

Láttelelet®

HUNGA COORD
SAJTÓIRODA



Szerkesztői közlemény

Az OrvosVedelem jogi szaklap ezúttal már különálló mellékletként kapcsolódik a Láttelelet 1/2,3,4 számban közlőkhöz – ezt jelzi a folyamatos számozás – ezúttal 32 oldallal zárva az OrvosVedelem előfizetők nyilvántartása szerinti 10-es számot. (Csak az 1998. után megjelentek épülnek egymásra emelkedő sorszámmal, hiszen a korábbi számok 1994-től évenkénti 6 megjelenés – Medical Protection Hungary névre hallgattak. A közeljövőben tervezük – könyvtárak igényei alapján – az eddigi igazságügyi-jogi szakmai részek egy kötetben történő megjelentetését, mert az 1993 óta megjelenő szaklapunk régebbi számain nem tudjuk biztosítani. Az önálló kiadvány megvásárolható lesz, vagy az előfizetőink előfizetői kódszámuk alapján letölthetők lesznek az internetről.

XLVIII. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2004. 7–8. szám

XI. Primer Prevenciós Fórum

„Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem testi, lelki egyensúly a külső és belső környezettel, ami az ember testi, szellemi és társadalmi jólétét jelenti (WHO). Ennek az állapothoz a fenntartása csak aktív egészségtudatos magatartással lehetséges, amiért egyre többet kell tenni a romló környezeti feltételek miatt” – kezdte előadását Dr. Tompa Anna a FJOKK–Országos Kémiai Biztonsági Intézet igazgató főorvosa a XI. Primer Prevenciós Fórum május 20-i rendezvényén.

A mára már hagyománnyá váló rendezvényen az aktuális téma a „Kockázatkommunikáció szerepe a prevencióban” – s a népes hallgatóság mintegy csokorba kötve hallgatta a közegészségügy iránti elkötelezettség színvonalas előadásait. (A konferencián elhangzott előadások rövid összefoglalói

megtalálhatóak a www.antsz.hu/okk/okbi internetes honlapon, mint ahogy az e témakörben alakuló pályázat és konzorcium szándék, cél és feladatrendszere. A pályázatban a hazai népegészségügy, immunológia, diétetika és kardiológia legjobb szakmai műhelyei fogtak össze a lakosság aggasztó és az ország gazdasági helyzete által nem indokolt egészségi állapotának és életminőségének javítását szolgáló kutatások fejlesztésére.)

Tekintettel arra, hogy ezen lapunkunk három nagy témakört láttelelez – egészségpolitika: Szege, szakmai rovat: bőrgyógyászat, orvos-beteg kapcsolat: kommunikáció, a XI. Primer Prevenciós Fórum előadásaihoz ezúttal a beteg és az orvos közötti bizalom erősítéséről szóló előadást összegezzük a 6. oldalon.

Diéta bőrbetegeknek

A bőrbetegek diétája elsősorban az „alimentáris” azaz étel (ital) eredetű kiütések (főként csalán), az ekcéma, a pattanásosság, a rozacea, a pikkelysömör esetében fontos, de a hajhullás, a gombás betegségek megszüntetésében is markáns segítsége a betegnek.

Csalánkiütés

Szinte „nulldiétával” kezdünk, azaz 3 napig koplal a beteg, ilyenkor főtt burgonyát, rizst, kétszersültet ehet, s vizet ihat. (Megjegyzem: a kenyérben legalább 14féle adalékanyag van, a burgonya, rizs is tartalmazhat különböző anyagokat!) Az étrendet ezután bővíteni lehet, de minden nap csak egy ételféleséggel, pl. tejtermékekkel, csirkehússal, tojással, sertéshússal stb. A tünetek jelentkezése esetén így már könnyebb lesz gyűjteni a beteg és az orvos közötti bizalom erősítéséről szóló előadást összegezzük a 6. oldalon.

ételeket, színezett üdítőket, tartósított dolgokat, s szintén egyenként, hogy meg tudjuk figyelni a reakciókat. Az ételekre, italokra írt „E” betűkre különösen figyeljünk, mert ezek okozzák manapság a legtöbb ételallergiát. Emellett igyekezzünk „bio” ételeket fogyasztani, melyek nem tartalmaznak ártalmas anyagokat. (Ma már kapható bio-kenyér és ún. nem E-s kenyér, melynek készítésekor nem használnak tartósítószerkeket.)

Ekcéma

Az előző diétához hasonlóan érdemes eljárni, és tartani is az ételadalek tilalmát. Főleg csecsemőknel, kisgyermeknél – kiváltság, ha ezt pozitív megfigyelés vagy vérvétellet igazolt esetben – célszerű a gyanúba vett ételféleségek végleges elhagyása. Ha bizonytalanok vagyunk egy-egy ételféleség kóroki szerepében, ne koplaltassuk szegény piciket, mert

fejlődésükhöz sok mindenre szükség van. Önmagában pl. a tej vagy tojás elhagyása étrendjükből csak akkor hoz látványos javulást, ha valóban érzékenyek rájuk. (A statisztikák szerint egyébként a gyerekek 1/3-a tejérzékeny, 11%-uk tojásra allergiás, csaknem ennyien érzékenyek a lisztből készült ételekre.)

(folytatás a 11. oldalon)



Telviran
800 mg, 400 mg, 200 mg filmtabletta, 5% krém

herpes simplex

herpes zoster

herpes genitalis

800 mg
400 mg
200 mg
5% krém

AZ ELSŐ VÁLASZTÁS
A SZISZTÉMÁS ANTIVIRÁLIS KEZELÉSBEN

További információ:
Egis Gyógyszergyár Rt., Termékbiztonság
1140 Budapest, Hungária kör. 179. 187.
Tel.: 469-2222 - Fax: 363-9257
E-mail: marketing2.egis@egis.hu

*Magyar Herpesz Fórum 2004

Magyarországon ez év elején először került sor az Országos Bőr-és Nemikórtani Intézet, a Magyar STD Társaság és az EGIS Gyógyszergyár Rt. közös szervezésében az első hazai Herpesz Fórum megrendezésére. A sürgősségi igény által életrehozott fórumon több érintett szakterület – virológus, bőrgyógyász, nőgyógyász, gyermekgyógyász – infektológus, urológus – képviselői a növekvő jelentőségű problémával kapcsolatban egyeztetették ismeretanyagukat.

A fórum megalapításával a szervezők hosszú távú együttműködés alapjait szándékoznak megteremteni, mellyel a tervek szerint rendszeresen megszervezésre kerülő összejövetelek az interdiszciplináris kommunikáció és továbbképzés fontos letéteményesei lesznek.

Horváth Attila professzor a klinika igazgatója és a Magyar STD társaság elnöke bevezetőjében a fórum életre hívását igazoló tényeket taglalta. Mind a genitális, mind a nem-genitális hsv fertőzések egyre növekvő jelentőségű egészségügyi problémát jelentenek. A fertőzések többségét tünetmentes vírus-űrités okozza, a tünetmentes beteg is fertőző és mindemellett az aszimptomatikus fertőzés csak 1-6%-ban kerül felismerésre. A fertőzések száma nő, ugyanakkor a hsv szerológiai vizsgálatok nem segítenek eleget a betegség diagnózisában. 60 éves életkor felett a hsv-1 100%-ban kimutatható a trigeminus ganglionokban. Nő a sokszor súlyos komplikációkkal kísért neonatális fertőzések száma, valamint ritkább körképek – hsv-2 okozta retina necrosis, atipikus megjelenési formák, új klinikai entitás: pharyngotonsillitis herpetica – gyakorisága. Igazolást nyert, hogy a genitális herpesz fertőzés, mint ulceratív tendenciájú betegség, növeli a hlv fertőzés rizikóját és a betegség lefolyását gyorsítja. A vakcinás kísérletek sikertelenségének hátterében az áll, hogy a vírus közvetlenül sejtől-sejtre terjed.

A színvonalas előadások a humán herpesz vírusok virológiai sajátosságaitól elkezdve a fertőzések klinikumán keresztül felölelték a különböző szakterületek – bőrgyógyászati, nőgyógyászati, urológiai andrológiai – neurológiai vonatkozásait

valamint az aciklovir terápia kuratív és preventív hatékonyságát. Többek között szó esett a terheség alatt bekövetkezett herpesz vírusfertőzés problematikájáról, a fiatalok körében igen kedvelt kontaktlencse helytelen használatának hsv keratitist okozó veszélyességéről és a genitális herpesz már – már népbetegségnek számító problematikájáról. A szintén herpesz vírusok családjába tartozó vzv fertőzés által okozott varicella és a zoster vonatkozásáról. (Hasznos információk a www.baranyhimlo.hu internetes oldalon.)

Meglepo összefüggésre mutattak rá: sok esetben a fej-nyak területen kialakult malignus folyamatok hátterében felnőttkori herpesz gingivostomatitis állhat. Az pedig bizonyított tény, hogy a vírusnak szerepe van a meddőségben, hiszen a hsv2 károsítja a sperma minőségét. A rendezvény végén a résztvevők bevonásával konszenzus született, melynek fő deklarációja: a hsv fertőzések tekintetében a különböző társszakmák közötti interdiszciplináris együttműködés még sok kívánnivalót hagy maga után, hazánkban is magas a fel nem ismert, ezért nem adekvátan kezelt fertőzések aránya, ami jó táptalajt nyújt a vírusok terjedéséhez. Közös továbbképzésekre van szükség, meg kell teremteni a lehetőséget a társszakmák posztgraduális képzésében is a fertőzésekkel kapcsolatos ismeretanyag korrekt elsajátítására. Mivel a hsv fertőzések nem tartoznak a kötelezően bejelentendő betegségek közé, a hatékony beavatkozáshoz epidemiológiai felmérésre van szükség.

* Jelen lapszámunkban és a közeljövőben a szakmai rovatunkban kiemelten kívánunk foglalkozni a témával.

(Bővebben a 9. oldalon)



A regionalitás kérdései az egészségügyben

2004. április

Kincses Gyula
Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet

ESKI

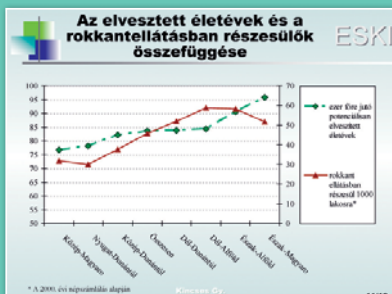
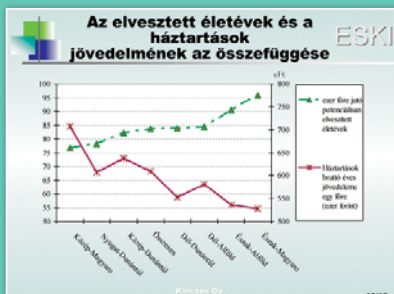
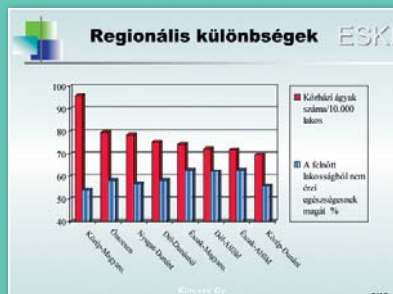
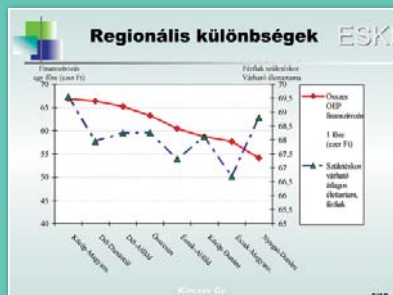
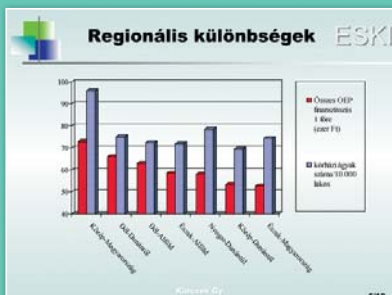
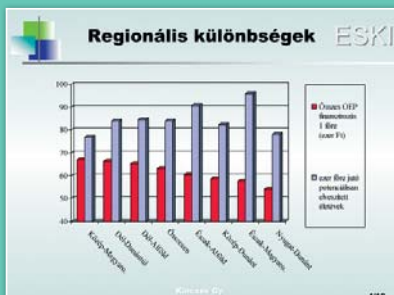
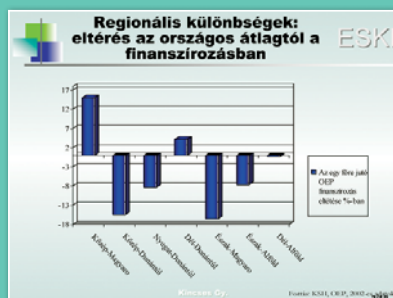
1/18

A regionalitás kialakításának aktualitásai

- Hatékony ellátás-szervezés csak térségi szemléletben, a progresszivitás elvének megfelelően valósítható meg. Ez ma már a megyénél nagyobb területi – szervezési egységek kialakítását igényli.
- A jelentős területi egyenlőtlenségek kiegyenlítése csak regionális fejlesztés-politika segítségével lehetséges.
- A közigazgatási reform az egészségügy illeszkedését igényli.
- EU források csak regionális, illetve térségi együttműködésben szerezhetők meg jó eséllyel.

ESKI

2/18



Konzekvenciák

- Az egészségügy jelenlegi – teljesítés-alapú – forrás-allokációja igen nagy területi egyenlőtlenséget mutat.
- Ez a különbség:
 - nem felel meg a szükségletek mérhető paramétereinek (halálozási mutatók, önértékelés szerinti egészségi állapot, szociális helyzet, korstruktúra),
 - inkább a struktúra különbözőségeivel mutat összefüggést.
- Egy fejlettebb alapú forráselosztás (IBR) a jelenleginél jóval igazságosabb rendszert jelent, amely ráadásul tartalmazza a korrekció lehetőségeit.
- Az egészségi állapot különbségei nagyok, és inkább a szociális – gazdasági mutatókkal korrelálnak.
- Az allokáció javításának kulcsa az ellátórendszer szerkezetének átalakítása. Ezkövet:
 - IBR kiterjesztése (ésszerű, helyi viszonyoknak megfelelő allokáció)
 - Regionális stratégiai tervezés (RET)

ESKI

14/18

Az IBR és a regionalitás viszonya

- Az IBR és a regionalitás nem ellentétes egymással, hanem kiegészítik egymást.
- A regionalitás célja:
 - Stratégiai tervezés, a kiegyensúlyozott, progresszivitás elvének működő ellátórendszer kialakításának segítése,
 - Fejlesztési elképzelések egyeztetése
 - Közös pályázatok segítése
 - A helyi egészségpolitika támogatása
- Az IBR célja:
 - az ellátórendszer hatékony működése,
 - az érdeklődési rendszer átalakításával az egészség-központú ellátás kialakítása.

ESKI

15/18

Amiben másként kell gondolkodnunk

- A RET kialakulásának nem lehetnek egyéni, felülről meghatározott szabályai.
- A cél a spontán együttműködés, a párbeszéd intézmény-rendszerének a kialakítása, és ezt nem kell szerveztetben egységesíteni.
- Egységesített szabályoknak a közigazgatási reform, a régiós beosztások körüli viták lezárása után van értelme, amikor a régiók konkrét feladattal, felelősséggel bírnak.
- Ez után lehet a RET és a régiós intézményrendszer feladat-megosztását tisztázni.
- A régiós beosztási bizonytalanságok a szakmai együttműködések szükségességét nem befolyásolják.

ESKI

16/18

Eredmények

- Az ESZCsM pályázatán a 7 régió közül 6 részt vett.
- A szerződés-kötések és a RET-ek megalakítása folyamatban van.
- Egy régió (Észak-Magyarország) nem indult a pályázaton, de a regionális együttműködésben itt is gondolkodnak.
- (Problémák: a statisztikai régió nem felel meg egy szakmai régióknak, illetve a közös háttérintézet kialakulása körül voltak viták.)
- A központi régióban a bizonytalanság ellenére igen intenzív munka indult meg.

ESKI

17/18

Összegzés

- A regionalitás spontán fejlődő folyamat, amely a régiók tartalmi és funkcionális megerősödésével folyamatosan telik meg tartalommal.
- A koordinált stratégiai tervezés nem halasztható.
- Az EU csatlakozás felerősíti a regionalitás szerepét az egészségügyben is.
- A Stukturális Alapok forrásai már régióhatárok mentén pályázhatók.

ESKI

18/18

Egészségügyi szolgáltatók hazai körképe

A magyar egészségügyi szektorban viszonylag magas a magánzó szolgáltatók aránya, azonban ezek többsége háziorvosi, fogászati rendelőt visz. Bár a kórházak büdzséjéhez így egyelőre nem járul hozzá nagy arányban a fizetős egészségügyi szolgáltatásokból származó bevétel, egyre több külföldi választja a neves magyar sebészeket. A vállalkozásokhoz folyt be a gyógyító-megelőző kassza pénzének 15 százaléka – pontosan a tb-támogatás 15,47 százalékát kapták a magánzók – valamivel több mint 50 milliárd forint az idei első félévben. Elsősorban a neves orvosok és népszerű szakmák vonzzák a fizetőköteles szolgáltatást igénylőket a magyar kórházakba, de a magas színvonal mellett a kedvező ár is csábítja a nemzetközi egészségbiztosítókat.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) 10731 szolgáltatóval volt szerződéses viszonyban 2004 első hat hónapjában, a szolgáltatók 78,07 százaléka működik vállalkozásként – tudtuk meg Szabó Árpádtól, az OEP vezető főtanácsosától. Az ellátás finanszírozása szektorsemeleges, vagyis adott tevékenységre ugyanolyan mértékű társadalombiztosítási térítést lehet igénybe venni, akár vállalkozó, akár egyházi vagy állami szolgáltató végzi az ellátást. A rekonstrukciós célú plasztikai műtét költségét például ugyanolyan mértékben téríti meg az OEP egy magánklinikának (amennyiben az szerződött az OEP-pel), mint egy állami kórháznak, a szépségszeti beavatkozásokra viszont sehol nem jár támogatás.

A magánzolgáltatók működési sajátosságait jelzi az első félévben kiutalt támogatások megoszlása: a gyógyító és megelőző ellátás jogcímen adott összeg 15,47 százaléka áramlott a magánzolgáltatókhoz. A vállalkozóként működő egészségügyi szolgáltatók zöme ugyanis jóval szebb, speciálisabb területen, jobbára csak néhány szakmában tevékenykedik, míg egy állami rendelőintézetben legalább 8-10 szakma orvosai várják a pácienseket – hangsúlyozta Szabó Árpád. Akad ugyanakkor olyan szakma is, ahol a finanszírozás döntő része a magán-szolgáltatókhoz folyik be: a vállalkozó háziorvosok a teljes támogatás 83 százalékát kapták az év első félében, a művekeszéssel foglalkozó 21 szolgáltatóból pedig a 7 magánzónak utalták az első féléves 8 milliárdos ráfordítás 90 százalékát. Ezzel szemben a fekvő- és a járóbeteg-ellátásban a társadalombiztosítási által finanszírozott szolgáltatásokra a teljes térítési összegnek csupán 0,41, illetve 5,5 százalékát fizeti ki vállalkozásoknak az OEP. A klasszikus formában működő magánkórházak ugyanis egyelőre nincsenek tb-finanszírozási körben – tette hozzá Szabó Árpád.

OEP-volumen felett az E kódjeli betegek
Általában azok a legjobban működő fizetős szolgáltatások a közfinanszírozású kórházakban, amelyek az intézmény neves orvosaihoz, illetve népszerű szakmáihoz kötődnek, mint például az Uzsoki Utcai Kórház ortopéd sebészeti, valamint szemészeti szolgáltatásai – mondta Golub Iván, a Kórházszövetség elnöke, az Uzsoki Utcai Kórház főigazgatója. Ezenfelül sokan vállalkoznak a foglalkozás-egészségügyi szűrőknél több vizsgálatot magában foglaló, úgynevezett menedzserszűrőkre, több intézményben végeznek túlsúlyosak számára szűrőket, természetesen fogókúráprogramokat, de ahol kitűnő körülmények adottak a szülészetben, ott szüléseket is bonyolítanak fizetőköteles szolgáltatást igénylő vendégeknek.

A fizetőköteles szolgáltatások kialakításánál azonban rendkívül nagy figyelemmel kell lenni arra, hogy a tb-finanszírozású betegek ellátása ne szenvedjen csorbát. Ez pedig sokszor szinte megoldhatatlan feladat egy közköre esetében – vélekedik Golub Iván. Még abban az esetben is, ha technikailag és a kapacitás szempontjából teljesíthetőek lennének a fizető páciensek igényei, szer-

vezési oldalról felborulhatnak az előjegyzési és várakozási listák a tb-finanszírozású betegek hátrányára. A szolgáltatóknak ugyanakkor avval is számolniuk kell, hogy a fizető páciens jogosan várja el, hogy ne kelljen órákat töltenie a váróban – tette hozzá a Kórházszövetség elnöke. Mindezeket mérlegelve, nem feltétlenül éri meg a sok vizsgálatból álló menedzserszűrősek felvétele a kórházak kínálatába.

Mindevel együtt törekedni kell az ilyen jellegű pluszbevételekre, még akkor is, ha ezek egyelőre az összes bevételnek csupán néhány százalékát adják. A kórházak gyógyító tevékenységből adódó finanszírozása ugyanis 90-95 százalékban az OEP-től származik. A biztosítóval kötött volumenszerződések ugyanakkor korlátok közé szorítják a tb-rendszeren belül megszerezhető bevételt, a fizetőköteles, E kódjeli, vagy államközi megállapodás alapján finanszírozott betegek ellátása pedig a szerződésben meghatározott volumen felett van – hangsúlyozta Golub Iván. Az úgynevezett E kódjeli, vagyis az Európai Unió valamely más tagországából származó, E11-es nyomtatvánnyal rendelkező betegek ellátása ezért nem mindig rentábilis, hasonlóan az OEP-nél biztosított magyar pácienseknek nyújtott egyes szolgáltatásokhoz. A tisztán fizető betegek ellátása azonban biztos bevételt jelent, így egyre több nyugat-magyarországi kórház kezdeményez együttműködést nyugat-európai egészségbiztosítókkal.

A magánbiztosítója révén fizető vagy a számlát készpénzben kiegyenlítő vendégek köre azonban igen szűk – mondta a Kórházszövetség elnöke. Egy a 2003-as évet (ekkor még nem vonatkozott Magyarországra az E11-es uniós ellátási rendszer) vizsgáló felmérés szerint Budapesten 5 ezer külföldi beteget kezeltek a gyógyító intézményekben, ami egy alacsony érték a magánzolgáltatók ügyfélkörét is figyelembe véve, azonban még így is csekélynek mondható. A fizetőköteles páciensek számát ugyanakkor még a jobbára magánbiztosított vagy nagyvállalatok által megrendelt vizsgálatokra érkező, egyébként az OEP-nél biztosított személyek növelik.

Páciensek: sportolók és nagyvállalatok

A Sportkórház összes bevételén belül 5 százalékot tesz ki az úgynevezett fizetős szolgáltatásokra beszedett vagy fizető vendégek által biztosított bevétel – tudtuk meg Illyevölgyi Pétertől, a kórház főigazgató-helyettesétől. A fizetőköteles külföldi páciensek, valamint a nagyvállalati ügyfelek hozzák a legtöbb pénzt. A külföldi vendégek jobbára sportsebészeti beavatkozásokra érkeznek, gyorsan növekvő számuk is jelzi a kórház jó hírét ezen a speciális területen – hangsúlyozta Berkes István főigazgató. Még régebben jellemzően az arab országok sportolói kerestek fel a magyar sportsebészeket, addig ma egyre többen jönnek a délszláv országokból, Ciprusról és Szingapúrból is. A beavatkozások díja 40 és 300 ezer forint között mozog, amire hozzá kell számolni a protézis árát, ha szükség van rá, valamint az altatás és ellátás költségeit. Az egyégyas, televízióval,

saját fürdőszobával felszerelt szobákban történő ellátás naponta 29 ezer forintba kerül – mondta Illyevölgyi Péter. A Sportkórház többféle szűrővizsgálatot ajánl, ezeket többnyire a vállalati ügyfelek veszik igénybe. Létezik az aktuális egészségi állapot és a terhelés élettani vonatkozásainak vizsgálatát, valamint táplálkozási tanácsadást magában foglaló menedzserszűrő. Az alapszolgáltatás díja 1700 forint, a bővítt szűrő ennek kétszeresébe kerül. A fizikai fitness vizsgálatért ugyanakkor 12800 forintot kell fizetni. Ezenfelül elhíztak száma-ra végez szűrővizsgálatot a kórház, valamint létezik menopauza- és tumorszűrő is. Továbbá a döntően tb-támogatási körben végzett rehabilitációs tevékenység is a fizetőköteles páciensek rendelkezésére áll.

Bár nem az egészségügyi ellátás körébe tartozik, mégis lényeges fizetőköteles szolgáltatást kínál a Sportkórház dopping-elővizsgálati laboratóriuma, ahol megrendelésre élelmiszerek és étrend-kiegészítő termékek vizsgálatát végzik – tette hozzá a főigazgató-helyettes. Az árakat alapvetően a piaci viszonyok alakítják – hangsúlyozta Illyevölgyi Péter. A térítési díjak mindazonáltal magasabbak, mint a szolgáltatás társadalombiztosítási finanszírozása, a nyugat-európai szintnél azonban jóval olcsóbban hozza lehet jutni az ellátásokhoz és vizsgálatokhoz.

Pionír magánkórház

Közel hat éve működik a magyar egészségügyi piacon egyedülállóan számító Telki Magánkórház, mind-egyedül egyetlen más vállalkozó sem vágott bele egy nonstop üzemelő, járó- és fekvőbeteg-ellátást biztosító intézmény kialakításába. Ennek egyik oka lehet a kedvezőtlen adózási környezet – véli Békési László, a Telki Magánkórház főigazgatója. A Kft.-ként működő egészségügyi intézménynek az amortizációs költségeit is finanszíroznia kell, szemben a közfinanszírozású kórházakkal, továbbá a kiadások áfatartalmát nem igényelhetik vissza az egészségügyi szolgáltatók, lévén az egészségügyi szolgáltatás áfamentes. Más európai országokban többnyire 5-7 százalékos áfa terheli az egészségügyi szolgáltatásokat is – tette hozzá a főigazgató.

A 100 ágyas kórház 15 szakmában nyújt ellátást a pácienseknek, akik most már egyre nagyobb – jelenleg 75 százalékos – arányban magyar állampolgárok – mondta Békési László. Évente közel 10 ezer beteg keresi fel a magánkórházat, 10 százaléka kerül a fekvőbeteg-ellátásba. Ők azonban jellemzően kevesebb napot töltenek az intézményben, mint egy kórházban, hiszen a kórház, mivel az ellátást úgy szervezte a kórház, hogy minimalizálja a benttartózkodás időtartamát, hiszen azt a páciens fizeti – hangsúlyozta a főigazgató. A külföldi páciensek jobbára Magyarországon élő diplomaták vagy üzletemberek: a nemzetközi biztosítók szívesen kötnek szerződést a Telki Magánkórházal, mivel még így is jóval alacsonyabb térítés mellett kap ellátást ügyfélük, mint ahogy Nyugat-Európában hozzájutna. Az ár-érték arányra igen nagy figyelmet fordít a kórház ellenőrző



Forrás Magánklinikai – Szeged

1989-ben három orvos (Dr. Bajusz Huba plasztikai sebész, Dr. Barta Jenő fogorvos és Dr. Kohán József bőrgyógyász-kozmetológus) valamint két kereskedő (Busi Sándor és a német állampolgárságú Peter Bukta) alapította Cure Orvosi Utaztatási Kereskedelmi Kft. néven.

Az ország első vegyes vállalkozású (joint-venture) magánklinikájaként a hazai és külföldi páciensek esztétikai problémáinak megoldására, kezelésére specializálódtak. Később azonban – átalánydíjas orvosi ellátást kínálva Szeged számos cégének, vállalatának – bővítették profiljukat, és belgyógyászati, laboratóriumi, nőgyógyászati

rendeléseik mellé beépítették urológiai, szemészeti, fül-orr-gégészeti, gyermekgyógyászati és pszichiátriai szakrendeléseiket is, továbbá foglalkozás-egészségügyi feladatokat is vállalnak. Ma 13 fős orvosi team dolgozik a Forrás Magánklinikai Cure Kft. név alatt.

A Rendelőt a korábbi SZOT tulajdonú, szegedi Forrás Gyógyüdülő Szálló első emeletén építették fel, mely akkor az ország egyik legkorszerűbben felszerelt, akár hospitalizációra is alkalmas egészségügyi létesítménye lett. Ma a Hotel Forrás háromcsillagos szállodában a hotelszolgáltatást is igénybe vehetik a gyógyulni vágyók.

FORRÁS Magánklinikai

6726. Szeged, Szent-Györgyi Albert u. 16-24. | e-mail: 6726@forras.hu
(36) 62 / 430-823 | <http://www.tiszanet.hu/borgyoggyaszat/>
(36) 62 / 431-899 | <http://www.plasztika.net/>
(36) 62 / 430-821 | <http://www.fogdoki.hu/>



Dr. Kohán József bőrgyógyász-kozmetológus szakmai önéletrajza

1979-ben végzi a Szegedi Orvostudományi Egyetemen. 1979 és 1980 között a kiskunhalasi Semmelweis Ignác Kórház urológiai osztályán dolgozik. 1980-ban és 1990-ben a SZOTE Bőrklínikáján folytat orvosi gyakorlatot egyetemi tanársegédként. 1984-ben szerez szakvizsgát bőrnemgyógyászat és kozmetológiából. 1984-1989 között bőrgyógyász szakmai konziliárusként dolgozik a Nagyfal Terápiás Intézetben. 1987 óta folytat magánpraxist. Az egyetemen aktívan részt vesz szakmai tudományos munkákban. 1989-ben megalapítja barátával az ország első joint-venture magánklinikáját, melynek első ügyvezetője, jelenleg is soros ügyvezető igazgatója. Nevével jelzett weboldalon naprakész ismereteket, közöl igényes, tudományos kivitelezésben mind a szakmának, mind a laikus közönségnek. Megyei MOK küldöttként (1994-98), majd az egyik párt felkérésére a párt egészségügyi programjának szakmai tanácsadójaként aktívan részt vesz a közéletben, sőt országgyűlési képviselő jelölt is. Az egészségügyi reform mibenlétét szakmai életútjával hitelesíti, azzal az igen jelentős különbséggel, hogy mindezt önéletrajza, saját felelősségére, olykor igen erős széllel szemben végzi.

*Továbbképzési rovataunkat – amely ezúttal Bőrgyógyászat – Dr. Kohán József bőrgyógyász-kozmetológus jegyzi.

rendszere: az árakat a kapacitás megfelelő szintű kihasználása, valamint minimális árrés elérése szerint kalkulálják. Lényeges ezen túl, hogy a kifizetett összegért a betegek korrekt és komplex tájékoztatást, útmutatást, tisztaságot, udvariasságot és kényelmet kapnak a megfelelő szakmai ellátás mellett. A térítési díjakat ugyanakkor 2002 óta nem emelte az intézmény, csupán a kedvezményrendszeren kellett változtatni az uniós direktívák miatt.

A magyar állampolgároknak szóló 20 százalékos kedvezményt meg kellett szüntetni május elsejével. (Jelenleg 10 százalékos kedvezmény érhető el a tíz egészségügyi biztosítási pénztárral kötött együttműködés keretében.) A Telki Magánkórház térítési díjai a nyugat-európai árszint felé teszik ki átlagosan Békési László szerint, a magyar tb-finan-

szírozásnál ugyanakkor magasabb díjat számolnak fel. A járóbeteg-ellátásban egy szakmai konzultáció 20 ezer, egy további műszeres vizsgálat 10-30 ezer forintba kerül. Műtét esetén a költségek a műtét és az altatás díjából, a gyógyszerek árából, illetve az ellátást, felügyeletet magában foglaló ápolási díjakból tevődnek össze. Egy szülés ára így 450 és 550 ezer forint között mozog. Az egynapos sebészeti, szülészeti-nőgyógyászati és szemészeti műtétek vonatkozásában ettől az évtől kezdődően nyert OEP-finanszírozást az intézmény, így az olyan beavatkozásokat, mint a sérvműtét, az aranyeres műtétek vagy a visszértágulat kezelése, már társadalombiztosítási körben is végezheti a kórház.

» Bőrök Petra «
NAPI GAZDASÁG

Bőrgyógyászat ABC

Allergiás bőrbetegségek – ekcéma



A bőr allergiás tünetei tulajdonképpen az immunással is rendelkező hámsejtek, immunsejtek és az úgynevezett „memóriasejtek” eltúlzott válaszreakciói miatt jönnek létre egy-egy egyénién váratlanul, hosszabb vagy rövidebb lappangási (szenzibilizálódási) idő elteltével. Az allergiás bőrbetegségek igen sokféle, és különféle eredetűek. Legjellemzőbb képviselőjük az ekcéma, melynek van akut, krónikus, veszeleüetett, kontakt és parazita eredetű, száraz vagy nedves formája. Mivel az említett memóriába örökre beiródik az allergén, a kiváltó ágens, ez a betegség bármikor, egyre rövidebb időn belül és egyre hevesebben jelentkezik a beteg egész életén keresztül. Azaz tünetmentesíteni lehet, de az okát megszüntetni, így végérvényesen meggyógyítani nem tudjuk. Különösen kedvezőtlen a kilitás a veszeleüetett, ún. endogén ekcéma esetében, bár megfigyelhető a tünetek mérséklődése néha serdülőknél vagy terhesen, amikor a genetikai háttér mellett jelentős hormonális viszonyok is megváltoznak. Az ilyen csecsemőket már születéskor is a vörös, hámlo bőr jellemzi, hajas fejbőrükön „koszmó”, korpázó hámlassá figyelhető meg. Gyakran hozzák összefüggésbe ezt az „atópiás dermatitist” is nevezett körképet különböző ételekhez allergizáló hatásával, ám emiatt csak akkor érdemes a picit diétázni, ha konkrét megfigyelés alátámasztja gyanúunkat, vagy vérvétellel kimutatható a konkrét allergén. Sokkal fontosabb a bőr semleges környezetének megteremtése. Ebből a szempontból a fürdőtiszteket kiiktatása, fürdőolajok használata önmagában csodát tehet, de gondolni kell a mosó és öblítőszeres irritáló-allergizáló hatására is. Főként utóbbiak illatanyagokkal, a bennünk maradó detegensekkel, krómsókkal a felnőtt bőrt is károsítják, hiszen a ruhában, alsóneműben, ágyneműben, pizsamában sőt törölközőben maradványok állandóan károsítják,

ingerlik a hámsejteket. Nincs igazán semleges mosó és öblítőszer azok számára, akiknek az érzékenysége már kialakult. Hasznos tanács lehet ilyenkor, ha a mosás utolsó fázisában pár csepp ecetet adunk a ruhaneműhöz – akkor biztosan pH 5,5-ös lesz!

Az allergiák kimutatása is sokféle. Legismertebb talán a beteg hátára felhelyezett ragtapasz csíkokból álló „rutin epikután teszt”. Ma kb. 30 féle anyaggal exponálják a beteget, az eredményt 48-72 óra után lehet leolvasni. A leggyakoribb allergén manapság a króm – főként az előzőekben tárgyalt detegenseknek köszönhetően még a mosógép dobájából is kioldódik –, de egyre sürűbben találunk pozitív reakciót a mesterséges illatanyagok, festékek, tartósítószeres stb. esetében, de nem ritka a túlerzékenység kamillára hatóanyagára, az azeulónra és a gyapjúszírra, a lanolinra sem.

Az allergénkimutatás másik lehetséges formája, amikor az alkar bőrt megkarcoljuk, és rácsopentünk valamilyen oldatot – ezek általában növényi, állati, emberi szövetek anyagai, esetleg élel-hérjek. A vérvétellel főként utóbbiakat lehet vizsgálni allergológiai szempontból, és természetesen a gyógyszerek allergizáló szerepének tisztázására is ez a legveszélytelenebb próba. Ujabban használatos az ún. „biorezonanciás” vizsgálat is allergén kimutatására, bár ez a módszer ettől sokkal többre hivatott. Alapjait talán az anyagok általános vizsgálata alkalmas „spektrofotometriával” lehetne megmagyarázni. Minden atomnak egyedi fénykibocsátása van, ha – pl. hővel – gerjesztjük. Ez a rezgés akkor is jellemző lesz rá, ha molekulákba rendeződik, a molekulák szövetekké, a szövetek organizmussá (baktérium, virág, ember) állnak össze. E rezgéseket levezethetjük az EKG-hoz hasonló módon egy komputerbe, s ha a szövetünk kóros elrendeződésű, vagy valamilyen mikroorganizmus van a szervezetben, specifikus hullámok képeznek a számítógép képes megkülönböztetni az egészségesetől eltérő rezgéseket, azaz pár perc alatt diagnosztizál. Az ilyen készülékkel azt is meg lehet állapítani, mely gyógyszer lenne az adott betegsége-re a leghatékonyabb. Ilyenkor a komputer a készítmény rezgéseit hozzáadja a páciens rezgéséhez, és méri a változást anélkül, hogy be kellene venni a pirulát. Még utópisztikusabbnak tűnik, hogy ha a kóros hullámokat visszavezetjük a betegbe, az interferencia elve alapján azok kioltódnak.

Bőrgyógyászat ABC

A bőrrák és különböző fajtái



A bőrrákok világméretűek, az öltő szaporodásért, sajnos, az élet napkarsugaraitól kórházi. Néhány évtizeddel ezelőtt, amikor a tudósok először figyelmeltették a Dél-sark fölött kialakuló ózonnyukra, nem hittük mennyire közvetlen veszélyt fenyegeti az emberiséget. A statisztikai adatok a bőrdaganatok tekintetében valóban ijesztőek, 10 évente a bőron előforduló rákok megduplázódásáról lehet beszélni. Ideje komolyan venni a problémát, és sürgősen tenünk kell ellene.

A bőrrákok közül leggyakrabban az egyébként kevésbé veszélyes karcinóma bazocelluláris vagy bazalióma érdemel először is említést. A korábban 60-80 évesek arcán, fején megjelenő, bőrszínű, kis-szerű, gyöngyházfényű daganat közepén gyakran kifelélyesedik. Szívesen fordul elő testnyílások közelében, leginkább az orron, fülön, ajkon szem körül. Ilyen lokalizációban – viszonylag lassú és kevésbé invazív növekedése ellenére – „lerághatja” a porcot (ulcus rodens = maró fekély), s ha például a csontok mellett a koponyáig ér be, a beteg életét komolyan veszélyeztetheti. Szerencsére ritkán ilyen agresszív, s csak kb. 2 ezelek felismerésével ad áttétet, így ma inkább a „semimalignus”, kevésbé rosszindulatú jelző vonatkozik rá. Saját megfigyeléseim is alátámasztják viszont, hogy egyre korábbi életkorban jelenik meg, mégpedig a fénytől elzártabb bőrtületeken, így a törzson is. Gyakran csoportosan jelennek meg (multiplex), és a kor előrehaladtával a bazalióma újra és újra megjelenhet, ezért a betegke szűrése nagyon fontos. A másik hámreredő rák, a karcinóma planocelluláris vagy valódi lapámrák hasonló lokalizációk mellett a testen még több helyen mutatkozhat. A felhívást, hogy hamar kifelélyesedő tumor szintén bőrszínű, de a bevéreseket miatt külleme is sejteti, hogy agresszívabb, s néha halálosan nagyon hamar ad áttétet a közeli nyirokcsomókba, sőt ritkábban belserveszekbe is. Kialakulásban szintén fontos a napfény-expozíció, de kialakulhat régi hegekben, gyulladáson nyomán (röntgenbőr, égési hegek

stb.). Kiemelkedő fontosságú formája az ajakrák, mely esetében legtöbbször az alsó ajkon jelentkezik. Bizonyított a napfény kártékony hatása mellett a dohányzás (pipa) szerepe. A nemiszervek rákja esetében gyakran találunk vírusos fertőzést (kondiloma, herpesz), ezért fontos az ilyen irányú szűrés is.

A melanóma malignum a szervezet legrosszabb indultat daganata. Festékesjesei eredetű, így anyajegykből is kialakulhat (3% valószínűséggel), a szöveti anyagokban az eredeti anyajegy maradványát csaknem mindig meg lehet találni (80%). A legjellegzetesebb és legkönnyebben felismerhető bőrrák színe csaknem mindig fekete vagy nagyon sötétbarna. Minél vastagabb, kiemelkedőbb, egyenetlen szélű, s minél több kísérő tünete van (medvezés, vérzés), annál rosszindulatúbb.

Sajnos, néha igen korán ad áttétet, és nemcsak a környéki nyirokcsomókba, hanem belső szervekbe, elsősorban a májba, tüdőbe, agyba, csontokba. A beteg további sorsa érdekében ilyen irányban végzett vizsgálatokkal kell kizárni a metastázisok jelenlétét. A primer daganat szöveti felépítése, vastagága, nyugtalansága előre vetitheti a rosszabb túlélési esélyt, ezért mindig igyekezni kell a daganat totális eltávolítására műtétet, s hisztológiai vizsgálatot kell végezni. A másik két bőrrákkal együtt ma már biztosan tudjuk, hogy a fény szerepe a genetikai faktorok mellett a legfontosabb. A korábban ártalmatlannak vélt UV-A sugárzás éppúgy kiválthatja, mint az UV-B vagy UV-C, ezért a szoláriumok használatát is fenyegeti a bőrrák, elsősorban a melanóma kockázata. Emellett a túlzott napozás, fénykezelés hatására más bőrkárosodások is kialakulhatnak.

Mindhárom daganat súlyosabb formáiban vannak kidolgozott utókezelési sémák, melyek biztosítják az optimális feltételeket a gyógyulásnak. Ezzel világszerte kezelési központok foglalkoznak.

A kezelésnél fontosabb azonban az időben történő szűrés illetve a „prekurzor” (rákmegelőző) elváltozások (diszplázias anyajegyek, sötétebb pigmentfoltok, lentigók) eltávolítása, hiszen ha elváltoztuk őket, nem alakulhatnak át rosszindulatúvá. Természetesen ilyenkor is végzünk szöveti vizsgálatot a diagnózis (és a prognózis) tisztázása céljából, leégetéssel, lézerral nem távolítunk el gyanús tumorokat.

Bőrgyógyászat ABC

Nemi úton terjedő betegségek



nyilvánosságra hozták betegségeküket szűkebb környezetükben azzal, hogy partnereiket is kötelezően bevonták a kezelésbe. A liberális törvényváltozás azonban épp a fertőzőforrás felkutatását nehezítette meg, s tiltotta azok izolálását az emberi jogokra hivatkozva.

A vitatott változások hatása, hogy ma már nem beszélhetünk nemibetegségekről, csak nemi úton terjedő körképekről. Ezek száma viszont a diagnosztikus lehetőségek gyarapodásával szinte folyton növekszik. Ma legalább 17 STD (sexuálisan transzmitált diseases) kór ismert, mert olyan betegségekről is kiderült a terjedési lehetőség, melyekről korábban ezt fel sem tételeztük. Így került a betegségek sorába pl. a májgyulladás, a mononukleosis, trachoma, herpesz stb.

A leggyakoribb nemi úton átvihető betegség – egyúttal a kanyaró utáni leggyakoribb fertőzőbetegség – a gonorrhea vagy népszerű nevén tripper jellegzetes, sárgás folyásával ma már jól gyógyítható antibiotikumokkal, bár pont e körkép kezelésénél figyelt fel először az orvosok a baktériumok ellenálló képességének növekedésére. A másik klasszikus betegség a nemi területet, néha a szájbán is gyorsan gyógyuló, fájdalmatlan sebeket, fekélyeket okozó, de késői stádiumában a szív-érrendszert és az idegrendszert rontó szifilisz vagy luesz. Újvilági eredete kétséges, ám az amerikai kontinensen előforduló pinta nagyon hasonlít rá. Még mindig érzékeny a dugóhúzószőrű kórokozója, a treponéma antibiotikumokra, így az első stádiumban adott gyógyszerrel szövődménymentesen kezelhető. Az ulcus molle (lágy fekély) és a limfogranuloma a mikultúrkorunkban ritkábban előforduló körképek, melyek szintén fekélyképződéssel, zsguzos járatok kialakulásával, de már fájdalommal is járnak

a megfertőzött területen. A turizmus sajnos ezeket is importálhatja, így szűrésük fontos.

A húgycsövet és a hüvelyt egyaránt fertőző ágensek között találunk baktériumokat, vírusokat, mikoplazmát, ureoplazmát, gombákat is. A két leggyakoribb folyással járó betegség a tripper mellett az egysejtű parazita okozta trichomoniasis és a gomba keltette candidiasis.

Utóbbi kórokozója egy sarjadzógomba, a Candida albicans, mely világszerte szaporodóban van. Ennek okát abban lehetjük, hogy nagyon sok antibiotikumot használunk nap mint nap, s emiatt a gombák szabad prédiává válnak. Nem csoda, hiszen az antibiotikumok tulajdonképpen a gombák (penész és sugárgombák) védekező anyagai, melyek kibocsátásával teret teremtenek maguknak a baktériumok rovására. Sajnos, ételünk is rengeteg antibiotikumot tartalmaznak, mert jónak bizonyulnak, mint növekedést serkentő anyagok az állattartásban, sőt a növénytermesztésben is. Sok orvos tagadja, hogy a Candida – amelyet ma már a normál hüvelyi flóra szereplőjének tartanak elterjedt volta miatt – súlyosabb betegséget lenne képes kiváltani, pedig egyre több esetben lehet igazolni kóroki szerepét allergiás, immunhiányos és egyéb körképekben.

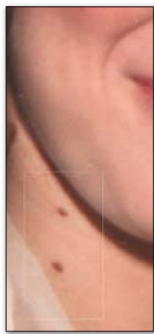
Az USA-ban a nyolcvanas években nagy pánikot okozott, hogy a lakosság körében robbanásszerűen terjedni kezdett a nemi herpesz (herpes genitalis). Ez annál is ijesztőbb volt, mert nemcsak a fájdalmas hólyagok okoz kellemetlenségével kellett számolni, hanem a vírus hosszú idő után kifejtett – főleg méhnyakat érintő – rákkeltő hatásával is. Ugyanilyen daganatképző effektust írtak le kondilómák esetén, amikor a páciens a tenyeri-talpi szemölcsöket is létrehozó vírusfélével fertőződött meg, s nemi szervén nyelés bórdaganatokat alakultak ki. Ma a tudósok e humán papilloma vírus test felelőssé más rákok kialakulásáért is, így állítják meg a tudórák kockázatát is jobban néli, mint a dohányzás. A nemi területet előforduló paraziták sorából nem felejtethetjük ki a vírusvírokat, így a lapostetűt sem. Itt leginkább a kínzó viszketés a probléma, de társulhatnak hozzá egyéb fertőzések is.

Visszatulva az ureoplasmára és mycoplasmára jelentőségük abban áll, hogy kezeltlenül meddőséget is okozhatnak. A hepatitis fiataloknál történő szaporodásért a kábítószerek túlkelt történetek között kívüli egyértelműen nagy szerep jut a szabadon nem éltnek. A hosszan lappangó, végül a beteg halálát okozó körkép szűrése különösen fontos.

A szűrésekről röviden csak annyit, hogy vérvétellel ma már házánkban is diagnosztizálható valamennyi körkép, s váladékvétellel elzolt antibiotikus kezelésre is van lehetőség.

Bőrgyógyászat ABC

A festékes anyajegyek jellemzői



az anyajegyeknek csak kb. 10%-uk veszeleüetett, zömük „szertett”, amit az magyaráz, hogy felszínükön női hormonra (ösztrogen) érzékeny receptorok vannak, így serdülőkorban vagy épp terhesség idején újak is nagy számban megjelennek a bőrön.

A hormonok és a nagyon fontos örökletes hajlam mellett úgy tűnik, a legfontosabb „kiváltó ok” a fény. Mint minden bőrdaganat, az anyajegy is gyakoribb azokban, akik többször felegetek a napon, de a túlzott szolárium szintén felelős a pigmentált elváltozások szaporodásáért. Minél világosabb bőrt valaki (hat bőrtípust különböztetünk meg), annál nagyobb valószínűséggel keletkeznek rajta a fény hatására bőrhibák: szeplők, lentigók, pigmentált anyajegyek, de a bőrrák és a korai bőrdagadás – divatosan nevezve aging skin – áll a kockázatok listáján. Az anyajegyek kb. 3%-a hajlamos rákos elváltozásra, ennek eredménye a melanóma malignum, melynek szöveti vizsgálatok kb. 80%-ban a naevus maradványa meg

is található. Ez eléggé meggyőző statisztika arra, hogy közvetlen rizikofaktorok tekintünk a pigmentált anyajegyeket. A megfigyelések és a logika alapján elsősorban azok az anyajegyek vannak leginkább kitéve malignizációnak, amelyek több fényt kapnak, sötétebbek, nagyok (hiszen akkor több potenciális mutációt szenved pigmentsejt van bennük), esetleg irritációnak vannak kitéve.

Mivel nincs olyan orvos, aki e kis tumorok mélyére lát, csak külső jelekből gyaníthatjuk az átalakulást: rövid idő alatt történő színváltozás, (elsősorban sötétedés), az egymástól szín tarkulása, az anyajegy hirtelen növekedése, kiemelkedése, medvezés, vérzés. A külső megjelenés egyébként lehet megtevesztő, hiszen a festékes anyajegyeknek is igen sok fajtája ismeretes, s ezeknek más-más a kockázata a rosszindulatúságra.

A korrekt, biztos és végleges diagnózist csak szöveti vizsgálatot lehet felállítani, ezért gyanú esetén mindig törekedni kell az ún. „in toto” (teljes egészében történő, biztonságos útdarval történő) eltávolításra. Erre az egyetlen biztos módszer a műtét, eltávolítás, melyet szöveti vizsgálat követ. Ilyenkor a kórboncnok meg tudja mondani, vajon milyen típusú volt pontosan az anyajegy, minden sejtjét eltávolították-e, volt-e benne rákos elváltozás, az milyen mélységet érintett stb.

Ha a műtét utáni lelet a legjobbakat mutatja, megkönnyebbülhet a páciens, hogy egy (vagy több) rizikofaktorral kevesebb van a bőrén. Ha az elváltozás rosszindulatú, szintén a szöveti kitépés után igazgató, kell-e újabb műtét vagy más kezelés. Soha ne a műtétől féljen a beteg, hiszen az biztosan nem árt neki, ám ha kisélekedik, az esetleges elfajult pigmentsejtek elszaporodhatnak, s ez már az egészséget komolyan károsíthatja. Saját rendszeresen a műtétet a fentiek szerint végzem, de talán fontosabb a megelőzés szempontjából a rendszeres bőrrákszűrés, melyet 1/2-1 évente javaslok.



Töprengő

A szegedi betegcsere kapcsán...

Nyár, elméletileg uborkaszezon. Az egészségügyi intézményekben is teamek alakulnak a szabadságolások alatti munkabeosztásra. Többnyire mindenkinek lesz egy párja, soronkívüliség esetén vele kell egyeztetnie annak, aki még az áprilisban eldöntött munkarendet meg akarja változtatni. Az egészségügyi dolgozó is ember: annak ellenére hogy a betegek ellátása a hivatása, neki is jár a nyár. Ettől függetlenül van olyan közöttük, aki mégsem mehet el pihenni, mert pótolhatatlan. Hacsak nem dönt úgy a vezetés, hogy erre az időpontra – mondjuk – felfüggeszti a neurológiai vagy bőrgyógyászati szakrendelését, hiszen röntgen sincs, mert a röntgen-örvos eltörte a lábat: tehát a beteg sürgős esetben menjen a megyezékhelyre vagy a fővárosba... (mint például Szentendrén).

SZEGED – megyeszékhely, nagyváros – 2004. július. Egészségügyünk anomáliájának corpus delictijeként fog bevonulni a magyar orvoslás történetébe, a Nagy Leleplezőként, amikor az egészségügyi morál olyan mélypontra süllyedt, hogy nem azt operálják meg, akit kellene. Rendületlenül és maradtaklanul foglalkozik ezzel a tragikus esettel a média, gyakorlatilag nincs is más esemény. Közsérmert szereplő lett a műhiba áldozatának leánya, akiről csak kevesen tudják, hogy a brókerbotrányban érintett médiasztráfesele és hogy amikor – egyelőre – nem követel anyagi kártérítést, feltehetően reklámszakemberként döntött, akinek – mint a Szerencsejáték Rt. promóciós büdzséjé a fortuna jóvoltából évekig működött, múlt nélküli reklámügynökség kizárólagos tulajdonosának – volt alkalma megtapasztalni, hogy az ilyen piár ellenértéke forintban nem mérhető. Mindezekről függetlenül a résztvénnyé várt természetesen megilleti, csak azt vitatom, hogy ez a fatális műhiba feljogosítja-e a gyászoló hozzátartozót, hogy országos meahulpát kérjen egy intézménytől, annak személy szerint megnevezett illetékeseitől; hogy egy tárcs vagy ágazat melyreplülésének halállal végződő esete apropóján, országos ügyként induljon el az egészségügyi dolgozók önérvényesítője – vagy ahogyan nevezték: magába nézése.

Az minden kétséget kizáróan hiteles, hogy egy apa elvesztése – különösen ilyen tragikus kimenetelű betegcsere miatt – pótolhatatlan veszteség és akár hibázatok, azoknak vállalniuk kell ezért a következményeket. Ez így van mindenütt. Lásd azt a betegcsere, amely ezzel egy időben Grázban történt, ahol két török

– kommunikálni németül nem tudó – nőbeteg terhességi beindikálását ítélték el. Ment is a vezetés, illetve azonnal önmagától lemondott. De nem lett belőle országos ügy, feltételezhetően azért sem, mert szomszédunknál az egészségügy nem a politikai feszültségek levezetésének, illetve a közhangulat relaxálásának színtere. Bár kénytelen vagyok ugyancsak magyar példával megerősíteni hazai fonákosságait: abból a tragikus eseményből sem lett itt, Magyarországon országos médiaügy, amikor az egyik habitációs intézetünkben – szinte órára pontosan a szegedi betegcserevel egyidőben – elköborolt egy 14 éves autista gondozott, akit három nappal később a nevelők egy tóba fulladt holtesttel tudtak beazonosítani. Két egyfajta súlyú ügy – foglalkozás körében elkövetett gondatlanság – halálesettel végződő kimenetele. És nem hallottam, láttam, olvastam a tömegtájékoztatóban itthon erről a tömegközvetítő tényfeltárá oknyomozását, amelynek során mondjuk maga az oktatási tárca minisztere döntött, hogy valamennyi intézmény kapujára beszélni tud lakat alkalmazását vagy – amíg fel nem találják – őt állítást írnia elő minimum-feltételnek. Ime annak bizonyossága, amikor nem egy mércével mérünk. És íme annak corpus delictije, hogy mennyire kedvez egy ilyen ügy a különböző hatalmi harcoknak. Mert ami e sorok írásakor Szegeden zajlik, már régen nem a mindenki Béla bácsiának tragikus sorsa feletti virrasztás. Ennél – sajnos – sokkal messzebbre mutat és nem ragozom ebben a vonatkozásban tovább az összefüggéseket, megteszik azt helyettem mások, a nagyobb tudású, döntési pozícióban lévő illetékesek, hiszen az érintettek – mind közéleti

mind szakmai körökben – továbbra is ez ügy kapcsán mérik össze erejüket.

Magánemberként eretnek gondolataim vannak a konkrét ügy kapcsán. Már – már perverznek érzem, hogy saját magam felelősségét megkérdőjelezném, ha a – kommunikációban nehézségekkel küzdő – hozzám tartozó egyedül lett volna kénytelen menni utolsó útjára. A földrajzi távolság elválasztó tényező, de ha krónikus állapotú betegről van szó – mondjuk az apámról – az én felelősségem is, ha nem gondoskodtam a kellő képviselőről. Az a bizonyos jobb félni, mint megijedni ösztöne laikusként rögzülne bennem, és miután büntetlenül megmenekültem hazánkban a Mik vagyok Ti isenek? remekmű, akkor belém búja a kisördög: hátha a könyvben felvázolt állapotok általánosak és mondjuk egyesemény utáni hozzám tartozó nem tudja megmondani, hogy kér egy pohár vizet! És gondoskodnom kell, hogy valaki helyettem adjon és ne telefonon rendeljen a számára! Persze tudom, hogy ez így sarkított, ezért is utaltam magánemberi minőségemre.

Egészségügyi szakújságíróként viszont a tragikus ügyből lesűrhető következtetéseknek vagyok köteles hangot adni: elidegenedésünk egymáshoz olyannal mérvű, hogy a legelmebb dologról, a personalitásról is megfeledkezünk. A pszichológia ismert foglalkozási eszköze, amikor valakit megfosztanak a nevéől. A személyiséget kívánja ez a módszer megalázni. És az egészségügyben – tudatalanul – nap mint nap megtörténik ez a szituáció. A gyógyító maximum a betegségére kíváncsi, mert a futószalagon kapott páciensre egyszerűen nincs fizikailag több ideje. A monotonia ekkor úgy hat,

hogy a jelen lebotlik testrésze és betegsége, már senkit sem érdekel a holisztikus szemlélet: a test, a lélek, a környezeti egysege, s ez a morális nihil szép lassan futótűzként felfalja a másképp gondolkodókat. És itt lép be az önvédelem: „Akkor megszöksz vagy megszöksz” effektusa, s ahogy az agresszív agressziót, a rendtelenség rendtelenséget szül, úgy a közömbösség általános elszemélytelenedést eredményez.

„Üdvözlöm, dr. Doktor Izidóra vagyok a II-es bel. Szakrendelésről. Mi a panasza? Miben segíthetek? – Jó napot kívánok. Betegi Bea vagyok és tegnap óta nagyon fáj a fejem... – Akkor foglaljunk helyet és beszéljük meg”.

És ekkor, csakis ekkor kezdődik el az anamnézis, együtt ülnek le, mert az hipotetikus állapot azt is feltételezi, hogy a doktor elébe megy a páciensnek, s nem – fel sem nézve a kartonból – gépemberként bámulja (jobbik esetben) a következő páciens kartonjait, hanem kölcsönösen így adják meg egymásnak a tiszteletet.

Sok mindentől lehet ez a helyzet hipotetikus, különösen itt hazánkban. De erről most nem szólok.

Inkább – főszerkesztőként – kommunikációs ismereteket tallózok olvasóink számára az internetről. És mellesleg megjegyzem, hogy 1992-ben – akkor még jóformán csak a Látletel képviselte a rendszerváltás utáni magán médiát Magyarországon – megkeresett a Nádor utcai szerkesztőségben egy angol kiadó, aki felkínálta a forgalmazásra a Medical Speaking – az orvos-beteg viszonyra vonatkozó – helyzetgyakorlatokat tartalmazó kiadványát. Akkor nekem mind-ez korainak tűnt. Ma már tudom: tévedtem. Nagyon nagy igény van rá, mindkét oldalról.

» Balla M. Anna főszerkesztő »

Kórházigazgatók a felelősségről

Dr. Hamvas Ödön, a hőmezővászárhelyi Erzsébet Kórház és Rendelőintézet főigazgatója elmondta: ez az eset is jelzi, hogy az orvosok túlhajszoltak, az egészségügy minden téren kizsákmányolt. Ha ilyen eset fordulna elő a vásárhelyi kórházban, természetesen kivizsgáltatná az ügyet, feylemlit adna a felelősnek, de ő maga valószínűleg nem mondana le, hiszen a főigazgató nem ülhet ott minden beteg ágyánál.

„Ilyen helyzetben mindenki saját maga dönti el, hogyan reagál, mit lép, ezt a helyzetet kívülről megfelní nagyon nehéz.” Ezt már dr. Takács István, a makói Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház-rendelőintézet főigazgatója mondta, aki fontosnak tartotta hangsúlyozni: ilyen helyzetben mindenkinek vállalnia kell döntéseit a felelősséget.

Webdoki

Új kórházbiztosítás készülében

Négyszereplős felelősségbiztosítási rendszert javasol a Magyar Kórházszövetség, amelyben a szak-tárca, a tulajdonos, az OEP és a kórház egyaránt kockázatot vállalna a káresemények fedezetére, mondta Golub Iván elnök. A múlt év fordulóján több biztosító felmondta a szerződést a kórházakkal, a monopóliumjában maradó a korábbi díj többszöröséért vállalta a gyógyítási biztosítást. Előfordult, hogy a tavalyi, káreseményenkénti 6 millió forint önrész 17-re emelte, de az egyik legnagyobb biztosító is kikötötte: a kórház káreseményenként 10 millió önrészt köteles vállalni. Így a 160 intézmény közül 30-nál többnek nincs biztosítása.

A szövetség – a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően – törvényben rögzítene a kártérítés felső határát. A hazai jogszabály szerint a kórház alkalmazottja a megalapítható személyes felelősség ellenére sem kötelezhető kártérítés fizetésére, a kár ellenértékét a munkaadójának kell állni. Ez ellentmondásos, hiszen a kórház mint jogi személy egyéni hibáért nem felelhet.

(NTE, Forrás: Világgazdaság)

*Holló a hollónak...

A szegedi Új Klinikán tévedésből megműtött és elhunyt beteg esete kapcsán érdekes kérdést vet fel a „Törvényen túl: biztosításmentes kórházak” címmel (július 7.) megjelent információ szerzője: joguk lenne-e a betegeknek ahhoz, hogy megtudják, melyek azok az egészségügyi intézmények hazánkban, ahol fokozott kockázatnak vannak kitéve?

De mennyire! A józan ész is ezt diktálja! Hiszen ha azt megválaszthatjuk, hol, kivel javítatjuk meg autónkat, hol, mivel kizsákmányoljuk frizurát stb., akkor jogunk van ahhoz is, hogy megválasszuk, melyik kórházban, melyik orvossal (orvosokkal) kívánjuk kezeltetni magunkat. A hazai gyakorlat ezzel szemben a betegek tudatos, sánda indítékú dezinformációját. Miért? Nagyon egyszerű: ha féhéren feketén tudnánk az egyes kórházakról, mekkora halálozási és szövődményarányt kezelik betegeiket, akkor átmenetileg – hangsúlyozom, átmenetileg – egyes intézmények betegforgalma és ezzel együtt a bevétele nagymértékben csökkenne.

Csak hogy az átláthatóság nem érdeke a hazai egészségügyi intézményeknek, mert akkor napvilágra kerülne a számukra kellemetlen adatok, tények.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egyetlen, a közgyógyellátást finanszírozó biztosító, az intézmények havi teljesítményjelentése alapján minden fontos adattal rendelkezik a magyar kórházakban évente megforduló több száz ezer betegről. (Az ott elhaltakról is.) Csak annyit kellene tennie, hogy a legfontosabb betegcsoportokhoz megnézze az halálozási adatokat, és kivetítse az intézményekre. A százezres nagyságrendű „minta” alapján matematikailag abszolút megbízható, releváns statisztikai adatok nyerhetők a több mint másfél száz hazai kórházról, klinikáról. Az intézmények megfelelő csoportosításával (néhány szakmák kis városi kórház, középnyag városi-megyei kórház, regionális centrumok, illetve egyetemi klinikák) valós összehasonlítást lehetővé tévő adatokat kaphatnánk szakmánként, osztályokra lebontva.

Ezek nyilvánosságra hozatala, sőt folyamatos „karbantartása” számos, nem lebecsülendő haszonnal járna: a betegek tájékozódhatnak, mely intézmények mely osztályait tanácsos elkerülni, illetve hova „érdemes” befeküdni adott betegségükkel. A másik oldalon az átlag alatt teljesítő intézmények felzárkózási kényszerhelyzetbe kerülnek, ami ellátási színvonaluk javulásához vezetne.

De ilyen kényszer ma nincs, ehelyett a minőség-paramétereket totálisan figyelmen kívül hagyó súly- és pontszámok felturbóztatásával foglalkoznak – akár az ellátás rovására is!

Különös, hogy sem a betegjogi képviselők, sem az ombudsmanok, sem más, beteg- és emberjogi szervezetek nem tesznek egyetlen lépést sem annak érdekében, hogy tiszta, átlátható viszonyok között működjön az egészségügy. Ilyen erős lenne a kórházlobbi befolyása, hatalma Magyarországon?

» Dr. Szerényi Zsolt orvos »

TATA, NÉPSZABADSÁG

Együttműködés a társadalommal

- A társadalom magát minősíti azaz, hogy mennyit szándékszik az emberekre fordítani. A rendszeressé váló igény- és szükséglet-felmérés eredményeit is ismertetni kell.
- Fontos lenne, hogy a média – eseti szembeötlő ügyek helyett – rendszeresen közzétette egyes egészségügyi intézmények minősítését, főbb mutatóit, netán városlistát is. Az ehhez szükséges adatszolgáltatásra ma már képes mind az Egészségbiztosítási Pénztár, mind más szereplők – és a mai magyar lakosságot ismervé, biztosak lehetünk abban, hogy az ilyen lapszámlák bőven lenne keletje.

* A Látletel Egészségügyi Kommunikációs Szaklap 5-6. összevont számában jelent meg dr. Vojnik Mária politikai államtitkár: Az Egészségügyi dolgozók helyzetéről – szóló összegző vitaindító tanulmánya, amelyet az egri egészségügyi újságírók továbbképzésére készített. Az előadás képi vázlatát lapunk is közölte a 3-as illetve a 10-es oldalon. Ennek záró gondolata – lásd 18-as kép – Együttműködés a társadalommal – ahol az államtitkár az előadásban is kihangsúlyozta – lévént ott valamennyi vezető média képviselője, akiknek ez ügyben segítségét is kérte – fontos lenne: hogy az egyes egészségügyi intézmények minősítése, főbb mutatói stb. rendszeresen publikálásra kerüljenek. Tehát az ötlet, a szándék már a kormányzat részéről is deklarált, most már csak a megvalósításban kell lépni vagy együttműködni, ami viszont se nem kormányzati se nem tulajdonosi kompetencia, sokkal inkább minőségbiztosítási vagy fogyasztóvédelmi.

» Balla M. Anna főszerkesztő »

A kommunikáció típusai, jellemzői az orvos és a beteg találkozása során

— ami általában egy orvosi vizit során történik —



- **pozitív társalgás:** beleegyezés, egyetértés, nevetés, a szolidaritás kifejezése, támogatásnyújtás, bátorítás, együttérzés kifejezése;
- **negatív társalgás:** egyet nem értés, konfrontáció, ellentétek kinyilvánítása, nyomásgyakorlás;
- **társas viszony építése:** a beteg véleményének kikérése, a beteg elképzeléseinek megismerése, válaszainak megkönnyítése.

A beteg részéről

- **információnyújtás:** a tünetek elmondása, a kérdések megválaszolása, tapasztalatok, vélemények, javaslatok közlése;
- **információkérés:** felvilágosítás, instrukció, vélemény és javaslat kérése, kérdések a gyógyszerelésről, a kezeléssel, az életmódról, a prevencióról, az öngyógyításról;
- **szociális beszélgetés:** bemutatkozó mondatok, családi témák;
- **pozitív társalgás:** nevetés, barátságosság, az együttérzés kimutatása, egyetértés, beleegyezés;
- **negatív társalgás:** ellentétek, egyet nem értés kifejezése.

A kutatók

szerint az orvos szemzőgéből a beszélgetés nagyobbik része információnyújtásból, azon belül is felérésben tények közlése áll. („magas a vérnyomása ma, 180/95”)

Fontos szerepe van a beszélgetésben a kérdéseknek, különösen a nyitott kérdéseknek, amelyek a beteget a problémájával kapcsolatos mondanivalójának elbeszélésére készítik. Az egy-két szóval megválaszolható zárt kérdésekkel szemben a nyitott kérdések a beteg beszélgetésére szolgálnak, különös jelentőségük abban az esetben, amikor az orvosnak nincs pontos elképzelése a beteg természetéről.

A beszélgetés elemei között fontosak a pozitív jelzések, amelyek az orvos és a beteg közötti kapcsolat erősítését szolgálják, kifejezik az orvos érdeklődését, és a beteg megnyilvánulásait bátorítják. Szavak helyett sokszor rövid hangjelzésekben érezhetők. A kapcsolatépítés a betegek aktivitásának fokozását, a dialógusba történő bevonásukat hivatott elősegíteni. Többnyire pozitív értékek a szociális jellegű közlések, az üdvözlések, az apró figyelmessegek, az érdeklődések. Szerencsére ritka a beszélgetésekben a negatív megnyilvánulás. A negatív mondanivaló a szakmai etikett és felkészültség alapján direkt kritika nélkül is átadható.

A megfigyelések szerint a beteg és az orvos közötti beszélgetés érzelmi tartalma amolyan tükör. Ha az orvos haragos, ideges, a beteg részéről is haragos, idegesség tapasztalható. A két fél beszélgetése pozitív és negatív értelemben egyaránt korrelál.

A beszélgetéseket vizsgálva a kutatók megállapították, hogy egy-egy vizit, dialógust tekintve az orvos és a beteg megnyilvánulása 60-40%-os arányú. Ez az orvosok számára meglepő volt, mert hajlamosak a saját beszédük tartamát alulbecsülni, a betegek megnyilvánulásait pedig – a sajátjukhoz képest – túl soknak tartani.

A beteget illetően a kommunikáció több mint fele információnyújtásból, azon belül is az orvos kérdéseire adott válaszokból áll. Az orvoshoz képest a beteg viszonylag keveset kérdez, holott lennének kérdései, csak nem teszi fel azokat. Fél attól, hogy butaságot kérdez, vagy nem az alkalmas időben teszi fel a kérdéseket. Az alkalmas idő viszont sokszor nem érkezik el. A betegek esetében erőteljesebb a pozitív és a negatív érzelmi megnyilvánulás.

Külföldi kutatásokban

viszonylag kismértékű az orvosi vizitek zavarása, pl. egy telefonhívással történő megszakítás. Gyakori viszont a beteg tévlensége, amikor a recept vagy a beutaló megírására vár illetve az orvos feljegyzés készítéseinek hátterében ténlenedik.

A vizitek hossza a napszaktól is függ. A reggeli órákban az orvos és a beteg találkozásának időtartama 10-40%-kal hosszabb, míg a késő délutáni órákban 25-50%-kal rövidebb az átlagosan. Ennek oka nyilvánvalóan a pihent orvos nagyobb türelmében kereshető, még akkor is, ha ezt a különbséget szinte soha nem érzékelik.

Az orvos és beteg találkozásaiban sok tipizálható elem van. Ez a szociális szerepekből, szerepjátszásokból is fakad. A szociális szerepek előre megírtak egy-egy szituáció lefolyásának forgatókönyvét. Talán ez az egyik előidézője annak, hogy a betegek kezelése nagyon hasonlóan egymáshoz.

Ugyanakkor vannak olyan betegek és orvosok, akiknek kommunikációs gyakorlata soha nem lesz máshoz hasonlítható. A szociológusok szerint a betegek életkora, neme, szociális és jövedelmi

helyzete a beszélgetéseket nagymértékben meghatározza. Az orvosoknak e differenciákat kellő érzékenységgel kell kezelniük, s ezáltal a beszélgetések különbözővé válnak. Más vélemények szerint az orvosok viselkedésmódjában a betegek különbözőségétől függetlenül van konstans elem.

Feltétlenül meghatározza az orvos stílusát, hogy orvos- vagy betegközpontú szemléletű-e.

Az orvosközpontú kommunikáció az orvos ideológiája szerint zajlik. Az információgyűjtés hipotéziseinek igazolását szolgálja. A vizit gyors és hatékony, a beteg megnyilvánulásait határozott kijelentésekkel, zárt kérdésekkel irányítja („nyissa ki a száját”, „feküdjön az ágyra”, stb.), jól gazdálkodik az idővel, nem úszik el a beteg irrelevantis panaszadatai miatt. Ez a fajta kommunikáció bármennyire hatékony is az orvos számára, a betegeknek nem igazán szimpatikus.

A betegközpontú kommunikáció információnyújtó, tanácsadó jellegű, nyitott kérdéseket használ, igényli a beteg véleményét, a beteggel megegyezésre törekszik. Maximalizálja az orvos és a beteg együttműködését, a betegben jó benyomást kelt.

Fontos a szociális beszélgetés megfelelő aránya. Arra kell törekedni, hogy időtartama ne akadályozza az orvost a megfelelő orvosi vonatkozású információk közlésében, s ennek megfelelően szolgálja a beteg megközelítését, oldását. A túlzott mérvű szociális beszélgetés ronthatja az adott helyzetre koncentrációt, s az orvos csökkent kompetenciájának leleplezését tükrözheti. A betegközpontú orvosnál a szociális beszélgetés egy szükséges és fontos minimális szint alatt marad, fő helyen az orvosi tárgy téma áll.

A betegközpontú informatív orvosnál az érzelmi kommunikáció érdeklődést, a beteggel való együttműködésre törekvést, őszinteséget, nyíltságot, hozzáértést fejez ki. Ezzel szemben a kevesebb információt nyújtó, de sokat „csevegő” orvosok hangjából unottság és egykedvű érzelmek sugároznak.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a beteggel való találkozásai során az orvosok nagyon sok latin – a beteg számára érthetetlen – kifejezést használnak. Minél fiatalabb, minél gyakorlatlanabb az orvos, annál gyakrabban használ szakszavakat, esetenként akkor is, ha maga is érti, hogy a kifejezések a beteg számára érthetetlenek.

Mi ennek az oka?

A szociológusok szerint az orvosi szakma a beteget nem mindig kezeli felnőttként, sokkal inkább tekintik gyerekeknek, aki tudás, felkészültség hiányában nem értheti meg a kapott információkat. Más nézet szerint a tájékozott, informált beteg kontroll alátartja az orvost, a kezelést, a terápiát, megkérdőjelezi az orvosi döntést, ráérez az orvos szakmai hibáira, s ez az orvosok számára kényelmetlen dolog.

Az orvosok az alábbiakat használják a kommunikáció kontrolljára, csökkentésére:

- a beteg számára érthetetlen szavakat tartalmazó közlés;
- az őra vagy a várólista nézegetése;
- elmélyült gondolkodás, amit nem illik félbeszakítani;
- a beteg mondanójának félbeszakítása (a beteg mondatait az orvos gyorsan befejezi);
- csodálkozás, ha a beteg kérdezi kezd;
- gyors búcsú, vagy a vizit jelzés nélküli befejezése;
- szarkasztikus, rosszálló megjegyzések.

Milyen információkat igényelnek a betegek?

Megkérdésezés vizsgálatok azt mutatják, hogy a betegeknek a betegség prognózisára, eredetére, valamint a diagnózisra vonatkozó információkra van legnagyobb igényük. Ugyanezt az orvosoktól is megkérdezve (mit gondolnak, a beteg mit akar leginkább tudni?) igen nagy különbségeket lehet felvenni. Az orvosok alacsonyabb betegek információigényét, hiszen úgy vélik, hogy épp a diagnózistól, az okokról és a prognózistól nem akarnak sokat tudni.

Vita van az orvostársadalomban és a betegek között a beteg számára szükséges információ meghatározása tekintetében. Vannak helyzetek, amikor az orvosok szerint jobb, ha a beteg nem tud mindent a betegségéről. Előfordulhat ugyanis, hogy ennek a terhet nem tudná elviselni, rossz hatással lenne rá, gátolná a felépülését. Ugyanez a probléma olyan egyszerű kérdésekre is áll, mint például a felírt gyógyszerrel kapcsolatos tájékoztatás. Az orvosok többsége szerint a túl részletes magyarázat csökkentheti a pozitív placebo-hatást, a sugalmazás erejével növelheti a mellékhatásokat, ronthatja a beteg alkalmazkodását. A betegek szerint ugyanakkor a részletes tájékoztatás növeli a

bizalmukat, javítja az együttműködési hajlamukat és a terápia elfogadását.

Mit és mennyit mondjon az orvos?

Ez függ a beteg akaratától, jellemétől, családjának kívánalmától, vallási meggyőződésétől, stb., megítélése a diagnózis felállításával egyenértékű szakmai döntés. Különösen érzékeny dolog a rossz hírek közlése. Az információkat visszatartó orvosok egy része úgy érzi, hogy ez a beteg javát szolgálja, s jobb, ha a dolgok természetes rendje szerint a beteg maga jön rá betegségére kimenetere. Más orvosok pedig azért tartózkodnak a rossz hírek közlésétől, mert a vele járó kellemetlen szituációtól akarnak mentesülni.

A beteg tájékozottsága, az orvossal való kommunikáció hatékonysága az alábbi kérdések alapján ítéltethető meg (a kérdések a beteg számára is segítségül szolgálhatnak, mit is kell feltétlenül tudnia):

• **diagnózis**
Elmondta az orvos, hogy mi az ön problémája, mi a diagnózis? Mit gondol: helyesek az elmondottak, vagy más betegségre gondol?

• **kóroktan**
Tudja-e, hogy mi okozta a problémáját?

• **prognózis**
Megbeszélte betegségének súlyosságát az orvossal? Tudja-e mennyi ideig tarthat a betegsége? Tudja-e milyen gyorsan következhet be a javulás? Aggódi-e amiatt, hogy visszatér a panasz, vagy romlik az állapota?

Aggódi-e amiatt, hogy panasz hosszú távon is befolyásolhatja az egészségét?

• kezelés

Tudja-e, hogyan akarja az orvos kezelni az ön panaszait? Érti-e, hogy az orvos miért az adott kezelési módot tartja a legjobbnak? Van másfajta kezelés, ami ön szerint használható?

• gyógyszerelés

Írt fel az orvos önnek valamilyen gyógyszert? Tudja a gyógyszer nevét? Tudja-e, hogyan segít a gyógyszer? Tudja-e, mikor kell a gyógyszert bevennie, s mit kell tennie akkor, ha egyszer elfelejt bevenni a gyógyszert (vegyen be kettőt, vagy egyszerűen ne törődjen a kihagyással)? Ha a gyógyszer négy óránként kell bevennie, ez azt jelenti, hogy éjszaka is négy óránként fel kell kelnie? Tudja-e, milyen mellékhatásai lehetnek a felírt gyógyszernek (például álmosít, vagy emészt, hányingert okoz)? Más recept nélkül kapható gyógyszerrel együtt szedhető-e a felírt gyógyszer? A gyógyszeresedés ideje alatt itható-e szeszes ital?

• kiegészítő vizsgálatok

Rendelt-e az orvos valamilyen kiegészítő vizsgálatot (labor, stb.)? Tudja-e, hogy e vizsgálatok eredménye mire lehet jó?

• életmód

Javasolt-e az orvos bármilyen életmódbeli változtatást, mint például dohányzással, alkoholfogyasztással, étkezéssel, mozgással kapcsolatos szokásainak megváltoztatását? Tudja-e, milyen mértékű változtatásra van szükség? Kapott-e útmutatást arra vonatkozóan, hogyan lehet a szükséges változtatásokra a legkönnyebben sort keríteni?

• megelőzés

Tudja-e, mit tehet panaszainak megelőzése érdekében? Gondolja-e, hogy problémája másokat és érinthet a családjában? Mit tehet annak érdekében, hogy családtagjai elkerülhessenek, hogy önhöz hasonló helyzetbe kerüljenek?

Összefoglalásképpen

megállapítható, hogy a kommunikációt illetően elégtelen az orvosok informatívabb hozzáállásra való ösztönzése és a betegek jobb kérdésfelvetésekre buzdítása. Ezzel a két fél ugyan külön befolyásolható, de nem feltétlenül javul az orvos-beteg kölcsönhatás egyensúlya, annak dinamizmusa.

Hatásosabbnak tekinthető, ha – a két fél kommunikációs képességeinek fejlesztése mellett – a betegnek az orvos felé orientálódása kerül előtérbe. Fontos kell legyen a beteg történetének, egészségi állapotával kapcsolatos tapasztalatainak, elképzeléseinek elmondatása, érzéseinek az orvossal való megosztása. Az ilyen beszélgetés az orvos és a beteg számára egyaránt informatív, s ösztönözhet hat az alapvető kérdések feltárására, az érthető, feldolgozható tájékoztatásra.

Felhasznált források:

1. Communication in health care conference, Amsterdam, 1998. június 12-14. | 2. Patient education and counseling. Vol. 34, Supplement 1, 51-582. | 3. Debra L. Roter – Judith A. Hall: Doctors talking with patients/patients talking with doctors, Westport, Auburn House, 1992. | 4. A menedzsment szakirodalma



XI. Primer Prevenciós Fórum

Az Egészségkommunikációs hálózat célkitűzései



Az Egészségkommunikációs Bizottság 2003. novemberében, azzal a céllal alakult meg, hogy a prevenció szerepéről, az egészségmegtartó életvitelről az egészségügyben, kutatásban és gyógyításban elért eredményekről, az egészségmegtartó életvitelről folyamatos és szakszerű tájékoztatást nyújtson a közvélemény számára a szakújságírók közreműködésével. A korrekt és szakmailag hiteles információk biztosítása érdekében el-

sődleges feladatának tekinti az újságírók szakmai továbbképzését („továbbképző fórum”), szakértői lista és sajtó lista összeállítását illetve sajtófigyelő működtetését. Háttér információkat gyűjt a médiában megjelenő egészségügyi kapcsolatos témákról, különös tekintettel a Magyarországon gyakorta előforduló betegségekre. A Bizottság vállalja a kész anyagok előzetes szakmai kontrollját. Felveszi és tartja a kapcsolatot, illetve együttműködik a különböző társszervezetekkel. Tervez egy saját honlapot, melyre a korrekt szakértői lista is felkerülhet az érintettek beleegyezésével. Fontosnak tartja az egészségkommunikáció szerepét a prevencióban, ezért minden lehetőséget (tv, rádió, írott és elektronikus sajtó) megragad arra, hogy a lakosságot tájékoztatás a prevenció lehetőségeiről és felhívja a figyelmet a megelőzés fontosságára. Az egészségre való nevelés szempontjából, beleértve pl. dohányzást, alkoholfogyasztást, drogfogyasztás elleni propagandákat, célszemélynek tekinti a lakosság mellett az orvosokat, védőnőket, gondozókat és a pedagógusokat, és különösen az édesanyákat, akiknek a nevelése, példamutatása a leghatékonyabban a megelőzés szempontjából

legértékesebb kisgyermekkori időszakban érvényesülhet. Különösen lényeges a csecsemők és gyermekek gondozóik segítségével történő egészséges életmódra való nevelése, tekintettel arra, hogy a felnőttkori krónikus megbetegedések érdemi részének kezdete visszanyúlik a gyermekkorra és ebben az időszakban még gyakran megelőzhető a kórállapot későbbi kialakulása. Igyekezik megnyerni neves személyiségeket is a prevenció népszerűsítése érdekében, hiszen az általuk közvetített magatartásforma a polgárok számára példa értékű. Szorgalmazza az iskolai oktatásban az Egészségnevelés, mint tantárgy megjelenését, és az egészséges táplálkozás gyakorlati megvalósítását a közéletben. Népszerűsíti a tömegsportokat és foglalkozik az időskori prevenció kérdéseivel is. Mindent elkövet, hogy a prevenció népszerűsítésére az anyagi fedezetet biztosító állami forrásokat, szponzorokat meg-nyerje.

» Dr. Tompa Anna igazgató főorvos »

OKK-OKBI BIZOTTSÁG ELNÖKE

www.antsz.hu/okk/okbi/11-ppf
e-mail: tompa.okbi@okk.antsz.hu
tel: (1) 476-1195
1097 Budapest, Nagyvárad tér 2.

A beteg és az orvos közötti bizalom erősítése



Noha az orvosi pálya még ma is a legnagyobb presztízszű hivatások közé tartozik, az utóbbi évtizedekben eme presztízsz jelentős erodálódása következett be. Általánosnak tekinthető mindenütt az egészségüggyel való elégedetlenség. Ez a jelenség nemzetközi tendencia, nemcsak Magyarországon érvényesül, s ezért nem is magyarázható pusztán az egészségügy rossz anyagi helyzetével. A jelenség oka részben a társadalmak általános demokratizálódása, a hagyományos tekintélyek megkérdőjeleződése, mely a múlt század 60-as éveiben vált különösen hangsúlyozottá. Mindez természetes módon elérte az orvosi szakmát is, ahol ennek kapcsán a hagyományos paternalisztikus hozzáállás egyre kevésbé volt fenntartható. Előtérbe került a betegek jogait megfogalmazó megközelítés, mely olyan fajta emberi jogi „forradalmat” indított el az egészségügyben

világszerte, mely a politikában 200 évvel korábban, a Francia Forradalom idején ment végbe. Jelenleg is ennek az egészségügyi emberi jogi forradalomnak vagyunk az résztvevői. Az előadás röviden elemzi az elégedetlenség tüneteit (pl. az orvosok elégedetlensége szakmájukkal, mint egyre hangsúlyozottabban megfigyelhető jelenség, a kártérítési perek elterjedése, számuk növekedése), s megvizsgálja a bizalom erősítésére alkalmas módszereket és megközelítéseket. (pl. betegjogok megfogalmazása, a beteg-panaszok nem-bírói, alternatív megközelítésének fontossága, a transzparencia növelésének lehetőségei az egészségügyben (pl. betegoktatás, „szakértő beteg” mozgalmak, stb.).

Az előadás konklúziója, hogy az orvos-beteg közötti bizalom új paradigmája van kialakulóban. Ez a bizalom egyre kevésbé egyoldalú. Nemcsak a betegnek kell bíznia az orvosban, ahogyan ezt hagyományosan gondolták, hanem az orvosnak is egyre inkább bíznia kell a betegben, abban, hogy a beteg együtt működésre kész, tájékozott, s partneri viszonyra törekszik az orvosával. S ez a bizalom egyre kevésbé eleve adott, egyre inkább a kapcsolatban résztvevő felek tájékozottságán alapuló, egyenrangú bizalmi viszonyra alakul át.

» Dr. Kovács József »
az előadás rövid kivonata

SEMMEIWEIS EGYETEM MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET

Az orvos-beteg kommunikáció javítása

A globalizáció és a technológiai vívmányok korában ellentmondásnak tűnik az orvos és a beteg közt fennálló kommunikáció csődjéről beszélni. Ezt véli azonban igazolni a betegek körében egyre növekvő elégedetlenség, panasz, műhiba per, a hagyományos orvoslás felcserélése bizonyítatlan alternatív módszerekre. A legtöbb panasz a betegek részéről nem az orvos klinikai kompetenciáját, hanem a kommunikációs problémákat érinti.

A leggyakoribb panasz abban áll, hogy az orvos nem hallgatja meg a betegeket, akik viszont több információt szeretnének kapni állapotukról és a kezelés folyamatáról, szeretnének könnyíteni érzelmi és fizikai bajaikon, tanácsokat kapni arról, ők mit tehetnek saját magukért. A betegek és az orvosok különbözőképpen vélekednek arról, hogy mi szükséges a hatásos kommunikációhoz. Ezek a különbségek befolyásolják az orvos és beteg közötti kölcsönhatást, csakúgy mint az utasítások betartását, a tájékoztatást és a kezelés kimenetelét. Felmerül a kérdés, miért változtassanak az orvosok kommunikációjukon? A válasz főleg az egyén gondozásának felelősségében keresendő. Manapság a betegek egészségügyi fogyasztóknak tartják magukat és az orvosi döntéshozás aktív résztvevői akarnak lenni. Ha az orvos nem avatja be őket a döntésekbe, legtöbb- ször mást keresnek maguknak.

Kimutatták, hogy ha egy orvos kommunikációs képzésben részesül, magasabb értékelést és besorolást kap a betegről, aki kitart mellette hosszabb távon. Az orvos-váltás jelenségében közrejátszik még a költségek visszaszorításának nyomása is, amelyre az orvos a praxis nagyságának növelésével

válaszol. Ez a téves gondolkodás a betegre jutó idő csökkenéséhez, s végül a beteg elégedetlenségéhez és távozásához vezet.

A jó orvos-beteg kommunikáció kézzelfogható előnyökkel jár. Több tanulmány is kimutatta az orvos kommunikációs készsége és a beteg elégedettsége között fennálló korrelációt. A hatásos kommunikáció befolyásolja a terápia kimenetelét is, ami lemérhető az emóciók, a tünetek és a fájdalom élményein keresztül. Az orvos kommunikációs jártasságában fennálló nehézségek leküzdése megfelelő képzéssel megoldható. Mivel a kommunikáció egy interaktív folyamat, a betegeknek szintén szükségük van némi szakértelemre, hogy képesek legyenek részt venni a döntéshozásban és ítéletet alkotni minőségügyében. A minőség fejlesztésében az ellátók egyre inkább beépítik a beteg perspektíváját és elvárásait.

A hagyományos orvospképzés alkalmatlan a kommunikáció oktatására. Bár kifejlesztettek új oktatási módszereket és médiákat, a meglévő ismereteket meg kell még valósítani a gyakorlatban. Az orvostudományi oktatásnak hasznosítania kell a betegnek a gondozásról alkotott nézeteit, hogy olyan irányban történjen a képzés, amely segíti az egészségügyi dolgozókat a beteg elvárásainak teljesítésében. A kommunikációs nevelést az orvostudomány minden szintjén végezni kell, s főleg az orvostudományi egyetem tananyagában és a továbbképzés programjaiban kell szerepelnie.

Forrás:

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7149/1922>
A menedzsment szakirodalma



A Safetac technológia megvédi a sebet a kötszer sebágyba történő tapadásától, mégis ultra gyengéd tapadást biztosít a környező száraz, ép bőrre. Biztosítja a nedves sebmilliót, amely felgyorsítja a sebgógyulást folyamatát és védi a seb környezetét.

Mölnlycke Health Care Kft., 1089 Budapest, Rezső u. 5-7.
Tel.: 06 1 477-30-80 Fax: 06 1 210-76-00 www.molnlycke.net

Mölnlycke
Health Care

Jegyzőkönyv

A szegedi városi kórház sürgősségi betegellátó osztályán (SBO) történt leletcserével kapcsolatos ügy jelentésének egyikét a vizsgálati jegyzőkönyvek részletei alapján a kinevezett vizsgálóbiztos, dr. Ferencsik Mária főorvos, a másikat Dorogi Magdolna főnővér készítették. Ők azokat hallgatták meg, akik az ominózus napon (július 3-án) dolgoztak, illetve valamilyen módon érintettek voltak az ügyben. Részletek a jegyzőkönyvből:

• A II. számú szakápoló:

„Fél nyolc tájban érkezett egy idős férfi beteg, Berkó Vince, akivel kommunikálni nem lehetett. Az 1. számú szakápoló felügyelte a beteget. Fél tízkor szállította be a mentő a Kovács Béla nevű beteget. Én láttam el Kovács beteget, az ügyeletes szakorvosjelölt rendelési alapján. A beteggel lehetett kooperálni, a nevét megmondtam, de arra nem emlékezett, hogy az ügyeletet ki hívta ki. A szakorvosjelölt megkérte a CT-vizsgálatot a beteg számára. Később elmentem a büfébe, és szóltam a kollégámnak, az 1. számú ápolónak, hogy a vizsgálatban lévő Kovács Béla nevű betegnek CT-vizsgálata lesz, a kéri lapja a szokott helyen van, a beteghordónak szólni kell, hogy lehet a beteget vinni a vizsgálatra. A büféből visszaérkezve láttam, hogy a beteg már nem úgy helyezkedik el, mint amikor itt hagytam, gondoltam, a vizsgálat gyorsan befejeződik, de senkitől nem kérdeztem meg, hogy valóban megtörtént-e. Nagyon bánt, hogy átadtam a beteget a kollégának.”

• Az I. számú szakápoló:

„Berkó Vince beteg zavart volt, kooperálni nehezen, vagy nem lehetett vele. CT-vizsgálatára nem kaptam utasítást. A beteg a fekvőkocsin feküdt, a bejárattal szemben, két ágy közé betolva, majd balról számolva a negyedik ágyba került. A másik beteg, Kovács Béla (...) jobbról számolva az első ágyba került.”

• Neurológus ügyeletes:

„(...) Ezt követően vizsgáltam meg a tízágas fektetőben, közvetlenül az ajtótól jobbra lévő ágyon fekvő Kovács Béla nevű beteget. Enyhe jobb oldali végtaggyengeség és enyhe szenzomotoros beszédzavar miatt koponya-CT-t rendeltem el. Bementem a vizsgálóhelyiségbe, ahol ezt közöltem az ügyeletes orvossal, aki megírta a koponya-CT-kérő lapot. Ebben a vizsgálószobában a kéri lapokat mindig egy megjelölt helyre, egy pultra szoktuk tenni mindaddig, amíg az illető beteg várakozik. 17 óra körül vizsgáltam Berkó Vincét, akinél enyhe göcöket találtam, a beteg a fejét fájálta. Kontakusba nehezen volt vonható jelen vizsgálókort, enyhe szenzomotoros fázis zavarai miatt. A tünetek alapján koponya-CT-t rendeltem el a betegnek. Kiderült, hogy ez a beteg már délelőtt járt a CT-vizsgálatban. Kovács Bélát délelőtt a fektetőben vizsgáltam meg, jobbról az első ágyon feküdt.”

• Szakorvosjelölt:

„Az előző napi ügyeletesektől azt az utasítást kaptam, hogy Berkó bácsival különösebb teendő nincs. Telefonon jelezték az sbo-ról, hogy rohamkocsi érkezett, a mentősöktől Kovács Béla nevű beteget vettem át. A kinyomtatott CT-vizsgálati kéri lapot a szokásos helyen, a fakkban helyeztem el. Kovács bácsi a nevét meg tudta mondani, de a korábbi eseményekre nem emlékezett. A vizsgálatok közben tölem nem kérdezte sem ápoló, sem beteghordó, hogy melyik beteget kell a CT-be vinni. Láttam, hogy egy pozitív CT-leletet kaptunk. Ellenőriztem, hogy milyen név szerepel a tasakon, a CT-filmen, illetve a leleten. Az adatok megegyeztek a kiírt beteg adataival. Jeleztam az ügyeletvezető felé a súlyos eltérést, és hogy idegsebészeti konzíliumot kérek. Megegyeztünk, a beteget műteni kell. Odamentem Kovács bácsihoz, és közöltem vele, át kell szállítani másik intézménybe. Nem vagyok és nem voltam meggyőződve afelől, hogy a beteg a tájékoztatást teljes mértékben megértette.”

• I. számú beteghordó:

„A beteghordói ügyeletes szobában tartózkodtam, ahová az ambulanciákról felszóltak, hogy a beteget lehet vinni a CT-be. Azt, hogy ki szólt fel, nem emlékszem, és arra sem, hogy konkrétan a beteg nevét említették volna. Az 1. számú vizsgálatban volt a beteg a fektetőkocsin, a beteg fejrészénél a koponya-CT-vizsgálati kéri lap, azt, hogy ez kinek a nevére volt kiállítva, nem néztem meg. Az egyik ápoló mondta, hogy ezt a beteget kell a CT-be vinni. A beteget visszatoltam az sbo-ra, a folyosón hagytam. Szóltam az ott tartózkodóknak, hogy visszahoztam a beteget, azt, hogy ekkor a vizsgálatban kik tartózkodtak, nem tudom megnevezni. Én azt a beteget vittem el, akire mondták.”

• Radiológiai asszisztens:

„A délelőtti Kovács Béla nevű, kéri lappal hozott beteggel nem lehetett kommunikálni, tekintete réveteg volt. Az 1. számú beteghordó hozta fekvőkocsival a beteget. A vizsgálatra küldött betegeket nevükön szólítják minden esetben, a kéri lapokon feltüntetettnek megfelelően. Azokat a betegeket, akikkel nem lehet kommunikálni, azt a kísérőtől kérdezük meg, ilyen esetekben is megkérlek felvenni vele a kontaktust. A vizsgálatok előtt szokás a beteg adatainak az azonosítása a beteg és a kéri lapok révén.”

• Ügyeletvezető adjunktus:

„A szakorvosjelölt referálta a beszállított Kovács bácsit. A beteget magát nem láttam (...) Kovács bácsit én magam nem vizsgáltam meg, csak referálás alapján hallottam az esetről. A delután folyamán, 16-17 óra tájban kértem neurológiai konzíliumot. A konzíliumkérés előtt a hozzátartozók kérésére megvizsgáltam az sbo-ra beszállított Berkó Vince nevű beteget is. Ezt követően, 18-19 óra között a szakorvosjelölt referálása alapján értesültem az idegsebészek jelzéséről, mely szerint a hozzájuk átküldött betegnél nem találtak subdurális haematomát. (...) Elkezdődött keresni, hogy ki lehet az a beteg, akinek a CT-vizsgálat az eltérést jelezte. Az eseményeket végiggörgetve arra a következtetésre jutottunk, hogy másik beteg kerülhetett a CT-be. Ekkor úgy váltunk, hogy a Berkó bácsi lehet az. Konzultálva az idegsebészekkel, hogy kontroll CT-vizsgálat (?) nélkül elvégzik-e a műtét beavatkozást, azt a választ kaptuk, hogy ragaszkodnak az újabb CT elvégzéséhez. Az ismételt CT-vizsgálat alátámasztotta, hogy a subdurális haematoma Berkó Vincénél található.”

Anonim beteg

„Az ápoló nem tárgya, hanem az orvos partnere”



Szegedi betegcsere ügy: A szegedi városi kórházban végzett belső ellenőrzésből kiderült, hogy a tragikus végű eseménysorozatot egy rossz helyre tett CT-vizsgálatot megrendelő lap indította el. A Kistelekéri epilepsziás roham után és mellkasi panaszokkal a városi kórházba szállított K. Béla helyesen kiállított vizsgálatkérő lapját egy másik, azonos korú beteg, B. Vince feje alá tette valaki. Így a B. Vince koponyájáról készült fényképek K. Béla adatai szerepeltek. A lelet olyan agyi vérzést mutatott, amely azonnali beavatkozást tett szükségessé. A csere miatt azonban műtetre nem az arra valóban rászoruló B. Vincét, hanem K. Bélát szállították át a szegedi egyetemi klinika idegsebészetre. Az csak a műtét közben, a beteg koponyájának felnyitása után vált világossá, hogy a CT-filmen látszó subdurális vérzésnek nyoma sincs.

A klinika idegsebészei ezt közölték a városi kórház sürgősségi osztályával, ahol megindult a nagy keresés: kinek a koponyájáról készült a vérzést mutató CT? Az eseményeket végiggörgetve az ügyeletvezető arra jutott, hogy K. Bélát B. Vincével cserélhették össze, akin egy újabb vizsgálat után a kórház késéssel végezték el a koponyaműtétet. K. Béla a július 3. téves műtét után néhány nappal, valószínűleg a szövődményekbe halt bele; utóvérszín lépett fel a beavatkozás után. B. Vincé állapota még mindig válságos.

Ferencsik Mária, a belső vizsgálat vezetője szerint mégsem lehet azt kimondani, hogy egyedül az az ember a felelős, aki a cserét elkövette. A főorvos asszony hangsúlyozta: nem orvosszakmai, hanem adminisztrációs hiba történt. Elmondta: két, azonos korú beteg volt egy időben a sürgősségi betegellátó osztályon. Mindkettő neurológiai göctüneteket mutatott, és mindkettőjüknek beszédzavarai voltak. Egyiküknél, K. Bélánál komputertomográfus (CT) vizsgálatot rendeltek el. A CT-vizsgálatot elrendelő orvos hibátlanul töltötte ki a vizsgálatot megrendelő lapot K. Béla nevére. A CT azonban nem tudta rögtön fogadni a beteget, az orvos közben más betegekkel foglalkozott. Amikor a röntgenből jelezték, hogy mehet a beteg, a vizsgálati kéri lapot, amely nem a beteg mellett volt elhelyezve, B. Vince feje alá helyezte valaki, így ő került vizsgálatra. A vizsgálat megállapítása szerint – közölte dr. Ferencsik Mária – ez volt az első nagyobb hiba: K. Béla kéri lapjával B. Vincét vitték el a CT-re.

A vizsgálatkérő lapok összecszerelése után a következő mulasztás az volt, hogy a beteggel kapcsolatba kerülők egyike sem kérdezett rá a páciens nevére. A radiológiai

részlegesen is kiderülhetett volna a tévedés, ha megkérdezik a beteg nevét. Akkor még mindkét beteg meg tudta ugyanis mondani a nevét – de nem kérdezték. Ha megtették volna, akkor kiderült volna a tévedés. K. Béla adatait hibátlanul írták be a számítógépbe és a leletre is, de közben B. Vincét röntgenezték. Kiderülhetett volna a tévedés akkor is, amikor B. Vincét visszavitték a sürgősségi osztályra. Ám a beteghordó nem adta át előírás szerint a beteget a nővérnek, hanem otthagyták a folyosón, és csak beszölt, hogy meghoztam. Ez volt egy másik döntő momentum. Ezeken kívül fölmerült még az, hogy nem az előírások szerint dokumentálták a folyamatot, elmaradt az ellenőrzés, a visszakerdezés, ami vezetői felelősséget vet fel.

A tragikus végű ügyben összesen hét személy felelőssége merült fel. Dr. Ferencsik Mária hangsúlyozta: ő nem a tényleges feylegmi vizsgálatot végezte, hanem egy elővizsgálatot. Az általa készített jelentés alapján kezdődik meg a feylegmi vizsgálat, amelyet nem ő irányít. A feylegmi bizottság fogja majd meghozni döntését arról, hogy álláspontjuk szerint ki milyen szakmai szabálysértést követett el, kapjon-e, és ha igen, milyen feylegmi büntetést. A feylegmi eljárástól függetlenül folyik a rendőrségi nyomozás, amely a büntetőjogi felelősséget tisztázza.

A röntgenasszisztens nem kérdezte meg a CT-felvétel előtt a beteg nevét, pedig ezzel elkerülhető lett volna a tévedés. A beteghordó, aki visszavitte a páciens a CT-ről, csak beszölt a nővérnek, hogy itt a beteg, nem adta át neki szabályosan.

Arra a kérdésre, mi a véleménye arról, hogy az egyetem vezetésoe minden felelősséget a kórházra hárít, dr. Ferencsik Mária azt válaszolta: neki nem volt feladata az idegsebészeti klinikán történeteket vizsgálni, azt nem is vizsgálat. Álláspontja szerint a klinika konziliáriusai segítségével, valamint a kapcsolattartásban nem merült fel szakmai hiánnyosság.

Arra a kérdésre pedig, hogy véleménye szerint jó-e, betartható-e a

hazai egészségügyben a beteggel való foglalkozás előírt rendje. Dr. Ferencsik Mária válasza: a rendszer jó, a dolgozók elvben ismerik is, de a gyakorlatban nem mindig tartják be az előírásokat. Itt lenne szerepe a szigorúbb ellenőrzésnek, ám ez elmaradt – közölte dr. Ferencsik Mária, hozzátéve: az intézményben a történetek óta az ellenőrzést meg-szigorították.

A főorvos asszony megítélése szerint a tragikus napon nem voltak túlterheltek a sürgősségi osztály ápolói és adminisztratív munkatársai. Az orvosok már talán jobban, hiszen nekik összesen négy osztály beteget kellett ellátniuk. A beteghordóknak pedig nagyon sok szállítást kellett teljesíteniük, mivel aznap a kórházban a traumatológiai osztály is felvétel volt. Mint mondta, jó lenne, ha szakmai grémiumok tisztáznák, hogy egy orvosnak adott időkeret alatt egy-egy klinikai szakterületen mennyi beteget kell ellátni. Dr. Ferencsik Mária hozzátette: jelen vizsgálatát ennek hiánya nem befolyásolta. „Nem tudtam megnevezni csupán egyetlen embert felelősként, a beteg útját kísérők közül heten is hibáztak” – összegezte véleményét a belső vizsgálatot végző főorvos.

Takács Albert, az ombudsman helyettese: Arra számítottam, hogy az orvosi vagy a minisztériumi vizsgálat eredményre jut majd. A betegek jogainak oldaláról elcsúsztak a vizsgálatok. Valószínűleg nem következett volna be a tragédia, ha a beteg jogai érvényre juthattak volna. Amikor felvették a kórházba vagy betolták a műtőbe, senki sem szólt hozzá. A betegeknek örendelkezősi, információhoz való jutási, beleegyezési és kezelésvisszautasítási joga van, melyeket az 1999-es egészségügyi törvény biztosít. A kezelésnél az ápoló nem tárgya, hanem az orvos partnere. A páciensnek el kell mondani, hogy mi fog vele történni. Joga van ahhoz, hogy csak olyan műtétet hajtsanak rajta végre, amelyekbe beleegyezett, hacsak nem sürgős, életmentő beavatkozásról van szó.

A 28 hetes koraszülött jól van

Tévedésből másik anya gyermekét segítették világra

Egy 28 hetes magzatnak adott életet egy török nő Ausztriában, mivel az orvosok összekeverték az anyát egy másik beteggel. A koraszülött gyermek az intenzívre került, de jól van. A tévedést az okozhatta, hogy a nő nem beszélt németül, az orvosok pedig rosszul ejtették ki a nevét.

Tévedésből „felcseréltek” két terhes nőt Graz egyik kórházában, és az orvosok így egy 28 hetes magzatot segítettek világra egy 40 hetes helyett.

A tévedésre akkor derült fény, amikor a grazi tartományi kórházban császármetszéssel világra segítették a mindössze 1,2 kilogramm súlyú gyermeket, akit most intenzív osztályon ápolnak.

A Kurier című bécsi napilap szombati számában adott hírt arról, hogy a kórház veszélyeztetett terheseinek fenntartott egyik szobájában egyszerre három török nő is megfigyelés alatt tartottak. Egyikük

már terhességének 40. hetében volt, amikor az orvosok a családjával konzultálva úgy döntöttek, császármetszéssel világra segítik gyermekét.

Rosszul ejtették a nevét. Az orvosok hívására azonban – feltehetően a rosszul kiejtett török név miatt – egy másik török terhes asszony jelent meg a szülőszobában, aki mindössze két hónapja el Ausztriában, és nem beszél németül.

Az orvosok csak a császármetszés elvégzéséig jöttek rá a tévedésre. A lap szerint az is nehezíthette az osztrák orvosok dolgát, hogy a szülőszobában megjelent nő elhírozott volt, így hasának méretéből nem derült ki, hogy terhességének még csak a 7. hónapjában jár.

A kórház vezetője szerint nem érte károsodás az idő előtt világra segített újszülött az ügyesség vizsgálatot indított az ügyben, jogi szakértők szerint a kismama kárpót-lásra és szociális segélyre is igényt tarthat.

A Humán Herpes Vírusfertőzések Klinikuma

A humán herpesvírusok különböző csoportjai heterogén körképeket hoznak létre a gazdaszervezetben. A vírusok elleni védekezés fő momentumát az antitest dependens celluláris citotoxicitás, csecsemő és kisgyermekkorban az immunrendszer fejletlensége, immundeficiens állapotban annak elégtelen működése magyaráz bizonyos minőségileg más lefolyású körképeket.

Az alfa herpesvírusok családjába tartozó HSV-1 és HSV-2 jellegzetessége a primer fertőzést követő latencia periódus, majd reaktiváció. A varicella zoster vírusnál speciális reaktivációs folyamat következménye a herpes zoster. (Bókay, 1870.) A humán herpesvírusokra általában jellemző, hogy az immunitás kialakulásában egy antigénnek van szerepe, de a specifikus ellenanyagok nem protektívek, csak markerrei a kialakuló immunitásnak.

A jellegzetes HSV-mediált körképek egyike a herpeszes gingivostomatitis, mely a vírusos fertőzést követő első találkozás után alakul ki, spektruma az enyhe lefolyású esetektől a súlyos, akár életveszélyes körképekig terjed. Ezek terápiaiban áttűtő eredményt adtak az aciklovir készítmények. Felnőttkorban a körkép malignus betegség, különösen a fejnyak régió tumorának indikátora lehet.

A HSV keratitis, keratoconjunctivitis igen fertőző, sokszor maradóan hegekkel és következményes látásromlással gyógyuló betegség, manapság egyre gyakrabban a nem megfelelő fertőtlenített, illetve kontaminált nyálalól nedvesített kontaktlencse tehető érte felelősség.

A bőr herpeszes fertőzése lehetnek lokálisak és generalizáltak, a tavaszi-nyári időszakban gyakran keverik össze ezeket a kéz-láb-szajbetegség bőrtünetével. HSV encephalitis fókális tünetekkel és jellegzetes CT-MR képpel jellemezhető körkép, az egyetlen virális eredetű encephalitis, mely ellen specifikus gyógyszerrel rendelkezünk. A HSV betegségek fertőző jellege gyakran nem tudatosul a népességben, sem a gyerekek, sem a felnőttkori formában, nem közismert a

klinikai tünetektől mentes vírusúrtítás ténye sem ajak, sem genitális herpeszben, így a betegség elleni védekezés is insuficiens.

A bárányhimlőnél már elnevezésének eredete is bizonytalan, az angol irodalomból tükröződással átvéve előfordul, hogy csirkehimlőnek nevezik. A varicella akut vírusfertőzés, a középkorban afekete himlő enyhe lefolyású változatának tartották, attól a XIX. század végéig nem különböztették el. A betegséggel kapcsolatos ismeretek itt is számos új felfedezéssel bővülve jutottak el a mai szintre, ezek közül kiemelendő Bókay János szerepe, aki a varicella és a herpes zoster közötti eredetie hívta fel a figyelmet, illetve 2000-ben szintén magyar szerzők nevéhez kötődik a bilaterális striatális necrosis leírása. (Liptai.) Az egész világon elterjedt gyermekek fertőző betegsége a trópusi klímán kevésbé terjed, így ott több a vele szemben fogékony felnőtt. A globális felmelegedés következtében emiatt valószínűleg a mérsékelt évi klímán is emelkedni fog a varicellások átlagéletkora. A betegség igen fertőző, a fogékonyak 80-90 %-a megbetegszik. A varicella alapvetően szezonális (tél, tavasz), míg a herpes zoster nem, ugyanakkor zosteres eruptióból bárányhimlős fertőzés előfordul, de bárányhimlős beteggel való kontaktus nem fokozza, inkább az immunológiai memória erősítése révén csökken a herpes zoster kialakulásának esélyét. A VZV fertőzések epidemiológiájáról már vannak magyar adatok is, mivel a betegség 1999-től bejelentendő, évente legalább 45-50.000 esettel kell számolnunk.

Általában enyhe lefolyású, de impetiginizáció, pyogén komplikációk előfordulhatnak, emellett szerezcsere ritkán, de súlyos szövődmény lehet akut cerebellaris ataxia, Ramsey-Hunt sy, VZV encephalitis, utóbbiak inkább sérült immunitásuakban, atipusos, progresszív lefolyású kórfomákban jellemzők. A vascális szóródásnak, pneumonitis, hepatitis, enterális VZV fertőzés lehet a következménye, sokszor haenorrhagiás jelleggel, magas letalitással.

További fontos kérdés a bárányhimlő és a terhesesség kapcsolata, a kórokozó a viaremiás

fázisban ugyanis a placéntán átjuthat, első trimeszterben történt fertőzést követően a congenitális varicella sz. kumulatív kockázata mintegy 10 %. A 2-3. trimeszterben inkább az anyai kockázat nő, perinatális varicellánál pedig az újszülött progresszív VZV fertőzésre kell számítani. Az anyai herpes zoster esetén a magzati fertőződés valószínűtlen.

A specifikus prevenció eszközei – mivel az expositio elkerülése lehetetlen – a passzív immunizáció (VZIG) melynek hatékonysága csupán 50-70 %, valamint a fertilis kor előtti akzív immunizálás élő, attenuált vakcinával.

A VZV által okozott fertőzések kezelésében az utóbbi években megjelent szemléletváltozást jelzi, hogy terhes nők kezelését, illetve perinatális fertőzéseknél a csecsemő kezelése is egyértelműen ajánlják a specifikus, szelektív hatású aciklovirral, melynek tolerálhatóságáról több évtizedes tapasztalat áll már rendelkezésre. A gyógyszer virosztatikus hatású, károsodott veseműködésnél a dózist redukálni kell. Herpes zosterben mindenképpen a korán (48-72 óra belüli) elkezdett kezeléssel lehet a legnagyobb hatást várni, a gyógyszereléssel kapcsolatos leggyakoribb hiba az aludozirózás.

A herpeszes fertőzéseket követő latencia és reaktiváció mechanizmusa még nem minden részletben tisztázott. A jövőben a diagnosztikus tevékenység pontosságának növeléséhez érzékenyebb gyorsdiagnosztikai tesztekre lenne szükség mind a HSV, mind a VZV fertőzésekkel illetően. A humán herpesz vírusok világszerte elterjedt, emberekben betegségeket okozó ágens. A primer varicella fertőzés gyermekekben több szövődményt okoz, mint az összes többi védőoltással megelőzhető fertőzés együttesen, a progresszív fertőzések antivirális kezelése életmentő lehet, ezért elengedhetetlen. A távoli jövőben talán aktív immunizáció révén a VZV fertőzések eradikálhatóvá válhat, megelőzve ezzel a fertőzések potenciális szövődményeit, melyek nagy terhet rónak egyénre és társadalomra egyaránt.

» Dr. Mészner Zsófia »

ORSZÁGOS GYERMEKGÉSZSÉGTANI INTÉZET

Újraéledő vírus

Sokan azt gondolják, hogy az „övsömör” (herpes zoster) csak az övnek megfelelő tájon fordulhat elő. Mások meg sómörnek hiszik a hámló, viszkető, ekémás jellegű bőrbaját, amely enyhe betegség és nem fájdalmas. A betegség oka: a bárányhimlő-övsömörvírus újrakezedeaszervezetben. Minél fiatalabb életkorban esik át a csecsemő vagy gyermek a bárányhimlőn, annál hamarabb szűnik meg a vírussal szembeni védettség. Hazánkban a gyermekbőrgyógyász professzora, Bókay János ismert fel először a bárányhimlő és övsömör azonos vírusát. Övsömörben szenvedő egyén környezetében 2 hét lappangási idő után bárányhimlőt kap az, aki a betegségen még nem esett át. A fájdalom 1,5-3 nappal megelőzi a jellegzetes övszerű elhelyezkedő bőrtüneteket. Ezért még a bőrtünetek megjelenése előtt epokó vagy vesekő miatt kezelhetik a beteget, de infarktust is utánozhat a betegség. A fájdalom korlátozható a háti gyököknek megfelelő területre, de lehet kiterjedt, kisugárzó jellegű is. A tüneteket láz, fájdalom, rossz közérzet kíséri. Szerencsés és szövődmentes esetben 2-3 hét alatt az övsömör meggyógyul, idősebb egyéneknél ez hosszabb időt vesz igénybe. A fájdalmas betegség leggyakoribb helye a mellkas területe, majd az arcideg ellátási területe közezik, végül a keresztcsonti táj. Ritkán, daganatos betegségekben szenvedőknél, immunrendszeri károsodottaknál, AIDS-ben megbetegedetteknek, stb. vonalas lefutású, éles határú területeken kívül is szétszórtan jelentkeznek a hólyagok. A jelenségek bevérezhetnek, mely fekélyek

is kialakulhatnak. Kivételesen az egész testet elboríthatják a kiütések, de ez csak súlyos alapbetegségben szenvedőknél fordul elő.

Természetesen a hólyagok nyomán kialakuló fekélyek hegesedéssel gyógyulnak. Az idősebb övsömörös betegek némelyike túrheterlen fájdalmat él át. A fájdalom éles, hasító jellegű, vagy állandóan fennálló, bizsergő jellegű. Ez a kellemetlenség szerezcsében csak néhány hétig követi az akut betegséget, de van, akinél hetekig, sőt hónapokig, netán évekig fennmaradhat. Az övsömör utáni fájdalom nem csak a súlyos lefolyású betegség jellemzője, az enyhébb klinikai tünetek is nagyon fájnak. Ritkán a mozgatóidegeket is – nem csak az érzőket – károsítja a gyulladás, de ezek a „bénulások” átmenetiek. A kezelés: pihenés, kímélet, súlyosabb esetben ágynyugalom, valamint fertőtlenítő-nyugtató kenőcsök, hámosítók. A betegség jelentkezésekor, különösen 60 év felett, kiterjedt formában és alapbetegségszövődményeknél ajánlatos és célszerű 1 héten át napi 4 gramm acyclovirt szedni (magyar készítmény is rendelkezésre áll). Valószínűleg a gyógyszeres kezeléssel kivédhető a szóródás, továbbá a fájdalmat a betegség alatt és az azt követő időszakban csökkenteni tudjuk. Amennyiben a megfelelő, sokrétű kezelés ellenére fennmarad a fájdalom, paprikaszesz-bedörzsölés, fájdalomcsillapító krémek, ultrahangkezelés, röntgenbesugárzás, stb. ajánlott.

Prof. dr. Török Éva
osztályvezető főorvos
(www.orvosnaten.hu)

A Herpesz fertőzések kezelése

Manapság már nem kérdés, hogy ezen körképek kezelése szükséges-e. Az aciklovir terápiával való bevezetés óta eltelt több, mint 2 évtizedben a hatóanyag szeri rendelkezésünkre áll. A herpesz fertőzések kezelése során a következő kérdések merülnek fel: Miért indokolt az antivirális kezelés, milyen esetekben, mivel kezeljük hogyan kezeljük, mi a terápia megkezdésének optimális időpontja, mennyi ideig kezeljük és mi az optimális napi dózis?

Miért indokolt az antivirális kezelés?

Aszisztémás aciklovir-terápia csökkenti a klinikai tüneteket, a vesiculaképződés időtartamát, súlyosságát, gyorsabban válnak a betegek tünetmentessé, csökkenti a kiújulás gyakoriságát és a rekurrencia súlyosságát, javítja a betegek életminőségét. Egy multicentrikus klinikai vizsgálat részeként eddig Magyarországon végzett egyetlen study-ban az epizódusok száma az aciklovir (Telviran) szuppresszív kezelése mellett lényegesen csökkent, a betegek 71 %-ánál egyáltalán nem alakult ki recidiva. Fontos, hogy az aciklovir-kezelés jelentősen csökkenti a vírusúrtítást. (egy tanulmányban 94 %-al Wald et al. J Clin. Invest. 1997;109:2-97)

Milyen esetekben?

Tüneteket okozó primer és rekuráló herpesz fertőzések (genitális és/vagy ajak), HSV infekció komplikációinak észlelése esetén, valamint immundeficiens betegekben. (HIV, malignus körképek, immun-supprimáltak.)

Mivel kezeljük?

Szisztémás terápiaként az aciklovir ajánlott, mert hatásos, specifikus és szelektív oki terápiát jelent.

Hogyan fejt ki hatását az aciklovir?

Hatása specifikus és szelektív, mert csak a fertőzött sejtekben koncentráliódik, a vírus eredetű enzim (HSV timidin-kináz) hatására aktiválódik, beépül a vírus lánc szintézisébe, gátolva azt (obligát termináció) és egyidejűleg specifikusan gátolja a vírus replikációját végző vírus DNS polimerázt. A vírus által kódolt timidin-kináz (TK) 200-szor erősebben kötődik az aciklovirhoz, mint a gazdaszöveti timidin-kináza és 3 milliószor gyorsabban foszforilálja azt. Az eredmény a DNS-lanc terminációja lesz úgy, hogy a foszforilált aciklovir (8AcV-trifoszfát) elfoglalja a deoxo-guanozin-trifoszfát helyét a virális DNS láncban, megakadályozva további nukleotidok beépülését, melyhez a vírus DNS polimeráz szelektív gátlása társul. Tolerálhatósága kiemelkedően jó, terápiás indexe magas, 3.000 feletti, ezért biztonsággal adható. Az aciklovir felszívódás vékonybélből jó, biohasznosulása 15-30 %-os. Kiürülése 80 %-ban a vizelettel történik, felezési ideje a plazmában kb. 3 óra.

Mennyi ideig, milyen napi dózist alkalmazunk?

Primer genitális herpeszben: 5x200 mg vagy 3x400 mg/die per os aciklovir (pl. TelviranR) javasolt 7-10 napig. Rekurreáló genitális herpeszben: 1 epizód-

kus séma szerint 5x200 mg vagy 3x400 mg/die aciklovir javasolt 5 napig. Az epizódikus kezelési séma akkor ajánlott, ha: kiújulásuk száma kevesebb, mint 4/év, nincsenek súlyos tünetek.

A szuppresszív (folyamatos) séma szerint az aciklovir kezelést 5-7 napig 5x200 mg, vagy 3x400 mg/die dózissal kezdjük, majd napi 4x200 mg-ot vagy 2x400 mg-ot adunk folyamatosan, esetleges rekurrenciánál +200 mg dózisemelés szükséges.

A szuppresszív kezelés javasolt, ha súlyos rekurrenciák, gyakori kiújulás (több, mint 4-6/év) súlyos prodromális tünetek, transzmissziós rizikó csökkentése (vertikális, horizontális) súlyos pszichés és pszichoszexuális problémák a fertőzés miatt, immundeficiencia (HIV, stb) immunszuppresszió (transzplantáltak!) szero-negatív terhes nő szeropozitív, kiújulásokban szenvedő partnere-nél (ajak herpesz is!) akkor is, ha a kiújulások száma nem éri el az évi negyet, recidiváló herpeszes terhesnél a perinatális időszakban, szeropozitív infertilis párokban. Terhes nők aciklovir kezelése mindenképpen javasolt primer genitális fertőzésben, ha ez az első és második trimeszterben történik, akkor p.os vagy iv. standard dózisban. Ugyanezen esetekben szuppresszív kezelés javasolt a terhesesség utolsó 4 hetében a kiújulás megelőzése és ezáltal a magzat aszcendáló fertőzésének megakadályozása érdekében.

A harmadik trimeszterben zajló primer epizód esetén a vírusúrtítás valószínűsége nagy, ezért

a császármetszés elvégzése mellett az anyán kívül az újszülött profilaktikus aciklovir kezelését is ajánlják a modern terápiás útmutatásokban.

Terhesség alatti rekurreáló herpeszes tünetek esetén, ha azok a harmadik trimeszterben jelentkeznek, mindenképpen indokoltak tűnik a szuppresszív kezelés.

(European STD Guidelines Int J STD AIDS, 2001.12 Suppl;34-39. Sheffield J.S et al: The am College of Obst.Gynecol 2003.102.1395-1403)

Terhes nők esetén ugyanúgy fel kell hívni a figyelmet a prevenció módszerek és a megfelelő tanácsadás (counselling) szükségességére, mint a többi betegcsoportokban.

Az aciklovir-terápia nem előrehaladott állapotban levő HIV fertőzötteknél primer és rekurreáló herpeszben megegyezik az általános populáció kezelési sémájával (5x200 mg/die aciklovir per os 5-7 napig), kiegészítve azzal, hogy amennyiben 3-4 nappal a kezelés elkezdése után a betegség még aktív, friss hólyagokat észlelünk, akkor a dózis emelése szükséges. Súlyos esetben és disszeminált fertőzésekben az adagolás természetes infúzió formájában, maximális dózisban (3x10 mg/ttkg) történik. Tudnivaló mindemellett, hogy aciclovirrezisztens mutáns vírustörzsek kialakulása elsősorban immunszupprimáltakban, így HIV-fertőzöttekben kell számítani, ezért ezen betegcsoportban különösen fontos a korán megkezdett, megfelelő

adagban adott, illetve helyesen indikált szuppresszív antivirális kezelés, melyhez el kell nyerni a beteg együttműködését, hogy a nehezen kezelhető körképek is kordában tarthatóak legyenek.

A terápia elkezdésének időpontja?

Természetesen minél előbb el-kezdjük a kezelést, annál inkább hatásosabb.

» Dr. Várkonyi Viktória »
ORSZÁGOS BŐR-ÉS NEMIKÖRTANI INTÉZET

További információ:
Egis Gyógyszergyár Rt., Termékössztály 1146 Budapest, Hungária krt. 179-187.
Tel.: 469-2222 - Fax: 383-9257 - E-mail: marketing2.opn@egis.hu

A gombás fertőzések gyakorisága világszerte folyamatosan növekszik. Ez a tendencia érvényes a bőrre, bőrfüggőlekedre és nyálkahártyákra lokalizálódó mycosisokra is. Az orvosi mycologia interdiszciplináris tudomány, mely a gyermekgyógyásztól kezdve az intenzív betegellátásig számos klinikum beteganyagát érinti. A legkönnyebben észlelhetők azonban a kültáron jelentkező fertőzések, melyek korrekciós diagnózis után sikeresen gyógyíthatók.

Kórokozók

A bőrön és függelékein meglehetősen sok kórokozó elsősorban úgynevezett fonalas gombák (dermatophytonok), melyek keratináz enzimjeik révén képesek a kültáron elősködni. Az infekció terjedhet emberről emberre (pl.: Trichophyton rubrum), állatról emberre (pl.: Microsporum canis) és nagyon ritkán talajból emberre (pl.: Microsporum gypseum). A kórokozók spektruma és az általuk előidézt kórképek korszakonként (sokszor néhány évtized alatt) és földrészenként folyamatosan változnak. Alábbiakban a Magyarországon megjelenő, jellegzetes, gyakori fertőzésekre térünk ki. A gombák leegyszerűsített klinikai felosztásában a dermatophytonok mellett a másik nagy csoportot a sarjadzó gombák (Candida albicans és egyéb Candida sp.-k) alkotják. A sarjadzó gombák fakultatív patogének, vagyis hajlamosító tényezők hatására válnak kórokozóvá. A betegség kialakulásában különböző endogén (csecsemő- és időskor, anyagcsere-betegségek és endokrinopáthiák, immunosuppresszív állapotok, iatrogén tényezők) és exogén hajlamosító körülmények (páras, meleg, nedves környezet) játszanak szerepet. A sarjadzó gombák elsősorban a nyálkahártyákon és összefekvő bőrfelületeken okoznak mycosisokat.

Kórképek

A dermatophytonok többnyire felületes, ritkában mély gyulladásos (állati eredetű dermatophytonok esetén) bőrelváltozásokat okoznak. A felületes folyamatok közös jellemzője a karéjzott vagy kerek, körkörös, jól elhatárolt, időnként szabályos kokárdaszerű rajzolatot mutató, hyperaemiás, szélén hámolt, vagy vesicula-koszorúval övezett, közepén gyógyulási tendenciával bíró, viszkető plakk. Ezen tünetek módosulhatnak az érintett régió, illetve a lokálisan alkalmazott kezelések (pl.: corticosteroid tartalmú externa) hatására.

MYCOSIS PEDIS

A leggyakrabban előforduló dermatomycosis, me-

lyet anthropophil (emberről emberre terjedő) dermatophytonok okoznak. Természetesen sarjadzó gombák is előidézhetik a kórképet. A modern életmóddal összefüggő szintetikus lábbelik, sportcipők viselete, a fokozott sporttevékenység hajlamosít a gombás betegségek kialakulására. A kórkép népbetegség méreteit érte el mind Európában, mind pedig az USA-ban. Az interdigitális típusnál a lábujjak között a bőr hámlik, berepedezett, illetve macerálódott és hámosított területekkel, erosiakkal tarkított. A talp, talpszél és sarok érintettségével járó „mokaszin-szerű” formában hyperkeratikus hámlemlést mutató, rendkívül makacs, kezeléssel nélkül évekig fennálló fertőzéssel állunk szemben. További megjelenési forma a vesiculakoszorúval övezett, hyperaemiás (dyshidrosiform) plakk, mely általában a talp középső részére lokalizálódik. Az elváltozás erősen viszket, nyári melegben akut fellebbanások jelentkezhetnek. A mycosisok jelentőségét növelik az általuk okozott szövődmények. A hámhiány behatolási kaput képez, pl. a Streptococcusok számára, lymphangitist, lymphadenitist, erysipelast okozva. A krónikusan fennálló gombás fertőzés ugyanakkor szenibilizálhatja a szervezetet és tenyéri-talpi dyshidrosist okozhat, továbbá alapja lehet mikrobás ekcéma kialakulásának. Differenciáldiagnosztikailag a Gram negatív kórokozók által előidézt lábujjközi erosiók, valamint a talp, lábát nedvező ekcémás folyamatai jönnek szóba.

ONYCHOMYCOSIS

A köröm gombás betegsége alatt a körömlémez dermatophytonok, sarjadzó, és ritkábban penészgombák vagy az említett kombinációk által (dermatophyton + penész, sarjadzó + penész) okozott elváltozásait értjük. Gyakoriságukban követik a láb mycoticus fertőzéseit. A lábkörmöknél sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint a kéz körmön. A köröm színbeli, vastagságbeli eltérése általában a szabad szél felől kiindulva, annak töredékeségével társulva (distolaterális subungualis onychomycosis) figyelhető meg. Ritkább a proximális, a felületes fehér, továbbá a totális dystrophiás onychomycosis.

A bőrre lokalizálódó mycosisok adekvát ellátása

Az utóbbiban a teljes körömlémez destrukcióját észleljük. A gombás körömlémezváltozásokat el kell különíteni az egyéb körömlémezváltozásokról. Színbeli és a keratinizációs zavar következtében kialakuló eltérést találunk pl. psoriasisos, lichenes körömlémezváltozásokban. Mechanikus ártalmak (sérülések) is vezethetnek a lábkörmök színbeli eltérésehez, megvastagodáshoz, elsősorban az első és ötödik ujjon. Ritkán a körömlémez alatt elhelyezkedő melanoma malignumot tévesztik össze onychomycosisal. A kézkörömök lemezeinek egyenetlenségére az ujjak krónikus ekcémás betegségeihez társulhat. A köröm elvékonyodása, töredékesítése nyomelemek vagy vashiány esetén, továbbá nedves munkakörben dolgozóknál jelentkezhet. Tekintettel arra, hogy pusztán klinikai tünetek alapján a gombás eredet, illetve a kórokozó fajtája egzakt módon nem állapítható meg, célszerű a bevezetendő terápia előtt a mycológiai vizsgálat elvégzése. Leggyakoribb kórokozók: Trichophyton rubrum, Trichophyton interdigitale, Candida fajok.

MYCOSIS MANUS

A kézujjak közti redőben a bőr hyperaemiás, macerált, erodált, fehér hámgallérral övezett. A kézhatáron karéjos szélű, szélén hyperaemiás, hámpikkelyvel, vagy vesiculakoszorúval övezett plakkok láthatók. A tenyér és a kézujjak tenyéri felszínén mérsékelt viszketéssel járó, száraz, lemezes hámítás észlelhető. A körképhez körömycosis társulhat. Lefolyása krónikus. Leggyakrabban Trichophyton rubrum és Candida fajok idézik elő. Elkülönítendő a kézek ekcémától.

MYCOSIS CORPORIS INTERTRIGINOSA

A nagyhajlatokban a környezetre is ráterjedően éles határú, hyperaemiás, nedvező, a szélén fehér hámgallérral övezett elváltozás. Leggyakoribb okozói a Trichophyton rubrum és Candida fajok. Hyperhidrosis talján kialakulhat, bakteriális hajlati gyulladások is előfordulhatnak.

MYCOSIS CORPORIS SUPERFICIALIS

A pihezősőrű bőrön kerek, esetleg kokárdaszerű, éles szélű, hyperaemiás, finoman hámolt, viszkető plakkok képződnek. A jelenség közepén a tünetek enyhébbek, szélén vesiculakoszorú is előfordulhat. Általában Trichophyton fajok idézik elő, de a hajas fejbőr microsporiás fertőzöttsége esetén Microsporum canis a kórokozó

MYCOSIS CAPITIS

A hajas fejbőr gombás fertőzései (xxx?) gyermekkorban fordulnak elő. Ma Magyarországon jellegzetesen a macskák által közvetített Microsporum canis okozta felületes kórképeket észleljük. A fejbőrön kerek, éles határú göcökben finom hámítás, a felszíntől 2-3 mm-re egyenlő magasságban letőredezett hajszálak láthatók. Seborrhoeás kórképektől kell elkülöníteni.

MYCOSIS PROFUNDA BARBAE

Napjainkban ritkán, de előfordulhat a szakálltájék mélygombás folyamata, mely kifejezett gyulladásal jár. Az állati eredetű dermatophytonok közül a szarvasmarháról emberre terjedő Trichophyton verrucosum idezi elő. Klinikai képe jellegzetes, a bőr nívójából laposan kiemelkedő, virágágyához hasonló hyperaemiás plakk, felszínén pustulákkal, a szőrszálak kilökődésével. Kezelés nélkül marandó, szörmenetes, heges bőrelváltozás árulkozhat a korábbi fertőzésről. Tarlósmörös szarvasmarhák foglalkozó állatgondozókban fordulhat elő. Differenciáldiagnosztikailag a szakálltájék bakteriális fertőzései jönnek szóba.

SZTEROID ÁLTAL MÓDOSÍTOTT MYCOSISOK

Olyan gombás fertőzések megnevezése, melyeknél a fent felsorolt, típusos tüneteket (kokárdaszerű rajzolat, éles szélű, karéjzott hámítás) a beteg által önálló kezdeményezésre alkalmazott, vagy helytelen diagnózis alapján orvosi utasításra használt lokális szteroid készítmények megváltoztatják. Ilyenkor a fertőzés napok alatt nagy kiterjedésűvé válhat, a viszketés, ami jellegzetes a gombás folyamatokra, fokozódik. Hajlati lokalizációban pustulos, csomós beszűrődések alakulhatnak ki, másodlagos bakteriális infekciók kíséretében

Gombás fertőzések diagnosztikája

A bőrön és járulékos részein jelentkező, viszkető, erythemás, hámolt, klinikailag mycosisnak megfelelő elváltozások, illetve a köröm elszíneződését, hyperkeratizációt okozó folyamatok korrekciós diagnosztikájában nélkülözhetetlen a mycológiai vizsgálat végzése. Hám- és/vagy köröm-kaparekból végzett mikroszkopos vizsgálattal, illetve az ezzel párhuzamosan indított tenyésztéssel a kórokozó, illetve kevert fertőzés esetén a kórokozók verifikálhatók. A mycológiai vizsgálathoz az anyag-

vételt kezeletlen betegnél kell elvégezni, mivel az előzetesen már antimycoticus terápiában részesült betegnél fals negatív eredményt kaphatunk, mely mind az orvos, mind a beteg számára megtévesztő. Tekintettel arra, hogy az anyagvétel kivételzése önmagában meghatározhatja a mycológiai vizsgálat eredményességét, így célszerű annak elvégzését erre szakosodott mycológiai szakambulanciákon elvégeztetni (egyetemi bőrgyógyászati klinikákon, nagyobb kórházak bőrgyógyászati részlegein működő szakambulanciákon, melyek mycológiai laboratóriumi háttérrel rendelkeznek). A mikroszkopos (direkt) vizsgálat eredményét a beteg azonnal kézhez kapja, a tenyésztés (dermatophyton esetén) 10-14 nap múlva értékelhető. A mycológiai vizsgálattal elkerülhető a téves diagnózis felállítása, illetve a beteg beteken, esetleg hónapokon keresztül végzett nem megfelelő kezelése.

Terápiás elvek

A kiskiterjedésű, felületes mycosisokban alkalmazott lokális antimycoticus használata rendszerint eredményes. Különböző gyári készítmények állnak rendelkezésünkre, melyek imidazol, allylamin, amorfinol vagy cyclopiroxolamin vegyületeket tartalmaznak. A gyógyszerforma (krém, gél, lotio, stb.) megválasztása függ a kezelendő régiótól (összefekvő bőrtületekre például kenőcs helyett célszerű oldatot alkalmazni), a beteg compliance-étől, az évszaktól, stb. A lokálisan alkalmazott antimycoticus kezelése előnye, hogy elkerülhető a nemkívánatos szisztémás mellékhatások, gyógyszerinterakciók. A hajas fejbőr, köröm, makacs palmoplantaris, hyperkeratikus vagy nagy kiterjedésű felületes mycoticus folyamatoknál szükséges a szisztémás antimycoticus kezelés alkalmazása. Dermaphyton (fonalas gomba) fertőzések eredményesen kezelhetők szisztémásan alkalmazott terbinafin hatóanyagot tartalmazó készítményekkel (tabletták), mivel a szer rendkívül alacsony koncentrációban is fungicid hatású. Jól használható kevert (dermatophyton + sarjadzó gomba, dermatophyton + penészgomba) vagy sarjadzó gomba okozta fertőzésekben is. Ez utóbbi esetben aktivítása fajtól függően változó, lehet fungicid vagy fungisztatikus. A terbinafin tartalmú gyógyszerek diabeteses betegeknél is alkalmazhatók, mivel nem okoznak gyógyszerinterakciót az antiidiabeticumokkal, így a vércukorszintet nem befolyásolják.

További széles hatásspektrumú, orálisan adható antimycoticum az itraconazol, mely a dermatophyton és sarjadzó gombák okozta fertőzésekben hatásos. Körömycosisban havonta egy hétig adott lökésterápia formájában alkalmazható. Orális itraconazol terápia beállítását elől végyük figyelembe, hogy számos gyógyszerrel szemben ismert kölcsönhatás. Széles hatásspektrumú, kiválóan alkalmazható a fluconazol is, melyet elsősorban sarjadzó gombás (Candida sp.) infekciókban adunk, bár dermatophyton, penészgombák által okozott mycosisokban is hatásos (dózispendens módon), fungisztatikus illetve fungicid. A fluconazol számos gyógyszerrel, köztük sulfanilurea származékokkal ad gyógyszerinterakciót, utóbbi esetben hypoglikémiát okozva.

Gombás betegségek megelőzésének lehetőségei

A leggyakoribb, lábra lokalizálódó gombás fertőzések (mycosis pedis, onychomycosis) kialakulása megelőzhető megfelelő, műszál nem tartalmazó zoknik, jól szellőző bőrcipők használatával. Fontos, hogy tisztálkodás után a lábujjak közti megfelelő szárazra törlesztést biztosítsuk, hiszen a gombák kifejezetten „szeretik” a nedves, meleg, sötét környezetet. A láb- vagy köröm-mycosisban szenvedő betegek antimycoticus kezelése során fel kell hívni a figyelmet a lábbelik fertőtlenítésére, hiszen a beteg saját lábbelijétől eredményes kezelés után is visszafertőződhet. Állati eredetű mycosisoknál fontos a környezet vizsgálata, a fertőzőforrás felderítése és kiküszöbölése. Amennyiben a kedvenc háziállat (legtöbbször macska) a fertőzés forrása, célszerű annak eltávolítása (kiirtása) helyett állatorvosi konzultáció után a legtöbb esetben családtagként nyilvántartott „kiskedvencet” antimycoticus terápiában részesíteni. A népbetegségeként számon tartott gombás bőrbetegségek vonatkozásában a családorvos kollegák széleskörű felvilágosító tevékenysége, a diagnosztikus és a modern terápiás lehetőségek ismerete jelentős szerepet tölt be a betegek gombás fertőzésekre vonatkozó tájékozottságában, illetve időben történő, megfelelő szakellátásában.

» Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő »

Irodalomjegyzék:

1. Dobozy A., Horváth A., Hunyadi J., Schneider L.: Bőrgyógyászati Eklektikon Kiadó; 2. Simon Gy., Török L.: Gombás betegségek laboratóriumi diagnosztikája és terápia Dermato- és nyálkahártya mikózisok klinikuma Kornát Kiadó; Dr. Szepes Eva, Prof. Dr. Farkas Beatrix Pécsi Tudományegyetem, ÁOK Bőrgyógyászati Klinika

TERBISIL® a fungicid
terbinafine

28x
közgyógy
listán

**Kiszúrás
a gombával**

RICHTER GEDEON RT.

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Operatív Marketing Osztály: 431-5326
www.richtethu

További részletes információkat az alkalmazásról előírtak tartalmaznak!

ENGEDÉLYEZTETETT ORVOSTECHNIKAI ESZKÖZ AZ EURÓPAI UNIÓBAN (93/42 EEC)

BIOPTRON®
LIGHT THERAPY SYSTEM By Zepter Group

A BIOPTRON-FÉNYNEK BIOSTIMULATÍV HATÁSA VAN:

- serkenti a mikrokeringést
- harmonizálja az anyagcsere-folyamatokat,
- erősíti az immunrendszert,
- élénkíti a megújító folyamatokat a teljes szervezetben,
- segíti a sebgyógyulást,
- enyhíti a fájdalmat és csökkenti annak intenzitását.

BIOPTRON A GYÓGYÁSZATBAN

► IRÁNYÍTSA A FÉNYT A FÁJDALMAS TERÜLETRE!

SEBGYÓGYÍTÁS ÉS SZÖVETREGENERÁLÁS (orvosilag bizonyított)

- trauma vagy sérülés utáni sebek (posttraumatikus sebek),
- égési sebek,
- műtét utáni sebek (postoperatív sebek),
- lábszárfekélyek,
- decubitus (felfekvések).

FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS (orvosilag bizonyított)

Reumatológiában

A Biopton fényterápia segíthet:

- csillapítja a fájdalmat, csökkenti intenzitását,
- erősíti az izmokat és növeli a mozgékonytárgyat,
- növeli a gyaloglás távolságát és sebességét,
- javítja az alvás minőségét.

Fizikoterápiában és rehabilitációban

A Biopton fényterápia segíthet:

- csillapítja a fájdalmat és enyhíti az izommerevséget,
- javítja a szövet táplálását,
- csökkenti a duzzanatokat,
- felgyorsítja a regeneratív folyamatokat és a sebgyógyulást.

Sportgyógyászatban

A Biopton fényterápia segíthet:

- csökkenti az izomfájdalmat,
- felgyorsítja a mozgásszervi rendszert,
- csökkenti az ízületi fájdalmat,
- kiváló kiegészítő kezelés: zúzódásoknál, ficamoknál, húzóadásoknál, rándulásoknál, vágásoknál, horzsolásoknál.

BIOPTRON A KOZMETIKÁBAN

► IRÁNYÍTSA A FÉNYT A TERÜLETRE, AMIT SZÉPÉ SZERETNE VARÁZSOLNI!

- Csökkenti a ráncok mennyiségét és gátolja az új ráncok megjelenését,
- segíti a kozmetikai készítmények hatását,
- a bőr egészségesebbé, frissebbé és szebbé válik,
- javítja a bőr feszességét és szerkezetét,
- bőre rugalmasabb és jobb tónusú lesz,
- hatékonyan kezeli a stressz okozta bőrelváltozásokat,
- megfiatalítja és felfrissíti a bőrt,
- teljes megnyugvást ad és az egészség érzését biztosítja.

**HA MEG SZERETNE ŐRIZNI EGÉSZSÉGÉT ÉS SZÉPSÉGÉT,
HASZNÁLJA A BIOPTRON-FÉNYT REGGELENKÉNT ÉS
ESTÉNKÉNT 4-10 PERCIG!**



- ORVOSTECHNIKAI ESZKÖZ
- AZ EGÉSZSÉGÉRT ÉS SZÉPSÉGÉRT
- ALKALMAZZÁK GYÓGYÁSZATI INTÉZMÉNYEKBE, OTTHON, SPORTKÖZPONTOKBAN, SZÉPSÉGSZALONOKBAN
- VILÁGSZERTE SZABADALMAZOTT TECHNOLOGIA
- SZÉLES KÖRBE ALKALMAZHATÓ
- HASZNÁLATA EGYSZERŰ
- RÖVID ÉS FÁJDALOMMENTES KEZELÉS
- NEM TARTALMAZ UV SUGARAKAT
- NINCSENEK ISMERT MELLÉKHATÁSAI
- SVÁJCI TERMÉK

Amennyiben Zepter-termékbemutató házigazdája lesz vagy a Zepter értékesítési munkatársává válik, 20% árkedvezményben részesül a fenti termékek megvásárlásakor. Az akció 2004. augusztus 31-ig érvényes.

A házbemutató tartásának részleteiről vagy a munkatársá válás feltételeiről, valamint termékeinkről bővebb felvilágosítást a következő telefonszámokon kaphat:

Központi iroda és bemutatóterem: 1087 Budapest, Asztalos S. u. 9–12. Telefon: 323-2426, 323-2448

Információs központ és üzlet: 1053 Budapest, Kossuth L. u. 1–3. Telefon: 317-3602

CEGLÉD 2700, Mező u. 15., Tel.: 06-20-358-3192 • DEBRECEN 4026, Péterfia u. 2., I. em.111., Tel.: 06-52-419-888 • GYŐR 9021, Szent István út 10/A, Tel.: 06-20-971-3978, 06-20-924-3839 • KAPOSVÁR 7400, Rákóczi tér 12/A, Tel.: 06-82-512-781 • KARCAG 5300, Kossuth tér 2–3., Tel.: 06-59-312-280, 06-30-929-3851 • KECSKEMÉT 6000, Batthyány u. 11., Tel.: 06-76-508-374, 06-76-508-378 • MISKOLC 3530, Mindenszent tér 1., Tel.: 06-46-509-369 • NYÍREGYHÁZA 4400, Bessenyei tér 9., Tel.: 06-20-958-1862, 06-30-955-2998 • PÉCS 7600, Király u. 46., Tel.: 06-72-215-180 • SALGÓTARJÁN 3100, Klapka u. 3., I. em., Tel.: 06-32-420-900 • SZEGED 6723, Közép fasor 1–3., Tel.: 06-62-555-143, 06-62-540-318 • SZÉKESFEHÉRVÁR 8000, Budai u. 9–11., Tel.: 06-20-914-8178 • SZEKSZÁRD 7100, Auguszt I. u. 9–11., Tel.: 06-74-511-910 • SZOLNOK 5000, Baross u. 10–12., Tel.: 06-56-513-537 • SZOMBATHELY 9700, Rákóczi F. u. 1., Tel.: 06-94-509-959 • TATABÁNYA 2800, Vértanúk tere 1., Tel.: 06-70-315-4463, 06-70-313-8160 • VESZPRÉM 8200, Budapest u. 8., Tel.: 06-30-929-9305 • ZALAEGERSZEG 8900, Kosztolányi u. 11., Tel.: 06-92-348-664

VAGY VAN MÁR, VAGY SZÜKSÉGE LESZ RÁ!

www.bioptron.com



zepter
INTERNATIONAL