2000 -05- 02

KÓRLAP

II. ÉVFOLYAM, 2000. ÁPRILIS MEGYEI EGÉSZSÉGÜGYI SZAKLAP

Az árvizek ismétlődnek

SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG MEGYEI ÖNKORMÁNYZAT JÓSA ANDRÁS KÓRHÁZ

SÜRGŐSSÉGI ÉS KATASZTRÓFA-ELLÁTÁS – 9–11.

LEGFONTOSABB A BIZTONSÁG – 3.

A fent leírt körülmények miatt, az intézet talpon maradása érdekében sürgős és hathatós intézkedések szükségesek, melyeket a menedzsment a középvezetőkkel, illetve a betegellátásban és a háttérszolgáltatásban dolgozókkal együtt akar meghozni. (2. oldal)

A telekommunikációs és informatikai eszközök robbanásszerű elterjedése a világon, és szerencsére Magyarországon is érezteti hatását. A megfelelő információáramlás előnye hazánkban még nem vált teljes mértékben elfogadottá a köztudatban. (12–13. oldal)

Finanszírozási kilátások a 2000. évre

Az előző számban már jeleztük, hogy a 2000. év működési, finanszírozási feltételeinek várható alakulása az eddigiektől is szigorúbb közgazdasági körülményeket vetít előre. Az egészségügy finanszírozásának reálértékében az elmúlt tíz évben tapasztalható egyenletes romlás – amelyben az 1999-es év üde kivétel volt – 2000-ben tovább folytatódik. Ennek okai a következők:

- a TB törvényben meghatározott előirányzatok nem fedezik a tervezett inflációt,
- a tényleges infláció várhatóan meghaladja a tervezett szintet,
- a törvényben meghatározott előirányzatemelés sem jelenik meg a tényleges finanszírozásban,
- az új HBCS bevezetése hátrányos intézetünk részére,
- megváltozott a finanszírozás technikája és ütemezése,
- a tulajdonos a fejlesztéshez és fenntartáshoz szükséges források töredékét sem tudja biztosítani ebben az évben sem.

Már a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 2000. évi költségvetéséről szóló 1999. évi CIX. törvényben meghatározott társadalombiztosítási költségvetés sem fedezi a várható inflációt. A kórházunk tevékenységébe tartozó kaszszák átlagos nominális emelkedése e törvény szerint 5,9%-os. Ezzel szemben a költségvetési törvény 6-8%-os inflációval számol, amely – különösen az egészségügy „fogyasztói kosarában" – várhatóan ettől is magasabb lesz, tehát már a törvényi feltételek sem biztosítják a források reálértékének szinten tartását.

Ugyanakkor intézményünk finanszírozásában ez a nem elégséges növekedés is csak kis részben jelent meg az év eddig eltelt részében. Az OEP a fekvőbeteg-ellátásban az aktív HBCS és a krónikus ápolási nap díjakat az 1999. évi szinten tartja, az év első három hónapjában bázis szinten finanszírozta ezeket a tevékenységeket. Ezek emelését a közeljövőben nem is tervezi, sőt a teljesítmények alakulásától függően e díjak csökkentését helyezte kilátásba. A „kis kasszáknál" következett be minimális emelés a bérhányad 5%-os megemelésével.

Bár a törvény dologi és bérhányadokat nem határoz meg, az OEP hivatalos levélben is dekralálta, hogy a gyógyító-megelőző ellátások előirányzata 5%-os bérnövekményt tartalmaz. A dologi növekmény ugyanakkor 0%-os, amely mintegy 3%-os átlagos kasszanövekedést jelent. Nem világos, hogy miért nem tartják be a törvényt, miért nem teszik be a kasszákba legalább a TB törvény által meghatározott növekményt!

Az egészségügyi kormányzat módosítja a homogén betegségcsoportok tartalmát és súlyát. Az 5,0-ás HBCS bevezetése átrendezi a finanszírozási arányokat, az előzetes próbaszámítások szerint kedvezőbb helyzetbe hozva az országos intézeteket, a klinikákat és a fővárosi kórházakat. Ugyanakkor a megyei és városi kórházak átlagosan 0,5-1,4%-kal fognak kevesebbet kapni ugyanazért a teljesítményért. Ez az átlag ennél is nagyobb szóródást takar, a mi intézményünk vesztesége ennél is magasabb lesz.

2000-ben megváltozott a finanszírozás technikája és ütemezése is. 1999 közepéig az intézmények a havi ellátmányt a tárgyhónapot megelőző hónap 25-e körül, ezt követően a tárgyhónap első napjaiban kapták meg. 2000-től újabb „csavarás" következett, az Országgyűlés módosította az államháztartási törvényt, a nettó finanszírozású egészségügyi intézmények esetében a finanszírozás a Kincstár, illetve a TÁKISZ-ok hatáskörébe került, ezzel egyidőben az OEP ez irányú tevékenysége megszűnt. A Kincstár az intézmények részére az adott hónapra érvényes finanszírozási összeget csak a hónap tényleges közterheinek levonását követően, a tárgyhónap 22-én (ha ez munkaszüneti nap, az ezt követő első munkanapon) utalja át, tehát azt az intézmények legkorábban a tárgyhónap 23-án kaphatják meg.

Ez nyilvánvalóan lehetetlen helyzetbe hozná az intézményeket, ezért egyszeri finanszírozási előleget utaltak ki, amelynek összege a bázis év kiadási összegének öt százaléka, tehát körülbelül fél havi ellátmány. A finanszírozási előleget havonta 12 egyenlő részletben visszavonják. Látható, hogy a finanszírozási előleg már januárban is nehezen fedezi 22 nap kiadásait (különös tekintettel arra, hogy a havi kiadás jelentős részét kitevő bér kifizetése a hónap elején esedékes), a későbbi hónapokban a havi 1/12-ed részek visszavonása egyre nagyobb likviditási gondot jelent még azoknál az intézményeknél is, ahol egyébként a bevételek elegendőek lennének a kiadások fedezésére.

A fent leírt körülmények miatt, az intézet talpon maradása érdekében sürgős és hathatós intézkedések szükségesek, melyeket a menedzsment a középvezetőkkel, illetve a betegellátásban és a háttérszolgáltatásban dolgozókkal együtt akar meghozni. A 2000. évi intézeti és munkahelyi tervek ennek szellemében készültek el, a teljesítmények további növelését, a takarékosabb költséggazdálkodást, a kapacitások (ágyszám, kubatúra, létszám) jobb kihasználását célozzák meg. E feladatok felvállalása és maradéktalan teljesítése lehetővé teszi a betegellátás zavartalanságát, az intézet működőképességének fenntartását.

Dr. Nagy János
közgazdasági igazgató

Stockholm Visit Stadsbibliotek

Legfontosabb a biztonság

A járóbeteg-ellátás minősége jelentős közhangulatot meghatározó tényező, mert a betegek és a hozzátartozók egy része ezen méri le az egészségügyi ellátás színvonalát. *Dr. Jeney István* főorvost kérdeztük a járóbeteg-ellátás jövőjéről.

– Egy éve irányítja főorvos úr intézetünk járóbeteg-ellátását – visszatekintve erre az időre, hogyan látja, melyek azok a fő gondok, amelyeknek megoldása szükséges?

– A járóbeteg-ellátás minősége jelentős közhangulatot meghatározó tényező, mert a betegek és a hozzátartozók egy része ezen méri le az egészségügyi ellátás színvonalát. Rendelőintézetünk a 70-es években épült, így a struktúra megújítása megérett a változtatásra. Korábban én a KRYO Magánklinikán kidolgoztam egy olyan rendszert, amelynek segítségével a szakrendelések tevékenysége átláthatóvá vált, a várakozási időt az előjegyzéses rendszerrel a minimálisra csökkentettük. A Jósa András Kórház vezetése azt kérte tőlem, hogy hasonló eredményeket próbáljak elérni ebben az intézményben is. Munkámban nagy segítséget jelentenek a betegelégedettségi vizsgálatok, amelyekkel egyértelműen ki lehet szűrni, hol vannak olyan feszültségek és olyan ellátási problémák, ahol segítenünk kell.

Vannak persze olyan tényezők, amelyekkel nem tudunk mit kezdeni, ilyen például, hogy a vidéki betegek kötve vannak a buszhoz, a vonathoz, ezért ha ők el akarnak jönni a szakrendelésre, akkor korán reggel indulnak otthonról, és itt vannak már 7-kor. Ezért igyekszünk a rendszert úgy alakítani, hogy számukra a legkorábbi időpontokat biztosítjuk.

– Milyen eredményeket mondhat magáénak?

– A PR-iroda jelentései alapján a legnagyobb gondot a röntgen területén láttuk, ez volt a legszűkebb keresztmetszet. A szemészeten és az urológián szintén nagyon sok a beteg, ezért ott is kialakítottunk egy diszpécser szolgálatot, ahol számítógépes nyilvántartás alapján történik a betegek előjegyzése. A labor zsúfoltságán is szükséges volt a változtatás, a belgyógyászati rendelők számára új vérvételi helyet alakítottunk ki. Tiszavasváriban az ottani önkormányzattal közösen járóbeteg-szakellátó centrumot létesítettünk. A környéken lakó 20-25 ezer ember ellátása ott történik meg, nekik csak akkor kell Nyíregyházára jönniük, ha további speciális vizsgálatokra van szükség. Több mint fél éve ott belgyógyászat, sebészet, nőgyógyászat, szemészet, bőrgyógyászat, röntgen, ultrahang, urológia és laborvizsgálatok állnak a betegek rendelkezésére. Terveink között szerepel, hogy más önkormányzatokkal együttműködve ehhez hasonló centrumok jöhessenek létre. Ez azon túl, hogy javítja a környéken élők ellátását, jelentős terheket vesz le a mi vállunkról is.

A sebészeti szakrendeléseken néhány hónapja működnek a speciális szakrendelések, melyeknek kedvező hatásai máris mutatkoznak. A veszteséges ambuláns sebészeti műtőt megszüntettük, erőinket egy helyre, a 11-es műtőbe koncentráltuk, ennek eredményeképpen az itt elvégzett műtétek száma megháromszorozódott!

Ugyancsak megszüntettük a fedezethiányos EKG szakrendelést, a repülőorvosi tevékenység számára pedig piaci környezetet teremtettünk. A Start vállalattal kötött együttműködési szerződés alapján a negatív szaldóval működő egyik reumatológia és fizikoterápiás szakrendelésünket kihelyeztük, a mozgásszervi problémák miatt leszázalékolt dolgozók így helyben kaphatják meg a szükséges ellátást (gyógytorna, orvosi masszázs, fizikoterápiás kezelés), számunkra pedig a tevékenység nyereségessé vált. Vannak természetesen nehezebben megoldható gondok is, ilyen az MSZSZ, megfelelő jelentkező esetén készek vagyunk ennek privatizálására.

Felkészültünk az egynapos sebészeti ellátás bevezetésére – amint ezt az OEP megfelelő módon fogja finanszírozni, és a törvényi háttér is átalakul, az ellátást azonnal meg tudjuk kezdeni.

Folyamatosan jelentős erőfeszítéseket teszünk annak érdekében, hogy az informatika segítségével történjen a dokumentáció. Reményeink szerint hamarosan on-line kapcsolat létesül a szakrendelések és a labor, valamint a röntgen között. Ennek során figyelmet kell fordítanunk arra is, hogy az adatvédelmi törvényből ránk vonatkozó előírások ne sérüljenek.

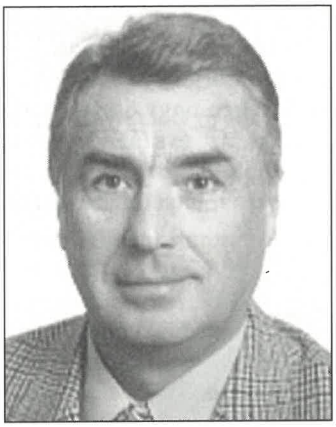
– Ön szerint mennyi idő kell ahhoz, hogy a betegek megelégedettségére a teljes járóbeteg-ellátás átalakuljon?

– A tapasztalatok ismeretében azt mondhatom, hogy legalább még egy év, vagy talán több is. Mindenesetre szép eredménynek tartom azt, hogy a Diebold féléves utánkövető vizsgálata szerint a járóbeteg-ellátás teljesítménye mindhárom szektorban ! javult, összességében 21%-kal. Úgy érzem jó úton járunk.

– Napjainkban betegek és orvosok körében egyre több szó esik a járóbeteg-ellátás tervezett privatizációjáról. Önnek ezzel kapcsolatosan mi a véleménye?

– A kérdésfeltevést kicsit pontosítanám, a járóbeteg-ellátás privatizációját csak mint az egészségügyi ellátórendszer reformfolyamatának részét, és mint a korszerű egészségpolitika megvalósulásának eszközét tudom elképzelni. Véleményem szerint célszerű azt vizsgálni, hogy az esetleges privatizáció a korszerű egészségpolitika céljait segíti-e. Kétségtelenül fontos és sürgetően időszerű ezen kérdések feltevése.

Analizálnunk kell azokat az összefüggéseket, amelyek esetleges figyelmen kívül hagyása hosszabb-rövidebb időn belül negatívan érzékeltetheti hatását, melyek következtében ellátási hiányosságok, egyes orvosok, szakdolgozók egzisztenciális ellehetetlenülése is bekövetkezhet, melynek elkerülése valamennyiünk fő célja kell hogy legyen. A privatizáció csak piaci körülmények között fejtheti ki hatását, a piac és a biztonság pedig ellentétes fogalmak.



Dr. Jeney István

A szakma gyakori és régi vágya: – közalkalmazotti biztonság, – tervezhető biztonságos bevétel, – a piaci szféra jövedelme fix fizetésként, vállalkozói költség elszámolási lehetőséggel. Ez nem realitás. Jelenleg azt sem tudjuk még, praxisjog szerinti, önálló rendelésenkénti privatizáció, – önálló orvosi tevékenység, – önálló felelősség, – önálló OEP szerződés, vagy rendelőintézeti privatizáció, – intézményi működési formában, – intézményi szintű OEP szerződés, – vezetői felelősség, melyben apport lehet a praxisjog jön majd létre. Intézetünk biztonságos gazdálkodása a komplex fekvő- és járóbeteg-ellátáson nyugszik, ezek bármelyik elemének önálló, független működése az egész rendszer biztonságát veszélyezteti.

Ezért azt gondolom, a járóbeteg-szakellátás csak egységes elv szerint privatizálható, amely messzemenően figyelembe veszi az alapellátás konziliárusi igényét, de a fekvőbeteg-ellátás szükségét is. A rendelésenkénti privatizáció a jelen finanszírozási körülmények mellett egyes szakmák ellehetetlenülését, a praxisok közel 40%-ának működésképtelenségét okozná. A szabályozott és korlátozott privatizáció az egészségi állapot veszélyeztetése nélkül javíthatja az ellátórendszer hatékonyságát.

FELHÍVÁS

„S tengert láttam, ahogy kitekinték” (Petőfi)

A Jósa András Megyei Kórház dolgozói az elmúlt években a kárpátaljai és megyénk árvízkárosultainak megsegítése érdekében nagy összefogásról tettek tanúbizonyságot.

Idén az évszázad legnagyobb árvizével kell szembenéznünk. A Tisza mentén lakók, talán éppen az Ön rokonai, ismerősei, barátai szembesülnek ezzel a csapással.

Várjuk azok segítségét, akik átérzik helyzetüket és csatlakoznak megmozdulásunkhoz, hogy a rászorulóknak együtt tudjunk segíteni.

Felajánlásaikat megtehetik a kórház két telephelyén működő Szociális Irodában, illetve a büfék előtt elhelyezett gyűjtőládákban.

Köszönjük, hogy adományaikkal hozzájárulhatunk a bajba jutott embertársaink támogatásához.

Nyíregyháza, 2000. április 17.

Szociális Csoport

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

Közalkalmazotti Tanács közleménye: a Kollektív Szerződés „Szociális és egyéb juttatások” - 13 - üdültetés pontjában foglaltak alapján az üdültetések biztosítására az intézet a következő helyeken üzemeltet faházakat, illetve bérel szállodai szobát:

1. Hajdúnánás	3 faház 12 férőhely	június l–augusztus 31.
2. Gergelyiugornya	1 faház 4 férőhely	június 1–augusztus 31.
	10 napos turnusokban, 1-10, 11-20, 21-30, 31-ig.	
3. Hajdúszoboszló	1 szoba 2 férőhely+pótágy	április1.–december 31.
	7 napos turnusokban, szombat 12 órától – következő szombat 10 óráig.	
	Svédasztalos reggeli, a szálló saját fürdő és szauna használatával.	

Az igényeket április 1-ig kérjük az intézet üdülési felelőséhez – Szász Gabriella, szociális iroda Sebészeti Tömb földszintjére – eljuttatni szíveskedjenek, összesítés végett.

A kiutalás a Közalkalmazotti Tanács, valamint a Szakszervezetek tagjaiból álló bizottság hatásköre.

TÉRÍTÉSI DÍJAK:

Hajdúnánás:	3 faház 12 000 Ft/10 napra/faház (10 714 Ft+1286 áfa)
Gergelyiugornya:	1 faház 12 000 Ft/10 napra (10 714 Ft+1286 áfa)
Hajdúszoboszló:	1 szoba 15 000 Ft/7napra (3 fő), (13 393 Ft+1607 áfa)

Idegenforgalmi díj: 230 Ft/fő/éjszaka

A térítési díjat 2000. május 15-ig kell befizetni.

Nyíregyháza, 2000. március 14.

Dr. Daruka Irén, a Közalkalmazotti Tanács elnöke

Etikai bizottsági állásfoglalások

Kórházunk Etikai Bizottságának 2000. április 4-én tartott rendes, és az április 11-én tartott rendkívüli ülésén az alábbi állásfoglalások születtek.

Az I. Belgyógyászati Osztály gyógyszer-kipróbálási, valamit az Ideggyógyászati Osztály összehasonlító gyógyszer-hatástani vizsgálati kérelmét az EB megtárgyalta, a vizsgálatok végzését etikai szempontból engedélyezte. A rendkívüli ülésen egy hozzátartozó panaszát tárgyalta meg az EB, s arra a következtetésre jutott, hogy etikai vétség nem merül fel, ezért további adminisztratív lépéseket az EB nem tart szükségesnek.

Dr. Jakó János
az EB elnöke

Április negyedikén *dr. Lorenz Gyula* halálának 85 évfordulóján a Jósa András Kórház dolgozói koszorúzással egybekötött kegyeleti megemlékezést tartottak az intézmény első belgyógyász főorvosának sírjánál. *Dr. Fazekas Árpád* orvostörténész méltatta *dr. Lorenz Gyula* orvosi tevékenységét.
Az utódok nevében *dr. Fazekas Imre* és *dr. Szegedi János* orvosigazgatók koszorúzták meg a síremléket.

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

Az Ortopédiai osztály

főnővéri,

a Hygienes osztály

vezetőasszisztensi állására.

A pályázat beadásának feltételei:
- a pályázati kérelem, terv, elképzelés a főnővéri, ill. vezető asszisztensi tevékenység végzéséről,
- szakmai önéletrajz,
- szakirányú felsőfokú képzettség (főiskolai)
- legalább 5 éves gyakorlat

A pályázat beadási határideje: 2000. Május 10.

A pályázathoz mellékelni kell a végzettséget igazoló okiratot és 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványt.

A pályázatot az ápolási igazgatóhoz kell benyújtani.

Nyíregyháza, 2000. április 18.

Veres Tamásné ápolási igazgató

Továbbra is kevés a donor!

A veseátültetések számának az elmúlt két évben (1998 – 241, 1999 – 224) történt csökkenése miatt ellátási gondok keletkezhetnek a művesekezeléseknél.

Ugyanis az új vesebetegek száma évente 10-12 százalékkal nő, és átültetésre alkalmas szerv híján a régi betegek is további kezelésekre szorulnak, viszont a művesekezelést végző osztályok kapacitása nem nő. **Évente mintegy 450-500 veseátültetésre lenne szükség. Jelenleg 3200 beteget dializálnak, közülük 800-an vannak várólistán.**

„A donorhiány egyik oka a miskolci szövetbotrány, a másik az egészségügyi törvény rossz értelmezése. Ez utóbbi következménye volt, hogy 1998-ban 30 százalék volt a hozzátartozók visszautasítása – fogalmazott Perner Ferenc, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának igazgatója. **– Magyarország elérte azt a dializisszintet, mint a legfejletteg nyugati államok. Ha elég átültetést végeznénk, elvileg többre nem lenne szükség, és akkor elég lenne a dializisállomás is."**

Az elmúlt évben öt szív-, huszonkét máj-, két hasnyálmirigy-átültetést végeztek, a szakemberek szerint ezek a számok az idén sem lesznek magasabbak.

Dialíziskezelésre az egészségbiztosító évente több mint tízmilliárd forintot fordít, míg az összes transzplantáció kevesebbe került, mint egymilliárd forint. Az átültetés és a dialízis költsége 2,5 év alatt egyenlítődik ki.

Az elmúlt évben harmincheten adtak le tiltakozó nyilatkozatot az országos transzplantációs nyilvántartásba. A 160 hazai kórház közül csupán 30-35 jelzi, ha szervátültetésre alkalmas donoruk van.

Hamarosan megalakul a hazai szervkivételt és -felhasználást összehangoló Hungarotransplant szervezet, amely csatlakozni kíván a hat országot tömörítő – Ausztria, Belgium, Hollandia, Luxemburg, Németország, Szlovénia – Eurotransplanthoz. Ez utóbbi szervezet 160 millió lakosú területen koordinálja a szervek felhasználását. A hat országban 65 vese-, 42 szív- és 32 májtranszplantációs központ működik, amelyek feladata a szervekkel való ellátáson kívül a transzplantációs kutatás, valamint az orvos- és nővértovábbképzés. *(MTI)*

Április 11-én 11 órakor Szív- és érrendszeri betegségek megelőzése címmel tudományos ülést tartott a Magyar Ápolási Egyesület Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Szervezete. Az ülésen részt vett Mucha Márkné, az egyesület elnöke.

GONDOLATOK AZ ÁPOLÓI HIVATÁSRÓL

„Szeretni hivatását, pontosan együttműködni az orvossal és teljes lélekkel a beteg mellé állni, ez a három feladat, amelynek megvalósítására az igazi ápolónak törekednie kell."

(Hetényi Géza)

A gyógyító munka maga is élmény. A gyógyítás hajtóereje az emberi élet. Újabb és újabb erőfeszítésre késztetnek, a betegek meghódíthatatlannak látszó csúcsainak bevételére, reménytelennek látszó életek megmentéséért.

Nincs két egyforma ember a földön. Minden egyén egy személyiség. Egyedi és megismételhetetlen. Bioszociális lény, aki a veleszületett és szerzett tulajdonságok révén, többé-kevésbé szabadon választott körülmények között határozhatja meg önmagát. A társadalmi és környezettel állandó kölcsönhatásban áll.

Ameddig egészségesnek érezzük magunkat, sajnos nem is gondolunk a betegségre. Az egészség nem más, mint egy harmonikus állapot, alkalmazkodási képesség. Egy dinamikus egyensúlyi állapot.

Ha a szervezet nem képes elhárítani a károsító ingereket, alkalmazkodóképességét elveszti, reakciói megváltoznak, betegség tünetei jelennek meg. Panaszainkkal ilyenkor fordulunk az egészségügyi szakszemélyzet felé. Súlyosabb esetben kórházi kezelésre, ápolásra szorulunk.

Az ápolás a segítés művészete, a szükségletek kielégítése, az orvosi utasítás betartása. Medicina, mely elméleti alapokon nyugvó gyakorlati tudomány.

Az ápoló tevékenysége, betöltött szerepe állandóan fejlődik. Rendkívül sokirányú feladattal, tevékenységgel van megterhelve – különféle adminisztráció stb. Egyre kevesebb idő jut a beteggel való foglalkozásra. Elő kell segíteni, hogy egész energiával a beteg ellátására, ápolására jusson a legtöbb ideje.

Az egyik legnagyobb probléma- az ápolás mechanikus, rutinszerű gyakorlatában van.

A mosolytalan ápolók kedvezőtlen hatással vannak a gondjaikra bízottakra. A nővér mozdulata, meleg emberi hangszíne, mosoly simogatóak, gyógyítóak. Az egészségügyi dolgozók testi, szellemi, lelki túlterheltsége elidegenedett magatartáshoz, kiégettséghez vezet. A gondoskodás és a törődés fizikai és lelki értelemben egyaránt létfontosságú és egymástól élesen nem választható el.

„Bajban tudja meg az ember, ki az igazi barát" – ez a szólásmondás is arra utal, hogy nehéz helyzetben derül ki, ki az igazi barát, kitől kaphatunk segítséget, kiben tudunk megkapaszkodni. Gyengédség, kedvesség, türelem, udvariasság a jó stílus, amelyben a nővéri szeretet megmutatkozik. Jelentős tényező a bizalom, a gyógyításba vetett hit. Ha a beteg bízik, akkor biztonságban érzi magát. A beteg önértékelésének biztosítása nem kevésbé lényeges. Sosem feledkezhetünk meg az emberről, az ember tiszteletéről. A beteg megfelelő megszólításával igazi megbecsülésünket, értékelésünket éreztethetjük.

Az együttérzés, beleérzés sem nélkülözhető. Az érzelmi rezonancia tesz igazán nem csak a gyógyítás, de az ápolás művészévé.

A mindennapi gyakorlatban kiváló ápolók és nővérek dolgoznak, akik ösztönös készséggel, kedvező technikai adottságokkal megállják helyüket. Minden nővérnek szüksége van egyénisége ismeretére, alapos önismeretre, hogy tudja, hogyan hat a betegre. A jó nővér állandó igénye tudásának és személyiségének fejlesztése.

Linzenboldné Grósz Mária
ápoló – szakasszisztens

Felvételeink az ápolási egyesület közgyűlésén készültek.

„Az életet megharcoltam, a tudást megszenvedtem”

DR. MAKLÁRY ELEK NYUGALMAZOTT OSZTÁLYVEZETŐ FŐORVOSSAL BESZÉLGET BERKI ANTAL

– A medikusból előbb-utóbb orvos lesz, nagyon is határozott elképzelésekkel. Mi volt az oka annak, hogy szakmai érdeklődése az akkor még meglehetősen mellékesnek tartott altatás felé fordult?

– Szükség volt rá. Én sebész akartam lenni és ott nem mellékes a narkózis. Kezdő orvosként sok negatív élményem volt altatási problémák miatt. Talán ezért is kezdtem el komolyabban foglalkozni a témával. Amikor végeztem idehaza, még nagyon kezdetleges eszközökkel dolgoztak a kórházi orvosok. Emlékszem, valamikor az ötvenes évek vége felé Kisvárdára mentem ki bemutatni egy abban az időben korszerűnek mondott altatógéppel az intubációs narkózist. A kórház elképzelhetetlen körülmények között működött. Csak példaként: a sebészeti műtőben cserépkályhával fűtöttek. Akkoriban jöttem haza Németországból, egy hosszabb tanulmányi útról. Sok mindent tanultam a németektől, olyanokat is, amikről idehaza jószerivel még nem is nem hallottak és amik jelentős mértékben tágították szakmai tájékozottságomat. Az intubációs altatásnál (Nyíregyházán, még azelőtt, hogy az NDK-ba utaztam volna, elvégeztem az első intubációs altatást), a légcsőbe becsúsztatunk egy tubust és azon keresztül adagoljuk az étert (mert akkor még csak azt használtuk az altatásnál). Nagyon pontosan adagolva, nem csak úgy, a klinikai tünetek alapján, ahogy az addig az úgynevezett csepegtetős módszerrel ment. Szerencsére, az éternek az narkózis szélessége igen nagy, és nem könnyű túladagolni annak, aki ismeri az éteraltatás pontos tüneteit. Volt egy hordozható angol altatógépem, aminek segítségével képes voltam a beteget mesterségesen is lélegeztetni. Megfelelő gyógyszer beadása után fel tudtam függeszteni a beteg teljes spontán légzését, az összes izom tevékenységét, kivéve a szív- és a bélizomzatot. Ma is ez a modern altatás alapja. Ezzel a módszerrel a fájdalomérzés megszüntetéséhez sokkal kevesebb éter szükséges. A mély éteraltatásra azért volt szükség, hogy az izmok annyira ellazuljanak, hogy a sebész nyugodtan tudjon dolgozni. Ehhez viszont el kellett jutni az éteraltatásnak legalább a III/1-es stádiumába. A mélyebb fokozatok között (III/2, III/3) nem volt éles határ, de itt már jelentősen romlott, romolhatott a légzés, természetesen a beteg kárára. Ennek veszélyét úgy lehetett csökkenteni, hogy gyógyszerrel felfüggesztettem a beteg légzését, és egy lélegeztető ballonnal kézzel lélegeztettem, az éterből pedig csak annyit adagoltam, amennyi a fájdalomérzés kikapcsolásához elegendő volt. Az operatőr zavartalan munkájához szükséges izomelernyedést valamelyik izomellazító gyógyszerrel teremtettem meg. A sebész is jól járt, a beteg sem tudott semmit a környező világról, a felnyitott has pedig olyan lett, mint a nyitott Biblia. Ez az eljárás akkor minden szempontból óriási eredmény volt. Na most az éter köztudottan robbanékony és nehezebb a levegőnél. Ha egy helyiségben kiöntök egy üveg étert az asztalra, az étergőzök a padló magasságában lesznek a legtöményebbek, és egy égő gyufa vagy egy elektromos szikra elég ahhoz, hogy fölrobbanjon. Tudták ezt Kisvárdán is, és már kora hajnalban befűtöttek a műtő(!) cserépkályhájába, hogy a műtét kezdetére leégjen a tűz. Aztán jött a takarítónő, aki lelocsolta a parazsat és amikor megérkeztem, már csak hamu volt a tűztérben. Azért biztos, ami biztos, magam is ellenőriztem, hogy a tűz elaludt-e. Szeneslapáttal szétkotortam a hamut, le is locsoltam, és addig vártam, amíg a vasrostély olyan hideg lett, hogy puszta kézzel is meg tudtam tapintani. Szóval csak ilyen előkészületek után mertem az étercsapot kinyitni. Így kezdtük, és nem volt másképp a többi kórházban sem. Voltak nővérek, műtősnők, akik megtanulták az üvegből való csepegtetést, ami nem volt más, mint egy arcra helyezett fémkeret, az úgynevezett Schimmelbusch-kosár, amibe egy sebészi törlőt tettek és arra csepegtették rá az étert, ami nagy felületen tudott szétoszlani. A páciens szegény, kénytelen lélegezni, és így az étergőzt is kénytelen volt beszívni. Az éterrel való elalvás nem tartozik a földi örömök közé, mert van egy bizonyos izgalmi stádiuma, amikor a beteg kezdi az eszméletét elveszteni, és ösztönösen védekezik, megpróbálja mindenáron visszaszerezni öntudatát. Szóval az altatásnak ez a formája a mai kategóriák szerint elég durva módszer. Hát valahogy így volt ez nálunk hajdanában, de sajnos nem volt ez másképpen a debreceni klinikán sem. Mikor Németországból hazajöttem, a volt főnököm – mint tudományos szakkörös, már harmadéves koromtól a 2-es számú sebészeti klinikán dolgoztam –, meghívott debreceni klinikájára tantermi bemutató előadásra. Engem, a fiatalembert Nyíregyházáról az egyetemi klinikára, mert ott még azt a módszert, amit én alkalmaztam a narkózisnál, nem ismerték.

– Többször is mondta, hogy „amikor hazajöttem Németországból...”

– Igen, mert nagyon érdekelt az anesztézia, az általános érzéstelenítés. Említettem, hogy már medikus koromban is rengeteg negatív élményem volt az operációs érzéstelenítésekkel kapcsolatban. Miután elég jól beszélek németül, természetesen német nyelvű szakirodalmat olvastam, de ez csak különböző és nagyon csekély számú folyóiratokban megjelent cikkekre korlátózódott, mert nyugati, úgynevezett kapitalista „irodalmat” még szakkönyv formájában sem tűrtek a rendszer urai. Ezekből a nehezen hozzáférhető cikkekből rájöttem, hogy léteznek a nálunk alkalmazott eljárásnál jobb, hatékonyabb és ami nem mellékes, humánusabb altatási módszerek is. Sajnos, Magyarországon egyszerűen nem volt kitől ellesni a korszerű szakmai fogásokat. Kézenfekvő volt, hogy Németországba menjek tanulni, ami persze nem volt ilyen egyszerű, mint ahogy most elmesélem. Tízen vagyunk, akik munkánk alapján lettünk szakorvosok, egyszerűen azért, mert nem volt hol, nem volt kinél vizsgázni, mert a magyar egyetemeken sem tanszéke, sem szervezett oktatása nem volt ennek a tudományágnak. Még szerencse, hogy fáradozásunkat elismerték, és így lettem én egyike a „tizeknek”, honoris causa, aneszteziológus szakorvos...

(folytatjuk)

Dr. Makláry Elek

AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

A reanimatológia folyamatosan karbantartandó készséget igényel minden egészségügyben dolgozótól. Emiatt indult meg intézetünkben a reanimációs képzés. A tematikába beépültek a reanimáció nemzetközi kívánalmai is.

2000. február 1-jével érvénybe lépett az az előírás, amely szabályozza az intézeti reanimációs továbbképzést. Ebből kiemelve néhány fontos részletet.

Célja: A reanimációs ismeretek szinten tartása az elméleti és a gyakorlati készségek megerősítése. *Meg kell teremteni a kórházban az egységes újraélesztési alapelvek és gyakorlat érvényesülését az érintett szakemberek folyamatos képzésének megvalósításával.*

A KÉPZÉS SZINTJEI:

I. szint (évente)
Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Osztály (AITO)
Sürgősségi Betegellátó Osztály (SBO)
Szubintenzíven dolgozó Ápolók
Szakdolgozók

II szint (kétévente)
Egyéb gyógyító osztályok Ápolói
Szakdolgozói

A képzés hetente *hétfői napon* – maximum 30 fővel – elméleti oktatással indul.

Kedden, szerdán kiscsoportokban gyakorlattal folytatódik, az oktató team tagjainak irányításával, *csütörtökön vizsga a követelmények szerint:*

Vizsgakövetelmények: **(1. ábra)**

Megkérdeztünk néhány munkatársunkat a továbbképzésről, melyet közzéteszünk.

Dr. Valent Mihály oxiológus szakorvos az oktató team vezetője:

– Kivonuló mentőorvosi munkám közben nincs annál rosszabb érzés, mint amikor egy 30-40 éves férfi fekszik holtan a lakásában, mellette az újraélesztés során felhasznált eszközök. A hozzátartozók könnyes szemmel kérdezik: „Él még a fiam? Él még a férjem, doktor úr? "

Szörnyű válasz érkezik.

„Nem, már nem. Nem tudtunk rajta segíteni."

Még rosszabb érzés az, amikor az elhunyt kisgyermekei szólongatják az elhunyt apjukat. Aki már átélt hasonló helyzetet, az megérti, hogy miért más egy beteget a saját lakásában, vagy a kórházi osztály 8-as kórtermének 2-es ágyán újraéleszteni.

Megtettünk-e mindent? Valóban szakmailag korrekt volt-e a beavatkozás? Megtettem-e mindent, jól csináltam-e mindent?

Remélem, aki ezt az újraélesztési tanfolyamot elvégzi, az újraértékeli önmagában, hogy eddig mennyire volt felkészült a hasonló szituációk megoldására. Bízom benne, hogy a tanfolyamon elsajátított elméleti és gyakorlati tudnivalók után átértékelik eddigi hozzáállásukat az újraélesztéssel kapcsolatban.

Tomaskovics Lászlóné, IV. belgyógyászat ITO ápoló:

– A fokozott izgalom a bábu élesztésekor is jelen van, mint az „élesben" történő újraélesztéskor. A számítógép rámutat a gyakorlati hibákra. Ebből igen sokat tanultunk, amit biztosan hasznosítunk a munkánk során.

Vida Katalin, SBO ov. ápoló helyettese, az oktató team tagja:

– Nekünk sem volt könnyű megfelelni az elvárásoknak, de kitartó gyakorlással megérte. Úgy érezzük, helyes célért dolgozunk, hiszen ha biztos tudás birtokában többen merünk és akarunk segíteni embertársainkon, akkor életeket menthetünk.

Összefoglalás: Intézetünk elnyerte a Regionális Reanimációs Képzési Központ címet, mely lehetővé teszi, hogy más intézmények dolgozói is részt vehessenek reanimációs képzésen. Lehetőséget kapnak a praehospitális ellátásban részt vevő munkatársak – mivel oktató kórház vagyunk – a gyakorlaton lévő hallgatók is, ha ezt a tantárgyi követelmények előírják.

Szakdolgozók számára a reanimációs képzést akkreditálták. A 40 órás továbbképzés 40 kreditpontot ér.

Az orvosi akkreditáció folyamatban van, bízunk abban, hogy rövidesen ez is zöld utat nyer.

Szakdolgozók számára az elméleti képzés hétfőn 8.30-tól délután fél 4-ig tart, utána tesztírás következik.

Kedden, szerdán 8–12.30-ig és délután 13–16-ig kiscsoportokban gyakorlati képzés az oktató team irányításával, csütörtökön 8–16 óra között gyakorlati vizsga. Pénteken délelőtt gyakorlatra, délután pótvizsgára van lehetőség.

Orvosok esetében hétfőn 13 órakor kezdődik az elméleti képzés, a többi ugyanúgy folytatódik. Akkreditáció esetén ez is változni fog.

Aki sikeres elméleti és gyakorlati vizsgát tesz, tanúsítványt kap.

A képzés helye: A rehabilitációs osztály I. emeletén lévő oktatóterem.

Az ápolás és gyógyítás zavartalansága érdekében egyszerre több osztály (szakterület) munkatársai vesznek részt a továbbképzésen. A résztvevők létszámáról a mátrix vezetők előzetesen értesülnek. A továbbképzés akkreditált, így a részvétel hivatalosan igazolt távollétet jelent. A képzésen a képzési szintnek megfelelően mindenki részt vesz, az időpontról írásban adunk értesítést. Kérjük, hogy a megadott időpontban pontosan jelenjenek meg.

Mindenkit szeretettel várunk, s eredményes vizsgát kívánunk.

Buda Károlyné
WHO függetlenített szakoktató,
a képzés koordinátora

I. SZINT	II. SZINT
oxiológiai státus megítélése	oxiológiai státus megítélése
életműködések szabályos vizsgálata	életműködések szabályos vizsgálata
az újraélesztés gyakorlata ABCD	az újraélesztés gyakorlata ABC
komplex újraélesztés 1ES – eszköz nélkül (jkv) 2ES – AMBU balonnal (jkv)	komplex újraélesztés 1ES – eszköz nélkül (jkv) 2ES – AMBU balonnal (jkv)
szabályos segítséghívás	szabályos segítséghívás
szituáció megoldása – eszméletlen beteg ellátása (Gábor-féle műfogás)	szituáció megoldása – eszméletlen beteg ellátása (Gábor-féle műfogás)
eszközök használata	orvosok esetében eszközök használata a gyakorlatban
az újraélesztési protokoll ismerete	orvos segítése a reanimáció során szakdolgozók esetében – eszközök ismerete
orvosok – MegaCod Trainer – jkv.	

Közép-Kelet-Európai Nemzetközi Konferencia a Sürgősségi és Katasztrófaellátásról

Aki nem járatos a kórházban, annak legegyszerűbb azt mondani, hogy a sürgősségi osztály *az,* amit a Vészhelyzet című filmben látott. De aki megfordult már ott, tudja, hogy nem *olyan*. Az itt dolgozóknak például sosem jutna eszükbe felugrani a betegszállító kocsira, életveszély esetén pláne nem. Dr. Pikó Károly főorvos csapatának nem célja dramatizálni a helyzetet, épp ellenkezőleg, a drámából happy endet igyekeznek produkálni nap mint nap.

A nyíregyházi Jósa András Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályának története 1982-re nyúlik vissza. Az akkor *felvételi részlegnek* nevezett helyből lépésről lépésre lett valódi SBO. Olyan, ahol a valóban súlyos, esetleg életveszélyes állapotokat a nap 24 órájában fogadják a betegség ellen bevethető „teljes fegyverzetben".

Az elmúlt hat évben négyszer találkoztak Nyíregyházán a sürgősségi orvostan legjelesebb szakemberei, hogy szakterületük legfontosabb kérdéseiről értekezzenek. Legutóbb április 7-8-án, amikor a Közép-Kelet-Európai Nemzetközi Konferenciát rendezték a sürgősségi és katasztrófaellátásról, tíz ország részvételével.

Katasztrófa-orvostan és sürgősségi ellátás nem ugyanaz, de az összegfüggés szoros. A *sürgősségi orvostan* békeidőben alkalmazott orvostudomány, *ahol az egyén érdekét maximálisan figyelembe veszik.* A beteg életének megmentése a cél a sérülésnek, betegségnek megfelelő szintű ellátása olyan körülmények között, ahol *a tárgyi feltételek nincsenek korlátozva.* A betegek ellátásának sorrendjét állapotuk súlyossága határozza meg. *Katasztrófahelyzetben,* amikor is jelentősen beszűkülnek a tárgyi és személyi feltételek, *csak a túlélésre lehet koncentrálni,* és az életminőséget egyáltalán nem lehet figyelembe venni.

– A konferenciának az is célja, hogy különbséget tegyünk katasztrófahelyzet és normális „nyugodt" helyzet sürgősségi ellátása között – magyarázza *dr. Pikó Károly főorvos* a konferencia megnyitása előtti percekben a laikus érdeklődőnek. – Szakmai fejekben sincs teljesen helyén ez a kérdés. Ne adja a Jóisten, de tegyük fel, lenne háromezer árvízzel kapcsolatos sérültünk, nem dolgozhatnánk ugyanolyan elvek alapján, ugyanolyan spektrumban, mint normál sürgősségi esetben. Ha nagytömegű sérült van, akkor osztályozási és ellátási prioritások, nagyon kemény szabályok lépnek életbe...

Hogy éppen az árvízzel példálózunk, az természetesen nem véletlen, hisz a konferencia megnyitásakor már tudjuk, hogy a Tiszán megint *„helyzet van",* bár még nem mindenki számára nyilvánvaló, hogy mekkora a baj. Pikó főorvos emlékszik, hogy az országos konferencia is árvízi időben zajlott legutóbb.

– Azóta továbbléptünk sürgősségi ügyben – folytatja. – Ezen a konferencián *a sürgősségi osztályoknak, mint elsődleges fogadóhelyeknek szerepét szeretnénk hangsúlyozni* az esetleges katasztrófahelyzetekben, s aztán rávilágítani, hogyan teljesedik ki az ellátás a sérültek, illetve betegek számától függően. Másodszor pedig *fontos megerősíteni az együttműködést a katasztrófa felszámolásában részt vevő erők, a rendőrség, tűzoltóság, polgárvédelem, katonaság, egészségügy között.* Mert a dolgok jelenlegi állása szerint mindenki végzi a dolgát, de *az összhanggal* talán gondok vannak. A konferencia harmadik célja pedig *a nemzetközi együttműködés hangsúlyozása,* nem véletlen, hogy meghívtuk Románia egészségügyi miniszterét a felszíni vizek szennyeződésével kapcsolatos kerekasztal-megbeszélésre.

– Egy Európában most formálódó szakmának a képviselői próbálnak közös elképzeléseket kialakítani a műhelymunka során – *dr. Endreffy Ildikó,* a konferencia szervezőbizottságának elnöke fűzi tovább. – Hisz a résztvevők Európa különböző országaiból érkeztek, más-más háttérrel rendelkeznek, és maga az európai egyesület is mindössze kétéves, miközben az *Amerikai Egyesült Államokban* már hosszú ideje egyetemi tanszékkel is rendelkező *kialakult diszciplinákról van szó,* mind a katasztrófa-, mind a sürgősségi orvostant illetően. Európában most formálódnak az egységes elvek, a közös szemlélet. Érkeztek résztvevők *Ausztriából, Bosznia-Hercegovinából, Lengyelországból, Lettországból, Romániából, Szlovéniából, Ukrajnából. Brüsszelből* NATO-tiszt jött, és az Amerikai Egyesült Államokból is olyan professzorok, akiktől plenáris előadásokat várunk.

Nem véletlen hát, hogy *Gógl Árpád miniszternek* a katasztrófaellátó rendszer optimalizálásáról tartott előadása után egy alapelőadás következik Amerikából. *Richard Aghababian, a Massachusetts-i Orvosi Egyetem Sürgősségi Intézetének professzora* a katasztrófa-orvostani rendszer anatómiájáról beszél, katasztrófafilmekbe illő – de sajnos az élet által produkált – diaképekkel illusztrálva mondandóját. *Földrengés, vulkánkitörés, tűz, baleset, terrorizmus, mérgezések* – hogyan kell egyszerre szembenézni a sok és sokféle sérüléssel, problémával... Hogyan kell megszervezni a mentést, az ellátást, a szállítást... Hogyan kell elkerülni a járványt okozó zsúfoltságot... Hogyan kell kommunikálni a lakossággal, hogy ne törjön ki pánik... Első hallásra is izgalmas kérdések mindenki számára, de jellemző módon a részletekbe ható válaszok inkább csak a szakembereket hozzák lázba. *David Lam, a brüsszeli NATO-központ orvos-ezredese* mindenekelőtt azt tartja fontosnak tudatosítani, hogy a NATO-nak nem célja saját sürgősségi betegellátó-szervezetet létrehozni, ugyanis *a katasztrófa-ellátást nemzeti szintű feladatnak tekintik,* bár a NATO mindig is védelmi szervezet volt, s mint ilyen, szervezettségénél, jó kommunkiációs rendszerénél fogva alkalmas a katasztrófaellátásra, ezért egyfajta kiegészítő szerepet gondolnak maguknak, a kölcsönös segítségnyújtás elve alapján. A NATO vezérkarában 1994-től előtérbe került az a szemlélet, hogy a polgári lakosságot védelemben kell részesíteni, ezért arra törekednek, hogy *olyan segítséget nyújtsanak, amire éppen szükség van* vészhelyzetben, szem előtt tartják azonban azt is, hogy a munka ne kettőződjön meg két külön szervezet miatt.

A konferencia programjában előadásról előadásra haladva elmélyülnek a szakemberek a részletkérdésekben: intézményi katasztrófatervek, ezek végrehajtása, az együttműködés problémái itthon és külföldön különböző szituációkban, az *Országos Mentőszolgálat, a kecskeméti Repülőkórház, Ferihegy, a Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnöksége, az ÁNTSZ, Lettország, Koszovó, Szarajevó szempontjából...*

Folytatás a 10–11. oldalon

(Folytatás a 9. oldalról)

Dr. Vekerdi Zoltán a Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökségének képviseletében a magyarországi ideális sürgősségi ellátórendszerről tartott előadást.

– *Messze vagyunk tőle?*

– Igen, és nem. A kezdeményezések, amelyek a sürgősségi ellátásban részt vevők részéről egyénileg, csoportosan elindultak, jó irányban haladnak. Ez a konferencia is azt mutatja, hogy *a gondolkodásunk hasonló.* De sajnos még *nem azonos.* Azért van szükség ilyen konferenciákra, hogy lássuk, halljuk, érezzük egymás gondolatait, és azokat a cselekvési programokat, amelyeket ki-ki magában elképzelt. Ezeket ugyanis össze kell hangolni, az ideális traumaellátó rendszer megvalósítása érdekében. Nem lehet mondani, hogy Magyarországon nincs katasztrófaelhárítási rendszer. Van. A kérdés az, hogy jól működik-e, illetve hogy működhet-e jobban. Összefogásra van szükség.

– És mondjuk pénzre?

– Pénzre is szükség van. A pénzügyi források gyakorlatilag mindig hiányosak. Ugyanakkor a meglévő, a rendelkezésre álló forrásokat jobban is fel lehet használni. Kell egy csapat – hogy az itt is érvényes régi igazságot citáljam. Pénz nélkül csak a *csapatmunka* képes nagy dolgok megvalósítására. Persze nem egészen pénz nélkül, de minimális összegekből...

– *A Brüsszelből érkezett szakember elmondta, hogy a NATO nem kíván a nemzeti katasztrófaelhárító szervezetek helyébe lépni. Mi szükség mégis a nemzetközi párbeszédre?*

– Ugyanazok az okok, mint amelyek a nemzeti katasztrófaelhárító rendszerben is jelentkeznek. A katasztrófák nem ismerik az országhatárokat, átlépnek rajta, gondoljunk csak a tiszai ciánszennyeződésre! Csak akkor tudunk hatékonyan fellépni, hogyha ismerjük egymás elhárítórendszerét, és ezeket a közös cél érdekében összehangolva tudjuk felhasználni. A konferencián megalakult a *sürgősségi társaság.* Ha ez a társaság betölti a neki szánt szerepet, akkor elégedett leszek. Persze tökéletesen nem, hisz ez a társaság *nem cél, hanem eszköz.*

A sürgősségi társaság megalakítására azért van szükség – teszi érthetővé *Pikó főorvos* –, hogy integrálhassunk minden létező erőt a jó katasztrófaellátás megteremtése érdekében. A parlament megalkotta a katasztrófatörvényt, a kormány létrehozta a katasztrófa-felügyelőséget, most már csak meg kell tölteni tartalommal a kereteket. Tömöríteni mindazokat az erőket, melyek szükség esetén hivatottak az ellátás megszervezésére.

– *Ennek a társaságnak nem csak orvosok lesznek a tagjai?*

– Folyamatosan be kell vonni a civil és karitatív szervezeteket, a társaságot ki *kell terjeszteni mindenkire, aki használható a magyar állampolgár egészsége érdekében, ha az bajba kerül.*

Az ivóvizek bázisául szolgáló felszíni vizek mérgeződése mint katasztrófahelyzet

Nem szorul indoklásra, miért lehetett témája ez a nemzetközi konferenciának, annál is inkább, mert tudjuk, nem csak cián „égette végig" a Szamost és a Tiszát, de röviddel utána egy súlyos nehézfém-szennyezéssel is szembe találták magukat a szakemberek. A katasztrófa tehát ismétlődhet, s a nemzetközi összefogás kényszere is magától értetődően adja magát. A tiszta ivóvíz fontossága megintcsak nem szorul indoklásra...

Dr. Pintér Alán, az Országos Járványügyi és Közegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa: – Az egészséges víz alapvető emberi jog, ennek biztosítása minden országban a közegészségügy, a szakma alapvető feladata. Ugyanakkor a vízbázisok rendkívül sérülékenyek, és erre sok sajnálatos példa akadt. Maradjunk azonban a Tisza cianid-, majd az azt követő nehézfém-szennyeződésénél, amely olyan katasztrófahelyzetet eredményezett, amely az egész térség minden – környezetvédelmi, közegészségügyi, vízügyi katasztrófaelhárító – hatóságának feladatot adott. Azonosítani kellett a veszélyt, annak mértékét, jellemezni a kockázatot, mindezt kommunikálni, és megtenni az intézkedéseket a kockázat elhárítására, az emberi egészség védelmére.

Hajdú Gábor egészségügyi miniszter, Románia: – Rendkívül sajnálom, de tényleg nekem kell legelőször ezekhez a gondolatokhoz és megállapításokhoz csatlakoznom. A konferencia megnyitásakor mondtam, hogy elsősorban *figyelni és okulni jöttem,* és mindjárt felfigyeltem arra, hogy a tavaly elfogadott magyar katasztrófatörvény 4. fejezete milyen lényeges előírásokat tartalmaz. A veszélyes anyagok, a létesítmények, tevékenységek szabályozásával, engedélyezésével kapcsolatban feltételrendszereket támaszt, amelyeket nekünk Romániában különös figyelemmel kell követnünk, hiszen a nagybányai Aurul-baleset felhívta a figyelmet arra, hogy *a körültekintés nem csak ajánlott, hanem kötelező.* A kormány elé tárt adatokból megállapítható volt, hogy az ausztrál vállalkozás olyan ipari létesítményt telepített Romániába, amely a romániai természeti körülményekre, többek között az évi várható csapadékmennyiségre nem volt tekintettel, ezért történt a gátaknak a fellazulása, majd átszakadása. Örvendetes viszont az a tény, hogy *a magyar szomszéd időben kapott tájékoztatást,* hogy lehetőség szerint megtegye a szükséges intézkedéseket...

Nem került a nagy nyilvánosság elé, de a román kormány ismételten foglalkozott a probléma különböző vonatkozásaival – fegyelmi vagy épp büntetőjogi felelősségrevonások lehetőségét is latolgatván –, és a román kormány szinte egyöntetűen azon az álláspon-ton volt, hogy *vállalni kell a tragikus baleset következményeiért a felelősséget,* beleértve a károkozási felelősséget is. Olyan értelmű elhatározás is született, hogy a lehető legnagyobb körültekintéssel kell felülvizsgálni hasonló létesítmények biztonságos működésének feltételeit. Visszatekintve az ivóvízellátás problémájára, szinte *természetes igazságszolgáltatásnak lehet felfogni, hogy a szennyezett víz a Dunával visszatért Romániá-va...* Miután több nagyváros ivóvízszükségletét a Dunából biztosítjuk, ezért Románia illetékes hatóságainak, önkormányzatoknak, egészségügyi szerveknek, ha hígítottan is, de szembesülniük kellett a mérgezett víz problémájával. Megfelelő intézkedések történtek, hogy amíg a mérgezett víz levonul, más forrásból biztosított legyen a lakosság ivóvízszükséglete. A román egészségügyi

minisztérium teljes hangerővel és ismételten *hangsúlyozta, hogy minden embert megillet az egészséges ivóvízhez való jog!*

Pintér Alán: – Magarország aláírta a nemzetközi jogi kötelezvényt, amely a *„Víz és egészség jegyzőkönyv”* elnevezést viseli. A vízbázisok védelmében kiemelt szerepet kapott a megelőzés, a veszélyek azonosítása, ezen belül a diagnosztika, a pontos mérés. Ezt az egyezményt magyar részről Gógl Árpád írta alá.

Gógl Árpád egészségügyi miniszter: – Magyarország különösen érdekelt a felszíni vízkészlet biztonságában, hiszen a Kárpát-medence alján vagyunk, ha úgy tetszik, itt *a lavorban folyik össze minden.* A vízbázisunk 95 százaléka a környező országokból jön. Érdekeltek vagyunk tehát a szennyezések pontos mérésében! Tudnunk kell, hogy *a határérték körüli folyamatos szennyezés ugyanúgy gondot jelent, mint az egyszeri, nagy mennyiségű méreganyag bekerülésekor kialakuló változás.* Alacsony terhelés mellett is feldúsulhat a táplálékláncban olyan koncentráció, amelyeknek következményei lehetnek. Fontos tehát ismernünk minden potenciális szennyezőforrást a vízgyűjtőn. Milyen a technológia, milyen alapanyagokat használnak, mit tárolnak és hogyan, milyen szállítási útvonalak vannak... Úgyhogy mi örülünk, hogy részt vehettünk a felszíni vízkészletek biztonságát szolgáló egyezmény előkészítésében, és nagy *örömünkre szoltált, hogy együtt voltunk Londonban román barátainkkal és a környező országok képviselőivel.*

Richard Aghababian, Orvosi Egyetem Massachusetts, USA: – Nagyon fontos tudniuk a szakembereknek az adott mérgezés tüneteit, és t*isztában kell lenni a hosszú távú következményekkel is.* Követni kell a táplálékláncot, és feltárni minden lehetőséget, hogyan juthat az emberi szervezetbe mérgezőanyag. Ezt követően az a legfontosabb, hogy *tájékoztassuk és felvilágosítsuk az embereket.* Ami az árvizet illeti, meglep engem, hogy itt milyen gyakran mérnek évszázados árvizet. Ez Amerikában egyébként a biztosító társaságok szempontjából is fontos kérdés. Észre kell venni, hogy a népesség növekedésével olyan helyekre települ az emberiség, ahol nem lenne szabad építkezni. Itt megint milyen fontos a szabályozás: nem szabad engedni olyan területekre települni az embereket, amelyik nem biztonságos árvízi szempontból.

Pintér Alán: – Mielőtt tovább adnám a szót, közbe kell vetnem, milyen szerencse, hogy a cianidszennyezés idején nem volt árvíz, nem került ki az ártérbe, gyorsan lefutott, *akut mérgezés nem fordult elő,* és valószínűleg nem várható krónikus mérgezési esetek megjelenése sem.

Svéd László vezérőrnagy, MH Egészségügyi Csoportfőnökség: – Én is azt hangsúlyozom, hogy hajszálpontosan ismerni kell a mérgezés okozta betegség tüneteit, fontos a felismerés és a folyamatos készenlét. És nagyon *fontos a pontos kommunikáció.* Már elhangzott, hogy nagyon időben és pontosan kommunikáltunk arról, hogy hol, mikor, mi folyik el, de nem biztos, hogy a közvélemény előtt mindig mindent jól tisztáztunk. Hogy honnan hová, mikor és mennyi vas-szulfidot kellett volna vinni, miközben ezt soha senki ki nem próbálta... Azt se magyarázták el jól, hogy a Tiszából nem volt hová elvezetni a vizet, merthogy a víz mindig csak lefelé hajlandó folyni, márpedig a tározókban akkor éppen magasabban állt a víz, továbbá hogy a Tisza medre vízzáró réteggel szigetel, így a talajba nem jutott méreg... Ha ezeket elmondtuk volna, *kevesebb negatív hatással számolhatnánk.* Viszont azt is le kell szögezni, hogy *a vízügyi és egészségügyi szakemberek, az ÁNTSZ példásan cselekedtek,* amikor Szolnok ivóvízellátását kellett megoldani.

Kovács Attila, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat: – Mindenek előtt azt szerentém leszögezni, hogy *a lakosság nem volt veszélyben.* Más lett volna a helyzet nyáron, amikor a fürdőzők közvetlen veszélynek lettek volna kitéve, így a táplálékláncba való bedúsulás problémájával és a ivóvízellátással, mint közvetlen kockázattal kellett számolnunk. Sokkal *nehezebb azonban a közép- és hosszú távú hatások figyelemmel követése.* Igen nagy szükség van a környezetvédelmi, állategészségügyi, növényegészségügyi és természetesen a közegészségügyi monitoringot is magában foglaló *környezetegészségügyi információs rendszer működtetésére,* ami igen komoly együttműködést igényel a társhatóságoktól.

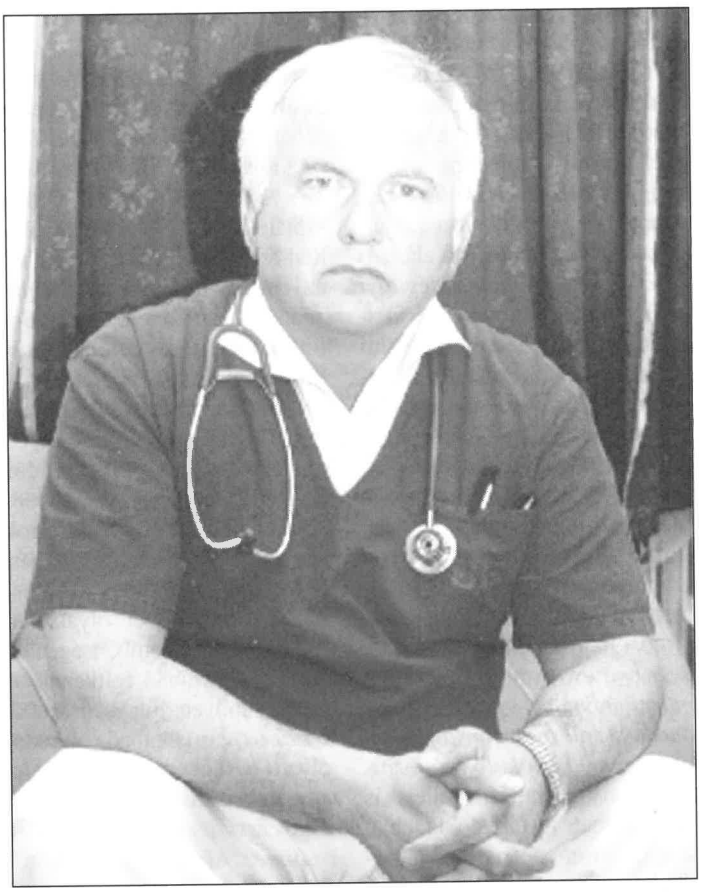
Pintér Alán: – Sokszor elhangzott, milyen fontos nyomon követni az esetleg károsító, egészségügyi hatásokat. És igazából erre nincs kidolgozott mechanizmusunk. Amíg például *a járványokat kiválóan tudjuk nyomon követni, erre még nincsenek bevált módszereink.* Ez nemcsak számunkra kihívás, de sok európai ország egészségügyi szerveinek is feladat a kis koncentrációban hosszan tartó egészségkárosító hatások nyomon követése. És pontosan a „Víz és egészség” jegyzőkönyv egyik fő célkitűzése, hogy ezt a rendszert Európa-szerte ki kell építeni. Köszönöm a kerekasztal-beszélgetés résztvevőinek közreműködését!

Veszprémi Erzsébet

Célszerű magyar találmányok

A TELEMETRIKUS KÓRHÁZI KONZULTÁCIÓS RENDSZER

A telekommunikációs és informatikai eszközök robbanásszerű elterjedése és felhasználása a világon, és szerencsére Magyarországon is érezteti hatását. A gyors és megfelelő információáramlás előnye – bármennyire magától értetődő is – hazánkban még nem vált teljes mértékben elfogadottá a köztudatban. Pedig a távolságokat pillanatok alatt áthidaló elektromos impulzusok segítségével akár emberéleteket lehet megmenteni.



A telemetriára épülő kórházi konzultációs rendszer, amelynek ötlete, kidolgozása és gyakorlati alkalmazása a nyíregyházi pathológus-belgyógyász szakorvos, dr. Zsonda László érdeme, a távközlés gyorsaságában rejlő lehetőségeket használja ki. Elsősorban a nemzetközi felmérések szerint is kiemelkedő halálokok között szereplő szív- és érrendszeri betegségek, trombózisok, mérgezések, valamint a balesetek áldozatainak gyors és szakszerű helyszíni orvosi ellátásával megelőzhető életmentés területén. Beszélgetőpartnerem dr. Zsonda László, a telemetrikus kórházi konzultációs rendszer ötletgazdája.

– Mi vezette a főorvos urat, amikor hozzákezdett elképzelésének megvalósításához?

– Olyan új, egészségüggyel kapcsolatos megoldásokat akartam kidolgozni, amelyek segítségével például a kórházból lehet szakmai tanácsokkal ellátni a helyszínen tevékenykedő kollégákat. Ennek az elképzelésnek eddig nem volt hagyománya Magyarországon. A fejlettebb országokban viszont már történtek hasonló jellegű próbálkozások, technikai megoldások. Mégis, nem kis büszkeséggel mondhatom, az egyik legsikeresebb elképzelést és fejlesztést sikerült ezen a téren Magyarországon a hétköznapi gyakorlatban is kipróbálva megvalósítanunk. Az egészségügyi kormányzat is foglalkozik a sürgősségi betegellátás kérdésével, ez a terület egyébként a kormány egészségpolitikai koncepciójának kiemelt része.

– Mi a fejlesztés lényege?

– A fejlesztést megelőzte egy 20–30 évre visszatekintő statisztikai, epidemiológiai feldolgozás. A betegségek bekövetkezését, számszerű alakulásukat, az elhalálozások okait, mértékét tanulmányoztuk. Arra a szomorú megállapításra jutottunk, hogy Magyarországon a szív- és érrendszeri megbetegedések, mérgezések, trombózisok, az agyi érbetegségek miatt bekövetkezett halálozások száma világviszonylatban is rendkívül magas. Ezek a megdöbbentő statisztikai adatok vezéreltek bennünket arra, hogy a betegellátás javításához olyan információs rendszert dolgozzunk ki, amely a területi betegellátást segítené.

– Csak betegellátásról van szó, vagy esetleg a megelőzés kérdése is felmerült?

– A konzultációs rendszer három ponton segíti a betegellátást. Az első, és a legfontosabb a sürgősségi betegellátás területe. Ugyanez az infrastruktúra, vagy más néven az informatikai rendszer koncepciója segíti a szakszerű háziorvosi gondozást. Harmadik lépésként pedig a preventív (megelőző) szemléletű betegellátás kialakítását teszi lehetővé. Az epidemiológiai és más jellegű felmérésekből is kiderült, hogy Magyarországon körülbelül húszezer ember hal meg évente olyan betegségek következtében, amelyek megfelelő egészségügyi ellátás esetén elkerülhetőek lennének. Ez rendkívül magas szám. A mi informatikai rendszerünkkel el szeretnénk érni, hogy ezt az ijesztően nagy számú halálesetet rövid idő alatt csökkenteni lehessen.

– Ezek szerint a halálozás megelőzése sok esetben az információáramlás gyorsaságán múlna?

– Igen, a halálozás megelőzése legnagyobb részben az információáramlás sebességén múlik. Rendszerünk segítségével az ország bármelyik részén tartózkodó állampolgárról képesek vagyunk szakmai véleményt nyújtani. Át tudjuk küldeni a beteg EKG jeleit – mondjuk – egy háziorvosi rendelőből, egy lakásból, (akár egy arató-cséplő gép mellől is) a megfelelő konzultációs helyre.

A rendszer olyan adatátvivő, EKG-FAX készülék, amely képes a helyszínen készített EKG-felvételt átküldeni bármelyik kórházi, országos konzultációs központba. Ez az EKG-FAX magyar fejlesztésű találmány, egészségügyi adatátvivő informatikai rendszer.

Én az alapelképzelést dolgoztam ki, amit műszaki és számítástechnikai mérnökök valósítottak meg. Elemekkel működő, videokazetta nagyságú, hordozható készülék volt az alapötlet, amit nem csak vezetékes, de rádiótelefonhoz is lehet kapcsolni.

A készülék elkészíti a hagyományos értelemben vett EKG-felvételeket, amit ott helyben kinyomtathatunk, a számítógép képernyőjén megjeleníthetünk, vagy telefonon elküldhetünk a fogadó állomásra. Ráadásul a betegellátással kapcsolatos teendőket a helyszínen tartózkodó orvoskolléga és a konzultációs szakember azon melegében megbeszélheti egymással, ami azt is jelenti, hogy a beteg kórházi szintű, kórházszerű ellátást kaphat a helyszínen. A konzultációs rendszer által nyújtott szakvéleménnyel indíthatók a megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel ellátott mentők, roham-, vagy esetkocsik. A mentők is felszerelhetőek ezzel a rendszerrel. Országosan mintegy 37 mentőállomás rendelkezik ezzel a felszereléssel. Tehát a betegszállítás alatt is folyamatosan lehet küldeni az EKG-felvételeket, illetve telefonon tartani a kapcsolatot a kórházzal. Ennek a rendszernek másik nagy előnye az esélyegyenlőség megteremtése. Egy kis, nehezen megközelíthető faluban is felhasználható és alkalmazható. A cél mindenképpen az, hogy a beteg minél kisebb szövődménnyel, lehetőleg jó állapotban, jól gyógyíthatóan érkezzen a kórházba.

– Mióta működik ez a rendszer?

– Magyarországon két éve működik. Először Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében kezdtük el a szív- és érrendszeri betegségekkel kapcsolatos konzultációkat. Két év után már elmondhatjuk, hogy az ország valamennyi megyéjében található ilyen irányú kezdeményezés. Békés megyében minden mentőállomást bekapcsoltak a rendszerbe, s valamennyi mentőállomás rendelkezik a telemetrikus EKG-FAX eszközzel. Nyíregyháza környékén körülbelül 130–150 háziorvosi rendelőbe kötötték be ezt a konzultációs végpontot. Nagy örömünkre a kormány egészségügyi programjába is bekerült az általunk kidolgozott konzultációs telemetrikus EKG-FAX rendszer. Az Egészségügyi Minisztérium támogatásával mintegy száz kórházban található kiépített konzultációs végpont. Jelenleg pályázatok révén, részint az alapellátási rendelők, másrészt központi körzetek, valamint több kórház kapott ehhez 1999-ben pénzügyi támogatást. Úgy vélem, nemcsak az egészségügy, de a társadalom is most jutott el odáig, hogy megértse: a tudást a helyszínre kell vinni. A mindennapi gyakorlatban a helyszíni ellátást kell stabilizálni, 24 órás igénybevételi jelleggel. A betegeket ki kell emelni a veszélyeztetettségi szakaszból, akkor, amikor még fennállnak a rizikófaktorok. Mind a betegnek, mind a társadalomnak az a jó, ha az ápolt egészségesen kerül haza, és nem rokkantan.

– Mennyibe kerül a teljes rendszer kiépítése?

– A konzultációs rendszer alkalmazása költségkímélő megoldás. A költségek szempontjából például nem mindegy, ha valaki – mondjuk – 50 kilométerre lakik a legközelebbi kórháztól, és a kardiológiai vizsgálatra mentő viszi be, illetve mentő szállítja vissza. A háziorvos a szükséges EKG-vizsgálatot a helyszínen elvégezheti, s a konzultációt követően lehet arról dönteni, hogy a beteget beszállítsák-e kórházi kezelésre, vagy sem. Ez lényeges költségkímélő része a rendszernek. Ma már minden háziorvosi rendelőben található számítógép és telefon, az alapinfrastruktúra mindenütt megtalálható. A körülbelül hétezer alapellátási rendelőből négyezerben PC-csatlakozással ellátott EKG-készülék van. Ehhez már csak egy szoftver és egy modem kell. A rádiótelefonos, mentőkben alkalmazott telemetrikus rendszer teljes költsége négyszázezer forint. Az országban található 160 mentőállomás közül 50-60 mentőállomáson sem mentőorvos, sem mentőtiszt nem található. Ezeknek a mentőállomásoknak érdemes beszerezni a telemetrikus rendszert, ami megközelítőleg 20-25 millió forintba kerül. Ugyanakkor nem mindegy, hogy a betegen el kell-e végezni egy több millió forintba kerülő szívműtétet, vagy megelőzhető az azonnali szakszerű beavatkozás következményeként megelőzhető-e a műtét. Anyagi értelemben véve, nagyon gyorsan megtérülő beruházásról van szó, az emberi életek megmentéséről nem is beszélve.

– Csak Magyarországon ismert ez a rendszer?

– Nem. 1999-ben több külföldi rendezvényen kaptunk lehetőséget a rendszer bemutatására. A brüsszeli világkonferencián közel ezer szabadalom közül aranyérmet és a zsűri egyik különdíját is megkaptuk. Genfből és Nürnbergből ezüstéremmel távoztunk. A külföldi érdeklődés igen nagy. Csak példaként említeném a szingapúri találkozót, ahol a légitársaságok képviselőit tájékoztattuk a koncepció részleteiről.

– Milyen távlati tervekről beszélhet a főorvos úr?

A magam részéről nagyon szeretném a rendszer teljes magyarországi kiépülését. Az Egészségügyi Minisztérium kiemelten kezeli a sürgősségi ellátás terén a konzultációt. Az országos központokra már történt javaslat. Az alapellátást, a szív- és érrendszeri megbetegedésekkel kapcsolatos konzultációkat az Országos Mentőkórházban végzik el a regionális kórházakkal együtt, a trombózis diagnosztikát országos lefedéssel a szombathelyi intézet látja majd el. A rendszer egyébként „szerencsés" helyzetben van az országos megvalósítást illetően. A szükséges engedélyek birtoklásán túl az Egészségügyi Minisztérium, de a Tiszti Főorvosi Hálózat is támogatja, a Társadalombiztosítás, az Egészségügyi Pénztár pedig kész a konzultáció költségeinek finanszírozására. A rendszer teljes sikeréhez feltétlenül szükséges a társadalmi összefogás, és az alapellátásban dolgozó kollégák mellett a polgármesteri hivatalok támogatása is szükséges, hiszen sok helyen éppen az önkormányzat a helyi egészségügy tulajdonosa. Közös erővel kell megteremtenünk annak lehetőségét, hogy a mentőszolgálatok, a hétezer alapellátási rendelő minél hamarabb kapcsolódhasson a regionális kórházakhoz, vagy az országos intézetekhez.

(A cikket rövidítve közöljük.)

Forrás:
Kapu; Csontos Gábor

DROGPREVENCIÓ

Az elmúlt évtizedek tagadó politikája ellenére ma már mindenki számára világossá vált, hogy a kábítószer-fogyasztás Magyarországon is jelentős és – egyelőre – megoldatlan probléma. Egy-két évtized alatt egy gyakorlatilag drogmentes országból a nemzetközi kábítószer-kereskedelem tranzitországává, majd – az utolsó két-három esztendőben – termelő-fogyasztó országgá váltunk (Nyugat-Európában ez a folyamat kétszer ennyi ideig tartott!). A drogbetegek számának növekedése világszerte, így hazánkban is egyre nagyobb gondot jelent mind az egyén, mind az egész társadalom számára, ezért a drogprobléma megoldásához, enyhítéséhez társadalmi szintű összefogásra van szükség.

A drog elleni harcban elegendő feladat jut az egészségügynek (drogbetegek gyógyítása, ambuláns kezelés), a bűnüldöző szerveknek (előállítás, csempészet és kereskedelem megakadályozása, kapcsolódó bűnügyek felderítése) és a civileknek (drogprevenció; az előző résztvevőket sem kizárva, sem pedig helyettesítve). A feladat nehéz és drága, a siker kétséges, és az is marad, mert a drogkereskedelem a világ egyik legjövedelmezőbb üzletága, és a drogok is rendre erősebbnek bizonyulnak a fogyasztók személyiségénél, akaratánál, szervezeténél. Ezért tarjuk különösen fontosnak a drogprevenciót, amely az összes lehetőség közül a leginkább költségkímélő – de főként élet- és lélekkímélő megoldás, mert segíthet a nemfogyasztók tömegeinek abban, hogy ne váljanak áldozattá.

Hüse Lajos

A drogprevenció elsődleges célpcsoportja a fiatalok korosztályai. Ők azok, akik mindenre kíváncsiak és nyitottak, számukra a kortárscsoport véleménye, tevékenysége bármi másnál fontosabb. A felnőttek kevésbé képesek befolyásolni őket, hiszen normális pszichoszociális folyamatok miatt ez a korcsoport időlegesen eltávolodik a szülők óvó-gátló, rendezett világától. A serdülő fiatalok tetteikben ritkán mérlegelik a várható negatív következményeket, jórészt csupán az előnyöket látják. Jól is van ez így, ettől boldog és felhőtlen a gyermekkor. A baj az, hogy a lelkiismeret nélküli emberek kihasználják ezeket a tulajdonságokat, s maguk hasznára fordítják a gyermekek tapasztalatlanságát, kíváncsiságát, naivságát. Éppen ezért a drog 12–24 éves fiatalokat fenyegeti leginkább.

Az Első Nyírségi Fejlesztési Társaság Drogstop programja a Nyíregyháza környéki kistelepülések általános iskoláiban tanuló, felsőbb éves fiatalokat célozza meg. A drogprevenciós délutánon a fiatalok önként vesznek részt, s ez azért fontos, mert így azok jönnek el, akiket érdekel a drogtéma, vannak kérdéseik és szeretnék bővíteni ismereteiket ebben a témában – valamint azok, akik már barátaik, rokonaik révén testközelből megtapasztalhatták a drogok kezdeti pozitív hatásait! A résztvevők igen fogékonyak az új ismeretekre, ugyanakkor tudásuk gyakran hiányos, avagy nem reális. Célunk az, hogy a fiatalok merjenek beszélni a témával kapcsolatos gondolataikról. A kibeszélt kíváncsiságot – véleményünk szerint – ezután nem a drog, hanem a programon megszerzett tudás elégíti majd ki. A program működtetői számára is adódnak feladatok, mint például a gyermekek gondolkodásának megismerése a droghelyzettel és a drogproblémával kapcsolatosan; csakis erre az alapra lehet jó drogprevenciós munkát építeni.

A program kötetlen beszélgetésre épül, amit játékos feladatok, prevenciós plakátrajzok elkészítése, drogtotó kitöltése és annak megvitatása, szituációs játékok tesznek teljessé. A program vázát alkotó, állandó elemek mellett mindig az adott gyermekcsoport igénye és szükségletei alakítják ki a délután menetét. Így anélkül tudunk együtt dolgozni, hogy mi erőltetnénk rájuk a konkrét formát – számos sajátossága mellett éppen az győzi meg a gyerekeket arról, hogy a DrogStop délutánja, bár az iskola falain belül zajlik, mégsem iskolai „muszáj-móka".

Az ismeretátadáson és a meglévő ismereteik rendezésén túl lehetőségünk nyílik bizonyos problémamegoldó feladatok által felkészíteni a gyerekeket néhány drogkerülő, vagy éppen prevenciós trükk adekvát alkalmazására. Ilyen trükk a „nem"-et mondás képessége, vagy annak a szomorú élethelyzetnek a bemutatása, amikor egy közeli barátunk próbálkozik a drogokkal, és próbál rávenni bennünket is a fogyasztásra – ilyenkor például nem elég az, ha mi magunk tiszták maradunk, akár azon az áron is, hogy megszakítjuk „rossz útra tért" barátunkkal a kapcsolatot.

A program keretében a fiataloknak lehetőségük nyílik a drogozás veszélyeit összehasonlítani a szenvedélybetegségek egyéb csoportjaival, amely szintén érintheti őket; mint az alkoholizmus és a dohányzás. Az összevetés arra is jó, hogy egy ismert példa által (a naponta látott alkoholista, vagy a dohányzásról leszokni képtelen szülő) a némileg misztifikált drogproblémát érthetővé és emészthetővé tegyük a számukra. Könnyen rávágják kérdéseinkre a gyerekek, hogy „aki drogot kínál nekem, az nem igazi barát", mert ezt tanulták – de vajon ha szembekerülnek a valósággal, akkor is így fogják-e érezni? Hiszen akár már az iskolai diszkók alkalmával is megtapasztalhatták a csoportos ivászat nem mindenapi élményét, amely csupán a fogyasztott drog minőségében tér el a baráti társaság közös kábítószer-fogyasztásától.

Korondyné Molnár Tímea

A prevenció fontos momentuma, hogy olyan fogódzókat adjunk a gyermekeknek, fiataloknak, amelyek segítségével leküzdheti a drog külső és belső csábítását egyaránt. Ez a fogódzó lehet egy-egy jól megválasztott drogos életút ismertetése (ha tudom, hogy a repülés csupán zuhanás, amelynek pontosan megjósolható, igen kellemetlen vége lesz, akkor talán nem ugrom önként a szakadékba), a pontos információk, illetve a segítői hálózat és a szakemberek ismertetése, elérhetőségük feltárása. Ezen feladatunk során nem csupán a háziorvos és az iskola pedagógusai, pszichológusai szerepére hívjuk fel a figyelmet, hanem az intézményi segítőkre is, mint például a nyíregyházi Drogambulanciára. A fiatalok maguk jelezték, hogy szükségük van azokra az információkra, amelyekkel a segítő hálózatot elérhetik – akár a jövőtől való aggódás, akár a környezetük napi gondjai késztetik őket erre, mindenképpen figyelemreméltó egynémely fiatal élénk reakciója a Drogambulancia említésére.

És ezen a ponton a drogprevenció, a megelőzés átkapcsolódik a gyógyítás területére, ahol szakmájukban komolyan felkészült szakemberek várják a szenvedélybetegség démonától megszabadulni vágyókat.

Korondyné Molnár Tímea–Hüse Lajos
DOTE Egészségügyi Főiskolai Kara, Általános Szociális Munkás Szak
Nyíregyháza

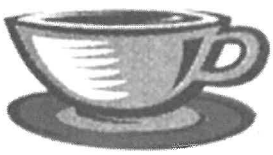
„Én, József Attila, itt vagyok...”

Már hatvan esztendeje is elmúlt, hogy Balatonszárszón a huszadik század legnagyobb hatású magyar költőjének életére pontot tett az éppen elinduló tehervonat, de életművének hatása alól ma sem tudja kivonni magát senki, aki szereti a költészetet. Gyurkovics Tibor mondta egy író-olvasó találkozón, hogy József Attila színre lépésével már nem lehet ugyanúgy verset írni, mint előtte. Nemzedékek sora nőtt fel költeményein, és még az sem ártott ezeknek a műveknek, hogy a mindenkori hatalom megpróbálta saját propagandisztikus céljainak megfelelően értelmezni őket. Nem lehetett. József Attila sorai öntörvényűek maradtak, és évtizedekkel a versek születése után is mindig olyan értelmet sugalltak, amelyek a mindenkori politikai valóságot pontosan képezték le.

Április 11-én, a költő születésnapján ünnepeljük a magyar költészetet. Az átkosból hoztuk magunkkal az ünnepet, de jó, hogy megtartottuk, nem öntöttük ki a gyereket a fürdővízzel együtt. József Attila a legaktuálisabb magyar költő, akinek versei talán segíthetnek eligazodni középkelet-európai gondjaink, bajaink útvesztőjében. „Elegendő harc, hogy a múltat be kell vallani” – írja A Dunánál című versében. Nemzedékeknek szóló útravaló ez, olyan útravaló, amelynek megszívlelésével kitisztulhat az ég Európa felett. ***B. A.***

KÜLÖNLEGES
TEÁK

TEÁK HÁZA



NYÍREGYHÁZA, RÁKÓCZI U. 3. (DUFART)

JÓZSEF ATTILA

Április 11

A talló kalászait hányva
S a verebek közé belesvén
Nagy szél kapott föl egyszer engem
Hirtelen, áprilisi estén.

Gyerekeit kereste arra
S engem talált ott épp az utban.
Bömbölt, örült s én mosolyogva
Rengeteg mellén elaludtam.

Vitt falvan, földeken keresztül,
Meghempergetett jó sárosra,
Cibálva és kacagva vitt egy
Pesti, csatakos külvárosba.

Az uccán vídám jasszok lógtak
S még vidámabban verekedtek,
Kiabáltak, kiabáltunk és
A jasszok végül berekedtek.

Mondom, valami nagy ünnep volt,
a hívek templomokba mentek
És reszketve, szomorú kézzel
Áldották őket meg a szentek.

S hogy a harangok búgtak, fölnőtt
A szívekben nagy, esti béke.
A gyilkos végzett emberével
S úgy menekült, kalaplevéve.

Reménységnek és tulipánnak
Kicsikis deszka alkotmányba
1905-ben így en
Iktattak be az alkotmányba.

A kártyás munkásnak fiúként,
S a szép, ifjú mosóasszonynak,
Ligetnek, sárnak, vágynak, célnak,
Fejkendőbe kötözött gondnak.

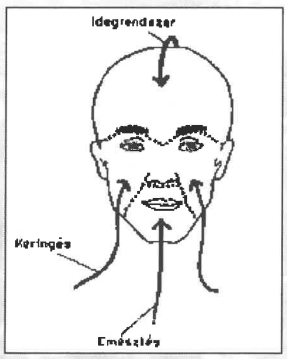
A szegényasszony rég halott már,
De fiát a szél el nem hagyja,
Együtt nyögünk az erdőn éjjel
S együtt alszunk el virradatra.

1925. ápr. 11.

Keleti diagnosztika

7. AZ ARC

Mielőtt megkezdenénk az arc jellegzetességeinek megfejtését, a részletek megfigyeléséhez hozzá kell fűznünk néhány tanácsot. A legkönnyebben nyáron figyelhetjük meg az emberek testi állapotát. Vegyünk észre minden anyajegyet, szőrszálat, foltot, vénát; figyeljük meg, hol szélesedik ki és hol szűkül össze testünk; a bőr alapszínét; valamint van-e a lábunkon olyan hely, amely például vizes, feszes vagy dagadt? Ne feledjük, hogy a bokák a nemi szerveket jellemzik; az Achilles-ínnak feszesnek kell lennie. A lábikra a beleknek felel meg, a láb feljebb lévő részei pedig a máj, a lép és a hasnyálmirigy állapotát jelzik. Ha valakinek görbe a háta, akkor a görbület magasságában lévő szervek vagy dagadtak, vagy feszesek. A csigolyák közti porc könnyen kitágul és elcsúszik a helyéről. Egyenletesek-e a csigolyák közti távolságok vagy sem? Ha két csigolya közt nagy a távolság, akkor a mögötte lévő régió túlságosan jin: a sok cukor- vagy folyadékfogyasztástól kitágult. Ha a távolság túl kicsi, az érintett csigolyák mögötti területet a jang túlsúlya uralja a túlzott hús-, illetve sófogyasztás miatt (ez nem túl gyakori). Ha az erős nyomás helyén fájdalom lép fel, akkor a megfelelő szervvel valami baj van.



Az arc: Senkinek sem tökéletesen arányos a teste vagy a feje. Mind különbözünk attól függően, hogy miféle táplálékok jutottak el hozzánk anyánk méhében. Az arc arányai sokat elárulhatnak a páciens alkatáról, születéskori állapotáról. Az arc az ábrán látható három részre osztható.

A fogamzás után a megtermékenyített pete 7 napig vándorol a petevezetéken át a méh mélye felé, ahol beágyazódik, és a következő 21 nap folyamán gyors növekedésnek indul. Lényegében ebben az első 28 napban alakul ki az arc felső szelvénye. Ha eközben vegyi anyagok vagy gyógyszerek jutnak a szervezetbe, az életre szóló problémákat okoz az egyén számára (kevésbé súlyos a helyzet, ha az anya a beágyazódás előtt szedett gyógyszereket). Az „anyajegyek" keletkezése általában erre az időszakra tehető. Az arc középső szelvénye voltaképpen a következő 63 napban fejlődik ki. A 91. napra nagyjából minden szerkezet létrejön. Az arc alsó szelvényének kialakulása a fennmaradó időben, körülbelül a terhesség vége előtti 189 napban zajlik. Figyeljük csak meg, hogy az előbb említett periódusok mindegyike – 7, 21, 63 és 189 nap – háromszor akkora, mint az előző!

Az embrió három redszere folyamatosan fejlődik ki, de lényegi fejlődésük a következőképpen megy végbe: az első három hónapban az idegrendszer fejlődik gyorsan. A második három hónapban a keringési rendszer, valamint a vér szűrését végző és az egyensúlyt megteremtő szervek mennek át gyors fejlődésen. Az utolsó három hónapban a légző- és emésztőrendszer indul rohamos fejlődésnek. A leginkább jang rendszer (az idegrendszer) az embrionális spirál, a leginkább jin rész perifériáján fejlődik ki. Az üreges szerkezetű (jin) emésztőrendszer a spirál közepén, a leginkább jang helyzetben alakul ki. E két rendszer között található az egyensúly megteremtéséért felelős keringési rendszer. Az ember alkatát nagy mértékben befolyásolja az, hogy édesanyja melyik évszakokban volt vele viselős.

Kozákné Bíró Katalin

(Következik: A szem, orr és szájkörnyéke)

Kert, gyümölcs, zöldség

Ha eddig még nem vetettük el, kerüljön a földbe a petrezselyem, a sárgarépa, a hagyma, a feketegyökér, a spentó és a hónapos retek. A borsónak már a második vetésére kerül sor ilyenkor.

Amikor az időjárás megengedi, akkor fejes salátát, karalábét és karfiolt lehet ültetni.

Az áprilisi a látványos hatást keltő hagymás és gumós virágok hónapja is, ekkor virágzik a napot és meleget kedvelő pompás császárkorona, a nagyvirágú sáfrány, a korai kerti tulipánok és a jácintok. A gyenge fényárnyékban a sárga nárciszok és kék gyöngyikék virítanak. A földlabdás fás növényt most kell ültetni, mint minden más díszcserjét. A tűlevelű sövényt rügyfakadás előtt kell nyírni.

Az egészséges gyümölcs termesztése érdekében el kell végezni a gombabetegségek, valamint a rovarkártevők elleni permetezést. Amíg virágoznak a fák, ne permetezzünk, mert ha elpusztulnak a beporzó méhek, oda a várható gyümölcstermés.

BURGONYA

A burgonya (Solanum tuberosum) egyike a legfontosabb élelem-, takarmány- és ipari növényeinknek.

Őshazája Peru, máig tart a vita arról, hogy innen a spanyolok vagy az angolok közvetítésével került Európába az 1500-as évek derekán. Az viszont tény, hogy Írországban kezdték először termeszteni, és onnan került a németek közvetítésével Magyarországra.

A kalandos történet akkor kezdődött, amikor az európai uralkodóházak felismerték a burgonya jelentőségét, ám a babonás parasztokat nehezen lehetett rábírni a termesztésére. Parmentier, a burgonya francia apostola (akiről az egyik fajtát is elnevezték) harminchárom fogásból álló lakomát készíttetett burgonyából az udvar számára, és olyan sikere lett, hogy XVI. Lajos az egyik fogadáson krumplivirágot tűzött a gomblyukába.

Mária Terézia rendeletet adott ki, hogy Erdélyben és a Felvidéken szorgalmazni kell a burgonya termesztését.

A burgonya fehérjetartalma 10%, keményítőtartalma 15-20%, C-vitamintartalma 70-100 mg/100 gramm, ezenkívül káliumban gazdag ásványi anyagot is tartalmaz.

A népi gyógyászatban széles körűen alkalmazták; nyersen megreszelt burgonyát sebre, gyulladt bőrre, égésekre és zúzódásokra tették. A reszelt vagy szeletekre vágott burgonyát tenyérre, talpra vagy tarkótájra téve fejfájás és láz esetén is alkalmazták. A nyersen lereszelt és kipréselt burgonyalevet egyes vidékeken gyomosfekély kezelésére ajánlották.

A burgonyát tájegységenként más-más névvel illették, így például bandurka, baraboj, bibiricskó, bigyiró, bojóka, csucsorka, gumós ebszőlő, pityóka, körömpe, kartifli.

Lénárt György

Változó finanszírozás a szervátültetésben

Március elsejétől új kormányrendelet szerint finanszírozza az Országos Egészségbiztosítási Pénztár donormentést, illetve a transzplantációkhoz szükséges szervek megmentését. A szakma megítélése eltérő: sokak szerint nem a pénzen múlik, hogy Magyarországon az elmúlt egy-két évben drasztikusan csökkent a megmentett szervek, és így a szervátültetések száma.

Az orvosok másik csoportja úgy véli, a rosszul fizetett és túlhajtott intenzívesek és balesetiek (ezekről az osztályokról kerül ki a donorok jelentős része) munkájának jobb anyagi elismerése javíthat a helyzeten. Riportunkban képet adunk a hazai szervátültetés helyzetéről.

NINCS PONTOS ADAT

Száz transzplantált vesebetegből körülbelül hetvenen még 10 évvel a műtét után is élnek, míg a kórházakban dializált vesebetegek közül ekkor már senki sem él, s az otthon dializáltaknak is csupán ötöde van életben. A betegek számára tehát szinte az egyetlen esély a hosszabb és kényelmesebb életre a transzplantációk számának növelése. Az ismert, hogy Magyarországon egy időben majdnem kilencszázan várnak új vesére, 30–40 betegnek pedig egy-két éven belül új szívet vagy májat kellene kapnia ahhoz, hogy életben maradjon.

Az egy évben előforduló lehetséges donorok számáról nálunk nincs pontos adat, az utolsó ilyen jellegű megbízható felmérés a hajdani Kelet-Németországban, azaz az NDK-ban volt. Mostanában a holland kórházakban is gyakorlattá vált a halottakat kísérő dokumentumokban a szervmentés lehetőségének a kérdése, pontosabban az, hogy az adott donorból miért nem vettek ki szerveket. Magyarországon csak becslések vannak, ezek szerint évente körülbelül ezer agyhalott betegből lehetne szerveket menteni. Ehhez képest tavaly mindössze 130 agyhalott szerveit vették ki, illetve használták fel transzplantációra. A lehetséges donorok egy része azért nem lesz donor, mert életében erős dohányos volt, vagy heveny alkoholista, illetve olyan betegségben szenved, mint a magyarok általában: magas vérnyomás és tumorok kialakulása jellemző rájuk.

Ám az egészségi okok miatt csak kevés szerv vész el, sokkal több múlik a szabályokon és az orvosokon.

VÁLTOZÓ SZABÁLYOK

– Az összes magyar kórháznak legfeljebb harmada ad vesét, pedig a donor-, illetve szervmentésre a kórházaknak legalább három megyében megvannak a feltételeik – mondta dr. Perner Ferenc, a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának igazgatója. Az egyetemi tanártól megtudtuk, hogy amíg 1997-ben még háromszáznál is több veseátültetésre került sor, tavaly már csak 224 ember életesélyeit javította új vese. Megítélése szerint lenne elég donor, csak eltemetik őket. Ismert és általános vélemény (mégsem történik semmi – a szerk.), hogy a kórházak egy része inkább veszni hagyja a szerveket, csak hogy megmeneküljön a donorjelentési procedúra elől.

– Most a megváltozott törvény az egyik legnagyobb akadály, hiszen utána kell nézni, hogy az elhalt még életében nem tiltakozott-e a kivétel ellen – mondja Perner professzor, hozzátéve, hogy ez nem is olyan egyszerű.

– Az agyhalál beállta után telefonálni kell az ÁNTSZ listanyilvántartó irodájára, ahol a betegek esetleges tiltásait kezelik. Ebbe az irodába viszont csak olyan orvos telefonálhat, akit a kórházigazgató korábban regisztráltatott. Nagyon sok olyan kórház van, ahonnan azért nem tudott telefonálni senki, mert a vezetők nem küldték el egyik orvos nevét sem, és ez a donor elvesztésébe került.

Egy másik szabály, pontosabban törvény is sok bonyodalmat okozott. A szervkivételről, illetve az esetleges tiltásokról szóló paragrafusok tavaly júliusban megváltoztak. Előtte alig egy évig volt érvényben az a szabály, miszerint az agyhalott hozzátartozója megtilthatja a szervkivételt, ám sok orvos ma is ehhez az érvényét vesztett rendelkezéshez tartja magát. Perner Ferenc klinikaigazgató szerint itt lenne az ideje, hogy végre minden érintett orvos pontosan ismerje a lehetőségeit.

– Ma már csak informálni kell a hozzátartozókat a szervkivételről! Nem kell kérdezni, vagy engedélyt kérni, csak informálni. A sok kérdésnek az lesz a következménye, hogy a hozzátartozó már úgy jelentkezik, hogy ha az esetleges donor nem is tiltotta meg, de ő határozottan megtiltja a szervkivételt. Ennek persze semmilyen jogi alapja nincs. A törvény szerint rokon nem tilthat meg szervkivételt, az orvos viszont nem kezdhet vitát az elhunyt hozzátartozójával, hiszen ezzel sértené a kegyeleti érzést, sőt kitenné magát annak, hogy bíróság elé citálják, még ha a per kimenetele egyértelmű is lenne. Magyarán: az embereknek, a mindenkori hozzátartozóknak kell másként gondolkodni ahhoz, hogy több szervet kapjunk.

A professzor véleményét támasztja alá az a megdöbbentő eset is, amely az egyik klinikán történt. Egy agyhalott beteghez megérkezett a hozzátartozója, és mindent latba vetve tiltakozott, hogy szervet vegyenek ki az elhunytból. A hevesen tiltakozó hozzátartozó egy vesetranszplantált volt, aki ha korábban nem kapott volna új vesét, már vélhetően sem betegként, sem látogatóként nem járt volna a klinikán.

Bánsági György

Et circenses!

Mert a kenyérrevalót már régen elvitték a menetrendszerűen bekövetkező katasztrófák. Tényleg? Ha így haladunk, mikor lesz errefelé Európa?

Úgy látszik, most már állandó társunk lesz az évenként ismétlődő árvíz. Még jól emlékszünk a '98 késő őszén támadó „évszázad árvizére", és most megint itt van a nyakunkon az eddigieknél is rettenetesebb áradat. Csak reménykedhetünk, hogy a gátak kibírják a víz iszonyatos erejű nyomását.

Szeretnénk minden kórházi rendezvényről, találkozóról, tudományos ülésről, kongresszusról hírt adni, de ehhez az kell, hogy időben eljussanak hozzánk az információk. Címünk ezen az oldalon található, de híradásaik a PR-irodán keresztül is eljutnak hozzánk.

Jogoskodó rovatunk nem szentírás! Nyitottak vagyunk a lapban megjelent felvetésekkel ellentétes vélemények közlésére is. Bízunk benne, hogy mostani, a szervátültetésről szóló írásunk hozzászólásra készteti azokat a szakembereket, akik ezzel a témával foglalkoznak.

Sok szemrehányást kaptunk, hogy a lapban megjelenő írásokat nem szignáljuk. Ezentúl változtatunk eddigi gyakorlatunkon, és a lap munkatársai is szignálni fogják cikkeiket.

Magas rangú külföldi vendégek is részt vettek a Sürgősségi Betegellátó Osztály kongresszusán. Furcsa egybeesés volt, hogy amíg a megyeháza dísztermében a román és a magyar egészségügyi miniszter tárgyalt nyilvánosan a katasztrófák következményeinek elhárításáról, addig ugyanazon az emeleten a Megyei Katasztrófavédelmi Bizottság ülésezett.

Most már visszavonhatatlanul itt a tavasz. És megjelent a Kórlap is. Jó olvasást kívánunk.

A felelős szerkesztő

FELHÍVÁS

A kórházi munkástanács emlékeinek gyűjtése

Ez év október 23-án emléktáblát helyezünk el *dr. Dohnál Jenő* (1896–1974) főorvos – a kórházi gyermekosztály 1927. évi létrehozója és 30 évig vezetője, emellett 1947–1949 években kórházigazgató és 1956-ban az üzemi munkástanács elnökének – tiszteletére. Az emléktáblát a gyermekosztály új épületének a bejáratánál helyezzük el.

Ezen alkalomból szeretnénk összegyűjteni a kórházi munkástanács még elérhető emlékanyagát. Ilyenek: jelölő- és szavazólisták, munkástanácsi tagok megbízólevele (igazolványa), rendőrségi és bírósági idézések, fegyelmi eljárások iratai, gyűlések jegyzőkönyvei, egykori újságcikkek, amatőr fényképek stb. Ehhez kérném a kórházi dolgozók segítségét.

Az adományozók a főigazgatói titkárságon adhatják át, illetve mutathatják meg – Xerox másolás végett – a tárgyaikat. Az ajándékozó, illetve a gyűjtő nevét feljegyezzük.

Nyíregyháza, 2000. március 1.

Dr. Séra Gyula főigazgató

Igen Tisztelt Kórlap Szerkesztőség!

Azzal kell kezdenem, hogy nem hanyagságból nem használok ékezeteket az íráshoz, hanem mert amerikai családom számítógépén ez nem lehetséges (a korrektor, Halcsák Erzsébet pótolta az ékezeteket – a szerk.)

A lap II. évf., 2000. februári száma került a kezembe, aminek olvasása közben több kérdés is megfogalmazódott bennem. A legtöbb közülük a 13. oldalon, a Felmérés rovatban található írással kapcsolatos. Az „Attitűdök az egészségügyről" című cikk tartalma szempontjából igen fontos és sokatmondó lehetne, jelenlegi formájában viszont meglehetősen komolytalan és minden szempontból hiányos. Annál is inkább zavaró ez a tény, mert a lap olvasói komoly emberek, akiknek feltehetően nem ez volt az első ilyen jellegű olvasmányuk. Elsősorban hiányoltam az író nevét, ami ilyen tartalmú írásoknál fontos. Meg lényegesebb lett volna, és szinten nem találtam információt a felmérést végzőkről, se a megkérdezettek számáról, fontos és jellemző adataikról, se a kérdések módjáról, helyéről. Végigböngésztem az újságot, és sehol nem találtam utalást sem, hogy ezekhez hol lehetne hozzáférni. Ne haragudjanak a Tisztelt Szerkesztőbizottság Tagjai, de ebben a formában ez az írás olyan, mintha ott se lenne, mivel nem szabad komolyan venni. Jó néven venném, és szerintem nem egyedül, ha utólag korrigálnának legalább a források megemlítésével. Talán még nem késő. Különösen groteszk a lap igen elegáns külalakja és a cikk tartalma közötti minőségi különbség. Szeretném még megemlíteni egy másik író nélkül közölt cikkel kapcsolatos észrevételemet is. A „Jótékonysági bál, ahogy az őrző-védők elképzelik" című riport láthatóan csupa idézet, de valakinek korrigálnia kellett volna az élő beszéd és az írott – különösen a publikált írott – közötti különbséget, természetesen a beszélő stílusának és mondanivalójának megőrzésével. Néhány helyen már-már teljesen érthetetlen az írott szöveg. Nagyon sajnálom, mert egy igen érdekes és nem hétköznapi eseményről van szó. Az újság ízléses és komoly külalakja igazan méltó az ott dolgozók rangjához, de én hiszem, hogy nagyon fontos lenne többet adni a pontosságra és az érthetőségre. Ez az, ami talán minden másnál fontosabb. Remélem, segítő szándékú megjegyzéseimet nem találják sértőnek vagy tolakodónak! Tisztelettel újságírást is tanult alkalmi olvasójuk! U. Enikő

E-mail: enikou@cs.com

KÓRLAP

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,
Veress Tamásné
B. Mikula Edit

Szerkesztő:
Vitéz Péter

Felelős szerkesztő:
Berki Antal

Fotók:
Racskó Tibor
Harasztosi Pál

Tördelőszerkesztő:
Simon Gabriella

Olvasószerkesztő:
F. Sipos József

Korrektor:
Halcsák Erzsébet

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

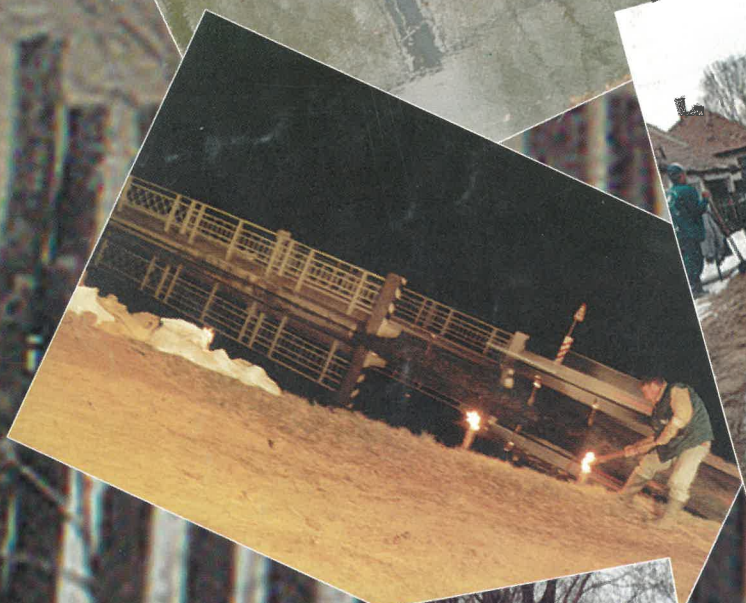
E-mail:
korlap@freemail.hu

A szerkesztőség címe:
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 49.
Tel.: (42) 410-306,
(30)2651-203

Nyomdai munkálatok:
Tóth Nyomda, Nyírtelek

ISSN 1419-5569

LAPUNKAT AZ OBSERVER SZEMLÉZI

EGY KONFERENCIA KÉPEI

Tragédia képekben