

ORVOSOK LAPJA

A MAGYAR ORVOSI KAMARA HIVATALOS FOLYÓIRATA

2019/1



Nem értik.
Még mindig nem értik!



EXKLUZÍV KEDVEZMÉNY

a Magyar Orvosi Kamara tagjai számára



FLY BETTER

MOK

Regisztráljon Skywards törzsutasprogramunkba még ebben a hónapban, és használja ki a Silver-ragság előnyeit a következő utazásánál.* Lazítson az exkluzív Business Lounge-ban Dubajban, élvezze az extra 12 kg poggyászkorlátot és bónusz Mérőpontosokat a világ több, mint 160 úti céljára.

*További információért látogasson el az emirates.hu/MOK oldalra vagy hívja a +36 1 7777 525-ös telefonszámot.


Emirates

Nem értik.

Még mindig nem értik!

Ülök a reggeli stúdióban, velem szemben a riporter. Kérdezi: „De hát Elnök Úr, kivel akarnak tárgyalni? Az Orbán Viktorral?” Mondom neki: akár. Vagy bárkivel, aki politikailag és gazdaságilag egyaránt kellően kompetens. Aki képes és hajlandó eldönteni, hogy az egészségügy nemzetstratégiai kérdés, és akképpen is kell kezelni.

Atavaly tavaszi parlamenti választások óta a korábbi – valóban jó eredményeket hozó és továbbiakkal határozottan kecsegtető – tárgyalások megszakadtak, és csak néhány hete indultak újra, nagy nehezen. A kormányzati tárgyalófél pályája azonban rendkívül kötött, korlátozott. Az érdemi továbblépés körvonalait – legalábbis az orvosokat érintően – nem látjuk. A következő évek sajtóban megszellőztetett költségvetési számai semmi jelét nem mutatják annak, hogy az egészségügy kiemelt figyelmet kapna. Sőt, éppenséggel további mellőzöttségére mutatnak. A MOK OKGY őszi állásfoglalása újfent csak visszhang nélkül maradt.

A fogorvosok ismét láznak. Igazuk van. Orvoscsoportok alakulnak világmegváltó szándékkal, a teljes megújulás víziójával. A megújulás kulcsát köztestületünk radikális megváltoztatásában vélik megtalálni, az egészségügy szinte minden bajáért a Magyar Orvosi Kamarát okolva. Ez persze fatális tévedés, hiszen aki az elmúlt évtized eseményeit gondosan követte, ismernie kell a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztaltól a Deklarációig, elemző szakkönyvig

terjedő munkát, testületi dokumentumok sorát, és egyáltalán mindazt, amit – nem kevés eredményt is elérve – eddig a Kamara a törvény által rászabott rendkívül szűk keretek között végzett. Ha viszont eltekintünk a Kamarát dehonesztáló téves paradigmától, a méltatlankodó orvosok egészségügyi problémaeltára szintén helytálló.

Érthetetlen, hogy az egyre átlátszóbb folyamatok sikerkommunikáción túl miért nem tesznek hatékony lépéseket a betegellátás sok helyen akár tarthatatlannak minősíthető megjavítása érdekében. A folyamatos munkaerőhiány dacára miért diszkriminálják egyre durvábban azokat, akik nyugdíjasként munkát vállalva igyekeznek betömködni az egyre több tátongó űrt? (Január 1-jétől kétszer annyi közterhet fizet egy nyugdíjas nővér, orvos, ha tovább dolgozik, mint a portás, aki nyugdíj mellett felügyeli a bejáratot.) Miért nem értik meg, hogy a köz- és a magánegészségügy agyonragozott szétválasztása reménytelen és elképzelhetetlen a közfinanszírozott rendszer stabilizálása nélkül. Az utóbbi évek gazdasági eredményei, még a közeljövőre prognosztizált lassulásra is figyelemmel, bőségesen, mondhatni többszörösen is lehetővé tennék az egészségügyi költségvetés rendbetételét, felzárkóztatását legalább a V4-es szintre, a múlt szégyenletes örökét hordozó paraszolvencia-rendszer végleges kiírtását. Minden adott ahhoz, hogy a dolgok helyére kerüljenek. Csak egy dolog hiányzik: hogy megértsék. Mert nem értik! Még mindig nem értik!

Vajon még meddig?!

Dr. Éger István

Tartalom

ORVOSKAMARA

- 1 Nem értik. Még mindig nem értik!
- 3 Felhívás felelős döntéshozóknak
- 4 Tájékoztató a személyi jövedelemadó (Szja) bevallásokhoz
- 5 Érdeksérelem-elhárító gyakorlat

SZAKMAPOLITIKA

- 11 Újabb szakmai program készül a háziorvosi ellátásról
- 13 Chipsadó
- 15 Ki van zsigerezve a sürgősségi ellátás?
- 18 Gazdaságosság és a „modern” medicina

SZAKMAI OLDAL

- 22 A kórházi fertőzések jelentéséről
- 26 Az angiológia szerepe az érbetegellátásban
- 33 Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai
- 36 A rekonstruktív endovaszkuláris terápiák helye és jelen lehetőségei az érellátásban
- 43 A kórboncolásokról
- 48 Folytonosság és megújulás
- 52 Mister B
- 57 Az Adatsólyom Doki megalkotói elnyerték „Az év adatvédelmi csapata 2018” díjat
- 59 Zene és autonóm idegrendszer

KULTÚRA

- 64 Teremtő vágyak 3.
– Szerelmek, műzsák, szeretők
- 66 Egy-egy otthonról kapott levél az életet jelentette
- 68 Gyere Velem Operába!
- 73 Dallamos színházak, festői muzik

APRÓHIRDETÉS

TAGI KEDVEZMÉNYEK

Felhívás

Kérjük minden tagunkat, hogy ellenőrizze, frissítse a tagnyilvántartásban rögzített e-mail címét, felhasználónevét, jelszavát; ha belépési adatait elfelejtette, igényeljen újakat. Ha véletlenül nem rendelkezik e-mail címmel, ezt a hiányosságot sürgősen pótolja! Fontos, hogy az idő- és költséghatékony kamarai kommunikáció érdekében – a jogszabályban előírt esetek kivételével – 2018. január 1-jétől megszűnik a papíralapú levelezés.

Köszönettel: Országos Hivatal

Impresszum

A szerkesztőbizottság elnöke: dr. Éger István
Tagok: prof. dr. Banai János, dr. Flóris István
Főszerkesztő: dr. Szepesi András
Lapmenedzser: Zöldi Péter
Hirdetési vezető: Kiss Judit

Rovatvezetők

Kamarai ügyek: Niczky Emőke
Egészségügyi gazdaság: dr. Gilly Gyula
Gyógyszereink: prof. dr. Blaskó György
Gyógyszerpiac: Fekete Tibor

Tanácsadó testület

Vezető: prof. dr. Banai János
Tagok: dr. Magyar Anna, prof. dr. Ludwig Endre,
dr. Pápai Zsuzsa, dr. Demeter János,
dr. Korponay-Szabó Ilma, dr. Pfliegler György

Kiadja: MOK Lapkiadó Kft. Felelős kiadó:
a kiadó ügyvezető igazgatója
Lapmenedzsmenet: Weborvos.hu 2009 Kft.
Kiadó és szerkesztőség: 1068 Budapest, Szondi u. 100.
Telefon: (06-1) 302-0065, Fax: (06-1) 354-0463
E-mail: orvosoklapja@mok.hu, Web: www.mok.hu

Amennyiben nem tart igényt az Orvosok Lapja nyomtatott változatának kézbesítésére, kérjük jelezze itt:
ol_jemondas@mok.hu

Az Orvosok Lapja folyóirat aktuális tartalma
a www.mok.hu weboldalon és a www.weborvos.hu
portalon tekinthető meg.

Nyomdai munkák: Mega Kft., felelős vezető:
Gáti Tamás ügyvezető igazgató
ISSN 1785-7198

Az Orvosok Lapja utcai terjesztésre nem kerül.
A MOK Lapkiadó Kft. megbízásából
terjeszti a Magyar Posta.

A lap minden kamarai tag részére ingyenesen jár.
Előfizethető a Magyar Orvosi Kamaránál,
15 000 Ft/év.

Előfizetéssel, kézbesítési problémákkal kapcsolatos
kérdésekben további információ: Losonci Ildikó,
telefon: (1) 269-4391/100 m., fax: (1) 269-4392,
e-mail: terjesztes@mok.hu

Lakcím és levelezési cím változásának bejelentése:
A MOK illetékes területi szervezeteinél írásban
(e-mailen v. postai úton)

MOK tagdíjjal kapcsolatos információ: Bedenszky
Zsuzsanna: (1) 269-4391/128 m., bede@mok.hu
Minden jogszabály által meghatározott adatváltozást a
MOK és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Emberi
Erőforrás Fejlesztési Főigazgatósága (korábbi nevén
ENKK) felé 15–30 napon belül kötelező jelenteni.

Hirdetésszervezés

Hirdetési vezető: Kiss Judit, telefon: (06-1) 302-0065,
e-mail: orvosoklapja@mok.hu

Szaklapunk évente hat alkalommal, 46.500 példányban
jut el olvasóinkhoz.

A szerzők véleménye nem feltétlenül
tükrözi a MOK hivatalos álláspontját.



Felhívás

felelős döntéshozóknak

A Magyar Orvosi Kamara hosszú évek óta az egészségügyi kormányzat korrekt szakmai tárgyalópartnere. A 2016–2017-ben elért eredmények rámutattak a tárgyalásos módszer eredményességére.

Az elmúlt, napjainkig tartó egy esztendő viszont sajnos rácsfol erre. A sorra jelentkező orvosi és fogorvosi csoportok közzétett megnyilvánulásai, kritikái az egészségügy állapotával kapcsolatban megalapozottak. Követeléseik jogosak! Az általuk vázolt problématérkép minden egyes elemét a Magyar Orvosi Kamara testületi dokumentumaiban, tanulmányokban deklarálta, nyilatkozataiban, tárgyalási alkalmai során kivétel nélkül rögzítette, sürgősen megoldandó feladatként. Immár 15 éve! Úgy tűnik, mindhiába. Az egészségügyben a munkaerőhelyzet továbbra is kritikus. A mindennapi gyógyításban és ápolásban nélkülözhetetlen, nyugdíjasként is munkát vállaló kollégáink megalázott helyzetét nemhogy nem orvosolják, de január 1-jétől példátlan anyagi diszkrimináció is sújtja őket. Éppen kétszer annyi közterhet vonnak a bérükből, mint a más területen dolgozó nyugdíjasoktól. Mindeddig hiába minden írásos és szóbeli tiltakozásunk!

A mindenkit sújtó parasztolvenciahelyzet megszüntetésére tett többszöri határozott indítványunk rendre érdemi visszhang nélkül marad, hangzatos szövegeken túl érdemi intézkedésre mutató jelet nem látunk. A korábban elért bérfejlesztés eredményeit rohamosan

emészt fel az évenkénti jelentős minimálbér-emelés. A kompenzáció elmarad, orvosi bérfelzárkóztatásról már gyakorlatilag szó sem esik. A következő esztendőkre nyilvánosságra került költségvetési számok az egészségügy további mellőzését jelzik, holott az alapvető problémák végleges és rendszerszerű orvoslására a megfelelő gazdasági-pénzügyi helyzet adott. Az egészségügyi ágazat hazai közállapotokhoz mérten elfogadhatatlan lemaradása nemcsak európai mércével mérve, de a környező országokhoz képest is jelentős. A haladéktalan felzárkóztatás nemzeti közérdek!

Tárgyalási készségünk fenntartása mellett követelünk:

- a Magyar Orvosi Kamara Országos Küldött-kögyűlésének 2018. novemberi határozatában foglaltak végrehajtásáról haladéktalan és érdemi tárgyalásokat;
- a tárgyalások lebonyolításához a szükséges politikai és gazdasági kompetenciával felruházott kormányzati tárgyalófelet;
- a nyugdíjas munkavállalóink számára valamennyi korlátozás haladéktalan megszüntetését, az MT hatálya alá tartozókkal mindenben azonos bánásmódot és feltételeket;
- az egészségügy valamennyi munkásának – beleértve a teljes alapellátást és a gazdasági-műszaki háttérszemélyzetet is – a társadalmi megbecsülés rangsorában elfoglalt helyüknek megfelelő méltó bérezést.

Az, hogy az ágazat méltatlan helyzetének rendezése elmarad, politikai szempontból több mint bűn, hiba!

Tájékoztató

a személyi jövedelemadó (Szja) bevallásokhoz

Azon kamarai tagok, akik 2018. évi kamarai tagdíjukat magánszemélyként fizették meg, az éves személyi jövedelemadó bevallásukban az adóalapot (Szja-bevallás 1. sor) a 2018-ban megfizetett kamarai tagdíj összegével csökkenthetik. Ennek tényét a bevallás 55. sorában a megfizetett kamarai tagdíj összegének feltüntetésével jelezni kell.

Az adóalap csökkentés bizonylatai:

- kamarai tag nevére kiállított számla és a befizetés tényét igazoló adóigazolás, valamint
- a befizetést/átutalást igazoló saját bizonylat (lakossági folyószámla kivonat).

A bizonylatokat az adóbevallás saját példányával együtt kell megőrizni elévülésig. A kamara által kiállított számla és adóigazolás pótlása – szükség esetén – a MOK Országos Hivatalán keresztül igényelhető.

Ha a munkáltatója év közben, az adóelőleg megállapításakor az érdekképviselői tagdíjat már figyelembe vette, akkor a 18M30-as igazolás 1. sorában igazolt összeg már nem tartalmazza az adóévben kamarai tagdíj címén befizetett/levont összeget, így Önnek további adóalap korrekciót nem kell végeznie. Az igazolás 55.

sorában ennek tényét a munkáltató szintén feltünteti.

Azon kamarai tagok, akik 2018. évi kamarai tagdíjukat egyéni vagy társas vállalkozás vállalta át és fizette meg, a tagdíjról magánszemélyként sem számlát, sem adóigazolást nem kaptak. Ebben az esetben adóalap csökkentésre a magánszemélynél nincs lehetőség. Számlát a tagdíjat átvállaló egyéni-, ill. társas vállalkozás nevére küldött a kamara, hiszen költség elszámolásra ezen egyéni- és társas vállalkozások voltak jogosultak.

Magánszemélyként az idén is lehetőség van arra, hogy rendelkezzen az összevont adóalap után befizetett személyi jövedelemadó 1+1%-áról. A megfizetett adó 1%-át regisztrált civil szervezetnek, további 1%-át pedig valamely technikai számmal rendelkező egyháznak ajánlhatja fel.

A MOK a Magyar Orvosokért Alapítványt 1992-ben abból a célból hozta létre és működteti azóta is, hogy a nehéz helyzetbe került orvos kollégákat segíthesse. Kérjük, hogy a civil szervezeteknek juttatható 1%-ról – amennyiben lehetősége van rá – rendelkezzen a Magyar Orvosokért Alapítvány (adószám: 18014462-1-42) javára.

A rendelkező nyilatkozatot legkésőbb május 20-ig kell az adóhatóság részére megküldeni vagy a személyi jövedelemadó bevallás mellékleteként, vagy attól függetlenül, például az e-SZJA webes felületén keresztül.

Érdeksérelem-elhárító gyakorlat

Az alábbiakban egy olyan témával kapcsolatos ismereteket szeretnék megosztani önökkel, amelyeknek remélhetőleg hasznát vehetik mindazok, akik már nyugdíjba mentek, vagy akik most, vagy a közeli jövőben készülnek nyugdíjba menni.

Mint köztudott, a nyugdíj várható mértékét leginkább a szolgálati időbe beleszámító munkaévek száma determinálja. A teljesített szolgálati évek számától függ ugyanis, hogy az egyénre szabottan kiszámított havi nettó átlagkeresetnek hány százaléka kerül nyugdíjként megállapításra. Példaként csak néhány szolgálati idő hosszára említem meg a nyugdíjszorzó százalékos mértékét: 20 év után a „havi nettó átlagkeresetünknek” az 53%-a, 30 év után a 68%-a, 40 év után a 80%-a lesz a nyugdíj összege. 40 év szolgálati időt követően minden plusz év 2%-t emel a nyugdíjszorzón, ezért elvileg 50 év szolgálati idő után kapható meg plafonként az egyénre kiszámolt havi nettó átlagbér 100%-a.

Sajnálatos, hogy a 2004. május 1-jéig hatályos nyugdíj megállapítási szabályok folytán, egy munkanapon végzett tevékenységek idejéből csak 8 óra került be a szolgálati időbe, még akkor is, ha az egészségügyi dolgozó, akár hét-köznapi, akár pihenő vagy ünnepnapjain ügyelve valójában 24 órát töltött el munkahelyén. Ezen a méltánytalan helyzeten változtatott a 2003. évi LXXXIV. tv., amely – az uniós gyakorlatnak megfelelően – elrendelte, hogy az egészségügyi dolgozók esetében kiegészítő szolgálati időként kell

figyelembe venni, a munkáltató által elrendelhető heti 48 óra munkavégzést meghaladóan azokat az ügyeletben töltött órákat is, amelyeket a munkavállaló önként vállalt. Mivel a munkáltató egy naptári napon legfeljebb csak 12 óra munkavégzést rendelhet el, így a napi 8 órás munkaidőt meghaladó ügyelet esetén, annak első 4 órája az, amit a munkáltató elrendelhet, míg az ügyelet fennmaradó 12 órája minősül önkéntes munkavégzésnek.

A munkaidőkeret átlagában (ez jelenleg az egészségügyben 3 hónap) azok az ügyeleti órák is önkéntesnek minősülnek, amelyekkel a munkáltató a munkaidőkeret átlagában meghaladja a munkáltató által hetente legfeljebb 48 elrendelhető óra számot. Az egyszerűség kedvéért azonban a későbbiekben számoljunk úgy, hogy minden ügyeletnek minimum 12 önkéntes óra tartalma van, mivel pihenő és fizetett ünnepnapok ügyeleteretében lehetősége van a munkáltatónak az első 12 ügyeleti órát elrendeltnek tekinteni. A fent említett jogszabály azt is előírja a munkáltatónak, hogy minden ügyelőnek személyre szólóan havonta nyilván kell tartania a munkavállaló teljesített önkéntes óráit, sőt ezeket le is kell jelentenie az illetékes egészségügyi igazgatási szerv, illetve a nyugdíj megállapítás elősegítése érdekében a TB felé is.

Az eddig szerzett (peres) tapasztalataink szerint – tisztelet a kivételeknek – a munkáltatók nem minden esetben követték ezeket az előírásokat. Az önkéntes órák hiányos, vagy esetenként semmis lejelentése nem csak hogy jogsértő, de a le nem jelentett adatok alapján megállapításra kerülő alacsonyabb összegű

nyugdíjjal, a munkáltató komoly érdeksérelmet is okoz a munkavállalónak.

Ezzel az írással szeretnénk az érdekelt kollégáknak segítséget nyújtania ahhoz, hogy elkerülhessék a fentiekben vázolt sérelmeket. Mit tegyen az a személy, akinek folyamatban van, vagy a közeli jövőben lesz a nyugdíjának megállapítása?

Miután a TB begyűjtötte a szükséges adatokat és megállapítja a nyugdíj mértékét, azt a munkavállalóval is ismertetnie kell. Ekkor kell feltennünk azt a kérdést, hogy a szolgálati idő megállapításához hány önkéntes ügyeleti óránkat jelentette le a munkáltatónk 2004. május 1-jétől kezdődően?

A válaszban megadott óraszám – ami nullától a ténylegesen teljesített óraszámig terjedhet – csak azután fogadható el, miután magunk ellenőriztük annak helyességét. Ehhez nem kell mást tenni, mint 2004. május 1-jéig visszamenőleg kikérni a munkáltatótól a személyünket érintő ügyeleti beosztásokat. (Ezeket a dokumentumokat köteles a munkáltató 50 évig archiválni!) Ezután meg kell számolni, hogy a minket érintő időszakban hány alkalommal ügyeltünk. Az így nyert ügyeleti számot meg kell szoroznunk az alkalmanként teljesített önkéntes órák számával, azaz 12-vel. Ez a szám fogja megmutatni, hogy mennyiben volt helyes a munkáltató által a TB felé lejelentett óraszám. Ha ez a szám megegyezik a munkáltató által leadott órással, akkor nincs más teendőnk, mint közölni a TB felé, hogy nem vitatjuk az általa megállapított nyugdíj mértékét. Ha ez a szám meghaladja a munkáltató által lejelentett önkéntes órák számát, akkor egyfelől felkérjük a munkáltatót, hogy a két szám közti különbséggel töltsön meg a TB felé leadott önkéntes órák számát, másfelől jelezzük a TB felé, hogy a korrigált adatok nyomán számítsa ki ismét a nyugdíjunk összegét. A TB az ilyenkor kapott óraszámot – 8 óra napi munkaidő alapulvételével – elosztja 8-cal, majd az így kijövő munkanapszámot – a szolgálati plusz évek kiszámításához – elosztja 365-tel,

és az így nyert betöltött évek számával növeli a szolgálati időt.

Mit tegyen az a személy, aki a vonatkozó jogszabályt követően ment nyugdíjba és nincs tisztában azzal, hogy az önkéntes ügyeleti óráit helyesen jelentették-e le a TB felé? Nos, a helyes számok leellenőrzésének menete nem különbözik a fentiekben leírtaktól. Ilyenkor utólag kell bevinni a TB-hez a valós óraszámot, amelyek új adatnak minősülve kötelezi a TB-t, hogy a 2004. május 1-jétől a nyugdíjba menetel időpontjáig újra számolja a szolgálati időt, majd az új adatok birtokában újra megállapítsa a nyugdíj összegét, és az utolsó nyugdíj kifizetésének idejéig visszamenőleg, egy összegben fizesse ki a korábbi, és az újonnan megállapított nyugdíj összegének különbözetét, és persze ezt követően már az új összeget fizesse havi rendszerességgel. Nem kizárt, hogy a korábbi nyugdíjkorrekciókat is az utólag megállapított nyugdíj összege alapján fogja utólag elvégezni a nyugdíjfolyósító.

Végül a fentiekben leírtak jogszabályi megalapozottságát jelezve sorolom fel azokat a törvényi helyeket, amelyek a munkáltató és a TB aktuális kötelezettségeire vonatkoznak.

- Az önkéntes ügyeleti órák szolgálati időbe való beszámításáról és a TB felé történő igazolásáról a 2003. évi LXXXIV. tv. 28.§ (3)-a (a tv. közlöny állapotában olvasható) rendelkezik úgy, hogy kiegészíti a TB nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. tv.-t egy új 43/A §-sal.
- A munkáltató által az önkéntes ügyeleti órákról havonta vezetendő személyes nyilvántartásról a 2003. évi LXXXIV. tv. 12/B § (6) és (7) rendelkezik.
- Új adatok birtokában a nyugdíj újraszámolásáról, a különbözeti összeg kifizetéséről az TB nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. tv. 80. § 1/a és b pontja rendelkezik.

Dr. Gyenes Géza
OFB elnök



Emlékmű az elhunyt egészségügyi dolgozóknak.
„Vivere aliis, non sibi.” (Balassa János, 1814–1868)

In memoriam dr. Mezei Ferenc pulmonológus szakorvos, főorvos (1950–2018)

2018. december 11-dikén az éjjeli órákban, otthonában, ereje teljében, váratlanul elhunyt. Ereje teljében, hiszen mindig is sportos, katonás, határozott, a betegek érdekeit szem előtt tartó, jószándékú orvos és ember volt.

Élete szinte teljesen Miskolchoz, illetve Borsod megyéhez kötődik. Értelmiségi családból származott. Édesapja a közért végzett felelősségteljes munkát, édesanyja pedagógus volt. Miskolcon a Földes Gimnáziumban érettségizett. Fiatal korától sportolt, az atlétika, a szertorna és a talajtorna volt mindene. A sport tevékenységében megkövetelt határozottság, pontosság és precizitás minden tevékenységét áthatotta, jellemezte egész életében.

Az egyetemen is vidám, de határozott személyiség volt. 1976. szeptember 11-dikén avatták

orvosdoktorrá a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. A diploma megszerzését követően csapatorvosként dolgozott hét éven keresztül. Ezt követően háziorvosként kezdett dolgozni. Azonban a fő érdeklődési köre a tüdőbetegségek volt. Így amint tehette Miskolcon a Tüdőkórházban kezdett el dolgozni, ahol Tüdőgyógyász szakvizsgát is szerzett. Az osztályos munka után Mezőkövesden a Tüdőgondozó és a Tüdőszűrő állomás vezetését vette át, melynek a nyugdíjazásáig volt a vezető főorvosa.

Mindig is érdekelte az egészségügy helyzete, melyen szeretett volna javítani a maga területén is. Így vállalta el Mezőkövesden a Kórház igazgatóhelyettesi feladatait. Nyugdíjazását követően Miskolcon a Semmelweis Kórház Szűrőcentrumában és Szabolcs megye néhány kórházában is dolgozott tüdőgyógyász szakorvosként. Nagyra értékelték óriási türelmét, kitartását és kiváló szemét, ami a szűrő-felvételek értékeléséhez elengedhetetlen volt.

Családját mindig is fontosnak tartotta. 1977-ben nősült, felesége, Judit pszichiáter szakorvos. Két felnőtt gyermekük Judit és Tamás már önállóan él. Szabadidejében az 1848-as szabadságharc történelmét kutatta. Ismeretei



ebből a korból aprólékosak és mélyrehatóak voltak. Kézzelfogható „örökséget” is hagyott ránk, korhű katonaruhákat készített rendkívüli precizitással. Családja büszkén őrizheti meg ezeket az emlékeket. Másik szerelme a vadászat volt. A természetben, a szabadban, vadászat közben tudta magát igazán kipihenni. Ez az aktív pihenés és a szellemi felfrissülés adott erőt az átlagosnál nagyobb munkateljesítményéhez.

Haláláról is úgy értesültünk, hogy a munkatársai keresték, mert nem jelent meg a munkahelyén, és ha Ő késett az már bajt jelentett.

Tisztelt Főorvos Úr! Kedves Ferenc! Emlékedet megőrzi munkatársaid, betegeid, vadásztársaid, barátaid, a családod és mindaz, amit alkotál. Nyugodj békében!

A család egyetértésével írta
dr. Komlóssy Attila

Zehér Margit (1957–2018)

Életének 62. évében elhunyt Zehér Margit, a Belgyógyászati Klinika „C” épület szakmai igazgatója, a Klinikai Immunológiai Tanszék vezetője. A professzort a Debreceni Egyetem, az Általános Orvostudományi Kar és a Klinikai Központ saját halottjának tekinti.

Zehér Margit 1957. augusztus 2-dikán született Sátoraljaújhelyen. 1975-ben a sátoraljaújhelyi Kossuth Lajos Gimnáziumban érettségizett. Gimnáziumi tanulmánya alatt a humán tárgyak szeretetén kívül a biológia iránti elkötelezettsége is megmutatkozott és édesapja álmát megvalósítva 1975-ben jelentkezett a Debreceni Orvostudományi Egyetemre, ahol 1975–1981 között végezte tanulmányait.

Egyetemi évei alatt az Anatómia Intézetben tudományos diákköri munkát végzett, és demonstrátorként is tevékenykedett. 1981-ben „summa cum laude” minősítéssel szerzett orvosi diplomát. A III. sz. Belgyógyászati Klinikára került, és mindvégig ott folytatta orvosi tevékenységét. 1986-ban belgyógyászati szakvizsgát tett, ezt követően 1987-ben egyetemi tanársegédnek nevezték ki. 1990-ben védte meg kandidátusi



disszertációját, 1991-ben egyetemi adjunktusnak nevezték ki. 1993-ban allergológiai és klinikai immunológiai szakvizsgát szerzett. 1996-tól egyetemi docens, 1998-ban habilitált. 2004-ben reumatológiai szakvizsgát tett. 2001-től a Klinikai Immunológiai Tanszék vezetője. 2001-ben védte meg MTA Doktori értekezését „Megfigyeléseink Sjögren-szindrómában experimentális és klinikai vizsgálatok alapján” címmel. 2002-ben egyetemi tanárrá nevezték ki.

2003-tól a III. sz. Belgyógyászati Klinika igazgatójaként, majd a Belgyógyászati Intézet „C” épületének vezetőjeként folytatta a hazai és nemzetközi téren is kiemelkedő immunológiai és reumatológiai ellátás szervezését, az immunológiai szakemberek képzését. Törekedett arra, hogy Debrecenben az immunológiai diagnosztika és terápia ne csak hazai, hanem nemzetközi szinten is az élvonalba tartozzon. Ennek érdekében jelentős szerepet vállalt az autológ őssejt-kezelés autoimmun betegségekben történő alkalmazásának bevezetésében, és hazánkban elsőként valósította meg munkatársaival a photopheresis kezelést. Kezdetől fogva tanulmányozta a Sjögren-szindróma pathogenezisét és pathomechanizmusát, e téma köré csoportosította előadásait és tudományos publikációit. 1984 óta vett részt a klinikai immunológiai oktatásban, jelentős szerepet vállalt a „Klinikai

immunológia” című könyv szerzőjeként és társszerkesztőjeként annak megírásában.

2000-ben vezetésével készült el a klinikai immunológia és allergológia új, a jelenlegi elvárásoknak megfelelő curriculumuma. 2006 óta a Debreceni Egyetem klinikai immunológia grémium vezetőjeként szervezte és koordinálta a postgraduális képzést. 2009-ben kezdeményezésére és vezetésével első alkalommal rendezték meg a Klinikai Immunológiai Interdiszciplináris Fórumot, amelyet azóta is rendszeresen megszervezett és vezetett.

Egyetemre kerülését követően aktívan bekapcsolódott a tudományos munkába. Irányításával 16 TDK-pályamunka, 23 TDK-előadás és 5 diplomamunka készült. Az általa mentorált TDK-hallgatók 25 alkalommal részesültek valamilyen szintű elismerésben. A PhD-képzésben mint akkreditált oktató vett részt. 2006-tól a Petrányi Gyula Klinikai Immunológiai és Allergológiai Doktori Iskolában az immunológia doktori program vezetője volt, 2015-ben pedig a Doktori Iskola vezetőjévé választották meg. Az autoimmun betegségek patogenezise és patomechanizmusa című PhD-kurzust 1996-tól rendszeresen meghirdette és megtartotta a PhD-hallgatók számára. Vezetésével 10 PhD-hallgató védte meg sikeresen téziseit. 43 könyvfejezetet írt, eredményeit 418 tudományos publikációban, valamint számos hazai és nemzetközi kongresszuson ismertette. Publikációinak impakt faktora 365, cikkeire mintegy 5000 esetben hivatkoztak. 2002–2010 között az Allergológiai és Klinikai Immunológia folyóirat, 2005-től a *Lege Artis Medicinae*, *Focus Medicinae*, 2008-tól az *Open Autoimmunity Journal* szerkesztőbizottsági tagja volt. 2016-tól a *Mediators of Inflammation* vendégszerkesztői feladatát látta el. Számos külföldi folyóirat számára végzett lektorálási tevékenységet.

A Magyar Belgyógyász Társaság, a Magyar Immunológiai Társaság, a Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság tagja volt. 2007-től a Magyar Allergológia és Klinikai

Immunológiai Társaság elnöki tisztét látta el, és még abban az évben a *European Allergy and Clinical Immunology Society* vezetőségi tagjának választották. A Debreceni Akadémiai Bizottság Immunológiai Munkabizottság elnöke, valamint az Immunológiai Szemle főszerkesztője volt.

Munkásságát számos kitüntetéssel és díjjal ismerték el. 2003-ban Markusovszky-díjat, 2005-ben az Év oktatója díjat kapott. Négy alkalommal LAM-díjban részesült. 2009-ben Batthyány-Strattmann László-díjat, 2015-ben Petrányi Gyula-emlékérmét és 2018-ban az ÁOK Kiváló Oktatója díjat kapott. Ezen kívül számos alkalommal az általa vezetett TDK- és PhD-hallgatók előadásait, valamint közleményeit ismerték el különböző díjakkal. Zeher Margit professzor nagy munkabírási, határozott vezető volt, aki igyekezett tudását tanítványainak átadni, és a Szegedi Gyula akadémikus által létrehozott immunológiai iskola további fejlődését elősegíteni. A 2009-ben megjelent, a *Medikus Lapban* készült interjúbán életének három fontos eseményét emelte ki: az orvosdoktorrá avatását, gyermeke születését és egyetemi tanári kinevezését.

Szabadidejében szeretett utazni, világot látni. Színház, mozilátogatás, valamint a zenehallgatás és a főzés segítette őt a kikapcsolódásban.

Zeher Margit professzor színes és gazdag életpályát hagyott maga mögött, amely a jövő orvosai számára példaértékű. Távozásával a magyar immunológia egyik meghatározó egyéniségétől búcsúzunk. Betegei, tanítványai, munkatársai körében nagy űrt hagyott maga után.

Paragh György

In memoriam dr. Kaán Miklós

2018. december 24-dikén, 81 éves korában elhunyt dr. Kaán Miklós egyetemi tanár, a Fogorvostudományi Kar Fogpótlástani Klinika egykori igazgatóhelyettese, a Magyar Orvosi Kamara egykori elnöke.

Tisztelt Professzor Úr, kedves Miklós! Két ünnep között kaptam a hírt Fiadtól, hogy nem

bírtad tovább a harcot, legyőzött a kór. Furcsa, de az első gondolat, ami eszembe jutott, teljesen hétköznapi és földhözragadt volt, semmi magasztos. Egyszerűen az, hogy elkéstünk. Egy éve határoztam el, hogy újra elővesszük azt a filmet, amit úgy jó húsz évvel ezelőtt közösen készítettünk. A motivációt az adta, hogy az ifjú fogorvosanhallgató generációt vizsgálgatva, ha valaki funkciós lenyomatvétellel kapcsolatos tételt húz, még a legjobb tanulók esetében is



hiányérzetem marad, aminek egy magyarázata lehet csak, mi csinálunk valamit rosszul, mi nem mondunk valamit érthetően a hallgatóknak. Pedig igazság szerint a tankönyvünkben, ami hihetetlen módon elavult mára, pont a Te általad jegyzett fejezetről mondható el, hogy a leginkább aktuális ma is, rajta fogott legkevésbé a kor. Bizony, az általad leírt komplex funkcionális szemlélet ma ugyanúgy igaz és követendő, mint volt húsz éve, csak be kell tartani, és nem marad el az eredmény. Azt hiszem, nem a pátosz mondatja csak most velem, de ha ez nem magyarul született volna, akkor nemzetközileg ünnepelt és megszámolhatatlanul citált elmé-

letről beszélhénk. A film újra vágásával azokra a momentumokra, szakmai nüanszokra szeretnénk felhívni a figyelmet, amikről látjuk, hogy a hallgatók számára nem világosan érthető. Hát, ezt szerettük volna még bemutatni Neked, és a mondandónk tolmácsolásához ugyanúgy Unokád közreműködését terveztük kérni, mint amikor a Fogpótlástani Társaság emlékérmének átvételekor is Réka volt segítségünkre. Az egyes munkafolyamatok szerinti újra rendezés a napokban készült el, amit – a hír hallatán – megnéztem még egyszer. Azt hiszem, Te is elégedett lennél.

Az Élet úgy hozta, hogy volt lehetőségem Veled többször, magánemberként is találkozni, beszélgetni és mindig megállapíthattam, hogy egy olyan korból maradtál itt tanúként, amelyet a mai fiatal generáció csak elbeszélésekből, filmalkotásokból ismerhet, és el sem hinné, hogy egyszer ilyen világban is éltünk.

Természetesen voltak, amiben nem értettünk egyet, de egy dolog akkor is bizonyos volt, azonos dolgokat láttunk értéknek, megkérdőjelezhetetlennek és ma már, az idő távolából nézve a különbségek elhalványultak, valószínűleg hozzáöregedtem, hozzáértem én is, és ma már én is másként látok dolgokat, és maradt az érték, ami a közös. A tudás, előrehaladás mértékegységeként csak a munkát tudtad mindig elfogadni, ezt tartottad az egyedüli elfogadhatónak. Ahhoz az orvosgenerációhoz tartozol, aki nagyon sokat tett azért, hogy az önállóan éppen hogy elindult fogorvosképzés friss diplomásai fogorvos doktorok legyenek, ugyanolyan tekintéllyel, elismertséggel, mint orvos társaik. Nem véletlenül lehettél a Magyar Orvosi Kamara elnöke is, képviselve az egész orvostársadalom érdekeit.

Kedves Miklós! Ne aggódj, mélyült negatív gerincek várnak odafönn is, nem maradsz munka nélkül. Mi idelelni igyekszünk tenni a dolgunkat, és várjuk majd véleményed a filmről. Nyugodj békében!

Hermann Péter

Újabb szakmai program készül a háziiorvosi ellátásról

Tizenkét pontos intézkedési terv alapján kell február végéig elkészíteni koncepciót, amelyben több fontos elem mellett az Alapellátási Módszertani Központ létrehozása is szerepel. Békássy Szabolcs szerint az lenne jó, ha önálló lenne a központ, és ha az alapellátásnak lenne miniszteri biztosa.

Jelentős változások előtt állnak az alapellátók, legalábbis erre lehet következtetni egy fontos, tavaly év végén megjelent kormányhatározatból. Az alapellátás jövőjét nagymértékben meghatározó jogszabály tartalmazza, hogy az egészségügyi alapellátás intézkedési terve alapján szakpolitikai programot kell készíteni a 2019–2022-es évekre vonatkozóan február végi határidővel, és többek között az egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó adminisztratív terhek csökkentésének vizsgálatát, az ügyeletek fejlesztését, a foglalkozás-egészségügyi rendszer megújítását tűzi ki célul. A kormányhatározatról és az elmúlt évek reformtörekvéseiről dr. Békássy Szabolcs, a Háziiorvosok Online Szervezetének (HaOSZ) elnöke igyekezett átfogó képet adni az Egészségügy 5 Dimenzióban című konferencián, amelyet január 15-én rendeztek.

A HaOSZ elnöke bemutatta, hogy az eddigi intézkedések csak helyiel-közzel voltak eredményesek: elfogadták az alapellátási törvényt, de a mai napig nincs végrehajtási rendelet hozzá; az eszköztámogatás – bár rendre szorgalmazzák – két év után megszűnt, az évről évre meghirde-



Békássy Szabolcs

tett letelepedési pályázat ellenére növekszik a betöltetlen praxisok száma; az általános népegészségügyi szűrések (beleértve a vastagbél-szűrést) pedig – bár eddig is szorgalmazták őket – váratnak magukra.

Határköri lista, módszertani központ

A szakpolitikai intézkedések közül kiemelte a háziiorvosi hatásköri lista elkészítését, a tárgyi, személyi, finanszírozási feltételek javítását annak érdekében, hogy a járóbeteg-ellátásban elérhető, de az alapellátásban is elvégezhető szolgáltatásokat a háziiorvosok is el tudják látni. Fontosnak tartotta a jogszabályi deregulációt, amely nehézsége ellenére immár

elodázhatatlan. Megfelelő infrastruktúra szükséges a körzethez tartozók egészségi állapotának felméréséhez, ami azonban nem lehet azonos a törzskarton adattartamával, annak csak a törzsadatok felvételére szabad korlátozódnia, tette hozzá. Az egészségi állapotfelméréshez elkülönített hely, idő és finanszírozás szükséges, amelyek jelenleg csak a praxisközösségeknél állnak rendelkezésre. Pozitívan értékelte, és – mint mondta – a háziorvosok szeretnék önálló szervezatként látni az Alapellátási Módszertani Központot, és az alapellátóknak szükségük lenne egy miniszteri biztosra is.

A kormányhatározatról

Az egészségügyi alapellátás 2019–2022 évekre vonatkozó szakpolitikai programjának kidolgozásáról szóló kormányhatározat – 1773/2018. (XII. 21.) – tavaly december 21-dikén jelent meg, és úgy rendelkezik, hogy a programot a Pénzügyminisztériummal együttműködve kell kidolgozni február 28-dikáig.

Az egészségügyi alapellátás intézkedési terve az alábbi 12 pontból áll.

1. Az egészségügyi alapellátáson belül a lakossági szükségleteknek megfelelően meg kell határozni az ellátási formákhoz kapcsolódó hatásköröket és az alapellátást biztosító egészségügyi szakemberek számára a feladatok ellátásához szükséges kompetenciákat.
2. A hatáskörökhöz és elvárt kompetenciákhoz illeszkedően meg kell határozni az egészségügyi alapellátás minimumfeltételeit.
3. Meg kell határozni az egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás pontos feladatkörét, biztosítani kell azoknak a sürgősségi ellátások rendszerébe való illeszkedését, továbbá az ügyeleti tevékenység ellátása során gondoskodni kell a humán erőforrás hatékony felhasználásáról.
4. A népegészségügyi célok teljesülése érdekében meg kell teremteni az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás egyes szereplői közötti szorosabb együttműködést.
5. Az egészségügyi ellátásban erősíteni kell a prevenciós szemléletet, ösztönözni kell a lakossági egészségi állapotfelmérést és a lakosság egészség iránti motivációját.
6. Az egészséges életmóddal és az egészségügyi ellátás igénybevételével kapcsolatos egészségtani ismereteket integrálni kell a köznevelésbe.
7. Az egészségügyi felsőoktatási képzést és elsőfokú szakirányú szakképzést annak megfelelően kell fejleszteni, hogy azok elősegítsék a megfelelő szakember-utánpótlást az egészségügyi alapellátásban, valamint elősegítsék a prevenciós szemlélet elterjedését.
8. Ösztönözni kell az egyes alapellátási szolgálatok együttműködését, a praxisközösségek kialakítását, valamint az együttműködések szervezeti kereteinek megszilárdulását.
9. Az egészségügyi alapellátásban az elvárt feladatokhoz rendelt korszerű eszközpark használatával, informatikai döntéstámogatás és tudásmenedzsment biztosításával minőségi ellátást támogató informatikai környezetet és infrastruktúrát kell kialakítani.
10. Az egyértelmű betegutak és a hatékony feladatellátás érdekében szükséges az egészségügyi alapellátásadminisztratív előírásainak egyszerűsítése és az alapellátási szolgáltatók gazdálkodását segítő intézkedések bevezetése.
11. Az egészségügyi alapellátás finanszírozását át kell alakítani a definitív ellátások arányának növelése és a prevenciós szemlélet érvényesülése érdekében. Ennek keretében a teljesítményalapú indikátorrendszert felül kell vizsgálni és új finanszírozási ösztönzőket kell bevezetni.
12. Az egészségügyi alapellátás egységes szakmai támogatása érdekében országos alapellátási szakmai központot kell működtetni. Az egységes szakmai támogatáshoz

Chipsadó

Csak az OGYÉI lehet kedvezményezett

Az adózóknak lehetőségük van NETA adójuk tíz százalékát felajánlani, de a korábbiakkal ellentétben csak a hatóságoknak, amely iskolai egészségfejlesztési programokat is szervez, irányít.

Változott a népegészségügyi termékadóról, közismertebb nevén chipsadóról szóló rendelet. 2019. január 1-jétől ugyanis az adózásra kötelezett vállalkozás csak az OGYÉI-nek ajánlhatja fel a NETA adó tíz százalékát. Három éven át nem volt meg szabva, hogy az adózó milyen szervezet egészségmegőrzési programjára ajánlhatja fel a tíz százalékot, ugyanis a 2016. január 1-jén hatályba lépő rendelkezés ilyen kitéletet nem tartalmazott. A NETA módosítására a Pénzügyminisztérium indokolása szerint a termékadó fizető adózók által szervezett programok egy részében tapasztalható visszasságok megszüntetése miatt volt szükség.

2011. szeptember elsején lépett hatályba a népegészségügyi termékadóról szóló 2011. évi CIII. törvény, amely az egészségtelen élelmiszerek – a különféle cukor- só-, alkohol- és koffeintartalmú termékek – belföldi értékesítését tette adókötelessé azzal a céllal, hogy a népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek fogyasztását visszaszorítsa, valamint az egészségügyi szolgáltatások, különösen a népegészségügyi célú programok finanszírozásának javítását ösztönözze. A népegészségügyi termékadóból származó bevétel egyébként az Egészségbiztosítási Alap

bevételét képezi, az idei tervezett összege közel 57 milliárd forint, ennek tíz százaléka lehet a hatóságé. Az egyetlen kedvezményezett OGYÉI egy korábbi kormányrendelet értelmében e feladatkörét az iskolai egészségfejlesztési programok tekintetében az országos tisztifőorvossal közreműködve látja el.

A források felhasználását az OGYÉI transzparens módon kívánja megtenni, és elsődleges cél a szakpolitika által kidolgozott népegészségügyi programok megvalósításának támogatása, a kitűzött népegészségügyi célok elérését segítő egészségmegőrző programok kidolgozása és lebonyolítása, írja a szervezet a honlapján.

A források felhasználásának mikéntjéről az OGYÉI az egészségügyi államtitkár jóváhagyásával szakmai testületet kíván működtetni, melynek feladata az adott évi programterv kidolgozása és ahhoz a rendelkezésre álló (adófelajánlás formájában beérkezett) összeg hozzárendelése, valamint a lebonyolítás módjának meghatározása. A szakmai testületbe szakpolitikai és külső, civil szakmai szakértőket delegálnak.

Az adott évi programterv lebonyolításáért az OGYÉI a felelős, amely partnerként tekint a NETA adóalanyokra. A NETA adófelajánlással élő adó alanyokat évente két alkalommal szakmai fórum keretében tájékoztatja az adott évi programtervről és az év során megvalósult programok eredményeiről, tapasztalatairól. Az első ilyen jellegű szakmai fórumot 2019. I. negyedév végén tervezik megtartani.



kapcsolódóan az Egészségügyi Szakmai Kollégium tagozatainak alapellátással kapcsolatos feladatait szakmai és szervezeti szinten össze kell hangolni.

A kormányhatározatból az is kiderül, hogy az Egészségügyi Szakmai Kollégium illetékes tagozatait is bevonják a háziorvosi alapellátás hatásköri listájának összeállításába. A szakminiszternek gondoskodnia kell a praxisközösségek és praxisok közti együttműködések folyamatos szakmai és operatív támogatásáról, illetve fel kell mérnie egy, az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térhez kapcsolódó egységes alapellátási szoftver kialakításának feltételeit. Arról is gondoskodnia kell, hogy a törzskartonhoz kapcsolódó egészségi állapotfelmérés országos bevezetésének időpontját mikorra határozzák meg, amihez a monitorozás tapasztalatait figyelembe kell vennie. A szakminiszternek a humán erőforrás utánpótlásával is foglalkoznia kell: az egészségügyi képzést folytató egyetemeken növelni kell az alapellátás hangsúlyát az általános orvoscépzés keretében, szintén növelni kell a háziorvosi praxisokban tartott gyakorlatok arányát, a rezidenskép-

zésben például a kis településeken, végzett praxisgyakorlatok arányát. Mindezekhez a pénzügyminiszter bevonásával a forrásigényt is meg kell vizsgálni.

Fontos elem, hogy a szakminiszternek előterjesztést kell készítenie az adminisztratív terhek csökkentésének, valamint az ehhez kapcsolódó jogszabályi dereguláció lehetőségeiről. Szintén előterjesztést kell készítenie az ügyetek fejlesztésének lehetőségeiről. Meg kell vizsgálnia a foglalkozás-egészségügyi rendszer megújításának lehetőségét, ennek keretében a szakmai minimumfeltételeket és a foglalkozás-egészségügyi kompetenciákat, valamint a háziorvosi rendszerrel való informatikai összeköttetés megvalósíthatóságát.

Meg kell vizsgálnia a lakosság megelőzésben, a szervezett népegészségügyi valamint a házi-orvos által végzett alkalmi szűréseken történő részvételének ösztönzésének lehetőségét, ideértve a lakossági ösztönző és motivációs rendszer bevezetésének lehetőségét az egészségügyi ellátásban, járulékkedvezmények területén.

Sándor Judit

Ki van zsigereelve a sürgősségi ellátás?

Jókora diszkrepancia mutatkozik a „kiszivárgó” belső információk és a kormányzati kommunikáció között a sürgősségi ellátás helyzetéről, átalakítás utáni állapotáról.

A sürgősségi ellátás átalakítására nagyon rövid időt hagyott a tavaly december 19-dikén megjelent EMMI-rendelet, amely szerint ez év január elsejétől kötelező a triázs, sürgősségi osztályos diszpécser kell alkalmazni, valamint létre kell hozni az akut alapellátó egységeket (AAE). December 21-dikén a szakállamtitkárság közleményt adott ki, miszerint a sürgősségi betegellátás átalakítása céljából komoly előkészítő munka zajlott annak érdekében, hogy az igényekre jobban reagáló ellátórendszer alakuljon ki. A sürgősségi ellátás kulcsa az úgynevezett triázrendszer, a súlyossági kategóriák használata. Cél, hogy lehető legrövidebb időn belül – mentővel történő érkezéskor 5 percen belül rögzítsék a beteget a sürgősségi ellátás informatikai rendszerében, majd 10 percen belül sorolják be a triázs rendszerben állapotának súlyossága szerint. Ezért is tették kötelezővé a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer (MSTR) alkalmazását, ami garantálja a magas kockázatú betegek kiemelését a kevésbé sürgős ellátást igénylők közül.

Év eleji felmérés megkérdőjelezhető valóságtartalommal

Az év elején (január 4.) a kórházfenntartó által az intézményvezetők körében készített felmérésére alapozva győzelmi jelentéssel felérő közle-

ményt adott ki az EMMI, mondván, január elseje óta egységes sürgősségi ellátórendszer működik, méghozzá zökkenőmentesen az országban. Másképp látták ezt a szakmabeliek, akik szerint a rendelet nem könnyítette meg a sürgősségi betegellátók munkáját, és az intézményi jelentésének valóságtartalma megkérdőjelezhető, több okból is. Idő hiányában például nem történtek meg a szükséges informatikai fejlesztések, ami miatt jelentős adminisztratív teher hárul az ellátókra, nem tudták létrehozni az akut alapellátó egységeket, és munkaerő felvétel híján csak átirányítással lehetett eleget tenni. A sürgősségi osztályos diszpécser (SOD) felvétele és kiképzése az idő rövidege miatt megoldhatatlan volt, akárcsak az AAE-k kialakítására. Az intézményeknek saját erőből kellett/kellett volna megoldaniuk a fejlesztéseket, hiszen csak utólagos kifizetéssel a triázsolásra kapnak új OENO-kód alapján finanszírozást (2019-re ez 670 millió forint). A szakmabeliek ráadásul jogszabályi ellentmondásokkal találkoztak.

Mindenképpen jó, hogy egységessé vált a triázs

Mindeközben jókora diszkrepancia mutatkozott (és mutatkozik folyamatosan) a „kiszivárgó” belső információk, levelek és a kormányzati kommunikáció között. Míg az utóbbi szerint a sürgősségi ellátásban végrehajtott változásoknak köszönhetően „gyorsabbá és biztonságosabbá vált az ellátás, ugyanis a triázs rendszer lehetővé teszi, hogy a lehető legrövidebb idő alatt rögzítsék a sürgősségi ellátás informatikai hálózatában a beteget, majd a súlyossági kategóriák alapján azonnal besorolják aktuális

állapotának megfelelően. Ezzel a szabályozással hatékonyabbá vált a rendszer, hiszen a magas kockázatú betegeket kiemelik a kevésbé sürgős ellátást igénylők közül”.

Az MSOTKE saját felmérésében – 33 kórház szolgáltatott adatot az 59 sürgősségi ellátást végző intézmény közül – az ellátók 62 százaléka használt a rendelet megjelenéséig öt fokozatú triázs rendszert, a többieknél vagy más megoldást választottak, vagy kevesebb fokozat szerint osztályozták a betegeket. Ezért a szakma szerint mindenképpen jó, hogy egységessé vált a triázs, ami a betegellátás biztonságát, az ellátás színvonalát javítja. Gyorsabb ellátást valójában csak súlyos betegek esetében biztosít. A gyors bevezetés miatt a kórházi informatikai rendszerek nem mindegyike alkalmas az adatok rögzítésére, ahogy ez kötelezővé tette a rendelet. Érdekes eredménye volt a felmérésnek az is, hogy még a legegyszerűbben megítélhető azonnali ellátást igénylő triázs szerinti kategóriában is nagy szórással találkoztak; a nem vizsgáltak egyszázalékos aránya megfelel a nemzetközi eredményeknek, mégis ezek közül a betegek közül magas arányban fordultak újból a sürgősségi ellátóhoz.

Sokszor nincs hová küldeni a beteget

Az ellátórendszer hiányosságai, rendszerszintű szűkös kapacitásai miatt szinte roskadozik a rázúduló teher alatt sürgősségi ellátás, érzik az ott dolgozók. Ugyan hamar bejut a beteg a háziorvoshoz, ám a gyógyítónak nincs kompetenciája, megfelelő eszköze, így tovább küldi a beteget. Kapacitáshiány jellemzi a járóbeteg-ellátást, ahol heteket, hónapokat kell várni, mire orvoshoz kerül a páciens. De a mentőszolgálatnál sem rózsás a helyzet, ugyanis egyre kevesebb a mentőorvossal kivonuló egység, így itt is kevesebb beteget tudnak definitíven ellátni. A sürgősségi ellátóhelyeken kevés az orvos, szakdolgozó, de az átirányítás sem megoldás: például azért sem, mert egyre inkább szubspecialitások jellemzik a gyógyítást, nem pedig az általános orvoslás, és vétek például egy szemspecialistát

berakni az sbo-ra, aki ráadásul nem is ért a sürgősségi esetekhez. Csak hab a tortán, hogy a sürgősségi osztályokon bevethető MSc ápolóképzésben résztvevők februárban végeznek. Ki van zsigelve a sürgősségi ellátás, miközben a betegek minimum 30-40 százaléka nem odavál, állítják a szakmabeliek.

Nemcsak a bezúduló betegek tömege okoz gondot, hanem számos más probléma is nehezíti a triázson átesett beteg ellátását: mert ugyan lehet, hogy viszonylag hamar elkészül egy CT-vizsgálat, ám nincs radiológus, aki a leletezést elvégezze, vagy éppen nincs szabad sebész, aki megműtse a páciens. A továbbküldés szintén nem egyszerű. A sürgősségi ellátóknak gondot jelentenek a bedugult osztályok, a területi ellátási kötelezettségből eredő eltérések, más intézmények, a szociális ellátás szűk kapacitásai: nincs hová tovább vinni a betegeket, akiket nemegyszer csak többórás telefonálással tudnak a elhelyezni. Sokszor úgy is nehéz például a kórházon belül tovább küldeni a beteget, hogy az adott intézmény vezetője világos utasítást ad a sürgősségi ellátásból érkező beteg osztályos befogadására. Ahol nincs ilyen világos, egyértelmű szabályozás, ott szinte biztos, hogy bedől a rendszer, ott sorra derülnek ki a problémák.

Nehézséget okoz az is, hogy hétvégeken nem dolgoznak betegszállítók finansziális okok miatt, ilyenkor a mentőszolgálatnak kell biztosítani a betegek utaztatását. Felvetődött, hogy esetleg a járóbeteg-ellátásba is lehetne küldeni a sürgősségi ellátásra nem szoruló, de szakorvosi segítséget igénylő betegeket a triázs után. Egyelőre ez sem az igazán járható út, ugyanis a rendelések többsége beutalóköteles és időponthoz kötött, és mindent összevetve a járóbeteg-ellátók is besűkültek kapacitásokkal dolgoznak.

Párhuzamosság az AAE-k és a háziorvosi ügyeletek között

Bár ideális megoldásnak tűnik a háziorvosi ügyeletek sbo-khoz integrálása, ennek is több akadálya van: gátat szab a törvényi szabályozás (az

önkormányzatok feladata az alapellátás biztosítása), illetve az, hogy a háziorvosok is ódzkodnak ettől a lépéstől. Attól tartanak ugyanis, hogy beszípkázza őket a rendszer, miközben egyáltalán nem akarnak sürgősségi orvosok lenni.

Az AAE-k sem váltották be egyelőre a hozzájuk fűzött reményeket. Leginkább a vidéki városok sbo-jánál tapasztalják, hogy miután van külön háziorvosi ügyelet is, így egyfajta párhuzamos-ság alakult ki (persze az alapellátási egység nem megy házhoz). A szakmabeliek pilot-programként javasolták az AAE-k létrehozását a 3. progresszivitású sürgősségi ellátóhelyeken, és a tesztelés után lehetett volna megfelelő álláspontot kialakítani szükségességükről, ám a rendelet egységesen kötelezővé tette az egységeket, amelyek sok helyen csak papíron léteznek.

Csak szakorvos engedhet el beteget?

Egyes szakemberek szerint nagyot lehet hasalni a triázsoláskor 4-5. kategóriába sorolt betegek esetében, akiknek lehet komoly bajuk is, ezért fontos lenne, hogy magas képzettségű szakember vizsgálja meg őket. Az ellátók nem mernek garanciát vállalni arra, hogy vizsgálat nélkül elküldjenek valakit, mégha a rendelet szerint most el is lehet küldeni. Na, de hová küldje a sürgősségi ellátó a beteget? Vissza a háziorvoshoz, miközben a 4-5. kategóriájú betegek egyharmadát a háziorvos utalja be? Tehát jellemzően nincs hová visszaküldeni a páciens, de nem is lehet vizsgálat nélkül elbocsátani – különösen „furfangos” háziorvosi diagnózisok után, mint például szúr a háta, infarktusgyanú. A jogszabályi ellentmondás is mutatkozik, ugyanis csak szakorvos bocsáthat el beteget a sürgősségi ellátásból, így a mostani rendelet a korábbi szabályozással ellentétes. Az Orvosok Lapja információi szerint a problémák orvoslását célzó érdemi egyeztetések eddig nem voltak a szaktárca és az ellátókat képviselő szakmai szervezetek között.

Sándor Judit

Emléktábla-avatás

In Memoriam Prof. Dr. Thurzó László (1946–2017)

2018 október 11-dikén az SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján ünnepélyes keretek között márvány emléktábla avatására került sor prof. dr. Thurzó László, az Onkoterápiás Klinika megalapítója és első igazgatója halálának évfordulóján, tiszteletére a volt évfolyamtársak és a Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika kezdeményezésére. Az ünnepség mindnyájunk számára nagyon megható és felemelő volt. Prof. dr. Németh Gábor, a klinika igazgatója, Thurzó professzor volt munkatársa nem megírt beszédet mondott, hanem igazi szakmai, baráti megemlékezést. Az évfolyamtársak nevében dr. Nagy András emberi és orvosi nagyságát méltatta. Emléktáblája méltó helyre, prof. dr. Batizfalvy János, prof. dr. Szontágh Ferenc, prof. dr. Sas Mihály táblái mellé került.

Prof. dr. Németh Gábor,
dr. Nagy András, dr. Bak Mihály



Gazdaságosság és a „modern” medicina

Az igazi sebész csupán azt teszi, ami szükséges; tétovázó egóját csak erősítik a felesleges lépések: egy másik CT, újabb konzultáció, egy másik laboratóriumi vizsgálat, újabb transfúzió, még két drén behelyezése. (Moshe Schein, kortárs amerikai sebész)

Polarizálódott az orvoslás, ezért ellentéteket látunk: humanitás és ökonómia, emberi odafordulás és versenykényszer, empátia és gazdasági törvényszerűségek, a betegek érdekét szolgáló gyógyítás és nyereségre való törekvés. Nem kellene valahol a gazdaságos szemléletnek határt szabni ott, ahol az emberek egészségéről van szó?

Mélyen elítélendő az egészségügyi politikusok azon törekvése, hogy az orvoslást a piacgazdaság részévé alacsonyítsák, a betegséget mint árut kezeljék, és az orvost üzlettársnak tekintsék. Sokan elfelejtik, hogy a gyógyítás nem piaci terület. Itt nem a vásárló, tehát a beteg (a laikus) dönt a vásárlásról, hanem az eladó, vagyis az orvos (a szakember), ezért a piaci viszonyokhoz képest egyébként is fordított a helyzet. A hamis látásmódot tükrözi egy vezető sebész (H. L.) nyilatkozata (Magyar Nemzet 2013. VII. 6.), aki szerint jó lenne, ha az „egészségügyi szolgáltató is kalkulálhatna egy előre kiszámítható tisztes nyereséggel” – mint egy kereskedő, fűzöm én hozzá. Az amerikai egészségügy éppen azért olyan drága, mert profitorientált, nem szolidáris és nem érvényesül az állami kontroll, és azért van európai versenyelőny, mert itt az

állam részt vesz a nem piaci elvek szerint működő irányításban. Jó lenne talán megszívlelni ezeket a gondolatokat, hiszen nem az emberek vannak az egészségügyért, hanem az egészségügy az emberekért.

Törekvés a gazdaságosságra

Ez a hozzáállás a modernkori medicina szerves része, évtizedek óta beépült az orvosi köztudatba és gyakorlatba még akkor is, ha a politikusok ezt tájékozatlanságuk folytán nem tudják. Emlékeztetőül néhány adat: (1) egyre csökken a kórházi ápolási idő az új gyógyszereknek, az aneszteziológia fejlődésének és a minimálisan invazív technikának köszönhetően; (2) a korábbi széleskörű rutin helyett ma célzott vizsgálatokat rendelünk (vagy legalábbis így kellene tenni!); (3) a varrógépeket körülírt indikációval alkalmazzuk, ugyanis a modern varróanyagokkal kézi varrástechnikával is megbízható anastomosis készíthető; (4) kevésbé kiterjedt műtétek (quadrantectomia az emlőtumoroknál, stentek vagy korábban a vagotomia stb.) és új kezelésmódok meghonosodása (mélyvénás thrombosis ambuláns, az ulcus duodeni konzervatív terápiája); (5) egynapos sebészet elterjedése; (6) antibiotikus és thromboemboliás prophylaxis. (7) Több mint egy évtizede vezették be elsősorban a vastagbélsebészetből kiindulva az ún. gyorsütemű kezelést (fast track), mely módszerrel felgyorsul a műtét utáni reconvalescentia időszaka úgy, hogy ezzel a beteg is nyer. (8) Nyugaton régóta alkalmazza a biztosító a fölösleges beavatkozások elkerülésére a második vélemény bekérését (second opinion, zweite Meinung). További

észszerű takarékosági lehetőség pl. (9) az orvosilag nem indokolt elváltozások saját zseb-
ből való finanszírozása: ártalmatlan naevus,
lipoma, seprűszerű visszerek sclerotherápiája,
epithelcysta eltávolítása stb. (10) A biztosítók
nem veszik át azon készítmények költségeit,



Dr. Gaál Csaba

melyek gazdaságtalanok (nem érik el a terápiás
célt, hatásuk nem kellően bizonyított). Ide sorol-
ható számtalan teakészítmény, vénákra ható és
akne szerek, roborantia, idegerősítők stb.).

Szomorú tapasztalat

Családtagnál kétoldali hüvelykujji nyereg-
ízületi arthrosis (rhizarthrosis) miatt terápiás
fotonbesugárzás történt hat ülésben Ulmban
(D). A minap kaptam kézhez a privátszámlát
(magánbiztosítottak vagyunk): 2700€. Ebből
1700€ csak a tényleges kezelés előkészületeit
tartalmazta: az ízület CT-vizsgálata, fixációs
maszk elkészítése, sugárzási terv felállítá-
sa, dóziselosztás számítógépes kalkulációja,

komputertámogatta beállítás, helyzetellenőrzés.
A maradék 1000€ tartalmazta az ujj vizsgálá-
tát, a felvilágosítást, a tanácsadást, és a né-
hány percre tartó besugárzást. Kápráztak még
a magas orvosi számlákhoz szokott szemeim
is. Eszembe villant: idestova 35 éve, hogy nyaki
csigolya spondylarthrosis miatt röntgenbesu-
gárzás történt kb. 300 DM-ért, ami megfelel
150€-nak. Igaz, akkor még nem végezték el azt
a sok előbb felsorolt, modern technikához szük-
séges (?) elővizsgálatokat. Meggyőződésem,
hogy a mindössze néhány négyzetcentiméternyi
besugárzandó terület miatt a leírt sokrétű, egy-
mást részben feltételező ráfordítás indokolatlan
és felesleges volt, azaz a tüneti kezelést nélkü-
lük is el lehetett volna végezni. Ma mindent a
korszerű technika fel- és kihasználásával végez-
nek még akkor is, ha ugyanaz a cél egyszerűbb
módon is elérhető lenne. A technikai fejlődés
„ára“ lemérhető a két számla közötti különbség
alapján (2700 kontra 150€).

A technikai haladás ára

Másfél/egy évszázada az anyagi ráfordítás
jelentéktelennek volt mondható, ekkor még
kevésbé a pénz, inkább az új átvételének
készsége, a szellemi hozzáállás volt jelentős.
Balassa János (1814–1868) alig néhány hó-
nappal az éternarkózis amerikai bevezetése
után már 1847. január 11-dikén hólyagkő-el-
távolítást végez altatásban. De Semmelweis
felfedezéséhez és az asepsis alkalmazásához
sem kellett anyagi fedezet. Hüttl és Petz a
világhírűvé vált varrógép kifejlesztését mi-
nimális költséggel valósíthatta meg. Ezzel
szemben a mai időkben mind a diagnosztika
(CT, MR, PET stb.), mind az operatív orvoslás
(különböző protézisek beültetése, szív-
műtétek, minimálisan invazív sebészet, transz-
plantáció) igen drága eljárás, és akkor még
nem beszéltünk a gyógyszeriparról, melynek
költségei egyre magasabbak. Mindezen folya-
matok eredményeképpen egyre nő a távolság
a gazdag és a közepes, még inkább a gazdag

és a szegény országok egészségügyi lehetőségei között.

Korunk gyógyításában mindinkább fokozódik az ellentmondás: miközben a tudomány és a technika fejlődése következtében egyre nagyobb kilátások nyílnak meg, ehhez viszonyítva a rendelkezésre álló anyagi háttér aránya egyre csökken. Brit szakemberek kiszámították, hogy a jelenlegi költségek 1 százaléka elegendő lenne akkor, ha a medicina a 100 évvel ezelőtti szinten állna. Billroth 1892-ben írta barátjának, Brahmsnak: „Már évek óta felállítottam azt a paradoxont, hogy az orvosi művészet fokozódó tökéletesedése az egyén javára válik, de tönkreteszi az emberi társadalmat.”

A legtöbb új diagnosztikai eljárás, az innovatív gyógyszeres és a műszerigényes műtéti terápia mind többbe kerül. Egyre nagyobb az úr az orvosilag megoldható és a gazdaságilag finanszírozható esetek között. Egy német kimutatás szerint 2009-ben az emberek 6%-ánál történt legalább egy CT-vizsgálat, és 7,2%-ánál legalább egy MR-vizsgálat, mely adatok önmagukban nemzetközi csúcsot döntenek, nem is beszélve az óriási anyagi vonzatról. Úgy látszik, hogy a medicina haladása önmaga sírját ássa. A technikai fejlődés cinizmussá válik, ha elvben ugyan gyógyulást ígér, de ez a gyakorlatban nem valósítható meg.

Napjainkban a készülékek fetisizálásának korát éljük, ahol néha úgy tűnik, hogy nem az igen drága gépek vannak az emberért, hanem fordítva. Ebben természetesen nagy a szerepe a gazdaságosságnak: a befektetett tőkének amortizálnia kell! Ha ultrahangos készülékem van, mindent megvizsgállok vele, amit lehet (hiszen pénzt hoz), még azt is, ami nyilvánvaló és következmény nélküli. Németországban bármely commotio cerebri után ma rutin a CT-vizsgálat, lumbago esetén pedig a CT-, ill. MR-vizsgálat, holott az esetek 99%-ában mindez semmiféle gyakorlati konzekvenciával nem jár és szükség esetén első tájékozódásul a hagyományos röntgenfelvétel is megtenné.

A németeknél meredeken szaporodott a csípő- és térdízületi protézisek beültetése (évenként kb. 10%-kal), holott mindez nem magyarázható a demográfiai adatokkal. A világon alig létezik még egy ország, ahol több coronariaprotézist ültetnének be, mint itt. Ugyanígy a legnagyobb az elvégzett gastroscopos, rectoscopos és coloscopos vizsgálatok száma is. Mindezt értelmezhetjük úgy is, hogy gazdasági okok állnak az aránytalanul, sőt feltehetően szükségtelenül megszorított beavatkozások mögött, viszont kevésbé valószínű, hogy tudatlanság állna a háttérben.

Németországban több kórházban teljesítményre vonatkozó szerződést kötöttek az osztályvezetőkkel: bizonyos célszám elérésekor (pl. esetszám, műtéti szám stb.) a főorvos bónuszt kap. Ez az ösztönzési módszer azonban nem kívánatos, hiszen indokolatlanul bővül pl. a csípő- és a térdprotézisek beültetésének száma (lásd előbb), olyan műtéteket indikálnak, melyek ugyan nagyobb pontszámot jelentenek, de nem feltétlenül szükségesek (császármetszés).

Következmények

Aggályos irányzat az ún. „készülékmedicina”. A fejlődés a hallatlan eredmények mellett szükségszerűen háttérbe szorította az egyszerű, de jól bevált hagyományos fizikális és eszközös vizsgálómódszereket, melyeknek korunk medikusai és orvosai egyre nagyobb számban esnek áldozatul. A részben feledésbe került klinikai vizsgálatok felfrissítésére szorgalmaztam lakóhelyemen praktizáló háziorvos kollégám német nyelvű könyvének fordítását (Dalicho: Általános orvosi vizsgálat, Medicina Kiadó, 2003). Az utóbbi évtizedekben az orvostudomány olyan mértékben kiteljesedett, hogy szinte saját haladásának és eredményességének áldozatává vált. Kórházunkban történt: az ötven év körüli nőbeteg kínzó puffadásos panaszokkal kereste fel a belgyógyászt, ill. ezzel egyidőben a nőgyógyászt. Minthogy mindkettő tudott a tervezett irrigoscopiáról, elhagyták

a rectalis digitalis vizsgálatot mondván, akkor az ügyis felesleges. Hatalmasat tévedtek, mert a röntgenvizsgálat nem pótolja a rectum kitapintását, ők azonban a kényelmesebb utat választották, ill. jobban bíztak a technikai jellegű vizsgálatban, így nem ismerhették fel a végbélrákot, ami csak a nőgyógyászati műtét során derült ki.

Másik példa. Ötéves gyerek került az osztályra, lágyéksérvműtetre. Harmadéves orvostanhallgató vette fel a beteget és dokumentálta a leletet. Az anamnézis és a hallgatódzási lelet nyitott Botall-vezeték gyanúját keltette. A vizitnél érdeklődve az auscultatio eredménye felől, meglepő választ kaptam: „Ez sebészeti osztály, nem kardiológia! Ezért hát nem hallgattam meg a mellkast és a szívet.” Végül ötéves unokám szégyenletes esete. Hasi panaszai miatt az ulmi egyetem gyereklinikáján a fiatal kolleganő Júliát a torok megtekintése nélkül azonnal küldte az ultrahangos vizsgálatra. Alapvető ismeret, hogy gyerekek felső légúti megbetegedése lymphadenitis mesenterialis révén hasi panaszokat idézhet elő és féregnyúlvány-gyulladás tüneteit utánozhatja – ebben az esetben is erről volt szó.

Ma az orvostanhallgatóknak tanítják ugyan az auscultatio és a palpatio módszereit, kész orvossá válva azonban hajlamosak – a közkeletű vélemény szerint – úgy vélekedni, hogy a fizikális vizsgálatok helyett ott vannak a modern képalkotó módszerek. Minden orvosnak

fel kell tennie azonban a kérdést: vajon az elemi klinikai betegvizsgálat nem elegendő-e önmagában, és ha nem, mi várható a további technikai lehetőségektől, nyújtanak-e ezek valódi terápiás következményeket. Kant már annakidején kijelentette: „Minden cselekedet alapjává az értelem és az erkölcs helyett a jövedelmezőség vált.”

A technikai fejlődés másik káros következménye az árrobbanás. A készülékek egyre drágábbak, azok költségeit valahol be kell hozni. A modern orvoslás alig feltartható következménye a gazdasági szempontok előtérbe nyomulása, ami veszélyezteti az elsődlegesen morális alapokra helyezett orvos-beteg viszonyt. Az orvos felelőssége, hogy mérlegeljen és ne a kényelmes és időtakarékos utat választva küldje betegét különböző eszközös vizsgálatokra, hanem törekedjen a legegyszerűbb (pl. fizikális) eljárások elvégzésére és elrendelésére (CT helyett pl. natív röntgenfelvétel). Nem elhanyagolandó tényező, hogy a növekvő költségekkel nő a betegek egészségügyi hozzájárulása is. A saját példám után magam is elgondolkodhattam, ugyan miért fizetek ez évtől havonta 80€-val többet biztosítási díjként? A sok 2700€-s számlát a biztosító nyilván igyekszik a tagokon behozni, így jövőre további emelkedés várható.

Dr. Gaál Csaba
DrGaal@AOL.com

Orvosi állások Németországban

Költségmentes ügyintézés, közvetítés, nyelvoktatás és nyelvvizsga a cégünk által közvetített orvosok számára



Részletesebb információkért látogassa meg internetes oldalunkat, írjon egy E-Mailt vagy hívjon fel bennünket!

Mail: office@3b-solutions.de
Tel.: (06) 30 / 857-4303

Internet: www.3b-solutions.de





A kórházi fertőzések jelentéséről

Barcs István szerint a rendszer legfőbb – és könnyen kijavítható – hibája, hogy nem kéri számon és nem ellenőrzi az adatszolgáltatást.

A kórházi fertőzések rendre a közfigyelem előterébe kerülnek, hiszen nyilván elvárható, hogy ha valaki gyógyulása érdekében kórházba kerül, valóban meggyógyuljon, és ne kerüljön súlyosabb állapotba, ne érje őt az ellátása során többek között fertőzés – mondta lapunknak dr. Barcs István, a Semmelweis Egyetem ETK Epidemiológiai Tanszékének vezetője, akivel a kórházi fertőzésekről beszélgettünk. Ha valaki fertőzést kap ott, ahol meg kellene gyógyulnia, azért a kórház, sőt, maga a rendszer is felelős. Ha a fertőzés következménye halál vagy maradékárosodás, akkor különösen. Tény, hogy kórházi környezetben betegek kerülnek betegek közé, fogékonyabbak a fertőzések iránt, mondhatni: ultrafogékonyak, és ehhez a gyógyítás során alkalmazott beavatkozások is hozzáadódnak. A kórházi környezetben ráadásul virulensebbek a kórokozók, többszörös szelekción átesett, megerősödött baktériumok élnek. Ugyanakkor úgy véli, hogy a laikusok számára az olyan bombasztikus állítások, mint például többben halnak meg kórházi fertőzésekben, mint autóbalesetben, riasztóak, bizalmat megrendítőek lehetnek, miközben az adatokat nem érdemes és nem is lehet összevetni.

Közúti forgalomban csakis jó műszaki állapotú, „egészséges” gépjárművek vehetnek részt, míg kórházba beteg emberek érkeznek,

„nagyjavításra”. Emiatt fogékonyabbak minden fertőzésre, még a saját testükből kiinduló, saját baktériumai által létrehozott, elkerülhetetlen(!) endogén fertőzésekre is, emiatt a világon mindenhol többen halnak meg kórházi fertőzésben, mint az utakon! Miután Magyarországon minden személyi sérüléssel járó közlekedési balesetnél a rendőrség helyszínelést végez, jegykönyvet készít, ezért az események számát pontosan ismerjük, ám az egészségügyi ellátással kapcsolatban fellépő fertőzések számáról továbbra sincs pontos adatunk. Ennek oka, hogy az adatszolgáltatás nem teljes, a bejelentési rendszer hiányosságokkal küszködik, így csak a jelentett, halállal végződő fertőzések számát ismerhetjük.

– A pontatlanságok miatt a fertőzéseket nem, vagy nem szívesen publikálják. Világszerte a „zéró tolerancia” – a vezetők nem engedhetnek meg semminemű eltérést a prevenció szabályoktól – mellett a „nincs hibáztatás” elve a gyakorlat. A nem várt károsodások, például kórházi fertőzések esetében nem felelősségre vonható felelőst keresnek, hanem az okok feltárására törekkenek. Ehhez pedig együttműködő személyzetre van szükség, nem eltitkolásra a büntetéstől való félelem miatt – hangsúlyozza a tanszékvezető.

Kell jelenteni, nem kell jelenteni

Amit kötelező jelenteni, azok a kórházi járványok (háromnegyedik-kétharmaduk aspecifikus járvány, főleg vírusos hasmenés), vagyis minden nozokomiális véráramfertőzést; multirezisztens kórokozó okozta egészségügyi ellátással összefüggő fertőzést és a *Clostridium difficile* okozta

fertőzést (CDI). Kötelezően választható (periodikus) jelentések: műtéti sebfertőzések, intenzív osztályos fertőzések. Nem kell ugyanakkor minden kórházi fertőzést jelenteni, de kötelező lenne ezeket felderíteni, intézkedni – csak az országos központ nem kéri bejelentésüket, teszi



Barcs István

hozzá Barcs István. Az Amerikai Járványügyi Hivatal (CDC) az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzéseket a klinikai kép alapján 13 főcsoportra, ezen belül 44 alcsoportra osztotta.

A főcsoportok:

1. Húgyúti fertőzések
2. Műtéti sebfertőzések
3. Véráram-fertőzések
4. Pneumonia
5. Csont és ízületi fertőzések
6. Központi idegrendszeri fertőzések
7. Cardiovascularis fertőzések
8. Szem-, fül-, orr-, torok- és szájfertőzések
9. Emésztőrendszeri fertőzések

10. Alsó légutak nem pneumonia jellegű fertőzései

11. Genitális fertőzések

12. Bőr- és lágyrész fertőzések

13. Szisztémás fertőzések, vagyis lényegesen szélesebb a fertőzések köre annál, mint amire nálunk a figyelem irányul.

A pontprevalencia-vizsgálatok eredményeiről

Az Európai Betegségmegelőző Központ (ECDC) szervezésében öt évente azonos időben és azonos protokollok betartásával rendszeres időközönként végeznek kórházi osztályonként egyetlen napon pillanatfelvételi, azaz pontprevalencia-vizsgálatokat (ppv). Ezek szerint a kórházi fertőzések gyakorisága 2017-ben Magyarországon 4 százalék volt, ugyanannyi, mint Ausztriában, míg Bulgáriában 3,5, Németországban 3,6, Franciaországban 5,8, Angliában 6,4, Finnországban 8,8, Olaszországban 8, Görögországban 10 százalék. Ennyivel jobb lenne a bolgár egészségügy a magyarnál? Ennyivel rosszabb lenne a brit vagy a görög? Ha valaki megtehetné, egy magyar vagy inkább egy francia klinika mellett döntene, ha biztonságban akarna gyógyulni?

– Mikor hisszük el a közzétett adatokat? Ha a fertőzések emelkedő száma a helyzet rosszabbodását tükröz(het)i, akkor az adatok igazak, ha alacsonyabbak a fejlett egészségügyi rendszereket működtető országokénál, akkor hamisak? Az adatok hátterében az is állhat, hogy a fejlettebb egészségügyi rendszerekben súlyosabb alapbetegségű, szövődményes betegeket is meg tudnak menteni, viszont ezek között – fokozott érzékenységük miatt – nagyobb lesz a nozokomiális fertőzések aránya. A fejlettebb rendszerekben több az intenzív osztály, eszközös vizsgálat és beavatkozás. A fejletlenebb rendszerekben inkább az alapbetegségeikben hunynak el a betegek, esetleg kórházba sem kerülnek – mutat rá, mi árnyalhatja a képet.

Mi a nagyobb kockázat?

A nemzetközi kimutatásokban szereplő adatok csak azt mutatják, hogy az adott ország intézményeiben hány esetet ismertek fel, minősítettek kórházi fertőzésnek, és ráadásul jelentettek is. Ha egy országban minden, a CDC szerint nozokomiálisnak számító fertőzést (13 főcsoport, ezeken belül 44 alcsoport) számításba vesznek, és előfordulásukat bejelentik, ott a fertőzések száma nyilván nagyobb, mint ahol csak a legsúlyosabb négy fertőzési csoportot, vagy a legsúlyosabb fertőzéseket kiváltó kórokozókat figyelik, és a bejelentés esetleges elmaradását nem követi számonkérés vagy elmarasztalás. Így Barcs István szerint adódik a kérdés, hogy a nagyobb szám a statisztikában kisebb vagy éppen nagyobb kockázatot jelent a kórházi tartózkodáshoz kapcsolódva?

Az infektológust nem lehet megkerülni

A világ legtöbb országában az infekciókontrollt a fertőzésekhez leginkább értő infektológus irányítja, és ebben részt vesz a betegágy melletti konzultációkat végző klinikai mikrobiológus. Barcs István meggyőződése, hogy hiába az áldozatkészség, ha a kórházi fertőzések felismerését nem infektológusra bízzák, ha nincs széles körben elérhető konzultáló mikrobiológiai támasz (mert a központosított leletgyár nem az), ha a kórházak a diagnosztika költségein próbálnak takarékoskodni, és az osztályt felkereső szakdolgozó a nővérpultnál nem jut tovább, és ahol lejegyzik a lázlapról a neki figyelni rendelt 4-5 paramétert. Ha pedig a működő rendszer csak a fertőzések egy – ismeretlen – hányadát ismeri fel, a számaink jók lesznek. Mint ha egy bajnokságban az egyik csapat kapott góljai közül nem mindet számolják, de azt se tudjuk, mennyit nem. A gólarányuk remek lesz, mint a bajnoké.

A teljes valóságot csak akkor ismerhetjük meg, ha minden magyar kórház minden betegét minden nap ugyanaz az infekciókontroll

veszi körül, mint a ppv vizsgálatok napjaiban. Addig viszont Barcs István szerint a kórházakat a hazugság irányába terelik, ha kötelezővé teszik a fertőzések jelentését. A jelenlegi összesített adatbázis a legrosszabb kórházakat helyezné az élre, ahol gyenge a surveillance, vagy a fertőzéseket akár szándékosan eltitkolják, hiszen ott a nozokomiális fertőzések gyakorisága akár nulla (!), ezzel – látszólag – messze a német egészségügy előtt járnak. A laikusok éppen abban bíznának meg, ahol a legnagyobb veszélynek lennének kitéve, és elkerülnék azokat a példásan működő kórházakat, ahol az előforduló fertőzéseket felismerik, és így igyekeznek ismétlődésüket elkerülni, véli Barcs István.

Hogyan lehetne a lakosságot tájékoztatni?

Jó példa a lakosság informálására az Egyesült Királyság tisztifőorvosának éves beszámolója, mely részletesen, és a közemberek számára is érthető nyelven tekinti át a közegészségügy és népegészségügy helyzetét, ugyanakkor Magyarországon az Epinfo a szakma számára íródott, szükséges járványügyi hetilap volt, a laikusoknak nem készült átfogó tájékoztatás.

– Ha az adatok nyilvánosak, de aki olvassa, nem tudja értelmezni, akkor a nyilvánosság önmagában mit old meg? – veti fel a tanácskezes. – Tudja-e az érdeklődő, hogy nozokomiális fertőzésre vonatkozó normál érték nincs, és az egyedül elfogadható gyakoriság az nem nulla? Tudja-e, hogy nem minden fertőzés műhiba következménye? Ismeri-e a szervezet fogékonysága, a lehetséges kórokozók virulenciája és mennyisége közötti összefüggéseket? Tudja-e, hogy betegsége miatt legyengülten akár a szervezetében élő saját „hasznos” baktériumai is fertőzéseket okozhatnak neki? Tehát ez is mutatja, hogy megfelelő előkészítés nélkül, egy csapásra nem lehet megváltoztatni egy rendszert.

A kötelezettséget ellenőrizni, mulasztását szankcionálni kell

Úgy véli, itt is tetten érhető a klinikai (a klinikumhoz kapcsolódó) és az elméleti gondolkodás eltérősége. Jogszabály írja elő az infekciókontroll végzését és mikéntjét. De kötelezőnek csak azt nevezhetjük, amit ellenőriznek, számonkérnek és elmulasztását szankcionálják. Bejelentési kötelezettséggel azt írják elő, amit az ECDC kér. A többi fertőzést helyben, a kórházban kell(ene) teljes körűen felismerni, dokumentálni, és a dokumentációkat megőrizni, bemutatni az ellenőrzések során. Mindennek a beteg köré kell szerveződnie. Fájjalja, hogy a legfrissebb infekciókont-

roll jogszabály elkészítésébe, de még a véleményezésébe sem vonták be az infektológiai szakmai kollégiumot, a gyakorló, hozzáértő szakmai képviselőket.

– Az infekciókontroll és az azt végző kollégák is egyenrangú résztvevői az orvostudománynak, partnerként kell őket kezelni, elvárni tőlük is a partneri viselkedést, és biztosítani számukra a működés feltételeit. Erről szól az Egészségesen gyógyulni – A centripetális infekciókontroll című kézikönyv, ami hamarosan megjelenik a Semmelweis Kiadó gondozásában – zárta gondolatait Barcs István.

Sándor Judit

Kedves Barátaink!

Megint elérkezett az ideje, hogy felhívjuk a figyelmet a **ritka, komplex állapotokkal élők** helyzetére és problémáik megoldási lehetőségeire!

Kérünk Benneteket, hogy a csatornáitokon keresztül osszátok meg a meghívót és az eseményt, hogy minél több érintetthez, családhoz, szakemberhez eljusson a híre!

Szeretettel meghívjuk a Ritka Beteg(ség)ek Világnapjának fő eseményére, Szegedre Önt és minden érintettet és érdeklődőt! A konferencia hallgatósága szakemberekből, érintettekből és családokból is áll, de ott lesznek az egészségügyi, szociális ügyi és minden lehetséges érdekcsoport képviselői is, akik a „Ritkával” kapcsolatba kerülhetnek, előadóként és résztvevőként is.

A részleteket az alábbi linkeken tekinthetik meg.

Az esemény meghívójának linkje: **<http://ritkanap.rirosz.hu/home/ritka-nap-2019>**

Az esemény előzetes programjának linkje:

<http://ritkanap.rirosz.hu/home/ritka-nap-2019/program-2019>

Időpont: **2019. 02. 24.**

Helyszín: **Szegedi Tudományegyetem József Attila Tanulmányi és Információs Központ, 6722 Szeged, Ady tér 10.**

Várjuk mielőbbi visszajelzését, vagy a meghívóban lévő regisztrációs link kitöltését! Ha bármilyen kérdése, kérése van, nyugodtan keressenek bennünket: **info@rirosz.hu** címen.

Az angiológia szerepe az érbetegellátásban

A perifériás érbetegségek, beleértve az artériás és vénás betegségeket is, előfordulásuk gyakorisága alapján népbetegségnek számítanak.

A lapvető fontosságú ennek megfelelően, hogy a betegségeket lehetőség szerint megelőzzük, vagy egyszerűen/olcsón gyógyítsuk, illetve amennyiben egészségromlás áll fenn vagy marad vissza pl. beavatkozást követően, megfelelően tudjuk rehabilitálni a betegeket. Ennek megfelelően az érbetegellátás csoportmunka, amelyben az ismeretek és a teendők növekedése specializálódást igényelt. Az érbetegellátás így jutott el a jelenlegi státushoz, ahol az érsebészet után az angiológia, majd külön szakterületként az intervenció radiológia együttesen tudja csak ellátni korszerűen a feladatát. Sokszor persze ehhez a teamhez további szakterületeknek is társulniuk kell, melynek iskolapéldája a diabeteses láb ellátása. Összességében ez képezi a **vaszkuláris központ** szemléletet, ami hazánkban is formálódik.

Az atherosclerosis generalizált folyamat, mely a halálozás több mint 50%-ért felelős, fő mortalitási okként mind kardiológiai, mind neurológiai szempontból. A perifériás érterületet ettől függetlenül vizsgálva, elsősorban az alsó végtagokat érintő betegségről beszélhetünk (PAB). A folyamat lassan progrediál, akár hosszú évtizedekig relatíve panaszmentes a beteg, és sokszor igen elhanyagolt állapotban, végstádiumban kerülnek a betegek az

egészségügy látókörébe, aminek a következménye a végtag amputációja. Ezt a sajnálatos helyzetet igazolta egy hazai felmérés, ami azt is kimutatta, hogy a késői megjelenés miatt sokszor már diagnosztika (angiographia) sem történhet, csak az életmentő amputáció, ami



Dr. Pécsvárad Zsolt

egyike a legnagyobb arányban elvégzetteknek Európában.

Az elmúlt évek vizsgálata az atherosclerosis kialakulásának számos okát igazolták, melyek közül a legújabb a gyulladásos teória. Ez magába foglalja a korábbi elméleteket és olyan korai atherosclerotikus eltéréseket is igazolt

– amiket endothel és vaszkuláris diszfunkcióként tartunk számon –, ami manapság már műszeresen is kimutatható és gyógyszeresen kezelhető. Emellett nagyon sok vizsgálat igazolta azokat a rizikótényezőket, melyek eliminálása alapvető fontosságú, amennyiben módosíthatóak.

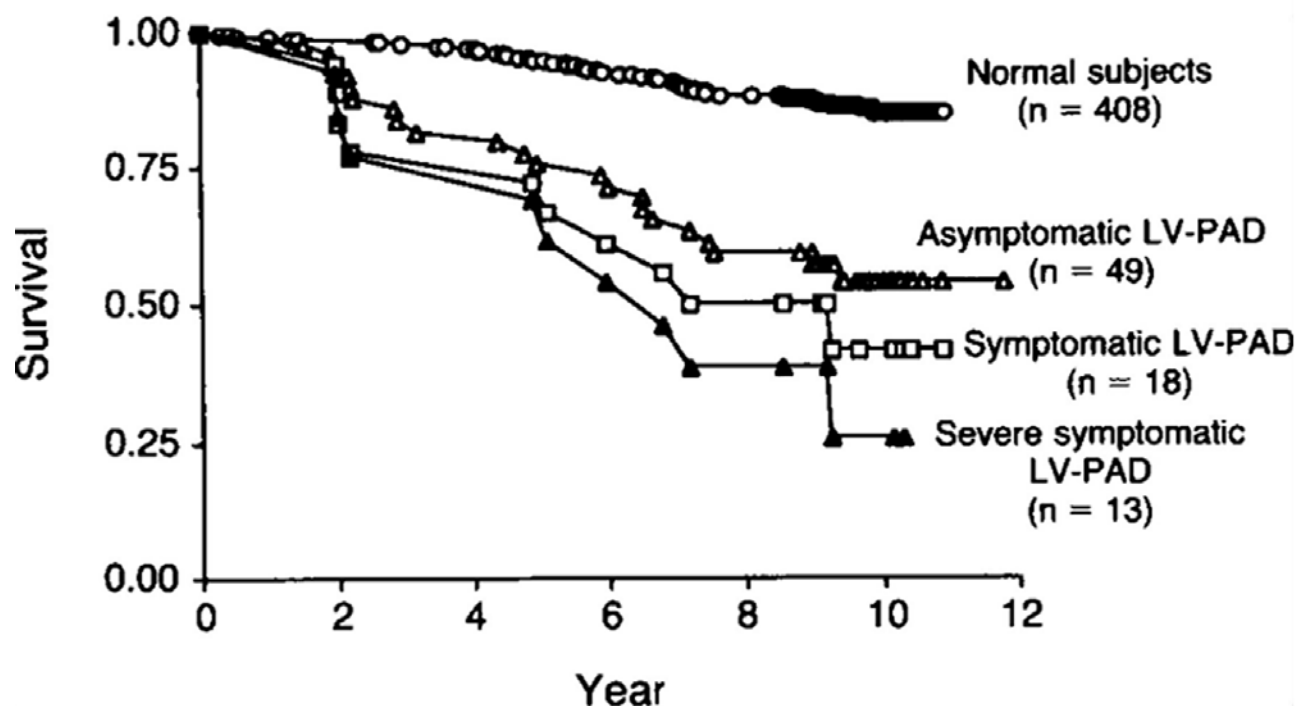
Ezek közül kiemelkedik a dohányzás és a diabetes mellitus, amelyek a perifériás érbetegség szempontjából a legfontosabbak, így a legnagyobb figyelmet igénylik.

A dohányzás elhagyása az egyik legfontosabb tényező, amit a lakosság tehet az egészsége megóvása érdekében, ráadásul nem csak az érbetegség szempontjából. Ennek megfelelően a dohányzásellenes törvény megszületése jelentős lépés angiológiai szempontból is. Lassítja a betegség kialakulását, de az érműtét vagy intervenciós radiológia eredményességét, tartósságát is növeli. Ez tükröződik a nemzetközi ajánlásokban is, ahol „1A” típusú ajánlás, hogy minden lehetséges alkalommal/vizsgálat során szükséges

a dohányzásról történő leszokásra biztatni érbetegeinket.

A nem inzulindependens, 2-es típusú diabetes mellitus köztudottan egyre növekvő populációt érint. Ismert az is, hogy ennek a komplex metabolikus megbetegedésnek az alsó végtagi perifériás érbetegség súlyos szövődménye, és ez manapság az amputációk több mint felének okozója. Bár az elmúlt években némileg javultak az amputációs számok, de a növekvő cukorbetegszám és a megnövekedett átlagéletkor miatt abszolút értékben mégis némileg növekvő számban vagyunk kénytelenek elvégezni azokat. E betegcsoport szoros gondozása különösen fontos, hiszen az amputációhoz vezető folyamat komplex, nem csupán nagyérszűkület, de érintett a mikrocirkuláció, kóros a gyulladásos reakció, neuropathia, osteopathia alakul ki, melynek végeredménye a nehezen gyógyítható diabeteses láb.

Egy európai felmérés alapján 2014-ben a lakosság 17,4%-a volt 65 évnél idősebb, ennek



1. ábra: Kaplan-Meier túlélési görbe összmortalitásra vonatkozóan a perifériás érbetegség súlyosságának függvényében (Criqui MH et al. N Engl J Med 1992; 326: 381-386)

20%-át érintette a perifériás érbetegség, ami így 17.000.000 embert jelent. Magyarországon, ahol közel 10 évvel korábban kezdődik a tünetes érbetegség, körülbelül 400.000 perifériás érbeteggel számolhatunk úgy, hogy az idősebbeknél a prevalencia egyre kifejezettebb.

A manifest érbetegség meghatározásának legfontosabb módszere a boka/kar index mérése folyamatos hullámú (kézi) Doppler-készülékkel. Ez a módszer jó összesítést adja a nagyerek érszűkületének (utalva a lehetséges coronaria és carotis elváltozásokra is), persze nem meghatározva annak lokalizációit, illetve az egyes szűkületek mértékét. Mindenesre a könnyen elvégezhető mérés globális rizikót tud meghatározni, előre jelezve a 10 éves kardiovaszkuláris mortalitást (1. ábra).

Jelenleg a műszer minden családorvosnak kötelező felszerelése, a kardiovaszkuláris prevenciós program az érték meghatározását elő is írja, és az eredmény tükrében határozza meg a további gyógyszeres és életmódi teendőket. Sajnálatos módon ennek ellenére – részben a hiányos/túlterhelt családorvosi rendszer miatt – ez az olcsó szűrővizsgálat nem része a mindennapos gyakorlatnak. Sajnálatos az is, hogy sok fontos, de kisebb mortalitású kórkép esetén rendelkezésre állnak országos szűrőhálózatok, ami a vaszkuláris területen még lehetőségként sem merült fel, jóllehet komplex szűrések segíthetnék a rizikók eliminációját. Külön jelentőségét adja a boka/kar index szűrésnek, hogy a ma már elterjedten ismert „kirakatnéző betegség” tünete, a claudicatio intermittens egyes számítások szerint csupán az érbetegek kevesebb mint ötödénél pozitív. Bizonytalanná teszi a panaszok értékelését ugyanis a neuropathia, a mozgásszegény életmód miatt nem felmérhető járástávolság vagy a mozgásszervi panaszok megléte. Összességében ezeket az állapotokat **maszkírozott perifériás**

érbetegségnek hívjuk. A boka/kar index meghatározása azonban ezt a nehézséget kiküszöböli, így elvégzése kötelező az alábbi helyzetekben:

PAD klinikai gyanúja fennáll

- abnormális alsóvégtagi pulzus vagy zörej
- Típusos claudicatio intermittens vagy egyéb PAD-ra utaló tünet
- Nem gyógyuló seb az alsó végtagon
- PAD rizikója áll fenn egyéb klinikai állapot miatt
- Coronaria betegség vagy egyéb érterületi atherosclerosis
- Hasi aorta aneurysma, CKD, szívelégtelenség

Klinikailag tünetmentes betegek PAD rizikóval

- Minden 65 éves vagy idősebb férfi és nő, függetlenül a rizikó státusztól.
- 65 évnél fiatalabb, nagy kockázatú betegek: diabetes mellitus, SCORE rizikó 5-9%
- 50 év feletti férfiak és nők, akiknél családi hajlam ismert vagy dohányoznak

A kevésbé súlyos, Fontain II stádium esetén „1A” szintű ajánlásként a kontrollált járásgyakorlat végzése javasolt. Ez feltehetően az izomzat hatékonyabb használata mellett a kollaterális keringés kifejlesztését is segítheti (spontán angiogenesis). Feladatunk ezen, ellenőrzés mellett végzett tréning országos hálózatának megszervezése, hiszen igen hatékony és költséghatékony lehetőség. A járástávolság gyógyszeres javítására a leghatékonyabbnak a cilostazol bizonyult (1A javaslat) a haemorheológiai hatásmechanizmusú kezelések mellett.

A krónikus kritikus végtagischemia nagyon nagy százalékban végződik a végtag amputációjával. Itt elsősorban az intervenciós radiológiai illetve az érsebészeti megoldás segíthet, de a perioperatív időszak ellátása az angiológusok feladata. Ebben segíthet



2. ábra: Diabéteszes láb szindróma

a kúraszerűen adott tartós prostacyclin infúzió alkalmazása, illetve a még kísérleti stádiumban lévő érújdonképzést serkentő gén- illetve őssejtterápia.

Kolossváry és munkatársai vizsgálata igazolta azt is, hogy az amputáción átesett betegek súlyos általános érbetegek is. Ennek következménye, hogy a műtétet 1 hónappal követően közel 20%-uk hal meg, ami 3 hónapos időszakra számolva már 30%-ot is meghalad. Ez az infarktuson átesett betegeknél jóval nagyobb érték rámutat arra, hogy különösen sok feladunk van a posztamputációs időszakban is.

Mint korábban említettük, a diabéteszes betegek ellátása még komolyabb összefogást igényel. Ennek 2018-ban meg is született az első multidiszciplináris ajánlása.

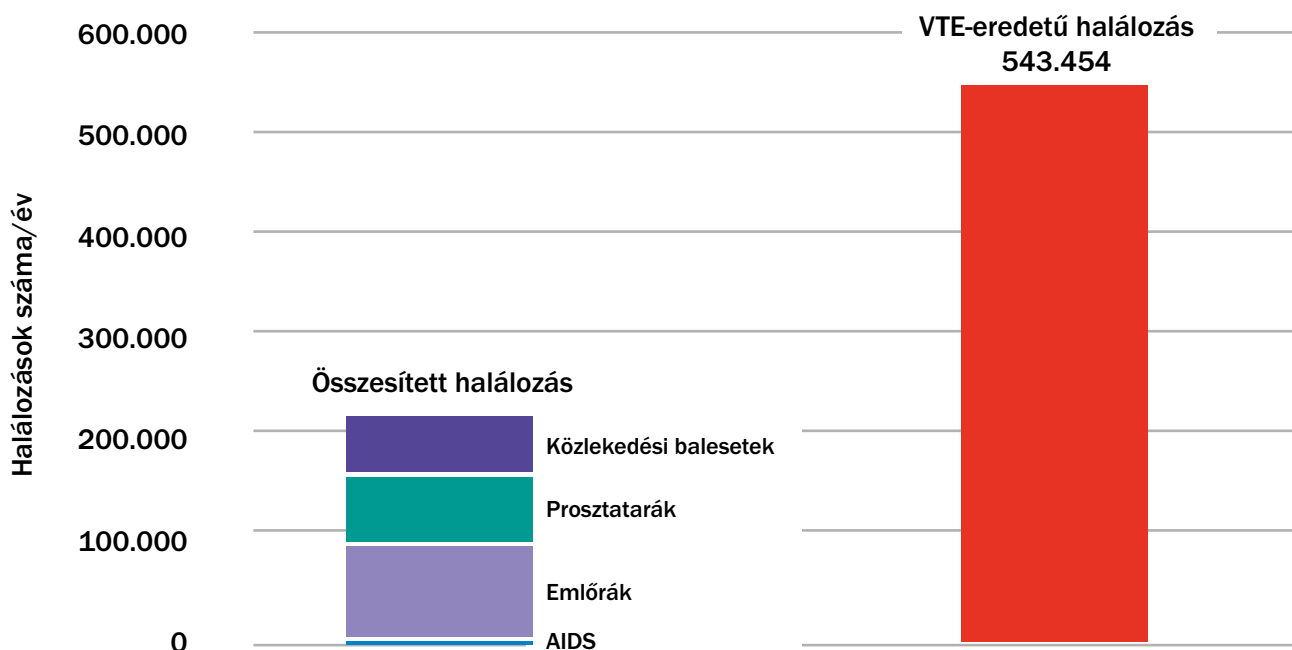
Az alábbi ábra jól mutatja azoknak a szakterületeknek a sorát, ahol a különböző specializáltaknak kell összehangoltan dolgozni (2. ábra). Sajnos ezen munka jelentősen elmaradt akár a környező országok aktivitásától is, holott egyes számítások szerint akár felére lehetne csök-

kenteni az amputációkat, vagy annak mértékét.

Különösen fontos, hogy elindult és a Semmelweis Egyetem Főiskolai karán jelenleg is folyik a podiáterképzés. Az itt végzett szakembereknek fontos szerepük lesz a diabéteszes lábú betegek ellátásában/gondozásában/rehabilitálásában, beleértve az angiológiai szempontokat is. Nemzetközi tapasztalatok alapján drámai módon lehet csökkenteni az amputációk számát megfelelő számú diabéteszes láb ambulanciák és hozzájuk csatlakozó speciális központok jól szervezett együttműködtetésével, így elodázhatatlan feladat ennek személyi és pénzügyi hátterét megteremteni.

A vénás betegségek ellátása is hasonlóan kiemelt feladat, legyen az akut esemény (VTE = vénás thromboembolia, vagy annak szövődményei, illetve a krónikus vénás elégtelenség).

A mélyvéna thrombosis igen gyakran szövődik pulmonalis embóliával. Ez utóbbi ellátása, amennyiben súlyosabb állapotú a beteg



3. ábra: A VTE a halálozás egyik fő oka Európában (Forrás: Cohen AT et al. Thromb maemost 2007;98:756-764)

thrombolysist igényel, a többi esetet konzervatív módon lehet kezelni. Magyarországon 100.000 lakosonként évente 123 mélyvénás thrombosis és 50-100 tüdőembolia fordul elő 100.000 lakosra számítva. Nemzetközi kitekintés alapján a VTE mortalitása igen magas, Európában több mint fél millió ember hal meg (3. ábra). Ennek oka részben a nehéz diagnosztika. Ezt segíthetik azok a score rendszerek, melyek használata még mindig nem eléggé elterjedt hazánkban (2-3. táblázat).

Nagyon fontos lenne a hatékonyabb prevenció az idejében történő felismerés, mert a szövődményes VTE prevalenciája egy USA-ban készült előjelzés alapján 2006 és 2050 között a kétszeresére nő.

Ez részben azzal függ össze, hogy a krónikus vénás betegség egyik szereplője a primer varicositás – mely valamilyen mértékben a felnőtt lakosság 60%-át érinti – felmérések alapján 2,5-szeresére növeli a tromboembóliás

2. táblázat: Mélyvénás thrombosis valószínűségi besorolás: ahol ≥ 3 MAGAS, 1-2 : KÖZEPES, ≤ 0 ALACSONY besorolást határoz meg

CPTP-Wells MVT pontszám

Személyes jellemzők	Pont
Aktív rák	1
Alsó végtagot immobilizáló paralysis, paresis vagy gipsz	1
Az elmúlt 4 napban immobilizált vagy 4 héten belül várható jelentős műtét	1
Lokalizált érzékenység a mélyvénás rendszer mentén	1
A teljes láb duzzanata	1
A lábikra 3cm-nél nagyobb duzzanata	1
Rugalmatlan ödéma (ujjbegy nyoma megmarad)	1
Collateralis felszíni vénák (nem varicosus)	1
Valószínűsíthetően van alternatív diagnózis	-2

3. táblázat: A pulmonalis embolia valószínűségi besorolása

CPTP – módosított Wells PE pontszám

Személyes jellemzők	Pont
Klinikai jelek	3
Nem valószínű, hogy van alternatív diagnózis	3
Szívfrekvencia > 100 bpm	1,5
Az előző 4 nap során immobil	1,5
Korábbi MVT/PE	1,5
Haemoptysis	1
Rosszindulatú daganat (vagy terápia az elmúlt hat hónap során)	1

*A rendszer alapján a ≤ 4 pontot elérő betegeknél kevésbé valószínű a PE, míg a négynél több pontot elérő esetekben valószínűsíthető a PE.*²⁷

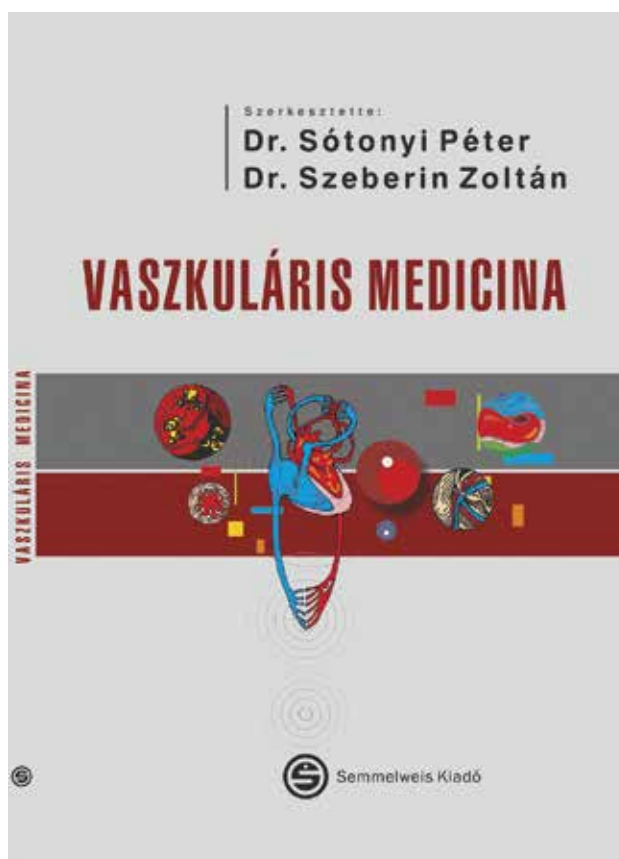
szövődmények és trophicus zavarok kialakulásának valószínűségét. A krónikus vénás betegségek végstádiuma, az ulcus cruris a lakosság 1%-át érinti. Ez, az életminőséget, munkaképességet jelentősen rontó állapot az egészségügynek is óriási anyagi teher.

Mindezeket összevetve egyértelmű, hogy a vénás betegségek diagnózisa, ellátása, gondozása is nagyon fontos népegészségügyi kérdés, melyek egyik főszereplője az angiológus.

Az angológusképzés rendezett formája az elmúlt 20 év eredménye. 1998-ban a Belgyógyászati Szakmai Kollégium és a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság együttesen indította meg a „belgyógyászati angiológia minősített orvosa” minősítést biztosító képzést. 2013-ra érett meg a helyzet arra, hogy az egyetemeinken megalakultak a szakmai grémiumok, 2014-től elindultak a belgyógyászati angiológiai egyetemi képzések is. Ugyanabban az évben fogadták be a belgyógyászati angiológiát a nemzetközi gyakorlathoz igazodóan szakvizsgának, melynek eredményeként 2016-tól elkezdődtek az első szakvizsgák is. A korábbi minősítések átkonvertálását is figyelembe véve, közel száz angiológus tevékenykedik már, de a területi eloszlás sajnos nem homogén, még sok fehér folt van hazánkban.

Összességében a vaszkuláris centrum koncepciónak megfelelően az angiológiai rész

minimumfeltételei is meghatározottak, amelyeket egyértelműen össze kell kapcsolni az érsebészekkel és az intervenciót végző szakemberekkel. Nemzetközi szinten ez utóbbi tevékenység lehet radiológus, angiológus, kardiológus kezében, persze további speciális képzést követően, ami elengedhetetlen a megfelelő vaszkuláris intervenciók tudás megszerzéséhez. Hazánk egyébként ezen



a téren jelentősen elmarad még más közép európai országoktól. A finanszírozás sem támogatja ezt a fajta kezelést megfelelően, jöllehet rövidebb hospitalizációt igénylő, sok esetben érsebészeti rekonstrukciót kiváltó módszerről van szó, ami a polymorbid, idős betegek esetében rendkívül fontos volna.

A vénás intervenciók helyzete még mostohább, jöllehet egy részük (scleroterápiák) elfogadott, elsőként javasolt módszer varicositas ellátására, de társadalombiztosítás általi finanszírozása nincs. Újabb technológiák fantasztikus eredményeket mutatnak vénás elzáródások kezelésében, de ezek még keresik a helyüket a hétköznapi szakmai gyakorlatban (catheter-directed pharmacologic thrombolysis – CDPT –, katéteres mechanikus vagy farmakomechanikus thrombuseltávolítással: reolytikus, rotációs, kiszívásos technikák)

Látható, hogy óriási szakmai tudás halmozódott fel az érbetegség ellátása területén, mely ennek megfelelően kiképzett szakembereket

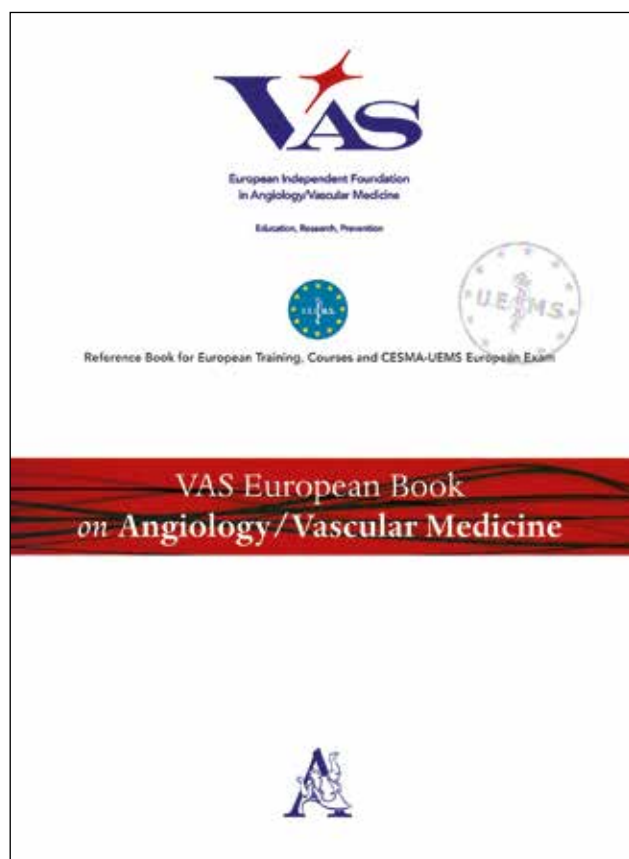
igényel. Ennek elősegítésére számos tankönyv is megjelent már, melyek közül kiemelném a legfrissebbeket.

Az egyik a Sótonyi Péter és Szeberin Zoltán szerkesztésében 2018-ban megjelent Semmelweis Egyetemi tankönyv, mely az angiológia, érsebészet és az intervenció alapjait foglalja össze egységes szemlélet szerint, segítve a vaszkuláris medicina fél éves speciális kurzust.

A másik könyv az angiológia/vaszkuláris medicina szakterület komprehenzív feldolgozása angol nyelven. Ez a könyv európai kollaborációban született meg, közel 120 szerző vett részt benne és a UEMS-CESMA elfogadta európai angiológiai szakképzési könyvként. Nagy tisztesség, hogy ebben a könyvben több hazai szakember is írt és jelen cikk írója a könyv egyik szerkesztője lehetett.

Összefoglalva: az érbetegellátás az egészségügyünk egyik, ha nem legnagyobb feladata, ami csak jól szervezett multidiszciplináris megközelítésben, szoros kollaborációban javítható illetve oldható meg. Ennek lehetséges megoldása egy olyan országos megfelelő progresszív szinteket képviselő hálózat kialakítása, melynek csúcshintézményei nemzetközi ajánlások alapján is a vaszkuláris központok. Ezen rendszernek a keretét az angiológia adja, hiszen a betegek 70%-a konzervatív kezelést igényel, de feladata a periprocedurális ellátás is. Ennek a kérdéseit, aktuális helyzetét, irányát foglalta össze röviden ez a tematikus fejezet, néhány aktuális ajánlásra is felhívva a kollégák figyelmét.

A következő két fejezet, kiterjesztve a fentebb említetteket, az érsebészeti és intervenció radiológiai vonatkozásokra fókuszál.



Pécsvárad Zsolt

c. egyetemi tanár, Szakmai Kollégium
Angiológiai és Érsebészeti Tanácsának elnöke,
Flór Ferenc kórház, Kistarcsa angiológiai
osztály vezetője

Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai

Az érbeteg ellátásért felelős szakmák világszerte – és így hazánkban is – az érsebészet, az intervenciós radiológia és a belgyógyászati-angiológia (a továbbiakban e három szakma: érbetegellátás).

Történelmileg az érsebészet fejlődött ki először és vált le az általános sebészetről. Ehhez a tudomány és technikai haladás XX. század közepére elért szintje volt szükséges. Helyreállító érsebészetről az 1930-as évektől beszélhetünk Európában francia, spanyol, portugál túlsúllyal, amely a II. Világháború után német, angolszász irányba helyeződött át. Magyarországon az érsebészet fejlődése Budapesten indult meg az 1950-es évek elejétől, majd később Pécs is csatlakozott, és a '60-70-es évektől a többi egyetemi városban is megindult a fejlődés. Az angiológia világviszonylatban is később alakult ki, a '80-as évektől kezdődően hódított egyre inkább tért, mára az érsebészet önálló szakvizsgatárgy, az angiológiai képesítést ráépített szakvizsgaként lehet megszerezni.

A hazai érsebészet szakmai színvonala a világ élvonala körül helyezkedik el, de ez csak egy-két centrumra mondható el. Az érbetegség (artériás és vénás) népbetegségnek számít, és az első három vezető halálok között szerepel világszerte és hazánkban is.

Az érbetegellátás jelenlegi helyzetét az országos szétagoltság jellemzi. Ez kedvezőtlen



Dr. Entz László

az ellátás egészét illetően, hiszen a kisebb ellátóknál a személyi és tárgyi feltételek nem, vagy csak hiányosan teljesülnek. Jelenleg 29 ellátó jogosult az érsebészeti EFI-keret használatára, ez biztosan sokkal több intézmény, mint amennyire szüksége volna az országnak. A nagyobb centrumok (nagy városok kórházai, megyei kórházak, egyetemi klinikák) diagnosztikus műszerparkja – amely jelen esetben a CT-re, az MR-re, a DSA-ra és az ultrahangra vonatkozik – kielégíthetőnek mondható. Nem túl nagy ráfordítással (2-3 db CT-, MR- és telepített DSA-készülék) ezek a centrumok korszerű szintre hozhatók. A kézi sebészeti

műszerek tekintetében sokkal rosszabb a helyzet, itt széleskörű beruházásokra volna szükség, de ez anyagi volumenjét tekintve kisebb, mint a diagnosztika feljavítása.

Sajnos már közismert adat, hogy Magyarország a 100.000 lakosra jutó major és minor amputációkban Európában élen jár, a 41,4/100.000 lakos major amputáció két és félszerese az európai átlagnak, az utánunk következő Szlovákia esetében ez a mutató 29,1/100.000 lakos, az EU átlag 18/100.000 lakos. További „érdekes” összefüggés mutatható ki a lakosság születéskor várható élettartama, az egészségügyre fordított GDP-arányos anyagi ráfordítás, és az amputációk számának nagysága között. A közlemény szerint Magyarország és Szlovákia vezet az amputációk számát illetően Európában, és ugyanezen országok fordítják a legkevesebb összeget az egészségügyi kiadásokra, ugyanakkor ebben a két országban a legalacsonyabb a várható élettartam. Az adatok az Európai Érsebészeti Társaság 2018 májusában megjelent magas impaktfaktorú újságjában, a Journal of European Society of Vascular and Endovascular Surgery elektronikus számában találhatók meg az egyes országok finanszírozóinak adatai alapján. E három adat csak szemlélteti a probléma nagyságát, és bizonyos mértékig utal az elmaradás eredetére.

A tennivalókat a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság (MAÉT) és az Egészségügyi Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozata és Tanácsa már több éve látja, és megpróbált fellépni ezen fontos ügy megoldása érdekében. Egyértelműnek látszik, hogy alapvetően a három szakma összefogására kell alapozni a stratégiát, ezek névsorban: belgyógyászati-angiológiai, érsebészet és radiológiai vaszkuláris intervenció. Nemzeti közti adatok mutatják e három szakma összefogásából született pozitív eredményeket. Magyarországon ezen három szakma ereje szétaprózódott, kevés helyen valósul meg az egy földrajzi helyen való jelenlét.

Egy ilyen, az egész országra vonatkozó vaszkuláris centrum tervezetet a három szakma írásos konszenzusával már eljuttatott a korábbi egészségügyi kormányzat asztalára. A vaszkuláris centrumok létrehozása nem csak a hatékonyabb gyógyítást eredményezi, hanem az egészségügyi ráfordítások racionalizálását is, hiszen a jelenlegi szétaprózódó, sokszor szakmailag sem megfelelő ellátások



Dr. Szeberin Zoltán

finanszírozása helyett számban lényegesen kevesebb centrumot kellene fizetni. Nem elhanyagolható az anyagi előny sem, amely a csökkenő amputációs tevékenység eredményeként a rehabilitációs oldalon fog jelentkezni, mint csökkenő igény.

A Nemzeti Népegészségügyi Stratégiában (NNS) részletesen is felvázolt vaszkuláris centrumokat kb. 15-16 helyen lehetne megvalósítani, 8-9 II-es progresszivitási, és 5-6 III-as progresszivitási szinten, 1-2 IV-es szinten, a jelenlegi 29 szolgáltatóval szemben.

Progresszivitási szintek érsebészeti szempontból

II. szint: Általánosságban infrarenalis artériás műtétek végezhetőek, bizonyos feltételek megléte esetén carotis műtét, valamint visszér műtétek és dialízis shuntok.

III. szint: A II. progresszivitási szinten végezhető műtéteken túl a suprarenalis aorta szakasz műtétei, beleértve a stent-graft műtéteket.

Országos szint (IV): Ezen a szinten olyan műtétek végezhetőek, amelyek meghaladják a III-as szintű szolgáltatók személyi és tárgyi feltételeit. Ide tartoznak a szívsebészeti háttérrel igénylő aortaív és aorta descendens nyitott, illetve hibrid műtétei.

Az egyes progresszivitási szintek finanszírozása emelkedő jellegű kell, legyen ahhoz, hogy a feladatok magas színvonalon teljesíthetők legyenek. A jelenlegi érbeteg ellátási HBCS-karbantartása mára már elavult és nem fedezi a valós költségeket, ezek részletes revíziója és – ahol szükséges – korrekciója elengedhetetlen a gazdaságos működés kialakításához. A fertőzött sebek modern kezeléséhez hozzátartozik a vákum kezelés, amely ugyan költséges, akár több százezer forintba is kerülhet egy beteg ellátása, de a NEAK ezt egyáltalán nem finanszírozza, tehát ezt fel kellene venni a finanszírozások körébe. Ugyancsak finanszírozás nélküli az érbetegek szakszerű mozgásterápiája.

A katasztrofális hazai amputációs helyzet javítását mindenképpen szolgálná a kritikus végtag ischaemia (1-2 napon belül sürgős műtétet vagy radiológiai intervenciót kíván, különben menthetetlen a végtag) TVK-mentesítése és garanciaszabály alóli felmentése, valamint az itt szükséges beavatkozások HBCS-jének emelése. Az ehhez szükséges diagnózis és OENO-kódok pontos definiálása a NNS-ban kifejtésre került.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozata a múlt évben felmérést készített az egyes szolgáltatók személyi helyzetéről és az alábbiakat találta. Hazánkban összesen 119 sebész végez valamilyen szintű érsebészeti tevékenységet. 100%-os munkaidőben csak 71 fő foglalkozik érsebészettel, a többi általános sebészeti műtéteket is végez. Az európai átlagnak megfelelő lakosságarányos érsebész szám 180 fő lenne. A kollégák átlagéletkora 53.5 év, a kormegoszlás a következő: 30-40 év között 16 fő dolgozik, 40-60 között 67 fő, 60-70 között 32 érsebész tevékenykedik, és 70 fölött 5 fő. Az utánpótlást jelentő szakvizsga előtt állók száma 33 fő. A számokból logikusan adódik, hogy az elkövetkezendő 6 évben 33 szakorvos lesz és a 60-70 közöttiek ez idő alatt mennek nyugdíjba, tehát az összlétszám nem emelkedik a közeljövőben. Ez a számítás is csak akkor helyes, ha úgy számolunk, hogy a végzősök közül senki nem megy el külföldre, vagy a magánszférába. Évi 9.500 rekonstruktív érműtét történik az országban, de kb. 15.000-re lenne szükség az amputációs helyzet jelentős javításához, és a carotis eredetű stroke mortalitás érezhető csökkentéséhez.

Szükséges intézkedések

- Vaszkuláris Centrumok mielőbbi kialakítása a szakmával egyeztetett módon,
- a progresszivitási szinteknek megfelelő minimál feltételrendszer létrehozása, mind személyi, mind dologi értelemben,
- a fentebb említett TVK és garanciaszabály alóli mentesítés, HBCS revízió, a nem finanszírozott tevékenységek felvétele reális áron a rendszerbe,
- a személyi feltételek javítása, amely valóban jelentős béremelés mellett képzelhető el, amely a szakdolgozókra és a segédszemélyzetre is kiterjed.

Az érsebészet hiányszakmává minősítését már korábban sikerült kinyilvánítani, de ez csak a szakvizsga előtti kollégákat érinti, és az ennél idősebbek kimaradnak a hiányszakma ösztönző bérezéséből. A vaszkuláris medicinát egységes szemlélettel lehet csak tanítani és erre a Semmelweis Egyetemen már megtörtént az első lépés, ugyanis létrejött az Érsebészeti Tanszékhez kapcsolódóan az Angiológiai Tanszéki Csoport, és közösen az első szemeszter már teljesült az újonnan bevezetett tárgyból, a vaszkuláris medicinából. Hasonló szervezeti egységre volna szükség a többi egyetemeken is.

A fentiek teljesülése már 1-2 éves távlatban is kimutatható módon csökkentené az amputációra kerülők számát.

Dr. Entz László egyetemi tanár
az Egészségügyi Szakmai Kollégium
Érsebészeti és Angiológiai
Tagozatának vezetője

Dr. Szeberin Zoltán egyetemi docens
a Magyar Angiológiai és Érsebészeti
Társaság elnöke

A rekonstruktív endovaszkuláris terápia helye és jelen lehetőségei az érellátásban

A rekonstruktív vaszkuláris medicina az elmúlt 30 évben paradigma-váltás-szintű változáson ment át az endovaszkuláris ellátási lehetőségek térnyerésével. Ez idő alatt a vaszkuláris betegségek incidenciája nőtt és kóroki eredete többtényezősé vált.

Szükséges, az ellátásban kulcsszerepet játszó endovaszkuláris ellátási lehetőségek ismerete, az érellátásban részvevő szakmák tevékenységének új algoritmusba rendezése és a finanszírozási/egészségpolitikai szemléletváltás mihamarabbi megvalósulása. Az olvasónak ebben a folyamatban igyekszik segítséget nyújtani a cikk.

Kulcsszavak: rekonstruktív vaszkuláris terápia, intervenciós radiológia, endovaszkuláris ellátás, kritikus végtagi ischaemia, diabetes, endovénás ellátás

Az artériás és vénás érpálya rekonstruktív ellátásának három nagy területe különíthető el. A steno-okkluzív eltérések, a dilatatív-disszekciós betegségek és a vérzések ellátása.

A vaszkuláris rekonstrukció hagyományos és ma is nagyon fontos formája a nyitott műtéttel végzett érsebészeti rekonstrukció. Mára azonban, az 1960-as évek közepétől dinamikus fejlődő intervenciós radiológiai, jelen terminológia szerint endovaszkuláris ellátási forma vált meghatározóvá. Harmadiként, a vaszkuláris betegségek patomechanizmusainak mind alaposabb megértése,

egyre növekvő teret ad a gyógyszeres, ún. konzervatív terápiák eredményes prevenciós és – bizonyos mértékig – rekonstrukatív használatára.



Dr. Bánsághi Zoltán

Ma az endovaszkuláris megoldásokat előnyben részesítjük és elsőnek választandó módszernek tekintjük, ha az adott esetben azonos eredményességű, de kisebb betegmegterhelést, rövidebb posztoperatív hospitalizációt és kevesebb beavatkozási szövődményt jelentenek, mint a nyitott sebészeti megoldás. Vagy ha olyan érterületeken is alkalmazhatók, ahol a nyitott sebészeti nem, vagy nem kellő eredményességgel és nem tömegesen ellátásban.

Ennek alapján a steno-okkluzív és dilatatív perifériás artériás állapotok ellátásának döntési folyamatában – bárhol is lép be az érbeteg az ellátórendszerbe – a klinikai és képalkotó státusrögzítés után a legfontosabb, kötelező induló lépés a multidiszciplináris, vaszkuláris team. Ezen a fórumon érsebész, angiológus belgyógyász és intervenciós ra-

diológus szakembernek (szükség esetén diabetológus, infektológus, plasztikai sebész, sebkötöző nővér, pszichológus, rehabilitációs szakember, szociális nővér, otthonápoló szolgálat bevonásával) kell az érbeteg ellátásának stratégiájáról és időzítéséről írásbeli javaslatot adnia.

A vaszkuláris team javaslatához szükséges státuszfelmérés angiológia eszköztára mellett a radiológiai, képalkotó fegyvertár is óriásit fejlődött az elmúlt három évtizedben. A color duplex ultrahang, a CT-angiográfia és az MR-angiográfia nem-invazívan megszerezhető funkcionális és morfológiai adatai nélkül ma már elképzelhetetlen a korszerű érellátás tervezése és kivitelezése nem csak a periféria, de a neurovaszkuláris vagy a coronaria-ellátás területén is.

A perifériás érterületeken (nem idegrendszeri és nem coronaria) az intervenciós radiológiai módszereket használó endovaszkuláris ellátás intervenciós radiológiai műtőben, steril körülmények között, monitorozott, gyógyszeresen előkezelt (thrombocyta aggregáció gátlás és hidrálás), de éber betegben történik, megfelelő jártassággal (licenc) rendelkező intervenciós radiológus által. A vaszkuláris behatolást helyi érzéstelenítésben, tapintott érpulzáció vagy ultrahang vizsgálat segítségével, Seldinger-technikával végezzük (1. ábra). Az éren belüli mozgást és manipulációt röntgensugár-alapú, többirányú átvilágítást lehetővé tévő (C-íves), digitális subtrakcióra alkalmas (DSA) angiográfias berendezés segítségével „látjuk” (2. ábra). Ilyen beavatkozások megfelelő képalkotó eszközrendszerrel felszerelt érsebészeti műtőben is történhetnek. Ebben az esetben a nyitott és az endovaszkuláris beavatkozások kombináltan ún. hibrid beavatkozásként is tervezhetők.

Az ellátási időablak tekintetében a vaszkuláris rekonstrukciós feladatok közül a vérzés értelemszerűen akut ellátást igényel, míg

a steno-okkluzív és dilatatív eltérések ellátási időablaka nagyon változatos.

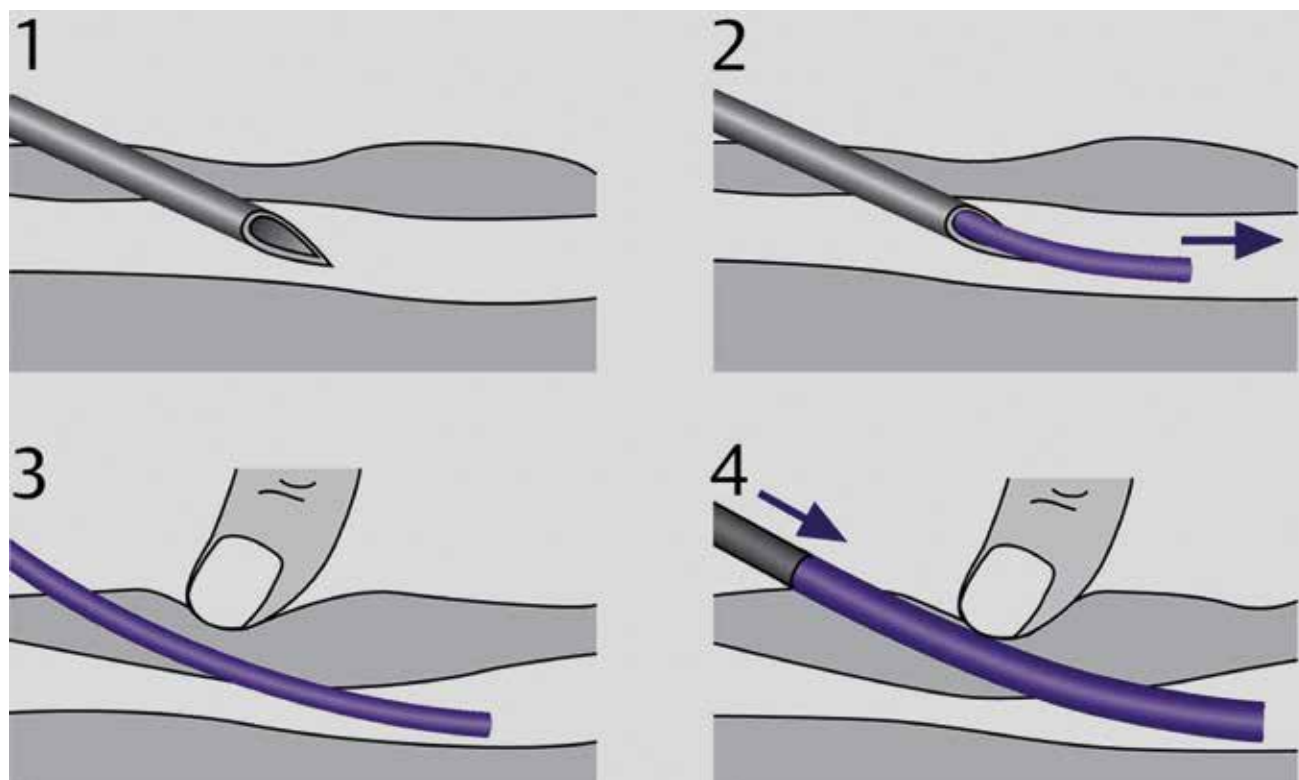
A perifériás artériás steno-okkluzív eltérések hátterében az atherosclerosis, a diabeteses angiopathia és az artériás tromboembóliák állnak. Az önmagában is összetett, eltérő patomechanizmusú három folyamat a valóságban szinte mindig egymással kombinálódva vezet steno-okkluzív artériás eltérésekhez. A kórereditől függetlenül az artériás keringési zavar szöveti ischaemiát és anyagcserezavart okoz az ellátási területen. Emiatt a lument szűkítő, hemodinamikailag jelentős, tartós vagy átmeneti szöveti hypoxiát okozó artériás megbetegedések ellátásában elsődleges feladatnak a helyileg kuratív és a hypoxiás folyamatok, infektív szövödmények szempontjából preventív célzatú, gyors, endovaskuláris revaszkularizációt tartjuk.

Hazánkban a vaszkuláris rizikócsoportha tartozók szervezett szűrése és az akár tünetszegényen kiemelt betegek többszakmás vaszkuláris centrumba irányítása nem meg-

oldott. Többek között ennek fájdalmas következménye, hogy hazánkban a nem-traumás eredetű major amputációk rátája a világátlag háromszorosa, míg az átlagos amputációs életkor a világátlagnál több mint öt évvel korábbi.

A major amputációk „előszobája” a krónikus, kritikus végtagi ischaemia (CLI). A krónikus csökkent artériás átáramlás talaján kialakuló, de immár komplex, anyagcserezavarral és infekcióval kombinálódott kórállapot az, ahol a boka – kar vérnyomás index (BKI) 0,5 alatti, ahol nyugalmi fájdalom áll fenn nem gyógyuló szövetkárosodással (fekély). A folyamat e szintjén a perifériás obliteratív verőérbetegségek (PAOD) nemzetközi adatainak „honosítása” alapján, hazánkban 20-40.000 páciens lehet!

Sajnálatosan nem áll rendelkezésünkre hazai egészségbiztosítói adat annak szemléltetésére, hogy egy alsó végtagi érszűkület mellett, de szöveti károsodást még nem megélő, „csak” 200m-es klaudikációt panaszoló



1. ábra



2. ábra

páciens egynapos, endovaszkuláris ellátás keretében történő értágításával megelőzve a kritikus végtagi ischaemia rettegett kórképének kialakulását, mekkora költséget, mekkora ellátórendszer-terhelést, mennyi munkával töltött tevékeny időt, mennyi táppénzt, gyógyszer- és kötszerköltséget és mennyi emberi/ családi szenvedést előzhetnénk meg.

Az artériás endovaszkuláris revaszkularizáció alapvető célja tehát, az áramlás hemodinamikai rekonstrukciója. Az áramlás biztosítása történhet az eredeti lumen megnyitásával (intraluminálisan) vagy az elzáródott érszakasz fal rétegei között kialakított új csatornában (szubintimálisan). Az erek remodelálásának alapvető eszköze az értágító ballon, amely egy vezetődróton át a szűkületbe juttatható katéter, amelynek disztális szakaszán egy folyadékkal felfújható 10–25 atmoszféra nyomás kifejtésére alkalmas kalibrált, hurka alakú ballon van. Ezzel végezhető a perkután transluminális angioplasztika (PTA). A ballonnak jelenleg számos különleges

változata is használt. Ilyenek a ballon felszínén kis pengét tartalmazó vágóballon, az intima hyperplasiát akadályozó citosztatikus szerekkel bevont felszínű ún. gyógyszerhordozó/kibocsájtó ballon, vagy a hasonló célból használt fagyasztó ballon.

Ha az érelzáródást friss vérrög, embólus okozza, akkor annak mechanikus eltávolítása katéteres aspirációval, vagy hidrodinamikai eszközökkel való aprítása és aspirációja mellett a vérrög helyi katéteres gyógyszeres feloldása a megoldás.

Amikor a szűkület vagy az elzáródás oldása vagy megnyitása ballonnal nem ígér tartós eredményt, akkor az érfal megtámasztására és a lumen tartós biztosítására az érbe cső formájú fém hálót ültetünk. Ezt az eszközt nevezzük sztentnek. beültethetők öntáguló, vagy ballonnal tágtított formában (3. ábra).

A sztentek acélból, nikkel-titánium vagy króm-kobalt ötvözetből lehetnek aszerint, hogy inkább a hajlékonyság, vagy inkább a merevség, nagy radiális erő a kívánalom.

Mivel a sztentek örökre az érben maradó implantátumok, sajnos maguk is szöveti válaszreakciót, intima hyperplasiát és ezzel a megtágított lumen másodlagos beszűkülését idézhetik elő. Ennek megelőzésére ismert és széles körben használt a gyógyszerkibocsájtó sztent. A legújabb megoldás az ún. felszívódó sztent, amely 2-6 hónapig az érben kellő stabilitást nyújt, majd az intima hyperplasia szokásos kialakulásának idejére felszívódik. Ez a sztent típus mangán, szén vagy tejsav-alapú vegyületekből készülhet, de az ilyen jelenleg is fejlesztés alatt álló bio-degradábilis sztentek elterjedt klinikai használatukra még nincs lehetőségünk.

Ezekkel a technikai és eszközös lehetőségekkel jelenleg az alsó végtag 1-1,5 mm-es átmérőjéig tudunk eljutni és így a tenyéri íven vagy a láb talpi ívéen át is eredményes mechanikus rekanalizációt végezni a makro-érrendszeren.

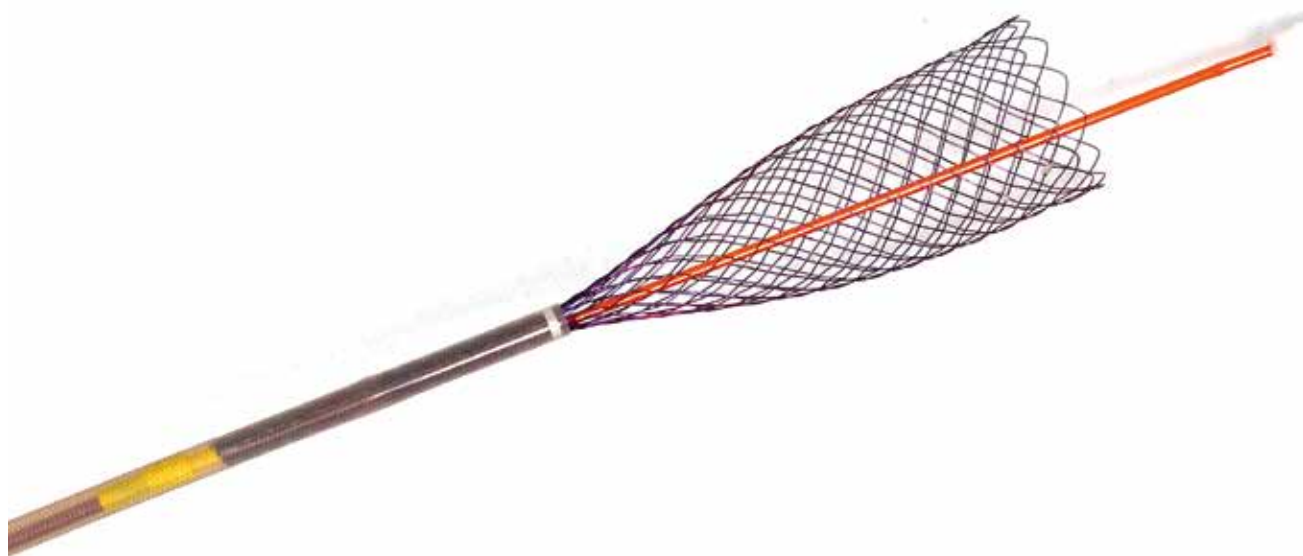
Amikor az artériás steno-okkluzív állapot háttérében tromboembóliát találunk, akkor az endovaszkuláris ellátásban a tromboembólia korától függően a mechanikus, transzkatéteres aspirációt, a vérrög mechanikus aprítását, vagy az alvadék helyi transzkatéteres gyógyszeres feloldását végez-

zük el akár ügyleti időben is. Szervülő vérrög esetén pedig a lument ballonos tágítással, esetenként sztent implantációval szabadítjuk fel. Mindezen lépések a rekanalizáción túl a tromboembólia disztális szóródásának megelőzését is jelentik.

Összegezve: a döntően diabetes és atherosclerosis talaján kialakuló, steno-okkluzív kórállapotokban, az endovaszkuláris, minimálisan invazív, intervenciós radiológiai ellátás tényleges potenciálja akkor hasznosul, ha az alapellátásban és a cukorbeteg-gondozásban, a megfelelő rizikócsoporthoz szűrése, a tünetes betegek kiemelése megtörténik és a gyors és szakszerű klinikai és képalkotó státuszfelmérést követően, a többszakmás vaszkuláris team javaslata alapján, az optimális ellátási formát a megfelelő időablakon belül kapja meg a beteg, amelyet személyre szabott angiológiai/diabetológiai utókezelés és gondozás követ.

Ilyen háttérű és centrum-szinten dolgozó endovaszkuláris terápia az amputációk számának 70%-os csökkenését is eredményezi.

A fenti ellátói folyamat összetettsége miatt nyugodtan mondhatjuk, hogy az elsősorban a diabetes vaszkuláris és neurológiai szövődményeként kialakuló CLI eredményes, komplex



3. ábra

ellátása egy ország (vaszkuláris) medicinájának egyik legjobb állapotjelzője. Az eredmény legbiztosabb jele pedig a major amputációk számának csökkenése. Sajnos, hazánkban ez a szám az elmúlt 30 évben folyamatosan emelkedett.

A dilatatív-disszekciós artériás betegségek az aneurysmák és az arterio-venosus malformációk, valamint a disszekciók. A teljesen eltérő és egyenként is sokszínű patomechanizmusú két első csoportban az erek dilatatív torzulása kóros áramláshoz, a tágulaton belüli vérrög képződéséhez, embolizációhoz, vagy rupturához, vérzéshez vezethet.

A disszekciók esetében, a patofiziológiailag már érintett érpálya (genetika, atherosclerosis, vasculitisek) intimájának spontán vagy mechanikus/barotrauma miatti részleges, fedett vagy nyitott vagy teljes szakadása következik be, amelynek következményei az akut érelzáródástól a fatális vérzésen át, a tünetmentes áramlási zavarig terjedhetnek.

Ezen eltérések endovaszkuláris ellátására a fent már ismertetett fém értámasztó implantátumok, a sztentek fedett változatait használjuk (stentgraft, 4.ábra). Ezek alkalmasak a rupturaveszélyt jelentő disszekciók, a teljes érfal aneurizmatikus dilatációja vagy az AV malformációk esetén a kóros arteriovenosus összeköttetések kiiktatására, a tágult vagy állumeneknek a keringésből történő kirekesztésére és az eredeti lumen formai és funkcionális rekonstrukciójára. A fedett sztentek alternatívájaként az utóbbi időben és elsősorban a neuro-vaszkuláris, dilatatív, nagy vérzéskockázatot jelentő betegségeiben (intrakraniális aneurysmák) használjuk a sztentek egy nem fedett, de rendkívül sűrű szövésű, áramlásmódosító változatát (flow diverter), aminek implantációjával a kórosan dilatált érszakaszban a falra nehezedő turbulens áramlást az eredeti lamináris áramlási formára módosítjuk.



4. ábra

A vérzéses eltérések száma a magasvérnyomás betegség és a véralvadást befolyásoló gyógyszerek tömeges elterjedése miatt emelkedik. Ezeken túl baleseti, posztoperatív és daganatos vérzések is jelentős számban fordulnak elő. Ellátási szempontból az intrakraniális és a gyomor-bélrendszeri vérzések emelhetők ki. A koponya zárt terében a vérzés kis térfogata is súlyos neurológiai tünetekkel hívja fel a figyelmet magára, bizonyítása képalkotó eljárással gyors és viszonylag könnyű.

A tápcsatornai vérzések kis volumen esetén nehezen, csak hosszabb fennállás mellett és sokszor csak kizárásos diagnózisként fogalmazhatók meg. A jelentős gasztrointesztinális vérzés viszont heveny tünetei alapján hamar felismerhető. Ez utóbbi helyzet eseténként nagyon szűk időablakú ellátást követel. Az endoszkóppal elérhető felső tápcsatornával szemben, a legtöbbször tisztítatlan, vérrel teli vastagbélben az endoszkópos vérzésellátás legtöbbször lehetetlen. Ilyenkor az endovaszkuláris ellátás mindig meg kell, hogy előzze a nyitott sebészi terápia gondolatát. A tápcsatornai endovaszkuláris vérzésellátás, az embolizáció alapja a vérzésforrás pontos anatómiai helymeghatározása. Ennek szinte kizárólagos eszköze a CT-angiográfia. Az ilyen módon azonosított vérzésforrás (háttere lehet

fekély, tumor, angiodysplasia, trauma, gyulladásos bélbetegség) katéteres ellátása során sok szempont mérlegelése alapján kell dönten az érelzárás megfelelő technikájáról és helyéről. A leggyakrabban ilyen esetekben a fém, embolizációs spirálok és a gelaspon szivacs alkalmazható, de mikropartikulumok és szövetragasztó, a fedett sztent és a flow diverterek is a vérzésselátás fegyvertárának részei.

Az ütőeres betegségekkel szemben hagyományosan „lebecsült” jelentőségű vénás betegségek körében is elsődleges szempont az akut ellátás lehetősége, a minimális invazívitás és a késői szövődmények megelőzése. Ezért, itt is egyre terjed az endovaszkuláris terápiák elsőként történő választása.

A centrális vénás hozzáférések iránti igény drámai növekedésével a port implantációk, a szubkután buktatott tartós dialízis kanülök, vagy a rövidebb használatú centrális kanülök beültetése endovaszkuláris alapfeladat, ezen szakterület képzése során „ujjgyakorlat”.

A centrális erek külső kompressziója (pl VCS-szindrómát okozó mediastinális tumor), a tömegesen elterjedt tartós vénás kanülök alkalmazásának szövődményeként kialakult fali hegesedések és gyulladások okozta lumenszűkület, vagy vérrögképződésből adódó elzáródások általában rövid időablakú, nagy morbiditású és mortalitású, ezért gyors

rekanalizációt igénylő kórképek (pl tüdőembólia). Itt is az artériák betegségeiben használt endovaszkuláris eszközöket és eljárásokat használjuk ugyan, de teljesen más indikációs és kivitelezési szabályok mentén (5.ábra).

A nagy kiterjedésű mélyvénás trombózisok csak konzervatív terápiáját (a késői vénafalkárosodások prevenciójaként) mindinkább az akut, katéteres trombus aspiráció, vagy katéteres lokális gyógyszeres lízis, ballonos tágtítás váltja fel. Különösen igaz ez a mélyvénás rendszerből a medencei szakaszra is húzódó, a pulmonális embólia veszélyét hordozó állapotokban. Itt az endovaszkuláris ellátás része kell, hogy legyen az időszakosan a vena cava inferiorba implantált filter, majd a vérrög eliminálása után annak, szintén katéteres eltávolítása is.

A varix betegségek ellátásában szélesen elterjed és közel két évtizedes múlttal bír, megfelelő „térképezés” (mapping) után végzett rádiófrekvenciás vagy szövetragasztós/alkoholos varix vagy vena saphena magna szklerotizáció sok helyen teljesen kiszorította a nyitott sebészi ellátást.

Összegezve: a vázlatosan ismertetett endovaszkuláris, artériás és vénás ellátási lehetőségek az elmúlt harminc évben, az érellátás egészében és az ezzel foglalkozó klasszikus diszciplínák mindegyikén belül paradigmaváltások sorát eredményezték. Így nekünk, a jelen ellátóinak – csakúgy, mint azt az orvoslás 6000 évében elődeink is tették – újra kell tanulnunk „igazságainkat” és újra kell tanulnunk együttműködéseinket. Ugyan ez a feladata az egészségpolitikának és a finanszírozáspolitikának is. Erre, csak mi, orvosok sarkallhatjuk őket. De csak akkor és csak azzal, ha mi is tanulunk.



5. ábra

Dr. Bánsághi Zoltán
Semmelweis Egyetem
Radiológiai Klinika

A kórboncolásokról

Hazánkban a temetéshez a halálesetnek a halotti anyakönyvbe való bejegyzése szükséges, amit orvos által kiállított halottvizsgálati bizonyítvány alapján eszközöl az anyakönyvvezető.

Az egyre terjedelmesebbé váló okmányoknak immár 6 példánya és 32 rovata van. Közöttük szerepel a halál oka és az ahhoz vezető alapbetegség megnevezése. Ezeket a múlt század elején még többnyire a háziorvos vagy a kórházi kezelőorvos tette fel az okmányon, a klinikum alapján. A pontosabb diagnózist szolgáló, rendszeres kórboncolás csak az egyetemi oktatásban volt szokásos.

Jelen sorok írója még az 1940-es évek végén is azt tapasztalta, hogy ahol volt kórház és prosectura, a halottakat ott is csak a gyógykezelő osztály külön felkérésére boncolták. Az ún. rendkívüli halálesetekben „orvos-rendőri” vagy „törvényszéki orvosi” boncolás történt a megyei törvényszéki orvosszakértők által.

Az ilyen haláleseteknél felvetődik annak gyanúja, hogy a halált büntetendő cselekmény vagy mulasztás okozta. Ezeket már a 78,879/II/1887 BM körrendelet melléklete is felsorolta. E szerint a „gyanút gerjesztő és előnyomozás tárgyává teendő halálesetek” a következők: külső erőszak, mérgezésre mutató körülmények, kuruzslók általi gyógyítás, orvosi műhibák, mindazon halálesetek, amelyek olyan cselekményekből vagy mulasztásokból származnak, amelyekről a cselekvő, illetőleg mulasztó mindenki által megismerhető minőségüknél fogva vagy különös szakismerete folytán beláthatta,

hogy azokból emberek életére veszély származhat. Ilyen esetek például: lőfegyverek felvigyázat nélkül való tartása, vigyázatlan tüzelés, gyúlékony vagy robbanó anyagok használása, bányákra, gyárakra, építkezésekre vonatkozó, különleges rendszabályok be nem tartása, gonosz természetű állat elhanyagolása, egészségtelen étel vagy ital fogyasztása, házi fenyítékképpen való bántalmazás, gyermekek elhagyása, vigyázatlan, gyors lovaglás vagy kocsizás, ablakokból leesett tárgyak által okozott vagy betegápolási kötelesség elmulasztása következtében beállott halálesetek.

A fentieket, korszerűsített formában legutóbb az 1997. CLIV. törvény XII. 218.§ foglalta újból össze. Ennek értelmében hatósági vagy (bűncselekmény gyanúja esetében) igazságügyi orvosi boncolást kell végezni az alábbi, rendkívüli halálesetekben:

1. Erőszakos halálesetek (sérülés, mérgezés, fulladás, áramütés, hőhatás, kihűlés következtében). Ezek bekövetkezhetnek véletlenül, gondatlanságból (baleset) vagy szándékosan, önkezűség vagy idegenkezűség folytán. (Ha behatás után a halál hosszabb idő múlva következik be, akkor is erőszakos halálesetnek tekintendők.)
2. Gyermekek, betegek, magatehetetlenek gondozásának elhanyagolása folytán beállott halál.
3. Egészségügyi ellátás, műtét során bekövetkezett haláleset.
4. Fogvatartott elhalálozása.
5. Ismeretlen személyazonosságú halott (talált hulla).
6. Ha a halál bekövetkezésének előzményei, körülményei ismeretlenek.

A patológiai osztályoknak az 1950-es években történt fejlesztése és számos új kórház építése során a kórházi halottak boncolása kötelezővé és rendszeressé vált, ezáltal a halálozási statisztika pontossága nagymértékben javult. Az 1957 körül kialakult rendszer szerint bűncselekmény gyanúja esetében a boncolásokat a megyei igazságügyi orvosszakértők, egyéb rendkívüli halálesetekben pedig a megyei rendőrorvosok végezték. Minthogy a munka megszorodása miatt a hivatásos szakértők száma elégtelennek bizonyult, az utóbbi munkába a rendőrség a patológusokat is bevonta, megbízott, eseti szakértőként, munkatársaikkal (boncmester, adminisztrátor, kórszövettani asszisztens) együtt, hivatalos díjazással. E közlemény szerzője is évtizedekig végzett ilyen munkát, több járás területére kiterjedően. Ezek a boncolások a patológiai osztály székhelyén kívül elhunyt esetében a rendőrség járműveivel történt kiszállással, a temetői hullaházakban történtek. Itt nyáron a folyóvíz hiánya és a legyek tömege, télen a behavazott temető megközelítése és a holttest fagyott volta nehezíthette a munkát. Jelenleg a rendkívüli haláleseteknél a boncolást – többszöri átszervezés után – a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ területi intézeteinek orvosai végzik, általában a patológiai osztályok bonctermében (erre a 351/2013 Kormányrendelet 8.§ 1-2. pontja ad lehetőséget), mert itt megfelelőbbek a körülmények. (Az önkormányzati fenntartású, temetői bonctermek gyakran elhanyagoltak, berendezésük korszerűtlen). A kórházhigiénikusok azonban feltehetően nem helyeselik az esetenként erősen rothadt, szétdarabolt, erdei vadak által marcangolt holttesteknek a kórházba való beszállítását.

A „rendszerátváltást” követően, a törvények módosulásával, szinte korlátlan lehetőség nyílt a kórházi boncolás mellőzésére, ha a gyógykezelő osztály nem tart rá igényt. A boncolási arány jelentősen lecsökkent, ezért a haláloki

statisztika a korszerű diagnosztikai eszközök ellenére megbízhatatlanabbá vált. A mellőzésekérések nyomatékossabbá tételére sokszor hangzanak el olyan kijelentések a patológus felé, hogy pl. a halott „egykori kórházi dolgozó élettársa volt”, „a mosodavezető szomszédja volt”, „a halott férje ügyvéd, aki feljelenthet bennünket, ha boncoljuk” stb. Társadalmunk bizonyos csoportjai felbátorodva tiltakozni kezdtek a kórboncolás ellen. Jellemző ezekre, hogy a halott ügyében az egész rokonság együtt jelenik meg a patológián, megfenyegetik az osztály dolgozóit, hogy megölik, aki az ő halottjukhoz nyúl (feltehetően kést hordanak maguknál). Ilyenkor természetesen nem kezdünk velük vitatkozni, dulakodni vagy a karhatalom segítségét kérni, hanem inkább a boncolás mellőzését javasoljuk.

Az 1997. CLIV. törvény XII. 219.§ szerint kórboncolás végzendő, ha:

1. A halál oka klinikai vizsgálattal nem volt megállapítható.
2. Perinatális halál esetén. (24 hétnél idősebb terhességből származó, vagy 30 cm-nél nagyobb testhosszú, ill. 500 g-nál nagyobb testsúlyú magzat méhen belüli halála. Újszülött 7 napon belül történt halála.)
3. Szervátültetés donorja vagy recipiense esetében. (Milyen elváltozást várunk a donornál?)
4. Az elhunyt foglalkozási betegsége esetén, ha a halál gyaníthatóan ezzel áll összefüggésben.
5. Ha az elhunyt szervezetébe újra felhasználható, nagy értékű gyógyászati segédeszközt ültettek és az nem képezi a saját tulajdonát.
6. Az esetnek tudományos vagy oktatási jelentősége van.
7. A halottat hamvasztani kívánják és a hozzátartozók nem kérték a boncolás mellőzését (vagy nincs hozzátartozója).
8. A halott még életében vagy hozzátartozója a halált követően, írásban kérte a boncolást.

Az 5. ponttal kapcsolatban sem a törvény, sem annak végrehajtási utasítása nem mondja ki, hogy ezeket az eszközöket a boncolás alkalmával el kell távolítani. Amikor megkérdeztük az Egészségügyi Minisztériumot, hogyan állapítsuk meg, hogy az eszköz milyen értékű, kinek a tulajdona, újra felhasználható-e, és mit tegyünk az esetleg eltávolított eszközökkel, a kérdésekre nem tudtak érdemi választ adni. Összegyűjtöttünk pl. egy ládára való pacemaker, amelyekkel aztán nem tudtunk mit kezdeni, mert senkinek sem kellettek.

Az egyéb halálesetekben is csak akkor mellőzhető a kórboncolás, ha az alábbi feltételek együttesen fennállnak:

1. A halál természetes úton következett be és oka megállapítható.
2. A boncolástól további megállapítások nem várhatók.
3. Intézeti halottaknál a kezelőorvos és a patológus, intézeti kívüli halottaknál a kezelőorvos nem tartja azt szükségesnek.
4. Ha a boncolás mellőzését a halott még életében vagy hozzátartozója a halált követően írásban kérte (az esetek nagy többségében ez a helyzet).

A mellőzésről kórházi halottaknál az intézmény igazgatója hozza meg a döntést. Mellőzés esetén a gyógykezelő osztály tölti ki a halottvizsgálati bizonyítványt. Az intézeti kívüli halottaknál a kórboncolás mellőzéséről és a hamvasztás engedélyezéséről a járási tisztifőorvos dönt, az ügyeletes orvos és a házi-orvos véleményét és a hozzátartozók kérelmét figyelembe véve. Minthogy a házi-orvos által kért kórboncolás elmaradásakor nem lenne, aki kiállítsa a halottvizsgálati bizonyítványt, ezek a boncolások nem kerülnek mellőzésre. Ha a házi-orvos kiállítaná a halottvizsgálati bizonyítványt, de a halottnak nincs hozzátartozója, és hamvasztásos köztemetés történne, akkor is kórboncolást kell végezni.

Intézetén kívüli halálesetnél a halottkémlést végző (ügyeletes vagy házi-) orvosnak el kell döntenie, hogy rendkívüli halálesetről van-e szó, vagy olyanról, amelynél kötelező a kórboncolás. Az előbbi esetet, a helyszínt megőrizve, be kell jelentenie a rendőrségnek, az utóbbiban a bizonyítvány-űrlap felső részét (1–20. pont) kitöltve a temetkezési vállalatától meg kell rendelnie a holttestnek boncolásra történő beszállítását. Rendkívüli halálesetnél a kiérkező hatósági bizottság dönt, hogy az esetet rendkívüli halálnak tartja-e.

Betegség által okozott, természetes halál esetében az orvos a halottvizsgálati bizonyítvány többi rovatát (a halál oka, alapbetegség, kísérő betegség) is kitölti. Gond van, ha nem állnak rendelkezésre az elhunyt betegségére vonatkozó okmányok, zárójelentések és csak a hozzátartozók bemondására hagyatkozhat. Ekkor kénytelen a bizonyítványt ezek alapján kiállítani vagy kórboncolást kérni. A Központi Statisztikai Hivatalba gyakran érkeznek nyilvánvalóan helytelen bejegyzések. Pl. Alapbetegség: aortabillentyű-szűkület, szövődmény: hypertonia. Alapbetegség: hypertonia, a halál oka: nyelőcső rosszindulatú daganata. Alapbetegség: általános érelmeszesedés, a halál oka: daganatos senyvesedés. Alapbetegség: tüdőrák, halál oka: koszorúér-elmeszesedés. Alapbetegség: agylágyulás, szövődmény: hypertonia. Kádár és Balázs szerint: „az államigazgatás tapasztalatai sajnos egyértelműen igazolják a halottvizsgálati bizonyítványok pontatlan, hanyag kitöltését”. A hibásnak tartott bizonyítványokat a Statisztikai Hivatal kijavítás céljából megküldi az illetékes Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztályának (a megyei tisztifőorvosi hivatalnak). Nem könnyű a bizonyítványnak arra az újabban bevezetett kérdésére válaszolni, hogy mennyi „a betegség kezdete és a halál között eltelt idő”. Gyakori, hogy a beteg bajával évek alatt több kórházat is megjár, és a kérdés pontos megválaszolásához több zárójelentést kellene sorba rendezni

és áttanulmányozni (ha kéznél lennének a zárójelentések). Nyilvánvaló, hogy az erre a kérdésre adott válaszok igen pontatlanok.

Az 1997. CLIV. törvény csak arról szól, hogy a fenti esetekben „kórboncolást kell végezni”, de arra nem tér ki, hogy azt hol végezzék és ki végezze. Intézeti halottak esetében magától értetődő, hogy ez az intézet kórbonctani (patológiai) osztályának feladata. A törvény két év múlva (!) megjelent végrehajtási rendeletének 7.§-ából már az tűnt ki, hogy az intézeten kívüli halottak boncolása – a rendkívüli halálesetek-től eltekintve – a regionális kórházak patológiai osztályának munkaköri kötelessége, sőt a 14.§ (4) a tetemek boncolásra való beszállításának költségét is a kórházakra hárította. Régebben az intézeten kívül (lakásban, közterületen) természetes halállal elhunytak kórboncolását a háziorvosok nem igényelték. A rendszerváltás után az ilyen haláleseteknél kért kórboncolások száma fokozatosan megszorozódott. A törvény lehetővé tenné, hogy akár minden „külső” halott boncolásra kerüljön a 219.§ azon pontja alapján, hogy „a halál oka klinikai vizsgálattal nem volt megállapítható”.

A 351/2013 Kormányrendelet 28.§ 2–5. pontja szerint boncolás kérése esetén a kezelőorvosnak vagy a helyszíni halottvizsgálatot végző orvosnak a kórtörténetet és a haláleset körülményeit „epikrízisben össze kell foglalni és a patológushoz eljuttatni”. Ez rendszeresen csupán az intézeti halottaknál történik meg, a kinti halottakról többnyire nincsenek anamnesztikus adatok. A patológussal csupán annyit közölnek, hogy „hirtelen halál”, „leesett a székről”, „az udvaron találták”, „két hete látták élve utoljára” vagy „az erdőben fedezték fel”. Ezekben az esetekben a halál körülményei ismeretlenek és a törvény betűi szerint eljárva hatósági boncolást kellene végezni. A hatósági szemle azonban többnyire nem állapít meg rendkívüli halált, ezért a háziorvos – hogy valaki kiállítsa a halottvizsgálati bizonyítványt – kénytelen kórboncolást kérni és a halottat

a legközelebbi kórház patológiai osztályára szállíttatni. Ha a patológus bejelenti a hatóságnak, mint rendkívüli halálesetet, a leggyakrabban azt a választ kapja, hogy: „X. Y. halálesete nem minősül rendkívüli halálesetnek, ezért hatóságunk nem indít közigazgatási hatósági eljárást”. Óvatosságból azonban megjegyzi, hogy: „ha kórboncolás során idegenkezűségre utaló jeleket találnak, akkor jelentsék vissza hivatalomnak.”

Az, hogy a rendkívüli halálesetek két leggyakoribb fajtája, az erőszakos halál és az ismeretlen körülmények között történt halál áldozati közül az utóbbiak boncolása ország-szerte kórboncolásként történik, a törvény eltérő értelmezéséből adódik. Ezzel a sajátos értelmezéssel tehermentesíteni lehetett az igazságügyi orvosi hálózatot, a boncolások személyi költségét pedig – a hatóság által egykor fizetett szakértői díj helyett – az egészségügyi tárcára lehetett hárítani, hogy az térítse, immár a kórház számára. A kompetenciával nem rendelkező patológusnak voltaképpen a hatósági boncolások „előszűrését” kell elvégeznie kórboncolás címen, pedig éppen az ilyen kétes esetekben lenne szükség igazságügyi orvostani szakismeretre és szakképesítésre, amely a patológusok többségénél hiányzik. Egységes gyakorlat hiányát mutatja, hogy orvosi karral rendelkező, több egyetemi városban (pl. Budapest és Szegeden) ezeknek a halottaknak boncolását nem a patológiai, hanem az igazságügyi orvostani intézet végzi.

A probléma nem új keletű. A Magyar Patológia Története c. műben (2005) Sebők és Szabolcsi ezt írja. „Ebben az időben [az 1970-es években] [...] komoly vita alakult ki az igazságügyi és Kórbonctani Szakmai Kollégiumok között... az igazságügyi hálózatban szakemberhiány alakult ki [...] keresték a gyors megoldást [...] levelet írtak a patológusoknak, hogy a gyógyintézeteken kívül meghaltak nem igazságügyi jellegű boncolását a kórboncnokok végezzék. A kórboncnokok azonban nem akarták

tevékenységi körüket kiterjeszteni a szakmától távol álló területre, amelyhez nem is rendelkeztek megfelelő szakmai felkészültséggel [...] az IM képviselői elfogadták a patológusok érvelését [...] ennek ellenére néhány patológus, önkéntes alapon, néhány megyében, még évekig végzett boncolást a rendőrhatalóság felkérésére [szakértői díjazás mellett].”

Úgy tűnik, hogy később mégsem nem fogadták el az érvelést... A patológusokat ugyan nem kérték fel többé szakértőknek, azonban az ismeretlen körülmények között meghaltak eseteit – talán belső utasításra – a szemlebizottságok már nem minősítik rendkívüli halálesetnek, így azok mégis a patológusokra hárulnak.

A törvény pontosan felsorolja, hogy mi minősül rendkívüli halálesetnek. Ha a helyszíni halottvizsgálatot végző orvos nem tudja kiállítani a halottvizsgálati bizonyítványt, mert a halál előzményei és körülményei ismeretlenek, akkor az rendkívüli halálesetnek lenne tekintendő, amely hatósági boncolást tenne szükségessé. (Más az, ha klinikai vizsgálatok után sem tudnak halálokot megjelölni, ekkor kórboncolás végzendő.) Idegenkezűsége vagy erőszakos halálra utaló elváltozások hiánya még nem teszi az esetet betegségből eredő, természetes halálesetté. Ekkor is szükségessé válhat hatósági boncolás (pl. gondozás, ápolás elhanyagolásának gyanújánál). A bejelentett és „visszaadott” halottaknál, szegényes boncleletnél a mérgezés gyanúja is felmerülhet, azonban a patológus közvetlenül nem kérhet toxikológiai vizsgálatot az Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézettől. Szabványos „méregládája” sincs, amelybe aszervmintákat szállításra csomagolni kellene. (A vizsgálat több tízezer forintos költséget ki fizetné? Talán a kórház?) Ilyen, szegényes boncleletű „külső” halott esetén azt szoktam mondani bonctermi munkatársaimnak: „Lehet, hogy az elhunytat megmérgezték, de mindenképpen találnunk kell valamely más, természetes halálokot. A hatósággal ugyanis

nem ellenkezhetünk, mert már írásban közölték, hogy a halál nem volt rendkívüli”.

A kör bezárult: a háziorvos, a hozzátartozók és a hatóság közé rekedt patológusnak kell a helyzetet megmenteni, hogy a halottat eltemethessék. Vagy mondhatja azt a patológus, hogy „nem boncolom fel, mert a törvény értelmében rendkívüli halálesetnek tartom és nincs is rá képesítem”.

(A szerző 65 év óta dolgozik patológusként.)

Dr. Krutsay Miklós

Irodalom

1. Bodó M., Honti J., Sugár J., Tanka D.: *A magyar patológia története. Medicina. Budapest. 2005. p. 93.*
2. Kádár L., Balázs B.: *Temetés és haláleset kapcsán követendő eljárások dilemmái a modern közegészségügyi igazgatásban. Egészségtudomány. 53 (2009/3), 8–19.*
3. Szücs M., Pintérné Grósz D., Sándor J.: *A halálloki diagnózisok megbízhatóságának javítása a népegészségügyi hatóság és a Központi Statisztikai Hivatal együttműködésével. Orv. Hetil. 157 (2016), 504–511.*
4. Turzó Cs., Juhász P., Papp Z., Szöllősi Z.: *Halottvizsgálati bizonyítványok adatainak elemzése nem boncolt elhunytak esetén. Orv. Hetil. 157 (2016), 2082–2087.*
5. 78,879/II/1887 BM körrendelet melléklete. *In: Entz B., Johann B.: Kórboncolási technika. Mai Henrik és Fia. Budapest, 1923. pp. 137–138.*
6. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. XII. fejezet. *A halottakkal kapcsolatos rendelkezések. 216–222.§.*
7. 34/1999. (IX. 24.) BM-EüM-lm rendelet az 1997. évi CLIV. törvény végrehajtásáról.
8. 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet. *A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról.*

Folytonosság és megújulás

*Az Országos Klinikai Idegtudományi
Intézet egy éve, 2018 februárjában
megbízott főigazgatója, dr. Óváry*

*Csaba PhD válaszolt az Orvosok Lapja
kérdéseire.*

– Főigazgató úr, milyen út vezetett 2018 februárjáig?

– A történet az Amerikai úton több mint egy évtizedre, az épületen kívül 25 évre nyúlik vissza. Rögtön az egyetem elvégzése után kerültem az Agyérbetegségek Országos Központjába, és annak egyik alapító tagja lettem. 13 évig, a Lipót bezárásáig, dolgoztunk együtt, egyfajta országos intézeti szerepkörben módszertani központi tevékenységet végeztünk. Kezdő orvosként az akkori országos neurológus szakfőorvos, Halász Péter professzor úr országos összesítő táblázataiban segítettem, országos intézeti feladatokat láttunk el. Aztán 2007-ben történt egy erős váltás, a Lipót bezárt, Nagy Zoltán professzor urat nyugdíjazták, mi pedig az Agyérbetegségek Országos Központjának maradékával átkerültünk az Amerikai útra, ahol újrakezdtük a szervezést. Egy évvel később, 2008-ban, egy korábbi tudományos együttműködésünk alapján Szabó Géza főigazgató úr elhívott Balassagyarmatra orvosigazgatónak, hogy a napi feladatok mellett kitaláljuk, hogyan fejlesszük fel Nógrád megye trombolízis- és stroke-ellátását. 2010 nyarára, mikor eljöttem, megvalósult a megyei trombolízisellátás, Salgótarjánban és Balassagyarmaton megkaptuk erre a terápiára az

OEP-befogadást. Akkor még azt gondoltam, hogy a klinikummal fogom tölteni a pályám nagy részét.

– Mi változtatta meg a pályáivet?

– 2012-ben lipóti főnökköm, Nagy Zoltán professzor úr, felkérést kapott az Országos Idegtudományi Intézet vezetésére. Megkért, hogy csatlakozzak a menedzsmenthez. Hat évig, előbb szakmai igazgatóként, majd orvosigazgatóként a helyettese voltam, 2018 február 1-jétől pedig megbízott főigazgató lettem.

– Győzött a folytonosság iránti igény?

– Amikor tavaly rám szállt a főigazgatói feladat, az intézetnek számos olyan projektje volt, amelyeknek a kezdetektől a részese voltam és amelyeket természetesen folytatni kellett. Ezek közül ki kell emelni az Egészséges Budapest Programot, amelynek megvalósíthatósági tanulmányát Cserháti Péter miniszteri biztos úr felkérésére együtt írtuk az OKITI csapatával 2016-ban, és pontosan meghatároztuk, hogy milyen orvostechológiai fejlesztésre van szükségünk. Részese voltunk a Nemzeti Agykutatási Programnak, amiből ma már a NAP 2.0 programban szerepel az intézet, és az OKITI egyik legfontosabb tudományos kitörési pontjának számít. Azóta is hálások vagyunk Freund Tamás akadémikus úrnak és Oberfrank Ferencnek a kiváló közös együttműködésért. Sőt, az elmúlt évekből áthúzódott egy, a betegbiztonság javítását célzó VEKOP-pályázat, amit idén év elején zártunk le.



Dr. Óváry Csaba PhD

FOTÓ: KOVÁTS DÁNIEL – NLCAFE

– Mit eredményezett az elmúlt egy évben a folytonosság?

– Mivel gyakorlatilag nem volt átállási időszak, az intézet alapvető funkciói működtek – és jól működtek –, senkinek nem volt célja a hatékony rendszer szétrombolása. Éppen ellenkezőleg, korábban hat éven keresztül arra koncentrált a menedzsment, hogy a különböző szakmák közötti szimbiózis kialakuljon, elsősorban az idegsebészet és neurológia együttműködésében, és ezzel megfelelő eredményt érjünk el a betegellátásban és tudományos életben. Az elmúlt egy évben sikerült még nagyobb békét, még jobb eredményeket elérni ebben a közös munkában.

– Van esély a különböző szakmák közötti szimbiotikus együttműködésre, vagy ahogyan Ön mondja: a békére?

– Szerintem mi megmutattuk, hogy van. A Nemzeti Agykutatási Programban való részvételünk volt az első fontos és sikeres tudományos igazolása annak, hogy ez a

fajta multidiszciplináris megközelítésű idegtudományi szemlélet sikeres lehet. Amikor együttműködik a neurológia, az idegsebészet, a neurointervenció és a diagnosztika, amikor együtt tud dolgozni a neurológus, az epileptológus, az idegsebész és a neuroradiológus, akkor képesek vagyunk megérezni a szimbiózis előnyeit. Az összeházasítás sikeresen elindult, persze, a folyamat eltart még néhány évig...

– Milyen gazdálkodási helyzetben vette át az intézményt?

– Az átvétel pillanatában intézetünknek nem volt lejárt adóssága. Fenntartható és gazdaságos működésünket részben megörököltük a korábbi menedzsmenttől, részben mi is folytattuk ezt a tradíciót. Talán ezért is előnyös a folytonosság. Egy évvel ezelőtt úgy kezdtem neki a munkának, hogy volt néhány alapelv, amelyeket szem előtt kellett tartanunk. A fizetőképesség fenntartása volt a legfontosabb, mert jelentős előnyöket nyújt, ha megbízható

üzleti partnerek vagyunk, ha az összes szállítóval hiteles üzleti kapcsolatot tudunk kialakítani, és ha a működésből adódó váratlan és elkerülhetetlen kiadások sosem okoznak fennakadást az ellátásban. Sőt, az is javítja a morált, ha még arra is képesek vagyunk, hogy időnként jutalmat fizessünk a dolgozóknak. Ehhez viszont szigorú és professzionális gazdálkodásra van szükség.

– Hogyan változott a menedzsment az elmúlt évben?

– Az egészségügy, így az egészségügyi menedzsment is csapatjáték. A legnagyobb átalakulást pont az intézet menedzsmentjében kellett megélnünk. Itt ugyanis elengedhetetlenül fontos, hogy akik együtt dolgoznak, szívesen tegyék azt, és képességekben a lehető legjobban egészítsék ki egymást. Talán ez a formálódás a menedzsment számára volt a legnehezebb, de sikerült, eredményesen és jól működő csapat állt össze. Szakmailag csak akkor tudunk igazán jól működni, ha professzionális gazdálkodási team áll mögöttünk. A Csizmár Erika gazdasági igazgató asszony által felügyelt pénzügyi-gazdasági csapat akkor is sokat segít, ha például a népegészségügyi programok gazdasági következményeit kell megbecsülni. Ezt hívjuk menedzsment szimbiózisnak.

– Milyen további alapelveket azonosítottak?

– Tudtuk azt is, hogy megfelelő humánerőforrás-háttér megszervezése lesz a legnehezebb feladat, hiszen ezzel korábban is küszködünk. Mára elértük, hogy jobb helyzetben vagyunk, mint egy évvel korábban, szakdolgozói hiányt csak azokon a nagyon speciális szakterületeken tapasztalunk, ahol a teljes közép-magyarországi régióban sokkal kevesebb a szakember a szükségesnél. További alapelv volt az országos intézeti szerepkör megerősítése, hiszen az Országos Gyógyintézeti Szövetség első elnöke Nagy Zoltán professzor

úr volt. A népbetegségeket ellátó országos gyógyintézetek feladataik ellátására és szerepük megfelelő pozicionálására közös munkába fogtak, és 2018-ban megszülettek az első olyan jogszabályok, amelyek már konkrét országos intézeti feladatköröket adnak, akár a betegségegiszterek, akár bizonyos szakmai feladatok tekintetében.

– Hogyan lehet előre lépni egy országos intézet fejlesztésében?

– Ezt is egy alapelvvel tudtuk alátámasztani: kitörési pontokat kell megfogalmazni, és azokat meg is kell valósítani. Az egyik ilyen a NAP 2.0, amelyben most is részt veszünk, jelentős kutatásaink vannak és fontos publikációk jelennek meg. Egyértelmű kitörési pont a Nemzeti Agykutatási Programhoz szorosan kapcsolódó ROSA elnevezésű idegsebészeti robot, amelyet egyelőre agyi témában alkalmazunk, de dolgozunk gerincsebészeti applikációján is. Nyilvánvaló kitörési pont a katéteres stroke-ellátás, azaz a mechanikus trombektómia fejlesztése. Tavaly 354 ilyen beavatkozást végeztünk, ezzel mi vagyunk az egyik legnagyobb európai trombektómiás centrum. Sőt, az idei időarányos számokat nézve, elképzelhető, hogy megközelítjük a félezer mechanikus trombektómiát. Ez óriási szám, amelynek megszervezése a világ minden egészségügyi rendszerében komoly kihívást jelent, elsősorban a nagyon jól képzett, speciális tudású, minőségi szakdolgozók megtartása terén. Évente 500 ilyen beteg ellátása sokkal nagyobb kihívás, mint amivel korábban az intézet bármikor is találkozott.

– Kitörési pontot jelentenek a népegészségügyi programok is?

– Ez lenne a negyedik kitörési pontunk. A Nemzeti Népegészségügyi Program kidolgozására tavaly kért fel bennünket Kásler Miklós miniszter úr. Természetesen készül-

tünk erre, hiszen országos intézeti szerepkör a hosszú távú népegészségügyi stratégiák kidolgozása. Az együttműködés hozadéka, hogy az angiológusokkal és kardiológusokkal, elsősorban a GOKI csapatával, kiváló baráti és szakmai kapcsolatot alakítottunk ki, ami a mindennapokban is működik: példás a szakmai együttműködés az intézetek között, és gyakran tartunk, akár betegek kapcsán is, személyes szakmai egyeztetéseket. Hiszünk a népegészségügyi programokban, és örülünk annak, hogy az elkövetkezendő években példaértékű népegészségügyi stratégia indul útjára, amelyeket jó szakemberek modern alapelvek szerint írtak.

– *Foglalkoznak a szolgáltatási színvonal javításával is?*

– Pontosán, ez az ötödik kitörési pont: a betegelégedettség javítása. Ez a legfontosabb, de azért hagyom a végére, mert a betegelégedettség mindazok eredője, amiről korábban beszéltünk: fizetőképesség, megfelelő humán erőforrás, megfelelő intézeti szerepkör, megfelelő tudományos tevékenység és orvostechnológiai fejlettség mind-mind szerepet játszik abban, hogy belső elvárásainkat elérje betegeink elégedettsége. Ennek fokozására fontos beteg érdekképviselői szervezetekkel kezdtük el a közös munkát. Ilyen például a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége, vagy a Rákellenes Liga, olyan professzionális és jól működő betegszervezetek, amelyek segítenek megérteni a súlyos, mozgáskorlátozott betegek valós szükségleteit, komfortigényeit, problémáit és elvárásait. Ezekkel a stratégiai együttműködésekkel olyan ismeretekhez juthatunk, amelyek sokat segítenek folyamataink fejlesztésében.

– *Hogyan lesz gyakorló neurológusból kórházmenedzser? Ott szabad-e hagyni a betegeket?*

– Úgy érzem, az elmúlt egy év azt is bizonyította számomra, hogy ha egy kórház-

menedzser alapvetően orvos is, annak meg kell tudnia orvosnak maradni. Részben azért, mert orvosnak szerződtem, amikor megkaptam a diplomámat, másrészt azért is, mert nagyon sok olyan személyes kötődésem van a betegeimhez, hozzátartozóikhoz, ismerőseikhez, akik amúgy is hozzám fordulnak. Hogy ne vegyen el túlzott időt a menedzsment feladatokról a betegellátás, úgy döntöttem, hogy nagy mennyiségű fekvőbeteg nem fogok ellátni, viszont a délelőtti nagy részét ambuláns betegek között töltöm. Ez egyébként sokat ad a kórházmenedzsernek is: sokkal mélyebben és pontosabban látom az intézmény problémáit, a napi működés buktatóit a betegekkel beszélgetve, mint ha csak az irodában ülnék.

Zöldi Péter



DIAVERUM HUNGARY KFT pályázatot hirdet Budapesti és Jász-Nagykun-Szolnok megyei Központjaiba az alábbi munkakörben:
ORVOS IGAZGATÓ

Pályázati feltételek:

- Belgyógyászati, és /vagy nefrológiai szakvizsga.
- Betegellátásban gyakorlat.
- Részletes szakmai önéletrajz.
- Képesítést igazoló okiratok, diploma másolat, MOK tagság.

Feladatok:

- Biztosítja a dialízis központ klinikai, szervezeti és vezetői koordinációját.
- A dialízis központ egészségügyi tevékenységeink végrehajtása során biztosítja az előírásoknak és a szakma szabályainak való megfelelést.
- Aktívan részt vesz az állomás betegeinek ellátásban
- A napi operatív és klinikai menedzsment feladatok
- Stratégiai célok klinikai elősegítése

Juttatások:

- Versenyképes fizetés
- Bonus
- Európai szintű munkafeltételek
- Támogatás szakképzés megszerzéséhez
- Támogatás továbbképzéseken, konferenciákon való részvételen
- Egyéb juttatások

Az állás az elbírálás után azonnal betölthető.

Jelentkezni az alábbi elérhetőségeken lehet:

Diaverum Hungary Kft • 1124 Budapest, Fűrj u 2.
ildiko.nagy@diaverum.com • 20/338 9972

Mister B

Portréinterjú dr. Bálint Lehel az Országos Sportegészségügyi Intézet Sportsebészeti- és Ortopédiai Osztály frissen kinevezett osztályvezető főorvosával

Egész Angliában ismert az a birminghami magánklinika és a hozzá kapcsolódó McMinn Center, amely főleg a fiatal és aktív betegek csont-megőrző csípő- és térd protézisaira specializálódott. A központ számos ortopéd sebésze között ott dolgozott egy magyar orvos, akit eleinte csak Doktor Bálintnak neveztek munkatársai. A pörgős, nagy munkabírású Doktor Bálint általában naponta 5-6 térd és csípő protézist is beültetett, vagy akár 15 egynapos térd vagy váll műtétet is elvégzett. A gyors, precíz munka meghozta gyümölcsét. Kollégái nemcsak becsülték, hanem meg is kedvelték a mindig derűs, számos ötletet dédelgető magyar orvost, akit tiszteletük jeléül át is kereszteltek Mister B-re. Mister B, azaz dr. Bálint Lehel azonban már csak vendég a birminghami klinikán, hiszen januártól a Sportkórház Osztályvezető főorvosa.

– 15 évet élt és dolgozott családjával Angliában. De előtte is alig volt itthon, hol Amerikában, hol Európa nyugati felén tanulta, gyakorlta a szakmáját. Mi hozta haza?

– A szívem, az eszem és a hívószó hozott haza. Hívott a családom, a barátaim, a kollégáim, a szakmám. Egy ideje már egyre erősödött bennem a szándék a hazatelepülésről, amikor jött a lehetőség, hogy megpályázzam a Sportkórház ortopéd és sportsebészeti osztályának főorvosi pozícióját, és úgy gon-

doltam, hogy ez a megtisztelő lehetőség egy ideális apropó. Három egyetemista gyermekem korábban hazatelepült, követte őket a kutyám, szóval muszáj volt jönnünk a feleségemmel.

– A gyermekei bár elmúltak 18 évesek, azért még nagyon fiatalok. Ez azt jelenti, hogy életük nagyobb részét alapvetően Angliában töltötték, ott nőttek fel, ott szocializálódtak. Hogy hogy egy számukra kevésbé ismert országot választottak otthonuknak?

– Legkisebb gyermekem első osztályos korában, félévkor, a nagybetűk megtanulásának kezdete előtti napon érkezett Angliába. Kint nőttek fel, de nem volt számukra annyira ismeretlen a magyar világ. Minden nyarat itt töltöttek a szülővárosomban, Fonyódon. Nekik Magyarország az esős Angliával szemben a napsütést, a Balatont, a felhőtlen szabadságot, az itteni barátait jelentette.

– Önnek is ilyen emlékei vannak a fonyódi gyerekkoráról?

– Igen. Úgy emlékszem, hogy szinte mindig csináltam valamit. Főleg sportoltam, fociztam, kézilabdáztam, atletizáltam, lábteniszeztem a strandon, cross motoroztam, lovagoltam, szörföztem és vitorláztam. Sose volt elég egy dolog, mindig új kihívás kellett. Egyébként a sport ma is nagyon fontos része az életemnek. Angliában nagyon megkedveltem a golfot, remek sport, mindig és mindenütt játszom, amikor csak tehetem. Emellett a kedvenc labdajátékkal sem hagytam fel, ez a lábtenisz. Édesapám szenvedélye bennem is tovább él. Az ő emlékére szervezem immár 10. éve Fonyódon a „Bálint Lehel Lábtenisz Emléktorna”-t.

– Elnézést a feltételezésért, de ha ennyi mindent csinált, akkor nem lehet, hogy egyikben sem volt igazán jó?



Dr. Bálint Lehel

– Remélem nem így van, de igazából én a sportokat az élvezetért űztem. Eredetileg testnevelő tanár szerettem volna lenni, de mégsem jelentkeztem oda, mert úgy éreztem, hogy más jellegű kihívások nekem jobban illenek.

– Adja magát a kérdés, ha ennyire jó volt a különféle sportokban, miért nem akart országos szinten versenyezni, esetleg olimpiai bajnok lenni?

– Ahhoz, hogy valaki élsportoló legyen, szerintem kell egy példa, motiváló erő, nekem ott Fonyódon nem volt ilyen. Az édesapám pedagógus volt, magyar-orosz-testnevelő tanár, aztán gimnázium igazgató, ő volt a példaképem. Igaz, ő nem pedagógusnak szánt.

Azt szeretne volna, ha megvalósítom az ő régi álmát, és tengerésznek állok. De a hajózás, a vízen töltött sok magányos óra akkor nem tűnt túl izgalmasnak.

– Azt már értem, hogy miért nem lett testnevelő tanár, és miért nem lett tengerész, de hogy lett orvos?

– Az ez irányú motiváció Dr. Metz Józseftől jött, aki egy kiváló fonyódi orvos, és nem utolsósorban kiváló ember, a családuk barátja. Az ő hatására döntöttem el, hogy én is orvos leszek. Szerencsére mindig jól tanultam, úgyhogy elsőre felvettek a Pécsi Orvostudományi Egyetemre. Egyetemi éveim alatt azt gondoltam, hogy szívsebész leszek, de végül nem így alakult.

– Miért pont szívsebész?

– Tudom, hogy elég furcsán hangzik. A sportolás mellett mindig is imádtam motorkerékpárokat bütykölni. Szerettem az érzést, hogy ha megfelelően összeszerelem a részeket, akkor az működik. Minden olyan tevékenységet kedveltem, aminek volt látszata. A gyógyítást és ezen belül a sebészetet is ezért választottam, hiszen itt is azonnali a visszajelzés.

– Mondják, az orvosi szakmák közül a sebészethez kell egyfajta agresszivitás...

– Van benne valami. Kétségtelen, gyakran éles fűrészekkel, fúróval, kalapáccsal dolgozunk, ha nincs az embernek kellő önbizalma, kockázatvállaló képessége, vagy ha nem tud gyorsan reagálni egy adott helyzetre, könnyen megeshet a baj.

– És végül miért nem lett szívsebész?

– Egyszerű oka van. Akkoriban az egyetemen még nem volt szívsebészet így helyette a traumatológia mellett döntöttem, onnan kerültem az ortopédiára, ahol végül tizenegy évet töltöttem. Egyáltalán nem bántam, sőt, örülök, hogy így alakult, hiszen ez is egy olyan „összerakós” szakma.



– Ha jól tudom, ahogy korábban sem, úgy az egyetemen, és a klinikán sem érte be egy feladattal...

– Igaz. Medikusként is kicsit belekóstoltam a vezetői életbe. A Balassa Ifjúsági Szövetkezet felügyelőbizottságának elnöke lettem. Érdekes tapasztalat volt. Orvosként a klinikán is megragadtam minden lehetőséget, hogy a szakmámmal kapcsolatban új dolgokat tanulhassak. Ösztöndíjakkal így jártam be szinte egész Nyugat-Európát, így kerültem két évre Amerikába is, ahova már az egész családot elvihettem. A UCLA kutatójaként nappal munka, délutántól görkorizás a családdal a napfényes tengerparton. Szegényen, de boldogan.

– Pedig, azt hallottam, majdnem összejött egy nagy üzlet...

Los Angelesben megismerkedtem egypár nanotechnológiával foglalkozó tudóssal, és többek közt Oláh Györggyel, az akkori utolsó magyar Nobel-díjas kutatóval, akikkel belevágtunk egy start-up vállalkozásba. Szerettünk

volna gyártói és terjesztői lenni annak a bőr alá beültethető, nanotechnikával működő, pacemakerhez hasonló eszköznek, amely a cukorbetegség kezelésére jelentett volna megoldást. A cég elindulásához szükséges tőke sajnos nem volt elegendő, így a forradalmian újnak számító nanogépezet gyártása még máig is várat magára.

– Nemcsak az USA-ban, itthon sem vetette fel a pénzt...

– Miután hazajöttünk Amerikából 2000-ben már a Pécsi Klinika osztályvezetőjeként dolgoztam. A fizetésem bruttó 144 ezer forint volt.

– Ezért döntött úgy, hogy elköltözik Angliába?

– Nem, de nyilván a döntés meghozatalában ennek is volt szerepe. Elsősorban azonban inkább a gyerekek miatt gondoltuk, hogy visszatérünk egy angol nyelvű országba felfrissíteni a nyelvtudásukat. 2004-es uniós

csatlakozással gyakorlatilag egyszerre kaptam a felkérést, hogy regisztráljak a GMC-nél, mert lenne számomra egy állás Birminghamben. Úgy gondoltam, kimegyünk egy-két évre... Hát ebből lett tizenöt év.

– Ha nem is akart maradni, mégis mi tartotta Angliában?

– A hihetetlen szakmai lehetőségek. Angliában olyan állami és magánklinikákon dolgozhattam – volt, hogy egyszerre háromban –, ahol a legújabb és leginnovatívabb műtéti eljárásokat alkalmazták. Olyan emberektől tanulhattam, mint például Dereck McMinn, aki briliáns ortopéd sebész, feltaláló, mentor és barát. Világszerte ismert és használt speciális technikát fejlesztett ki, amely megoldást jelent a fiatal és aktív csípőbetegek panaszaira egy forradalmi felszínpótló csípőprotézis alkalmazásával. A róla elnevezett módszer lényege, hogy a csípőprotézis beültetésénél nem kell levágni a combnyakat, hanem a combcsont fejének kopott felületét fedik le egy fém sapkával. Jómagam személyesen Mr. McMinntől tanulhattam meg ezt a műtéti eljárást. Kint létünk alatt rengeteget dolgoztam, több mint 10 ezer műtétet végeztem. Elsősorban csípő, térd, váll operációkat. Az első fél év alatt 400 protézist ültettem be, ami akkoriban egy itthoni ortopéd osztály teljes évi protézis beültetés számát jelentette. Nemcsak magyarországi viszonylatban, hanem kinti mércével nézve is elég sokat operáltam.

– Kijött önből a sportember...

– Tudom, hogy nemcsak a mennyiség számít, de azért tényleg büszke voltam ezekre az eredményekre. Egyrészt azért, mert tényleg sok betegem távozott elégedetten, másrészt, mert a munkahelyeimen is egyre jobban megbecsültek. A McMinn Centerben például a bejáratnál egy kép látható a központ névadójáról, McMinn professzorról, ahogy egy kollégájával együtt operálnak...

Bálint Lehel 1992-ben diplomázott a Pécsi Orvostudományi Egyetemen, mint általános orvos „cum laude” minősítéssel. 1997-ben szerezte meg az ortopéd szakorvosi szakképesítését dicsérettel. 2005-ben „Summa cum laude” minősítéssel védte meg tudományos téziseit a „Szisztémás antibiotikus megelőzés és infekció-kontroll a nagyzületi protézis beültetések során” tárgyában, mellyel PhD minősítést szerzett.

A diploma megszerzése után a Pécsi Orvostudományi Egyetem Ortopéd Klinikáján dolgozott, mint osztályvezető tanársegéd. 1999-ben Los Angelesbe került, ahol az UCLA ösztöndíjasaként tudományos kutatómunkát végzett. Ösztöndíjasként megfordult még többek között Németországban, Franciaországban, Belgiumban, Spanyolországban és Ausztriában. 2004-ben az Egyesült Királyságba hívták dolgozni, ahol 2019-ig elismert ortopédsebész és vezető egészségügyi menedzserként dolgozott.

Tagja, illetve alapító tagja számos nemzetközi szervezetnek, többek között: Angol Királyi Sebész Társaság (FRCS), Európai Ortopéd Társaság (EFORT), Amerikai Ortopéd Társaság (AAOS), Nemzetközi Ortopéd Társaság (SICOT). Számos nemzetközi kutatási projekt vezetője, nemzetközi szakmai folyóiratok felkért bírálója.

Nemzetközi tudományos folyóiratokban megjelent közleményeinek száma meghaladja a 40-et. Több mint 100 nemzetközi kongresszuson vett részt előadóként is. Magyarországon is közreműködött tudományos projektek irányításában, 2006-ban elsőként végzett itthon csípőízületi felszínpótló csípőprotézis beültetést, „BHR”-t.

– *Ön az a képen?*

– Ő és én.

– *Nem irigyelték a kollégái, hogy a főnök ennyire kitünteti a figyelmével?*

– Az angol kórházi rendszerekben kevésbé jellemző a főnök-beosztott viszony, hanem inkább mellérendelt viszonyok a jellemzőek, és egymást a kollégák az elvégzett munka és a teljesítményeik alapján becsülik meg. Másrészt pedig én mindig is a csapatmunka híve voltam. Szerettem bevonni a munkába a kollégákat. Ahhoz például, hogy Birminghamban ennyi protézis beültetést végezzek az egész kórház személyzetével össze kellett szorosan dolgoznunk. Sose fukarkodtam a dicsérrettel, ha valaki jó munkát végzett, de nem hallgattam akkor sem, ha számon kellett kérni. Az emberekben erős az igazságérzet, nem sértődnek meg, ha jogos kritikát kapnak, jobban utálják, ha valaki elvtelenül dicsér vagy szid. Szóval azt hiszem kedveltek, hiszen az utolsó években már nem Mr. Bálintnak, hanem Mister B-nek nevezték.

– *Összefoglalom: a betegek tisztelték, a kollégái szerették és gondolom nem keresett rosszul sem. Ráadásul másfél évtized után már igazán otthon érezhette magát Nagy-Britanniában. Muszáj még egyszer feltennem a kérdést: Miért is jött haza?*

– Mert itthon élni jó. Nem véletlen, hogy azok a kint dolgozó magyar kollégák, akiket ismerek, szinte kivétel nélkül foglalkoznak a hazatérés gondolatával. Tényleg Angliában jóval több a pénz, de tudjuk, hogy ez nem minden. Az életminőséget sok egyéb tényező is befolyásolja. A mindennapok része a közbiztonság, az oktatás minősége, a közlekedés, az egészségügyi ellátás, a közvetlen környezetünkben élő emberek, kultúra stb. Véleményem szerint kint silány az állami oktatási rendszer, ha azt akarod, hogy a gyerekeid tényleg tanuljanak valamit, magániskolába kell íratni őket,

ezek viszont iszonyú drágák. Szidják itthon az egészségügyi rendszert, de a betegek szempontjából az angol állami ellátás szerintem sokkal rosszabb. Például már arra is kb. három hetet kell várni, hogy eljuthassunk a háziorvoshoz. Sőt akár 9-12 hónap a várakozási idő, ha bizonyos szakorvosi vizsgálatra van szükségük. Szóval kint sem fenéki a tejfél az élet. De volt még egy nagyon fontos szakmai okom, amiért hazajöttem...

– *Elárulja?*

– Így 50 évesen úgy éreztem, hogy szeretném átadni mindazt, amit eddig megtanultam, tapasztaltam a szakmámban. Jó lenne iskolát teremteni, egy olyan szakmai műhelyt létrehozni, amely egész Európában egyedülálló. Van elképzelésem arról, hogy hogyan lehetne az ortopédiai, sportsebészeti ellátást megreformálni, a betegutak átalakításától kezdve egészen a rehabilitációig, úgy, hogy a „betegélményt” maximálisan figyelembe vesszük. Mert nekünk nemcsak az a dolgunk, hogy jól operáljunk, hanem az is, hogy a betegellátás minden részletére figyeljünk, a diagnózis felállításától, az altatás, a perioperatív ellátás, fájdalom csillapítás és a rehabilitáció legapróbb részletéig. Az a cél, hogy ez betegek számára a lehető legmegelőhetőbb és atraumatikusabb legyen. Meggyőződésemm, hogy ehhez elsősorban nem több emberre van szükség, hanem a szemléletet kell megváltoztatni.

– *Az a legnehezebb...Hiszi, hogy tényleg felállhat egy ilyen műhely?*

– A Sportkórház vezetése nagyon nyitott a terveimre, és igen, azt gondolom, hogy ha összegyűrjük azt, ami Angliában kiváló és itthon is jól működik, akkor valami nagyszerű jöhet létre.

Bernáth Bea

Az Adatsólyom Doki megalkotói elnyerték „Az év adatvédelmi csapata 2018” díjat

Az orvosok nap mint nap életekért küzdenek, gyógyítanak, tanácsot adnak, receptet írnak, hogyan férhet még ebbe bele az adatvédelem?

Márpedig ha nincs adatvédelem, a praxis veszélyben van. Az Adatsólyom csapata gondolt erre, és egy olyan egyszerűen és gyorsan használható online szoftvert alkotott, amelynek segítségével egyre több orvos teszi praxisát GDPR biztossá. Dr. Varga János Tamással, az Adatsólyom ötletgazdájával és a jogi szövegeket megalkotó team vezetőjével beszélgetünk. A beszélgetés apropója: a csapat az Adatsólyommal elnyerte az „év adatvédelmi csapata” díjat.

– *Milyen díjról van szó pontosan?*

– A Wolters Kluwer jogászdíjról van szó, amellyel a hazai jogászszakma kiemelkedő teljesítményt nyújtó tagjait tüntetik ki. Ügyfélközpontúság, innováció és példaértékűség – ez a három érték, melynek alapján kiválasztják a szakma legjobbjait. Nagy büszkeséggel tölt el, hogy tavaly novemberben mi nyertünk az adatvédelem kategóriában. Most már nyugodt szívvel mondhatjuk: az Adatsólyom jogi tartalma a legjobb kezekben van. Itt szeretném bemutatni kollégáimat is, dr. Belényi Andreát, dr. Váradny Endrét és dr. Lovretity Andrást. Mindnyájan nagy tapasztalattal rendelkezünk az

adatvédelem terén, de az Adatsólyom jogi szövegeinek megalkotása hozzásegített minket ahhoz, hogy kívülről-belülről megismerjük az Adatvédelmi Rendeletet és a GDPR buktatóit.

– *Ha jól tudom, az Adatsólyom két terméket is rejt, az Adatsólyom Vállalkozást és az Adatsólyom Dokit. Mi orvosok inkább az Adatsólyom Dokira vagyunk kíváncsiak.*

– Az Adatsólyom Doki egy online szoftver, melynek segítségével az egy orvosos praxisok és a házi orvosok egyszerűen, gyorsan meg tudnak felelni az adatvédelmi rendelet előírásainak.

– *Jogi szövegek, jogi tartalom, Adatvédelmi Rendelet? Meg tudja ezt érteni egy orvos?*

– Azt a gondolatot tartottuk szem előtt, hogy az orvosnak csak a saját praxisa működését kell ismernie, az Adatvédelmi Rendeletet és a bonyolult jogszabályokat nem. A jogászyelvet sutba dobtuk, helyette hétköznapi megfogalmazásokat használtunk. Világosan, érthetően tesszük fel a kérdéseket, és olyan példákkal világítjuk meg a bonyolultabb részeket, melyekkel az orvosok mindennap találkoznak. Így lehetséges az, hogy az orvosok akár egy óra alatt adatvédelmileg biztossá tudják tenni praxisukat.

– *Milyenek a tapasztalatok? Hogyan fogadják az orvosok az Adatsólyom Dokit?*

– Nagyon jó olyan közönségnek dolgozni, amely értékeli az erőfeszítéseinket. Épp

most készítettünk egy elégedettségi felmérést azon orvosok között, akik már használták az Adatsólyom Dokit. Ebből az derül ki, hogy a Dokit kitöltő orvosok 93%-a nagyon elégedett, és most már biztonságban tudja

hoz erősen hozzátartozik, hogy aláírjanak egy adatkezelési nyilatkozatot, vagy lássák, hogy ki van függesztve az orvosi váróban az adatvédelmi tájékoztató. Ha látják, hogy ennél az orvosnál az adatvédelmi ügyek



praxisát. És szívesen ajánlja az Adatsólyom Dokit kollégáinak is.

– Hogyan látja az adatvédelem fontosságát az orvosi szakmában?

– Tudom, már sokszor elhangzott, de nem győzöm eleget hangsúlyozni: azért nehéz az orvosok helyzete, mert kiemelten érzékeny személyes adatokkal dolgoznak. Az orvosok feje fölött is ott lebeg egy lehetséges NAIH-ellenőrzés, de ezen túl is azt gondolom, hogy egy orvosnak meg kell felelnie az adatvédelmi előírásoknak. Mégpedig azért, mert orvos és bizalom – ez a két fogalom együtt jár. És most már a betegek bizalmá-

rendben vannak, akkor tudják azt is, hogy adataik megfelelően vannak kezelve, nem vesznek el, és nem kerülnek illetéktelen kezekbe.

– Most egy évig Önök a birtokosai a díjnak. Tervezik, hogy legközelebb is részt vesznek a megmérettetésben?

– Természetesen! Idén is sok tervünk van, köztük a legfontosabb, hogy tavasszal megjelenünk egy új Adatsólyom termékkel, az Adatsólyom Multidokival, amely a több orvosos praxisoknak és rendelőintézeteknek nyújt majd teljeskörű megfelelést a gyógyító tevékenységgel kapcsolatban.



Zene és autonóm idegrendszer

A zene és az orvoslás kapcsolata tradicionális. Az orvosok jelentős része nem csak szereti a zenét, de sokan amatőr vagy professzionális módon gyakorolják is.

Közöttünk élnek kiváló orvos zeneművészek, operaénekesek, a zeneirodalom szakavatott kutatói és leírói. Talán ez is sze-

repet kaphatott egykor abban, hogy a zene gyógyító erővé vált, a zeneterápia elmélete és gyakorlati alkalmazása, haszna jól ismert. De vajon gondolunk-e arra, amikor élvezzük, netán inkább elutasítjuk a dallamot, hogy az nem csak érzelmet kelt, de az autonóm idegrendszerünkre is hat? Persze nincs semmiféle ellentmondás: az emóciók, majd azok kognitív értékelése, változása tükröződik a vegetatívumban is. Az orvosi irodalom persze ezen a területen sem szerény, talán ritkábban

paragona™

European GPs - join the NHS England!

- ✔ No IELTS - language training is provided!
- ✔ An alternative to the traditional 'I&R' route
- ✔ Very attractive salary: £70 000 – 90 000 per year
- ✔ Relocation package up to £8000
- ✔ English course for family
- ✔ Full assistance with registration & settlement

CONTACT US! www.paragona.com
info@paragona.com, +48 795 541 570

NHS
England



idézett. A szerzők, ha „csak” szeretik a zenét, kellő szerénységgel legfeljebb az utóbbi kontextusban merülhetnek el. Ez még akkor is igaz, ha sikerült társszerzőül megnyerni egy kiváló zenei szakembert. Nos, tegyük egy kis kirándulást!

A zene érzelmek kifejezése és érzelmeket ébreszt. Medikus éveinkben tanultuk: az emóciók megváltoztatják szívverésünket; légzésszámunkat. Ezekre az eseményekre jobban emlékezünk utóbb. A tengely pedig a limbicus-rendszer. A zene érzelmi hatásának megítélése egyéni beszámolók alapján nagyon bizonytalan, mert a hallgatókban keveredik a zene által kiváltott érzés és a rájuk jellemző, sajátos érzelmek. Ezért több kutató egyéb, „objektív” bizonyítékot keresett a zene hatásának leírására. Ezt találták meg a mérhető élettani hatásokban. A zene által kiváltott reakciók nagyon hasonlítanak más érzelmi hatásokéhoz. Változik a pulzusszám, a bőrhőmérséklet, a bőrvezetési sebesség, a légzésszám, sőt a hormonelvásztás is.

A zene kétféleképpen is hat a szervezetre. Önmagában a hangeffektus – elemi jellegű – hatással bír. A „techno-zene” ritmusa viszonylag közel áll a természetes pulzusszámhoz, így előbbi hirtelen gyorsítása képes „meghajtani” a szívet. Érthetően mégis inkább a kiváltott emóciókon keresztül megjelenő hatás szokott az érdeklődés központjában állni. Különböző zeneszámok különböző fiziológiai választ adnak ebben a tekintetben is. Az intenzívebben megélt érzelmek erősebb fiziológiai reakciókat von maga után. Úgy tűnik azonban, inkább a zenét hallgató személyisége, semmint maga a zene jellege a meghatározó a kiváltott hatásban.

A zenére adott élettani reakciók meghatározó anatómiai területe az agytörzs. A zene alapvető akusztikai jellemzőit az agytörzs veszi át. A hangok lehetnek váratlanok, hirtelenül hangosak, disszonánsak vagy gyorsan változó időbeli mintázatúak. De az agy messze

több területe is érintett: mind a szubkortikális, mind a kortikális régiók (például a thalamus, a hippocampus, az amygdala, az orbitofrontális kéreg, az insula és a nucleus accumbens).

A biogén aminok közül a dopamin felszabadulását tartják a legjelentősebbnek, amikor a hallgatók erős érzelmi választ adnak a zenére. Kanadai kutatók azt sugallták, hogy a zenére az emberek hasonlóan reagálnak, mint ízletes ételekre, pszichoaktív szerekre vagy akár a pénzre. Az örömteli élményt a dopamin biztosítja, amely fizikai hatásokban is megnyilvánul: ez okozza a „hidegrázást”, a megnövekedett pulzus- és légzésszámot, stb. Értékes jellemző lehet a szívfrekvencia variabilitás (HRV) változása. A válaszok annál intenzívebbek, minél jobban elmélyül az adott személy a zene élvezetében.

Sok zenehallgató expresszív viselkedése megváltozik: néha sírnak, máskor mosolyognak, szemöldöküket összevonják, melyet elektromiográfiai (EMG) vizsgálatok bizonyítanak. A zene hatással van a hallgatóság magatartására: mindenki számára magától értetődő, hogy egészen másképp viselkedik valaki rock koncerten, mint a „tisztelettel”, csendben hallgatott szimfonikus hangversenyen. A hallgatók „szabályozzák” saját zenei érzelmi választ a „megfelelő” társadalmi kontextusban. Öröm érzetét keltő zene esetében a regisztrált arcminika változása, a mosoly mellett nőtt a bőrvezetés sebessége, az ujjhőmérséklet. Mindazonáltal úgy tűnik, hogy az érzelmekben előbb tükröződik a zene hatása, mint a vegetatív jelenségekben. Ugyanakkor nem csak a zene van hatással a szervezetre, de ez fordítva is igaz: az esti órákban és hétvégén jóval kifejezettebb, mint máskor. Természetesen ehhez nyilván hozzájárul a munka utáni felszabadultság érzet is.

Milyen testi tünetet él meg a hallgató? A sírás, torokszorítás könnyen érthető. De a borzongás, a libabőr megjelenése, a „feláll a szőr a hátamon”, már nehezen érthető. És a külön-

leges az, hogy ez utóbbiak nem pusztán negatív zenei élményeknél jelennek meg.

A libabőr (piloereccio) eredendően a szervezet hidegre adott válasza. Megvan az élet-tani magyarázata. Az állatvilágból ismert az a jelenség, hogy az élőlénynek fölemelkedik szőre. Ez két kiváló tulajdonsággal ruházza föl: nagyobbak tűnik, tud védekezni, ijesztőbbé válik. Másrészt pl. a haj emelkedése révén a test körül légréteg alakul ki. A környezet hideg hatása alól egyfajta szigeteléssel tud védekezni. Tehát a védekezés, a stresszre adott válasz szimpatikus idegrendszeri reakciója, ill. annak következménye. „Égnek áll a hajam”, ez inkább kellemetlen. A libabőrözést nem feltétlenül kellemes vagy kellemetlen élmény váltja ki. „Hideg fut rajtam végig” – ez egyértelműen kellemetlen. Az irodalom úgy véli, hogy pl. a libabőrözés az első pillanatban kellemes ingerre adott válaszuk, míg a háton végig futó hidegség érzés negatív élményeinkre adott reakció.

Más, de eredményét tekintve hasonló megközelítése van annak, ha valakinek a „haja szála az égnek áll”. Ekkor gyakran van rémület- vagy félelemérzet. Rendkívül stresszes helyzetben a szervezet alkalmazhatja a „küzdelem vagy menekülés” választ. Ahogyan a test felkészül a harcra vagy a futásra, a szimpatikus hatás adrenalinral árasztja el a szervezetet, amely a szívverés számát, az anyagcserét és a testhőmérsékletet növeli. Ezután a szimpatikus idegrendszer révén megvalósul a piloerectio reflex, ami az izmok, az egyes szőrtüszők helyzetének változása révén a (szőrt) haját felemeli.

A zene absztrakt inger, mely kiválthat eufóriát és vágyat, hasonlóan a striatális dopaminerg rendszerhez kapcsolódó jutalomérzethez. PET CT-vel a zene hallgatása során dopamin felszabadulást találtak a striatumban. A dopamin felszabadulásának időbeli lefolyását fMRI-vel detektálták és funkcionális disszociációt találtak: a n. caudatus intenzívebben vett részt a zenei élményre

várákozva, míg a n. accumbens sokkal inkább az érzelmi csúcsponton volt aktív. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a zene által kiváltott kellemes érzéssel együtt dopamin szabadul fel a striatális rendszerben. A zene hallgatása során tapasztalt kellemes élmény kapcsolatban áll a mezolimbikus jutalmazási rendszerrel. Ez a filogenetikailag ősi kör segíti a biológiai reakciók jobb adaptációját. A zenehallgatás élménye ugyanakkor nem közvetlenül adaptív. Vagyis más művészeti élményhez



2019 év – az Új Mazda Skyactive Technológia forradalmi újdonságai elérkeztek hozzánk!

Látogasson el kereskedésünkbe személyesen is, tekintse meg a legújabb műszaki újításainkat, győződjön meg róla, hogy milyen is a Mazda jövője és mit tud nyújtani egy tradicionális Japán márka a hétköznapi életben Önnek, kompromisszumok megkötése nélkül!

Minden orvoskamrai tagsággal rendelkező Orvos hölgy és Úr jogosult kereskedésünkben egy 2-3 napos térítésmentes élmény tesztvezetésre a kiválasztott tesztmodellünkkel. Ezt a lehetőséget kár lenne kihagyni, éljen az alkalommal, próbálja ki a Mazdát!

Új autó vásárlása esetén típusától függetlenül az adott időszaknak megfelelő orvoskamrai kedvezményt tudunk nyújtani (kamrai tagság esetén). Már két autó vásárlása esetén maximalizált flottakedvezményt biztosítunk érdeklődőinknek, amit személyes egyeztetés alkalmával tudunk megtenni.

Gépjármű szervizelése esetén kamrai tagsággal rendelkező ügyfeleinknek 10% Márkaserviz kedvezményt biztosítunk, bármilyen gépjármű szervizelése esetén.

Továbbá használatú beszámítási programunkat szeretnénk figyelmükbe ajánlani. Nálunk vásárolt új autó esetén kimagasló beszámítási ajánlatokkal várjuk kamrai tagsággal rendelkező ügyfeleinket.

Itt az idő, hogy racionálisan döntsön. Válassza a Mazdát és a Japán filozófiának megfelelő emberközpontú technológiát!

Kattintson honlapunkra, vagy hívja kollégáinkat, akik szívesen állnak rendelkezésükre időpontegyeztetésre!

Hilcz és Fia Kft. • www.hilcz.hu
06 (20) 333 25 68, 06-74 431-908 • mazda@hilcz.hu

hasonlóan a zenei ingerek a hallgatót esztétikailag „jutalmaznak”, nem pedig közvetlen biológiai vagy kémiai hatást kiváltva. Az, hogy egy zenei élmény az adott személy számára mennyire „jutalmazó”, teljesen egyéni, mivel a zenei preferenciák nagy változatosságot mutatnak az emberekben. Összetett kognitív mechanizmusok révén élvezhetik a zenei élményt, ami egy absztrakt jutalom, amely átételese válik hasonlíthatóvá az alapvető biológiai ingerek okozta pozitív érzethez. A zene által kiváltott érzelmek időben válnak egységgé, mint például az élményre várakozás, annak késlekedése, a feszültség, a meglepetés. A striatum különböző régiói között időbeli disszociáció van miközben kellemes zenét hallgatunk. Együtt értékelt pszichofiziológiai, neurokémiai és hemodinamikai vizsgálat igazolta, hogy a legintenzívebb érzelmi pillanatok dopamin felszabadulásához kapcsolódnak a n. accumbensben. E régióhoz kötődik a pszichostimulánsok, mint például a kokain által kiváltott eufórikus hatás. Szoros a kapcsolat az érzelmi válaszokat közvetítő limbikus régiókkal, mint például az amygdala, a hippocampus, a gyrus cinguli és a ventromedialis prefrontális cortex. Ezzel szemben közvetlenül a zenei élmény csúcspontja előtt a n. caudatusban nagyobb a dopamin aktivitás. Megjelenik tehát az inger-válaszhoz köthető tanulás szerepe is. Fokozatosan létrejön a kapcsolat más kellemes élményekkel, mint az étkezés, a finom illat és íz (sőt a dohányzás) okozta öröm. Ezt az eredményt PET-vizsgálat is megerősítette: korreláció volt a hidegrázás érzete és a dopamin felszabadulása között a n. accumbensben.

A zenei élményeket gyakran kísérik objektív fiziológiai reakciók, mint a libabőr vagy a hátán végigfutó hidegérzet, amelyet a szakirodalom általában „hidegrázásként” ír le. A hidegérzet gyorsan terjed, bizsergő. Az esztétikai élmény általi kiváltott hidegérzet különbözik a hideg időjárás által kiváltott fázástól. Két nagy cso-

portja van: „libabőr”, amely érdekes módon pozitív érzésekkel kapcsolatos és a negatív érzelmekhez kapcsolódó további hidegérzések-
ből (pl. hátán végigfutó hideg). A zene bizonyítottan gyakori és erős hidegrázásérzést kiváltó inger.

A hidegségérzethez kapcsolható különböző akusztikus és zenei elemek vizsgálata céljából folyamatosan rögzítették hidegség érzetét és a test fiziológiai reakcióit. A hidegség érzet nem mutatott egyszerű inger-válasz mintát. Ez a személyiségtől függ, mint például az örömkeresés és jutalomfüggőség szintje. Zenei preferenciák és a zenehallgatás körülményei is szerepet játszanak a hidegrázásban. Minden személy másként reagál az eltérő zenei mintákra, nem pusztán az elemi akusztikus ingerekre. A hang megszólalása és a hangerő változása is felelős a szervezet vegetatív válaszáért.

Nem minden esetben azonos a zene kiváltotta autonóm hatás. Több kutató szerint a nőkben ez gyakoribb, ezért feltételezték, hogy a nők inkább „használják” a zenét a hangulat befolyásolására, mint a férfiak. Nehéz azonban megvizsgálni, hogy a nők és a férfiak valóban „használják-e” a zenét különböző célokra. A demográfiai tényezők (életkor, nem, zenei oktatás) helyett a személyiségtényezők befolyásolják a zenére hidegérzettel járó reakciót. Vannak, akikben nem kelt a zene libabőrözést. A szakirodalom egyetért abban, hogy a libabőrözést pszichés jutalomérzet előzi meg. A zene-kutatásban több rejtélyt feltárhat, ha a hatást a jutalom érzettel összefüggésében vizsgáljuk. Választ adhat arra, hogy szomorú zene miért okozhat kellemes érzést. Egy vizsgálat szerint a hidegrázás érzetével párhuzamosan az agyi véráramlás növekedett, de lokálisan csökkent a ventrális striatum, a középagy, az amygdala, az orbitofrontális kéreg és a ventrális mediális prefrontális kéreg területén.

Más tanulmány a zene által kiváltott hidegérzés során bekövetkező fiziológiai és pszichológiai változásokat együtt értékelte. Piloereakció

(libabőr), bőr hőmérséklet, bőrvezetési sebesség (GSR) került vizsgálatra egyidőben a zene kiváltotta válasszal párhuzamosan. Az eredmények azt mutatták, hogy a hidegrázás érzete egybeesett a bőrvezetési sebesség jelentős változásával, sok esetben a piloerekciónal. Ugyanakkor nem volt jelentős változás a bőr hőmérsékletében.

Általánosan elfogadott, hogy a szimpatikus autonóm idegrendszer közvetíti a perifériás biológiai változásokat, melyeket emocionális ingerek váltanak ki. Az eltérő zenei típusok különböző mértékben provokálnak hidegség érzést. Gregorián énekek alatt senki nem számolt be róla, ismerős dallamok esetén viszont 89%-ban. Testrészek szerint a leggyakrabban érintett a kar (89%), a kéz és ujjak (63%), az arc, fej és a nyak (60%), és a hát 48%. 79%-a vizsgálatban résztvevőknek számolt be bizonyos területeken libabőrözésről, mely főként a kar, a nyak hátsó részét és a lábakat érintette. Ugyanúgy hidegérzetről számoltak be szellemei ellazulás és növekvő figyelem esetében, illetve feszültségérzés és szorongás során.

Amikor koncertre, operába megyünk, akkor csak pozitív érzelmi hatásra, kikapcsolódásra számítunk, de legalábbis ezt tervezzük. Mi lehet az oka annak, hogy a kellemes és kellemetlen élmények sokszor egyaránt stressz reakciót váltanak ki? A válasz csak feltételes lehet. A művészeti események velejárója általában mind jó, mind rossz hatás. A zene jelentős (így kellemes és kellemetlen) élményt kelt. Ezért fordul elő, hogy mindkét esetben libabőrözést, borzongást vált ki. Hogy egy kellemes élmény miért provokál egyfajta stressz-reakció, erre az irodalom sem ad egyértelmű választ. Az biztosnak látszik, hogy a libabőr megjelenése zene hatására nem elsősorban életkor vagy nem függő, és nem is elsődlegesen szituációval együtt járó, hanem a hallgató személyiségre jellemző. Ahányan vagyunk, annyiféleképpen reagálunk rá. Ez egyfajta önjutalmazás, amit

az élmény ad, ennek a küszöbe pedig személynként más. Többek között ettől lehet szép a zene mindannyiunk számára.

(Irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Folyovich András,
Dr. Béres-Molnár Katalin Anna
Szent János Kórház és Észak-budai
Egyesített Kórházak, Neurológiai Osztály,
Stroke Centrum
Bősze Ádám, MTVA



A Diaverum a világ egyik legnagyobb független szolgáltatója a veseptlő kezelésekre. A világ 18 országában, 360 klinikán, 33 000 beteg ellátását biztosítja.

Magyarországon a Diaverum Hungary Kft. 10 dialízis központjában csaknem 280 munkatársunk dolgozik, azzal a céllal, hogy gondoskodó és személyre szabott kezelést nyújtson betegeinek.

Jelenleg a szolnoki, keszthelyi és kalocsai klinikáinkra keresünk főállású **DIALIZÁLÓ ORVOS** munkatársakat

Fő feladatok:

- A betegek előírás szerinti dialízis kezelésének ellátása
- A betegek oktatása a kezelés modalitásával, az étrenddel és a gyógyszerek alkalmazásával kapcsolatos tudnivalók vonatkozásában
- Az egészségügyi és egyéb nyilvántartások elkészítése

Elvárások:

- Orvosi egyetemi végzettség
- Betegellátásban szerzett szakmai tapasztalat
- Belgyógyászati vagy nephrológiai szakvizsga előnyt jelent
- Rezidensek és szakvizsga előtt állók, valamint pályakezdő orvosok jelentkezését is várjuk

Juttatások:

- Versenyképes fizetés
- Bónusz
- Európai szintű munkafeltételek
- Támogatás a szakképzés megszerzéséhez
- Támogatás konferenciákon és továbbképzéseken való részvételben
- Egyéb juttatások

Munkavégzés helye: Szolnok, Kalocsa, Keszthely

Szakterülek: Nephrológia

Jelentkezni lehet:

Amennyiben álláshirdetésünk felkeltette érdeklődését, kérjük, az alábbi email címre küldje el magyar nyelvű szakmai önéletrajzát: ildiko.nagy@diaverum.com

A kiválasztással összefüggő adatkezelési tájékoztatónkat („Adatkezelési tájékoztató állásra jelentkezők részére”) a következő linken találja: <https://www.diaverum.com/hu-HU/toborzasi-szabalyzat/>

A jelentkezés befogadásának feltétele, hogy a jelentkezés benyújtásakor nyilatkozzon az abban foglaltak megismeréséről. Ehhez mintát a tájékoztató mellékletében talál.

Teremtő vágyak 3.

Szerelmek, műzsák, szeretők

A könyvismertetést öt olyan festmény felsorolásával kezdeném, amely mindegyikén egy-egy nőalak szerepel: Vermeer – Lány gyöngyfülbevalóval, Alphonse Mucha – La samaritaine, Frida Kahlo – A törött gerinc, Boryné Komócsin Ilona – Önarckép, Dante Gabriel Rossetti – Beata Beatrix.

Fontos leszögezni, hogy ez az öt festmény nem szerepel a Teremtő vágyak 3. – Szerelmek, műzsák, szeretők című könyvben. Az olvasó ezen a ponton joggal teheti fel a kérdést, hogy miért indítok egy könyvismertetőt öt olyan festmény felsorolásával, amelyek nem is szerepelnek a könyvben? Nos azért, mert az ismert orvos, Gerevich József a szerzői előszóban olyan játékokra hív, amelyeknek nehéz ellenállni; a könyv így már jóformán a tartalommal való megismerkedés előtt interaktívá válik, szinte úgy érezzük, hogy a szerző ott van velünk, és vele együtt közösen gondolkodhatunk az elénk kerülő műveken. Ez a fajta játékra hívás – amely miatt tulajdonképpen órákat töltöttem úgy a könyvvel, illetve számítógépem böngészőjével, hogy nem haladtam az előszónál tovább – rendkívül jó ráhangolódást biztosít a könyv témájára és arra a befogadási módra, amely révén igazán elmerülhetünk az egyes fejezetekben. A játék révén ugyanis megkezdhetjük a fokozatos elmélyülést az egyes képekről és szerzőikről (valamint műzsáikról) való gondolkodásban.

Ez a fajta elmélyülés ugyanakkor már nem idegen azok számára, akik korábban ismerik Gerevich József munkásságát. A jelenlegi recenzióban ismertetett könyvnek ugyanis két közvetlen előzménye is van (a Teremtő vágyak – Művészek és műzsák, valamint a Műzsák és festők – Teremtő vágyak 2. című könyvek), amelyek megalapozhatják az utazást a művészek, műzsák és műalkotások történetének világába – ugyanakkor a könyv önmagában, az előzmények ismerete nélkül is érthető, jól befogadható olvasmány. A könyvbéli előzményeken túl számomra még egy további élmény is kapcsolódik a Szerelmek, műzsák, szeretőkhöz: ez pedig Gerevich József művészetpszichológiai előadássorozata. A szerző előadásai – akárcsak a könyv – üdítően interaktívak: középpontba helyez egy alkotást, amiről együtt gondolkodik a közönséggel (legyen az egy gyerekrajz, vagy egy szinte mindenki által ismert alkotás), aztán szép sorban megismerteti a résztvevőket az alkotás mögött álló lehetséges motívumokkal, és érzékletes példákat is hoz ezekre egy-egy festő élete és alkotásai révén. Ha az olvasó ezen a ponton úgy érzi, hogy netán feleslegesen keltegetem az érdeklődését egy olyan előadás(sorozat) iránt, amelybe nem tud bekapcsolódni, van egy jó hírem: a könyv hasonló élményekkel kecsegtet. A már említett interaktivitáson túl feltárul előttünk az alkotás háttérében álló motívumok világa (és ezzel párhuzamosan a műzsák szerepe az alkotófolyamatban), valamint válaszok is körvonalazódnak azokra a kérdésekre, amelyek az előadásokon esetleg még csak hipotézisekként szerepeltek. Ez pe-

dig egy újabb rétegét adja a könyvnek, amely betekintést enged a kutatási folyamatba: a szerző kérdéseket fogalmaz meg, válaszokat keres, majd ezek nyomán újabb kérdéseket fogalmaz meg – ez pedig nagyon inspiráló lehet az intellektuális kihívást kereső olvasó számára.

A könyv hét nagyobb fejezetből áll, amelyek a következő címeteket viselik: Vágyteljesítés, Kölcsönös függőség, Elbocsátó, szép üzenet, Eltaszított művészek és műzsák, Önvizsgálat, Zuhanás a mélybe, A boldogság kikötője. Ahogy a fejezetek címeiből is látszik, mind-egyik egy-egy olyan motívumra helyezi a hangsúlyt, amely az alkotás muníciójául szolgálhat. Az egyes fejezetek alatt legalább kettő, legfeljebb öt alfejezet található, amelyekben valamilyen módon ez a hét motívum jelenik meg egy-egy művész – és természetesen műzsáik, valamint kiemelt alkotásaik – bemutatásával.

A Teremtő vágyak korábbi köteteiben számos híres festő – például Paul Gauguin, Pablo Picasso, Amadeo Modigliani, Edvard Munch, Frida Kahlo, Paul Cézanne, Gustav Klimt – élete és művei jelennek meg, és ez a tendencia a Szerelmek, műzsák, szeretők című könyvben is folytatódik. Ebben a kötetben is megjelennek ismert külföldi festők művei és élettörténetei, ugyanakkor bemutatásra kerül számos magyar művész, kortárs művész és női művész is – köztük olyanok is, akiket eddig inkább műzsákként tartottak számon a források. Az olvasó (a jelenlegi recenzió szerzője mindenképp) ezáltal olyan életműveket, vagy azok olyan új olvasatait fedezheti fel, amelyek eddig esetleg rejtve maradtak számára.

Sokat gondolkodtam azon, hogy kinek szól leginkább ez a könyv? Pszichiátereknek és pszichológusoknak? Művészettörténészeknek? Laikusoknak? Vagy tulajdonképpen mindenkinek? A szerző pszichiáter, addiktológus szakorvos, ezért adná magát a feltételezés, hogy a könyv elsősorban orvosoknak és pszichológusoknak szól, a téma

ugyanakkor a művészetek világába visz el minket, sok olyan hipotetikus feltevessel, amit nem feltétlenül tudunk igazolni a tudomány eszközeivel, hiszen nem minden képnek vagy művésznek volt „krónikása” a maga idején. Gerevich József azonban nagy körültekintéssel kalauzol minket a művek, a művészek és a műzsák szövevényes kapcsolatrendszerében; a tovább kutakodni vágyó, tudományos beállítottságú olvasók számára ráadásul sok hasznos forrást tüntet fel minden alfejezet végén. A könyv nyelvezete élvezetes és olvasmányos, így rendkívül tartalmas olvasmány lehet azok számára is, akik nem szakmabeliek, de érdeklődnek a művészetek és a pszichológia, illetve pszichiátia iránt. A szakma irányában egyébként néhol finom kritika is megjelenik – például Louis Wain kapcsán –, amely óvatosságra és körültekintésre inti azokat, akik a művészek és műveik pszichopatológiai vagy patopszichológiai elemzésére vállalkoznak.

A Szerelmek, műzsák, szeretők megannyi izgalmas kérdést vet fel. Mi lehet a jelentősége annak, ha egy művész csak macskákat fest? Hogyan válhatnak egy kapcsolat stációi performanszá? Miért vállalkozik valaki szerelme haldoklásának részletes dokumentálására? Kihez köthető valójában A forrás című alkotás? Milyen – esetleg kevésbé kézenfekvő – magyarázata lehet annak, hogy egy festő alkotásain előtérbe kerül a prepubertás korú lányok ábrázolása? Hogyan dokumentálhatják a személyiségfejlődést a meztelen vagy félmeztelen „szelfik” egy festő esetében? A művészek között is vannak-e „szeretetre vágyó sünök” (az ismert kis történetben a sünök fáznak, ha távol vannak egymástól, de megsebzik egymást tüskéikkel, hogyha túl közel húzódnak egymáshoz), és meg tudják-e találni az optimális távolságot? Ha mindezekre kíváncsi az olvasó, utánajárhat a könyvben.

Ágoston Csilla

Egy-egy otthonról kapott levél az életet jelentette

Jó lenne, ha az egész ország többet foglalkozna magának az értéknek a definíciójával, hogy mit tekintünk értéknek
– vallja dr. Katona József, a Szent János Kórház szájsebész főorvosa, akivel új könyvének indíttatásáról beszélgettünk.

– A Nagy Háború képekben, családi képeslapokban – ez a címe a kötetnek, amely szintén sok történelmi tévhitet oszlat el.

– A történelemkönyvekben is gyakori a részletekben megbújó tévedés, tévhit – mondja. – Akár szándékos félrevezetésről is lehet szó. Az aktuális történelemkönyvek mindig az adott politikai rendszernek megfelelően vezetnek félre. A mai napig tisztázatlanok azok a körülmények, ahogyan a háború véget ért. Hadd említsem példaként Richthofen báró történetét! Német pilóta volt, akire az ellenséges pilóták is szeretettel gondoltak vissza. A temetésén koszorút dobtak le és eltemették halálának színhelyén, majd a családi sírboltba a háború után. Mikor a Führer fülébe jutott, hogy Richthofennek sok légi győzelme volt, a példaképek sorába emelte. Hirdette az ifjúságnak, hogy ilyen emberekre van Németországnak szüksége. Ezért exhumáltatta a családi sírből és eltemettette a Halhatatlanok Csarnokában. Hitler halála után került csak vissza ismét a családi sírba. Halálában se nyughatott, mert négy temetése volt. Vagyis az első világháborúnak a szépségeit és annak valós hőseit használták fel a második világháború propagandájában.

– Mi képezi a gyűjtemény alapját, és milyen emléket idéz?

– Apai nagyszüleim tizenketten voltak testvérek. A legidősebb négy gyereket elszóltotta a Nagy Háború. Két orvost, egy papot és egy Szent Vincés nővért, aki azt mondta, hogy ha három testvéremet elviszi a háború és besorozzák őket, akkor én velük megyek, mert én valamelyik katonai kórházban ápoló leszek. Így négyen a családból kiválva elmentek, hogy szolgáljanak az Osztrák-Magyar Monarchia hadseregében. A családfő nem tudta kimondani azt a mondatot az esti imánál – mert az



is volt akkor –, hogy Uram legyen meg a te akaratod. Sokallta, hogy négy gyerek megy el.

– *Mi lett velük?*

– A Szentlélek munkája révén kis sérülésekkel ugyan, de mind a négyen hazajöttek. A gyűjteményem alapját, az általuk begyűjtött képanyag, levelezőlap és írott levél képezi, amit négy évenként a szülőknek küldtek haza. Ezek az emlékek rám maradtak apámon keresztül. A háborút hosszú évekig túlélő résztvevők gazdagították ezt az anyagot, akik nem tudtak voltaképpen ezektől a borzalmas élményektől megszabadulni és az egész élet-sorsukat végig kísérte.

– *Miről tanúskodtak leginkább a haza írt üzenetek?*

– Én jól vagyok, az idő szép – ezek a képeslapok jöhettek. De az olyanok, hogy két hete éhezem, nincs ivóvíz, ezeket cenzúrázták, és megsemmisítették őket a propaganda érdekében. A gyűjtemény gerincét tehát a hazaírt semmitmondó postai lapok képezik. Azért semmitmondóak, mert azokat cenzúrázták teljesen. Maradtak olyan levelek, amiket nem cenzúráztak ki, mivel az emberekben lévő közlési vágy és a háborús frontok okozta borzalmak miatt egyre többen kényszerültek írásra. Majdnem mindegyik ilyen megőrzött levél arról panaszkodik, hogy már megint nem írtatok, már megint nem válaszoltatok. Olyan stresszben voltak ezek a katonák, hogy egy-egy kapott fénykép és posta otthonról az életet jelentette számukra.

– *A gyógyítás mellett mikor tud időt szentelni az írásra, a gyűjtemény rendezgetésére?*

– Sajnos az orvosi elfoglaltságaim, rendeléseim nem teszik lehetővé, hogy az ötlet-fél-óráimat kihasználjam, mert amikor az ember fölkel és úgy érzi, hogy na most lenne egy ötletem és ezt le szeretném írni, akkor egészen másképp jön elő az írásos formája, mert



a gondolat szentsége a legnagyobb. Aztán hogy ez miként jön át írásban a csörgő telefonok és vállveregetések közepette, az már nehezebb dolog. Néha holtfáradtan este csinálom, és másnap, amikor átolvasom, rájövök, hogy tele van hibával. Már nem ugyanaz, amit elképzeltem. A legjobb az lenne, ha nekiállhatnék és írhatnék. A gyűjtésnek és az írásnak sohasem lesz vége. Folyamatosan a segítség, vagy egy-egy új élmény során ösztönszerűen rányúlok az ismeretlen darabokra is. Nagyon ritka már az olyan eset például, amikor az ember harminc év gyűjtése után megtalál egy hajóbelsőben lévő orvosi rendelőt, amelyben operáltak. Egy orvos kolléga nagypjától származó fadobozban lévő teljes műszerparkot találtam, amivel ezen a hajón a sebészorvos még egy magas, tehát egy combközép-amputációt is meg tudott csinálni, kórházi körülmények között.

Szüts Bendegúz



Gyere Velem Operába!

Antall József-émlékkoncert – Események – Útravaló-Január, Februári programok, Könyvismertető – Klemperer Budapesten 9. – Fekete Pál, Laczó István emlékezete – Bűvös vadász és a színházi szabó

Mottó: Halhatatlan mentoromtól, Abody Bélától kölcsönöztem az alábbi írás címet. Ő még egész könyvet szentelt az operának 1973-ban, én a mai felgyorsult életünkben inkább rövidebb anyagokkal, információkkal fordulok olvasóink felé.

Halálának 25. évfordulóján koncerttel tiszteltgett Magyarország rendszerváltozása utáni első szabadon választott miniszterelnökének emlékezete előtt a Magyar Állami Operaház, december 10-dikén az Erkel Színházban. Az esten a Magyar Állami Operaház Zenekarát és Énekkarát Kocsár Balázs főzeneigazgató vezényelte. A hangversenyen elhangzott Beethoven: Egmont-nyitány, Verdi: Don Carlos – szabadságkettős, Kocsár Miklós: Csellóverseny, Kodály: Budavári Te Deum.

Útravaló

A Magyar Állami Operaház Útravaló 2019 címmel megjelent CD-vel üdvözölte Ókovács Szilveszter

főigazgató az év első fővárosi kisbabáját, míg este az Erkel színházban a hagyományos újévi gálaeseten több, az alkalomra készült alkotás mellett Beethoven 9. szimfóniája várta a közönséget. Emellett az Erkel Színház története legsikeresebb decemberét zárta, amiben a december 31-dikei, 100. előadását ünneplő új Diótörő-koreográfia is szerepet játszott.

A Magyar Állami Operaház immár hetedik alkalommal állít össze Útravaló címmel zenei kiadványt, amelyet az év folyamán minden magyar újszülötthöz el kíván juttatni, hogy ezzel is elősegítse a gyermekek zenei műveltségének megalapozását.

A lemez idei anyagát a Zempléni Fesztivál 2018. augusztus 19-dikei zárókoncertjére adja, amelyet a sárospataki Rákóczi-várban rögzítettek. Az albumon szerepel Erkel Ünnepi nyitánya, Bartók Öt magyar népdal éneke hangra és zenekarra című művei, Weiner Conertino zongorára és zenekarra című darabja, Dohnányi Szimfonikus percek című opusza és Kodály Galántai táncok című alkotása. A felvételen a Magyar Állami

Operaház Zenekarát Medveczky Ádám vezényeli, közreműködik Megyesi Schwartz Lúcia opera-énekes, aki négygyermekes családként az idei lemez beköszöntőjét is írta, valamint Zsoldos Bálint zongoraművész.

Bánk bán Dél-Koreában

Az Opera nemzetközi turnéinak egyik különleges állomása volt januárban a dél-koreai Tegu, ahol a város operájában január 17-dikén a Magyar Állami Operaház művészeinek közreműködésével és betanításával állították színpadra Erkel Bánk bánját. Az együttműködés célja a két ország nemzeti operáinak bemutatása egymás dalszínházaiban, így elsőként a budapesti Opera szólistái zenekarának és énekkarának szólamvezetői, valamint Dénes István karmester utaztak ki és tanították be a helyi művészeket az előadást megelőző 10 napban. Bár a produkció koncertszerű, a szólisták (köztük a főbb szerepeket László Boldizsár, Komlósi Ildikó és Róser Orsolya Hajnalka énekelte) a jobb átélhetőség kedvéért a Káel Csaba-féle rendezés Csikós Attila által tervezett díszleteinek vetített háttérében és Velich Rita jelmezeiben léptek színpadra. A vendégséget a dél-koreai társulat a tavasz folyamán vizionozza majd. Az Opera tegui bemutatkozása egyben a Koreai Köztársaság és Magyarország közötti diplomáciai kapcsolatfelvétel 30. évfordulójához kapcsolódó jubileumi év nyitóprogramja is. Ez volt a 2018-19-es évad során nemzeti operánk harmadik kiemelkedő vendégszereplése, amely az Opera szervezésével helyreállított Beregszászi Aréna a New York-i David H. Koch Színház után most a Tegui Operaházba is eljut.

Mit láthatunk, hallhatunk?

Február 1., Sümegi25

Pályakezdőként Pavarotti versenyt nyert lírai spinto (jugendlich dramatisch, magyarul fiatal drámai) szoprán külföldi (Salzburg, Párizs, Bécs, Frankfurt) sikerei mellett súlyponttal itthon működő művész maradt. Szerencsénkre gyakran látjuk, halljuk Sümegi Eszert. 2018: Kossuth díj!

Negyedszázados jubileumát rendkívül gazdag programmal ünnepli.

Február 1–2.: Erkel Színház

Lehár Ferenc – A mosoly országa

Lehár Ferenc operához fűződő erős kötődése ismert: többször vezényelt is az Andrássy úton, és filmhíradó-felvétel örökíti meg, ahogy 1943-ban a Garabonciás című nagyoperettjének – a Cigányszerelem átiratának – premierjét irányítja az Operaház zenekari árkában. Puccini, akivel közeli kapcsolatot tartott, azt mondta róla: ha az opera műfajában kötelezte volna el magát, a legnagyobb riválisa lehetett volna. Lehár néhány műve azon kivételek közé tartozik, amelyeket operaházaknak is díszükre válik előadni: ilyen A víg özvegy, vagy a Cigányszerelem, és A mosoly országa is. Utóbbit 1930-ban mutatta be az Opera, február elején pedig a Müpa állítja színre.

Február 9 és 13.: Erkel Színház Luciák

Gruberová-val. Az ötven (!) éve debütált világsztárt először láthatjuk színpadi változatban a Donizetti mű címszerepében.

Február 22. Ponchielli: Gioconda premier

Sümegi Eszter, Wiedemann Bernadett, A. Agache, Kálmándy Mihály, Boncsér Gergely, Gál Erika, Cser Krisztián. Rendező: Anger Ferenc, vezényel Kesselyák Gergely. 20. évi szünet után láthatjuk, hallhatjuk Ponchielli „hátrányos helyzetű”, Verdi árnyékában született remekét.

Február 25. Erkel Elina Garanča Ária és dalestje

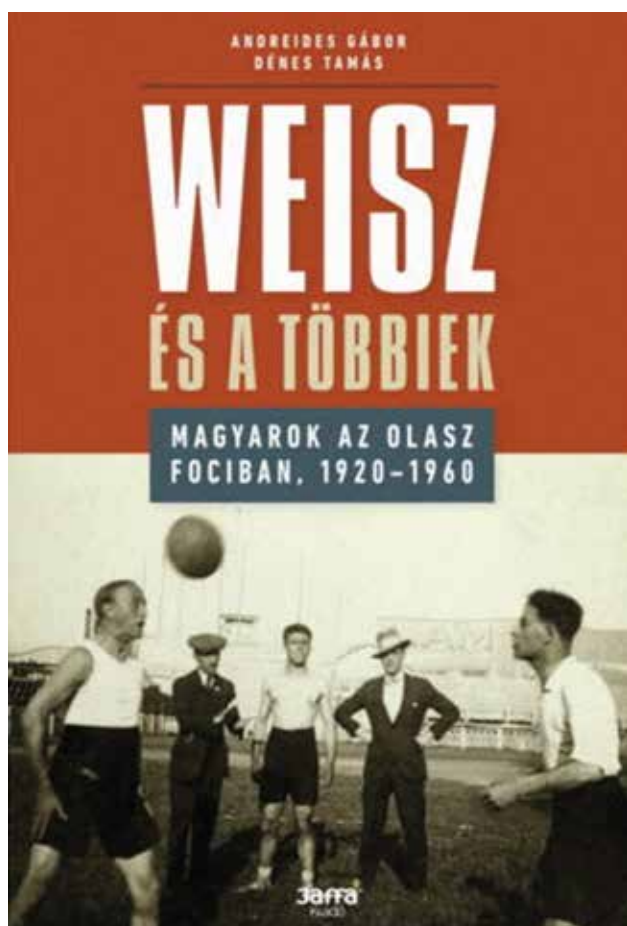
A litván származású mezzoszopránt, in floribus üdvözölheti a magyar közönség.

Március 2. Olasz Farsangi est Sonya

Yonchevával, a bolgár szopránscillag először énekel Budapesten. 2019 olasz év, Puccini szelleme hatja át.

Könyvismertető

Nincsen rózsza tövis nélkül, nincsen beefsteak mustár nélkül, opera rovat foci nélkül. Olasz opera, olasz foci. Remélem a Kolléganők megbocsájtják a mértéktartó kitérőt. Az ötletes, sokszínű magyar könyvpiacra észrevétlenül megjelent



a Jaffa kiadó, 21 labdarúgással kapcsolatos könyv. 1938-as VB ezüst, Futballforradalmak, Barca, Buffon, Cruyff, Iniesta, Guardiola néhány kiragadott név, cím, téma.

Nemrég jelent meg Andreides Gábor és Dénes Tamás tollából „Weisz és a többiek”, alcíme „Magyarok az olasz fociban, 1920–1960”. Manapság hihetetlenül hangzik, de a világ egyik futballközpontja 1910-től a 60-as évek elejéig Magyarország volt, ennek eklatáns példája a magyar-olasz futballszimbiózis. 1934: a világbajnok Olaszország első osztályában (Serie A) 18 csapatból 12-nek magyar edzője volt, az Intert tíz éven át csak magyar edzők irányították. Károly Jenő, Tóth Potya István, Schaffer Alfred olaszországi sikerei mellett emléket állít az Auschwitzban családjával együtt mártírhalt Weisz Árpádnak, aki három olasz bajnoki címével az 1945 előtti korszak legnagyobb magyar edzőstárja volt. 230 oldalon 75 fotó, gazdag infor-

mációs anyag, adatok. Volt ennyi magyar énekes, operista valaha a Scalában? Énekes ma is van, mit nem adnánk ezért a mai futballéletben. Focirajongók számára alapmű, kolléganők, amíg szeretteik olvassák, addig sincs velük gond.

Klemperer Budapesten 9.

1949. január 23 és 25. A Klemperer éra egyik csúcspontja. Offenbach: Hoffmann meséi. Bemutató kettős szereposztásban. Fehér Pál, Fekete Pál, Galsay Ervin, Gencsy Sári, Gyurkovics Mária, Jámbor László, Kálmán Oszkár, Losonczy György, Maleczky Oszkár, Nagypál László, Neményi Lili, Orosz Júlia, Szilvássy Margit – aranycsapat, ugye? Offenbach dalműve nem tartozik a nagy dirigensek ínyencfalatai közé. Klemperer a kihúzott részeket visszaállította, a 3. és 2. felvonás megszokott sorrendjét felcserélte, dramaturgiailag az Antonia kép a darab középpontjába került, és az „optimistább” velencei képpel zárult a költő tragikus kalandjainak sora. Hatalmas szakmai és közönségsiker. A kritikusok egyértelműen üdvözltek a változtatásokat.

Galsay Ervin emlékezése. „Amikor összegyűltünk a Hoffmann meséi első zenekari próbájára, az énekesek és zenekari tagok előtt Klemperer felment a pódiumra és így szólt a zenekarhoz: »Látják kérem, ezek azok a hölgyek és urak, akik a dalmű szerepeit fogják énekelni. Csak arra szeretném felhívni a figyelmüket, hogy mi mindnyájan azért jöttünk most össze, hogy ezeket a hölgyeket és urakat kíséjük.« Ez volt Klemperer, akinek első gondja az volt, hogy a zenekar tiszte a szólórészekén kívül természetesen az énekesek kísérete és ez nagyon megragadt bennem, mert ilyen kitételt karmestertől nemigen hallottam. Nagyon szigorúan vette a Hoffmann meséit, a műnek drámai, és nem daljátékjellegét kívánta hangsúlyozni. Crespel tanácsos jelenetét – talán mondjuk úgy, hogy az én házamban lejátszódó jelenetet – a második felvonásba helyezte át, ezzel is súlyt adva a drámának. A szereppel kapcsolatban Klemperer azt mondta nekem: az a lényeges, hogy Crespel tanácsos félelmén keresz-

tül még jobban ki tudjuk domborítani dr. Miracle démoniságát. Tehát még erre is gondolt. Az én feladatom tulajdonképpen az volt, hogy jól tudjak félni. Klemperer vezénylése mutatta meg számunkra azt, hogy a Hoffmann meséi minden látszólagos könnyedsége mellett vérbeli drámai opera.” Az Offenbach-mű énekes szempontból légtornász (hangtornász) mutatvány, három felvonás, elő- és utójáték, néhány szereplő végig a színen van. A sokat emlegetett kiváló rádiós munkatárs, Boros Attila elévülhetetlen érdeme, hogy az 1949. április 2-dikán rögzített előadás teljes egészében fennmaradt.

Engedjenek meg néhány szubjektív gondolatot. Hatodik évemet tapostam, már voltam előtte is operában, azonban a Hoffmann-premier cövekelte oda egy életre. A muzsika, Barcarola, a káp-

rázatos Velence képe, azonnal megnéztem még kétszer. Volt még egy felejthetetlen momentum: Fekete Pál négyféle szerepben. Generációm rajta keresztül szerette meg az operát. Francia király (János vitéz), Zsupán (Cigánybáró) maradt meg leginkább egy gyermek emlékezetében. A harmincas évektől 400 hangfelvételt készített többnyire könnyebb műfajból, nagy cégeknél (Homocord, Odeon, Radiola). A 40-es évek második fele hozta meg számára az opera a színpadi kibontakozást. Felejthetetlen alakítása volt Frosch börtönőr A denevérben. Ebben a szerepében is megmutatkozó humorát nem kisebb dirigens értékelte igen nagyra, mint Otto Klemperer, akinek szükség esetén a zenekar tagjai fordították németre Fekete Pál rögtönzéseit. 1956. február 12-dikén is ebben a szerepében



ünnepelte negyedszázados operaházi tagságát. Utolsó alakítása is Frosch volt, néhány nappal korai, hirtelen halála előtt. Pontosan hatvan éve, 1959. január 3-dikán hunyt el, egy Denevér előadás után, operaközei lakása lépcsőházában. Várhatott volna, teli bőrrönddel távozott, produkcioit igazán a televízió adhatná vissza.

1949. február elején a nápolyi San Carlo is magyar vonatkozású lett. Puccini Turandot. Helybeli lapok: örömmel üdvözljük ismét **Laczó Istvánt**, kíváncsiság övezi a még kevésbé ismert címszereplőt, Maria Callas-t (ld. mindkettőt címképünkön). Egyetlen magyar énekes, aki Callas partnereként főszerepet énekelt. A Laczó család



a premier után hazajött, Laczó István a Milánói Scala szerződésével a zsebében nem jegyzett békekölcsönt. Nemhogy a Scala-ba, sehova sem utazhatott. Nem vigasztalta, hogy Ferencsik János, Osváth Júlia, Svéd Sándor, Székely Mihály sem. Callas további sorsa ismert, most megy a film(!). Történelmi érdekesség, hogy ezekben a napokban pontosan 70 éve január 28-dikán lépett le az osztrák határon át, kalandos körülmények között másodmagával Kubala László, később a Barcelona sztárja, legnagyobb ikonja lett. Sorsfordító év volt ez az 1949.

Visszatérve Klempererre, a mester szerette volna Weber Bűvös vadászát is vezényelni,

rendezni. Csak a nyitány hangzott időnként koncerten.

Álljon itt befejezésül egy kedves történet a Bűvös vadászról és egy színházi szabóról. Serfőzőnek hívták, negyedszázadon át varrta a színpadi kosztümöket a Nemzeti Színházban. Többnyire fogalma sem volt mit játszanak, azonban volt egy szerepe a Bűvös vadászban, ő volt a skorpió. A híres „ördögszakadék” jelenetben jeleskedett, mászkált ide-oda a többi szörnystatiszta között. Nagyszerű jelmezt varrt magának, nagybajuszú, kétágú farkú, hatlábú skorpió volt. Az ördögszakadékban már lobogott a tűz, a harmadik varázsgolyó kiöntésénél indult a szörnyek csoportja. Ám szegény békés természetű szabó az utolsó pillanatban vette észre, hogy jelmeze szemnyílását valamelyik gonosz kollégája bevarrta. Egyenesen a tűzbe mászott, onnan a Kaspárt alakító énekes zavarta el, kardra tűzött koponyával fejbe vágta. Onnan a sűgőlyuk felé vette útját, akkor a megrémült sűgő hozzávágta a sűgőpultot. Óriási tapsvihar és hahota kísérte a partitúrában egyáltalán nem szereplő produkcioit. Serfőző fel-alá mászkált, mint a toketlen kutya, mire az ügyelő beszólt „Serfőző, maga császári és királyi marha, mit csinál? Takarodjon!” Szabónk megfogadta a tanácsot, sértett elkeseredésében levette a skorpió fej jelmezét, két lábra állt és sűrű szemrehányásokkal illetve kollégáit kísétált a színpadról. A mondandójáért ma nem kapna Kazinczy díjat. Lám-lám, a ma divatos koncertszerű előadásokon ilyen nem fordulhatna elő.

Kinek ennyi jó kevés, azt gáncs és megvetés helyett a Budapesti Tavasz Fesztivál szokottnál is gazdagabb operaelőadásai, Hovanscsina, Jolanta, Hamupipőke vigasztalhatják, részletek legközelebb.

Dr. Szomolányi Gy. István
hivatásos operarajongó,
Svéd Sándor Csikar-ügyek
reménybeli nagykövete



Dallamos színházak, *festői mozik*

*A kultúra különböző ágai érdekes
összegyűrésének lehetünk tanúi
mostanában.*

A színház és a zene összekapcsolásának persze már régi hagyományai vannak, de azért itt is találhatunk olyan meglepő társítást, mint például a Semmelweis című zenés darab, amely a zseniális orvos élettörténetét mutatja be. A mozi és a képzőművészet házasságából korábban alig, napjainkban viszont szerencsére egyre több példát láthatunk. A két műfaj így együtt egymást erősíti, hiszen például a mozi-ban kényelmesen ülve nézhetjük végig az eddigi talán legnagyobb Bosch kiállítást, elkerülve a tömeget, ráadásul a közeli kameraállásoknak köszönhetően a képek olyan részleteit is nagyítva láthatjuk, amelyeket ezelőtt sohasem.

Színház+Zene

Menopauza

Budapest, Játékszín – március 22.

Mindenkivel megeshet – mármint ha nő, és elmúlt annyi... A mi történetünk ma játszódik, a new york-i Bloomingdale's áruházban – de játszódhatna a világ bármelyik más áruházában is. A szereplőink négy nő, és velük is megesik az... Az, amiről nem szere-tünk beszélni. Mert tabu. De mi most meg-döntjük. Ismerős sorsok, világhírű slágerek, ellenállhatatlan humor. A színpadon négy díva, négy csodálatos nő, akik mesterei a humornak és varázslatosan énekelnek...A kritika szerint az előadás humorral szőtt örület, amely a nyolcvanas évek világsláge-reivel megbolondítva üdítően szórakoztat. Szereplők: Hernádi Judit, Szulák Andrea, Tóth Enikő, Náray Erika.

Semmelweis

Budapesti Operettszínház – március 27.

Doktor Semmelweis Ignác boszorkányüldözött ember volt a maga korában. Mániákus, kellemtelen embernek tartották. Családja és kollégái elárulták, és végül egy elmegyógyintézetben saját ápolói ölték meg. Bűne az volt, hogy új tanokat mert hirdetni, konokul kitartott meggyőződése mellett, és mindent kockára téve harcolt az igazáért és ezzel mások életéért. Semmelweis felfedezte, miként lehetne kiküszöbölni a gyermekágyi lázat. A megoldás roppant egyszerű volt, ám süket fülekre talált. Tömegével haltak meg anyák a szülés után, de az orvosi elit tagjai nem akartak szembenézni a saját felelősségükkel: gondatlanságukkal ők maguk terjesztik a fertőzést. A nagy forradalmak és felfedezések korszakában Semmelweis saját forradalma elbukott, és mintegy száz évnek kellett eltelnie, mire elnyerhette az „anyák megmentője” címet.

A Semmelweis című zenés darab ősbemutatójának amerikai zeneszerzője, Raymond J. Lustig és szövegírója, Matthew Doherty a tettvágytól buzgó, önmagával és a világgal viaskodó Semmelweis pszichéjében, valóság és képzelet mezsgyéjén kalauzolja végig a közönséget. Semmelweis figurájának musicalhatású szólóit és a helyenként játékos karakterű, dallamos, olykor misztikus hangulatú énekkari tételeket egy különleges hangszereket is megszólaltató kamarazenekar kíséri sokszínű, gazdag zeneművet hozva létre. A darab címszerepét Szabó P. Szilveszter játssza, szövegét pedig Szabó T. Anna költő ülteti át magyar nyelvre.

A darabot több városban is bemutatják, a vendégszínházak időpontjai és helyszínei: Kolozsvár – március 12., Marosvásárhely – március 14., Kecskemét – március 18., Hódmezővásárhely – április 5.

Nők az idegösszeomlás szélén

Budapest, Átrium – április 16.

A híres spanyol rendező, Pedro Almodóvar robbanásszerűen tört be a filmes szakmába a

nyolcvanas években, az Asszonyok a teljes idegösszeomlás szélén-nel. A filmet 25 díjjal jutalmazták és szinte azonnal belépett a kultfilmek sorába. Ez az egyedülállóan fordultatos történet különös de szerethető alakokat vonultat fel, humora magával ragadó, és minden keserűség mellett tele van életörömmel. A musicalben jóakarók, ellenségek és nők minden mennyiségben, hol gyalog, hol taxival kergetik érzelmeiket, háttérben a reklámfilm-forgatások kaotikus világa, rögzítőkön hagyott telefonüzenetek sora, na meg nyugtatók a turmixgépben. Temperamentumos, latinós zene és igazi mediterrán életérzés a színpadon. A női nemet dicsőítő díjnyertes film színpadi adaptációja az Operettszínház sztárhölgyeinek főszereplésével került színpadra.

A bajnok

Budapest, Katona József Színház

„Úgy tíz-tizenöt évvel ezelőtt, amikor a Gyévuska című közös operánkon dolgoztunk Darvas Benedekkel, Pucciniről beszélgetve én a Pillangókisasszonyt dicsértem neki, mire Bence azt mondta, mestere, Petrovics Emil szerint van egy jobb is: A köpeny, mely nemcsak Puccini munkásságának legjobbjá, hanem az egész operairodalom csúcspontja is. Aztán amikor meghallgattam, rögtön elvarázsolt a gyönyörű nyitány, mely egyszerre jeleníti meg a zenedráma színhelyét: a hol lágyan hömpölygő, hol félelmetesen örvénylő folyót, és vetíti előre a folyó partján élő emberek sodródását a tragikus vég felé. A továbbiakban is magával ragadott a zene tömény drámaisága és a szereplők lélekábrázolásának zenei finomsága, részletessége: a legapróbb rezdülésektől az érzelmi detonációkig. Aztán mostanság – amikor újrhallgattam az operát – eszembe jutott, hogy milyen szépen rá lehetne illeszteni a zenére egy, a jelenkori Magyarországon játszódó, bizarr szerelmi háromszög történetét.” Ez lett, Pintér Béla drámaíró, rendező, színházcsináló vette a bátorságot és átírta Puccini librettóját mai történeté. A főbb szerepekben: Rezes Judit, Nagy Ervin, Jordán Adél.



My fair lady

Budapest, Centrál Színház – március 13.

Eliza Doolittle, a szegény, rongyos virágáruslány egy este belebotlik a különc nyelvészbe, Higgins professzorba, aki könnyelműen fogadást köt: a lányból hat hónap alatt hercegnőt farag. A csodálatos átváltoz(tat)ás kemény munka mindkettőjük számára, ám végül lehet, hogy a tanítvány felülmúlja mesterét. Shaw fanyar-szellemes példázata a férfi és a nő örök párviadaláról Lerner és Loewe csodálatos dalaival az egyik legszebb és legnépszerűbb musical. A Centrál Színház My Fair Lady-je friss, szenvedélyes hangnemben meséli újra az ősi mesét, ugyanakkor klasszikus kiállítású előadás káprázatos látványvilággal, nagyzenekari hangzással. A főszerepekben: Tompos Kátya, Alföldi Róbert.

A muzsika hangja

Debrecen, Kölcsey Központ – március 27.

Maria, az életvidám apácanövendék, bármennyire is igyekszik, nem igazán találja a helyét a zárdában, szabadságvágya újabb és újabb kalandozásokra csábítja, és szívesebben tölti az idejét a környező hegyekben, mint a zárda falai

között, ahol álmodozó természetével folyamatosan galibát okoz. Főnökasszonya ezért elszegődött nevelőnőnek a szigorú von Trapp kapitány gyermekei mellé. Maria izgatottan érkezik meg az elegáns kastélyba, ahol anyai szív és gondoskodás híján katonás fegyelem uralkodik. A lány, hogy ráébressze a gyerekeket az élet valódi szépségeire, énekelni tanítja őket – és arra, hogy mindig bátran képviseljék az elveiket és vágyaikat. A kapitány eleinte nem nézi jó szemmel Maria nevelési módszereit, ám lassacskán az ő kapcsolatuk is megváltozik... Viszont a második világháború viharfelhői egyre gyülekeznek az idilli ausztriai hegyek fölött. A megtörtént eseményt feldolgozó filmen, annak örökzöld dalain generációk nőttek fel, a színpadi változat pedig Magyarországon is kedvelt repertoárdarabja színházaknak.

Valahol Európában

Szegedi Nemzeti Színház – március 16.

„Milliónyi éhes gyerek bitangol Európa szerte. Nincs mit enniük, nincs hol aludniuk. Nem tudnak írni, olvasni, nem tudják mi a zene, mi a szeretet. (...) Az otthonukat szétverte a

háború.” A második világháború végén játszódó történet hősei a fedél nélkül maradt gyerekek, akik bandába verődve igyekeznek túlélni a háború borzalmait. Egy idős zenész, Simon Péter fogadja be őket, az ő romos kastélyában lelnek menedéket. A világhírű filmből készült musical dalai – Nem szabad félni, Valahol Európában, A zene az kell – igazi slágerekké váltak.

A padlás

Pécsi Nemzeti Színház

– március 21.

1988-ban a Vígszínházban mutatták be – és azóta is repertoáron tartják – az LGT együttesben akkorra már összeszokott alkotópárosként működő Presser Gábor és Sztevanovity Dusán „félíg mese, félíg musical” műfaji megjelölésű darabját. A szerzőpáros-hoz a librettó társalkotójaként Horváth Péter, drámaíró csatlakozott. „Huszonvalahány éve, A padlás bemutatásának idején, éppen a Vígszínházban és környékén sertepertéltem. Talán másodállású dramaturg voltam? Meg nem mondom! Csak arra emlékezem, hogy ott voltam. Sokszor ültem bent a darab próbáján, pedig álomban sem hittem volna el, ha valaki azt mondja, hogy valaha rendezni fogom. Elképesztő és a várakozást ezerszeresen felülmúló volt a siker, amely azóta is, lassan huszonöt éve tart. Nem tudom, hogy ma, amikor már A padlás klasszikussá lett, lehet-e, szabad-e többet mondani a darabról, mint annak mára szállóigévé lett sora: »mert kell egy hely!«” – írta Böhm György, a pécsi előadás rendezője.

Mozi+Képzőművészet

Firenze és az Uffizi Képtár

Budapest, Várkert Mozi – március 16.

A művészet templomai c. kultúrtörténeti



sorozat legújabb művészfilmje, „Firenze és az Uffizi képtár”, rendkívül látványos ismeretterjesztő alkotás. Egy sokoldalú utazás Firenzébe, az itáliai reneszánsz bölcsőjébe, a korszak legjellemzőbb műremekeinek megismerésén keresztül – Michelangelo, Brunelleschi, Raffaello, Leonardo, Botticelli, Caravaggio és további művészóriások alkotásaival és az azoknak otthont adó „kincsek tárházával”, az Uffizi képtárral a központban. A közel húsz helyszínen forgatott film bejárja a város leghíresebb épületeit és tereit, a Medici-palotától kezdve a Szépművészeti Akadémián át a Ponte Vecchio-ig, majd Firenze leghíresebb galériája, az Uffizi-képtár kincseit tárja a nézők elé. A film művészettörténeti szempontból igazi kuriózum, mivel egy felbecsülhetetlen értékű Leonardo-mű restaurációs eljárását is bemutatja. A háromkirályok imádása című, a nyilvánosság előtt 2011 óta nem látható festményt eredeti fényében láthatják a nézők.

Salvador Dalí: A halhatatlanság nyomában

Budapest, Uránia

A művészet templomai ismeretterjesztő sorozat következő része, amely a szürrealizmus

mestere, Salvador Dalí és műzsája-alkotótársa, Gala életén és művészetén vezeti végig a nézőket. Az átfogó művészeti portréfilm 1929-től kezdve követi nyomon Dalí életpályáját – ekkor csatlakozott a szürrealistákhoz, és ugyanebben az évben ismerte meg Galát – egészen 30 évvel ezelőtt, 1989. január 23-án bekövetkezett haláláig. A Gala-Salvador Dalí Alapítvány gondozásában készült film végiglátogatja mindazokat a helyszíneket, amelyek kiemelkedő szerepet játszottak a művész életútjában: többek között Portlligatot, az egyetlen, saját tulajdonában álló műhelyt és otthont; Figuerest, a szülővárosát, ahol létrehozta a Dalí Múzeumot, valamint Púbolt, ahol az a kastély található, amit Dalí szerelmére, Galának ajándékozott, valamint Párizst és New Yorkot, ahol jelentős kiállításai voltak. A film kiemelt budapesti vetítőhelye az Uránia Nemzeti Filmszínház, ahol január 24-étől műsorrenden látható. Emellett országsszerte számos további helyszínen, a megyeszékhelyek többségén is vetítik.

Egy zseni látomásai – Hieronymus Bosch különös világa

Budapest, Uránia – március 9.

Az Exhibition on screen legújabb filmjében egy egyedülálló kiállítást láthatnak a nézők, melynek köszönhetően Hieronymus Bosch művei a világ számos pontjáról most visszatérnek hollandiai szülővárosába. Hieronymus Bosch – Egy géniusz látomásai volt a címe a legnagyobb retrospektív Bosch-tárlatnak, melyet 2016. február 13. és május 8. között mutatott be a Het Noordbrabants Múzeum. 44 fennmaradt műalkotása közül 36 került kiállításra Den Bosch-ban. A világ legkiválóbb múzeumaiból kölcsönkapott alkotásokból rendezett egyedülálló kiállítás lehetővé tette, hogy a fennmaradt alkotásokat új szemszögből vizsgálják a nézők. Több mint 420 000 látogató látta a tárlatot, mely a megnövekedett igények kiszolgálása érdekében hajnali 1-től

tartott nyitva. Ezt az egyedülálló gyűjteményt láthatják most a mozilátogatók közvetlen közről, elkerülve a tömegeket. A Hieronymus Bosch izgalmas világa a közeli kameraállásokkal lehetővé teszi, hogy a nézők a művész lenyűgöző képeinek olyan részleteit is nagyítva láthassák, amelyeket ezelőtt sohasem.

Koncert

Midori és a Münchener Kamarazenekar

Budapest, MŰPA – március 13.

Vannak csodagyerekek, akikkel csupán pályájuk korai szakaszában találkozunk, később azonban eltűnnek a szemünk elől. A japán-amerikai Midorit már tizennégy éves korában, 1985-ben megtapsolhattuk a Budapest Sportcsarnokban, Leonard Bernstein Béketurnéjának koncertjén. Az oszakai születésű hegedűművésznő szüleivel 1982-



ben költözött Amerikába, ahol Zubin Mehta fedezte fel tehetségét, és mutatta be a New York-i Filharmonikusok újévi koncertjén. Azóta világhíró, ünnepelt sztár, a nagy nemzetközi fesztiválok gyakori vendége, aki hanglemezein olyan karmesterekkel működött együtt, mint Zubin Mehta, Claudio Abbado, Christoph Eschenbach, Mostani partnere, a



Müncheni Kamarazenekar 1950-ben alakult, és olyan karmesterek vezették, mint Hans Stadlmair és Christoph Poppen. Az együttes azon kamarazenekarok közé tartozik, amelyek dirigens nélkül is szívesen fellépnek – a Müpában is a koncertmester, Daniel Gliglberger irányítja a muzikusokat. Műsoron: Grieg, J. S. Bach, Mendelssohn művei.

Zenekari koncert: Verdi, Mozart, Csajkovszkij

Budapest, Zeneakadémia – április 28. Leif Ove Andsnes (zongora) Vezényel: Manfred Honeck

Az osztrák Manfred Honeck, aki tíz éve vezeti a Pittsburghi Szimfonikusokat, milyen hívő ember – zenélés közben is ez a

belső iránytűje. Alázatos és bőkezű, őszinte, humoros, nyitott. Sokat dolgozott Skandináviában, így könnyen talál összhangot a hangverseny norvég zongoristájával. A Gramophone-díjas Leif Ove Andsnes a New York Times szerint maga a mesterei elegancia, erő és éleslátás.

Az este felütése Verdi szenvedélyes és véres operájának, A végzet hatalmának nyitánya. Mozart 1884 és 1886 között két év alatt tizenegy zongoraversenyt írt, és ekkor mutatták be a Figaro házasságát is. Ebben a termékeny időszakban született a 21. (C-dúr) zongoraverseny is, amit a szerző édesapja, Leopold „megdöbbenően nehéznek” tartott. A sorsmotívum a koncert végén is utat tör magának. Ez forrasztja össze Csajkovszkij 5. szimfóniájának tételeit, de közben jelentős átalakuláson megy keresztül. Kezdetben temetési szertartást idéz, majd diadalmas indulóvá duzzad. A 2. világháborúban épp ez a végzetes küzdelem és a győzelembe vetett hit tette olyan népszerűvé a művet, amelyet Leningrád ostromakor is eljátszottak.

Midnight Music

Budapest, Várkert Bazár – április 28.

Budapesti Fesztiválzenekar, Vezényel: Manfred Honeck

Van, aki éjnek idején szeret zenét hallgatni. A Midnight Music koncertjein ezt bárki megteheti babzsákokon ülve, teljesen új perspektívából és egyedi akusztikával, a zenészek közvetlen közelében, kötöttségek nélkül. A BFZ egyes koncertjeit újracsomagolja, és éjjel fél 12-kor fiatal közönségének is felkínálja. Azokat várják ide, akik nyitottak, szeretnek szokatlan körülmények között ismerkedni a művészetekkel, és persze igazi éjjeli baglyok. A hallgatóság azon túl, hogy magas színvonalú előadásban élvezheti a klasszikus zenét, rövid, értő és szóra-koztató műismertetéseket is kap.

Nemzetek zenéje – Magyar est

Budapest, Uránia – március 14.

A Sinfonietta Pannonica Ensemble koncertsorozata egy-egy nemzet népszerű kamaramuzsikájából, a romantika és a XX. század kamarazenéjének emblemikus alkotásaiból ad válogatást. A sorozat negyedik estjén magyar szerzők, Liszt, Dohnányi és Bartók műveit hallhatjuk Szabó Péter csellóművész, Oláh Vilmos hegedűművész és Lajkó István zongoraművész tolmácsolásában.

„S határtalan az élet”

Debrecen, Kölcsey Központ – március 26.

A Kodály Filharmonikusok koncertje, műsoron: Brahms: I. (d-moll) zongoraverseny, Op. 15. Stravinsky: Tavaszi áldozat. Közreműködik: Balog József – zongora Miskolci Szimfonikus Zenekar. Vezényel: Vajda Gergely

Szegedi Szimfonikus Zenekar koncertje

Szegedi Nemzeti Színház – március 05.

Műsoron: A. Dvořák: Scherzo capriccioso, F. Mendelssohn-Bartholdy: I. zongoraverseny, g-moll, Op. 25, P.I. Csajkovszkij: V. szimfónia, e-moll, Op. 64. Közreműködik: Balázs János – zongora. Vezényel: Nimrod David Pfeffer (Izrael, USA), a 2017. évi Maestro Solti Nemzetközi Karmesterverseny 3. helyezettje

Budapesti Fesztiválzenekar koncertje

Hódmezővásárhely – március 09.

Műsoron: J. Haydn: 80. (d-moll) szimfónia, Hob. I:80, V. Sztrukov: Tubaverseny, W.A. Mozart: D-dúr („Haffner”) szerenád, K. 250. Közreműködik: Bazsinka József – tuba, Vezényel: Takács-Nagy Gábor.

beb

Apróhirdetés

Miskolcon felnőtt háziiorvosi praxis eladó üzleti kötelezettség nélkül. Elérhetőség: tovab2018@gmail.com

Békásmegyeren (Budapest III. kerület) 1800 fős felnőtt háziiorvosi praxis eladó. +36 20 584 0120

Sajószentpéteren rendelőintézet kitűnő feltételekkel nőgyógyász, urológus, gégész szakvosokat keres. Érdeklődni: +36 20 536-2054

A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Főigazgatója pályázatot hirdet Sürgősségi Betegellátó Osztályon traumatológus szakorvos, vagy szakvizsga előtt álló orvos munkakör betöltésére, kiemelt bérezéssel, határozatlan idejű közalkalmazotti jogviszonyba. A pályázati kiírással kapcsolatosan további információt dr. Bene Ildikó mb. főigazgató nyújt, a +36 56 503-710-es telefonszámon.

Zalaegerszegen 2000 kártyával rendelkező felnőtt háziiorvosi praxis eladó! Elérhetőség: +36 30 979 6255

A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Főigazgatója pályázatot hirdet a Sürgősségi Betegellátó Osztályon sebész szakorvos, vagy szakvizsga előtt álló orvos munkakör betöltésére, kiemelt bérezéssel, határozatlan idejű közalkalmazotti jogviszonyba. A pályázati kiírással kapcsolatosan további információt dr. Bene Ildikó mb. főigazgató nyújt, a +36 56 503-710-es telefonszámon.

A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Főigazgatója pályázatot hirdet a Csecsemő-és Gyermeosztályon csecsemő-gyermekgyógyász (neonatólógus) szakorvos, vagy szakvizsga előtt álló orvos munkakör betöltésére, határozatlan idejű közalkalmazotti jogviszonyba. A pályázati kiírással kapcsolatosan további információt dr. Bene Ildikó mb. főigazgató nyújt, a +36 56 503-710-es telefonszámon.

Budapest XXI. ker. Csepel felnőtt háziiorvosi praxis jog eladó. 24 órás központi ügyelet van, ügyeleti kötelezettség nincs. Kártyaszám 1550. 35 éve folyamatosan látom el a praxis betegeit, idős korom miatt adom el a praxis jogot.
Tel: +36 30 949-4381

A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Főigazgatója pályázatot hirdet az Intézeti Gyógyszertárba 1 fő gyógyszerész és 1 fő rezidens gyógyszerész munkakör betöltésére, határozatlan idejű közalkalmazotti jogviszonyba. A pályázati kiírással kapcsolatosan további információt dr. Bene Ildikó mb. főigazgató, a +36-56 503-710-es telefonszámon.

Budapest belső kerületében házi gyermekorvosi praxis eladó. Ügyelet, helyettesítés megoldott. A területen 800 lakásos lakópark található – folyamatos átadással – állandó beköltözéssel.
Érdeklődni: +36 30 942-9480.

Tervezett nyugdíjba vonulás miatt Budapesten szakorvosi rendelőintézetben felnőtt fogorvosi körzeti praxisjoga eladó. Érdeklődni lehet 19.00–20.00 óra között a +36 30 485-2557 telefonszámon.

A Budai Corvin Orvosi Magánrendelő bővítés miatt orvoskollégák jelentkezését várja: urológus, endokrinológus szakvizsgával. Érdeklődni: info@corvinorvosirendelo, www.corvinorvosirendelo.hu, vagy telefonon +36 70 381-9134

Zalaegerszegen felnőtt háziiorvosi körzet eladó.
Tel.: +36 30 2683638

Délpesten eladó 1600-as betegszámú felnőtt háziiorvosi praxis. Központi ügyeleti ellátás megoldott. Telefonszám: +36 20 260-3585

Nyugdíjba vonulás miatt eladó Tatabányán 1500 kártyás felnőtt háziiorvosi praxis 2020.01. 01-től. Kötelező ügyelés nincs. Érdeklődni Tel: 30/2247959

Nyugdíjazás miatt felnőtt háziiorvosi praxis eladó, területi ellátási kötelezettséggel. Bács-Kiskun Megye, Kiszállás. Kártya: 1850, központi ügyelet van, részvétel fakultatív, rendelő önkormányzati tulajdon. Informatikailag jól felszerelt, 2018. őszén teljeskörű felújítás történt. Bérleti díj nincs, csak rezsiköltség. Két fő szakképzett asszisztencia. Irányár: 2,0 M Ft. Érdeklődni: +36 20 519 25 73.

Pannonhalmán negyven éve egy kézben levő 1500 kártyaszámú felnőtt háziiorvosi praxisjog eladó. Központi ügyelet van, foglalkozás egészségügyi tevékenység is végezhető. Érdeklődni a 06-20-96-49-467 telefonszámon lehet.

Mi, több mint kétezren már rendszeresen olvassuk a Kamara Facebook oldalán megjelenő, az orvoslást, a betegtájékoztatást, az egészségügyi ágazatot érintő híreket és egyéb kamarai információkat. Önt is szívesen látjuk az oldal követői között!

Lájkoljon bennünket!
<https://www.facebook.com/orvosikamara>



Hyundai kedvezmények a Magyar Orvosi Kamara tagjai részére



i20 FL	i20 ACTIVE FL	i20 ACTIVE	KONA	KONA	KONA	Új i30 / i30 WAGON ÉS i30 FASTBACK	Új i30 „N”
Life, Life Plus, Connect és Comfort	és i20 Premium		Life és Comfort 1.0 T-Gdi, KONA 1.6 CRDi	Premium és Style 1.0 T-Gdi	Comfort, Premium és Style 1.6 T-Gdi		
16%	14%	14%	7,5%	10,5%	7,5%	16,5%	10%

i40	IONIQ HYBRID	IONIQ PLUG-IN HYBRID	IONIQ ELECTRIC	Tucson		
				Life és Life Plus	Comfort, C. Launch, C. Limited és TRAVEL	Premium, PR. Launch, Executive és PRIME
18%	8%	8%	7%	8%	10%	12%

Kitételek

- A feltételek változtatásának jogát a Hyundai Holding Hungary Kft. fenntartja magának.
- A fent megadott kedvezmények visszavonásig érvényesek!
- **A kedvezmények érvényes MOK-igazolvány bemutatásával vehetők igénybe.**
- Kedvezményeink az aktuális bruttó listaárból számolva érvényesek minden esetben.
- az itt megadott kedvezmények más akciókkal vagy limitált modellekkel nem vonhatók össze.



MOK-megállapodások

Figyelem! Orvosoknak egyedi kamarai kedvezmények!

2019 év – az Új Mazda Skyactive Technológia forradalmi újdonságai elérkeztek hozzánk! Látogasson el kereskedésünkbe személyesen is, tekintse meg a legújabb műszaki újításainkat, győződjön meg róla, hogy milyen is a Mazda jövője és mit tud nyújtani egy tradicionális Japán márká a hétköznapi életben Önnek, kompromisszumok megkötése nélkül! Minden orvoskamara tagsággal rendelkező Orvos hölgy és Úr jogosult kereskedésükben egy 2-3 napos térítésmentes élmény tesztvezetésre a kiválasztott tesztmodellünkkel. Ezt a lehetőséget kár lenne kihagyni, éljen az alkalommal, próbálja ki a Mazdát! Új autó vásárlása esetén tipustól függetlenül az adott időszaknak megfelelő orvoskamara kedvezményt tudunk nyújtani (kamarai tagság esetén). Már két autó vásárlása esetén maximalizált flottakedvezményt biztosítunk érdeklődőinknek, amit személyes egyeztetés alkalmával tudunk megtenni. Gépjármű szervizelése esetén kamarai tagsággal rendelkező ügyfeleinknek 10% Márkaserviz kedvezményt biztosítunk, bármilyen gépjármű szervizelése esetén. Továbbá használatot beszámítási programunkat szeretnénk figyelmükbe ajánlani. Nálunk vásárolt új autó esetén kimagasló beszámítási ajánlatokkal várjuk kamarai tagsággal rendelkező ügyfeleinket. Itt az idő, hogy racionálisan döntsön. Válassza a Mazdát és a Japán filozófiának megfelelő emberközpontú technológiát! Kattintson honlapunkra, vagy hívja kollégáinkat, akik szívesen állnak rendelkezésükre időpontegyeztetésre! Hilcz és Fia Kft., www.hilcz.hu, 06 (20) 333 25 68, 06-74 431-908, mazda@hilcz.hu

Geo 96 kft. kő-tár természetes kőburkolatok

A KŐ-TÁR választéka: különféle igényes csillámpala, kvarcit, pala, kvarchomokkő, mészkő és kőpatéta (ultravékony köszetelek) burkolatok. Minden termékünk 10% kedvezményt nyújtunk MOK-tagoknak. A választást már a tervezés időszakában is egyéni műszaki tanácsadással (geológus, közérkezteti szakmérnök) segítjük az érdeklődőnek megfelelő, egyeztetett időpontban 8-20 óráig. Elérhetőségek: www.ko-tar.hu, 1154 Budapest, Gábor Áron u. 76. Telefon: 06 70 311 5153.

Optimum Látásjavító Lézerközpont

Lézeres látásjavítás MOK-tagoknak 10% kedvezménnyel! Nálunk az orvosi garancia nem extra szolgáltatás, hanem a kezelések természetes velejárója! Kérje ingyenes tájékoztatónkat a rövidlátás, távollátás és astigmatia megszüntetéséről a (06-1) 275- 5590-es telefonszámon vagy látogasson el a www.optimuminfo.hu weboldalra. Optimum Látásjavító Lézerközpont. Az észlelés helye: 1124 Budapest, Fodor u. 77. Telefon: (06-1) 275-5590; e-mail: info@optimuminfo.hu; web: www.optimuminfo.hu.

Samsung kedvezmény

A KeveCom Kft. (Samsung Mo. hivatalos disztribútor és szerviz) 10% kedvezményt ajánl a MOK-tagoknak a Samsung lakossági légkondicionáló berendezések árából. Energiahatékonyságuknak köszönhetően a berendezésekkel nemcsak hűteni lehet! Hőszivattyúként fűtésre illetve légisztításra is kiváló megoldást nyújtanak. Igény esetén ingyenes felmérésre is van lehetőség, illetve telepítést végző vizsgázott szakcsoport is tudunk ajánlani országsszerte. Részletes információ: www.keveklima.hu/mok.html weboldalon. Várjuk érdeklődésüket a 06-20-4065-110 telefonszámon vagy a klima@kevecom.hu e-mail címen.

Honda Autócentrum Szabó

Cégünk új gépkocsi vásárlásakor – egyes modellek esetében – egyedi kedvezményt kínál a MOK-tagok részére! Szervizünk igénybevétele esetén 10% munkadíj és 7% alkatrész kedvezményt nyújtunk ügyfeleink részére. Szükség esetén díjmentes szerviz csereautóval biztosítjuk kényelmét a szervizelés időtartama alatt. Várjuk szeretettel szalonunkban! Címünk: 8000 Székesfehérvár, Kadocsa utca 59. Telefon: 06 22 500 986 Webcím: www.autocentrumszabo.hu Nálunk az autó is a családhoz tartozik!

Kedvezményes belépő a Fővárosi Nagycirkuszba!

A Fővárosi Nagycirkusz szeretettel várja a Kamara tagjait és vendégeit műsorain! Egyedi kedvezményünk a Kamara tagjainak: 25%. Jegyigénylés a www.mok.hu oldalon található űrlap segítségével. További információ a kedvezményről és a műsorról: 0620/2957001 (H-P 9-17) vagy www.fnc.hu

Strausz Autoszerviz (Bp., X. Keresztúri út 208.)

MOK tagok részére a gépjármű műszaki vizsga 23.000 Ft helyett 18.000 Ft-ba kerül. Telefonszám: 260-1583, 06-70/379-6619.

Lingamed 2001 Kft. – Szakfordítás MOK-tagoknak

A LinguaMED egészségügyi fordítóiroda 10% kedvezménnyel vállalja a külföldi munkavállaláshoz szükséges és egyéb dokumentumok szakfordítási feladatainak elvégzését. Bővebb tájékoztatás és megrendelés: LinguaMED 2001 Kft. 1015 Budapest, Batthyány utca 59. 1/2. – 22-es kapucsenő. Telefonszám: 06-1-797- 7970, fax: 06-1-785-0518, mobil: 06-20-395- 3625, e-mail: info@lingamed.hu, honlap: www. lingamed.hu.

A „DONGA” Kft. kedvezménye a MOK építkező tagjai részére

A „DONGA” Kft. a MOK tagjai és közvetlen hozzátartozói részére mennyiségtől függően 10 – 13% kedvezményt biztosít monolit födém építése esetén a bent maradó JS hőszigetelő zsaluzóelemekre. Monolit födém takarékosan, a megszokottól kicsit másként, gyorsabban, könnyebben, és egyszerűbben, spórolva a költségekkel, cirka 20% energia megtakarítással! Több, mint 200 lakó-és egyéb épület panaszmentesen! A JS monolit födém a „SZUPERPLAFON”: fogadja el a segítségünket, hogy Önnek is szuperplafonja legyen. A részletekért érdeklődjön, és az épületére szabott, vonzó, egyedi műszaki és anyagi ajánlatot tesszünk. Címünk: „DONGA” Kft. 8360 Keszthely Fodor u. 42. Érdeklődésüket várjuk az elérhetőségeinken. Tel.: 0630/9369-933; e-mail: info@donga.hu, vagy dongakft@gmail.com; WEB: www.jsfodem.hu

A Hovány Prémium Automotive Kft.

békéscsabai Mercedes-Benz Márkakereskedésben minden Magyar Orvosi Kamarai tagsággal rendelkező kedves leendő ügyfelünk számára extra kedvezményt biztosítunk új autó vásárlása esetén. Hovány Premium Automotive Kft. 5600 Békéscsaba, Almáskerti Ipari Park 7., Telefon: +36 66 523-000 (mellék: 223). Mobil: +36 30 799-3853, http://www.mercedeshovany.hu

Orion Molecz Fény Kft.

Az Orion Molecz Fény Kft. a Magyar Orvosi Kamara és annak valamennyi tagja részére 15%-ig terjedő vásárlási kedvezményt biztosít. A kedvezmény igénybevételehez az Orvosi Kamara tagság igazolása szükséges. Cím: 1113 Budapest, Karolina út 17.

A Vodafone egyéni ajánlata a MOK-tagoknak

Részleteket a www.mok.hu oldalon talál.

Honda Éles Kft.

Új gépkocsi vásárlása esetén kérje egyedi akciós ajánlatunkat. Szervizmunkánál az alkatrészekből 10%, a munkadíjból 15% engedmény, kivéve a biztosítási káresemények (1106 Budapest, Jászberényi út 38., telefon: (06-1) 262-1340, (06-1) 260-6853; e-mail: ertekeites@hondaeles.hu).

Az IBUSZ vállalja,

hogy a Magyar Orvosi Kamara tagsági igazolvánnyal igazolt munkatársai, valamint velük azonos foglalkásban szereplő hozzátartozóik (házas- vagy élettárs, gyermek, szülő) részére 5 – 10% kedvezményt biztosít. Részletek a www.mok.hu oldalon.

SOS UPS Ambulancia Kft.

1134 Budapest, Angyalföldi út 23. (ügyfélparkoló az udvarban) (H-P: 8-17) Tel.: (1) 350-5170 Fax: (1) 349-6721 E-mail: ugyfelszolgalat@sosups.hu MOK tagsági igazolványra 5% kedvezménnyel: szervizeltetheti szünetmentes áramforrással, vásárolhat akkumulátorokat, felújított szünetmentes tápegységeket garanciával, utángyártott eszközöket. A kedvezmény egyéb akcióval-engedménnyel nem vonható össze. http://www.sosups.hu/ WEB áruházban a MOK-tagok 5% kedvezményben részesülnek akkumulátorok, felújított szünetmentes tápegységek (garanciával), illetve utángyártott eszközök vásárlási tételeiből (a szállítási költség kivételével). Regisztrációnál a megjegyzésben kérjük feltüntetni „MOK” és a tagkártya számát. A kedvezmény egyéb akcióval-engedménnyel nem vonható össze.

AMdesign Belsőépítéset

Belsőépítészeti tervezés és tanácsadás számítógépes látványtervezéssel, MOK-tagoknak 15% kedvezményt biztosítunk. Elérhetőségek: dr. Batáné Molnár Gabriella: 06-20/9830-923; molgab@ yahoo.co.uk; www.amdesign-net.hu; facebook: AMdesign Lakberendezés

Vírusirtó-kedvezmény MOK tagoknak

A MOK és a G Data vírusirtó magyarországi képviselőe együttműködési megállapodást kötött, melynek értelmében tagjaink összesen 50% kedvezménnyel vásárolhatnak G Data vírusirtó szoftvereket. A termékről bővebb információ a http://virusirto.hu oldalon érhető el, tagjaink a kedvezmény igénybevételehez szükséges kódot a virusirto@mok.hu e-mail címen igényelhetik a név és pecsétszám, illetve a MOK nyilvántartási szám megadásával (a nem orvosi tagjaink esetében). A G Data vírusirtó áraiból nyújtott kedvezmény mértéke a listaárakhoz képest 50%. A forgalmazó által egyébként biztosított, 35%-os orvosi kedvezményt figyelembe véve 15%.

A Symbol támogatja az orvosokat!

Társadalmunk legfontosabb dolgozóit a Symbol igyekszik minden fronton támogatni. Az étterem és rendezvényközpont finom ételeivel és kedves kiszolgálásával várja vendégeit. Első lépésként felajánl 20%-os kedvezményt a számla végösszegéből – létszámtól függetlenül azoknak az orvosoknak, akik hivatásukat MOK-kártyájukkal és orvosi pecsétjükkel igazolni tudják. A Symbol ilyen mértékű kedvezményt nem szokott felajánlani, ezért a visszaélések elkerülése érdekében fontos, hogy a bizonylatokra az orvosi pecsét és az aláírás is rákerüljön. Minden orvost szeretettel várunk és bízunk abban, hogy elégedettek lesznek a kiszolgálásunk színvonalával. Tisztelettel: Symbol Vezetés

A Régiposta Optika Kft. exkluzív ajánlata MOK tagoknak

A Régiposta Optika Kft. felajánlja hogy üzletünkben (1052 Budapest Régiposta u. 11. – McDonald's-al szemben) vásárolt szemüvegkeretekre és lencsére 10% kedvezményt biztosít a MOK tagjainak és közvetlen hozzátartozóinak.

Repülőtéri parkolás kedvezményesen!

Az Airport Parking CENTER biztonságos parkolást, ingyenes transzfert és 10% kedvezményt biztosít a Liszt Ferenc Nemzetközi Repülőtérrel utazó MOK-tagok számára. A kedvezmény igénybevételehez foglaláskor írják be a kupon megfelelő mezőjébe a „MOK” azonosítót. 2220 Vecsés, Üllői út 859. www.airportparkingcenter.hu

Édes és sós vízi gyöngyészerek

Elegáns, exkluzív stílusban közvetlenül a készítőitől MOK tagoknak 10% kedvezménnyel. Részletek: www.pearldeluxe.hu/mok

Thália Színház

Az orvosi kamara tagjai és családtagjaik a Thália Színház előadásaira 10% kedvezménnyel vásárolhatnak jegyeket színházunk jegyértékesítő pontjain. Foglалások kérjük hivatkozzanak kamarai tagságukra. Információ, jegyfoglalás: www.thalia.hu, jegy@thalia.hu, 311-0635, 311-1874, 331-0500

Emirates kedvezmény

A Magyar Orvosi Kamara tagjainak szóló egyedi ajánlatukban Business osztályon 15% kedvezményt, Economy osztályon pedig 10% kedvezményt biztosítunk a repülőjegy alapárából. A kedvezmény budapesti indulással az alábbi desztinációkra vehető igénybe: Dubai, Muscat, Seychelles, Mauritius, Maldives, Colombo, Delhi, Bangkok, Hong Kong, Beijing, Phuket, Tokyo, Rangoon, Phnom Penh, Hanoi, Kuala Lumpur, Singapore, Jakarta, Bali, Cebu, Johannesburg, Cape Town, Nairobi, Sydney, Melbourne, Auckland. Foglалás: 2017. július 1 – 2017. december 31. Utazás: 2017. július 1 – 2017. december 20. és 2017. december 29 – 2018. március 31.

Z-press kiadó – burnout-szindróma, stressz és konfliktuskezelés

A MOK tagjai számára 10% kedvezményt biztosítunk a webáruházunk kínálatában található szakkönyvek árából. Coaching- és rendszerszemlélet a munkahelyen és magánéletben, valóban hatékony burnout és stresszkezelés a gyakorlatban. Részletek: www.z-press.hu/mok. KUPON-KÓD: MOK10

Tisztelt pihenni vágyóik!

Egertől 20 km-re fekvő történelmi Feldebrőn lévő Károlyi grófság kúriájába invitáljuk Önöket. A 15 szobás Násfa Boutique Hotel és a hozzá tartozó wellness részleg igazi kikapcsolódást nyújt. MOK tagoknak és hozzátartozójuknak közvetlen szállodai foglalás esetén 10% kedvezményt adunk! Négy éjszakan túli foglalás esetén további 5% kedvezményben részesülhet. Bővebb információért látogasson el honlapunkra. Szeretettel várjuk! Násfa Boutique Hotel, www.nasfahotel.hu, +36 70/252-0825, info@nasfahotel.hu

Kedvezményes számlavezetési ajánlat a CIB Banktól

Takarítson meg banki költségein, hogy több pénze maradjon vállalkozása működtetésére és betegei gyógyítására! Válasszon a CIB Partner Vállalkozói Számlacsomagok közül, és használja ki MOK-tagként a kedvezményeiket! Részletek: www.cib.hu/egyuttmukodes

CEFZIL®

CEFPROZIL (cefprozil-monohidrát) szuszpenzió, filmtabletta¹

A KÓROKOZÓT VESZI CÉLBA

Hatékonyága klinikai
esetekben is bizonyított¹

- ⊕ Tonsillopharyngitis
- ⊕ Otitis media
- ⊕ Akut bakteriális sinusitis

Irodalom: 1. Cefzil alkalmazási előírás,
<https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/>

VALEANT
Pharma Magyarország Kft.

Valeant Pharma Magyarország Kft.
1025, Budapest, Csátárka út 82-84.
www.valeant.com

CEFZIL 500 MG FILMTABLETTA, CEFZIL 250 MG FILMTABLETTA, CEFZIL 50 MG/ML POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ¹

Rövidített alkalmazási előírás. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Cefzil 250 mg filmtabletta: 250 mg cefprozil (cefprozil-monohidrát formájában) filmtablettaként. **Cefzil 500 mg filmtabletta:** 500 mg cefprozil (cefprozil-monohidrát formájában) filmtablettaként. **Cefzil 50 mg/ml por belsőleges szuszpenzióhoz:** 250 mg cefprozil (cefprozil-monohidrát formájában) 5 ml elkészített szuszpenzióban. **Terápiás javallatok:** Baktériumok érzékeny törzsei által okozott alábbi fertőzések: Felső légúti fertőzések (pl. pharyngitis, tonsillitis, sinusitis és otitis media); Alsó légúti fertőzések (akut és krónikus bronchitis és pneumonia); A bőr- és bőrképletek fertőzései; Nem komplikált húgyúti fertőzések (pl. akut cystitis). **Adagolás és alkalmazás:** Érzékeny baktériumok által okozott fertőzések kezelésére az alábbi adagolási útmutató az irányadó:

Felnőttek és 12 évesnél idősebb gyermekek	
Alsó légúti fertőzések	500 mg 12 óránként
Sinusitis	250 - 500 mg 12 óránként
Felső légúti fertőzések	500 mg 24 óránként
Nem komplikált húgyúti fertőzések	500 mg 24 óránként
Bőr- és bőrképletek fertőzései	250 mg 12 óránként vagy 500 mg 24 óránként

6 hónapos - 12 éves gyermekek	
Otitis media	15 mg/ttkg 12 óránként
Sinusitis	7,5 - 15 mg/ttkg 12 óránként
Felső légúti fertőzések	20 mg/ttkg 24 óránként vagy 7,5mg/ttkg 12 óránként
Bőr- és bőrképletek nem komplikált fertőzései	20 mg/ttkg 24 óránként

Ellenjavallatok: A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával, illetve cefalosporinokkal szembeni túlérzékenység. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Gyakori ($\geq 1/100$ -tól < 1/10): Felülfertőződés és hüvelyi fertőzés, eosinophila, szédülés, hasi fájdalom, hasmenés, hányinger és hányás, pelenka dermatitis, aszpartát-aminotranszferáz- és alanin-aminotranszferázszint emelkedés. A mellékhatásokat részletesen lásd az alkalmazási előírásban. **Osztályozás:** Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** PharmaSwiss Česká Republika s.r.o. Jankovcova 1569/2c 170 00 Prague 7 Csehország. **Forgalmazó és további információ:** VALEANT PHARMA Magyarország Kft., 1025 Budapest, Csátárka út 82-84. Az alkalmazási előírás dátuma: 2018. május 22. Engedélyszám: CEF-KZ-HU1807-03. A dokumentum lezárásának időpontja: 2018. július 28.

Készítmény megnevezése	Bruttó fogy. ár (Ft)	Normatív támogatási összeg (Ft)	Térítési díj normatív támogatás esetén (Ft)	Közfgyógyon kiváltható-e
Cefzil 250 mg filmtabletta	1964	491	1473	Igen
Cefzil 500 mg filmtabletta	2647	662	1985	Igen
Cefzil 50 mg/ml por belsőleges szuszpenzióhoz	2666	667	1999	Igen

A Cefzil 50 mg/ml por belsőleges szuszpenzióhoz esetében, az 5 év alatti gyermekek antibiotikummal történő kezelésére, az EÜS0_11. pont szerint, a támogatás és a térítési díj emelt támogatás mellett: 1333 Ft. A fenti árak 2018. július 1-től érvényesek. Az árak időközi változása a www.neak.gov.hu oldalon követhető nyomon.