

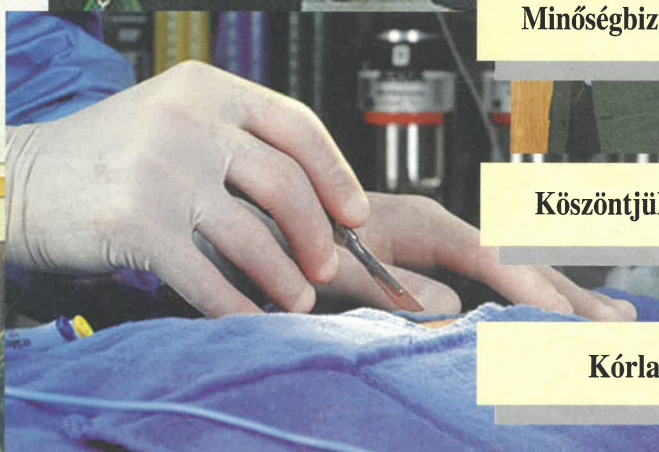
KÓRLAP

1999. ÁPRILIS-MÁJUS

MEGYEI EGÉSZSÉGÜGYI SZAKLAP



Látogatások és látolgtatások

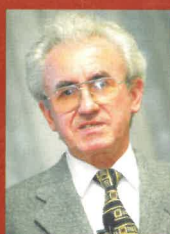


Minőségbiztosítási fórum 13-16.

Köszöntjük az ápolókat 10-11.

Kórlapozgató 20-21.

Huszonöt évvel ezelőtt, 1974-ben kezdte meg működését a III. Belosztály. A jelenlegi Szent István úti központi telephelyen 61 ágyon kb. 60 000-es lélekszámú terület acut belgyógyászati ellátását biztosítottuk. A kezdeti hónapok nehézségeit megfeszített munkával, hivatásszeretettel tudtuk leküzdeni. (7. oldal)



Sem a rádió, sem a televízió nem szentel értékének megfelelő műsoridőt a népzenenek, és ez nagyon nagy baj. Más nemzetek értékén kezelik saját nemzeti muzsikájukat. Akárhová tekergetjük a rádiót, Európától Ázsián át Afrikáig, a zenei műsorok zöme hazai népzene épül. (24. oldal)



Egy kicsit megint továbbléptünk. Ízelítőt adunk a megyében lévő kórházak lapjaiból. Reméljük, hogy a jövőben rendszeres kapcsolatot alakul ki a megye gyógyító intézményeiben megjelenő újságok között.

Kaptunk bíráló sorokat is, amit itt szószerint közlünk, bár nem tudjuk, mik azok a hibák, amiket vétettünk.

„Szeretném kérni, hogy a kétsoros kiegészítéssel együtt jelenjen meg ez az írásom, úgy gondolom, ez így korrekt. És ismételtén szeretném kérni, hogy ha javítani kell, én javíthassak. Mert az elírás is hiba, a stílusztikai hiba is hiba, a toldalékelhagyás miatt nehezen értelmezhető szöveg is hiba – és csak saját hibámhoz adom a nevem. Ez gondolom méltányolható és érthető. *Husztiné Hajdú Erika* pszichológus”

Gondolom, ezzel a közléssel eleget tettünk a lovaságasság íratlan szabályainak, és a jövőben nem kívánunk a kérdéssel foglalkozni.

Találkoztunk *Pusztai Erzsébet*tel és beszélünk olyan szakemberekkel, akik részt vettek az ISO 9001 sikeres bevezetésében. Európátunk is egy kicsit, és bár mostanában minden csapból az Európai Unió folyik, akár tetszik, akár nem, mégis csak ez lesz a jövőnk, és nem csak gazdasági értelemben.

Mire lapunk megjelenik, véget ér a színházi szezon, ezért maradt el megszokott műsor rovatum. Jön a nyár, a szabadságok ideje. Júniusi számunkban ízelítőt adunk a megyei turisztikai érdekességekről, szálláshelyi lehetőségekről, azzal a nem titkolt szándékkal, hogy felkeltsük olvasóink érdeklődését szűkebb pátriánk nem is akármilyen nevezetességei iránt.

Forgassák a Kórlapot ugyanolyan kedvel, mint ahogy, reméljük, eddig is tették. Jó olvasást kívánunk!

Tudományos élet

A Jósa András megyei kórház nemcsak hazánk egyik legnagyobb egészségügyi intézménye, de szakmailag is igen jól felkészült orvosok és szakdolgozók végzik itt a munkájukat. Ugyanakkor e kiváló szakemberek közül igen sokan magas szintű tudományos munkát is végeznek.

Tudományos bizottságunk egyik fő feladata, hogy a tudományos munkával is foglalkozó, fent említett egészségügyi dolgozók tevékenységét koordinálja. A bizottságunk tagjainak száma húsz körülire tehető. A csoport negyedévente ülésezik, de az aktuális feladatok esetén időszakosan is tartunk megbeszéléseket. A munkát az elnök irányítja, de jelentős szerepet vállal nemcsak az elnök és a titkár, hanem a tudományos bizottság valamennyi tagja is.

Hogy kik lehetnek a szerveződések tagjai, azt egy általunk kidolgozott szabály rögzíti. A bizottság tagjai elsősorban minősített tudományos dolgozók, és ezenkívül azok, akiknek ugyan nincs minősítésük, de magas szintű szakmai munkát végeznek, továbbá tagjaink között található a kórházunk vezetői is. A bizottságba folyamatosan kerülnek kiemelkedő szakmai munkával foglalkozó munkatársak, így ha egy tudományos munkát végző kutató eltávozik, akkor a szakmai nívót tartva újabb és újabb kollégákkal pótoljuk sorainkat. Az elmúlt időszakban hat új munkatárssal bővült a bizottság.

A tudományos bizottság feladata a következők:

– Segíti a tudományos munka szervezését a kórház területén.

– Aktív kapcsolatot tart fenn más egészségügyi intézmények kutatóival.

– Szervezi a kórház tudományos üléseit, és minden év elején elkészíti a szervezet éves naptárát, amely tartalmazza a tudományos tevékenységek és gyűlések évi meghatározott programját.

– Az összefüggések szervezésében és megtartásában az intézmény PR-irodájával működik együtt a testület vezetősége.

– A tudományos munkát kez-

dőznek szakmai segítséget nyújt hetente két alkalommal a szervezet irodájában. Ilyen alkalmakkor a bizottság egyes minősített tagjai szakmailag felkészítik, és mindennemű segítséget megadnak a kezdő kutatóknak.

– A bizottság fontos feladata a Jósa András pályázat kiírása, a beérkezett pályamunkák elbírálása, a jutalmazásra való felterjesztés, valamint a munkákból tudományos ülés szervezése. Itt jegyezném meg, hogy a Jósa András pályázatokat tekintve igen elégedettek lehetünk, mivel nemcsak az orvosok és asszisztensek, de az egészségügyi szakdolgozók is színvonalas tudományos publikációkat nyújtanak be.

– A szervezet fontosnak tartja a nyíregyházi Zay Anna Egészségügyi Középiskolával fennálló jó kapcsolatát. A középfokú képzőintézmény minden évben tudományos pályázatot ír ki a hallgatói részére előre meghatározott témákról, s az arról elkészült dolgozatok elbírálása és minősítése szintén a bizottságunk feladata.

– Kiváló munkakapcsolatot alakítottunk ki az Egészségügyi Főiskolával. A bizottságunk tagjai és a kórház szakorvosai rendszeres tudományos előadásokat tartanak a főiskolán, illetve felkért előadásokat vezetnek.

– A szervezetünk állandó kapcsolatban áll a megye egyéb területein működő tudományos testületekkel, rendszeresen részt veszünk szakmai rendezvényeken, valamint kórházunk orvosai és szakdolgozói sikeresen szerepelnek a Magyar Tudomány Napjának rendezvénysorozatain.

– A szervezetünk megpróbál anyagi segítséget nyújtani főként fiatal orvosok részére, akik különböző külföldi kongresszusokon, konferenciákon szerepelnek, tudományos publikációt közölnek.

– A bizottság jelentős munkát végez a minisztériumokból érkező különféle pályázatok ismertetésében, illetve elősegíti, hogy orvosaink külföldi országokban pályázhassanak.

– A szervezet munkáját és színvonalát nagyban emeli, hogy gyümölcsöző kapcsolatunk van a Magyar Tudományos Akadémia Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Tudományos Testületével. Számos rendezvény megtartásában működünk együtt.

– Végezetül, de nem utolsósorban említeném, hogy a szervezetünk fontos feladata a kórház főigazgatója és orvosigazgatója munkájának segítése.

Röviden összefoglalva csupán annyit szeretnék megemlíteni, hogy a kórház főorvosainak, orvosainak, asszisztenseinek és szakdolgozóinak jelentős százaléka magas szintű tudományos munkát végez, helyi, országos és nemzetközi kongresszusokon vesz részt, illetve rangos folyóiratokban színvonalas tudományos cikkeket írnak és közölnek.

Dr. Szabó Péter
osztályvezető főorvos,
megyei szakfőorvos,
az orvostudomány kandidátusa,
az Amerikai Bőrgyógyászati
Akadémia tagja,
a kórház tudományos
bizottságának elnöke



**A Szabolcs-Szatmár-Bereg
Megyei Önkormányzat
Jósa András Kórház lapja**

Felelős kiadó: dr. Séra Gyula főigazgató

A szerkesztőbizottság:

dr. Exterdéné Zsurkai Ilona,

dr. Fazekas Imre, B. Mikula Edit

Felelős szerkesztő: Vitéz Péter

Képszerkesztő: Racskó Tibor

Hirdetértelvével: Nyíregyháza,

Szent István u. 49. Tel.: (42) 410-306, 433-808

E-mail: vitezp@szabinet.hu

A szerkesztőség címe:

4400 Nyíregyháza, Szent István u. 49. Tel.: (42)

410-306, (30)9032-061

Nyomdai munkálatok:

Tóth Nyomda, Nyíretelek

ISSN 1419-5569

Az osztályvezetőnek menedzsernek is kell lenni

POLIHISZTOROK PEDIG NINCSENEK...

Különleges helyet foglal el a magyar egészségügyben a Nyíregyházi Jósa András Kórház. Túl azon, hogy az ország második legnagyobb kórháza, működési területe egészen speciális. A lakosság létszámából, életminőségéből adódóan sok olyan feladatot is el kell látnia, amik más megyei kórházakban ismeretlenek. Talán ennek a szerepnek is köszönhető, hogy az itt dolgozó középvezetőknek nagyobbak, és tegyük hozzá, izgalmasabbak a feladataik, hogy éppen itt alakultak ki tudományos és szakmai műhelyek, hogy az itt dolgozó orvosok szakértelmét messzeföldön elismerik és megbecsülik.

Dr. Szegedi János orvosigazgatót, az I. számú Belgyógyászati Osztály vezetőjét kérdeztük, hogy mennyiben változott meg napjainkra Nyíregyházán az osztályvezető főorvosok helyzete?

– Alapvetően. Valamikor elég volt az, ha valaki ismerte a szakma csínját-bínját, elég volt magas színvonalon gyógyítani, és máris megvolt a kórházi tekintély, szerencsés esetben még az országos hírnév is. Ma ez kevés, és különösen kevés itt Nyíregyházán, a megyei kórházban. A Jósa András Kórház több, mint egy átlagos gyógyintézet, nem klinika, különösen a tudományos oktatásban, de legalább annyit, vagy még többet kell teljesítenünk a gyógyítás területén, mint az egyetemek mellett működő klinikáknak. Ez a szerep az itt működő főorvosok életét is alapvetően meghatározza. Szinte alig van olyan probléma, ami itt helyben nem oldható meg. Gyakorlatilag a szívsebészet kivételével teljes körűen látjuk el a betegeket. Ahogy mondtam már, a valamikori mindentudó doktor bácsik szerepe lejárt. Polihisztorok pedig nincsenek, mondhatnám a régi mondás mintájára, valamikor voltak, de a mai felpörgetett világunkban sajnos már nem tudnának létezni. Csapatok vannak, amiknek tagjai a sok részre szakadt orvosi szakmák egy-egy ágát művelik. Az osztályvezetés ennek megfelelően bonyolultabb lett. Nem elég a gyógyítás, korszerű vezetési ismeretek is szükségesek egy-egy osztály sikeres navigálásához. Az újonnan bevezetett endofinanszírozási

rendszer bizonyos, nem akármilyen szintű, közgazdasági ismereteket is megkövetel tőlük. Törődni kell a fiatalabb korosztályokkal, helyzetbe kell tudni őket hozni, mert régen rossz, ha egy szakmai műhelyt kizárólag egy ember tekintélye fémjelez, már csak azért is, mert egy fecske nem csinálhat nyarat még a kórház világában sem. A beosztottak sikere az osztályvezetőt is minősíti, és az egész kórház számára jelent megbecsülést, ha itt dolgozó beosztott orvosok kerülhetnek más kórházakban vezető pozícióba. Sok, megyei kórházakban dolgozó



„A medikusok orientáltságát a piaci igények fogják meghatározni. Ez is az osztályvezetők felelősségét növeli majd, hiszen nekik kell úgy irányítani a gondjaira bízott fiatal szakembert, hogy nemcsak szakmai, de piaci értelemben is versenyképes szakember váljon belőle.”

osztályvezető került ki tőlünk, ami azt is bizonyítja, hogy kórházunk nagyon komolyan veszi, és minden lehetőséget megad munkatársainknak a szakmai továbblépésre. Piacosodik az orvoslás. Valamikor az ember eldöntötte, hogy ilyen-olyan szakmát választ magának. Ma már ez koránt sincs így. Igények vannak, amiknek meg kell tudni felelni. Hiába vagyok én jó belgyógyász, ha csak és kizárólag altatóorvost keresnek. A medikusok orientáltságát a piaci igények fogják meghatározni. Ez is az osztályvezetők felelősségét növeli majd, hiszen nekik kell úgy irányítani a gondjaira bízott fiatal szakembert, hogy nemcsak szakmai, de piaci értelemben is versenyképes szakorvos váljon belőle.

– A Jósa András Kórház tavaly decemberben a Debreceni Orvostudományi Egyetem Oktató Kórháza lett. A hivatalos rangon túl jelent-e ez a tény valamiféle minőségi változást a kórház életében?

– Egészen bizonyosan. Az, hogy a DOTE Oktató Kórháza lettünk, hivatalos elismerése eddig végzett oktatómunkánknak, úgymond megkaptuk a hivatalos regisztrációt, de nagyon nagy baj lenne, ha leragadnánk az eddigieknél, és nem használnánk ki a címben rejlő lehetőségeket. Mint ahogy körülöttünk minden, az orvoscépzés is változik. A jövőben a fiatal orvosok rezidensként kezdik majd pályájukat. Ez annyit jelent, hogy a rezidens minisztériumi alkalmazottként kerül valamelyik intézménybe, és két év után, amikor már valamilyen határozott szakmai elképzelés alakul ki benne, akkor fog választott foglalkozásának megfelelő munkahelyet keresni. Nagyon leegyszerűsítve ez azt jelenti, hogy a tanulási idő a diák számára két évvel meghosszabbodik, és az őt fogadó intézmény olyan munkavállalóhoz jut, akinek bére nem terheli a kórház amúgy is szűkös költ-

ségvetését. Ha a DOTE vezetősége igazán komolyan gondolja oktatókórházi státuszunkat, akkor a kórházban dolgozó szakemberek felelőssége még az eddigieknél is nagyobb lesz,



„Törődni kell a fiatalabb korosztályokkal, helyzetbe kell tudni őket hozni, mert régen rossz, ha egy szakmai műhelyt kizárólag egy ember tekintélye fémjelez, már csak azért is, mert egy fecske nem csinálhat nyarat még a kórház világában sem.”

hiszen a gyakorlati orvosképzést valóságosan is képes lesz befolyásolni a Jósa Andrásban tevékenykedő főorvosi kar. Ha majd itt lesznek a rezidensek, azokkal foglalkozni kell, feladatokat kell tudni adni nekik, fel kell őket készíteni az orvosi hivatásra, és a felkészülés színvonala kórházunkat is minősíteni fogja. Most jött el az ideje annak, hogy a DOTE minél nagyobb mértékben vonja be a kórházat az orvostovábbképzésbe, a szakorvosképzésbe és a szakorvos-továbbképzésbe. Ha ez megtörténik, és hiszem, hogy megtörténik, akkor a Jósa András Kórház a régió orvostovábbképzési központja lesz.

Kedves Igazgatónő!

Ezúton szeretnék köszönetet mondani a kórházban folyó gyógyító- és ápolói tevékenységért.

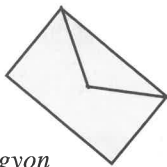
A III. Pulmonológián feküdtem, nagyon beteg voltam, majdnem meghaltam, mindenki nagyon jó hozzám, de különösen Kukuly doktor és Iluska főnővér, aki mindent megtett értem. A szociális dolgozó szappant és törölközőt is hozott, de mindegyik nővér nagyon kedvesen bánt velem.

Most az onkológiára járok infúziós kezelésre, itt is nagyon jók hozzám, többek között Julika és János ápolók is. Olyan kedvesek hozzám, ezt meg se lehet köszönni, ezt csak szívből lehet érezni.

Kívánom, hogy minél tovább végezzék a kórház orvosi és ápolói ezt az áldásos munkát!

Nyíregyháza, 1999. március 26.

Köszönettel Luka Éva



Ápolók ünnepe

Május 12-én bensőséges ünnepség keretében köszöntötték az ápolókat a Jósa András Kórházban. Évente egyszer ilyenkor, május közepén az ápolókat ünneplik világszerte. Ahogy az ismert gyermekdal mondja:

„legyen minden nap az ápolók napja, mert áldozatkész, önfeláldozó munkájukat másképp nem tudnánk meghálálni”, és nagyságukat csak akkor vagyunk képesek felfogni, ha betegseinkkel rájuk szorulunk.

Százéves a kórház

A Magyar Orvosi Kamara Nyíregyháza Városi Szervezete és a Hoecht Marion Russel Gyógyszergyár havi rendszerességgel tudományos előadásokkal tisztelik az elmúlt száz esztendő gyógyítóinak emléke előtt. A

Sebészeti tömb nagyelőadó-jában 1999. május 27-én délután három órakor dr. Diószegi Péter osztályvezető főorvos tart előadást A cerebrovasculáris betegségek diagnosztikája és kezelése címmel.

Fájó szívvel vettünk végső búcsút
**HOFFMANN FERENCNÉ
NAGY GABRIELLA**

kedves munkatársunktól. 30 évet dolgozott kórházunkban, ebből 14 évig a Vérelátó Állomás asszisztense volt.

Munkavégzésében éppen úgy, mint magánéletében tanúbizonyságot tett kitartásáról, fáradhatatlanságáról és emberszeretetről.

Hallatlan erővel és lélekjelenléttel viselte súlyos betegségét. Nemcsak dolgozó élete, családszeretete, hanem utolsó napjaiban mutatott emberfeletti kitartása is felejthetetlené teszi emlékét. Végakarátának megfelelően a koszorúkra, virágokra szánt pénzt, összesen 150 000 forintot, a kislétai Gyermekotthon számlájára fizettük be.

Emlékét kegyelettel megőrizzük.

dr. Fodor Erzsébet osztályvezető főorvos



Smiley program a II. Számú Gyermeosztályon. Április 26-án Ali és Csocsó bohócok szórakoztatták a kis betegeket

Kötetlen találkozó

Dr. Pusztai Erzsébet, az Egészségügyi Minisztérium politikai államtitkára baráti beszélgetés keretében találkozott a Jósa András Kórház vezetőivel. Az államtitkár-asszony tájékoztatást kapott a kórház finanszírozási gondjairól és humánpolitikai munkájáról. Dr. Molnár Andrea kontrolling főorvos arról beszélt, hogy az OEP és a kórház kapcsolata nem mindenben megnyugtató, és

hogy a rendeletekben meglévő hiányosságok az intézmény gyógyítómunkáját is akadályozhatják. Dr. Exter-déné Zsurkai Ilona humánpolitikai igazgató tájékoztatást adott a kórházban foglalkoztatott szociális munkások tevékenységéről, kiemelve, hogy működésük során olyan segítséget képesek adni a betegeknek, amelyek gyógyulás utáni rehabilitációjukat segítik.

Röntgenadomány

SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK

A legújabb statisztikai feldolgozások alapján Magyarországon és világszerte is a nők daganatos halálzásának vezető okává vált az emlőrák. Hazánkban évente több mint 2000 beteg veszíti el életét a fenti ok miatt. Ez adja szomorú aktualitását annak, hogy egy kicsit jobban odafigyeljünk a női mellekre.

Egy jelenleg Németországban élő, Mátészalkán született nagylelkű adakozó, Mária Lauterbach (lánykori néven Torgyán Mária) adományából sikerült beszerezni a piacon fellelhető legkorszerűbb mammographot (emlőrontgen készülék). Ennek beüzemelése után térségünk lakosainak

nem kell 100 kilométereket utazni erre a speciális vizsgálatra. A rendelés beindulásáról a háziorvosokon és a sajtón keresztül mindenkit értesítünk. Május közepétől emlőszakrendelést indítunk, ahol megfelelően képzett szakemberekhez fordulhatnak az ilyen problémával jelentkező betegek.

Kórházfinanszírozás kontra OEP

1993-ban az Országos Egészségügyi Pénztár a fekvőbeteg-ellátást biztosító intézmények (továbbiakban intézmény) bázisfinanszírozásáról áttért a teljesítményarányos finanszírozásra, illetve a teljesítményelvű finanszírozásra. Miért is elvű, és nem valós teljesítményfinanszírozás jogos

kérdésként merül fel az olvasóban. Az OEP zárt kassza-rendszerrel, vagyis pénzeszközzel rendelkezik, ami technikailag teljesen kizárja a lehetőségét annak, hogy az intézményeket tényleges teljesítményük tükrében úgynevezett lebegőponttal visszacsúszva finanszírozzák, illetve

a fekvőbeteg-ellátó intézményeknél az év eleji fix HBCS-t év végén kozmetikázzák, ami valójában bázisfinanszírozás, hisz nincs teljes értékű összefüggés a teljesítmény és a bevétel között. Na kérem, ez az a pont, ahol a jelenlegi rendszer számos rákfénje megállapítható. A teljesség igénye nélkül néhányat szeretnék megemlíteni. Köztudott, hogy a jelenlegi egészségügyi ellátórendszerben a fekvőbeteg-ellátás a legdrágább. A háziorvosi rendszer valójában bázis (kártya) elven finanszírozott, így alapvetően abban érdekelt, hogy a hozzá jelentkező ellátandó betegre, a rendelkezésére bocsátott erőforrásból a lehető legkevesebbet fordítson, és minden lehetséges, bár még ott nála ellátható beteget továbbküldjön a drágább fekvőbeteg-ellátás irányába. Mi is történik a fekvőbeteg-ellátásban? A kórházi érdek minél több beteg fogadása, így a két rendszer érdeke egybeesik. A kórház részéről a cél, hogy így a lehető legnagyobb teljesítményt hozzák ki, hisz az ország minden fekvőbeteg-ellátója erre törekszik, és ha valamelyik intézmény elmarad, az lemarad. Ugyanakkor minden eszközt megragadva a teljesítményvadászat kényszeredetten felémészti a kórházak bevételeit, így értelemszerűen a betegellátás miatt rá vannak kényszerítve, hogy a teljesítményelvű bevételek egészét elköltsék. Ez mint ördögi kör számomra igen veszjósló.

Megnő az operációk száma (amihez az intézmény hozzárendeli az erőforrásokat köztudottan OEP-pénzekből), a betegfelvételek száma, a diagnosztikai és terápiás igénybevétel stb., ami mind olyan tényező, amelyik emészti az intézményi erőforrásokat. Kérdezem, jó-e az a rendszer,

amelyik a definitív betegellátást a drágább ellátás irányába tolja. A fekvőbeteg-ellátásban a dolgozói és menedzsmenti érdek egybeesik, azonos irányba mutatva arra ösztökéli az egész intézményt, hogy maximális teljesítményt produkáljon az erőforrások felélése mellett. Nem lenne-e célszerűbb megfordítani a jelenlegi finanszírozási rendszert, és a háziorvosi apparátusra ráültetni egy teljesítményelvű finanszírozást, a fekvőbeteg-ellátásban a korábbi bázisfinanszírozás lenne jelen. A háziorvosok érdeke megfordulna és a minél több beteg definitív ellátására törekednének, a beutalásokat racionalizálnák és szakmailag megalapozottá tennék. További intézményi érdek, hogy csökkenjen az indokolatlan ellátások száma, az erőforrások irracionális felduzzasztása, és a bázisfinanszírozásnak köszönhetően több erőforrás maradna az intézményekben, amit számos más arra rászoruló esetben fel lehetne használni. Véleményem szerint a fekvőbeteg-ellátást finanszírozó teljesítményelvű finanszírozás csak arra volt jó, hogy országosan objektívizálta ömagát egy valós alapokon nyugvó bevezethető bázisfinanszírozást.

Ugyanakkor a teljesítményelvű finanszírozás további fenntartása káros, az irreverzibilis károsodásokat okozhat az intézményeknek a kubatura fejlesztése és a teljesítmény növelése miatt. Ezzel nem azt akarom érzékeltetni, hogy ez a megoldás optimális és a legjobb. Csak azt, hogy jobb lenne a mostaninál, és a jelenlegi finanszírozás nem tartható fenn sokáig!

Nagy Géza

ápolási igazgatóhelyettes

Kardiológus-konferencia

IMPULZUS • IMPULZUS • IMPULZUS •

A szív- és érrendszeri betegségek Magyarországon hosszú idő óta a vezető halálokok között szerepelnek. Döbbenetes, de tény, hogy minden második ember ezeknek a betegcsoportoknak a körébe tartozó megbetegedések miatt hal meg. A Hajdúság fővárosában 1996 óta évente egy alkalommal rendezik meg a Debreceni Kardiológiai Napokat. Az idén március negyedik és hatodika között lebonyolított konferencián közel ezer belgyógyász és szívspecialista vett részt.

Dr. Lukács Edit, a Szatmár-Beregi Kórház fehérgyarmati kardiológiai részlegének vezető főorvosa is jelen volt a konferencián. Az Impulzus kérdésére elmondta, hogy idén a Kardiológiai Napok fő témája a krónikus ischaemiás szívbetegség és ennek a tényeken alapuló orvoslása volt. A tényeken alapuló orvoslás lényege, hogy komoly műszeres háttérrel, több ezer beteg végzett vizsgálatok és az alkalmazott terápiás módszerek elemzésével, az eredmények összesítésével levonhatók bizonyos következtetések az egyes betegségek általánosan alkalmazható kezelésével, gyógyszeres terápiájával, a gyógyulás esélyeivel kapcsolatban. A szívbetegségek esetében nagyon fontos, hogy hogyan előzhető meg az úgynevezett kemény végpontok (fatális kimenetelű infarktus, halál). A konferencián nagy hangsúlyt helyeztek az előadók a primer és a szekunder prevenció fontosságára is. Primer

prevención, azaz elsődleges megelőzésen a bizonyítottan károsító betegségekben szenvedő emberek olyan kezelését értjük, amellyel az infarktus elkerülhető. Ide tartozik az általános primer prevenció is, amikor a súlyos betegségek kialakulását például az életmód megváltoztatásával, a már jelenlévő, de panaszt nem okozó magas vérnyomás kezelésével érhetjük el. A szekunder, vagyis másodlagos prevenció az infarktuson már átesett emberek olyanfajta kezelését jelenti, amellyel az újabb infarktus, rosszabb esetben pedig a halál kivédhető.

Dr. Lukács Edit hangsúlyozta: az általánosan elfogadott gyógyszerelési sémák nagyon jó támpontokat adnak az orvosok számára, ám ezeket sohasem szabad mechanikusan alkalmazni. A betegek egyéni érzékenysége, aktuális állapota, vagy az esetleg kapcsolódó társbetegségek ugyanis jelentősen befolyásolhatják az alkalmazandó terápiát.

Sz. A.

Összefogás és eredmény

BESZÉLGETÉS DR. PUSZTAI ERZSÉBETTEL A GONDOK MEGOLDÁSÁRÓL

Tagja volt az első szabadon választott parlamentnek. Az Antall-kormány idején az egészségügyi tárca politikai államtitkáraként dolgozott. Volt „egyszerű” kormánypárti képviselő, és négy évig ellenzéki képviselte választott szakmája érdekeit. Tagja volt annak a csoportnak, amely kivált a Magyar Demokrata Fórumból, és többedmagával a Magyar Demokrata Néppárt alapítótagja lett. Most ismét politikai államtitkár, és egyáltalán nem mellékesen a MDNP elnöke.

*Pusztai Erzsébet*tel, az Egészségügyi Minisztérium politikai államtitkárával beszélgettünk az egészségügy elhúzódó problémáiról, arról, hogy a felelős ellenzékiesség egyáltalán nem jelent ellenségeskedést, és nem utolsósorban arról, hogy az utóbbi időben sokat jár a szabolcsi fővárosban...



– Nem olyan sokat, mint ahogy szeretnék, de valóban az utóbbi hónapokban többször jártam Nyíregyházán. Legutóbb itt tartotta elnökségi ülését a Néppárt, amin nekem hivatalból is jelen kellettennem. Nyíregyházán született meg a párt elnökségének ajánlása az árvíz-helyezettel kapcsolatosan. Javaslatainkat akkor elküldtük a kormánynak, és örömmel mondhatom, hogy elképzeléseink jó részét el is fogadták.

– Valamikor réges-régen, még a nyolcvanas évek elején mondta az akkori miniszter, Csehák Judit, hogy 500 milliárd forintba lenne szükség az egészségügy rendbetételére....

– Ez igen szép összeg volt akkor, de azt is kellene tudni, hogy konkrétan mire gondolt. Akkoriban kezdtek hozzá bizonyos mamut beruházásokhoz, olyanokhoz, amiket mára sem sikerült befejezni, konkrétan a honvéd kórházra gondoltok, és bizony úgy látták az akkori vezetők, hogy az előrelépés a folyamatos kapacitásbővítésben rejlik. Nyilván erre gondolhatott a miniszter, és az valószínűleg eszébe se jutott, hogy egy ilyen nagy összeg jó részét működési kiadásokra, vagy uram bocsá' a kórházi dolgozók bérhelyzetének megoldására kellene fordítani.

– Igazából ezzel a kérdéssel csak azt akartam érzékeltetni, hogy az egészségügy mélyrepülése évtizedek óta tart, és most mégis Önök kapják az ellenzék kíméletlen bírálatait, olyan látszatot kelteve, hogy mindenért kizárólag a mostani egészségügyi kormányzatot terheli a felelősség...

– Ez természetesnek tűnik a számomra. Többpárti demokráciákban az ellenzék feladata az ellenőrzés, a bírálat. Magam is megtapasztaltam az ellenzéki lét minden szabadosságát, hogy úgy mondjam felelőtlenségét, és ugyanúgy megtapasztaltam kormánypárti államtitkárként a felelősség minden kínját, gyötrelmét. Ez benne van a munkakörömben. Annak azért jobban örülnék, ha nem ellenségeként kezelnének egyes ellenzéki politikusok, hanem valóban felelősségteljesen gondolkodva, hozzáértő bírálatokkal segítenék a munkámat. Amikor az elmúlt ciklusban sok



esetben kemény szavakkal ostromoztam az akkori elképzeléseket, mindig a szakmaiság, az orvostársadalom és a betegek érdeke vezetett. Soha eszembe nem jutott olyan lépéseket bírálni, amiket magam jónak, vagy elfogadhatónak tartottam. Most is nagyon örülnék minden ellenzéki kritikának, melyek az előrelépés, a bajból való kilábalás lehetőségeit villantják fel.

– *Elég magas fizetésemelést sikerült elérni az ágazatban...*

– Sajnos nem. Minden törekvésünk és jó szándékunk ellenére végül is a kifizetésre került többletjövedelem messze elmaradt az általunk elképzelt optimumtól. Az új kormány megalakulása után döbrentünk rá: olyan kötelezettségek terhelik a még el sem fogadott költségvetést, hogy egyszerűen nem lehet az egészségügynek kiemelt forrásokat előteremteni. Bizonyos fókig érthető a dolgozók elégedetlensége, és sikerült ugyan elkerülni a szélsőségesebb megnyilvánulásokat, de nem zárható ki, hogy egyes helyi jelenségek sztrájkhoz is vezethetnek. Ami végül is megnyugtató lehet számunkra, hogy sikerült a tervezett inflációt meghaladó béremelést elérnünk. Ez persze

nem tölt el senkit – beleértve magamat is – megelégedéssel, és nem szabad arról lemondanunk, hogy a közeli jövőben átfogó bérrendezésre kerüljön sor. Ugyanakkor arról sem szabad elfeledkezni, hogy az egészségügy kényszerpályán halad, és mindaddig, amíg a maradékelv érvényesül, finanszírozási rendszerünkben nehezen képzelhető el a fejlődés. Sok kicsi lépést kell megtennünk addig, amíg képesek leszünk az ideálshoz közeli feltételek megteremtésére. Bármerre fordulunk, mindenütt gondok vannak. Hol az ügyeleti díjak, hol a gép-műszerpark elavulása, hol a rekonstrukciók, hol a gyógyszer támogatás kérdése, amikhez a sajtó egymásnak ellentmondó híradásai is hozzájárulnak, és nem utolsósorban az egészségügyet feszítő bérhelyzet okoz nehezen oldható feszültséget. Össztársadalmi összefogás szükséges a bajok orvoslásához, ami persze azt is jelenti, hogy a következő években az ágazat kiemelt költségvetési prioritást kapjon. Mindannyian ezen fáradozunk, és ismerve a kormányzati szándékokat, nyugodtan mondhatom, hogy céljainkat belátható időn belül sikerül realizálni.

Huszonöt éves belosztály

HATVANEZER EMBER EGÉSZSÉGÉNEK SZOLGÁLATÁBAN

Huszonöt évvel ezelőtt, 1974-ben kezdte meg működését a III. Belosztály. A jelenlegi Szent István úti központi telephelyen 61 ágyon kb. 60 000-es lélekszámú terület acut belgyógyászati ellátását biztosítottuk. A kezdeti hónapok nehézségeit megfeszített munkával, hivatásszeretettel tudtuk leküzdeni.

Az osztály a fekvő betegek mellett kezdettől fogva kardiológiai járó betegeket is ellátott. A Nyíregyházi Megyei Kórházban rendelőintézeti keretek között már 1967-ben elkezdtük szívbeteg gondozását.

Szűrővizsgálatokat végeztünk, számos – korábban fel nem ismert – szívbetegséget diagnosztizáltunk és a betegeket gondozásba vettük.

1976-ban költöztünk át a sóstói tüdőgyógyító intézetbe. Két év múlva, 1978-ban kaptuk meg az első echocardiographot, melynek segítségével számos olyan betegséget tudtunk megállapítani non invazív módon, mire korábban nem volt lehetőség, ezért a szomszédos megyék részére is biztosítottuk ezen vizsgálati lehetőséget.

Az Országos Kardiológiai intézettel a 80-as években alakult ki szakmai kapcsolat. Prof. dr. Lengyel Mária segítséget nyújtott az invazív kivizsgálásra és műtéti kezelésre szoruló betegek ellátásához.

Az 1980-as években Prof. Dr. Péterffy Árpádnak a DOTE 2. sz. Sebészeti Klinikára történő kinevezésével évről évre emelkedett a szívműtétek száma. Személyes konzílium alapján számos műtetre szoruló beteget tudtunk áthelyezni a Szívsebészeti Klinikán. A non invazív diagnosztika a color doppler echocardiograph 1993-ban történő beszerzése után jelentősen fejlődött, és lehetővé vált echo vizsgálat alapján műtétet indikálni és sikeresen elvégezni.

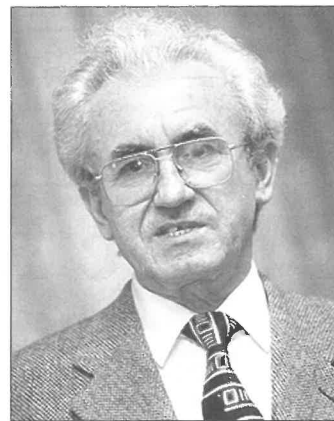
Miután Prof. Dr. Édes István átvette a DOTE Szív- és Tüdőklinika vezetését, az invazív vizsgálatok kapacitása jelentősen emelkedett, s ennek kapcsán egyre több betegen került sor PTCA-ra és stent beültetésre is.

1995-ben alakult ki a megyei kórházban az egységes kardiológiai ellátás. Az új ágysztruktúrában a 98 ágyas Acut Kardiológiai Részleg, a 40 ágyas Profil Részleg és a 46 ágyas Általános Belgyógyászati Részleg jött létre.

Az osztályon biztosítva vannak a személyi és a legfontosabb tárgyi feltételek. Tizenhat orvos (ebből 9 belgyógyászati + kardiológiai szakképzéssel rendelkező), 45 nővér (ebből 6 intenzív szakasszisztens), 2 gyógytornász vesz részt a betegek ellátásában. Az osztályon belgyógyász ügyelesten kívül permanens kardiológiai ügyelet is van, amely biztosítja a konzílium lehetőségét az év minden napján. Fontosnak tartom megemlíteni azt is, hogy heveny szívinfartus megállapítása esetét az OMSZ a beteget közvetlenül a Kardiológiai Intenzív Részlegre szállítja, és ezáltal lerövidíthető a prehospitális idő. Az osztályon folyó fekvőbeteg-ellátás volumenét jelző számadatból néhányat emelnék ki. 1998-ban a betegforradalom 3740 fő volt, átlagos ápolási idő 7,6 nap, ágykihasználás 89,7%. A kardiológiai Intenzív Részlegen 320 beteget kezeltünk myocardialis infartus miatt, akik közül 110 betegen (34%) volt lehetőség a thrombolysis elvégzésére.

Nagyszámú járó beteget látunk el az osztály keretén belül működő szakambulanciákon 1998-ban. A kardiológiai, coronaria, pacemaker, angiológiai, belgyógyászati szakrendeléseken az elmúlt évben 29 688 beteget vizsgáltunk. A kardiológiai tevékenységre utaló vizsgálatok közül említést érdemel az, hogy 1998-ban ECHO, 821 Holter és 2 425 terheléses EKG (futószőnyeg és kerékpár) vizsgálat történt.

A coronaria betegség kiterjedése, súlyossága, a műtéti indikáció csak invazív vizsgálatokkal állapítható meg, melyre egyre gyakrabban kerül sor. Megyénkben az elmúlt évben 438 betegen történt coronarographia, ill. hemodinamikai vizsgálat, és 45 esetben történt PTCA. Szívűtetre szoruló



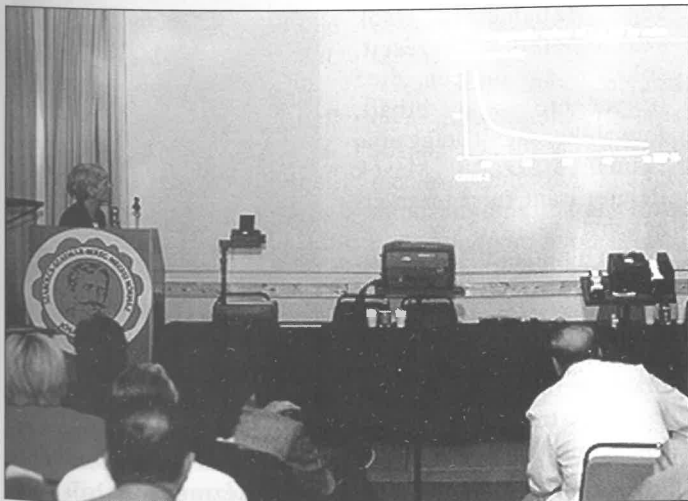
Dr. Rusznák Miklós

betegeinket a DOTE Szívsebészeti Klinikájára helyezjük át. Megyénk betegei közül 1998-ban 239-en estek át szívűtéten, a legtöbbjüknel (129 eset) coronaria műtetre került sor.

Az osztályon folyó tudományos tevékenység elsősorban a kardiológiai szakterületen történik. 25 közleményünk jelent meg hazai és nemzetközi folyóiratokban. Részt veszünk a nemzetközi multicentrikus vizsgálatokban, melyek révén hasznos tapasztalatokra tettünk szert (CORE, PURSUIT, EUROPA, OASIS-2, MOXCON, COPERNICUS stb.). A szakmai tapasztalatok alapján kandidátusi disszertáció született „Az echographia szerepe az acut kardiológiai diagnosztikában és az idült szívbeteg gondozásában” címmel.

A gyógyítótevékenység tipikusan teammunka, az osztály dolgozói munkájának eredménye. Ezúton mondok köszönetet az osztályon jelenleg és a korábbi időszakban dolgozó orvosoknak, nővéreknek és az osztály valamennyi dolgozójának a becsülettel, lelkiismeretesen végzett munkájáért.

dr. Rusznák Miklós
osztályvezető főorvos



Prof. dr. Lengyel Mária előadása

Szakkönyvek ajándékba

Tanácskozássra gyűltek össze május 10-én a DOTE Egészségügyi Főiskolán Észak-kelet-Magyarország orvos-egészségügyi könyvtárosai. A Magyar Orvosi Könyvtárak Szövetsége által rendezett regionális értekezleten megvitatották, hogy az új könyvtári törvény előírásait hogyan lehet alkalmazni az intézeti és felsőoktatási szakkönyvtárak speciális viszonyai kö-

zött. A jelenlévők átvehették a Sabre Alapítvány által ajánlódott szakkönyveket, melyek az egyes könyvtárak állományát gyarapítják.

Az értekezlet résztvevői ellátogattak a Jósza András Megyei Kórház két éve átadott új Dr. Kállay Rudolf könyvtárába is, ahol kötetlen formában tovább folyt az aktuális kérdések megvitatása.

Public Relations

Tapasztalataim szerint a fogalmat egy rejtélyes fátyol lengi körül. Amint az a címből is kiderül, a PR rövidítés egy angol kifejezés – Public Relations – első betűiből tevődik össze. Jóllehet a PR gyakorlata már több mint 100 éves múltra tekint vissza, a fogalom pontos definiálása gyakran okoz gondot a köztudatban.

A kifejezés tükörfordításban közönségkapcsolatokat, illetve egy szervezet külső és belső kapcsolatainak, kommunikációjának szervezését jelenti. A PR-tevékenység során a szervezet (pl. a kórház) arra törekszik, hogy a közvéleménnyel létrehozott kétoldali kapcsolat révén érdekeinek, de mindig a tényeknek megfelelően tájékoztasson, megértést, bizalmat érjen el és tartson fenn.

A PR elsődleges feladata, hogy megteremtse a vállalkozás számára azt a „légkört”, azt a helyzetet, azt a kedvező imázst, amely lehetővé teszi, és nagyban befolyásolja kitűzött céljainak elérését.

Mivel mind a Public Relations, mind a marketing szervezeti kapcsolatokkal foglalkozik és hasonló eljárásokat, technikákat és stratégiát alkalmaz, gyakori a két fogalom – helytelenül – szinonimaként való emlegetése. Ami megkülönbözteti őket, az nem más, mint a végeredmény, azaz az a cél, amelynek elérésére törekednek.

A marketing mellett szoros kapcsolatban van a Human Resource (HR, emberi erőforrás) tudományával is.

Ez a szoros összefonódás magyarázza azt, hogy in-

tézményünkben a PR-iroda a Humánpolitikai Igazgatóság struktúráján belül fejt ki tevékenységét. Munkánk alapvetően két területen valósul meg (külső PR-tevékenység, belső PR-tevékenység), melyek ellátásához elengedhetetlen feltétel a lojalitás, a szervezeten orientált szemléletmód, a domináns koalíció döntéseivel való feltétlen azonosulás, a jó kapcsolatteremtő és kommunikációs képesség.

Persze nem hátrány az arculati szakmák vagy rendezvényszervezés ismerete sem. Mindezek ellenére a kórházban működő PR-iroda legfontosabb feladata a betegek elégedettségének mérése, a felmérésekről való informatív tájékoztatás adása a menedzsment számára. Végezetül álljon itt a szakma szlogenjévé vált vicc, melyet a hazai PR tudomány egyik legkiválóbb művelője – *Barát Tamás* – fogalmazott meg:

– Mi a különbség az elefánt nemi élete és a Public Relations között?

– Abszolúte semmi. Mindkettő nagy trombitálással kezdődik, és csak 18 hónap múlva látható az eredmény.

Bakosné Mikula Edit

A róka

Egy róka napkeltekor megpillantotta a saját árnyékát, s így szólt: „Ma délben egy tevé akarok megenni.” Egész délelőtt tevé után kutatott. Délben ismét ránézett az árnyékára, s így szólt: „Egy egér is elég lesz.”

(Kahlil Gibran)

Gábor úgy gondolja, hogy képességei szerint kutatóként a tengereket kellene járnia.

Problémáiban csak hozzá hasonlóan különleges emberek képesek a partnerei lenni. Azért romlott meg a házassága is, mert felesége nem érti meg őt, bezzeg más nők még a rezdüléseikkel is azt éreztetik, hogy őt akarják.

Eszter két férfi között vívódva nem tud választani, aktuális döntéseit jelentős mértékben meghatározza az, hogy éppen kivel beszél problémájáról. Egyik pillanatban független, önálló életet tervez (kevés realitással, biztos egzisztenciális háttér nélkül), a másik percben kétségbeesetten azonnali választ várva azt kérdezi: „Erika, hogy fogok dönteni?”

Mindkettőjük önismerete hiányos, önértékelésük a szélső értékek felé hajlik.

A nárcisztikus személyiségre jellemző a saját tehetség eltúlzása, állandó figyelmet, csodálatot, elismerést igényel, indokolatlanul megkülönböztetett bánásmódot vár el, nem képes felismerni mások szükségleteit, érzéseit, sokszor és mélyen érez irigységet, saját hibáit, fogyatékoságait letagadja, „kimagyarázza”. Mások ítéletei iránt túlságosan érzékeny.

A szubmiszív személyiség önbizalma hiányos, magát folyton kisebbíti, mások védelmét, dominanciáját keresi, mások tanácsa, biztatása nélkül képtelen a mindennapi döntések meghozatalára, önállóan nem kezdeményez, kelle-

metlen, lealacsonyító feladatokra is vállalkozik, ha ezzel elnyerheti más(ok) tetszését. Kritikára könnyen megsértődik.

Az előbbi sajátosságok tartós magatartásként személyiségzavarrá válhatnak, ha az egyén a környezetéhez, illetve önmagához olyan mértékben rugalmatlanul viszonyul, hogy az kapcsolataiban jelentős károsodást, illetve szubjektív szenvedést okoz.

Eszter fel akar nőni, a következményeket is felelősen átgondolva és a döntéseit felvállalva, Gábor meg alább akar szállni, a realitások és mások közélébe – mert már nagyon egyedül érzi magát. S közben mindketten folyamatosan szembesülnek azzal, hogy: a mérték érték.

Husztiné Hajdú Erika
pszichológus



Március óta a kórházba belépő új munkatársak egész napos tájékoztató során, valamint a fenti füzet segítségével ismerkednek meg az egészségügyi intézmény belső életével

Szakorvosok a tervezett praxisprivatizációról

A Szakorvosi Védegylet a közelmúltban szervezett a szakorvosi privatizáció témájában kongresszust. A fórum előadói az alábbi gondolataiknak adtak hangot.

A jelenlegi pénztelennek deklarált, irányíthatatlan egészségügyben az egyetlen még a kiaknázatlan, lehetőségeket rejtő motívum a szakorvosok tulajdonszerű joghoz való juttatása a járóbeteg-ellátásban.

A kórháztól szervezetileg és gazdaságilag független szakorvosi praxisok valamilyen teljesítményelvű, de szigorúan ellenőrzött formában finanszírozva érdekeltek lennének abban, hogy ne küldjék tovább feleslegesen magasabb szintre a beteget, próbálják definitíven ellátni, amihez a szaktudásuk a maguk területén megvan.

A kórházon kívüli definitív ellátás eredménye a kevesebb kórházba került beteg. Ha a folyamat beindul, képessé kell tenni a kórházi kasszát arra, hogy maradék képződhessék benne, ami átirányításra kerülhetne a maradékot termelő, pl. a járóbeteg-kassza irányába.

A folyamatnak az ágyhoz kötött szakmák irányában is folytatódnia kellene. És a nem távoli jövőben valahány évvel a szakvizsgája után bárki OEP-szerződéses vállalkozóvá válhatna, ha akarna. A fentiek már korai eredménye a prosperáló szakorvosi praxisok jelenléte és a folyamatra nem reagáló intézmények csődje (már kevesebb szakorvossal, szakdolgozóval).

A kormányzatnak fel kell vállalnia a döntést, hogy az intézmények vagy az orvosi, egészségügyi szaktudás folyamatossága a lényegesebb számára.

A mai intézményfinanszírozási válság megoldásai között nincs alternatívája munkanélküli vagy állásához akár elvtelenül is ragaszkodó orvosszerepnek. A szakorvosi privatizáció megadná ezt, továbbá eszköze lehetne az

intézményhez kötődő hagyományos feudális orvosi rend lebontásának, ugyanakkor megoldást nyújtana az intézményi struktúra átalakításának megkönnyítéséhez, hiszen legtöbbször maguk az orvosok akadályozzák az átalakítást valós, vagy vélt okokra hivatkozva.

Jelentős energiákat kell fordítani a kommunikációra. Pontosan fel kell mérni az érintett csoportok érdekszponyait.

Tanulva a háziiorvoslás privatizációs hibáiból, a rendszerbe már a kezdetekkor be kell építeni a jog elidegenítésének lehetőségét – életjáradék –, az újak belépésének útját, és elérhető, ellenőrizhető minőségi követelményeket.

Előre meg kell határozni az elérni vágyott, utóbb is egyértelműen mérhető célt – pl. egy éven belül kevesebb kórházba kerülő beteg.

Szükséges a biztosítási reform is. OEP monopolhelyzetének a lebontása égetően szükséges.

Az átalakulás folyamán olyan gazdaságilag erős praxisoknak kell létrejönniük, melyek ellent tudnak állni a mindannyiunk által ismert gyógyszerügyi nyomásnak.

A fenti folyamatok hatására egészségügyünk olyan területe erősödne, ahol a para hagyományai a leggyengébbek. Megfelelően bevezetve az átalakulást, lenne remény a terület „fertőzésmentesen” tartására is.

A feudális kötöttségektől, a paraszolvencia terhétől

megszabadult orvosi kar a társadalmi újraelosztásban sokkal jobb eséllyel indul, hiszen világszerte az emberek egyre többet akarnak magukra költeni, még betegségeik, gyógykezelésük kapcsán is.

Visszatérve az orvosszerephez. Mind a kormányzatnak, mind maguknak az orvosoknak le kell dönteniük, mit szeretnének. A diktatúra idején kialakított túlképzés okozta könnyen pótolhatóság élményét a paraszolvencia egyre mérsékeltebb, de mégis

csak lelkipurdalást okozó terhével. Ha a fenti eszmefuttatás túlságosan naivnak tűnik, legyenek a mentségek a következők:

1. mások sem tudnak jobbat,
2. a hit, hogy csak mi tudjuk megoldani saját problémáinkat,
3. bonyolultnak tűnő kérdéseknek vannak egyszerű megoldásai,
4. a bonyolultságot a változtatni nem akarók hangsúlyozzák.
5. rémisztő, hogy a gyógyító beteg környezetben dolgozik és túri; a szegénység jobban viselhető.

Az állami álláspont

A háziiorvosi praxisok privatizációjának irányítására miniszteri biztossá nevezte ki Fodor Miklóst április 15-én az egészségügyi miniszter.

Fel kell gyorsítani a háziiorvosi praxisok privatizációját, ehhez nélkülözhetetlen a 70 milliárd forintos állami garancia – nyilatkozta a biztos. Arra a kérdésre, tudja-e már, hogy melyik bank és milyen feltételekkel lesz kész hitelt nyújtani a háziorvosoknak, kifejtette: ezt a közeljövőben kívánja tisztázni a pénzügyi tárca vezetőivel. Fodor Miklós egyébként úgy értesült, jelentkezett már négy-öt bank, amely szívesen vállalna részt a hitelezésből.

Szerinte kérdés az is, hogy az ellátási felelősségnek az önkormányzatoktól feltétlenül át kell-e kerülnie a praxis tulajdonosához. Eldöntendő, hogy a rendelők piaci áron vagy jelképes összegért kerüljenek az orvos tulajdonába.

Az is vitatott pont, hogy a Magyar Orvosi Kamara milyen jogosítványokat kaphat a privatizációban, illetőleg a privatizált rendelőkben milyen új forrá-

sokkal lehet növelni a magánorvosok bevételeit.

A miniszteri biztos arra számít, hogy az egészségbiztosító magasabb összeget fordít majd a háziiorvosi rendszer finanszírozására.

Hozzáfűzte: a praxisprivatizációban nem lesznek kényszerítő eszközök; annak lesz elsőbbsége, aki most birtokon belül van. A jelenlegi elgondolás szerint a helyi önkormányzat és az orvosi kamara képviselőiből alakul bizottság. Ők hozzák majd meg a döntést.

A miniszteri biztos szerint nem fordulhat elő az, hogy egy orvos bemegy az önkormányzathoz, és azt mondja: van elég pénzem arra, hogy magánorvosként dolgozzam. Fodor elmondta: nem az számít majd a privatizációban, hogy kinek hány betege van. A betegek száma nem lehet szempont, mert egy ilyen szabály hátrányosan különböztetné meg a kisebb falvakban gyógyítókat.

Rögös az út Európába

AHOGYAN EGY NYUGDÍJAS ÁPOLÓNŐ LÁTJA

A múlt évi XI. Szakdolgozói kongresszuson pályamunkám kiemelkedő jelzővel különdíjas lett. A bírálóbizottság javaslatára dolgozatom a plenáris ülésen hangzott el, ami óriási megtiszteltetést jelentett.

Amiért az ápolónőképzőbe jelentkeztem, az csak azért lett, mert egy gyönyörű tavaszi délutánon a kórház mellett vitt el az utam. Akkor, ott a kerítésen keresztül megláttam a csodát. Az pedig nem volt más, mint az arra járó ápolónők kék ruhája fehér köténnyel és két fityulával. Ennyi év távlatából is feléled az a megkapó jó érzés bennem. Valami lelki gyönyörűségféle, hogy én is olyan akarok lenni. Engem igenis a ruha fogott meg, hogy ilyen szépséges öltözetben csak jó irányt vehet az életem.

Hogy mi tartott a pályán? A kisműködől nagyműködő lesz, beleízlél a mindennapos munka sokféleségébe. Megéri a felelősség súlya. Egyszer csak megérzi, hogy rá szükség van, hogy ő itt és most fontos! Kell a tudása, kell a fizikai ereje, hogy benne van a csapatban, hogy számítnak rá, hogy vannak helyzetek, amikben már-már nélkülözhetetlen. Megtapasztalja a semmihez sem hasonlító érzést, a jól végzett munka örömét.

De nem csak örömek vannak, vannak bánatok, sikertelenséget jelentő nehéz pillanatok. Valamennyien emlékszünk az első betegre, akit elvesztettünk. A döbbenetre, hogy itt már minden hiábavaló. Egy másik erő hatalmasabb volt, és az eseménysor visszafordíthatatlan.



A régi egyenruha

Frissen szerzett tudáson és az ifjú lendület az, ami a pálya elején vezérel. Később, sok-sok ismeret és tapasztalat birtokában a munkába vetett hit és meggyőződés, hogy jót teszünk – vezet tovább. Az ifjú lendület helyét betölti a még nagyobb felelősségérzet és az objektív lényegrelátás.

Amikor már nem kizárólag egyedül akarjuk a világot megváltani. Megtaláljuk a helyünket a nagy egészben, és pici fogaskerékként is teljes életet élünk munkánkon keresztül.

Az eltelt évek alatt sok mindent megérünk, és sok mindent megértünk.

Az ápolónő-beteg kapcsolat sajátosságosan alakul az általunk megélt események során. Formál és alakít ezen, amikor anyává leszünk a szülés, vagy amikor beteg van a családban. Ha mi leszünk betegek, és úgymódon

vízszintes helyzetben látjuk a világot, sok mindent átértékelünk. Változik a fontossági sorrend! Megérjük, hogy kis dolgok óriási jelentőséget kapnak, míg más, eddig nagyobbak nem is számítanak. És ha szerencsénk van és meggyógyulunk, biztos másként látjuk a beteget. Megértőbbek és beleérzőbbek leszünk.

A kék színű ruhával kezdem – ami nekem személy szerint valami rendkívülit jelentett. Valamennyiünknek megvannak a kék vagy más színeink, melyek irányt mutatnak, segítenek, alakítanak. Velünk maradnak, és mi sem tudunk már nélkülük meglelni. Így aztán alig időnek tűnhet akárhány hosszú évtized is, melyet a legszebb pályán tölt el az ember.

Befejezésül csak annyit, tartsuk szerencsének és ajándéknak a nyugdíj elérkezését – ami pénzben annyi, amennyi –, de ha felnézünk az égre, az legtöbbször kék felettünk – felettem.

A békéscsabai sikeren fel-

buzdulva, írásom lefordítottam és kiküldtem egy nemzetközi pályázatra.

Dolgozatom elfogadták, és meghívtak a június 26–július 1-ig Londonban megrendezésre kerülő Nővérek Nemzetközi Tanácsa (ICN) centenáriumi konferenciájára, melynek jelmondata: Az ápolás múltjának ünneplése, a jövő tervezése.

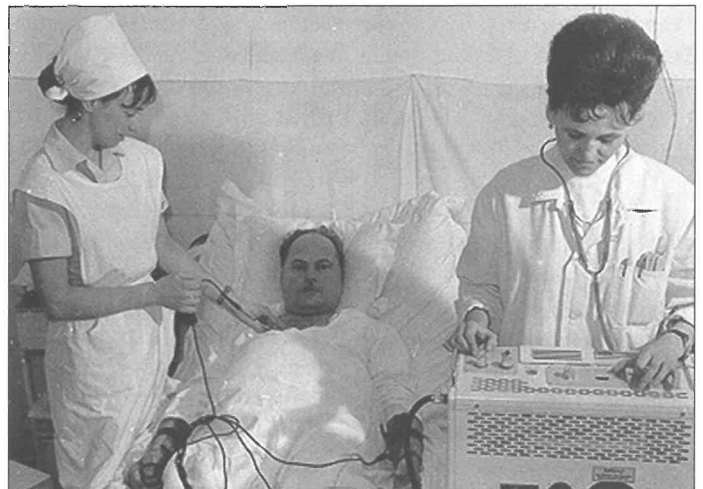
Sajnos, a regisztrációs díj olyan nagy, hogy le sem merem írni.

Mivel már nyugdíjas vagyok, csak a Magyar Ápolási Egyesület támogatására számíthatok.

Mindenesetre megírtam, hogy roppant sajnálom, de az én nyugdíjam itt a nagy magyar kék ég alatt alig 100 font, tehát az út énelőttem ily módon erre még nem járható.

Viszont jó érzést jelent számomra, hogy azzal, ami a fejemben van, már a kapuban állok, és segítek kitérni az ajtót az utánam jövőknek Európa felé.

Groska Józsefné
nyugdíjas ápolónő



Groska Józsefné: „A betegről gondoskodni kell”

Köszöntő az Ápolók Nemzetközi Napján

Szerte a világon május 12-én ünneplik az Ápolók Nemzetközi Napját. Sokan nem is tudják, miért pont ezen a napon. Az ápolás az ember velejárója ősidők óta, ösztönös és tudatos módon segíteni igyekszik bajba jutott társán, családja tagján.

Köszöntöm az ápolókat, akik a betegség mellett dolgoznak, az asszisztenseket a rendelőkben, a diagnosztikában, a segédápolókat és a beteghordókat. Azokat, akik már nyugdíjas éveiket élik, és a tanulókat, akiket várunk magunk közé.

Az ápolás történetét nagy nevek fémjelzik, híres orvosok írták le, milyen fontos segítőjük az ápolók tevékenysége, meghatározták, milyen képességekkel kell rendelkezniük, mi a teendőjük. A sötét középkorban, mint más tudományok, az ápolás is értékét veszítette Európában.

Ekkor, 1820. május 12-én született *Florence Nightingale*. A gazdag, művelt és jól nevelt leány 1837-ben, 17 évesen hallott először az angliai kolerajárványról. Az emberi szenvedésről szóló tudósítás mély nyomot hagyott a lelkében, fellobbant a részvét lángja. Másra alig tudott gondolni, minden lehetőséget megragadott, hogy olvasson, tanuljon a betegekkel kapcsolatos teendőkről, minden vágya, célja az lett, hogy a beteg embereken segítsen, sorsukat jobbítsa, szenvedéseiket enyhítse. Elhatározta, hogy ápoló lesz, és ettől nem tántoríthatta el családja sem.

Az ápolást az utolsónál is utolsóbb foglalkozásnak tartották, *Florence Nightingale*-t ez a cél is vezérelte. Meg kell nemesíteni ezt a hivatást a szenvedő betegek ezreinek érdekében. „Az ápolás szent és tiszta hivatás, hiszen a szenvedőnek enyhülést, a haladónak könnyebbiséget, a gyógyulónak életet ad” – vallotta. De szent és tiszta hivatássá csak az emberszeretet teheti. Ha az emberszeretet hiányzik belőle, akkor nem más, mint piszkos, undorító foglalkozás. Akit megvetnek a foglalkozásáért, az maga is megveti a foglalkozását, s nem a lelke legjavát, hanem a legalját adja bele. Évek teltek tanulással, a tapasztalatok gyűjtésével.

Florence 34 éves, amikor a krími háború sérültjeinek ápolására a hadügyminiszter kinevezi az Angol Kórházak Törökországi Ápolási Intézményének főfelügyelőjévé. Elindult 38 fős kis csapatával, s csak ő tudta, mi vár rájuk.

A XIX. század közepén legenda született egy emberfeletti lelkierejű fiatal nőről, aki a háború véres borzalmai között ezrek életét mentette meg. 400 sebesültet és beteget kellett ellátni, közben kórházat alapítani. Nap mint nap újabb sérültek érkeztek, a betegek legtöbbször napok óta nem mosdott, az alapvető higiéniai felszerelések hiányoztak, nem takarítottak. Mindezt teljesen át kellett alakítani, és *Florence Nightingale* megbirkózott az iszonyatos feladattal.

Nappal kétszer annyit dol-

gozott, mint társai, minden éjszaka vizitre indult, végigjárta a kórtermeteket, minden beteghez volt egy mosolya, kedves szava, s amikor mindenki elaludt, leírta beszámolóit, tapasztalatait.

A háború után az angol kórházak megreformálását és az új típusú betegápoló iskola megszervezését kezdte el. Első könyvét *Jegyzetek az ápolásról* címmel írta, ezt sok másik követte.

Egészen 90 éves korában bekövetkezett haláláig az ápolás ügyéért dolgozott, küzdött, írt.

Magyarországon az 1848-as szabadságharc sebesültjeinek ápolása óriási feladatot jelentett. *Flór Ferenc* javasolta a női ápolók bevonását, amit kezdetben a honvédpáncsok elutasítottak. Azonban *Kossuth Lajos* 1849. április 16-án országos főápolóvá nevezte ki húgát, *Meszlényiné Kossuth Zsuzsannát*. Ő nagy lendülettel kezdett munkához, közel 70 új tábori kórház felállításához nyújtott segítséget, meghatározta a feltételeket, a felszerelést, biztosította női személyzetüket és az ételmezés megszervezését. Főápolói szemlél során minden kórházat meglátogatott, utasításokat adott a megfelelő változtatásokra. Részletes feljegyzéseket készített, ápolói tanfolyamok megszervezésébe kezdett.

A hadifoglyokat megkülönböztetés nélkül ápolták. Mindezek a krími háború előtt, *Florence Nightingale*-t megelőző történetek. Ha a sors hozzánk kegyesebb, hazánk



lehetett volna az a boldog ország, amelyet a modern ápolás megteremtéséért ünnepelhetnénk. De *Florence Nightingale* volt az, akinek eszméi elterjedtek a világon az ápolás és az ápolóképzés megreformálásáról. Londonban a Szent Tamás Kórház szomszédságában található a *Florence Nightingale* múzeum. Őt tartják a világ első mai értelemben vett ápolójának, így munkásságának köszönetet mondva május 12-én, az ő születésnapján ünnepeljük az ápolók napját szerte a világon.

Köszöntöm ezen a napon valamennyi munkatársamat, aki az ápolás nemes hivatását tűzte ki élete céljául és végzi nap mint nap tisztességesen e nehéz feladatot.

Köszöntöm az ápolókat, akik a betegség mellett dolgoznak, az asszisztenseket a rendelőkben, a diagnosztikában, a segédápolókat és a beteghordókat. Azokat, akik már nyugdíjas éveiket élik, és a tanulókat, akiket várunk magunk közé.

Veres Tamásné
ápolási igazgató

Mellvizsgálat

Azoknak a nőknek, akiknél a biopsziás vizsgálat során a mellszövetben mikroszkopikus elváltozást (úgynevezett radiális heget) észlelnek, mintegy 90 százalékkal nagyobb az esélyük arra, hogy a későbbiekben mellrákot kapjanak, derült ki két bostoni kórház vizsgálataiból. A Beth Israel Deaconess Medical Center és a Brigham and Women's Hospital kutatói, *dr. Timothy W. Jacobs* vezetésével 1396 nő szövetmintáját

ellenőrizték le; az alanyok a nővérek országos egészségügyi felmérésében vettek részt.

A vizsgált nők közül 99-nél észlelték az elváltozást, és közülük 33 százaléknál ki is fejlődött a mellrák, míg a radiális heg nélküli nőknek csak 17 százaléknál. A rizikót tovább növelte a „nagyobb vagy többszörös radiális hegek jelenléte,” olvasható a kutatók cikkében, amelyet a *The New England Journal of Medicine* közölt.

Az ima nem gyógyít

Kevés orvosi bizonyíték van arra nézve, hogy a vallás a lélekhez hasonlóan a testre is üdvöztető hatással lenne, jelentették kutatók. A New York-i Columbia University kutatói szerint az orvosok és betegek közötti beszélgetésekben egyre többször szerepel a vallásosság vagy a spiritualitás és a jó egészség kapcsolata. Ennek ellenére nem tanácsos az orvostudományt és a vallást összekeverni. „Vannak olyan terü-

letei életünknek, amelyek már túl vannak a medicina határain” – mondta *dr. Robert P. Sloan*, a Columbia pszichiátria tanszékének professzora. „Az egyik ilyen a vallás.” Dr. Sloan nem tudta megbecsülni, hogy milyen gyakran merül fel témaként a vallás az orvosok és betegek között, de tény, hogy az Egyesült Államokban több mint 30 orvosi egyetemen tartanak kurzusokat vallási és spirituális kérdésekről.

A vérellátásról

Az amerikai vérellátás helyzete az elmúlt évtizedben olyan mértékben javult, hogy ma már a HIV-, vagy hepatitis-fertőzött vér transfúziójának esélye parányi töredéke a 15 vagy 25 évvel ezelőttinek.

Dr. Lawrence T. Goodnough, a St. Louis-i Barnes-Jewish Hospital transfúziós igazgatója és a Washington University professzora munkatársaival 120 újabb keletű tanulmányt vizsgált át a *The New England Journal of Medicine* számára készített jelentéshez. Az adatok azt mutatják, hogy a vér minősége nagyban javult a

rizikós donorok jobb szűrésével, a vér hatékonyabb ellenőrzésével és a térítéses véradás 1979-es megszüntetésével.

A transfúziós HIV-fertőzés esélye jelenleg 1:800000, szemben azzal, hogy a 80-as évek elején egyes közösségekben ez még 1:100 volt. A hepatitis-fertőzésnek a 70-es években még majdnem 20 százalékos esélye mára 1:60000 lett. Az évi 12 millió egységnyi amerikai vértranszfúzió mellett pedig az egy egységre számított halálozás veszélye kevesebb mint 1:1000000.

Ó, férfiaság!

A Viagra már lefutott. Egy új étrendi kiegészítőről, az ArginMaxról az a hír járja, hogy ugyanúgy képes erekcióhoz segíteni a férfiakat, de a Viagra olykor kellemetlen, esetenként pedig halálos mellékhatásai nélkül. A kiegészítő kúra ára havi 40-50 dollár, de még az Egyesült Államokban sem kapható mindenhol.

Az orvosok még több adatra várnak erről az új, gyógynövényalapú készítményről, mielőtt kimondanák, hogy az ArginMax hatásos-e vagy sem. Az ArginMaxot jelenleg az Interneten és mintegy 3000 boltban, főként a nyugati par-

ton lehet kapni. A készítmény havi költsége 40-50 dollár. Az ArginMaxból napi hat tablettát kell bevenni két adagra osztva. Mivel nem receptköteles, önmegtartóztatásra van szükség, ha be akarjuk tartani az adagolást.

„Miért kellene bárkinek napi hat tablettát bevennie ahhoz, amire esetleg havonta csak kétszer kerül sor” – teszi fel a kérdést *dr. James Barada*, albányi urológus. „Az egész táplálék-kiegészítő piac évente dollár-milliárdokat forgalmaz, miközben egyáltalán nem biztos, hogy ezek a dolgok használnak is.”

Ágynyugalom

A Medicare által biztosított időskorú amerikai polgárok egyharmadának „komoly nehézségei” vannak az orvosi információk megértésében, ideértve a betegtájékoztatókat vagy a műtét előtti tájékoztatókat – derült ki a *Journal of the American Medical Association* cikkéből.

A Prudential HealthCare Medicare munkatársai által készített felmérésben 3260 időskorú vett részt Clevelandben, Houstonban és Floridában. A tanulmány írói szerint pontosabban meg kellene határozni azokat, akik nehezen értik meg az orvosi tájékoztatót, és akiknek grafikus vagy videó-segítséget kell nyújtani ehhez...

Az ülőidegzsábjára leggyakrabban ágynyugalmat rendelnek az orvosok, ám ez semmivel sem hatékonyabb, mint a „figyelmes várakozás”, állítják holland kutatók a *New England Journal* egyik cikkében. Összesen 183 isiászos férfinak és nőnek tanácsoltak

két hétig vagy ágybanfekvést, vagy azt, hogy folytassák megszokott életüket, de maradjanak szorosabb kapcsolatban orvosukkal.

A 14 nap után az (átlag napi 21 órát) ágyban maradók 70 százaléka érezte jobban magát, de ugyanezt állította azoknak a 65 százaléka is, akik továbbra is mindennap munkába jártak. 12 hét után mindkét csoport tagjai 13 százalék kivételével kevesebb fájdalomról és panaszról számoltak be; ez indította a maastrichti egyetemi klinika kutatóit arra, hogy így fogalmazzanak: „Semmi sem bizonyítja, hogy az ágynyugalom hatásos kezelési módszer”...

Az ésszerűség forradalma

AVAGY A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS TÉRHÓDÍTÁSA

A minőségbiztosítás elmélete 1987-ben született meg, és már az évtized végére Magyarországon is megjelentek azok a cégek, amelyek az ISO rendszer bevezetését szorgalmazták. Először a multinacionális vállalatok vezették be a szabványt, és a dominóelvnek megfelelően a kisebb beszállítók is rákényszerültek, hogy megszerezzék a tanúsítványt. Nálunk meglepően hamar, már 1992-ben voltak tanúsított vállalkozások, és mostanra a köztudatban is elterjedt a ISO szabványok rendszere.

Egyre több szolgáltató és közintézmény vállalja a szabvány bevezetését, mert a növekedő elvárásoknak csak abban az esetben lesznek képesek megfelelni, ha munkájukat az ésszerűség követelményeinek megfelelően szervezik át.

Petik Ferencet kérdeztük, hogy mi értelme van a minősítésnek? Mi az, amiért fontos, hogy bizonyos termelési, szolgáltatói folyamatokat az ISO rendszer szabályainak rendelkeznek alá?

• Talán az az oka, hogy a mostani piaci versenyben nagyon nehéz talpon maradni csak hagyományos eszközök birtokában. Meg lehet élni az ISO szabvány nélkül is, mint ahogy igen jól működött a gazdaság évszázadok hosszú során, de a rendszer olyan garanciákat ad, amikkel az adott szervezet (azért mondok szervezetet, mert ma már világos, hogy nemcsak ipari vállalkozások, de a szolgáltatók is átszervezhetik tevékenységüket a ISO 9000-es sorozat alapján. Példa erre a Jósa András Kórház és példa a Nyíregyházi Polgármesteri Hivatal is, ahol a közelmúltban tettek eleget a tanúsítás követelményeinek.) nemcsak az arculatát javíthatja, hanem lényegesen hatékonyabban végezheti tevékenységét.

Gyakorlatilag bármilyen társulás használhatja ezt a rendszert, aminek sok más

előnye mellett fontos része, hogy a pontosan leírt működési folyamatok betartásával megelőzhető a működési problémák, és az sem elhanyagolható, hogy az átláthatóság, a tervezhetőség okán nem kevés költség takarítható meg.

• *Mi az ISO szabvány?*

• Ez egy nemzetközi szervezet, amely különböző iparágaknak ad nemzetközileg is érvényes szabványokat. Ezek közül csak egy az ISO 9000-es, hiszen a különféle tevékenységekre több ezer ISO szabvány létezik. A szabvány bevezetése önkéntes, és örömmel mondhatom, hogy a rendszer bevezetését a Magyar Szabványügyi Hivatal is támogatta.

• *Hogy került az Ön cége a tanúsító szervezetek közé?*

• A szabvány előírásainak betartását úgynevezett tanúsító cégek végzik, amelyeket felhatalmaztak, akkreditáltak a tanúsítvány kiadására. Ilyen a mi cégünk is, amely jogosítványokat kapott a tanúsítás bonyolult folyamatának az elvégzésére.

• *Az egészségügyben milyen jelentősége lehet a szabvány bevezetésének?*

• Ugyanaz, mint a gazdasági életben. Áttekinthetővé válik az intézmény működése. A szabvány előírja, hogy létre kell hozni a Minőségi Kézikönyvet, amelyben pontosan le van fektetve az a szabály-

rendszer, aminek alapján az adott kórháznak tevékenykednie kell. A rendszer igazi haszna abban van, hogy egyfajta végrehajtási utasítást vezet be, törvényesíti az addig kialakult szokásokat, és ahol lehet, ésszerűsíti, lényegesen leegyszerűsíti és ezzel korszerűvé, hogy azt ne mondjam, betegbaráttá teszi a természetes kórházi munkafolyamatokat.

• *Ettől nem lehet eltérni?*

• Dehogynem. Ezek nem kőbe vésett szentenciák, sőt! A szabványban olyan elemek kerültek beépítésre, amelyek lehetővé teszik a változásokat. Időnként felül kell vizsgálni a szabályokat, hiszen az élet változik, a technika állandóan fejlődik és a rendszernek naprakésznek kell lenni, meg kell felelni az állandó kihívásoknak. Most 1999-ben nem konzerválhatunk olyan munkafolyamatokat, amik belátható időn belül elévülhetnek.

• *Rendszeresen ellenőrzik a tanúsított intézményeket?*

• Évente legalább egy alkalommal visszatérünk az általunk auditált intézményekbe, és ezek az ellenőrzések igen szigorú procedúrát jelentenek. Bizony előfordulhat, hogy egy adott vállalkozástól visszavonjuk a tanúsítást.

• *Milyen módszerek alapján adják ki a tanúsítást igazoló okmányt?*

• Először megvizsgáljuk a dokumentációs rendszert, átnézzük a minőségügyi kézikönyvet, górcső alá vesszük az eljárási utasításokat, és amikor ezeket rendben találjuk, akkor munkatársaim ki-mennek a helyszínre, hogy működés közben tanulmányozzák a folyamatok ésszerűségét, hatékonyságát és főleg azt, hogy az adott intéz-



Petik Ferenc

mény a saját maga által felállított szabályok alapján végzi-e a tevékenységét. Egy ilyen audit során szinte mindig találunk kisebb-nagyobb hibákat (szaknyelven: nem megfelelőségeket), és nyilván ha sok hibát találunk, akkor a tanúsítvány nem adható ki, legalábbis addig nem, amíg ezeket a nem megfelelőségeket nem sikerül kijavítani. Sokan talán szigorúnak gondolnak bennünket, de nem tehetünk másképpen. Egyfelől a minősítőket is szoros szabályok kötik, másfelől a magyar gazdaság mostanra ezer szálal kötődik Európához, és tesszik, nem tetszik, nekünk kell alkalmazkodnunk a megváltozott körülményekhez. A minőségi termelés, vagy szolgáltatás kérdése nem új dolog, az alapjait régen kitalálták. A szabvány bevezetése csak annyiban jelent változást a korábbiakhoz képest, hogy szabályainak pontos betartásával könnyebben lehet megteremteni az állandóan magas színvonalú termelés vagy szolgáltatás feltételeit.

Orvosilag szükséges, gazdaságilag lehetséges

RENDSZERBEN GONDOLKODÓ GAZDASÁGOS KÓRHÁZ

Többéves előkészítő munka után a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza tavaly karácsonykor megkapta az egész intézményre vonatkozó minőségbiztosítási tanúsítványt, az ISO 9001-et. A tanúsítvány megszerzése csak belépő a minőségbiztosítási rendszerek táborába, a rendszer fenntartása nagyon komoly erőfeszítéseket igényel. Azért, hogy az időszakos auditálások alkalmával is megfeleljen az intézmény a szigorú követelményeknek, a kórház minőségügyi divíziója felel, Nagyné Tarr Judit vezető auditor irányításával.

Gazdasági mélyponton

– A minőségügyi rendszer kiépítésének számtalan előzménye volt – mondta Nagyné Tarr Judit. – Öt évvel ezelőtt alulfinanszírozott volt a kórház, likviditási gondjaink voltak. Az ezt érzékeltető mérőszám, a kórházi homogen betegcsoport-átlag alig volt több mint kétharmad a megye más egészségügyi intézményeihez viszonyítva, s reálértékben csökkentek a bevételeink. A kórházunk szerkezete és az akkor alkalmazott technológia nem tette lehetővé a gazdaságos működést, sürgőssé vált a szerkezeti és működési átalakítás. Fontosnak tartottuk, hogy a kötelező ágyszámcsökkentés mellett ne kelljen drasztikusan hozzányúlni az alkalmazotti létszámhoz.

Stratégiai elemzést végeztünk, megvizsgáltuk a lehetőségeinket, az erősségeinket, a fenyegetettségeket, a gyenge pontokat. Ebből alakítottunk ki egy hosszú távú stratégiai tervet, megcélózva a költség hatékony működést. Az orvosilag lehetséges és gazdaságilag megengedhető filozófiát kellett megvalósítanunk.

Ahhoz, hogy a szakma a lehető legmagasabb szinten, korszerűen és gyorsan tudjon dolgozni, a legmodernebb eszközparkot kellene működtetni, azonban ha a gazdasági környezetet is megvizsgáljuk, azt látjuk, ez szinte lehetetlen. A költségoldal arra szorítana, hogy minél kevesebb diagnosztikus és terápiás eszközt vásároljunk, így viszont nem lehet hatékonyan dolgozni. A kor tudományos, technikai színvonalának megfelelő eszközpark fenntartása jelentős pluszköltségeket ró az intézményre, a teljesítményarányos finanszírozásba azonban nincs beépítve az amortizációs és karbantartási költségek fedezése. Az egészségügyről szóló, 1997/CLIV-es törvény is előírja, hogy tájékoztatnunk kell a beteget, ez egy szolgáltató intézmény működése kapcsán elvárható, sőt, nagyon pontosan meg kell fogalmaznunk a küldetésünket, ami nem egyszerűen csak egy díszes írat, amit a falra lehet tenni.

– A kórházunk szolgáltatásait igénybe vevő, illetve a szolgáltatásokban részesülő, ellátandó személyek, a betegek ellátásáért vagyunk, nem pedig a betegségek kezeléséért. Ezeket úgy kell biztosítani a számukra, hogy folyamatosan hozzáférhető, megfelelő színvonalú és megkülönböztetés nélküli legyen. Az ellátási idő alatt az emberi méltóság és a humánuság megőrzésével, a kiszolgáltatottság érzésének csökkentésével próbáljuk megoldani azt a szinte feloldhatatlan feszültséget, ami az egészségügyi ellátók és a szolgáltatást igénybe vevők kapcsolatát jellemzi. A betegellátó intézményeknek az lenne a jó, ha minél rövidebb idő alatt meggyógyulna a beteg, hogy minél több beteget tudjon fogadni, hiszen ez körül meg, gazdaságilag ez hasznos. A beteg pedig azt szeretné, ha jól érezné itt magát. Külön kellene tudni választani a gyógyítást és ápolást, illetve a hotelszolgáltatást, és mindkettőt folyamatosan szabályozni és ellenőrizni kellene. Csak akkor működhet jól a minőségügyi rendszer, ha ezt a

Az ellátásért felelünk

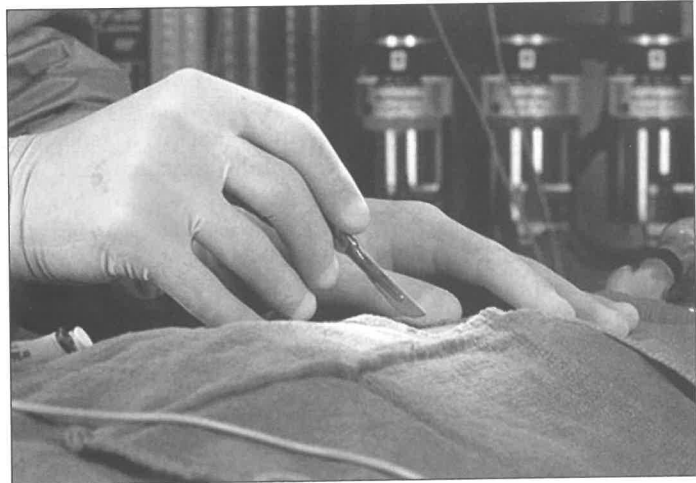
– Sem a törvény, sem a minisztérium, sem a finanszírozó nem írta elő, hogy a kórháznak jó gazda módjára kell gazdálkodni a személyi és anyagi erőforrásokkal, adminisztratív kényszer sem volt, minden intézmény megkapta teljesítményéhez mértén a működéshez szükséges összeget. Mivel ezt ebben a formában előttünk senki sem csinálta, nem voltak egységes irányelvek, amik mentén elindulhattunk volna. Azonban ezeknek az irányelveknek a kialakítása nem a megszokott, hierarchikus módon történt, hanem csapatmunkában. Ez egyébként a Donabedián-i minőségügyi rendszer modell, amely 1962 óta működik az Egyesült Államokban, hazánkban viszont még nem sikerült kidolgozni egységes modellt. 1995 előtt bonyolult, átláthatatlan volt a struktúránk, a rendszer bevezetésével ezt oldottuk meg. A tanúsító rendszerek közötti választáskor azért döntöttünk a 9001-es rendszer mellett, mert a minőségügyi rendszermodellek közül ez tekinthető a legmagasabb rendűnek, hiszen a tervezési és fejlesztési folyama-

filozófiát be tudjuk ültetni az orvosok és ápolók gondolkodásába.

„Magad, uram, ha szolgád nincs...”

– Valóban, többen „iparízúnek” tartják az ISO rendszert. Ez azonban nem így van. Jól képzett, jól felkészült és gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező minőségügyi tanácsadókra van szükség, akik egy speciális ellátórendszerre vonatkoztatva is segítenek értelmezni a szabvány követelményeit. Azok állítják ezt, akik valójában nem tudják, hogy ez a vezetőség eszköze arra, hogy megvalósítsa a stratégiáját, és a belső felülvizsgálati rendszer működtetése folytán a kórház hatékonyan működjön, természetesen nem feledve az alapvető célt, hogy minden annak értelmében történik, hogy az ellátottaink elégedettségét szolgálja a rendszer.

Sajnos, ezek a kényszerítő körülmények mindig az illetékesekhez jutnak el legkésőbb. Nem azért, mert nem olyan okosak, vagy nem olyan széles látókörűek, hogy ne látnák ennek a lényegét, hanem azért, mert az érdekeik nem azt szolgálják. Az érdekeik azt szolgálják, hogy bizonyos szabályozatlanság mellett ide-oda kicsússzanak a felelősség alól, hogy elmosódjanak az érdekek és a felelősségi körök is.



Műtét minősített körülmények között

Egy minőségügyi rendszer megléte és működtetése feltételezi azt, hogy nagyon konkrétan le legyen írva a tevékenységek menete is, definiálva a felelősöket, folyamatosan ellenőrizve, hogy minden a leírtak szerint működik-e. A szemléletváltozás nagyon nehezen ment. Már negyedik éve próbáljuk beültetni az új filozófiát a kórházi dolgozók gondolkodásában, de még időre van szükségünk.

Hatékonyabbak lettünk

Úgy érzem, az elmúlt néhány hónapban sikerült hatékonyabbá tenni a folyamatot, amióta új struktúra működik. Korábban a minőségügyi rendszer bevezetését osztályvezetői szinten delegáltuk, ez azonban nem volt hatékony. Jelenleg az ún. magteam – amely orvosokból és paramedikális szakemberekből áll, és amely orvos vezetője dr. Vancsó Ágnes – koordinálásával biztosítja az orvosi szakmaiságot. A különböző minőségügyi fejlesztési csoportok és a minőségügyi divízió nagyobb tömegeket tud megmozgatni, dolgozói szinten mélyebbre tud hatolni az új ismeretek és a minőségbiztosítási filozófia elfogadtatása érdekében. Az sem elhanyagolható, hogy négy év után már gyakorlati példákkal is tudnak szolgálni, a minőségbiztosítási fogalomrendet pedig sikerül úgy megérteni, hogy ne kelljen erőltetetten „egészségügyiiesíteni”. A második fontos eleme a minőségügyi rendszer működtetésének a folyamatos képzés, és természetesen a megfelelő szakmai jártassággal és képzettséggel bíró szakemberek alkalmazása. A külső tanúsításra önként kötöttünk szerződést, azért, hogy egy arra akkreditált szakmai testület „nézzen rá” a rendszerünkre, és ezáltal segítsen kizárni a belső vakaságunkból eredő hibákat. Ha nem lenne a rendszeres tanúsító audit, a minőségügyi rendszer naprakész életben tartásának célja is elmosódna. Az csak a management igényességét jelzi, hogy látni akarja rendszerének hiányosságait és hibáit, de a helyesbítő-megelőző filozófia működtetése a mi feladatunk. Úgy látjuk, az új struktúra azért lett eredményes, mert azelőtt ugyan feltártuk a hiányosságokat, de nem volt olyan rendszerezett tervsorozat, amely testületileg nézett volna rá, megtörtént-e a helyesbítés. Elkönnyeltük, hogy korrigáltuk a hibát, és azt mondtuk, legközelebb

is így teszünk majd. Ha azonban ez a filozófia nem épül be a gondolkodásmódba, kár minőségügyi rendszert működtetni, akkor kár vállalni egy ilyen nagy intézmény teljes minősítését, mert akkor úgy érezhetjük, elszigetelt marad a minőségügyi rendszer, és a segítő együttműködő szerep eltorzul. A mi értelmezésünkben a szakmai szabályok a tevékenységünkre vonatkozó jogszabályi előírások könnyebb értelmezését és teljesíthetőségét szolgálja. Hozzájárul az egységes értelmezéshez, segít a klinikumban és a háttér szolgáltatásban dolgozók számára tiszta vonalak mentén, rendezett körülmények között dolgozni. Ha ez automatikusan megvalósulna, nem lenne szükség minőségügyi rendszerre. Az egészségügyben a számonkérés hatékonyságának gyenge pontja a XX. század végén a szankcionálás és a szankcionálhatóság kérdése. A tanúsítvánnyal viszont jelezzük azt a képességünket, hogy olyan módszereket alkalmazunk a minőségre való törekvés elfogadtatása érdekében, amelyekkel sikerül a dolgozóinkat meggyőzni, hogy saját munkájukban a minőségre való törekvéssel egy intézeti törekvést tükröznek, hiszen a minőségbiztosítási rendszerek célja a bizalomkeltés a dolgozóknak a vezetés részéről, illetve összkórházi szinten a betegek bizalmának megszerzése és megtartása.

A regisztrálástól a távozásig

– A betegek biztosak lehetnek benne, hogy itt regisztrálástól kezdve a kivizsgáláson és kezelésen át, az intézetből történő távozásig minden tevékenység személyi és tárgyszerűségi háttérrel megbízhatóan, rendszeresen felülvizsgáltan működik. Gondolok itt a rendszeresen hitelesített, illetve kalibrált eszközökre, de akár az itt dolgozók tevékenységének felülvizsgálatára is. Ami rendszerünk működésének kulcsa, hogy nyitottak vagyunk a betegek véleményére, s a pontosan definiált és elfogadható igényekre az ellátás minőségügyi színvonalának érdekében vevők vagyunk. Ezért működtetjük a betegelégedettséget felmérő és kiértékelő rendszerünket. A rendszerben azonban továbbra is emberek dolgoznak, akik hibázhatnak. Olyan rendszert kell működtetnünk, ami a hibák megelőzését tudja szolgálni. E. Pickering szerint a kórház akkreditációjának előnye többek



Szigorúan ellenőrzött viszonyok

között, hogy javítja a kommunikációt, az orvosi dokumentációt, az orvosi munkavégzést, képzést, továbbképzést indukál, feltárja a pazarlást, véd a műhibaperekben. Korábban súlyos költségeket róttak a kórházra a műhibaperek, hiszen a biztosítók nem vállalták olcsón ezeket a terheket. Ha azonban a kórháznak jól működő minőségügyi rendszere van, ahol a beteg dokumentációját pontosan, tisztán átláthatóan vezetik, ez nem fordulhat elő. Az egyes lépések kiderülnek a beteg dokumentációjából, ami megvédi az orvost, ha esetleg peres eljárásra kerül sor. A statisztikákból kiderül, a kórházak általában dokumentációs hiányosságok esetén vesztenek pert, amikor nem volt nyomon követhető a felelősség, és hiába mondta az orvos, hogy ő mindent a szakma szabályainak megfelelően végzett, ha nem tudta ezt igazolni. Tanácsadó, döntés-előkészítő testület vagyunk, ahol szakreferensek dolgoznak, a főigazgató az, aki a kórház stratégiáját alapvetően jóváhagyja, illetve előzőleg megtervezi. Deklarálja a minőségpolitikát, leírja, melyek azok a fontosabb pontok vagy célok, amelyeket szeretnénk elérni, ezek megvalósulása érdekében a konkrét feladatokat a klinikum viszszejelzése alapján fogalmazza meg. A szakreferensi tevékenység azt jelenti, hogy mint referens, szakmai tanácsot adunk a kórház osztályainak a folyamatos minőség elérésének érdekében arra vonatkozóan, hogy minőségbiztosítási szempontból mint hogyan kell megvalósítani, közösen értelmezzük a szakmai szabályozást, az egységes minőségpolitikai irányelveket, a management felé pedig döntés-előkészítési

funkciónk van. A szakreferensek a magteammal, és a kórház egyéb minőségügyi felelőseivel dolgoznak együtt, jól képzett, minőségügyi szakképesítéssel rendelkező szakemberek.

Rendszeres megfelelés

Arra törekszünk, hogy folyamatosan a legmagasabb szintű, úgynevezett minőségügyi megbízotti szintet mindenki elérje, hogy auditorokként dolgozhassanak. Most rengeteg a munkánk, hiszen tanúsításkor szerződést kötöttünk, hogy a svájci rendszerű tanúsítási felülvizsgálatokat félévente végzik, hogy megnézzék, a leírtaknak megfelelően dolgozunk-e, és hogy ez mennyiben működik hatékonyan. A novemberi tanúsító auditot követően, a svájci rendszerű tanúsítói vizsgálatra május 11-én került sor. A tanúsító szervezet kiemelte, hogy jól látható a tervezett és folyamatos munka, amely egy ekkora rendszert mozgat meg. A tanúsítás sikere jelentős társadalmi presztízzsel jár. Tagjai vagyunk a Nemzetközi Minőség Klubnak, amelybe csak azon szervezetek nyerhetnek felvételt, amelyek a nemzetközi SHIBA-díjat, vagy a Magyar Nemzeti Minőség díját megszerezték. Mi 1997 óta SHIBA-díjasok vagyunk. Már csak ez is kötelez bennünket a minőségügyi színvonal megtartására. Számos nemzetközi minőségügyi szervezetnek is tagjai vagyunk, így például az Európai Minőségügyi Szervezetnek, amelyben testületi vezetői szerepet is betöltünk.

(Forrás: Jónás András Kórház, Minőségügyi divízió)

Minősegbiztosítással az Európai Unióba

AZ ISO 900x SZABVÁNYOKTÓL EGÉSZEN A TQM-IG ÉS MÉG TOVÁBB

Nem könnyű eleget tenni az ISO szabvány követelményeinek. Hosszú, hosszú időnek kell eltelnie az elhatározás pillanatától a tanúsítás megszerzéséig. És ez még nem minden. Ha sikerül is a tanúsítás, akkor sem lehet a megszerzett babérokon ücsörögni. Az eredményeket meg is kell tudni őrizni, és nem elég csak megőrizni, a tanúsított intézménynek a már megkezdett úton nem szabad, nem is lehet megállni. Előbb csak az ISO 9000, aztán TQM rendszer és így tovább. A felkészülés folyamata tanulással kezdődik. Előbb csak amolyan felvilágosító előadással, aztán kemény, sok ismeretet nyújtó oktatással. **Bernáth Lajost** kérdeztük, hogy van-e ellenállás a rendszer bevezetésével szemben a minősítésre jelentkező intézmény középvezetői körében?

• Van, és sok esetben nem is kevés. Tudomásul kell vennünk, hogy az újdonság, a fejlődés lehetősége nem mindenkit inspirál egyformán. Sokan vannak, akik megelégednek az addig elért eredményekkel, akik nem szívesen változtatnak megszokott tevékenységükön. Volt olyan esetünk is, éppen a Jósa András Kórházban, hogy valaki megkérdezte: milyen címen oktatjuk mi őket, és egyáltalán ki jogosított fel bennünket arra, hogy ilyen természetű munkát végezzünk?

• *Tényleg, ki hatalmazta fel Önöket, hogy az ISO rendszer bevezetésére felkészítsék a jelentkezőket?*

• A TÜV Bayern auditálta cégünket, mert bármilyen furcsán is hangozzon, a tanácsadóknak is meg kellett szerezni azokat az ismereteket, amiket elvárunk a frissen jelentkezőktől. Bizonyítanunk kellett, hogy képesek vagyunk, és a tudásunk is megvan hozzá, hogy másokat felkészíthessünk a tanúsítvány megszerzésére. Először 1992-ben, a Magyar Szabványügyi Hivatal szabályai szerint szereztünk akkreditálást, majd 1995-ben a nemzetközileg is tekintélyes TÜV CERT minősítésre érdemeztették cégünket.

zileg is tekintélyes TÜV CERT minősítésre érdemeztették cégünket.

• *Hogyan kezdenek hozzá egy intézmény vagy vállalkozás felkészítéséhez?*

• Kórházi vonatkozásban úgy kezdünk a munkához, hogy kiválasztjuk az intézet néhány kulcspozícióban dolgozó vezetőjét, nevezzük őket magteamnek, akiket felkészítünk az alapokra, akik aztán a hajtóerőt jelentik a munka további elvégzésében. Ezután, már a team segítségével felmérjük az adott kórház körülményeit, ezeknek az eredményeknek a birtokában pedig a felső vezetést képezzük ki, majd kidolgozzuk a minőségi rendszer dokumentációit. Maga a felkészítési folyamat igen hosszú, a Jósa András Kórházban ez három esztendő vett igénybe, és egy ilyen beszélgetés keretében nincs is mód minden egyes lépésről beszámolni, legyen elég annyi, hogy a felkészülési időszak végére áttekinthetővé, ésszerűvé, és ami szintén nagyon fontos, kiszámíthatóvá válik az intézmény munkája, s ami nem csekély eredmény, ez a folyamat anyagi megtakarítással is jár.

• *Mennyibe kerül egy ilyen minősegbiztosítási rendszer bevezetése?*

• Nem olcsó mulatság a tanúsítvány megszerzése, de az eddigi tapasztalataink birtokában nyugodtan állíthatom, hogy megéri a ráfordítást. A költségekhez az állam is hozzájárul, pályázat útján a kiadások ötven százalékát is meg lehet kapni, bár az is igaz, hogy az egészségügy területén még csak tervezik az ilyen jellegű támogatások bevezetését. Az mindenképpen biztató, hogy a minisztériumban is felmérték a minősegbiztosítás alapvető fontosságát. Túl azon, hogy az ilyen rendszerben működő gazdasági egységek költségei lényegesen csökkennek, újabb piacok megszerzése ma már csak a sikeres audit birtokában lehetséges. Ez vonatkozik az egészségügyre is. A határok lebontásával egyre inkább előtérbe kerül a gyógyturizmus, és bizony a nyugati utazási irodák szinte kizárólag olyan egészségügyi intézményekkel kötnek szerződést, amelyek már rendelkeznek a minősegbiztosítás valamelyik fokozatával. Ez nem valami kukacskodás a részükről. Egy-

szerűen azért ragaszkodnak ezekhez a feltételekhez, mert az ottani egészségbiztosítók csak az auditált kórházakban végzett gyógyítómunkáért hajlandók finanszírozni a költségeket. Ami azt is jelenti, hogy sok esetben például egy családi vállalkozásként működő fogorvosoknak is meg kell szerezni a tanúsítványt.

• *Milyen fokozatai vannak a ISO rendszernek? Gondolom egy kis létszámú bt-nek nem érdemes a legmagasabb besorolással kezdeni.*

• Ez nem így van. Az alkalmazandó szabványt a szervezet tevékenységének függvényében kell megválasztani. Kétségtelen azonban, hogy a 9001-es szabvány tartalmazza a legteljesebb követelményrendszert, ráadásul az alacsonyabb fokozatok a következő esztendőktől várhatóan megszűnnek.

A minősítés, bármennyire is elcsépeletnek tűnik a kifejezés, belépőjegyet jelent az Európai Unióba, és aki elmulasztja ennek megszerzését az hátrányba kerül a gazdasági élet minden területén, még a gyógyítómunkában is, ahol a vezetési munka javításának, fejlesztésének első lépéseit jelenti egy jól működő minősegbiztosítási rendszer.



Az oktatógárda

Kérdezz-felelek

K: *Melyek a keresztesvirágú zöldségek?*

V: A keresztesvirágúak mind egy növénytani nemzetségben vannak a mustárnövényekkel. Ebbe a csoportba tartozik a brokkoli, a karfiol, a káposzta, a karalábé, a kínai kel, a kelbimbó és a kelkáposzta. Ezek a zöldségfélék olyan anyagokat tartalmaznak, amelyek növelik a karcinogénokat semlegesítő enzimek termelését, megelőzve ezzel a rákhoz vezető sejtkárosodásokat. Egyes kutatások szerint pedig olyan anyagok is megtalálhatók bennük, amelyek kioltják az ösztrogén mellrákot okozó hatását. Sok növény ezek közül más egészséges összetevőt is tartalmaz, így karotinféléket és C-vitamint, amelyek szintén segítenek megelőzni a rákot.

K: *Egészséges kiegészítő-e a sörélesztő?*

V: Elsősorban a B12-vitamin miatt fogyasztunk sörélesztőt vagy étkezési élesztőt. Ezeket az élesztőfajtákat levesekben, egytálételekben használják, vagy spagettire szórják. Az ízük a dióéra vagy a sajtéra emlékeztet; általában az étkezési változatot jobban kedvelik. Mindkét típus különbözik azonban a sütéshez

használatos élesztőtől. Egy kevés étkezési élesztő nem okozhat gondot, de aki egészséges, kiegyensúlyozott (zöldségalapú, tejterméket, húst, halat és szárnyasokat tartalmazó) étrenden él, annak elegendő B12-vitamin jut a szervezetébe, tehát nincs szüksége élesztőre.

K: *Lehet-e táplálkozási oka annak, hogy mindennap sok hajszálamat veszítem a fésülés közben?*

V: A hajhullás normális folyamat, de a túl sok elvesztett hajszál arra utal, hogy 2-4 hónappal ezelőtt valamilyen stressz érte, mondjuk magas láz, műtét, gyermekszülés, gyors súlyvesztés. A hajhulláshoz egyébként nem köthető pontosan egyetlen vitamin vagy ásványi anyag hiánya sem. Ellenőrizze, hogy szervezete elegendő proteinhez (ebből épülnek fel a hajszálak), illetve kalóriához jut-e. Ha szigorú diétán van, akkor enyhítsen ezen egy kicsit, és találjon egy megfelelőbb, kiegyensúlyozottabb étrendet. Ha nagyon kevés húst és tejterméket eszik, akkor mindennap egyen valamilyen növényi proteinforrást, például babot vagy diót, mogyorót.

JÓ ÉTVÁGYAT!

GYÜMÖLCSÖS BURGONYASÜTEMÉNY

50 dkg burgonya, 15 dkg rétesliszt, 15 dkg finomliszt, 2 dkg élesztő, 1 dl tej, 1 teáskanál cukor (az élesztőhöz), 5 dkg vaj, 8 dkg cukor, 5 dkg darált dió, tetszőleges gyümölcsök.

A burgonyát héjában puhára főzzük. Az élesztőt 1 teáskanál cukorral langyos tejben felfuttatjuk. A lisztet egy mély tálba szitáljuk, hozzáadjuk a cukrot, a sót, a darált diót, a vajat, az összetört burgonyát és végül az élesztőt. Puha tésztát gyúrunk, majd letakarva meleg helyen duplájára kelesztjük. Miután megkelt, lisztezett deszkán lazán átggyúrjuk, formára nyújtjuk és kivajazott tepsibe rakjuk. Még 1 órát pihentetjük, majd rászórjuk a gyümölcsöt. Előmelegített sütőben körülbelül 15 percig teljes lángon, majd a lángot közepesre mérsékelve még 20 percig sütjük. Sütőből kivéve fahéjas cukorral meghintjük. Elkészítési idő: körülbelül 2 óra.

Egészség az étlapon

Zsuzsa ebédre nyers zöldségekből készült salátát eszik sült pulykamellel, desszertnek pedig gyümölcssalátát választ. Zoltán ebédidejéből annyira futja, hogy gyorsan lenyomjon egy sültkolbászt hasábburgonyával, de a porció felét meghagyja, mert újra kínozni kezdi gyomorfájdalma. Dóra nem ebédel, ehelyett csokoládét és chipset rágcál délután.

Valószínűleg mindhárman ugyanannyi kalóriát ettek meg, de egészségüknek mégsem tettek ugyanolyan szol-

gátat. Milyen is az egészséges táplálkozás? A Német Táplálkozási Társaság kialakított egy úgynevezett „táplálkozási kört”, amelynek tanácsaival most megismerkedhetnek. A táplálkozási kör az ételeket hét csoportba osztja. Minden csoport élelmiszerei tartalmaznak tápanyagokat (fehérjét, zsírt és szénhidrátot), ásványi anyagokat, vitaminokat, nyomelemeket, rostanyagokat és vizet – természetesen nagyon különböző mennyiségben és elosztásban.

Arcpír gabonából

Ezek az élelmiszerek azért olyan fontosak, mert sok vitamint, ásványi és rostanyagot tartalmaznak. Néhány szelet teljes kiőrlésű kenyér vajjal vagy sajttal – a nap legjobb kezdete. Ugyanilyen kiváló, ha gabonapelyhes müzlit reggelizünk. Főételeinkhez fogyaszthatunk bőven barna rizst, kölest vagy búzacsrát.

Gabonapelyhek: A zabpehely ellátja szervezetünket növényi fehérjével, vitaminokkal, ásványi és rostanyagokkal. A zab, a rozs, a búza és a köles teljes magként vagy őrölve, esetleg szexámmaggal keverve teljes értékű müzlialapot képez. Fogyaszthat boltban vásárolt müzlit is, csak arra ügyeljen, hogy ne tartalmazzon csokoládét és cukrot.

Teljes kiőrlésű kenyér: A sok ásványi anyag mellett igen gazdag rostanyagokban is. Ha ezek hiányoznak ételünkben, székre-

kedés és bélbetegség lehet a következmény. Próbálja meg rászoktatni magát arra, hogy a kenyeret vastagabban szelje, de kevesebb vajat, sajtot tegyen rá. A teljes kiőrlésű kenyérrel szemben a hagyományos zsemle és sütemények szinte egyáltalán nem tartalmaznak rostanyagokat.

Burgonya: Régen úgy tartották, hogy a burgonya hízlal. Ma már tudjuk, hogy ez az állítás nem állja meg a helyét. A burgonya fontos tápanyagokat tartalmaz, és relatíve kalóriaszegény. Csak a zsíros szószok teszik a burgonyából készült ételeket igazi kalóriabombákká. A sós vízben főtt burgonya laktató, és gyakorlatilag zsír nélküli körítés, a héjában főtt burgonya pedig különösen egészséges, hiszen azok a tápanyagok, amelyek közvetlenül a héj alatt vannak és a hámozással elvesznének, ebben a formában megmaradnak.

Mindennapos nyavalyáink: a szívbetegségek

A REHABILITÁCIÓ SZÜKSÉGESSÉGE ÉS FONTOSSÁGA A SZÍVBETEGSÉGEK KEZELÉSÉBEN

A mozgás jelentőségére vonatkozó első adat évtizedekkel ezelőtt arról szólt, hogy a londoni autóbuszvezetők között gyakoribb a szívinfarktus, mint az autóbuszkalauzok között. Az epidemiológiai felmérések ugyanakkor azt is bizonyították, hogy a buszvezetők átlagos testsúlya és vérnyomása is magasabb volt a kalauzoknál talált értékeknél. A mozgásszegény életmód – ahogy arról már korábban szó volt – közvetlenül is veszélyeztető tényezőnek, rizikófaktornak tekinthető abban a tekintetben is, hogy elősegíti más rizikófaktor (elhízás), illetve betegség (magas vérnyomás) kialakulását.

Joggal merül fel a kétely: mennyiben bizonyított az a felfogás, hogy a testmozgás hasznos és veszélytelen szívbetegség után. A testmozgás, a szív és a keringési rendszer veszélytelen terhelhetőségének megállapítása ugyanolyan orvosi feladat, mint a szükséges gyógyszerekre vonatkozó javaslat. Orvos által ellenőrzött körülmények között kell meghatározni azt a terhelési fokozatot, ami nem okoz panaszt vagy olyan eltérést, ami a szív vérellátási zavarára utal. Fontos tudni, hogy a szív keringésének zavara panasz nélkül is előfordulhat.

A kíváncsi és a veszélytelen terhelési szint meghatározása után a heti 4–5 alkalommal 50–60 perces mozgás a szív és a keringési rendszer ökonomikus működésének kifejlődését segíti elő, hozzájárul ahhoz, hogy a szívben oly módon változzon meg a vérellátás, amely gátolja újabb szívinfarktust kialakulását. A terhelés nagyságának mérésére a MET-et (metabolikus egyenértéket) használjuk, amely az oxigénfogyasztás mérésén alapszik. A nyugalomban lévő egyén 1 MET-nek megfelelő oxigént fogyaszt (1 MET = 5,5 ml oxigén/testsúlykg/perc).

A különböző tevékenységekhez tartozó oxigénfogyasztás nagyságát a következő táblázat szemlélteti:

OXIGÉNFOGYASZTÁS (Tevékenységi forma)

- 1 MET nyugalomban „basalis körülmények között”
- 2 MET öltözködés, zuhanyozás, ágyazás, lépcsőn lefelé járás
- 5 MET közösülés, kertészkedés, sétálás, 1–2 emelet megtétele felfelé
- 7 MET kocogás, teniszezés, síelés

SZÍVBETEGEK REHABILITÁCIÓJA

TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS

Az Egészségügyi Világszervezet a szívbeteg rehabilitációját a következőképpen határozta meg: „Rehabilitáción azon tevékenységek összességét értjük, amelyek lehetővé teszik a beteg számára a lehető legjobb fizikai, szellemi és szociális körülményeket, hogy azok saját kezdeményezésük alapján elfoglalhassák helyüket a társadalomban..., ezért... a rehabilitáció nem tekinthető a kezelés különálló formájának, hanem azt integrálni kell a terápia egészébe, amelynek egyik részét képezi.”

A szívbeteg rehabilitációján tehát azt a folyamatot értjük, amelynek során a beteg alkalmassá válik életkorának megfelelő fizikai aktivitás és képzettségének megfelelő tevékenység folytatására. Ennek megfelelően beszélünk fizikai és foglalkozási rehabilitációról.

A szívbeteg rehabilitációjának története összefügg a szívinfarktus kezelésével, a rehabi-

litáció módszerének kialakulása pedig az elmúlt ötven év eseményeihez kapcsolható.

A szívinfarktust mint betegséget 1912 óta ismerjük, ekkor írta le egy *Harrick* nevű orvos. Sokáig úgy tartottuk, hogy a szívizom elhalását követő hegyszövet teljes kialakulásáig – 6–8 hétig – a beteg teljes ágyynyugalmat igényel. Az orvosok évtizedekig a gyógyulás után is csak minimális mozgást engedtek betegeknek, és olyan „kimerítő” fizikai aktivitástól, mint amilyen a lépcsőn járás, a beteget örökre eltiltották. Érthető a fentiek alapján, hogy a munkába való visszatérés (munkaköri rehabilitáció) szinte sohasem valósult meg.

Lényeges változás következett be az infarktusos betegek kezelésében, amikor *Levine* és *Lown* megkérdőjelezték a tartós ágyynyugalom hasznosságát, és bevezették a „karosszékezelés”-t: azt javasolták, hogy az infarktusos beteg a nap nagyobb részét karosszékekben töltsen, mivel az ülés a legkevesebb energiát igénylő testhelyzet, jobban kíméli a szívet, mint a fekvés. *Newman* és munkatársai közleménye 1952-ben igazi szenzáció volt, ugyanis beszámoltak arról, hogy 4 héttel az infarktus után a betegeknek 5–5 perces sétát engedélyeztek, és ezt a betegek tünet- és panaszmentesen végrehajtották. A kardiológusok ezt követően egyre inkább a korai mozgás (a mobilizáció) hasznosságának hirdetőivé váltak. *Brummer* 1956-ban már két héttel a betegség kezdete után engedélyezte a betegek normális aktivitását. A további vizsgálatok nemcsak azt bizonyították, hogy a betegek korai mobilizációja veszélytelen, hanem azt is, hogy a tartós – és feleslegesen hosszú – ágyynyugalom káros, mert a betegek kondíciójának romlásához, illetve szövődmények kialakulásához vezethet. Az elmúlt 50 év fejlődését legjobban akkor

tudjuk felmérni, ha arra gondolunk, hogy jelenleg az Egyesült Államokban a szövődménymentes kórelfolyású infarktusos betegek összesen 6–7 napot töltenek kórházban. A kórházi elbocsátás előtt – rutinszerűen – terhelésvizsgálatot végeznek azért, hogy a további teendők (szívkatéterezés, szívműtét stb.) eldönthetők legyenek.

A fentiek lényege, hogy a normális aktivitáshoz való visszatérés, a mozgás nemcsak a szívbeteg kezelésének egyik célja, hanem egyben a kezelés egyik formája is. A rehabilitáció a kezelés módszere és célja egyszerre.

KIKNEK VAN SZÜKSÉGÜK REHABILITÁCIÓRA?

Azon szívbeteg, akinek olyan szívbetegsége van, amely rövidebb-hosszabb ideig lehetetlenné teszi eredeti tevékenységük folytatását, rehabilitációra szorulnak. A mindennapi gyakorlatban leginkább szívinfarktust, szívűtétet követően merül fel a rehabilitáció szükségessége, de angioplasztika után is hasznos.

MILYEN TEVÉKENYSÉGEKNEK KELL SZEREPELNÜK A REHABILITÁCIÓS PROGRAMBAN?

A rehabilitáció első formája a fizikai rehabilitáció volt, és a fizikai tréning manapság is a legelterjedtebb módja az ilyen irányú tevékenységnek, a beteg rehabilitációjának. A fizikai tréningen túlmenően a pszichés rehabilitáció is segítheti a beteget eredeti tevékenységük visszaállításában, illetve a nagyobb beavatkozásokat (pl. szívűtét) követő szorongás oldásában. Az általános pszichoterápián túlmenően speciális pszichológiai beavatkozás csak azon betegek-nél indokolt, akiknél ennek szükségessége a megkezdett rehabilitációs tevékenység során felmerül.

Keleti diagnosztika

1. ALAPELVEK

A szem a lélek tükre – tartották az ókori görögök. Az arc az egész személyiségé, az életben átélt örömké, szenvedéseké, amin az értő ember sok-sok betegség tünetét akár kezdeti stádiumban, még a fájdalom jeletkezése előtt felfedezheti. Keleten, például Kínában vagy a magas hegyek közt rejtőző Tibetben a gyógyítóknak nem voltak a nyugati országokban megszokott, korszerű diagnosztikai eszközeik. Ők az ösztöneikre, tapasztalataikra támaszkodva – amelyek között most is előkelő helyet foglal el a fiziognómia – az esetek igen nagy részében tökéletes diagnózist állítottak föl a betegről. Ma már az orvosok közül is sokan úgy vélik, hogy évezre-des tudásukkal érdemes megismerkedniük, akkor is, ha elutasítják a filozófiáját. Ismertetőnk *Michio Kushi*: Az arcod nem hazudik c. könyve alapján készült.

A keleti orvoslás alapelve, hogy nem a tüneteket, hanem az egész embert kezeli. Ennek lényege a jin és jang elmélet: a világon minden, beleértve az egész világegyetemet, két ellentétes elemből, a jimből és a jangból áll, amelyek folyton egymásba alakulnak át. Egymás antagonistái, ám egymás nélkül nem léteznek és szakadatlanul változnak. Épp úgy, ahogy fény nélkül nincs árnyék, fent nélkül nincs lent, hideg nélkül nincs meleg. Az ellentét törvénye a Tao-tő-king megfogalmazásában így szól: „Az Egyből lett a Kettő, és a Kettőből született a Minden”. A megértéshez feltétlenül ismernünk kell a *George Ohsawa* által felállított alapelveket és tantételeket, amelyekben ugyanúgy találunk közhelyszerűen egyszerű megfogalmazásokat, mint elvont, homályosnak tűnő tantételeket:

A világegyetem rendjének hét alapelve:

1. Minden dolog az Egyetlen Végtelen szétágazódása.
2. Minden változik.
3. Minden ellentét kiegészíti egymást.
4. Nincs két egyforma dolog.
5. Aminek eleje van, annak hátulja is van.
6. Minél nagyobb valaminek az eleje, annál nagyobb a hátulja.
7. Aminek kezdete van, annak vége is van.

Az egyesítő elv 12 tantétele:

1. Az Egyetlen Végtelen ágazik jinné és janggá, két pólussá, amely két pólus a végtelen centrifugalitás geometriai elágazási ponthoz érkeztekör jön létre.
2. A jin és jang folyamatosan alakul ki ebből a végtelen centrifugalitásból.
3. A jin centrifugális (középpontból távolodó). A jang centripetális (középpontba közelítő). A jin és jang együtt hozzák létre az energiát és minden jelenséget.
4. A jin vonzza a jangot, a jang vonzza a jint.
5. A jin taszítja a jangot, a jang taszítja a jint.
6. A taszítóerő a hasonló összetevők közti különbséggel arányos, a vonzóerő pedig az egymáshoz nem hasonlítható összetevők közti különbséggel.
7. Minden jelenség múlandó, és a bennük lévő jin- és jangtartalom szüntelenül változik.
8. Mindennek két pólusa van. Nincs olyan dolog, amely csak jin, vagy csak jang lenne.
9. Semmi sem semleges: mindig a jin vagy a jang van túlsúlyban.
10. A nagy jin vonzza a kis jint. A nagy jang vonzza a kis jangot.
11. Határhelyzeteikben a jin jangot, a jang jint hoz létre.
12. A természetben található minden forma és dolog jang a közepén és jin a felszínén.

(Következik: A jin és jang tulajdonságai, a szervek osztályozása)

Kozákné Biró Katalin

Mentálhigiéné

A mentálhigiéné a lelki-egészség védelmével, megtartásával, vagy helyreállításával foglalkozó interdiszciplináris tudomány, mely Magyarországon az utóbbi 10 évben fejlődik rohamosan.

A fogalom egyaránt jelent elméletet, gyakorlatot, de jelent társadalmi szinten kívánatos meg nyilvánuló pozitív mentálhigiénés szemléletet, mely középpontjában az ember holisztikus szemlélete áll. A szociálpolitika mellett a mentálhigiéné is része az emberek támogatását „hálónak”, központi gondolata, célkitűzése a lélek egészségvédelme.

Átalakulóban lévő társadalmunkban fontos, hogy a nemzetet átfogó prevenció célkitűzések váljanak valóra, de helye van minden, az adott környezethez alkalmazkodó regionális, helyi, esetleg egy intézményre vonatkoztatott kezdeményezéseknek is, amelyek pozitív hatásával megelőzhetik, vagy csökkenthetik a mentális veszélyeztetettség fokát.

Buda Béla szerint: „A mentálhigiéné a mai, legfőbb irányvonalaiiban és tevékenységeiben értelmezett formái nemcsak bekapcsolhatóak lehetnek a népegészségügy rendszerébe, hanem szinte ott jelölhetők meg optimális helyük.” Ily módon a mentálhigiénés szemléletnek kapcsolódnia kell a betegellátás minden fázisához. A kapcsolódási pontot többek között a beteggel való kommunikáció jelentheti, amely általában is szolgálhat a feszültségelvezetés, a stresszoldás csatornájaként.

A megyei önkormányzat Jósza András Kórház mentálhigiénés szolgálat működtetésével is ezen szemlélet valóráváltását segíti.

A szolgálat célkitűzése a következő:

A kórházi ellátásban részesülő beteg (kliens) gyógykezelés során keletkezett félelmének, szorongásának kezelése, vagy a hozott mentális terhek oldása, reális jövőkép felvázolásával a gyógyulás folyamatának segítése.

A közreműködő szakemberek köre: pszichológus, mentálhigiénikus, lelkes-mentálhigiénikus, lelkész.

Az intézmény a szakemberek összetételével is választási alternatívát kíván nyújtani az ellátásban résztvevőknek. A szakemberek tevékenysége kétirányú, munkájukkal kapcsolódnak a gyógyító osztályok tevékenységéhez, másrészt igény szerint a dolgozók irányából érkező segítségkérést is fogadják.

A szakemberek a helyzetből adódóan többnyire az egyéni esetvezetés módszerét alkalmazzák, de a speciális célra szerveződött csoportok (esetmegbeszélő, önismereti) vezetését is ellátják. A kórtermeken túl a kliens és a terapeuta találkozási pontjának, valamint a csoportfoglalkozások lebonyolításának a „Gondolatváltó” elnevezésű helyiség ad zavartalan otthont.

A mentálhigiénés szakemberek munkájukkal kapcsolódnak az osztályok tevékenységéhez, a gyógyító teammel a beteg érdekét követő kommunikációs kapcsolat működik. Hasonlóképpen szoros munkakapcsolat él a mentálhigiénés szakemberek, valamint az intézmény szociális csoportja között, így alkotva „hálót” az intézmény keretein belül.

Ehhez a szervezethez kapcsolódóan egy civil szerveződés is ténykedik az intézményben, a Kamillianus családok önkéntes segítő tábora, akik Szent Kamill szellemében végzik a beteglátogatást, és nyújtanak lelki támogatást a rászorulóknak. Ily módon jelenlétükkel él az intézményben a közösségi mentálhigiénés szemlélet irányvonala is.

A másokhoz, a rászorulókhöz való odafordulást méltóan a próféta szép gondolatával lehet bemutatni:

„Keveset adsz, amikor a te tulajdonodból adsz. Amikor önmagadból adsz, igazán akkor adakozol.”

Szekérmé Ilyés Erzsébet
mentálhigiénikus

Nemzeti Minőség Klub

SÁRGAHÁZI KRÓNIKA • SÁRGAHÁZI KRÓNIKA

Hatodik alkalommal tartotta ülését a Nemzeti Minőség Klub, melynek helyszíne a nagykállói Pszichiátriai Szakkórház volt. Az ülés résztvevői névsorából kitűnt, hogy az egészségügyet képviselő 4 kórház is tagja lehet már a Nemzeti Minőség Klubnak.

A klub első ízben hozta reflektorfénybe az egészségügyi intézmények „úttörőit”, akik elindultak, és mára már jól is haladnak a minőségbiztosítás göröngyös útján. Mindenféleképpen példaértékű az az elszántság és tenniakarás, amellyel haladunk a nehéz feladatokkal való küzdelemben.

A nagykállói, a bajai és a zalaegerszegi kórház részéről – a gyógyítás-ápolás mellett – a minőségbiztosítással is foglalkozó munkatársak előadásait, beszámolóit hallgat-

ták nagy érdeklődéssel az ipari szféra képviselői, akiknek az „egészségügyi téma” kuriózumként hatott.

A résztvevők részletesen megvitatták a gyógyítás, az ápolás, a teljesítményen alapuló finanszírozás és a minőségügy témakörét.

Minden „klubtagban” az nyert megerősítést, hogy érdemes lesz később visszatérni az egészségügyhöz.

Nagyon imponált Rózsa András, a Herendi Manufaktúra Rt. mb. igazgatójának záró mondata, amely ha jól emlékszem, így szólt:

„Holnap, ha visszaérek, elmondom munkatársaimnak, nem bántam meg, hogy 700 km-t utaztam. Megérte.”

Köszönjük!

Jné



Új tüdőgondozó

IMPULZUS • IMPULZUS • IMPULZUS

A Szatmár-Beregi Kórház műszaki igazgatósága és üzemeltetési igazgatósága megtekintette a fehérgyarmati tüdőgondozót, és az ott tapasztaltak alapján úgy látták, hogy a biztonságos üzemeltetés feltételei a továbbiakban az adott épületben nem biztosíthatók. Az épület állaga a hőterhelés és a belvíz hatására véglegesen leromlott. Határozat született a tüdőgondozó kiköltöztetéséről, valamint arról, hogy az új épület elkészültéig a szűrővizsgálatok zavartalan elvégzésének lehetőségét a kórház területén, szűrőbusz igénybevételével biztosítja az intézmény vezetése. Mivel a tüdőgondozó épületénél már korábban is jelentkeztek problémák, az áthelyezésre vonatkozóan több terv is volt az elmúlt időszakban.

Az építkezés nem a rekonstrukciós programon belül való-

sul meg. A megyei önkormányzat fő koordinátori és finanszírozási szerepet vállalt a megye tüdőgondozó hálózatának fejlesztésében. Ennek a programnak a keretében területfejlesztési források igénybevételel kezdődhet meg az új tüdőgondozó felépítése. Az épület tervrajzai elkészültek, jóváhagyásra kerültek, és rövidesen megkezdődhetnek a terep-előkészítési munkálatok is. Az orvosszakmai programoknak megfelelő gép-műszerek megrendelésre kerülnek, így időben történő telepítésük és beüzemelésük biztosított. A tervek szerint az őszre elkészül a tüdőgondozó, amelynek alapterülete közel 340 négyzetméteres lesz, és várhatóan a kor követelményeinek megfelelő színvonalú ellátás lesz benne biztosítható.

Sz. Á.

A kórház a városé marad

SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK

A mátészalkai képviselő-testület 1999. április 1-jén tartott ülésén 6. napirendi pontként került megtárgyalásra a középfokú oktatási intézmények és a Területi Kórház helyzete. Felmerült, hogy az intézményeket esetleg a megyei önkormányzat kezelésébe adják ki.

Hosszas megbeszélés, az érdekek és a célok részletes elemzése után a képviselő-testület úgy döntött, hogy mind a középfokú intézmények, mind a Területi Kórház a helyi önkormányzat kezelésében marad.

Ez intézményünk számára biztosíték arra, hogy a betegellátás jelenleg elért színvonalára nem csökken, osztá-

lyok nem kerülnek bezárásra, és az elkezdett szerkezet-átalakító munkák tovább folytathatók. Azzal, hogy az önkormányzat vállalt minket, az intézet számára biztos a háttér, nekünk munkánkkal kell biztosítanunk, hogy rászolgáltunk a bizalomra.

A területeken élő betegek minőségi ellátásának biztosítása az intézmény és a tulajdonos önkormányzat vállán nyugszik. Azzal, hogy a hivatal immár teljes egészében sajátjának tekint minket, a teljes körű felelősséget vállalja a működésünkért.

Az intézmény vezetése és dolgozói minden erejükkel azon legyenek, hogy a megelégedett bizalomnak megfeleljenek.

Köszönet a jóért

SÁRGAHÁZI KRÓNIKA • SÁRGAHÁZI KRÓNIKA

Nemrégiben a nagykállói kórház pszichiátriai osztályán feküdtem. Sajnos, az ünnepeket is ott töltöttem. Még mindig jó érzéssel gondolok rá, milyen kedves kis megemlékezést tartottunk a betegek közreműködésével. Nemcsak magam, de a betegársaim nevében is mondhatom, nagyon jólesett, amikor

mindenki feledtetni próbálta velünk, hogy a családuktól elszakadva itt kell tölteni a napjainkat. Sok minden számít, de a legfontosabb mégis a szeretet, a sok-sok gondoskodás, ami hozzájárul a gyógyulásunkhoz is. Én csak a legjobbakat tudom elmondani az intézményről.

B. Józsefné, Piricse

Látogatói etikett

SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK

Az osztályos házirendet mindig tartsuk szem előtt. A látogatásokat reggel 8 és este 8 óra közé próbáljuk korlátozni. Ne tömegesen látogassunk. Ne üljünk a betegek ágyára, mert a kórházban ez a szűk tér az otthona is a páciensnek. Ne üljünk szomszéd beteg ágyára sem, mert ez még nagyobb udvariatlanság és higiéniai szempontból

is veszélyes. Telefonon az osztály és a betegek nyugalmát nem zavarva keressük hozzátartozóinkat, lehetőleg a délutáni órákban. Este 21 óra után már otthon sem illik telefonálni, csak sürgős esetekben. A kórtermekben betegvizsgálat, kezelés, vizit, takarítás, osztályátadás, tisztába tévés ideje alatt a látogató nem tartózkodhat.

Kommunikáció az ápolásban

SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK

A gyógyítás folyamatában a beteg leggyakrabban az ápolónővel találkozik – ezért tekintethető ez a forma a leggyakoribb kommunikációnak. Az érintkezés, a kapcsolat nemcsak verbális (szóbeli), hanem testi érintést, érintkezést is jelent, mégpedig nagyobb gyakorisággal, mint ez a gyógyító személyzet más tagjaival történik.

Ilyenkor a figyelem kiterjed a beteg arckifejezésére és szemmozgására, gesztusaira, testbeszédére, testhelyzetére, de a hangminőségére, szóhasználatára, a beszéd ritmusára, tónusára, hangerejére is – szinte a harmadik füllel is figyelni kell, hogy a beteg egész üzenetét megértjük. A csend is lehet közlés. Amikor a beteg megtagadja a beszélgetést az ápolónővel, ezzel nagyon sok mindent közöl.

Az aktív hallgatás követelményei és előfeltételei:

1. az ápolónőnek akarnia kell figyelni

2. az ápolónőnek képesnek kell lennie arra, hogy felfüggeszse ítéletalkotását, vagyis el kell fogadnia a beteget

3. az ápolónőnek hagynia kell, sőt bátorítania kell a beteget érzelmi kifejezésére

4. az ápolónőnek tisztában kell lennie a beszélgetés során a beteg személyes érzelmeivel.

Ha eleget tett az ápolónő az előbb felsorolt feltételeknek, pszichésen készen áll az aktív meghallgatásra, a valódi odafigyelésre. A pszichés készség és készenlét azonban nem elég. Nagyon fontos az empátia, a beleérző képesség, de ennek meglétét a beteggel tudni kell érzékelteni.

Szabó Katalin
ápolási
igazgató

Az IIASA-SHIBA díjról

SÁRGAHÁZI KRÓNIKA • SÁRGAHÁZI KRÓNIKA

TQM – Minőségfejlesztő Módszer – tartós fejlesztésnek folyamatos segítése.

A díjat első évben – 1988-ban elért eredmények alapján – 1989-ben adták ki. Azóta a pályázatokon a részvétel folyamatos. Szakkórházunk számára a díjra történő pályázat vonatkozásában két év az, amelyik nagy jelentőséggel bír.

1996, amikor a pályázat feltételeiről 30 vállalat, illetve intézmény érdeklődött, 10 jelezte részvételi szándékát, és a visszalépések után 5 pályázat érkezett be.

A pályázatok értékelését 8 tagú – kiváló minőségügyi szakemberekből álló – zsűri végzi el.

A zsűri elnöke:
Kálmán Albert,

az Ipari és Kereskedelmi Minisztérium képviselője. Ebben a döntésben egy első és egy második díj, egy oklevél került kiadásra, melyeket szakkórházunk kapott meg.

A második fontos év életünkben: 1998. Ekkor újra pályáztunk a IISA-SHIBA díjra. Örömmel tájékoztatjuk az olvasót, hogy ezúttal a mi intézetünk kapta meg az első helyezést, így az IIASA-SHIBA díj boldog tulajdonosa lehetünk.

Ezúton is köszönetünket fejezzük ki a 8 tagú zsűri bölcs és számunkra kedvező döntéséért. Meggyőződésünk, hogy itt megállni nem szabad, kizárólag a továbbhaladás lehet a cél a minőségügyi fejlesztése útján.

Csikai Sándorné

Modernebb ellátás

SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK • SZÍVÜGYÜNK

Kórházunkban 518 ágyas 12 fekvőbeteg-osztály és 35 különféle szakrendelés, gondozás áll betegeink rendelkezésére.

Éves költségvetésünk kb. másfél milliárd forint, ebből kell gazdálkodnunk. Évente körülbelül 20 000 fekvő és 250 000 járó beteget látunk el.

Már eddig is több olyan speciális szakrendelést, vizsgálatot, műtéti eljárást sikerült bevezetnünk, amely a lakosság számára a jelenleg Magyarországon elérhető legkorszerűbb. Ilyenek például a genetikai tanácsadás, a gasztroenterológiai, proctológiai szakrendelés, a csontritkulás ambulancia. Terveink között szerepel még gyermeki allergológia, gyermek kardiológia, emlőszakrendelés megindítása,

csontsűrűségmérő készülék és mammograph (emlőrontgen) beszerzése. Ezek beindulásáról a lakosságot a sajtón és a háziorvos kollégákon keresztül értesítjük, hogy ezzel is komfortosabbá tehesük intézetünket.

A felesleges és sokszor idegőrlő várakozási idők csökkentése céljából szeretnénk lehetőséget adni betegeinknek az előjegyzés alapján (akár telefonon is) történő konzultációs időpont kérését, ezáltal az egyes szakrendelők, ambulanciák zsúfoltságát csökkenteni. Természetesen ezt az ellátási területünk közlekedési viszonyai, a vasúti és az autóbussenmenetrend is befolyásolja.

Dr. Nagyházi Árpád
főigazgató

Jótekonysági bál

IMPULZUS • IMPULZUS • IMPULZUS

A Szatmár-Beregi Kórház idén is megrendezte az egészségügyi dolgozók bálját. A rendezvény igen nemes célt hivatott szolgálni, ez pedig nem más, mint a kórházi dolgozók szakirányú képzésének, valamint az orvosi szakkönyvtár fejlesztésének a finanszírozása.

A bált a Szatmár-Beregi Kórház főigazgatója, dr. Vadász Mária nyitotta meg. Beszédében hangsúlyozta, hogy az összeg egy részét az idén is az ápolónők elismerésére, szakmai továbbképzésére fordítják, továbbá lehetőség nyílik az orvosi könyvtárnak új, szakmai könyvek beszerzésére, folyóiratok előfizetésére. A szervezők örömmel nyugtázták, hogy a támogatóktól érkezett termékbeli és anyagi felajánlások nem kellemetlen kötelességtétel, ha-

nem önzetlen, bizalomteljes adakozás volt részükről. Értékes tombola-felajánlások érkeztek, melynek értéke közel 400 ezer forint volt. A rendezvény összbevétele körülbelül 700 ezer forintra tehető.

A szervezők nagy örömmel tapasztalták, hogy igen sokan voltak a rendezvényen, és ami nem szokványos, hogy a szponzorok, a támogatók nemcsak felajánlásaikkal segítettek, de képviselőik személyesen is jelen voltak. Kórházunk dolgozóin kívül eljöttek még a megyei önkormányzat egészségügyi vezetői, országgyűlési és megyei képviselők, polgármesterek. Térségünk háziorvosai közül is sokan megjelentek. Akik velünk szórakoztak, bizonyára egy kellemes este emlékeivel lettek gazdagabbak.

Szabó Ádám

A dolgozói elégedettség mérése a kórházban

Szociális (anyagi – társas) viszonyok

A közalkalmazotti nyilvántartásból kiválasztott valamivel több mint 300 fős minta reprezentativitása gyakorlatilag megszűnt, mivel a megkérdezettek közül csak 116 fő juttatta el hozzánk a kitöltött kérdőívet. Ugyanakkor jelzésértéke mindenképpen van a kapott információknak.

Az orvosok és a szakdolgozók (jobb gyűjtőfogalom hiányában az egyszerűség kedvéért orvosok és szakdolgozók besorolást alkalmaztuk) közötti jelentős státuszkülönbségek az adatok külön-külön történő feldolgozását (összehasonlítását) teszik szükségessé.

Az ún. keményváltókat alapján a válaszadók az 1. táblázat szerinti megoszlást mutatják.

NEME		
Nő 88		Férfi 28
ÉLETKORA		
24 év alatt: 15	25–30: 26	31–40: 29
41–50: 32	51–60: 10	60 felett: 3
CSALÁDI ÁLLAPOT		
nőtlen, hajadon: 23	házas, élettársal él: 80	
özvegy: 2	elvált: 10	
LEGMAGASABB ISKOLAI VÉGZETTSÉG		
8 általános: 10	szakmunkás: 22	
érettségi: 58	főiskola: 6	egyetem: 18
GYERMEKEINEK SZÁMA		
1 gyerek: 28	2 gyerek: 45	3 gyerek: 9
4 gyerek: 3	5 gyerek: 2	7 gyerek: 1
MIÓTA DOLGOZIK A KÓRHÁZBAN		
0–1 év: 12	2–5 év: 29	6–10 év: 18
	11–20 év: 25	21 év felett: 32
BEOSZTÁSA		
felső vez. (igazgató): 5	orvos: 12	
közép. vez.: 4	beosztott közalk.: 92	

Hasonlóan az 1997-ben készült felméréshez, itt is látható, hogy a fiatalok (30 év alattiak) száma a legmagasabb a mintán belül. Csak a szakdolgozók körét vizsgálva most sem volt egyértelmű ok-okozati összefüggés az iskolai végzettség és a beosztás között, de egy enyhe negatív korreláció megint megjelent.

Az orvosi szakma erősen differenciált előmeneteli rendszeréhez képest a szakdolgozók szakmai hierarchiája jóval homogénebb. Ebből kiindulva (és elfogadva azt, hogy a magasabb presztízsű orvosi szakma mint minta, jelentős hatást gyakorol más egészségügyi szakmákra is) úgy tűnik, hogy a szakdolgozók formális hierarchikus struktúrája mellett meghatározó lehet az informális rendszerben elfoglalt pozíció, amely kvázi vezetői-befolyásoló státuszt jelenthet. A kérdőív korlátozott lehetőségei azonban nem szolgáltatnak elégséges információkkal ennek bizonyítására. Mivel a közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény többé-kevésbé kiszámíthatóvá teszi az illetményeket, a kérdőívvel kapcsolatos ellenállás csökkentése érdekében szándékosan nem kérdeztünk rá annak mértékére. Az anyagi viszonyokra utaló kérdések azonban megjelentek a kérdőívben.

Az anyagi helyzet egyik jellemzője a havi rendszeres jövedelemmel való gazdálkodás. A megkérdezettek közül 62 fő jelezte, hogy állandóan vagy gyakran kifutnak a pénzükből. A folyamatosan jelentkező pénzügyi nehézségeket, a szegénység (szubjektív) megítélését (1. ÁBRA) úgy tűnik, hogy nem befolyásolják az egyén társadalmi státuszát meghatározó kemény változók. Ennek megélése sokkal inkább személyfüggőnek tekinthető. Az összefüggések hiányára magyarázatot esetleg az adhat, hogy az anyagi nehézségek a korábban kialakult relatív jólét fenntartásából adódhatnak, amin változtatni nem szeretnének. Magyarázat lehet bizonyos szinten egyfajta környezeti nyomás is (pl.: munkatársak példája, divat, reklám – Coca-Cola, McDonald's stb.), melyek hatására olyan vágyak is megjelenhetnek, amelyek állandó fogyasztásra kényszerítik az egyént. Tehát a racionális (családi) gazdálkodás és az irracionális egyéni vágyak közötti inkongruencia az állandó pénzühiány egyik lehetséges okaként jelentkezhet.

A rendszeres pénzühiány szükségessé teszi a külső támogatást. A segítségkérés során a természetes védőhálót, mint problémamegoldó rendszert helyezik előtérbe az intézményi védőhálóval szemben, amit az egyének relatíve kis csoportja keres fel. A kérdésben szereplő intézmények (pl. egyház, önkormányzat) által nyújtott támogatásra a megkérdezettek közül kevesebb mint 10 fő számíthatott átlagos, vagy annál nagyobb mértékben. Ebből is látható, hogy az intézmények jelentéktelen szerepet töltenek be a támogatások rendszerében. Az emberek anyagi és emocionális problémáinak enyhítésében egyaránt a családi (szülői, házastársi) kapcsolatoknak van kitüntetett szerepe.

MILYEN MÉRTÉKBEN SZÁMÍTHAT A MEGKÉRDEZETT A CSALÁDTAGOK TÁMOGATÁSÁRA? (FŐ)

	semmit	keveset	átlagosan	nagyon	hiányzó válasz
szülő	12	15	20	54	15
házastárs	6	5	7	73	25
gyerek	19	9	15	38	35
barát	10	33	33	20	20
munkatárs	14	45	32	7	18

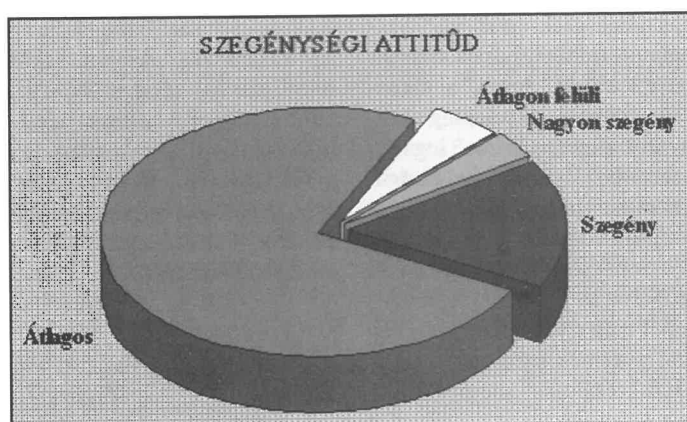
A családok segítségnyújtásban vállalt kiemelkedő szerepe arra vezethető vissza, hogy a személyes kötődések, az egymás iránti bizalom csak a családon belül olyan erős, hogy az garanciát nyújtson a segítő kapcsolatokban.

A támogatások alapvető szabálya a kölcsönösség. Hosszú távon az egyirányú és aránytalan segítség a kapcsolat kifulladásához vezet. Ezt a kölcsönösséget igazolja az is, hogy a megkérdezettek közül 83 főhöz fordultak rendszeresen segítségért.

A megkérdezettek munkahelyi problémáinak kezelésében (az érinthez adódóan is) jelentős szerepet játszanak a munkatársak. Bár a személyes problémák kezelésében a család szerepe a meghatározó, mégis azok kezelésében a válaszadók felének segítenek a munkatársak, és mindössze 16 fő mondta, hogy nem számíthat kollégáira. Igazolja ezt a támogatottságot az is, hogy 75 fő adta azt a választ, hogy van olyan munkatársi kapcsolata, ami mára baráti kapcsolattá alakult. Valószínűleg a jó munkatársi-baráti kapcsolatnak köszönhető az is, hogy a felmerülő magánjellegű problémáját 67 fő munkaidőben is el tudja intézni, van erre lehetősége. Ez azonban felvet néhány kérdést. Elgondolkodtató, hogy a munkafegyelem szempontjából mennyire elfogadható a magánproblémák munkaidőben történő elintézése, de azon is el kell gondolkodni, hogy milyen hatással van a munkavégzésre az, ha nincsenek kezelve a személyes problémák. Mivel a korábbi felmérés során is hasonló volt a válasz, ezért talán megfontolandó ennek a helyzetnek a legális formában történő kezelése. (Folytatjuk)

Husztiné Hajdú Erika
pszichológus

Nyírcsák János
humánpolitikai igazgatóhelyettes



Gondoskodás a hátrányos helyzetűekről

A KÓRHÁZI SZOCIÁLIS MUNKA KÉTÉVES TAPASZTALATA

A szociális munka, mint a szociális munkás és a kliens között kiépülő segítő kapcsolat egyidős az emberi történelemmel. Szociális munkát először önkéntes szociális munkások végeztek népházakban, különböző egyházi és világi karitatív szervezetben. Itt foglalkoztak egyénekkel és családokkal.

Az első szociális intézkedés állami szinten 1601-ben történt, amikor *Angliai Erzsébet* szegényügyi törvényt fogadott el. Kimondja, hogy a szegényekről való gondoskodás állami feladat. Magyarországon *III. Károly* 1724-ben hozott rendelkezése alapján az állam köteles a beteg, család nélküli, munkaképtelen emberekről gondoskodni.

Az egészségügy volt az a terület, amely kiépíttessége és fogadókészsége révén először vált nyitottá a szociális munka számára. 1905-ben *Richard Cabot*, a híres bostoni Massachusetts Kórházban alkalmazott először szociális munkást család-gondozói feladatok ellátására.

A Jósza András Kórházban 1997. március 20-án kezdte meg működését a szociális csoport. A szociális munka figyelmének középpontjában az embernek a környezetével való megromlott viszonya áll annak ellentmondásai, konfliktusai, komplex problémáival, megoldásra váró gondjainak együttesével. A szociális munkás beavatkozása többirányú.

Vonatkozik:

- a kliensre (egyének, családok, csoportok, közösségek),
- a kliens szűkebb környezetére,
- a klienst körülvevő bonyolult rendszer működésére.

A közelmúltban kérdőíves felmérést végeztem a fekvőbeteg-osztályok dolgozói körében, mivel úgy gondoltam, nem ismerik sem a dolgozók, sem a betegek kellően a szociális csoport tevékenységi köreit. A hiányos ismeretek miatt nem veszik igénybe a rendelkezésükre álló szolgáltatásokat. El kell jutni oda, hogy a magyarországi kórházak vezetői felismerjék a szociális szakemberek szükség-

ességét, és a hatékonyabb gyógyító munka érdekében alkalmazkazzák őket és messzemenően támaszkodjanak munkájukra. A WHO által megfogalmazott egészségfogalom alapján az egészség a teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapota, nem csak a betegség vagy nyomorékság hiánya.

A felmérés során 81 személyt sikerült megkérdeznem. 78-an észleltek szociális problémát azon az osztályon, ahol dolgoznak. Az észlelt szociális problémákat a következőképpen oldják meg: 44 fő a család és a szociális iroda közös segítségét veszi igénybe, 25 fő a szociális irodához fordul először segítségért, 5 fő pedig önállóan próbálja megoldani a nehézségeket. 4 fő nem foglalkozik a megoldás lehetőségével.

A válaszadók közül 62-en kerültek kapcsolatba munkájuk során szociális munkásokkal, míg 17 főnek nincs velük kapcsolat.

Szükséges, hogy ez utóbbi 17 fő tudja, ki az a személy az osztályon, aki tartja a kapcsolatot a szociális irodával.

46 válaszadó szerint fontos a kórházi szociális munka. 33 fő eléggé fontosnak és 2 fő kismértékben fontosnak tartotta. A többség tehát többé-kevésbé tisztában van a szociális munka jelentőségével.

A szociális iroda eddig teljesített feladatait a következő fontossági

sorrendbe állították a válaszadók:

1. Felnőtt szociális elhelyezés
2. Gyermekelhelyezés
3. Hajléktalan ügyek
4. Tájékoztatás
5. Segélyezés
6. Családkonzultáció
7. Rokkantsági ügyek
8. Egyéb formális és informális rendszerekkel való együttműködés
9. Egészségnevelés
10. Betegpanasz
11. Karácsonyi segélyezés
12. Dolgozói esetek
13. Segítő beszélgetés
14. Ruhagyűjtés
15. Nyári táboroztatás

Ezzel szemben a feladatok gyakorisága alapján más sorrend alakult ki. 1998-ban 1385 esetben intézkedtek a szociális iroda munkatársai. Ezen esetek a következőképpen oszlanak meg (táblázatunk).

Amint a felmérés alapján látható, a dolgozók által felállított fontossági sorrendben a 8. a leggyakrabban végzett munka, az egyéb formális és informális rendszerekkel való kapcsolattartás. Sokan nem ismerik ezek szerint egy-egy eljárás menetét, pedig szinte minden esetben fel-

kell venni a kapcsolatot egy vagy több intézménnyel. Kiemelném még, hogy a segítő beszélgetés fontosságát nagyban alábecsülték a dolgozók. A betegeknek nagy igényük van a hozzáértő odafigyelésre és a kedves szóra.

A kórházi szervezet célja és érdeke, hogy a szociális iroda segítségével az egészségügyi problémákon felül a beteg más problémáit is megoldja, ezzel elősegítve az egészségügyi szakdolgozók hatékonyabb munkáját, valamint lerövidítse a kórházban tartózkodás idejét. A szociális iroda által ellátott feladatok egyik csoportja kiemelten fontos a kórházra nézve, hiszen a működést segíti elő pl.: felnőtt- és gyermekelhelyezési esetek, TAJ-számgigénylés, különböző adatok megkérése (...). Ezen feladatok gyors ellátásának anyagi vonzata is van a kórházra nézve.

Elmondhatom a felmérés alapján, hogy aki ismeri, szükségesnek tartja a szociális iroda által ellátott feladatokat, de még szükség van az ismeretek terjesztésére a hatékonyabb együttműködés elérése érdekében.

Borbély Zsuzsanna
szociális munkás

SORSZ.	ESETEK SZERINTI CSOPORTOSÍTÁS	ESETSZÁM
1.	Formális, informális rendszerekkel történő együttműködés	242 esetben
2.	Felnőtt szociális elhelyezés	220 esetben
	2/1. Szociális otthoni beutalás	128 esetben
	2/2. Házigondozásba vétel	57 esetben
	2/3. Otthon ápolás	13 esetben
	2/4. Gondnokság alá helyezés	13 esetben
	2/5. Hospice elhelyezés	9 esetben
3.	Segélyek intézése	202 esetben
4.	Segítő beszélgetés	175 esetben
5.	Információs szolgáltatás	143 esetben
6.	Rokkantsági ügyek	113 esetben
7.	Dolgozói esetek	107 esetben
8.	Gyermekelhelyezés	85 esetben
9.	Ruhaosztás, tisztálkodási eszközök biztosítása	71 esetben
10.	TAJ-számgigénylés	24 esetben
11.	Betegpanasz-felvétel	6 esetben

Népzenész szikével

AZ EMBER NEM FELEJTI EL AZ ÁLMAIT – VALLJA DR. ERMÉNYI ISTVÁN

Valamikor menő bandának számított a debreceni Karikás együttes. Tagjai amolyan örömménészként, inkább csak szórakozásból vették kezükbe a hangszereket. Mára valamennyien tisztos polgári foglalkozást űznek, de a népzene szeretete időnként még most is összehozza a zenekart.

Dr. Erményi Istvánt, az együttes valamikori alapítótagját, a Jósa András Kórház mostani orvosát kérdeztük a táncházmozgalomról, az muzsikálás örömeiről, és arról, hogy jut-e ideje találkozni a régi társakkal?

● Időigényes a zenekari muzsikálás, de azért nem szívesen hagyja abba az ember azt, amit valamikor fontosnak tartott. Ma már ritkábban jövünk össze, de régi kapcsolatainkból adódó meghívásoknak azért megpróbálunk eleget tenni. Néha talán hiányzik a rendszeresség, de amikor találkozunk, akkor teljes intenzitással dolgozunk.

● *Ez amolyan levezető muzsikálás?*

● Szó sincs róla. A közönységet mindenütt a világon komolyan kell venni. Egyetlen fellépésünket sem vehetjük félvállról, egyetlen fellépésünkön sem mondhatjuk: Bocsánat, de nem volt időnk tisztességesen felkészülni, és hát egyikünk sem szeret leégni, és azt gondoljuk, nem engedhetjük meg magunknak a felelőtlen, felkészületlen koncertezést. Valószínűleg ennek a mentalitásnak is köszönhető, hogy ritka jelentkezéseink ellenére sem felejtettek el bennünket, hogy még ma is sokszor kérnek fel bennünket egy kis örömménészre.

● *Hogyan lett Önből népzénész?*

● Sehogy. Orvos vagyok, aki időnként kezébe vesz valamilyen fúvós hangszert. Gyerekkoromban klasszikus zenét tanultam. Sokáig úgy

képzeltem, hogy klarinétművész leszek, de aztán másképpen alakult a sorsom. Debrecenben nem a Zene-művészeti Főiskolára, hanem az Orvostudományi Egyetemre jelentkeztem. Abban az időben kezdődött a táncházőrület, abban az időben fedeztük fel, hogy határainkon túl is létezik magyar népművészet, és szinte magától adódóan jöttünk össze az egyetemen hangszereken játszóni tudó fiúk és lányok, és amikor megalakítottuk a Karikás együttest, kézenfekvő volt, hogy én kezeljem a fúvós hangszereket.

● *Úgy tűnik, mint-ha mostanra háttérbe szorult volna a népzene.*

● Én nem így látom. Igaz, hogy a kezdeti lelkesedés, a hetvenes évekbeli táncházak eufórikus mozgalmi hangulata, lelkesültsége mára letisztult, hogy azt ne mondjam, tudatosodott, de változatlanul nagy igény van a népzeneire, és a fiatalok közül is nagyon sokan választják a diszkók helyett a táncházakat. Az utóbbi húsz esztendőben sokat változott a népzenei játszó együttesek stílusa. Olyan zenét igyekszünk produkálni, ami megszólal a mostani világban is. Természetesen az ember nem feledkezik meg a

gyökerekről, az Erdélyben, Moldvában gyűjtött dallamokról, az *Illésről*, a *Tolcsavayról*, de ha megfelelő színvonalat akarunk produkálni, akkor bizony lépést kell tartanunk a fejlődéssel. Kérdésben annyi az igazság, hogy sem a rádió, sem a televízió nem szentel értékének megfelelő műsoridőt a népzene-nek, és ez nagyon nagy baj. Más nemzetek értékén kezelik saját nemzeti muzsikájukat. Akárhová tekergetjük a rádiót, Európától Ázsián át Afrikáig, a zenei műsorok zöme hazai népzeneire épül. Magyarországon sajnos túlságosan is nagy az angolszász zenei dominancia

● *A Karikás együttest egy időben a rádió is favorizálta...*

● Igen, és ami különösen nagy szó volt akkoriban, hogy vidéki együttesként kaptunk adásidőt, és e l s ő lemezünk is a rádió jóvoltából jelenhetett meg. Azért

az jó érzés még ma is, hogy az országos hírnevű Délibáb együttes mellett egy másik debreceni banda, a Karikás is labdába tudott rúgni.

● *Ezen az „Ez a világ olyan világ” című lemezen hatan vannak. Valamennyien más-más foglalkozást űznek, nem zavaró ez együtt muzsikálás során?*

● Nem mondhatnám. Amikor összejövünk, mindig csak a soron következő feladatokra koncentrálnak. Még jól is jön a sokszínűség. Eltérő vérmérsékletünk sokszor segít túljutni olyan holtponatokon amik többórás zenekari próba során óhatatlanul is előfordulnak.

● *Szakmai munkáját segíti vagy gátolja, hogy szabadidejében népzenei játszik?*

● Nem foglalkoztat ez a kérdés. A kettőt teljesen különválasztom magamban. Amikor a Karikás együttes-sel vagyok, akkor csak és kizárólag zenészként létezem, a kórházban pedig nevetséges lenne muzsikusként szerepelni.



„Április bolondja, május szamara”

„Mint kacér nő, oly hamis,
Oly szeszélyes az április”

Az 1910-es Mindentudó Naptár e sorokkal köszöntötte az április hónapot, azaz a Tavaszhoz, Bika hava, Szent György havát.

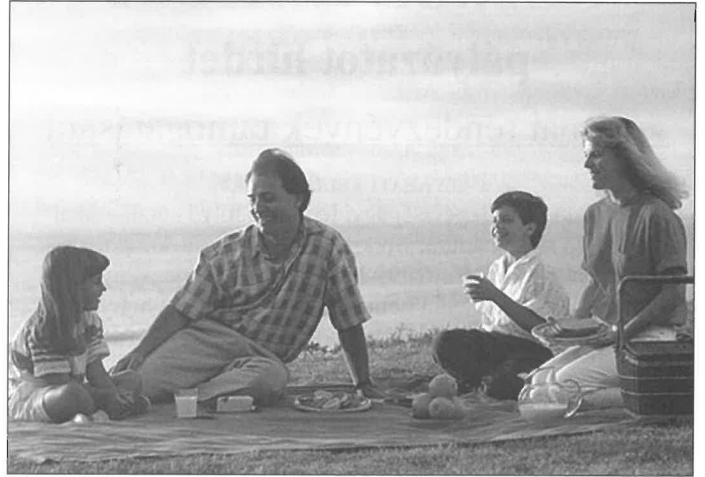
A római monda szerint Romulus király mint naptáralkotó ezt a hónapot Mars kedvesének, Vénusznak, a szerelem és szépség istenasszonyának ajánlotta. Vénus melléneve Aprilis volt.

A hónap jeles napjai: az április elsején szokásos bolondjárás római eredetű, régi európai népszokás. A hónap csalfa, kiszámíthatatlan, bolondos időjárása is hozzájárulhatott kialakításához. 14-én, Tibor napján szólal meg először a kakukk. Ha ezen a napon már szép zöld a vetés, jó termést várnak az öreg gazdaemberek. 24-e Sárkányölő Szent György napja. Legenda szerint legyőzi a sárkányt, és kiszabadítja fogságából a királylányt. Európa-szerre ősi pásztorünnep. Sok helyen a tavasz kezdőnapjának tartották. A rómaiak e napon ünnepelték a Paliliát, amely pásztorünnep volt. 25-e Márk napja. A búzaszentelés és a kukoricavetés ideje.

Húsvét: a legrégebb keresztény ünnep. Idejét a niceai zsinaton (325) rögzítették, amely előírja, hogy húsvétot vasárnap

kell megtartani, a tavaszi napégyenlőséget (03. 21.) követő holdtölte utáni első vasárnapon. Nagyhét; a húsvétot megelőző hét nap, a nagyböjt utolsó szakasza. Virágvasárnap; vagy a pálmák vasárnapja a nagyhét első napja. Nagycsütörtök; az utolsó vacsora a szenvedés kezdetének emléknapja. Megszűnik a harangozás, „a harangok Rómába mennek” – a közismert szólás szerint a legközelebb nagyszombaton szólalnak meg újra. Nagypéntek; Jézus kereszthalálának emléknapja, a legnagyobb böjt és gyász ideje. Nagyszombat; a húsvéti örömművet kezdete. Keresztelvíz és tűzszentelés, valamint feltámadási körmenet a nap eseményei. Húsvétvasárnap; a kereszténység legnagyobb ünnepe, e napon ünnepli Krisztus feltámadását. Húsvéthétfő; a víz tisztító, termékenységvarázsló erejébe vetett hit alapja a húsvéti locsolkodásnak is. Fehérvásárnap; vagy mátkáló vasárnap, a húsvétot követő vasárnap, a húsvéti ünnepkör zárónapja.

Április hónap állatövi jegye a bika. A görög mitológia szerint Európé főnőia királylány nagyon megtetszett Zeusznak, aki hófehér bikává változott, és így közeledett hozzá. Európét megnyerte a bika szelídsége, megsimogatta, a hátára ült, mire az átúszott vele a tengereken, és



Kréta szigetére vitte. A bika ott daliás ifjúvá változott. Ebből a szerelemből származtak Kréta legendás királyai.

„A rózságon rügy fakad
S akinek nincs párja, akad.”

E sorokkal köszöntjük a május hónapot, azaz a tavaszutó, a Pünkösöd, az Ikrék havát.

Május tulajdonképpen két harcos asszony hónapja; a görög Maia a tavaszi virágzás istennője, s a római Maja a csírázás és a termékenység istennője. Neki áldoztak május elsején vemhes emsét ünnepélyes körmenet után, s ezt nevezték „majálisnak”.

A május első napja, ősi tavaszt köszöntő örömművet különösen termékeny volt babonás és mágikus népszokásokban. A XV. századtól kezdődően szólnak forrásaink a májusfa állításáról. A májusfa, a májfa a természet újjászületésének szimbóluma és szerelmi ajándék is lehet. Május a fák, a virágok hónapja. E hónapban hosszú távollét után hazatér a sarki fecske, a gébics, a gyurgyalag, a poszáta és a fűrt. Virágzik az erdei fenyő, az akác, a zsálya és a hónap végére a rókavárban már szinte anyányiak a kölykök.

A hónap jeles napjai: Elseje: Fülöp és Jakab napja. Ha esőben fürdik Jakab, a természetből

jut és marad. Május első vasárnapja: Anyák napja, Negyedike: Szent Flóriánnak, a tűzoltók, a kéményseprők, a serfőzők és a pékek védőszentjének napja. Hatodika: Olajban főtt Szent János, más néven Babevő János ünnepe. Aki eddig nem vetette el a borsót, babot, lencsét, az most vesse. 12, 13, 14.: Pongrác, Szervác, Bonifác névnapjai. Évszázados megfigyelés és tapasztalat szerint a tavaszi meleg időjárás a három fagyos szent idejére hidegre fordulhat. Tizenhatodika: Nepomuki Szent János napja. A gyónási titkot megőrző cseh vértanú ünnepe. A hajósok, a halászok, vízimolnárok, hídvárosok védőszentje. Tiszteletére csónakos, tűzijátékos felvonulásokat rendeztek. Pünkösöd napja. A Húsvét utáni ötvenedik nap, a befejezett aratás meghálálása, a sínai-hegyi törvényhozás ünnepe, a kovászos kenyér bemutatása Istennek. A szentlélek eljövételének, majd az egyház megalapításának ünnepe. Huszonötödike: Orbán napja, a szőlőtermesztők, a kádárok, a kocsmárosok védőszentje, ezért aztán több helyen szőlőkben emeltek szobrot tiszteletére. Ha jó időt hozott Orbán, szobrát felvirágozták, ha fagyot hozott, megdobálták sárral, súlyosabb esetben meg is pálcázták.

Lénárt György



AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM

pályázatot hirdet

szakmai rendezvények támogatására

PÁLYÁZATI FELTÉTELEK:

orvostudományi, egészségügyi területen folyó kutatásokkal foglalkozó szeminárium, workshop, konferencia, kongresszus.

Magyarországon 1999-ben tartandó rendezvény.

Előnyben részesülnek a nemzetközi részvétellel bonyolított tudományos rendezvények.

A PÁLYÁZATNAK TARTALMAZNIA KELL:

adatlap a pályázó intézményvezető aláírásával, rendezésben részt vevő tudományos társaságok, intézmények felsorolása, a rendezvény programja, témája, résztvevők száma

A támogatás összege

300 000 forinttól 1 millió forintig terjedhet.

A PÁLYÁZAT BENYÚJTÁSÁNAK HATÁRIDEJE:

1999. augusztus 1.

További információ és adatlap az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Tudományos Tanács Titkárság Kutatásszervezési Osztályán vehető át.

1051 Budapest, Arany J. u. 6-8. III. em. 337. szoba.

Telefon és fax: 311-9651.

e-mail: ALFREDA.TEMES@N-MX4006W.JTB.HU

TISZAGYENDA KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA

pályázatot hirdet

Háziorvosi szolgálat ellátására

PÁLYÁZATI FELTÉTELEK:

- háziiorvosi szakképesítés
- három év szakmai gyakorlat
- büntetlen előéletet igazoló okmány

ÁLLÁS BETÖLTÉSE:

- a pályázat elnyerése után azonnal
- fizetés megegyezés szerint

A pályázatok beérkezésének végső határideje a megjelenéstől számított harminc napon belül.

Eredményhirdetés: a pályázat határidejének lejártától számított három napon belül.

Érdeklődni lehet: Tiszagyenda Község polgármesterénél
5233 Tiszagyenda, Gorkij u. 20. Telefon/fax: 56/439-122

AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM

tudományos kutatási pályázata 1999–2000 évre

PÁLYÁZNI LEHET: új pályázattal 2 éves időtartamra. A pályázatot az Egészségügyi Minisztérium pályázati lapján lehet benyújtani 500 000 Ft és 2 millió Ft közötti támogatásra.

Azok a témavezetők, akik már az Egészségügyi Minisztériumtól korábban elnyert pályázataik alapján az 1999. évben kutatási támogatásban részesülnek, nem nyújthatnak be pályázatot, tématervet.

PRIORITÁSOK:

1. Környezeti tényezők egészségkárosító hatása, azok megelőzése, környezetbarát diagnosztikus és terápiás eszközök kutatása.
2. Megelőzés és rehabilitáció az egészségügyben, a sporttudomány eredményeinek felhasználása.
3. Alkohol- és kábítószer-fogyasztás, a dohányzás egészségkárosító hatásai.
4. Az időskor egészségi problémái.
5. Molekuláris biológiai kutatások alkalmazása a klinikumban.
Formai hiba esetén a pályázat nem kerül elbírálásra.
A pályázati űrlapok a kutatóhelyeken (egyetemek, országos intézetek, kórházak) és az Egészségügyi Tudományos Tanács Titkárság Kutatásszervezési Osztályán szerezhetők be (1051 Budapest, Arany J. u. 6-8. III. em. 337. szoba)

A pályázatot 2 példányban az Egészségügyi Tudományos Tanács Titkárság Kutatásszervezési Osztályára kell benyújtani.

Pályázati felhívás

Porcsalma Nagyközség Önkormányzata pályázatot hirdet a porcsalmi II. számú **HÁZIORVOSI ÁLLÁSHELY** vállalkozásban történő betöltésére, illetve átmeneti időre helyettesítési szerződéssel történő ellátására.

FELTÉTELEK:

- magyar, vagy honosított orvosi diploma
- háziiorvosi szakvizsga

A PÁLYÁZAT TARTALMAZZA:

- Szakmai önéletrajz
- Diplomamásolat
- Szakorvosi diploma másolata.

A szerződés 1999. december 31-ig próbaidővel kerül megkötésre.
Az álláshely azonnal betölthető.

Rezidensképzésben

résztvevők jelentkezését is tudjuk fogadni.

A pályázatok benyújtásának határideje folyamatos.

Cím: Polgármesteri Hivatal polgármestere
4761 Porcsalma, Szabadság tér 11.

Hypospadiasis műtéti kezelése

A hypospadiasis a férfi húgycső leggyakoribb fejlődési rendellenessége. Nem veleszületett húgycsőhiányról vagy a húgycső egy részének aplasiájáról, hanem a penis ventralis oldalán az urethra záródási rendellenességéről van szó. Ennek következtében a külső húgycsőnyílás nem a glans csúcsán helyezkedik el, a fitymabőr hasadt – nem záródott –, így az úgynevezett dorsalis bőrkettőzet sapkaszerűen fedi a glans penist, amely többnyire ventralis irányban görbült a hiányzó húgycsőszakasz területén, illetve a mellette keletkezett hegyszövet, chorda miatt. Attól függően, hogy a külső húgycsőnyílás hol helyezkedik el, megkülönböztetünk glandularis, coronalis, penilis, scrotalis és perinealis hypospadiasist. A glandularis formában lehet két nyílás, vagy vak tasak, melyek közül mindig a proximalis a húgycsőnyílás.

A sulcus coronarius szintjében gyakran szűk a nyílás, itt a chorda is gyakoribb, esetenként jelentősebb ventralis görbületet okozva. A scrotalis és perinealis hypospadiasis esetén a külső genitálék alapján nem lehet minden esetben egyértelműen eldönteni, hogy fiú vagy lány az újszülött. Ez a névválasztásban jelenthet gondot. Minden hatodik fiúnak tartott a későbbi vizsgálatok után leánynak bizonyult. Szerencsére ez a forma csak ritkán, az esetek 2-3%-ában fordul elő. Az elváltozások közel kétharmada az enyhébb formák, több mint egyharmada a közepesen súlyos rendellenességek közé tartozik.

Átlagosan minden 500. fiú újszülöttnél észlelhető, mely évente 400-500 beteget jelent Magyarországon.

A hypospadiasis kialakulása szempontjából a foetalis 12–16. hét a kritikus periódus, mert akkor záródik a húgycső ventralis felszíne, a sinus urogenitalis a here androgen hormonjainak hatására. Az elváltozás multifaktoriális eredetét bizonyítják többek között azok a megfigyelések, hogy gyakrabban fordul elő koraszülötteken, elsőszülötteken, egyetűjű ikreken, de a terhesség alatt progesteron kezelés után született újszülötteken, emellett vannak adatok családi halmozott előfordulásra, vagy ritkán genetikailag öröklött formákra is.

Általában ismert, hogy a kórkép bármely formája társulhat más urológiai-húgyúti fejlődési rendellenességgel. Leggyakoribb a herelezállás zavara, de hasonló 10–30% körüli a húgyutak elváltozása, melyek nem arányosak a hypospadiasis súlyosságával. Emiatt célszerű meghatározni azon vizsgálatokat, melyeket a szülés után el kell

végezni. Hol nyílik a húgycső, mennyire tág a nyílás, van-e szűkület? Amennyiben a vizeletsugár cémavékony, akár néhány napos korban is meatoplastikát kell végezni. Szerencsére erre ritkán van szükség. A herék helyzete, a scrotum állapota mindig rögzítendő. A vizelet vizsgálata és a vesefunkciós vértételek ismerete mellett soha el nem hagyható a hasi UH-vizsgálat. A legenyhébb mértékű eltérés leírása is fontos a későbbi összehasonlító vizsgálatok miatt.

A betegség kezelésében a műtét csaknem mindig szükséges. A műtét célja egyrészt a normális vizeleti képesség biztosítása, mely azt jelenti, hogy a kisgyermek közösségi részvétele során a többiekhez hasonlóan állva ürítse vizeletét, jó irányú vizeletsugárral, ruháját nem levizelve. Másrészt a közösülési-nemző képesség helyreállítása a cél. Ehhez szükséges a penis görbületének megszüntetése, a chorda kiirtása. Ezzel egy időben a hiányzó húgycsőszakasz rekonstrukcióját is el kell végezni.

A külső húgycsőnyílás helyzete és a penisgörbület súlyossága alapján napjainkig számos műtéti eljárást alkalmaznak az ideálisan jó műtéti eredmény elérésére. A jól sikerült műtét után a külső húgycsőnyílás a glans csúcsán megfelelő tágassággal nyílik, nincs húgycsőszűkület vagy húgycsődivertikulum, a penis egyenes, és nem utolsósorban a penisbőr állapota az operált területen kozmetikai szempontból is elfogadható.

A korábbi évtizedekben a többszakaszos műtéteket alkalmazták.

Ennek a technikának a hátránya, a szövődmények magas száma (sipoly, divertikulumszűkület) és a nem kielégítő kozmetikai eredm-

nyek készítettek újabb műtéti megoldások kifejlesztésére. Az egyszakaszos műtetre törekedve jelentek meg Matthieu, Duckett és mások által leírt műtétek, módosítások, melyek napjainkban közel másfél százra tehető, és némelyek előkelő helyen szerepelnek a gyakrabban használt műtétek sorában, ugyanakkor háttérbe szorítva pl. húgyhólyag- vagy szájnyalakahártyából képzett szabad lebenyes húgycsőképző módszereket.

A szövődmények száma módszertől függően 10–30% közötti. Leggyakoribb a húgycsősipoly, ritkább a húgycsőszűkület, és relatíve gyakori a külső húgycsőnyílás nem megfelelő elhelyezkedése, valamint a nem ideális kozmetikai eredmény. Amennyiben az utóbbiakat is késői szövődményeknek tekintjük, akkor az operált esetek több mint egyharmada szövőd-ménnyel gyógyul.

Mindezek alapján érthető, hogy újabb módszereket keresnek. Ezek közül mutatom be Snoodgras technikáját, melyet 1994 óta ismerünk. A külső húgycsőnyílástól a glans csúcsáig U alakú metszést ejtünk, hasonlóan, mint a közismert Denis-Browne műtét során. A dorsalis bőrkettőzetet a sulcus coronarius alatt néhány mm-re körbevágjuk, és csaknem a penisgyökig szabaddá tesszük. Amennyiben chorda van, azt kiirtjuk, és művi erectióval a penis egyenességét ellenőrizzük. A bőlebenyt közepesen hosszában megfelezzük, mely teljesen újszerű megoldás. Megfelelő méretű silicon ballon katéter fölött a közepén felezett lebenyt ventralisan – feszülésmentesen – csóvé formáljuk. A varróanyag vycril, az öltés módja tovaftutó, de lehet csomós is. A dorsalis bőr kötőszövetes részéből jó vérellátású lebenyt képzünk, majd ventralis irányú transzpozícióval az új húgycsővet szélesen fedjük. Az új húgycső glandularis szakaszát a glans bőrével, a megmaradt hámlós területet a dorsalis bőrrel zárjuk, törekedve a jó kozmetikai eredményre is.

Összefoglalva a műtétnek három előnye emelhető ki.

1. Az új húgycső varratsora feszülésmentes a lebeny felezése miatt.

2. Az új húgycsővet fedő jó vérellátású kötőszövetes lebeny a sipoly kialakulását akadályozza meg.

3. A glans anatómiai helyreállítása mellett jó kozmetikai eredmény érhető el.

Az elmúlt egy évben 25 műtét tapasztalata alapján kevés szövőd-ménnyel, eredményeink javultak.

A betegség gyógyítására ismertté vált több mint 150 féle műtéti technika is jelzi, hogy mindenki keresi az ideálisan jó megoldást. Mégis, talán nem tévedek nagyot, ha a következőt állítom. A hypospadiasist operáló orvos a mindenkori tanítómesterétől itthon és külföldön megtanult és jól begyakorolt módszert alkalmazza. Természetesen mindig végez apró módosítást egyéniségének megfelelően, soraikban – igen valószínű – kevés a kudarcokat nehezen viselő kolléga.

Dr. Porkoláb Zoltán
urulógus főorvos



KERESZTREJTVÉNY

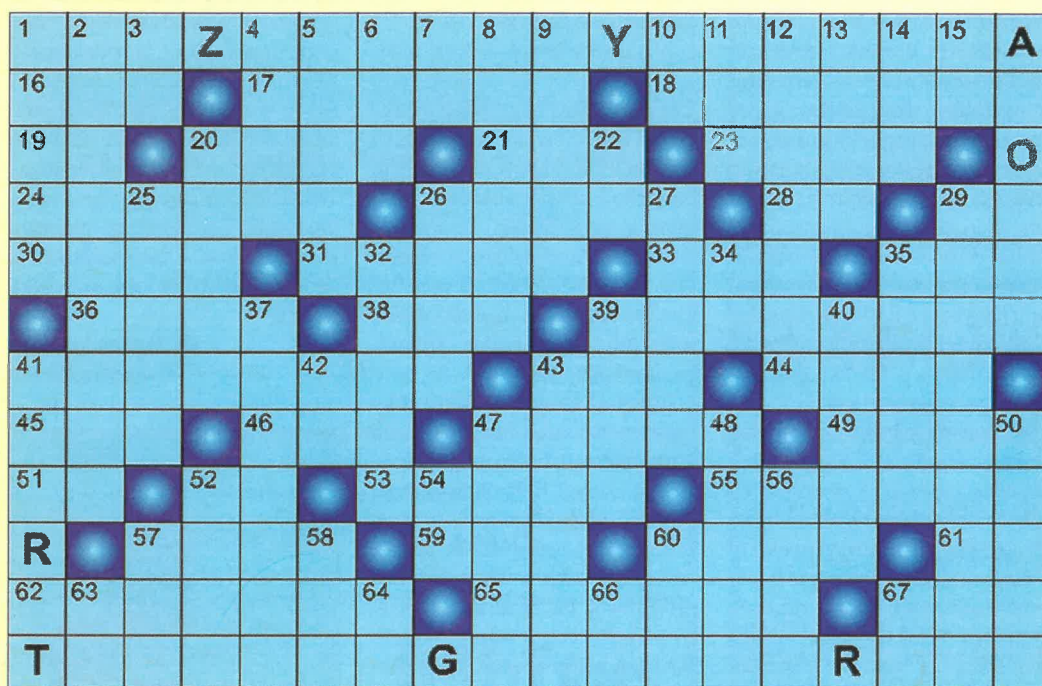
Vízszintes: 1. Jean-Jacques Rousseau francia író, filozófus (1712–1778) megállapításának első része. 16. ... Hoenes, veterán német labdarúgó. 17. Tus. 18. Foncsor. 19. Madagaszkári gépkocsik jelzése. 20. A...I' Esten, Ady Endre verse. 21. Vetíthető állókép. 23. Véna jelzője lehet. 24. Ételt forgató. 26. Sertéshúsféle. 28. Az argon vegyjele. 29. A kompaktlemez rövidítése. 30. ...-alkohol,

ötszénatomos telített alifás alkohol. 31. Ukrajnai város lakója. 33. Tass egyik társa. 35. Becézett férfinév. 36. Idegen eredetű jelölő előtag. 38. ... Kaleh, al-dunai kis sziget volt. 39. Meglehetősen, nagyon. 41. Sokrétű sportág. 43. Trombitahang. 44. Aromásatom-csoport. 45. ... mays., a kukorica tudományos neve. 46. Kimonót összefogó selyemöv. 47. Kortárs prózaíró (Péter). 49. Quod... demonstrandum, ezt kellett

bizonyítani. 51. Csermely. 52. Opus, röv. 53. Dunántúli megye. 55. Asszonyom, francia szóval. 57. Szembetűnően nagy. 59. Botanikus, az MTA tagja (Rezső, 1903–1980). 60. Jászai Mari-díjas színész, színműíró (Flórián). 61. Talmi. 62. Az albán főváros lakója. 65. Robbanóanyag. 67. Ulan..., Burjárföld fővárosa.

Függőleges: 1. Töltelékár. 2. Az egyetem régi, diákos elnevezése. 3. Indiai légifor-

galmi vállalat. 4. Kalatrópusi kor. 5. Padlót síkál. 6. Ő (a nő), angolul. 7. Kezdeti zavar. 8. Bodrog egyik forrása Kelet-Szlovákiában. 9. Kortárs filozófus (Tamás). 10. E napon. 11. Hanglezkiadó világcég. 12. Miskolchoz tartozó település, a kisvasút egyik végállomása. 13. Vékony, erős pamutfonal. 14. Ugod, becézve. 15. Morzejel. 20. Francia üvegtérvező (Émile). 22. Azonos zenei hangok. 25. Evőeszköz. 26. Zenei függelék. 27. Királyi jelvények. 29. Vegyes savanyúság. 32. Szemet bánt a fény. 34. Tiltószó. 35. Község Répcesíkon. 37. Bukarest repülőtere. 39. Édes női név! 40. Vajda János verse. 41. Rousseau megállapításának második, befejező része. 42. Hibás darab! 43. Ehető ..., ízletes gomba. 47. Lengyel pénznem. 48. Fogzománc. 50. Ingatlantulajdon. 52. Oil of..., kozmetikai márka. 54. Csont, latinul. 56. Fásor szegélyezte út, utca. 57. Régi eredetű férfinév. 58. Perzsa uralkodói cím. 60. Kicsoda, oroszul. 63. Bibe páros betűi. 64. Részben kiold! 66. Ott az elején! 67. Buják része!



EGÉR-GÉNEK FOGYNI VÁGYÓKNAK

Ehetünk zsírt minden mennyiségben, és mégis soványak maradunk?

Nos, egy mutáns egérnek sikerült, és a tudósok azt állítják, azonosították azt a gént, amely ezt lehetővé tette, új utakat nyitva ezzel az elhízás kezelésében. A cambridge-i Millennium Pharmaceuticals kutatói szerint az általuk klónozott mutáns gént hordozó egér akkor sem hízik el, ha zsírban gazdag étrenden él.

És valóban, a mutáns egér akkor is egészséges súlyú maradt, amikor egy sovány, 9 százalékos zsírtartalmú étrenden élt, de akkor is, amikor

tápláléka 42 százalékos zsírt tartalmazott. Egy genetikailag normális egér egy ilyen étrendtől szépen elhízott volna.

ROBOTOK A KÓRHÁZI MŰTŐBEN

Dr. Franklin a San Antoniói Southeast Baptist Hospitalban a „Hermes” rendszert használta, ami már a műtőben zajló forradalom egyik vívmánya. A legfejlettebb csúcstechnikát képviselő orvosi berendezések és az apró, finom eszközök kiterjeszthetik a sebész képességeinek határait, és

csökkenthetik a beteg fájdalmait, a gyógyulás idejét. „Csak ülök az asztalnál, a kezemen virtuális kesztyű, és innen irányítom a robotot a műtőben. Ha én megmozdulok, a robot is mozdul” – mondja.

„Képzeld csak el: minden orvosnak remeg egy kicsit a keze, ha a finom részekhez ér. Csak éppen megtanultunk úrrá lenni ezen. A robotoknak nem remeg a keze, és ez azt jelenti, hogy képesek finomabb munkát pontosabban elvégezni.” Ez a technika már elérhető, de nem mindenhol és minden mennyiségben.

A SOK SÖR TÜDŐRÁKOT OKOZHAT

Egy újkéletű kutatás szerint a sok sörtől a férfiak nagyobb eséllyel kapnak tüdőrákot. Azok a férfiak viszont, akik vörösbort szoktak fogyasztani, éppen hogy csökkenthetik a kockázatot.

Egy 28 000 férfi és nő adatait tartalmazó felmérésből a kutatók azt a következtetést vonták le, hogy azok a férfiak, akik hetente 21–41 korsó sört (vagy ugyanennyi pohár röviditalt) isznak meg, 23 százalékkal növelték a kockázatát annak, hogy tüdőrákot kapjanak. A heti 41 egységnél több sör vagy rövidital pedig már 57 százalékkal növelte a rizikót, derült ki az American Journal of Epidemiology márciusi számából.

Kishírek A NAGYVILÁGBÓL