

2005. február ■ X. évfolyam 1. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Üzenet a végekről

A „végekről” szólok, a „végekről” üzenek. Onnan, ahol a gyermekorvos a területen, nagyvárostól távol, apró, eldugott településen dolgozik, ott, ahol már csak magára számíthat. Ott, ahol közelben praktizáló gyermekorvos, aki a váltótársa lehetne, nincs. A falvakból, az olyan eldugott kis településekről üzenek, ahol még (vagy már?) működik gyermekorvosi praxis.

Leesett az idei első nagy hó, előkerültek a csizmák, a hólánc, a hólapátok. Errefelé, a tanyás területeken ilyenkor egy terepjáró is igazán elkelne, hogy legalább az újszülöttekhez és a betegekhez biztonságosan eljuthassunk. Van ugyan felkészülési tervünk a mentésre, nagy bajban traktorral, hóékevel jönnek a segítségünkre. Ha ez sincs, vészhelyzetben csak a mobil marad.

Korfánkat emlegetjük mind gyakrabban, utódokért kiáltunk, hisz gyermekorvost vár és keres a szülő ezeken a helyeken is. Ellátási modellekről beszélünk, és esélyegyenlőséget álmodunk minden gyereknek. Azoknak is, akiknek nem jut, és azoknak is, akiknek nem juthatott gyermekorvos. Vannak, akik tehetik, ezért elindulnak, és gyermekorvost keresnek, de vannak, akiknek nincs erre lehetőségük, ezért maradnak, és jobb híján csupán reménykednek egy igazi esélyegyenlőségben. Van, aki talál gyermekorvost egy közeli faluban, más a várost célozza meg, ahol szinte mindent meglel egy helyen. De ennek súlyos ára lehet. A helyi családorvos nem nézi jó szemmel, ha egy kártya „elváándorol”. Az orvos-védőnői egység is csorbát szenved, napi kapcsolat hiányában esetlegessé válik az együttműködés.

Joggal vetődik fel hát újra meg újra: szüntessük meg az ellátás fehér foltjait, de hogyan? Legyen több falunak egy közös gyermekorvosa, mondván, hogy az orvos-beteg találkozás csupán logisztikai kérdés? Vagy szervezzünk konzultációs hálózatot a vegyes praxisok támogatására? Nincs egyértelmű válasz. Csak egy biztos: csökkenő gyereklétszám mellett a növekvő igények új megoldást sürgetnek.

A fehér foltokat egyféleképpen tudjuk kiszínezni: ha a gyerekek közelében maradunk. Hogy tudásunkkal, jártasságunkkal bizonyítsuk, képesek vagyunk a végeken is színvonalas ellátásra.

Az itt dolgozóknak a továbbképzésükben is meg kell újulniuk. Meg kell találniuk a tudás megszerzésének új és korszerű formáit. Aki nem akar bezárkózni, és hosszú utazásokra sem akarja idejét fecsérelni, annak a technika nyújthat segítséget. Az internet és a honlapok világa kifényesítheti szürkülő hétköznapijainkat. Égető szükség van egy segítő szakfelügyelőre és a felnőttoktatás más korszerű formáira. Kellene ehhez a partnerek, a tapasztalt, a gyakorlatias szemléletű oktatók is. De nem szorulhat háttérbe az egymás közötti párbeszéd és tapasztalatcsere sem.

Ha nem találunk minderre megoldást, még az értékesnek tartott praxisainkat sem tudjuk eladni. Mert kinek kell egy praxis, ha hozzá felnőtteket ellátó ügyelet is tartozik. Ez még a vállalkozó kedvű fiatalokat is elriasztja.

Szóval, ha igazán azt akarjuk, hogy a szűkülő gyerekellátó piacunkon életképesek maradjunk, a végeken is meg kell újulnunk. Ez az egyetlen esélyünk.

KOVÁCS JULIANNA

TARTALOM

- Halálozás 2003 2–5
- Pénztárcánk 6–7
- Halmozott hátrány 8–9
- UNICEF 10–11
- Szumátra,
2005. január 12–13
- Még egy oltás? 15
- Interjú
Habsburg Eilikával . . .16–17
- Változó jogszabályok 19
- Iskolaundor 21
- Etikai sarok 23

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2005-ben:



Mit mutatnak a számok?

Demográfiai adatok – 2003

2004. december 3–4-én Lillafüreden rendezték meg a Csecsemő- és Gyermekgyógyász Szakfőorvosok Országos értekezletét. A gyermekgyógyászatot érintő demográfiai mutatók ismertetését ezúttal is dr. Pintér Attila OGYEI főigazgató-helyettes előadásában hallhattuk. A rövid történeti áttekintésből megtudhattuk például, hogy 100 évvel ezelőtt – Nagy-Magyarországon – 655 ezer születés mellett 450 ezer halálozás történt, vagyis a népesség 200 ezer fővel gyarapodott. A csecsemőhalálozás mértéke ugyanakkor 217,8 ezrelék volt.

A legfontosabb demográfiai adatok jellemzik leginkább népmozgalmunk alakulását. Ezekből az adatokból kitűnik, hogy legutóbb 1999-ben született ilyen kevés gyermek. (1. tábla)

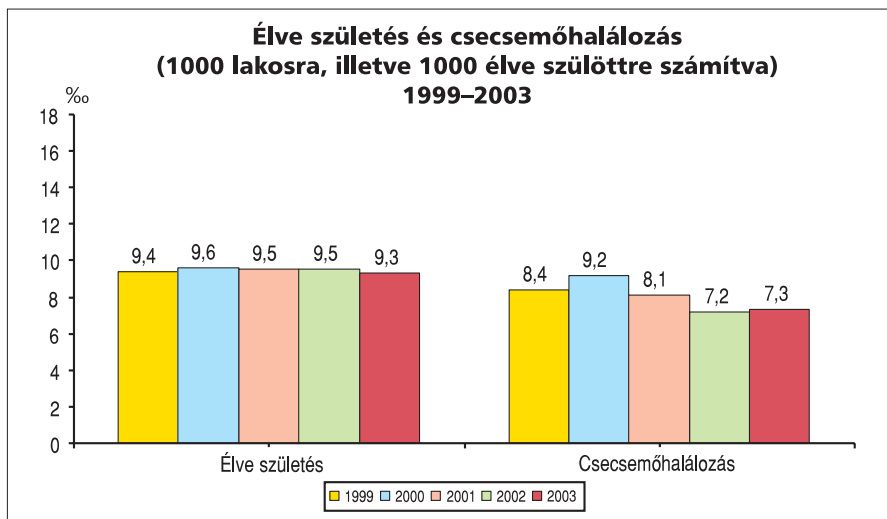
Az elmúlt évben 94 ezer újszülöttünk közül 690 halt meg, amely 7,3 ezrelékes csecsemőhalálozást jelent. Mind az élveszületési, mind a csecsemőhalálozási arányszám az elmúlt 5 évben csökkent. Az élveszületési arányszám csökkenése lassúbb, mint a csecsemőhalálozás arányszámának javulása. Tény, hogy a csecsemőhalálozás csökkenésének legnagyobb akadályát továbbra is a magas koraszülési gyakoriság jelenti. (1. ábra)

165 ezer megfogant életből 43% sajnos nem jön világra. Ebben komoly szerepet játszik a közel 54 ezer terhességmegszakítás. A perinatális halálozásban súlyos teherterhelés az 530 halva születés. Sajnálatos az is, hogy 100 élve születésre 74,6 magzat elvesztése és 56,8 terhességmegszakítás esik. (2. tábla)

Csecsemőhalálozási mutatónk viszonylag lassú javulásának legfőbb oka a magas, sőt a 2003-ban még tovább is emelkedő koraszülési gyakoriság. Csecsemőhalottaink 69,3%-a ugyanis koraszülött. 1955-ben még az egy éves koruk előtt meghaltak 61,1%-át még a normál súlyúak adták. (3. tábla)

Lakosság száma (fő):	10 116 742		
Élve születések száma:	94 647	ezer lakosra:	9,3‰
Halálesetek száma:	135 823	ezer lakosra:	134‰
Természetes szaporodás (fogyás) száma:	-41 176	ezer lakosra:	-41‰
Koraszülött-frekvencia:	8 207	száz élve születésre:	8,7%
Terhességmegszakítások száma:	53 789	száz élve születésre:	56,8%
Magzati halálozások száma:	16 845	száz élve születésre:	
korai:	16 315		
késői:	530		
Csecsemőhalálozások száma:	690	ezer élve születésre:	73‰
Perinatális halálozás:	866	ezer élve születésre:	92‰
korai:	530		
késői:	336		
1–4 évesek halandósága százezer megfelelő korú lakosra:	120		30 százezrelék

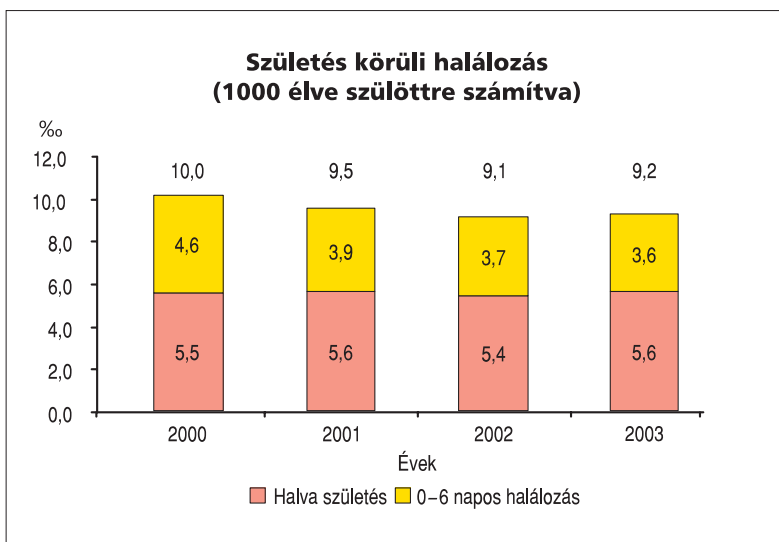
1. tábla



1. ábra

Év	<2500 g		<1500 g		<1000 g	
	%	esetszám	%	esetszám	%	esetszám
1999	8,5		1,31		0,52	
2000	8,39	8196	1,41	1381	0,60	587
2001	8,5	8294	1,37	1339	0,57	562
2002	8,5	8226	1,37		0,60	
2003	8,7	8207				

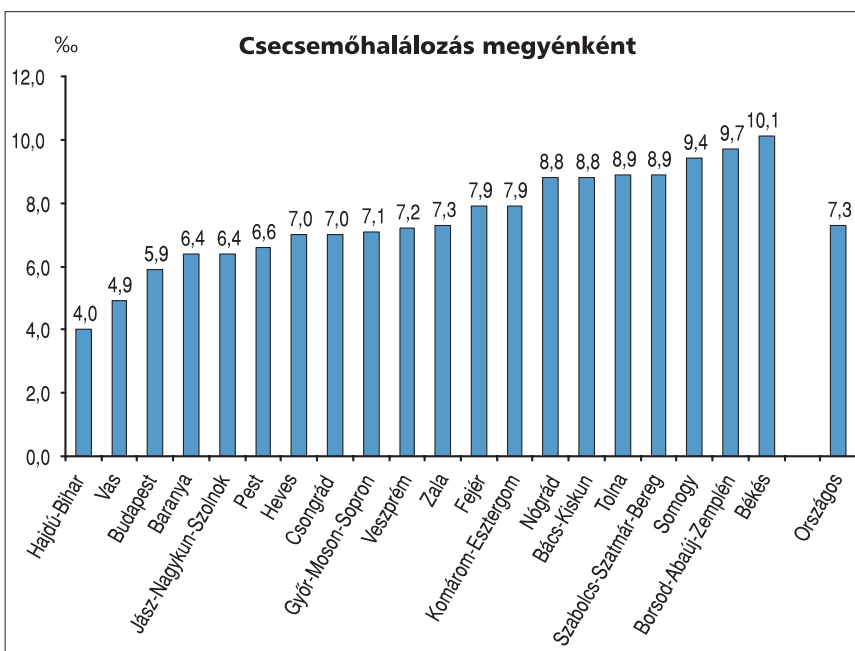
3. tábla



2. ábra

A perinatális halálozás alakulását vizsgálva látható, hogy a halva születettek arányszáma változatlan maradt, viszont csökkent a 0-6 napos korúak halálozási mutatója, ami az utóbbi években a perinatális halálozás 0,8 százalékos csökkenését eredményezte. (2. ábra)

A magas halvaszületési arány szinte minden megyében megemeli a perinatális halálozás arányszámát, például Hajdú-Bihar megye 2 százalékos(!) 0-6 napos halálozási arányszáma a 4,3 százalékos halvaszületési arányszám miatt 6,3 százalékosra emelkedett. A Nógrád, valamint Bács-Kiskun megyében tapasztalt fordított helyzet alaposabb elemzést kíván. (3. ábra)



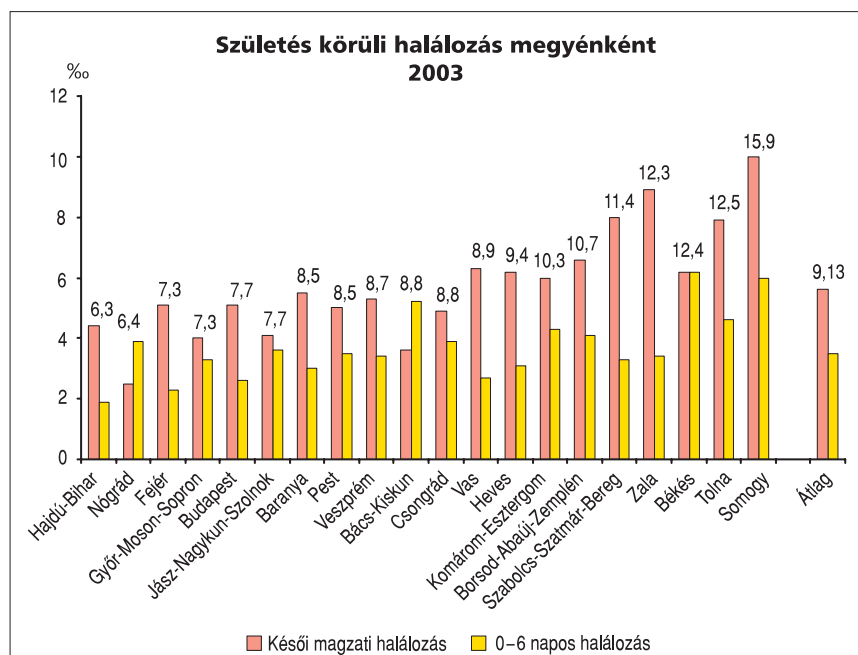
4. ábra

Magzati veszteség (100 élve születésre számítva 74,6%)

	N	
Korai és középidős magzati halálozás	16 315	} 16 845
Késői magzati halálozás	530	
Terhességmegszakítás	53 789	
Összesen	70 634	= 42,9%

Élve szülöttek (94 647) + összes magzati veszteség (70 634) = 165 281 fogamzás, amelyből csak 57,1% jön világra

2. tábla



3. ábra

Az 4. ábra a csecsemőhalálozás megyénkénti alakulását mutatja. Fontos ismét megjegyezni, hogy a 690 halott közül 478 (közel 70%!) koraszülött volt. Figyelemfelkeltő, hogy az összes halott 48%-a – majdnem fele – az első 6 napon belül hal meg. A csecsemőhalálozás arányszámait a születési súly mellett az anya életkora is jelentősen befolyásolja. Rosszabbak az eredmények a 20 év alattiak és a 35 év felettiak esetében, míg a 20-35 év közöttieknél a csecsemőhalálozás aránya az átlagnál alacsonyabb. Igaz ez az elmúlt 2 évre is. (5. ábra)

A fentiek miatt különösen hátrányos az egyre későbbi gyermekvállalás. Külön ki kell emelni azonban azt is, hogy 118 gyermeket 15 évnél fiatalabb anyák szültek. (4. tábla)

<15 éves	118
15–19 éves	6483
20–24 éves	20143
25–29 éves	37089
30–34 éves	22022
35–39 éves	7452
40–44 éves	1289
45–49 éves	50
>50 éves	1

4. tábla

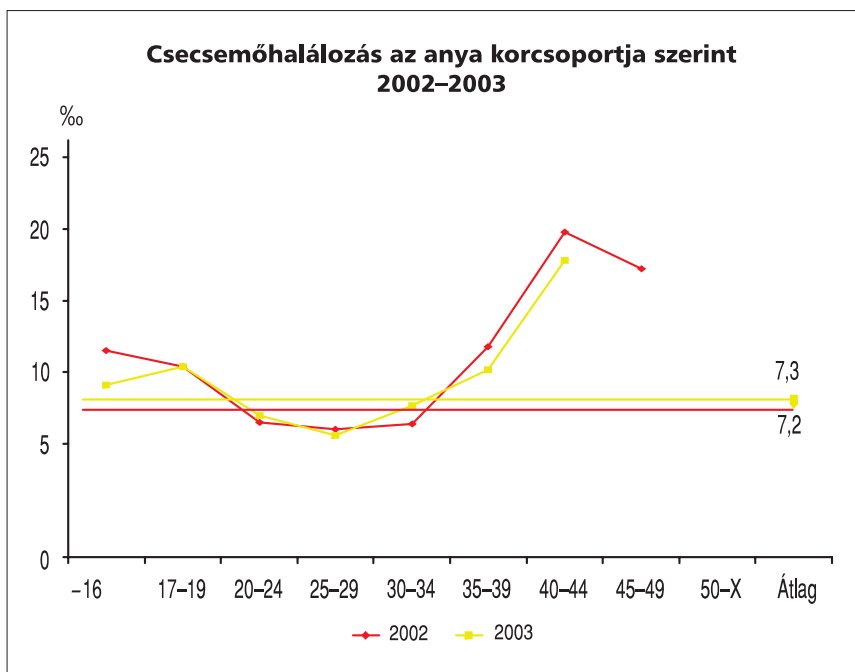
A csecsemők halál oka megoszlása évek óta változatlan. A halál 61%-ban a perinatális szakban keletkező állapotok miatt következik be. 23%-ban a veleszületett rendellenességek, 4%-ban a légzőrendszer betegségei, 3-3%-ban idegrendszeri betegségek, illetve külső okok, balesetek, 5%-ban pedig egyéb megbetegedések szerepelnek. (6. ábra)

A magas csecsemőhalandóságunk mellett évek óta kedvező számarányú az 1–4 évesek halálása. A halottak alacsony száma miatt az adatokat százaléklékben adjuk meg. (7. ábra)

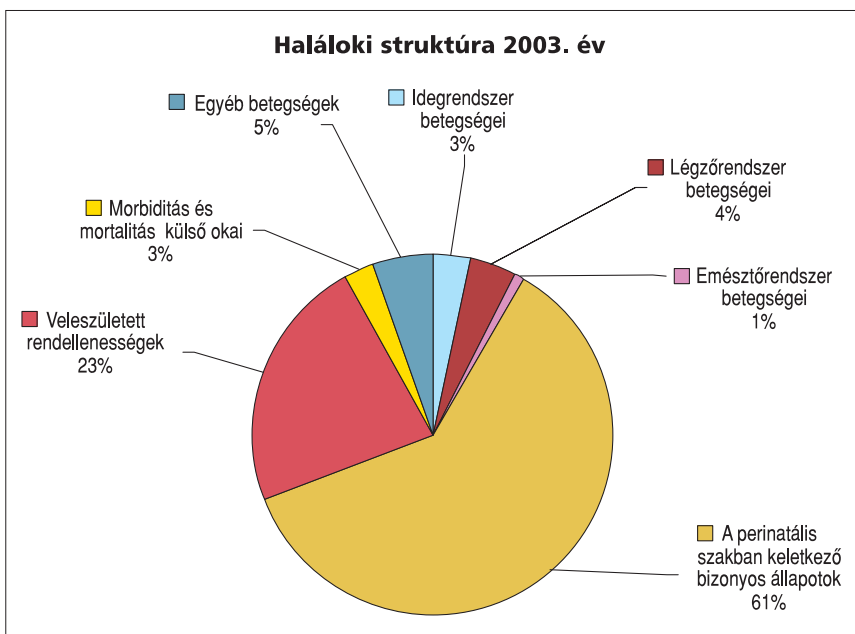
A csecsemők és az 1–4 évesek halálának okai jelentősen különböznek. Ez utóbbi korosztályban az elhalálozás 28%-ban külső okok, például balesetek, 22%-ban veleszületett rendellenességek, 16%-ban daganatos megbetegedések miatt következik be. Az idősebb gyermekek között is a baleseti halálok vezetnek.

A magas szintű szakmai neonatológiai ellátás mellett a színvonalas területi alapellátás jelentheti a magyarországi csecsemőhalálozási mutatószám további csökkenésének biztosítékát. Ezenkívül azonban az iskolai egészségnevelésre, a prevenció munkára, a terhes- és csecsemő-tanácsadásra, és nem utolsósorban a lakosság jobb egészség-magatartására is szükség van. Csak ezek együttes javulásától várható a csecsemőhalálozási mutatószám további csökkenése.

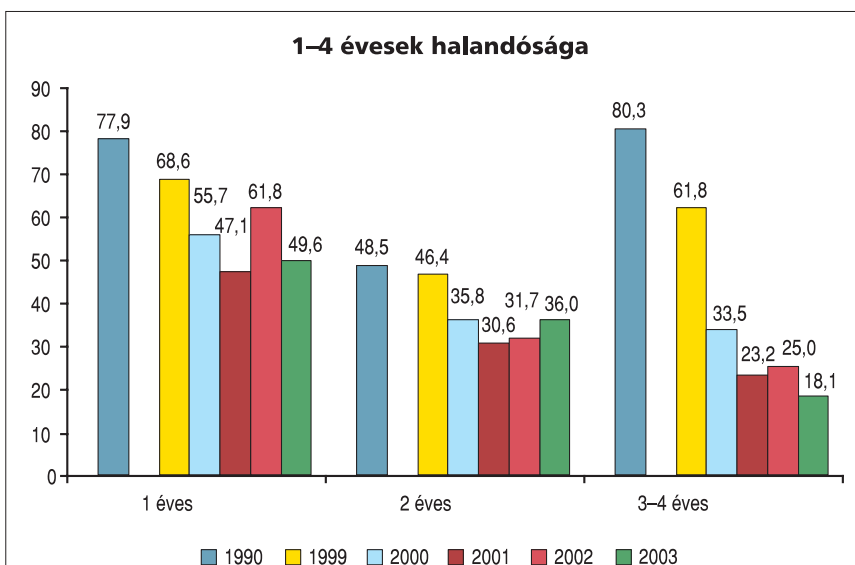
K. M.



5. ábra



6. ábra



7. ábra

Finanszírozásunk betegségei

„Betegünk” vizsgálatok tegyük most félre a háziiorvosi finanszírozási rendszeren belül a gyermekorvosokat sújtó méltánytalanságokat. Ez a „krónikus alapbetegség” egy arra alkalmas helyzetben és időben külön kivizsgálást igényel. Az elmúlt időszak nagy tanulsága, hogy bármilyen felvetésnek csak akkor van értelme, ha azt kellő súllyal tudjuk képviselni azokon a fórumokon, ahol a döntéseket előkészítik. Emellett – megfelelő diplomáciai készséggel – képesnek kell lennünk magunk mellé állítani más érdekcsoportokat is.

Finanszírozási koncepciónkat már 1999-ben megfogalmaztuk. Ez a HGYE-állásfoglalás főbb megállapításaiban ma is helytálló, mégis egyes elemeit újra és újra hangsúlyozni szükséges.

Bár ez az írás elsősorban a zárt kasszán belüli elosztás szabályozásával foglalkozik, ennek ellenére érdemes néhány gondolatot a felosztandó összeg nagyságáról is megfogalmazni. A tisztánlátáshoz azonban összehasonlítható

adatokra lenne szükség. Képtelenség azonban, hogy évek óta nem jutunk olyan valós, a magyarországgal összehasonlítható adatokhoz, mint az egészségügyi költségvetés uniós átlaga, az egészségügyben dolgozók uniós átlagbére, az orvosok és a háziiorvosok átlagkeresete. És hogyan állunk a közgazdászokhoz, a pedagógusokhoz és az ügyvédekhez képest? Mikor készül el végre a felzárkóztatásunk menetrendjét meghatározó ütemterv? A sok vagy kevés, a pazarlás vagy szegénység kérdése csak a fenti dilemmák megválaszolásával dönthető el.

A fejkvóta-finanszírozást megszületése óta számtalan bírálat érte. Ismételten felerősödtek a teljesítményarányos finanszírozást követelő igények. Ezek a javaslatok minden esetben ijesztően bonyolultak voltak, és kizárólag a felnőtt-praxisok érdekeit szolgálták. Talán elég megemlítenem az Országos Háziiorvosi Intézet 1996-os szűrési javaslatát, mely szerint: „A cukorbetegség gondozásáért akkor számolható el gondozási díj, ha a

felfedezett és gondozott cukorbetegek számaránya eléri a felnőtt lakosság 3%-át.” Az ilyen és ehhez hasonló vélemények még ilyen időtávolságból is háttorzongató hatásúak. Ezen az úton továbbhaladva még megérhetjük azt is, hogy „minél nagyobb a praxisokban a morbiditási arány, annál jobb orvosnak számítasz.” Ezeket a törekvéseket vissza kell utasítanunk. Ha szigorú szakfelügyelői ellenőrzés mellett egy praxisban alacsony a megbetegedések, a halálozások száma, szerény a betegforgalom, akkor azt a praxist fizessük meg jól, mert ott valamit jól csinálnak, ahelyett, hogy korcs finanszírozási szabályozókkal behajszolnánk valamiféle országos átlag teljesítésébe.

A jelenlegi rendszert nem bonyolítani, hanem egyszerűsíteni kell! Áttekinthető és könnyen érthető szabályozásra van szükség. A fejkvóta-finanszírozás – mechanikus mennyiségi jellege ellenére – egy jól működő szakfelügyelet mellett a legtökéletesebb teljesítményorientált finanszírozássá válhat. Az összesítéseken

és jelentéseken alapuló „hányat szűrtem – hányat gondoztam” értékrend, kellő ellenőrzés nélkül csak mennyiségi mutató, mely a gátlástalan „statisztikus” kollégáknak kedvez.

A bonyolult szabályozás azért kedvező a finanszírozónak, mert így bárkinek a szemébe vághatja: „van elég pénz, csak te vagy ügyetlen, s ezért nem tudsz hozzájutni”. De előnyös a csak önmaguk állandó helyzetbe hozásával törődő orvosoknak is. Természetesen szükség van egy kötelező adatszolgáltatási rendszerre, és a sok adat közül a megfelelő indikátorok kiválasztására is. Ehhez pontosan meg kell határozni, hogy mi az a számon kérhető tevékenység, ami minden házi orvosnak kötelező feladata.

Hogyan lehet ezeket az adatokat minél megbízhatóbbá tenni? Például úgy, hogy egy adott praxis esetében a fekvőbeteg-intézet és a biztosító egységesített számítógépes rendszerének nyilvántartása, és ne a házi orvos „bevallása” legyen az irányadó. Ezeknek az adatoknak a rendszeres és együttes értékelése lenne a szakfelügyelet első feladata. Az ellenőrzött praxisok az eredménytől függő minősítést kapnának. Alaphelyzetben minden házi orvos 1-es szorzót kapna, mely a praxis értékelésétől függően változna. Ezzel a szorzószámmal módosított fejkvóta pontszám kerülne finanszírozásra. A kötelezőn felül teljesítő praxisok egyrészt a versenyképességüket növelnék, másrészt – külön szerződés alapján – extra finanszírozásban részesülhetnének.

Probléma még az is, hogy a fix összegű díj szabályozása ésszerűtlen. A fővárosban vagy más nagyvárosban semmiféle jelentősége nincs annak, hogy hányan laknak az adott körzethatárokon belül. Kifejezetten előnyös, ha például két 900 fős gyermekkörzet közé bekeleldik egy 500 fős praxis. Már majdnem a TEK nélküli körzetekhez hasonló helyzetbe kerülve még 64 000 forinttal magasabb fix díjban is részesül! És mivel magyarázható a felnőtt- és a vegyes praxisokhoz képest a 2–10%-ig terjedő többletünk a fix díjazásban? Talán csak nem az egyébként el nem ismert alulf finanszírozottságunk kompenzálására szolgál? Ahhoz viszont kevés!

A fix díj kasszán belüli arányát érdemes lenne felemleni a nagyszámú, de szükségszerűen létező, fennmaradásáért küzdő kis praxis működőképessége érdekében. A 2002-es 50%-os béremelés első elosztása idején megjelent egy reménysugár a nagyobb szakdolgozói létszám magasabb díjazására. Ezt a poz-

itív elemet a 2003-as korrekciónál – számomra ismeretlen erők hatására – kitörölték a rendeletből. Helyes lenne, ha az ellátottak száma kötelezően előírná az ellátók létszámát, és az ennek megfelelő magasabb finanszírozást.

A degresszió mint szabályozó elv elfogadható, de nem ezen a szinten. Az eredeti elképzelés szerint ez a korlátozás az erőn felüli praxisnagyságtól óvta volna meg a házi orvosokat. Később mégis, gondolom takarékosági okokból, az átlagosan ellátható szint alá vitték a degresszió határát. Ez igazságtalan és értelmetlen.



A szabad orvosválasztás intézményét tartalommal kell megtölteni, hiszen ez egy lehetséges önszabályozó rendszer legfontosabb eleme lehetne. Ahhoz, hogy választhatók legyünk, kellő mértékben tájékoztatnunk kell a választókat. A kötelezően ismertetésre kerülő adatok sora megállapodás kérdése, de például az orvos szakképzettsége(i), vagy a praxis létszáma feltétlenül ebbe a körbe tartozik.

Az ellátási kötelezettség nélküli praxisok létrehozása eredendően etikátlan döntés volt. A házi orvosi versenyhelyzetben megengedhetetlen, hogy kivételezett kollégák szabadon válogathassanak a páciensek között. Ezért meg kell szüntetni az új TEK nélküli praxisok létrehozásának a lehetőségét, a meglévőket pedig minél hamarabb le kell építeni!

A tartósan betöltetlen praxisok kérdésének megoldására már több javaslat született. Szerintem az lenne a helyes döntés, ha az érintett helyi önkormányzat külön forrásból – az esélyegyenlőségi költségkeretből – kapna címzett támogatást erre a célra. Ezek után már az illetékes önkormányzat felelőssége, hogy kiegészítő finanszírozás ígéretével, jobban felszerelt rendelővel és igényesebb szolgáltatási lakással tegye vonzóbbá az adott körzetet.

Az iskola-egészségügyi ellátás terén is több kérdés tisztázásra szorul. Az előírásoknak megfelelő iskolaorvosi rendelők hiánya, a párhuzamos ellátás problémája és a finanszírozás méltatlanul alacsony összege egyaránt nehezíti a helyzetet. Az a véleményem, hogy az iskola-egészségügyi tevékenység valójában munka-egészségügyi ellátásnak és minősítésnek felel meg, amelynek a tarifáját jól ismerjük, akár a saját alkalmassági vizsgálataink kapcsán is.

A 14–18 év közöttiek kizárólagos ellátása a házi gyermekorvosok feladata kell hogy legyen! Ennek a korosztálynak a tagjai – egészen felnőttkori egészségkárosodásuk kialakulásáig – kikerülnek az egészségügyi gondoskodás látóköréből. Ezeknek a fiataloknak a célja egyébként is a mindenféle kötöttségtől való elszakadás, az önállóság kiharcolása. Gyakran előfordul, hogy hosszabb ideig be sem jelentkeznek a felnőttkörzetbe. Fontos momentum az is, hogy a gyermekpraxist kiskorúként elhagyók jelentős része valamilyen konfliktus után dönt a változtatás mellett. Tapasztalatom szerint éppen akkor, amikor az egészséges életmóddal kapcsolatban ellentétbe kerül gyermekorvosával, és ebből a helyzetből szabadulni akar. A rendeletalkotók felelőssége is, hogy ezt megakadályozzák. Mindemellert a jelenlegi demográfiai helyzet is indokolja ezt a változtatást.

A végére maradt, de nem a fontossági sorrend miatt, hanem azért mert ez a legkeményebb dió: a hálapénz.

Általánosan elismert tény, hogy a hálapénzrendszer megalázó és méltatlan helyzetbe hoz minket. Mi, házi orvosok általában kevésbé élvezzük előnyeiket, viszont sokkal jobban megszenvedjük hátrányait. Kötelezően elvárható lenne kormányainktól, hogy végre megalkossák az egészségügyi finanszírozás felzárkóztató ütemtervét. Ehhez segítséget nyújthatna például egy olyan, az orvostársadalom részéről érkező javaslat, mely szerint, ha az egészségügyben a bérek öt éven belül – évente pontosan meghatározott és betartott(!) emelkedési ütemben – elérnék az uniós átlag 75%-át, akkor a MOK, egy év türelmi idő után, a hálapénz elfogadását etikai vétségként kezelné, és teljes szigorral szankcionálná.

Nekünk kell megválasztanunk a megoldáshoz vezető utat, hogy ne kelljen kétbalkezes, bizonytalan erkölcsiségű, kívülről jött szabályozókhöz alkalmazkodnunk. A megtisztulás elkerülhetetlen. Inkább mi takarítsunk, mintsem velünk takarítsanak!

Halmazott hátrányban

A roma népesség aránya az unióban néhány éven belül eléri az össznépesség két százalékát. Ez lesz az Európai Unió legnagyobb, legszegényebb és leggyorsabban növekvő kisebbsége. A kérdés kezelése céljából nem csupán az egyes országoknak, de az országok közösségének is szüksége van egy közös stratégia kidolgozására. A most meghirdetett Roma Évtized programjának végső célja a romák élethelyzetének javítása. Az oktatás, a foglalkoztatás és a lakhatás mellett egyike a négy kiemelt területnek az egészségi állapot és – ennek keretében – az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása. „Egyenlő hozzáférést az egészségügyi szolgáltatásokhoz Magyarországon” címmel rendezett szemináriumot február 18-án az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium és az Európai Roma Jogok Központja. Göncz Kinga miniszter asszony meghívására a HGYE képviseletében Huszár András, Gyimes Zófia és Újhelyi János volt ott a rendezvényen.

Dr. Göncz Kinga miniszter

A roma lakosság korfája braziliai jellegű

Az uniós csatlakozást követően mind nyomatékosabban fogalmazódik meg, hogy a társadalmi kirekesztés megelőzése érdekében a különböző szolgáltatásokhoz mindenki számára egyenlő hozzáférést kell biztosítani. Fontos az információkhoz, jogokhoz, jogosítványokhoz való azonos hozzáférés, de mindenképp meg kell szüntetnünk azt a különbséget, ami ma az egészségügyi szolgál-

braziliai jellegű. A várható élettartamot azok a betegségek határozzák meg, amelyek vezető szerepet játszanak a halálozásban, márpedig ezek a betegségek szoros összefüggésben állnak az életmóddal, a szociális helyzettel, vagy a környezet állapotával. Minthogy jól tudjuk, milyen erős kapcsolat van az oktatás, foglalkoztatottság és a gazdasági, illetve szociális helyzet között, könnyen belátható, hogy a romák nemhogy hátrányos, hanem halmazottan hátrányos helyzetben vannak. Döntő többségük kistelepüléseken, a keleti vagy déli országrészekén él, ahol sokkal nehezebb hoz-

paternalista típusú egészségügyi szisztémánk megreformálása, ha a súlyos betegségek nagy számát csökkenteni akarjuk, az életmódon kell tömegében változtatnunk. Hisz közismert, milyen nagy az egyes ember szerepe saját egészsége, jövője szempontjából.

De nem könnyű az életmód megváltoztatása, ha tudjuk, milyen sok a roma emberekkel szemben láthatóan vagy láthatatlanul ható előítélet. Ezek az előítéletek a kommunikációban sajnos nagyon is jól tetten érhetőek, nehezítve a kapcsolatfelvételt vagy segítségkérést, ami az egészségügy iránti bizalomhoz elengedhetetlen.

2003-ban a parlament elfogadta az egyenlő bánásmódról szóló törvényt, és ez minden diszkriminált társadalmi csoportra, illetve a diszkrimináció minden fajtájára kiterjed. A most januárban megalakult Egyenlő Bánásmód Hatóságnak feladata, hogy a panaszok kivizsgálásán túl érvényt is szerezzen a törvénynek, akár már büntetéseket is kiszabhat ennek érdekében. Mert nem elég egy uniós értékrendnek mindenben megfelelő jogszabály, ha azt nem tudjuk alkalmazni. El kell érünk, hogy munkája során minden szakterület figyelembe vegye az esélyegyenlőségi szempontokat. Érvényesítésüket ma már uniós források is segítik. A 2007–2013 közötti Nemzeti Fejlesztési Tervnek része a napjainkban kezdődött széles körű társadalmi diszkurzus is, hisz az egész társadalomnak, mindenkinek van itt tennivalója.

Dr. Ürmös Andor, főosztályvezető, ICSSZEM Közép-afrikai lakhatási körülmények

Ha nem nézünk szembe azzal a ténnyel, hogy a társadalom különböző csoportjainak ma nincs egyenlő hozzáférési esélye az ellátásokhoz, hogy társadalmi távolságok határozzák meg az esélykü-

Sokkoló

„... A szegénység és a betegség kézen fogva jár, az egészségügyi és a szociális alapellátás csak szorosan együttműködve lehet hatékony. Sokkoló erővel bizonyítják az adatok, hogy az egészségügyi ellátás aránytalan és igazságtalan. Ott a legkevesebb az egészségügyi kapacitás és az egy főre jutó egészségügyi kiadás, ahol a legkedvezőtlenebbek a morbiditási és mortalitási mutatók. Adatok és tapasztalatok tanúsítják például azt, hogy minél kisebb egy település, annál kedvezőtlenebbek az élethesélyek és nehezebb az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. Igaz ez akár az egyes régiókra, de akár az egyes családokra kivette is: minél szegényebb egy régió vagy egy család, annál nagyobb a valószínűsége a megbetegedésnek és a korai halálozásnak. Igazságtalan és ezért tarthatatlan, hogy struktúrát finanszírozzunk, s nem ott jelenik meg a pénz, ahol a beteg van, ahol nagyobb szükség van rá.”

DR. KAPÓCS GÁBOR HELYETTES ÁLLAMTITKÁR

tatások elérhetőségét tekintve az egyes társadalmi csoportok között fellelhető. Magyarország is aláírta „a társadalomból való kirekesztés elleni memorandumot”, ezért nekünk is el kellett készítenünk saját cselekvési tervünket. Az ország egyik legnehezebb helyzetben élő társadalmi csoportja a roma népesség.

Összevetve az újonnan csatlakozott országokkal, nálunk rendkívül alacsony a várható élettartam, de a romák várható élettartama még ettől is vagy 10–12 évvel elmarad. Szembe kell néznünk azzal, hogy Magyarországon a roma lakosság korfája nem európai, hanem afrikai vagy

zájítani az egészségügyi alapellátáshoz, ahol a kisebb járóbetegellátó-kapacitás mellett alacsonyabb a kórházi ágyak száma is. A cigány lakosság korösszetétele eltér az átlagostól, magasabb a fiatal és alacsonyabb az idősebb korosztályok aránya, szegénységi mutatóik pedig az átlagnépesség négy–tízszeresét is elérik.

A ma Magyarországon az iskolába kerülő gyerekek 15 százaléka roma, de növekvő születésszámuk miatt az arányszám továbbemelkedésével számolunk. Erre nemcsak az oktatásnak, a munkaerőpiacnak, de az egészségügynek is fel kell készülnie. Nem elég ehhez a még mindig

lönbségeket, csak konzerváljuk a problémákat. A települési egyenlőtlenségek és ezen belül is a települési szegregáció, a munkanélküliség, a jövedelemnélküliség és ezek következményei rendkívüli módon nehezítik a hozzáférést az egészségügyi szolgáltatásokhoz. Ha tudjuk, hogy a hihetetlenül bonyolult hazai egészségügyi rendszer rejtelseiben még a magasan kvalifikáltak is alig igazodnak el, megértjük, hogy milyen nagy jelentősége van az iskolai végzettségnek az egészség vagy betegség menedzselésében.

A romákat közvetlenül érő kirekesztő mechanizmusok további akadályokat jelentenek a hozzáférésben. Az ország roma lakosságának 60–70 százaléka kistéleplésen, Északkelet-, Dél- vagy Délnyugat-Magyarországon él. Ezek a területeken van a legtöbb betöltetlen házi orvosi státusz, itt a legkevésbé kiépített az egészségügyi alapellátás. Az ittélők lehetőségei ezért eleve sokkal rosszabbak. Ezeknek a településeknek a központjai és cigánytelepei között további hatalmas különbségek feszülnek. A szegregáció nyomán a magyarországi romák egyötöde a kistélepléseken belül elkülönítve, gyakorlatilag a Közép-Afrika országaira jellemző lakhatási körülmények között él. A munkanélküliség és a szegénység mellett az egészségügyi és szociális ellátások kiépítetlenségével is szembe kell nézniük. Az ittélők gyermekeinek állapotát az is nehezíti, hogy gyakran azért nem jutnak megfelelő ellátáshoz, mert egyszerűen nincs ezeken a helyeken gyermekorvosi ellátás. A speciálisan gyermekgyógyászati kérdésekre itt nincs gyermekgyógyászati válasz.

Nem jobb a helyzet a romák kórházi ellátásakor sem. Civil jogvédő szervezet, antidiszkriminációs ügyvéd ugyan már minden megyében, betegjogi képviselő már minden kórházban van, de mivel a betegek nem ismerik jogaikat, nem tudják, kihez, hová forduljanak panaszikkal. A kórházak jelentős része is inkább nővért vesz fel, minthogy szociális munkást alkalmazzon. Pedig egy szociális munkás már a kórházi felvétel során is sokat segíthet, hisz a beteg kultúrájának, szokásainak, speciális szükségleteinek ismerete nagyban könnyítheti ellátását.

Az eltérő látogatási vagy akár halott-síratási szokások eltérő megoldásokat igényelnek. Az egészségügyi szakszemélyzetnek, orvosoknak, nővéreknek, ápolóknak meg kell tanulniuk, hogy bizonyos szavak használata vagy bizonyos viselkedési minta sérti az egyes társadalmi csoportok önértékét. A paternalista

attitűdök megszüntetése kapcsán erről is beszélni kell. Tudnunk, ismernünk kell, mit jelent egy cigány közösségben 12 éves kislánynál nőgyógyászati vizsgálatot kezdeményezni, vagy roma asszonyokat mellrákszűrésre küldeni. Tudni kell, hogyan kell őket megszólítani, de az orvosok, ápolók, védők még nem igazán rendelkeznek azokkal a képességekkel, amelyekkel a probléma kezelhető lenne.

Az Európa Tanács jelentése alapján megfogalmazódott már néhány teendő. A Roma Integrációs Intézet ezért tűzte programjába, hogy 2005 és 2015 között megszünteti a különbséget az ellátáshoz való hozzáférésében romák és nem romák között. Ennek érdekében kell betölteni a betöltetlen házi orvosi státusokat, és több roma ápolónőt, szociális munkást, orvost kell képezni. A népegészségügyi programokban meg kell jelennie a romák speciális szükségleteinek. Ki-hagyhatatlanok a társadalmi csoportok közötti párbeszéd. Az orvosegyetemek, főiskolák, különböző képzőintézmények hallgatóinak speciális program keretében kell megismerkedniük a romák szociológiai jellemzőivel, történelmi hátterével, kulturális sajátosságaikkal. Szinte kötelező jelleggel szeretnénk az orvostanhallgatókat, védőnő- vagy ápolónőjelölteket a cigánytelepek, városi nyomornegyedek gondjaival megismertetni, hogy már tanulmányaik során elgondolkozzanak a megoldás lehetőségein.

És hát persze az is tény, hogy a kérdés kapcsán nemcsak a romákról kellene beszélni, hanem minden olyan társadalmi csoportról, amelyeknek speciális szükségletei vannak. Mert a fogyatékossgal élők, a hajléktalanok is beviszik saját életük tapasztalatait, gondjait az ellátórendszerbe.

Babusik Ferenc pszichológus

A szegénynek rosszabb jut

A magyarországi romák 20 százaléka olyan településen él, ahol nincs házi orvos. Egy, a cigányság egészségi állapotára vonatkozó felmérés során vizsgáltuk az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Megállapítható volt, hogy bár az egészség-magatartás inkább a kulturáltsággal áll összefüggésben, a szűrőprogramokon történő részvétel nem ezzel, hanem az elszenvedett diszkriminációval korrelál. Azoknak a romáknak a körében,

akik nem számoltak be a saját környezetük felől őket ért jelentős diszkriminációról, 80 százalékos, tehát igen magas volt a szűrővizsgálatokon résztvevők aránya.

Az egyenlő vagy egyenlőtlen hozzáférésben az etnicitásnál fontosabb szempontnak tűnik a társadalmi státus. Amikor azt vizsgáltuk, hogy milyen költség-szintű diagnosztikai vagy terápiás eljárásban részesültek a betegek, azt láttuk, hogy az alacsonyabb társadalmi státusúak, a munkanélküliek, az orvosok számára szegényebbnek tűnő emberek, és közöttük persze a romák, szignifikánsan alacsonyabb költség-szintű szolgáltatásokat kapnak.

A kutatások azt jelzik, hogy a romák által tapasztalt és az orvosok körében mért rasszizmus sajnálatos egybeesést mutat. Úgy tűnik, hogy nem magában a roma mivolt váltja ki a hátrányos megkülönböztetést. Sokkal nagyobb jelentősége van a gettónak, a cigánytelepnek, a zsúfolt körülményeknek. A romáknak összességében mintegy 20 százaléka találkozott azzal, hogy az ügyeleti kivonulást megtagadják az orvosok. A gettóban élőknek azonban már 40 százaléka számol be hasonló tapasztalatról. Ez a diszkrimináció nemcsak a felnőtteket, hanem a gyerekeket is sújtja. A paraszolvencia mértéke viszont úgy tűnik, független a nyomor szintjétől, a szegénység fokától. És független a megkülönböztetés mértékétől is. A jó ellátás reménye, úgy látszik, felülírja a megtapasztalt rasszizmust.

Kádár Ferenc

Folytatódik a HGYE gyermekpszichiátriai továbbképzése

Március 17.

Dr. Fohn Márta:
Pszichoszomatikus zavarok

Április 14.

Dr. Simon Judit:
Autizmus

Május 26.

Dr. Dombóvári Edit:
Pszichoterápiás módszerek

Az akkreditált előadások
csütörtökön 19.30-kor kezdődnek.

Helyszín: Bp. V., Arany J. u. 10.
A HGYE tagjainak és a védőnőknek
ingyenes, nem egyesületi tagoknak
alkalmanként 1500 Ft.



Az UNICEF és a civilek

Magyarország – Európai Unió ide vagy oda – még mindig elég bezárkózó, provinciális. Mi, gyermekorvosok sem tudunk eleget a világról. Az UNICEF fontos kapocs – lehetne. Dr. Kecskeméti Editet, a szervezet magyarországi igazgatóját kérdeztük, múlttól, jelenről és a lehetséges közös jövőről.

Amikor az ENSZ egyik legfontosabb szervezetéről, a gyermekekkel foglalkozó UNICEF-ről fagytam – számos kollégámmal osztva a szűgyenben –, be kell vallanom: nem igazán sokat tudunk az ENSZ egyik legfontosabb szervezetéről.

Az UNICEF-et (United Nations Children's Fund) 1946-ban hozták létre, az ENSZ keretein belül – akkoriban ideiglenes jelleggel. Az volt az elsődleges feladata, hogy a világháború sújtotta Európa gyermekein segítsen.

Jellemző módon, az első elhíresült logóján egy pohár tejet ivó gyermek szerepelt, mert az UNICEF rengeteg tejüzemet létesített, tejet osztott szét, hisz a háborúban majdnem a teljes szarvasmarha-állomány elpusztult. Az UNICEF harcolt a tbc ellen, és az akkori protokollok szerint DDT-vel szórták be az épületeket – malária ellen! Merthogy az is akadt bőven.

1945 után Magyarország is segítségre szorult, Budapesten is nyílt UNICEF-iroda, 1949-ben azonban bezárták, a hivatalos indoklás szerint azért, mert teljesítette feladatát. Ám sokat elárul, hogy munkatársai közül többek ellen kémkedés miatt eljárás indult, volt, akit börtönbe is csuktak.

Az 1950-es évek elejétől egy időre az UNICEF léte veszélybe került. Amikor azonban az ENSZ 1953-ban megvizsgálta a mandátumát, mégis úgy döntöttek, hogy megtartják, sőt, megszüntették az ideiglenes státusát is. Főleg Elenore Roosevel, az akkori amerikai ENSZ-nagykövet, a volt elnök özvegye lobbizott az UNICEF fennmaradásáért.

De a mandátuma kétségtelenül megváltozott: Európából a fejlődő országokba helyeződött át a hangsúly. A legszegényebb helyzetű országok leghátrányosabb helyzetű gyermekein segít, meghozza szigorú kritériumrendszer, a gyermek-

populáció nagysága, a gyermek- és csecsemőhalandóság aránya és a nemzeti jövedelem nagysága határozza meg, hogy az adott államban indulhat-e UNICEF-program vagy sem. Magyarország mutatói jók, így nem vagyunk a szervezet célországai. Egyébként a közép-európai régióból senki. Ahol viszont valóban szükség volt és van rá, ott nagyon intenzíven segít.

Az UNICEF nem segély-, hanem fejlesztési szervezet. Ami azt jelenti, hogy hosszabb távon szeretne a gyermekek helyzetét javítani. Fontos persze oltási kampányt szervezni, élelmiszert osztani, de ha nincs infrastruktúra, nincs semmi: se gyógyítás, se oktatás. Ezért vesz részt az UNICEF az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésében, a vízgondok orvoslásában, vagy az oktatási rendszer megszervezésében. Nem halat – hálót akarnak adni.

Mekkora ma az UNICEF?

153 országban több mint 7 000 főál-lású alkalmazottja van. 1,5 milliárd dollár az évi költségvetése. Főleg helyi szakemberekre támaszkodunk. Katasztrófa-helyzetben pedig együttműködünk a helyszínen lévő segélyszervezetekkel.

Az 50-es évek végétől Nyugat-Európában létrejött az UNICEF-et támogató civil szervezetek hálózata, elsősorban finanszírozási célokkal. Mert szemben az ENSZ-szervezetek többségével, az UNICEF nem az államok kötelező tagdíjából fedezi programjait.

Az UNICEF Magyar Bizottsága a 70-es években alakult meg, egyszerű civil, közhasznú szervezetként. A magyar kormány támogat ugyan bennünket, de ez kevés. A lakosság évente 300–400 ezer dollárral járul hozzá munkánkhoz. 2003-ban ez az összeg elérte a 600 ezer dollárt is. A befolyt pénz döntő részét befizetjük az UNICEF nemzetközi alapjába. Saját fenntartásunkra keveset költünk. A Magyar Bizottságnak csupán hat főállású munkatársa van. Ami a lényegi munkát illeti, a 90-es évek elején az UNICEF-re nagy nyomás nehezedett, hogy térjen vissza Kelet- és Közép-Európába. Albánia és a volt Szovjetunióból kiváló új államok esetében könnyű volt meghozni ezt a döntést, de Romániában már csak ideiglenesen voltunk jelen. Magyarországon inkább csak ún. pilot-programjaink futot-

tak, ezek inkább csak a publicitás szempontjából fontosak.

Tudjuk, hogy a gyermekek jogainak védelme az UNICEF kiemelten fontos feladata.

Itthon is folyamatosan szót emelünk a gyerekek testi fenntartása, a családon belüli erőszak ellen. Szóvá tettük, hogy a Gyerekjogi Egyezmény monitorizálása – azaz a betartásának ellenőrzése – nem történik meg szisztematikusan. Firtattuk, hogy önkormányzati szinten ki ellenőrzi, hogyan tartják be például az állami gondozottak egészségügyi, oktatási kötelezettségeit.

Fájlaljuk, hogy míg Nyugat-Európában a gyermekek jogainak érvényesítésére ernyőszervezetek, gyermekjogi koalíciók jöttek létre, addig nálunk sajnos nem. Ebben nagy szerepe van annak, hogy a civil szervezetek kapcsolatrendszerébe betüremkedik a politika, ami megnehezíti az együttműködést. A kezdeményezésnek nem felülről kell jönnie, de minden érintettnek össze kellene fognia.

Magától adódik a kérdés: miért nem az UNICEF vállalja a lobbiközpont szervezését?

Pont az átpolitizáltság miatt. Szívesen felvállalná, ha ki lehetne küszöbölni a pártpolitikát. Más országokban sikerült. Németországban például hihetetlenül befolyásos a gyermekjogi koalíció, amely nagyon kritikus a mindenkori kormánnyal szemben, és csak a gyermekképviselet tartja szem előtt. Nagy-Britanniában, amikor a kormány az első gyermekjogi jelentését elkészítette, a civilek három évig dolgoztak egy alternatív jelentésen – ami sokkal alaposabbra sikerült, mint a hivatalos. Jobban rámutatott a konkrét feladatokra. Sikerült is bizonyos dolgokat megváltoztatnia.

Mondana a munkájukról konkrétumot is?

A bizottság elsősorban az UNICEF anyagi alapjait gyarapítja, nemzetközi programokhoz szerzünk pénzt. Nemrég az anyák és csecsemők tetanusz elleni védőoltására gyűjtöttünk. Eddig 65 ezer anya oltására elegendő pénz érkezett.



Az összeg nagyobbik része Guineába megy. A szudáni Darfur menekültjeinek 12 millió, a cunami áldozatainak 125 millió forint jött össze.

Magyarországi lehetőségeink korlátozottak, ám élünk az sja 1% adta lehetőségekkel. Az elmúlt évek során 550-nél is több hátrányos helyzetű kisteleplés óvodáinak adományoztunk fejlesztő játékokat. Jótékonsági rendezvényeket, koncerteket szerveztünk, képeslapokat adunk el. Bevételeink 70%-a ilyen képeslap-árusításból származik.

HA Nem az államnak lenne evidens feladata a gyermekek ellátásának biztosítása?

Nem tisztem megítélni. Annyit azért elmondanék, hogy nekünk vannak olyan adományozóink, akik pont azért támogatják a mi nemzetközi programjainkat, mert szerintük a hazai problémák megoldásában a – mindenkori – kormánynak kellene nagyobb szerepet vállalnia.

HA Tudjuk, hogy az UNICEF aktívan részt vett a szökőár áldozatainak megsegítésében. Bár, mint említette, nem ez a feladata.

Költségvetésünk 30–40%-a ma is katasztrófák kezelésére megy – egyszerűen nem tehetjük meg, hogy ilyen helyzetben ne segítsünk! Most a cunaminál Indiában a teljes segélyprogramot, Srí Lankán az ivóvízellátást koordináltuk.

HA Mi a helyzet a katasztrófa-árvákkal?

Az UNICEF álláspontja egyértelmű: lehetőleg saját családjukban kell elhelyezni őket. Kiemelten támogatjuk az ilyen családokat, vagy ha nincs, a befogadó faluközösségeket. Következő lehetőség a nevelőszülő, és csak utolsósorban az árvaház vagy a külföldi örökbe fogadás.

Egyébként a szökőár után jóval kevesebb az árvák száma, mint azt korábban gondolták – tragikusan sokan meghaltak, jóval többen, mint feltételezték. A 7 év alatti korosztályból alig maradt élve gyerek a katasztrófa sújtotta területen. Január végi adatok szerint csupán néhány száz árvát regisztráltak. Túlnyomó többségük ma hozzátartozóikkal, távolabbi rokonaikkal él együtt.

HA Tenni akarást éreztünk a gyermekorvosok oldaláról. Sokan már a katasztrófa másnapján indultak volna segíteni.

Egy ilyen nagy szervezetnek sajnos nincs módja önkénteseket bekapcsolnia. Nagy professzionális programokat nem lehet összerakni, önkéntesekre bízva. Orvosi segélymunkához kisebb szervezeteket érdemes felkeresni, hisz maga az UNICEF is rájuk épít. Nyugaton azonban az önkéntesek csak alapos előzetes felkészítés után vehetnek részt programokban.

HA Hogyan segíthetünk mégis?

Pénzzel. A katasztrófa sújtotta országokban van megfelelő szakembergárda, élelmiszer és víz – de az anyagiakból hiány van. Mérlegelni kell persze, hogy hol és milyen segítség a legolcsóbb és a leghatékonyabb.

HA Milyen együttműködési lehetőségeket lát az UNICEF és a házi gyermekorvosok között?

Aktuálisan két területen lehetne együttműködnünk: az egyik a jódhiány teljes felszámolása. Ezt a világ kormányai 2005-ig vállalták. A magyar Népegészségügyi Programban ennél kevesebb, a jódhiány 5%-ra történő csökkentése szerepel. De ennek érdekében sem történtek megfelelő intézkedések. Nem népszerűsítik a jódozott só használatát, esetlegesen a jódhiánnyal kapcsolatos felmérések. A gyermekorvosok is felhívhatnák a figyelmet a jódbevitel fontosságára, a jódhiány és a tanulási nehézségek kapcsolatára. A másik feladat a hat hónapig tartó kizárólagos anyatejes táplálás támogatása, mert nemzetközi felmérések szerint ezen a téren van még teendőnk.

Az UNICEF egyébként partner mindenféle együttműködésben. Szívesen felajánlom, hogy fonjuk szorosabbra kapcsolatunkat a Házi Gyermekorvosok Egyesületével is.

Dr. Nemes János

Találkozunk?

Kávészünet-7

Házi Gyermekorvosok Egyesülete - VII. tudományos konferencia

Siófok

2005. május 20-22. Hotel Azúr konferenciaközpont



Banda Aceh, Szumátra

2005. január

Liszkay Gábor, a Bethesda Kórház intenzív osztályának vezetője januárban egy orvoscsoport tagjaként járt a szököár sújtotta Szumátra, Banda Aceh tartományában.

Hogyan állt össze a csapat?

A II. Gyermekklinikán a csoportomba járt egy később a katasztrófamedicinában rutint szerzett kolléganő, Tóth Judit. Ő hívott, hogy gyermekgyógyászt keresnek, mert sok a gyermeksérült. Nem az intenzív rutin volt a fő szempont, hisz tudtuk, hogy zömében nem heroikus életmentést kell majd végezni, hanem olyan embert kerestek, aki az altatásban és a kórházi munkában is otthon van. Az utazás egy Karis nevű karitatív szervezet és a Baptista Szeretetszolgálat együttműködésében jött létre.

Hogyan állt össze a csapat?

Egy keddi napon tették fel a kérdést, hogy adott esetben mennék-e. Szerdán már jött is az értesítés, hogy pénteken indulunk. Különösebb előkészületre nem volt idő, csak azt kérték, hogy személyes holminkon kívül állítsunk össze egy körülbelül két hétre és sok száz beteg ellátásához szükséges gyógyszer- és eszközkészletet. Kollár Lacival együtt készítettük el a szükségesnek tartott listát, elsősorban légúti és enterális betegségekre, fájdalom- és lázcsillapításra, maláriára, trópusi betegségekre gondoltunk. Felkészültünk a kórházi ellátásra is, ezért vénás antibiotikumok, kötszerek, infúziós szerelvények, palackok is szerepeltek a listán. A szolgálat feladata volt, hogy ezt a

100–120 féle tételt 10–12 óra alatt beszeresse. A gyógyszercégek révén elsősorban a kórházi ellátáshoz szükséges eszközök, gyógyszerek jöttek össze. Nem is gondoltuk, hogy a helyszínen ez jelenti majd a legnagyobb gondot, mivel elsősorban az alapellátásban használatos, szájon át adható gyógyszerekre volt leginkább szükség.

A 15 fős csapatban ketten voltunk gyermekorvosok, Varga Éva gyermekgyógyász és aneszteziológus főorvosnő a János Kórházból jött. A többiek sebészek, mentősök, felnőttanesteziológusok voltak. Volt velünk egy infektológus, egy tűzoltó – aki egy speciális mentőegység tagjaként került a csoportba – és egy katasztrófavédelmi alezredes is, aki az előre nem látható vagy nem várt akadályok elhárítására van kiképezve. Adott esetben az ő feladata lett volna egy tábori kórház építésének megszervezése. A társaság fele korábbi bevetésekből már ismerte egymást, másik része „új fiú” volt. Az indulás előtti napon a nemzetközi oltóközpontban kaptuk meg a kanyaró, a tífusz, a tetanusz, a hepatitisz és a meningococcus elleni védőoltásokat, ott ismerkedtünk meg egymással. Felkészítettek arra, hogy több helyen, és két-három fős csoportokban dolgozzunk majd.

Hová kerültek?

A Frankfurt, Szingapúr, Djakarta útvonalon repültünk. Az ottani követség dolgozó, élükön Gusztin György nagykövet úrral fantasztikus tisztelettel és szeretettel fogadtak minket. Másnap repültünk Banda Aceh-be, ahol az első napok monszun időjárása után aszály és hőség várt ránk. Nappal 40 fele járt árnyékban, csak éjszaka hűlt 30 környékére a levegő.

H Miért pont oda, amikor ez köztudottan veszélyes, az idegenek számára addig katonailag is zárt terület volt? A korábbi hírek sorozatos túszjejtésekről szóltak.

Ez a régió Szumátra nyugati partja, ez volt legközelebb a földrengés epicentrumához, fizikailag és lélekszámban is itt volt a legnagyobb a pusztítás. Mivel a környező területekről rengetegen menekültek



a fővárosba, Banda Aceh-ben volt a legnagyobb szükség az orvosi segísége. Indonézia vallási szempontból plurális, viszonylag toleráns ország. Itt azonban a lakosság döntő többsége ortodox mohamedán, akik nem szimpatizálnak az ország viszonylag liberális beállítottságú kormányával, ezért egy önálló, muszlim köztársaságot akarnak létrehozni. A separatista törekvésekkel szemben a központi kormány katonailag lépett fel, ez volt az oka annak, hogy a régió a szökőárig az idegenek előtt lezárt terület volt. December 26-án viszont megszűntették a „karantént”, hogy bejöhessenek a külföldi segítség-szervezetek.

A Mik voltak az első tapasztalataitok?

A város egyharmada elpusztult a földrengés, és az azt percekben belül követő szökőár miatt. Mindenütt összedőlt házak, beszakadt födémek, halomba rogyott viskók és az emberi civilizáció hordalékká vált nyomai. Döbbenetes kép volt több tíz kilométeres hosszúságban és több kilométer mélységben a pusztulás és romhalmaz. Iszapos masszává keveredett minden, ami emberlakta településen előfordulhat, egymás hegyén-hátán összetörve az, amit korábban életnek hívtak. És a gödrökben a részben már zsákba burkolt, részben pedig még betemetetlen halottak... Mindez egy addig is rendkívül szegény, trópusi, zsúfolt „városban”.

A Mi volt a feladat?

Munkahelyeinket már az előző „turnus” előkészítette. Jó kapcsolatot és együttműködést alakítottak ki a portugálokkal, akik egy tábort kórházat telepítettek oda. Mivel ők nem tudtak elég szakembert hozni, kölcsönösen jól jöttünk egymásnak. Elődeink derítették fel azt is, hogy hol vannak a városban olyan elhagyott rendelők, amelyeknek odaveszett a személyzete. Ezekbe „fészkeltek” be magunkat. Elődeink kezdetben sátorban laktak, később sikerült lakható házat találniuk, ahová minket is beszállásoltak. A földön aludtunk, poli-fóm matracon. Mosakodásra ott volt a monszon, ivóvizet hoztunk magunkkal. Biztonságban voltunk, fenyegetettséget egyáltalán nem éreztünk, igaz, hogy regulázott körülmények között éltünk, nemigen lehetett elbóklászni.

Nagyon nagy volt az igény irántunk. Gyakorlatilag alapellátást végeztünk, a panaszok kisebb része volt a szökőárhoz kapcsolható, sebészi ellátást igénylő



sérülés, a betegek döntő része akut panasszal jött, sokan a tőlünk kapható ingyen gyógyszer reményében. Felőtteket, gyerekeket egyaránt elláttunk, többségüknek légúti panasz, hasmenése volt. Tbc vagy malária csak a gyanú szintjén merült fel, igazi trópusi betegséget sem nagyon láttunk. Jó, hogy volt velünk infektológus, sokat segített a differenciáldiagnózisban. És persze oltottunk, oltottunk, gyerekek százait, iskolákban, mecsetek udvarán, akárhol. Mi, az UNICEF szervezésében, éppen kanyaró ellen.

Nem voltunk egyedül. Számtalan orvosi segítség-szervezet volt ott, nagyon beindult a segítség. Néha sokan voltak, máskor kevesen, nagyon jólesett, amikor jöttek a francia vagy angol kollégák, hogy tudnak-e segíteni. Hogy tart-e a lendület ma is, nem tudom. De bízom benne,

mert a természeti katasztrófától függetlenül is kellene a felkészült segítség ebben a térségben. Hihetetlenek voltak a tragédia ellenére is mindennapjaikat élő emberek. Nem az rítt le róluk, hogy most épp harmincan laknak abban a helyiségben, ahol korábban csak tízen, nem lát-szott rajtuk, hogy min mentek keresztül. A piacon, az utcán mosolyognak, ahogy évezredek szokásaik, kulturális gyökereik előírják. A gyerekek ugyanazzal a boldog nevetéssel rohantak hozzánk, ahogy azt a Discovery Chanell-en nap mint nap megszokhattuk, amikor az európai felfedező, a forgatócsoportok megérkeznek. Az iszonyat, a tragédia belül van, bent maradt. Az élet meg megy tovább...

Hogyan tovább a meningococcus C (MCC) elleni konjugált védőoltásokkal?

A *Neisseria meningitidis* C szerocsoportja által okozott fertőzésekkel szembeni profilaxis 1999 tele óta téma a magyarországi gyermek-alapellátásban. Az 1999/2000. év téli szezonja, a média kétes szerepének köszönhetően anélkül hozta reflektorfénybe a MCC-fertőzés fulmináns lefolyását, hogy annak epidemiológiai jelentőségét bemutatta volna.

Az alapellátást és a szakmát azóta is megosztja a kérdés, hogy kit, mikor és hogyan érdemes profilaxisban részesíteni. Az MCC átoltottsága hazánkban rendkívül nagy eltéréseket mutat. Ezt bizonyította dr. Kovács Julianna, illetve dr. Kálmán Mihály és munkatársainak felmérése is. A védőoltás szükségességéről az infektológusok és az epidemiológusok véleménye is eltérő. Tovább színezi a képet az oltás/nem oltás erkölcsi dilemmája is.

A konjugált MCC-vakcinák megjelenése jelentősen egyszerűsítette a betegség profilaxisát, hiszen az új konjugációs technológiának köszönhetően már 2 hónapos kortól lehetőség nyílt a legesendőbb korosztály, a csecsemők védelmére. A kezdetben háromadagos csecsemőkori sémát a tetanusztoxoidhoz adszorbeált vakcina megjelenése tovább egyszerűsítette azzal, hogy már két dózis

is elegendővé vált a 100%-os szerokonverzióhoz. A kérdés, hogy vajon milyen hosszú védettséget is várhatunk az oltástól, a kezdetek óta megválaszolatlan. A gyártók dodonai válasza – miszerint biztosan hosszú, de ma még senki nem tudja pontosan, hiszen maga a technológia is csak a második évtizedét taposja... – nem nyugtatta meg az óvatosabb gyermekorvosokat.

Lehet, hogy aggodalmuk nem volt alaptalan?

Az ESPID (European Society of Pediatric Infectious Diseases) kongresszusán már tavaly elhangzottak olyan vélemények, hogy a valóban tartós védelem érdekében, a Hib konjugált vakcinákkal szerzett tapasztalatok alapján az MCC esetében is szükség lehet egy booster oltásra. Megoszlottak az álláspontok, hogy vajon poliszacharid vagy konjugált oltással érdemes-e boosterelni, de a booster tényével a szakma nagyvonalakban egyetértett. A 2004-es év végének bombasztikus híre volt, hogy Angliában a leghamarabb törzskönyvezett, diftéria-toxinnal konjugált vakcinával oltott csecsemők alapos szerológiai elemzése alapján kiderült, hogy a védettség mégsem olyan hosszú távú. Bár a vizsgálat

csak az először törzskönyvezett vakcinával oltottakra terjedt ki, az angol hatóságok minden MCC-vakcinára vonatkozóan elrendelték a booster dózis bevezetését.

Az illetékes angol egészségügyi hatóság a csecsemők védelmében kötelezően alkalmazott két- vagy háromdózisos séma befejezését követő minimum 12 hónappal, konjugált booster alkalmazását javasolja a tartós és eleendően magas szérumbaktericid titer (SBA) érdekében. Ez az ajánlás, a törzskönyvezési dokumentumokat alaposan megváltoztatja. Érdekes, de sem az angol, sem egyetlen más európai ország vakcinációs bizottsága sem változtatta meg a konjugált MCC elleni vakcinák oltási rendjét, illetve ajánlását. Az ESPID 2005. május 17–20-án Valenciában megrendezésre kerülő konferenciáján összeurópai tapasztalatok alapján kerül megvitatásra a konjugált MCC booster bevezetésének létjogosultsága. Nagy szakmai várakozás előzi meg a kongresszust, hiszen mindenki szeretne végre egyértelmű választ a kérdésre.

dr. Xantus Gábor

Fiatalok szívébe zárva

In memoriam Dr. Garami Edit (1936–2005)

Garami Edit gyermekorvos váratlanul eltávozott közülünk. Felfoghatatlan a megdöbbentő hír, felmérhetetlen a halálával támadt űr.

Gyermekorvosi és iskolaorvosi felkészültsége az újpesti gyermekegészségügy kiemelkedő személyiségévé avatta őt. Egyénisége, kiapadhatatlan energiája, kedves humora sokunk tiszteletét és megbecsülését váltotta ki.

Az orvosi egyetemet 1961-ben végezte el. Rövid esztergomi kitérő után tizenöt éven át a Szent László Kórház gyermekosztályán dolgozott, ahol tudását Nyerges professzor tanítványaként és munkatársaként emelte magas szintre.

1978-tól – 26 éven át – ifjúsági orvosként tevékenykedett Újpest középiskolájában. Iskolaorvosként nagy szeretettel és empátiával foglalkozott a gondozására bízott – ahogyan mindig mondta – „nagy kamaszokkal”. Bizalmukba fogadták, szívesen hallgatták szellemes előadásait és sokszor még magánéleti gondjaikat is megbeszélték vele. Rá is illik, amit Kosztolányi egyik költőtársáról írt: „Neve fiatalok... szívébe van bezárva”.

Kerületünk házi gyermekorvosi ellátásában is részt vett, ha helyettesítésre volt szükség, mindig lehetett rá számítani. Emlékezni fogunk azokra a pillanatokra, amikor „beköszönt” a rendelőbe, hogy

megbeszélje közös betegeink kivizsgálását, vagy érdeklődjön a sorsukról. Ilyenkor rajongva mesélt a helyettesítések során meglátogatott és megcsodált újszülöttekről. Nagyobb rajongással és büszkeséggel csak saját családjáról, unokáiról beszélt. Az iskola, a rendelő falain kívül is követte, segítette gondozottjai életét. Nagy lelkesedéssel, energiával szervezte a kerületben a gyermekek úszás- és torna-programjait. Áldozatos munkájáért 1986-ban Kiváló Munkáért kitüntetésben, 2001-ben Polgármesteri Dicséretben részesült.

Emlékét szeretettel megőrizzük.

Kálmán Mihály

Gyerekekről, lovakról, egészségről...

Beszélgetés Habsburg Eilikával

Nem mindennapi dolog, hogy egy uralkodócsalád tagjai egy falu csendességében éljenek. Habsburg György és felesége, Eilika egy, Budapesthez közeli kis települést, Sóskutát választotta otthonul.

📌 Mióta élnek Magyarországon? Mennyire volt nehéz megszokni itt?

1997-ben volt az esküvőnk, én akkor nyáron érkeztem. Előtte sokat utazgattam Európa-szerte, de korábban semmi közvetlen kapcsolatom nem volt Magyarországgal. Barátaim között volt ugyan magyar származású, de ők sem tudtak friss információkkal szolgálni az országról. Nem volt könnyű megtanulnom magyarul beszélni, s „érteni” a szavak valódi és átvitt értelmét.

📌 Gratulálok, mert mindez remekül sikerült! Ön, aki külső szemmel látja a magyar viszonyokat, milyennek ítéli a gyermekek, a családok helyzetét Magyarországon?

Ami nekem szemet szúr, az nem magyar betegség, hanem a világ sok helyén tapasztalható: a gyerekekről alkotott értékrend, a családok mentalitása, mindennapi életvitelük nem szolgálja megfelelően a gyermekek testi-lelki fejlődését. Ehhez jön még az elmúlt 50 év társadalmi berendezkedése, ami sokat rontott az emberek erkölcsi tartásán. Régebben Magyarországon is a keresztény ideológia volt a meghatározó, ami jó alapul szolgált a gyermekek lelki fejlődéséhez, helyes etikai szokásaik, életszemléletük kialakulásához. Megtanította az embereket, a családoknak, hogy a hit, a szeretet és az összetartozás a legfontosabb dolgok az életben. Ha ma körülnézünk, mindenütt azt látjuk, hogy a pénz vette át az uralkodó szerepet. Kétségtelen, a pénz hozzásegít a normális felnőtté váláshoz, de „ha a szív nincs jó helyen”... azaz például tönkrement a család, a gyermek nélkülözni kénytelen egyik vagy mindkét szülőjét, vagy a szülő nem méltó szerepére; ez egy olyan kár, amit semmi pénzzel nem lehet megjavítani. A gondok elviseléséhez, a jó út megtalálásához nagyon sokat segíthet a hit. Fontosnak tartom azt is, hogy milyen ideológián nevelkedett nevelők, tanárok foglalkoznak gyerekeinkkel. Korunk anyái már na-

gyon korán, gyermekeik 2-3 éves korától lemondanak a nevelésre fordítható idő jó részéről, és a gyermeket hivatásos nevelőkre bízják. Az állami óvodai, iskolai rendszerben az állam ideológiája közvetítődik tovább.

📌 Az egyházak s a civil szféra sok helyütt – így nálunk is – működésével, tevékenységeivel igyekszik pótolni az állam által nem vagy hiányosan nyújtott segítő, támogató szolgáltatásokat. Tagja Ön valamilyen karitatív szervezetnek?

Nem, mert egy ilyen feladatvállalást – amennyiben igazi meggyőződésen alapul – csak „prófétaként”, a teljes élet ráfordításával tudok elképzelni. De ezt, gyermekeim és a családom miatt, már nem tudnám vállalni. Az persze természetes, hogy lehetőségeink szerint csatlakozunk valamilyen humanitárius célú támogatáshoz.

📌 Volt-e eddig valamilyen jellemző, személyes tapasztalata a magyar gyermek-egészségügyi ellátásról? Ha gyermekeinek valamilyen egészségügyi problémája adódik, hová fordul?

Nem szoktam az állami rendszert igénybe venni, magánorvosi szolgáltatáshoz fordulunk. Szerencsére nem kellett sokszor igénybe vennünk a Telki Kórházat. Tudom, hogy Magyarországon nagyon sok jó orvos van, és hogy az állami szolgálatban nevétségű bérezésért dolgoznak. Ha egy jól kvalifikált szakember – s ilyen az orvos is – éjjel-nappal dolgozva a hónap végén kap százegynéhányezer forintot... ez egy vicc!

A betegeknek és a pácienseknek pedig azt látom: a legtöbben az államtól várják, hogy tegye őket egészségesebbekké – de ez nem lehetséges! Az egészségét mindenkinek magának kell kézben tartania. Persze, ahhoz kondíciókat kell teremteni, hogy ezt képes legyen megtenni! Ha csak azt nézem, hogy hogyan táplálkoznak itt az emberek, már megkérdendő, hogy akár így valaki egészségessé válni, egészséges maradni? Azt tanácsolnám nekik, nézzék meg az autóikat; ha jó üzemanyagot tankolnak, s gondoskodnak a szervizeléséről is, akkor szépen fog menni, s elviszi őket mindenhová. Nem tudom, miért nem döbbennek meg azon, hogy

Magyarországon milyen magas a rák miatti halálozás, amiben például a táplálkozásnak is óriási szerepe van.

📌 Ön mint édesanya, hogyan igyekszik megőrizni a családja egészségét?

Odafigyelek arra, hogy maximum heti kétszer kapjanak a gyermekeim édeséget, és a McDonalds-nel tett látogatások is meg vannak számlálva. Bár nem kötelezem őket 100%-os makrobiotikus étrendre – ehhez még kicsik is – igyekszem megszerettetni velük a sok zöldeget és gyümölcsöt tartalmazó étrendet. Persze, ez nem könnyű! Zsófi lányom egyszer meg is jegyezte a salátástál mellett: „Én nem eszem a fű!” Ezért aztán kapnak természetes alapú táplálékkiegészítőt is. A mozgást és a jó levegőt is elengedhetetlennek tartom a gyermekek számára. S ebben mindegy, hogy nyár van, vagy tél. Mikor itt, Sóskután, a falu óvodásait lovas-szánkózni vittük, volt, akit a szülei féltettek a hidegtől. Persze, ha a gyermek egy szál zokniban, sál, sapka nélkül jön... Az én lányaim néhány hónapos koruktól télen is rendszeresen a szabadban voltak, természetesen megfelelő ruházatban. Azt is csodálták a gyerekek, hogy váltva kellett gyalogolni és csücsülni a szánkón, viszont így senki sem fázott meg.

📌 Az Ön neve összefonódott a lovasterápiával, s a „Magyar Lovasterápiás Szövetség”-gel, melynek alelnöke. A ló és a lovaglás hogyan lehet a gyógyító és rehabilitációs tevékenység eszköze?

A szövetség 1992-ben azzal a céllal alakult, hogy ezzel az újfajta rehabilitációs módszerrel javítson a fogyatékos és sérült embertársaink állapotán, életminőségén. 1997-től már tanfolyamot szervezett, azóta működik együtt a Testnevelési Egyetemmel és a Lovas Szövetséggel. 1999-ben jött létre a lovasterápiás oktatóközpont, mely azóta is a terapeuták képzését végzi. A szövetségben háromirányú munka folyik, a hippoterápia, a gyógylovaglás- és a parasportágazatban. A hippoterápia az idegrendszeri és a mozgássérültek rehabilitációjára szolgál. A lóval való együttmozgás olyan stimulusokat ad a járóképtelen, vagy

abban jelentősen akadályozott embernek, gyermeknek, ami a normál járás során tapasztalható. A gyógylovaslás, gyógypedagógiai lovaslás révén a ló és az ember között kialakítható kapcsolat segít a magatartási vagy hangulatzavar kezelésében. Míg a hippoterápiát fizioterapeuták végzik, a gyógylovaslásban gyógypedagógusok, pszichológusok, szomatopedagógusok segítenek nekünk. Természetesen a lóval való bánásmódot is ismerniük kell. Én tulajdonképpen a parasporthoz való felkészítést végzem a legszívesebben. A szövetségnek az a törekvése, hogy minél több jól felkészült, megfelelő hozzáállású oktatót neveljen, s ezzel mindinkább kiválthassa az „ál-terapeutákat”. Sósikúton és a Kecskemét melletti Sárospusztán is folyik terápiás célú lovasoltatás. Az érdeklődők a hippoterapia.hu web-site-on tájékozódhatnak tevékenységünkről.

L Nagy felelősséget és komoly felkészültséget igényel mindez...

Én Németországban egy 3 éves képzésben szereztem meg a licencom, igen szerteágazó tudást megkövetelő elméleti és gyakorlati oktatást követően. De nemcsak az embereknek, a terápiában részt vevő lovaknak is igényes felkészítésen és azt követően is napi tréningeken kell az alkalmasságukat megszerezni.

L Tehát ló-lovas-oktató közti sokrétű interakcióról van szó?

Valóban, ez minden résztvevő részéről együttműködést igényel. A hippoterápiás foglalkozásokra alkalmas ló kiképzése és aztán a vele való folyamatos foglalkozás nagyon nehéz dolog. A látvány csalóka, hogy a ló csak „sétálgat” a lovasával, a gyakorlatok végrehajtása mindkettőjüktől nagy fegyelmezettséget, kitartást, testi-lelki kondíciót feltételez. A ló és a lovasa együttléte hasonló a kutya és a világtalan ember együtteséhez. Ezeknek az állatoknak is kell felszabadultan, önállóan is mozogni, játszani, futkározni, mert csak így maradhatnak egészségesek. Amikor több

ló több gyermekkel és terapeutával együtt dolgozik, egy percre sem lankadhat a lovasoktató figyelve: bármilyen váratlan esemény bekövetkezhet, például egy hangos autódudára vagy egy rossz mozdulatra a ló kitörhet! S persze, egy-egy ilyen jól képzett ló nagyon drága!

L Mennyi idő után lesz alkalmas egy ló ilyen fajta foglalkozásra?

Átlag két-három év alatt. Persze ez a tudás náluk is állandóan tovább érik. Egy olyan ló, aki még csak kezdi ezt a fajta munkát, messze nem olyan megbízható vagy nem olyan tökéletesen irányítható, mint rutinosabb társa. Még „nyers”, robbanékony, olyan, akár egy fiatal kutya. Időnként túl gyors és zabolátlan, majd az aprólékos mozgások miatt éppen hogy túl lusta, érdektelen. De nagy öröm, mikor az ember észreveszi, hogy a ló szeretni kezdi a feladatát.

KÖVÁRI ZITA

4th World Congress of the

World Society for Pediatric Infectious Diseases

Warsaw, Poland, September 1–4, 2005

1. AIDS/HIV
2. Antimicrobial policy and drug resistance
3. Diagnostic and management of infectious diseases
4. Gastrointestinal infections
5. Global networking in PID – Public health
6. Hepatitis
7. Herpes virus infections
8. Hospital infections
9. Malaria
10. Mother and neonatal infection
11. Neonatal infections
12. Research and development of new interventions
13. Respiratory tract infections (other than SARS)
14. SARS/Influenza
15. Tick-borne diseases
16. Tropical diseases
17. Tuberculosis
18. Vaccination
19. Zoonoses

General Information

Date: Thursday, September 1 – Sunday, September 4, 2005.

Location: Palace of Culture and Science

Language: English

Registration Fee	Until June 8	From June 9, Until August 24	From August 24 and Onsite
*Full Registration Fee	€350	€500	€600
**Reduced Registration Fee	€125	€250	€350
Accompanying Persons		€125	

* Australia, Canada, Israel, Japan, Middle East, New Zealand, USA, West Europe

** Africa, Asia, Central and East Europe, Far East, Latin America

www.wspid.com

www.kenes.com/wspid2005

Egy forinttal emelkedett az iskolaorvosi fejkvóta...

A költségvetésről szóló törvény 105 §-a – az egészségügyi törvény módosításaként – tartalmazza a Nemzeti Egészségügyi Program (NEP) megalkotásának kötelezettségét és annak tartalmát. Ennek kapcsán meghatározza a Regionális Egészségügyi Tanácsok (RET), továbbá a megyei és fővárosi önkormányzat feladatait a tervezésben. Rendelkezik az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat (fejlesztési kezeléssel előirányzat) központi, illetve regionális felhasználásáról. A központi rész – a NEP-pel összhangban – pályázati úton kerül felhasználásra, a regionális elem EU-s pályázatok önrészeként használható fel, vagy regionális programok és fejlesztések finanszírozására fordítható. A források felhasználásáért a RET-k tartoznak felelősséggel.

*

Ugyanez a törvény rendelkezik a „hátrányos helyzetű települési önkormányzatok egészségügyi alapellátási feladatai megszervezésének segítésére létrehozott Praxisprogram”-ról. Ennek működését külön törvény fogja szabályozni.

*

Az Egészségügyi Miniszter 12/2004 (XII.25) sz. rendelete – módosítva az isko-

la-egészségügyről szóló (26/1997 sz. NM) rendeletet – kötelezővé teszi az 5 éves gyermekekről státuslap kitöltését. A lap a beiskolázási dokumentáció része lesz.

*

Az 15/2005 (I.26) sz. Kormányrendelet módosította a finanszírozásról szóló 43/1999 sz. Kormányrendeletet. Ezek szerint a bázisfinanszírozás kategóriánként 5–6 ezer Ft-tal növekedett. Korábban is tudtuk, hogy ez az év sem az egészségügy éve, azonban a bázisfinanszírozás növekedése nem követi az inflációt. És akkor nem beszéltünk még a közüzemi díjak emelkedéséről, az asszisztensi fizetések vagy a továbbképzések emelkedő áráról. Mindezek tükrében nincs értelme kommentálni azt a tényt, hogy az óvoda- és iskolaorvosi fejkvóta 60-ról 62 Ft-ra emelkedett, melynek felezetán is a védőnői illeti meg. Tehát juttatásunk 30-ról 31 Ft-ra emelkedett! Mire megyünk egy forinttal?

*

A finanszírozási jogszabály a preventív tevékenységre kiírt pályázatok feltételeit rendeleti szintre emeli. Ezek a pályázatok hamarosan megjelennek. A ki-

írásban néhány, csaknem teljesíthetetlen feltétel is megfogalmazást nyert. Ilyen például, hogy a megelőzést a helyi média igénybevitelével kell végezni. Hány olyan médiát találunk, amely ennek teret ad, és lesz-e lehetőség arra, hogy minden pályázó igényét kielégítsék a helyi tömegkommunikációs eszközök?

*

Egyesületünk a szakfelügyeletről szóló készülő jogszabály ügyében levelet intézett a minisztériumhoz. Évek óta küszködünk azért, hogy a szakfelügyelet működése megváltozzon. Rendkívül fontosnak tartjuk a megyei gyermek-alapellátási szakfőorvosok kinevezését. Úgy tűnik, hiába vannak már több megyében is kedvező tapasztalatok, a készülő jogszabály mégsem írja elő az országos hálózat kiépítését. Megítélésünk szerint a vegyes praxisok gyermekellátását is az illetékes gyermek-alapellátási szakfőorvosnak kell ellenőriznie. Egy háziorvosi rendszerrel azonos szerkezet kialakításával kiépülhetne végre a hiányzó városi, megyei, országos piramis.

HUSZÁR ANDRÁS

Kedves Kollégák!

A 2002-ben újtárra indított **Fiatalkorvosok Országos Találkozója 2005. március 21–22-én** a Bethesda Gyermekkorház szervezi Budapesten. A tudományos program keretében egy-egy érdekes eset ismertetését hallhatjuk 35 év alatti kollégáktól. A szekciókat bölcs gyermekgyógyász professzorok indítják el „Útravaló” címmel. A részletes program a www.bethesda.hu-n olvasható.

Rendezvényünkre, a magukat fiatalnak érző kollégákat várjuk.

Helyszín a MRE. Ráday Kollégiuma (Budapest, IX. ker., Ráday utca 28.). Bár a rendezvény ingyenes, kérjük, hogy az ebéd tervezése miatt e-mailen jelezzék részvételüket (fiatal@bethesda.hu).

*

„**Gyermek-rehabilitációs és fejlődéspediátriai alapismeretek**” címmel **2005. április 11. és 15.** között az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet továbbképző tanfolyamat rendez. A képzés pontértéke 50 kreditpont.

Az egyhetes képzés alatt 34 előadást hallhatnak az érdeklődők többek között Kullmann Lajos, Herczegfalvy Ágnes, Mező Róbert, Velkey György, Kálmán Zsófia, Vekerdy Zsuzsanna tolmácsolásában.

A tanfolyam vizsgával zárul.

Részvételi díj: 20 000 Ft.

Jelentkezést 2005. március 28-ig fogadunk el a 06/1-391-1902-es telefonon (Krénn Imréné), vagy zs.krenn@rehabint.hu e-mail címen.

Nem akarok iskolába menni!

A gyermekpszichiátriai rendelőkben és a nevelési tanácsadóknál rohamosan nő a depressziós és a szorongásos betegségek aránya. Bizonyított, hogy ezek időben történő felismerésével, megfelelő kezelésével a komolyabb pszichés zavarok megelőzhetőek. Az alapellátásban dolgozó kollégák sokat tehetnek a korai felismerés, az adekvát kezelés érdekében, hiszen jól ismerik pácienseiket, kapcsolatuk a családokkal személyes, bizalmi. Éppen ezért gyakran fordulunk Önökhöz segítségért. De, hogy ne csak kérjünk, hanem adjunk is: egy-egy eset ismertetésén keresztül szeretnénk közelebb hozni Önökhöz ezeket a kórképeket.

Csak ne az iskolába!

A 12 éves K. Ilona édesanyja 2003. február 12-én jelentkezett rendelőnkben. Az anya kifejezetten sápadt, fáradt, megviselt, nagyon sovány asszony benyomását keltette. Ilona rendezett, csinos, kedves arcú, érdeklődő tekintetű, alkatilag koránál fiatalabbnak látszott.

Elpanaszolták, hogy három héttel ezelőtt négy napig nem ment iskolába, és most pár nap óta megint hisztizik reggelente, leveti magát az ágyra, fejére húzza a paplant, nem öltözik, húzza az időt, zokog, agresszívan csapkod maga körül, nem akar iskolába menni. Ha eléri célját, megnyugszik, és otthon kedvesen segít és tanul. Fentiek alapján iskolai konfliktus, tanulmányi probléma, agitált depresszió, esetleg iskolafóbia jöhetett szóba. Az első két okot Ilona és mamája egyaránt elutasította. A depresszió pedig ebben a korban még egészen más tünetekkel jelentkezik, és gyakran magatartászavar képében jelenik meg. Mivel a leány csak az iskolába menetel előtt viselkedett így, ugyanakkor máshova szívesen kimozdult, a depresszió lehetőségét is elvetettük. Maradt tehát az iskolafóbia. A legtöbb szorongásos állapotot valamilyen esemény váltja ki. Így ebben az esetben is adott volt a kérdés:

Mi történt három héttel ezelőtt?

Az iskolai szünetben az egyik osztálytársának epilepsziás roszulléte zajlott. Tanár nem volt jelen, a gyerekek egy része megijedt, és elszaladt, a másik részük segítségért az orvosi rendelőbe rohant. Ilona ennek a csapatnak volt a vezetője. A gyermekek jelenlétében az iskolaorvos ellátta, a mentő pedig elvitte a beteget.

Az esemény egy pénteki napon történt. Hétfégen az édesanya azt tapasztalta, hogy Ilona kissé visszafogottabb, szorongóbb volt a szokásosnál. Hétfőn az iskolában, tapasztalva az epilepsziás osztálytárs hiányzását, szorongása olyan mértékben fokozódott, hogy másnap már nem tudott iskolába menni. A tünetek ekkor jelentkeztek először. A mama négy napig otthon maradt vele, majd bevitte epilepsziás betegeket ellátó munkahelyére, ahol egy doktornő megnyugtatóan elmagyarázta Ilonának a betegség lényegét. Ezt követően három hétig járt iskolába.

Az előzmények

Ahhoz, hogy megértsük, hogy miért okozott ekkora szorongást az osztálytárs betegsége, ismernünk kell Ilona pszichés és családi anamnézisének is, illetve azokat a közelmúltban lezajlott eseményeket, amelyek jelentősen befolyásolhatták pszichés teherbíró képességét.

Ilona gyakran nem hajlandó liftben utazni, inkább lépcsőzik, retteg a pókoktól, azaz fóbiás tünetei vannak. Édesanyja kifejezetten szorongó, közlekedési fóbia miatt gyógyszeres kezelésben is részesült. Ilona édesanyjánál 2001. októberében tüdőtümört állapítottak meg, emiatt kemo- és sugárterápiában részesült. Míg az intenzív osztályon feküdt, gyermeke két és fél hétig nem látogathatta. Hazakerülése után Ilona kímélte őt, sokat segített neki. Folyamatosan járt iskolába, egyszer sem próbált meg otthon maradni. 2002 májusában Ilona nagynénje kétnapos kórházi tartózkodás után agyvérzésben meghalt. A következő hónapban az anya barátnője halt meg tumorban. Mindkettőjükkel szoros volt a család kapcsolata. Ilona, bár kicsit szorongónak mutatkozott, úgy tűnt, túl tudja magát tenni a történeteken.

Félelmek és elvárások

Az első beszélgetés során elmondta, hogy mikor az osztálytársa rosszul lett, és nem jött iskolába, akkor attól kezdett félni, hogy ez vele, vagy valamelyik családtagjával, akár az édesanyjával is előfordulhat. A doktornővel folytatott beszélgetés kicsit megnyugtatta, de a félelme állandósult. Az iskolában kémia/biológia tanulmányi versenyt hirdettek. Az alsó tagozatban Ilona kifejezetten jól tanult. Felsőben is igyekezett, de egyes tárgyakkal már nehézségei voltak, s ez na-

gyon bántotta. Úgy érezte, hogy szülei jobbat várnak tőle, és ő maga is úgy gondolta, hogy többre képes, ezért az alsóbb osztályokban megszokott módon, általában minden versenyen elindult. Ebben az osztályban, ahol nem volt „sikk” a tanulás, ezt nem díjazták a gyerekek. Ilonát cukkolták, kinevették, amikor nem ért el eredményt. Mindez újabb okot szolgáltatott iskolafóbiájához. A családi előzmények, az osztálytárs súlyos betegsége, a kortársak gúnyolódása, a megfelelni nem tudás érzése kimerítették a lány pszichés energiáit, ezért megbetegedett. Szorongása olyan mértékűvé fokozódott, hogy képtelen volt azt legyőzni, és iskolába menni.

Kezelés

Először tüneti szerként szorongásoldót kapott. Megbeszéltük, hogy reggelente édesanyja elkíséri az iskolába. Tekintettel fóbiájára, pszichoterápiás ellenőrzés mellett antidepresszívumot is kapott. Napokon keresztül kisebb-nagyobb cirkuszok árán jutott be az iskolába, ahol könnyen sírva fakadt és a terhelést is nehezen viselte. Fontosnak tartottuk annak vizsgálatát is, hogy tanulmányi eredményeit illetően reális-e a szülők és önmaga elvárása. Az intelligenciavizsgálat összességében átlagos eredményt (105) mutatott. A részleteket elemezve azonban kiderült, hogy mechanikus számemlékezete és asszociatív szóemlékezete kiemelkedő, de matematikai logikai képessége még az átlagot sem éri el. Ez lehetővé tette, hogy alaposabb megértés nélkül is könnyen memorizáljon. A további tesztek is azt igazolták, hogy produktív gondolkodása gyengébb az átlagnál. Ez az általános iskola felsőbb osztályaiban már nehézséget okozhat. Így érthető, hogy miért szorongott Ilona a versenyek előtt.

A tesztek eredményét a pszichológussal, az anyával, majd Ilonával is megbeszéltük. Megoldotta a helyzetet, hogy elfogadta: ő ennyire képes, és hogy nem kell minden versenyen indulnia. Kiteljesedést és örömet okozott neki a népi tánc, ahol lelkesen és jól szerepelt. Kis megingások után betegsége két hónap alatt rendeződött, már örömmel jár iskolába, társai nem bántják, barátokra talált.

Ez az eset jól szemlélteti, hogy egy-egy lelki betegség kialakulásában a környezeti tényezők és a genetikai adottságok egyaránt szerepet játszanak.

RIEGLER ILONA

E sorok írója anonimitást kér, ezzel segítve a történetben szereplő kolléganő inkognitását, hiszen célunk az elgondolkodtatás, az érintettek és az éppen nem érintettek figyelmének felkeltése.

Az etikátlan magatartás nem mindig tudatos, és nem is mindig rosszindulat szülte magatartás. Az a tapasztalat, hogy legtöbbször valamilyen szakmai hiányosság áll a háttérben, és ez már nagyobb baj.

Kisváros, Budapest közelében, három házi gyermekorvossal. Két gyermekorvos egy rendelésben rendel, a harmadik különállóban. Karácsony és Újév között a közös rendelésben dolgozó két kolléganő felváltva szabadságra megy két-két napra. A harmadik kolléganő minden nap dolgozik. A betegek jobb tájékoztatása érdekében a közös rendelő hirdetőtábláján napra bontva a rendelési idő, egy másik tájékoztatón a különálló gyermekrendelésben dolgozó kolléganő rendelési ideje. Évtizedek óta az a szokás, ha valamelyik orvos szabadságra megy, a másik kettő helyettesíti saját idejében, és kiírják: sürgősség esetén a felnőtt háziorvosokhoz is fordulhatnak a betegek. Ez történt a

két ünnep között is. Azon a bizonyos szerdai napon a gyermekorvos délig rendelt. A forgalom gyér, szerencsére – óvodai, iskolai szünet lévén – kevés a beteg. A következő rendelés a különálló gyermekrendelésben két óra múlva kezdődik, de a rémült X. anyuka ezt nem tudja kivárni, úgy érzi nagy a baj. Csak azt látja, hogy: „sürgős esetben...” és rohan oda, ahol orvost talál. Azért van megijedve, mert néhány hónapos csecsemőjén kiütések jelentek meg. Nem tudja mi a baja, csak azt, hogy a gennyes agyhártyagyulladás kezdődhet kiütéssel. Így esik be lélekszakadva a felnőtt háziorvos kolléganőhöz, akinek várójában szerencsére alig vannak. Ám a doktornő nem vizsgálja meg a kislányt, még egy pillantást sem vet rá, a rendelő ajtajából csak arra futja drága idejéből, hogy számon kérje a szülőtől, miért nem a gyermekorvost kereste meg. A mama próbálja magyarázni, ám a doktornő nem teketóriázik, telefon után nyúl. Azt hinnénk, gyermekorvost keres, aki meg tudja vizsgálni a csecsemőt. De nem, a mi orvosunk nem olyan keresgélős fajta. Egyenest az ÁNTSZ-hez fordul, hogy jelentse: nincs gyermekorvos. Telnek-múlnak a drága percek, és a csecsemő

még mindig nincs megvizsgálva. Hogy a tisztí főorvost sikerült-e elérni vagy sem, és ha igen, mit tudott mondani több kilométer távolságból, nem derül ki. Annyi bizonyos, hogy vagy 10–15 perc megy el úgy, hogy a gyermek nincs levetkőztetve, nincs megvizsgálva és ez idő alatt a rendelés is áll. A szülő végül is dolgvégezetlenül távozik, a kolléganő nem volt hajlandó a négy hónapos csecsemőt megnézni, és egyébként is elment az ideje az ide-oda telefonálgatással.

A kislány további sorsa a történet szempontjából közömbös. Lehetett egy ártatlan allergiás kiütés vagy vírus exathema, az ellátatlanság valószínűleg nem okozott egészségkárosodást. De lehetett volna induló meningococcus-fertőzés bőrtünete is. Diagnózis azonban nem született, hiszen vizsgálat sem történt. Valószínűleg a doktornőnek eszébe sem jutott, hogy akár egy súlyos betegség is lehet a háttérben.

Ez az, amiért azzal kezdtem, hogy az etikai vétség mögött gyakran szakmai hiányosság áll.

Megfelelő tudás és jobb hozzáállás mellett valószínűleg eggyel kevesebb jogos panasz érte volna az amúgy is sok sebből vérző egészségügyünket.

Hatalom

Tavaly nyáron útban a Balaton felé családommal éppen azon álmodoztam, milyen jó lesz egy kis pihenés, kikapcsolódás. Megszolgáltam. Egy hónapig helyettesíttem, két körzetben láttam el a betegeket, újszülötteket. Vizsgáltam, hívásra mentem, tanácsadást tartottam, oltottam, táppénzbe vettem, ahogy az ilyenkor lenni szokott. Szemeim előtt lebegett a Balaton, a nyugalom, a békesség. Ebbe a képbe hasított bele a telefon csörgése. Kolléganőm hívott izgatottan, hogy váratlan ellenőrzést kaptam a MEP-től, a nagyszámú ambuláns megjelenés miatt. Komoly szankcióra számíthatok, mert nem elegendő a praxison kívüli betegek ellátását dokumentálni, de ambuláns lapot is kellett volna készíteni, kinyomtatni, aláíratni, a másodpéldányt pedig megőrizni. De ez tulajdonképpen lényegtelen, hiszen helyettesített praxis

betegeit nem lehet eseti ellátásként jelenteni. Ezt egy 2000. évi miniszteri rendelet megtiltotta.

Bevallom, ezt én nem tudtam. A jóindulat jeleként értékeltem, hogy az ellenőrző kolléga megkért, készítsem el az ambuláns lapokat visszamenőleg. Szabadságom végét éppen ezzel töltöttem, amikor újabb instrukció érkezett a Hatalomtól: feleslegesen pótolok, így is, úgy is megbüntetnek, az ambuláns ellátásokért kifizetett teljes összeget egy évre visszamenőleg, a kamatokkal tetézve, elvonják.

Tisztában vagyok azzal, hogy a törvény nem tudása senkit sem mentesít a felelősségre vonás alól. De miért nem figyelmeztetett senki négy év óta, hogy valamit rosszul csinállok?

Amikor eziránt érdeklődtem a Hatalomnál, azt a választ kaptam, hogy ha sokat kérdezgetek visszavonhatják a

korábbi három év kifizetését is. Írtam ezért egy tiszteletteljes levelet a MEP-nek, kérve „büntetésem mérséklését”. Várom a választ régóta, de hiába. Nagy valószínűséggel a többi kérdésemre is hiába várnám a feleletet, így csak magamban morfondírozok azon, hogy nem rosszhiszeműen jártam el, nem fiktív neveket gyártottam, hanem csak általam ellátott és valóban ambuláns betegeket jelentettem. Miért kell a hibát bűnnek minősítve azonnali szankciót elrendelni? Mint egy rögtönítélő bíróság, úgy hirdetett ítéletet a MEP, a fellebbezés lehetősége nélkül. És ha már a biztosító, a jelenlétem nélkül ellenőrzi a tevékenységem, hogyan kerülhetett a jegyzőkönyvbe, hogy jelen vagyok. Végül egy utolsó, de már költői kérdés: lesz-e valaha konkurense a „Hatalomnak”?

Z.



TÓBIÁS EDIT

Te adtad a tartalomnak a formát. Gondos kezeid nyomát viselte a Hírvivő minden egyes száma. Te adtad gondolatainknak a szint, a megjelenést. Hihetetlen szerénységgel, tisztességgel és pontossággal tördeltél, szerkesztettél. Ahogy éltél. Nagyon csendesen, nagyon megbízhatóan, nagyon finoman. Évek óta küzdöttél, reméltél. Volt néha segítség, csak menekvés nem volt. 40 évesen... Hogyan lesz majd Nélküled?

Praxisok

Vas megyében, **Bükkfürdőn** házi gyermekorvosi praxis eladó. Szolgálati lakás, központi ügyelet van. Betölthető: 2005. szeptember 1-től. Érdeklődni az esti órákban a 06/70-941-9632 vagy a 06/94-386-164-es számon lehet.

*

Sóskúti 800 kártyás egyedüli házi gyermekorvosi praxisjog eladó. Érdeklődni az esti órákban a 06/30-318-9292-es telefonon lehet.

*

Kőszegen házi gyermekorvosi praxis eladó.
Telefon: 06/94-360-534.

Dunántúli nagyvárosban 1000 kártyaszám feletti házi gyermekorvosi praxis eladó, területi ellátási kötelezettséggel. Irányár: 8 millió forint. Érdeklődni lehet: 06/20-956-8416, 06/96-316-446-os számon.

*

Sopronban házi gyermekorvosi praxisjog eladó. Érdeklődni naponta 17–19 óráig lehet. Telefon: 06/30-426-4940; 06/99-311-305.

Az **Újpest** SZEI iskola-egészségügyi orvosi munkakörbe, megbízási jogviszonyban történő foglalkoztatásához gyermekorvost keres. Érdeklődni a 231-6017 telefonszámon lehet.



Egyesületünk címe:
1136 Budapest
Tátra u. 48–52.
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: (1) 330-0900
Fax: (1) 238-0388
E-mail:
hgye@mail.datanet.hu

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkárai:
Demjén Ágnes
és
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.

Tel./fax: (06-1) 339-3704

A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket minden pénteken 14–16 óra között.

HÍRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: dART studio Címlapfotó: Kovács Julianna Belső fotók: dr. Rotyis György, Szarka András, Rácz János

