás 73,1 milliárd forinttól (2000) 87,9 milliárd forintra (2001) növekedett (10-11. ábra).



(Természetesen figyelembe kell vennünk az ártárgyalások előtti „szokásos” forgalmonövedést, valamint a kora tavaszi meningitis-fertőzések és árvíz hatásait, ezek azonban még együttesen sem okozhatják a fél éves kassa 20 százalékos növekedését.) Az elmúlt években nagy számban kerültek be a piacra magasabb árfekvésű, de hiánypótló és igen hatékony gyógyszerek. Ennek megfelelően a hazai terápiás szokások is fokozatosan átalakultak – átalakulnak. Ezzel együtt sajnos a lakosságnak is egyre többet kell vállalnia a kiadásokból, mivel az elmúlt évtized során bebizonyosodott azon gyakorlat pénzügyi tarthatatlansága, miszerint a lakosság „jelképes” térítési díj ellenében jutott hozzá szinte valamennyi gyógyszerhez.

A gyógyszer-támogatási rendszer átalakításának főbb elemei

Döntéshozatali mechanizmus

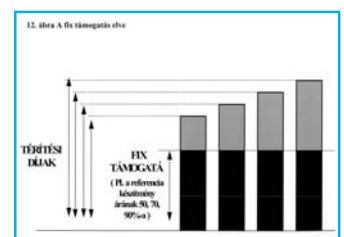
Az EU 98/105/EGK irányelve alapján az állami beavatkozásoknak átláthatóknak, diszkriminációmentesnek kell lenniük, továbbá biztosítani kell a költségek árban való elismerését. Ennek értelmében átláthatóvá kell tenni a gyógyszerárak kialakításának és a társadalombiztosítási támogatás odaítélésének rendszerét. A jelenlegi mechanizmus keretei a Kormány és a Gyógyszergyártók, illetve forgalmazók által, 2001. márciusában kötött megállapodás teremtette meg, amely rendelkezik az ár és támogatási döntések rendjének szabályozásáról. Több ország gyakorlatához hasonlóan szükségessé vált egy olyan szakértői testület létrehozása (NICE, DAC – Gyógyszer Alkalmazási Bizottság), amely tisztán orvosszakmai szempontok figyelembevételével tenne javaslatokat az új gyógyszerkészítmények befogadására, valamint a megfelelő támogatási szintre történő besorolására. A korábban létrehozott TÁTB feladata az egészségügyi szakmai igények összhangba hozása a nemzetgazdasági igényekkel.

A generikus program

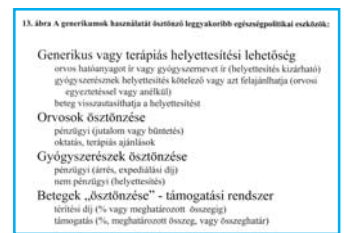
Az ártámogatási rendszer átalakításának legfontosabb eleme a generikus program volt. A programot számos országban sikerrel alkalmazták, jelentős megtakarításokat értek el. A generikus program bevezetésének köszönhetően például 1993. és 1996. között

Svédországban 5,2 százalékos, 1996-ban Németországban és Kanadában 8,4 százalékos költségsökkenés volt regisztrálható. Természetesen az előbb említett országokénál alacsonyabb hazai gyógyszerár színvonal szerényebb mértékű megtakarításokat eredményezhet, de a gyógyszerkassa növekedési ütemének lassítása, illetve megállítása elengedhetlenül teszi ezen eszköz bevezetését.

A fixesített körbe az azonos hatóanyag-tartalmú, de a szabadalmi védelem megszűnte után már más gyógyszergyártó által is gyártható, többnyire az eredeti terméktől eltérő elnevezésű és kiserelésű készítmények kerülnek. Ezeket a gyógyszereket a hatóanyag, az egyenértékűség és a helyettesíthetőség alapján ún. fixcsoportokba sorolhatjuk. Egy csoport készítményei közül a kedvezőbb ár és a biztonságos lakossági ellátáshoz szükséges gyártókapacitás alapján választjuk ki a referenciaterméket, s ezen készítmény forintban kifejezett támogatását kapja a csoport összes többi készítménye is (12. ábra).



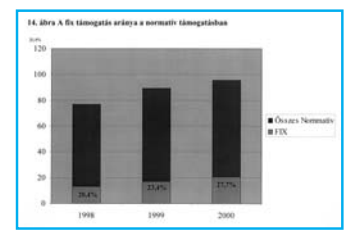
A fenti szabályok nem titkoltan mind a betegeket, az orvosokat, mind pedig a gyógyszerészeket az olcsóbb gyógyszerek fogyasztásának, felírásának, kiadásának irányába próbálják terelni, hiszen ez a lényege a megvalósuló generikus programnak. Az egy csoportba sorolt készítmények egymással helyettesíthetők, illetve nagyon hasonló hatással bírnak, így a csoport olcsóbb készítményének választása a beteg számára semmilyen hátránnyal nem jár, sőt, olcsóbban jut a medicinához. A biztosító számára is előnyös ez a program, hiszen az így felszabaduló forrásokból új, innovatív készítmények finanszírozására nyílik lehetőség. Európában arra is találunk példákat, hogy a gyógyszerek tágabb csoportjaira állapítanak meg fix összegű támogatást – ez az ún. terápiás fix – amikor a csoportot alkotó gyógyszereknél nem feltétel a hatóanyag azonossága, csupán az azonos indikációs kört, illetve azonos hatásmódot követik meg (13. ábra).



A betegek általában nem tiltakoznak a helyettesítés ellen. Ezt mutatják az amerikai és európai gyógyszerfelírási szokásokat, helyettesítést vizsgáló felmérések is. A bevezetett ösztönzőknek köszönhetően a gyógyszerész növekvő mértékben helyettesített, tehette ezt, hiszen a beteg

szinte 100 százalékban elfogadta a helyettesítést. Hasonló eredményeket mutat az OEP felmérése is, mely szerint a betegek kevesebb mint egyharmada gondolja azt, hogy a drágább gyógyszer jobb is. Ezek a vélekedések biztatóak a generikus helyettesítés sikerre tekintetében. Az 1999 nyarán végrehajtott fixesítés hatásainak vizsgálata szerint az új árak kihirdetését követően az orvosok, a betegek fokozatosan áttértek az újonnan kialakított fixcsoportok olcsóbb gyógyszereinek felírására, fogyasztására. Ezt a kedvező változást a betegek pénztárcájukon is éreztették, hiszen néhány hónap alatt 5 százalékkal csökkentek a betegeket terhelő kifizetések azonos gyógyszer dobozforgalom mellett. Egyébként a világ számos országában működnek generikus programok. Egyes országokban a dobozban mért gyógyszerforgalom jelentős részét a generikumok teszik ki például Dániában 60 százalékot, Nagy-Britanniában, az USA-ban és Kanadában körülbelül 40 százalékot.

Magyarországon a generikumok ártárgyalásának kiaknázása a fix összegű támogatások kiterjesztésével érhető el. Jelenleg az OEP a gyógyszer-támogatás több mint felét a normatív (50 százalék, 70 százalék, 90 százalék) és a fix összegű támogatási kategóriákban fizeti ki, melynek már közel harmadát teszi ki a fix támogatás aránya (14. ábra).



A speciális szerződés („külön keret”)

A másik terület, ahol a reform jelentősen előrehaladt a gyógyszerbeszerzés. Számos érv szól e területről továbbfejlesztése mellett. A biztosító az eddigiekben egy-egy jól körülírt betegcsoport (például sclerosis multiplex-ben szenvedő, vese-, daganatos, fertőző-, és neurológiai betegek) kiemelkedő magas árú gyógyszereit terápiaát az orvosok a centrumokban, illetve azok felügyelete mellett végzik, magas szakmai színvonalon. A biztosító komoly szakmai és pénzügyi kontroll alatt tartja ezt a mikrokasszát, hiszen a betegek kezeléséhez terápiás protokollok kidolgozását és azok szigorú követését írja elő, napi kapcsolatot tart a gyógyszereket elrendelő centrumokkal, a gyógyszer nagykereskedőkkel és pontos betegnyilvántartást vezet. A rendszer működésének sikerei, illetve a jelenlegi támogatási rendszerben létező elmentmondás, nevezetesen hogy a külön keretes beszerzés gyógyszereit hasonlóan drága, ugyancsak jól körülhatárolt betegcsoportok által felhasznált termékek egészségügyi

(folytatás a 11. oldalon)

*Praxisom betegeivel való együttműködésem alakulása

Compliance változás 1999-ben és 2000-ben.

A szívbetegség gyakran társult magasvérnyomás betegséggel, máskor ízületi betegségekkel: a cukorbetegség magasvérnyomás betegséggel és ízületi kórképekkel; valamennyi

betegség előfordult a daganattal együtt is! Adataimat szívesen hasonlítottam volna össze mások hazai, illetve nemzetközi adataival, de ilyen jellegű felméréssel nem találkoztam.

Ezzel összefüggésben megemlíteném, hogy 1999-ben rendszeressé vált a lejárt, illetve nem indokolt gyógyszerek leselejtezése. Így 2000-ben már csak elvétve találkoztunk „feleslegesen beszerzett” gyógyszerekkel! (Ezek nem receptkötelesek vagy máshol felírtak voltak!)

Úgy gondolom, valamennyi háziorvos kötelessége a házipatikák revíziója. Természetesen a megsemmisítésről is gondoskodnunk kell, amire a legjobb módszer, az illetékes gyógyszerháron keresztül történő összegyűjtés, megsemmisítés.

Morbiditási adatok százalékban

Év	Szív-betegség:	Magasvérnyomás-betegség:	Cukor-betegség:	Izületi-betegség:	Daganat:
1999:	38%	29%	9%	18%	11%
2000:	44%	31%	11%	32%	22%

6. táblázat

Az alábbiakban összefoglalom a compliance javítása során elért eredményeimet.

A 7. táblázatban az életmód változtatásba elért eredményeimet, a 8. táblázatban a gyógyszer-szedési sémák ésszerű kialakítását, a 9. táblázatban az orvos-beteg, ápolónő és a beteg kapcsolat alakítását, a 10. táblázatban preventív medicin tevékenységemet (felvilágosító

előadások gyerek és terhes védelem, idősök gondozás alá helyezésének elkerülésére tett gyakorlati lépéseim), a 11. táblázatban a betegekkel megvalósult kommunikációs lehetőségeket és ezek eredményeit mutatom be, majd a 12. táblázatban a költség-haszon viszonyulásokat.

Életmódváltozásban elért eredményeim

Év	Diéta:	Fizikai aktivitás:	Alkoholról leszokás:	Dohányzásról leszokás:	Indokolatlan gyógyszerek elhagyása:*
1999:	21	17	23	11	78
2000:	39	28	41	32	197

esetben volt eredményes. Drogos betegem nem volt.

* Indokolatlan gyógyszerek elhagyásának elérése százalékban.

Év	Antibiotikum:	Nyugtatók:	Altatók:	Fájdalomcsillapítók:	Görcsoldók:	Vitaminok:
1999:	18%	16%	14%	19%	8%	5%

(Megtakarítás éves szinten: 684.000 forint volt, 228.000 forint a betegeknél!)

2000:	54%	55%	46%	49%	41%	24%
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(Megtakarítás éves szinten: 3.998.896 forint volt, 897.698 forint a betegeknél!)

7. táblázat

Szeretném megjegyezni, hogy betegeim (felnőttek) 47 százaléka rendelkezik közgyógyigazolvánnyal, amit tetszőlegesen szeretnének felhasználni; „A beteg rendelne, ha ... enged-

ném!” Ebből adódóan konfliktusaim alakultak ki a betegeikkel, olykor egyes önkormányzatokkal is. (Vállaltam!!!)

A gyógyszer-szedési sémák ésszerű kialakítása

Év	Rendszeres ellenőrzése a gyógyszerek szedésének, (szükség esetén hetente)	Idegen szerek elhagyása: (laikus által javasolt)	Gyógyszer-szedést jelző műanyag dobozok rendszeresítése,
1999:	34%	66%	38%
2000:	65%	100%	100%

8. táblázat

Költség/haszon viszonyulások százalékban és forintban

Év	Gyógyszer:	OMSZ Útiköltség:	Kivizsgálás: (szakrendelők, gondozók)	Ápolás: kezelés, rehabilitáció (kórházak)
1999:	23% megtakarítás:(684.000)	14% (487.000)	8% (233.000)	7% (478.000)
2000:	38% megtakarítás:(1.568.000)	29% (1.045.000)	16% (543.000)	12% (1.123.000)

Ezek az eredmények önmagukért beszélnek! Az ésszerű takarékoság, a betegekkel való javuló kapcsolat mellett nem mentek az ellátás kárára!

12. táblázat

Orvos-beteg és nővér-beteg kapcsolat alakulása praxisomban (Kommunikációs lehetőségek)

Év	Orvos-Beteg Beszélgetések: (emociók, oktatás, viselkedés, adatgyűjtés)	A beteg írásos visszajelzései, (névtelenül is)	Betegség, beteg-csoportok megalakításai; (beteg-klubok)	A kitérülködés mértéke:
1999:	73%	24%	cukorbeteg:	28%
2000:	88%	39%	magasvérnyomás alkoholisták	39%

Év	Nővér-Beteg Beszélgetések:	Házi ápolás	Gondozás:	Rehabilitáció:
1999:	78%	elvétve	54%	32%
2000:	86%	43%	78%	69%

9. táblázat

Preventív medicinám

Év	Orvos-Nővér Előadások:	Iskolai felvilágosítás:	Idősekkel foglalkozás: (*)	Klubok: (**)
1999:	23% (32%)	18% (34%)	89% (95%)	100% (100%)
2000:	56% (45%)	47% (59%)	96% (98%)	100% (100%)

* Idősek klubjaiban hetente 2 alkalommal csoportos beszélgetések (1 alkalommal a nővér!)

** Klubok, gondozási körök (pl. cukorbeteg, alkoholbeteg) rendezvényein való részvétel a nővérral együtt. Terheseknél beszélgetések: hetente egy alkalommal orvos, nővér, védőnő foglalkozik külön (is) a terhesek szomatikus-, pszichés-, mentális problémáival. Hasonlóan szerveztem meg az anyavédelemmel, csecsemő és kisded védelemmel való foglalkozásokat is.

10. táblázat

A kommunikációs lehetőségek.

Év	Beszélgetések:	Irányított anyagok:	Magnókazetta:	Video:
1999-ben:	75%	14%	7%	4% (= 100%)
2000-ben:	64%	17%	10%	9% (= 100%)

11. táblázat

Összefoglalva:

Figyelembe véve praxisom sajátos körülményeit, a mai kor követelményeinek megfelelő kapcsolatrendszerrel igyekeztem kialakítani. Úgy gondoltam, helyes úton járok, s a folytatás mind szakmailag (protokoll), mind emberileg (empátia) indokolt. Francis Peabody után: „A gyógyítás titka, a gondoskodás.” Gondolataimat valamennyiünk, orvosok és betegek figyelmébe kívánom ajánlani.

Szakirodalom: Butler C, Rollnick S, Stott N: The practitioner, the patient and resistance to change: Recent ideas on compliance. Can Med Assoc J 1996; 154:1357.2: Cramer JA: Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. Drugs Aging 1998.; 12:7.3: Roter DL: Effectiveness of interventions to

improve patient compliance: a meta-analysis. Med Care 1998; 36:1138.4: Wechsler H et al: The Physician's role in health promotion revisited: A survey of primary care practitioners. N Engl J Med 1996; 334:996.5: Williams MV et al: Inadequate functional literacy among patients at two public hospitals. JAMA 1995; 274:1677.6: Guide to Clinical Preventive Services, 2. kiadás: 158.72.20.7: Sox HC: Preventive health services in adults. N Engl J Med 1994; 330:1589.8: US Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services: A Report of the US Preventive Services Task Force ed. International Medical Publishing. 1997. 9: Lawrence M. Tierney et al: Korszerű orvosi diagnosztika és terápia: 2000.

Dr. Salamon Sándor
Lácacsésce

* A Látlelet 8-9. számában a dolgozat első részének közzétele során a szerző neve lemaradt, amiért ezúton elnézést kérjük. Pedig olyan orvos munkáját közölni, aki a hátrányos földrajzi fekvésű Bodrogközéből tájékoztat (ahol három országhatár találkozásánál eleve csak körön kívül lehet az ember) úgy végzi munkáját és képviseli hivatását, hogy népegészségügyi kutatásokat végez hobbyként már akkor, amikor az még nem a kormányzat által deklarált, aki nem a praxispénz „mi-mennyi-miért” merkantilista szemszögből történő elemzésében látja az orvosimage újraépítését, igazán nem érdemli meg a „nemecsek” szindrómát és nagyobb odafigyelést kellene, hogy kapjon a médiától.

Dr. Salamon Sándor doktor úr, nevének lemaradása miatt személyesen is megköveti Önt a főszerkesztő:
Balla M. Anna

(folytatás az 1. oldalról)

A szabályozás másik eszköze az irányelv, amely jogalkotási kötelezettséget ír elő, de nem vonatkozik feltétlenül minden tagállamra, és csak az elérni kívánt eredmény és a határidő meghatározott. Az irányelvet azokon a területeken használják, ahol nem az egységesítés a cél, hanem a harmonizáció, azaz a szabályozások összhangba hozása. (Az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlatában egyébként az irányelvnek is van közvetlen hatálya. Ez, mint majd látni fogjuk az egyik bírósági ügy kapcsán számunkra is fontos lehet.)

A határozatok csupán azok címzettjeire (például tagállamok, vállalkozások) kötelezőek. Léteznek még ajánlások és vélemények is, amelyek nem kötelező erejűek, de mivel tartalmuk az Európai Bíróság ítéleteinek meghozatalakor figyelembe szokta venni, ezért mégis komoly erejűek van.

Az Európai Bíróság ítélkezése és az általa kiadott vélemények is részét képezik a közösségi jognak. Az Európai Bíróság feladata a közösségi jogbiztonság megeremtése, amelyet a jogi formát nyert integrációs döntések kikényszerítésén túl, a közös jog egységes értelmezése útján valósít meg. Ez a gyakorlatban legtöbbször annak a kérdésnek a megválaszolását jelenti, hogy az adott esetre vonatkozóan az unió szintű vagy a nemzeti szabályozás érvényes-e, vagy azt, hogy a tagállam által hozott intézkedések megfelelnek-e az unió előírásainak. Ennek tipikus esete a tagállamok és az Európai Bizottság közötti egyet nem értés, amely gyakran végződik peres eljárással.

A Bizottság egyrészt figyelemmel kíséri a tagállamok jogharmonizációját, azaz azt, hogy elvégzik-e a Közösség által rájuk rótt feladatokat és nemzeti jogszabályait összhangba hozzák-e a közösségi joggal, másrészt panaszokat is kap magánszemélyektől, társaságtól a tagállami kötelezettségek elmulasztása miatt. Amennyiben a Bizottság ügy találja, hogy valamely tagállami szabályozás elmaradt vagy nem felel meg az unió előírásainak, akkor joga van a tagállammal szembeni fellépésre. (Ennek a fellépésnek kezdeti szakasza egy adminisztratív eljárás, amelyben a Bizottság további információkat kér, majd engedélyezésre is sor kerül. Ha az utóbbi nem jár sikerrel, vagy a tagállam nem is válaszol a Bizottság megkeresésére, akkor kerül sor – hosszas előkészítés után – a bírósági eljárásra.) A fent részletezett jog azért illeti meg a Bizottságot, mert így hatékonyabb eljárásra kerülhet sor, mint ha az ügynek, társaságok lennének feljogosítva a közvetlen fellépésre a jogharmonizációs jogsértést elkövető tagállammal szemben. A magánszemélyek egyébként akkor sem indíthatnak közvetlenül eljárást, ha nekik valamely tagállam jogharmonizációs kötelezettség szegése okozott kárt vagy érdekvesztést. Ilyenkor az érintettek vagy a Bizottságnál tehetnek panaszt, vagy az érintett tagállam bírósága előtt indíthatnak pert. Ez utóbbi esetben gyakran kerül sor arra, hogy a nemzeti bíróság az Európai Bírósághoz fordul ún. előzetes határozatért, amely a közösségi jogot értelmezi. Ez történt abban a spanyol bírósági ügyben is, amelyre vonatkozó ítélet manapság foglalkoztatja az EU tagállamainak illetékes szerveit és az ottani orvosokat is.

SIMAP ügy

A spanyol háziorvosok egyik szervezete beperelve a helyi egészségügyi minisztériumot, Valencia Tartomány Bíróságához fordult, és annak megállapítását kérte, hogy a háziorvosokra is vonatkozik-e az az Európai Unió irányelv, mely a napi, illetve heti munkaidőt maximálja. A valenciai bíróság arra a kérdésre kért választ az EU Bíróságtól, hogy az orvosok munkával töltött ideje túllépheti-e a heti 40 vagy 48 órát, illetve, hogy az éjszakai munka időtartama 24 órán belül meghaladhatja-e a 8 órát. Kérdés volt az is, hogy éjszakai, illetve váltott műszakban dolgozóknak tekintendők-e az orvosok ezekben az esetekben.

A pontosság kedvéért meg kell jegyezni, hogy amikor az Európai Bíróság tagállami bíróság által feltett kérdésekre válaszol, nem vizsgálja a tényállást, hanem csupán azokra az információkra hagyatkozik, amelyeket elterjesztettek. Ennek megfelelően az ítélet (előzetes határozat) is csak a feltett kérdésekre vonatkozik. Az Európai Bíróság egyébként a korábbi évtizedekben általában átfogóbb, elvi tartalmú ítéleteket hozott. A közösségi joganyag azonban időközben nagyon felduzzadt, nehezen áttekinthetővé vált és a bírának általában is aggályuk alakult ki, hogy a nem előtűt tisztázott tényállásokra miként vonatkoztathatják a közösségi jog tételeit.

A szóban forgó ügyben a nemzeti bíróság azt állapította meg, hogy a háziorvosoknak időbeli korlátozás nélkül kell dolgozniuk, sőt, a rendes munkaidőt készenléti szolgálat követi, majd ismét munka.

Az orvosok egyébként azt is sérelmezték, hogy az éjszakai hívásokra egyedül kell kimenniük, minden biztonsági intézkedés nélkül. (Ez egyébként más unió tagállamokban is probléma. Franciaországban például bizonyos rossz közbiztonságú környékekről sorra költöznek el a háziorvosok, mert rendszeresen betörnek a rendelőkbe, és a házhoz hívások is egyre veszélyesebbek, különösen éjszaka.)

A Valenciai Tartományi Bíróság beadványában rögzítette azt is, hogy Spanyolországban a készenléti szolgálat nem tekintett túlmunkának, és a ténylegesen végzett munkát a bérezésnél nem veszik figyelembe. A spanyol nemzeti szabályozás szerint csak a rendes munkaidő meghosszabbítása során végzett munka számít túlmunkának. Az Európai Bíróság a szóban forgó irányelv (93/104) alapján

Az Európai Bíróság döntéseinek hatása az egészségügyi szolgáltatókra

Lehet, hogy már minket is érint?

arra az állápontra helyezkedett, hogy ha az orvosok az ügyelet idején rendelkezésük alatt tartózkodnak, akkor erre az időszakra nézve teljesülnek a munkaidő jellemzői, míg ha készenléti szolgálatot látnak el, azaz telefonon behívhatók, akkor csak a ténylegesen munkavégzéssel töltött idő tekinthető munkaidőnek. Az irányelv szerint egyébként azt kell éjszakai műszakban dolgozóknak tekinteni, aki legalább három órát dolgozik éjjel.

A Bíróság egyúttal azt is kijelentette, hogy a szakszervezetek vagy más szakmai szervezetek által a kollektív vagy egyéb szerződésekben adott beleegyezés a túlmunkába nem azonos az egyén, az orvos beleegyezésével.

A fenti állásfoglalás és az erre alapuló ítélet az Unió más tagállamainak hivatalos szerveit is elgondolkodtatta. Azt vizsgálják ugyanis, hogy egy spanyol bíró ítélete vonatkozhat-e rájuk is.

Németországban például a hivatalos szervek abban bíznak, hogy mivel náluk az ügyeleti időben végzett munka nem lehet több, mint a teljes ügyeleti idő 49 százaléka, mentesülhetnek az ítélet következményei alól. Mindenesetre a német kórházak már számításokat is végeztek, és ezek szerint kb. 2 milliárd márka többletköltségre és további 15.000 megfelelő szakképzettségű orvos munkába állítására lenne szükségük, ha a fenti ítéletnek megfelelően át kellene szervezniük az ügyeleti ellátást.

Bár az orvosok számára kedvező a döntés, mégis vannak Németországban olyanok, akik félnek a jövedelemvesztéstől, valamint attól, hogy az ítélet következtében kialakítandó új munkarend és az átszervezés számukra kedvezőtlen helyzetet terem. Úgy tűnik, hogy az unió tagállamok még csak az elemzéseknél, helyzetértékelésnél tartanak, és mostanáig nem tettek konkrét lépéseket az ítéletből következő intézkedések megtételére. Általánosságban elmondható, hogy az Európai Bíróság által elmarasztalt tagállamok (és a többiek is) előbb-utóbb követik a bírósági ítéletben foglaltakat. (Korábban azonban többször előfordult az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlatában, hogy szinte ugyanolyan vagy nagyon hasonló ügyek ismételten elé kerültek, mert a tagállamok vagy kibúvót kerestek, vagy nem nyugodtak bele az ítéletbe. Olaszország esetében például háromszor kellett a Bíróságnak kijelentenie, hogy az exportált műkincsekre kivetett adó ellentétes az áruk szabad áramlására vonatkozó szabályozással, míg végre eltörölték azt.

Érdeemes összevetni az unió irányelvet a magyar ágazati szabályozással, amely sokkal nagyobb ügyeleti kötelezettséget ír elő. Az unió szabályozás egyébként szektorsemleges, a magyar nem, mert az egészségügyi ágazat munkavállalói számára a rendkívüli munkavégzés időtartama hosszabb, mint másoknak.

Feltétlenül fontos, hogy a spanyol ítélet hatásaira adott, más tagállambeli lépéseket figyelemmel kísérjük, hiszen ha mi is az EU tagjai leszünk, sem a hazai általános munkajogi, sem az ágazati szabályozás nem térhet el az unióstól. Erre időben fel kell készülnünk.

Az irányelv hatálya alól azonban – ma még a fiatal szakorvosjelöltek (rezidensek) – az unióban is kivételt képeznek.

Mielőtt rátérnénk az Európai Bíróság idén júliusban hozott ítéleteinek és azok várható következményeinek ismertetésére, elevenítsük fel a Kohll és Decker ügyet, melyről már korábban volt szó e lap hasábjain. Ez tulajdonképpen két egymástól független, de az ítékezés és a későbbi elemzések során összekapcsolódott jogeset.

Kohll és Decker ügy

A luxemburgi Kohll úr szemüveget csináltatott magának Belgiumban egy luxemburgi személyes receptje alapján, majd a számlát benyújtotta egészségbiztosítójának. Ebben az időben az volt a bevett gyakorlat, hogy külföldön egészségügyi ellátásra a sürgősségi ellátás kivételével csak azok az ott dolgozók és családtagjaik voltak jogosultak, akik esetében ez a tagállam volt a munkavégzés vagy a letelepedés helyszíne. A többiek, például tanulók, turisták csak a legszükségesebb egészségügyi ellátást kapták meg a másik tagállamban. Egyetlen kivétel, az egészségbiztosítóval előzetesen engedélyezett ellátás volt.

A második esetben a szintén luxemburgi Decker úr vitte kiskorú lányát fogszabályozásra Németországba, majd ő is benyújtotta az egészségbiztosítónak a másik tagállambeli egészségügyi szolgáltató számláját, de erre sem fizettek. A két ügy végül az Európai Bíróság elé került, amely az áruk és szolgáltatások szabad áramlására vonatkozó szabályozást alkalmazta az egészségügyi ellátás területén is, azaz jogosnak ítélte meg a két luxemburgi állampolgár követelését.

Ez a döntés azért volt meglepő, mert a szociális

biztonság, amelybe az Európai Unióban beleértik az egészségügyet is, a tagállamok hatáskörébe tartozik, azaz itt nincs jogharmonizáció.

A sokak számára meglepő döntéssel záruló Kohll és Decker eset újabb kérdéseket vetett fel, és tulajdonképpen csak fokozta az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó szabályozás bizonytalanságát. (Ne feledjük, hogy a Bíróság mindig konkrét esetekben ítélkezik és csak a feltett kérdésekre válaszol!) Az ítélet ugyanis nem volt egyértelmű abból a szempontból, hogy csupán a kórházon kívüli ellátásokra vonatkozik, vagy általában is igaz, hiszen a bíróság döntésében felhatalmazta a tagállamokat arra, hogy korlátozó intézkedéseket vezessenek be, amennyiben a pénzügyi egyensúly vagy a kapacitások, a szaktudás fenntartása ezt indokolja.

További kérdés, hogy befolyásolja-e az ítélet érvényességét és kiterjeszhetőségét az, ha ugyanazon egészségügyi szolgáltatásnak az ára jelentősen eltér egymástól a két tagállamban? A szóban forgó két jogesetben ugyanis nem volt lényeges árkülönbség a luxemburgi és a német, illetve a belga szolgáltatók árai között, így magát a luxemburgi egészségbiztosítót többletköltség nem terhelte. Egyébként is, a luxemburgi egészségbiztosító különösebb korlátozás nélkül szerződést köt minden, a területén letelepedő egészségügyi szolgáltatóval, így a fenti ügyekben az ellátástervezéssel kapcsolatos szempontok szóba sem kerülhetnek.

Ezért várta hát mindenki nagy izgalommal az Európai Bíróság kórházi ellátásra vonatkozó ítéleteit. Az első három ítéletet 2001. július 12-én hirdették ki, mégpedig úgy, hogy két, egymáshoz nagyon hasonló ügyben közös ítélet született.

Vanbraekel ügy

Ebben az esetben arról volt szó, hogy a belga állampolgárságú Mrs. Descamps kérését, melyben egy franciaországi ortopédiai műtétre kért előzetes engedélyt egészségbiztosítója azért utasította vissza, mert a műtét szükségességét igazoló szakvéleményt nem egyetemi klinika orvosa állította ki. A beteg ennek ellenére megoperáltatta magát Franciaországban, majd kérte költségei megtérítését. Ezután hosszantartó pereskedés kezdődött. Mrs. Descamps a pert hazájában első fokon elvesztette, de a másodfokú bíróság által kirendelt orvosakértőnek az volt a véleménye, hogy a szóban forgó műtétre szükség volt a beteg egészségének helyreállítása érdekében, és azt akkor, 1990-ben nem végezték Belgiumban. Erre a szakvéleményre alapozva a nemzeti bíróság jogtalannak találta az egészségbiztosító korábbi elutasítását. Az ügy azért került mégis az Európai Bíróság elé, mert a belga bíróság előzetes határozatot kért a betegnek (helyesebben örököseinek, mert ő időközben meghalt) fizetendő költségtérítés összegére, pontosabban annak meghatározási módjára vonatkozóan. A belga szabályok szerint ugyanis magasabb költségviszterítés járt, mint ha a franciának megfelelően számították volna ki az összeget. (A különbség mai áron, forintban számolva kb. 450.000 forint.)

A bíróság a következő, első látásra talán ellentmondónak tűnő ítéletet hozta.

A betegnek azt a visszatérítést kell megkapnia, amit eredetileg is kapott volna, azaz akkor, ha 1990-ben engedélyezik számára a külföldi műtétet. Másrészt, ez az összeg nem lehet kevesebb annál, ami akkor járt volna, ha Belgiumban operálják meg az illetőt. Az Európai Bíróság szerint, ha a betegek nem ugyanazt az összeget kapnák a külföldön és a hazájukban igénybe vett kezelése után, akkor ez akadályt képezne a szolgáltatások szabad áramlásában, azaz a külföldi egészségügyi szolgáltatók hátrányba kerülnének. Az Európai Bíróság indoklásában azt is hangsúlyozta, hogy bizonyos szolgáltatások (egészségügyi ellátás) speciális volta nem vonja ki őket a négy szabadságjog, (az áruk, a munkaerő, a szolgáltatások és a tőke szabad mozgása), azaz jelen esetben a szolgáltatások szabad áramlásának köréből. Egyébként pedig a Bíróság úgy ítélte meg, hogy az a többletköltség, ami az egészségbiztosítót azért terheli, mert a hazai egészségügyi ellátás drágább, mint a külföldi, nem ró plusz anyagi terhet az egészségbiztosítóra, (mert azt egyébként is kifizetné).

Geraets-Smits és Peerbooms ügyek

Az Európai Bíróság tehát 2001. július 12-én még két, jellegében hasonló, a holland egészségbiztosítót és annak biztosítottjait érintő ügyben együttes ítéletet hozott.

Mrs. Smits, aki Parkinson kórban szenvedett, egy multidiszciplináris kezelést szeretett volna igénybe venni Németországban. Kérését azzal az indokkal utasították el, hogy megfelelő kezelés elfogadható időn belül Hollandiában is rendelkezésre áll. A német kezelés a holland orvosok szerint nem rendelkezett előnnyel a hazai, nem egységes rendszerben, összehangoltan biztosított ellátáshoz képest.

A külföldi kezelés részét képezte egy kivizsgálási rendszer is, melynek eredményeire épült a speciálisan a beteg tüneteit, panaszait, illetve a diagnosztikus módszerekkel talált eltéréseket a hollandiainál sokkal inkább figyelembe vevő multidiszciplinális kezelés. A német gyógykezelés tehát személyre szabott volt.

A másik jogi eset érintettje, Peerbooms úr közlekedési baleset következtében eszméletlenné vált. Az ő esetében két és fél hónapos kómás állapot után olyan ausztriai intenzív neurostimulációs kezelés engedélyezését kérvényezték, amely Hollandiában is elérhető volt ugyan, de mivel ott csak kísérleti módszerként alkalmazták, 25 éven felüliek ellátását nem finanszírozták. (Az említett beteg akkoriban 35 éves volt.) Az elutasítás egyébként itt is arra hivatkozott, hogy a külföldi kezelésnek nincs előnye a hazaihoz képest, bár a kérdéses esetben az innsbrucki klinika terápiaja nagyon hatásosnak bizonyult. Az ügy pikantériája, hogy ha Peerbooms úr történetesen ausztriai nyaralása alatt esett volna kómába, és turistaként, a sürgősségi ellátás keretében kapta volna meg ugyanazt a kezelést, akkor a holland biztosító kifizette volna a költségeket.

Mindkét esetben arról volt szó, hogy az ellátás módját, a szóban forgó kezeléseket Hollandiában (akkor) nem tartották elfogadottnak, ezért nem finanszírozták azokat.

A két esetre vonatkozó közös ítéletében az Európai Bíróság az előzetes engedélyezési eljárást akadálynak tekintette a kórházi ellátások szabad biztosítása terén. Ugyanakkor a Bíróság hangsúlyozta, hogy a szociális rendszerek pénzügyi egyensúlyának biztosítása és a kórházak fenntarthatósága érdekében mégis kell megszorításokat alkalmazni.

Az ítélet második részében a Bíróság kritériumokat adott a külföldi (más tagállambeli) gyógykezelések engedélyezéséhez. Eszerint egy másik tagállambeli kórházi kezelést akkor kell engedélyezni, ha az nemzetközileg elismert szakemberek által kielégítően kipróbált és tesztelt. A másik feltétel a kezelés indokoltságával kapcsolatos. Csak akkor lehet a külföldi gyógykezelésre vonatkozó kérés elutasítani, ha a páciens ugyanazt, vagy ugyanolyan hatásos kezelést kaphat indokolatlan késlekedés nélkül egy, a saját egészségbiztosítójával szerződött intézménytől.

Összefoglalva tehát elmondható, hogy az Európai Bíróság következetesen úgy tekint az egészségügyi tevékenységekre, mint amelyek a szolgáltatások szabad áramlásának körébe tartoznak. Ugyanakkor elismeri, hogy a tagállamok joga megszervezni saját egészségügyi rendszereiket. A Bíróság ez alatt azt érti, hogy minden tagállam maga határozhatja meg a biztosítottak jogait és kötelezettségeit, és azokat a feltételeket, amelyek a szolgáltatások igénybevételére vonatkoznak.

Még nem ismert a tagállamok reagálása a legutóbbi ítéletekre, és nem jelentek meg a szabadabban igénybe vehető határon túli egészségügyi ellátások költségeire vonatkozó előzetes számítások, elemzések sem. Minket azonban nemcsak ez érdekel. Függetlenül a tagállamok és az unió szakmai szervezetek (kamarák, szövetségek, egyesületek, stb.) reagálásától, nekünk is el kell gondoloznunk azon, hogy számunkra mit jelenthetnek ezek az ítéletek. A nyugat-európai (holland, brit) városlisták akár azt is eredményezhetik, hogy egyes jól felszerelt magyar kórházba külföldi betegek érkeznek majd olyan műtétekre, kezelésekre, melyeket vagy a külföldi egészségbiztosítók kórházainkkal kötött szerződésai alapján vagy akár előzetes engedélyeztetési eljárás nélkül vesznek igénybe. Vajon rendelkezünk-e megfelelő létszámú, nyelveket beszélő, nyugat-európai színvonalú ellátást biztosítani tudó szakképzett személyzettel? Ki tudjuk-e majd – akár már csatlakozásunk előtt – használni a – főként az alacsonyabb bérekből adódó – kedvezőbb árak kínálta lehetőségeket, többletbevételhez jutva ezzel egészségügyi szolgáltatóinkat?

Vajon azonban egy másik, a magyar állampolgárok és a finanszírozás szempontjából még izgalmasabbnak tűnő kérdés is. Egészen biztos, hogy a csatlakozás időpontjában lesznek olyan terápiás módszerek, amelyek itthoni elérhetősége nem biztosított, de nemzetközileg elfogadottak és az Európai Unió tagállamaiban elérhetők. Mi történik majd akkor? Vajon a magyar betegek is igénybe vehetik ezeket, kockáztatva az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási egyensúlyát, vagy mi magunk fogunk kérni erre a területre mentességet, szakszóval kifejezve: derogációt? Van-e Magyarországon (vagy lesz-e a csatlakozás időpontjában) olyan egészségügyi technológiaértékeléssel foglalkozó szakembergárda, aki megfelelő mélységig ismeri a nemzetközi orvosi kutatások, gyakorlati módszerek eredményeit (pro és kontra) és megalapozott véleményt tud mondani ezekről? Úgy tűnik, hogy újabb, nem várt feladatok merültek fel az egészségügyben az unió csatlakozásra való felkészülés során.

Dr. Czibalmos Ágnes
Budapest

Dr. Hegyi Gabriella az Orvosegyetemen az I. sz. Anatómiai Intézetben mint díjas demonstrátor dolgozott, az egyetem befejezése után pedig belgyógyász szakvizsgát tett. Még az egyetemen kezdett érdeklődése a hagyományos kínai orvoslás, az akupunktúra felé fordulni. Kíváncsisága kielégítése céljából, később számos tengerentúli országban tanulmányozta az energetikai orvoslás alapjait. Így vetődött el a japán Yamamoto professzor intézetébe. A professzor főként a neurológia, az úgynevezett fájdalommenedzsmet, és a mozgássérültek rehabilitációjának területén használja az akupunktúra évezredekkel felülre eredményeit. Ezekre a körképekre kidolgozott speciális módszere által vált ismertté szerte a világon. Eljárását elsősorban kiegészítő módszerként, bár egyes esetekben önállóan is alkalmazza. Hegyi Gabriella doktornő 1988-ban magánorvostól létrehozott Alapítvány által indította el a professzor nevét viselő Yamamoto Rehabilitációs Intézetet mely, jelenleg házi orvosi, foglalkozás-egészségügyi, belgyógyászati- és magánrendelőként működik. Az intézet a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán oktatott egyes tárgyak gyakorlati oktatóhelye is, ezért a fenti területek mellett ugyanolyan hangsúllyal alkalmazkodik a homeopátiát, a biofizikai orvoslást, a neurálterápiát és a kínai orvoslást. A rendelő ugyanakkor szinte teljesen önálló, működéséhez az önkormányzat semmilyen anyagi segítséget nem ad, s a tb. támogatás a házi orvosi rendelés költségét sem fedezi.

– Dr. Hegyi Gabriella a Semmelweis Egyetem továbbképző elméleti és gyakorlati kurzusaiban 12 éve vesz részt oktatóként. Ez időtől vezetőségi tag az első nem konvencionális orvosi társaságban, a Magyar Akupunktúrás Orvosok Társaságában (amely egyesület a MOTESZ-tagja), s ezt a társaságot képviseli a Nemzetközi Világszövetségben is. 2000-ben a komplementer orvosi technikák gyakorlati alkalmazhatóságát bizonyítandó Ph-D disszertációját „Mechanikus és elektromágneses biostimuláció” címmel védte meg. Jelenleg éppen a Nemzetközi Orvosi Akupunktúra- és Kapcsolt Technikai Szövetségének – ICMART (International Council Medical Acupuncture and Related Techniques) berlini világkonferenciájára készül, előadása témája a biofeedback, biostimuláció, valamint a komplementer orvoslás hazai helyzete a felsőfokú egyetemi oktatásban. A doktornő az 1997-ben meghozott XI./97-es természetgyógyászati rendelet értelmében az orvos és nem orvos természetgyógyászati ágak miniszteri honoris causája lett. Vizsgáztatási jogköre neurálterápiából, kínai orvoslásból, és biorezonanciából van.

– Hogyan látja a természetgyógyászat és az akadémikus orvoslás viszonyát, az orvos-természetgyógyászok egyetemi szintű vizsgáztatásának kérdését Magyarországon?

– Mindenek előtt fontos megjegyezni, hogy a természetgyógyászat helyett a nem konvencionális, komplementer szóhasználat a megfelelő (a szó széleskörű lejárata miatt). Az Egészségügyi Törvény 104-es paragrafusa is így említi már 1998-ban. S való igaz, hogy a komplementer medicina minden ágának van egy honoris causája, akiket az egyetemek választottak, a gyakorlatban azonban mégsem ők vizsgáztatnak. Rendelet a világon egyedül csak nálunk szabályozza jogilag ilyen széles lefedettségében a komplementer orvosi tevékenységeket, végrehajtási utasítása mégis késik, s ebből számtalan visszaélésre okot adó helyzet adódik, ezért tapasztalhatók anomáliák a különböző egyetemek gyakorlatában is. A rendelet ugyanakkor világosan kettéosztja, az orvosi, illetve a nem orvosi diplomához kötött tevékenységeket. Míg azonban a nem orvosi diplomához kötött tevékenységeknél nem merült fel különösebb probléma, az akupresszúrát, a fitoterápiát, a szemtréninget, az életmódtanácsadást, a reflexterápiát, az alternatív fizioterápiát, a fülakupunktúrás addiktológiát, az ETI-ben (Egészségügyi Dolgozók Továbbképző Intézetében) oktatják és a licenc vizsga alapján bárki folyamodhat ÁNTSZ-engedély iránt, addig az orvosegyetemeken más a helyzet. Bár az egykori Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem például hivatalosan 1988 óta oktat akupunktúrát, később felvette tárgyai körébe a homeopátiát, a neurálterápiát, és a biofizikai orvoslásban is voltak négyezredes tanfolyamok, mégsem vizsgáztatt hivatalsan minden tárgyból, amelyből egyetemi tanfolyamot tartott, s ez nem etikus. Tarthatatlan továbbá az is, hogy a biofizikai orvoslás területén legalább 400 orvos dolgozik, az ORKI által engedélyezett műszereket

SALUS AEGROTI...

(Dr. Hegyi Gabriella a vezetése alatt működő intézetről és a komplementer medicina mai helyzetéről)

használja, ugyanakkor másból kénytelenek vizsgáztatni, vagy elmehetnek az ETI-be, alacsonyabb szintű vizsgát tenni. Ez nem válik a magas szintű, szakmailag kontrollált gyógyítás hasznára.

– Mégis, miért késlekedik a rendelet végrehajtási részének kidolgozása? Kinek kedvez ez az „ex-lex” állapot?

– Akkor, amikor például az MTA Orvosi Bizottsága által is hatékony gyógymódotnak minősülő komplementer orvosi beavatkozások több csoportja, már széles körben és hivatalosan is elfogadott, sajnálatos tény, hogy egy családorvosi lapban olvasva: a „tisztesszűrővizsgálatokat végző családorvosi praxisok tulajdonosai veszélyeztetve érzik munkájukat”. Ehhez csak annyit fűznék, hogy hivatalos egyetemi pontszerző tanfolyamokon egyre több családorvos (még öszülő halántékkal is) igyekszik és igyekezett az elmúlt évtizedekben is olyan tudást megszerezni, amellyel nagymennyiségű gyógyszerek adagját csökkenthetné, vagy esetenként akár kiválthatta (például nyugtatók, altatók, fájdalomcsillapítók, emésztésre ható szerek) azokat. A folyamatos képzés, az integratív medicina alkalmazása a prevencióban és az ellátásban alapvetően ambíció és szakmai elkötelezettség kérdése. Nyugaton például több olyan egyetemi intézetben jártam – ilyen volt a dortmundi is – ahol a daganatos betegek hipertermiás kezelése párhuzamosan zajlott a kemoterápiával, az életmódtanácsadással, a pszichoterápiás kezeléssel, s az eredmények mérhetően igazolják, hogy sokkal eredményesebb és egyes esetekben sokkal gyorsabb a gyógyulás, illetve magasabb életminőséget nyújt a betegnek egy ilyen komplex orvosi megközelítés. Sajnos nálunk inkább jellemző az érdekcsoportok közötti személyeskedés, mint a beteg érdekében történő összefogás: a biofeed-back műszerek forgalmazásában érdekelt cég tulajdonosai között szerepel például az a kolléga is, aki ellenzte az egyetemen az ehhez kapcsolódó tanfolyamon résztvevők részére a vizsgáztatás kiírását. Talán éppen ezért nincs akkreditált homeopátiás, neurálterápiás, képzés, megfelelő előadókkal, óraszámokkal a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően, s éppen ezért nem látom értelmét általam szervezett újabb tanfolyamok indításának sem. Minél előbb ki kéne tehát dolgozni a rendelet végrehajtási részét is, és megvalósítani a hozzáértő, felelős, szakmailag elismert orvoscsapat által történő és a nemzetközi gyakorlattal harmonizáló egységes mércét felállító egyetemi képzést, amely feltétele a korrekt szakmai munkának, ellenőrizhetőségnek. Az oktatásból az egyetemeknek már így is jócskán van bevételük, hiszen minden esetben önköltséges tanfolyamokról van szó.

– Ön, mint a Magyarországon forgalomban lévő biorezonancia elven alapuló gépek szakvéleményezője, hogyan látja a hazai „piacot”? Nemrégiben kapott ugyanis lábra a hír: van egy Ocrum 14 nevű gép, amely sikeresen, és gyorsan gyógyítja a rákot.

– A biorezonancia elvén alapuló gépek, mint például a Tens, kiválóan alkalmasak izomlazításra, relaxációra. De képesek diagnosztizálni, és egyes funkciózavarokat gyógyítani is. A beteg ember hitével visszaélni azonban nem etikus. Az Ocrum gép körüli csalások miatt a magyar gyártóval együtt már ügyvédhez fordultunk és ismeretlen tettesek ellen feljelentést tettünk a személyiségi jogok, az üzleti jó hírnév, illetve szakmai hírnév védelmében. Az ORKI-szakvéleményről, amit én adtam ki Gyulyás István számára ugyanis egyszerűen letakarták a gyártó nevét és egy olyan kft. számára vindikálták a jogot a terjesztéshez, amellyel én jogviszonyban sosem voltam. A gép eme „csodaváltozatának” a forgalomban létéről tehát ilyen értelemben nem tudtam.

– Májusban jegyezték be a körülbelül 150 tagot számláló Magyar Biofizikai Orvosi Társaságot. Mit takar ez a fogalom, s milyen céllal alakult az egyesület?

– A biofizikai orvoslás a funkcionális biofeed-back, az extrém alacsony intenzitású elektromos, illetve mágneses tér, az

elektromos áram élettani hatásaira alapuló technikákat jelenti. A társaság olyan tudományos fórum, amelynek egyik legfontosabb feladata a szakmai érdekvédelem, az érdeklődő orvoskollégák összefogása, szakmai képzése, továbbképzésének szervezése, valamint nemzetközi kapcsolataink ápolása.

– Milyen kiegészítő eljárásokat alkalmaznak intézetükben a hagyományos orvosi kezelések mellett?

– Egy-egy gyógyszer heti adagja olykor elérheti az ötezer forintot is. Ilyenkor hálás igazán a beteg, amikor egy neurálterápiás eljárással, egy akupunktúrás beavatkozással, vagy szoft-lézeres kezeléssel megkímélem a fájdalomcsillapítók, vagy más költséges, és sok esetben súlyos mellékhatásokkal bíró gyógyszerek alkalmazásától. A kiegészítő gyógymódok ugyanilyen eredményesek lehetnek funkcionális, klimakteriális, vagy lelki eredetű tünetek, például pánikbetegség esetén is. Intézetünkben ennek megfelelően pszichoterápiás, mentálhigiénés, és fizioterápiás rendelés is folyik, remek gyógymasszörünk van például az ORFI-ból. Allergiát szűrünk, kezelünk. Ezenkívül kifejlesztettünk egy műszert az úgynevezett tartós akupunktúrás eljárás alkalmazására, amely egyedülálló Európában. Ez kimondottan javallott távol lakó, idős, vagy gyermekpacienseknél, akiknek nem mindegy, hogy heti többször, vagy havi egy alkalommal történő eredményes kezelést vesznek részt. A módszer lényege az abszorbeális monofilamentum – egy belső vékonyvarrat – beültetése a bioaktív pontokba. Ez a szál egy hónapon keresztül fejti ki hatását, aztán felszívódik. Ilyen módszerrel gyógyítható például az izomtonuscsökkenés, a krónikus fejfájás, vagy a klimaxnak az a formája, ahol hormonszubsztitúciót nem kaphat a beteg. De a módszer az agyi keringéscsökkentés, az irritabilis colon-szindróma esetén is hatékonyan alkalmazható.

A NASA amerikai kutatóközpont humánbiológiai kutatócsoportja hosszú évek munkájával létrehozott egy műszert, amit Amerikában volt alkalmam megvizsgálni, s Magyarországon én adtam ki az orvosalkalmazói szakvéleményét. Ebből a gépből kettőt működtetünk az intézetben. Ez a gép relative, hosszú távú olcsósága miatt kint remekül bevált mint preven-

tív szűrő lehetőség. Lényege, hogy olyan elektromos reaktivitást mérünk a beteg szervezetében, amely által különböző baktériumok, vírusok, gombák, allergének, vitaminok, nyomlemek, de akár pszichés faktorok is kiszűrhetők. De remekül hasznosíthatják a gépet a menedzser-cégek is, akik új munkatársat készülnék felvenni, mert a műszeres vizsgálat számos pszichológiai teszt számára lehet iránymutató. Néhány perc alatt kiderülhet többek között, hogy az illető mennyire magabiztos, vagy inkább szorongó, vannak-e benne rejtett agressziós törekvések stb. Biofizikai nyelven: olyan kémiai szubsztanciák spektrális képe van a porgramban, amely kivetíti számunkra a paciens fenti tulajdonságait. Egy trivektoros spektrumanalízissel egy adott szubsztanciára reaktivitást mérünk, s meg tudunk állapítani egy meglévő állapotot, vagy egy lezajlott terápia hatékonyságát, de meg tudjuk nézni azt is, hogy milyen terápia nem javasolt a betegnél.

Példaként említeném, hogy volt egy hosszú évek óta hőemelkedéssel küzdő betegünk, akinél a hőemelkedést egy speciális baktérium okozta, amelynek hagyományos, rutinszerű kivizsgálására nem volt lehetőség. A műszeres vizsgálat után hatékony terápia megoldás kínálkozott. Egy másik páciensnek nem sürgős műtétet igénylő porckorongsérvére derült fény, amelyet a képpalkotó eljárások előtt sikerült megállapítani és életmód, valamint mozgásterápiával a mai napig is elkerülte a műtétet. Ha a vizsgálat alatt kiderül, hogy a betegnek nem operálható diszkussz herniája van, akkor lehet, hogy a masszázst mellett szoft-lézer terápia, mátrixkezelést alkalmazunk, s hamarabb munkába áll, kevesebb gyógyszert fogyaszt, nem kell táppénzen tartani, stb.

A 90-es évek elején Brüsszelben az Európai Közösség egy költségvetésprogramot finanszírozott, amelynek célja annak kiderítése volt, hogy mennyivel olcsóbbak a komplementer eljárások, hogyan lehet ezeket bevezetni és gyakorlattá tenni az egészségügyben. Azt hiszem, hogy egy hasonló vizsgálat nálunk is időszerű lenne. Most éppen vizsgáztatom a Gödöllői Szt. István Egyetem hallgatóit, és egy teljeskörű, magas szakmai színvonalú, a hazai törvénynek, s a nemzetközi szakmai standardoknak is megfelelő egyetemi oktatás létrehozásában reménykedem, amelyre nagy igény mutatkozik mind a betegek mind a gyógyítók részéről. Nálunk talán még a hatalmas harcok kicsinyességének kátyuiba van beleragadva ez az egész, de remélem, hogy hamarosan megtaláljuk azt a méltó kutatási fórumot és keretet, amely biztosítja, hogy az ocsúja kiessen. Nagyon sokszor ugyanis kiöntjük a gyereket is a vízzel, vagy bennhagyjuk azt is, amit nem kellene. Én azért bízom és dolgozom.

Galgóczy Zsuzsa
Budapest

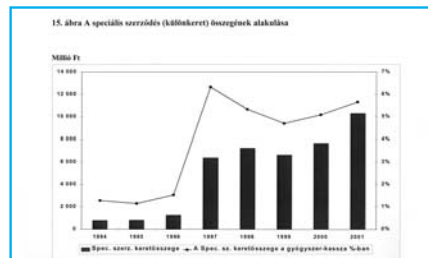


Patrol Med
KFT

Gyógyszerpiac-Gyógyszertámogatás alakulása az elmúlt évtizedben.

Gyógyítás és költség-hatékonyság

(folytatás a 7. oldalról)
rendelkezés alapján kiemelt (100 százalék, 90 százalék) támogatást kapnak, de mégsem központon keresztül szerzik be azokat, e beszerzési forma kiterjesztése felé mutatnak. Az egészségügyi rendelkezés alapján támogatott gyógyszerek egy részének beszerzését természetesen követi majd a beteg nyilvántartási rendszer fejlesztés és a hiányzó terápiás protokollok kifejlesztése. Ezt a lépést indokolja továbbá, hogy szükséges a gyógyszerkassza kiadásának több mint 40 százalékát kitevő egészségügyi rendelkezés jogcímen kifizetett támogatások felülvizsgálására, az ún. egészségügyi pontok



esetleges újra fogalmazására, egyes betegségek átkategorizálására, egységes kritériumrendszer alkalmazására (15. ábra).

Költséghatékonyság

Az átalakítás során egyre nagyobb hangsúly kerül a költséghatékonyság elvének alkalmazása a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatás alapjául elfogadott árának és támogatásának kialakításában.

Világszerte megfigyelhető trend, hogy a gazdasági elemzéseket növekvő mértékben használják, mint a költségek visszafogásának és hatékonyság növekedésének eszközeit. Számos országban dolgoztak ki költséghatékonysági vizsgálatok elvégzését segítő, szabályozó irányelveket, melyek kidolgozása hazánkban is elindult. A költséghatékonysági vizsgálatokra vonatkozó irányelvek alkalmazásától várható, hogy magas tudományos színvonalú, politikai vagy gyártói befolyástól

mentes vizsgálati eredmények születnek, amelyek társadalmi perspektívából elemzik egy adott gyógyszer hatékonyságát, továbbá segítséget nyújtanak az eredmények döntéshozatalban való felhasználásához.

Mint az előzőekben láthattuk, a gyógyszerpiac rendkívül összetett, több tényezőtől befolyásolt terület, amely elemeinek változtatásánál szakmai, gazdasági és szociálpolitikai célokat egyaránt mérlegelni kell a döntések meghozatalakor. A mindenkori egészségügyi kormányzatnak az ország gazdasági helyzetéből adódó pénzügyi kereteken belül képviselnie kell a betegek érdekeit, figyelembe véve a hosszú távú szakmai és egészségpolitikai szempontokat is.

**Dr. Kőrössi Péter,
Dr. Dávid Tamás**

Országos Egészségügyi Pénztár

A mozgáspedagógiában új út a konduktív nevelés módszere

Elhunyt Dr. Hári Mária a Pető Intézet egyik alapítója



Budapest, 2001. október 24. - A Pető Intézet mély fájdalommal tudatja, hogy Dr. Hári Mária főiskolai tanár, a Pető Intézet nyu-

galmazott igazgatója, életének 78. évében, 2001. október 6-án elhunyt. Búcsúztatása 2001. október 29-én 12 órakor a Nemzeti Sírkert Kerepesi Temetőben (VIII. Fiumei út 16.) volt. Dr. Hári Mária a Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézete saját halottjának tekintti.

Dr. Hári Mária Pető Andrásal és az új szemléletű mozgásterápiái, mozgáspedagógia módszerrel megismerkedve 1945 májusától kezdődően vett részt a későbbi Pető Intézet megalakulásában és tevékenységében.

Dr. Hári Mária elsődleges szerepet vállalt a konduktív pedagógiát eredménnyel alkalmazó szakemberek, a konduktor-tanítók képzési rendszerének megteremtésében. A konduktív nevelés és képzés mindennapi gyakorlatában tevékenyen részt vett, először szervezőként, majd oktatóként, alorvosként, adjunktusként, később az Intézet igazgatóhelyetteseként. Pető doktor 1967-ben bekövetkezett halála után ő ve-

zette az Intézetet, amely 1988-ban főiskolává vált. Dr. Hári Mária 1994-ben nyugdíjba vonult, de hihetetlen akaraterővel az utolsó pillanatig dolgozott. Még október elején is „Az összehasonlító konduktív pedagógia” 2. átdolgozott kiadásán végzett javításokat. S bár testi ereje egyre inkább lankadt, lelki ereje, szellemi energiái mit sem változtak.

Tagja volt az International Cerebral Palsy Society-nek, kiemelkedő külföldi tudományos elismerések, díjak, kitüntetések birtokosa. Hári Mária professzorasszony azok közé tartozott, akiket már életükben is mindenki tisztelt és elismert, és ez az elismerés számtalan kitüntetésben is megmutatkozott. A professzorasszony számos külföldi kitüntetést kapott, melyek közül kiemelkedő a Doctor Honoris Causa at the University of Birmingham és a The Most Excellent Order of the British Empire (a Brit Birodalom Rendje). Itthon a mozgássérültek konduktív nevelési és a konduktor-tanítóképzés kialakításában végzett kiemelkedő munkáját Állami Díjjal, majd a Magyar Köztársaság Érdemrend Középkeresztjével és Szent-Györgyi Albert díjjal ismerték el.

További információ:

Ivicz Andrea

Rowland

Mobil: 30/2112-454

SE-30 TENS IZOM,- IDEGSTIMULÁTOR FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ KÉSZÜLÉK

Ez egy gyógyászati termék: **házi fizioterápiás – fájdalomcsillapító készülék.** Az Országos Kórház és Orvostechnikai Intézet engedélyével rendelkezik

Az **SE-30** fantáziánévre hallgató **TENS** készüléket több százezer család tagjai használják világszerte.

A **TENS** elnevezés magát a módszert is jelenti: a bőrön át történő elektromos idegingerlés latin szavaiból képzett mozaikszó.

Mi a **TENS** lényege?

A modern orvostudomány számára 1965-ben fedezte fel két angol orvos tudós (Melzack és Wall) és publikálta az úgynevezett „kapuelméletet”, melynek lényege, hogy a fájdalomérzést vezető idegrostok gerincvelői szinten gátolhatók.

Ezt a kis berendezést japán kutatók fejlesztették ki, mely egyesíti magában az ősi keleti gyógymódokat a mai csúcstechnológiával.

A **TENS** alkalmas izom és idegfájdalom csillapítására mint például a lumbágó, köszvény, reuma, hát-, és vállfájdalmak, fejfájás, migrén, ízületi gyulladások, övsömör, arcidegszába, idegyulladások akut szakasza után, kisebb érszűkületek karbantartására, baleset vagy műtétek utáni fájdalmak csillapítására, felfekvések elkerülésére, agyvérzést követő izombénulásoknál az izomsorvadás megakadályozására stb. Az akupunktúrás pontokra feltéve az elektródákat, belső szervekre tudunk hatást gyakorolni. Alkalmazható így az immunrendszerünk erősítésére, a vérnyomás szabályozására, allergiás és asztmatikus problémák javítására stb. Mindenféle ideg és izom eredetű fájdalmat jelentős mértékben csökkent, illetve megszüntet. Nemcsak jelentősen, de gyorsan is csökkenti a fájdalmakat. Más terápiás módszerrel együtt alkalmazva az **SE-30 TENS** készülék növeli a kezelés hatékonyságát, például

a gyógyszeradag csökkenthető, gyakran el is hagyható.

Rendkívül nagy előnye, hogy különösebb szakértelmet nem igényel a használata, így a szükséges kezelés naponta akár több alkalommal is otthon elvégezhető.

Kivizsgálatlan panaszok esetén orvosi szakvizsgálat szükséges a használata előtt, hisz a fájdalom kórjelző és megszüntetése csak elfedi a bajt. Amennyiben azonban a fájdalom eredete tisztázott, sikerrel alkalmazható terápiás lehetőséget ad.

A készülék elfér a tenyerben, a vezérlést egy mikroprocesszor végzi, amely nem igényel nagy helyet, viszont biztosítja mindazt az intelligenciát, amely a mai modern számítógépeknek is az alapja.

A készülékhez tartozik egy elektródapár, két öntapadó párnával. Erőssége fokozatmentesen állítható.

Négyféle program közül lehet választani a programválasztó gombbal. A választást egy rendkívül jól szerkesztett, részletes magyar nyelvű használati útmutató segíti.

1-es program: izomfájdalmak, izommerevség kezelésére, fáradtság megszüntetésére szolgál.

2-es program: izombénulás, izomsorvadás kezelésére, izmok tornáztatására, erősítésére alkalmas.

3-as program: keringésfokozásra, rándulás, ficam, zúzódás kezelésére, vérömlenyek felszívódásának meggyorsítására, kozmetikai kezelésre való.

4-es program: ajánlható lumbágó, porckorong megbetegedései, idegfájdalmak, inhuvelgyulladás, reumatikus fájdalmak, fejfájás és egyéb fájdalmak esetén.

Nemcsak betegek, de egészséges emberek is használhatják, mert erre a termékre minden egészséges embernek is szüksége lehet. Például ha elfáradt és gyorsan szeretne felüldülni, ha gyógyszer nélkül

szertne fejfájásától megszabadulni, ha esés vagy ütés következtében kialakuló kék-zöld foltjait szeretné eltüntetni, ha izomláz vagy egyéb sportsérülés gyötri, ha izomgörcse van, vagy kozmetikai célból szeretné használni.

A készülék többféle feszültségimpulzussal dolgozik, melyeket időben különböző sorrendben és változó erősséggel állít elő. Ezzel magyarázható, hogy a hozzászokás még rendszeres, hosszú kezelés alatt sem alakul ki.

A készülék használata közben be kell tartani a fokozatosság elvét.

Ne használjuk a készüléket ha pacemaker van beépítve, terhesség, gyulladás, lázas állapot esetén és közvetlen infarktus után.

Az **SE-30 TENS** készülékünkre a **MEDICOR 2** éves jótállást ad. Az eddigi tapasztalatok azt bizonyítják, hogy hosszú élettartamú, szervizmentes gyártmányról van szó.

Összefoglalva a **TENS** kezelés előnyei: A készülék használata egyszerű, könnyen elsajátítható, semmiféle szakképzést nem igényel.

Idült fájdalom esetén a gyógyszeradag csökkenthető, esetleg el is hagyható. A fájdalomcsillapítás megoldható egy esetlegesen fellépő gyógyszerallergia esetén is. Káros mellékhatása a módszernek nincs. Otthon akár többször is használható, intézmény igénybevétele nélkül (utazás, várakozás nem jelentkezik).

Ismert, hogy egyes betegségeknél a napi többszöri kezelés előnyösebb, mint a napi egyszeri, akár hosszabb ideig tartó kezelés. (Például: izombénulásnál, bőrfekélyek, felfekvések, stb.)

Mindig kéznél lehet, ha szükség van rá!

Kizárólagos forgalmazó:
Patrol Med Kft.

1142 Budapest, Mexikói út 62.
Tel.: 221-4223, Fax: 221-7684

Eladó a Pharmavit

A Bristol-Myers Squibb a mai napon bejelentette, hogy eladja a generikus gyógyszerek és vitamin-termékek gyártására szakosodott, veresegyházi székhelyű Pharmavitot.

A döntés a Bristol-Myers Squibb növekedési stratégiájával összhangban született meg, melynek értelmében a vállalat az eddiginél több figyelmet és erőforrást kíván gyógyszergyártási alaptevékenységére összpontosítani. A Pharmavit 1996-os felvásárlása óta a cég és alkalmazottai mindvégig fontos szerepet játszottak a Bristol-Myers Squibb közép-európai üzleti tevékenységében.

A Bristol-Myers Squibb a jövőben is kiemelt hangsúlyt fektet gyógyszergyártási üzletágának bővítésére Közép-Európa területén – így budapesti központtal, Magyarországon is. Kiemelt terápiás területek: onkológia, kardiológia, antibiotikum és HIV-terápiák.

A gyógyszerek és kapcsolódó egészségügyi termékek gyártására és forgalmazására szakosodott, 18 milliárd USA dollár forgalmú Bristol-Myers Squibb az emberi élet meghosszabbítását és minőségének javítását tekinti küldetésének.

Szerkesztői közlemény

Ezúton értesítjük olvasóinkat, hogy a 2002. évre az idej előfizetői megrendelések alapján expedíáljuk lapunkat. Kérjük, akik a jövőben nem tartanak igényt a Látleletre, azok írásban értesítsék szerkesztőségünket. Az adatbázisunkba automatikusan átkerülő előfizetőink számára utólagosan számlát küldünk. Többek kérésére jelezzük, hogy a következő, januárban megjelenő Látleletben ismét lesz naptár. A lapszámok összevonását a hirdetési és promóciós piac átalakulása indokolja, de a közhasznú oldalak számának emelkedése remélhetően ellentételezi a kényszerintézkedést.

Szerkesztőség

Látlelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



» OBSERVER «

MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője,

a MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemlézi.



Nyomdai előkészítés:
PopArt Grafikai Stúdió
1011 Bp., Szilágyi D. tér 7.

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.

újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-szerkesztő: **dr. Kollár László**, ápolási témafelelős: **Petrikné Jakab Zsuzsa**

Munkatársak: **Thaly Borbála** terjesztési vezető, **Kollár Bence** lap- és marketing igazgató

és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 (26) 500-638, -39, 06 (20) 978-5662,

A lap előfizetési díja: 2340 Ft./év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látlelet egymásutánosságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

e-mail: latlelet@elender.hu ISSN 0865-7424

„Maradjunk igazi ápolók!”

Bemutatkozik egy ápolási otthon, ahol: „jól csak a szívével lát az ember...”

folytatás az 1. oldalról

Az intézetről

Az *Ápolási Otthon* az aktív kórházi kezelésre, ellátásra nem szoruló, de még ápolást igénylő, vagy a családban az ápolás már nem megoldható beteg részére szerveződött. Ápolójainkat előzetes helybiztosítással tudjuk elhelyezni. A jelentkezés az e célra rendszeresített formanyomtatványon történhet, melyhez a beutalót a beutaló orvos csatolja. Az *Ápolási Otthon* dolgozói szeretetteljes légkörben kvalifikált munkával segítik az ápoltak gyógyulását.

Az orvosi ellenőrzés rendszeres, szükség esetén konzultációt kérünk a beutaló orvostól. Az ápolókat a kezelőorvosaik látogathatják, kezeléssel kapcsolatos tanácsot adhatnak a működési szabályzat szerint. Ápolójaink akut ellátását ügyeleti időben a városi ügyelet végzi.

Ápolási filozófiánk tükrözi hitvallásunkat, enged következtetni munkánk minőségére: „A beteg és hozzátartozói igényeinek kielégítésére, holisztikus, individuális szemléletű, gazdaságos és minőségi ápolással, mindezt jól felkészült empátikus személyzettel.”

Az *Ápolási Otthonnal az Országos Egészségbiztosítási Pénztár*, mint ápolást nyújtó intézettel kötött szerződést. Finanszírozásunk teljesített ápolási napok alapján történik, melyhez a beteg napi ápolási díjat fizet.

Hétköznapok az ápolók életéből

Az *Ápolási Otthonban* a finanszírozás és a betegek által fizetett ápolási díjból történik a gazdálkodás. Munkatársaink alkalmazotti jogviszonyban dolgoznak a Munka Törvénykönyv szerint. Így a fizetések még az átlagtól is alacsonyabbak, hiszen munkaköri pótlék nincs, bár az alapfizetések valamivel magasabbak, mint a közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott hasonló osztályon dolgozó ápolóké. Mégis az



– Ápolási vizit

itt dolgozó ápolók szinte művészi végző munkájukat – gyakorolják hivatásukat. Hogyan is alakulhatott ez így?

Az elmúlt öt évben fél évenként végeztünk dolgozói elégedettségi szintmérőket. Azok összegzése után mindazokat a kéréseket megvalósítottuk, melyek kevés anyagi beruházást igényeltek, vagy csak esetleg szervezést. Igyekeztünk intézetünket bensőséges, családias hangulatúvá varázsolni. Ehhez a havi munkaértekezletek és az évi három közös intézeten kívüli találkozások is hozzásegítettek: karácsonykor, tavasszal és a megnyitás évfordulóján. A három osztályon („A” osztály – 18 ágyas, „B” osztály – 26 ágyas, „C” osztály – 16 ágyas) 32 ápoló dolgozik 12/24 órás műszakbeosztásban.



– Munka közben

részt tudunk venni előadásokkal és esettanulmányokkal.

Munkatársaink átlagéletkora 25–27 év. A betegek átlagéletkora 74–78 év. Megfigyeléseink szerint nagyon jó hatással van a betegekre a fiatal ápoló személyzet, szinte erőt merítenek belőlük. Az ápolók pedig kedvesek, udvariasak, türelmesek. Így lehetséges talán az, hogy a fél évente, de működésünk első két évében negyed évente elvégzett betegelégedettségi szintmérés eredménye igen pozitív összegzésű. A betegeknél éppúgy, mint a személyzetnél a megjegyzésben kért változtatásokat igyekeztünk lehetőségeinkhez mérten teljesíteni. Meg kell jegyezni, hogy az apróbb változások is elégedettséget váltanak ki, hiszen a betegek érzik, hogy mi megtiszteltetésnek érezzük, hogy szolgáltatásainkat igénybe veszik.

Munkánk nehézségei

Az *Ápolási Otthon* kórházi háttér nélkül működik. Munkánk legnehezebb része, hogy az ápoló önálló döntéseket hoz, melyet a szakma szabályai szerint felelősségteljesen kell végeznie, hiszen a felelősségre vonásnál nincs a védelmet adó kórházi háttér.

2001. májusában a *kiégés szindrómáról* szólt a havi továbbképzés, melyhez kérdőívet készítettünk.

A feldolgozás után levonható volt az a tény, hogy a kiégés az ápolási hivatást gyakorlóknál igen korán jelentkezik. A mélyebb kutatás a munkatársaink körében kiderítette az amúgy is sejtetett legfőbb okot: szegénytelen bérezés-óriási felelősség.

Nehézségeink közé tartozik a hozzátartozókkal való bánásmód, hiszen a kórházban a kezelőorvos szinte misztifikálják. Ilyen kapcsolatot az ápoló a hozzátartozókkal nem tud és nem is akar kialakítani. Igen ám, de így sebezhetőbb, támadhatóbb a hozzátartozók részéről éppúgy, mint az orvosok részéről is.

Szólnom kell a munkánk hétköznapjairól is, melyet egy kolléganőm előadásából idézek:

„...Szeretném, ha Önök is tudnák, hogy mit is csinálunk mi, a szürke hétköznapokon, a fárasztó héteveken, amikor nincs elég ember, sok a munka, betegen is dolgozni kell, de fejük felett süt a nap, és egy köszönöm, vagy egy simogatás olyan fényt vihet a napjainkba, mintha megütöttük volna a lottón a főnyereményt. 5 év alatt sokféle betegünk volt, akit ápolunk. A legfiatalabb az a 26 éves fiatalember volt, aki születésétől kezdve kissé értelmi fogyatékos, tolokocsihoz, ágyhoz kötött, mozgásképtelen és beszélni nem tudó beteg volt. Mégis milyen érdekes, hogy minden tett, jó szó és simogatás kisimított egy ráncot az arcából, és elhallgattatott egy hangos jajgatást; fájdalmat csillapított és nyugtatott és még nem kapott egyetlen tablettát sem. Vagy az a 40 éves Sclerosis Multiplex-es hölgy, akit minden reggel a mosdatás után ki kellett sminkelni, mert ő így érezte jól magát; a szomorú betegsége tudatában ő ezt fontosnak találta, s mi teljesítettük ezt a kívánságát. Először csodálkoztunk, aztán dohogtunk, a végén pedig belegondoltunk. És ő győzött. Hiszen ő béna lábakkal, tolokocsihoz kötöttek, két decubitusral és sok fájdalommal élte a mindennapokat; mi pedig erősek, tettekre készek voltunk. És fáradtak. De ő ezt nem látta meg, ő csak azt látta, hogy mi mozgunk – míg ő béna, mi szépek vagyunk – míg ő megöregedett a betegsége miatt. De ő épp olyannak akart látszani mint mi!”

Mit tegyünk, hogy a MA embere elfogadja a halált természetes dolognak és ne akarjon megszabadulni a betegtől, aki utolsó útját járja? Segítünk neki; próbáljuk ezt megtenni mi, természetesen karöltve másokkal. Van aki fél a közelgő haláltól és rettegve kérdezi tőlünk: vajon mikor jön érte a kaszás? De van aki nem fél, és jámboran várja az utolsó órát. Ilyen volt egy 88 éves, szellemileg teljesen friss betegem, akinek reggel óta szívfájdalmi voltak, izzadt, rosszul érezte magát. Megkérdeztem tőle: mit szeretne, mit csináljunk vele? S ő azt mondta: maradjak vele, míg el nem ragadja a halál. És beszélgettünk, fél mondatokkal; elutasította az infúziót, nem vette be a gyógyszert. Én bebenéztem hozzá félóránként, megfogtam a kezét, s ő mindig a szememet nézte. Megköszönte hogy ápolunk, majd lehunyta szeméit és belépet a halál kapuján, én közben fogtam a kezét, és nem tudtam felfogni, hogy ez a vég. 25 év alatt ez volt az egyetlen, amikor valakit kézen fogva kísérem a túlvilágra. Később megköszöntem a sorsnak, hogy mindez velem történhetett meg. A fia megköszönte, hogy az utolsó órában nem hagytuk egyedül, mert az édesanyja biztosan félt volna azon a sötét úton, ha nem kíséri valaki az élők közül. Némelyik beteg teljes természetességgel szól hozzánk, hogy kislányom vagy gyermekem; – segíts nekem! És van aki azt mondja: jöjjön ide nővér, tegye ezt vagy azt! Volt ilyen betegünk, aki 102 éves volt és teljes egészségben tért haza. Van olyan beteg, aki sírva köszönte meg, hogy meghívtam otthonomba, s az édesség, amivel kínáltam az neki edesebb volt minden addiginál...”

A megnyitás 5. évfordulója

2001. 08. 24-én Miskolcon a Magyar Akadémiai Bizottság Székházban ünnepélyes körülmények között potens vendégek részvételével ünnepelt az intézet. Az ünnepséget **dr. Csiba Gábor** ügyvezető igazgató nyitotta meg. **Harrach Péter Szociális és Családügyi Miniszter** köszöntőjében elmondta, hogy milyen nagyra becsüli az ápolást, amit nem lehet külön választani más-más minisztériumba, hiszen csak így létezik a beteg ember, akin segíteni kell. Meg kell teremteni a lehetőséget, hogy mindenki a megfelelő ellátást az igényéhez méltóan a megfelelő időben megkapja. Az Egészségügyi Minisztérium Ápolási Főosztályvezetője **Tóth Ibolya** az ápolók szakképzésének lehetőségeiről szólt a köszöntőjében. Mindketten nagyra becsülését fejezték ki az itt dolgozó ápolóknak. Köszöntőt mondott Miskolc város polgármestere **Kobold Tamás**, aki elmondta, hogy az építés óta szorosra követi az intézet működését – bár ez nem feladata, hiszen a tulajdonjogot a



– Tudományos Konferencia az 5 éves évfordulón

Magyar Máltai Szeretetszolgálat látja el az intézet felett, de a város polgárainak elismerése, és az a lehetőség, hogy itt is elhelyezhetik hozzátartozójukat – azt köszöni. **Wolfhard von Boeselager** báró a köszönő szavak mellé 5.000 német márka adományt hozott intézetünknek.

A köszöntők után **dr. Sedlák Mária** a B-A-Z Megyei ÁNTSZ tiszti főorvosa kitüntetések adott át. Ennek érdekessége, hogy az *Ápolási Otthon* dolgozói alapítottak egy plakettet, melyet most 11 fő kapott meg, a következők-



– A megnyitás 5. évfordulója (középen Harrach Péter Szociális és Családügyi Miniszter és Tóth Ibolya Eü. Minisztérium Ápolási és Szakképzési Főosztályvezető)

ben pedig évente egy fő kapja majd – szintén dolgozói szavazatok alapján. Az állófogadás után tudományos konferencia megrendezésére került sor. A nyitó előadásra **Petrikné Jakob Zsuzsanna** ápolási igazgatót kérte fel az intézet abból a megfontolásból, hogy Magyarországon az első *Ápolási*

osztály Debrecenben a *Kenézy Gyula Kórházban* létesült. Majd ezt követően az *Ápolási Otthon* ápolói esettanulmányokon keresztül szemléletesen mutatták be az intézetben folyó igényes, minőségi ápolást.

A záró előadást **Baukó Mária** az *Ápolási Szakmai Kollégium* elnöke tartotta, melynek érdekessége az volt, hogy a Szakmai Kollégium elnöke kérdőíves felmérést végzett az intézetben az ápolóság jó-rossz oldaláról, a nehézségekről. Az *Ápolási Igazgató* előadásában így fogalmazta meg a következő öt év feladatát: „Sok időre van még szükség, hogy egyenlő partnerként kezeljenek minket, ápolókat a szakmai team tagjai. Ahhoz, hogy ezt megváltoztassuk fontos, hogy feladatunkat korrekten, megalapozott szakmai tudással, egyénre szabottan végezzük. Ez az út hosszú, de remélem lesz bennünk kitartás, és a személyes példamutatás és a szakmaszeretet révén, biztosan célba érünk.

Nos talán ebben határozható meg a következő 5 év célkitűzése: **Maradjunk igazi ápolók!**”

Gavallérné Rivnyák Mária
Miskolc

Néhány adat a működésről

Az *Ápolási Otthon* a megnyitás óta szinte 100 százalékos ágykihasználtsággal dolgozik.

A forgalmi adatok alapján látható, hogy a halálozási százalék 10 százalék körüli, ami nagyon jónak mondható. Ha nyugat-európai vagy amerikai intézetek adatait elemezzük, ami 20 százalék feletti és olykor a 30 százalékot is eléri. Az *ápolási intézet* megnyitása óta minden mérhető adatot, tevékenységet feldolgoz. Az *ápolók* munkáját segítik az *ápolási standardok*, protokollok, *ápolási tervek*, valamint a szoros *kontrolling rendszer*. Így valósulhatott meg a szigorú *gazdálkodás és észszerű döntések* mellett, hogy az *intézetnek* nincs kint lévő tartozása, és negatív mérlege.

Táblázat 1.

Év	Felvett betegek kórház otthon	Exit	Teljesített ápolási nap	Ágykihasználtság	Ápolás átlagos tartama	Halálozási százalék	Ágyforgó	Kiírt betegek kórház haza		
1996.	50	88	6	4.981	86,75 %	48,6 %	-	1,17 %	33	63
1997.	206	318	33	20.565	93,7 %	43,5 %	6,3 %	0,68 %	363	110
1998.	222	300	55	21.316	97,27 %	42,0 %	10,7 %	0,71 %	331	127
1999.	229	225	52	21.465	97,99 %	46,02 %	10,4 %	0,65 %	306	126
2000.	183	307	56	21.701	98,79 %	45,92 %	11,6 %	0,67 %	318	115

Táblázat 2.

Év	Kötés	Injekció	Infúzió	Mentő	Ügyelet	Gyógytorna	Fürdetős beteg	Incontinens beteg	Diabeteses beteg	Katétes beteg
1996.										
1997.	1652	747	99	43	25	220				
1998.	2093	2203	69	63	61	522	1139	382	155	82
1999.	2881	1573	169	61	50	463	943	541	165	69
2000.	1723	1840	98	52	53	583	862	557	195	59