

Tisztelt Olvasóink!

Ezen lapszámunkban található a 2002. évi előfizetési díjra vonatkozó befizetési csekk. Kérjük, számlaigényüket a csekken szíveskedjenek feltüntetni. Közületi előfizetőink az írásos megrendelést követően kapják a számlát, amelyet átutalással egyenlítenek ki.

„Lelkiismeretes” előfizetésüket megköszönve:
Hunga -Coord Kiadói Kft.

XLVI. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2002. 4. szám

Hangos Töprengő: „Viszlát”

Pattognak a kérdések, pötyögnek a válaszok. Nagyokat perdül a krampusznak öltözött filigrán műsorvezető és ráveti magát következő áldozatára. Válogatott és jól érzékelhetően előre kiagyalt gorombaságokkal honorálja az elmaradt teljesítményt, teljesen függetlenül az elmaradás mértékétől. Dehát ez ennek a játéknak a lényege, ilyennek találták ki a kódos Albionban a koraeste tévénezői számára. **Ki a leggyengébb láncszem? Ki essen ki a folytatásból?** Játékos, néző egyaránt tudja, hogy ez csak játék. Te jó ég! Már a játékunk is ilyen!

A másik csatorna parlamenti közvetítéssel szórakoztatja a nagyérdeműt. Választott képviselőink egymásra lícitálva eregetik a pocsek poénokat a neogót csipkék alatt, ki tudja jobban pofán találni a másikat valami visszafogatlan rossz viccel, gátlástalan modortalansággal. A bábész választó meg tudja, hogy az elhangzó retorikai műsorszám hatékonysága nulla, hiszen a frakcióülésen már

úgyis előre eldöntötték a főnökök – az agytröszt – , hogy ki, merre szavaz. A modor – helyesebben a modortalanság – tehát öncélú. Ezt látja az állampolgár a képernyőn, ezt hallja a rádióban, ezt olvassa az újságban. Aztán egyszer csak azon kapja magát, hogy egy-egy mondata hasonlítani kezd a „példaképekéhez”, egyre gyakrabban enged meg magának egy kis modortalanságot, mindannak ellenére, amit viselkedésről valamikor megtanult felmenőitől. Később már provokál is, hiszen azt látja, újabban ez a sikk. A modortalanság persze rövidesen elnyeri jutalmát, polgártársunk valakitől megkapja a magáét és elindul az adok-kapok, aminek sose lesz vége. Ha viszont azt akarja, hogy ne érje sérelem, a köz porondjáról visszahúzódik a négy fal közé. A politikus pedig ájtatosan forgatja a szemét, a civil társadalom passzivitásáról diszkusszál csodálkozva és úgy tesz, mintha merengene a miérten.

(folytatás a 9. oldalon)

Táplálkozás – Élelmiszer-Biztonság

„A magyar élelmiszerek a világ minden táján megfelelnek az élelmiszerbiztonsági előírásoknak.” – hangzott el a Pán-Európai Élelmiszerbiztonsági Konferencián a közelmúltban, ahol az uniós és a csatlakozásra váró országok képviselői áttekintették a feladatokat és kidolgozták az együttműködés feltételeit. E témával kapcsolatban Mikola István egészségügyi miniszter kifejtette: *nagyon szorosan együttműködünk az agrártárcával, közösen ülünk abban a kormányzati szintű bizottságban, amelyik most az élelmiszerbiztonság kérdéseivel európai megközelítésben és európai összehangolással foglalkozik. A konferencián keleti, nyugati és közép-európai országok közösen elemzik az élelmiszerbiztonságot, ami ma az egyik legizgalmasabb kérdés, hiszen nem*

könnyű definiálni azt sem, hogy mi egészséges és mi az, ami nem.

Mikola István miniszteri programjában nem véletlenül kap első helyet a Népegészségügyi Program. A prevenció világtrend, amit az evidencián kívül a kényszer is szül, hiszen nincs olyan ország, amely bírja azt a gazdasági terhet, amelyet a korszerű medicina adekvát alkalmazása jelent. A ma exállamtitkár, a Népegészségügyi Programiroda igazgatója – dr. Jávor András – szólít fel minket az egészséges táplálkozásra, s a tárca vezetésében helyet kap az állatorvos – dr. Nagy Attila –, hogy az élelmiszerbiztonság szerepét és fontosságát összegezze a szakma számára

(összeállításunk a 6 -7. oldalon)

Szakedolgozók véleménye a kórházi működési forma változásról

„A kórházi ellátás globális átalakuláson megy keresztül világszerte, amelynek hatásai hazánkban is érvényesülnek. Ezt tükrözi a 2001. évi CVII. törvény, amit az egészségügy valamennyi szereplője részéről fokozott érdeklődés, várakozás kísér.

A szereplők többsége számára már évek óta világossá vált, hogy a költségvetési intézmény nem az ideális működési formája a teljesítmény szerint finanszírozott egészségügyi szolgáltatónak. Ennek ellenére más formában (például közhasznú társasági) való

működtetés a törvény megjelenése előtt – éppen a törvényi szabályozás hiánya miatt – mégsem vált tömegessé, sőt az átalakítási kísérleteket heves szakmai és politikai viták is kísérték. A törvény elfogadása után több mint egy hónappal arra kerestem a választ, hogy a szakedolgozók mennyire tájékozottak az átalakítás súlyponti kérdéseiről.” - hangzott el a Magyar Kórházszövetség XIV. Kongresszusán Szloboda Imréné, a Markhot Ferenc Kórház ápolási igazgatójának nagysikerű előadásán.

(folytatás a 8. oldalon)



„Dolgozni csak nagyon szépen..”

Fehér holló járt a Transzplanton...

Napjaink meglehetősen zajos jelenében – ki-váltképp jellemző ez az egészségügy területén – üde színfoltnak hat egy olyan hír, amely egymás megbecsüléséről, egy életpálya elismeréséről tudósít.

Hangya Lászlóné, Marika – a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika takarítási munkálatait végző GEG és Társa Kft. budapesti telephelyének munkatársa – nyugdíjba vonul. „Hangyácska” vezetése alatt érte el a cég – mondja Elizabeth

Kandel, a GEG és társa Kft. ügyvezető igazgatója –, *hogy cégünk a múltot is takaríthatja.*” A klinikumban jártas egészségügyi dolgozónak felesleges ecsetelni, hogy egy traszplantációs intézet profiljában ez mekkora bizalom.

„Hangya Lászlóné áldozatos munkáját megköszönve a közeljövőben nyugdíjasként kérjük tőle, hogy cégünk szívdobogását továbbra is ő vigye tovább.” – teszi hozzá az ügyvezető.

(folytatás a 11. oldalon)



Orvosi kéziműszerek gyártása, forgalmazása és szervize.

H-4032 Debrecen, Füredi út 98.
Tel.: (36-52) 415-328, Fax.: (36-52) 520-581
E-mail: medicorkm@mail.matav.hu
www.matav.hu/uzlet/kezimusz



A kézben tartott minőség...

Nemzeti Minőségi Díj 2000



CE TÜV ISO 9001

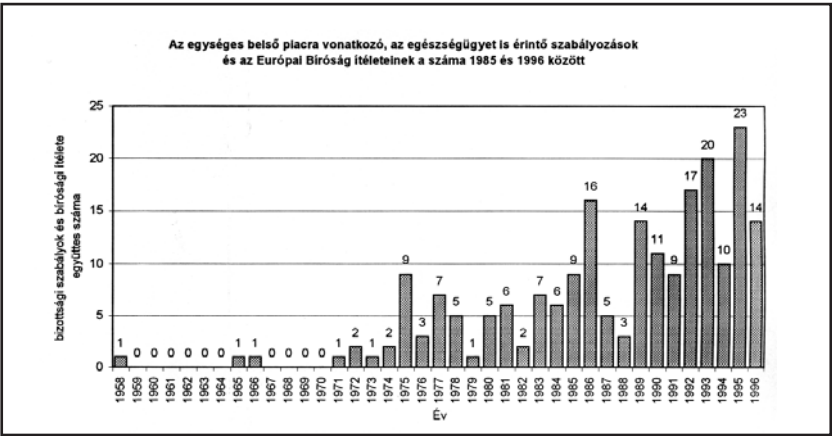
APPROVED QUALITY

Az Európai Bíróság döntéseinek hatása az egészségügyi szolgáltatókra III.

A sorozat előző két részében az Európai Bíróság legújabb ítéletei közül ismertettünk és elemeztünk néhányat, amelyek érintik az egészségügyi ellátókat, és megnyitják a lehetőséget az Európai Unió polgárainak, hogy – bizonyos körülmények fennállása esetén – más tagállamokban vegyenek igénybe egészségügyi szolgáltatást.

Azt már a sorozat első részében említettem, hogy az egészségügy az európai integráció kezdetén nem játszott komoly szerepet az unióban. Az évek során azonban az egészségügyi vonatkozású szabályozások, azaz az Európai Bizottság által alkotott jogszabályok, illetve az Európai Bíróság ilyen ítéleteinek száma nőni kezdett. Nyilvánvalóvá vált ugyanis, hogy az áruk, szolgáltatások a személyek és a tőke szabad áramlása vonatkozik az egészségügyre is. A jogi szabályozások célja tehát a fenti tényezők szabad mozgását gátló akadályok eltörlése volt.

Egy tanulmány úgy vizsgálta az egységes európai piac hatását az egészségügyre, hogy áttekintette azokat az 1958-1996 közötti jogi szabályozásokat, melyek erre a területre vonatkoznak. A tanulmány szerzői összesen 233 olyan, a tagállamokra nézve kötelező szabályozást, bírósági ítéletet vagy nem kötelező javaslatot találtak, amelyek egészségügyi vonatkozásúak. Ezek elsősorban a személyek és a termékek szabad áramlásával kapcsolatosak, ezen belül is kiemelt szerepet játszanak a gyógyszerek.



Forrás: Paul J. Belcher: The role of the European Union in Healthcare, 1999

Most néhány olyan jogesetet gyűjtöttem össze, amelyeknek van ugyan hatása az egészségügyi ellátókra, de inkább érdekesekek, mint fontosak.

Azt már a korábban említett jogesetek kapcsán is láttuk, hogy a tagállamok egyrészt igyekeznek kibújni az uniós szabályok alól, másrészt, sokszor maguk sem tudják, mi is az, ami vonatkozik rájuk az uniós jogból, és hol érvényesül a nemzeti jog. A más tagállamból származó végzettségek, diplomák elismerése jó példa mindkét esetre.

A személyek szabad áramlásának biztosítását, mint célt már az 1950-es évek végén megfogalmazták, azért, hogy a munkavállalóknak és az egyéni vállalkozóknak megkönnyítsék a másik tagállambeli elhelyezkedést. Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők közül az orvosokra, fogorvosokra, általános ápolókra, szülésznőkre és gyógyszereszekre ún. szektorális irányelvek vonatkoznak. Ezek egyik csoportja a képzés minimális szintjét határozza meg (tartalom és tanulmányi idő), a másik pedig a diplomák egyenértékűségére vonatkozó listákat tartalmazza. Az egyes szakmákra vonatkozó előírások teljesítése után válik az illető jogosulttá egy másik tagállamban történő regisztrálásra illetve munkavégzésre. Azok számára, akik a fenti követelményeknek megfelelő képzésben vettek részt, a regisztrálás és a munkavégzési jog automatikus és kölcsönös.

A tagállamok hivatalai, különösen pedig a szakmai szervezetek (kamarák, vagy más, bizonyos jogokkal felruházott egyéb szervezetek) még manapság is sokszor igyekeznek akadályokat gördíteni a más tagállamból származó munkavállalók elhelyezkedése elé. A következő eset azért nagyon érdekes, mert

úgy veti fel a külföldi diploma elfogadásának kérdését, hogy ugyanakkor nem más állam polgáráról van szó.

Broekmeulen ügy

1980-as, tehát régebbi, de igen érdekes ügy, amikor egy holland állampolgárságú, de Belgiumban orvosi diplomát szerzett férfi a saját hazájában akart háziorvosként elhelyezkedni. A belga diploma felhatalmazta őt háziorvosi tevékenység végzésére, de abban az időben a Hollandiában orvosi diplomát szeretteknek 1 évet kellett háziorvosi gyakornokként dolgozni ahhoz, hogy a Háziorvosok Lajstromozó Bizottsága a névjegyzékbe felvegye őket, és ezzel önálló háziorvosok lehessenek. A lajstromban nem szereplőkkel az egészségbiztosítók nem kötöttek szerződést, azaz az ilyen orvosok praxisát nem ismerték el. Ez azt jelentette, hogy a lajstromban nem szereplő háziorvosok nem kezelhettek olyan pacienseket, akik után a társadalombiztosítás fizet. A magánpraxis is lehetetlen volt, mert a magánbiztosítók hasonlóan definiálták a háziorvos fogalmát, így a listán nem szereplők gyakorlatilag nem dolgozhattak.

A Lajstromozó Bizottság, amelyet az Orvostudományért Holland Királyi Társaság hozott létre a fentiek szellemében a holland jogszabályokra hivatkozva elutasította Broekmeulen doktor kérelmét és nem vette fel a lajstromba. Azzal érvelt, hogy a diplomák kölcsönös elfogadására szolgáló irányelv csak a más tagállamokból származókra vonatkozik, a

érintik az egészségügyet. Első látásra még azt is hihetnénk, hogy az egészségvédelem az ügy tárgya, de ez bizony nem így van. Ez a jogeset egyébként annyira elhíresült, hogy manapság már nem is a perben éritett két fél neve szerint emlegetik, hanem – a jogban szokatlan módon – a per tárgya, egy alkoholtartalmú ital neve vált jogi fogalomká, és az ítélet híres jogtételeit is általában így hivatkozzák.

Tulajdonképpen itt is a négy szabadság-jog, ezen belül is az áruk szabad áramlásáról van szó. Jogi szempontból az ítélet azért nagyon fontos, mert az Európai Közösség későbbi jogharmonizációs tevékenységében is változást eredményezett. Ennek az ítéletek hatására vált széleskörben elterjedté a „kölcsönös elismerés” módszere, ami azt jelenti, hogy ha egy tagállamban jogszerűen állítanak elő és forgalmaznak valamely terméket, annak kereskedelmét más tagállam a saját területén nem korlátozhatja.

A problémát jelen esetben az okozta, hogy Németországban a jogszabályok előírták a különböző fajtájú szeszitalok minimális alkoholtartalmát, tehát azt, hogy például egy likőrnek 32 százalékos alkoholt kell tartalmaznia. Az ennél alacsonyabb alkoholtartalmú készítmények kereskedelmi forgalmát pedig tiltották.

Az első látásra különös szabályozás magyarázata az volt, hogy a német jogalkotás az alacsony alkoholtartalmú italok forgalmazásának tilalmával, illetve korlátozásával is igyekezett harcolni az alkoholfogyasztás ellen.

A felperes a Franciaországból származó „Cassis de Dijon” („dijoni feketeribizke”) nevű, alacsony alkoholtartalmú italt kívánta a Német Szövetségi Köztársaságban forgalmazni. (Franciaországban ezt a ribizliitalt általában fehérborral együtt fogyasztják.)

Az illetékes német hatóság arra hivatkozva tagadta meg az engedélyt az importtól, hogy az említett termék nem rendelkezik azokkal a jellemzőkkel, amelyek lehetővé tennék az NSZK-ban a forgalmazását. Az 1978-ban érvényes nyugat-német rendelkezések ugyanis a „Cassis de Dijon”-hoz hasonló gyümölcslikőrök esetében minimálisan 25 százalékos alkoholtartalmat írtak elő. A kérdéses terméknek, amely Franciaországban megfelelő engedéllyel rendelkezett és szabadon forgalmazták az alkoholtartalma viszont csak 15-20 százalékos között volt.

Az italt az NSZK-ban forgalmazni kívánó felperes arra hivatkozott, hogy a minimális alkoholtartalom előírása a német jogszabályokban azt eredményezi, hogy a Közösség más tagállamaiban jól ismert alkoholtartalmú termékeket nem lehet a Német Szövetségi Köztársaságban értékesíteni, így az említett rendelkezés korlátozza a tagállamok közötti szabad áruforgalmat. Ezzel a német hatóságok túllépik a kereskedelem-szabályozás tagállami korlátait.

Abban az időben, amikor ez a per az Európai Bíróság elé került, az alkohol előállítására és forgalmazására vonatkozó közösségi szabályok tervezete már ugyan elkészült, de még nem került jóváhagyásra, ezért teljes egészében a tagállamok hatáskörébe tartozott az alkohol és az alkohol tartalmú italok előállításával, és a területükön történő forgalmazásával kapcsolatos valamennyi kérdés szabályozása. Az érvényes szabályok szerint a korlátozások abban az esetben voltak elfogadhatók, ha azok a pénzügyi felügyelet hatékonyságával, a kereskedelmi ügyletek tisztességével, a közegészség, vagy a fogyasztók védelmével voltak kapcsolatosak.

Az enyhén alkoholos italok forgalmazásával kapcsolatos német jogszabály tulajdonképpen egyáltalán nem volt diszkriminatív, hiszen származási helytől függetlenül minden Németországban forgalmazott italtra egyformán vonatkozott. Mégis, a nemzeti jogrendszerek közötti különbség ebben az esetben kereskedelemkorlátozáshoz vezetett.

A Német Szövetségi Köztársaság kormánya a perben azzal érvelt, hogy a minimális alkoholtartalom előírása éppen egészségügyi szempontból történt, mert az alacsony alkoholtartalmú italok elterjedése a piacon azzal a veszéllyel fenyeget, hogy a fiatalok könnyebben szoknak rá, mint a magasabb alkoholtar-

talmú készítményekre. Így kívánták tehát a szeszitalok elterjedését nehezíteni.

A német kormány azzal is érvelt, hogy bizonyos likőrféleségek esetében az alkoholtartalom legalacsonyabb szintjének meghatározása arra szolgál, hogy megvédje a fogyasztót az alkoholtartalmú italok előállítói és forgalmazói részéről tapasztalható tisztességtelen kereskedelmi gyakorlattal szemben. Ez az érvelés azon alapult, hogy az alkoholtartalom csökkentése versenyelőnyt biztosít a magasabb alkoholtartamú italokkal szemben, hiszen a magas adó miatt az alkohol a legdrágább összetevője ezeknek az italoknak.

Az Európai Bíróság azonban úgy ítélte meg, hogy a szeszitalok minimális alkoholtartalmára vonatkozó követelmények nem szolgálnak közérdekű célt, így nem kerülhetnek elsőbbségbe az áruk szabad áramlásával szemben. A Bíróság szerint az alkoholizmus elleni küzdelemhez olyan módszereket kell alkalmazni, amelyek nem korlátozzák a kereskedelmet. A vevő elegendő információt kaphat a termékek csomagolásán feltüntetett eredetre, alkoholtartalomra vonatkozó adatok alapján is.

A Cassis de Dijon ítélet a kölcsönös elismerés elvével a nemzeti kereskedelmi szabályok protekcionista jellegét támadta. Az ítélet nyomán később született egy olyan jogi szabályozás, amely szerint az egyik tagállamban érvényes előírásokat a másik tagállamban meglévő előírásokkal egyenértékűnek kell tekinteni.

Reinheitsgebot ügy

Az uniós tagállamok úgy tűnik olyanok, mint az emberek és más kárából nehezen tanulnak. Néhány évvel később az ún. „Reinheitsgebot” ügy került az Európai Bíróság elé. Itt az Európai Bizottság perelte a Német Szövetségi Köztársaságot. Ebben az ügyben egy 1516-ból származó régi német „sör tisztasági” szabály okozta a problémát. A középkori rendelet célja a sör jó minőségének biztosítása volt. A német szabályok szerint sörnek (Bier) csak olyan italok nevezhetők, amelyek négy anyagból készülnek: árpa, komló, élesztő és víz. A másfajta összetevőkből készült söröket, – itt általában az adalékanyagok jelenlétéről volt szó, – Bier néven nem lehetett forgalmazni Németországban. Ennek a szabálynak nem volt ugyan diszkriminatív jellege más országok, illetve azok sörgyártói irányában, mégis elkülönítették a német sörpiacot a közösségtől. Az Európai Bíróság a Cassis de Dijon ügühöz hasonló ítéletet hozott. Véleménye szerint Németország más eszközökkel is biztosíthatja a sörök jó minőségét, olyanokkal, amelyek nem hatnak korlátozóan a sör szabad forgalmára.

Görög csecsemőtápszerügy

Az Európai Bizottság eljárást kezdeményezett a Hellén Köztársaság ellen azért, mert az miniszteri rendeletben előírta, hogy a csecsemők számára készült feldolgozott tejet kizárólag gyógyszerárakban lehet értékesíteni, kivéve azokat a településeket, ahol nincsen gyógyszerter. Ebben az esetben a termék más üzletben is forgalmazható.

A rendelet miatt a görög Csecsemőtápszer Szövetség panaszt nyújtott be az Európai Bizottsághoz. (Korábban már volt szó arról, hogy a Bizottság gyakran kap panaszokat magánszemélyektől, társaságoktól a tagállami kötelezettségek elmulasztása miatt. Ha a Bizottság úgy találja, hogy valamely tagállam valóban nem teljesítette jogharmonizációs feladatait, akkor joga van a tagállammal szembeni fellépésre. A Bizottság fellépése a tagállamok ellen hatékonyabb eljárást tesz lehetővé, mintha az egyének vagy társaságok állnának szemben saját hazájukkal vagy más tagállammal. A magánszemélyek egyébként akkor sem indíthatnak közvetlenül eljárást, ha nekik valamely tagállam jogharmonizációs kötelezettség-szegése okozott kárt vagy érdeksérelmet. Ilyenkor a Bizottságnál tehetnek panaszt, vagy az érintett tagállam bírósága előtt indíthatnak pert. Ekkor fordulhat elő az, hogy a nemzeti bíróság az

Európai Bírósághoz fordul ún. előzetes határozatért, amely a közösségi jogot értelmezi. Ehhez hasonló eljárásra került sor a már említett Broekmuelen ügyben is.)

A Bizottság arra az álláspontra helyezkedett, hogy a görög jogszabály az importtal szembeni mennyiségi korlátozással azonos hatású intézkedést jelent, amely az uniós szabályokba ütközik, és az intézkedés szigorúbb annál, mint ami szükséges a csecsemők egészségvédelme és a szoptatásra való ösztönzés érdekében. Ezért a Bizottság először levélben szólította fel a görög kormányt arra, hogy egy hónapon belül nyújtsa be észrevételeit az üggyel kapcsolatban.

A görög kormány véleménye szerint a csecsemőtej gyógyszerteráiban történő kizárólagos értékesítése nem érinti a termék más tagállamokból történő importját, következésképpen nem képvisel olyan intézkedést, amely az importkorlátozással azonos hatású lenne. Sőt, úgy ítélte meg, hogy az intézkedés éppen a csecsemők életének első öt kritikus hónapjában védi azok egészségét és életét. Az Európai Bizottság azonban nem értett ezzel egyet, és arra az álláspontra helyezkedett, hogy Görögország a feldolgozott csecsemőtej gyógyszerterákon kívüli értékesítésének megtiltásával súlyosan korlátozza az áruk szabad forgalmát. A görögök megmakacsolták magukat. Nem módosították a szabályozást és nem is válaszoltak a Bizottság újabb levelére. Ezért az Európai Bizottság eljárást indított, amely végül perhez vezetett.

Ennek során a Bizottság kifejtette, hogy a kérdéses jogszabály nem csupán egyes értékesítési formák tilalmát jelenti, hanem kereskedelemkorlátozó hatása is van, mert megnehezíti az érintett termék más tagállamokból történő importját. Ha a terméket nagy üzletekben is lehetne értékesíteni, ára csökkenne, ami a kereslet növekedését, és így a Görögországba szállított tápszermennyiség emelkedését is eredményezné. A görög kormány tagadta, hogy a jogszabály hatására csökkenne az országba bekerülő tápszer mennyisége, és adatokkal bizonyította, hogy az előző évhez képest nem csökkent a csecsemőtej fogyasztása, nem emelkedett az érintett termék ára, és a fogyasztók ellátásában sem keletkeztek problémák. Szerintük az intézkedés egyedüli hatása az, hogy korlátozza a vállalkozók üzleti szabadságát.

A Bíróságnak az volt a véleménye, hogy egy intézkedés, amely a feldolgozott csecsemőtej értékesítését kizárólag a gyógyszerárakra korlátozza, nem érinti a tagállamok közötti kereskedelmet. Egy ilyen jogszabály befolyásolhatja ugyan az értékesítést, azaz a más tagállamokból származó feldolgozott csecsemőtej eladott mennyiségét, ha megfosztja a vállalkozókat attól a lehetőségtől, hogy a terméket bárhol forgalmazzák.

Az értékesítési megoldásokat korlátozó vagy tiltó nemzeti rendelkezések más tagállamokból érkező termékekre történő alkalmazása nem olyan, hogy az korlátozza a tagállamok közötti kereskedelmet, ha a rendelkezések a tagállam területén működő valamennyi érintett vállalkozóra vonatkoznak, és a hazai, valamint a más tagállamokból érkező termékek forgalmazására gyakorolt hatásuk megegyezik. A más tagállamokból érkező termékek értékesítésére nincs olyan hatása, hogy megakadályozná azok piacra jutását, illetve azt nagyobb mértékben hátráltatná, mint a hazai termékekét.

Ami jelen esetben a Bizottság által megkérdőjelezett görög jogszabályt illeti, e feltételek teljesültek. Az Európai Bíróság véleménye szerint az sem befolyásolja az ügy megítélését, hogy Görögország saját maga nem állít elő feldolgozott csecsemőtejet. A helyzet csak akkor lenne más, ha a kérdéses jogszabály olyan hazai termékeket védene, amelyek hasonlóak a más tagállamokból származó feldolgozott csecsemőtejhez, vagy amelyek az ilyen típusú tejtermékkel versenyeznek.

Dr. Czibalmos Ágnes
orvos, EU szakértő

A szénsavgázfürdő jelentősége a perifériás ér betegek rehabilitációjában

Hazánkban kevésbé elterjedt, de a természetes széndioxid gázforrásokkal rendelkező országokban (például Románia erdélyi része, Németország) nagy hagyománya van a szénsavgázfürdőnek, amelynél a gázalakú széndioxid vízfürdővel való egybekapcsolás nélkül kerül felhasználásra, és a fej kivételével a beteg egész teste, vagy kezelendő testrésze széndioxiddal telt gáztérbe kerül. A vízfürdővel szemben a szénsavgázfürdő kímélő jellegű, nem érvényesül a hidrosztatikus terhelés, bőrkímélő a fürdőhőmérséklet és a dózizálás könnyebben szabályozható, megfelelő kezelőberendezéssel a káros belézés kizárható. A széndioxid a bőrön keresztül a diffúzió törvényei szerint szívódik fel, melynek mennyisége a gáztér széndioxid koncentrációjától, nedvességtartalmától, hőmérsékletétől és a fürdési időtől függ. A felszívódó széndioxidnak lokális és általános kemospecifikus élettani hatásai vannak. A felszívódó gáz hatására a bőr és bőralatti erek kitágulnak, kollaterálisok nyílnak meg, a keringés sebessége nő. Az érreakciót a fürdés alatt jelentkező, a gáztérrel érintkező bőrfelület kipirulása is jelzi. A bőrhőmérséklet nő, a verejtékmirigyek elválasztása fokozódik. A keringésbe jutó széndioxid hatására a vénás keringés fokozódik, vérraktárak ürülnek ki, a szív verőtérfogata nő, a perifériás ellenállás mérséklődik, melynek következtében a vérnyomás is csökken. Az agy és vese keringése is fokozódik. A légzés mélyül. **Összefoglalva, a normális regulációban egyébként is fontos szerepet játszó széndioxid hatására a keringés teljesítménye a tartalék kapacitás felhasználásával nő, a vérelosztás a perifériás keringés szempontjából is kedvezőbbé válik.**

A felszívódó széndioxidnak idegrendszeri hatásai is vannak. Lokálisan a bőr melegérző receptorait izgatja, ezért a betegek 30 C fokos, indifferens hőmérsékletű fürdőben is kifejezett melegérzésről számolnak be. A vegetatív idegrendszer tónusa paraszimpatikus irányba tolódik. Ezen kívül nem szabad figyelmen kívül hagyni a fürdő kúraszerű alkalmazásával járó általános aspecifikus neurohumorális tényezőket és a gyógyhelyi milió pszichés effektusát sem. A széndioxid inhaláció kerülendő, mert a fürdő kedvező hatásaival ellentétes irányú reakciót vált ki, 4-5 vol% koncentrációban a légzőközpontot erősen izgatja, az arteriolák összehúzódnak, vérnyomás emelkedik, pulzusszám nő, 8-10 vol% között (a gyertya itt alszik el) eszméletvesztést, 20 vol% felett már légzésbénulást okoz. A szénsavgázfürdő csak megfelelően kiépített speciális kezelőegységekben, illetve medencékben, lehetőleg gyógyintézeti keretek között végezhető biztonságosan. A gázfürdő kialakításánál az alábbi alapvető szempontokat kell figyelembe venni:

1. A széndioxid felszívódását befolyásoló paramétereket, így a:
 - széndioxid magas koncentrációját (90-95 vol%),
 - megfelelő nedvességtartalmat (50-90 %),
 - megfelelő fürdőhőmérsékletet (19-34 C).
 Az indifferens hőmérsékletű gázfürdő 30 C fokos.
 2. A toxikus mennyiségű gáz belézésének megakadályozását.
 3. A fürdőhelyiség légtér alacsony széndioxid koncentrációjának biztosítását.
- Maximális munkahelyi légtér széndioxid koncentrációra vonatkozó, Dräger katalógus szerinti német szabvány hazánkban általánosan elfogadott, amely ezt az értéket 0,49 vol%-ban állapítja meg. A kezelési technikát a rendelkezésre álló természetes gázömlések, gázforrások, illetve forrásgázok vagy szénsavhó, szárazjég, esetleg palackgáz felhasználása határozza meg.
- A gázömlésekből, forrásokból a széndioxid gáz – mivel másfélszer nehezebb a levegőnél – megfelelően kialakított kezelőgödrökben, medencékben könnyen összegyűjthető, a szintelen gáz szintjét piros jelzővonal vagy léce, esetleg égő gyertya (8 vol% gáz koncentrációnál elalszik!), levegővel felfújt léggömb jelzi. Ennél a kezelési módnál lényeges, hogy a fürdőző keveset mozogjon, ne beszéljen a káros inhaláció elkerülése érdekében. Szénsavhó, szárazjég, palackgáz alkalmazása esetén speciális félig zárt rendszerű kezelőkád, vagy kabin használható, amely úgy van kialakítva, hogy a fekvő vagy ülő beteg feje teljesen el van

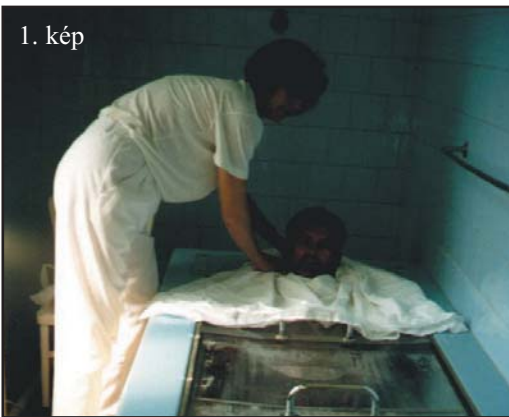
A kapuvári Lumniczer Sándor Kórház Angiológiai Rehabilitációs Osztályán 1967 óta történik a perifériás ér betegek rehabilitációs jellegű utókezelése. Ezen az osztályon működik a komplex konzervatív kezelés speciális részét képező szénsavgázfürdő. A szénsavas vizes fürdő, mint a szívbetegség gyógykezelésének specifikus eszköze az orvosi gyakorlatban elfogadott balneoterápiás eljárássá vált, amely a kardiovaszkuláris betegek rehabilitációjában Magyarországon is alkalmazott kezelési mód. (Balatonfüred).



rekesztve a gáztérrel, így a káros inhaláció nem következhet be, a széndioxid mennyiség pedig egyénileg adagolható. Korszerű berendezéseknél külön szabályozható a gáz vízgőzzel való keverése, és a különböző fürdőhőmérsékletek kialakítása. Ily módon a szénsavfürdő több formában is alkalmazható indifferens hőfokon, hideg vagy meleg fürdőként, száraz szénsavgázfürdőként vagy szénsavas ködfürdő formájában.

A száraz gázfürdőt a betegek felöltözve csoportosan, a szénsavas ködfürdőben speciális kezelő kádakban külön meztelenül vagy fürdőruhában vehetik igénybe. **Mátradereszkén** természetes gázömlésre erdélyi mofettákra emlékeztető száraz szénsavgázfürdő épült, amely 1995 óta járóbetegeket fogad, intézeti fekvőbetegellátást jelenleg nem tud biztosítani. További fejlesztése folyamatban van.

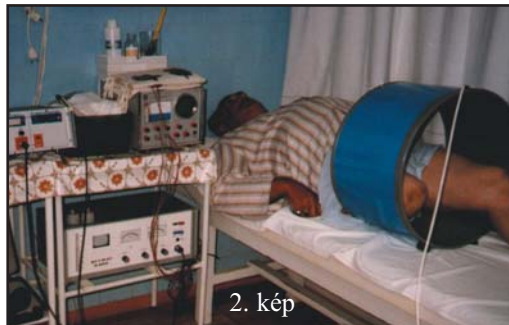
Kapuvár közelében az 1933-45 között feltárt mihályi-i és répcelaki széndioxid gázkutak teremtetek lehetőséget arra, hogy a kitermelt természetes szénsavhó felhasználásával aránylag egyszerű módszerrel szénsavgázfürdő kerüljön kialakításra. A szénsavhó a kutakat kezelő répcelaki Szénsavtermelő Vállalatól, majd 1992-től jogutódjától a LINDE Gáz Rt-től naponta kerül beszerzésre, és a felhasználásig hőszigetelt fémtartályokban külön erre a célra kialakított helyiségben történik a tárolása. A megfelelő gáztér létrehozásához a mínusz 79 C fokos szénsavhó azon fizikai tulajdonsága ad lehetőséget, hogy forráspontja alacsonyabb hőmérsékleten (mínusz 78,5 C fokon) van, mint olvadáspontja (mínusz 56,7 C fok) és így olvadás nélkül elpárolog. Ez a folyamat a szénsavhóra folytatott 70 C fokos forró vízzel expozív módon felgyorsítható. Az így képződött tejfehér szénsavas köd – mivel másfélszer nehezebb a levegőnél – a kezelőteret alulról szabályozható magasságig tölti ki. A fürdő kemospecifikus élettani hatásainak eléréséhez szükséges megfelelő paraméterek – így a magas széndioxid koncentráció – létrehozásához, ugyanakkor a káros széndioxid inhaláció lehetőségének kiküszöbölésére speciális, saját tervezésű – ipari mintaalatolom alatt álló – kezelőkádakat alkalmazunk. (1.kép)



1. kép

A fürdőhelyiségben a légtér alacsony széndioxid koncentrációjának biztosítására a padlószintbe épített szellőzőberendezést használunk, ezenkívül a kezeléseket után a kádak maradék széndioxid tartalmának egyedi elszívása is megtörténik. A kezeléstechnika pontos betartása mellett kóros mennyiségű széndioxid inhalációjára, mérgezésre nem kerülhet sor. Az elmúlt 35 évben ilyen baleset nem is fordult elő.

A jelenleg 65 ágyas osztályra angiológiai kivizsgált és kezelt vagy műtéten átesett ér betegek szakorvosi beutaló javaslatával Győr-Moson-Sopron megyén kívül az ország különböző területeiről kerülhetnek rehabilitációs kezelés céljából felvételre. A beutalt betegek ellátását a társadalombiztosítás finanszírozza.



2. kép

Az osztály évente több mint 1000 fekvőbeteget lát el, emellett a járóbeteg ellátás is biztosított. Az általában háromhetes rehabilitációs kúra programjában a rizikó- és kísérőbetegségekre is kiterjedő szakellátás, gyógyszeres kezelés mellett a mozgásterápia (2.kép), fizioterápia (3.kép), megfelelő diéta, életmódterápia, pszichoterápia és az osztály speciális kezelési



3. kép

eljárása a szénsavgázfürdő tartoznak. A fürdőkezelés csak szakorvosi javaslat alapján, egészségügyi szakszemélyzet felügyelete mellett az indikációs terület pontos betartásával történhet.

A szénsavgázfürdő angiológiai javallatai:

1. Az alsó végtagok idült verőérbetegsége intermittáló sántítás esetén, helyreállító érműtét, keringésvajító műtét után, katéteres értágítás után, műtetre nem alkalmas esetekben, nyugalmi fájdalom fennállásánál kis kiterjedésű sebek, fekélyek esetén szoros érsebészeti együttműködéssel, mint „utolsó lehetőség”, illetve az amputációs magasság csökkentése érdekében megkísérrelhető – esetenként nem eredménytelenül – a fürdőkezelés.
2. Felső végtagi keringészavarban, az alapbetegség célzott terápiája mellett a kiegészítő kezelés része lehet a fürdőkúra.
3. Az alsó végtagok krónikus vénás elégtelensége, posztrombotikus tünetek esetén, konzervatív kezelés keretében a szénsavgázfürdő a keringés javításával, a szimpatikus tónus csökkentésével kedvező eredménnyel járhat.

A szénsavgázfürdő kímélő hatásának hangsúlyozása mellett is vannak ellenjavallatok, melyek a következők:

1. Kardinális kis- és nagyvérkörü elégtelenség, súlyos szívritmus zavar, gyakori angina pectorisz, friss szívinfarktus.
2. Hipertónia, ha a vérnyomás 200/100 Hgmm feletti, ha súlyos vese és szemfenéki elváltozások vannak.
3. Friss visszérgyulladás, lábszártrombózis.
4. Súlyos légzőszervi megbetegedés.
5. Nagyfokú vérszegénység.
6. Pajzsmirigy túltengés.
7. Heveny gyulladásos betegségek.
8. Rosszindulatú daganatok.
9. Gyakori eszméletvesztéssel járó betegségek.
10. Végtagok kiterjedt elhalása.

A betegek általános állapotuktól és értegségük súlyosságától függően naponta 10-20 perces szénsavgázfürdőt vesznek. A betegek fürdés közben melegérzésről, kellemes közérzetről, kezelés után pedig könnyebb mozgásról, a járási távolság növekedéséről számolnak be. Egy kúra általában 15 fürdésből áll.

A háromhetes komplex konzervatív kezelésünk hatását a felvételi és hazabocsátási, funkcionális és műszeres vizsgálatainak összehasonlításával mértük le. A több mint 25 ezer betegen szerzett több évtizedes tapasztalatok alapján az alsóvégtagi idült verőér betegek 80 százalékánál a járási távolság lényegesen növekedett. A műszeres vizsgálatok hasonló javulást mutattak. Nem elhanyagolható az esetek 75 százalékánál a nyugalmi fájdalom csökkenése, illetve megszűnése. A trófikus sebek, illetve fekélyek az esetek 60 százalékában javultak, néhány esetben teljes gyógyultak. Ebben a stádiumban természetesen csak utolsó lehetőségként, az idővesztés veszélyének mérlegelésével kísérelhető meg a konzervatív kezelés. Jó eredményeket értünk el a krónikus vénás elégtelenség eseteiben is. A betegek 85 százalékánál a végtagduzzanat lényegesen csökkent, a mozgás könnyebbé vált. A lábszárfehékes betegeknek 40 százalékánál teljes gyógyulást, 60 százalékánál lényeges javulást értünk el. Eredményeinket az Országos Kardiológiai Intézet közreműködésével 1981-84 között lebonyolított kontrollált multicentrikus országos vizsgálatok is megerősítették.

A több évtizedes tapasztalatainkat és az elért eredményeket összegezve megállapítható, hogy a szénsavgázfürdő könnyen kivitelezhető, kedvező hemodinamikai hatású balneoterápiás eljárás, amely az indikációs terület pontos betartása mellett az idült perifériás ér betegek komplex konzervatív kezelésének, illetve keringésvajító, helyreállító érműtéten átesett betegek posztoperatív rehabilitációs programjának hasznos kiegészítője, melynek célja a lehető legjobb funkcióképesség elérése, a rokkanttá válás elkerülése, illetve késleltetése és nem utolsósorban az életminőség javítása. Jelenleg a kapuvári Lumniczer Sándor Kórház Angiológiai Rehabilitációs Osztálya az országban az egyetlen olyan társadalombiztosítás által támogatott fekvőbeteg intézet, ahol az idült perifériás ér betegek szénsavgázfürdővel egybekapcsolt komplex rehabilitációs kezelése történik. A fokozódó érdeklődést tapasztalva a speciális kezelés gyógyidegenforgalmi jelentősége sem elhanyagolható.

Dr. Ballagi Farkas
igazgató főorvos
Kapuvár

Első negyedévi tallózás az OEP Intézkedései között

2002. január 1 – március 31.

Gyógyszer-támogatások mértéke

Tavaly mindössze 6 százalékkal emelkedett a gyógyszerek ára a társadalombiztosítás által támogatott körben, s ez nem haladja meg az éves infláció 70 százalékát – tartalmazza az Egészségügyi Minisztérium Sajtóirodájának MTI-hez eljuttatott közleménye. A tárca a gyógyszerárakkal kapcsolatos sajtóhírekre reagált. A közlemény szerint 3828 különféle hatású, biztosítói támogatással rendelhető készítményt sorol fel a 2001. július elsejétől hatályos, gyógyszerekről szóló kormányrendelet, a gyártókkal kötött hosszú távú megállapodásnak megfelelően. A sajtóiroda adatai szerint a támogatásban részesülő gyógyszerek között a térítésmentes vagy 90 százalékos támogatásban részesülő gyógyszerek száma 2000-ben 1716 volt, tavaly pedig csaknem százszal több. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2000-ben 150,8 milliárd forintot, 2001-ben 179,5 milliárd forintot fordított gyógyszerár-támogatásra. A lakosság a támogatásban részesülő gyógyszerek térítési díjaként 2000-ben 58,9 milliárd forintot, 2001-ben pedig 67,7 milliárd forintot fizetett. A közlemény szerint a lakosság 2000-ben 29,4 milliárd forintot, 2001-ben pedig 36,4 milliárd forintot költött szabadaras gyógyszerekre és gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítményekre, de ezek a termékek nem tárgyai a biztosító gyártókkal folytatott alkujának és árukat hatósági intézkedésekkel sem lehet befolyásolni. A közlemény rögzíti: a gyógyszerek biztosítói támogatása 2000-ben és tavaly is 63,5-64 százalékos volt. (MTI)

Ötödével nőtt az OEP-kassza

Az idén 80 milliárd forinttal nő a biztosító gyógyító-megelőző kasszája, ami a múlt événél 20 százalékkal nagyobb. Ám annak ellenére, hogy decemberben 7 milliárd forint többletbevételhez jutottak a kórházak, s a 174 fekvőbeteg intézmény közül 96-nak az inflációt meghaladó bevétele volt 2001-ben, lényegesen több pénzre lenne szükségük, elkerülhetetlen tehát a konszolidáció. A tartalékok nélkül gyógyító 142 egészségügyi szolgáltató ugyanis csak az OEP-től igényelt gazdálkodási előlegből tudta kifizetni 98 ezer dolgozójának a 13-havi bért. E célra 6,7 milliárd forintot utalt át számukra a biztosító, amit öthavi részletben von vissza tőlük. Tavaly több új, ez évre is kedvező hatású elem épült be a biztosító finanszírozási rendszerébe. A háziorvosi szolgálatoknál például a betegek felkeresését ösztönzi a területi kiegészítő díj. Az OEP arra ösztönzi a járóbeteg szakellátásban dolgozó orvosokat is, hogy csak indokolt esetben utalják át a drágán fenntartható kórházakba a betegeiket – nyilatkozta Donkáné Verebes Éva az OEP főigazgató helyettese a sajtónak. E célból az ambulanciákon végzett beavatkozásokért járó pontok forintértékét 0.85-ről 0.98 fillérre emelte, ami évi 6 milliárd forint többletet jelent. Az ágazat vezetői az egészségügyi ellátás részeként tartják számon a gyógyszerárakat. Ezért januártól rendelet írja elő, hogy a likviditási gondokkal küszködő patikák kamatmentes hitelt kérhetnek a biztosítótól. A pénz nagysága a kiváltott receptek után két hét alatt kifizetett tb-támogatás összege lehet.

OEP Költségvetés

Megnevezés	2000	2001	2002
Háziorvosi ellátás	36,6	41,1	46,4
Foglalkoztatási ellátás	10,4	12,0	16,1
Járóbeteg-szakellátás	51,6	61,2	76,1
Művese kezelése	10,0	11,6	13,0
Órthoni szakápolás	1,2	1,4	1,6
Fekvőbeteg-szakellátás	222,7	245,9	267,6
*Mind Ft Forrás: OEP			

Magyar Kórházszövetség XIV. Kongresszussa.

A Magyar Kórházszövetség március 6-8 között tartotta kongresszusát Tihanyban, ahol a mellékelt állásfoglalás született. Az előző évek gyakorlatának megfelelően tudományos és egészségpolitikai előadások hangzottak el, valamint sor került a tisztségviselők megválasztására. A soros elnök **Dr. Kovács Ágnes** a szentesi kórház, a jelölt elnök Dr. Golub Iván az Uzsoki utcai kórház igazgatója. A szövetséget 1931-ben alapították, tagja szinte minden Magyarországon működő fekvőbeteg intézmény. A szövetség fő célja, hogy a kórházak és a betegek érdekeit megfelelő súllyal közvetítthesse a döntéshozók előtt.

Tovább bővül a gyógyszerpiac

A gyógyszerpiac növekedése az új készítmények piacra kerülése miatt is elkerülhetetlen, mértékét azonban az árszint, a nagy és kiskereskedelmi árrés mellett a gyógyszerár-támogatás politikai és az orvosok gyógyszerfelírasi szokása is befolyásolja. Szakértői beszélések szerint ahhoz, hogy a hazai gyógyszerpiac közeledjen az európai átlaghoz, s a csatlakozásig elérje azt, évi 20-25 százalékos növekedéssel lehet számolni. Elkerülhetetlen a gyógyszer-támogatásra fordítható társadalombiztosítási támogatás összegének a növelése. **Hegedűs Lajos**, a MAGYOSZ alelnöke szerint a generikus program meghirdetésével nem lehet megakarítani elkérni, sőt valójában nincs is generikus-program, hiszen semmi sem kényszeríti a gyógyszerészt és az orvost az olcsóbb medicinák ajánlatára. Ennek az is következménye, hogy a generikus szereket gyártók termékeik ismertetésének költségeit kénytelenek az árban érvényesíteni. Várat magára a racionális gyógyszerfelírást segítő orvosi ösztönző-rendszer kidolgozása „A forgalmazott gyógyszerek száma 1998-tól megkétszereződött, a TB által támogatott készítmények száma 11,4 százalékkal nőtt” – mondta a Világgazdaságnak **Donkáné Verebes Éva**. Az OEP főigazgató helyettese arról is tájékoztatott, hogy az infláció mértékével azonosan csökkent a fontosabb orvosságokra kiadott lakossági térítési díj. A Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége (MAGYOSZ) a kormányval három évre megállapodást kötött. Ez a tény a MAGYOSZ elnöke **Orbán István** szerint is szerencsés, mert – mint mondta – a tárgyalásokon alapuló, átlátható ár-megállapodás létkérdés az ágazatban, hiszen 4-8 évre meghatározza a fejlesztési irányokat.

Munkahelyi balesetbiztosítás

A munkahelyi balesetbiztosítási rendszerről az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Váci úti székházában konferenciát rendeztek március elején. „A magyar lakosság egészségi állapotának kedvezőtlen tendenciái évek óta ismertek, amelyek alakulását különféle gazdasági, társadalmi tényező, az életmód, a kulturális körülmények alakítják, ezek számottevő, mondhatni meghatározó hányada szoros kapcsolatban van a munkával, a munkavégzéssel, a munkakörülményekkel” - hangsúlyozta **Dr. Kameniczky István**, az OEP főigazgató helyettese a szakmai konferenciát megnyitó bevezetőjében. Utalt arra, hogy 2001. márciusában fogadta el az Országgyűlés a Munkavédelem Országos Programját, amely a munkahelyek biztonságának erősítésében a munkahelyi balesetbiztosítás bevezetését jelölte meg a végrehajtás egyik legfontosabb eszközeként. Az Országos Munkavédelmi Program elfogadásával egyidőben készült el a Népegészségügyi Program, amely az egészségi kockázatok kezelésének, megelőzésének nemzeti programja. A konferencia egyik célja annak elemzése, hogy a munkahelyi balesetbiztosítási rendszer kiépítése hogyan szolgálja a két program megvalósítását. **Mikola István** egészségügyi miniszter előadásában utalt arra, hogy az egészségügyi fórumok helyszínén feltett kérdések visszatérő témája a dolgozók korkedvezményes nyugdíjazása, a másik rendre felmerülő kérdés pedig azt tudakolja, miért fordít olyan nagy figyelmet a tárca a rokkant nyugdíjazás eseteinek vizsgálatára, a folyamat ellenőrzésére. Mindez arra utal, hogy a munka nem pozitív élmény az emberek számára. „Ha ez így van, valami nem jól működik” - mondta a miniszter, majd arról beszélt, hogy az utóbbi években túl sokan menekültek rokkant-, illetve korkedvezményes nyugdíjba. „Ahelyett, hogy az életnek értelmet adna a jól végzett munka, a jól választott hivatás, sokak számára csak nyűg és frusztráció forrása. Ez nem maradhat így, valamin változtatni kell ahhoz, hogy a munka ismét értékhordozó, élményt jelentő tényező legyen. Természetesen, ez nemcsak az egészségügyre,

egészségbiztosításra tartozó feladat, de a mi felelősségünk is, éppen ezért nagy a jelentősége az önálló balesetbiztosítási rendszer létrehozására irányuló erőfeszítéseknek. Ha megvalósul, elősegítheti a jobb és biztonságosabb munkakörülmények kialakítását, a motiváció változását, az értelmes, jó feltételek közepette végezhető munka lehetőségét”- tette hozzá Mikola István.

A miniszter idézte azt a világbanki megállapítást, amely szerint a gazdasági fellendülés 67százalékban a munkaerő jó állapotán múlik, de ezt hazánkban még tudatosítani kell a közvéleményben. Közgazdasági jelentősége van az egészséges munkahelynek, a jól végig vitt rehabilitációnak, a visszaállított egészségnek. Felidézte, hogy már 1990-ben elkezdődött annak mérlegelése, hogy létre kellene hozni a harmadik biztosítási rendszert, a balesetbiztosítási ágat, de idővel az egész téma lekerült a napirendről. Most viszont eljutott a szakmai előkészítés, egyeztetés arra a szintre, hogy ki lehessen dolgozni egy előterjesztést és a kormány elé vinni. Mint ismeretes, a kormány ezt várja és ha a részletek is rendben lesznek, megszülehet a balesetbiztosítási törvényjavaslat, amely pontosan meghatározza és szabályozza ennek a nagy területnek a működését.

A balesetbiztosítás tulajdonképpen a munkahelyi kockázattal arányos járulékfizetésen alapul – hangsúlyozta a miniszter –, amely a munkáltató kötelessége. Ez nem azt jelenti, hogy újabb terhet akar bárki rakni a munkaadókra, hanem sokkal inkább az a jelentősége, hogy a munkaadó érdekelt legyen a minél kockázatmentesebb munkahely és körülmények kialakításában, a humán erőforrás minél jobb kondíciójában. Ha viszont bekövetkezett a baj, akkor legyen egy olyan kockázatközösségen alapuló kassza, amelyből biztosítani lehet a gyógykezelést, illetve a minél hatékonyabb rehabilitációt. Ebben a körben benne van minden érintett pozitív érdekeltsége.

A tárca vezetőjének szavait követően az egyes szakterületek képviselői ismertették elemzéseiket. **Dr. Vukovich Gabriella**, a Központi Statisztikai Hivatal elnökhelyettese részletesen szólt a munkahelyi egészségkárosító tényezők szerepéről a munkavállalók egészségi állapotának alakulásában. Elmondta, hogy a felmérések nem nyújtanak megbízható támpontot sem a balesetek számáról sem azok súlyosságáról, éppen ezért nagy az eltérés a jelentett, illetve a munkavállalók által ismertett

esetekről. Fontos tehát egy megbízható monitorrendszer kialakítása, amely reális adatokkal szolgálna a munkahelyi balesetekről.

Dr. Kovács Attila, az ÁNTSZ főigazgató-helyettese a népegészségügyi program szélesebb összefüggéseiben elemezte a munkaegészségügyi és foglalkozás-egészségügyi ellátás helyzetét. Utalt arra, hogy számos törvény, például az alkotmány is tartalmazza a munkavédelem megszervezésének feladatát, mint olyan eszközt, amely előmozdítja az egészséghöz való jog érvényesülését. A munkavédelemről szóló törvény egyértelműen meghatározza a kötelelességeket és a felelősségi köröket, középpontjában mindvégig az ember áll, annak az érdekeit védi.

A konferenciát követő sajtótájékoztatón elhangzott: az egészségügyi tárca tervei szerint 2003-ben megszületik a munkahelyi balesetbiztosítás bevezetését szabályozó törvény, amely az egészségbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás mellett harmadik nagy biztosítási rendszerként működik majd. Mikola István közölte: a balesetbiztosítási ág működése a munkaadók által befizetendő járulékokon alapul, és nonprofit üzleti biztosító lesz. A miniszter véleménye szerint az új biztosítási ág a munkavállalók számára előnyös lesz, mert a foglalkoztatottak egészségkárosodási kockázatával arányosan fizetnek majd járulékot, ami az egészséges munkakörülmények fenntartására ösztönzi őket.

Dr. Lun Katalin országos tisztifőorvos a sajtótájékoztatón a népegészségügyi program betegség-megelőző törekvéseihez kapcsolódónak mondta a munkahelyi balesetbiztosítás bevezetését. Jelezte: a foglalkoztatás-egészségügyi szolgáltatók várhatóan a balesetbiztosítási ághoz kapcsolódóan dolgoznak majd. Mint mondta, előreláthatólag foglalkoztatás-egészségügyi szolgáltatók akkreditációjára is szükség lesz, hogy a követelményeknek legjobban megfelelők közül választhassanak a munkáltatók szakembert.

Dr. Kameniczky István, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgató-helyettese elmondta: az új biztosítási ág bevezetése előtt a szakemberek várhatóan ismét áttekintik, hogy mi tartozzon a foglalkozási betegségek körébe.

Összeállította:
Balla M. Anna



ÁLLÁSFOGLALÁS

A Magyar Kórházszövetség szakmai tekintélyének megerősítésével törekszik a helyzet reális értékelésére, ennek közvetítésére.

Jelen helyzet:

- A Magyar Kórházszövetség és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete 2001. évi számításai alapján elsősorban a finanszírozás elégtelensége miatt nő a kórházak adósságállománya. A 2002. évi költségvetés alapján a kórházak működéséhez szükséges források nem állnak teljes körben rendelkezésre. A 0%-os dologi automatizmus harmadik évében tovább növekedett az intézmények finanszírozási kiszolgáltatottsága. A 2003-tól induló konszolidáció nem oldja meg az ez évi működési hiányokat.
- A minimálbér emelés jótékony hatása ellenére tovább fokozza az ágazatban a bértábla összecsúszása miatti feszültséget, az ágazat létszámhiánya aggasztóvá vált, gondok vannak a rezidensképzéssel is. Az egészségügyi dolgozók áldozat vállalása egyre nehezebben pótolja a létszámhiányokat. Tovább rontja az intézmények működőképességét a fedezet nélküli béremelés kötelezettsége.
- Készülnek, de egyelőre nincsenek hatályban az egészségügy átalakítását szabályozó törvény jól értelmezhető és meghatározó végrehajtási rendeletei. Az egészségügyi intézmények átalakítását mederbe terelő törvény nem rendelkezett a végrehajtásért felelős menedzsmentről, így nem csak az intézmények átalakulása, de a vezetés szakmaisága is bizonytalan.
- Elindult a kórházak standard alapú akkreditációja
- A Magyar Kórházszövetség támogatja a Népegészségügyi Programot.

Szakközvettségünkkel és külső szakértői csoportok bevonásával, valamint más szakmai érdekképviselletekkel közösen részt vállalunk a magyar egészségügyet, a magyar kórházak működését meghatározó törvénykezésbe.

Javasolt megoldások:

- A Magyar Kórházszövetség a kórházak 2002. évi működésének stabilizálását biztosító finanszírozási javaslatokat dolgoz ki. Pl.: olyan finanszírozási rendszert kell kialakítani, mely szektorsemlegesen, valós költségen alapul. 1992. óta a finanszírozási rendszerből hiányzó 13. havi bér pótlása. A dologi kiadások ÁFA tartalma igen jelentős az egészségügyben, ennek költségvetés szintű rendezése szükséges. Hosszú távon az egészségügyi GDP-ből való részesedésének emelése. Meg kell akadályozni a folyamatos forráskivonást, és az egészségügyi működés reálérték vesztő finanszírozását.
- A bérek karbantartása mellett el kell érni az egészségügyben dolgozók tervezhető életpályáját. A Magyar Kórházszövetség nagyobb súllyal kíván részt venni a rezidensképzés megoldásában. Ez a tervezhető jövedelmi viszonyok rendezése mellett tervezhető szakmai előremenetelt, szociális, egzisztenciális biztonságot is jelentsen. A Kormány által erre a feladatra szánt források felosztásában részt kívánunk venni.
- Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló 2001. évi CVII. törvény végrehajtási rendeletei kidolgozásához szakértői segítséget adunk. A végrehajtási rendelet része legyen az átalakulást levezénylő menedzsment helyzetét rendező, életpálya modellt is nyújtó megoldás.
- A Magyar Kórházszövetség MIRTUSZ 2001. nevű Kht-ja képezheti a magyar kórházak minőségtanúsítási bázisát. Szakértők bevonásával részt veszünk az Egészségügyi Minisztérium klinikai szakmák auditjának és a minimum standardok kidolgozásában, fejlesztésében.
- A Népegészségügyi Program megvalósításához külön források hozzárendelése szükséges.

Tihany, 2002. március 6.

Elfogadta a Magyar Kórházszövetség Közgyűlése!

Spiegel-beszélgetés

„Az ügyfelek elbizonytalanodnak”

Rolf Krebs, a Gyógyszeripari Világszövetség elnöke nyilatkozik a drága gyógyszerekről és a magas nyereségről, az egészségügyi ráfordítások robbanásszerű növekedéséről, valamint saját elképzeléseiről az egészségügy alapvető reformjáról.

Spiegel: Krebs Úr! A gyógyszeripar rekord-nyereségű évet tudhat maga mögött. Nem rossz a lelkiismerete, hogy épp ilyen nehéz időkben az emberek egészségén ennyit keresnek?

Krebs: A betegségek nem igazodnak a gazdasági konjunktúrához. Gyógyszereket nem azért veszünk, mert olyan sok pénzünk van, vagy, mert úgy tartja kedvünk, hanem azért, mert szükségünk van rájuk.

Spiegel: Ön a 30 százalékos nyereséget, amit a vezető vállalatok elérnek, normálisnak tartja? Ilyen jövedelmet egyetlen ágazat sem ér el, kiváltképp, ha működik a gazdasági verseny.

Krebs: Kérem, vegye figyelembe, hogy a gyógyszeripari kutatás magasabb kockázattal jár, mint bármely más iparág. Egy sikeres termékre nagyjából 500 millió dollárt kell fordítanunk. Másodszor: 30 %-os nyereséggel csak az USA-ban találkozhat. A legjobb európai cégek ennek a felét érik el. Európában, Japánban és gyakorlatilag világszerte szabályozott piacokkal van dolgunk, előre megadott árakkal.

Spiegel: Szívesen vennék, ha Európában is az amerikaihoz hasonló viszonyok uralkodnának?

Krebs: Ez minden résztvevő számára hasznos lenne. Az USA-ban az egészségügy összkiadásainak arányában a gyógyszerek részesedése nem magasabb, hanem alacsonyabb, mint nálunk.

Spiegel: De az összkiadások a nemzeti össztermékhez viszonyítva magasabbak, mint bármely másik országban. Emellett sok amerikainak egyáltalán nincs betegbiztosítása, ezért nem kielégítő az orvosi ellátásuk sem. Sok mindenki nem engedheti meg magának a drága gyógyszereket. Tényleg ezt szeretné példának állítani élénk?

Krebs: Nem teheti a gyógyszeripart felelőssé azért, mert az USA-ban nincsen kötelező betegbiztosítás. A gyógyszergyártó vállalatok kedvezményekkel igyekszenek segíteni, a társadalom rászoruló rétege lényegesen olcsóbban jut hozzá a fontos gyógyszerekhez. Kitarok amellet, hogy az egészségügyi költségek mérséklődnének, ha Németországban sem szabályoznák az egészségügyi termékek árát.

Spiegel: Miért csökkenne a TB hozzájárulások mértéke, ha az Önök bevételei növekednének?

Krebs: Minél nagyobb sikerekkel jár a gyógyszeripar új termékeivel, a betegségek elleni küzdelemben, annál kevesebb páciens kerül kórházba. A kórház a legdrágább része az egészségügyi láncknak.

Spiegel: A koleszterincsökkentők tömeges fogyasztása – melyre évente 15 milliárd dollárt költenek – megakadályozza a költséges kórházi kezelést?

Krebs: A koleszterincsökkentők egyrészt azt az időpontot tolják ki, amikor érlelmeszesedéses elváltozások miatt operálni kell. Másrészt bebizonyosodott, hogy sok életet mentenek meg.

Spiegel: Akkor mi a különleges az amerikai piacban?

Krebs: Az USA-ban a nyereségesse válás időszaka egybe van hangolva a szabadalom érvényességével. Ez idő alatt az árak magasak. Azután viszont, hogy az utógártott termékek, az úgynevezett generikus gyógyszerek piacra kerülnek, árai az ötödreszükre csökkennek.

Spiegel: És ez nálunk másként működik?

Krebs: A szabályozott német piacon a szabadalom kifutása után körülbelül a felére esnek az árak csupán. Ha nálunk is működne az utógártási verseny, akkor évente 2,5-3,5 milliárd Euróval kevesebbet költenénk gyógyszerekre.

Spiegel: De hiszen maga a gyógyszeripar védekezik a generikus gyógyszerek gyártóival szemben.

Krebs: A kutatásokat végző gyógyszeripar ehhez nem csatlakozik. Vannak generikus gyógyszereket gyártó leányvállalataink, a Boehringer-nek például a Roxane és a Ben Venue, de ezek mind az Egyesült Államokban vannak. Persze nálunk is léteznek olyan cégek,



amelyek régi termékeikkel hosszú ideje tartják magukat a német piacon. A politika nehezen szánja el magát, hogy megszabaduljon ezektől a költséges ballasztokról, mert sok munkahely szűnne meg. Ha úgy tetszik, ez az ágazat olyan, mint a bányászat.

Spiegel: Miképpen kellene eljárni?

Krebs: A szabadalom nélküli gyógyszerek árának csökkentnie kéne, a egészségügyi pénztár igényjogosultsági listáját pedig le kellene fagnunk. Miért viselje például a köz az önkezelés költségeit? Az én magánügyem, vajon a megfázásom tüneteit aszpirinnel kezelem, vagy banánt vásárolok. Úgy gondolom, hogy ennek révén további 2,5 milliárd Eurót spórolhatnánk.

Pharmariesen	UMSATZ	GEWINN	PHARMA-ANTEIL
Geschäftsjahr 2000	in Milliarden Euro	in Milliarden Euro	nach Umsatz
MERCK	43,7	7,4	46,0%
Pfizer	32,0	4,0	76,3%
gsk GlaxoSmithKline	29,8	6,2	85,3%
zum Vergleich			
Boehringer Ingelheim	6,2	0,4	95,2%

Spiegel: Németországban az elmúlt évben először fizetett az egészségbiztosítási pénztár többet gyógyszerekre – 20 milliárd Eurót – , mint orvosi ellátásra. Ulla Schmidt berlini egészségügyi miniszter álláspontja szerint ez se nem indokolható orvosilag, se nem elfogadható. Ön is így tartja?

Krebs: Egyszerűen már nem telik tőlünk, hogy a WHO meghatározása alapján – mely szerint az egészség egyenlő a maximális jóléttel – teljesítsen a pénztár. A köznek csak akkor kellene fizetnie, ha veszélyben forog az élet. Minden embernek joga van a túléléshez, függetlenül attól, hogy szegény, vagy gazdag.

Spiegel: Körül lehet egyáltalán határolni ezt a létfenntartó alapellátást?

Krebs: Ha a politika is akarja, akkor bizony lehetséges. Az akkut megbetegedések mellett biztosan finanszírozhatóak a krónikus megbetegedések, mint például a magas vérnyomásból eredő szívinfarktus és agyvérzés. Akkor még mindig maradna mozgástér egy sor egyéb beavatkozás számára. Ehhez egy a bruttóbér 10 százaléka körüli járulékra lenne szükség. A fennmaradó pénzből az emberek, ha akarnak, gyógyszert vehetnének önkezelés céljából.

Spiegel: Felvázolta már ezt a rendszert az egészségügyi miniszternek, hogy a pénztár biztosítsa az alapellátás 10 százalékos járulék mellett, és azon felül mindenki viselje a saját költségeit?

Krebs: Természetesen. Klaus Theo Schröder, a tárca államtitkára közzgazdászként nagyon is megérti, hogy a pénztári teljesítmény meghatározásánál nem vagyunk elég precízek, ezért bizonytalan területek keletkeznek, ahol egyre növekednek a kiadások.

Spiegel: Visszafordítható egyáltalán az egészségügyi költségek folyamatos növekedésének trendje?

Krebs: Különböző okoknál fogva nem igazán lehet megakadályozni a növekedést. Például a demográfiai fejlődés: az emberek öregednek, tehát hosszabb ideig ellátásra szorulnak. Az újítások lehetővé teszik, hogy a ma még 20.000 gyógyíthatatlan betegség közül egyre többet legyőzzünk. Ez azzal jár, hogy a gyógyszerfelhasználásban részt vevő népesség száma növekszik. Ha például új ellenszert találunk a tumorok ellen, akkor új költségek merülnek fel.

Spiegel: Az alapellátásra való szorítókozás tehát csak átmenetileg segítene?

Krebs: A fent említett trend nem állítható meg, de lefékezni mindenképpen tudjuk.

Spiegel: Vajon még a gazdag vállalatok is kimerítik majd a pénzügyi lehetőségeiket?

Krebs: Bizok egy az általános rendszerben bekövetkező ellentétes trendben, amit egyelőre nem tudok nagyságrendileg behatárolni. Ha például a daganatok biológiai vagy kémiai molekulákkal gyógyíthatók, akkor a kórházi elfekvések ideje csökken. Viszont nagy tiltakozásokat váltana ki, ha kórházi ágyak számát kellene majd csökkenteni. Az USA-ban a nők maximum két napig maradnak szülés után a kórházban, ez nálunk még mindig négy-öt nap.

Spiegel: A hatalmas költségvonzat még mindig nem elég nyomatókós érv?

Krebs: Úgy látszik. Viszont vannak olyan kórházak is, amelyek bebizonyítják, hogy gazdaságosan is lehet egy kórházat üzemeltetni.

Spiegel: Azért a törvény által előírt kötelező betegbiztosítás rendszerét nem kérdőjelezi meg?

Krebs: Nem. Hozzátartozik a társadalmi konszenzusunkhoz, hogy minden betegen, függetlenül a jövedelmétől, segíteni kell. De azokat a gyógyszereket, melyek csak a tüneteket kezelik, de nem gyógyítják, ne ingyen adja ki a pénztár.

Spiegel: Bízík abban, hogy a politika véghez visz egy ilyen reformot?

Krebs: Egy csapásra biztos nem. De a szerkezeti átalakítások elérhetőek kis lépésekben is. És a költségek hatalmas növelése erre kényszeríti a politikusokat.

Spiegel: Az egészségügyi miniszter szerint az orvosoknak már csak hatóanyagokat kellene felírniuk, a gyógyszerészeknek pedig ez alapján kikeresniük a legolcsóbb gyógyszert. Reményei szerint ez milliárdokat megtakarítana.

Krebs: Attól félek, ebből egy igen nagy katasztrófa kerekedik. Egy páciens teljesen különböző készítményeket kap majd, attól függően, hogy melyik gyógyszertárba megy be. Ez azt jelenti, hogy számára idegen tablettákat fog kapni, amelyeket talán be sem fog venni. Sok krónikus beteg már most sem szedi rendszeresen a gyógyszereit. Megveszik a gyógyszereket, és az éjjeliszekrényben tartogatják.

Spiegel: Miért fokozódna ez?

Krebs: Látom azoknál a betegeknel, akikkel kapcsolatba kerülök. Már kétségbe esnek, ha a



megszokott piros tabletta helyett fehérét kapnak, akkor is, ha a hatóanyag egyébként teljes mértékben megegyezik.

Spiegel: Mióta számít a tabletták színe?

Krebs: Az ügyfelek elbizonytalanodnak. Azt kérdezik: tényleg ugyanaz volna? Ezen kívül a készítmények más-más gyorsasággal fejtik ki hatásukat a szervezetben, és a hatás időtartama is eltérhet. Végül is: a gyógyszerész, akinek számít a forgalma, miért mindig azt a gyógyszert árulná, amely a legolcsóbb?

Spiegel: Egy harmadik-világbeli páciens számára, akire évi öt dollárt költenek, figyelembe véve országa teljes egészségügyi rendszerét, eléggé visszatetszőnek hatna a beszélgetésünk. Meg kell embereknek halniuk azért, mert a nyugati világ gyógyszeripara magasabb hasznot akar?

Krebs: Nem állapítható meg okozati összefüggés.

Spiegel: Viszont a magas nyereségek és a magas árak között már van összefüggés.

Krebs: A sokat szidott gyógyszeripar már évek óta juttat a harmadik világba gyógyszereket a legnagyobb pusztítók ellen – AIDS, malária, tuberkulózis – mégpedig önköltség körüli áron.

Spiegel: ...mindenesetre nem teljesen önszántából, hanem csak akkor szánták rá magukat, amikor a nyilvánosság nyomása már problémákat okozott a vállalatoknak.

Krebs: Csak sajnós, hosszú távon ez nem oldja meg a problémát. A legelmaradottabb országok lakói – azoké az országoké, amelyekben az átlagos éves jövedelem 1000 dollár alatt van – még ezt sem engedhetik meg maguknak. Számukra már a csomagolás és a szállítás is megfizethetetlen.

Spiegel: Miért ellenzik akkor, hogy ezek az országok a szabadalom lejártá előtt jutányos áron importálhassanak, vagy saját maguk gyárthassanak generikus gyógyszereket?

Krebs: Mert nem engedhetjük meg, hogy a szabadalmak védelmét fokozatosan aláássák. Elvégre ha ez bekövetkezne, akkor nem állna rendelkezésre elegendő forrás a kutatásra, például AIDS esetén a növekvő rezisztenciával szemben. De még egyszer: Ez nem árkérdés.

Spiegel: Egy évvel ezelőtt a gyógyszeripar még keresetet nyújtott be Dél-Afrika ellen...

Krebs: ...az AIDS-szerek szabadalmi védelméről volt szó akkor is. Az árakat viszont már 2000 nyarán csökkentettük!

Spiegel: Szemmel láthatóan nem eléggé.

Krebs: De. Csakhogy Dél-Afrika egyáltalán nem egyeztetett velünk. Miután Dél-Afrika a tulajdonjogot elismerte, a panasz tárgytalanná vált. Mellesleg az AIDS-betegek helyzete Dél-Afrikában azóta sem javult.

Spiegel: Hogy javulhatna egyáltalán?

Krebs: Egyedül a gyógyszeripar elkötelezettsége nem győzheti le a harmadik világ járványait. A nyugati világnak végre be kell váltani ígéreteit, azaz, saját piacaikat nyissák meg az ezen országokból érkező termékek előtt, ezzel küzdve a szegénység ellen.

Spiegel: Így az afrikaiak meg tudnák venni az önök gyógyszereit?

Krebs: Remélhetőleg gyógyszereket. Valószínűleg fegyvereket is vesznek, sajnós.

Spiegel: Krebs úr, köszönjük Önnek ezt a beszélgetést!

(A riport a der Spiegel 8/2002. es számának Wirtschaft rovatában olvasható. Fordította : Neumann István, Graz)

Rolf Krebs a Boehringer-Ingelheim német gyógyszeripari vállalat főnöke, valamint az IFPMA Nemzetközi Gyógyszeripari Szövetség elnöke, tehát a hatalmas gyógyszerlobby egyik vezéralakja. Szoros kapcsolatban áll a német szövetségi kormánnyal, de az ENSZ-szel és a Világéegészségügyi Szervezettel is. A 62 éves Krebs, orvostani tanulmányait követően habilitált, majd gyógyszerkutatóként a Bayer céghez szerződött. 1989-ban a Boehringer-Ingelheim családi vállalat kötelékébe állt, melynek elnökévé választották 2001-ben. A Boehringer forgalma 4,2 milliárd Eurót tesz ki. Az óriáscég Viramone nevű AIDS gyógyszerét az afrikai földrész számos országában ingyen hozza forgalomba (vö. 153. oldal).

Az Élelmiszerbiztonság szerepe a Népegészségügyi Programban

Az egészségügyi kormányzat – kiindulva a jelenlegi kedvezőtlen népegészségügyi helyzetből – prioritásként határozta meg egy komplex program összeállítását és megvalósításának elkezdését a lakosság egészségügyi állapotának javítására. Az „Egészséges Magyarorszáért Népegészségügyi Program 2001-2010” című stratégiai programot a Kormány magáévá tette és megvalósítását támogatja. Ezt teszik az érintett tárminisztériumok és szervezetek is. Közismert, hogy minden élőlény, így az ember genetikailag determinált normális fejlődését, növekedését, reakciókészségét, életerejét, teljesítőképességét a prae és a poszt-natalis élet folyamán a sajátos környezeti tényezők sokasága befolyásolja, azaz rentja vagy javítja. Közülük is a szervezet intermedier anyag- és energiaforgalmát közvetlenül érintő tényezők szerepe a legnagyobb valamennyi élettevékenység szempontjából. A pete megtermékenyülésétől a születésig terjedő magzati életciklus során éppen úgy, mint a csecsemő-, a kisgyermek-, a serdülőkorban, valamint a felnőtt és végül az idős vagy az öregkor során a szervezet sajátosan differenciált igényeit lehetőleg maradéktalanul, teljes körűen ki kell elégíteni a kiegyensúlyozott és egészséges táplálkozás biztosításával. A tápláléknak elegendő mennyiségben és optimális arányban kell fedeznie a szervezet fehérje (állati és növényi eredetű), szénhidrát, zsír (zsírszerű anyagok), makro- és mikroelemek, provitaminok, vitaminok, élelmi rostok és más biológiaiailag fontos hatóanyagok iránti igényét. A másik lényeges követelmény, hogy a táplálék sohasem tartalmazhat egészségtárgyosító kórokozókat, illetve kémiai vagy biológiai természetű anyagokat, azaz biztonságosnak kell lennie.

A termelőnek és a folyamatot ellenőrző hatóságoknak a feladata nem kevesebb, minthogy a fogyasztó asztalára mindig jó, tápláló és élvezeti értékű, biztonságos élelmiszerek kerülhessenek. Mint-hogy az élelmiszer előállítás nem öncélú tevékenység, hanem a fogyasztó ember számára állít elő táplálékot, ezért ennek komoly, az egész társadalmat érintő közegészségügyi kihatása vitathatatlan, melynek végső soron – a többi ellenőrző hatóság mellett – felelőse a közegészségügyi szolgálat.

Ezt követően tekintünk át a tudományosan megalapozott egészséges táplálkozás által támasztott gyakorlati kívánalmakat illetve a legnagyobb jelentőségű élelmiszerfertőzéseket és mérgezéseket.

I. Az egészséges táplálkozás gyakorlati kívánalmai

Úgy vélem, abból helyes kiindulni, hogy az ember évmilliók óta mindenevő lény, melyhez alakult ki emésztőrendszerének és intermedier anyag-, valamint energiaforgalmának valamennyi anatómiai és élettani adottsága és feltételrendszere. Ezért ennek megfelelő, vegyes összetételű, kiegyensúlyozott táplálék fogyasztása indokolt. Aki az alternatív táplálkozási formák közül a vegetáriánus étrendet választja, igen fontos, hogy a (neme, az élettani állapota, az életkora és az általános egészségi állapot) alapulvételével döntsön a különféle étrendi ajánlatok között. Különben természetes következmény, hogy bizonyos idő eltelte után a legvalószínűsőbb anyag- és energiaforgalmi bántalmak, tünetmentes vagy tünetszegény és a pontos körjelzést megnehezítő működészavarok léphetnek fel.

Az ellentétes vélelt sajnos sokkal gyakoribb, felmérésék szerint a hazai férfi és női lakosság 20 százaléka elhízott és a férfiak 42 százaléka, a nők 33 százaléka túlsúlyos. Rá kell azonban arra is világítani, hogy egyidejűleg a relatív és az abszolút éhezés egészségkárosító, igen gyakran az életben maradást is meghatározó hatása nem csupán tömegeket sújt, hanem terjed is mint a mai modern társadalmak feloldhatatlannak tűnő ellentmondása. Az elhízás következményei nagyon szerteágazóak, nő a vércukorszint (2. típusú cukorbeteg), a vérkoleszterin-szint, a vérlipidszint, lap-pangva kialakul a szisztémás vagy helyi (szívizomterüeterek, nagyartériák) érfal-elfajulás, majd elmeszesedés, fokozódik a trombóziskészség, amelyek együttesen 50 százalékkal növelik a szív- és érrend-

szeri betegségek realizálódásának az esélyét, a szívinfarktus és az agyi katasztrófák (agyvérzés, agyértrombózis, stroke) miatti elhalálozást. Szaporodik a kóros máj- és vese-funkciós kórképek előfordulása és ezen szervek elfajulására visszavezethető bántalmak gyakoribb előfordulása. További következmények is társadalmi méretűek mint a csonttritkulás, a fogszuvasodás és az ún. malnutricia különféle formái. A hazai és a nemzetközi statisztikák rávilágítanak arra, hogy a rosszindulatú daganatos betegségek (emlő-, méh-, vastagbélrák, a vérképzőszervi betegségek egyes formái) 30-40 százaléka is megelőzhető lenne egészséges táplálkozással.

1. **A túlzott zsírfogyasztás csökkentése,** különös tekintettel a telített zsírsavakban gazdag táplálkozásra, amely a magyar konyha és izlés sajátja. A telített zsírsavak (palmitinsav, mirisztinsav, palmitinsav) aránya ne haladja meg a napi összes energiabevitel 10 százalékát. Az egyszerűen és többszörösen telítetlen zsírsavaknak sejtépítő és belőlük keletkező anyagoknak még hormonszerű hatása is van. Az egyszerűen telítetlen zsírsavbevitel lehetőleg érje el a napi energiabevitel 12 százalékát, (olivaolaj 77 százalék, repceolaj 58 százalék, földimogyoró olaj 48 százalék), míg a többszörösen telített zsírsavaké a napi energiabevitel 6-8 százalékát ne haladja meg.

2. **A koleszterin bevitel korlátozása**

A táplálékból bevitt koleszterin mennyisége naponta másfél, kétszerese az elfogadható, 300 mg/nap mennyiségnek. 3. **A konyhasó fogyasztás csökkentése** Sajátos egészségtelen magyar szokás az ételek és készítmények túlsósága is. Felmérésék szerint a férfiak négyszer, a nők háromszor és a fiatalok kétszer, illetve háromszor annyi nátriumkloridot fogyasztanak mint az ajánlott mennyiség (4-5 g/nap). A sófelvételt kétharmada az élelmiszeripari termékekből, egyharmada pedig az ételkészítés vagy fogyasztás közbeni sózásra vezethető vissza. Szükség lenne kisebb nátriumklorid tartalmú és szükség szerint más nyom-elemekkel dúsított készítmények előállítására.

4. **A rostfogyasztás növelése**

Általános tapasztalat, hogy a napi élelmi rost fogyasztás csak kétharmada a kívánatos mennyiségnek. Erre való tekintettel ajánlatos a teljes kiőrlésű gabonatermékek, zöldség-, főzelék- és gyümölcs-félék fogyasztásának fokozása naponta többszöri alkalommal.

5. **A vitaminellátás folyamatosságának biztosítása**

Jó hatása, ha a zöldségfélék, a főzelékek és a gyümölcsök a szezonális időszakokon kívül mirelit készítményekként egész éven át beszerezhetőek és szerepelnek az étrendben. Ezek a termékek magasabb antioxidáns hatású anyagaik és vitamin (aszkorbinsav, béta-karotin és karotinoid) tartalmuk következtében számos élettani folyamaton kívül jelentős szerepet játszanak a felsorolt daganatos betegségek kivédésében. Azt is látjuk ma már világosan, hogy a hiányállapotoknak mélyebb okai is vannak, mint az általánosan elterjedt étkezési szokás. Sajnálatos módon adatokkal bizonyítható, hogy a növényi és az állati élelmiszer alap(nyers)anyagok provitamin, vitamin, ásványi anyag, mikroelem és más biológiaiailag fontos hatóanyag-tartalma lecsökkent, az eredeti arányok felbillentek a deklarált mennyiséghez képest. A jelenség hátterében a termőtalaj elsavanyosodása észlelhető, amely a növény, az állat és végül az ember tápláléklánc kapcsolatán át oda vezetett, hogy gyakran csalódnunk kell a különböző alapanyagok összetételében. Az évtizedek folyamán kialakult helyzet megváltoztatása a mezőgazdasági termelés és főleg a talajerő visszapótlás gyakorlatának mielőbbi megváltoztatását igényli.

6. **Az ásványi anyag ellátás biztosítása**

A kiegyensúlyozott, folyamatossá kalcium és D-vitamin bevitelnek döntő szerepe van az osteoporosis kivédésében, az idejében elkezdett szubsztitúciós hormonpótlás mellett. Tényként kell elismerni, hogy a lakosság 50-60 százalékának kalcium ellátása hiányos, az ajánlott napi bevitelnek csak 2/3-3/4 részét fedezi. Erre való tekintettel javasolható a

tej és a tejtermékek napi rendszerességgel való fogyasztása, amely a szükségletet maradéktalanul kielégíti.

7. **A mikroelem pótlás biztosítása**

A mikroelemek csoportjából népegészségügyi szempontból a vas, a cink és a szelén érdemelnek nagyobb figyelmet. Táplálkozás élet- és kórtani szempontból történő további részletezés helyett, nézzük a tudományosan megalapozott, nemzeti élelmézés-egészségügyi program társadalmasításának kívánalmait: – át kell alakítani az egyéni és a család-élelmézési gyakorlatot és táplálkozási szokásokat,– módosítani szükséges a közétkeztetést biztosító konyhák ételkészítési gyakorlatát és ételkínálatát,– korszerűsíteni kell az élelmiszeripari termékek összetételét, módosítani tápanyagtartalmát és bővíteni a termékínálatát,– végül, de nem utolsó sorban, mielőbb az egészségügyi követelményei szerint fejleszteni kell az étkezési kultúrát és a napi gyakorlatot. Ehhez a tudatformáláson, az önmérsékleten, a kor igényéhez történő alkalmazkodási készségen kívül a szocio-ökonómiai viszonyok társadalmi méretű jelentős javítása sem nélkülözhető.

II. Az élelmiszer alapanyagokkal és készítményekkel terjedő ételfertőzések és/vagy mérgezések.

Az élelmiszer eredetű egészségkárosodások előidézésében változatos **baktérium-, vírus-, gomba-, parazita** fajok és kóros **prion-fehérjék** játszanak szerepet. A kórokozók többsége **hazai termőhelyi környezetből,** illetve **élelmiszer alapanyagot szolgáltató állatfajokból** származik, de a globalizációnál járó megnövekedett nemzetközi áruforgalom következtében **külföldről is könnyedén bekerülhet** (például kóros prion, Salmonella sp., Campylobacter sp., enterotoxikus E coli sp.). Ezért az élelmiszer import szabályozásának, **ellenőrzésének és a tételek ellenőrzésének** a szerepe az elmúlt évtizedben rendkívül felértékelődött és a vizsgálatokat végző szakhatóságokra fokozott felelősséget ró. Az élelmiszer alapanyagok szennyeződése, illetve fertőződése **elvlleg kétféle módon következhet be:**

- a terméket szolgáltató állat-, növényfajtól, illetve ásványi anyagból vagy természetes vízből **közvetlenül származhat, mint eredeti (intravitális) fertőzés,** vagy pedig
- másodlagosan a termék termelése, feldolgozása, forgalmazása, tárolása stb. során a **környezetből járulékos (akcidentális) fertőzésként** kerül a termékbe. A hűsfeldolgozás során ezt a fajta szennyeződést/fertőződést ún. „ke-nódéses” szennyeződésnek is nevezzük, amely sokkal gyakoribb mint az elsődleges fertőződési forma.

Az **ételfertőzéseket és mérgezéseket** kórokozók szerint csoportosítjuk. A leggyakrabban előforduló fajok az alábbiak: **Baktériumok okozta** ételfertőzések és mérgezések: *Fajok:* • Salmonella • Campylobacter • E.coli • Yersinia • Staphylococcus • Listeria • Cl.botulinum **Vírusok okozta** ételfertőzések: *Fajok:* • Calicivírusok • Enterovírusok • Adenovírusok • Rotavírusok **Penészgombák okozta** mycotoxinosok: *Fajok:* • Aspergillus • Fusarium • Penicillium • Stachybotrys **Paraziták okozta** fertőzések: *Fajok:* • Toxoplasma gondii (toxoplasmosis) • Taenia solium, illetve (sertés, szarvasmarha borsóka) • Taenia saginata • Echinococcus granulosus, • Echinococcus multilocularis (hólyagférgesség) • Trichinella spiralis (trichinellosis) **Kóros prionok okozta** fertőzések: *Fajok:* • BSE (v.CJD) • Scrapie • Más állatfajok prionja

Baktériumok okozta ételfertőzések és mérgezések

Ami a szóban forgó **enteropathogen baktériumfajok** és típusok közegészségügyi jelentőségét illeti, meg kell állapítani, hogy a **leggyakoribb előidezői az ételfertőzéseknek és mérgezéseknek** nemcsak hazánkban, hanem Európa nyugati országaiban is. Fajtól függetlenül valamennyi baktérium nagyon gyakran a tápláléklánc útján terjedő **zoonotikus kórokozó,** amellyel való fertőződés leginkább a tünetmentesen fertőzött állattól eredeztethető, noha az emberek közötti kontakt átvitel

is előfordulhat. A WHO az **emberi salmonellosist a lehető legkomplexebb zoonózisnak** tartja, amelynek felszámolása nem lehetséges, így a potenciális fertőzési veszéllyel meg kell tanulni **együtt élni.** A környezetbe került salmonella baktérium ellenálló képessége viszonylag nagy; a bélsárban, az alomban a hőmérséklet, a nedvességtartalom és a kémhatás függvényében **hónapokig életképes maradhat,** sőt a híg trágyában, enyhén lúgos szennyvizekben, az ázott kutak vizében, tocsogókban **el is szaporodhat.** Fontos kiemelni, hogy **valamennyi salmonella szerotípus potenciálisan humán pathogén még akkor is, ha eddig ez nem nyert egzakt bizonyítást.** A törzsek támadóképessége természetesen típusonként és izolátumonként változik, amelynek megfelelően alakult az elmúlt 15 esztendő folyamán az egyes típusok előfordulási gyakorisága és az élelmiszer eredetű bántalmakban játszott szerepe. Vezető helyre került a **S.Enteritidis, majd az S.Typhimurium** s jóval ritkábban kerül izolálásra a **S.Hador, a S. Infantis, a S. Anatum,** a többi szerotípus mind köz- mind pedig állat-egészségügyi területen. Az ételmérgezések előidézésében a **tojás, a baromfi és ezeket tartalmazó termékek** és készítmények játszanak vezető szerepet, de nem szabad elfelejteni, hogy a **többi vágóállat húsa,** a szervei, **a halak, a rákok, a kagylók, sőt a növényi eredetű termékek** (zöldségek, gyümölcsök) is lehetnek salmonella terjesztők. Az emberi **campylobacteriosis döntő többsége szintén ételfertőzés** következménye, amelyben az állati eredetű alapanyagok és készítmények vezetnek, azonban a gazdasági haszonállatok és esetenként a kedvtelésből tartott állatfajok (kutya, macska, madár) bélsarával, vizeletével, magzatvizével, méhváladékával és nyers tejével szennyeződött **bármely élelmiszer** is játszhat közvetítő szerepet. Leggyakrabban a **Campylobacter jejuni, a C.coli** és ritkán a **C.intestinalis** törzsek kerülnek izolálásra. Az általunk okozott betegség hasonló megítélés alá esik, mint a salmonellosis, jóllehet prognózisa kedvezőbb. Az elmúlt években a Távol-Keleten és az USA-ban nemzetközi visszhangú riadalmat váltott ki az **Eserichia coli baktérium verotoxin termelő enteropathogén törzsei** által okozott élelmiszermérgezések, amelyek súlyos klinikai következménnyel és elhalálozással is jártak. A baktérium szervezeten kívüli **túlélése és esetenkénti feldúsulása** a salmonellához hasonló. A fertőzés elsődrendű terjesztője a **bélsár,** illetve a **trágyázott talaj,** valamint a **szennyvíz. A staphylococcus aureus enterotoxin termelő törzsei** képesek ételmérgezést előidézni, ha a fertőzés kiindulási csiraszáma elég nagy a betegség elindításához szükséges toxin mennyiség termeléséhez. A csira az élelmiszer alapanyagokba az ember **bőrfelületéről, orr-garat üregéből,** helyi **gennyes elváltozásaiból** éppen úgy bekekerülhet, mint a gyuladásban lévő vagy szubklinikailag fertőzött (tehén, kecske és juh) **tőgyéből.** A Staphylococcus toxikozis **a világon leggyakrabban előforduló ételmérgezés,** Magyarországon a második helyen áll. A gyakorlatban a **disznósajt, a sonka, a száraztészták, a juhtúró,** egyes **lágysajtok,** a lángolt és a nyers **kolbászfélék** szoktak a mérgezés kiváltásában szerepet játszani. Nem ritkán a **tojásos félkész- és készételek,** például a krémek, fagyaltok, saláták fogyasztása után lép fel az intoxikáció.

A baktériumok okozta ételfertőzések és mérgezések körfejlődése

Milyen esetekben szokott ez bekövetkezni?

- Ha az alapanyag (hús, tej, tojás, stb.) **induló csiraszáma eleve magas,** mert beteg állatból vagy a higiénikus termelés előírásainak durva megsértésével termelték.
- Ha az alapanyag vagy a készítmény **hűtése hiányos,** vagy **későn történik,** illetve a **hűtőlánc megszakad.**
- Ha a fagyasztott terméket **felen-gedik,** majd **újra lefagyasztják.**

Ha a tárolás szabályait megszegve a legkülönbözőbb termékeket (zöldségek, nyershús, tojás, készétel, stb.) tárolnak

közös légterű hűtőszekrényben, miközben azok a kezelés során egymással közvetlenül vagy az emberi kéz által áttételesen **szennyeződhetnek.** • Ha a **hőkezelés elégtelen** • Ha az étel fogyasztás előtti tárolása (szállítása) szobahőmérsékleten **több órán át tart,** illetve amikor a lehűlt **készételt újramelegítik.** Ha a készétel vagy nyersanyag bármilyen okból a környezetből **masszívan utófertőzésnek, szennyeződésnek** esik áldozatul. Mindezekon kívül a fogyasztó mindenkori **egyéni érzékenysége** is döntően befolyásolja, hogy milyen kimenetele lesz egy szennyezett vagy fertőzött termék elfogyasztásának. **A hiányos gyomorsavtermelést** (például idült gyomorgyulladás vagy gyomorreszekció esetén) **az elégtelen gyomoremésztést,** az enterális **enzimopathiákat** és több más **emésztőszervi kóros állapotot** érdemes kiemelni. Így értelmezhető, hogy miért olyan változatos az azonos kóroktanú ételmérgezési esetek klinikai megnyilvánulása, epidemiológiája, incidenciája lefolyása.

A vírusok okozta ételfertőzések közül csak a **calicivírus által** előidézett újabb és kevésbé közismert kórformát kívánom ismertetni. A fertőzés forrása elsősorban **a széklettel szennyeződött víz, étel vagy zöldség és gyümölcs,** de ismert a közvetlen kontaktussal, vagy aerosollal terjedő fertőzéstávítel is. A széklettel ürülő vírus környezeti csirapuszító tényezőkkel szembeni ellenálló képessége figyelemre méltó, például a 15°C-os tengervízben 2 hétig fertőzőképes marad. A sütés és a főzés hőmérsékletén viszont elveszti szaporodóképességét, ezért a fertőzés átvitelében az ételek **utólagos fertőződése,** illetve a **nyersen fogyasztott élelmek** gyanúsíthatók. A diagnosztikai módszerek (Elisa, PCR) nem csak a székletmintából, hanem a **gyanúsított ételmaradékból, vízből** vagy **más anyagból** történő vírusazonosítást is lehetővé teszik.

Penészgombák okozta mycotoxinosok

A **kenyérgabona** (búza, rozs) és a **takarmánynövények** (kukorica, árpa, zab) magmintáinak mycotoxin szennyezettsége 1992-ben 54-65 százalékos volt, amely egy évre rá tovább emelkedett 56-80 százalékra. Ennek kártétele a növénytermelés és az állattenyésztés területén **milliárdokban fejezhető ki,** amelyhez társulnak a pénzben nem mérhető **közegészségügyi területen mutatókozó káros hatások.** Mai ismereteink szerint a hazánkban elterjedt **penészgomba fajok toxinjai sokféle betegséget** okozhatnak. • **Rákkeltő hatás. Az Aspergillus flavus és paraziticus** fajok által B1, G1 és M1 jelzésű **aflatoxinok** rákkeltő hatása főleg a májban közismert. • **A vesék elváltozását okozó hatás.** Egyes **Aspergillus és Penicillium** fajok által szintetizált **ochratoxin** hatására más szervi elváltozás jön létre, nevezetesen az **endemias naphropathia,** amely hazánkban is komoly egészségügyi kockázatot jelent. Az ochratoxin a vesén kívül a **májat is károsítja, teratogén-, mutagén- és rákkeltő** hatása is bizonyított. • **Ételmérgezések A T-2, HT-2 és a deoxinivalenol (DON) toxinok** étvágycsökkentő és hánytató hatásúak, ami a táplálék elutasítását vonja maga után. A penészgombák és toxinjaik ellen **csak jól összehangolt szakmai közü együttműködéssel** lehet eredményt elérni, amely kezdődik a **nővénynemesítéssel,** folytatódik az **agrotechnikával,** célra orientált **növényvédelemmel,** az idejében való **betakarítással, a jó tárolási feltételek** biztosításával, majd **az ésszerű hasznosítással.** Ettől függetlenül az élelmiszer alapanyagok rendszeres vizsgálatára és a **toxin-szenyezett termékek élelmiszeraláncból történő kiiktatására** igen nagy szükség van a közvetlen egészségkárosító hatás minimalizálása céljából.

Prion okozta betegség (v.CJB)

A legfrissebb adatok szerint eddig **összesen 107 személy esett áldozatul a v.CJ betegségnek** (102 angol, 3 francia, 1 ír és 1 Hong-Kong-i személy).

A betegek száma pontosan nem ismert, de *időről-időre egyelőre szaporodik*. Szerencsére *Magyarország állatállományra mentes a prionok okozta TSE kórképektől és v.CJ emberi eset sem fordult eddig elő*. Ennek a kedvező járványtani helyzetnek fenntartása a legfőbb feladata az állami állat-, valamint közegészségügyi szolgálatnak megfelelő járványvédelmi *igazgatási rendszabályok* szigorú és következetes végrehajtásával, illetve az ún. *gyorsdiagnosztikai priontesztek* hatályos EU előírások szerinti alkalmazásával. A surveyer vizsgálat sorozat nemcsak járványtani, *hanem élelmiszerbiztonsági szempontból is nélkülözhetetlen* és a fogyasztók egészségét védi.

Következtetések

A kedvezőtlen népegészségügyi helyzet számos tényező egyidejű hatásának az eredőjeként hosszú évek során fokozatosan alakult ki, amelyben minden kétséget kizáróan kiemelkedő szerepet foglal el a *hazai élelmezés-egészségügyi, gyakorlat és általánossá vált táplálkozási szokások*. Eurokonform felfogás szerint az élelmiszer-egészségügy szinonim fogalomná vált az élelmiszerbiztonsággal (lásd: „Fehér Könyv az élelmiszerbiztonságról”), amely közegészségügyi szempontból két fő területet ölel fel, úgymint egyrészlről a táplálékkal szemben támasztott *minőséget*, amely a szervezet mindenkori igényének lehetőleg maradéktalan kielégítését jelenti, másrészlről a *biztonságot*, amely az egészséget nem károsító, aggálymentes élelmiszer előállítását és kínálatát követeli meg. *Mit kell tennünk, kire mi tartozik?* Az élelmiszergazdaság teljes vertikumát Magyarországon – ahogyan ma szokás mondani –, a „*farmtól az asztalig*” *három minisztérium* (FVM, EüM és GM) *szakhatóságai*, valamint a hozzájuk tartozó *központi és területi intézmények és laboratóriumok* felügyelik. *2001. év végéig* létre kellett hozni az *Országos Élelmiszerbiztonsági Hivatalt*, amely működését – a közösségi országok terveivel szinkronban – 2002. év folyamán kezdi meg. A megfelelő *minőségű* és ugyanakkor *biztonságos* élelmiszer előállításának felelőssége *közvetlenül a termelőt* terheli, amelyet nem lehet eléggé hangsúlyozni. Az ellenőrzést gyakorló *szakhatóságok* a vonatkozó rendeletek következetes és maradéktalan betartatásával öröködnék a fogyasztó egészsége felett. Az állam képviselőében ezek a szakhatóságok és intézményei *közvetve felelősek* a lakosság ellátásáért. További feladatuk az egészségügyi követelmények érvényesítése az étkezési gyakorlatban. Az Európai Unió brüsszeli központja által kiadott „*Fehér Könyv az élelmiszerbiztonságról*” szóló dokumentum a Nemzeti Élelmiszerbiztonsági Hivatalok felállításával kapcsolatban – az uniós országokban szerzett tapasztalatok figyelembevételével – két kritériumot hangsúlyoz. • Mindenekelőtt *a fogyasztók igényeinek maradéktalan kielégítése és egészségének védelme*. • Gazdasági és lobbly *érdekektől való teljes függetlensége*. Az Európai Unió brüsszeli központjában 2001-től az *élelmiszerbiztonsági felügyelet az Állategészségügyi Főosztálytól az Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (DG SANCO) felügyelete alá került, éppen az említett kritériumok kielégítése végett. Az Országos Élelmiszerbiztonsági Hivatal* interszektoriális, *koordinációs feladatokat* ellátó, magas szintű tudományos igényeket képviselő, hatósági jogkör nélküli, és *saját költségvetéssel bíró független* szervezeti egység, amelynek legfőbb *feladata a fogyasztók egészségének a védelme*. A szervezet alapítását és működését *külön jogszabály* fogja elrendelni, illetve szabályozni *az érintett tárcák igényeinek kölcsönös figyelembevételével*. Az új hivatal működése a minisztériumi *szakhatóságok sajátos feladat-, hatás-és felelősségkörét nem fogja csorbítani*. Ugyanakkor a felesleges átfedéseket, az indokolatlan vizsgálatokat és laboratóriumos beruházásokat, valamint párhuzamos beruházásokat szabályozni fogja. Az előttünk álló feladatok megoldása fontos és szép, amelyen hazánk *Uniócsatlakozása is múlik*.

Dr. Nagy Attila
Egészségügyi Minisztérium

Élelmiszerbiztonság
avagy hazudhat-e a leves a népegészségügyi programban?

A napi sajtó évek óta visszatérő, rendkívül hálás témái az élelmiszeripari botrányok. A kergemarhakórban szenvedő marhák, a hol szalmonellás, hol hormonkezelt csirkék, az agyonpermetezett, kifejezetten mérgező zöldségek azonban csak a jéghegy csúcsát jelentik. Élelmiszereink hatalmas változáson mentek keresztül az elmúlt száz év alatt. Az önellátó mezőgazdaság helyett megjelent a nagyüzemi, intenzív növénytermesztés és állattenyésztés, a falusi pék, a hentes és a tejesasszony helyett a kenyérgyárak, tejüzemek, húsfeldolgozók és élelmiszer-gyárak, így ételeink többsége többnyire már csak nevében emlékeztet eredetijére. „*Az élelmiszerbiztonság szerepe a népegészségügyi programban*” címet viselő, dr. Nagy Attila által készített összeállítás biztató kezdete lehetne valamikori „biztonságosabb” ételeink újraélesztésének, amelyek beltartalmi értéke csakúgy, mint méreganyagtartalma megfelelőhett volna egy ilyen programnak. A program „*lényeges követelménye, hogy a táplálék sohasem tartalmazhat egészségkárosító kórokozókat, illetve kémiai vagy biológiai természetű anyagokat, azaz biztonságosnak kell lennie*”. Mai élelmiszereink azonban ezeknek a követelményeknek sajnos csak a legtrikább esetben felelnek meg. A nagyüzemi mezőgazdaság és élelmiszeripar érdekei olyannyira eltávolodtak a fogyasztók érdekeitől – merthogy se az élelmiszeripar, se a mezőgazdaság nem enni, hanem eladni akarja termékeit –, hogy komoly fordulatra lenne szükség mindkét szektorban az élelmiszerbiztonság megvalósításához.

Állati gondok

Szakértők szerint a nagyüzemi állattartás törvényszerű következménye a kergemarhakór csakúgy, mint a szalmonella vagy az egyéb, időről időre kitörő járványok. Az állatok a gyorsított hizlalás és a nem a fajnak megfelelő állattartás következményeként fokozottabban érzékenyek a kórokozók iránt, a tartás ideje alatt többnyire folyamatosan szükség van az antibiotikumok és egyéb gyógyszerek adására. Becslések szerint a világ antibiotikum termelésének felét az állattartók használják fel, amely mellesleg hizlalószerként is remekül bevált. Ez természetesen az élelmiszerbiztonságon túl egyéb kérdéseket is felvet, így az egyre szaporodó rezisztens baktériumtörzsek számát, amelyek következményeként egyes fertőző betegségek halálozási statisztikája megegyezik az antibiotikumok felfedezése előttivel. Az a hivatalos fórumon elhangzott kijelentés, miszerint minden csirke szalmonellás sem felel meg – a laikusok számára legalábbis – az élelmiszerbiztonság követelményeinek. A legutóbbi, állítólag kínai eredetű csirkék kapcsán kitört élelmiszerbotrány a hormonok felhasználásának kérdését is

felszínre hozta. Az ügy különös pikanteriája, hogy néhány évvel ezelőtt az Amerikai Egyesült Államok bojkottal fenyegette az Európai Uniót abban az esetben, ha hormonkezelt állatait nem engedi be a közösség piacára. Vajon ki nyerhetett? Az erre vonatkozó szakirodalom szerint a leleményes tenyésztők az esetleges tilalmak miatt az utóbbi években olyan hormonkészítmény kombinációkat alkalmaznak, amelyekre az ellenőrző hatóságok többnyire nincsenek felkészülve. Az intenzív állattartásban alkalmazott készítmények a hormonokon és az antibiotikumokon kívül is komoly listát késztenek ki. Így használnak nyugtatókat, szívgyógyszereket, hízás-elősegítőket azonban számos egyéb szer is bevetésre kerül.

A növénytermesztés kérdőjelei

A nagyüzemi növénytermesztésnek szintén megvannak a maga hátulütői. Dr. Nagy Attila utal arra, hogy a mai termelési módszerek a talajt tönkreteszik, így a növények beltartalmi értékei csupán töredéke az optimálisnak. A műtrágyázás, a permetezőszerek intenzív használata a növények gyorsabb fejlődését teszi ugyan lehetővé, azonban ez által érzékenyebbé válnak a különböző kórokozók iránt, víztartalmuk, nehézfémtartalmuk megnő, ásványisó, nyomelem, vitamin, fehérje tartalmuk csökken. Permetezőszerek maradványok gyakran mutathatók ki, nem ritkán az előírtat is meghaladó mértékben.

Hazudós levelek, svihák sütemények

Az élelmiszerbiztonsággal kapcsolatos további komoly kétélyek merülnek fel az élelmiszeripar által használt csaknem 20000féle adalékanyaggal, és több, mint 6000féle aromával kapcsolatban. Miközben az élelmiszeripar és az élelmiszereket ellenőrző szervek minden kételyt visszautasítanak ezekkel az anyagokkal kapcsolatban, számos nagyobb lélegzetű vizsgálat minden kétséget kizáróan igazolja félelmeinket.

Az első kérdőjelek

Az élelmiszeripari adalékanyagok története az ezernyolcszázas évek végére nyúlik vissza, a Maggi ételízesítő és a zacskós levelek korára. A modern élet őshazájában, Amerikában, 1902-ben a kormány megbízást adott egy bizonyos dr. Wiley-nek ezen anyagok egészségünkre gyakorolt hatásának alaposabb megvizsgálására. Dr. Wiley egy csapat fiatal, önkéntessel kezdte meg a vizsgálatokat. A fiatal emberek a hagyományos amerikai táplálékhoz az élelmiszerekben előforduló mennyiségekben kapták az adalékanyagokat. Az öt éven át folyó vizsgálatok eredményeit az amerikai közvélemény folyamatosan figyelemmel tudta kísérni az erről rendszeresen megjelenő kiadványokon keresztül. A „*méreg különítményként*” számon tartott fiatal önkéntesek egészségét az adalékanyagok

súlyosan befolyásolták. Ezután az amerikai kormány megbízta dr. Wileyt az élelmiszereket ellenőrző intézet felállításával, amely működését az élelmiszeripar rövid időn belül lehetetlenné tette.

Például a glutamát

A glutaminsav a természetben előforduló növényi fehérjék alkotórésze, azaz természetes anyag. Az emberi szervezetre azonban teljesen meglepő és igen sokrétű hatással van. Az élelmiszeripar a glutamát sóit ízerősítőnek, illetve az ipari élelmiszertermelés nem kívánatos mellékzeinek, így a féses-, keserű-, föld- és halíz elfedésére alkalmazza. A glutamáthoz egy új tünetegyüttes kapcsolódik: a „*kínai étterem szindróma*”. Ez az országhatárokat nem ismerő jelen-ség főleg a kínai és vietnami éttermekben lépi meg az étkezőket, mivel az ázsiai konyha ezen képviselői előszeretettel javítják e nélkül is rendkívül ízletes ételeiket a glutamát sóival. A „*kínai étterem szindrómára*” nyaki- és tarkótáji zsibbadás, a lábak zsibbadása, mellkasi nyomás, fej- és hasfájás, hányinger, álmatlanság, erős szomjúság jellemző. A glutamát nagyobb koncentrációkban elhízáshoz, tanulási nehézségekhez, az érdeklődés hiányához, passzivitáshoz, illetve az ellenkezőjéhez, hiperaktivitáshoz vezethet. Állatkísérletekben ezeken túl szaporodási zavarokat, embriónális fejlődési rendellenességeket továbbá agykárosodást eredményezett.

Például nitrítés pácso

A nitrítés pácso egy meglehetősen régi segédanyaga a húsiparnak, amely ma a felvágottak, kolbászok, szalámik és egyéb hűskészítmények 95 százalékában megtalálható. A nitrítés pácso hatására a pácolás rövidebb idő alatt megy végbe, mint a hagyományos eljárásokkal, miközben vízvesztés helyett vízfelvétel történik. Ezen kívül felerősíti a füstölési aromát, a pácolási aromát, továbbá színeez is. Hatásai annál erősebbek, minél kevesebb hús, és minél több zsír és víz van a kolbászban, amely tulajdonsága rendkívül jól illik a modern húsgyártás célkitűzéseire. E szerint ugyanis: „*A hentes művészete abban rejlik, hogy hogyan lehet a vizet vághatóvá tenni*”. A nitrítés pácso hatására keletkező szép piros szín további „előnye”, hogy a félig romlott, elszíneződött húst sem lehet már színéről felismerni. A nitrít hatásairól számos tanulmány született, erősen megkérdőjelezve ezen anyag jogosultságát, mint élelmiszereink mindennapos összetevőjét. Hatásai rendkívül sokrétűek, így többek között az érfalak degeneratív elváltozásához vezet a szívben, tüdőben, vesében és az agyban, gyermekeknél agresszivitást okoz és viselkedési anomáliákat, terhes anyákon a vetélési valószínűséget nö-

veli. A nitrítés pácso a gyomor rendkívül erős, savas közegének hatására nitrosaminokká alakul. Ugyanez a folyamat megy végbe a nitrítés pácsoval kezelt húsarú füstölése, illetve pácolása során is. A nitrosaminokat felfedezésükkor rendkívüli ovációval fogadta a kísérleti rákkutatás, mivel ennyire biztosan rákkeltő anyagok ritkák a rákkutatásban. A nitrosaminok rákkeltő hatása azonban nem korlátozódik az állatkísérletekre és elfogyasztójukra. Viszonylag alacsony dózisaik is rákhoz vezethetnek az utódokon a mennyiségtől függően fiatal vagy idősebb korban, továbbá az utódok utódain is csökkenő mértékben.

Vissza a fára?

Az élelmiszerbiztonság fentebb felsorolt hiányosságai nemcsak Magyarországra jellemzők. Hazánk átvette az Európai Unió erre vonatkozó törvényeit és szabályozását, boltjaink polcait elárasztják a Nyugat-Európából származó áruk. Lehet, hogy a nyugat-európai fogyasztó kritikusabb lett? A mezőgazdasági statisztikák szerint mindenképpen. A biotermeles soha nem látott fejlődésnek indult, évi növekedési üteme átlagban eléri a 20 százalékot. A nyugat-európai, amerikai, japán fogyasztók a biotermekek olyan választékában válogathatnak, amely bármely egyéb bolt kínálatával is fel tudná venni a versenyt. A trágyázott, szintetikus permetezőszerek nélkül termesztett zöldségeken és gyümölcsökön kívül a boltok kínálatából nem hiányoznak az állati eredetű termékek, amelyeknél biztos lehet a fogyasztó abban, hogy az állatok tartásánál a fajnak megfelelő körülményeket teremtették meg, és növekedésserkentőt, antibiotikumot és egyéb gyógyszerkészítményeket nem vettek be a minél nagyobb profit érdekében. A biotermekeknel az adalékanyagok száma szigorúan korlátozva van, bár a kritikusabb vásárlók ezeket is visszautasítják. A magyar biopiac fejlődése időközben hazánkban is lehetővé tette a biotermekek jobb beszerezhetőségét. Mivel pedig egészségünk és táplálkozásunk között kétségbe vonhatatlan összefüggés van, megéri a fáradságot a valóban biztonságos élelmiszerek beszerzése.

Az adalékanyagokkal kapcsolatban részletes összeállítás jelent meg a Látletlet 2001. 12./2002. 01-es számában. A téma Hans-Ulrich Grimm: A leves hazudik című lebilincselő könyve az adalékanyagokról, aromákról, mesterséges édesítőszerekről, a food design-ról és mindarról, amit az élelmiszeripar „meg szeretne etetni velünk”.

A könyv a Kétezeregy Kiadó gondozásában jelent meg, kapható a könyvesboltokban.

Benda Judit
tanácsadó

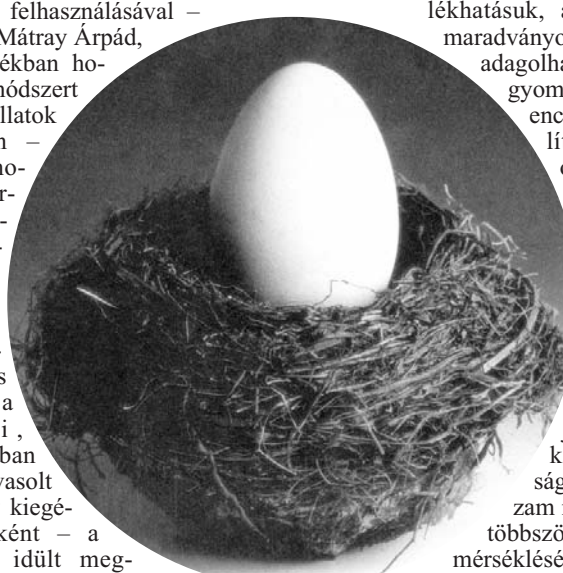
Alternatív módszerek az állatgyógyászatban, állattartásban és élelmiszertermelésben

címmel áprilisban negyedik alkalommal rendez Dr. Mátray Árpád Bábólnán tevékenykedő állatorvos konferenciát. Mint mondotta, a konferencia célja, hogy lehetőséget nyújtson az alternatív gyógyászat művelőinek módszereik, tapasztalataik, eredményeik bemutatására. Továbbá az alternatív eljárások helyzetének áttekintésére hazánkban és Európában, politikai, társadalmi, szakmai-tudományos és üzleti szempontból egyaránt. Az EU az egységes szabályozás megteremtésére indította 13 európai ország részvételével COST B4 programját, mindenekelőtt a döntéshozók munkáját megkönnyítő ajánlásokkal. Legelterjedtebb a homeopátia, az akupunktúra, a kiropraktika és a fitoterápia. A konferencia az egyes alternatív gyógymódok gyakorlati alkalmazásába is bepillantást enged. Miért fontos megtalálni az alternatív módszerek helyét az állatgyógyászatban? A humán medicinában egyértelmű az összefüggés a hagyományos gyógymódok emberre gyakorolt, nem mindig pozitív hatását illetően. (Például: gyógyszerallergiák.) Azonban több láncszemből tevődik össze az a folyamat, míg a haszonállatból élelmiszer lesz. Ez, ha tetszik, ha nem, vegyi, környezeti anyagokkal többé kevésbé szennyezett, s e tény, ha közvetve is, de ártalmas lehet az állatok húsát, tejét, tojását elfogyasztó emberekre. Önmagunk állította csapdánkából menekülünk tehát a kemikáliák visszaszorításával az

állatok táplálásában, gyógyításában a természetes eredetű anyagok felhasználásával – hangsúlyozta Mátray Árpád, aki 70 százalékban homeopátiás módszert alkalmaz az állatok gyógyításában – nemzetközi homeopátiás orvosi diplomájának megszerzését követően – 1994-óta. Természetesen e gyógymódnak is megvannak a korlátjai, határai, azonban különösen javasolt – önálló vagy kiegészítő terápiaként – a régóta tartó, idült megbetegedések, például sebgyógyulási problémák, emésztési és légzőszervi rendellenességek vagy akut baleseti sérülések sokkos állapotok esetén. Mivel a homeopátiás gyógyszerek ter-

mészetes alapanyagokból készülnek, nincs mellékhatásuk, a szervezetben nem képeznek káros maradványokat, nem alakul ki allergia, könnyen adagolhatók, miközben olcsóbbak, mint a hagyományos gyógyszerek. A második konferencia – (1998) külön érdekességeként említhető, hogy az indiai ayurvédikus orvoslás egyik kiemelkedő képviselője, Dr. M.J Saxena kimondottan e tállalkozó időtartamára Magyarországra érkezett és az 5000 éves sok területen máig is érvényes ayurvédikus módszerek állatokon szerzett tapasztalatait ismertette. A növényi, állati és ásványi eredetű anyagok gyógyhatásának alkalmazása Indiában az utóbbi időben különösen a baromfiiparban terjedt el, s mutat kiemelkedő eredményeket. A nagyüzemi állattartás zsúfolt-ságából eredő stresszhatások, s a tojáshozam növelésére adagolt vegyi anyagok révén többszörösen igénybevett szervezetet érő károk mérséklésére szolgáló ayurvédikus szerek mellett főleg a májműködést és az immunrendszt szabályozó, növekedést serkentő baktériumölő készítményeket alkalmazzák.

(szádvári)



Szakdolgozók véleménye a kórházi működési forma változásról

Vizsgálati módszer és minta

1. Módszer

A vizsgálat során Heves megye három önkormányzati kórháza szakdolgozóinak a kórházi működési forma változásról való feltételezéseit/elképzeléseit vetettem össze két hazai, már évek óta közhasznú társasági formában működő kórház szakdolgozóinak ez irányú tapasztalataival. A felmérést kérdőíves módszerrel végeztem. A kérdőívet az önkormányzati kórházakban 305 fő, a közhasznú társasági formában működő intézeteknél 96 fő töltötte ki, azaz az adott intézménytípusok szakdolgozóinak 20százaléka (1. sz. táblázat).

Ellátási formák	Önkormányzati kórházak	Kht. kórházak
Fekvőbeteg szakellátás	223 fő 73%	81 fő 85%
Járóbeteg szakellátás	26 fő 9%	7 fő 7%
Diagnosztika	56 fő 18%	8 fő 8%
Összesen	305 fő 100%	96 fő 100%

1. sz. táblázat
Válaszadók megoszlása ellátási formák szerint

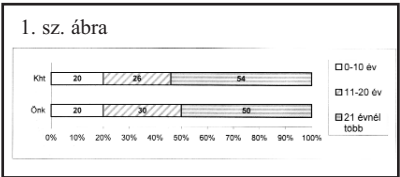
2.Módszer

A megkérdezettek szakmai végzettsége szerinti összetétele megfelel a magyar kórházak átlagos szakdolgozói képzettségi szintjének, hiszen sem a szakképzetlenek, sem a magas képesítésűek aránya nem dominál egyik intézménytípusnál sem (2. sz. táblázat).

2. sz. táblázat	Önkormányzati kórházak	Kht. kórházak
Ígyetem	2%	2%
Eu. Főiskola	8%	1%
Felsőfokú szakképesítés	38%	29%
Középfokú szakképesítés	44%	63%
Szakképzetlen	8%	5%
Összesen	100% (305 fő)	100% (96 fő)

A válaszadók szakmai végzettsége

A kérdőívet kitöltő 401 fő 80százaléka mind a két működési formánál több mint 10 éve dolgozik az egészségügyben, így a működésről reális tapasztalatokkal rendelkeznek (1. sz. ábra).



Kiemelendő, hogy a közhasznú társasági formában működő intézmények válaszadóinak 57 százaléka már 6 éve; 16 százaléka 5 éve; 18 százaléka 4 éve; 5 százaléka 3 éve; 1 százaléka 1 éve; 3 százaléka fél éve dolgozik az átalakult kórházban, ezért válaszaik valóságos képet kell hogy tükrözzenek. Az önkormányzati kórházak szakdolgozói a kórháztvérvennyel kapcsolatos ismereteiket döntő többségben a médiumból (80 százalék) és a munkatársaktól (40 százalék) szerezték. A többi forrás aránya (szakmai folyóiratok 8 százalék; szakmai szervezetek 7 százalék; közlőny 6 százalék; egyéb 3 százalék) nem túl magas. Érdekes, hogy a törvény elfogadása után több mint 1 hónappal – amikor a vizsgálat készült – 7 százaléuk még nem hallott róla.

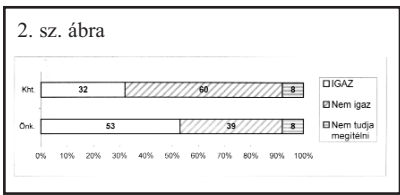
Eredmények

A kórházi működési forma váltásról a válaszadók feltételezéseit (az önkormányzati kórházaknál) és tapasztalatait (az egészségügyi kht.-k esetén) az átalakulást indokló állítások elbírálásával vizsgáltam. Az állításokat három főbb terület köré csoportosítottam:

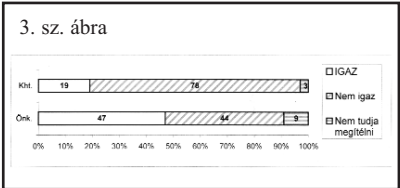
– szakmai és gazdasági működés,
– munkafeltételek,
– ellátottak.

Célom nem a két típusú intézményekből kapott válaszok bírálata, hanem a levegőben lévő, széles körben vallott gondolatok bemutatása.

Szakmai színvonal – gazdasági működés

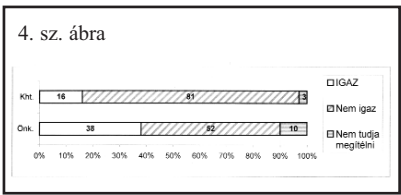


Az egészségügyi működési forma változása kapcsán a leggyakrabban elhangzó érv, hogy ez tökebevonást jelent, amely a további hatékonyság és célirányosabb – sőt egyáltalán a további – működés legfőbb előfeltétele. Ezt, mint látható, az önkormányzati kórházak dolgozóinak 53 százaléka valószínűnek is tartja, de sajnálatos tény, hogy ezzel szemben erről az egészségügyi kht.-k dolgozói igen pesszimistán nyilatkoznak, hiszen 60 százalékuk cáfolja a többlét források létét (2. sz. ábra).

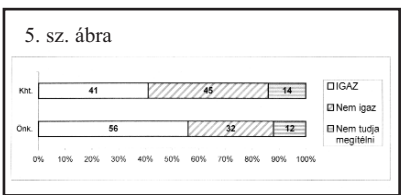


Köztudott, hogy a mai egészségügyi szolgáltatásaink színvonala egyre kevésbé felel meg a fogyasztók el-

várásainak, szükségleteinek, ezért az ellátás színvonalának javulását az átalakulás sokat hangoztatott előnyének tekintjük. Az önkormányzati kórházak válaszadói között körülbelül egyforma arányban találjuk az állítást igaznak, illetve hamisnak vallókat. A kht.-k dolgozói viszont ezt az állítást 78 százalékban egyértelműen hamisnak tartják, szerintük a szolgáltatások színvonalában a működési forma váltástól jelentős javulás nem várható (3. sz. ábra).

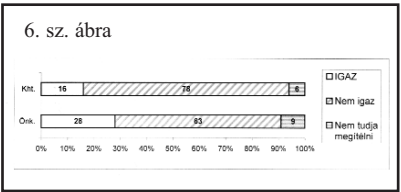


Az átalakulás egyik nyereségének véljük a betegelhelyezés körülményeinek javulását, kulturáltabb, komfortosabb elhelyezési formák kialakítását. Ebben az önkormányzati kórházak szakdolgozóinak is csak 38 százaléka reménykedik, a kht.-s válaszadók 81 százalékának tapasztalatai viszont ezen állítással ellentétesek (4. sz. ábra).

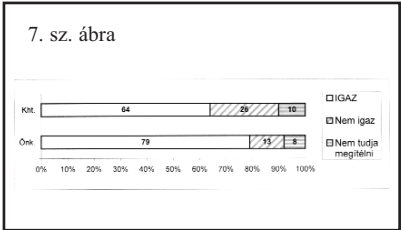


Az átalakítás hívei a piaci elemek erősítésében látják az ellátó rendszer megújítási lehetőségét, mert ezek gazdaságosabb, innovatívabb, költséghatékonyabb magatartásra ösztönöznek. A még kívülálló 56 százalékának várakozásai pozitívak e kérdéskörben, a bentlétők azonban ezt az állítást sem igen erősítik meg (5. sz. ábra).

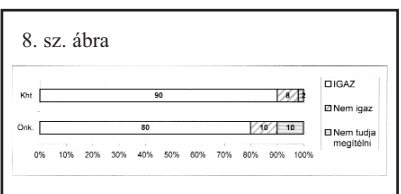
Bérezés, munkaszervezés, munkafeltételek



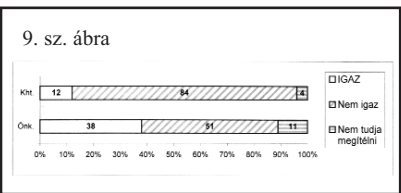
A merev közalkalmazotti bértábla a legfőbb akadálya a teljesítmény szerinti bérezésnek és a közvetlen dolgozói érdekeltségi rendszer kialakításának. Sokan vélik úgy, hogy a dolgozók jövedelmének az emeléséhez a magánosításon keresztül vezet az út. Nos, ezen állítást mindkét kórház-típus dolgozói magas arányban hamisnak tartják (6. sz. ábra). Ennek oka valószínűleg a hazai privatizációval összefüggő ellenérzésekben is keresendő.



A privatizált intézmények jellemzője a hatékonyabb életmunka felhasználás, a jobb munkaszervezés és a rugalmasabb szervezet. Az átalakulástól a foglalkoztatás biztonságát az önkormányzati kórházak dolgozói sokkal nagyobb százalékban érzik veszélyeztetve, mint a kht.-s társaik. De az, hogy ezt az állítást 64 százalékban ők is igaznak tartják, sajnos azt jelzi, hogy az önkormányzatiak félelme valószínűleg nem alaptalan. (7. sz. ábra)

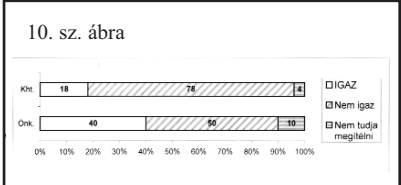


Az alacsonyabb foglalkoztatási létszám a dolgozók számára nem a hatékonyságot jelenti, hanem a munkaterhek növekedését. Ebben mindkét terület válaszadói igen magas százalékban egyet is értenek (8. sz. ábra).

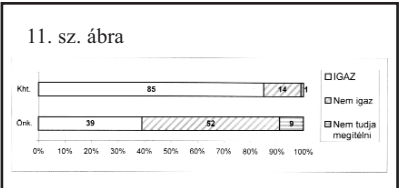


A jobb, kulturáltabb nővérdolgozókat/nővérpultokat, korszerű ápolási segédeszközöket szinte a „privatizált” intézmények velejáróinak tartjuk, nem is beszélve a mai munkavégzéshez nélkülözhetetlen informatikai háttéréről. A munkakörnyezet átalakulás utáni javulásában az önkormányzati kórházak szakdolgozóinak 51 százaléka bízik, ezzel szemben a már átalakult kórházak válaszadóinak 84 százaléka voksolt úgy, hogy javulást e téren mindaddig nem tapasztalt (9. sz. ábra).

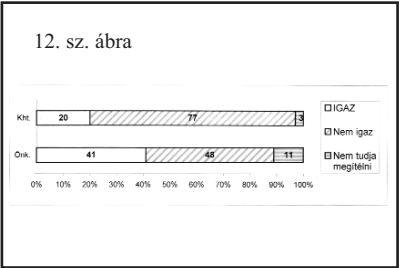
Ellátottak



Azt reméljük, hogy az átalakult intézmény gyorsabban fog alkalmazkodni a megváltozott szükségletekhez (pl. új ellátási formák megjelenésével), és ezáltal növeli a lakosság elégedettségét, biztonságtudatát is. Az önkormányzati kórházak dolgozóinak 40 százaléka véli az állítást igaznak, míg a kht.-s intézmények dolgozói körében ez az arány mindössze 18 százalék (10. sz. ábra).



Az alapvető egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférést hazánkban mindenképpen megőrzendő civilizációs vívmánynak tartom. A piaci versenyre épülő rendszerekkel azonban ez általában összeegyeztethetetlen. Érdekes, hogy az önkormányzati kórházak dolgozói azt hiszik, ez az alkotmányos jog sérülni fog, míg a közhasznú társasági formában dolgozók már tudják, hogy nem, hiszen 85 százalékuk szerint az állítás igaz (11. sz. ábra).



A gyógyítás ingyenességét okoljuk a felesleges igénybevételekért, melyet a jelenlegi rendszerben nem vagy csak nehezen tartunk mérsékelhetőnek. (folytatás a 11. oldalon)

A LEGJOBB MEGOLDÁS A MEGFELELŐ HELYEN

Az új Klinidrape zónás izolációs rendszer úgy lett kifejlesztve, hogy teljes impermeabilitást nyújt a teljes felületén, fokozott folyadékkontrollt és megnövelt szaktőszilárdságot a különböző zónák egyedi igényei szerint. A Mölnlycke Health Care büszke arra, hogy bemutatathatja Önnek az új zónás izolációs rendszerét, amely segít a kompromisszumok elkerülésében, amikor műtői izolációt választ. Az új zónás izolációs rendszertől további információkat a www.klinidrape.com internetcímen talál, vagy hívják a Mölnlycke Health Care-t az alábbi számon: (1) 477-3090.

Mölnlycke Health Care Kft., 1089 Budapest, Rezső u. 5–7.
Telefon: 477-3090, Fax: 210-7600

klinidrape
NO COMPROMISE IN SECURITY

Évek óta egyik legmegbecsültebb könyvem **Jan Szczepanski**: „*A szociológia alapjai*” című munkája. Mindig megcsodálom, hogyan képes a szerző ilyen meggyőzően összefoglalni ebben a kis kötetben azokat az ismereteket, amelyeket ez a viszonylag fiatal tudomány felhalmozott *közösségi életünk törvényeiről*. A könyv külön fejezetben foglalkozik részletesen a társadalmi ellenőrzés rendszerével, azaz a társadalmi együttélést szervező törvényszerűségekkal. A lengyel szociológus többek között azt hangsúlyozza, milyen fontos az ember számára az *elismerés, a biztonság, melytől megfosztva az ember lelki egyensúlya meginog, személyisége szétesik*. Az igény mindenkiben él a kölcsönösségen alapuló támogatásra, így érthető, hogy a társadalom szerveződésében jelentős tényezőként alakult ki a *közösen elismert értékek rendszere*, melynek mentén az emberek viselkedése, vélekedése, gondolkodása hasonló lesz, ezáltal a *közösségi élet mindenki számára kiszámíthatóvá válik*. Mindenki tudja, mi az, amit elvárhat, meg azt is, mit várnak tőle a többiek? *A nevelés göröngyös útját járva a családban, az iskolában az ember megtanulja azokat a magatartási, cselekvési, reakálási mintákat, amelyekhez aztán egész életében illenék igazodnia. Ettől érzi magát otthon a családban, a baráti körben, lakó- és munkahelyén – és a hazájában. Ha az elvárásokra nem a várt válasz érkezik, ha a közösen elfogadott értékek, normák rendre sérülnek, az összetartozás érzése lassan elsorvad. A kiszámíthatatlanság szorongáshoz, a frusztráció agresszióhoz, vagy depresszióhoz vezet, amint azt Dollard és Rosenzweig óta tudjuk. Egészséges társadalom szankciókkal védekezik azokkal szemben, akik megfelelnek ezekről a normákról.*



A világon évente több millió gyermek hal meg a szegénység miatt. Köztudott az is, hogy a gazdagok és a szegények közötti különbség az egész világon egyre növekszik. Egyes területeken a túlnépesedés a jellemző, máshol pedig olyan mértékű a népesség csökkenése, hogy belátható időn belül nemzetek pusztulásától, más népekkel történő betelepítésétől kell tartani. Az energia pocsékoló fogyasztása és a környezeti ártalmak pusztító hatása globálisan veszélyezteti a Föld túlélését. A napi problémákon kívül a fenti létmeghatározó gondokkal is foglalkozniuk kell, mert a bővülő természettudományos ismeretanyag hozzásegít a világméretű, globális kihívások, és a regionális, nemzetekre jellemző problémák megoldásához. Néhány évvel ezelőtt bizonyossá vált, hogy a túlnépesedés, a szegénység, a fegyverkezés, és a fejlődés szoros kapcsolatban állnak egymással. Ha a népesség növekedését nem szabályozzák, a szegénység sohasem szűnik meg. A túlzott energiafogyasztás, a környezetre gyakorolt pusztító hatás, a környezeti ártalmak figyelmen kívül hagyása, az államok közötti fegyverkezési hajszá odavezet, hogy a világ természeti forrásait a nemzetek politikai és katonai erőfőlényüknek megfelelően szerzik meg, és igazságtalanul osztják fel maguk között. Furcsa kettősség, hogy a népesség növekedése bizonyos területeken lelassult, másutt viszont a túlnépesedés esete forog fenn. Az ENSZ 2000. márciusában nyilvánosságra hozta a népesedéspolitikával foglalkozó részlegének jelentését. Azt a kérdést vizsgálták, hogy a munkaképes lakosság és a születések számának folyamatos csökkenése, valamint az ezzel párhuzamosan jelentkező időskorúak számának fokozatos emelkedése miatt kialakuló demográfiai problémák megoldást jelent-e a bevándorlás? A Világsszervezet szakértői szerint az elidősödött népesség egészségügyi ellátása és nyugdíjki-fizetése a fentiek nélkül megoldhatatlan lenne. Az előszámítások



Hangos Töprengő: Viszlát

Minden társadalom kialakítja a maga értékeit és ennek alapján minden társadalmi réteg a magáét. Magyarországon a II. Világháborút követő politikatörténet eseményei különböző értékeket hordozó társadalmi rétegeket terelt testközelbe, így az eltérő értékrendszerek találkozása törvényszerűen konfliktusokhoz vezetett. *Az eltelt évtizedek alatt társadalmi méretű sérítettség rozsdarétege rakódott a lelkekre.* A rendszerváltás után a helyzet nem változott. A normák negyven éves zavara gomolygó ködfelhőként ma is kísért és a *demokratikus értékek tényérése* – véleményalkotás szabadsága, szólásszabadság és így tovább – a *konfrontációknak még szélesebb teret biztosít.* A társadalom autonóm szankcióinak a rendszere viszont nem működik, mára teljesen erőtlenné vált. A morális önszabályozás helyett életképtelen jogszabályok tömegével csinálják a rendet, vagy annak a látszatát, próbálják kordában tartani a felszabadult „energiákat”. Mivel a szabályozás foghíjas, önkorlátozás pedig nincs, szabad a gazda, szemesnek áll a világ. *A tudás, szakértelem, szocialitás mind értékét veszíti, a pénz pedig felértékelődik. A pénz a differenciálatlan hatalom.* Közben a magánszféra határai elmosódnak és az állam belebelenyúl a privát világba.

Losonczy Ágnes 1989-ben megjelent könyvében ír az *ártó és védő társadalomról*. A munka aktualitása változatlan. Amit akkor a szociológus a társadalmi csoportok mobilitásának a felgyorsulásáról írt, ma talán még inkább érvényes. Szegények szegényebbek, gazdagok gazdagabbak lettek azóta, középrétegek eddig nem nagyon ismert egzisztenciális kihívásokkal találtak szembe magukat. *Az értelmiség státuszvesztésének a következményei ma még nem is igazán mérhetők fel, baljós jelek már látszanak. A mobilitás élenkilése következtében a társadalmi értékrendszerek keveredése is felgyorsult, növelve a sűrűlődasok, sérülések lehetőségét.* A kiszámíthatóság hiánya mind a lecsúszottak, mind a felemelkedettek számára leselkedő csapda – persze a nyakbaszakadt jómód körülményei között jóval könnyebb elviselni. *Az erkölcs a célszerűség mögé szorult.* A közélet, a politika eseményei ezt illusztrálják. Már semmi nem biztos. Sok évtizedes elkötelezett szolgálat jutalma a munkahely megszűnése. Egészségügyi intézményből hallok a

pletykát: tízesével utálják ki a régi munkatársakat átszervezés címén úgy, hogy a türelmét veszített, megfélemlített dolgozó magától távozik, a végkielégítés meg megmarad. A lesüllyedők előbb utóbb feladják. *„Cél nélkül pedig nincs küzdelem”* – állítja a kutató. Az egyén és közösség lassan elszakad egymástól, az emberi kapcsolatok lazulnak, formálissá válnak, a társadalmi támasz megszűnik. Ahogy a szociológus fogalmaz: *„a mindennapi bosszantások környezetszennyezése”* minden-hová beszivárog és beindul a kisebb-



nagyobb megtorlások láncolata, tovább korrodálva a kapcsolatokat”. Új világ, új ártalmak. Új típusú társadalmi sérelmek kerültek testközelbe. *Míg hajdan az állampolgár az egész politikai rendszerrel szemben ásta magát fedezékbe, ma a szűkebb-tágabb környezet szívárogo be és kezdi ki a magánéletét, létbiztonságát.* Az önjelölt és újszülött demokraták – együtt és külön-külön is – szemrebbenés nélkül gázolnak bele a privát szférába, legtöbbször vélt kompetenciára hivatkozva, ugyanis fogalmuk nincs az évszázadok alatt kialakult polgári normákról és azok szociális szerepéről. Honnan is lehetne? Hiába szidják sokan a letűnt rendszert és annak ittragadt képviselőit, ők is abban nevelkedtek. Bár megjegyzem, sokan vannak, akiknek még emlékezniük illenék a régi, bevált normákra. A felmelegített népegészségügyi program külön fejezetet szán a *mentális higiéné* kérdésének. *A programnak a lelki egészséggel foglalkozó része azonban sajnálatos módon elmulasztja a magyar társadalom szociológiai elem-*

zését. Ami a programban szerepel, az tüneti kezelés. Ha az egészségpolitika irányítói komolyan gondolják a mentális betegségek megelőzését és visszaszorítását, akkor nevesített kampányt kellene hirdetniük a haldokló társadalmi normák megmentése érdekében. A dohányzás, az alkohol, drog visszaszorítása, a szűrőprogramok megszervezése mellett a hagyományos – hangsúlyozom, hagyományos és nem „neopolgári” – értékek túléléséért is tenni kéne valamit, azokért az értékekért, amelyeket több száz év alatt szelektált magának az európai kultúra egy mindenki számára elérhető világ érdekében. A felgyorsult élet és az értékvtálás sokak számára kezelhetetlen adaptációs kényszert jelent. A társadalom elismerésének hiányában az ember az önjutalmazás keze ügyébe eső eszközökhöz nyúl: iszik, cigarettázik nyakra-főre, a fiatalság drogot hajkurász. A társas érintkezést szabályozó évszázados normák negligálása mindennapossá teszi a családost, a lelki sérülést és közben magunk is eldurvulunk. Egyszerre válunk áldozattá és merénylővé. Változó világban élünk. David Armstrong: „Az orvosi szociológia alapjai” című munkájában utal Durkheim és Dubos meglátására, miszerint a különböző társadalmi alakulatok közötti mozgást az egyén megsínyli, a normák bizonytalanságának az érzete anomikus állapothoz vezet. A letűnt, mellőzött és a még ki nem alakult értékrend közötti senki földjén felborul az egyén és a társadalom viszonya. Az egyén magányba menekül – vagy szorul –, hiszen a védekezés egyetlen esélye az ártó közösségtől való távolságtartás. Hogyan lazultak játékká a képernyőről sugárzó nyers faragatlanság? Mi ez? Fintor? Ilyenek vagyunk? Vagy biztatás a néző számára, hogy ő is lehet nyers és modortalan? Százados értékek agonizálja zajlik a szemünk előtt. Nézem zavaró ambivalenciával a vonzó szöke krampuszt és közben arra gondolok, más is ilyen feszélyezetten érzi-e magát, mint én? Hogy erre az agresszív viselkedésre játékok építettek, fel nem fogható. A paintball egy harci játék, abban persze, hogy mímeli a katonásdit, vagy hogy a túlélő túrák résztvevői kalandorokat mintázza keresik a veszélyt, meg lehet érteni. De ezt? A társaság, a játék mindig a civil szféra sajátja volt, ott pedig a civil törvények, játékszabályok voltak



érvényben. Ezek a civil szabályok pedig arra valók, hogy mindenki jól érezze magát a közösségben. Na de itt? Itt senki nem érezheti jól magát igazán. Sem néző, sem játékos, sem játékevezető. És ez még csak a felszín modortalansága. **Döbbenetes a játék erkölce:** tudástól függetlenül szavazzák ki egymást, fogyasztva az adásidőt – és növelve az esélyt az erősebb játékosok sunyi eltávolításával. A játék azt sugallja: használd ki azt, aki a tudásával értéket teremt és kellő időben törd ki a körből. Az igaz, a végén már valóban csak a szerencsével párosult tudás dönt – de addig már majd mindenki erkölcsileg elbukott. Olvasom az interneten: a produkciót az Egyesült Államokba importáló ABC TV-csatornán megbukott a játék szülőanyjával együtt. Felére zuhant a nézettség, Anne Robinson pedig mehetett haza a szigetre. Hímnemű utóda pedig jócskán humorosra vette a csipkelődést. A népség tehát védekezik. Érdekes, hogy a szigetszágban változatlan a siker, a brit hagyományokat ismerve nem ezt várnánk. Persze ez a Nagy-Britannia már nem az, ami száz, vagy akár ötven éve volt. Egy kereskedelmi csatorna képernyőjén három ember. Középen a műsorvezető. Beszélgetnek a másik kettő legutóbb megjelent könyvéről. – A kutyaúristenit, hagyja már, hogy végre befejezzem a mondatot! – szól az egyik értelmiségi balról. – Fogja be a száját! – érvel később a másik írástudó jobbról. Itt. Valahol Európában. Amikor sok évvel ezelőtt egy neves amerikai politikust lelőttek, az egyik TV-csatorna képernyőjén órákra azt fagyasztották ki, hogy „SHAME”. Néha itt is elférne egy-egy képernyőn az, hogy „SZÉGYEN”. El lehet itt dönteni, ki a leggyengébb láncszem? Viszlát! Jóéjszakát!

Dr. Tólas-Tamássy Tamás
Biatorbágy

Globális kihívások

szerint 2050-re Franciaországban a teljes népesség 70 százaléka, Németországban pedig 80 százaléka már bevándorló lenne. Ilyen módon elképzelhetővé válna, hogy egyes európai nemzetek a saját országukban kisebbségbe kerülnének (1.).Annak ellenére, hogy e német egészségügyi rendszer az egyik legjobb és legnagyobbval Európában, Németország népessége öregszik a legjobban. 1973-óta a rendszeres éves születési hiánya a német népesség jelentős megfogyatkozásához vezetett. Németországba évente kb. 400.000 fő vándorol. Becslések szerint az átlagéletkor egyre nő, a férfiaknál 73, míg a nőknél 79,5 évet élnek. Az öregségi mutatók szembeötlőek. A jelenlegi 100 keresőképes korú lakosra 25,7 idős ember jut, 2040-re 56,2 lakost becsülnek (9.). A Föld össznépessége globálisan jelenleg is exponenciálisan növekszik. Egyesek szerint 2025-re 8-9 milliárdra fog emelkedni. Az energiafogyasztás növekedésének mértéke még a túlnépesedéstől is aggasztóbb képet mutat. Az 1890-es fogyasztást véve alapul (1 terrawatt), 1950-ben 3,3 terrawattot számítottak, 1990-ben pedig már elérte a 13,7 terrawattot (12.). A fosszilis tüzelőanyagok a jelenlegi fogyasztás szinten tartása mellett is fokozatosan csökkennek. A pazarlás megállítása életbevágó fontossággal bír, mivel ezek olyan értékes kémiai anyagok, amelyek még egyszer nem alakulnak ki, illetve égésük hozzáadódik a környezetszennyeződéshez, és a Föld felmelegedéséhez. A túlnépesség főleg a szegényebb országokra jellemző, míg a túlzott mértékű energiafogyasztás, a pazarlás leginkább a gazdagabb országokra (5.). Az új évezred küszöbén különös kihívás a hajléktalanok számának megemelkedése. Ez nemcsak szociális, de egészségügyi problémával is jelentkezik. Britt kutatók szerint ezzel párhuzamosan kimutatható az ambuláns pszichiátriai betegek számának jelentős megemelkedése is (13.). Az ún. Whitehall-tanulmány szerint az alacsonyabb társadalmi helyzetű emberek körében a mortalitás jóval magasabb (10.). Összefoglaló brit tanulmányok szólnak arról, hogy a munkanélküliség miként károsítja az egészséget (11., 15.). Azokban az angol körzetekben, ahol a nagy szegénység miatt az egészségügyi szolgáltatások iránti igény magasabb volt, ún. deprivációs pótlékot vezettek be, ami nagy mértékben megnövelte az állam egészségügyi kiadásait (3.). Sajnálatos, de a globális kihívások még megoldandó problémái közé kell sorolnunk Csernobil örökségét.

Napjainkban hallani híreket, hogy véglegesen leállították a csernobili atomerőművet, azonban távoli kihatásaival még a közeljövőben is számolnunk kell. Kimutatták – sok egyéb más egészségkárosító hatása mellett – hogy a súlyos környezeti katasztrófa óta 500-szor gyakoribb a pajzsmirigy-daganatos gyermekek előfordulása, mint a 80-as évek elején. A rosszindulatú daganatok előfordulása, és magas halálozási mutatói közismertek. Mindenki által könnyen hozzáférhetőek azok az adatok is, amelyek a környezeti ártalmak rákkeltő hatásairól tudósítanak. Az angolok az évi 40.000 tüdőrákos halálzásért 80 százalékban a cigarettázást teszik felelőssé (6.). A reklám formájában megjelenő tiltások számos országban vezettek a dohánytermékek fogyasztásának kimutatható csökkenéséhez (2., 14.) Mások a dohányzási hirdetések korlátozását tartják fontosnak (7.). Köztudott tény az is, hogy a diabetes mellitus korai felismerése, időben elkezdett kezelése sok szempontból fontos, hiszen a szem, vese, és a végtagi elváltozások korai kezelése révén megelőzhetőek a vakság, a veseelégtelenség, és a végtagi csontkolások (4.). Kevesek előtt ismert azonban az a hír, miszerint a diabetes mellitus inzulindependens formája Afrika egyes vidékein még ma is halálos betegség. Ennek oka az inzulin hozzáférhetetlensége (8.). Irodalom:1.(Antal Z. László: Hogyan oldhatók meg a népesedési problémák? Magyar Nemzet, 2000. 04. 27.2.) Department Of Health Economics and Operational Research Division.Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence. London, Department of Health, 1992. 3(Health Departments of Great Britain, General practice in the National Health Service: the 1990. contract. London, HMSO, 1989.4.) Home P., Walford P.: Diabetes Care: Whose Responsibility? BMJ. 1984. 289: 713-714.5./ Hutchinson G.W.: How should we get our energy?Medicine and War, 1993. 9:4-17. 6./ Johnson K., Callum C., Killoren A.: The smoking epidemic. Counting the cost in England.London: Health Education Authority, 1991.7/ Laugesen M., Meads C.: Tobacco advertising restrictions, price, consumption in OECD conties, 1960-1986.Br.J.Addict. 1991. 86:1343-54.8./ McLarty D. G., Kinabo L., Swai ABM: Diabetes in tropical Africa: a prospective study, 198-1987.II. Course and prognosis BMJ, 1990.300:1107-10./ 9. Schid Josef: Nem kell a gyerek? A németek átlagéletkora egyre magasabb, utódok pedig nincsenek. Deutschland, 1998.2.sz. /magyar nyelvű kiad./ 10./ Smith D.G., Shipley M.J., Rose G.: Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. J.Epidemiol.Community Health, 1990.44:265-70 11./Smith R.: Unemployment and health: an opportunity and disaster Oxford:Oxford University Press, 1987.12./ Smith R.: Överpopulation and overconsumption BMJ, 1993.306:1285-86.13./ Timms P.W., Fry A.H.: Homelessness and mental onness. Health Trenda, 1989.21:70-71.14./ Warden J.: Smoke scraen over advertising bans.BMJ, 1992.305:1115.

Dr. Nagy Imre
Vác

Az idő előtti előregedésről és az időskori dementiáról

Napjainkban az egészségügyi ellátás egyik gondja, hogy társadalmunk rohamosan elöregszik. Másrésztől nem úgy korosodik, mint az angolszász, skandináv államokban, mivel idő előtt jelentkeznek a seniumra jellemző betegségek. Ezekről kívánok most szólni, külön is kiemelve a dementiát, s jelezni a háziorvos szűrési, diagnosztikai, gondozási, egészségnevelési felelősségét és lehetőségeit. (1)
Sajnos hazánkban nem úgy alakult az öregek morbiditása, mint az elvárható lenne. „Önpusztító nemzet” vagyunk, hiányos egészségügyi kultúrával, aminek szerepe van abban, hogy az időseink hamarabb betegszenek meg, az életkorra egyébként jellemző betegségekben. Az alábbiakban röviden bemutatom az öregkori betegségcsoportokat, s külön is foglalkozom a dementiával. (2)

Az előregedés

A cerebrovascuralis betegségek maximuma a 60 éves átlagéletkorra esik, míg Nyugat-Európában a 75 ± 10 évre. Tekintettel arra, hogy az időseknél dominálnak az érelváltozások és gyakoriak a társulások hypertoniával, diabetessel, a kórképek lefolyása igen ritkán klasszikus. Így a tipikus idegrendszeri tünetek mellett az intellektus

leépülése és a dementia 30 százalékban észlelhető. Sok esetben az *atherosclerosisra* utaló jelek is észlelhetők. Gyakran a terápiás kísérletek erre irányulnak és elfelejtkeznek a **degeneratív dementiák** fontosságáról. Egyesek szerint az utóbbi kialakulásában fontos szerepe van a környezeti ártalmaknak. Én azoknak a véleményét osztom, akik úgy vélik, a poligénes öröklésmenet a döntő. (3) A **Parkinson kór**nak semmi köze sincsen az agyi atherosclerozishoz. Okai a mozgásszabályozó területek biokémiai zavaraiiban keresendők. (Feltétlenül eldifferenciálendő az ún. Parkinson szindrómától. Itt bizonyos kisérváltozások is szerepelnek, amiket szövettanilag igazolni lehet.) Az alábbiakban a háziorvosi diagnosztika, betegvezetés és gondozás szempontjainak a figyelembevételével kívánom vizsgálni a mentális hanyatlást. (4-5)

Az időskori dementiák

A genetikai térkép megismerése reális céllá teszi az életkor beprogramozásának megfelelően az orvosi beavatkozásokat. Így az átlagéletkor 120-130 év is lehet, ami egyben a mentális hanyatlásban szenvedők számának a növekedését is eredményezi. Egyéni tragédia, amikor a beteg a múltját és a jelenhez való kötő-

I. táblázat Dementiák kóroki differenciálódása

Fő csoport	Típus	Klinikai jellegzetességek	Betegségek
Primer	Corticalis	Kognitív hanyatlás jelei - Személyiségváltozás	Alzheimer kór Frontális lebenyi dementiák (pl. Pick-betegség)
	Subcorticalis	Mozgászavarok (elsősorban)	Parkinson kór Huntington-chorea Levy testes dementia
Secunder	Vaszkuláris	Stroke után alakul ki lépcsőzetesen, progresszíval	Post stroke dementia Multi-infarct dementia Progresszív subcorticalis encephalopathia
	Infektív		Creutzfeld-Jakob betegség, nekrotizáló encephalitis
	Egyéb okok, így reverzibilisen: anémia, hypothyreosis következményeként hanyatlás, normotenzív hydrocephalus, műthető agyi térfoglaló folyamatok, azaz, depresszív pseudodementiák. (11)		

dését elveszíti. Ugyanakkor, társadalmi, közösségi, családi vészhelyzet is, aminek hatásai nem elhanyagolhatók. (6) Közismert, hogy az enyhe kognitív zavarok a dementiák ún. „prodrómái”. Az agyi noxák, mint a traumák, stroke, illetve „szerzett” potenciális kórok, mint az alkoholizmus, gyógyszerivisszélések vagy a drogfüggőség, elősegítők és provokálók. Ezen esetekben nemzetközi felmérések szerint 10-15 százalékban egy éven belül biztosan dementia alakul ki. (7) A szellemi hanyatlás 65 év felett az egyének 73 százalékában, 85 év felett 25 százalékában, míg a 90 éves kor után 50 százalékában (a hajlamosító tényezőket elkerülőknél is) bekövetkezik. Fontosnak tartottam kiemelni az alábbiakat:

1. Jelentős mértékű az emlékezetzavar, az időskori dementiákban ez elsősorban a közelmúlt eseményeire vonatkozik.
2. „Humán” működési zavarok jelentkeznek, mint az aphasia, apraxia, agnosia, executív károsodások, majd a személyiségváltozások apátiával, kritikátlansággal, stb.
3. Mindezekhez ún. szociális működési deficitek társulnak. (8)

A diagnosztika és a kockázati tényezők

Itt is alapvető az anamnézis, s a folyamat súlyosságának a tisztázása. A progresszió követésében, a praxisban is jól alkalmazhatók a „Mini-Mental” teszt, órajzolás, globális deterioráció skála stb. Az okok felderítésekor két lehetőségre kell gondolnunk!

1. Az agyi károsodások az anamnézisben, így a „szélütés”, trauma, toxikus tényezők, például gyógyszer, drog vagy alkohol és a vascuralis betegségek.
2. Hiányoznak az említettek és a tünetek is lassan alakulnak ki, mint az agyi térfoglaló folyamatok eseteiben.

A kockázat életkortól, családi anamnézistől függő. Európában a vascuralis dementia 16 százalékban, az Alzheimer kór 54 százalékban fordult elő. A háziorvos sohasem felejtkezzen el az érbetegségek ún. kockázati tényezőinek, mint a diabetes, hypertonia, zsírsavak szerepéről, másrésztől a ritmuszavarok jelentőségéről. Ezek figyelembevétele is a

szűrővizsgálatok fontosságára utal. Különösen fontosak a védő, azaz kockázatsökkentők: táplálkozás, antioxidánsok. A hormonpótlás és a gyulladás-gátlók intermittáló-liminált használata egyes amerikai, a magasabb iskolai végzettség protektív hatásának felvetése pedig kanadai-ausztrál megfigyelésekre támaszkodik. (9-10) Felhívnom a figyelmet az I. táblázatra.

A kezelésről

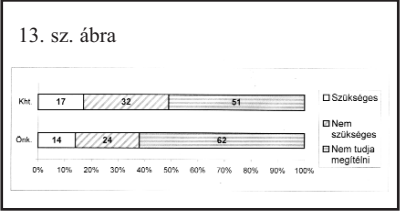
A tünetjavítás célja az emlékezet, a tanulás vagy a motoros magatartás devienciáinak – tüneteinek a mérséklése. Ezt objektíven és folyamatosan követni kell, s a kezdeti 3 hónap után észlelhető javulás megmaradását kell elérni a háziorvos segítségével. A nootróp szerek egyaránt alkalmazhatók vaszkuláris dementiában vagy az Alzheimer kórban egyaránt. Kombinációk is szóba jöhetnek, illetve az első választott szer hatástalansága esetén egy másik. (12) Az acetilkolineszteráz-gátlók az Alzheimer kór enyhe és közepesen súlyos eseteiben javasolhatók (MMS 10-26). Bizonyos adatok szerint a lefolyás lassítására is jól felhasználhatók, azaz a neuroprotectióra. Ugyanezen célokra az E-vitamin, mint antioxidáns a selegilin, az oestrogén hormonok, s talán a sztatínok is. (13) Sokat várnak az amyloid képződés immunizációs gátlásától is. A nem kognitív tünetek kezelésében pedig eredményesek az antidepresszánsok (SRI-k, citalopram, fluxetin, stb.), illetve a MAO-A Inhibitor Moclobemid, valamint az antipszichotikumok (Triaprid, Quetiapin, Risperidon), s a nem szedáló anxiolyticumok pl. a buspiron és szükség szerint az altatók (Zolpidem, Zopiclon és mások is.) A pszichoszociális compliance részben a kognitív zavarok csökkentését, másrészt a környezeti adaptáció elősegítését célozza. (14) A családorvos a beteggel és családjával optimális kapcsolatot tud kialakítani. Ennek a hozzátartozók pszichés morbiditásának a megelőzésében – kezelésében alapvető szerepe van. (A gyógyítást igénylő depresszió sajnos 50 %-ban tapasztalható.) (15)

(folytatás a 12. oldalon)

Szakedolgozók véleménye a kórházi működési forma változásról

(folytatás a 8. oldalról)

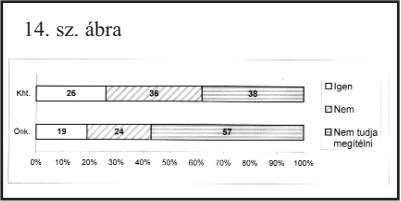
Az átalakulás alapvető célja a szolgáltatások hatékonyságának növelése, és ennek legfontosabb eszköze az „adekvált szinten való ellátás” elvének érvényesítése. Ehhez a szolgáltatások igénybevételét piaci elveknek kell szabályozniuk.



Ezen elvek működésében egyik kórház típus válaszadói sem hisznek igazán, bár az önkormányzati kórházak dolgozói lényegesen magasabb arányban remélik az igénybevétel racionális szelekcióját (12. sz. ábra).

Válaszadók az átalakulás szükségességéről

Az egészségügyben zajló változások kapcsán kifejezetten érdekelt az, hogy a szakdolgozóink szükségesnek tartják-e a kórházak átalakítását. Az eredmény meglepő, hiszen mindkét intézettípusnál többségben van az



állást foglalni nem tudók aránya (13. sz. ábra). Ennek okait elsősorban információhiányban látom, már csak azért is, mert erre a kérdésre a legtöbb igenlő választ a diagnosztikai dolgozók adták, ami jól jelzi ezen a területen megindult magánosítási törekvéseket.

Végezetül rákérdeztem, hogy milyen típusú intézetben dolgoznának szívesebben. A válaszokból az önkormányzati kórházak dolgozói esetén ismét nagyfokú bizonytalanság érződik, hiszen 57 százalékuk a nem tudom megítélni kategóriát jelölte meg. A közhasznú társasági formánál kicsivel jobb a helyzet, valamennyi álláspont közel 1/3-1/3 arányban van képviselve (14. sz. ábra). Természetesen érdekelték a válaszok okai is. Ezt nyitott kérdéssel vizsgáltam. Mind a két intézettípusnál a véleményekben igen sok volt az indulati elem. Ezek egy része az önkormányzati kórházak esetében a korábbi egészségügyi privatizációk dolgozókhöz eljutó „rémhíreinek” a következménye, amely kifejezetten privatizáció ellenes hangulatot teremt. Az igenlő és elutasító válaszok gyakoriság szerint a következők voltak önkormányzati kórházak esetén:

- A bizonytalanok elsősorban az információ, illetve a kompetencia hiányra hivatkoztak, ők valódi tényeken alapuló tájékoztatás esetén pozitívan befolyásolhatók.
- A tényleges költségeket fedező finanszírozás mellett nem volna szükség a privatizációra, vallják ezt az elenzők, és ez a csoport inkább a finanszírozás reformja mellett tör pálcát.

- A támogatók részéről legfőbb indokok az átalakulás mellett a betegellátás színvonalának az emelkedése, a jobb fizetési és munkafeltételek reménye, valamint az intézetek további működőképessége.
- Sokan realisan látják azt is, hogy a privatizáció nem csodaszer minden meglévő problémánkra.
- Többekben erős a félelem az átalakulás utáni, törvényileg nem garantált bérezéstől, létszámcsoökkentéstől, vagyis az ő szavaikkal élve a „kizsákmányolástól”.
- És vannak olyanok is, akik már semmiben nem hisznek, belefáradtak az ígérgetésekbe.

A közhasznú társasági formában dolgozók válaszaira sem igazán a pozitív beállítottság a jellemző. Sok esetben érezhető, hogy személyes vagy csoportos érdeksérelmek húzódnak a háttérben.

- Legtöbbször a közalkalmazotti kedvezmények elvesztését sérelmezik (13. havi fizetés, 50 százalékos MÁV kedvezmény, Kjt.-ben rögzített pótlékok, jubileumi jutalom, stb.) és úgy vélik, a közalkalmazotti státusz nál hátrányosabb helyzetbe kerültek.
- Vannak, akik úgy érzik, többet kell dolgozniuk, amelyért arányosan több bért nem kapnak.
- Az igen kritikus hangot megütők mellett jelentős azok száma is, akik különösebb változást sem az ellátásban, sem a munkakörülményekben nem érzékeltek.
- Sokan hisznek abban, hogy az átalakulás elősegíti az intézet hosszú távú működőképességének a fenntartását.
- És vannak olyanok is, nem kis számban, akik magát a hivatást szeretik, és így a betegellátás legkisebb színvonal emelkedését is örömmel üdvözlők.

1. Következtetések, javaslatok

Az elmondottakból jól érzékelhető, hogy szakdolgozóink körében nagyfokú a reformfolyamatokkal szembeni bizonytalanság, melynek legfőbb oka a tájékoztatatlanság, az információhiány. Ezt ők is tudják, és várják, várnák tőlünk az információt (3. sz. táblázat). Hiszen ha mi tele vagyunk aggodalommal a jövőt illetően, miért gondoljuk, hogy ők érdektelenek?

3. sz. táblázat	
Kórházvezetés	67%
Munkahelyi vezető	38%
Szakmai ismeretek	35%
Önmaga informálódna	22%
Egyéb	3%

Az előttünk álló általános változás olyan volumenű, hogy azt csak valamennyi dolgozóval együtt, apró lépésekben, egy hosszú folyamat eredményeként tudjuk megvalósítani. Ez a folyamat azonban nem csupán hosszú lesz, hanem sok fájdalommal is jár, hiszen az új tulajdonos a szak-

mai és gazdasági racionalizáció érdekében kénytelen lesz olyan lépéseket is megtenni, ami sok szereplő egyéni, csoportos vagy szervezeti érdekeit sérti. Ezért az átalakulás sikerének előfeltétele a cél megismeretése és elfogadtatása a dolgozókkal. Ez pedig csak hiteles párbeszéd, folyamatos kommunikáción, esetenként konfliktusokkal teli nyílt érdeklődötteseken alapulhat, mert ellenkező esetben a folyamat célja szenved csorbát.

Szloboda Imréné
ápolási igazgató
Heves Megyei Önkormányzat
Markhot Ferenc
Kórház-Rendelőintézet

Irodalom

1. Dr. Bartha László: Egészségügyi átalakítás és tulajdonosi szerkezetváltás a „napfény városában”. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 4, 303-308 2. Dr. Bartha László – dr. Bosnyákovits Tünde – Pataki Zoltán: Egészségügyi szerkezet-átalakítás: tévhitek és várakozások. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 6, 567-581 3. Dr. Boncz Imre – Donkáné Verebes Éva – dr. Oberfrank Ferenc: Közpénzek és magánfinanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások területén. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 6, 559-566 4. Dr. Bordás Mária: Az egészségügy privatizációja. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 3, 200-218 5. Demes Istvánné: A múlt, a jelen és a jövő gazdálkodási, finanszírozási kérdései. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999, 37, 5, 547-552 6. Kababik Istvánné: A kórház mint üzem. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1998, 36, 5, 513-535 7. Dr. Kincses Gyula: Egy ágazat a politika szemével, avagy az egészségügyi ellátás reformjának esélyei. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999, 37, 2, 105-117 8. Dr. Kincses Gyula: A járóbeteg-szakellátás privatizációjáról. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000, 38, 1, 10-18 9. Dr. Lukács József: Az orvosi tevékenység privatizációja. Orvosi elvárások. Lege Artis Medicinae 1996, 12, 740-743 10. Dr. Lukács József: Egészségügyi szolgáltatások privatizációs lehetőségei. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1998, 36, 5, 500-511 11. Dr. Mikola István: A privatizációról, különös tekintettel a szabad szellemi foglalkozású szakorvosi lét lehetőségeire. Lege Artis Medicinae 1995, 1, 64-65 12. Dr. Mikola István: Privatizáció mindenáron. Orvostovábbképző Szemle 1997, 1, 12-13 13. Németh György: Egy ágazat a gazdaságpolitika szemével – a pénzügyi kormányzat és az egészségügy. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000, 38, 1, 24-46 14. Németh György: Magánosítás és verseny az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 3, 171-199 15. Dr. Pulay Gyula: Egy törvényjavaslat közigazgatási filozófiája. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 6, 523-529 16. Dr. Rékassy Balázs: Reális alternatíva-e a privatizáció? Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999, 37, 2, 126-135 17. Dr. Rékassy Balázs: Jelenthet-e megoldást a privatizáció a magyar egészségügy jelen problémáira? Kórház 1999, 6, 35-38 18. Dr. Szabadfalvi András: A magyar egészségügy helyzete és perspektívája az ezredfordulón. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1998, 36, 6, 629-632 19. Dr. Szánthó András – dr. Solymosi Tamás: Elképzelések az egészségügy átalakításának lehetséges útjáról. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000, 38, 2, 199-208 20. Dr. Szolnoki Andrea: Privatizáció az egészségügyben. Kórház 1995, 11, 19-22 21. Dr. Szolnoki Andrea: Privatizáció az egészségügyben. Kórház 1995, 12, 6-9.

Fehér holló járt a Transzplanton...

(folytatás az 1-es oldalról)

„A GEG és Társai Kft. 1998. január 1-én vette át a klinikánk takarítását, a takarítást korábban végző cégtől. Az átvétel zökkenőmentes volt, annak ellenére, hogy időpontja munkaszüneti napokra esett. Azóta klinikánk tisztaságát folyamatosan biztosítják. A cég vezetői jól beilleszkedtek a klinika közösségébe. A használt tisztítószer jó minőségűek, környezetbarátok, a klinikai-kórházi higiénie megteremtésére alkalmasak. A takarítást végző munkatársak a takarító kocsikat és eszközöket szakaszúen alkalmazzák, a takarítási technológiát jól ismerik. Az általuk végzett munka minősége megfelelő, bármilyen plusz igényt esetenként azonnal teljesítenek – olvasható a klinika vezető főnövér által kiadott referencianyilatkozatban. 2001. januárjában pedig nem kisebb illetékes, mint a Klinika igazgatója Professor dr. Perner Ferenc tanúsította a 87/2001-es Minősítési Igazolásában, hogy „...a cég vezetője jelentős erőfeszítéseket tesz a munka pontos végrehajtása érdekében, rendszeresen ellenőrzi azt és ennek megfelelően a takarítók kifogástalan munkát végeznek. Gépeik, tisztítószerük korszerűek, a márvány és linóleum kezelési technikájuk jelentősen hozzájárul a klinika állagának megővéséhez. Mind a betegek, mind a hozzátartozók, mind a klinika dolgozói munkájukkal meg vannak elégedve” – írja a dokumentumban a professzor.

„Nyugdíjba vonulásom alkalmából szeretném megköszönni neked, hogy együtt dolgozhattunk. Ebben a pár évben minden előfordult, de most csak a jóra és szépre gondolok. Csodálatos dolgokat tettünk közösen és remélem, hogy még sokáig tehetjük. Nem búcsúzni akarok, de az én életemben nagy dolog, hogy 40 év munkája után ezt is elértem.

Óriási dolog számomra, hogy ebben a kis családban dolgozhattam és élvezhettem szeretetted, megbecsülésedet. Köszönök mindent – Hangyácskád...” – búcsúzik levelében a nyugdíjba vonuló Hangya Lászlóné.

A lélekkel egy kicsit tudományosan is foglalkozó számára – e sorok írója valamikor pszichológusként dolgozott – sok mindent elárulnak ezek a sorok. Többek között: hogy lehet tegeződe is tiszteletet követelni, hogy a beosztott megérzi azt, mikor kapja meg munkájának elismerését és hogy jó dolog egy olyan csapatban dolgozni, ahol az ember érzi azt, hogy a fogaskeréknek, amely hajtja a motort, annak ő is része. És az ő kis hangyányi jelenléte is kell ahhoz, hogy menjen a gépezet. Kellenek a visszaigazolások pro és contra és mikor lezárul életünknek egy része, azt méltóképpen illik megünnepelni.

Egyik idős orvosigazgató mesélte, hogy nyugdíjazáskor úgy vette tőle át a kolléga a stafétabotot, hogy személyesen nem is találkoztak. „Talán attól félt, hogy megemlétem neki, hogy tudok az aknamunkáiról, pedig semmi sem állt tőlem távolabb. Mert számomra nemcsak dolgozni, hanem „búcsúzni is csak nagyon szépen, ahogy a csillag megy az égen, csak úgy érdemes.” Mindez még az átkosban volt, s a bizakodó alaptermészetű gondolhatná: az már a múlt. Nem vagyok képbén ezen dolgokat illetően, minden esetre – amikor a kezembe került az az olvasói levél, amelyben felhívta a figyelmemet az érintett cég vezetője, hogy egy munkatársa elköszön és ennek Ő szeretne hangot adni.: bevállaltam a feladatot. Mert apró, pici sorsörténetekből áll életünk és nagy dolgokat csak a kis emberek együttes összefogásával lehet teremteni. Mint ahogy ezt a hangyák teszik abban a másfajta dimenzióban.

KATEDRA 2002

„Viszlát – Pupák?!” ● 2
Napjaink aktualitásai... ● 8
„Ha mézet akar...” ● 10
Népegészségügyi Program ● 14
Ájurvéda Magyarországon ● 19
Táplálkozási ajánlás ● 22

Beszél, tanít, nevel a múlt... Szerkesztői gondolatok március idusán.

A közelítéssel egy civil szervezet és egy tudományos konferencia programjának összehasonlítása. A konferencia helyszíne a MTA Olvasóterme volt. A rendezvény célja „*Jóvá Nemzedékért*” – címmel a kultúra különböző ágazatának keresztmetszetében az értékmegőrzés kulturális feladatainak, lehetséges módszereinek neves emberek előadásain keresztül megközelítése volt. A színvonalas felszólalók közül a legnagyobb hatást rám *Jókai Anna* írói gondolatai tették. De ezzel nem voltam egyedül. A hosszasan elhúzódó vaspártya pedig szemmel láthatóan magát az előadót is meglepte és igazából nincs korográfia arra, hogy ilyenkor mit is kell csinálnia az ünnepelnek. A recept itt nem működik, marad a néma felállítás és meghajlás. Ezt tette az író is. De az alig félórás előadásban mi volt az, ami annyira megnyerte a hallgatóságot? Nehéz ezt egy kommentárban összegezni, majd hogyan lehetetlen. Mindössze talán azt lehetne utalni az ott elhangzottakra, hogy az író önmagát, eddigi életét, tapasztalatait általánosan elmondásának, ahol egy erkölcsileg, etikailag elkötelezett világban szemüveg keresztül látta az életet a lexikális ismeret. A tartalom és forma együttesen átvázolt a szakra és a mondanivaló, amelyet hiteltessé a spontaneitás tett. Jókai Anna belső éneke alárendelődik a feltevések és a Művelődési tudományok területén a másfélórás számra érthetővé válik a világ: benne a feladat és szerep. Ő nem kíván Európába menni, mert évezredek bizonyítékai van arra, hogy ott vagyunk. S ha olykor viharokba vált jelenünk, az Európa bűne, Európa ment, halott el a szélsőségekbe: a bolsevizmusból kezdve a fasizmusig, a bolcsó a nyugat volt. A következőknek egyértelmű vesztesége pedig mi voltunk, legyen az Trianon vagy az orosz blokk. Európa nem hallotta meg segélykiáltásunkat 56-ban, mert Szeizel volt elfoglalva és Európa kritizál most olyan dolgokért, amely következménye a csorbát okozta. Ezen gondolatokat pedig azért kell ki-mondanunk, mert a magyar nemzetnek nagy szüksége van az **egészséges önismeretre**. Önismeret és öntudatosság nélkül nincs egyenes gerinc és testtartás, ami pedig nélkülözhetetlen feltétele akármilyen együttélésnek, csatlakozásnak. Jókai Anna gondolatai összességében „*Röpirat a nemzetnevelés ügyében*” című könyvében azt mondja: „...A magyar nemzeti eszmé mindig a minőség küzdelmének jegyében állott... A magyar szellemi történet mindig teljes felelősséggel és egyenlő felelő Európára nagy kérdéseire. S mindig mértékkel és önismerettel felelt. *Amiből minden véres forradalom lett, az nálunk áldatlanság szellemi és erkölcsi viharvagyda. Egy olyan író egyszer lecsúszott közben azt mondta e sorok írójának: Megvonzta azon kevés európai országok egyike, (folytatás a 7. oldalon)*

Megjelent a Látlelet-Katedra mentálhigiénés iskolalap 2002/1-es száma. Megrendelhető: Hunga-Coord Kiadói Kft., 2001 Szentendre Pf.: 56 címen.

Az idő előtti előregedésről és az időskori dementiáról

(folytatás az 10. oldalról)

Összefoglalva

A háziorvos lehetőségei és feladatai az ellátási algoritmus

A korai diagnózisban meghatározó jellegű, különös tekintettel ennek hosszú időszakára. A szűrővizsgálatok fontosságát ez különösen kiemeli.

A beteg irányítása időben és célszerűen figyelembe véve a nagyszámú és különböző kórjóslatú kórképeket.

A terápia hosszú távú vezetése, a kezelés kontrollja, a családi és karitatív segítő rendszerek mozgósítása. Fontosak az ún. önszegélyező hozzá-

tartozókból álló csoportok, amelyeket a háziorvos ellenőriz, segít és irányít. Egy másik szervezési formában, mint az ún. idült betegotthonokban, illetve a házi ápolási rendszer speciális formáiban is alapvetők a családorvosok. Sajnos a kórformák túlnyomó többségében oki kezelésre még nincs lehetőségünk, de a beteg és környezete, családja életminőségének megváltoztatásában igenis vannak. A megfelelő pszichoszociális keretek megmutatása, segítése emberi-orvosi kötelességünk.

A mentálhigiénias felvilágosítás szerepe itt sem elhanyagolható. Az ismeretanyag egyénekre bontott bővítése, a dementia egyik legjobb prevenciója.

II. táblázat Dementiák kognitív tüneti gyógyszeres kezelése

Kezelés célja	Gyógyszertani csoport	Molekula	Gyári név	Fenntartó dózis (mg)
Tünetjavítás	Nootrop szerek	Piracetam	Lucetam, Nootropil, Memoril, Pirabene, Piracetam	2400
		Vinpocetin	Cavinton	30
		Nicergolin	Sermion, Ergotop	60
		Ginkgosbiloba	Tebefortan, Gingium	120
	Acetilkolineszteráz gátlók	Donepezil	Aricept	5-10
		Riva tigmin	Exelon	6-12
Neuroprotekcio	MAO-B gátló antioxidans	Selegin	Jumex	10
		E-vitamin		≥400

Mondhatjuk úgy is, hogy a „dementia is lassabb ott, ahol több van! Nyilvánvaló oka ennek az, hogy mennyiségileg és minőségileg gazdagabb egyénnél több maradhat meg!” (16)

Dr Salamon Sándor
Lácacséke

Irodalom

(1)Rogers SL: Perspective in the management of disease: Clinical profile of donepezil. Dement Geriatria Cogn. Disorder 1998; 9.29. (2) Lawrence M. Tierney, Jr., Stephen J. McPhee: Korszerű orvosi diagnosztika és terápia. 2001. évf. (3) Lipcsey A.: Neurokémiai transzmisszió a klinikus szemével. Magyar Tudományos Társaság, Abstr. 9, 2001. (4) Ajánlás a dementiák átvizsgálására és kezelésére. Szakmai kollégiumi állásfoglalás. Psych. Hung. 14, 562-578, 1999. (5) Szirmai és munkatársai: Neurológia, Helliantes Kft. 1995. (6) Tierney L.M.: Korszerű orvosi diagnosztika 2000. (7) Tariska P.: Az enyhe kognitív zavar tünetcsoportja. Háziorvos T. Szemle 5, 244-246. 2000. (8) Rajna P., Tariska P.: Az időskor neuropszichiátriája. Btv Bp. 2000. (9) Brodaty H., Green A., Koschera A.: Evidence basis for intervention for caregivers of people with dementia (absztrakt). J. Neurol. Sci. 187 (syopl.) s 118, 2001. (10) Tariska Pl: Időskori dementiák. Háziorvosi T. Szemle 6: 216-218. 2001. (11) Linka E., Kispál Gy., Bartkó Gy. és munkatársai: Demencia szűrővizsgálat egy budapesti háziorvosi praxisban. Háziorvos T. Szemle 4, 403-405. 2000. (12) Beyrent K., Masters L.: Molecural biology and prevention of Alzheimer’s disease. Experiments and strategies (absztrakt). J. Neurol. Sci. 187 (syopl.) s 116, 2001. (13) Shenk D., Bard F., Barbour R.: A possible vaccine for treatment of Alzheimer’s disease (absztrakt) Neurobiol. Aging 21, s 134, 2000. (14) Krämer G.: Az Alzheimer kóros betegek gondozása. 1999. (15) Greetzuer H.: Alzheimer’s: A complete guide for Families and Loved over Wiely 1997. (16) Rogers S.L.: Perspective in the management of disease: Clinical profile of donepezil. Dement. Geriatr. Cogn. Disard. 1998, 9.29.