

Feltételes mód

Évekkel ezelőtti feljegyzésem akadt a napokban a kezembe. Akkor ezt írtam: „Az életkor előrehaladásával évről évre több kollégánk akarja praxisát eladni, és abbahagyni a munkát. Egyre többen szembesülnek azzal a ténnyel, hogy nincs, aki megvegye működtetési jogukat, praxisukat, mert nem akad fiatal, aki a területi munkát hivatásának választaná, aki fantáziát látna egy praxis megvásárlásában. Akinek megérné a törlesztőrészek felvállalása, hiszen azt a praxis úgymint «kitermelné». Akinek a területi gyermekorvosi munka életcél jelentene”. Már akkor sok volt a feltételes mód... A helyzet ma – ha lehet – még rosszabb! Érthető, ha a végzős medikusok vagy eleve más orvosi szakterületre törekednek, vagy a jóval biztosabb egzisztenciát jelentő külföldi munkavállalást választják.

S mi marad a magyar betegeknek? Az egyre hosszabb várólisták. A munkaerőgondok ugyan végiggyűrűznek az egész gyermekgyógyászatban, de az alacsony presztízsz miatt különösen az elsődleges területi gyermekellátás került az utóbbi évtizedekben nehéz helyzetbe. A képzési keretszámok tervezésekor sem veszik figyelembe ennek az ellátórendszernek a munkaerő-szükségletét. A valóságban, a szavakon túl senki sem törődött ezzel, a – lakosság 20%-át ellátó – rendszerrel. A részletek, a mindennapi problémák, az ellátás valóságos minősége eddig nem igazán került a szakmapolitikai vizsgálódás fókuszába.

Az elfogadható, hogy a gyermeklakosság számához mérten országosan túl sok a gyermekorvosi praxis. A fővárosban és néhány nagyvárosban igaz ez a megállapítás. De ugyanez nem mondható el az úgynevezett „fehér foltokra”. Itt nagyon kellene a gyermekorvos. A sokszor hangoztatott verdikt, hogy „falun nem lehet gyermekorvosi praxist létesíteni, mert nagy a terület és kevés a gyerek. Ott csak maradjon a vegyes praxis, már csak azért is, mert azok egy része úgymint csak a gyermekkártyákkal tartható fenn.” Más megoldásokon még csak gondolkodni sem kellett. Azt, hogy valójában hol és mikor oldódik meg egy egészségügyi probléma, azt eddig konkrét összefüggésekben nem vizsgálta senki. A betegek útjai nagyrészt kifürkészhetetlenek maradtak. E mentalitás eredménye a mai állapot, amikor a rendszer túlélése utánpótlás, fiatalítás híján, legalábbis kétséges. A helyzet előidézói talán ma már látják korábbi tévedésüket, de a korrekció még mindig várat magára.

Hátráltatta érdekeink érvényesítését az is, hogy az évek során megpróbálták különböző országos intézetekbe, intézményekbe „benyomni” a házi gyermekorvoslás ügyét. Nem igazán sikerült, hiszen például a házi orvosi rendszer és a klinikai-kórházi gyermekgyógyászat ugyan közelálló területek, de gondjaink korántsem azonosak. Ráadásul sokszor érdekeink is keresztezik egymást.

Civilként többnyire csak a pálya széléről „szurkolhattunk”.

Az ÁNTSZ szakfelügyeleti rendszerébe való beépülésünk rövid ideig reményt adott. Mára már kiderült, hogy ez a rendszer, a fennálló jogszabályi keretek között mozogva nem képes reformértékű hatással lenni a gyermekorvosi alapellátás fejlesztésére.

Az új kormányzat még épphogy hivatalba lépett. Gondolkodása, szándékai pontosan még nem ismerhetők. Csak a párbeszéd kezdeteinél tartunk. A helyzet közben egyre „fokozódik”, a problémákat meg csak toljuk magunk előtt. Valamit most már lépni kellene! Ezt igénylik és érdemlik a gyermekek, de a jelen és a jövő gyermekorvosai is.

Talán még nem késő!

Dr. Huni King

TARTALOM

- Az egészségpolitika tervei 2–4
- Fővárosi helyzetkép 6–7
- Jobbak a gyermekorvosok . . . 9
- Morális zuhanás 10–13
- Házi gyermekorvosi szakvizsga 13
- Szlovákia: se iskolaorvos, se védőnő! 14–15
- Árvíz 15
- Rosszul táplálkozunk 16
- A régi új tbc 17
- Pályázat 19
- Praxisok 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2010-ben:



Az irány egyértelmű



Velkey Györgyöt, a két hazai gyermekórház egyikének, a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekórházának a főigazgatóját, a Magyar Gyermekorvosok Társaságának főtítkárát, a Kórházszövetség leendő elnökét nem igazán kell bemutatnunk. Régóta ismerjük, hallottuk kongresszusokon, konferenciáinkon, véleményére akkor is kíváncsiak lennénk, ha most nem volna az egészségügyért felelős államtitkár legszűkebb kabinetjének tagja.

☒ Részt vesz a döntéshozási mechanizmusban, napi kapcsolatban vagy az egészségügy korszerűsítésének irányítóival, hetente többször, éjszakába nyúló megbeszéléseken keresitek az aktuális kérdésekre a választ. A földi halandó mégis inkább a csendet érzékeli, nem sok hang szűrődik ki. Mi készül?

A jelenlegi egészségügyi kormányzatnak eddig sok idejét kötötte le az új működési mechanizmus kialakítása. Számtalan olyan kérdéssel találkoztunk eközben, amit azonnal rendezni kellett, csak példaként említem a rezidensekkel, patikaliberalizációval, kórházak működésének fenntartásával kapcsolatos kérdéseket. Az első száz napon látványos döntések nem születtek, megalakultak viszont és dolgoznak a stratégiai kérdésekkel, jogszabályalkotással foglalkozó munkacsoportok. Bár az államtitkárságnak van világos koncepciója, hogy úgy mondjam, stílusjegye Szócska Miklós

államtitkár úrnak, hogy a döntéseket az eredményesség érdekében a lehető leg szélesebb szakmai megegyezésre alapozza. A látszólagos késlekedésnek ez a folyamatos konszenzuseresés áll a háttérben, hisz a változtatások sikeréhez fontos, hogy az orvostársadalom magáénak érezze a döntéseket. A menetrend minden látogat ellenére elég feszes. Most a második sebességfokozatba kapcsolunk, bár látjuk, hogy a jelenlegi gazdasági mozgástérben gyors előrelépésre, nagy átszervezésekre nem adódik lehetőség.

☒ Mi a helyzet szűkebb szakmákat illetően? Van-e remény arra, hogy magáévá teszi az ágazati vezetés a HGYE – Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium által is elfogadott – javaslatait?

Régóta ismerem, és részint az én közvetítéssel az államtitkárság vezetői is ismerik a HGYE dokumentumait. Következős, jól összeállított javaslatokat teljes erővel képviselem. Az általatok kidolgozott koncepciót az elmúlt kormányzatok részéről sem érte kritika, más kérdés, hogy történt-e előrelépés az ügyben. Elfogadják tehát, hogy a gyermekellátás az alapellátástól a szakellátáson át a fekvőbeteg-ellátásig az egészségügy egységes alrendszere. Egyetértés van abban is, hogy a fiatalokat 18 éves életkorukig gyermekorvosnak kell kezelnie, és ennek értelmében alapellátásukat is mindenhol gyermekorvosnak kell végeznie, hogy nem tartható, ha a nappal és hét közben gyermekgyógyászra bízott gyermekeket ügyeletben háziorvos látja el. A radikális döntések megvalósítása azonban időigényes folyamat. Nem pusztán szakmai szembenéllást, hatósági akadályokat kell ehhez leküzdeni, de meg kell oldani a kérdés humán erőforrás-igényét, vagy finanszírozási oldalát is. Beneda Attila kabinetfőnök (korábbi háziorvos) irányításával most szerveződik az alapellátás korszerűsítésével foglalkozó munkacsoport, amely bizonyosan támaszkodik majd a HGYE együttműködésére. A kormányzati szándék, az irány tehát egyértelmű.

☒ Ha minden 18 éven aluli számára gyermekorvosi alapellátást szeretnénk nyújtani, és tudomásul vesszük az ország településszerkezetét, az el látók öregedő korátlagát, az utánlátás hiányát, képtelenség az „egy

falu – egy orvos” elvének további fenntartása. Van-e fogadókészség az egészségügyi, akár gyermek-egészségügyi központok kialakítására?

Az alapellátás átszervezésének stratégiai iránya, hogy a jelenlegi izolált ellátóhálozat helyett a jóval hatékonyabb csoportok képzése felé mozdulunk. Sokféle gyakorlati megoldás képzelhető el, a helyi sajátosságoktól függően létrejöhet funkcionális egység különálló vagy központi rendelőekben dolgozó kollégák között, kizárólag gyermeket, vagy gyermeket és felnőttet egyaránt ellátó központokban. Nemcsak az alapellátás eddigi résztvevői dolgoznának közös irányítás alatt, hanem megjelenének a társszakmák képviselői és a kisegítő munkatársak is, a gyógytornásztól a pszichológusig. A mai lehetőségeknél jóval hatékonyabban lehet majd a munkatársakra támaszkodni, alkalom nyílna egy belső konzultációs rendszer kialakítására. A csoportképzésnek éppen ez, az emberi erőforrás, az idő és az infrastruktúra jobb kihasználása a célja. A kormányzat úgy látja, az alapellátás presztízse emelkedik, és szakmai minősége javul, ha ezen az úton megyünk tovább. És van itt egy filozófiai elem is: a csoport mindig erősebb az izolált egyéneknél.

Az ellátás minőségének meghatározó eleme, a stratégiai lépések másik iránya, a betegutak jobb kialakítása. Az ésszerűség határain belül a praxisközösségek döntenek majd el, hogy melyik gyermekpulmonológiai vagy gasztroenterológiai rendeléssel, melyik kórházi gyermekosztállyal építik ki kapcsolatrendszerüket. Világos konzultációs rendszer alakul majd az egymással kooperáló, egymásra is ható alapellátás, szakellátás és fekvőbeteg-osztály között, lerövidül a közöttük ma sokszor túlságosan is nagy tetsző távolság.

☒ Mi lesz a ma még hivatalok által kijelölt, sokszor rendkívül irracionálisan működő betegutakkal?

A járóbeteg-ellátás területén már határon kívül helyezte a vezetés a rendkívül sok zavart okozó előírásokat. Most az a cél, hogy az alapellátás felől induló, alulról szerveződő, életszerű utakat építsünk ki. A kórházi rendszernek is meg kell persze szerveznie a maga – saját struktúrájához kapcsolódó – betegútjait. Az életszerűtlen, két progresszivitási szintre épülő súlyponti kórházi rendszert a szakmai tra-

díciók alapján elfogadott progresszivitási lépcsőkkel kell felváltani. Amit kizárólag országos központban lehet végezni, azt végezzék ott, ami megyei, vagy akár több megyét összefogó osztályon, egyetemi központban látható el, annak legyen ott a helye. Hogy a saját szakmámnál, a gyermek-intenzívellátásnál maradjak: történelj az első invazív beavatkozás a megyei osztályon, de a stabilizálást követően kerüljön a beteg az erős területi központba, amiből 8-10 is elég lehet országosan. Ugyanakkor vigyük le a sürgősségi ellátás alapegységeit a lakossághoz közeli járó- és fekvőbeteg-ellátó központokba. Szakmai racionalitás alapján, a jelenlegi kapacitások jobb kihasználásával, a progresszív ellátás szabályainak megfelelően történjék meg tehát a betegutak kijelölése. A különböző szintekhez viszont megfelelő forrást is kell rendelni, emberit és anyagit egyaránt. A felülről meghatározott és alulról szerveződő betegutaknak találkozniuk kell, az alapellátás azon a ponton kapcsolódhat a rendszerhez, ahol azt a betegellátás szakmailag igényli. A szervezés 2011-ben indul. Többéves munka vár majd ránk, önmagában is hatalmas eredmény lenne, ha a kormányzati ciklus végére kiépülhetne a rendszer.

Érintetted a kórházi struktúra kérdését. Mi a koncepció, maradnak, vagy megszűnnek a jelenlegi kiskórházak?

A mai kórházszerkezet merev, ágyszám-centrikus. Sok benne az irracionális elem.

Rendezőelvünk az, hogy új funkciókat kell adni a kiskórházaknak. Olyan szolgáltatásokat kell nyújtaniuk, amelyekre az adott környezetben szakmai szükség van. Adjanak lehetőséget lakosságközeli járóbetegellátásra, mert lehetetlen, hogy Ballasagyarmatról Budapestre kelljen utazni egy gyermekpulmonológiai rendelésre, és biztosítsanak lehetőséget egynapos fekvőbeteg-ellátásra, rehabilitációs vagy szociális ellátásra is. Nincs már szükség 20 ágyas hagyományos gyermekosztályra csökkenő gyermeklétszám, a hospitalizációs igény ilyen mértékű csökkenése, a morbiditási struktúra ilyen jellegű változása mellett. Lenne viszont igény akár nagyobb területi egységek gyermekaddiktológiai ellátására, ami a „new morbidity” körébe tartozó más betegségcsoportokhoz hasonlóan, a mai napig megoldatlan feladat. Ezeknek a városi intézeteknek az infrastruktúrája kitűnő lehetőséget nyújtana csoportpraxisok befogadására, ügyeleti központok szervezésére. Hogy röviden összefoglaljam: a kistérségi kórházak egészségügyi

szolgáltató központok kell hogy legyenek továbbra is. A feladatok átrendezését letről és fentről is meg kell határozni, lent tudni kell, mi a szakmailag vállalható lakossági szükséglet, fent pedig azt, hogy mit igényel a szakmai specializáció.

A következő ellátási szintet, a megyei kórházakat, a megyék eltérő nagysága, a rendelkezésre álló szakemberek száma, az intézmény pénzügyi támogatottságának jelentős különbségei miatt heterogenitás jellemzi. Nem várható ezért el, hogy minden megyei intézmény képes legyen minden feladat ellátására, de nincs is erre szükség. Kezelhetnek itt nefrózisos beteget, pneumóniát vagy pyelonephritist, működhet itt újszülöttintenzív-egység. Ugyanakkor egy politraumatizált sérült ideg-, vagy mellkassebészeti ellátása vagy például az extrém kissúlyú koraszülöttek lélegeztetését biztosító PIC III már a lakosság tradicionális elvárásait is követő, a logisztikai szempontoknak valóban megfelelő, több megye szükségleteit kielégítő egységre vár. Hét, nyolc, nem csak egyetemi városokban kialakított, területi központban gondolkodunk. Ennél több osztályra egy-egy kisebb szakterületről nem is jutna elég szakember. A megyei osztályok mellett szükség lesz kisebb, de sokszakos osztályra a megyeszékhelytől távol eső, rossz útviszonyokkal jellemezhető országrészekben is – gondolok itt Sopronra, Sátoraljaújhelyre vagy például Kisvárdára.

A „kuriózum ellátást” országos központokra kell bízni. Az égési sérültek Bethesda-beli ellátásához hasonlóan országos centrumban kell kezelni a rendkívül speciális szakembergárdát, tudást és infrastruktúrát igénylő toxikológiai vagy invazív-kardiológiai eseteket. Nem szabad kizárólag a fővárosban gondolkodni, hisz például Debrecenben a gyermekkori immunodeficiencia, vagy Pécsen a gyermekurologia mindenre kiterjedő gyógyítási lehetősége már ma is kiemelkedően jó.

Az ellátóhálózat működésének színvonala ma jelentős mértékben függ az önkormányzatoktól. Néha példátlanul jó hátteret nyújtanak, máskor hozzá nem értők hoznak szakmai mélységet érintő rossz döntést. Megmarad-e mostani szerepük?

A megmerevedett kórházszerkezet és kapacitáeloszlás nagymértékben a mai önkormányzati rendszer hibája. Az alapellátástól a fekvőbeteg-ellátásig sokunknak sok gondja van az önkormányzattal mint tulajdonossal. Érthető ragaszkodásuk a kórházhoz, amikor gyakran az a város legnagyobb munkaadója. Sok esetben vi-

szont egyszerűen csak presztízsszempontok kötődnek egy intézmény fenntartásához, messze háttérbe szorítva a szakmai elveket. Az önkormányzatokhoz rendelt politikai hatalomnak megvan az eszköze az egészségügy irracionális elemeinek konzerválásához. Nem dőlhetett még el, hogy a most felálló, szinte egységes politikai szemléletű önkormányzati hálózatban melyik lobb, az egészségügyi vagy az önkormányzati felé billen a mérleg. Soha nem látott esélyhez juthatunk, ha sikerül a szakmaiatlant szempontokat direkt vagy indirekt eszközökkel kigyomlálni.

El lehetne így érni, hogy a tulajdonlás vagy fenntartás kikerülne az önkormányzatok kezéből és mondjuk az angol NHS szisztémához hasonlóan, dominánssá válna a centralizált, elvileg jobban kézben tartható, éppen ezért persze veszélyeket is hordozó állami irányítás. Vannak közvetett lehetőségek is arra, hogy kivegyük az önkormányzatok kezéből azt, ami nem odavaló. Mindenképpen kemény lobbiharcra lesz szükség, ha le akarjuk törni az önkormányzatok túlhatalmát. A megkövettségek kezelése a kormány politikai és szakmai felelőssége lesz.

Van-e esély a változásra pluszforrások nélkül?

A jelenlegi gazdasági helyzet gúzsba köt sok mindent, szűkíti a mozgásteret, korlátozza a haladás sebességét. Az erre az évre előirányzott forrás már idén sem elegendő a kórházi rendszer fenntartására. Nyilvánvalóan rövid időn belül pénzt kell tenni a rendszerbe. Politikai alkufolyamatban, a költségvetési tárgyalások során kell eldőlnie majd annak, miként lehet úrrá lenni az önkormányzatok finanszírozási képtelenségén, és milyen úton jusson majd célba a finanszírozás. Az ellentmondásos duális pénzleosztási technika megszüntetésével, ha az összes apanázst egy csatornába terelnénk, egyszerűsödne a helyzet. Változtatnunk kell a finanszírozási gyakorlaton persze akkor is, ha motiválni akarunk valakit bodrogközi munkavállalásra, és gondolkodnunk kell azon is, hogyan lehet kompenzálni a vegyes praxisokat, ha a gyerekellátást elveszünk tőlük.

A tervezett változások az önkormányzati túl, minden bizonnyal sértenek majd szakmai érdekeket is. Milyen szerepe lesz a várható konfliktusok kezelésében a kollégiumoknak?

A szakmai konfrontációkat a kollégiumoknak kell majd lecsendesíteniük. Roppan fontos lesz az államtitkárság szakpolitikai döntéseit meghatározó tanácsadó testületek funkciója. A jelenleginél kisebb létszámú, a mindennapi döntésekben jelentős szerephez jutó, 5-7 fős szakmai kollégiumok látszanak hatékonyabbnak. Ezek lehetnek felelősek a szakmai „törvényhozásért”, és ők diszponálnak majd az országos intézetek módszertani tevékenysége, valamint a szakmai ellenőrzés felett is. Ezúton az utóbbiak közelebb kerülhetnek a minisztériumi irányításhoz is, túl azon, hogy jelentősen csökken az eddigi irányítást nehezítő információs távolság. Természetesen megfelelő infrastruktúra és háttérbázis kell hogy segítse majd a szakmai kollégiumok munkáját.

Lesz-e helye a gyermekgyógyászati kollégiumban az alapellátásnak?

Feltétlenül kell, hogy legyen. Megítélésem szerint az öt főből egynek a gyermekorvosi alapellátásból kell jönnie. Hangsúlyozom azonban, hogy jelenleg még csak a kollégiumi működést meghatározó 12 fős bizottság szervezésénél tartunk, a következő év elején azonban fel kell már állniuk az új grémiumoknak.

Iszonyú sok jogszabály nehezíti ma az ellátást. Az igazolások indokolatlanul nagytömegű orvos-beteg találkozást generálnak, felnőttosztályok, szakrendelések indikálnak az alapellátáson keresztül felesleges

vizsgálatokat. A praxisváltás megoldhatatlan helyzete vagy a praxis-közösségek tervezett kialakítása is sürgeti, kényszeríti a rossz rendeleket, törvények megváltoztatását. Van-e erre esély?

Az államtitkár úr elkötelezett híve a felesleges, ellentmondó szabályok megszüntetésének, a túlszabályozás lebontásának. A most létrehozott www.deregulacio.hu honlapra máris várják az anomáliákat okozó, változást igénylő szabályok felsorolását.

Annál is inkább szükség van a rossz szabályozás sürgős rendezésére, mert az alapellátás lassan tragikus utánpótlási gondja sem oldható meg e nélkül. Nem állítom, hogy azért nem mennek az alapellátásba a frissen szakvizsgázott kollégák, mert nem szeretnék szakmai munka helyett – ahogy Ti fogalmaztok – „igazolósodni”-val foglalkozni. De talán ez is játszik benne szerepet.

És ha már az utánpótlásról beszélünk: be kell látnunk, hogy súlyos figyelmetlenség következménye a jelenlegi szakemberhiány. Hosszú éveken keresztül úgy alakították ki a rezidensképzés keretszámait, hogy nem vették figyelembe az alapellátás szakemberigényét. Mintha gyermekgyógyítás csak a szakrendelőkben, csak a kórházakban folya.

Ezért is értek egyet azzal a töletem induló javaslattal, hogy legyen ráépített szakvizsgálóval elismerhető a primer gyermekellátás. Elismerést adna ez az alapellátási munkának. Az oktatópraxisok hálózatának megszervezése is több lehetőséget nyújtana arra, hogy a szakorvosjelöltek

megismerjék a területi ellátás szépségeit, izgalmait. Emelkedhetne ezúton is a területi gyermekellátás presztízse.

Végül egy földhözragadt kérdés: egyre többet kínlódik beteg is, orvos is a szakrendelések növekvő várakoztatási ideje miatt...

Több oka van ennek, egyiket sem könnyű kezelni. Egyrészt mindenhol hiányoznak a szakemberek, elszívja őket a jobban fizető gyógyszeripar, vagy akár két szakvizsgálóval is kimennek az alapellátásba anélkül, hogy képzettségüket, tudásukat a továbbiakban bárhol hasznosíthatnák. Másrészt, és ez ma a döntő ok, bizonyos kvóta felett már nem kap finanszírozást a rendelés. Ezt hívják volumenkorlátozásnak. A fenntartó nem kap pénzt, a rezsit, az infrastruktúrát, a munkaerőt azonban ki kell fizetnie. Logikus ezért, hogy ha nem akar veszteséget termelni, nem tehet mást, mint későbbre halasztja a létszám feletti, de tervezhető vizsgálatokat. A harmadik oka a várólistának a szociális juttatások szabályozásának keveredése az egészségügyi szolgáltatásokkal. Az indokolt – de valljuk be sok esetben indokolatlan – igazolások kiállítása, és az ehhez kapcsolódó vizsgálatok sok időt és pénzt vonnak el a valóban rászorulóknak az ellátásától. Súlyos lakossági érdekeket fog sérteni, mégis mielőbb meg kell majd akadályoznunk az ilyen jellegű pénzcsoportásokat.

Köszönjük a beszélgetést.

KÁDÁR FERENC, KÁLMÁN MIHÁLY

Jegyezze fel a naptárában!

Kávészünet-13

2011. május 13–15.
Siófok

Az ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians)

következő konferenciáját
2011. május 20–21-én
Vilniusban rendezti.

A jelentkezés módjáról a későbbiekben adunk tájékoztatást.

Hidroterápia a koragyermekkorai intervencióban

Nemzetközi konferencia
a Gézengúz Alapítvány alapításának
20. évfordulója alkalmából

2010. december 10.
Ramada Pláza Hotel
Budapest
1036 Árpád fejedelem útja 94.

Részvételi díj: 9 500 Ft

A teljes dokumentáció
megtalálható
a www.gezenguz.hu oldalon

Ecsetvonások a fővárosról

(Szakfelügyelői jelentés – 2009)

A fővárosi szakfelügyelői összefoglaló 12 kerület házi gyermekorvos szakfelügyelő főorvosainak jelentései alapján készült. A beszámolók továbbra sem egységes szerkezetben és nem teljesen azonos kérdésekre vonatkozó adatok felhasználásával készültek, ezért nehéz összehasonlító elemzést készíteni a kerületek között. Az elmúlt évek során többféle szempontrendszer alapján születtek a beszámolók, s ezt a tartalmat tükrözik a mostani jelentések is. Voltak, akik a helyszíni audit lapokat is kitöltötték, és praxisonkénti jelentést küldtek, de voltak másfél oldalas, a helyzetet csak általánosságban jellemző beszámolók is.

PRAXISOK SZÁMA, RENDELŐI SZERVEZETTSÉG

Az általam szakfelügyelt budapesti kerületek praxislétszámában lényeges változás nem történt. Többen szeretnék eladni a praxisukat, de eddig nem találtak rá vevőt. Néhány kerületi szakfelügyelő számolt be nagyobb praxispiazi mozgásról, több kerületben van eladásra kínált gyermekpraxis vagy tartósan betöltetlen praxis. A XIV. kerületben 4 kolléga adta el a praxisát. Az újonnan munkába lépő négy zuglói kolléga közül egy vidéki praxisból, kettő kórházból, egy pedig szakrendelőből érkezett.

A praxisok döntő többsége vállalkozási formában működik, csak néhányan dolgoznak közalkalmazotti státuszban.

A fővárosi gyermekrendelőkre továbbra is jellemző, hogy több praxis – sokszor szűk kétóránkénti váltásban – közös rendelőhelyiségeket használva dolgozik. Két kerületben egy-egy új rendelőhelyiség kialakításával javítottak ezen a helyzeten. Általánosságban megállapítható, hogy né-

hány külső kerület kivételével – 2–6 gyermekorvos dolgozik egy rendelőépületben (lásd táblázat). Ez a helyzet nagyobb lehetőségét biztosít a szakmai együttműködésre és így a folyamatos rendelés is könnyebben biztosítható. A legtöbb helyen azonban ez a „zsúfoltság” gátja a hosszabb rendelési idők bevezetésének.

A recepciók alkalmazásának a gyakorlata még nem terjedt el, pedig ez a gyakorlat – kombinálva az időpont-egyeztetéseken alapuló betegirányítással – lényegesen javíthatná a rendelések körülményeit. A praxisok nagy többsége nem alkalmaz recepcióst, néhány helyen működik külön kartonozó, telefonkezelői szolgálat, ami természetesen nem azonos a recepciósi szolgálattal. Néhol még kartonozó sincs, az asszisztens vagy az orvos veszi elő rendelés előtt vagy közben a kartonokat.

DEMOGRÁFIAI HELYZET

A gyermeklakosság létszáma lényegesen nem változott, egy-egy kerület számolt be csekély gyermekszám-növekedésről. Az utóbbi években a lakóparkok átadása aránytalanságot okozott a körzetek nagyságában. Ennek kezelése – pontos népeség-nyilvántartás alapján – az önkormányzatok folyamatos feladata lenne. A praxisok lélekszáma a 300–1300-as létszámig nagy szórást mutat, aggasztó, hogy egyre nő a 600–700 főt ellátó gyermekorvosok száma.

A forgalmi adatok az otthoni beteglátogatások visszaszorulásáról és a rendelői látogatások növekedéséről tanúskodnak. A betegforgalom növekedésében azonban az idén elsősorban az influenza-védőoltási kampány játszott szerepet.

A kerületenkénti összesített forgalmi adatok több következtetés levonására nem alkalmasak. Ezek az adatok csak az orvonsorkénti praxislétszámok és a pontos körstruktúra alapján lennének elemezhetőek.

ÉPÜLET-KARBANTARTÁS, -FELÚJÍTÁS

Épületfelújításokról csak néhány kerületben, ott is csak egy-egy rendelő esetében számoltak be. A néhány igen jó körülmények között működő rendelő mellett azonban általánosságban megállapítható, hogy a gyermekrendelőkre ráférne egy alapos felújítás. Sok helyen még az alapvető épület-karbantartásokra sem kerítenek sort az önkormányzatok. Az önkormányzatok forráshiánya, a duális finanszírozás anomáliái, a működtetésre elkülöníthető pénzüsszegek csökkenése miatt a 20–30 éve átadott rendelő állaga folyamatosan romlik.

ESZKÖZÖK, MŰSZEREK

A beszámolók alapján a minimumfelszerelés mindenütt rendelkezésre áll. A pluszműszerezettség nem általános, de sok helyen alkalmaznak otoszkópot, és néhány praxis CRP- és egyéb gyorsesztyvizsgálókat is végez. Az eszközök pótlása, karbantartása – különböző, az önkormányzatokkal kötött szerződés alapján – a praxisok feladata.

DOKUMENTÁCIÓ

Ma már a számítógépes adatrögzítés a gyermekorvosi dokumentáció szinte egyedüli módja. Párhuzamos adminisztrációt csak egy-egy praxis folytat. Általános az internet-hozzáférési lehetőség. Két kerületben a laborleletek már on-line módon jutnak el a gyermekorvoshoz. A gyermek-

A IV-XVII. ker. gyermekrendelőinek és praxisainak megoszlása (kivéve a XI. ker.)

Kerületek	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XIII.	XIV.	XV.	XVI.	XVII.
Rendelők száma	5	1	3	3	3	3	5	4	4	4	5	8
Gyermekorvosok megoszlása	3-4-4-5-6	5	3-2-2	4-3-4	5-4-2	3-3-5	1-2-2-5-6	5-5-5-4	5-5-5-5	3-5-2-5	4-4-2-2-1	2-4-3-2(4)-1



praxisok különböző programokat használnak, ezek egységes akkreditációjára lenne szükség. A védőnői munkában csak igen lassan hódít tért a számítógépes adat-rögzítés.

Programjaik – érthetetlenül – nem kompatibilisek a gyermekorvosok programjaival. A teljesítményfinanszírozás részleges bevezetésének is előfeltétele az informatikai rendszerek egyeztetése, folyamatos fejlesztése.

GYERMEKORVOSOK, VÉDŐNŐK, ASSZISZTENSEK EGYÜTTMŰKÖDÉSE

A gyermekorvosok és a védőnők együttműködésének kiváló terepe lehetne a közösen, azonos időpontban megtartott tanácsadás. Ez felelne meg a szakma és a betegek érdekeinek is. Ezt diktálná a józan ész is. A közös munka azonban – a szakfelügyelők beszámolóí szerint is – egyre nagyobb akadályokba ütközik és általában nem az érintett munkatársak hibájából. Sok védőnő is fenn szeretné tartani az azonos időben – nem feltétlen közös helyiségben – tartott tanácsadás gyakorlatát. Hogy ez egyre kevésbé sikerül, az esetek túlnyomó többségében nem a védőnők és a gyermekorvosok akaratán múlik.

Az asszisztensek ezért egyre nagyobb számban kénytelenek részt venni a tanácsadásokon. Az ezzel járó munkáltatói kiadásokat, különösen a kisebb létszámú

praxisok, igen nehezen tudják kigazdálkodni.

A gyermekorvosok a továbbképzésekre rendszeresen járnak, hiszen az 5 éves képzési periódus pontszámainak teljesítése a működési engedély megújításának feltétele. Meg kell azonban jegyezni, hogy a helyettesítések megszervezése, és a továbbképzés költségei évről évre egyre nehezebben megoldható feladat elé állítják a kollégákat.

KÖTELEZŐ ÉS VÁLASZTHATÓ VÉDŐOLTÁSOK

Az elmúlt évek rendeletmódosításai után most már úgy tűnik, hogy a védőoltások beadásának jelentősen megnövekedett feladatait a kollégák zökkenők nélkül teljesítik. A finanszírozás azonban messze nem áll arányban az elvégzett munkával. A fővárosi rendelők megoldották a jóval nagyobb hűtőtárolási igényből eredő problémákat is.

Többen szóvá tették, hogy nem kapunk időben, és a szakértők által egyeztetett egyöntetű véleményt a H1N1 elleni védőoltással kapcsolatban. A szenzációhajhász média sem segített az eligazodásban. A sok érdeklődő szülői telefon majdnem lehetetlenné tette a mindennapi munkát.

Sok kolléga csak pluszrendeléseken tudta elvégezni az influenza elleni vakcinációt.

Az interszezonális influenza elleni átoltottság 15-20-25-30% körüli szinteket ért el, a pneumococcus elleni átoltottság tekintetében pedig 85-98-100% körüli ol-tási arányokról számoltak be a szakfelügyelő kollégák. Sajnálatos, hogy előfordul olyan gyermekorvosi praxis is, ahol egy-éves kor felett adják az első pneumococcus elleni oltást, sőt beszámoltak olyan gyakorlatról is a szakfelügyelő kollégák, amelyben egyetlen választható védőoltást sem ad a gyermekorvos.

ÜGYELETEK, ÜGYELETI RENDELÉSEK

Minden kerületre vonatkozóan központi gyermekügyelet végzi az éjszakai és ünnepnapi ellátást. A kerületek egy részében emellett még a hétfégi ügyeleti rendelések is működnek. A központi ügyeletben való részvétel a gyermekorvosok részére opcionális.

A fővárosi gyermekorvosi rendszer megújítása, a párhuzamos ellátó szolgálatok működésének újragondolása, a finanszírozásnak a motiváció, a minőségjavítás érdekében történő megjavítása elengedhetetlennek tűnik. Emellett továbbra is szükséges az adatszolgáltatás standardizálása, egységesítése, az adatoknak a rendelkezés helyén történő elemzése is.

DR. KÁLMÁN MIHÁLY
FŐVÁROSI HÁZI GYERMEKORVOSI SZAKFELÜGYELŐ

„Kásahegy”

**XVI. őszi konferenciáját rendezi
a Házi Gyermekorvosok Egyesülete
2010. november 19–20.
Danubius Hotel Flamenco**



Megbeszéljük:

- Mit jelent „az alapellátás stratégiai szerepének megerősítése”? Milyen lépésekre készül az egészségügyi vezetés?
- Lesz-e változás a finanszírozási rendszerben? A teljesítményfinanszírozás adatai, eredményei, gondjai, lehetőségei, a minőségi indikátorok kérdései. Lehet(ne)-e a finanszírozás eszközrendszerével korszerűsíteni a gyermekorvosi alapellátást?
- Ki veszi meg a praxist? Működtetési jog, vagyoneértékű jog, praxisalap, praxisgazdálkodás... Megtölthetők-e tartalommal a kiüresedett szavak?
- Súlyos anyagi következmények várnak az iskolakerülők családjára. Növekvő veszélyek fenyegetik az orvost, aki nem akar majd igazolást indokolatlanul kiállítani. Van-e remény arra, hogy egységes minisztériumi irányítás alatt megoldás szülessen az oktatás és az egészségügy között hanyórádó „igazolósodási” problémakörére?
- Mi az, hogy praxismenedzment? Tesszük? Tehetjük?
- És ami beszorult... Az előzetesen elküldött vagy megválaszolatlanul maradt kérdéseikre közösen keresünk választ.

Kérdéseit a konferencia2010@freemail.hu e-mail címre várjuk.

A meghívót és a jelentkezési lapot a www.hgye.hu honlapról is letöltheti. Jelentkezését on-line, e-mailen, postán vagy faxon várjuk.

Jobbak a gyermekorvosok

Nemzetközi vizsgálatok, tanulmányok szisztematikus metaanalízisével próbálták meg válaszolni arra a kérdésre, hogy a fejlett ipari országokban a gyermekek elsődleges orvosi ellátására a házi/családorvosok vagy a gyermekorvosok a legalkalmasabbak? A spanyol alapellátó gyermek- és ifjúságorvosok egyesületének (AEPap) egy munkacsoportja Bunuel Alvarez vezetésével áttanulmányozta az összes rendelkezésre álló irodalmi vonatkozást, és a 66 legértékesebb közleményt statisztikailag értékelte.

(Hogy az öt évvel ezelőtt készült, a házi- és házi gyermekorvosi gyermek-alapellátást összehasonlító, szinte egyedülállóan széles körű HGYE-felmérés miért nem szerepelt a tanulmányozott anyagok között, annak okát tudjuk: hiába számoltunk be róla nemzetközi fórumokon, nem jelentettük meg jegyzett szaklapokban. Nem éreztük ugyanis abszolút támadhatatlannak vizsgálati módszereinket. Talán túlságosan kritikusak voltunk magunkkal szemben. Most úgy gondoljuk, hogy már csak a kontroll kedvéért is érdemes vizsgálatainkat megismételni. A Szerk.)

A szerzők olyan eredményekre jutottak, amelyek a gyermekorvosi elsődleges ellátás előnyeit nemzetközi méretekben is bizonyították. Ennek alapján azt javasolják, hogy a gyermek-alapellátásban a gyermekorvosok szerepét meg kell őrizni. A metaanalízis eredményei fontos érvrendszert jelentenek az Európa-szerte felmerült – a gyermekorvosokat az alapellátásból eltávolítani szándékozó – törekvések ellenében. A tanulmány következtetései országhatárok nélkül érvényesek, de ezeket az eredményeket az ellátáskutatás további vizsgálódásaival meg kell erősíteni.

BEVEZETÉS

Viták zajlanak arról, hogy a fejlett országokban a gyermekek elsődleges orvosi ellátására a családorvosok (házi- orvosok) vagy a gyermekorvosok a legalkalmasabbak. A téma irodalmát ez idáig szisztematikusan még senki sem tekintette át. A szerzők vizsgálatuk során azokat a tanulmányokat analizálták, amelyek a kétféle gyermekellátást a következő szempontok sze-

rint hasonlították össze: Ennek az áttekintő elemzésnek az volt a célja, hogy a kétféle gyermekellátást a következő szempontok szerint összehasonlítsa: az antibiotikumkezelés gyakorlata, a diagnosztikus vizsgálatok racionális használata középfülgyulladásban, asztmában, a lázas és a különböző pszichopatológiai kórképek ellátásában, a szakmai ajánlások betartása és a preventív tevékenységek színvonala.

MÓDSZER

A szisztematikus átvizsgáláshoz a MEDLINE-, a CENTRAL-, a TRIP-adatbázisokat és a Google Scholar adatforrásait használták. A kétféle szakembergárda klinikai gyakorlatának összehasonlítására kizárólag eredeti és tudományosan rendszerezett felméréseket használtak, tekintet nélkül a feldolgozások eredeti nyelvezetére. Metaanalízisükben a 2008 decemberéig megjelent tanulmányokat elemezték. Az összehasonlításhoz elfogadták a legkülönbözőbb metódussal készült tanulmányokat is, de a saját kutatási eredmények hiánya kizáró kritérium volt. A módszer minőségét két független elemző vizsgálta. Az adatokat független szakértőpárok csoportosították és analizálták.

EREDMÉNYEK

A vírusos eredetű felső légúti infekciókban az általános és családorvosok több antibiotikumot írnak fel, mint a gyermekorvosok. Ennek a megfigyelésnek jelentős hatása van a gyógyszerkiadásokra, a rezisztenciaviszonyokra és a iatrogén károsodásokra.

A célzott és racionális diagnosztikai vizsgálatokra, mint például a mellkas röntgenvizsgálataira vagy a torokváladék bakteriológiai vizsgálatára vonatkozóan a gyermekorvosok nagyobb találati biztonságot mutattak.

A metaanalízis azt is igazolta, hogy a gyakori gyermek- és fiataalkori betegségek (asztma, középfülgyulladás) ellátásában – a betegek utalgatása nélkül – a gyermekgyógyászok nagyobb önállóságot tanúsítottak. Így a gyakori és felesleges szakrendelői és kórházi beutalások negatív következményeitől pácienseik és a finanszírozók egyaránt mentesülhettek.

A tanulmányok átvizsgálásából kiderült az is, hogy a gyermekorvosok a gyakori gyermekkori kórképek (felső légúti fertőzés, középfülgyulladás, figyelemhiány-szindróma, asztma, láz-szindróma és elhízás) esetében is pontosabban követik a szakmai irányelveket.

Az irodalmi áttekintések tanúsága szerint a gyermekgyógyászok által ellátott populációban magasabb a gyermekek ártottsága is.

ÖSSZEGZÉS

A lakosság elsődleges orvosi ellátása lényeges eleme a jó egészségügyi ellátásnak. A metaanalízis eredményei alátámasztják azokat a törekvéseket, melyek a kvalifikált gyermekorvosokra bízják a gyermekek elsődleges (first contact) orvosi ellátását. Ez garantálná a protokoll szerinti ellátást, a betegségek definitív kezelését és a magasabb színvonalú preventív munkát.

Ezek az eredmények talán meggyőzik a politikus döntéshozókat arról, hogy a gyermekorvosoknak a gyermekek és fiataalkorúak elsődleges ellátásában egzakt módon mérhető, bizonyítható előnyei vannak.

A Rev. Pediatr. Atten. Primaria. 2010; 12. számában megjelent közleményt dr. Gottfried Huss, az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) alapellátási munkacsoportjának elnöke referálta.

FORDÍTOTTA: KÁLMÁN MIHÁLY

**CSECSEMŐ- ÉS
GYERMEKKARDIOLÓGIAI
MAGÁNRENDELÉS**

DR. KISS ANDRÁS FŐORVOS

MediMOM Egészségközpont
Budapest, XII. Csörsz u. 14–16.

Tel.: +36 20 586-5070
és +36 20 586-4440

WWW.MEDIMOM.HU

Morális zuhanás

Írott és elektronikus sajtóban dűl a vita betegségről, halálról, orvosokról, ellátásról. Nem akarunk citálni, állást foglalni, nyugtatni, hergelni, sokan teszik ezt mostanában. De talán nem hiábavaló, ha az Elitmed.hu orvostudományi portál engedélyével lapunkban is közöljük az ott megjelent interjút dr. Matkó Ida egyetemi docenssel, aneszteziológus szakorvossal, a Szószóló Alapítvány elnökével.

Lát-e változást az orvoslás etoszában Magyarországon, illetve a világban?

Itthon még ma sem beszélünk nyíltan az orvosi hivatás válságáról, pedig a deprofesszionalizációs folyamat 50-60 éve tartó világjelenség, és mások már megoldásokat keresnek. Arról van szó, hogy a XIX. századra kialakult klasszikus orvoslás alapját az orvosi hivatásrend és a társadalom közötti implicit, hallgatólagos szerződés adta, amely ha nem is hibátlanul, de megfelelő módon működött egy relatíve homogén értékrendszer keretei között. A régi szerződés szerint a társadalom biztosítja az egészségügy finanszírozását, a hivatás szakmai autonómiáját, azaz felrúházza a hivatásrendet a szakmai és etikai ellenőrzés jogával, és az orvosképzés feletti kontrollal. A kizárólagos jogokat kapó foglalkozás, a professzió pedig elfogadja a költségvetési kereteket, magas szakmai színvonalú ellátást biztosít a társadalom minden tagjának, altruista szolgálatot teljesít, a hagyományos etikai szabályok betartásával. A régi szerződésnek az alapja a bizalom volt, amely megállapodás az orvosi hivatásrendnek szinte teljes önállóságot, magas presztízt és erkölcsi tekintélyt biztosított. A páciens ekkor még passzív résztvevője a gyógyításnak, minőségről, standardizált szolgáltatásokról, páciensjogokról ekkor nincs szó. A gazdasági, társadalmi, technikai és technológiai változások, a biológiai tudományok és az orvosi technológia robbanásszerű fejlődése felgyorsítja a hivatás specializálódását. Ezek együttes hatására a korábbi egyszemélyes orvos–beteg kapcsolat átalakul, uralkodóvá a beteg–intézmény kapcsolat, a futószalagszerű ellátás válik. A modern orvoslásban a diagnosztika és terápia lehetőségei alapvetően megváltoznak, a gyógyítás színtere áthelyeződött egy veszélyes kórházi és klinikai „nagyüzembe”. A gyógyítás új kontextus-

ba került, az egészségügyi ellátás iparrá fejlődik, a profitorientált piaci szektor részévé válik, új érdekek jelennek meg, a gazdaságossági és piaci szempontok dominanciája meghatározóvá válik. Az orvosi hivatásrend részben maga is profitálni igyekezett a piacosodásból, és végül önön érdekei védelmét fontosabbnak tartja, mint a társadalom iránti kötelességeinek teljesítését. A régi szerződés kereteit a hivatás önérdeke és társadalmi elkötelezettsége közötti konfliktus feszíti valójában szét.

Azt a hagyományos felfogást, hogy az orvosi hivatás altruista szolgálat, egyre nagyobb szkepszis övezi, sőt sokak szerint ez ugyanolyan foglalkozás, mint a többi. Fokozatosan, évtizedek alatt kopik meg tehát az etikai töltés, párhuzamosan a betegérdek prioritásának háttérbe szorulásával, ezért nem támasztható alá a „morális zuhanás” hazai víziója, inkább csak az, hogy nem, vagy nem időben vettük észre vagy egyszerűen elhallgattuk a morális válság jeleit.

Az orvos–beteg vagy intézet–beteg konfliktusok mélyén manapság szinte mindig megtalálható, hogy a páciens a XIX. századi orvosideált keresi, a régi szerződés szerinti elvárásokkal. A tudományos-technikai forradalom következtében világszerte lezajlottak vagy folyamatban vannak a fent említett változások.

Milyen tendenciák figyelhetők meg Ön szerint?

Az orvosi szerep közel kétezer év alatt alakult ki, kezdetben a gyógyító egy közösségben a papi és a tanítói funkciókat is teljesítette. Bárhogyan is, a gyógyítással foglalkozók érdeklődésének középpontjában az ember állt. Véleményem szerint a elmondott deprofesszionalizációra adott válasz a holisztikus medicina, a közösségi pszichiátria, a természetgyógyászat és az orvoslás környékén egyéb kiegészítő ágazatok megjelenése is. A nyugati orvoslás mára felismerte, hogy a technicizálódás, a gyógyítás kommercializálódása és iparszerűvé válása a hivatásbeli erkölcsi értékek feladásával az orvosi hivatás autonómiáját veszélyezteti. A fájdalmas bizalomvesztés, amit a szaksajtóban főorvosok panasznak, hatalmi szóval, rendelettel nem állítható meg. Ebből a szempontból minden egyes orvos–beteg találkozás számít.

Szemléletváltásra volna szükség?

Talán inkább a folyamat felismerésére, tisztánlátásra. Nálunk csak 15-20 éve érzékelhető igazán a fent emlegetett erkölcsi elbizonytalanodás, amit az előzőekben deprofesszionalizációs folyamatnak nevezünk, mert előtte egyáltalán nem volt átlátható az ellátórendszer. Nem volt nyilvánvaló a hagyományos etikai szabályok semmibevétele, elég volt a hiányosságok tagadása. A fenti változások következménye, hogy a mai orvosideál nem a gyógyító, hanem a sikeres menedzser, sok pénzzel, beosztottakkal, sok a „világon először nálunk történt bejelentéssel”, kevés vagy semmi együttérzéssel a beteg iránt.

A szolgálat altruista jellege elterelte korábban a gondot a rendszer átláthatatlanságáról. A döntéshozói megnyilvánulásokból számos felelős nyilatkozat ismert – itthon az derül ki, hogy máig nem azonosították a problémát, így nem is keressük a választ. A problémák azonban előjönnek, mint legutóbb a rezidensek elégedetlensége kapcsán, vagy az újból fellángoló „hálapénz”-vita vonatkozásában érzékelhettünk.

Tapasztalatom szerint a hallgatók többsége motiváltan vág neki az egyetemi éveknél, bár kétségtelen, hogy a pálya presztízse csökkent. Irodalmi adat, hogy a hivatalos curriculum túlságosan a szakmai-technikai oldalra koncentrált, elhanyagolja az orvoslás humán oldalát. A kezdő orvos többek között ezért is kénytelen szembenézni a nyílt és rejtett curriculum közti különbséggel, és felkészületlenségével, amikor kikerül az egyetemről, és csatlódottság az, ami eltávolíthatja a pályától, vagy elvándorlásra ösztönzi.

Egyszerűbben fogalmazva, sejtésem szerint a munkáért kapott pénz is nagyon fontos a fiatal orvosgenerációnak, de nemcsak ez van az elégedetlenség mögött, hanem a deprofesszionalizálódott, dehumanizálódott rendszer elutasítása.

Merre vezet tovább az út?

Az 1990-es évek elejére egyre sürgetőbben jelentkezett az orvosi hivatás megújításának és megújulásának igénye a nyugati országokban, sőt a szakirodalom kivétel nélkül egységes abban, hogy egy új, explicit szövetség szükséges, amelynek alapja csakis a professzió lehet. A témával foglalkozó szakemberek szerint a modern orvosi hivatás lényegi jellemzői meg-

egyeznek a klasszikus jegyekkel. A professzió három pillére: a szakértelem, az etika és a szolgálat.

A szakértelem speciális tudásanyag és készségek együtteséből származik, az etikus viselkedés értékek és normák egyedülálló kombinációjából eredeztethető, a szolgálat azt a hivatásbeli elkötelezettséget foglalja magában, hogy a páciensek érdekét kell első helyre tenni.

Az orvosi hivatás megújulásának sikere nagyon sok tényezőtől függ, miközben lehetséges az is, hogy a folyamatok egy új típusú orvosi hivatásrend kialakulásához vezetnek. Az egyik lehetséges alternatíva a deprofessionalizáció, amelynek végeredményeként az orvosok egyszerűen munkavállalók lesznek. A kihívásokra adott másik lehetséges válasz a hivatás súlypontjának eltolódása a tudományos és technikai szakértelem felé, amikor a gyógyítás már nem „morális vállalkozás”.

Az anglo-amerikai szakirodalom döntő többsége a reprofesszionizációt támogatja, amely az orvosi hivatás tradicionális jellemzőit mentené át a XXI. századba. Ez utóbbi egy lehetséges irány, az intézmény valóban szolgáltató, de az ott dolgozó orvos szolgálatot gyakorol a professzió régió pilléreit megtartva.

A fejlett jogrendszerrel működő nyugat-európai országok, például Németország és Ausztria csak az utóbbi évtizedekben szabályozták törvényi szinten az egészségügyi jogokat. Ezekről előbb hosszú társadalmi vita zajlott.

Visszaigazolhatom, hogy pl. Németországban bizonyos kérdésekben, a szervátültetések vonatkozásában hosszú évekig lehetőség volt szakmai és társadalmi vitákra. Néhányon sikerült részt vennem ezekben, és irigykedve tapasztaltam, hogy ott valódi párbeszéd folyik a résztvevők között. Ezeket a találkozókat nem rábeszélő vagy a konkrét terület számára a minél több pénz megszerzését célzó látványosságként kell elképzelni. Itt jutott idő a kérdések érzelmi és etikai megfontolásának megtárgyalására. Ha jól belegondolunk, konkrét esetről az érdekeltek valódi döntését ez utóbbiak alapozzák meg. Még egy speciális szakterület törvényi szabályozása után is sok új kérdés merülhet fel ugyanazon a szabályozottnak vélt területen.

Legtöbbször az élet produkálja ezeket a situációkat pl. baleseti sérülés miatt agyhalottá vált nő életben tartása, kezelése, élő magzata érdekében, amely különlegessége okán felkelti a nyilvánosság érdeklődését.

Ilyenkor a dolgok nem maradhatnak „kibeszéletlenek”, hisz ez is az egészséggel-betegséggel kapcsolatos ismeretszerzés, véleményformálás egyik szerintem fontos lehetősége. Persze el lehet hallgatni, de a kibeszéletlenség sok szempontból hátrányos és veszélyes...

Volt-e mód a szakmai egyeztetésekre Magyarországon is?

Magyarországon a 1997-es törvény életbelépése előtt voltak egyeztetések, ezek elsősorban szakmai, szakmai érdekvédelmi szervezetek között zajlottak, tehát magas szintű egyeztetésekre gondolok itt.

Egy-egy témában az adott szakma vezetői valódi vitákban egyeztettek. Kétségtelen a társadalmi vita lényegesen kevesebb volt más országokkal összehasonlítva, aminek a hiányát ma fájdalmasan vesszük tudomásul. A hazai transzplantációs szabályozást például máig a jogi szabályozási deficit, a végiggondolatlanosság, a kommunikáció felületes volta, és sajnos, az érdektelenség jellemzi többek között. Így fordulhat elő az a megtörtént eset, hogy egy közösség kiteszítja magából azokat a szülőket, akik gyermekük szeretvét, átültetés céljára adományozták...

Magyarországon is jelentős szakadék tátong a mindennapi valóság és az egészségügy működését szabályozó európai mércével is megfelelő rendeletek között. Visszaszerezhető a korábbi humánus értékrend?

A gyakorlat és a szabályozások között valóban éles szakadék van, a jogkövető magatartás nem erőssége sem az ellátórendszerben dolgozóknak, sem pedig a rendszerben ellátást igénylőknek. És ez egyrészt érthető is, már abban az értelemben, hogy a gyógyítás pontosan az a terület, ahol a törvények nem írhatnak le mindent a gyógyítással kapcsolatban. A törvények betű szerinti betartása nem biztosítja, biztosíthatja a beteg gyógyulását, a páciens elégedettségét.

A jog szabályokat fogalmaz meg egy közösség számára, kinyilvánítva a követendő vagy büntetendő viselkedést. Azonban a jogszabály értelmezése nemcsak a szöveg logikái, nyelvtani, rendszertani és történeti elemzésén alapul, fontos a mögöttes tartalom is. A beteg sorsa egyáltalán nem csak a pénzen múlik. A finanszírozáson kívül sok minden számít, így a biztosítási rendszer, a hatályos törvények, a nemzeti kultúra, és az előbb említett körülmény, a professzió állapota. Vagyis, hogy a hivatásrend tagjai mit gondolnak

saját tevékenységük lényegéről, hogyan tekintenek arra, hogyan gyakorolják azt.

A szigorodó anyagi feltételek az oka a morális hanyatlásnak?

Óvatosan bánnék a szakajtóban egyre másra hangoztatott állásponttal, mely szerint az egészségügyben tapasztalható „morális zuhanás” közvetlenül kapcsolatba hozható a finanszírozási deficittel. Önkritikusan csak annyit jegyeznék meg, hogy az etikai elvek gyakorlati alkalmazása nem pénz kérdése, és eddig is bárki megtehetette volna, hogy az etikai szabályok betartásával gyógyít.

És már is az orvosi etikánál tartunk, amire érzésem szerint kérdésének második fele vonatkozik. A szaktika és a bioetika, de általában az etika és jog gyakran áll egymással látszatkonfliktusban, mert valójában a jog nem a helyes magatartást, hanem az állami beavatkozás, a kikényszeríthetőség határait szabja meg. Sokszor hangoztatott felfogás, hogy a jog a minimális erkölcsi szabályokat összegezi, a szaktikai norma nem írhat elő kevésbé szigorú szabályt, mint a hatályos törvény.

Hipotetikusan, ezért pl. ha a törvény tiltja az orvos számára a hálapénz elfogadását, akkor semmilyen orvosetikai kódex nem relativizálhatja a tiltást, pl. hogy csak a kezelés előtt tilos elfogadni a hálapénzt. A szaktikai szabályokat tanítjuk az egyetemen, és azt is, hogy vannak lehetőségek annak a gyógyítási helyzetnek a feloldására, amikor a klasszikus etikai konfliktusba kerülnek az ellátás során.

Belső humánus értékrendre van szükség?

A „független etikai rendszer” szükségességének és működtetésének emlegetése számomra azért fából vaskarika, mert pl. a törvény által megfogalmazott betegjogok szerves kapcsolatban vannak a szaktikai szabályokkal, abból közvetlenül levezethetők. Sok betegpanaszt vizsgálok, és boldog lennék, ha nem találkoznék annyi etika vétséggel, amennyi a gyakorlatban előfordul! Nem értem, hogy mitől független rendszer kialakítását szorgalmazzák? A hatályos jogtól, az orvosetikai szabályoktól, vagy az ún. orvosi etikettől?

Hallani olyan véleményt, hogy a jelenleg hatályos egészségügyi törvény túl korán jött, túlságosan modern volt a közeghez képest. Jelentős ellenállás tapasztalható vele szemben?

Visszakérdezek. A röntgensugár felfedezése és alkalmazása vagy más modern diagnosztikus és terápiás eljárásnak az alkalmazása korán jött, fel volt rá „készülve” a szakmai és civil közeg, kellett, hogy felkészülve legyen? A változásokat követni kell. Az lenne a cél, hogy a betegnek ne kelljen kikövetelnie, hogy emberszámba vegyék, hanem olyan környezetben történjen az ellátása, ahol eleve érvényesülnek a jogai. De az orvostársadalom nagy része nem hajlandó elfogadni, hogy a betegek is beleszólhatnak a gyógyítási folyamat egyes kérdéseibe.

Vannak hangos ellenzők, akik a mai napig azt várják, hogy majd jön egy kormány vagy valami, amelyik eltörli az 1997-es törvényt, de legalábbis a betegjogi fejezetét, és onnantól minden mehet a régi módon. Gondoljon csak a szakmai példára, meg lehetne tenni, holnaptól

nem röntgenezünk stb.? Vannak sokan, akik úgy viselkednek, mintha a jogszabály nem is létezne. Holott az említett törvény nem egy lokális politikai érdek terméke, hanem a nagy ellátórendszerek fokozatos modernizálásának része, amely az uniós csatlakozásunk feltétele volt. Akkor kevés ember értette ezt, még kevesebben akarták komolyan, és a többség máig azt várja, hogy az egészet visszavonják. Ez az igazán ijesztő és persze kényelmes is! Pedig ma már elképzelhetetlen egy európai szintű vizsgálatban részt venni egy intézetnek vagy teamnek, ha kifogásolható például a betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat.

Gyakran elhangzik az is, a betegjogok mellett mi lesz az orvosjogokkal, az intézmények jogaival? Ezek is érvényesülnek a gyakorlatban?

Nem elhanyagolható szempont a változások következtében az orvosok nyomasztó pszichikai megterhelése: munkájuk nehéz és bonyolult, nagy az emocionális igénybevétel, a magas szintű munkamegosztást és az új típusú együttműködést kívánó „üzemszerű” munka több stresszel jár. Fontos az is, hogy az orvosok évszázadokon keresztül egyénnel való foglalkozásra és egyéni felelősségvállalásra szocializálódtak. Viszonylag gyorsan kellett hozzászokniuk, hogy nagy és komplex szervezetek tagjaként dolgozzanak, ez a váltás sok stresszel és frusztrációval jár. A gazdasági kényszerekkel való napi szembenézés, a növekvő számú irányelvnek való megfelelés követelménye a hivatás hagyományos értékeit teszik próbára.

NAGY ZSUSZANNA

Házi gyermekorvosi ráépített szakvizsga

A 90-es évek elején hazánkban is egyre inkább háttérbe szorult a gyermekorvosi alapellátás. Az egészségpolitika bizonytalan helyzetet teremtett azáltal, hogy nyugati példákra hivatkozva a családorvosi modell előnyeit hangsúlyozta. Ezek a folyamatok katalizálták a Házi Gyermekorvosok Egyesületének megalakítását, hogy immár 15 éve képviselje a gyermek-alapellátás érdekeit, szervezze a továbbképzéseket, a szakmapolitikai tanácskozásokat. A politikamentes, kormányoktól független konzekvens érdekvédelem az elmúlt évek során kivívta a szakma elismerését, mégsem foglalkozik velünk gondjainkhoz mértén a szakpolitika, ma sincs súlyarányunknak megfelelő képviselőnk a szakma vezető grémiumaiban.

Így talán jobban érthető, hogy ma Magyarországon a gyermek-alapellátás előtt álló kihívásokkal szakmai, de szakmapolitikai szempontból is miért mi, azaz a HGYE foglalkozik legmélyebben.

Melyek azok a kihívások, amelyekkel nap mint nap szembe kell néznünk?

A szakmai kihívásokon túl, évtizedek óta görgetjük magunk előtt az ellátás strukturális gondjait. Egyenlőtlen az alapellátó gyermekorvosok elhelyezkedése. Nem feledhetjük, hogy a házi gyermekorvosok átlagéletkora közel 60 év, a ma orvossá avatottak leghamarabb is csak 5 év múlva jelenhetnek meg az alapellátás rendszerében. Megoldatlan a házi gyermekorvosi utánpótlás kérdése, a rezidensképzés

keretszámának meghatározásánál az alapellátás szükséglete nem jelenik meg. A házi gyermekorvos és a vegyes praxist ellátó orvos gyermekgyógyászati képzettsége között óriási a különbség, míg a gyermekorvos hosszú képzés útján, a házi orvos többnyire csak tapasztalat révén szerzi meg gyermekgyógyászati ismereteit. Az alapellátásban dolgozó gyermekgyógyász jóval szélesebb gyermekellátási kompetenciával és gyakorlattal bír, mint a főként a felnőttetek problémáival foglalkozó házi orvos, még akkor is, ha diagnosztikai lehetőségei az alapellátási szintre csökkentek. Nem evidencia mindenki számára, hogy az egészségügy szereplői között hatékonyabb feladatmegosztás is elképzelhető, hogy lejárt az atomizált rendelők ideje.

A gyermek-alapellátás jövőjét meghatározza a döntéshozók fogadókészsége modernizálásra irányuló javaslatainkra. A fennmaradáshoz nélkülözhetetlenek a strukturális és az azzal szorosan összefüggő képzési változások.

A primer gyermekorvosi ellátás számos területen más tevékenységet jelent, mint az intézeti keretek között végzett gyermekellátás. Ez az ellátási forma számos olyan ismeret elsajátítását követeli, melyet ma nem oktatnak. A szakvizsga megszerzése során a rezidensek, szakorvosjelöltek nagy része nem ismeri meg közelről a körzeti munka szépségeit, hisz módjuk sincs igazából belekóstolni a munkánkba. A gyermekorvosképzésben az ország nagy

részén 15 év alatt sem sikerült kiépíteni – a házi orvosi szinten már jó tíz éve jól működő, akkreditált oktatópraxis-hálózatot.

El kell fogadni, hogy a gyermekellátáson belül ez a terület is „szubspecializálódott”. Épp úgy, mint a gyermekgyógyászat közel tíz másik területe. A házi gyermekorvosi ellátás fenntartása, fejlesztése olyan változásokat követel, melynek szakmai hátterét a képzés, a kompetencia bővítés adja. Az ehhez szükséges ismeretanyag elsajátítása pedig egy ráépített, 24 hónapos, nem kötelező képzés révén sajátítható el és a házi gyermekorvosi szakvizsgával ismerhető el.

Valójában a gyermekorvosi alapellátás jövőjének érdekében, a ma fiatal orvosaiért dolgozunk. Egy mai, mégoly ambiciózus házi gyermekorvosnak még alig van lehetősége olyan továbbfejlődésre, melynek révén szubspecializálódhat. A csecsemő- és gyermekgyógyászati szakvizsgára épített – még egyszer hangsúlyozom, fakultatív, nem kötelezően előírt, a házi gyermekorvosi munkakör mellett megszerzhető – házi gyermekorvosi szakvizsga azoknak nyújthatna új lehetőséget, akik képzettségüknél, ambíciójuknál fogva, minőségében jobb ellátást kívánnak nyújtani az alapellátásban és széles hidat akarnak építeni az intézeti és az alapellátás átjárhatósága érdekében.

JÓZSA LAJOS
HAJDÚBÖSZÖRMÉNY

Szlovákia: se iskolaorvos, se védőnő!

Szlovákiának 5,5 millió lakosa van, az 1,2 millió 18 éven aluli alapellátását kizárólag gyermekorvosok végzik. Nagyvárosban, kisvárosban, nagyközségben, kisközségben egyaránt. Ahol nincs a faluban gyermekorvos, ott a kijelölt központi település gyermekorvosához viszik a gyereket, az orvos 30 percen belül a legtávolabbi községből is elérhető. A falvak általában közel vannak egymáshoz és további könnyedség Magyarországgal szemben, hogy tanyavilág – ami ugye nagy mértékben nehezíti az ellátásszervezést – nálunk nincs.

Minthogy gyermek alapellátását csak gyermekorvos végezheti, egy felnőttet ellátó háziorvos nem is kap finanszírozást egy gyermek ellátásáért. Jogszabályt sértene az a felnőttet ellátó orvos, aki gyereket is „bevállalna”. Minden újszülöttel be kell jelentkezni egy gyermekorvoshoz, aki nem regisztrál, az nem kapja meg a gyermekszületéskor járó szociális juttatást, vagy az egy hónapos korban a szülőt megillető állami támogatást. 18. születésnapjukat

betöltött fiatalok ellátását átveheti már a háziorvos, de 19. születésnapjukig maradhatnak nálunk is a serdülők.

Körzetben csak főállású orvos dolgozhat, a részmunkaidős állás gyakorlatilag ismeretlen fogalom. Az 1100 kollégának legfeljebb 15 százaléka férfi, a primer ellátásban dolgozó orvosok 75%-a 55 évesnél idősebb. Egy praxishoz átlagosan 1100 gyermek tartozik, a létszám 800 és 1800 között ingadozik. A praxishoz tartozók számát döntően a demográfiai és földrajzi viszonyok határozzák meg. Szabad orvosválasztás van, az ellátási kötelezettség a magyar rendszerhez hasonló, vagyis gond esetén a nem hozzánk tartozó, de a praxis működési területén élő gyermeket is el kell látnunk.

Feladatellátási szerződést egyedül a biztosítóval kötünk, az önkormányzattal nincs szerződéses kapcsolatunk. Működési engedélyünket a területileg illetékes főorvos adja ki, feltéve, ha nincs ezzel szemben az önkormányzatnak előzetesen kifogása, és rendelkezünk a kamarától kapott jogosítvánnyal praxis vállalására. Az említett főorvos – mint hatóság – ellenőrzi

a jogszabályok betartását, és ő végzi az egészségügyi szolgáltatásokat felügyelő intézethez küldött, esetleg más szakmai szervektől érkező beadványok kivizsgálását. Végso esetben ő az, aki akár ellátási engedélyünk visszavonásáról is dönthet.

A finanszírozás fejkvóta alapú, ez magyarázza, hogy miként tudnak – legalább is egyelőre – gyermekorvost biztosítani a sűrűn lakott, de kifejezetten rossz szociális összetételű területekre. A bejelentkezettek száma mellett – Magyarországhoz hasonlóan – korcsoportos szorzók is befolyásolják a praxis javadalmazását. A prevencióért az elvégzett vizsgálatok, a védőoltásért a vakcinációk számától függően külön javadalmazás jár a biztosítótól.

Szlovákiában a 90-es évek végén biztosítók sora lépett a piacra, ma viszont már csak három egészségpénztár működik. Lényegi különbség a szolgáltatások finanszírozásában nincs közöttük, az érték-meghatározás az érdekvédelmi szervezetek vívmánya vagy kudarca. Voltak ugyan próbálkozások a teljesítményfinanszírozás bevezetésére, minőségi indikátorok alkalmazására, de érdemi megállapodás nem

született, nincs tehát anyagiakban is mérhető eredménye a „minőségi” munkának.

Az alapszolgáltatáson felüli ellátásnak (pl. egy fakultatív védőoltásnak) régióként eltérő, azon belül azonban egységes ára van, az árjegyzéket minden rendelőben kötelesek vagyunk kifüggeszteni.

Rendelőhelyiséget akár az önkormányzattól, akár magánszemélytől is bérelhet az orvos, nyithat persze rendelőt a saját házában vagy lakásában is. Azt, hogy a helyiség megfelel-e a kritériumoknak vagy nem, az előbb említett főorvosi hivatal dönti el. A szükséges javításokat, felújításokat megegyezéstől függően vagy a bérlő, vagy a bérbeadó fedezi. Egy rendelőben jellemzően egy orvos dolgozik, bár a nagyobb városokban vannak úgynevezett poliklinikák, ahol a szakorvosi rendelések mellett több házi gyermekorvos is dolgozik együtt. Az orvosnak egy asszisztense van, akinek ő a munkáltatója, recepció nem dolgozik a rendelőkben. Védőnői szolgálat korábban volt, de ma már nincs Szlovákiában, a gyermekek primer egészségügyi ellátását az orvos és asszisztense „egyedül” végzi.

A betegrendelési idő az igényektől függően általában napi 5-6 óra, a forgalom a vizitdíj megszüntetése után újra meg-

emelkedett. A krónikus betegségben szenvedőket a szakrendelések gondozzák. Minden héten kötelesek vagyunk 5-6 órát preventív munkára (tanácsadásra, szűrésre, vakinációra) fordítani. Lakásra már hosszú ideje nem járunk, bár én szeretem az újszülöttjeimet legalább egyszer otthonukban is meglátogatni. Az otthoni ellátás díja a szülő és az orvos megegyezésén alapul, de hangsúlyozom, sem a munkaidő alatti, sem az azon túli – ügyeleti – időszakra nem jellemző a beteg otthonában történő ellátás.

Utánpótlási helyzetünk egyre rosszabb, generális gond, hogy nem érdekli a frissen szakvizsgázottakat a területi munka. Egyetem után öt éves a szakképzés, 3 évig mindenkinek azonos tartalommal, ezután azonban szétválik az általános gyermekgyógyászok és a leendő szubspecialisták képzése. A képzés során mindössze 3-4 hetet kell körzetben tölteni. Arról, hogy valaki a szakvizsga után azonnal körzetbe menne, nagyon régóta nem hallottunk. Az a régi rendszer, amikor még más fakultatáson képezték az „általános” orvosokat, mint a gyermekorvosokat, már hosszú ideje a múlté.

Munkaidő után az ellátás az ügyeleti központokban történik, amelyeket, ha mód-

van rá, igyekeznek a kórházak közelébe telepíteni. Mindannyian kötelesek vagyunk a havonta ránk jutó szolgálatot vállalni. A gyereket behozzák, házhoz az ügyelet során sem járunk.

Iskolaorvosi szolgálat Szlovákiában nincs. Minek is, hisz minden gyermeknek van házi gyermekorvosa, aki szükség esetén elvégzi a szükséges epidemiológiai teendőket.

A gyermek-alapellátásnak nálunk sincs sehol önálló tanszéke, a miniszter tanácsadó grémiumának van azonban alapellátásban dolgozó gyermekgyógyász tagja. Az ezredforduló előtt, a holland PHARE program kapcsán nálunk is voltak törekvések a gyermekorvosi alapellátó rendszer megszüntetésére, érdekvédelmi szervezetünk határozott fellépése is hozzájárult ahhoz, hogy jelenleg is úgy-ahogy biztonságban érezhetjük magunkat. Van ugyan néhány helyen próbálkozás a 15 éven felüliek átvállalására, de a házi orvosok átlagéletkora még a mienknél is magasabb, nemigen akarnak már új frontokat nyitni.

MUDR. EVA ANTÓNYOVÁ, A PRIMER ELLÁTÁSBAN
DOLGOZÓ SZLOVÁK GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK
BIZOTTSÁGI TAGJA / KASSA

MUDR. KVETOSLAVA PRUCHOVÁ, A PRIMER ELLÁTÁSBAN
DOLGOZÓ SZLOVÁK GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK
ELNÖKE / POZSONY

A Hírvivő ezt megelőző számában jeleztük, hogy a HGYE számlát nyitott az árvíz során súlyos károkat szenvedett egyesületi tagok segítésére. A számlán összegyűlt 140 000 forintot a vezetőség döntése alapján egy felsőzsolcai kolleganőnek juttattuk el.

TISZTELT KOLLÉGÁK!

Rendkívül jóleső érzéssel értesültem támogatásukról, melyet szeretnék tisztelettel megköszönni. Ha megengedik, röviden vázolom a helyzetet.

Hihetetlen, alig elképzelhető az, ami történt! A település lakóházainak 97 százalékát árasztotta el a víz. 197 ház azonnal összedőlt, s azóta jóval kétszáz fölött van az elvesztett otthonok száma. 1900 lakóházban olyan komoly károsodások léptek föl, hogy gyakorlatilag újjá kell őket építeni ahhoz, hogy újra lakhatóvá váljanak. Három hónappal az árvíz után még mindig úgy néz ki a város, mintha földrengés vagy háború pusztított volna. Aki nem járt itt,

nem is tudja elképzeni! Képtelen történet!

Elkezdődött az újjáépítés, de számos ok miatt nehezen halad. Sok kis páciensnek kellett elhagynia lakóhelyét, így azt sem tudom, hogy hol található most. Hepatitis-oltást szerettünk volna biztosítani a közösségbe járó gyerekeknek, de a családok értesítése nehézségbe ütközött, így jóval kevesebben kaphatták meg a védőoltást, mint ahogyan azt terveztük.

A gyermekorvosi rendelőben majdnem minden eszközünk megsemmisült és sajnos az otthonomat is jelentős kár érte.

Lelkileg is megterhelő az a helyzet, ami máig körülvesz bennünket. Az elszenvedett pszichotrauma következményei azt gondolom – ahogyan az mutatkozik is már –, ezután várhatók. Igen nehéz feladat annak megoldása, hogy életünk visszatérjen vagy legalább közelítsen a korábbi időkhöz. Minden segítség nagyon sokat jelent számunkra.

Máig meghatottan gondolok dr. Rákóczi Ferenc tatabányai házi gyermekorvos-

ra, aki a legnehezebb időben állított be ismeretlenül és váratlanul. Csak annyit kérdezett, hol segíthet. Három napig vettem részt asszisztensével együtt éjjel-nappal a védekezésben és a rászoruló ellátásában. Szívet melengető segítséget nyújtott dr. Madarasi Anna, a Szt. János Kórház Budai Gyermekkórházának főorvosa. A helyszíni mentésen túl megszervezte 30, krónikus betegség miatt gondozás alatt álló gyerekünkbudapesti táborozását. Szinte kicserélve jöttek haza az egyhetes kurzusokból, nem beszélve arról, hogy hány zsolcai család gondol hálás szívvel a Budai Kórház dolgozóira azokért az adományokért, amelyekkel máig elviselhetőbbé tették a nélkülözést.

Az Önök által felajánlott anyagi támogatást elsősorban a rendelő bútorzatának pótlására és a higiéniai eszközök beszerzésére szeretném fordítani.

DR. MAGYAR ERZSÉBET
FELSŐZSOLCA



A MAGYAROKNAK TÖBB TELÍTETLEN ZSÍRT KELLENE FOGYASZTANIUK!

Az esszenciális zsírsavak olyanok, mint a vitaminok? Miért van szükség táplálkozási edukációra? Ezekről a kérdésekről is beszélgettünk Prof. Dr. Czinner Antallal, a Heim Pál Gyermekkórház tudományos igazgatójával, aki Magyarországot képviseli az IEM nemzetközi találkozóin.

Magyarországon ismeretlen az IEM, hogyan mutatná be röviden ezt a kezdeményezést?

Mielőtt beszélnék az IEM-ről, szeretnék néhány nagyon fontos alapszabályt elmondani az egészséges táplálkozással, azon belül is a helyes zsírbevitellel kapcsolatban. A helyes táplálkozás egyik alappillére az, hogy telített és telítetlen zsírsavakat egyaránt fogyasztani kell, a legoptimálisabb az 1:1 arány lenne. Például a mediterrán országokban, ahol a gasztrokulturális hagyományok miatt sok halat és olívaolajat fogyasztanak az emberek – nincs is probléma ezzel. Más országokban pedig már olyan régóta foglalkoznak az ezzel kapcsolatos edukációval, hogy sikerült az emberek táplálkozási szokásait megváltoztatni, ilyen például Finnország és Dánia. Sajnos Közép-Kelet Európa országaira, köztük Magyarországra is igaz, hogy a táplálkozási szokásaink nem felelnek meg az európai irányelveknek. Túl sok állati eredetű, telített zsírsavat fogyasztunk, míg a telítetlen zsírokat, és az ezekben található esszenciális zsírsavak kevésbé jelennek meg az étrendünkben. Ráadásul a sok diét, amelyek kitalálják az étrendből a zsírokat, tovább rontják ezt a helyzetet. Sok téveszme él az emberek között a táplálkozási témánál. Pont emiatt fontos, hogy a szakértők megvitassák tapasztalataikat nemzetközi fórumokon, irányelveket dolgozzanak ki, amelyek adott esetben eljutnak a kormányzatokig, a politikai szféráig ugyanúgy, mint a fogyasztókig.

Ezek szerint az IEM egyik célja az, hogy a táplálkozási irányelvek eljussanak a politikához?

Igen, érthetjük így is. Az IEM találkozón lefektetett irányelveket minden eset-

ben megfogalmazzák írásban is. Ezek az ajánlások pedig eljuthatnak a döntéshozók szintjéig, akik akár törvényi rendeletekkel befolyásolhatják az élelmiszerek zsírtartalmát, így a fogyasztók táplálkozását.

Említene néhány fontos irányelvet az IEM találkozókon megfogalmazott táplálkozási ajánlások közül?

Az első ilyen fontos ajánlás, hogy zsírokra szüksége van a szervezetnek: a telített zsírok komoly szerepet töltenek be a testünk energiaellátásában, míg a telítetlen zsírok és azokban meglévő esszenciális zsírsavak nélkülözhetetlenek a megfelelő koleszterinszint és a normál idegrendszeri működés fenntartásában, komoly szerepük van a látásban, különböző hormonális folyamatokban, a sejtmembrán működésében, a gyulladási folyamatok lezárásában. Másrészt nagyon oda kell figyelni az esszenciális zsírsavak fogyasztására, mert sok létfontosságú folyamathoz elengedhetetlenek, ugyanakkor az emberi szervezet nem képes az előállításukra. Kicsit olyanok, mint a vitaminok, szükségünk van rájuk, de csak táplálékkal tudjuk bevinni őket a szervezetünkbe. A másik fontos ajánlás a transzszírokra vonatkozik, amelyeknek fogyasztását minimálisra kell csökkenteni.

Magyarországon mely ajánlásokra kell figyelniük leginkább az embereknek?

Köztudott, hogy Magyarországon nagyon sok állati zsiradékot, disznóhúst és zsíros tejterméket fogyasztanak az emberek. Mivel nálunk a gasztronómiai hagyományokból hiányzik a hal és az olívaolaj, elmondható, hogy az étren-

dünkben nagyon sok a telített zsír, viszont rendkívül kevés a telítetlen zsír, és ezen belül is az esszenciális zsírsavak aránya nagyon kicsi. A hazai étkezési szokásokat figyelembe véve itthon a margarin-fogyasztás is jelentheti a megoldást, hiszen kenyérré kenve, szendvicsekhez, sütéshez és főzéshez használva hozzájárulnak az optimális zsírbevitelhez. A jó minőségű margarink kiváló minőségű növényi olajokból készülnek, így gazdagok telítetlen zsírokkal és esszenciális zsírsavakkal, mivel ma már nem hidrogénezési eljárással készítik őket, így elejesező a transzszírsav-tartalmuk is.

ZSÍROS TEJTERMÉKEK HELYETT NÖVÉNYI OLAJOK ÉS MARGARINOK

(IEM ajánlás)

A Nemzetközi Szakértő Találkozót (International Expert Meeting- IEM a Táplálkozási Tudományok Nemzetközi Uniója (IUNS) és a Szív Világszövetség (WHF) szervezi meg minden évben 25 ország 40 táplálkozási és egészségügyi szakértőjének részvételével. Céljuk, hogy meghatározzák a jelenleg legfontosabb nemzetközi, táplálkozási irányvonalakat. Az IEM egyik fontos irányelve, hogy meg kell változtatni a fogyasztók zsír-fogyasztási szokásait világszerte! Az elfogyasztott zsírok mennyiségét csökkenteni kell az által, hogy a zsíros tejtermékeket száraz, alacsony zsírtartalmú húsokkal és a halakkal helyettesítik, az állati eredetű, telített zsírokat helyett pedig növényi eredetű olajokat és minőségi margarint fogyasztanak!



Régi új betegség: a tuberkulózis

Az elmúlt hetekben Észak-Magyarországon meghalt egy 16 éves lány rezisztens tuberkulózis (tbc) következtében. Ez a valaha rettegett betegség az utóbbi időben újult erővel támad. Tavaly mintegy 1500 új beteget diagnosztizáltak, negyvenen haltak meg, és ezek mintegy negyede rezisztens kórokozó okozta fertőzés miatt. Szerencsére – részben a kötelező BCG-oltás következtében – a fiatal gyermekek megbetegedése hazánkban igen ritka.

A „Clinical Infectious Disease” című folyóirat 2010-s szupplementumában összefoglaló cikk jelent meg a gyermekkori tuberkulózis jelenlegi helyzetéről. Évente mintegy 130 000 gyermek hal meg tbc-ben. Becslések szerint mintegy 1 millió gyermek szenved a betegségben világszerte, háromnegyedük a 22 legfertőzöttebb afrikai és dél-ázsiai országban. A fejlett országokban az összes tbc-s megbetegedés 5%-a esik a gyermekkorra, míg a fent említett országokban 20–40% a gyermekek aránya. A HIV-fertőzés mellett a szegénység, a zsúfolt lakásviszonyok és az alultápláltság is fokozza a betegség megjelenésének kockázatát. Míg felnőtteknél a betegség sokszor protraháltan, lassan zajlik, gyermekkorban a lefolyás rapid. A gyermekkori tbc a felnőttekéhez hasonlóan elsősorban a tüdőben jelenik meg (60–80%). Az extrapulmonális manifesztációk között igen gyakori a lymphadenopathia (67%), ritkább a központi idegrendszeri (13%), pleurális (6%), disszeminált (5%) és csont-tbc (4%). A disszeminált és központi idegrendszeri megjelenés a fiatal vagy HIV-fertőzött gyermekek betegsége.

Gyermekkorban a tbc diagnózisa nem könnyű. Köpet nyérése fiatal gyermekeknél nagyon nehéz, még a legtöbb sikerrel a reggeli, éhgyomri gyomornedv tenyésztése kecsegtet, de ez is csak az esetek egyharmadában sikeres. Az egyéb eljárások (pl. PCR, antigénkimutatás, szerológiai vizsgálatok, interferon gamma teszt) a klinikai gyakorlatban kevésbé használhatók, drágák, komplikáltak, nem megbízhatóak.

A nem endémiás területeken a diagnózist egy triád jelenléte valószínűsíti, ezek a szoros kontaktus egy index beteggel, pozitív tuberkulin teszt (a nem BCG-zett populációban) és tbc-re gyanús elváltozások

sok a mellkasfelvételen. Ez a megközelítés azonban az endémiás területeken nem használható, mert a gyermek bárhol megfertőződhet. Ezekben az országokban gyanú esetén először széles spektrumú antibiotikumot adnak, és ha nem észlelnek javulást, tbc-t valószínűsítnek.

A latens és aktív betegség elkülönítése sem könnyű. A latens fertőzésből – tehát azoknál, akik megfertőződtek, de betegség nem alakult ki – a későbbiekben az esetek kb. 10%-ában aktív betegség alakul ki. A latens tbc diagnózisa különösen azokban az országokban nehéz, ahol a BCG-oltás kötelező. A tuberkulin reakció ugyanis mindkét esetben pozitív, és csak a reakció nagysága alapján lehetséges különbséget tenni. Az interferon gamma próba azonban ilyen esetekben segíthet.

A kezelés alapja a felnőtteknél is használt ún. „rövid időtartamú” kemoterápia, amely a kezdeti szakban két hónapig 4 gyógyszer (izoniacid [INH], rifampicin [RPM], etambutol és pirazinamid), majd 2 (izoniacid és rifampicin) tartós, 6 hónapos adásából áll. A disszeminált, miliáris, csont és meningeális formákban ennél hosszabb, 9–12 hónapos kezelés szükséges.

Ami a terápiás eredményeket illeti – bár a gyermekek gyógyulási aránya a felnőttekéhez hasonlóan jó – úgy tűnik, hogy az alkalmazott dózisok túl alacsonyak. Mint majdnem minden más gyógyszer esetén is, hiányoznak a gyermekeknél végzett farmakokinetikai vizsgálatok, az adag a felnőtt dózisok gyermekekre adaptált változata. Az utóbbi években kimutatták például, hogy az izoniacid eliminációja gyermekkorban sokkal gyorsabb, ezért magasabb adagokra van szükség a felnőttekben észlelt szérumkoncentrációk eléréséhez. Külön probléma az is, hogy a gyógyszerek kiszerezése többnyire nem gyermekbarát, vagy ha igen, akkor például a szirupból annyit kell adni, amely már – szorbittartalma miatt – hasmenést okoz.

Az antituberkulotikumok legfontosabb mellékhatása a hepatotoxicitás, de egyéb, specifikus mellékhatások is előfordulnak, például az etambutol okozta retrobulbaris neuritis, ezek gyermekkorban is problémássá tehetik a kezelést.

Egyre nagyobb probléma a multirezisztens tbc gyors terjedése. Multirezisztens

nek nevezzük azt a betegséget, amely az első vonalbeli, hagyományos gyógyszerek egy részére (INH és RMP) nem reagál. Ennél veszélyesebb az extenzív multirezisztens (XDR) változat, amely már a másodvonalbeli szerek nagy részére is rezisztens. A másodvonalbeli szerek sokkal drágábbak, toxikusabbak, nem beszélve arról, hogy egy részük csak parenteralisan adható. A másodvonalbeli szerek közé többek között fluorokinolonok, aminoglikozidok, cikloszerin, para-amino-szalicilsav (PAS) tartozik. A rezisztencia kialakulásának fő okaként a nem adekvát (rövid ideig tartó, alacsony dóziszú, nem a teljes kombinációt tartalmazó) kezelést tekintik. Mivel a tbc-s betegek nagy része a szegényebb rétegekből, Európában nemritkán hajléktalanokból, súlyos alkoholistákból, esetleg szociális otthonok, börtönök lakóiból kerül ki, nagyon sok az olyan beteg, aki – miután tünetei enyhék vagy nincsenek – kivonja magát a kezelés alól, és hosszú időre eltűnik az egészségügyi hatóságok szeme elől. Tekintettel a rezisztens megbetegedések egyre nagyobb számára, a tbc-baktérium tenyésztése és rezisztenciájának meghatározása a diagnóziskor rendkívül fontos.

A megelőzés két legfontosabb tényezője a védőoltás (BCG) és latens infekció esetén a kemoprofilaxis. A BCG-vakcina, amely a *M. bovis* élő, gyengített formája, már az 1920-s évektől szerepel a védekezésben. Bár alkalmazása nem véd a tüdő tbc-s megbetegedése ellen, számos nagy populációt átfogó vizsgálat adatai szerint igen jó hatásfokkal előzi meg a kisgyermekkori disszeminált és meningeális tbc kialakulását. A HIV-vel fertőzött esetekben azonban a vakcina nem véd, sőt veszélyes, mert a Calmette-Guérin bacillus disszeminált betegséget okoz. A BCG-vakcináció általános bevezetése a HIV-vel és ugyanakkor tbc-vel is erősen fertőzött országokban ezért komoly vita tárgya. A latens tbc kemoprofilaxisa 9 hónapos INH- vagy 3-4 hónapos INH+RMP-kezeléssel sikerrel előzheti meg aktív megbetegedés kialakulását.

A kötelező BCG-vakcinációt számos országban, ahol a tbc gyakorisága alacsony, elhagyták. Más országokban csak a veszélyeztetett populációt oltják. Hazánkban – bár viták folynak erről – egyelőre marad a kötelező BCG-oltás.

Pályázati felhívás

Novartis Vaccines Menjugate pályázaton történő részvételre

A Novartis Vaccines Kereskedelmi Képviselőt megelőző célkitűzéseinek megfelelően pályázati felhívást tesz közzé a **meningococcus** betegség serdülők és fiatal felnőttek körében történő megelőzése céljából.

1. A PÁLYÁZAT CÉLJA

A Neisseria meningitidis által okozott, invazív meningococcus meningitis és sepsis **Menjugate védőoltással** történő hatékony megelőzése a veszélyeztetett korosztályban. Hazánkban évente átlagosan 50 mikrobiológiailag dokumentált, meningococcus okozta purulens meningitis fordul elő. Az időben elkezdett, heroikus kezelés ellenére, invazív meningococcus-fertőzés esetén a betegek 10–14%-a meghal. A legvesélyeztetettebb korcsoport az 5 év alattiak mellett a serdülő-fiatal felnőtt korosztály. A túlélők közül minden ötödik, élete végéig jelentős maradványtünetekkel, rokkantként próbál boldogulni. Európa több országában Nemzeti Immunizációs Program keretén belül, széles körű immunizációval a fertőzés 90%-os visszaesését lehetett elérni.

A pályázat célja: Az alapellátásban a meningococcusprevenció fontosságának propagálása, a Menjugate védőoltás mind szélesebb körben történő alkalmazásának elősegítése, ezzel a megbetegedések számának csökkentése.

A PÁLYÁZAT KIEMELT CÉLJA:

A veszélyeztetett fiatalok, serdülők felkutatása
A preventív tevékenység és ellátás színvonalának emelése

2. PÁLYÁZATI FELTÉTELEK

Potenciális pályázó lehet minden aktív, gyógyító-megelőző ellátásban dolgozó gyermekorvos és háziorvos, ideértve a vegyes praxisban tevékenykedő háziorvost is, valamint a Nemzetközi Oltóhelyek szakorvosait és az iskola-egészségügyi ellátást végző orvosokat is.

A pályázat témája: Saját praxisban 2010. augusztus 1-től 2010. december 31-ig a serdülő, fiatal felnőtt korcsoportban **Menjugate** oltóanyaggal végzett immunizációs tapasztalatok összefoglalása.

A pályázat térjen ki az oltottak számára, életkorára, betegségük miatt egyébként is veszélyeztetett egyének oltására, valamint a külföldre (endémiás területre) utazók vakcinációjára is. A pályázat része lehet iskolában, kollégiumokban megszerzett oltási tapasztalatok ismertetése is. Előnyt jelent a pályázó számára a minél nagyobb esetszám feldolgozása, iskolai oltási kampány elemzése.

A pályázat terjedelme: 2–5 gépelt oldal.

Leadási határideje: 2011. január 31.

A pályázatokat postai úton, a **Novartis Vaccines Kereskedelmi képviselőt** címére kell eljuttatni:

1114 Budapest, Bartók Béla út 43–47.

A pályázati kiírás nyílt jellegű. Elbírálását a Novartis Vaccines orvosszakértői és erre a célra külön felkért, védőoltási tanácsadó szakorvosok végzik.

A pályázat eredményhirdetésére a Háziorvos Továbbképző Szemle és a Gyermekgyógyászat című folyóirat márciusi számában kerül sor.

Egy évben maximálisan 3 pályamunka díjazására kerül sor. Az első helyezést elért pályázó számára a 2011-es Védőoltás konferencián lehetőséget biztosítunk, hogy tapasztalatait kongresszusi előadás formájában is ismertesse.

A pályázaton való részvételi szándékát kérjük, jelezze írásban az enikoe.uetoe@novartis.com e-mail címre. A részvételi szabályzat a jelentkezők részére e-mailben kerül kiküldésre.

A pályázat értékelésének végső határideje: 2011. február 28.

I. helyezett díja: a helyezett által kiválasztott, Európában megrendezésre kerülő, külföldi szakmai konferencián történő részvétel regisztrációs és szállásköltségének 400 000 Ft értékű támogatása

II. helyezett díja: a helyezett által választott, hazai szakmai rendezvényen történő részvétel regisztrációs és szállásköltségének 200 000 Ft értékű támogatása

III. helyezett díja: a helyezett által választott, hazai szakmai rendezvényen történő részvétel regisztrációs és szállásköltségének 100 000 Ft értékű támogatása

Nem pályázhatnak a Novartis Vaccines cég alkalmazottai és hozzátartozói.

Budapest, 2010. augusztus 11.

- **Óbudai-békásmegyeri** házi gyermekorvosi praxisomat eladnám, vagy tartós helyettesítés is lehetséges. Ár megegyezés szerint. További információkért keressen telefonon: +36 30 3811-616.
- **Miskolci**, 740 fős gyermekorvosi praxis 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 9235-015 telefonszámon.
- **Kecskeméten** 900 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a +36 76 475-035 telefonszámon este 19 és 20 óra között lehet.
- Gyermekorvos helyettesítést vállal: **Székesfehérvár, Velence, Gárdony, Érd környékén**. Hétvégén nappali ügyeletet, számlaképesen is. Tel.: +36 20 3461-953 Dr. Valkó Péter Tamás
- Házi gyermekorvosi praxis eladó. 950 fős, **Budapest, XXI. kerület**. Érdeklődni: Dr. Küzdényi Viktória, tel.: +36 30 6442-614
- Az ország egyik legszebb részén a **Dunakanyarban**, 30 éve működött kb. 930 fős gyermeklétszámú praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. TEK, igen megbízható asszisztencia. Érdeklődni este 6 és 8 óra között a +36 27 350-002 telefonszámon lehet.
- **Dél-Buda központjában** 650 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a következő telefonszámon vagy e-mail címen lehet: +36 30 2126-732, kdi58@freemail.hu.
- **Budapesten, Zuglóban** 950 kártyás gyermekgyógyászpraxis eladó. Érdeklődés: +36 20 9776-650
- **Szentendrén**, 1060 fős gyermekkörzet eladó. Központi ügyelet, kitűnő szakasszisztens, jól megoldott helyettesítés. Tel.: +36 30 4931-415, e-mail: brozeli4@gmail.com
- Házi Gyermekorvosi praxisjog a **XI. kerületben, Sasadon** eladó. Akár megegyezés szerinti ideig tartó fokozatos átvétellel. Érdeklődni lehet a +36 1 247-1221, illetve a +36 30 4836-219 telefonszámokon.
- **Egertől 20 km-re** 600 kártyás gyermekpraxis eladó. A rendelő jól felszerelt, rezsi költség nincs! E-mail: gyermekrendelo@mediacenter.hu Tel.: +36 20 9549-540 (16 óra után)
- **Nagyszénáson** házi gyermekorvosi praxis kedvező áron eladó. Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Érdeklődni: tel.: +36 30 4956-615
- **Kisszállási** praxisba (Bács-Kiskun megye) állandó helyettesítésre jelentkezőket várok. Későbbi praxisátvétel is szóba jöhet. Tel.: +36 20 9374-392, agnes.nagy.decse@gmail.com
- **Budapesti** házi gyermekorvosi praxis eladó. Ár: 999 000 Ft. Kártyaszám: 610 fő. Tel.: +36 20 9318-292
- **Pesti** metróállomás melletti 630 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: +36 30 5885-559
- **Pécsen** házi gyermekorvosi praxisjog sürgősen, kedvező áron eladó. Érdeklődni lehet a +36 70 5376-748 telefonszámon.
- Házi gyermekorvosi praxis **Pécs közelében**, nagyon szép természeti környezetben eladó. Tel.: +36 20 2800-541
- **Pécelen**, Budapest határától 1 km távolságban, helyettesítő gyermekorvos kollégát keresek. A szokásos éves szabadságolások időszakára, illetve megbeszélés szerint heti 1 fix nap. A praxis 800 fős. Jelentkezés a javorszuzsannadr@freemail.hu e-mail-re, vagy telefonon: +36 20 4449-476
- **Isaszegen** 1040 fős gyermekorvosi praxis, nyugdíjazás miatt eladó. A hűtő-fűtő klímás, felújított rendelő önkormányzati tulajdonú, bérleti díj nincs. Ügyelni nem kell, de lehet. További információk a +36 20 5426-404 számon.
- **Sárvár** fürdővárosban 600 fős gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: +36 30 2178-604, e-mail: dr.desits@freemail.hu.
- **Gödöllőn**, kertvárosban 1000 fős házi gyermekorvosi praxis eladó, precízen vezetett adminisztrációval és tervezhető helyettesítéssel. Érdeklődni a +36 20 9623-120 telefonszámon, vagy a ferencgabororosz@gmail.com e-mail címen lehet.
- Gyermekpraxisban vagy szakrendelőben helyettesítést vállalok **elsősorban Budapesten és Pest megyében, illetve Budapest 50 km-es körzetében**. Dr. Lakos Gábor, telefon: +36 30 2112-325
- **Szeged** mellett 530 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Területi ellátási kötelezettség, megbízható asszisztencia, korszerűen felújított rendelő, központi ügyelet. Érdeklődni: este 6 és 8 óra között a +36 30 6229-428 számon.
- Betegség miatt áron alul, részletfizetéssel is, sürgősen eladó 500 fős házi gyermekorvosi praxis **Budapesten, a XIX. kerületben**. Tel.: +36 30 8144-625



Egyesületünk címe:
1136 Budapest
Tátra u. 52.
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: +36 1 330-0900
Fax: +36 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.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704 e-mail: mediconsult.kft@upcmail.hu

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

HÁRVIVŐ

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 Pozsár Anna, címlapfotó: Konkoly-Thege György, belső fotó: Szamosi János