Látlelet®
HUNGA COORD SAJTÓIRODA

"Együtt Európába"-
Szentendrei hétvégi EU Akadémia
- 40 órás intenzív, gyakorlat centrikus képzés
5 hétvégébe tömörítve -
Akkreditációs nehézségek miatt
2004-re halasztva!

XLVII. évfolyam EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP 2003. 10-11. szám

Mikor a szomszéd kertje - a tények alapján is - zöldebb avagy
Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja és közép kelet-európai gondolataim skandináv útiélményeim kapcsán

A dolog úgy alakult, hogy e sorok szerzője - e lap főszerkesztője - orvos férjével félig hivatalos, félig magánjellegű tapasztalatcserén lehetett október elején Svédországban. Annyiban már Magyarország is egyenrangú nyugati társaival, hogy ha egy lap - történetesen a Látlelet - egy meghívást kap és a lap egy családi vállalkozás büdzséjéből és szürkeállományából építkezik, akkor a magán és a hivatalos cél összefonódik. Ez akár lehetne hab is a tortán, ha egy egésszségpolitikai orgánum kiadása akkora biznisz lenne, mint amekkora nem. A mi esetünkben a költség duplázódott u-gyan, de a látószög kiteljesedett: a tizennégy év egészségügyi újságírása, lapszerkesztése, rentabilitásának marketingje párosodott harminc év kórházi orvosi munkájának gyakorlati tapasztalataival, így szó nem érheti e meghívást, hogy a meghívottak nem elég illetékesei és reprezentánsai a magyar egészségügynek.

Repültünk, láttunk és jöttünk.
Három plusz három átszállással, némi kis reptéri eseménnyel - Stockholm és Östersund között odafelé elektromos meghibásodás miatt visszavezényeltek, - öt farmlátogatással, hat családi vacsorameghívással, egy kórházlátogatással, norvégiai - átruccanással - vízesés és tundrát átszelő hegyi határátkelő, rénszarvas nézés, kiállítás látogatás, trodheimi dómnézés, Atlanti óceáni fjordtekintő - kisvárosi kosárlabda mérkőzés élményével, az egymást érő tavak és a bennük szétszóródó szigetek csodájának bűvöletében próbáltuk megfejteni nyolc nap alatt a titkot: *ezek az északiak miért olyan fene egészségesek.*
Hiszen Iréne kétszer annyit eszik, mint én és karcsú méretével komoly riválisa lányának, Axel sem üzent hadat az alkoholnak és a naponta elfogyasztott több liter kávé koffeintartalma többszöröse a miénknél. Dohányozni mi sem dohányzunk és én már attól a ténytől is felfázom, ha látom, hogy a három fok ellenére még mindig nem húznak zoknit a háziak.
Útban Norvégia felé, Svédország földrajzi közepén, a megannyi tó birodalmában betértünk egy kis falu temetőjébe: vendéglátónk édesanyjának sírjához. Aki tragikus hirtelenséggel, két éve agyérgörcs következtében hunyt el viszonylag fiatalon: mindössze 84 évesen.
A kis temetőben körültekintve valóban fiatalnak számított. A papa - aki most 89 éves - nem jött velünk, kéthete baleset érte, faházának festése közben leesett kb. hat méter magasról. Eltört a gerince, szerencsés helyen, nem bénult le. Műteni nem lehet, így egyetlen terápia a pihenés. Azért vendégül látta stábunkat a házában, ahol egyedül él. A legközelebbi lakos és bolt húsz kilométer távolságra van, ezért az öregúr olyan tolószéket választott, amivel könnyen ki tud menni kocsijához és megoldja a bevásárlást.
A házban rend és tisztaság fogadott - a tó vizéből motorral felszívatott 12-13 fokos víz egy kis elektromos turbina segítségével felmelegszik olyan hőfokra, hogy a lakásban a megszokott 20 fok meleg egyenletesen biztosítva van. Télen a tó befagy, de alul a víz hőmérséklete ugyanannyi marad, mert a szivattyú jó mélyen van.
Napjait ebben a csodálatos természeti milliőben céltudatosan éli, a feladatokat senki nem végzi el helyette, így a kis veteményeskert - amelynek burgonyatermését mi is ettük az ebédhez - már fóliával lefedve várja a jövő hétre beígért magas fagyokat. Társ is került már, a 87 éves Helgával - aki eddig még nem ment férjhez- a benzinkútnál jött össze. A papa nősülni ugyan nem akar, azt általában csak egyszer teszi az ember, - mondja - hiszen gyerekek, unokák és dédunokák kiteszik a családot, de három év elteltével egy élettársi viszonyt tervez, mert az ara a benzinkúttól ötven kilométerre él, szintén egyedül és pont ellenkező irányban. Ez a távolság most, a baleset óta csak hétvégeken jelent ott tartózkodást, amit a gyerekek - maguk is hatvan felé - megértenek, bár még nem telt le a gyászidő.

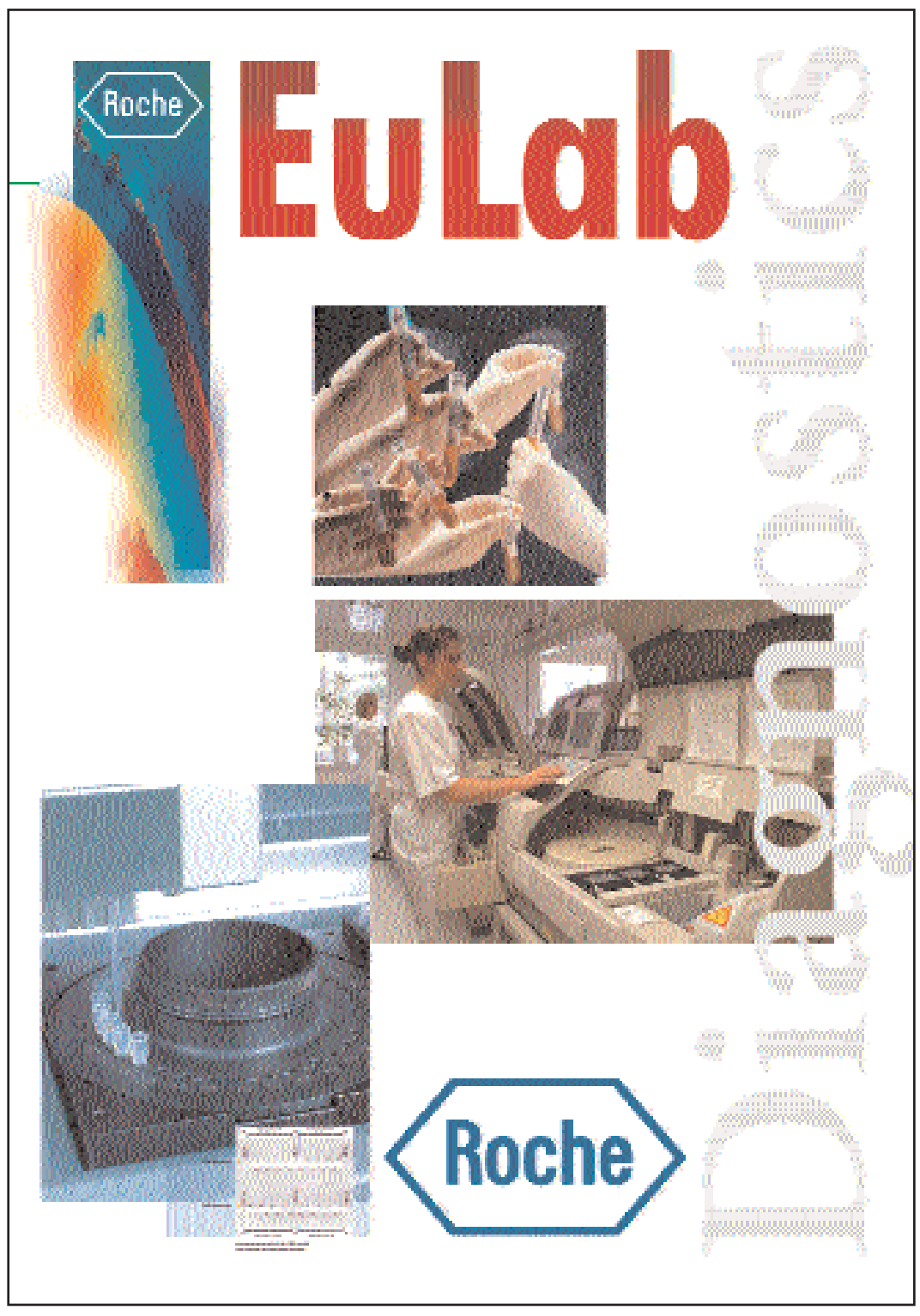
Az ebédnél szó esett Kaliforniáról, *ahol egy izomember kormányzó* lehet manapság, Irakról, *ahol magyar katonák is szolgálnak*, és a házigazdának volt véleménye a svéd pszichiátriai osztályokon kezelt, közösségbe visszakerülő betegek beszámíthatóságáról - lévén aktuális Anna Lind tragikus esete - no meg, hogy egészségügyiek is vannak az asztaltársaságban. Semmi sem utalt arra, hogy a fővárostól majd ezer kilométerre, nagyvárostól is meglehetősen távol, elszigetelten élne a modern - vagány szerelésű ápolt férfi, pedig - mint ahogy megtudtuk és megtapasztaltuk - ő itt az átlagot képviseli. Búcsúzáskor megjegyezte lányának: nézzen jól meg engem, mert egy nő úgy szebb, ha teltebb és akkor kora nincs az arcára írva. Mire én magamban megjegyeztem: vendéglátóm nemcsak udvarias, hanem férfi a javából.
Svédországban a lakosság alapellátását a megyei tanácsokhoz tartozó körzeti egészségügyi központok biztosítják, ahol az orvosok nagyarányú szakosodása miatt viszonylag kevés az általános orvos. A svéd egészségügy sajátossága, hogy az orvoshoz fordulások felének a helyszíne a kórház, mert a betegek egyenesen a kórházakban dolgozó szakorvosokhoz fordulhatnak problémáikkal. Most kezdik fókuszálni a háziorvosi praxisok kialakítását valamilyen "kapuőri" szerepvállalásként, amely a magánosítás egyfajta formája és egyben az orvos egzisztenciájának olykor a legmagasabb, önálló állomása. A Kolozsvárról kitelepült, egyetemi tanulmányait Svédországban befejező magyarul is tudó Stefán Sinkó 37 éves és két szakvizsgával és kórházi gyakorlattal lassan - mint ahogy mondta - már érettnek érzi magát ahhoz, hogy elhagyva a kórház kötelékét önállósodjon és ezáltal függetlenné váljon.

- folytatás a 12. oldalon -

Modernizációs programot kínál a magyar egészségügynek a Roche

Gerei Balázs
kommunikációs igazgató

A svájci székhelyű, bázeli központú **Roche** csoport a világ egyik vezető, innováció vezérelte egészségügyi vállalata. Fő profilja gyógyszerkészítmények és a diagnosztikai berendezések kifejlesztése, előállítása, forgalmazása. A cég a diagnosztikai piacon világelső. Termékei és szolgáltatásai a betegségek megelőzésére, diagnosztizálására és kezelésére törekszenek. Így a vállalatcsoport számos területen járul hozzá az emberek egészségének és életminőségének javításához.
A **Roche** Diagnosztikai részlege, páratlanul széles termékkínálatával vezető pozíciót tölt be a világban az in vitro diagnosztikában. Innovatív diagnosztikai termékeit és szolgáltatásait kutatóknak, orvosoknak, betegeknek - a világ kórházainak és laboratóriumainak kínálja. A cég 1984-ben létesített magyarországi képviseletet. A dinamikus fejlődésnek köszönhetően 1997 óta önálló vállalatként **Roche Magyarország Kft.**-ként működik.
Miközben Magyarországon folyik a politikai, társadalmi és szakmai vita a kórházak privatizálásáról, a magyar egészségügyi intézmények helyzete folyamatosan romlik. Az egészségügyi ellátás szakmai fejlődése gyorsabb, mint a gazdaság növekedése, ebből adódóan a meglévő kapacitásokat egyre nehezebb finanszírozni. Szükség van tehát a köz- és magánszféra együttműködésére. Ennek legfontosabb előnye, hogy újabb értéket hoz létre, és ha szabályozott keretek között történik, a beruházás rizikója áttevődik a magánvállalkozás oldalára.
A Roche mindezek figyelembevételével alakította ki **EULAB** nevű, **új labormodernizációs programját**, amely elsősorban a betegek érdekeit szolgálja, növeli gyógyulási esélyüket. A kórházak számára egyúttal megteremti az optimális kapacitáskialakítás lehetőségét.
A **Roche** most kínált konstrukciója révén Magyarországon először nyílik lehetőség a számos európai ország labor- és kórházkonszolidációjában már sikerrel alkalmazott programban való részvételre A **Roche** új fejlesztése a világ első modulokból felépülő analitikai rendszere, amely minimális vér- vagy vizeletminta behelyezésével néhány percen belül sok száz, a diagnózist elősegítő vizsgálati eredményt szolgáltat. A racionalizálás és a vizsgálatok konszolidációja következtében számos meglévő laboratóriumi műszer feleslegessé válik. Jelentősen csökkenthető a vegyszer-felhasználás is, és mindez komoly megtakarítást eredményez.
A **Roche** új programjának előnye, hogy a laboratóriumi folyamatok ingyenes felmérése után, a helyi sajátosságok alapján készít részletes tervet a laboratóriumi működés világszínvona-lú modernizálására. A laboratórium, így a kór-házi működés integrált részeként, pénzt e-mésztő költségelemből aktívan kihasználható versenyelőnnyé válik, lehetővé téve a rugalmas alkalmazkodást a kórház, a város, és a régió új igényeihez. A cég világelső diagnosztikai ta-pasztalata, rendszere, szolgáltatási színvonala áll a konstrukció hátterében, egyedülálló minden területre kiterjedő ISO minősítéssel.
Az **EULAB** programmal mindenekelőtt a betegek nyernek, hiszen a gyorsabb, pontosabb diagnózis nagyobb esély a gyógyulásra.



Egészségügyi Fejlesztési Hitelprogram

A kormány az egészségügyben dolgozók tulajdonszerzésének és az egészségügyi beruházások támogatása érdekében meghirdeti az **Egészségügyi Fejlesztési Hitelprogramot**. A kedvezményes kamatozású hitel két célra használható fel.
Az egyik, a **25 milliárd forintos** keretösszegű az induláskor várhatóan 6-7 százalék kamatozású kedvezményes, maximum 15 éves lejáratú forint alapú hitel lehetőség jelentős mértékben ösztönözheti az intézményi reformot és felgyorsíthatja a magántőke bekapcsolódását az egészségügy hosszú távú finanszírozásába.
A hitelt a privatizálandó egészségügyi intézmény dolgozóiból alakult a tőkeemeléses üzletrész, részvény vásárlására létrejövő tulajdonosi társaság veheti igénybe, akkor ha alapszabályban rögzíti, hogy lehetőséget ad minden olyan dolgozónak a társaságba történő belépésre, aki az intézmény átalakítását megelőzően közalkalmazotti státuszban volt, de akinek közalkalmazotti státusza az átalakulás következtében megszűnt és szándékában áll a privatizációba bekapcsolódni.
Minden átalakított egészségügyi intézmény tőkeemeléses privatizációjához összegében maximált kedvezményes hitel vehető fel. **A kedvezményes hitel nagysága járóbeteg szakellátásnál az átalakuláskori jegyzett tőke (törzstőke) legfeljebb 90 százaléka, a fekvőbeteg szakellátásnál az átalakuláskori jegyzett tőke (törzstőke) legfeljebb 75 százaléka.**
A hitelt csak az a tulajdonosi társaság kaphatja meg, aki megalapozott üzleti tervvel rendelkezik.
Az Egészségügyi Fejlesztési Hitelprogram másik hitellehetősége, hogy az átalakuló egészségügyi intézmények és a már működő egészségügyi szakellátást végző magántársaságok hosszú lejáratú kedvezményes kamatozású beruházási hitelt vehetnek igénybe. **Erre 15 milliárd forint áll rendelkezésre.** A beruházási hitel kamatkondíciói megegyeznének a tulajdonosi kivásárláshoz kapcsolódó hitel kamatfeltételeivel.

Folytatódik a kórházak komfortosítási programja

Az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium az egészségügyi intézmények a tavaly elkezdett komfortosítási programjának folytatásaként, újabb közel 1 milliárd forint értékű pályázatot hirdet meg. A betegellátás minőségének javítását szolgáló támogatáshoz a tárca 500 millió forinttal járul hozzá, a fenntartók és tulajdonosok legalább 50 százalékos önrésszel kell, hogy hozzájáruljanak ezen összeghez. A tavaly 2 milliárd forint értékben hirdette meg a tárca a programot, amelynek keretében 210 intézmény jutott támogatáshoz annak érdekében, hogy betegeit méltóbb, konfortosabb körülmények között tudja kiszolgálni.
A komfortosítási program keretében a nyertes pályázók a kapott pénzt több módon is felhasználják: az elhanyagolt vizesblokkok felújítására, mód van a fogyatékkal élő betegek számára az akadálymentesítés elvégzésére, korszerű, számítógépes betegelőjegyzési rendszereket szerezhetnek be akár a járóbeteg szakrendelőkbe, akár a kórházakba. Mód van arra is, hogy az ápolók nehéz fizikai munkáját megkönnyítve korszerű betegfürdető, emelő és egyéb ápolási eszközöket szerezzenek be. A pályázat keretében néhány speciális ellátási feladatra is fel tudnak készülni az intézmények, például a pszichiátriai osztályokra olyan ágyakat lehet beszerezni, amelyben a magatehetetlen beteget is meg lehet óvni a sérüléstől leeséstől. A pályázat keretében szinte minden olyan felszerelés és kisebb kórterem vagy rendelő átalakítás költségei fedezhetők, amelyek ahhoz járulnak hozzá, hogy egy humánusabb, etikusabb, korszerűbb ellátás körülményei alakuljanak ki.
A pályázat november elején jelenik meg, ezt követően 30 napos határidővel nyújthatják be az intézmények az igényeket és egy gyorsított elbírálási eljárás eredményeképpen a nyertes pályázókkal még az idén sor kerülhet a szerződés megkötésére.

(ESZCSM Sajtóiroda)

A megelőzés és gyógyítás költséghatékony finanszírozását megalapozó kutatás eredményei

MTA szakmai napja

Az ENSZ Fejlesztési Programja (UNDP), a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetével, az Apor Vilmos Főiskolával és a Magyar Pénztárszövetséggel együttműködve 1988-2003 közötti időszakban négy egymást követő UNDP projekttel támogatta az egészségfinanszírozási reformot, ennek keretében az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárak elterjesztését Magyarországon. A négy projekt: HUN/87/005 "Strengthening the Social Insurance System through Improved Community Health." HUN/95/001 "Support for the Development of the Services of Hungarian Health Funds." HUN/97/003 "Strengthening the Social Cohesion through Voluntary Mutual Organisations." HUN/00/002 "Background data and recommendation for policy to improve the health status of the Hungarian population."
A négy projekt keretében létrejött tudományos eredmények ismertetésére az *MTA Orvosi Tudományok Osztálya támogatásávalez év október 4-én* a Magyar Tudományos Akadémia székházának (1051 Budapest, V. Roosevelt tér 9.) Kistermében került sor.

A szakmai nap célja a szakmai és a politikai körök figyelmének felkeltése volt az Európában és Magyarországon is hagyományos, az uniós csatlakozás szempontjából jelentős, a társadalombiztosítási szolgáltatásokat kiegészítő, költséghatékony, not-for-profit finanszírozási formák jelentőségére.
A meghívottak az Európai Unió jogi szabályozásának, az egészségügy finanszírozási formáinak nemzetközi szinten elismert szakértő volta: a pozsonyi UNDP regionális központ munkatársai, a téma magyarországi szakértői és a gyakorlat területén sikereket elért pénztár-szakemberek, egészségügyi szervezetek, szolgáltatók.
A konferencia két szekcióból állt. Az első szekcióban az EU egészségügyi finanszírozás jogi és közgazdasági háttere és a négy UNDP projekt kutatási és alkalmazási eredményeinek ismertetésére került sor. Az előadások témái: a Hungarostudy egészség monitorozási felmérések ismertetése, regionális és nemi különbségek a középkorú halálozási arányokban, ezek okai, az egészségpénztárak szerepe a társadalmi tőke növelésében, ennek hatása az egészségfejlesztésre az "aktív egészségmegőrző magatartás" (self-management) és a "gyógyító közösség" (community as provider) jelenségeken keresztül. Bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztő szolgáltatások és azok alkalmazási eredményei.
A második szekcióban a nemzetközi, valamint hazai szakértők és a projektek igazgató tanácsában résztvevő minisztériumi képviselők a jelenlévőkkel együtt ajánlásokat fogalmaztak meg a gyógyítás és megelőzés finanszírozásának kérdésében.

Hatékony egészségpénztári szűrési rendszerrel a népegészségügy szolgálatában

A népegészségügyi program alapvető céljai közé tartozik a várható élettartam kitolása mind a nőknél, mind a férfiaknál, illetve kiemelt feladata a születéskor várható élettartamban mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése is. Ezek eléréséhez többek között szükséges az egészséges életre nevelés erősítése, a célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetése, a mozgáskultúra fejlesztése, és az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokat is figyelembe vevő fejlesztése. Jelenleg az önkéntes kiegészítő egészségpénztári forma az, amely intézményesített keretek között tud hatékonyan hozzájárulni népegészségügyi programban kitűzött feladatok eléréséhez a megelőzés terén. A DIMENZIÓ Egészségpénztár saját szűrési programját elemezve azt találta, hogy a szűrővizsgálatokon a megjelenés aránya az egyéb államilag szervezett programokhoz viszonyítva kiemelkedően magas. Az Egészségpénztár október 9-én a MTESZ-szel közösen szakmai konferenciát szervezett, amelynek témája a betegség és az egészség között húzódó határterület volt.

Az egészségpénztárak törvényben meghatározott feladata a prevenció, amely az egészség megőrzésének és fejlesztésének képessége mellett nemcsak szűrővizsgálatokat jelent, hanem a népegészségügyi programban hangoztatott egészségtudatos életmódot, egészség megőrzését célzó szolgáltatások és termékek vásárlását, a szokások befolyásolását, továbbá egészségügyi információ nyújtását és felvilágosítást is. Bár a törvény csak laza keretek közt kötelezi az egészségpénztárakat e prevenciós feladatok ellátására, a DIMENZIÓ Egészségpénztár a betegségek megelőzését saját feladatának tekintve egyedülálló szűrési programot dolgozott ki, emellett az egész országra kiterjedő szerződött orvosi hálózattal, személyre szabott Egészségtervvel és a szűréseket végző Egészségközponttal rendelkezik.
A DIMENZIÓ a hazai piacon szintén egyedülálló módon követi a tagok szűrési eredményeit, ennek köszönhetően lehetősége nyílt a tagok szolgáltatásválasztásának elemzésére. Ennek eredményei azt mutatják, hogy a csoportos egészségmegőrzés keretében nyújtott szűrővizsgálatokon a megjelenési arányok az egyéb államilag szervezett programokhoz viszonyítva kiemelkedően jók.
Általában elmondható, hogy a nők minden korcsoportban magasabb arányban vesznek részt e szűréseken, mint a férfiak. Feltehetően ennek oka az, hogy a nők könnyebben szembenéznek az esetleges egészségügyi problémákkal, mint a férfiak. A férfiak visszahúzódóbbak, kerülik az olyan eseményeket, amelyek az életmódjuk megváltoztatásának kényszerével szembesíthetik őket.
A DIMENZIÓ Egészségpénztár kiemelt figyelmet fordít az adatok elemzésére és a programok hatékonyságának mérésére is. Ennek eredményeképp a szűréseken résztvevő tagság körében mintegy 50 százalékkal csökkent a szuvas fogak száma, jelentősen javult a szájhigiénia, csökkent a fogágy-betegségek előfordulása. Így 50 százalékkal nőtt azok száma, akik teljesen ép fogazattal rendelkeznek. A szív-, érrendszeri és stroke szűrési program eredmé-nyei közül kiemeljük, hogy minden 10. korábban dohányos tag leszokott a dohányzásról, több mint 30 százalékkal csökkent a súlyos és keze-letlen magas vérnyomás gyakorisága, a nemzetközi trenddel ellentétben tagságunk körében nem emelkedett a túlsúlyosok száma, valamint csökkent a kezeletlen cukorbetegek aránya.
A gastroenterológiai szűrőprogram során több mint 20 korábban ismeretlen daganatos betegséget diagnosztizáltak a DIMENZIÓ Egészségpénztár szolgáltatói, ezek közül meglepően sok volt a 40 éves kor alatti tag. Több száz egyéb jóindulatú betegségben szenvedő (epekő, vesekő, gyulladásos bélbetegség, zsírmáj) került gondozásba. Ezen betegségek, későbbi súlyos szövődményei elkerülhetőek a korai kezelés révén.
A DIMENZIÓ Egészségpénztár nem csak a betegségek feltárására, hanem gondozására is figyelmet fordít, felismerve azt, hogy a társadalmat súlyító népbetegségek hátterében nagyrészt életmód béli tényezők állnak. Az Egészségpénztár a MTESZ-szel közösen olyan konferenciát szervezett, melynek fő témája az egészség és betegség határmezsgyéje. A konferencia célja, hogy gyakorlati tanácsokat fogalmazzon meg olyan esetekre, amikor hagyományos orvosi gondolkozás szerint valaki még nem számít betegnek, de életmódja és néhány orvosi adat alapján hajlamos lehet arra, hogy néhány éven belül ténylegesen megbetegedjen. A magyar orvos-szakma prominens képviselői körüljárták a magas vérnyomás nem gyógyszeres kezelésének lehetőségeit, a dohányzásról való leszokás módjait, a testmozgást és a diétát éppúgy, mint a szintén nagyon gyakori, életmóddal kapcsolatos tünetek, a fejfájás és az alvászavarok kezelésének lehetőségeit is.

A DIMENZIO Egészségpénztárról

A 2 milliárd forintos vagyont kezelő DIMENZIÓ Egészségpénztár, amely 11 000 fős aktív tagságával a piac harmadik legnagyobb szereplője, évi 800 milliót költ el egészségügyi szolgáltatásokra, és számos beteget irányít a vele szerződött kórházakba. A DIMENZIÓ Egészségpénztár - alapítása óta - valódi egészségmegőrző program létrehozására, a dolgozók egészségügyi állapotának folyamatos kontrolljára és egészségtudatosabb életmód terjesztésére helyezi a hangsúlyt, amely hosszú távú egészségnyereséget eredményez. Ezt olyan szakmai program formájában valósította meg, amely modellértékű az egészségmegőrzés terén. 2001-ben bevezetett ISO 9001:2001 minőségirányítási rendszer révén - az Egészségpénztárak között egyedülállóan - az Egészségmodellben megvalósuló programok magas színvonalon és a minőségi elvárásokkal teljesül.

Vidék hangja Kerepestarcsáról

"Átépítés alatt a kórház zavartalanul üzemel".

A Flór Ferenc Kórház 1979-ben megkezdett működése óta már több mint 20 éve lát el gyógyító feladatokat főként Pest megye betegeit kiszolgálva. A folyamatos építkezés 1982-ben zárult le a "B" épület elkészültével. Napjainkban egészségügyi intézményünk több mint 800 ágyon folytat gyógyító, megelőző tevékenységet. Felkészült szakembergárda várja a betegeket, melyet mi sem bizonyít jobban, hogy munkatársaink az elmúlt évtizedek során több száz tudományos dolgozatot írtak, előadásokat tartottak, ezek egy részét nemzetközi fórumokon. Ahhoz, hogy a betegeket az eddigieknél magasabb szintű ellátásban részesíthessük, elengedhetetlen az elmúlt évek során elmaradt orvostechnikai és infrastrukturális fejlesztések pótlása. Kórházunk 1997 óta folyamatosan vesz részt pályázatokon, hogy a zavartalan működéshez szükséges felújítás anyagi forrásait megteremtse. A kitartó munka egyik eredményeként 2000-ben az Országgyűlés címzett állami támogatást szavazott meg a kórház javára, melyhez Pest Megye Önkormányzata önrésszel járult hozzá. Az idén június elején elkezdődött 1,7 Md Ft-os rekonstrukciós munka befejezésének várható időpontja 2004. június 30. A felújítás az intézmény alábbi területein zajlik:

Központi műtőblokk teljes felújítása

A központi műtő felújításának feltétele, hogy az átépítés ideje alatt a kórházban a műtéti tevékenység zavartalan maradjon. Az új korszerű műtő a legmodernebb orvostechnikai eszközökkel kerül felszerelésre. A tervezés az orvosszakma igényei szerint és az érvényes rendelkezések harmonizációjával jött létre, így lehetővé válik, hogy orvosaink a legfrissebb műtéti eljárásokat, korunk vívmányainak megfelelő technika felhasználásával a betegek gyógyítására fordítsák.

Sürgősségi Betegfelvételi Részleg kialakítása

A Kistarcsai Flór Ferenc Kórházban kialakításra kerül a mai modern egészségügyi ellátás egyik alapvető feltétele, a modern orvostechnikai eszközökkel működő sürgősségi betegellátó egység. Új részlegünk működésével a beteg azonnal orvosi ellátásban részesülhet és csak ezt követően kerül a végleges ellátást nyújtó osztályra.

Vizesblokkok, strangok felújítása

A rekonstrukció során a kórház csaknem összes vizes blokkja felújításra kerül. Első lépcsőben a víz-és csatornahálózat korszerűsítése és a tálcaszigetelések cseréje történik meg. A kádas fürdők beszerelése nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, ezért azokat megszüntetjük és zuhanyzós fürdők működnek majd helyettük. Így sokkal jobb, higiénikusabb körülmények állnak betegeink rendelkezésére. A vizesblokkok felújításával egy ütemben elengedhetetlenné válik a 2 ágyas szobák felújítása és komfortosítása, így a jelenkor fejlettebb ellátás iránti igényét is maximálisan kielégíthetjük.

A kórházi padozat cseréje

A kórház építésekor a közlekedő folyosókon, a közösségi terekben lerakott műanyag burkolólapok a több mint két évtizedes működés során elöregedtek, megsérültek, hiányossá váltak. A rekonstrukciós munkálatok során ezeket kicserélik, hogy az esztétikai kérdéseket is szem előtt tartva egy korszerűbb, higiénikusabb burkolat álljon a betegek és a dolgozók rendelkezésére.
A fentiekből kitűnik, hogy a rekonstrukció a kórház szinte teljes egész területét érinti. Ezért betegeinktől, látogatóinktól rendkívüli türelmet, dolgozóinktól ezen túlmenően támogató segítséget igényel az építkezés, mert a kórház "az átépítés alatt zavartalanul üzemel ".

2003. október 16-án névadónk, Flór Ferenc születésének évfordulóján rövid, koszorúzási ünnepséggel egybekötött megemlékezést tartottunk. A megemlékezés keretében került sor az adjunktusi, főorvosi kinevezések bejelentésére is. A 2003. évi ünnepség különlegességét az adta, hogy Doma Sándor fotóművész "Gyermekek, Anyák, Napsugarak" címmel zsánerfotóit állította ki a kórház Tanácstermében, mely mindenki előtt nyitva áll december 6-ig, 10-től 14-óráig.

HÍRINFO

AZ V. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FÓRUM
Pécs, 2003. szeptember 26-27. résztvevőinek ÁLLÁSFOGLALÁSA
a kistérségekben és a kisebbségek körében folyó egészségfejlesztés kérdéseiről.

A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kara, Közegészségtani Intézete, az Országos Alapellátási Intézet és az "Együttműködés a magyar falu egészségéért" Alapítvány szervezésében 2003. szeptember 26-27-én az V. Népegészségügyi Fórum megvitatta a kistérségekben és a kisebbségek körében folyó egészségfejlesztés témakörét. A tanácskozáson az előadások, a kerekasztal beszélgetések és a vita tanulságait az alábbiakban fogalmazták meg.

I./ A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA.

Az egészségfejlesztés aktív, sokoldalú tevékenység, mely az életminőség javításával szorosan összefügg és amely nem elsősorban egészségügyi, hanem össztársadalmi feladatként fogalmazza meg céljait, nem kihagyva az egészségügy meghatározó felelősségét. Ezt a meghatározást elfogadva a résztvevők arra az álláspontra jutottak, hogy az **Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja** sikere *feltételezi az egészségfejlesztésnek a politikusok, a döntéshozók, az egészség alakításáért kiemelt felelősséget viselő intézmények (oktatás, egészségügy, média) valamint a lakosság legszélesebb rétegeire kiterjedő elérhetőségét, a lakosság érdeklődését és együttműködését.*

A városi populáció elérését az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer megléte és az arra történő támaszkodás, a civil szervezetek jelentősebb száma és ereje, a média jobb elérhetősége, a közigazgatási centrumok közelsége, a már működő sikeres közösségi egészségi programokra való építkezés (Egészséges Városok, Egészséges Iskolák stb.) és sok más tényező *könnyebben indíthatóvá és irányíthatóvá teszi.* ***Mindezek a vidék, a kistelepülések és az ott működő szervezetek szempontjából kevésbé adottak.***

A gazdaságilag és szociálisan (mind minőségi, mind arányaiban) többszörösen hátrányos helyzetű falusi népességnek a megszólítása, az akciókba való bekapcsolása jelentős mértékben megoldatlan, nyitott kérdés. A népegészségügyi program nem lehet sikeres, ha az ország népességének csaknem felét kitevő falusi lakosságot nem tudjuk elérni és bevonni tevékenységünkbe. Ezért elengedhetetlen, hogy *egyértelműen kimondjuk, a falu egészségével való törődés, a vidék egészségével való törődés a sikeres népegészségügyi programokban prioritást kell hogy élvezzen.* Ez a népegészségügyi program realizálása és továbbfejlesztése kapcsán határozottabban kívánatos, hogy megfogalmazást nyerjen. Az adott helyzetben tisztázni szükséges, hogy a program megvalósítása kire építhet, milyen módszerekkel és szervezettel lehetséges a célkitűzéseket realizálni.

A kérdésnek különös fontosságot ad, hogy a közigazgatás reformja és az Európai Unióhoz való csatlakozás okán jelenleg folyik széleskörű előkészítő munka a kistérségek szervezését illetően, az alulról jövő kezdeményezéseknek és az országosan egységes struktúrának az egyeztetésére, annak kimunkálására, hogy milyen önkormányzati közszolgáltatási, területfejlesztési és államigazgatási feladatok kerüljenek a kistérségekhez. Ennek következménye, hogy az egészségügy tervezett decentralizációja és a nemzeti program törekvései miként kapcsolódhatnak a legsikeresebben a közigazgatás reformjához. A fentiek indokolják, hogy a kérdés széleskörű és sokoldalú vizsgálatot és elemzést igényel.

II. A KISTÉRSÉG JELENTŐSÉGE, KIALAKÍTÁSÁNAK FONTOSSÁGA

1. A több területen végzett epidemiológiai vizsgálatok az egyes régiókon belül jelentős eltéréseket mutatnak az egyes kistérségek halálozási és megbetegedési viszonyait illetően. Ez a kistérségen belüli elemzés és gyakorlat fontosságára utal. A kistérség világosan kijelölhető határai megkönnyítik a partnerek kiválasztását és a helyi életmódi és egészségügyi körülmények figyelembe vételét.
2. A kistérségek sikeres kialakítása lehetőséget ad egy hatékony decentralizálásra, mely az akciókat közel viheti a lakossághoz.
3. A kistérség hatékony kapcsolatot jelenthet a lakossági öntevékenység, a civil szféra, a regionális tervezés és törekvések és az országos vezetés szintje között.
4. A jól megszervezett kistérségi megközelítés előmozdíthatja, hogy a hátrányos helyzetű kisközségi lakosság, ezek között is a kisebbségi közösség, egészségfejlesztési prioritásai, elérhetővé váljanak a nemzeti program végrehajtása során.
5. A kistérség létét alapvetően indokolja, hogy a benne tömörülő településeknek közeliek vagy közösek a problémái, hogy módjukban áll együttesen keresni a forrásokat gondjaik megoldására, hogy ezek során előtérbe kerülhetnek a közös meggondolások és megoldások. Jelentős tényező lehet az összefogás a társadalmi törekvések és a kialakuló kistérségi igazgatás között, valamint az a tény, hogy a kialakuló kistérségi struktúra indokolja és ösztönzi a helyileg szükséges interszektoriális összefogást.

A fenti következtetések alapján a tanácskozás arra a következtetésre jutott, hogy a kistérségek kialakítása és fejlesztése a nemzeti egészségfejlesztési program szempontjából is lényeges és fontos feladat.

III./ KIKRE ÉPÍTHET AZ EGÉSZSÉG ÉVTIZEDÉNEK „JOHAN BÉLA NEMZETI PROGRAMJA VIDÉKEN

A.) A program sikere szempontjából meghatározó a civil szféra aktivitása és jelentősége. *Kiindulva abból az elvből, hogy az egészségfejlesztés elsősorban nem orvosi szakmai, hanem össztársadalmi feladat és megközelítés, álláspontunk szerint egyértelműen adódik, hogy csak egy széleskörű, a lakosság öntevékenységén alapuló, a közösség aktív részvételére építő olyan tevékenység, amely a legkülönbözőbb az életminőséghez, életmódhoz, az egészség és a betegség alakításához kapcsolódó tevékenységi köröket érinti, lehet a sikeres hordozója a program kapcsán folyó tevékenységnek.* Ennek érdekében a közvélemény formálók megszólítása, részvételük fontosságának hangsúlyozása, a civil tevékenység sokoldalú, erkölcsi, anyagi és szervezeti támogatása lehet a program sikerének záloga.

A tanácskozáson az alábbi konkrét tevékenységi körök merültek fel.

1. **A községi-települési egészségterv program országos elterjesztése.** A Soros Alapítvány támogatásával a FACT Intézet kezdeményezésére és tudásbázisán széleskörűen megindult a *települési egészségterv* programok alkalmazása, melynek célját abban fogalmazták meg, hogy változásokat indítson el az autonóm módon szerveződő közösségek rendszerében, korlátozott források esetén is. A széles sprektumot felölelő kezdeményezés, az egészséget és az életminőséget egyaránt érintő megközelítés kiváló lehetőséget kínál az *Egész-ség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjával* való együttműködésre, a program célkitűzései realizálására a lakosság széles körében. Ezért kívánatos lenne, hogy az Egészségügyi- Szociális és Családügyi Minisztérium és az Országos Egészségfejlesztési Intézet nyújtson támogatást és teremtsen együttműködést a sikeresen fejlődő programmal, mozdítsa elő annak minél szélesebb körű elterjedését, a már megvalósított programok szélesebb körben való bemutatását. Nyújtson lehetőséget a program közérthető pályázatok kiírásával történő segítésére, kistérségi települési konferenciák megszervezésére, a már létrejött programok tapasztalatainak regionális elemzésére, a komplex megközelítés támogatására.
2. A civil mozgalom megközelítése szempontjából kiemelkedő jelentőségű **a kistérségben tevékenykedő egyesületek, mozgalmak megkeresése**, a velük lehetséges együttműködés kialakítása, részükre az ANTSZ és az egészségügyi szakmai szervezeteken keresztül szakmai információk és segítség nyújtása. Ez a később részletezendő kistérségi egészségfejlesztési tanács és vezetési bázisa alapján lenne realizálható.
3. Az információ közlés az együttműködés, tapasztalat átadás és tényeleges szervezés szempontjából rendkívüli jelentőségű a **Teleház mozgalom**, mellyel való együttműködési lehetőségek megvizsgálása és kialakítása országos, regionális és kistérségi szinten egyaránt kívánatos azzal a céllal, hogy a teleház egyben egy virtuális egészségházat jelentsen a jövőben.
4. A program sikere érdekében építeni kellene az **egészségügyi egyesületek** széles körére és a lakosság körében határozottabban szervezendő **önsegítő mozgalmakra**. A feladataikat egyre inkább kereső és egészségügyi és tudományos egyesületek a Vöröskereszt, mint nagy egészségügyi szervezet és az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja között az országos, regionális és kistérségi szinten egyaránt meg kell találni az együttműködés lehetőségét. Országos szinten szakmailag jelentős erőfeszítést kívánatos tenni a lakosság körében az önsegítő mozgalmak előmozdítására, fontosságának elismertetésére, a nemzetközi tapasztalatok elterjesztésére. Talán előmozdíthatná mindezt egy széleskörű együttműködéssel megszervezendő **"Önsegítők országos kongresszusa".**
5. Kistérségi szinten is meg kell találni a kapcsolat építés lehetőségét a **felekezetekkel, az érdekvédelmi szervezetekkel, a környezetvédelmi programokkal és szervezetekkel.**
6. A civil mozgalommal való együttműködés sikere nagymértékben meghatározó a program tömegesítése és elfogadtatása vonatkozásában. Ennek feltétele az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja oldaláról szervező és kezdeményező tevékenység az egyenjogúság, a kölcsönösség, a helyi viszonyok figyelembe vétele, a sokszínűség és az alulról építkezés elfogadásával.

B.) Kiemelten fontosak az egészségügyi alapellátás és a Népegészségügyi Szolgálat lehetőségei és feladatai a nemzeti program realizálásában

Az egészségügyi alapellátás kiemelt fontosságú szereplője a falusi, vidéki egészségfejlesztésnek. Szerepe meghatározó az egészségfejlesztési akciók kezdeményezésében, szervezésében értékelésében és továbbfejlesztésében. Kiemelt szerepe és fontossága azonban nem jelent egyedüli poziciót az egészségnevelésben. A tanácskozás során az aktív szerepvállalás érdekében az alábbi fontosabb észrevételek hangzottak el:

1. Minél előbb egyértelműen meg kell fogalmazni, hogy mit kell tenni az alapellátás terén azért, hogy a fa-lusi lakosság egészsége és ellátása javuljon. Elvárá-sainak az alapellátás megfeleljen. Ez magában foglalja, hogy felkészüljön és képes legyen a változó megbetege-dési viszonyokból a lakosság korösszetételének változásából, az egyre inkább szükségletként felmerülő közösségi orvoslásból és a valamennyi területet átfogó komplexen értelmezett egészségfejlesztésből adódó feladatok megoldására.
2. A fent jelezett feladatok megoldása magában foglalja, hogy az **alapellátás lényegi megújítása szükséges.** Ezt hosszabban tartó céltudatos szervező és alakító munkával lehet csak elérni. Ennek lényegi elemeiként az alábbiak merültek fel.

a.) **az alapellátás egyre inkább hiány szakma**, ezért az ösztönzés, bérezés. képzés területén szükséges az ebből fakadó következtetéseket levonni.

b.) Európa szerte az egyedül dolgozó háziorvosi gyakorlat lényegileg megszűnt és vagy a csoportpraxisok vagy az alapellátás egésze szempontjából rendkívül sikeresen működő Egészségügyi Központok gyakorlata ala-kult ki. Az egészségpolitika, a tervezés és a finanszíro-zás eszközeivel a kistérségi összefogásokra építve ezt a gyakorlatot határozottan támogatni és előmozdítani szükséges.

c.) Az egészségügyi ellátás **csapatmunka**, mely szélesebb körű együttműködő hálózatot igényel s melyen belül a sikeresebb munkamegosztás kulcskérdés. A magyar egészségügy egésze szempontjából a csapatmunka sikere alapvető jelentőségű. Nem remélhető sikeres egészségfejlesztés a dietetikus, pszichológus, gyógytornász, a publich healt nurse, az új feladatkörrel felruházott védőnő munkája és segítsége nélkül. Meg kell találni a körzeti ápolónő sajátos feladatait a rizikószűrés, a gondozás, a magatartás alakítás területén. Csak az együttműködők autómiájának fokozott elismerése, tényleges együttműködésen alapuló munkamegosztás hozhatja meg a team munka sikerét.

d.) Az egyre növekvő számú ellátást igénylő és szociális gondozást igénylő öregedő népesség elengedhetetlenné teszi **az egészségügyi és szociális alapellá-tás funkcionális integrációjának előmozdítását.** Eh-hez tisztázni szükséges a két szolgálat találkozási pontjait, a jelenlegi együttműködés helyzetét, és kialakítani olyan módszertani kísérleteket, melyek a funkcionális integráció folyamatában meghatározóak lehetnek.

e.) Erősíteni és fejleszteni kívánatos az egészségügyi alapellátás és a lakosság kapcsolatát, **együttműködést kell kiépíteni a falugondnoki hálózattal**, az egészségügyi és **öntevékeny lakossági csoportokkal**, a **roma egészségőrökkel**, az önkormányzatokkal és más együttműködő és segítséget nyújtható szervezetekkel.

3. Az alapellátás csak az esetben tud megnövekedett prevenciós feladatainak megfelelni, ha az ösztönzés a képzés és tovább képzés, a munkamegosztás és egy hatékonyabb szakmai ellenőrzés kialakítása terén a fentieket figyelembe vevő, az egészségpolitika által kezdeményezett változások történnek. A fentiekkel kapcsolatban külön is hangsúlyozást nyert. hogy

- a lemaradó hátrányos helyzetű kistérségekben kiemelt figyelmet kellene fordítani a háziorvosi szolgálatok technikai felszereltségi szintjének fokozott támogatására, fejlesztésére. Ezt célzott pályázati lehetőségekkel lehetne előmozdítani.
- a hátrányos helyzetű kistérségekben az egészségfejlesztő és ellátó munka figyelmre méltó többletmunkát igényel, melyet az egészségbiztosító a pontértékek kialakításánál a pozitív diszkrimináció elve alapján célszerű lenne, hogy figyelembe vegye.
- a háziorvos rendelőkben alapellátási szolgálatoknál nem áll rendelkezésre az egyes betegségekkel, a szűrővizsgálatokkal, a gondozással az életmód alakítással kapcsolatosan felvilágosító szóró anyag. Kevés olcsó, egészségnevelési kiadvány kapható. Ezen a helyzeten sürgősen változtatni kellene.

4. Az Állami Népegészségügyi Szolgálat feladatainak újra súlyozása, a városi intézeteknél főfoglalkozású egészségnevelők alkalmazása, az egészségnevelési feladatok anyagi megalapozása elkerülhetetlennek tűnik. Felvetődött a gondolat, hogy az ÁNTSZ városi intézetei körében lehetne megteremteni a kistérségi feladatok ellátásának feltételeit.

C.) Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja sikere érdekében építeni kell az interszektoriális összefogásra a kistérségekben.

Az interszektoriális összefogás a sikeres egészségfejlesztés elengedhetetlen kulcskérdése. Ezzel kapcsolatban az alábbiak vetődtek fel.

1. Az interszektoriális együttműködés jelen gyakorlata kormányzati és országos vezetési szinten van kialakulóban. Ezt meghaladva elkerülhetetlen **az interszektoriális együttműködés regionális és kistérségi decentralizációja.** Valamennyi országos szintű testület elvárásává kell tenni területi szerveinek részvételét az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja sikerében.
2. Az interszektoriális együttműködés sikeres előmozdítása érdekében **személyre irányulóan meg kell szólítani** a kistérségben élő és működő társadalmi és állami vezetőket **a közvélemény formálásában kiemelt szerepet játszó személyiségeket**.
3. Kezdeményezni és támogatni kell a kistérségei egészségfejlesztési társadalmi tanácsok, bizottságok, munkacsoportok stb. létrehozását a kulcsszerepet játszó szervezetek és a közvélemény formálásában előbb jelezett személyek részvételével.
4. **Kevés és hiányos az együttműködés az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja és az oktatásügy területén**. A meglévő együttműködés országos szinten realizálódik, az egészséges iskola mozgalom és más akciók helyi szinten nem kapcsolódnak egymáshoz még a tapasztalatcsere érdekében sem. Jobban kellene építeni egyetemi illetve főiskolai hallgatók bevonására az egészségnevelő munkában
5. Az interszektoriális munkához szükséges szakember képzés a felsőoktatásban lassan alakul. Teljességgel hiányzik a különböző diszciplinák képzésében az **együttműködés oktatása és gyakorlati bemutatása**. Az interszektoriális hétvégék, karokon átnyúló közös szakmai gyakorlatok gondolatának felvetése nem járt megértéssel és támogatással. (orvos, nővér, pedagógus, jogász stb.)
6. Az orvosképzésben beleértve a háziorvos képzést is, **az orvos társadalmi szerepe megfelelő feladatai, egészségfejlesztési munkában való részvétele nem kielégítően hangsúlyozott.**
7. A népegészségügy területén folyó tudományos kutatás sikeres fejlesztése, a tanszéki oktató nevelő munka megerősítése, feltételeinek biztosítása nélkül a **népegészségügyi gyakorlat átalakítása** az zömmel közegészségügyi jellegű feladatokról a krónikus betegségek kérdéseivel, az életmód alakításával a közösségi munkával kapcsolatos feladatokra nem járhat sikerrel. Ez igényli az oktatásügyi, az egészségügyi minisztériumok és a magyar tudományos akadémia szerveinek határozottabb, célratörőbb együttműködését, az egyetemi tanszékek személyi, technikai és anyagi feltételeinek javítását.
8. A munkahelyek megszólítása és bekapcsolása az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában a kistérségek területén teljességgel hiányos. Az egészséges munkahely program terjesztése érdekeltté és érintetté tétele a program érdekében lényegi követelmény, mely különösen az élelmiszeripar, a kereskedelem, a mezőgazdaság, a környezetvédelem területén kiemelt jelentőségű lehetne.
9. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában kialakított prioritások és tartami alapelvek a vita tapasztalatai alapján előbb vagy utóbb felvetik a felülvizsgálat és továbbfejlesztés szükségességét és igényét. Ennek kapcsán a prioritások terén mint alapvető fontosságú prioritást lenne szükséges kiemelni a **falusi lakosság egészségi állapotának javítását.** A falusi lakosság halmozottan hátrányos helyzetű populáció. Ennek okai elsősorban a települési viszonyokban, lakáskörülményekben, a táplálkozásban, a munkanélküliség rendkívül magas arányában, a hiányosabb iskolázottságban és kulturális feltételekben, a kisebbségi lakosság jelentősebb arányában, a rosszabb egészségi állapotban, a halmozottan problematikus kommunikációs nehézségekkel küzdő csoportokban jelölték meg a megbeszélések során. E halmozottan hátrányos helyzet leküzdése a diszkrimináció kezelésére irányuló törekvés, az ifjúság képzésére történő koncentrálás, a tanulási feltételek segítése, egyaránt indokolják, hogy a program a falun élők egészségfejlesztését, mint interdiszciplináris problémakört külön témacsoportban fogalmazza meg az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja bevezetésének tapasztalatait követő áttekintés során.
10. A globalizáció, mint világjelenség hazánkra gyakorolt hatását az Európai Unióban való belépésünket figyelembe véve határozottan felvetődött, hogy a migráció jelenségével több szempontból is fokozott mértékben számolnunk kell. Vizsgálni és felmérni szükséges a migráció egészségi állapotra és egészségügyi ellátásra gyakorolt hatását, várható következményeit és időben kialakítani az arra való felkészülés és reagálás módjait.

IV./ KEZDEMÉNYEZÉSEK, JAVASLATOK A KISTÉRSÉGEKBEN FOLYÓ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZERVEZÉSÉRE, IRÁNYÍTÁSÁRA.

1. A kistérségekben folyó egészségfejlesztés összefogására és irányítására Kistérségi Egészségfejlesztési Társadalmi Tanácsok létrehozását javasoljuk. Ezek amennyiben működik a kistérségben korház vagy egészségügyi központ, azok bázisán alakulhatnának ki és a regionális egészségfejlesztési tanácsok támogatásával működnének. Teret és lehetőséget adnának az interszektoriális kezdeményezésekre, programok kialakítására, azok értékelésére, fejlesztésére.
2. A kistérség várható közigazgatási struktúra alakulását egyenlőre nem ismerve a lehetséges változatokat figye-lembe véve, az alábbi három változattal számolt a ta-nácskozás:

a.) **Kistérségi igazgatási funkciók kialakítása esetén kistérségi állami népegészségügyi szolgálat**, mely elsősorban az egészségfejlesztés kérdéseit érintő területen működő kistérségi állami népegészségügyi szolgálatot jelentene.

b.) Amennyiben igazgatási jogi funkció nem alakul ki, akkor **az egészségfejlesztési munka a városi kórház, egészségügyi központhoz csatolva működhet.**

c.) Amennyiben a fenti funkció sem működik, a kistérségi együttműködés a **központi körjegyző tevékenysége** köré építhető fel.

3. Szükséges olyan felelős szervező kezdeményező személy megbízása, aki az egészségfejlesztést a kistérségben összefogná. Ennek elnevezésére a **kistérségi egészségfejlesztési tanácsos, kistérségi egészségmenedzser, kistérségi public health nurse - prevenciós nővér** - elnevezések alatt születtek javaslatok. A javaslatokban közös, hogy a kistérségi egészségfejlesztés szervezése, összefogása, a kistérségi egészségfejlesztési tanács működésének szervezése lényegileg erre az államilag finanszírozott személyre hárulna, akinek kapcsolatrendszerét a 2. pontban megjelölt intézményi, jogi háttér biztosítaná.
4. **A falugondnok hálózatot megerősíteni**, fejleszteni, az egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatok részvételébe történő bekapcsolására felkészíteni szükséges. Felvetődött. hogy **a hálózatot település gondnok elnevezéssel továbbfejleszteni lenne kívánatos**, mely a tanyavilág a kisvárosok, városok rendkívül hátrányos településrészei gondjainak megoldására is kiterjedne. Mások ugyanakkor felvetik, hogy ennek feltételei jelenleg nem adottak, ez túlzó célkitűzés lenne. Együttműködést kellene fejleszteni a falugondnok hálózat és az egészségügyi alapellátás között.
5. Felkarolni és általánosítani szükséges a **roma egészségőr** mozgalom kezdeményezésének tapasztalatait. Ehhez szükséges, hogy döntés szülessen a szolgálat helyéről és kapcsolat rendszeréről, a képzés rendjéről és szervezetéről az irányítás és finanszírozás gyakorlatáról.
6. A **védőnői hálózattal** szemben támasztott fokozott elvárás igényli, hogy a kistérségekben az **alapellátás és a védőnői szolgálat közötti együttműködés rendeződjön**, a képzés és továbbképzés az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja igényeit fokozottabban vegye figyelembe, hogy elkerülhetetlen a finanszírozási problémák megoldása.
7. **A prevenció finanszírozásának fokozatos megoldása** és realizálása a hátrányos kistérségi területek támogatásának **pozitív diszkriminációja szükséges**. A támogatási tevékenység során **kívánatos kistérségi egészségfejlesztési pályázati alap** létrehozása, esetleg külön is **falusi vagy kistelepülési pályázatok kiírása.**
8. Szükségesnek és támogatandónak tartották a **kistérségi találkozások, a kistérségi kulturális programok rendezését, önkéntes kistérségi egészségszervezők** bekapcsolását és a feladatokra történő felkészítését.

A Tanácskozáson a problémakör országos nyitottsága folytán számos területen egymást fedő lehetséges elképzelések nyertek felvázolást, továbbá elhangzott javaslat és kezdeményezés, melyek a téma igen tág értelmezése mellett sem tartozhattak a problémakörhöz, továbbá nyilvánvaló, hogy a közigazgatás reformjának alakulási folyamatában a problémakör konkrétabb megvitatására később ismét célszerű lenne hasonló formátumban visszatérni.

Országos Alapellátási Intézet - Dr. Balogh Sándor főigazgató (1135 Budapest, Szabolcs u. 33/35.)
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar Közeg Int. - Dr. Tényi Jenő egyetemi tanár (7624 Pécs, Szigeti u. 12.)
"Együttműködés a magyar falu egészségéért" Alapítvány (7671 Zók, Arany János u. 37.)

Kérdés-Felelet

Az EU csatlakozás egészségügyet érintő kérdéseiről

Beleszól-e az Európai Unió az egészségpolitika alakításába?
Nem szól bele, hiszen az egészségpolitika alakítása nemzeti hatáskörben van, ugyanakkor elvárásként jelentkezik az, hogy a csatlakozó országok EU-s tagállamokhoz hasonlóan olyan egészségpolitikát alakítsanak ki, amelyek az egészséget értéknek tekintik.

Beleszól-e az Európai Unió az egészségügyi ellátási rendszer alakításába?
Nem szól bele, ugyanakkor az EU országaiban a magas szintű egészségügyi ellátás mindenki számára hozzáférhető és ez elvárásként jelentkezik. a csatlakozó országokban is.

Van-e közös európai szociálpolitika?
Nincs, ugyanakkor az EU tagállamai szolidáris társadalmak, amelyek fontosnak tartják a tagállamokban élő személyek szociális jólétét és biztonságát, és ennek elérése érdekében mindent megtesznek.

Hogyan kezeli az EU az egészség kérdését?
Az egészség érték, sőt alapérték! Az egészség befektetés, hiszen egészséges munkaerő nélkül nincs fejlődőképes gazdaság.

EGÉSZSÉGVÉDELEM

Mit tesz az EU annak érdekében, hogy polgárai egészségesek legyenek?
Mindent! A belső piacot (személyek, áruk, szolgáltatások, tőke szabad mozgása) úgy szabályozza, hogy polgárai egészsége ne sérüljön. Elvárja,hogy minden szektor politika kialakításakor figyelembe vegyék az egészségre gyakorolt hatásokat. A népegészségügy egyes területein dohánytermékek, vér- és vérkészítmények biztonsága, szervek és szövetek biztonsága - közösségi szintű szabályokat fogadnak el.

Szigorodnak-e vagy enyhülnek a dohányzás elleni jogszabályok?
Az EU alapvetően elkötelezett a dohányzás elleni küzdelemben. A közösségi szabályozás elsősorban a dohánytermékek adóztatására, forgalmazására és reklámozására terjed ki. A passzív dohányzás ellen EU-szerte jogszabályok védik a nem-dohányzókat, mellyel a jelenlegi magyar szabályozás szinkronban van. A dohánytermékek reklámozása korlátozás alá esik, melyre vonatkozóan a jelenlegi magyar szabályozás egyes elemeiben az EU-normáknál szigorúbb. A dohánytermékek forgalmazása tekintetében a csomagoláson levő fogyasztói információt szigorúan szabályozza az EU, a doboz 30, ill. 40 százalékát előre meghatározott figyelmeztető feliratok foglalják el. Ennek hazai átvétele folyamatban van, melynek eredményeként a cigarettás dobozok külső felülete átalakul. A dohánytermékek adótartalma szintén közösségi szinten szabályozott. Magyarország 2009-ig szóló átmeneti mentességet kapott az azonnali adóemelés alól, az elkövetkezendő időszakban azonban minden évben jelentős fogyasztói áremelkedéssel kell számolni.

A csatlakozás után várható-e, hogy az egészségfejlesztés, a civil szervezetek jelentős EU-forrásokhoz jutnak?
A 2003-2008. évekre szóló Közösségi Népegészségügyi Akcióprogramhoz Magyarország a teljes időszakra csatlakozott. A program teljes költségvetése 312 millió Euro, mely komoly szakmai fejlesztéseket és együttműködéseket ösztönöz és tesz lehetővé, azonban ez nem teremt jelentős külső forrásokat a hazai egészségfejlesztéshez. Tudni kell, hogy az Unió elsősorban több tagország intézményeinek közös programjait részesíti előnyben.

Vannak-e olyan programok, amelyek még nyitva vannak Magyarország számára?
Sokkal több forrás áll majd rendelkezésre a kutatási és képzési tevékenységek támogatására. Elsősorban a magyar egyetemek, főiskolák, akadémiai műhelyek kezdeményezőképességén múlik, hogy milyen programokban tudnak részt venni. Az Európai Unió jelentős támogatást nyújt kutatásfejlesztésre, ennek keretében jelenleg a 6. Tudományos Kutatási Keretprogram végrehajtása van folyamatban. Magyarország évek óta részt vesz pályázatokkal a kutatási keretprogramban minden részterületen, az orvostudományi, egészségügyi pályázatok a magyar pályázatokon belül jelentős helyet foglalnak el, és a nyertes pályázók között is szép számmal szerepelnek. Az így elnyert kutatási pályázatok további lehetőséget biztosítanak a magyar kutatóknak a tagállami kutatóintézetekkel való együttműködésre, közös projektek megvalósítására és egyúttal komoly külső forrást jelentenek a magyar kutatás számára.

Pozitív vagy negatív hatásuk van-e az egészségre a közösségi szabályozásoknak?
Egyértelműen pozitív! Az EU csatlakozás egyértelműen pozitívan hat a lakosság egészségi állapotára. Ezek a közegészségügyi, járványügyi, fogyasztóvédelmi, minőségbiztosítási szabályok önmagukban felérnek egy sikeres népegészségügyi programmal.

Hogyan tudja az EU polgárai egészségét védeni, amikor az egységes belső piac a személyek és áruk szabad mozgását teszi lehetővé?
Bár az egészségügy kérdései döntően mindmáig a tagállamok hatáskörében maradtak, az Európai Gazdasági Közösség már megalakulásától kezdődően széles körben fogadott el az emberi élet és egészség védelmét szolgáló normákat, intézkedéseket, illetve a gazdasági életre, a kereskedelemre, a minőségügyre, a fogyasztóvédelemre, a foglalkoztatásra, a munkahelyi egészségvédelemre és biztonságra, a környezetvédelemre, a kutatásra és egyéb területekre vonatkozó olyan szabályozásokat, amelyek közvetett hatást gyakorolnak az egészségre. Az 1990-es évek közepétől bekövetkezett krízis helyzetek (pl. kergemarhakór és dioxin), valamint az ezekre való megfelelő és hatékony közösségi reagálás hiánya újra felhívták a figyelmet az egészségügy kérdésére, s ennek nyomán az EU további, még szigorúbb belső szabályozást vezetett be annak érdekében, hogy a polgárok egészsége ne sérüljön.

Mely területeket fedik le ezek a belső szabályozások?
- Az áruk szabad áramlása a közegészségügyi, járványügyi, fogyasztóvédelmi, minőségbiztosítási területeket, így például humán és állatgyógyászati gyógyszerek, orvostechnikai eszközök biztonsága, élelmiszerbiztonság, kozmetikumok.
- A környezet egészségügy hazai szempontból is jelentős, valamint határokon átnyúló hatással rendelkező területein, például vízminőség (ivóvíz, fürdővizek), veszélyes vegyi agyagok, sugárvédelem
- A személyek - kiemelten a munkaerő - szabad áramlásánál (Schengeni Egyezmény) mind az egészségügyi, mind pedig a szociális biztonsági kérdések meghatározóak és a polgárokat védik.

Magyarország mit tett annak érdekében, hogy az EU szabályozást átvegye?
Mindent megtett. Az EU szabályozás átvételre és a magyar jogrendbe szisztematikusan beépítésre került. Ezzel a jogharmonizáció teljes körűen megtörtént. A magyar jogrendbe átültetett szabályozás döntő része már ma is hatályos, a csatlakozás időpontjától pedig a magyar szabályozás az EU szabályozással teljesen kompatíbilis lesz.

Ezek a szabályok tehát élnek már a magyar gyakorlatban?
Döntően igen, a gyakorlatban még van tennivalónk a szakemberek oktatásában, képzésében és a szabályok betartásának folyamatos ellenőrzésében.

Hogyan tudja Magyarország garantálni azt, hogy azt a fajta minőségbiztosítást, amelyet ezek a szabályozások kikényszerítenek, megvalósítsuk?
Az EU jelentős előcsatlakozási forrásokat biztosított Magyarország számára annak érdekében, hogy akkreditált laboratóriumokat hozzunk létre, az áruk, szolgáltatások, munkahelyek létesítése, környezetvédelem, stb. minőségének garantálására. Ezek elkészültek és üzemelnek. A következő részben számos, az egészségvédelemmel kapcsolatos kérdés következik.

A veszélyes anyagokkal és készítményekkel kiskereskedelmi forgalmazást folytatni kívánó vállalkozó hol kaphat felvilágosítást a szükséges teendőkről (pl. engedély, bejelentés stb) vonatkozó előírásokról, feltételekről?
Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes intézetei nyújtanak tájékoztatást.

Magyarországra behozott, itt forgalmazni kívánt anyaggal kapcsolatos tevékenység bejelentése milyen előírások alapján és formanyomtatvány szerint történik?
A veszélyes anyagokkal és a veszélyes készítményekkel kapcsolatos egyes eljárások, illetve tevékenységek részletes szabályairól szóló 44/2000. (XII. 27.) EüM rendelet tartalmazza a szükséges információkat.

Mérgezések, azok gyanúja, vélelme esetén (pl. "gyerek megkóstolta a tisztítószert") hova lehet fordulni?
Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat. Tel.: 06-80-201-199, illetve a háziorvosi ügyeletek.

Hol lehet a munkavégzésre irányuló tevékenységgel vagy annak megkezdésével kapcsolatos engedélyek megszerzésével, vagy a munkavégzésre, munkakörülményekre irányuló követelményekkel, vagy a munkáltatói kötelezettségekkel, vagy a munkahelyeken megengedett határértékekkel kapcsolatos jogszabályokról tájékoztatást kapni?
Fodor József Országos Közegészségügyi Központ- Országos Munkahigiénés és Foglalkozásegészségügyi Intézetében működő Munkavédelmi Információs Szolgálattól (MISZ) (telefon: 06-80-204-264) vagy az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes intézetétől.

Hol kaphat a rákkeltő anyagokkal munkát végző munkavállaló, vagy érdekképviseletüket ellátó tájékoztatást arról, hogy melyek az egészséget nem veszélyeztető munkavégzés szabálya, amelyek betartását a munkáltatótól elvárhatják?
Fodor József Országos Közegészségügyi Központ- Országos Munkahigiénés és Foglalkozásegészségügyi Intézetében működő Munkavédelmi Információs Szolgálattól (MISZ) telefon: 06-80-204-264) vagy az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes intézetétől.

Mi minősül képernyő előtti munkavégzésnek? Az ezzel kapcsolatos tájékoztatáshoz hol juthat hozzá?
Fodor József Országos Közegészségügyi Központ- Országos Munkahigienes és Foglalkozás egészségügyi Intézetében működő Munkavédelmi Információs Szolgálattól - munkaidőben (MISZ) (telefon: 06-80-204-264) vagy az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes intézetétől.

Mikor éri el a hazai munkavédelmi helyzet a tagországok színvonalát?
Ha a hazai érvényes és EU konform jogszabályoknak megfelelő Helyes Munkahelyi Gyakorlat válik általánosan jellemzővé mindenütt, ahol azok betartása kötelező.

Milyen munkavédelmi szabályok vonatkoznak a külföldön munkát végzőkre?
Az adott ország előírásai.

Előírható-e a foglalkoztatást megelőző munkaalkalmassági vizsgálat keretében olyan vizsgálat, amely a hazai szabályozásban nem szerepel (pl. HIV/AIDS)?
Az egyenlő bánásmód elve alapján a másik tagállamból érkező munkavállalótól tilos olyan orvosi, egészségügyi feltételt megkövetelni, amelyet a nemzeti munkavállalók részére sem ír elő jogszabály kötelezően.

Diszkriminációnak minősül-e, ha női munkavállalónak - a terhességgel, anyasággal összefüggésben - bizonyos munkavégzést - átmenetileg nem engedélyeznek?
Nem, mivel önmagában ez a feltétel még nem a nők hátrányos megkülönböztetését jelenti, hanem a speciális védelmet biztosítja.

Milyen a vízminőség az adott településen?
Az ÁNTSZ területileg illetékes megyei Intézete, illetőleg a Fővárosi Intézet birtokában vannak a vízvizsgálati eredmények, amelyekről bárki tájékoztatást kaphat. (2004-től az előző évben végzett vizsgálatok értékelése az ÁNTSZ honlapján is olvasható lesz.)

Egészségügyi szempontból milyen ivóvízcsövek és szerelvények használhatók?
A vonatkozó hazai jogszabály előírja, hogy az ivóvízellátásban használt minden anyag egészségügyi szempontból engedélyköteles. Az engedélyt az Országos Tisztifőorvosi Hivatal adja ki és öt évig érvényes. A mindenkori érvényes lista havi frissítéssel folyamatosan olvasható az ÁNTSZ honlapján. (www.antsz.hu)

Úszómedencéhez milyen bevonatok, szerelvények és vegyszerek használhatók?
A bevonatok, szerelvények és egyes vegyszerek az ivóvízellátásban használt anyagokkal azonos módon az Országos Tisztifőorvosi Hivatal engedélyével alkalmazhatók. A fertőtlenítőszerek és algaölőszerek ún. biocid anyagok, engedélyezésüket az erről szóló rendelet szabályozza.

Biztonságos-e fürödni a hazai folyókban és tavakban?
Jogszabály írja elő a szabadvízi strandokra vonatkozó higiénés követelményeket. A vízminőséget a fürdőzési szezonban rendszeresen ellenőrzik, ha az nem megfelelő, tájékoztatják az adott strandon a fürdőzőket. Kizárólag a helyi önkormányzat által kijelölt strandokon szabad fürödni, mert az ellenőrzés csak ezekre terjed ki. A fürdőzési szezonban naprakész információ olvasható az ÁNTSZ honlapján minden vizsgált strand vízminőségére vonatkozóan.

Mire számíthatunk a csatlakozás után élelmiszereink biztonságosságát illetően?
Hazánkban az élelmiszerek biztonságossága eddig is magas szintű, és rendszeresen ellenőrzött volt. Előírásaink jelenleg is csaknem azonosak az Uniós elvárásokkal. A feltárt "élelmiszerbotrányok" ellenére az Európai Unióban forgalmazott élelmiszerek a legbiztonságosabbak közé tartoznak a világon. Így ezen a területen rosszabbodással nem kell számolnunk.

Hogyan vélekedik az Európai Unió a genetikailag módosított élelmiszerekről?
A genetikailag módosított élelmiszerek, valamint az eddig még szokásszerűen nem fogyasztott, új élelmiszerek biztonságosságát az Európai Unió kiemelten kezeli. Ezekre a termékekre vonatkozó közösségi szabályozás jelenleg a világon a legszigorúbb. Minden egyes forgalomba hozni kívánt genetikailag módosított élelmiszer és egyéb új élelmiszer engedélyköteles, és az engedélyt csak nagyon alapos egészségügyi kockázat-elemzés, tudományos vizsgálat, környezeti hatásvizsgálat birtokában adják meg.

Mennyire veszélyesek az élelmiszereinkben található adalékanyagok, és várható-e változás az adalékanyagok alkalmazásában csatlakozásunk után?
Az utóbbi időben egyre több híresztelés röppent fel az egyes adalékanyagok ártalmasságáról. A kérdés valóban fontos, hiszen az adalékanyagok az élelmiszerekkel rendszeresen szervezetünkbe jutó vegyi anyagokat jelentenek. Éppen ezért szabályozásuk is, ellenőrzésük is alapos körültekintést igényel. Jelenleg csak olyan adalékanyagok kerülhetnek élelmiszereinkbe, amelyek esetén az élelmiszerekben jelenlevő mennyiség százszor kissebb, mint az állatkísérletekben teljesen ártalmatlannak bizonyuló határérték. Az adalékanyagok a legjobban kivizsgált és legkevésbé ártalmas anyagok körébe tartoznak, minden ellenkező híresztelés ellenére. Az adalékanyagokra vonatkozó hazai szabályozás jelenleg is már teljesen azonos az Európai Unióéval, így változás nem várható.

Hogyan befolyásolja az áruk szabad áramlása az élelmiszerek biztonságát?
Az Európai Unió az élelmiszerekkel kapcsolatban nagyon kevés előzetes engedélyezést tart szükségesnek, ezért nálunk is meg kellett szüntetni az import élelmiszerekre vonatkozó előzetes egészségügyi engedélyeztetési rendszert. Az előzetes engedélyeztetés szerepét a piacon levő termékek fokozott ellenőrzése váltja fel.

Igaz-e, hogy Uniós csatlakozásunk után nem fogyaszthatunk mákkal készült ételeket?
Az Európai Unióban a mákkal készült ételek (mákos kalács, mákos tészta) fogyasztása nem szokásos, de nem is tiltott. A hagyományosan fogyasztott ételek betiltása az Unióban nem szokás, tradicionális élelmiszereit minden nemzet természetesen megtarthatja. Étkezési mák az Unióban is kapható, de jelenleg Magyarországon - éppen a nagyobb mákfogyasztás miatt - a mákban levő alkaloid tartalomra vonatkozóan szigorú határérték van érvényben. Az Európai Uniónak viszont, éppen a mákfogyasztás csekély volta miatt, nincs erre vonatkozó határértéke. E szigorú hazai határérték fenntartásáról, ha az a jövőben is indokolt lesz, egyeztetni lehet az Unióval.

Igaz-e, hogy a HACCP rendszer miatt a vendéglátósoknak, kereskedőknek jelentős beruházásokat kell eszközölni?
A HACCP rendszer olyan élelmiszerbiztonsági rendszer, melyben az egység vezetőinek és dolgozóinak kötelessége azt átgondolni, tudatosítani, hogy az általuk készített termék veszélyeztetheti-e a fogyasztót, ha igen, akkor hogyan, és mit kell tenniük a veszély elhárítására. Ez a rendszer arra ösztönzi az élelmiszerek előállítóit és fogalmazóit, hogy a biztonságos élelmiszerek előállításának felelősségét tudatosítsák, és minden szükséges intézkedést megtegyenek ennek érdekében. Ha a HACCP elemzés azt mutatja, hogy az egységben előállított termék nem biztonságos, akkor valóban szükség lehet beruházásokra is, vagy az előállított termékek körén kell módosítani. Ha egy egység eddig is betartotta az előírásokat, és megfelelő higiéniai körülmények között üzemelt, a HACCP rendszer bevezetése csak a szemléletmód átalakítását jelenti.

Az egészségügyi szolgáltatás működési engedélye érvényes lesz-e az EU tagállamaiban is?
Nem. Az engedélyezési gyakorlat tagországi kompetencia, maga a működési engedélyezés léte egységesen nem megkövetelt, a gyakorlat országonként eltérő, az adott tagország követelményeit kell teljesíteni.

A szakmai felügyelet megköveteli-e a hazainál szigorúbb EU szakmai feltételeket, hogyan teljesíthetők az EU konform feltételek?
A szakmai felügyelet a külső minőségbiztosítás része. E tekintetben - bár törekvések vannak - nincs egységes EU követelmény, a hazai előírásoknak kell megfelelni, amik ma sem enyhébbek az EU tagországai - egymástól is eltérő - gyakorlatánál. Tehát e tekintetben az EU tagságtól független szakmai szabályok az irányadók továbbra is.

GYÓGYSZEREK

Változnak-e gyógyszerek árai az Európai Unióhoz történő csatlakozással?
Csatlakozásunk önmagában nem eredményez árváltozást. Az EU-nak nincs gyógyszer átlagára, nincs egységes árrendszere. Az EU-hoz tartozó országok közül pl. a Franciaországban, Spanyolországban alkalmazott árak olcsóbbak, mint a többi országban.
A mai magyarországi gyógyszerárak megállapításánál ezért a biztosító a hazai ármegállapítás során figyelembe veszi az említett országok árait. Az EU-ba történő belépés után is megmarad a nemzeti ár- és ártámogatási meghatározási lehetőség, ugyanakkor fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az EU országokban a gyógyszereket eltérő mértékű ÁFA terheli.

Lesznek-e olcsó magyar gyógyszerek?
A gyógyszerekre vonatkozó forgalmazás feltétel változatlanul a magyarországi törzskönyvezés. A hazai gyógyszergyártók évtizedek óta a nemzetközi követelményeknek megfelelő gyártást végeznek. Terápiás igény esetén az olcsó magyar gyógyszerek előállításának nincs akadálya.

Kiválthatja-e a beteg itthon felírt gyógyszerét például Ausztriában hosszabb otttartózkodás - üdülés, rokonlátogatás - alatt?
A gyógyszer kiváltásának akadálya nincs, mert a hazai forgalmazású gyógyszerek döntő többsége - ha más néven is - az európai országok többségében is forgalomban van. A gyógyszer árához nyújtott támogatások rendszere és mértéke azonban országonként eltérő. Ebből következik, hogy a hazánkban támogatott gyógyszer csak Magyarországon váltható ki támogatással, illetőleg a gyógyszer árára vonatkozóan az egyes országok között jelentős különbségek lehetnek.

Magyarországon hozzájuthat-e a beteg az EU-ban használt bármely gyógyszerhez?
Nem, mert ugyan az EU az egységes törzskönyvezés gyakorlatát követi, de az nem jelenti az automatikus forgalmazást. Az EU-hoz történő csatlakozással viszont a gyógyszerek magyarországi törzskönyvezése felgyorsul, melynek eredményeként a gyógyszer forgalmazási ideje lerövidül.

Valamelyik EU országban támogatott gyógyszer csatlakozáskor automatikusan támogatottá válik-e Magyarországon?
Az EU-ban nincs egységes támogatotti lista. Egy adott ország biztosítási és jogi rendszere határozza meg a támogatottságot, ami más országokban nem kötelező.

Bővül-e a gyógyszerválaszték, az EU más tagállamaiban forgalmazott gyógyszert meg lehet-e kapni Magyarországon is?
A gyógyszerválaszték természetesen szélesedik. A legelterjedtebb, legáltalánosabban alkalmazott gyógyszereket központilag vizsgálják, illetve törzskönyvezik, melyet ezt követően minden tagállam beemel a saját gyógyszerkincsébe. Mindemellett a megfelelő minőségű speciális magyar gyógyszerek nem tűnnek el a gyógyszertárakból.

Gyorsabb lesz-e a korszerű, új gyógyszerekhez való hozzájutás (pl. rákellenes szerek, bio- és géntechnológiával előállított készítmények?
Igen, mert az Európai Unióban közös szakmai munkát követően törzskönyvezik ezeket, így az egyes tagállamoknak már csak be kell jegyezni a saját nemzeti gyógyszer nyilvántartásukba.

A gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok elérhetők lesznek-e az Európai Uniós csatlakozás után is?
Igen elérhetők, csak az elnevezés változik majd: tradicionális, természetes alapú gyógyszerként kerülnek forgalomba, azzal a feltétellel, hogy a természetes alapanyagot legalább 15 éve ismerik és használják Európában.

Figyelembe veszik-e az egyes betegcsoportok különleges igényeit? Megtudhatja-e például a tejcukor vagy lisztérzékeny beteg, hogy az adott gyógyszer tartalmaz-e laktózt, vagy glutént?
Igen, mert előrelépést jelent majd, hogy az EU-ban egységes rendelkezések írják elő, hogy a gyógyszer csomagolásán vagy dobozában fel kell tüntetni, hogy az adott gyógyszer tartalmaz-e például laktózt vagy glutént, illetve más, egyéni érzékenységi reakciót okozó segédanyagot (egyes konzerváló szerek).

(Folytatás a következő számban)

"Cél a nemzeti önellátás"

A Biotest Hungaria Kft. iroda és raktáregyüttesének avatása Törökbálinton

Az iroda

Szeptember végén került sor a **Biotest AG** (Németország) hazai leányvállalata a **Biotest Hungária Kft.** 1100 négyzetméteres új iroda- és raktáregyüttesének átadására Törökbálinton, melyet **Prof. Gregor Schulz** az anyacég elnök vezérigazgatója illetve a tulajdonos leánya Katrin **Schleussner** asszony adott át. Az ünnepségen a meghívott hazai és külföldi vendégek között többek között részt vett Németország új nagykövetasszonya, **Ursula Seiler-Albring** is. A 330 millió forintos beruházást az ISO-minősített gyógyszer-nagykereskedelmi engedéllyel rendelkező Biotest Hungaria Kft. folyamatos fejlődése tette szükségessé.

Dr. Szolnoky Miklós ügyvezető, Katrin Schleussner,

A vérfeldolgozás valamennyi területét lefedő cég alapjait a jelenlegi tulajdonos **Dr. Hans Schleussner** dédapja rakta le még 1860-ban azzal, hogy Frankfurt főterén a Römerberg téren lévő családi patikájukban létrehozta a világ első fotokémiai filmeket gyártó laborját. Nem kisebb név mint **Röntgen** professzor neve szerepel családi vállalkozásuk almanachjában, mint ahogy azt az alábbi ábra is mutatja. De említhetjük a Nobel dijas **Landsteiner** nevét is, aki 1946-ban a cég égisze alatt állította elő vércsoport meghatározásban elsőként a nem csoport azonos RH vércsoport reagenst. A 143 éves múltra visszatekintő vállalkozás ma Németország egyik vezető vérfrakcionálója. Leányvállalatai vannak USA-ban, Japánban, illetve Ausztria. Svájc, Franciaország, Olaszország, Anglia, Benelux államokban is kereskedő cégeken keresztül jelen van.

Röntgen prof levele

A **Biotest AG** német gyógyszer és diagnosztikum gyártó cégcsoport **1988** óta - éppen 15 éve - képviselteti magát Magyarországon. 1994-ig mint kereskedelmi képviselet, ezt követően mint önálló cég. A 100 százalékban német tulajdonú **Biotest Hungária Kft.** a Biotest mellett egyéb cégek képviseletét - (Fresenius Hemo Care, Brahms AG, PALL Italy, Biegler, Hook & Tucker Zenyx) képviseletét termékeiknek importálását és hazai forgalmazását is ellátja. A Biotest cég szoros kapcsolatban áll a TEVA-cégcsoport tulajdonában lévő gödöllői Humán RT-vel is, és az együttes munka eredményeképpen a legmodernebb technológiával előállított korszerű és biztonságos vérkészítmények kerülhetnek forgalomba hazánkban, melyek elsősorban a szerv és csontvelőátültetett, valamint a szeptikus és vérzékeny betegek gyógyulási esélyét növelik.

Karl Heinz Wenczel, Prof. Schulz,

A cég magyarországi életében jelentős változást a Kft-vé történő átalakulás hozta, mely lehetővé tette a kereskedelmi és szerviztevékenység beindulását. Ezek a változások nemcsak a forgalom, de az eredmény jelentős növekedésében is megnyilvánulnak. Mára az árbevétel csaknem a duplájára nőtt és a cél a **Biotest Keleteurópai Központtá** válása.

Az OVSZ és a cég munkatársai

2002. szeptemberében az ISO 9002 minősítés megszerzését a minőségi elvárásoknak minél tökéletesebb megfelelése tette szükségessé. 2003. májusában a cég törökbálinti új telephelyére költözött és megszerezte a gyógyszer-nagykereskedelmi engedélyt is. Az 1100 m^2 területű iroda és raktáregyüttes a cég további fejlődésének alapjait teremti meg. A 200 m^3 hűtőkapacitás és a gyógyszer-nagykereskedelemi engedély lehetővé teszi a már meglévő termékpalettában rejlő lehetőségek még jobb kihasználását és további gyógyszergyártók készítményei hazai forgalmazásának megkezdését is.

A **Biotest Hungaria Kft.** az orvostechnikai vonalon is szeretné jobban kihasználni az általa képviselt cégek adta lehetőségeket. Így a még nem bevezetett termékek magyarországi eladásaitól további forgalomnövekedést vár.

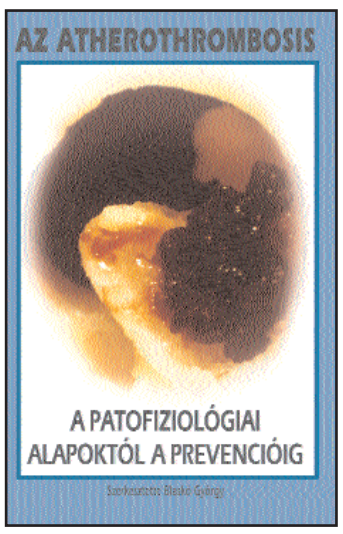
A cég felépítése messzemenően igazodik a piac igényeihez. Az ügyvezető irányítása alatt a pénzügyi vezető a könyvelést és a controllingot irá-

Raktár

nyítja illetve végzi. A kereskedelmi vezető, aki egyben a terápiás csoport értékesítési vezetője is, felel a rendelésfelvétel, a raktár és az orvoslátogatók irányításáért. A diagnosztikai csoport értékesítési vezetője felügyeli a szervíz és a látogatók munkáját. A minőségbiztosítási vezető a gyógyszer-nagykereskedelmi raktárt irányítja és felel a cég ISO szerinti működéséért. A 18 fő munkatárs közötti kiváló kommukáció igen fontos a cég további fejlődése szempontjából. A Biotest Hungaria Kft. számos területen piacvezető és konkurenseivel együtt már évek óta párhuzamosan tevékenykedik Magyarországon. A közeljövőben nem várható újabb cégek megjelenése, melyek termékpalettája hasonló.

Összefoglaló mű jelent meg az atherothrombosisról

A Sanofi-Synthélabo, a Chinoin magyarországi tulajdonosa olyan gyógyszerek kutatásában és fejlesztésében specialista, amelyek a XX. és XXI. század elejének egyik népbetegsége - érelmeszesedés talaján kialakuló érelzáródások - gyógyítására alkalmasak. A gyógyszerkutatás és gyártás mellett hazánkban azt is kezdeményezte, hogy a hazai orvostudomány jeles képviselői összefogjanak egy-egy kevésbé feldolgozott betegség - az atherothrombosis - legújabb kutatási eredményeinek összegzéséért, az eredmények átértékeléséért és új, alapvető koncepció kidolgozásáért. Dr. Blaskó György orvos-igazgató társszerzőként és szerkesztőként olyan könyv megjelenését irányította, amely a neurológia, a belgyógyászat, a kardiológia és az érsebészet neves képviselőivel összefogva egységes szemléletben jeleníti meg az atherosclerosis, ezen belül az atherothrombosis kialakulását, kezelését és prevencióját.



Az atherothrombosis új koncepciója a terápiás konzekvenciákat tekintve nagy egységesítést eredményezett, a különféleképpen manifesztálódott kórképeket (ischémiás és vérzéses agykárosodások, coronariaatherothrombosis, és a perifériás artériás érbetegségek) sikerült közös elméleti alapokra helyezni. Ennek következményeként a megelőzés, a kórképek kezelése és a szövődmények ellátása azonos elvek szerint történhet. A könyv egyes fejezetei a legelfogadottabb, a bizonyítékokon alapuló orvoslás klinikai eredményeit, a jelenleg alkalmazott gyógyszeres eljárások összefoglalását tartalmazzák. (A fejezetek címét és szerzőit a háttéranyag tartalmazza.)

A cardio- és a celebrovascularis betegségek világszerte népbetegségek, a fejlett országokban és a fejlődő országokban is többségében a fő halálokokat jelenítik meg. Az Egyesült Államokban pl. 1999-ben a szív- és érrendszeri halálesetek 55 százalékát a coronariabetegség, 17,5 százalékát a stroke és 4,2 százalékát más artériás betegségek okozták. A cardiovascularis atherosclerosisban mintegy 60 millióan szenvednek az Egyesült Államokban. A lakosság öregedésével a cardio- és a celebrovascularis betegségek kezelése egyre nagyobb tételt jelent az egészségügyi költségvetésben.

A statisztikai adatok negatív trendjei mögött felelősként a dohányzás elterjedését, a fizikai aktivitás csökkenését, a magas koleszterin és kalóriatartalmú étrendet találjuk. E változások a XX. század során Magyarországon is jelentősen megnövelték a cardiovascularis betegségek mortalitását, jelenleg meghaladjuk az európai átlagot. Különösen a férfiak tekinthetők rizikócsoportnak, a nők korai halálozásának mértéke kevésbé rosszabbodott, mint a férfiaké. A gyors javulás nem várható, hiszen a fiatalabb korcsoportokban a cardiovascularis betegségek tekintetében meghaladjuk az európai átlagot.

A betegség kezelése magasan specializált szakembereket, nagyfokú egészségügyi szervezettséget igényel. A helyzeten csak akkor lehet változtatni, hogyha a kialakult betegség hosszú időszakra menedzselhetővé válik és olyan interdiszciplináris tudás áll rendelkezésre, amely segíti a betegeket abban, hogy az első ischémiás esemény után minél tovább maradjanak mentesek az újabb tünetektől. A könyv végén egy praktikus kompiláció vezérfonalat nyújthat a secunder és a gyógyszeres prevenció tekintetében. A hiánypótló művet a szerkesztő és a szerzők a szakmai közönségnek, a specializált szakorvosoknak, a háziorvosoknak szánják. Olyan praktikus ismeretanyagot tartalmaz, amely a mindennapi gyakorlatban a legújabb eredményeket tartalmazó egységes szemléletben ad eligazítást az olvasónak. További információ kérhető:

dr. Blaskó György orvos-igazgató (Sanofi-Synthélabo Rt.)
telefon: 370-4007

Az atherothrombosis c. könyv fejezetcímei és szerzői:

1. Az atherothrombosis patológiai - patobiokémiai alapjai (Prof. dr. Kádár Anna (az orvostudomány doktora, egyetemi tanár) és dr. Glasz Tibor (egyetemi tanársegéd). 2. Az atherosclerosis kialakulásának mechanizmusai, sejtbiológiai, biokémiai tényezők (Prof. dr. Nagy Zoltán (az orvostudomány doktora) 3. A cardio- és cerebrovascularis betegségek epidemiológiája (Prof. dr. Bereczki Dániel (az orvostudomány doktora, az MTA doktora, egyetemi tanár) 4. Az etherothrombosis gyógyszeres kezelésének alapelvei (Prof. dr. Blaskó György (az orvostudomány doktora) 5. Ischaemiás és vérzéses agykárosodások kialakulásának mechanizmusa, klinikuma, diagnosztikája és a kezelés szempontjai (Prof. dr. Nagy Zoltán (az orvostudomány doktora). 6. Coronariaatherothrombosis (Dr. Kiss Róbert Gábor (az orvostudomány kandidátusa, főorvos, egyetemi docens) 7. Perifériás arteriás érbetegségek (Prof. dr. Acsády György (az orvostudomány doktora, tanszékvezető egyetemi tanár) 8. Az atherothrombosis szekunder, gyógyszeres prevenciója (Összeállította: prof. dr. Blaskó György (az orvostudomány doktora)

Az orvosok kommunikációs képzésének helyzete Magyarországon

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének közleménye

Az orvosi kommunikációs ismeretek és készségek oktathatók, fejleszthetők, ezt az orvosképzés nemzetközi ajá.lásai alapvető szempontként hangsúlyozzák. A Semmelweis Egyetemen már egy évtizede folyik kommunikáció oktatás, amely változatos és korszerű módszereken alapul, s a hallgatók körében is népszerű. Sajnos ez a tantárgy az orvostanhallgatók számára 2003 szeptemberétől már nem kötelező. A jelenleg praktizáló orvosok többsége még nem tanult kommunikációt, ezért nagy jelentősége van a posztgraduális kommunikációs képzésnek.

Az orvos-beteg kapcsolat problémáira utal a közelmúltban széleskörű sajtónyilvánosságot kapott ombudsmani jelentés. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete - amely többek között az orvostanhallgatók kommunikáció oktatását is végzi - ezúton kíván reagálni ezekre a hírekre, valamint Huszár Andrásnak az Orvosi Kamara Etikai Bizottságának elnökeként elhangzott nyilatkozatára, mely szerint el kell érni, hogy az egyetemi oktatásnak részévé váljon a kommunikáció tréning is. Az állásfoglalás azt a látszatot kelti, mintha ma Magyarországon nem oktatnának orvostanhallgatóknak kommunikációt, ami nem felel meg a valóságnak.

A magatartástudományi tárgyak - s ennek részeként az orvosi kommunikáció - oktatása a rendszerváltás utáni orvosképzési reform egyik legjelentősebb lépése volt. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében 1993 óta önálló tantárgy a kommunikáció. 1999-ben kapta kézhez diplomáját az első olyan évfolyam, amelynek tagjai már tanultak kommunikációt. Az idősebb orvosok képzésében orvosi kommunikáció, mint önálló tantárgy, nem szerepelt. Bár különböző keretek között, s eltérő óraszámban, de ma már valamennyi orvosi egyetemen tanulnak a hallgatók orvosi kommunikációt.

A kommunikáció oktatás helyzete a hazai orvostudományi egyetemeken

Jelenleg valamennyi hazai orvosi egyetemen oktatnak kommunikációt. Az oktatás főbb jellemzőit az alábbi táblázat foglalja össze:

Intézmény	A tantárgy neve	A kommunikáció oktatás helye az orvosképzésben	A kommunikáció oktatás óraszáma	Kötelező vagy választható tárgy-e?	Idegen nyelvű képzésben van-e kommunikáció oktatás?
Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet	Kommunikációelmélet és Gyakorlat	Az alapozó modul része (Első- vagy. vagy másodéves hallgatók választhatják)	30	Választható	Nincs
Debreceni Egyetem Magatartástudományi Intézet	Kommunikáció	Első évfolyamon	30	Választható	Igen: angol nyelven
Pécsi Tudományegyetem Családorvostani Intézet	Orvosi Kommunikáció Gyakorlata	Első évfolyamon	14	Kötelező	Igen: angol nyelven
Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Csoport	Pszichológiai alapfogalmak, Kommunikáció	Első évfolyamon	28	Választható	Igen: angol nyelven
Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Csoport	Orvos-beteg kommunikáció	Harmadik évfolyamon	14	Választható	Igen: angol nyelven

Melyek a jelenlegi orvosegyetemi kommunikációs képzés főbb jellemzői?

Amint ezt a fenti táblázat is mutatja, a magyar orvosi egyetemeken ma már oktatnak kommunikációt, ennek óraszáma azonban igen alacsony. Összehasonlításként: az angol egyetemeken minden évfolyamon oktatnak orvosi kommunikációt, az adott képzési szintnek megfelelően. Miközben egy orvos praxisa során több százezer orvos-beteg találkozás részese, addig a kommunikáció oktatására a Semmelweis Egyetemen pl. csak 30 óra jut, amely az egyetemi képzés összes óraszámának 0,5 százaléka. Sajnálatos módon a legtöbb egyetem kurrikulumában a kommunikáció oktatása az alsóbb évfolyamokon szerepel - abban az időszakban, amikor a hallgatóknak még nincsenek saját tapasztalataik páciensekkel. További probléma, hogy 2003 szeptemberétől a kommunikáció - a Pécsi Egyetem kivételével - már nem kötelező, hanem csupán választható tantárgy - az orvostanhallgatók számára így adott az a lehetőség is, hogy kommunikáció tanulása nélkül kapják meg orvosi diplomájukat. Ugyancsak problematikus, hogy az egyetemi tanulmányokat követő, úgynevezett posztgraduális képzésekben a magatartástudományi tárgyak oktatásának szerepe rendkívül csekély. Így az új szabályozás következményeként előfordulhat, hogy a leendő és gyakorló orvosok között lesznek olyanok, akik egyáltalán nem tanulnak kommunikációt.

Hogyan segítheti az orvosi kommunikáció oktatása a megfelelő orvos-beteg kapcsolatot és a hatékony gyógyítást?

Az orvos-beteg kapcsolat alapja az orvos iránti bizalom. Az orvos hitelessége, jó kommunikációja, empátiája önmagában is gyógyító erejű a beteg számára. Miközben számos orvos kitűnő kommunikációs készségekkel, magasrendű etikai érzékkel kezeli betegeit, kétségtelen, hogy az egészségügyben számos javítandó magatartási minta is jelen van. A hétköznapi kommunikációs gyakorlat ezek megoldásaira elégtelen. Az orvos-beteg kapcsolat olyan sajátos kommunikációs ismereteket és készségeket igényel (pl: gyógyíthatatlan betegség hírének közlése, kommunikáció betegségtudat nélküli vagy az együttműködést elutasító páciensekkel, tanácsadás szexuális problémák esetén stb.), amelyek tanulás és gyakorlás útján sajátítandók el. A kommunikációs ismeretek oktatása emellett jelentősen hozzájárul a diagnózis felállításának, valamint a betegek együttműködésének, terápiakövető magatartásának javításához is. A mindennapi gyakorlatban nem ritka hiba például a túlkontrolláló, paternalisztikus kommunikációs stílus, aminek következményeként egyes betegek nem tudják elmondani panaszaik egy részét, s nem kapnak lehetőséget az őket foglalkoztató kérdések megfogalmazására. A tájékoztatás vagy a meggyőzés hiányosságai növelik a kezelésekkel együtt nem működők arányait.

A kommunikáció oktatásának gyakorlatát a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének tapasztalatain keresztül mutatjuk be.

Milyen módszerekkel tanítjuk az orvosi kommunikációt?

Az orvosi kommunikációhoz szükséges készségek megtanulhatók, fejleszthetők. A "Kommunikációelmélet és gyakorlat" elnevezésű tantárgy keretében az elméleti ismereteket és a gyakorlati készségeket a hallgatók élményszinten sajátíthatják el (ennek eszközei pl. a videó elemzések, terepgyakorlati megfigyelések, az orvos-beteg kommunikáció helyzeteit megjelenítő szituációs gyakorlatok, a nehéz helyzetek gyakorlását elősegítő oktatóbetegek stb.). A hallgatók számára biztosítjuk, hogy az előadások anyaga, illetve egyéb hasznos információk a honlapunk hallgatói oldalain is elérhetők legyenek. Rövidesen megjelenik az az orvosi kommunikáció tankönyv, amelyet a négy hazai orvosi egyetem munkatársai közösen készítettek (szerkesztő: Dr. Pilling János). Ez a kötet az ombudsmani jelentésben szereplő, sajtónyilvánosságot kapott kommunikációs problémákat önálló fejezetekben tárgyalja.

Hogyan viszonyulnak az orvostanhallgatók a kommunikáció oktatásához?

A kommunikáció oktatás a hallgatók körében népszerű. Bár kezdetben több hallgató is úgy véli, hogy ez a tantárgy nem olyan fontos a testi gyógyítással foglalkozó tantárgyakhoz képest, a 30 órás oktatás befejeztével a tantárgy fontosságát a hallgatók (öt fokozatú skálán) már átlagosan 4,0-nak értékelik. Jelenleg az évfolyam 70 százaléka az előadás legalább kétharmadán jelen van (annak ellenére, hogy az előadásokon nem ellenőrizzük a jelenlétet.) Gyakorlatvezetőiket a hallgatók átlagosan 4,4-re értékelték.

Javaslatok az orvosi kommunikáció oktatásához

- Az orvosegyetemi képzésben a kommunikáció oktatását valamennyi orvostanhallgató számára kötelezővé kellene tenni.
- A kommunikáció oktatásának a jelenleginél nagyobb óraszámmal kellene szerepelnie az orvosképzésben.
- Orvosi kommunikációt felsőbb (harmad-, negyed-) éves hallgatóknak kellene tanulniuk, akik már rendelkeznek betegekkel kapcsolatos tapasztalatokkal.
- A kommunikáció oktatását minden orvosi egyetemen ki kellene terjeszteni az idegen nyelvű képzésekre is.
- Az egyetem elvégzését követő, úgynevezett posztgraduális képzésekben kötelezően kellene szerepelnie a kommunikációs ismeretek oktatásának. A posztgraduális képzések esetében el-engedhetetlen a megfelelő minőséget garantáló szakértői akkreditáció, és a hallgatói visszajelzéseken alapuló folyamatos minőségkont-roll.

A Magatartástudományi Intézet oktató, kutató és gyógyító tevékenységeiről részletes információ található honlapunkon: http://www.magtud.sote.hu

A magatartástudományi tárgyakat oktató intézetek és csoportok - évtizedes oktatási és kutatási tapasztalataik alapján - ezúton is felajánlják a fejlesztést szolgáló együttműködésüket az ez ügyben illetékes döntéshozóknak.

Kontakt Dr. Pilling János pszichiáter
Kommunikációs Részleg vezetője
SE Magatartástudományi Intézet
Email: pilljan net.sote.hu

Klimax Klub és Second Karrier
Érdeklődni: annaballa@dunakanyar.net
mobil: 06-20-9785-662

Az egészséges családért

A Magyar Család-és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa

Keszthely, 2003. november 20-22.

Dr. Bártfai György a Szentgyörgyi Albert Tudományegyetem ÁOK Szülészeti Nőgyógyászati Klinika professzora

A Magyar Család és Nővédelmi Tudományos Társaság Keszthelyen tartja ez évi soros kongresszusát. A november 20-22. között tartandó rendezvényen elméleti és gyakorlati, szakmai illetve civil szervezetek prominens képviselői vitatják meg ezt a valamennyiünket érintő kérdést.

Dr. Bártfai György a Szentgyörgyi Albert Tudományegyetem ÁOK Szülészeti Nőgyógyászati Klinika professzora - a szervező bizottság elnöke. Villáminterjúnkban őt kérdezzük:

Mit fed voltaképp ez az általánosnak is mondható problémafelvetés?

- A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság minden évben áttekinti azokat a legfontosabb eseményeket és eredményeket, melyek a társaság életét az elmúlt évben jellemezték. Társaságunkról tudni kell, hogy meglehetősen széles spektrumú: az interdiszciplinaritás jellemzi. Tagjaink között ugyanúgy megtalálható a tanár, a szociológus, mint az orvos vagy festőművész. A kongresszus alkalmat ad arra is, hogy a társaság jellegéből adódóan a szülészek és nőgyógyászok mellett család- és iskolaorvosok, ápolónők, védőnők, demográfusok és a határterületen működő többi szakemberek megvitassák azokat a tudományos eredményeket, melyek a családok egészségének megőrzésében, ápolásában alapvető fontosságúak.

Mód van-e arra, hogy a jelenlévők is kifejtsék véleményüket, hiszen valamennyiünknek lehetnek személyes tapasztalatai is ezen a téren?

- Igen, sőt kimondottan erre is törekszünk. Konferenciánk nyitott és a kongresszus zárónapját kimondottan ennek a célnak szenteltük. A kerekasztal beszélgetés, ahol a szülész-nőgyógyász mellett családorvos, iskolaorvos, gyermekorvos, ad-diktológus, védőnő és szociális munkás is részt vesz - összegzik az előző napok előadásait, és a szakmai és civil szervezetek is elmondhatják vé-leményüket egyfajta párbeszéd formájában.

A devianciákra kerül a hangsúly?

Ellenkezőleg. Az első nap a család szerepét taglalja demográfus, szociológus megközelítésben, ahol kifejezetten a családnaka társadalomban betöltött szerepét és annak fontosságát hangsúlyozzák előadóink az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja alapján. Majd a második nap jövünk mi - nőgyógyászok - és a reprodukciós egészég hangsúlyozása mellett az életkori sajátosságnak megfelelően taglaljuk a különböző életszakaszoknak megfelelő ideális egészségmegtartást, annak fejlesztését.

Az újságírónak feltűnik, hogy most sűrűn váltják egymást a kongresszusok a Johan Béla Nemzeti Programjának szellemében...

Én sem vagyok híve a kampánymozgalmaknak, de most azt mondom: valóban lépnünk kell, mert aggasztó a népegészségügyi állapotunk az Európai Uniós statisztika tükrében. Nem kevesebbről, mint megmaradásunkról van szó, ahol mindenki a saját területén próbálja megtenni a tőle telhetőt.

Mint szülész-nőgyógyász feleség és nem mint újságíró mondatja velem, hogy szívből örülök és gratulálok, hogy pont ezen szakterület egyik képviselője a szervezője ennek a rendezvénynek...

Köszönöm. Bár már régen eljött annak az ideje, hogy mi - akik életük során többször találkozunk a család motorjával, a nővel - más dimenzióban is foglalkozzunk pácienseinkkel. Bocsánat, rosszul fogalmaztam: embertársainkkal. De azért bízom abban, hogy mint újságírót, sőt mint több lapnak tulajdonos főszerkesztőjét is sikerült megnyernem az ügynek.

Ez megtörtént.

Társaságunk nevében is köszönöm Önnek..

Lejegyezte: Balla M. Anna

(A kongresszusról bővebb információ www.tiszanet.hu/congress/2003/család vagy: bartfai bgyn.szote.u-szeged.h, T:62/545520 - Fax:62/545-711u)

Hivatásunkról és a toleranciáról

"A betegeket megbecsülőknek minden a javukra válik."

Harminc éve vezetek naplót, megörökítve a mindennapi tapasztalataimat, a hallott és olvasott, megfontolandó értékeket. Feltüntetve a kritikus helyzeteket, sikertelenségeket és motiváló eredményeket. Ezzel is tisztelgek a tanítóim előtt, akik segítettek a tisztánlátásom megtalálásában.
Sajnos a társadalmi, egzisztenciális és erkölcsi pozícióink lényegesen meggyengültek az elmúlt évtizedekben. A helyzetünket eredményező külső okokról sokan és sokszor véleményt nyilvánítottak, kiutakat mutattak. Hibáinkról viszont sokszor szemérmesen hallgatunk, érdemi vitákat is alig folytatunk és *a betegekkel, a médiával ritkán folytatunk* konzultációkat.
Gondolom, hogy csak egy nem megosztott és nem manipulált, kollegiális orvostársadalom lehet alkalmas, Semmelweis Ignác szellemében és mentalitásával, az egészségügy reformjának a végrehajtására. A folyamatos szakmai megújulás, a teljesítményorientált finanszírozás, a korrekt ellátási és irányítási integráció, a népegészségügyi projektek együttesen teremtik meg az alapot az európai uniós elvárásokhoz, a megbetegedési és halálozási paraméterek megváltoztatásához.
Sokszor elcsodálkozom, hogy az érdekek által igen megosztott "medicinában" ilyen mértékben is megmaradtak az értékeink. Köszönet ezért az egyéni érdekeket a hivatásuknak alárendelő kollégáknak, a szakmai szempontokat hangsúlyozó szakmapolitikusoknak és a finanszírozóknak. Az előrelépéshez a párbeszédek felvállalására, vitákra és ésszerű, célszerű kompromisszumokra egyaránt szükségünk van, a szakmai hitelesség jegyében.

A HIVATÁSUNKRÓL

Időnként hajlamosak vagyunk *"eltévedni"* a sikeresség feltételeinek a komplex megítélésében, s így szubjektivizálunk. Igaz, a tehetség örökletes lehetőség, de az érvényesüléshez kitartó munkára, céltudatosságra, fegyelemre egyaránt szükség van. A túlzások, mint a képességek alá- vagy túlbecsülése számtalan feszültség forrása lehet és gátlástalansághoz vagy befelé forduláshoz, illetve gátlásossághoz, frusztrációhoz vezethet. *Tévedés forrása lehet az ellátásban a gyorsaságra minden áron való törekvés* is. Nem mindig az az eredményes, aki a "gyógyítás versenyében" a leggyorsabb. Ugyanakkor a készenlétben állóknak "kedvez a véletlen", azaz a bátrakét a szerencse ("a szerencsének szeme van").
A szakmai, családi, társadalmi és lelki konfliktusaink egyik forrása a folyamatos időzavar. Ennek számos esetben oka *a sürgős és a fontos közötti különbségek*, fontossági sorrendek helytelen differenciálása. Sok évtizedes orvosi tevékenységem során szerzett tapasztalataimból kiemeltem a gyakorlatban legfontosabbakat.
1./ Egyéniségünknek megfelelő, időrendi és protokolláris fontossági sorrendben tartsuk nyilván betegeinket, figyelembe véve a prevenciós, szűrési, gondozási és rehabilitációs paramétereket.
2./ Szükség szerint egyidejűleg változó szellemi megterhelésű feladatokat is vállalhatunk, ha megfelelő az időbeosztásunk, és programozható a koncentrálóképességünk, a terhelhetőségünk.
3./ Előjegyzés után is tervezhetünk szűréseket, ellátásokat és gondozásokat, házi ápolást vagy rehabilitációt és vehetünk részt gyógyszer kipróbálási projektekben.
4./ A kötelezőkön túl, érdeklődésünknek és szakmai stratégiánknak megfelelően vállaljuk fel a továbbképzéseken, kongresszusokon vagy a publikációkban való részvételt.
5./ Törekedjünk a kollegialitásra, a betegeknél compliance-ra és az empatikus kommunikációra.
Különösen fontosnak tartom a kudarcok feldolgozásáról említést enni. Hivatásunk velejárója az alkalmi tehetetlenség, az időszakos kiábrándultság, és az egészség megőrzési programok során elszenvedett kudarcok. Niebuh véleményét osztom: "elfogadom a változtathatatlant, hogy segíthessek". Nem tartom opportunizmusnak, ha eltűröm az intrikákat, tanulok a kritikákból, illetve nem félek az önkritikától. Remélem, igazam van!

A TOLERANCIÁRÓL

A lehetőségek esetleges elvesztései, a kiégettség veszélyei, a folyamatos túlterheltség és irracionális feldolgozásuk súlyos következményekkel járhat. Nem véletlen az orvosok fokozott morbiditása, mortalitása, a familiáris és társadalmi konfliktusaik. A suicidum késztetés, a gyakori pszichiátriai devianciák s alkalmanként a nikotin-, alkohol-, gyógyszerfüggőségek, veszélyeztető lehetőségek. Szeretném felhívni a figyelmet a szélsőséges beteg viselkedési esetekre, és jelezni kívánom a lehetséges védekezési lehetőségeket, valamennyiünk érdekében.
1./ A fontoskodó betegeknél jellemző a folyamatos, gátlástalan kritizálás és a bizalmatlanság. Utóbbi feloldásához számtalan esetben pszichológus és betegjogi képviselő segítségére is szükségünk lehet.
2./ Az aggodalmaskodónál a szorongás és a félelem a dominálók. Egy részük bőbeszédű, míg mások inkább a gátolt, iniciatív csoportba tartoznak. Konzultációkra itt is szükség lehet, enyhe szedatívumok adása mellett.
3./ A hitetlenkedők sokszor cinikusak, illetve nihilisták. Sürgős kényszerből és sohasem meggyőződésből fordulnak az orvoshoz. Gyakran keresztkérdésekkel provokálnak, medicinálisan alig befolyásolhatók, és kapcsolatteremtésre, illetve fenntartásra alig alkalmasak.
4./ A hízelgők kétszínűek, lekezelők, modortalanok, máskor bizalmaskodó, akik jogtalan előnyökhöz kívánnak jutni. Könnyen félrevezethetik a vizsgálót pszichés rezonanciájukkal.
5./ A hencegők egyúttal kérkedők is, akik az előírásokat a legritkább esetben tartják be.
6./ A pedánsok elvesznek az apró részletekben, a "túlmagyarázásban" és a "mellékcselekedetekben". Nagyon fárasztók és különös türelmet igényelnek.
7./ A kétségbeesők gyakran összeomlanak, értelmetlen és illuzórikus következtetéseket vannak le. A segítségek szívesen elfogadják és jól befolyásolhatók.
8./ A színészkedők gondosan vigyáznak az exteriőrjükre. Cselekedeteik ritkán parallelek a szellemiségükkel, a kontaktusteremtést negligálják.
Természetesen az említettek nem azonosak a kóros személyiség reakciókkal. Gondolok itt a szorongásra, a depresszióra, a gátoltságra, a bőbeszédűségre, a félszegségre, az agresszióra, stb., amelyek az emberi kapcsolatok velejárói és az ellátásuk szakorvosi feladat.
Úgy gondolom, célszerű az orvosok ún. szélsőséges magatartászavarairól is szót ejteni, intoleranciájukról szólni.
1./ A nagyvonalú orvos hajlik a "blick-diagnose" felállítására. Csalhatatlannak érzi magát és a tévedéseit ritkán korrigálja. Logikusan vitatkozik, de a tényeket hajlamos elhallgatni, mert számít a rutinjára és a szerencséjére.
2./ A fontoskodó aprólékos és részletekbe temetkező, akinek a diagnosztikája sokszor bizonytalan, s a terápiában polypragmasiára is hajlamos.
3./ A bizonytalan másokat utánoz, ugyanakkor nagyon lelkiismeretes és következetes.
4./ Az egysíkú sokszor szakmailag fanatikus, antipatikus és konzervatív. Nehezen kapcsolatteremtő, változó compliance-ú s a betegek számára is nehezen megközelíthető.
5./ A kutató elméleti beállítottságú, akit a betegek fontoskodó csoportja szeret.
6./ Az engedékeny gyakran koncepció nélküli, aki kezdetben sikeres, de idővel elveszti a betegek bizalmát.
Nyilvánvalóan az orvosok között is megtaláljuk az átlag populációra jellemző személyeket, személyiségtípusokat. Így a személyeskedőket, a sértődékenyeket, a szerényeket, a kapzsikat, a folyamatosan lehangoltakat, a hipománokat, az ingatag jelleműeket, stb. Az ellátás során az orvos-beteg kapcsolatokban az említettek alapvetően fontosak lehetnek.
Francia, svéd, norvég, brit, kanadai, amerikai, japán, orosz és kínai tapasztalatok szerint egyértelműek a legfontosabb személyiségjegyek, a gyakoriságuk és fontosságuk szerint.
Fontosság szerint összesítve az alábbi sorrendet állították fel:

1./ hivatástudat	60 %
2./ szakmai protokoll	60 %
3./ felkészültség, lelkiismeretesség	80 %
4./ őszinteség	50 %
5./ határozottság	45 %
6./ tolerancia	40 %
7./ biztonság	40 %
8./ empátia	40 %
9./ compliance	35 %
10./ kommunikáció	30%-ban bizonyult fontosnak.

Állítom, hogy a társadalmi igények és az egyének érdekei összhangba hozhatók, a minőségi-mennyiségi előírások egyensúlya megteremthető emberséges módszerekkel is. Természetesen számtalan egyéb szempont is befolyásolja az ellátás színvonalát.

AZ ELVÁRHATÓ HATÉKONYSÁGRÓL ÉS EREDMÉNYESSÉGRÓL

Az interperszonális szakmai, emberi, irányítási, finanszírozási kommunikációs hatékonyság csak hosszabb idő után válik értékelhetővé. A "hicet nunc" alkalmazására hatnak a társadalomban végbemenő szerkezetátalakulások is. Objektivizálják az eddigiekben érintett szubjektív medicinális elemeket. Eredményesség akkor várható, ha hivatásunk nem introverzionált és nem túlkompenzált, s a körülményekhez korrektül adaptálható.
Vajon mit vár a beteg?
Gyógyulást és emberséges hozzáállást.
Vajon mit vár az orvos?
Értékteremtésének megfelelő megbecsülést.
Bízom benne, hogy rövidesen kialakul az összhang a gyógyítók és a gyógyulandó között a közös célok érdekében, s kölcsönös bizalom jegyében. Hiszem és remélem!

- Dr. Salamon Sándor
orvosszerkesztő -

(Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztőt Semmelweis Ignác születésének 185. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter Pro Sanitate elismerésben részesítette, melyhez ezúton gratulálunk.)

SOS! Kollégák ébredjetek, sorsotokra figyeljetek!
Ennyire közömbösek, intoleránsak vagy tájékozatlanok vagyunk?

A fel nem ismert lehetőség: a MOSZ

Érdekvédelmünkről és érdekképviseletünkről

AZ ELŐZMÉNYEKRŐL

Közismert, hogy a MOSZ sem gyakorolhatja az érdekképviseleti funkciókat. Jól ki lett ez valamikor találva! Karcsúsodó demokráciánkban az Egészségügyi Érdekegyeztető Tanács 2002 március 11-én a MOK-ot és a Gyógyszerész Kamarát is megfosztotta a szavazati joguktól. Meghagyták a megfigyelői státuszukat, azaz némasági fogadalmat tehettek!
"Jogászi lelkiismeretükre hallgatva" a KT ugyanakkor javasolta és "nagyvonalúan" támogatta egy önálló jogi státuszú orvosi munkavállalói érdekképviseleti egyesület létrehozását. Ezt elfogadva és az egészségügyi szakszervezeti mozgalommal az együttműködést keresve, alakult meg **2002. május 24-én a MOSZ, azaz a Magyar Orvosok Szövetsége**. Nem egy újabb rétegszervezetet vagy vélt sérelmeiket ezen formában kiélni akaró sértődöttek, funkciókat keresők, pozíciókra és címekre vágyók egyesületét akartuk a Fővárosi Bíróságon 2002. szeptember 3-án bejegyezni. Az ideiglenes vezetőség, a hivatásunkért aggódva, apolitikusan, ingyen el- és felvállalta, hogy megszervez a kollégák számára egy demokratikus, országos munkajogi és szociális képviseletet. Valamennyi munkavállalónál, így az önkormányzatoknál, a gazdasági társaságoknál, a privatizációba kényszerített "egészségügyi szolgáknál", pardon szolgáltatóknál is. A MOK édes testvéreként jöttünk a világra, humanista fogantatással, empatikus terhességből, és nem politikailag programozott szüléssel. Anyagi és jogi függetlenségünk a garancia, hogy tisztességes gyerekkorunk lesz. Tudatosan kerüljük a politikai csatározásokat, ezért a pártoktól tisztes távolságot tartunk. A konfrontációkra tudatosan nem törekszünk, de elvtelen kompromisszumokat nem kötünk, egyéni vagy csoportérdekekért szakmai-emberi becsületünk nem megvásárolható! Sorstársaink, a hallgatagok, az elfáradtak, a meggyötörtek, a megalázottak, a megfélemlítettek! Csipkerózsika álmotokból ébredjetek, cselekedtek!
Mindenkit várunk, hiszen tagsági viszonyunk közösségi céljainkból adódóan összefogást hirdető. A különböző utakon járóknak tisztességes lehetőséget teremtettünk, hogy meghallgassák egymást. A http://www.mok.hu/mok/mok2063/mosz révén információkhoz juthatnak kollégáink.
Rövid összefoglalás található a Magyar Orvos 2002 novemberi számának 15-16. oldalán is, Gyenes Géza főtitkár és Doktorits Béla ideiglenes elnök tolmácsolásában.

A MOSZ CÉLJAI ÉS TEVÉKENYSÉGI KÖRE

Munkajogi és szociális érdekek képviselete úgy, hogy innét kialakuljon az orvosok társadalmi megbecsülése, emelkedjen a jövedelmük s értékteremtésüknek megfelelően biztos egzisztenciájuk legyen.
Javítani akarjuk az érdekvédelem jogi, szakmai garanciáit és olyan politikailag nem manipulálható érdekegyeztetési rendszert kívánunk megteremteni, amely az európai uniós normáknak megfelel. Szociális érzékenységünket jelzi, hogy gondolunk az időlegesen nem praktizálókra és a nyugdíjasokra is.
A munkahelyi (regionális) szervezeteken keresztül biztosítanánk a munkaügyi kapcsolatokat, és tájékoztatást nyújtanánk a munkával kapcsolatos jogokról, kötelezettségekről, a lehetőségekről. Meghatalmazás alapján képviselnénk a tagokat a munkáltatóknál, a munkaügyi bíróságoknál és más hatóságok előtt. Fórumokat biztosítanánk a gondok, eredmények, felmerült vitás kérdések megvitatására, a megoldások keresésére.
Az egyesület tagja lehet a MOK tagja közül mindenki, ha elfogadja az alapszabályt, fizeti a tagdíjat és önkéntes alapon írásban kéri a felvételét. (Utalok a mellékletre.) A tagsági viszony megszűnik önkéntes kilépéskor, kizáráskor, így etikai, szakmai vagy politikai inkorrektség esetén. Az elnökség kizáró határozata a helyi csoport javaslatára, az írásbeli értesítés után megfellebbezhető a következő küldöttgyűlésen. A tagság megszűnik a MOK tagság megszűnésével, illetve elhalálozáskor is.
A tagjaink jogairól és a kötelezettségekről a teljesség igénye nélkül kiemelten a következőket hangsúlyoznám:
A jogaikat személyesen gyakorolják, így egyenrangúként választhatnak és megválasztathatnak, az "egy mindenkiért és mindenki egyért" elve alapján.

A SZÖVETSÉG SZERVEZETI FELÉPÍTÉSE

Az országos szervek a küldöttgyűlés, az elnökség elnökkel, és két alelnökkel, illetve a felügyelő bizottság elnökkel és alelnökkel.
A legfőbb szerv a küldöttgyűlés, amelyik a helyi szervek küldötteiből áll és megállapítja az alapszabályt és módosíthatja. Dönthet egyéb társadalmi szervezetekkel való kapcsolattartásról, a költségvetésről, az országos elnökség és a felügyelő bizottság beszámoltatásáról, a tagdíjrevízióról. Az elnökség évente legalább egy alkalommal összehívja, de szükség szerint többször is. A napirendi pontokról a kitűzött időpont előtt két héttel, a meghívóval együtt írásbeli értesítést kapnak a küldöttek. Az elnökség rendkívüli közgyűlést is összehívhat, illetve köteles elrendelni, ha a küldöttek egyharmada ok és cél megjelöléssel ezt írásban kéri. A határozatokat egyszerű szótöbbséggel hozhatja, ha határozatképes, azaz a küldöttek fele és még egy kolléga megjelenik és szavaz. Határozatképtelenség esetén változatlan napirendi ponttal, a megjelentek számától függetlenül határozatképes lehet. Titkos szavazás csak a küldöttek szótöbbségének kérésére rendelhető el. Minden esetben az elnökség tagja elnököl és hitelesített jegyzőkönyv készül.
Az elnökség és a felügyelő bizottság kötelezettségeiről a jelzett helyeken tájékoztatást találunk.
A helyi szervezetek megalakítása a feltétele a MOSZ funkcionálásának. Az önkéntesség elve alapján szerveződő munkahelyi csoportok vezetőiket maguk választják, és küldöttet delegálnak a küldöttgyűlésbe szavazati, véleménynyilvánítási joggal. A csoportok nem önálló jogi személyek, nem gazdálkodó szervek, a küldöttgyűlés, illetve az elnökség irányítása alá tartoznak. Ugyanakkor, saját és regionális érdekeik képviselői. Szószólóik kötelessége a területenként változó érdekvédelmi és képviseleti devianciák jelzése, amelyek megoldása az országos vezetőség lehetősége és kötelezettsége.

MAGUNKRA SZÁMÍTHATUNK

A rövid összefoglaló a MOSZ státuszáról, remélem egy kicsit közelebb vitt minket szellemileg is az elérendő céljaink megvalósítására alkalmas szövetséghez. Éljünk vele, egzisztenciánk és hivatásunk megmentésének közös eszköze, lehetősége ez!
Kedves barátaim, kollégáim és sorstársaim! Egy hajóban evezünk, csak sokszor nem egy irányba. Adva van az iránytűnk, megvannak a céljaink! Bontsunk vitorlát közösen, hiszen mi orvosok egy család vagyunk!

Dr. Salamon Sándor
az ideiglenes elnökség tagja

KÉRELEM

Alulírott, Dr. ……(sz.: ……

an: ……., lakik: ……,

munkahelye: ……)
kérem a Magyar Orvosok Szövetségének Országos Elnökségét, hogy az egyesületbe szíveskedjenek tagként felvenni. Az egyesület alapszabályát ismerem, kijelentem, hogy az alapszabály 3.§. (1) bekezdésében meghatározott célok érdekében kívánok tevékenykedni, tagja vagyok a Magyar Orvosi Kamarának, elfogadom az egyesület alapszabályát és vállalom a tagdíj fizetését.

……., 2003. ……

……..
aláírás

A háziorvos sürgősségi teendői a szemészeti esetekben

Előrebocsátom, hogy én is voltam falusi körzeti orvos, én is megpróbáltam a szemészeti esetek körzeti orvosi rendelőben való megítélését, ellátását. Mindannyian tanultunk szemészetet és vizsgáztunk is belőle annak idején. Két évig szemészeten dolgoztam, mielőtt Nyírábrányba kerültem körzeti orvosnak, így ismerem a körzeti vagy újabban háziorvosi rendelők szemészeti-vizsgálati lehetőségeit, illetve tudom, mit várhatunk el egymástól ezt a szakmát illetően. Ami a szem vizsgálatát illeti, a megtekintésen kívül más lehetősége nem igen van a háziorvosnak. Legfeljebb egy nagyító akad némelyik rendelőben. Bár ma már gyakran előfordul a látóélesség vizsgáló tábla is. A korlátozott vizsgálati lehetőségek mellett azonban elvárható mindannyiunktól, hogy a beteg panaszait meghallgassuk, és a kórelőzményt felderítsük.

Sürgős beavatkozás és beutalás

Azokra az esetekre szeretném felhívni a figyelmet, melyek sürgős beavatkozást, illetve sürgős szemészeti beutalást követelnek meg. A kórképeket csoportokra osztottam:
Az első csoportba sorolom a marósérüléseket. Ha vegyi anyagok, maróanyagok és elsősorban a mész a szemrésbe kerül, a legfontosabb a kötőhártyazsák mielőbbi vizes kimosása. A soha nem tudja a szemét kimosni, legfeljebb a szemhéjak bőrét képes lemosni, mert behunyja a reflexes szemrés bezárás miatt, ha a kezével vagy vízzel megközelíti a szemét. Nekünk azonban ki kell mosni az első találkozáskor. Hogyan mossuk ki? Az alsó szemhéjak lehúzása mellett a kötőhártyazsák és a szaruhártya alsó fele lemosható a pohárból vagy kancsóból öntött vízzel. A kötőhártya felső áthajlását és felső részét azonban csak akkor tudjuk kimosni, ha a felső szemhéjat kifordítjuk. Tanultuk szemészetből, hogy ennek az eszköze a Desmares-kanál. De mivel két évtizede a trachomát nem szűrik a körzeti orvosok, úgy gondolom, a rendelők nagy része nincs ezzel az eszközzel felszerelve. Azonban a kanál nélkül is ki tudjuk fordítani a felső szemhéjat. Egyik kezünkkel megfogjuk a felső pillaszőröket, és egy fültisztító pálcika vattázott végét vagy a kisujjunk végét a felső szemhéj bőrére nyomva kifordíthatjuk felfelé a felső szemhéjat. A beteget megkérjük, hogy eközben lefelé tekintsen. Így a kifordított szemhéj tarsalis kötőhártyáját is le tudjuk tisztítani, illetve le tudjuk mosni. Mindezt a vizsgálóasztalon fekvő betegen célszerű elvégezni, akkor nem folyik a víz a nyakába. Ezzel a beavatkozással többet segítünk a betegnek, a maródott szemnek, mint az összes későbbi kezeléssel. A kötőhártyazsák kimosása után antibiotikus szemcsepp adása célszerű és sürgős beutalás szükséges a szemészeti ambulanciára akár mentővel is.
A második csoportba sorolnám a szemhéjak és szemgolyók mechanikus sérüléseit. Mechanikus sérülések esetében általában nem szokott problémát okozni a jól látható sérülés diagnosztizálása. Ebben az esetben, főleg ha a szemgolyó sérüléséről is szó van, tekintsünk el a szemrés túlzott feltárásától, illetve beható vizsgálatától. Steril fedőkötést helyezzünk fel a sérült szemre és gondoskodjunk a tetanus profilaxisról.

- folytatás a 9. oldalon -

Névadás

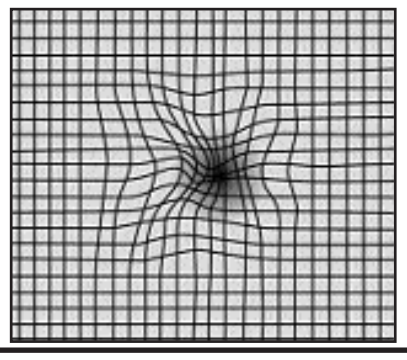
A nyíregyházi Jósa András Kórház Szemészeti Osztályán dolgozók kezdeményezése alapján bensőséges ünnep keretén belül a szemműtő névadására került sor: felvette a Dr. Battyány-Strattmann László nevet. Időszerűségét az adta, hogy 2003. március 23-án Rómában II. János Pál Pápa a Szentmise keretén belül kihirdette, hogy Gróf Battyhány-Strattmann László mostantól fogva boldognak neveztetik.
Az ünnepséget az osztályon, a műtő előtti folyosón tartották, melyre a Kórház igazgatóit, főorvosait, az érdeklődő munkatársakat, valamint a megye, a város vezetőit, a Lyon Club vezetőjét hívták meg. Az ünneplő közönséget Dr. Fazekas Imre igazgató köszöntötte.
Ünnepi beszédében Dr. Kelenhegyi Csilla osztályvezető főorvos röviden ismertette a névadó Dr. Battyány Strattmann László szemészdoktor életútját, Dr. Czeglédi Miklós főorvos pedig a boldoggá szentelésének előzményeit. Mindketten rámutattak a jelen orvosainak követendő példaként a szemészdoktor betegekhez való viszonyára, a munka szeretetére és a feltétlen, önzetlen betegszemléletére.
Az emléktáblát, melyre a doktor rövid életrajza, illetve életének egyik mondása van felvésve megszentelte dr. Váradi József katolikus püspöki helynök. Szentbeszédet mondott Dr. Keresztes Szilárd görög katolikus megyés püspök. Áldást és imát Bozorády Zoltán evangélikus esperes, püspök helyettes és Sipos Kund Kötöny református esperes mondott.
Végül az igazgató úr és a főorvosnő a koszorút elhelyezte az emléktábla alatt.
Ezt követően a vendégeket állófogadáson látták vendégül és megköszönték az emléktábla elkészítésében a Gran-Vízus Kft. anyagi hozzájárulását és a Kórház PR Iroda munkatársainak segítségét.

Dr. Kelenhegyi Csilla
Oszt.vez.főorvos
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Kórháza Szemészeti Osztály

Szemészeti továbbképzés: az időskori maculadegeneráció (AMD)

A Semmelweis Egyetem I. sz. Szemészeti Klinika és a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Kar, Szemészeti Klinika közös továbbképző rendezvényét október 11-én tartotta Budapesten. A több, mint 400 regisztrált résztvevővel zajló program központi témája az időskori maculadegeneráció (AMD) és az ennek következtében kialakuló choroideális érújdonképződés *(choroidal neovascularization, CNV)*, amely 90 százalékban felelős *(fejlett ipari országokra vonatkozó adat)* a 65 év feletti populációnál kialakuló irreverzibilis centrális látásvesztésért.[1]
A neves profeszorok részvételével zajló továbbképzés több interdiszciplináris orvosi területet érint, így a bővebb beszámoló egyben lapunk TOVÁBBKÉPZÉS rovatának szakmai megfelelője is.

A choroideális érújdonképződés, amennyiben kezeletlen marad és a macula károsodását okozza, irreverzibilis centrális látáskárosodáshoz vezet. A macula károsodását az érhártya felől a Brunch membrán szakadásain betüremkedő újdonképződött erekből eredő vérzés, folyadékszivárgás, és az ennek következtében kialakuló fibrovasculáris hegszövet okozza.[1]
A CNV, amely nedves, exudatív AMD-ként is ismert az összes AMD-s beteg 20 százalékában alakul ki, mégis a nedves forma a legfőbb vaksághoz vezető ok az 50 év feletti nyugati populációban. Magyarországon több, mint 700 új beteg válik érintetté évente. Látásvesztést az AMD-nek a nem érújdonképződéssel járó formája is képes okozni, de csak azon esetekben, amikor centrális scotoma alakul ki a foveát érintő geographicus atrophia következtében. A nem érújdonképződéssel járó AMD száraz avagy atrophiás AMD-ként is ismert.
Az exudatív AMD progressziója a látás gyors elvesztéséhez vezethet, amely "teljes látásvesztésnek" minősül, annak ellenére, hogy a perifériás látás megmaradhat. A centrális látásvesztés nagyban korlátozza a beteg mindennapi aktivitását és az alábbi képességek elvesztését okozhatja: olvasás, arcfelismerés, autóvezetés, közlekedés, stb.[2] A függetlenség, az önellátás képességének elvesztése pedig alapja lehet a különböző pszichés problémáknak, mint a depresszió, zavartság.[3] A betegség korai diagnózisa és adekvát kezelése megőrizheti a látás képességét és megelőzheti a másodlagos pszichés problémák kialakulását.
Sajnos a betegek legtöbbször nem a betegség kezdeti stádiumában fordulnak szakorvoshoz, hanem csak akkor, amikor már a másik szemen is kialakultak a kóros elváltozások[4] (ahol az egyik szemen kialakult az elváltozás, nagy valószínűséggel 3-5 éven belül a másik szem is érintett lesz[5]). A betegeknél a következő tünetek tapasztalhatók a CNV kialakulása során: csökkent centrális látás, metamorphosia, károsodott színlátás, centrális scotoma, csökkent kontrasztérzékenység.
Az AMD előfordulási gyakorisága emelkedő tendenciát mutat azokban a populációkban, ahol az átlagéletkor növekedését figyelhetjük meg. Az epidemiológiai felmérések az AMD előfordulását 2 és 10 százalék között határozzák meg. A két becsült szélsőérték közötti nagy különbséget a vizsgált populációk átlagéletkora, földrajzi elhelyezkedése és az AMD definíciójának eltérése magyarázhatja.[7]
A szakorvosi rendelőket felkereső idősebb korosztály esetén rutinszerűen ajánlható az Amsler rács használata, amely segíthet a kezdődő AMD diagnosztizálásában.[8] Az Amsler ráccsal történő vizsgálat esetén az olyan jelek, mint a rács vonalainak torzulása, a fekete vonalak elszíneződése, vagy árnyalatváltozása, a központi fekete pont fixálásának képtelensége utalhatnak a CNV-r



Amsler rács torzított képe

Verteporfinnal végzett PDT

A vetreporfin hatóanyagú készítmény az első terápia, amely lehetőséget nyújt a klasszikus és az okkult szubfoveális choroideális érújdonképződés (CNV) kezelésére, amely leggyakrabban az időskori maculadegeneració (AMD), és a pathológiás myopia következtében alakul ki. A verteorfin kezelés egy kétlépcsős beavatkozás. Első lépésként a feloldott gyógyszert infúziós pumpa segítségével 10 perc alatt bejuttatják a véráramba, majd a szemfenéki újdonképződött erekben felhalmozódott verteporfin molekulákat aktiválják diódalézer segítségével. A verteporfinnal kezelt betegek látásélessége 3 év alatt kevesebbet romlik, mint a kezeletlen betegeké 3 hónap alatt,10 akiknél ez a romlás elérheti már két éven belül a hatóságilag meghatározott "teljes látásvesztés" (20/200) kritériumát.[11]
A kezelés három éves utánkövetésének eredményei szerint - amelyben a betegek átlagosan 7 ampullát kaptak - a verteporfin csökkentette a korai látásvesztés kockázatát, stabilizálta a látást. 1094 beteg vizsgálati eredményei alapján a terápia jól tolerálható, klinikailag jelentős mellékhatás a verteporfinnal kezelt betegek 3.5 százalékánál, míg a placebóval kezeltek 1.4 százalékánál fordult elő. Photosensitív reakció a betegek kevesebb, mint 3 százalékánál alakult ki. Átmeneti, a kezeléssel összefüggésben lévő látászavar a terápiát megkapó betegek 17 százalékánál, a placebóval kezeltek 7,2 százalékánál alakult ki. Összegezve a vizsgálati eredményeket, a korai diagnózissal és idejekorán elkezdett kezeléssel jó eséllyel megőrizhető az exudatív AMD-ben szenvedő betegek látása.[11]

Referenciák:
1./Bressler SB, Bressler NM, Fine SL, et al. Natural course of choroidal neovascular membranes within the foveal avascular zone in senile macular degeneration. Am J Ophthalmol 1982; 93: 157-163.Rubin GS, Roche KB, Prasada-Rao P, Fried LP, Visual impairment and disability in older adults. Optom Vis Sci 1994; 71: 750-760. 2 / .Williams RA, Brody BL, Thomas RG, Kaplan RM, Brown SI. The psychosocial impact of macular degeneration. Arch Opthtalmol 1998; 116: 514-520 3./ Butler RN, Faye EE, Guazzo E, Kupfer C. Keeping an eye on vision: primary care of age-related ocular disease. Part 1. Geriatrics 1997; 52: 30-41. 4. /Pieramici DJ, Bressler SB. Age-related macular degeneration and risk factors for the development of choroidal neovascularization in the fellow eye. Curr Opin Ophthalmol 1998; 9: 38-46 5./ Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. Bull World Health Organ 1995; 73: 115-121 6./ Klein R, Klein BEK, Linton KLP. Prevalence of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology 1992; 99: 933-943 7./ Fine SL. Early detection of extrafoveal neovascular membranes by daily central field evaluation. Ophthalmology 1985; 92: 603-609.8./Mattice E, Wolfe CP. Using the Amsler grid. J Ophthalmic Nurs Technol 1986; 5: 34.9. /Treatment of Age-Related Macular Degeneration with Photodynamic Therapy (TAP) Study Group. Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration with verteporfin. Three-year results of of an open-label extension of 2 randomized clinical trials - TAP Report 5. Arch Ophthalmol 2002; 120: 1307-1314 10./Treatment of Age-Related Macular Degeneration with Photodynamic Therapy (TAP) Study Group. Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration with verteporfin. Two-year results of 2 randomized clinical trials - TAP Report 2. Arch Ophthalmol 2001; 119: 198-207.

Az AMD szekcióban **Prof. Dr. Kovács Bálint** a POTE Szemklinika intézetvezető igazgatója a maculabetegségek nemzetközileg elismert szakértője "A korfüggő maculadegeneratio gyógyszeres kezelési lehetőségei"- címmel tartott előadást. Előadásában a nem exudatív AMD terápiájában, saját fejlesztésű készítménnyel elért eredményei kerültek ismertetésre.
Prof. Dr. Süveges Ildikó a SE I: sz. Szemklinika intézetvezető igazgatónője. A maculadegenetatio gyógyszeres kezelésének klinikai kísérleti stádiumban lévő lehetőségeit a maculabetegségeknek ismertette a teljesen új hatásmechanizmusok bemutatásaával.
Dr. Bereczki Árpád (SE I: sz. Szemklinika) Az időskori maculadegeneratio műtéti kezelési lehetőségeit - a csak nagyon korlátozott indikációban elvégezhető bonyolult műtéti eljárások ismertetette.
Dr. Seres András (SE I: sz. Szemklinika) a 2000 áprilisa óta a több, mint 600 kezelés alapján kapott pozitív eredményeket ismertette a következtetések levonásával, nemzetközi eredménye összevetésével.
Dr. Papp András (SE I: sz. Szemklinika) pathológiás myopia photodynamiás kezeléseinek a klinikán elvégzett hosszú távú követéses eredményit összegezte nemzetközi vonatkozásokban.
Dr. Czumbel Norbert (SE I: sz. Szemklinika)A fent említett két indikáción kívüli érújdonképződéssel járó Maculabetegségek kezelési lehetőségei PDT terápiával. S ezek érdekesebb eseteit ismertette.
A Továbbképzést Tesztvizsga zárta.

(Fekecs)

- folytatás a 8. oldalról -

A sürgős beutalást mentővel minden kolléga meg szokta tenni ezekben az esetekben.
Van azonban egy fajtája a mechanikus sérüléseknek, mely sokszor jelentéktelennek tűnik ránézésre. Ez a sérülés kalapálásához, véséshez, elektromos fúrók eltöréséhez szokott csatlakozni. Az eszközről kicsiny fémdarab pattan le. Ez a nagy sebességű, kicsiny fém átüti a szemgolyó burkait és bekerülhet a szemgolyó belsejébe. Kívülről alig látható, olykor nehezen megtalálható a behatolási kapu. Ézt a sérülést nem mindig követi a látás azonnal megromlása, vérzés sem kötelező. Ha azonban ez a külsőleg jelentéktelennek tűnő sérülés időben nem kerül szakellátásra, a szemgolyó elvesztését is jelentheti. Itt van tehát nagy jelentősége az anamnézisnek, mely a kalapács, véső, illetve egyéb fémeszközök használatára vonatkozik. Ha a legkisebb gyanúja is felmerül az ilyen jellegű sérülésnek, a sürgős szemészeti vizsgálat abszolút indokolt!
A harmadik csoportba sorolom azokat a kórképeket, melyek sürgős szemészeti beavatkozást igényelnek, azonban közös sajátosságuk, hogy semmiféle külső jelét nem találjuk a szemgolyón. A háziorvos itt csak a beteg panasza alapján állíthatja fel a diagnózis alapos gyanúját. Ha a beteg azt panaszolja, hogy egyik pillanatról a másikra megszűnt az egyik szem látása, vagy reggel arra ébredt, hogy az egyik szemével nem lát, illetve erősen meg-romlott a látása, föl kell vetnünk az arteria cent-rális retinae embolijának lehetőségét. Ebben az esetben a retina főverőerének elzáródását kö-vetően csupán néhány óra áll rendelkezésünkre az eredményt ígérő beavatkozásra. Megerősíti a diagnózis gyanúját, ha a panasszal rendel-kező betegnek szívbetegsége, carotis keringési zavara vagy arteriorsclerosisa van. Ha ez a gyanú felmerül, sürgős mentőszállítás indokolt a szemészeti osztályra.
Ugyancsak gyors látásromlást eredményez többnyire egy szemen a véna centrális retinae thrombosisa is. Bár ezekben az esetekben a beteg szem teljes vaksága nem gyakori. Ebbe a csoportba tartozik gyors látásromlást okozva az üvegtest bevérzése vagy a retina helyi bevérzése is. Ez utóbbiak diabeteses és hypertoniás betegeken fordulnak elő többnyire.
Ide tudnám sorolni még a két szemes hirtelen látásromlást eredményező cuneus bevérzést, az úgynevezett kérgi-vakságot is. Az utóbb említett kórképek esetében néhány órás késedelem még nem okoz jóvátehetetlen elváltozást a szem állapotában, de ezek elkülönítése az artéria centralis retinae emboliájától a háziorvosi rendelőben nem lehetséges. Így nem tehetünk mást, a legrosszabb lehetőséget feltételezve gondoskodnunk kell a sürgős szemészeti szakvizsgálatról.
A negyedik csoportba sorolnám az akut glaukomás rohamot, mely olykor elkerüli a háziorvos figyelmét. A hyperaemiás kötőhártyát conjunctivitisnek értékelhetjük, a szem és fejfájást más eredetűnek tarthatjuk, és az esetleges gyomorpanaszokat is belgyógyászati eredetűnek tételezhetjük fel. A glaukomás rohamról azonban a betegágy mellett, műszerek nélkül is felvethetjük az alapos gyanút, ha két mutatóujjunkkal megtapintjuk a beteg szemgolyóit a felső szemhéjon keresztül és összehasonlítjuk saját szemeink keménységével. Természetesen, ha a gyanú felmerül, itt is sürgős szemészeti vizsgálatra van szükség.
Szeretném megemlíteni a felső szemhéj kifordításának hasznosságát abban az esetben, ha a szemrésbe került idegentesteket keresünk. Sokszor meg lehet találni a tarsalis kötőhártya felszínén a komoly panaszokat okozó idegentesteket, és a már említett vattás pálcikával el is lehet azokat távolítani. Végül megemlítem az őrölt perlit okozta szemsérüléseket. A perlit szemcsék a szaruhártyába fúródva, vagy a tarsalis kötőhártyákba rögzülve igen kellemetlen szúródásos panaszokat okoznak. Ha napokig a szaruhártyában időznek, iris-izgalmat és szaruhártya-gyulladást is keltenek. A perlit szemcsék megtalálása a háziorvosi rendelőben többnyire nem sikerülhet, olykor még a réslámpás vizsgálat alkalmával is problémát okoz fellelésük a szemésznek is. Így a panaszok alapján és az "egy oldali conjunctivitis" képére támaszkodva célszerű mielőbb beutalni ezeket a betegeket a szemészeti ambulanciára.

Összefoglalás

Rövid áttekintést nyújtottam a sürgős háziorvosi teendőkről szemészeti kórképek eseteiben. Bemutattam a marósérüléseknél követendő vizes kimosás lehetőségét, mint sürgős beavatkozást.
Ismertettem a mechanikus sérülések ellátásának körülményeit, és felhívtam a figyelmet a külsőleg kis elváltozást okozó, de a szemgolyó elvesztését eredményező, apró fém-idegentest okozta, perforáló szemsérülés lehetőségére. Itt az anamnézist hangsúlyoztam, mely a kalapács-ra, vésőre, esetleg az elpattanó fúróra vonatkozott.
Felhívtam a figyelmet azokra a kórformákra, melyek sürgős szemészeti beavatkozást igényelnek, de külső látható jelei nincsenek. Kiemeltem a hirtelen látásvesztést okozó artéria centrális retinae emboliát.
Végül megemlítettem az ellátási területünkön nagy számban, gyakran előforduló őrölt perlit okozta szemsérüléseket.

Dr. Sallai Sándor
(Irodalom: a szerzőnél beszerezhetőKözlési cím: Dr. Sallai Sándor, Erzsébet Kórház Sátoraljaújhely, Mártírok útja 9. 3980)

SZEMREVALÓ ELJÁRÁS

A Magyar Szemorvos Társaság Kongresszusához kapcsolódóan az Optimum Látásjavító Lézerközpont szakorvosainak segítségével élő refraktív (látáskorrekciós) sebészeti bemutatóra került sor a jelenleg legkorszerűbb lézeres látásjavító eljárások bemutatására. Az alkalmazott eljárások a milliméter ezredrészének pontosságával térképezik fel a szem térbeli (háromdimenziós) alakját, lehetővé téve a minden eddiginél pontosabb korrekciós kezelést.

A refraktív lézeres eljárások azok számára jelentenek megoldást, akik nem szeretnének, vagy valamilyen okból nem tudnak szemüveget, illetve kontaktlencsét hordani. Magyarországon tíz éve végeznek ilyen beavatkozásokat, egyre korszerűbb megoldásokat alkalmazva. A legelterjedtebb módszerek (PRK, LASEK, LASIK) mindegyike biztonságosan korrigálja a fénytörési hibákat az adott technológia keretekei belül, amennyiben a szakismeret és a megfelelő technikai háttér is rendelkezésre áll.
Az eseményen bemutatott LASIK és Zyoptix módszerek világviszonylatban is a legkorszerűbb megoldások. Segítségükkel kibővült az érintettek köre, mivel rövidlátásban a kezelés felső dioptria határa - 12,0 Dpt, távollátásban +6,0 Dpt, asztigmiás fénytörési hiba kapcsán pedig +/-6,0 D-s eltérés kezelhető biztonságosan e módszerekkel.
A szemészeti diagnosztika és a lézertechnika fejlődése mára átalakította gondolkodásunkat is, mivel már nem beszélhetünk általánosságban "dioptria javító" lézeres eljárásról, illetve annak eredményéről vagy szövődményéről. A különböző vizsgálati, technikai, matematikai, számítástechnikai eljárások és kezelési algoritmusok használata valamint a vizsgálatot és a kezelést végző szakemberek tudása, tapasztalata is megkülönbözteti az egyes beavatkozásokat és központokat.
2001-ben Európában 523 ezer, a világon megközelítőleg 2 millió refraktív beavatkozást végeztek, aminek 92,3 százaléka a LASIK típusú volt. (Market Scope Survey of Refractive Surgeons, 2001)
Ennek oka kézenfekvő mivel a módszer orvosi szempontból jól tervezhető, pontos, megbízható és minimális kockázattal jár, továbbá számítógép vezérelt és széles kezelési tartománnyal rendelkezik.
Az érintett páciens szempontjából az eljárás gyors - nem tart tovább 3-5 percnél -, egyszerű, gyakorlatilag fájdalmatlan, és a szemüveg, vagy kontaktlencse nélküli élet szabadságát kínálja. A kezelőorvos gyakorlatával, tapasztalatával és a LASIK szinte azonnal teljes látásélességet biztosít, a beavatkozást követő gyógyulás fájdalommentes, és az eddig hetekben mérhető lábadozás helyett akár már másnap folytatható a megszokott napi tevékenység.
Az eseményen bemutatott Zyoptix nevű rendszer a lézeres látásélesség javítás legfejlettebb formája. Segítségével a lézeres szemsebészet biztonságosabbá és egyénre szabottá válik, mivel lehetővé teszi, hogy a sebészek minden egyes páciens szeméről a lehető legtöbb információt kapják meg, és pontos korrekciót végezzenek. A speciális diagnosztikai berendezések által készített hullámfront elemzés és a térbeli szaruhártya térkép adatai alapján - a szakorvosi vizsgálatok eredményeinek figyelembe vételével - a rendszer központi számítógépe készíti el a lézeres kezelési tervet, ami minden egyes szem esetében teljesen egyedi. Akár egy ujjlenyomat!
A Zyoptix rendszer tovább javítja a LASIK típusú eljárások eredményeit mivel:
- 15-20 százalékkal kevesebb szövet eltávolításával teszi lehetővé a megfelelő korrekciót,
- a látás gyorsabb helyreállását, gyorsabb gyógyulást eredményez,
- minimalizálja az ismételt kezelések szükségességét,
- széles kezelési zónája révén csökkenti a beavatkozás utáni káprázás lehetőségét.
Mindezeken túl kiemelt jelentősége abban van, hogy lehetővé teszi, hogy a szemészek ne csak a fénytörési hibát korrigálják, hanem a szem vizuális teljesítményét is javítsák.

Ki alkalmas a beavatkozásra?

A szemüveget és kontaktlencsét viselők legnagyobb részének végleges megoldást jelenthet a lézeres látásjavítás. Mindazok alkalmasak, akik úgy érzik, hogy szemüvegük vagy kontaktlencséjük zavarja, akadályozza őket a mindennapokban, látásélessége nem változott az utóbbi egy évben, szemei egyébként egészségesek, általános állapota megfelelő, 18 évesnél idősebb, szüksége van látáskorrekcióra, és szemüvege +6 D és -12D tartomány közé esik, legfeljebb +/-6 D astigmiája van.

A látáshibák

A látáshibák a szem fénytörő képességének megváltozásából adódnak. Ha a szaruhártya, a szemlencse vagy maga a szem alakja nem tökéletes, a szem fénytörő képessége a normálisnál kisebb vagy nagyobb lesz, aminek eredményeként a látásélesség - az elváltozás mértékétől függően - jobban vagy kevésbé torzul.
Rövidlátás (myopia) esetén a szem túl hosszú, vagy a szemlencse törőereje túl nagy, a fókuszpont az ideghártya előtt jön létre megnehezítve vagy lehetetlenné téve a távolabb lévő dolgok tisztánlátását. A probléma megoldására mínuszos szemüveget vagy kontaktlencsét alkalmaznak.
Távollátásnál (hypermetropia) a szem túl rövid, vagy a szem törőereje nem kielégítő, így a fókuszpont az ideghártya mögött keletkezik. Ilyenkor a beteg távolra megfelelően lát, azonban a közeli képek, tárgyak homályosak maradnak számára. Pluszos szemüveg, vagy kontaktlencse segítheti a távollátókat.
A látáshibák közül szintén gyakori a szemtengely ferdülés (astigmia). Ebben az esetben az astigmatikus szaruhártya vagy lencse az egyik irányban jobban, más irányokban kevésbé görbül. Emiatt a fénysugarak egyszerre több fókuszban találkoznak az ideghártyától különböző távolságokban. A páciens a távolabbi, és közelebbi tárgyakat egyaránt homályosan látja.

Céginformáció
Az Optimum Látásjavító Lézerközpont 2000 áprilisában kezdte meg működését (LASIK Szemészeti Klinika néven). Az elmúlt három évben több száz sikeres szemműtétet végeztek el. A Klinika megalakulása óta a legkorszerűbb látásjavító eljárásokat és eszközöket alkalmazza annak érdekében, hogy a hozzájuk fordulók látása véglegesen, fájdalom nélkül váljon tökéletessé. A diagnózis felállítását és a beavatkozást tapasztalt és elismert szakorvosok végzik. A Lézerközpontban a hagyományos látáskorrekciós kezelések (PRK, LASEK, LASIK kezelés) mellett Magyarországon egyedül használják a lézeres látásélesség javítás egyik legfejlettebb formáját, az egyénre szabott látásélesség javító Zyoptix eljárást. További információ: www.lasik.hu Optimum Látásjavító Lézerközpont

***Dr. Szabó György**, mobil: 30/9519-563, tel: 246-1286*
e-mail: lasik@lasik.hu

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) sajtóközleménye:

az ENSZ fogyatékkal élők jogait védő és előmozdító tervezett egyezményéről tárgyaló ENSZ Ad Hoc Bizottság üléséről, New York, 2003. június 16-27., valamint a "hálóságy problémáról" továbbá az EU csatlakozás magyarországi elmeegészségügyre gyakorolt lehetséges hatásairól

1. Az ENSZ Közgyűlése 56/168-as határozatával (2001. december 19.) létrehívott egy Ad Hoc Bizottságot, melynek feladata hogy egy, a fogyatékkal élők jogairól szóló nemzetközi emberi jogi egyezményre tegyen javaslatot. E bizottság második ülésszakára 2003. június 16. és 27. között New Yorkban, az ENSZ Székházában került sor. A magyar Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) társelnöke a Pszichiátria Használóinak és Túlélőinek Világhálózata delegáltjaként részt vett a tanácskozáson. Az ülésszakon az ENSZ tagállamok képviselői, kormányközi szervezetek delegáltjai, emberi jogi és fogyatékkal élőket képviselő civil szervezetek szakértői dolgoztak együtt egy jogilag kötelező érvényű, emberi jogi alapú, minden fogyatékos csoportot átfogó nemzetközi egyezmény kimunkálásán.

Széleskörű egyetértés alakult ki az elmúlt évtizedekben arról, hogy a fogyatékkal élők emberi jogait (civil, politikai, gazdasági, szociális és kulturális) valamint alapvető szabadságait az ENSZ meglévő emberi jogi egyezményei nem védik kielégítően. Az ENSZ emberi jogi egyezményeinek története is mutatja, hogy a minden embert ember mivoltánál fogva megillető emberi jogok gyakorlati érvényesítése a társadalom különösen hátrányos helyzetű csoportjai számára szükségessé teszik az egyetemes jogok különös értelmezését, "lefordítását" az illető csoport sajátos helyzetének megfelelően. Így jött létre - többek között - a faji megkülönböztetés minden formáját megtiltó egyezmény, a nők elleni megkülönböztetés minden formáját megtiltó konvenció és a gyermekek jogait biztosító ENSZ egyezmény.

A világon élő mintegy 600 millió fogyatékkal élőt mindeddig nem védi hasonló, kötelező erejű nemzetközi dokumentum. Az Ad Hoc Bizottság második ülésszaka erőfeszítéseket tett egy ilyen egyezmény kidolgozására.

Magyarországon a fogyatékkal élők esélygyenlőségét védő törvény - bár megalkotása jelentős előrelépés volt -, több szempontból sem felel meg azon nemzetközi folyamatoknak, amiket az Ad Hoc Bizottság ülése is tükröz. Egyrészt a kikényszeríthető jogokon alapuló megközelítés még keveredik benne a szociális, jóléti, jótékonysági megfontolásokkal. Másrészt a fogyatékosság, akadályozottság fogalmát a nemzetközi trendeknél sokkal szűkebben értelmezi, így egyebek mellett a pszichiátriai problémával élőket sem foglalja magába.

A Bizottsági ülésen való részvételt, s az azt megelőző felkészítést a Taposóakna Túlélők Hálózatának támogatása tette lehetővé.

A nemzetközi fogyatékosjogi mozgalmakban a pszichiátriaviselt emberek szervezetei egyre jelentősebb szerepet játszanak. Az ülésszakon a magyarországi civil szektor - és így Magyarország - egyetlen jelenlevő képviselője a PÉF társelnöke, Gombos Gábor volt.

2. A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum összhangban a nemzetközi emberi jogi normákkal, különös súllyal szeretné a figyelmet felhívni arra a tényre, hogy Magyarországon napjainkban is emberek tucatjait kényszerítik ún. hálóságyakba, holott a CPT (Embertelen és Megalázó Bánásmódot Vizsgáló Bizottság) 1999-ben azonnali intézkedésre szólította fel a Magyar Kormányt a törvényi tiltás elrendelése érdekében. A Bizottság távozása után 2000 végén a törökszentmiklósi pszichiátriai otthonban egy ápolt halálra égett, mert a lelakatolt hálóságyból nem tudott kijutni. 2003-ban Magyarországon még tömegesen találhatók hálóságyak.

3. A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum fel szeretné hívni a figyelmet hazánk EU csatlakozásának a magyarországi elmeegészségügyre gyakorolt lehetséges hatásaira. Ezen belül a deinstitucionalizációra, valamint a pszichiátriaviselt emberek által kontrollált programokra, beleértve az általuk végzett folyamatos és rendszeres emberi jogi monitorozást.

A gyermekek jogai a gyermekpszichiátriában Magyarországon

Kulcsszavak: emberi jogok, gyermekek jogai, esélyegyenlőség, gyermekpszichiátria, gyermekbántalmazás, EU csatlakozás. Szerte a világon a mentális problémákkal élő gyermekek, kamaszok száma jelentősen növekszik. A családon belüli erőszak, a gyermekbántalmazás, a fiatalok önpusztító életvitele egyre nagyobb kihívást jelent a jóléti társadalmakban. A felgyülemlett problémák kezelése átfogó, rendszerszintű, a gyermekvédelmet, családsegítést, iskolai szociális munkát, gyermek és családi mentálhigiénét, gyermekpszichológusi és gyermekpszichiátriai ellátásokat felölelő, azokat koordináló intézkedéseket sürget.

Az UNICEF közelmúltban közzétett jelentése szerint hazánk élenjár a gyermekbántalmazásban. **Az ENSZ gyermekek jogairól szóló egyezménye** által megkövetelt, 1998-ban készített kormányjelentésre adott válaszában **az ENSZ illetékes bizottsága** számos olyan aggályának adott hangot, ami a gyermekek, kamaszok mentális problémáinak magyarországi megoldatlanságára hívta fel a figyelmet. Az általuk kiemelt problémák között szerepelt a magas öngyilkossági arány, az alkohol- és gyógyszer (kábítószer) abúzus, a családon belüli erőszak és gyermekbántalmazás elterjedtsége, és az ezekre adott állami válaszok elégtelensége.

A mentális nehézségekkel küzdő gyermekek piciny része a gyermekpszichiátriai ellátórendszer felhasználójává válik. Gyakran azért, mert családi, iskolai, társadalmi pszichoszociális problémáikra nincs más elérhető segítség. A gyermekpszichiátriai ellátórendszer helyzete, a gyermekek jogainak érvényesülése, vagy annak akadályozottsága különösen alkalmas arra, hogy feltárjuk a fenti problémák kezelésére rendelkezésre álló ellátásokat, azok hiányosságait.

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) 2002 és 2003 között **emberi jogi kutatást végzett** gyermekpszichiátriai kórházi osztályokon, gyermekpszichiátriai gondozókban, gyermekjóléti szolgálatoknál, családsegítőkben és nevelési tanácsadókban

A kutatás eredményei sürgetően mutatnak rá, hogy Magyarországon hiányzik egy minden érintett család, gyermek és kamasz számára hozzáférhető, koordinált pszichoszociális ellátórendszer, ami érdemi segítséget nyújthatna a mentális problémákkal érintett gyermekek és családjaik számára. A területen dolgozó szakemberek túlterheltek, megbecsültségük alacsony, előmeneteli lehetőségük korlátos. Intézményeik tárgyi körülményei gyakran katasztrofálisak. Ebben a helyzetben gyakran az egyetlen lehetséges beavatkozás a medikális tűzoltás, vagy a gyermek kiemelése a családból. Eközben a felnövekvő nemzedékek és családjaik tömegei maradnak ellátás nélkül.

Jogszabályi hiányosságok, ellentmondások is nehezítik azt, hogy a mentális nehézségekkel élő gyermekek jogai érvényesüljenek. **A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum a kutatás eredményeiről tanulmányt tesz közzé.** Ebben a legfontosabb emberi jogi problémák mellett ajánlásokat is megfogalmaz az ellátórendszer elodázhatatlan átalakításával kapcsolatban. **Az EU csatlakozás küszöbén** a magyar állam nem odázhatja tovább az érdemi reformot, s az ahhoz szükséges befektetéseket. A tanulmányt a PÉF sajtótájékoztató keretében hozza nyilvánosságra.

(Kapcsolatfelvétel: Radó Iván, PÉF ügyvezető igazgató, tel.: 341 0521, 06-30-5618816 pef@hu.inter.net)

MI IS AZ A SKIZOFRÉNIA?

A BETEGSÉG

A skizofrénia egy olyan pszichiátriai betegség, amely az észlelés, a gondolkodás, a viselkedés és az érzelmi élet komplex zavarával járhat együtt. A svájci Eugen Bleuler alkotta meg ezt a görög kifejezést (skizo-frenia = hasadt elme) 1911-ben több pszichiátriai betegség összefoglaló elnevezéseként.

A betegség általában a pubertás vagy a fiatal felnőttkorban jelentkezik először, férfiaknál korábban alakul ki, és az ő körükben jelentkezik súlyosabb formában. Pár évtizeddel ezelőtt a skizofréniát gyógyíthatatlan elmebetegségként tartották számon, amely életfogytig tartó kórházi kezeléssel járt. Ma már a pszichotikus tünetek az azóta forgalomba került antipszichotikus gyógyszereknek köszönhetően viszaszorulhatnak vagy akár meg is szűnhetnek. A kezelés korai elhagyásának, valamint a betegség súlyosbodásának következményeként előfordulhat a betegek visszaesése, ezért ma is hosszantartó, krónikus zavarnak tekintik a skizofréniát.

KIVÁLTÓ OKOK ÉS GYAKORISÁG

A skizofrénia a lakosság 1 százalékát érinti, tehát hazánkban körülbelül 100.000 beteg él. Mintegy 50-60 százalék áll pszichiátriai kezelés alatt, és 5-10 százalékuk szorul állandó intézeti kezelésre. A betegségre való hajlam örökölhető, azonban olyan külső tényezők, mint a stressz, fokozhatják a betegség kialakulásának esélyét. A betegség jelentkezésekor a család és a kör-nyezet a beteg radikális személyiségváltozásával szembesül. Bevezető tünetként a beteg ki-számíthatatlanná, magába fordulóvá válik, teljesítménye romlik, beszéde összefüggéstelenné válik, gyakran ellenséges magatartást vesz fel.

TÜNETEK

A betegség során jelentkező tünetek három csoportba sorolhatók:

A pozitív tüntetek azokra a gondolatokra, téveszmékre és érzékelésekre utalnak, melyek hozzáadódnak a világgal kapcsolatos szokásos élményekhez. Kezdeti tünetként jelentkezhetnek a hallucinációk, amelyek gyakran a beteg cselekedeteit illetve gondolatait kommentáló hanghatások formájában jelentkeznek, a beteg azt hiszi, hogy valaki irányítja és ellenőrzi gondolatait. Későbbi fázisban alakulnak ki a téveszmék, a paranoiás gondolatok, a beteg abszurd dolgokat állít teljes bizonyossággal, és képtelen belátni ezek valótlanságát.

Negatív tünetként szokás említeni az érzelmi elsivárosodást, az ambíció megszűnését, a tompaságot, közönyösséget, szófukarságot. A beteg elveszti minden érdeklődését a külvilág felé. E tünetek enyhébbnek tűnnek, sikeres kezelésük azonban nagyobb nehézséget jelent.

Kognitív tünetek jelentkezésekor a betegnél elsősorban tanulási és koncentrálási problémák, az öntudat zavara, valamint kusza gondolatok és érzések léphetnek fel. A beteg meglévő intelligencia szintjére a betegség nincs negatív hatással, azonban szellemi- és munkateljesítményét jelentősen ronthatja.

DIAGNOSZTIZÁLÁS ÉS KEZELÉS

A betegség korai felismerése és szakszerű kezelése felbecsülhetetlen jelentőséggel bír, létfontosságú a skizofrén beteg és környezete számára. A betegség bevezető tüneteinek észlelésekor megkezdett kezelés egyben a terápia időtartamát és a beteg szenvedését is csökkenti. A szakszerűen és időben elkezdett kezelés esetén a páciensek 90 százaléka mutat tüneti javulást, 10-15 százaléka ér el teljes tünetmentességet.

Mérsékelten súlyos lefolyás esetén - ha a beteg 45 éves kora előtt több mint kétszer visszaesik - a különböző betegségepizódok között is jelentkeznek átmeneti tünetek. A gyakori visszaeséseket produkáló, súlyos lefolyású esetek folyamatos orvosi ellenőrzést igényelnek, azonban megfelelő gyógyszeres kezeléssel a tüneteiket is enyhítheti. A skizofrénia korai felismerése, kezelése és hatékony gyógyszer beállítása tehát nagyon fontos, mivel megszünteti az akut betegségtüneteket, csökkenti a visszaesés, az alkohol- és, droghasználat, valamint az öngyilkosság esélyét, mérsékli a családra gyakorolt stresszt, továbbá lehetővé teszi a beteg rehabilitációját és reintegrációját.

A skizofrénia gyógyszer nélkül, kizárólag pszichoterápiával nem gyógyítható. Gyógyításá-ban antipszichotikumokat alkalmaznak, me-lyek hatékonyan kezelik a betegség tüneteit. Megkülönböztetünk hagyományos, avagy típu-sos antipszichotikumokat, valamint modern, vagy atípusos antipszichotikumokat. A korábban használt hagyományos antipszichotiku-mok rendkívül súlyos mellékhatásai miatt gyakran szükséges a mellékhatások egyidejű kezelése, vagy a dózis csökkentése. Mellék-hatások jelentkezésekor fokozott annak a ve-szélye is, hogy a belátással nem rendelkező be-tegek idő előtt abbahagyják a gyógyszerek sze-dését, és visszaesnek. Eredményesebb megol-dás, ha a szakorvos hatékonyabb, kedvezőbb mellékhatás-profillal rendelkező, korszerű an-tipszichotikumra állítja át a beteget.

A modern, atípusos szerek kiemelkedő hatékonyságuk és kedvező mellékhatás-profiljuk miatt lehetővé teszik a beteg kórházi kezelésének elhagyását. A költségcsökkentés mellett rendkívüli jelentőségű, hogy ily módon a beteg a rehabilitáció és a reintegráció révén, ambuláns kezelés mellett a társadalom teljes értékű tagjává válhat. Nagyon fontos a betegekben annak tudatosítása, hogy a sikeres kezelés alapja a gyógyszer előírás szerinti szedése.

Annak ellenére, hogy a gyógyszeres kezelés elengedhetetlen a skizofrénia gyógyításában, ez önmagában nem elegendő. Nagyon fontos tényező a pszichológiai kezelés, a beteg és az orvos közti bizalmon alapuló folyamatos kapcsolattartás. Nélkülözhetetlen a beteg környezetének illetve családjának teljes körű edukációja, valamint bevonásuk a döntési és kezelési folyamatba. Az akut kezelést követő rehabilitációs folyamat, valamint a beteg reszocializációját elősegítő, szervezett önsegítő csoportok és egyéb szociális kezdeményezések jelentősen hozzájárulnak a beteg állapotának javulásához. Az orvosi kezdeményezésre indult Félúti Ház és a Nappali Kórház nappali orvosi ellátást és egyidejűleg jövedelmet is nyújtó foglalkoztatást biztosít a betegnek, lehetővé téve a beteg családi kapcsolatának megtartását.

KOCKÁZAT HELYETT SEGÍTSÉG

A Lilly Hungária Kft, 2003. szeptember 30-án mutatta be Magyarországon egyedülálló edukációs kezdeményezését. A "Segítség egy teljesebb élethez" elnevezésű program célja, hogy életviteli tanácsadással javítsa a pszichiátriai betegek életminőségét, és segítse a kezelésben résztvevő orvosok, gondozók és betegek közötti együttműködés hatékonyságát az egészséges életre nevelés jegyében.

Már a XIX. század végén is voltak olyan megfigyelések, amelyek a pszichiátriai betegek családjában sűrűbben előforduló anyagcserebetegségekről számoltak be. Természetesen akkoriban még nem ez, hanem maga az alapbetegség (pl a skizofrénia) megfelelő kezelése állt az érdeklődés középpontjában. Ahogy a fejlődés egyre újabb és újabb lehetőségeket adott a szakemberek kezébe, a legsúlyosabb tünetek és viselkedési rendellenességek kézbentartása mellett fokozatosan más problémák kerültek előtérbe. Így a fenntartó kezelés és a visszaesések megakadályozása mellett ma már a betegek életminősége és szubjektív jóléte is elsődleges terápiás cél.

A modern ún. atípusos antipszichotikumok megjelenésével hatékonyságuk és a korábbiaknál lényegesen kedvezőbb mellékhatás profiljuk miatt *a sikeres terápia kulcsa a megfelelő orvos-beteg együttműködés, a beteg teljesebb életéhez segítséget nyújtó módszerek, valamint a komplex rehabilitáció lett.* Ha nem alakul ki a megfelelő életmód, akkor ennek eredményeképpen elégedetlenség, az önértékelés csökkenése, a terápiás együttműködés (compliance) romlása, esetleg a kezelés elhagyása, majd végül visszaesés és a betegség hosszú távú kilátásainak romlása következhet be. Mindez természetesen nem csak az érintett betegre, a családjára, és az őt ellátó (és az azt finanszírozó) rendszerre megnövekedett terheket ró. Az érintett betegek hosszú távú életkilátásait vizsgálva a szakemberek arra a következtetésre jutottak, hogy a nagy pszichiátriai kórképekben a normál populációhoz képest 10-20 évvel korábban következik be a halál, aminek oka csak kisebb (kb. 1/3) részben magyarázható a nem természetes halálokokkal. A skizofrének magasabb halálozását jelentős részben a keringési, légzési, gyomor-bélrendszeri, és anyagcsere betegségek nagyobb gyakorisága okozza

A vizsgálatok által egyre inkább feltárt fizikai (genetikai hajlam, enzimműködési eltérések) okok mellett a pszichiátriai problémákkal küzdőkre számos, a betegségükből adódó egyéb kockázati tényező is jellemző:

- a tünettan miatti mozgásszegény életmód
- egészségtelen és helytelen táplálkozási szokások
- az alacsony foglalkoztatottságból adódó inaktivitás, alkoholfogyasztás és dohányzás
- rossz szociális körülmények

Jól látható, hogy kulcsfontosságú a megfelelő életvitel kialakítása, aminek "pillérei" a tudatos egészséges táplálkozás (változatos, a napi tevékenységnek megfelelő mennyiségű étel fogyasztása), a rendszeres testmozgás, az élvezeti szerek kerülése, továbbá a környezettel történő kommunikáció az életmód vezetésének fontosságáról és annak egyéni stratégiáiról.

Ezt a feladatot a betegek sokszor nem tudják megfelelő segítség nélkül megoldani, így szükség van speciálisan a számukra kialakított programra. Feltétlenül ki kell azonban emelni, ***hogy esetükben nem egyszerűen életmódbeli változásról, hanem egy olyan módszerről van szó, ami a teljesebb élethez nyújt segítséget, ezáltal az érintett együttműködését, közérzetének javulását, végső soron a krónikus betegség hosszú távú terápiáját és a rehabilitáció megvalósítását segíti.***

A **Lilly Hungária Kft.** által támogatott és szervezett magyarországi program kezdetekor első lépésként a betegekkel foglalkozó pszichiátereket és szakápolókat kell a megfelelő tudással felvértezni. Erre az ország 8 városában megrendezett szemináriumsorozaton kerül sor, ahol dietetikus és gyógytornász megfelelő életvitelről tartott előadása mellett szakavatott pszichiáter mutatja be azt, hogy a dietetikai és megfelelő mozgásformákra vonatkozó konzultáció és diéta mellett hogyan lehet a folyamatot csoport-, szocio- és pszihoterápiás módszerekkel támogatni.

A program másik fontos eleme a betegek számára kialakított eszközök és kiadványok, amelyek alkalmasak arra, hogy segítségükkel az adott beteg megfelelő célokat tűzhessen ki, és azokat sikeresen el is tudja érni. Fontos szempont, hogy így ő nem csupán passzív alanya a kezelésnek, hanem a saját ellátásában aktívan szerepet vállaló résztvevő.

Lilly Hungária Kft.
Rákos Tímea,
Telefon/fax: (1) 328-5194
e-mail: rakos_timea@lilly.com

Vértes László:
Puccini a kórteremben

***"Néhány éve az egyetemen olyan pályázatot írtam ki, amelyet egyesek megmosolyogtak, mások azt mondták, reménytelen a szövege, mert úgy kezdtem, hogy születik, nagyszüleit szerető medikusok és szigorlók jelentkezését várjuk. Ezzel a szöveggel Magyarországon nem lehet sikert elérni. Nem is jelentkezett a hirdetésre senki. Idősek osztályára nem jönnek orvosok. Nem akarok panaszkodni, de a gerontológia nem sikerágazat, itt nincs paraszolvencia!"* - nyilatkozta korábban egy hetilapunknak.**

Vértes László szereti az idős embereket, hiszen a gerontológiát ilyen lelkesedés, kitartó, több évtizedes, szorgos kutatómunka nélkül nem lehetett volna űzni. Célul tűzte ki az idősek rehabilitációját, amely sok esetben a társadalomba, családi környezetbe való visszaépülést is eredményezte. Amikor gyógyító munkánk során a hagyományos, gyógyszeres kezelés mellett más eljárásokról is hallunk, jusson mindig eszünkbe az a tág látókör, amelyet ő sok-sok éven át alkalmazott osztályán. Bevitte a zenét, annak jótékony hatásait az időskorúak kezelésébe, értelmet adva ezzel sok esetben az aggastyán korú emberek melankólikus hétköznapjainak.

Zeneszeretetét, szenvedélyes Puccini-kutatásait roppant zenei jártasságával ötvözve többször felhasználták operaközvetítések alkalmával. Olyannyira bejáratos volt az Operaházba, hogy számtalanszor magyarázó, az egyes darabokban eligazító megjegyzései tették teljessé az operaművek televíziós változatait.

• Az életkor kitolódásával mind több olyan, az idősebb kort jellemző sajátosság jelenik meg a betegségekben, a szociális körülményekben, a mindennapi életben, hogy egyre nagyobb a létjogosultsága az időskoráakkal foglalkozó tudománynak, a geriátriának. Mi alapján döntötted el, hogy életed nagy részét az idősek gyógyításának szenteled?

- Érdekes családi indíttatása van ennek. Szüleim a második világháború miatt csak 1945-ben köthettek házasságot, és nem voltak már fiatalok. Én 1946-ban születtem, testvérem nincs, környezetemben és családomban velem hasonló korú fiatal nem volt, tehát korosabb emberek között nőttem fel. Az első hat évet, amíg iskolába nem kerültem, gyerektársaság nélkül, nagyon-nagyon idősek között töltöttem. Nem volt ritka körülöttem a 80-98 éves ember. Ebből adódóan abszolút természetes közeggé vált számomra, hogy mindig idősek között vagyok, ők játszanak velem, ők tanítanak mindenre, ők jelentik a társaságot.

• Gyermekként is orvos szerettél volna lenni?

- Az idősek szeretetével párhuzamosan alakult ki az a néhány szenvedélyem, amely azóta végigkíséri az életemet. Az egyik ilyen hobbim, amely hivatásommá is vált, az egészségügy, az orvoslás kérdése. Túlzás nélkül mondhatom, hogy pólyás korom óta orvos akartam lenni. Általános iskolás koromban, elsősként én voltam az iskolaorvos asszisztense, másodikos koromban pedig a IV. kerületi elsősegélynyújtó versenyt én szerveztem meg. Az iskolai nyarakat is kórházban töltöttem, önkéntes gyakorlaton.

• Milyen út vezetett a gerontológiához?

- Belgyógyászatból szakvizsgáztam. Óriási problémánk volt, hogy miután több mint 100 szakágból lehet szakvizsgát tenni Magyarországon, nem lehetett gerontológiából. Több évtizede a környező szocialista országokban is bevezették már a gerontológiai szakvizsgát. Az elmúlt években az Európai Unió is elfogadta a geriátriát, tehát az idősgyógyászatot, nemcsak mint ráképzéses, továbbképzésre alkalmas szakmát, hanem alapszakmaként is. Nálunk 2000-óta nyerhető el a geriátriai szakképesítés - én az első csoportban vizsgáztam. Belgyógyászaton kívül szakképesítést szereztem társadalom-orvostanból, rehabilitációból, egészségnevelésből, majd alkalmam volt zeneterápiából is. Magyarországon eddig kilencen nyertük el ezt a szakképesítést!

• Igényel-e speciálisabb ellátást az idősebb korú, annál, amit a hagyományos belgyógyászat keretei biztosítanak számára?

- A medicinában, alapjaiban három korosztály szerint különböztetjük meg a gyógyítást. A gyermekgyógyászatra azért van külön szükség, mert szokták mondani, hogy a gyermek nem kis felnőtt, tehát eltérnek az élettani, kórtani, terápiás sajátosságai. Következik a felnőttkor, és jön az időskor. Erre mondjuk, hogy az idős ember nem öreg felnőtt, hanem az ő tulajdonságai is eltérnek. Roppant heterogén a csoport. Az egészségügy után a második szenvedélyem a színház, és ezen belül a zene. 12 éven át gyermekszínész voltam Újpesten. Ugyanennyi ideig taultam zongorázni, és jártam zeneiskolába. Családi házból városi, emeletes lakásba kellett költöznünk, és a zongora eladása egyben azt is jelentette, hogy az aktív zongorázást abba kellett hagynom. A zene szeretete megmaradt. Mikor orvos lettem, a színházat, az előadásokat, a zenét így tudtam összefogni egy egységbe. Így jött létre a zeneterápia.

• Hogyan kell a gyakorlatban alkalmazni a zeneterápiát?

- A zeneterápia lényege, hogy feszültséget old, relaxációs hatása van. Nem új dolog ez, csak megfeledkezünk róla. Már a Krisztus előtti IV. évezredből vannak emlékeink a zene gyógyászati felhasználásáról. Az utóbbi években sikerült orvosok és zeneterapeuták szoros együttműködése révén a zenét tudományosan megalapozott módon a gyógyításban is felhasználni. Minden családban otthon kezdődik a zeneterápia, a bölcsődalokkal. Amikor az édesanya legelőször énekel, dúdol az apróságnak, a pólyás babának, akkor ez már zeneterápia.

Két formáját különböztetjük meg: az egyik az aktív, ekkor a betegek maguk zenélnek, éneklenek, játszanak, a másik, passzív formát receptívnek is nevezzük, mert recipiálni, befogadni kell. Az országban általában úgy zajlik, hogy magnetofonról, kazettáról, CD-ről hallgatják a zenét. A mi osztályunkon - az ismertség folytán - élő művészek szerepelnek, többnyire az Operaház és a Zeneművészeti Egyetem hallgatói és végzett, neves művészek. Failoni Donatella, Kalmár Magda, Csányi László több alkalommal fellépett nálunk, de jöttek betegművészek a Zeneakadémiáról, mert szeretik az időseket. Az időseknél nincs hálásabb közönség. Tapsolnak, örülnek, kérdezgetnek, boldogok, mert foglalkoznak velük.

Az egyik előcsarnoki részen több zeneszerző arcképét helyeztük el, van pianínónk, így zongorakísérettel énekelhetnek a művészek. Az igazi terápiának nemcsak az éneklés a lényege, hanem a beszélgetés is. Az egyes számok között, vagy az egész program végén beszélgetünk a betegekkel a műről, a zeneszerzőről, önmagunkról, az előadóról, előadásról, a mű történetéről. A hivatalos szakirodalomban ennek az ideje 40 perc, nálunk 1,5 óra szokott lenni, annyira szeretik az idősebbek.

A meghallgatandó műveket is többféle szempontból kell kiválasztani. Ha éppen több vidéki beteg van, akkor inkább népdalok előadását kérjük. Ha a betegek közül többen voltak már az Operettszínházban, akkor Kálmán, Lehár, Huszka-melódiák hangzanak el, vagy a János vitézből részletek. A betegek az operaáriákat is nagyon szeretik, holott ebben a tekintetben sok vita zajlik arról, hogy a súlyosabb, tragikus kimenetelű drámákat szabad-e terápiás célból alkalmazni. Figyelnünk kell a zene hatására is. A visegrádi kísérlet kapcsán ápolónők kezdték jelenteni az orvosoknak, hogy azok a betegek, akik rendszeresen jártak zeneterápiára, egyre kevesebb nyugtatót és altatót igényeltek. Hasonló hatást figyelhettünk meg a magas vérnyomásos betegek körében is.

• A zenén belül, úgy tudom, hogy te az operát szereted…

- Az én műfajom valóban az opera. Hozzá kell tennem, hogy havonta átlagban tizenkétszer vagyok színházban, operában.

• Olyan rendszeres színházlátogató vagy, mint Kosztolányi Dezső. Tanulságos műkritikái Színházi esték címmel adták ki két kötetben. Majd minden Shakespeare - darabot, Szophoklészt, Goldonit, Vörösmartyt, Gogolt, Ibsent, Oscar Wilde-ot, Shawt, Molnár Ferencet látott. Neked vannak-e kedvenc szerzőid?

- A színházon belül az opera. Annak ellenére, hogy Liszt Ferenc és Erkel Ferenc tisztelője, becsülője vagyok, az első számú kedvencem Giacomo Puccini. A világon az első, és egyetlen Puccini Társaságot én alapítottam, és én vagyok az elnöke. A róla ké-szült érmek, bélyegkiadások, leírások, könyvek és természetesen lemezek gyűjtésével is foglalkozom.

• Van-e valamilyen kapcsolatod Puccini-leszármazottakkal?

- Giacomonak egyetlen élő leszármazottja él, Simonetta Puccini. Ő a Puccini Társaság tiszteletbeli elnöke. Milánóban él, és zenetörténelemmel foglalkozik. Levelezésben állunk vele. Puccininak a feleségétől egyetlen fia született, Antonio. Az ő lánya Simonetta.

• Hogyan szeretted meg Puccinit?

- Gyerekkoromtól a melódiát, a dallamot, és a színházat kedvelem. Puccini - a nemzeti szakirodalom szerint - a legszínpadibb szerző. Ez azt jelenti, hogy a műveiben, a zenéjében, a darabjaiban abszolút színjáték rejtőzik. Műveit rengetegszer láttam belföldön, és külföldön. Azon fáradozok, hogy a nem operáit is elismertessük. Rengeteg egyházi művet írt, számtalan dalt, amelyeket Magyarországon nem játszanak. Több olyan zenei műve is van, amelyet egyáltalán nem adtak elő még Magyarországon. 12 színpadi művet írt. Puccini kedvenc műve egyben az én kedvencem is: a Pillangókisasszony. Nem tudom, hogy Bécsben hol vannak bevásárlóközpontok, mert azokban soha nem jártam. Ezzel szemben jól tudom, hogy Bécsben, a világban, Magyarországon hol vannak a színházak, antikváriumok és zeneműboltok.

• Harmadik hobbid az utazás. Jóval előtte megtervezed, vagy hagyatkozol a véletlenekre?

- Az utazás mindig céltudatos, nem véletlenszerű. Úgy szoktam megtervezni, hogy miközben orvostudományi rendezvényre, kongresszusra megyek, egyben összekötöm világjárással, városnézéssel, műemlék-látogatással. A kongresszusok előtt elmegyek 2-3 nappal, majd utána is ott maradok még. A zene mellett az építészetet, a festészetet, a numizmatikát, a szobrászatot is nagyon kedvelem. Mindenféle járművel szeretek utazni, vonaton, repülőn, hajón, tehát számomra nincs semmiféle különbség köztük.

• Vannak-e olyan helyek, ahová szívesen visszajársz?

- Itáliába, az operaelőadások miatt visszajárok. Szeretek mindenhol, és gyakran lenni. Egy-egy alkalommal sikerül távolabbra utaznom: Egyiptomba a piramisokhoz, New York-ba a Gerontológus Világkongresszusra, illetve egyszer Ausztráliába, és Kanadába. Legkedvesebb, legszeretettebb országaim: Svájc és Lengyelország.

Dr. Nagy Imre sebész
Vác
(a szerző közelmúltban jelent meg
21. érdekes orvos - című riportkötetéből.)

Nagyvizit a Madách-ban

Joggal kérdezheti a nyájas olvasó, hogy mit keres egy színházi bemutatóról szóló kritika egészségügyi lapunk hasábjain?
Nos, amint végigolvassa, máris választ kap rá. Nem kisebb oka van, hogy bekerül, mint az, hogy egészségügyünk valós és fonák dolgairól szól.
De vegyük sorjába!
Mikor is kezdődött?
1972. májusában a Madách Színház nem kisebb szereplők felsorakoztatásával mutatta be, mint Somogyvári Rudolf, Bilicsi Tivadar, Oszter Sándor, Koncz Gábor, Tábori Nóra.
Gyurkovics Tibor a Nagyvizit címet adta darabjának, amely egy sebészeti osztály kórtermében játszódik, négy ágyon négy különböző súlyosságú beteg fekszik. Van közöttük türelmetlen, mások jóindulatát kihasználó (Badarai), aki egyébként temperamentumával, mindenre kiterjedő figyelmességével valóban a lelket tartja a kórteremben. Rendszeresen ugratja Fazekast (Koncz Gábor). Bilicsi lubickolt Badari szerepében, állítják, hogy Gyurkovics állítólag testre, rászabta a szerepet. Czigler időnként valós és vélt lázálmokkal küszködik (Somogyvári alakította remekül), F. Tóth (Oszter személyében) távollévő feleségét várja. Noha egészségügyi témájú a darab, mégis egy mellékszereplő (Tábori Nóra), a takarítónő kimondottan hálás szerepet kap, ugyanis Gyurkovics annyi sziporkázó poént, jellembeli töltést ad neki, hogy a darab egyik főszereplőjévé növi ki magát.
Az 1972-es bemutatót most 30 év múlva a Madách Stúdió színpadán újabb remek premier követte. Rendezőként Koncz Gábor lépet elő, aki akkori szerepét is alakítja természetesen, s Badari szerepében Reviczky Gábor sziporkázik. A tehetség-adta trükkök, arcmimika, ügyes beszólások, mind-mind Reviczky gaz-dag színészi reperttoárjából villantanak fel a helyzetkomikumnak megfelelő fordulatokat. A takarítónőt most is remekül alakítja Pártos Erzsi. Koncz Gábor Fazekas személyében je-lenleg is a legmozgékonyabb, vagány beteg, aki kikezd a nővérrel, majd miután megtudja, hogy amaz a főorvossal is barátkozik, váratlanul elhagyja a kórtermet.
A nagyvizit, amely során a Főorvos alakítása emelhető ki, végzetes tragédiába torkollik, a Főorvos rosszul lesz, de Gyurkovics azt a tragédiát is komédiával lágyítja, mivel nem érezzük a szituációt olyan tragikusnak, mert valamennyi szereplő mással van elfoglalva.
Gyurkovics Tibort már a hetvenes évek elején a hazai groteszk képviselőjeként emlegették. A Szakonyi Adáshibája, Örkény Macskajátéka, Páskándi Vendégség című darabjával közel egy időben bemutatott Nagyvizit parabolát tart az egészségügy, a fiatalság és az idősek feje fölé, s a hétköznapi eseményeknek fokozottabban történő értékelését hangsúlyozza ki. A darab ma is nagy nevetést vált ki nézőjéből, csakúgy, mint a Kapás Dezső rendezte 72-es bemutató után. Ajánlható mindenkinek, aki az egészségügy napi, hétköznapi mechanizmusába akár dolgozóként, akár betegként részt

- Dr. Nagy Imre -

A *Paraszolvenciamentes Manager Szemléletű Gyógyításért Egészségügyi Alapítvány* köszönetét fejezi ki azoknak, akik személyi jövedelemadójuk 1 százalékát az alapítványnak ajánlották fel. Az így befolyt összeget a *Látlelet* expediálására fordítottuk, ezáltal is szolgálva az alapítványi célt: az egészségügy információhoz juttatását.

Figyelem!
Címváltozás
e-mail:
latlelet@dunakanyar.net

Látlelet
Egészségügyi kommunikációs szaklap
az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelõs kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-fõszerkesztõ: **Balla M. Anna,** orvos-fõszerkesztõ: **dr. Kollár László,** orvos-szerkesztõ: **dr. Salamon Sándor,**
ápolási témafelelõs: **Petrikné Jakab Zsuzsa**, tervezõ-szerkesztõ: **Gyurgyik Zsuzsanna**
és valamennyi nevével hitelesített szerzõ.
Kiadó és szerkesztõség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 9785-662,
A lap elõfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.
e-mail: latlelet@dunakanyar.net ISSN 0865-7424

Lapunkat rendszeresen szemléző Magyarország legnagyobb médiafigyelője az
»OBSERVER«
1004 Budapest, Aurél u. 11.
Tel.: 328 4758, Fax: 328 4744
E-mail: marketing@obserwer.hu

- folytatás az első oldalról -

A 100 éves hotel

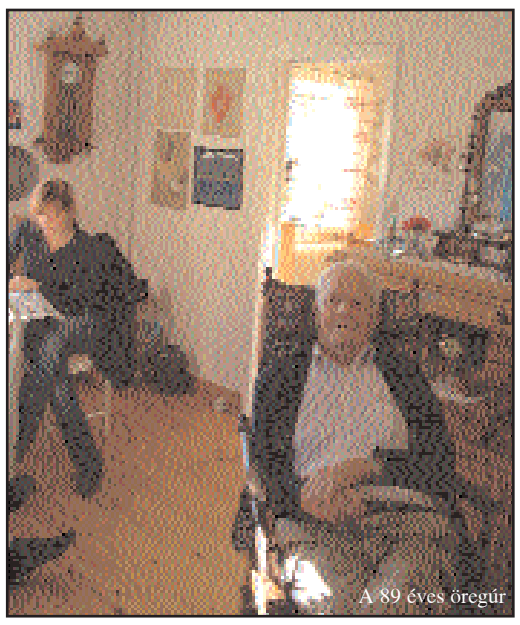
A háziorvos házhoz nem megy, ha a beteg nem járóképes, igénybe veheti az ambulanciát, a mi fogalmaink szerint a mentőt. *Az indokolatlan igénybevétel gyakoriságát érintő kérdésemet* - nálam volt Moldova egészségügyünkről szóló idevonatkozó riportkötete - egyszerűen nem értették. Mert - mint kérdezték - ha valaki nem beteg, miért akarna ambulanciát kérni?
A betegek 1994-óta szabadon választhatják orvosukat és az átiratkozást alaposan indokolni kell. Svédországban a teljes lakosság élvezi a svéd társadalombiztosítási rendszer fedezetét, a rendszert a társadalombiztosítási alapot kezelő regionális részlegek irányítják és finanszírozzák, amely kiterjed a lakosok nyugdíj-, munkanélküli és egészségbiztosítására. A rendelések felkeresése esetén az ambuláns betegek egy bizonyos maximált összegig térítési díjat fizetnek, amelynek nagysága megyénként és régiónként eltérő. Ez az összeg - az egészségügy költségvetésének pénzügyi vonatkozását illetően - a magánbiztosítással együtt alig teszik ki a 10 százalékot. Svédországban az egy főre eső egészségügyi kiadás 1762 USD, a 2000-ben a születéskor várható élettartam férfiak és nők viszonylatában 76,95 illetve 82,37 évet jelent, amely átlag jelentős eltérést mutat a vidéken élők javára.(!)

Iréne, Axel és a férjem

Gréta - vendéglátónk, Axel nagynénje - 83 éves fantasztikus vitalitású hölgy, szintén egyedül él Svédország középső részén, a tavaknál. Neki is jut önálló tópart, és miután megözvegyült, egyedül maradt a több épületből álló farmon. Lovakat már ugyan nem tart, de polgárian berendezett lakásában sértésnek veszi, ha a családtagok vendégei őt kihagyják. Östersundtól 40 km-re nevesincs településen minden nap szabályosan rója járókeretével köreit, minden délutánonként körülbelül két órát. Szélben, hóban fagyban, napban. *Kell a kondi* - mondja és a járókáján még fék is van, nehogy a lejtősebb részen beinduljon. Csípőproblémáival majdnem három éve várólistán van, de - mint mondja - valószínüleg kihagyja a műtétet, mert mióta sajátos futásait végzi, úgy érzi, hogy kimondottan javult a mozgása. Írt is a regionális lapba egy felhívást, hogy *járókeret-futóversenyt szeretne*. Ott jártunkkor is pont rögzítette a köröket, mert szeretné elérni, hogy az általa kezdeményezett versenynek az Ő farmja és annak környéke legyen a helyszíne, hiszen ez a táj csodaszép. Valóban, még akkor is, ha farmjának épületegyüttesén - itt minimum egy farm 8-10 nagy faházból áll - elkélne némi felújítás. De az is meglesz - újságolja optimistán - mert 250 km-re élő lánya unokájával és vejével hazaköltözik, mert a műszaki fordítás innen is megoldható Internetről. Beszéd közben hatalmasakat nevet. Egyetlen gondunk, hogy nem érti, hogy mi egy szót sem értünk abból, amit mond. De a tolmácsmunka ezúttal élmény és a háziak nevetve mesélik Gréti hódításait az ötvenes években, többek között Pesten is. Amikor egy kicsit kételkedünk, hogy valóban nálunk járt és nem Párizsban, megsértődik, félretolja kávéscsészéjét és addig nem nyugszik, míg a családi fényképalbumokból elő nem halássza a Halászbástyát. Grétinek sosem fáj a feje és akkor, amikor az a

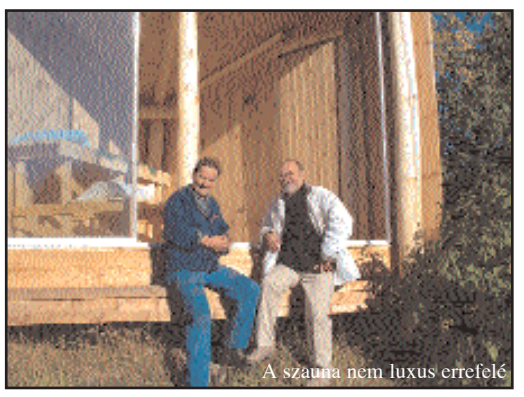
Az egyik tó a több ezer közül

bizonyos elmaradt, meg jöttek egy darabig a borzongások, sűrűbben lovagolt és itta teáit, ami itt terem az erdőben. *Mert fűben, fában gyógyír van*, és már jó úton halad, hogy megtalálja a hajhullás teáját.
Vendéglátóink egy több, mint 100 éves étteremmel működő hotelt vezetnek, melyben 12 szoba is van. Axel az egykori autóversenyző főz, a 3 gyermekes korombeli közgazdász, Iréne végzi a kisegítő munkát. A hotel fő profilja konferencia szervezés. Kinttartózkodásunk ideje alatt is zajlott egy 20 fős orvostanhallgató csoport két napos tanfolyama. Náluk mindenre van idő. Mintha lassabban járna az óra és megállnának a percek. Leves nincs, a hús: hal, vagy vad és rengeteg zöldség, zöldséggel. Kun férjem hiányolja is birkapaprikását. A fogadás svédasztala mellett az istenek étke a szarvashús különböző mártásokban tetszeleg, de nem tömik tele a gyomrukat. Mértékletesen, keveset, de sokszor esznek, így egyetlen egyszer sem nehezültünk el, pedig a desszert sem hiányzott. Úgy esznek, mintha tudatosan hagynának helyet a következő alkalomra. Nem divat a repeta, mint ahogy a dohányzás sem. Már az iskolában elkezdődik a dohányzás elleni aggitáció és érettségire többnyire elérik, hogy a dohányzás szégyen. Viszont nagy becsben van a sport és az iskolacsapatért, legyen az kosárlabda vagy foci, kötelező és lelkesen támogatják. Aki kimagasló a sportban, elismerést kap környezetében. Az Östersundi koráslabda csapathoz október elején igazolták le Horváth Zsuzsi 23. éves budapesti játékost és a helyi televízió kedvence lett ez az angolul is kiválóan beszélő 185 centimétert is meghaladó bájos lány, aki kimondottan emelte a mi megítélésünket is, mert ahol csak megfordultunk jelezték nekünk honfitársunk megérkezését.
Sétálni és biciklizni kötelező, síelni és sífutni létszükséglet, ha ötven felett kezd el valaki új sportot tanulni - mondjuk gördeszkázni - nem nézik hülyének, meditálásra pedig ott van a golf. De ez drága mulatság, így a csoportos hétvégi gombaszedés és különböző erdei bogyószedés a praktikummal egybekötött relaxálás. Annak ellenére mennek, hogy meggyőződésem, nincs szükségük rá, mert a stressz itt - legalább is vidéken - ismeretlen. A természet szeretete és az iránta érzett alázat viszont génjeik üzenete. Feltételezhetően szükség volt egykor erre a szimbiózisra, de mára már tudatos nevelés életállomása. A sok sziget lehetővé teszi, hogy közülük kijelöljenek olyat, ahol nem lehet felbolygatni az ökológiai egyensúlyt és ez úgy is érvényes, ha a sziget bejáratáig aszfaltút vezet. Azt követően maguk mögött hagyva a ci-


A 89 éves öregúr

Túlélési gyakorlat az öko szigeten

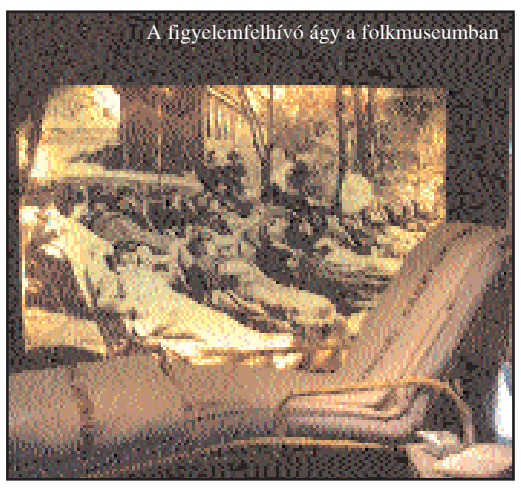
vilizációt, a kisgyerekekkel együtt végzik a szülők a kötelező túlélési gyakorlatot, ami olyan cserkészféle mozgalomnak felel meg.
Egyébként itt - közel az északi sarkkörhöz - az emberek ösztönösen alkalmazkodnak a természethez és tisztában vannak azzal, hogy a természet az úr. De megtanulták értékelni is, hiszen - mint mondják - mindent neki köszönhetnek. Így évszázadok függvényében is meg- megállnak, olykor csak azért, hogy hatalmasat szippantsanak ebből az oxigénnel teli levegőből, és elragadtatásuknak adjanak hangot, miközben voltaképp a mi információdömpingünk szerint aznap semmi sem történt. A politika nem szövi


A szauna nem luxus errefelé

át hétköznapjaikat és az acsarkodás ismeretlen fogalom erre. Legfeljebb a fináncminiszter kerül szóba egy-egy adó kapcsán, de az is csak a vállalkozói rétegnél, tréfás formában. Az egzisztenciának nem feltétele a politikai hatalom, így a mi zavaros belügyeink is meglehetős értetlenkedést váltottak ki - demokratikus úton elindult - hazánk megítélésében.
Az átlagemberre nem ragad a megélhetés stresszhelyzete és talán ez az a pont, ahol a hosszú élet nyitját kell keresni.
A közélet másságára álljon itt egy tanulságos történet:
Vendéglátóink idén szeptemberben egy gastronómiai szaklap jóvoltából ötnapos utat nyertek Párizsba a borfesztiválra. Tízen voltak Svédországból és Irénének az egyik házaspár férfitagja ismerősnek tűnt. Hazafelé Stockholmban búcsúzáskor névjegy cserénél tisztázódott: a férfi Svédország mezőgazdasági minisztere. Minket hazafelé jövet Münchenben, - az átszállásnál már kint a Budapestre menő járatnál - nem engedtek ki a buszból, mert egy öltönyös férfit kísértek gépünkhöz, aki szemmel láthatóan élvezte kiváltságos helyzetét és nem akart vegyülni a többi utassal. Még jópofáskodó szöveget is eleresztett, miközben a bezárt busz felé tekintgetett. Majd - miután felszállt a "bisnisz-klasszra" és függönyét aprólékosan elhúzta - indulhattunk el, mi földi halandók. Az embernek bizony kinyílt a bicska a zsebében, mikor személyében beazonosította az egyik minisztérium jelenlegi államtitkárát, aki nem éppen úri modoráról, sőt nem is a szakmában - amit állítólag képvisel - híresült el és vált ismertté a közelmúltban hazánkban. Ekkor látta az ember igazolva Szent-györgyi Albert állítását: "az igazi belső tartalom nem igényli a külső hókusz-pókuszt".

Itthon szerkesztői postámban várt a *Pécsi Tudományegyetem V. Népegészségügyi Fórumának* (2003. szeptember 26-27.) állásfoglalása a kistérségekben és kisebbségek körében folyó egészségfejlesztés kérdéseiről, amely a többszereplős tudományos tanácskozás összegzése. Valamennyi érintett tárca - belügy- egészségügy- környezetvédelem- oktatásügy - önkormányzat stb. illetékesei egyetértettek abban, hogy nálunk a vidéken élő lakosság magára marad információ és egyéb gyakorlati lehetőség hiányában. Annak ellenére, hogy valamennyi tárca és kormányzati politika zászlajára tűzi ezen célcsoport elérését, amelyet a rendkívül rossz népegészségügyi mutatók indokolnak. Az is tudatosult, hogy olykor bizony egymás mellett, egymás tudta nélkül zajlanak azok a reformtörekvések, amelyek ezzel a szétziláltsággal bizony már induláskor kudarcra vannak ítélve. Arról nem is beszélve, hogy ez nemcsak gazdaságilag - költség vonatkozásában - negatív jelenség, hanem olykor bizony magát a célt is devalválja, hiszen amikor valamit több oldalról hallunk szajkózni anélkül, hogy valami eredménye is lenne, már a puszta hírre is közömbösen reagálunk.

Skandináviai élményeim tükrében, egészen különleges megközelítésben értelmeztem az egyébként ebben a lapszámban - 3-as oldal - közreadott állásfoglalást. Hogy is van ez? Én két olyan országban jártam, ahol pont a vidéken élők vannak jobb kondícióban, mert elkerüli őket a 21. század rohanó, természetellenes életritmusa. Azok a gondok - amik hazánkban gondok - ismeretlenek. Információ, modell, lehetőség, értékrendszer, öngondoskodás, egészség megőrzése, fejlesztése, mind-mind hagyományokra épülő, az új technikával mindenki számára elérhető ritmussá válnak. Ennek vannak bizonyára történelmi, földrajzi aspektusai is, de vannak azért olyan racionális vonatkozásai is, amelyek szavatolják magát az államformát, a közigazgatást és a kormányzati politikát is.
Mondanivalómat egy norvégiai élményemmel zárom:
Trodheimtől kb. nyolcvan kilométerre északra, a fjordok vonulatában egy kis település közelében található egy folkmuseum, amolyan "makoveczes". Itt a települések jó távol vannak egymástól és az építkezési mód a farm, ami olyan "tanyasinak" megfelelő. Bementünk a fából épült múzeumba, amelynek kör alakú nagy terében elhelyezkedő recepciójánál tájékozódhattunk: az étterembe, a színházterembe, az internetkávézóba, a táncterembe, a sportpályákra, a bazárba, a clubba, a könyvtárba, az újságolvasóba, a norvég népművészeti kiállítóterembe, a schoppingba, netán a többszintes mosdókba akarunk-e menni, - ahol a szinteltolást a mozgássérültek számára kialakított körpályás levezető is segítette - vagy netán a postát keressük, hagyományos telefonálási és faxolási lehetőséggel. De a számomra megdöbbentő, ha úgy tetszik sokkoló a falon található kiállítás képei voltak, no meg a tér egyik oldalán felállított harmincas éveket idéző ágy, mellette a régmult orvosi eszközeivel és ebből az időszakból származó paravánnal. A figyelemfelkeltés tökéletességét jelezte, hogy mindannyian - toalettigényünket is visszatartva - kerestük az appropót: mit jelent mindez?


A figyelemfelhívó ágy a folkmuseumban

Norvégiában az utóbbi időben emelkedett a TBC-s megbetegedések száma. Az 1930-as éveket követően, kemény kitartó munkával sikerült legyőzniük azt az ellenséget, ami mára újra felütötte a fejét újabb formáival - SARS - fűszerezve. Emlékezni és lépni kell! És újra fel-

Mementó a 30-as évekből

világosítani, népnevelni és nevelni! Az előbbit a kiállítás, az utóbbit a buszokkal érkező iskolalátogatás szolgálta. A kiállítást összegző, írásban is olvasható ismeretterjesztő füzetet a pedagógusok ingyen, mi 52 norvég koronáért kaptuk. Talán ez az utóbbi az egyetlen, amibe jobbak vagyunk: mi odaadtuk volna grátis. Hagy vigyék hírünk a világba. Ők erre nincsenek rászorulva, de hát istenem: megszenvedték, hogy Európa egyik legszegényebb országából mára olajuknak köszönhetően a leggazdagabbá váltak. De a takarékosság vérükben van és nem jut eszükbe egyazon cél érdekében párhuzamos létesítményeket fenntartani.
Szubszidiaritás. Európai Uniós fogalom, sokat fogjuk hallani. Valami olyasmit jelent, hogy a dolgoknak helyben kell megvalósulniuk Azt hiszem a népegészségügynél nem is lehet adekvátabb kérdés, amire ez jobban vonatkozhatna. Ideje valóban elkezdeni. Ezért is ajánlom figyelmükbe a fentiekben már említett pécsi fórum hazai összegzését. Mert az író szavaival: egy lépcsőfok a megoldás felé…

Balla M. Anna főszerkesztő
(*Svédországi kórházlátogatásunk a következő számban.*)

Az ismeretterjesztő füzet borítója, szintén a 30-as évek