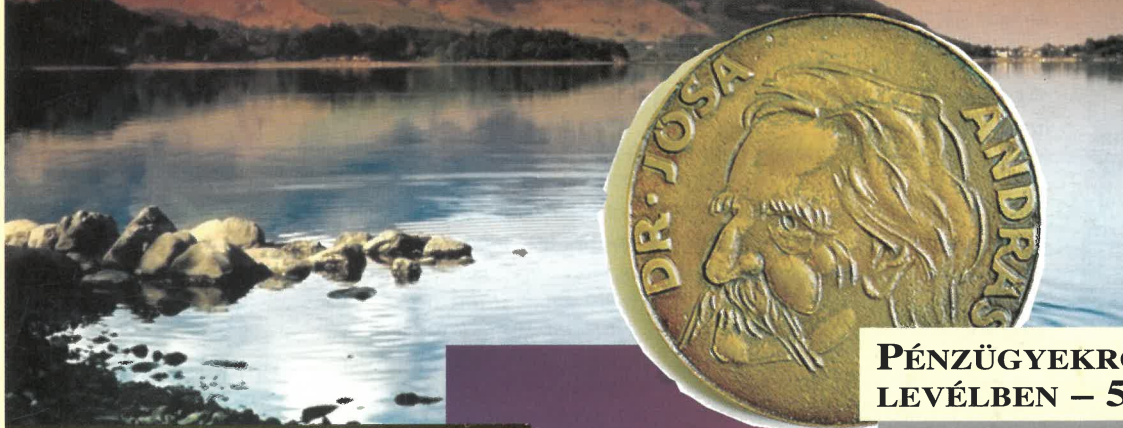




1999. SZEPTEMBER–OKTÓBER

MEGYEI EGÉSZSÉGÜGYI SZAKLAP

Európa – messzire van!



**PÉNZÜGYEKRŐL NYÍLTAN,
LEVÉLBEN – 5.**



**A HÁZIORVOSI RENDSZER
PRIVATIZÁCIÓJA – 10–12.**

Spányi Géza azon kevés kórházi orvosok egyike, akinek jelentőségét anekdota is megőrizte. Eszerint el-elmondogatta betegei előtt: „Lehetséges, hogy van olyan bőrbetegség, amit nem ismerek, de amit meggyógyítani nem tudnék, olyan nem létezik. (18. oldal)



Sajnos a finanszírozási rendszer átalakulásához nem kapcsolódott megfelelően a szakmai követelmények egyértelmű rögzítése, a struktúra átalakítása. Nem történt meg a gazdaságtalan és nem megfelelően hatékony intézményrendszer felülvizsgálata, nem kezdődött el az indokolatlan és igazságtalan, társadalmi feszültségeket keltő területi és szakmai egyenlőtlenségek csökkentése sem. (9. oldal)

A
szerkesztő

Jó lenne valamiféle visszajelzést kapnunk az olvasóktól. Most már lassan egy esztendeje vagyunk része a kórház életének, de még igazi olvasói rovatot nyitni nem tudtunk. Változatlanul szeretnénk apróhirdetéseket közölni, vagy csak azt, hogy xy, az ilyen meg olyan osztály munkatársa ennyi meg ennyi év szolgálati idő után nyugdíjba ment.

Nem panaszként írjuk ezeket, csak ezzel is jelezni szeretnénk, hogy mi az amifelé szívesen közelíteni a Kórlap.

Nyakunkon van a költségvetési vita és megint úgy látszik, hogy az egészségügy marad az árvagyerek. Vannak más bajok is, amikkel kénytelenek vagyunk együtt élni. De az biztos, hogy ilyen anyagi kondíciók mellett sehol a világon nem gyógyítanak olyan eredményesen betegeket, mint éppen Magyarországon. Ne legyünk erre túlságosan büszkék, de ne is örüljünk neki. Mi lesz itt ha tényleg jön az Európai Unió? Tőlünk nyugatabbra, mondjuk Vas megyében, már most is nagyon nehéz szakképzett ápolókat találni. Arrafelé már van valamiféle megoldás. Bécs. Ha feketén is. Odaát jópénzért (persze lényegesen kevesebért, mint amennyit a bennszülötteknek kellene fizetni!) alkalmazzák a szakképzett egészségügyieket. Jó lenne ezt tudatosítani a kormányzatban.

Sokat foglalkoztunk, most a jelen gondjaival, talán többet is mint amit kellett volna. De szó nélkül nem mehetünk el jelenségek mellett. Biztos lesznek olyanok is, akik mostani számunkat a háziorvosi rendszer privatizációja miatt teszik el.

J olvasást kívánunk!

Köszönet

Kedves munkatársaim!

Ezen újság hasábjait használom fel arra, hogy köszönet mondjak azért a készséges együttműködésért, amit idén májusban az ápoláskutatás sikeréért tettek. A kutatást az SBO-n működő EVSZ Klinikai Demonstrációs és Oktatási Egység szakmai oktatásban részt vett munkatársai végezték.

A kutatás témája
Vélemények a reanimációs ismereteinkről

Harmincegy osztályra küldtük ki a 12 kérdésből álló kérdőívet, s 26 osztály időben vissza is küldte, így 234 kérdőív feldolgozását tudtuk elvégezni. Osztályonként 5 orvost és öt szakdolgozót kértünk fel a válaszáadásra. Arra kerestük a választ, hogy az intézményben dolgozó orvosok, ápolók, asszisztensek szükségesnek tartják-e a reanimációs ismeretek szinten tartását, milyen keretek között kaptak ilyen irányú képzést és részt vették-e továbbképzésen.

Kutatásunk eredményes volt, találkozott a dolgozók véleménye a reanimációs képzést tervezők, szervezők céljával, remélve, hogy folyamatos továbbképzéssel egységes szemlélet és gyakorlat érvényesül a gyógyító munkában.

Örömmel közlöm, hogy elkészült egy minőségügyi terv az intézmény reanimációs képzési rendszerének létrehozásához, amelynek célja: biztosítani intézményünkben az egységes újraélesztési alapelvek és gyakorlat érvényesülését az érintett szakemberek folyamatos képzésének megvalósításával. Ez a képzés két szinten történik.

I. szint: AITO, SBO-n, szubintenzíven dolgozó orvosok, szakdolgozók,

II. szint: egyéb gyógyító osztályok orvosai, ápolói, asszisztensei.

Az I. szint (5 órás) évente, a II. szint (3 órás) képzésben részt vevők két évente vesznek részt a képzésben és tesznek vizsgát.

A képzés akkreditációja folyamatban van. A szakmai felügyeletet dr. Kiss Júlia AITO osztályvezető és dr. Pikó Károly SBO osztályvezető főorvosai látják el. Harminc fős oktató team (15 orvos és 15 szakdolgozó) végzi a képzést, akik az OMSZ budapesti képviselői által szervezett vizsgát tesznek.

Sikerese elméleti és gyakorlati vizsgát követően a képzésben résztvevők tanúsítványt kapnak, amelyet a személyi anyagban kell tárolni. A belépő új dolgozó (orvos, szakdolgozó), illetve a két évig szakmájukat nem gyakorlók a belépést követően két héten belül kötelesek reanimációs ismeretekből vizsgát tenni.

A végzettségnek megfelelő szakmai munkavállalás feltétele az évenként, két évenként esedékes sikeres elméleti és gyakorlati vizsga.

A képzésre az osztályok számszerű limitet kapnak, a képzés megkezdése előtt egy héttel kötelesek névvel ellátva az oktatási terven visszaküldeni az oktatásszervezőnek.

Ahhoz, hogy korszerű képzést folytathassunk, jól felszerelt oktató stúdió szükséges. Az intézmény biztosította a helyiséget, rendelkezésre állnak a korszerű, számítógép vezérelt speciális eszközök. Az intézmény 3,6 millió forintos pályázatot nyert a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Munkaügyi Központ képzési osztályától az oktató stúdió berendezésére, és oktatástechnikai eszközökre. Ennek realizálása folyamatban van. Bízunk benne, hogy a képzés az ősz közepén elindulhat.

Buda Károlyné
WHO függetlenített szakoktató,
A reanimációs képzés koordinátora



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

Szerkesztő:
Vitéz Péter

Felelős szerkesztő:
Berki Antal

Fotók:
Racsó Tibor

Tördelőszerkesztő:
Simon Gabriella

Olvasószerkesztő:
F. Sipos József

Hirdetésfelvétel:
Nyíregyháza,
Szent István u. 49.
Tel.: (42) 410-306,
433-808,
(06-60) 613-787

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, Nyírtelek

ISSN 1419-5569

LAPUNKAT AZ
OBSERVER SZEMLÉZI

Forradalom a kórházban

BESZÉLGETÉS DR. FAZEKAS ÁRPÁD ORVOSTÖRTÉNÉSSZEL 1956-RÓL

„...különleges ügyek itt nem voltak. Nem is nagyon lehettek, mert hiába történtek sorsfordító események odakint, bent a kórházban a dolgok a maguk rendes kerékvágásában csordogáltak. A kórháznak működnie kellett, nem teheték ki a táblát, hogy a forradalom miatt a gyógyítás szünetel...”

Ötven esztendeje van a pályán. Kezdetben kizárólag csak az orvostudományok érdekelték. Publikációi kizárólag szakmai lapokban jelentek meg. Gyermekgyógyász, a gyermekkori szívbetegségek specialistája. A nyugalmazott főorvos életében is az 1956-os forradalom volt a vízválasztó. A berettyóújfalui kórház osztályvezető főorvosaként megválasztották a kórházi munkástanács elnökévé. A szabadságharc vérbefojtása után aránylag „szerencsésen” megúszta a tisztogatást, csak (!) az állását veszítette el.

Száműzetés Szabolcsba

Hosszú évekig sehol sem kapott végzettségének megfelelő szakmai munkát, aztán a terror enyhültével megengedték, hogy körzeti orvosként gyakorolhassa hivatását. Kislétára került, onnan járta a környék falvait. Szépen lassan megismerte az ottani emberek életét, többek között a hírhedett pócspetri ügyet is. Mert igaz ugyan, hogy a falu lakói nem mertek a múltról beszélni, féltek az újabb és újabb megtorlásoktól, de a családlátogató orvos előtt nem nagyon vannak titkok. Lassacskán feltárult előtte az egész történet a maga iszonyú valóságában. Ez az élmény és 56-os múltja kényszerítette, hogy a korszak történetével foglalkozzon; ne merüljenek feledésbe a szabadságharc orvosi vonatkozásai.

– *Történt valami különleges a nyíregyházi kórházban a szabadságharc ideje alatt?*

– Különleges ügyek itt nem voltak. Nem is nagyon lehettek, mert hiába történtek sorsfordító események odakint, bent a kórházban a dolgok a maguk rendes kerékvágásában csordogáltak. A kórháznak működnie kellett, nem teheték ki a táblát, hogy a forradalom miatt a gyógyítás szünetel.

Kezdetben csak annyi történt, hogy az igazgató nem járt be, a pártvezetés és a szakszervezet mintha soha nem is lett volna, összeomlott. A város is csendes volt. Az első megmozdulás csak 26-án, pénteken volt a Kossuth téren. Rácz István írsaiból tudni lehet, mintegy tízezer ember vett részt a tüntetésen. A kórházban csak 27-én ültek össze, hogy megválasszák az ideiglenes munkástanácsot, de az ülés félbeszakadt, mert a Kossuth térről négy súlyos sebesültet szállítottak be, akiket azonnal műteni kellett. A Korona szálló padlásán elrejtőzött orvlövészek sebesítették meg ezeket az embereket. A műtési napló és az osztályos napló pontosan rögzíti a történeteket. Lehet tudni azt is, hogy először egy Faragó István nevű fiatalembert szállítottak be lőtt sebbel, akit a Damjanich lactanya előtt sebesítettek meg. Úgy, hogy az események miatt a munkástanács csak október 30-án tudott megalakulni,



Az ártatlanul meghurcolt dr. Dohnál Jenő

elnököt is csak másnap választottak, dr. Dohnál Jenő személyében. Dr. Dohnál Jenő Jósza András unokája volt, nagy tudású, kiváló orvosként ismerték városszerte.

– *Mi történt a szabadságharc leverése után?*

Megtorlás semmiért

– A munkástanács nagyon rövid életű volt, talán 3-4 napig működött. Az orosz megszállás után a kórház élte a maga hétköznapi életét, látszólag a legnagyobb nyugalomban. A megtorlás hulláma csak 1957 nyarán érte el az intézményt. Először július 5-én dr. Babicz Bélát, majd július 30-án Gábrriel Aurélt, és végül 1957. augusztus 6-án dr. Dohnál Jenőt tartóztatták le. Mind a hármuk lakásán házkutatást tartottak, nagyszabású kirakatpert rendeztek ügyükben.

A hatóságok célja nyilvánvalóan az volt, hogy a három nagytekintélyű főorvost lejárassák a lakosság előtt. Csak a kórházból ötvenhét tanú szerepelt a tárgyaláson. A tanúkat megfélemlítették, de sokan, mint például Péterffy László főorvos, nem törődve

a várható következményekkel, a tárgyaláson visszavonták a sokszor erőszakkal, zsarolással kikényszerített rendőrségi vallomásukat.

Már a vizsgálat legelején kiderült, hogy a vádlottak semmiféle bűncselekményt nem követhettek el, de ez a tény az akkori bírakra semmiféle hatással nem volt. Mindhármukat elítélték.

– *Mikor rehabilitálták az ártatlanul elítélt főorvosokat?*

– Az ártatlanul elítéltek igazi rehabilitációja még mind a mai napig nem történt meg.

Az elmaradt rehabilitáció

– Törvényesen ugyan felmentették őket a koholt vádak alól, de a város még mindig adós emléküknél. Jellemző, hogy Babicz főorvos úr nem Nyíregyházán, hanem Budakeszin, ahol szabadulása után telepedett le, kapott díszpolgári címet.

Most, az évforduló tájkán érdemes lenne elgondolkodni azon, hogy emléküket Nyíregyháza megyei jogú város legalább kései elismerésként, valamilyen formában megörökítse.

Mentálhigiéné

A Humánpolitikai Igazgatóság szervezésében október 7-én délelőtt 11 órai kezdettel ismételt megrendezésre került a már hagyományként számontartott egészségvédelmi rendezvény.

Ez alkalommal a délelőtti tartalmát az október 10-én jegyzett mentálhigiéné világnapra emlékezve a mentálhigiéné, a lelki egészségvédelem gondolatköre töltötte meg.

Az ember holisztikus szemléletének egy szelete, a mentális sík kapott hangsúlyt. A délelőtti résztvevői az előadások kapcsán átfogó képet kaphattak a mentálhigiéné fogalmáról, fejlődéstörténetéről, a mentálhigiéné elméletének és gyakorlatának

egységéről, annak fontosságáról az egyén és a társadalom vonatkozásában is.

Bemutatásra került intézményünk mentálhigiéné szolgálatának struktúrája, megfogalmazódott fő célkitűzése, miszerint a gyógyító tevékenységet hivatott segíteni a mentálhigiéné szemlélet ébrentartásán túl.

A rendezvényen az egészségügyi ellátás és a mentálhigiéné tevékenység lehetséges kapcsolódási pontjairól szólt a pszichológus, a mentálhigiénikus, a szociális munkás és az alapellátásban tevékenykedő vezető szakember.

Szekérné Illés Erzsébet
mentálhigiénikus

Képzés a nosocomialis fertőzések megelőzésének érdekében

Az európai színvonalú betegellátásban az egyik leglényegesebb elem a minőségbiztosítás, amely nem képzelhető el a nosocomialis fertőzések felügyelete és megelőzése nélkül. Ennek érdekében hazánkban mindenekelőtt alapvető jelentőségű a magasán kvalifikált szakemberek képzése.

Ez volt a célja annak a képzésnek, amelyet 1995-ben indított először a DOTE Nyíregyházi Főiskola Kara Nosocomialis fertőzések felügyelete és megelőzése néven. A kétéves diplomás ápolói ismeretekre épülő kiegészítő szakon 1999. október 6-án már a második csoport tagjai - az ország különböző pontjairól összesen 18-an - tettek sikeres vizsgát, elismert szaktekintélyek előtt.

A képzés 250 órás, a magas színvonalú szakmai tárgyakon túl alapfokú angol nyelvi és számítógépes szakmai alapismereteket is elsajátítottak a hallgatók.

A Jósza András Megyei Kórház diplomás ápolói közül a két évfolyamban összesen tízen vettek részt, amely igen szép részvételi aránynak számít.

Név szerint: Leskovicsné Ferenczi Andrea (Higiéné o.), Kozákné Bíró Katalin (Váltós csoport), Jasku Erzsébet (Szülészeti, műtő), Csatlós Gyula (Központi műtő), Bakti Andrásné (Higiéné o.), Lukács Erzsébet (TRÁLL), Nagy Márta (SBO), Siposné Cziráku Katalin (Higiéné o.), Németh Nagy Marianna (Központi műtő), Katona Michaela (Higiéné o.).

A tanultakat valamennyien különböző osztályokon, részlegeken hasznosíthatják, részt véve így a nosocomialis fertőzések megelőzésében, s a higiéné rendszabályok széleskörű terjesztésében.

A képzés folytatódik, 2000 januárjában tervezi a főiskola a következő kiegészítő szak indítását. Tájékoztató a Higiéné osztályon, jelentkezni lehet a DOTE Nyíregyházi Főiskola Karán, dr. Lipóczki Imrénél.

Katona Michaela
higiénikus

„Amíg ifjú voltál, felövezted magad,
és oda mentél, ahova akartál.
Ha megöregszel, kitárod két karod,
más övez fel téged, és oda kell menned,
ahova nem akarsz.”

János 21, 18

AZ UTOLSÓ PILLANATOK MÉLTÓSÁGÁÉRT

Hogyan ápoljuk haldokló betegeinket? Mit mondjunk és mit ne mondjunk? Hogyan dolgozzuk fel elvesztésüket?

Ezen kérdések megválaszolásához nyújtott segítséget a Soros Alapítvány által lebonyolított rendezvény, melyen mint hospice-vel foglalkozó szakoktatóknak volt szerencsénk résztvenni. A halál kérdése hosszú ideig tabutéma volt. Az orvosi egyetemeken nem tanították a haldoklók pszichés vezetését, sem a közvetlen hozzátartozóval szemben tanúsítandó viselkedésformát. Az ápolók is csak csekély óraszámban foglalkoztak a haldokló beteg ellátásával.

Így aztán orvos, nővér, családtagok, barátok egyformán felkészületlenek, többnyire nem tudnak mit kezdeni a haldoklóval. Szerepet játszanak, nem tudnak segíteni problémái megoldásában.

A különböző történelmi koroknak és civilizációknak megvolt a halál- és gyászritusa, és pszichológiai feldolgozásmódja.

Néhány évtizeddel ezelőtt az emberek többsége otthon született, és otthon is halt meg. Ma a születést és a halált, a meghalás látványát is kórházak, klinikák, elfekvő intézmények falai rejtik. Pedig a mai ember is keresi a utat, hogy hogyan tudná elfo-

gadni, megérteni a halál problémáját, megadni méltóságát és emberségét a halálélménynek. Tíz emberből hét kórházban hal meg. A kórházak egyáltalán nincsenek felkészülve arra, hogy befogadják, sőt a halál küszöbéig kísérik a gyógyíthatatlan betegeket.

Talán ezen a helyzeten segítené, ha országszerte egyre több helyen alakulnának hospice intézetek és részlegek.

Itt elsődleges feladat csökkenteni a haldokló fájdalmát és egyéb tüneteit, elősegíteni, hogy nyíltan és őszintén beszélgesse hozzátartozóival, hogy fel tudja dolgozni félelmeit, szorongásait.

Az ilyen és ehhez hasonló rendezvények ahhoz nyújtanak segítséget, hogy megálljunk egy percre, elgondolkozzunk és talán egy kicsit másfajta szemlélettel és másképpen végezzük a továbbiakban munkánkat.

Köszönjük az intézmény vezetőségének, hogy biztosította számunkra ezt a részvételi lehetőséget.

Jó olyan intézményben dolgozni, ahol biztosítják a továbbképzést ebben az igen fontos témában is.

Vámosiné Lipcsei Marianna,
Illés Ilona
szakoktatók

Pénzügyekről nyíltan, levélben

Nyílt levél a pénzügy-miniszter úrhoz

Dr. Járny Zsigmond úrnak
Pénzügyminiszter

Tisztelt Pénzügyminiszter Úr!

A média híradásaiból értesültünk, hogy a társadalombiztosítási alapok zárszámadásáról szóló törvényjavaslatban 2,9 milliárd Ft további elvonást terveznek.

Az egészségbiztosítási alap kórházellátásra szolgáló költségvetéséből, eddig 12 milliárd Ft-ot vettek el. A napokban megjelenő kormányhatározat a szakellátás finanszírozását 600, a háziorvosit 500 millió Ft-tal csökkenti. Az újabb tervezett 2,9 milliárd Ft elvonásból – az Állami Számvevőszék közlése szerint – 1,7 milliárdot az APEH dolgozóinak jutalmazására szánják. Ez a lépés cinikus és felháborító. A megnyirbált egészségügyi kassza további csökkításhoz vezet – a betegtől és egészségügyi dolgozóktól elvett – összeggel olyan hivatalnokokat kívánnak jutalmazni, akiknek semmi hatásuk nincs a társadalombiztosítási alapok bevételeire. Nem fogadható el a pénzügyi irányítás sajátos megközelítése, mely az egészségügyi szolgáltatók felé hiányt és megszorítást érvényesít, ugyanakkor a pénzügy alkalmazottjai felé ugyane forrásból többletet juttat.

Javasoljuk, hogy az 1,7 milliárd forintnyi tervezett elvonásból a járóbeteg-ellátástól és a háziorvosoktól elvont összeget juttassák vissza. A maradék összeget fordítsák a természeti katasztrófa sújtotta területek lakosságának megsegítésére.

A 12 milliárd forintnyi kórházi elvonás következtében tovább romló egészségügyi ellátáson már úgysem lehet segíteni.

Budapest, 1999. szeptember 9.

Magyar Orvosi Elnöksége
Falusi Körzeti Orvosok Kamara
Szövetsége

Tisztelt Pénzügyminiszter Úr!

A Magyar Orvosi Kamara évek óta figyelemmel kíséri a hazai egészségügyi finanszírozásának alakulását, különös tekintettel az orvosok jövedelmi helyzetére, munkakörülményeikre, a gyógyítás lehetőségeire.

Sajnálattal vettük tudomásul különböző gazdasági és egészségpolitikai tanulmányok

egybehangzó állításait, miszerint az egészségügyre fordított kiadások vásárlóértéke a 10 évvel ezelőtti szint 50 %-a alá csökkent. Az 1999. évi egészségügyi költségvetés főösszege szerint ez a csökkenés megállni látszik, nem ismeretes azonban a valós évvégi egyenleg. Az orvosok jövedelmi helyzete folyamatosan romlott, egyre feltűnőbb az elmaradás más ágazatokhoz képest. E helyzet magyarázza, hogy a Magyar Orvosi Kamara Országos Képviselő Testülete ismételtelen elégedetlenségének adott hangot és kérte a MOK elnökségét, kezdeményezzen beszélgetést a pénzügyi tárccal.

A 2000. évi költségvetés előkészítésének jelen szakaszában a MOK készséggel adna tájékoztatást az orvostársadalom, illetve a gyógyító ellátások jelen helyzetéről, örömmel venné, ha mód nyílna a pénzügyi tárca elképzeléseinek egyeztetésére is.

Az alábbi témakörök megbeszélését javasoljuk:

1. Az orvosok jövedelmi- és adózási helyzete
2. Az egészségügyi finanszírozás – különös tekintettel a kórházak helyzetére és az amortizációra
3. Az egészségügyi hozzájárulás, OEP bevételek, kiegészítő- (magán) biztosítás

Megtisztelő lenne a Magyar Orvosi Kamara számára, ha lehetőség nyílna személyes találkozásra Pénzügyminiszter Úrral, vagy amennyiben ez nem lehetséges, a kérdésben kompetens képviselőjével.

Tisztelettel:

Kupcsulik Péter dr.

Tisztelt Pénzügyminiszter Úr!

A Magyar Orvosi Kamara 1999. június 28-án keltezett levélben kezdeményezte a tárca és a MOK kapcsolatfelvételét a 2000. évi egészségügyi költségvetés témájához kötődő egyeztető megbeszélés céljából.

Válasz mind ez ideig nem érkezett. Az időközben kiadott tervezési szempontok ismeretében – megítélésünk szerint – a javasolt tárgyalások feltétlenül indokoltak.

Kérem tisztelt miniszter urat, tegye lehetővé, hogy az Önnel és/vagy felelős munkatársaival történő találkozásra sor kerülhessen.

Tisztelettel:

Kupcsulik Péter dr.
a MOK elnöke

A MOK Elnökségének Állásfoglalása

A média közölte Szabadfi államtitkári kabinetfőnök úrnak tulajdonított tájékoztatást, mely szerint halott személyek biztosítási számára történtek szolgáltatói teljesítmény-elszámolások. A tudósításokban 100-as, illetve 100 ezres számok szerepelnek, de az OEP valójában csak két olyan bizonyított esetről tud, amikor házi ápolási szolgálatok jelentettek szolgáltatást halott személyek TAJ számára.

A MOK visszautasítja azt a feltételezést, hogy az egészségügyi szolgáltatók, illetve orvosok szándékos csalást követtek volna el.

Mindaddig, amíg ilyen konkrét bizonyítékokkal a finanszírozó nem rendelkezik, és a vizsgálatok nem tárnak fel egyértelmű helyzetet és felelősöket, a híradást az orvosi szakma, illetve az egészségügyi szolgáltatók lejáratásának, a társadalom félrevezetésének vagyunk kénytelenek tartani.

Kérjük, hogy a vizsgálatokat követően, szakmai elemzések alapján részletes adatok közlésére kerüljön sor. A közismerten nehéz körülmények között áldozatos munkát végző orvoskollegák nevében visszautasítjuk a fenti közlésből származó hamis vádak, a „kollektív bűnösséget”.

Budapest, szeptember 9.

A Magyar Orvosi Kamara
Elnöksége

Láttelek a természetgyógyászatról

Nincs béke a természetgyógyászat körül. Vannak, akik esküsznek rá, vannak, akik az összes természetgyógyászt keresztre feszítenék. *Dr. Makó Jánost*, a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiuma elnökét faggattuk a hazai állapotokról.

– **Tunár úr, a félreértések elkerülése végett mindjárt tisztázzuk, ön nem természetgyógyász. Hogyan került mégis kapcsolatba ezzel a témakörrel, hiszen az utóbbi időben több rádió- és tévéműsorban is megszólalt?**

– A Magyar Orvosi Kamara felismerte azt a társadalmi jelenséget, hogy a betegek egy része kiábrándult a hagyományos medicinából, mert nem kapták meg tőle azt, amit elvártak. Sajnos tudomásul kell venni, hogy nem minden betegséget tudunk meggyógyítani. Ilyenkor a betegek kétségbeesésükben szaladnak fűhöz-fához, ami érthető reakció. Hallják tévében, rádióban, ismerőstől, hogy vannak csodaszerek és csodatévőök, akik azt ígérik, hogy segítenek a bajon. Az elfordulás, vagy kiábrándulás másik oka az, hogy a természetgyógyásznak több ideje van arra, hogy foglalkozzon a beteggel, mert nála nem állnak sorba úgy a páciensek, mint egy orvosi szakrendelésen, vagy egy kórházi osztályon. Különösen igaz ez most, hogy az ún. egészségügyi reform keretében az ágyszámot és az orvosok létszámát is csökkentették. Tehát kevesebb idő jut egy betegre. A természetgyógyász azzal kezdi, hogy beszélget a beteggel, személyesebb kapcsolatot tud vele kialakítani, ami természetes igénye a beteg embernek. Ezek tehát azok a fő tényezők, melyek a hagyományos orvoslástól a természetgyógyászok felé fordítanak több beteget.

– **Készséggel elfogadom ezt az indoklást, de érdekel a véleménye arról, hogy van-e, lehet-e egyéb oka is annak, hogy a betegek bizalma csökkent a hagyományos orvoslás iránt. Szerintem ugyanis vannak ilyen okok.**

– Ezzel részben egyetértek. A rossz mellett meg kell látni a jót is, de az sajnos elképzelhetetlen, hogy a hagyományos orvoslásban a beteg csak a jót tapasztalja meg.

Ennek is több oka van, az egyiket említettem: nem tudunk minden betegséget meggyógyítani. A másik, hogy ha száz orvosból 60 jól, 20 közepesen, 20 pedig nem megfelelően bánik a beteggel, a társadalom szinte csak az utóbbi húszra figyel oda. Az orvosokban is van hiba, és ez csak részben magyarázható azzal, hogy kevesebb idő jut egy-egy betegre. A másik, hogy egyes orvosok szemlélete nem felel meg a szakmai kívánalmaknak. Az etikai kollégium szemlélete szerint az orvosnak szolgálnia kell a beteget, nem pedig szolgáltatást nyújtani. Ehhez a szolgálathoz azonban megfelelő társadalmi közeg is kellene. Olyan közeg, amelyben az elmúlt évtizedekben nem nézték volna le a szolgálatot, az áldozatvállalást, nem a személyiség megnyomorításának tekintették volna. Olyan közegben, ahol az anyagi javak és a minél magasabb egzisztencia elérése áll a középpontban, hogyan várhatnánk el egy olyan réteg kifejlődését, amelyik nemcsak a pénzért dolgozik, hanem szolgálni akarja a beteg embert. Az orvosok is részei a társadalomnak és a társadalom jogosan vár el másféle mentalitást az orvostól – talán még a pedagógusok vannak hasonló helyzetben. Ilyen elvárások alapján az orvosnak szinte szentnek kellene lennie, de nem vagyunk azok. Mondom, a beteg elvárása jogos, de ennek megvalósulásához az egész társadalom szemléletének megváltozására volna szükség. Az orvosok ugyanebből a társadalmi közegből nőnek ki és illeszkednek be. Hogyan lehetne varázspálcával megérinteni egy 18 éves orvosnak készülő gyerek fejét azzal, felejtések el, mennyit fogtok keresni, amikor egy 60 év körüli, két-három szakvizsgával rendelkező orvos ma bruttó 70–80 ezret keres vezetői pótlékkal együtt! Amikor egy közgazdász kikerül az egyetemről, az első munkahelyén megkereshet 80–110 ezer forintot, és egy-két év múlva továbbállhat esetleg a duplájáért. Ilyen körülmények között várják el minden orvostól, hogy százszázalékosan teljesítsen. Ha az orvosi munkát értékén alul kezelik, nem tudnak megélni, családot fenntartani a fizetésükből,

és ilyenkor jön a paraszolvencia. Mindennek ellenére az orvosnak úgy kell viselkednie, hogy a beteg érezze, mindent megkap pénz nélkül is. Vannak, akik nem így viselkednek, s ez is oka annak, hogy a beteg ember haragszik az orvosra.

– **Megértem, hogy a gondok gyökeréig mélyre kell ásni, de térjünk vissza oda, ahonnan kikököntettem. Tehát mi történt, amikor erre a bizonyos felismerésre jutottak?**

– A kamara 1991-ben hozott egy állásfoglalást, mellyel nem megszüntetni akarta a természetgyógyászatot – nem is lehetne –, hanem megfelelő mederbe terelni. Azt akartuk elérni, hogy ne okozzanak kárt a betegnek a természetgyógyászok.

– **Ez lenne a fő kritérium? Mindent szabad, ami nem árt?**

– Igen. Nagyon régi orvosi elv a nem ártani! Tudok olyan esetről, hogy valakinek méhdaganata, miómája volt. Elment egy talpmasszázshoz, aki azzal hitegette, hogy megszünteti a daganatát. Eközben a betegségre haladt előre, végül ki kellett venni a méhét. Nem az volt a baj, hogy talpmasszázshoz járt, önmagában a talpmasszázs nem okozott bajt, a hiba az volt, hogy nem vette igénybe a hivatásos orvosok segítségét. Nem baj, ha valaki elmegy egy természetgyógyászhoz, aki gyógyteákat javasol neki, ha hisz a bioenergiában, hát bővílíthetik is, kapjon életmódtanácsot – persze, azt is inkább az orvostól kellene kapnia –, mindent lehet, csak emellett vegye igénybe a hivatalos orvosi lehetőségeket.

– **Előfordult-e már az ön praxisában vagy akár ismeretségi körében olyan eset, hogy pl. diagnosztizáltak egy súlyos vesebetegséget, a páciens természetgyógyászhoz fordult és az – természettudományos módszerekkel bizonyítható módon – meggyógyította?**

– Ilyenről nem tudok, de az ellenkezőjéről igen. Egy rendszeres művekezelésre szoruló beteg természetgyógyászhoz fordult, aki állítólag orvosi diplomával rendelkezett. Azt mondta, megpróbálja őt meggyógyítani és hat kezelés után tudja eldönteni, képes-e meggyógyítani vagy sem. Ez három

éve történt, egy kezelés ára akkor 3000 forint volt. A természetgyógyásznak nagyon jól kellett tudnia – nem volt buta ember –, hogy egy rendszeres művekezelést igénylő beteget nem lehet meggyógyítani. Ennek ellenére masszírozgatta a talpát, és hat kezelés után azt mondta, sajnos nem tudja meggyógyítani. Közben zsebre vágott 18 ezer forintot. A betegnek nem ártott vele, hiszen az közben járt művekezelésre is, de mindez roppant erkölcsstelen magatartás volt. Nem ártott, de becsapta a beteget. Az illető nem volt hajlandó elárulni, kihez járt, de ha megtudtam volna, hogy ki az, etikai bizottság elé idéztettem volna.

– **Tunár úr, volt-e olyan eset, hogy az etikai bizottság...**

– Nem bizottság, hanem kollégium. A bizottság konkrét eseteket vizsgál, a kollégium általános etikai elveket fogalmaz meg.

– **Köszönöm, hogy ezt is megtudhatjuk. Akkor vegyünk konkrét esetet. Tud-e arról, hogy a bizottság kuruzslásért elmarasztalt természetgyógyász orvost?**

– Elmondok egy esetet, ami nem pontosan a kérdésre válasz, de jellemző. Egy falusi körzeti orvos elküldte egyik betegét egy bioenergetikushoz – aki egyébként vilánszerelő –, hogy vele kezeltesse a vastagbélrákját. A beteg meghalt. Az etikai bizottság elmarasztalta az orvost és fél évre felfüggesztette a kamarai tagságát, ami azt jelenti, hogy addig orvosként nem dolgozhatott. Ugyanez az ember rosszindulatú nyirokcsomó duzzanatban szenvedő gyereket is elküldött ahhoz a bioenergetikushoz.

Az egészségügyben nagyon sok nem orvos végez gyógyító munkát. Nővérek, asszisztensek, gyógytornászok és mások. Egy beteg rehabilitációjánál az orvos nem azt mondja a gyógytornásznak, hogy ezt vagy azt csinálja a beteggel, hiszen azt a gyógytornász jobban tudja; az orvos diagnózist állít föl és javaslatot tesz a terápiára. Ezzel csak azt akarom mondani, hogy az orvosi diagnózis és a terápiás javaslat után a beteg szabad akaratából elmehe nem orvos természetgyógyászhoz is.

– **Tehát ez azt jelenti, hogy az orvos akár javasolhatja is a természetgyógyászati kezelést?**

– Elméletileg igen, de azt hiszem, elég kevés ilyen orvos van. A betegek nagy többsége önként, saját elhatározásából fordul természetgyógyászhoz. Először is definiálni kellene, valójában mi is a természetgyógyászat, hiszen nagyon sok minden belefér. A kormányrendelet úgy fogalmaz, hogy a természetgyógyászat olyan egészségügyi tevékenység, amely a tudományosan megalapozott gyógyítást egészíti ki. Amit a természetgyógyászat magának vindikál, az valójában sokszor a hagyományos medicinának a része. Például az életmód-tanácsadás orvosi tevékenység. Ha a beteg szívpanaszokkal jelentkezik, és az orvos megállapítja, mi a baja és felír valamilyen gyógyszert, azzal még nincs megoldva a betegség. Mert hiszen azt valami előidézte. Tudni kell pl. azt, milyen életmódot folytat, sokat dolgozik-e, mennyit dohányzik, mennyi alkoholt fogyaszt, mozog-e eleget, volt-e a családban hasonló betegség stb. Tehát mindezeket tudni kell ahhoz, hogy életmódtanácsot adhassunk. De ez nem természetgyógyászat! Ez az orvosi munkának szerves része, és igazán jó tanácsokat csak az tud adni, aki ismeri magát a betegséget is. Az, hogy a beteg embert a környezetével együtt kell nézni, az nem természetgyógyászati, hanem hagyományos orvosi szemlélet, amit átvesz a természetgyógyászat is. Csinálják ők is nyugodtan, de ne mondják rá, hogy ez természetgyógyászat.

– *Tanár úr, azt hiszem, nem is az elvekkel, a szemlélettel van baj, hanem a gyakorlattal. Beszélgettem egy orvos természetgyógyással is, aki majdnem ugyanezeket mondta el az elvekről. Ő éppen azért fordult el a hagyományos orvoslástól, mert azt tapasztalta, hogy az orvosi gyakorlatban ez a szemlélet nem, vagy csak alig érvényesül. Mi mindannyian, betegek, általában azt tapasztaljuk, hogy bemegyünk a rendelésre, elmondjuk a panaszunkat és az orvos már gyártja is a recepteket. Ha tehát csak arról volna szó, hogy a természetgyógyász átveszi azt a szerepet, amit az orvos az ön által is említett okokból esetleg nem tud megadni, elfogadom, hogy kiegészíti a hagyományos orvoslást. Azt azonban ön is jól tudja, hogy a praktizáló természetgyógyászok egészen másfajta tevékenységeket is végeznek.*

– Ami a természetgyógyászati tevékenység szabályozását illeti, persze, nemcsak a kiegészítő tevékenységekre gondolok, hanem tudományos alapokkal alá nem támasztott tevékenységekre, nem megfelelő végzettséggel rendelkező személyekre is. Nagyon sok pszichoszomatikus betegség van. Ha a beteg bízik valakiben, legyen az természetgyógyász, elmondhatja a panaszát, kibeszélheti a problémáit, már javulhat az állapota. De nem a bioenergia segíti a gyógyulását, hanem a pszichés hatás, a megkönnyebbülés, hogy foglalkoznak, törődnek vele. A gyógyítás hatását több betegségnél nagyon nehéz leméni. Az én szakterületemen, a veseelégtelenségénél például lehet.



– *Áttanulmányoztam a természetgyógyászatra vonatkozó miniszeri rendeletet, és a csak orvos által végezhető természetgyógyászati tevékenységek körében számomra igen furcsa szakterületekre bukkantam. Kezdiük a homeopátiával.*

– Sok homeopata megharagszik rám azért, amit most mondok. Egy alkalommal beszélgettem egy homeopátiával kezelő orvossal és megkérdeztem, van-e gyereke. Igen, válaszolta. És ha a gyerekének valamilyen komoly gyulladós betegsége volna, milyen terápiát alkalmazna? Azt mondta, hagyományos medicinát. Nekem ennyi elég.

– *Folytassuk a sort. Manuálterápia.*

– Ez komoly dolog. Ha valakinek pl. gerincbántalmai, lumbágója van, és hozzáértő, megfelelő anatómiai ismeretekkel rendelkező ember megnyomogatja az izmokat, a csigolyákat, egy kis sérv például ettől rendbe jöhet. A nem hozzáértő kéz azonban súlyos problémákat okozhat. Ismerek valakit, akinek itt fáj, ott fáj, s valakitől hallotta, hogy manuálterapeutánál járt és az illetőnek használt a kezelés. Ő is elment hozzá, de a kezelés után nemhogy javult volna, hanem még nagyobb fájdalmai lettek. Amikor ezt szóvá tette, az illető gyógyító azt felelte, azért nem sikerült a kezelés, mert nem lazította el eléggé az izmait. Nem ő volt az, aki rosszul csinált valamit, hanem a beteg volt a hibás.

– *Ezt egyébként sűrűn hallani különféle természetgyógyászoktól. Ha valami nem jön be nekik, rögtön a beteg nem megfelelő hozzáállását emlegetik. Folytatom a sort a csak orvos által végezhető természetgyógyászati szakterületekről: hagyományos kínai, indiai, tibeti gyógymódok. Nem kételem, hogy ezek jók lehetnek bizonyos esetekben, de nem feltétlenül attól jók, mert egzotikusak és jó messze találják ki őket.*

– De van bennük valami igazság. Keleten ugyanis más nem volt, ott nagyon sokáig egyáltalán nem ismerték a nyugati orvoslást. Ezekhez a gyógymódokhoz filozófiai kötődnek, nagyon sokáig tanulják és nagyon sok tapasztalat gyűlt össze. Ezt nem lehet pár hét

alatt elsajátítani. Az akupunktúrának, akupresszúrának már Nyugaton is van létjogosultsága, megfelelő területen, megfelelő, hozzáértő ember által. Ha valakinek azért fájnak a csontjai, mert daganatos áttéte van, akkor nem manuálterápiát, akupunktúrát kell alkalmazni, hanem az alapokat kell gyógyítani, ha tudjuk. Sajnos a hagyományos orvoslás sem mindenható.

– *Folytatom. Bioenergetikai módszerek.*

– Ezzel van a legnagyobb bajom.

– *Nem csodálom. Felolvasok néhány fogalmat a népjóléti miniszter által aláírt, a természetgyógyászok vizsgakövetelményeit is szabályozó rendeletről. Kérem, értelmezze nekem ezt a szót, hogy aura.*

– Tudom, hogy mit értenek alatt, de nem fogadom el.

– *Kövek, kristályok, növények mint sugárforrások. Vagy mi köze a természetgyógyászhoz ilyenekhez, mint körszimmetrikus és periodikus minták energetikai hatása? Piramis, szűpa? Asztrológiai hatások?*

– Ez borzasztó.

– *Szerintem az igazán borzasztó az benne, hogy a népjóléti miniszter aláírásával szentesít egy sor áltudományt. Hiszen ezek mind vizsgakövetelmények.*

– Ehhez annyit tudok hozzátenni, hogy az orvostudományi egyetemek rektorai a Magyar Tudományos Akadémiához fordultak, mondják meg, melyek azok a természetgyógyászati tevékenységek, amelyeket az Akadémia elfogadhatónak tart egyetemi képzés és vizsgáztatás részeként. Még nem született meg a válasz. De képzeljük el azt a helyzetet, hogy az Akadémia azt mondja, a bioenergetika elfogadható. Ez a magyar tudomány lejáratása lenne.

– *Tanár úr, azt hiszem, az Akadémia soha nem fogja azt mondani, hogy a bioenergetika orvosegyetemen oktatható volna...*

– A természetgyógyászati törvény megalkotása során az első tíz variáció kidolgozásában a Magyar Orvosi Kamara képviseletében én is részt vettem, aztán nem hívtak többet. A kamara Etikai Kollégiuma a Népjóléti Minisztérium kérésére véleményt nyilvánított a Természetgyógyászati Törvény általános részéről. A természetgyógyászat egyes fajtáiról véleményünk szerint kizárólag a Magyar Tudományos Akadémia kompetens nyilatkozni.

Isten Veletek, Barátaink!

*„...Keresheted őt, nem leled, hiába,
se itt, se Fokföldön, se Ázsiába,
a múltba sem és a gazdag jövőben
akárki megszülethet már, csak ő nem...”*

Dr. Papp Tibor 1923–1999



Pár hónapja még kitüntetéséről számoltak be a lapok, és ma már nem lehet közöttünk, hogy tapasztalataival, biztató, emberséges szavaival segítse a gyógyító munkát. 17 évig vezette a Megyei Kórház Reumatológiai Osztályát. Halála fájdalmas és súlyos veszteség nemcsak hozzátartozói, de volt munkatársai és betegei számára is.

Dr. Papp Tibor 1923-ban, Szatmárnémetiben született. Orvosi diplomáját 1950-ben a Budapesti Orvostudományi Egyetemen szerezte. Néhány évig az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben dolgozott, 1958-ban hívták Nyíregyházára a járványos gyermekbénulásban megbetegedettek utókezelésének megszervezésére és irányítására. Ezt a teljes embert igénylő, nehéz feladatot egy évtizeden keresztül egyedül végezte a megyében. Közben meggyőző szakmai érveléssel és rengeteg utánjárással kiharcolta egy 40 ágyas komplett, fizioterápiával rendelkező reumatológiai

osztály létesítését kórházunkban, melynek osztályvezető főorvosa lett. Az elképzelései alapján kialakított, 1968-ban átadott önálló osztály hosszú éveken keresztül mintaként szolgált a későbbi, hasonló gyógyító részlegek tervezésénél.

Megyei reumatológus szakfőorvosként további húsz év alatt létrehozta megyénk reumatológiai és fizioterápiás betegellátó hálózatának vázát. Munkássága során reumatológus szakorvosok és fizioterápiás asszisztensek generációit nevelte ki. A Magyar Reumatológusok Egyesületének egyik alapítója, több évig vezetőségének is tagja volt. Működése alatt az MRE Vándorgyűlése háromszor (1960, 1967, 1983) került Nyíregyházán megrendezésre. Tudományos tevékenységét hazai és nemzetközi fórumokon 16 publikáció és 38 előadás jelzi. 1985-ben vonult hivatalosan nyugdíjba, de 1993-ig aktívan dolgozott szakrendelésünkön. Fáradhatatlanul, igen nagy együttérzéssel, kifogyhatatlan türelemmel gyógyított. Munkatársait a szakma és a betegek szeretetére, tiszteletére és józan önmérsékletre nevelte. Többször részesült kitüntetésben, a legbecselebbit idén június 30-án vehette át: Példaértékű orvosi életművéért Köztársasági Elnöki Arany Emlékérmeket kapott. Sajnos nem sokáig örülhetett neki. Hosszan tartó súlyos betegség következtében 1999. szeptember 9-én elhunyt. Munkásságáért nem csak kórházunk dolgozói, városunk és megyénk lakosai, de az egész reumatológus és fizioterápiás szakma hálával tartoznak.

Zékány Pál 1912–1999



Tiszteletreméltón hosszú időt élt. A kórházban is csaknem húsz esztendő volt gazdasági igazgató. 1974-ben vonult nyugalomba, azóta élte a nyugdíjasok egyhangúnak nem igazán mondható életét. Hűséges ember volt, hűséges a családjához, és ha ez ma már valamiért nem hangzik túlzottan korszerűnek, hűséges a munkahelyéhez is. Az Egészségügy kiváló dolgozójaként búcsúztatták munkatársai. Ma már nincsenek sokan közöttünk, akik személyesen is

ismerhették, de akik még itt vannak és emlékeznek rá, meghatottan idézik fel alakját. Zékány Pál hosszan tartó, türelemmel viselt betegség következtében életének 89. esztendejében el távozott közülünk.

Dr. Zilahi József 1936–1999



A mesék legkisebb fiújaként vágott neki a nem túlságosan hosszúra szabott útnak, és mint a legkisebb királyfi, mindent elnyert az élettől, amit ebben a nem könnyű küzdelemben el nyerhet az emberfia. Irdatlan messzeségből érkezett és jutott el oda, ahol már a címek és stallumok nem igazán számítanak, ahol az emberek szeretete és megbecsülése adja az igazi rangot, az arra érdemesnek. Kőművestanoncként kezdte, hogy aztán mérnöki diplomát és doktori címet szerezzen.

Egész életét a közigazgatásban töltötte. A számlálót végigjárva legvégül a Megyei Közgyűlés elnöke lett. Nem könnyű terhet vett magára, amikor szabotázsi emberek képviselőt vállalta. Az ország boldogabb részein sokkal könnyedebben végezhetne volna munkáját, talán egyéni boldogulása is egyszerűbb lett volna, és akkor életének fonalát sem vágta volna el ilyen tragikusan korán a tevékenységüket szenvte-

lenül végző párkák..., de hát ennek az ezerszer elátkozott, megáldott régiónak szülötte volt.

*Sósabbak itt a könnyek
S a fájdalmak is mások...*

Dr. Zilahi József

Országgyűlési képviselőt,
a Megyei Önkormányzat elnökét 1999. október 17-én vasárnap, a római katolikus egyház szertartása szerint helyezték végső nyugalomba, a Nyíregyházi Északi temető családi sírboltjában.

Gondolatok megyénk helyzetéről (II.)

Mindezek mellett 1990–94. között jelentős eredmények születtek a normatív teljesítményelvű finanszírozás kialakításában. Sajnos a finanszírozási rendszer átalakulásához nem kapcsolódott megfelelően a szakmai követelmények egyértelmű rögzítése, a struktúra átalakítása. Nem történt meg a gazdaságtalan és nem megfelelően hatékony intézményrendszer felülvizsgálata, nem kezdődött el az indokolatlan és igazságtalan, társadalmi feszültségeket keltő területi és szakmai egyenlőtlenségek csökkentése sem. Ugyanakkor az egészségügyi intézmények 80 %-a helyi vagy területi önkormányzati tulajdonba került, az állami felelősség megjelenítésére, az ellenőrző funkciójának gyakorlására megjelent az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, létrejött az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a köztisztviselői jogszínterrel rendelkező szakmai érdekképviseleti szervek, a Magyar Orvosi, illetve Gyógyszerész Kamara. Sajnos e szervek egymáshoz és kormányzathoz fűződő viszonya ma sem tisztázott.

Az 1994-ben hatalomra jutott, szocialista-liberális kormány az egészségügy átalakításában továbbra is a finanszírozási, gazdasági és hatékonysági kérdésekre fordította a nagyobb figyelmet. A változások leszűkültek az elosztás-

ra és a gyógyító szolgáltatásokra. A korszerű megelőzésről, az egészségmegőrzésről, az egészség kérdésének holisztikus kezeléséről leginkább csak beszéltünk, vagy a kormány különböző programjaiban, koncepcióiban olvashattunk. Az általános és kötelező biztosítás mellett megkezdődött az alternatív, illetve kiegészítő biztosítási formák kiépítése. Döntés született az egészségügyi irányítás, a konszenzusteremtés új megjelenítőiről, az Országos és a Regionális Egészségügyi Tanácsok létrehozásáról. A reformfolyamatot nemcsak szakmai és politikai nehézségek lassítják. A gazdasági szerkezetváltással párosuló társadalmi polarizáció, az elszegényedés, a

szociális biztonság lényeges meggyengülése az egészségügy gazdasági, működési problémái mellett újabb és újabb kihívást jelentenek az egészségügy számára is.

Az OECD-országokban az elmúlt 30 évben közel megkétszereződött az egészségügyre fordított kiadások összege, a legtöbb OECD-ország a GDP 7,9 %-át fordítja erre a célra. Néhány OECD-ország és Magyarország egészségügyi kiadásait a GDP %-ában az 2. sz. táblázat mutatja. Ma Magyarországon a GDP 6,5%-át (kb. 240 USD/fő/év) fordítják az egészségügyi ellátásra. Ha ezt összehasonlítjuk például az Egyesült Államokéval, ahol 17%-ot (3000 USD/fő/év) költenek, vagy Ausztriával, ahol 1000 USD-t biz-

tosítanak évente, akkor látható, hogy nálunk igen elenyésző pénzüsszeget fordítanak továbbra is arra, hogy megelőzzék a megbetegedések kialakulását, valamint gyógyítsák a már bekövetkezett betegségeket.

Bizonyított tény, hogy viszonylag szoros a korreláció az egy főre jutó egészségügyi kiadások és az adott ország egy főre jutó GDP-jének alakulása között. Az egészségügyi kiadások megkétszereződéséhez kétségtelenül hozzájárult, hogy a fejlett országokban nagymértékben nőtt a lakosság átlagos élettartama, és az a szinte forradalmi nevezhető technológiai változás, amely az egészségügyi berendezéseket, a kórházakat érintette.

dr. Zagyai Bertalan

ORSZÁG	1960	1970	1980	1990	1992	1993
EGYESÜLT ÁLLAMOK	5,3	7,4	9,2	12,4	14,0	..
NÉMETORSZÁG (1)	4,8	5,9	8,4	8,3	8,7	8,6
AUSZTRIA	4,4	5,4	7,9	8,4	9,0	9,3
HOLLANDIA	3,9	6,0	8,0	8,2	8,6	8,7
FINNORSZÁG	3,9	5,7	6,5	8,0	9,4	8,8
OECD EURÓPA (2)	3,8	5,3	7,1	7,6	8,0	..
MAGYARORSZÁG (3)	2,1	2,5	2,4	3,8	4,1	4,9

Forrás: Egészségügyi helyzet és reformok a fejlett piacgazdaságokban és Magyarországon, KSH. 1996.

(1) az újraegyesítés előtti NSZK (2) súlyozatlan átlag; Luxemburg, Portugália és Törökország kivételével (3) Magyar KSH és PM adatok alapján

AZ EURÓPAI UNIÓ NÉHÁNY TAGORSZÁGÁNAK ÉS MAGYARORSZÁG HIVATALOS EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA 1991-BEN

Ország	Általános rendszer	Egészségi állapot	Költségek (1)	Fedezeti források	Kórházak	Alapellátás	Orvosok
1. Belgium	Kötelező betegség-biztosítás minden nagyobb rizikófaktorra	Az EU-átlaghoz közelítő mutatók	EU-átlag körül, a GDP 7,9 %-a	Főleg a kötelező betegség-biztosítás + jelentős állami támogatás	Főleg magánkórházak független igazgatással, nonprofit kórházak is	Ált. orvosok, gyakran közösségben, esetenkénti honorárium	Zömmel függetlenek és jól dotáltak
2. Franciaország	Nemzeti betegség-biztosítás csaknem minden állampolgárnak	Nőtt a várható élettartam, főleg a nők. A szívbetegségekre hatása gyenge	Magasak, a GDP 9,1 %-a, egy lakosra 1538 ECU/év	Főleg a kötelező biztosítás + egy részét közvetlenül fizetik	Állami és magánkórházak, vegyesen, az állami a domináló	Független ált. orvosok, városokban egészségügyi központok	Átlagosan dotáltak, zömük független
3. Németország	Több biztosító-pénztár + jelentős privát szektor	Az időskorúak aránya a betegek közt nagy, a csecsemőhalandóság aránya alacsony	Nagyon magasak, 1687 ECU/év	Komplex kevert rendszer, 21 %-ban adóból fedezve	50 %-ban magán vagy független, vagy nonprofit	Független gyakorló orvosok + az általuk javasolt szolgáltatás	Magasan dotáltak, de van munkanélküli orvos is
4. Hollandia	Állami és magánbiztosítók komplex rendszere, amely nemzetivé fejlődik	Csökken az időskorú népesség aránya. Kedvező átlagmutatók	Valamivel az EU-átlag felett, 1281 ECU/lakos	Főleg a kötelező biztosításból + önkéntes privát biztosítóktól	Főleg nonprofit magánkórházak	Független ált. orvosok + csoportban vagy egészségügyi központhoz tartozók	Zömük független, hiány van szakorvosokban
5. Magyarország (2)	Kötelező nemzeti betegség-biztosítás csaknem minden állampolgárnak	Az időskorúak aránya nő. A mutatók többsége mélyen az EU-átlag alatt	Az EU-átlag alatt, 10-12 %-a, a GDP 3,8 %-a, ma 6,5%, 210 ECU/lakos	Főleg közfinanszírozású egészségpénztárból (kötelező betegbiztosítás) + állami támogatásból	Az összes kórház szoros állami ellenőrzés alatt, átmenet a bázisfinanszírozásból a normatívba	Részben független, részben a helyi egészségügyi ellátásban alkalmazott háziorvosok (ált. orvosok)	Egy részük független, többségük közszolgálati munkaviszonyban rosszul dotált

Forrás: Les Echous du Parlement européen No. 91. 1994. jan. (1) Az EU-átlag 1991-ben a GDP 7,25 %-a volt, egy lakosra évi 1276 ECU érték jutott. (2) Saját gyűjtés

A háziorvosi rendszer privatizációja

ISMÉT FENYEGET A HITELFELVÉTEL KÖTELEZETTSÉGE

A jelenlegi egyoldalú tulajdonviszonyok helyett a tulajdonosi formák polarizáltabb megjelenése nem célja, de egyik lényeges eleme az egészségügyi szerkezet-átalakításnak. Ezért a háziorvosi privatizációt nem lehet elkülönítetten kezelni, hanem az egészségügyi ellátórendszer átalakításának részeként mintegy szakmailag, jogilag, gazdaságilag megalapozott világs fejlesztési koncepció részét.

A háziorvosi ellátás privatizációja első lépcsője mintegy modellje lehet a privatizációs folyamat szélesebb körű fokozatos megvalósításának. Ezt a folyamatot azért célszerű a háziorvosi szolgálatok privatizációjával kezdeni, mert a háziorvosi rendszer az ellátórendszer stratégiai fontosságú része, mely a legköltséghatékonyabb ellátási forma, ahol a funkcionális privatizáció révén már vannak kedvező tapasztalatok.

A privatizáció célja és várható eredményei

Az egészségügy az egyik legfontosabb nemzeti érdekeket szolgáló közügy. Ezen belül az egészségügyi alapellátás az egyik legfontosabb helyi közügy. Az Alkotmányt sértén, ha ez a tendencia privatizációs folyamat kapcsán negatívan változna. A Kormány reményei szerint a privatizáció javítja az állampolgárok ellátásának biztonságát és szakszerűségét, egy jogi és gazdasági kényszerektől mentes, előremutató, ellenőrzött és szabályozott folyamat végeredményeként. Az alapellátás privatizációja egy új, tulajdonosi pozíció révén, a tulajdonosi érdekeltiség érvényesítésével javítja az egészségügyi források felhasználásának gazdaságosságát és hatékonyságát az alapellátásban.

A privatizáció képes kezelni a humán erőforrások kihasználásának problémáit és megteremtheti a tulajdonhoz kötött hosszú távú létbiztonságot, mert biztonságosabb egzisztenciát jelent a pályakezdő orvosok, a pályát elhagyni készülő (nyugdíjba vonu-

ló) orvosok, a nem orvos szakember személyzet számára is. A háziorvosi privatizáció megteremti a szakmai önirányítás rendszerét, mely által elképzelhető a valódi tulajdonosi felelősség megállapítása és a hatalmi pozíciók visszaszorítása.

A háziorvosi privatizáció a tulajdonosi érdekeltiséghez kötött szolgáltatás révén javítja az ellátás minőségét, mert érdekelt a tárgyi feltételek folyamatos javításában és egy megalapozott tudás naprakész karbantartásában.

A háziorvosi privatizáció megteremtheti a szakmai önállóság és működés (működtetés) biztonságát.

A háziorvosi privatizáció szervezeti és igazgatási rendszere

A háziorvosi privatizáció a tulajdonosi formák átalakítását és új értelmezését jelenti. A privatizáció kapcsán a praxis piac-képes áruvá, értékke válik. Ez az érték azonban csak olyan esetben működő- és forgalomképes, ha a tulajdonosa rendelkezik a működtetéshez szükséges feltételekkel, amelyet praxisjogként határozzunk meg. Ennek megszerzése jogszabályban meghatározott feltételekhez kötött. Vevője is csak azonos feltételekkel rendelkező személy lehet. A praxis tulajdonosa polgári jogi szerződésben vállal kötelezettséget az ellátásra és az ellátás biztosítására.

Ellátási felelősség a privatizált háziorvosi praxisokban

Az ellátási felelősség azt jelenti, hogy:



a./ az ellátás elérhető és folyamatos legyen

b./ lefedje a teljes populációt

c./ az ellátás megfelelő színvonalú legyen

d./ garantálja az ellátás folyamán az ellátottakkal szemben és az ellátást nyújtók kapcsolatában az etikai normák betartását.

Az ellátási felelősség nem egy településrészre (egy praxis földrajzi területére), hanem egy nagyobb földrajzi egységre kell hogy vonatkozzon. Az ellátási felelősség, és így a területi ellátási kötelezettség földrajzi kiterjedését az ÁNTSZ és a MOK az érintett települési önkormányzat (-ok) egyetértésével határozza meg.

A települési önkormányzatok ellátási felelősségüknek úgy tudtak megfelelni, hogy tulajdonosi és munkáltatói jogokkal rendelkeztek. A privatizált háziorvosi ellátásban az önkormányzatnak mind a tulajdonosi, mind a munkáltatói joga megszűnik. Ezért az ellátásért továbbra is felelős önkormányzatok számára megfelelő jogi garanciák szükségesek ahhoz, hogy ezt a felelősséget úgy ruházza át a tulajdonváltással együtt, hogy az ellátás biztonsága garantálható legyen. Ennek a jogi garanciának az alábbi elemeit képzeljük el megvalósítani.

1. Szerződéses garanciák: Az ellátási felelősséget az önkormányzat egy szerződésben ru-

házza át a praxisjoggal rendelkező új tulajdonos háziorvosra. Ez a szerződés egy speciális feladat átruházási, illetve átválalási szerződés kölcsönös jogi garanciák beépítésével. Ebben a szerződésben a vevő új tulajdonos, biztosítja az önkormányzatot, hogy a rendelőt csak a háziorvosi ellátás céljaira hasznosítja, legfeljebb ezt kiegészítő más, az alapellátás tevékenységi körébe tartozó orvosi tevékenységgel. Biztosítja, hogy akadályoztatása esetén a praxist, a tulajdont és a jogot praxisjoggal rendelkező, és az ellátási kötelezettséget vállaló olyan háziorvosnak adja át, akinek működése ellen az önkormányzat nem emel kifogást. Az önkormányzat biztosítja az új tulajdonost, hogy az adott területen csak a kamara egyetértésével létesít új praxist. A szerződésben biztosítani kell az önkormányzat azon jogát, hogy a praxist legfeljebb az inflációs rátával megnövelt áron azonnal visszavásárolhassa, ha az működésképtelenné vált.

A működésképtelenség megállapítását kezdeményezheti az önkormányzat, vagy a helyi kamara, de az ÁNTSZ dönti el és a Kamara véleményezi. A szakmai önirányítás és öngazdálkodás új rendszere. Ez garantálja az ellátás biztonságát és szakmai színvonalát, de egyúttal az ellátást nyújtók biztonságát is.

Az öniszervezés rendszerének két kulcsszereplője:

a./ a Magyar Orvosi Kamara mint a privatizációban részt vevő orvosok, törvényadta jogokkal és hatáskörrel felruházott köztestülete. Az új privatizált alapellátásban a szakmai önirányítás kamarai feladatait a helyi kamarai szervezetek alapellátási tagozatai gyakorolják, a megerősített és új feladatokkal felruházott kollegiális vezetői rendszerre alapozva. Csak vitás kérdésekben szükséges a helyi kamarák elnökségének állásfoglalása.

A Magyar Orvosi Kamara döntési joggal rendelkezik, elsősorban a szakmai érdekvédelem körébe tartozó kérdésekben, mint az új praxis létesítésének szükségessége, az egy területen létesíthető praxisok száma, véleményezési és javaslattevési joga van. Véleményezési és javaslattevési joga van a személyi jog engedélyezésében vagy visszavonásában, a tulajdonjognak az önkormányzathoz való visszaadásának szükségességében.

A MOK a területen gondoskodik:

a megüresedett vagy ideiglenesen ellátatlan praxisok átmeneti helyettesítéséről, szakmai segítséget nyújt az adásvétel és szerződéskötés folyamatában és ellenőrzi ennek lefolyását, az etikai normák betartását. A pályakezdekő tutori rendszerének működéséről, értékeli a pályára kerülés és a pálya elhagyásának folyamatát, a praxisok átadásának etikusi és szakmai szempontjait. Nyilvántartja, ellenőrzi és a továbbképző szervekkel együtt szervezi a folyamatos továbbképzéseket és szankcionálja az ÁNTSZ-szel együtt a továbbképzési kötelezettség elmulasztását.

A Magyar Orvosi Kamara Alapszabályában rögzíteni kell, hogy a kamarából ki kell zárni és a praxisjogot meg kell vonni attól, aki nevét adja ahhoz, hogy az ő praxisjogát valaki kívülről felhasználhassa.

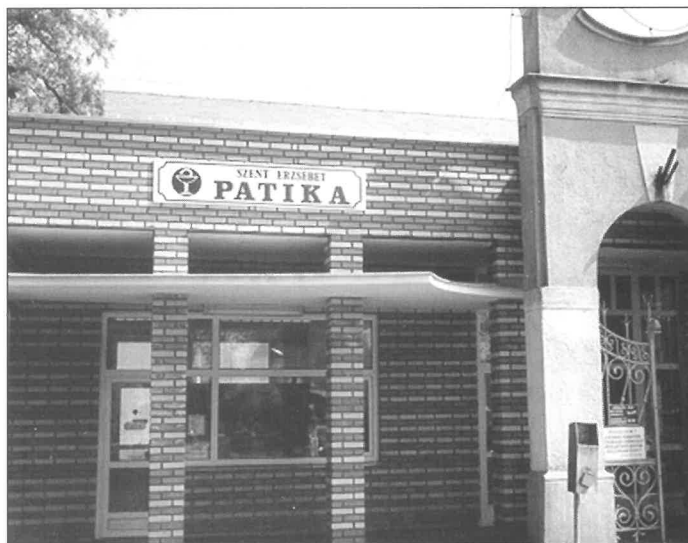
b./ az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat mint hatóság elsősorban hatósági és közigazgatási feladatokat lát el.

Feladatai: •a praxisjog véleményezése és kiadása, valamint

visszavonása •a MOK-kal együtt a folyamatos ellátás biztosítása •a szakmai felügyelet révén a szakmai minőségellenőrzés megvalósítása •az önkormányzat vagy a MOK kezdeményezésére dönt a praxis működőképességének megállapításában.

Az önkormányzatoknak egyetértési jogot kell biztosítani

- új praxis létesítésének kérdésében,
- a praxis megszüntetésének kérdésében,
- a praxis eladásának kérdésében,



Az ingatlan tulajdon és eszközrendszer kérdése

A háziorvosi privatizációnak nem legfontosabb eleme az ingatlan vagyoni tulajdonjoga. Míg a praxis tulajdonná válása elengedhetetlen, lényeges eleme a privatizációs folyamatnak, addig az ingatlan tulajdon csak a lehetséges részeleme a privatizációnak. A privatizált háziorvosi praxis működhet

1.) Saját tulajdonú ingatlanban, melyet:

- az önkormányzattól vásárolt
- saját maga épített
- mástól vásárolt és alakított át.

Az orvosi rendelő korlátozott forgalmú ingatlan. Az orvosi rendelő tulajdonba adása helyi alkuk eredménye. Az alapellátás céljait szolgáló orvosi rendelő tulajdonjoga csak praxisjoggal rendelkező háziorvos részére adható át. Elővételi joggal ren-

delkezik a jelenleg a rendelőben dolgozó, praxisjoggal rendelkező háziorvos. A rendelő tulajdonba adása a háziorvos számára polgárjogi szerződés keretében történik.

2.) Tartós bérlet. A praxisjoggal rendelkező orvos 99 évre bérleti (használati) jogot kap az önkormányzattól. A bérleti jog a praxis része, a praxisal együtt eladandó, hasonló feltételekkel, mint az önkormányzattól vett tulajdon.

Ahol a védőnői szolgálat és tanácsadó helyiség a privatizált ingatlanba van elhelyezve, biztosítani kell ennek további zavartalan működését is.

Állami garancia esetén nyílt tender kiírását javasoljuk.

Ezt a kölcsönt az veheti fel, aki praxisjoggal rendelkezik és saját praxisát privatizálni kívánja, vagy szakmailag alkalmas háziorvosi ellátás nyújtására és praxist kíván vásárolni korábbi működtetőtől. Javasoljuk, hogy a praxis eladása esetén amennyiben ezt pályakezdő veszi meg, a régi tulajdonos által felvett hitelt átvállalhassa.

Kíváncsún lennének annak a megvalósíthatósága is, hogy azok a kollegák, akik előbb vásároltak ingatlant vagy műszert és vettek fel hitelt praxisuk privatizálására vagy rendelő építésére, a hitel-folyósítás hivatalos megkezdésekor csatlakozhassanak a programhoz hátrányos megkülönböztetés nélkül.

A kölcsönt ingatlanvásárlásra, új ingatlan építésére, ingatlan-felújításra és meghatározott műszerek vásárlására lehet költeni.

3./ OEP finanszírozás. Új finanszírozási alapelvek és módszerek kidolgozása szükséges, a háziorvoslás Szakmai Kollégiumának állásfoglalása alapján. Ebben a minőség javítását, a kapuőrző szerepet erősítő, a preventív tevékenységet preferáló ösztönzőket kell beépíteni. Új források bevonására is lehetőség mutatkozik az otthonápolás rendszerének újragondolása és a háziorvosláshoz való közelítése révén.

A finanszírozásban is kedvezőbb feltételeket és ösztönzőket kell létesíteni olyan praxis-közösségek létrehozásához, amelyek a pályára való bekerülésnek és a pálya elhagyásának szakmailag ellenőrzött etikusi folyamatát segítik elő.

A privatizációtól függetlenül újra kell gondolni a többszörösen hátrányban lévő praxisok működtetési költségéhez való kiemelt állami és OEP hozzájárulást.

Szükségesnek látszik az ÁFA-törvény, az egészségügyre vonatkozó részeinek módosítása, mint távlati cél.

Elengedhetetlennek látszik a vállalkozó háziorvos gazdasági státusának megváltoztatása, hisz egy nem profittermelő közérdekű szolgáltatást nyújtó vállalkozás gazdasági megítélését a szellemi szabad foglalkozású státus kedvezőbb helyzetbe hozza. (Folytatás a 12. oldalon)

(Folytatás a 11. oldalról)

Szakmai feltételek

Szabályozni kell a praxisjog megszerzésének személyi feltételeit. Praxisjogot csak háziorvosi szakképesítéssel rendelkező olyan orvos kaphat, aki magyar állampolgár, tagja a MOK-nak, és eleget tesz a rendeletben meghatározott folyamatos továbbképzési kötelezettségének. A praxisjogot 65 éven felül két évenkénti szakmai alkalmassági vizsgával kell megújítani max. 75 éves korig.

Feltétlenül meg kell határozni a mindenkitől elvárható minimum szakmai követelményrendszert és ennek végrehajtását, teljesítését következetesen számon kell kérni. Nem kívánatos a kis praxisok létesítése, és meg kell akadályozni, hogy 200-as kártyaszámmal működő praxisok elhanyagolhatatlanság a területi ellátási kötelezettséggel működő praxisokat, ezért a szabályozásnak úgy kell működnie, hogy 1600-nál kevesebb kártyára az OEP csak akkor kössön szerződést, ha • a praxis folyamatos átadására alakult praxisközösség jön létre, • olyan szakmailag indokolt esetekben, amikor a praxis felelős vezetője egyéb fontos szakmai feladatot is ellát (oktatás, szakmai felügyelet stb.) • az adott területen nem él 1600 lélek.

Háziorvosi privatizációs és körzeti/közösségi ápolás.

1./ A teljes privatizáció megkezdése előtt világossá kell tenni, hogy továbbra is feltétele-e a praxis működésének egy ápoló kötelező alkalmazása, és a teljes országot lefedjük egy olyan típusú ápolási szolgáltatással, amelynek feladatait és struktúráját kettősség jellemzi: • egyrészt egy adott populáció vonatkozásában (1500–1600 fő) tevékenykedik egy közösségi ápoló, aki ellátja azokat az ápolói feladatokat, amelyek a háziorvosi praxis kompetenciájában nyújtott ellátáshoz kapcsolódnak, • mellette továbbra is biztosított az otthoni szakápolás, amelyet csak akkor indokolt „oda vinni”, ha azzal valójában kórházi ápolási ellátást vált ki, vagy rövidít le.

Finanszírozása maradna teljesítmény elvű.

2./ Alternatív megoldás lehet, ha a háziorvos mellett ápoló is privatizás, és az OEP külön köt szerződést, és így kiküszöbölhető az a probléma, ami nap mint nap felszínre kerül, nevezetesen az, hogy a minimálbért fizetik az ápolónak, hogy minél kevesebb járulékteher jelenjen meg az alkalmazó orvosnak, míg az ápolónak létbizonytalanságot és bizonytalan egzisztenciát jelent (pl. táppénz, nyugdíj), ami alapvetően ellentétben van a privatizáció megfogalmazott céljával, és várható eredményével.



A fent leírtak forrását a privatizációs programban pontosan körül kell határozni (pl. az ápolói bérek és azok járulékai, illetve ápolási eszközök biztosítása és pótlása, védőruha, közlekedés stb.).

3./ A háziorvosi privatizációval kapcsolatban indokolt lenne megalapozni egy olyan szolgáltató rendszert (home-care), amely magában foglalja a szociális alapellátás körébe sorolt házi segítségnyújtást, a körzeti ápoló által nyújtott ápolási szolgáltatást, valamint az otthoni szakápolást.

Ez a team az ápolás oldaláról képes lenne a személyi központú, különböző szakképzettséget igénylő feladatok koordinált ellátására az adott populáció ápolási-gondozási szükségleteinek megfelelően.

A modell kialakításával mentesíthető lenne a háziorvosi praxis az ápoló kötelező alkalmazásától. A komplex ellátást az

önkormányzatok szintjén indokolt működtetni a forrás elkülönítése mellett.

Mindenképpen kívánatosnak látszik, hogy az otthonápolás rendszere közelebb kerüljön a háziorvosi szolgálatokhoz, sőt bizonyos tekintetben részévé váljon annak.

Megfelelő körülmények között és szakmai feltételek mellett a háziorvosi szolgálat is szolgáltatóvá válhasson, de mindenképpen indokolt a háziorvosi szolgálatok érdekeltté tétele az otthonápolás rendszerének működtetésében.

Szakmai preferenciák

A privatizáció a pályakezdők háziorvosi rendszerbe való belépésének és a pályát elhagyni készülő távozásának szakmailag kontrollált, humánusabb kezelését teszi lehetővé. Ezért támogatni kell az olyan szerződéseket, amely pályakezdők és a pályát elhagyni készülő között jönnek létre a praxis fokozatos átadására és praxisközösségekben való együttműködésre. Ezekben az esetekben a praxisba belépő licenszvizsgával rendelkező rezidens a visszavonulni készülő kollega felügyelete mellett dolgozik. Ennek szakmai feltétele, hogy a licenszvizsgás rezidensnek a szakvizsgára való felkészüléshez mentora legyen. Ezért ilyen alkalmaztatás és együttműködés feltétele, hogy a rezidens szakvizsgára jelentkezzen, ami egyben azt jelenti, hogy az illetékes egyetem számára oktató men-

tort jelöl ki. Kívánatos volna, hogy az oktató mentor egyben az a kollega legyen, akivel a praxis átadására szerződést köt. Mivel azonban nincs mindenkinek mentori jogosítványa, a kérdés úgy hidalható át, hogy az az idős kollega, aki praxisára szakorvosjelölt rezidensét vesz fel, alapvető oktatási ismeretekkel rendelkezzen, ezért számára elő kell írni egy alapvető tutori képzésen való kötelező részvételt, amely természetesen nem jelenti azt, hogy ő a felelős oktatója a háziorvosnak, de hogy a nevesített oktatóval együttműködve képes ellátni azokat a feladatokat, amelyek ilyen együttműködés során az oktatótól elvárhatóak. Ez az egyhetes tutori képzés az oktató háziorvosok és ápolók magyarországi egyesületének e célra meghirdetett tanfolyama keretében kell hogy végbemenjen. Az egyetemeken által akkreditált oktató praxisokra ez természetesen nem vonatkozik.

A pályakezdők tutori rendszerének ellenőrzése, illetve felügyelete a Magyar Orvosi Kamara feladata az egyetemekkel és az oktató háziorvosok és ápolók magyarországi egyesületének közreműködésével.

Lehetővé kell tenni, hogy háziorvosi rezidens is kaphasson praxisjogot, azzal a feltétellel, hogy szakképzésre bejelentkezik és megfelelő mentori felügyelete megoldható. Ez abban az esetben indokolt, ha ellátási érdek miatt ez szükségessé válik, illetve a MOK helyi szervei biztosítják a megfelelő mentori felügyeletet.

Modellképzés és monitorozás a privatizált alapellátásban

Lehetséges működő modellek (nagyvárosi, kisvárosi, falusi) képzése és működésének vizsgálata a rendszer kialakításakor óhatatlanul szükséges. Elengedhetetlen, hogy az alapellátásban folyó betegellátási tevékenységről az alapellátásban képződő morbiditási adatokról állandó és folyamatos megbízható adatok álljanak a minisztérium és az OEP rendelkezésére. Ezért az EFKI keretén belül feltétlenül indokoltnak tartom egy alapellátási kutatási részleg fejlesztését, amely ezeket a feladatokat képes ellátni.

Budapest, 1999. június 24.

Attitűdök az egészségügyről

(Reprezentatív közvélemény-kutatási adatok alapján)

A megkérdezettek nagy része igen problematikusnak látja az egészségügy helyzetét. A megoldásra váró feladatok között első helyre a műszaki-technikai színvonal emelését, a jelenlegi eszköz-, géppark modernizálását, karbantartását sorolják. A közvélemény ugyancsak fontosnak tartja, hogy a betegségmegelőzésre, a prevencióra a jelenleginél jóval nagyobb hangsúlyt fektessenek. Ez ugyanis kedvező hatásokat válthat ki az egészségügyi ellátások színvonalában. De nem elhanyagolható azok száma sem, akik szerint az egészségügyben rendezni kellene a kereseti viszonyokat.

Összefoglalás

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele

A megkérdezettek 75%-a jelezte, hogy az elmúlt két év során találkozott háziorvosával, 59%-a azt, hogy részt vettek valamilyen szakrendelésen, s 26%-a azt, hogy kórházi kezelésben részesültek. Általában jellemző, hogy betegség esetén csak akkor fordulnak orvoshoz, ha már úgy érzik, nincs más választásuk, ha már megszáj és a megkérdezettek nagy része megpróbál nem törődni betegségével, megpróbálja azt valahogy lábán kihordani, vagy jobb esetben öngyógyítással megoldani problémáit. Az orvoshoz fordulás elhárításában, a házon belül megoldások preferálásában gyakran megjelennek anyagi természetű motívumok is: az orvoshoz fordulás következtében jelentkező többlet anyagi kiadások, vagy éppen a táppénzes állományból fakadó anyagi veszteségek, s hosszabb távon az esetleges elbocsátástól való félelmek is. Ugyanakkor a megkérdezettek egy jelentékeny részét az orvoshoz fordulással együtt járó időbeli kötöttségek, terhek akadályozták abban, hogy panaszukkal orvoshoz forduljanak: az a tény, hogy túl sokat kell az orvosnál várakozni.

A egészségügyi ellátások színvonalához nagyon differenciáltan közelít a közvélemény. Miközben a háziorvosok, körzeti orvosok tevékenységével kapcsolatban a többség inkább elégedettségének ad hangot, s a szakorvosi ellátások színvonalával is inkább elégedettek az emberek, mintsem elégedetlenek, addig a kórházi ellátások színvonalával kapcsolatban már több kritikai elem hangzik el. Fontos összefüggés,

hogy a véleményeket nagymértékben meghatározza a kérdezettek érintettsége. Akik gyakrabban vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat, azok általában kedvezőbben ítélik meg a helyzetet, mint akik ritkábban vagy egyáltalán nem szoktak orvoshoz fordulni.

A közvélemény általában elégedett az orvosok munkájával, a szakmai színvonallal. Elégedettek az egészségügyben dolgozók – így az orvosok, az ápolók, egyéb dolgozók – emberi hozzáállásával, magatartásával is. A szakmai-emberi tényezők megítélésével szemben az intézmények infrastrukturális feltételeinek, adottságainak értékelésekor már kedvezőtlenebb véleményeket kapunk. Kritikusabban nyilatkoznak a kérdezettek például a kórházak tisztaságáról, állapotáról. Ugyancsak kevesebben nyilatkoznak elismerően a kórházakban, rendelőkben használt gépek, műszerek, eszközök állapotáról. A fekvőbeteg-ellátás során sok kritika hangzik el a kiszolgálással kapcsolatban. De mind a fekvőbeteg-ellátás, mind a járóbeteg-ellátás során az igazán neuralgikus, feszültségkeltő pontot a várakozási idő túlzott hossza jelenti.

Jogok és kötelezettségek

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során a betegek méltóságának, személyi szabadságának tiszteletben tartása alapvető követelmény, és az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során az orvosok az esetek túlnyomó többségében tekintettel vannak ezekre a szempontokra. Bár csak egy kisebb körben merülnek, merültek fel ilyen jellegű problémák, ez azonban több százezernyi megsértett, magát kényelmetlenül, megbánt-

va érző állampolgárt jelent. Önmagában azonban nehéz megítélni, hogy az ilyen jellegű eseteknek a száma sok vagy kevés.

A megkérdezettek nagy része, amennyiben úgy érzi, érdek- vagy jogsérelem érte, vagy egyszerűen csak elégedetlen az egészségügyi intézmények által nyújtott szolgáltatásokkal, valamilyen formában hangot adna panaszának. A megkérdezettek valamivel több mint fele olyan értelemben nyilatkozik, hogy orvosai műhiba esetén a vétkes kórházzal szemben ügyét bíróság elé vinné. Ugyancsak sokan tiltakoznának valamilyen formában abban az esetben is, ha a kezelés sikertelenségét nem éreznék ennyire súlyosnak, a kezeléssel csak elégedetlenek volnának. Megfigyelhető, hogy a betegek a legkevésbé azokban az esetekben aktivizálódnának, amelyekben a problémákat a kórházak vezetőségével kellene megosztaniuk. Úgy tűnik, hogy a betegjogi képviselők munkájára leginkább ebben a relációban lehet szükség.

A megkérdezettek nagyobbik része valamilyen szinten igényli az állampolgárok számára a beleszólás lehetőségét a gyógykezelés folyamatába. A megkérdezettek fontosnak tartják, hogy a kezelés helyszínével, illetve a kezelő személyi kitételével kapcsolatban hatásuk legyen a döntési folyamatra. Fontosnak tartják, hogy bizonyos szintig beleszólhassanak abba, hogy szükség van-e egy műtéti beavatkozásra vagy sem. Egyedül a szakmai jellegű kérdésekben – a műtét, terápia jellege – igénylik az állampolgárok kevésbé a beleszólás lehetőségét.

Az önrendelkezéshez való jog témaköréhez kapcsolódik a szervátültetés kérdésköre. A megkérdezettek körében abban szinte

teljes az egyetértés, hogy a szervátültetést engedélyezni kell. A közvélemény a „puhább” szabályozási elvhez áll közelebb, ami azt jelenti, hogy a beavatkozás lehetőségét elsősorban a műtéti beavatkozás életmentő funkciója határozza meg, s csak másodsorban az érintett személy hozzájárulása. Abban a tekintetben nagyon megosztott a közvélemény, hogy az önrendelkezési jog gyakorlása oly módon valósuljon-e meg, hogy az érintettek életükben írásbeli hozzájárulásukat adják a lehetséges műtéti beavatkozás elvégzéséhez vagy éppen fordítva, a szervátültetésre csak abban az esetben kerülhessen sor, ha azt az elhunyt személy életében még nem tiltotta meg.

Bevezetés

Az egészségügyről szóló új törvény a korábbiakhoz képest nagyobb hangsúlyt kíván helyezni az egészségügyi rendszer legfontosabb szereplőit – az orvosokat és a betegeket – megillető jogok, illetve kötelezettségek kifejtésére, abból a megfontolásból, hogy a betegek jogainak és méltóságának védelme megfelelően biztosítva legyen. Az új törvény tartalmi elemeinek szakmai-politikai egyeztetése mellett elengedhetetlennek tűnik – a tervezési és a kivitelezési szakaszban egyaránt – az új törvényben szereplő megoldások társadalmi hatásvizsgálata, a társadalmi környezet fogadóképességének tesztelése. Annak vizsgálata szintén elengedhetetlen, vajon az emberek (a betegek) hogyan viszonyulnak a kiépülő új egészségügyi rendszerhez, s a fokozatosan megváltozó feltételek közepette milyennek látják az egészségügyi rendszer működését, az egészségügyi ellátások szakmai színvonalát.



I. rész

A SOROS ALAPÍTVÁNY PÁLYÁZATA

99/8/3. INTERETNIKUS ORVOSKÉPZŐ PROGRAM

(graduális és posztgraduális képzés),

mely a roma betegek és az őket ellátó egészségügyi szak-személyzet kapcsolatát hivatottak javítani. (Kódszám: 897)

A PÁLYÁZAT CÉLJA: A graduális és posztgraduális orvosképzés számára olyan alternatív képzési formák kidolgozása, melyek a magyar egészségügyi szolgáltatórendszeren belül olyan folyamatokat indíthatnak be, amelyek a roma lakosság és az ellátók közötti kommunikációt erősíti, elméleti és gyakorlati ismereteket nyújtanak a betegek és az őket ellátó orvosok, egészségügyi dolgozók között felmerülő interetnikus problémák kezelésére.

A PÁLYÁZÓK KÖRE: Orvostudományi egyetemek, orvostovábbképző egyetem, szakorvosképzéssel foglalkozó intézetek (pl. Családorvos-rezidens képző intézet), egészségügyi főiskolák, egészségügyi szakközépiskolák munkacsoportjai, szakemberei az orvos-(cigány)beteg kapcsolat javítását elősegítő programmal jelentkezhetnek.

III-IV-VI. Éves orvostanhallgatók szakmai gyakorlatuk letöltése előtt. Az orvostanhallgatókat szakmai gyakorlatra fogadó kórház, klinika, háziorvos.

PÁLYÁZNI LEHET: Olyan graduális és posztgraduális képzési programokkal (speciálkollégium, szak tanfolyam, szakmai gyakorlat megtervezése stb.), melyek a későbbiekben modellértékűvé, ill. állandó képzési formává válhatnak, a kötelező curriculum, a szakvizsga programok számára. Pályázni lehet olyan képzési programokkal is, melyek a fenti célok érdekében az egészségügyi szakszemélyzet (nővérek, asszisztensek) számára dolgoz ki képzési formákat. Pályázni lehet továbbá a képzési programok személyi és dologi költségeire. A Soros Alapítvány kiemelten támogatja ösztöndíj, vagy szakmai gyakorlat költségeihez való hozzájárulás formájában a képzési formában résztvevő orvostanhallgatókat, akik kötelező szakmai gyakorlatukat, vagy hatodéves családorvosi gyakorlatukat olyan területen töltik, ahol a cigánynépesség előfordulása gyakoribb (ez esetben az őket fogadó kórházak, klinikák és háziorvosok is támogatásban részesülnek!). Előnyt élveznek azok a pályázatok, melyek a kurzusok felépítésében az interdiszciplináris elméleti oktatáson kívül nagy hangsúlyt helyeznek esettanulmány jellegű gyakorlati programokra.

BEKÜLDÉSI HATÁRIDŐ: 1999. november 20.

Figyelem! Az összes Soros-pályázatra vonatkozik: Pályázni kizárólag az erre szolgáló űrlap kitöltésével lehet, melyen megtalálhatók a részletes pályázati követelmények. További információ és űrlap beszerezhető a pályázó nevére megcímezett és felbélyegzett közepes méretű válaszböríték megküldésével postai úton: Soros Alapítvány, 1525. Pf.34. Telefon: 06/1/315-0315; fax: 06/1/315-020, vagy személyesen: Budapest, II. Bolyai u. 14. A soros alapítvány részletes tájékoztatója a www.soros.hu címen megtalálható az interneten. Az internetről az űrlapok letölthetők.

Egészségügyi távoktatás angol nyelven

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Továbbképző Központja koordinációjával meghirdetésre kerül a „Health Information” című – távoktatási formában – szervezett angol nyelvű on-line tanfolyam.

A tanfolyam tananyagát – amelyet az újzélandi Victoria University of Wellington egyetem School of Communications and Information Management Intézetében dolgozó e szakterületen kiemelkedő nemzetközi reputációval rendelkező, J. Michael Britten professzor fejlesztett ki – elsősorban egészségügyi informatika és menedzsment iránt érdeklődő orvosok, ápolók és egészségügyi vezetők továbbképzésére ajánlják.

A tananyag nemzetközi – jelen esetben magyarországi – kipróbálására egy 12 fős csoport kap lehetőséget. A tanfolyam 1999 utolsó negyedévében egy olyan hagyományos – újzélandi oktató által vezetett – bevezető szemináriummal indul, amelyet a továbbiakban – 13 héten keresztül – távoktatási formában, tutori támogatással kiegészített on-line oktatás követ. A tanfolyam tematikája megismerhető a

<http://www.vuw.ac.nz/dlis/courses/532/> Internet címen.

A tanfolyam sikeres elvégzése esetén, melyhez hetenként 10-12 órás tanulás szükséges, az oktató intézmény bizonyítványt állít ki. A tanfolyamra a fentebb említett személyek közül azoknak a jelentkezését várjuk, akiknek az értékes tananyag kipróbálásán túl, szándékában áll nemcsak a szakmai ismeretek gyarapítása, hanem a tananyag magyar nyelvű adaptálása, továbbfejlesztése és oktatása is.

A tanfolyamon való részvételhez szükséges, hogy a részt vevő személy megfelelő Internet-kapcsolattal, valamint e-mail címmel rendelkezzen és a számítástechnikát alkalmazói, az angol nyelvet professzionális szinten ismerje.

A tanfolyamon való részvétel díjmentes.

JELENTKEZÉSI HATÁRIDŐ: 1999. november 15.

A C.V.-t mellékként tartalmazó jelentkezéseket az alábbi címre kérjük eljuttatni:

Dr. Bukovinszky Anna főmunkatárs
Pécsi Orvostudományi Egyetem Továbbképző Központ.
7624 Pécs, Szigeti út 12.
Tel./Fax: 72/315-852;
e-mail: anna@duca.pote.hu

Keleti diagnosztika IV.

A diagnosztika alapjai

Amikor diagnosztizálunk, próbáljuk meg az embert a maga teljes mivoltában vizsgálni. Ehhez a páciens múltja, jelene és elképzelt jövője ugyanúgy hozzátartozik, mint az életkörülménye, a fizikai és szellemi állapota, fejlődési lehetősége, ítéletképessége és szellemi színvonala. A diagnosztizálást a keleti orvoslás tanai szerint három lépésben végezzük:

1./ Meg kell ismernünk az egyén teljes környezetét.

2./ Meg kell figyelnünk jelenlegi fizikai és lelkiállapotát, ezeket az egészhez viszonyítani.

3./ Figyeljük meg a részleteket, vagyis a tüneteket. (A tradicionális nyugati orvostudomány sok esetben csupán erre a harmadikra koncentrál, holott a teljesség a lényeg, mert mindig minden összefügg mindennel, például a különböző főbiák gyökerei többnyire a gyermekkorban keresendők. Ugyanígy az immungyengeséget sokszor az okozza, hogy az illetőt még a természetes védettség kifejlődése előtt elválasztották az anyatejtől és tehéntejre szoktatták.)

A diagnosztizálás módszere öt lépésből áll:

1./ intuitívan megragadjuk az illető egész mivoltát;

2./ meghallgatjuk a kórtörténetét;

3./ megfigyeljük a kézírását (sok mindenről, így a betegségekről is árulkodik)

4./ megfigyeljük a tüneteket;

5./ tapintással ellenőrizzük a látottakat.

Feltétlenül tartuk be ezt a sorrendet, például ne a tapintás legyen az első! Így kifejlődik bennünk a megérzés képessége: ezután már ösztönösen, szinte az első látásra tudni fogjuk, hogy milyen állapotban van páciensünk. Mindenekelőtt próbáljuk kitalálni a még nem ismert betegről, hogy hány éves. A biológiai életkor nem azonos a kronológiai életkorral, és sokkal fontosabb a naptári kornál. Aki fiatalabbnak látszik

a megélt éveitől, az általában helyesen él, aktív, pszichésen rendezett, vannak életcéljai. Az egészséges embernek általában húszéves korban 17-18 évesnek, harmincévesen 25-nek, negyven évesen 33-35 évesnek, de e fölött is minimum két-három évvel fiatalabbnak kell kinéznie.

Az arcon egészében és részletekben is minden látszik: a rendszeres vagy rendszertelen életmód; bizonyos szerek élvezete; a felfokozott, vagy szélsőségekre hajló szexualitás, illetve az egészséges nemi élet hiánya; érdeklődés; ítéletképesség. Az idő előtt kialakult sok ránc, az arc bemélyedései vagy kiemelkedései azt mutatják, hogy páciensünk hajlamos a túlzásokra. (A nagy, kiugró áll például erős egyéniségű, ám gyakorta makacsul konok és önfejű, a négyszögletesen előreugró áll pedig erőszakos egyéniséget jelez.) Ahhoz, hogy megtudjuk, városban vagy vidéken nőtt-e fel a páciens, könnyű avagy nehéz az élete, a csontozatot kell szemügyre vennünk. A keleti diagnosztika úgy tartja, hogy a városban nevelkedett emberek többnyire véznábbak, mint a vidéki felnőttek. Ez a mi kultúránkban, életkörülményeinkben vitatható, az viszont sok esetben helyes állítás, hogy törekény csontozat általában lassan kifejlődött, gyenge alkatra utal.

Így kis gyakorlás után az illető múltját – és ha továbbra is a megszokott életmódját folytatja –, akkor a jövőjét is magunk elé tudjuk képzelni. A vezetői rátermettsége az erős testalkatból, a nagy kézről és a fejhez szorosan hozzátapadó nagy fülekből következtethetünk. Ne feledjük, hogy mindig vannak kivételek, de a magunkban kifejlesztett ösztönös megérzés a jó diagnosztika felállítását segíti.

(Következik: A részletek megfigyelése)

Kozákné, Bíró Katalin



„Megvisel, amikor elveszítünk egy beteget”

Néhány hét telik csak el a daganat felismerése és a kemoterápiás kezelés között. Ezen idő alatt a betegek átesnek a szükséges vizsgálatokon, megtörténik a műtét, amennyiben ez lehetséges.

A operációt követően rövidesen megkezdjük a több hónapos kemoterápiás kezelést. Az emberek nagy többsége a rákos betegséget egyenlővé tesz az elmulással, a halállal. Ma már ez az esetek nagy többségében nem így van. A rendelkezésre álló lehetőségek köre széles, adottak a kezelési korszerű feltételei.

Az onkoradiológia szakdolgozójaként vallom, hogy bár hosszú és fáradtságos harc kezdete ez, mégis nem lehetetlen GYŐZTESKÉNT kikerülni belőle. Az egyik legfontosabb dolog ehhez a jó pszichés vezetés, amelyhez csakúgy, mint majdnem mindenhez az életben jó teammunkára van szükség. Munkánk során megismerjük és megszeretjük az általunk kezelt betegeket, hiszen napról napra találkozunk velük, gondjaikkal, és akarva-akaratlanul a hétköznapijaik részévé válunk. Megismerik betegtársaikat is, biztatják, tanácsokat adnak egymásnak. Velük és velünk is megbeszéljük mindennapi apró-cseprő gondjaikat.

Feladatunk, hogy segítséget nyújtsunk lelki egyensúlyuk helyreállításához, biztatásunkkal erőt adjunk a nehézségek elviseléséhez,

hogy ott legyünk, amikor Őket már szinte senki sem tudja megérteni. Ehhez nagyon sok segítséget kapunk az osztályunkon dolgozó orvosoktól, a többi szakdolgozótól (mentálhigiénés szakember, szótárgozó), a civil és egyházi képviselők tagjaitól (Kamillánus család), hozzátartozóktól. Mégis, ha a helyzet úgy hozza, nagyon nehéz megválni attól a betegről, akit hosszabb időn keresztül kezeltünk, és megszerettünk. Néha már nem találkozunk Vele, de egyszer csak megjelenik a neve az osztályos névsorban. Sietnénk be Hozzá, de valami visszatart, és ez a valami nem más, mint a Fájdalom. Mégis bemegyünk Hozzá, ágyához lépve hullanak a könnyeink, némán, szótlanul. Gyengéd kézfogás, és érezzük, hogy segítséget kell adnunk a „halál küszöbének” átlépéséhez.

Elbeszélgetünk és elköszönünk egymástól. Előfordul, hogy pár óra telik el csak, és átlép oda, ahová már senki nem követheti.

Megvisel mindig, amikor elveszítünk egy beteget, de folytatnom kell holnap is, mert ez az Én Hívatásom.

Suga János szakápoló,
Onkológiai Osztály

A nyíregyházi Erzsébet Közkórház centenáriuma

A MEGKEZDETT MUNKÁT, AZ ELŐDÖK NYOMDOKAIN KELL FOLYTATNI...

Szívet-lelket melengető érzés egy jó könyv köszöntése, főleg akkor, amikor e munka betegellátó intézmény százesztendejéről szól. Nagy dolgokról – törvényekről, orvosi iskolákról, felfedezésekről stb. – könnyebb írni, nagy összefüggéseket megállapítani, elhelyezni a tudománytörténelembe, de az igazi feladat „kisintézmény” múltját, fejlődését, eredményeit felvázolni. Pedig a nagy „egész” ezen intézmények történetének összessége is, a kis sejtek, amelyek nélkül nincs semmi, nem valósulnak meg nagy elképzelések. Ezért is kell különös figyelmet szentelni Fazekas Árpád dr. A nyíregyházi Erzsébet Közkórház centenáriuma 1899–1999. című kötetének, amely a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórházának száz esztendejét tárja fel, dokumentumokkal, korabeli felvételekkel, statisztikákkal illusztrál.



Századeleji üdvözlét

Innen kezdődik a Jósza András Kórház százesztendősi története, amely éppen olyan nagyívű pályán futott későbbi névadó igazgató, vármegyei főorvos Jósza András életútja. Jósza András talán az utolsó magyar polihisztorok egyike volt: orvosi munkája mellett a kor jeles régésze, néprajztudósa lett, akinek munkássága nélkül nem lenne tiszavidéki honfoglalás kori régészet, s ezért viseli nevét a megye múzeuma is. A felvillantás erejéig ebbe is bepillanthatunk.

Az előző részletességgel szól a könyv Jósza András – az igazgatói székben volt – utódairól, Kállay Rudolfról, Korompay (Klekner) Károlyról, a kórház első nevének (Erzsébet Közkórház) felvételének körülményeiről, majd a második világháború utáni eseményekről, a politika és a kórház életének kapcsolatáról. A kötet második része szinte napjaink története: az 1956-ban megkezdett fejlesztési tervekről, A Kór-

ház-rendelőintézeti egység kialakulásáról, a rekonstrukciós tervekről (1976–1996) Jósza András nevének felvételéről, a kórházi osztályokról, kiadványokról olvashatunk, amit dokumentumok, fényképek, névjegyzékek tesznek színessé. Ezt az ismertetést Markusovszky Lajos gondolatával – amit a kötet bevezetőjében – Séra Gyula dr. főigazgató főorvos is idéz – zárhatjuk:

„...Valamint a Nemzet, melynek története van, örömmel andalodik el múltján, s magának abból hazaszeretetet és Tetterőt merít: úgy a magyar orvos is büszkébb önérettel tekintend jelene és jövőjére, ha a történelem tükrében látja, hogy az úttörő elődök hosszú sora vonul el előtte: s hogy a hazai orvosi irodalmat korántsem kezdeni, hanem az elődök nyomdokain folytatni kell”...

Írta:

Kapronczay Károly,
a Semmelweis Orvostörténeti
Könyvtár főigazgatója

Fazekas Árpád avatott tollú, kiválóan képzett orvostörténész, akinek munkássága nélkül aligha ismernénk Szabolcs-Szatmár-Bereg megye orvosi múltját, nélküle nem állna Nagyállóban a Korányi Frigyes és Sándor emlékmúzeum, a tiszavasvári gyógyszerészeti-történeti múzeumi kiállítási gyűjtemény, nem láttak volna nyomdai napvilágot a megye orvostörténetével foglalkozó kiadványok.

Fazekas dr. intézménnyé vált az orvostörténelmi kutatás területén. Szakmai körökben ha Szabolcs-Szatmár-Bereg megye orvosi múltjával kapcsolatban valami kérdésként felmerül: csak Fazekas Árpádot kell keresni. A könyv és a szerző összefonódik, mert e kötetet csak Fazekas Árpád írhatta meg. (Elnézést kell kérnem olvasóimtól az elfogultság miatt, de mint minden elfogultságnak, ennek is igen reális alapja van.)

Ugyancsak kiemelkedően kell nyilatkoznom a Jósza András Kórház főigazgató-ságáról, akik a magyar egészségügy igen nehéz napjaiban, anyagi áldozatokat, pénzfor-

rások felkutatásával kapcsolatos fáradozásokat vállaltak. A kórház jelenlegi vezetői pontosan látták, hogy ilyen centenáriumi évfordulót csak méltó körülmények között, ilyen színvonalú kiadvánnyal lehet megörökíteni, emléket állítva múltnak és jelennek.

Ezt a gondolatot követi a kötet: előbb felemlíti Szabolcs-Szatmár, főleg Nyíregyháza régebbi kórházait, majd külön fejezetben emlékezik meg Korányi Frigyes – a vármegye akkori főorvosa, a magyar orvostudomány nagy egyénisége – által 1863-ban Nagyállóban alapított Szükségkórházról, amely a Jósza András Kórház jogelődjének számít. Amikor 1864-ben Korányi Frigyeszt kinevezték a pesti orvosi kar professzorának, utódja Jósza András (1834–1918) lett, míg a kis gyógyítóintézményből 1874-ben Szabolcs megye nyilvános közkórháza lett. Már Jósza András munkásságának köszönhetően vált a közkórház „Vármegyei Kórházzá”, amit a megye székhelyére, de akkor emelt épületekbe helyeztek át 1899-ben.

Kisasszony napjára elmennek a fecskék

SZEPTEMBER

*„Érik már a szőlőgerezd,
Fecskét, gólyát útnak ereszt...”*

E sorokkal köszöntjük a szeptember hónapot, melyet a régi magyar naptár így jelölt: Szent Mihály hava.

A római naptárban szeptember mensis, azaz hetedik volt a hónapok sorában. A dolog magyarázata, hogy az év márciussal kezdődött, s csak a Julián-naptár tette az év kezdetét januárra. A heteknek a jelképe egy bűborruhas ifjú, fején köleskoszorú, balján szőlővel és gyümölccsel bőségszaru, jobb kezében pedig mérleg, mely mint köztudott a hónap asztrológiai jegye.

Őszelőnek is mondják e hónapot, s noha langyos, kellemes, fürdőzésre is alkalmas még az idő, ez már csak olyan „indián nyár”, vagy ahogy szokták mondani: a vénasszonyok nyara.

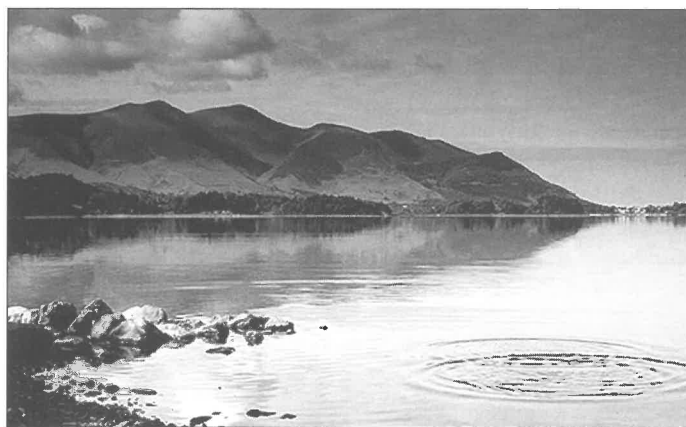
Szeptember a mogyoró, a kökény, a mandula, a vadgesztenye, a szilva érésének az ideje. Utolsó virágait nyitják az egész nyáron át pompázó rózsatövek. A szőlő szüretelése is közeledik, de megelőzi az almaszüret.

Az erdő talán szeptemberben a legszínesebb. A nyárfalevelek ezüstfehérré fakulnak, barnába hajlik a sárguló tölgyfalevél, égővörösre vált lassan a bükk.

A villanydróton gyülekező fecskék útra kelnek. „Kisasszony napjára elmennek a fecskék...” tartja a népi megfigyelés.

A hónap jeles napjai: Elseje: Némely helyen jószágoltalmazó Egyed napján álltak munkába a pásztorok, és ekkor kezdték hizlalni a karácsonyra szánt disznót. A szőlőhegyeken úgynevezett zárónap, amely után már nem jár szekér a szőlőhegyen egészen

a szüret kezdetéig. Nyolcadika: Kisasszony napja. Szűz Mária születésének napja. Az egész magyar nyelvterületen kedvelt búcsúnap. Tizenkettedike: Szűz Mária neve napja, máig kedvelt névünnepe, egyes vidékeken búcsúnap. Huszonegyedik: Máté napja. Máté apostol és evangélista emléknapi. Tilos szántani e napon, a Máté he-



tében vetett búza viszont gazdag termést ígér. Öregapó naptárából való a következő megfigyelés: Máté napja után – jer fülemre sapkám. Huszonkilencedike: Szent Mihály napja. A névadó az utolsó ítélet angyala, aki az egyház oltalmazója, a katonák patrónusa és a halottak szószólója. Szent Mihály napja a gazdasági év fordulója. A Szent György-napkor legelőre hajtott állatokat ilyenkor hajtották haza. Ez a nap a pásztorok elszámoltatásának, szegődtetésének időpontja is. Szent Mihály napján, ha az ég dörög, jó őszt, de nagy szelet várhatunk.

„Mihály a mezőt üresen hagyja, a fecskék már elszálltak, – vége a vénnek nyárnak.”

OKTÓBER

*„Hull a levél bús a határ,
a tél első fuvalma jár...”*

E sorokkal köszöntjük az október hónapot, melyet a régi magyar kalendáriumok „Hideggel ijesztő Mindszent Havának” neveztek, ám az utóbbi évtizedekben október csak elvétve szolgált rá a csúf jelzőre. De nevezték még Skorpió; másutt Bökölly havának, ősz hónapnak is.

Az „octo” latin kifejezés, jelentése nyolc, az „er” szó mind a négy hónap nevében embert

kultusz nyomán, ki-ki a saját nemzeti hagyományainak megfelelően, Európa-szerte hódolnak a népek a szőlő és a bor istenének.

Jeles napok: 2-a: Petra napja, az első lombhullató nap. 4-e: A Ferences rend megalapítójának napja. Assisi Szent Ferenc az evangéliumi szegénységet, alázatosságot és irgalmasságot hirdette. Alkalmas a nap a vetéshez és a szüreteléshez. 7-e: Olvasós Boldogasszony ünnepe, a Rózsafüzér királyné ünnepe. 8-a: Magyarok Nagyasszonya ünnepe. 9-e: A fejét kezében tartva sírba szálló, éppen ezért a fejfájás védőszentjévé lett Szent Dénes napja. 15-e: Nagy Szent Teréz, más néven Avilai Teréz, az egyház legnagyobb női szentjének névünnepe. Mivel Teréz egyházi doktor és jeles író volt, neve napja mind a tudósoknak, mind a pennaforgatóknak kedve. 18-a: Lukács evangélista napja, aki orvos, piktor és kézműves volt egykoron. Ezért Ő az asztalosok, a festők, a képfaragók, az orvosok, a kórházak, a gyógyfürdők védőszentje. 20-a: a jószágartató gazdák patrónusának, Szent Vendelnek a névünnepe. 21-e: Orsolya napja. Ilyenkor kell leszedni a káposztát. 26-a: Dömötör napja. Juhász újévnek is nevezték, mert ezen a napon tartották a juhászmulatságokat. Dömötör napján gyújtott először lámpát a székely ember. 28-a: Simon-Júdás napja. Ez a nap arról nevezetes, hogy hegyalján ilyenkor kezdték meg a szüretet. Erről így szól a regula:

Rég felírta Noé, Tokaj hegy ormára,

Hegyaljai kapás várj Simon Júdásra...

jelent, ez pedig török eredetű szó. Az amerikai indiánok Hulló levelek holdjának nevezték e hónapot, míg a héber kultúrában az október neve Tisri.

Az őszhó, Európa-szerte a szüret hónapja. Valamikor, hagyományosan, bizonyos meghatározott napokhoz kötődtek a szüreti munkák. Eger vidékén már szeptemberben indult a hegyre a szüretelők menete, a dunántúli szőlőkben október közepén, Terézia napján kezdődhetett a szőlőbetakarítás, a Miskolc környéki dombokon október 19-e volt a szüreti jeladás napja, míg Tokajhegyalján október 28-án adott jelet a szüretre a puskaropogás.

A szüret színes szokásai olyan ősieik, mint az emberiség története. A görög Dionüszosz-

A közelmúlt híres orvosai

SPÁNYI GÉZA FŐORVOS (1869–1946)

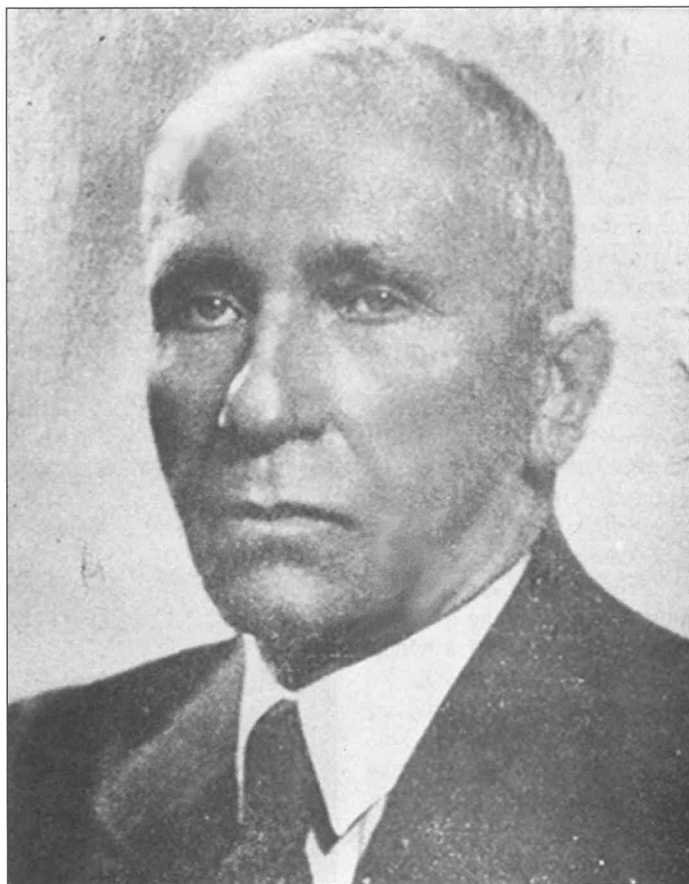
Spányi Géza (1869. Sátorajjáshely–1946. március 22. Nyíregyháza) azon kevés kórházi orvosok egyike, akinek jelentőségét anekdota is megőrizte. Eszerint el-elmondogatta betegei előtt: „Lehetséges, hogy van olyan bőrbetegség, amit nem ismerek, de amit meggyógyítani nem tudnék, olyan nem létezik”.

Nagyon rászolgált, hogy felelevenítsük színes és változatos orvosi pályafutását.

Az orvosi diploma (1891. Bp.) megszerzése után 10 évig katonarvos volt, s dolgozott Cattaro (Kotor) katonai kórházában is. Ezután 1902-től Nyíregyházán működött egészen 1946-ban bekövetkezett haláláig. Két évtizeden keresztül, segítőjével, Krebich Antalné, Krambe Zsuzsánna bábával Szentmihály utcai (ma: Bethlen) rendelőjében a város kedvelt szülészorvosa

volt. Ideális háziornosnak is tartották.

Érdekelte az Erzsébet Kórházban folyó kórházi tevékenység is. 1912-től bejárta a sebészeti osztályra és ingyen segédkezett a kitűnő dr. Klekner Károly műtéteinél. Ennek az lett a vége, hogy az önállósult bőrgyógyászati és veneréas osztálynak 1915–1937 között ő lett a főorvosa. Ráadásul 1913-tól 1922-ig a Klekner-Spányi féle szanatóriumban is dolgozott. Ezen 12 ágyas magánintézmény a



Dr. Spányi Géza



Karikaturistának is kiváló volt...

Szent István u. 44. szám alatti földszintes házban működött. Klekner professzor 1923-ban már egyedül vásárolta meg a szomszédházat, amelynek telkére felépítette az emeletes Korompay Szanatóriumot.

A II. világháború utcai harcainak idején Spányi főorvos nem menekült el, sőt beköltözött a kórházhoz közeli, Szent István u. 46 sz. alatti lakásából családotól a kórházba.

Már 76 éves és nyugdíjas volt, amikor a város érdekében további orvosi munkára kérték fel. Alig ismert, hogy 1945-ben a Nemibeteg gondozó Intézet a kórházi sebészeti osztály földszintjén működött! A Polgármesteri Hivatal 1945. március 15-i keltezésű hirdetménye azonban megőrizte számunkra, hogy az

itteni munkának Spányi Géza szakorvos, kórházi főorvos volt a vezetője.

Végül is művész is volt Spányi Géza, akinek most nem is a jelentős Jós és Besenyei plakettjeit emeljük ki, hanem a város híres embereiről (orvosokról, ügyvédek-ről) készített karikatúra sorozatát.

Emlékeznünk kell Spányi főorvosra, hiszen sírjáról (Északi temető I. parcella, első sor) előbb a márványtáblát, majd a sírkövet is ellopták!

Szerencsére nevét még 1939-ben beírta megyénk történetébe „Orvostörténelmi és orvostörténelmi adatok, egészségügyi népszokások, babonák Szabolcs megyében” című alapvető tanulmányával.

Plakett-tárlat

Ki tudná megmondani, hogyan kerül kapcsolatba valaki a művészetekkel? Annyi bizonyos, hogy valamikor a gyerekkor elején érnek bennünket olyan hatások, amik valahogyan egész életünkre meghatározzák hozzáállásunkat a kérdéshez. Így lehet ezzel Jakó János főorvos úr is, aki talán a felelősségteljes orvosi munka utáni pihenésként, talán csak egyszerű rajongóként, gyűjteni kezdte a művészi gondossággal megformált érméket. Kezdetben talán csak maga magának, csak azért, hogy mindig kezeügyében legyenek ezek a fém-ből készült csecsebecsék. Aztán ahogyan az lenni szokott a csecsebecsék kinőtték a lakást és a gyűjtő is úgy gondolta: jobb ha közkinccsé teszi szerzeményeit. Jakó János belgyógyász főorvos „játékszereiből” a Jósa András Múzeum rendezett nagyszabású kiállítást.

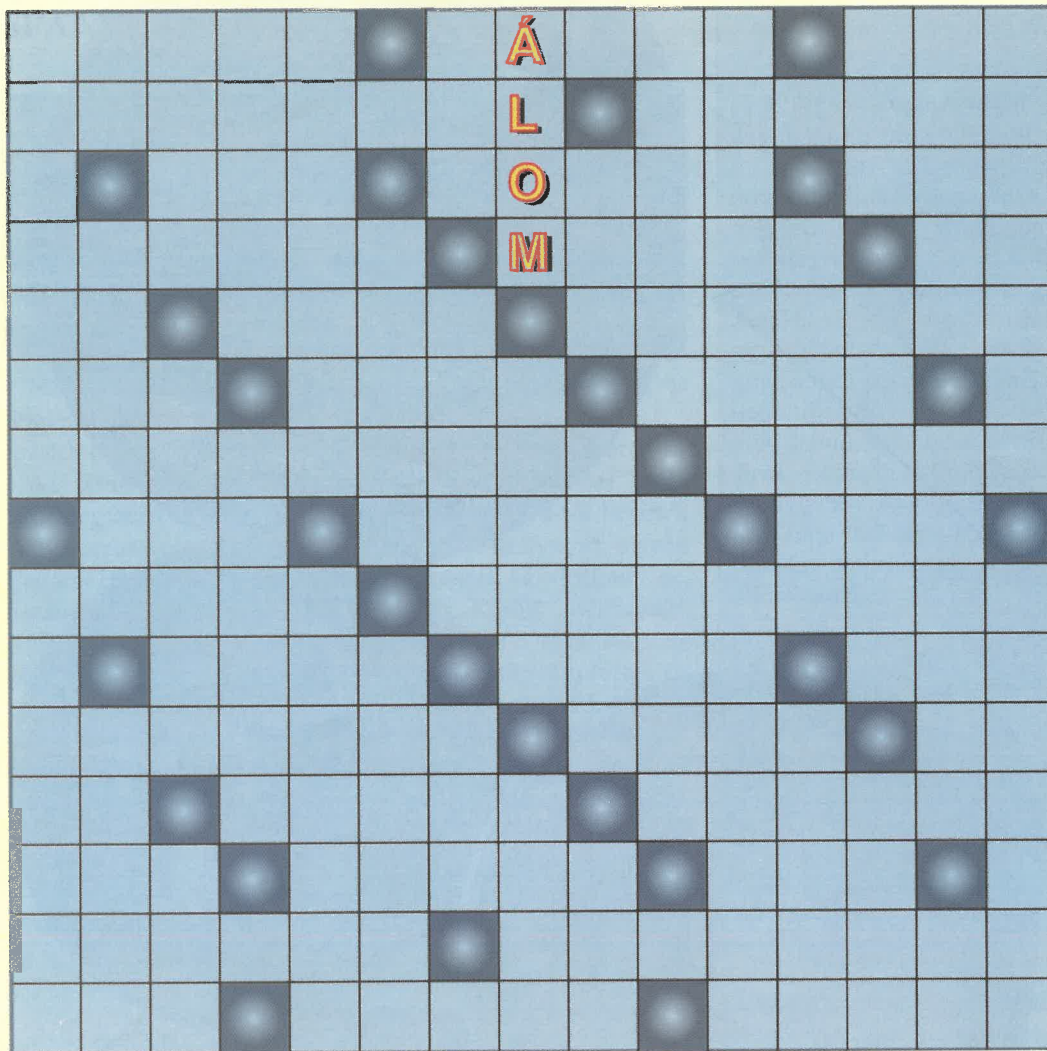
Köszönet érte.

Jósa András négy arca különféle stílusú művészek elképzeléseit tükrözik, a kórhácsináló polihisztorról, míg Pintér Nándor ideggyógyász képzőművészlőről készült portré a közelmúltban távozott jó barát hiányának jelképe. Jakó János gyűjteménye felér egy történelem-órával, olyan orvostörténeti dokumentumokat mutat be a képzőművészet nyelvén, amik talán a főorvos úr gyűjtőszenvédélye nélkül mára már a feledésbe merültek volna.

Köszönjük.



Keresztrejtvény



Nászéjszaka meglepetéssel

Hat szó kivételével helyezze el az alábbi betűcsoportokat az ábrában! Egy, az ÁLOM szót előre, segítségül beírtunk. A következő vicc poénját az ábra kitöltését követően megmaradó hat szóból állíthatja össze:

A lakodalmi buli vége felé az ifjú ara huncutul kacsintva mondja férjének:

– Gyere, gyere, már nem bírom tovább!

Kettesével szedve a lépcsőket felrohannak az emeleti hálószobába. Az ajtócsapódást követően a férj szenvedélyesen átöleli asszonyát.

– Édes – duruzsolja asszonykája fülébe –, mióta várok erre a pillanatra!

Mire a fiatal mátká:

– ... (A vicc poénját lásd a rejtvényben!)

Kétbetűsek:

AZ, ÁT, EN, IS, KO, PA, PL, TO, ÚJ.

Hárombetűsek:

AKA, API, ARA, HAD, IRA, KAP, KIS, KOM, NAS, ÓTA, POT, RÍM, SAH, SOM, TAO, VÁL.

Négybetűsek:

ÁLOM, ÁROK, BAKA, BENN, CIPŐ, ITAL, KEKI, OROM, ÓSÁG, RARA, SOMA.

Ötbetűsek:

ALÍTÓ, ALKOT, AROSA, GOGOL, HALAD, LERAK, LOHOL, LUMET, MALEK, MARAD, MIRZA, NÁBOB, OKAPI, RAKAT, RALON, SÁROS, SOLER, STENO, TEREK, TÉGED, VÁRAT.

Hatbetűsek:

AMOROS, DOMINÓ, ITALÁR, ITATÁS, KÁBULT, MARADI, MIMIKA, NORMÁL, OPARIN, SZORÍT, TARIFA, TOPEKA, ZSIRÁF.

Hétbetűsek:

DOLOMIT, DOTÁLÁS, HUPPANÓ, KATALIN, KIKAPAR, KIMÁSOL, LANITAL, MAHATMA, PARITÁS, TILALOM.

Nyolcbetűsek:

ANALIZÁL, NAGASAKI.

Kilencbetűsek:

LERAKODIK, LETOLOGAT.

Viccturmix

Öcsike megáll az oroszlán ketrece előtt:

– Mama – kérdi tünődve –, vajon az oroszánt is a Jóisten teremtette?
– Persze, kisfiam.
– Képzelem, hogy félhetett közben...

– Aggodalomra semmi ok! – mondja az orvos a betegnek. – Ezzel a bajjal élélhet akár hetven évig.

– Hiszen már hetvenéves vagyok, doktor úr!

– Na, mit mondtam?!

Az anya ébresztgeti a fiát:

– Kelj fel, fiam! Tudod, indulnod kell az iskolába!

– Jaj, de borzasztó. Mindenképpen kell?

– Persze, hogy kell. Minden pedagógusnak be kell mennie!

– Nem láttad véletlenül a golyóstollamat?

– Dehogynem, ott van a füled mögött.

– Most nem akarsz vagy nem tudsz segíteni? Melyik fülem mögött?

– HOL TÖLTI A SZABADSÁGÁT? – KÉRDI A FELETTESE A RENDŐRT AZ UTOLSÓ MUNKANAPJÁN.

AZ ŐRMESTER FAARCCAL VÁLASZOL.

– A JÁRDA-SZIGETEKEN.

Kovácsék tizenöt éves házassági évfordulójukat ünneplik. A férfi csöndesen nézegeti a feleségét.

– Istenem! – sóhajt egy nagyot a férfi magában. – Ha a nászéjszakán megfojtottam volna, mostanában szabadulnék...