

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

(Aktuális továbbképzésünk a 3. és 10. oldalon)

Más Kép, másképp: Orvos a Fakanálnál

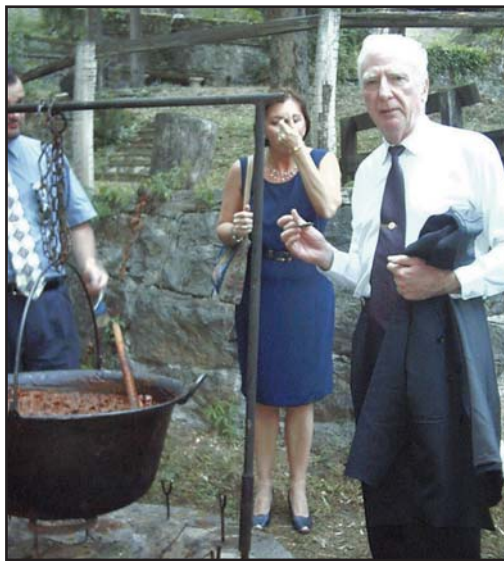
Közkedvelt rovatunk – amely igyekszik más oldaláról is bemutatni a gyógyító egészségügyi dolgozót – ezúttal nem a művészet vagy a múzsa ihlette világába kalauzolja olvasóit, hanem az ízek és a nyári esték gondtalan kikapcsolódásába.

Július 5-én a **Láttelel szerkesztősége Szentendre Város Önkormányzatával** karöltve **Kapcsolatépítési Party-t** tartott, ahol vendégül látta a **Wiesbadeni Gospical** kórust, akik **Szentendre főterén** nagysikerű koncertet adtak.

Az este a **Hotel Danubius Grillsátrában** folytatódott, ahol munkatársaink tanúbizonyságát adták sokoldalúságuknak... **Tálas doktor** szerénységére utal, hogy fotóriporter minőségében csak a vacsora főszereplőit örökítette meg, s a szerkesztőség munkatársainak önfeledt relaxálását elmulasztotta lencsevégre kapni, mert állítása szerint a több, mint száz fős vacsoravendégek között nem talált minket. (Persze, mi, a csapat állítjuk: ott voltunk, de így legalább a következő számban lesz jogalapunk bemutatkozni, merthogy olvasóink jelezték, csak a Láttelel ismerik, de hogy kik készítik, arról sem tudnak. Azt viszont látják, hogy az ország különböző régióiból íródik a lap.) **Bródy Ili** pedig nem várt fordulatként kapta kézbe a digitális kamerát, s addig nem is volt problémája, míg nem kellett vakuznia. Így a Polgármesteri Hivatalban készített fotók és a koncertről szóló tudósítás egy része őt minősíti.



Amare-Kandel Elizabeth a koncert magyarországi szervezője, üzletasszony karonfogja a házigazda **Dr.Kollár László szülész-nőgyógyász főorvost**, aki csak átugrott a köszöntésre a marhalábszár-pörköltje mellől, hiszen előtte állt még a *más kép, másképp* megmérettetése.



„Ehető” – állapítja meg **Fényi Ági doktornő**, a **Magyar Orvosnők Szövetségének elnöke**, de már a püspök úr is áldását adta az étekre...



„Nem sajnálom, csak fogy, bár a vadmalaccal finomított marhalábszár-pörkölt mellett sült már a roston a tarja és a csirkecomb, és tálalva már a sokféle köret is”...méri **Kollár doktor** az adagot...



Hangol a kórus. A Főtér még üres, a hőség rekkenő, és a nyolcadik napja koncertező **Wiesbadeni Evangélikus Egyház Gospical kórusa** magyarországi utolsó fellépésére készül.

Persze előtte volt azért némi pezsgős be-melegetés a **Szentendrei Polgármesteri Hivatal** gyönyörű barokk termében, ahol



Dr. Csiba Kálmán nyug. püspök, a **Magyar Református Egyházak Tanácskozó Zsinatának tiszteletbeli elnöke**, **Miakich Gábor Szentendre város polgármestere** és **Balla M. Anna**, a **Láttelel főszerkesztője** emelik poharukat a találkozás örömeire.



Száz fő férőhellyel



Kerti grillsátorral, rendkívül kedvező árkonddícióval

Hotel Danubius Szentendre

Ady Endre út 28
telefon:06-26-300-662,
e-mail:aktiv@axelero.hu
www.aktivhotels.hu



Főútvonalon. nagyon jó közlekedési elérhetőséggel



Ideális hely konferenciák, tudományos értekezletek, családi rendezvények, stb. lebonyolítására.



És már szól is az ének a Főtéren.....



Nőgyógyászunk erről lemarad, hívja őt a kötelesség, na és a fakanál...



„Adtam a fogyókúrának”... sóhajt fel **Bartos Éva az OEP sajtófőnöke**, akinek igen komoly műtétje utáni lábadozásának ez az első hosszú napja, de ezúttal táncolás nélkül. Neki hamarosan takarodót fűj állapota és élete párja.



„Minden jó, ha vége jó” – fogja át a főzéstudomány professzora **Bródy Ili**t, aki bizony kisegédkezte és kifotóztatta magát eme emlékeztető napon.

Az Európai Bíróság döntéseinek hatása az egészségügyi szolgáltatókra IV.

Gyógyszerügylek

A sorozat negyedik részének megírásához az apropót az Európai Bíróság 2002. áprilisában hozott, a gyógyszerek Európai Unión belüli kereskedelmét érintő egyik ítélete adta.

Háttér

Az ma már sokak előtt jól ismert, hogy az Európai Unióban az egészségügy a tagállamok hatáskörébe tartozik. Van azonban egy olyan, az egészségügyet érintő terület, ahol mindig is a kereskedelmi szempontok és a szellemi tulajdont védő jogok domináltak, és ez a gyógyszeripar.

Az Európai Unióban az ún. egységes európai piac elve érvényesül, ami azt jelenti, hogy az egyes termékek szabadon áramolhatnak a tagállamok között abban az esetben, ha valamely tagállamban megszereztek a piacra jutáshoz, a forgalomba kerüléshez szükséges engedélyeket. Ezek általában a biztonsági, szabványügyi, közegészségügyi és más előírásoknak való megfelelést tanúsítják.

A gyógyszerek engedélyezésének egyszerűsítése érdekében az uniós tagállamok létrehoztaak egy központi intézményt, amelynek feladata az engedélyek kiadásán kívül a gyógyszeripari termékek további felügyelete is. A közös intézmény működése ellenére sem egyszerű azonban a helyzet. Ennek oka, hogy az uniós gyógyszerpiacon egyszerre többféle szabályozás is érvényesül. Az első csoportot olyan uniós szabályok alkotják, amelyek a minőségre, a biztonságra, a hatásosságra és a hatékonyságra vonatkoznak. Ezek egy része már 1965-ben kidolgozásra került, és azóta is újabbak és újabbak jelennek meg.

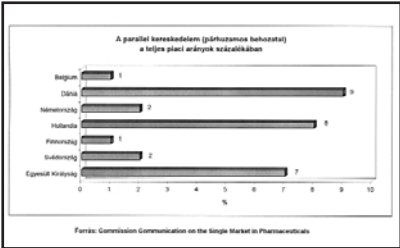
Az egyes tagállamokban egymástól élesen eltérő szabályok vannak érvényben a gyógyszerekhez való hozzáfutás és az egészségbiztosítók által nyújtott támogatások terén. Ez részben érthető is, hiszen ha az egészségügyi kérdésekben minden tagállam önállóan dönt, akkor természetes, hogy az egészségbiztosítás terén érvényesülő különböző hagyományaiknak, szabályaiknak megfelelő döntéseket hoznak. Nem ilyen egyszerű azonban elfogadni azt, hogy ugyanaz a gyógyszer az egyik tagállamban szigorúan receptköteles, más hol pedig szabadon megvásárolható, akár gyógyszerháron kívül, benzinkútnál vagy szupermarketben is. A szakmai, orvosi szempontok valamilyen fokú összehangoltságát azért mégiscsak elvárna az ember. 10 évvel ezelőtt az Európai Bizottság – az Unió tulajdonképpeni központi szerve – meg is próbálta rávenni a tagállamokat arra, hogy állítsanak fel kritériumokat a receptköteles és a szabadforgalmú gyógyszerek csoportba sorolására, de még ezt sem sikerült elérnie. A tagállamok mindeddig csak abban voltak egységesek, minden egységszerítési törekvésnek ellenálltak. Ezek után már nem meglepő, hogy az egyes gyógyszerkészítmények ára és a finanszírozás módjára vonatkozóan igen nagy különbségek vannak a tagállamok között.

A gyógyszerkereskedelem

A harmadikféle, és sok szempontból a legerősebb hatás, ami az uniós gyógyszerpiacon érvényesül az áruk szabad áramlására vonatkozó alapelv(ből, (szabadságjog) származik. Az Európai Unió jogelődjét, az Európai Gazdasági Közösséget létrehozó országoknak éppen az volt a céljuk, hogy a különféle fizikai és adminisztratív akadályok megszüntetésével és eltörlésével az áruk, a szolgáltatások, a munkaerő és a tőke szabad áramlását lehetővé tegyék. A gyógyszerek, mint termékek egyértelműen beletartoznak abba a körbe, amelyek unión belüli kereskedelme nem akadályozható. Ez viszont megteremtí a lehetőséget arra, hogy az egyik európai uniós tagállamban olcsóbban kapható gyógyszert a nagykereskedők ebben az országban felvásárolják és más tagállamban drágábban, – de még mindig olcsóbban, mint ahogy a gyártók által közvetlenül odaszállított ugyanez a készítmény beszerezhető – eladják. Ez az ún. parallel kereskedelem olyan nagyfokú, hogy a gyógyszergyártók és forgalmazók többször is az Európai Bizottsághoz fordultak, hogy hozzon olyan intézkedéseket, amelyek a gyógyszerek ilyen jellegű kereskedelmének gátat szab-

nak. Ennek két módja lehetne. A tagállamok közös megegyezéssel korlátoznák vagy megtiltanák a parallel kereskedelmet, de ez éppen az egyik legfontosabb uniós alapelvnek mondana ellent, ezért elképzelhetetlen. A másik lehetőség, hogy a gyógyszerárak kialakítása, az egyes készítmények támogatása egységes szempontok szerint történjen. A tagállamok eltérő gazdasági helyzete és a lakosság ugyancsak eltérő jövedelmi viszonyai miatt ez sem tűnik járható útnak. Így tehát a parallel gyógyszerkereskedelem útjában nem sok akadály áll. Már csak azért sem, mert az Európai Bíróság az áruk szabad áramlásának elvét szem előtt tartva úgy döntött, hogy a parallel kereskedelem is legális. Sőt, első hallásra talán meglepő, de a parallel kereskedelmet az uniós intézmények kimondottan pozitívnak tekintik, mert árcsökkentő hatása van, még akkor is, ha a haszon nagy része a kereskedőknél csapódik le és nem a lakosságnál.

A probléma nagyságát és gazdasági következményeit jól érzékelteti az egyes tagállamokban meglévő parallel import arányát bemutató ábra. A gyógyszerek párhuzamos kereskedelme a legnagyobb Dániában, Hollandiában és Nagy-Britanniában.



1. ábra

Az évek során az Európai Bíróság elé több olyan ügy is került, amelyek a nemzeti hatáskörben lévő gyógyszerár meghatározás és az áruk unión belüli szabad áramlásának ellentmondásából keletkeztek. A Bíróságnak az volt a véleménye, hogy a gyógyszerárak országonkénti meghatározása önmagában nem mond ellent a termékek szabad áramlásának, de abban az esetben, ha az árak olyan szinten kerülnek rögzítésre, hogy a külföldi gyógyszer behozatala lehetetlenné válik, vagy az azzal való kereskedelem nehezebb lesz, mint a hazai termékkel, akkor már igen. A gyógyszerkereskedelem terén az EU intézményei által az egyetlen szigorúan figyelembe vett szempont az eddig elmondottak szerint csupán az, hogy a tagországok a gyógyszer származási helye szerint nem differenciálhatnak.

Az Európai Bíróság gyógyszerekkel foglalkozó eddigi ítéletei egyértelművé teszik, hogy azért, mert ezeket a termékeket az egészségügyben használják, még nem vonhatók ki az egységes piacra vonatkozó szabályok alól.

Nézzünk meg most közelebbről kettőt a Bíróság legújabb, a gyógyszerkereskedelemmel foglalkozó ítéletei közül.

Bayer Gyógyszergyár kontra Európai Bizottság

A parallel kereskedelmet érintő jogeset egyik érintettje a Bayer Gyógyszergyár volt. Ez a cég állítja elő az Adalat nevű gyógyszert, amelyet szív- és érrendszeri betegségekben az Unió minden tagállamában használnak. A tagállamokban a gyógyszer árát az egészségügyi hatóságok állapítják meg. 1989 és 1993 között a spanyol és a francia árak kb. 40%-kal voltak alacsonyabbak a nagy-britanniánál. A spanyol gyógyszer-nagykereskedők már 1989-től, a franciák pedig 1991-től exportálták az Adalatot az Egyesült Királyságba. A Bayer Gyógyszergyár adatai szerint ebben az időszakban a brit nagykereskedelmi vállalaton keresztül eladott Adalat mennyisége felére csökkent, 230 millió német márka forgalomkiesését okozva a brit leányvállalatnak, és 100 millió márka bevételecsökkenést az anyavállalatnak. Ez arra késztette a gyógyszergyárat, hogy változtasson a külföldi nagykereskedőinek szállított mennyiségeken. A spanyol és a francia megrendeléseket csak olyan arányban teljesítette, amely megfelelt a korábbi forgalomnak, azaz feltételezhetően csupán a hazai igények kielégítésére volt elegendő. (Először, már 1989-től, Spanyolországba szállított kevésbé Adalatot a megrendelnél, majd

1991. végétől Franciaországba is.) A gyártó nem közölte a nagykereskedőkkel a valódi indokot, hanem az alacsony készletekre hivatkozva csökkentette a szállítást. Természetesen előbb-utóbb a megrendelők is átláttak a szítán, és míg saját megrendeléseiket a gyártó által elvárt szinten tartották, más nagykereskedőket kértek meg arra, hogy rendeljék meg számukra a többletet. Így aztán a parallel import még nőtt is.

Közben a szállítások korlátozása miatt néhány nagykereskedő panaszt nyújtott be az Európai Bizottsághoz, amely vizsgálatot kezdeményezett az ügyben. 1996-ban a Bizottság határozatot fogadott el, mely az uniós alapszerződés 85. cikkére hivatkozott és jogellenesnek minősítette a Bayer eljárását. A fenti cikk kimondja, hogy tilos minden olyan, a vállalatok közötti megegyezés, összehangolt magatartás, amely a tagállamok közötti kereskedelmet befolyásolhatja, a versenyt korlátozhatja, felosztja a piacot. A határozat megjelenése után a Bayer Gyógyszergyár annak megsemmisítését kérte az Európai Bíróságtól. A Bíróság elfogadta a Gyógyszergyár érvelését és megsemmisítette a határozatot. Az alapszerződés 85. cikke ugyanis vállalatok közötti megállapodásról, összehangolt magatartásról ír, ebben az esetben pedig nem erről volt szó, hiszen a nagykereskedők még hallgatólagosan sem nyugodtak bele a gyógyszergyár új kereskedelmi magatartásába, hanem kijátszották azt, sőt feljelentést is tettek. A Bayer elismerte, hogy egyoldalú intézkedéseket vezetett be a parallel import csökkentésére, de tagadta, hogy ezt bármikor egyeztetette volna nagykereskedőivel. (Azok valóban nem is mutattak semmi hajlandóságot ennek elfogadására.) Az Európai Bizottság nem tudta bizonyítani, hogy a Bayer franciaországi és spanyolországi leányvállalatai megtiltották volna nagykereskedőiknek az exportot, vagy bármilyen büntető intézkedést alkalmaztak volna az exportáló nagykereskedőkkel szemben. Az Európai Bíróság a nagykereskedők megrendeléseinek csökkentését, és azt, hogy más módon próbáltak meg hozzájutni az exporthoz szükséges többlet mennyiséghez úgy értékelte, hogy az nem a Bayer új szállítási politikájának elfogadását jelentette. Éppen ellenkezőleg, ezzel csupán az export fenntartása melletti eltökéltségüket bizonyították. Nem fogadta el a Bíróság az Európai Bizottságnak azt az érvelését sem, hogy a kereskedelmi kapcsolatok maradása a nagykereskedők és a Bayer Gyógyszergyár, valamint annak leányvállalatai között a spanyol és francia nagykereskedők legalább hallgatólagos belenyugvását jelentette az ügybe. Ez az ítélet is megerősítette tehát a parallel kereskedelem jogszerűségét.

Merck, Sharp & Dohme Gyógyszergyár kontra Paranova Gyógyszerkereskedelmi Vállalat

Ez a jogeset is a gyógyszerek unión belüli parallel kereskedelmével kapcsolatos. A Merck, Sharp & Dohme (Merck) ausztriai leányvállalata Ausztriában beperelte a Paranova Gyógyszerkereskedelmi Vállalatot (Paranova) a Merck termékeinek ausztriai forgalmazásáért. Az ügy középontjában a jóindulatú prosztata hiperplázia kezelésében alkalmazott Proscar nevű készítmény állt, amely a Merck csoport bejegyzett márkanevű terméke. A Paranova dán tulajdonban lévő, éppen a parallel kereskedelemre szakosodott vállalkozás. Abban a tagállamban, ahol lényegesebb alacsonyabb valamely gyógyszer ára megvásárolja azt, majd eladja ott, ahol a magasabbán rögzített ár miatt haszonra tud szert tenni. 1997-ben a Paranova engedélyt kapott az osztrák hatóságoktól, hogy Ausztriában forgalmazza a Spanyolországból behozott Proscart. Ezt követően a dán központi gyógyszerkereskedő cég megvásárolta a spanyol piacon a szóban forgó gyógyszert. Az engedély megadása előtt, az osztrák hatóságok felhívták a Paranova figyelmét arra, hogy az Európai Unió közösségi joga szerint a gyógyszeripari termékek megjelenése döntő jelentőségű a betegek kezeléssel való megelégedettségében. Ha a gyógyszer tartalmazó doboz átragasztott, újracímkezt, az veszélyeztetheti a készit-

mény pozitív megítélését. Ezek után a Paranova a gyógyszert Dániában átsomagoltatta, amely azt jelentette, hogy a gyógyszert másik dobozba tették, és német nyelvű betegájékoztatót mellékeltek. Az ausztriai forgalmazáshoz előírt valamennyi információt biztosították. Ausztriában a gyógyszert ugyanolyan kizserelésben forgalmazták, mint amilyenben az Spanyolországban volt kapható. A következő év júliusában a Paranova értesítette a gyártót, hogy szándékában áll az osztrák piacon forgalmazni a Proscart. A Merck Gyógyszergyár mintát kért, a forgalmazni kívánt, immár átsomagolt termékből. A mintához mellékelte levélben a Paranova felkérte a Mercket, hogy esetleges kifogásait jelezze. A Merck tiltakozott az átsomagolás ellen, a védjegyhez fűződő jogai-ba való törvénytelen, meg nem engedett beavatkozásnak tartva azt. A Paranova arra hivatkozott, hogy éppen az osztrák hatóságok javasolták az átsomagolást az egyszerűbb átcímkezés (felülragasztás) helyett. Egyébként is az átcímkezésnek érezhetően negatív hatása lett volna az eladott gyógyszer mennyiségére, hiszen a külföldi dobozokon megjelenő német nyelvű, utólag felragasztott feliratok bizalmatlanságot és elutasítást váltottak volna ki a gyógyszereszek és a betegek körében egyaránt. A Merck a bécsi székhelyű Osztrák Kereskedelmi bírósághoz fordult, kérve az átsomagolás megtiltását. Az osztrák bíróság elfogadta a gyógyszergyár érvelését, és arra az álláspontra helyezkedett, hogy a mind a hat oldalán átcímkeztetett dobozú Proscar nem került volna hátrányos helyzetbe a gyógyszerpiacon a Merck által, eredeti csomagolásban Ausztriába szállítottal szemben. A Paranova fellebbezett. A másodfokú bíróság már úgy látta, hogy a szóban forgó ügy megítéléséhez az uniós jog, az ún. közösségi jog alkalmazása szükséges, ezért előzetes véleményt kért az Európai Bíróságtól.

Korábban már volt szó arról, hogy az ügyek kétféle úton kerülhetnek az Európai Unió bíróságához. Az egyik lehetőség, amelyre az első jogeset a példa az, amikor az Európai Bizottság kezdeményez eljárást a hozzá benyújtott panasz alapján. Ez az eljárás kapcsolatfelvétellel, levelezéssel, egyeztetéssel kezdődik, és csak végső esetben vezet az Európai Bíróság előtti pereskedéshez. Magánszemélyek, intézmények is panaszt tehetnek az őket érintő ügyekben a Bizottságnál, akár saját hazájuk kormányzati intézményei ellen is, ha azok elmulasztották valamilyen uniós szabály átvételét, vagy jogharmonizációs kötelezettségüknek nem tettek eleget és ebből adódóan hátrány vagy kár érte őket. A Bizottság maga is figyelemmel kíséri a tagállamok jogalkotását, így panasz nélkül is kezdeményezhet eljárást a mulasztó országokkal szemben. A másik jogi út az, amire a Merck esete a példa, amikor egy tagállamban kezdődik el a pereskedés és a tagállam illetékes bírósága folyamodik ún. előzetes véleményért az Európai Bírósághoz, mert úgy ítéli meg, hogy az adott ügyben a közösségi jogot kell alkalmazni. Az előzetes véleményezés során a nemzeti bíróság által röviden összefoglalt körülményeket tanulmányozza az Európai Bíróság, majd válaszol a feltett kérdésekre. Magánszemélyek, cégek, intézmények közvetlenül nem fordulhatnak az Európai Bírósághoz. Kivételt képeznek az uniós intézményeknél dolgozók munkajoggal összefüggő esetei. Az osztrák bíróság kérdése arra vonatkozott, hogy a védjegy tulajdonosa megtilthatja-e azt, hogy gyógyszerkereskedők átsomagolják a más tagállamban beszerzett, általa előállított készítményeket, hiszen a más országba szánt gyógyszerekkel szemben a fogyasztók egy része bizalmatlan lehet, és ezért annak eladhatósága csökkenhet.

A Bíróság ítéletében ismét az Európai Unió alapszerződésére hivatkozik, amely kimondja, hogy az áruk szabad forgalmát csak olyan korlátozások és tilalmak akadályozhatják, amelyek alkalmazására a közérdekeltség, a közrend, közbiztonság, az állatok, növények és emberek egészségének védelme érdekében, vagy művészeti, régészeti, történelmi értékű kincsek megóvása miatt kerül sor. Az iparjogvédelem és a kereskedelmi tulajdon védelme is beletartozhat ebbe a körbe, de csak akkor, ha ez nem álcázott eszköze a tagállamok közötti kereskedelem korlátozásának. Egy adott termék másik országban való piacra

jutásának korlátozása a védjegytulajdonos által a piacok mesterséges elválasztásának minősülhet, s ebben az esetben tilos. Az Európai Bíróság korábbi ítéleteiben már többször meghatározta, hogy mi minősül ilyen mesterséges piacelválasztásnak. Érdekes módon, az első, azóta sokszor emlegetett ítélet is éppen gyógyszerforgalmazással volt kapcsolatos. Ennek megfelelően, amikor az átsomagolás elengedhetetlen ahhoz, hogy egy gyógyszerkészítményt a parallel kereskedelem révén egy másik tagállamban is forgalmazzanak a védjegytulajdonos tiltakozása a művelet ellen a piacok mesterséges elválasztására vonatkozó kísérletnek tekintendő és ezért jogellenes. Az Európai Bíróság véleménye szerint annak eldöntéséhez, hogy az adott országban, az akkor fennálló körülmények között szükséges-e az átsomagolás ahhoz, hogy a parallel kereskedelmet lebonyolító kereskedő által is piacra juthasson a termék minden szempontot figyelembe kell venni, mely ezt a kereskedelmet érintheti. A márkanev tulajdonosának tiltakozása nem elfogadható, ha az akadályozza a készítmény megfelelő mértékű piacra jutását abban az országban, ahová a parallel kereskedelem által jut be. Ilyen akadálnak minősül, ha az egyik tagállamban a parallel importőr által megvásárolt termék azért nem kerülhet forgalomba a másikban, mert az utóbbiban a kizserelésre, csomagolásra vonatkozó nemzeti előírások, a csomagolási szokások nem teljesülnek az eredeti csomagolás megmaradása esetén. Akadály az is, ha az egészségbiztosítók által meghatározott, a gyógyszerkészítmények általuk történő finanszírozásához előírt szabályok, pl. egy dobozban található mennyiség stb., nem teljesülnek. A Bíróság ugyanakkor felhívja arra is a figyelmet, hogy ha a parallel importőr csupán azért kívánja átsomagoltatni a gyógyszert, mert így kereskedelmi előnyökre tehet szert a márkanev tulajdonossal szemben, akkor ez utóbbinak tiltakozása jogszerű. A fentiek szellemében a márkanev tulajdonos megakadályozhatja az átsomagolást abban az esetben, ha az átcímkeztet (de nem átsomagolt) termék nem szenved hátrányos megkülönböztetést az adott ország gyógyszerpiacán. Az Európai Bíróság véleménye és esetjoga (eddigi ítéletei) szerint az átcímkeztet gyógyszerek iránti ellenérzés nem mindig jelent olyan, igazi akadályt ezeknek a termékeknek a kereskedelmében, hogy valóban indokolt lenne az átsomagolás. Ha mégis lenne ilyen előítélet, ellenállás a fogyasztók, vagy akár csak egy kisebb csoportjuk részéről, akkor viszont ez már mindenképpen kereskedelmi akadálnak tekintendő, és az átsomagolás indokolt. Ez utóbbi kitételek első hallásra dodonaivá teszik az előzetes állásfoglalást, hiszen ilyen esetekben várhatóan mindkét fél talál majd érveket saját igazának (érdekének) bizonyítására. Azért, hogy mégis objektív legyen az ítékezés minden ilyen esetben az Európai Bíróság az aktuális helyi viszonyokat jobban ismerő tagállami bíróságokra – jelen esetben az osztrákra – bízta annak megítélését, hogy szükséges-e az adott készítmény átsomagolása vagy elegendő átcímkezés is.

Az első jogesetnél (Adalat) egymáshoz földrajzilag közel lévő országok között történt a parallel kereskedelem. A másodiknál Ausztria és a távoli Spanyolország közötti gyógyszer-árkülönböztet használták ki egy, – a parallel kereskedelemre szakosodott – dán cég, és a jelek szerint a viszonylag nagy távolság és az átsomagolásból adódó többletköltségek ellenére is megérté számára a gyógyszerimport. Az ma még elképzelhetetlen, hogy az Európai Unió tagállamai az egyes gyógyszerkészítmények árát egységes határozzák meg. Ennek nem csak egészségügy nemzeti hatáskörbe tartozása, a jövedelemkülönbségek, az egészségbiztosítási rendszerek különbözősége oka, hanem az egyes betegségek régióként és tagállamonként eltérő előfordulási gyakorisága is.

Amikor pár év múlva már mi és a többi kelet-közép-európai ország is az EU tagja lesz, valószínű, hogy hasonló esetek nálunk is előfordulnak majd. Remélhetőleg a gyógyszerek tőlünk mennek majd nyugatabbra, és bízunk abban is, hogy legalább a haszon egy része a magyar kereskedőknél fog lecsapódni.

Dr. Czibalmos Ágnes
EU szakértő

Légúti allergiás betegségek II.

A./ Felnőttek asthma bronchiáléja

Definíciója
A fejlett országokban az előfordulás 8-9 % körül van, s fokozatosan emelkedik. A WHO által javasolt definíció szerint: „a légutak krónikus gyulladós betegsége”. Jellemzői a reverzibilis légúti obstrukció, a gyulladás és a bronchialis hyperreactivítás. (1) (2) (3) Elsősorban functionális betegség, amelyhez idővel pathomorphológiai elváltozások társulhatnak. (Késői stádiumban a klinikai kép hasonlós a chronicus bronchitishez és a emphysemához.) (4) (5)

Epidemiológia és elősegítők

Hazai prevalenciája jelenleg 1 %-os, s fokozatosan emelkedő. Pontos adataink nincsenek, mert nem bejelentésre kötelezett, a pulmonológiai hálózat által nyilvántartott. Sajnos a betegek egy része nem diagnosztizált (orvoshoz nem fordulók, nem kivizsgált („csak háziorvosi – örökölt diagnózisú”). (6) A felnőtt és a gyermekkori formája erősen eltérő, s az immunológiai mechanizmusok is sokfélék. Napjainkban már népbetegség, elsősorban provokatív körülmények miatt, mint: környezeti szennyezések, szezonális effektusok, allergiás hatások, s a familiaritás előtérbe kerülése. (7) Ma már tudjuk, hogy a magas IgE, a pozitív bőrpróbák, a légzésfunkciós leletek stb. összefüggnek a gén-variánsokkal, önmagukban azonban nem felelősek. (8) **Az egyéb tényezőkről** bővebben a **gyermekkori asthmánál**. Itt is utalok a lég-szennyeződésekre, a dohányfüstre és az ún. „nyugati típusú életmód” szerepére.

A diagnosztikáról

Az alkati-családi hajlam, az atópiás alkat, emocionális tényezők, más betegségek, de – a napszakok, a meteorológiai tényezők („frontok”), a lakóhely – munkahely – utazás és szabadidő körülmények, stb. – valamennyien **fontos anamnesztikus tényezők!** A **fizikális vizsgálat**, mint a „felfújt tüdő”, az orrszármány-légzés, a segédizmok fokozott igénybevétele jellemzőek. Ne felejtszünk el a hypersonor kopogtatási hangról, hallgatózásnál a zihálásról („wheeling”) sem, itt elsősorban a kilégzési sípolásról. A „néma tüdő”, a szörtyözrejek bizonyos „szövődmények” jelei lehetnek. Az **allergológiai vizsgálatok** során cután teszt elvégzése az első s atópiás habitusban a sérum össz IgE – radioimmun – assay, illetve a PRIST, valamint a RAST, EIA, FAST és a CLA használtak. Napjainkban elterjedtek az ún. „gyors tesztek” (mint az IgE-Quick). A **funkcionális diagnosztika** spirometriás vizsgálatokkal kezdődik s ezek a légzésfunkciós készülékek a funkcionális és dinamikus paramétereket mérik. A legegyszerűbb az ún. „peak flow meter”, amelyek kiválóan alkalmasak az „önmonitorozásra” is. (10) (11) Alapvetők a 24 órás légzésfunkciós profilvizsgálatok és a testpletiz-mografia (légzésmechanika követése). Ilyenkor a légúti áramlási ellenállás mérése az alapvető. Így értékelhetők az intrathoracalis gázvolumenek (ITGV) is. **A provokációs vizsgálatok:** a./ specifikus, a gyanús allergénnel, b./ aspecifikus, természetes mediátorokkal (pl. hisztamin, acetylcholin, stb.) (12) (13) A **terhelések** hatására: Exercise Induced Asthma = EIA gyanúja esetén alkalmazzuk. (14) A **farmakodinamias vizsgálatok** a provokációs eljárások fordítottjait jelentik. Magam is nagy hangsúlyon fektetek a betegoktatásra, s fontossá váltak a betegnaplók (panaszok, tünetek, PEFR-értékek, terápiás sikerek és sikertelenségek, szövődmények, rehabilitációs eredmények, stb).

A kezelés elvei

Jelenleg az 1992-ben Marylandban elfogadott „International Asthma Consensus” terjedt el, ami feltételezi a háziorvos, a tüdőgyógyász és a beteg korrekt együttműködését.

1. táblázat Az antiaztmatikumok felosztása	
Gyulladáscsökkentők	Hírgépjáratok
Dinatrium chromoglicyate (Talem, Intal, Cromlyn)	Szelektív, rövid hatású inhalatív béta ₂ -agonisták, salbutamol (Ventolin, Salbutamol), terbutalin (Tricaval) <i>fontos!</i> (Berotec, Berodual)
Nedocromil natrium (Tilade)	Hosszú hatású béta ₂ -agonisták (Sevent)
Inhalatív corticosteroidok a/ budesonid (Pulmicort) b/ beclometazon (Alascon)	Rövid hatású theophyllin származékok (Diphyllin)
Per os corticosteroidok methylprednisolon (Medrol, Metypred)	Retard theophyllinok (Euphylong, Retaphyllin, Theoprecin, Theophrat)
parenterális (v) steroidok methylprednisolon (Solu-Medrol, Metypred) prednisolon (Adreson F – aqueosum)	Inhalatív anticholinerg ipratropium bromid (Atrovent, Berodual)

A kezelés célja: a., A jobb életminőség biztosítása, azaz ideálisan a tünetmentesség elérése és fenntartása. b., Az asthmás exacerbációk és a halálazások elkerülése. c., A légzésfunkciók normalizálása (az irreverzibilis obstrukció megelőzése). d., A kezelés mellékhatásainak az elkerülése. (15) Megjegyezném, hogy felnőtteknél is előfordulhat az ún. „valódi allergiás asthma”. Elsősorban azonban a tünetmentes periódusok után lánghat fel a gyermekkori forma, a 25-30 éveseknél.

Röviden a jellemző tünetekről

1. A dyspnoe szubjektív tünet, s így nem mérhető. 2. A tachypnoe az acut szakaszokban fordulhat elő és a rohamok súlyosságára utalhat. 3. A „zihálás” nem korrelál az obstrukcióval. 4. A „néma tüdő” a súlyosságra utal. 5. Roham jele a segédizmok használata. 6. A rohammal párhuzamosan a pulzusszám nő, de „pulzus-paradoxus” is előfordulhat. 7. Mentális tünetek lehetnek. 8. Cyanosis a rohamot kísérheti. (16)

2. táblázat Orvosi vizsgálatok szerint (Bánkóti B. után) (17)			
IV. lépés Súlyos és perzisztáló	Tünetek Folyamatos, korlátozott fizikai Terhelhetőség	Éjszakai paroxysmusok Gyakorlatok	PEF <60 % variabilitás >30 %
III. lépés Közepesen perzisztáló	Betamimetikumok naponta 4-6 alkalommal terhelhetőség	>1/hét	60-80 % variabilitás >30 %
II. lépés Enyhe perzisztáló	>1/hét, de <1/nap	<2/hét	>80 % variabilitás 20-30 %
I. lépés Intermittáló	<1/a rohamok között tünetmentesség és normál PEF	<2/hét	>80 % variabilitás <20 %

A komplex kezeléssel

1. A klinikai súlyosság felmérése. 2. Fatális roham megelőzése, az ún. „krízisterv”. 3. A környezet ellenőrzése. 4. Betegoktatás. 5. Gyógyszeres kezelés. 6. Pszichológia és az ellátók felkészültsége, compliance. 7. Prevenció. Nagyon összetett és szerteágazó elméleti elvekről és gyakorlati tapasztalatokról kellene beszámolnom. Igyekeztem ésszerűen összefoglalni a mindennapi gyakorlat számára legfontosabb ismereteket.

1./ Az asthmás beteg állapota

Utalok a 2-es táblázatra. Megemlíteném még, hogy ezen felosztás alapja a korszerű kezelés. 2./ Sokszor terápia rezisztens, amikor nem befolyásolható: inhalált vagy injekciós szimpatikomimetikus aminok, theophyllin-származékok, és az aminophyllonok már hatástalanok az ún. **acut súlyos asthma** bronchialeban (korábbi elnevezéssel: „status asthmaticus”-ban. (18) (19) (20) A feltétlenül kórházi kezelést igénylő esetekben: a. a nehézlégzés foka III-IV., b. hangos vagy „néma tüdő”, c. belégzési izmok ++, d. pulzus paradoxus (20 Hgmm) ++, e. légvétel/perc >30, f. pulzusszám >120, g. paCO₂ [Hgmm] <60 a jellemzők. **Cselekvési terv** – a fentiekből adódóan: 2 agonista aerosol 2-4 puff 20 percenként. (Hatástalanság esetén kombinált terápia indítása.) (21) Salbutamol vagy terbutalin, fenoterol. Anticholinerg szerek, pl: ipratropium bromid belégzés. Theophyllin, aminophyllin. Glukokortikosteroidok (methylprednisolon iv. bolus) és ún. támogató kezelés: oxigén, folyadék és elektrolit pótlás, az acidózis korrekciója, súlyos esetekben gép lélegeztetés is.

Környezet:

Allergiás eredet esetében eliminálni kell a környezeti agenseket, allergéneket (állati szőrőket stb.) Foglalkozási eredetben a munkahelyi védekezésről szükséges gondoskodni. Itt említeném meg, hogy az asthmás betegek számára „az ideális fizikai terhelés”, az úszás. Kiemelném a **prevenció** fontosságát! 1./ A primer lehetőségek: a., terhes és szoptató anyáknál kiiktatása a provokatív vegyületeknek, b., vírus fertőzés védelem, c., környezeti allergének kiiktatása, d., aktív és passzív dohányzás kerülése, e., munkahelyi, gyógyszer, terhelési és pszichés indukciók kerülése. 2./ Secunder: a., farmakológiai, b., nem farmakológiai.

Betegoktatás – Compliance (22) (23)

Tudatosítani kell, hogy a stabil állapot a folyamatos kezelés eredménye, s ez lényeges életminőségének a javításához is. Elérendő céljaink: a., A beteggel való együttműködés elérése. b., Ismerje a gyógyszereit és jól használja, pl. az aerosolokat. c., A helyes légzési technikák megtanítása. d., Önellenőrzés megtanítása, azaz a csúcsáramlás-mérő (peak flow meter: PEF) használatának az ellenőrzése. e., Segítsük az életmódjának rendezésében. f., Szellemi és fizikai teljesítmény-orientáltságukat ésszerűen befolyásoljuk. Külön hangsúly fektetünk a helyes oxigén használatra, a nyugtatók – altatók kerülésére.

Gyógyszeres kezelés – Lépcsőzetes terápia (26) (27) (28) (29) (30)

1. ábra A kezelés lépései (Fény K. után)				
I. Lépés	II. Lépés	III. Lépés	IV. Lépés	V. Lépés
Tartós panaszmentes állapot esetén visszalépés egy lépéssel!				
		Inhalatív corticosteroid	Orális corticosteroid	Befolyásolhatatlan állapotban majd infúzióban adott
		Inhalatív corticosteroid	Inhalatív corticosteroid	Ing. Methylprednisolon
		Dinatrium chromoglicyate	Lasix felszívódási theophyllin	Ing. Terbutalin sc.
Inhalatív rövid hatású β ₂ -agonista	Inhalatív rövid hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Ing. Diphyllin
Dinatrium chromoglicyate	Inhalatív rövid hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Ing. Terbutalin sc.
Inhalatív rövid hatású β ₂ -agonista	Inhalatív rövid hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Ing. Terbutalin sc.
Dinatrium chromoglicyate vagy inhalatív β ₂ -agonista terhelés vagy antigén elvonás	Inhalatív rövid hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Hosszú hatású β ₂ -agonista	Ing. Terbutalin sc.
ENYHE	MÉRSEKELT (kevésbé súlyos)	MÉRSEKELT (súlyosabb)	SÚLYOS	AKUT SÚLYOS

Terápiás pszichológia (31) (32) (33)

A lehetőségek (Gál K. után) 1. Edukációs önnevelő programok: Cél: betegségtudat fenntartása, intenzív emocionális válaszok kivédése, önkontroll erősítése, kiút a regresszív állapotból. 2. Relaxáció: Hatékony a paraszimpatikus rendszer mobilizálásával a paroxizmusok kivédésében. 3. Relaxációs gyakorlatok folytatása az ún. imaginációs fokozat felé! Cél: szomatikus lereagálás kivédése, emóciók kezelése. 4. Operotrop megoldás keresése: ekvivalens nem kóros magatartásformák, magasabb feszültségi szint tartása, (rebound hatás és relapszus veszély).

Orvos – beteg kapcsolat (34) (35)

Sokkal „szimmetrikusabb” kapcsolat kialakításának a feltételezése, ezért is fontosak az ún. self-managemet, edukációs programok. Ezek eredményeként elérhető: a., a beteg naprakész információkkal rendelkezik, b., képes állapotának a monitorozására. Így kialakul egy „egyenrangú” betegmagatartás, egy olyan ellátó rendszerben, ahol: 1. az adequat minőségi betegellátásban érdekelt beteg, orvos, 2. a beavatkozások kiszámít-

hatók, 3. nincs indokolatlan várakozási idő, 4. minimális a kórházban tartózkodás ideje, 5. a gyógyszeres kezelés egyénre szabott és optimális.

Gyakorlati tanácsok (36) (37)

I. Az emóciókról

Az asthma és a depresszió egymás hatását potenciózza. Veszélyesek az intenzív emocionális defektusok (szorongás, agresszió), mivel rebound válaszként válhatnak ki rohamokat. A szedatívumok légzés depresszálo hatása közismert. **II. Diagnosztikai segítségünk.** Beck féle depressziós skála 21 tétellel. Ezek közül néhány: szociális elszigetelődés, alvászavar, fáradékonyság, munkaképtelenség, bűntudat és pesszimizmus, döntésképtelenség stb. A terhelhetőséget a Plath/Richter skálával mérhetjük.

Az orvosok felkészültségéről (38)

Szakmailag csak részben indokolható eltérések vannak a pulmonológiai – háziorvosi – gyermekorvosi gyakorlatok között. A kezelési elvek különbségei származhatnak: a., a beteganyag indifferens hozzáállásából, b., a protokollok hiányos ismeretéből, c., az 1997-ben STR2 által módosított „Asztma Diagnózis és Kezelés Irányelvei”-nek alkalmazás hiányából. Röviden a lényege: Gyakorlatiasabbá tette a betegség súlyosságának a klasszifikációját, figyelmeztetve az éjszakai tünetekre, a légúti obstrukció változásra is. Úgy gondolom, hogy a tréning és a szubspecializáció lényegesen befolyásolja az említett irányelvek elfogadását és alkalmazását. Ne felejtjük el azt sem, hogy az alulértékelés következménye az alulkezelés. Így gyakori hibák: a tünetek fel nem ismerése, hiányos, nem releváns ismeretanyagból adódó alulkezelés, a súlyosság nem megfelelő értékelése, az objektív mérések hiánya.

Dr. Salamon Sándor
tüdőgyógyász szakorvos
Nyíregyháza

Irodalom

(1) *Kósa L.*: Családorvosi Fórum. 2000. április (11. oldaltól); (2) *American Thoracic Society*: Chronic bronchitis, asthma and pulmonary emphysema. Amer. Rev. Respir. Dis. 136, 224-225, 1987.; (3) *Cutz E.*: Ultrastructure of airways in childrens with asthma. Histopathology 2, 407-421,

1978.; (4) *Alberts R.*: Dynamics of eosinophil infiltration int he bronchial mocosa before and after the late asthmatic reaction. Eur. Respir. J. 6, 840-847, 1993.; (5) *Holgate S.*: New insight into airway inflammation by endobronchial biopsy. Am. Rev. Respir. Dis. 45, S2-6, 1992.; (6) *Bánkóti B.*: Hippocrates 1999. I. évf. 4. szám 228.o.; (7) *Mutius E. Martinez F.D. et al.*: Prevalence of asthma and atopy in two areas West Germany and East Germany: a description comparison. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 149: 358, 1994.; (8) *Carahallo L.*: The influence of genes ont he etiology of asthma. ACI International 11:183, 1999.; (9) *Burrows B.*: Association of asthma with serum IgE levels and skin-test reactivity to allergens. N. Engl. J. Med. 320, 271-277.; (10) *Miskovics G., Magyar P.*: A 24 órás légzésfunkciós profilvizsgálatok szerepe az asthma bronciale diffag-ban. Pneumol Hung. 38, 145-156. 1985.; (11) *Csontos Z., Szilasi M., Brugós L.*: A peak flow meter szerepe az asthma bronchiale diagnosztikájában és terápiájában. Medicina Thoracalis 40, 465-472, 1995.; (12) *Magyar P.*: Chemical Agents in Bronchial Provocation Tests. sn: Allegra L., Braga P.C, Methods in Asthmology pp. 238-252. 1993.; (13) *Allegra L., Bianco S.*: Non-specific bronchoreactivity obtained with ultrasonic aerosol of distilled watr. Eur. F. Reopir. Dis. 61:41-49, 1950.; (14) *Eggleston P.A.*: Exercise – induced asthma. In: Tinkelman D.G., Naspitz C. K.: Childhood Asthma: Pathophysiology and Treatment. (pp.429-446) Marcel Dekker, New York, 1992.; (15) *Böszörményi Gy. Herjavec J.*: Asthma bronchiale 1993.; (16) *Barnes P.J.*: A new approach to the treatment of asthma. New Engl. J. Med. 321, 1517-1527, 1989.; (17) *Guidelines on the management of asthma*. Thorax. 48. 1993.; (18) *Duncan S.R., Raffin T.A.*: Status arthnaticus. Ventilatory management. In: Current Respiratory Care, Burlington, Ontario. B.C. Decker, 1988.; (19) *Hall J.B., Wood L.D.H.*: Management of the critically ill asthmatic patient. Med. Clin.; (20) *Leatherman J.*: Life – threatening asthma. Clin. Chest. Med. 15,453, 1994.; (21) *Molfini N.A., Nannini L.J., Rebuck A.S.*: The fatality-prone asthmatic patient. Follow-up study after near-fatal attack chest 100, 621, 1992.; (22) *Spector S.J., Niclas R.A.*: Practice parameters for the diagnosis and treatment of asthma. J. Allergy Clin. Immunol. 96. 811-817, 1995.; (23) *Parker S., Mellius R.B., Sogu D.D.*: Asthma education: a national strategy. Am. Rev. Respir. Dis. 140, 848-533, 1989.; (24) *Cramer J.A., Scheyer R.D., Mattson R.H.*, Compliance, declines between office visits. Arch. Intern. Med. 150, 1881-1884, 1990.; (25) *Campbell M., Cornier J., Danglish S., Miles P., Kesten S.*: Consideration of public programs and technigues for public community health education.

Flonidan®

loratadin

Perennális allergiás rhinitis

- A fejlett országok népességének kb. 14%-a érintett
- A nem kezelt betegekben az élet során több alkalommal átmeneti asztmatikus tünetek kialakulására lehet számítani



Szezonális allergiás rhinitis

- A fejlett országok népességének kb. 10-20%-át érinti
- A legveszélyeztetettebbek a 15-25 év közötti fiatalok
- A nem kezelt esetek 13-38%-ában a későbbiekben asztmás megbetegedés alakulhat ki



Mivel az allergiás megbetegedések száma világszerte nő, egyre fontosabb a megelőzés és a kezelés (WHO 1999)



Flonidan®

loratadin

... és szél hozott, szél visz el ...

	Fogy. ár	Támogatás	Tér. díj		
		50%	90%	50%	90%
Flonidan tabletta 10 mg 20x	1.290,-	645,-	1.161,-	645,-	129,-
Flonidan 5 mg / 5 ml szuszpenzió 120 ml	997,-	499,-	897,-	498,-	100,-

További információ:
Biogal - Teva Pharma Rt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 66.
Tel.: 350-5300 Fax: 350-5310
http://www.weborvos.hu





OEP Jogi és Szakigazgatási Főosztály

Néhány fontos tudnivaló a TAJ számról

1995. január 1-jén bevezetésre került a TAJ szám, vagyis a Társadalombiztosítási Azonosító Jel, amely az egészségbiztosítás, a nyugdíjbiztosítás nyilvántartásaiban szereplő személyek egyedi azonosításának feltételeit biztosítja.

Milyen okmányokon kerül kiadásra a TAJ szám?

1995. január 1-től, 1996. augusztus 31-ig Társadalombiztosítási Igazolvány, ezt követően Hatósági Bizonyítványon kapták az állampolgárok a TAJ számot. 1997. január 1-től az 1996. Évi XX. Törvény értelmében amely a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról rendelkezik az OEP az állampolgár TAJ számát Hatósági Igazolványon adja ki. Jelenleg tehát három féle okmány van forgalomban és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének igazolására mind a három okmány alkalmazható. Tekintettel arra, hogy 1995. év végén és 1996. év első felében az OEP minden állampolgár részére

eljuttatta a TAJ számot igazoló okmányt, ezt követően a következő esetekben adnak ki a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárak TAJ számot: az újszülöttek, a Magyarországon tartózkodási engedéllyel, munkavállalási engedéllyel rendelkező külföldi állampolgárságú foglalkoztatott személyek, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére való jogosultság biztosítása céljából megállapodást kötött külföldi állampolgárok, menekültügyi törvény szerint érintett külföldi állampolgárok, a külföldről hazateleült kizárólag magyar vagy kettős állampolgárságú személyek, középfokú nevelési-oktatási vagy felsőfokú intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató és nemzetközi szerződés vagy az Oktatási Minisztérium által adományozott ösztöndíjban részesülő hallgatók, a „státusz törvény” rendelkezései szerint hazánkban munkát vállaló külföldi állampolgárok részére, továbbá azoknak a magyar állampolgároknak, akiknek adataiban változás történt, pl. névváltozás, házasságkötés, stb., azoknak a magyar állampolgároknak,

akiknek a TAJ-t igazoló okmánya elveszett, megrongálódott vagy tulajdonukból kikerült.

Ki milyen TAJ számot igazoló okmányt kaphat?

Hatósági Igazolványt kap: az újszülött magyar állampolgár, az a magyar állampolgár, akinek a TAJ számát igazoló okmánya elveszett vagy megrongálódott, a Magyarországon letelepedett, honosított állampolgár. Nagyon fontos tudni, hogy az elveszett, megrongálódott, eltulajdonított Hatósági Igazolvány pótlásáért készpénzben 1500,- Ft díjat kell fizetni. Az „Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról” elnevezésű nyomtatványon az előbbi felsorolásban nem szereplő, de a korábbi felsorolásban említett külföldi állampolgárok részére igazoljuk a TAJ számot.

Hol és hogyan kell igényelni a TAJ számot?

A magyar állampolgárságú újszülött részére, az anya, vagy a gyermek

törvényes képviselője az egészségügyi intézményben rendelkezésére bocsátott nyomtatvány felhasználásával kezdeményezheti a TAJ szám kiadását. A kiállított nyomtatványt az intézmény a szülés bejelentésével együtt megküldi a területileg illetékes anyakönyvvezetőnek. Az anyakönyvvezető megküldi a megyei egészségbiztosítási pénztárnak a születési értesítőt, mely alapján a MEP soron kívül elkészíti a Hatósági Igazolványt és postán megküldi az anya vagy a gyermek törvényes képviselőjének lakcímére. Ha a szülés nem egészségügyi intézményben történik, vagy sürgősen szükség van a TAJ számra, az anyakönyvvezető az arra jogosult személy rendelkezésére bocsátja a TAJ szám kiadását igénylő nyomtatványt és az anyakönyvi kivonatot, ennek alapján igényelhető a területileg illetékes MEP-nél a Hatósági Igazolvány. Az újszülöttek részére Hatósági Igazolvány kiadása térítésmentes. Azok a magyar állampolgárok, akik a TAJ számot igazoló okmányukat elvesztették, vagy az megrongáló-

dott, vagy névváltozás miatt kéri a Hatósági Igazolványt a lakóhelyük, ennek hiányában a tartózkodási helyük szerint illetékes MEP-nél kérhetik a másolat kiadását, igénylőlap kitöltése és a személyi adatainak igazolása mellett. A külföldi állampolgárok részére. „Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról” elnevezésű nyomtatvány kétféle módon kerül kiadásra: 1. A munkát vállalók külföldi állampolgárok részére a TAJ számot a munkáltató igényli a MEP-től. 2. A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosulttá váló, valamint oktatási intézmény hallgatói, továbbá az előbbiek eltartott hozzátartozói részére a területileg illetékes MEP állítja ki az igazolványt. Végül fontos tudnivaló, hogy egészségügyi szolgáltatás igénybe vétele alkalmával a TAJ számot igazoló okmányt be kell mutatni, mert annak hiányában térítésmentesen nem vehetők igénybe a szolgáltatások.

Stukai Gyula
Budapest

Postabontás: Nőgyógyászati rákszűrés privatizációja

Az alábbi – szerkesztőségünkbe érkezett – olvasói levelet megválaszolásra elküldtük az Egészségügyi Minisztérium Sajtóosztálynak, aki illetékességből átküldte az ÁNTSZ Sajtószolgálatához. Megítélésünk szerint a téma valamennyi egészségügyben dolgozó számára hírértékű, ezért az ÁNTSZ-nek feltett kérdéseket és az arra kapott válaszokat közöljük.

Látlelet levél:

Hivatkozással telefonbeszélgetésünkre, ezúton küldöm az alábbi kérdéseket a nőgyógyászati rákszűrés privatizációja témakörben. A levél aktualitása – kórháztvörvény –, s annak márciusban megjelent rendeletei miatt lapanyagként kívánom a levelet az újság hasábjain keresztül megválaszolni, hiszen a szűrések vállalkozásban való működtetése „*húsba vágó kérdése az ágazatban dolgozóknak*”.

1. **Van-e az országban olyan modellezhető vállalkozás, ahol már megtörtént a nőgyógyászati rákszűrések magánkézbe adása?**
2. **Az esetleges privatizációs szándéknál kulcskérdés a finanszírozás. Mi indokolja a laboratóriumi vizsgálatok irreálisan magas ellenértételezését a sokkal időigényesebb vizsgálatokkal szemben? Várható-e itt kompenzáció, illetve emelés? (pl: nőgyógyászati rákszűrés 700 pont., Cytológia 1210 pont)**
3. **A szűrések sikerességénél alapkérdés a szervezés. Ha átmegy maga a szűrés vállalkozásba, kinek a feladata ez? Az ÁNTSZ-eknél évek óta nem történik létszámbővítés. Ha a vállalkozás feladata, kap-e erre valami plussz térítést, illetve forrást a privatizáló?**
4. **Megyei szintre lebontva évi 60-65 ezer nőgyógyászati szűrés történik az országban, miközben maga a helyszín leépült vagy amortizálódott. Bővítésre, eurokonform szűrőállomások kialakítására mi a privatizáció felé orientálódó hazai egészségügy válasza?**

Válasz az olvasó kérdéseire.

A nőgyógyászati rákszűrés privatizációja kifejezés önmagában nem értelmezhető, ugyanis nem erről szól a szűrési rendszer. A szűrés számos eleme teljesen szektorsemlleges, azaz mind a magán, mind a közszolgálati szféra szolgáltatásait igénybe veszi. Érthetőbb, ha az egyes szolgáltató szereplők feladatait tisztázzuk:

1. Nőgyógyászati szakorvosi szolgáltatás

A behívott lakos és nőgyógyász találkozás során megtörténik a szűrővizsgálat nőgyógyász által végzett része. A vizsgálat során a nőgyógyász az onkológiai éberség protokollnak megfelelően kolposzkópos vizsgálatot, bimanuális tapintást, citológiai vizsgálatra mintát vesz, kenetet készít. (A hazai nőgyógyászati gyakorlat indokoltnak tartja, hogy a kenetvételt nőgyógyász szakorvos, vagy szakorvosjelölt végezze, mert a szakorvosi vizsgálat alkalmat ad (i) a vulva és a hüvelyfal megtekintésére, (ii) a látótérbe hozott méhnyak felszínének natív állapotban történő kolposzkópos vizsgálatára, (iii) kiterjesztett kolposzkópos vizsgálatra és porciófelszín ecet-savas, majd lúgos oldattal bimanuális kismendecei vizsgálatra is. Szakmai közmegegyezés szerint a fentiek összehangolt alkalmazása hozzájárul a szűrővizsgálatok hatásosságához). A vizsgálatnak a nőgyógyász leletet ad. A kenetet „Citológiai vizsgálati kérőlap” kíséretében beküldi a citológiai laboratóriumba. Az OEP szerződéssel nem rendelkező nőgyógyászati szolgáltatás a vizsgálatot nem számolhatja el. Ennek oka, hogy a szűréslehetőségének OEP szerződéses körön kívülre kiterjesztésével a lehető legnagyobb hozzáférhetőséget és elérhetőséget, a compliance fokozását kívánjuk elérni, elkerülve egyúttal az ugyanazon szolgáltatásért a kettős finanszírozást. A lakos számára az OEP útiköltséget nem finanszíroz. A sejtvizsgálatot végző citológiai laboratórium a leletet további tennivalókra vonatkozó javaslataival visszaküldi a szűrővizsgálatot végző, beküldő nőgyógyász szakorvoshoz. A további tennivalókat a szűrővizsgálat eredményétől függően protokoll határozza meg, a klinikai döntést a nőgyógyász szakorvos hozza meg. A szűrés eredményéről értesíti a vizsgált lakos, nem negatív esetben gondoskodik a protokollnak megfelelő eljárásról. Pozitívvá vált esetben gondoskodik a beteg megfelelő kivizsgálásáról, megfelelő gyógyító intézetbe juttatásáról. Az ilyen okokból történő „betegkövetés” már orvosi, nem pedig népegészségügyi feladat. E tekintetben fő célunk – minden szűrés vonatkozásában –, hogy mintegy a „beteg kezét fogva”, a szabad választási lehetőségnek tiszteletben tartásával, biztosítsuk a megfelelő és késlekedés mentes kezelés lehetőségét. A diagnosztikai tennivaló és a kezelés általános elvei tekintetében hatályos az Onkoterápiás Protokoll. A nőgyógyászati szolgáltatás szűrésben való

részvétele működési és tulajdoni formától független, egyedüli kritériuma, hogy érvényes működési engedéllyel rendelkezzen, és a Szülészeti Nőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlja („akkreditálja”) mint szűrésben résztvevő alapszolgáltatót. Tehát a már jelenleg is működők „ab ovo” vehetnek részt a programban, akár kórházi szakrendelés, akár valamilyen gazdasági társaság, vagy magánvállalkozás keretében működnek. E tekintetben tehát nincs szó privatizációról, mivel minden privátnem privát forma egyenlő eséllyel részt vehet a szűrésekben.

2. Citopathológiai vizsgáló laboratórium

A nőgyógyász a kenetet beküldi az ÁNTSZ OTH által kiírt pályázaton nyertes, ÁNTSZ-szel szerződést kötött citológiai laboratóriumba, ahol az kiértékelésre kerül. (Bethesda klasszifikáció+Papanikolau) A citológiai laboratórium a vizsgálatot az OEP fele elszámolja 29601 csillagos kódon valamint havonta jelenti a területi illetékes ÁNTSZ megyei intézetében levő szűrési nyilvántartónak a megjelenteket. A leletet további tennivalókra vonatkozó javaslataival visszaküldi a szűrővizsgálatot végző, beküldő nőgyógyász szakorvoshoz. A citopatológiai laboratóriumok szűrésben való részvételének szintén nincs privát/nem privát kritériuma. Feltétele, hogy az ÁNTSZ OTH által kiírt pályázat pathológus szakmai kollégium által megadott szakmai és egy kritériumait vállalja és teljesíteni tudja, valamint rendelkezzen érvényes ÁNTSZ működési engedéllyel, függetlenül tulajdoni és működési formától. Tehát itt sincs privatizáció, mivel már eleve részt vehet a privát szféra.

3. ÁNTSZ

A szűrési rendszer irányító, koordináló szereplője, működteti a lakossági listára alapozott behívó, visszahívó, utánkövető információs rendszert, a minőségbiztosítást, a program monitorozását. Az állam által ellátott feladat, privatizálni nem kívánjuk.

4. OEP

Finanszírozási feladatot látja el. *A finanszírozásról:* A költség/hatékonyság és haszon számítások mellett a nőgyógyász szakmával kötött konszenzus eredménye a 700 pont, amely éppen a szűrési tevékenység miatt emelkedett fel bimanuális és kolposzkópos vizsgálat [42500] miatt elszámolható 200 és a

cervikális mintavételért [19161] elszámolható 50 pontról. A citológiai vizsgálat jóval magasabb direkt költséggel bír, például a vegyszerköltségek, műszerek miatt, relatíve kevesebbet kap a hozzáadott tudás értékért. Emelés várható. A szűrés szervezése az ÁNTSZ feladata. Ennek alapja a jelenleg is működő megyei és országos szűrési koordinátori rendszere, valamint az országos és területi (megyei) nyilvántartás. Természetesen emellett a compliance (lakossági részvételi hajlandóság) fokoz Az ÁNTSZ-nél évente komoly létszámbővítésekre kerül sor, jelenleg minden megyében rendelkezésre áll a kiképzett szűrést szervező team, melynek vezetője a megyei szűrési koordinátor, tagja egy főállású, teljes munkaidőben alkalmazott szervezési asszisztens, aki ellátja az ügyviteli feladatokat, a behívó-visszahívó-követelési rendszert szervezési és levelezési feladat, a kapcsolattartást, valamint az általános szervezési és nyilvántartási feladatokat, egy fő főállású, teljes munkaidőben alkalmazott szűrési nyilvántartó asszisztens, aki ellátja a területi szűrési nyilvántartásra telepített informatikai rendszer helyi működtetési feladatait, az adatállomány karbantartását és frissítését, az előírt adatkapcsolatok és adatáramlás biztosítását. Az országos koordinátor az ENNP Programiroda keretében dolgozik, hasonló team élén, kiegészülve főállású informatikussal. Nem áll szándékunkban e funkciók privatizálása. A nőgyógyászati vizsgálóhelyeknek, a citológiai laboratóriumoknak a szakma által alkotott minimumfeltételeknek, a higiénés előírásoknak, az építészeti és egyéb előírásoknak kell megfelelnie, amely szabályok ahol szükséges már EU konformok. (Szakmai minimumfeltételek esetén nincs EU konformitás, mivel ahány tagország annyiféle szabályzó van). Ezek képesek garantálni a biztonságos egészségügyi szolgáltatást. A citopatológiai laboratóriumok esetén további feltételek is megjelennek az ÁNTSZ-szel kötött szerződés keretében. Mint látható nincs szó elkülönült szűrőállomások létrehozásáról e területen, hanem szűrést is végző szolgáltatót helyekről (nőgyógyászati rendelő, citopatológiai laboratórium). Ennek megfelelő kialakítása, fenntartása a tulajdonos/működtető feladata. Természetesen egyre növekvő páciens igény, hogy a saját elvárásai szempontjából is „komformak”, azaz barátságosak, esztétikailag is megfelelőek legyenek a körülmények. Az egészségügyi konszolidációs program által nyújtott egyik lehetőség ez kíván lenni.

Dr. Kovács Attila
Budapest

A legjobb szociális ellátás: a munka

A táppénzek alakulása az elmúlt tizenegy évben

Közérdeklődésre számot tartó témáról készített az Országos Egészségbiztosítási Pénztár közgazdasági főosztálya összefoglaló tanulmányt, amelynek eredményeit 2002. júliusában ismertette a sajtó képviselőivel. A sajtótájékoztatón **dr. Komeniczky István** biztosítás-stratégiai és közgazdasági főigazgató-helyettes, **dr. Pálfalvi András**, a közgazdasági főosztály vezetője, **dr. Móricz Ferenc**, az orvos szakértői főosztály főorvosa, **dr. Vasváry Ildikó**, a jogi és szakigazgatási főosztály vezető-helyettese, **dr. Szépvölgyi Edit**, a statisztikai osztály vezetője vett részt.

A kérdés: hogyan változott a táppénzes helyzet 1990 és 2001 között? Miért növekedtek tizenegy év óta először ismét a OEP táppénzre fordított kiadásai?

Mielőtt a tizenegy év tapasztalatait felölelő munkát és annak tanulságait elemeznénk, érdemes néhány, „Az egészségbiztosítás statisztikai zsebkönyvében” szereplő definíciót felidézni.

Biztosítottnak az a személy számít, aki a társadalombiztosítás valamennyi ellátására (tervezetbeni, pénzbeli és nyugellátásra) jogosult. A táppénz a keresőképtelenség időtartamára naptári napokra járó keresetpótló ellátás. Jogosultságának feltétele, ha a biztosított a biztosítás fennállása alatt, vagy annak megszűnését követő első, második, vagy harmadik napon válik keresőképtelenné (ekkor úgynevezett passzív táppénzről beszélünk, melynek költségei a biztosítót terhelik), és ha egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett. A betegszabadság a munkavállalónak saját betegsége – kivéve az üzemi balesetet és a foglalkozási megbetegedést – miatti keresőképtelenség esetén jár, amely naptári évenként tizenöt munkanap. Ennek költségei a munkál-

tatót terhelik. Táppénz csak a betegszabadság teljes felhasználása esetén folyósítható. A táppénz a szociális biztonsági rendszer egyik alrendszere. Míg a kilencvenes években a táppénzkiadás növekedési üteme rendre elmaradt a bruttó átlagkereset növekedése mögött, 2001-ben ez a kedvező tendencia megszakadt, és a táppénzes napok száma több, mint három százalékkal megemelkedett. Míg 1991-ben a táppénzre jogosultak létszáma 4.297 ezer fő volt, a táppénzes esetek száma 3.949 ezer, a táppénzes napok száma 91.8 millió nap volt, az egy jogosultra jutó táppénzes esetek száma 0.92, az egy esetre jutó napok száma 23 volt, addig 2001-ben a táppénzre jogosultak létszáma 3.474 ezer fő volt, a táppénzes esetek száma 1.349 ezer, a táppénzes napok száma 42.6 millió nap volt. Az egy jogosultra jutó táppénzes esetek száma 0.39 volt, az egy esetre jutó napok száma 32-re emelkedett.

Az OEP ennek miertjére kereste a választ elemzésében, melynek adatforrásául a munkáltatók és a megyei egészségbiztosítási pénztárak összesített táppénzes adatai, illetve 2001. január elsejétől az egyedi, TAJ szám szerinti adatokat tartalmazó jelentései szolgáltak.

A táppénz kifizetések alakulása az utóbbi években egyre inkább a foglalkoztatási helyzettel és nem a betegségi állapottal van összefüggésben; az egyén mérlegel: megéri-e ha táppénzen marad, vagy inkább – akár beteg is – dolgozik, esetleg egyéb formát, például rokkantnyugdíjat választ. Szerephez jut a szezonális foglalkoztatás is a mérlegelésben.

A tizenegy vizsgált év három szakaszra bontható.

1990 és 1996 között az esetszám és a napszám erőteljes csökkenése elsősorban a munkáltatók

által fizetett betegszabadság bevezetésének, majd tízről tizenöt napra való bővítésének, és a táppénzes időtartam csökkentésének volt köszönhető. 1997 és 2000 között a táppénzes mutatók kedvező alakulását csak az influenzajárványok törték meg. 2001-ben a táppénzes napok számának emelkedését az okozta, hogy a biztosítás megszűnése utáni, passzív jogú táppénzes napok száma jelentősen, harmincegy százalékkal megemelkedett. A táppénzes napok számának egy év alatti emelkedésének kilencvenkét százaléka a passzív táppénzes napok számának növekedéséből származott! Ott növekszik az arány a leginkább, ahol a legnagyobb a munkanélküliség, így Borsodban és Szabolcsban (19, illetve 17.8 százalék). A fővárosban és Pest megyében a passzív táppénzesek hét százalékos aránya alig haladja meg az országos átlagot, de mivel a passzív táppénzes esetek harminckilenc százalékát itt veszik igénybe, jelentősen hatnak az országos helyzetre. Mindkét nemnél egyaránt kilenc százalékos a passzív táppénz igénybevételének aránya. A passzív táppénzes időtartam átlagban kétszerese az aktívakénak. Például a 120 napot meghaladó esetek aránya a passzív táppénznél majdnem harminc százalékkal, különösen az idősebbeknél. Itt egyértelműen az utóbbi időszak nagyarányú elbocsátásai, tömeges létszámleépítései, és az ezt követő elhelyezkedési nehézségek állnak a háttérben, melyek az életkor növekedésével hatványozódnak. A 2000-ig tartó kedvező táppénzes helyzet ellenére, mivel kétszer is megemelték a minimálbért, a bruttó átlagkereset növekedése, az egyéni egészségbiztosítási járulék felső határának, következképp a kifizethető táppénz összeg korlátjának eltörlése és a passzív táppénzes napok számának emelkedése együttesen az OEP táppénzes kiadásainak növekedését okozták. 2001-ben 7.2 milliárd forint, 45 százalékkal nőtt a passzív táppénz kiadás, és aránya több mint tizenegy százalék az össztáppénzen belül.

2001-ben a keresőképtelenség okai között az első helyen a reumatológiai, mozgásszervi megbetegedések álltak átlagosan harminc napi táppénzzel, ezt követik a légző-, szív- és érrendszeri betegségek, sérülések, a terhességgel kapcsolatos problémák, és a mentális megbetegedések. (Az adatokat betegség főcsoportokig bontják.)

Dr. Móricz Ferenc az Európai Biztosítási Orvosok Konferenciáján tapasztaltokról szólva említette, hogy Nyugat-Európában is a derékfájás és a mentális problémák okozzák a legtöbb gondot, s ott is a foglalkoztatási és szociális kérdések határozzák meg jórészt az orvosok döntését a keresőképtelenség megállapításában, ugyanakkor a járulék alóli kibújás a más formában kapott jövedelem esetén nem olyan elterjedt, mint nálunk. Vítás esetekben az **Országos Orvosszakértői Intézet** jár el a keresőképtelenség eldöntésében. Vannak „egyedi” akciók, amikor a kedves szomszéd feljelent egy táppénzcsalót, de a munkáltatónak is van jogosultsága arra, hogy beteglátogatóval ellenőriztesse a munkavállalót.

Az OEP a továbbiakban tervezi a táppénz számfejtésének ésszerűsítését, hogy a papírok, igazolások utáni szaladgálás ne hátráltassa a táppénz megállapítását és kifizetését. 2002. november 30-ig ki kell dolgoznia a kormányhatározat értelmében a balesetbiztosítási rendszer koncepcióját. Jelenleg vita tárgya, hogy a balesetbiztosítás a társadalombiztosításon belül elkülönült elszámoló egység legyen-e vagy sem. Megfogalmazódott a táppénzes beteg soron kívüli terápiás ellátásának gondolata is. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Közgazdasági Osztálya ezt a tanulmányt a benne feltárt összefüggések ismeretében a munkaügyi tárca vezetőihez is eljuttatja a hatáskörükbe tartozó feszültségek kezelésére, a problémák közös megoldására. A legjobb szociális ellátás: a munka!

Szadvári Lídia

Aktív Hotels International

Konferenciák, továbbképzések kedvelt és sikeres helyszínei az *Aktív Hotels International* szállodái. Az *Aktív Hotels International* jelenleg 24 szállodát üzemeltet közvetlen, illetve ún. franchise-jellegű együttműködésben. Cégünk szállodái közül ezúttal a következő négy helyszínre, mint kiváló adottságokkal rendelkező tréning, vállalati rendezvény objektumra szeretnénk a figyelmet ráirányítani.

Elsőként a Szentendre központjában található **Danubius szállodát** említjük, amely 100 fő befogadására alkalmas, négy technikailag jól felszerelt, elegáns konferenciateremmel és hatalmas grillsátorral rendelkezik. A szállodában a budapesti Szent-István, Szent János Kórház, a Pest Megyei Orvos Kamara tartott már eredményes tanácskozást. Természetvédelmi területen, a Szentendrei-szigeten, Horányban található a **Regatta Üdülőközpont**, ahol háromhektáros csodálatos park, konferencia terem közvetlen Duna-part várja maximum 70 főig vendégeit.

A **Budakeszi Phoenix Szálloda**, kertvárosias környezetben 30-40 fős vállalati eseményekre, bemutatókra, képzésekre ideális helyszín.



A belső somogy varázslatos táján, a Zselic szívében áll a **Nagyatádi Solar Szálloda**, amely 100 fő kapacitással, termeivel, gyógyfürdő szomszédsággal és a nagyatádi kórház szakmai támogatását élvezve biztosít optimális feltételeket.

Az *Aktív Hotels International* évek óta egységes rendszerben, a vendég kényelmét teljes körűen és gazdag vendéglátását szem előtt tartva működteti szállodáit.

Az *Aktív Hotels International* vezetése és szállodáink lelkes, odaadó kollektívája mind a konferencia, mind az egyéni vendégeket komplex és magas szintű szolgáltatással várja.

Az Önök szíves jelentkezését megköszönjük a www.aktivhotels.hu honlapon vagy személyesen a **06/23/453-285**, illetve **06/23/452-696** -os telefonszámokon.

Érdekképviselet alakult

2002. május 24-én Budapesten megalakult a MOK-on belül a Munkavállaló Orvosok Egyesülete (MOSZ).

A cél az orvosok munkajogi és szociális értékeinek a képviselése, a szakmai és emberi szolidaritás növelése, így az érdekvédelem jogi garanciáinak a bővítése. A munkahelyi szervezeteken keresztül biztosítja a munkaügyi kapcsolatokat, képviseli az Orvosi Kamara valamennyi érintett tagját. A tagsági viszony önkéntes. (Nyugdíjas, munkanélküli,

katona, GYES, GYED, illetve ápolási szabadságon lévő is tagja.) Országos szervei: A küldöttgyűlés, az Országos Elnökség, a Felügyelő Bizottság. A küldöttgyűlés évente legalább egy alkalommal, illetve rendkívüli esetben. Reméljük, hogy ezzel egy ilyen érdekegyeztetési Szövetség alakult meg, amely a magyar orvosok részére európai uniós szintű képviselést biztosít.

(MOSZ Felügyelő Bizottság, Budapest)

Konferencia az alternatív módszerekről

Amint azt a Látletet egyik korábbi számában hírül adtuk, immáron negyedszer került sor április elején Budapesten a CEU Konferencia Központban az Alternatív módszerek az állatgyógyászatban, állattartásban és élelmiszertermelésben című konferencia megrendezésére. A FVM Állategészségügyi és Élelmiszerhigiéniai Főosztálya, az Állatorvosi Kamara és a Szent István Egyetem Állatorvostudományi Kara, valamint számos társadalmi és gazdasági intézmény támogatásával két évente megrendezésre kerülő konferencia célja az, hogy lehetőséget nyújtson az alternatív módszerek művelőinek tapasztalataik, eredményeik bemutatására. Fórumot adjon az alternatív eljárások helyzetének áttekintésére hazánkban és Európában gazdaságpolitikai, társadalmi, szakmai-tudományos és üzleti szempontból egyaránt.

Európai Unió csatlakozásunk időpontjának közeledtével mind nagyobb jelentőséget kap az élelmiszerbiztonság fogalomkörébe tartozó meghatározások gyakorlati tartalommal történő megtöltése. Állatorvosoknak és élelmiszertermelőknél, haszonállattartóknál egyre inkább szem előtt kell tartaniuk azt, hogy a tápláléklánc végén az ember áll, és hogy azok a tej, tojást vagy húst termelő állatok vagy termékeik, melyeknek

szaporításával, nevelésével gyógykezelésével nap mint nap foglalkoznak előbb vagy utóbb emberek táplálékkául szolgálnak. Egy nagyüzemi állatállomány vagy csak egyetlen nagy állat nem kellően átgondolt kezelése vagy a tartási folyamat során elkövetett súlyos technológiai hiba következtében több száz ember egészsége kerülhet veszélybe. Ilyen és ehhez hasonló gondolatok hatottak a konferencia szervezőire és előadóira, akik közül dr. Németh Antal Országos Főállatorvos, az alternatív módszerek és az Európai Unió csatlakozás közös irányelveit, dr. Mile Sándor az Állatorvosi Kamara elnöke pedig a magán állatorvos e területen nap mint nap jelentkező felelősségét hangsúlyozta. A két napos konferencián elhangzott 28 előadást, mintegy 140 rendkívüli aktív érdeklődő és vitatkozó résztvevő hallgatta végig, akik többségükben állatorvosként állattartóként vagy élelmiszertermelőként voltak érdekeltek a konferencia témakörében. A résztvevők nagy érdeklődéssel fogadták a rendezvénnel párhuzamos szakmai kiállítást, ahol ökotermékek, szakirodalom, alternatív gyógyászati eszközök kerültek bemutatásra.

Dr. Mátray Árpád
homeopata állatorvos, Bábolna

Orvos jog – betegjog a gyakorlatban.



IV. A kapcsolattartás joga hozzátartozókkal, illetve egyéb személyekkel

A betegjogok között kiemelt helyet kapott a **kapcsolattartási jog** a hozzátartozókkal, illetve egyéb személyek esetében. A kapcsolattartás fontos számunkra, hiszen a környezettel állandó kapcsolatban lévő ember számára egy szokatlan helyzet áll elő, melyet kezelni kell. Egyébként érzelmileg is kiszolgáltatottá válunk akkor, amikor egy fekvőbeteg gyógyintézetbe kerülünk felerősödik az igény a kapcsolattartás vonatkozásában.

Mai jogrendszerünk több lehetőséggel segíti a **kapcsolattartás** megvalósulását, azonban a terjedelemben behatárolt. Ugyanis nem szabad arról sem megfeledkeznünk, hogy sem a betegellátást, annak folyamatosságát, sem a betegársakat nem zavarhatja az általunk kezdeménye-

zett kapcsolatok művelése. Feltétlenül hangsúlyozandó, hogy messzemenően igazodni szükséges az adott intézmény feltételrendszeréhez, mert nyilvánvaló, hogy egy négyágyas betegszobai elhelyezés esetében is más a gyakorlat, meg más a gyakorlat egy egyágyas hotelszolgáltatás és feltételei között.

Sok vita előzte meg a kapcsolattartási jog gyakorlását, sérti-e az a gyakorlat, hogy a kórház **látogatási rendjében biztosítja a kapcsolattartási jog gyakorlását.**

Végül is kialakult az a rend, amely szerint az adott egészségügyi intézmény **belső házirendjében látogatási rendet határoz meg**, hiszen a látogatási rend biztosítja, hogy a betegellátás zavartalanul folyjon, illetőleg a betegársak is megfélemlő módon tudjanak pihenni, gyógyulni. Ha a nap egészében nyitva állna, teljes mértékben a gyógyító intézmény, egészen bizonyos, hogy mind a beteg, mind a gyógyításban közreműködők nem tudnák biztosítani egyik oldalról sem azokat a feltételeket, amely a gyógyítás érdekeit szolgálja. A betegek a Házirendből értesülhetnek arról, hogy a törvény által biztosított kapcsolattartási jogot milyen keretek között és hogyan gyakorolhatják az adott egészségügyi intézményben.

A kapcsolattartási jog keretén belül szabályozásra került az is, hogy a beteg akár írásban, akár telefonon is tudja tartani kapcsolatát, ugyanis ezek feltételeit az egészségügyi szolgáltató intézménynek meg kellett teremteni. Erre jó példa, hogy kiépültek az intézményekben belül a telefon hálózatok, azok különböző formái, a postai levelezési lehetőségek is biztosítottá váltak. *Fontos új szabály azonban az is, hogy a betegnek ahhoz is joga van, hogy kit, vagy kiket akar kizárni a kapcsolattartási*

lehetőségek közül. Megtilthatja a beteg, hogy az egészségügyi intézmény tájékoztatást adjon arról, hogy egyáltalán ő gyógykezelés alatt áll, milyen indok, ok alapján tartózkodik az intézmény falai között. Természetesen ez is és minden más, csak akkor működik, ha ezt a beteg kifejezetten kéri, erre felhatalmazza az egészségügyi szolgáltató. Abban az esetben nem adhatók ki információk, ha ezek a feltételek fennállnak. Természetesen ez nem jelenthet egy olyan tájékoztatást a kívülállók számára, hogy az egészségügyi személyzet azt nyilatkozza, hogy a beteg megtiltotta, hogy az ott tartózkodásáról információt adjanak, hiszen egy ilyen jellegű kórházi nyilatkozat sértené a beteg akaratát.

Súlyos állapotú beteg esetében joga van a betegnek arra, hogy az általa megjelölt személy mellett tartózkodjék. Súlyos állapotú betegnek kell tekintenünk, aki önmagát nem képes fizikailag ellátni, illetve olyan fájdalmak vannak, amelyek gyógyszerrel sem szüntethetők, illetőleg pszichés krízishelyzetben van. Természetesen itt is figyelemmel kell lenni az intézmény által kialakított házirendi szabályokra, mely ismét azt a célt szolgálja, hogy a beteg folyamatos ellátása ne sérüljön. Mindezen felül vannak azok a természetes magatartási szabályok, melyeket végig kell gondolnunk ilyen esetekben is. Nevezetesen: egy kórteremben többen állnak gyógykezelés alatt, vizit van, tisztálkodási és egyéb szükségletek vannak, amik elvégzése biológiai szükségletek, nem lehet törvényekkel, házirenddel szabályozni. Ez kultúra kérdése, magatartás, melyet figyelembe kell venni akkor is, ha erre más a figyelmet nem hívta fel. *Új szabály az egészségügyi törvényben az is, hogy a kapcsolattartási jog lehetőséget ad a szülő nőnek, hogy az általa megnevezett, megjelölt nagykorú személy a vajúadás és a szülés alatt mellette lehessen.* Továbbá azzal a lehetőséggel is élhet, hogy újszülöttjével egy helyiségben kapjon elhelyezést, állandóan együtt lehessenek, ha ennek orvos szakmai szempontokból nincs akadálya. A gyakorlati élet produkált már olyat azonban, hogy a szülő nő nem kívánt élni az egészségügyi törvény által biztosított jogokkal, melyet az egészségügyi szolgáltató is biztosít a szülő nő részére. *Ilyen esetben írásban nyilatkoztatni szükséges két tanú aláírásával az okiratot, miszerint a szülő nő nem kíván élni törvény adta lehetőségeivel.* Ez nagyon fontos, **hogy írásban megtörténjen nyilatkozat jogcímével**, melyet a dokumentációkhoz csatolni kell az intézmény részéről. A későbbiekben így elkerülhető a konfliktus helyzet, miszerint ki és mikor járt, avagy nem járt el helyesen, ugyanis a beteg nemcsak kapcsolattartási joggal rendelkezik, hanem ezen felül **önrendelkezési joga is van**, melyet ebben az esetben figyelembe kell venni. **Kiemelt fontosságú a kapcsolattartás a kiskorú beteg melletti kórházi benntartózkodás. Kit nevezünk kiskorúnak? Kiskorú az a gyermek, aki a 14. életévét nem töltötte be.**

A szülőnek, vagy törvényes képviselőnek vagy az általuk megjelölt személynek **joga van a beteg gyermek mellett tartózkodni.** Természetesen itt is kiemelt szerepet kap az intézményi házirend, amelyben meg kell határozni, hogy milyen feltételek mellett tartózkodhat benn a szülő a kiskorú beteg mellett. Említettük már az előzőekben, hogy a kórtermekben más betegársak is tartózkodnak, az egészségügyi szolgáltató intézményben folyik a gyógykezelés, a betegellátás, és ezt a szülő benntartózkodása nem hátráltathatja, nem zavarhatja azt működésében. Az adott egészségügyi intézménynek a tárgyi feltételrendszere is behatárolhatja a benntartózkodást, azaz, milyen lehetőségekkel lehet megvalósítani az együttlétet. Sajnos a gyakorlatban még nem valósulhat meg a „korlátok” nélküli benntartózkodás, mert a tárgyi feltételek sok esetben még ezt nem teszik lehetővé. Gondolok itt olyan feltételekre, ami alapvetőnek kellene, hogy legyen ilyen szabályozás mellett, hogy külön vizes blokk álljon rendelkezésre a tisztálkodás, és az egyéni szükségletek elvégzése céljából, mert ellenkező esetben higiéniai és egyéb szempontok hiányában nem kivitelezhető a benntartózkodás a kiskorú

beteg mellett. Várhatóan a régi épületek felújítása során ezek a problémák már elhárulnak, az újonnan épülő egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények esetében már a jogszabályban előírtak valósulnak meg a kivitelezés során.

V. Az intézmény elhagyásának joga

Az egészségügyi törvény deklarálja, lehetővé teszi minden beteg részére, hogy eldöntse, élni akar e azzal a lehetőséggel, hogy az adott egészségügyi szolgáltató által nyújtott gyógyító tevékenységet igénybe veszi, vagy nem. Azaz az egészségügyi önrendelkezési jog keretében azzal a joggal is élhet a beteg, hogy saját belátása alapján mikor hagyja el az egészségügyi szolgáltató intézményt. Természetesen ez nem azt jelenti, hogy bizonyos megszorítások nem léteznek az önrendelkezési jog gyakorlása során. Az egészségügyi törvény szabályai szerint fő szabálynak kell tekinteni ebben az esetben azt a tényt, hogy a beteg az intézmény elhagyásának jogával élhet, de nem élhet vissza. Mít jelent ez? Amennyiben az egészségügyi szolgáltató úgy ítéli meg, hogy diagnózisa alapján fennáll annak a veszélye, hogy például a beteg mások testi épségét, saját egészségét is veszélyezteti, abban az esetben természetesen az intézmény elhagyásától el kell tekinteni. Ugyanez a szabály vonatkozik arra az esetre is, amikor valakiről megállapították fertőző betegségét, nyilvánvaló, hogy a mások egészségének megóvása érdekében korlátozni szükséges az intézmény elhagyásának jogát. Továbbá egy pszichiátriai beteg esetében is lehet korlátozni az intézmény elhagyásának jogát.

Ez is érthető, hiszen állapota miatt akár saját, akár mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné azzal, ha önként az egészségügyi intézményt elhagyná, idő előtt fejezné be a terápiát, gyógykezelését. Hasonló helyzetnek tekinthetünk egy járványügyi zárlat elrendelését is, ugyanis a járványügyi zárlat alá helyezett személy sem hagyhatja el a zárlat céljából kijelölt helyet, amely szintén egyértelmű veszélyt jelenthetne a környezet számára. Egyszerűbb az eset, ha a beteg az önkéntes távozását előre bejelenti a kezelőorvosának, azaz jelzi, hogy a továbbiakban nem kívánja igénybe venni az egészségügyi szolgáltató ellátását, annak ellenére, hogy a gyógyítást végző orvos indokoltan tartaná a gyógykezelését. Ebben az esetben a kezelést, gyógyítást végző szakorvos a beteg egészségügyi dokumentációjában rögzíti a beteg saját akaratából történő távozási szándékát. Ebben az esetben igen célszerű és egyben javasolt, hogy egy nyilatkozatot a beteg írjon alá, melyben az önkéntes távozás tényét rögzítik, természetesen két tanú aláírása is szükséges a nyilatkozattétel során.

Előfordul olyan eset is a gyakorlatban, hogy a beteg nem jelenti be előre az önkéntes távozási szándékát, hanem egyik pillanatról a másikra egyszerűen eltávozik az egészségügyi intézményből. Ilyen esetben a kezelőorvosnak az egészségügyi dokumentációjában rögzíteni szükséges a távozás tényét, pontos időpontját. Amennyiben a beteg állapota, vagy tudati állapota olyan, hogy az önkéntes távozás a betegre nézve bármilyen hátrányos következményekkel járhat, akkor az illetékes hatóságokat haladéktalanul értesítenie kell az egészségügyi szolgáltató intézménynek. Értesíteni szükséges továbbá a törvényes képviselőt is, ha az önkéntes távozó cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes, vagy pszichiátriai beteg, vagy kiskorú gyermek az önkényes távozó.

Fontos betegjogi szabály, hogy amennyiben a kezelőorvos úgy ítéli meg, hogy nincs tovább szükség a beteg gyógykezelésére, sor kerülhet otthonába bocsátására. Ennek várható időpontjáról 24 órával tájékoztatni kell a beteget, vagy hozzátartozóját, hogy fel tudjon készülni, illetőleg a beteg fogadásának feltételei is megvalósuljanak.

Antal Géza
Betegjogi képviselő
Balatonfüred

Mölnlycke Health Care

COMFORT AND PROTECTION

BARRIER®

www.klinidrape.com

www.barrier.net

klinidrape

NO COMPROMISE IN SECURITY

A műtőben nincs kompromisszum!

Klinidrape és Barrier egyszerűhasználatos műtői izoláló rendszer szakszerű használatával az asepsis megtartása a műtét kezdetétől a legvégéig biztosított. A rendszerek úgy lettek kifejlesztve, hogy teljes impermeabilitást nyújtanak a teljes felületen, fokozott folyadékkontrollt és megnövelt szaktisztaságot a különböző műtői zónák szerint. A rendszer alkalmazásával kompromisszumok elkerülésével lehet biztosítani a megfelelő betegápolást.

Cégünk missziója:

„Minőség a gyógyításban az élet minőségéért!”

Mölnlycke Health Care Kft., 1089. Budapest, Rezső u. 5-7.

Tel.: 06 1 477 30 80 Fax: 06 1 210 76 00

Mölnlycke
Health Care

Kórházi válságkezelés

Minden előrelátás és erőfeszítés ellenére a kórházak kockázatoknak és válságoknak vannak kitéve. A sajtó beszámolóit ezt csak kihangsúlyozzuk. Stájerországban a „Krisen bewältigen” (Válságkezelés) című kézikönyv révén szükség esetén útmutatást nyújtanak az egészségügyi vezetők és dolgozók számára.

Kockázat és válság

A válságkezelés fontos feladata, hogy egy kórház vonzáskörében csökkentse a kockázatot és előzze meg a válsághelyzeteket. Ennek egyik alapvető feltétele a lehetséges veszélyforrások pontos felismerése, minek révén el lehet majd dönteni, miképpen kezeljük hatékonyan. Néhány lehetőség a kockázati biztosítás, a kockázat elkerülése, vagy csökkentése, de a maradék kockázat vállalása is. Minden esetre fontos, hogy a meghozott intézkedés hatékonyságát ellenőrizzük. A sajtó gyakran szembesít azzal, hogy mindez nem egyszerű. Amikor viszont addig a felismerésig eljutunk, a kockázatos úgy rendszerint már válsággossá vált. A válságok lehetséges okai, érzékenység függvényében, már az alacsony szintű változásoknál, vagy rendellenességekkel kezdődnek, és fokozódnak az ellentéteken, veszekedéseken és botrányokon át egészen a katasztrófák különböző válfajaiig. A nyilvánosság rálátását a dolgokra erősen a személyes érzések vezérelik, melyeket a sajtóbeszámoló ébresztik. Akkor igazán izgulhatunk, amikor már valóban kitört a válság, és a tulajdonképpeni válságkezelés kezdődik. Feladata, hogy aktívan megkísérelje az események vezérlését. Az érintettekkel, felelősökkel és a médiával felelősen és az igazságot szem előtt tartva szóba kell állni. A továbbmenő intézkedések során szükséges a hozzáértés és a következetesség.

Hozzáállás válság idején az egészségügyben

A válságok feldolgozása, illetve a sajtóval való kapcsolatunk során figyelembe kell veyük, hogy a nyilvánosság többféleképpen, több tényező mentén reagál a válságra. A legelemibb tényező kétségkívül az eltérő érzékelés. Rendszerint azokat az információkat érzékelik, amelyek megegyeznek a saját elvárásokkal. Tehát, minél gyakrabban tájékozódik egy adott veszély felől, annál

inkább tartanak tőle, a fokozódó biztonságérzet ellenére. Egy további tényező, hogy a váratlan esemény jobban képes megdöbbeníteni, mint a várható. Az orvostan haladása elvárásokat kelt az orvosilag lehetséges iránt, és ha olykor egy kikerülhetetlen incidensre kerül sor, ebben az elvárásban csalódnak, ami egy különleges dinamikához vezethető. A rejtélyes technológia is néhány páciensben egyre inkább félelmet kelt. Ez a jelenség szorosan összefügg az eljárások érthetőségével. A világos, követhető fejlemények kevésbé félelmetesek, mint a felfoghatatlan fejlemények. Viszont a kifinomult mérési módszerek fényt derítenek eddigi ismeretlen veszélyforrásokra, és a fokozódó jólét is jelentős mértékben a félelemküszöb áthelyezéséhez járult hozzá. Ezen tényezők együtt hozzájárulnak ahhoz, hogy az egészségügyről mint kockázatos és válság sújtotta ágazatról vélekedik a közvélemény.

Mégis csak előfordulnak

Természetesen a kórházakat valóban nem kímélik mindig az effajta események. Minden előre gondolás és erőfeszítés ellenére egy-egy páciens, vagy dolgozó körüli problémákat, vagy a műszaki, gazdasági, és adminisztrációs jellegű gondokat nem lehet teljes mértékben kikerülni. Ami sok páciensnél bevált, ugyanez adott betegnél hibának bizonyulhat – sajnos gyakran csak utólag. Ebben az esetben jobb, ha az eseményeket egy ilyen kritikus, gondterhelt helyzetben aktívan vezéreljük, mint ha csupán reagálunk mások magatartására. Stájerországot sem kerülték a tragikus események. Az 1998-as lassinger bányaszerencsétlenség következtében a gráci Landeskrankenhaus „megvei/tartományi kórház”, vagy helyesebben térségi központi kórház – Egyetemi Klinikák az egyetlen túlélő kezelése révén az osztrákországi sajtódeklardés központjába került. 1999-ben a feldbachi Landeskrankenhaus egy ikteststvér sajnálatos halála miatt extrém és megterhelő sajtótevékenység fókuszába került. Enyhítést csak egy bírói megállapítás hozott, miszerint nem kezelési hibáról van szó, illetve teljes mértékben előreláthatatlan eseménnyel van dolgunk. Ezen események nyomán, illetve az 1999 őszi sajtóriportok következtében az osztrák kórházak vélt vagy valós hiányosságairól a Stájerország Egészségügyi Intézmé-

nyei Kft. (KAGes) kezdeményezte a válságos események folytán alkalmazandó magatartási szabályok megfogalmazása az egészségügyben. Ennek révén a fennálló minőségügyi rendszert tovább erősíteni, és a dolgozókon nehéz helyzetben segíteni kívántak.

„Krisen bewältigen” (Válságkezelés) című kézikönyv

Egy projekt keretében azt a célt tűzték ki, hogy a teljes vezetés és minden munkatárs részére egy, a fentiekre hasonló válsághelyzetben általános cselekvési útmutatót dolgozzanak ki. Egy külső tanácsadó segítségével tapasztalt, részben érintett egészségügyi képviselők – orvosok és ápolók, munkavállalók, adminisztrátorok és technikusok – bíztak meg ennek kidolgozásával. Így a lehető legrövidebb időn belül született a Válságkezelés c. kézikönyv, amiben a gyakorlati tapasztalat és az elméleti tudás felhasználása mellett magatartási szabályokat találhatunk az egészségügyet érintő válságos helyzetek esetén. Különleges figyelmet fektettek olyan válságokra, melyeket a sajtóban a széles nyilvánosság előtt meg szoktak vitatni, és így fokozott megterhelést jelentenek az egészségügyi munkatársak számára. A kézikönyvet mind olyan esemény során lehet és kell alkalmazni, amelyek alkalmasak arra, hogy kérdésbe vonják, vagy jelentősen megkárosítsák a páciens és a munkatárs, az intézmény, vagy a rendszer közötti bizalom.

A kézikönyv tartalma

Magatartási szabályokat tartalmaz az egészségügyet érintő kritikus eseményekkel való aktív kezeléséhez. Csekély adaptálás mellett a kézikönyvben foglaltakat alkalmazni lehet a műszaki, vagy adminisztrációs területeket érintő válsághelyzetekben is. Az útmutató szabályokat, javaslatokat és információkat tartalmaz a következőkről:

- válsághelyzetben megfelelő magatartás, 10 viselkedési szabály;
- válságkezelés lefolytatása (válságstáb összetétele és feladatköre, az esemény felvázolása, a kár felbecsülése, stb.);
- érintett munkatársak (az intézményvezetés gondoskodási kötelezettsége, támogató szolgáltatások, vezérszabályok, stb.);
- fontos címek és sajtóorgánumok;

- válságkezelés során sajtókapcsolatok (riporterek és újságírók ellátása, sajtóképviselők jogosultságai, sajtóközlemények összeállítás, stb.);
- jogi kérdések (betegtörténetek közlése, feljelentési és jelentési kötelezettségek, tényállás bemutatása, stb.);
- a páciensekkel és hozzátartozóikkal való párbeszéd.

Kísérő intézkedések

Már az elkészülte előtt tájékoztattuk a stájerországi Landeskrankenhaus (LKH) intézményi vezetőseit a kézikönyv projektjéről, és meghívtuk, hogy közöljék az igényelt darabszámot. A kézikönyvek 2000 ősszel történő kiszállítását követően a LKH-knak a közvetlen alkalmazhatóság érdekében már csak a konkrét illetékességi köröket rögzíteniük kellett, melyeket a jövőben folyamatosan karban is kell tartani. Emellett egy tartományi vezetőségi értekezet keretében bemutatuk a kézikönyvet, és felkínáltuk, hogy a projektcsapat tagjai személyesen beiskoláztassák a kórházi munkatársakat a kézikönyv LKH-kban történő alkalmazását illetően. A stájerországi egészségügyi dolgozók lapjában, a „G’sund” hasábjain és az intézményi dolgozói és pácienslapokban is bemutattuk a kézikönyv tartalmát. Miután a kézikönyveket sikeresen kiosztottuk, és a kapcsolatos előzetes munkálatok véget értek, 2001 tavaszán nagyszabású kiképzési folyamatba kezdünk, hogy a kézikönyv tartalmát és alkalmazását a munkatársak gondolkodásában rögzítsük. Ehhez a legkülönbébb tevékenységek kapcsolódtak:

- a kézikönyv integrálása a meglévő továbbképzési anyagokba (pl. dolgozóknak bevezető tanfolyamok, speciális tanfolyamok diplomás ápolók részére, bevezető tanfolyamok turnusorvosok részére);
- félnapos szeminárium a KAGes (ASK) továbbképzési programja részeként;
- az intézményi vezetésnek kötelezően gondoskodnia kell az érintett vezető munkatársak és dolgozók képzéséről (a kivitelezés és a PowerPoint fóliák a képzési programok támogatásához, tanácsadás a jogi osztály és a központi igazgatóság szakemberei részéről).

Megvalósítás és kitekintés

Általában a „Válságkezelés” című kézikönyv kifejlesztését és a kísérő intézkedéseket sikeresnek minősítették, illetve „minden esetre” használható útmutatást látnak benne. Mindannyiunk reméljük, hogy a kézikönyvet csak nagyon ritkán kelljen éles helyzetben kézhez venni. Lényeges a gyakorlati alkalmazásra nézve, hogy az intézményi illetékeségeket naprakészen legyenek kiosztva, beleértve a címek, telefonszámok stb. adatok karbantartását, és az ismétlő „száraz” gyakorlatokat is. A gyakorlat megmutatja majd, vajon a kézikönyv valóban megfelel az éles események során felmerülő követelményeknek, az elvárható segítségnyújtást pedig egyszerűsíti és felgyorsítja.

Dr. Reinhard Sudy,
Szervezési Osztály
Központi Igazgatóság, Stájerország
Egészségügyi Intézményei Kft.
(KAGes)

10 viselkedési szabály válsághelyzetekben

1. Minden olyan eseményt haladéktalanul jelentjük felettesünknek, amely válsággossá válhatna.
2. A tényállásról világosan számoljunk be, majd felettesünkkel beszéljük meg a további eljárást.
3. A saját felelősségbiztosítónknak jelentést tegyünk a káresetről.
4. A pácienssel és hozzátartozóival történő beszélgetést megelőzően egyeztessük az eljárást.
5. A sajtó képviselőit az előzőleg kinevezett PR felelősökhöz küldjük.
6. Ügyeljünk szakmai titoktartási kötelezettségünkre, privát beszélgetéseink során is.
7. Az eredeti dokumentáció soha ki ne vigyük házon kívülre. Ettől függetlenül fennáll a betekintés és a másolás joga.
8. Kétség esetén a jogi osztály tanácsadását igénybe kell venni.
9. A törvényben rögzített feljelentési és jelentési köteleességnek eleget kell tenni, a feletteseinkkel való egyeztetést követően.
10. Egy válság személyes feldolgozása során vegyünk igénybe szakmai segítséget.

helyével szemben lévő falra szerelik az egyetlen kapaszkodót, holott annak először a zuhanytál peremén való biztonságos át és fellépést kellene elősegítenie. Ezért kizárólag a belépés helye mellett, onnan közvetlenül elérhetően szerelhető fel.

Kérdés, hogy az intézményeket tervező mérnökök, a kivitelezést végrehajtó, szervező szakemberek, műszaki irányítók anyagbeszerzők és házi szerelők miért nincsenek kellően tájékozódva ezekről az elemi dolgokról?

Nyilvánvalóan külön választandó az egészségesek a bármely betegség miatt nehezen mozgók valamint a tolokocsikban élni kényszerülők számára építendő tisztálkodási és más alapvető egészségi igényük kielégítését szolgáló fürdőszobák, zuhanyfülkék, WC-k használatát elősegítő szerelvényekkel szembeni igény. Mindhárom terület szakmai előírásai azonban pontosan meghatározzák még a kapaszkodók falra illesztését szolgáló csavarok minőségét és méretét vagy felszerelésének módját is, s e szabályokat kézbe kell kapnia mind kórháztervezőnek, műszaki irányítónak, anyagbeszerzőnek, ha azt akarjuk elérni, hogy szakszerűvé váljon és balesetmentesen működjön minden olyan terület, amelynek csak laikusként soroltam fel anomáliáit.

Dr. Kenéz Győzőné
Budapest

Háborgásaim

A nagyforgalmú budapesti kórház kézsebeszeti ambulanciájának alagsori rendelőjéhez vezető lépcső falát becsempészték évekkal ezelőtti rekonstrukció alkalmával. A lépcső mellett természetesen korlát húzódik. A csempéző mesterek vagy szakmunkások úgy helyezték fel a falra a csempéket, hogy nem maradt annyi hely a korlát és a fal között, amibe a kéz ujjai elférnének, így nem lehet megfogni a korlátot. A súlyos baleset lehetősége vitathatatlan. A korlátprobléma egyébként nem új, hiszen a hetvenes években épült új kórház lépcsőházában már akkor nem korlát vezetett fel a hatodik emeletig, hanem olyan keskeny hasábkeresztmetszetű deszka, amelyre még támaszkodni sem lehet, nemhogy kapaszkodni. Ezt a „korlát divatot” természetesen más kórházak is átvették, tekintet nélkül arra, hogy mit jelent a lépcsőkön gyalogló betegek számára. Természetesen nemcsak kórházi problémáról van szó: tanulságosak a METRO meredek lépcsői melletti szögletes formájú és különböző méretű fém vagy deszka „korlátok” akár a Ferenciek téren, akár a Nagyvárad téren, ahol a kórházakba kezelésre járó betegeket vagy a karjukon beteg gyereket cipelő anyákat kellene segítenie ennek az úgynevezett korlátnak. De ugyanilyen a helyzet a Lehel téri pia-

Postabontás

con is. **Aki nem tudná, hogy milyennek kell a lépcsők melletti korlátoknak lennie, az nézze meg bármelyik öreg budapesti bérház lépcsőházának vagy századelején épült kórháznak a korlátjait.** Ezek széles felületét biztonságosan átfogja a tenyér és keskenyebb részét megszoríthatja az ember ujjjaival, tehát hibás lépésnél valóban kapaszkodást tesz lehetővé. Az előbbi kérdéskörrel szoros rokonságban van az összes másfajta, de szintén biztonságos mozgást szolgáló kapaszkodó problémája, azaz a zuhanyfülkébe, fürdőkádak mellé, WC-k mellé szerelt kapaszkodóké. Ilyeneket a kórházak, szállodák, fürdők, uszodák, egészségügyi helyiségekben használnak, különböző fajtákban, eltérő módon falra szerelve. A kapaszkodók különböző hosszúságúak, kis, közepes és nagyobb átmérőjűek, kerek és szögletes kivitelűek. Sőt még olyanos is található, amelyeknek (!) végén felszerelt rögzítőjük között forog (é) a kapaszkodó. Tehát változatosak, falra rögzítésű módjuk is többféle. Külön említésre méltók azok a kapaszkodók,

amelyeknek falra rögzítését egy kb. 4x6 cm-es felhajtott peremű fémlapocska biztosítja, amit egyik átlója végén rögzít két csavar a falra és ennek peremébe illeszkedik a kapaszkodó hasonlóan téglalap alakú talpa, amit egyetlen kis csavar rögzít a fémlapocska egyik keskeny oldalára.

Az a nővér, aki éjjel 3-kor a beteg zuhanását és jajkiáltását hallva rohant be a betegszobába és annak WC-jében a derekával a WC-kagyló peremére zuhant csipő és térdarthrózisos beteget meglátta, a földön heverő kapaszkodóval együtt, nyilvánvalóan egy életre megtanulta azokat a minimális műszaki ismereteket, amelyekről a kórház műszaki irányítójának feltehetően fogalma sincs. Ez a kapaszkodófajta legfeljebb törülközőtartónak használható, mert az egyetlen kis csavarral történő rögzítése a legelemibb biztonságot sem nyújtja. A kapaszkodó felszerelésének helye biztonságos használat szempontjából ugyanolyan lényeges, mint a kapaszkodók minősége. Zuhanyfülkék esetében ezért érthetetlen, hogy miért a belépés

A terápiás hipnózis a háziorvosi gyakorlatban

Formák, lehetőségek és alternatív határok

Bevezetés

Örömlünkre szolgáló tény, hogy napjainkban már ún. „secunder módszerként” a minden-napi gyakorlatba bevezetésre került, s a pszi-choterápiás curriculum részévé vált. Sajnos ezen a téren is jelentős még a lemaradásunk az angolszász országokhoz, a német és francia orvosláshoz képest.

Röviden a hipnózis történetéről és lényegéről

Rendszerben történő kutatása F. A. Mesmerhez fűződik (1734-1815). Említsük meg az ún. párizsi iskolát és jeles képviselőjét J. M. Chazot a nancy-t s kiemelkedő tagját, H. Bernheim-et. A későbbiekben a Zürichben Forell, Blenler, és a berlini Vogt, J.H. Schulz járultak hozzá elméleti alapjainak a leraká-sához, a gyakorlatban való elterjesztéséhez. Schulz különösen nagy érdemeket szerzett az autogén tréning kifejlesztésében is. Napjaink-ban talán a leginkább elfogadott a „disszociá-ció”, illetve a „neodisszociációs” elméletekre alapozott hipnózis-modell. Ez feltételezi az egyes kognitív és fiziológiás rendszerek egy-mástól független működését és egyúttal a cél-zott befolyásolhatóságukat is. (Jeles képviselői: Janet, Hilgárd, stb.) Fontos szerepe van így: az ún. „organikus átkapcsolásnak” (Schulz), a „részleges alvásnak” (Pavlov), a figyelem „fókuszálásának” (Erikson), az „ideoreflek-toros ingerlehetőségnek” (Bernheim), az „éber-ségen kívüli tudatosságnak” (Thomas), s nem utolsósorban, a „tudatállapot csökkenésnek”, a „személyiség alapműködése regressziójá-nak”(Stokvis, Langen). Ne felejtkezzünk el az ún. „tanuláselméleti modellekről” sem. Az „absztrakt kondi-cionálás” (Welch), a „kondicionált gátlás” (Edmonton), a „szociálpszichológiai szerep-játék elméletek fontosságáról sem. A minden-napi gyakorlatban, a terápiában fontosak, mér-legelendők és alkalmazandó gyakorlati szem-pontok, hogy az emberek 10%-a refrakter, azaz nem hipnotizálható, 20%-uk mélyen, és a töb-biek közepesen. (Itt lehetnek kedvezőek a terápiás eredmények.)

A terápiás hipnózis fajtáiról

A./ Direkt vagy klasszikus lehetőség

A hipnotizált beteg teljesen passzív és alárendelt szerepet játszik. Ezzel a módszerrel történhet a „testi érzetek”: súlyérzet, meleg stb., illetve az izomműködés változásának: kar-lebegés, katalépszia, az ún. „beindítása”, mérésre egyaránt.

B./ Indirekt vagy „új” varáció

Sok olyan eset van, amikor a kezeltek a direkt pszichés parancsokra ellenállással reagálnak. Ilyenkor célszerű egy „engedékenyebb mód-szer” használata, amikor közel 90 %-ban már „megnyílnak”. Ez a lehetőség a szuggesztív dialógus, amivel észrevétlen hipnotikus állapotba, azaz „transzba” juttathatók lesznek. Említsük itt meg az ún.: a „behintő” módszert, a „zavarásos légzés ritmus empátiás átvételt”, a „pacing”-ot és a befolyásoló a „leading”-et, a „reframings”-et. (Valamennyivel elérhetjük a célunkat, a Milton által megfogalmazott: „uti-lizációt”).

A háziorvosi gyakorlatról

A./ A „hipnotikus rapport” után, amelyik zavar-talan helyen kell, hogy történjen, s amiben segítenek, pl. a monoton beszéd, az empátiás bizalomteremtés (változatos testhelyzetekben) kezdődhet a gyakorlat. 1./ Az elmélyítés, az idevaló eljuttatás lehet-séges módszerei a következők: direktnél: első-sorban optikai: szemfixálás, színelmény, belső képek használata. Másodsorban akusztikus: monoton zörejek, nyugodt hangszín használata, és szuggesztív beszéd alkalmazása. Indirektnél: test- és képélményről szóló párbeszéd alkal-mazása. 2./ Melyítés: a képi élmények, vezetett elképzelések és a hipnoanalitikus folyamatok elmélyítésével kell próbálkoznunk. Természetesen törekedni kell a folyamatos párbeszédés kapcsolatra, különös tekintettel az ún. „belső zavarokra”. Nagyon fontos az ún. visszavétel. (Testi-lelki szinten egyaránt.) Ez történhet fokozatosan, pl: számlálással, vissza-

vezetéssel, vagy a taktikus ingerek segítségév-el. (Az időfaktor nem meghatározható, vala-mennyi esetben el kell jutnunk a normál állapotig.) Indirekt esetben: a végrehajtás legyen kevésbé határozott, mivel fennáll a visz-sza-önrendeződés veszélye. B/. Variációk Napjainkra a technika változott, finomodott. Különösen alkalmas az elmé-lyítésre a „frakcionált módszer” (Vogt, Brodman). Rövid bevezetés után vissza-vezetünk amíg a hipnotikus élmények fellerősödnek. Klumbies szerinti, az ún. „ablatios hipnózis” során lehetőség van az ismétlésére. Kretsmer-Langen ajánlása szerint az ún. „auto-gén tréning” az alapvető, s ezt követi a hip-notikus átváltás.

A hatásszintekről

Először: általános ellazulás, megnyugvás és befelé fordulás. Pszichés szinten (jellemzők): a félelmek befolyásolhatósága, az önértékelés emelése, és az irányított magatartásváltozás. Pszichomotoros szinten: az izomtónus csökke-nése, a megélt hipnotikus történések, amelyek (pl. lebegés-automatikus írás, stb.) a kezelés-ben is igen jól felhasználhatók. A vegetatív rendszer különösen fogékony a hipnotikus befolyás – átkapcsolás számára, talán elég utalnom az autogén tréningre. Kialakulási mechanizmusában egyaránt fon-tosak a simaizom szenzoros rendszer, a szekré-ció és immunrendszer paraméterei. Más oldal-ról megközelítve: a tudatos és tudattalan rend-szerek és források szerepe, aktiválódása kom-plex hatású lehet. Itt szeretném megjegyezni, hogy a hipnózis nem egyfajta alvó állapot. Gondoljunk csak a közben készített EEG erős alfa ritmusára, amelyik korrelál a hipnotizál-hatósággal és a szuggerálhatósággal.

A kezelés indikációi, lehetőségei a háziorvosi gyakorlatban

1./ A kezdők számára is alkalmas. Cél: A tünet ún. „indifferens” beállítása. Ez azt jelenti, hogy a tüneteket, például félelem, fájdalom, stb. „teljesen mindegy”-nek szug-gerálják, elérve így a teljes „belső eltávolo-dást”. 2./ Elfogadó, elfogadható a betegek számára is. Előzetes megbeszélés után „kölsönös” kom-promisszum-készség, compliance kialakítása. Jól felhasználható: vizsgaszorongásban, füg-gőségekben, pszichoszomatikus zavar ellen és analóg módon az autogén tréningbe is átvezet-hetők. 3./ A disszociációs technikák által is terem-tetők lehetőségek röviden. Ilyenkor a betegek ún. vezetett képi élmények segítségével egy másik, kellemesebb hely-zet(ek)be kerülhetnek. Ekkor a tünetek (már) pozitív jelentést nyernek. Így, például a fogászati analgéziánál, a fejfájásnál vagy a repüléstől való félelmek eseteiben. 4./ Saját források és „megoldási minták” mobi-lizálási módjai: Erikson indirekt módszere: a komplex folyamatoknál, mint érési krízis, pszichoszomatikus szindrómák, immunológiai kórképekben, az utilizációt, a reframizget, a kreativitás-fokozást alkalmazzák. (Természete-sen az említettek kombinálhatók is.) **A különleges tünet- és kórformákról** 1./ Szorongásos állapotok: vizsga- agorafóbia, klausztrofóbia, pánikrohamok, generalizált félelmi állapotok. 2./ Krónikus fájdalom szin-drómák: fejfájás, fantomfájdalmak, spastikus vagy ún. „beavatkozásos” hipnotikus anal-gezia a fogászatban. c./ Motoros zavarok: dadogás, írásgörcs és pszichogén bénulás. (Jellemzők: gyomor- és bélrendszer, stb. zavarai-ban.) (Ugyanakkor alkohol-, nikotin-, drogfüggőségben ritkán eredményes a hip-nózis.)

A sikeres terápia feltételei és a betegválasztásom szempontjai

Motiváció, kooperációs készség, s a kezelési folyamat megtervezése, végrehajtása. Dep-resszióban nagyon nehézkesek a gyógyered-mények, ellentmondások: visszaesések, hip-nózis folyamatos kezelési eredménytelen-ségek miatt. Vitatott skizofrén pszichózisok-ban. Hatásos bizonyos teljesítménynövelés-ben, mint a sport, tanulás, kreativitás.

Röviden a hipnoanalízisről

A címben is jelzett két módszer között szintézis alakulhat ki, kölcsönös kompetenciával. (Ez azt is jelenti, hogy téves a hipnózisnak a pszi-choterápia ún. „elfedő formáiba” való besorolása.) Ebből adódóan a pszichogenetikus determinánsok feltárása nem „assziatíven”, hanem életkori regresszióval vagy tudattalan-ból való „fókuszálással” történnek meg.

„A hipnoanalízis a hipnózis magasiskolája”! Praxisomról

A BAZ. megyei Bodrogházban, a szlovák-ukrán-magyar hármashatárszögben található. Betegeimet három kisközségben és három tanyán látom el, egy 15 km-es körön belül, a legközelebbi kórháztól és a szakrendelésektől 50 km-re. (A megyeszékhely Miskolc 130 km-re van.) Az átlagéletkor 52 év, a munka-nélküliség 35 százalékos, a GDP az országos átlag 25 százaléka, a betegek 30 százaléka alkoholistá, 55 százalékuk dohányzik is. Jel-lemző a multimorbiditás 65 százalékban, első-sorban a keringési-légzőszervi és izületi beteg-ségek kombinálódása. A praxis részt vesz az ún. irányított betegellátási modellben, a házi ápolási rendszerben, felkérésre gyógyszer kipróbálási programokban, pl. Dormicum, Zinnat, Cedax, Paxiraxol, Quadropil stb. 1999-ben hypertonia, diabetes, ISZB komplex szűrés; 2000-ben gasztroenterológiai és osteo-porozis; 2001-ben gynecológiai prevenciót végeztünk, egy kisse megelőzve a népegész-ségügyi programot. Alkohol és nikotin absti-nencia követéses programunk 2000. január 1-jével indult el. Napjainkig 30, illetve 40 száza-lékos sikerrel.

Hipnózis vizsgálataim indítékairól, a kivitelezésről, betegeimről

Az elméleti alapok „részleges elsajátítása” után, 2001. január 1-jétől kezdtem el foglalkozni a hipnózissal, mint terápiás alter-natív lehetőséggel. Praxisom anyagi kondíciója is abba az irányba motivált, hogy keressem a szakmailag korrekt, olcsó kiegészítő kezelési lehetőségeket. Természetesen biztosítanom kellett a megfelelően együttműködő betegek kiválasztása után a kezelést magas színvonalon irányító kollégákat. Itt mondok köszönetet nyíregyházi, nagykálloi és miskolci segítőim-nek, akik az ellátást vezették, s a betegek és számomra a gyógyítási elveket, gyakorlati tanácsokat megadták. Nyilvánvalóan a beteg-vezetés, a terápiás hatástalanság vagy esetleges visszaesések következményeit nekem, a háziorvosnak kellett észlelnem, lehetőségek szerint korrigálnom. Szükség szerint az első ellátókhoz, a szakrendelésekhez visszairányí-tanom a komplikált eseteket. Összesen 36 beteggel kezdtünk el foglalkozni, akik közül 30 esetnél részleges, illetve teljes sikereket tudtunk elérni. Ezek követése jelenleg is folyamatos, s 2002. március 31-ig dokumentált és retrospektíve is elemezhető.

I. táblázat

Szindrómák, Állapotok és zavarok	18-25 év	25-30 év	30-40 év	40-50 év	50-60 év	60 év felett
	4 beteg	6 beteg	6 beteg	6 beteg	5 beteg	3 beteg
1 / Szorongásos állapotok (27 betegből)						
Vizsgafóbia	4	2	-	-	-	-
Agorafóbia	-	1	1	1	-	-
Klausztrofóbia	-	1	-	1	-	-
Pánikroham	-	1	-	1	-	-
Generalizált Félelem	-	1	2	1	2	1
2 / Krónikus fájdalom szindrómák (együttesen is)						
Fejfájás	2 (1 nő)	4 (3 nő)	4 (3 nő)	2 (2 nő)	3 (2 nő)	1
Fantomfájdalmak	1	1	2	2	1	1
3 / Motoros zavarok						
Dadogás	1	1	1	1	-	-
Írásgörcs	1	1	1	-	-	-
Gyomor- és bélrendszer zavarai	1	2	5	5	4	3
Légzőrend-szer betegségei	-	1	1	2	4	3
Érrendszeri károsodások-nál	-	-	1	4	3	4
Szívbeteg-ségekben *	1	2	1	4	4	4
Teljesítmény fokoztatás						
Sportban	3	1	-	-	-	-
Tanulásban	3	3	-	-	-	-
Kreatívitás fokoztatás	3	2	-	-	-	-

* a legfiatalabb 20 éves, a legöregebb 64 éves volt

A veszélyekről, ellenjavallatokról

Fontos a folyamatos ellenőrzés, a kontroll biz-tosítása. Befolyásolnak: organikus központi idegrend-szeri zavarok, a koncentráció - kooperáció hiánya, az affektív zavarok, mint a depresszió,

– a hisztériás reakciók, – egyes paranoid szindrómák.

II. táblázat

Ellenjavallatok

1./	Drog, alkohol, gyógyszerfüggőség eseteiben hatástalan. (Ilyen betegeket kizártam a terápiából, a nikotin absztinenciát is megköveteltem.)
2./	Depresszió, skizofrén pszichózisok eleve hipnózis kontra indikációt képeznek: hatástalanság, illetve állapotrosszabbodás miatt.
3./	A paranoid szindrómákban sem célszerű a kezelés.

Itt szeretném ugyanakkor kihangsúlyozni, hogy tévesek azon vélemények, hogy a visszaélésre, vagy bűncselekmények elkövetésére alkalmas lehet a hipnózis. Ezekhez ún. szociális nyomás-ra van szükség vagy függőségi helyzetnek kell fennállnia.

III. táblázat

	18-25 év	25-30 év	30-40 év	40-50 év	50-60 év	60 év felett
Rétegződés	1	1	2	3	2	1
Tudatállapot	-	1	-	1	-	-
Súlyérzet változás	-	1	1	-	-	-
Megváltozott érzékelés	-	-	1	1	-	-
Akut félelmi reakciók	2	1	2	1	3	2
Összefoglaló krízisek	5 (3 suicid)	4	5	4	-	8 (2 suicid)
Orientáció-vesztés	1	2	3	3	5	3
Depresszív vagy pszichotikus rohamok	3	2	5	6	1	-

A mellékhatásokról és a szövődményekről A vizsgálatban résztvevő és végig követhető 30 beteg compliance 100 százalékos volt. Kie-gészítő alternatív kezelésre, például alvás terápia, csoport foglalkozások, tréningek nem szorul-tak. Az ún. „önhipnózisra” való betanításuk ter-vezhető. (A 30 betegből 23 nő volt, s az átlagéletkor 34 év.)

Összefoglalva

Válogatott beteganyagom, szakkonzultán-sok segítségével a terápiás hipnózis secunder kezelési forma lehet. Természetesen, szigo-rúan ellenőrzött körülmények között, a háziorvos célszerű és ésszerű empátiájával. Sajnos, nem finanszírozott, egyesek által szakmailag alábecsült eljárásokról van szó. A mai költség orientált medicinában, ha-zánkban is indokolatlan az elhagyása, hát-térbe szorítása.

Ajánlott irodalom

1. A. Schall: A vízyógyászat ABC-je
2. Buegel – Lewis – Chernin: Homeopathiás orvoslás
3. Császár Gy: Psychoszomatikus orvoslás
4. Damjanovich S. – Mátyus L.: Orvosi biofizika
5. Debreczeni L.: Klinikai akupunktúra
6. Douglas M. B.: Gyermekekalkatok
7. Dravec Z.: Akupunktúra – elmélet, gyakorlat
8. Füredi J.: A pszichiatria magyar kézikönyve
9. Gáspár – Kasler: Laserek az orvosi gyakorlatban
10. Hegyi G.: Természetes gyógymódok – Komplementer Medicina
11. Horváth J.: Diódalézer Vademecum
12. Horváth K., Bóna L.: Homeopátiás kézművesség
13. J. Jounny – J. B. Crapanna – H. Dancer – J. L. Masson: Homeopátiás gyógymód
14. Klaus – Christof Schimmel: A természetgyó-gyászat tankönyve
15. M. Augustin – V. Schmiedel: Termé-szetgyógyászati kézikönyv
16. Neumann H. D.: A csontkovácsok titkai Manuális medicina
17. Ormos G.: A csontkovácsok titkai
18. Ormos G.: Manuális terápia
19. Peter Chappel: Lelki gyógyítás homeopathiával
20. Rédey – Kozma: Lézer terápia kézikönyve
21. SIMILE szaklap IV-V. évfolyam
22. Simonsics P.: A kínai akupunktúra régen és ma
23. Ronald J. Comer: A lélek betegségei
24. Tóth Tihamér: A lézerek klinikai alkalmazása
25. Homeopata Hírmondó I-II-III-IV. évfolyam számai

Globális kihívások 2.

Hazai kihívások

Mindazok a világméretű, globális problémák, amelyek a Látlelet 4-es számának Humán Fókusz rovatában kerültek ismertetésre, természetesen valamilyen formában a hazai viszonyaink között is megjelentek. A már vázolt nyugat-európai népességi viszonyszámok Magyarországon is azt mutatják, hogy a lakosság lélekszáma, valamint a házasságkötések száma jelentős mértékben lecsökkent. 1998-ban a népesség ugyanakkora volt, mint a 60-as évek elején. Az élveszülések száma 1949-től kezdődően közel felére csökkent (190398-ról 100350-re). A házasságkötések száma az 1949-es évhez viszonyítva több mint a felére csökkent, a válások megkésztvezesztették (8.). Utóbbiak legnagyobb vesztese maga a gyermek, mert legtöbb esetben nem lát mintául szolgáló családot a későbbi életéhez (6.). A hazai népességsökkenést gyakran hozzák összefüggésbe a magyarokra oly jellemző pesszimizmussal. A társadalmi értékeket felmutató, követendő példákat kell adni, akár a történelmünkben, akár a jelen időszakból. A médiának ebben döntő szerepe van. Akkor, amikor üzleti megfontolásból a média akár írásos formában, akár képileg- bűnözőket népszerűsít, és népi hőseket állít be a nézők, vagy olvasók előtt, nem lehet csodálkozni azon, ha a fiatalok hamis értékeket követnek (14.). A KSH adatai szerint a népmozgalmi adatok a kilencvenes évek elejétől a végéig ekképpen alakultak: 1990-ben 100 szülőképes korú nőre 1,84 élveszületés jutott, 1999-ben 1,33. A szülők nemzedékének egyszerű reprodukciójához 100 nőnek kb. 210-220 gyermeket kellene átlagosan szülnie (9.). Sajnálatos tény, hogy nincs olyan európai ország, amelyben a születések száma elegendő lenne a szülők nemzedékének reprodukálásához. A népesség fogyásának időnként olyan méretei is kialakulhatnak, hogy a nemzethalál rémlátomásává torzul. Ennek megalapítására három lehetőség kínálkozik megoldásként: Több szülés, a kevesebb halál és a bevándorlás (utóbbiról német példa kapcsán már szóltunk az előző fejezetbe). Népeségkutatók szerint Magyarországon mindháromra szükség van. Számos külföldi megfigyelő demográfus szerint a

magyarok gyermek központúak. Ezen állítás azonban nemcsak a munkahelyen nem mutatkozik meg, de az emberek viselkedése is leggyakrabban cáfolja ezt az állítást. Az utcákon, üzletekben, metrón, vagy ott, ahol egy gyerekocsit tologató asszony az ügyeit intézi, már csak nyomokban ismerhető fel a gyermekközpontúság, elmarad a megbecsülés, az udvariasság (5.). Nem csak világképletű jelenség, de hazai kihívás is a munkanélküliek számának emelkedése. A hazánkban regisztrált kb. 400.000 munkanélküli helyzetén egyre inkább nem segíelyekkel, hanem újabban munkahelyek teremtesével igyekeznek segíteni (18.). Komoly hazai problémának kell tekintenünk a csecsemőgyilkosságok igen gyakori előfordulását. Rendőrségi statisztikák szerint ma Magyarországon minden héten megtörténik, hogy egy elvetemült anya megöli gyermekét. Az áldozat minden második héten újszülött. Pszichológusok szerint a csecsemőgyilkosság a társadalom lázgörbéje. 1983 volt a legszörnyűbb év, mivel ekkor 36 csecsemőt öltek meg. Ezt az évet csökkenés követte, majd a 90-es évektől ismét emelkedés mutatkozik. A csecsemőgyilkosságok elszaporodása rámutat a család egyik legfontosabb elemi funkciójának, a gyermekváltalásnak és a gyermeknevelésnek a súlyos működési zavaraira (15.). Egyes kutatók vizsgálták a csecsemőgyilkosságok megjelenését a médiában. Arra a következtetésre jutottak, hogy a sajtó nem tud mit kezdeni ezzel a problémával, és gyakran felnagyítva adja tudtára a nagyérdeműnek ezen elrettentő cselekedeteket (1.,10.,11.). Egyesek szerint a művi vetélés alkalmatlan a korszerű születésszabályozásra (2.). A franciák sokrétű kormányintézkedésekkel oldották meg sikeresen az 1945. utáni nagy francia népességsökkenést (3.). Az 1992-óta jogszabályba foglalt főállású anyaság intézménye ma még egyesek szerint csupán egy segíelyezési forma, a későbbiekben meg kell találni méltó helyét a társadalomban, s megfelelő foglalkoztatási formának kell elismerni, mivel, a gyermekek felnevelésével, tisztességes felkészítésével az anya felbecsülhetetlen értéket hoz létre a társadalomnak (16.). A nemzetnevelés gondolata már 40-es években is felmerült,

ez egyre inkább napi aktualitást nyer (17.). A gyermekek oktatása, nevelése, megfelelő tudásanyag rendelkezésre bocsajtása elengedhetetlenül szükséges a kimunkált emberfők elérése céljából (4.,13.). A sikeres családpolitika nemcsak az egyes családok érdeke, de össznemzeti érdek is. A családtagmogatási rendszer 1994. őszén, majd 1995-96-ban folytatódó restrictiók politikája olyan óriási károkat okozott, amelyek nemcsak a család szintjén vehetőek észre, hanem a társadalmi népességszámot is jó néhány évig még bénítják, a korrigáló intézkedések ellenére (12.). Szociológusok a gazdasági átalakulás és család kapcsolatának szoros változásait egyértelműen kimutatták (7.).

Irodalom:

1. Dettre Erzsébet: Az újszülött-gyilkosságok megjelenése a hazai médiákban- és ami abból kimaradt. Család, Gyermek, Ifjúság. 1995. 6. Sz. 2. Farkas Márton: A művi vetélés alkalmatlan a születésszabályozásra Magyar Nemzet, 2000. 05. 15. 3. György Lajos: A nagycsalád becsülete Magyar Nemzet, 1999. 07. 02. 4. Kocsis L. Mihály: A tanár viszi az üzenetet a gyerek lelkébe. Magyar Nemzet, 1999. 12. 02. 5. Kovács Judit: Mi gátolja a gyermekváltalást? Magyar Nemzet, 2000. 04. 14. 6. Kovács Judit: A házasság értékvesztése Magyar Nemzet, 1999. 09. 16. 7. Kovács Judit: Értékzavar a családban Magyar Nemzet, 2000. 01. 29. 8. Magyar Statisztikai Évkönyv KSH, Budapest, 1998. 9. Nagy András László: Népmozgalmi adatok, 99. Magyar Orvos, 2000. márc. 10. Pataki László: Csecsemőgyilkosságok I. Napi Magyarország, 1999. 07. 31., 11. Pataki László: Csecsemőgyilkosságok II. Napi Magyarország, 1999. 08. 07. 12. Pongrácz Tiborné- S. Molnár Edit: A családpolitika sikere nemzeti érdek Magyar Nemzet, 1999. 12. 09. 13. Rosdy Tamás: Bambulni könnyű Magyar Nemzet, 2000. 02. 19. 14. Solymosi Frigyes: Pesszimizmus és népességsökkenés Magyar Nemzet, 1999. 12. 30. 15. Tabák Anna: Csecsemőgyilkos anyák Napló, 1996. 03. 28. 16. Tátrai Körmendi E. Katalin: A főállású anyaság védelmében Magyar Nemzet, 2000. 05. 25. 17. Vicze Béla: Nemzetnevelés gyakorlati értelmezése Néptanítók Lapja, 1943. 21. 885-887. 18. Vő György: Segély helyett munka Magyar Nemzet, 1999. 09. 11.

Dr. Nagy Imre
Vác

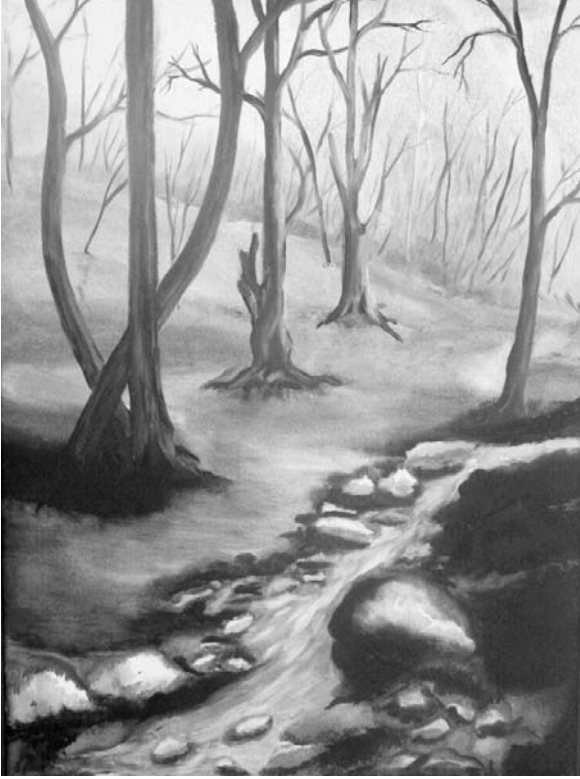
Lélekvonat

címmel kiállítás nyílt A Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Kht. Szakkórházának (Pomáz) művészetterápiái gyűjteményéből a Csobánkai Községi Házban június utolsó hetében.



A Dr. Adorjáni Ferenc főorvos által összegyűjtött alkotások hidat képeznek a civil élet felé.” „*A szem csak a szembe nézve lát*” – olvasható Platón szavai a kiállítást összegző gyönyörű kiadványban. Emberek, – akiket sorsuk hosszabb-rövidebb időre az élet árnyékos oldalára sodort, a társadalom senki földjére, egy szigetre, ahonnan már alig látszik a világba visszavezető út – üzennek nekünk alkotásaikon keresztül. Hasadásos elmezavarban, depresszióban, mániában, szenvedélybetegségben és más pszichiátriai betegségben szenvedők szólalnak meg a maguk sajátos, formákba, színekbe öltöztetett nyelvén, amelyek olykor ritkán követik a mindennapok logikáját, sokkal gyakrabban az ösztönösen feltörő álomvilág rejtelmes képekbe sűrített mondanivalóját.

A befogadók, a nézők feladata a megértésen túl a kinyújtott kéz megfogása, amely mankó, támasz, de ugyanakkor a fuldokló társadalomhoz tartozásának gyakran az utolsó lehetősége is egyben.



„mi, akiket a világ már alig akar visszafogadni, megmutatjuk, hogy mi is emberek vagyunk...”



Sajtóközlemény

Új lehetőség a koszorúér szűkületek kezelésében!

A *Johnson & Johnson* új terápiás módszerével, a Cypher gyógyszer-kibocsátó stent-el megakadályozható a koszorúér szűkület újbóli kialakulása és elkerülhető az ismételt beavatkozás. Hatékonyságát számos vizsgálat igazolja. Az eddigi páratlan klinikai eredmények alapján elenyésző esetben észlelték a kezelt ér ismételt újraszűkülését, szemben a korábbi gyakorlatok 20 százalékával. Magyarországon a keringési rendszer betegségei – különös tekintettel a koszorúér megbetegedésekre – népegészségügyi problémának tekinthetők. A 65 évesnél fiatalabb korosztályban minden harmadik haláleset oka a keringési rendszer betegsége, amely mintegy háromszorosa az EU átlagnak. Világszerte is évente több mint 5 millió embert kezelnek a ma már igen hatékony terápiás alternatívák valamelyikével. Azonban a korszerű terápiás háttér és korszerű technológia sem jelent sajnos minden esetben végleges megoldást a koronária betegségek kezelésében. A szakmai tapasztalatok szerint igen nagy százalékban, ismételt kialakul a koszorúér szűkület (restenosis), amely a betegnek ismételt beavatkozást jelent, az ál-

lamnak, illetve a biztosítónak ismételt kiadást. Hosszú kísérletek végeredményeként Európában nemrég került piacra egy forradalmian új technológia, amely lényege, hogy a koszorúérbe helyezett eszközre, a stentre gyógyszerbevonatot visznek fel, amely lehetővé teszi, hogy a hatóanyag egyenletesen oldódjon ki és megfelelő ideig biztosítsa a szükséges terápiás hatást. Ennek eredményeképpen klinikailag igazoltan kiküszöbölhető az érszűkület ismételt kialakulása, a restenosis és a betegek életminősége drámaian javítható. Ezek a gyógyszer kibocsátó stentek hamarosan hazánkban is igazi áttörést jelenthetnek a koronária szűkületek kezelésében. Az eljárás segítségével – amelyet jelenleg a biztosító még nem támogat – sokkal kevesebbet kell majd ismételt beavatkozások finanszírozására költeni és a gyógyszeres kezelések költségei is csökkenthetők. És ami a legfontosabb, nagy valószínűséggel a halálozási arány is javítható lenne.

További információ:
Juhász Emese
Business Manager
Tel.: 06/23/510-919

Kitüntetés



„A legmagasabb szintű egészségügyi kitüntetést vehette át a Semmelweis – nap alkalmából június 27-én délelőtt Budapesten a Vigadóban megrendezett ünnepségen dr. Gervain Mihály (képünkön), az orosházi kórház igazgató főorvosa.

Dr. med. habil- Gervain Mihály 1943-ban született, az orvostudományi egyetemet 1968-ban végezte Szegeden. Három szakvizsgával rendelkezik: urológus, sebész és nephrológus. Az orosházi városi kórházba 1976-ban került osztályvezető főorvosként. Dr. Gervain Mihály 1982-ban kandidált, 1994-ben habilitált. Az orosházi kórház igazgatójává 1995. november 9-én nevezték ki. Az egészségügyben kifejtett magas szintű szakmai munkáját Batthyány Strattmann László-díjjal ismerték el, amire az Egészségügyi Minisztérium terjesztette fel. A díjat a Vigadóban megrendezett nagyszabású ünnepségen Csehák Judit egészségügyi miniszter nyújtotta át az orosházi igazgató főorvosnak”- olvashattuk a hírt lapzártakor a sajtószemlében.

Valamennyi kitüntetettnek ezúton gratulálva a Látlelet azért fordított a hírnek külön kiemelésben jelentőséget, mert Dr. Gervain Mihály igazgató-főorvos személyében az egyik legfontosabb kritikuskunkat, támogatónkat tisztelhetjük. Ugyanúgy felemeli telefonját akkor, ha valamit rosszul csinálunk, mint amikor elismerését akarja tudomásunkra hozni. Információival aktív szerkesztője a Látleletnek, többek között az Ő visszajelzései hitetik el velünk: fontos, amit csinálunk. S ha a hirdetők és az egészségügyet jellemző kilátástalanság miatt már-már a megszűnés tényét fontolgatjuk, Ő az, aki felhívja figyelmünket: hova gondolunk, a 46-ik évfolyam kötelez. Hivatkozásaival meggyőz minket: a környező országok példáin okulva, egy egészséges egészségügy nem létezhet függetlenmédia nélkül, ami egyaránt szól a teamként kezelendő egészségügyi dolgozók mindegyikéhez.

Gratulálunk, és köszönjük: Szerkesztőség

Szövetségben a magyar biotechnológia

Ez év április 24-én a Magyarországon működő biotechnológiai vállalkozások közül 15-en – a hazai biotechnológiai iparág fejlődése, illetve szakmai érdekképviselőik ellátása céljából – megalakították a Magyar Biotechnológiai Szövetséget (MBSZ, Hungarian Biotechnology Association).

A XX. század végén a tudományos fejlődés a biológia szintjén is olyan forradalmi változásokon ment keresztül, amelyek eredményei már megmutatkoznak az egészségügyben, a mezőgazdaságban és egyéb területeken is. Az elmúlt húsz év alatt szinte a semmiből nőtt ki a biotechnológiai iparág, amely még az információtechnológiai iparnál is gyorsabb és dinamikusabb fejlődést mutat világszerte. Így a modern gyógyszer, mezőgazdasági-, környezetvédelmi- és egyéb kutatási területeken egyaránt kiemelten fontossá vált a biotechnológia által reprezentált módszerek fokozott alkalmazása.

Az alapító jogi személyek azzal a céllal hozták létre a szakszövetséget, hogy a hazai élettudományok fejlődésének és a tudományos eredmények mielőbbi hasznosításának támogatásával hozzájáruljanak Magyarország társadalmi, gazdasági céljainak megvalósulásához, illetve hogy a biotechnológiai ipar a fejlettebb országokhoz hasonlóan Magyarországon is mihamarabb stratégiai iparággá válhasson. A megalakult Magyar Biotechnológiai Szö-

vetség képviseli a szakterület érdekeit, ellátja a tagok közötti egyeztetés és kapcsolattartás feladatát, valamint folyamatosan figyelemmel kíséri a hazai és külföldi biotechnológiai, kutatási-fejlesztési, termelési, kereskedelmi és gazdasági folyamatokat, amelyek alapján szakmai információt és támogatást nyújt tagjainak. Ezen felül az MBSZ a tagok érdekeinek érvényesítése során összehangolt lobbitevékenységet folytat a felmerülő kérdésekben, egységes fellépést kezdeményez és ellátja a munkáltatói érdekképviselő is. Az MBSZ elsősorban a következő szakterületeken kíván tevékenykedni: gyógyszerkutatás és -fejlesztés, gyógyszeres molekuláris célfehérjéinek felfedezése, kombinátorikus kémia, farmakogenomika funkcionális genomika, proteomika, biokompatibilis anyagok, biológiai csipek, diagnosztika és DNS diagnosztika, gén-terápia, információtechnológia, adatbázisok, növényi biotechnológia, valamint a felsorolt technológiákra vonatkozó szolgáltatások, illetve műszer- és technológiaellátás. Annak érdekében, hogy a fent kiemelt területeken fellépése eredményesnek bizonyuljon, a Szövetség szervezetén belül Befektetési, Bioinformatikai, Gyógyszerfelfedezési/Gyógyszerkutatási, Konzultációs, Platform/Kutatástechnológiai és Diagnosztikai Szakbizottság kezdte meg a működését. A szövetség irányítását az elnökség végzi, amelynek tagjait a

közgyűlés a rendes tagok képviselői közül választja. A szövetség elnökének az alakuló közgyűlés ifj. Duda Ernő, a SOLVO Biotechnológiai Rt. Igazgatóságának elnökét választotta meg. A vezetőség tagjai, akik egyben a szakbizottságok vezetői is, a következők: **Dr. Darvas Ferenc** (ComDrug/Bioinformatikai szb), **Dr. Gaál József** (Megapharma/Konzultációs szb), **Dr. Kéri György** (Vichem/Gyógyszerkutatási szb), **Dr. Korányi László** (DRC/Diagnosztikai szb), **Dr. Úrge László** (ComGenex/Platform-Kutatástechnológiai szb) és **Duda Ernő** (Solvof/Befektetési szb.). Az MBSZ a biotechnológia területén működő vállalkozásokat fogja össze, így a szövetség rendes tagja lehet cégmárára való tekintet nélkül minden Magyarországon bejegyzett biotechnológiai vállalkozás, amely tényleges működését már megkezdte és rendelkezik a tagsághoz szükséges feltételekkel. Emellett azonban az MBSZ várja pártoló és társult tagok jelentkezését is.

A Magyar Biotechnológiai Szövetség alapító tagjai a következők: Biorex Rt., Biostatin Kft., Chemaxon Kft., ComDrug Kft., ComGenex Rt., DRC Kft., GenoID Kft., InFarmatik Bt., Megapharma Kft., N-Gene Kft., Solvo Rt., Tomtec Kft., TRC Toxikológiai Kutató Központ Kft., TRIO-LAB Kft. és Vichem Chemie Kutató Kft.

Duda Ernő

Helyspecifikus sugárterápiával kezelt mellrák

Proxima Therapeutics, Inc., amely a meghatározott helyre összpontosító, belülről irányított sugárkezelést alkalmazó terápia kifejlesztője és forgalmazója bejelentette: Európában elsőként kezelték egy beteget a cég MammoSite(R) Radiation Therapy System (RTS) elnevezésű eljárásával, amelyet az USA-beli Food and Drug Administration (FDA) 2002 májusában engedélyezett. Az olaszországi beteg az FDA által nemrégiben jóváhagyott MammoSite RTS kezelést kapott a jóváhagyást követő európai vizsgálat részeként. A MammoSite RTS, amelyet Európában 2001 augusztusában hagytak jóvá, belülről irányított, egy meghatározott helyre összpontosító sugárterápia, amelyet egytől öt napig alkalmaznak.

A MammoSite olyan gömbkatéter, amit a melldagánat sebészeti eltávolítása után keletkezett üregben helyeznek el. A terápia során egy vezetékhez csatlakozó kisméretű radioaktív magot helyeznek a gömbbe, s így juttatják el az előírt szintű sugárzást az üreget körülvevő megcélzott szövethöz. A MammoSite RTS első ízben való alkalmazása egy európai betegen, része annak a teszt-sorozatnak, amelyet a jóváhagyást követően végeztek el az idén Olaszországban, Németországban, Magyarországon, Franciaországban és Ausztriában. „A MammoSite izgal-

mas új lehetőséget jelent a mellrákban szenvedő nők kezelésében Európában” – hangsúlyozta Alberto Costa, M.D., az olaszországi Pavában lévő Maugeri Alapítvány mellsebészeti osztályának vezetője. - A Pavia Centre szeretne több páciens is kezelni a MammoSite eljárással ennek a kutatási programnak a keretében. Bizom abban, hogy a kísérletek eredményei több európai nőt fognak arra bátorítani, hogy alávesse magát a terápiának. A MammoSite széleskörű és rugalmas lehetőségeket nyújt a sebészeti beavatkozást követően a mell megőrzésére, olyan eljárás a mellrák kezelésében, amely a beteg részek eltávolítását alkalmazza a mell eltávolításával szemben. A MammoSite RTS biztosítja az előírt sugármennyiséget a melldaganat eltávolítása után keletkezett üreg belsejéből kiindulva. Az eszköz arra a területre irányítja a sugárzást, ahol a tumorok ismételt jelentkezése a legvalószínűbb, ugyanakkor minimalizálja az egészséges szövetek károsodását. További információk szerezhetők a vállalat honlapján: <http://www.mammosite.com>. Az orvosok és a betegek a 1-86-MAMMOSITE (1-866-266-6748) számot hívhatják további információért.

Kapcsolattartás:
Schwartz Communications
Wendy Williams/Lauren Arnold

„Miért olvasom a Látleletet?”

Mint nyugdíjas egészségügyi nővér olvasom a lapot, mert a munkám a szívügyem volt és ma is az. Így az árát rám nézve soknak tartom, nem tudom, hány nyugdíjas olvassa? Az utóbbi időben hiányolom az olvasói levelek rovatot. Ez jelzi pedig, hogy a lap él. A jövő az egészségügyben a megelőzésé kell, hogy legyen, azért, hogy csökkenjen a beteglétszám, mert már elviselhetetlen a tömeg. A fiatalok és az idősek életét egyforma figyelemmel kell kísérni, a változásokra óriási szükség van, mert csak így tud fennmaradni az egészségügy. Az egészségügynek ki kell vetnie magából a nem oda való egyéneket, mert ezek igen rontják a közhangulatot. Nem is beszélve a műhibákról, mert ugyan ki ne tudná jobban, hogy ki a balkezes, a selejtmunkát végző, mint maga az egészségügyi dolgozó. Az utóbbi időben ezek is nagy terhet jelentenek az egészségügyi kiadásokra. A jól és a jobban dolgozókat meg kell fizetni, hogy ne a betegtől várja a honoráriumot. A lapban minden érdekel, ami a beteggel történik az egészségügyi szolgáltatásokon belül, de azon kívül is, mert minden összefügg mindennel. Iskolázottság, kultúra, munkaidő, járulékos kedvezmények, pihenés stb.

A követelmény, az elvárás nagy, a lehetőség korlátozott. Itt kellene egyenlőséget teremteni.

Molnár Ferencné
76 éves ny. főnővér, Szolnok

Válogatás a Fővárosi Nyírő Gyula Kórház Művészetterápiás programja során készült alkotásokból

Művészetterápiás tábor a pszichiátriai betegek gyógyításának egyik lehetősége -

A Fővárosi Nyírő Gyula Kórház II. Pszichiátriai osztályán a mai napon nyitották meg azt a zártkörű kiállítást, amelyen az osztály „Művészetterápiás Táborában” készült művek legjobbjait tekinthették meg az érdeklődők. A 10 napos bentlakásos program során a betegek különböző művészeti ágakban, szakember által irányított foglalkozások során adhattak kifejezést gondolataiknak. A megnyitón Dr. Németh Attila osztályvezető főorvos, Bender Márta szocioterapeuta és Dr. Varga Tünde pszichiáter rámutattak az alkotóterápia lelki egyensúlyt elősegítő szerepére és hangsúlyozták: a pszichiátriai betegek közül sokan vannak, akik ebben a formában tudják a legjobban megfogalmazni érzéseiket, gondolataikat.

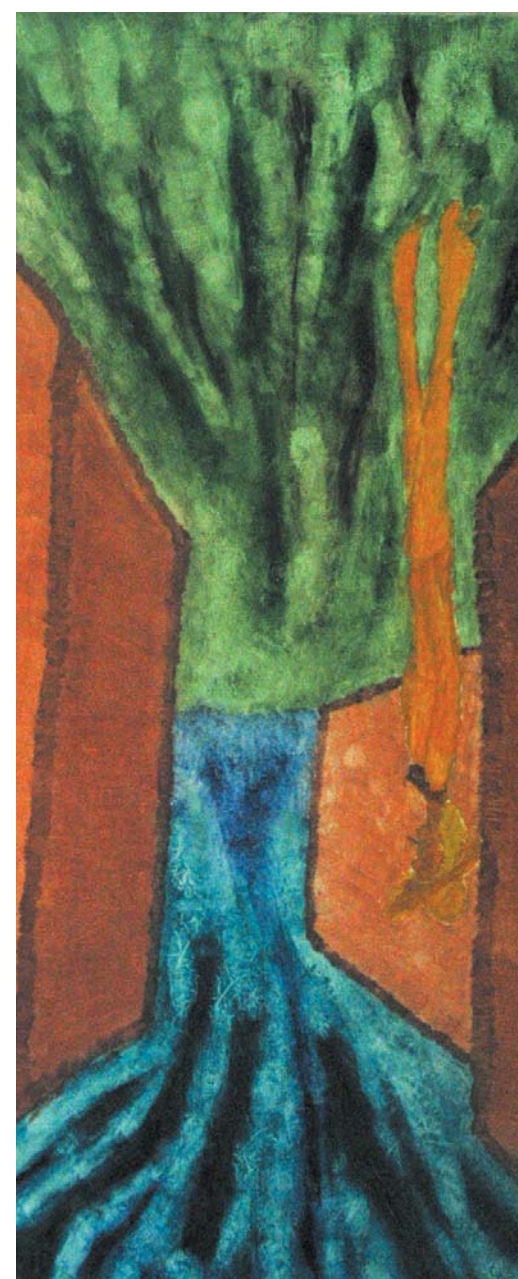
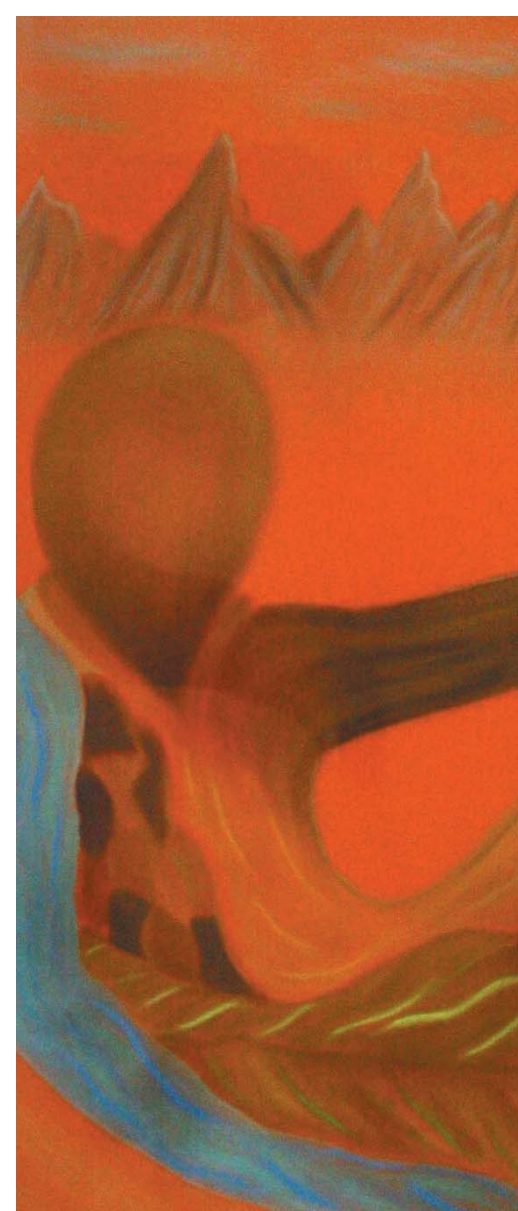
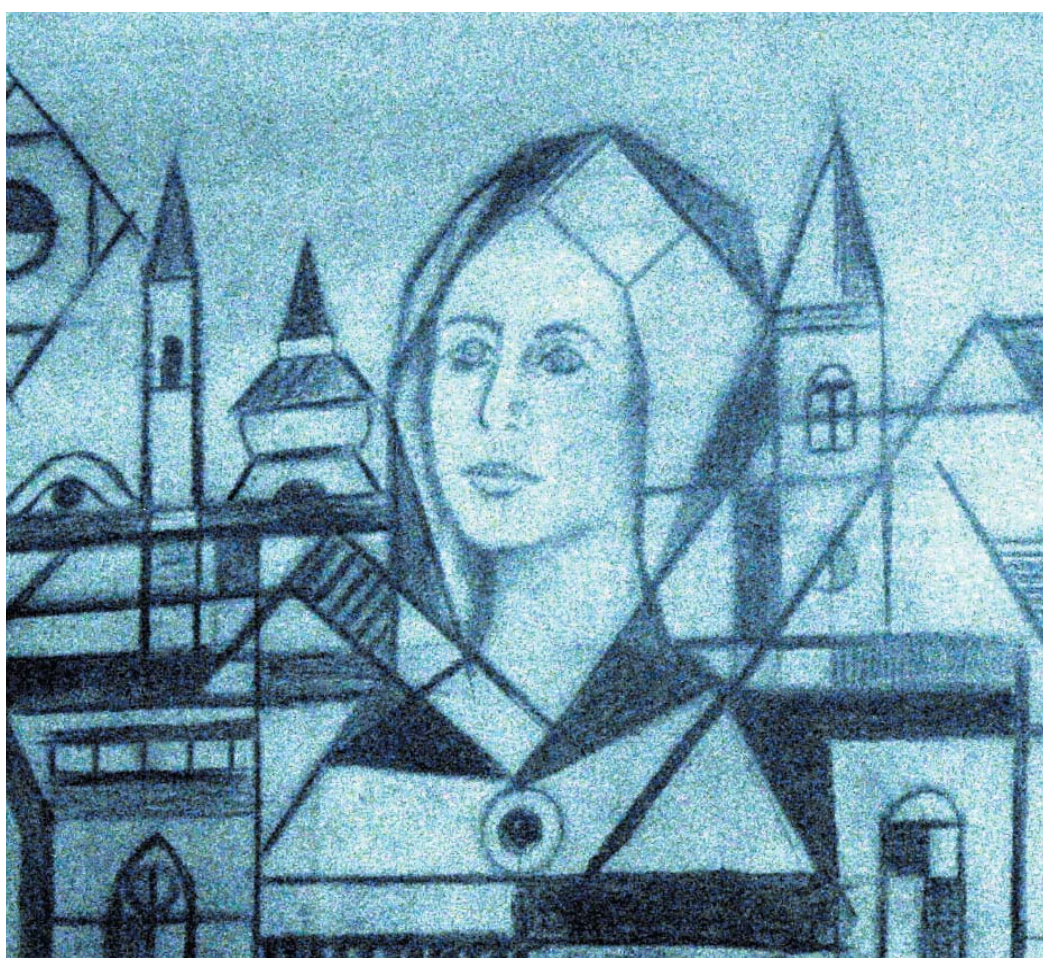
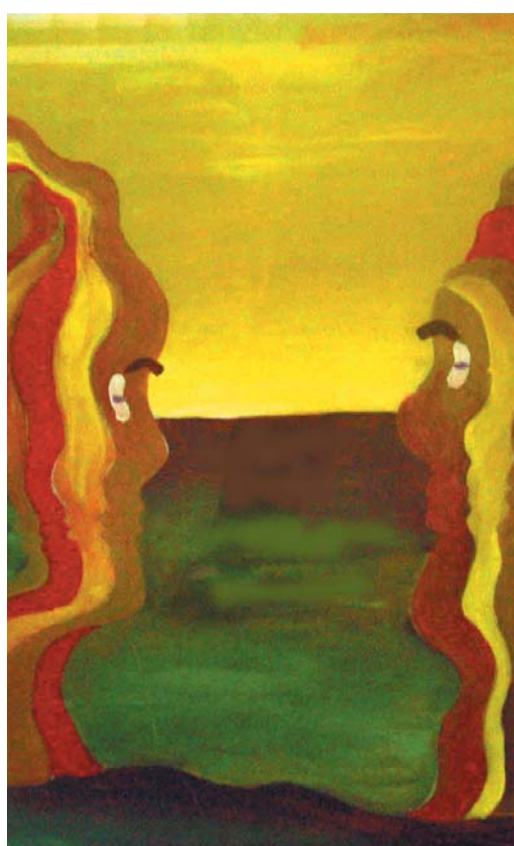
A pszichiátriai betegek között is vannak művészeti tehetséggel megáldott egyének: elég, ha csak jól ismert alkotóművészekre, mint például Van Gogh-ra, Csontváryra vagy Gulácsy Lajosra gondolunk. A művészet iránti fogékonyság, tehetség és a pszichiátriai betegségek közötti összefüggésre már számos tanulmányban rámutattak, sőt, kiállításokat is szerveztek már „Pszichiátria és Művészet” címmel. Egyes nézetek szerint a kreativitás és a bipoláris betegségre való hajlam között egyértelmű kapcsolat mutatható ki.

Tény, hogy a pszichiátriai betegség előnyösen és hátrányosan is befolyásolhatja az alkotó tevékenység eredményét – a művészetterápia azonban nemcsak a művészi ambíciókkal, tehetséggel megáldott pácienseknek szól. A képi tevékenység, mint eszköz, mindenkinek segíthet a lelki egyensúly biztosításában. A különbség csak annyi, hogy a művészeknél ez művészi alkotásokban nyilvánul meg. A pszichiátriai betegeknél pedig az alkotó tevékenység természetes örömforrás funkcióján túl a tudattalan konfliktusok felszínre hozatalában és a szorongás, feszültség csökkentésében is fontos szerepet játszik. A művészetterápia magában foglalja a csoportterápiák előnyeit is: a csoporthatás javítja a kommunikációs készséget, kölcsönös segítségnyújtásra ösztönöz, elősegíti az egymásra figyelmet és a csoporttárs megértésére törekvést, fejleszti a szociális készségeket, és – nem utolsósorban – megadja a közös munka élményét.

A Nyírő Gyula Kórház II. Pszichiátriai Osztályán, Dr. Bender Márta művészetterápiában képzett szocioterapeuta vezetésével megrendezett 10 napos művészetterápiás „táborban” 15 pszichiátriai beteg vett részt, akik közül csak néhánynak volt művészeti előképzettsége. A tábor fő célja természetesen a betegek pszichés állapotának javítása, a gyógyítás volt. A művészetterápia, a képi kifejezés segített a pácienseknek abban, hogy megszabaduljanak belső feszültségeiktől, teret adjanak gondolataiknak, a terapeutának és az alkotások laikus szemlélőjének pedig abban, hogy jobban megérthessék a betegek lelki vívódásait.

A mai kiállításon látható alkotásokat nem elsősorban művészi értékük, sokkal inkább a mögöttük rejlő pszichológiai tartalom szempontjából elemeztük, válogattuk és mutatjuk be Önöknek. Bízunk abban, hogy a pszichiátriai betegek gondolatait, érzelmeit kifejező alkotások segítségével a gyógyításon túl fórumot teremthetünk önkifejezésüknek és egy kicsit segíthetjük, előrébb vihetjük őket a társadalmi elfogadottság útján.

Fővárosi Nyírő Gyula Kórház



A tábor és e megjelenés támogatója a Janssen-Cilag gyógyszergyár.