

➤ **Lelki Egészség Világnap**

A Magyar Pszichiátriai Társaság, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, a Magyar Vöröskereszt és a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány 2005. október 10-én – Sólyom Erzsébet fővédnökletével és Rácz Jenő, Gőncz Kinga, Magyar Bálint, Habsburg György, Gábor Edina, valamint Türy Ferenc védnöksége mellett – **közösen rendezte meg a Lelki Egészség Világnapját**, csatlakozva a Mentális Egészség Világszövetségének (World Federation for Mental Health) 150 országban zajló kampányához.

„Az egész életen át tartó lelki és testi egészség”
(„Mental and Physical Health Across the Life Span”)
témában filmvetítéssel egybekötött országos konferencián neves szakemberek és közéleti személyek, szakmai és civil szervezetek, valamint a média képviselői voltak jelen a rendezvénynek otthont adó **Puskin Mozi**ban.

Mind a délelőtti szakmai előadásokon, mind az azt követő sajtótájékoztatót részt vett **Sólyom Erzsébet** asszony, a köztársasági elnök felesége, **Gábor Edina**, az Országos Egészségfejlesztési Intézet főigazgatója, Habsburg György távollétében **Dr. Morzsányi Éva**, a Magyar Vöröskereszt főtitkára, továbbá **Dr. Tury Ferenc**, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke és **Dr. Harmatta János** a Magyar Pszichiátriai Társaság főtitkára, valamint **Dr. Kurimay Tamás** a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány elnöke, aki egyben a rendezvény elnöki feladatát is ellátta.

folytatás a 4. oldalon ►



➤ **Borotvaélen**

13-15 millió forint – ennyi veszteséget termel havonta a berettyóújfalui kórház. Az intézmény stabilizációs programot készített, amelyben a felsorolt lehetőségek között szerepel a létszámleépítés is. A főigazgató szerint a 930 dolgozóból minden tizediket kellene elbocsátani ahhoz, ha a hiányt csak ezen az úton akarnák orvosolni. *Akár 93 ember, a többi között 30 egészségügyi dolgozó is elveszítheti a munkáját Berettyóújfaluban, ugyanis az ottani kórház takarékoskossági intézkedésekre kényszerül – tájékoztatott a közszolgálati televízió.*

Dr. Bulyovszky István, főigazgató, Területi Kórház, Berettyóújfalú: – Évente 3,2 milliárd forintos a költségvetésünk, ennek sajnos 75-76%-a a bér, ez a kívánatosnál magasabb. Tehát a bevételünk kevés, a létszámunk pedig a kívánatosnál több, vagy mindkettő. Ennek megfelelően lett a része a tervünknek ez a létszámlétesítés, természetesen úgy, hogy a működésünket semmilyen ténnyel nem befolyásolja. Az elbocsátandók létszáma azonban a már folyó gazdasági átszervezésektől is függ. Megkezdődött például az takarítás, és a műszaki ellátás egy részének kiszervezése, „Rácáné Gombos Irén, szakasszisztens” – Azok a dolgozók, akik részben számítottak arra, hogy meg fog szűnni a munkahelyük, ezáltal a megélhetésük, nyilván rossz szemmel nézik ezt az egészet.

folytatás a 3. oldalon ►

➤ **Miből, mennyit, hogyan?**

„A modern orvostudomány olyan hatalmas fejlődésen ment keresztül, hogy gyakorlatilag ma már egyetlen egészséges ember sincs.” Aldous Huxley.

A modern orvostudomány csodákra képes. Gyógyszerrel és műtéttel, a technika legújabb vívmányaival toldoz és foltoz. Szükség van-e azonban milderre? Nem lehetne-e sokkal egyszerűbben, veszélytelenebbül, hatásosabban és olcsóbban megőriznünk illetve visszanyernünk egészségünket?

folytatás a 12. oldalon ►



Ausztrál szerzők – Gaugris és munkatársai – az 1994-2004 között megjelent publikációk adatainak elemzéséből arra a következtetésre jutottak, hogy világszerte nem megfelelő a serum D vitamin szintje a postmenopausalis korú nőknek. Az általuk vizsgált cikkek közül 22-ben találtak olyan adatot, amely alapján legalább minden negyedik emberben nem megfelelő a serum D vitamin szintje, ha a 25(OH)D serum szintjének alsó elfogadható értékét 20ng/ml-ben jelenték meg. 12 ng/ml-nél alacsonyabb D vitamin koncentráció a különböző cikkekben a postmenopausalis korú nőbetegek 1,6-86%-ában volt mérhető. 86%-os arányt ausztrál szociális otthonokban mértek. Európában 12ng/ml alatti serum koncentrációt az osztrák nők 32%-ában, a franciák 39-59,6%-ában mértek. Dél-európai országokban sem találtak jobb eredményeket (Olaszország, Spanyolország, Görögország), ahol a nők 47%-át érintette a probléma. Dániában, a 45-48 éves nőbetegek esetében, akik nem szedtek D vitamint és kevés napfénynek voltak kitéve, 10ng/ml alatt értéket 32,8%-ban észleltek. A 70 év feletti észak-kelet amerikai nők esetében viszont 4-8%-ban találtak 12ng/ml-nél alacsonyabb értéket.

folytatás az 5. oldalon ►

TEVA Osteoporosis Szimpozion és TEVA Kutatási Díj

A csonttritkulás a legalattomosabb betegségek egyike. Súlyos következményei ellenére kialakulása szinte észrevétlen, ezért is nevezi a köznyelv néma kórnak. Ma Magyarországon csaknem minden harmadik so éven felüli nőt, és minden nyolcadik so éven felüli férfit súlyosan érinti. Gyógyításában többek között az aktív D vitaminnal van kiemelkedő jelentősége. Ezen a terápiás területen a TEVA több világszínvonalú készítménnyel is szerepet vállal, s évről évre tudományos szimpózium keretében nyújt lehetőséget a gyógyítás területén elért eredmények összegzésére

A TEVA – Osteoporosis Szimpóziumot évről évre hatalmas tudományos érdeklődés kíséri. A szimpóziumon rangos kutatók számoltak be az aktív D-vitaminnal kapcsolatos legújabb kutatási eredményekről, a pozitív terápiás hatásokról contrindikációban és más terápiás területeken. Szó volt például a készítmény csontok szerkezetére történő jótékony hatásáról, amely az izomzatot is erősíti, így az esések-
ből eredő törések számát is jelentősen csökkenti.

Beszámoló hangzott el a tejcukorérzékenyeknél kimutatott D-vitamin hiány és az ebből következő bédaganatos rizikó összefüggéséről, továbbá a D-vitaminoknak a cukorbetegség és a pikkelysömör kezelésében kimutatott pozitív hatásairól. Továbbá szegmált kutatás is hallható volt, mely a D vitamin-háztartás jellemzőit és változásait a kelet-magyarországi régióban élő posztmenopauzás nőknél térképezte fel.

A TEVA Magyarország Rt 1998 óta minden évben kiírja a TEVA Kutatási Díjat. A jelentős pénzbeli támogatással járó díj olyan kutatásokat tesz lehetővé, amelyek az állami finanszírozás mellett nem lehetnek volna végbe. A TEVA Magyarország Rt. az idén is meghirdette a több tízmillió forintos TEVA Kutatási Díjat.



*Dr. Skrabski Árpád főiskolai tanár,
a Magyar Pénztárszövetség elnöke*

*Dr. Kopp Mária egyetemi tanár,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet*

A rendszerszemlélet alapvető jelentősége az egészségügyi rendszer finanszírozása terén

Az egészségügyi reformok sorozatos kudarcának oka a rendszerszemlélet hiánya. Minden további reform-kísérlet is kudarcra van ítélve, ha a jelenleg működő rendszer egyes elemeinek átszervezésével foglalkozik és ezzel – ahelyett, hogy csökkentené – növeli a diszfunkcionális tényezők számát.

Az egészségügyi rendszer célja a népesség egészségi állapotának, jóllétének javítása, a mindenkire kiterjedő ellátás alkotmányos jogának megvalósítása. A magyar társadalombiztosítási rendszert az európai hasonló rendszereket több szempontból megelőzve ilyen céllal hozták létre, nagy történelmi hagyományokkal rendelkezik. Felméréseink alapján az ország lakossága az egységes társadalombiztosításban bízik, 1995-ben a lakosság 83%-a válaszolta azt, hogy bízik a társadalombiztosítási rendszerben, közülük 55% a szolgáltatási formák közül ennek adta a legmagasabb pontszámot. Ez az arány még növekedett 2002-ig, 2002-ben a bizalom 96%-ra nőtt és 68% adta a legmagasabb pontszámot. Ez annak ellenére így van, hogy a rendszer jelenleg rugalmatlan és sok diszfunkcionális elemet tartalmaz.

A sikeres reform egyetlen útja a meglévő finanszírozási rendszer szerves, óvatos áthangolása azáltal, hogy a diszfunkcionális elemeket beillesztjük a meglévő funkciói közé és a kiegészítő rendszerek működését összehangoljuk a társadalombiztosítás tevékenységével. Ilyen irányban fejlődtek az elmúlt ötven évben nyugat-európai egészségfinanszírozási rendszerek, létrehozva a társadalombiztosítást kiegészítő civil szervezeteket, a „mutualitét”-ket, amelyeket a magyar törvényben „önkéntes egészségpénztáraknak” neveznek.

A magyar rendszer egyik lényeges diszfunkcionális eleme a hálapénz. A rendszer nem működne a hálapénz nélkül. Enélkül az orvosok, más egészségügyi dolgozók megélhetése egyáltalán nem lenne biztosítva. A paciensek is méltányosnak érzik, hogy az orvosok személyes és az elvártnál nagyobb tördését, figyelmét meghálálják. Akármilyen mértékben emelnék az orvosok fizetését, ez nem változtatna a jelenlegi funkciók, diszfunkciók működésén. A hálapénz jelenleg olyan forrás, ami benne van a rendszerben. 2002-es, 12.640 személyre kiterjedő, a magyar 18 évesnél idősebb népességet életkor nem és terület szerint képviselő felmérésünk szerint a hálapénz összege évente közel 100 milliárd Ft-t, korábban más felmérések magasabb összeget is becsültek. Felmérésünk szerint a megkérdezettek 30%-a szívesen fizetne azért rendszeres hozzájárulást, hogy helyettük egészségpénztárak fizessék az orvosnak a hálapénzt. Az egészségpénztárak alkalmas eszközei lehetnének egy olyan kristályosodási folyamatnak, hogy a velük szerződött orvosok a társadalombiztosítási kötelezettségeiket meghaladó szolgáltatásokat, mint a munkaidőn túli tanácsadás, fokozott tördés, életmód változtatással kapcsolatos megelőző tanácsadás, rendelkezésre állás díjat kapjanak a pénztártól, egyben kötelezettséget vállalva arra, hogy nem fogadnak el hálapénzt. Ezeket a többlet tevékenységeket a lelkiismeretes orvosok ma is végzik, annak ellenére, hogy ezek nem tartoznak bele a kötelező ellátási szolgáltatások körébe. Ennek kitűnő példája az Újságírók Szanatóriumi Egyesülete, illetve jogutódja az OEP Újságíró Tagozata amely a II. világháború után napjainkig fennmaradt, 1999-ig a tagok nem adtak hálapénzt, hanem az egyesülettel szerződött, paciensek által ajánlott orvosoknak az egyesület fizette ki a tevékenységükért méltányos többletösszeget. Az egyesületi forma azonban nem alkalmas arra, hogy ezt a jelenséget társadalmi méretekben ellenőrzötten kezelje.

Mi a jelentősége a társadalombiztosítás mellett az egészségpénztáraknak? Az egészségügyi rendszer szempontjából az, hogy úgy von be forrást az ellátásba, hogy ez nem befektetés ami után profitot kellene a rendszerből kivinni. A felelős munkahelyek jelentősen hozzájárulnak dolgozók egészségének megőrzéséhez, az állam adókedvezménnyel támogatja a tagságot. Az egészségpénztárak megvalósítják a modern egészségfejlesztés alapkoncepcióját. A tagdíj fizetéssel és az önkormányzati tevékenységben való részvétellel a tagok elköteleződnek az egészséges életvitel mellett. Mivel ma az orvoslás elsősorban krónikus betegek kezelésével foglalkozik, a pénztártagok tudatos együttműködése a megelőzésben és a gyógyulásban (self management) elengedhetetlen az eredményesség érdekében. Ha a közösségek (munkahelyi, területi pénztárak) fontos közös ügynek tekintik az egészség fejlesztését (community as provider), ez az attitűd bizonyítottan jelentős egészségvédő tényező. Ma Magyarországon az önkéntes kölcsönös egészségpénztáraknak 400 ezer tagja van, ez a szám évente 50%-kal nőtt az utóbbi három évben.

Stratégiai fontosságú, egyben EU követelmény is, hogy a társadalomnak ne legyenek ellátatlan rétegei Minden olyan kísérlet, ami megbontja az egységes társadalombiztosítást, mint néhány volt szocialista állam, szovjet utódállam, az USA és Dél-Amerika példái jól szemléltetik, milliós tömegek ellátásból való kirekesztéséhez vezet. Az egészségpénztárak azért alkalmasak az egységes társadalombiztosítás kiegészítésére, mert a forrásokat nem a társadalombiztosítás keretéből veszik el, a tagok irányítása alatt állnak, így

Az önkéntes egészségpénztárak meghatározó szerepe az egészségügy és megelőzés finanszírozásában



SIR EDWARD BURNE JONES: VENERIS (RÉSZLET)

a szükséges ellátás biztosítását a tagok a tulajdonosi hatalmuknál fogva garantálhatják. Megfelelő szabályozás és állami ellenőrzés mellett nincsenek olyan érdekek, amelyek a szükséges ellátás megtagadásához és az ebből származó perek sorozatához vezethetnek, mint ami az amerikai HMO-k esetében ma történik.

Az önkéntes egészségpénztárak szerveződése olyan szerves fejlődés során vezethet az egészség finanszírozási rendszer átalakulásához, ahol azok közül, akik a szolgáltatásokat a jelenlegi formában veszik igénybe, egyre többen lépnek be önként az egészségpénztárakba munkáltaóik és saját befizetéseikből fedezve a pénztári szolgáltatások ellenértékét. Egyelőre egymás mellett léteznek pénztáron kívüliek és pénztártagok, ez a fejlődés azonban nem von ki tőkéet a rendszerből és szerves, az európai modellek megfelelő átalakulást jelenthet. Az önkéntes egészségpénztáraknak Európában 155 millió tagja van, a magyar fejlődést több nemzetközi pályázattal támogatta a francia, a flamand, a brit kormány és az ENSZ fejlesztési projektjei.

Az egészségpénztárak működésének jogi és társadalmi alapjai, szerepük az egészségfejlesztésben

Robert Putnam Making Democracy Work című könyve igazi áttörést jelentett, azt elemzi, hogy mi az oka annak, hogy az olasz tartományok között óriási különbség van abban, hogy adott pénzmennyiségből milyen életminőséget tudnak biztosítani a tartomány lakói számára. Az észak-olasz tartományokban sokkal jobb a helyzet ebből a szempontból, mint a dél-olasz tartományokban. Az észak-olasz tartományokban jól mérhetően és kimutathatóan sokkal erősebb az u.n. társadalmi tőke, a bizalom, a kölcsönösség és a civilszervezetek aktivitása, részvétele a társadalom életében. Ezek a tényezők nemcsak a lelki egészségnek, a kiegyensúlyozottnágnak, de a demokrácia működésének is az alapjai, hiányuk jól kimutatható anyagi, gazdasági, valamint egészségi veszélyeztetettséggel jár együtt. Ebből a szempontból a valódi, demokratikusan működő civil szervezetek szerepe a legfontosabb, amelyek nemhogy gyengítik az állam működését, hanem azt az erőt jelentik, amely az állam mellett egyedül képes a modern világ – mondhatjuk, a globalizáció- fogyasztói kényszerével szembeesegülni, a fejlődés valódi céljait hatékonyan képviselni.

A nyugat emberideáljának a sikeres vállalkozónak az együttműködési készség ugyanúgy alapvető tulajdonsága, mint a megújítási készség. Az „civic co-operativ entrepreneur” vagyis az együttműködő vállalkozónak jellemzője a kölcsönösség - az a gondolat és gyakorlat, hogy fogjunk össze és oldjuk meg problémáinkat saját magunk. Az együttműködő vállalkozói attitűd felett személyiséget feltételez, éppen ellenkezője a depressziós lelkiállapotnak. Mondhatnánk, hogy ma Magyarországon középkorú népesség rossz egészségi állapota és korai halálozási aránya is összefügg az együttműködő vállalkozói attitűd és készségek hiányával. A megbirkózási készségek hiánya vezet krónikus stresszállapothoz, ami a ma legnagyobb népességügyi jelentőségű megbetegedések, különösen a szív-érrendszeri megbetegedések, és az azokhoz vezető önkárosító magatartásformák, a dohányzás, kóros alkoholfogyasztás legfontosabb háttértényezői. Ezeknek a kockázati tényezőknek a megelőzése céljából az új svéd népegészségügyi program első pontja a társadalmi tőke, a társadalmon belüli összefogás erősítését emeli ki.

Az „önkéntes kölcsönös biztosító pénztárak” ezen belül az egészségpénztárak testesítik meg leginkább az együttműködő vállalkozói közösségeket, hiszen ezt a szervezettípust kizárólag természetes személyek hozhatják létre, itt a tagság a tulajdonos és a szolgáltatásokat kizárólag a tagok és családtagjaik vehetik igénybe. Ezzel szemben az egyesületek tagjai között szerepelhetnek jogi személyek, a tagság és a szolgáltatást igénybevevők csoportja különbözhet, az utóbbiaknak passzív szerep juthat. Az alapítványokat irányító kurátorok által képviselt érdekek és a szolgáltatást igénybevevők érdekei teljesen különbözhetnek. A tagság a szövetségzetben üzletrezzel rendelkezik, amit értékesíthet. A szövettekhez tulajdonosai passzív tőkebefektetőkkel válhatnak. A szövettekneknl a vevőkör és a tulajdonosi kör általában különbözik.

Putnam szerint a társadalmi tőke a civil szervezetekben való részvétel arányával mérhető. A rend-

szerváltást megelőzően és követően elhárították a nehézségeket, amelyek a civil szervezetek alapítását akadályozták, következképp mintegy 40-60 ezer civil szervezet alakult. Ezek nagy része erőtlennek bizonyult pénz és szervezői munka hiányában. Másik részük álcázott üzleti vállalkozás volt, így jutva adókedvezményekhez, számos szakmai, karitatív vagy zöld szervezet viszont eredményesen működik. Az önkéntes nyugdíjpénztáraknál több esetben pénzüzetek segítették a civil szervezet létrehozását, eközben befolyásuk alá kerítették a civil szervezet tisztségviselőit, majd ezen keresztül a szervezetet, ezzel egyaránt sértve az „Önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról szóló 1993. évi XCVI törvény és a Polgári törvénykönyv rendelkezéseit. Sokan nem tudják megkülönböztetni az önkéntes nyugdíjpénztárakat a magán nyugdíjpénztáraktól pedig ez utóbbi ha hasonlólt is a civil szervezetekhez, lényegében mégsem civil szervezet, hanem a kötelező társadalombiztosítási nyugdíjrendszer része. A „biztosító pénztár” és ennek angol fordítása „insurance fund” magyarok és külföldiek számára egyaránt félrevezető és csak azok számára nyilvánvaló, hogy a pénztárak civil szervezetek, akik ismerik az 1993. évi XCVI. törvényt.

Mindezeknek a nehézségeknek és félreértéseknek ellenére csak úgy oldható meg az emberek részvétele az egészség megőrzésben, ezáltal az egészségi helyzet javításában, a korai halálozási arányok csökkentésében, ha politikai akarat van arra, hogy a civil szervezetek fejlődését a fejlett ipari országokhoz hasonlóan elősegítsék és ezekkel a szervezetekkel a törvényalkotás majd a megvalósítás folyamatában számolnak. Kiemelt jelentősége van az egészségi helyzet javításában a beteg szervezeteknek, a kölcsönös segélyegyleteknek, a biztosító egyesületeknek és az egészség, illetve az önszegélyző pénztáraknak.

Miután a pénztárak az 1993. évi XCVI törvény szerint a társadalombiztosítási szolgáltatásokat kiegészítő szolgáltatásokat nyújthatnak, ezért működésük elsősorban az egészségvédelemre, a betegségek megelőzésére és rehabilitációra terjed ki. A jelenleg működő egészségpénztárak elérik azokat a nagy kockázatnak kitett személyeket, akik még nem fordultak tüneteikkel orvoshoz. Az a gyakorlat alakult ki az egészségpénztáraknál, hogy a belépő tagokat szűrővizsgálatnak vetik alá, majd a tag korának és egészségi állapotának függvényében egészségvédő, megelőző szolgáltatásokat ajánlanak fel. Minden korcsoport

hozzájut a szükséges szolgáltatásokhoz. Új szolgáltatások bevezetése a társadalombiztosítás esetében éveket vehet igénybe, ezzel szemben az egészségpénztár például egy munkahelyi stresszkezelő szolgáltatás bevezetését rugalmasan oldja meg. A tagok közgyűlésen hozott döntésén múlik, hogy milyen szolgáltatásokat ajánl fel a pénztár, majd a tag dönt, hogy kíván e azokkal élni és melyik szolgáltatótól akarja a szolgáltatást igénybe venni. Azok az orvosok, akik a státuszfelvételt végzik, a taggal együtt egészségprogramot állítanak össze, amely jogalapot teremt az eseti kifizetésekre, ugyanakor betegség esetén irányítják a tag egészségügyi ellátását, ezzel csökkentik a tag kiszolgáltatottságát.

Az egészségpénztárak alkalmas eszközei lehetnek egy hatékony egészség-ffinanszírozási reformnak, mivel nem vonnak el forrásokat a társadalombiztosítástól, ugyanakkor új forrásokat visznek az ellátásba, ezáltal nem növelik, inkább átvállalják az állami felelőiséget. Keretet adnak egy olyan polgári szerveződésnek, amely a társadalombiztosítás által ki nem elégített szükségleteknek saját erőből történő megoldását támogatja, ezzel csökkentik az egészségügy körül kialakult politikai feszültséget. Ingyenes vásárlóként vannak jelen a piacon, így az egészségügyi ellátórendszer szükséges reformjának katalizátorai azzal, hogy megkövetelik a minőségbiztosítási feltételeket, továbbá a kifizetett szolgáltatási díjjal, szerződésben foglalt keretek között átvállalhatják és legalizálhatják a hálapénzt.

Miután a pénztár a tagok tulajdona, növeli tagjainak felelősségérzetét, akik a demokratikus irányításon keresztül részt vesznek a pénztár működtetésében. Alkalmas arra, hogy a forrásokat a pénztártagok számára ellenőrizhető módon optimális ár-érték arányt biztosítva használják fel, szolgáltatással arányos díjazást nyújt. Az egészségpénztárak szolgáltató intézményként is működhetnek, ez a szerepük alkalmassá teszi a pénztárakat az árak szabályozására. Saját szolgáltatásaik árait ök döntik el és – belga példa alapján – legalább 10%-os piaci részesedés esetén ezzel meghatározhatják többek között a gyógyszerek vagy gyógyászati segédeszközök piaci árát.

A társadalombiztosítás és az azt kiegészítő önkéntes pénztárak rendszere jelentős eszköznek látszik a rendkívül rossz magyar egészségi és korai mortalitási arányok javítására. Ennek viszont vannak feltételei. Ahhoz, hogy a pénztárak és egyéb civil szervezetek be tudják tölteni az egészségvédelem terén nem kis szánt szerepet, állami védelemre szorulnak. Az állam a pénztárak és szolgáltatók esetében egyaránt ki kell kényszerítse, a törvényalkotók szándékának érvényre jutását a törvénymódosítások során és a törvények betartását. További feltétel, hogy a népegészségügyi programokban, az egészségügyi törvényben és a hivatalos nyilatkozatokban adjanak teret a egészségpénztárak és más civil szervezetek működésének.

Egészségpénztári szolgáltatásaink

A Magyar Pénztárszövetség és a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének együttműködése keretében a Magatartástudományi Intézet Pszichoszomatikus ambulanciája a következő szolgáltatásokat tudja nyújtani egészségpénztárak keretében:

folytatás a 12. oldalon ►

I. Pszichiátriai, pszichoterápiás szolgáltatások (OEP finanszírozási kategóriák alapján)			
Szolgáltatás megnevezése		Rövid leírása	Szolgáltatás formája
1. Egyéni terápiák (4-6 eFt/óra)			
Szorongásos zavarok KVT	Az ellátást végzik Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Pszichoszomatikus Szakrendelésén dolgozó szakemberek:		
Hangulatzavarok KVT			
Alvászavarok KVT			
Pszichoszomatikus zavarok magatartásterápiája			
2. Csoportos terápiák			
Szorongásos zavarok KVT	Alvászavarok nem gyógyszeres kezelésére		Kiscsoportos (max 20 fő)ldókeret: 12 óra, mely tetszőleges elrendezésben igény szerint bontható (pl 6x2, 2x6, 3x4 4x3 óra)
Szociális zavarok			
Alvás zavarok			
Evés zavarok			

II. Szűrővizsgálatok (OEP által nem finanszírozott ellátási formák)

Szolgáltatás megnevezése	Rövid leírása	Szolgáltatás formája
Stressz- és mentálhigiénés szűrés kérdőívvel és személyes interjúval	Céljai: A stressz mértékének és forrásainak mérése, a stresszel való megbirkózási készségek feltérképezése, pszichológiai rizikófaktorok (szorongás, enyhe hangulati problémák) és esetleges mentálhigiénés zavarok feltárása, ill. szükség esetén javaslat az ezekkel való megküzdés ill. kezelés lehetőségeire Elemei: Kérdőívcsomag és strukturált pszichodiagnosztikai interjú	1,5 óra személyes négyeszmközti beszélgetés
Alvászavar szűrés, alvásvizsgálat	Céljai: Alvászavarok feltárása feltárása, ill. szükség esetén kezelési javaslat Elemei: Kérdőívcsomag és strukturált interjú, szükség esetén poliszomnográfós vizsgálat	1 óra személyes beszélgetés, ill. poliszomnográfás vizsgálat esetén 1 éjszaka bennalvás az alvási diagnosztikai laboratóriumban
Stressz- és mentálhigiénés kérdőíves szűrés	Célcsoport: bárki, elsősorban nagyobb csoportok (pl. munkahelyek) csoportos kérdőíves szűrése Céljai: A stressz mértékének és forrásainak mérése, a stresszel való megbirkózási készségek feltérképezése, pszichológiai rizikófaktorok (szorongás, enyhe hangulati problémák) és esetleges mentálhigiénés zavarok valószínűsítésére, ill. szükség esetén javaslat az ezekkel való megküzdés lehetőségeire Elemei: Kérdőívcsomag	30 perc kérdőív-kitöltés. Az értékelés és javaslat személyesen vagy levélben kapható meg 1-2 napon belül.

Borotvaélen

► az 1. oldal folytatása

A magyar egészségügy számos egyéb problémája mellett, finanszírozási gondokkal is küzd. Az alulfinanszírozottság miatt az egészségügyi intézmények többsége, így a Berettyóújfalui Területi Kórház pénzügyi helyzete is – ahogy a kórház főigazgatója, Dr. Bulovovszky István fogalmazott – „borotvaélen táncol”.

A Látletlet erről a „borotvaélen táncolásról” faggatta a Főigazgató Urat.

– A Kórház 77 éves múltja tekintetében. Ez idő alatt a Bihar – Sárreai régió egészségügyi csúcspontjává fejlődött. Jelenleg 930 dolgozóval – ebből 80 orvos, 500 egészségügyi dolgozó – mintegy 100 000 ember járó-, illetve fekvőbeteg ellátását biztosítja. Tájékoztatásul néhány adat a múlt évi forgalmi statisztikából: Az aktív és krónikus fekvőbeteg ellátás 19.717 főt érintett, a járóbeteg forgalom (a diagnosztikai adatokkal együtt) 276.460 fő volt, valamint 593 újszülött látta meg itt, 2004-ben a napvilágot. Mind amellet, hogy a magyar egészségügy személyi és dologi vonatkozásban egyaránt alulfinanszírozott, az intézményeket borotvaélen táncolásra kényszeríti az ún. teljesítményvolumen korlát is. Ez a 2003. évi adatok alapján, az OEP által előírt, 100%-osnak minősített teljesítmény további behatárolást jelent a Kórház bevételeit illetően. Hiába van igény és kapacitás is az ezen felüli teljesítményre, a bevétel a korláton felüli sávban csak töredékében tud realizálódni. Ésszerű változtatásokkal azonban még van mód javítani az intézmény pénzügyi helyzetén. Ez jelen helyzetben létszámleépítést jelent. Az „egészségügyi dolgozó”-i létszámhoz



■ **Dr. Bulovovszky István** 2005. július 1-től tölti be a Berettyóújfalui Területi Kórház főigazgató főorvosi posztját, melynek megpályázására a korábbi főigazgató nyugdíjba vonulása miatt került sor. Az alábbiakban néhány szóban ő maga foglalja össze kapcsolatát az intézménnyel, valamint jövőbeni terveit: 22 éve dolgozik a Területi Kórházban. 1993 óta az akkor megalakult urológiai osztály vezető főorvosa, 1995-2001 között pedig az orvos-igazgató általános helyettese voltam. Részlegve vezető alorvosként kezdtem, 12 esztendője osztályvezető főorvos vagyok. Ez idő alatt szerte hazánkban és külföldön is több tucat előadást tartottam, részt vettem korszerű ismereteket nyújtó európai kongresszusokon, Zürichben, Nagyváradon és Montreálban éppúgy, mint Dombóváron vagy Rhodosban. Főigazgatóként céljaim között szerepel a kórház fejlesztése, profilbővítése, korszerű diagnosztikai műszerek beszerzése. Munkámat segíti az új menedzsment, és valamennyi kolléga partner az egyre sűrűsödő feladatok megoldásában.

viszonyítottan gyakran, mint nálunk is, túl magas az „egészségügyben dolgozó” létszáma (580/350 fő). Ez utóbbi csökkentésével úgy érhető el megtakarítás, hogy mind

e közben a szakmai munka minősége, az egészségügyi ellátás nem szenved csorbát.

■ **Más okból azonban, például feladatellonással éppen az eddig megszokott egészségügyi ellátás sérülhet. Hogyan érinti Önöket az onkológiai centrumok létrehozása, melyre ebben a régióban Debrecen van kijelölve?**

– Ez a változás pozitívan érinti intézményünket. Szó sincs feladatellonásról. Az onkológiai centrumok kialakítása inkább előrelépést jelent számunkra, miután így a jövőben szervezett formában végezzük ezt a tevékenységet. A Debreceni Egyetem Onkológiai Tanszékének kihelyezett részlegeként, Dr. Szántó János professzor, megyei onkológus szakfelügyelő főorvos szakmai kontrollja mellett látjuk el az onkológiai betegeket.

■ **Milyen egyéb tervek várnak még megvalósulásra?**

– Döntés előtt áll az Egészségügyi Minisztériumhoz benyújtott pályázatunk a sürgősségi betegellátásra. Nagyon fontos tervünk az ápolási osztályon végrehajtandó kapacitásbővítés. Későbbi terveink között pedig a rendelkezésünkre álló gyógyviz terápiai kihasználására, egy mozgásszervi rehabilitációs központ megvalósítása szerepel. Röviden összefoglalva, legfőbb feladatunk az erőforrások optimális kihasználásával a bevételek növelése, a kiadások csökkentése, a betegellátás minőségi színvonalának növelése, olyan egészségügyi szolgáltatói és munkahelyi környezet kialakítása, mellyel mind a dolgozók, mind pedig a betegek elégedettek lehetnek.

» *Pigniczki Ágnes, Debrecen* «

Egy felmentés margójára

Bármely intézmény biztonságos működéséhez elengedhetetlen a folyamatosság, a kiszámítható tervezhetőség. Ez, úgy tűnik a jelenlegi egészségügyi helyzetképnek hiányzó eleme. Az elmúlt egy év alatt csaknem 40 kórházigazgató távozott posztjáról, minden negyedik intézmény élén vezetőváltásra került sor. A magyarázat kettős: egy részt a finanszírozási anomáliák miatt a kórházigazgatók belefáradnak a gazdasági nehézségek elleni küzdelembe, másrészt az egészségpolitikai szempontokat gyakran felülírja a köznapi, hatalmi politikai érdek.

Dr. G. Kiss Gyula 2003. decemberében lett a debreceni Kenézy Gyula Kórház Rendelőintézet főigazgató főorvosa. Alig két év elteltével, találkozásunkkor már csak két nap választotta el a főigazgatói szék végleges elhagyásától. A Hajdú – Bihar Megyei Közgűlés a médiában „laborbotrány” néven elhíresült ügyszókapocsoltan, 2005. november 27-ei hatállyal visszavonta vezetői megbízását. Az okokról, körülményekről a következőket tudtuk meg a távozó főigazgatótól.

A finanszírozás egyik eleme, a teljesítmény volumen kontroll, jól működő intézményeket kényszeríti a 22-es csapdájába. A kórház, amely orvosainak hírnevével, minőségi betegellátásával egyre több ember bizalmát nyeri meg, ez által nő a betegforgalma, egy meghatározott érték fölött vagy elküldi a hozzáfutólókat, vagy saját költségvetése terhére ingyen ellátást nyújt. Megtakarításra, költségraacionalizálásra ebben az esetben nincs esély. A betegellátást biztosítani kell. Az egészségpolitikának azonban nem csak ez az egy árnyoldala van. A háttérrelátások biztosítása, például a laboratóriumi tevékenység szintén jelentős anyagi kockázatot hord magában. Ott mégis talán nagyobb esély van a javításra. Az utóbbi lehetőséget, – Dr. G. Kiss Gyula szavaival élve – „a veszteség minimalizálását” kísérelték meg a Kenézy Kórházban, amikor 2004. decemberében elhatározták a laborműködtetés átszervezését. Tervek szerint külső vállalkozó biztosítja saját gépparkkal, anyag- és eszközkészlettel a labor működtetését, de változatlan marad a dolgozók jogállása, közalkalmazotti státusa.

A labordiagnosztikai osztály működésére kiírt pályázat nyertesével, a Pronett Invest Kft. és a Prolabor Kft. alkotta cégtársulással júliusban kötötték meg a szerződést. A konzorcium azonban határidőre, augusztus elsején az osztály működtesének megkezdésére nem állt készen. A leszállításra ígért berendezések csak töredéke érkezett meg, nem állt rendelkezésre a számítógépes kapcsolat, miután egyes gépeken csupán tesztvizsgálatok történtek, a vizsgálati eredményekért szakmai felelősség – ami ebben az esetben emberek életét kockáztatja – nem vállalható. Valamint a nyertes cég, a Pronett kft. nem szerezte be az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó engedélyt. Mind erre tekintet Dr. G. Kiss Gyula főigazgató bejelentje, hogy felbontja a szerződést a konzorciummal. Majd, miután a legfontosabb szempontnak a laborellátás biztosítását tartja, egy hetes határidőt adva a hiánypótlásra, fenntartja a megkötött szerződést. Augusztus 12-én azonban – a Pronett még mindig nem rendelkezik a szükséges működési engedéllyel – Dr. Bujdosó László országos tisztifőorvos 24 órás ultimátumot ad a Kórháznak a gondok rendezésére.

– Ebben a helyzetben olyan kényszerpályára kerültem – mondta Dr. G. Kiss Gyula –, hogy nem tehettem mást, véglegesen ellátam a konzorciumi szerződéstől, és a laborellátás biztosítása érdekében, a régi működtetővel kötöttem újra szerződést. Jelenleg ez a helyzet. A laboratórium működik, a betegellátás zavartalan.

Az ügy egyéb hozadéka: A Pronett Kft. feljelentése nyomán a Közbeszerzési Döntőbizottság kilencmillió forintot büntetést szabott ki a Kórházra. Dr. G. Kiss Gyula főigazgatói megbízását visszavonták.

A történetből csak az nem derült ki, hogy ki és hogyan köteles, vagy képes a betegek érdekeinek védelmére, képviselésére, a szakmai szempontok meddig ütközthetnek – írhatok felül – gazdasági megfontolásokból.

November 28-ától Dr. G. Kiss Gyula osztályvezető főorvos a Kenézy Kórház II-es Belgyógyászati osztályán. Teszi a dolgát, amiért orvos lett, gyógyít.

» *Pigniczki Ágnes, Debrecen* «

Dr. Németh Endre százhalombattai olvasónk és egyben leg-hűségesebb kritikuskunk – akinek számunkra építő munkaságát ezúton is köszönjük és továbbra is számítunk rá – leg-utóbbi levelében jelezte, hogy a hazai sajtópiairól eltűntek a karikatúrák, pedig igen hatékony ismeretközlők. Nyomatékul küldött is állítását igazoló sajtótermékeket külföldi és régebbi hazai szaklapokból, amit ezúton köszönünk és következő lapszámunkban feldolgozzuk. Viszont ennek apropója kapcsán leközlöljük a Sydneyből érkező olvasónk két humoros **önkritikáját**, amelynek közléséhez hozzájárult. A harmadik, hazai egészségügyünkre vonatkozó rajzának közlését – **a békaperspektívát** – egyenlőre felfüggesztette – mondván: „nem akar év végén prejudikálni...”.



Levelek Sydneyből

a gyerekeiket és ez mindenkinek jó volt. Még nekem is, mert jó érzés volt, hogy az elképzelésem jól működik. Mint egykori vezetőnek most is meggyőződés: maximális teljesítést várni és kapni munkatársaimtól csak úgy tudok, ha én, a munkahely is minden tölem telhetők megteszek értük. Ekkor alakul ki az a csapatmunka és teamszemlélet, ami kiváltképp az egészségügyben nélkülözhetetlen.

Ezt a bölcsödét nyugdíjazásom után az utódom, az akkori gazdasági igazgató egyetértésével megszüntette, mondván „szabályellenes a működése, különösen a gondozók alkalmazása a nővérállások terhére”.

Lelkük rajta.

Bár a legújabbban otthonról kapott információim szerint egyes kórházak vezetése parkolási éves díjat szed be alkalmazottaitól, kiváltképp az orvosaitól, mondván kevés a hely ezért értékes és ez jövedelemforrás lehet a gazdálkodó kórház szempontjából. Így ennek ismeretében nem csodálkozom már azon, hogy a mai korszerűségnek nem szempont a munkatársak mentálhigiéniéje... Aki gyereket vállal diplomás orvos letéve, oldja meg, ahogy tudja, engem ez nem érdekel. Vagy járjon gyalog gépkocsi helyett, különben is ez az egészséges! Ja, hogy esetleg mindennek következményét a beteg sínyli meg? Van akkreditálásról papírom, minősített munkát végzek, ha hiba csúszik a rendszerbe, jó ügyvéddel rendelkezem! Csak a feljebbvalóimnak feleljek meg, lefelé meg én szabom a feltételeket! Akinek nem tetszik, elmehet! Ugyancsak otthonról hallott hírem: el is mennek és orvoshiány van, most már nemcsak laborosból és patológusból, hanem már szülésznőgyógyászból is! Ja kérem, ha a sarcon gondolkodom és EU a dolgozóim megtartásán, akkor valóban nagy kihívás az EU, mert a fiatalok tudnak váltani, az öregek meg húzzák egy darabig az ígát, de egy-kettőre kihalnak. A gyöngyszem a magyar egészségügy belső állapotáról szóló híreknél a kórházigazgató kontra baleseti sebészetben dolgozó orvosok ügyeleti díja, ahol bírósági végzés van annak jogosságáról, ha jól tudom a szolnoki megyei kórházban!

Nos kérem: no comment... Vagy ennyire bizonytalan a kórházak anyagi léte otthon? Én nem vagyok kétségekben benne a világ másik végéből! Akkor mégis hogyan lehetséges az, hogy év végén többmillió juttatás jár az eredményesen gazdálkodó kórház vezetői menedzsmentnek? Én állapítom meg magamról és számfejttem a búsás összegeket? Miközben alkalmazottaim termelik a HBSC-t, akiknek nemhogy parkolás, hanem már védőitál se jár a műtőben, de légkondi sem működik, mert az drága,

de az igazgatói irodában működik a klíma? Hogy van ez? Szívesen csevegnék erről egy-két korszerű utódommal, bár meglehet: vén érzelmes szénilis hülyének tartanának.

Disznóságaim 2.

Már írtam, hogy reggelente olvasom a magyar újságokat. Most a Népszabadságban olvastam: a szombathelyi Markusovszky kórházban milyen beruházásokra került sor. Természetesen nagyon örülök ennek, mint minden hírnek, ami a magyar egészségügy fejlődését, korszerűsödését jelzi.

Emlékszem, 1964-ben, amikor is a nyíregyházi 300 ágyas tbc. kórház megnyílt, az az akkori időknek és célnak megfelelő, korszerűnek mondható intézet volt. Más nehézségeink voltak. Így egyik, a *megfelelő orvosellátás*. Ennek gátolója a lakáshiány volt. Az intézet új volt, akkor még karbantartásra, felújításra pénz költenünk nem kellett. A költségvetésünkben pedig, az akkori előírásoknak megfelelő összeg tervezve, biztosítva volt A kórház nagyon jó műszaki gárdával rendelkezett és annak vezetője éppen építési technikus képzettségű volt. Ahogy naponta bementem a kórházba, ütközben láttam építeni kis, háromszintes, hat lakásos épületeket. Nagyon elfogadhatónak gondoltam orvos lakásnak egy hasonló épületet. Megkérdeztem a műszaki részleg vezetőjét, hogy a mi műszaki gárdánknak tudnánk e hasonló épületet felhúzni. Igent mondott. Na, de honnan veszünk tervrajzot? Kiderült, hogy típus tervrajz van róla és egészen olcsón meg lehet venni azt, ami az építési engedélyhez és felépítéshez is jó volt.

Előadtam az elképzelésemet az akkori megyei elnöknek, akinek tetszett a tervem és mellém állt. Összehívtam a műszaki gárdát és elmondtam a tervemet az önerőből való orvoslakás építéséről. Megmondtam, hogy van hatvanezer forintom jutalom pénz, amit a jutalmazásukra tudok fordítani. Ez akkor még komoly összeg volt. Örömmel fogadták a tervemet. A gazdasági vezető beszerzett minden szükséges anyagot. A típus-tervben, annak mellékletében, az épülethez szükséges anyag is fel volt sorolva. Megindult az építkezés és már az első szint magasságáig fennálltak a falak, amikor felkeresett a megyei pénzügyi osztály egyik tisztviselője és kijelentette, hogy a főnöke utasítására le kell állni az építkezésre. A már megépített falakat le kell bontani. Mondtam, hogy az építkezésre nekem a Megyei Tanács elnöke adott engedélyt. Az nem számít, mondta, mert ez „fekete

beruházás” és arra az elnök se adhat engedélyt. (Mindehhez azt kell tudni, hogy a két személy között valami nézeteltérés, rivalizálás volt). Azt válaszoltam, hogy én pedig nem bontatom le a már megépített falakat és folytatom a munkát, mert erre az intézetnek nagy szüksége van. Erre viszont fenyegetőleg azt mondta, hogy: „a törvény a fekete beruházást három évi börtönnel büntetheti”. Mondtam szép, de vegye tudomásul, hogy nekem a kedvenc ételém a paprikás krumpli és a rántott leves és azt még a börtönben is adják. És menjen oda, ahonnan küldték. Természetesen azonnal értesítettem a megyei elnököt, mondván, hogy már börtönnel fenyegettek. (Csak hallottam, nagy grimbusz volt a megyei tanácson.) Párnap múlva egy újabb tisztviselő jött a pénzügyi osztálytól és megmondta, hogy saját felelősségemre folytathatom az építkezést, de ha december 15-ig nem lesz átadva a kész épület, jól nézzem meg magamat.

Mindez kb. augusztus közepén történt. Fogalmam se volt, hogy december közepéig kész lehet-e az épület. Összehívtam tehát a műszaki gárdát és elmondtam nekik a tényállást azzal, hogy engem börtönnel fenyegettek, ha az épület átadásra készen nem lesz december közepére. Az én jó embereim egy ideig összebújtak, sutyorogtak, majd a vezetőjük felállt és azt mondta: „*Igazgató úr! megbeszéltük a dolgot, vállaljuk, hogy kész lesz az épület a kívánt időre, még ha éjszaka is kell dolgoznunk.*” Megköszöntem a vállalásukat és viszont ígértem, hogy én is mindenben a segítségükre leszek.

Így lett kész az akkori magyar viszonyok között a leg-hamarabb és mondhatom a legjobb minőségben, legolcsóbban készült ilyen típusú épület. Az épület átadására, december 15-ére meghívtam, mindenkit, akit ebben az ügyben érdekeltnek gondoltam. A pénzügyi osztály összes dolgozóját. El is jöttek valamennyien. A konyhával nagyon finom szendvicseket készítettem, de gazdaságvezetőmnek megmondtam, hogy mindent az én költségemre szerezzen be és mindenről a kapott számlákat jól őrizze meg. Tizenhat üveg pezsgőt vettem. (El is fogyott mind.) Természetesen végignéztük az egész épületet. Mindenkinék nagyon tetszett a szépen kitakarított, lakozott parkettájú épület. Az egyik pénzügyes megkérdezte: „*Na és melyik lakás lesz az igazgató elvtársé?*” Egyik se – mondtam – nekem van a városban lakásom. „*Ja... hát akkor a lányáé?*” Szintén nem fog itt lakni, mert hasonlóan neki is van városban lakása. **Ezek a lakások a jövőben ide pályázó orvosoké lesznek, vagy azoké, akik már itt dolgoznak, de a kórház épületében, akár már a terhes feleségükkel egy kis szobában laknak.** Jellemző volt, hogy el se tudták képzelni a pénzügyek és a büntető törvények tudói, hogy valaki önzetlenül is tud valami közösségi célért rizikó vállalni.

Mostanában hallottam, hogy az „orvos lakásokat” kikerítették és eladták. (?) Ezért ültöm volna én három évet !!!

► az 1. oldal folytatása

DR. KURIMAY TAMÁS, a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány elnöke megnyitójában elmondta, hogy a 2005. évi Lelki Egészség Világnap közpon-ti témája a teljes életet lefedő mentális és testi egész-ség, hangsúlyozva a mentális és testi egészség minden életkorra jellemző kölcsönös függőségének jelentőségét. Véleménye szerint a Lelki Egészség Világnapján azt a fontos tényt kell kihangsúlyozni, hogy „mentális egész-ség nélkül nincs egészség”, és fel kell hívni a lakosság figyelmét arra, hogy a jó testi és mentális egészség min-den életszakaszban fontos a sikeres növekedés és fejlődés szempontjából. Kiemelte, hogy a WHO adatai szerint a világon jelenleg a depresszió a harmadik legtöbb kárt okozó betegség, de 2020-ra már a vezető és leggyakoribb lesz az összes betegségek között. Nyomatékosan felhívta a figyelmet arra, hogy a rossz testi egészség csecsemő, gyermek és felnőttkorban, vagy az élet későbbi sza-kaszaiban is befolyásolja az emocionális egészséget és jólétet, míg a súlyos mentális betegségek és zavarok, például a depresszió vagy a szorongás miatt gyakran el-hanyagolnak súlyos egészségügyi problémákat, például rákbetegséget, szívbetegséget, cukorbetegséget, izületi bántalmakat vagy légzőszervi megbetegedéseket. Arra figyelmeztetett, hogy a lelki eredetű megbetegedések te-hát minden korosztályt érintenek, elhanyagolásuk végső esetben akár halált is okozhat, továbbá, hogy nagyon gyakran társulnak a lelki betegségek más megbetegede-ssekkel pl. alkoholizmussal vagy egyéb étkezési zavarok-kal, és ez utóbbi egyre gyakoribb hazánkban is. Végül kiemelte, hogy továbbra is bízik abban, hogy a kormány száz lépés programjának egészségügy megújítását cél-zó 21 lépése mielőbb kiegészül a mentális betegségekkel, amelyet a szakma május óta szorgalmaz.

Sajtótájékoztató

DR. KURIMAY TAMÁS elnök felvezetőjében elmondta, hogy minden negyedik magyar ember mentális problé-mával küzd: a gyerekek körében ugyanolyan gyakori a lelki zavar, mint a felnőttek között. Ezeket a tényeket nem volna szabad figyelmen kívül hagyni a gyógyítás során, ahogyan a prevencióban is nagyobb szerepet kellene kapnia a mentális egészség fenntartásának. Az orvosképzésben hangsúlyosabban szerepelhetnének a hazánkban ma már világszínvonalon folyó mentálhi-giénés kutatások eredményei. Szerint a lelki egészség kérdéssel is kormány szinten kellene foglalkozni, ha-sonlóan mint a 21 lépés programban prioritást kapott területekkel, különben behozhatatlan hátrányba ke-rülhetünk, hiszen a WHO prognózísa szerint 2020-ra a depresszió lesz a legnagyobb társadalmi terhet okozó megbetegedés a világon. Csak hosszú távú, követke-zetesen megvalósított program esetén van esély arra, hogy a következő évtizedben jelentősen kevesebb em-bernél forduljanak elő a mentális problémák.

SÓLYOM ERZSÉBET, a Köztársasági Elnök felesége, a rendezvény fővédnöke azt tartotta rendkívül fontos-nak kiemelni, hogy a lelki egészség a mindennapokban csak akkor kaphatja meg a fontosságának megfelelő helyet, ha sikerül a társadalomban számos tévhittel le-zámolni. Ilyen tévhit, hogy a pszichiátriai kórok nem valódi betegségek, mint pl. a vese vagy a szív rendelle-nessége. Ezzel szemben tény az, hogy e kórfolyamatok valódi orvosi betegségek, genetikai és biológiai okaik is vannak és hatékonyan kezelhetők. Ugyancsak köz-leletű az a vélekedés, hogy a mentális betegségek csak a társadalom bizonyos tagjait érinthetik, pedig a WHO – 2004-ben 14 országban, több mint 60 ezer felnőtt be-onásával végzett – felméréséből kiderült, a megkérd-eztettek 9-17%-ában az előző év során zajlott valamelyik mentális betegség epizódja. Véleménye szerint éppen a Világnap és a kapcsolódó rendezvények segíthetnek az előítéletek elleni harcban.

DR. TÚRY FERENC, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke további adatokkal szolgált. A mentális betegségek, zavarok sokkal gyakoribbak és némely fajtájuk korjelenségként egyre szaporodik. Változik a kórképek összetétele is. A pszichiátria régen főleg elmebetegségekkel, például szkizofréniával foglal-gozott. Ma a betegek többsége szenvedélybeteg, illetve beilleszkedési zavarokkal, deviáns magatartással ke-rül pszichiáterhez. A mai pszichiátriai betegek több-sége számára állandó állapot a szorongás, amelynek társadalmi okai vannak. Minden 5-6. ember átesett már súlyos depressziós epizódon, a szorongásos zavar az emberiség csaknem 5%-át érinti, a pánikbetegség gyakorisága 2,5%-os, a szenvedélybetegségeké 6-10%. Napjainkban már tudományos kutatások sora bizo-nyította a mentális zavarok testi betegséget előidéző-kiváltó szerepét, sőt azt is, hogy lelkiállapotunktól és társas kapcsolatainktól függ, milyen betegséget „ter-melünk ki” magunkban. Vannak közöttük tömeg-

Lelki Egészség Világnap

„René Descartes, a XVII. századi filozófus fogalmazta meg az elme és a test közötti különbséget. Ő az elmét és a testet teljesen elkülönülő entitásként írta le, amelyeket a mentális egészség szószólói több mint 200 éve igyekeznek ismét egyesíteni. A mentális és testi egészség elkülönítésének nincs értelme az egészség XXI. századi felfogásában; az elme és a test elválaszthatatlanok; az egészség a teljes jólét állapota és mentális egészség nélkül nincs egészség”. (Shona Sturgeon, az WFMH elnöke)

jelenségek – mint például az irritábilis bélszindróma nevű zavar, amely több mint egymillió embert érint hazánkban anélkül, hogy kimutatható szervi beteg-ség, fejlődési rendellenesség állna a háttérében.

GÁBOR EDINA, az Országos Egészségfejlesztési Intézet főigazgatója kifejtette, hogy számára nép-egészségügyi prioritás a pszichés jellegű problémák megoldása, a népbetegségnek tekintett szív és kerin-gési, daganatos és mozgásszervi betegségek mellett. Véleménye szerint mindannyiunk fontos célja, hogy önmagunkkal harmóniában éljünk. Hiszen ha jó lel-kiállapotban vagyunk, akkor pozitívan állunk a dol-gokhoz, azaz képesek vagyunk az élet kihívásaival megbirkózni, elégedettek vagyunk önmagunkkal és másokkal is, és felelősséget vállalunk munkánkban és kapcsolatainkban. Ez azt jelenti, hogy ha jó lelki álla-potban vagyunk, az életől a legjobbakat várjuk és hisz-zük, hogy céljainkat képesek vagyunk megvalósítani. E szemléletnek kell hatnia egész gondolkodásunkra és érzéseinkre is. Közös feladatunk tehát, hogy segítség-egymást e cél megvalósításában.

DR. MORZSÁNYI ÉVA, a Magyar Vöröskereszt fő-titkára sikerként értékelte, hogy 2005. májusában a Védőháló a Lelki Egészségért Alapítvány és a Magyar Vöröskereszt együttműködési megállapodást írtak alá a mentális betegségekről szóló információk lakossá-ghoz való eljuttatásáról, a depresszió elleni küzdelemlről és oktatási programok indításáról. A Vöröskereszt ki-épített oktatási rendszerébe jól beilleszthetők a men-tális betegségekhez kapcsolódó új ismeretek és azok továbbadása is. Főtitkár asszony megjegyezte, hogy valóban jogosan merülhet fel mindenkiben a kérdés, hogy egy ilyen speciális orvosszakmai témához va-jon hogyan kapcsolódik a Magyar Vöröskereszt, az a nagy hagyományokkal rendelkező karitatív szervezet, amelyről a közutadatok alkotott kép elsősorban a „fi-zikai” segítségnyújtáshoz kötődik. Erre vonatkozóan a média képviselőit arról tájékoztatta, hogy szerencsére a kor követelményeiben bekövetkezett változásokhoz a Vöröskereszt is rugalmasan, folyamatosan alkalmaz-kodik, és amikor az orvostudomány a mentális gyó-gyításnak jóval nagyobb jelentőséget tulajdonít, mint annakelőtte, bármikor örömmel mondhatja, hogy a Vöröskeresztnek kész programja van a „lelki” segít-ségnyújtásban való aktív részvételre. Magyar Vö-röskereszt gyakorlatában a katasztrófák idején sérült lakosság mentális támogatása első ízben a beregi árvíz idején jelentett kihívást. Önkénteseket, munkatársai-kat képezték ki és hónapokon keresztül látogatták az érintett családokat. Azóta már a Magyar Vöröskereszt bekapcsolódott a Nemzetközi Vöröskereszt szakmai programjába, ahol a már nagy gyakorlattal rendelke-ző nemzeti társaságok (Dán Vöröskereszt és Francia Vöröskereszt) tapasztalatait hasznosítottuk. A Ma-gyar Vöröskereszt éppen nemrég rendezte meg har-minc ország részvételével Budapesten azt a szakmai tanácskozást, mely ezeket a tapasztalatokat beszélte meg. Végezetül fontosnak tartotta elmondani, hogy a Vöröskereszt számára külön megtiszteltetés, hogy a Lelki Egészség Világnapján a programok részese lehet. Meggyőződése, hogy a két civil szervezet egymást erő-sítheti komoly szakmai elképzelések megvalósításában, az önkéntesek szélesebbkörű mozgósításában az érin-tett lakosság megsegítéséért.

Szakmai előadások

DR. KOPP MÁRIA, a SE Magatartástudományi Inté-zet igazgatója, „Eletminőség fiataloktól idősekig” című előadását azzal kezdte, hogy az életminőség javítása a modern „jóléti” államok alapvető célkitűzése. Az életminőség objektív mutatójaként az idő előtti egész-ségromlást és halálozást említette. Felhívta a figyelmet arra, hogy annak valószínűsége, hogy egy férfi túléli a 65. életévét Magyarországon ma csupán 59%, míg ez az arány Ausztriában 80%. Bár hozzátette, hogy ez nem mindig volt így, mivel 1970-ben a magyar arányok job-bak voltak, mint Ausztriában. A középkorú nők idő előtti halálózása is háromszor magasabb hazánkban, mint az európai átlag. Az életminőség krízis jellemző-jeként emelte ki, hogy ma a 45-65 éves magyar férfiak halálózási aránya is magasabb, mint az 1930-as években

volt, bár ezt a jelenséget a jelenlegi népegészségügyi modellek nem képesek megmagyarázni. Mint elmond-ta, az egészségügyi krízis hátterében az állhat, hogy a stressz modellek általában csak az akut vagy viszonylag rövid tartamú stresszorok hatását vizsgálják és a krónikus stresszt nem, amely meghatározó a károsító hatások szempontjából. Protektív pszichológiai és életmód té-nyezőkként említette pl. a segítség kérést, a sportot, a vallásgyakorlást, a közösségi hálót, a kreativitást és a toleranciát, míg a veszélyeztető pszichológiai és életmód tényezőknél kiemelte az értékvesztést, a dohányzást, a kóros alkoholfogyasztást, a drogokat, az elhízást, a munkahelyi és a házastársi stresszt, valamint az anyagi gondokat. Rendkívül fontosnak tartaná hatékony pre-venációs, egészségfejlesztő módszerek kidolgozását a le-szakadó rétegek számára. Véleménye szerint mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy a 30 éve működő lelkeségély-vonal rendszer ne szűnhesen meg a finan-szírozás hiánya miatt, amelynek jelentős a szerepe az öngyilkosságok számának csökkenésében.

PROF. DR. IVÁN LÁSZLÓ, a SE ÁOK Kútvölgyi Kli-nika egyetemi tanára, az Időügyi Tanács tagja „Az idősödés fenntartható egészségének kérdései” című elő-adásában nemcsak az időskor válsághelyzeitét és az azokat előidéző veszteségeket (pl. egészségvesztés, társ-vesztés, jogbiztonság, esély-biztonság, személyes krízi-sek) ismertette, hanem beszélt az öregedés örömeiről is. Az egyedileg zajló normál öregedési változások és a hozzájuk társuló, vagy általuk kialakuló kóros tör-ténések kombinációi jelentik az öregedés és öregkor sajátos problémáit, kihívásait orvosnak, egészség-ügyi és szociális ellátónak, érintettnek és családjának egyaránt. Egyértelművé tette, hogy az idősödés és idős kor személyes problémái és zavarai a pszichogeriatríai specialitást nagyon is felértékelik, és szükségessé teszik a pszichogeriatríai terápiák, gondozási és ápolási fel-adatok társadalmi szintű fejlesztését, elterjesztését és főleg ismeretét, valamint a pszichogeriatríai zavarok népességi szintű megelőzését. Az észlelt pszichogeriat-riai problémák, zavarok és betegségek között említette a teljesítményzavarokat, a hangulati avarokat, a szervi eredetű pszichés zavarokat, a neurozísokat, az alkoho-lizmust, a demenciát és a szkizofréniát is. Véleménye szerint az időskori neuropszichiátriai problémák és megbetegedések jelentőségét támasztják alá a gyako-risági előfordulási adatok, melyek Magyarországon meglehetősen hiányosak, így csak becsléseink van-nak az idős népességre vonatkozóan. Vizsgalatokra hivatkozva hívta fel a hallgatóság figyelmét arra, hogy a materializált értékek közül a pénz, vagyon, gazdag-ság, nem függ össze meghatározóan az emberi, így az öregkori boldogsággal. Ugyanakkor meghatározóak az egymáshoz való viszony szeretet- és megértés gesz-tusai, melyek az idősödő ember megküzdőképességét és öröminnőségét javítják. Zárszóként azt mondta, hogy a „tudásalapú társadalmak” célja sem lehet más, mint amit van Borehaave a XVIII. században meg-fogalmazott: „Fenntartani a test töretlen egészségét, a szellem állandó élenkségét és nyugalmat és megőrizni ezeket a késő öregségig, amikor betegség és küzdelem nélkül a test és a lélek búcsút mond egymásnak.” Igen sajnálatosnak tartja, hogy az időskor örömeiről a mé-dia nem vagy alig tájékoztat.

DR. GÁTI ÁGNES, a PTE ÁOK Pszichiátriai és Pszi-choterápiás Klinika docense „Az Internet és más újkori függőségek” című előadásában előljáróban le-szögezte, hogy a szenvedély önmagában, „normális” mértékben az önmegvalósítás egy konstruktív formája, a szenvedélybetegség azonban csak ezt az illúziót kelti. Abnormalitásról, betegségről tehát csak akkor beszé-lünk, amikor a szenvedély miatt az illetőnek komoly problémái lesznek az életvitelében, esetleg pszichés vagy testi betegség alakul ki. A kulcs tehát a kontroll. A szenvedélybetegség, a függőség két típusát említette meg: a drogfüggőséget vagy kémiai addikciót és a viselkedé-s-függőséget. A tünetek között sorolta fel a következőket: a beteg nem tud ellenállni a késztetéseknak akkor sem, ha azok káros kimenetelűek maga és a környezete szá-mára, a cselekmény előtt fokozódó feszültség és akti-válódás észlelhető, a cselekedet végrehajtása átmeneti élvezettel, feszültségoldással jár együtt, a cselekmény

után megbánás, önvád, vagy bűntudat jelentkezhet, megvonási tünetek jelentkeznek (növekvő feszültség, álmok a „szenvedéllyel” kapcsolatosan, stb.) és a belső értékrend megváltozása, az élet egyéb dolgai elvesztik örömszerző jellegüket, kiszorulnak a beteg életéből. A szenvedély betegségek vonatkozásában néhány érdekes adattal is szolgált, többek között, hogy pl. a szenve-délybetegség férfiak között 3-10-szer gyakoribb, leg-gyakrabban 25-29 éves kor között kezdődik, 72%-ban társul depresszióval, a betegek nagy része dohányzik, kényszerbetegség 9%-ban fordul elő közöttük, a be-tegek több mint 20%-a hiperaktív, figyelemzavarban szenvedő gyerek, de lényeges a családi halmozódás is. Külön felhívta a figyelmet az új keletű internetfüggőség veszélyeire, amelyek közül ki is emelt néhányat, mint pl. hogy az anonimitás könnyebbé teszi a devianciák vagy akár bűncselekmények elkövetését, az internet biztonságos kommunikációs környezetet teremt a túl-zottan gátlásos személyek számára, fedezéket biztosít a házasságon kívüli „kiberkapcsolatok” számára, le-hetőséget ad alternatív on-line személyiség kidolgozá-sára és a mindennapi nehézségektől való menekülésre. A játékszenvedéllyekkel (gambling) kapcsolatban el-mondta, hogy igen fontos tudni pl. azt, hogy az Ame-rikai Egyesült államokban a legtöbb öngyilkosságot a szerencsejátékok Mekkáiban, Las Vegasban és Atlantic City-ben követik el, továbbá, hogy a játékszenvedély rabjait ingerkereső magatartás és a kockázatmegíté-lés zavarja jellemzi. Végezetül azt hangsúlyozta, hogy a játékszenvedély kezelése nagyon nehéz feladat és a beteg együttműködésének, gyógyulási motivációjá-nak hiányában lehetetlen is! Bizonyos gyógyszerekkel csökkenthető a „késztetés”, illetve a társuló pszichés betegségek kezelhetők. De a gyógyszeres terápián túl nagyon lényeges a pszichoterápia és az önségítő cso-portok jelentősége.

DR. TÚRY FERENC, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke „Az ifjúkor újkeletű mentálhigiénés problémái-ról” című előadásában arról beszélt, hogy napjainkban – a kor és a kultúra hatásainak köszönhetően – a psi-choszomatikus betegségek között egyre népszerűbb helyet foglalnak el az a táplálkozási zavarok, illetve a testképzavarok, amelyek tünetképzésében kiemelt szerepet tölt be az adott társadalom testideálja. Mint megtudtuk, közel egy évtizede – az anorexia nervosa és a bulimia nervosa mellett – jelent meg az izomdisz-morfia, a férfiak speciális testképzavara, melyet a női anorexia nervosa fordítottjának tartanak. A testépítő típusú evészavar a test- és izomtömeg összetételével való túlzott foglalkozást és speciális étrend követését jelenti. Az izomdisz-morfiaiban szenvedő testépítő fér-fiak az atléta alkatot részesítik előnyben. Igen izmos és erős testük ellenére is, soványnak, véznának talál-ják magukat és szígyellnek strandra menni is. Életü-ket a kényszeres testedzés tölti ki. Az izomdisz-morfia kritériumai a következők: 1. a személy túlzottan so-kat foglalkozik azzal a gondolattal, hogy a teste nem eléggé szikár és izmos (a jellemző társult viselkedések magukba foglalják az órákig folytatott súlyemelést és az étrendre fordított túlzott figyelmet); 2. az aggodal-maskodás klinikailag jelentős distressz vagy rosszza-bodást okoz társas, foglalkozásbeli, vagy más fontos téren; 3. az aggodalmaskodás és a viselkedések elsőd-leges központja az, hogy a személy túl kicsinek vagy elégtelen izomzattal rendelkezőnek tartja magát. Az egyéb újkeletű függőségeknél megemlítsre került még a testedzés-dependencia és a futás-addikció.

Filmvetítés és kerekasztal-beszélgetés

DR. STARK ANDRÁS, a pécsi Mentálhigiénés Intézet vezetője, a Magyar Pszichiátriai Társaság alelnöke közös beszélgetésre hívta a film íránt érdeklődőket. Alan Rickman: A téli vendég c. filmje igazi lehetősé-get teremtett a serdülő- és változókori életciklusokról, valamint az állandóhoz és a változóhoz fűződő kap-csolatról való elgondolkodásra. A történetben Fran-ces, a fotóművész férjét gyászolja, nem tud felkelni az ágyból, élete értelmét veszítette. Kamasz fiát Alexet is elhanyagolja, aki korából adódó problémákkal küzd és éppen első lépéséit teszi a felnőtte váláshoz a szom-széd Ninával való kapcsolata során. Elsbeth, Francis anyja hajlott kora ellenére úgy dönt, hogy rendet tesz családjában. Mindegyik szereplő igazi választól eltört áll, fél, remél és várja a „téli vendég” érkezését. A film tanulsága, amelyet az alakuló párkapcsolatok is hang-súlyoznak: élni gyakorta nehezebb, mint meghalni – legalább is ugyanakkora bátorság kell hozzá, mint a halálhoz. Egy biztos, Stark András nagyszerű film-elemzése igazi élményt nyújtott mindenki számára.

DR. DEMETROVICS ZSOLT, az ELTE PPK Személyi-ség- és Egészségpszichológiai Intézet munkatársa „Beszélgetés a drogok világáról az életkorok függvé-nyében” címmel kerekasztal-beszélgetést tartott civil szervezetek képviselőinek, gyakorló szakorvosoknak, jogászoknak és szociálpedagógusoknak a részvételé-vel. A kerekasztal résztvevői beszélgetést folytattak a magyarországi drogprevenció elméleti és gyakorlati megvalósulásáról, a szülői tájékoztatás fontosságáról és a médiumok szerepéről a tájékoztatásban, a rehabi-litáció kérdéséről, a különböző kezelési módszerekről és ezek hatékonyságáról, a drogprobléma életkori sa-játosságairól a drogekérdés társadalmi megítéléséről. A kötetlen hangvételű kerekasztal-beszélgetést a sokszí-nűség jellemezte, mivel a különböző segítő szakmában tevékenykedők képviselői, az eltérő szakmai tapasztalataik alapján, más-más nézőpontból járták körül a magyarországi droghelyzetet és vetettek fel megoldási javaslatokat. A résztvevők egyetértettek abban, hogy a drogprobléma kezelése csak a segítő szakmákban dolgo-zók együttműködésével, a társadalom széles rétegeinek elérése és tájékoztatása pedig csak a médiumok minél nagyobb szerepvállalásával valósítható meg.

» Himmel Éva «

A kerekasztal által közvetített üzenetek:

- 1.] A mentális betegség napjaink egyik legkomolyabb egészségügyi és társadalmi kihi-vása, amelynek hazánkban is kiemelt szerepet kell kapnia, csakúgy mint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Európai Unió népegészségügyi programjában is.
- 2.] A kormány egészségügy megújítását célzó „21 lépés programjában” a lelki beteg-ség-csoportot kiemelten kell szerepeltetni, igazodva ezzel a WHO 2005. januári Helsinkiben tar-tott Európai Miniszteri Konferenciájának közös nyilatkozatához, amelyben a résztvevők a tag-államok közös feladatait fogalmazták meg a mentális betegségekre vonatkozóan. („Európai Nyilatkozat a Mentális Egészségről – Szembenézve a kihívásokkal, megoldásokat keresve”.
- 3.] A rendezésben közreműködő fenti szakmai szervezetek nemcsak egyetlen napon, hanem a jövőben még erőteljesebben kívánják össztársadalmi szinten ráirányítani a figyel-met a különböző életszakaszokban jelentkező mentális betegségekre, egyrészt a WHO és az EU állásfoglalása, valamint a Mentális Egészség Világsozvétségének felhívása miatt, másrészt pedig azért, mert e betegségek Magyarországon is súlyos egészségügyi, szociális és gazdasági problémát jelentenek, mint világszerte is.
- 4.] A szakemberek szerint a társadalom figyelmét nyomatékosan rá kell irányítani a változó kulturális, társadalmi hatások tünetképző szerepére és az új keletű mentális zavarokra is (táplálkozási zavarok, izomdisz-morfia, internetfüggőség, játékszenvedély, testedzés-de-

- pendencia, futás-addikció, kapunyitási pánik stb.), amelyek rejtettségük ellenére is egyre inkább bekerülnek a köztudatba, és várhatóan e betegségekben szenvedők majd egyre nagyobb számban jelennek meg hamarosan az egészségügyi ellátó rendszerben.
- 5.] A lelki problémák kezelését már gyermekkorban kell kezdeni!
- 6.] Különösen fontos, hogy a lelki zavarban szenvedőkkel először találkozó háziorvosok is felfigyeljenek a testi tünetek mellett a pszichés háttértényezők diszfunkcionális mű-ködésére is.
- 7.] Rövid és hosszú távon is lépni kell a mentális betegségek vonatkozásában is, hiszen e betegségek léteznek és valóság.
- 8.] Küzdeni kell a mentális betegségeket körülvevő tévhitek ellen.
- 9.] Közös társadalmi érdek, hogy a 30 éve működő lelkeségély-vonal rendszer ne szűnjön meg a finanszírozás hiánya miatt, amelynek jelentős a szerepe az öngyilkosságok számá-nak csökkenésében.
- 10.] Időszerű az egész társadalom figyelmét ráirányítani arra, hogy „mentális egészség nélkül nincs egészség”.
- 11.] Ahhoz, hogy a társadalom sikeres legyen és hazánk gazdasága versenyképes maradjon, a testi és a lelki egészségre is szükség van.

LELKI EGÉSZSÉG

Friss információk

A hazai osteoporosis helyzete

A Magyar Osteoporosis és Osteoartrhológiai Társaság (MOOT) és az Országos Osteoporosis Központ (OOK) tárgyalásai eredményesek voltak a főhatóságokkal, melynek értelmében elfogadatra kerültek érveik, amelyeket az osteoporosis interdiszciplináris jellegével, az ebből eredő speciális tudásanyag és szakmai gyakorlat megbecsülésével kapcsolatban minden fórumon hangoztattak.

Afentiek eredményeképpen a moot felkérést kapott a Minisztériumtól az osteoporosis ellátásra szolgáló működési engedély („licence”) személyi és tárgyi feltételeinek kidolgozására, amelyek elfogadása esetén azok miniszteri rendeletben kerülnének kihirdetésre. Így jogilag rendezett helyzetbe kerülne végre a hazai osteoporosis ellátórendszer. A tárgyalásoknak nem mellékes hozadéka, hogy most először a moot az a szakmai szervezet, amelynek a véleményét kéri az osteológiai ellátást szabályozó kérdésekben.

A munkálatokat a társaság megkezdte. A személyi feltételek elsősorban azt a képzési rendszert tartalmazták, amelyet a Társaság az elmúlt években kidolgozott. Ennek alapját a füredi Osteológiai Kongresszus, a nagy országos tanfolyamok (Belklinika, ORFI), az OROM, a densitometria tanfolyam és a távoktatás jelenti és ezekhez csatlakoznak a moot által akkreditált helyi képzések, valamint a kongresszusi és írásos tudományos aktivitás teljesítményei.

Dr. Horváth Csaba moot elnök szeretné, ha min-

den eddig jogosult tagtárs megszerezné a kitűzött belső kreditpontokat, és ha az új működési engedélyt az összes, eddig pecsétjoggal rendelkező kolléga „automatikusan” elnyerné. Ehhez az alapjoghoz elsősorban – már csak a képzéseket keményen végigdolgozó többi kollégára tekintettel is – a teljesített képzési feladatok alapján kellene hozzájutni.

A tervek szerint a szakmai képzések új ciklusa 2006-tól indulna és ebben a régi tagtársak mellett az osteoporosisall eddig nem foglalkozó, új belépők számára is nyitott a lehetőség az osteoporosis ellátására. (Amennyiben az szakmai ismeretek megszerzésén alapul.) Az így csatlakozó új kollégák meg kívánt szakmai gyakorlatának igazolásában csakúgy, mint a helyi képzések akkreditálásában elsősorban a centrumvezetőkre számítanak. A tárca egyidejűleg a szakmai irányelvek megújított szerkezetű közzétételét is várja a moot-tól, hogy ez a protokoll legyen az OEP és az ÁNTSZ ellenőrző tevékenységének az alapja. Épp ezért fontos, hogy a moot protokollja egyértelmű válaszokat adjon a mindennapi életben felmerülő, a hatóságokkal olykor eltérő értelmezésre vagy vitára okot adó kérdésekben (ld. pl. a kezelés hatására – 2,5 fölé javuló T-score eseteit, vagy a „legfeljebb 1 éven át” kitétel). A Társaság a pozitív eredmények mellett azért észrevételezi, hogy pl. a D-vitaminok felírásának az ígért korrekciójára eddig mégsem került sor. Dr.Horváth Csaba moot elnök szerint: remélhetően csak azért nem, mert közben megindult a szélesebb körű rendeződés folyamata.

Alacsony D vitamin szint a postmenopausalis osteoporosisos nőkben 10 év tanulmányainak összegzése

► az 1. oldal folytatása

Néhány vizsgálatban eltérést találtak a betegek serum D vitamin szintjében a különböző évszakokban. Nyáron olasz betegek körében 4,5%-ban, télen 32%-ban mérték alacsony D vitamin szintet.

Az iparilag fejlett országok postmenopausalis korú női lakosainak körében 2 fő tényező okozza az alacsony D vitamin szintet. A bevitel hiánya és a kevés napfény. A szociális otthonokban élők között nem minden esetben észleltek rossz D vitamin ellátottságot, valószínűleg az intézmény D vitaminban és Ca-ban dús tejtermékekben gazdag étrendet biztosít a bentlakóknak.

Megállapították, hogy 70 éves kor felett a napfény hiánya nagymértékben hozzájárul az alacsony D vitamin szinthez. Idősebb korban fokozott PTH aktivitás figyelhető meg, ezért különösen fontos a D vitaminpótlás, amellyel visszaszorítható ez az állapot. Továbbra is nehezíti az eredmények értékelését, hogy nincs meg egyezés arra vonatkozóan mennyi a normális D vitamin szint alsó határa. Mennyi az alacsony és mennyi az elégtelen? A szerzők javaslata, elégtelen D vitamin ellátottság 30 ng/ml alatt kerüljön megállapításra.

FORRÁS: VITAMIN D INADEQUACY AMONG POST-MENOPAUSAL WOMEN: A SYSTEMATIC REVIEW | S. GAUGRIS, R.P. HEANEY ET ALQ J MED 2005; 98:667-676



2005.július 1-től hatályos, majd szeptember 19-én módosított, jelenleg hatályos, antiporotikumok OEP-támogatását szabályozó új rendelet felírhatósági vonatkozásai

2005.július 1-től hatályos Az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter KÖZLEMÉNYE a kiemelt és emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegségcsoportokról, indikációs területekről és a felírásra jogosultak köréről.

A törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer-ek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet 4.§-a (9) bekezdésében foglaltak szerint a kiemelt és emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegségcsoportokat, indikációs területeket, a gyógyszereket és a felírásra jogosult orvosok körét az alábbiakban tesszük közzé. (dr. Rácz Jenő s.k. egészségügyi miniszter, Dr. Veres János s.k. pénzügyminiszter)

A közfinanszírozás alapjául elfogadott ár 90%-os vagy meghatározott összegű támogatásával rendeli:

23.a) Paget-kór kezelésére reumatológus, belgyógyász, ortopéd szakorvos az alábbi gyógyszereket:

Biostin 100 NE injekció	50x1 ml
Biostin 100 NE injekció	5x1 ml
Biostin 50 NE injekció	50x1 ml
Biostin 50 NE injekció	5x1 ml
Calco 100 NE injekció	5x1 ml
Calco 100 NE/adag orrspray	4x
Calco 200 NE oldatos orrspray	1x
Calco 50 NE injekció	5x1 ml
Miacalcic 100 NE injekció	5x1 ml
Miacalcic 200 orrspray	1x2 ml
Miacalcic 200 orrspray	2x2 ml
Miacalcic 50 NE injekció	5x1 ml
Skelid 200 mg tabletta	28x

23.b) Osteodenzitometriával igazolt osteopenia/osteoporosis esetén – centrálisan vagy perifériukusan mért T-score -1,0 érték alatt a reumatológus szakorvos – legfeljebb egy éven át – az alábbi gyógyszereket:

Activelle filmtabletta	28x
Alpha D3 - Biogal 0,25 mcg kapszula	60x
Alpha D3 - Biogal 0,5 mcg kapszula	30x
Alpha D3 - Biogal 1 mcg kapszula	30x
Alpha D3 0,25 mcg kapszula	60x
Alpha D3 0,5 mcg kapszula	30x
Alpha D3 1 mcg kapszula	30x
Cyclo-Premella drazsé	1x28
Dermestril 100 TDS tapasz	8x
Dermestril 25 TDS tapasz	8x
Dermestril 50 TDS tapasz	8x
Dermestril Septem 25 TDS tapasz	4x
Dermestril Septem 50 TDS tapasz	4x
Dermestril Septem 75 TDS tapasz	4x
Divigél 0,5 mg/dózis gél	28x
Divigél 0,5 mg/dózis gél	91x
Divigél 1 mg/dózis gél	28x
Divigél 1 mg/dózis gél	91x
Divina tabletta	21x
Divina tabletta	3x21
Divitren tabletta	91x
EstraDot 75 tapasz	8x
Estragel TTS tapasz	8x
Estramon 100 transzdermális tapasz	6x
Estramon 25 transzdermális tapasz	24x
Estramon 25 transzdermális tapasz	6x
Estramon 50 transzdermális tapasz	6x
Estrimax filmtabletta	28x
Estrimax filmtabletta	3x28
FemSeven 100 transzdermális tapasz	12x
FemSeven 100 transzdermális tapasz	4x
FemSeven 50 transzdermális tapasz	12x
FemSeven 50 transzdermális tapasz	4x
FemSeven 75 transzdermális tapasz	12x
FemSeven 75 transzdermális tapasz	4x
Klimonorm drazsé	21x
Klimonorm drazsé	63x
Livial 2,5 mg tabletta	28x
Livial 2,5 mg tabletta	3x28x
Oesclim 25 transzdermális tapasz	8x
Oesclim 50 transzdermális tapasz	8x
Pausogest filmtabletta	28x
Pausogest filmtabletta	3x28
Premella 2,5 mg drazsé	1x28
Premella 2,5 mg drazsé	3x28
Premella 5 mg drazsé	1x28
Premella 5 mg drazsé	3x28
System 50 TTS tapasz	6x
Triaklim filmtabletta	28x
Triaklim filmtabletta	3x28

Vitamin D3 3000 NE BIOEXTRA kapszula 100x	
Vitamin D3 3000 NE BIOEXTRA kapszula 20x	
Vitamin D3 Fresenius tabletta 30x	
Vitamin D3 Fresenius tabletta 90x	

23.c) Osteodenzitometriával igazolt osteoporosis esetén – centrálisan vagy perifériukusan mért T-score-2,5 érték alatt a reumatológus szakorvos – legfeljebb egy éven át - az alábbi gyógyszert:

Biostin 100 NE injekció	50x1 ml
Biostin 100 NE injekció	5x1 ml
Biostin 50 NE injekció	50x1 ml
Biostin 50 NE injekció	5x1 ml
Calco 100 NE injekció	5x1 ml
Calco 100 NE/adag orrspray	4x
Calco 200 NE oldatos orrspray	1x

Calco 50 NE injekció	5x1 ml
Miacalcic 100 NE injekció	5x1 ml
Miacalcic 200 orrspray	1x2 ml
Miacalcic 200 orrspray	2x2 ml
Miacalcic 50 NE injekció	5x1 ml
Tridin rágótabletta	40x
Tridin rágótabletta	90x

23.d) Osteodenzitometriával igazolt – centrálisan vagy perifériukusan mért T-score-2,5 alatti érték esetén – postmenopauzális osteoporosis kezelésére a reumatológus, és szülész-nőgyógyász szakorvos, illetve osteoporosisban szenvedő férfiak kezelésére a reumatológus szakorvos – legfeljebb egy éven át – az alábbi gyógyszereket:

Actonel 35 mg filmtabletta	4x
----------------------------	----

Actonel 5 mg filmtabletta	28x
Fosamax 10 mg tabletta	28x
Fosamax 70 mg tabletta	4x
Sedron 70 mg filmtabletta	12x
Sedron 70 mg filmtabletta	4x
Trabecan 70 mg tabletta	4x

23.e) Osteodenzitometriával igazolt postmenopauzális osteoporosis kezelésére – centrálisan vagy perifériukusan mért T-score-2,5 érték esetén – azon betegeknek, akiknél thromboembólia fokozott veszélye nem áll fenn, a reumatológus szakorvos – legfeljebb egy éven át – az alábbi gyógyszert:

Evista 60 mg filmtabletta	28x
---------------------------	-----

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY V. RÉSZ

Közlmények- módosítás (2005.szeptember 19.)

2005.szeptember 19-én módosított, az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter közleménye a kiemelt és emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegségcsoportokról, indikációs területekről és a felírásra jogosultak köréről szóló közlemény módosításáról.

A törzskönyvezett gyógyszerek és különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer-ek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV.26.) ESZCSM rendelet 4. §-a (9) bekezdésében foglaltak szerint az Egészségügyi Közlöny 2005. évi 10. számában, 2005. július 1-jén megjelent, a kiemelt és emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegségcsoportokról, indikációs területekről, és a felírásra jogosult orvosok köréről szóló közlemény a közzététel napjától az alábbiak szerint módosul. (Dr. Rácz Jenő sk. Miniszter, Dr. Veres János sk. Pénzügyminiszter)

a.) 23/b. pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„23/b. Osteodenzitometriával igazolt osteopenia/osteoporosis esetén centrálisan vagy periférián mért T-score -1,0 érték alatt a menopausa és osteoporosis, valamint reumatológiai szakellátásra működési engedéllyel rendelkező szakrendelés reumatológus és szülész-nőgyógyász szakorvosa – legfeljebb 1 éven át –, vagy javaslata alapján a javaslat keltétől számított hat hónapig a kezelőorvosa alábbi gyógyszereket.”

b.) 23/c. pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„23/c. Osteodenzitometriával igazolt osteoporosis esetén – centrálisan vagy periférián mért T-score -2,5 érték alatt a menopausa és osteoporosis, valamint reumatológiai szakellátásra működési engedéllyel rendelkező szolgáltató reumatológus, endokrinológus

MFB – Magyar Fejlesztési Bank Rt. Sikeres Magyarorszáért Hitelprogramok sikeres éve

Az ez év áprilisában meghirdetett Sikeres Magyarorszáért Hitelprogramokkal az MFB Rt. mind az értékesítést végző partnerei, mind az ügyfelek számára áttekinthetőbb hitelprogram-csomagot dolgozott ki. Az egyszerűsítéssel egyidejűleg bővült a kínálat, ez is hozzájárult a kihelyezett hitelállomány jelentős növekedéséhez.

Erős János vezérigazgató hangsúlyozta, hogy a Sikeres Magyarorszáért Hitelprogramok ez évi bevezetése a gazdaság versenyképességének növelését tartotta szem előtt. A bank kedvező feltételekkel, elegendő fejlesztési forráshoz jutott, így sikeresen ösztönözte a gazdasági élet szereplőit vállalkozásaik fejlesztésére, versenyképességük növelésére.

A banki funkció erősödésével, a fejlesztési tevékenység kiterjedésével érvényesült a 2004-ben kidolgozott középtávú stratégia, a hármas funkció – a hitelezés, a fejlesztési tőkebefektetés és a kormányzati támogatások közvetítésének (GVOP) – egysége. A hitelprogram keretében a bank összesen 2 868 pályázatot fogadott be, és 2 661-et jóvá is hagyott összesen mintegy 176 milliárd forint értékben. Fejlesztési tőkefinanszírozásra 17 mrd. forintot fordított, a kormányzati támogatásközvetítés pedig 410 mrd. forintot tett ki.

A fejlesztési tevékenység bővülését egyaránt jól szolgálta a MFB Rt. képvisleti hálózatának sikeres működtetése és a MFB Cégcsoport kialakítása. Nagy figyelmet fordított a bank termékínálatának megismertetésére és népszerűsítésére.

Czirják Sándor vezérigazgató tájékoztatása szerint az adózás előtti eredmény a tervezettnél jobban alakul. A külföldi forrásbevonás ugrásszerűen megnőtt: a 2004. évi 393 millió euróval – és a 2005-re tervezett 500 millió euróval – szemben várhatóan mintegy 700 millió eurót tesz ki. 2006-ra az MFB Rt. összesen 1 100 millió EUR külföldi forrásbevonással számol, vagyis továbbra is meghatározó, aktív részese kíván lenni a nemzeti fejlesztési politikának, és dinamikus ösztönözni kívánja a hazai piac szereplőit, vállalkozásait.

Gál Péter vezető közgazdász a fejlesztés és finanszírozás aktuális háttérkérdéseiről, a fejlesztéspolitikai trendekről adott áttekintést az újságíróknak. Elmondta: igazodva az EU - elvárásokhoz és - tendenciákhoz, változik az állam szerepe: jelentősen csökken a vissza nem térítendő támogatások aránya és nagysága. Fokozottan előtérbe kerülnek az állami források hatékony, célszerű, piacbarát felhasználását elősegítő kihelyezési formák, ennek folytán megnő a pénzügyi közvetítő rendszer szerepe, az állami támogatás banki eszközökkel történő kihelyezésének jelentősége.

Az ágazati támogatásokról egyre inkább a horizontális támogatásokra (kis- és középvállalkozások, környezetvédelem, foglalkoztatás, átképzés, kutatás- és fejlesztés) tevődik a hangsúly.

(Tudósítónktól)

• fórum • fórum • fórum • fórum • fórum

2. contra...

„Úgy volna jó a törvény, úgy egyforma hatályu,
/ ha akként gyártódnánk mi emberek, / akár a vá-
lyog, mit a vályu / billiószám is egyformára vet...”
(Illyés Gyula: Óda a törvényhozóhoz)

A dr. Ábrahám László ügyvéd és dr. Alexin Zoltán okleveles matematikus egészségügyi adatkezelésről írt tanulmánya (Útmutató az egészségügyi adatok tisztességes kezeléseéhez, *ÉS*, 2005/32.) kapcsán támadt gondolataim legalább két sarkalatos pont köré csoportosulnak, amelyeket igyekszem a következőkben kifejteni. Az egyik: adva van a medicina, az egészségügyi tevékenység nagyrésznének alapjául szolgáló tudomány. A másik: a rossz (becstelen, tisztességtelen stb.) feltételezése mint kiindulópont, a rendszerek kialakításakor és működésük folyamán.

A medicina, és elfogadom, hogy ez nem mindenki számára nyilvánvaló, empirián alapuló tudomány, amely a folyamatosan felhalmozódó tapasztalat kötléhgáscsóján jutott arra a szintre, ahol ma tart. Mi az empiria a gyakorló orvos értelmezésében? Az egyetemes és az egyéni tapasztalat mindennapi gyakorlatra fordítása, minden esetben a betegek érdekét (értsd: gyógyulás, vagy ha ez nem lehetséges, az emberhez méltó élet meghosszabbítása) szem előtt tartva. A medicina számtalan szakterületén az orvosok ezt a célt más és más módszerekkel igyekeznek elérni, a szakterület adta lehetőségek közül a legmegfelelőbbet és leghatékonyabbat választják. Patológus vagyok, ezen a területen ismerem a tapasztalatszerzés módozatait, ezek felsorolásával igyekszem megvilágítani azokat a pontokat, ahol véleményem szerint a cikkben idézett szigorú szabályok szerint működő adatkezelés nem a betegek érdekét, hanem pusztán a jog és a törvényesség emberek fölötti érvényesítését szolgálhatja, a beteg számára kifejezetten hátrányos. Úgy kezdődik, hogy a patológus (és más „láthatatlan” szakma képviselője, mint amilyen például a labororvos is) a cikk szerint eleve jogsértést követ el azzal, hogy a beteg kezelőorvosától igyekszik minden részletet megtudni a betegről, a betegség előzményeiről: sokszor nagyon fontos a beteg foglalkozása, a családjában előforduló betegségek és így tovább, a végtelenségig lehetne sorolni. A beteg, akit választott se bészé megoperál, valószínűleg nem is tudja, hogy az eltávolított szövetet ezek után a patológus vizsgálja meg részletesen, és a patológus az, aki a szövettani pontosságú diagnózist végül felállítja. (Mellesleg, ez a tény híven tükrözi az általános egészségügyi kultúra színvonalát is.) Mivel a betegek nem tudnak a létezésüknkről és a munkánkról, a cikk állítása szerint („az orvosi titok egyetlen orvosra tartozik [...] nem teheti közzé ismeretlen orvosok számára.”) a sebessel együtt súlyos vétséget követünk el az orvosi titoktartás kötelezettsége ellen.

A mi szakmánkban a tapasztalatszerzés mindennapi módja a mikroszkóp mellett konzultáció, vagy nehéz esetekben távkonzultáció, esetleg külföldi szaktekintélyek bevonásával. Ilyenkor kollégáink megismerik a metszetek „tulajdonosának”, vagyis a betegnek a nevét, korát, előzményeit stb., a fent felsorolt fontos adatokat, amelyek hozzásegíthetnek a jó diagnózishoz. (Jogos a kérdés, hogy miért kell például a beteg neve a diagnózishoz? Adhatok erre lírai vagy epikus választ: a lírai úgy szól, hogy szükségünk van arra, hogy a betegről egyes emberekként [Kis néni, Godó úr] és ne névtelen, egy a sok közül, arc- és lélek nélküli, számozott majdnem tárgyakként beszéljünk, amikor diagnosztikus tevékenységünk során beszélünk róluk. Az epikus egyben gyakorlatias is: a klinikus kollégáink a betegek neve szerint érdeklődnek, maguk a betegek bemutatkoznak, ha elkészült leletükkel kapcsolatos kérdéseik merül fel, számítógépes rendszerünkben a név alapján kereshetjük ki a korábbi leleteket, amelyek adott esetben előrevihetik a mostani diagnosztikus munkát stb.) Azt a kitétel azonban, hogy az orvosok, egészségügyi dolgozók (ha jól értem, őket takarja az általános alany) „a bizalmas adatokat nemegyszer nyilvánosságra is hozzák (...) rendkívül súlyos erkölcsi és személyiségi jogi kárt okozva az érintetteknek”, visszautasítom. Nem tudok elképzelni olyan szituációt, ahol bárki közülünk névvel-címmel, nyilvánosság előtt „beszélne ki” egy beteget. Kétségtel-

len azonban, hogy a tudományos konferenciákon – az egyéni tapasztalat átadása jegyében – előfordul, hogy egy konkrét beteg története hangzik el. Az egyedisége, a diagnosztikus problémák, a ritkasága vagy egyéb, az egyediségben rejlő ok miatt a hallgatóság tapasztalás útján szerezhető nagyobb tudását előmozdítandó. Ilyenkor soha nem hangzanak el a beteg azonosítását lehetővé tevő adatok. (Nota bene, vettem már részt olyan konferencián is, ahol a betegek maguk meséltek a hallgatóságnak – akik között orvosok és betegársak ültek – a betegsükről, örömmel megosztva tapasztalataikat mindenkivel. Ők maguk fedték fel saját magukat, a betegségük részleteit, a „civil emberi oldalt”. Akkor azt gondoltam, és ma is azt gondolom, hogy ez mindenkinek jót tesz: jót tesz annak, aki mesél, és jót tesz annak is, aki hallgat.)

A megfelelő adatkezelés és az adatok tárolása létkérdés a medicinában

Nézzünk egy példát, a daganatos betegségeket – sajnos nagyon gyakoriak. Tudni kell, hogy minden daganat – ahogy minden ember is – egyedi, bár az orvostudomány igyekszik kisebb-nagyobb csoportokba sorolni ezeket. A molekuláris genetika korában lassacskán alapkövetelménnyé válik, hogy minden daganatból kis részletet ún. tumorbank számára tegyünk félre – természetesen a beteg adataival azonosítva. Miért van erre szükség? Az egyes daganatok „molekuláris ujjlenyomatának” megismerése teljesen új perspektívákat nyit (már nyitott is) a daganatos betegségek kezelésében. Ahhoz, hogy a tudományos kutatók eredményeinek gyakorlati jelentőségét igazolni lehessen, szükséges a betegek további sorsának ismerete. Márpedig erre egyetlen mód van: ha van egy olyan adatbázis, ahol visszakereshetőek a betegek későbbi sorsáról rögzített adatok. Ha a betegség lefolyását tekintve hasonló sorsú betegek daganataiban hasonló molekuláris-genetikai eltérést lehet kimutatni, ez azt jelenti, hogy a kutatások releváns dolgot fedeztek fel, és jöhet a következő lépés, a gyógyszerkutatás-gyógyszeripar a célzott ellenszer kifejlesztésével. Én sokkal inkább azt gondolom, hogy nemhogy nem törvénytelen a betegek adatainak tárolása és sorsuk követése, hanem büntetni kéne, amikor ez nem történik meg! A ma betegei, a ma orvosai és kutatói a jövő generációk számára hathatnak maguk után olyan tapasztalatokat, amelyek ma még gyógyíthatatlan betegségek gyógyítását vagy megelőzhetőségét teszik lehetővé. Ha már a megelőzésről esett szó: tudomásom szerint a 2002-ben indult országos emlőszűrés azért állt egy évig és dőlt majdnem dugába, mert valakik úgy döntöttek, hogy törvénytelen az adatkezelés! Márpedig szűrő jellegű vizsgálatokat végképp nem lehet a résztvevők azonosíthatósága nélkül végezni – hiszen akkor soha nem lehet összegezni az eredményeket, soha nem derül ki, hogy mennyire hatékony, soha nem derül ki, hogy hol kellene és min javítani. Kinek volt ez jó? Kinek vált előnyére, hogy szüneteltették a meghívólevelek küldését? Meggyőződésem, hogy senkinek, sőt. Egy egyszerű adat önmagáért beszél: az emlőszűrés az első évben ezer emlőrákot talált meg még teljesen tünetmentes korában, amikor még a teljes gyógyulás esélyei óriásiak – azokban a hónapokban, amikor állt a meghívólevelek küldése, sok száz ilyen kis, tünetmentes emlőrák növekedett a maga tempójában, és nem fedezhették fel időben... Mondjam tovább is, vagy innen már világos?

Végül, ehhez a gondolatkörhöz még egy szerény megjegyzés: az orvos, amikor a beteggel találkozik, nem kíváncsiságból kérdegeti, és érdeklődő arc kifejezése nem a beteg személyes titkainak kifürkészését célozza. Ezt a tantárgyat az egyetemen fél évig tanuljuk, propedeutikának hívják. A beteggel orvosként való első találkozás során feltett kérdések megalapozzák a további kivizsgálás irányát, és így indirekt módon a betegség kezelését is. „Jó anamnézis – fél diagnózis” – tanultuk harmadévesen. Kinek is érdeke akkor elsősorban, hogy a beteg pontos és részletes egészségügyi adatairól az orvos tudomást szerezzen? A cikk állítása szerint „az adatokra elsősorban a betegeknek van szüksége, másodsorban pedig az őt gyógyító orvosnak (...) a páciens megjelölheti, hogy mely adatokat ki kaphat meg...” Meggyőződésem, hogy a beteg egészségügyi adataira az orvos-

nak és a betegnek egyformán szüksége van, ugyanis ha a cikk szerinti fontossági sorrend valósulna meg, abból a betegnek komoly kára származhatna. Nézzünk egy egyszerű fiktív példát: ötven év körüli nő, akinek emlőrákját szűrően fedezték fel. Öt éve hormonpótló kezelést kap a nőgyógyász javaslatára, de ezt a tényt tudatosan nem kívánja az emlődaganatot kezelő orvos tudomására hozni. A műtét után továbbra is szedi a hormonpótló gyógyszert, amely pedig valószínűleg elősegítette az emlődaganat kialakulását, és elképzeltem betegünknek éppen arra lenne szüksége, hogy azonnal hagyja abba az ösztrogén-hormon-tartalmú tabletták szedését, hogy az emlőrák utókezelésében alkalmazott antiösztrogén szer hatékonyan megelőzhesse a daganat kiújulását. Kinek is van szüksége ebben az esetben arra, hogy az egészségügyi adatok pontosan, hiánytalanul az orvos tudomására jussanak?

A rossz feltételezése mint kiindulópont

Ez az a pillér, amin a cikk számos állítása és egészségügyi adatkezelést érintő kritikája alapszik. Tudom, hogy van egy olyanfajta alkat, kicsiben és nagyban, vagyis egyén és szervezetek szintjén is, amelyik nem tud másként gondolkodni, nem tud máshonnan kiindulni. Azt is tudom, hogy nem mindenki és nem minden rendszer ilyen – szerencsére. A rossz eleve feltételezése paranoid megoldásokat szül, és tudjuk, hogy ezek nem jók. Nem értem, hogy miért kellene abból kiindulni, hogy a betegek adataival bárki vissza kíván élni. Kinek állhatna ez érdekében? Miért kellene feltételezni, hogy hackerek hada mesterkedik azon, hogy kórházi vagy oep-vagy bármilyen egészségügyi intézményi számítógépeket feltörjön és adatokat lopjon? Milyen céllal tenné? Megbízásból? Kinek? És ha mondjuk a hackerek miatt kell szuperbiztonságos adatkezelést teremteni, akkor mi szól az ellen, hogy a szuperbiztonságos rendszeren belül szakmai indokok alapján az adatok hozzáférhetőek legyenek azok számára, akiket az esküjük (az a bizonyos hippokratészi) kötelez?

(Ha már személyiségi jog: miért nem illeti a személyiségi jogsértés vádja azt az általános és meglehetősen otromba nyomulást, amit a legkülönbözőbb cégek és a politikai pártok egy része gyakorol? Amikor este kilenckor megszólal otthon a telefon, és behízelgő hangon egy vadidegen ember számomra érdektelen utazásokat, nyereményeket ajánl, vagy olyan kérdéseket tesz fel, amire semmi kedvem válaszolni? Mi ez, ha nem a személyiségi jogok és a magánélet durva és erőszakos megsértése?! Kétségtelen tény, hogy az emberség történelme során voltak olyan korszakok, amikor az elképzelhetetlen, irracionális gonosz hatalmaskodott, és ezeket a korszakokat azok élték túl nagyobb eséllyel, akik felfogták a felfoghatatlant, elképzelhetőnek tartották az elképzelhetetlent. Számomra azonban továbbra is kérdés, vajon a történelemben időről időre felbukkanó Gonosz feljósog-e bárkit arra, hogy például az egészségügyi adatkezelés területén ma, 2005-ben, érvényesítse azt a filozófiát, miszerint eltejezzük fel a lehető legrosszabbat, és induljunk ki abból, hogy az ember alapvetően gonosz – minden kínálkozó lehetőséggel visszaél.

Végül az orvosi becsület nevében kénytelen vagyok kikérni magamnak-magunknak azt a megfogalmazást is, hogy „...egy olyan országban, ahol ennyire alacsony szinten áll az orvosi közmoralé, az emberségesség és becsületesség a páciensek irányában...” Nagyon nem helyénvaló ebben az esetben sem az általánosítás. Mint ahogy tiltakoznék magam is – és gondolom önök is, a cikk szerzői, ha az ügyvédek megvesztegethetőségét és amorális, megalkuvó, körmönfont és a törvény mögé bújó igazságtalan döntéseit valaki általános jelenséggé aposztrofálná. Vagy ugyanilyen ostoba általánosításnak tartom például – gondolom, Önökkel együtt – a matematikusok „örült vagy zseni” beskatulyázását...

„...Törvényt, de elevent tehát, / hogy ne csapódjunk folyton össze, / hogy részlet-igazát / kiki illessze a közösbe, / úgy mégis: emberek maradjunk, / ne vályog-vályu sarává meredjünk, / ...Jogot tehát az árnyalatnak, / melyben a holnap rajza áll / s a kivételnek / mely holnapra talán szabály:...” (Illyés Gyula: Óda a törvényhozóhoz)

» Dr. Kulka Janina «
ÉS. 49. ÉVFOLYAM, 37. SZÁM

3. ismét pro...

„Útmutató vagy útvesztő?”

(Válasz Dr. Kulka Janinának)

Az *ÉS* 2005. évi 36. számában (szept. 16.) jelent meg Dr. Kulka Janina hozzászólása az egészségügyi adatok kezeléséről szóló, a 32. számban (aug. 12.) megjelent cikkünkhöz. Először is nagybecsülésünket szeretnénk kifejezni a doktornőnek, amiért felvette a kesztyűt és a szakma nevében (talán mondhatjuk ezt) válaszolt a felvetett problémákra. Munkánk során számos orvossal is kapcsolatba kerültünk és elmondhatjuk, hogy írása sokak véleményét tükrözi, egy általánosan elfogadott etikai alapállást az adatvédelem problémájához. Ez már önmagában is elismerésre méltó. Mi május óta próbálunk egy tv műsort összehozni, ahol legalább meg lehetne a problémákat beszélni, de egyelőre nem találtk hozzá vitapartnert. Helyes, hogy a doktornő kiállt kollégái védelmében, és megvédte a munkatársait. A felvetéseit azonban egyáltalán nem áll módunkban elfogadni, és az alábbiakban ezt alá is támasztjuk.

Az az általános – orvosoktól származó – vélemény, hogy *finis sanctificat media*⁽¹⁾ ma már teljesen elfogadhatatlan a gyógyító munkában. Természetesen a pácienseknek szinte korlátlan önrendelkezési joguk van, ami lényegében egyet jelent azzal, hogy felvilágosítást kaphassanak, és ennek alapján beleegyezzenek az egyes kezelési folyamatok elvégzésébe. A cikkünk adatvédelemmel kapcsolatos, de látható, hogy amilyen a hozzáállás az adatvédelmi kérdésekhez, pontosan ugyanazt kapja a beteg a kezelése során is. A wma Helsinki Nyilatkozat⁽²⁾, a who Amsterdami Nyilatkozata⁽³⁾, az Ovideoi Egyezmény⁽⁴⁾, a magyar egészségügyi törvény⁽⁵⁾ hasznos olvasmányok e tárgykörben.

Az is látható, hogy az orvosi etika nagy változáson ment keresztül az elmúlt 10-20 évben, éppenséggel a fejlett információ feldolgozó és továbbító eszközök megjelenése miatt, azonban sajnálatosan ez a magyar egészségügyet teljesen elkerülte, és még mindig a paternalista, a 70-es éveket idéző „*öszönös*” etikai érzék vezérli a gyógyító tevékenységet. Jól mutatja az etikai oktatás és továbbképzés színvonalát, hogy egy klinikai szaktekintélynek sincs igazán elképzelése a már tíz év óta érvényben lévő törvényekről, az önrendelkezésről, az alapvető emberi jogokról, illetve, hogy a saját tevékenységét az érvényes magyar törvény felett állónak véli. A 90-es évek közepétől kezdve különböző törvények léptek életbe *de iure*. Azonban *de facto* ezek a mai napig nem érvényesülnek.

A patológus bevonása egyes kezelésekre szükségszerű, talán még az is, hogy bizalmas személyes adatokat kaphasson meg a véleménye kialakításához. Ez azonban nem történhet meg a páciens tudta és beleegyezése nélkül. Természetesen bele fog egyezni, mert ez leginkább az ő érdeke. Azonban e kötelező emberiességi gesztus elmaradása egyenértékű a beteg lenézésével, mélységes tiszteltlenség és tapintatlanság. Egyszerűen a betegnek joga van tudni, hogy mely adatát kinek, mikor és hogyan adták tovább. Amennyiben a páciensnek jó oka van rá, hogy ez ne történjen meg, és ez még a saját gyógyulásánál is fontosabb, akkor az ezzel kapcsolatos problémáját meg tudja beszélni az orvosával (pl. a kinek az adatokat továbbították, az ismeri őt személyesen) és meg tudja akadályozni az adatok továbbítását. Ilyenkor az orvos nem kiabál a beteggel, nem dobja ki, hanem megpróbálja rábeszélni. Ha ez nem jár sikerrel, akkor a beteg akaratát tiszteletben tartva cselekszik tovább.

Az adatok név szerint történő előkeresése és nyilvántartása teljesen elfogadható a gyógykezelés során. A nyilvánosságra hozáson az újságban, televízióban és az Interneten történő nyilvánosságra hozást értettük, és sajnos erre is van magyar példa. Nem is egyetlen. Az országgyűlési adatvédelmi biztos vizsgálja az esetet. A tudományos kutatás adatvédelmi feltételeiről szóló cikkünkben arról értekezünk, hogy hogyan lehet személyes adatokat erre a célra felhasználni. A publikálás etikájához szíves figyelmébe ajánljuk például a BMJ (British Medical Journal) 1995-óta érvényben lévő etikai ajánlását, amely a páciensek írásos beleegyezését követeli meg minden olyan esetben, amikor a személyes adataikat egy cikkben felhasználják. E nélkül a folyóirat eleve nem fogad el cikket. Hasonló etikai állásfoglalás található az ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors)⁽⁶⁾ szervezet honlapján is.

A név, lakcím és a születési adatok elhagyása egyáltalán nem jelent azonosíthatatlanságot. Ha ezeket nem említik, az adatok akkor is lehetnek személyes adatok, ha más körülményből esetleg a személyre lehet következtetni.

A biológiai minták kezelésével kapcsolatos gyakorlat, amely azt jelenti, hogy a páciensektől származó mintákat biobank-

ban tárolják, csak úgy képzelhető el, hogy a páciens ebbe írásban beleegyezik.⁽⁷⁾ Az ezzel ellentétes gyakorlat a Btk. szerint büntetendő, és az általunk egyik legjobban elítélendő emberi jogi jogsértés. Az egyéni érdek bármilyen kutatási érdek előtt áll. A kivett szövetekkel végzett, a páciens előtt ismeretlen célú kísérletezgetés az indiai szervkereskedelemre emlékeztet, amelyet semmilyen indokkal nem lehet legitimálni. Az emberi örökítő anyagon végzett beleegyezés nélküli tevékenység az alapvető szabadságjogok rendkívül durva megsértése.

Az egészségügyi adataival minden magyar állampolgár szabadon rendelkezik, abban az értelemben, hogy az engedélye nélkül azokat semmilyen – legyen az bármilyen közérdekű, és hasznos – kutatásra sem lehet felhasználni. Egyetlen kivétel van ez alól, ha egy valóban fontos és közérdekű megtestesítő ügyben törvényt rendel el az országos adatgyűjtést. Ilyen jelenleg is van, és a jövőben is elképzelhető; azonban csak így lehet jogszerűen, erővel elvenni az emberek bizalmas adatait. Természetesen az adatok összekapcsolása sem lehetséges a páciensek beleegyezése nélkül. Az orvosnak bármennyire is szüksége van bizonyos adatokra, azokat el kell kérnie.

Az emlőszűrés esetében az országgyűlési adatvédelmi biztos megtiltotta, hogy az oep, vagy egy egészségügyi intézmény adjon ki címlistákat a kiértécsítő levelekhez. A fennálló törvények ezt nem teszik lehetővé. Látható, hogy addig, amíg nem kezdik el alkalmazni az 1993-ban már hatályba lépett törvényt, folyamatosan várhatók ilyen akadályok, amelyeket tőlünk nyugatabbra már régen megoldották, és ahol kellett korrigálták a törvényeket.

Az orvosnak a személyes egészségügyi adatokat a *betegtől* kell beszereznie. Ezért kérdéseket tesz fel, amire a beteg válaszol. Ha a beteg eltítol valamit, akkor arra valamilyen oka van, és semmilyen erővel nem lehet belőle *kiverni*. Akkor sem, ha az eltított információ miatt a gyógykezelés nem lesz annyira gyors, vagy sikeres. Szépen néznénk ki, ha mondjuk a beteget hazugságvizsgálóval vizsgálná az orvos és időnként egy ott álló kommandós jól hátba vágna, ha nem jól válaszol. Nem tudunk elképzelni olyan esetet, amikor az orvosnak joga lenne a páciens iratszekerényében turkálni, a leveleit feltörni, valamilyen magasabb cél – a magas gyógyítás érdekében. Természetesen semmilyen adatát sem törheti fel, azokat a betegnek önként kell átadni.

Az informatikai biztonsághoz annyit tennénk hozzá, hogy amikor egy amerikai bankból több ezer hitelkártya adatait lehet megszerezni, akkor alapunk van annak feltételezésére (és ezt már szakemberként mondhatjuk), hogy egy magyar kórházi rendszer teljes adatállományát is az szerzi meg, aki akarja. Azt a tevékenységet, amikor az orvos a számítógépe előtt ülve korlátlanul *szűrőfizes* a betegadatokon, mivel ezt a lehetőséget a számítógépes rendszer tartalmazza, nem neveznénk gyógyításnak, sokkal inkább jogellenes adatpancsolásnak.

Végül pedig, ha a cikkünket figyelmesen végigolvassa, akkor nem a gyógyítás a *becstelenség*, hanem a beteg lenézése, és a véleményének figyelmen kívül hagyása.

» Dr. Ábrahám László ügyvéd
Dr. Alexin Zoltán okl. matematikus «

- 1.) A cél szentesíti az eszközt. (Talán Macchiavellitől származó szállóige.)
- 2.) <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
- 3.) <http://hjem.getznet.dk/DetAabneAkademi/amsterdam.htm>
- 4.) <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>
- 5.) <http://www.complex.hu/kzldat/t9700154.htm/t9700154.htm>
- 6.) <http://www.icmje.org/>
- 7.) 1997. évi CLIV. törvény 19. §

JOG- ÉS ADATVÉDELEM

Változnak az emberi felhasználásra kerülő
gyógyszerek rendelésének és kiadásának szabályai

Az egészségügyi miniszter 47/2005. (XI. 4.) rendelete a 44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet módosításáról.

Az új rendelet jogharmonizációs kötelezettségünk teljesítése érdekében, illetve a 2005. október 30-án hatályba lépett, az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi CXV. törvény (Gytv.), és a gyógyszerárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló, 1994. évi LIV. törvény felhatalmazása alapján született. A végrehajtási rendelet módosítása átveszi a Gytv. új fogalomrendszerét, valamint a gyakorlati alkalmazás során nyert tapasztalatok alapján a gyógyszerrendelés és -kiadás egyes szabályait módosítja.

A rendelet többek között a következő fontos elemeket tartalmazza

- Az uniós jogszabályi változások következtében a „törzskönyvezés” terminológiát a jogszabályok szövegében a „forgalomba hozatali engedély kiadása” váltja fel. Így a rendeletben átvezetésre került a „törzskönyvezett gyógyszerek” helyett a „forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerek” kifejezés.
- Módosul a forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszerek közzétételének szabályozása, valamint a rendelet kiegészül a magisztrális gyógyszerkészítéshez használható gyógyszeranyagok közzétételére vonatkozó szabályokkal. E gyógyszerek listáját az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) hivatalos közleménye tartalmazza.
- Mivel a forgalomba hozatali engedély kiadásához szorosan kapcsolódik a gyógyszernek osztályozása, ezért ez a besorolás – a felkészülési idő biztosításával – 2006. április 1-től az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról szóló rendeletbe kerül. Ettől az időponttól a forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerek listáját is e rendelet alapján teszi közzé az OGYI.

A gyógyszer rendelésére vonatkozó szabályok

E rendeletben foglaltak minden orvos számára kötelező szakmai szabályok, melyeket attól függetlenül alkalmazni kell, hogy a termékek társadalombiztosítási támogatásban részesülnek-e vagy sem. Ha az orvos közfinanszírozásban részesülő gyógyszert rendel, akkor a támogatással történő rendelés speciális szabályait is figyelembe kell vennie. Az erre vonatkozó rendelkezéseket külön jogszabály tartalmazza.

■ Az orvos által rendelhető gyógyszerek köre nem változott – az e rendeletben foglalt kivételektől eltekintve –, a fentiekben jelzett hivatalos listákon szereplő gyógyszereket, illetve a magisztrális gyógyszerkészítéshez felhasználható gyógyszeranyagokat rendelheti.

■ A gyakorlati tapasztalatok alapján módosulnak a Magyarországon forgalomba hozatali engedéllyel nem rendelkező gyógyszerek rendelésére vonatkozó szabályok:

- a.) Amennyiben az orvos olyan gyógyszer rendelését tartja indokoltnak, amelyet Magyarországon nem, de az Európai Gazdasági Térség (EGT) valamely tagállamában, illetve a vele azonos jogállású államban forgalomba hozatalra engedélyeztek, akkor be kell szereznie az **OGYI nyilatkozatát** arról, hogy a gyógyszer beszerzésének nincs akadálya. Ezt a nyilatkozatot az orvos a vénnel együtt átadja a betegnek. Ha

azonban az orvos által rendelkezésre bocsátott adatok alapján az OGYI úgy nyilatkozik, hogy nincs olyan indok, amely szükségessé tenné az adott gyógyszer beszerzését, mivel Magyarországon.

- b.) forgalomban lévő gyógyszer is rendelkezésre áll, akkor az orvosnak – amennyiben továbbra is a „külföldi” gyógyszer rendelését tartja indokoltnak – tájékoztatnia kell a beteget a nyilatkozat tartalmáról és a gyógyszerbeszerzés lehetséges következményeiről.
- c.) A fentiekben jelzettekén kívüli, más országban forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszerek egyedi beszerzéséhez az OGYI engedélye szükséges. A korábbi rendelet szerinti úgynevezett „egyedi gyógyszerimport” szabályozása – az EU irányelvnek megfelelően – a betegek részére szóló „egyedi gyógyszerbeszerzés igénylését” jelenti. A fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa vagy a kezelőorvos kérelmére a gyógyszer beszerzése akkor engedélyezhető, ha az életmentő, vagy alkalmazását különös méltánylást érdemlő betegellátási érdek indokolja és a gyógyító intézmény szakmai vezetője szerint is nélkülözhetetlen.

- Néhány adattal kiegészül azoknak az adatoknak a köre, amelyeket az orvosnak a dokumentációjában, illetve a vényen fel kell tüntetnie: pl. a közgyógyellátott beteg esetében a közgyógyellátási igazolvány számát, az egészségügyi tevékenység végzésére jogosító működési engedély számát.
- 2006. január 1-jétől a megrendelő lapon történő gyógyszerrendelés megszűnik.

A gyógyszerek kiadása során alkalmazandó új szabályok

- Amennyiben a vényen javítás történik, az orvosnak azt aláírásával és bélyegzőjének azonosítható lenyomatával meg kell erősítenie. Az „azonosítható” kifejezés az eddigi „olvashatóval” szemben enyhébb megfogalmazás, mert az ellenőrzés során a névről, vagy a számról is azonosítható a rendelő orvos.
 - Ha a vényről hiányzik a beteg lakcíme, születési ideje, ezeket a gyógyszerész pótolhatja, ha azok hitelt érdemlően bizonyíthatóak.
 - A rendelet kiegészül a magisztrális gyógyszerkészítés néhány speciális szabályával mint pl. a készítési díj, vagy a magisztrálisan készített gyógyszer árának megállapítása. E szabályok tartalmában változás nincs, azonban eddig más jogszabályban voltak rögzítve.
 - Az ügyeleti vagy készenléti szolgálat alatt a gyógyszer és egyéb termékek kiadásakor legfeljebb 300 Ft számítható fel, amely a szolgáltatást terhelő általános kulcsszerinti forgalmi adót nem tartalmazza. Szintén nem új szabályozás, csupán a 2006. januártól hatályba lépő új ÁFA törvény miatt, a fix összegű forgalmi adó meghatározás helyett annak mértékére utal a módosítás.
 - A gyógyszerész a forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer jogszabály szerinti megbontásáért díjat számíthat fel, tekintettel a megbontás során felmerülő költségekre.
 - Új elemként vezetjük be az interneten történő gyógyszerigénylés, valamint a házhoz szállítás lehetőségét. A gyógyszerkiadás e két új formájának alkalmazása során a hatályos szakmai szabályokat meg kell tartani. Interneten keresztül csak vény nélkül kiadható, közfinanszírozásban nem részesülő készítmények igényelhetők.
- Megjelent 2005. november 4-én, a Magyar Közlöny 145. számában.



Javulhat a halmozottan hátrányos települések, illetve a tartósan betöltetlen körzetek orvosi ellátottsága

Az egészségügyi miniszter 49/2005. (XI. 8.) EüM rendelete a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységéről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet módosításáról

Ha azánkban – különösen a halmozottan hátrányos helyzetű és kistérségeken – sok a tartósan betöltetlen háziorvosi körzet. Erre a problémára kínál megoldást a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet módosítása, mely megteremt egy új háziorvosi képzési rendszer lehetőségét.

- A szakképzésben olyan orvosok vehetnek részt, akik háziorvosok szeretnének lenni, de ezidáig nem volt lehetőségük e képzés megkezdésére. Elsősorban azok jelentkezését várják, akik vagy nem rendelkeznek szakorvosi képesítéssel, vagy arra nem építhető rá a háziorvostani szakképzés. A tanulmányok 6 hónapos kórházi/klinikai belgyógyászati gyakorlat-

tal indulnak. Ezt követően kezdenek háziorvosként dolgozni a képzésben résztvevők.

- A szükséges szakfelügyeletet az adott orvosi egyetem az általa kijelölt mentoron keresztül biztosítja.
- Nagy szerepet kap a távoktatás, mivel az orvos háziorvosi tevékenysége mellett szerzi meg a szakképesítést.
- Ez az oktatási mód lehetőséget nyújt arra is, hogy a pályát elhagyók visszatérhessenek az orvosláshoz.
- Az orvos az Országos Alapellátási Intézettel szerződik, így működtetési jog nélkül is lehetősége nyílik a háziorvosi tevékenységre.

Az új képzési módszer által megoldódhat a tartósan betöltetlen körzetek orvosi ellátottságára, egyben erősödik a hátrányos helyzetű települések orvosmegtérző, -megtartó ereje.

Megjelent 2005. november 8-án, a Magyar Közlöny 146. számában. A rendeletben foglaltak 2005 novemberében léptek életbe.

Jövőben ésszerűbb, gazdaságosabb struktúrában zajlik az egészségügyi radiológiai mérés

Az ÁNTSZ, illetve az Országos Közegészségügyi Központ keretében működő Országos Frederic Joliot Curie Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet működteti az Egészségügyi Radiológiai Mérő és Adatgyűjtő Hálózatot, melynek feladata az országos környezeti sugárzási helyzet egészségügyi célú folyamatos nyomon követése és elemzése. A hálózatot – felszereltségük tudásszintje alapján – felső-, közép- és alapszintű laboratóriumok alkotják. Az ÁNTSZ szervezetének nemrég lezajlott ésszerűsítése során döntés született a hálózat átszervezéséről, ennek során a Vas és a Zala megyei alapszintű laboratóriumok megszüntetéséről. Ezek a laboratóriumok csupán mérése-

ket végeznek, ezt a feladatot azonban a középszintű laboratóriumok is ellátták, ezért az előbbieket további működtetése nem indokolt. A felszabaduló, és még használható állapotban lévő mérőeszközöket a középszintű laboratóriumok kapják meg, a 2-2 fős személyzet – amennyiben élni kíván ezzel a lehetőséggel – a hálózat más laboratóriumában folytathatja a munkát.

Az egészségügyi ágazat radiológiai mérő és adat-szolgáltató hálózata felépítéséről és működéséről szóló 8/2002. (III.12.) EüM rendelet módosításáról szóló egészségügyi miniszteri rendelet a Magyar Közlöny 2005. november 8-i, 146. számában jelent meg. A hatálybalépés ideje: 2006. január 1-je.

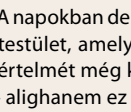
Változik az onkológiai ellátás finanszírozása

Az egészségügyi miniszter 48/2005. (XI. 8.) EüM rendelete az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosításáról.

A módosítással az aktív fekvőbeteg-szakellátásban alkalmazott – a daganatos betegségek többségét kitevő, szervekhez kapcsolódó – ún. szolid tumorok gyógyítására szolgáló szerek a rendszerszerű finanszírozás keretei közé kerülnek. A legkorszerűbb onkológiai készítményeket ezután az egyesített kaszsa finanszírozza, így alkalmazásuk a szükségletnek megfelelően, gyorsabban, igazságosabban valósulhat meg. A különkereset gyógyszerek 12 új *HBCs-ban kerülnek finanszírozásra. E készítményeket ugyanazok a kijelölt centrumok jelenthetik, amelyek eddig is javaslatot tehettek e szerek alkalmazására. A hosszadalmas – előzetes – igénylési rendszer megszűnik, azonban e gyógyszerek felhasználására kidolgozott dokumentáció vezetésének kötelezettsége fennmarad. A felhasználás továbbra is centrumokhoz kötött és szigorú szakmai protokoll által szabályozott, s az elszámolás során az OEP ellenőrzi, hogy csak a szakmailag indokolt gyógyszerfelhasználás kerüljön finanszírozásra. A szakmai kontroll fenntartása mellett szükség van az új protokollok, gyógyszerek, eljárási rendek folyamatos szakmai és finanszírozási értékelésére is. A nyilvántartott – és az E. Alapból

a 959A-L HBCs-k szerint finanszírozott – daganatellenes terápiák c. kézikönyv e jogszabály módosításával egyidejűleg megújult, kiegészített formában jelent meg. A rendelet módosítása előírja a protokoll szerinti finanszírozásra vonatkozó szabályokat is. A különkereset gyógyszerbeszerzési szerződések lejárása miatt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megtette a szükséges intézkedéseket a gyógyszerek folyamatos biztosítása érdekében. Mivel az onkológiai HBCs-k módosítása a különkereset onkológiai gyógyszerek beépítése tekintetében többletköltséget jelent az aktív-szakellátást végző intézmények számára, az érintettek teljesítményvolumen kerete – ahonnan a módosításra kerülő *HBCs-kat jelentik – a módosítás hatálybalépését követően megemelésre kerül. A finanszírozási rendszer jellege miatt 3 hónapot kell várniuk az intézményeknek e készítmények árának a megtérítésére, ezért az átmeneti időszak megkönnyítése érdekében az OEP illetékes vezetője tárgyalta a gyógyszer-nagykereskedőkkel, s az előzetes szóbeli egyeztetések szerint a beszerzések során kezelhető a 90 napos halasztott fizetés. A gyógyszer- nagykereskedő cégek január 1-jétől hajlandók 90 napos számlát kiállítani. Az egészségügyi intézmények szükség esetén, a hatályos jogszabályoknak megfelelően, gazdálkodási előleget is igényelhetnek.

A rendelet 2005. december 1-jén lép hatályba. Megjelent a Magyar Közlöny 146. számában.



Az apróért is lehajolni – Új TB-ellenőrző testületek

A napokban de facto is megkezdheti működését az a két testület, amelyet egy idei törvény hívott életre. Létük értelmét még kormányzati oldalról is megkérdőjelezzük – alighanem ez magyarázza azt is, hogy alig szereshető róluk információ. November 16-án adta át Szili Katalin házelnök a felkérő leveleket a társadalombiztosítás két ágát ellenőrző testületek tagjainak. A kilencfős Egészségbiztosítási Ellenőrző Testület (EET) és a tizenegy fős Nyugdíjbiztosítási Ellenőrző Testület (NYET) létrejöttéről a június 27-én elfogadott 2005/LXXII. törvény 2. §-a rendelkezett, amely szeptember 1-jén lépett hatályba – lényegében észrevétel nélkül.

Maga a törvény igen furcsa képződmény, hiszen három paragrafusából kettő a prémiumévek programmal (amely a közszolgálati életpálya méltó elismerését szabályozza), illetve az ehhez kapcsolódó módosításokkal foglalkozik. (Nyár elején a kormányzat – illetve az Országgyűlés – a 100 lépésnek a „munka világával” foglalkozó pontjait kodifikálta épp.) A munkaügyi törvények e közéjébe csusszant bele a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak állami felügyeletéről szóló 1998/XXXIX. törvény módosítását kimondó paragrafus. Jellemző, hogy bár a mostani módosítás formálisan a Pénzügyminisztérium (PM) hatáskörébe tartozik – továbbá az egészségügyi és a jelenleg soknevű szociális tárcát (ISZCSM) is érinti –, megalkotásának folyamatát mindvégig a Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium (FMF) menedzselt. Egy minisztériumi forrásunk viszont hangsúlyozta: az FMF valójában afféle koordinátor szerepet vállalt, leültette egymással az illetékeseket. Amikor azt firtattuk, hogy egy nem a munkaügyhöz tartozó kérdéssel (mint amilyen a társadalombiztosítási alapok állami felügyelete) miért az FMF bibelődik, egy másik kormányzati informátorunktól azt a választ kaptuk: talán azért, mert a testületek fölállítását az Országos Érdekegyeztető Tanács (OÉT) munkavállalói oldala szorgalmazta, amelyhez a munkaadói oldal is csatlakozott. Az Országgyűlés egészségügyi bizottsága mindenesetre nem tárgyalta e módosításról, mint ahogyan a vonatkozó szakbizottsági és parlamenti felszólalásokban sem találni nyomát annak, hogy júniusban bárkit is érdemi reakcióra késztetett volna a törvényjavaslat. Pedig papíron komoly a változás.

1998 nyarán az újonnan alakult Fidesz-kormányzat fölösszlatta az 1993-tól működő Társadalombiztosítási Önkormányzatokat. E testületekbe a szakszervezetek az 1993-as tb-választás alapján, míg a munkaadói szervezetek delegálással küldték képviselőiket. Az önkormányzatok rossz és pazarló gazdáknak bizonyultak – erről annak idején hosszú oldalakart írtunk –, úgyhogy igazából senki sem bánta megszüntetésüket, ideértve a szociálból nagyobb részét is. A mostani törvény révén azonban újra a társadalombiztosítás közelébe kerültek a szakszervezetek és a munkaadói szövetségek: az EET-be és a NYET-be az Országos Érdekegyeztető

Tanács munkaadói és munkavállalói oldalai 3-3 tagot delegálhatnak; a kormány szintű, illetve a NYET-be az Időügyi Tanács (amelyet a 2002 óta hivatalban lévő kabinet hívott életre, és amely az ISZCSM keretein belül dolgozik) is küldhet két személyt. A testületek tagjait a házelnök kérheti és mentheti föl; a megbízás három évre szól, és a „mandátum” egyszer újra megkapható. A testületek befizetett járulékaik „hatékony felhasználását” ellenőrzik: véleményezik a tb-alapok zárszámadásáról szóló törvénytervezetet, évente értékelik a helyzetet, továbbá vizsgálatot kezdeményezhetnek. Mindezek érdekében iratbekérési jogosultságot biztosít számukra a törvény.

A rendelkezés értelmében tagnak olyan személy kérhető föl, „aki az adott testület által érintett biztosítási ág tekintetében kiemelkedő szakismeretekkel rendelkezik és széles körű szakmai tapasztalatokat szerzett”. Ehhez képest a szakszervezeti delegáltak többnyire funkcionáriusok (elnökök, főtítkárok), de a munkaadói oldal egyes képviselőinek magas szintű szakismeretében sem vagyunk biztosak, még ha vannak is közöttük hajdani tb-önkormányzati tagok – és ugyanez áll az Időügyi Tanács embereire is. Első ránézésre a nyugdíjbiztosításban évtizedeket lehúzó Szeremi Lászlóné vagy az adó- és járulék-ügyekben jártas Üveges László tűnik olyanoknak, aki megfelel a törvényben megfogalmazott kritériumnak – ami azért nem jó arány. A kabinet már ügyelt a szakmaiságra, még ha például Radnai György reformtervése kormány megbízottként nem aratott is osztatlan elismerést az egészségügyben. (A megbízottak névsorát lásd keretes anyagunkban.)

De hát miért nem tűnt föl a testületek létrejötte senkinek? Miért kellett az erről szóló szöveget munkaügyi törvények közé suvasztani – vagy, ha erősebb kifejezést akarunk használni: csempészni? És miért nem csapta le a magas labdát az ellenzék?

Minisztériumi források szerint a kormányban soha nem merült föl komolyan a társadalombiztosítási önkormányzatok visszaállítása. Sem a mostaniban, sem a Medgyessy Péter vezette kabinetben – noha a szavak szintjén mindvégig lebegtetették a tb-alapok „újratársadalmisítását”. A szakszervezetek ugyanakkor e halvány ígéretek nagyon is szó szerint értették: és az 1998-2002 közötti szűk esztendő után „rálátást” követeltek a tb-alapokra. A nyáron elfogadott törvény egyeztetésén a vita – nemegyszer az iróniát sem nélkülözve – éppen arról folyt, hogy e „rálátás” miben is álljon. A kormányzat fölösslegesnek tartott egy újabb ellenőrző szervet – az érintett Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) ugyancsak –, mondván, a tb-alapok törvényes működésének vizsgálatára megvannak a megfelelő intézmények, mindennekelőtt az Állami Számvevőszék. Ennek megfelelően a kabinet első „ajánlata” voltaképpen alig valamit tartalmazott – a szakszervezetek nem is fogadták el.

folytatás a 9. oldalon ►

*ALTA-ösztöndíj

Az ösztöndíjak az alfa-1 antitripszin hiány (genetikus emphysema) kutatását segítik elő az alfa-1-ben szenvedő betegek eredményesebb diagnosztizálása, gondozása és kezelése érdekében. A Talecris Biotherapeutics cég nemrég két pályakezdő kutatónak ítélte oda az európai alfa-1 antitripszin Laurell-ösztöndíjat (ALTA).

Az ösztöndíjak, amelyekről az Európai Tüdőgyógyász Társaság (ERS) koppenhágai éves kongresszusán határoztak, az alfa-1 antitripszin hiány (alfa-1) kutatását támogatják. Az alfa-1 súlyos örökletes rendellenesség, amely gyermekeknek és felnőtteknek egyaránt okozhat életveszélyes májbetegséget illetve felnőtteknek tüdőbetegséget is. Az ösztöndíjak pénzügyi fedezetét a Prolastin(R)-t (emberek gyógyítására kifejlesztett Alfa-1 proteináz inhibitor) előállító Talecris cég biztosítja. Az alfa-1 antitripszin hiány kezelését szolgáló Prolastint Észak-Amerikában és több európai országban is engedélyezték és forgalmazták.

Az 2005-ös ALTA-ösztöndíj nyertese Mera Mallya, a Cambridge-i Egyetem (Nagy-Britannia) Ph.D. fokozatú kutatója, illetve Sabina Janciauskiene, a Malmöi Egyetemi Kórház Ph.D. fokozatú kutatója. Mallya kutatásai a hiánybetegség leggyakrabban előforduló válfajának, az Alfa-1 antitripszin Z alléljének kórélettanára összpontosulnak. Céljuk, hogy kiküszöböljék az alfa-1-gyel összefüggő fehérje túltengést és májbetegséget. Janciauskiene az alfa-1 antitripszin gyulladásgátló hatását és a COPD-ben játszott szerepét vizsgálja. Az ALTA-ösztöndíjat egy évig folyósítják a két fiatal kutatónak. Az ALTA-ösztöndíjak lehetővé teszik, hogy a fiatal szakemberek úttörő jellegű kutatásokat végezzenek az alfa-1 jobb diagnosztizálása és hatásosabb kezelése érdekében – mondta Claus Vogelmeier, az ösztöndíjat odaítélő bizottság elnöke, a Marburgi Egyetem belgyógyászati részlege tüdőosztályának professzora. – A program keretében folytatott kutatások azzal a reménnyel kecsegtetnek, hogy az alfa-1-ben szenvedő betegeket világszerte egyre magasabb színvonalon gondozhatják.

A 2005-ös ösztöndíjakat az alfa-1-es betegeket nyilvántartó nemzetközi szervezettel (AIR) egyetértésben ítélték oda, és az ERS-kongresszus egyik speciális szimpóziumán adták át. Az ALTA-ösztöndíjak azt hivatottak elősegíteni, hogy a fiatal klinikai szakemberek és tudósok tevékenyen részt vehessenek az alfa-1-gyel kapcsolatos alapkutatásokban és klinikai kísérletekben. A jelentkezőknek négy kritérium alapján értékelik: eddigi tudományos eredmények, újító kedv, kutatásaik eddigi hatása, illetve a szakmai környezet és képzettség. A bírálóbizottság öt külső szakértőből, illetve

a Talecris alfa-1 szakértőjéből áll. Az ALTA-program 2003-ban kezdődött, az első ösztöndíjakat 2004-ben ítélték oda. Már a 2006-os ciklus is előkészítése is folyamatban van, az ösztöndíjkérelmek beküldési határideje 2006 márciusának közepe. A kérelmek benyújtásával kapcsolatos részletek és határidők a www.alta-award.com honlapon olvashatók.

Röviden a Prolastin(R)-ről...

A Prolastin(R)-t mint hiánypótló szert olyan betegeknek ajánlják állandó szedésre, akiknek veleszületett alfa-1 pi hiányuk és klinikailag kimutatható panacináris emphysemájuk van. A szelektív IgA-hiányban szenvedő betegek, akikről kiderült, hogy szervezetükben antitest képződik az IgA ellen, nem szedhetnek Prolastin(R)-t, mert a szer súlyos reakciókat, többek között allergiás sokkot válthat ki. A Prolastin(R)-nal végzett klinikai kísérletek során az infúziók 1,16%-ában észleltek (nem súlyos) reakciókat, leggyakrabban lázat, émelygést és szédülést. Mint minden plazmaeredetű gyógyszernél, itt sem lehet teljesen kizárni a fertőző hatóanyagok átvitelének lehetőségét. A Prolastin(R)-ról a www.prolastin.com honlapon találhatnak részletes információkat.

Röviden az alfa-1-ről...

Az alfa-1 antitripszin hiány, más néven AAT-hiány vagy alfa-1, öröklött rendellenesség, amelynek hatására jelentősen csökken a szervezetben egyébként természetes előforduló AAT fehérje mennyisége. Leggyakrabban az észak-európai és észak-amerikai fehérbőrű lakosság körében fordul elő. Az alfa-1 a leggyakoribb oka a gyermekek öröklött májbetegségeinek és a felnőttek genetikus emphysemájának (kötőszöveti gázgyülemének vagy rövid légzésének). Az AAT-hiányban szenvedők körében gyakran alakulnak ki súlyos elzáródással fenyegető légzőszervi betegségek (COPD), amelyek rokkantsághoz és korai elhalálozáshoz vezethetnek. Az AAT-hiány Európában és Észak-Amerikában mintegy 150 ezer embert sújt.

**A pályakezdő kutatóknak adományozott alfa-1 antitripszin Laurell-ösztöndíj (ALTA) az alap- és klinikai kutatásokat támogatja. A programot Carl-Bertil Laurell professzorral nevezték el, aki 1963-ban először írta le az AAT-hiányt. Ezek az ösztöndíjak is jelzik, hogy a Talecris Biotherapeutics (korábbi nevén Bayer Biological Products) továbbra is elkötelezetten támogatja az alfa-1 kutatóit. Az ALTA elsődleges célja, hogy újabb klinikai szakemberek és tudósok szakosodjanak az alfa-1 antitripszin rendellenességének kutatására, így újabb eredmények szülessenek az alfa-1 antitripszin hiány kórélettana, klinikai lefolyása és kezelése terén.*

OTS CÉGVONAL

Az apróért is lehajolni – Új TB-ellenőrző testületek

a 8. oldal folytatása ►

Az újabb menet végeredményeként megszületett változatot aztán az OÉT munkavállalói és munkaadói oldala egyaránt támogatta, holott az abban meghatározott – az előzőekben ismertetett – hatáskör a semminél alig valamivel több. Mindenesetre a testületek költségvetéséről a büdzsének a Miniszterelnöki Hivatalról (MEH) szóló fejezetében külön sor rendelkezik (a PM-nél érdeklődtünk ennek mértékéről, de lapzártánkig nem kaptunk választ), továbbá a tagok havi tiszteletdíja sem két fillér (a mindenkori köztisztviselői illetményalap – 2006-ban ez 36 000 forint lesz – ötszöröse, a két elnöké a nyolcszorosa), ami nehezen illeszthető bele az olcsóbb és karcsúbb államigazgatás szlogenjébe. (A testületek titkárságát a MEH-ben helyezik el.) A kormányzathoz közel álló forrásaink ezzel tisztában is vannak; a „na, de akkor miért van rá szükség, ha amúgy semmi értelme?” kérdést pedig azzal ütötték el, hogy a „társadalmi béke érdekében”. Többet erről nem voltak hajlandók mondani, de a névsorra, az OÉT delegálta testületi tagok pozícióira pillantva sok mindent megérthetünk.

Noha tudomásunk szerint az MSZP legenda, „szakszervezeti lobbija” nem erőltette a kellenél jobb az ügyet, a jelek szerint a szocialista párt- és állami vezetés a választások előtt semmiképpen sem akar konfrontációt a sáncokon belül. Fura módon a kormányközeli értékelésekkel lényegileg egybecsengett annak a fideszes országgyűlési képviselőnek a véleménye, akinél a szokatlan ellenzéki csend okairól érdeklődtünk. „Egyrészt mire észbe kaptunk, a kormányzat a munkaügyi törvények között elhelyezve, mindenfajta előzetes vita nélkül elfogad-

tatta a koalíciós képviselőkkel a testületek felállítását. Másrészt semmi vizet nem zavarhatnak, a törvényszöveg legalábbis ezt valószínűsíti. Ám ha túllépik a hatáskörüket, és azt hiszik, hogy ők az egykori önkormányzatok utódai, akkor lépni fogunk. Ha viszont csak a fizetésüket veszik föl, akkor azzal nem tudnak ártani” – mondta lapunknak a társadalombiztosítás ügyeiben jártas ellenzéki politikus. *Sajtófőgyelő: Magyar Narancs B.1*

Tagok – Egészségbiztosítási

Ellenőrző Testület

Szakszervezeti delegáltak: Bárdos Judit (a Belügyi és Rendvédelmi Dolgozók Szakszervezetének a főtítkára) | Ladán Éva (a Munkástanácsok Országos Szövetsége elnökségi tagja) | Máthéné Bertók Judit (Liga Szakszervezetek – a VDSZSZ vezető jogtanácsosa) **** Munkaadói delegáltak:* Hörömpöly László (az OKISZ elnöke) | Károlyi Miklós (a Vállalkozók Országos Szövetsége főtítkára) | Wimmer István (a Munkaadók és Gyáriparosok Országos Szövetsége főtítkára) **** Kormányzati delegáltak:* Bíró Boldizsár | Fazekas Marianna | Radnai György | Nyugdíjbiztosítási Ellenőrző Testület **** Szakszervezeti delegáltak:* Inokai Géza (Autonóm Szakszervezetek Szövetsége – a Közüti Közlekedési Szakszervezet elnöke) | Vigh László (az Értelmiségi Szakszervezeti Tömörülés elnöke) | Wittich Tamás (a Magyar Szakszervezetek Országos Szövetsége elnöke) **** Munkaadói delegáltak:* Szeremi Lászlóné (a Mezőgazdasági Szövetkezők és Termelők Országos Szövetségének főtanácsosa) | Úveges László (Általános Fogyasztási Szövetkezetek és Kereskedelmi Társaságok, közgazdálkodási titkárság) | G. Tóth Károly (Stratégiai és Közföldgazdálkodási Társaságok Országos Szövetsége, vezető tanácsadó) **** Az Időügyi Tanács delegáltjai:* Czerván Mártonné | Mihalovits Ervin **** Kormánydelegáltak:* Adler Judit | Garam Tamás | Molnár Istvánné



Professor Thomas A. Waldmann aki céltáblaként használja a beteg sejteket

Waldmann professzor eredményeinek az igazi megértéséhez tudnunk kell azt, hogy a legtöbb betegség a sejtek szintjén kezdődik. A gyógyító molekuláknak a hatása igen gyakran abban áll, hogy a beteg sejteket megölik, míg az egészséges sejteket nem vagy kevésbé bántják. Amennyiben a beteg (pl. daganatos-, vagy kellemetlenül agresszívé vált immun-) sejteket ki tudjuk iktatni anélkül, hogy az ép sejteket bántanánk, akkor hatékony a gyógyítás. Az antitestek az immunrendszernek olyan molekulái, amelyek meghatározott tulajdonságú sejtjeihez (és csak azokhoz) kötődnek. Így, ha olyan antitesteket tudunk előállítani, amelyek csak a beteg sejtekhez kötődnek, akkor a kártékony, a beteg sejteket elpusztító anyagokat azok oda tudják szállítani ezekhez az elpusztítandó sejtekhez. A nem kötődő antitestek általában igen hamar kiürülnek a szervezetből, és így nincs idejük az egészséges sejteket pusztítani. Tehát az antitestekkel céltáblára lövünk, és a céltábla a beteg, kártékony sejt. Ez az új irányzat a gyógyításban egyre terjed Dr. Waldmann kutatásai eredményeként. Tizenegy antitestfélése már bejegyzett gyógyszer, és négyszázat meghaladó antitesttel folynak kísérletek

Dr. Thomas A. Waldmann szakterülete

Az immunválasz szabályozásának molekuláris mechanizmusát tanulmányozza. Eredményei alapján súlyos immunbetegségek (fertőzések, daganatok) gyógyítására nyílik lehetőség. Sikeresen ötvözi az alap- és alkalmazott kutatást. Az új felismeréseket a folyamatok betegségekben játszott szerepének vizsgálatával folytatja, melyet a gyógyításban történő felhasználás követ.

Úttörő munkát végzett a felnőtt T-sejtes leukémia, a fehérvérűség néven ismert betegség egyik igen veszélyes válfajának a gyógyításában. Ez a betegség Európában ritka, de Ázsiában és Amerikában, így az

Rövid életrajz

Dr. Thomas A. Waldmann 1930-ban született New Yorkban. Orvosi diplomáját 1955-ben kapta a Harvard Egyetem Orvoskarán. Ezt követően az USA Nemzeti Egészségügyi Intézetének (NIH) munkatársa lett, ahol 1968-tól a Nemzeti Rákkutató Intézet (NCI) immunélettani részlegének vezetője, majd 1971-től az Anyagcsere Kutatási Ágazat igazgatójaként dolgozik. Az Egyesült Államok Nemzeti Tudományos Akadémiájának tagja, a Magyar Tudományos Akadémia tiszteleti tagja, egyike a világ 40 legtöbbet idézett tudósának.

Fontosabb kitüntetései:

1986. Lila Gruber Kitüntetés Rákkutatásért
1987. Ciba-Geigy Drew Díj Orvosbiológiai Kutatásokért
1991. Artois-Baillet Latour Egészség Díj
1992. 15th Bristol-Myers Squibb Díj Rákkutatásban Elért Kiemelkedő Eredményekért
1996. Paul Ehrlich Érem

Egyesült Államokban is gyakran előfordul. A betegek várható élettartama kezelés nélkül a betegség felismerése után átlagosan 6 hónap. Azonosított egy, az immunsejtek felszínén található molekulát (interleukin-2 receptor molekula). A nyugalomban lévő immunsejtek ez a molekula alig található meg, míg a működő (aktivált) immunsejtek szaporodásában és hatékony működésében fontos szerepet játszik, nélküle a szervezet védekezése lehetetlen volna. Ez a molekula kórosan nagy számban jelenik meg felnőtt T-sejtes leukémia (fehérvérűség) esetén. Waldmann előállította azt a molekulát (anti-Tac, monoklonális antitest), mely kötődik a kórosan nagyszámú sejt felszíni molekulához (interleukin-2 receptor), és hatástalanítja azokat. Megállapította, hogy amennyiben az interleukin-2 receptor egyik részére (alfa-alegységére) irányított kezelést alkalmazunk, azaz a beteg sejteket célzottan elpusztítjuk, akkor 3 és 5 év közötti élettartam is várható, azaz a betegek

6-12-szer hosszabb ideig élnek a betegség felismerése után. Az úttörő munkássága alapján kifejlesztett gyógyszert elterjedten használják (Zenapax). Mivel az előállított antitest molekula az aktív és daganatos immunsejteket felismeri, alkalmas arra, hogy vívóanyagként más vegyületeket is célzottan ezekhez a sejtekhez juttasson el, és ezért kiváló gyógyító hatás érhető el.

Ennek ismeretében jó eredményeket értek el az autoimmun eredetű szemgyulladás, a szintén autoimmun eredetű, az idegrendszert tönkretévő multiplex szklerózis sikeres kezelésében is, valamint a szervátültetést követő szervkilöklődés megakadályozásában.

Dr. Waldmann másik kiemelkedő felfedezése egy, az előbbihez hasonló molekula (egy másik interleukin receptor), mely az immunválaszban résztvevő sejtek továbbélését, és memóriasejté váló alakulását segíti, valamint gátolja az immunválaszban résztvevő sejtek elpusztulását. Kevésbé hatékony oltóanyaggal kombinálva ezt a molekulát, hosszan tartó immunitás érhető el. Ennek alapján a jövőben számos új védőoltás kerülhet kidolgozásra. A különféle fertőző betegségek kezelésén túl az eljárás a szervezetben képződő daganatos sejtek elpusztítására is alkalmassá tehető. Mind ezen felfedezések és új gyógyító eljárások korántsem jelentik, hogy valamennyi, az immunrendszert érintő betegség gyógyíthatóvá vált. A munka a Dr. Waldmann által vezetett laboratóriumokban tovább folyik, további molekuláris célpontokat keresnek a DNS chip technológia eszköztárát is bevetve, és újabb gyulladáso, daganatos, és immunhiányos betegségek kezelésére dolgoznak ki eljárásokat.

Dr. Waldmannt majd két évtizedes ismeretség fűzi a DEOEC Biofizikai és Sejtbiológiai Intézetéhez, amelynek a rendelkezésre álló modern eszköztárát felhasználva kutatóink is nagyban hozzájárulnak a sok beteg gyógyulásához vezető felismerésekhez.

*„Debrecen Díj a Molekuláris Orvostudományért” kitüntetésről

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma 2003-ban nemzetközi díjat alapított a molekuláris orvostudomány területén: „Debrecen Díj a Molekuláris Orvostudományért” (angolul: „Debrecen Award for Molecular Medicine”) névvel. A díj évenkénti adományozásával az orvostudományi kutatások fejlődéséhez kiemelkedően hozzájáruló kutatókat kívánja elismerni. A díjat minden olyan nemzetközileg elismert kutató, vagy kutatócsoport kapja, akinek a munkája lényeges előrehaladást eredményezett a molekuláris orvostudomány területén. A díj összege 10000 Euro. A jelölést egy 12 főből álló csoport végzi, melynek tagjai kiemelkedő orvosok, professzorok és orvosbiológiai kutatók.

- Cél:** az innovatív orvosbiológiai kutatások és nemzetközileg kiemelkedő teljesítmények elismerése.
- Választhatóság: az a kutató, kutatócsoport kaphatja a díjat, akinek a munkája jelentősen hozzájárult a molekuláris orvostudomány fejlődéséhez, az eredmények pedig felhasználhatóak a korszerű a betegellátásban.
- Adományozhatóság:** nemzetközi elismerést ad egy kutatónak, vagy kutatócsoportnak, akinek a munkája lényeges előrehaladást eredményezett a molekuláris orvostudomány területén. A díj elnyerőjének tevékenysége magában foglalja az alapkutatásokat és az új eredményekhez vezető klinikai kutatásokat, melyek jelentősen

javítják a betegellátást. A díjazottak olyan kutató(k) lehetnek, akiknek teljesítménye és eredményei a nemzetközi kutatások élvonalába tartoznak. A díjazott tetszés szerint használhatja a jutalmat, bár a jelölőbizottság reményei szerint legalább a díj egy részét a szakterülete további fejlesztésére fordítja.

- Nevezés:** Ajánlásokat a „Debrecen Díj a Molekuláris Orvostudományért” díjra május 15-ig fogad el a bizottság. Az ajánlólevélnek tartalmaznia kell hogy a jelölt milyen lényeges előrehaladást tett a molekuláris orvostudomány területén. A választási bizottság ezen kívül még két ajánlólevelet és egy önéletrajzt kér minden egyes jelölttől, valamint a legfontosabb cikkeket, kiadványok irodalomjegyzékét. A díjazottat az Orvos- és Egészségtudományi Centrum professzorai titkos szavazással választják ki.
- Díjátadás:** A díj átadása ünnepélyes keretek között, az adományozott díszelődásával egybekötve minden év novemberében Debrecenben történik.

*A *kitüntetés 2004-ben Professor Sir Philip Cohen angol kutató kapta, aki eredményeire alapozva létrehozta az élettudományi kutatószakra épülő biotechnológiai ipart is, melynek részesedése lakóhelyén a város gazdaságában 16%. A díjazott 2003-ban Professor J. Craig Venter volt, aki megfejtette az ember teljes örökletes információtartalmának, az emberi DNS-nek a nukleotid sorrendjét.*

Az amitriptylin nevű antidepresszáns kis adagokban hatásos lehet az irritábilis bél szindróma (IBS) tüneteinek enyhítésében

Az amitriptylin nevű antidepresszáns kis adagokban hatásos lehet az irritábilis bél szindróma (IBS) tüneteinek enyhítésében.

Az agyról készült felvételek szokatlan aktivitást mutattak az agyfájdalommal és érzelmekkel kapcsolatos területén, az IBS-ben szenvedő betegek fájdalmas puffadása alatt. A kutatók azt tapasztalták, hogy a kis dózisú amitriptylin csökkentette az agyi aktivitást. Mivel a stressz fontos előhívója az IBS-nek, a kutatócsoport megvizsgálta a gyógyszer stressz esetén kifejtett hatását is. Véletlenszerű kiválasztásban adtak

19 betegnek egy hónapon át vagy hatóanyagot, vagy placebót, majd háromhetes szünet után felcserélték a kezelést. 17 beteg javulást tapasztalt a hatóanyag szedése mellett, öten a placebótól. A kezelés utolsó két hetében a fájdalom foka a hatóanyagnál 4,2, a placebónál 5,3 volt.

Feltételezzük, hogy az amitriptylin a központi idegrendszerre hat – írja az egyik kutató. A hatás abban nyilvánul meg, hogy vagy a fájdalomküszöböt csökkenti, vagy mérsékeli a fájdalomnak a stressz által okozott fokozódását

Reuters Health/Dobos-Intermed

TUDOMÁNY

Egy háziorvosi praxis tapasztalatai

Alvászavarok szomatikus és pszichés betegségekben



„Az egészséges alvás a testi, lelki jólét feltétele”

Az alvászavarok diszomniák (insomnia), hipersomniák (kóros aluszékonyság), paraszomniák (azaz patológiás viselkedéssel járók) lehetnek, s egy külön csoportba tartoznak a „proposed” zavarok. Az insomnia a leggyakoribb, az elalvás és az átválás zavarával, az alvásminőség romlásával. Tranziens, rövid idejű vagy krónikus formájú, azaz 6 hónapon túl fennálló lehet. A stressz helyzetek, a környezetváltozások, a betegségek, a túlterheltség, pszichológiai okok és életmód differenciák egyaránt okozhatják.

A diagnosztikus algoritmus. (Sloan után)

- 1.) A **jellemző panaszok** keresése, mint az elalvási, át-alvási zavarok, a korai ébredés nappali álomossággal.
- 2.) Részletes **kórtörténet**: Kiváltó ok és a panaszok kezdete? A zavarok időtartama, jellege? Familiáris anamnézis, provokáló körülmények, esetleges gyermekkori alvásproblémák (pl. alvajárás, enurezis) feltárása.
- 3.) Az **álomosság és éberség** periodicitásának megfigyelése. Lefekvés ideje, a felébredések száma és időtartama? Reggeli, nappali álomosság, a pihenési igény és a koncentrálóképeség, valamint a memóriazavarok? Ébredéskor milyen a pszichés, szomatikus állapot?
- 4.) A **kísérő tünetek** figyelése, így a lábmozgás, horcolás mértéke, illetve a testsúlynövekedés.
- 5.) A **családi körülmények és az életmód** azaz a munkaidő, a pihenés, a testmozgás mértéke és az étkezési szokások.
- 6.) **Mentális jellemzők és a pszichiátriai komorbiditás**.
- 7.) **Szomatikus morbuszok**.
- 8.) Lehetséges **függőségek**.

Alvászavarok és betegségek

A jellemzők: Az egyes betegségek gyógyszerei is okozhatnak alvászavarokat központi idegrendszer stimulálással, vagy megvonás után, pl. MAO-gátlók. Más-kor a betegségek szövődménye az alvászavar, amit az egyes szerek potencírozhatnak.

1-2. táblázat: Alvászavart provokáló betegségek és állapotok (Kruger után)

BETEGSÉGEK
1. Daganatok
2. Endokrin kórképek, pl. a diabetes, a hiper-tirozis.
3. Fogászati betegségek.
4. Fül-orr-gégészeti kórképek, pl. croup.
5. Gasztrointesztinális morbuszok, mint pl. reflux, az ulcus.
6. A légző rendszert érintő kórképek, így az asztma, a krónikus obstruktív tüdőbetegség.
7. Kardiovaszkuláris esetek, mint az angina, a miokardinális infarktus.
8. Neurológiai kórképek.
9. Urológiai kórképek, így a menstruációs zavarok, az alvás alatti fájdalmas erekció, vesebetegségek.

ÁLLAPOTOK
1. Balesetek, illetve sérülések.
2. Idült fájdalmak.
3. Viszketés, izzadás és hipoxia kísérőjeként.
4. Tartós vizeelési-székelési ingereknél.
5. Egyes fertőzésekben.

Az alábbiakban foglaltam össze a provokáló gyógyszer-csoportokat, de külön nem emelve ki az egyes szereket.

3.táblázat: Alvászavart okozó gyógyszerek (Benza után)

GYÓGYSZEREK	Százalék (%)
Alkoholtartalmúak	80
Asztma ellenesek	12
Antihisztaminok	20
Antihipertenzivék	8
Antiparkinson	16
Divertikumok	10
Étvágycsökkentők	24
Fájdalomcsillapítók	10
Nikotin	21
Gőrcsoldók	6
Koffeintartalmúak	38
Központi idegrendszer stimulálók vagy antidepresszánsok	37
Lipidcsökkentők	5
MAO-gátlók	29
Sztreroidok	7
Tumor ellenes szerek	14

A praxisomról

Körzetem rohamosan előregedő, folyamatosan romló gazdasági, szociális, egészségügyi, halmozottan hátrányos helyzetű. Betegeim apró falvakban és ta-

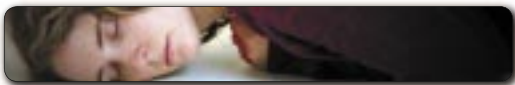
Az alvás-ébredlét cirkadián ritmusa aktív szabályozás eredménye is. Éjszaka 4-5 REM fázis jelentkezik kb. 2 órán át 10, majd 15-40 perces időszakokkal. A 4. leg-mélyebb fázis az alvás első óráiban fordul elő. Egészségeknél kortól független az REM-zónák százaléka, de jelentősen csökken a 3., 4. stádiumok aránya. Az alvás jellege változó, függ a körülményektől (pl. „jet-lag élmény”), az időzónák átlépésekor, a hajlamtól is, lásd „éjszakai baglyok” típusú személyek. Amerikai adatok szerint a felnőttek egyharmada panaszokdík krónikus alvászavarról, míg hazánkban a felnőttek Az alváshiány kreativitás gátló, alarm reakció csökkentő, a szellemi-fizikai teljesítményeket mérséklő s számtalan esetben munkahelyi, közle-

nyákon élnek, a Bodrogház keleti peremén, a szlovák határ mentén. Mentőállomás 10 km-re, szakrende-lések és kórház 40 km-re találhatóak, s Miskolctól 130 km-re vagyunk. A háziorvos folyamatos készen-létet és a feleségével váltva hétvégi ügyeletet biztosít. 1999-től kiemelten foglalkozok az alvászavarokkal, a nyugtató és altató függőségekkel, polypragmasiával. Itt jegyezném meg, hogy a csökkenő altató (-30%) és nyugtató (-40%) szedés a sikeres orvos-beteg együtt-működésnek volt köszönhető.

4. táblázat: Praxisom betegei és az alvászavarban szenvedők

ÉVEK	ÖSSZES BETEGÜNK	ALVÁSZAVARBAN SZENVEDŐK
1999	1293	289
2000	1345	497
2001	1333	585
2002	1380	662
2003*	1328	603
2004.03.31-ig	1326	556

Eredményes volt a betegek felvilágosítása, segítettek a relaxációs módszerek, a stimulus kontroll, s a kognitív viselkedésterápia is csökkentette az alvászavarokban szenvedők számát.



Alvászavarok pszichiátriai betegségekben

A krónikus betegségekben gyakoriak a tartós alvászavarok. A kedély-, illetve a szorongásos betegségekben szummáció is kialakulhat, s az alvászavarok progressziója fokozódhat. A cirka-, és ultradián ritmus zavarokba terápiásan beavatkozva pedig alvás-megvonással vagy fénytérápiával tünetmentességet érhetünk el. Felhívnam arra is a figyelmet, hogy az alvászavarok pszichiátriai betegségeben szenvedőknél suicid kísérlet provokálók lehetnek. Az alábbiakban röviden összefoglalom az egyes kórképek jellemzőit és 1999-től 2004 szeptemberéig a praxisomban szerzett tapasztalataimat.

A kedélybetegségek

Az idült alvászavarok 20%-ában találkozunk depresszióval és dysztimiával. Jellemző a felszínes alvás, a gyakori felébredésekkel és az esetek 15%-ában dyszfó-ria és hyperszomnia is előfordul. Az anxiolitikumok szorongás oldás révén alvászavar csökkentők. A pre-menstruális szindrómában viszont az alvásmegvonás antidepresszáns hatású lehet.

A szorongásos betegségek

A generalizált szorongásban, a kényszerbetegségekben elalvási, átválási inszomnia, rövid felébredések és rövidült alvásidő, negatív tartalmú álmok, rémálmok fordulnak elő. Gyakoriak az ellenőrzési kényszerek, a kontrollvesztéstől való félelem, és a fóbiktól való pánik. A terápia gyógyszeres és pszichés s mindig az alapbetegségekre irányuló legyen.

A pánikbetegség

A betegek háromnegyedénél fordul elő elalvási insom-nia szorongással, alvásmegszakításokkal és korai éb-redéssel. Az éjszakai rohamok során a latencia megnő és palpáció, dyszpnoe, valamint hőhullámok kísérik. Differenciálandó a temporális epilepsziától, az alvá-si paralízistől, az alvási apnoétól, a stressz indukálta rémálomtól, a lidércnyomástól. Az alvásmegvonás pánik induktor és a relaxáció is roham provokáló és kerülendő a koffein is. A nagy potenciálú benzodia-zepinek és a hipnotikumok is jó hatásúak.

Az alkoholabuzus és dependencia

Az alkohol dózistól függően alvásbefolyásoló, ezért is alkalmazzák egyesek „öngyógyításra”. Krónikus esetekben a felébredéskor, gyakori az ún. „ráivás”. A megvonás inszomniát okoz. Tartós ivás után az al-vászavarok akár egy-két évig is fennállnak, s így a visszaesés rizikófaktorává válnak. Az alvászavar te-rápiában mindig figyeljünk a májkárosodásra és az ebből adódó csökkent gyógyszer metabolizmusra. Az alkohol a szedatív szerek hatását potencíozza, amit mindig vegyük figyelembe. A poszttraumás stressz-ben az alvászavar mindig társul szorongással, elalvási insomnia van. Az első választandók az antidepress-zívumok és az anxiolitikumok, amelyeket pszicho-terápiával célszerű kombinálni.

A skizofrénia

Az elalvási-átalvási inszomnia társul negatív álmok-kal. A kispotenciálú neuroleptikumok, a jók, mert enyhén szedatívak.

5. táblázat: Alvászavarok pszichiátriai betegeinknél

Alvászavarok szomatikus betegségekben

	1999	2000	2001	2002	2003	2004. 08.31.
Összes betegünk	1293	1345	1333	1380	1328	1326
Pszichiátriai esetek	65	95	119	158	191	235
Kedély-betegségek	13	15	18	27	28	39
Szorongásos kórképek	9	14	17	21	23	25
Pánik-betegség	4	6	9	11	13	14
Alkohol dependencia	34	52	67	89	115	143
Poszttraumás stressz	2	4	4	5	6	8
Skizofrénia	3	4	4	5	6	6

A KÖZPONTI IDEGRENSZER BETEGSÉGEIBEN

Kóroktani szempontból minden alvásszabályozó köz-pontot sértő elváltozás szóba jöhet.

A degeneratív betegségek

Jellemző a hajnali felébredés, a szecunder éjszakai fájdalmak, izommerevség, az inmobilitás. A demen-cia, a görcsrohamok elfedhetik a súlyos alvászavart is. Alvászavar kiváltók lehetnek a dopamin-agonisták, az antikolinergiek. Az éjszakai delíriumokat a benzodia-zepinek súlyosbithatják, elsősorban a károsodott máj, vese metabolizmus zavara miatt.

A Parkinson betegség

Az inszomniával együtt jár a hypokinezia, az immo-bilitás, az („end of dose” akinezia), a túlmozgásokban megnyilvánuló paraszomnia. Idővel jelentkezik a de-

mencia és a depresszió. Fontos az alváshigiéne, a kör-nyezet megváltoztatása. A szedatív antidepresszánsok a rövidhatású benzodiazpinek jöhetnek szóba.

Az Alzheimer-kór

A hazai populáció előregedése az európai átlagnál is nagyobb mértékű, ami fokozott háziorvosi ellátást és gondozást igényel. A betegség progressziójával mind a REM-fázis, mind a mély alvási periódusok aránya csökken, aminek következtében rohamosan romlik az alváshatékonyság. Így mindennapos a nappali álmos-ság, társulva a memóriazavarral és a depresszióval. Jellemző az éjszakai konfúzió magatartászavarokkal, elköborlással is. Érdeemes próbálkozni kisdózisú neu-roleptikummal, és magatartást módosító stratégiák-kal. Utóbbiak, mint a nappali szederges megakadá-lyozása, a rendszeres napirend betartatása, a fizikai aktivitás fokozása eredményes szokott lenni.

Itt szeretnék igen röviden kitérni az *életkori sa-játosságokra* és az *időskori alvászavarok* fő okaira is. 70. életév után a fiziológiás alvásigény 6 órára csökken, míg a szubjektív nő. Az időseknél az alvásszerkezet változások súlyosabbak (ún. „szubjektív” inszomnia).

Az öregkori zavarok okai:

- 1.) A megváltozott életmód, a fizikai-szellemi akti-vitás csökkenése.
- 2.) A szociális helyzet megváltozása, az izoláció ál-tal.
- 3.) A érzékelés beszűkülése, azaz a hallás és látás za-varai.
- 4.) A pszichés morbuszok halmozott jelentkezése, így depresszió, az agitált állapotok, a paranoid pszichó-zisok gyakoriságának növekedése.
- 5.) A szomatikus multimorbiditás, az adaptáció és a kompenzáció beszűkülése.

folytatás a 11. oldalon ►

► a 10. oldal folytatása

MÁS KÉP

Várnai György: Vadásztörténetek és mesék felnőtt gyerekeknek, a természet rajongóinak

– fotóalbum a szemnek és a szívnek –

Dr. Várnai György 45 éven át volt praktizáló orvos, és egyidejűleg szenvedélyes természetfotós. Belgyógyászként és röntgenorvosként három évtizeden át, a múlt évig körzeti orvosként működött egy budapesti kerületben. Fotóalbuma egy élet természetfotóinak egyedülálló válogatása, ugyanakkor egészen kicsike ízelítő abból a hatalmas anyagból, amelyet Várnai György „összefényképezett”.

A könyv megrendelhető: Kétezeregy Kiadó
Tel./Fax: (26)374 586
info@ketezeregy.hu | www.ketezeregy.hu

másképp...

Fokális neurológiai károsodások

Cerebrovaszkuláris kórképekben, tumoroknál, szklerózis multiplexben, traumák után és gyulladások szövödményeként jelentkezik alvászavar, éjszakai inszomniával, s nappali aluszékonysággal. Az oki kezelésre törekedjünk.

Neuromuszkuláris kórképek

Az ALS, az izomdisztrófiák és a polyomyelitis kísérőjeként fordul elő.

6. táblázat:

Alvászavarok az idegrendszer betegségeiben

ALVÁSZAVAROK KARDIOPULMONALIS BETEGSÉGEKBE

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 08.31.
Összes betegünk	1293	1345	1333	1380	1328	1326
Neurolóiai betegek	34	53	75	95	109	117
Degeneratív betegségek	20	24	32	39	43	45
Parkinson kór	3	3	5	5	8	8
Alzheimer kór	2	3	3	5	6	6
Fokális neurológiai kórképek	8	21	32	42	48	53
Neuromuszkuláris betegségek	1	2	3	4	4	5



Gyakori az alvási apnoe, aminek a megfelelő kezelése a CPAP. Tilos szedatohipnotikumok adása, kivéve az éjszakai angina egyes eseteiben.

Krónikus obstruktív tüdőbetegségek

Csökken a lassú hullámú mély alvás és gyakoriak a felébredések. Kevesebb lesz a légző felület, s így hypoxia, hyperkapnia alakul ki. Tovább ront a helyzeten a légzőizmok alulműködése és a megnövekedett légúti ellenállás. (Az éjszakai szubjektív diszkomfort ébresztő hatású!) Bronchodilatátor, gyulladáscsökkentés, CPAP, illetve gravis esetekben az asszisztált lélegeztetés segíthet.

Asztma bronchiale

Általános az inszomnia, különösen a rohamok közötti periódusokban. Antiaszthmatikumok kronoterápiája, azaz a bronhodilatátorok, a szteroidok és a gyulladáscsökkentők az alkalmazandók.

Szívelégtelenség

Előfordulnak az éjszakai paroxizmális diszpnóek, a Cheyne-Stokes féle hiper-apnoék társuló hiperkapniával. A kardiális terápia mellett indokolt a CPAP adjuváns kezelés is.

Iszkémiás szívbetegség

Számtalanszor előfordul az éjszakai anginás roham, alvási apnoe társuló rekurrens hipoxiával, vérnyomás ingadozással, szimpatikus hiperaktivitással. Oki kezelés és CPAP szükség szerint.

7. táblázat:

Alvászavarok kardiovaszkuláris betegségeiben

Az alvászavarok kezeléséről

Felvilágosítás

Számtalan tévhit él, amelyeket a háziorvosnak kell

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 08.31.
Összes betegünk	1293	1345	1333	1380	1328	1326
Kardiovaszkuláris betegek	122	207	258	314	385	425
Krónikus obstruktív tüdőbetegségek	39	57	85	97	108	117
Asztma bronchiale	18	23	31	42	53	62
Szívelégtelenség	37	60	79	93	121	127
Iszkémiás szívbetegségek	28	47	63	82	103	119

eloszlatnia. Hívjuk fel a figyelmet a lefekvés előtt fogyasztott alkohol, dohányzás, fizikai és szellemi túlterhelés káros hatásaira, a rendszeres napi ritmus kialakításának a fontosságára. Bizonyos „ésszerű rituálék”, mint a meleg fürdő, a könnyű esti étkezés, az olvasás preventív hatású. Tilos a nappali szunyókálás, s célszerű a zavaró környezeti hatások kiiktatása.

8. táblázat: A felvilágosítás hatásossága praxisunkban. Jól kommunikáló és egészséges életmódot kialakító betegeink.

A relaxáció

2-3 hetes tanfolyamokon, otthon folytatható relaxációs technikákat lehet elsajátítani, de a szociális-gaz-

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 08.31.
Összes betegünk	1293	1345	1333	1380	1328	1326
Alvászavarban szenvedők	289	497	585	662	603	556
Együttműködők	17	32	51	86	109	123

dasági és földrajzi körülményeink ezen lehetőségeket kizárták.

Stimulus kontroll

A hálólhelyiségekkel kapcsolatos sikertelen alvási próbálkozások megszüntetése a cél. Gyakorlati megvalósításának a következő lehetőségei vannak:

- a.) A tartósan fennálló álmoság esetén pihenjen.
- b.) Mindig ugyanazon időpontban célszerű felkelni.
- c.) Ha 15-20 perc után sem tud elaludni, ne erőltesse, keressen más elfoglaltságot, pl. olvasás, tv-nézés, stb.

Alvásmegvonás

Az átlagos alvási idő meghatározása után (2 hétig a beteg feljegyzi az elalvás idejét) plusz fél órával hosszabb időt javasoltunk a pácienseinknek. Amennyiben ezen idő „mennyiségileg” és „minőségileg” is elegendő s így megfelelő az alvásminőség, s ugyanakkor a beteg nappali álmoságról panaszodik, 15-20 perccel növeljük az ágyban töltött időt. Ha az alvásminőség romlik, ugyanennyivel csökkentjük és addig folytatjuk, amíg az alvásminőség megfelelő lesz nappali fittséggel együtt.

9. táblázat: Hatásos alvásmegvonás praxisunkban

Kognitív viselkedésterápia

Egyszerű formáit próbáltam alkalmazni, pszichiátriai

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 08.31.
Összes betegünk	1293	1345	1333	1380	1328	1326
Alvászavarban szenvedők	289	497	585	662	603	556
Alvásmegvonás betegeinknél	5	9	13	18	24	9

és pszichológus konzultánsok segítségével. A célom az alvásról kialakult elavult és téves információk megcáfolása és az alvászavarok kommunikatív közlése, együttes leküzdése volt. Egyéni és kiscsoportos párbeszédekkel, „kibeszélésekkel”, az okok feltárásával elérhető közelségbe került a testi-szellemi szövödmények számának csökkentése betegeinknél.

10. táblázat:

Kognitív viselkedésterápia betegeinknél

Összefoglalás

Az ismertett beteganyag utánkövetéses vizsgálata is jelezte, hogy az alvászavarok okait feltétlenül tisztáznunk kell. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 08.31.
Összes betegünk	1293	1345	1333	1380	1328	1326
Alvászavarban szenvedők	289	497	585	662	603	556
Eseteink	7	15	21	29	35	14



a szomatikus-pszichés betegségekkel való szoros kölcsönhatásokat sem. A praxisban eltöltött hosszú évek korrekt bizalmi viszonyt teremtettek a gyógyító team és a betegek között. Ez alapvetően fontos volt az alvászavarok feltérzésében az empatikus prevencióban, a szakmai követelmények, illetve az ember-séges compliance harmóniájának a megeremtésében. A praxis létszáma eleve limitálta a levonható tapasztalatok általánosítását. Nem ez volt a céloom, hanem a figyelemfelkeltés. A háziorvosi praxisban felfedezhetők, ellenőrizhetők és befolyásolhatók az inszomniák. A gyógyszeres kezelésük ismertetésével summázhatnánk a tapasztalatainkat. Erre egy következő tanulmányunkban kerítünk sort, külön is kihangsúlyozva a kor követelményeinek megfelelő szerek bevezetésének elfogadtatását és az indokoltan függőségek felszámolását.

» Dr.Salamon Sándor orvosszerkesztő «

Új terápiás lehetőség a csontritikulásban

A már hazánkban is törzskönyvezett készítmény az első olyan gyógyszer, ami nem pusztán megállítani képes a csontritikulást, de vissza is tudja építeni a már károsodott csontokat. A viszonylag rövid idejű kezelés után az elért pozitív hatásak tartósan megmaradnak. A csontritikulás a szív- és érrendszeri, valamint daganatos betegségek mellett a legjelentősebb népegészségügyi probléma, Magyarországon a lakosság közel 10%-át is érintheti. A leggyakoribb következmények a csigolya, csípőtáji és alkartörések, melyek visszafordíthatatlan életminőség-romláshoz vezethetnek. Magyarországon a mozgássérült emberek mintegy 30%-a csontritikulás miatt válik tartósan mozgássérültt! Ezzel a betegséggel a súlyos fogyatékossg előidézésének okai között a második helyet foglalja el. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy ezek az emberek már a nyugdíjkorhatár előtt munkaképtelenné válnak, újabb súlyos terhet róva ezzel az amúgy is alulf finanszírozott ellátási rendszerre.

A teriparatid a posztmenopauzális korban lévő nők számára a súlyos oszteoporózis kezelésében új mérföldkővet jelentő készítmény. A kezelésre eddig kifejlesztett és jelenleg is használt terápiák megoldást nyújtanak a betegség előrehaladtának, rosszabbodásának késleltetésére vagy megakadályozására; hatásuk azonban erősen korlátozott a már kialakult csontritikulás és károsodott csontszerkezet esetén, azoknál a betegeknél, akik kettő, vagy több törésen is átesetek.

A teriparatid, PTH-1-34 egy, az emberi szervezetben megtalálható, a csontképződést serkentő anyag biotechnológiával előállított mása, így elmondható, hogy fiziológias hatásmechanizmusú. Az ajánlott, maximum 18 hónap hosszúságú kezelést követően a terápiás hatás – a csonttömeg növekedése, fájdalom csökkenése – hosszú távon, évekig fennmarad.

A most bejelentett gyógyszer egyedülálló terápiás előnyökkel rendelkezik:

- 1.) Az első és egyetlen készítmény, amely már rövid idő alatt serkenteni képes az új csont képződését, növeli a csont mennyiségét, javítja a károsodott csontszerkezetet, megfordítva a súlyos csontritikulás lefolyását,
- 2.) jelenleg nincs más hasonló hatású készítmény,
- 3.) jelentősen csökkenti a csonttörések kockázatát és a szövödmények előfordulását,
- 4.) hatása független a beteg életkorától, a betegség súlyosságától és az előzetes csigolyatörések számától,
- 5.) a kezelés súlyos, többszöri törésen átesett betegeknél eredményesen csökkenti az újbóli törések kockázatát,
- 6.) a készítmény – a középsúlyos és súlyos csigolyatörések megelőzésével – csökkenti a betegek hátfájásos panaszait és a testmagasság csökkenését is, valamint a gyógyszer hátfájás csökkentő hatása a kezelés felfüggesztése után is tartósan fennmarad,
- 7.) a kezelés biztonságos és jól tolerálható.

A gyógyszer természetéből adódóan – biotechnológiával előállított bonyolult fehérjemolekuláról van szó – orálisan nem adagolható, hiszen a gyomor lebontaná a fehérjét. Így a hatóanyag előre töltött szubkután injekcióban kerül forgalomba, melynek használata kényelmes és egyszerű alkalmazást tesz lehetővé az erre a célra szolgáló „pen”, injekciós toll használatával.

Az új hatóanyag az eddigi kezelésekhez képest gyorsabb és jelentősebb mértékű, valós csontsűrűség növekedést eredményez, amely már a kezelés harmadik hónapjában kimutatható. A kezelés:

- 90%-kal csökkenti a középsúlyos és súlyos csigolyatörések előfordulásának kockázatát
- 77%-kal csökkenti a többszörös csigolyatörések előfordulásának kockázatát
- 65%-kal csökkenti az összes új csigolyatörés előfordulásának kockázatát
- 53%-kal csökkenti az új, nem vertebrális törések előfordulásának kockázatát, amely már a kezelés 9. hónapjától megnyilvánul.

Az Európai Unió számos tagállamában már forgalmazott és kiemelten támogatott gyógyszerről van szó. Várhatóan, a már itthon is törzskönyvezett készítmény hamarosan elérhetővé válik a valódi csontképző kezelésre váró, súlyos oszteoporózisban szenvedő magyar betegek számára is, akik más kezelési alternatívában jelenleg nem részesülhetnek.

*Legkorábban jövő év januárjában kerülhet forgalomba az a készítmény, mely a súlyos csontritikulásban szenvedők terápiájához új alternatívát jelenthet. A ha-

zánkban már törzskönyvezett, teriparatid elnevezésű készítmény az első olyan gyógyszer, ami nem pusztán megállítani képes a csontritikulást, de vissza is tudja építeni a már károsodott csontokat. A viszonylag rövid idejű kezelés után az elért pozitív hatások tartósan megmaradnak.

A csontritikulás a szív- és érrendszeri, valamint daganatos betegségek mellett a legjelentősebb népegészségügyi probléma hazánkban, becslések szerint a lakosság közel 10 százalékát érintheti. A csontritikulás a csonttömeg fogyását, a csontszerkezet károsodását, illetve a csontok törékennyé válását jelenti. A leggyakoribb következmények a csigolya-, csípőtáji- és alkartörések, melyek visszafordíthatatlan életminőség-romláshoz vezethetnek.

A harmincas életkor közepéig a csont szerkezetének felépítése az erősebb, majd a lebontás kerül túlsúlyba, vagyis megindul a csontvesztés. Az izületi problémákkal, járásnehézséggel küzdő idősök fokozott inaktivitása, mozgásszegény életmódja tovább fokozza a lebomlás nagyságát, melyet az aktivitás amúgy jelentős mértékben lassíthatna. A csont szerkezetének lebomlását az ösztrogén női hormon szintjének csökkenése ugyancsak befolyásolja. Így a menopauza beálltával a nők, 40- 60 életévük között normál csonttömegük egyharmadát elveszíthetik. A folyamat hatvan éves kor után közel egyforma mértékű a két nemben. A női nem és a korai menopauza mellett a csontszerkezet ritkulását további hajlamosító tényezők, a vékony, alacsony testtípus, a családi halmozódás, a kalciumhiányos táplálkozás, a túlzott alkohol, kávé és koffeintartalmú termékek fogyasztása, a dohányzás és bizonyos szteroidkészítmények tartós szedése is gyorsítják. A csontritikulás kezelésére eddig kifejlesztett és jelenleg is használt terápiás eszközök a betegség előrehaladásának késleltetésére vagy megakadályozására nyújtanak megoldást, hatásuk azonban erősen korlátozott: a károsodott csontokat már nem képesek „gyógyítani”.

Az új, teriparatid elnevezésű készítmény a posztmenopauzális korban lévő, súlyos oszteoporózisban szenvedő nők kezelésében jelentő új mérföldkővet. E készítményt az emberi szervezetben megtalálható, a csontképződést serkentő anyagból állították előbiotechnológiával. Már rövid idő alatt serkenteni képes az új csont képződését, növeli a csont mennyiségét, javítja a károsodott csontszerkezetet. Jelentősen mérsékli továbbá – még a súlyos, többszöri törésen átesett betegeknél is – a csonttörések kockázatát és a szövödmények előfordulását. A betegség javulása már a kezelés harmadik hónapjában kimutatható és az ajánlott, legfeljebb 18 hónapig tartó terápiát követően e hatás hosszú távon, évekig fennmarad. A beteg életkorától, a betegség súlyosságától és az előzetes csigolyatörések számától függetlenül rendszeren kezelő gyógyszer orálisan nem adható, mert a benne található fehérjemolekulát a gyomorenzimek lebontják. Ezért a hatóanyag bőr alá adagolható injekció formájában kerül forgalomba, melynek kényelmes és egyszerű napi alkalmazását az erre a célra szolgáló „pen”, azaz injekciós toll teszi lehetővé.

Az Európai Unió számos tagállamában már forgalmazott és kiemelten támogatott gyógyszer várhatóan jövő év januárjában hazánkban is elérhetővé válik. A jelenleg még folyamatban lévő tárgyalások szerint egyelőre annak a körülhatárolt, súlyos állapotú és magas rizikójú betegcsoport számára lesz támogatással elérhető a terápia, amelynek eddig semmiféle kezelési alternatívát nem tudtak felkínálni.

LAM-díj

A hazai egészségügyi szaklappiac egyik legelegánsabb, legnívósabb orvostudományi folyóirata a **Legre Artis Medicinæ** – röviden a LAM – idén 15 éves. 1995-ben díjat alapított, hogy a példaadó közlések elismerésével, bemutatásával is elősegítse, növelje a hazai publikációs kedvet és színvonalat. A születés-napi rendezvényről – a **LAM-díj-átadó** ünnepségről lapzártánk miatt következő számunkban tudósítunk. Munkájukhoz ezúton is gratulál és további sikeres jövőt kíván a Látlelet szerkesztősége nevében:

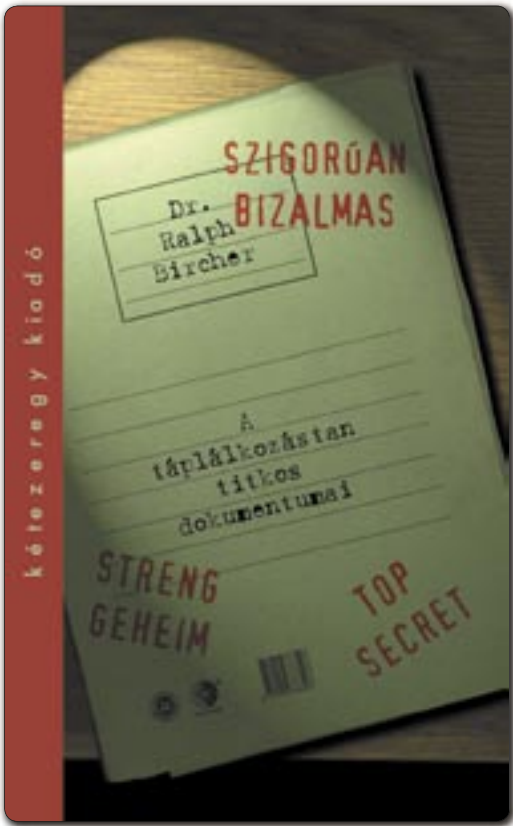
Dr. Kollárné Balla Anna, tulajdonos főszerkesztő



EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**,
tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**, marketing igazgató: **Kéner Zoltán** (Tel.: 06-20/933-1652),
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **latlelet@dunakanyar.net**
A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Látlelet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.

Miből, mennyit, hogyan?



„A modern orvostudomány olyan hatalmas fejlődésen ment keresztül, hogy gyakorlatilag ma már egyetlen egészséges ember sincs.” Aldous Huxley

Ez a kérdés nemzedékek óta foglalkoztatja a tudományt – orvosok, biológusok, biokémikusok évszázadok óta keresik a választ az egészség-betegség nagy kérdésére. A Wendepunkt nevet viselő svájci folyóirat, fél évszázadon át szintén erre a kérdésre kereste, és találta is meg a választ. A lap 1925–1975 között gyűjtötte a világ szaklapjaiban megjelent tanulmányokat, néprajzi leírásokat és kutatási eredményeket a táplálkozásról, a betegség-egészség kérdéséről: a bantukról, az eszkimókról, az új-guineai batátaevőkről, a mexikói „alutáplált” gyerekekről, a svájci hegylakókról, a háború előtti Kínáról, a fehérjeminimum kérdéséről, a permeabilitás-patológiáról, a bőtről, a természetgyógyászat és a hagyományos orvoslás több éves összehasonlító vizsgálatáról, valamint több tucat egyéb témáról.

A Wendepunkt alapítója dr. Bircher-Benner svájci orvos 1895-ben hozta létre a zürichi Sonnenbergen, később világhíróvé vált klinikáját. Dr. Bircher-Benner kizárólag természetes módszerekkel gyógyított, így a táplálkozással, a fénnyel, a vízzel, a levegővel és csoportterápiával – máig is gyógyíthatatlannak tartott betegségeket sikerült így gyógyítania. Dr. Bircher-Benner tisztelői közé olyan hírességek tartoztak mint Mahatma Gandhi, Rainer Maria Rilke, Hermann Hesse és Thomas Mann.

Dr. Bircher-Benner felismerte

a táplálék minőségének jelentőségét az egészségre. Miközben korának tudománya a vitaminokról és egyéb életfontosságú anyagokról mit sem tudott és a kalóriatan mellett foglalt állást, azaz a fehérjét, zsírokat és szénhidrátokat tartotta a táplálék legfontosabb alkotórészeinek, Bircher-Benner felismerte a denaturálás és ipari feldolgozás értékcsökkentő hatását és a nyers táplálék fontosságát. Véleménye szerint betegségeink túlnyomó többsége civilizációs táplálkozásunk következménye. Gyógymódja a betegek számára nyers diétából állt, míg az egészségeseknek a teljes értékű táplálkozást javasolta.

Ki éhezik jobban?

„Az 1943-ban Hot Springsben megrendezett táplálkozási világkonferencián a mexikói küldött azzal a kéréssel fordult az egybegyűltekhöz, hogy tegyék lehetővé hazájában a táplálkozási helyzet vizsgálatát. Mexikóban ugyanis a lakosság nagy csoportjai nemcsak tejet, hanem semmiféle tejterméket sem fogyasztanak, és az egyéb állati eredetű élelmiszerek, mint a tojás vagy a hús is csak kivételes alkalmakkor kerülnek az asztalukra. Táplálékuk ősidők óta gyakorlatilag növényi eredetű, ráadásul mennyiségileg is meglehetősen szűkös. Ha ezen népcsoportok táplálkozását azzal a mércével mérjük, amelyet ezen a világélelmezési konferencián alapvetően szükségesnek tartottak, ezeknek az embereknek komoly alutápláltságban és feltűnő táplálkozás okozta károsodásokban kellene szenvedniük. Mindezeket azonban a mexikói küldött nem észlelte.

Az Egyesült Államok készséggel reagált szomszédjának segítségkérésére. Mexikóvárosban országos táplálkozási intézetet állítottak fel, és a híres bostoni Politechnikai Főiskolával közösen alapos vizsgálatba kezdtek.

Mindenekelőtt alaposan elemezték a növényi élelmiszerek hatóanyag-tartalmát, amelyek az említett népcsoportok fő táplálékát képezték. Több mint 450 élelmiszert és ételt számláltottak Bostonba repülőgéppel, és vizsgálták meg az ottani főiskola laboratóriumaiban. A vizsgálat eredménye szerint

Dr. Bircher-Benner nevéhez fűződik korunk egyik legdivatosabb eledele: a müzli. A müzli szó svájci németül kását jelent, amelyet dr. Bircher-Benner gyógyételként szolgált föl betegeinek. Müzlijének legfontosabb tulajdonsága – amely alapvetően megkülönbözteti a mai müzlikről –, hogy mindig minden összetevője friss. Frissen pelyhesítették a pelyheket és friss volt benne a gyümölcs, míg a mai zacskós müzlik a a hőkezelés után akár hónapokig is várnak vevőjükre a boltok polcain.

A Wendepunktban megjelent írásk

dr. Bircher-Benner gondolatait alátámasztották. A lapban összegyűjtött teljesen egyedülálló néprajzi megfigyelések egyértelműen bizonyítják: a civilizációs táplálkozás okozza mai betegségeink túlnyomó többségét. A mi civilizációnktól valamilyen módon elzárva élő népeknek kiegyensúlyozottabb a szociális rendjük, stresszmentesebb az életük, tisztább a környezetük és egészségesebb az ételük. Táplálékuk a miénknél lényegesen egyszerűbb: csak azt eszik, ami a környékükön megterem, megél. Skóciában a Hebridákon zabot és halat, Svájcban a hegyek között tejet és tejtermékeket, rosz, zöldséget és kevés húsfélét, Új-Guineában egy édesburgonyafajtát a batátát, Kínában szinte kizárólag rizst és zöldséget, Mexikóban babot és kukoricát. Élvezeti cikkek mint cukor, alkohol, kávé és egyebek nem léteztek. Húst a legtöbb helyen csak ünnepnapokon vagy még akkor sem fogyasztottak, sőt számos helyen semmiféle állati eredeti élelmiszer nem létezett.

Táplálékuk mennyisége messze alatta maradt a mi általunk fogyasztott mennyiségeknek, azonban ételeik lényegesen több életfontosságú anyagot, azaz ásványi sót, nyomelemet és vitamint tartalmaztak, mint a mi élelmiszereink. A táplálkozáskutatók megállapítása szerint mi éhezünk a jólétben, mivel a mi táplálékunk nem tartalmazza azokat az anyagokat, amelyek szervezetünk működéséhez elengedhetetlenül szükségesek lennének.

A néprajzi megfigyelések szerint

a civilizációnktól távol élő népek tápláléka lényegesen kevesebb fehérjét, és főleg növényi eredetű fehérjét tartalmazott. Azonban az állati eredetű fehérje hiánya szemmel láthatóan nem befolyásolta negatívan az egészségüket. Az, hogy az állati eredeti fehérje teljesen felesleges a szervezet számára, és hogy a tudomány által szükségesnek tartott fehérje mennyiségre sincs a szervezetnek szüksége, több önkénteseken végzett kísérletről is kiderült.

Az emberi szervezet képes alkalmazkodni mindenkor élethelyének viszonyaihoz. Amennyiben pedig valami hiányzik a táplálékból, azt képes más forrásokból pótolni. Az új-guineai batátaevők táplálékában például egyértelműen kevesebb fehérje található, mint amennyi a táplálékkal kiürül. A bantuk tápláléka pedig minden kétséget kizáróan kevesebb C-vitamint tartalmaz a szükségesnél. Ezek az emberek mégis rendkívül egészségesek és feltűnően nagy a munkabíró képességük. Mai betegségeink túlnyomó többsége nem létezik náluk. A sok és rosszminőségű civilizációs táplálék ezzel ellentétben megterheli a szervezetet, amely teljesítménye csökken, betegségekre hajlamosná válik és élettartama szintén mérhetően csökken.

Dr. Ralph Bircher Szigorúan bizalmas, a táplálkozás tanítók dokumentumai című könyve A Wendepunktban tallózza ad közre egy csokorralavót a folyóiratban megjelent legjelentősebb írásokból. A könyv tulajdonképpen egy rendhagyó krimi, amelyben az orvostudomány és a táplálkozástudomány által elhallgatott és eltűnésre ítélt tények sokaságát leplezi le a szerző.

» Benda Judit «

ez a növényi táplálék a várakozással ellentétben elégségesnek bizonyult és ezzel megfelelt a Nemzeti Kutatási Tanács Táplálkozási Bizottsága (Food & Nutrition Board, National Research Council) által hitelesített ajánlásoknak (természetesen az állati eredetű fehérje minimum egyharmados mennyiségére vonatkozóak kivételével). »Mexikóban valóban lehetséges ... hús és tejtermékek nélkül élni.«

Második lépésként megvizsgálták a legmodernebb diagnosztikai módszerekkel 1000 nagyon szegény, szinte kizárólag igen szűkös növényi táplálékban élő, a kérdéses lakosság köréből származó gyermek egészségi állapotát, és összehasonlították 700-800, sokoldalúan és bőségesen táplált michigani, amerikai gyerekével. Ennek a vizsgálatnak a mexikói gyerekek – a táplálkozás-életlen mércéjével mérve – nagyon rossz, esetleg katasztrofális helyzetét kellett volna kimutatnia. ... Ennél a nagyon alaposan elvégzett vizsgálatnál azonban ennek éppen az ellenkezőjére derült fény. »A szegényesen és kizárólag növényi táplálékon élő kis mexikóiak valamennyi lényeges biokémiai és szövettani vizsgálat alapján egészségesebbek voltak, mint a bőségesen és sokoldalúan táplált kis michiganiak.«

– Dr. Ralph Bircher: Szigorúan bizalmas, a táplálkozás tanítók dokumentuma (dr. Robert S. Harris: Mexikó élelmezési problémája. Megjelent: 1946 novemberében, Journal of the American Dietetic Assotiation) –

Az önkéntes egészségpénztárak meghatározó szerepe az egészségügy és megelőzés finanszírozásában

► a 2. oldal folytatása

III. Egészségmegőrzés, készségfejlesztés (OEP által nem finanszírozott ellátási formák)

Szolgáltatás megnevezése	Rövid leírása	Szolgáltatás formája
Williams Életkészségek Tréning	Bizonyítottan hatékony, komplex készségfejlesztő program a mindennapi életben való sikeresebb kommunikáció, stressz –és konfliktuskezelés érdekében	Forma: Kiscsoportos (max 20 fő). Időkeret: 12 óra, mely tetszőleges elrendezésben igény szerint bontható (pl 6x2, 2x6, 3x4 4x3 óra)
Stresszkezelő program	A munkahelyi és egyéb stressz hatékony csökkentése, a nehéz helyzetekkel való megbirkózás javítása. Elemel: hatékony időgazdálkodás, relaxációs módszerek, stresszel való megküzdés javítása, konfliktuskezelés, személyes hatékonyság növelése. Módszerek: Interaktív előadások, sajátélményű feladatok, szerepjáték, szimulációs gyakorlatok, modellhelyzetek megoldása	
Súlyos betegek és haldoklók kísérése	A tréning segít a feszültségek és negatív érzelmek felismerésében és kezelésében, valamint a támogató kapcsolatok kiépítésében. Fejlesztzi az önismeretet és kommunikációs készséget, ezáltal növeli a személyes hatékonyságot. Módszerek: készségfejlesztő gyakorlatok: meghallgatás, empátia, kulcskérdésekre adott válaszok, bátorítás megfelelő módjai; feladatlapok kitöltése (egyéni, majd 3-4 fős csoportokban megbeszélés); filmek elemzése; szituációs gyakorlatok	
Rizikókezelő életmód program	Célcsoport: Olyan személyek, kiknek kettő vagy több egészségügyi rizikófaktoruk van (elhízás, magas vérnyomás, helytelen táplálkozás, mozgásszegény életmód stressz. Céltjai: A rizikófaktorok minimalizálása, a rizikófaktorokkal való megküzdés támogatásán és az egészséges életmód kialakításán keresztül. Elemel: Stresszkezelés, megfelelő táplálkozási és mozgásprogram beillesztése a hétköznapiakba, egészségügyi rendszerek kihasználásában való hatékonyság növelése, egészségügyi életmód, rizikófaktorok kézben tartása. Módszerek: Interaktív előadások, sajátélményű feladatok, szerepjáték, szimulációs gyakorlatok, modellhelyzetek megoldása, egészségügyi/életmód tanácsadás	
Önismeret- és a személyiség fejlesztése	Célunk, személyekre lebontott, egyéni kommunikációs stratégiák kidolgozása, amely figyelembe veszi az egyén erősségeit, sajátos konfliktuskezelő, meggyőzősi technikáit. Elemel: benyomáskeltés, a kommunikátor személyisége, visszacsatolás hatékonysága és haszna, erős és gyenge pontjaink, viselkedési stratégiák és eredményességük, az elegánsan magabiztos hatékony viselkedés, a személyes hatékonyság pszichológiai feltételei, fejlesztése. Módszerek: személyiség vizsgálatok, önismereti kérdőívek, kommunikációs szerepjátékok; valós helyzetek, megnyilvánulások imitálása, videofelvételek segítségével az interakciók elemzése, visszajelzések cseréje.	
Személyes hatékonyság és konfliktuskezelő tréning	A személyes hatékonyság és konfliktuskezelő képességek fokozása. Elemel: hatékony kommunikáció, aszertivitás, önérvényesítő stratégiák, tudatos szervezeti magatartás, szervezeti és interperszonális konfliktuskezelés. Módszerek: Interaktív előadások, sajátélményű feladatok, szerepjáték, szimulációs gyakorlatok, modellhelyzetek megoldása	
Relaxáció tanulás csoportban	Az autogén tréning hatása egészséges emberekre: Felfrissülés és gyorsabb regeneráció. Az elalvás könnyebbé, az alvás nyugodtabbá válik. A felébredést időzíteni lehet. A tűrőképesség fokozódik. Az egyén teljesítményei javulnak, nő a kreativitás. A testi funkciók szabályossá válnak, és szabályozhatók lesznek. Az akarat erő fokozódik. Betegek (például pánik-, szorongásos, depressziós betegek, krízisben lévőek) szorongása csökken, éhhatékonyága nő, javul a problémamegoldó készségük.	
Depresszió, szorongásos zavarok egyéni terápiája		
Egyéni életvezetési tanácsadás		
Női egészség és életmód tanácsadás	Premenstruális hangulat változás, feszültség növekedés. Terhesség folyamán kialakuló szorongás kezelése. Szülés utáni hangulat ingadozás, depresszió és szorongás kezelése. Krízis helyzetekben (pl. párkapcsolati konfliktus) tanácsadás. Egyedülálló nők életvezetési problémák felmerüléskor támogató terápia	
Dohányzás leszoktatást elősegítő terápia	Célunk, az egyéni vagy csoportos magatartásorvoslási módszereket alkalmazó terápia a dohányzás leszokás elősegítésére és cigaretta mentes állapot fenntartására. Stressz és konfliktuskezelő technikák elsajátítása, hangulati állapot javítása, negatív gondolkodási folyamatok átdolgozása kognitív viselkedés és interperszonális terápiás módszerekkel.	
Relaxáció tanulás egyénileg	Csoportos autogén tréning és imaginációs relaxáció (autogén tréning felső foka) egészségeseknek és betegeknek	

Jótekonysági árverés

– milliókkal a gyermekekért –



Csaknem 30 millió forint gyűlt össze a Hír TV által élő adásban közvetített jótekonysági borárverésen, amely során a résztvevők és a nézők az idén felajánlott 100 üveg muzéális értékű borritkaságra licitálhattak vasárnap. A jótekonysági borárveréshez a borszok mellett az egész ország, magánszemélyek, közéleti személyek, nagyvállalatok, cégek is csatlakoztak. A támogatásnak köszönhetően megkezdődhet a Déméter Ház építése, ahol a modern, kitűnő felszerelésű apartmanokban csontvelő átültetésre kerülő gyermekek gyógyulhatnak optimális körülmények között úgy, hogy szüleik végig mellettük lehetnek.

A Déméter Program felvilágosító, oktató és továbbképző projektje hiánypótló kezdeményezés, amely a budapesti Szent László Kórház Csontvelő-transzplantációs Osztályán a csontvelő-átültetésen átesett krónikus beteg gyermekek gyógyulási esélyeit javítja, valamint az utókezelések lelki-fizikai elviselésében segít a betegek és a család számára. A speciális követelmények kielégítésére tervezett apartmanházban megóvhatják a fertőzéstől a frissen transzplantált betegeket, és a vidékről felutazó leukémiások is megpihenhetnek a többórás kezelések után.

„Egy beteg gyermek gyógyulásában felbecsülhetetlen értékű a szülő állandó jelenléte, támogatása. A hosszára nyúló kórházi tartózkodás során az optimális körülmények fenntartásának szükséges szigora, illetve a jelenlegi kórházi körülmények eddig nem tették lehetővé, hogy a kis beteg mellett állandóan ott lehessen a család. Ezért jelent kivételes segítséget a támogatás, amellyel most egy apartmanház építését kezdhethük meg”, mondta Dr. Kriván Gergely főorvos, a Déméter Ház projekt vezetője.