

...A pszichiátria fejlődésének iránya napjainkban nem egyszer vitára készíti az egészségügyben dolgozó szakembereket. Akik e területen dolgozunk, örülünk ennek, főleg akkor, ha a pszichiátriával való foglalkozás pozitív kicsengésű és előremutató. A kórházunk menedzsmentje azon dolgozik, hogy ez a néhány éve elkezdett, lendületes – törekvésünk szerint minőségi – munka ne szakadjon meg. Betegeink, illetve munkatársaink elégedettek legyenek mind a betegágyon mind a betegágy mellett a munkavégzés közben...

(bővebben az 5. oldalon)

Kormányprogramról a média kereszttüzében avagy Tallózás a tárca első emberétől

Augusztusban a főszerkesztő gyakran újságíró tehetetlenségi szindrómában szenvedhet, hiszen tájékoztatnia kellene olvasóit, kiváltképp ha kormányváltás történt az adott országban. Arról nem is beszélve, ha stratégiai ágazatú tárcánál – mint például az egészségügy – szerkesztő szaklapot, hiszen az élet nemhogy nem állhat meg, hanem útmutatóul szolgálhat az adott területen bármilyen információ és nyilatkozat. Viszont a szabadságolások, no meg a különböző vis maiorok határt szabnak lehetőségeinek, így élve a modern technika vívmányaival az Internet és a tárca honlapjának segítségével sajtószemlézésbe kezd. A Nap TV és a Kossuth Rádióban elhangzott nyilatkozatok alapján készült az alábbi összeállítás, amelyből kikövetkeztethetők a legfontosabb tudnivalók.

ATV-Napkelte - július 25.
Vendég: Dr. Csehák Judit miniszter

Műsorvezető: - Kedden ágazati megállapodást írt alá az Egészségügyi és Szociális Érdekegyeztető Fórum – tehát a munkaadók és a munkavállalók képviselői, illetve Csehák Judit szakminiszter arról, hogy az átlagosan 50 százalékos közalkalmazotti béremelés eljusson az érintettekhez. Miniszter asszony, a hír sokkal százazabb, mint amekkora a jelentősége, mert mondjuk az azért nem kis jelentőséggel bír, hogy ezek szerint meglesz az átlagosan 50 százalékos beígért béremelés.

Csehák Judit egészségügyi, szociális és családügyi miniszter: - Természetesen ez eddig sem volt kétséges, azonban az egészségügy finanszírozása sajátos, és az egészségügyben dolgozók helyzete is sajátos. A rendelkezésre álló források több úton jutnak el a munkáltatókhoz. Részben az Egészségbiztosítási Pénztáron keresztül. Az Egészségpénztáron keresztül finanszírozott intézményekben nem lehet másra használni, mint béremelésre, és nem lehet másnak adni, mint egészségügyieknek, hiszen az Egészség-

biztosítási Pénztár egészségügyi szolgáltatókat finanszíroz.

Műsorvezető: - De mégiscsak lehet, hát Önök azért egyezkedtek, hogy ez eljusson.

Csehák Judit: - Éppen azt akarom mondani, hogy természetesen a szociális ágazatban és az egészségügyi szolgáltatók között is vannak olyanok, ahol nem az egészségpénztár finanszíroz, ahol az önkormányzatok, mint fenntartók kapják a pénzt, és ugyanezt az összeget nem lehet másra fordítani, mint béremelésre. De az önkormányzatnak arra van törvényadta lehetősége, hogy a közalkalmazotti béremeléssel érintett ágazatok között – tehát a pedagógusok és a szociális szféra dolgozói között esetleg átcsoportosítsanak. A mi esetünkben, miután az egészségügyi és a szociális területen dolgozók számára egy tartalékoszeget is képzett a parlament pontosan azért, mert nagyon sokan vannak, akiknek a képzettsége nem magas – tehát nem diplomások, sokan vannak olyanok, akik a bértábla alsó tételeibe kerülnek besorolásra, és nem érte volna el a béremelésük vagy

nem közelítette volna az átlagosan 50 százalékot, ezért ebből a tartalékoszegekből szeretnénk fordítani, fordíttatni a béremelésükre. Kellett tehát a szakszervezetekkel egy olyan megállapodást kötni, hogy ellenőrizni fogják, illetve segítenek ellenőrizni az önkormányzatok döntéseit, bérfelhasználását. A tárca és a szakszervezetek, mindketten közösen azon leszünk, hogy ez ne kerüljön át másokhoz, hanem ebből valóban ezen a területen lehessen a béreket emelni.

Műsorvezető: - Adott önkormányzat mégiscsak megteheti, hogy az erre a célra a parlament által, kormány által elfogadott keretet másra használja fel? Merthogy már ezen az érdekegyeztető fórumon is felvetődött, különösen szociális területen dolgozók nyugtalanodtak, hogy pontosan ilyen okok miatt esetleg nem kapják meg a pénzt, vagy kevesebbet kapnak.

Csehák Judit: - Természetesen nem teheti meg az önkormányzat, hogy másra használja fel, mint béremelésre. (folytatás a 8. oldalon)

Hol tart az ápolói regisztráció?

Az 1997. évi törvény az egészségügyről „Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei” V. fejezet 3. cím „Személyi feltételrendszer” 110.§ rendelkezik, hogy ki végezhet egészségügyi tevékenységet.

A 27/1998. (VI.17.) NM rendelet szabályozza az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartását és működési nyilvántartást, a rendszer működtetésére a Népjóléti Minisztérium az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetet (ETI) bízta meg.

1997-ben az ETI felkérte a kórházak ápolási igazgatóit, hogy készítsék elő az egészségügyi végzettséggel rendelkező munkatársaik regisztrációját, ehhez az ETI kiadott adatlapokat és floppy lemezt (ez utóbbi gyorsítja az adatbevitelt). Én akkor még a SOTE Oktató Kórházának (Kútvölgyi) az ápolási igazgatója voltam, s aránylag rövid idő alatt sikerült összegyűjteni a szükséges adatokat, s a kért határidőre nyomtatványon és floppy lemezen megküldeni az ETI-nek.

Most 2002. július van, s még sokan nem kapták meg a működési nyilvántartási igazolást.

Amiért ezt most szóvá teszem, az hogy a mai napig nem kaptam meg a működési igazolást, amelyre a munkám és a foglalkoztatásom miatt szükségem lenne, mivel megjelent egy újabb rendelet – a 69/2002.(IV.12.) kormány rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, a működési engedélyről és az egyéni vállalkozás keretében végezhető egészségügyi szolgáltatásról – a működési engedélyek érvényesítéséről.

Személyesen felkerestem az ETI Nyilvántartó irodáját, hogy mikor kaphatom meg a működési nyilvántartási igazoláso-mat, a rendelet szerinti a 90 nap már rég lejárt, ha csak a rendelet megjelenési időpontjától számítom a kérelem időpontját.

A Nyilvántartó iroda munkatársai készségesen adtak felvilágosítást, hol is tart az én regisztrációm, megtudtam, hogy a **dőlt betűsben** szerepel a nevem, ami jó, mert már elbírálták a kérelmeim (ápoló és műtős asszisztens) és megkaphatom a regisztrációs igazolványt, ha sora kerül, de hogy mikor arra sajnos ők nem tudnak válaszolni. Javasolták, forduljak a Főigazgató Úrhoz, és kérjek soronkivüliséget, s talán 1-2 hónapon belül megkaphatom a számomra jogosan járó okmányt, amely a megélhetésemet szolgálja.

Hol is tart most az ápolói regisztráció a az Egészségügyi törvény megjelenése után 5 évvel és a rendelet megjelenése után 4 évvel?

**Miért van az, hogy mindig magyarázzuk a bizonyítványunk?
Mit, miért nem tudunk teljesíteni?
Miért van, hogy az ápoló csak magára számíthat?**

Miért van, hogy a szabályokat, rendeleteket nem tartjuk be, s nem tiszteljük a törvényt?

Cseri Lászlóné
ápoló/szakoktató
Budapest

Orvosokra váró műszerek Sátoraljaújhelyen

Nem mindennapos hír ma, hogy jelentős műszerfejlesztésre van lehetősége egy kórháznak, amelyik ráadásul jelentős adósságállománnyal, válságkezeléssel „büszkélkedik”. A helyzet pontosabb akkor, ha elmondjuk, a most felhasznált 90 millió forint egy korábbi rekonstrukció maradványából származik, és a 200 milliós adósság felét időarányosan már sikerült ledolgozni a megtett intézkedések eredményeként. Ezzel párhuzamosan több területen jelentkezett minőségi fejlődés, melynek alapja részben műszer, részben humán erőforrás, részben jelentős informatikai fejlesztés, vagyis a válságkezelésünk lényege: építkezés a jövőre.

Örömmel tehát van okunk, hiszen a 23 tételből álló „műszercsomag” biztosan jelentősen hozzájárul majd a kórházban végzett munka szakmai színvonalának emeléséhez, a betegek hatékonyabb ellátásához, s végső soron az ő elégedettségükhöz. Ez utóbbi terápiára pedig nagy szüksége van most a sátoraljaújhe-lyi Erzsébet Kórháznak, hiszen a betegek elvándorlása némely szakmákban bizony nagyobb az országos hasonló adatoknál.

A műszerek nagy része az intenzív betegellátásban lesz felhasználva, ennek következtében egy igen jól felszerelt, korszerű intenzív osztályunk lesz.

- Lélegeztető gépek, ágymelletti betegellenőrző monitorok, infúzor, perfúzor képezik ezt a készletet.
- A következő nagy terület a kardiológiáé, ahol több 6, 12 elvezetéses EKG készülék, korszerű kerékpárergométer 12 csatornás EKG-val, defibrillátor, vérnyomás és EKG holterkészülékek kerülnek be a rutin munkába.
- A legnagyobb érték, egy Logiq400 CL pro Ultrahang készülék 22 millió forintért a központi radiológián lesz elhelyezve.
- Új 16 csatornás EEG-t kap a neurológia.
- Légzésfunkciós készülékeket helyezünk el a gyerek pulmonológián.
- Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai és bőrgyógyászati készletek, lézer, endoscóp áll még a listán.

Az igazi „nyereség” a kórháznak az lenne, ha ezen hír, vagy az egyéb forrásból szerzett információk felkeltenék a kezdő és komoly szakorvosok érdeklődését, s szívesen vállalkoznának arra, hogy ide látogassanak, itt telepedjenek le. Sok, ugyanakkor szép munkával mind saját maguk, mind a betegek megelégedésére sikeresek lehessenek. Csaknem minden szakmában tudunk állást kínálni, s több osztályvezetői állásra is lehet pályázni. Az állásokhoz természetesen lakást és kiemelt bérezést kapcsolunk. Az intézmény nem elhanyagolt, vannak kifejezetten színvonalas infrastruktúrával rendelkező részei. A környék gyönyörű, saját tenispályánk, oktató sípályánk van. A városban van uszoda, kapcsolattartásunk a lakossággal a helyi televízióon keresztül napi rendszerességgel.

Az elmúlt időszak pozitív mutatói okot adnak a bizalomra, a kórház dolgozói – ugyan erőfeszítések árán – képesek megfordítani a korábbi hanyatló tendenciát, s egy optimálisan működő intézménnyé alakulni.

Dr. Antal Gabriella
mb. ig. főorvos
Sátoraljaújhely

Az Európai Bíróság döntéseinek hatása az egészségügyi szolgáltatókra V.

A munkavállalásra és a letelepedésre vonatkozó szabályok és ítéletek

Jogi szabályozás

A II. Világháború utáni politikai szükség és a gazdasági kényszer együttes hatására jöttek létre az 1950-es évek végén azok a gazdasági szervezetek, amelyek a későbbi Európai Unió alapjául szolgáltak. A cél a kereskedelmi korlátok megszüntetése és a letelepedés, munkavállalás, szolgáltatásnyújtás (például orvosok, ügyvédek esetében önálló szakmai tevékenység folytatása) unión belüli szabadságának megteremtése volt.

Bár az erre vonatkozó jogi szabályozás már az alapító szerződésekben (EGK 49., 57. és 66. cikkely) megjelent, és a későbbiekben az egyes szakmáknak megfelelően részletesen is kidolgozásra került, mégis, nagyon sok esetben az unió állampolgárainak a mai napig gondot jelent ezeknek a jogoknak a tényleges gyakorlása egy másik tagállamban. A diplomák, bizonyítványok és egyéb hivatalos, a végzettségeket igazoló dokumentumok unión belüli elfogadását több uniós jogforrás is szabályozza. Általánosságban elmondható, hogy vannak az alapszerződésekben lefektetett alapelvek, és vannak az egyes diplomákra, például orvosi, illetve ezen belül, további szakágakra lebontott konkrét szabályok, például belgyógyászat. Ez utóbbiak meghatározzák az elismerhető végzettségek tartalmára vonatkozó követelményeket, például tanulmányi idő, kötelező tantárgyak, stb.

A szabályozások célja az volt, hogy az alap- és szakképesítések terén olyan, előzetes megállapodáson alapuló rendszer jöjjön létre, amely alapján a tagállamok ezeket a végzettségeket automatikusan és kölcsönösen elismerhetik. A rendelkezés a minimális képzési időket és tartalmakat rögzíti, és az alkalmazottként, valamint a vállalkozóként dolgozókra egyaránt vonatkozik. A szabályozás szerint a felsőfokú, diplomát adó képzéseknek minimum 3 éveseknek kell lenniük. Ez természetesen csak általánosságban igaz, az egyes diplomák megszerzésére szigorúbb követelmények is vonatkozhatnak. Az orvosi végzettség megszerzéséhez például legalább 6 éves egyetemi képzési periódus vagy 5.500 óra elméleti és gyakorlati képzés szükséges. A képzés egy része egyetemen kívüli helyszínen is történhet, de ennek is meg kell felelnie az egyetemi szabályoknak, és az egyetemnek felügyelnie kell azt.

Az egyes szakmákra vonatkozó irányelvek mellékletei a kibocsátó tagállam nyelvén, az eredeti megnevezést használva sorolják fel azokat a diplomákat, képesítést tanúsító okiratokat, melyek egyenértékűek.

A kölcsönös elismerés megkönnyítésére meghatározták a szakorvosi képzések minimális feltételeit, legrovidebb időtartamát, a képzés mód-szerét, helyét és ellenőrzését. Ez a szabályozás azonban nem jelentette a tagállamok összes, az egészségügyi szakképzésekre vonatkozó előírásának összehangolását, és nem vonatkozik a szakképesítést követő folyamatos szakmai továbbképzésekre sem. Hangsúlyozásra került, hogy a diplomák kölcsönös elismerésére vonatkozó irányelvek érvénybe léptetése nem jelenti egyúttal azt is, hogy azok a képzési folyamatok, amelyek a diploma megszerzéséhez vezettek, szakmailag egyenértékűek lennének.

A tagállamok előírhatják, hogy még az a személy is, aki kielégíti az irányelvben megkövetelt képzettségi feltételeket, a szakképzettséget igazoló hivatalos bizonyítványon kívül mutassa be a diplomát kiállító tagállam illetékes hatósága által kiállított igazolást, amely bizonyítja, hogy ez a diploma megegyezik az irányelvben megkövetelttel. A képzéseket összehangoló irányelv a tagállamok számára tájékoztatási köte-

lezettséget ír elő az EU szervei felé a diplomák megszerzéséről szóló törvények, rendeletek módosításának bejelentéséről. Ha valamely tagállamban más megszövegezéssel kerül kiállításra egy felsőfokú végzettséget igazoló diploma, és az adott állam illetékes szervei igazolást adnak arról, hogy ez a diploma az uniós irányelveknek megfelelő képzést takar, és azt a kibocsátó állam egyenértékűnek fogadja el az irányelv mellékletében megtalálható valamelyik diplomával, akkor a többi tagállamnak is kötelező hasonlóképpen eljárni. Ez többnyire a nem állami egyetemek által kibocsátott diplomák esetében fordul elő.

Egyes tagállamok korábbi képzései eltértek a jelenlegi előírásoktól. Ezekben az esetekben az illetékes tagállamok által kiállított igazolások bizonyítják azt, hogy az illető letette az alkalmassági vizsgát, vagy az uniós irányelveknek megfelelő képzésben vett részt, és a szakorvosokkal egyenlő szaktudással és szakértelemmel rendelkezik (például Spanyolország).

A rendeletek még azt is szabályozzák, hogy ha egy tevékenység megkezdéséhez pénzügyi igazolásokra, vagy szakmai felelősségbiztosításra van szükség, akkor a fogadó állam bankjai vagy biztosítói által kiállított igazolással egyenrangúnak kell elfogadni a más tagállamból származó igazolásokat is. A biztosítók által kiadott igazolásoknak tartalmazniuk kell, hogy a fedezet feltételei, és terjedelme megfelel a fogadóállam hatályos törvényeinek és rendeleteinek. Az igazolások nem lehetnek 3 hónapnál régebbiek.

Az irányelv rendelkezik arról is, hogy a jó hírnévvel, a szakmai fegyelmekkel, és a szakmai cím használatával kapcsolatos szabályok továbbra is az egyes tagállamok előírásainak megfelelően alkalmazhatók. A szabályozás még arra is kitér, hogy a tagállamok nem adhatnak olyan segítyeket, amelyek torzítanák a letelepedési feltételeket.

Az irányelv a szakorvosi végzettségek elismerésére vonatkozó szabályokat 3 csoportba sorolja:

1. Szakorvosi végzettségek, amelyek valamennyi tagállamban léteznek. Ezek megnevezéseit az irányelv szakterületenkénti bontásban tartalmazza az egyes tagállamok nyelvén is.
2. Szakorvosi végzettségek, amelyek nem léteznek minden tagállamban. Ezek is felsorolásra kerültek az irányelvben. Ha egy végzettség létezik a diplomát kiállító és a fogadó államban egyaránt, akkor a két ország viszonylatában az elfogadás automatikus és kölcsönös.

3. a.) A szakorvosi végzettség az erről diplomát kibocsátó tagállamban létezik, (esetleg másokban is), de a fogadó állam rendszerében nem, így nem teszi lehetővé ebben az országban az automatikus elfogadást és a praktizálást. Az irányelv ebben az esetben arra ad lehetőséget, hogy a jelölt a fogadó állam szabályainak megfelelő kiegészítő képzéssel megszerzeze a praktizáláshoz a jogot. (Többnyire a már meglévőhöz hasonló szakképzettséget nyújtót.)
- b.) A szakorvosi bizonyítványt kiállító tagállamban nem létezik egy képesítés, például kardiológia, de a fogadóállamban igen. Itt is a fogadó állam által előírt kiegészítő képzésben kell részt vennie az orvosnak.

A 3. pont eseteiben a fogadó állam illetékes hatóságai döntenek el, hogy milyen kiegészítő képzésre van szükség. A hatóságok akár azt is előírhatják, hogy a külföldi orvos a szakképesítéshez szükséges teljes gyakorlati időt letöltse. Ezt azonban csak abban az esetben követelhetik meg, ha az orvos nem rendelkezik olyan, más tagállamban megszerzett gyakorlati idővel, amely beszámítható a megszerzendő szakképesítéshez. Ha viszont van ilyen, akkor azt mindenképpen figyelembe kell venniük. A hatóságok döntésük meghozatalához kikeríthetik az illetékes szakmai testületek véleményét is.

Európai Bizottság kontra Spanyolország

A manapság legtöbbet hivatkozott, és legtöbb jogvitát kiváltó, – bár megjelenése óta már többször módosított – uniós irányelv a 93/16/EGK jelű, mely az orvosok szabad mozgásának, az orvosi diplomák, bizonyítványok és a szakképesítést tanúsító egyéb okiratok kölcsönös elismerésével kapcsolatos. 2002 májusában éppen erre az irányelvre hivatkozva hozott ítéletet az Európai Unió bírósága az egyik uniós tagállamban szerzett orvosi végzettségek más tagállambeli elismerésével kapcsolatban.

Ebben az ügyben az Európai Bizottság fordult az Európai Bírósághoz, mert úgy ítélte meg, hogy Spanyolország nem tett eleget tagállami kötelezettségének és nem megfelelően ültette át jogrendszerébe az orvosi szakképesítések kölcsönös elismeréséről szóló uniós irányelveket. Emiatt azok a fiatal orvosok, akik más tagállamból származó diplomával rendelkeztek, és Spanyolországban szerettek volna valamilyen szakképesítést szerezni, vagy egy másik tagállamban már el is kezdték a rezidensi programot, nem az uniós előírásoknak megfelelő bánásmódban részesültek.

Alapvető szabály ugyanis, hogy az unióban belül minden, az állampolgárságon alapuló megkülönböztetés tilos, tehát a belföldiekkel azonos bánásmód illeti meg az egészségügyi tevékenységet végzők mindegyikét (orvosok, fogorvosok, állatorvosok, általános ápolók, szülésznők, gyógyszerészek). Ez vonatkozik a tevékenység megkezdésére, gyakorlására, és ahol ez előírás, a szükséges engedélyek beszerzésére, illetve a szakmai egyesületekbe, testületekbe történő beépésre is.

Spanyolországban azonban rendszeresen és következetesen megkövetelték a külföldi származású, vagy ott diplomát szerzett orvosoktól, hogy a helybeliekhez hasonlóan egy speciális versenyvizsgán vegyenek részt. A spanyol orvosoknak végzés után ugyanis részt kell venniük egy vizsgán, ahol a tét nem egy-egy álláshely megszerzése, hanem a rezidensi programba való bekerülés. A versenyvizsga eredményétől függően választhatnak a jelentkezők az egyes szakterületek korábban általuk megjelölt rezidensi helyei közül, valahogy úgy, mint nálunk az egyetemi felvételnél. Ezután kezdődhet meg a szakképzés az arra kijelölt intézetekben.

A külföldi diákok egy része sérelmezte ezt az eljárást és panaszt tett az Európai Bizottságnál, az Európai Parlamentnél és beadványokkal bombázta az Európai ombudsmant is. Az Európai Bizottság a beérkezett panaszok kivizsgálása során azt tapasztalta, hogy kivétel nélkül minden más tagállambeli fiatal orvosnak részt kellett vennie a versenyvizsgán, függetlenül attól, hogy volt-e már valamilyen gyakorlatuk az általuk választani kívánt szakterületen. Ez így a Spanyolországon kívül megszerzett gyakorlati képzés figyelmen kívül hagyását jelentette, ez pedig az Európai Bizottság véleménye szerint elfogadhatatlan megkülönböztetés. A spanyol hatóságok csak azokkal tettek kivételt, akik hitelt érdemlően bizonyítani tudták, hogy hazájukban vagy korábbi képzésük helyén hasonló versenyvizsgán sikeresen szerepeltek.

Mint arról egy korábbi cikkben már szó volt, az Európai Bizottsághoz beérkező panaszok megalapozottsága esetén a Bizottság felveszi a kapcsolatot az illetékes tagállammal és megismeri annak véleményét. Általában az ügyek többsége megoldódik ebben a stádiumban, és a mulasztó tagállamok új jogszabályokkal, vagy a már meglévőket megváltoztatásával az uniós irányelveknek megfelelően módosítják nemzeti szabályozásukat. Ha a két fél nem ért egyet, és nem tudnak megegyezni, akkor kerül sor, – általában többéves

huzavona után – arra, hogy a Bizottság az Európai Bíróság elé vigye az ügyet. Ebben az esetben az Európai Bizottság az első levelet 1990 decemberében küldte a spanyol hatóságoknak, ekkor még az 1975-ben hozott szabályozásra hivatkozva. 1996 elején az Európai Bizottság már nem látott a pereskedésen kívül más megoldást, de ekkor a spanyolok arra hivatkoztak, hogy egy, az előző évben hozott rendelettel teljesítették az időközben az EU által is módosított szabályokat. Ekkor újra kezdődtek az egyeztetések, de ezek sem vezettek eredményre.

Végül az ügy az Európai Bíróságra került. Itt a spanyol hatóságok egyrészt azzal érveltek, hogy a szóban forgó irányelv nem kényszeríti a tagállamokat arra, hogy biztosítsa azokat a képzéseket, amelyek a szakorvossá váláshoz szükségesek.

Másrészt azzal is érveltek, hogy a versenyvizsga a tudást és a képességeket méri, ezzel segíti őket a korlátozott számú férőhelyre jelentkezők közötti válogatásban, s így a legmegfelelőbb jelöltek kaphatják meg a helyeket. Itt tehát nem megbuknak vagy átmennek a vizsgázók, hanem a tudásuk alapján sorrendet állítanak fel közöttük. A spanyolok szerint, ha kivételt tennének a külföldiekkel, az ahhoz vezetne, hogy maguk a spanyolok is megpróbálnák megkerülni a hazai versenyvizsgát úgy, hogy részt vennének egy rövid külföldi képzésen, majd erre a szakmai gyakorlatra hivatkozva megelőzhetnék otthon maradt társaikat és megszereznék a vonzóbb pozíciókat. A bíróság nem fogadta el a spanyol hatóságok érvelését, és az Európai Bizottságnak, illetve rajta keresztül a panaszosoknak adott igazat. Az Európai Bíróság ítélete szerint a diplomák, vizsgabizonyítványok és a szakképzést igazoló egyéb végzettségek kölcsönös elfogadására vonatkozó irányelvek éppen azért jöttek létre, hogy segítsék az orvosok letelepedését és munkavállalását, illetve önálló szolgáltatókként való tevékenységét. Csak az egységes szabályok, az unióban belüli azonos kritériumrendszer vezethet el a diplomák kölcsönös és széleskörű elfogadásához. Az automatikus és feltétel nélküli diploma elfogadás rendszere mindenki számára lehetővé teszi, hogy előzetesen teljes biztonsággal eldönthesse, hogy az adott diploma lehetőséget ad-e egy tevékenység folytatására egy másik tagállamban vagy sem. Ez a rendszer pedig sokkal előnyösebb a laikusok számára, mint a bíróság esetjogának tanulmányozása és az abból való következtetések levonása. A bíróság szerint a tagállamok hatóságai megkövetelhetik a külföldi végzettségűektől a kiegészítő képzést vagy gyakorlatot, de feltétlenül figyelembe kell venniük az eddigi képzési időt, és ennek ismeretében, – tulajdonképpen személyre szólóan – kell meghatározni a még szükséges képzést.

A címek használata, elnevezések

A szakképesítések összehangolásával foglalkozó irányelv hangsúlyozza, hogy az adott diploma által tanúsított végzettséget csak abban az esetben szabad a származási ország nyelvén kívül más nyelven is használni, ha a végzettség szerepel a valamennyi tagállamban közös képzéseket tartalmazó listán. Ha nem, akkor csak a származási ország nyelvén használható a megnevezés. Ez a szabályozás érvényes a nem egészségügyi szakképesítésekre is. Ezt a rendelkezést az egyes szakterületek képviselői rendkívül komolyan veszik, mert egy szakképesítés megléte vagy hiánya – különösen szabadfoglalkozásúak esetében – a végezhető tevékenységek, a nyújtható szolgáltatások körét, s így a foglalkozás jövedelmezőségét is lényegesen befolyásolja. A fogadó állam nyelvén használt képesítési cím olyan kompetencia és

tevékenységi köröket nyithat meg, amelyekre más cím használata esetén nincs mód. Ez gyakran szakmai feltétlenséghez, kenyerharchoz is vezet.

Az egyik elhíresült jogesetben, melynek szereplői ügyvédek voltak, az ügyvédi cím használatáról volt szó. Egy német állampolgár, bizonyos Gebhardt úr, aki a németországi ügyvédi kamara tagja volt, de Olaszországban élt olasz állampolgár feleségével és három gyermekével hosszú éveken át egy helyi ügyvédi iroda munkatársaként dolgozott, majd társult tagja is lett ennek az irodának. Ezalatt munkája ellen kifogás nem merült fel. Később saját ügyvédi irodát nyitott, melyben olasz jogászokkal dolgozott együtt. Bár az olasz munkatársak olasz ügyfeleket is képviseltek olaszországi peres ügyekben, a német ügyvéd főként német anyanyelvűeket képviselt, valamint olaszok képviseletét végezte Ausztriában és Németországban.

Amikor az önálló irodát megnyitotta, használni kezdte az ügyvédi címet olaszul. Ezért hajdani kollégái beperelték, és a Milánói Ügyvédi Kamara eltiltotta az ügyvédi cím olasz nyelvű használatától, sőt az olaszországi saját ügyvédi iroda megnyitása miatt fegyelmi eljárást is indított ellene. A német ügyvéd nem nyugodott bele a döntésbe, és többszörös fellebbezéssel végül az Európai Bírósáig jutott az ügy.

Erpelding ügy

A szakorvosi címek használata miatti hasonló probléma került az Európai Bíróság elé 2000-ben. Jeff Erpelding Ausztriában szerzett orvosi diplomát, belgyógyász szakképesítést, majd jogot kardiológiai praxis folytatására. Végzettségeit megszerzésük után azonnal elismertette a luxemburgi hatóságokkal. Az osztrák rendszerben a kardiológusi tevékenységre feljogosító szakorvosi elnevezés tartalmazza a belgyógyászat kifejezést is, és csak emellett utal a kardiológiai gyakorlatra. Emiatt a luxemburgi hatóságok itt csak az eredeti, német nyelvű cím használatát engedélyezték. Ezután eltelt néhány év és 1997-ben Erpelding egy beadványban arról tájékoztatta a luxemburgi hatóságokat, hogy mivel ezentúl csak kardiológiával kíván foglalkozni, el akarja hagyni a belgyógyász megnevezést titulusai közül. A luxemburgi egészségügyi miniszter azonban ehhez arra hivatkozva nem járult hozzá, hogy Ausztriában önálló kardiológusi szakképesítés nem létezik és a külföldi diplomákat csak az eredetinek megfelelően ismerik el, átírásra nincs joguk. (Luxemburgban kardiológia és angiológia szakképesítés létezik.) A helyi közigazgatási bíróság az orvosnak adott igazat, de fellebbezéssel az ügy az Európai Bírósághoz került. A kérdés az volt, hogy használhatja-e az orvos az általa más uniós tagállamban megszerzett szakorvosi címnek megfelelő megnevezést a fogadó állam nyelvén. Gondoljunk csak bele, ha ezt a jogot nem kapják meg a külföldi orvosok, akkor bizony a lehetséges pacienek egy része nem értesül a tevékenységükről, és ezzel hátrányos helyzetbe kerülnek. Ezért ez a jog természetes következménye kellene hogy legyen a diplomák kölcsönös és automatikus elfogadásának. Ez azonban csak abban az esetben igaz, ha a megszerzett orvosi, szakorvosi cím kielégíti a képzés minimum feltételeit. Ha azonban a kérdéses szakorvosi címet nem tartalmazza a közösség által kiadott irányelv azon listája, mely a minden tagállamban egyformán meglévőket sorolja fel, akkor az orvos nem használhatja a szakképesítésének megfelelő elnevezést vagy rövidítést a fogadóállam nyelvén, csupán azon a nyelven, amely a diplomán szerepel. Ez azonban nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy a fogadóállam engedélyezze ezeknek a címeknek a használatát a saját hivatalos nyelvén.

Dr. Czibalmos Ágnes
Eu. szakértő

Légúti allergiás betegségek III.

Astma bronchiale gyermekkorban

Napjainkban a leggyakoribb gondozást igénylő krónikus gyermekkori betegség előfordulása hazánkban több, mint 2 százalék. Csecsemőkorban is kezdődhet, de nagyobb részben fiú gyerekeknél és a kamaszkorban fordul elő. (1) Gyakran mutat családi halmozódást, az 5-ös és a 11-es kromoszómákon találtak eltéréseket. Itt az atopiás betegségek is halmozottak, rokonházasságokban, etnikai és vallási közösségekben. (2) Ma már tudjuk, hogy az intrauterun életben is a genetikailag hajlamos magzatokban allergiás szenzibilizálódás indulhat meg (például háziporatká, nyírfapollen). Hasonlóan provokatív a gép lélegeztetés, a bronchopulmonális dysplasia, s a csecsemőkorban a háziporatká, hobbiállatok és a légúti vírusinfekciók is. (3) (7) (Korábbiakban már jeleztem a Th1 immunválasz fontosságát, az „áthangolódást” Th2-ről.)

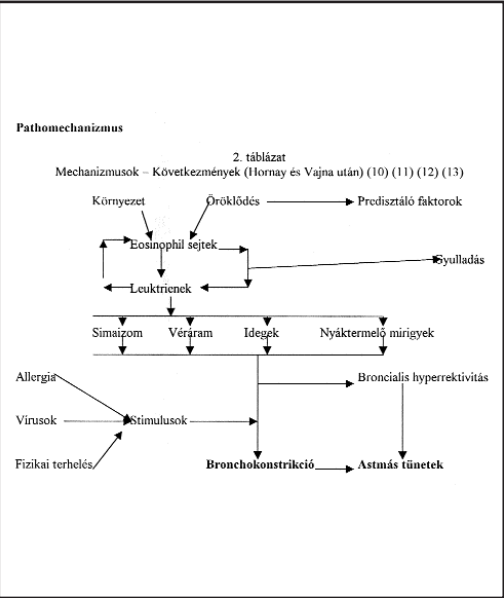
1. táblázat

Vírus típusa	Közöséges légúti hurut	Asthma exacerbatio	Bronchiolitis
Rhino	+++	+++	++
Corona	+++	++	?
Influenza	++	++	+
Parainfluenza	++	++	+
RS-	++	++	+++
Adeno	++	++	+

Az allergének mellett a **légszennyezésnek** van fontos szerepe, elsősorban a megnövekedett SO2-NO2-O3 szinteknek. Az ún. atmoszférikus pollutio + allergének például a pollenek felszínén, nehézfémcsók, vagy koromszemcsék tapadhatnak meg. A **dohányfüst** is elősegítheti az atopiás megbetegedéseket, 20 százalékban felelős a rohamokért. (4) A „nyugati típusú életmód szerepe” sem elhanyagolható, gondoljunk csak a genetikailag manipulált ételekre, mesterséges ízesítőkre, tartósítószerekre stb. Sokak szerint az immunrendszerben kialakuló egyensúly eltolódása segítheti elő az atopiás kórképek, az asthma kialakulását. (5) Jelezni kívánom, hogy felvetődött: - a meteorológiai változások, - az emocionális stresszek, - a circadián ritmus befolyásoló hatása is. (A légutak hajnal 2-4 óra között a legszűkebbek.)

Az egyes életkorszakok jellemzőit most nem részletezem. A tünettan: súlyos dyspnoe vagy zihálás, sípolás, tartós köhögés. A háziorvos sürgősségi ellátást adjon szteroid, hörgőtágítók és az inhalatív gyógyszerek bejuttatásával (babyhalerrel, nebuhalerrel). A diagnosztika speciális centrumokban történjen. (6) (7) (8) Fontos a társszakkákkal, való szoros együttműködés, így a fül-orr-gégészekkel, bronchológusokkal, immunológusokkal. (9)

2. táblázat



3. táblázat

3. táblázat
Súlyosság (14)

Stádium	Enyhe	Mérsékelt gyógyszerre jól reagál	Mérsékelt nem jól reagál	Súlyos
Tünetek	Rövid ideig hetente 2x	>1-2 x hetente	>1-2x hetente	Gyakori exacerbatio, folyamatos tünetekkel
Éjszakai astma	<1-2x havonta	>1-2 havonta (a tünetek zavarják az aktivitást és az alvást)	>1-2 havonta (a tünetek zavarják az aktivitást és az alvást)	Gyakori éjszakai astma
Tünetek fennállása	Tünetmentesség az exacerbatiók között	Naponta β_2 -agonista iránti igény	Naponta β_2 -agonista iránti igény	Korlátozott fizikai aktivitás
PEF (várható érték %-ban)	>80 %	60-80 %	60-80 %	<60 %
PEF variabilitása (1 napon belül)	<20 %	20-30 %	20-30 % (nem javul kezeléssel)	>30 %

A kezelés elvei (Vajna M. után)

A korai diagnózis után az időben elkezdett terápia 70-80 százalékban eredményes. Törekedjünk a jó fizikai és pszichés körülmények megteremtésére. Ezekben segíti az ésszerű sportolás például az úszás, azaz nem mindig indokolt a torna alól való felmentés.

4. táblázat

4. táblázat
Tüneti szerek – Protektív terápia (15) (16) (17)

Klinikum	Tüneti szerek	Protektív terápia
I. Intermittáló Rövid idejű tünetek <1x hetente. Éjszakai tünetek <1-2x havonta. PEF>80 % a várhatónak	Rövid hatású inhalációs β_2 -mimetikum.	Inhalációs β_2 -mimetikum vagy DCNG, fizikai terhelés és antigén expozíció előtt. Leukotrien antagonist.
II. Enyha perzisztáló Tünetek >1-2 hetente. Éjszakai astma >1-2 havonta. Fizikai aktivitás enyhén korlátozott. PEF 60-80 %, napi variabilitás >20 %.	Rövid hatású inhalációs β_2 -mimetikum tartós hatású Theophyllinnel. Ipratropium és tartós hatású β_2 -mimetikum.	DCNG tartósan vagy alacsony dózissal (<400 mcg) inhalált korticosteroid leukotrien-antagonista.
III. Középsúlyos perzisztáló Tünetek >1-2x hetente. Éjszakai astma >1-2x havonta	Rövid hatású β_2 -mimetikum, tartós hatású Theophyllin, ipratropium tartós hatású β_2 -mimetikum.	Inhalált korticosteroid 400-1000 mcg tartós hatású β_2 -mimetikum.
IV. Súlyos perzisztáló Gyakori exacerbatiók. Folyamatos tünetek, éjszakai is. Korlátozott fizikai aktivitás. PEF< 60 %, napi variabilitás >30 %.	Rövid hatású β_2 -mimetikum, tartós hatású Theophyllin, ipratropium tartós hatású β_2 -mimetikum.	Inhalált korticosteroid 1000-2000 mcg, tartós hatású β_2 -mimetikum per os korticosteroid rövid ideig.

5. táblázat

5. táblázat
Akut exacerbáció otthoni kezelése (Hornay I. után) (18) (19) (20) (21) (22)

Jó eredmény	Részletes	Szerűen
Enyhe tünetek PEF 80 %>	Mérsékelt tünetek PEF 60-80%	Súlyos tünetek PEF<60 %
Rövid hatású β_2 -agonista inhalációja 3-4 óránként	Rövid hatású β_2 -agonista inhalációja óránként 3x	Rövid hatású β_2 -agonista inhalációja óránként 3x továbbra is
1-2 napig az előzőekben alkalmazott kezelést folytatása	Megfontolandó per os korticosteroid elkezdése rövid hatású Theophyllin	It v. per os korticosteroid, esetleg iv. Theophyllin (ha meg nem kapott)
További megfigyelés otthoni kezelés.	Ha 2-6 órán belül nincs javulás, kórházba szállítás	Kórházba szállítás

Prognózis

Irodalmi adatok szerint a gyermekkori asthma betegek 40 százaléka tekinthető tartósan panaszmentesnek. Ők azok, akik három éven át tünetmentesek. Felnőtt korban szűkülnek a foglalkozási lehetőségek, a halálozás igen ritka, s a leszámítottaknál is halmozottan fordulnak elő atopiás megbetegedések és asthma. (23) (24)

Gondozás

A gyermekkorban felállított diagnózis sokszor egy életen át kíséri a beteget. Ezért fontos a pulmonológiai-háziorvosi komplex gondozás. Az asthma klubok gyermekkorban még csak kísérleti jelleggel működnek, sajnos szerepük egyre fontosabb lesz minden életkorban. Segítsünk betegeinknek ezek megtalálásában is. (25)

Dr. Salamon Sándor
tüdőgyógyász szakorvos

Irodalom

- (1) Global Initiative for Asthma. Packet guide for asthma management and prevention. Revised edition NHLBI/WHO Bethesda, MD, 1998.
- (2) Józsa L., Papp E.: A légúti allergiás megbetegedések gyakorisága prepubertás és pubertás korú fiataloknál régióinkban. Allergológiai és Klinikai Immunológia 3.59, 2000.

- (3) Carabello L.: The influenza of genes on the etiology of asthma. ACI International 11. 183, 1999.
- (4) Polgár M.: Allergia csecsemő és gyermekkorban 1996.
- (5) Milner: Az asztmás gyermek, Springer, 1992.
- (6) Roarda R.J.: Prognostic factors for the outcome of childhood asthma in adolescence. Thorax 7-12. 1996.
- (7) Endre L.: A gyermekkori asztma növekvő gyakorisága Magyarországon. Medicina Thoracalis. 49, 327-336. 1996.
- (8) Linna O.: Spirometry bronchodilatator test or symptomscoring for the assesment of childhood asthma. Acta Poediatr. 85, 564-569. 1996.
- (9) Wennuwergreen G., Amark M.: Wheeking bronchitis reimestigated at the age of 10 years. Acta Poediatr. 86, 351-5, 1997.
- (10) Hornay I., Vajna M.: Asthma bronchiale gyermekkorban. Háziorvos Továbbképző Szemle. 4, 126-131. 1999.
- (11) Cserhádi E.: Az asthma bronchiale gyermekkori sajátosságai. Háziorvos Továbbképző Szemle
- (12) NHLBI/WHO Workshop Report. Global initiative for asthma. National Institutes of Health. National Hearth Lungand Blood Institute. Publ. Number 95-3659. 1995.
- (13) Cserhádi E., Halász A.: A gyermekkori asthma bronchiale és annak felnőttkori következményei. Családorvosi Fórum 2001. május
- (14) Kósa L.: Az asztma kialakulása, diagnóziisa és terápiája. Családorvosi Fórum 2000. április
- (15) Barnes C.N.É.: Current Therapy for

- Asthma: Time for a Change? Pharm. Pharmacol. 49. (Suppl. 3.) 13-16, 1997.
- (16) Keenan J.M.É.: Az asthma kezelése. Orvostovábbképző Szemle (V. évf. 4. sz.) 113-124, 1998.
- (17) Cserhádi E., Gyurkovits K., Nagy B., Ubereczky G.: A gyermekkori asthma brochiale kezelése és gondozása. Gyermekgyógyászat 46, 291-295, 1995.
- (18) Cserhádi E., Mezei Gy.: Kombinált hörgtágító terápia helye az asztmás gyermekek kezelésében. Gyermekgyógyászat 5, 1998.
- (19) Pethő G.: Az asthma bronchiale kezelésére használt gyógyszerek farmakológiája. Medicina thoracalis 49, 455-474, 1997.
- (20) Haaktele T., Jarvinen M., Kava T.: First-line treatment of newly detected asthma: on inhaled steroid? One Years follow-up after two years treatment. Eurt. Respir. J. 5 (Suppl. 15) 135, 1992.
- (21) Kay A.B.: Asthma and inflammation J. Allergy Clin. Immunol. 87, 893-910, 1991.
- (22) Holgate S.T., Dahlén S-E.: The Natural History of Asthma Current Issues in Respiritory Medicine, 1,5, 1997.
- (23) Mutius E.: Progression of allergy and asthma through childhood t adolescence. Thorax 51 (Suppl. 1.) 3-6, 1996.
- (24) Roorda R.J.: Prognostic factors for the outcome of childhood asthma in adolescence. Thorax 51 (Suppl. 1.) 7-12, 1996.
- (25) Berta Gy.: Asztmás betegek információ igénye és a realitás Med. Thor. 1996. 49: 337-339, 7.

Flonidan®

koratadin

Perennialis allergiás rhinitis

- A fejlett országok népességének kb. 14%-a érintett
- A nem kezelt betegekben az élet során több alkalommal átmeneti asztmikus 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®

koratadin

... és szél hozott, szél visz el ...

	Fogy. ár	Támogatás	Tén. ár
Flonidan tableta 10 mg 20x	1.290,-	645,-	1.161,-
Flonidan 5 mg / 5 ml szuszpenzió 120 ml	997,-	499,-	897,-

További információ:
Bogal - Teva Pharma Rt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 66.
Tel.: 250 5300 Fax: 250 5310
http://www.tevapharma.hu

le

BIO GAL TEVA

OEP ellenőrzések a szociális otthonokban

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár július 22-én átfogó ellenőrzést indított a szociális otthonokban ellátottak gyógyászati segédeszköz felhasználására vonatkozólag. A vizsgálat a társadalombiztosítási támogatással kiváltott gyógyászati segédeszközökre, kötszerre, tápszerekre és gyógyszerekre is kiterjed. Az OEP az ellenőrzések során vizsgálja: -az adott időszakban történt beszerzést, készletváltozást és értékesítést igazoló okmányokat – a tényleges készlet összhangját a támogatás alapjául elszámolt vényekkel – a támogatási összeg kiszámításának jogszerűségét és pontosságát, – a forgalmazásra, kiszolgáltatásra valamint a támogatás elszámolására vonatkozó előírások betartását, – a rendelt mennyiség és a rászorulóknak számának arányosságát. **Az intézkedés célja, hogy megvizsgálják, indokolt-e a járulékfizetők által befizetett pénzek felhasználása, valamint feltárják a gyógyászati segédeszköz, tápszer, kötszer ellátás anomáliáit. Az ellenőrzések elsősorban a rászorulóknak érdekeit szolgálják.**

Az OEP arra törekszik, hogy az elmúlt két évben elmaradt árkorrekció pótlásából fakadó áremelések a betegeket ne terheljék. **A kormány az egészségbiztosítóval egyetértésben indokoltnak tartja a gyógyászati segédeszközök árának meghatározott mértékkel történő emelését.** A kassza 2002 évi pénzügyi előirányzatát az időarányos tényleges felhasználás meghaladja, ezért a **Pénztár az emelést kizárólag az ellenőrzésekből származó megtakarításból tudja fedezni.** Az országos ellenőrzés során az OEP a megyei pénztárokon keresztül begyűjti az ország közel 350 szociális otthonában élő 150-200 ezer gondozott TAJ adatait, melyre társadalombiztosítási támogatással segédeszközt, kötszert, tápszert, pelenkát vagy gyógyszerert számoltak el. *Az így rendelkezésre álló adatokból számitógépes elemzéssel kiszűrhetők, hol mutatkoznak az átlagostól eltérő felírási szokások.* Az országos ellenőrzés a pénztár tervei szerint november 30-ra fejeződik be, melynek eredményeiről a sajtón keresztül tájékoztatja a közvéleményt a biztosító.

Gyógyszerár-tárgyalások

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium szakemberei közösen – a gyógyszergyártók szövetségeseivel történt egyeztetések után – 2002. július 22-vel kezdődően megkezdték a tárgyalásokat a támogatott gyógyszerek áráról a gyógyszergyártókkal és forgalmazókkal. A tárgyalások első szakaszának célja, hogy minden céggel külön-külön meg egyeztetés szülessen. A szeptember 23-án kezdődő második szakaszban hatóanyagok szerint folytatódnak az egyeztetések. **A kormány fontosnak tartja, hogy a betegszervezetek is képviseltessék magukat, kifejtessék véleményüket a tárgyalásokon. Ezért kapnak meghívást a hatóanyagok szerinti egyeztetések szakmai szempontjait, elveit tisztázó, előkészítő munkacsoportokba.** A kormány az előző kabinet által aláírt három évre szóló megállapodást a most kezdődő tárgyalások alapján tekinti. Csak egy ehhez hasonló rendszerben, stabil keretmegállapodás alapján képzelhető el hatékony, mindenki által átlátható, kiszámítható működés, amely a lakosság, a finanszírozó és a gyártók közös érdeke. A tárgyalások során két követelményt tart szem előtt a kormányzati oldal: **- a támogatott gyógyszerek körében a lakossági terhek 2002-ben ne növekedjenek, – a rendelkezésre álló, a költségvetési törvény módosításakor idén 46 milliárd forinttal növelt 199 milliárd forintos gyógyszerkassza zárt, további források igénybe vételére nincs lehetőség.** A tárgyalások a teljes gyógyszerkörre kiterjednek, kiemelt helyet kap

az egészségügyi pontokon adott támogatás (109/2001. sz. kormányrendeletben meghatározott 90, illetve 100 százalékos támogatás), valamint a közgyógyellátási lista bővítése is. Az egyeztetések során a kormány **külön figyelmet kíván fordítani mindazon gyógyszerek kiemelt támogatására, amelyek a magyarországi halálozási statisztikákat vezető megbetegedések gyógyítására szolgálnak.** A biztosítottak képviselőiben tárgyaló kormány a gyógyszerek árának megállapításakor az infláción túl a külföldi országokban alkalmazott árakat, valamint a forint árfolyamának változásait is érvényesíteni kívánja. Az ármegállapodás további szempontja az is, hogy a gyógyszerek árát a szabadalmi védetség lejártá nagymértékben csökkenti. **Új elemként tervezik bevezetni az ár-volumen megállapodást, amelyet elsősorban új termékekre, de néhány jelenleg támogatott termékre is alkalmaz.** Egy ilyen megállapodás lényege, hogy egy termék árát a várható forgalom függvényében állapítja meg a gyártó és biztosító. Amennyiben a valósan elvárható forgalmat jelentősen meghaladja a tényleges fogyasztás, a felmerülő többletköltségen a gyártó osztozik a biztosítóval. **A kormány tervei szerint az ártárgyalások október 15-én lezárulnak.** (OEP-Sajtóiroda)

A tárgyalásokról...

A két hete kezdődött egyeztetéseken a gyógyszergyártó cégek mintegy tíz százalékaival folytatott tárgyalásokat

az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakemberei a készítmények áráról és társadalombiztosítási támogatásáról – közölte **Bidló Judit, az OEP főosztályvezetője** az MTI érdeklődésére pénteken. A megbeszélésen a cégek nagy részével sikerült megállapodni termékeik áráról és 2003. január 1-jétől történő támogatásáról. Hozzátette: azok a gyártók és forgalmazók, amelyekkel nem sikerült a megállapodás, visszatérnek egy újabb tárgyalási fordulóra. **Bidló Judit** emlékeztetett arra, hogy a tárgyalások első szakaszában – ami szeptember 22-ig tart – a biztosító minden céggel külön-külön kíván megegyezésre jutni. A szeptember 23-tól október 15-ig tartó második szakaszban az egyeztetések már gyógyszer-hatóanyagonként folytatódnak. Az OEP korábbi tájékoztatása szerint a tárgyalások keretében a kormányzat szeretné elérni a közgyógyellátási lista bővítését, a szív- és érrendszeri betegségek megelőzését és kezelését szolgáló alapgyógyszerek ingyenessé tételét. Az OEP tervei között szerepel, hogy egyes, jelenleg teljes áron, vagy alacsonyabb támogatással forgalmazott gyógyszerek, bizonyos indikációk esetén úgynevezett egészségügyi rendelkezésre 50 és 70 százalékos támogatással rendelhető kategóriákba kerüljenek. A kormány célja az, hogy a támogatott gyógyszerekhez kapcsolódó lakossági terhek az idén ne növekedjenek, ugyanakkor a 199 milliárd forintos társadalombiztosítási gyógyszerkeretet se lépje túl az OEP.

(MTI 2002. augusztus 2.)

Sajtótájékoztató

Kormányszóvivői tájékoztató - egészségügy, idősügy, bérémelés

A kormány döntése alapján a háziorvosi szolgálat és a járóbeteg-szakellátás színvonalának emelésére, fogászati kezelésekre, betegszállításra és az egészségügy több más feladatának megoldására fordítható a gyógyító-megelőző ellátásokra felhasználható 50 milliárd forint. **Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter.** Hangsúlyozta: az egészségügyre fordítható 50 milliárd forintos kiegészítés nem a kórházak adósságainak rendezését, hanem az intézményrendszer jelenlegi szabályok szerinti működőképességének fenntartását szolgálja. **Csehák Judit** az 50 milliárd forintból elérendő célok között sorolta még a tüdő-, ideggyógyászati, onkológiai, alkohol- és drogbetegekkel foglalkozó gondozóintézetek működésének javítását, a művese kezelésekre szorulóknak megfelelő ellátását, valamint a házi-, gyermek- és fogorvosi vállalkozások támogatását. A miniszter szerint az 50 milliárd forintból 31,1 milliárd forintot a fekvőbeteg szakellátásra fordítanak, elsősorban az új orvosi beavatkozásokhoz szükséges eszközök beszerzésére, valamint csontvelő-transzplantációra, gerinc-stabilizációs műtétekre és pacemaker beültetésére. A miniszter elmondta: a kormány arra is felhatalmazta a szaktárcát, hogy az orvos rezidensi rendszer kiterjesztésére fel nem használt 1,2 milliárd forint az ágazat legerősebb gondjainak megoldását segítse. Ezek közül példaként említette a mentőszolgálat kivonuló állománya munkahelyi pótlékának kifizetését, az Egészség Évtizede program irányításának és lebonyolításának a fedezetét, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet gazdálkodási problémáinak megoldását, az ápolói szakosító képzés és a szakmai szervezetek programjainak támogatását. Csehák Judit bejelentette azt is, hogy: a kormány a munkavégzés formájától függetlenül valamennyi egészségügyi dolgozóra kiterjeszti az 50 százalékos közalkalmazotti béremelést. Mint mondta: a szeptember 1-jétől hatályos béremelést a közalkalmazottak mellett az **Országos Egészségbiztosítási Pénztárral** szerződésben álló egészségügyi vállalkozásban és alvállalkozásban, valamint alapítványi és nonprofit szervezetben dolgozók is megkapják. Hozzátette: a béremelésből az egészségügyi vállalkozásoknál és alvállalkozóknál munkaviszonyban állók is részesül-

nek. A kormányzóvivői tájékoztatón Csehák Judit elmondta, hogy átalakítja az **Idősügyi Tanácsot**, amelynek elnöki tisztét a jövőben a **miniszterelnök látja el.** A miniszter asszony emlékeztetett arra, hogy az **Idősügyi Tanács** még jelenleg is a szociális szaktárca mellett működik. A miniszter szerint az átalakítás a testület szerepének megerősítését szolgálja az idős embereket érintő döntések előkészítésében. Közölte: az Idősügyi Tanács 16 tagját a miniszterelnök kéri fel, az idősök országos érdekképviselői szervezeteinek, illetve az idősök országos érdekképviselőivel nem rendelkező szervezeteinek javaslatai alapján, valamint az orvostudomány, a demográfia, a szociálpolitika, az egyházak, a helyi önkormányzatok és a civil szervezetek szakemberei közül.

(MTI)

Kormányzóvivői tájékoztató - egészségügyi reform, szociális segélyek

A kormány meghirdeti és megkezdí Az **Egészség Évtizede** programot az egészségügyi és az egészségbiztosítási rendszer átalakítására – közölte **Gál J. Zoltán kormányzóvivő.** Elmondta: a kormány a magyar társadalom egészségi állapotának érzékelhető és mérhető javítására törekszik a program elindításával. Gál J. Zoltán tájékoztatása szerint Az Egészség Évtizede program három alprogramból – az egészség megőrzésének társadalmi programjából, az egészségügyi ellátórendszer konszolidációs és modernizációs programjából, valamint az egészségügyi finanszírozás reformjának programjából – áll. Hangsúlyozta, hogy a program sikeres végrehajtásához a kormány biztosítja a szükséges anyagi és technikai feltételeket. Gál J. Zoltán elmondta: Az **Egészség Évtizede programot** kormány meghatalmazott irányítja, aki munkájáról és a feladatok időarányos végrehajtásáról rendszeresen jelentést tesz majd a miniszterelnöknek. A szóvivő közlése szerint a kormány augusztus 1-jével **Győrfi Istvánt** bízza meg azzal, hogy irányítsa az **Egészség Évtizede program** kidolgozását és koordinálja végrehajtását. Hozzátette: Győrfi István 1947-ben született, okleveles közgazdász, pénzügyi szakember. 1996-ban és 1997-ben az államháztartási reform irányítását ellátó miniszteri biztostként dolgozott. Az Egészség Évtizede program kidolgozásában,

valamint végrehajtásának szervezésében a kormány nyilvános pályázati rendszer keretében fiatal szakemberek, szakértő cégek és civil szervezetek munkájára is számít. Újságírói kérdésre Gál J. Zoltán közölte: a reformprogram finanszírozása a jövő évi költségvetésben megjelenik, mértékére a kormány megbízott tesz javaslatot. A kormány átmeneti rendelkezéseket alkotott a volt Szociális és Családügyi Minisztériumhoz egyszerű szociális segélyért beérkezett több tízezer kérelem megnyugtató rendezésére. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium a beküldött kérelmeket elbírálja, azokat kifizeti. A kormány ugyanakkor szakít az eseti, központi pénzosztogatással, és arra törekszik, hogy a rászorulóknak tartós vagy igényeiknek megfelelő, célzott támogatást nyújtson. A szóvivő jelezte, hogy az átmeneti szabályok alapján a szociális segélyezés a jövőben elsődlegesen a települési önkormányzatoknál történik, az önkormányzati és a szociális törvénynek megfelelően.

(MTI)

Népegészségügy, ÁNTSZ

A népegészségügyi program végrehajtásának irányítása az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról a szaktárcához került, a szolgálat új vezetőse pedig a szervezet szakmai munkájának megerősítését kapta feladatként – közölte **Hargittai Mária, az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium helyettes államtitkára** az ÁNTSZ-ben tartott sajtótájékoztatón. Emlékeztetett arra, hogy az Országgyűlés határozatban kérte fel a kormányt a meglévő népegészségügyi program kibővítésére. Az erről szóló javaslatot decemberben terjesztik a parlament elé. A helyettes államtitkár szerint a készülő **Johan Béla Egészség Évtizede** elnevezésű népegészségügyi programban az ifjúsággal, az idősokkal való foglalkozás, a szív- és érrendszeri, a daganatos és a mozgásszervi betegségek megelőzése, az érintettek rehabilitálása, a lakosság mentálhigiénés állapotának javítása kap nagyobb hangsúlyt. **Ungváry György országos tiszt főorvos** elmondta: a kormányprogram az ÁNTSZ számára a közegészségüggyel, a járványüggyel és az egészségfejlesztéssel kapcsolatban határozott meg szabályozási és egész országra kiterjedő szakmai felügyeleti több-

letfeladatokat. Jelezte: az ÁNTSZ munkájának meghatározó részét jelenti az ország Európai Unió integrációjának előkészítése az egészségügyben. Ungváry György – akit a tisztség ellátásával július elején bízott meg a szakminiszter – az újságíróknak bemutatta helyetteseit, és közvetlen munkatársait: **Kovács Attila** – korábban is helyettes országos tiszt főorvos – irányítja az igazgatási és a kórházprivatizációból adódó feladatokat, az egész rendszert átfogó informatikai infrastruktúra kialakítását. **Groszmann Mária** területéhez tartozik az EU integrációval kapcsolatos feladatkör, a jogharmonizációs kérdések, valamint annak biztosítása, hogy váratlanul adódó helyzetekben minél előbb biztosítva legyen az ÁNTSZ részéről a gyors, pontos, szakszerű és magasszintű reagálás. **Nagy Imre** felügyeli a közegészségügy, járványügy jogi szabályozását, olyan új szakterületeket, mint a környezetegészségügy, a kémiai biztonság, élelmiszer-higiéné, sugáregészségügy és a foglalkozás-egészségügy. **Molnár Borbála** országos tiszt főgyógyszerész, tapasztalt szakembernek számít a szakmában. **Schmidt János**, az ÁNTSZ gazdasági főigazgatója irányítja az ÁNTSZ gazdálkodását. Ungváry György közölte: a szolgálatnak létszámgigénye nincs, oktatással, szisztematikus, egymásra épülő továbbképzéssel kívánják a szakmai megerősítést biztosítani. Az információs rendszer kialakításához Phare támogatást is igénybe vesznek. A kémiai biztonsági rendszer az uniós követelményeknek megfelelő formában augusztus 31-re - szintén uniós segítséggel – elkészül, minden feladatot hatékonyan tud ellátni, s az ÁNTSZ központi ügyeletését összekapcsolja a Heim Pál, illetve az Erzsébet Kórház toxikológiai szakorvosával. Újságírói kérdésekre válaszul elhangzott: a lakossági szűrőprogramok folytatódnak. Kovács Attila kiemelte, hogy a mamográfias szűréseken 40-41 százalék a megjelenési arány, ami elég jónak mondható. A következő program a méhnyak-rák szűrés lesz. A helyettes tiszt főorvos beszélt az informatikai rendszer alapját képező „hatalmas” adatbázisról, amelyhez margaréta-szerűen kapcsolódnak a helyi hálózatok. A speciális szoftverek alkalmazásától jelentős minőségjavulást várnak, s alapvető szemléletbeli változást remélnék.

(MTI)

„Legfőbb célunk, hogy betegeink és munkatársaink elégedettek legyenek...”

Egy szakkórház ars poeticája...



A kórház oldalnézetből

A múlt

Nagykálló, Szabolcs vármegye székhelye volt 1314-től 1876-ig. A megyeháza, amely épületben jelenleg a Pszichiátriai Szakkórház működik. 1740-től 1769-ig épült az olasz Április fivérek tervei alapján, késő barokk stílusban. Az épület ritka 2-5-3-5-2 tengely elosztású, a közigazgatási funkciók mellett a börtön szerepét is betöltötte, a ház pincéjében jelenleg is megtalálhatók a korabeli kínzóeszközök. 1876-ban megvonták Nagykállótól a megyeszékhelyi kiváltságot, így az épület funkció nélkül maradt, majd felajánlották „tébolyda” létesítésére. 1896-tól megfelelő átalakítások után a Lipót mező kihelyezett részlegeként működött, már ez évben 110 férőhellyel. Az első igazgató főorvos *dr. Borosnyai Gábor* volt, mellette egy orvos, öt irgalmas nővér és nyolc ápoló dolgozott.

Bővítették a kiszolgáló egységeket: mosoda, hullaház, műhelyek, gazdasági udvar, továbbá 3 méter magas fallal körülvett kert épült a betegek számára

Az 1900-as évek elején pavilont és 6814 négyzetméter nagyságú kertgazdaságot alakítottak ki. A kert célja főként az intézet számára az élelmiszer nyersanyag előállítása volt, de szolgálta a betegek foglalkoztatását is. Ebben az időben a betegek „csoportosítása” is megtörtént, elkülönítették a „dühöngőket” és a csendeseket” egymástól. Igyekeztek gondoskodni a betegek foglalkoztatásáról és szórakozásáról is. 1912-től Magyar Királyi Állami Tébolyda néven működött és 340 beteg elhelyezésére volt alkalmas az épület. Az igazgató ekkor *dr. Strobl Vilibárd* volt. Az első világháború idejére már inkább kórházi jellege lett az intézetnek. A kényszerrögzítések mellett szedatívumokat, Scopolamint, Morphinumot is alkalmaztak és a paralysis progressivában szenvedőknél a lázterápia volt a fő gyógymód. Az épületbe központi fűtést szereltek be, az ápolók létszáma is 35 fő volt. Az I. világháború idején csökkent az elmebetegek száma, ekkor háborús sérülteket is ápoltak. 1926-tól Állami elmeegógyintézet néven önállóságot kapott és közvetlenül a Népjóléti Minisztérium felügyelete alá tartozott. Ekkor már laboratórium, majd prospektúra és 1934-től röntgen is működött az elmeegógyintézetben. Az első kórboncnok *Tavaszi Ödön* volt, a röntgen vizsgálatokat *Dr. Gaál Géza* végezte, aki 40 évig dolgozott itt.

A II. világháború idején 174 találatot kapott az épület. Az ápoltak száma 180-ra csökkent, az ápolók egy részét besorozták. Az intézet a község lakosainak óvóhelyéül is szolgált ez időben. 1946-tól Állami Elme- és Ideg-

gyógyintézet a neve, 1953-tól a Szabolcs-Szatmár Megyei Tanács tulajdonába került, a neve: Megyei Elme- és Ideggyógyintézet lett. 1960-ban ágylétszám 510, 121 fő ápolóval. 5 év múlva már két telephely működött, intézeti gyógyszerterát létesítenek. Az ideggyógyászat mellett, belgyógyászati osztály és addiktológia is, majd 1975-től a *kállósejnéni* harmadik telephely is funkcionál, ez utóbbi főként rehabilitációs céllal. 1980-tól öt éven át tartó külső és belő rekonstrukció során nyerte el az intézet jelenlegi formáját, műemlék épület révén a Műemlék Felügyelőség engedélyével történt a külső felújítás.

A jelen

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Pszichiátriai Szakkórháza az ország második legnagyobb pszichiátriai intézménye, közel 500 ezer lakos részére nyújtja a gyógyító-megelőző tevékenységet. Jelenleg a kórház 3 telephelyen, összesen 530 ágyval (360 aktív és 170 krónikus) működik. Az orvosi ellátás és az ápolás minőségi szintjének emelése érdekében orvosaink és ápolóink bevonásával és megnyerésével bevezettük **1997-től ISO 9002-es szabvány szerinti minőségügyi, ezt követően 2000-ben az ISO 14001 környezetirányítási és egészségvédelmi rendszert. Most elmondhatjuk, hogy mindennapi gyógyító tevékenységünket integrált minőségügyi rendszer alapján végezzük. A folyamatos javítás érdekében 1997-től havonta kiértékelt betegelégedettségi vizsgálatot végzünk.** 1996-tól a dolgozóink körében négyszer végeztük el a dolgozói elégedettségi vizsgálatot. **Mind a betegek, mind a dolgozók körében végzett elégedettségi vizsgálatok a menedzsment számára hasznos információkat adnak, amelyek a további vezetési stratégiát befolyásolják, illetve részben meghatározzák. A kérdőívek kidolgozása és feldolgozása intézetben belül, külső munkatárs nélkül történik.** Ezzel kapcsolatban egy érdekes tapasztalatunkat osztjuk meg a kedves olvasóval. Az első és második dolgozói kérdőív leadása, összegyűjtése a közvetlen munkahelyi vezetők által történt. A második után a vélemények azt jelezték, hogy ezt nem így szeretnék a dolgozók. Szerintük – bár a kérdőív anonim –, „*ne olvashassa el a vezetője*” az általa írt válaszokat. Az első két alkalommal kiosztott 360 kérdőívből majdnem valamennyi visszaérkezett. Amikor a kérések figyelembevételével a kérdőívet az ebédlőben, folyosókon elhelyezett „*véleményládákban*” gyűjtöttük, mindössze a kiosztott ívek egyharmadát kaptuk vissza. Az új begyűjtési módszer viszonylagos sikertelensége ellenére a vezetés azt a következtetést vonta le, hogy az erőltetett kérdőív kitöltés, illetve begyűjtés nem biztos, hogy reális eredményt ad. A beérkezett kevesebb számú válasz ugyanis árnyaltabb képet mutat. A kérdőíves módszert a házi orvosi partnereink körében is kétszer alkalmaztuk. Egyértelműen kicseng a válaszközből, hogy élénken érdeklődnek a Szakkórházunkban folyó tevékenység iránt. Szívesen vennének részt továbbképzésen (már szerveztünk is részükre), és nagy segítséget jelent számukra az általunk kialakított formájú, a távozó beteg által hozzájuk eljuttatott zárójelentés. **2002. februárjában részt vetünk a Kórházi Ellátási Standardok szerinti minősítésen, melyen sikeresen megfeleltünk. A KES audit (egymás között csak így neveztük el) az általánosabb elvárásokat megfogalmazó ISO után, kifejezetten „mást” jelentett. Dolgozóink azt mondták „élveztük”, mert itt a szakmáról, a szakmai tudásról kellett számot adni.** Azért tudtuk viszonylag könnyen venni az akadályt, mert előtte kiépítettük és ami fontosabb, működtetjük az ISO által felépített minőségügyi rendszerünket. Minden túlzás nélkül mondhatjuk, már annyira megszoktuk a „rendet”, amelyet a rendszer bevezetése, alkalmazása eredményezett, hogy gyakran azt kérdezzük magunktól, egymástól: „benne van ez a rendszerben?” A minőségügyi rendszert folyamatosan fejlesztjük, jelenleg 2 TQM csoport dolgozik, az egyik „Mennyibe kerül a pszichiátriai ápolás”-on, a másik „Új dolgozó felvételének kritériumai” feladaton munkál-

kodik. (A TQM csoport egy feladat kidolgozására jön létre, majd annak elvégzése után megszűnik.) A több éve működő folyamatos minőségi munkára való törekvés Nagy-kállóban egy jól összeszokott csapatot eredményezett, melynek jól látható jele a hozzánk érkező vendégek számára a családias hangulat. Türelemmel, sok-sok odaadással, a dolgozók részéről érezhető vezetői elkötelezettséggel sikerült megőrizni az elvándorlást, nagyon minimális a fluktuáció. Folyamatos tárgyi eszközjavítás, ápolási eszközök beszerzése, a dolgozók részére kedvező juttatások, főigazgatói dicsérek, jutalmak, stb., konferenciákra, egyéb rendezvényekre való eljutás biztosítása, színházbérletek adása, kirándulások szervezése, hagyomány lett az évente rendezendő „Mi napunk”, valamint rekreációs napok tartása, mind-mind a dolgozók hangulatának javítását, a kiegész veszélyének megakadályozását, a gyógyító ellátás színvonalának emelését eredményezi.



Zajlik a vetélkedő

A minőségügyi vetélkedő (a képen ez látható) iránt minden évben nagy az érdeklődés. Közel 100 fő volt eddig a résztvevők száma. Időpontját az éves követő audit előtti napokra ütemezzük, ezáltal – kicsit tudatosan – arra ösztönözzük dolgozóinkat, hogy az egyébként is gyakran forgatott Minőségügyi Kézikönyvet, eljárásokat, munkautasításokat átismételjék és belőle „számoljanak be”. Természetesen a győztesek a felkészülés során megszerzett tudáson túl némi anyagi juttatással is gazdagabbak lettek, de sorsolás útján mások is részesültek valamilyen anyagi elismerésben. Végül röviden arról, hogy mitől más, az ápolás a mi intézményünkben. Kikből is tevődik össze az a team, akik a hozzánk érkező beteget körbeveszik. Körülbelül 5-6 éves elkötelezett munkával sikerült elfogadtatni, hogy nálunk „kicsit más” az ápolás, mint egy átlagos módszerekkel dolgozó másik kórházban. Mindezt kiegészíti a háttérrel szolgáltság, hiszen műszaki ellátás, gépkocsi irányítás, takarítás, pénzügyi tevékenység, ételmezés, informatika és sorolhatnám még a feladatokat amelyek elvégzése nélkül a beteg komfort érzete hiányos lenne. Éppen azért, hogy vállalt kötelezettségünk, melyet Missziós Nyilatkozatunkban, Minőségpolitikánkban is megfogalmaztunk, megvalósulhasson nagy hangsúlyt fordítunk a munkatársak ezen belül mind az orvosok, mind a szakdolgozók képzésére és folyamatos továbbképzésére. Továbbképzési terv alapján, havi rendszerességgel szervezzük a házi továbbképzést. Ezen túl a lehetőségeket kihasználva más helyszínekre is eljuthatnak dolgozóink új ismeretekért (például pontszerző továbbképzések). Sikerült elérnünk azt, hogy a vezetésnek inkább „fékeznie” kell a tanulni vágyók szándékát és ésszerű, a műszak beosztást is figyelembe vevő rangsorolást kell készíteni. Ha úgy tetszik „sorban állás” van a tanulásért. Jelenleg négy rezidens orvosunk van, kettő orvos kolléga szakvizsgázott ez év májusában, 12 munkatársunk tanul diplomás ápoló szakon, 9 fő pedig egyéb felsőfokú oktatási intézményben, különböző szakon (szociális munkás, szociálpedagógus, művelődés-szervező).

Petrikné Jakab Zsuzsa
ápolási rovat szerkesztője

Bemutatkozik a Kórházi Ellátási Standardok alapján tanúsító MIRTUSZ 2001 Kht.

Az egészségügy szerteágazó, bonyolult csúcstechnológiát működtető, de empátia nélkül nem működő rendszerei, éppen bonyolultságuk miatt nem nélkülözhetik a minőségügyi rendszerek szabályozó szerepét. Az iparban óriási karriert befutott minőségügyi rendszerek tehetetlenek azokkal az emberi problémákkal, amelyek abból adódnak, hogy a beavatkozások olyan, a kezelés alatt is, attól függetlenül is, a biológiai korban előrehaladó „tárgyon”, az emberen történnek, aki szubjektumként maga ítéli meg – a szakemberektől gyakran eltérően – állapotváltozásait, interpersonális reakciókba lép, egyszóval lényegét illetően egészen más, mint amit az ipari technológiák megszoktak.

Gyakori és nem megalapozatlan vélemény, hogy egy kész minőségügyi rendszer – ha azt jól készítették el – és a Kórházi Ellátási Standardok (KES) ugyanazt tudja nyújtani a kórháznak. Ez teljesen igaz. A különbség abból adódik, hogy lehetetlen 100-150 intézetben olyan kiváló, állandóan továbbfejlődő minőségügyi csoportot létrehozni, ami az egészségügyben jelentkező újabb és újabb kihívásoknak megfelel, kielégíti a lehetséges és elégséges között feszülő ellentétet, ami kórházanként eltérő lehet.

Ezért volt szükség egy központilag meghatározott standardra, egy etalonra, ami megmondja, hogy mi az, ami nem csak arra alkalmas, hogy az adott kórház minőségügyét szolgálja, hanem arra is, hogy a kórházakat az etalonnak (KES) való megfelelés mértéke alapján összehasonlíthatóvá is tegye.

Az etalon, a standard meghatározása az egészségügy mindenkorai irányításának a feladata. Az Egészségügyi Minisztérium választása az immár 80 éve működő JCA-ra esett. Ebből a rendszerből honosították a KES-t, amelynek 1.0 változata kétségtelen még magán hordozza az újszülöttek hibáit, de továbbfejlesztésén ma is az Egészségügyi Minisztérium által létrehozott csoportok dolgoznak.

A standard megfelelés, a tanúsítás végzésére független testület alakult.

Az Egészségügyi Minisztérium hathatós támogatásával a Magyar Kórházszövetség, a Magyar Orvosi Kamara, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, az ápolási egyesületekkel együttműködve létrehozta azt a **MIRTUSZ 2001 Kht.-t**, ami közhasznú jellegénél fogva lehetővé teszi, hogy a lehetséges legacsonyabb ráfordítások mellett szerezhessék meg a kórházak a KES alapú tanúsításokat. Jelenleg 4 kórházban történt meg a tanúsítás, amelynek tapasztalatai már a KES újabb változatába is beépülnek. Folyamatban van a 2002. évben további 5 kórház tanúsítása is. Elkészült a rendelőintézetek tanúsítására alkalmas standard sor is, amelyek bevezetése éppen most esedékes.

A standardok alapján történt tanúsítás beváltotta a hozzáfűzött reményeket mind az általános, mind a progresszív ellátás magasabb rendszerében szereplő kórházak esetében, de kiválóan működött olyan, lényegében egy szakmás kórház esetében is, mint a *nagykállói Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Pszichiátriai Szakkórházában* is, ahol különösen jól érvényesültek azok a humán értékek, amelyek az egyéb minőségügyi rendszerekben kevésbé értékelhetők.

Dr. Kövecz Gyula
MIRTUSZ 2001 Kht.
ügyvezető igazgatója

Orvos jog – betegjog a gyakorlatban



VI. A beteg tájékoztatásához való jog

Az egészségügyi törvény a betegek alapvető jogává teszi, hogy egészségügyi állapotukról általános jelleggel folyamatos tájékoztatást kapjanak. Az új szabály a betegjogok érvényesülése esetében azt jelenti, hogy az egészségügyi szolgáltató intézmény orvosa kizárólag a beteg kérésére tekinthet el a tájékoztatástól, tehát a kezelőorvos nem dönthet abban a kérdésben, hogy a beteget tájékoztatni kívánja-e, avagy nem, hanem egy **teljeskörű általános tájékoztatási kötelezettség terheli**.

A törvény azonban rögzíti azt is, hogy a tájékoztatási kötelezettség egyéniesített formában történjék, ami azt jelenti, hogy olyan módon kell a tájékoztatást adni, hogy az minden beteg számára érthető, világos, egyértelmű legyen. A tájékoztatásnak magyar nyelvűnek, idegen szavaktól mentesnek közérthetőnek, a valóságnak megfelelőnek, tárgyilagosságnak, és őszintének kell lennie. A tájékoztatásnál az orvosnak figyelemmel kell lennie a beteg

személyiségére, tűrőképességére, egyéb körülményeire. Súlyosan etikátlan, ha az orvos a betegben a kezelési javaslatával hamis illúziót kelt. Azt gondolom, hogy ilyen gyakorlat nem alakult ki a gyógykezelések során, de ebből is az látszik, hogy az egészségügyi törvény mindenre kiterjedően gondoskodik a betegjogok védelméről. *Abban az esetben, ha a beteg nem magyar állampolgár, vagy pedig nem tud kommunikálni az orvossal, akkor az egészségügyi szolgáltató intézmény kötelezettsége a tolmácsnak, illetőleg a jeltolmácsnak a biztosítása.* A tájékoztatási jog keretében a kezelőorvos és beteg közötti személyes kapcsolat van a hangsúly, azaz, hogy az orvos beszélgessen, a betegnek legyen lehetősége, hogy kérdéseket tegyen fel, és a számára nem érthető, vagy nem kellően egyértelmű dolgokról további ismereteket szerezhesen. Sajnos a betegjogi képviselők munkája során a betegjogi problémák egy bizonyos köre itt jelentkezik. A nagyszámú beteglétszám, a műtétek száma, az elfoglaltság olyan mértékű, hogy elmaradhatnak ezek a nagyon fontos tájékoztatásra vonatkozó kötelezettségek, melyeket mind a betegek, mind az orvosok is sérelmeznek, de a megoldás még várat magára. A tájékoztatás fontossága igen hangsúlyosan jelentkezik mindennapjainkban. Arról nem is beszéllek, hogy az egészségügyi törvény arról is rendelkezik, hogy az egyes beavatkozások előtt konkrétan a beavatkozással összefüggésben minden lényeges körülményről megfelelő módon tájékoztatni szükséges a beteget, hogy valóban megvalósuljon a törvényben szabályozott önrendelkezési joga minden betegnek.

A beteg tájékoztatásának mire kell kiterjednie? – fogalmazódik meg mindannyiunkban a kérdés? **Tájékoztatni kell a beteget:** – az egészségügyi állapotáról, és hogy a kezelőorvos ezt orvosilag milyen módon értékeli, – a kezelőorvos milyen vizsgálatokat és beavatkozásokat tart szükségesnek a kezelés során, – a beavatkozások milyen előnnyel, kockázatokkal járhatnak, – a vizsgálatok várható időpontjairól.

A betegnek van lehetősége arra, hogy az önrendelkezési jogát gyakorolja, vagyis eldöntheti, hogy igénybe veszi ezeket a vizsgálatokat, beavatkozásokat, vagy nem amennyiben nem veszi igénybe a megajánlottakat, a vizsgálatokkal kapcsolatosan, milyen lehetőségek, alternatívák jöhetnek szóba, – az egészségügyi ellátás folyamán hogyan fog az egészségügyi ellátás lezajlani, ennek, várható kimeneteléről, ha az adott egészségügyi szolgáltató intézmény az ellátást nem mindenben tudja biztosítani, milyen további ellátási lehetőségek kerülhetnek szóba?, – az egészségi állapotával összefüggő életmódjáról, esztleges változásokról, előre nem látható, de elképzelhető változásokról, nem várt események bekövetkezéséről, amire egyik fél sem számít, de mégis előfordulhat, bekövetkezhethet. A törvényi előírásnak megfelelően az orvosnak a tájékoztatás megtörténtét a beteg dokumentációiban írásban rögzíteni szükséges.

Nagyon fontos ez az **írásban tett dokumentálás**, mert a későbbiekben, ha egy jogvita alakul ki a beteg és az egészségügyi szolgáltató között, pontosan az egészségügyi dokumentáció lesz az, amely az esetleges jogvitát eldöntheti. Ez abban az esetben lényeges körülmény, ha a vita tárgya, hogy az egészségügyi szolgáltató intézmény megfelelő módon, milyen körben tájékoztatta a beteget a tájékoztatási jog keretében.

Jog a tájékoztatás visszautasításához, és ennek korlátai:

E körben két korlátozási tényezőről kell beszélnünk.

Nevezetesen: *Az egyik eset* az, amikor a betegség jellege teszi szükségessé, hogy a beteg megfelelő tájékoztatást kapjon a betegsége mibenlétéről, pontosan azért, hogy betegségével mások egészségét ne veszélyeztesse. (Például HIV fertőzöttség áll fenn.) *A másik eset*, amikor a beavatkozást a beteg maga kéri. (Például művi meddővé tétel.) Ezen két kivételtől eltekintve a beteg, ha a tájékoztatási jogával nem kíván élni, nem kívánja, hogy őt kezelőorvosa tájékoztassa, abban az esetben írásban lemondhat ezen jogáról, melyet ismételt az orvosi dokumentációkhoz kell csatolni.

A betegjogi képviselet gyakorlatában igen sok esetben felmerül a kérdés ki kapjon, ki kaphat a beteg kívül lehetőséget ahhoz, hogy a tájékoztatási jog megvalósulhasson meghatározott személy kijelölésével. A cselekvőképes beteg nyilatkozhat, hogy helyette az általa megjelölt személy gyakorolja a tájékoztatási jogot, mert ő nem akar tudni betegségéről. Nyilatkozhat arra az esetre, ha elveszíti cselekvőképességét, akkor ki lesz az a személy, aki megfelelő módon tájékoztatást kapjon az egészségügyi szolgáltató intézménytől. A főszabály továbbra is az, hogy a nyilatkozatot írásban tegyék meg, amennyiben szóban történik meg a nyilatkozattétel, a két tanú jelenléte és aláírása szükséges, melyet az orvosi dokumentációhoz csatolunk, a későbbiekben esetlegesen felmerülő jogviták elkerülése céljából.

VII. Egészségügyi adatok kezelése és védelme.

Az adatvédelemről általában:

Az élet minden területén szerte a világon a számítástechnika fejlődésének és alkalmazásának eredményeképpen az információk áramlása területén robbanásszerű fejlődés következett be. A nagyfokú információáramlás lehetőséget biztosított egyrészt az adatokhoz való hozzáféréshez, ugyanakkor ez mind az egyén, mind pedig a szervezetek számára nagyfokú veszélyt hordozott magában, az adatokhoz illetéktelen személyek is hozzájuthattak. Különös veszélyt jelentett ez az egészségügyi állapotra vonatkozó adatokra, annak hozzáférhetőségére. Az adatvédelmi törvény azonban a megfelelő biztonságot meghozta az állampolgárok számára, ugyanis a törvény rendelkezéseiben a különleges adatok között nevesítette az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó adatokat, ugyanakkor azt is kimondta, hogy különleges adat akkor kezelhető, ha egyrészt: – az adatkezeléshez az érintett írásban hozzájárul, – ha alkotmányban biztosított jog vagy nemzetközi egyezménybe foglalt jogérvényesítése, bűnmegelőzés, illetve bűnüldözési érdekből a törvény elrendeli, – vagy egyéb esetben a törvény rendeli el az adatkezelést.

Az egészségügyi adatvédelmi törvény egyrészt biztosítja, hogy aki az egészségügyi ellátó hálózattal kapcsolatba kerül, annak személyiségi jogai védelembe részesüljenek, azaz az adataikhoz illetéktelen személy, személyek ne férhessenek hozzá.

Sajátos szabályokat tartalmaz az egészségügyi adatvédelmi törvény a HIV-fertőzéssel összefüggésben. Abban az esetben, ha valaki önkéntesen, nevének felfedése nélkül vesz részt HIV szűrőviz-

gálaton, és a vizsgálat eredményeképpen HIV pozitív eredményt mutat ki a szűrő vizsgálat, akkor a vizsgálatot végző intézmény továbbra is biztosítja az információ védelmét. Közegészségügyi és járványügyi célból történő adatkezelésre vonatkozó szabályok pontosan leszabályozottak, nevesítve vannak azok a törvényben előírt esetek, amelyek során nem lehet eltekinteni az adatok továbbításától a megfelelő helyekre.

Kötelező adattovábbítás tényéről azonban a betegellátó egészségügyi szolgáltatónak tájékoztatni kell az érintett beteget, a kötelező adatszolgáltatást elrendelő jogszabály megnevezése mellett.

Az egészségügyi szolgáltatót igénybe vevő betegek személyiségjogát védi azon rendelkezés, amely a beteg vagy törvényes képviselőjének a hozzájárulása beszerzését írja elő, ha a gyógykezelésnél szakemberképzés céljából más személy jelen kíván lenni. (Kivétel: oktatókörház, azonban ebben az esetben is betegfelvételkor ezt a tényt is közölni szükséges a beteggel.)

A gyógykezelés céljából történő adatkezelésnél fontos, alapvető szabály, hogy az adatkezelő köteles az orvosi titkot megtartani. Az orvosi titok alól két esetben van felmentés: egyrészt, ha a beteg írásban hozzájárul, hogy akár korlátlanul, vagy az általa meghatározott korlátozáson belül az ő egészségügyi és személyes adatait továbbítsák. A másik eset, amikor maga a törvény erejéről fogva kell a beteg egészségügyi és személyazonosító adatait továbbítani. *Problémát szokott jelenteni a hozzátartozók joga, a hozzátartozók tájékoztatása, a hozzátartozók irányában a titoktartási kötelezettség megvalósítása.* Az új rendelkezés egyértelmű szabályozást ad. *A beteg gyógykezelése alatt, illetve ennek befejezését követően a hozzátartozó részére is adhat felhatalmazást, és ez alapján az orvosi titoktartási kötelezettség alól mentesül az adatkezelő a felhatalmazott hozzátartozó irányában. Bizonyos esetekben a beteg felhatalmazása nélkül is jogosult a házastárs, az egyenes ágbeli rokon, a testvér, valamint a beteg élettársa az egészségügyi adatok megismerésére.* A jogszabály előírása alapján akkor, ha saját, vagy pedig a beteg egészségügyi ellátása céljából feltétlen szükséges ezen egészségügyi adatoknak megismerése, és más módon nincs lehetőség azokat megismerni. E körben is azonban korlátozó szabály, hogy kizárólag olyan egészségügyi adatok megismerésére van lehetőség a törvény által nevesített esetekben, amelyek a kérelmező egészségügyi ellátása, vagy maga a beteg egészségügyi ellátása céljából feltétlenül szükségesek. Tehát nincs lehetőség arra, hogy a beteg valamennyi egészségügyi adatát ezen a jogcímen a hozzátartozó megismerje. Speciális szabályokat tartalmaz az orvosi titoktartás alól mentesítésre a beteg halála esetén a törvény. A beteg elhalálása esetén a törvényes képviselője, közeli hozzátartozója vagy pedig örököse az, aki jogosult a halállal összefüggő vagy összefüggésbe hozható egészségügyi adatokat, illetőleg a halál bekövetkezését közvetlenül megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos adatokat megismerni, betekinthet a dokumentációba, illetve arról másolatot kérhet. Erre vonatkozó igényét írásbeli kérelem alapján kell az egészségügyi intézmény felé benyújtani. Az adatkezelés legfontosabb, legproblematisusabb eleme az **adattovábbítás**, azaz, hogy mikor, milyen adatokat lehet továbbítani.

Mit jelent ez a szabály egy beteg számára? Az érintett betegségével összefüggésbe hozható adatok a gyógykezelés által indokolt mértékben és időtartamig mind továbbíthatók, ha az érintett beteg ez ellen nem tiltakozik. Egészen más a helyzet azokkal az egészségügyi adatokkal, amelyek az adott betegségével nem függnek össze, esetleg korábbi betegségeire vonatkozó egészségügyi adatok továbbításáról van szó. Ebben az esetben csak a beteg kifejezett hozzájárulása esetén továbbíthatók ezek az adott betegséggel összefüggésbe nem hozható, korábbi betegségére vonatkozó adatok, amelyek azonban bizonyos kezeléseknél segíthetik a betegellátót a megfelelő körkép, megfelelő diagnózis kialakításában.

A háziorvos felé történő adattovábbítás lehetőségéről a beteget megfelelő módon tájékoztatni kell, tehát tudomására kell hozni, hogy a háziorvos felé egészségügyi adatai továbbításra kerülnek, ez ellen azonban tiltakozhat. Külső szerv egészségügyi, illetve személyazonosító adatot a betegellátótól csak írásbeli megkeresése alapján kérhet. Elsősorban büntető és szolgálati ügyekben ad a törvény felhatalmazást a rendőrségnek, az ügyészségnek, a bíróságnak, illetőleg az igazságügyi orvos szakértőnek, hogy a betegellátótól adatokat kérjen.

Antal Géza
Betegjogi képviselő
Balatonfüred

Mölnlycke Health Care

COMFORT AND PROTECTION
BARRIER

www.klinidrape.com

www.barrier.net

A műtőben nincs kompromisszum!

Klinidrape és Barrier egyszerhasználatos 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 szaktitkosítottságot 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

A kórház, mint az újságírói kíváncsiság tárgya

Normális esetben egy „istenháta-mögötti” kórház mindennapjai kívül maradnak a média figyelmén. Ez azonban villámgyorsan megváltozik, amint maga az intézmény egy katasztrófa részesévé válik (kulcsszó: „rossz herék” vagy „legyek a műtőben”), vagy érinti egy, a régióban bekövetkezett katasztrófaeset. A Zell am See-i kórházban az utóbbi esetre volt már többször példa. Az ezekből levont tanulság segített a kórház vezetőségének, hogy megtanulja a médiával való kapcsolat mikéntjét és fejlessze a kórházon belüli média-munkát.

„A pálinka”

A Zell am See-i kórház akkor került először a média-érdeklődés látóterébe, amikor az egyik télisport-központban egy német kártyaparti tagjainak pálinka helyett erősen maró hatású mosogatószert szolgáltak fel. A kórház vezetőségétől az ápolói ügyeletig mindaddig senki sem sejtette, milyen következményekkel járhat a szerencsétlenül jártak fogadása a média szempontjából, míg egy német magáncsatorna televíziós forgatóstábjára már csaknem az intenzív osztályban termett – természetesen bejelentés nélkül –, hogy képes riportot készítsen az egyik áldozattal. A roham végül egy ápolónő elszántságán tört meg. A tapasztalat arra ösztönözte a kórház vezetőségét, hogy fontolóra vegyék, miként lehetne megvédeni a betegeket a hasonló akcióktól. A megbeszélések végül egy, a kórházban esedékes interjú- vagy forgatási kívánságokkal kapcsolatos rendszabályhoz vezettek, melynek célja elsősorban az érintettek és a kórház más betegeinek védelme volt. A rendelet az intézmény dolgozóit is jobban védte, leplezte reakcióikat. Mindennek azonban még vajmi kevés köze volt a „professzionális” médiamunkához.

Sikertelen védekező stratégia

Ez az állapot azonban gyökeresen megváltozott a 2000 tavaszán bekövetkezett *kitzsteinhorni lavinaszerencsétlenség* hatására. Az egyetlen, súlyos sérüléseket szenvedett túlélőt a Zell am See-i kórházba szállították. A korábbi esetből tanulva a kórház intézkedéseket tett a betegek védelmére, és a baleseti sebészet vezetőjét, valamint a gazdasági igazgatót szóvivőnek nevezte ki. Az elvárásnak megfelelően a média érdeklődése a túlélő iránt hatalmas volt. A próbálkozás azonban, hogy a

kórház – a betegekkel megegyezve – az érdeklődést a sérült állapotára vonatkozó tárgyilagos adatokkal elégítse ki, kudarcot vallott. A sajtó kérdései a túlélő személyére, a lavinaszerencsétlenséggel kapcsolatos információira vonatkoztak, sőt, a fényképét is kérték. A kórháznak rá kellett döbbsennie: a védekező stratégia nem vezet megoldásra, így a betegekkel, a kezelő orvosokkal és pszichológusokkal egyeztetve egy szigorúan meghatározott játékszabályok szerint folyó sajtótájékoztató szervezése mellett döntöttek, hogy összpontosított akcióval vegyék elejét a betegekkel készítő exkluzív interjúkat követelő nyomásnak.

Azonos információ mindenkinek

Hogy szavatolják a sajtó átfogó megértését (ami fontos: minden újságíróval közölni, hogy nincsen kivételezés), a sajtótájékoztató bejelentésére az APA osztrák hírügynökség hálózatán került sor. A kórház éttermét ideiglenesen alkalmassá tették kameraállások elhelyezésére, elválasztó elemek kerültek a betegek és az újságírók közé, névtáblákat készítettek, stb. Hogy szükség esetén biztosítva legyen a betegek visszavonulása, csendőri jelenlétet is kértek. A sajtótájékoztató lefolyását előre rögzítették. A „műsorvezető” feladata volt, hogy a média képviselőinek figyelmét felhívja a szigorú szabályok betartására, ő volt a felelős mindenért a kérdésektől kezdve (ki legyen a következő kérdező milyen kérdés megengedett) a sajtótájékoztató esetleges megszakításáig. A betegek felügyeletére és segítésére egy orvost és egy pszichológust jelöltek ki. A szakmai kérdések megválaszolására jelen volt a baleseti sebészet főorvosa, továbbá az a helikopteres mentős és mentőorvos kollégája, akik elsőként érkeztek a lavínához. Mindezekben az intézkedéseken kívül leszögezték, hogy nincs lehetőség személyesen a betegek meginterjúvolására, helyettük az osztályvezető, illetve a fent említett mentőorvos és helikopteres mentős áll rendelkezésre. Az étterem ugyan majdnem teljesen tele volt, a sajtótájékoztató azonban mégis teljes rendben zajlott le, és sokkal kisebb megterhelést jelentett a betegek számára a vártnál, mivel a riporterek tartották magukat a kiadott szabályokhoz. A kívánt hatást ugyancsak sikerült elérni: a betegekre, és rajtuk keresztül a kórházra gyakorolt nyomás megszűnt.



Információpolitika mint nyomáscsökkentő szelep

Közel fél évvel később kellett szembenéznünk a következő rendkívüli helyzettel: a *kapruni sífelvonó-katasztrófával*. A felvonókocsi 16 túlélőjét, 4 sebesültet a hegyi központból és egy sérült mentőst a Zell am See-i kórházba szállítottak. Már aznap kora délután valóságos sajtó-roham jelentkezett az intézményben. Forgatócsoportok jöttek az RTL-től, az ORF-től, a Salzburgi Hírektől. A lehető legrövidebb idő alatt tucatnyi kameracsoport, megannyi riporter gyűlt össze bel- és külföldi újságoktól és magazinoktól, nemzetközi hírügynökségektől. Mindannyian azonos céllal érkeztek: interjú, filmfelvétel, kép a túlélőkről. Jogi szempontból, és természetesen a betegek nyilvánosságától való védelemhez, anonimitáshoz, nyugalomhoz való joga miatt a kórház elsődleges céljának tekintette a túlélők megóvását a rohamtól – ugyanakkor nyilvánvaló volt, hogy a sajtó tájékoztatását nem lehet elkerülni.

A szerencsétlenség iránti hatalmas nemzetközi érdeklődés miatt egyre nőtt a riportereknek a kórházra gyakorolt nyomása (a túlélők neve, interjúlehetőségek, stb.) Már csak idő kérdése volt, mikor kezdenek az újságírók minden létező trükkkel próbálkozni („hozzátartozó vagyok”, „én vezettem a bajor sícsoportot”, vagy akár beöltöznek ápolónak), hogy kíváncsiságuk „tárgyához” férközzenek és megkaparintsanak egy exkluzív interjút.

A médiapiac kőkemény üzlet: a fényképekkel, tévéfelvételekkel és exkluzív interjúkkal világszerte kereskednek. Nem csoda tehát, ha a kórház dolgozóinak még 500 ezer schillingre rúgó összegeket is felajánlottak azért, hogy egy exkluzív interjúért valamelyik túlélőhöz becsempésszenek egy riportert és egy kameramant. Egy osztrák és több német pletykalap riporterei komoly honoráriumot ajánlottak fel a túlélőknek az interjú fejében, s azzal zaklatták a hozzátartozókat, barátokat és a kórház vezetését, hogy beszéljék rá a betegeket az ajánlat elfogadására. Ezzel egyidőben a kórház médiafelelősének jutalékot ígértek, ha elfogad egy hasonló ajánlatot.

Terv a krízishelyzetre

A kórház vezetősége már a vészriadó kihirdetésénél két szóvivőt és egy teljes csapatot jelölt ki egy esetleges sajtótájékoztató szervezésére. Az intézmény többi dolgozójával közölték, hogy semmilyen nyilatkozatot nem tehetnek a katasztrófával kapcsolatban.

Információ és megbízható kapcsolattartók

A lavinaszerencsétlenség esetében bebizonyosodott: megállja a helyét a taktika, mi szerint eleget kell tenni a sajtó követelményeinek, és egy bizonyos szintig offenzív információpolitikát kell folytatni. Ugyancsak fontos volt megnyerni a média bizalmát azzal kapcsolatban, hogy mindenki azonos elbánásban részesül. Pontosan így értesültem például az események során riporterektől arról, milyen trükköket terveznek a „kollégák” annak érdekében, hogy a túlélőkhöz jussanak, vagy megszeressenek egy névsort. Mind a szombati, mind a vasárnapi sajtókonferenciára (melyek újfent az APA hálózatán kerültek bejelentésre) a világ minden tájáról érkeztek tévés és rádiós stábok, lapszerkesztők és tudósítók. Csak az ORF egymaga 5



különböző forgatócsoporttal volt jelen. Akkora volt a tolongás, hogy a szombati sajtótájékoztatót másodszor is meg kellett rendezni, harmadszor pedig angol nyelven ismételték meg. Összesen közel 100 médiaképviselő volt jelen, s a szombati interjúk körülbelül este 11 óráig folytatódtak.

Bár a sajtó vasárnap is kora reggeltől ostromolta a kórházat, az „információzárlatot” sikerült betartani, s ezzel hiánytalanul ellátni a betegek és hozzátartozók védelmét. Az újságírók és a kórházi szóvivők közti jó hangulathoz néhány mellékes dolog is hozzájárult: például extra parkolóhelyek, vagy külön tartózkodási, várakozási hely a kórház közelében, nem utolsósorban azért, hogy megakadályozza az újságírók kórházban való „lézen-gését”.

Ugyanilyen fontos volt a sajtó szempontjából az intézmény kapcsolattartóinak megbízhatósága: ha egy megadott időpontra egy nyilatkozatot vagy interjúlehetőséget jelentettek be, azt teljes mértékben betartották. A fő hatás mellett, mely a hozzánk bizalommal forduló betegek sikeres védelme volt, a Zell am See-i kórház a sajtóképviselők előtt is jól szerepelt, s ez több, az esetről szóló tudósításban is megnyilvánult. Még hetekkel a történetek után is érkeztek pozitív visszajelzések bel- és külföldről egyaránt – egy hatás, amelyet a kórházak közti egyre növekvő versenyhelyzetben nem szabad alábecsülni.

A meggondolatlan bírálat elkerülése

Hogy a médiával való kapcsolat is alá van rendelve bizonyos törvényszerűségeknek, azt a következő példa tökéletesen szemlélteti.

Pár nappal a katasztrófa után a Zell am See-i kórház egy, a helyi médiának szervezett sajtótájékoztatón megpróbálta bemutatni a teljesít-

ményét, elsősorban a katasztrófa esetére felállított terv működését. Bár maga a sajtótájékoztató jól sikerült, egy vezető salzburgi újság egyáltalán nem erről, hanem a kórház és a salzburgi tartományi kormányzat vitájáról számolt be.

S hogy mi történt? A sajtótájékoztató után az egyik osztályvezető elmesélte egy szerkesztőnek, mennyit mérgeződött a tartományi sajtóiroda miatt, és még egy konkrét, a kapruni katasztrófával kapcsolatos példát is felhozott. S a hiba: az illető osztályvezető nem kérte nyomtatékosan, hogy szavai ne kerüljenek nyomtatásba. Klasszikus példa arra, hogyan vethet fel a az ember egy meggondolatlan bírálattal maga is egy témát a sajtó számára.

Szerkesztők, mint partnerek

Tapasztalataink szerint a médiával való kapcsolatban kizárólagos elsőbbséget élvez a betegek védelme. Másrésről a kórház felelőseinek ténylegesen nem marad más feladatuk, minthogy a társadalmunkban különösen jellegzetes információ iránti igényt a legmesszeemenőbben kielégítsék. Megfelelő szervezési előkészületek mellett (médiamegbízottak, világgosan meghatározott kapcsolattartók, a médiával való együttműködés megszervezése, lapszerkesztők megnyerése, mint partnerek) sikeresen hidat verhetünk, egyrészt a szenzációéhség kielégítése, a hírekkel való világszéles üzlet, és másrészt a betegek és a dolgozók érdekeinek jogos védelme között. Ettől a sikertől függ végül, hogy az intézmény pozitív vagy negatív megítélésben részesül-e.

Dr. Herbert Mayer
gazdasági igazgató



Kormányprogramról a média kereszttüzében

avagy

Tallózás a tárca első emberétől

Folytatás az 1. oldalról

Azt teheti meg az önkormányzat – mint az imént már mondtam, hogy nem csupán a szociális területen dolgozók béremelésére használja fel, hanem más ágazatot, mondjuk a pedagógusokat, az iskolát fontosabbnak tart. Ezért tehát, amit ellenőrizni akarunk az az, hogy a tartalék-összeget, amit megkapnak esetleg az önkormányzatok, azt célzottan a szociális területen dolgozók bérének a javítására használják fel. Ehhez szükséges a nyilvánosság, ehhez szükséges a közös fellépés, ehhez szükség van arra, hogy a területen a munkáltatóval kellő súllyal tudjanak tárgyalni a munkavállalók képviselői, hiszen jól tudjuk, hogy nagyon sok kistélephelyen, ahol működik ilyen szolgálat, ott esetleg nincs szakszervezet, nincs aki fellépjen a munkavállalók érdekében. Fontos tehát, hogy az Érdekegyeztető Fórummal kötött megállapodás alapján legyen egy nyilvános nyomás a munkáltatón, legyen erkölcsi kötelezettségük éppen azért, mert az egész országban ez a rend, ez a közmegállapodás, hogy el kell jusson a tartalék a szociális területen dolgozókhoz. Most aztán nem maradhatnak ki ők sem a béremelésből.

Műsorvezető: - De ez valamiféle jogosítvány a szakszervezeteknek, hogy ezt ellenőrizzék?

Csehák Judit: - Természetesen, hiszen, ha megállapodunk, akkor a szakszervezeteknek erre lehetőségük van. Egy közös felmérésben megállapodtunk, hogy megnézzük, kik azok, akiknek, mely munkakörökben volna leginkább szükség a törvény biztosította béremelési összegeken felül a tartalékból egy plusz béremelésre, mely munkakörök azok, ahol leginkább hiányoznak az emberek, ahol legkevesbé nélkülözhetők még az alacsony végzettségűek is. Hiszen a szociális területen körülbelül 60 ezer ember tartozik azok közé, akiknek a bértábla automatikusan, önmagában nem biztosít egy 50 százalékos emelést, tehát különös tekintettel kell lennünk erre a tartalékra és az eljárásokra.

Műsorvezető: - Ez azt jelenti, hogy nem ez az egyetlen lépés az egészségügyben dolgozók jövedelmének javítására? Várhatók továbbiak is?

Csehák Judit: - Az egészségügy és a szociális terület oly mértékben maradt el, hiszen az egészségügyben is 20 százalékkal alacsonyabbak az átlagjövedelmek, mint a nemzetgazdaság átlagjövedelme. 80 ezer forint körül van, miközben a bruttó átlagjövedelem meghaladja a százat, a szociálisban még ennél is rosszabb. Ezért tehát ez az átlagosan 50 százalékos béremelési lehetőség, bár kétségtelen így van, és én ennek nagyon örülök, soha nem látott mértékű az ágazatban, mégsem ad egy lépésben elegendő esélyt arra, hogy minden hátrányt, minden lemaradást, minden adósságot törlesszünk. Szükség van – ahogy a kérdésben is elhangzott – következő lépésekre. A következő években is azon leszünk, hogy pótoljuk ezeket a hiányokat, és azért is született egy olyan megállapodás a hétfői, keddi érdekegyeztető tárgyalásokon is, hogy kötünk egy 4 éves megállapodást, mert hiszen szeretnénk ennek a felzárkóztatásnak a közös programját is kialakítani.

Műsorvezető: - Ez a 4 éves megállapodás valamiféle egészségügyi munkabéke. Tehát ez valami normalizált viszonyt feltételez a tárca és a szakszervezet között, de ebből nem következik automatikusan, hogy lépésről-lépésre újabb kondíciójavítások lesznek az egészségügyben dolgozók jövedelmét illetően.

Csehák Judit: - Ez két szempontból is fontos. Egyrészt azért, mert a mi kormányunknak a programja, a munkastílusa igen komoly hangsúlyt adott a partnerség kiépítésének. Tisztában vagyunk azzal, hogy egyedül számos feladatot nem tudunk megoldani. Különösen így van ez a szociális területen. Ami miatt fontos még – ahogy fogalmazott – a munkabéke a szociális és egészségügyi szférában, mert hiszen a szakszervezetek azért nyomást gyakorló csoportok érdekérvényesítésre jöttek létre, a tárcának is segítenek érdeket érvényesíteni akkor, amikor a döntések megszületnek a parlamentben vagy a kormányon belül. Ebben a szövetségben erősebbek vagyunk, a tárcának tehát nem olyan értelemben jelent kihívást ez a megállapodás, hogy kötelezettségeket vállalunk, hanem olyan értelemben ad esélyt ez a megállapodás, hogy közösen együtt erősebbek leszünk akkor, amikor az éves költségvetésekről kell dönteni.

Műsorvezető: - Az egészségügyi dolgozók, vagy szociális és egészségügyi dolgozók jövedelmének folyamatos korrigálása vagy javítása nem azonos az egészségügy reformjával.

Csehák Judit: - Természetesen nem, hiszen azt sem tagadjuk, ez a megállapodás is arra épül, hogy tudomásul vették a szakszervezetek is, hogy olyan béremelés, mint a jelenlegi, amelyik átlagos és a struktúra változtatása nélkül ad többletet, ilyen a következő években nem lesz. Hiszen az egészségügyi reform döntő eleme az, hogy át kell alakítani a szolgáltatások struktúráját. *Például a fekvőbeteg-ellátásban sokkal nagyobb mértékben, léptékben kell fejlesztenünk a krónikus ápolási lehetőségeket, a gondozó szolgáltatásokat, mint az aktív ellátást. Természetesen a járóbeteg-ellátás, az alapellátás területén is vannak strukturális változtatásra tervek. Ezért tehát a következő béremelések már valamilyen előfeltételhez, valamilyen strukturális változáshoz, vagy mondjuk azt régi szóval, reformhoz kell, hogy kötődjenek.*

Műsorvezető: - Én azért használnám a reform kifejezést, mert az egészségügyi reform megvalósítása, ami az elmúlt 12 évben mondjuk meg, nem történt meg, nélkülözhetetlen a teljes rendszerváltáshoz.

Csehák Judit: – Az egészségügy, miután az orvostudomány és az orvostechnika hihetetlen mértékben fejlődik, és azért, mert a régi hagyományos életmentő tevékenységek, szolgáltatások mellé egyre gyorsabban zárkoznak fel az élet minőségét javító új lehetőségek. Tovább élünk, tehát nem akarunk betegen és munkaképtelenül, aktivitás hiányában hosszú ideig élni. Tehát felértékelődnek ezek a szolgáltatások, ezért az egészségügyben nem úgy van szükség reformra, hogy egyszer csinálunk egy reformot és aztán soha többet nem kell változtatni, hanem pontosan arra kell felkészülni – és azért használok én szívesebben a modernizáció szót, vagy a folyamatos változásra való készséget, képességet és felkészülést, mert hiszen tudomásul kell vennünk, hogy számtalan lépés történt az elmúlt 10 évben, mégsem volt elegendő. Bármennyit fogunk tenni a következő négy esztendőben, akkor sem mondhatjuk el, hogy nem lesz szükség következő lépésre, hogy nincs szükség folyamatos változásra. A reform tehát eleve más tartalmat hordoz, másról szól ma már, mint tíz évvel ezelőtt.

Műsorvezető: - Mégis Makara Péter szociológus, egészségügyi szakem-

ber, aki jelenleg egy genfi székhelyű egészségügyi intézmény vezetője...

Csehák Judit: - Igen kellemes távolságból van rálátása a hazai problémákra.

Műsorvezető: - Ez előny vagy hátrány?

Csehák Judit: - Minden bizonnyal előny.

Műsorvezető: - Szóval ő azt mondja, hogy miközben mi itt modernizációról, reformokról meg egyebekről beszélgetünk, – tehát Makara azt mondja, hogy amint valaki egészségügyi miniszter lesz elsősorban betegügyi miniszter lesz, és elsősorban az ellátási rendszer miatt fáj a feje.

Csehák Judit: - Makara Péter téved, én azt tapasztalom, vagy legalábbis az elmúlt évek törvényalkotásából, jogszabály tömegéből azt állapítottam meg, hogy amikor az ember egészségügyi miniszter lesz, akkor elsősorban gyógyszerügyi miniszter lesz. Hiszen az elmúlt négy évben a tárca jogalkotása 90 százalékban a gyógyszerforgalmazásra, gyógyszer-ára, gyógyszer-támogatásra vonatkozott, és bizony Mikola István – aki nagyon aktív és ambiciózus vezetője volt a tárcának, – ő is csak nagyon kis részét tudta az idejének a rendszer megreformálásával az egészségügyi szolgáltatások, tevékenységek struktúraváltásával tölteni. Én tehát nem akarok gyógyszerügyi miniszter lenni, betegügyi miniszter sem akarok lenni, de az kétségtelen, hogy ahhoz, hogy az ember egészségügyi miniszter lehessen, ahhoz nem elegendő saját maga. Ahhoz a kormánynak kell lenni egy „egészségcentrikus” kormánynak, hiszen ha megbetegszünk, akkor az egészségügyi miniszter kénytelen elsősorban a betegekkel foglalkozni. Ez azt hiszem, magától értetődő. De, ha tudunk vigyázni az egészségünkre közösen, akkor a tevékenység kellemesebb fele, az egészség védelme kaphat nagyobb hangsúlyt.

Műsorvezető: - Ha már a gyógyszer említette: ugye a gyógyszergyártók nem hajlandók tárgyalni az OEP-el.

Csehák Judit: - Hát nem mindegyik. Van, aki beszélget azért.

Műsorvezető: - Vagy beszélgetnek, de nem tárgyalnak. Ezzel szemben az egyik mai lapban olvasom, hogy érdemes tárgyalni a gyógyszercégeknek az egészségbiztosítási pénztárral, mert az új szerek realisan kialakított támogatását soron kívül kezdeményezi a kormánynál az egészségbiztosító.

Csehák Judit: - Igen, így lesz.

Műsorvezető: - Legyen szíves ezt lefordítani. Mit jelent ez a beteg, a gyógyszerfogyasztó szempontjából?

Csehák Judit: - Természetesen a betegek és az orvosok joggal várnak új medicinákra, és okkal sürgetik, hogy a legkorszerűbb készítmények is kerüljenek arra a listára, amelyeket a tb támogat. A betegnek, az orvosnak a gyógyulás szempontjából érdeke ez, a forgalmazónak pedig azért, mert a legnagyobb hasznót érthető módon ezeken a szereken tudja realizálni. Mi tehát nem akarjuk kizárni ezeket az új gyógyszereket a gyógyítás lehetőségei közül, de kétségtelen, meg kell vizsgálnunk, hogy amikor egy nagyon drága, új készítményt befogadunk, akkor milyen, már elavult, hagyományos, kevésbé hatékony készítményeket hagyunk ki, és ártargyalásokat is kell folytatni. Például elképzelhetetlen az, hogy Magyarországon 150 ezer forinttal legyen drágább egy doboz gyógyszer, mint amilyen áron Amerikában forgalmazza ugyanez a cég ugyanezt az orvosságot. Tehát ha hajlandó a cég a világgpiaci áron adni, ha hajlandó a cég árendeménnyre, akkor

nekünk érdekünk, hogy az a gyógyszer minél előbb befogadásra kerüljön. Ezért tehát arról tárgyalunk a gyógyszer-gyártókkal.

Műsorvezető: - Beszélgetnek.

Csehák Judit: - Tárgyalunk. Akik hajlandók tárgyalni, azokkal tárgyalunk, akik nem hajlandók, azokkal beszélgetünk. Tehát arról tárgyalunk a gyártókkal, hogy reális áron, milyen feltételek mellett tudunk korszerű gyógyszereket befogadni, miközben természetesen az összes többi készítmény esetében az a dolgunk, hogy korlátozzuk az áremelkedést, hiszen ez nemcsak a közpénzek többletkiadását jelentené, hanem a vásárló, az állampolgár, a beteg kiadásait is növeli, ha elismerünk esetleg indokolatlan árnövekedést.

Műsorvezető: - Tehát, hogyha én jól értelmezem, akkor a gyártók egy része arra hivatkozik, hogy van megállapodás. Tehát, akkor miről kéne itt tárgyalni?

Csehák Judit: - Egy új megállapodásról.

Műsorvezető: - Más kérdés, hogy az OEP főigazgatója szerint ez nagyon jó, hogy megszületett, de politikai indíttatású megállapodás volt, amely viszont szakmailag rossz.

Csehák Judit: - Igen. Szakmailag azért rossz, mert számos folyamatot nem vett figyelembe, vagy nem vette tekintetbe azt például, hogy a forint felértékelődhet. Nem tért ki arra, hogy egy Európai Unióba csatlakozó ország esetében – például Magyarországon, – ne legyenek magasabbak az árak az Európai Unióban elfogadott árszintnél. Vagy például – ez is nagyon érdekes, ha már a jogról és a megállapodás tartalmáról beszélünk, – a megállapodás előkészítői nem voltak tekintettel arra, hogy az a jogszabály, amire az egész megállapodás épült, az már az aláírás pillanatában hatályon kívül került. Tehát van egy olyan jogi tétel a megállapodásban magában, amelyik tulajdonképpen hivatkozási alapnak nem is tekinthető.

Műsorvezető: - Akkor végül is mire számíthat, vagy mit remélhet a gyógyszerre váró, vagy a gyógyszerfogyasztó? Marad úgy minden, ahogy most van? Vagy pedig csak a próbálkozás.

Csehák Judit: - Nem, semmiképpen. Több dologra számíthat. Egyrészt arra, hogy érdemben, úgy, ahogy ígértük, ebben az évben a térítési díjak a betegek számára nem fognak változni. Számíthat arra, hogy az életmentő, fontos, korszerű gyógyszereit tb-támogatással ugyanúgy megkapja, mint eddig. Sőt, lehet, hogy amit eddig egyedi eljárásban kellett engedélyeztetnie, azt most be fogjuk tudni fogadni, hiszen folynak a tárgyalások. Számítania kell arra, hogy természetesen a gyógyszerárak, ugyanúgy, ahogy a világon mindenütt, nálunk is folyamatosan emelkednek, de a kormány és a tárca azon lesz, hogy ez az emelkedés ne legyen nagyobb, mint az európai uniós növekedés átlaga. Számítania kell arra, hogy mi akkor, amikor a támogatás elveit kialakítjuk, akkor nem annyira a gyógyszert akarjuk támogatni, sokkal inkább a beteget. Ezért történnek most számítások és előkészítő munkálatok arra, hogy – például a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedők esetében adjunk egy havi gyógyszercekket, aminek a birtokában a beteg az általa szedett gyógyszerekre fordíthatja ezt a támogatást, és mi nem ragasztjuk rá a dobozra a tb-támogatását. Ő és az orvosa választhatja meg közösen, hogy milyen gyógyszereket írnak fel, mi pedig egy átlag, havi térítési díjjal

szeretnénk hozzájárulni a terhek könnyítéséhez.

Műsorvezető: - Ön egy szakmai konferencián azt mondta, hogy a kórház-konzolidációt a kormányzat fontosnak tartja, de senki helyett sem fognak adósságot kifizetni. Ki helyett kellene?

Csehák Judit: - A kórházi adósságoknak a felhalmozódása mögött számos ok van. Magyarországon ma is vannak olyan kórházak, amelyeknek nincsenek adósságaik. Van olyan kórházak, amelyeknek jelentős adósságaik vannak, és hogyha megnézzük, hogy mi van az adósságok hátterében, akkor azt látjuk, hogy olyan magas színvonalú, szakmailag gondos, de költséges eljárásokat kell, hogy végezzenek, amelyeket rosszul finanszírozzunk – tehát nem adunk rá elég pénzt. Vagy adunk rá elég pénzt, de többet – például szív-műtétből többet végeznek vagy többet kell végezniük, mint amennyire az éves költségvetésünkben fedezet van. És természetesen vannak olyan kórházaink, amelyeknek a kihasználtsága alacsony, amelyeknek adóssága van, de másfél éves raktárhétszete is mögötte, és bizony tetten érhető a menedzsment hozzá nem értése vagy felelőtlen gazdálkodása is. Ezért tehát, miközben elismerjük azt, hogy rendezni kell ezt a jelentős adósságállományt, konszolidációs tervet, adósságkonszolidációs programot kell, hogy csináltassunk minden intézménnyel, amelyeket érint az adósság maga.

Műsorvezető: - Miniszter asszony, köszönöm szépen.

ATV-Napkelte / augusztus 6.

*

Műsorvezető: - Beszélne egy kicsit makro kérdésekről is, ugye közismert adat, hogy a nemzeti jövedelem 4,4 százalékat fordítjuk egészségügyre, ezzel szemben az uniós átlag 7,7 százalék. Az egészen szomorú, hogy éppen a rendszerváltó kormányok tornázták le ezeket a kiadásokat, hiszen 1990-ben még 6,5 százalékat fordítottunk egészségügyre. Ön szerint négy esztendő alatt önök milyen változást tudnak elérni?

Csehák Judit: - Annak, hogy én a tárca vezetését elvállaltam az volt a feltétele, hogy a pénzügyminiszter úr és a miniszterelnök úr fogadják el célként azt, hogy a négy év, a kormányzati ciklus végére elérjük ezt a hat és félszázalékos részarányt az egészségügy számára a nemzeti jövedelemben. A cél tehát az, hogy 2004-re az 1990-es részesedésünkre tudjuk feltornáznunk magunkat az egészségügy tekintetében.

Műsorvezető: - Nem túl optimista?

Csehák Judit: - Természetesen a közgazdászok számításait is végignéztük, hiszen ők is hozzá kellett, hogy szóljanak ezekhez az elképzelésekhez. Akkor, amikor ezeket a terveket készítettük és ezt a megállapodást is kialakítottuk, akkor valamivel jobb állapotban volt a magyar gazdaság. Okkal lehetett számolni egy, másfél évvel ezelőtti arra, hogy négy, négy és félszázalékos, ötszázalékos növekedést tud a magyar gazdaság produkálni évente és abból ez az arány-növekedés könnyen megfinanszírozható. Most úgy látom, hogy már 2002-ben több mint 150 milliárdot kellett hozzátenni az egészségügy kasszájához, anélkül, hogy a saját elhatározásainkból és elképzeléseinkből a béremelésen kívül túl sokat meg tudnánk valószínűsíteni.

(folytatás a következő számban)

„Kissé” megkésett kitüntetés

Beszélgetés Prof. Dr. Lengyel Mária kardiológussal

2002. augusztus 20-án a kitüntetett egészségügyi dolgozók nem túl hosszú névsorában az olvasó felfedezhette **Dr. Lengyel Mária** nevét, aki az Egészségügyi Minisztériumban átvethette a **Magyar Köztársasági Ezüst Érdemkeresztet**.

- Igazából nem számítottam kitüntetésre – meséli a professzor asszony – egy héttel azelőtt értesítettek. Sejtettem azért valamit, mert az Országos Kardiológiai Intézet igazgatónöje július közepe táján telefonon érdeklődött, átnézte ugyanis a személyi anyagomat, s csodálkozva kérdezte: tényleg soha, semmiféle kitüntetést nem kaptam munkásságomért? Másik okom, amiért gondolhattam valamiféle elismerésre, az volt, hogy olyanok kerültek be az egészségügyi vezetésbe, akiket jól ismerek. Fogalmam sem volt azonban arról, ha egyáltalán kapok, akkor milyet. Amikor átvettem az Ezüst Érdemkeresztet, nagyon meghatódtam, mivel ez állami és nem egyszerűen miniszteri kitüntetés, és ez valamelyest elégtételt is nyújt nekem az eddig elszenvedett meghurcoltatásaimért.

A professzor asszony a kezdetekre emlékezve több mint három évtizedet megy vissza az időben, hiszen 1967-ben került a **Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetbe**, ahol egész szakmai életét töltötte, s ahová mindmáig erősen kötődik.

- 2001 januárjában, egy nemzetközi kardiológiai kongresszus hazai megszervezését követően létszámleépítés ürügyén eltávolítottak az Intézetből. A Kardiológiai Szakmai Kollégium és az Orvosi Kamara a munkásságomat elismerő,

támogató levelet küldött az Intézet igazgatójának, akit azonban az előző kormány egészségügyi minisztere éppen felmentett állásából. Így az eltávolításon nehezményező levelek a két szék között a pad alá estek, hiszen az újonnan kinevezett igazgatónő nem vett vissza, mondván, nem ő küldött el! Helyzetemet súlyosbította, hogy az 1999-ben megszerzett Széchenyi professzori ösztöndíjam is veszélyben forgott, ugyanis az csak a teljes munkaidőben foglalkoztatott közalkalmazottnak jár. Végül az igazgatónő a státuszomat meghagyta, de a betegellátásba nem térhettem vissza. A történet immár a jelenben folytatódik. A helyszín a *Szent Imre Kórház és Rendelőintézet*.

- *Farsang Csaba* professzor felkért arra, hogy a kórház I. Belgyógyászati Osztályának echocardiographiás laboratóriumában folytassam a betegek ellátását. Így 2001 február 15-től már itt dolgozom, igaz, osztály nélkül. Nem volt zavar talan az átállás, mivel 2001 január 31-én már nem írhattam alá a betegeim zárójelentését sem. Tizenöt-húsz éve kezelt betegeimet is el kellett küldenem! Még azt is figyelték, nem konzultálok-e a betegeimmel! Sőt! A Kardiológiai Intézet leváltott igazgatója azt sem engedte, hogy a történekről nyilatkozzam a médiának, így a velem készült rádióinterjúból csak két, a távozásomon szomorkodó beteg szólalt meg. Ezután az egészségügyi miniszter úgy nyilatkozott, hogy mindenféle nyugdíjas korú orvosok megrikatják a betegeket a rádióban! Mindezzel együtt jól érzem magam itt a kór-

házi ultrahang laboratóriumban, ahol osztályos konzultánsként dolgozom: *kardiológiai és echocardiographiás konzultációkat* tartok minden délelőtt és ellátom a régi ambuláns betegeket. A kollégáim örülnek, hogy tanulhatnak tőlem; itt én vagyok „A kardiológus”; akár „továbbképzésnek” is tekinthetik ezeket a konzultációkat. Délutánonként a Kardiológiai Intézetben foglalkozom orvostanhallgatókkal, beleértve az előadásokat, a gyakorlatokat és a szakdolgozatokat, valamint a tudományos diákköri munkát. Talán ez utóbbit szeretem a legjobban; mindig érdekelt a tudományos kutatás. Szakorvos-jelölteket is oktatok, és gyakran hívnak továbbképző előadások megtartására is különböző intézményekbe.

Lengyel Mária professzor asszony pályafutására is ráillik a mondás: „*senki sem lehet próféta a saját hazájában.*” Annál inkább külföldön! Azon kevés hazai kardiológus közé tartozik, *aki választott tagja mind az európai, mind az amerikai kardiológus társaságnak*. Számos nemzetközi szakmai kongresszus számon tartott előadójá; legutóbb Firenzében, majd Sydneyben tartott előadásokat. Rövidesen Berlinbe várják, majd – ugyancsak 2002-ben – a müncheni echocardiológiai kongresszuson hallhatják a résztvevők.

A külföldi szakmai karrier előzményei 1972-ig nyúlnak vissza.

- 1970-ben férjem, aki szintén kardiológus, egy éves ösztöndíjat kapott Angliába, ahol a vado-natúj *szív ultrahang* diagnosztikát látta, és tanácsára én is kijutottam két hónapra, hogy ezzel foglalkozhassak. Megtanultam a szív ultrahang-diagnosztikai módszert és akkor adott technikai lehetőségekkel élve, majd hazajöttem, s Magyarországon én vezetem be ezt a módszert, amelyet a hazai echocardiographiás kollégák többsége a segítségemmel sajátított el. Az *echocardiographia* azóta a kardiológia alapvető módszerévé vált, tehát szívbeteg kezelésében nélkülözhetetlen, sőt, az esetek jelentős részében a szívkatéterezést is helyettesíti. A módszer akkor világviszonylatban is úttörőnek számított. Szerencsére a Kardiológiai Intézet meg tudta venni a rohamosan fejlődő technika új készülékeit, ezért nemigen volt lemaradásunk. 1972 és 1979 között nem jutottam ki külföldre, ezért itthon tanulmányoztam a témát, s 1976-ban ebből védtem meg a disszertációm. Ez segített abban, hogy ösztöndíjat kapjak az Egyesült Államokba. 1979-ben jutottam ki először a világhírű MAYO Klinikára, ahová az első időben évente, utóbb két-három évenként utaztam ki. 1989-ben elsajátíthattam egy speciális eszközzel történő különleges vizsgálati módszert, a *nyelőcső-echocardiographiát* is, amellyel még jobban bele lehet látni a szívbe. Ennek köszönhetően, a szív ultrahang-vizsgálat után, szívkatéterezés nélkül, azonnal műteni lehet a sürgős ellátásra szoruló beteget. Át is adtam tapasztalataimat kollégáimnak, igaz, én magam 2001 óta nem voltam abban a helyzetben, hogy tudásomat hasznosíthattam volna a gyógyításban. Ezzel együtt mindössze négyen tudtuk a Kardiológiai Intézetben ezt az eljárást, s szükség esetén főleg engem hívtak éjjel-nappal. Nemzetközi elismerései közül a professzor asszony azt emeli ki, hogy 2000. augusztusában az *Európai Kardiológus Társaság kongresszusán, a Társaság ötven éves fennállása alkalmából rendezett kiállításon, hazánkat az ő munkásságát ismertető tabló képviselte*.

- Az echocardiographiához kapcsolódik tudományos tevékenységem is – folytatja dr. Lengyel Mária – több mint kétszáz publikáció, két könyv, hazai és külföldi kongresszusi előadások, valamint akadémiai doktori címem és címzetes egyetemi tanári kinevezésem. Az Országos Kardiológiai Intézet tudományos munkáját tíz évig vezettem, 1997-től tudományos főigazgató-helyettesként. Érdemes felelevenítenünk azt is, hogyan indult Magyarország egyik leghíresebb kardiológusának pályája, kezdve 1956-tól, amikor is felvételt nyert az orvosi egyetemre.

- 1958-ban derült ki, hogy édesanyámnak szívbillentyű-hibája van. 1962-ben került sor a műtétjére, éppen abban az évben, amikor végeztem. Véletlenül éppen mostani munkahelyem, az akkori Tétényi Kórházban operálta őt Littmann professzor, akihez orvostanhallgatóként fordultam a műtét elvégzésére. Az operáció jól sikerült, de édesanyám szepszist

kapott. Gyógyszert keresve, eljutottam a Chinoinba, ahol sikerült Oxacillint szereznem. Biztos voltam benne, hogy ez segít. Először nem akartak adni a gyógyszerből, mondván, ne kísérletezzek, de saját felelősségemre, magam adtam be édesanyámnak, aki hamarosan meg is gyógyult, s hetvenhat éves koráig élt. Ekkor határoztam el, hogy kardiológus leszek. Az egyetemet kitűnő eredménnyel, felsőoktatási érdeméremmel fejeztem be, mégsem kaptam megfelelő állást. Hogy miért? Mivel csak ötödévesen jelentkeztem az egyetemi KISZ-szervezetbe – nem azért, mintha nem lettem volna baloldali érzelmű, egyébként mindmáig az vagyok, csak éppen nem kívántam az ő társaságukat – azt mondták, karriervágyból szántam el magam erre a lépésre. Így aztán öt évig egy gyógyszergyárban dolgoztam, mégpedig éppen a Chinoinban!

Bekerülve a Kardiológiai Intézetbe, osztályos és ambuláns betegek ellátásával és echocardiographiával foglalkoztam. 2002-ben HBCS te-kintetében az első öt között, míg német pontban számolva a teljesítményt, az első voltam. Az *echo révén* szinte minden szívbetegségbe – legyen billentyűhiba, szívelégtelenség, vagy hipertónia – bepillantást nyer a szakember. Kezdetben főleg billentyűhíbas betegekkel találkoztam, hiszen a szívkoszorúér-műtétek csak a hetvenes évektől indultak be. Napjainkban ezer szívműtétből mintegy háromszáz történik billentyűhiba miatt, az *echo* bevezetésének idején az évente elvégzett mintegy kétszáz szívműtétnek legalább hetven százalékat ez indokolta. Az echo alkalmazásának másik fontos területe a szívbelhártya-gyulladás, valamint a szívdaganatok, amelyek egyébként nem járnak jellegzetes tünetekkel, de akkor is veszélyesek, ha jóindulatúak, sürgős műtéti beavatkozást igényelnek. Szívinfarktus esetén pedig az *echo* még az EKG előtt kimutatja, van-e elhalás, és ha igen, hol és milyen mértékben. Az echo arra is választ ad, hogy az összteljesítmény, a pumpafunkció mennyire károsodott. Az aortarepedés műtétéhez ma már nincs szükség katéterezésre; az echo ezt is helyettesíti. Napjainkban az echovizsgálat leggyakoribb indikációja a szívelégtelenség, amelynek előfordulása a hetven éves korcsoportban megközelítőleg tíz százalékos – érzékelteti az echo jelentőségét a professzor. Az Intézetben sok új betegem volt, érdekes, illetve súlyos esetek, vagy olyanok kerültek hozzám, akiket egyszerűen nem tudtak megfelelően diagnosztizálni. Szívfájdalmam – fűzi hozzá cseppnyi iróniával hangjában a professzor –, hogy új helyemen már nem látok ilyen betegeket, de régi pácienseim ide is követtek. A különösen emlékezetes eseteket firtató kérdésre dr. Lengyel Mária kicsit eltöpreng, hiszen nem jegyezte föl, milyen sok betegét mentette meg. Végül egy ismeretlen orvos kolléganője édesapjáról mesél, aki otthoni, hirtelen rosszullétét követően kórházi kivizsgálásra került, majd gyógyszerrel ellátva hazaküldték.

- Köztudott volt rólam, hogy sürgős esetben mindig rendelkezésre állok, de a kolléga csak a telefonkönyvből kiderítve otthoni számomat, tudott végül utolérni. A betegnek két szívbillentyűje le volt szakadva, bakteriális szívbelhártya-gyulladástól. A sürgős műtét jól sikerült, az édesapa azóta is jól érzi magát. A háziorvosok odafigyelésének köszönhetően, egyre több olyan beteg érkezik hozzánk a Szent Imre Kórházba, akit régebben esetleg nem, vagy csak megkésve küldtek volna kivizsgálásra, például szívelégtelenségi panasszal, amely a szívritmus-zavar gyakori formája pitvarfibrillatio miatt. Másfél éves itteni tapasztalatom az, hogy az itteni betegek legalább hetven százaléka hatvanöt éven felüli. Az egyre fejlettebb terápiás lehetőségekkel rendelkező Kardiológiai Intézetben több fiatal illetve középkorú beteg is megfordul. Egy negyvenhét éves férfi betegemet, akit tíz éve kezeltam az Intézetben infarktussal, innen, a kórházból, ahol felkeresett, katéterezésre visszaküldtem az Intézetbe, ahol készségesen, azonnal fogadták – avat be a professzor a mindennapos szervezés kérdéseibe. A mobil telefonom számát egyébként minden betegemnek megadom. Továbbra is számíthatnak rám!

Szárdvári Lidia

Állami kitüntetések augusztus 20-a alkalmából

Dr. Mádl Ferenc, a Magyar Köztársaság elnökének a Parlamentben átadott kitüntetettjei

Magyar Köztársasági Érdemrend középkeresztje kitüntetés:

Dr. Ferge Zsuzsa Széchenyi-díjas szociológus, az MTA levelező tagja

Magyar Köztársasági Érdemrend tisztikeresztje kitüntetés:

Dr. Harmat György, a Madarász utcai Gyermekkórház és Rendelőintézet főigazgató- főorvosa
Prof. Dr. Lipcsey Attila, a Fővárosi Szent János Kórház Ideg- Elme Osztály osztályvezető főorvosa, tudományos igazgató

Prof. Dr. Péterffy Árpád, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Szívsebészeti Klinika igazgatója

Prof. Dr. Szegedi Gyula, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar III. Belgyógyászati Klinika egyetemi tanára

Magyar Köztársasági Érdemrend lovagkeresztje kitüntetés:

Bakonyi László, a Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona (Bp. XVII. Pesti út 117.) intézményvezetője

Blumenfeldné Dr. Mikola Júlia, a Nevelőotthonok Nemzetközi Szövetsége Magyarországi Egy. elnöke

Talyigás Katalin, a Joint Alapítvány igazgatója

Tóth Ilona, a vizsolyi Kiss és Szabó Egészségügyi Szolgáltató Bt. Körzeti ápolónője

Magyar Köztársaság Érdemrend középkeresztje kitüntetés (egyéb felterjesztés):

Prof. Dr. Csillik Bertalan, a Szegedi Tudományegyetem Anatómia, Szövet és Fejlődéstan Intézet, Professzor Emeritusa

Prof. Dr. Damjanovich Sándor, akadémikus, a Debreceni Egyetem egyetemi tanára

Prof. Dr. Gáti István, akadémikus, az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet főigazgató-helyettese

Dr.Csehák Judit Egészségügyi, Szociális és Családügyi miniszter asszony kitüntetettjei:

MKE tisztikeresztje kitüntetés:

Dr. Rumi György, a kaposvári Kaposi Mór Megyei Kórház osztályvezető főorvosa
Szanyi Éva, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium főosztályvezető-helyettese

MKE lovagkeresztje kitüntetés:

Fónai László, a TÁMASZ Alapítvány elnöke

Dr. Gyuris Jenő, a gyulai Pándy Kálmán Kórház osztályvezető főorvosa

Hallgató Éva a Humán Fejlesztők Kollégiuma Regionális Forrásközpont elnök-ügyvezetője

Horváth Olga, Szombathely Város Önkormányzata Segítőház intézményvezetője

Dr. Kardos Ferenc, az Erzsébetvárosi Nevelési Tanácsadó igazgatója

Szabó János, a Regionális Családsegítő Módszertani Központ (Kaposvár) igazgatója

MK Arany Érdemkereszt (polgári tagozat) kitüntetés:

Banai Jolán, a Schwester Szakápolási Szolgálat ügyvezetője

Boross Jánosné, az ÁNTSZ Kapuvár Városi Intézete vezető védőnője

Dulibán Lászlóné, a miskolci Semmelweis Kórház - Rendelőintézet Erzsébet Hospice Otthon osztályvezető főnővére

Dr. Dani Vilmos háziorvos, Háziorvosi Rendelő Budapest XI. kerület. kerület

Dr. Tárnak Ferenc, a Zala Megyei Kórház II. sz. Belgyógyászati Osztály osztályvezető főorvosa

MK Ezüst Érdemkereszt (polgári tagozat) kitüntetés:

Józsa Judit, a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum Gazdasági

Igazgatóság Kereskedelmi Osztály vezetője

Juhász Zoltánné, a Fejér Megyei Szent György Kórház I. Belgyógyászati főnővér helyettese

Ormos Szilágyi Sándorné (Csernyik Margit) a kunágotai Községi Önkormányzat

Védőnői Szolgálat védőnője

Sümei Józsefné (Berki Márta) az ajkai Magyar Imre Kórház ápolási igazgatója

Dr. Lengyel Mária a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet nyugalmazott oktatói és tudományos főigazgató-helyettese

Új műtéti eljárások a nőgyógyászatban: laparoscopia, hysteroscopia

Szeptember 19-21 között tartja a **Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága Nyíregyházán** a Jósa András Megyei Kórházban **IX. Nemzeti Kongresszusát**.

Témája az **endoscopia** kapcsolata a nőgyógyászati betegségek kezelésénél, különös tekintettel a petefészek környékének megbetegedéseire, a nőgyógyászati onkológia, illetve a sterilitás kérdéskörére. A mintegy negyven előadás, a tucatszerű poszter keresztmetszetét adja az endoscopia és a nőgyógyászat hazai helyzetének.

Augusztus 28-31 között zajlott Budapesten a négyévenként megrendezésre kerülő Magyar Nőorvos Társaság XXVII. Nagygyűlése. A szakmának e reprezentatív és irányadónak is számító rendezvényén az e témakörben ott elhangzott plenáris kerekasztal előadásainak általánosítható részével, annak szemlélésével kívánom a Nyíregyházán tartandó rendezvényünkre felhívni a figyelmet.

„Napjainkra a nőgyógyászati diagnosztikában és terápiában világszerte elterjedt és elfogadottá váltak az endoszkópos minimálisan invazív eljárások. Ahogy a recidív vérzészavarok diagnosztikájában a curettage és az ultrahangvizsgálatok mellett a hysteroscopia ma már nélkülözhetetlen, ugyanúgy a női meddőség kivizsgálásában perdöntő a laparoscopia vizsgálat. A robbanásszerű orvostechnikai fejlődés jelentősen kiterjesztette az endoscopos módszerek felhasználását olyan körképekben is, amelyekben eddig „gold standard”-nak számított a laparotómia megközelítés. Úttörő nőgyógyászok munkája nyomán az endoscopos sebészet melléktermékeként olyan dogmák igazsága látszik megdőlni, mint például a peritonizálás szükségessége vagy a dermoid peri-

tonitis” – vezette be előadását **Dr. Bacskó György**, Debrecen Szülészeti Nőgyógyászati Klinika munkatársa: „**A Laparoscopia és hysteroscopia javallatai** – című előadásában a szemléletváltással kapcsolatban elmondta: „Az általános egészségügyi kultúra javulása (megelőző szemlélet), a javuló diagnosztikai lehetőségek már hazánkban is lehetővé teszik, hogy a méhen kívüli terhességek 80-90 százalékát még átlagos felszereltségű intézetekben is laparotómia nélkül lehessen gyógyítani, a transzfúzióigény drasztikus csökkentése mellett. A szakorvosképzés javításán kívül a laparoscopia bizonyos fokú „liberalizálását” is jelenti a méhen kívüli terhességek miatti laparotómia elkerülése. Azaz – hasonlóan az appendectomiához – az ilyen javallat miatt végzett laparoscopiák töredéke negatív eredménnyel végződik, de ezt fel kell vállalni, mivel a beavatkozás elmaradása nagyobb veszélybe sodorhatja a beteget, mint elvégzése. Különösen igaz ez még nem szült nők esetében, akiknél a korai diagnózis lehetővé teszi a tuba megőrzését. A napjaink sebészetét átható minimálisan invazív szemlélet rányomja bélyegét szinte minden ténykedésünkre. A tankönyvekben szereplő véres – és a bélműtétek kapcsán a fiatal beteget nem kis veszélynek kitévő – klasszikus hüvelyképző műtéteket világszerte felváltja a laparoscopus Vecchietti féle műtét, ami eredményességében hasonló a laparotómia útján, a gát felőli heroikus véres preparálással elvégezhető beavatkozásokhoz, de a beteg megterhelése és szövödményeinek száma messze elmarad azoktól.

Az endoscopia térhódítása terén leghevesebb vitákat kiváltó téma az onkológia. Az ablasképző műtéti technika nem áll összeegyeztet-

hetetlen ellentétben a laparoscopiával. Az ultrahangos és elektromos vágó eszközök, az endobag technika eredményesen alkalmazható ezen a területen – állapítja meg Bacskó kolléga, amit előadásában számtalan gyakorlati példával támasztott alá.

Dr. Szendei György, a Semmelweis Egyetem I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának munkatársa „**Benignus adnexfolyamatok laparoscopus ellátása**” című előadását Van Herendael 1996-ban megjelent az „Operatív nőgyógyászati endoscopia”, című könyvének idézetével kezdte: „Semmi kétségem sincs afelől, hogy az olaszok által „szabad égbolt” sebészetnek nevezett technikát az operatív laparoscopia fogja felváltani.”

Szendei kollégától rövid áttekintést kaphattunk az endoscopia történelméből. Az első nőgyógyászati endoscopos beavatkozásra az 1930-as években került sor, a technika visszamaradottsága miatt azonban a próbálkozások kudarcot vallottak. A 70-es évek elején a technikai lehetőségek fejlődésével a nőgyógyászok karolták fel ismét az endoscopiát. Az agresszív iskolát K. Samm Kielben, míg a konzervatívabb szemléletet H. Lindemann alapította meg Hamburgban. Az operatív endoscopia azóta más szakterületen is világszerte elterjedt, megfelelő gyakorlattal rendelkező operatőr kezében a beteg és a betegbiztosító szempontjából számtalan előnnyel járó alternatív lehetőséget biztosít, különös tekintettel a benignus adnex-folyamatok kezelésére.

Dr. Drozgyik István, a Pécsi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának munkatársa: „**A meddőség, az endometriosis laparoscopia útján történő kivizsgálása és kezelése**” című előadásában

elmondta, hogy intézetükben 128 endometriosisos beteget kezeltek sterilitás miatt. A betegek életkora 29,1 (20-38) év, a sterilitás átlagos időtartama 3,3 (2-9) év volt. A betegek endometriosis-stádium szerinti megoszlása a következőképpen alakult: I. stádium 4 beteg, II. stádium 67 beteg, III. stádium 39 beteg, IV. stádium 18 beteg. A korábbiakban ismertetett séma szerinti kezelést alkalmazták az alábbi eredményekkel: az enyhe és minimális endometriosissal kezelt 71 betegnél 3 éves utánkövetéses vizsgálat során 41 terhesség, a 39 középsúlyos betegnél 19 terhesség, míg a 18 súlyos endometriosisos betegnél 3 terhesség következett be. A kezelés kezdetétől a terhesség bekövetkeztéig átlagosan hét és fél hónap telt el. Az eredmények alapján megállapítható, hogy endometriosis által okozott infertilitásban az alkalmazott kezelési séma eredményes.

Dr. Gerő György, a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház nőgyógyásza: „**A laparoscopia egyes speciális alkalmazási területei**” című előadásában összefoglalta azokat a leggyakoribb tényezőket, amelyek a nőgyógyászati laparoscopus tevékenységen belül egyes eljárásokat speciálisnak minősítenek.

Dr. Szilágyi András, szintén a pécsi egyetemről a méhen kívüli terhesség endoszkópos ellátásáról és a lézer alkalmazásáról mondta el tapasztalatait.

Az új műtéti eljárások kritikai értékelésével kapcsolatban – ezen címmel – külön szekcióban vitatta meg a szakma álláspontjait.

Dr. Kollár László
Nőgyógyász-főorvos-főszerkesztő
Nyíregyháza

Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága

IX. Nemzeti Kongresszus

Szabolcs-Szatmár-Bereg
Megyei Önkormányzat
Jósa András Kórház
Szülészeti-Nőgyógyászati Osztálya

2002. szeptember 19-21
Nyíregyháza

Jelentkezés: **Dr. Pap Károly**
osztályvezető főorvos
06 (42) 465-666/1512 mellék
email: **papka@josa.szabinet.hu**

Újdonságok – Tudomány

Mégsem csodaszer?

A COX-2-gátlók alkalmazása megnöveli a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázatát – friss kutatások most nyilvánosságra hozott adatai a végét jelentik a COX-2-gátlók körül kialakult mítoszoknak. A „szuper Aszpirinként” emlegetett ún. COX-2-gátlókat a reumatikus megbetegedések kezelésében, valamint a fájdalomcsillapítás területén alkalmazza az orvostudomány, mivel az ebbe a csoportba sorolt gyulladás- és fájdalomcsökkentők szedése az eddigiekhez képest jóval kevesebb mellékhatással jár. James K. Hennen kanadai tudós kutatási eredményei azonban azt látszanak igazolni, hogy a COX-2-gátlókkal kezelt betegek körében gyakrabban fordulnak elő kardiovaszkuláris megbetegedések. A korábban alkalmazott szerek egyik hatóanyagának, az ASS-nek (acetilszalicilsav) – amely az Aspirin(R)-ben is megtalálható –, véráldagsgátló hatása van, ezért bizonyítottan hatásos a kardiovaszkuláris betegségek megelőzésében. Amikor az orvos a kezelé-

várható előnyeit és hátrányait mérlegeli, szem előtt kell tartania azt a fontos szempontot is, hogy a reumatikus betegségek kezelése – elsősorban idős betegek esetében – ne vezessen a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázatának emelkedéséhez. Ennek következtében – Henna szerint – a reuma és az arthrosis kezelésében az egyetlen alternatívát az Aszpirin adagolása jelenti. Az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszer-ellenőrzési Hivatal (FDA) jelenleg is vizsgálja annak lehetőséget, hogy mennyiben lehet a COX-2-gátlók által okozott fokozott kardiovaszkuláris kockázatot az egyidejűleg alacsony dózisban adagolt ASS, például Aspirin(R) alkalmazásával csökkenteni. Dr. James K. Hennen most vehette át Madridban a „Fiatall Kutatók Aspirin (R) Díját az úttörő jelentőségű kutatási munkájának elismeréseképpen. A témával kapcsolatos további információk, a James K. Hennen-ről és a „Nemzetközi Aspirin(R) Díj” odaítéléséről készült videofelvétel megtekinthető a www.aspirin.com internetes címen.

Az Enzon,Inc. (NASDAQ: ENZN) és a Micromet AG magáncég bejelentette, hogy hosszú távon együttműködve közösen akarja kifejleszteni az antitesteken alapuló gyógymódok következő generációját. A megállapodás értelmében az Enzon és a Micromet fontos szabadalmaik közös hasznosításával és az egyláncú antitest (SCA) technológia terén szerzett, egymást kiegészítő szakismereteire támaszkodva antitesteken alapuló gyógymódokat fejleszt ki. Az együttműködés során kihasználják, hogy az Enzon nem kizárólagos szabadalmi díjat kap pegilált SCA termékeire. A két cég megállapodott abban, hogy a Micromet németországi kutatási központjában létrehoz egy új kutató-fejlesztő részleget. A részleg kezdetben 25 tudóst alkalmaz, és várhatóan 2002 végétől dolgozik teljes kapacitással. A 2002 harmadik negyedében kezdődő és 30 hónapon át tartó együttműködés első szakaszában az új kutató-fejlesztő részlegnek legalább két, klinikai kipróbálásra alkalmas gyógyszerati készítményt kell kifejlesztenie a két cég közös stratégiai érdeklődési körébe tartozó gyógyszerati fejlesztés költségeit, és terveik szerint megosztják a technológia licencekből és a kifejlesztett termékek forgalmazásából származó bevételeket. A kutatás és fejlesztés területén megvalósuló együttműködésen kívül az Enzon mintegy 8 millió dollár értékű befektetést eszközöl a Micrometbe. „*A Micromettel kialakított együttműködésünk is jelzi, hogy az Enzon meg akarja szilárdítani az SCA technológiai terén kivívott vezető szerepét, és további innovatív termékekkel kívánja kiegészíteni termék körét.*” A most kialakított termékfejlesztési együttműködés révén közösen hasznosítjuk a két cég gazdag tudományos tapasztalatait, a szellemi termékek területén szerzett biztos pozícióit, valamint a pegilált és inhalációs technológiák terén meglevő ismereteit. Mindez előfeltétele annak, hogy az SCA-k új korszakot nyissanak az antitest alapú terápiák történetében”- mondta Arthur J. Higgins, az Enzon elnök-vezérigazgatója. Az SCA-k egyetlen polipeptid-láncon kapcsolják össze az antitestek azon részeit, amelyek megkötik az antigéneket. Sokkal kisebbek, mint a hagyományos antitestek, a mikrobás fehérjék működési rendszerében pedig sokkal gazdaságosabban, jelentős költségmegtakarításokat elérve lehet előállítani őket, mint a monoklonális antitesteket. Az SCA-k rendkívül sokoldalúak, így genetikailag könnyen megvalósítható, hogy sokféle környezetben működjenek. A sejtek felszínén levő receptorokhoz kapcsolódó SCA-kat biológiai antagonistaként és agonistaként alkalmazhatják; vannak olyan SCA-k, amelyek meggátolják a cito-

kinék és más oldódó biológiai közvetítő anyagok tevékenységét; az SCA-fúziós fehérjékben a sejt-specifikus SCA-kat toxinokkal, radionukleidokkal, enzimekkel vagy citotoxikus szerekkel szerelik fel, hogy szelektív módon pusztítsák el a különféle típusú sejteket, például a rákos sejteket. Az SCA-k – változatosságuk miatt – sokféle olyan gyógyszerati célra is felhasználhatók (például a rák, a központi idegrendszer megbetegedései, a szervátültetések, a gyulladások és az autoimmunitás kezelésére), amelyekre a hagyományos monoklonális antitestek nem voltak alkalmasak. A beadás alternatív (például pulmonális) lehetősége valamint a minden valószínűség szerint meg-hosszabbodó biológiai felezési idő még inkább megnövelheti az SCA-k klinikai hasznosíthatóságát a monoklonális antitestekkel szemben.

„*Örülünk, hogy az Enzonnal együttműködve újszerű, klinikai igényekhez igazított SPA terápiákat fejleszthetünk ki, melyek jelentős mértékben hozzájárulhatnak cégünk termékskálájának bővítéséhez.*” – mondta Erich Felber, a Micromet vezérigazgatója. - Ez a kezdeményezés a két cég közös erején és az SCA technológiai terén szerzett tapasztalatain valamint az Enzon kereskedelmiileg sikeres pegilációs technológiáján alapul. Christian Itin, a Micromet üzleti és vállalatfejlesztési alelnöke ekképp kommentálta a megállapodást: „*BITE(TM) formátumunkkal már korábban bizonyítottuk az egyláncú antitestek egyedülálló előnyeit. Ezeket az előnyöket most az SCA-n alapuló, agonisztikus, antagonisztikus és modulációs tulajdonságokkal rendelkező, és számtalan betegség gyógyítására vagy kezelésére alkalmas gyógyszerek kifejlesztésével is hasznosítani kívánjuk.*”

Az Enzon kulcsfontosságú szellemi termékekkel járul hozzá az SCA-k kifejlesztéséhez. Alapvető jelentőségű szabadalmai – a Micromet kulcsfontosságú SCA megkötő és fúziós fehérjetechnológiai szabadalmaival együtt – lenyűgöző technológiát biztosít az SCA termékek fejlesztésére. A két cég megújította az SCA IP szabadalmaik kölcsönös felhasználását lehetővé tevő megállapodását, és elhatározta, hogy harmadik felek számára közösen forgalmazzák SCA IP termékeiket. A Micromet kizárólagos marketing partner lesz, és e minőségében a két cég nevében átfogó licenccprogramot indít. A felek egyenlő arányban viselik a program költségeit és osztoznak a bevételeken. Az Enzon és a Micromet licenceit jelenleg is használja például az **Alexion, a Bristol-Myers Squibb, a Cambridge Antibody Technologies, a Cell Genesys, a Celltech, a Crucell, az Eli Lilly, a Seattle Genetics és a Xoma. Több SCA molekula a klinikai kipróbálás időszakában van.**

A Rosetta Biosoftware és az Agilent Technologies, Inc. (NYSE: A Kirkland, Washington állam és Palo Alto, Kalifornia BusinessWire)- bejelentette, hogy bevezeti a Rosetta Luminator rendszert, amely a *mikromátrix* adatok tárolására és elemzésére szolgáló ügyfél-szerveres bioinformatikai rendszer. A **Rosetta Luminator rendszer** kizárólagos forgalmazója az Agilent lesz, amelynek már kizárólagos megállapodása van a Rosetta Biosoftware-rel a Rosetta Resolver(R) rendszer forgalmazására, amelyet a nagy gyógyszergyártó vállalatok és más nagy kutató létesítmények számára fejlesztettek ki. A Rosetta Luminator rendszert a kicsitől a közepes méretig terjedő gyógyszeripari és biotechnológiai vállalatok, valamint a génkutatást végző tudományos laboratóriumok és alapkutató létesítmények szükségleteire fejlesztették ki. A rendszert úgy alakították ki, hogy együtt növekedhessen a génextpresszió kutatói igényeivel, és zavartalan

bővítési útvonalat biztosít a Rosetta Biosoftware vezető vállalati génkombináció elemzési adatelemző termékehez, a Rosetta Resolver rendszerhez. A Rosetta Luminator rendszer 1.0 verziója a Rosetta Resolver rendszer jellemzőinek egy alrendszerét tartalmazza, és olyan kutató intézmények számára készült, amelyeknek nagy mennyiségű, különböző formátumokban meglevő expressziós adat elemzésére és kezelésére van szükségük. A Rosetta Luminator rendszer a Rosetta Biosoftware fejlett technológia-specifikus hiba modelljeit használja arra, hogy minden egyes génextpressziós adatponthoz valószínűségi értékeket és hibakorlátokat rendeljen. Ez lehetővé teszi a géneknek a kívánt megbízhatósági szinten való azonosítását jelenlét/hiány lekérdezés vagy le/fel rendezés útján. Az ezekből a hiba modellekből számított minőségi statisztikák automatikusan felhasználják a kísérleti kópiákban lévő információkat és a rendszer min-

den elemzési jellemzőjét annak érdekében, hogy az optimális eredményre jussanak. Hasonlóan a Rosetta Resolver rendszerhez, a Rosetta Luminator rendszer is rendelkezik azzal az integrált képességgel, hogy az arány- és intenzitás adatokat egy rendszerben vizsgálja, szükségtelenné téve a különböző adatformátumok elemzésére elkülönült modulok vagy termékek használatát. A rendszer egy centralizált Oracle adatbázissal is rendelkezik, ezzel módot nyújt valamennyi mikromátrix adat és releváns kísérleti annotáció tárolására. A Rosetta Luminator rendszer annotációs LIMS jellemzői lehetővé teszik a felhasználó számára a génkombinációs kísérleteihez kapcsolódó külső információk bevitelét és tárolását. Ezen felül, a Rosetta Luminator rendszer a további tulajdonságokkal rendelkezik: Ábrák-grafikonok, táblázatok és képek képernyőn való megjelenítése, egy- és kétszatos adatkészletek képi megjelenítésére, elemzésére és összehasonlítására; Trend analízis, időbeni és treatment titrálási elemzések lefolytatására, valamint a többszörös kísérletekben fellelhető biológiaiailag értelmezhető trendek azonosítására és kimutatására; Klaszter analízis, amely összetett algoritmusokat és megjelenítési eszközöket használ fel az egy- és kétszatos kísérletek vagy profilok együttese közötti összefüggések kimutatására; ROAST(R), a Rosetta Array Search Tool, amellyel a gének és a kísérletek közötti statisztikailag súlyozott expressziós profil-hasonlóságok feltárása végezhető el; Ratio Builder (arány képző), a különböző expressziójú géneknek egy-csatos, intenzitás eszpressziós profilok csoportjaiból történő statisztikai összehasonlítására és azonosítására; Annotációs menedzserek, a kísérleti annotációval összefüggő releváns információ rögzítésére; BioSetek, amelyek adatgyűjtések létrehozását és a rendszerezett génlisták jövőbeli elemzés vagy az együttműködő kutatókkal való megosztás céljából történő tárolását teszik lehetővé.

A Philips új betegmegfigyelő rendszere az *IntelliVue* révén a kórházi személyzet a betegben tartózkodásának egész ideje alatt hozzáférhet a rá vonatkozó adatokhoz. Miközben a beteget az egyik osztályról a másikra szállítják (például a sürgősségi ellátás helyszínéről a műtőbe vagy a kardiológiáról a radiológiára), az egyik részlegben összegyűjtött adatokhoz a másik részlegben és az Információ központban is hozzáférhetnek. Az IntelliVue azt is lehetővé teszi, hogy az orvosok távolról, egy-egy otthoni vagy irodai személyi számítógépről is figyelemmel kísérhessék a beteg állapotát, és szükség esetén konzultáljanak róla. A megkérdezett orvosok háromnegyede úgy nyilatkozott, hogy ha nem sikerül távolról beszerezniük a betegekhez vonatkozó információkat, akkor vissza kell menniük a kórházba, hogy megfelelőképpen közbeavatkozzanak. A megkérdezett 80 százaléka úgy vélekedett: nagyon fontos, hogy a betegekhez vonatkozó informá-

ciókhoz távolról is hozzá lehessen férni. Ha bárhol, bármikor megkaphatják ezeket az információkat, felgyorsulhat a kezelés. Ez különösen az állandó odafigyelést igénylő betegeknek fontos. „*A Philipsnél folyamatosan azon törjük a fejünket, hogy miként elégítsük ki az egészségügy egyre növekvő igényeit. Az IntelliVue ügyfeleink érdekeit szem előtt tartva gyökeresen megváltoztatja a kórházi gyakorlatot: csökkenti az adminisztráció időigényét, így több idő jut a betegekhez*” - mondta Tony Ecock, a Philips Medical Systems Patient Monitoring részlegének alelnöke és vezérigazgatója. „*Olyan biztonságos rendszereket akarunk kifejleszteni, amelyek révén az orvosok gyakorlatilag bárhol, bárhol hozzáférhetnek a betegekhez vonatkozó létfontosságú információkhoz. Ehhez csak arra van szükség, hogy legyen a kezük ügyében egy személyi, hordozható vagy kézi számítógép...*”

Cukor blues

A cukornak egészségünk, közérzetünk, teljesítményünk és kedélyállapotunkra sokkal erősebb hatása van, mint gondolnánk. A cukor az egyéb kábítószerekkel és függőséget okozó szerekkel egy kategóriába sorolható, hatása azonban nem annyira nyilvánvaló, mint a közismert drogoké. A cukor testi és lelki hatásait szakemberek tucatjai írták le az évszázadok során, cukorfüggő civilizációnk, illetve a gazdasági és politikai érdekek azonban mindig felülkerekedtek ezeken a felismeréseken. William Dufty: Cukor blues című műve a cukor szervezetünk és történelmünkre gyakorolt hatásait boncolgatja a középkortól napjainkig érdeklésztető és egyben meggyőző módon. A cukor története összefonódik a rabszolgás történetével, amellyel kapcsolatban Noel Deerr brit történész a következőképpen fogalmaz: „Nem túlzás azt állítani, hogy a rabszoga-kereskedelem során húszmillió afrikai pusztult el, s kétharmaduk a cukor miatt”. Holott a cukor testünk és lelkünkre gyakorolt hatásáról már a középkorból maradtak fenn leírások. Leonhard Rauwolf német botanikus, a Rauwolfia serpentina gyógynövény első leírója és névadója 1573-ban közzétett útínaplójában örök érvényű hadtudományi bölcsességet olvashatunk: „A törökök és a mörök egyik (cukor)darabot a másik után vágják maguknak, és nyíltan rágesálgát az utcán a szegény legesekelebb jele nélkül... ilyenképpen rászoktak a torkosságra, és már nem azok a rettenetetlen haresok, akik azelőtt voltak... A torkossá vált törökök már nem néznek bátran és merészen szembe az ellenséggel a csatában, mint régebben tették.” A könyv végigkíséri a cukor történetét idézve a cukor káros hatásaira utaló leírásokat, kísérleteket és egyéb történeteket. Így például azt az 1793-ban feljegyzett esetet, amely 5 hajótörést szenvedett matróról szól akiket 9 napi hánykolódás után sikerült kimenteni. A szerénsszerűen járt hajó cukrot és rumot szállított az óceánra-át. A matrörök az éhezés következtében teljesen legyengült állapotban voltak, 9 napon át cukron és rumon éltek. A történetekhez Dufty a következő megjegyzést fűzi: „Nemcsak én, de számtalan leírás is megerősíti, hogy az ember minden további nélkül képes arra, hogy víz és élelem nélkül kilenc napon át vagy annál tovább is életben maradjon. Valamennyi vízzel, de élelem nélkül ennél sokkal tovább is ki lehet bírni.” A történet azonban ezzel nem ér véget. „F. Magendie-t, a kiváló francia élettankutatót felvillanyozta ez az eset, és végrehajtott egy állatkísérlet-sorozatot, amelynek eredményeit 1816-ban tette közzé. Kuttyákat táplált cukorral vagy olívaolajjal, illetve vízzel. Mindegyik kutya elpusztult. A hajótörött tengerészek és a francia élettankutató kísérleti kutyaí ugyanazt a tényt igazolták egyszer és mindenkorra. Kizárólag cukrot enni veszélyesebb, mint semmit sem enni. Csak vízen

igen szép ideig életben maradhatunk. A cukor és a víz azonban végezhet velünk.” A cukor ludas betegségek egész sorának kialakulásában. Így része van az érelmeszesedés és a szívinfarktus, a gyomor- és a nyombélfékely, a cukorbetegség és a fogszuvasodás kialakulásában. A lista közel sem teljes. Ezek, a mára népbetegséggé vált betegségek megelőzhetőek, illetve szerencsés esetben gyógyíthatóak lennének cukormentes, teljesértékű táplálkozással.

A cukor káros hatásai ugyanis elsősorban azzal magyarázhatók, hogy a cukorban semmi sincs egy diszacharid molekulán, a szacharózon kívül. Amerikában a cukrot anti-tápanyagnak tartják. Felszívódásához és feldolgozásához a cukor nem szolgáltatja a szükséges ásványi sókat, nyomelemeket, vitaminokat és egyéb anyagokat, hanem ezeket a szervezet tartalékaiból vonja el. A cukor gyorsabban szívódik fel, mint a természetes élelmiszerekben található cukrok, gyorsabban jut a vérbe, ezért teljesen más hatása van, mint a a természetes cukroknak.

A pszichére gyakorolt hatás angol neve sugar blues, amely a cukor által előidézett szomorkás állapotra utal. Az állandó cukorfogyasztás következményeként fellépő hyperinzulinizmus vagy hypoglykémias állapot folyamatosan alacsony vércukor szintet eredményez, amelyben az Egyesült Államok lakosságának 49,2%-a szenved. A sugar bluest testi és lelki tünetek sokasága jellemzi, így a koncentrációs zavarok, gyengeség, nyomottság, félelmek, szorongás, a teljesítmény csökkenése, depresszió, az édesség túlzott kívánsa, túlzott alkoholfogyasztás, allergia, alacsony vérnyomás. Ez életünk egészét komoly mértékben befolyásolja, így munkabíró képességünket, teljesítményünket, állóképességünket és a korunk közlekedési eszközénél, az autónál jelentős reakcióidőnk is. A gyermekkori hiperaktivitás csakúgy a szám-lájára írható mint számtalan más idegrendszeri nyavalya, így például a skizofrenia. A pedagógusok által észlelt egyre több hiperaktív, koncentrálni nem tudó, nyugtalan gyerek esetében a cukor és az adalékanyagok elhagyása döbbenetes változást eredményezhet.

A könyv érdekesítő olvasmány, amely újragondolkoztatja velünk a történelmet csakúgy, mint a orvoslás történetét. Segítséget nyújt a leszokáshoz, és gyakorlati tanácsokat ad a cukormentes élet ételeihez. A könyv több, mint húsz év késéssel jut el a magyar olvasókhoz, azonban aktualitásából mit sem veszített az évtizedek során — cukorevésben mi magyarok ugyanis még mindig a világelsőek között vagyunk. A könyv újrapiírra készült. William Dufty: Cukor blues című műve a Kétezerégy Kiadó gondozásában jelent meg, kapható a könyvesboltokban, illetve megrendelhető a kiadónál. Ára: 2001 forint.

Tel./fax: 26/374-586, info@ketezeregy.hu.

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

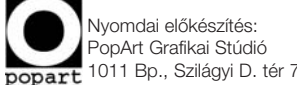
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**, ápolási témafelelős: **Petrikné Jakab Zsuzsa** Munkatársak: **Thaly Borbála** terjesztési vezető, **Kollár Bence** lap- és marketing igazgató és valamennyi nevével hitelesített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

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

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

Látletlet

Egészségügyi kommunikációs szaklap az Egészségügyi Dolgozó jogutódja



A daganatos fájdalom csillapítása a háziorvosi gyakorlatban

Szeptembertől újra indul a Magyar Rákellenes Liga továbbképző rendezvénysorozata

A fájdalom a rosszindulatú daganatos megbetegedések velejárója, előbb-utóbb mindenképpen jelentkezik. A manapság rendelkezésre álló modern tapasznak, gyógyszereknek és egyéb terápiás módszereknek köszönhetően a különböző fájdalomtípusok nagy része már hatékonyan csillapítható, ez azonban magas szintű szakmai tudást és tapasztalatot feltételez. A növekvő számú daganatos beteg ellátásában egyre nagyobb szerep hárul a háziorvosokra. Ebben a felelősségteljes feladatban a Magyar Rákellenes Liga ingyenes szakmai továbbképző rendezvénysorozattal támogatja őket, amely – a nagy sikerre és a pozitív visszajelzésekre való tekintettel – szeptembertől újra indul. Az érdeklődő családorvos kollégákat tartalmazó tudományos előadással és hasznos szakmai irodalommal várják.

A daganatos betegek krónikus fájdalomtól szenvednek, amelynek jellege, intenzitása, kiváltó oka a legkülönbözőbb formákat mutathatja, éppen ezért csillapítása is komoly feladatot ró az orvosokra. A WHO által lefektetett alapelvek szerint a tumoros fájdalmat csillapítani kell, méghozzá akkor, amikor annak intenzitása még nem elviselhetetlen a beteg számára. A fájdalomcsillapítás az orvos alapvető kötelessége. Ehhez az orvostudomány kiváló eszközöket, terápiás módszereket biztosít, melyekkel az esetek 70 százalékban a beteg fájdalommentessé tehető, 20 százalékban pedig jelentősen csökkenthető a fájdalom intenzitása.

A nemzetközi irányelveknek megfelelően már hazánkban is jelentős előrelépés történt a fájdalomcsillapítás gyakorlatában, a kívánatos helyzet eléréséhez azonban még sok időre, s főleg szemléletváltásra van szükség. A Magyar Rákellenes Liga tapasztalatai szerint még mindig igen sok beteg életét megkeseríti, a nem vagy nem megfelelően csillapított fájdalom, ami gyakran a társadalmi és családi kapcsolatok megromlásához, s akár komoly lelki válsághoz is vezethet. A betegek igen nagy számban fordulnak orvoshoz panaszaiakkal, mégis előfordul, hogy a szakellátásból kikerülő páciens „elvész”, nem részesül az állapotának megfelelő, szakszerű ellátásban. Pedig a daganatos eredetű fájdalom csillapítása progresszív jellegű, összetett, hosszú távú tevékenység, egy komplex folyamat eredménye. Csakis akkor lehet hatékony, ha a szakmai felkészültség és a rendelkezésre álló terápiás módszerek ismerete mellett megvalósul a beteg állapotának intenzív nyomon követése is. Ennek megfelelően tehát magától érthetődő a háziorvosok kulcsfontosságú szerepe, hiszen a körzetükben élő páciensekkel leginkább ők tudják tartani a kapcsolatot, ezért – optimális esetben – rendszeres és hiteles információhoz juthatnak a betegség alakulásáról. Az ily módon beszerzett információ birtokában a háziorvosnak képesnek kell lennie arra, hogy helyesen azonosítsa a fájdalom típusát, kiterjedtségét, annak okait, majd ezen adatok birtokában folyamatosan értékelje és

módosítsa a szakorvos által megszabott fájdalomcsillapító terápiát vagy akár önállóan is képes legyen annak felállítására. A Magyar Rákellenes Liga a tavasszal útnak indított ingyenes rendezvénysorozattal a háziorvosok szakmai ismeretszerzését szeretné elősegíteni, illetve lehetőséget biztosítani az onkológiai fájdalomcsillapítással kapcsolatos kérdések megválaszolására, problémák megvitatására. Az érdeklődő családorvos kollégákat tartalmazó tudományos előadással és Dr. Telekes

András – Dr. Horváth Zsolt: A daganatos fájdalom csillapítása c. szakmai kézikönyv tiszteletpéldányával várják 16.30-tól az alábbi helyszíneken: *(lásd táblázat)*

Amennyiben Ön még nem kapott meghívót, de szeretne részt venni valamelyik rendezvényen és bővebb információra lenne szüksége, kérjük, jelezze ezt a Fama PR telefonszámain: 06-1/386-9038 vagy 06-1/388-8361.

Helyszínek és időpontok:

Szeptember:	Október:	November:
Szeptember 5. – Salgótarján, Galcsik Fogadó 3100 Alkotmány u. 2.	Október 1. – Szolnok, Tisza Hotel 5000 Verseghy Park 2.	November 7. – Szeged, Forrás Hotel 6726 Szent Györgyi Albert u. 16-24.
Szeptember 12. – Miskolc, Miskolci Vigadó 3515 Görgey u. 23.	Október 3. – Cegléd, Kossuth Hotel 2700 Rákóczi út 1.	November 12. – Békéscsaba, Hotel Fiume 5600 Szent István tér 2.
Szeptember 19. – Debrecen, DAB székház 4032 Thomas Mann u. 49.	Október 10- Budapest, Hotel Hélia 1133 Kárpát u. 62-64	November 14. – Baja, Vendió Vendéglő 6500 Petőfi sziget 4.
Szeptember 24. – Eger, Hotel Park 3300 Szálloda u. 1-3.	Október 29. – Kecskemét, Három Gúnár Hotel 6000 Battlyány u. 17.	November 21. – Göd, Kék Duna Klub Hotel 2132 Kék Duna u. 34.
Szeptember 26. – Nyíregyháza, Lugas Étterem 4400 Prága u. 3.		

Tizenhárom és fél millió a korai diagnózisra, a Magyar Rákellenes Liga pályázati eredményhirdetése

Az egészségügyi intézmények részére, a daganatos betegségek korai diagnózisát segítő eszközök beszerzésére 2002. tavaszán kiírt pályázatra 35 pályamunka érkezett be. A megpályázott összeg 45 millió forint volt. A bíráló kuratórium az eredetileg meghirdetett tízmillióforinttal szemben tizenhárom és félmillió forintot ítélte oda az alábbiak szerint.

1. Csongrád Megyei Önkormányzat Területi Kórháza, Szentes: Video kolposzkóphoz (CCD kamerával, halogén világítással, tartószerkezettel) 610.00 Ft támogatás.
2. Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza, Gyula: Video kolonoszkóphoz 2.000.000 Ft támogatás.
3. Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza, Orosháza: Mammográfiás automata biopsziás pisztoly és egyszer használatos tű beszerzéséhez 602.926 Ft támogatás.
4. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Megyei Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Nyíregyháza: Endoszkópos videotorony központi egységéhez és tartozékaihoz 1.441.784 Ft támogatás.
5. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba: Ultrahang készülékhez 2.000.000 Ft támogatás.
6. Bp. Főv. XIX.ker. Önkormányzat Kíspesti Egészségügyi Intézete, Budapest: Kolposzkóp 1.092.500 Ft értékben.
7. Szent Pantaleon Kórház Patológiai osztály, Dunaújváros: Cytologus mikroszkóp 331.310 Ft értékben.
8. Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Miskolc: Hordozható kolposzkóp: kamera, video monitor 1.212.105 Ft értékben.
9. Városi Önkormányzat Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet, Törökszentmiklós: Binokuláris kolposzkóp 507.813 Ft értékben.
10. Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórház, Sátoraljaújhely: 16x22 cm-s perforált kompresszor lapát mammográfiához 507.000 Ft értékben.
11. Felső-Szabolcsi Kórház, Kisvárd: Bucky szerkezet, csúszó diafragma és kopressziós lap 2.080.650 Ft értékben.
12. Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza Szülészeti-Nőgyógyászati Osztálya, Tatabánya: Kolposzkóp nőgyógyászati szűréshez 1.100.000 Ft értékben.

A megítélt összeg összesen: 13.486.088 Ft

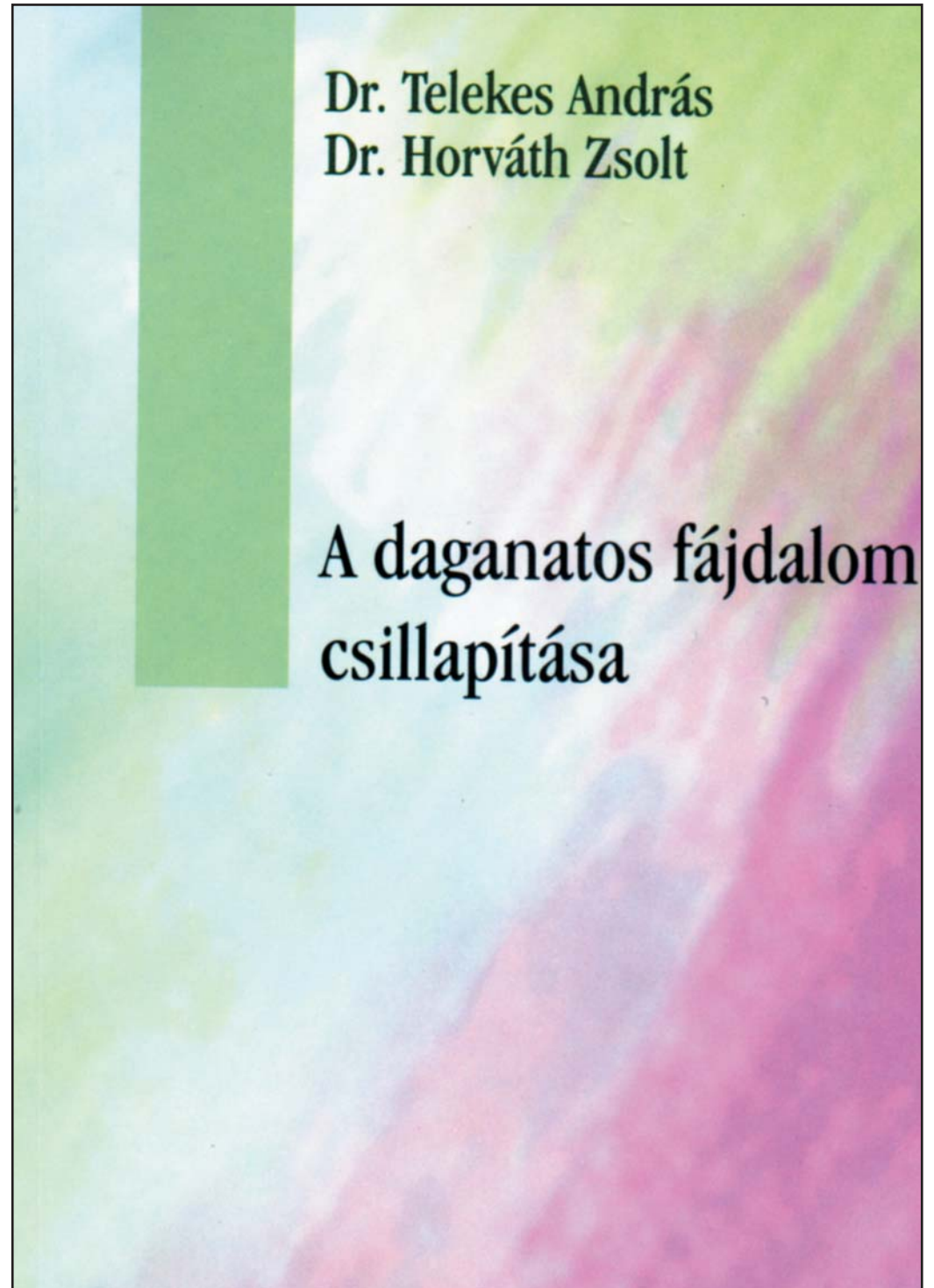
Köszönjük mindazon magánszemélyek és cégek támogatását, akik adományból a pályázatot meghirdethettük. Kérjük segítségüket, hogy feladatunkat továbbra is elláthassuk.

További információ: **Rozványi Balázs**, pénztárnok
Mobil: 20/916 5941
rozvanyi.balazs@rakliga.hu

Felhívás minden civil szervezethez!

A világon a rákos halálózásra adatokat szolgáltató országok között Magyarországon a legmagasabb a daganatos halálózások aránya. Rákban évente 50-55 ezren betegednek meg, és 35 ezren halnak meg nálunk, vagyis egy **Esztergom** nagyságú város lakosságát veszítjük el ebben a betegségben. A halálózásban ráadásul éppen azokban a rákfajtákban haladjuk meg a más államokbeli arányokat, amikben a daganatok korai felismerésére megfelelő szűrővizsgálati módszerek állnak a rendelkezésre. (Méhnyakrák, emlőrák, vastag- és végbélrák, szájüregi rák, prosztata rák.)

E helyzet megváltoztatása nemcsak orvosi feladat, hanem a hazánkban található több mint **2000 egészségügyi civil szervezet** (1680 alapítvány, 404 egyesület) és az **egész társadalom** összehangolt cselekvését igényli. Minden egyes ember felelős a saját maga és családja egészségéért, mert az egészség semmivel nem pótolható legnagyobb érték. Az egészség minél további megőrzése, a betegség megelőzése, a betegség minél korábbi felismerése egyéni, családi és közösségi érdek. Tudnunk kell, hogy a rákos megbetegedések közel 80 százaléka potenciálisan megelőzhető: **nem elháríthatatlanul végzetes sorscsapás**, hanem kialakulásában a táplálkozás, az italozás, a dohányzás, a mozgáshiány, a környezetszennyezés, a fertőzések, a sugárzások kölcsönhatása játszik szerepet. Ezért az elsődleges feladat az **egészség** megőrzése. **Ártalom** az is, ha az emberek jó része hallani sem akar a rákról, csupán retteg tőle. Ezért elmulasztják az egészségi állapotuk **önellenőrzését**, figyelését, nem veszik igénybe a karbantartó **orvosi vizsgálatokat**, nem mennek el **rákszűrési vizsgálatra**, a gyanút keltő **jelek** észlelése esetén is húzzák-halasztják az orvoshoz fordulást. A rákos betegségben elhunytak fele megmenthető lett volna, ha az elváltozást, a daganatot, idejében felismerik és a megfelelően kezelik. A szűrés lehetővé teszi a rákmegelőző állapot vagy az elváltozás korai felismerését. Szakszerű kezeléssel megelőzhető a rák későbbi kifejlődése, illetve lehetővé válik a gyógyítása. Lényegében alig van olyan más betegség, amelynek kimenetelét magunk oly nagymértékben tudnánk befolyásolni, mint éppen a rákos megbetegedést, többségében az **egészség megőrzésével** és a **korai felismeréssel**. A rák felderítésére rendelkezünk mindazokkal az eszközökkel, amelyekkel a daganat korai panasz-



mentes szakaszában felismerhető. Szervezett szűrés indul a méhnyakrák, az emlőrák, a vastag- és végbélrák korai felismerésére. Felhívjuk mindenki figyelmét, hogy bőr elváltozásával forduljon orvoshoz! A szájüregi rákok első felismerésére a fogorvosok hivatottak. **Felhívjuk és kérjük a civil szervezeteket:** tagjaikat buzdítsák arra, hogy a környezetükben élőkkel együtt menjenek el a szűrésekre. Magyarországon a veszélyeztetett korosztálynak, csupán 30 százaléka megy el a szűrésekre.

(Körülbelül 800.000 fő, és ennek csupán 7 %-a férfi!) Azokban az országokban, ahol legalább 70 %-ban megjelennek a szűrővizsgálatokon, a rákhalálózás 30-40 %-al csökken.

Segítsünk abban, hogy mindenki felelősséget érezzen magáért, a szeretteiért, hogy megelőzzük, időben felismerjük a bajt, ne kelljen végignézni a rák embert pusztító rombolását. Mi is szeretjük az életet, amit minél tovább akarunk élni, ezért ne feledjük:

Az időben felfedezett rák legyőzhető!