

Szerkesztői Közlemény

Ezen lapszámunk technikai okok miatt az **OrvosVédelem** jogi betét nélkül jelenik meg, mert szükségünk van az előfizetőink stabilizálására.

A jogi betét folyamatosan egymásra épül és fogyóban vannak korábbi számaink. Ez problémaként jelentkezik az újonnan csatlakozóknál.

A nehézség áthidalására találunk konstruktív megoldást, köszönjük azon olvasóinknak, akik észrevételeikkel segítették ezirányú munkánkat. Olvasóink azért nem maradnak ebben a lapszamban sem jogi ismeretek olvasása nélkül, ezúttal az EU csatlakozást egészségügyi dolgozói jogállásról olvashatnak egy teljes oldal terjedelemben lapunk 6-os oldalán.

Szerkesztőség

XLVIII. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2004. 5–6. szám

Már nem csupán arról beszélünk, hogy „életet adjunk az éveknak”, vagy „éveket adjunk az életnek”, hanem minél hosszabban kívánjuk biztosítani a normál idősödés relatív, ún. „fenntartható egészségét” függőség, tehetlenség és kiszolgáltatottság nélkül. Ebben a törekvésben meghatározó tényező az aktivitás, az érzelmi, hangulati és öszszességében lelki stabilitás, az anyagi, egészségügyi, szociális, kapcsolati és támaszbiztonsági feltételek alakulása. E meghatározó tényezők alapján érthetően előtérbe kerül a személyiség szerepe és jelentősége az idősödésben. Hippokratész több mint 2000 évvel ezelőtt állította, hogy amilyen életstílusunk volt ifjúkorunkban, olyan időskorra számíthatunk.

A személyiség strukturális elemzése az életkilátások vonatkozásában jelentős adatokkal szolgál. Többféle módszer alkalmazásával is egyértelművé vált, hogy a személyiség döntő szerepet játszik az egészség megőrzésében, a betegségek kialakulásában, gyógyításában, rehabilitálásában. Az egyedi „esélykockázati” arányok feltárását a személyiség „szerkezeti vizsgálataival” lehet biztosítani. Több ezer idős em-

Az időskori életminőség – öregedés és személyiség –

bernél végzett elemzéseim alátámasztják, hogy a személyiség ily módon feltárt és megmért jellemzői „személyiségmarkerként” használhatók fel a „sikeres vagy sikertelen”, a „normál vagy kóros” öregedés előrejelzéséhez. Az időskor minőségét leginkább veszélyeztető megbetegedések számbavétele, időskori jellegzetességeinek feltárása és elemzése, elkülönítésük a normál idősödés változásaitól, speciális diagnosztikájuk, speciális gyógyszerelésük, rehabilitációjuk a felelt társadalmak egyik alapvető dilemmája. „Az orvosilag lehetséges és gazdaságilag megengedhető” konfliktusa a hazai idősellátásban is a legnagyobb problémát jelenti. A morbiditási és mortalitási adataink egyaránt jelzik az időskori kardiovaszkuláris, cerebro-

vaszkuláris, általános vaszkuláris megbetegedések súlyát (együttesen az időskori mortalitások 60 %-át, morbiditásának 45-55 %-át képezik). A krónikus megbetegedések sorában a diabétesz, a daganatok, a krónikus obstruktív tüdőbetegségek, a csont-, izületi, izombetegségek, a lelki egészség zavarai és megbetegedései, továbbá a látáscsökkenés, a vakság és a hallászavarok tartoznak.

Az időskori életminőség legfontosabb tényezői

Az időskori életminőség vonatkozásában a következő szempontokat emelhetjük ki:

- Az egyének a korrallal mindinkább különböznek egymástól, nincs úgynevezett egységes öregedési minta.

- Egy szervrendszer vagy funkció gyors leromlása mindig valamilyen kóros változás, nem pedig a normál öregedés következménye.
- A kapacitás beszűkülésével járó öregedés azonban megnöveli a kockázatok kialakulását, ezért fontossá válik a személyes életmód és adaptáció.
- Az időségek azért betegek, mert szervezetükben kóros folyamatok alakultak ki, és nem azért, mert időségek.
- Az idősebbeknél egy új betegség kezdete általában az egyén szervezeti rendszerének legérzékenyebb, illetve legsérülékenyebb „láncszemét” érinti. Ennek felismerése meghatározza az ellátás programjait.
- Az idősödéssel mindinkább megjelenik az ún. „5T”: immobilitás, inkontinencia, instabilitás, intellektuális

hanyaglás és az iatrogenia (mozgásbeszűkülés, vizelettartási zavarok, testegyensúlyi zavarok, szellemi változás és az orvosi ártalom).

- Mivel több működés belső egyensúlya (homeosztázisa) gyakran idejűleg változik meg, többféle panasz megjelenésével és egyidejű kifejeződéssel kell számolnunk. Ugyanakkor a meghatározó változás célzott befolyásolása az egész rendszer zavarának javulását eredményezheti.
- Több olyan tünet, mely fiatalabb korban betegségnek tekinthető, idősebb korban csupán a normál idősödésből származó panasz, jelenség.
- Az idősebbeknél gyakran észlelhető, hogy a kialakult tünetek mögött többféle betegség is meghúzódik, ezért nem tanácsos takarékoskodni az értékelésnél és a diagnosztikánál.
- Az idősebbeknél a már említett jellegzetességek miatt a diagnosztikai, a terápiás, a rehabilitációs stratégiák szakspecialitást követelnek, ami idős-egészségügyi fejlesztési konzekvenciákkal jár.

Prof. Dr. Iván László



Dévaldné Türk Csilla és Dávidné Balácsi Ildikó vezető védőnők



Leskó doktor kezében a tokájával női védelem alatt...



Védőnők csokrá a patkóvár alatt, középen lapunk orvos-főszerkesztője a szintén nőgyógyász Kollár főorvos.

Zemlépni hétvége...

„Nagyon szeretném, ha minket nem fájna el a reform szele...” – mondta Dávidné Balácsi Ildikó a nyíregyházi városi ANT SZ vezető védőnője.

„Valamennyiünk nevében mondhatom, hogy mi a területen a maximálisat igyekszünk kiharzni magunkból, s erre kötelez minket nemcsak hivatástudatunk, hanem a több, mint száz éves mündér becsülete. Most, amikor annyira képlékeny minden, mi vagyunk az összekötő kapocs az ellátásért felelős önkormányzat és az egészségügyi szolgáltatást nyújtó ellátórendszer között, közalkalmazottként. Akik területünkön a kapuór szerepét kívánjuk betölteni az egészségmegőrzés, a prevenció területén...”

Tőprengő... Egy csapatépítő kirándulás kapcsán

Miközben zajlik a háború az egészségügyet hivatalból magukénak érzők között – legyen az a gyógyszerkérdés vagy a reformra történő hivatkozással különböző ellátásszervezés-elmélet kitalálóiinak időszakos ötötbörzéi – szakmai oldalról mára lekerült a napirendről a kórházprivatizáció hivatalos jogi útra terelése és már csak pártkampányi szinten van jelen.

Miközben a fővárosban erőteljesen folynak a kórházak átcímkezései és nem lehet nem észrevenni a mögötte meghúzódó egyéb önös érdekeket, e közben vannak, akik úgy gondolják, hogy a jó, közös, eredményes, lelkiismeretes munka egyik záloga a csapatmunka. Az a közös cél és feladatrendszer, amelyben evidenciája van annak, hogy valamennyien az egészségügyet hivatottak szolgálni, ezt választották életcéljuknak, s ahol a betegek és gyógyulni vágyók minél magasabb szintű ellátása és kiszolgálása a cél. Az eredményességért a teamnek meg kell ismernie egymást, hiszen valóban olykor szavak nélkül gyorsan kell cselekedni. Egymás megismeréséhez viszont a hétköznapi mellett az ünnepnapokra is szükség van és a közös élmények csoportkohéziója olyan eszköz, amely kiállta az idő próbáját, csak legfeljebb kikerült a hivatalos protokollokból.

Ezért gondolta úgy dr. Leskó Tibor szülésznőgyógyász szakorvos, a nyíregyházi Jósa András Megyei Kórház adjunktusa, hogy vendégül hívja a város összes védőnőjét egy szabálytalan szombatira, ahol reggel nyolctól este nyolcig nincs más dolguk a védőnőknek csak gyönyörködni a zemlépni táj szépségében, enni, inni, pihenni, fürödni és gondtalanul átadni magukat a pihenésnek. Leskó doktor mindehhez szponzort szerzett, kicsit visszanyúlt saját gyökereihez és bizony Erdőbénye, Tolcsva, Sárospatak mind rendelkezett olyan

baráttal, akik szívesen segítették doktorrá vált játszótársukat.

A véletlenül odapotytyant fővárosba szakadt újságíró – e sorok szerzője – pedig elgondolkodott: miért gondolják azt az önjelölt egészségpolitikuskok, hogy olykor hagymázás elméletiszagú, életidegen, de pénz-központú spanyolviaszokkal meghatározhatják egy ágazat életképességét?

Hogyan merik azt gondolni, hogy a gyógyítás folyamatában létezőik fontosabb szempont a gyógyító és gyógyított bizalmi elvén alapuló partnerkapcsolatnál? Egy pártjelölt egészségpolitikus felvértezve a legkülönbözőbb szaktudással például miért nem kérdezi meg azt az ötven éve pályán lévő, ma is aktív mondjuk védőnőt az ágazatban szerzett tapasztalatairól?

Miért nem hagyatkozunk egymásra és tiszteljük az előttiink haladókat, amikor a tapasztalatokra épülő tudás – az Evidence based medicine – egy hivatalosan is elfogadott tudományágazat?

Minden régiónak megvan a maga orvosa, védőnője, ápolója, akinek eredményekben gazdag életútja záloga lehet az olyan értéknek, amely nemcsak a hagyomány ápolása, hanem ügyes szervezéssel egy arra rátermett kortárs közreműködésével a továbblépés záloga. És mindez nemcsak hatékony, erkölcsös, hanem költségsökkentő eszköz is – hogy e rövid kis zöngét „költséghatékony” alapokra helyezzük. Hiszen ez ma a kulcsszó, ha netán valakinek ez elkerülte volna a figyelmét.

Balla M. Anna
főszerkesztő

Még kevésbé tudjuk megérteni, hogy miért kell egyáltalán időben behatárolva, mintegy az időbe zártan élni, és miért éljük a maximális emberi életidőnket is személyre szabottan? Az emberiség az ősidőktől fogva keresi azt a bizonyos „életelixírt”, melynek segítségével, ha lehet, örökké, de legalább is hosszú életen át maradhatna fiatal, tetterre kész, egészségesen boldog. Az ember szeretne „fiatalon, szépen megöregedni”, ha már a halált el nem kerülheti. Szeretne élete utolsó pillanatáig önállóan, tevékenyen és a valakihez, valamihez, valahová tartozás biztonságában élni, az öregedés közismert fogatkozásai, problémái, nyomorúságai nélkül. És nem utolsó sorban szeretne kínok és megaláztatások nélkül, békén elköszönni, ha út az utolsó óra. Valamiképpen úgy, ahogy azt a 18. században élt kiváló orvos, van Borehaave megfogalmazta: „*fenntartani a test töretlen egészségét, a szellem állandó élénkségét és nyugalmát, és megőrizni ezeket a késő öregségig, amikor betegség és küzdelem nélkül a test és lélek búcsút mond egymásnak*”.

Különösen mély hatást gyakorolt rám lelki problémáik, hangulati betegségeik és gondolkodási, észlelési zavarai gyakori szoros összefüggése társas-társadalmi kapcsolataik megszakadásával vagy csökkenésével, ami kialakította az „időskori magányosság” lelki-testi zavarait, betegségeit, tetézte egyéb problémáikat. Megfogalmazhatóvá vált, hogy a „testi-lelki-társadalmi ember” az életkor előrehaladásával gyakori változásokat mutat, normál- és kóros eltérésekkel egyaránt. *Mindez az egyén jellegzetességei szerint, nagyon is egyedi különbségekkel következik be*, nem pedig egyszerűen „korfüggő formában”, mint azt szakmai körökben is gyakorta

Öregedés: Örök ifjúság?

A zseniális Leonardo da Vinci halála előtt nem sokkal megfogalmazta azt a három kérdést, melyre nem tudott kielégítő választ adni: 1. Miért kék az ég? 2. Miért hasonlítanak az utódok őseikre? és 3. Miért öregsünk és miért halunk meg? Első két kérdésére a mai ismereteinkkel válaszolhatunk, a harmadikat ma sem tudjuk, csak kutatgatjuk és magyarázgatjuk mindenkori tudásunkkal, kétségtelenül csodálatos technikai vívmányaink segítségével.

vélük. Ily módon az öregedés rendszerének és egyedi kifejeződéseinek napi problémáival találkozhattam, melyek révén élő valóságként éltem meg a klinikai orvos dilemmáját: *mi az, ami az idős embernél a „normál változás”, és mi a „kóros eltérés”?* Az ún. normál időszódési változást, akár többfélét is ugyanannál az embernél, életmódbeli tanácsokkal kell segíteni, a kórosságot viszont nagyon korán fel kell ismerni, és az időszódéssel kapcsolatos tudományos eredményekkel összhangban, személyre szabottan kell gyógyítani.

Gerontológia és geriátria

A gerontológia az öregedés és az öregség tudománya. A kutatásaival nyert ismeretek a 21. századra áttörést eredményeztek az öregedés biológiai alapfolyamatainak megismerésében és jelenleg ugrásszerűen gyarapodnak a hasznosítható módszerek is az egészség és életminőség hosszabb idejű megőrzéséhez, a kórosságok megelőzéséhez. A gerontológia eredményeinek gyakorlati alkalmazásával foglalkozik a geriátria, az időszódés és időskor gyógyászata. Tévékenysége széles területet fed le: a megelőzés, a gyógyítás, a rehabilitáció ugyanúgy az égisse alá tartozik, mint az ápolás, a gondozás és a gondoskodás kérdései. A gerontológia több tudo-

mány együttműködésének eredményeként alakult ki, de mára önállósodott, rendszerszemléletű és specializált gyakorlatú tudomány vált belőle. Gerontológiai megközelítésben az emberi öregedést biológiai, pszichológiai és szociológiai változások együttese jellemzi; a genetikailag hozott, megalapozó élettani programok sikerét, illetve sikertelenségét a szocializáció, a személyiség egyedi nyitott programjai befolyásolják.

Elfogadott az az álláspont, hogy az időszódés és időskor nem kezelhető egységes mintaként, a harmadik életszakasz nem a „szürkék tömege”, hanem az egyedi időszódés normál és kóros elváltozásainak sokfélesége. Az is hangsúlyozandó, hogy nem a naptári évek szerint időszódunk, és hogy a vizsgálatok és felmérések adatai szerint igen nagy különbségek vannak az egyes idős emberek egészségét és életminőségét kifejező jellemzők között. Mivel az időszódás az egész életút folyamataival összefüggésben alakul, fontos jellemzője a teljes életút úgynevezett „funkcionális kapacitásának” (FK) alakulása. Az FK a személyes testi, lelki és szociális működések kapacitásait jelenti. Vizsgálatok szerint a „normál időszódés” jellegzetességei a testi működések vonatkozásában 30-tól 90 éves korig a következők:

- az izmok tömege és ereje 30 %-kal csökken,

- az idegrostok ingerületvezetése 15-25 %-kal lassul,
- az agy tömege mintegy 300 grammal megkevesbedik,
- az ízlelőbimbók száma a fiatalkori 240-250 egységről 40-50 egységre csökken,
- a testen átáramló vér mennyisége felére csökken,
- a tüdő vitálkapacitása 75 éves korra felére csökken,
- a vese kiválasztó működése több mint felével csökken,
- a látás és a hallás 70-80 %-kal gyengül.

Ezeknek a változásoknak mint normál időszódási folyamatoknak a jellegzetessége, hogy az egyedileg programszerűen zajló sejt, szövet, szerv, szervrendszer szintű időbeni változások a működési kapacitásokat csupán beszűkítik, de mindenkori homeosztázisuk egyensúlya megmarad. Ily módon a „fenntartható egészség” kielégítő és relatív szintje az élet késői időszakáig megmaradhat. Minden olyan változás, mely a homeosztázist károsítja, egyensúlyát felborítja kóros folyamatként hat. Ezek korai felismerése meghatározza befolyásolásuk lehetőségeit. Az időszódás legnagyobb kihívása éppen az egyedi normál változások és a velük kapcsolódó kóros folyamatok kombinációinak szakszerű felismerése, szükség szerinti ellátása.

Lényegében az egyedi és kohort esélyek, illetve kockázatok arányának feltárása és befolyásolása, szükség szerint kezelése képezi az időszódés és időskor korszerű, rendszerszemléletű értelmezését és ellátását is.

(Részletek *prof. Iván László*

A Mindentudás Egyeteme sorozatban elhangzó azonos című nagysikerű előadásából.)

Védőnők az inkontinencia megelőzéséért



Magyarországon 1991-ben alakult meg a Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE), amelynek elnöke Csordás Ágnes. Az egyesület küldetési nyilatkozata: „*Védőnők az Egészséges, Boldog Csaláért*”. Jól megválasztott mottójuk híven tükrözi az Egyesület alapvető céljait, miszerint egységes szervezetbe tömöríti az ország védőnőit, képviseli tagjainak szakmai érdekeit. A lakosság magasabb szintű ellátása érdekében egészségmegőrző, betegségmegelőző, egészségnevelő-felvilágosító, anya-, gyermek-, ifjúság-, nő- és családvédelmi, családsegítő tevékenységet folytatnak. *Feladatuknak tekintik továbbá az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés területén tudományos tevékenység, kutatás végzését, az ifjúsági-egészségügyi gondozás keretén kiskoriak harmonikus testi és lelki fejlődésének elősegítését, a gyermekek törvényben foglalt jogainak és érdekeinek védelmét, lakossági szűrések, egészségnevelési, felvilágosító napok szervezését, valamint az egyesület tagjainak továbbképzését, szakmai fejlesztését.*

1992-től folyamatosan szerveznek olyan lakossági programokat, amelyekkel jobban megismerhetik a gondozottak a tevékenységüket. Ilyen például a „Természetesen anyatejjel” program, amelynek hatására már mind több

helyen működik a védőnők által szervezett, szoptatást támogató anyacsoport. Szakmai-tudományos műhelyeket hoztak létre egy-egy főbb védőnői tevékenységi területnek megfelelően, így: *szülésre felkészítés, várandósgondozás, csecsemőgondozás, nyitott tanácsadó, általános iskolai egészségnevelés, szociális ellátás, a változás korába lépő nők egészségvédelme, oktató védőnők, csecsemő- és gyermekmasszázs, mentálhigiéné.* Az Egyesület több éve már a *nőgondozást tűzte ki célul, mondta el az elnöknő, ez évi programjának kiemelt területe pedig az inkontinencia.* Az inkontinencia jellemzően két életszakaszban alakul ki leginkább, egyrészt szülést követően, másrészt a változó korban.

A legtöbb segítséget a kismamák kapják és a gyermeknevelés időszakában is részesülhetnek megfelelő segítségben a nők. Nem kapott azonban elég hangsúlyt az elmúlt évekig a menopauzában lévő nők segítése. Pedig ebben az életciklusban is szükséges a támogatás, hiszen fontos kérdés, hogy hogyan élnek meg ezt az időszakot. Erre az időszakra nem készíti fel senki a nőket, pedig nagyon sok mindennel kell megküdeniük: testi, pszichés változásokkal, a munkahelyi elvárásokkal, a gyerekek elköltöztetésével, a változás korával esetlegesen együtt járó betegségekkel.

Nagyon intim kérdés az inkontinencia, amiről nem szívesen beszélnek az emberek. Mindenképpen szükség van valakire, akivel a hölgyek megbeszélhetik a problémáikat és aki hatékony szakmai segítséget adhat. A védőnőknek már a várandósság idején bizalmas kapcsolata alakul ki a hölgyekkel. *A családlátogatások során találkoznak a menopauza korába kerülő nőkkel is, így mindkét leginkább veszélyeztetett korosztállyal kapcsolatban*

állnak, jegyzi meg Csordás Ágnes.

Az INKO Fórum és a Magyar Védőnők Egyesülete közös szakmai szervezésben országos epidemiológiai vizsgálatot indított ez év nyarán a női vizeletinkontinencia gyakoriságának magyarországi feltérképezésére.

A kutatás a tavaly végzett, szintén az INKO Fórum kezdeményezésére történt pápai epidemiológiai vizsgálat országos szintű folytatása és közel 40.000 nőt érintett. Azok a védőnők, akik az epidemiológiai vizsgálatban kérdezőbiztosok voltak, nagyszabású rendezvényen, az Első Preventív Medicina Kongresszuson szakmai felkészítést kaptak az inkontinenciáról az INKO Fórum szakembereitől.

A védőnők az inkontinencia vonatkozásában főként a két legveszélyeztetettebb korosztályt kérdezték meg. A védőnők a családok otthonában, intim környezetben beszéltek a vizeletvesztési zavarokról, tájékoztathatták őket a tünetekről és szükség esetén szakorvoshoz irányíthatták az érintetteket.

A kérdőív negyven kérdését a szakmailag elfogadott és használt Gaudenz-féle kérdőív alapján, annak továbbfejlesztésével az INKO Fórum szakemberei állították össze olyan szempontból, hogy – amennyiben van – milyen fajta a vizeletinkontinencia, orvosi környezete miként értékelte ilyen jellegű panaszait, hogyan élnek meg az érintettek a vizeletinkontinenciát és betegségnek tartják-e vagy sem.

A vizsgálatok eredményeként epidemiológiai térkép alakítható ki a női vizeletinkontinenciáról Magyarországon. A felmérés eredményeit közös szakmai előadások, tanulmányok, a hatóságok részére összeállított elemzések és a lakosság számára szóló sajtótájékoztató keretén ismerteti az INKO Fórum és a Magyar Védőnők Egyesülete.

*Az inkontinencia kezelése

A stresszinkontinencia kezelése:

- konzervatív: általános tanácsok, életmód-változtatások, a folyadékbevitel módosítása, fogyókúra, medencefenékizom-gyakorlatok, vaginalis súlyok, elektrostimuláció, intravaginalis-intraurethralis inkontinencia-segédeszközök. *gyógyszeres kezelés:* a-adrenerg agonisták, például phenypropanolamin adása neuropathiás vesicourethralis diszfunkcióval társult urethras phincter-gyengeség esetén
- sebészi: az urethra hipermobilitása esetén retropubicus kolposzuspenzió (Burch, MMK), tüsszuszenzió (Pereyra, Stamey, Raz, Gittes), hüvelyi műtétek (Kelly-Stoeckel-műtét); az urethra belső sphincterének gyengesége esetén periurethralis injekció, sling eljárás (TVT-műtét), mesterséges sphincter.

A késztetéses inkontinencia kezelése:

- konzervatív: a folyadékfogyasztási szokások megváltoztatása, diéta, hólyagtréning, hólyag-bio-feed-back, medencefenékizom-gyakorlatok. *gyógyszeres kezelés:* oxybutinin, trospium, propanthelin, tolterodin, triciklikus antidepresszánsok.
 - sebészi: hólyagnövelő műtétek.
- Kevert (stressz- és késztetéses) inkontinencia esetén először a késztetés gyógyítása célszerű.

Dr.Matányi Sándor

II.sz Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A női vizeletinkontinencia konzervatív kezelése című tanulmányból

Az inkontinenciáról

Az inkontinencia az International Continence Society (Nemzetközi Kontinencia Társaság) definíciója alapján: „olyan önkéntelen vizeletvesztés ...amely alkalmatlan időben, illetve helyen történik (...)” Az inkontinencia nem betegség, hanem valamilyen egyéb, a háttérben meghúzódó rendellenesség következménye, amely betegséggé akkor válik, ha már a beteg életvitelét, szociális közérzetét komolyan zavarja.

Az emberi húgyhólyag kiürítése normális esetben akaratlagosan történik, és 100%-os hatásokkal megy végbe, vagyis a hólyagban nem marad vizelet. Jóllehet az idő múltával a húgyhólyagban is lejártsódnak különféle öregedési folyamatok, az időskori inkontinencia nem tekinthető természetesnek, ráadásul különböző okokból kifolyólag (főleg nőknél) fiatalabb korban is fellelphet.

A nyugati világban az átlagéletkor növekedésével párhuzamosan egyre nő az inkontinenciával küzdők száma is, egyes vizsgálatok szerint a 60 éven túliak 10%-a, a 70 éven felülieknek pedig több mint 30%-a érintett, a valós értékek ennél is magasabbak lehetnek, mivel gyakori jelenség a kellemetlen probléma eltitkolása.

Az inkontinencia komoly önbecsülési zavarokat okoz, felléptével az érintettek életminősége drasztikusan romlik, hiszen erősen korlátozza a leghétköznapiabb tevékenységek elvégzését is. A szabadidős programokat szinte kivitelezhetetlenné és élvezhetetlenné teszi, egyes esetekben pedig akár teljes munkaképtelenséget is okozhat.

A vizelettartási zavar (orvosi nevén: inkontinencia) idős korban olyannyira gyakori, hogy már-már az előrehaladott életkor velejárójának is tekinthető. Tapasztalati tényekből kiindulva a szakemberek úgy vélik, hogy az érintetteknek csak mintegy a fele fordul e pana-

szával orvoshoz, a vizeletcsöpögés észlelése után csupán évek múltán keresi fel orvosát. A háziorvos csaknem mindig urológushoz és nőgyógyászhoz is elküldi a beteget, annál is inkább, mert az anatómiai szerkezet miatt mindkét szakterület szorosan együttműködik a vizelettartási zavar okának megállapításában és kezelésében.

Hazánkban körülbelül 500.000 inkontinens ember él. Fontos hangsúlyozni, hogy az érintettek nagyobb része nem ágyhoz vagy kórházhoz kötött beteg, hanem igyekszik részt venni a mindennapi életben. Számukra lényeges, hogy problémájuk észrevétlen maradjon még a legközelebbi ismerősök előtt is.

Az inkontinenciának számos kiváltó oka lehet. A kiváltó okok pontos megállapítása elengedhetetlen a helyes terápia kiválasztásához és sikeres alkalmazásához. Ezért nagyon fontos, hogy az érintettek felkeressék háziorvosukat, illetve más szakembert. A legtöbb ember azonban nem fordul orvoshoz, mert szégyelli problémáját. Azt gondolja, hogy ez nem valóságos betegség, ezért nincs is rá megfelelő gyógymód.

A kezelések különböző fajtái léteznek – a gyógytornától, a pszichoterápiától kezdve, a műtéti beavatkozásokon át, a különböző vizeletürítési technikákig. Van, aki maradéktalanul meggyógyul. Van, akinek állandóan együtt kell élnie a problémával, de számukra is létezik segítség: a különböző segéd-eszközök, amelyek jó közérzetet és

biztonságos védelmet nyújtanak, amellet megelőzik a felfekvés kialakulását, és higiénikus, kényelmesebb ápolást tesznek lehetővé. Ezt korszerű, egyszerűhasználatos inkontinencia védőeszközök biztosítják (különféle betétek, beteg-alátétek, rögzítőnadrágok).

Inkontinencia fokozatai

Az inkontinenciának több súlyossági fokozata van. Ennek meghatározásában döntő szempont a 4–6 óránként kontrollálatlanul ürülő vizeletmennyiség, ezenkívül azonban egyéb tényezők – mozgásképtelenség, ágyhoz kötöttség, súlyos betegségek – is fontos szerepet játszanak.

• enyhe inkontinencia

Kisebb mértékű inkontinencia esetén az önkéntelen vizeletvesztés 140 ml alatt van. Előfordulása lehet eseti – nem rendszeres –, gyakran vizeletcsepegtetésben nyilvánul meg. Az ilyen jellegű inkontinenciában szenvedő emberek általában aktív életet élnek, el tudják látni magukat.

• középsúlyos inkontinencia

Ebben az esetben a 4–6 óránként önkéntelenül ürülő vizeletmennyiség 140–300 ml között van. Az ilyen mértékű inkontinenciában szenvedőknek már nagyobb méretű és nedvszívó-képességű védőeszközökre van szükségük. Mivel nagy többségük szintén önellátó és mozgásképes, ezekben az esetekben is fontos szempont a biztonság mellett a kényelem és az észrevétlenség.

• súlyos inkontinencia

Súlyos inkontinencia esetében a beteg 4–6 óránként 300 ml feletti vizeletmennyiséget ürít kontrollálatlanul. Döntő többségük ágyhoz kötött, és inkontinenciája más súlyos betegséggel társul. Ellátásukat hozzátartozók vagy szakemberek végzik. Az ágyhoz kötöttség, a mozgáskorlátozottság vagy a mozgásképtelenség magában hordja a decubitus kialakulásának veszélyét, így a súlyos inkontinencia ellátására szolgáló védőeszközöknek a biztonság és kényelem biztosítása mellett védenie kell a beteget a decubitussal szemben is.

Az inkontinencia főbb típusai

• stresszinkontinencia

Elsősorban nőknél lép fel köhögés, tüsszentés, nevetés, nagyobb terhek emelése közben. Főképpen a természetes módon szülő asszonyokat veszélyezteti, a szülés során ugyanis jelentősen sérülhet, illetve gyengülhet a medence izomzata. Férfiak esetében a prosztata is biztosítja a húgyhólyag záróizmát, ezért az inkontinencia fellépésének veszélye jóval kisebb. Sokféle pszichoszociális problémát (szerepvésztes, izoláció, félelem, bűntudat, valamint párkapcsolati zavarok) okozhat.

• ingerinkontinencia

A hólyagizmok túlműködése és a hólyag fokozott érzékenysége miatt lép fel, főleg idősebb korban. Jellegzetes tünete, hogy az érintettek már megkezdett vizeletürítést nem képesek félbeszakítani. Sok-

szor primer hólyagbetegségek (gyulladások, fertőzések, hólyagkövek, tumorok stb.) nyomán alakul ki, kiváltója lehet még a (például szélütés hatására) csökkent agyi kontroll, illetve más idegrendszeri károsodás is. Ha más mögöttes betegség nem mutatható ki, akkor pszichovegetatív zavar valószínűsíthető.

• ürítési zavarok

Bizonyos alkati típusokba tartozó emberek a stresszre megnövekedett vizeletmennyiséggel, gyakoribb ürítéssel és ürítési ingerrel válaszolnak. Mindez lehet partnerkapcsolati problémák vagy funkcionális szexuális zavar, esetleg tartós, megoldhatatlannak tűnő konfliktusok testi kifejeződése is.

• **hormonális háttérű inkontinencia**
Kizárólag nőknél fordul elő a változás évei után: egyes hormonok mennyiségének csökkenése a húgycső és a hüvely nyálkahártyájának atrófiáját okozhatja, és ebből is kialakulhat hólyaggyengeség.

• túltelítettség inkontinencia

Főképpen idős férfiaknál fordul elő. Különféle prosztataproblémák miatt a húgycső beszűkül, a hólyag megtelik, és lassan, cseppenként ürül. Ez a fajta inkontinencia operációval jól gyógyítható.

Terápiás lehetőségek

A betegek között nagy egyéni különbségek lehetnek, a kezelés során ennek figyelembevételével célszerű a megfelelő gyógyszert vagy készítményt kiválasztani. Emellett nagyon fontos a jó emész-

tés kialakítása, az elhízódó székre-kedés ugyanis sokat ronthat a vizeletkontrollon is.

• ülőfürdők

Ajánlott a meleg (37-38 °C) ülő- vagy teljes fürdő, illetve a váltólábfürdők használata, lehetőleg kétnaponta. Az utóbbiaknál a lábakat egy percn át 38 °C-os, majd 10-15 percn át 20 °C-os vízben kell áztatni, a cserét háromszor ismételve. A fürdő használata lázas betegségek, fertőzések idején, illetve műtétek után nem javallott!

• **a szükséges vízbevitel biztosítása**
Főleg időskorban egyébként is fontos a megfelelő mennyiségű folyadék bevitel. Minél kevésbé telt a hólyag, annál nagyobb a fertőzésveszély is, ami tovább ronthat a helyzetet. Kifejezetten káros a túlsúly, ugyanis tovább terheli az egyébként is gyenge medenceizomzatot.

• izomtréning

Célja a záróizomzat feletti tudatos kontroll visszaszerzése. Az egyik lehetőség a vizelések közötti időtartam fokozatos növelése, a másik az ún. toalett-tréning, vagyis szigorú, a megivott folyadékmennyiséget és a vizeletürítések idejét is szabályozó napirend megvalósítása. A medencegimnasztika, esetleg más testmozgási formákkal kombinálva egyrészt pszichológiai szempontból ajánlott, másrészt erősítheti a medenceizomzatot is.

Összeállította:

Dr. Kollár László szül.-nőgyógy. orvos-főszakorvos



FORRADALMI ÚJDONSÁG AZ INKONTINENCIA NADRÁGPELENKÁK PIACÁN – TENA FLEX

Nemzetközi kutatások eredményeit alapul véve fejlesztette ki az SCA Hygiene Products a TENA Flex nadrágpelenkát, amely légáteresztő tulajdonságának köszönhetően egyedülálló a piacon. A **külső légáteresztő réteg** miatt a bőr lélegezni tud és a páciens izzadása is megelőzhető. E tulajdonságának köszönhetően a bőr fel-színe száraz marad és más nadrágpelenkákhoz összehasonlítva kevésbé nedvesedik vissza.

Az inkontinenciában szenvedő emberek igyekeznek eltitkolni problémájukat, amit a legmodernebb nadrágpelenkák sikerül is. A polietilén anyagú borítás mozgás közben susogó hangot ad, így a kívánt diszkréció nem érhető el. A TENA Flex nadrágpelenka nem-szőtt textília borítása mozgás közben nem ad hangot, mely teljes diszkréciót biztosít.

A pelenka testre való helyes illeszkedése döntő fontosságú a szivárgás elkerülése érdekében. A TENA Flex a derékrész elülső és hátsó részénél gumírozott, ami a minél tökéletesebb illeszkedést szolgálja. Innovatív tulajdonsága, hogy a csípőrésre övvel rögzítendő, amely ugyancsak légáteresztő anyagból készült. A terméket mind a páciens saját maga mind az ápoló könnyen fel tudja helyezni illetve eltávolítani.

A TENA Flex használatával egy magasabb életminőség érhető el a súlyos inkontinens emberek körében.

TENA Comfort

TENA Slip

TENA Flex

TENA NADRÁGPELENKÁK ÚJ CSOMAGOLÁSBAN VÁLTOZATLAN MINŐSÉGGEL

Cégünk célja az inkontinens betegek közérzetének javítása, ellátásuk fejlesztése, valamint hozzátartozóik és az ápoló személyzet munkájának megkönnyítése. Ezen célok érdekében a TENA súlyos termékválasztékán néhány fejlesztést hajtottunk végre.

TOVÁBBFEJLESZTETT TÉPŐZÁR A TENA FLEXEN

Az új, nagyobb tépőzár segítségével a TENA Flex most még biztonságosabban rögzíthető, felhelyezéskor pedig annyiszor igazítható a páciensre, ahányszor csak szükséges.

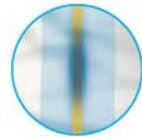
ÚJ FEHÉR CELLULÓZ A TERMÉK BELSEJÉBEN

A termékben található cellulóz felső rétege biztosítja a vizelet gyors elvezetését a termék belsejébe, ahol aztán biztonságosan felszívódik. Ez a felső réteg a korábbi sárgás szín helyett fehérre változik. Az új anyag teljesítménye megegyezik a korábbiéval, de frissebb, tisztább hatású a külleme.

ÚJ INDIKÁTORCSÍK

– könnyebben észrevehető, hogy mikor jön el a termékcseréje

A nadrágpelenkák külső borításán található új indikátorcsík jobban látható mind használat előtt, mind pedig használat után és megbízhatóbb, mint korábban. Ha a csík színe sárgáról kékre változik, ideje cserélni.



HASZNÁLAT ELŐTT

HASZNÁLAT UTÁN

MEGVÁLTOZOTT KISZERELÉSEK

Néhány termék kiszerelése megváltozott (db/csomag, csomag/karton), de a 3 hónapra felírható mennyiség változatlan marad.

ÚJ CSEPPRENDSZER

A csomagoláson feltüntetünk egy színes csepprendszert is. Ezen a cseppek és színek jelzik a termék nedvszívóképességét. Az alábbi táblázat segít az eligazodásban.

	PLUS (M, L)	SUPER (M, L)	MAXI (M, L)
<i>Flex</i>			
<i>Slip</i>			
<i>Comfort</i>			

ÚJ CSOMAGOLÁS

A TENA Flex, Slip és Comfort* termékek csomagolásának színe a korábbi fehér színről kékre változik.



* A TENA Comfort csomagok változása 2005. elején várható.



További információért és termékofferért hívja INKO-INFO vonalunkat hétköznapiokon 9.00–13.00 között a **06-80-20-10-20-as** számon. SCA Hygiene Products Kft. 1525 Budapest, Pf. 178.

Őszintén egy kellemetlen betegségről



Emberi méltóságunkhoz és mindennapi kényelmünkhöz egyformán hozzá tartozik, a normális vizelettartás. Még napjainkban is nagyon kényes, sokakat foglalkoztató téma, probléma ez. Sokak számára szégyellnivaló – pedig az esetek egy részében, egyszerűen és véglegesen megoldható.

■ Ahhoz képest, hogy e probléma milyen súlyosan befolyásolja a mindennapi életvitelt, megdöbbentően magas, félmilliót is meghaladja a Magyarországon érintett nők száma.

Különösen szomorú ez a nagy szám, ha azt is figyelembe vesszük, hogy a populáció nagyságához mérten ez kétszer akkora arányt jelent, mint Nyugat-Európában. Mindez, sajnos, a magyar egészségkultúrának is „köszönhető”.

A megoldáskeresést számos emberi tényező nehezíti. Az érintettek nagy részének nincs betegségtudata, a korral járó természetes állapotnak véli a tüneteket, amelyekkel együtt kell élni – ahogyan sokszor anyjuk és nagyanyjuk tette – és sokan nem is tudják, hogy a vizeletcsepegés is csak egy betegség és gyógyítható.

A másik oka annak, hogy a gyakori előfordulás ellenére kevesen fordulnak szakemberhez az, hogy legtöbbször személyes problémaként, "szégyenbetegségként" élik meg a tüneteket.

A kellemetlen szag, a vizeletelfolyástól való félelem azután a környezettől való elkülönüléshez, depresszióhoz, családi és munkahelyi zavarokhoz vezethet.

A vizelettartási zavarok számos formája közül leggyakoribb a stressz inkontinencia, amely tüsszentés, köhögés, fizikai megterhelés hatására fellépő akaratlan vizeletvesztést jelent.

A stressz inkontinencia hátterében többféle ok áll. Előfordulását tekintve leggyakrabban a szülés után következő időszakban, illetve a változó kor környékén okoz panaszokat. Míg az első esetben a szülés következtében a gátizomzat megnyúlása, a másodikban a hormonális változások miatt a húgycső meggyengült tartó funkciója lehet felelős a panaszokért.

Vizelettartási problémák esetén mindenképpen azonnal orvoshoz kell fordulni! Az elfolyó vizelet bőrirritációt, folyamatos kellemetlen érzést okoz, különböző fertőzőes és gyulladásos megbetegedés kialakulásához vezet – és akkor még a lelki tényezőkről nem is szoltunk. Ha van esélyünk arra, hogy véglegesen megszabaduljunk ettől a kellemetlen és sok következménnyel járó, egész életünkre kiható problémától, próbáljuk megtalálni a megoldást!



A vizsgálatok során először azt tisztázza az orvos, hogy a probléma melyik kategóriába tartozik. A leggyakoribb – a korábban leírt stressz inkontinencia – kezelésére számos módszer létezik a konzervatív kezeléstől a műtéti eljárásig. Ezek mindegyikének célja a kialakult anatómiai elváltozások

megszüntetése, a meggyengült medencefenék megerősítése.

A TVT-t, vagyis a feszülés mentes inkontinencia szalag módszerét a '90-es évek elején fejlesztették ki Svédországban. Magyarországon 1996 óta végzik beültetését. A beavatkozást az OEP támogatja. Stressz inkontinencia gyógyítására ez a világon a leggyakrabban és legsikeresebben használt módszer.

Csak olyan szalag szüntetheti meg véglegesen a betegséget ami rugalmas, szövetbarát anyagból készül, és a behelyezés után beépül a szövetek közé. Megemeli a megsüllyedt izomszalagot, s ezáltal helyreállítja az eredeti anatómiai viszonyokat.

A szalag behelyezése kb. 20-25 percet vesz igénybe. Minimális megterhelést jelent a beteg számára, ezért idős betegeknek is elvégezhető. Olyan pacienseknél is behelyezhető, akik korábbi, más jellegű eredménytelen műtéten már átesetek. Klinikai adatok szerint az esetek 96%-ában teljes gyógyulást hoz, a vizeletcsepegés vagy elfolyás azonnali megszűnését eredményezi. A plasztikai beavatkozásokkal ellentétben, ahol az idő múlásával a plasztikázott szalagok újra kilazulhatnak, a TVT hosszú távú megoldást jelent a megfelelő anatómiai feszülés fenntartására.

Fontos megjegyezni, hogy az inkontinencia kialakulásában szerepet játszanak életmódbeli, „civilizáció” tényezők is. Ezek összefüggésbe hozhatók a mozgáshiánnyal, a túlsúllyal, a gyenge izomzattal. Éppen ezért érdemes életmódbeli változtatásokkal kiegészíteni, bármilyen kezeléshez folyamodunk is. A gátizom torna alapvető fontosságú a gyógyulásban, de ide tartozik számos szokás alakítása is. Ilyen például az a nőknél igen gyakori és teljesen érthető szokás, hogy higiénés okok, vagy inkább hiányosságok miatt igen sokáig tartják vissza a vizeletüket. Ez a hólyag kitágulásához, az izomzat meggyengüléséhez vezet.

Emellett az inkontinencia kialakulhat egyéb betegség miatt, vagy más betegségekre szedett gyógyszerek mellékhatásaként is. Ezért is igen fontos, hogy minél előbb orvoshoz forduljunk vele.

SZÉGYENBETEGSÉG, BÉLYEG? Ne törődjön bele az inkontinenciába!

Magyarországon több mint félmillió nő életét keseríti meg a vizeletvisszatartási zavar.

Az adat becsült, mert a többség nem fordul orvoshoz, szégyelli.

Több mint 30 centrum urológiai és nőgyógyászati osztályán alkalmazandó eljárás.



■ Kezdetben csak telt hólyag mellett és extra megterheléskor folyik a vizelet, később a szalagok tovább lazulnak, és egyre gyakrabban, egyre nagyobb mennyiségű vizeletvesztés következik be. Az inkontinencia szinte minden életkorban jelentkezhet, de legjellemzőbben a menopause környékén, és nem csak azoknál, akik szültek.

Mivel vehetjük elejét annak, hogy akár egy tüsszentésre, akár egy szatyor megemelésére, vagy egy ugrásnál el-el csöppenjen a vizeletünk?

Csináltassunk egy vizeletvizsgálatot, mert gyakran egy tünetmentes fertőzés okozza az inkontinenciához hasonló tüneteket. Ha tényleg inkontinencia áll fenn, elsődlegesen folyamodjunk az intimiturnához, amellyel a hüvelyi szalagok, izmok erősíthetők. A szaksegítség ma már általánosan hozzáférhető. A vizeletvesztés előrehaladottabb, makacsabb változatánál szükség lehet műtéti beavatkozásra. Ez korábban lényegében a hüvelyplasztikát jelentette,

melynek során megpróbáltuk a húgycsőnek a végét a saját szövetek összevarrásával úgy megemelni, hogy helyreálljon az eredeti anatómiai állapot. Nem nagy műtét, de altatásos, nagyon sok varratot kell betenni, katéterezni kell és 4-5 nap fekvést igényel. Hátrányai tehát épp a leginkább érintett, hatvan év feletti pacienseknél komoly veszélyekkel járhatnak. Ráadásul az eleve 40-60 %-os műtéti siker hatása elég rövid távú. Sokan félnek is a hüvelyplasztikától. Az új műtéti technikák azonban hihetetlenül leegyszerűsödtek: egy hosszú élettartamú, szövetbarát műanyagból készült hálót helyeznek be a hüvelybe. Ennek segítségével kerül vissza eredeti helyére a húgycső. A háló 15-20 perc alatt behelyezhető, sok országban ambulanter végzik. Katéter alkalmazása sem szükséges. Tízéves vizsgálati anyag bizonyítja, hogy az eljárás hosszú távon is hatékony. A sikeres beavatkozások aránya 70-90 % között van, ami megfelel a nemzetközi átlagnak.

Az inkontinenciavonal száma: 06-30-555-9555

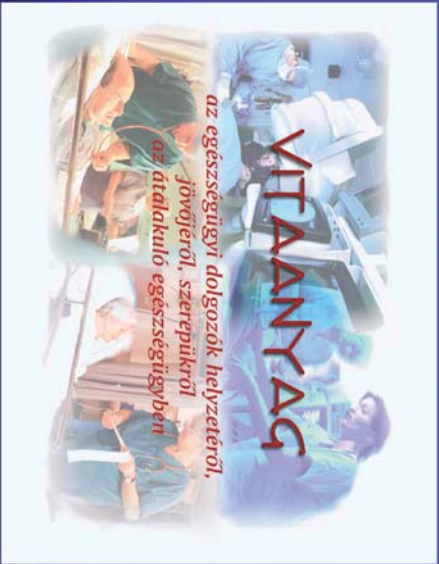
Az egészségügyi dolgozók helyzetéről... 1.

Egészségügyi újságírók továbbképzése Eger 2004. április 22-23.

(a folytatás a 8. oldalon található)



Dr. Vojnik Mária
politikai államtitkár
ESZCSM



1.



Mit tekinthetünk létszámbálynak az egészségügyben, és milyen formái lehetnek?
(Az Egészségügyi Világszervezet egy közleménye alapján)

- *Dinamikus hiány:* ha a kereslet és a kínálat a munkaerőpiacon belátható időn belül képes a hiány pótlására.
- *Statikus hiány:* az utánpótlás nem nő, így az egyensúly nem érhető el.
- *Működési hiány:* nincs a munkaerő-piacon megfelelő képzettségi szakember.
- *Mennyiségi hiány:* nincs elegendő szakember.
- *Szakmai egyensúly-zavar:* nem megfelelő orvos-nővér arány vagy hiány van egy szakterületből.

2.



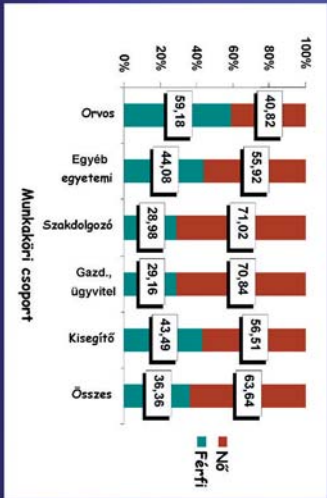
Létszámbálynak formái

- *Földrajzi egyenlőtlenség:* az egészségügyi személyzet átlalános vagy egy-egy specialitásra koncentráló hiánya egy földrajzi területen. Az egyenlőtlenség jellemzően a város-vidék, illetve a gazdag környezet-szegény környezet között alakul ki.
- *Intézményi/szolgáltatási egyenlőtlenség:* az emberi erőforrás hiányában bizonyos szakmák szűkített működése vagy hiánya.
- *Egyenlőtlenség a magán és a közszféra között:* ha valamelyik területen nem arányos számban vagy mennyiségben van az egészségügyi munkaerő.
- *Nemi egyenlőtlenség:* a női és férfi munkaerő aránytalansága.

3.



Munkaköri csoportok nemenkénti megoszlása

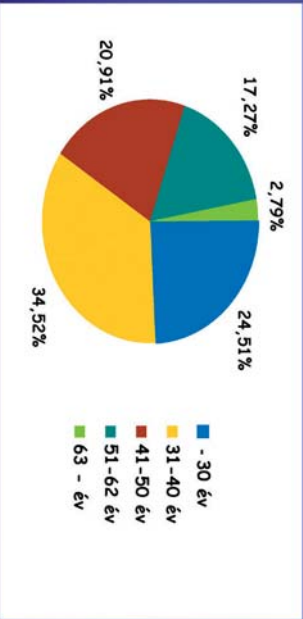


Munkaköri csoport	Nő (%)	Férfi (%)
Orvos	40,32	58,18
Egyéb egyetemi	56,93	44,08
Szakdolgozó	71,02	28,98
Gazd., ügyvitel	70,84	29,16
Kisegítő	56,51	43,48
Összes	63,64	36,36

4.



Orvosok korcsoportos megoszlása

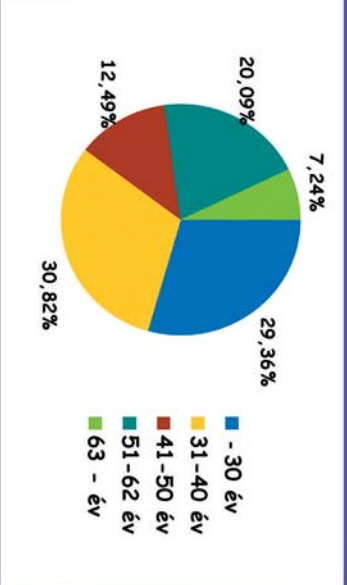


Korcsoport	Arány (%)
- 30 év	2,79
31-40 év	24,51
41-50 év	20,91
51-62 év	34,52
63 - év	17,27

5.



Szakdolgozók korcsoportos megoszlása



Korcsoport	Arány (%)
- 30 év	7,24
31-40 év	29,36
41-50 év	20,09
51-62 év	12,49
63 - év	30,82

6.



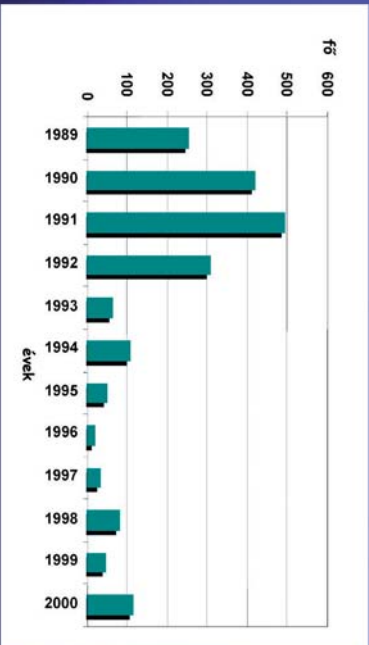
Néhány veszélyeztetett szakma

- Mindannyian tudjuk, hogy a szív- és érrendszeri betegségek sújtanak leginkább bennünket. Esélyeinket nem javítja, hogy a térvérbeteg-ellátásban több mint 10%-os a hiány (31,8 orvosi állás betölthetetlen) a kardiológiában és hasonló az arány a szívbeteg ambuláns ellátásban is.
- Kevésbé, mint 10 a 35 év alattiak száma például érszűkületből, idegsebészettől vagy fertőző orvostanból.
- Közegészség-járványtanból is csupán ketten tartoznak a legfiatalabb korcsoportokhoz, de izotóp-diagnosztikából is csak 3 fiatal veszi át a 13 nyugdíjba vonuló munkáját.
- Az **aneszteziológiában** kb. 140 orvos és 250 szakdolgozó hiányzik, nevezve a műtétes ellátások helyzetét.

7.



Bevándorlók számának alakulása 1989-2000 között

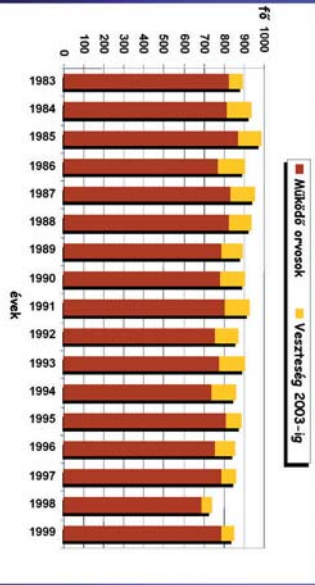


Évek	Szám
1989	250
1990	450
1991	550
1992	350
1993	100
1994	150
1995	50
1996	20
1997	30
1998	100
1999	50
2000	150

8.



Hazai egyetemekről a még működő és az elvesztett orvosok aránya az 1983-1999 közötti évtizedekben, 2003. márciusi állapot szerint



Évek	Működő orvosok	Veszteség 2003-ig
1983	850	150
1984	880	120
1985	900	100
1986	920	80
1987	950	50
1988	980	20
1989	1000	0
1990	1020	0
1991	1050	0
1992	1080	0
1993	1100	0
1994	1120	0
1995	1150	0
1996	1180	0
1997	1200	0
1998	1220	0
1999	1250	0

9.

TÁJÉKOZTATÓ A 2004. ÉV MÁJUSÁTÓL JELENLEG ÉRVÉNYES JOGI ELŐÍRÁSOKRÓL

Az egészségügyi tevékenységek ellátását a korábban is érvényben volt Mt., Kjt és végrehajtási rendeletei (kormány és miniszteri szint) előírásain túl, azok érintetlenül hagyása mellett, további új törvényi szintű szabály, az egészségügyi tevékenységek végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény is szabályozza.

Az új, május 1-el életbe lépett törvény előírásai szerint az egészségügyi dolgozó által bármilyen jogviszony alapján végezhető egészségügyi tevékenység együttes időtartama – hat havi átlagban – nem haladhatja meg a heti hatvan órát, továbbá az egészségügyi tevékenység időtartama egy naptári napon a tizenkét órát akkor sem haladhatja meg, ha az egészségügyi tevékenység végzésére párhuzamosan több, vagy több fajta jogviszony keretében kerül sor. Figyelembe veendő jogviszonyok: szabadfoglalkozású jogviszony, egyéni egészségügyi vállalkozó, társas vállalkozás tagja, közalkalmazott, munkaviszonyban álló, közszolgálati jogviszonyban álló, szolgálati jogviszonyban álló, egyházi személy, önkéntes segítő.

■ Az új törvény gyakorlati végrehajtásával összefüggésben a feladatok következők:

Mindenekelőtt jelezzük, hogy a munkáltató számára a kötelezően végrehajtandó, alkalmazandó előírás a hatályos magyar jog, melynek Európa Úniós előírásoknak való megfeleltetése a jogalkotó tiszte.

A jogszabályok alapján részint nyilatkozatban tanúsítani kell, hogy az egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozók az egyes jogviszonyaik szerinti egészségügyi szolgáltatónál végzett egészségügyi tevékenysége a maximális heti hatvan órát nem haladja meg.

A jogszabály 5. bekezdése alapján nyilatkozni kell minden egészségügyi dolgozónak, arról, hogy több, illetve a több fajta jogviszony keretében végez-e egészségügyi tevékenységet. A maximális hatvan óra tekintetében az adott dolgozó tud nyilatkozni. Nyilatkozata tanúsíthatja azt, hogy az egészségügyi tevékenysége az 5. bekezdés szerinti korlátot nem haladja meg, annál is inkább így van ez, hiszen az egyes munkáltatók csak a náluk végzett tevékenység figyelemmel kísérésére vállalkozhatnak.

Külön, személyenkénti megállapodásban kell / lehet megállapodni önként vállalt heti maximum tizenkét óra tartamú önkéntes többletmunkáról.

Az egészségügyi dolgozó önként vállalt többletmunkára nem kényszeríthető, jogos érdeke ezzel összefüggésben nem csorbítható, a dolgozók között tilos hátrányos megkülönböztetést tenni ezzel összefüggésben. A tizenkét óra önként vállalt munkára történő beosztásra kizárólag a közalkalmazottal történő írásos megállapodás alapján kerülhet sor. Az önként vállalt többlet munkavégzés keretében végzett munka egy órára e díjazásának mértéke a jogszabályban meghatározott díj 50 %-kal megemelt összege. Az önként vállalt többletmunkát kiegészítő szolgálati időként kell figyelembe venni. Ezen törvényi előírás betartásával lehetséges intézményünkben is a heti negyvennyolc órát meghaladóan történő munkavégzés. Miután hat hónap átlagában kell megfelelni a negyvennyolc óra előírásának, így előfordulhat heti negyvennyolc órát meghaladó munkavégzés egyes hónapokban az ügyeleti rend alakítása miatt, azonban hat hónap átlagában számolva ennél magasabb munkaidő mérték csak előzetes írásbeli megállapodás megkötése esetén lehetséges.

A közalkalmazott napi illetve heti munkaideje a tizenkét illetve a negyvennyolc órát nem haladhatja meg. A napi illetve a heti munkaidő mértékébe az osztályos munkarendek kialakítása során be kell számítani a rendes és a rendkívüli munkaidőben (túlóra, ügyeleten belül munkavégzésnek minősülő időtartam) történő munkavégzést is.

2004. május 1-től egészségügyi tevékenységre vonatkozó időtartam heti óraszám maximum hatvan óra lehet, rendes munkaidő (negyven óra) + rendkívüli munkavégzés (nyolc óra) + önként vállalt munka (tizenkét óra).

Az egészségügyi tevékenység időtartama egy naptári napon a tizenkét órát akkor sem haladhatja meg, ha az egészségügyi tevékenység végzésére párhuzamosan több, vagy több fajta jogviszony keretében kerül sor.

A 96/2003. Korm. rendelet jelenleg hatályos előírásai szerint – ha az hatályban marad – az egészségügyi szolgáltatások nyújtására, így például ügyeleti szolgálat ellátására irányuló ÁNTSZ engedélyek 2004.december 31. hatállyal érvényüket veszítik. Ekként az azt követő időben a szolgál-

tatás nyújtására irányuló tevékenységet nem folytathatnak.

A jelenleg hatályos rendelkezések szerint szabadfoglalkozású orvosi vagy közreműködői szerződések köthetők. Ennek érdekében szükséges levélben megkeresni az egészségügyi szolgáltató, így kórház részéről a fenntartó önkormányzatot, járuljon hozzá közreműködői szerződések kötéséhez. Egyébként a szabadfoglalkozású szerződéshez (szakképzett orvosi, vagy szakdolgozói) ÁNTSZ engedély nem szükséges.

■ 2004. május 1-től az ügyelettel kapcsolatos hatályos magyar jogszabályok a következők: A közalkalmazott havonta hat alkalommal kötelezhető ügyelet ellátására. Az ügyeletek tervezésével és kiadásával kapcsolatban szeretnénk felhívni a figyelmet a 233/2000. (XII.23.) Kormány rendelet 12/A §. (1) bekezdésére, amely az ügyelet alatti munkavégzés tartamát állapítja meg:

„12/A. § (1) Az egy ügyeletre eső, a Munka Törvénykönyve 119. §-ának (3)–(6) bekezdése szempontjából figyelembe vehető tényleges munkavégzés időtartama

a) csendes ügyeletnél:

aa) hétköznap 16 órás ügyeleti szolgálat esetén legalább 2 óra,

ab) heti pihenőnapon (hétfőn), munkaszüneti napon, 24 órás ügyeleti szolgálat esetén legalább 3 óra;

b) ügyeletnél:

ba) hétköznap 16 órás ügyeleti szolgálat esetén legalább 4 óra,

bb) heti pihenőnapon (hétfőn), munkaszüneti napon, 24 órás ügyeleti szolgálat esetén legalább 6 óra;

c) minősített ügyeletnél:

ca) hétköznap 16 órás ügyeleti szolgálat esetén legalább 8 óra,

cb) heti pihenőnapon (hétfőn), munkaszüneti napon, 24 órás ügyeleti szolgálat esetén legalább 12 óra.

(2) A tényleges munkavégzés ügyeleti időn belüli aránya legalább

– csendes ügyeletnél 12,5%,

– ügyeletnél 25%,

– minősített ügyeletnél 50%.”

A fenti óraszámokat (a napi rendes munkaidőt követő Ügyelet esetében) két egymást követő naptári napra megosztva kell figyelembe venni, úgy hogy a napi tizenkét órát ne haladja meg.

Az ügyeleti beosztás készítésénél figyelembe kell venni a törvény által engedélyezett napi illetve heti óraszámokat. Nem elfogadható tehát az a kivételes gyakorlat, hogy egy dolgozó például péntek estétől hétfő reggelig ügyeletet legyen. Ugyanakkor, miután az ügyeletnek – a hatályos magyar jogszabály szerint – csak egy része számít figyelembe veendő időtartamnak, így megfelelő – a rendeleti szintű szabályozást is figyelembe véve – az a gyakorlat, ha például a hétfői munkavégzést ügyelet (bármilyen), majd azt közvetlenül újabb nyolc óras munkavégzés követi.

Érvényben maradt az egyes intézmények Kollektív Szerződésében foglalt megállapodás is a napi pihenőidő mértékéről.

Az ügyelet után csak a huszonnégy órás minősített ügyelet esetében jár nyolc óra pihenőidő, ha az ügyeletet munkanap követi.

Nem változott az a szabály, hogy az elrendelhető rendkívüli munkavégzés heti nyolc óra lehet, melynek elrendelését nem korlátozhatják a dolgozó egyéb jogviszonyai.

Az ügyeletek, sürgősségi betegellátás tekintetében további külön végrehajtási rendeletet adott ki az ESZCSM. E rendeletet a 2004. május 18-án érkezett Magyar Közlöny tartalmazta, és a jogszabály előírása szerint a 2004. június 1-jétől kezdődő osztásoknál alkalmazni kell.

■ A 47/2004. (V.11.) ESZCSM rendelet lényeges módosításokat vezet be az ügyeleti rendben, többek között előírja, hogy

Az egészségügyi szolgáltató az ügyeleti ellátást

a) osztályos ügyeleti

b) összevont osztályos ügyeleti (mátrix)

c) sürgősségi ügyeleti

d) eseti ügyeleti, illetve

e) alapellátás keretében szervezett ügyeleti rendszerben, illetve ezek kombinációjával szervezi meg.

14. § (1) A 13. § (1) bekezdés a)–d) pontja szerinti ügyelet szervezhető: a) betegfelügyeleti (csendes) ügyelet; b) ügyelet; vagy c) sürgősségi betegellátó osztály hiányában minősített ügyelet formájában.

(2) Betegfelügyeleti ügyelet szervezése akkor indokolt, ha készenlét azért nem szervezhető, mert a bent fekvő betegekkel kapcsolatosan az ügyeleti idő alatt előre tervezhetően átlagosan legalább 12,5 és legfeljebb 25%-ban kell ügyeleti feladatokat ellátni.

(3) Ügyelet szervezése akkor indokolt, ha a betegfelügyeleti feladatok mellett átlagosan az ügyeleti idő 25%-át meghaladóan, de legfeljebb annak 50%-áig sürgősségi ellátási és betegfelvételi feladatokat is teljesíteni kell.

(4) Minősített ügyelet szervezése akkor indokolt, ha az ügyeleti feladatok ellátása átlagosan az ügyeleti idő legalább 50%-át veszi igénybe. Azon a telephelyen, ahol sürgősségi betegellátó osztály működik, minősített ügyelet nem szervezhető.

(5) Az ügyeleti idő átlagosan 60%-át meghaladó feladatok esetén műszakot kell szervezni.

■ A rendelet rögzíti továbbá a következőket is:

I. Megszakítás nélküli munkarend kialakítása során műszak szervezése az alábbi esetekben kötelező:

1. sürgősségi betegellátó osztályon, sürgősségi centrumban,
2. központi intenzív osztályon a progresszivitás második szintjétől,
3. traumatológiai osztályon a progresszivitás második szintjétől,
4. perinatális intenzív centrumokban,
5. mentés.

II. Műszak szervezése – az adott területen becsülhető betegforgalom, sürgősségi esetszám, munkaterhelés mértéke figyelembevételével – indokolt:

1. idegsebészeti osztályon,
2. stroke osztályon,
3. folyamatos rendben működő képalkotó diagnosztikai, illetve intervenciós radiológiai egységben,
4. műveseállomáson

III. Készenlét szervezése elegendő:

1. speciális műtéti stáb elérhetőségének biztosítására,
2. ahol ritka a nem tervezett beavatkozás szükségessége és az érintett osztály/részleg nem felvételes:
- szemészet,
- reumatológia,
- fül, orr, gége,
- ortopédia,
- urológia,
- bőrgyógyászat,
- orvosi rehabilitáció

IV. Ügyelet szervezése indokolt:

1. szülészeti osztályon,
2. gyermekgyógyászati osztályon,
3. sebészeti osztályon,
4. kardiológiai osztályon,
5. pszichiátriai osztályon,
6. neurológiai osztályon,

V. Az I–IV. pontokban nem nevesített területeken a folyamatos ellátás bármely formában megszervezhető.

Fentiek alapján, a jogszabályok adta keretek és a szakképzett, rendelkezésre álló szakember létszám adta lehetőségek között kell a munkarendeket a folyamatos és zavartalan betegellátás érdekében kialakítani.

Dr. Prokaj Rudolf jogász
Markoth F. Kórház Eger.

MEGÁLLAPODÁS

Felek rögzítik, hogy a 2004. május 1-től hatályos rendelkezések szerint az egészségügyi tevékenységre vonatkozó időtartam heti max. 60 óra lehet, a következő részletezéssel: rendes munkaidő (40 óra) + rendkívüli munkavégzés (8 óra) + önként vállalt munka (12 óra). Az egészségügyi tevékenységek végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény fenti rendelkezése alapján a heti 40 órás munkaidőn és a 8 óra rendkívüli munkavégzésen túl az önkéntes munkakeretről a Felek az alábbi megállapodást kötik:

A munkáltató....., valamint a közalkalmazottaz önkéntes munkakeretet heti 12 óra mértékben állapítják meg azzal, hogy ezen önkéntes többletmunkakeret igény szerint kerül felhasználásra, és a Munkáltató az osztályvezető főorvos révén előzetesen egyeztet a Közalkalmazottal, ha önkéntes munkakeret keretében egészségügyi tevékenység ellátását kell a Közalkalmazottnak elvégeznie.

A megállapodás hatálya: 2004. június 01-től 2004. december 31-ig

Felek az önkéntes többletmunkavégzés díjazásában megállapodnak akként, hogy az önkéntes többletmunkavégzés díja

- a) az alaplunkadíj 100% -al növelt összege.
- b) az alaplunkadíj és a túlmunkapótlék 50% -al növelt összege.

Az önkéntes többletmunkavégzés szerinti munkakör és osztály:

Eger, 2004.

munkáltató

közalkalmazott

A tájékoztató melléklete: az önkéntes többletmunka megállapodás egy lehetséges mintája

Egészségügyi reform

Az elmúlt tizenöt évben több politikai indítatású, egészségügyi szakmai dolgozat jelent meg, amelyekben a szerzők az egészségügy reformját sürgették, és megoldásokat ajánlottak a fokozódó forráshiányból adódó problémák megoldására. Az értékes javaslatokat összegyűrve az nem állt össze a nagy többség (a lakosság, az egészségügyi dolgozók, a politika) számára elfogadható rendszerré.

Az utóbbi hónapokban a minisztériumban kidolgozott, az ellátásszervezőkről szóló, „az egészségügy egészét megreformálni” szándékozó törvénytervezetet bocsátottak társadalmi vitára. A Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Kórházszövetség határozottan tiltakozott a javasolt koncepció ellen.

Elemezve az elmúlt tizenöt év alatt megjelent, az egészségügy reformjával kapcsolatos anyagokat, megállapítható: kormányprogramok részeként az egészségpolitika – politikai kurzusonként más-más részeket részesítve előnyben – meghatározta az egészségügyi rendszer átalakításának az irányát. Ennek alapján a minisztériumban, a parlament egészségügyi bizottságában született elképzeléseknek csak egy része került át véleményezésre a szakmai és az érdekvédelmi szervezetekhez. Az egyeztetések a kijelölt irányvonalon minimális változtatást engedélyeztek. Az egészségügyi társadalom nagy részének nincs tudomása a változások valódi okairól, a várható költségekről, a remélhető előnyökről, az esetleges negatívumokról.

A privatizált egységeket is beleszámítva az egészségügyi dolgozók a szakma rendszerén kívülre szorultak. Nem tulajdonosai a munkaeszközöknek, a kórházaknak, a házior-

vosi és a szakrendelőknek, továbbá nem rendelkeznek azzal a pénzösszeggel, amellyel ezeket működtetni lehetne, és nem maguk választják meg vezetőiket. Az egészségügyi dolgozók csak erkölcsileg – szakmailag és anyagilag alig –, a lakosság meg egyáltalán nem érdekelt a betegségek megelőzésében.

A hibák sokaságát kiküszöbölő megoldási javaslat pénzügyi alapja: az egészségügy egészét átfogó, az eddigiektől eltérő alapokon működő, a gazdaság aktuális teljesítőképességére, az ebből megszerezhető állami költségvetési hozzájárulásra és a mindenkor társadalombiztosítási és adóbevételekre alapozott rendszer. Segítségével javul a munkaszervezettség, és általa feltárhatók a pénzügyi tartalékok. Minden egyes dolgozó a rendszer szerves részének, alkotó elemének érezheti magát, és átfogó képe van az ellátórendszer egészének a működéséről, amibe érdemlegesen is beleszólhat. Maguk határozzák meg, hogy milyen új kezelési módszereket, struktúrákat tartanak szükségesnek. Optimális munkaszervezés és költséghatékonyság esetén a megtakarított összegek felhasználhatók a bérek emelésére, új műszerek vásárlására, felújításra, aszerint, hogy a régió munkaközössége miként határoz.

A finanszírozás: a ma is érvényes törvényi szabályozás értelmében a tulajdonos kötelessége a felhalmozás költségeinek a biztosítása: műszervásárlás, felújítás, épületek állagának megőrzése stb.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) szolgáltatja a fedezetet az egészségügyi intézmények működéséhez: a betegellátmányra, a bérekre, a rezsi-költségekre stb.

Az állam alkotmányos kötelessége, hogy a költségvetés terhére megteremtse az OEP bevétel

és kiadás egyensúlyát, felszámolja a tulajdonos önkormányzatok anyagi mulasztásait. Ezek együtt elégségesek arra, hogy a szolgáltatásokat értékükön lehessen megfizetni.

Az Európai Unió javaslata alapján az országban régiókat kell kialakítani, javaslatunk szerint a régiókban egy-egy báziskórházzal. Az egyes régiók egészségügyi intézményeinek összes költségét és a gyógyító–megelőző ellátáson túl minden költséget (táppénz, utazási költségek, gyógyszer-, gyógyászatiségedeszköz-támogatás, utókezelések, védőnői hálózat, házi ápolás stb.) a régió szakmai felügyeletét is ellátó báziskórház az OEP-től havonta lehívja.

Az ajánlott egészségügyi rendszer megfelelő működéséhez az elmúlt években „kimazsolázott” kórházi részlegek (laboratóriumok, élelmezés, képalkotó diagnosztika stb.) a háziorvosi és a szakrendelők eddig funkcionálisan privatizált egységeinek, a gyógyszer-tárak és a gyógyászati-segédesszkögyártók felülvizsgálata szükséges, mert ezek a mind nagyobb betegforgalomban, a mind több és drágább vizsgálatok elvégzésében, a nagyobb gyógyszer- és segédesszközhasználatban érdekeltek stb. Legfőbb feladatuk, az egészség megőrzése és a már beteg ember egészségének mihamarabbi visszaállítása másodlagossá vált.

Az egészségügyi intézmények (kórházak, szakrendelők, háziorvosi, fogorvosi rendelők, klinikák épületei stb.) és az ezekben levő berendezések, műszerek elidegeníthetetlenül maradjanak a települési önkormányzatok, a megyék, az egyetemek stb. tulajdonában.

Az egészségügy finanszírozása maradjon döntően a központilag beszedett járulékokra és az állami költségvetés által kiegészített, állami-

lag ellenőrzött és garantált összegekre. Törvényben kell rögzíteni a térítésmentesen hozzáférhető, mindenkinek egyenlő ellátások körét, amelyet a kötelező egészségbiztosítás nyújt. A kiegészítő biztosítás csak részleges igény, és a magánforrásokra épülve tölthet be korlátozott szerepet. A betegek szabadon megválaszthatják, hogy hol kezeltetik magukat, mert ennek a költségeit a báziskórházak egymás között havonta kiegyenlítik. A régió ellátását biztosító egészségügyi közösségeket arra ösztönzi, hogy minél jobb munkát végezzenek, ne veszítsék el a betegeket, mert a máshol gyógyulók kezelési költségeit át kell utalniuk, ami csökkenti anyagi keretüket.

Az egyes régiók egészségügyi dolgozói közösen dolgozzák ki azt a koncepciót, amely megszabja feladataikat. Ők határozzák el, hogy milyen módszereket és struktúrákat tartanak szükségesnek, kell-e osztályokat bezárni, dolgozókat elbocsátani, netán létszámot bővíteni, új részlegeket nyitni.

A „tulajdonos dolgozók” a rendszeren belül vannak, ezért közvetlenül érdekelték az épületek állagának a megővésában, abban is, hogy a több millió forintot érő műszerek minél gazdaságosabban működjenek, takarékoskodjanak az anyaggal, a gyógyszerrel, az energiával, mert ha nem, a közösség pénze vesz el.

A takarékosság, a belső tartalékok feltárása öntörvényű követelménnyé válik. Amennyiben fix keretből kell gyógyítani, törekedni fognak arra, hogy a betegek mihamarabb gyógyultan hazabocsáthatók legyenek. A beteg azt kapja és csak annyit, amennyire szüksége van.

E rendszerben biztatások nélkül is valós tartalmat nyer a megelőzés. Érdekeltek abban, hogy a felvilágosítással és a neveléssel megelőzzék a betegségeket, mert ez a legolcsóbb befektetés.

Dr. Jánosi Gábor orvos

Magyar Hírlap vélemény–vita rovat
2004. május 26.

Az egészségügyi dolgozók fizetéséről

Az unióba való belépéssel komolyan felvetődik az orvosok Nyugat-Európába vagy más földrészre való kivándorlásának lehetősége. Ezzel párhuzamosan a MOK szerint körülbelül nyolc-tízezer orvos van közel a nyugdíjhoz. A WHO 2000. évi jelentése szerint a 101. helyen állunk a 180 országot elemző betegségi listán.

A rendszerváltás óta egyetlen, sem jobb-, sem baloldali politikus nem vette magának a bátorságot ahhoz, hogy kijelentsse: az orvosi legyen a legmagasabban fizetett alkalmazotti réteg az országban. Ilyenkor mindig a tanároknak, mérnököknek, más alkalmazotti rétegek fizetésére szoktak hivatkozni, no meg a kedvenc témára, a hálapénzre. Állandóan hangoztatni kellene, hogy az emberek tudatába belevésődjék: a nyugati országokban ismeretlen a hálapénz, mert tisztességesen megfizetik az orvosokat. Itthon is el lehetne érni, hogy a versenyszférához hasonló fizetéssel és ne csak jelszavakkal honorálják az orvosokat. Nem jó érvelés a jelenlegi miniszteré, nevezetesen, hogy az ötvenszázalékos béremelés sem szüntette meg a hálapénzt, mert az egészségügyi dolgozók így sem tartoznak a jól fizetett rétegbe.

Miért ismeretlen a paraszolvencia Németországban? Azért, mert ott az orvos a legális jövedelméből is képes tisztességesen megélni. Az 1980-as években például Jugoszláviában természetesen vették, hogy az orvos többet keres a tanárnál, mérnöknel, közhivatali dolgozónál. Csehszlovákiában is hasonló volt a helyzet (szándékosan nem a „fejlett Nyugatot”, hanem a volt szocialista országokat hozom példaként Nem lehet elintéztetnek venni az orvoshiány kérdését azzal, hogy majd pótoljuk Kárpát-Ukrajnából, Erdélyből, Délvidékről jött orvosokkal, ha az itthoniak külföldre mennek. A színvonal sem mindegy, nem véletlen, hogy a magyar egyetemek képzési színvonalát elismerik azzal, hogy nem követelnek honosítási vizsgát számos országban, ellentétben a román, ukrán stb. diplomákkal.

Külön ügynökség alakult, amely toborozza az orvosokat az uniós kórházakba. Éppen a tehetséges, nyelveket tudó, kellő kezdeményező-készséggel rendelkező kollégák fognak kimeni, és a jelenleg amúgy is romló színvonalú betegellátás sínyli majd meg ezt az exodust.

Az 1970-es években kedvenc professzorom, Magyar Imre írta, hogy az orvos keressen annyi pénzt, hogy ne kelljen foglalkoznia a pénzzel. Ez ma is érvényes.

Dr. Felméri János

Budapest, (MH.2004.máj.26.Vélemény rovat)

Zuhog az eső. Tüntetünk. Nemzeti sorskérdéseket befolyásoló követelések is szerepelnek az okok között. A néhány száz főből tömeg, feltételezhetően felelős, a veszedelmeket az átlagnál jobban megértő–felismerő emberekből kell álljon. Minden esetre ezt feltételezem, vagy feltételezhetném. Hiszen vették a fáradságot, hogy ebben a zord időben, és az eredménytelenség jelentős kockázatával, ide jöjjenek.

A szónokok és szépséges hazafias dalokat éneklő művészek egymást váltják. Széles nemzetiszm szalagot vágnak át a felek, szövetségük megpecsételése. A feliratok szellemesen állítják pellengérré a nemzetrontó szándékú kormányt. A hangulat jó, varázsa van, szinte felemelő. A zuhogó esőben senki sem hátrál meg. Az egyik szónok arról beszél, hogy nemsokára már keletről kell orvosokat hoznunk, olyanokat, akik nem tudják majd magyarul kérdezni betegeiket... És ekkor véget ér számomra a varázslat. Hangulatom mélypontra zuhan. Elhal a remény, a bizakodás. Sikerült ezt a nemzetet végleg elbutítani.

Hogy miért jut ez eszembe? Mert az eddig feszülten és némán figyelő tömegből, így közelemben is őt-hat helyről, ugyan azt a néhány szót hallom: majd a románok. Az eset kérem a mai Magyarországon történt, Budapest az egészségügyiek tüntetésén.

Ez van, mondják erre. Meg azt is, hogy: ezt kell szeretni. De én nem szeretem, és nem akarom, hogy ez legyen. Mikor figyel már fel valaki erre, és mikor fogja mindenki számára elmagyarázni, megfelelő médiasegédlettel, megfelelő módon, hogy kik ezek a románok akiről én magam már több mint negyedszázada hallok, de az itt született ötven év alattiak születésüktől hallják ezt.

Hallom, folyton hallom, hogy a románok, a tótok, a szerbek, az oroszok vagy ukránok. Alig hallom, hogy mit vesztett ez az ország a románok, a szlovákok, a szerbek, az ukránok stb.

MAJD A ROMÁNOK...

Lépcsőházi gondolatok egy tüntetés kapcsán, avagy hová tűntél nemzeti identitás

javára. Hogy hány magyar lakik ott a mesterséges határokon túl. Magán-kísérleteim vannak, nyitogatnám a szemeket, töltögetném a koponyabéli vákuumokat.

Minthogy negyedszázada a Dunántúlon élek, az itt szájkodót szoktam inteni ekképpen: „*Uram, ha annak idején Benesék még ügyesebbek és Bratianu kissé ügyetlenebb, akkor előállhatott volna egy olyan furcsa helyzet, hogy a Dunántúl lenne szláv korridor (rám bámul, soha nem hallott ilyenről) és Erdély részben, vagy egészben Magyarország lenne. Ez esetben, ha valamely okból Ön lett volna kénytelen oda települni, úgy gondolja, hogy például szlovák lenne? Vagy rác?*”

Persze azon is elgondolkodom, hogy mennyire fogékonyabbak még a magyarok is arra, ami nyugaton természetesnek tűnik, s amit nekik elmagyarázni oly nehéz. Hiszen a francia alig érti meg, hogy egy román állampolgár nem román, hanem magyar. De még az angol sem. Pedig az állampolgárra és a nemzetiségre két külön szó létezik nyelvében. És annak ellenére, hogy közöttük ott él az egyre több bevándorolt. Innen eszembe jut az is, hogy már a bevándorló és a határmódosítással kisebbséggé lefokozott őslakó között sem látnak különbséget az európai hivatalok.

Mi lehet az az ok, ami ezt a helyzetet létrehozta? Elég az a magyarázat, hogy ott nyugaton, az akár durva eszközökkel is megoldott nyelvi homogenizálás, még a nemzeti öntudatok kialakulását megelőzően megtörtént? Talán igen. De ez semmi esetre sem lehet egyedüli ok. Ha azonban a nyugatiaknál meg is tudjuk ezt magyarázni ezt a tompalátást, teljesen érthetetlennek tűnik mifelénk. Itt, ahol ma is ennek keserveit éljük, éppen pont nálunk?

S íme mégis. Az erdélyi magyar meg-

marad az anyaországi számára romának. Különös jelentősége van ennek, amikor valami okból rossz fényben tűnik, vagy tüntetető fel „az idegen”. A pesti magyar például a Moszkva térről gyűjti etnikai tapasztalatait. És persze azok ott nem jók. Arrafelé a rossz tapasztalat lehetősége sokkal valószínűbb. Ismerjük kik centrifugálódnak e helyzetbe, tisztelet a nem ritka kivételeknek.

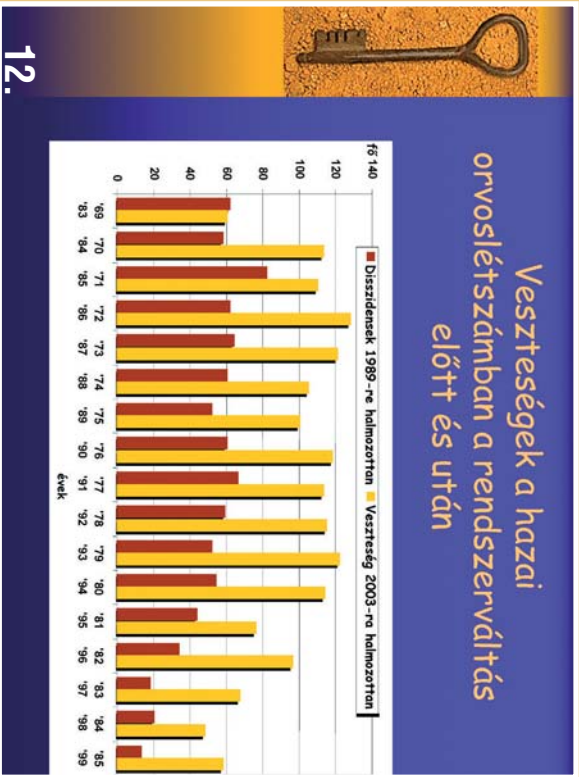
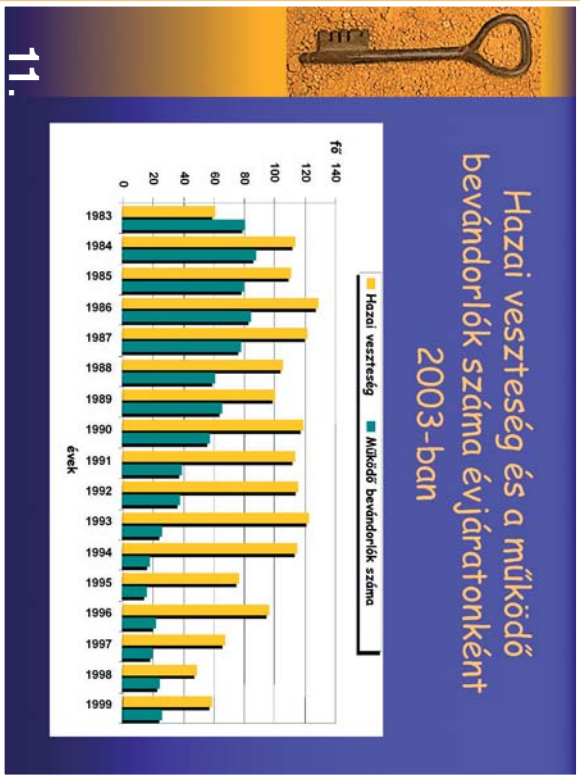
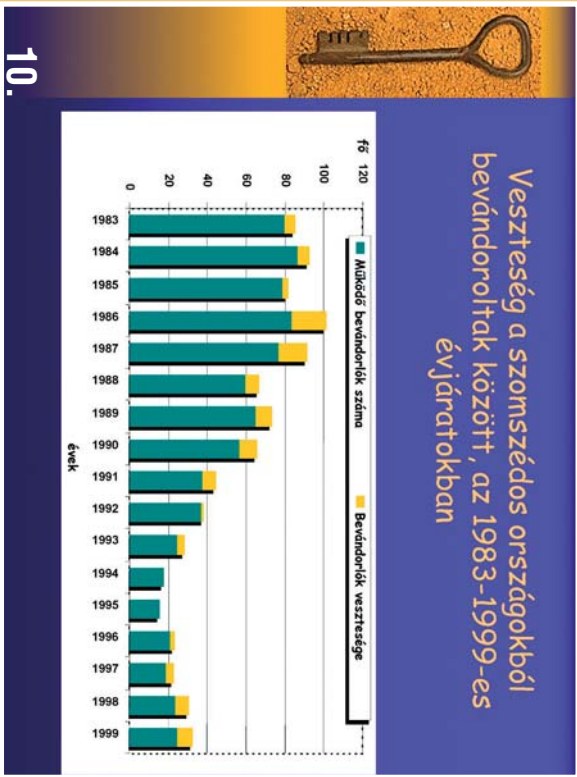
Arról, hogy a változások után átsodródó kontraszelektáltak mit ártottak hírünknek, külön kellene értekezni. Ezt el kell ismerni. De most nem erről beszélünk.

Mi lehet tehát az ok? Én azt hiszem, hogy az okot a megmérgezett (erre felé: lemérgezett) tudatokban kell keressük. Azokban a tudatokban, amelyekben az sem csapódott le, hogy ki a magyar. Szerintük az az egyén, aki Magyarországon lakik. Valahogy talán így. Mert ezen túl aztán már más dolga nincs is senkinek azért, hogy magyarnak nevezhesse magát és más ismértve sem kell legyen. A negyven éves agymosás és a második ciklusban működő szociál-liberális hatalom elérte az egyik – számára igen fontos – célt. Magyarországon nem tudják ki a magyar, s főleg nem tudják mit jelent magyarnak lenni. Hogy várhatnánk el akkor tőlük a leszakadt nemzet-részekkel kapcsolatos szélesebb ismereteket is? A beszélők tehát nem tudják mit cselekednek. Nem tudták mit mondanak.

A tüntetés számomra mégis véget ért abban a pillanatban. Örültem, hogy eljöhett. A Duna túlsópartjára érve meglepődvé láttam, hogy a nap mégis kisütött. Mintha tudta volna, hogy ő a Nap. És azért, mert egyedül csak ő tud így ragyogni. De csak addig, amíg ennek a szép feladatnak eleget is tesz.

Dr. Szász István Tas

Leányfalu



A szakmai utánpótlás biztosításának lehetőségei

- ♦ A szakorvos jelölt jövőndő munkahelyével kössön munkaszerződést (rezidensi díj mellé a társadalmi ösztöndíj lehetőségének megteremtése)
- ♦ A központi gyakornoki rendszer visszaállítása a hiányszakmák szakembereinek pótlására - egyetemi, minisztériumi kvóta

A szakmai utánpótlás biztosításának lehetőségei

- ♦ Részmunaidős szakképzés bevezetése
- ♦ A rendszerbekerülés - felvételi vizsga eltörlése, alkalmasság vizsgálata a munkaszerződést megelőzően a leendő munkahelyen
- ♦ Törzsképzés+ szakgyakornoki idő
- ♦ A törzsképzés a szakmai készségek kialakításának ideje
- ♦ Modul típusú képzések (pl.: belgyógyászati típusú szakvizsgák törzsképzése egyezzen meg)

A szakmai utánpótlás biztosításának lehetőségei

- ♦ Képzési curriculum-ok felülvizsgálása és egyeztető munka az új szakmai kollégiumokon belül
- ♦ Tutor-mentor arányok felülvizsgálata - a tutor felkészítésének megerősítése

A szakmai utánpótlás biztosításának lehetőségei

- ♦ A szakgyakorlat idejét a jelölt elsősorban leendő munkahelyén tölthesse (az intézmények akkreditációja egyébként is tevékenység típusonként történik).

A szakmai utánpótlás biztosításának lehetőségei

- ♦ A felsőfokú képzés-és szakképzés, valamint az orvos továbbképzés egymásra épülve szolgálja a magasszintű tudás megszerzését, megőrzését az ellátás színvonalának javításában.

Együttműködés a társadalommal

- ♦ A társadalom magát minősíti azzal, hogy mennyit szándékszik az emberekre fordítani. A rendszeressé váló igény- és szükséglet-felmérés eredményeit is ismertetni kell.
- ♦ Fontos lenne, hogy a média - eseti szembeálló ügyek helyett - rendszeresen közlétegye egyes egészségügyi intézmények minőségét, főbb mutatóit, netán városlátit is. Az ehhez szükséges adatszolgáltatásra ma már képes mind az Egészségbiztosítási Pénztár, mind más szereplők - és a mai magyar lakosságot ismerve, biztosak lehetünk abban, hogy az ilyen lapszámoknak bőven lenne keletje.

Az egészségügyi dolgozók helyzetéről... 2.

Egészségügyi újságírók továbbképzése Eger 2004. április 22-23.

(az 5. oldal folytatása)

Dr. Vojnik Mária
politikai államtitkár
ESZCSM



A Vaszary Kolos Kórház megépítése és átadása (1902.) óta 1950-ig az ápolási feladatokat a Szatmári Irgalmas Nővérek végezték. 1950-ben került az esztergomi kórházba Kádár Erzsébet, aki az intézmény első világi nővérvezetője volt. Otthonában beszélgettünk, a kiváló egészségi állapotnak örvendő egykori intézetvezető főnővérrel, Dinnyés Istvánnéval.

A ma dolgozó ápolónők közül már kevesen dolgoztak együtt Önnel, ezért kérem, hogy röviden mutakozzon be.

– 1921-ben Hódmezővásárhelyen születtem, édesapám kőfaragó volt, aki az I. Világháborúban bal lábát elvesztette. Édesanyám otthon négy testvéremmel együtt nevelt minket.

Mikor került kapcsolatba az egészségüggyel?

– 1939-ben elvégeztem az önkéntes ápolónői tanfolyamot a Vöröskeresztnél, melynek helye a hódmezővásárhelyi kórház volt. Ez az intézmény akkor nyolcszáz ágygal rendelkezett a hozzá tartozó szanatóriumokkal együtt. A tanfolyamot elvégezve 1940-től két éven keresztül a Kakasszéki TBC. Szanatóriumban lettem vezető nővér. Ekkor megkaptam a katonai behívómat az V. számú szegedi kórházvonzatra, de kérelem nélkül felmentettek a szolgálat alól és kihelyeztek a Kút völgyi Szanatóriumba, ami szintén a kórházhoz tartozott. Kút völgy 5 km-re az előbb említett Kakasszék 10 km-re volt Vásárhelytől. 44-ig dolgoztam szanatóriumban, ekkor azt fel kellett számolni a háborús események miatt, így kerültem vissza a nagykórházba.

Milyen osztályon kezdett dolgozni?

– A sebészeten dolgoztam. Ott az osztályvezető akkor dr. Láng Imre volt, aki később Szegeden professzor lett. Amikor a front közeledett a városhoz, a sebesülteket elvitték, az utolsó kocsival Láng tanár úr is elment. Engem is el akartak vinni, de legidősebb gyerekként gyakorlatilag én tartottam el testvéreimet és szüleimet is segítettem. 1950-ig dolgoztam Hódmezővásárhelyen.

Láng tanár úrral nem is találkozott később?

– De! A tanár úr két év után visszakerült a fogságból és ő volt az, aki engem műtősnőként iskoláztatott be. 1951. tavaszán Budapesten meg is szereztem a műtősnői diplomát.

Hódmezővásárhely messze van Esztergomtól, milyen úton-módon került a királyvárosba?

– A vizsga utáni napon közölték velem, hogy áthelyeznek Esztergomba műtősnőnek. Ezt az

áthelyezést lemondani nem lehetett, hiába próbált intézkedni Láng tanár úr is. Annyi engedményt kaptam a minisztériumi személyzetistől, hogy elmondta, ha egy évet eltöltök Esztergomban, visszamehetek Vásárhelyre. Nem is mehettam haza elköszönni, és egy ideig az új címemet sem volt szabad megírni. Egy hónap múlva írhattam csak meg, hogy Esztergomban dolgozom, és három hónap eltelte után mehettam haza először. Kb. harmincan végeztünk a műtősnői tanfolyamon és mindenki úgy járt, ahogyan én. Azt az utasítást kaptam, hogy május 15-án reggel 8 órakor jelentkezsem az esztergomi kórház igazgatójánál. Esztergomban ugyanezen a napon gyűjtötték össze a Szatmári Irgalmas Rend apácáit, és teherautóra rakva eltávolították őket a kórházból. Utólag tudtam meg én is, hogy ez egy titkosan szervezett központi intézkedés volt. A főkapun hozták be a huszonkét új nővért, akik leváltották azt a harminckét apácát, akik a másik kapun busszal távoztak. Nem is találkoztunk velük.

Egy év után nem ment vissza Vásárhelyre.

– Közben férjhez mentem és így véglegesen Esztergomban maradtam.

Meséljen, kérem milyen volt kórházunk 1950-ben?

– Hódmezővásárhely egy jól felszerelt modern kórház volt, jó szakemberekkel és nagy forgalommal. A városban 80 ezren laktak. Az esztergomi intézet kisebb volt, kevesebb osztállyal. Műtősnőként egyedül vettem át a munkát mely négy műtőben történő feladatokat jelentett.

Kivel operált először Esztergomban?

– Dr. Kovács Tiborral, a sebészeten ő volt az alorvos, Baranya László pedig a segédorvos. Ebben az időben Dr. Szabó Zoltán vezette a kórházat és ő volt a sebészet főorvosa is. Szabó Zoltánnal azért nem találkoztam 50 májusában, mert ő már a kút völgyi kórházba került. Ebben az évben még négy-öt alkalommal vendédként visszajött, amikor is én asszisztáltam neki. Oravecz István lett az új főorvos és később jöttek a fiatalok. 1953-tól Erdei István lett a főorvos helyettese.

Meddig volt egyedül a műtőkben?

– Kezdetben Kovács és Major főorvosok meg-egyeztek és összehangolták az operációkat.

In Memoriam Dr. Veress Sándor

A közelmúltban fájó hírt közvetített indirekt úton a posta egy célba nem ért postai küldemény kapcsán. Mindig megdöbben, ha valamelyik előfizető részére expedált lap meghalt megjegyzéssel kerül vissza. Ilyenkor némaság lesz úrrá rajtam és valamilyen megmagyarázatlan rendezői elvtől vezérelve külön polcon gyűjtöm az így vissza-került küldeményeket, miközben az adatbázisban átvezetem a változást. Bizony a 15 év alatt – mióta gondozom e lapot – jelentős át nem vett postai küldemény gyűlt össze, benne a különböző példányszámok a néhai ismerős ismeretlenjeimmel.

A Látlelet országos lap és távmunkában szerkesztődik. Tapolcától–Miskolcig, Nyíregyházától–Százhalombattáig, Győrtől–Oroszvárig élő a kapcsolat, s az is igen gyakori, hogy a lap rendszeres munkatársai között olyanokat is magaménak tudhatok, akikkel nincs személyes kapcsolat.

Szegedről olvasói reflexióval jelentkeztet még valamikor harminc évvel ezelőtt Dr. Veress Sándor, majd az évek során rendszeres tudósító lett. Érzékenyen reagált mindig az aktuális egészségpolitikai kérdésekre, de nem volt hiányában a kritikus hangvételnek sem. Az utóbbi időben fáradhatatlanul követelte a végzett munka mennyisé-

gének és minőségének arányában történő orvosi munka ellentételezését és tagadta bármely reformnak a létjogosultságát, amelyik nem rak rendet a legális és illegális jövedelem között, miközben a hivatalos dekrétum az EU konformitásról szól.

Vele volt alkalmam személyesen is megismerkedni. Pár évvel ezelőtt Gyulán az Egészségügyi Dolgozók Művészeti Találkozóján, – ahol zsűrielnök volt – egy rövid ideig gondolatot is tudtunk cserélni. Akkor épp egy hasonló célú civil kezdeményezés átszervezésén munkálkodott, ahol soros elnöként – ha jól tudom, szélesebb platformmá akarta kiszélesíteni a szerveződést. A múlt évben még kaptam tőle anyagot, de az utóbbi időben nem jött hír felőle. A tiszteletpéldányokat rendszeresen postáztuk, egyszer sem jött vissza, hogy a címzés elégtelen. Egészen lapunk legutolsó számaig. Akkor vett magán erőt a posta, és visszaküldte azzal a fájdalmas egyetlen szóval, amittől magyarázatra talált az elmúlt idők némasága... Eltávozott közülünk, még tavaly és mivel egyedül élt, nem volt ki tudassa elmentét... Mint ahogy arra sem találtam kollégát, aki vállalta volna, hogy egy pár szóval elbúcsúztassa. „Összeférhetetlen, magának való ember volt,” – mondta az egyik, „csak kritizál-

ni tudott” – mondta a másik és abban valamennyien hasonlóan zárták az ügyet, hogy adtak egy nevet, kit kérhettek fel egy pár sor megírására. Egyetlen ember volt, aki ímí ugyan nem akart, de annyi jót elmondott, hogy „nem gondoltam volna, hogy Sándor ennyire magányosan élt.”

Kedves Dr. Veress Sándor! Kellő tisztelettel búcsúzunk Tőled annak reményében, hogy hosszúra nyúlt életed – állítólag bőven túljutottál a nyolcadik x-en – teljes volt és még életében hozott némi örömet. Nem tudunk rólad semmit, de közreadjuk elmenteled, hátha van olyan, aki ismert Téged és most tollat ragad, hogy tájékoztasson minket életutadról, amely elkötelezett volt egészségügyünk iránt és kitetszett belőle mindig az ágazat szeretete. Te már megteheted ott fenn, hogy békéért, szeretetért, megértésért lobbyszál az égieknél értünk, itt maradtokért a lélektől-lélekigben. Mert a jelenlegi egészségügyünket érintő helyzetünkben bizonyára közre játszik az a tény is, hogy olykor még halálunkkal sem válthatjuk meg embertársaink együttérzését. Mi megkésve, tisztelettel adózunk emlékednek és kötelességünknek érezzük, hogy a Látlelet nevében a kegyelet koszorúját elhelyezzük földi nyughelyednél, amit még előbb meg kell keresnünk.

Dr Kollárné Balla Anna
főszerkesztő

Beszélgetés a kórház első főnővérével

Egy hónapi gyakorlatilag éjjel-nappal szolgálatban voltam. Ki se mentem az épületből, a műtő és a kötöző között éltem. Másfél hónap után ez a helyzet tarthatatlanná vált, sikerült segítséget találni. Először Békefi Erika lett a munkatársam, majd utána fokozatosan nőtt a műtősnők száma. 56-ra már négyen voltunk: Békefi Erika, Galambos Mária, Spóner Júlia. 1950 előtt az apácákat főnővér irányította.

Ki irányította 50 után a szakellátást?

– A műtő átvétele után felkértek, hogy felügyeljem az osztályokon végzett szakellátást, segítsen annak megszervezését. A huszonkét új embert elosztottuk az osztályok között az ágylétszámnak megfelelően. Kevesen voltunk, de az apácák mellett dolgozó segédápolók a kórházban maradhattak.

Kik voltak az egyes osztályokon a főnővérek?

– A sebészeten Szalai Erzsébet, a belgyógyászaton Barta Margitka, a szülészetben Pfeifferné Eta madám, a gyermekosztályon Löcse Márta volt a vezető, aki régen apáca volt, de már korábban kilépett a rendből. Két év múlva Takács Kati vette át a helyét. Férfiak is dolgoztak a kórházban, Vágner Nándor még a katonaságnál, mint egészségügyi katona látott el szolgálatot, és a háború után a kórházban maradt. Ő a sebészeten dolgozott. Valkó János a rtg-ben volt asszisztens, Tingyela Mihály műtősfő volt, Mechler József a belgyógyászaton dolgozott, de a prosecturán is kisegített.

Mi történt 50-ben a kórházi kápolnával?

– Az apácák távozása után a kápolnát bezárták, később olyan határozott született, hogy hasznosítani kell, irodákat helyeztek el benne, egy része pedig raktárként üzemelt.

1956-ban a Sötét-kapui sortűz kapcsán a kórház az érdeklődés előterébe került.

Hogyan emlékszik vissza erre az eseményre?

– Vasárnap történt. Ügyeletes voltam, szóltak, hogy jöjjenek a kötözőbe, mert valami baj van. Szaladt Csernohorszky dr. is, mert lövéseket hallottunk. Rengeteg sérült került a kórházba. Oravecz, Marcell, Csernohorszky, Kiss főorvosok mind dolgoztak. Operáltak a nagyműtőben, ellátták a kötözőben a sebesülteket, a szülészetben Csernohorszky operált. Hívás nélkül jöttek az orvosok és a nővérek, még a rendelősök

is, és mindenki segített. Az első nap és az első éjjel az esztergomi sebesülteket láttuk el, ezután a környékről is hoztak sérülteket.

Hogyan alakult a későbbiekben kórházunkban az ápolás helyzete?

– 1957. januárjától hivatalosan is, státusz szerint én lettem a középkaderek vezetője, és 1977. január 1-ig láttam el ezt a feladatot. Ez alatt az idő alatt számtalan orvosvezetővel dolgoztam. Major főorvos biztos fellépésű emberi egyéniség volt, rendkívül barátságos tudott lenni, Gertner tanár úr, mint igazgató jól ellátta feladatát, de emberileg tartózkodóbb volt. Bárdy igazgató úr ismét barátságosabb egyéniség volt, sokszor kikérte a tanácsomat. Lélek tanár úrral kellemes volt együtt dolgozni, mindig megvédte beosztottjait és engem is. Azt kell hogy mondjam, hogy minden igazgatóval jól kijöttem. Végeztem a munkámat és ezt elismerték. Az orvosigazgatók mellett nagyon sok más emberrel dolgozott együtt.

Kik voltak akkor a kórház gazdasági irányítói?

– 1950-től a gazdasági igazgató Trexler Tibor volt, őt később Vörös László követte. 1957-ben, amikor hivatalosan a szakdolgozók vezetője lettem 3.300,-Ft-ot, amikor 1977-ben nyugdíjba mentem 4.600,-Ft.-t kaptam.

Volt-e valamilyen szerepe utódjának megválasztásában?

– Utódom Tóthné Cziráki Judit lett, akit én javasoltam és ezzel az állami vezetés is egyetértett.

Mennyire bánja ma, hogy 1950-ben hatalmi szóval Esztergomba rendelték?

– Végül is örülök, hogy így alakult az életem, hogy Esztergomba kerülhettem. Úgy érzem Hódmezővásárhelyen és itt is a munkám alapján megbecsültek.

Köszönöm a beszélgetést!

**Osvai László dr.*
Esztergom.

Forrás*: WWW.EKOR-LAP.HU <http://www.ekor-lap.hu>

Valamennyi olvasónknak figyelmébe ajánljuk a Vaszari János kórház rendkívül igényes és tartalmas, naprakész honlapját, melynek elkötelezett szerkesztője e riport szerzője, aki az esztergomi kórház tudógyógyász főorvosa is egyben.

Postahontás Tisztelt Szerkesztőség!

Tavaly múlt húsz éve annak, hogy már nyugdíjban vagyok, harmincöt év betegágy melletti munka után. Már akkor is felbosszantott, ha valami szakmai dolgot nem a munkahelyen beszéltek meg az illetékesek, hanem a rádióban tették közzé. Ha valahol baj van, azt ott kell megtárgyalni helyben és főleg szakmán belül. Napjainkban már – már kórosan káros ez a nagy kitarulkozás. Néha belejátszik az ember egymás elleni bosszúvágya is. Egymás nélkül pedig nem sokra megyünk, csak együtt egymásért. Az is meglep, hogy munkánk során mire nem figyelünk oda. Például műtét közben mobil használata, avagy bent felejtett műszerek stb. Vannak leírások, amit mindig és mindenkor be kell tartani és akkor ilyen nem fordul elő. Az 50-es években, amikor tanultam, ha egy transzfúzió vagy infúzió mellé oda ültettek, nem mertem volna otthagyni, amíg valaki át nem vette az őrzést. Sok mindent belém neveltek. Hála és tisztelet a példaképeknek, akikből volt bőven és valahogy az elismerés is bekerült időben a köztudatba is. Jó volt velük, mellettük dolgozni. Ma is vannak ilyenek, hiszen látni, hallani a csodát, amit az egészségügy csinál dobverés nélkül. Nem szabad akkor megengedni, hogy egyesek tönkretégyék. A munkát meg kell fizetni, de nem borraivalóval, az kocsmába való.

Az éveket nyugdíjba vonulásnál el kell ismerni munkaidő kedvezményével, esetleg egy-egy szociális otthonba való bejutás is kedvező lenne a megfelelő helyen és időben. De jó is lenne, ha ez valóra válna. A hosszú élet is teherre válhat, ha az ember süket, vak, sánta vagy béna. A 93 éves nagynénémet ha köszöntöttem, hogy Isten éltesse az volt a válasza, ne kívánj Te nekem semmit, nem tudod, akarok-e én még élni. Igaza volt! Élni, de nem mindenáron. A legszomorúbb viszont, ha valaki 60-on alul megy el, a balesetek áldozatairól már ne is beszéljék. Valahogy így is kellene látni a dolgokat. Változó világban élünk, amelyhez változni, alkalmazkodni kell, szakmán belül és azon kívül. Az a megállapításom, hogy a szívvel-lélekkel dolgozók szellemiekkel is meg vannak áldva. Kísérje munkájukat békesség, tisztelet, szeretet a köz hasznára, javára és a saját lelkiismeretük megnyugvásá- ra. Végezetül szeretnék megemlékezni néhai főnökömről, példaképemről.

Emlékezem Dr. Vidra József Jász-Nagykun-Szolnok megyei belgyógyász osztályvezető főorvos halálának 30. évfordulójára. A nővéri munkát nagyra értékelte, a beteget tisztelte, a beosztottjait becsülte. „Ápolás nélkül nincs gyógyítás” – hirdette. A nagytudású, ügyeskező, betegeket szolgáló orvosok iránti nagy tisztelettel!

Molnár Ferencné (Teri nővér)
Szolnok

Dementia a praxisomban

Hazánk lakosságának az előregedéssel, a cardiovascularis-cerebralis betegszám növekedésével együtt napjainkra a dementia „lappangó endémiává” vált. Nálunk az esetek 40 %-a Alzheimer-kórban, 60 % pedig vascularis dementiaiban szenved, ami fordítottja a nemzetközi arányoknak. Ennek okai az egészségtelen táplálkozás, a mértéktelen dohányzás és italozás. Három éves betegkövetéses tapasztalataim jelentőségét az adja, hogy egy halmozottan hátrányos helyzetű praxisban szereztük, s különösen figyeltem a kockázati tényezőkre is.

A praxisomról

Előregedett, elszegényedett és rossz szociális helyzetű kőzségekben és tanyákon látom el a betegeimet, a Bodroghöz peremén.

1. táblázat: Praxisom korösszetétele

	2000		2001		2002	
Nem	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi
18-25 év	18	20	20	25	20	25
26-30 év	30	35	30	30	30	35
31-40 év	115	125	110	120	110	120
41-50 év	110	140	100	130	100	130
51-60 év	200	105	200	100	200	100
61-70 év	86	60	80	60	92	60
71-80 év	30	20	38	20	30	20
81-90 év	10	6	10	7	10	8
91 év felett	1	4	1	3	1	2
Összesen	1345		1333		1330	

Töreksem az őrző-védő, egészségfenntartó és rehabilitációs funkciókat egyaránt ellátni. Nevelve gyógyítók, „szociális hálót fonok”, testet és szellemet ápolok. Sajnos gyakran találkozom olyan határhelyzetekkel, amikor segítségem nélkül nem tudják megoldani az emberi, medicinális gondjaikat.

Az életkorral járó szellemi-testi hanyatlás, a feledékenység, az emlékezetkiesés praxisomban rendszeres, hiszen az átlagéletkor meghaladja az 54 évet. Idősödő betegeimet ez nem zavarja az életvitelükben, csak az adaptációs lehetőségeiket szűkíti be. Ugyanakkor az irodalomban leírtakból nagyobb számú esettel találkozom. Igyeksem erre is magyarázatot találni. (1) (2)

Neuropatológia és etiopatogenezis

Nagyon nehéz a normális öregedéssel együtt járó és a kóros jelenségek határának a megállapítása. Alzheimer-kórban (AD), szenilis plaquek és jellemző fibrillaelváltozások észlelhetők. MID esetében pedig agyinfarktuskok mutathatók ki. Ezek mérete és kritikus lokalizációja mindig stratégiai fontosságú a vascularis dementiák prognózisa szempontjából.

Az AD etiopatogenezisével kapcsolatban számtalan lehetőség merült fel. A 21-es kromoszóma 21q21 lokus familiaris fontossága, a toxikus lehetőségek esetlegesen infekt ágens szerepe, a vér-agy gát defektusa, az abnormis fehérjéképződés (mint pl. tauprotein) vagy a neurotranszmitterek hiánya. Itt említeném meg, hogy nagyon fontosak a biológiai markerek az etiopatogenezisben de a diagnosztikában is. (3) (4)

2. táblázat: Vizsgált betegek életkor szerinti megoszlása

	I. Alzheimer betegség			II. Vascuralis dem.		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
50-60 éves	0	0	1	3	4	7
60-70 éves	0	3	4	4	6	8
70-80 éves	1	4	4	4	6	6
80-90 éves	3	3	4	4	5	5
90 év felett	1	1	1	2	1	1

A II-es csoportba tartoznak a cerebrovascularais betegségek.
A III-as csoportban a szekunder dementiák:
– örökletes kórképek;
– tárolási betegségek,
– intracerebrális térfoglaló folyamatok vannak.
A IV-es csoportban az alkoholos eredetűek találhatók. Az V-ös csoportba a ún. intoxikációk lettek össze-foglalva.

Hazánkban elsősorban az Alzheimer-kór és a vascularis dementia betegszám jelentős és fokozatosan emelkedő. Előrejelzések szerint a jelenlegi ütem mellett az előbbi 150 %-os, az utóbbi 100 %-os növekedése várható 2030-ra. A demenciában érintettek száma jelenleg 300 ezer körül van napjainkban is, ami rohamosan növekszik, a lakosság előregedésétől nagyobb mértékben. A háziorvosok felelőssége elsősorban a szűrés és a korai diagnosztika területén fokozott. Másrésről az életvezetési, életmód javítási és szociális, társadalmi, beilleszkedési remisszióban segíthetnek. (5) (6)

VaD-ban az anamnézisben TIA vagy stroke szerepel és a folyamat fokozatos, alkalmanként lépcsőzetes lefolyású.

Típusai:
1./ MID, 2./ Stratégiai infarktuskok, 3./ Kísérőbetegség
4./ Hypoperfúzió, 5./ Agyvérzés után, 6./ Egyéb. (7)
Fontos háziorvosi feladatok a következők is:
1./ A családi és a heteroanamnézis tisztázása.
2./ Tünetek és panaszok monitorozása.
3./ Neurológiai és pszichiátriai konzultációk.
4./ Magatartászavarok elemzése. (8)

3. táblázat: Betegeink tünettana

	2000	2001	2002
Alzheimer-betegség Primer			
Memóriazavar	4	5	8
Intellektuális hanyatlás	5	7	8
Térorientációs zavar	4	4	5
Járászavar	2	3	4
Emocionális zavar	3	3	4
Összes beteg	9	11	14
Vascularis dementiák Secunder			
Tartási labilitás	8	14	18
Incontinencia	5	8	10
Érzészavar	3	4	6
Rigor	0	0	1
Hangulatzavar	3	4	5
Hypokinezis	0	1	3
Összes beteg	17	22	27

Gyógyszeres terápiáink

4. táblázat: Cognitív tünetek kezelésére (9)

	2000	2001	2002
Alzheimer-betegségben			
Agyi keringés javítók	2	3	5
Nootrop szerek	4	5	6
Neurotranszmitterekre hatók	5	5	6
Összes beteg	9	11	14
Vascularis dementiák			
Agyi keringés javítók	17	21	27
Nootrop szerek	8	18	20
Neurotranszmitterekre hatók	6	8	10
Összes beteg	17	22	27

Egyéb lehetőségek:
Calciumcsatorna blokkolókat, ACE-inhibitorokat, foszfolipideket, vitaminokat vagy pszichostimulánsokat nem használtunk.

A nem cognitív farmakoterápiáink

Szakorvosi javaslat szerint a depresszió kezelését otthon folytattuk. Paranoid pszichotikus tüneteknél intézeti ellátást indikáltunk, és az utókezelést pszichiátriai gondozói együttműködéssel végeztük, hasonlóan a depresszióhoz.

5. táblázat: Delirium társulása (10)

	2000	2001	2002
Alzheimer-betegséghez	10	14	16
Vascularis dementiákhoz	2	5	7
Összes beteg	9, ill. 17	11, ill. 22	14, ill. 27

A kezelés hatékonyságának mérése

Szempontjaink a terápiás hatás mérésénél:
1./ A diagnosztikus bizonytalansági tényezők kizárása, szakorvosi konzílium segítségével.
2./ A súlyossági besorolás alkalmazása.
3./ Az állapotváltozások értékelése.
4./ A tünetek dinamizmusa és statisztikussága.

6. táblázat: Értékelés a regressziós skála segítségével

	2000	2001	2002
Alzheimer-betegségben			
Folyamatos progresszió	7	5	6
Egyensúlyi állapot*	2	4	5
Pszichés remissziók**	2	4	6
Időleges regresszió***	0	2	3
Összes beteg	9	11	14
Vascularis dementiák			
Folyamatos progresszió	8	7	7
Egyensúlyi állapot×	4	6	8
Időleges regresszió××	3	5	7
Rehabilitáltak×××	2	4	7
Összes beteg	17	22	27

*A tünetek alapján legalább 6 hónapig fennálló, változatlan állapot.
**A pszichés remisszióknál a szomatikus status ritkán változatlan és többnyire progresszió észlelhető.
***A tünetek és a diagnosztikai eredmények alapján legalább 6 hónapig megmaradt a javulás. (Egy beteg-nél 9 hónapig tartott.)
×A tünetek alapján legalább 6 hónapig fennálló, változatlan állapot.
××A tünetek és a diagnosztikai eredmények alapján legalább 6 hónapig megmaradt a javulás. (Két beteg-nél 7 hónapig, 1-nél 8 hónapja tart.)
×××A rehabilitációs osztályokra került betegeink egy évet meghaladó időtartam után is szomatikusan, pszichésen egyensúlyban vannak. (11) (12)

Pszichoterápia alkalmazása

Alapelveink:
1./ A dementia során minden tanulási képességvész el.
2./ Az emocionális adaptáció megmarad, s ez terápiás kiindulási lehetőség.
3./ A gyógyszeres lehetőségeink korlátozottak.

Cognitív lehetőségek

I. Memóriatréning feltételei:
1./ A páciens ismerje betegségének kimenetelét.
2./ Javulás motivált legyen.
3./ Együttműködjön.
Alkalmazott módszereink:

a./ A memóriatöltés csökkenése:
– feljegyzések
– megerősítő rutinok,
– adaptációt segítő eljárások alkalmazásával. (Pl. listák készítése, jelzések használata, stb.)
b./ A memória javítása:
– érzékszervek tréningjével,
– bevésés gyakorlásával,
– asszociatív gyakorlatok, pl. mentális visszapörgetés, képzelőerő direkt használata, mnemotechnikai eljárások használatával.

II. Realitás orientált tréning (RO, Stengel ill. az Israel módszerrel):
a./ Szimbolikus szinten.
b./ Aktivációs szinten.
c./ Remotivációs fokon. (13) (14)
(A nem cognitív lehetőségeket nem alkalmaztuk, a cognitív lehetőségek közül a célszerűt.)

7. táblázat: Pszichoterápia

	2000	2001	2002
Alzheimer-betegségben			
Memória tréning	9	11	14
Realitásorientációs tréning	3	8	10
Összes beteg	9	11	14
Vascularis dementiák			
Memória tréning	4	12	16
Realitásorientációs tréning	3	8	13
Összes beteg	17	22	27

Természetesen folyamatosan konzultáltunk pszichiáterrel és pszichológussal. Valamennyi esetben javulást észleltünk, 100 %-os compliance mellett. (15) (16)

A környezet jelentősége

Fontos ismerni a beteg ún. pszichoszociális miliójét, elsősorban a genogramot, azaz a családi kapcsolatokat. A diszfunkcionális család, amely betegeink 80 %-ánál megtalálható volt, nagyon megnehezítette az ellátásukat, a rehabilitációjukat.
Az otthon ápolás kritériumait, külön is szeretném kihangsúlyozni. Ezek a következők: incontinencia, tolerancia, sérülésveszély, agresszivitás, járásképtelenség, elköborlás veszélye és az alvászavarok. (17) (18)
Praxisomban különösen nehéz helyzetben vannak az idősek. Nehéz anyagi körülmények között, sokszor magányosan tengetik napjaikat. Szigorú és következetes egészségnevelő munkánk ellenére sokan alkoholi-zálnak, dohányoznak, ragaszkodnak megszokott al-tatóikhoz, nyugtatóikhoz. Sajnos kevés a kor igényeinek megfelelő átmeneti intézmény és nincsenek korszerű

geriátriai-gerontopszichiátriai osztályok sem. (19) (20)
A háziorvosnak mérlegelni kell az etikai aspektusokat is. A korlátozások, kényszerintézkedések szükséges-ségét, a hospitalizáció medicinális és szomatizációs hatásait, a társadalmi effektusokat. (21) (22)

Összefoglalás

Javaslom a nem feltétlenül szükséges altatók, nyugtatók elhagyását, az élvezeti szerek használatának a mérséklését. Sohasem felejtkezzünk el a társult betegségek ellátásáról, és a pszichikai kondicionálás-ról. Derítsük fel és korrigáljuk a familiáris, környezeti anomáliákat. Reméljük, segítséget tudunk nyújtani a háziorvosi szemlélet megváltoztatásához.

rodalom

- (1)Lawrance M., Tierny J.: *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2000.
- (2)Leel-Össy L.: *Neurológia*. Springer 1993.
- (3)Tariska P.: *Dementiák a háziorvos gyakorlatában: korszerű diag-nosztika és terápia*. 1994.
- (4)Tariska P.: *A dementia mai szemlélete*. MPT Budapest, 1988.
- (5)Simkó A., Frater R., Tariska P.: *A gerontopszichiatria aktuális prob-lémái*. Printi-X, Budapest, 1994.
- (6)Resnick N.M.: *How sould clinical care of the aged differ?* *Lancet* 1997;350:1157.
- (7)Tariska P.: *Dementia 1993: aktualitások, határterületi kérdések*. *Clin. Neurosci/ Ideggyógy. Szemle*. 47: 84-91, 1994.
- (8)Leel-Össy L.: *Agyi érbetegségek*. Medicina, 1989.
- (9)Tariska P.: *A dementiák farmakoterápiája*. *Gyógyszereink* 43: 134-138, 1993.
- (10)Schroeder S.A., Krupp M.: *Korszerű orvosi diagnosztika és terápia*. 1990.
- (11)Rabins P., Cummings J.: *Alzheimer's disease management*. *Am. J. Geriatry* 1998;6:Suppl.
- (12)Gyuris J., Szilárd J.: *Organicus pszichiatria az orvosi gyakorlatban*. Gyula, 1991.
- (13)Bitter I.: *Pszichiatria*. Springer, 1994.
- (14)Tariska P.: *Realitásorientációs tréning*. *Orvosi Hetilap*. 130:459-461, 1989.
- (15)VWeiss D.H.: *Hogyan fejlesszük memóriánkat?* Budapest, 1991.
- (16)Oroszlány P.: *Tanulásmódszertan*. AKG. Budapest, 1991.
- (17)Blazer D.G.: *Geriatric Psychiatry, Americak Psychiatric Press, Inc*. Washington, 1989.
- (18)Beregi E.: *Öregedés*, 1984.
- (19)Szirmai I.: *Gyakorlati neurológia*. Budapest, 1992.
- (20)Pethő B.: *Részletes pszichiatria*. 1989.
- (21)Bánki M.Cs.: *A beteg elme*.
- (22) Hun N.: *Bevezetés a szociális gerontológiába*. Medicina, 1969.

Dr. Salamon Sándor
háziiorvosi praxis, Lácacséke



Váltson
kevésbé fájdalmasra

tendra®

safetac®
TECHNOLOGY

Kevésbé trauma, kevésbé fájdalom

A Safetac technológia megvédi a sebet a kötszer sebágyba történő tapadásától, mégis ultra gyengéd tapadást biztosít a környező száraz, ép bőrre. Biztosítja a nedves sebmiliőt, amely felgyorsítja a sebgyógyulás 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

GERIATRIA

Idős emberek kezelése során szerzett tapasztalatok – A háziorvosi praxis lehetőségei

(a 11. oldal folytatása)

13./ Osteoarthritis, a gerinccsatorna beszűkülése, osteoporosis, combnyaktörés, kristályindukálta arthritis (köszvény, álköszvény) és Paget-kór. 14./ Parkinson-kór. 15./ Depressio és öngyilkosság (az utóbbi a fehérbőrű idős férfiak között a leggyakoribb). 16./ Prostata-hypertrophia (jóindulatú) 17./ Divericulitis és angiodysplasia. 18./ Herpes zoster. 19./ Systemás hypothermia

A 80 éveseknél dominál elsősorban a geriatriai öt „I”

1./ I = Intellektuális hanyatlás .2./ I = Immobilitás. 3./ I = Instabilitás. 4./ I = Incontinentia. 5./ I = Iatrogén gyógyszerhatások.

1./ Az intellektuális hanyatlás

Az idős korral járó „beszűkülés”, az információk lassult feldolgozása általában nem zavarja a napi tevékenységet.

Igen gyakori a dementia, amely szerzett progresszív károsodás. Jellemző a beszéd, a térbeli tájékozódás, az emlékezet, az érzelmi magatartás, a személyiség és a kognitív funkció zavara. A senilis dementia 50-60 %-a Alzheimer-kór, 10-20 %-a vascularis és a maradék vegyes jellegű. Mindennapos gondot jelent a dementia elkülönítése a delíriumtól és a depressziótól. A kezelés kezdetén már célszerű donazepilt (és tacrint) adni. Célszerű a szedato-hipnotikumok elhagyása, a társult betegségek adekvát ellátása, a szociális háttér felderítése, a lehetőségekre való figyelem felhívása és a familiáris egyensúly biztosítása.

A depresszió 50-10 % gyakoriságú a jellemző 8 vegetatív tünet közül 4 fennállásával. Ezek lehetnek: alvászavar, érdeklődés hiánya, bűntudat, „energiátlatlanság”, csökkent koncentráció és étvágy, pszichomotoros nyugtalanság, öngyilkossági gondolatok. Társulhat demenciákkal és személyiségbetegségekkel. Szakorvosi ellátást, terápia beállítását igényel, szoros háziorvosi ellenőrzés mellett. A

számtalan egyéb provokáló kórkép közül a legfontosabbak a következők: alváshiány, érzékszervi kiesések (pl. hallászavar), metabolikus és endokrin zavarok (pl. SIADH, Paget kór, myeloma multiplex, stb.), vizelet retentio és széklet impactio, hiányállapotok (mint a B12 vitamin, rifoflavin, thiamin csökkent mértéke), traumák, tumorok, stb.

2./ Immobilitás

Elsősorban az ágyhoz vagy székhez való kötöttség, azaz az egyébként is meglévő mozgászavarokat rontó okok fontosak. A bizonytalanság-érzés, a pszichológiai defektek sokszor társulnak alultápláltsággal, vérszegénységgel, elektrolit-zavarokkal. Gyakori az athrosis, a Parkinson kór, a köszvény, a rheumatoid athritis és korunk népbetegsége az osteoporosis. A láb elváltozásai növelik az eleséstől való félelmet, különösen stroke után, diabetest, alkoholizmus, alultáplálkozást kísérő perifériás neuropátiákban. A cardiovascularis események után, de hypotensio és hypertonía fennállása, gyógyszer, polypragmasia, iatrogénia eseteiben is fellelhető az immobilizáció.

Következmenyesen atrophía, decubitusok, tüdőembólia, stb. alakulhat ki.

3./ Instabilitás

Jellemző a fizikai bizonytalanság, a gyakori elesések és a bizonytalan járás.

Az esés okai a betegségek + környezeti tényezők együtthatásaiból adódnak. Utóbbiak lehetnek az alkoholizmus, a helytelen gyógyszerelés, a postprandialis hypotómia, az insomnia, a perifériás oedéma is. Az esés és a következményes sérülés, rokkantság, elhalálozás kockázata csökkenthető a (3-4. táblázatban szereplő tényezők megváltoztatásával).

4./ Incontinentia

Ezzel gyakran megbélyegzik az időseket. Ritkán jelzik a típusokat.

A geriatriai incontinentia klasszifikációja

- Átmeneti:

a./Delirium, ill. zavart állapot, b./Vizeletúti infekció (syptomaticus), c./Atrophias urethritis/vaginitis, d./Gyógyszeres. e./ Pszichológiai, különösen depressziós eredetű, f./ Nagy mennyiségű vizeletkiválasztás (pl. congestiv szívelégtelenség, hyperglycaemia), g./ Korlátozott mozgékonyaság, h./ Széklet impactatio (scybalá beékelődés)

• Elsődleges:

Megnövekedett detrusor aktivitás, csökkent detrusor aktivitás, Urethra obstructio, Urathra incompetencia. Kevesen ismerik az continentiaát befolyásoló szereket. (5.táblázat.)

Minden egyes átmeneti okot tisztázni kell, függetlenül a fennálló elsődlegestől.

5./ „Iatrogén gyógyszerhatások”

Időseknel kétszer-háromszor gyakoribbak, mivel a gyógyszer clearance csökken, illetve az ún. farmakokinetika is megváltozik, sokasodó mellékhatások jelentkezésére lehetőséget adva.

Adagolási figyelmeztetések: a./ Kiválasztás és alkalmazás: a panasz, a tünet nem másik gyógyszer hatására jelentkezik-e. b./ A gyógyszerek adása individuális. c./ Minimál dózissal induljunk. d./ Rendszeres szedésre szoktassuk a betegeinket. e./ Lehetőség szerint monitorozzuk. f./ A családtagok, a szociális gondozók felvilágosítása.

B./ Vény nélküliek: célszerű, ha ezekről is tud a háziorvos.

C./ Nyugtatók és altatók: közepes hatású altatónál erősebbel ne kezdjük, kerüljük a BDZ-ket, antidepresszánsokat.

D./ Antibiotikumok: a vesefunkciót nem tükrözi megbízhatóan, a szérum creatinin szint, a direkt mérésre van szükség.

E./ Cardiacumok: a digitalis, a procainamid és a quinidin felezési ideje hosszabb, kicsi terápiás szélességgel.

F./ H2-receptor blokkolók: a cimetidin, a ramitidin toxikussága fokozott, a lassult máj metabolizmus

miatt. Gyakori a zavartság s a kumuláció is fokozza a toxicitás kockázatát. Óvatosság indokolt az antidepresszánsokkal, antipszichotikumokkal, a glucóma elleni szerekekkel, az anticoagulánsokkal, analgetikumokkal és a vérnyomáscsökkentőkkel (mint pl. thiazidok, nifedipin, stb.)

Különleges szempontok

Mindig a betegséget keressük és sohasem az öregedés jeleit! Az idősök 80 %-a tevékeny, közösségi kapcsolatokat ápolnak, s terveiket aktívan kívánják megvalósítani. A betegségek progressziójának megállításáért s gyakran a kialakulás megelőzéséért sokat tehetünk. Így korrigálhatjuk a diétás hiányosságokat, a vitamin és ásványi anyag hiányokat, s minimalizálhatjuk az alkoholfogyasztást, a dohányzást. A javasolt szűrővizsgálatokat és beavatkozásokat a 6.táblázat tartalmazza. Külön kiemelendő a vérnyomás monitorozása. A 160 Hgmm feletti systolés, valamint a kombinált systolés és diastolés hypertonia eseteiben megfelelő odafigyeléssel a stroke kialakulása, a cardiovascularis halál kockázata 25-45 %-kal csökkenthető. Egyértelmű terápiás effektus észlelhető a kognitív hanyatlás, az arthostasis és a postprandialis hypertonia eseteiben is. Fontos a glaucoma időben történő felismerése, a halláskárosodások kiszűrése, a protézisek ellenőrzése.

Időseknel gyakori a pajzsmirig dysfunctio, ezért célszerű a serum TSH szint mérése. Ajánlatos a serum cholesterolin szint mérése is. A Papanicoloon-teszt, a tuberculin teszt, az emlő és csontirktulás szűrés, ezen betegeknél alapvető fontosságú. Az influenza-, a pneumococcus-, pneumonia- és tetanus oltások hatását megfelelő időközökben fel kell frissíteni. A legyengült idősök eseteiben, még a csekély működés zavarok is azonnali orvosi vizsgálatot, kezelést tesznek szükségessé.

*Dr. Salamon Sándor
orvosszerkesztő*

A piracetam klinikai hatékonysága kognitív károsodásban: metaanalízis

Waegemans, T., Wilsher, C. R., Danniau, A. és mtsai

A Karger kiadásában megjelenő *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* szaklapban, 2002-ben leközölt metaanalízisben 1488 beteg adatait dolgozták fel. A különféle centrumokban (New York Orvosegyetem Dementia Kutatóközpont; Alzheimer Kutatóközpont, Stochkholm, Karolinska Egyetem; Pszichiátriai részleg, München, Műszaki Egyetem; UCB SA Kutatási és fejlesztési részleg, Brüsszel) dolgozó szerzők fontosnak tartották, hogy a bizonyítékokon alapuló orvoslás modern és szigorú statisztikai módszereivel újrvizsgálják a piracetam klinikai hatékonyságát. 19 kettős vak, placebokontrollos vizsgálatot összesítettek, amelyben piracetammal kezeltek demenciában vagy kognitív károsodásban szenvedő idős betegeket. A vizsgálatok hasonlítottak abból a szempontból, hogy a klinikai javulást a változás globális klinikai megítélése alapján állapították meg. Az alkalmazott statisztikai módszertan a Cochrane Library standard módszerét követte.

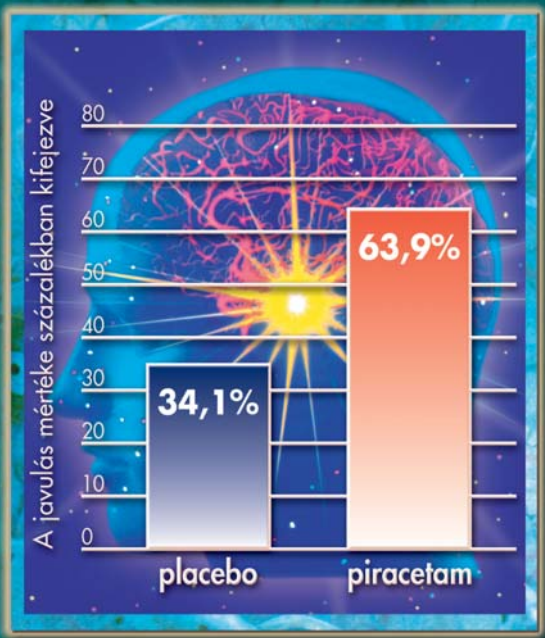
A piracetam-terápiában részesülő betegek javulási aránya 63,9%, míg a placebót kapó betegeknél ez az arány csupán 34,1% volt. Statisztikai módszerekkel kifejezve klinikailag jelentős változást jelentő globális állapotjavulás szignifikánsan különbözik piracetam és placebo alkalmazásakor mind a szignifikáns esélyhányados (odds ratio), mind a kezelendő betegek számaként kifejezve (NNT).

Az eredmények meggyőzően igazolták a piracetam globális hatékonyságát a szellemi hanyatlásban szenvedő idős betegek különböző csoportjaiban.

A metaanalízis teljes terjedelmű magyar fordítása az idén jelent meg a *Literatura Medica Kiadó* gondozásában megjelenő *Agyérbetegségek* – című szaklap első számában.

NOOTROPIL® az eredeti piracetam

A SZELLEMI HANYATLÁS ELLEN



Bizonyított klinikai hatékonyság a dementia különböző formáiban és kognitív zavarok esetén

(Waegemans T et al: Clinical Efficacy of Piracetam in Cognitive Impairment: A Meta-Analysis. Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2002; 13:217-224)



UCB Magyarország Kft.
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 54.
Telefon: 391-0060, Fax: 275-2998