

Nyár vége óta írják szakmai lapok, CDC és WHO, mondják infektológusok, epidemiológusok, hazai és nemzetközi szakemberek, hogy oltani kell. Hogy jön, hogy sok lesz a beteg, hogy fiatalokat és kicsiket, terheseket még inkább. Hogy általában nem más, de akinek más, annak nagyon más. Sok lesz a szövődményes, és ha haemorrhagiás, órák alatt is tragédia lehet.

Szeptember óta nyomják. Hogy semmi, túl van spilázva, hogy a gyártók érdeke, hogy sok a mellékhatás, nincs kipróbálva, nem kell, nem is véd, a másik is jó. Nincs is beteg, a háótöt is túlfújták, abból sem lett járvány, most sem lesz, ennyi halott normál körülmények között is van, chipek.

Hónapok óta megy. Hogy ugyan már, sose kaptam még meg, a nagymamám se, a családom se, ha oltattam magam, betegebb lettem, mint nélküle, ne ijesztgessen engem se egy tisztiorvos, se egy miniszter. Különben is, orvosok is megmondták a tévében, meg az újság is megírta, és nem véletlen, hogy a németek, a franciák is tiltakoznak ellene. Svájcban se tilthatták be véletlenül. Alumínium és higany, meg különben is, off-shore cég. Ja.

Beszéltünk mi is. Összevissza. Hogy kell, hogy nem kell, felelőtlenség nem beadni, felelőtlenség beadni. Kell a szezonális ellen, nem kell hagyományos ellen, miért is kéne, eddig sem kellett. Sertés ellen hat hónap felett lehet, három év alatt nem szabad, jó a teljes sejtes, veszélyes a teljes sejtes. Nem kell nyilatkozat, kell nyilatkozat, nehogy a végén még rám verjék az oltási szövődményt! Hogy csak stimulálja, nem terheli, hogy terheli, és veszélyesen terheli az immunrendszert.

Miniszterek írtak iskolákba, óvodákba, szájmász, könyökbe tüsszentés, kézmosás, és ha náthás, azonnal küldjék. Jöttek is, ha másért nem, hát igazolásért, hogy nem H1. ÁNTSZ írt, hogy ha fullad, vagy a tudata zavart, azonnal Tamiflu vagy Relenza. Kisgyerekeknek mindegy, számukra az egyiket kapni nem lehet, a másikat meg adni. Egyik szakmai kollégium ezt mondta, a másik azt, a harmadik meg nem mondott semmit. A parlamenti frakció nyilatkozott, a patikusok keverték, kavartak. Értekezlet értekezlet hátán, mégsem ment át, hogy kit, ki, mikor, mivel, hányszor. Csak kevesen értették, de elegen nem.

Aztán bejött Ukrajna a bubópestisével, és a hírek, a rémhírek megtették a magukét. Beindult az áradat, de akkor a gyógyszerártnak P-je nem volt, a készletgazdálkodónak meg autója. A kistérségi csak az iskoláknak adott, mi meg kiálltunk, hogy óvodában és alsósoknak nem, mert mi van, ha ott üt ki a tojásallergia, egyébként pedig kizárólag a szülő jelenlétében!

De most már rend van. Már nem divat úgy gondolni, hogy nem, már csak az oltópontokon mondják, hogy terhest ne és szoptatót anyát még úgyse nem, hisz átmehet az anyatejbe. Győzködünk és oltunk, a védőnő szív, az asszisztens adminisztrál, mi meg imádkozunk, hogy közben baj ne legyen. Nehogy összekeverjük a dipertét a kanyaróval, a prevenárt a varilrixszel, a muszkost a szubkutánnal, a sima hasfájóst az appendicitisszel.

Hónapok óta hajtunk, szűrünk, szúrunk, gyógyítunk, gondozunk. Már eszünkbe sem jut, hogy felnőtteknek miért kétezer – nettóba, zsebbe és most – az, ami nekünk 200 – bruttóban, számlára, és februárban... Legfeljebb azon morfondírozunk, hogy a védőnők, az asszisztensek erőn felüli munkáját jó lenne elismerni. Nem, nem anyagira gondoltunk. Csak olyan erkölcsi-félére. Olyan köszönjük-félére. Valakitől. Legalább ilyenkor, év végén, karácsony táján.

Káde Ferenc

TARTALOM

- Beszélgetés
Mikola Istvánnal 2–3
- Egyszínű helyett sokszínű 4–8
- Kitüntetett 8
- Manifesztum 9–12
- Kávészünet-12 12
- Influenza a világban 13
- 87 000 kórházi eset évente 15
- Falcolástól
az öngyilkosságig 17–18
- Adoleszcens-medicina 18
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2009-ben:



Rendkívüli befektetésre, erőre és spirituális tőkére van szükség

Beszélgetés Mikola Istvánnal, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának alelnökével



HA Melyek azok a lépések, amelyeket meg kell lépni az egészségügyben?

Kormányzati szerkezetváltásra, alapvető szemléletváltásra van szükség, aminek az a lényege, hogy fel kell értékelni a humán oldalt. Nem lehet tovább az, hogy a költségvetési osztozkodás során a pénzügy maradékelvű politikája határozza meg azt, hogy mennyi jut a humán szektornak, az egészség- vagy oktatásügynek, a szociális területnek. Ahhoz, hogy a válságból kilábaljunk, nemcsak testében és szellemében ép, művelt emberekre van szükség, hanem rendkívüli befektetésekre is. Mert míg a rendszerváltás után ezermilliárdokat költöttünk a bankrendszer vagy a gazdasági rendszer konszolidációjára, a piacgazdasági átalakulás folyamata az egészségügyet érintetlenül hagyta. Érdemi szerkezet- vagy finanszírozási változásra azonban csak akkor van lehetőség, ha a költségvetési forráselosztás során a pénzügyi-gazdasági szektorral egyenlő pozícióhoz jut az egészségügy.

Egészségpolitikánkat a népegészségügyi trendek, a morbiditás, a mortalitás, a csecsemőhalandóság, a születéskor várható átlagos élettartam, a minőségi életevek regionális adatai határozzák meg. Ezekre alapozva kell térségi prioritásrendet felállítani és a forrásokat ezek mentén kell allokálni. Ez az, amit a szakma népegészségügyi tényekre alapozott egészségpolitikának, egészségstratégiának nevez.

Ami a struktúraátalakítást illeti, azt forszírozzuk, hogy minél alacsonyabb prog-

resszivitási szinten jussanak az emberek definitív ellátáshoz. Ezért tartjuk fontosnak, hogy az alapellátás definitív készítésű legyen, ezért preferáljuk azt, hogy a járóbeteg-szakellátások már az alapellátás szintjén is megjelenjenek. Tarthatatlan ugyanis, hogy továbbra is a fekvőbeteg-ellátásban csapódjon le a problémák feleslegesen magas aránya. Annak azonban, hogy miként lehet a járóbeteg-szakellátás orvosvállalkozásait az alapellátásba bekapcsolni, még számos nyitott kérdése van. A megoldást nem az íróasztal mellett kell megtalálnunk, a válasz ugyanis nem az egészségpolitikára, hanem a szakmára vár.

HA Mennyi idő alatt van esély mind-ezek megvalósítására?

Mindig hangsúlyozom, hogy ha jön a Fidesz, az nem azt jelenti, hogy itt a Kánaán. Tízéves programunk van, ne felejtsetek. Két év alatt, sajnos, már csak az ország gazdasági helyzete miatt sem lehet a szerkezetváltást végigvinni. A jelenlegi helyzetből kell kiindulnunk, steril, teljesen új helyzetet nem tudunk létrehozni, az ahhoz szükséges investícióra soha nem lesz pénz. A szakmával kell egyeztetni, hogy hol, milyen megoldásra van mód, hisz a humán erőforrást illetően, akár a gyermekellátás területén is, rendkívül heterogén az országban a helyzet. Tehát tíz éven belül, egységességre törekedve, de térségenként kell megtervezni a szerkezetváltást.

HA Ha elfogadjuk, hogy a gyermekkor 18 éves korig tart, a gyermekgyógyászat önálló entitás, és azt, hogy az alapellátás szintjén kell törekednünk a befejezett ellátásra, akkor a gyermeket már az alapellátás szintjén is megilleti a gyermekorvos. A 18 évesen aluliak egyharmada, a 14–18 éveseknek pedig közel fele mégsem jut házi gyermekorvoshoz. A hozzáférésben tehát nincs esélyegyenlőség, és pedig döntően ott nincs, ahol nehezebb körülmények között, így a megbetegedéseknek is jobban kitéve élnek a gyermekek. Egyetértés-e azokkal az általam is ismert javaslatainkkal, melyek szerint az esélyegyenlőség céljából lehetőséget kell teremteni arra, hogy egy gyermekor-

vos akár több település gyermekeit is ellássa? Már ma is közel 120 olyan házi gyermekorvos van az országban, akihez két, három, sőt akár hat-nyolc falu tartozik. Látsz-e esélyt ennek a gyakorlatnak a kiterjesztésére?

Nincs más lehetőség! De nemcsak a gyermekorvosok, hanem a házi orvosok vonatkozásában sem. Ellátatlan körzetek, sőt térségek, öregedő korfa, a néhány éven belül tömegében várható visszavonulás mellett, addig, amíg nem alakulnak ki egységes népegészségügyi trendek, heterogén választ kell találnunk a heterogén kihívásokra. De hiába értek egyet az erőforrások koncentrációjával, ha a szakma rendkívül megosztott e kérdésben. A szakma segítségét kell ehhez megszerezni, ami nem lesz könnyű feladat!

HA A régiók szükségletei szerinti rendezési javaslat nem mond-e ellent annak a kijelentésednek, hogy „az egészségügyben szükséges változtatásokat központilag, centralizáltan kell végrehajtani”? Másként fogalmazva: ki vezényelje a változtatások folyamatát? A helyi „erők”, a szakmához kevésbé értő, de az ellátási, fenntartói felelősséget viselő önkormányzatok? Vagy a regionális egészségügyi tanácsok? Legyen az egészségügyi ellátás inkább szakmai kézben, ami azzal a veszéllyel jár, hogy az egészségügy helyi menedzselése egy-egy kisebb vagy nagyobb kórház főorvosi karának „fogságába” kerülhet? Esetleg hagyjuk a helyi szinteket, és bizzunk mindent a kormányra?

A válságot csak centrálisan lehet kezelni, márpedig az egészségügy Magyarországon súlyos válságban van, strukturális, finanszírozási és morális értelemben egyaránt. Az ellátás biztonságáért elsősorban az Egészségügyi Minisztérium és azon belül, a miniszter felel. A válságkezelő programot tehát központilag kell végrehajtani. Elképzelésünk szerint a válságkezelés időszakában az alapellátás az önkormányzat felségterülete marad, a legnagyobb, a legdrágábban működtethető fekvőbeteg-szakellátó intézmények fenntartási felelősségét azonban átveheti az állam.

Az önkormányzatok ugyanis nem rendelkeznek az amortizációhoz, eszközviisszpótláshoz szükséges tőkehányaddal, nincs fejlesztési-felújítási forrásuk. Ez azt jelenti, hogy a meghatározó, az ország akár legnagyobb ipari intézményeiként is aposztrofálható kórházak – ne felejtjük, a Semmelweis Egyetem éves költségvetése 50 milliárd forint – működtetéséről, a számukra szükséges tőkehányadról az államnak kell gondoskodni. Ez jelenti a konszolidációs folyamat kezdetét.

HA Jelent-e ez tulajdonosváltást, netán visszaállamosítást?

Az államnak csak az intézmény fenntarthatóságát kell biztosítania, a tulajdont nem veheti át. Viszont csak akkor tudjuk megtervezni, hogy melyik az a 30-40-50-60 kórház, amelynek a működtetéséért az állam fenntartói felelősséget vállal, ha már látjuk, mennyi pénzzel gazdálkodhatunk. A döntés-előkészítésbe a szakmát persze be kell vonni, nem diktatorikus irányításra gondolunk. Ha viszont a döntés megszületett, azt központilag, a kormány minden erejével végre kell hajtani. Egyébként nem megy. Nem dobhatjuk oda a gyepőt megint az önkormányzatoknak azzal, hogy mi mossuk kezeinket, ti pedig oldjátok meg! A Regionális Egészségügyi Tanácsoknak sem, hisz azok valójában nincsenek! Hát ne feledjük, nem volt Magyarországon közigazgatási reform! Élnek a városok, élnek a megyék, de, hogy finoman fogalmazzak, ezeryi disszonancia van közöttük. Ezen a területen is meg kell hozni az elmaradt intézkedéseket, már csak az egészségügy miatt is, mert ahogy látom, az olyan tempóban megy lefelé, annyira szétesőben van, olyan nagy a humán erőforrás-, az orvos- és nővérhiány, hogy a mai struktúra, a mai rendszer nem tartható fent tovább. Nagyon nehéz kérdés, és nagyon nehéz lesz megoldani.

HA Utalhatnak-e a fent említett számok arra is, hogy kórházak bezárására is számítanunk kell?

Egy kórházat sem fogunk bezárni. Lesz, amelyikre krónikus ellátás, lesz, amelyikre szociális feladat vagy idősellátás vár, de humán oldalon minden jelenleg működő kórházra, intézményre szükség van.

HA Lesz-e elegendő munkaerő az intézmények működtetéséhez?

Azok az intézmények, amelyeknek a fenntartását az állam végül vállalja, azok akár három műszakban is működhetnek, hiszen ha kevesebb nagy intézményre koncent-

ráljuk az ellátást, fel kell pörgetnünk a teljesítményüket. Az ehhez szükséges orvoslétszám jelenleg nem áll rendelkezésre. Segítenünk kell ezért azt, hogy a kisebb intézetből a nagyobb kórházba menjenek az orvosok, ami persze közalkalmazotti kötöttség mellett nem megy. Híve vagyok a szabad szellemi foglalkozású orvosi létnek, ami azt jelenti, hogy az orvos – Hippokratész szavaival a szabadfoglalkozású művész – szerződéses jogviszonyban is elláthatja feladatait. Szerződést köt a kórházzal, a biztosítóval és tevékenységét a jogszabályokban kihirdetett szakorvosi díjtételek alapján számolja el, ahogy teszi ezt Németországban, Ausztriában vagy Franciaországban. Egy jó specialista akár három vagy négy hellyel is köthet szerződést. Szembe kell néznünk ezzel, mert a mai félféudális, paternalista, uram-bátyám rend hosszú távon már nem folytatható. Egyetlen szempont lehet meghatározó: a minőségi ellátás. Az orvosok mobilitását, munkahelyváltását, letelepedését természetesen anyagilag is ösztönöznünk kell majd.

HA Struktúraváltásra az alapellátásban is szükség van. Megvalósítható-e ez a nem mindig hozzáértő önkormányzatok szorításában? Érinti a kérdés a praxisjogot is, amit mi a rendszerváltás egyik legnagyobb – bennünket érintő – vívmányának tartunk, de napjainkra, a mai jogszabályok miatt, inkább az ésszerű praxisgazdálkodás akadályává vált.

Ha piaccgazdaság lesz, és az alapellátást is sikerül feltökésíteni, akkor nem lesz szükség az önkormányzatok bábáskodására. Hogy milyen mértékű centralizációra, hol, mennyi praxisra van szükség – az elvárt minőségi szintű gyermekorvosi alapellátáshoz – azt a munkaerő-kínálat, a demográfiai helyzet függvényében elsősorban a szakmának kell eldöntenie, és nem a kormánynak. A kormánynak a rendszer feltökésítése, mozgásterének bővítése a dolga, az, hogy megteremtjük a gazdaságilag erős és értékes praxisok létrejöttének feltételeit. A praxisjog kérdését talán inkább a kamarának kellene kezelni. A praxis nagyságának felső határát viszont egyértelműen megszabnám, mert a gyógyítás, a döntően preventív orvoslás minőségi munkát követel.

HA A hazai gyermekgyógyászat minden szintjén visszatérő panasz a gyermekellátás más szakterületekhez viszonyított alacsony finanszírozása. Ördögtől való ötlet-e egy, a gyermekpopuláció számarányával arányos,

tehát a teljes gyógyító-megelőző kassza 20 százalékaival gazdálkodó önálló „gyermekkassza”?

Játszom a gondolattal. De nagyon elő kell ezt készíteni, mert ott például, ahol nincs elegendő gyermekorvos, ott a kasszák közötti átjárás hiányában súlyos ellátási gondok léphetnek fel. Mielőtt a külön kasszáról érdemben beszélünk, szakmai egyeztetéseket szorgalmaznánk arról, hogy a jelenlegi adottságok mellett hol lehetne – akár modellszerűen – kiépíteni egy ilyen rendszert. Ahogy az egészségi állapotban óriási különbségek vannak Magyarország kistérségei között, úgy az ellátás szerkezetében és finanszírozásában is lehetnek helyi eltérések. Északkelet-Magyarország egyes térségeiben afrikai, az ország nyugati felében, vagy a főváros budai oldalán Francia- vagy Németországhoz hasonló adatok jellemzik a lakosság állapotát. Kényesen vigyáznunk kell ezért arra, hogy regionális szükségletek alapján hozzuk meg a szükséges változtatásokat. Ahol jobbak a viszonyok, ott forszírozhatjuk akár a kiegészítő biztosításokat is, de többletforrást kell juttatnunk oda, ahol nagy a lemaradás.

Most mindenekelőtt az a feladatunk, hogy bemutassuk az egészségügy fejlesztésének irányait, azt, hogy milyen stratégia mentén építkezünk, mit akarunk elérni 10 év alatt. Szabályozott piacra törekszünk, ahol a magánforrásnak is érdemes lesz a közgazdaságilag értelmezhetővé tett egészségügyi rendszer konszolidációjába beszállni, és a házi gyermekorvos is a piaccgazdaság részévé, igazi vállalkozóvá válik. Aki rendelkezik majd annyi pénzzel, hogy megérje számára, hogy a praxisába investáljon.

Mindez azonban elképzelhetetlen társadalmi béke nélkül! Közhangulat-változást kell elérnünk, ami nem megy anélkül a spirituális tőke nélkül, amely képes ezt a szétesett, bezárkózott, depresszióra hajló, közösségeit elhagyott embertömeget újjá megépíteni. Hogy ezt hogyan oldjuk meg, azt még nem tudom. Úgy érzem, szinte katarziszra van ahhoz szükség, hogy egy tízéves program mellé felsorakoztathassuk az embereket, és velük együtt a szakmát is, ami ugyanolyan reményt vesztett, kiábrándult, hitehagyott, mint akárki más.

HA Köszönjük a beszélgetést.



Egyszínű helyett sokszínűt

2009. november 6–7. Alig hihető, de már a XV. őszi szakmapolitikai konferenciánkon vagyunk túl. Idén nem hívtunk sem a minisztériumból, sem a finanszírozótól, sem országos főhatóságtól korifeusokat, mert egymás között akartunk beszélni arról, hogyan vélekednek a kollégák a HGYE vezetőségének a gyermekorvosi alapellátás korszerűsítését célzó, (a Hírvivő elmúlt számaiban visszatérően közölt) javaslatairól. Úgy éreztük, hogy koncepciókat – ami a jelenleg még csak az egész ellátórendszert felülről és egészben szemlélve, szinte a madártávlatból körvonalazódik – nem olyan könnyű a hétköznapok földközeli valóságából, hogy úgy mondjuk, a békaperspektívából követni. A két nézőpontot próbáltuk a két nap során egymáshoz közelíteni.

MŰKÖDŐ PRAXISPIACOT

Benedek László, a HGYE önkormányzati kapcsolatokért felelős vezetőségi tagja az influenzától terhes mindennapok gondjaitól elszakadva, a praxiseladás nehézségeivel, a visszavonulás után fenyegető egzisztenciális bizonytalanság veszélyeivel indított. Praxisokért versengő, megvételekért egymásra licitáló vevők helyett, sajnos a kínálati oldal van túlsúlyban, és igaz ez akkor is, ha a praxistörvény hatálybalépése óta eltelt egy évtized alatt a praxisok közel 34%-a már gazdát cserélt. Ez azonban nem a kereslet-kínálat egyensúlyának, inkább az alapellátó orvosok magas életkorának a következménye. A kamara felmérése szerint az adásvétellel járó 2,4 milliárd forintos pénzmozgás döntő részét bankhitelek teszik ki. A vevők rohamára vonatkozó reményeink annak ellenére sem realizálódtak, hogy nő a bezárással fenyegetett gyermekosztályok száma. A potenciális állásvesztők nem ostromolják a piacot, és nem feltétlenül azért, mert alacsony a rezidensképzés és az újonnan szakvizsgázottak száma. Az érdeklődés döntően azért marad el, mert nem vonzó ma a házi gyermekorvosi egzisztencia. Bizonytalan a megélhetésünk, alacsony a megbecsültségünk, és az ellátás szervezettsége is kifogásolható.

Van-e remény egy érdekképviseleti szervezetekkel együttműködő praxisalap létrehozására? Ad-e a kormány támogatást egy „praxisbank” létrehozásához, ami megvinné a megüresedő, nehezen értékesíthető praxisokat, hogy azután az ellátási érdekeknek megfelelően értékesítse azokat? Vagy gazdálkodjanak-e inkább az



önkormányzatok a felszabaduló körzetekkel? Nincsenek generálisan jó tapasztalataink a képviselőtestületekkel. Különbösen is: beleszólhat-e egyáltalán egy polgármesteri iroda a praxisforgalomba, amikor egy 2006-os alkotmánybírói döntés értelmében magában az is alkotmányserető, hogy a működtetési jog megszerzését önkormányzati hozzájáruláshoz kötik? Sok a szabályozatlan kérdés, nemcsak az tisztázatlan, hogy elláthatja-e egy orvos több körzet gyermekeit, hanem az is, hogy megvehetünk-e egy mellettünk megüresedő praxist a sajátunk mellé?

Az önkormányzat döntési jogkörének bő lehetőségeire utalt az a kolléga, aki azért vett jó pénzért régi körzetet, mert azt mondta neki az önkormányzat, hogy nincs szándékában egy új praxist létrehozni, az alig fél évvel későbbi két új jelentkező azonban már térítésmentesen jutott hamarjában létesített új praxisához.

Senkinek sem mindegy, hogy kell-e 10 éven át banki törlesztőrészeket fizetni vagy nem!

Kokavszky Klára Nógrád megyéből ezzel éppen ellenkező gyakorlatról számolt be. Ő egymaga látja el hét, egy „bokorban” lévő település gyermekeit, az önkormányzatok mégis egymás után – most éppen úgy néz ki, hogy Magyaránorban – szüntetik meg a házi gyermekorvosi praxisokat.

Józsi Mária Keszthelyről arra hívta fel a figyelmet, hogy ha a praxisokkal nem a demográfiai helyzetnek megfelelően gazdálkodnak, a kiüresedő praxisok eladhatatlanná válnak. *Major Zsuzsanna* (Ajka) szerint a finanszírozás rugalmatlansága merevíti meg a rendszert, hisz miért vennék át ők visszavonuló társuktól gyereket, ha emiatt csökken majd a fixdíjuk, sőt depresszióba kerülnek. Ki lehetne ugyan tolni a depressziós határt, ahogy *Pátri László* említette, egy szakorvosjelölt vagy asszisztens felvételével, de nincs pénz a folyamatos alkalmazásukra.

Muzsay Géza javaslata szerint segíthetné a racionális ellátóstruktúra kialakítását, és vevőnek, eladónak, OEP-nek egyaránt előnyös lenne, ha a hosszú távon működésképtelen praxis visszavonuló gazdájának betegeit ellenszolgáltatás nélkül vennék át a környező kollégák, viszont a biztosító – mintegy végkielégítésként – átmeneti ideig még utalná a fixdíjat a praxis korábbi tulajdonosának.

Bényi Zsolt a Magyar Orvosi Kamarával karöltve javasolt erőteljes fellépést egy kormányzati praxisalap érdekében, *Kálmán Mihály* szkeptikus, a mai finanszírozási metodika és jogszabályi háttér mellett nem lát esélyt megoldásra. Véleménye szerint a jövőben laikus testületek helyett a szakmai öngazgatás különböző szerveinek kell egy adott terület praxiseltartó képességét meghatározni.



ÉRTÉKARÁNYOS FINANSZÍROZÁST

Pátri László, a HGYE finanszírozási illetéke-se, a következő blokk témavezetője, átvetésként jelezte, hogy zárt alapellátási kassza mellett, csak a többi szolgáltató rovására lehet a degresszió határát emelni. De meddig akceptálható ez? Meddig tűrhető, hogy az átlagos praxisnagyságot is degresszió sújtja, vagy az a minősítési alapelv, hogy akinek nagyobb a forgalma, az rosszabbul dolgozik? Törvényszerűen rosszabb lesz a Szamos marcipán vagy a Skoda attól, hogy egyre többen szeretik? Egyáltalán, mi határozza meg egy praxis értékét? Kizárólag a kártyaszám? Attól ugyanis abszolút független értékteremtő a duális finanszírozás: van, ahol az önkormányzat a közüzemi díjakat is kifizeti és van, ahol bérleti díjat kér a rendelőért. Van, akinek új rendelőt építenek, máshol a beázás okozta költségeket vagy a nélkülözhetetlen felújításokat is az orvosnak kell előteremteni. Jogszabály írja elő azt, hogy ki felel a fenntartásért és ki a működtetésért, a helyzet mégis rendkívül elentmondásos.

És miért nem értékálló legalább a finanszírozásunk? – hangzott el az újabb költői kérdés. A házi gyermekorvosi praxisok átlagos finanszírozása két év alatt nominálértékén 2(kettő!) ezrelékkal nőtt. Hol van ez az inflációtól? És hol van ez az áremelkedésektől? Hogyan, miből teremtsük elő a tesztek, a korszerű diagnosztikus eszközök, a fejlesztés, a betegbehíváshoz fontos telefonhívások költségét, a minőségi ellátás anyagi fedezetét? Miből ismerjük el munkatársainknak az ajánlott védőoltások tömeges alkalmazásáért, a prevenció hihetetlen mértékű kiterjesztéséért végzett munkáját? Milyen vállalko-



zás az, ahol a bevétel nem korrelál a befektetett szellemi és anyagi energiával?

A kérdések évek óta kérdések, válasz legfeljebb az olyan földhözragadt felvetésekre adható, mint hogy joga van-e az OEP-nek évekre visszamenően ellenőrizni a gazdálkodásunkat. Igen, joga van, de Zonda Igor (Budapest), és Erdélyi István a HGYE jogi tanácsadója is felhívta a figyelmet arra, hogy a vállalkozás OEP-től független bevételeit célszerű elkülöníten, mondjuk alszámlán kezelni, ha azt akarjuk, hogy azokra ne terjedjen ki az elszámoltatás.

Pető Gabriella, szakmai bizottságunk tagja hozzátette, hogy ha az egészségpolitika valóban fontosnak tartja a gyermekorvosi alapellátást, ha az ország és a jövő szempontjából is van gazdasági hozadéka a gyermekorvos területi munkájának, akkor

járjon nekünk értékárányos finanszírozás! Bényi Zsolt megjegyezte, hogy a házi gyermekorvosi rendszer finanszírozásának alapelvei továbbra is szabályozatlanok, hiányzik a következetesség, és ezen lassan évtizedek óta képtelenek változtatni.

ÜGYELET HELYETT SÜRGŐSSÉGIT?

Az ügyeleti ellátás kérdéseit Muzsay Géza, a győri központi ügyelet vezetője, két alapelv köré csoportosította. Egyrészt, hogy gyermeket gyermekorvos, felnőttet háziorvos lásson el, másrészt, hogy az ellátás döntően az ügyelet központjában, és ne a beteg lakásán történjék. Bár nyolc praxis összefogásával már szervezhető központi gyermekorvosi ügyelet, sok nagyvárosban, vagy megyeszékhelyen nem érhető el az alapellátásban gyermekorvos a munkaidőn túl. Emiatt, ha tehetik, a szülők egyre több esetben keresik fel oda nem illő panaszaiikkal a kórházi gyermekosztályokat. Van ellenkező tapasztalat is: mind több helyen szerveznek a hétvégén is több órában működő gyermekorvosi rendelőt. A finanszírozás nemcsak egyetlen, (míg van kisebb város, ahol a 3600 forintot is eléri az óradíj, addig jellemzően a nagyvárosokban ez jóval alacsonyabb), de igazságtalan is, hiába látja el a városi gyermekügyelet a környező falvak gyermekeit is, az értük járó díjazást a lakóhely szerinti felnőttügyelet kapja. Ugyanígy: hiába fordul a gyermekügyelethez a 14 éven felüli, az utána járó pénz a háziorvosi ügyelet bevételeit növeli. Az ügyeletben dolgozó orvosok oxiológiai képzettsége nem megfelelő, több képzésre, szituációs gyakorlatra volna szükség. Sok későbbi vita lenne elkerülhető a telefonhívások hangrögztisével és kérdező protokollok alkalmazásával. Győrtött a hívásokat



orvosnak kell kezelnie, ezzel a módszerrel, Szegedhez, Ajkához, Pécshez és sok más helyhez hasonlóan, nekik is sikerült minimalizálni a kijárásos ellátást (a lakáson történő ellátás négy év alatt 85 százalékkal csökkent). Mindez elérhetetlen a hívást kezelő asszisztensek, diszpécserok, vagy a szülők folyamatos képzése nélkül. Az ügyeletes az anamnézisérről, a gyermek kezelőorvosa pedig az ügyeletben történekről kaphatna pontos képet, ha az informatika a munkaidőn túli ellátásban is a minimumfelszerelés része lenne.

Desits Imre (Sárvár) szerint, amíg az önkormányzatok számára a szakértelem érdektelen szempont, egyedül az számít, hogy az ügyeletben legyen orvos. Amíg ez így van, addig hiába szeretne mind több szülő gyermekorvost a gyermekéhez, pusztán ábránd marad, hogy gyereket gyermekhez, felnőttet felnőtthez értő orvos lásson el. *Huszár András* Hajdúböszörménnyel példálódzva javasolta, hogy talán máshol is ki lehetne váltani a vegyes ügyeletben való részvételt – akár a hétvége néhány órájára is kiterjesztett – megnyújtott gyermekorvosi rendelés beállalásával. Móra-



amióta az OMSZ irányítása alatt állnak, lázat csak muszkuális injekcióval(!) csillapíthatnak és szüléstől a közúti balesetig, mindent kénytelenek ellátni. Józsa Lajos figyelmeztetett, hogy az utóbbiak is azt

KEVESEBBEL, JOBBAT

Póta György, a hálózat korszerűsítésével foglalkozó munkacsoport nevében arra figyelmeztetett, hogy bár nincs kormányzati szándék a gyermekorvosi alapellátás megszüntetésére, ha nem alkalmazkodunk a kihívásokhoz, a magas átlagéletkortól rövidesen várható tömeges visszavonulás, és az utánpótlás hiánya miatt belátható időn belül eltűnhetnek a gyermekgyógyászok a primer ellátásból. Emiatt, és azért, mert a gyerekek 30 százaléka ma nem fér hozzá ahhoz a szakmai szintű gyógyításhoz és prevencióhoz, amihez a másik 70 százalék igen, illetve mert bizonyos praxislétszám alatt már nem tartható fenn házi gyermekorvosi egysztenecia, időszerű a hálózat racionalizációja.

Ezt szolgálja a ma rosszul ellátott területeken mikrotérségi központok szervezése, ahol funkcionális egységben, praxisközösségben dolgozna egy-két házi gyermekorvos, a szükségletnek megfelelő számú házi orvos, és meghatározott óraszámokban az alapellátásba „levihető” más szakellátók. A környező települések felnőtt- és gyermekkorú lakóinak ellátási színvonalát védőnők, asszisztensek és magasan kvalifikált további, nem orvos munkatársak emelnék, a munkát közös menedzsment irányítaná.

Ahol arra lehetőség adódik, ott „tisztán” gyermek-egészségügyi központ létesíthető, itt hasonló körülmények között, de kizárólag gyermekorvosok dolgoznának. Ezeknek a centrumoknak akár a bezárásra ítélt gyermekosztályok is helyt adhatnak, munkaidőn túl itt működhetne a gyermekorvosi ügyelet. Válaszra vár, hogy milyen ellátási forma alakul ki Mosonmagyaróváron, Keszthelyen, Szigetváron,



halmi kolléganőnk, *Forgács Erika* szerint központi ügyelet kisebb településeken csak úgy szervezhető, ha fenntartásának költségeihez a részt vevő falvak lakosság-arányosan hozzájárulnak. Országosan jellemző szerinte, hogy házi orvos vagy gyermekorvos helyett sok esetben rezidens, sebész, vagy például pszichiáter megy akár a lázas gyerekekhez, akár az infarktushoz. Az ő tapasztalata is azt erősíti, hogy gyermekek körében valóban sürgősségi eset alig fordul elő, más kérdés, hogy

jelzik, hogy az ügyelet felől a sürgősségi irányba kell mozdulni, de képzetlen, gyakorlatlan orvosokra ott sincs „lakossági igény”. *Sótér Margit* Nógrádból azt panaszolta, hogy hiába készült el a HGYE együttműködésével az Országos Gyermkegészségügyi Intézet állásfoglalása arról, hogy mi igényel ügyeleti ellátást és mi nem, a helyi ÁNTSZ büntetéssel fenyegette őket, amennyiben nem veszik tudomásul, hogy az ügyelet a háziorvosi szolgálat meghosszabbítása.

Dombóváron, Marcaliban, Pápán, Komáromban, Jászberényben, Mezőtúron, Vásárosnaményben, Orosházán, Szentesen vagy Kalocsán, ahol a gyermekosztályt bezárásra ítélték. Hívhatjuk nappali kör-

gák döntő része részt vesz, szabadság idején ahol tudják, helyettesítik egymást.

Kokavszky Klárához (Nógrád megye) hét település tartozik, közülük ötben rendel is, három háziorvossal, három védő-

del. Szükség esetén a szülők elviszik az éppen másik faluban dolgozó doktornőhöz gyermeküket. Józsa Lajos hangsúlyozta, rajtunk áll, hogyan képezzük a szülőket, elfogadják-e az emberek a mikrotérségi ellátást, az ügyeletről a sürgősségre történő átállást, a protokoll szerinti kezelést.

Török Lajos, a miskolci háziorvosi szervezet egyik vezetője a centralizált alapelátás nagyvárosi modelljére mutatott be követésre méltó példát, náluk az önkormányzat pályázati pénzből, 15%-os önrész mellett és privát tőke bevonásával most 400 millió forintot költ az „egészségház” projektre. Somló Pál (Gyál) a házi gyermekorvosi rendszer átfogó megújítására csak biztosítási reform útján lát valódi lehetőséget. Sokunk gondolatát fogalmazta meg, amikor kimondta, hogy amíg a gyermekorvos ideje nagy részét orvost sem igénylő panaszok kezelésével, mit sem érő igazolások írogatásával tölti, nem jelent a pályakép egészében kihívást a frissen szakvizsgázottak számára. Czok Melinda (Budapest, II. kerület) a helyettesítési rendszer megoldatlanságán túl úgy látja, hogy megfelelő finanszírozás, hatékonyabb munkaszervezés mellett, párhuzamos feladatok nélkül, igenis, a mai átlagnál nagyobb praxisokat is el lehetne látni.

Huszár András kiemelte, hogy amikor a struktúra korszerűsítéséről beszélünk,



háznak, nevezhetjük akármilyen központnak, egyikük hatékony működésére sincs esély az érintett önkormányzatok együttműködése és a ma homogén finanszírozási szabályok újragondolása nélkül.

Gyimes Zsófia, a vezetőség tiszaujvárosi tagja a már ma is több települést ellátó kollégák körében készített felmérés tapasztalatait összegezte. 30 olyan házi gyermekorvosi praxis van ma az országban, amelyik 4–10 falu gyermekeit látja el, többnyire egy központi rendelőtől. Az ellátott községek 5–25 kilométernyi távolságban vannak a rendelőtől, de az a tény, hogy a praxisok létszáma magasabb, mint amennyi gyermek az ellátási kötelezettségükbe tartozik, arra utal, hogy ha mód van rá, akár távolabbról is szívesebben keresnek gyermekorvost a házi orvos helyett. Hosszú évek igazolják, hogy a gyermekek így is korrektül elláthatók, megszokták, elfogadták a szülők ezt az ellátási formát, annak ellenére is, hogy tömegközlekedéssel nem mindig érhető el könnyen a rendelő. Mind gyakrabban élnek a szülők a telefonkonzultáció lehetőségével, a kihívások száma – feltehetően a kitartó egészségnevelés következtében – folyamatosan és mindenhol csökken. A gyermekorvosok kapcsolata a házi orvosokkal jó, a korábbi kártyacsaták után a házi orvosokhoz ma csak felnőttek, a gyermekorvoshoz csak gyermek tartozik. A többnyire még mindig vegyes ügyelemben a kollé-

nővel van munkakapcsolata. Öt iskolát és öt óvodát kell ellátnia, rendelési ideje napi 4–6 óra. Laptopja mindig vele van, kocsija csomagtartójában a jól felszerelt sürgős-



ségi táská mellett oxigénpalack és ultrahangos porlasztó is van, CRP-re, vizeletvizsgálatra csak a központi rendelőjében van lehetőség, nyomtató, Strep-teszt azonban mindenhol van. A „bázison” hetente négyezer, egy másik községben háromszor, a többiben két-két alkalommal ren-

dem gondolkodunk működő praxisok megszüntetésére. Úgy tartjuk viszont, hogy nem lehet, és nem is érdemes minden, rendszerünkben kilépő orvos körzetét újra betölteni, mert a jelenleginél kevesebb orvossal is lehetne minőségi követelmények szerinti ellátást biztosítani az országban

élő minden gyermeknek, kihívást jelentő munkát kínálni minden rendelkezésre álló alapellátó gyermekorvosnak.

MINŐSÉG KELL, NEM MENNYISÉG

A HGYE vezetésében Kollár László foglalkozik a praxisszervezés új lehetőségeivel. Az elhangzottak is megerősítették őt abban, hogy a megszokottak mellett az új, az alternatív ellátási formák is életképesek: van, aki jól érzi magát egy háromszászas praxisban, de van, akinek a „csilagútúrás”, „négy- vagy hatszögletű”, esetleg egy 2000-es praxis jelent kihívást. A „homogenizációval” szemben új módokat kell kidolgoznunk a különböző praxistípusok finanszírozására. Nem betörni, hanem támogatni kell az újra, a vállalkozásra kész bátrakat! Ha jól teszi valaki a dolgát, ha hagyjuk, hogy „kinője” magát, biztosan lesz vevő a kínálatára. A szülőnek soha nem volt mindegy, hogy mit kap, ma pedig már nincs is rákényszerülve arra, hogy olyat fogadjon el, ami neki nem tetszik. Autó van, tömegközlekedés van, nő a mobilitás, ha azt érzi, hogy „kiutálják” a rendelőből, olyat keres-

nek, ahol jól érzik magukat. Ha tehetik, válogatnak, és igenis, beállnak a minőség mögé, sőt elmennek érte. A faluban, ahol Kollár doktor dolgozik, 600 gyermek lakik, de a praxisába 1200 tartozik.

Akár szeretjük, akár nem, tudomásul kell vennünk, hogy az ellátás zsugorodik, ha jobban tetszik, koncentrálódik, egyes praxisok megszűnnek, mások meg megerősödnek. Az uniós csatlakozással nem csak az információk, hanem az ellátási modellek elöl is leomlottak a határok. Lehet, hogy minden nap kétszer négy órát rendelünk majd, de ha nem mindegy, hogy elmegyünk-e és hová nyaralni, vagy milyen iskolába jár a gyerekünk, az sem mindegy, hogy gazdaságilag hatékony-e a vállalkozásunk. Meg kell tanulnunk, mi az, hogy befektetés, mi az, hogy megtérülés.

Nem csodákra meg kormányintézkedésekre kell várnunk, ha el akarjuk adni a szolgáltatásunkat, akkor emelni kell a minőséget. Arcpírító a finanszírozásunk! A végzettségünk, képzettségünk alapján havi négy-öttszázezer nettó fizetés megilletne bennünket, a rendelő színvonalas

működtetése további egymilliót igényelne, a praxis az államnak így 2 millió körüli összegbe kerülne. Ezt az összeget ma még kimondani is képtelenség. De amennyit tudunk, azt valamilyen módon, pluszmunkával, co-paymenttel, és néha az is lehet, apró csalással igyekszünk megszerezni. Nem értjük, miért nem tartozunk az áfakörbe, miért kell nekünk minden 25%-kal többért vennünk, ha egyszer gazdasági társaság vagyunk, miért büntetnek degresszióval azért, amiért megdolgoztunk.

Ragyogóan lehetne nagy praxisokat működtetni – erősítette meg Kollár László. De ahhoz jól felszerelt, jól kinéző rendelő, kellő létszámú személyzet, hosszabb rendelési idő, rugalmas, igényeknek megfelelő, korszerű szolgáltatás kell, nem kijárogatással, autózgatással, haszontalan munkával kell devalválódnunk. Nem lehet továbbra is úgy gondolkodni, ahogy megszoktuk, meg kell találnunk, hogy mit, honnan lehet finanszírozni, nem ülhetünk ölbe tett kézzel, új utakat kell keresnünk!

A BESZÁMOLÓT KÁDÁR FERENC ÁLLÍTOTTA ÖSSZE

A HGYE Tiszteletbeli Tagja

Kedves Kollégák! Tisztelt Vendégeink!

Hagyományos ünnepi pillanathoz érkezünk, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének Tiszteletbeli Tagja kitüntető cím átadásához. E címmel eddig olyan kollégákat jutalmaztunk, mint Oláh professzor asszony, Fekete György, Budai vagy Velkey professzor. Legutóbb Mészner főorvosnőt választottuk tiszteletbeli tagunkká. Mindannyian kiemelkedő képviselői a magyar gyermekgyógyászatnak, és mindegyikük sokat tett a házi gyermekorvosok munkájának segítéséért.

Most egy olyan kollégát tüntetünk ki, aki igazán közülünk való, hiszen házi gyermekorvos. Soha nem kívánt vezető lenni, igazán jól a betegek között, a rendelőben érezte magát. Egyszerűen csak pontosan, szépen végezte a gyermekorvosok mindennapi munkáját. Nekem egyik példaképem. Példakép arra, miként szabad, hogyan kell ezt az egyéniségünket és lelkiünket a gyermekek gyógyításának szolgálatába állított hivatást végezni. Tudjuk, mennyire fárasztó a gyerekek fájdalmát átvenni, a szülőkkal gondjaikat megosztani. Ehhez egyfajta



attitűd kell, aminek megvalósításához nem mindenkinek van akarata vagy képessége.

Ferencz Emesének volt.

„Ahogy a gyerekekhez hajolt, ahogy a hátát simogatta, amilyen puhán a mellkasára helyezte a hallgatóját, ahogy beszélt hozzá, az a természetes szeretet, az kevesek sajátja” – mondja róla máig egyik munkatársa.

Hajdani betegek – ma már többnyire ők is szülők – emlegetik, érdeklődnek utána ma is a rendelőben. Lelkiismeretes, áldozatos munkájával, egyéniségével nyomot hagyott Újpest életében.

Gyermekgyógyászati tevékenységének megkezdése előtt dolgozott természetesen, laboratóriumban és aneszteziológusi szakvizsgát is tett. Gyermekosztályos munkája után neonatológusként és aneszteziológusként tevékenykedett szülészeti osztályon. 2000-ben Újpest Gyermekéiert díjat kapott. Aktív gyermekorvosi tevékenységét nyolc éve hagyta abba. Két leánygyermeket nevelt fel, Goda Verát, aki kollégánk, és Goda Krisztinát, aki filmrendező. Jelenleg boldog és igen elfoglalt nagymama.

Ferencz Emese méltó személyén keresztül azon kollégáinknak is szeretnénk köszönetünket és nagyrabecsülésünket kifejezni, akik sok évtized hosszú fáradozása után az elmúlt években hagyták abba gyermekorvosi tevékenységüket.

Köszönjük nekik is, köszönjük Önnek is, kedves Ferencz Emese!

KÁLMÁN MIHÁLY

Elhangzott a Házi Gyermekorvosok Egyesületének XV. konferenciáján

November közepén Berlinben tartott huszadik konferenciáján feloszlatta magát az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Társasága (European Society of Ambulatory Paediatricians – ESAP) és megtartotta első rendezvényét a jogutódjaként megalakult Alapellátó Gyermekorvosok Európai Szervezeteinek Szövetsége (European Confederation of Primary Care Paediatricians – ECPCP). A két szervezet közötti döntő különbség az, hogy míg az ESAP-nak egyéni tagjai voltak, az ECPCP-t szervezetek alkotják. Míg az ESAP-nak mindössze néhány száz tagja volt, addig az ECPCP-t

alapító szervezetek már több mint 15 000, primer ellátásban dolgozó gyermekorvost fognak össze. A konföderáció létrejöttével jelentőségének és létszámának megfelelő, erős képviselést kapott az európai gyermekorvosi alapellátás. Európában jelenleg 33 000 pediáter dolgozik az alapellátásban. A szövetség azon munkálkodik, hogy az őket tagjai sorában tudó nemzeti társaságok mind nagyobb számban csatlakozzanak a nemzetközi szövetséghez. Az alábbiakban, más tagszervezetekhez hasonlóan, mi is megjelentetjük lapunkban az ECPCP alapdokumentumait.

I. Az ECPCP céljai

1. A GYERMEKEK JOGÁNAK ELISMERÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA

A gyermekeknek kétségbevonhatatlanul joguk van a jóléthez, a jó egészséghez és ahhoz, hogy hozzáférjenek a legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz.



A gyermekeknek megfelelő ellátórendszer kiépítésének bármilyen korlátozása, különösen a speciális alapellátás kiépítésének elmulasztása ellentmond az ENSZ Gyermekjogokról szóló egyezményének.



Az európai kormányoknak ratifikálniuk kell a fenti egyezményt és biztosítaniuk kell országukban az optimális gyermekellátást.

2. A GYERMEKORVOSOK SZEREPE AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Egyesületeinek Szövetsége (ECPCP) támogatja a gyermekorvosok alapellátásban betöltött szerepét a születés előtti tanácsadástól a születésig, a késő adoleszcenskoron át a felnőttkor határáig.



A szolgáltatásokat elsősorban a páciensek szükségleteire, fizikai, fejlettségi állapotára, és nem életkorára tekintettel kell kialakítani. Magába kell foglalnia a diagnózis és kezelés mellett az egészségnevelést, a preventív intézkedéseket is, figyelemmel kell lennie a gyermek családjára és szociális környezetére is.

3. A GYERMEKELLÁTÓK GYERMEKORVOSI KÉPZÉSE

Azokban az országokban, ahol nincs gyermekorvos az alapellátásban, ott a gyermekellátók megfelelő képzését olyan gyermekorvosokkal kell biztosítani, akik az alapellátásban jártassággal rendelkeznek. Emellett szükség esetén, elfogadható időhatáron belül biztosítani kell a gyermekorvosi ellátáshoz való hozzáférést.

4. AZ ALAPELLÁTÓ GYERMEKORVOSLÁS EGYETEMI, TUDOMÁNYOS ELISMERÉSE

Az európai orvosegyetemeknek elő kell segíteni, hogy az alapellátó gyermekorvoslás mint tananyag elfogadásra kerüljön, és minden egyetemen legyen tanszéke a gyermekorvosi alapellátásnak. Határozott lépéseket kell tenni a gyermekorvosi alapellátó helyek kutatómunkájának fejlesztésére.



Az alapellátó gyermekgyógyászat oktatását meg kell szervezni a képzés minden szintjén, az orvostanhallgatóktól a rezidensekig. Azokban az országokban, ahol az alapellátást nem gyermekorvosok végzik, a családorvosok gyermekgyógyászati képzésének tematikáját gyermekorvosi alapellátásban jártos gyermekorvosoknak kell összeállítaniuk.

5. KÉPESÍTÉS ÉS TOVÁBBKÉPZÉS A GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁSBAN

A gyermekorvosi alapellátásnak a minőségbiztosítást és a folyamatos továbbképzést (CME) alkalmazva, a helyes orvosi gyakorlat (GCP) átlátható standardjai alapján kell kiépülnie. Ez vezethet el az alapellátó gyermekorvosok megfelelő képzéséhez és a jól felszerelt praxisok kialakításához.



Az ECPCP-nek szorgalmaznia kell a gyermekorvosi alapellátásban a kutatást, az oktatást, a képzést és a good clinical practice-nak megfelelő protokollok megalkotását.

6. AZ ECPCP ALAPELVEINEK ÉS CÉLJAINAK MEGVALÓSÍTÁSA

Az ECPCP elősegíti a kapcsolatfelvételt és az együttműködést az Európában működő gyermekorvosok között, és együttműködik az európai nemzetközi gyermekorvos-szervezetekkel egy jobb minőségű gyermekorvosi alapellátás létrehozása érdekében.

II. Alapellátó gyermekgyógyászat (Nyilatkozat)

Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Egyesületeinek Szövetsége (European Confederation of Primary Care Paediatricians, ECPCP) november 13–14-i, berlini konferenciáján dokumentumot fogadott el. Az alapellátó gyermekgyógyászat céljait és alapelveit összefoglaló manifesztumot mintegy 15 000 alapellátó gyermekorvos nevében a szervezetet alapító tizenegy ország (Portugália, Spanyolország, Franciaország, Németország, Svájc, Luxemburg, Csehország, Szlovákia, Szlovénia, Magyarország, Litvánia) képviselője írta alá. Az aláírókhoz várhatóan hamarosan csatlakozik Ausztria, Olaszország és Lettország szervezete.

A GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS

A gyermekorvosi alapellátás (Paediatric Primary Care, PPC) sajátos képzési tartalommal, kutatási irányokkal és evidenciákkal jellemezhető. Klinikai tevékenységében a gyermekgyógyászati ismeretanyagot az alapellátás módszertanával kombinálja. Figyelemmel a kulturális háttérre, szoros kapcsolatot tart a családokkal, a közösségekkel, és komplex módon foglalkozik a csecsemők, gyermekek és a serdülőkorúak egészségével, jólétével. Tekintettel van a gyermek autonómiájára és a szülőt is a „gondozási egység” integráns részének tekinti.

A gyermekgyógyászati alapellátást, gondozást a szakterület alapelvei szerint gyermekorvosok végzik. Az egészségügyön belül az alapellátásban dolgozó gyermekorvossal kerül a gyermek elsőként kapcsolatba (first contact), és ő az, aki a folyamatos és teljes körű gondozásáért a születéstől, sőt a születés előtti tanácsadástól a felnőttellátásba történő átadásig az elsődleges felelősséget vállalja. Munkájába integrálja a szervi, a pszicho-szociális, a kulturális és egzisztenciális szempontokat, kihasználva az ismétlődő beteg-látkozások során megszerzett ismereteit és a bizalmi tőkét. A gyermekorvosi alapellátó az egészség fejlesztését, a betegségek megelőzését, a gyógyítást és a gondozást közvetlenül vagy más ellátókkal együtt, az egészségügyi szükségleteknek és a rendelkezésre álló forrásoknak megfelelően végzi.

A gyermekorvosi alapellátóknak ezeket a lehetőségeket hatékonyan kell kihasználniuk, hogy pácienseik a legjobb ellátásban részesüljenek. Mindezt a többi szakemberrel

együttműködve és a kórházi ellátásra (secondary care) telepített magas szintű eszközrendszerrel (high technology) is igénybe véve érhetik el. Az alapellátó gyermekorvosnak az egészségügyi ellátórendszer sokszínűségében irányítania kell betegeit. Segíteni kell őket abban, hogy mikor és hol kell a különböző szolgáltatásokat igénybe venni, és hogy felesleges vizsgálatokat és kezeléseket ne kelljen elviselniük.

A házi gyermekorvosoknak aktív szerepet kell vállalniuk pácienseik iskolai és szociális nevelésében, és a szülőkkel, a tanárokkal kapcsolatot tartva, szükség esetén gyermekvédelmi tevékenységet is folytatniuk kell. Ki kell fejleszteniük a személyiségközpontú, család- és közösségorientált megközelítést, és a pácienseik problémáit életkörülményeikkel összhangban kell megoldani.

A kiindulási pont mindig a „gondozott”, és nem a személytelen „patológia” vagy „eset”. Ez a szemlélet fontos a diagnózis felállításához és a betegségek kezeléséhez, de ahhoz is, hogy a beteg és családja megfelelően tudjon a betegséghez viszonyulni (egyéni sorsok, hitek, félelmek, elvárások és igények).

Az alapellátásban a problémák megjelenése („amorf panaszok”), a különböző betegségek prevalenciája és incidenciája, a súlyos betegségek számaránya jelentősen különbözik a kórházi ellátásától. Itt a döntési folyamat nagyrészt

a betegség specifikus bekövetkezési valószínűségén alapul, s ezt a döntést beteg és lakókörnyezetének ismerete is befolyásolja. Az alapellátásban a klinikai tünetek és a diagnosztikus tesztek prediktív értéke is eltérő súllyal esik latba. A szövevényes szakmai, emberi és gazdasági korlátok és érdekek következtében sok európai ország a házi orvosok vagy a családorvosok kezébe adta a gyermekek orvosi alapellátását. Ezek a szakemberek azonban a jelenlegi oktatási rendben csak rövid és hiányos gyermekgyógyászati képzést kapnak, amely néhány hónapig tart és rendszerint olyan helyeken történik, ahol egészséges gyermekeket és tömegesen előforduló, enyhe betegségeket csak ritkán láthatnak, ezért nem lehet őket felkészíteni a területi gyermekellátás számos aspektusára. Azok a házi orvosok, akik speciális képzést kaptak a felnőttek komplex és folyamatos ellátásához, elégtelen felkészítésben részesülnek a gyermekek egészségi gondjainak megoldásához.



A gyermekgyógyászat nemcsak egyszerűen a „nagyon fiatalok és a nagyon kicsik” orvoslása. A gyermekek ellátása speciális ismereteket, etikát, empatikus hozzáállást feltételez, és az orvosi alaptudományok (anatómia, élettan, patológia stb.) sajátos alkalmazását igényli. A gyermekgyógyászatban azok a betegcsoportok kerülnek előtérbe (genetika, fejlődési rendellenességek, anyagcserezavarok, vakcinációk stb.), amelyeknek a felnőttgyógyászatban nincs nagy jelentősége.



A gyermekgyógyászok feladata – mivel pácienseik többsége fiatalok – a gyámsági és gondnoksági ügyek megoldása is, számításba kell venniük a speciális felelősségi viszonyokat és törekedniük kell az információ alapuló konszenzusra. Arjajev ukrán professzor a következőképpen foglalta össze azokat a lehetőségeket, amelyek a gyermekorvosok és családorvosok közös jövőképét meghatározhatják: „a családorvosok vagy visszavonulnak a gyermekek alapellátásából, vagy a gyermekorvosokkal versenyezve, jobb esetben együttműködve biztosítják ellátásukat.”

SPECIÁLIS SZAKTERÜLET

Az utóbbi évtizedben az orvostudomány figyelme a betegségek kezeléséről azok megelőzésére, a szűrésekre, az ellenőrző vizsgálatokra terelődött. Ez a változás leginkább a gyermekgyógyászatot érintette. A növekedés, a fejlődés és az egészség monitorozása a gyermekorvosi rendelőkben történik, a ma alapellátó gyermekorvosának ez áll tevé-

kenysége középpontjában. Ráadásul ezek a szakemberek az elsődleges forrásai mindazon ismereteknek és tanácsoknak, melyeket a szülők igényelnek gyermekük testi egészségére, fejlődési ütemére, viselkedésére vonatkozóan. A gyermekorvos részvétele a gyermekek nevelésében sajátos partneri kapcsolatot is feltételez. Más orvosoktól eltérően, a gyermekorvosoktól megkövetelt ismeretanyag és szakértelm elkerülhetetlenül túlterjed a diagnózis és terápia felelősségén, és magába foglalja mindazon diszciplínákat, melyek a növekedő gyermek világát érintik (emberi viszonylatok, oktatás, elvárható viselkedés az adott kulturális környezetben stb.).

ÉLETKORI HATÁROK

A páciensek életkora a házi gyermekorvosi ellátásnak természetesen határt szab. A gyermekorvos felelőssége a születéskor kezdődik, de – az aktív prenatalis beavatkozások lehetőségének korszakában, tekintettel arra, hogy a magzat tulajdonképpen a gyermekorvos még meg nem született páciense – már a várandósság alatt részt kell vennie a postnatalis gondozásra kiható döntésekben. Például, ha a szűrés során felfedezett betegség választás elé állítja a szülőket, hogy beleegyezzenek-e a terhesség befejezésébe, vagy az anomália ismeretében elfogadják, hogy sérült gyermek szülessen. Az alapellátó gyermekorvos lehetősége az is, hogy konzultánsként, tanácsaival megelőzze a szülés utáni problémákat (szoptatás zavarai, szülést követő depressziók).



A gyermekorvosi ellátás másik végpontja a gondozás átadásának ideje, amikor az ifjú eléri a felnőttkort. Ennek pontos határidejéről vita folyik a szakemberek között. Az alapellátó gyermekorvos elvileg addig áll rendelkezésre, amíg a páciense el nem éri a törvényes felnőttkort, de ez a határ annak megfelelően változhat, hogy az ifjú mikor válik a társadalomban önálló felelősséget viselő polgárrá, de változhat aszerint is, hogy korától függetlenül mikor éri el a felnőttkorra jellemző fizikai és lelki fejlődési szintet. A gondozás felnőttellátásba történő átadásának – főleg a krónikus betegségekben szenvedők esetében – folyamatosnak, mindenre kiterjedőnek és zökkenőmentesnek kell lennie. Ez különösen a krónikus betegségben szenvedők esetében fontos. Az átadásnak csak a beteg és családjának teljes beleegyezésével, a páciens stabil állapotában szabad megtörténnie.

AZ ECPCP ALAPÍTÓ SZERVEZETEINEK NEVÉBEN
SZERKESZTETTE: SHIMON BARAK
FORDÍTOTTA: DR. KÁLMÁN MIHÁLY

III. A primer gyermekellátás sajátosságai

1. ALAPELLÁTÁSI MENEDZSMENT

- az első kontaktus kezelése,
- a problémák szelektálása,
- felelősség a teljes egészségért,
- együttműködés koordinálása más alapellátókkal és specialistákkal,
- a szakmai lehetőségek hatékony kihasználása,
- a megfelelő szolgáltatások elérhetőségének biztosítása,
- a beteg szószólójának szerepköre.

2. SZEMÉLYRE IRÁNYULT GONDOZÁS

- a problémák személyre szabott megoldása a páciens körülményeinek figyelembevételével,
- konzultációs gyakorlat, hatékony orvos–beteg kapcsolat, a páciens autonómiájának megőrzése,
- kommunikáció,
- partnerkapcsolat,
- hosszú távú, folyamatos gondozás a páciens szükségletei szerint.

3. SPECIÁLIS PROBLÉMAMEGOLDÁSI GYAKORLAT

- a közösségben előforduló megbetegedések prevalenciájával és incidenciájával kapcsolatos döntések meghozatala,

- a betegekkel együttműködve szelektív információk gyűjtése és interpretálása (kórelőzmény, fizikális vizsgálat, laborvizsgálatok),
- speciális munkamódszerek alkalmazása (hasznos vizsgálatok, az időt eszközként használja), a bizonytalanság elviselése, a differenciálatlanul megjelenő állapotok kezelése, hatékony terápiás beavatkozások alkalmazása, képesség a sürgős beavatkozásokra.

4. KOMPLEX MEGKÖZELÍTÉS

- a sokrétűen jelentkező akut és krónikus panaszok egyidejű kezelése,
- egészségfejlesztés, a megfelelő életminőség biztosítása preventív stratégiák alkalmazásával,
- a prevenció, a gyógyítás, a gondozás, a fájdalomcsillapítás és a rehabilitáció koordinálása.

5. KÖZÖSSÉGRE IRÁNYULTSÁG

Az egyén és a közösség egészségi szükségleteinek összeegyeztetése a rendelkezésre álló források figyelembevételével.

6. HOLISZTIKUS SZEMLÉLET

Bio-pszicho-szociális modell alkalmazása, mely figyelembe veszi a kulturális, a lelki és a gazdasági dimenziókat.

Kávészünet-12 konferencia 2010. május 14–16.

Siófok, Hotel Azúr Konferenciaközpont

A rendezvény **30 pontra** akkreditált.

Akkreditált előadások:

Genetika

A molekuláris genetika módszereinek és eredményeinek alkalmazása az immunhiányos betegek ellátásában

Prof. Dr. Maródi László,
DEOEC Infektológiai és Gyermekimmunológiai Tanszék

A spinális izomatrófia genetikai háttere és vizsgálata

Dr. Karcagi Veronika, Országos Közegészségügyi Intézet,
Molekuláris Genetikai és Diagnosztikai Osztály

Öröklődő zsíryanagcsere-betegségek gyermek- és serdülőkorban

Dr. Szamosi Tamás, SE II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

A Duchenne/Becker izomdisztrófia molekuláris genetikai diagnosztizálása

Dr. Píkó Henriett, Országos Környezetegészségügyi Intézet
Molekuláris Genetikai és Diagnosztikai Osztály

A genetikai tanácsadás gyakorlati lehetőségei

Prof. Dr. Fekete György, SE II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Gyermekkori elhízás

Elhízás globális jelentősége, co-morbiditások

Dr. Molnár Dénes, POTE Gyermekgyógyászati Klinika

Az intrauterin és korai postnatalis tápláltság és fejlődés hatása a későbbi betegségek kialakulására

Dr. Molnár Dénes

Születés kori tápláltság és a korai súlygyarapodás összefüggései a későbbi tápláltsági állapottal (magyar populáció adatai).

Joubert Kálmán, KSH Népegyésztudományi Kutatóintézet,
Zsóky Annamária, Gyenis Gyula, Molnár Dénes,

Az elhízás epidemiológiája

Dr. Kovács Éva, POTE Gyermekgyógyászati Klinika

Az elhízás genetikája

Dr. Bokor Szilvia, POTE Gyermekgyógyászati Klinika

Endokrin eredetű elhízás

Dr. Erhardt Éva, POTE Gyermekgyógyászati Klinika

Neonatalógia

Az újszülöttek korai hazaadásának potenciális veszélyei

Dr. Orvos Hajnalka, SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Az otthon szülés veszélyei: szülészeti szempontok

Dr. Németh Gábor, SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Az otthon szülés veszélyei: neonatológiai szempontok

Prof. Dr. Katona Márta, SZTE Gyermekgyógyászati Klinika



Influenzahelyzet a világban

Magyarországra is megérkezett az influenzajárvány, de valószínűleg a csúcspontot még nem értük el, súlyosságát, következményeit nehezen tudjuk felmérni. Talán segít, ha némi információval rendelkezünk arról, hogy mi zajlik körülöttünk és a világban.

Kezdjük az Egyesült Államokkal. A CDC hetente tájékoztat honlapján az előző hét influenzahelyzetéről és sajtóértekezletet is tart, ahol a legfrissebb információkat közli. Nézzük, mit jelentettek december elején. Az influenzajárvány országszerte tombol, bár az utolsó hetekben a megbetegedések száma csökkenő tendenciát mutat. Az elmúlt héten 16 gyermek halt meg influenza következtében, közülük 13-ban kimutatták a H1N1 vírust. Ezzel az elmúlt hat hónapban 267-re emelkedett a gyermekkori halálos esetek száma. A halott gyermekek kétharmada valamilyen alapbetegségben szenvedett, egyharmaduk addig egészséges volt. Fokozottan veszélyeztetettek az asztmás és neurológiai károsodásban szenvedő gyermekek. A halál oka gyakorlatilag minden esetben pneumónia volt, többnyire bakteriális, Staphylococcus aureus vagy Pneumococcus okozta. A szakértők kiemelik, hogy az évnek ebben a szakaszában még soha nem láttak ennyi influenzás megbetegedést, hiszen a tipikus influenzaszézon decemberben kezdődik és májusig tart. A kórházi felvételek száma már most meghaladja azt, amely egy szezonális influenzajárvány alatt összesen előfordul. Azt is fontosnak tartják megjegyezni, hogy a kórházi felvételek és a mortalitás emelkedése általában később követi a megbetegedések számának emelkedését, ezért a jelenlegi számok a jövőre nézve nem mérvadók. Bár az új influenza mortalitása alacsonyabbnak tűnik, mint a szezonálisé, ennek oka az idős emberek relatív védettsége. A fiatalabb, gyermek- és fiatal felnőtt-korosztályban azonban a halálozás jóval magasabb, mint a szezonális járványok esetén, és sokszor teljesen egészségeseket érint, ami teljességgel szokatlan. E korcsoport halálozása többszörösen meghaladja a szezonális influenzajárvány alatti mortalitást. Az amerikai hatóságok becslése szerint az elmúlt fél évben, április és november között kb. 47 millió ember kapta el a H1N1-fertőzést. A kórházi fel-

vételek számát 154 és 303 ezer közé, a halálos eseteket 7070 és 13 930 közé teszik. Az eddig ismert rizikócsoportok mellett úgy tűnik, hogy a diabéteszesek is nagyobb számban kerülnek kórházba, az összes felvétel 19%-a közülük kerül ki.

Ami a gyerekeket illeti, számításaik szerint eddig 16 millió 18 év alatti betegedett meg, mintegy 71 000 került kórházba, és kb. 1090 gyermek halt meg.

Európában a helyzet hasonló. Az igazolt halálos esetek száma november végén 1393 volt, de mint a fentiekből kiderül, a valószínűleg ennek többszöröse. Az ECDC adatai szerint a halottak száma szinte naponta duplázódik meg Európában. Igen nagy a megbetegedettek száma Európa-szerte, és különösen magas a gyermekkori megbetegedések aránya. Becslések szerint az ún. „attack rate”, vagyis hogy egy megbetegedett hány újabb embert betegít meg, 7 és 15% között van, de közösségekben lévő gyermekek esetén ez a szám meghaladja a 30%-ot.

Az utóbbi hetek híre, hogy Magyarországon egy gyermeknél influenza okozta agyvelőgyulladást diagnosztizáltak. Ez a szövődmény már az előző influenzajárványok alatt is előfordult, de úgy tűnik, hogy a jelenlegi vírus gyakrabban okozza. Egy november végén megjelent japán közlemény 60 esetről számol be. Az encephalopathia elsősorban 15 év alattiakban fordult elő (95%), a betegek átlagos életkora 8 év volt. A tünetek többnyire a betegség első két napján jelentek meg, elsősorban tudatzavar formájában, ehhez sokszor társult epilepsziás görcs és egyéb idegrendszeri tünetek. A gyermekek 20%-át kellett lélegeztetni. A betegek 83%-a nyom nélkül, 12%-uk maradványtünetekkel gyógyult, 5% meghalt.

A vakcinákról. Az Egyesült Államokban továbbra is nagyon sokan panaszkodnak arról, és ezt a hatóságok is megerősítik, hogy nincs elegendő H1N1 elleni vakcina. A gyártók (jelenleg 5 cég) nem győzik kapacitással a keresletet, annak ellenére, hogy ott is sokan vannak – még a rizikócsoportokban is – akik nem akarják beoltatni magukat. Csak hogy a számokkal tisztában legyünk. Évente mintegy 100 millió dózis szezonális vakcinával történik oltás

az USA-ban. A H1N1 elleni védőoltásból az elmúlt hétig összesen mintegy 85 millió dózist sikerült kiszállítani, a tervezett mintegy felét. Ugyanakkor a legtöbb európai országban nincs széles körű vakcináció, általában csak a prioritált csoportokat oltják.

A WHO adatai szerint eddig világszerte több tíz millió embert oltottak be az új influenza ellen és egyik H1N1 elleni vakcina sem okozott az eddigi adatok szerint sok vagy súlyos mellékhatást, így a Guillain-Barré-szindróma előfordulása sem nőtt meg. Érdekes az a közlés, hogy egyes H1N1 elleni vakcinákból eredetileg két dózist javasoltak, de tekintettel az hatékonyságukra, és arra, hogy kevés vakcina áll rendelkezésre mindenhol, a WHO azt ajánlja, hogy a kétszeri dózis helyett minél többeket oltsanak egyszeri dózissal.

Figyelemfelkeltő hír, hogy néhány immunkompromittált beteg oseltamivir-rezisztens vírussal fertőződött, és ez köztük járványszerűen terjedt. A WHO ezért külön iránymutatót készített az immunkompromittált betegek influenzájának kezelésére.

Még néhány szó az antivirális szerek használatáról. Enyhe és nem a rizikócsoportba tartozók szokásos megbetegedésekre ezekre nincs szükség. Azonnali adását javasolja azonban a WHO terhesek, 2 éven aluli gyermekek és a rizikócsoportba tartozók influenzás megbetegedése, valamint egyébként egészséges emberek progresszív tünetei esetén. Pneumónia diagnózisa antivirális és antibiotikus kezelést tesz szükségessé. A vírus mindkét, forgalomban lévő gyógyszerre érzékeny, ezért a mihamarabbi kezelés életet menthet.

A fentiek az éppen aktuális képet tükrözik, de a helyzet szinte naponta változik. A pandémiával kapcsolatban naponta jelennek meg megbízható és álhírek, ezért nagyon fontos, hogy csak a szakmailag elfogadható helyek tájékoztatását vegyük figyelembe. Sem pánikra, sem a helyzet súlyosságának lebecsülésére nincs jelenleg okunk. Az összes nemzetközi egészségügyi hatóság azonban nem győzi hangsúlyozni, hogy a védőoltás az egyetlen, amely a járvány terjedését megakadályozhatja.

Gyorsan kiszáradáshoz vezethet

MIÉRT FONTOS A ROTAVÍRUS-FERTŐZÉS RŐL BESZÉLNI?

A betegségek megelőzése közös feladatunk. Sajnos Magyarországon még mindig nem terjedt el általánosan az a gondolat és gyakorlat, hogy a hatékony prevencióba befektetett energia és pénz a későbbiekben nagymértékben megtérül.

Így van ez a rotavírus kiváltotta gastroenteritissel is. Ma már jól ismert, hogy a csecsemőkor és kisdedkor súlyos hányással, hasmenéssel járó akut betegségekért legnagyobb arányban a rotavírus-fertőzés a felelős.

Az EU-tagállamokban évente 87 000 kisgyermek kerül kórházba rotavírus okozta gastroenteritis miatt. Ritkán halálesetek is előfordulnak, ami nem fogadható el Európa magas szintű egészségügyi helyzetében. Magyarországon évente 2500–3000 esetben a kórházi ápolást igénylő gastroenteritisek kórokozója a rotavírus. Jól tudjuk azonban, hogy ez a szám csupán a jéghegy csúcsa, hiszen a háziorvos által ellátott, otthon ápolat esetekről nincs tudomásunk. De azt is tudjuk, hogy a rotavírus nem válogat, gyakorlatilag 5 éves korig minden gyermek szociális helyzetétől függetlenül átesik a fertőzésen.

A rotavírus-fertőzés sajátossága a rapid lefolyás, amely gyorsan kiszáradáshoz vezethet. A szülő gyakorlatilag tehetetlen. A legérzékenyebbek a fertőzésre a legkisebbek: a csecsemők és a kisdedek. Őket érinti a legsúlyosabban a kórkép, nem ritka a napi 8–10 alkalommal jelentkező vizes hasmenés, a hányás következtében kialakult táplálhatatlanság, itathatatlanság és mindezek következménye a kiszáradás, amely ördögi körként egyre súlyosabb állapotba taszítja a beteget.

Azt gondoljuk, hogy az exsiccosis kezelése egyszerű és olcsó, hiszen „csak” infúziót kell adni a kis betegnek, és néhány nap alatt gyorsan rendeződik az állapota. Ez azonban nem így van. A betegség átlagosan 8–10 napig tart, és súlyos esetben a kórházi kezelés akár egy hetet is igénybe vehet. Az infúzióhoz szükséges véna biztosítása az összeesett érrendszer miatt gyakran 5-6 szúrásból sikerül, az infúzió adásához a gyermeket le kell fogni, kezét-lábát ki kell kötni.

Emellett tudományos vizsgálatok igazolták, hogy a rotavírus-fertőzés provokálhatja olyan más betegségek kialakulását, mint a lisztérzékenység, fiatalkori cukorbetegség, gyulladáshoz vezető bélbetegségek.

Mindezek ismeretében jogos az a feltetelezés, hogy a rotavírus-fertőzés azon betegségek egyike, amelytől a szülő mindenképpen óvna gyermekét, ha van erre lehetősége.

KINEK ÉS MIKOR?

Az Európai Gyermekinfektológiai Társaság (ESPID) és az Európai Gyermekgasztroenterológiai Társaság (ESPHGAN) közös ajánlása alapján minden egészséges csecsemőnek javasolt a védőoltás. Az anyatejes táplálás nem befolyásolja a vakcina hatékonyságát, a csecsemők speciális csoportjaiban (koraszülöttek, HIV-fertőzöttek) a rotavírus elleni vakcináció naptári kornak megfelelően, az orvos megítélése szerint elvégezhető.

A rotavírus-gastroenteritis megelőzésére szolgáló vakcina esetében minél hamarabb, akár már a szülés előtti időszakban érdemes felvilágosítani a szülőt, hiszen a rotavírus-vakcinák beadásának időtartama korlátozott. A korrekt és lényegre

törő tájékoztatás különösen fontos, mert a szülőnek akkor kell döntenie erről a vakcináról, amikor még nem ismeri a rotavírus okozta betegségeket, nem találkozott a súlyos kiszáradás problémájával, mindennapjait egészen más jellegű kérdések és tennivalók határozzák meg.

A tájékoztatás során hangsúlyozni kell, hogy minden csecsemő és fiatal gyermek ki van téve a rotavírus-fertőzés veszélyének, és nincs olyan rizikófaktor, amely hajlamosítana súlyos betegség kialakulására, kórházi kezelés szükségességére és halálozásra. Ennek következtében a rizikófaktorokra épülő vakcinációs program nem alkalmazható rotavírus esetében. Természetesen nem dönthetünk a szülők helyett, azonban a mi felelőségünk az, hogy a megfelelő információt a betegségről és a védőoltás hasznosságáról, hatékonyságáról megadjuk. Sok szülő akkor hall a védőoltásról először, amikor már nem tehet semmit.

Nem szabad elfeledkeznünk arról, hogy tájékoztassuk a szülőket arról, hogy a rotavírus-vakcina nem „hasmenés elleni védőoltás”. Természetesen a kisgyermeknek lehet más kórokozók (calicivírus, baktériumok) által kiváltott hasmenéses betegség, vagy akár enyhe rotavírus-gastroenteritise is. A korai, az első természetes rotavírus-fertőzés előtt történő vakcináció a legsúlyosabb lefolyású betegségeket és maradványtüneteket előzi meg az egészséges gyermekeknél.

DR. ONOZÓ BEÁTA

KLINIKAI VEDŐOLTÁSI SZAKTANÁCSADÓ,
KLINIKAI IMMUNOLÓGUS, ALLERGOLÓGUS,
GYERMEKGYÓGYÁSZ

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM,
GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Réka meséi – hiánypótló mesekönyvsorozat

A sorozat gyermekek és szüleik számára közérthető formában mutatja be a gyakoribb gyermekbetegségeket, baleseteket és felhívja a figyelmet a védekezés, a személyi higiénia fontosságára.

Csökkenti a gyermekek hiányos ismeretekből adódó szorongását, félelmét.

A kiadványt támogatja a MOK, a HGYE, a NOE, az Otthon Segítünk Alapítvány és a www.babaszoba.hu.

A sorozat első két meséje a „Réka oltásra megy” és a „Réka és az influenza” 1990 forintért kapható a jelentősebb könyvesboltokban, bevásárlóközpontokban. Megrendelhető a weboldalon www.rekamesei.hu, vagy e-mailben voxnova@t-online.hu. A Vox Nova Kiadó az Egyesület tagjai számára 50% kedvezményt biztosít. Kérjük, hogy a megrendelésnél a HGYE-tagságot tüntessék fel (zárójelben a megrendelő neve mögött).

A kamaszkori önsértő magatartásról és öngyilkosságról

dr. Szolnoki Nikolett Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház



Önsértő magatartásról beszélünk, ha az illető fizikailag bántalmazza saját testét, hogy közérzete, hangulata, feszültségi szintje változzon. Ez sokszor nem tudatos vagy egyértelmű cél, esetleg később válik azzá. Legtöbbször indulati állapot előzi meg. Ez a viselkedésforma kamaszok körében egyre gyakoribb. A kiváltó ok különböző, az önsértés módja sokféle lehet: vágás, metszés, (falcolás), karmolás, karcolás, harapás, égetés, csipkedés, tépés (bőr, haj), ütés, ütögetés, falba verés (ököl, fej, egyéb), extrém mennyiségű tetoválás, túlzott piercingviselet (extrém helyen vagy mértékben).

A háttérben az autoritás elleni lázadás, a kortárs csoporthoz tartozás igénye, szülői értékek elutasítása és a csoporthoz tartozás kifejezése állhat. Ezeknél is mélyebb indítatásról lehet szó, amikor a saját individualitásuk vagy önrendelkezésük átérzése és ennek durva formában való megfogalmazása és demonstrálása miatt jelentkezik önsértő magatartás. Mások méregből, indulatból vagy öngyilkossági gondolatoktól vezérelve teszik mindezt. A háttérben esetleg súlyosabb depresszió, pszichotikus állapot, bipoláris betegség, poszttraumás stressz betegség lehet. Nem hagyható ki a felsorolásból a későbbi borderline személyiségzavar kialakulásának lehetősége sem. A fiatalok nagy többsége idővel elhagyja ezt a viselkedésformát. Mentálisan retardált, autizmus-spektrumzavarban, esetleg abúzusban szenvedő vagy elhanyagoló körülmények közt nevelkedő gyerekek is gyakrabban mutatnak önsértő viselkedést.

MIÉRT ALAKUL KI AZ ÖNSÉRTŐ MAGATARTÁS?

Az önsértés több okra visszavezethető, komplex viselkedés- és tünetforma. Azok a fiatalok, akik az átlagnál is nehezebben fejezik ki magukat verbálisan, zárkózot-

tak, saját érzéseiket nehezen értik meg és/vagy öntik szavakba emocionális feszültségüket fizikai diszkomfort érzéseiket, fájdalmaikat, alacsony önértékelésüket gyakran fejezik ki önsértésben. Arról számolnak be, hogy az önsértés olyan számukra, „mintha kiengednék a gőzt”, megkönnyebbülnek utána, szavak nélkül. Mások pedig félelmet, haragot, gyűlöletet éreznek közben.

Arról a tényről sem szabad megfeledkeznünk, hogy bizonyos fiatalok rendszeresen mutatnak ilyen jellegű tevékenységet: szinte hozzászoknak ehhez mint feszültségcsökkentő megoldáshoz. Ilyen esetek háttérben már a fájdalom kapcsán felszabaduló endorfinok és az azok utáni sóvárgás is állhat, ami nehezíti az abbahagyásra irányuló külső vagy belső törekvéseket. „Nem is fáj.” – halljuk néha.

Kortársak nyomása vagy modellkövetés is trigger tényező lehet. Egyre gyakrabban tapasztaljuk, hogy falcon „divat”, egyes stílusirányzatok képviselői (pl. emo) körében elterjedt. Az esetek döntő többségében később a fent említett okok elhalványulnak, majd megszűnnek, de a sebhelyek vagy hegek a bőrön nem múlnak el nyomtalanul. A kamaszok takargatják, elfedik karjukat, szégyent éreznek a testükön látható nyomok miatt, esetleg kiközösítéstől, kritikától tartanak.

MIT TEHETNEK A FIATALOK ÉS SZÜLEIK AZ ÖNSÉRTŐ MAGATARTÁS ELLEN?

A szülőket arra érdemes bátorítani, hogy beszéljenek a gyerekekkel arról, hogy becsüljék meg, vigyázzanak a testükre, annak épségére, szépségére, hívjuk fel a figyelmet a hosszú távú következményekre. A szülők maguk is modellként szolgálhatnak, egyrészt abban, ahogy ők is óvják testüket, egészségüket, másrészt, ahogy problémáikat verbalizálják vagy kezelik.

Néhány tanács a fiataloknak, mit tegyenek az önsértő magatartás ellen: azonosítsák és fogalmazzák meg érzéseiket, fogadják el a jelen nehézségeit, de azzal a tudattal, hogy ezen lehet változtatni. Tereljék el figyelmüket az önsértés érzetének jelentkezésekor (számolás, 15 perces halasztás, hangosan mondani „NEM” vagy „NE CSINÁLD”, légyógyakorlat, relaxálás,

írás, rajzolás, zene, jég vagy gumis stranguláció), gyűjtsék, jegyezzék fel és ha lehet, vitassák meg önsértés melletti érveiket, vagy ellenérveiket. Dolgozzák ki önjutalmazásuk pozitív formáit.

Szakemberek segítségére lehet szükség a mögöttes okok azonosításának és a megoldások kidolgozásának érdekében. Legtöbbször az önsértő magatartás enyhe formája áll csak fenn. Ilyenkor a környezet optimális hozzáállása, vagyis a jelenség nem túlhangsúlyozása a cél. A falcolás sok esetben játszma, melynek túldimenzi-onálása stabilizálja a tünetet. Ennek megítélésében és érettebb megoldásmódok kidolgozásában vagy a differenciáldiagnózisban segít a gyermekpszichiáter a szülőknek és a kamaszoknak.

A valódi halálvágy azonnali intézkedést kíván. A kamaszkori öngyilkosság a 15–24 éves populációban a harmadik, 15 év alatt a hatodik vezető halálok annak ellenére, hogy hazai felmérések szerint a befejezett szuicidumok száma az említett korosztályokban az elmúlt években egyértelműen csökkenő tendenciát mutat. A középiskolás korosztály több mint felének vannak öngyilkossággal fantáziáló gondolatai, ami nem feltétlenül jelent kóros állapotot. Sok esetben a serdülőkori fejlődési krízis része, az új öndefiníció strukturálódásában nemcsak az étellel, de a halállal foglalkozó gondolatok is helyet kapnak.

A fiatalok nagymértékű stresszt, teljesíthetetlennek tűnő elvárást, anyagi bizonytalanságot, homályos jövőképet, értékconfúziót, önbecsülés- és önértékelés-zavart és egyéb félelmeket élnek át éveik alatt. Néhány fiatalnak nehézséget jelent a válással, új családba kerüléssel, költözéssel, idegen közösségbe kerüléssel való megbirkózás. Van úgy, hogy azt gondolják, hogy az öngyilkosság „megoldást” kínál számukra.

Mind a depresszió, mind az öngyilkossági gondolatok kezelést igénylő és kezelhető állapotok. Az állapot felismerése talán a legnehezebb, a kezelés vagy terápiás terv felállítása és megvalósítása ezután következik. Gyanú vagy kétség esetén pszichiátriai vizsgálat segít a körülmények vagy aggodalmak tisztázásában. A depresszió és öngyilkossági fenyegetettségnél számos közös tünete lehet.

Gyanújelek, amikre érdemes figyelmet szentelni:

- evési vagy alvási szokások megváltozása
- visszahúzódás, családi vagy baráti kapcsolatok elhanyagolása, szokásos aktivitási szint jelentős csökkenése
- agresszív reakciók, lázadás, szökés otthonról
- drog- és/vagy alkoholhasználat
- külső megjelenés feltűnő elhanyagolása
- személyiségváltozás
- állandósuló unalom, koncentrációs zavar, iskolai teljesítmény csökkenése
- szomatikus tünetek panaszolása: gyakori fáradtság, has-, fejfájás
- hobbi, más, korábbi örömforrás kerülése
- dicséret, jutalom visszautasítása

Valódi öngyilkossági gondolatokkal küzdő fiatal jelezheti, hogy:

- rossz embernek érzi magát, mint aki „rohad” belülről

- olyan kijelentéseket tesz, miszerint „nemsokára megoldódnak a problémák körülöttem”, nem leszek többé a terhetekre” stb.
- elajándékozta kedvenc tárgyait
- hosszabb lehangoltság után hirtelen indokolatlan jókedvet mutat
- pszichotikus állapotba kerül (bizarr gondolatok, összefüggéstelen mondatok, értelmetlen cselekedetek, hallucinációk)

Az internetes öngyilkossági fórumok látogatását a közvélemény veszélyesnek tartja és ellenzi. Az oldalak cenzúrázását és megszüntetését követelik, hivatkozva arra, hogy az érzelmi bizonytalanságot tovább növelhetik, módszereket, ötleteket lehet megismerni, bátorítanak a döntés meghozatalában, felerősíti a modellkövetést és a láncreakciós hatást. Egy 2008-as európai felmérés szerint azonban az ilyen weboldalak megszünteték a tabukat ebben

az erősen stigmatizált témában, csökkenik a szuicidkésztetés feszültségét (a róla való írással és kommunikálással), anonim és őszinte kapcsolatot kínálnak hasonló emberekkel.

Ha egy gyermek vagy fiatal olyan kijelentést tesz, hogy „öngyilkos leszek” vagy „meg akarok halni”, mindig vegyük komolyan és keressünk megoldást. A felnőttek sokszor maguk is kényelmetlennek találják, hogy a halálról beszéljenek, pedig már a rossz hangulatra vagy öngyilkossági gondolatokra való rákérdezés is segítséget jelenthet. Téves az a félelem, hogy ezzel ötletet adunk vagy erősítünk meg a fiatalban, a beszélgetés sokkal inkább azt az érzetet kelti a fiatalokban, hogy van, akit érdekel, mi zajlik benne és törődik az érzéseivel.

Minden önsértő viselkedés esetében érdemes kikérni szakember véleményét vagy intervencióját.

Adoleszcensmedicina-kurzus Lausanne-ban

Az OGYEI Kamaszambulanciáján dolgozó dietetikusként szerettem volna többet megtudni a serdülőkről, az adoleszcens medicináról. 2009 nyarán lehetőségem volt egy hetet tanulni Svájcban az EuTeach Summer School-on. A Lausanne-i Egyetem (Multidisciplinary Unit for Adolescent Health, University Medical Center) kezdeményezésére 1999-ben alakult egy nemzetközi munkacsoport, amelynek célja egységes európai oktatási program kidolgozása és egy kollaborációs hálózat létrehozása a serdülőkori egészség témakörében.

A programalkotók fő célkitűzése, hogy egységes oktatási alaptananyagot állítsanak össze a serdülőkkel foglalkozó európai szakemberek számára. Szeretnék minél több európai országban létrehozni és támogatni olyan helyi, multidiszciplináris adoleszcens egészségügyi hálózatot, amely feladatának tekinti a kamaszok egészségfejlesztésének oktatását. A nyári tanfolyamra érkező huszonegy résztvevő tizenhárom országból érkezett Kanadától HongKongig, Norvégiától, Dél-Afrikáig, a legtöbben az Európai Unióból. 90%-ban gyermekgyógyászok, nőgyógyászok, pszichiáterek vettek részt, de volt köztünk egy pszichológus, két ápoló, egy szociális munkás, egy menedzser is. Reggel fél kilenctől este ötig, az órarendet pontosan betartva, ahogy ez Svájcban, az órák országában illik, a következő témákat jártuk körül:

a serdülőkor definíciója, bio-pszicho-szociális fejlődés serdülőkorban, epidemiológia, a család szerepe, környezet, kommunikáció, hálózatépítés, orvosi titoktartás, beleegyező nyilatkozat, a nemi identitás problémái, kulturális, etnikai kérdések, kockázatos viselkedés, egészségnevelés, szexuális és reprodukciós egészség, táplálkozás, testmozgás, mentális egészség, gyógyszerekkel, élvezeti szerekkel való visszaélés, balesetek, erőszak és bántalmazás.

A kurzuson minden interaktív előadást csoportfoglalkozás követett, ahol képzett „asztalfelelősök” vezetése mellett dolgozott a soknemzetiségű csapat. Az egyik kiemelt téma a krónikus betegséggel élő kamaszok ellátása volt. Hangsúlyozták, hogy őket is „normálisnak”, nem csökkent értékűnek kell tekinteni. Személyiségüket, teljes lényüket kell figyelemmel kísérni, nem csak a betegségüket. Számukra is lényeges, hogy a rendelőkben mindig ugyanazokat az arcokat lássák. Ne siessünk, és ne sietessünk, a környezet legyen „betegbarát”. A titoktartásunkról biztosítsuk őket, legyünk megértők, bátorítók, ne bánjunk velük másképpen, semmit ne erőltessünk, adjunk választási lehetőségeket, őrizzük meg a humorunkat, mondjuk el, mit, miért fogunk tenni. Mindez elősegíti a bizalmas légkör és a ragaszkodás kialakulását.

A szakembereken múlik, hogy „transfer vagy transition” történik-e a krónikus betegségben szenvedő kamaszokkal, vagyis nem mindegy, hogy csak „áthelyezik” vagy „átvezetik” őket a gyermekgyógyászatból a felnőttellátásba. Svájcban ezt az átvezetést már a korai pubertáskorban elkezdik, és rendszeresen beszélnek róla. Felveszik a kapcsolatot azzal a felnőttgyógyással, aki nyitott arra, hogy fiatal, krónikus beteget átvegyen. Egy felelős személyt (családorvos, ápoló) választanak ki, aki felügyeli a váltást. Találkozót szerveznek a gyermekgyógyászok és a felnőtteket kezelő csapatok között. Kijelölnek egy személyt (szülő, barát) aki támogatja, segíti a váltásban a fiatalot.

Az egy hét alatt mindnyájan, akik ott voltunk megerősödünk abban, hogy a serdülőknek nagy szüksége van az egészségügyben dolgozók empatikus, figyelmes támogatására. A legújabb kutatások eredményeinek követése a különböző szakmák együttműködése elősegíti optimális ellátásukat és gondozásukat. A lausanne-i nyári iskola tárt kapukkal várja az érdeklődőket.

Az EuTEACH (European Training in Effective Adolescent Care and Health – Európai Képzés a Serdülőkorúak Hatékony Egészségügyi Ellátására) az interneten (www.euteach.com) hozzáférhető.

HENTER IZABELLA DIETETIKUS, EÜ. MENEDZSER
OGYEI, KAMASZAMBULANCIA

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 szándékozónak. Mottó: „normális magánélet mellett biztos megélhetés”. Részletfizetés megoldható. Érdeklődni: +36 20 569-7528 vagy zsazsa60@gmail.com
- Siklóson 1100 kártyás gyermekorvosi praxisjog eladó. Kítűnő asszisztencia. Központi ügyelet működik. Érdeklődni: +36 30 265-7766
- Budapest belvárosi, jól bevezetett házi gyermekorvosi praxis 600 fővel eladó 2010. januári átadással. Telefon: +36 70 295-0919.
- Budapest mellett (kb. 10 km) 1400 kártyás gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Központi ügyelet és helyettesítés megoldott. Érdeklődni a +36 70 376-5170 telefonszámon az esti órákban lehet.
- A Budai Vár házi gyermekorvosi praxisának működtetési joga 2010 májusától nyugdíjazás miatt eladó. Létszám 830 fő. TEK. Naprakész informatika. Sms vagy telefon: +36 20 916-6966
- Alsónémedin, Budapest zöldövezetében (6 km), dinamikus fejlődő térségben, kiváló egyéni és tömegközlekedés mellett (metrótól 20 perc) 966 kártyaszámos, 23 éve egy szolgáltatóval 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 rezsi költségét 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 +36 20 968-2684 telefonszámon lehet.
- Budapest II. kerületi önálló rendelőbe, 2009. novemberből 1 évre, gyes miatt, állandó helyettesítést keresek. Érdeklődni: Dr. Czok Melinda, telefon: +36 30 361-2431 vagy e-mail: manomed@gmail.com
- Budapesttól 23 km-re, Tárnokon 1100 kártyás házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Telefon: +36 20 460-2515
- Budapesten, a XVIII. kerületben, családi ház aszisztenciában, 950 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődés: +36 20 912-5561 telefonon, vagy e-mail: cecilia.timon@t-online.hu
- Miskolci, 740 fős gyermekpraxis eladó. Korszerűen felújított, önálló rendelőhelyiség, jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet, gyakorlott és megbízható asszisztencia, naprakész informatikai rendszer biztosított. Fizetési feltételek személyes tárgyalás alkalmával. Érdeklődni lehet: +36 20 923-5015 telefonszámon.
- Kecskeméten 900 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a +36 76 475-035 telefonszámon este 19 és 20 óra között lehet.
- Budapesttől 45 km-re, Pilis városába, házi gyermekorvosi praxisomban gyermekgyógyászt keresek heti 2 napra (esetleg több napra is). A város könnyen megközelíthető a 4. sz. főúttal rajta, Budapesttől vonattal kb. 35 perc. Érdeklődni: telefon: +36 20 462-6312, e-mail: ildikonagy@atlas.sk
- Gyermekorvos helyettesítést vállal: Székesfehérvár, Velence, Gárdony, Érd környékén. Hétfőn nappali ügyeletet, számlaképesen is. Telefon: +36 20 346-1953; Dr. Valkó Péter Tamás
- 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 +36 56 591-012 telefonszámon vagy a gizella23@citromail.hu címen.
- Miskolcon házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni: +36 30 382-5577 telefonszámon
- Óbudai-békásmegyeri házi gyermekorvosi praxisomat eladnám. További információkért keressen telefonon: +36 30 381-1616



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@upcmail.hu

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

HÁIRVIVŐ

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 Simon Lilli, címlapfotó: Konkoly-Thege György, belső fotók: Szamosi János