

# Láttelelet<sup>®</sup>

HUNGA COORD  
SAJTÓIRODA

## Szakmai rovatunkról

Az időszéri, esetleg évszaktól is függő, illetve népbetegség jellegű kórképeket kívánjuk hangsúlyozottan bemutatni. Törekszünk az alapkutatások eredményeit összefoglalni, s a prevenció, diagnosztika, a terápia és a rehabilitáció lehetőségeit jelezni. Hipotézisekkel nem foglalkozunk, a szakmai protokollokhoz ragaszkodunk. Szorosan összefüggő vagy kapcsolódó betegségeket, a folyamatoság elvének betartásával kívánjuk publikálni. Természetesen örömmel vesszük a kiegészítéseket és a javító szándékú kritikákat egyaránt. Úgy gondoljuk, hogy a kommunikáció segíthet egy etikus, humanista, ésszerűen takarékos egészségügyi ellátó rendszer kialakulásában.

(Aktuális továbbképzésünk a 10. és 12. oldalon)

XLVI. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2002. 5. szám

## „Tisztelet a betegeknek és ajánlás a kollégáknak”

Részletek egy háziorvos naplójából

Orvostanhallgatóként is mindig lenyűgözött a test és a lélek, a szöma, a psziché szoros kölcsönhatása. Sok évtizedes kórházi és háziorvosi hivatásom egyik legértékesebb szakmai-emberi tanúsága a humanista orvoslás elvének elfogadása, gyakorlása. Hajlamosak vagyunk elfelejteni, hogy életünk során számtalan konfliktusunk feldolgozatlanul és kezeltelenül elfojtódik bennünk. A betegségek ezeket mintegy „aktivizálják”, megjelenésük változatos formákban történhet. Gondoljunk csak erre (is), amikor egyes betegeinket „szimulánsoknak” vagy „hipochondereknak” tartjuk. Valamennyien az „öndestrukción” mellett ún. „öngyógyításra” is képesek vagyunk, ha akarunk és segítséget kapunk. Természetesen ehhez „mobilizálni” kell a szellemi-lelki tartalékokat, s ebben is segíthetnek az orvosok, nővérek egyaránt. Ehhez meg kell változni szemléletünknek és gyakorlatunknak, azaz kevésbé „szöma orientáltak”, anyagi érdekeltésűeknek, individualistának kell lennünk. Így az emberiségnek jobban megfelelő, nem elszemélytelenedett gyógyítást végezhetünk. Fontosnak tartom, hogy „melységben” ismerjük meg a beteg gondolatát, a kiszolgáltatottság érzését. A betegek nagy számban, egy

„különös, fehér köpenyes világot látunk”, amely titokzatos, kiismerhetetlen, néha ijesztő és dehumanizáló. Úgy érzik sokan, hogy „TÁJ-számmá váltak”, „személytelen esetekké”, az eszközök és a gépek kiszolgáltatottjává. Egy közgazdász barátom vall erről: „Bekerültem egy ismeretlen gépézetbe, ahol vérkép lettem, mellkas lelet, hasi ultrahang és CT-eredmény. Egy vizsgálat alatt álló elromlott szerkezet, akinek már nincs neve, arca, lelke és személyisége.”

A medicina egy különleges világ, sajátos törvényekkel és különleges személyiség-pszichés problémákkal. Így itt az ún. „hétköznapi szocializáció” nem tud segíteni! Mindennapi gondunk a betegek és a gyógyítók közötti kommunikációnak a deficiteje. Egy kis túlzással azt is mondhatnám, hogy gyakran a „síketek párbeszédéhez” hasonlít. A betegek kíváncsisága természetes emberi tulajdonság, ami vagy túlzottan óvatoskodó vagy gátlástalanul követelőző. Reakcióinkra többnyire ellentétes véleletek jellemzőek: vagy elbőrlakhoz mérten ragaszkodunk, vagy fecsegőkké, túl bizalmasodókká válunk.

(folytatás a 6. oldalon)

## Az agresszió

A Magyar Pszichiátriai Társaság kongresszusa

2002. március 20-23 között került sor Budapesten a Magyar Pszichiátriai Társaság V. nemzeti kongresszusára, amelynek központi témája az agresszió volt. Az erőszak nem pszichiátriai kérdés, sokkal átfogóbb jelenségről van szó – szögezte le Tringer László (SOTE, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika). Agresszív megnyilvánulások mindig voltak, vannak és lesznek, a különbség ezek emberiségében van! Az állatvilágból ismeretes támadó, rivalizáló, élelemszerző magatartásmódok az emberrel válással párhuzamosan válnak „erőszakká”. Egy példával élve: az oroszlán nem erőszakos, hanem éhes, zsákmányát nem elpusztítani, hanem elfogyasztani akarja, míg a gyilkos az áldozata elpusztításában leli kedvét. Nem maga a viselkedés, hanem az azt megelőző értékelés az erőszak, a „nem ért velem egyet, tehát az ellenségem” típusú gondolkodás, amikor is az egyszerű véleménykülönbséget értelmezi az egyén, és ezáltal jogosultnak érzi magát az agresszióra. Például egy „utállak” kijelentés elhangzását követően az érintett úgy véli, logikus, hogy erőszakosan lépjen fel – hangsúlyozta, hozzátéve: az erőszak nem csupán egy negatív jelenség, hanem a kog-

nitiv – megismerési – információ-feldolgozási folyamat alapvető mozzanata. Jó lenne, ha nem károsodna egy kapcsolat az eltérő vélemények miatt – tette hozzá Tringer László. Az erőszak előretörése világviszonylatban minden képelettel felülmúl, az egyéni gyilkosságoktól a terrorselekményeken át a háborúkig. Elegendő csak az újságokba lapoznunk, már azokból is összeállíthatjuk formáit, eszközeit: „megtámadta, kifosztotta, megölte, felrobbantotta, katonai puccsal megdöntötte, gazdasági embargót rendeltet el,” stb. Sorjázik az egyéni, családi, munkahelyi (mobbing), nemzeti, vallási, parlamenti, fegyveres, gazdasági és más forrásokból származó erőszak, amelynek formái is – fizikai, pszichikai, erkölcsi, manipulatív, rejtett (reklámok agymosása, büntudateltetés), stb. – igen változatosak. Nagy a veszélye annak, hogy az ember már gyerekkorától fogva ebbe nő bele, s hozzászokik, érzéketlenül válik az agresszió iránt. „Miért én tegek a gyűlölet ellen, miért éppen én?” – vonjuk meg a választékot az agresszióba belefúlva, s ezzel felmerül a kérdés: vajon hatékony-e a „Tegy a gyűlölet ellen!” szlogenje?

(folytatás a 3. oldalon)

## Minőség az egészségügyben

Az 1997. évi egészségügyi törvény 1999. január elseji hatállyal kötelezővé tette a minőségügyi rendszerek működtetését az egészségügyi intézményekben. Köztudott tény azonban, hogy a gyakorlat mind ez ideig nem tudott lépést tartani az elméletben meghatározott követelményekkel. Ennek okairól, illetve az egészségügyben már alkalmazott, vagy még csak bevezetendő minőségbiztosításról, a minőségügyi rendszer jelenlegi helyzetéről Dr. Gódfény Sándor egyetemi docens, a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola „Egészségügyi minőségbiztosítási és minőségfejlesztési szak” vezetője tájékoztatta olvasóinkat.

Az egészségügyi minőségfejlesztés jelentőségét és szükségességét hazánk egészségügyi szakemberei is felismerték és ennek érdekében 1992-től jelentős erőfeszítések történtek. A spontán, illetve az 1997. évi egészségügyi törvény hatására az intézmények 58 százalékánál megalakult a minőségüggyel foglalkozó csoport, 49 százalékánál megkezdődött a minőségügyi rendszer fejlesztése. Ebből 64 százalék ISO rendszerű, 16 százalék JCI-standard alapú, a többiek – többnyire az első két rendszer elemeit felhasználó – rendszert építettek. Az elmúlt években végbement jelentős változások ellenére az egészségügyi minőségbiztosítás fejlődése mégis elmarad a korábban megfogalmazott elképzelésekhez képest. Hosszú ideig késett a minőségügyi rendszerek fejlesztésre vonatkozó végrehajtási utasítás, és a minőségbiztosítási rendszerekkel szemben elvárható egységes, az egészségügyre alkalmazható követelményrendszer. A minőségbiztosítási rendszerek kiépítésének anyagi forrásai még pályázati szinten sem biztosítottak kielégítően. A piacon jelentkező tanúsító szervezetek, cégek elsősorban az ipari-, kereskedelmi szolgáltatások minőségbiztosításában jártasak, az egészségügy területén kellő tapasztalattal nem rendelkeznek. Hiányosak a minőségügyi humánpolitikai feltételei, az oktatás, képzés rendszere nem épült ki, ezért gyakran nem ellenőrizhető tudással rendelkező „minőségügyi szakemberek” foglalkoznak minőségbiztosítással az egészségügyi ellátás és a képzés különböző területein. Az egészségügyi ellátórendszer szempontjából komoly hátrány, hogy minőségügyi rendszer – elsősorban ISO – túlnyomó többségben, a fekvőbeteg intézményekben fejlődik, továbbá, hogy a minőségbiztosítás haszna rövidtávon kevésbé értékelhető,

így nehézséget jelent az egészségügyi dolgozók motivációja is. Ebben szerepet játszhat az is, hogy az ISO nem egészségügyi értelmezése miatt a dolgozók nem érzik a rendszer kialakításának hasznát.

• Mi indokolja egyáltalán a „szabványosítás”-t egy olyan kevéssé egzakt módon mérhető tevékenység esetében, mint a gyógyítás, egészségvédelem?

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók éppúgy, mint az élet más területén dolgozók érdekelték abban, hogy tevékenységük értékelésén keresztül is javuljon teljesítményük, javuljon a gyógyítás eredményessége és minősége. Az egészségügyi döntésekben egyre meghatározóbb szemponttá válik az igazoltan hatásos eljárások preferálása, a bizonyítékokra alapozott egészségügyi szolgáltatásra való törekvés, a nem hatásos, esetenként veszélyes eljárások háttérbe szorítása. Ehhez kell a megfelelő rendszert kialakítani, amelyben – megfelelő adaptálás után – természetesen felhasználhatók a már kialakított minőségügyi rendszerek, illetve rendszerelemek is. Az egészségügyi ellátás valamennyi alkotó eleme hatással van az egész rendszer működésére – klinikusok, betegellátó eszközök, kiszolgáló személyzet, vezetés, munkamódszerek, jogi és politikai környezet, stb. mind hozzá járulnak, illetve befolyásolják a betegek/kliensek ellátását. A minőség biztosítása egyébként nem új keletű igény az egészségügyben, az egészségügyi ellátás és annak a minőségéért érzett felelősség egyidős. Az ősi egyiptomi, kínai, japán orvoslásban, de különösen az ókori görög és római gyógyítási gyakorlatban már megtalálhatók a minőségbiztosítás elemei és az orvostudomány fejlődését követve egyre gyakrabban találkozunk olyan szemlélettel és gondolatokkal, amelyekre a mai értelemben vett minőségi ellátás komponensei is visszavezethetőek.

Az orvosi tevékenység minőségének rendszeres értékelését elsőként Ernest A. Codman végezte, aki az Egyesült Államokbeli Massachusetts General Hospital praktizáló sebészeként 1916-ban „A study of hospital efficiency” címmel közölte vizsgálatainak eredményeit. A hazai minőségbiztosításnak is vannak előzményei. Semmelweis Ignác, az „anyák megmentője” az evidence-based orvoslás első magyar képviselőjének tekinthető.

(folytatás az 5. oldalon)

**COAXIL**  
Első vonalbeli antidepresszívum  
a major depresszió kezelésében.

Kiváló antidepresszívum hatékonyság  
Gyorsan elkezdődő hatás

Servier Hungária Kft.  
Hódmezővásárhelyi út 100. 1122 Budapest, 1101 ut. 1-8.  
Telefon: (36-71) 311-1111, Fax: (36-71) 311-7948.  
E-mail: [service@servier.hu](mailto:service@servier.hu) 021-7-4086

# Napjaink Egészségügye

## Javaslatok a Praxis finanszírozásához

**Valamennyiünk célja az európai uniós csatlakozásunk segítése, a felzárkóztatás gyorsítása. Ennek egyik alapfeltétele a hátrányos helyzet megszüntetése és a falun élők egészségügyi ellátásának javítása. Az említett megvalósításának feltételei: a népnévelés, a megelőzés és a finanszírozás javítása.**

Bizonyos finanszírozási kérdésekkel kívánok foglalkozni, amelyek valamennyi praxist érintik, de különös hangsúlyt fektetnék a vidék, a falvak hátrányos körülményeire. Sajnos, gondolataim különös aktualitásúak: - az utolsó pillanatban elindított népegészségügyi program, - a WHO kritikus jelentései adják, amelyek szerint a tagállamok közül: • A születéskor várható élettartam szerint a 63. helyen, • az egészségügyi kiadások nagysága - megoszlása és a jóléti rétegek közötti teherelosztásnál, azaz az ún. „emberközponú ellátásban” a 62. helyen, • a finanszírozási rendszer működési hatékonyságában, más szavakkal megfogalmazva az ún. méltányosságban (fairnessben) csak a 105. helyen vagyunk. • Összességében az egészségügyi rendszerünk a WHO rangsorban a 65. helyet biztosítja a számunkra. Ezzel lemaradtunk a cseh, a lengyel, a szlovák eredményektől is, nem szóva az osztrák, német, francia, angol-szász vagy skandináv egészségügyi helyzetéről. Úgy gondolom, hogy a „méllyenti újra kell gondolni”, s megkeresni először a gyengébb teljesítmény okait. Ezeket az alábbiakban jelöltem meg:

- Egyértelműen rosszak a várható élettartam mutatók.
- Alacsony az egészségügyi kultúránk, a hiányos ismeretek és a passzív teljesítéshez való hozzáállás miatt.
- A technikai lemaradásunk társult egy „elgépiesedett ellátással”, a humanista gyógyítás perifériára szorításával.
- Az anyagi gondokkal küszködő finanszírozási rendszerünk egyúttal igazságtalan is. Vajon milyen lehetőségeink vannak a célszerű és egyszerű javításra, átalakításra? A WHO elveket hogyan tudjuk érvényesíteni a hazai viszonyok között? Az utóbbi kérdéskomplexumra próbálom először válaszolni. Korrekt népegészségügyi állapot felmérése után, fel kell térképezni a lakosság elvárásainak való megfelelést is, s ezek után kialakítani egy méltányos finanszírozási konstrukciót. Természetesen, figyelni kell a befolyásoló tényezőkre, így: • az ellátás folyamatosságára és színvonalára, • a valóságos erőforrások mozgósítására, • a mobilis - adaptációs készségű finanszírozásra, • és a gazdaszemlétre (stewardship).

A honi körülményekre alkalmazva: • A magyar ellátásban egy olyan korrekt érdekeltégység rendszer kialakítására, amelyik alapvetően bővíti a forrásokat: az ellátók és az ellátottak számára egyaránt (responsiveness jellegű). • Az erőforrások oldaláról biztosítottá válik a folyamatosság és a bővítés. Erre a lehetőséget adják: - a GDP-ből való részesedés növelése, - a

pazarlás (anyagi és szellemi) csökkentése, - az egyszerűsítés, a protokollok, a minőségbiztosítási szabályozások segítségével. • A szakma, a politika és a betegek egyaránt gazdaszemlétté válnak. • Nyilvánvalóan nem utolsósorban, a finanszírozás.

### Az evidenciákról

Az egészségügyben is, a források megszerzése és elosztása, mint a gazdaság más területein rangsorolt - racionalizált (Williams 1985, után). Ez egyúttal a költséghatékonyság - haszon - áldozat ráfordítások arányát is jelenti. A rangsorolást alapvetően befolyásolja a költséganalízis (Costanalysis, CA), valamint az eredmények bemutatása, a gyakorlati hatékonyság (Gulácsi, 2000). Fontos ismerni, mérlegelni és alkalmazni a költségfajtaikat. Így a haszon-áldozat (apportunity cost), az átlagos (average cost) határ, illetve marginális (marginal cost) formákat, és az ún. növekményi vagy inkrementális költségeket (incremental cost) szerinti felosztás. Ismert még: • fix, • változó költségek, valamint • a haszonáldozat (apportunity cost) • átlagos költség (average cost) és • a határköltség (marginal cost). Jelezni kívánom, hogy figyelembe vettem az egészségügyi, a praxisok gazdasági elemzése során:

- A költségminimalizálási analízist. (CMA)
- A költséghatékonysági elemzéseket. (CEA)
- A költség-hasznosság jellemzéseket. (CCA)
- A költség - haszon értékeléseket. (CBA)

Nyilvánvalóan az említettek mérhetősége és gyakorlati alkalmazhatósága reverzibilis hatású: a protokollokra, a kritériumokra, az indikátorokra, az auditra, a peer-review és a standardok fontosságát melett.

### Az alapellátás lehetőségeiről

Nyilvánvalóan a teljességre való törekvés nélkül, s egy periférián dolgozó falusi háziorvos szemszögéből, de valamennyiünk érdekében, egy színvonalasabb betegellátásért foglalkoztam meg az alábbiakkal. A források konkretizálása messze meghaladja tudomány, tapasztalataimat és lehetőségeimet, ezért kitermem a közgazdász-szakmapolitikusok véleményét is. (Így tartottam korrekciókat).

### Javaslataim és ezek lehetséges forrásai

#### A./ alapjövöldek

Forrás	Lehetséges felhasználás
MAOTE	Praxisok alapjövöldeinek finanszírozása
FAKOSZ	Praxisok alapjövöldeinek finanszírozása
CSAKOSZ	Praxisok alapjövöldeinek finanszírozása
Tüppélt	Praxisok alapjövöldeinek finanszírozása
Ellenőrző főorvos	Praxisok alapjövöldeinek finanszírozása
Szakszervezet	Praxisok alapjövöldeinek finanszírozása

### Az értékelés szempontjai

Értékelési szempont	Értékelési szempont	Értékelési szempont	Értékelési szempont
1. A megelőzés, a kezelés, a gondozás hatékonyságának javítása:	2. A perifériák, a centrumban előforduló „elhaló félben lévő” létszámának csökkentése?	3. Számuk növelése?	4. A lassú stagnáláshoz asszisztálás?!
5. A legolcsóbb megoldás ezen jövedelmet, adót és GDP növelő értéket nem termelők magukra hagyása? Nem befektetni, fejleszteni? Esetlegesen megtévesztő látszatintézkedésekkel az időt húzni?)	6. A megelőzés, a kezelés, a gondozás hatékonyságának javítása:	7. Cökkenteni kell a szakrendelésekre, gondozókba, intézetekbe küldött betegek számát!	8. Így meg lehet takarítani az említett direkt költségeket: ágyhoz, műszerhez, személyzethez és amortizációhoz kötődőket.
9. Mérsékelt lehet az indirekt ráfordításokat: utazás (útiköltségek), szállítás (OMSZ), termelésből való kiesés.	10. A háziorvosi ellátás feladatkörének kiszélesítése, kidolgozott protokollok és minőségbiztosítási rendszer melett.	11. Mindezekhez szükséges az szubjektív és objektív feltételek biztosítása, az alkalmazások szabályozása.	

Várható bevétel: 180-220 milliárd forint.

Összesen: minimum 160 + 180 = 340; maximum 180 + 220 = 400 milliárd forint mobilizálható, s ennek a 65 százaléka egyszerűsítésből, belső erőforrásokból teremthető el.

### Javaslataim a felhasználásra

Befektetések:

Rövid távon: 30 százalék bérfejlesztésekre, Középtávon: 30 százalék amortizációra, Hosszú távon: 20 százalék profit termelő beruházásokra, vagy tartós lekötésre, esetleg ingatlan vásárlásra, bérbeadásra, részvények (például MOL, gyógyszeripar stb.) vételére. Rendkívüli esetekre: 10 százalékos Tartalék: 10 százalékos.

Az említettek a szociális-család, a munkafoglalkoztatási rendszerekkel együtt a népegészségügyi program motorja, az egészségügyi radikális reformjának az alapja, a fejlődés záloga. Az elmúlt évtizedekben felborult egyensúlyt, s következményeit kompenzálunk kell a szakmában, a társadalomban egyaránt. Ehhez a medicina feladatmegoszlásának korrekt szabályozása mellett a döntéshozók nagyobb és empaticusabb felelősségére is szükség van.

### Összefoglalva

Gondolom, hogy vagyunk egy páran orvosok, közgazdászok, szakmapolitikusok, akik javaslataikkal utakat, kitérési lehetőségeket keresünk. Tudjuk, hogy nagyon betegek az egészségügy, keressük az okait és a gyógyulás lehetőségeit. Talán én is segíthetek, tehetek valamit mindnyájunkért innen, az egyik nagyon hátrányos helyzetű praxisból is. Hiszek abban, hogy rövidesen tovább javuló színvonalon, humanista gyógyítói, költség-hatékonyan, emberileg-szakmailag-anyagilag megbecsülten, paraszolva mentesen gyakoroljuk hivatásunkat. Bizom benne, hogy jó szándékomat elfogadják és többen osztják optimizmusomat.

**Dr. Salamon Sándor**  
háziorvos  
tüdőgyógyász szakorvos  
polgármester

**Az Őszi Fűredi Orvosnapok** egészségügyi fórumának egyik témája a továbbképzés volt. Ott **Hajnal Ferenc**, a szegedi családorvosi tanszék vezetője, a szakmai kollégium elnöke végre kimondta, hogy a testvizsgák gyakorlata már-már nevezetesen, a továbbképzési rendszer ezen eleme revizióra szorul. Szemléletesen utalt az emelkedett hangulatú események kollektív találgatás játéka, szám- és betűökös vicces röpködésére az átforgósodott légkörben. A professzor elmondta, hogy a kétes tapasztalatokból okulva elhatározták, a jövőben az összejövetelek végén hevenyészve össze-csaptott tesztrások helyett a rendezvény résztvevője hazaviszi a kérdéseket és otthoni feldolgozás után postán visszajuttatja a tanszékre. Így ugyanis remélhetően, hogy a kérdésekkel nyugodt körülmények között foglalkozni fog és a továbbképzés valóban élve valamennyit a céljából. Néhány száz kollégával együtt magam nemrégiben életem át ismét tesztkérdési élményeket, mit mondanak, most is tanulságos volt végig-gondolni a történeteket.

## „Teszt a lelke mindenek!”

Elegáns körülmények között „nyolc plusz öt ezer forintért” (további öt a közlekedési ráfordítás) ültünk végig másfél napon valóban nagy gondnal megszervezett, jól felépített, sok információt tartalmazó előadásokat, vitákat hallgatva. A program végén természetesen testvizsga következett a szokásos módon: felvetett kérdések alapján kellett kitéríteni a ködlapot. A technikai jellegű problémák a következők voltak: az ötszáz férőhelyes helyiségben az alig olvasható vetített kérdéseket és válaszokat hátul már nemigen lehetett látni, különösen nem akkor, amikor az előtűnő ülő érdekelt a még előbb ülő delikvens kíváncsi nyugtatókodása miatt színtelen ide-oda pozicionálva magát tényleg a reményét is kizárta annak, hogy a szerencsétlen hátraszorult a kérdéseket végigolvasa. Azok

el is hangoztak ugyan, de a megszólított, vergődő figyelem és a zaj miatt nem mindig voltak hallhatóak. Ami további aggály felvetődött, az mármár etikai színezetű volt. Történt ugyanis, hogy a kérdéseket felvezető fiatal kolléga egy kérdés megjelölésekor azt találta mondani: „Na, aki erre válaszolni tud, annak én fizetek!” A három rossz és egy helyes válasz egymástól nem sokkal eltérő, tizedesjegyet is tartalmazó számok sorából állt. Ezek a számok állítólag a rendelkezésre bocsátott anyagban szerepeltek valahol. Először a kérdés abszurditását, a kolléga még hozzátette, az értékelésnél ezt a tételt nem fogja figyelembe venni. S ekkor elgondolkodik az arra hajlamos.  
*Tulajdonképpen mi is a célja a tesztrásnak?*

Nem vitás, hogy kifejező értékű, valós felmérésre alkalmas tesztek megszerkesztése lényegesen több munkát és gondosságot igényel, mint ilyen számokkal quiz játékká devalválni a tizennyolcezer forintos konferencia záróakkordját. *Végig kellene gondolni, mit akar a tesztszerkesztője? Általános képet a felkészültségéről? Felmérni az előadásokra való odafigyelés mértékét? Megtudni, mi marad meg a tanfolyamokon elhangzó koncentrált adathalmazból? Vagy megtudni mindent netán? Nem lesz ez egyszerű egy kicsit sok?* Erről jut eszembe egyik szakma kiváló képviselőjének egy előadása. Hozott magával vagy három doboz vetített valót és a rövidebb szabott rendelkezésére álló idő alatt mindet le is vetítette. Mondanom sem kell, elő-





# Az agresszió

## A Magyar Pszichiátriai Társaság kongresszusa

(folytatás az 1. oldalról)

Pszichológusok, fiziológusok, etológusok, filozófusok vitatkoznak évszázadok óta arról, hogy az agresszivitás velünk született, ösztönzerű jelenség-e, vagy tanult magatartásforma? A társadalmi korlátok vajon az erőszak fékezőiként, vagy annak kikényszerítőjeként hatnak? Milyen szerepe van a tanulásnak az agresszív viselkedés elsajátításában?

A kongresszus elhangzott előadások, műhelybeszélgetések, szekcióülések sem vállalkozhattak másképp, mint a „személyiségzavar”, „szerzőgység”, „impulzuskontroll-zavar” diagnózisát öltő, a pszichiátria keretein messze túlmutató, társadalmi szintű agresszió szerteágazó kérdéskörének minél sokoldalúbb megvilágítására.

Nyitó plenáris előadásában **Hankiss Elemér** szociológus, egyetemi tanár rámutatott: az erőszaknak alkotói, egyszersmind művelői is vagyunk: gyógyítók és rombolók egyaránt. Menekülünk előle, de keressük is. Mindenekelőtt a világ tesz erőszakot rajtunk – hangsúlyozta. A valaha létező fajok mintegy 97 százaléka nyomtalanul eltűnt, legfeljebb fosszilis nyomain maradtak. Járványok, ártek, földrengések pusztítanak. Másrészt, az ember tesz erőszakot a világon, egyebek közt azzal, hogy naponta több tízmillió állatot öl meg. Szerves részei vagyunk tehát az agressziónak, amelynek forrásai lehetnek egyebek közt racionális tényezők: a lértér való küzdelem, az önvédelem, vagy pszichológiai motívációk, például a célok és lehetőségek közötti feszültség, a gyenge személyiség, valamint társadalmi-kulturális. A kulturális szabályrendszerben átteles erőszak jelenik meg. A politikafilozófia szembesíti az erőszakot egy társadalmi céllal, egy hierarchikus társadalmi renddel, amely az emberi értékek, a szabadság, a harmónia őrzője. Ez a filozófia szabad emberek küzdelemét hirdeti, amelyben az erőszak lehetőségei egyenlően vannak elosztva. A forradalmi filozófia szentesíti az alulról jövő erőszakot, a demokráciát.

Jelen civilizációnk, a fogyasztói társadalom a korábban korlátozott személyiséget felszabadította, az ösztönök kiélésének vágya zöld utat kapott. A nagy átalakulásra az előadó példákat is hozott: *Szeresd felebarátod helyett: Szeresd önmagad!* *Aldozd fel önmagad helyett: Valószínűleg meg önmagad!* *Fegyelmeld magad helyett: Évezd az életet!* *Bűnös vagy helyett: Ártatlan vagy!* *Takarékoskodj helyett: Fogyassz!* *Engedelmeskedj helyett: Te vagy a világ ura!* *Légy szerény helyett: Légy sikeres!*

.....A hét halálos bűnből pozitív érték lett, a kevésség például átalakult a személyiség apoteózisává, a fősvénység az anyagi javak kultuszává, a tunyáság pedig a kényelem, a kellemesség, a „jó élet” kultuszává. A haraggal, mint a hét fő bűn egyikével azonban nem tudunk mit kezdeni. Ez a mi világunk...” – mondta Hankiss, aki rámutatott arra is, hogy a korábbi kényszerek helyébe újak léptek, például az önmegvalósításban a kötelező sikeresség kényszere, ami állandó szorongás forrása. Az új kényszerek születése mellett elvesztettük a transzcendenciát, amelyet kapkodva keresünk, kapaszkodók után kutatva az ismeretlenül való világban.

„A kitörés nem könnyű” – szögezte le a kutató, aki szerint a fő téma, ami mostanság érdekel bennünket, nem az egészség, a család, a szex, a lakás, a horoszkópok, vagy bármi egyéb, hanem a halál. A halál, a földiek elvesztése a fő probléma, akár a görög tragédiákban. A mesehős halálával csíholunk magunkba életelményt, az ő halála visz el bennünket a szakadék széléhez, s juttat a „megűsztam” élményéhez. Az agressziót arra is használjuk tehát, hogy átéljük életünk nagyszerűségét, érvényességét.

USA, WTC, szeptember 11. Megtörtént a képtelen apokalipszis, Babel tornya, birodalmak bukása, Fortuna kerek, Axis Mundi, Unus et Deus, a Jó és a Gonosz, Ikarosz, a Halál. Nagyon ősi, archetipikus érzések kerültek felszínre azon a napon. Nem tudjuk, mi következik ez után. Talán egy kulturális háború robban ki? – fejezte be előadását kérdéssel Hankiss Elemér.

• **A Hankiss Elemér említette transzcendencia elvesztésének következményeiről, s az agresszív megnyilvánulások között mindenek előtt a verbális agresszióról kérdeztem Bagdy Emőke egyetemi tanárt, az OPNI szakigazgatóját.**

– Az egyedfejlődés kicsinyítve megismétli a törzsejlődést, agykerünk rétegei pedig a földtörténeti korszakokhoz hasonlíthatók. Jobb agyfeltekünk „az igralom fészke”, míg a bal, a racionális, nem tud érezni, szeretni, ragaszkodni. Bal agyfeltekés kultúrában élünk – szögezte le **Bagdy Emőke**. Az objektívitás, a tények tisztelete olyan méreteket öltött a 20. századra, hogy a „modern gondolkodási” ember számára csak az az érvényes, valósan létező, ami „bizonyítható”. A korábbi ideálokat, eszméket, értékeket azonban nem váltották fel, csak pótlótk. A konzervatív

és bálványként mitizált vezetőinek megsemmisülését követően már nincs legfőbb jó, mert elvesztett a legfőbb gonosz. Az átmenet káoszában élő ember nem talál magasabb rendű fogódzókat: értékvesztés, céltalanság és cinizmus kap táptalajt, s növekszik egy új „izmus”, a konzervativizmus, amely automatikus következménye a piacgazdaság létrejöttének, és öngerjesztő termelés- és fogyasztásnövekedésre szólítja fel az embert. A fogyasztói világ látszólagos sokszínűsége mögött alattomos és erőszakos manipuláció húzódik meg. Legkártékonyabb hatása a szellemi környezet-szennyezés, a humán mentalitás erőszakos megváltoztatása. A dolgoknak hatékonyan, gyorsan, észszerűen kell működniük, s ami szükségtelen, azt ki kell dobni, hiszen minden pótolható. Az egyszerű használatos tárgyak mellett egyszerű használatos kapcsolatok létesülnek, felelősségvállalás és elköteleződés nélkül. Felelősség ott van a világban, ahol viszony van. S ahhoz a dologhoz van viszonyom, amit ismerek – mondja Hamvas Béla. Csak akkor válhatnak az emberi kapcsolatok is felelősségteljesek, ha ez a kritérium teljesül. Mai – az elgépiesedtséget kifejező – nyelvhasználatával élve: „nyomulni kell”, mert „ez így működik”. Aki „rosszul működik”, aki nem teljesít, nem sikeres, azt leírják. Nem lehet az ember beteg és gyenge, nincs idő a bajok kezelésére. A gyógyszeripar azonban ható pirulákat ajánl, melyek kísérletetelenül rimelnek Huxley Szép új világának „Szóma, ha mondom, segít a gondon” szlogenjére.

A konzervatív parancsa: *edd és vedd; a hedonista életideológia* a gyorsan és mesterségesen keltett mámor megszerzését is kívánatosá teszi. Nem véletlen – hangsúlyozza a kutató –, hogy növekszik az addiktívok száma és fajtája. A játékfüggés mellé felsorakozik a vásárlási kényszer és az Internet függés is, amelyek mind auto-agresszív megnyilvánulások, hiszen önpusztító módon teszik tönkre az egyén személyiségét, egész életét, s természetesen növekszik a kódepensek száma is.

A túlfogyasztással összefüggésben új betegségek válnak tömegessé, például **évszavarak, kábítószer-függés, alkoholizmus, depresszió**. Az új ideálok, a pénz, a hatalom, a luxus élet nem nyújt igazi boldogságot, mert nem adja meg az azonosulási hiteles érzését. A vázoltak alapján nem véletlen, hogy szennyezetté vált mindennapi és közéleti kommunikációnk. Régen tiltott volt bizonyos szavak kimondása, ma a káromkodás, a naturalizmus polgárjogot nyert még az írott sajtóban is. A trágár viccek, szidalmak, a gúnyolódás, a gúnynevek – a verbális agresszió hétköznapi megnyilvánulásai – nemegyszer a direkt agresszió pótlását szolgálják.

Milyen választ adhatunk a konzervativizmus kihívásaira? Bagdy Emőke az értelmiség válaszadó szerepét hangsúlyozta, mindenek előtt a kölcsönös egymásra utaltság fontosságának felismerését említi. Hétköznapi példával érzékelte: ha az ápoló gépiesen végzi feladatát, immunrendszere kimerül, ha hittel és szívből, akkor egészséges marad. Pusztán a szavak is lehetnek gyógyító erejűek; nemes szavak kíséretében a gyógyszerek is jobban hatnak. Az élet iránti tiszteletet markánsan fejezi ki *Albert Schweitzer* etikája, mely szerint az a dolgunk, hogy megértjük a teljességhez való, rendeltetészerű odatarozásunkat. Lehetőséget kell találnunk – akár a konzervatív által használt befolyásoló csatormákon keresztül – értékvilágunk revitalizálására, a morál, valamint szubjektum mióvontunk erősítésére, védelmére, gondozására. Odafigyélssel, személyességünk jelenlétével, felelősségvállalással és szeretettel – hangsúlyozta Bagdy Emőke.

**Harmatta János**, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke a gyermekkori agresszióval kapcsolatos kérdésekre válaszolva a családon belüli negatív mintákra utalt: A kisgyermeket sok családban házi féltőként kezelik, jóllehet, a gyermeknek még nincs meg az az apparátusa, amivel képes lenne eliminálni a verbális agressziót. A dacksorszákat élő gyermeknek megtörik védekező erejét, akaratát. Ha a gyermek féltanúja, illetve elszennvedője a családon belüli erőszaknak, akkor ezt a káros mintát viszi tovább. Nem jó a másik végtel sem – hangsúlyozta Harmatta János – amelyre példa az Egyesült Államokban gyakori, mindent megengedő nevelési stílus. Ez előnyös lehet ugyan a gyermek önértetének fejlődése szempontjából, de együtt jár egyfajta „pszichés immunhiány” kialakulásával az agresszióval szemben. A hiányos megküzdési technikából következő frusztrációk indulatkitörésekhez vezetnek, amelyekkel behatárolhatók lehetnek a következményei. (Például: a gyerek lelvi tanárát.)

A megfelelő copying technikák, a konstruktív agresszió módjai (ilyen például a sport, beleértve a különféle szabadidő sportokat, amelyek az agresszív késztéseket levezetik, kitartására,

küzdésre, a vereség elviselésére tanítanak), elsajátíthatók, kérdés, hogyan lehetne ezt közvetíteni a pedagógusok felé – jelölte ki a téma továbbgondolásának irányát Harmatta János.

Az agresszió formáinak humán-etológiai sorába (territoriális, tulajdonnal, rangsorral kapcsolatos, frusztrációs, explorációs, szülői, nevelői, normatív, vagy morális, csoportos, a kívülállóval szembeni) tartozik a már említett auto-agresszió is, amelynek megjelenési formáiról ugyancsak több előadás hangzott el. A kompulzivitás és az impulzivitás képviseli azt a két szélső pólust, amikor túl sok, illetve túl kevés korlát áll rendelkezésre a cselekvéshez. A két szélsőséges anyiban mégis közös, hogy ha megszületik egy késztetés, az egyén mindkét esetben ki van neki szolgáltatva, nincs rendelkezési lehetősége fölötté.

A kongresszuson három, kényszerbetegségétől megszabadult páciens is vállalta a nyilvánosságát: egy bulimiából gyógyult fiatal hölgy, egy, „*Nem mindennapi kényszereim*” címmel könyvet is írt férfi, valamint egy, alkohol- és játék-szenvedély-betegségből tünetmentessé vált fiatalember, aki szintén megírta kálváriáját.

A patológiás játékszenvedély a kényszerbetegségspektrumban az impulzuskontroll-zavarok közé tartozó krónikus és progresszív betegség. Amerikai adatok szerint a benne szenvedők esetében 20 százalék az öngyilkossági kísérletek gyakorisága. A többszörös és keresztfüggő (ha az egyiket abbahagyja, felvesz egy másikat) fiatalember, aki *Fekete Péter* álnevét a kártyajátékból kölcsönözte, története elmondásán túl ismertette a Gamblers Anonymous (GA), azaz. Névtelen Szerencsejátékosok klubjának mibenlétét is. A klubtagság egyetlen feltétele: a vágy a szerencsejátékok üzénéség elhagyására. A közösség tagjai mindenek előtt meg kellett, hogy tanulják: nem tudják kontrollálni játékszenvedélyüket, elvesztették a játék feletti kontrolljuk

képességét. Betegek, akik gyógyításra szorulnak, mint bármilyen más betegségben szenvedő egyén!

A Magyar Pszichiátriai Társaság ez évi kongresszusának valamennyi előadása üzenet a társadalomnak: a pszichiátria a megértés és a megértés tanításának tudománya, érdemes élni vele.

**Szádvári Lídia**  
Budapest

*A patológiát játékszenvedélyre vonatkozó első, randomizált, kettősvak, placebo kontrollált, keresztetett vizsgálatban a fluvoxaminnak egyéb, szintén a kényszerbetegség-spektrumba sorolható kórképek (például anorexia nervosa, bulimia nervosa, borderline személyiségzavar, hypochondriasis, stb.) kezelésében tapasztalt hatékonysága miatt került sor a fluvoxamin alkalmazására, amelynek hatására a 16 hetes vizsgálatba bevont 15 betegnél szignifikánsan nagyobb mérvű javulás mutatkozott a játékszenvedély általános súlyosságában a PG Klinikai Globális Impressziós Skála, valamint a Yale-Brown Obsessiv Compulsiv Skála PG-változata szerint. Más antidepresszánsokkal összehasonlítva, a fluvoxamin mellett különösen alacsony az öngyilkossági incidenciája, ugyanakkor igen biztonságos, mivel a suicid szándékkal magának túladagolt, 12000 mg-os dózist is túlélt a beteg. A Fevarin fluvoxamin adagolása: napi 25 mg kezdő dózis 2 napig, majd 2-3 naponta 25 mg-al emelve a megfelelő dózis eléréséig. Maximális dózis: 300 mg.*

Bővebb információ:  
Solvay Pharma Kft. 1112 Budapest, Hegyalja út 100/A  
Tel.: (1) 309-5500, fax: 309-5501,  
Email: info@solvaypharma.hu

MAGYAR PSZICHIÁTRIAI TÁRSASÁG

V. NEMZETI KONGRESSZUS

2002. március 20-23.  
Budapest

Az erőszak pszichiátriai és pszichológiai vonatkozásai





# Minőség az egészségügyben

(folytatás az 1. oldalról)

Az egészségügyben felhasznált termékek (műszerek, eszközök, gyógyszerek, szero-bakteriológiai készítmények, stb.) minőségi követelményei, a közegészségügyi normák is már léteztek a kiegészítő tevékenységek előtt. A csecsemő- és az anyai halálozás rendszeresen értékelésre került, a kórházakban a klinikopatológiai konferenciák, a hisztopatológiai konzultációk, az eset-megbeszélések, az idősebb, tapasztaltabb kollegák által tartott, a diagnosztikus és terápiás protokollok ellenőrzését szolgáló vizitek, a betegdokumentáció ellenőrzése, mind a mai napig is a minőségbiztosítás elemeit képezik. Azonban ezek az elemek, amelyeket korábban nem is neveztek minőségbiztosításnak – nem szerveződtek a minőség fejlesztését szolgáló összehangolt rendszerre és hatékonyságuk ezért elmaradt a kívánatostól. Természetesen a minőségügy önmagában nem jelent megoldást az egészségügy minden problémájára, de a jól szervezett és hatékony minőségbiztosítás ehhez mindenképpen szükséges feltétel akár a háziorvosi, akár az egyetemi klinikán folyó munkát vizsgáljuk. A minőségbiztosítás nélkülözhetetlen a prevenció, a rehabilitáció, továbbá az alternatív gyógymódot kínáló természetgyógyászati szolgáltatások fejlesztésénél is.

**• Hogyan valósíthatók meg ezek a követelmények az egészségügyben?**

Amíg csak az orvos és a páciens állt egymással kapcsolatban, a Hippokratészi eskü elegendő vezérfonal lehetett. Napjainkban azonban, amikor már a páciens egyre nem egy-egy orvossal, hanem inkább szervezetekkel van kapcsolatban, egy új rendszerre, a minőségügyi rendszerre van szükség. Az egészségügyben a minőség legelőször az orvostudomány oldaláról került felvetésre. Az utóbbi évtizedekben azonban a páciens igényei is egyre inkább előtérbe kerül és ezért korábban esetleg még elhanyagolt szempontok is

megjelennek a minőség értelmezésében. A szakmai és a beteg egyéni igényeinek kívül gazdasági szempontok is megfogalmazódnak a minőségügyi rendszer építése és működtetése során. A minőségügyi fogalmakat az egészségügyben gyakran más tartalommal kel megőltetni. A minőség fogalma az egészségügyben a következőképpen határozható meg: az ellátás minősége annak mértéke, amelyben a nyújtott kezelés növeli a beteg esélyét arra, hogy elérje a kívánt eredményeket és csökkenti a nem kívánatos következmények kockázatát, tekintettel a tudomány adott állására. Komplex értelmezés szerint a minőségnek a következő fontosabb dimenziói vannak az egészségügyben: hozzáférhetőség, méltányosság, igényeknek való megfelelés, elfogadhatóság, hatékonyság, biztonság, biztonság, a betegek bevonása, választási lehetőség, megfelelő információ. Megvalósításának eszköze a minőségügyi rendszer, amely magában foglalja a minőségirányításhoz szükséges szervezeti felépítést, eljárásokat, folyamatokat és erőforrásokat összességét.

**• A talán legismertebb minőségbiztosítási rendszer, az ISO, eredetileg ipari környezetre készült, alkalmazása mégis megtalálható az egészségügyi intézményeknél is. Mivel magyarázható ez?**

Magyarországon az egészségügyben két átfogó minőségügyi rendszer van, az ISO (az elnevezés a görög „isos” azaz, „egyenlő” szóból származik) és a JCI alapokra épülő Kórház Standard-rendszer. Speciális menedzsment feladatokat (környezet, élelmiszer, munkabiztonság, gyógyszer-gyártás, gyógyszerforgalmazás) támogatnak menedzsment alrendszerek például az ISO 14000, a HACCP, a BS8800 vagy a GLP, a GMP, a GCP. Átfedések vannak az ISO 9000: 2000 és az alrendszerek között. Együttesen alkotják az integrált minőségügyi rendszert.

Tágabb értelemben – jelenleg ez még nem megoldott – integrált egészségügyi minőségügyi

rendszer alatt az ISO (alrendszerekkel) és a standard alapú minőségügyi rendszer konvergenciája értendő. Az ISO alapú minőségügyi rendszer a legelterjedtebb, tekintettel arra, hogy jelenleg ez az egyedüli, amellyel tanúsítani, azaz hivatalosan igazolni lehet a rendszer működését. További előnye, hogy jelenleg az ISO szabványcsaláddal van a legtöbb magyarországi tapasztalat és nemcsak kórházaknál, hanem a minden egészségügyi szolgáltatónál alkalmazható. Integrálja a szakmai alkalmasságra vonatkozó akkreditációt, a labor felülvizsgálatok akkreditációját, az önértékelést, a minőségjavítást biztosító módszereket és folyamatosan fejleszti a bizonyítékokra épülő egészségügyi szakmai standardokat (irányelvek, protokollok), továbbá hangsúlyt fektet a folyamatok minőségfejlesztésére. Az ISO egyébként nemcsak minőségügyi rendszert, hanem, a Nemzetközi Szabványügyi Szervezetet (International Organization for Standardization) rövidítése is. Az ISO 1947 óta működik és több, mint 120 ország tag-szervezet tevékenységét fogja össze. Az ISO 9000-es szabványsorozat jól alkalmazható, általános követelményrendszer fogalmat meg, amely főként az (egészségügyi) intézmény működéséhez szükséges háttér szabályozza le megfelelően. Olyan, az egész szervezetet átfogó minőségirányítási kialakítását követeli meg, amely meghatározza a vezetői felelősségi körét, az erőforrásokkal történő gazdálkodást (objektív és szubjektív erőforrásokat), a nyújtott szolgáltatás eredményének folyamatos mérését, elemzését, javítását. Alkalmazza arra, hogy „rendet teremtsen”. Az optimális infrastruktúra (épületek, munkahelyek és hozzájuk tartozó feltételek, a folyamatok eszközei: hardver, szoftver, valamint az ezekkel kapcsolatos szolgáltatások, szállítás, beszerzés, kommunikáció) és dokumentálás megteremtése által főként a szervezet/intézmény működési módját rendszerezi, szabályozza. Kiemelt figyelmet irányul a szolgáltatást igénybe vevők és az azt nyújtók megelégedettségére is. Az ISO minőségügyi rendszer előnye, hogy alkalmazási lehetősége nem függ a szervezet profiljától. Megfelelővé tehető kórházi, járóbeteg szakellátás, laboratórium vagy akár háziorvosi szolgáltatás, alapellátás stb. minőségbiztosítási, fejlesztési céljaira is. A rendszer részleteit az adott intézmény dolgozza ki a helyi viszonyoknak megfelelően. Így annak valamennyi specifikuma figyelembe vehető. Folyamatos fejlesztést követel meg, s nem csak specifikusan, központiilag meghatározott standardoknak felelteti meg az intézményt. Az ISO minőségügyi rendszer nemzetközi, s mint ilyen az alapelveket tekintve összehasonlítható alkalmas, nemzeti, de uniós szinten is. A korábbi ISO 9000: 1994 rendszerhez viszonyítottan az ISO 9000:2000 nagyobb hangsúlyt fektet a folyamatok fejlesztésre és jobban alkalmazható a különböző szolgáltatásoknál, önmagában azonban nem elegendő az egészségügyi ellátás minőségének biztosítására, fejlesztésére. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolájának munkacsoportja célul tűzte ki, hogy az ISO standardokba beépített szakmai kritériumok és standardok kompatibilisek legyenek egyrészt a már elkészült JCI alapú standardokkal, továbbá feleljenek meg a nemzetközi szakmai irányelveknek és támogassák a magyarországi egészségügyi állapot javulását. Összegezve tehát, az ISO minőségügyi rendszer kitűnő keretet biztosít az ágazat specifikus (egészségügyi) ellátás, illetve a helyi körülményeknek megfelelő standardok alkalmazására.

**Ez újabb kérdést vet fel: Mi a standard alapú minőségügyi rendszer?**

Általános megfogalmazás szerint a standard az alkalmazottak felé támasztott olyan specifikus követelmény, amelyet egy bizonyos tevékenységben vagy eredményben határoznak meg, amelyhez az alkalmazottak tevékenységét viszonyítják. Standardok alatt a szakmai köznyelvben számos fogalmat értünk, tulajdonképpen gyűjtőnévként tekinthetjük. Standard lehet az intézetek működésének minimum feltételei, szakmai irányelvek, szakmai tevékenységek leírása, kötelezően betartandó protokoll vagy valamely indikátor elérendő értékszintje, de standardnak nevezzük a JCAHO által kifejlesztett kórház-minősítésben alkalmazott elvárás gyűjteményt is. A standardokon alapuló akkreditációs rendszerben, például a struktúra kritikus elemeit előre meghatározott kritériumokkal vetik össze. A kritériumok egy része „minden vagy semmi” jellegű, ebben az esetben a minősítés alatt levő intézmény vagy megfelel, vagy nem felel meg az adott kritériumoknak. Az akkreditáció során egy akkreditáló intézmény elismeri, hogy az egyén vagy egy szervezet megfelel az intézmény által felállított kritériumoknak. A kifejezést az intézmény által elvégzett értékelési folyamat és az

értékelés végeredményének - amikor is egy akkreditációs tanúsítvánnyal ismerik el, hogy az egyén vagy a szervezet megfelel a követelményeknek - kifejezésére egyaránt használjuk. Az úgynevezett minimum feltételek is tulajdonképpen kritériumokat, illetve standardokat tartalmaznak. Az érvényes ÁNTSZ előírásoknak és szabványoknak való megfeleléstét az ÁNTSZ mint szakfelügyelő ellenőrzi és az intézmény csak ennek engedélyének birtokában működhet. 2001-ben jelent meg a Kórházi ellátási standardok kézikönyve, amely a JCI standardok adaptációjából készült. E rendszer alkalmazásának is vannak hagyományai Magyarországon. Hazai kidolgozásában több fekvőbeteg intézet – köztük az ISO-t például elsőként alkalmazó Zalaegerszegi Kórház is – részt vett. Az ISO-hoz hasonlóan a Kórházi standard rendszer szintén működhető magyar viszonyok között, alkalmas folyamatos fejlesztésre, valamint tartalmazza a külső felülvizsgálat (audit) lehetőségei szempontjait is. Miután ez egészségügy – specifikus rendszer, elsődleges célja hogy a kórházakban elkerülhetőek legyenek a betegre veszélyes kockázatok, valamint, hogy értelművé váljanak a betegellátásban résztvevők kompetenciái és felelősségi köre. A Kórházi standardok kézikönyve külön fejezetekben foglalkozik a betegellátás során felmerülő egészségügyi tevékenységekkel (betegfelvétel – elbocsátás, vizsgálatok, betegellátás, stb.) valamint a minőségirányítás (vezetés, menedzsment, működtetés) szabályozásával. Előnye a rendszernek, hogy az ISO-nál hatékonyabban támogatja a fekvőbeteg gyógyintézetekben folyó minőségfejlesztési tevékenységét és a szakmai munkát, ugyanakkor a rendszer itt csak keretet ad, amit a szakmának konkrét tartalommal kell megőltetni. Sajnos egyes országos standardok hiányában nem minden rész értelmezhető könnyen. Jelenleg a járóbeteg ellátásra alkalmazható standard alapú minőségügyi rendszerrel nem rendelkezünk. A tapasztalatokat összegezve egészségügyünkben valószínűleg a két rendszer ésszerű ötvözésével egy sajátos magyar minőségbiztosítási – fejlesztési rendszer kialakítása lesz az optimális megoldás.

**A minőségügy kérdése sokrétű problémakör. Fontos, hogy szakmailag jól felkészült teamek vegyenek részt a megvalósításában, kidolgozásában. Mi a helyzet az egészségügyi minőségbiztosítás oktatásával?**

Az egészségügyben hatékonyan működő minőségbiztosítási, minőségfejlesztési rendszerek kialakításához és működtetéséhez valóban olyan szakemberek szükségesek, akik ismerik a magyar egészségügy helyzetét, a felmerült problémák megoldásának formáját, és elsajátították az egészségügy speciális igényeinek alkalmazkodó minőségbiztosítási és minőségfejlesztési elveket, technikákat. Tehát a minőségbiztosítás nem valósítható meg oktatás nélkül. Az oktatásnak ki kell térnie a minőségmenedzsment általános kérdéseire és az egészségügyi szolgáltatások speciális szempontjaira egyaránt. Véleményem szerint a minőség oktatását már az egészségügyi szakemberek képzésének graduális szintjén is kell építeni a tanrendbe. Csak így valósítható meg, hogy a végzett egészségügyi dolgozók megfelelően tájékozottak legyenek az egészségügyi minőségbiztosítással kapcsolatban. Ebben az időszakban kialakított képzés során könnyebben elfogadhatóvá tehető az az alapelv, hogy a minőség az egészségügy szerves része, attól el nem választható és nem valamilyen kívülről rántott dokumentációs fegyelmet jelent. Az általános szempontok tulajdonképpen az ISO alapú minőségügyi rendszer építése során is felmerülnek, de sajnos ritkák azok az oktatási formák, ahol az alapismereteket az egészségügyi specifikumokkal ötvözik.

A magyar képzési, továbbképzési rendszerben a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola – Magyarországon először – olyan két éves, másoddiplomás adó képzési programot dolgozott ki, amely biztosítja az egészségügyi minőségbiztosítási szakemberek folyamatos képzését. A szakirányú képzés ismereteket kiegyenlítő és alaptantárgyakra épül, sőt lehetőség van – egyéni specializációs igénynek megfelelően – további tantárgyak felvételére is. Az egyes tantárgyakra, mint továbbképző tanfolyamra is lehet jelentkezni. Az Európai Minőségügyi Szervezet (EOQ) Magyar Nemzeti Bizottságával közösen – terveink szerint 2003-ban – szeretnénk beindítani a „Vezető auditor képzés az egészségügyben” képzést is.

Pigniczki Ágnes  
Debrecen







# Tallózó: „Hogyan bánjunk a sajtóval?”

Egy olyan társadalomban, amelyben a sajtó diktálja az információt és a szórakozás fogyasztását, bármilyen vezetőnek aktívan foglalkoznia kell azzal, miképpen kezelje a sajtóval való kapcsolatát. Hiszen minden, az egészséghez kötődő ügy a sajtó nyilvánosságától rendkívül érdekli.

Minden kórházi igazgatónak és orvosnak jó időben és válságok idején egyaránt aktívan kell törőnie a sajtóval. Ez első sorban azt jelenti, hogy tisztában legyenek azzal a körülménnyel, hogy a sajtó képviselője miképpen viszonyul egy hírhez, – mint a hír szolgáltatója. Az aktív sajtómunka számára ez azt jelenti: „ami Önnek az jó sztori, az a sajtó számára nem feltétlenül az”.

**A rendkívüli.** Ott kezdődik, hogy a sajtó a rendkívülit, a szenzációt óhajtja megjeleníteni. A sajtó egyszerű receptje: minél megdöbbentőbb egy információ, annál inkább érdeklődik iránta sok ember. A kívülálló számára semmi rendkívüli abban, hogy egy kórház hétről-hétre miképpen áll helyt. A hiba, a balfogás, a döbbenet, ami érdekes.

**Az aktuális.** Az újságírók folyton keresik azt a sztorit, amely csak az övék, vagy legalábbis mindenki előtt rukkolnak elő vele. Az „exkluzív” az a varázsszó, amely növeli egy riport, vagy egy információ rangját és jelentőségét. Az egészségügyi vezetők ezt a hajlamosságot akár a saját javukra is fordíthatják, amennyiben ügyesen értik, hogy olyan, számukra előnyös „sztorikat” és üzeneteket helyezzenek el a sajtónál, amelyek az újságírói követelményeknek megfelelnek.

**Az aktuális.** Egy további szempont a hír frissessége. Csak az az érdekes, ami ma megtörtént, amit épp most bevezettek, vagy felfedeztek. Ezért az újságíróknak szüksége van az érintett nyilatkozatára – itt és most, nem csak egy hét múlva. Igaz, a sajtó ama tendenciája, hogy a lehető legaktuálisabb legyen, gyakran a pontosság kárára megy, de nem utójára azért, mert az érintettek és a hozzátértek hallgatnak. Aki nem látja el a riportert elegendő információval, ha egyáltalán szóba áll vele, nem csodálkozhat, ha róla, kórházáról, vagy osztályáról helytelenül, vagy hiányosan tájékoztatnak.

**A konkrétum.** A sajtó és képviselői fontos partnerei a kórházi igazgatónak, az orvosoknak, és a vezető egészségügyieknek. Viszont mit is várnak az újságírók és a riporterek partnereiktől? A válasz egyszerű: konkrét tájékoztatást, világos válaszokat, feldolgozható nyi-

latkoztatókat, tehát azt a nyersanyagot, amire szükségük van munkájuk során.

Ugyanakkor a sajtó partnereként, interjúalanyként nem várhatjuk el, hogy az újságíró úgy mond információknak kisebb méretű, de tárgyilagosan arányos mását tegye közre, hiszen általában más információforrások is állnak az újságíró rendelkezésére. Ráadásul legtöbbször nem rendelkezik az információt szolgáltató átfogó szakismeretével. Egy újságíró riportját, vagy kommentárját az összes információ alapján állítja össze, amelyre szert tett, de tekintettel arra, hogy minden információ szolgáltatója saját szemszögéből, tendenciázisan nyilatkozik, néha még fontos részletinformációt is kihagyhat beszámolójukból. Hasonló tapasztalatok nyomán nem egy újságíró kihívó szkeptikus módján közelíti meg beszélgető partnereit, ami gyakran félreértések forrása lehet.

**Lendületesen.** A kórházak minden vezető beosztásújának aktívan kell törőnie a sajtóval, és magabiztosan fel kell lépnie velük szemben. Aki passzív marad, előbb-utóbb elhanyagolhatóvá válik a sajtó szempontjából. A jobbik esetben nem törődnek vele, a rosszabb esetben rossz fényben tüntetik fel.

**Felkészülten.** Való igaz, időbe kerül az aktív törődés a sajtóval. A médiás fellépésekre és az interjúkra kellően fel kell készülni. A hiányos felkészültség már sok interjúalanyunk kellemetlenségeket okozott. A laza fellépés nem helyettesítheti a komoly felkészültséget a sajtóval való kapcsolatban.

**Jövőbe mutatóan.** A lendületes fellépéshez okvetlenül hozzátartozik a jövőbe való tekintet. Társadalmunk egyre inkább elvárja – válságos helyzetekben kivált – hogy a jövő problémáinak most már felmutassuk a megoldásait. Az elért sikerek felsorolása egyre kevésbé számít. Gyorsan alakuló társadalmunkban a tavasz sikereit ősszel már elfelejtik, más felemelkedés hatástan. A jelenben élünk, a s jövőbe nézünk. Ezért keressetek a perspektívák, a víziók és a problémamegoldó ütemtervek.

## Válság helyzetben a sajtót gyorsan kell kiszolgálni

Sok orvos és egészségügyi vezető vonakodik attól, hogy válságokkal és megelőzésükkel foglalkozzon. Ezért válságkezelés idején gyakran megesis, hogy balszerencsésnek lépnek fel a nyilvánosság előtt. Amikor adott esetben egy sebész műhibát követ el, először kerül a nyilvánosságra. Hasonlóan sok kórház, ame-

lyet a sajtó képviselői felkeresnek egy-egy kiszivárgott probléma kapcsán, sok esetben „biztonság kedvéért” elzárkózik a nyilvánosság elől. Ezzel viszont az érintettek még nem oldották meg a sajtóval való viszonyukat, ellenkezőleg: a titkolózással legtöbbször fokozzák a bálhét. Amikor egy válságban a kórházigazgató, vagy a főorvosok nem azonnal nyilatkoznak, hanem csak napokkal később, akkor már elkéstek. Akkor már rég lefutott az információ-gépezet.

**Gyorsan.** A válság legfontosabb kommunikációs alapelve a gyorsaság. Inkább gyorsan, ha nem is átfogóan kell nyilatkoznia, és a tájékoztatás zökkenőmentessége meggyőzőbb a körülményes magyarázkodásnál. Minden esetre alapvető követelmény a lendületes cselekvés. A korábban megszokottakhoz képest felgyorsult a reakcióidő a médiában, ami alatt területekre kerülnek a válságos és problémás esetek, ezért szükséges a gyors eljárás. Ezen kívül a válságkezeléses médiaorganizációs módszereit az új követelményekhez igazodóan ki kell dolgozni. Példa kedvéért, a „klasszikus” média mellett, mint a TV, a rádiózás és a nyomtatott sajtó, most az új média is kell gondolni: az internetre és különböző alkalmazásaira. Mivel a TV és a nyomtatott sajtótermékek is használják az internetes technológiákat, az egészségügyi vezetők válságos időben tanúsított cselekvőképessége iránti elvárásnál mamár jóval nagyobb a kölcsönhatás.

**Röviden és pontosan.** A sebesség növelésével párhuzamosan felülte a fejét egy új, megkérdőjelezhető jelenség, mégpedig az információ lerövidítése. Joggal kritikusan szemléljük ezt a fejleményt, viszont azok a szemlélyek, akik válságos helyzetben a sajtóval találják szembe magukat, ki sem tudják ezt kerülni, tehát akaratlanul is alkalmazkodniuk kell. Ez a rövid, lényegre törő, és világos tájékoztatási magatartást jelenti. Vesztesre áll, aki nem képes pontos és világos információkat közölni. Manapság senkinek sincs kedve, hogy homályos utalásoknak utána járjon – annál inkább kérdőre vonják. Válság idején a nem világos tájékoztatás a félreértések és a sajtóbotrány megalapja.

## A valódi tét a felkészülés

**Válságterv.** Fel kell készülni a nehéz helyzetekre. Minél jobb a vész helyzetben érvényesíthető terv, annál profibb módon reagálhatunk, amikor a komoly gondok kezdődnek. Ez kiváltképpen a kommunikáció területére

igaz. Itt nagyon fontos a kidolgozott válságterv, hogy a kellemetlen utóhatásokkal szemben védekezzünk. Ez a válságterv egyrészt rögzíti az általános stratégiát, másrészt pedig a lefolytatásra és az érvelésre is kiter, tehát a válságkezelést elősegítő kommunikáció érdekében előre tisztázni kell az illetékességet. A válságkezelő stábot előre kell kinevezni, és a belső kommunikációs csatornákat részletesen meg kell tervezni.

**Stratégia.** Az első fontos lépés, hogy a sajtó területünkön minden potenciális válságokozót felsoroljunk, és hogy az elképelt válságokhoz válságkezelésre külön-külön fontoljuk meg a kommunikációs és érvelési stratégiát. Természetesen képtelenség előre kieszelni minden egyes esetet, viszont: minél szorosabban kötik a mediataikus válság megelőzés hálóit, annál kevesebb kellemetlen meglepetésben lesz részünk, és annál jobban járunk majd el egy adott válsághelyzetben. „Lopakodó válság” esetén az első jeleknél azonnal intézkedni kell. Gyakran fordulhatnak elő belső problémák, melyek az érintettek előtt ismeretese, mivel belül virulensek, és azt a veszélyt rejtik magukban, hogy amikor nyilvánosságra kerülnek, sajtóbotrányt robbantanak ki. Nem minden esetben tanácsos, hogy direkt a sajtó elé vigyük az esetet, de mindenképpen előnyös, ha előre megfontoljuk, miképpen reagáljunk, ha a belső ügy nyilvánosságot nyer. Problémás sajtóügy esetén csak így érdemelhetjük ki a nyilvánosságban a kompetencia elismerését és a bizalmat.

**A vezetőség szerepe.** Végül: a válságos komoly problémás ügy a főnök felelőssége. Nehez helyzetben a szervezet elnökségének tájékoztatnia kell a nyilvánosságot, még akkor is, ha talán nem a legjobb szakemberei az érintett területnek. Fontos ebben, hogy jelezzük: komolyan vesszük az ügyet, és a legmagasabb szinten foglalkozunk a probléma elhárításával.

Ahhoz, hogy válságok idején is profi módon bánjunk a sajtóval, a legalkalmasabb megelőzési intézkedés a rendszeres médiakapcsolatok fenntartása. Rendszeresen gyakoroljuk az újságírókkal, riporterekkel való helyes bánásmódot. Ezzel biztosíthatjuk, hogy problémás esetben profi módon közbelegyünkünk.

**Dr. Gerhard Friedrich**  
Sajtóedző és vezetőképző  
Visioconsult-Kommunikációfejlesztő Társaság  
Fordította: Neumann István  
Svájc



Általános elvárások az egészségügyi takarításnál szemben

A kórházi környezet egy speciális mikrobiológiai környezet, ahol az ott folyó gyógyító munka és a betegek speciális fertőzése, kórokozó hordozása miatt a legellenállóbb kórokozók szelektálódnak ki. Ezért nagyon fontos, hogy a környezetbe bekerülő kórokozókat folyamatosan elpusztítsuk, ezáltal a fertőzési láncot megszakítsuk. Ez a magyarázata annak, hogy a kórházban nem elegendő a tisztítás, hanem szükséges a folyamatos fertőtlenítés is. A fertőtlenítő takarítás hatékony, ha kórokozó mikroorganizmusok a felületről vett minta mikrobiológiai vizsgálata során nem tenyészik és a

## Új utak a takarításban

szennyező baktériumok száma is jelentős mértékben csökken. A fertőtlenítő takarítás eredményeként a csiraszám nem nulla, ezért a baktériumok szaporodási ütemét figyelembe véve a csiraszám a takarítást követően ismét emelkedni kezd és körülbelül négy óra múlva éri el ismét a takarítás előtti mértéket. Ebből következik, hogy nem csak egy makroszkópos, hanem egy mikroszkópos tisztaság is követelmény. A kórházi fertőtlenítési rendszer hatékony működésének eredménye olyan mikrobiológiai környezet, ahol a gyógyító munka biztonságosan végezhető. A fertőtlenítő takarítás fontos részét képezi az intézmény fertőtlenítési rendszerének és attól nem is választható külön.

### A Vileda-Swep rendszer

A takarítás témaköre két fontos tényezőt érint. Egyik oldalon jelentkezik a higiénia és a tisztaság feltétlen követelménye, a másik oldalon a költségsökkentés és gazdaságosság igénye. Ezen fontos tényezők megvalósításához a legalkalmasabb és országosan egyedülálló takarítási technológia, a Vileda-

Swep rendszer alkalmazása. A kórház higiénia egyik lényeges alkotó eleme az épület takarítása és a felületfertőtlenítés. Kiemelt jelentősége van annak, hogy a tevékenységet a követelményeknek megfelelő, higiéniai szempontból kifogástalan módon hajtsák végre. A kórház takarítás célja nem a környezetben mindenütt jelenlévő csirasejtek kiküszöbölése, hanem a patogén, vagy fakultatív patogén mikroorganizmusok számának a minimumra való csökkentése. A módszer kiválasztásánál a következőket kellett figyelembe venni:



- a kórház csiramentességi igényét,
- a betegek, a személyzet és a látogatók veszélyeztetését,
- a kezelendő anyagot (padló felületet),
- a gazdaságosságot.

A Vileda-Swep rendszer az egyutas fertőtlenítő rendszer legteljes mértékű formája. A Swep rendszer a kezelendő anyagot, padlót nem károsítja. A szervizkocsikon használatra kész állapotban állnak a nedves fertőtlenítőszerek impregnált mopok. A tároló dobozokban lévő mopok azonnal felhasználhatók, nincs szükség munkaadat készítésre, szennyes oldat kezelésre. Az osztályos dolgozók nem foglalkoznak a fertőtlenítőszerek oldatok elkészítésével, nincs adagolási hiba, nincs közvetlen balesetveszély a veszélyes anyagok szerviz kocsin való tárolásából adódóan és így a mérgezők rizikója is minimálisra válik (gyerekosztály, pszichiátria, stb.). Az így leegyszerűsített munkafolyamatnak köszönhetően sokkal hatékonyabb és gyorsabbá válik a munkavégzés, jóval kevesebb az ergonometriai igénybevétel. A teleszkópos nyéllel és csuklószíjjal ellátott moptartóra egyetlen mozdulattal felhelyezhető a mop. Az adott munkafázis kivitelezésekor a



dolgozó a dobozból kiemeli a fertőtlenítőszerek nedves mopot, feltörli vele az adott munkafelületet, majd használja és elszennyeződött törölközőt a gyűjtődobozba teszi. Az alkalmazott eszközökkel lehetővé válik a nehezen hozzáférhető területek takarítása is. A törlés a hagyományos takarítási módszerhez hasonlóan „S” alakú mozdulatokkal történik, amelynél fontos, hogy a mopozat zsebszéle előrefelé mutasson. A töröl mozgás előrefelé és egy irányban történik. A szennyezettségi foktól függően 15-20 m<sup>2</sup> felület áttörésére alkalmas. A használt mopok egyik helyiségből a másikba nem vihetők át. A szennyezett mopok tisztítását fertőtlenítését és a tiszta mopok impregnálását az intézet területén lévő központi mosodában végézzük.

(folytatás a 11. oldalon)







# A légúti allergiás betegségekről, időszerűségükről I. Népegészségügyi jelentőségükről

Sajnos az atopiás betegek száma világszerte növekszik, elsősorban a légúti betegségek (asthma, rhinitis) prevalenciája emelkedik. (1) Leyneart és munkatársai 6251 beteg adatainak értékelése után (20-44 évesek) megállapították, hogy az „atopiás sensitizáció” kockázata csökken, ha a gyermekkorban vidéken éltek. Ebből arra a következtetésre jutottak, hogy a gyermekkor környezeti tényezők protektív hatásúak lehetnek. (2) Mások adatai szerint a fejlődő országokban városokba költözőknél fokozódik az allergiás reakciókészség. (3) (4) Így a wheezing („mellkasi sípolás”), a rhinitis vagy az ekzema kockázata egyaránt.

Evidencia az is, hogy tartós pathogén expozíciók elősegítő tényezők az idült hörghurutban, az amphysemában, az asthmában és a rhinitisben. Fontosak bizonyos közös etiológiai faktorok is, mint például a dohányzás, allergének, a légszennyezések, stb. Ne felejtjük el azt sem, hogy az említett betegségekben kialakulhat légúti obstrukció.

A populáción belüli magas arányok és a folyamatosan növekvő szám adja népegészségügyi fontosságukat! A rhinitis a kellemetlen tüneteivel mérsékli a mun-

kateljesítményt, rontja az életminőséget. Az asthma gyakori munkából való kieséseket, tartós vagy végleges munkaképzetlenséget okozhat. Sajnos, az asthmások 2/3-a a leginkább munkaképesek közül kerül ki (20-60 évesek). (5)

## Az epidemiológiáról

Az asthma prevalenciájáról földrészenként eltérőek az adatok. Ennek okai: a regionális különbségek, az eltérő felmérési metodikák és az országonként is változó kritériumrendszerek. Az USA-ban a lakosság 5, az európai országokban 1-4, Új-Zélandon és Ausztráliában 10 százalékos a betegszám. (6) Magyarországon 2000-ben közel 1 százalék növekvő ütemmel és sok felkutatásra váró beteggel. A legtöbb országban kérdőíveket használnak, míg nálunk a szakrendelői – osztályos kivizsgálást diagnosztikát fogadják el. (Szakmai Kollégium állásfoglalása szerint.) (7) Elsősorban az extrinsic típusú esetek mutat növekedést, míg a halálozás csökken.

A rhinitis betegek 2/3-nál igazolható az allergiás eredet, a prevalencia 5 százalék körül van. (Becsült adata, mivel reprezentatív vizsgálat nem történt, s a betegség nem bejelentésre kötelezett.) (8)

## Aktuális kérdések

**Újszülött és csecsemőkorban** az RSV a leggyakoribb légúti vírus, amelyik 2 éves korig bronchiolitist és wheezinget okozhat. Felnőtt korban a monocyta aktiváció révén gyulladást, az asthmás tünetek exacerbációját okozza. Amikor az IL-12 termelés dominál (Th 1 típusú válasz), akkor gyorsan regenerálódnak a szervezet, míg IL-10 produkcióban (Th 2) recidiváló állapot alakul ki.

## Alapkérdés a légúti inflammáció?

A monocyta kemotaktikus protein-1 (C-C chemkine) motivációja a tracheába monocyta beáramlást vált ki, s endotoxinra neutrofil válasz alakul ki. Ezek szinergisták és a hatásukra citokin szintézis jön létre. Warthmannin, mint eosinofil sejtek degranulációjának inhibitora, az exotoxin aCCR3 receptorok aktivátora provokativ. (9) Számos tanulmány foglalkozik a remodelinggel, a strukturális változásokkal. Asthmában az epithelium egyre fragilisebb, a reticularis basalmembrán vastagodik, a bronchialis simaizom-tömeg növekvő és az ún. conductív légútfal 100-200 százalékkal is vastagabbá váló.

Jellemzően hypertrophizálnak a submucosában elhelyezkedő nyáktermelő mirigyek, s alapvető a kislégutak érintettségé – fixált obstrukció kialakulása. (A CD4+ + T lymphocyták eosinofil és hiszociták száma növekszik.) A remodelling már gyermekkorban elkezdődik. Nem kívánunk a részletekbe belemenni, így a goblet sejtszámnövekedés vizsgálatokba. stb. Néhány érdekességre, legújabb lehetőségre azért szeretnénk felhívni a figyelmet! (10)

**Az atopiás betegeknél a simaizomkontractilitása, biokémiai – növekedési karakterváltozás észlelhető.** Az interferon-gamma hatására alapvető változások tapasztalhatók a légúti simaizomknál, a leukotrien-Du-re adott válaszokban. Az IFN-gamma a sejtfelszínen az mRNA és a cisteinil leukotrein receptor-1 expressió dóziszfüggő növekedését eredményezi, ami montelukasttal (leukotrein-receptor antagonistával) függeszthető fel. (11) A Chlamydia pneumoniae infekció szerepe az asthmás betegeknél nem régen figyeltünk fel. Ma már elfogadott, hogy fogékonyabbak a kórokozóra, de a fulladás mértékével nincs kolleráció. (12.)

(folytatás a 12. oldalon)

**FLIXOTIDE™**  
Az első lépés

**Az asthma hatékony és biztonságos kezelése**

- Erős gyulladáscsökkentő hatás
- Kiszívó mellékhatás profil
- Magas préselés index
- Tünetmentesség éjjel-nappal

Csak mi tudjuk, hogy asthmások

**FLIXOTIDE™**  
Az első lépés

**Az asthma hatékony és biztonságos kezelése**

- Kiszívó mellékhatás profil
- A hatóanyag hatékonyan és biztonságosan felszívódik
- Bármilyen súlyosságú asthma-ban alkalmazható már a éves kortól
- Kényelmesen és egyszerűen a használat

Csak mi tudjuk, hogy asthmások



# Az asthma klubok fontosságáról

## Részvétel a gyógyulásban

Valamennyien egyetértünk a beteg felvilágosítás – oktatás fontosságában. (1) Az asthma krónikus betegség, jellemző munkaképesség csökkenéssel, súlyosabb esetekben rokkantsággal. Sokszor felbomlik a családi harmónia, megszünnik bizonyos társadalmi egyensúlyok és megváltozik a betegek életminősége is. (2) Ezekben a nehéz helyzetekben igen sokat segíthetnek a cél-szerű ésszerű harmonikus kapcsolatok. Nemzetközi felmérések szerint a betegek 90 százaléka ezt igényli is. (3) (4) (5) Keveset tudnak az ún. krízishelyzetekről, az életmód változtatásról (31 százalékuk tovább dohánnyzik?), s így gyakrabban kiesnek a munkából, gondozói, illetve osztályos ellátásra szorulnak. (6) (7) (8) (9) Paradox helyzet, hogy nem tudunk annyi időt „befektetni”, ami indokolt lenne. Ez később sokszorosan megtérülne a jól együttműködő betegek, lényegesen kevesebb törődést, foglalkozást kívánának.

## Betegoktatás és felvilágosítás a klubokban

Ezek aktiválták a beteg-klub mozgalmat, először a nyugat-európai országokban, az USA-ban és Kanadában. A jól működő demokráciákban régi hagyományai voltak a civil szerveződéseknek. Így joguk volt tudni a betegeknek, hogy milyen gyógyítási alternatívák között választhatnak,

ismerhették a gyógyszerskálát és indikációkat, valamint a hátrányos megkülönböztetések kiküszöbölésének a lehetőségeit.

Ma már számtalan országban nagy létszámú és jól szervezett együttműködő szervezetek működnek. (10) Folyóiratok, rádió és tévéműsorai vannak, utazási irodáik működnek. (11) (12)

Hazánkban 4-5 éve szerveződtek az első betegcsoportok, elsősorban tüdőgyógyászok, allergológusok kezdeményezésére. Országos szervezetük az „ABOSZ” (Asztmás Betegek Országos Szövetsége) napjainkban taglétszámuk lassan emelkedik, vannak tartósan és stabilan működők, önfenntartók és érdektelenség miatt megszűnők. Sok helyen a házi orvosok a szellemi mozgató, irányító, szakmailag korrigáló. A kollégák biztosítják az ideális egyensúlyt, például meggátolják az „alternatív medicina” irányába történő elcsúszást. Közösen keresnek támogatókat, szponzorokat és segítik a betegoktatást. Kedveltek a „vendég előadók”, a szervezetek együttműködve közösen hívnak meg oktatókat. Az inhalációs eszközök, a PEF-méter ismertetése, tanítása elsődleges fontosságú. Ebben is gyakorlatias segítséget nyújtanak az „asztma-nővérek”, akiket speciális tanfolyamokon készítenek fel. Lényeges az élő kapcsolat a területért felelős tüdőgondozóval, alkalmanként allergológiai szakrendeléssel.

Jól szervezett a légző torna (nagy és kis-

csoportokban), a speciális gyógytornák, „légzés fiziko-terápiák”. A csoportok igyekeznek érdekvédelmi, jogi tanácsokat is biztosítani, felkért szakemberek segítségével. Ne felejtsük el a szociális segítőkéről, a mentálhigiénikusokról sem.

Ezen önszerveződésekben, ahol az egyes betegek kitarulkozhatnak, lehetőségek teremődnek a munkahelyi, családi kérdések megválaszolására, a felmerült problémák értékelésére, s alternatív megoldások kialakítására.

A betegek szeretik a kötetlen beszélgetéseket, amint jeleztem a közel kerüléssel (közös krónikus betegségük) nyíltan megbeszéljük egymással, a segítőkkel „titkaikat” is. A közel kerüléseket társas összejövetelek, kirándulások és sportesemények segítik elő.

A háziorvosok sokkal többet tehetnek a létező klubok támogatásával, s újabbak létrejöttével, a „bábáskodással”. Ne felejtsük el, hogy a compliance-empátia kölcsönös reverzibilis folyamatot indíthat el. Gondolom, segíthet a nem tisztázott esetek felkutatásában, a megváltozott munkaképességű asztmás betegek rehabilitációjában is.

## Irodalom

- (1) Global initiative for Asthma National Institutes of Health; National Health, Long, and Blood Institute Publication Number 95-3659, 1995.
- (2) Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma; 1999 June <http://www.NHLBI.NHI.gov>.
- (3) Partridge M.R.: Delivering asthma what are the key components and what do we mean by patient education?; Eur. Respir. J. 1995; 8: 298-305.
- (4) Mühlhauser J., B. Richter, D. Krant, G. Werke, H. Worth, M. Berger: Evaluation of structured treatment and teaching programme on asthma; J. Int. Med. 1991; 230: 157-164.
- (5) Wilson S.R., R.B. Mellius: A controlled trial of two forms of self managed education for adult with asthma; Am. J. Med. 1993; 94: 564-576.
- (6) Berta Gy.: Asztmás betegek információs igénye és a realitás; Med. Thor. 1996; 49: 337-339, 7.
- (7) Bolton M.B., B.C. Tilley, J. Kuder, T. Reeves, R. Lonni, M.S. Schulz: The Cost and Effectiveness of an Education Program for Adults, who have asthma; J. Gen. Intern. Med. 1991; 6: 401-407.
- (8) Neu M., G.B. Migliori, A. Spanecello, D. Berre, E. Nicolini, C.V. Landorni, I. Ballardini, M. Sommaroga, P. Zanoni: Reeconomic analysis of two structured treatment and teaching programs on asthma; Allergy, 1996; 51: 313-319.
- (9) Trantner C., B. Richter, M. Berger: Cost effectiveness of a structured treatment and teaching programme on asthma; Eur. Respir. J. 1993; 6: 1485-91.
- (10) Assal J. Ph., A. Colay, A. Ph. Visser: New trends in patient education: a trans cultural audinter-disease approach. (Proceedings the Patient Education 2000 Congress, Geneva) Elsevier (Amsterdam-Lausanne-New York-Oxford-Shannon-Tokyo) 1995.
- (11) Berta Gy.: Patient Education; 2000. Genf. Med. Thor. 1994; 47: 321-323.

Táblázat

Betegségek okairól	Háziárostól	Tüdőgondozóban	Országos	Selvésem
Betegségek okairól	7%	21%	44%	28%
Lefelnyésről	12%	12%	50%	36%
A leheztetés szabályosságáról	18%	15%	40%	27%
A gondozásról	8%	64%	14%	14%
Rehabilitációról	3%	12%	22%	60%

## Új utak a takarításban

(folytatás a 7. oldalról)

Az érintett osztály területéről a szennyezett mopok elszállításáról és az impregnált mopok folyamatos ellátottságáról egy team gondoskodik, napi tizenkét órában. A szabadalmaztatottan kifejlesztett mosógépek kemothermodesinfektív mosással fertőtlenítik a törölkendőket. A tiszta és fertőtlenített mopokat gépi adagoló berendezés segítségével impregnáljuk, s azok így, munkakész állapotban speciális dobozokba téve 24 óráig felhasználhatóak. A rendszer nagy előnye a vegyszer és energia, továbbá ivóvíz megtakarítási lehetősége. A takarítási munkafolyamatok, a mopok mosási és impregnálási munkafolyamata, valamint az osztályos moppelhasználás dokumentálva van, a minőségügyi kívánalmaknak megfelelően.

### A takarítókosci a következő speciális eszközöket tartalmazza

- Moptartó és a hozzá tartozó teleszkópos csuklórésszel ellátott nyél
- Speciális gumirésszel ellátott seprű
- Speciális lapát, melyen a badellabetét rögzíthető
- Multi vízlehúzó
- Különböző színű törölkendővel

- A vödörkhöz használandó színű törölkendő
- 2 darab moptartó doboz, amelyben egyenként 15 impregnált mop helyezhető el
- Nyeles műanyag kefe

A Profi-Komfort Kft. a Kenézy Gyula Kórház - Rendelőintézet területén 2001. január elsejétől végzi a takarítási tevékenységét. Országosan vezető szerepet csak úgy érhet el egy cég, ha a legmodernebb és legköltséghatékonyabb technológiát alkalmazza, az a megrendelő és a vállalkozás is maximálisan elégedetté válik.

A Profi-Komfort Kft. minőség politikájában szerepel a megrendelő magas szintű kiszolgálása, amely a Vileda-Swep rendszer bevezetését indokolta. A rendszer alkalmazása országosan egyedülálló, elsősorban a Kenézy Gyula Kórház területén került bevezetésre. Mintegy 50.000 m<sup>2</sup>-en, húsz betegellátó és kiszolgáló osztályban, hatvan Vileda-Swep takarítókosci teszi lehetővé az intézet magas szintű fertőtlenítő takarítását.

Rózsza Viktória

Kelet-Magyarországi szakmai vezető

Vannak **nélkülözhetetlen** dolgok...



...mint a  
**COPD** terápiájában  
az antikolinerg hűngötágitó

**Atrovent®**  
[ipratropium bromid]  
• 16 év óta van  
• egykötésű hatóanyagformája  
• könnyű használatú  
• akár formában akár csacacacacac, B. mond lemondó beteg köztársaság

**Berodual®**  
[ipratropium + formotekol]  
• köhögésgátló a tracheitában  
• két hatóanyagot tartalmazó készítmény  
• hatékonyan csökkenti a köhögést  
• akár formában is

Boehringer Ingelheim  
Elsők között a szabad légutakért

**Látlelet**

Egészségügyi kommunikációs szaklap  
 az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



» OBSERVER «  
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

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



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

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

újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-szerkesztő: **dr. Kollár László**, ápolási témafelelős: **Petrikné Jakab Zsuzsa**  
Munkatársak: **Thaly Borbála** szerkesztési vezető, **Kollár Bence** lap- és marketing igazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendrei, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 (26) 500-638, -39, 06 (20) 978-5662,  
A lap előfizetési díja: 3000 Ft/év. Darabonkénti ára: 425 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

e-mail: [latlelet@elender.hu](mailto:latlelet@elender.hu) ISSN 0865-7424

# A légúti allergiás betegségekről, időszerűségükről I.

(folytatás a 10. oldalról)

## Népegészségügyi jelentőségükről

Az asthma kiváltó okairól számtalan felvetést ismerünk. Valószínűleg szerepe van a táplálkozási szokásoknak, a túlzott konzervélfogyasztásnak. (Ezekben kevés a C-vitamin, amelyik közismerten antioxidáns, azaz gyulladásmérséklő anyagot is tartalmaz.) A bélérgesség elterjedtségével is egyes arányban van az asthma. Ilyenkor fokozott a poliklonális Ig-E termelés, ami kompetitív módon gátolja a H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-t kötődést, s így az allergiás reakciót. Familiáris okoknak is szerepe lehet, ha a szülők is betegek, az esély asthmára már 28 százalék. A rövidebb szoptatási idő hajlamosító tényező. **Az asthma tehát soktényezős betegség, genetikailag is, így a gén-terápia itt alig használható lesz.** (13)

Az asthmához 88 százalékban rhinitises tünetek társulhatnak, míg utóbbihoz 50 százalékban a bronchialis hyperreaktivitás. (14)

### A fejlődés lehetséges útjai

A patomechanizmusok tisztázásával javulnak a gyógyítás feltételei. Így lehetőségünk lesz gyógyszeresen belépve gátolni például a gyulladáshoz vezető utakat, konkrétan bizonyos mediatorokat és interleukinokat. Az omalizumab humanizált kappa IgG1 antitest a szabad IgE-t a c2 domainen lévő magas affinitású receptorhoz kapcsolódva interaktív gátló az effector sejteken és a CD23-hoz kötődést is gátolja.

Át lehet állítani az immunológiai rendszert is az asthmában domináns Th2-es vonalról a Th1-es irányába. (Thc-ben: Th1-es vonal, csökkennek az asthmás rohamok. Gyógyulás után visszatér a fulladás!)

### A prevencióról

A klasszikus gondolkodás ideje elmúlt, a „légúti allergiák” komplexitásában diagnosztizálunk és gyógyítunk. Rövidesen a teljesen allergiamentes fenotípus-expressióját megelőző tevékenységben lehet és kell gondolkodnunk. (17) A kiindulópontunk: egészséges, nem szenibilizált-e az egyén?

Jellemzően tartós, rendszeres antigén-kontaktus van. Egészségeseknél a szenibilizáltság jele: IgG, esetleg IgA, IgM antitestek jelenléte, ezek a védekezés részenek tarthatóak. IgE jelentkezése már arra utal, hogy a tünetmentes egyén hordozza az allergia manifestációjának a lehetőségét. Primer prevenció a túlérzékennyé válás megelőzése, ami ma még inkább filozófikus jellegű. Különösen kétséges egy-egy futó allergén-mentesítő kampány sikere, mint a parlagfű. Ez akkor is így van, ha sekunder megelőzőként a már sensitizáltnál a prevenció jól funkcionál. Ugyanakkor lehetőségünk van a célcsoportok, mint a magas rizikójú újszülöttek azonosítására a családi anamnézis pontos felvételével. (Gyors és költséghatékony módszer!) Magas rizikójúak a WHO definíciója szerint, akiknél egy szülő és idősebb testvéruk atópiás. (Az újszülöttek kb. 35 százaléka) Így például két extrinsec asthmás házasságból 70 százalékban várható szervlokaliszációjú körkép fellépése. Az allergiához a családi érintettség + nem kontrollált, allergéndús környezet + a kerülhető triggererek figyelmen kívül hagyása is szükséges. (18) Törekedni kell fél – egy éves kor alatt (célcsoport) az allergén-szegény környezet megteremtésére.

a./ A táplálkozás mesterséges alakítására. Anyatejen kívül mást a csecsemő nem kapjon. Szükség szerint, nagymértékben hidrolizált tápszerek adhatók.

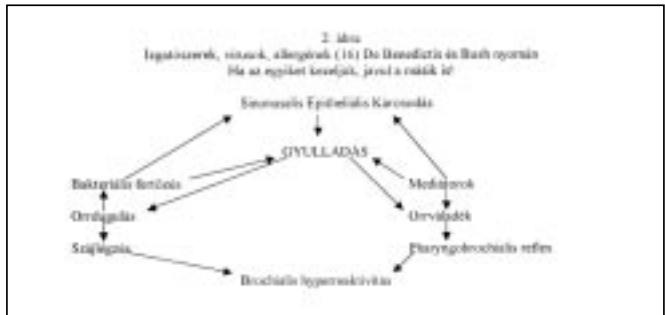
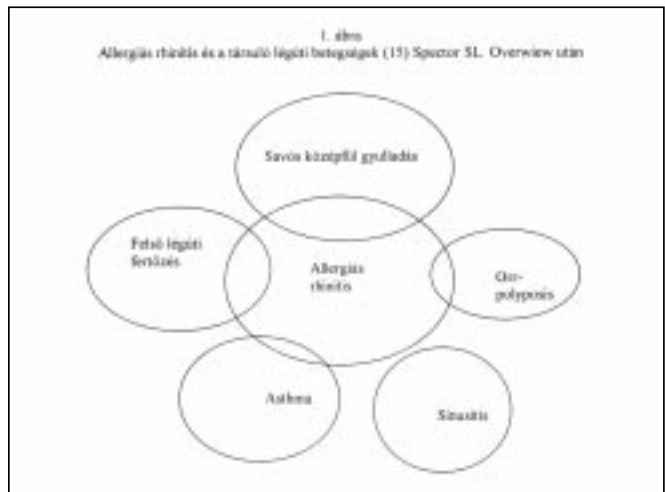
b./ Fontosak a lakáskörülmények. Atka, svábgogar, hobbitálatok (hőrcsög, papagáj stb.), kutya, macska, a penészgomba allergének alacsony szinten való tartására kell törekedni = „allergén kontroll”.

c./ A kültéri allergének szerepe sem elhanyagolható. Az anyai dohányzás kétszeres rizikófaktor a csecsemő számára, a légúti allergiák vonatkozásában. (Prenatalis anyai prevenció a dohányzás elhagyása.) Fontos a terhes étrendje, de nem befolyásoló hatású. **A triggererek kiiktatása, a sekunder prevencióhoz tartozik,** felsorolásuk is hosszú: porutánok, vírus infekciók, stb. obstrukciót okozók. Sokan ezért tartják ilyenkor

indokoltnak a korai inhalációs szteroidok bevezetését.

Kisgyermek- és serdülőkorban a primer prevenció alig hatásos, talán a táplálkozási szokások változtatása, illetve „a vidéki életforma felcserélése városira” eseteiben eredményes. Utóbbinál az egyének életük nagy részét, 90 százalékát, zárt terekben töltik. Ezért fontos az építési technológiák szerepe, a mikroklíma (atkák, macskák távoltartása). A kültéri – gyompollen – allergének kiiktatása állami – önkormányzati feladat. A betegség kialakulásának megelőzésében pedig fontos szerepe van a sekunder prevenciónak (lásd előzetesen). A betegség kialakulása esetén fontos a gondozás, így asthmásoknál az egyéni csúcsáramlás mérése. A felvilágosítás a fogyasztói társadalom veszélyeiről ellensúlyozza a „kommunikációs ricsajt”. A terciar prevenció a társszakmák segítségét, együttműködését igényli. Minden életkorban szükség van folyamatos asthma, allergia tanácsadásra és edukációra, írásos gondozási és vész helyzet akciótervek kidolgozására. Szakmai ésszerűségük mellett költséghatékonyaságuk sem elhanyagolható szempont. A foglalkozási allergiák speciális, a preventív szemlélet gyakorlatba való átültetését jelenti, a primer prevenció hatékonyságával. Ne felejtsük el, hogy az atópiás alkatúknál háromszoros rizikó van. Ezt szűmi lehet, a megelőzés – védekezés – ellenőrzés lehetőségeivel kombinálva. (20)

Remélem, sikerült az allergiák, mint komplex társadalmi jelentőségű betegségek szerepét megőrzéséről áttekintő képet nyújtanunk. A folytatásokban a gyermekkori asthmáról az extrinsec – nocturnális – terhelési formákról is lépcsőzetes terápiáról, a szezonális allergiás rhinitisről kívánunk összefoglalást adni. Sorozatunkat az inhalációs kezelési lehetőségek, a betegoktatás, az allergén-mentesítés és az immunterápia gyakorlati tudnivalóinak tárgyalásával folytatjuk.



### Irodalom

- (1) Kósa L.: Allergia. Sub Rosa, 1995.
- (2) Bánkúti Beáta: Légúti allergiás betegségek. Magyar Orvos X. évf. 2.sz. 2002.
- (3) Lawrence M., Tierney Jr., Stephen J., McPhee., Maxine A. Papadakis: Korszerű orvosi diagnosztika és terápia.
- (4) Higgins M.W., Thorn: Incidence prevalence and mortality, intra and intercounty differences. In: Hensley, M. J. and Saunders N.A. (eds): Clinical Epidemiology of chronic obstr. Pulmonary Disease (pp. 23-43), Marcel Dekler, New York, 1990.
- (5) Magyar P.: A légúti betegségek növekvő népegészségügyi jelentősége, aktuális kérdései. Háziorvos Továbbképző Szemle 1:134-135. (1996)
- (6) American Thoracic Society: Standards for the Diagnosis and Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 152, S77-S120, 1995.
- (7) R. Davis — S. Ollier: Allergia, tények. Petit, 1989.
- (8) Dr. Bánkúti Beáta: Az asthma bronchiale kezelése és gondozása. Hippocrates. 1999. Lévf. 4. sz. 228-233.
- (9) Abramson M.J., Pmy R.M., Weiner J.M.: Is allergenimmunotherapy effective in asthma? A meta-analysis of randomized controlled trials. Am. J. Respir. Crit Care Med. 1995; 151:969
- (10) Beszélgetés Dr. Magyar Pállal; Családorvosi Fórum (interjú) 2000. április (27.o.).
- (11) Norwitz R.J. et al: The roll of lenkotriene modifides in the treatment of asthma. Am. J. Respir. Crit Care Med. 1998; 157:1363.
- (12) National Institute of Health: Global initiative for asthma. National Heart, Lung and Blood Institute. Publ. no. 95-3659. 1995.
- (13) Herjavec L., Böszörményi N.Gy: Asthma bronchialis. Springer, 1993.
- (14) Böszörményi N.Gy: Allergiás rhinitis. UCB 9. 1996.
- (15) Spector S.L. Overview of comorbid associations of allergic rhinitis. J. Allergy Clin. Immunol. 1997, 99(2) 773-780.
- (16) Mezei Gy: A szénanátha asthmával való kapcsolata. Orvosi Hetilap 128, 409-412. 1987.
- (17) Nékám K.: Asztma és allergia prevenció: lehetőségek és lehetetlenségek. Hippocrates 2001. szeptember-október. III. évf. 5. sz.
- (18) Corbridge T.C., Hall J.B.: The assessment and management of adults with status asthmaticus. Am. J. REspir. Crit. Care Med. 1995. 151:1296.
- (19) Gyakorlati allergológia: Szemere P. — Nékám K. Springer, 1996.
- (20) Guidelínes/Útmutató: Klinikai irányelvek összefoglalója. 2001.