

A tartalomból:

Bodrogközi gondolatok
Hol vagy hivatástudat?
Tudnivalók a külföldre kiutazók részére
Hammurabitol a TQM-ig
Élményszinten – gyógyvízben
Heparin adásának elmulasztása miatti
nyertes műhibaper

Kilátások a jövő magyar egészségügyében

Igen sokat írunk és beszélünk szakmapolitikai fórumokon az egészségügyi alulf finanszírozásáról, az egészségügyi infrastruktúra elvüléséről és elhasználódásáról, az amortizáció beépítésének megkerülhetetlen szükségességéről és még sok minden valóban létező és esetlegesen tervezhető, finanszírozható gondjáról.

Egyetlen dologról – merünk? – beszélni igen keveset, pedig értelemszerűen ez a magyar egészségügy gondjainak egyik legnagyobbika és hosszú távon az egyik legmegkerülhetlenebb kérdése. A foglalkozástörténelem bizonyítja, hogy minden korban voltak és vannak divatos, felkapott és megbecsült szakmák és vannak olyanok, amelyek „kimennek a divatból”, leépülnek, esetleg megszűnnek. Ez az utóbbi folyamat mindig két fő okból következik be: az egyik, hogy az illető foglalkozás „technológiája elavult”, tehát társadalmilag a kívánalmakat már nem jól és nem gazdaságosan elégíti ki; a másik ok – és ez inkább a mindenkori politikai akarattól függ –, hogy egy foglalkozás elveszíti a társadalmi és anyagi vonzerjét és akkor a foglalkozás űzői lassan, de biztosan antiszelektálódnak. A társadalmilag és gazdaságilag leértékelődött foglalkozásokat már csak azok fogják választani, akiknek nincsen meg a megfelelő képességeik, hogy „menőbb” szakmát válasszanak.

A gyenge tanulók mindig oda felvételiznek, ahol kevesebb a túljelentkezés... és ez egy idő múlva meghatározza ezen szakmák oktatóinak és folytatóinak a színvonalát is: mind kevesebb érdek mind nagyobb érdektelenséget idéz elő. Az ördögi kör bezárul és a leépülés felgyorsul!!

Ki megy egészségügyi szak- vagy szakközépiskolába? – Ki megy egészségügyi főiskolára és mentőosztályra?

Ki megy, és az orvosegyetemek milyen szakára? – ki megy gyógyszerészetre?

Igen merész feltevések és statisztikák szerint is ma már egyre inkább nem a legjobb képességű gyerekek és semmi esetre sem azoknak a családoknak a gyermekei „akik helyzetben vannak”.

Mit is eredményez mindez egy hosszú folyamatban?! – egyelőre még „csak” a beteghordók, műtősök és gipszelőfiúk, a kismővelek és a fiatal, kezdő mentősök antiszelektálódását; azután majd tíz-húsz éven belül a kórházi legnehezebb osztályok középkádereinek az antiszelektálódását (ki „bolond” nagyon nehéz és felelősségteljes munkát végezni a társadalom legalacsonyabb „erkölcsi és anyagi megbecsülésének fokán”)? És a legapokaliptikusabb elképzelések és jövőkutatások szerint is, az orvosok és azok egyetemi oktatóinak antiszelektálódását, ami az egészségügy évszázados vívmányainak összeomlását fogja jelenteni. Akkor már pénz és elhivatottság, megszállottság és hippokratészi eskü sem segít majd.

Folytatás a 4. oldalon.

Népbetegség: irritábilis bélszindróma (IBS)

Az IBS egy idült bélműködési rendellenesség, amely funkcionális problémát jelent (azaz a rendellenes bélfunkció hátterében nincs kimutatható szervi eltérés vagy anyagcsere-zavar). Az IBS különböző emésztőszervi panaszok jellegzetes kombinációja, amelyek hosszú időn keresztül, rendszeresen visszatérhetnek. A bélpanaszok legjellemzőbb tünetei: a görcsös hasi fájdalom és az ehhez társuló széklezavarok, a székrekedés vagy a hasmenés (ezek jelentkezhetnek váltakozva, de önállóan is előtérbe kerülhetnek). Gyakori tünet még a puffadás, a kellemetlen teltségérzés, a gyomorégés, vagy pl. fehéres nyák megjelenése a székletben. Az IBS rendkívül gyakori probléma, Magyarországon a betegeknek mindössze 50-70 százalékra fordul orvoshoz.

A tünetegyüttes leginkább a 24 és 50 év közötti, aktív, dolgozó korosztályt érinti. Úgy tűnik, az IBS-ben szenvedő betegek a nők között gyakoribb, (Magyarországon az orvoshoz forduló betegek 75 százaléka nő). Becslések szerint az orvoshoz nem forduló betegek között is 2/3:1/3 a nők és a férfiak aránya. Az IBS kiváltó okai között elsősorban az állandó stressz, a túlfeszített életmód említendő. A tünetek sokszor az étkezéseket követően illetve bizonyos ételek hatására jelennek meg, és a dohányzás, az alkohol is rászegítő tényező lehet. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a betegség kialakulását sem

vesszük elég komolyan, nem úgy a megelőzést. Tény, hogy az esetek egy része nem igényel orvosi szakellátást, de súlyosabb tünetek esetén is csak minden harmadik-negyedik beteg fordul orvoshoz. Ez többnyire annak köszönhető, hogy a betegek szégyellik problémájukat, nem szívesen beszélnek panaszaiukról, inkább megpróbálnak maguk úrrá lenni az IBS okozta kellemetlenségeken. Mindezek ellenére feltétlenül orvosi kivizsgálást igényel, ha idősebb korban (45-50 év körül) jelentkeznek a tünetek, ha a panaszok hirtelen lépnek fel, ha véres székletet, vagy ismeretlen eredetű fogyást tapasztalunk.

A fentebb leírt tünetek enyhítésére, illetve megszüntetésére lehet megoldás a *Meteospasmyl*[®] kapszula: az első gyógyszer Magyarországon, amely önmagában, úgynevezett monoterápiában képes enyhíteni az IBS fő tüneteit. (Görcsoldó és puffadásgátló hatóanyagot tartalmaz egyidejűleg, így egyszerre oldja a bélgörcsöket és a hasi fájdalmat, megszünteti a puffadást, és kedvezően befolyásolja a székletürítési zavarokat is.) Amennyiben valaki felismeri magán az IBS tüneteit, célszerű rost-dús ételeket fogyasztania, zsírszegényen táplálkoznia és ajánlatos a fizikai aktivitást növelni, többet mozogni: A tüneteket kiváltó tényezők azonosításában sokat segíthet ha ún. tünetnaplót vezetünk.

Folytatás a 3. oldalon.

Egészségügy – az idős korosztály szemszögéből

A Nyugdíjasok Országos Szövetsége 2001. májusában sajtótájékoztatót rendezett az idős korosztály egészségügyi ellátásáról.

Mikola István egészségügyi miniszter vázolta az egészségügyi tárca általános, megoldásra váró feladatait, melyek végrehajtásával végbemehet az egészségügyi rendszer mélyreható átalakulása. Mindenekelőtt hangsúlyozta, hogy gyakorlati megközelítéssel népegészségügyi programra van szükség, kiemelt figyelemmel a szív- és érrendszeri, a daganatos, az emésztőszervi, valamint a lelki eredetű megbetegedésekre, hogy az EU küszöbén álló ország népegészségügyi mutatói javuljanak, egészséges, megfelelő életkilátású populációval.

A miniszter felhívta a figyelmet arra, hogy azok az ellátó rendszerek működnek eredményesen, ahol a házi orvos holisztikus módon követi végig a beteget. A házi orvosi rendszer teljes privatizációja révén az orvos érdekeltté válik saját rendelője megfelelő felszereltségében. A házi orvos nem a közélet, a politika kénye-kedvének lesz kitéve; csak a beteg teheti tönkre egzisztenciáját, ha kártyáját máshová viszi. Az

irányított betegellátással meg lehet óvni a beteget a felesleges, párhuzamos vizsgálatoktól. Az alapellátás erősítése méréselkelheti a kórházi ágyak indokolatlanul nagy számát is. Fontos része a programnak a világ második legnagyobb (első a fegyverpiac) piacának, a gyógyszerpiacnak a rendezése, annál is inkább, mivel tizenegy éve nyolcszáz, míg napjainkban több mint hatezer gyógyszer van forgalomban! A patikákat érdekeltté kell tenni az olcsóbb, de hasonló hatású gyógyszerek tartásában. Nem a magyar járulékból kell a határon túliak gyógyszerellátását finanszírozni; ha itt munkát vállal az illető, meg fogja kapni egészségügyi ellátásának finanszírozását is. „A hálapénz kérdéssel nem tudok mit kezdeni” – vallotta az egészségügyi miniszter –, de a tárca megadja a szabad szellemi foglalkozású orvoslás lehetőségét. Az átlagpolgár hazánkban keresete hat százalékát élvezeti cikkekre és három százalékát egészségmegőrzésre költi, míg az EU-országokban ez az arány pont fordított képet mutat. Ugyanakkor a nyugdíjasok józan polgárok, odafigyelnek egészségükre – mondotta Mikola István.

Folytatás a 2. oldalon.

MÁS KÉP



Dr. Szabó Gyula
sebészfőorvos



Író, operaénekes:
Szabó Gyula

„...hu nélkül”
Vízión

másképp...

Szexualitás idős korban

Dr. Veres Pál gondolatai

S emelyik korban és egyetlen életkorban sem volt könnyű beszélni a sexualitásról. A manapság közzsájon forgó „disznó” viccek, a nemi szerveket gyermeknyelven vagy a legrágárabb kifejezésekkel illető megnevezések, az egyéni problémák mély titkolása, a sexualitás tabu volta mind ezt támasztja alá. Elköszönő századunk szemérmességét kedvesen illusztrálja a Ludas Matyi 1980. szeptemberében megjelent írása, Tabi Lászlótlól:

„*Ülök a tévé előtt
Nem Pistike, neked most szépen le kell feküdnöd, későre jár, a Bergman bácsi filmjét éppen azért adják ilyen későn, hogy a hozzád hasonló kisgyerekek ne nézzék, Bergman bácsi a házasságról készített sorozatot, téged a házasságot problémái egyelőre nem érdekelhetnek, menj szépen aludni. Nagyon kérlek, Pistike, ne ellenkezz, a Bergman bácsi nagyon nagy művész, de olyan kérdésekkel foglalkozik, amiket te meg se értenél, hiszen te még csak azt tudod, hogy az emberek egyik fele férfi, a másik fele nő és hogy a kisbabát nem a gölya hozza, hanem a rózsabokorban jön a világra. Szóval vonulj be a szobádba Pistike és ha akarsz olvasni még egy kicsit, hát olvass. Hogy mit akarsz olvasni? A Magyar Ifjúság és az Új Tükör orvosi üzeneteit akarod olvasni? Nem, Pistike, akkor már inkább maradj szépen itt, nézd meg velünk a Bergman bácsi filmjét.*”

Nagy tévedés azt gondolni, hogy a sexualitás csak a fiatalokat, netán a középkorú nemzedéket foglalkoztatja. Milyen is a sexualitás az öregkorban? Minél hosszabb az eltelt életút, an-

Dr. Veres Pál orvos több, mint fél évszázada ad tanácsokat a hozzá fordulóknak különféle, elsősorban szexuális vonatkozású gondjaikra. Beclése szerint legalább harmincezer választ fogalmazott meg a Magyar Ifjúság, az Ifjúsági Magazin és más lapok hasábjain, a rádióban, televízióban, művelődési házakban, orvosi fogadóóráin. Tanítómestere Dr. Hirschler Imre, a magyar nyelvű szexuális ismeretterjesztés megalapítója volt, aki Dr. Veres Pált, tevékenysége elismerésül, kollégájának, „üzenorvos” barátjának nevezett. A jelen kor egyik rangos elismerése pedig a Magyar Természetgyógyászok Szövetsége által 2000. júniusában ünnepélyes keretek között átadott „Természetgyógyászatért”-díj volt, az „egymásra találás, az emberi boldogság, a természetes szexuális életfelfogás kialakítása területén végzett kiemelkedő ismeretterjesztő tevékenységért”.

nál több környezeti hatás éri az embert, s változtatja meg az örökölt gének hozta hatásokat, azaz a genotípust. Ez az oka annak, hogy két idős ember között minden vonatkozásban, így a szexuális magatartásukban is nagyobbak az egyéni, megnyilvánulásbeli különbségek (a fenotípus eltérései) mint két fiatal között. Kellér Dezső író, humorista, konferanszié (aki 2000. december 1-én lett volna 95 éves) mondta: minden kornak megvan a maga szépsége, így az öregkornak is. Így igaz, az öregedés azonban nem csak folyamat, hanem feladat is! Nem Isten csapása, de fel kell készülni rá. Tudomásul kell tehát venni, hogy Trabantba nem lehet repülőgépmotort szerelni, számolni kell az öregkor elkerülhetetlen velejáróival. Élünk terv szerint idős korban is! Jómágnam, túl a nyolevanon is, tervvel élek, rövid és hosszú távon egyaránt. Naponta legalább egy órát olvasással töltök, sétálok és, ha egészségi állapotom engedi, szobakerékpározom. Az idejében szeretném befejezni A szerelem és a szeretet képes krónikája című könyvem. Távolabbi céljaim közé tartozik szexuális ismeretterjesztő

kiadványok írása.

A terv azonban csak iránymutatónak kell hogy szolgáljon, amin menet közben hatékonyan lehet módosítani. A lényeg, hogy feljussunk – képtelen szöveg – a hegy csúcsára. Az már részletkérdés, hogy melyik oldalról, milyen csapásokon, kerülő utakon tesszük ezt. Mostani témánknál, a sexualitásnál maradván pedig azt kell elfogadnia és terveibe beépítenie az idős embernek, hogy a nemi hormon termelése csökken. A nemi vágy nem szűnik meg, de a teljesítő képesség alábbhagy. Egyetlen más életkorban sincs akkora jelentősége a harmonikus párkapcsolatnak, mint éppen az idős korban. A sexualitás immár a lelkieknél, a közösen átélt élmények összetartó erejének adja át a helyét. A gyöngédség immár gazdagabban kibontakozhat, több teret kaphat, hiszen az ösztönkielégülés sürgető vágya már alábbhagy. A nők legerogénebb zónája életkortól függetlenül, a lelke! Többet ér tehát egy kedves szó, egy udvarias cselekedet a legrafináltabb szexuális technikáknál.

A sikerélmény idős korban is a cselekvés fő mozgató rugója. Fontos azonban, hogy semmilyen téren, így a

sexualitásban se tűzzünk ki magunk elé elérhetetlen célokat. Amit mindenképp megtehetünk: igyekezzünk vonzóak, ápoltak maradni, a magunk hasznára, s társunk örömére. Azért is veszélyes elhanyagolnunk magunkat, mert egyfelől kiemelünk előrehaladott korunk hiányosságait, másfelől a rezignált önfeladás visszahat testi-lelki-szellemi közérzetünkre is, nem szólva arról, hogy partnerünket becsljük le gondozatlanságunkkal.

A szexuális vágy sokszor túléli a nemi teljesítőképeséget: a kéjszívű öregúr gyakran feltűnik a Zsuzsanna fürdőzését ábrázoló festményeken (Zsuzsanna és a vénék). A szeretkezési jelenetek iránti kíváncsiság olykor a tapogatás infantilis formáiban ölthet testet, azaz, kisgyermekkorú viselkedésmódok léphetnek fel azzal a különbséggel, hogy míg a gyermek még, az idős ember már nem képes maradéktalan szexuális kapcsolatra.

Sok idősödő embernek jelent komoly feladatot, hogy módosítsa a sexualitáshoz való kapcsolatát. A potenciát ébren tartó csodaszerek iránti kereslet is ezt támasztja alá. A nyugati kultúrákban, ahol a fiatalságnak valóságos kultusza

alakult ki, az idős ember könnyen neveltségessé válhat, vagy szenvedhet, ha sem elszakadni nem képes nemi vágyaitól, sem pedig szublimálni azokat. Rossz mértékesség egy kapcsolatban a szexuális teljesítőképeség foka, mert a nemi élet lényege nem a spermaürítés, hanem az örömszerzés kell, hogy legyen. Az újabban kapható, rombusz alakú kék tableta mely a szexuális teljesítőképeséget fokozza,

magyszerű találmány, még cukorbe-tegek is szedhetik, de elengedhetetlen az érzelmi motiváltság is, mert e nélkül a csodaszere is hatástalan marad! Értelmetlen dolog erőltetni a szexet, mert a harmonikus együttélés és a megértetés nélküli örömszerzés adja az együttét lényegét. Fontos a lelki kapcsolat, a jóízű, tartalmas beszélgetések, az egymásra hangolódás. Sajnos éppen a beszélgetés is, amit az emberek, s nem csak az idősebbek, hajlamosak legelsőként redukálni, illetve teljesen mellőzni, hiszen hiánya nem okoz anyagi veszteséget, sem fizikai károsodást. Mégis nélkülözhetetlen kötőanyag az emberek közötti harmonikus kapcsolatok kialakításához, fenntartásához a kommunikáció, legyen az szó, írás, zene, vagy bármilyen más művészeti ág. A szerelem két ember között tartós lehet, de idővel átlényegül szeretetté. Mert mi is a szeretet? A számtalan definíció közül az egyik szerint: a szeretet nem más mint sexualitás nélküli szerelem.

Tudvalevő azonban: „A szeretet soha el nem fogy” (Pál apostol levele a korinthusiakhoz).

Lejegyzte: Szádvári Lília

Egészségügy – az idős korosztály szemszögéből

Folytatás az 1. oldalról.

Az egészségügyi miniszter rövid tájékoztatója után Dr. Hegedűs Éva, a Tolna Megyei Közgazdász Szociális és Egészségügyi Bizottságának elnöke és a Nyugdíjasok Országos Képviselőlete Egészségügyi Bizottságának elnöke kért szót, aki a jelenlévőket egy, az idős korosztály tagjai között végzett kérdőív felmérés eredményeiről tájékoztatta.

Előjáróban elmondta, hogy a Nyugdíjasok Országos Képviselőlete 1999 óta működtet önálló egészségügyi bizottságot, amelyre – a kedvezőtlen morbiditási mutatók miatt – nagy szükség van. A felmérés a szervezethez tartozó tagság körében készült. 988 főtől érkeztek értékelhető válaszok a tíz kérdést felölelő, név nélkül kitöltött ívekre. Az átlag válaszadó 60-75 év közötti, városiak, házastárral élő, korábban alkalmazott, vagy szellemi dolgozó, jelenleg 31-50 ezer forint nyugdíjból élő ember.

A kérdőívek tanúsága szerint 686-an figyelnek arra, hogy egészséges életmódot folytassanak, míg 302 válaszadó nem. Ki mit tesz az egészséges életmód érdekében? A válaszok erre, gyakorisági sorrendben: megfelelő táplálkozás, mozgás, megelőzés az orvoslásban, orvossal jó kapcsolat, dohányzásról való leszokás, gyógszerzedés mérséklése, szabad levegőn tartózkodás, aktív életvitel. 578 válaszadó nem jelölt meg konkrétan semmit ezzel kapcsolatban. Sokan az anyagiak függvényének tekintik az egészséges életmódot.

A felmérés szerint kevesen doh-

nyoznak: az összes válaszadó közül 42-en. Még kevesebben fogyasztanak rendszeresen alkoholt, mindössze 14-en. Ellenben 811-en hallgatnak felvilágosító, ismeretterjesztő egészségügyi előadásokat, s 602-en olvasnak egészséggel kapcsolatos írásokat (főként a patikai képes újságokat, napilapok, hetilapok ide vonatkozó cikkei). 836-an

kérdeztékbe 711 személy. A betegségek gyakorisági sorrendben: szív- és érrendszeri, mozgásszervi, egyéb, diabetes. Többféle betegsége van 599 főnek. Ehhez képest mindössze 299-en részesülnek gondozásban: háziornál 234-en, a többiek rendelőtintézetben, illetve kórházban.

788-an rendszeresen járnak orvoshoz. Az utóbbi tíz évben kórházban volt 512 fő, 71-en öt alkalomnál is többször. 832-en szednek gyógyszert. Egyfelől 102-en, ötnél is többfelől 103-an. Ötszáz forint alatt mindössze 42-en költenek gyógyszerre; ötezer forint feletti havi gyógyszerkiadása 210 egyénnek van. Természetgyógyászhoz csak 143-an fordultak, de természetgyógyászati szert 370-en használtak. Olcsóbb gyógyszert a megkérdezett személyek több mint a fele, 488 fő kért orvosától. A kérdőív kitér az idős egészségügyi ellátással kapcsolatos véleményére is.

Az ellátással 228-an teljesen elégedettek, 567-en részben elégedettek, míg 203-an nincsenek megelégedve.

Amin változtatnának (gyakorisági sorrendben):

olcsóbb gyógyszerek, olcsóbb fogorvosi ellátás, olcsóbb gyógyászati segédeszközök, több kórházi ágy, több krónikus osztály, több szanatóriumi és gyógyfürdő férőhely.

Az idősök javaslatai az egészségügyi ellátás javítására (a válaszok gyakorisági sorrendjében): méltó bérezés az orvosnak és a nővérnek, a hálapénz megszüntetésével, empatikusabb orvosok, kevesebb várakozás, kevesebb adminisztráció, jobb modor, több emberség, jobb felszereltség.

Szádvári Lília



rendszeresen mozognak, de kimondott sporttevékenységet csak 201 fő végez.

Betegségmegelőző szűrésekre 961-en járnak. Az utóbbi három évben 911-en jelentek meg tüdőszűrésen, de mindössze 160-an vettek részt osteoporosis vizsgálaton!

Idült betegségben szenved a meg-

Szimposium az öregedés folyamatának lassításáról

A közelmúltban nemzetközi szimpóziumot rendezett a Pharma Nord az öregedés folyamatának lassítására és a betegségek megelőzésére hivatott új lehetőségekről. Budapesten a Hotel Intercontinentálban. A szimpóziumot a Balázné dr. Molnár Borbála megbízott Országos Tisztifőigazgató nyitja meg.

Az egynapos rendezvényen neves hazai és külföldi professzorok előadásokban számoltak be azokról a kutatásokról, amelyek bizonyítják, hogy a szelénium és koenzim-Q10 miként támogatja a szervezet természetes védekezését az öregedés folyamataival és a különböző betegségekkel szemben.

A kutatók szerint a hosszabb és egészségesebb élet titka az antioxidánsokban rejlik, amelyek összetett természetes anyagok, úgymint vitaminok, ásványi anyagok, flavonoidok és fenolok, s jelentős mértékben védik a sejteket a károsodástól. „Ahogy öregszünk, szervezetünk antioxidáns védekező mechanizmusa hanyatlik, fogékonyabbak leszünk a betegségekre és romlik fizikai állapotunk. A legfontosabb antioxidánsok kiegészítő bevitelével, részben vitaminokkal és ásványi anyagokkal segíteni tudjuk szervezetünket abban, hogy megvédje magát az öregedést elősegítő és számos betegséget okozó biokémiai folyamatokkal szemben.

A két legfontosabb és legtöbbet ígérő antioxidáns a koenzim Q10 és a szelénium. Mindkét tápanyag hatékony antioxidáns, és a szimpóziumon elhangzó előadások mindenképp az ezekkel kapcsolatos kutatások legújabb eredményeit ismeretik. A rendezvény támogatója Pharma Nord, Európa egyik vezető étrendkiegészítő és gyógyszer-gyártója.

OTS Cégonal

Irritábilis bélszindróma (IBS)

Az irritábilis bélszindróma (IBS) az egyik legáltalánosabb bélrendszeri rendellenesség, ami a vizsgálatok alapján elsősorban a nőket veszélyezteti. A betegségre utaló szimptomák általánosak, így a betegség legtöbbször felismerésre sem kerül. A probléma súlyát mutatja, hogy a nyugati országokban még e mellett is az IBS a második legáltalánosabb ok a betegszabadságra az általános nátha után.

Bár a tünetsoport nem végzetes kimenetelű, jelentősége mégis igen nagy, hiszen nem csak a beteg egészségére gyakorol jelentős hatást, de munkaképességét és társasági életét is negatívan befolyásolja. A betegség kiváltó okai lehetnek:

- nem megfelelő, tartósított élelmiszerek és egyéb diétás anyagok,
- orvosságok és gyógyszerek,
- pszichológiai problémák/stressz,
- gyulladás illetve fertőzés,
- hormonok (menstruációs ciklus).

Előfordulás

Az IBS előfordulása országonként eltérő, a kimutatások/tanulmányok arra utalnak, hogy a nyugati lakosságnak hozzávetőleg 15-20 százalékát érinti a szindróma.

Tény, hogy nyugaton a nők gyakrabban fordulnak orvoshoz IBS tünetekkel, mint a férfiak. (A felmérések eredményeiben még 2,4:1 nő-férfi arány is szerepel.) A nők esetében kimutatott magasabb arány minden korcsoportban jelen van, de ez inkább annak a ténynek a tükröződése, hogy a nők inkább kérnek orvosi tanácsot, mint a férfiak.

Tünetek

Az IBS domináló tünetei a hastáji fájdalom/diszkomfort, felfúvódás és a megváltozott bélrendszer működés, mint például székrekedés, hasmenés, illetve székrekedés és hasmenés váltakozása.

A felfúvódás szintén tipikus tünet, ami a betegségben szenvedők nagy többségét (87 százalék) érinti.

A további tünetek: bélszél, gyomorégés, fáradtság, depresszió, szorongás és az ingerlékenység.

Az IBS-ben szenvedő betegek – vélhetőleg a téved diagnózis miatt – több műtéten esnek át (vakbél és nőgyógyászati műtétek) mint az ebben nem szenvedő társaik.

Annak ellenére, hogy az IBS tünetekkel rendelkező betegeknek több mint kétharmada nem keres orvosi kezelést, ez a szindróma a gasztroenterológusokhoz történő beutalásoknak körülbelül negyedét teszi ki.

Diagnózis felállítása

Az IBS dignosztizálása igen nehéz, hiszen gyakran előforduló szimptomákról van szó, így a tünetek könnyen észrevétlenek maradnak. Rontja a helyzetet az is, hogy az általánosán alkalmazott tesztek, mint például a vérvizsgálat, illetve röntgen, nem mutatják ki a problémát.

A kór felismerését az úgynevezett Római Kritériumok könnyítették meg, amik e tünetegyüttesrel kapcsolatosan a klinikumban általánosán elfogadottak.

A közelmúltban a kritériumokat felülvizsgálta és kibővítette egy nemzetközi munkacsoport. Az aktualizált Római II. Kritériumok az IBS és az egyéb funkcionális emésztőszervi rendellenességek mérése terén elért közelmúltbeli fejlődést tükrözik.

Római II. Kritériumok

Az IBS diagnosztizálására felállított Római II. Kritériumok alkalmazásának alapja az, hogy a hastáji fájdalomnak, illetve diszkomfortnak jelen kell lennie minimum 12 hétig az előző 12 hónap során, az alábbi jellemvonások közül minimum kettővel:

- Megkönnyebbülés defekációval
- A kezdet a széklet gyakoriságának változásával kapcsolatos.
- A kezdet a széklet formája és megjelenése változásával kapcsolatos.

Az alábbi tünetek nem alapvetőek, de minél több van közülük jelen a diagnózis annál biztosabb:

- szokatlan széklet gyakoriság,
- szokatlan széklet forma,
- szokatlan széklet áthaladás,
- nyálka/mucus/ áthaladása > a defekációk egynegyedénél,

- felfúvódás, illetve hastáji felfúvódás érzete > a napok egynegyedénél.

Kezelés

A kezelés során elsődleges a beteg tájékoztatása. Komoly javuláshoz vezet az életmód illetve az étkezés gyökeres megváltoztatása, a stressz kiküszöbölése és a rostban gazdag ételek fogyasztása.

A közelmúltig nem volt igazán hatékony terápiás megoldás az IBS sokoldalú, hastáji fájdalommal, felfúvódással és székrekedéssel kapcsolatos tüneteire.

A tünetek szabványos terápiái közé tartoztak a rostanyagok székrekedés esetén, illetve görcsoldó szerek felírása hastáji fájdalom és felfúvódás esetén. Ezen terápiák gyakran részlegesen sikertelenek, és emiatt az IBS megoldatlan probléma marad a legtöbb beteg számára.

Hathatós segítség irritábilis bél-szindrómában

A BIOGAL-TEVA Pharma Rt. (IBS) terápiájában hatékonyan alkalmazható a korszerű Meteospasmyl-készítmény. Az eddigi vizsgálatok szerint kiváló eredményeket értek el, mert a készítmény betegbarát, egyidejűleg több gyógyszert képes kiváltani. Költséghatékony terápiát jelent. A vény nélkül kapható gyógyszer egyszerre szünteti meg a görcsös hasi fájdalmat, a puffadást és normalizálja a székletürítési zavarokat, azaz a hasmenést és a székrekedést. Rendszeres alkalmazásával már napi 2 kapszula meggátolhatja az IBS és más bélműködési rendellenességek kellemetlen tüneteinek kialakulását. Az emésztőcsatorna egészének rendszertelen működése görcsös fájdalmat, puffadást, a székürítés zavarát, hasmenés és

szorulásos állapotokat okoz. A tünetek váltakozva vagy együttesen is előfordulnak. Az új készítmény alverine-tartalma enyhíti a hasi görcsös panaszokat és megszünteti a tranzit rendellenességeit, míg a simethicone a puffadás ellen hatékony. „Ez a gyógyszer elsőként választható IBS-ben, mivel e betegségben definíció szerint kizárt a Crohn-betegség, a v a s t a g b é l r á k , p o l y p o s i s , diverticulosis.” (Blázovics Anna dr)

Gyakori panasz még a puffadás és az ebből adódó kellemetlen telítettségérzet. A betegség főleg azokat érinti, akik munkájuk, életvitelük kapcsán állandó stresszhatásnak vannak kitéve. Európai adatok szerint általában az irodai alkalmazottak, illetve a középvezetők a leginkább érintettek. Az IBS tünetei sokszor az egyetemi vagy főiskolai évek alatt jelentkeznek először, a „vizsgadruk” hatására. (-ba-)

Bodrogközi Gondolatok

Javaslatok az egészségügy reformjához

Mottó: „A magyar egészségügy olyan, mint a beteg ember. Lábadozva reménykedik, türelmetlen és kétségek között ingadozó...”

Az előregedés (53 év az átlagéletkor, 1990-ben 45 év), az elszegényedés (37%-os munkanélküliség), az alkoholizmus (45%-os), a nyomorult körülmények között élő kisebbség (a lakosság 23%-a), a gyerekek éhezése 11%-ban, az analfabetizmus 4%-ban, a szakképzettek 86%-nak illetve az értelmiség 95%-nak elmenekülése és még hosszasan sorolhatnám... mutatják ezen régió elhagyatottságát. A 23.000 lakos politikailag és gazdaságilag is nem tekinthető fontosnak (?), s a nyomor újra termeli magát, a jelen (nem is szólva a jövőről) kilátástalannak tűnik. Ma úgy tűnik, „leérték?” és „elfelejtették”, s rövidesen a kihalás fenyegeti. A Bodrogközben és a hasonló régiókban is kellene reményt adók, a kihalást megakadályozni akarók. Itt is valóban hivatás az orvosé az ápolóné és a védőnőé egyaránt. Gyógyítók, nevelők, pedagógusok egyaránt vagyunk. Emberek az embertelenségben. Ezekkel a szavakkal ajánlom gondolataimat kedves pesszimista kritikus és ritkábban önkritikus kollégáimnak!

Magunkról-magunknak

Sokan elfelejtették, talán az emberi-szakmai válságok átvészélése miatt, hogy nem is olyan régen mink volt és mire vágytunk? A rendszerváltás előtt annnyival jobb volt az egészségügyi ellátás, gondozás, rehabilitáció, nem is szólva a megelőzésről? Dúskálunk az eszközökben, a gyógyszerekben, a továbbképzésekben, ... az extrabérekről nem is beszélve? Az egyesek által számtalan alkalommal példaként felhozott és irigyelt országokban, minden olyan szép és példamutató? Akkor miért kell várni még ott is egyes szakvizsgálatokra (előjegyzési rendszer)? Miért „kísérleteznek” még napjainkban is, fejlettebb egészségügyi struktúrákkal rendelkező államokban is? Miért törekszenek a racionalizálásra? Lássuk már be! Az igények mindenütt gyorsabban nőnek, mint amit a lehetőségek biztosítanak! Fogadjuk el, hogy évtizedek lemaradását nem lehet 6-8 év alatt orvosolni s közben a fejlődés egyre gyorsulva nő azoknál, akiket utol akarunk (szeretnénk) érni!

A reformról

Utaltam már arra, hogy az egészségügy egy dinamikus szolgáltatás, s reformja is ennek megfelelően csak folyamatos lehet. Idővel nálunk is kialakulnak, elfogadtnak az alapelvek, de a szempontok és a szakma fejlődése, értelemszerűen vitákat kell,

hogy gerjessen. Én úgy látom, hogy valamennyien változásokat akarunk és keressük a lehetőségeket..., egoista vagy kevésbé önző érdekek szerint. Ebből (is) adódik, hogy egyesek a kis lépéseket favorizálják, míg másokkal együtt én is a radikális, gyors változtatások híve vagyok. Objektíven azért is, mert napjainkra alakult ki egy gazdasági makró-mikrovilág amely ennek a gazdasági finanszírozását biztosíthatja. Remélem a döntéshozók nem csak a lakosság rossz egészségi állapotát észlelik, de azt is, hogy beteg magyarakkal hosszú távon nem tudunk mennyiségi-minőségi értékeket termelni. A szellemi képzés csak kondicionált egészségű munkaerővel lehet eredményes. Ennek a gazdasági, politikai és egyéb kihatásaira itt nem kívánok kitérni, ... a gondolatmenet egyértelműen és világosan folytatható. Gazdasági saját és külföldi eszközöket kell találnunk a finanszírozás magasabb szintű és szigorúbban ellenőrzött formáinak a kialakításához. *Ötleim: a gerontológiai ellátás fejlesztése hotel szolgáltatásokkal hazaiaknak és külföldieknek, gyógyszergyártó és forgalmazó multicégek bevonása (gyógyszer, műszer, gyógyászati segédeszköz kipróbálások lizingelésével) és nem adózott profitjuk visszaforgatása, a gyógyszerfelírások szigorítása ésszerűsítéssel, retinens betegek (visszaélők) gazdasági szankcionálása. Konkrétan az alkoholisták, a drogosok és más szenvedélybetegek visszaeső eseteiben, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal „manipulálók” az ellátást figyelmen kívül hagyóknál költségterítések bevezetése, s ezzel összefüggésben a közgyógyellátásban részesülőknek újfajta, ésszerűbb szakmai szabályozás..., gazdasági retorziók az OMSZ, sürgősségi ellátással ismételtlen visszaélőknel is. A polgári demokráciákban schol sem veszik figyelembe az álhumanista ideológiákat, így az egészségügyekkel visszaélők azon diktatúráját sem: amikor másokkal akarják megfizettetni..., az indokolatlan ellátást. Szó sincs betegellenességről, csak ésszerű fejelemzésről, s a felszabadult idő, pénz ésszerű, a valóban gyógyulni akarókra való fordításáról. Segíthetne a szakrendeléseken, ha csoportpraxisban működne a kórházaktól anyagi függetlenségben s bizonyos extraszolgáltatásaikat a beteg illetve (magán) biztosítója fizetné. Javasolnám ezt az egyes kórházi osztályoknak is, valamint a gerontológiai ellátásnál említett hotel szolgáltatásokat, gyógyszergyártó és más szakmai szponzorok tőke bevonását is, a teljesítmény és minőségi szorzók megfigyelése mellett. Az Önkormányzatok pedig a szakellátásra, illetve kórházi kezelésre kapjanak egy bizonyos*

alaptámogatást fejkvóta, amortizáció és szakmai munka alapján. Az alapellátásban bevezetésre kerüljön az épület, eszköz és személygépkocsi, (mint munkaeszköz) amortizáció havi lebontásban, szigorú ellenőrzéssel a felhasználás mikéntjére vonatkozóan. Így pl.: épület állag karbantartás, műszerfejlesztés stb. A különösen hátrányos helyzetű praxisoknál (földrajzi-gazdaságpolitikai demográfiai s4b. okúaknál), a szakmai szinten tartáshoz járjon bizonyos plusz támogatás, pl.: területi pótlék címen. A területi szakfőorvosok havonta jussanak el kollégáikhoz, s kollégális vezetőként segítsék a szakmai továbbképzésekre eljutást, az esetleges önkormányzat-kolléga konfliktusok kezelését, forrásfórákat a központi ügyeletek, készenlétek kialakítását, ellenőrzik a praxisok műszerezettségét, illetve a fejlesztést, támogassák a csoport praxisok kialakítását, a rezidens képzést és évente legalább kétszer területi szakmai fórumok megtartását is. Tisztelt villantottam fel, amelyek egy része másokban is megfogalmazódott ... Nem tudom úgy befejezni gondolataimat, hogy ne hívjam fel az érintettek figyelmét még a következőkre. Az országimázs központhoz hasonlóan, szükségét érzem egy „egészségügyi imázs” kialakító szakmai cég kialakításának is. Sajnos a lakosság egészségügyi kultúrája..., hiedelmei és ódi hagyományai élnék s ezek megváltoztatására több hangsúlyt kell fektetni a médiákban, az oktatásban, a mindennapok során. Másrésztől sürgősen ki kell dolgozni a szakmai protokollokat a betegellátásban (kamara?!), az OMSZ szállítókhoz és a sürgősségi ellátás során. Az említettek alapján én gyorsított, radikális, szigorúan ellenőrzött és tisztességesen finanszírozott ellátókkal végrehajtandó reformnak vagyok a híve, az ellátás minden szintjén. Nem vagyok türelmetlen! Nem tartok az egészségügy csődjétől! Félek viszont az alkalmazkodásra képtelenségtől! Óvatosságra intenek inkollégális „kollégáim”! Tartok az időszaki reformerektől, a túlpolitikizálástól! Optimizmusom itt a „világ végén” a Bodrogköz egyik leginkább hátrányos helyzetű praxisában is megmaradt, de úgy érzem, nagyon szorít minket az idő lépünk kell, majd kocognunk, futnunk...! Itt, ahol nagyon rosszak a népegészségügyi mutatók, talán jobban érezní milyen beteg nemzet lettünk. Ami ma még csak cél, az rövidesen valóság lehet. Céljainkat megfogalmaztuk, akarunk és szándékunk közös. A politika ehhez csak a hátteret és az anyagiakat biztosítja. Egyet akarunk, csak sokszor és sokan másként fogalmazzuk meg!!!

Dr. Salamon Sándor háziorvos Lácacséke

Hol vagy hivatástudat?

Egészségügyi szakellátásról beszélünk. Hol van ebben az orvosi hivatástudat? Melyik a fontosabb? A szakellátás, vagy a hivatástudat? Mit ér a hivatástudat szakellátás nélkül, és a szakellátás hivatástudat nélkül? Semmit? Feltehető-e így a kérdés? Minek kell egy szakellátást megideologizálni hivatástudattal? Mi a lelkiismeretesség és a hivatástudat közötti különbség? Mitől több egy hivatástudat a „csak” lelkiismeretességtől? Egy kőművesnek pld. nem lehet „kőműves hivatástudata”? A munkáját elegendő csak „becsületesen” elvégeznie?

Az életben több dolog van, gyakorlatilag munka, amit pénzben nem lehet mérni és megfizetni. A szeretet, az anyaság stb. Hogyan és mennyire lehetne pénzzel mérni a hivatástudatot? Miután nincsen önmagában hivatástudat, csak munkaterületek vannak, mit fizessünk meg? Az eredményeket. Ebben az esetben a hivatástudat egy mellékes plusz, aminek nincsen ára. Ha azonban valaminek nincsen ára, az mitől értékes? Attól, hogy hasznos? A pénz nem abszolút mutató, de valami kézzelfogható hálát mutató csak kell az emberközösségben. Virág, egy üveg ital, ezek nem komoly ellentétek, az ajándék fogalma nem a hasznoszerzést szolgálja. Egy mondva csinált hivatástudat inkább csak kérdéseket tud feltenni, mint konkrét eredményeket, megfogalmazásokat produkálni.

Beszélünk motivációról, sikerélményről, de ezekből sem lehet megélni, ezek nem fizetőeszközök az üzletekben, egy társadalomban. Szelektálás, finanszírozás, ezek nélkül ma már nincsen modern társadalom. Pláne ma már nálunk sem, ahol kapitalizmusban élünk. Nagyobb szakmai tudás, nagyobb eredmények, nagyobb anyagi érdekeltség, erre épül nálunk is a gazdasági szféra. Hivatástudat a kapitalizmusban. Érdekes téma, mert ugye volt hivatástudat a szocializmusban is.

Lehet-e a hivatástudatot törvénybe, jogszabályokba foglalni és így számon kérni? Az Etikai Kódexek nem azonosak a törvényekkel és a jogszabályokkal. A szakma és a mérhető eredményeket fizesse meg az állam, az állampolgárok, a lelkismeretességét, a hivatástudatot meg az egyén fizesse meg hálapénz formájában? Eddig is így volt, ezután is így lesz. Felvethető, hogy a hivatástudat egy fikció, ideológia, arra jó csak, hogy az orvost ezzel lehet revolverezni, és ingyen

szolgáltatásra, a gyógyításra kényszeríteni. Hivatástudat nélkül is lehet becsületos egy szakember, akinek eredményei semmiben sem különböznek attól, aki fenn hirdeti, hogy neki nagy hivatástudata van. Egy beteg nem az orvosi hivatástudatától gyógyul meg, hanem az én szakismereteimtől, amit én jól át tudok ültetni a gyakorlatban, a beteggyógyítás mellett a gyógyításért.

A gyógyszergyáraknak, a patikáknak, a patikusoknak hivatástudatáról nem esik szó. Egy gyógyszerész a patikában hogyan tudná érvényesíteni a hivatástudatát? Udvariasan kiszolgál, elmondja a kiadott gyógyszer mellékhatásait stb.? Ehhez nem kell semmiféle hivatástudat, ezt egy udvarias kereskedő, aki nem csak eladás, szintén megteszi. A gyógyszergyártás ipar, tőkés kereskedelem, ahol a mérce a mind nagyobb profitszerzés. Ezt most érezzük is, az egyre emelkedő gyógyszerárak kapcsán. A profit nem szociálisérzékeny valami, abból csak el lehet venni egy részt szociális juttatásokra, amit ezek mint adót az államnak befizetnek. Nem csak elméleti, gyakorlati kérdésként is fel lehet vetni, hogy ki gyógyít? A gyógyszer, vagy az orvos? A gyógyszerkutató, akik laboratóriumokban megalkotják a szert, a betegség ellen, vagy az orvos, aki diagnosztizálja a betegséget, és felírja a megfelelő gyógyszert a betegnek? Ma már a gyógyítás egy nagy komplex mechanizmus eredménye, hol van ebben az orvosi hivatástudat?

Mi lehet, kell, hogy legyen ennek az írásnak a mondanivalója, célja, értéke? Szerintem az és annyi, hogy ezt a hivatástudat misztikumot, amit materiális mutatókkal nem lehet megfogalni, le kell hozni a földre, a gyakorlati életbe az égből, reális emberi és kézzelfogható szabályokba szorítani, hogy objektíven megkövetelhető tevékenység legyen, amiért ki is találtott, mind az orvos, mind a beteg érdekéért. Minden kornak megfelelően át kellene értékelni a hivatástudat fogalmát, mert nem csak a történelem, ez a fogalom is változik, alkalmazkodik a valósághoz. Bátran kellene hozzájárulni ehhez a tudatformához, hogy hasznos legyen!

Hol vagy hivatástudat? Mi vagy hivatástudat? Létezel-e, vagy csak egy teória vagy, valaki kitalált, ami mára már semmire se jó, csak arra, hogy számon kérjük? A mit is? Talán csak másképpen kellene elnevezni, életszerűbben, hogy orvosi lelkiismeret!

Dr. Veress Sándor Szeged

„Az ember nem írja meg azokat a könyveket, amelyeket akar.” (André Gide)

Kilátások a jövő magyar egészségügyében

Folytatás az 1. oldalról.

Adekvát vagy kevésbé adekvát megoldások persze vannak erre a modernkori kihívásokra: olyanok is, amelyeket pld. az USA-ban produkáltak a – feltehetően – közigazdászok, tudniillik az egészségügy teljes és legszélesebb körű piacosításával a világ leggazdagabb államának a lakosság mintegy egyötödének nem jut, (nem jár?) semmilyen egészségügyi ellátás, a többieknek pedig pénztárcájuk szerinti – részleges illetve teljes körű. Nem részletezném azt sem nagyon, hogy a nálunk sokkal gazdagabb nyugati világ magán-orvosainak milyen a szakmai felkészültsége és hozzáállása a gyógyításhoz, mert ez lehet szubjektív vélemény is...Elkészült viszont a Nemzeti Stratégiai Kutatások programjának egy újabb kötete, „Egészségügy Magyarországon” címmel, melynek prog-

ramvezetője Vizi E. Szilveszter akadémikus és amely kötetből Nyáry István – Pásztor Emil jegyzésében kiemelünk egyes részleteket, dokumentálandó, hogy mindaz, amit én igen sötét jövőképként felkiciceltem, az nem jár messze a valós lehetőségektől, ha ... az ország vezetői politikai erői nem lépnek időben.

„A technikai fejlődés indukálta, megállíthatatlannak tűnő költségspirál még fokozottabb nyomással nehezedik az egyre csökkenő reálértéken finanszírozott hazai egészségügyre” az viszont most is érzékelhető, hogy a hazai „elkerülhető mortalitások mutatói nem túl kedvezőek”. Szakemberek számára ez azt jelenti, hogy az ellátás nem megfelelő színvonalra miatt még megmenthető betegeket is elveszítünk ... mondandó én, hogy nagy részben a technikai, kisebb részben az emberi tényezők miatt. Tovább idézve a

tanulmányból: „... ma az egészségügy az egyetlen jelentős szolgáltatás, amelyet nem az árán (valós értékén) fizetnek meg. A finanszírozás alapelve nem változott...” – ha ezt felemlítjük szakpolitikai fórumokon, akkor a mindenkori pénzügyi kormányzat válasza, hogy az egészségügy egy „feneketlen zsák”, viszont az is mindenki által ismert tény, hogy: „a zárt kassza, a teljesítményarányos elosztórendszer az a mőkuserék, amely a kifulladásig egyre nagyobb teljesítményre kényszeríti az e.ü. ellátás résztvevőit, egyre kevesebbért”. Az itt következő megállapítás, bár inkább csak a jelenre vonatkozik, mindenben alátámasztani látszik legrosszabb forgatókönyveinket: „A legnagyobb baj azonban az orvosszakmai szemlélet elterjedése: a szakmai szempontokon túl vagy helyett a finanszírozás válik meghatározóvá a döntéshozatalban” – és hogy ez mennyire így

van, azt saját szűk körű tapasztalataim is igazolják. Minap egyik neves osztályvezető sebész-kolléga fakadt ki nekem négy szemkört: „tudod, ma már nem a beteget, hanem a pontokat gyógyítjuk! – ma már többet foglalkozunk a számítógéppel, mint a műtővel!”

Végezetül megint a fentebb idézett tanulmányból: „Annak meghatározása, hogy milyen méretű ellátórendszer és milyen tartalommal maradjon meg, messze túlmutat az egészségügyön. Olyan társadalmi (ha tetszik, politikai) kérdés, amelynek megoldása attól függ, mennyit képes és mennyit hajlandó a társadalom az egészségügyre fordítani. Elkerülhetetlen, hogy az egészségügyi ellátórendszer eszközállományát a nem is távoli jövőben fel kell újítani és a bérekre is többet kell költeni!” – vagy megvárjuk a teljes antiszelektációt?!

Dr. Nagy-Major Gábor

Tudnivalók a külföldre kiutazók részére

A nyári üdülési szezon közeledtével hasznos összefoglalni azokat a tudnivalókat, amelyek segítik a külföldre utazó biztosítottakat a kint esetleg felmerülő egészségügyi költségekkel kapcsolatban.

A külföldre kiutazó biztosított, akár munkát vállal, tanulmányokat folytat, turistaként vagy egyéb jogcímen tartózkodik átmenetileg egy másik országban a felmerült sürgősségi ellátásának költségei után az igénybevétel idején érvényes belföldi költség mértékének megfelelő térítést kapja a magyar egészségbiztosítástól, ez általában a külföldi gyógykezelés költségének 10-15 százaléka.

A felmerült gyógykezelés költségét a biztosítottnak kell a kórházban kifizetnie, majd a hazatérését követő 30 napon belül a lakóhely szerint illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénztárhoz kell benyújtani a térítésre vonatkozó igényt. Az igénybejelentéshez csatolni kell az eredeti külföldi számlát, a számla fordítását és az annak kiegyenlítésére vonatkozó igazolást, továbbá – amennyiben rendelkezésre áll –, a kórházi zárójelentést.

Amennyiben valamilyen oknál fogva a számla külföldön nem kerül kifizetésre, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár engedélyezheti a belföldi költség összegének a külföldi kórház részére történő közvetlen megtérítését, a fennmaradó összeg megtérítése a biztosítottat terheli.

Fontos tudnivaló, hogy Lengyelország, a Cseh Köztársaság, a Szlovák Köztársaság, Bulgária, Románia, a szovjet és a jugoszláv utódállamok, köztük Szlovénia és Horvátország, esetében hatályban vannak a kétoldalú államközi szociálpolitikai egyezmények.

Az egyezmények alapján az adott országok valamelyikében tartózkodó magyar állampolgárok heveny sürgős esetben a feltétlenül szükséges mértékig jogosultak egészségügyi szolgáltatásra, ugyanolyan térítési kötelezettséggel, mint az adott ország biztosítottjai. A sürgősségi ellátáson túli egészségügyi szolgáltatásért a kinti árak szerinti díjat kell megfizetni.

Hasonló módon működnek a Nagy-Britan-

niával és Észak Írországgal, Svédországgal, Finnországgal és Norvégiával kötött ún. *egészségügyi ellátási egyezmények* is. Ezen egyezmények alapján a kint tartózkodó magyar állampolgárok útlevele felmutatása mellett részülhetnek baleset, heveny megbetegedés vagy egyéb azonnali kezelést igénylő esetekben orvosi ellátásban az adott ország egészségügyi szolgálatánál. Finnországban és Norvégiában minden orvosi ellátásért hozzájárulást kell fizetni.

A Svédországgal aláírt egyezmény alapján azonban csak a kórházban igénybevett sürgősségi ellátás jár, a svéd állampolgárok számára kötelező ápolási hozzájárulást a magyar állampolgárok is meg kell fizetniük. E díj mértéke a fenti országokban napi 2.000 és 5.000 forint között van. 2000. májusa óta hatályos a Németországgal, illetve 2001. januárja óta az Ausztriával kötött szociális biztonsági egyezmény. Ezen országok tekintetében az egészségügyi ellátásra való jogosultság igazolására a D/H 111 (Németo.), illetve a H/A 3 (Ausztria) nyomtatványok szolgálnak. A nyomtatványok térítésmentesen szerezhetőek

be a Megyei Egészségbiztosítási Pénztáraknál, igénylésükhöz a TAJ kártya, valamint munkáltatói igazolás, iskolalátogatási bizonyítvány, az utolsó nyugdíjszelvény vagy eltartott hozzátartozó esetén a „bejelentőlap” szükséges, azaz a hazai jogosultság igazolása. Ha a magyar biztosított nem rendelkezik érvényes nyomtatvánnyal, és a hazai költség mértékének megfelelő összeget igényelheti vissza a pénztártól. Fontos megemlíteni, hogy sem Ausztriában, sem Németországban nem ingyenes az egészségügyi ellátás: Ausztriában csekély mértékű hozzájárulást kell fizetni mint kórházi (max. napi 73 ATS- max. 28 napig), mind bármely orvosi ellátásért (50 ATS), Németországban pedig napi 17 DM-t kórházi ellátásért.

Mindenképpen ajánlatos kiutazás előtt alaposan tájékozódni a célszágról, és külföldre érvényes betegség- és balesetbiztosítást kötni valamely üzleti biztosítóval. Figyelembevéve a külföldi egészségügyi ellátás magas árát, célszerű mérlegelni, hogy ezt a biztosítást milyen összeghatárig és milyen feltételek mellett kötik meg.

Dr. Lengyel Balázs
főosztályvezető

Az Országos Vérellátó Szolgálat sajtótájékoztatója

A május végén Dr. Hargittai Mária, az OVSZ főigazgatója által tartott sajtótájékoztató témája a Szolgálat dolgozóinak bérrendezése, a nyári időszak vérellátása, a 2001. évi beruházások, és az ez évi szakmai tervekről történő beszámoló volt.

1. A Szolgálat dolgozóinak bérrendezése

A 2001. júniusi bérfejlesztés indoka:

- Az Országos Vérellátó Szolgálatban a keresetek alacsonyak.
- A jogszabályi változások miatti kötelező bérfejlesztés mértéke is alátámasztja a bérrendezést, amely a bértömeg 10,7%-os kötelező felemelését jelentette január 01-én. Ennek megfelelően a Szolgálatban az alapilletmények a Kjt. szerinti minimális garantált alapilletmény körüliek. A bérrelátás a kötelező bérfejlesztések után 1,09 lett, amely megfelel 54.357 Ft/fő/hó átlagos alapilletménynek.
- Vezetők nélkül a munkatársak havi átlagkeresete 74.832 Ft/fő/hó volt 2001. I. negyedévében. Ugyanezen időszak alatt a KSH jelentése szerint az egészségügyi és szociális ágazatban a havi átlagkereset 75.322 Ft/fő/hó volt.
- A munkaerő eláramlás megakadályozása érdekében célszerű a kötelező bérfejlesztésen túl is bérfejlesztést végrehajtani. (pl.: a 35-40 éves a szolgálatban dolgozó jó szakemberek az alacsony fizetés miatt egy-két hét alatt távoznak a szolgálatból, ha egy kicsivel több fizetést kapnak valahol.)

A bérfejlesztés mértéke:

- A júniusi bérfejlesztés az összes havi alapláb 10%-a.
- Az OVSZ menedzsmentje a bérfejlesztés során el kívánja érni:
- Az alapilletményben mutatózó és a kötelező bérfejlesztés során keletkezett feszültségek csökkentését,
- A szakasszisztensnek minősülő munkakörökben dolgozó munkatársak alapilletmény emelését úgy, hogy a kötelező átsorolás ("D"-ből "E"-be) jelenlegi bérrendezés során megtörténjen,
- A különféle illetménykiegészítések első lépésében történő rendezését, (második lépéső a Kollektív Szerződés és a módosított SzMSZ jóváhagyása után történik meg).

2. Felkészülés a nyári időszak vérellátására

- Tavasz véradások átutemezése a nyári időszakra.
- Fokozott szervező, előkészítő munka a Magyar Vöröskereszttel együttműködve.
- Minden régióközpont napi, heti és havi tervet készített a nyári időszakra.
- Az ország egész területén rendkívüli vérgyűjtést tervezünk a nyári időszakban (ilyenek például, a hortobágyi hídi vásár, a zirci "Buli", a margitszigeti, balatoni népiünnepélyek, a szabadtéri játékok, kulturális rendezvények, várjátékok, fesztiválok, a sokgyermekes családok társaságának nyári összejövetelei).
- Az Országos Vérellátó Szolgálat Központi Diszpécser Szolgálat a rendelkezésre álló vérkészlet racionális elosztása.
- Szakmai együttműködés a felhasználókkal, a vérkészítmények igényének ütemezése (pl.: tervezhető műtétek), terén is.

3. 2001. évi kiemelt beruházások

Kivonat az OVSZ 2001.-es beruházási, felújítási tervéből:

1. Győri rekonstrukció	74,6 MFt	2001. évi előirányzat maradvány terhére
2. Pécsi rekonstrukció	75,5 MFt	
3. Informatikai fejlesztés	100 MFt	
4. Gép- Műszer beszerzés	400 MFt	
5. Vérvételi busz	100 MFt	
	750,1 MFt	

4. Ez évi szakmai tervek, programok

- Az országos, regionális, területi ellátási szintek kialakítása, egyes, főleg vért kivizsgáló és vérkészítmény előállító feladatok centralizálása a hat regionális központba. (Budapest, Pécs, Szeged, és Debrecen).
- A levett vér széleskörű és korszerű laboratóriumi kivizsgálása új, hatékony és gazdaságos vérgyűjtési forma bevezetése (korszerű vérvételi buszok).
- Nemzetközi minőségbiztosítási feltételek, az úgynevezett GMP körülmények tökéletesítése a vérfeldolgozás terén.
- A hagyományos véradás mellett új típusú véradási formák (pl.: saját vér adásának) elterjesztése, csontvelődönorok szervezése.
- A kórházaknak nyújtott úgynevezett klinikai transzfuziológiai vizsgálatok, szakmai tanácsadások körének jelentős bővítése.
- A vérátömlesztést végző szakorvosok képzése az egyetemi transzfuziológiai tanszékek irányításával.

Megállapodás az egri nővérekben

Megállapodás aláírására került sor az úgynevezett egri nővérekben. Az egri Markhot Ferenc Megyei Kórház új főigazgatója, Dr. Kovács József és az érintett dolgozók szerint erkölcseleg is megnyugtató módon rendeződött a több éve húzódo ügy, miután a felek aláírták azt a megállapodást, mely szerint a kórház összesen 34 millió forintot fizetett ki peren kívüli egyezség keretében 30 nővérnek. A főigazgató, az ápolónők, az öket képviselő ügyvéd, valamint EDDSZ köszönetét fejezi ki a tulajdonos Heves Megyei Közgyűlésnek és Dr. Mikola István Egészségügyi Miniszter Úrnak azért, mert biztosították a kórház számára a megállapodás anyagi fedezetét. A kórház 2001. június 27-én a nem vagyoni kártérítési összegeket kifizette, ezzel véglegesen pont került a nővérek végére. A felek közösen kérik az illetékes bíróságtól a 30 per megszüntetését.

A jövőben a kórház még nagyobb figyelmet fordít a dolgozók munkakörülményeire. A megállapodásban a felek kölcsönösen kötelezték magukat arra, hogy a kifizetés megtételére vonatkozó jelen nyilatkozaton kívül a média részére nyilatkozatot nem tesznek.

* * *

Markhot Ferenc Megyei Kórház Eger: A Heves megye egészségügyi ellátásban meghatározó szerepet betöltő kórház 1134 ágyon látja el a betegeket. Az ellátási körzetéhez tartozó 189 ezer (egy- osztályok esetében 332 ezer) ember közül évente közel 39 ezer fekvőbeteg gyógyítása történik az intézményben, ahol 22 osztályon 221 orvos végzi kezelésüket. A 4 milliárd forintos éves költségvetéssel rendelkező kórház és rendelőintézet 1500 ember munkahelye. További információk a www.mfkh.hu <<http://www.mfkh.hu/>> weboldalon.

Más kép – másképp

Dr. Szabó Gyula vagyok. 1953. január 24-én születtem Nyíregyházán, ahol jelenleg is élek. (Ezt szokás hűségnek nevezni!). 24 éve általános- és érszabóként töltöttem el a nappalok és az éjszakák aránytalanul nagy részét. Egykor nem egészen így gondoltam. A pályaválasztás gyötrelmes volt. Gimnáziumi osztálytársaim már mind tudták: hogyan tovább?!

Én az egyetemi és főiskolai jelentkezés határidejének utolsó napján, az utolsó percben is kétségektől szenvedve adtam át osztályfőnökömnek a szükséges dokumentumokat. A sokféle érdeklődésű kitűnő tanulók törvényes sorsa „sújtott” engem is. Akkor 20 pont volt a maximálisan elérhető felvételi teljesítmény. A több száz jelentkezőből ketten érték el ezt az eredményt, én negyedmagammal 19,5 pontot kaptam. Esemlyem sem volt arra, hogy nem vesznek fel.

Ha talán akkor kaptam volna egy év gondolkodási időt! Ugyanis szívem-lelkem a színházba kíváncszott. Színész vagy operaénekes szerettem volna lenni. Ma is sajnálom, hogy nem volt bátorságom egyiket sem megpróbálni, hiszen sok versenyt nyertem, mint versmondó, amatőr színjátész. Továbbá hegedültem és énekeltem.

Hangom bassz-bariton, az 1977-es „Ki Mit Tud?” operának kategóriájának döntőjében Rossini híres Rágalom áriáját énekeltem. Akkor voltam hatodéves a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. Újabb csábítás volt ez a pályamódosításra, de ezúttal is „elszúrtam”. A „szaboleség”, az egyszerű származás átka: az önbizalom hiánya, a tehetségben való kételkedés nem engedte, hogy igazi álom valóra válhasson. Így lettem sebész.

A Megyei Kórház II. Sebészeti Osztályának vagyok másodfőorvosa. Nagyon sokat dolgozunk. Szegény és beteg megye a mienk.

A sebészet igen zárt világban, a műtők birodalmában produkál hatalmas eredményeket. Ezek közzétételére, tudományos közlemények „gyártására”, kongresszusi előadások tartására sem időm, sem kedvem nincs. Ennek ellenére jó néhány konferencián ismerttem sebészeti és érszabó műtéteink sikereit avagy kudarcaikat. Fontosabbnak tartom például azt, hogy számos verőérműtétet elsőként végeztem meg én, így a szabolesi ember számára is elérhetővé váltak olyan operációk amelyekre korábban csak lakóhelyüktől nagy távolságokban voltak meg a feltételek.

Azaz műtőasztal-sebész vagyok, nem íróasztal-sebész. A toll ihletett pillanatokban kerül a szíke helyére.

A feleségemtől, két lányomtól és a kutyámtól elvett kevés szabadidőmben önálló prózai előadástemet mutatom be mindig hálás közönségemnek. Mint a Muzsikáló Orvosok mozgalomnak alapító tagja, szervezőként és résztvevőként gyakran állok koncertpódiumra is. Többnyire énekelek, ritkábban hegedülök is.

Az előadóművészet tehát meghatározóbb életemben, mint alkotni valamit, ami nem is biztos, hogy új, eredeti, figyelemreméltó.

A magyar nyelv csillapíthatatlan szeretete időnként mégis íróasztalomhoz parancsol. A Magyar Orvosírók és Képzőművészek Körének tagjaként ilyenkor írok verset, novellát, karcolatot, groteszket, felháborodott újságcikket. Még akkor is, ha úgy érzem, hogy egyre kevésbé érdemes megszólalni.

Dr. Szabó Gyula

Mintakórház Magyarországon*

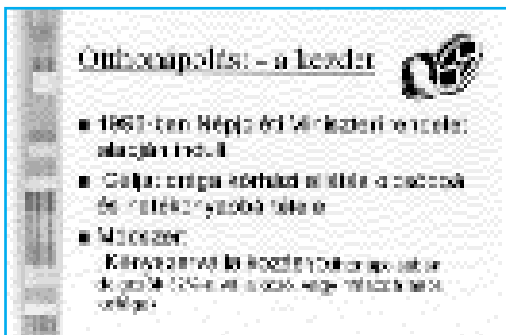


A Bethesda Otthonápolási Szolgálat munkáját az alábbi tábla fémjelzi:

Bethesda Otthonápolási szolgálat:	
1. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
2. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
3. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
4. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
5. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
6. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
7. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
8. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
9. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000
10. A lakosság körében az otthonápolás iránti igények felmérése és a szolgáltatás megvalósítása	2000

A különbség a finanszírozási értékből adódik, egy pontot ér a teljes ápolást igénylő első 14 vizit, a továbbiakban csökken az értéke 0,9 - 0,5 pont értékig. Meg kell jegyezni, minden hónapban maradt ki nem fizetett vizitunk, amit még le sem jelenthettünk, mert erre a rendszer nem ad lehetőséget, és a többlet teljesítés után nem is érdeklődik.

Mielőtt hivatalosan szabályozva 1996-ban elindult az egészségügyben az egész ország lakossága részére hozzáférhető szolgáltatás, sokan és sokfelé tanulmányozták a rendszer működését, ami fő céljának a drága kórházi ellátás olcsóbbá és hatékonyabbá tételét tűzte ki. Közismert, hogy ez a tanulmányozott országok egészségügyi rendszerében elismert



tény.

Magyarországon a megfelelő szakmai végzettséggel és ismerettel rendelkező szakdolgozó rétegnek az 1996-os Népjelölti Miniszteri rendelet lehetővé tette, hogy kényszer vállalkozás formájában próbálja ki magát az otthoni betegellátás új területén. Az otthonápolásban dolgozók mintegy 82 százaléka azóta is vállalkozó vagy másodállásos kollega, mivel a főállás megélhetést nyújtó biztonsága a mai napig sincs meg az otthonápolási rendszerben.

A működési feltételeket előíró rendelkezések abszolút korrektek, precízen szabályozottak, infrastruktúrát - eszközt - végzettséget illetően az otthoni szakellátás feladatát átvállaló vállalkozó részére.

Feltételek: az iroda, tartozékaival, telefon, fax, számítógép, raktár a használati anyagoknak, anyagkészlet, a nővérnek táská - előírással felszereltséggel, szakszemélyzet



megfelelő gyakorlattal.

A működés feltételeinek biztosítása a vállalkozó feladata, és amennyiben minden fórumon zöld utat kapott - ÁNTSZ, Egészségbiztosítási Pénztár, APEH - elkezdheti saját kockázatára a közszféra feladatának átvállalását, legjobb szakmai tudása, és minden

rendű vállalkozói bátorsága összeszedésével.

Ismételnem elmondom, kiválóan szervezett az a szabályozó rendszer, ami jelenleg naprakészen, percnyi pontossággal, a rendszerben dolgozók nyilvántartásával, a beteghez kapcsolatos tudja követni a lejelentett vizit alapján miért, mennyit fizet az Egészségbiztosítási Pénztár. Ez csak azt mutatja, hogy lehet hazánkban ilyen kiválóan



szervezett programot is felépíteni.

Ez az apparátus részéről így igaz, míg a szakma részéről ez a fajta szervezeti háttér nem jött létre. Kezdetből fogva van ugyan egy Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület - aminek elnöke az egyik szolgálat orvosigazgatója, de az Egyesületek jogosultságai nem érdekérvényesítő hatásúak az érdekegyeztető fórumokon.

Az évenkénti egyeztető fórumain az egészségügyi tárcánál az otthonápolásnak nincs képviselete.

Az egészségügy szerkezetátalakítása során a költség-hatékony ellátás biztosítása vajon



kinek az érdeke?

Az újabb kérdés az érdekeltiség - kinek az oldaláról?

- A beteg az egyik oldal, aki feltétlenül érdekelt lenne az otthonápolásban amennyiben tud róla, - a tapasztalatom alapján, nem tud róla. Itt megjegyzem, ha ismernék a szolgáltatási formát a felmerülő igény szerinti ellátást biztosítani a jelen vizitkeret alapján nem tudjuk.

- A másik oldal a **szakma - érdekelt-e az otthonápolás fejlesztésében?** A költségvetés egészségügyre fordított zárt éves kasszájából kell elosztani mire mennyit fordítanak, és mi-ből lehet erre az új feladatra átcsoportosítani. Miért mondanák az egészségügyi intézet vezetői azt, hogy rövidebb ideig akarom ápolni a beteget, térjünk át az egynapos sebészetre, hiszen úgy sincs ápolóm, nincs pénz gyógyszerre nem tudom biztosítani az új berendezések beszerzését, stb. Ez az ápolási nap és ágykihasználás csökkentését jelentené, ami maga után vonja az ágyszám leépítését is, annak minden - az orvosokat és a szakdolgozókat is hátrányosan érintő - vonatással együtt. Felmértük Budapesti viszonylatban, hogy a kórháznak van-e együttműködési megállapodása otthonápolási szolgáltatóval, a 20 megkérdezett intézményben nincs ilyen megállapodás.

Válaszok: **nem ismerjük az ajánlkozót, nem merjük vállalni.**

Javaslat is volt, létesüljön koordinációs központ az otthonápolási igények összehangolására.

A mai követelmények a minősített intézményeket és szervezeteket tekintik színvonalasnak, ámbar még a kórházak többsége sem az, de egy otthonápolást végző szolgáltatónak - akinek természetes, hogy van engedélye a működéshez - mikor lesz anyagi lehetősége a minősítés megszerzésére?

Úgy érzem, nem ezen előadás témája, de ezek a válaszok 5 évvel az indulás után elgondolkodtatók.

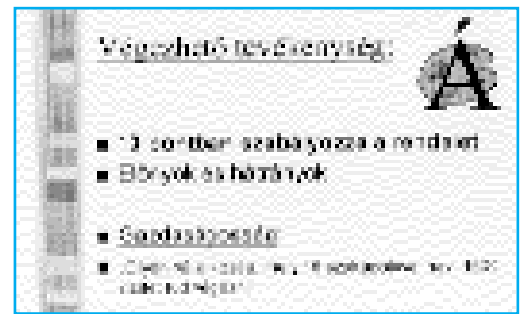
- **A szakrendelők érdekelt-e?** - egyértelmű, hogy nem. Hiszen, ha a beteg nem oda jár vissza például a reumatológushoz és kezelésre a fizioterápiára, vagy a gyógytor-

nára, ritkábban találkozna az orvossal. A sebészeti kötözést is ki tudja váltani a sebellátásban jártas szakápoló, amennyiben elrendeli a szakorvos, nálunk ilyen nem történt még.

A május 11. rendezett „Egynapos sebészeti konferencián” Dr. Gaál Csaba előadásában elemezte, - a gazdaságossági tényezőket melyek még az un. gazdag országokban is problémát jelentenek, „Az orvoslás egyre drágábbá fizethető meg, de ez a folyamat feltartóztatatlan. A szükséges összegek csak akkor biztosíthatók, ha az egészségügyben valahol megtakarítás érhető el: erre az ambuláns sebészeti óriási lehetőséget nyújt” - de ehhez szükséges az otthoni szakápolás biztosítása. Hasonlóképpen Dr. Nagy Béla a partnerkapcsolatok és erőforrások között utal a „kellően premizált” nagy szakmai tudású és megfelelő gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező személyzet jelenlétére és az otthoni szakápolók gyakorlati továbbképzésére.

- **A háziorvos érdekelt-e?** - tapasztalatunk változó. Itt levő kollegáim elmondják saját tapasztalataikat.

A XIV. kerületben még 6 otthonápolási szolgálat dolgozik, így minden háziorvos eldöntheti, melyik szolgáltatóra bízva betege ellátását, amit ő maga, vagy a körzeti nővér idő hiányában nem képes biztonsággal ellátni. A kerület megkérdezett háziorvosai közül többen állnak két, esetleg még több szolgáltatóval kapcsolatban.



Az elvégezhető tevékenységet 13 pontban szabályozza a rendelet, mely az elrendelő lap kitöltésével indul.

Személyi adatokon túl lényeges: - az elrendelést indokló diagnózis meghatározása, - az ellátást befolyásoló tényezők megállapítása, - a vizitek számának és gyakoriságának meghatározása, - az ellátást felelős szakember nevének feltüntetése, - az ellátás típusának, a beteg állapotának megjelölése, aláírások, kódszámok, pecsétek megléte.

A magyar ápolók és szakdolgozók részére jelenleg ez a szak terület jelenti a legnagyobb kihívást, mivel az itt dolgozók abszolút új helyzetbe kerülnek. Van, aki éppen ezért kedveli és ezt akarja végézni, de van aki éppen ezért nem ezt választja.

A munkakör előnyei: az ápolónak önálló munkára ad lehetőséget, egyszemélyben felelős az elvégzett munkáért, az ápoló felelős a dokumentációért, intézményi háttér nélkül kell helytállnia az adott szituációban, kötetlen munkaidő lehetővé teszi, hogy az ápoló a napi munka programját maga alakítsa ki a beteggel egyeztetve, változatos munka körülmény, személyesebb nővér - beteg kapcsolat alakul ki sikerélmény

A munkakör előnyei:

- Az ápolónak önálló munkára ad lehetőséget,
- Egyszemélyben felelős az elvégzett munkáért
- Az ápoló felelős a dokumentációért
- Intézményi háttér nélkül kell helytállnia az adott szituációban
- Kötetlen munkaidő lehetővé teszi, hogy az ápoló a napi munka programját maga alakítsa ki a beteggel egyeztetve
- változatos munka körülmény,
- személyesebb nővér - beteg kapcsolat alakul ki sikerélmény

Nehezítő körülmények

- a nehéz táská
- az utazással, átszállással jár, kieső idő
- az időjárás változásai
- nincs intézményi háttér
- a családi otthonban konfliktus helyzetek rendezése
- esetenként "szolgaként" kezeli az ápolót a beteg ill. a hozzátartozó az otthonában, stb.

sikerélmény

Nehezítő körülmények: nehéz a táská, utazással, átszállással jár, kieső idő, időjárás változásai, nincs intézményi háttér, a családi otthonban konfliktus helyzetek rendezése, esetenként „szolgaként” kezeli ápolót a beteg illetve a hozzátartozó az otthonában stb.

Fontosnak tartom, hogy a működési feltételek között meghatározták: az ápoló, minimum 3 éves fekvőbeteg osztályon eltöltött gyakorlattal rendelkezzen. Valóban indokolt, hiszen a beteg elvárja, hogy a problémája értő és ismerő szakember legyen, aki őt ellátja elméleti tudással és gyakorlattal rendelkezzen képzés szinten. Én úgy érzem, akik jelenleg az otthonápolásban munkát vállaltak, a mi szolgálatunknál megállják a helyüket a mindennapi feladatok során.

A gyógytornászok és az ápolók is azonos gonddal szembesülnek. Ha hosszabb távon főállásban végzik ezt a munkát, elvesztik az eddig kórházi rendszerekben megszokott és megismert kapcsolati háttérrel. Ámbar nem jellemző, hogy a többség főállású lenne, de a 18-20 százalék is 6-700 fő jelent országosan és talán gyarapodni fog ez a szám. A nem főállású munkatársak pedig szabadnapjukon vagy a II-III. műszakban végzik a plusz kereset miatt az otthoni ellátást.

Fontos mindnyájunk számára, hogy az új metodikákat, gyógyszereket, az új eszközöket, segédanyagokat, szakirodalmat napra készen ismerjük, hogy ne a beteg dokumentációja alapján kelljen tanulmányozni mi is történt, hiszen a betegek különböző ellátási problémák miatt igénylik a szolgáltatást.

Sok segédeszköz forgalmazó cég észrevette már az otthonápolásban rejlő lehetőséget, és próbálja termékeiket megismertetni a szolgáltatókkal, de véleményem szerint, még van mit tenni ezen a téren is. Fontos, hogy munkatársaink tudjanak tanácsot adni a segéd eszközök használatáról, javasolni mi mire jó, és hol és miként szerezhető be.

Örömmel mondom el, a mi szolgálatunk abban a szerencsés helyzetben van, hogy egy oktató terem és demonstrációs szoba rendelkezésünkre áll, bármikor ha erőnkől futja, lehetőség van újdonságok megismerésére. A kórháznak több éven át lehetősége volt egy Holland kormány által támogatott pályázatban részt venni, ez anyagi segítséget is jelentett a fent említett oktató egység megteremtéséhez. Folyamatosan próbálkozunk pályázatokkal biztosítani a naprakész és elvárható színvonalat.

Hivatkoznék Falus dr. közelmúltban adott HVG interjújára, ahol kifejtette „Gazdaságosan pedig csak olyan vállalkozások tudnának működni, amelyek 15 szakápolóval havi 1500 vizitot végeznek. Ettől azonban meglehetősen messze vagyunk”.

Fontos, hogy a munkatársak ne érezzék, hogy magukra hagyottak, egyedül állóak. A szolgálat munkatársai egy közösség tagjai, akik egymást ismerve - rendszeresen találkoznak - meg tudják beszélni esetleges ellátási gondjaikat. Kell, hogy információjuk legyen a szolgáltatóról is, a rendeletek változásáról, szakmai konferenciákról, továbbképzési lehetőségekről.

Több esetben előfordul, hogy a betegnek gyógyulásához többféle szakember segítségére van szüksége, ha ezt a szolgáltatók meg akarják oldani, nagy gondot vállalnak fel. Jelenleg a beteg otthonában napi egy tevékenységet finanszíroz az Egészségbiztosítási Pénztár, de ha ez a beteg nem megy haza, pl. a stroke után, a kórházban természetesen a nővér ellátás mellett a gyógytornász és a logopédus is felkeresi akár naponta is, ahogy indokolt.



Holezinger Zsuzsanna, a Szent Rita Otthonápolási szolgálat igazgatója hozzájárulásával a NŐVÉR újságban megjelent cikket kivonatolva ismertetném, amelynek címe:

A 49 éves beteget 57 napos kórházi kezelést követően otthonába szállítás után vették rehabilitációs

Mintakórház Magyarországon*

ellátásba a Szolgálat munkatársai és a segítséget nyújtó háziorvos, körzeti nővér, szakorvosi tanácsadó, valamint a legnagyobb áldozatot vállaló feleség.

Az ellátást a kórházban szerzett decubitus ellátása és meggyógyítása mellett – amit a körzeti nővér látott el – a kiesett vagy sérült funkciók visszaállítására kellett irányítani. A gyógytornásznak a speciálisan agyszerültek mozgáskészletével foglalkozó rendszer alapján indított terápiaja és a feleség aktív segítők hozzáállása – a beteg tevékeny igyekezetét megnyerve hozott eredményt, miközben a logopédus is folyamatosan segítette a beszédképesség visszaállítását.

Hangsúlyt kap a dolgozatban a feleség 24 órás helytállása, ami testileg, lelkileg kimerülttette, és időnként ő is lelki gondozásra szorult.

Egy évvel későbbi ismételt kórházi kezelés után további rehabilitációs tevékenységgel másfél év után befejezték a család segítségét – a beteg elfogadta az életét visszafordíthatatlanul megváltoztatott állapotot. A szerzők leírják az ellátás költségei kihatásait is.

A logopédiai munkát a Soros Alapítvány támogatta egy éven át, a feleség folyamatos, áldozatos tevékenysége nem fejezhető ki forinttal, mivel munkahelyét kényszerült feladni és ápolási segítséget vett igénybe.

A beteg tagja volt egy önkéntes egészségbiztosítási pénztárnak és ők is támogatást nyújtottak 1-1 hónap erejéig a gyógytorna és logopédia költségeire.

Szükségesnek írják a szociális gondozók időszakos igénybevételét – ezért a család fizet –, valamint a civil szféra nagyobb és szélesebb körű igénybevétele nagy segítség lehet az ilyen komplex problémákkal küzdő beteg ápolása során.

A civil szféra az én számomra az önkéntes segítők jelent, ami a Bethesda Otthonápolási szolgálatnál évek óta tevékenyen működik. Később visszatérek rá.

A finanszírozási részét illetően korrekt kimutatást készített a Szent Rita szolgálat, amiből az a következtetés vonható le, hogy „Több hasonló eset ismételt előfordulása esetén működésképtelenné válna a szolgálat.” OEP térítés 73%, szolgáltatóé 27%.

A dolgozatba javaslatot is tettek, melyekkel együtt értünk és mi is javasoljuk: Havi vizitkeret felváltása negyedéves vizitszámmal, diagnózishoz rendelt finanszírozás, érdekeltté tenni a kórházakat a beteg szakmailag indokolt időben történő elbocsátásában.

Előadásom eddigi részében utaltam konferenciákra, továbbképzésekre, szakmai folyóiratokra, melyek nélkülözhetetlenek munkánkhoz.

Ennek biztosítása egyre nehezebb a költségek miatt. Április 19-21. között volt a III. Otthonápolási Kongresszus, ahol a 300 résztvevő egy Nyilatkozatot fogadott el, mely a szolgálatok gondjait, szükségleteit fogalmazza

Nyilatkozat

A nyilatkozat egy pontjában megfogalmazódott „Az éber kómás betegek ellátásának megszervezési igénye Szolgálatunk ezt a kórfomat csak az önkéntesek bevonásával tudja az otthonokban segíteni”.

A velünk dolgozó önkéntes nyugdíjas orvosnő vezetésével szerveztünk az éber kómás betegek segítségét. Ő m ár országos kapcsolatokat épített ki és fáradságot, időt nem kímélve segít tanácsaival, tapasztalataival, esetenként segédeszközök beszerzésével a Magyar Máltai Szeretetszolgálat bekapcsolódásával a hozzáfutókat. Mivel az éber kómának országos nyilvántartása nincs, nehéz megítélni milyen nagyságú a kómás beteg ellátásának igénylő családok gondja, embert próbáló, ajtóik mögé zárt élethelyzet.

Általunk segített családok adatai alapján, a gyors és szakszerű elsősegélyek után, az intenzív terápiás beavatkozásoknak köszönhetően, az akut ellátást követően sor kerülhet az intézeti rehabilitációs kísérletre. Tapasztalatunk szerint a permanens vegetatív állapotú betegek ellátására hazánkban az egészségügyi intézmények rendszerében nincs hely. Ha a család nem mond le a betegéről, haza viszi, és magára marad az ápolás gondjával!



meg.

Tapasztaltuk – ezen családok tagjai mindent megtanulnak, mert mindent meg lehet tanulni és a környezet egyszerűen tudomásul veszi helyzetüket, – de nincs ráépített rendszer, aki szakszerű tanácsaival, folyamatos kíséréssel, rendszeres tevékenységgel mentesítse azt a személyt vagy családot, aki magára vállalta a kontaktus képtelen tehetetlen test folyamatos ellátását akár éveken át is.

Önkéntes munkatársak aktívan segítik a hospice ellátást igénylő családokat is a kritikus időszakban, mivel a szakellátás szabott időkerete és szakember gárdája nem tud a jelen lehetőségeken belül hatékony segítséget nyújtani ilyen esetben a rászorulóknak.

Úgy tudom, minden szolgáltató érzékeli azt a kritikus helyzetet, hogy a beteg részére a szociális gondozás és szakellátás együtt nyújtana hatékony segítséget. Konferenciákon egy-egy előadásból, egyes sikeres próbálkozások beszámolóiból ismerjük, hogy eredményesebb a tevékenység, ha egyéges szakmai irányításból történik az ellátás. Előnye – a szakember ismeri a beteg gondját, és el tudja dönteni, mikor mire van szükség a nap folyamán. Szociális gondozóra vagy szakápolóra, esetleg mindkettőre. Nem történhet meg, hogy a beteg lakásán futnak össze egyik nap, míg másnap senki nem nyitja ki az ajtót. Ezt Hollandiában úgy oldották meg két éve, hogy a beteg mindenért fizet. Igaz, hogy nem két külön terület felelős az ellátásért, és az állampolgár szükséglet szerinti ellátást kap.

Ha indokolt, naponta akár 3-4 alkalommal is kap segítséget a beteg otthonában, tanácsot a lakás átalakításához és szakszerű berendezéseket, ami megkönnyíti a mindennapi tevékenységet, javítja az életminőséget, és még mindig olcsóbb, mint a kórház.

Ezt a mintát jó volna itthon is követni.

Visszatérve hazánkba, a konferenciákon hallottunk az előbbihez hasonló törekvésekről – és ez biztató az otthonápolás jövőjét illetően.

Kérdés volt: rendelkezésre áll-e a megfelelő szakmai ismeret? Egyértelmű a válasz: igen.

A magyar oktatás az egészségügyben is magas színvonalú, azok a tanulók, akik bármilyen szinten itt kapnak diplomát, helyt tudnak állni minden területen.

A magyar ápolási szakma jövője: hiszen akik 30-40 éve a pályán vagyunk – egyre kevesebben –, ismerjük a jelent, félünk, hogy betegek leszünk, félünk a jövőtől. Az ország költségvetési kereteiből fedezik az oktatást is, mint a háziasszony a bevételéből a háztartása kiadásait. Ahhoz, hogy a gazdaságos legyen, tudni kell, miből – mennyit spejzolhatok, hogy egész éven át elég legyen, és az legyen benne, amire szükségem van, hiszen a család szükségletét kell hogy fedezze.

Az oktatás színvonala jó, mindenhol a világon értékelik még az egészségügyi diplomáit is – és értékelem azt az elgondolást, hogy minél több fiatal, vagy idősebb is szerezzon diplomát – egyre nagyobb támogatást adva részükre a közös kasszából, de nem

mindegy, hogy hasznosítják azt a tudást, amihez így jutottak hozzá. Az egészségügyi iskolákban lassan nincs ápoló tanuló, évtizede egyre kevesebben maradnak a tanult pályán, hiszen elfogadják a diplomájukat egyéb területeken is.

Közismert volt, Székesfehérvár üzemeinek futószalagja mellett betanított munkásként a kórház ápolói elhagyva a hivatást, többszörös fizetést kaptak. Az osztrák határ közeli kórházakban alig maradt nővér, ez jelen probléma. Ezt, vagy az ehhez hasonló veszteséget ki téríti meg? Nagyon drága lesz az Erdélyből vagy Ukrajnából jövő ápolók munkába állítás előtti átképzése, de ez nem is lehet megoldása az ápoló hiánynak.

Jó volna megvizsgálni! – Kik a felelősei az ápolás és az ápolók helyzetének ilyen mélypontra jutásáért. Ne ámissuk magunkat, hogy minden rendben van.

At kell gondolni a jövő érdekében, hogy a pályaelhagyókra, vagy a pályán maradóakra költünk a költségvetés pénzét, hiszen a pályaelhagyók tudásának értéke – szavatossága lejár, a regisztrációs rendszerben értékvesztő lesz, az erre fordított pénzvesztéses – vajon kiszámolta-e valaki mekkora? Nem hiszem, hogy a diplomákat az Európai Unió csatlakozás érdekében kell csak gyarapítani.

Ismerünk országokat – a szomszéd Ausztria is ilyen – a kórházakhoz és egészségügyi intézményekhez tartoznak az iskolák, igény szerinti képzés történik ösztöndíjjal, és figyelik a pályaelhagyást, mert ott azt veszteségnek tekintik.

Az egészségügyben dolgozóknak a munkájuk tisztességes állami fizetést biztosít a megélhetéshez, nem az erköletelen és ott ismeretlen borraivaló rendszert teszik adóalappá. Ezt is jó volna megoldani.

Végeztül egy gondolat: *Cseppekől áll a tenger, személyem is egy csepp ebben az egyre apadó tengerben, ahol egyre kevesebben vagyunk. A tenger néha meg áradhat és hullámszik, de az lenne jó, ha egy csendes öböllé változna, és vitorlát bonthatna rajta sok-sok arra érdemes fiatal, aki a beteg ellátását választja élete értelmének.*

Kocsis Istvánné

Ápolási Igazgató

Bethesda Otthonápolási Szolgálat

* A Mintakórház Magyarországon a Tempus Phare Institutional Building Joint European Project által támogatott továbbképzési program, a Semmelweis Egyetem Aktív Képzési Stúdió szervezésében a Kútvölgyi Klinikai Tömbben, tel: 356 24 51, www.mintakh.sote.hu <http://www.mintakh.sote.hu>

Pszichológiai kérdések az otthonápolásban

Az otthoni szakápolás egyik legfontosabb pozitívuma a beteg szempontjából mindenképpen a biztonságos, támogató pszichológiai légkör. Sokszor nehéz a komoly, krízishelyzetben lévő ember segítségére lenni, de számolni kell azzal, hogy a család is nehéz helyzetben van. Lehetőleg meg kell előzni a feszültségek kialakulását, amelyek elsősorban abból adódnak, hogy olyasmit várnak el a betegtől, amire nem képes, és olyasmit tesznek meg helyette, amit ő maga is meg tudna csinálni.

Kedvezőtlen esetben, pl. ha nem kap a család megfelelő külső segítséget, egyre inkább izolálódhatnak környezetüktől. A családtagok fizikai kimerültsége, érzelmi kiégettsége megnéhezíti az amúgy is konfliktushelyzetben lévő beteg otthoni kezelését.

Az otthonápolási team a szakmai kérdések megbeszélésén túl az érintett egyén lelki problémájának megoldásával is foglalkozik. A szűkebb értelemben vett szakmai team tagok (szakápoló, gyógytornász, fizioterápiás asszisztens, logopédus, szolgálatvezető) – optimális esetben – kapcsolatot tartanak a családdal, szociális gondozóval, pszichológussal és ergoterapeutával.

Az ergoterápia, vagy más néven rehabilitációs foglalkoztató terápia

viszonylag új szakterületnek számít Magyarországon. A képzés gyógytornász és szomatopedagógus diplomára épül az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolán.

Röviden összefoglalva az ergoterápia célja a tevékenységek gyakoroltatásán keresztül elérhető teljes rehabilitáció. Pontosabban a testi, lelki, szociális funkciók helyreállítása annak érdekében, hogy segítse az érintett embert a munka, társadalmi, személyes és otthoni elvárásainak megfelelni, és az életben a lehető legteljesebb mértékben részt venni. Az otthoni ellátásban részvétel egyén szempontjából meghatározóak ezek a tevékenységek, és mindenképp hatással vannak az érintett lelki egyensúlyának alakulására.

Sokszor nemcsak a beteg ember és családja, hanem az őt kezelő szakemberek is pszichés és pszichosomatikus tünetekkel küzdenek. Szerencsére ezek a jelenségek is ritkábban fordulnak elő az otthoni szakápolásban dolgozók között, inkább az egészségügy más területeire jellemzőek.

Előnyös, ha a szolgálatvezető a pszichológiában jártas személy, és mintegy szupervizorként irányítja a team munkáját. Fontos, hogy megfelelően tudja kezelni mind az otthonápolási szakembereket, mind a betegek közötti történéseket.

Az otthonápolás területén

dolgozóknak meg kell tanulniuk saját személyiségüket terápiai eszközként használni a beteg ember szorongásainak csökkentése érdekében.

A beteg – szakápoló interakció meghatározó a hatékony terápia megvalósításában. A csoportban fokozható a tagok önismerete, javulhat a betegekkel való érzelmi kapcsolatuk, és munkájuk minősége. A cél mindenkor az érintett egyén komplex rehabilitációja.

Lényeges, hogy csökkenjen a sérülésből adódó károsodás. A pszichoszociális rehabilitáció legfőbb feladata, hogy képessé tegye az egyént a teljes, önálló életvitelre.

Sajnos a legtöbb beteg esetében az otthonápolás keretében finanszírozás hiánya miatt nem valósulhat meg az igazi team munka.

A team-tagok alapvetően tájékozottak egymás szakmájáról és kölcsönösen segítik egymást, főleg akkor, ha nincs mód arra, hogy szakápoló, gyógytornász, vagy logopédus egyaránt felkereshesse a beteget.

Az otthonukban ápolott betegek kezelésében részt vevő szakembernek nélkülözhetetlen néhány készséggel, illetve képességgel rendelkeznie, de ezek fejleszthetőek is. Elsőként kiemelhető az empátiás képesség, amelynek a beteg szociális helyzetére is ki kell terjednie.

Törekedni kell a demokratikus hozzáállásra. A szaktevékenységet végző helyes önismerete is fontos tényező. A kezelést illetően információnyújtás, a választási lehetőségek ismertetése és közös mérlegelés szükséges. A terápiás kapcsolatban megnyilvánuló, pszichológiai képzett és kulturált szakember viselkedésének pozitív hatása van a beteg személyiségére, és a terápiás cél megvalósulására.

Az otthonápolásban dolgozóknál méginkább elvárható, hogy a konfliktushelyzetben lévő személlyel a kapcsolat legyen őszinte, s legyen feltétel nélkül pozitívan elfogadó.

Minden terápiában legyen az orvosi, szakápolói, logopédiai jelentős, sőt meghatározó szerepe van a terápiát végző személynek.

Napjainkban az orvos-beteg, vagy szakápoló-beteg kapcsolat jelentős változáson megy át. A betegek egyre inkább ügyfélként, kliensként, állampolgárként lépnek fel. A beteg és hozzátartozóinak szempontjából nagyon lényeges a nyílt, őszinte kommunikáció (verbális és nonverbális formája egyaránt), és a kiegyensúlyozott szakápoló-beteg kapcsolat. Mindezt elősegítheti a hatékonyan működő team.

A károsodás kapcsán a beteg többször veszteségélményt él át. A félelem és bizonytalanság érzete

mellett gyakori a depresszió és az önmagába zárkózás. Pszichológus hiányában ezeket a jelenségeket az otthonápolásban dolgozó szakembereknek fel kell ismerniük, és elő kell segíteniük ezek oldódását.

Az otthonápolási team megbeszélések alkalmával nemcsak a beteg aktuális állapotát kapcsán felmerült problémákat kell megbeszélni, hanem a különböző szakterületen dolgozó team-tagok egymás munkáját kölcsönösen és hatékonyan kell, hogy segítsék.

A felmerülő problémák főleg a pszichés zavarok felismerésében, a szakmai kompetenciák között, átfedések vannak.

Összefoglalva a team működése során felmerülő pszichológiai kérdések nemcsak a beteg pszichés problémáira vonatkoznak, hanem a szakápoló-beteg kapcsolat, és a szakemberek lelki jelenségeinek zavarai is jelentősek. A szakellátást végzők a jobb kapcsolat elérése érdekében fejleszthetik bizonyos képességeiket, ilyen pl. az empátia és a bizalom kialakítása. Mindezek ismerete és készség szintű elsajátítása elengedhetetlenül szükséges az eredményes munkához.

Horváth Andrea

Schwester Szakápolási és Egészségügyi Szolgálat

Hammurabitól a TQM-ig

A minőség kettős természetű: elvont és mégis kézzelfogható. Mint elvont fogalom, testvére a szépségnek, az igazságnak, amelyekre mindig vágyunk, de igazán elérni soha nem tudjuk. Másrészt kézzelfogható, mint ahogyan azt nap nap után tapasztaljuk, ha egy jó kocsi ülünk, vagy egy igényes ruhát hordunk. Az értemi kiszolgálás megítélése sem jelent gondot számunkra, mert bár kevésbé kézzelfogható egy szolgáltatás, tudjuk melyek azok a dolgok, amelyek alapján jónak ítéljük meg azt. Ez a felismerés az alapja a legújabb kori stratégiai jellegű minőség-meghatározásnak is, amely szerint: „A minőség alapvető (üzleti) stratégia amely alapján született termékek és szolgáltatások teljességgel kielégítik mind a belső, mind a külső vevőket azzal, hogy megfeleljen kimondott és kimondatlan elvárásainknak”, vagyis röviden a *minőség a vevők igényeinek való megfelelés.*

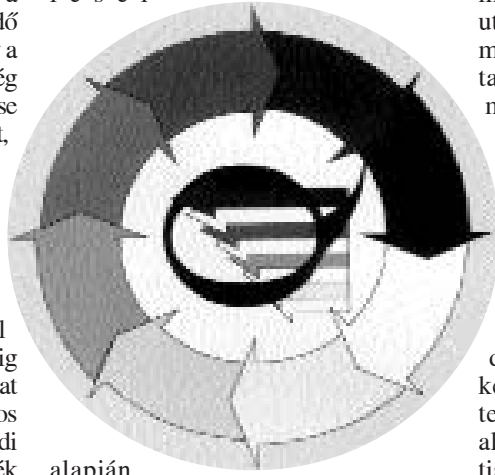
A XXI. század a minőség évszázada lesz - vallotta Joseph M. Juran a minőségfejlesztés egyik kiemelkedő alakja. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a minőség ne lett volna jelen az emberiség történetében szinte a kezdetektől. Jelentése és szerepe persze folyamatosan változott, a kezdeti minőséggel kapcsolatos egyéni és egyedi igények rendszerszemléletű totális „filozófiákká” és stratégiákká nőttek ki magukat.

Hogyan is kezdődött el? Szakterületenként voltak eltérések, de mindenhol, vagyis az ipari termeléstől kezdve a különböző szolgáltatásokig megközelítőleg azonos evolúciós utat jártak be a minőséggel kapcsolatos törekvések. Így kezdetben egyedi igényként jelent meg a jó termék előállítás, vagy a megfelelő szolgáltatás nyújtása.

Az egyedi igény azonban már akkor is összetett motivációs háttérre hívta fel a figyelmet, hiszen a gyártó-szolgáltató igénye volt a jó megélhetés, ezért mindent elkövetett vevőkliensei igényeinek kielégítésére, hogy megtartsa őket, másrészt a vevő-kliens igény, hogy olyan árut, szolgáltatást kapjon, amely megelégedéssel tölti el. Később a minőség biztosításával kapcsolatos törekvések különböző csoport és társadalmi szinteken is megnyilvánultak.

Az első ismert egészségügyi kapcsolatos minőségbiztosítási törekvésként is felfogható rendelkezés *Hammurabi Törvénykönyvében* található, amelyben pontosan meghatározta mindazon esetekben a teendőket, amikor az orvosi beavatkozások kimenete valamilyen ok miatt eltért a várakozástól. A törvény 218. cikkelye így szól: „Ha az orvos valakit bronzkessel megműt és ezzel a beteg halálát okozza, vagy ha bronzkessel megnyitotta valaki hályogját és ezzel tökréteztette szemét, vádják le kezét”. Ez a fajta megközelítés az eredmények értékelésére, ellenőrzésére szorítkozik, később azonban felismerésre került, hogy a végeredményt az előállítás, a

megvalósítás folyamata nagymértékben befolyásolja, különösen fontos ez a felismerés az egészségügy területén, ahol a végeredmény mindig közvetlenül érinti az emberi életet, egészséget. Így értékelhetjük igazán pl. *Galenus (II. sz.) tevékenységét*, aki gyógyszerkészítési eljárásokat rögzített, amellyel úgymond szabályozta a folyamatokat. A folyamatszabályozás egy másik szintjére utal a szak-könyvekre és curriculumokra alapozott orvosképzés megjelenése (Salerno első európai orvosi iskola) és elterjedése. Magyarországon pedig Semmelweis Ignác (1816-1865) az aszepszis felfedezésével és a területen kifejtett munkássága révén a protokoll-fejlesztés úttörőjévé vált. Hasonlóan kiemelkedő tevékenységet végzett az ápolás területén Florence Nightingale (1850-1890). Megfigye-
l é s e i



alapján értékelte a brit egészségügyi szolgáltat teljesítményét (outcome) az angolk krími háborúja idején, majd a „What it and What it is not” című könyvében felállított az ápolás saját kritériumait, amelyek figyelembevételével a háborús sérültek magas halálozási arányát minimalisra tudták csökkenteni. Az általa meghatározott tényezők ma már szinte evidenciáknak tűnnek és a mai ápolás minőségét fejlesztési törekvéseknek csak egy szűkebb rétegét mutatják be, amelyek az ápolás minőségét a hotelszolgáltatások szintjével jellemzik, de akkor óriási eredményekhez vezettek. Lee és Jones az USA-ban 1933-ban az ellátás minőségét „a korszerű orvostudomány összes szükséges szolgáltatásainak, az összes ember szükségleteinek kielégítésére történő felhasználása”-ként határozták meg. Az általuk megfogalmazottak a szükséglet-kielégítés szintjét és az ellátás mindenki számára történő hozzáférhetőségét helyezik előtérbe. A Blue Cross (Kék kereszt) és a Blue Shield (Kék pajzs) 1954-ben az egészségügyi ellátással kapcsolatos minőségi jellemvonásokat az alábbiakban foglalta össze: Hozzáférhető, elfogadható, átfogó, folyamatos, dokumentált. Az egészség-

ügyi ellátással kapcsolatos mai minőségbiztosítási, fejlesztési célkitűzések alapjai ezek a fogalmak. A minőséggel kapcsolatos tevékenységek rendszerezése a II. világháború után kapott óriási lendületet. Az addigi próbálkozások, amelyek keretében elsősorban a késztermékeket, illetve ellenőrizték és értékelték, kevésnek bizonyultak. A továbblépés három fő irányvonalon folytatódott. Az USA-ban és Európában a minőségbiztosítási irányzat (Quality Assurance) terjedt el, amely szerint a tágabb termelési-szolgáltatási lánc felelős a minőségért, és a hibákat nem elsősorban feltárni, hanem megelőzni kívánta, ezért ún. minőségprogramokat indítottak a minőségügyi rendszer folyamatos értékelésére. Nyugat-Európában ezek alapján a minőségügyi rendszerek kiépítésének irányába fejlődött tovább a minőségmenedzsment. Ettől eltérő utat járt be Japán, ahol kevesebb előzménye volt a tömegtermelési tapasztalatokon alapuló minőségbiztosítási munkának.

Azonban amerikai és európai szakértők (Deming és Juran) illetve hazai szakemberek (Ishikawa, Taguchi) segítségével kifejlesztették a teljes körű minőség-szabályozás (Total Quality Control) rendszerét. A japán modell – két alapvető jellemzője, hogy alulról építkezve, a dolgozók széleskörű és tömeges képzésével, szemléletformálásával teremtik meg a minőségi munka alapjait. A másik, hogy túllép a statisztikai minőség-szabályozáson, és a minőségre ható valamennyi területre figyelmet fordít. Az Egyesült Államokban a fejlődés a ma TQM néven ismert minőségügyi rendszerfilozófia irányába folytatódott. A rendszer a felsővezetés teljes elkötelezettségén alapul és ahogy Deming mondta – a minőség elsősorban a felsőbb szintű menedzsment tetteinek és döntéseinek következménye. Elősegíti a hatékony tervezést minden vállalati szinten, folyamatmenedzsmentet és hatékony problémamegoldó technikákat alkalmaz, ellenőrzi az eredményeket is, hogy azok alapján továbbfejleszthesse a terveket. Megerősíti a vezetői képességeket és elősegíti a team-munkát. Támogatja a tanuló-szervezet magatartást, megkönnyíti a változásokhoz való alkalmazkodást illetve az új kihívások előre felismerését. A legfontosabb hangsúly a felhasználók és fogyasztók megértésén és kiszolgálásán van.

A vezetői pozíciójú vállalatok a minőségügyet a modern menedzsment rendszer alapjának tekintik. Ma hazánkban a szolgáltatások területén oly fontos egészségügyben sokan és sokat tettek azért, hogy a minőségügy a rendszer alapját képezze, azonban sok munka vár még mindannyiunkra, hogy elérjük saját belső és a páciensek elégedettségét.

Petrikné Jakab Zsuzsa

Minőséggel a minőségért

A küszöbön álló EU-csatlakozás egyik alapkérdése a minőségbiztosítási feltételek, feltételrendszerek megfelelő kiépítése. A Debreceni Egyetemen erre már huzamosabb ideje folyik a felkészülés.

A minőségbiztosítás lényeges eleme a kórházak higiénés állapota. A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DEOEC) gazdasági egységei, rektori hivatala, valamint a Bőrgyógyászati Klinika takarítását már második éve a speciálisan kórház-takarítással foglalkozó GEG és Társai Kft. helyi munkacsoportja látja el. Pályázatuk sikeréhez minden bizonnyal hozzájárult a cég birtokában lévő ISO rendszer tanúsítvány, a nálunk elsőként e cég által megjelenő RAL Épületkaritási Minősítés, valamint az a magyarországi referenciák – Hévízi Gyógyfürdő-kórház, Nyíregyházi Jósza András Kórház, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, I.sz. Gyermekek Klinika, Zala Megyei Kórház –, amelyek igazolják, hogy a számunkra még újszerű, a minőségbiztosítás jegyében végzett munkaszervezés, hazai körülmények között is sikeresen helytáll.

A cég ügyvezető igazgatójától, Elizabeth Amare-Kandel asszonytól megtudtuk, hogy a kezdeti nehézségeken hamar sikerült úrrá lenniük. Ez leginkább az újfajta munkaviszonytól való idegenkedést jelentette. Az érintett egységekben régebben dolgozó takarítók közül csupán egyetlen dolgozó választotta a Kft.-ben való továbbdolgozást lehetőségét. A többiek helyét a cég a Munkaügyi Központon keresztül közvetített pályakezdeőkkel, illetve tartósan munkanélküli emberekkel töltötte be, vállalva a magas szintű minőségi elvárásoknak megfelelő betanításukat. Mindezért a cég pontos, körültekintő, tisztességes munkavégzést vár el, valamint az elméleti és gyakorlati tudnivalók folyamatos, naprakész elsajátítását, amelyről továbbképzésekkel és személyenkénti gondoskodással is.

Az ügyvezető asszony elmondta továbbá, hogy a GEG és Társai Kft. kiemelt figyelmet fordít a környezetvédelmi szempontok messzemenő érvényesítésére.

Ennek érdekében a cég olyan anyagokat, vegyszereket, eszközöket használ fel, illetve úgy szervezi a munkafolyamatokat is, hogy az az állományt és környezetét a lehető legjobban kímélje. Egyáltalán nem dolgoztat például az EU-ban már régen tiltott hypochlorid tartalmú vegyszerekkel. Német minta alapján, a németországi anyacégnél – melyből 1998-ban váltak kiclsajátított tudásra és tapasztalatokra támaszkodva tudja a cég biztosítani a RAL minőségi védjegy által garantált magas minőségi követelményeket.

Célszerű tisztázni, hogy míg az ISO szervezés, rendszerbeli minősítés, a RAL pedig a szolgáltatást, mint termékszabványt vizsgálja be a minőséget. A minősítésben jelen esetben – kórház-takarítás – a legfontosabb a tisztítószerek minősége, a környezet és munkavédelmi megfelelőség, a használt gépek, eszközök, anyagok helyes tárolása, szabályszerű alkalmazása, használata.

Ennek jegyében történt az a szűrő-próbaszerű ellenőrzés, amelyet Klaus Schaller, az Épületmanagement Minőség-szövetség képviselője végzett június 22-én a DEOEC Bőrgyógyászati Klinikáján. Megtudtuk egybeként azt is, hogy a RAL minősítés közismert, 1925-óta működik. Jelen van a környező EU-országokban (Ausztria, Svájc, Németország). A Magyarországon bejegyzett egyesület Elizabeth Amare-Kandel alapította meg.

Schaller Úr, aki már tíz éve foglalkozik takarítás minőségi bevizsgálásával tájékoztatott bennünket, hogy a bevizsgálásokat folyamatosan, mindig a cég teljes körű tevékenységét érintő módon végzik el. Amennyiben minden feltétel maradéktalanul teljesül, úgy a bevizsgált cég további egy évre megkapja a RAL minőségi védjegyet. Ennek a folyamatnak az egyik állomása, sorrendben a harmadik a Debreceni Egyetem, melynek eredményeként a GEG és Társai Kft 3. éve folyamatosan rendelkezik a védjegy használatának jogával.

A tapasztalatok pedig egyre inkább megerősítik, hogy a jövő útja a minőségbiztosítás mind szélesebb körben történő alkalmazása, amelyet Elizabeth Amare-Kandel asszony tevékenysége példaeértékű.

Pigniczki Ágnes
Debrecen

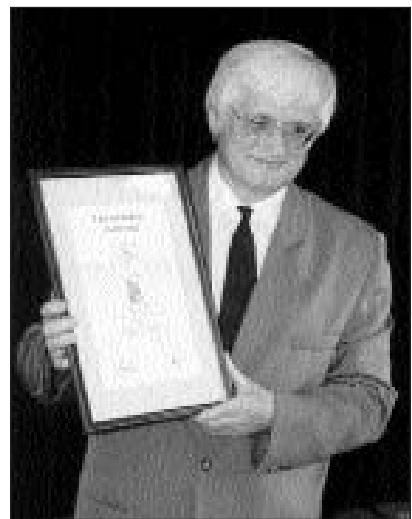
Minőségbiztosítás az Uzsoki kórházban

A Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza a közelmúltban nyerte el az ISO 9002 szerinti tanúsítványt, amelyet a Dekra ITS Certification Services auditorai tanúsítottak.

A minőségbiztosítási rendszer működtetésével a kórházi betegellátás nemzetközi elvárásaihoz és normáihoz kívánunk igazodni, a lehetőségeinktől függő maximális mértékben.

„Minőségpolitikánk középpontjában betegeink szolgáltatásainkkal kapcsolatos elégedettségét helyeztük – nyilatkozta lapunknak dr. Golub Iván (képünkön), a kórház főigazgatója. – Célunk megfelelni a XIV. kerület és az ellátási körünkbe tartozó, valamint a hozzánk forduló lakosok gyógyulási igényeinek. Teljesíteni törekszünk a tulajdonos és a szaknappolitikai irányítói szervek elvárásait, egyben a finanszírozást nyújtó biztosító megrendelői követelményeit. Az Intézményben folyó magas szintű gyógyító tevékenységét a terápiás eljárások hatékonyságának az eredményességének mérésével és fejlesztésével folyamatosan tökéletesíteni kívánjuk, ezzel is előmozdítva betegeink egyre javuló életkilátásait és életminőségét.”

Dr. Bottyán Erik minőségügyi vezető elmondta, hogy a tanúsítvány megszerzéséig hosszú és munkaigényes út vezetett: „A sikerhez valamennyi munkatárs aktív és áldozatkész közreműködésére szükség volt, a rendszer



épitése, bevezetése és működtetése során gazdag tapasztalatokat és új ismereteket szereztünk, intézményünk szervezetsége, szabályozottsága magas szintet ért el.”

A július 4-i rendezvényen elhangzott, hogy a kórház valamennyi munkatársa elkötelezett abban, hogy a minőségpolitikában megfogalmazott céljaiknak megfeleljenek, és továbbra is kiérdemelik a betegek szakmai elismerését.

Az ünnepi köszöntőt Vörösné dr. Bánk Judit, a Fővárosi Közgazdász Egészségügyi és Sport Bizottságának elnöke mondta.

Tanácsaim az orvosoknak. A beteg is ember. Önnek lehet, hogy naponta tíz jut abból a betegségből, szülésből, infarktusból, de a páciensnek élete nagy és megrázó élménye. Legyen vele türelmes és kedves! Nagyon tetszik az az új (?) szokás, hogy az orvos bemutatkozik és kezét fog a beteggel. Hallgassa meg a páciensét, rávezető kérdésekkel igyekezzék elválasztani az „ocstát a szalmától”. Ne kezelje le, ne éreztesse vele, hogy ő csak egy buta beteg, de ne is tudálékoskodjon, ne használjon latin szavakat, ha lehet. A kezelés menetét magyarázza el, és hívja fel figyelmét arra is a betegnek, hogy mivel jár, ha az nem tartja be az előírásokat. Ne várja el a hálapénzt, az emberek reflexből tudják, hogy adni kell, de azt tekintse valami plusznak, köszönje meg.

Ha telefonál a beteg, hallgassa meg, mielőtt élből azt mondaná, hogy menjen be magához. Erre van egy jó kis történetem. A múlt télen megfáztam, és egészen meglepő módon belázasodtam. Éreztem, hogy valami furán érzem magam. Megmértem: 39,5. Nekem, akinek még a vakbélgyulladásnál, meg a moszkvai tüdőgyulladásnál sem ment 38 fölé. Majd elájultam, néztem, milyen lázcsillapító van otthon. Nem volt nagy a kínálat. Úgy döntöttem, felhívom az ügyeletet. Már este 9 óra volt. Mondom, hogy ennyi a lázam. Válasz: vegyek hűtőfürdőt és kétóránként vegyek be lázcsillapítót és – most idézem – „ha nem megy lejjebb, akkor jöjjen be az ügyeletre. Elnevettem magam, megköszöntem a jótanácsot és mivel másnap Debrecenben kellett leutaznom, a lehető legegyszerűbb megoldást választottam, reggel már nem mértem meg a lázamat. Sajnos a saját magam által leírt szabályt – ne fertőzz végig másokat! – saját magamnak kellett felrúgnom.

A páciens nem mindig annyira buta, mint elsőre látszik. Legtöbbször tele van gatlással, cetti van a kezében, hogy el ne felejtessen valamit. Egy mosollyal, kedvességgel, egy érintéssel fel lehet oldani. Azt hiszem, a jó orvos tudja is, hogy elsősorban a lélek az elégedetlen, onnan jön a testi baj.

Márai a témáról: Valahányszor orvoshoz mentem, nem tudtam szabadulni a kínos és megalázó érzéstől, hogy megcsalom a derék embert, aki mestersége és emberismerete szerint aggályosan és gondosan, de teljesen reménytelenül foglalkozik velem, mert mindaz, amit ajánlhatott – az orvosságok, különféle gyógymódok, víz vagy sugár, porok és folyadékok –, talán gyógyította a vesémet, májamat, vagy szívem. De nem gyógyíthatta azt, ami a betegség egyetlen oka: életmódom, mely jellememből, alapteremtemből és hajlamaimból következik. Ezért komolyan és udvariasan legjobb tudásom szerint, de mindig megcsaltam egymást: az orvos és a beteg. (Részlet Görög Ibolya: *Mindennapi maceráink című könyvéből.*)

Szabó Gyula:

.hu nélkül (Vízió)

Mottó:

„Bill Gates a világ leggazdagabb embere.
a bűn ma jól fizet és Ő nagyot vétkezett.
„De hisz lehet talán még valami, ...”
– mondta Radnóti – TÉVEDETT.”

Fáradtan, elgyötörten „estem ki” a műtőből, majd lerokkadtam az iroda egyik székére. Diktálni kezdtem volna az elvégzett operációk szabályaink szerint megőrzendő mozzanatait az állatvilágból – többek között – kiemelő beszéd alkotóelemeivel, a szóval. A számítógép monitorja előtt ülő kisasszony már nevem említésénél megállított ...

– orvosi nyilvántartási száma?
– 32865 – feleltem megszeppenve, majd folytatni próbáltam az operált beteg nevével.

– TAJ száma? – hangzott az újabb kérdés.
Megkerestem a kórlapon és bemondtam. A diagnosis-nál már nem lehet semmi baj – gondoltam naivan –, és magyarról latinra váltottam. Tévedtem. – A betegség BNO kódja?! – hangzott a kíméletlen rendreutasítás.

Egy vaskos könyvet nyomott a kezembe, amelyben nagy nehezen megtaláltam a kórt nem pontosan, de megközelítőleg helyesen jelző számsort.

– Mi volt a beavatkozás? – csattant az új sürgetés.
Alig kezdtem el a műtét típusának közlését, a kisasszony félbeszakított.

– A kódot kérem!
Másik listát nyomott a kezembe, amelyből meg kellett keresnem a mindenható számítógép táplálékát, egy újabb számsort. És ez így ment végig. Száma volt a műtőnek, műtősöknek, az asszisztenseknek, az altatósoknak. Mire végeztünk az amúgy is utált adminisztrációval, fáradtabb voltam, mint a műtétek után valaha is. Éjszaka aztán szörnyű látomásom volt.

Krónikus fáradtságom miatt altatók segítségével is gyakran vagyok ébren. Elpusztul a szó, meghal a nyelv. Hatalmas erővel tört rám egy beszéd nélküli jövő némasága.

Kódolni fogunk mindent. Először a mondatokat, majd a szavakat, végül a betűket, de ez még nem szünteti meg a beszédet. Hiszen a számok kimondásához még mindig kell a hang. Semmi gond! Van a számítógépnek klaviatúrája és printerre.

Rápötyögjük, kinyomtatjuk.



Nem egymást átölelve ül majd a 832445 /szerelmespár/ a 32686-ban /parkban/ a 2236-on /padon/, hanem mindkettejük keze az ölköbön lévő kistáskányi nagyságú számítógépbe táplálja be a 28642-öt /szeretlek/.

Azután újabb kód kerül korunk „csodájába”. Felszólítják a mindentudót, hogy a zenei hangskála 12 hangjának betáplálása után „csendüljön fel” Vivaldi, Négy évszak című remekművéből a Tavasz tétel, hiszen épp ebben a – szerelmesek számára oly gyönyörű évszakban ülnek egymás mellett a számítógépet simogatva. Azután hátradőlve végignézik a zenét, hisz hang nincs, csupán a hosszú számsor villog a miniképernyőn. A tétel gyönyörű akkordjainak, futamainak kódrenszerre.

Közben 123449-el – minthogy van egy kis idejük – egymás kezének megfogásával mulatják az időt. A mű végén bezárják a készüléket, egy rövid 334859-cel /csókka/ elbúcsúznak.

Később 111342536-oznak, azaz összeházasodnak, majd megszületnek a 29485682-ök, azaz a gyermekek. Ők már süketnémák. Az élővilág fejlődése már csak ilyen. Amire nincs szükség, az elsovd. Miért kellene a hallás képessége, ha már nincs beszéd, nincs zene? És miért kellene beszélni, zenélni, amikor mindenki zsebében ott van a számítógép?!

A szülők már egyébként is halláskárosultakká váltak, hiszen az egész Földet a számítógépek nyomtatóinak robaja tölti be. A környezetbe való alkalmazkodás bámulatos példája az utódoz hallószerv nélküli születése.

X– Teljes átalakulásnak kétségtelenül van néhány pozitívuma is. (Például, ha valakinek azt kívánjuk, hogy az Istennel létesítsen szoros szexuális kapcsolatot, nem kell durván és hangosan ráförmedni, elég ha a 832659-es kódot billentyűzzük rá a képernyőre.

A 926456-tal pedig bárkit felszólíthatunk a végbélnyílásunk nyelvel történő tisztogatására.) Vagy megszűnik sok-minden más is. A politikusok értelmetlen szónoklatai, az ostoba emberek unalmas és felesleges szócséplései, az áltudományos bölcseledők logorrhoea-ja /szófosása/ és így tovább.

X– Nem kell színházba és operába járni, nem kell koncerteket hallgatni, feleslegessé válik a rádió. Televízió lesz, de feliratos. A felirat természetesen kódokból fog állni.

A tetetés gyors lesz. A pap némán áll, amíg feje felett egy videoernyőn végigfut a szertartást és az elhunyt életét reprezentáló számsor.

Közben megszólalnak a 45769835-ök /harangok/, de már csak a 987523-ak /állatok/ kapják fel a fejüket. Ők még hallanak és beszélnek.

Ők még hallják a 12648263-at a szél súgását, a 342893-at az eső kopogását, a 622444-et a menny dörgését, és még mi mindent, amit a 000532789 /az ember/ már nem.

A ravatalon ott fekszik a hang, a betű, a szó, a mondat, a zene és minden amit alkotott az élővilág "legfejlettebb" példánya. Pedig neki kellene 982784-be /koporsóba/ bújni, hogy újra kezdhessen valaki, valami a kőbaltával, a barlangrajzokkal mindazt, amit ő végleg elrontott.

329587430 /vége/

Szabó Gyula:

Ildikó karácsonya

Szenteste volt. A fiatal sebészgyakornok reggel szorongva érkezett meg az osztályra. Még három hónap sem telt el munkábaállása első napja óta. Fialaton dobták be a mélyvízbe. Máris több műtétet és még több éjszakai ügyeleti szolgálatot tudhatott maga mögött, mint egykori évfolyamtársai. Ma mégis szomorú volt az előtte álló négy nap első reggelén. Nem volt még egyetlen olyan Karácsony sem, amelyet nem családi körben, nem a fenyőfa illatában töltött volna el. Nyomasztotta a kórház zárt világába történő kényszerű bezárása. Négy nap és három éjszaka! Kimondani is szörnyű!

Volt ugyanis egy íratlan szabály a sebészeti osztály életében.

Az olyan ünnepeken, amikor a családok együttléte a legfontosabb, az egyedülálló orvosnak kell vigyáznia a betegségük miatt hazamenni nem tudó emberekre. Az ifjú doktor még nőtlen volt. Kárpótlásként a Szilveszterrel és az új év első napjával szabadon rendelkezhetett. De hol van az még!? A szenteste előtti nappal csendes volt. A 100 ágyas osztályról az elmúlt napokban sokan hazamentek. Többségük végleg, néhányan a katonaságnál is szokásos eltávozásra. A bennmaradt betegek körüli teendőknél: kötözésen, az infúziók és a gyógyszer elrendelésén, a feltétlenül szükséges transzfúziókon és az adminisztráción már rég túl volt a fiatal orvos.

Szűk szobájában üldögélt a kis fekete-fehér „Junoszy” televízió előtt, de nem tudott figyelni az ünnepi műsorra.

Minél jobban közeledett az esti vizit ideje, annál feszültebb, lámpaláziasabb lett. Mit mondjon ma este a kórteremben? Hiszen ez mégsem egy szokványos rutinjárat ágytól-ágyig. No meg ráadásul van egy kórterem, ahol még nehezebb lesz. Ki nem hagyhatja. Már rég besötétedett. Az éjszakai nővérek órák óta megjöttek. Telefonon meg is kérdezték, hogy nem megy-e vizitálni. Tovább nem halogathatja az elkerülhetlent. Összeszedve minden erejét kilépett az orvosi szobából, izgalomban talán csak általa észrevehető remegő hanggal üdvözölte az ápolónőket.

– Kezicsókólok. Kívánok Önöknek szép, boldog békés Karácsonyt! Sajnálom, hogy az év legszebb estéjén itt kell lennünk, de Magukat legalább vigasztalhatja az a tény, hogy holnap reggel hazamehetnek, míg én csak december 27-én este. És ha már így alakult, akkor dolgozunk is kell. Menjünk vizitálni!

Az egy szuszra elmondott rövid szónoklat a vártól jobban sikerült, úgy tűnt, a nővéreknek is tetszett. Elindultak. Az egyik ápolónő kezében tálcával gyógyszerekkel. Főként fájdalomcsillapítók, altatók-éjszakára leginkább ezekre van szükség. A másik kezében vizitfüzet, az orvoséban a legfrissebb laboratóriumi és röntgenvizsgálatok leletei. Az ifjú sebész a nővérszobai „beszédének” sikerén felbuzdulva minden kórteremben boldog karácsonyt, a jövő évre pedig kórházmentességet, azaz gyógyulást és jó egészséget kívánt. Egyre biztosabb lett a hangja, megszűnt a szokatlan remegés, amelyet az első ágyaknál még érzett. De egyszer csak odaért. Az elé az ajtó elé. Megtorpant.

Zavarát leplezendő elkezdte rendezgetni a kezében lévő leleteket.

– Azt hiszem, nem rakták rendesen sorba a laborpapírokat. – szólt lesütött szemmel.

– De hiszen kétszer is átnéztük, Doktor Úr! – válaszolta az idősebb nővér.

– Igaz, bocsássanak meg kérem, ez



Lendvai Antal: Távoldás

a különleges nap – úgy látszik figyelmetlenné tett.

A család nem sikerült. Az időhúzási taktika csődöt mondott. Be kellett lépnie. Az orvos halkán nyitotta ki az ajtót. Abban reménykedett, hogy az itt fekvő egyetlen beteg alszik. De nem.

Az ablak melletti ágyról lesoványodott, de még mindig gyönyörű 33 éves nő pillantott az ajtó felé. Éjjeli szerkényén kis gyertya égett, egy vázában fenyőág. A beteg tökéletes ápoltság benyomását keltette, nem kiabáló smink is volt sokat szenvedett szép arcán. És ma a parfüm is más. A doktor a férfiak többségéhez hasonlóan nem volt nagy szakértője a nők illatosítóinak, de az elmúlt napok, hetek vizitjeinél ezt a különösen kellemes, de mégis diszkrét felhőt még nem érezte az ágy körül.

Bár a beteg minden nap gondosan ügyelt arra, hogy még mozgó jobb kezével – biztosan nem kevés erőfeszítés árán – széppé és ápolttá tegye magát.

A bal felső végtagja már élettelenül feküdt mellette.

A legrosszabb indulatú csontszarkóma tette bénává. Testében már mindenütt ott fészkeltek a gyógyíthatatlan betegség áttétei.

Mosolygott és halk, kellemes hangján kisegítette a zavarában megnémult karácsonyt.

– Boldog Karácsonyt, Doktor Úr és Önöknek is, nővérek!

– Köszönöm..., köszönjük..., Magának is, Ildikó! – hebegte a 24 éves ifjú.

– Doktor Úr – folytatta a beteg – lenne egy kérésem!

– Parancsoljon!

– Ha befejezte a vizitet, és nincs már dolga a többi beteg körül, jöjjön vissza hozzám!

– Nagyon szívesen.

Az orvos nem tudta, hogy válaszában vajon észrevette-e Ildikó a félelmet? Próbálta a lehető leghatározottabban és legnyugodtabban tagolni a nem könnyű ígéretet.

A vizit folytatódott. Nem voltak már sokan a hátralévő kórteremben.

A nővérek segítségét megköszönve szobájába ment és hirtelen jött ötlettel táskájába tett egy üveg pezsgőt és két poharat. amikor magával hozta reggel a palackot arra gondolt, ha semmi gond nem lesz az osztályon, éjjel körül megiszik egy pohár pezsgőt nagy magányában, aztán meg a hátralévő napokban is egy-egy pohárral, így négy nap múlva az üveg is kiürül és a Karácsony is elmúlik.

Most azonban a kórterem felé tartott és valahogy megérezte, hogy nem mehet üres kézzel.

A szép beteg ugyanazzal a mosollyal fogadta.

– Doktor Úr, szeretnék valamit kérni!

Az orvos gyomra megint görcsbe rándult, arra gondolt, hogy most a

gyógyíthatatlan kórról kap kérdéseket. Hiszen mindketten tudták: Ildikó a végstádiumban van. Még soha nem került ilyen helyzetbe. És ráadásul egy gyönyörű fiatal nőnek kell megmondania, hogy bizony már nem lehet túl távoli a halál. És mindez élete első karácsonyi ügyeletében!

Rettegésből a meleg, bársonyos alt hang zökkentet ki.

– Ez év tavaszán én láttam és hallottam Magát a televízióban, a „Ki Mit Tud” döntőjében. Akkor még nem tudhattam, hogy később személyesen is megismerhetem. Nagyon tetszett, ahogy énekelt. Szeretem az operát. Karácsony este van. Énekeljen nekem valami! Egyedül vagyok ebben a kórteremben, másokat így nem zavarunk. Kérem! Nagyon szeretném élőben is hallani Önt!

Az Orvos döbenten állt.

– No, üljön már ide az ágy mellé egy székre és csak halkan! Tudom, hogy erős hangja van, de belátom, hogy itt most csak visszafogottan lehet dúdolgatni. De nekem úgy is nagyon fog tetszeni.

Az ifjú sebésznövédeknek hirtelen észbe jutott a kezében szorongatott táská, amelyet most a szomszédos ágyra tett és kinyitott. Elővette a pezsgőt és a két poharat.

– Ildikó! Itt most valóban nem lehet hangosan énekelni és inni sem szabad. De mi most mind a két szabályt megszegjük. Maga már kívánt nekem boldog Karácsonyt, most rajtam a sor.

Azzal az „énekes sebész” – a „Ki Mit Tud” után ezt a nevet adták neki munkatársai és a betegek – óvatosan kibontotta a pezsgőt, félig töltötte a két vizespoharat, segített Ildikónak ülő helyzetbe kerülni és jobb kezébe adta az „ünnepi kelyhet”. Egy széklet az ágy mellé húzott, leült és koccintottak.

– Boldog Karácsonyt! – mondták szinte egyszerre.

Ezután az orvos átnyújtotta a kért ajándékot. Sokáig és sokfelét énekelt.

Ildikó hálás szemmel hallgatta. Éjjel is elmúlt már, amikor a beteg észrederedett. A doktor csendesen elpakolta a poharakat és a pezsgőt, elfújta a gyertyát és lábujjhegyen kiosont a kórteremből.

Szobájába ment, aludni próbált, de a könnyek még sokáig nem engedték szemhéjait lezárulni.

A következő két estére is jutott még a pezsgőből, a dalokból és az áriákból is. A szörnyű kórról egyetlen szó sem esett a hosszú ügyelet alatt. December 27-én este – négy nap után, aztán – az orvos hazamehetett.

Hősies szolgálataért kollégái megengedték, hogy legközelebb csak január 2-án jöjjön dolgozni.

Belpétt Ildikóhoz.

– Most egy néhány napig nem leszek, így az idén már nem találkozunk. No, de majd jövőre! – próbálkozott rosszul játszott könnyedséggel vidámságot csalni a nő arcára.

Az egyre sápadtabb beteg szája szegletében azonban csupán egy alig észrevehető, de hálás mosoly jelent meg.

– Köszönöm ezt a gyönyörű Karácsonyt! Boldog új évet, Doktor Úr!

– Én is köszönöm, Ildikó! Talán még soha nem volt ilyen szép Karácsonyom.

A „Boldog Új évet” viszontkívánni azonban már nem futotta erejéből.

Gyorsan kifordult a kórteremből, nem akarta, hogy a nagybeteg észrevegye a legurulni készülő könnyecseppet elhomályosult szeme sarkában.

Január 2-án reggel sietősen lépett be az osztályra. Első útja – még nagygyógyában – Ildikó kórtermébe vezetett. Fialatos lendülettel lépett be az ajtó. Az ágy üres volt.

Esettanulmány:

Heparin adásának elmulasztása miatti nyertes műhibaper

Részlet az Ítélet indoklásából

Az I. rendű felperes férje és a II. rendű felperes édesapja volt – 1997. szeptember 11. napján közlekedési balesetet szenvedett és ezt követően az alperes traumatológiai klinikájára szállították. A baleset következtében jobb oldali bokája zúzódott, és léprepedést szenvedett, amit műtétileg eltávolítottak. A sérült lábát gipszsinben helyezték el. A beavatkozást követően Augmentint kapott, továbbá már a műtétet követő 3. napon megkezdték mobilizálását, mely szeptember 15-re már teljes lett, szeptember 19-re pedig panaszmentessé vált és varratait is eltávolították. Ekkor pár nap múlva, vagyis szeptember 22-re tervezték a kezelőorvosok a beteg hazabocsátását.

A balesetet szenvedőnél szeptember 22-én reggel 8 óra tájban légszomj lépett fel, majd ezt követően tüdőembolizáció érte, aminek következtében a légzési és keringési rendszer leállt, ami agykárosodáshoz vezetett. Az embóliát sikerült feloldani, keringését és légzését helyreállítani, azonban a klinikai halál beállt és a keringés újraindítása között 55 perc telt el, és így a beteg az agyhalál állapotában maradt. A későbbiekben máj és vesefunkciós értékei romlottak, értékelhető bélműködése nem volt, agresszív lélegeztetéssel sem lehetett oxigenizálni. A kialakult sokszervi elégtelenség miatt szeptember 24-én 12 óra 35 perckor meghalt. Halálát gócos tüdőgyulladásra társult baloldali mellűri folyadékgyülemet eredményező, rostonyás mellhártyagyulladás okozta.

A bíróság által beszerzett szakvélemények, illetve a nem bíróság által beszerzett, de rendelkezésre álló, az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága által készített vélemény egyaránt arra következtetésre jutott, hogy a beteg halálát egy vérrögképződés folytán előállt, masszív tüdőembolizáció következtében bekövetkezett keringésleállás miatt előállt oxigénhiányos agykárosodás, másodlagosan pedig az ezt követően kialakult tüdőgyulladás és keringési elégtelenség okozta.

Ugyancsak megállapítható, hogy az ellátó orvosok a különböző beavatkozásokat (lépeltávolítás, jobb boka gipszrögzítése, utókezelés, beteg megfigyelése, az embolizáció feloldása) során megfelelően és cél szerint végezték, ebben a vonatkozásban gondatlanság, vagy mulasztás nem állapítható meg.

Azon tények ismeretében, hogy a sérült jobb boka zúzódását szenvedte, mely miatt gipszkötést kellett felhelyezni, valamint léprepedést, ami miatt a lépét el kellett távolítani, a szakmai tapasztalatok szerint ajánlott lett volna a hasi műtét elvégzése után Heparin profilaxist kezdeni. Megfelelő heparinizálás esetén reális esélye lett volna a halálhoz vezető eseményort elindító tüdő-thromboembolisatio megelőzésének, elhárításának.

A vérrög képződés megelőzésére számos módszer ismert. Egyik leghatásosabb módja az ún. profilaktikus anticoagulans kezelés, profilaktikus Heparin adása. Ezen kezelés azonban veszélyt rejt magában annyiban, hogy ha a sérültnek a vizsgálatok során fel nem ismert sérülése van, életveszélyes vérzést hozhatnak létre a véralvadást gátló kezelés során. A vérrögképződés megelőzésének másik hatásos módja a beteg korai mobilizációja. Jelen esetben ez a módszer került alkalmazásra, mivel a beteget már a műtét után 2 nappal mobilizálták. Ez a módszer azonban nyilvánvalóan nem volt eredményes, hiszen a betegnél vérrögképződés és ezt követően trombolisatio indult meg.

A bíróság – osztja a szakértő által kifejtett álláspontot – aki úgy foglalt állást, hogy a betegnél Heparin profilaxist kellett volna kezdeni, így reális esély lett volna a halálhoz vezető eseményort elhárítására. Ezt az ellátást folytató orvosok nem alkalmazták.

A bíróság álláspontja szerint az orvosok esetében felállított legnagyobb gondosság követelménye az heparinizálás alkalmazása is beletartozott volna. Mivel ezt elmulasztották (és ennek következtében indult be a halálos okfolyamat), ezzel megsértették a rájuk előírt jogszabályban foglalt kötelezettségüket, ami

egyben a magatartás jogellenességét is jelenti, vagyis a kártérítési felelősség megállapításának alapjául szolgál.

A Heparin profilaxsis alkalmazásának ellenjavallataként említett esetlegesen előálló életveszélyes vérzés kapcsán a bíróság rámutat arra, hogy ez elméleti feltételezés. Az azonban tény, hogy a szükséges kezelés elmulasztása következtében létrejött a vérrögösödés. A bíróság álláspontja szerint mindenképpen meg kellett volna tenni a vérrögképződés elkerülése érdekében szükséges kezelést, és amennyiben valóban a vérzés ennek következtében előállt volna, azt egyrészt fokozott figyelemmel kísérve időben észlelni lehetett volna, illetőleg a szükséges intézkedéssel az elhárítás érdekében be kellett volna avatkozni. Rámutat még e körben a bíróság arra is, hogy a Heparin profilaxsis alkalmazására a beteg esetében már a műtét elvégzése után került volna sor, ami azt jelenti, hogy a teljes feltárás már megtörtént, vagyis nem állhatott volna elő az a helyzet, hogy a vizsgálatok során még fel nem ismert olyan sérülései lehettek a betegnek, melyek életveszélyes vérzést hozhattak volna létre.

Mindezen szempontok mérlegelése mellett a bíróság úgy foglalt állást, hogy az alperes kártérítési felelőssége fennáll, mivel jogellenes magatartásával a felpereseknek kárt okozott, és ez a jogellenes magatartás egyben neki felróható is.

A jogalap tisztázása után a bíróság feladata a kártérítés mértékének, összegének meghatározása.

Legfelsőbb Bírósági Ítélet szakmai összegzése

Az alperes és a beavatkozó közösen előterjesztett fellebbezésükben az elsőfokú ítélet megváltoztatását és a kereset elutasítását kérték. Érvelésük szerint téves az elsőfokú bíróság okfejtése a Heparin alkalmazásával kapcsolatban és nem indokolta meg, hogy az ETT IB felülvéleményével szemben miért ... (DOTE) igazságügyi szakértő megállapításait fogadta el. Érvelésük szerint téves, hogy a Heparin ellenjavallata csak elméleti feltételezés és műtét után nincs veszélye a véralvadást gátló alkalmazásának. Álláspontjuk szerint az elsőfokú bíróság nem vette kellően figyelembe, hogy a vérrögképződés megelőzésére biztos módszer nincs, és a beteg esetében erre hajlamosító tényező – amely a Heparin alkalmazását indokolta volna – nem is volt. A beteg mobilizációja a vérrögképződés megelőzésének egyik hatásos módszere és az alperes alkalmazottai ezt a módszert alkalmazták. Helytelenül járt el az elsőfokú bíróság, amikor az általa kirendelt egyik igazságügyi szakértő véleményének beszerzése után egy másik szakértőt rendelt ki és nem szerezte be az ETT IB felülvéleményét. Az elsőfokú bíróság ugyan utalt az ETT IB felülvéleményre, ez azonban a halál okozó gondatlan veszélyeztetés miatt indult, más szempontokon alapuló nyomozati eljárásban keletkezett. Az alperes azt is kiemelte, hogy a holttest boncolása során nem találtak vérrögöket, amely azt bizonyítja, hogy az alperes a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel járt el. Az alperes és a beavatkozó a megítélt kártérítés összegét eltuloztatták, a felperesek fellebbezését pedig alaptalannak tartotta.

A fellebbezések nem alaposak.

A Legfelsőbb Bíróság az elsőfokú bíróság ítéletét csak fellebbezések és fellebbezési ellenkérelmek korlátai között bírálhatta felül (Pp. 253. §/3. bek.).

Az alperes és a beavatkozó fellebbezése folytán a másodfokú bíróságnak elsődlegesen azt kellett vizsgálnia, hogy a kártérítési felelősség jogalapja fennáll-e. E tekintetben az elsőfokú bíróság helytállóan utalt az anyagi jogszabályokra, ezeket azonban a Legfelsőbb Bíróság az Eü.t.v. 43. §-ának /3/ bekezdésével egészíti ki, amely szerint az orvos gyógyító-megelőző tevékenységében a tudományosan elfogadott vizsgálati eljárásokat, gyógymódokat és gyógyító eszközöket – a fennálló jogszabályok korlátai között – maga választja meg. Az orvos felelős a beteg vizsgálata és gyógykezelése, egészségének védelme érdekében tett intézkedésekért, illetőleg a szükséges intézkedésekre tekintettel a bizonyítási teher a Pp. 164. §-ának /1/ bekezdése alapján a felpereseket terhelte a tekintetben, hogy a jogellenes magatartás, a károkozás és a kettő közötti okozati összefüggés megállapítható, csak ennek fennállta esetén kerülhet sor az alperes

kimentésének vizsgálatára. A másodfokú bíróság az elsőfokú bírósággal egyezően a rendelkezésre álló bizonyítékokat a Pp. 206. §-ának /1/ bekezdése szerint értékelte. A Pp. 221. §-ának /1/ bekezdése alapján a bíróságnak az ítéletében számot kell adnia arról, hogy mely bizonyítékokat, milyen okból fogadott el, illetőleg részben vagy egészben miért nem vett alapul, és ezáltal mit tekintett bizonyítottnak, illetve mely körülményeket bizonyítatlannak. A szabad bizonyítási rendszer keretén belül nincs akadálya annak, hogy a bíróság a döntése alapjául felhasználja a büntetőeljárásban beszerzett szakértői véleményeket, beleértve az ETT IB felülvéleményét is. A szakvélemények felhasználása során a bíróságnak nyilvánvalóan figyelembe kellett vennie, a büntetőeljárásban a büntetőjogi felelősség szempontjából jelentős tényeket, míg a kártérítési felelősség tekintetében a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel követelményét kell vizsgálni.

A Legfelsőbb Bíróság az elsőfokú bíróság érdemi döntésével, a kártérítési felelősség fennálltának megállapításával egyetért, de ítéletének indoklásától eltér, illetőleg az kiegészítésre szorul. A Legfelsőbb Bíróság is elfogadja az ETT IB felülvéleményének azt a megállapítást, hogy a beteg halálát közvetlenül, nagy valószínűséggel masszív tüdőembólia, a tüdő-erek vérrög beekelődése, elzáródása okozta, s az így kialakult másodlagos elváltozások, mint következmények eredményezték a keringés és légzés leállítását, a szervek károsodását és végső soron a halált. Az is megállapítható, hogy a boncoláskor trombust, illetőleg embólist azért nem találtak, mert azok a kezelés hatására feloszlottak.

Az ETT IB felülvéleménye tartalmazza, hogy a vérrögképződés megakadályozásának egyik leghatásosabb módja a profilaktikus Heparin adása, azonban azt is megemlíti, hogy az első vizsgálatok során lehetnek olyan fel nem ismert sérülések, amelyek életveszélyt idézhetnek elő a véralvadást gátló kezelés során. A Legfelsőbb Bíróság ezt a megállapítást elfogadja és a felelősség megítélésénél ebből indul ki, visszautalva az Eü.t.v. 43. §-ának /3/ bekezdésére. Ez utóbbi rendelkezés alapján az orvos választhatott a kezelési módok között, s az adott esetben választott is. A bíróságnak a perben azt kellett vizsgálnia, hogy az adott időben és diagnózis mellett helyes volt-e az orvos választása, a beteg mozgásának alkalmazása és a Heparin adásának mellőzése. A Legfelsőbb Bíróság megítélése szerint a döntés azért nem helyesellhető, mert az orvos valójában nem is volt döntési helyzetben, hanem anélkül választott, hogy a megalapozott döntéshez szükséges összes adatot ismerte volna. A Heparin alkalmazását nem a veszélyes elméleti feltételezése zárhatja ki – e körben az elsőfokú bíróság indoklása téves –, hanem azoknak a ténylegesen elvégzett vizsgálatoknak az eredménye, amelyek a mellőzést indokolták teszik. A kezelést végző orvosoknak az a feladatuk a velük szemben támasztott követelmény alapján, hogy elvégezzék azokat a vizsgálatokat, amelyek eredményeként alappal dönthetnek a Heparin adásáról vagy mellőzéséről. Az adott esetben az alperes felelősségét az a mulasztás alapoza meg, hogy az orvos az el nem végzett vizsgálatok miatt valójában tényleges vizsgálati eredmények nélkül választott, és ezért nem került olyan döntési helyzetbe, amelyben megalapozottnak és indokoltan dönthetett volna a megfelelő gyógyító eljárásról, kezelésről. Az alperesnek a beteg kórházi kezelésének ideje alatt lehetősége lett volna ilyen vizsgálatok elvégzésére, erre nézve alkalmas volt maga a műtét a hasüregre illetően, másfelől más célzott vizsgálatokra is sor kerülhetett volna az esetleges sérülések megállapítására, illetőleg kizárására. Ezen túlmenően Heparin kezelés esetén a beteg gondos megfigyelésével lehetőség nyílt volna a gyógyszer abbahagyására a kedvezőtlen tünetek esetén. A szakvéleményekből az is megállapítható, hogy a nyomon követés a betegnél már mutatott kedvezőtlen elváltozást a tüdőben (szeptember 18-i mellkas felvétel), amely körülmény – legalább ekkor – az okok és a megfelelő beavatkozás feltételeinek körültekintőbb vizsgálatát, illetőleg értékelését indokolta volna.

A kifejtettek alapján a jogalap tekintetében a Legfelsőbb Bíróság azt állapította meg, hogy a felperesek a bizonyítási kötelezettségüknek eleget tettek, az alperes pedig megszegte az elvárható gondossággal követelményét, ezért a felelősség alól kimenteni magát nem tudta, így a kártérítési felelőssége fennáll.

(Bővebben az Orvosvédelem 8. számában. Megrendelhető a Látletlet Szerkesztőségében.)

FRAGMIN: „hid a revascularisatiohoz”

A FRISC II tanulmány alapján bizonyítottan hatékony az akut coronaria események mortalitásának csökkentésében a posthospitális szakban^{1,2}

Megnyújtott FRAGMIN terápia: időt ad az invazív beavatkozás optimális megtervezéséhez^{1,2}

FRAGMIN: kiemelkedő antithromboticus aktivitás

1. Wallentin L. et al. Long-term low-molecular-weight heparin in unstable coronary artery disease: FRISC II prospective randomised multicentre study. *The Lancet*, Vol 354, August 26, 1999.

2. Wallentin L. et al. Invasive compared with non-invasive treatment in unstable coronary artery disease: FRISC II prospective randomised multicentre study. *The Lancet*, Vol 354, August 26, 1999.

Alk. előírt 0379-es száma: 14. 75/42/41/2000.

Pharmacia
1125 Budapest, Istenhegyi út 18.
Tel.: 488-0960 Fax: 754-1754

FRAGMIN®
dalheparin natrium
hatékony antithromboticus – egyenlő adagolás

Gál Mózes: "Az Alföld gyógyfürdői és fürdői" c. könyvét, még 1981-ben lapozgatva elhatároztam, hogy néhány kiválasztott helyre elmegyek. Később, színes lepeollók juttatták eszembe Orosháza-Gyopárosfürdőt.

A Dunaujvárosi Vasmű, gyopárosi szállodájában előzetes szobafoglalás után, április utolsó napjaiban közel 48 órát töltöttem feleségemmel együtt. A nagyjából 200 km távolságot 3 óra alatt tettük meg, háztól-házig, gyönyörű verőfényben. Amióta az M5 autópálya Kiskunfélegyháza határáig kiépült, az Alföld egy része könnyebben megközelíthető, mint régen.

A kis parkerdőből, örvösgalambok rukukkolása hallatszott a hotel parkolójában, és a recepciónál is kedvesen fogadtak. Véleményem szerint, az ember első sorban érzelmi lény akkor is, ha állandóan racionalizálni igyekszik. Így ír erről Jon Elster: "A társadalom fogaskereiben: Az érzelmek természete, okai és következményei az emberi viselkedés legkevésbé megértett vonatkozásai közé tartoznak csakúgy, mint a társadalmi normák, amelyekkel szorosan összefüggnek."

A megújuló gyógyászati központot szerettem volna szakmai szemmel is megtekinteni, ezért előzetesen (bizonyos véletlenszerűség folytán is) kapcsolatban álltam az Orosházi Kórház igazgató főorvosával, Gervain Mihály tanár úrral. Ő, elfoglaltsága miatt kálauzumot adta Rákli Istvánné ápolási igazgatót és Korsós né Varga Ildikó gyógytornászt.

Végigjárva a létesítményt, meggyőződhettem róla, hogy igyekeztek eleget tenni az akadálymentes közlekedés előírásainak, amennyire a „sok bába közt” módjuk volt.

Hazai építkezéseink általában még most is igaz, amit olvashattam „A kórház rekonstrukció története” fejezetből, a múltat idézve: A megyei beruházó vállalat sok beleszólást az építkezés közben az ügyekbe nem engedett.

Később, amikor magam is kipróbálhattam az igen esztétikusan létrehozott két belső medencét, amelyekben a víz alatti gyógytorna foglalkozásokat is vezetnek, két dolog jutott

Élményszinten, gyógyvízben



eszembe. Az alkáli-hidrogénkarbonátos vízből kilépve, a padlócsempék olyan síkosak, hogy azokon – éppen akkor ott fürdőző egészséges huszonévesek is – óvatosan lépkedtek, amíg eljutottak fürdőpapucsukig. Ilyen körülmények között, labilis egyensúlyú mozgásszervi, vagy agyi vaszkuláris sérülést szenvedett emberek rehabilitációja elég veszélyes, és a felelősségbiztosítás mellett is költséges. Mindeközben a hazai, igen alacsony fizetések mellett sem jut felügyelő, délután a medencék mellé.

Jó ötlet volt kiírni, hogy egyszerre hány ember tartózkodhat a kis medencékben. Ez már a minőségre törekvés jele!

A sok helyiség, lényegesen több szakmunkáskezet kíván, mint amit valószínűleg „meg lehet termelni” a mai finanszírozási gyakorlatban.

Hazaindulás előtti napon, séta után megáztattuk magunkat a szikes tó partjára épült kiemelt medencében, s örömmel láttuk a környezet megújulását, sok serény munkáskez által. A régebben épített környezetből szerencsésen megőrizték a víztorony épületét és a kabinokat. A tó, elég széles ahhoz, hogy

tompítsa a környező kis utakra benyomuló autót. Erről jut eszembe. A közvetlen közelben, hol fognak helyet biztosítani a várhatóan sok személygépkocsinak, amelyeknek jelenlegi vezetői közül sokan, még a parkolóba sem akarnak beállni, csak közvetlenül a bejárat elé? A társadalmi morál és a fékező kéz, már nem olyan, mint néhány évtizede, amikor a környék újra települt a II. Világháború pusztítása után.

A régebben épült, vasszerkezetes, nagy üvegfelületekkel határolt és fedett gyógymedence sok ember befogadására képes. Ülőpadján elhelyezkedve teljesen el lehet lazulni a kívülről fák lombjain át beszűrődő délutáni napfényben. Csupán a medencében kell óvatosan közlekedni, mert a vízfelület közepén húzódó betonülőkék egyes kiszögellései nem láthatóak a sárgászöldes-barnás színű víztől.

A gyógytornatermek és elektroterápiás kezelőhelyek felszereltsége, szakavatott személyzettel jól biztosíthatja, nem csupán a rekreációt, hanem a rehabilitációt is.

Utóbbihoz azonban sok, az egyénhez alkalmazkodó foglalkozás szükséges, amely nagyon

időigényes. Ehhez, működnie kell, a tervezett, kezelésekhez alkalmazkodó, időpont előjegyzéses munkarendnek. Akkor talán, a jelenlegi kevés ülőhely is elegendő lesz, a várakozók kényelmét szolgálva.

A jelenleg még „beüzemelés alatt álló” gyógyhely, jó néhány – nemzetközileg elismert – piktogram kihelyezését is várja. Ha menedzserszemléletű, a körülményekhez rugalmasan alkalmazkodni képes, több nyelven beszélő, fiatal-középkorú, rehabilitációs szemléletű orvosvezetője lesz a létesítménynek, akkor reménykedni lehet a jó minőségű gyógyító munkában.

Amióta, Gervain Mihály tanár úr ajándékként módomban volt áttanulmányozni az „Orosháza egészségügye 1892-2000” című könyvet, azóta meggyőződésemmé vált, hogy a mozgásszervi betegségek rehabilitációja új műhelye kezd kialakulni.

A nyugalmat árasztó, ligetes, síkvidéki tájon, kutattam a „hely szellemét” amely folyamatosan hat, az elmúlt, több mint száz évben. A titok nyitjára nem jöttem rá. Azonban az egészségügyben ott dolgozók gondolatait tükröző, fentemlített könyvből arra következtetek, hogy mindig voltak azon a tájon olyan emberek, akik meg akarták mutatni önmaguknak és a világnak, hogy kellő találékonysággal, a mindenkori lehetőségekhez jól alkalmazkodva, rátermettséggel, akaraterevel fel lehet mutatni olyan értéket, amelyet pl. Magyarországon, a Budapestcentrikus ember nem is képzelt.

Szerencsés az az ember, akinek módja van megismerkedni azzal az frott számadással, amit az Orosházán és környékén dolgozók, a beteg emberhez és munkájukhoz viszonyulásáról őszintén és kritikusan írtak, és személyesen is megtapasztalhatta, folyton megújulni vágyó törekvésekkel ezzel fogható objektumait.

Arra biztatom az olvasót, hogy személyesen próbálja ki, a megújuló gyógyhely által nyújtott kellemségeket, minden szponzorálás nélkül, mint magam is tettem, hogy elfogulatlanok lehessenek.

Dr. Németh Endre

a reumatológia-fizioterápia szakorvosa

A szervátültetés hazai láttelele

Sok százán élnek Magyarországon, akiknek a betegsége csak idegen szerv beültetésével lenne gyógyítható, de sajnos nem mindenki éri meg, míg alkalmas donorszervet találnak számára. Kevés a transzplantálható vese, máj, szív, életmentő szövet, aminek számos oka van. Ezekről nyilatkozott lapunknak Kereszty Éva, az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezető helyettese.

– Ahhoz képest, hogy immár harminc év folynak Magyarországon szervátültetések, sokak szemében még mindig valamiféle sci-fibe illő, obskurus dolognak számít a transzplantáció. Valószínűleg ez is hozzájárul, hogy a hagyományos orvostudomány sem épült be úgy, mint más műtéti technikák és terápiás eljárások. A kardiológiai oktatásnak például nem része, hogy milyen körkékben indokolt a szívátültetés. Ezért az orvosokból – egy viszonylag szűk kört leszámítva – hiányzik az a fajta szemlélet, hogy a transzplantációt, mint a rendelkezésre álló gyógymódok egyik lehetséges alternatíváját vegyük számításba és elindítsák az ehhez szükséges kivizsgálásokat – magyarázta a szakember, hol keresendő a problémák szerteágazó láncolatának gyökere.

– A másik oldalról közelítve a kérdést, ugyanígy nem természetes – és ezért nem is vált napi rutinná –, hogy a menthetetlen állapotú betegekre úgy tekintsenek, mint lehetséges donorra. A kórházakban és az intenzív osztályokon nem csak az jelent a gondot, hogy kalkulálnak, van-e elég

pénzüket donorkezelésre és megtérülnek-e a szervkivétel költségei, hanem hogy ez az egész dolog szakmailag nem magától értetődő, így nagyon sok használható, értékes szervet elveszítünk. Végül szólni kell arról az elég erőteljes társadalmi jelenségről, ami szerint az egyén személyiségi jogai – beleértve a kegyeleti meggyőződést is – előrébbvalók, mint a közösségi érdekek. A rendszerváltás után az egészséges szolidaritást felváltotta egy határozott individuális szemlélet és idő kell, amíg beáll az a normális egyensúly, ami a nyugati államokban tapasztalható.

– Nem lenne teljes a kép, ha említés nélkül hagynánk a finanszírozás problémáját – folytatta a sort Kereszty Éva. – Amikor ennyire kevés pénzből kell működtetni az egészségügyet, óhatatlanul felmerül a kérdés, mi a követendő út: kevés ember számára ritka és drága csúcstechnológiát vagy minél szélesebb körben olcsó és a leggyakoribb megbetegedések megelőzését, gyógyítását szolgáló eljárásokat biztosítani? Gyakorlati példával megvilágítva: adjunk be ezer védőoltást vagy az ezer vakcina árát fordítsuk egyetlen műtetre? Akinek az élete múlik rajta, nyilván az utóbbit várja el, de nekünk ezt is végig kell gondolni a források clostásakor.

– Az eddig felsoroltak mellett már csak néhány, viszonylag könnyen kezelhető szervezési kérdéssről kell szót ejteni. Ezek egyike, hogy hány beteggel számolva, hány centrumban tudjuk elvégezni a beavatkozásokat a lehető legraktikusabban, ráadásul úgy, hogy

ezzel a nemzetközi transzplantációs rendszerben is elfogadottak legyünk. Ehhez nem kell új dolgokat kitalálnunk, csupán alkalmazni a nemzetközi szabályokat és beilleszkedni az ottani gyakorlatba. Ha nem tudunk megfelelni az elvárásoknak, esélyünk sincs rá, hogy külföldről donorszervet kapjunk, beteget külföldre juttassunk és hozzáférjünk a legkorszerűbb immungyógyszerekhez. Kórházakon belül és kívül egyaránt fontos lenne a szemléletváltozás – utalt ismét a főosztályvezető-helyettes a transzplantációval kapcsolatos gondolkodásról hazai sajátosságaira. Jó lenne, ha az intézményekben ügyvezető donációs felelősök működnek, vagyis olyan, nem a betegé mellett dolgozó személyek, akik koordinálnák a szervátültetésekkel kapcsolatos feladatokat. Az ő képzésükre és foglalkoztatásukra azonban helyi szinten végképp nincs időnk.

– A Hungarotransplant-ra azért van szükség, hogy az említett szervezési teendőket szakmai oldalról összefogja (az európai gyakorlathoz hasonlóan olyan nemzeti szervezetenként, amely nem része a politikai irányításnak) és megtegye a lépéseket az Eurotransplant-hoz való csatlakozás érdekében. Ebből nem csupán az az előny származik, hogy az ország népességszámánál jóval nagyobb körben kereshetünk, adhatunk és kaphatunk szerveket, hanem az is, hogy kipróbált metodikákat és technikákat tudunk viszonylag könnyen és gyorsan adaptálni, részt vehetünk nemzetközi tréningekben és létrejöhet egy olyan személyes ismeretségekkel is megerősített együttműködés, ami a hazai betegek javát szolgálja.

– A szervátültetések új jogi szabályozása szükségeltelen, mert a hatályos egészségügyi törvény és a büntető törvénykönyv minden részletre kitér. Fontos viszont a részletes protokollok és a minimális követelményrendszer meghatározása az egyes intézmények esetén. Ezzel párhuzamosan azt is célszerű megnézni, hány helyen és milyen feladattal érdemes fenntartani transzplantációs centrumokat. A rendelkezésre álló adatokból kiderül, hogy a különböző várólistákon jelenleg 8 szív-, 15 máj-, 7 hasnyálmirigy- és 970 vesebeteg tartanak nyilván. Tavaly 23 májátültetés történt (1995-ben, amikor a program indult), szívátültetésre évente 5-6 alkalommal kerül sor – ez a szám kismértékben növelhető –, három éve kettő, tavaly hét beteg kapott hasnyálmirigyét, és ugyancsak az elmúlt évben 262 veseátültetést végeztek (a „csúcsev” 1997-ben volt 295 esettel). Ez a háromszáz körüli műtét már alkalmas arra, hogy ne legyen a várólista hosszabb mint másutt. Ami minket jobban izgat és a vesebeteg-szervezeteknek is törekvése, hogy belátható időn – lehetőleg négy-öt éven – belül mindenki, akinek szüksége van rá, hozzájuthasson a donorveséhez. A műveseátültetés gyakorlata éri az a vád, hogy nekik érdekük minél tovább dialízisben tartani a betegeket, ezért nem igazán szorgalmazzák a veseátültetést. A helyzet akkor valóra áttekinthetővé, ha a művesekezelésre szoruló betegek állapotát kivétel nélkül értékelnek transzplantációs szempontból is és ennek alapján megtörténne a besorolásuk. Nyilván lesz, aki csak a háromezerezeres helyre kerül, de így írásba foglalt szakmai minősítéssel oszthatják el a dialízis-szolgáltatókat az a gyanút, hogy „rejtgetik” a betegeket a transzplantáció

elől.

– Az Európai Unió gyakorlatban szerepel egy képzési szisztéma, amelynek keretében azt sajátíthatja el a kórházi személyzet, miként kell a szervadományozás ügyét megfelelően és eredményesen kommunikálni a családtagok felé – tért vissza Kereszty Éva arra a fontos kérdésre, hogyan is lehetne javítani a donáció társadalmi elfogadottságán. Jó lenne, ha ezt nálunk is minél többen megismerhetnék, mert bár az egészségügyi törvény módosítása óta a hozzátartozók jóváhagyása nélkül is megtörténhet a szervkivétel, a legtöbb orvos úgy tartja etikusnak – és tegyük hozzá: jogilag is védhetőnek –, ha megfelelő tájékoztatás után hozzájárulásukat adják az elhunyt családtag szerveinek felhasználásához.

Európában háromféle szabályozást ismerünk. Az egyik ügynevezett vélelmezett beleegyezésre alapul, amit úgy lehet kivédeni, hogy az ember még életében írásban rögzített tiltakozó nyilatkozatot tesz. Magyarországon ez van érvényben. Néhány országban vegyesek a rendelkezések, Svájcban például kantononként különböző, de még az egyes szervekre, szövetekre is más-más előírás vonatkozik. A harmadik csoportba azok az államok sorolhatók, amelyekben egyértelműen pozitív beleegyezés szükséges, vagyis olyan írásos nyilatkozat, amelyben a beteg megengedi, hogy szerveit halála után felhasználják.

S. Bonyai Eszter

(Folytatás a következő számban.)

Láttelelet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

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 marketingigazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 (26) 500-638, -39
 A lap előfizetési díja: 2340 Ft./év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Láttelelet egymásutánosságát a lapon található sorszámozás tükrözi.
 e-mail: lattelelet@elender.hu ISSN 0865-7424

» OBSERVER «
 MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

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

VAN ÚJ A NAP ALATT

A napfény ultraibolya sugarakat tartalmaz, amik mutációkat okozva megváltoztathatják a hámsejtek genetikai anyagát, rákos sejtszételődést előidézve. Az eddig károsnak tartott UVB sugárzás mellett napjainkban a szakértők az UVA sugárzás már ismert bőröregítő hatása mellett a sejteket mélyebben károsító hatására is ráirányították a figyelmet.

Azért fontos beszélni erről a témáról, mivel egy felmérés szerint a magyar fogyasztók mindössze 51 százaléka használ napvédő szereket és többségük a napégést teljesen természetes és talán kellemetlen, de veszélytelen folyamatnak tartja.

A sejtmag zárja magába a DNS-t az örökletes genetikai anyagunk hordozóját. Az ultraibolya sugarak elsősorban a DNS-ben idéznek elő visszafordíthatatlan, káros elváltozásokat, amik akár melanomához is vezethetnek. A **Laboratoires Vichy** ezért tartja fontosnak a közvéleményt informálni arról, hogy a túlzott napozás és az emiatt kialakult napégés rövid és hosszú távon is komoly egészségügyi problémákat okozhat.

Bár a nyári szezonban megszerzett barnaság egy idő után „lekopik”, ugyanez nem mondható el az UV-sugárzás okozta káros hatásokról. Ezek a hatások összeadódnak és kitartanak életünk végéig. Az időmennyiség, amit napozószerek használata mellett, büntetlenül a napon tölthetünk előre megszabott. Ezt nevezzük „nap-tókének”, amivel mindenki belátása szerint gazdálkodhat.

A nap okozta bőrproblémák elsősorban a legfiatalabb korosztályt veszélyeztetik. A gyermek bőrének védelme meghatározza majd azt is, hogy milyen bőrinóssággal éli le az életét felnőttkorában. A nap-tókének gyorsabban elfogy, ha gyermekkorban több alkalommal erős napsugárzásnak voltunk kitéve. Ráadásul a gyermekek még nagyobb veszélynek vannak kitéve, mint a felnőttek, mivel az életünk során bennünket érő sugárzásmennyiségnek a felét 15 éves kor előtt kapjuk.

A legújabb kutatások alapján elmondható, hogy minden egyes alkalommal, amikor gyermekeink megfelelő védelem nélkül tartózkodnak a napon, sejteik örökítő anyaga károsodásnak van kitéve.

A túlzott napfény-expozíció a bőrök legjelentősebb kiváltó oka. A rosszindulatú festékes bőrdaganat (melanoma malignum) kialakulásában szerepet játszik a leégést okozó túlzott mértékű napozás. Egy gyermekkori felhólyagosodással járó napégés megnövelheti a melanoma későbbi kialakulásának kockázatát.

Hogyan védjük meg magunkat a napsugárzás ártalmaitól?

- 3 év alatti gyermeket ne tegyen ki közvetlen napsugárzásnak!
- Válasszon olyan napvédő terméket, amely széles skálán véd az UVB/UVA sugárzástól illetve,
 - alkalmazkodik egyéni bőrzékenységéhez (fotótípusához), és
 - ahhoz, hogy hol tartózkodik éppen (vízpart, hegyek stb.),
 - víz és homok álló.
- Tartsák távol magukat a fényt visszaverő felületektől (fehér

falak, homok, hó).

- Kerüljék a napon történő tartózkodást 11 és 16 óra között.
- Bőségesen alkalmazzanak napvédő terméket, illetve ismételjék ezt minden fürdés után.
- Erős napon adjanak gyermekükre pólót, sapkát és napszemüveget!
- Terhesség esetén kerüljék a napsugárzást, mert az pigmentfoltokat okozhat!
- Gyakran pótolják a folyadékvesztésüket vízzel vagy egyéb cukormentes itallal.
- Tartsák szem előtt, hogy a felhők nem védenek meg az ultraibolya sugárzástól!
- Ha leég, vagy pigmentfoltok jelennek meg a bőrén, forduljon szakemberhez!
- Egyes gyógyszerek a napsugárzás hatására irritációt válthatnak ki!

Napjainkban már azt is tudjuk, hogy az UVA sugarak is hasonlóképpen DNS módosulást váltanak ki sejteinkben, mint az eddig egyedül károsnak ítélt UVB sugárzás.

A napvédőszerek legújabb generációja tehát nem kizárólag a B típusú, hanem az A típusú ultraibolya sugarak elleni védelemre is gondot fordít.

A napozószerek UVB sugárzás elnyelő képességét az SPF faktorról (sun protection factor) szokták megadni. Ez a faktorszám 2-estől akár 100-ig terjedhet. Azt, hogy kinek milyen faktorszámú szert van szüksége, a bőr fotótípusán (milyen bőrtípusba sorolható), az életkoron és nemen kívül az is befolyásolja, hogy a napozás melyik szakaszában (van-e már megszerzett barnaság) használjuk. Köztudott az is, hogy vízpart mellett a sugarak tükröződése miatt magasabb faktorszámú védelemre van szükség.

Az UVA védelem mértékét az UVA faktor adja meg, ami 2-től 30-ig is terjedhet.

A napozószerek faktorát így adhatjuk meg pl.: SPF30-UVA12



A SEJTEK VÉDELMEBEN, A KÁROS SUGARAK ELLEN

A L'ORÉAL és a Szonda Ipsos kutatásai nem festenek túlzottan kedvező képet a magyarországi napozó készítmény használatáról, mivel:

- 52 százalék használ valamilyen napozókészítményt,
- de ebből 70 százalék egész nyáron csak 1 féle faktorszámút használ.
- 41 százalék 6-12 közötti faktor-számot, 23 százalék 13-20 közötti faktorszámot használ.
- 65 százalék a saját bevallása szerint nem érzékeny a napra.
- Csak 35 százalék az, aki egyáltalán nem ég le a napon.

(Forrás: L'ORÉAL-IPSOS 2000, minta: magyar női lakosság)

A **Laboratoires Vichy** sejteink DNS védelmét elsődlegesen szem előtt tartva két új terméket hozott létre:

CAPITAL SOLEIL KÜLÖNLEGESEN VÉDŐ NAPTEJ Gyerekeknek SPF 60 - UVA 16

- Tartósítószer nem tartalmaz.
- Hipoallergén (nem vált ki allergiás reakciókat).
- Illatanyag mentes.
- Vichy termálvízzel készült.
- Gyermekgyógyászati felügyelet mellett került kipróbálásra.
- Gyártása szigorú gyógyszerészeti szabványokat betartva zajlik.
- Az összetevők listája a készítmény dobozában is megtalálható.

CAPITAL SOLEIL KÜLÖNLEGESEN VÉDŐ NAPTEJ Arcra és testre SPF 60 - UVA 16

- Tartósítószer nem tartalmaz.
- Hipoallergén.
- Illatanyag mentes.
- Vichy termálvízzel készült.
- Hatékonysága sejttállományt befolyásoló fénytessel mért,

- bőrgyógyász felügyelete mellett bevizsgált.
- Nem segíti elő a mitesszerek kialakulását.
- Gyártása szigorú gyógyszerészeti szabványokat betartva zajlik.
- Az összetevők listája a készítmény dobozában is megtalálható.

A **Mexoryl® XL** filter az első olyan szűrő, amely egyforma hatékonysággal és stabilitással képes védeni a bőrt mind az UVA mind az UVB sugarakkal szemben!

A laboratóriumi körülmények között lezajlott melanocytá teszt bizonyította, hogy azok a sejtek, amelyek különös képpen érzékenyek az UV sugarakra csak UVA elleni védelemmel ellátott, megfelelő UV szűrés mellett voltak biztonságban a sejttörökítőanyag-károsodással szemben.

További előnyös tulajdonságok:

- A szűrő magas fokú fotostabilitással rendelkezik, hiszen a napfény szimulációs kísérletek alatt bebizonyosodott, hogy a szűrő összetevői nem szenvednek károsodást, illetve nem bomlanak le a napfény hatására, így hatékonyságát megőrzi akkor is, ha hosszasan van kitéve napsugárzásnak.

- Ezen túlmenően kozmetológiai hatása is nagyszerű. Összehasonlítva a vizes alapú Mexoryl SX-el, a Mexoryl XL még szélesebb körű védelmet nyújt víz és olaj bázisú komponenseinek emulziójával.

- Lipidoldékonyságának köszönhetően, igen magas nap és homokállósággal rendelkezik a gyerekeknek szóló készítmény, ami a lehető legnagyobb védelmet nyújtja a parton játék közben és a vízben egyaránt.