

## Az egészségmegőrzés jelentősége és hazai lehetőségei

Új utak az egészségügyben

---

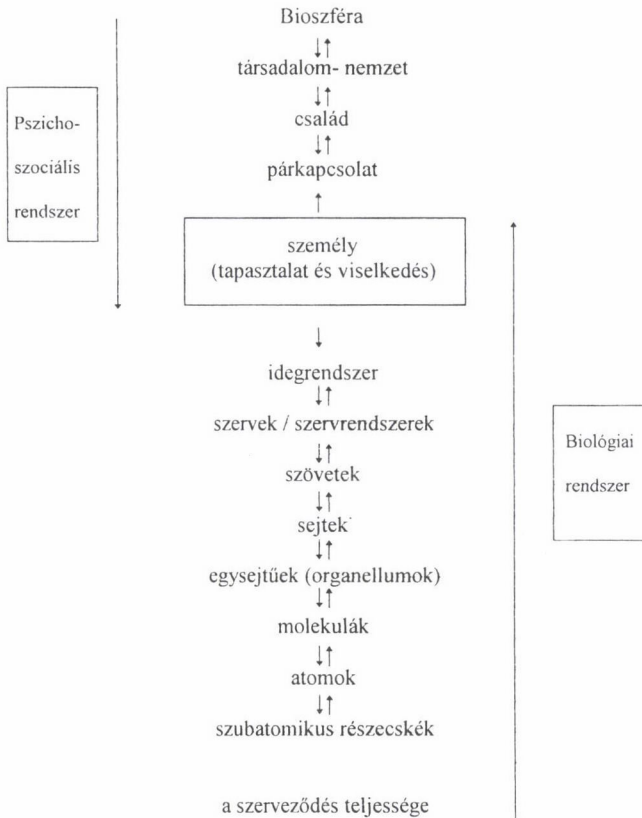
*A köztudatban az egészség a betegségek hiányát jelenti. Az Egészségügyi Világszervezet már 1948-ban úgy határozta meg az egészség fogalmát, hogy az: „a teljes fizikális, mentális és szociális jólét állapota, nem pedig pusztán a betegségek és bántalmak hiánya” (1,12). A magyar értelmező szótár szerint az egészség: az életműködések zavartalansága, ill. a szervek betegség nélküli állapota.*

*Az eltelt évtizedekben azonban ez a meghatározás is jelentős módosításra szorult. Szakemberek irreálisnak, idealisztikusnak tartották, másrészt e definíciót túlságosan merevnek, statikusnak értékelték. Ezért javasolták e fogalom kibővítését emocionális, társadalmi, lelki, magatartásbeli, környezeti és biológiai szempontokkal. Legtöbb ember az egészséget olyan természetesnek tekinti, mint a levegőt vagy a vizet. Éppen a modern emberiségnek kellett rádöbbennie arra, hogy eme természetesnek és korlátlanul rendelkezésre állónak tekintett közegekért nagyon kemény, célratörő, de kiméletes tevékenységet szabad csak folytatni. Természetes környezetünk, az ökoszisztéma védelme a szó szoros és átvitt értelmében is nagyon drága munka, de az emberiség túlélésének záloga. Akkor döbbenünk rá lételemeink értékére, amikor észleljük károsodásukat, vagy hiányukat.*

---

*Az egészség nem valami külső tényező, hanem saját fizikai és pszichikai lényünk belső, lényegi tartozéka, amely céltudatos, folyamatos tevékenység árán őrizhető csak meg. A biológiai rendszerek immanens sajátja az önregeneráció, önmegújítás automatizmusa, de ez nem végtelen lehetőség. Az állandó stresszt okozó tényezők kikezdi a korábban jól működő, regulációs mechanizmust – mint a rozsdát a vasat – és az a hibákat nem képes többé kiküszöbölni. Ahhoz, hogy ez a kincs, az egészség értelmes életünk meghosszabbításában, életminőségünk nem öncéliből történő-megjavításában, életünk meghosszabbításában, kiteljesedésében szerepet játsszon, tudatoságunkat kell jelentős mértékben megváltoztatni. A régi paradigmákat alapvetően elhagyva, az egészséget mint eszközt felhasználva tesszük teljesebbé saját és környezetünk életét. Az 1. ábrán látható az ember elhelyezkedése a bioszférában, mint annak integráns része (1. ábra).*

## A rendszerek hierarchiája



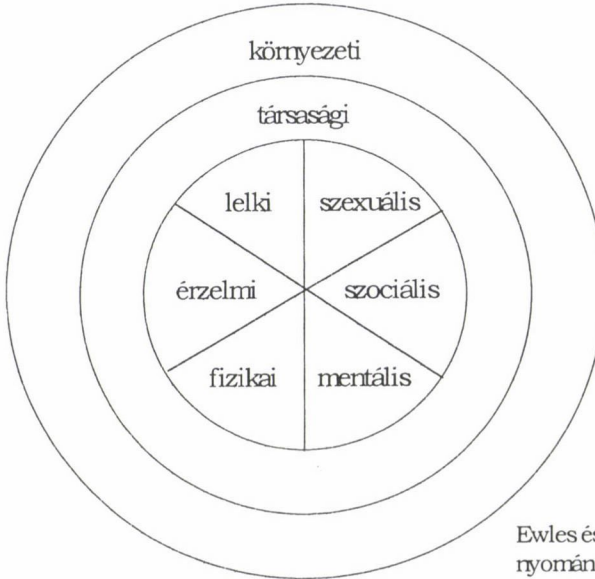
1. ábra.

A fenti elgondolás az egészség-fogalom holisztikus szemléletét tükrözi.

*Iván Iljich* (2) szerint az egészség autonómiát jelent, függetlenségérzésünket gátló, tetteinket akadályozó tényezőktől való mentességet, melyek miatt nem lehetünk képesek az igazi emberi célunkra, munkánkra, feladatainkra koncentrálni. Erre utal a magyar mondás is: „csak egészségünk legyen, a többit majd megszerezünk!” Az autonómiát, vagy egészséget azonban megbonthatja a lét túlzottan „orvosi kezelése”. Olyan mindennapi élethelyzetekbe is beavatkozik az orvoslás, mint pl. a születés vagy halál. Véleménye szerint az egészség minden ember személyes feladata, amit szabadon és önállóan kell megvalósítani. Az emberek manapság abban a tévhitben ringatják magukat, hogy nekik semmilyen személyes felelősségük nincs egészségük megtartásában, hanem mindez az egészségügy feladata. Ennek kö-

vetkeztében sokan az egészségügy munkásainak túlzottan nagy befolyást tulajdonítanak, mintegy áthárítva személyes felelősségüket e hálózatra, jóllehet bizonyított tény, hogy egy adott társadalom egészségi állapotáért csak mintegy 20%-ban felelős az egészségügyi szolgálat. A nagyobb részt társadalmi, szociális, politikai, gazdasági, kulturális tényezők határozzák meg (2. ábra).

## Az egészség dimenziói



Ewles és Simmet, 1992  
ryomán

2. ábra.

A társadalom részéről nap mint nap az a magatartás tapasztalható, mely szerint az egészség árucikknek tekinthető, melynek megvásárlása pusztán anyagi kérdés. Az egészségügy a beteg közreműködése nélkül képes minden egészséggel összefüggő problémát megoldani. Elsikkad az egyéni felelősség jelentősége, nem veszik tekintetbe, hogy az életmód megváltoztatása többet segíthet, mint bármilyen költséges orvosi beavatkozás. Tipikus példa a művesekezelés, majd az azt esetleg követő veseátültetés. Nyilvánvaló, hogy az idevezető idült vesegyulladás kialakulásának megelőzése lenne a sokkal olcsóbb megoldás.

Könnyen elfogadható, ha pl. a svéd egészségügyi szolgáltatásokat áttelepítjük egy afrikai országba, ill. egy afrikai ország egészségügyi szervezetét Skandináviába, egyik ország egészségi állapota sem változna gyökeresen. Paradox módon, az egészségügyre fordított költség korlátlan növelése helyett oktatási, műveltségi, igényességi szint emelésére szánt összegek job-

ban javítják a társadalom egészségügyi állapotát (14). Jellemző példa a bányaszerencsétlenség esete, ahol a bennrekedt bányászok kimentésére semmiféle költségtől sem riadnak vissza, ugyanakkor a bányabiztonság érdekében a mentés költségeinek töredékét sem hajlandók áldozni. A prevenció híveinek kedvelt példája egy hegyoldalon felfelé kanyargó szerpentinúton előforduló gyakori autóbaleset. Az áldozatok megmentése érdekében traumatológiai intézetet telepítenek a völgybe, ahelyett, hogy a kanyart pl. védőkorrlátokkal biztonságosabbá tennék.

Thomas Kuhn 1970-ben publikált, s azóta sok vitát kiváltott alapműve (A tudományos forradalmak szerkezete) a paradigmaváltást helyezi gondolatmenete fókuszába. A tudomány történetében lezajló forradalmakhoz hasonlóan az emberi tudatban is lényegi változásoknak kell lezajlaniuk az egészség szemléletében (3).

## Történeti visszpillantás

Magyarországon múltja van az egészségnevelésnek, -megőrzésnek. Több mint 130 évvel ezelőtt Fodor József közegészségtan könyvében már foglalkozott az egészségmegőrzéssel, neveléssel, iskolai oktatási tananyagga tette az egészségügyi ismereteket. Tőle származik a mondás, hogy ha sikeresen nevelünk, kevesebbet kell gyógyítani. Európában elsőként megszervezte az Országos Közegészségügyi Felügyeletet (4). Más országok csak ezt követően vették fel népjóléti programjaikba ezt a gondolatot. A 20. század viharos történelmében, újabb és újabb hatalmas tömegeket érintő népegészségügyi problémák merültek fel, de nem volt központi gondolat a megelőzés, nevelés, egészségmegőrzés. Az orvosi tudományos kutatás szenzációs eredményeit a betegségek gyógyításában érte el, gondoljunk csak az addig legtöbb halált okozó fertőző betegségek leküzdésére, vagy a sebészeti technológia fejlődésére. A II. világháború után következő konszolidált világban kezdtek újabb nemzetközi programokat, szerveződések létrehozni az ENSZ vezetésével a világ egészségügyi helyzetének javítására.

A WHO (Egészségügyi Világszervezet) számos helyen szervezett nemzetközi konferenciákat a világ egészségügyi helyzetéről, a feladatokról, tennivalókról, programokról. Néhány a közelmúltban lezajlott konferenciának helyt adó város a teljesség igénye nélkül: Alma-Ata (1978), Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Ljubljana (1996), Bécs (1989), Budapest (1991) volt.

A konferenciák témájának ismertetése meghaladná jelen tanulmány kereteit. Annyi azonban elmondható, hogy ezeken nagy, globális elméleti és gyakorlati kérdéseket tárgyaltak meg, az *egészségpolitika* általános irányvonalait, stratégiáját és taktikáját és új *programokat* dolgoztak ki, lehetőséget adva, hogy minden részt vevő ország saját körülményeinek, lehetőségeinek megfelelően alkalmazza a konszenzus alapján megfogalmazott ajánlásokat állampolgárainak érdekében. Alapvető felismerés volt, hogy az egészség megtartásához béke, létbiztonság, megfelelő gazdasági-, jövedelemrendszer, foglalkoztatottság, magas szintű kulturáltság, igényesség szükséges, vagyis olyan feltételek, amelyek az egészségügy szoros kompetenciáján messze túlmutatnak. Ezek már *társadalompolitikai* kérdések.

Az egyes országok különböző, gyakran igen alacsony gazdasági kapacitásai miatt az EU megindította a PHARE programját, mely pénzügyi, hitelkeret, befektetési szaktanácsadói segítséget tud nyújtani a pályázó partnerországoknak. A PHARE támogatás jóléti és szociálpolitikai prioritásokra is felhasználható. Számos hasonló témájú program a Világbanktól kapott forrás- támogatást.

Az Egészségügyi Világszervezet kezdeményezésére a bécsi Ludwig Boltzmann Orvos-Szociológiai Intézet eszmei támogatásával körvonalazódtak az Egészségmegőrző Kórház (Health Promoting Hospital, HPH) mozgalom célkitűzései. A „Bécsi javaslatok” egyenlőséget javasolnak a betegellátásban, elismerve a különbségeket az egyes népcsoportok sajátosságai, kultúrája, értékrendjei alapján. Minőségi javulást kell elérni a betegek, hozzátartozók és a kórház dolgozóinak közérzetében, jóllétében. Az egészségmegőrzésre kell irányítani a sokkal több figyelmet, némileg eltávolodva a kizárólagos gyógyító tevékenységtől (5).

1991-ben, Budapesten tartották a hálózat alakuló ülését, ahol pontosan megfogalmazták a célokat. Az ún. „Budapest Deklaráció” feltételül szabta, hogy a csatlakozni kívánó kórházak legalább 5 olyan programot nyújtsanak be, melyek alkalmasak az egészség megőrzésére. E programokat egy független bizottság bírálta el, s ennek alapján alakult meg az Európai „Pilot” Kórház Hálózat, 11 európai országból, mintegy 20 kórházzal. Hazánkat akkor egyedüli intézményként az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet képviselte (5). A csatlakozó kórházak nagysága, ágylétszáma széles skálán mozog, 200-nál kisebb és 2000-nél nagyobb ágyszámúak is előfordulnak. Legtöbbje általános kórház, kisebb részük speciális ellátást nyújt (gyermekintézmény, geriátria, pszichiátria, rehabilitációs intézet, ill. pulmonológiai szakkórház is található közöttük).

Felmerül a kérdés, hogy miért a kórház a centruma e programnak? A kórházban összptanosul a fogyasztás területének számos szektora, így élelmiszerek, gyógyászati eszközök, gyógyszerek, műszerek, szellemi és technológiai kapacitás. A kórház jelentős szellemi tőkével rendelkezik, ugyanakkor nagyszámú szakszemélyzet részére teremt munkaalkalmat. Széles körű kapcsolatrendszere van egyéb szektorokkal, így szociális, népjóléti intézményekkel, ill. az egészségügyi hálózat számos egyéb szférájával, valamint a társadalom különböző szerveződéseivel, szakmai és civil szervezetekkel (6).

Az egészségügy hármass feladatából (megelőzés, gyógyítás, rehabilitáció) a kórházak mindaddig elsősorban a gyógyító tevékenységre koncentráltak.

*Mi az előnye e mozgalomban való részvételnek?* Javítja az orvosi, ápolási és egyéb szolgáltatásokat, a kórház személyzetének munkakörülményeit, a dolgozók, betegek és hozzátartozók szubjektív elégedettségét. A kórház könnyebben illeszkedik a regionális környezetbe és hatékonyabban működik. Emeli a kórház színvonalát és hírnevét.

*Mi a feladata a sikeres projektnek?* Létre kell hoznia az „egészséges kórház” politikáját. Ugyanis az egészség előmozdítása többet jelent, mint egyszerű egészséggondozást. A kórház minden szintjén és szektorában a döntéshozó vezetés napi programjává teszi az egészségmegőrzést. Támogató, védő környezetet teremt a dolgozók és a betegek számára. Képessé kell tenni a személyzetet és a betegeket, hogy legteljesebb egészségi állapotukat elérjék és megőrizzék. Ugyanakkor meg kell tanítani őket, hogy szabályozni tudják azokat a tényezőket, melyek ezt az állapotot alapvetően meghatározzák. Fejlesztési szükséges a személyi képességeket és készségeket, megfelelő információt és képzést adva, mintegy átprogramozva és új irányt szabva a kórházak tevékenységének mint az egészségügyi hálózat speciális színterének (setting).

*Mik a jellemzői az európai „pilot” kórház projektnek?* Elsődlegesen olyan szociális célú fejlesztés, amelyet konzultációs és kutatási tevékenység is

támogat, azonban nem önálló kutatási program. A program megkísérli megvalósítani, dokumentálni és minősíteni az egészségmegőrző tevékenységet, nem pedig önmagában értékelni. Az európai hálózat 20 partner szövetsége, azonos célok érdekében saját költségvetésen alapulva. A részt vevő kórházak egymás tapasztalatait a dokumentált adatok alapján rendszeres időközönként kicserélik. A tevékenység nem központilag irányított, csak koordinált. A koordinációt a WHO Európai Regionális Irodája és a bécsi Ludwig Boltzmann Orvosszociológiai Intézet végzi. Ennek keretében az alább részletezendő szempontok alapján összegyűjti az egyes tagkórházak projektjeinek, feljegyzéseinek adatait, a projektek eredményeit, a konferenciákon elhangzott előadásokat, a viták jegyzőkönyveit, metaanalíziseket készít. Ezeket rendszerezi, tárolja és írott vagy elektronikus módon hozzáférhetővé teszi, korábban a sajtó útján (Newsletter), újabban az interneten is.

Eredetileg, az *Ottawa Charta* szellemében az egészségmegőrző kórház szerepét abban látták, hogy a kórházi személyzet élet- és munkakörülményei javuljanak. (Hasonló szellemű projekteket indítottak korábban „Egészséges Városok”, „Egészséges Iskolák”, „Egészséges Régiók” elnevezéssel külföldi modellek alapján a hazai egészségfejlesztők is.)

Az *Ottawa Charta* szellemi irányvonalához a „Budapest Deklaráció 1991” adja a formát, a részvételi és szervezeti szabályokat, a megalapítás szempontjait, feltételrendszerét, a minőség ellenőrzését (TQM), dokumentációját, a tevékenység értékelésének alapelveit (5).

A program célcsoportjai: betegek (A), kórházi személyzet (B), az adott terület lakossága (C), a kórház szervezete (hospital organization) (D).

*A. Mitől válik egy kórház „egészségmegőrző” intézménnyé a betegek részére?* Újjáalakítja az orvosi (diagnosztikus és terápiás) folyamat rendszerét, az ápolási tevékenységet, a hotelszolgáltatást, hogy csökkentse az ezekből származó kockázatokat. Javítja a szakmai beavatkozások minőségét, a betegek elégedettségét (pl. a betegek várakozási idejének csökkentése, kellő információkkal történő ellátás, lelki gondozás, a műszerezettség modernizálása, a kórházi infrastruktúra „emberbaráttá” tétele stb.).

A beteggel el kell fogadtatni saját *felelősségét* egészségének visszanyeréséért, a kórházból való távozás után is. Ennek érdekében a beteget teljes részletességgel tájékoztatni kell saját állapotáról, fel kell világosítani életre szóló üdült betegségéről, esetleges tartós rokkantságáról, segíteni kell állapotának elfogadásához, hogy meg tudjon birkózni a rá váró problémákkal. Szoros kapcsolatot kell kiépíteni az egészségügyi hálózat egyéb szolgáltatóival. A rendelkezésre álló forrásokat úgy szükséges átcsoportosítani, hogy biztosítsuk a maximálisan elérhető *egészség-nyereséget* (health gain). Sokan ellene vethetik, hogy ezek a tevékenységek eddig is a kórházak, orvosok feladatai lettek volna, miért kell ehhez külön egy túladminisztrált szervezet létrehozni. Ez így igaz, de más a „kellett volna” és más a „van” valósága. A törvényi szabályozás túlságosan rideg utasításai helyett holisztikusabb, humanisztikusabb, betegorientált gondozást ajánl ez a rendszer. Szervezett formában, tervezetten, kiemelt figyelemmel, célzottan végezve egészen más hatékonyságot lehet elérni, bármilyen tevékenységben (7,8).

*B. Mit kell tenni a kórház személyzete számára?* Az alkalmazottak egészségi állapotát kell a fókuszba állítani, s folyamatosan figyelemmel kísérni. Az egészségi kockázatokat csökkenteni kell. Megfelelő munka- és szálláskö-

rülményeket kell teremteni, kulturált szabadidő-eltöltési lehetőségeket szükséges nyújtani. Kiegészítő programokat kell szervezni, ahol erre szükség és mód van. Az egészséges környezet katalizálja az egészséges életmód kialakítására irányuló törekvéseket. Hazánkban sajnos ellenpéldák is ismeretesek, így pl. az egri kórház nővéreinek esete!

*C. Kapcsolatot kell tartani a régió irányítóival, döntéshozóival az ökológiai kockázatok csökkentése érdekében.* Ide tartozik pl. az épületek, a közüzemek rendszeres karbantartása, felújítása, a toxikus, veszélyes és fertőző hulladékok megsemmisítése. Ki kell dolgozni akciós programokat, melyek a régió lakosságának megőrzésére, ismereteinek bővítésére irányulnak. Szoros kapcsolatokat kell fenntartani civil szervezetekkel, helyi önkormányzatokkal.

*D. Mit kell tennie a kórháznak mint szervezetnek?* A kórház irányítói vállaljanak nyitottá a fenti célok megvalósítása érdekében. Ha szükséges, javítani kell az egyes osztályok, részlegek együttműködését. Figyelemmel kell lenni a költség-háson arány optimalizálására.

*A program szellemisége a következő alapelveken nyugszik:*

A megbetegedések csökkentése és az egészségi állapot javítása, személyi és szervezeti fejlesztési stratégiák kialakítása a kórházban, új szolgáltatások bevezetése és a meglévők újjászervezése. Az európai „pilot” kórházak programjai tükrözik az eredeti koncepció szellemiségét. Az alapelveknek megfelelően a programok egy része a betegségek csökkentését, ill. korai megelőzését célozta. Ide sorolhatók olyan projektek, melyek egyes idült betegségek korai felfedezését tűzték ki célul, vagyis pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, daganatos betegségek szűrése, rokkantságot előidéző állapotok rehabilitációja (pl. agyvérzés, infarktus, szívműtét utáni állapot) valamint számos dohányzásellenes, leszoktatási program, a bababarát szülés bevezetése, alkohol- és drogellenes programok, egészséges táplálkozás elterjesztése a kórházban stb. A személyi és szervezeti fejlesztési stratégiák kialakítását illetően több kórházban rendszeresen bevezettek továbbképző tanfolyamokat – elsősorban a nővérek részére – szakmai, etikai, jogi, pszichológiai kérdésekről. Ezek célja a betegek teljes körű felvilágosításának megkönnyítése és a humán irányultságú kapcsolatok megalapozása.

Az európai kórházak több új szolgáltatást vezettek be, melyek részben a személyzet, részben a betegek jobb ellátását, jobb közérzetét szolgálták. Az eredeti koncepció a kórházak falain belül dolgozó személyzet és betegek jobb élet- és munkakörülményeit szolgálták. Mindez a nyugat-európai társadalmi viszonyoknak és az ott működő kórházaknak tökéletesen megfelelt. A kelet-közép-európai régió érdekében, elsősorban a mi sugalmazásunkra, ezeket a célkitűzéseket némileg megváltoztatták. Megmaradt a kórház centrális szervező szerepe, de a falakat – szimbolikusan – lebontottuk, s szoros kapcsolatot kerestünk a régió különböző civil szervezeteihez, így a háziorvosi hálózathoz, egyházakhoz, egyéb egészségmegőrző programokhoz stb. A mi területünkön ugyanis elképzelhetetlen sikeres egészségmegőrző program a családorvosok szoros bekapcsolódása nélkül.

Az Egészségügyi Világszervezet és a Ludwig Boltzmann Intézet magáévá tette a mi elképzelésünket és a Nemzeti Egészségmegőrző Kórházak szervezése már ebben a szellemben történik.

Elmondhatjuk, hogy a HPH program valóban újszerű próbálkozás a lakosság egészségesebbé tételére. Meg kíván tanítani egy új fogalmat, az egészség „megnyerését” (to gain health), melyre eddig nem sok gondot fordítottunk. Gondoljunk csak az előző rezsimek dohányfüstös konferenciáira,

ahol a dohányfüst sűrűsége egyenes arányban állott a téma és a felszólalók elhivatottságával. Sajnos a filmek ezt képileg segítettek alátámasztani és terjeszteni. Közhely, hogy az egészség csak akkor válik értékessé, ha hiányzik. Csakhogy akkor gyakran már késő! Nem könnyű megmagyarázni egy látszólag egészséges fiatalembernek, hogy ne dohányozzon, ne igyon, ne hizzon meg, mozogjon rendszeresen, ne egyen egészségre káros ételeket, stb. Az eddigi helytelen magatartásformák következtében alakult ki az egészségügyben a gyógyító medicina eltúlzott fontossága. Pedig a régi „mandarinok Kínájában” az orvosok csak addig kaptak fizetést, ameddig a gondjaikra bízottak egészségesek maradtak. Ha megbetegedtek, azonnal felfüggesztették a járandóságukat. Így az orvosok érdekeltek voltak az egészség mielőbbi helyreállításában. (Persze ez sem volt igazságos rendszer, hiszen a mandarinok életmódja miatt kialakuló betegségekért nem tehető felelőssé az ősi Kína orvosa sem.)

Ma már hazánkban is számos ún. preventív program létezik, de a konszenzussal elfogadott helyes elképzelés még várat magára. A finanszírozás sincs megoldva, az Egészségbiztosító jelenleg csak elvileg támogatja a megelőzést, vagyis az egészség „elnyerését”. Kevés az egészségügyi tárca pénzügyi kerete, ebből is a döntően nagyobb részt a gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre, a drága diagnosztikus, terápiás eljárásokra fordítanak. Úgy látjuk, hogy az Egészségbiztosító ma még kevésbé érdekelt a jövőben, inkább csak a mára gondol! Persze, az egészség megőrzése nem csak az egészségügyi tárca felelőssége. Számos más ágazatot kellene bevonni a levegő, az ivóvíz, a környezet védelmétől a mentális, szociális, pedagógiai, politikai, gazdasági stb. területekig.

## Gondok és kilátások

Az európai egészségmegőrző kórház mozgalom 1995-ben feladatult adta a részt vevő kórházaknak, hogy az eszmét a gyakorlatba átültetve, kezdjék meg a *Nemzeti Egészségmegőrző Kórház Hálózat* felépítését. Ez a munka meg is kezdődött, s számos európai országban egyre több fekvőbeteg-intézmény csatlakozott. Különösen sok kórházat nyertek meg az ügynek a Német Szövetségi Köztársaságban, az Egyesült Királyságban, Lengyelországban, Olaszországban.

Mi is elkezdjük felépíteni a hazai hálózatot, s eddig 27 kórház jelentette be csatlakozási szándékát. Sajnos számos nehézséggel kellett szembenézni, s e problémák az utóbbi időben sokasodni látszanak. Tapasztalnunk kellett, hogy a kórházi vezetők többsége ma sem érti, miért lenne fontos csatlakozni ehhez a programhoz? Úgy vélik, hogy a magas színvonalú gyógyító munka, a megfelelő milió kialakítása, a korszerű infrastruktúra megteremtése alapvetően kórházi feladat, így nem értik, hogy miért lenne részükre – és a betegek részére – előnyös a csatlakozás? Nagyon nehéz rövid idő alatt megértetni velük, hogy itt a gondolkodásban kell mélyreható változtatást elérni, hogy az *egészség megőrzése* sokkal többet nyújt, mint akár a legmagasabb szintű gyógyító munka. Mindenekelőtt az egészséget, mint értéket kell elfogadtatni, úgy tűnik, nemcsak a társadalommal, hanem előbb az egészségügyi szakszeméllyel is!

További gondot jelent a hálózatépítésben, hogy hazai intézményeink gazdasági, anyagi helyzete általában nagyon rossz, legtöbbször súlyosan eladósodottak. Így a napi nyomasztó gondokra kell koncentrálniuk, s a HPH filozófia megvalósítását felesleges luxusnak érzik. Nem látják be, hogy ez a koncepció hosszú távon a lakosság jobb egészségét jelenti, mind szomatikus, mind mentális értelemben. A projekt persze nem függetleníthető az Egészségügyi Világszervezet általános koncepciójától. Ennek távolabbi célja sajnos ma még keserű mosolyra fakaszt. 10 évvel ezelőtt a jelszó úgy hangzott, hogy „Egészséget mindenkinek 2000-re”. Ma már tudjuk, hogy ez akkor is csak illúzió volt, s sajnos még sokáig az is marad. A terveknek csak mintegy 15%-a valósult meg. Ennek ellenére a célt nem szabad feladni, s a különböző „egészséges” programok (iskolák, régiók, városok, munkahelyek stb.) minden szempontból olyan környezetet kívánnak teremteni, melyben az egyén jobban, egészségesebben élheti le életét Az USA-ban új program indult „Egészséges Nemzet 2010” címmel. Ennek 467 célkitűzése van, alapvetően a jó életminőség, az életkor növelése és az egyes lakossági rétegek hátrányainak felszámolása a feladat (13). Ennek a távlati koncepciónak a keretében kell szemlélni a HPH projektet is, de ehhez elsősorban a gondolkodásunkat kell gyökeresen átalakítani.

Érdekes módon, a többi európai kórházban sokkal több megértésre találtak ezek a gondolatok.

A hazai hálózat felépítésének nehézsége tehát részben szemléleti, részben azonban nagyon is materiális, ugyanis sok csatlakozni kívánó intézmény azért nem tudott tag-kórházzá válni, mert nem tudta a „tagdíjnak” nevezett részvételi díjat fizetni. A WHO évi kb. 30 000 forintnak megfelelő devizát kér tagsági díj fejében, ekkor ismer el egy kórházat „hivatalosan” is HPH kórháznak. Ezt az első olvasásra nevetségesen csekély összeget nagy egyetemi intézmény sem tudja (akarja?) kifizetni... Ezt nehezen tudjuk Koppenhágának megmagyarázni!

Egy másik eltérő szempont a speciális hazai struktúrából származik. Mint már említettük, nálunk a kórház fontos szerepet játszik ugyan, de a területen dolgozó egészségügyi személyzet, a háziorvosi hálózat, civil szervezetek stb. bevonása nélkül nem lehet sikeresen végrehajtani a programok nagy részét. De ami ennél is fontosabb, a programok kijelölésében is sokkal nagyobb tekintettel kell lenni a régió, a környezet különféle szempontjaira.

Ezen elvek figyelembevételével mutatjuk be a hazai HPH mozgalomban részt vevő kórházak programjait (10). A 13 programból csak négy olyan van, melyek kizárólag a kórházi személyzettel, ill. a betegekkel kapcsolatosak. Ezek a következők: Intézményes nővértovábbképzés; családcentrikus szülészet; „bababarátság” kórház; a kórházi dolgozók fokozott egészségvédelme; beteg-tájékoztató; egészségnevelés; betegelégedettségi vizsgálatok.

A többi program – bár felhasználja a kórház szervező erejét szakmai, infrastrukturális adottságait – nem csak a kórház, hanem a régió egészségének jobbitását célozza. Ilyenek: egészséges táplálkozás – de nem csak a kórházon – belül; dohányzás elleni küzdelem (szintén elsősorban a környezetre terjed ki); környezetvédelem; mentálhigiénia – mind a kórházon belül, mind a területen; egészséges életmód, sporttevékenységek; a HPH program és a háziorvosi szolgálat kapcsolata (ide tartoznak a különböző szűrővizsgálatok, ill. bizonyos rehabilitációs programok); a kórház külső kapcsolata; betegklub-tevékenységek.

Ha áttekintjük a fenti projekteket, látható, hogy alapvetően még a tradicionális „betegségmegelőzés” dominál. Ez természetes, hiszen a merőben új szemlélet elsajátításához sok időre van szükség. Külön csoportot alkotnak azon programok, melyek bizonyos idült, nem fertőző betegségek korai kiemelését, szűrővizsgálatát tűzték ki célul. Így magas vérnyomás, vesebetegség, cukorbetegség, asztma, allergiás, daganatos betegségek korai diagnózisát és kezelését kívánják elérni. Értelemszerűen ezeket a szűréseket csakis a területtel történő szoros együttműködéssel lehet megvalósítani (11). Külön csoportot alkotnak a rehabilitációs programok, ahol pl. agyvérzés utáni rehabilitációt végeznek, ugyancsak szorosan együttműködve a háziorvosi szolgálattal s egyéb szakszeméllyel.

A programokat más szempontok szerint is osztályozhatjuk. Így vannak köztük szorosabban vett orvosi programok, mint a fent említett két csoport, s vannak olyanok, melyek inkább a betegek, hozzátartozóik, a lakosság szomatikus, mentális jóllétét hivatottak szolgálni. Ide tartoznak a sporttevékenységek, a környezetvédelem, az egészséges táplálkozás propagálásának számos újszerű módszere stb. Az ún. hivatalos programok mellett számos intézményben, civil szerveződésben, egyetemeken, stb. foglalkoznak szélesebb értelemben vett egészségmegőrző programokkal.\*

## Mi tehát a jövője a HPH mozgalomnak?

Az egészségmegőrző kórház a lakosság egészségének javításában egyre fontosabb szerephez jut, jóllehet az egészségügyi reform során a kórházak jelentősége mérséklődik, mert a várható átlagos életkor hosszabbodik, ennek következtében a lakosság elöregszik és az idült betegségek gyakorisága növekszik. Mi a jövője az egészségmegőrzésnek a kórházi személyzet aspektusából? Olyan befektetés, amely távlatilag biztosítja a személyzet jobb munkavégző tevékenységét, vagyis a *jövőre* orientál. A kórházi struktúrára háruló, fokozódó stressz hangsúlyozza az egészségmegőrzés fontosságát az alkalmazottak részére.

*A HPH mozgalom nehézségei* több komponensből tevődnek össze:

- Nincs még kidolgozva egyértelmű, szabványos összehasonlító értékelési rendszer (a részt vevő kórházak most dolgoznak az informatikai rendszer megvalósításán);
- Az egyes országok kulturális, gazdasági, történelmi különbözősége miatt nehéz a tapasztalatok átadása-átvétele (a nemzetközi évenkénti konferenciák ezt igyekeznek javítani);
- Az orvostársadalom csökkent részvételi hajlandósága (aktív propaganda, népszerűsítés, személyes tapasztalatcsere, lelkesedés, karizmatikus hozzáállás szükséges minden lehetséges fórumon);
- Nincs megfelelő európai szellemiségű kapcsolat rendszer a politikai és szakmai döntéshozók között (összhang kell a miniszteriális hatóságok, tervezők, közgazdászok és a napi egészségügyi feladatok végrehajtói közt);

---

\*1998-ban szerettünk volna ablakot nyitni a társadalom felé, bemutatva eme tevékenységek rendkívül széles skáláját. *Új utak az egészségügyben* című könyvünkben (7,11) orvosok, pszichológusok, jogászok, lelkészek, egészségsszervezők stb. írták le tapasztalataikat, véleményüket, terveiket e témakörrel kapcsolatban. Könyvünkben 30 szerző adja közre írásait, melyek megalapozott optimizmust tükröznek, különféle utakat mutatva az ezen a területen munkálkodóknak.

- Hiányzik az egységes végrehajtási terv;
- Gátol a forráshiány (még mindig zárt a kassza, emiatt a finanszírozás megoldatlan, a Biztosító nem érdekelt, a gyógyszergyárak ilyen jellegű alapítványokat nem támogatnak, a magánszektor jelenleg még nem bevonható ilyen jellegű tevékenységek támogatására, hiszen saját létükért kell naponta megharcolniuk).

Az általunk létrehozott „*Alapítvány az Egészségmegőrző Kórházakért*” sínylődik, nincsenek támogatók, gyakorlatilag üres a számla, mert az adózási rendszer az alapítványokra adott támogatást nem preferálja. Meg kellene nyerni a PHARE programot és a Világbanki részvételt is, amely eddig kimaradt a Kórház-program támogatásából is. Az Európai Közösséghez tartozás nagy követelményeket támaszt a lakosság egészségügyi állapotával szemben is. A gyógyszergyártók – érthető üzleti okokból – jelenleg még nem érdekeltek az egészségvédelmi programok támogatásában. Talán csak a nem gyógyszernek számító, gyógyhatású anyagok termelői nyerhetők meg könnyebben ennek a célnak, mivel termékeik sokkal könnyebben, nagyobb reklámmal közelíthetik meg a közönséget. Sok emberben nagyobb is a vonzódás a nem hivatalos, kissé ezoterikusnak számító gyógyászati szerek iránt. Lehet, hogy jelenleg a HPH mozgalom céljainak megvalósításáért folytatott küzdelem szélmalomharcnak tűnik. Mégis úgy hisszük, hogy – a talán nem túl távoli jövőben – eredményre fog vezetni, s jelenlegi szomorú paramétereink, a születéskor várható élettartam, a krónikus nem fertőző betegségek előfordulása jelentősen csökkenni fog, nem is szólva az *életminőség* javulásáról!

#### IRODALOM:

1. Naidoo, J., Wills, J.: *Egészségmegőrzés*. 1999, Medicina, Budapest 4. oldal
2. Illich, I.: *Medical Nemesis. Part 1*, 1975, London, Calder and Boyers
3. Baric, L.: *Health Promotion and Health Education. Modul 1. Third revised edition*, 1995. Barns Publications pp. 22.
4. Székely L.: *Az egészségnevelő háziorvos*. 1993, Anonymus, Budapest
5. International Network of Health Promoting Hospitals, WHO Regional Office for Europe, First Business Meeting of the INHPH 1991, Ed: *Pelikan J.*
6. Schutyser K.: *Hope and a Concept of Health Promoting Hospitals*. In: *Health Gain Measurements as a Tool for Hospital Management and Health Policy. Proc. Third Internat. Conf. on HPH. Linköping, Sweden, 1995. pp 8.*
7. Kautzky L, Halmos T.: *Személyközpontú cukorbeteg oktatás*. In: *Új utak az egészségmegőrzésben*. 1998. Szerk: *Halmos, T, Kautzky L, Mousiosz V.* *Alapítvány az Egészségre Nevelő Kórházakért kiadványa* 228 oldal
8. Rogers, C.: *On Becoming a Person, a Therapist's View of Psychotherapy*. 1961 Boston: Houghton Mifflin Co.
9. Hajós G, Zajkás G.: (szerk.) *Táplálkozás Egészségkönyve*, 2000, Kossuth, Budapest.
10. *Egészségmegőrző Kórházak Nemzeti Hálózata*. Szerk.: *Halmos T, Kautzky L, Mousiosz V, NEVI-OKTPI* 1996.
11. *Halmos T., Kautzky L.*: *A szívinfarktus és az agyi inzultus megelőzésére tett szűrő program az Egészségmegőrző Kórházmozgalom egyik sikeres programja* In: *Új utak az Egészségmegőrzésben*, szerk.: *Halmos T., Kautzky L., Mousiosz V.* 1996, *Alapítvány az Egészségmegőrző Kórházakért kiadványa*
12. *Helman C.G.*: *Kultúra, egészség és betegség*. 2000, Melania, Budapest

13. *Andersen R.E.*: A healthy people 2010 program. The Physician and Sportsmedicine. Vol 28. Oct. 2000.

14. *Kovács J.*: A modern orvosi etika alapjai. Medicina 1999.

#### FÜGGELÉK:

A Korányi Intézet 5 programmal vesz részt az Európai HPH mozgalomban:

1. Egészséges táplálkozás; 2. Folyamatos nővértovábbképzés; 3. Általános kórházhigiénés rendszabályok bevezetése; 4. Egészséges környezet biztosítása a személyzet részére; 5. Betegnevelés: klubfoglalkozások, kiscsoport-foglalkozások, egyéni foglalkozások keretében.

Ad 1. Intézetünk bevezette a korszerű táplálkozási elvekre épített beteg- és személyzeti étkeztetést. Egészségtelen alapanyagokat felhasználó főzéstechnológia helyett a modern táplálkozástudomány elveinek megfelelő egészséges étrendet vezetett be (9). Teljesen kiiktatta az állati eredetű zsiradékokat, kiszélesítette a zöldség-gyümölcs, főzelékek választékát, jöllehet az egészséges étrend biztosítása némileg költségigényesebb. Azonban megfelelően körültekintő beszerzés, a források gondos felkutatása, közvetlen termelői kapcsolatok létesítése hozzájárult a költségek csökkentéséhez.

Ad 2. A nővérek szakmai továbbképzése elsősorban az Intézet profiljába tartozó betegségek körét érintette. Külön gondot fordítottunk a pszichológiai, magatartásbeli kérdésekre, a betegellátás humán oldalainak ismertetésére, az empátiakészség fokozására. Ezek a tanulmányok a betegek kiszolgáltatottságérzésének leküzdését hivatottak elősegíteni.

Ad 3. Ez a program elsősorban a kórházi személyzet és betegek jobb munkakörülményeit volt hivatott szolgálni. Ide sorolható a vízvezetékrendszer felújítása, a közművek modernizálása, a régi csőhálózat cseréje. A régi, elavult élelmezési központ helyett befejezés előtt áll egy korszerű, csúcstechnológiával működtetett új élelmezési épület. Az intézetben korszerű, az európai normáknak megfelelő, káros hatású (mérgező, fertőző) anyagok megsemmisítését végző szemétegető üzemel.

Ad 4. A kórház hatalmas kertjét, mely egyébként is gyönyörű helyen fekszik, tovább szépsítettük, újabb tölgyfákat ültettünk a kivágásra ítélt öreg tölgyek helyébe. A korábbi pavilonrendszer régi osztályos épületeit megszüntetve korszerű nővérszállásokat rendeztünk be. Ezek a szállások otthonos légkört biztosítottak az ott lakók részére, s ez által az Intézet vonzóvá válik a dolgozók részére. A súlyos nővérelvándorlás mértékét ez a program hivatott csökkenteni. Bevezettük a zárt vérvételi technikát valamennyi osztályon és ambulancián. Védőkesztyű és arcmaszk kötelező használatát irtuk elő, egyszer használatos eszközöket vezettünk be. A sterilizálás és a helyiségek takarítása korszerű, eszközöket nem károsító, de hatékony vegyszerekkel történik. A mérgezőnek bizonyult etilén-dioxid alkalmazását megszüntettük. A mérgező hatású citotoxikus infúziók összeállításánál elszívókamrák használatát tettük kötelezővé. Hepatitis B elleni védőoltást a személyzet részére lehetővé tettük.

Ad 5. A betegekkel való foglalkozás keretében kiemeljük a klubfoglalkozásokat. Itt elsősorban három komoly népegészségügyi problémát jelentő betegségcsoporttal foglalkozunk: 1. Az intézet profiljába tartozó asztmás betegekkel a tüdőgyógyász, gyógytornász és pszihológus foglalkozik. Megtanítják a betegeket a helyes légzési technikára, elsajátítják a relaxációs technikákat, a gyógyszerek megfelelő használatát stb.; 2. A cukorbeteg klubfoglalkozása különösen sikeres, a hathetenként tartott rendezvényeken előadások hangzanak el, mind orvosi, mind dietetikai tárgykörből. Minden alkalommal ételbemutató zárja, ahol mód nyílik kérdésekre, vitára is. E foglalkozások keretében vérnyomás- és vércukormérés, ritkábban szérumkoleszterin meghatározás segíti a betegek jobb anyagcsere-beállítását. Ezen kívül olcsóbban juthatnak bizonyos egészséges tápanyagokhoz stb.; 3. Az alkoholbetegeket Budakeszin külön klub fogja össze, részükre folyamatos foglalkoztatást nyújt, lelki, szociális támogatásban részesíti őket, és segít megmaradni az alkoholmentes életben (TÁMASZ).