

Kedves Házi Gyermekorvos Kollégák!

Nagy a baj, ezért ma nem szabad kicsit álmodni. Ilyen mélyről, ilyen szétesett helyzetből csak nagyot gondolva lehet megújulni.

Az én álmom, nagy gondolatom, hogy ez a szegény kis újra és újra hasra esett ország megéri végre, hogy gyermek nélkül el fog pusztulni. Elpusztul a nemzet, ha nem szüli meg a gyermekeit, és elpusztul, ha nem vigyáz rájuk. Ezért mindenképp el kell helyezni ez a társadalom a gyermekvállalás segítését, a gyermek-egészségügyet, az oktatást és a családok szociális biztonságát. Azt gondolom, hogy ma mindannyiunk közös feladata, hogy ezt mondjuk, hangsúlyozzuk, sőt követeljük minden lehetséges fórumon. És ezt ne azért tesszük, mert így diktálja a mi érdekünk, hanem azért, mert az ügy jó, amit szolgálunk, vagy még inkább azért, mert minduntalan észleljük, és nem tudjuk elviselni az utunkba kerülő ellátatlan, kallódó gyermekeket, és ez kiállásra – kiáltásra ösztönöz bennünket.

Pusztulás után vagyunk, vagy inkább még közben. A gyermek-kórházakat és osztályokat bezárták vagy csúnyán „visszavágták”, a gyermekellátás teljesítményfinanszírozását egyedülálló módon leértékelték, a házi- orvosi praxisokat ellehetetlenítették. A szakember-utánpótlásról nem gondoskodtak, miközben a fiatalabb kollégákat külföldi munkavállalásba üldözték. A köznevelőket szegénységbe és kiszolgáltatottságba taszították, az egyéni haszonszerzést, piacosított ellátást favorizálva szembeállították a közös értékekért munkálkodókat. Sorolni is nehéz, hogy a mi hivatásunkon túlnézve, még mi minden züllött le az oktatásban és a szociális ellátásban, és hova tűnt családjaink és bennünk a gyermekeink testi–szociális–lelki–szellemi jólléte. Közben látványos kommunikációs kampányokkal terelték el a figyelmet a hanyatlásról.

Világos és határozott szemléleti tisztázásra, majd következtetésekre van szükség. Nem projektekben, hanem rendszerben és hosszú távú cselekvési programban kell gondolkoznunk. Mi is a gyermekeink érdeke? Mit kell hangsúlyoznunk a prioritását vizsgálva a gyermekegészségügyben? Mindenekelőtt erős gyermek-házi- orvosi rendszerre van szükség. Ne féljünk kimondani, hogy a fő cél az, hogy minél előbb minden gyermeket az ország egész területén gyermekorvos lásson el. Történhet ez egyéni körzetben, praxisközösségekben, nappali kórházi rendszerben vagy mozgó szakorvosi szolgálattal. A legvalószínűbb, hogy az újjáépítés kezdeti szakaszában csak a módszerek kombinációja lehet eredményes, aztán váljon általános modellé a legjobban bevált módszer. Lehet, hogy egyeseknek fájdalmas, de azt is le kell szögezni, hogy az ellátás legyen folyamatos. Muszáj tudomásul venni, hogy a gyermek-alapellátás is „ügyelős szakma”. Az már más

kérdés, hogy a náthás kisdedhez „házhöz szállított” (és esetenként az időközben elaludt gyermekhez be sem engedett) orvos a rendszer egyik elviselhetetlen és fenntarthatatlan pazarlása.

Erős gyermek- fekvőbetegellátó intézményrendszer adhatja a területi gyermekellátás szakmai hátterét. Olyan gyógyító, megelőző, rehabilitáló, oktató és kutató szakmai, szellemi és lelki központokat kell megerősíteni vagy újrateheríteni, ahol minden gyermek rendszeresen megkapja az ellátását. Olyan műhelyeket, ahonnan gyorsan és képzetten kerülnek ki a területen dolgozó gyermekorvosok, a kórházi specialisták és más szakemberek. Nélkülözhetetlen, hogy ezek a gyermekellátó központok az alapellátással együtt lélegezzenek. Különösen a népegészségügyi szempontból legfontosabb területek, így a pszichiátria és lelki gyógyítás, az újszülötteleltetés, az onkológia, az allergológia és pulmonológia, az endokrinológia, valamint a baleseti és intenzív ellátás szorul tudatos szervezeti és szakmai fejlesztésre. Világos progresszivitási szintek és betegutak mentén lehet csak költség-hatékony és eredményes az ellátás. Minden betegséget csak egyszer és a megfelelő helyen kell kezelni. Sok ma a pazarlás e téren is, gondoljunk csak a banális betegségben szenvedők kórházból kórházba cipelésére! A mennyiségi szemlélet (német pont, súlyszám, fejkvóta) mellett minden szinten hatékony szakmai ellenőrzés szükséges, és a finanszírozásban is meg kell jeleníteni a minőségi elemeket.

A rendszer egészében nagy hangsúlyt kell fektetni az oktatásra – a gyermekekére és a szülőkére is. Rendelőben, ambulancián, várótermekben, kórházakban, klinikákon, mindenhol, ahol elérhetők. Mert olyan mély az egészségügyi tudatlanság, mint talán sose volt; hiszen megszűntek a továbbörökített tradíciók és nincs egészség-tan- oktatás. Az oktatási és az egészségügyi ágazat összefogásával juttathatjuk el az ismereteket és még inkább a helyes szemléletet a családokhoz. A médiát egészségnevelésre és prevenció programokra kell használni – mi más is lehetne a közszolgálat legfőbb értelme?

Az én igazi nagy álmom, hogy közös az álmunk: kórházi és alapellátásban dolgozó gyermekorvosoké, iskolaorvosoké, védőnőké, pedagógusoké, szociális munkásoké, lelki gondozóké. A félelmem, hogy elenyésző, még megmaradt pozícióink foggal- körömmel való védelmében nem a közös cél felé mozdulunk. Akkor még lehet nagyobb is a baj, bár ahhoz kevés a fantáziám, hogy innen még merre van lejjebb.

VELKEY GYÖRGY
MGYT-FŐTITKÁR

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2009-ben:



A házi gyermekorvosi ellátás korszerűsítése

Az alábbi gondolatokat már sokszor és sokféle formában leírtuk. Most legutóbb a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Kollégium elnökének, Turi Sándor professzornak a kérésére. Az ügy eddig sajnos a nyilvános vita szintjére sem jutott el. Most is csak reménykedni tudunk, no, nem az azonnali megvalósításban, de legalább egy picinyke reflexióban. Úgy gondoljuk, jót akarunk a gyermekeknek, utódainknak és nem utolsósorban magunknak. De nem vagyunk tévedhetetlenek. Jó lenne, ha végre megtörne a hallgatás, és termékeny vita alakulna ki a házi gyermekorvosi alapellátás jövőjéről.

A témának ismételten nekirugaszkodva, közöljük a Házi Gyermekorvosok Egyesületének állásfoglalását a gyermekorvosi alapellátó rendszer megújításáról.

MAGÁRA HAGYOTT GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS

A rendszerváltás utáni húsz év során a politika, a szakmapolitikai irányítás – kimondatlanul a gyermekorvosi ellátás, a gyermekorvosi alapellátás mennyiségi túlfejlesztettségére alapozva – elhanyagolta a területi gyermekorvoslás karbantartását, modernizációját, minőségi fejlesztését. Ennek következtében a rendszer ma nem képes a gyermekgyógyászat fejlődéséből, a csökkenő gyermeklétszámból, a megváltozott morbiditásból eredő korszerű igényeknek maradéktalanul megfelelni.

Az utóbbi évtizedekben folyamatosan javuló, az ellátás valós minőségét csak korlátozottan jellemző paraméterek (csecsemőhalálozás, gyermekhalálozás) elterelték a politikai irányítás figyelmét a gyermekellátásról. Ebbe az irányba hatottak a gyermekgyógyászat és az egészségügyön belüli és csak részben indokolható rövid távú, elsősorban a finanszírozási szabályozókra visszavezethető ellentétes csoportérdekek is. Háttérbe szorult az a szemlélet is, mely szerint a kórházi ellátást nem feltétlenül igénylő gyermekek otthonukban gyógyulnak a leghumánusabban és a legolcsóbban.

A GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS JELLEMZŐI

Sok a szolgálatra kényszerített párhuzamos és/vagy felesleges, szakmailag indokolhatatlan feladat. Ezért alakulhatott ki

a felületes szemlélőben az a hamis kép, hogy a gyermekek területi gyermekorvosi ellátása könnyűszerrel helyettesíthető háziorvossal. Rendkívül sokat árt annak a lehetőségnek a folyamatos lebegtetése is, hogy gyermekek alapellátását a – valójában csak felnőttek ellátására kiképzett – háziorvosok is vállalhatják. A hazai képzés és gyakorlat alapján a kor követelményeinek megfelelő minőségű, az alapellátás lehetőségeit kihasználó gyermekellátást nem képes biztosítani a jelenlegi háziorvosi rendszer. Ezt igazságtalan és irreális is lenne megkövetelni tőle.

A megalapozatlan és zavaros nézetek és ellenérdekek érvényesülését segítette, és máig segíti, hogy igazi tartalmi számonkérés és ellenőrzés nélkül működnek az alapellátás rendszerei. Elfogadhatatlan a szakmai, szakmapolitikai, szakfelügyeleti és finanszírozási irányítás passzivitása, belenyugvása a helyzetbe.

Nem segíti a modern területi gyermekorvosi ellátás jelentőségének felismerését az sem, hogy – mert nincs rá pontos adatunk – a valóságban hol kapnak minőségi, igényeiknek megfelelő orvosi alapellátást a gyermekek. Fekvőbeteg-intézményekben, szakambulanciákon, esetleg a közeli távoli városok házi gyermekorvosi rendelőiben? Ez a fajta szabályozatlan – egyes esetekben párhuzamos, más esetekben indokolatlanul magas szintű – ellátás a földrajzi értelemben egyenetlen, de mennyiségi értelemben mégis túlfejlesztett rendszer hatékonyságát tovább csökkenti.

Az elmúlt két évtized hálózatunk szempontjából passzív szakmapolitikai irányítása nem kedvezett a gyermekgyógyászati ellátásnak. Pénzt, dinamikát, tördést vesztített és veszít folyamatosan ez a rendszer. A háziorvosi kompetíció, a védőnői önállóság és helykeresés, a házi gyermekorvosi ellátást annulláló teóriák feleltlen és önérdekű hangoztatása, magának a gyermek-alapellátórendszernek a hiányosságai csak a rendszer megtűrésére és megújításának halogatására készítették a döntéshozókat. A gyermekgyógyászat és az alapellátáson belüli képviselő, a területi gyermekorvoslás érdekeinek megjelölése is hiányosságokat szenvedett.

Komoly nehézséget okoz, hogy a gyermekek ellátásának valós szükségleteit, az ellátórendszer igazi gondjait a – feladataik súlya alatt rogyadozó, pénziánnal küzdő – települési önkormányzatok többsége nem ismeri, így nem is értheti. A funk-

cionális privatizáció, a minőségi teljesítmény helyett csak a mennyiségi paraméterekhez igazított finanszírozás ellentmondásai közepette vergődő gyermekorvosi alapellátás így képtelen a lehetőségeinek megfelelő színvonalú válaszokat adni a gyermekgyógyászat előtt álló kihívásokra.

A túlnyomórészt szóló, atomizált, szakmailag és gazdaságilag is izoláltan működő praxisokra alapozott ellátás egyre kevésbé tud a csökkenő gyermeklétszámmal, a változó morbiditással, a fokozódó specializációval, az alapellátók nyugdíjkor közeli átlagéletkorával, a vésszesen megcsapant utánpótlással, a területi ellátás megnövekedett lehetőségeivel, a szakma elnöiesedésével mit kezdeni. Nem pusztán a kisebb, de már az átlagos létszámú praxisok is haladnak a gazdasági ellehetetlenülés felé. Erre a szétforgácsolt, irányítás nélküli hálózatra szinte lehetetlen korszerű, szakellátásokat is magába foglaló egészségügyi ellátórendszert építeni, holott a jövő generációinak és felnőttlakságának életminősége, munkaképessége, várható élettartama, egészsége a tét.

MI LEHET A MEGOLDÁS?

A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Kollégium határozata összefoglalja a megoldás alapelveit:

- „gyermekszakorvosi alapellátásra – a szakmai irányelvek nemzetközileg elfogadott szabályainak megfelelően – a növekedés befejeződéséig (18 éves korig) szükség van;
- hazánkban – lakóhelyétől függetlenül – minden gyermek számára biztosítani kell a gyermekszakorvosi alapellátás elérhetőségét;
- a csecsemők, gyermekek és serdülők gyermekorvosi alapellátását az ügyeleti időszakban is elérhetővé kell tenni;
- a fentiek megvalósítására, ahol szükséges, egészségügyi központokat kell létrehozni;
- ki kell munkálni a szakmailag és gazdaságilag stabil gyermekorvosi praxisok létrehozásának és működtetésének feltételeit.”

Az alapvető kérdés az, hogy a modern, jóléti állam jelenlegi helyzetében biztosítható-e megfelelő és hatékony speciális egészségügyi ellátás már az alapellátás szintjén is minden 18 évesnél fiatalabb gyermeknek? Erre a kérdésre az EU tagállamai a gyakorlatban különböző válasz-

kat adnak, de a saját rendszerét senki sem tekinti, tekintheti optimálisnak. A szociálisan hátrányos helyzetű – ezért betegségtől jobban sújtott – népesség a lakóhelyén többnyire nem jut gyermekorvosi ellátáshoz. Gyakran csak egy távoli kórház sürgősségi ambulanciája nyújt – jóval drágábban – megnyugtató gyermekorvosi ellátást számukra. A gyermekgyógyászat nemzetközi grémiumai ezért nem indokolatlanul szorgalmazzák minden gyermek gyermekorvosi alapellátását 18 éves koruk eléréséig.

Olyan ellátórendszert kell tehát létrehozni, mely szakmailag és gazdaságilag megerősített gyermekorvosi praxisokkal, vagy ahol ez szükséges és lehetséges, ott egészségközpontokkal, egyenlő, egyenletes és a jelenleginél magasabb színvonalú ellátást biztosít a gyermek- és ifjúkorúaknak. Magyarország településszerkezete, infrastruktúrája, a gyermekorvosi ellátás hagyományai lehetőséget adnak egy ilyen szisztéma kialakítására. A méltányos visszavonulás biztosításával és praxisközösségek kialakításával karcsúbb, de dinamikusabb és fejlődőképesebb szisztémát lehetne működtetni, olyat, amely vonzó, kiszámítható életpályát jelentene a jövő orvosgenerációinak.

AZ ELLÁTÓHÁLÓZAT

Nagyobb létszámú (a mostani, átlagosan 900 fős helyett 1500–2000 fős), a jelenleginél kevesebb gyermekorvosi praxis infrastrukturális és finanszírozási feltételeinek megteremtésével is ellátható Magyarország minden gyermek- és ifjúkorú lakosa. A centralizációs folyamatot a gyermekgyógyászat fejlődése és a jóléti államok viszonylagos finanszírozási korlátai egyszerűen kényszerítik ki. A rendelkezésre álló tudás és eszközrendszer csak akkor használható ki optimálisan, ha a humán erőforrásokat és az eszközállományt nem forgácsoljuk szükségtelenül szét. Ennek azonban előfeltétele a ma eladhatatlan vagy feleslegessé vált praxisok nyugdíjba vonuló tulajdonosainak anyagi kielégítése.

A szakmai és a finanszírozási szempontoknak megfelelő praxislétszám kialakítása a területi gyermekellátás modernizálásának azonban csak egyik eszköze, mely elsősorban a városok gyermekorvosi alapellátásának körülményein javíthatna. Alacsony gyermeklétszámra, tehát minden településre, nem lehet költséghatékonyan és szakmailag magas színvonalon működő gyermekorvosi praxist létesíteni. Épp a demográfiai korlát a teljes gyermekorvosi lefedettséget megoldhatatlan problémának minősítő nézetek legfontosabb érve. Pedig a szétszórtan, akár 20–30 km

átmérőjű területen élő gyermekek számára is lehetne – az önkormányzatok összefogásával – mikrotérségi egészségközpontok, vagy mikrotérségi gyermekorvosi praxisok révén korszerű gyermekorvosi alapellátást nyújtani.

A gyermekek területi ellátását a helyi viszonyoktól függően, a jelenlegi átlagnál nagyobb gyermekorvosi, esetleg mikrotérségi praxisok, a települések összefogásával „tiszta” gyermekegészségügyi, esetleg úgynevezett „vegyes” (felnőttet, gyermeket egyaránt ellátó) egészségközpontok végeznék. Egy ilyen egységekből álló hálózat egyenlő eséllyel nyújtana korszerűbb szolgáltatást minden hazánkban élő 18 éven aluli számára. Kialakítása nem igényel nagyarányú anyagi vagy szervezési ráfordítást. A teammunkában dolgozó szakmai és/vagy gazdasági praxisközösségek támogatásával korszerű, a regionális morbiditáshoz igazodó szakorvosi és szakellátási szolgáltatásokat lehet a lakosság közelébe telepíteni. Ebben a struktúrában a házi gyermekorvos ráépített szakképesítését is célszerűbben lehetne hasznosítani.

GYERMEKGYÓGYÁSZATI EGÉSZSÉGGÖZPONTOK

A városokban a jelenleg egy rendelőben dolgozó gyermekorvosi praxisokból lehetne teammunkában, akár menedzsment irányításával működő, ún. „tisztá” gyermek-egészségügyi központot létrehozni. Egy 4–5 gyermekorvosi praxist magába foglaló, akár 5–7 ezer gyermeket ellátó gyermekrendelő a regionális morbiditási és szociális viszonyok ismeretében köthetne szerződést a biztosítóval. Az ellátotti kör bővülésével akár szakorvosi rendelések is dolgozhatnának a rendelő környezetében, finanszírozásuk nem igényelne többletforrást. A városi gyermekrendelők többnyire komoly átalakítás nélkül is alkalmasak lennének az egészségközpont infrastrukturális igényeinek kielégítésére.

Megvalósítható lenne így a gyermekorvosok szakmai együttműködése, a közös feladatok megosztása. A praxisok gazdasági önállóságának feladása már opcionális lehetőség lenne.

A területi ellátási kötelezettséget nem egy adott gyermekorvosra, hanem a rendelő teljes ellátási körzetére terjesztenék ki. A szabad orvosválasztás és a választhatóan megmaradó gazdasági önállóság, valamint a teljesítményelemeket is magába foglaló finanszírozás miatt a központhoz tartozó betegeket praxisonként is nyilván kell tartani. A szűrővizsgálatok és a védőoltások elvégzése, nyilvántartá-

sa, az adatszolgáltatás is az orvos személyéhez kötött felelősséggel történne. Minden egyéb tevékenység közös vagy a vezetés által leosztott feladat lenne.

„VEGYES” EGÉSZSÉGGÖZPONTOK

Kizárólag gyermekorvosokat foglalkoztató egészségközpontok létesítésére csak városi környezetben, vagy a szolgáltatás közös működtetésére vállalkozó kistéleplések összefogása esetén van lehetőség. Ahol erre nincs lehetőség, ott ún. „vegyes” ellátóközpont hozható létre. A települési viszonyoktól és a demográfiai összetételtől függően 4–5 háziorvosi és 1–2 gyermekorvosi praxis működne együtt. A morbiditási adatok, az etnikai összetétel, a gyermeklétszám alapján itt is működhetnének a szükségletekhez igazodó szakorvosi rendelések.

Ezekben a központokban a gyermekorvosi praxis szakmai és gazdasági önállóságát meg kellene tartani. Ezt a feladatok és a finanszírozási metódus eltérő jellege indokolja. A gyermekorvosi praxis önálló alapellátási szolgáltatása mellett – például átalánydíjazás ellenében – szakkonziliáriusi feladatokat is ellátna a háziorvosi praxisok számára. Több mikrotérségi központ együttműködésével centralizált gyermekorvosi ügyelet is szervezhető. A TEK a központ teljes ellátási területére kiterjedne, a szülők orvosválasztási joga a központon belül megmaradna, de minden, a központhoz tartozó 18 év alatti szabadon, háziorvosi beutaló nélkül fordulhatna a gyermekorvoshoz. A kártyaleadás életkortól függő korlátozása a menedzsment kompetenciája lenne. A sürgős esetek ellátási kötelezettsége a központ minden orvosára vonatkozna, a szűrővizsgálatok, a védőoltások elvégzése, az adatszolgáltatás felelőssége a kártyát birtokló orvosé maradna. A gyermekorvosnak a gyermekek ellátását érintő kérdésekben vétőjogot, a menedzsmentben felelős funkciót kell biztosítani. A „vegyes” ellátóközpontok a „vegyes” praxisok, és az alacsony hatékonysággal még mindig több helyen működő MSZSZ fokozatos kiváltására, a mindeddig csak emlegetett esélyegyenlőség biztosítására jönnének létre.

Az egészségügyi központ létrehozása sajátos szervezési, jogi, felelősségi és finanszírozási problémákat vet fel. A mikrotérségi egészségközpont létesítésének helyszínét az önkormányzatok megegyezése alapján döntenék el. Ebben a meghatározó szempontot a megközelíthetőség és a rendelőépület modernizációjának költsége jelentené. Az önkormányzati társulásokban meg kell határozni az egyes önkormányzatok felelősségi körét és bele-

szólási jogát. Az akár 20–25 kilométeres távolságra történő betegszállítás nem megoldható feladat. Megszervezésének nehézsége nem lehet ok a korszerűsítés elutasítására. Az egészségügyi ellátáson kívül a falu, a környék közösségi életének is fontos terei lehetnének az ily módon szervezett szolgáltatóegységek.

NAPPALI KÓRHÁZAK

Véleményünk szerint a hazai gyermek-egészségügyi ellátásnak két lábbon kell állnia: kiemelt, gyermekgyógyász specialitásban, eszközökben megerősített fekvőbeteg-ellátó intézményeken és kompetenciájában kiterjesztett, jól felszerelt, teammunkán alapuló gyermekorvosi alapellátáson.

Egy kisebb osztály helyett létesítendő ún. „nappali kórház” fogalma ellentmondásos, mert ha valamilyen állapot a diagnózis vagy a terápia jellege miatt folyamatos kórházi megfigyelést vagy beavatkozást igényel, akkor az nemcsak nappal, hanem éjszaka is igényli azt. Átmeneti,

néhány órás fektetésre, megfigyelésre, kezelésre pedig az alapellátó egészségközpontokat is alkalmassá lehet tenni. A jelenleg megszüntetésre ítélt gyermekosztályok ugyanakkor a térségi gyermek-egészségügyi központok telephelyévé válhatnak. Ellátható lenne itt magas szintű, speciális kórházi kezelést nem igénylő beteg, végezhető itt alapellátási feladat, konziliáriusi tevékenység, szakellátás, működhetne itt központi gyermekorvosi ügyelet vagy – többek között – gyermekjóléti szolgálat.

ÖSSZEFOGLALÁS

A jelenlegi, sok párhuzamosságot magán viselő, szétforgácsolt alapellátási gyakorlat helyett a gyermek teljes (testi, lelki, szociális) egészségének letéteményesét, a házi gyermekorvosi rendszert kell a korszerű szükségleteknek megfelelően átalakítani, megerősíteni. A gyermekorvosi ellátóhálozat korszerűsítése ugyanakkor megoldhatatlan a háziorvos kollégák egyetértése nélkül. Az átalakítás során anyagi veszteség nem érheti őket.

A gyermekgyógyászati ellátás fejlesztésének irányait a „Közös kincsünk a gyermek” című Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program részletezi. A Házi Gyermekorvosok Egyesülete további dokumentumokban, tanulmányokban fejtegette ki a gyermekek egészségügyi alapellátásának korszerűsítésére vonatkozó javaslatait.

A gyermekorvosi alapellátást a szakmai kihívásoknak megfelelően, az esélyegyenlőséget szem előtt tartva kell modernizálni. A gyermekegészségügy, benne a gyermek-egészségügyi alapellátás fejlesztése kiváló lehetőség a családok megerősítésére, a gyermekvállalás körülményeinek javítására, az elhanyagolt, hátrányos helyzetű térségek közösségi életének fejlesztésére.

A gyermekellátás – mint az egészségügy speciális szakterületének – korszerűsítése mintaként szolgálhatna az egészségügy más területeinek modernizációjához is.

2009. SZEPTEMBER 5.



November 6–7. Danubius Hotel Flamenco

Szükség van-e évről évre az őszi konferenciára, arra, hogy a gyermek-alapellátás régi és új gondjain rágódjunk? Vannak, akik azt mondják, nincs értelme, gittrágás, úgysem lesz a jövőben gyermekorvos az alapellátásban. Mások nem ennyire szkeptikusak, de úgy tartják, hogy a visszavonulásig már nincs sok hátra, addig meg jó lesz nekik úgy, ahogy eddig volt. Mi viszont úgy tartjuk, nem mindegy, hogy mi történik a házi gyermekorvosi rendszerrel, ezért dolgozunk az optimális ellátási szerkezet elvi alapjain. Nem látunk most más utat, minthogy először magunk között jussunk a jövőre vonatkozóan közös nevezőre. Csak így és csak ezután szerezhethetjük meg javaslatainkhoz a gyermekgyógyászat, a háziorvosok és a további partnerek támogatását.

Van, aki békaperspektívából nézi, van, aki madártávlatból látja a helyzetet. Ezt a két nézőpontot szeretnénk közelíteni.

BÉKAPERSPEKTÍVA MADÁRTÁVLTATBÓL

XV. őszi konferenciáját rendezi a HGYE

- Gyermekorvosi alapellátás lehetősége a jelenleg vegyes praxis által ellátott térségekben;
- Gyermekorvosi/háziorvosi egészségügyi központok, nappali kórházak;
- A rendelőbe koncentrált betegellátás logisztikai kérdései;
- 1200–1800-as praxisok működési feltételei;
- Ügyeleti ellátás/központi gyermekorvosi ügyelet;
- Finanszírozással, jogszabályokkal kapcsolatos kérdések;
- A praxiseladás gondjai;

Sodródunk

Interjú dr. Éger Istvánnal



HA Induljunk békésebb vizekről: praktizálsz még?

Hogy úgy mondjam, egy kicsit igen, de nagyon azért nem, mert munkaköröm erre nem ad igazi lehetőséget. Praxisomat azonban fenntartom, hisz a mandátumom, ha lassan is, de biztosan letelik, jó lesz, hogy van hová visszamennem. Két nagyon kedves kollégám „őrzi a lángot”, egyrészt a szomszéd falu háziorvosa, akivel már több mint húszéves munkakapcsolat fűz össze, másrészt most már évek óta van egy állandó helyettesem is. Minden hétvégén hazamegyek, és hacsak nincs valami rendkívüli ok, törekszem a hétfőt praxisom betegeire szánni. Tudatosan sem akartam teljesen elszakadni a gyógyítástól, irtóznék attól, hogy teljesen bürokratává váljak. Hat éve az jelenti számomra a legkomolyabb kihívást, hogy kamarai elnökként is élő kapcsolatban maradjak a betegellátással. A hétfő és a havonkénti egy-két mentőzés azért fontos számomra, mert meggyőződéseim, hogy – engedelmet a kifejezésért – ebben az irtózatos kuplérájban az ember csak akkor maradhat hiteles, ha saját bőrén is érzi a nehézségeket. Ezért tudom pontosan, hogy miért mondja az egyik kolléga, hogy kész, elég, nem bírja tovább, elmegy, vagy mit érez a másik, amikor kibontja a hatóság újabb levelét az arra a hétre elrendelt adminisztratív kínzásról vagy fenyegetésről. Renge-

teg energiát vonnak el a betegellátástól ezek az időrabló, ostoba utasítások. És akkor még nem beszéltem például az olyan jellegű szívatásról, amit a kedves jó biztosítónk éppen most sokunkkal szemben elrendelt, hogy tudniillik, fizessünk vissza ennyit vagy annyit a korábbi finanszírozásunkból azért, mert jogtalanul vásároltunk a praxisnak ezt vagy azt. Fizessünk vissza, amikor mi a ránk bízott populációt az érvényes szerződések szerint, a jogszabályoknak megfelelően, a lakosság megelégedésére ellátjuk úgy, hogy közben gyógyszer is van, kötszer is van, fűtés is van, és világítás is van! Ja, és hogy el ne felejtsem, megalázóan alacsony munkabér is van! Először a szakellátásra szálltak rá, abszolút jogsértően, most az alapellátók vannak soron.

HA Ott lent, ahol a házi gyermekorvos dolgozik, nem néznek ki jól a dolgok. Az elnöki pozíció magasságából miként látod Te a hazai egészségügy helyzetét?

Nem nevezném én ezt pozíciónak, inkább szolgálatnak érzem a megbízásomat. Ha mint rendszerre tekintek az egészre, nekem is, ahogy mindenkinek, a pénz, a finanszírozás elégtelensége ötlük elsőként a szemembe. Nem szabad elmenni amellett, hogy ma – a jelentős technikai robotlás ellenére is – mindössze az 1989-es

év reálértékének 47 százalékán finanszírozzák az ágazatot. De legalább ilyen súllyal esik latba az, hogy ma nincs lehetősége az orvosnak arra, hogy a betegre figyeljen. Egy svéd vagy német rendelésben, amíg ki ne megy a beteg, addig rá figyelnek. Nálunk erre nem adnak lehetőséget a körülmények. Mint gyermekkorunk földre rajzolt ugróiskolájában, ugrálunk, mert ugráltatnak. És ha az ugrálásba belezavar valaki, mondjuk az, aki hozzánk fordul segítségért, könnyen elvétjük a megfelelő kockát. Hiába szól róla a történet, a beteg mellékessé vált, ettől pedig ideges mindenki, ő is, meg én is. Jó hír ugyan, hogy nem megyünk csődbe, de csak azért nem, mert – hogy egy korábbi OEP-főigazgatót idézzek – amíg a világ világ, amikor orvos és beteg egy légtérbe kerül, ott ha törik, ha szakad, gyógyítás fog történni. Így vagyunk kódolva. A rossz hír azonban az, hogy ettől a beteg még nem biztos, hogy meggyógyul. Sőt! Mert a gyógyítás körülményei kétségbeesítő, nyomorúságosak, lehetetlenek. Az egészségügy csődje nem az egészségügy, hanem az egyes emberek egészségének összeomlásában realizálódik. Erre azonban a mai magyar társadalom még nem kellően érzékeny...

HA Évtizedek óta nincs ott az egészség ágazat, ahol lennie kellene. Látszatmegoldások, bürokrácia és közben a minőség, az sehol...

Igen. Ez az alapprobléma. Nincs ugyanis Magyarországon deklarált egészségpolitika. Ez az egész rákfenéje. Lehet, hogy az orvost csak a finanszírozás meg a saját békéje érdekli, mégis ez a lényeg. A múlt század második felében még élt Magyarországon egy társadalmi szerződés, ami nem volt ugyan leírva, mégis szigorúan deklarálta, hogy az egészség alapérték, hogy mindenki elvárhatja egészségi szükségleteinek kielégítését egy reális szintig. A rendszerváltást követően ez a szerződés úgy erodálódott, hogy nem lépett a helyébe semmi más. Egyetlen ciklusban sem mondta meg senki, hogy betegségi központú vagy emberközpontú legyen-e az egészségügy, vagy mondjuk, korcsoportos egészségügyi szükségletek határozzák-e meg a működési elvét. Nincs alapelv, nincs mihez közelebbi és távolabbi célokat rendelni, nincs így társadalmi konszenzus sem,

amit egyeztetni lehetne a gazdasági lehetőségekkel. Nincs cél és hozzá illeszkedő struktúra, csak pénzügyi faragás van gazdasági krízistől gazdasági krízisig.

Végül is nem a pénzhiány az oka annak, hogy nincs koncepció? Hogy rossz a struktúra, hogy egyenlőtlen, helyenként túlfejlesztett, máshol meg alulfejlett az ellátás, hogy nincsenek hatékonyan használva az erőforrások?

Amikor arról beszélünk, hogy van-e elég pénz a rendszerben, hiába vagyunk azzal tisztában, hogy csoportérdekek halmaza nehezíti a tisztánlátást, mégis unos-untalan hangoztatom, hogy igenis, több pénz kell, mert ennyiből nem lehet. Tetszenek azt tudni, hogy bizonyos teljesítményszint felett ma egy komplett szakorvosi vizsgálatért mindössze 34 forint 70 fillért fizet az OEP? Abszurdum! De ma már én is azt mondom, hogy nem egészen tudom, mihez kérem a pénzt. Ne ragadjunk most ott le, hogy a dolgozót meg kell fizetni, ha azt akarjuk, hogy ne meneküljön a rendszerből. Szélesebb aspektusból nézve, csak akkor tudnám megmondani, hogy miért kell több pénz, ha arra is válaszolok, hogy mire kell a pénz. Viszont csak akkor tudom megmondani, hogy mire kell a pénz, ha van egészségpolitika. A nagy baj viszont épp az, hogy nincs. Már csak azért sincs, mert nem került sor olyan egészségtervezéssel együtt járó felmérésre, melynek révén megállapítható volna az egyes korcsoportok egészségi szükséglete. Azért nem születik például arra vonatkozó koncepcionális döntés, hogy Magyarországon a gyermekek alapellátását gyermekorvos vagy háziorvos végezze, mert soha nem mérték fel a gyermekek korcsoportos egészségi szükségleteit.

Így aztán marad az antagonisztikusnak tűnő (hangsúlyozom, csak annak tűnő) ellentét háziorvos és házi gyermekorvos között, látszólagos ellentéteik kényszerítik őket arra, hogy egymás elől huzigálják az alapellátás zárt kasszáját. Még egyszer: ha felmérnék a szükségletet, ki lehetne mondani ezt vagy azt. Ha kimondanák, hogy a gyermekeknek gyermekorvosra van szükségük, meg lehetne határozni, hogy hol, hányra, ez mibe kerül, és mikorra fogjuk hozzá a pénzt biztosítani. Persze nem a másik kárára, mert azt a másik ellátást is működtetni kell. De amíg minden a József nádor téren dől el, és az aktuális egészségügyi miniszter az egészben csak rossz statisztaként vesz részt, addig a szakmák, mint a kuttyák, mindig csak ugyanazt a lábtörlőt cibálják ezerfelé.

Éger István 1956-ban született Budapesten. Pályaválasztóként a vegyészet vonzotta, később mégis a gyógyítás mellett döntött. Többéves kórházi fül-orr-gégész szakorvosi gyakorlata van, emellett ma is kivonuló mentőorvos, okleveles egészségügyi szakmenedzser. A Győr-Moson-Sopron megyei Pereszteg és Pinnye község háziorvosa. A Magyar Orvosi Kamara elnöke 2003-ban, 47 éves korában lett. Elődei mind kórházban dolgoztak, egyetemi rektorok, professzorok, főorvosok voltak, hivatásrendi testületet vállalkozó orvos korábban nem vezetett. Feleségével öt gyermeket nevelnek. Sem pártokhoz, sem korábbi, az élet által felülírt elképzelésekhez nem ragaszkodik.

Így most csak sodródunk. Nem csoda ezért, hogy ha most valaki fejlődésre, megkorszerű elvekre hivatkozva máshogy akar valamit tenni, rögtön felszisszen valaki. Hisz a lábára léptek. Az orvosok, a háziorvosok vagy a házi gyermekorvosok tömege úgy szocializálódott, ahogy a szocializmusban lehetett, ahogy akkor kellett, és mert nem kaptak az óta sem más alapelveket, új célokat, persze, hogy féltik a változástól az egzisztenciájukat. A veszélyérzet természetesen szüli az ellenállást.

Ezért lenne szükség a szakmai kerekasztalokra, a részkérdések széles szakmai alapon álló konszenzusára. Amíg a szakpolitika – és most mindegy, hogy egészségügyről, oktatásról, kultúráról, agráriumról, környezetvédelemről van-e szó – nagy kérdései nem szakmai egyeztetés eredményeként, hanem gazdasági és aktuálpolitikai kényszerhelyzetek mentén dőlnek el, addig csak nő a baj.

A gyermekgyógyászat már évtizedekkel ezelőtt tézisszerűen deklarálta, hogy egy gyermek a gyermekorvostól várhat optimális ellátást. Gyermekgyógyászati tankönyvekből idézünk, tudományos konferenciákra, nemzetközi szervezetekre hivatkozunk, de bólogatáson kívül mást nem kapunk. Nincsenek ebbe az irányba mutató szervezeti átalakítások, nincs korrekció, nincs jövőkép.

Kulcskérdés a gyermekek szakalapellátása. Az ellátottak, de az ellátók részéről is fokozódik az igény iránta. A betegek fennkölt érdekein túl azonban az érintett orvoscsoportok sajátos szempontjaira is oda kell figyelniük. Az orvos is csak ember, az ő számára is megélhetést, egzisztenciát és majdan nyugdíjat kell biztosítani! Jó lenne, ha egyszer valóra válhatna Németh Lászlónak az a klasszikus javaslata, hogy keresen az orvos annyit, hogy ne kelljen pénzért dolgoznia. Addig sem veszíthetjük viszont szem elől, hogy a beteg érdeke is sérül, ha az orvos érdeke sérül. Ha egy ezernégyszázas vegyes praxisból háromszáz gyereket kompenzáció nélkül elveszünk, nem a gyermekgyógyászat magasztos szempontjai, hanem saját vesztesége fogja meghatározni a háziorvos reakcióit. Ha lennének a finanszírozási kötelet a nyakáról, higgyétek el, örömmel szabadulna a gyerekekellátás gondjaitól. Mindezzel csak azt akartam aláhúzni, hogy egyik réteg rovására sem lehet szakmai prioritásoknak érvényt szerezni. A szakmai kihívásokra a szakpolitikának kell először választ adnia, és neki is kell majd utána a forrást biztosítania.

A gyermek-alapellátók a háziorvosi rendszer, a gyermekgyógyászati klinikum és a védőnői szolgálat szorításában vergődnek. Mindannyian ugyanazért a pénzért kapaszkodnak.

Akárhogy fogalmazunk, mindig ugyanoda jutunk: amíg nem tudjuk, hogy mit akarunk, vagy tudjuk, de nem kapunk hozzá finanszírozást, amíg nem vesszük tudomásul, hogy az ellátórendszer átalakítása csak átmeneti, de jelentős инвестиáció árán valószínűsíthető meg, addig nem lesz előrelépés. Pláne nem, ha közben állandó és folyamatos a forráselvonás.

Hatalmas fejleménynek tartottuk 15 éve az önálló praxisok létrehozásának lehetőségét, de nem haladta-e ezt meg mára az idő? Magyarul: kisparcella, vagy nagyüzemi gazdálkodás, különálló vagy központba tömörülő praxisok? És ezzel összefüggésben a megkerülhetetlen kérdés: hogyan látod az önkormányzatok szerepét az egészségügyben?

Vitatkozom az Alapellátási Intézet ismert álláspontjával. A gazdaságossági számítások akceptálható szempontjai ellenére sem érzem úgy, hogy a centralizáció feltétlen előny. Úgy érzem, hogy a beteg közeli rendelők jobb lehetőséget adnak az

orvos–beteg kapcsolatra. A tervezett ellátási központok a gyógyítás misztikumát, az emberi kapcsolatok alakulását zavarják. Elfogadom azonban, hogy előrelépés lehet ott, ahol a településszerkezet sajátosságai nem engednek meg humánusabb megoldást. Ehhez azonban szemléletváltás kell a lakosság, az önkormányzatok, a szolgáltatók oldaláról egyaránt. A betegegyógyítás ma ott tart Magyarországon, hogy az orvos mielőbbi elérhetősége még mindig aránytalanul fontos szempont. Megint visszautalok: szakpolitika, nemzeti alaptanterv, egészségoktatás... Nem vitatom tehát a centralizáció előnyeit például ott, ahol több település összefogásával olyan komplex gyermekorvosi ellátás biztosítható, ami egyébként csak jóval nagyobb távolságban lenne elérhető. Ami pedig az önkormányzatok szerepét illeti: amíg egy kormány, egy parlament ki nem mondja, hogy a szakpolitikákat és közöttük az egészségügyet ki kell venni az önkormányzatok kezéből, addig sok mindenre nincs lehetőség.

A racionális ellátási szerkezet kialakításának szándéka, és merjük kimondani, az orvosok egzisztenciális szempontjai is kényszerítően vetik fel a kérdést: szükség van-e mindenhol annyi praxisra, mint amennyi jelenleg van? A háziorvosok és gyermekorvosok nyugdíjazáshoz közelítő átlagéletkora miatt emelkedik az eladásra váró praxisok száma. A terület felé kacsingató kórházi orvosnak, vagy egy friss szakvizsgásnak viszont nincs elég pénze a praxisvásárláshoz. Ne kerüljessük, az alapellátás vonzereje is folyamatosan csökken.

Praxis tehát van, vevő azonban nincs. Hiába látja valaki, hogy a mellette „eladósorba” kerülő körzetet már csak azért is meg kellene vennie, mert nem hiányzik a szűk piacon egy újabb konkurencia, túl azon, hogy nincs rá pénze, jogszabályok is nehezítik a racionális „késletgazdálkodást”. Meglévő praxis mellé ma ugyanis nem lehet egy másikat is megvenni. Fel is lehet persze osztani egy praxist, de ez már önkormányzati döntést igényelne, és jól tudjuk, nem mindig egyezik a képviselőtestület és a szolgáltató(k) érdeke. Az eladhatatlan praxisok növekvő száma, a hajdan vagyoneértékűnek mondott praxisjog realizálása, de más szempontok is sürgetik a sokat emlegetett praxisalap megszervezését. Várható itt előrelépés?

Kulcskérdés. Nyilvánvaló, hogy a praxisjog összetett gondjait rendbe kellene tenni, mert ez az alapellátás egyik rákfenéje. Egy alapvetően jó gondolat rossz törvényi megfogalmazását követően, idestova tíz éve születnek olyan eseti bírói döntések, amelyek nyomán a praxisjogi rendszer, mondjuk meg, kiüresedett. Romokban hever. Minden nehézség dacára, az elmúlt 9 év alatt mégis 2800 praxis cserélt gazdát. Elfeledkezni tehát nem lehet róla, megoldása nélkül emberek ezrei kerülnek egzisztenciális csődbe. Jogszabályi rendezése, az annak idején megígért, máig hiányzó garanciális feltételek megteremtése, nemzetgazdasági szinten nem számottevő befektetés mellett, stabilizálná a rendszert, megindulhatna az a generációváltás, ami többek között ezért sem akar megindulni. De mindehhez tisztázni kell, hogy milyen választ adjunk a változó demográfiai helyzetből, vagy az ellátási szerkezet korszerűsítéséből adódó kérdésekre, és mikor ki fizesse a révést? Újra hangsúlyozom: a korcsoportos egészségi szükségletek felmérése nélkül nem tudunk ahhoz igazodó ellátóhálózatot kidolgozni. Ennek hiányában csak illúzió marad a praxisalap.

Képes-e a kamara rétegérdekek képviselőjére?

Hát, érdekes a kérdés. De tovább bonyolítom: tud-e egyáltalán bármilyen érdeket érvényesíteni a MOK? Mert ha tud, akkor előbb-utóbb mást is tud, ha viszont nem tud, akkor semmit sem tud. Mint a kamara elnöke, mint harminc-egynéhányezer ember megválasztott képviselője, bizony azt látom, hogy részben ismert, részben egyéb, most nem részletezett társadalmi-morális okra visszavezethetően, a tagságban nem testesül úgy meg a saját köztestülete, hogy az érdemben a talpán állva, képes legyen érdeket érvényesíteni. Százezer oka van ennek. Ha a tagság képviselői érdekérvényesítéssel fenyegetőznek, és közben a tagság azt mondja, hogy jaj, ne, akkor ez nem megy. Ha volna a tagságban önmegvalósítási szándék, ha különböző szinteken megjelenne az a kollegiális aktivitás, ami ma hiányzik, akkor működhetne ez jól is. Nem a rétegszervezetek dacára, hanem azokkal karöltve. Szükség lenne rá! A kamara egy óriási olvasztótégely, aminek az a feladata, hogy a rendkívül sokféle érdeket harmonizálja, és megjelenítse a döntéshozók felé. A MOK lenne hivatott a rétegérdekek elemzésére, szintetizálására. De mit tegyünk, leképeződik az orvosok között is a mai magyar társadalom keresztmetszete.

Az átpolitizált, megosztott orvostársadalomra gondolsz?

Nem elsősorban erre gondolok. Most nem a sajtónak, nem a médiának nyilatkozom, legyünk legalább egymás között őszinték! Én mindig felháborodom, amikor azzal jön egy politikus, hogy gyerekek, volna itt egy kis pénz, de mit vállalnátok hozzá? Mondom... (de inkább nem mondom...), adósaink vagytok harminc éve! Mit akartok még? És elküldöm a... De most inkább arról beszélek, hogy nehéz úgy érdeket védeni, nehéz úgy pénzt követelni, ha például mentőzés közben déli egy órákor nem találom az orvost, akinek a praxisában meghalt a beteg, vagy délután négy után városszerte bezárnak a házi gyermekorvosok. Ha az orvos mobilszáma nem publikus, és ha épp nincs a rendelésben, nem érhető el! Az orvosok egy része dolgozik látástól mikulásig mint a rabszolga, de egy jelentős rétege, mondjuk ki, lassan elfelejt dolgozni. Mi volt előbb: a nem akarok dolgozni, vagy a kevés a fizetés?

Visszatérve a kérdésre, hogy tud-e a Magyar Orvosi Kamara érdeket védeni? Azt válaszolom: a kamara jogászaiknak szakszerű tiltakozásaira az OEP vagy a minisztérium rendre csak elbeszél mellettünk. Azt tapasztalom, hogy 2009-ben Magyarországon a Legfelsőbb Ügyészségig bezárólag sem talál egy hivatásrendi köztestület olyan fórumot, amely a tételeken kimutatott jogsértések vonatkozásában bármiféle jogorvoslat reményével kecsegtetne! Magyarul: az erősebb kutya elve szerint ma azt csinálhatnak az orvosok, amit akarnak...

Van remény?

A reményt csak a szakma küzdelme tarthatja fenn. Alapvető, hogy el tudjuk-e fogadtatni a következő időszakban a szakpolitika prioritását, megszületnek-e az egészségpolitika generális alapelvei? Meghosszabb-e a megfelelő törvényeket és betartja-e azokat a regnáló miniszterelnöktől lefelé mindenki? Túl kell lépünk a politikai ciklusokon, mert a nemzet egészségügye nem mérhető négyéves periódusokban. Meg kell mondanom, kicsit szkeptikus vagyok, de őrzöm az idealizmusomat. Mert ha nem lennének idealista, zokogva, hajat tépve menekülnék a világból. Vagy legalább is innen.

Köszönjük a beszélgetést.

A jelenlegi helyzetből indulok ki, ahhoz próbálok alkalmazkodni

Hogy miért pont őt szólaltattuk meg? Mert kíváncsiak voltunk, hogyan él, hogyan látja a helyzetet egy lelkes, fiatal, a körzetben csak rövid ideje dolgozó, jól képzett gyermekorvos.

Tizenöt éve végeztem Szegeden, akkor kerültem a ceglédi gyermekosztályra. Gyermekkardiológiai szakvizsgát is szereztem, osztályvezető-helyettes voltam, amikor másfél éve úgy döntöttem, hogy váltok. Egy 690 körüli praxist vettem a város lakótelepi részén, és kibéreltem egy gyógyszerár melletti 70 négyzetméteres helyiséget, ami korábban élelmiszerbolt volt. A körzet szépen fejlődik, most már közel 900 betegem van, 95 közülük az egy éven aluli. Egyedül rendelek itt, korábban egy asszisztensem volt, most már kettő van, mindketten 8 órás státusban. Mindennap rendelek délelőtt és délután is, és itt végzem, hivatalosan heti négy, gyakorlatilag nyolc órában – mert négy alatt nem lehet tisztességes munkát nyújtani – Pest megye déli részének gyermekkardiológiai szakrendelését is.

Elég sokat fektettem a rendelőbe, csak az ultrahangkészülék részletéért havi 120 000 forintot fizetek. Az előző évet több milliós mínusszal zártam, de úgy érzem, sikerült egy egyedülállóan korszerű rendelőt létrehoznom. Modern a bútorzat, a számítástechnika, szép a vizsgáló, a tanácsadó, a kezelőhelyiségben van ultrahangos porlasztó, szívó, biopton lámpa, kölcsönözhető a babyhalerek, vettem egy AMBU babát is a szülők oktatásához. A rögzített, meg a lapozható fémtáblákon elhelyezett betegtájékoztatókat részben az internetről másolom, részben magam írom. Színes köpenyt, orvosi ruhát viselünk, a rendelő légkondicionált.

Azokat a szűréseket, amikért az OEP nem fizet, a heti kétszer két órás magánrendelésemen végzem. Ezek a vizsgálatok hozzátartoznak a korszerű ellátáshoz, de nem titkolom, a törlesztések miatt is muszáj bevételt is produkálnom. Mindenkinek felajánlom és csaknem minden gyermeknél meg is csinálom a kardiológiai, a koponya- és a hasi ultrahangszűrést. A csípőultrahangos vizsgálatához nem értek. Egy hónapos korukban ellenőrzöm a csecsemők hallását is, vásároltam ehhez egy

otoakusztikus emissziót mérő készüléket egy millióért. EKG-t is szoktam ilyenkor csinálni, de ennek valószínűleg nincs sok értelme, a harmadfokú AV blokkot ugyanis fonendoszkóppal is észreveszi az ember, olyan lassú a szívverés, a congenitalis hibákat meg úgyis kimutatja az ultrahang. Más körzetből is jönnek hozzám, de nem küldik, és persze nem is hívom őket. Van konkurencia, ultrahangszűrésre van lehetőség a városban máshol is, és dolgozik itt rajtam kívül még hat házi gyermekorvos meg egy területi ellátási kötelezettség nélküli kolléga is. 41 évemmel én vagyok a legfiatalabb közöttük, az átlagéletkor egyébként 60 felett jár.

Mindegyik rendelőben ketten rendelnek, én szívesebben rendelek egyedül. Szeretem ezt a szabadságot, nem szeretnék közösködni, mindent meg tudok csinálni itt, és független vagyok mástól. Ahol persze nagyon nincs házi gyermekorvos, ott elfogadom, hogy jó megoldás lehet egy egészségügyi központ egy vagy több gyermekorvossal. Itt mi mindannyian látunk el gyerekeket a város környéki tanyavilágból, de a környező településeken is dolgoznak remek fiatalok. Az egyik háziorvosi szakvizsgát is tett és mindkettőnek van gyermekpulmonológiai szakképzettsége is.

A betegrendeléseimen naponta harmincan, negyvenen fordulnak meg, volt azonban már 90-es forgalom is. Jól tudom, hogy ez a szülők ismeretein és képzésén is múlik, egyelőre még jönnek ide mindennel. Nagyon nagy és még növekszik is az igény a gyermekorvosra. Hívás alig van, inkább felrakják a lázas gyereket a kerékpárra és betolják.

Rendszerint naponta fél nyolctól 5-ig dolgozom, utána az ügyelet látja el a betegeket. Mi gyermekorvosok, csak a hétvégi, 12 órás nappali ügyeletben veszünk részt, éjszaka, illetve 5 után egy vállalkozás látja el az ügyeletet, amiben gyermekorvosok nem dolgoznak. De a felnőtteket ellátó háziorvosok sincsenek arra kötelezve, hogy ügyeleti munkát vállaljanak.

Kórházi háttér? Kisebb gond esetén itt a városi kórház, de tőlünk 30 kilométerre két megyei gyermekosztály is elérhető, az egyik Szolnokon, a másik Kecskeméten. Kevés beteget küldök kórházba, a pesti gyermekklinikkákkal jó a munkakapcsolat.

tom. Mellesleg én is tudom, más is látja, nincs szükség ennyi kis kórházi osztályra. De ha szívünkre tesszük a kezünket, azt is látjuk, hogy az orvosok nincsenek felkészülve arra, hogy a megszüntetett osztályok feladatait átvegyék.

Tanácsadásra nálunk eljön a védőnő. Itt végzi a szűréseket, ráviszi ő is az adatait a számítógépre, így egyben láthatunk mind a ketten mindent. Fel nem foghatom, mi értelme volt annak, hogy szétosztották ezt a két, igazából egybetartozó szolgálatot. Most az a tervem, hogy négyen, a két asszisztens, a védőnő és én együtt szűrjük le a hozzánk tartozó óvodákat, iskolát. Máshogy képzelem el ezeket a korhoz kötött státuszvizsgálatokat, szeretném a gyerekeket a lehető legjobban ellátni. Nem mindegy, hogy betegem vagy egészségesen nőnek fel, kiderül-e időben a baj. Korszerű, eszközös hallásvizsgálatot akarok, visszük a tympanometert, a látásvizsgáló táblákat is, és két-három óra alatt négyen negyven gyereket módszeresen megvizsgálunk. Tudom, hogy a gyermek szűrővizsgálata a saját háziorvosának lenne a dolga, de még ha úgy mond párhuzamos is a feladat, vallom, hogy több szem többet lát. Egy igazán jól működő rendszerben elfogadom, hogy erre nem lenne szükség, de én a jelenlegi helyzetből indulok ki, ahhoz próbálok alkalmazkodni.

Hogy mit tudok a HGYE-ről? A Hírvivőt azóta olvasom, hogy körzetben vagyok, és beléptem az egyesületbe. Kávészüneten eddig nem voltam, oda eddig mindig más ment el, most szívesen elmennék az őszi rendezvényre. Úgy látom, sziszifuszi munkát végeztek, de kevés eredménnyel. Úgy érzem, nálunk is meg fogják szüntetni a házi gyermekorvosi ellátást, ezért sem akarnak több gyermekgyógyászt képezni.

Szeretném itt a nagy terveimet megvalósítani. Minőségi ugrásra, nem apró javítgatásokra gondolok. Szívesen vállalnék egy komplett modell helyi bevezetésére, összehozni, egybehozni ezt a szétzabdalt rendszert gyermekorvosostúl, védőnőstül, laborháttérrel, szakrendelésekkel együtt. De ez már koncepciót igényel, és nem csak a HGYE, hanem az irányítás részéről is. Igen. Ennek látnám az értelmét.

Influenza, új influenza és a pneumococcusok

Mészner Zsófia dr., ÁNTSZ Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet 2009. június 11-én a legmagasabb, hatos fokozatra emelte a pandémiás készülséget egy új, gyors terjedésre képes influenzavírus, (a H1N1) megjelenése miatt.

A különböző csatornákból zúdul ránk az egymásnak gyakran ellentmondó és érzelmi töltéstől sem mentes információ. A mértékadó nemzetközi honlapokon – www.who.int, www.cdc.gov, www.ecdc.europa.eu – naponta frissített oldalakról lehet tájékozódni annak, aki ért angolul, illetve mind az ÁNTSZ, mind az Egészségügyi Minisztérium honlapjáról is meg lehet tudni a legfontosabb, közérdeklődésre is számot tartó híreket. Ha a gyermekorvosnak még jutna is elég ideje nekiülni és átrágnia magát nap mint nap a közzétett anyagokon, akkor sem egyszerű válaszolnia egy sor, jelenleg még egyáltalán nem tisztázott kérdésre, mivel nyilvánvalóan olyan új helyzetről van szó, amiben az eligazodást az egész világ most tanulja. Kérdés sok van, a válaszokat illetően bőlcsebb óvatosan fogalmazni – amit ma helyesnek hiszünk, holnap másképp láthatjuk. Fontos tehát kimondani, hogy nem arról van szó, hogy bárki bármilyen információt nem szeretne megosztani – alakulóban, formálódóban van az új pandémia, kiismeréséhez, az adatok szisztematikus gyűjtéséhez és a levonható tanulságokhoz idő, türelem és szakértelem kell.

Az alábbiakban elsősorban az influenza és a pneumococcusfertőzés szinergikus kapcsolatának elméleti háttéréről lesz szó, annak alátámasztására, hogy mennyiben jelenthet előnyt bármilyen antigén szerkezetű vírusok keltette influenzajárvány során is a pneumococcusfertőzés elleni specifikus prevenció.

A SZEZONÁLIS INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁS JELENTŐSÉGE

A szezonális influenza terén az elmúlt néhány évhez képest nincs érdemi változás, sem az infekció jelentőségének megítélésében, sem a klinikai képet, a diagnózist, a kezelést vagy a megelőzést illetően. Továbbra is fontos a jól ismert, magas kockázati csoportba soroltak számára a szezonális, trivalens inaktivált vakcina, mely az évről évre visszatérően kialakuló

járványokat ugyan nem képes megakadályozni, de 70–90%-os arányban védeni tudja azt, akit beoltottunk.

Az Egyesült Államokból származó, 2002–2003-as szezonra vonatkozó felmérésben azt találták, hogy az 1 és 17 év közötti, az ismert magas kockázati csoportokba sorolható gyerekeknek is kevesebb mint 12%-a lett beoltva, holott erre világos ajánlás történik minden évben. Érdekes lenne felmérni, Magyarországon mi elérjük-e akár a 10%-ot is a fokozottan veszélyeztetett – krónikus, anyagcserebeteg stb. – 18 évesnél fiatalabb pácienseink szezonális influenzaoztásával?

Egyre inkább felismerik világszerte a szezonális influenzajárványok kialakulásában, fenntartásában a gyerekek, serdülők, fiatal felnőttek szerepét, ezért sok ország védőoltási ajánlásában a rutinszerűen influenza ellen oltandók közé a 6–24 hónaposok mellett egyre magasabb életkorú, egyébként egészségeseket (5 évesekig, 8 évesekig, 18 évesekig mindenkit) is említik. Ugyanakkor időről időre etikai viták tárgya is az, hogy helyes-e éppen azt a korosztályt oltani, amelyeknek, amennyiben megbetegszik, relatíve kis esélye van súlyos komplikációkra, a „közjó” érdekében. Az új pandémia egyik, talán az eddigi adatok alapján is megállapítható, agasztó jellegzetessége pl. éppen az, hogy a komplikációk miatt kórházi ápolásra szoruló és a halálos kimenetelű esetek között is mind az arányokat tekintve, mind az esetszámokat illetően dominálnak az ötvenévesnél, s ezen belül az öt évesnél fiatalabb, egyébként semmilyen érdemi kockázattal nem rendelkezők.

A PNEUMOCOCCUSPNEUMONIÁK SZEREPE A „SPANYOL” INFLUENZAJÁRVÁNYBAN

Nemzetközi, infektológiai témájú konferenciákon néhány éve ismételt hallani gondolatébresztő előadásokat egyes légúti vírusfertőzések – kiemelten az influenza és egyes, jelentős bakteriális infekciók – a pneumococcusok – szinergizmusáról. Klugman és mtsai szorgos kutatással összegyűjtötték az I. világháborúhoz kapcsolódó, „spanyol” influenzajárványról fellelhető katonai orvosi adatokat, tábori orvosi dokumentációkat, a halálos kimenetelű esetek boncolásáról, szövettani fel-

dolgozásáról készült közleményeket. Arra a következtetésre jutottak, hogy igen szoros kapcsolat tételezhető fel a súlyos lefolyású influenza esetek és a lobális pneumonia esetek között. Egyértelműen megfogalmazták azt is, hogy az 1918–19-es pandémia során becsülten 40–50 millió ember halálához jelentős mértékben az influenzafertőzéshez csatlakozó pneumococcus-tüdőgyulladás vezethetett és nem az influenza önállóan.

Ha ez az állítás igaz, illetve fény derülne a szinergizmus hatásmechanizmusára is, akkor új megvilágításba kerül nemcsak az influenza elleni, hanem a pneumococcusfertőzés elleni specifikus prevenció jelentősége is mint indirekt megelőzési módszer az influenzajárványok pusztítása elleni harcban, függetlenül attól, hogy éppen milyen antigén szerkezetű influenzavírusokról is van szó.

SZINERGIZMUS AZ INFLUENZAVÍRUSOK ÉS A PNEUMOCOCCUSOK KÖZÖTT

Tankönyvi adat az, hogy az influenza lefolyása önmagában is lehet tragikus kimenetelű, akár a primer vírusfertőzés során a fokozott virulenciájú vírusok okozta haemorrhagiás pneumónia, akár a másodlagos bakteriális tüdőgyulladás, akár a krónikus beteg szervezet (krónikus cardiopulmonalis betegségben szenvedők stb.) kimerülése miatt. A baktériumok és a vírusok szinergizmusát már a XIX. század elején felvetette R. T. H. Laennec (francia orvos, a mellkas kopogtatásának bevezetője), aki 1803-ban leírta azt, hogy a „grippe” járványok alatt hirtelen sokkal több tüdőgyulladás fordul elő. Az epidemiológiai adatgyűjtések fejlődésével az 1840-es évekből eredeztethetően beszélünk „excess mortalitásról” (John Snow, William Farr, 1847), vagyis arról, hogy egy betegség miatti halálozás gyakoribbá válhat, ha másik fertőzés szezonja is éppen akkor zajlik, és ez az epidemiológiai egybeesés felvetheti az ok-okozati összefüggés valamilyen mechanizmusát is.

Majd száz évvel később, 1935-ben jelent meg az első esetleírás (Andrewes és mtsai), melyben a szerzők pneumococcus-pneumoniában szenvedő betegükben kimutatták az influenzavírus jelenlétét is. A lázas beteg a 7. napon halt meg, ha-

sonlóan, mint a fél évszázaddal később végzett állatkísérletekben kettős – először influenza-, majd pneumococcus- – fertőzést kapott rágcsálók.

A kísérleti eredmények és az elhunyt betegek tüdőből származó metszeteinek kiterjedt klinikopatológiai vizsgálatai arra utalnak, hogy a légúti vírusfertőzések – az influenza mellett az RSV, a parainfluenza és a metapneumonia-vírusok is – olyan elváltozásokat képesek kialakítani a légúti epithelsejtekben, illetve a fülkürtben, amelyek könnyebbé teszik, ily módon segítik a tokos baktériumok, közöttük főleg a pneumococcusok megtapadását. J. A. McCullers 2006-ban közzétett referátumában három fő mechanizmust tételez fel ennek elősegítésére:

- A hámdestrukción alapvetően dóziszfüggő citotoxikus hatás, melyről kimutatták, hogy minél több vírussal fertőzik meg a kísérleti állatokat, annál kifejezettebb a hámsérülés és gyorsabb, könnyebb a pneumococcusok adherenciája. Az is kiderült, hogy szükséges egyéb mechanizmusok jelenléte.
- A légzésfunkció csökkentése: az influenzavírusok közvetlenül gátolni képesek az alveolusok surfactant képzését és nyákképzést indukálva a baktériumok számára a szaporodásukhoz előnyös mikrokozmoszt teremtenek. Ezzel párhuzamosan bénítani képesek a ciliáris clearance funkciót is, tovább segítve ezzel a bekerült baktériumok légutakban maradását.
- Receptor változások: a pneumococcusok, számos virulenciafaktoruk ellenére, önmagukban alig képesek a légúti epithelhez kapcsolódni, ehhez szükségük van bizonyos receptorstruktúrák változásaira, melyeket „előzékenyen” éppen a légúti vírusok hoznak létre számukra. Ezek egyike a tapadást segítő virális neuraminidáz (NA) biztosítása, de más, egyébként inaktív receptorok aktiválása is igazolható. Valamennyi NA-aktivításra maguk a pneumococcusok is képesek, ám ez önmagában általában kevés egy súlyos invázió kialakítására. Az egyes influenzavariánsok NA-aktivitása némileg eltérő – feltehető, hogy ez az egyik magyarázata annak is, hogy eltérő az egyes járványokban a komplikációk aránya.

IMMUNVÁLASZ INFLUENZA- ÉS PNEUMOCOCCUSFERTŐZÉSEKRE

Mind az influenza-, mind a pneumococcusfertőzés elleni védekezésben szerep jut a velünk született, ún. „innate” és a szerzett immunválasz készségnek.

A szerzett immunválasz létrejöttekor igen eltérő, ám egymástól azért nem független mechanizmusok vesznek részt mindkét fertőzés legyűrűsében. Influenzában a CD8-mediált citotoxicitás öli meg a vírusfertőzött sejteket, míg a pneumococcusfertőzéskor antitest-dependens opsonizáció és neutrofil-dependens fagocitózis (opsonofagocitózis) a baktériumoktól való megszabadulás útja.

A megszületéstől kétéves – igen sok tanulmány alapján inkább öt éves – korig a pneumococcusfertőzés kiállása sem jár érdemi és tartós, szerotípus-specifikus immunitással, mert a baktérium polysaccharid antigénjei nem képesek megfelelő memória T-sejt-aktivitást generálni, hasonlóan a meningococcus- és a Hib-infekciókhoz. A konjugált vakcináknak (7-valens konjugált pneumococcus/PCV-7, Hib konjugált vakcinák, menC konjugált vakcinák) azonban a konjugáló fehérjéknek köszönhetően tartós, előhívható (boosterelhető) immunválaszt indukálnak már fiatal csecsemőkortól.

Ami az innate immunitást illeti, mindkét kórokozó esetében bizonyos patogén-asszociált mintákat az ún. Toll-like-receptorok (TLRs) felismernek, és jelzéseikkel indul be az inflammatorikus cascade. A két kórokozó sikeres „konnspirációját” éppen az fertőzés generálta gyulladásos reakción keresztül, egymás szaporodását és életkörülményeit segítő citokinek és mediátorok felszabadításán lehet tetten érni. Az influenzavírus beindította antiinflammatorikus cascade lehet pl. az egyik fő oka annak, hogy a másodiknak színre lépő pneumococcusok elleni clearance mechanizmusok elindítására az immunrendszer már nem képes. Ugyanakkor a súlyos lefolyású bakteriális pneumóniákban magának a patológiai folyamatnak a létrejöttében az ún. pro-inflammatorikus citokinválasz fontos szerepet játszhat. A fentiek alapján igen valószínű, hogy egymást hol gátló, hol serkentő, ma még nem teljesen tisztázott folyamatok kényes egyensúlya dönti el a kimenetelt.

AZ INFLUENZAJÁRVÁNYOK SORÁN KIALAKULÓ BAKTERIÁLIS PNEUMÓNIAK KEZELÉSE

A Tashiro (1987) munkacsoport vetette fel állatkísérleti megfigyeléseik alapján először azt a gondolatot, hogy a két kórokozó szinergizmusában igen fontos a sorrend. A katasztrofális eredményhez először van szükség az influenza, és csak másodsorra a pneumococcus jelenlétére. Magyarázat lehet erre a pneumococcusból származó proteázok felszabadulása,

melyek a virális hemagglutininnek (HA) újbóli aktiválásával, ezzel az influenzavírusok mennyiségének fokozásával képesek a tüdőfolyamat súlyosbítására.

A másodlagosan kialakuló pneumococcuspneumóniák kezelésében ilyen gondolatmenet alapján szerep juthat az antibiotikum-adás mellett az antivirális kezelésnek is. A választandó antibiotikumokat illetően a releváns ajánlások ismeretek. Ami pedig az új, pandémiás influenza talaján esetleg kialakuló pneumococcuspneumóniákat illeti, az antivirális kezelésre vonatkozó ajánlások kialakítása világszerte jelenleg zajlik. A WHO- és a CDC-ajánlások hazai adaptálására ezek publikálását követően várhatóan a következő hetek során kerülhet sor.

A PNEUMOCOCCUSPREVENCIÓ JELENTŐSÉGE AZ INFLUENZAJÁRVÁNYOK IDEJÉN

Klugman és mtsai 2007-ben tették első alkalommal közzé felhívásukat a Science folyóiratban (2007. április 6.) a pneumococcusfertőzés elleni védőoltások jelentőségére a pandémiás felkészülésben. A felvetés indoklásában leszögezik, hogy a konjugált pneumococcusvakcinák hatékonyságát gyermekkorban az influenzához kapcsolódó pneumóniák gyakoriságában bizonyítottan lehet tekinteni, mivel klinikai vizsgálatokban 45%-os különbség volt oltott és oltatlan gyermekek (laboratóriumiilag igazolt) influenzához csatlakozó pneumóniás morbiditásában.

A WHO 2007-ben közzétett felhívása is azért javasolja minden európai országban a gyermekek pneumococcusprevencióját a 7-valens konjugált vakcinával, mert ettől – etiológiától függetlenül – igen lényeges csökkenés (39%) remélhető a kórházi ápolást igénylő tüdőgyulladások gyakoriságában.

Az eljövendő hetek-hónapok során fogjuk látni, hogy lesz-e, és ha igen, milyen volumenű és súlyosságú influenzajárvány Magyarországon. Azt azonban már most is elmondhatjuk, hogy a két éven aluli korosztály pneumococcusfertőzés elleni oltásainak imponálóan magas aránya eredményt ad arra, hogy az oltott korcsoportban lényegesen kevesebb komplikáció adódhasson.

Az életkorok miatt veszélyeztetettek, vagyis az öt évesnél fiatalabbak oltása (a 10 évesnél fiatalabbaké akkor, ha kockázati tényezővel is rendelkeznek) – nemcsak őket, hanem indirekt módon – a környezetükben élőket is védheti, mivel az immunizációs program populációs hatásait már pontos korspecifikus morbiditási adatokkal igazolták.



Kardos
Gabriella
rovata

Influenza, influenza!

Az influenza – ha járványként még nem is – az elmúlt napokban tömegesen jelentkezett hazánkban. A legutóbbi jelzések szerint az új H1N1 mellett a hagyományos, szezonális influenza is szedi áldozatait, főként az iskoláskorú gyermekek között. A lakosságot és az egészségügyben dolgozókat, köztük a gyermekorvosokat is információk sokaságával bombázzák influenza ügyben, amelyek közül gyakran nehéz az igazán relevánsakat kiszűrni.

Az alábbiakban a gyermekorvosok szempontjából fontos tudnivalókat szeretném összefoglalni, elsősorban a védőoltásokra vonatkozólag.

AMIT AZ INFLUENZAVÍRUSOKRÓL TUDNI KELL

Az influenza A és B az a két típusa az influenzavírusoknak, amely nagy számban betegíthet meg embereket. Az A vírusokat a felületükön elhelyezkedő antigének (a haemagglutinin és a neuraminidase) alapján szubtypusokra lehet bontani, ezek közül 1977 óta többnyire a H1N1 és a H3N2 okoz járványokat, de epidémiát B vírusok is okozhatnak. Az influenza A és B vírusokat antigén szerkezetük alapján újabb alcsoportokba lehet besorolni. A vírusok sokszor mutálódnak, és ebből alakulnak ki az újabb és újabb szubtypusok. Az egyik vírus ellen kialakult antitestek nem vagy csak alig védenek a másik szubtypus ellen, ez a magyarázata az évenkénti járványoknak. A mutációk általában csak kisebb, pl. pontmutációkat jelentenek (antigenic drift), de néha nagyobb változások is előfordulnak (antigenic shift), ilyenkor egy teljesen új vírus tűnik fel. Szerencsére ez elég ritka.

Ebben az évben egy új H1N1 vírus jelent meg, amely genetikájában – részben sertés (kis részben madár) és részben emberi A vírusból származik – és antigenitásában különbözik az eddigi H1N1 vírusoktól. Az emberek nagy része – a 65 éven felüliek egy részének kivételével – még nem találkozott ezzel a vírussal, ezért fogékony a fertőzésre, és így világméretű járvány – pandémia – alakult ki. Ennek a kezdetén vagyunk most.

GYERMEKEK ÉS INFLUENZA

Az influenza valamennyi korosztály közül a gyermekek között fordul elő legmagasabb arányban. Ez érthető, hiszen ők azok, akik előzőleg még nem találkoztak a vírussal, illetve fiatal gyerekek esetén a még éretlen immunrendszer is fogékonyra teszi őket. Amerikai adatok szerint szezonális influenzában évente a gyermekek 15-42%-a betegszik meg. A megbetegedés elsősorban az 5 éven aluliakat veszélyezteti. A gyermekek influenzás fertőzésére az is jellemző, hogy hosszabb ideig és nagyobb számban választják ki a vírust, mint a felnőttek, ezért a terjesztésnek kiváló forrásai.

A gyermekkori influenzának számos szövődménye van, itt most csak néhányat említek: az influenzavírus okozta vagy a bakteriális pneumonia, a bronchiolitis, krupp, tracheobronchitis, az asthma exacerbatio, az akut otitis media, a gastrointestinalis tünetek. Ritka, de előfordul myositis, myocarditis, encephalitis, encephalopathia vagy Guillain-Barré-szindróma is. Ismert, és gyakran hangoztatott tény, hogy a gyermekek, különösen a 2 éven aluliak, sokkal gyakrabban kerülnek kórházba influenza miatt, mint bármely más korosztály. Az amerikai Centers for Disease Control (CDC) legújabb, szeptember közepén közzétett adatai szerint 10 000 két éven aluli gyermek közül 2,6, a 2-4 évesek közül 1,0, míg a 65 éven felüliek közül 0,5 került kórházba az elmúlt fél évben influenza miatt.

Az influenzás halálozás a gyermekek körében alacsony. Ugyancsak a CDC adatai szerint ez az 5 év alattiak között 0,4/100 000, míg a 65 év felettek között 98,3/100 000. Az új influenza megjelenése azonban ezen a kedvező arányon változtathat. A legújabb amerikai adatok szerint az utóbbi egy évben nőtt a gyermekkori influenzás halálozás, és ebben a szezonális és új influenzás megbetegedések egyaránt szerepet játszottak. A halálozás minden gyermekkorosztályt érintett, és a pneumóniák egy jelentős részében Staphylococcus aureust izoláltak.

A GYERMEKEK SZEREPE AZ INFLUENZA TERJESZTÉSÉBEN

Számos epidemiológiai adat utal arra, hogy az influenza terjesztésében a gyer-

mekeknek kiemelt szerepük van. Bár a megbetegedés a fiatal gyermekekben a leggyakoribb, a betegség terjesztésében az iskoláskorúak járnak elől. Wycker és munkatársainak vizsgálata kimutatta például, hogy a 0-18 évesek 20%-ának vakcinálása felére, 80%-uk védőoltása tizedére csökkentheti a nem oltott felnőttek és idősek megbetegedési arányát. Hurwitz és munkatársai szerint az iskoláskorú gyermek vakcinálása az egy háztartásban élők között 70-90%-ban csökkentette az iskolai hiányzásokat, az orvoslátogatások és középfülgyulladások számát, valamint a felnőttek munkából való hiányzását.

A legfontosabb vizsgálat Japánban történt, ahol 15 éven keresztül az iskoláskorú gyerekeket kötelezően oltották influenza ellen. Bár a programot vélt hatástalansága miatt később felfüggesztették, az utánvizsgálatok kiderítették, hogy nagyon is hatásos volt. Kiderült, hogy csak az iskoláskorúak oltásával évi 37 000-49 000 halálesetet lehetett az országban megelőzni, vagy másképp, 420 gyermek oltása egy halálesetet előzött meg. Az iskolások oltásának befejezésével a népesség halálozása ismét meredeken emelkedett.

AZ INFLUENZA ELLENI VAKCINÁK FAJTÁI

Az influenza elleni vakcinák többfélék lehetnek. Lehet élő, gyengített vírus (ez Európában nem hozzáférhető, nasalis spray), lehet teljes elölt vírusból készült, adjuvánszal vagy anélkül, és lehet subvirion vagy tisztított felszíni antigént tartalmazó (split v. subunit típusú), szintén adjuvánszal vagy anélkül. Az utóbbiak, miután elölt vírust, vagy annak részeit tartalmaznak, természetesen nem okozhatnak influenzát. A készítmények mindig három influenzavírust tartalmaznak (trivalentsek), amelyeket a WHO az adott év epidemiológiai adatai alapján választ ki. A 2009-es évben ez a három törzs az A/Brisbane/59/2007 (H1N1) az A/Brisbane/10/2007 (H3N2) és a B/Brisbane 60/2008 törzs. A kiválasztás az adott év elején történik, és a mi féltékenken őszre elkészül a vakcina. Ezt a folyamatot zavarta meg az új influenza megjelenése, hiszen ez a törzs nem szerepelt a három kiválasztott között. A nyár folyamán ezért számos cég kezdett neki az új influenza elleni monovalens

vakcina fejlesztésének, mára már ezek a készítmények is rendelkezésre állnak.

AZ INFLUENZA ELLENI VAKCINÁK HATÁSOSAK ÉS BIZTONSÁGOK, GYERMEKEKNÉL IS

Az influenza elleni vakcinákat már évtizedek óta használják, nemcsak felnőtteknél, hanem gyermekeknél is. A hatásosságuk szempontjából „efficacy”-ról és „effectiveness”-ről szokás beszélni. Az előbbi a védőoltás betegségmegelőző hatását kontrollált klinikai vizsgálatok során nézi, míg az utóbbi ugyanezt a vakcinált népességben vizsgálja. Mindkettő nagyban függ az oltottak korától és immunkompetenciájától, és attól, hogy a készítményben lévő törzs antigén szerkezete mennyiben hasonlít a lakosság körében éppen akkor keringő törzsekéhez. Ezért ezek az adatok évről évre és korcsoportonként különböznek.

Mind ezt előrebocsátva elmondható, hogy a szezonális influenza elleni védőoltás hatásossága a 65 év alattiaknál 70–90%, az egészséges idősekénél 30–40%, gyermekeknél pedig 60–80%. Az oltás a kórházi felvételeket 50–60%-kal, a halálozást 80%-kal csökkenti. Miután Európában elölt vírust vagy annak részeit használják a trivalens vakcinákban, azok influenzás megbetegedést nem okoznak. Fájdalom és duzzanat a beadás helyén, hőemelkedés elég gyakori. Francia szerzők több mint 200 000 18 év alatti gyermek (közöttük több mint 8000 6–23 hónapos) influenza elleni védőoltásának adatait dolgozták fel és hasonló következtetésre jutottak. Súlyos mellékhatást nem észleltek (bár lázgörcs előfordult), és nem nőtt az asthma exacerbatiók száma sem.

AJÁNLÁSOK A GYERMEKEK INFLUENZA ELLENI VEDŐOLTÁSÁRA (SZEZONÁLIS ÉS ÚJ INFLUENZA)

Szezonális influenza

Az amerikai és európai hatóságok már hosszú évek óta ajánlják, hogy minden, krónikus betegségben szenvedő, 6 hónaposnál idősebb gyermek évente influenza ellen védőoltásban részesüljön. E csoportba a légúti (beleértve a súlyosabb asthmát), kardiális, renális, neurológiai stb. betegségben szenvedők, de például a diabéteszesek is beletartoznak. Ajánlják az immundeficiens (veleszületett és szerzett) betegek oltását is, annak ellenére, hogy immunválaszuk valószínűleg gyengébb, mint az immunkompetenseké. Hogy eze-

ket az ajánlásokat mennyire tartják be, azt az amerikai adatok mutatják, ahol az ún. rizikócsoportba tartozó gyermekek 20–35%-a részesült védőoltásban az elmúlt években.

Az USA-ban 2004 óta javasolják az összes egészséges 6–23 hónapos, 2006 óta a 6–59 hónapos és 2008 óta minden 6 hónapos–18 éves gyermek évenkénti oltását, és ezt az utóbbi ajánlást ebben az évben is megerősítették. Az oltásra az USA-ban többnyire az inaktivált trivalens tisztított (split vagy subunit) vakcinát használják, amelyből a 9 éven aluliaknak két dózist szükséges adni a teljes immunitáshoz. A következő évben aztán egy dózis elegendő lehet. A 6 hónap alattiak esetén – akik talán a legveszélyeztetettebbek – a környezet oltandó.

Európában és így hazánkban is, hasonló javaslat nincs, de a krónikus beteg gyermekek oltását minden európai ország javasolja, már régóta. Hogy ezt hazánkban mennyire fogadták, fogadják meg, erről nincsenek adatok. Hazánkban az inaktivált, adjuvált, teljes vírusvakcina áll rendelkezésre, mely erősebben immunogén, ebből egy oltás is elegendő már gyermekkorban is.

Új influenza

Az új H1N1 influenza ellen a közeli napokban, hetekben megkezdődhet a világ népességének oltása. Miután az első időben nem áll majd rendelkezésre az egész népesség számára elegendő vakcina, ajánlásokat dolgoztak ki a prioritásban részesülőkről. Az eddigi megbetegedések és vizsgálatok azt mutatják, hogy a 65 év feletti mintegy egyharmada valamilyen keresztimmunitással rendelkezik, és a szokásos influenzához képest sokkal kevesebben betegednek meg közülük. Ilyen keresztimmunitást a fiatal felnőttek között alig, a gyerekeknél pedig egyáltalán nem találtak. A megbetegedettek nagy része gyerek és fiatal felnőtt, és a halálos esetek nagy része is közülük kerül ki. A terhes nők különösen veszélyeztetettek tűnnek.

Az új influenza elleni oltás azonban nem váltja ki a szezonális influenza elleni vakcinát, hiszen több törzs (a régiék és az új) is okozhat megbetegedést. Ezért kétféle vakcina együttes használatát javasolják, legalább a különösen veszélyeztetetteknek. A két védőoltás egy időben is adható (két karba!).

Az ÁNTSZ 2009. szeptember 21-i közleménye szerint az új, H1N1 influenza elleni térítésmentes védőoltásokat röviden a következő ütemezés szerint kell beadni:

1. ütem

- a) A hat hónaposnál idősebb, súlyos betegségnek kitett, a szezonális influenza által is veszélyeztetett csoportok
- b) Várandósok és a terhességüket közeljövőben tervezők
- c) Egészségügyi intézmények dolgozói és az ott ápoltak
- d) A lakossági ellátás szempontjából kritikus helyen dolgozók

2. ütem

- a) 6 és 36 hó közötti, közösségbe járó gyermekek, és azok gondozói
- b) a nevelési, oktatási intézménybe járó 14 éven aluliak és oktatóik, továbbá kollégiumban lakó diákok

3. ütem

6 hónaposnál fiatalabb csecsemők környezetete

ÖSSZEFOGLALVA

Az influenza (szezonális és/vagy új) a gyermekek között fordul elő leggyakrabban, és magas a szövődmények száma is ebben a korosztályban, bár a halálozás szerencsére eddig alacsonynak bizonyult. Az influenza gyors terjedését a gyermekkorosztály oltása lassíthatja, ezzel a kórházi felvételek és halálosok száma is csökkenthető. Tekintettel arra, hogy jelenleg több influenzatorzs egyidejűleg okoz megbetegedéseket, a szezonális és új influenza elleni védőoltás a veszélyeztetett csoportokban mindenképpen indokolt.

Sajtóközlemény

2009. szeptember 24.

Sajnálatos módon megtörtént a második haláleset Magyarországon az új típusú influenzamegbetegedés miatt. A második haláleset áldozata egy Dél-Dunántúlon élő fiatalember. Az elhunyt egészséges, kor-előzmény nélküli, rizikócsoportba nem tartozó férfi volt. A halál okának meghatározására lefolytatott boncolás során igazolódott az A(H1N1)v vírus kóroki szerepe. A járványügyi kivizsgálás folyamatban van.

ÁNTSZ Kommunikációs Főosztály



Dr. Kassai Péter (1922 – 2009)

Megint szegényebbek lettünk egy kiváló gyermekorvossal. Emlékezzünk meg pályafutásáról, példás orvosi, emberi magatartásáról.

Orosházán született. A Református Gimnáziumban érettségizett. 1941-től az egyetem Közgazdaságtudományi karán, majd 1945-től a budapesti egyetem Orvosi Karán tanult. 1949 és 1951 között az egyetem mikrobiológiai intézetében dolgozott. Az itt szerzett tapasztalatok egész munkássága során végigkísérték, egész szemléletét megalapozták. 1951-ben a Madarász utcai Gyermekórházban helyezkedett el és 1968-ig itt működött. E kórháznak abban az időben a felejtethetlen Kapus Gyula volt az igazgatója, akinek Kassai Péter a kedvence lett, mert a leglelkismeretesebb, mindig, mindent pontosan végző munkatársnak ismerte meg és mindig, mindent nyugodtan rábízhatott.

De nem csak az igazgató főorvos becsülte Kassai Pétert, hanem az orvosok és az ápolónők is. Ennek egyik szép bizonyossága, hogy még évtizedek múltán is szeretettel emlegették és minden orvos közül őt emelték ki, mint akire felnéztek, és akit nem felejtettek el akkor se, amikor már régen az Apáthy István Gyermekórházat igazgatta.

A Madarász utcai Gyermekórházban Kemény Pál igazgatósága idején igazgatóhelyettes lett, ami egyúttal Észak-Pest gyermekorvosi felügyeletét is jelentette. Mindenütt tisztelettel és nagyrabecsüléssel vették körül és vezetőként is szerették, ami sokat mond a szeretetreméltóságáról. Mélységesen humanista, megértő, segítőkész ember volt. Ez megnyilvánult a két fiával, menyével, két unokájával való kapcsolatában is.

A Madarász-utcai Kórházból az Apáthy István Gyermekórház (rég-új nevén: Bethesda Kórház) főigazgatói funkciójába emelkedett. Munkáját itt is példamutatóan, minden munkatársának elismerése, tisztelete és szeretete mellett végezte. Az osztálya a leukémiák kezelésének egyik központja lett. Húszéves igazgatói működés után, 1987 végén ment nyugdíjba, de továbbra is szaktanácsadója maradt a kórháznak.

Évtizedekig kiválóan szervezte, fejlesztette, irányította a főváros Preventív Gyermekfogászatát. Elsősorban az általános, mindennapi, gyermekorvosi munka érdekelt. Ezen a téren kiemelkedik a Tápszerindex, és ennek rendszeresen megjelenő, évenkénti megújítása, amit rajta kívül csak nagyon kevesen készíthettek volna el. Ehhez ugyanis az ő szívós, fáradhatatlan és rendkívül precíz munkája volt szükséges. A sokezernyi adat felkutatása, a szövegbe való beillesztése, a centigrammok és milligrammok felsorolása, sokszori ellenőrzése olyan feladat, amire csak Kassai Péter rendkívüli, aggályos pontossága, rendszerezőképesége volt alkalmas. Vajon lesz-e, lehet-e folytatója ennek a munkának?

Kassai Péter pályafutásának jelentős szakasza, amikor öt éven át (1976–1981) ő volt a Magyar Gyermekorvosok Társaságának főtitkára. Ez a megbízatása a szakma prominenseinek megbecsülését jelenti. Feladatát a tőle megszokott lelkiismeretességgel látta el. Az öt év során az egész ország vezető gyermekorvosaival kapcsolatba került, és ebből tartós barátságok alakultak ki. Aki Kassai Péterrel közelebről megismerkedett, megszerette, tisztelte. Egyénisége, korrektsége, intelligens humora, mindenben pontosságra törekvő munkája, beszédstílusa, egész magatartása kivívta mindenkinek a tetszését, bizalmát. Főtitkári feladatát – mint életében mindent – igen komolyan vette, és kivívta az egész szakma elismerését. Mindent megértő, de hallatlanul kritikus szemlélete ellenére, vita közben is érezte, sőt sokszor ki is mondta: lehet, hogy tévedek... Ez is rokonszenvesé tette a vitapartnerek előtt. Sok embernek volt őszinte és mindvégig hűséges, odaadó, nagyszerű, korrekt barátja.

Hosszú ideig dolgozott a minisztérium gyógyszerbizottságában. Józan szemlélete, gondos, mindenre kiterjedő figyelme, precizitása kiválóan alkalmassá tette erre a munkára is. Egyénisége kialakulásában szerepe volt olvasottságának, széles körű műveltségének. Jó családi körülmények között fejlődött kiváló emberré. Édesanyja igen művelt aszony volt. Édesapja kiváló mérnöként sok évig Németországban dolgozott, Péter itt végezte iskoláinak egy részét, ennél fogva kitűnően beszélt németül. Kongresszusokon könnyedén tartott német nyelvű előadásokat és rögtönzött hozzászólásait is elismeréssel fogadták a kollégák. Néha el sem hitték, hogy nem német.

Kitüntetései: Erdemes Orvos (1967). Munkaérdemrend ezüst fokozata (1971). Bókay Emlékérem (1979, 1982). A gyermekekért emlékérem (1996), Honvédségi Érdemrend (1980, 1985). Kiváló Orvos (1981). Egészségügyi Miniszteri Díszoklevél (2005). Flesch Ármin-díj.

Hatvanöt éven át voltunk a legjobb barátságban. Utódja voltam a Madarászban. Gyakran gondolok rá. Naponta fölvetődik valami, amit szeretnék tőle megkérdezni és szinte hallom, mi lenne a válasza.

„Nem hal meg az, ki milliókra költi / Dús élte kincsét, ámbár napja múl” – mondja a költő. Mindenki addig él, amíg gondolnak rá. Kassai Péterre, az orvosra és emberre még sokáig fogunk gondolni. És még sokkal, de sokkal tovább fogják emlegetni azok a betegek, akiknek a többsége mára felnőttkorba ért.

DR. BOGÁRDI MIHÁLY

Cervarix® – kiváló immunválasz

A GlaxoSmithKline méhnyakrák elleni oltóanyaga, a Cervarix® szignifikánsan erősebb immunválaszt vált ki, mint a Gardasil® (Silgard®) – derült ki a két forgalmi engedéllyel rendelkező humánpapillomavírus-(HPV)-vakcina első széles körű, összehasonlító vizsgálatából. A 25. Nemzetközi Papillomavírus Konferencián (2009. május 8–14., Malmö, Svédország) ismertetett összehasonlító vizsgálat az immunválasz két kulcsfontosságú mutatóját, a neutralizáló antitestek és a B-memóriasejtek alakulását vizsgálta abból kiindulva, hogy ezen paramétereknek jelentős szerepük van abban, hogy a vakcina hosszú távon megfelelő védelmet nyújtson a nők számára a HPV-fertőzés és a következményes méhnyakrák ellen.¹

A Cervarix® által indukált neutralizáló antitestek szintje minden vizsgált életkori csoportban (18–45 éves nők) legalább kétszer magasabbnak bizonyult a Gardasil® (Silgard®) által kiváltottnál a HPV 16-os, és több mint hatszor magasabbnak mérték a HPV 18-as típusa esetében. Ezek az eredmények statisztikailag szignifikánsak voltak ($p < 0,0001$). A Cervarix®-szal oltott csoportban magasabb volt a cervicális váladékban kimutatható neutralizáló antitestek szintje, és több B-memóriasejt termelését indukálta, mint a Gardasil® (Silgard®).¹

Dr. Mathiasz Dóra, a GlaxoSmithKline orvosigazgatója elmondta: „A neutralizáló antitestek jelenléte a szérumban és a fertőzés helyén (a cervixben) a vakcina indu-

kálta HPV elleni védelem fontos részei. Most először jutottunk meggyőző klinikai bizonyítékokhoz arról, hogy a két oltóanyag nem azonos szintű immunválaszt generál a HPV két leggyakoribb rákkeltő típusa, a 16-os és 18-as ellen. Meggyőződésünk, hogy ezek az eredmények – ezen a konferencián bemutatott további kulcsfontosságú vizsgálatok új eredményeivel együtt – jól demonstrálják a Cervarix®-ban rejlő lehetőségeket.

A méhnyakrákot megelőző védőoltás kifejlesztése jelentős áttörést jelent a lefutó, a nőket gyakran életük delén megrendítő betegség elleni küzdelemben. A GSK elkötelezett, hogy hosszú távú vizsgálatokat végezzen annak érdekében, hogy minél jobban megérthessük a két forgalomban lévő oltóanyag közötti hasonlóságokat és különbségeket. Ezzel még inkább ráláthatunk a vakcinációnak a méhnyakrák elleni küzdelemben betöltött szerepére.”

Mindkét oltóanyag megfelelő biztonsági profillal rendelkezik.¹

A III. fázisú (HPV-008) vizsgálat záró analízisének eredményeit ugyancsak ezen a konferencián prezentálták. Az eredmények szerint a Cervarix® magas szintű és statisztikailag szignifikáns hatékonyságot mutat a HPV 16 és 18 típusokkal összefüggésben kialakuló precancerosus elváltozások ellen. Az adatok azt is mutatják, hogy a Cervarix® néhány további (a HPV 16-os és 18-as típus mellett), gyakran rákkeltő HPV-típussal összefüggésbe hozható precancerosus lé-

zió ellen is típus-specifikus védelmet biztosít.

A biztonsági profil a Cervarix® védőoltásban részesült csoport és a kontrollcsoport körében hasonlóan alakult, a Cervarix® jól tolerálhatónak bizonyult.²

A Malmöben bemutatott harmadik vizsgálat eredményei azt demonstrálták, hogy a Cervarix® magas és tartós antitestszintet biztosított a HPV 16-os és 18-as típusa ellen az oltás beadása utáni 7,3 éves követés során. A mai napig a törzskönyvezett méhnyakrák-vakcinák esetében ez a leghosszabb követési idő.³

A méhnyakrákot megelőző oltóanyagoknak hosszú távú védelmet kell biztosítaniuk, mivel a nők egész életük során fogékonyak a HPV-fertőzésre és az ezzel összefüggésben potenciálisan létrejövő cervicális léziók kialakulására. Az immunválasz és a védelem szorosan összetartozó fogalmak.

Referenciák

1. Einstein MH. et al.: Comparison of the immunogenicity and safety of cervarix and gardasil human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18-45 years
www.landesbioscience.com/journals/vaccines/article/9518
2. Paavonen J et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. The Lancet, Volume 374, Issue 9686, Pages 301-314, 25 July 2009
3. De Carvalho N et al. Immunogenicity and safety of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine up to 7.3y. Abstract presented at the 25th International Papillomavirus Conference (IPV) 8-14 May 2009; Malmö, Sweden

BETEGTÁJÉKOZTATÁS FELSŐFOKON!

Bizonyos statisztikai adatok szerint a szóbeli információ 80%-a, így az Ön szóbeli tájékoztatása is elvész már akkor, amikor a beteg kilép a rendelőből.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületével együttműködve az Ön számára is elérhető ingyenes weboldalas szolgáltatást indítunk 2009-ben azzal a céllal, hogy segítsük az orvosokat a beteg-tájékoztatásban.

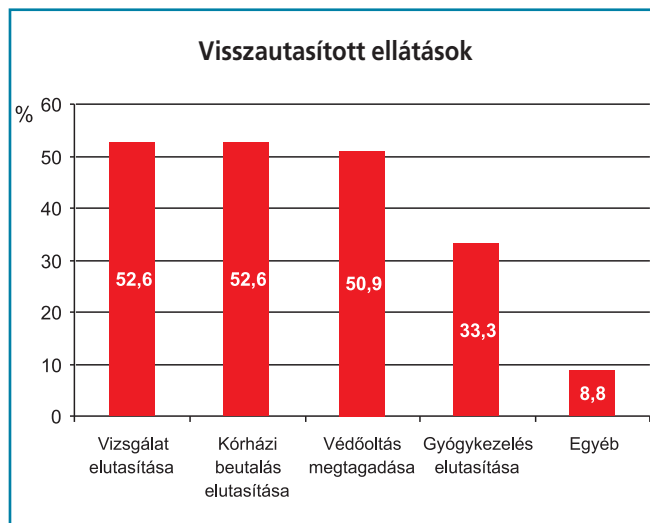
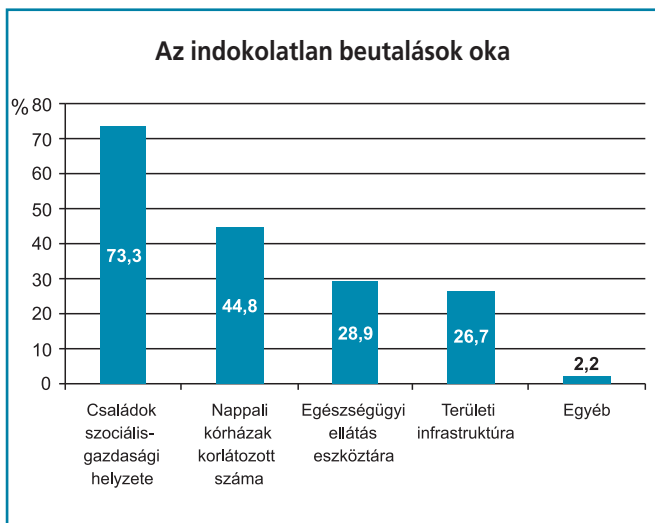
A www.betegtajekoztatas.info oldalon történő regisztráció után Ön téma vagy gyógyszergyár szerint kiválaszthatja azt a beteg-tájékoztatót, mely megítélése szerint a leghasznosabb lenne betegei számára. Egy gombnyomással megrendelheti azt, mi pedig 48 órán belül ingyenesen kiszállítjuk az Ön által megadott címre.

Reméljük, hogy Önnek és gyermekbetegeinek is hasznos lesz a honlapunk használata.

Várjuk megrendeléseit a www.betegtajekoztatas.info oldalon.

IDS-Medical Kft. 1116 Budapest, Temesvár u. 20., Telefon: 06-1-354-0533

Helyreigazítás



A Hírvivő előző számának 15. oldalán Gyermekjogok az alapellátásban címmel Kovács Zsuzsanna és munkatársai számoltak be a házi gyermekorvosok körében végzett kérdőíves felmérés eredményeiről. A cikk alatt közölt táblázatok címe a nyomdai előké-

szítés során felcserélődött, amiért a szerzők és az olvasók elnézését kérjük. A két táblázatot – ezúttal már a helyes felirattal – ismét közreadjuk.

(A SZERK.)

Praxisok

- Budapest mellett zöldövezetben 1000 kártyás gyermekorvosi praxis családi okok miatt eladó vagy szegedire cserélhető. Tartós helyettesítés is szóba jöhet. Ügyelni nem kell, természetközeli, nyugodt, csendes élet, növekvő lélekszám, szolgálati lakás van a rendelő felett. Helyettesítés megoldott. Budapest belváros 35 perc, kiváló közlekedés mind zónázó vonattal, mind autópályán. Ideális kisgyermekes családnak, vagy még gyermeket vállalni szándékozóknak. Mottó: „normális magánélet mellett biztos megélhetés”. Részletfizetés megoldható. Érdeklődni: 20 5697-528 vagy zsazsa60@gmail.com
- Házi gyermekorvosi praxis eladó. 950 fős, Budapest, XXI. kerület. Érdeklődni: Dr. Küzdényi Viktória tel.: 30 6442-614
- Siklóson 1100 kártyás gyermekorvosi praxisjog eladó. Kitűnő asszisztencia. Központi ügyelet működik. Érdeklődni: 30 2657-766
- Martonvásáron lakó, nyugdíjas házi gyermekorvos helyettesítést vállal a közelben. Telefon: 22 610-841 vagy 20 2826-593
- Ajka városban jól gondozott házi gyermekorvosi praxis azonnali belépéssel eladó. Ár megegyezés szerint. Érdeklődni: 70 3729-296.
- Budapest XXII. kerületében működő, 410 fős házi gyermekorvosi praxisom eladó. Érdeklődni: 36 1 3569-580
- Budapest belvárosi, jól bevezetett házi gyermekorvosi praxis 600 fővel eladó 2010. januári átadással. Tel.: 70 2950-919.”
- Budapest mellett (kb. 10 km) 1400 kártyás gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Központi ügyelet és helyettesítés megoldott. Érdeklődni a 70 3765-170 telefonszámon az esti órákban lehet.
- Budapesttól 23 km-re, Tárnokon 1100 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 20 460-2515
- Óbudai-béka-megyeri házi gyermekorvosi praxisomat eladnám. További információkért keressen telefonon: 30 381-1616.
- A Budai Vár házi gyermekorvosi praxisának működtetési joga 2010 májusától nyugdíjazás miatt eladó. Létszám 830 fő. TEK. Naprakész informatika. SMS vagy telefon: 20 9166-966
- Békéscsabán kedvező környezetben (önálló rendelő) gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni 16 és 18 óra között lehet. Telefon: 30 9988-280
- Jász-Nagykun Szolnok megyében, Szolnoktól 30 km-re házi gyermekorvosi praxis reális áron eladó, azonnal betölthető. Érdeklődni hétfőtől szerdáig délelőtt, csütörtökön 13-tól 18-ig lehet a 56 591-012 telefonszámon vagy a gizella23@citromail.hu címen.
- Miskolcon házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni: 30 3825-577 telefonszámon
- Alsónémedin, Budapest zöldövezetében (6 km), dinamikus fejlődő térségben, kiváló egyéni és tömegközlekedés mellett (metrótól 20 perc) 966 kártyaszámos, 23 éve egy szolgáltatással működtetett, jól szervezett házi gyermekorvosi praxis eladó. Az 5600 fős nagyközségben a meghirdetett gyermekorvosi praxis mellett két felnőtt-háziorvosi praxis működik. Ügyeletet vállalni nem kell (de lehet...), mert azt központi ügyelet látja el. A rendelő a nagyközség tulajdonában van, a praxis annak csupán a rezsiköltségét téríti. A praxis tulajdonosa a házi gyermekorvosi tevékenység mellett párhuzamosan ellátta a helyi iskolaorvosi feladatokat is. Nyugodt, kiegyensúlyozott munkakörülmények, megbízható asszisztencia, példamutató kollegiális viszonyok (helyettesítés, szabadság tervezhetősége). Részletfizetés megoldható. Érdeklődni a 20 9682-684 telefonszámon lehet.
- Velencén lakom. 30 km-es körzetben, 40 éves gyakorlattal helyettesítést vállallok. Számla megoldható. Tel.: 30 8503-041
- Nyugat-dunántúli fürdővárosban (Sárvár) 630 fős gyermekorvosi praxis eladó a 2010. év folyamán. Elérhetőség: 30 2178-604.
- Budapest II. kerületi önálló rendelőbe, 2009. novemberből 1 évre, GYES miatt, állandó helyettesítést keresek. Érdeklődni: Dr. Czok Melinda tel.: 30 3612-431 vagy e-mail: manomed@gmail.com
- Budapesten, a XVIII. kerületben, családi házas övezetben, 950 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődés: 20 9125-561 telefonon, vagy e-mail: cecilia.timon@t-online.hu
- Budapesten gyermekorvosi praxis sürgősen, áron alul eladó. Telefon: 20 2986-722
- Miskolci, 740 fős gyermekorvosi praxis eladó, vagy tartós helyettesítésre átvehető heti 2 alkalommal. Korszerűen felújított rendelőhelyiség, jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet biztosított. Érdeklődni: 20 9235-015 telefonszámon.



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 titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

Tel.: (06-20) 944-3540, fax: (06-1) 339-3704 e-mail: mediconsult.kft@chello.hu

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

HÍR VIVŐ

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: **¡ART studio**

A címlapon: Mesterházy Bálint, címlapfotó: Konkoly-Thege György