

2005. június ■ X. évfolyam 3. szám

# H

# ÍRVIVÓ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



# Valami elindult?

A 100 lépés egészségügyre vonatkozó 21 pontja az alapellátás szempontjából lényeges reformokat tartalmaz. Elsődlegességének hangsúlyozása, a társulások támogatása, a praxisalap létrehozása alapvető változásokat eredményezhet.

A társadalombiztosítás terén a fekvő- és járóbeteg-kassza összenyitása, a biztosítás alapú jogosultság, a „mindenki után fizessen valaki” elvének kimondása eltökéltségre utal.

Minden pofonegyszerűnek tűnik.

Így utólag szinte érthetetlen, hogy a gyermekgyógyászat miért nem tudta lassan már egy évtizede elérni, hogy a politika részéről jelentőségéhez méltó figyelmet kapjon. A választ folyamatosan tapasztalhattuk: mert mindig a politika szempontjai a meghatározók! Szóval csak, ha akarja a magasságos politika.

A fentiek tükrében különösen sziszifuszi küzdelemre kényszerül egy civil szervezet amely, miután politikamentes akar maradni, szigorúan ügyel arra, hogy csak szakmai oldalról érveljen. Ha arra a sok próbálkozásra, levelekre, elemzésekre, konferenciákra, értekezletekre gondolok, amelynek eredménye csak néhány esetben volt érzékelhető, akkor látom igazán, mennyire „gazdaságtalan” tevékenység hazánkban civil szervezetként egy hivatás érdekében munkálkodni. A kiszolgáltatottság, a hiábavalóság érzése mindig nyomasztó. De miért éppen akkor kesergék, amikor a gyermekgyógyászat ügye végre a nagypolitika asztalára került? Örülöm kellene, és örülök is, de egy sóhajtás erejéig ez a kis kesergés kikívánczolt...

Valami talán elindult...

Ugyan még csak a terveket lobogtatja a kormányzat, még nem tudjuk, hogy mi valósul meg, és mi az, ami csak ígéret marad, és ami megvalósul, abból mit fognak megszüntetni. Hiszen nincs megállapodás a pártok között az egészségügy kurzusoktól mentes fejlesztéséről! Nincs megállapodás alapvető stratégiákról, nincsenek egyeztetett prioritások és fejlesztési irányok. Az ezt célzó korábbi kezdeményezések nem sikerültek. Most pedig, amikor a választásokig hátralévő szűk egy évben a pártok inkább programjaik különbözőségét, mint a megegyezés szükségességét hangsúlyozzák, továbbra sem várható egyetértés. Éppen ezért jobb lett volna, ha ezek a reformtervek nem ilyen későn fogalmazódnak meg. Most már ugyanis még nagyobb elszántságra lesz szükség, mert egy kórházbezárás, vagy a mindenkinek járó alapszolgáltatás meghatározása népszerűségvesztéssel járhat.

De lehet-e elszánt a politika a választások előtt?

Egyesületünk vezetősége – ahogy azt korábban is többször kifejtettük – elkötelezett reformpárti. A változtatás érdekében kívánunk tevékenykedni, erre ösztönözve a magunk – láttuk korlátozottan hatékony – eszközeivel a politikát. Akár egy évvel a választások előtt is...

Dr. Huni King

## TARTALOM

- Beszélő viszony . . . . . 2–3
- Egészségház-koncepció 4–5
- Az ombudsman állásfoglalása . . . . . 7
- Ljubjana, 2005 . . . . . 9
- Milyen volt? . . . . . 10–11
- Semmi nincs véletlenül 13–15
- Világméretű influenzajárvány? . . . . 16–17
- Etikai sarok . . . . . 19
- Hírek . . . . . 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2005-ben:



# Beszélő viszony

Évtizedek óta először fordult elő, hogy hivatalban lévő miniszterelnök megbeszélést folytat a gyermekgyógyászat képviselőivel. Június 16-án a Svábhegyi Gyermekszanatóriumban egy kb. 50 perces találkozóra került sor. Egy szűk óra nem túl sok. Egy igazi megbeszélésre semmiképpen sem elég. De mégis gesztus értékű. Elhangzott egy tájékoztató, megtudhattuk, hogy a daganatos betegek ellátása, a sürgősségi ellátás és az alapellátás mellett a csecsemő- és gyermekgyógyászat fejlesztése tartozik a közeljövő prioritásai közé. Nem vagyunk annyira naivak, hogy ne tudnánk, a választások előtt egy évvel mindennek politikai üzenete van. De vagyunk annyira naivak, hogy bízunk abban, hogy a politika és a szakma beígért konzultációja előbbre viheti majd a gyermekellátás eddig ugyancsak döcögő szekerét. Az alábbiakban ismertetjük Gyurcsány Ferenc tájékoztatóját.

Először is köszönetet mondok azért a lehetőségért, hogy szót válthatunk egymással arról, mi lesz a közös dolgunk az elkövetkező években a csecsemő- és gyermekgyógyászat körülményeinek, feltételeinek, intézményrendszerének korszerűsítése érdekében.

Két úton halad ma az egészségügy átalakítása. A rendszer reformját illetően csak egy pár mondatot engedjenek meg. Ami eldőlt, az a reform előszobája. 15 év után végre elszántuk magunkat arra, hogy egy biztosítási alapú egészségügyet hozzunk létre Magyarországon. Hogy feladjuk azt a fából vaskarika álláspontot, amely az elmúlt másfél évtizedet jellemezte, amikor is a biztosítás köntöse mögött egy nagyon hagyományos, elosztáselvű állami egészségügy „működött”. Ahol azonban szinte semmi nem az, aminek mutatja magát, ahol a jogok, a felelőségek és a lehetőségek teljes összekeveredése mellett igazából senki nem tudja, hogy neki mi jár, hol és mennyiért. Ez nem az egészségügyiek és nem az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők, hanem az elmúlt évek egészségpolitikájának a kritikája. Az elmúlt 15 évben hiába próbáltuk pusztán költségvetési forrásokkal az egészségügy helyzetét rendbe tenni, az eredmény soha nem látszódott. Annak ellenére, hogy három éve 50 százalékkal többet költünk az egészség-

ügyre, mint azt megelőzően, a pénz anélkül folyik szét, hogy az orvosok, nővérek, ápolók érezkelhették volna, jobb lett a helyzetük. Az egészségügyi fizetések bántóan alacsonyok, a 2002. évi béremelés mára gyakorlatilag elolvadt. Nem szabad ezért megismételnünk, amit akkor tettünk, hogy a rendszer alapjainak megváltoztatása nélkül adtunk 50 százalékos béremelést. A bérfelzárkóztatási programot az egészségügy egész intézményrendszerének korszerűsítésével kell összekötnünk.

Arról a kérdésről, hogy mivel jár majd egy biztosítási alapú egészségügy, érdekes módon, nem alakult ki vita. Hogy azért nem, mert minden egészségpolitikus egyetért vele, vagy azért, mert nem igazán értik, nem látom tisztán. Pedig nem lesz majd könnyű az olyan helyzeteket kezelni, amikor valaki például azért kerül bajba, mert valamikor úgy döntött, hogy csak alacsony értékű egészségügyi szolgáltatást vásárol. Tisztában kell lenni azzal is, hogy csupán bizonyos társadalmi csoportoknak jár továbbra is alanyi jogon a szolgáltatás, elsősorban a nem aktív biztosítottaknak, mint amilyenek a gyermekek vagy a nyugdíjasok. Javaslom, ne most nyissunk vitát arról, hogy az alapbiztosítást tartjuk-e állami kézben, vagy hogy mi tartozik a nemzeti kockázatközösség keretébe, hogy milyen szolgáltatáscsomagok terén léphetnek be az egymással versengő kiegészítő biztosítók.

Hogy reform kell, az egyértelmű. De először a feltételeket kell megteremtelnünk ahhoz, hogy jövő január elsejétől megtehessek a legfontosabb kezdeti lépéseket. Ebben a vonatkozásban négy dologra szeretnénk fókuszálni. A nemzeti rákellenes program már elkészült, szakmai vitája júliusban kezdődik. Sokat hallottunk a program második eleméről, hogy érdemben kell előbbre lépni a mentőállomások és a sürgősségi ellátás fejlesztése terén. A legfontosabb teendők harmadik eleme az, hogy növeljük a családorvosi rendszer súlyát az egészségügyi ellátórendszer egészén belül. Önök is ismerik azokat a statisztikai felméréseket, amelyek arra utalnak, hogy az egészségügyi ellátásban közreműködők között a családorvosok presztízse a legnagyobb. Mégis úgy tűnik, hogy kevesebb szerepet játszanak ők ma a meg-

előzésben és a gyógyításban, mint amennyi Európában szokásos. Hozzá kell tennünk, hogy az ehhez szükséges támogatás is elmarad az európai átlagtól.

A negyedik prioritás a csecsemő- és gyermekgyógyászat. Ezen belül van olyan lépés, amiben már most biztosak vagyunk, de szakmai konzultációkra van szükség ahhoz, hogy eldöntsük, milyen további kormányzati döntéseket kell hoznunk. Nincs vita abban, hogy bővítenünk kell például a veleszületett anyagcsere zavarak vizsgálati körét. Nincs vita abban sem, hogy javítani kell a gyermekgyógyászat műszaki, orvostechikai ellátottságát. Ugyanakkor izgalmas szakmai kérdés, hogy merre és hogyan folytassuk a gyermekorvosi hálózat bővítését, működési feltételeinek javítását. Hiszen ma Magyarországon a 14 éven aluli gyermekeknek csak 75 százalékát látják el gyermekorvosi praxist folytató, a családorvosi szolgálathoz hasonlóan működő gyermekorvosok. Mit tegyünk azonban a másik 25 százalékkal? Hogyan működjék az irányított betegellátás, a betegutak szabályozása a gyermekgyógyászat területén? Mi legyen a kapcsolat a gyermekgyógyászati járóbeteg-szakellátás és az alapellátás között? Hogyan kezeljük azt, hogy miközben a praxisnak van elméleti értéke, mégis eladhatatlan? Hogyan, milyen feltételekkel működjön az ennek áthidalására szánt praxisalap? Hogyan és milyen módon alakítsuk át a gyermekgyógyászati fekvőbeteg-ellátást? Egy gyermek nem szenvedhet hátrányt azért, mert a szülője nem tud, vagy nem akar az ellátásáért fizetni. Milyen különbségek legyenek a főkoncepcióhoz képest a gyermek és a felnőtt biztosítása és ellátásának finanszírozása között? Hogyan lehet egységesíteni a ma még sok helyen egyenlőtlen színvonalú területi ellátást? Hogyan lehet esélyegyenlőséget teremteni a gyermekek számára azokon a településeken, amelyek önmagukban képtelenek egy gyermekorvos eltartására? Hogyan lehet elérni azt, hogy azokon a területeken, ahol az orvosmegtartó vagy -eltartó képesség alacsony, békében megélhessen egymás mellett a háziorvos és a házi gyermekorvos?

Nem hiszem, hogy ezekben a bonyolult kérdésekben előbbre lehet lépni szakmai konzultáció nélkül. Ezeket az ősz folyamán szeretnénk lezárni, hogy meg-

hozzassuk a gyermekegészségügy átalakításához szükséges kormányzati döntéseket. Azt kértem a miniszter úrtól, hogy tartsunk tematikus megbeszéléseket az érintettekkel. Hogy az elfogadott program ne csak az egészségpolitikuskok programja legyen, hanem a szakmában dolgozók és a szolgáltatásokat igénybevevők valós érdekeit szolgálja.

Az egészségügy átalakítása az egyik legbonyolultabb folyamat, nem véletlenül fél tőle 15 év óta mindenki. Azért kell mégis elindítani, hogy ne a beláthatatlan jövőben, hanem már 3-4 év alatt legyen az országnak a mainál lényegesen modernebb, jobb feltételekkel működő egészségügye. Nem növelhetjük tovább azt a szakmapolitikai adósságot, ami már

így is rendkívül tetemes. Egy-másfél éven belül várható már szolgáltatásfejlődés és minőségjavulás, ha a reform előkészítése mellett az említett négy programra is koncentrálnak.

K.F.



**Május 10-én Mikola István és Rác Jenő válaszolt az MTV Napkelte című műsorának kérdéseire. Az ott elhangzott interjúkból emeltük ki az alábbi részleteket:**

#### **Mikola István:**

Szép dolog a 21 pont, el kell ismerni. Visszaköszön benne a Fidesz híres-hírhedt cselekvési programja... Nem azzal van bajom, hogy a nagy kérdésekben nincs konszenzus, hanem azzal, hogy nem látom a miniszterelnök mögött a politikai és főleg pénzügyi, gazdasági támogatást. A 21 pontnak a legnagyobb része támogatható, de ha nincs forrás, egy lépést sem lehet tenni, és minden csak rózsaszínű köddé válik. ... Az uniós országokban az egészségügyre a bruttó hazai termék 7–8%-át fordítják. A mi GDP-nk messze van a német GDP-től, de ennek is csak 4,2–4,3%-a megy az egészségügyre. Volt itt Medgyessy-csomag, Draskovics-csomag, ilyen csomag, olyan csomag. Óriási forráskivonás tör-

tént amellet, hogy napról napra súlyos vagyonszétválást szenved el az egészségügy. Fű alatt, szabályozatlanul, szabálytalanul és észrevétlenül folyik a privatizáció. Konszolidáció kell először is, hogy ne omoljanak össze sorra az egészségügyi intézmények.

... Az egészségügy nagyon beteg, és a betegágnál eltörpülnek a közéleti, pártpolitikai csatározások. A nagy kérdésekben nem kell elzárkózni a konszenzustól, de ha a program mögött nincs egyértelmű politikai támogatás, nem fog menni. Meggyőződésem, hogy csak kommunikációs offenzíváról van itt szó, hisz a választás sikere múlik azon, hogy elhiszik-e az emberek, amit a kormány mond vagy sem.

#### **Rác Jenő:**

Az egészségügyi rendszer ma szegény, igazságtalan és átláthatatlan. A fundamentális szerkezetet kell megváltoztatni ahhoz, hogy a többletpénz úgy használjon, hogy a betegek is érezzenek

belőle valamit. Önmagában pénzzel nem lehet megoldani a kérdést. Abban is egyetértek a miniszterelnökkel, hogy aki az orvosok ellenére akar változtatni az egészségügyön, az bele fog bukni. Eddig legalábbis így történt. Megfelelő párbeszéd szükséges ahhoz, hogy az egészségügy valamennyi szereplőjével elfogadtassuk a változtatás irányait... Az elmúlt kormányzati ciklusokban a kormányváltás utáni első évben azért nem mertek a jóléti rendszerekhez nyúlni, mert jöttek az önkormányzati választások. A következő évben a költségvetés már be volt határolva. A harmadik évben az addigi semmittevés miatt elbocsátották az aktuális egészségügyi minisztert, és az új hozzálátott saját programjának kidolgozásához. Hiába dolgozta azonban ki, mert az utolsó évben – tekintettel a megint közelgő választásokra – már senki nem mert hozzányúlni a rendszerhez... Ha az egymást követő kormányzati ciklusok nem vállalják fel a kontinuitást, akkor sehova sem jutunk...

# Az Egészségház-koncepció

Az ellátórendszer szervezetét folyamatos kritika éri, amiért nem alkalmazkodik a megváltozott környezethez, amiért nem felel meg a megváltozott igényeknek, szükségleteknek.

Ez az elmarasztalás általában a kórházi szférát sújtja. Kevesebbet beszélünk arról, hogy szervezetében, funkciójában, hatékonyságában nem sokat változott az ellátórendszer legszélesebb szegmense, az alapellátás sem. Ennek kulcseleme, a háziorvosi rendszer formálisan nagy változásokon ment keresztül (szabad orvosválasztáson alapuló, fejkvóta szerinti finanszírozás és ehhez kapcsolódó „verseny”, a vállalkozói működési módra való áttérés, majd a praxisjog stb.), a gyakorlatban azonban az alapellátás tevékenységi köre, betegmegtartó képessége, a definitív ellátás aránya nem alakult át jelentősen. Ráadásul ezen a területen is egyre nagyobb arányban jelenik meg az ellátatlanság. Mindez nem tartható akkor, amikor hatékonyságról, igazságosságról és esélyegyenlőségről beszélünk.

A továbblépés érdekében érdemes vázlatosan áttekinteni az alapellátás fejlődését. 1990 előtt a magyar alapellátás szervezése az elvben zárt területi elven (a „körzeteken”) alapult. Az alapellátás önálló volt, és mind tulajdonosi, mind szakfelügyeleti, valamint finanszírozási szempontból az önkormányzatok működtették. Az integratív elemek is mindig megvoltak az alapellátásban.

A 70-es évek integrált ellátási modellje a háziorvosi rendeléseket többnyire a kórház–rendelőintézeti egységhez kapcsolta, így ezekben az esetekben egy terület ellátásának szakmai és intézmény-fenntartási központja egy-egy kórház volt.

A 80-as évek végén elindult Csenger székhellyel egy modell, amely – az akkori lehetőségek függvényében – a lakosságközeli ellátások integrálásának elvére épült. Ez a modell tekinthető az Egészségház-koncepció közvetlen előzményének.

A 90-es évek elején a háziorvosi rendszer kialakítása, a praxisprivatizáció az alapellátást – illeszkedve az általános tendenciákhoz – az individualizáció, szekularizáció irányába vitte. Az 1994 és 1998 közötti kormányzati ciklus pályázatokkal és finanszírozási ösztönzőkkel preferálta a csoportpraxisok elterjedését. Szintén ez irányba vitt az ebben az időben megfo-

galmazott Irányított Betegellátási Rendszer elve is. 1998 és 2002 között az elfogadott „praxisjog” (illetve az ezt lehetővé tevő törvény) ismét a szekularizáció irányába terelte a rendszert, míg az ebben az időben realizálódott irányított betegellátási rendszer mintákat adott az orvosi együttműködésekre. 2002 után az új kormány célkitűzései (igazságosság, hatékonyság, ellenőrzött, számonkérhető minőség) ismét az orvosi együttműködést erősítették.

Az alapellátás újrafogalmazását több tényező is indokolja. Az egészségügy szakmai, tudományos és műszaki fejlődése olyan mértékű, hogy a XX. század végére alapigazsággá vált az az állítás, hogy ma már a korszerű ellátáshoz szükséges orvosi tudás egy személy által nem birtokolható, az ehhez szükséges technika pedig egy személy által nem működtethető hatékonyan.

Átalakul a településszerkezet is. Az infrastruktúra fejlődésével (úthálózat és kommunikáció) lerövidültek a távolságok, változik az „elérhetőség” és a „lakóhelyközeli” kifejezések tartalma. Ezt a folyamatot erősíti, hogy a közigazgatás átszervezésével megerősödnek a kistérségek is, miközben egyre több kistélepülésen szűnnek meg – az iskolától a postáig – bizonyos (hagyományos formájú) közösségi funkciók. Elkerülhetetlennek látszik, hogy egyre nagyobb területeken kell az egészségügyi ellátás egyes elemeinek biztosítását is kistérségi szintre emelni (központi ügyelet, „komplett” alapellátás).

A XXI. században mindehhez új kihívásként társul az orvoshiány, ami miatt fizikailag sem tartható fenn a kulcsterületeken a hagyományos, szekularizált rendszer. Mindez nemcsak szükségessé, de elengedhetetlenné teszi az alapellátás szerkezetének, működésének átalakítását.

A fentiek együttesen indokolják azt, hogy a jövő egészségügyében preferálni kell az alapellátásban az orvosi együttműködést, és a lakosságközeli ellátásokba a definitív ellátáshoz szükséges alapvető szakellátási tevékenységeket is integrálni kell.

Az átalakítás javasolt fő irányai

- az orvosi együttműködések (orvosközösségek, csoportpraxisok) támogatása;
- az erőforrások koncentrációja (hu-

mán erőforrások, eszközök és műszerek);

- a szakellátások alapvető elemeinek közelebb vitele a lakossághoz;
- az egészséget szolgáló tevékenységek orvosi kontroll alá helyezése és közös térbe szervezése;
- a helyi egészségfejlesztés, prevenció programok, civil kezdeményezések kontrollált támogatása.

A megvalósítás emblematikus modellje az Egészségház. Ez – nem kizárólagos, és nem kötelező megoldásként – nemcsak az új típusú alapellátásban lehet modellértékű, de általában is alkalmas a jelenlegi szerkezet feszültségeinek feloldására. Az Egészségház modell egy olyan kistérségi (nem közigazgatási, hanem egészségügyiintézmény-fenntartó társulás értelemben használva a kistérséget) jellegű intézmény, amely az egészségfejlesztés érdekében az alábbi funkciókat integrálja:

- alapellátási feladatok,
- az alapellátást segítő, a térség lakossága számára fontos – gyakran igénybe vett – szakellátások közül egyes alacsony erőforrás-igényű rutintevékenységek,
- az életminőséget alapvetően befolyásoló, kiegészítő szolgáltatások (gyógytorna, fizioterápia, logopédia stb.),
- az egészségfejlesztés területi központja, az egészségnevelés, a betegklubok foglalkozásainak színtere,
- egyéb, az egészség javítását szolgáló üzleti szolgáltatások (patika, gyógyászati segédeszköz, biobolt stb.).

Fix rendelések, „alaprendelők” azok a rendelők, amelyek állandó funkcióval bírnak: a háziorvosok, házi gyermekorvosok rendelői, a fogászati rendelő, a központi ügyelet helységei stb. Ugyanebbe a körbe tartozik a védőnő önálló rendelője is, de a korszerű csoportpraxis igényli az önálló „nővérrendelő” működését, ahol a nővér önállóan „rendel”: vérnyomást, testsúlyt, vércukorszintet ellenőriz, injekciót ad stb.

A többcélú, változó funkciójú „befogadó” rendelőkben csökkentett kompetenciájú szakellátások, nem pedig komplett szakrendelések működnek váltva, heti néhány órában és konziliárius háttérrel. Ezek a rendelések alapvető lakossági igények megoldására szerveződnek. Ilyen

lehet a nőgyógyászat, a szemészet, a fül-orr-gégészet stb. Idetartoznak a nem teljes munkahetet kitöltő fizioterápiás, rehabilitációs rendelések, foglalkozások, gyógytorna, logopédia stb. Az Egészségház rendelői befogadhatnak nem közfinanszírozott magánrendeléseket is.

A közös használatú kiszolgálóhelyiségek: a recepció, a váró, az informatika, a közös, előjegyzés alapján és az alapellátók által közösen használt „eszközös” rendelő (ultrahang, komolyabb EKG stb.), valamint a vérvételi hely. Hasznos lehet egy közös „fektető”, ahol nappali kórházi jelleggel folyhatnak kezelések, vagy ahol a beteg obszerválása is történhet. Különösen indokolt ez, ha az Egészségház a mentőállomással is egybeépült.

Szüksége van közösségi terekre az egészségfejlesztésnek is, itt történhet a mozgásterápia, a terhestorna, az időstorna vagy a gerinctorna. Ezek adhatnak helyet az egészségügyi szolgálat által szervezett prevenciók tevékenységeihez, ezzel is háttérrel biztosítva a pályázatoknak. Ezek a közösségi terek fogadják be a népegészségügyi program, az önkormányzatok vagy a civil szervezetek egészségfejlesztési és betegtájékoztatói programjait (betegklubok, betegjogi képviselő stb.). Forprofit alapon fitnessszolgáltatásokat is nyújthatnak (fallabda, szauna stb.), a bérleti díj hozzájárul az Egészségház fenntarthatóságához.

Üzleti célú helyiségek a patika, a gyógyászati segédeszközök boltja, az optikus-, a hallókészülékbolt és a -szerviz,

biobolt stb., de nagyobb településen belefér egy biobüfé, bioétterem is.

Ezek a funkciók komplex szolgáltatásként hozzájárulnak a betegek egészségkultúrájának javításához, a kényelmük biztosításához (helyben oldódnak meg a problémák), az üzemeltetés költségeihez, ezzel az Egészségház fenntarthatóságához, és növelik a befogadó település rangját, presztízsét.

Nem feltétel, de célszerű, ha az Egészségház egybeépül a mentőállomással, így az ügyelet és a fektető kialakítása, működtetése közös lehet, ami tovább javítja a hatékonyságot.

A fenti funkciók csak lehetőségek, együttes meglétük nem kötelező. De Egészséghárról beszélhetünk már, ha egy helyen dolgozik több háziorvos (felnőtt-, gyermek-), és a fix telephelyű központi ügyelet, valamint az egyéb funkciókból legalább részlegesen több is megvalósul, beleértve a szakellátást, a prevenciók és üzleti szolgáltatást is.

Jó, ha az Egészségház rendelkezik gépkocsival és mikrobusszal, amely megoldja a nehezebben megközelíthető helyekről a betegek beszállítását. Megfontolandó annak a katalán modellnek az adaptációja is, amelyben a terület sürgős hívásait, házi látogatásait külön erre a célra szerződött orvos bonyolítja, a praxisok alapvetően a szűrést, a gondozást, az állapotkövetést, illetve az előjegyzett betegek ellátását végzik.

A fent leírt modell finanszírozása a jelenlegi rendszerben is megoldható,

hiszen új feladat nem jelenik meg. A közösségi terekkel kapcsolatos pénzügyi forrásokat a népegészségügyi programhoz kapcsolt pályázatoknak, az önkormányzatoknak, a civil szerveződéseknek és a szolgáltatásokat igénybevevőknek közösen kell biztosítaniuk. A fenntarthatóságot javítja az, hogy az épület üzemeltetési költségei megoszlanak a forprofit és a közszolgálati rész között.

Hatékonyabb lenne a működtetés, ha az alapellátási feladatok kistérségi finanszírozásba kerülnének, illetve ha a szakgondozás területére kiterjesztett kompetenciával is működhetnének praxisok.

Megfontolandó a szakorvosi órák óradíj jellegű (fix) finanszírozása is. A preventív funkciót javíthatná, ha az alapellátás fix díjának megemelésével vagy a degressziónak team alapúvá tételével preferálnák egy diplomás nővér alkalmazását. A fektető, nappali kórház funkció valamilyen költséggazdálkodási modellben (leosztott költség) lehet hatékony.

Az Egészségház modell tehát nemcsak az alapellátás megújításának elsődleges, modellszerű eszköze, de a népegészségügyi programhoz kapcsolódva központja lehet a helyi egészségfejlesztésnek. Jelenlétése azonban túlmutat ezen: a jelenlegi túldimenzionált, ineffektív kórházstruktúra kiváltása csak az alapellátás betegmegtartó képességének javítása mellett lehetséges, ami az alapellátás minőségi fejlesztését, erőforrásainak koncentrációját igényli.

### *Tisztelt Szerkesztőség!*

Önök előtt is ismert, hogy évek óta akadnak – bár elenyésző számban – olyan szülők, akik gyermekük kötelező védőoltásait különböző okokból megtagadják. Ilyen esetekben a háziorvos, a házi gyermekorvos, a védőnő igyekezett a szülőket megfelelően tájékoztatni a védőoltások veszélytelenségéről és arról a biztonságról, amelyet a gyermeknek éppen a védőoltás nyújt. Ha nem jártak eredménnyel, akkor az ÁNTSZ területileg illetékes szerve tette meg a törvény által előírt hivatalos intézkedést. Egyes esetekben bírósági eljárások is folytak. Az írott és az elektronikus média többnyire csak szenzációértéke miatt foglalkozott a hírekkel. Az érintett szülők, „szakértő” támogatóik segítségével a gyermekek jogaira hivatkozva kritizálták a megtett intézkedéseket.

Mint az Immunizálási Szakértők Európai Technikai Tanácsadó Csoportjának (ETAGE) tagja, megerősítem, hogy Európa járványügyi helyzetében s a hazánkba érkező külföldiek és a kiutazó magyarok növekvő száma miatt súlyosan veszélyeztetni gyermekét az a szülő, aki nem tesz eleget az előírt védőoltási kötelezettségnek. Az oltatlan gyermek olyan fertőzési expozíciónak lehet kitéve akár külföldön, akár Magyarországon, mely megfelelő védőoltással megelőzhető lenne.

Mindezeket túl az oltások halmozott elmaradása egy-egy területre lokalizálódó járványveszéllyel is járhat. Ezért tartom fontosnak, hogy a HÍRVIVŐ teljes terjedelmében adja közre Dr. Lenkovic Barnabásnak, az állampolgári jogok országgyűlési biztosának állásfoglalását a kötelező védőoltás megtagadásával kapcsolatban.

Dr. Vass Ádám

*Az állásfoglalás a lap 7. oldalán olvasható.*

# Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának állásfoglalása a kötelező védőoltás megtagadásával kapcsolatban

**Mint országgyűlési biztos, a sajtó híradásaiból értesültem arról, hogy egy házaspár megtagadta a kötelező védőoltás beadását gyermekének. Figyelemmel a vitára okot adó szülői magatartásra, felismerve annak jelentőségét, hogy szélesebb körű elterjedése esetén ennek társadalmi veszélye is prognosztizálható, szükségesnek látom az adott magatartás emberi jogi és alkotmányos alapjogi értékelését, és erről a nyilvánosság tájékoztatását.**

1./ Nemzetközi egyezmények sora, az Európai Uniót létrehozó alapszerződés, valamint általában az emberi jogok nemzetközi dokumentumai – melyeket a magyar alkotmány a belső jog részeként, azzal összhangban kötelező érvényűnek tekint – kivétel nélkül elismerik az emberi jogok törvény általi korlátozásának lehetőségét – többek között – a közegészség védelme érdekében.

2./ Az Alkotmánybíróság következetes gyakorlata, hogy az alkotmányos alapjogok az alkotmány 8. § (2) bekezdésében foglaltak szerint – lényeges tartalmukat kivéve – csak törvényben korlátozhatók. A korlátozás vizsgálatánál az Alkotmánybíróság a szükségesség és arányosság tesztjét alkalmazza, vagyis az alapjog korlátozását kizárólag akkor tartja alkotmányosnak, ha az kényszerítő okból történik és az elérni kívánt cél fontossága összhangban van az ennek érdekében okozott alapjogsérelem súlyával (20/1990. (X. 4.) AB hat.)

A magyar alkotmányos követelményekkel összhangban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény a következő rendelkezéseket tartalmazza:

56. § (1) A járványügyi tevékenység célja a fertőző megbetegedések, a járványok megelőzése és leküzdése, valamint az emberi szervezet fertőző betegségekkel szembeni ellenálló képességének fokozása. (2) Az (1) bekezdésben foglaltak megvalósítása érdekében az egészségügyi hatóság az egyén személyes szabadsághoz való jogainak gyakorlását az e törvényben foglaltak szerint korlátozhatja.

57. § (1) A védőoltás célja a fertőző betegségekkel szembeni aktív, illetve passzív védetség kialakítása. (2) Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter rendeletben határozza meg azokat a fertőző betegségeket, amelyek esetében életkorhoz kötötten, megbetegedési ve-

szély esetén, illetőleg külföldre történő utazás esetén a kiutazó költségén kötelező védőoltás elrendelésének van helye.

58. § (4) Ha a védőoltásra kötelezett személy e kötelezettségének írásbeli felszólításra sem tesz eleget, az egészségügyi hatóság a védőoltást határozattal rendeli el. A védőoltást elrendelő határozat – jogorvoslatra tekintet nélkül – azonnal végrehajtható.

5. § (6) Azoknál a gyermekeknél, akiknél bármelyik kötelezően előírt védőoltás elmaradt, azt a legrövidebb időn belül pótolni kell. Azok az orvosok, akik bölcsődébe, óvodába, nevelőszülőkhöz, gyermekotthonba, illetőleg egyéb gyermekközösségbe, továbbá alap-, közép- és felsőfokú oktatási intézménybe kerülő gyermekek vizsgálatát végzik, kötelesek az életkor szerint esedékessé vált oltások megtörténtét ellenőrizni, és a hiányzó oltásokat pótolni.

3./ Amennyiben valakinek az a személyes meggyőződése, hogy egy jogszabály valamely rendelkezése nem felel meg egy nemzetközi emberi jogi norma kritériumainak, vagy a magyar alkotmányban deklarált alapjogok valamelyikével ellentétes, illetve hogy alapjogát szükségtelenül és/vagy aránytalanul korlátozza, jogában áll az Alkotmánybíróság előtt kezdeményezni a vitatott jogszabály vagy annak egyes rendelkezése megsemmisítését.

4./ Ezzel szemben azonban senkinek nincs joga egy érvényes és hatályos törvény önkényes félretételére, illetve az egyéni véleménynyilvánítás szabadságával összefüggésben a személyes önrendelkezési jog olyan kiterjesztésére, mely a hatályos törvényekkel való szembe-szegülést célozza.

5./ Erre tekintettel a szülő saját személyét érintő önrendelkezési jogát nem szabad összetéveszteni gyermeke nevelése során gyakorolt szülői jogaival. Személyes meggyőződésen alapuló véleménynyilvánítása nem terjedhet ki automatikusan arra, hogy milyen gyógykezelésben – jelen esetben: kötelező védőoltásban – részesüljön gyermeke. A szülők egyéni (szubjektív) meggyőződése miatt nem tehető félre a gyermekük (és minden más gyermek, összességében az egész társadalom) egészségét védő objektív (mindenkire kötelező) törvényi normák. A szülői mivoltból fakadó törvényi kötelezettségek

és a felelősség hangsúlyosabb, mint az ugyancsak törvényes, ám esetünkben a törvény által korlátozott szülői jogok. Ilyen módon tehát az a szülő, aki orvosi javallat és a törvényi kötelezettség ellenére nem engedi gyermekének beadni a kötelező védőoltásokat, ad absurdum megfosztja őt az egészségügyi ellátásban megtestesülő, és az alkotmányban deklarált lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogától, ráadásul a közösség többi tagjának ugyanezt a jogát veszélyezteti.

6./ Az előzőekből is következik, hogy minden alkotmányos alapjog és a törvényekben biztosított alanyi jogok gyakorlásának legfőbb korlátja a másik ember alapvető jogainak sérthetlensége és ennek feltétlen tiszteletben tartása. Ezért a gyermek számára a köz egészsége érdekében kötelezővé tett védőoltás szülő által való megtagadása nem sértheti és nem veszélyeztetheti más gyermek, illetve felnőtt ember életét, egészségét. Ebből következően, ha a szülő vagy más érdekelt kifogásolja a vonatkozó jogszabály rendelkezéseit vagy az ennek alapján eljáró egészségügyi hatóság magatartását, az állampolgári jogok országgyűlési biztosához fordulhat, aki a panasz kivizsgálását a minisztertől vagy akár a probléma soron kívüli megtárgyalását az országgyűléstől is kérheti. Az egyéni érdekérvényesítés jogállami úton való, másik lehetséges és fentebb már említett eszköze az Alkotmánybíróság normakontrolljának segítségül hívása.

Mindezek után a személyes érdekérvényesítés alkotmányos és jogállami lehetőségeinek kimerítése azt a kötelezettséget rója a demokratikus jogállam minden polgárára, hogy akár igénye elismerése, akár elutasítása esetén is tiszteletben tartsa a törvényeket és mindenki más alapjogait. Az ezzel ellentétes magatartás, a mindenkire kötelező törvények egyéni „hatályon kívül helyezése” a törvényes rend és a demokratikus jogállam teljes felbomlását eredményezné.

Dr. Lenkovich Barnabás

(Forrás: Országos Epidemiológiai Központ. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának állásfoglalása a kötelező védőoltás megtagadásával kapcsolatban. Epinfo 12. évfolyam 17. szám, 177–181., 2005. május 6.)



# Ljubljana, 2005

A CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) az uniós országok gyermekorvosait, a gyermekgyógyászat specialistáit, illetve azok társaságait képviselő szervezet. Ez azt jelenti, hogy nemcsak a tagállamok gyermekorvos-társaságait, hanem a gyermekgyógyászat szakterületeinek – immunológia, nefrológia, infektológia stb. – európai egyesületeit is képviseli. Egyrészt tehát több, mint az UNEPSA (Union of National European Paediatrics, ami az európai gyermekorvos-társaságokat fogja össze), másrészt azonban kevesebb annál, hisz az UNEPSA az uniós országokon kívül az összes európai ország, közöttük a szovjet utódállamok, Törökország vagy Izrael gyermekorvos-társaságát is képviseli. Érezhető is némi hatalmi harc a két szervezet között. Minthogy 2004. decemberi határozata alapján a CESP – bizonyos adminisztratív akadályok megoldását követően – átalakul Európai Gyermekgyógyászati Akadémiává (EAP). A szervezet hivatalos neve jelenleg mindkét rövidítést tartalmazza. A CESP-EAP az UEMS (Union of European Medical Specialist, az uniós országok szakorvosait képviselő szövetség) gyermekgyógyászati tagszervezete. Orvosi kérdésekben Brüsszel ennek a szervezetnek a véleményét kéri ki.

Mint azt már korábban említettük, a CESP évente kétszer tart megbeszélést, tavasszal „valahol Európában” (idén Ljubljában, jövő májusban Kölnben), télen pedig mindig Brüsszelben. A konferenciákon egy országot hárman képviselhetnek, egyikük a kórházi ellátást (dr. Mészner Zsófia), másikuk az alapellátást reprezentálja (dr. Kádár Ferenc), a harmadik küldött (dr. Oláh Éva) pedig az adott ország képviselője az EBP-ben (European Board of Paediatrics). Ez utóbbi szervezet az uniós államok gyermekgyógyászati képzésével (szakvizsga, ráépített szakvizs-

ga, továbbképzés) foglalkozik. A találkozókra az egyes szakterületek európai szervezetei is egy-egy küldöttet delegálnak.

A két és fél napos ljubljanoi rendezvény plenáris ülésen foglalkozott a gyermekgyógyászati szakvizsgálóhoz szükséges tananyag tematikájával. Az egységes képzés érdekében ezt a javaslatot minden tagország tudományos társaságához eljuttatják. Elhangzott néhány finom jelzés arra, hogy jogi akadálya ugyan nincs annak, hogy az újonnan belépett országok orvosai Nyugat-Európában vállaljanak munkát, de a kelet-európai kollégák nem minden tekintetben „csereszabatosak” a fogadó ország orvosaival. A gyermekorvosok növekvő mobilitása az ismeretanyagok standardizációját követeli. Egyre kifejezettebb elvárás, hogy szakképzettséget csak európai akkreditációval rendelkező centrumokban lehessen szerezni.

Élénk vita folyt arról, hogy hány éves legyen, és hogyan épüljön fel a posztgraduális képzés. Egyre nagyobb az egyetértés abban, hogy a 3 éves gyermekgyógyászati törzsképzés után következhet a szubspecialitások elsajátítása. Nincs napirenden a házi gyermekorvosi szakvizsga, pedig ennek hiányában hátrányba kerülhetnek az alapellátásban dolgozók. Részterületek ismeretanyagának felfrísítésére egyre több helyen szerveznek meglehetősen költséges nemzetközi „summer-school”-okat.

Egyetértve abban, hogy a gyerekeknek joga van ahhoz, hogy olyanok kezeljék őket, akik az ellátásukhoz legjobban értenek, a résztvevők megerősítették azt az álláspontjukat, hogy gyermeket csak az ellátásukra akkreditált intézményükben szabad kezelni.

A gyermekgyógyászat az összes gyógyszerforgalomnak csupán 4 százalékát teszi ki. Ennek ellenére felkérték a delegá-

tusokat, hogy szerezzék meg országaik uniós parlamenti képviselőinek támogatását egy olyan törvény elfogadásához, ami a gyógyszergyártókat rákényszeríti arra, hogy a klinikai fázisvizsgálatokat termékeik gyermekgyógyászati alkal-

mazhatóságára is terjesszék ki. Nem az az etikátlan ugyanis, ha egy gyógyszer alkalmazhatóságát gyermekben is vizsgálják, hanem az, ha a klinikai vizsgálat elmaradása miatt fosztunk meg egy gyermeket olyan terápiás lehetőségtől, ami egy felnőtt számára már elérhető.

A primer, szekunder és terciér ellátás speciális gondjait szekcióüléseken tárgyalták. A „primary care” képviselőinek véleménycseréjén ismertették a háziorkos-képzés gyermekgyógyászati curriculumának tervezetét. Elvárják, hogy minden olyan orvos, aki gyermeket is kezel, legalább 6 hónapos gyermekgyógyászati képzésen vegyen részt, és kéri a tagországok véleményét a tananyag végleges tartalmának kialakításához. Külön munkacsoport foglalkozott a gyermekegészségügyi „kiskönyvek” kívánatos tartalmával. A javaslatok alapján egy ilyen „booklet”-nek korszpecifikus információkat, védőoltási tanácsokat és a szülők számára fontos üzeneteket kell közvetítenie. Franciaországban a tervek szerint elektronikus adathordozó váltja majd fel a nyomdai terméket.

Általános gond, hogy a gyermekorvosoknak nincs kellő ismeretanyaga és jártassága az adolescens korúak ellátásához. Ha bizonyítani akarjuk létjogosultságunkat ennek a korosztálynak az ellátásában, „serdülőbarát” rendelők és kórházi osztályok létesítése mellett új ismereteket, nagyobb készséget kell szereznünk a korcsoport speciális problémáinak megoldásában. Ehhez mindenképp avatott oktatókat kell képezni.

Az iskolaorvosi hálózatra többnyire azokban az országokban mutatkozik igény, ahol az alapellátást nem gyermek-, hanem háziorkos végzi. Németországban, ahol a területi gyermekorvosi ellátás jól kiépített, megszüntették az iskolaorvosi hálózatot.

Többen megfogalmazták, hogy a primer ellátásban nemcsak az általános gyermekorvosokra, hanem egy-egy részterület specialistáira is szükség van, a „net-working” helyett „team-working” ellátásra van igény.

Vincent Molina az ESAP (European Society of Ambulatory Paediatrics) elnöke tájékoztatást adott a szervezet október 7–8-án megrendezésre kerülő konferenciájáról. Szeretettel várják az alapellátásban dolgozó kollégákat Barcelonába.

Kádár Ferenc



# MILYEN VOLT?

Más, mint amit Aligán megszoktunk. A külsőségekben mindenképpen. Nem volt zsúfoltság és ételszag az előadóteremben, működött a légkondi, a regisztráció nem a folyosó végébe szorítva küszködött a tömegekkel, a szobákban nem volt dohszag, a kádáról nem volt lepatogva a zománc, a fürdőszobákban nem volt leesve a csempe. Az éttermekben gyors volt a kiszolgálás, gazdag volt a választék, a kiállítótérben nem préselődtek egymás mellé a gyógyszercégek, és nem rettegtünk attól, hogy egy eső elmossa az esti programot. A park ugyan nem vetélkedhet a Club Aliga botanikus kertjével, de mégis nyilvánvaló, hogy nemcsak továbbálltunk, hanem előbbre is léptünk. Ami a külsőséget illeti, abban biztosan.

Szép és elegáns kongresszusi központ lett a Hotel Azúr. Olyan kompakt. Ahol együtt és egyben van minden. A recepciótól és regisztrációtól a lifteken, a szobákon és a takarításon át az udvarias személyzetig és svédasztalig minden. Kényelmes, tágas konferenciaterem, tökéletes technika, szellős kiállítótér. Magával ragadó volt a Cotton Club Singers kétórás műsora és finom gesztus a Nestlé-HGYE közös, 10. születésnap marcipántortája. Visszafogottsága ellenére (vagy talán éppen azért) kellemesen laza volt a Milupával együtt rendezett garden-party és emlékezetes látványban volt része azoknak, akiknek sikerült felkapzkodniuk a Humana léghajójára.

Hogy miért került az idei Kávészület három napja szállással, regisztrációval, svédasztallal, szakmai programmal és 20 kreditponttal együtt tizenötezerrel többbe, mint a tavalyi? Hát ezért! A négycsillagos külsőért és a résztvevők ítélik meg, hány csillagos belsőért. Amin a konferencia tartalmi részét értem. Lehet, hogy megint hibáztunk, amikor a minél gazdagabb menü érdekében túl sok előadásra adtunk lehetőséget. Volt igazság abban, hogy néhány téma hosszabb megbeszélést igényelt volna. Elképzelhető. De az is lehet, hogy akkor szegényebbek lettünk volna néhány élménnyel. Volt itt a genetikától, a statisztikai adatgyűjtésen át a fenilketonuria gondozásáig sok minden. Még dráma is. Drámai volt az a kislány, aki a filmben feltett kérdésre, hogy miért nem mondod meg az osztálytársaidnak, hogy veseátültetésre vársz, így válaszolt: „mert akkor tovább vernének”. Drámai volt a Mosolyország Alapítvány megbénult fiatal „követének” kité-

rülő bemutakozása is. És megrázó volt a marosvásárhelyi professzor asszony előadása is. Volt itt öltöny és fürdőköpeny, pezsgő és ásványvíz, meg néha egy kis feszültség a levegőben. Csak az idő volt kevés. Legalább is beszélgetésre, sétára, élményfürdőre, kávészünetre.

kf

Hetedik alkalommal került megrendezésre a gyermekorvosi alapellátás immár tradíciójává vált Kávészület konferencia. A balatonaligai szocreál épület-együttesből átköltöztünk Siófokra, a minden igényt kielégítő Hotel Azúr konferenciaközpontba. Évek óta veszek részt ezeken az összejöveteleken, mert úgy vagyok vele, hogy „nem hagyhatom ki”. Mindig jó találkozni hasonló gondolkodású kollégákkal, rácsodálkozni arra, hogy „neked is ez a gondod”: a rendelő, az OEP, az önkormányzat, a védőnő... Az előadások nekünk és rólunk szóltak. Nem voltak tudományoskodók, hanem olyanok, amelyeknek az eredményeit hazatérve kamatoztathatjuk. A verőfényes napsütés, a Balaton és a szálloda kitűnő wellness-szolgáltatásai ellenére is mindig sokat voltunk az előadóteremben. Élmény volt a Cotton Club Singers előadóstje, és a kerti parti felszolgálati esetlenségei ellenére is oda tudtuk varázsolni a Humana hajón megszokott jó hangulatot. Sajnálhatják, akik nem voltak ott, nekik számolok be kicsit részletesebben a szakmai programokról.

*Maródi* professzor előadása rávilágított a házi gyermekorvosok felelősségére az immunhiányos betegek felismerésében, hiszen a fel nem ismert esetekben csak a következményes kórképeket kezeljük. A tonsillopharyngitisek újabb kezelési lehetőségeibe *Fekete Ferenc* főorvos, vezetett be bennünket, feltárva az esetleges terápiás kudarcok okait is. *Józsa Lajos* a hátrányos helyzetűek fokozott veszélyeztetettségére hívta fel a figyelmet, *Szövetes Margit* pedig a stressz hatására gyermekkorban megjelenő pszichoszomatikus kórképekre tanított minket.

*Kádár Ferenc* és munkatársai az OEP adatai alapján feketén-fehéren kimutatták, hogy korszerűbb, jobb ellátást kap az a gyermek, akit házi gyermekorvos, nem pedig háziorvos lát el. A kiemelkedő és remélhetőleg az egészségügyi vezetés számára utat mutató munka ismertetése élénk vitát váltott ki.





Budai professzor a mindennapi gondolkodásunkból már kiesett fertőző betegségekre emlékeztette a hallgatóságot. A mai orvosgeneráció kanyarót, számarköhögést, diftériát már nemigen láthatott, pedig gondolnunk kell rá, hiszen napjainkban is előfordul egy-egy eset vagy kisebb járvány.

Kálmán Mihály és Oroszlán György professzor előadásaiiban a védőoltások körüli polémiák területén mutattak irányt, egyúttal ismertették a vakcináció területén várható változásokat. Melles Mária főigazgató felhívta a figyelmet az októberben megszervezésre kerülő oltási hétre, akkor ismertetik majd a jövő évben jelentős mértékben módosuló oltási naptárt.

A szombat délelőtt az I. sz. Gyermek-klinika és a nefrológia jegyében telt el. Reusz professzor és munkatársai jól felépített, egymáshoz kapcsolódó előadás-sorozata révén átfogó képet kaptunk a banális vesebetegségtől a művesekezelésig vezető út buktatóiról és a területi gyermekellátásra váró feladatokról. Délután Mészner főigazgatótól, Kulcsár Andrea és Jelenik Zsuzsa főorvostól kaptunk friss tájékoztatást az ESPID barcelonai kongresszusáról, az új DPT vakcináról és a hepatitis megelőzésének lehetőségeiről.

Vasárnap sem igen fogyatkozott a résztvevők száma, pedig túl voltunk már a 20 pontos tesztíráson. Kiss Éva professzor asszony előadása nagy élmény volt. Mementóként hatott az az őszinte, nyílt és baráti hang, ahogy a marosvásárhelyi, illetve romániai gyermekellátást bemutatta. Sokat sírunk, pedig a tőlünk nem is olyan messze élő kollégák sokkal rosszabb körülmények között kénytelenek végezni munkájukat.

Czakó Tibor a tőle megszokott színvonalon mutatta be a cardiovascularis megbetegedések gyermekkori prevencióját szolgáló számítógépes rendszer nyújtotta lehetőségeket. Üröm az örömben, hogy az orvosbarát, szakmailag kifogástalan program nem kompatibilis mindegyik, általunk használt programmal.

Bényi Zsolt az elmúlt években elhangzott előadását folytatva szólt szívünkhöz, nemcsak mint gyermekorvosokhoz, hanem mint gyakorló szülőkhöz is. A túlhajszolt életforma, ügyelet sok időt vett el saját gyerekeinktől. Megérte?

Szóval, hogy milyen volt? Jó volt. Felöltöttünk, tanultunk, kikapcsolódtunk. Mint mindig a Kávészüneteken.



# Semmi nincs véletlenül

## A SÍÓFOKI KÁVÉSZÜNET-7 KONFERENCIÁN ELHANGZOTT ELŐADÁS

Ez az előadás a két évvel ezelőtti „Amit Petikének nem adunk meg, az a Péternek sosem lesz” dolgozatom folytatása, kiegészítése. Most sem tudom azonban teljes körben összefoglalni és ezzel lezárni a „Petikével” kapcsolatos kérdéseket. Erre a rendelkezésemre álló idő sokszorosa sem lenne elég, de én nem is lezárni akarok valamit, hanem inkább megnyitni újabb és újabb csatornákat a jó szándékú törekvések, az őszinte érzelmek és a szeretetteljes emberi kapcsolatok irányába.

Engedjék meg, hogy felidézzem a már hivatkozott korábbi írásom központi gondolatát! Az első 5-6 életév meghatározó a gyermek érzelmi identitásának kialakításában. A feltétel nélküli szeretettel átitott anya-gyermek kapcsolat iskolája teszi képessé a gyermeket az egy egész életre szóló, mással fel nem cserélhető kapcsolatok kialakítására. Ehhez – a lehetőségek határain belül – az anya folyamatos jelenléte szükséges. Hányszor elmondtam már ezt a körzetembe tartozó családoknak, barátoknak és ismerősöknek! Az első és általában helyeslő megnyilatkozások után szinte minden esetben a „de mi lesz a közösséggel?” kérdés vetődik fel ellentétként. Hogyan szocializálódhat a gyermek a közösségi életre a bölcsőde és az óvoda segítségével nélkül?

Valóban fontos feladat a gyermek és a szűkebb-tágabb közösség közötti harmonikus együttélés kialakítása. De nem mindegy, hogy az anya-gyermek, szülő-gyermek kapcsolatban ki, mikor és hogyan engedi el a másik kezét, mivel a kezek összefonódása és szétválása jelképesen végigkíséri családi kapcsolatrendszerünk alakulását a születésünktől egészen a halálunkig. Érdemes megfigyelni – mint

ahogy az itt jelenlévők közül bizonyára már sokan meg is tették –, mi történik például egy baba-mama klubban. Ahány kisgyerek, annyiféleképpen viselkedik: van, aki csak egy-két alkalom után jön le az anyja öléből és van, aki azonnal önálló kapcsolatépítésbe kezd. Van, aki az egyik kezével még az édesanyja kezét fogja és a másik kezével már a társával játszik, majd hosszabb-rövidebb időre elengedi az anyai kezét, de még csak apró sérelem sem kell ahhoz, hogy újra és újra visszatérjen egy-egy simogatásra vagy ölelésre. Tehát a bemutatott helyzetben a gyermek engedi el az édesanyja kezét akkor és annyi időre, amikor és ameddig biztonságban érzi magát. Így kiszolgáltatottság és félelemérzet nélkül egyre hosszabb ideig vegyülhet el a számára még idegen és ismeretlen közegben, a gyermek-közösségben. Lehet ennél harmonikusabb folyamatot elképzelni? Aligha.

Ezzel szemben idézzünk fel magunkban egy képet egy bánatos reggelről, amikor az anya először viszi 2 vagy 3 éves gyereket a bölcsődébe vagy az óvodába. A kétségbeesett sírás, az anyu ne hagyj itt kiáltás, egyértelműen jelzi, hogy itt valami nincs rendben, itt erőszakos módon a

szülő engedi el az arra még éretlen gyermek kezét. Természetesen ez nem mindig egyik gyermeknél zajlik így – bár gyakoribb, mint hinnénk –, ahogy a baba-mama klubban is voltak különbségek. Lesz gyerek nem is egy, aki azonnal berohan a többiek közé játszani, az anya elégedetten siethet a munkahelyére és így azt már nem láthatja, amikor elfogy a biztonságérzet, amikor már eljön a simogatás és az ölelés ideje, mert akkor ő már boldogan meséli a kolléganőjének, hogy reggel milyen remekül sikerült minden a bölcsődében vagy az óvodában. Délután a gondozónő csak annyit mond, hogy egyszer vagy kétszer volt egy kis sírás, de szerencsére hamar sikerült megnyugtítani. És az anya észre sem veszi, hogy valami elszakadt és a kezek szétcsúsztak, talán már végérvényesen.

A legszomorúbbak azok a sajnálatos módon egyre gyakoribb esetek, amikor az anya kisebbik gyermekével még otthon van gyeseen, de a nagyobbik, még csak 3 éves gyermekét már óvodába adja, mivel szerinte a gyerekek hiányzik a közösség. És senki sem figyelmezteti arra, hogy eközben elszakítja a társadalom alapközösségétől, annak legfontosabb egy-



ségétől, a családtól. Az apa, az anya és a gyerek, jobb esetben a testvérek alkotják ezt az alapegységet, a családot, ahol minden esemény bensőséges érzelmi kapcsolódások mellett zajlik, ahol az összetartozás folyamatos biztonsága és az egymásrautaltság állandó felelőssége egymástól elválaszthatatlanul, egy életre szólóan meghatározzák az egyén viszonyulását az emberi közösség valamennyi lehetséges szintjéhez és formájához.

Sokszor találkozunk azzal az ellenvetéssel is, hogy mennyivel jobb az, ha ez az erőszakos elszakadás 5 vagy 6 éves korban következik be. Akkor már egészen más a helyzet. Igaz, elkerülhetetlenül járhat még némi szomorúsággal, de az anya-gyermek kapcsolat már megbonthatatlanul szilárd érzelmi alapokon nyugszik. A gyermek már megérti, hogy elválásuk csak időleges, és már folyamatosan jelen van benne a szeretett személy anélkül, hogy látnia kellene vagy meg kellene érintenie. A nehéz helyzetekben számtalanszor megtapasztalt szeretetteljes szülői gondoskodás eredményeként a külső biztonságigény helyébe belső biztonságérzet, a magabiztosság és az önbizalom lép.

Amit eddig elmondtam: ez az alap, ez a legfontosabb. De korántsem mindegy, hogyan építkezünk ezeken az alapokon, és a feltétel nélküli szeretet hitelesítő és biztonságot adó gyakorlása mellett milyen nevelési elveket alkalmazunk.

Hogyan segíthetjük elő a gyermek helyes értékrendjének kialakulását? Az első feladatunk ezen a téren, hogy először önmagunkban tisztázzuk, mi az, ami a gyermekünknek tilos és mi az, ami megengedhető. Nehéz és fontos döntés előtt állunk. A lehető legszűkebbre kell szabnunk a kötelezően teljesítendő körét, követeljünk csak annyit, amennyit biztosan érvényesíteni is tudunk mindig, minden körülmények között. A határok kijelölésében könnyen hibázhatunk, illetve ezek erkölcsi, felekezeti, politikai és a többi nézetünktől függően jelentősen el is térhetnek egymástól. Ez így természetes és ez nem is baj, ha a szeretet központi helyet foglal el döntéseinkben. De a mértéktartóan kijelölt határokhoz következetesen ragaszkodnunk kell.

Nézzünk néhány példát, hogy mit érdemes a „kötelezőbe” sorolnunk és mit nem. Vitathatatlanul tilos a konnektorba

nyúlni és üvegcserepet enni. De ha gyermekünk egy papírdarabot tépked vagy az asztalterítő rojtját csavargatja, nem biztos, hogy érdemes elpazarolnunk egy szigorú tiltást, kockáztatva annak súlyát és hitelességét. Betegség esetén az előírt gyógyszer bevétele kötelező, akár fizikai erőfölkényünk kihasználása árán is, de ha ezt az energiát elpazaroljuk arra, hogy milyen színű zoknit vegyen fel a gyerek, oda a tekintélyünk. Azt a szabályt, amit mindig kivétel nélkül érvényesítünk, azt a gyerek előbb vagy utóbb elfogadja, mert tudja hogy hiábavaló minden tiltakozás. Csak ne legyen túl sok belőle és ne változtassunk pillanatnyi kedélyállapotunktól függően a szabályokon!

Sok szülő sajnos szinte kérkedik a tehetetlenségével. „Na ennek tessék azt mondani, hogy ágyban kell maradni” és „próbálna meg a doktor úr beadni neki egy kúpot, mert ez olyan akaratos és eleven kis csibész, hogy az hihetetlen!” – mondja egy anyuka alig titkolt büszkeséggel, hároméves fiacskájával kapcsolatban. És nagyon furcsán néz rám, amikor figyelmeztetem, hogy: majd ennek tessék azt mondani tízéves korában,

hogyan ne dohányozzon, na ettől próbálja meg elvenni a konyakosüveget a tizenharmadik születésnapján! És még csak tizenhat sem lesz a kis csibész, amikor egy este így szól majd Önhöz: anya, Te ma a konyhában alszol, mert a barátnőmnek nincs kedve hazamenni. Bizony így van ez, semmi sincs véletlenül.

A kötelezők ellensúlyozásaként kell hogy legyen egy kör, ahol a gyerek azt csinálja, amit akar. Ezt meghatározni sem könnyű feladat, mert milyen jó lenne abba is beleszólni, hogy a mákos tésztát porcukorral vagy kristálycukorral egye, hogy a sapka ellenzője előre nézzen vagy inkább hátra, mert így nem süt a szemébe a nap vagy nem esik a nyakába a kullancs. Csapdahelyzet ez, mert minél jobban szeretünk valakit, annál jobban szeretnénk, ha az általunk már kipróbált és kedvezőnek ítélt döntéseinket a legapróbb dolgokban is elfogadná. Itt van csak igazán szükség a bölcs önmérsékletre. Minden olyan kérdésben, amelynek sem erkölcsi, sem jogi, sem pedig egészségi akadály nincs, hadd döntsön a gyermek szabadon!

De ha a két ellenpólusról – tilos/szabad – már döntöttünk, még nem oldottunk meg semmit. Mert a nevelés maratoni hosszúságú skáláján csak az első kilométert teszi ki az, amit muszáj, amit megkövetel és csak az utolsót az „azt csinálj, amit akarsz”, nem szólok bele. Az igazi próbatétel a két pólus közötti negyven kilométer. Itt minden annyira alakul a mi szándékunk szerint, amennyi szeretetet tudunk beépíteni a gyermekünkkel való kapcsolatunkba. Ebben a széles sávban azért történnek majd kedvünk szerint a dolgok, mert a gyermekünk már nagyrészt birtokában van az általunk közvetített, szeretetvezérelt értékrendnek, és örömet akar okozni azzal, hogy teljesíti a többnyire ésszerű, bár néha megterhelő elvárásainkat is. Mivel tudom bizonyítani ezeket a mélyenszántó megállapításokat? Tárgyi bizonyítékaim természetesen nincsenek, de ha szabad a saját személyes példámmal előhuzakodni – amit azért merek megtenni, mert az itt jelenlévők közül is már sokan számoltak be hasonló élményekről –, eldicsekedhetek azzal, hogy ezt az én szüleim megalósították. Én a mai napig, ha segíték egy idősebb embernek elvinni egy nehéz csomagot, ha zuhogó esőben hazafuvarozok a buszmegállóból egy bőrig ázott ismerőst, mindig eszembe jut, hogy örülne édesanyám, ha látná, mit csinállok. Ötvenöt évesen és tizenöt évvel a halála után is még mindig örömet akarok szerezni neki! Higgyék el nekem, hogy ez nem lehetetlen, csak annyi szeretettel kell

egy érthető és élhető értékrendet közvetíteni, ahogyan Ő tette. Bizony így van ez, semmi sincs véletlenül.

A tiltások és a megengedések szövevényében való eligazodásban és a helyes értékrend kialakításában leghatásosabb fegyverünk a személyes példa, az értelmes tevékenység lehetőségének bemutatása. Sajnos ezen a téren talán még kedvezőtlenebbek a tapasztalataim, mint az előzőekben tárgyalt kérdésekben. Nagyon fordult a világ kereké. Nem is olyan régen egy átlagos családban az apa asztalos volt, vagy mozdonyvezető, vagy orvos, és arra a kérdésre, hogy mit csinál az apukád, volt értelmes válasz: deszkát gyalul, mozdonyt vezet, gyógyítja a betegeket. Ma gyakran azt a választ kapjuk, hogy elment pénzt keresni. De hát mit is válaszolhatna az a szegény gyerek, akinek az édesapja a logisztikai főosztály marketing-előadója vagy innovációs projektmenedzser, esetleg regisztrált munkanélküliként közhasznú munkára van kirendelve. És ez még nem is lenne akkora baj, ha az apa hazatérve otthonába megjavítaná a fia kerékpárját, vagy babaházat építené a kislányának. De ilyesmirel manapság csak nagyon ritkán hallhatunk. Inkább elviszi a szervizbe és megveszi a játékboltban. És leül egykedvűen a tv vagy a számítógép elé. És valóban szinte csak a pénz keresésével és annak elköltésével foglalkozik mindkét irányban egyre gyorsuló tempóban.

Nem tudom, mennyire sikerült érzékeltetnem a vázolt helyzet veszélyességét! A gyermek semmiféle értelmes tevékenységet nem észlel a környezetében. Ha emellett még az anya a munkából hazajövet vesz egy pizzát vacsorára és vásárol két pár zoknit ahelyett, hogy a lukasakat megstoppolná, a kör végleg bezárult. Lehetne, sőt kellene még értelmesen eltölteni az időt közös játékkal is, de mennyivel egyszerűbb bedugni egy mesekazettát a videóba. És a gyermek a tiltások és megengedések közötti széles sávban – ha ilyen miliőben egyáltalán megfogalmazódhatott bármiféle rendező elv – a papírt tépkedi, a rojtot csavargatja, vagy csak ütemesen hintáztatja magát, hogy teljen az idő, ahelyett hogy az apukájának egyforma szöveget válogatna a szerszámosládából, vagy anyukájával sodorná a krumplinudlit. Korunk úgynevezett civilizált társadalmi így degenerálódnak.

Pedig az értelmes tevékenységnek, az értékteremtésnek a gyermeknevelésben játszott szerepére a még ma is élő természeti népek megfigyelése példa értékű lehet. Csányi Vilmos „Az emberi természet” című könyvében egy kalahári bus-

man közösségről így ír: „Szinte elképesztő az a türelem, ahogyan a buszmanok a gyermekekkel bánnak. Amikor egy alkalommal egy férfi nyílhegyet kalapál, odamegy hozzá egy éppen totyogó gyermek, és ujját a nyílhegyre teszi. A férfi nem löki el a gyerek kezét, nem szól rá, nem sóhajt fel, hanem türelmesen vár addig, amíg a gyerek elhúzza a kezét. Akkor kalapál tovább, a következő ütésnél a gyerek megint odatette az ujját, megint türelmes várakozás, és ez így ment a megfigyelés szerint teljes 40 percen keresztül. A szocializáció ilyen körülmények között egészen más erkölcsű, viselkedésű embert eredményez, mint a modern élet sivár tanodáiban vagy a zaklatott, napi néhány órás családjában végbemenő szocializációs folyamat. Egy zárt embercsoporton belül a tanítás a gyermek életében mindennapos dolog. Nemcsak «valamire» tanítják meg, egy technikára, egy ismeretre, hanem apró interakciókban, kis részletekben a csoport egész kultúráját átadják neki, annak minden finom részletével együtt. Ez az átadás-átvétel érzelmi folyamatok hátterében történik. Nem arról van szó pusztán, hogy valamit meg kell tanulni, hanem arról, hogy milyen jó vagy kellemetlen, vidám vagy szomorú élmény is fűződik az ismerethez. Csak az élmény teszi az ismeretet maradandóvá. Ez az, amit a modern időkben a «nevelés» szóval szoktunk emlegetni. És politikusaink azt hiszik, hogy ez az iskola dolga, pedig ez a folyamat lényegében a szocializáció, ami teljes értékűen csak és kizárólag egy zárt, egymásban bízó, egymásért élő közösségben valósulhat meg.” Tehát nem a bölcsődében, nem az óvodában, nem az iskolában, hanem a családban!

Könnyen lehet, hogy következtetésembe kisebb-nagyobb hiba csúszott, és helyenként túlzottan idealisztikus elvárásokat fogalmaztam meg. Éppen ezért nem várok teljes egyetértést az elmondottakkal kapcsolatban, csak azt kérem, hogy újra és újra gondolkodjanak el ezeken a súlyos kérdéseken. Nekünk, a humán értelmiség képviselőinek ez irányú felelősségünk megkerülhetetlen. Nem az a feladatunk, hogy ügyesen alkalmazkodjunk a társadalmi változásokhoz, hanem hogy minden tőlünk telhetőt megtegyünk a kedvezőtlen társadalmi folyamatok kiigazításáért. Bízom benne, hogy egyre többen lesznek közöttünk, akik tenni akarnak és hiszem, hogy igyekezetünk nem lesz hiábavaló!

Mert bizony így van ez, és semmi sincs véletlenül.





# The New England Journal of Medicine



Established in 1812 as THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE AND SURGERY

VOLUME 343

SEPTEMBER 28, 2000

NUMBER 13

## *Készülődés a világméretű influenzajárványra*

Dr. Michel Osterholm, a „Center for Infectious Disease Research and Policy” igazgatójának, a „National Center for Food Protection and Defense” helyettes vezetőjének, a minnesotai egyetem népegészségügyi professzorának cikke a *New England Journal of Medicine* 2005. május 5-i számában jelent meg.

Az évente visszatérő influenzajárványok a minnesotai telekre hasonlítanak; mindegyik kihívást jelent, az egyik azonban nagyobb, mint a másik. Függetlenül attól, hogy mennyire készülünk fel, a hóviharak egy része áldozatokat követel.

Annak ellenére, hogy minden eszközzel igyekszünk az influenza elleni védőoltásban részesülők számát az arra fogékony népességben emelni, előre nem látható tényezők mégis jelentősen befolyásolhatják az influenzajárványok méretét és halálozását. Az Egyesült Államokban egy átlagos évben 30–50 000 ember hal meg influenza következtében, az egész világon azonban hússzor-harmincszor ennyi. Ezt általában „természetes” tényként fogadjuk el. Csak akkor támad fel elemi erővel az igény a járvány mielőbbi megfékezésére, amikor elfogy a rendelkezésre álló oltóanyag, vagy gyermekek között szedi áldozatait a betegség. Az oltóanyag előállításának nehézsége és limitált kapacitása, valamint a közmegegyezés hiánya arra vonatkozóan, hogy az egész népességet kell-e évenként influenza ellen oltani vagy csak egy részét, azt eredményezi, hogy az influenzajárványok a jövőben is komoly népegészségügyi problémát okoznak majd.

Az influenzapandémiák mindig óriási globális veszélyt jelentettek. Az elmúlt háromszáz évben tíz influenzavírus okozta járványról tudunk. Az 1918–19-es,

rendkívül súlyos influenzapandémia 50–100 millió ember halálát okozta, de az 1830–32-ben tomboló járvány is ehhez hasonlítható nagyságú volt. Áldozatok számában csak azért volt kevesebb, mert akkor még kevesebb ember élt a Földön. Manapság, amikor hat és félmilliárd ember él bolygónkon – azaz háromszor annyi, mint 1918-ban – egy enyhébb járvány is milliók életét követelheti.

A szakértők egyetértenek abban, hogy egy világméretű influenzajárvány elkerülhetetlenül közeleg. De azt nem tudják, hogy ez mikor következik be. És azt sem, hogy vajon a H5N1, a jelenleg Ázsiában madárinfluenza-járványt okozó törzs lesz-e a kiváltója. Az 1918-as járványhoz mérhető súlyosságú lesz, vagy „csak” az enyhébb, 1957-es és 1968-as járványhoz fog hasonlítani? A választ ma senki nem tudja.

Hogyan készülhetünk fel egy ilyen járványra? Az első és talán legfontosabb lépés egy hatásos vakcina előállítása lenne, amelyen a „Department of Health and Human Service” már most is dolgozik. Az influenzavakcina immunogenitásának kutatásán kívül rendkívül fontos lenne az influenzavírusok epidemiológiájának és biológiájának részletes tanulmányozása, a különböző állati és madárvírusok epidemiológiai szerepének tisztázása, a rizikótényezők felmérése, valamint a korai intervenció megtervezése. Ugyanilyen sürgős lenne egy sejtkultúrán alapuló vakcina gyártási technológiájának kidolgozása, amely felválthatná a jelenlegi tojás alapú előállítási technikát. A mai módszerekkel az évente világszerte szükséges 300 millió vakcinadózis előállításához 350 millió tyúktojás és legalább hat hónap szükséges. Egy sejtkultúrán alapuló technológia ennél jóval maga-

sabb hozamot produkálna, jóval rövidebb idő alatt. Megoldásra vár persze az is, hogy a lakosság védőoltásához szükséges ipari kapacitásnak már a járvány kezdetkor rendelkezésre kell állnia.

A kutatáson és fejlesztésen kívül olyan népegészségügyi programokra is szükség van, amelyek jóval messzebbre mutatnak, mint a mai intézkedési tervek, amelyek többnyire csak az általánosság szintjén mozognak. Ahhoz, hogy egy 12–24 hónapos járvánnyal sikeresen megbirkózunk, részletes, precízen kidolgozott forgatókönyvre van szükség.

Mi történne akkor, ha a járvány ma éjjel törne ki? Ha kiderülne, hogy Vietnam több városában magas mortalitással járó, a H5N1 vírus által okozott járvány lépett fel? Nyilvánvalóan minden eszközzel meg kellene akadályozni, hogy a betegség más országokra is áterjedjen, ezért az utazásokat és a kereskedelmet világszerte meg kellene tiltani, de legalábbis erősen korlátozni. A világkereskedelem minden bizonnyal megbénulna. Miután nem várható, hogy néhány hónap alatt elegendő vakcinát sikerül előállítani, a rendelkezésre álló antivirális szerek mennyisége viszont igen csekély, egy, az 1918-as évihez hasonló helyzettel kerülnénk szembe. A cirkuláló vírus izolálása után a vakcina előállítása minimálisan 6 hónapot venne igénybe. A jelenlegi ipari kapacitást tekintetbe véve a termelés a következő fél év alatt sem haladná meg az egymilliárd monovalens dózist. Miután azonban a hatásos védelemhez két adag szükséges, ezzel csak kevesebb mint 500 millió embert lehetne beoltani, ami a világ népességének körülbelül 14%-át teszi ki. Tekintettel a jelenlegi „just-in-time-delivery” gazdaságra, már nem maradna szabad kapacitás egyéb egészségügyi ter-

mékek, élelmiszer-alapanyagok és sok más egyéb produktum előállítására.

Az Egyesült Államokban jelenleg kb. 105 000 lélegeztetőkészülék áll rendelkezésre, közülük 75–80 ezer naponta használatban van. Még egy enyhe lefolyású influenzajárvány esetén is vagy 100 000 további készülékre lenne szükség. Egy influenzapandémia esetén a gépi lélegeztetést igényelő betegek többsége nem jutna ehhez hozzá.

Nincsenek kidolgozott terveink arra sem, miként tudnánk egy-két évig üzemelő szükségkórházakat nyitni tornatermekben, sportcsarnokokban vagy kultúrházakban. Az egészségügyi dolgozók a lakossági arányoknál minden bizonnyal magasabb mértékben betegednének és halnának meg, a SARS kapcsán szerzett tapasztalataink alapján így valószínű, hogy az egészségügyi személyzet egy része ezért meg sem jelenne munkahelyén. Hogyan kellene önkénteseket toborozni és betanítani? Lehet-e a betegségen már átesett, immunis túlélőket egészségügyi feladatokra igénybe venni, ha a járvány aránylag lassan terjed? A népegészségüggyel foglalkozók nem sok elképzeléssel rendelkeznek egy ilyen scenárió esetére. Kik kapnának például a szűkös mennyiségben rendelkezésre álló antivirális szerekből? Már a járvány kitörése előtt nemzeti, sőt nemzetközi konszenzusra lenne szükség az antivirális szerek használatának prioritásairól. Arra sincsenek kidolgozott tervek, hogy hogyan lehetne a járvány leküzdéséhez nélkülözhetetlen eszközök, gyógyszerek, orvosi maszkok vagy antibiotikumok gyártását szükség esetén gyorsan fokozni. Az Egyesült Államokban ma, amikor a helyzet nyugodt, nyolcfajta fertőzés ellen nem lehet gyógyszerhez jutni gyártási problémák miatt. Nincs elképzelés arra sem, miként lehet megbirkózni például a nagyszámú halottal, hisz a temetési kapacitások gyorsan kimerülnek.

És mi van, ha a H5N1-pandémia nem most, hanem csak egy év múlva kezdődne? A terveket akkor is sürgősen el kell készíteni. Minden népegészségüggyel foglalkozó szervezetnek, minisztériumnak, községi és városi egészségügyi hatóságnak, iskola- és kórházigazgatónak, gyógyszer- és élelmiszergyártónak, -forgalmazónak, temetkezési cégnak fel kell készülnie. Az egészségügy közszereplőinek jobb kommunikációs készséggel kell rendelkezniük a megrémült lakosság hatékony informálásához.

Ha még egy évünk lenne hátra, nagyobb szerephez juthatna a védőoltás.

Bár a gyártási kapacitás valószínűleg így is problémás maradna, de antigén-megtakarító módszerekkel – mint pl. intradermális vakcinálással, amely a dendrikus sejtek antigén-prezentációs képességét használja ki, vagy adjuvánsok alkalmazásával, amely felerősíti az immunválaszt – a rendelkezésre álló vakcina mennyisége növelhető volna. A vakcináció helyét és ütemezését is még a krízis bekövetkezése előtt kell megszervezni. Mindezekhez máris sürgős intézkedésekre lenne azonban szükség. Hiszen fecskendőket, tűket és más eszközöket, a tömeges oltáshoz szükséges munkaerőt is időben biztosítani kell.

És mi történik, ha a járvány még 10 évet várat magára? Ez esetben valóban lenne idő egy világméretű „influenzaprojekt”-re azzal a céllal, hogy bolygónk egész népességének elegendő védőoltást állítsunk elő.

Az influenza elleni védőoltás gyártásának és elosztásának jelenlegi szisztémája sem technikailag, sem financiálisan nincs megoldva. Az elképzelés, hogy a gyártástechnológia fokozatos modernizálásával sikerül majd a kapacitást bővíteni, megalapozatlan. A mostani tempóval számolva több tíz évre lenne szükség ahhoz, hogy jelentős előrelépés történjen. A cél ezzel szemben egy olyan, sejt kultúrában termelhető vakcina előállítása, amely az összes influenzavírusban előforduló antigént tartalmazza. Így nem kellene évente újfajta oltóanyagot előállítani és idővel a Föld egész népessége számára elérhetővé válna a vakcina. Egy nemzetközi pénzügyi alap a világjárvány során beadandó vakcina előállításának többletköltségeire is fedezetet nyújthatna.

A népegészségüggyel és a fertőző betegségekkel foglalkozó szakemberek ma még nem tudják megmondani, hogy a madárinfluenza H5N1 vírusa azonnali járvánnyal fenyeget-e. Az adatok mellett szólnak, hogy a világméretű járvány kitörése csak idő kérdése. Erre utal az emberi és állati megbetegedések növekvő száma, azok a dokumentált esetek, amelyek felvetik a madárinfluenza emberről emberre terjedésének lehetőségét, a H5N1 vírus Z típusának növekvő patogenitással kísért állandó genetikai változását, és az Ázsiában fennálló genetikai szelekció, amely abból fakad, hogy baromfi, sertés és ember korábban soha nem észlelt számban él egymás közvetlen közelében.

Borúlásra ad okot az, hogy 1968-ban, a legutóbbi influenzajárvány idején, ami Kínából kiindulva vált világméretűvé, még „csak” 790 millió ember, 5,2 millió

sertés és 12,3 millió baromfi élt az országban. Ma a több mint 1,3 milliárd ember mellett 508 millió sertés és 13 milliárd baromfi él. Hasonló mértékben nőtt az emberi és állati populáció Ázsia más országaiban is, megteremtve ezzel egy, a vírus számára hihetetlenül előnyös közeget. Hozzátevé, hogy az utóbbi évtizedekben az idegenforgalom és utazások száma exponenciálisan nőtt, realizálnunk kell, hogy küszöbön áll egy világméretű járvány. Azt azonban, hogy ezt a H5N1 törzs vagy egy másik, új mutáns fogja-e okozni, még nem tudjuk.

Ha a következő pandémiát a H5N1-es törzs okozza, akkor a mortalitás várhatóan az 1918-as járványéhoz hasonló lesz. Akkor a halálesetek fele a 18 és 40 év közötti egészséges fiatalok közül került ki és a halál oka a vírus által okozott „citokine storm” volt, amely ARDS-hez (acute respiratory distress syndrome) vezetett. Az 1918-as járvány ARDS okozta morbiditása és mortalitása egész más nagyságrendű volt, mint az 1957-es vagy az 1968-as járványé, ez is alátámasztja, hogy a virulenciában a vírus szub- vagy genotípusa döntő szerepet játszik. A klinikai, epidemiológiai és laboratóriumi vizsgálatok azt jelzik, hogy a jelenlegi H5N1-es törzstől várható járvány inkább az 1918-as epidémiára emlékeztet majd, mint a két utolsóra. Ha az 1918-as járvány halálozási adatait a jelenlegi népességszámra vetítjük ki, akkor az Egyesült Államokban 1,7 millió, világszerte azonban már 180–360 millió halottal kell számolnunk. Az ARDS-esetek kezelésére alkalmas felszerelés ma is csak rendkívül korlátozott számban áll rendelkezésünkre, nem sokban különbözve az 1918-as állapotoktól.

Van-e lehetőségünk a dolgok ilyen menetének megváltoztatására? A válasz igen, de sok függ attól, miként reagálnak a kihívásra a világ nagyhatalmú vezetői fent, és a legkisebb helyi hatóságok lent. Határozott és elkötelezett vezetésre van szükség a fejlett világ országainak legmagasabb szintjein, és a kormányoknak a járvány gazdasági és egészségügyi kockázatait felmérve kell cselekedniük. Az ehhez szükséges kiadásokat annak fényében kell megvizsgálni, hogy mibe kerül, ha keveset invesztálunk, és elveszítjük a harcot. Milliók halála még egy enyhébb lefolyású járvány esetén is világméretű katasztrófát okozhat, egy évekig romokban heverő világgazdaság helyreállításának költségeit pedig ma még csak találgatni lehet.

Referálta: dr. Kardos Gabriella



# Adjunk többet, és többek leszünk!

## Etikai sarok

### De mi a több?

Gondolatok Dávid Zoltán írása kapcsán

Kedves kollégámnak az elmúlt Hírívőben megjelent írása sok gondolatot vetett fel bennem. Az alapelvben teljességgel egyetértünk, mármint abban, hogy az orvoslásnak van etikai kódexe, ahogyan a vallásnak tízparancsolata, vagy az államnak törvénye. Ezek annyit érnek, amennyit betartanak belőlük.

Úgy veszem észre, hogy sajnos mindannyian belesétáltunk abba a csapdába, amit a „kártagygyűjtögetés” kényszere megásott nekünk. Bár sokan vélik úgy, hogy a kártacsatának már vége, a fű alatt zajló küzdelmek ma is gyakran sértik az orvosi etika íratlan, inkább csak erkölcsi szintű szabályait. Álljon itt erre egy példa:

Egy faluban az önkormányzat egy egyes körzetet megbontva gyermekorvosi praxist alakított ki, majd pályázatot írt ki az állásra. A beérkezett két pályázatból az egyiket elfogadták. A háziorvos ekkor akciót indított az önkormányzat és a gyermekorvos ellen. Faluszerte azt híresztelte, hogy az önkormányzat kiforgatta, és a gyermekek ellátása továbbra is rá tartozik. Ragaszkodott a csecsemőknek nyújtott tanácsadáshoz is. A szülők, nagyszülők magatartását erőteljesen befolyásolva visszaélt a helyzettel, hogy több évtizede és várhatóan még sokáig ő a háziorvosuk. Hosszas vita után, miután még peres eljárást is kilátásba helyezett, az önkormányzat több millió forintot fizetett neki azért, hogy a gyermekeket ezentúl irányítsa a házi gyermekorvoshoz. Ez persze nem tartotta

vissza attól, hogy a továbbra is hozzá vitt gyerekeket ambuláns betegként ellássa.

Időközben a másik pályázó magánrendelőt nyitott a faluban. Kezdetben csak alternatív kezelési módszereit reklámozta, rövid idő elteltével közölte, hogy kedvezményt ad a vizsgálati díjból annak, aki a gyermek kártyáját is nála adja le. Az így szerzett kártyákat (gyerekeket) a távolabbi városban meglévő, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező praxisához csapta hozzá. Rendelőjében nincs elkülönítve a tanácsadás és a betegvizsgálat. Szabadsága alatt nincs helyettese. De a háziorvos „természetesen” ehhez a kollégához küldi korábbi gyermekbetegeit. Visszakanyarodva Dávid kolléga levelére, fölteszem a kérdést: vajon ez a „többlet-nyújtás” az, amitől magasabb szintű lesz az ellátás?

Ezzel párhuzamosan újabb hadjárat indult a területileg illetékes házi gyermekorvos ellen. Néhány szülő, csatlakozva a „felnőtt” háziorvos lejárato kampányához, annak alapján, hogy ez az orvos feltűnően kevesebb antibiotikumot írt föl, mint a másik két kolléga, azt terjesztette róla, hogy nem ért a szakmához. Híre kelt annak is, hogy praxisát feladva hamarosan elköltözik a faluból. Hiába vezette be az állandó elérhetőséget, az előzetes bejelentkezés alapján, időre történő betegvizsgálatot, és tette rutineljárássá a fül otoszkópos vizsgálatát, a szóbeszéd vele szemben azóta is folytatódik.

Nem folytatom, pedig lenne még, ehelyett inkább álljon itt néhány kérdés: Az OEP ezzel a „magánrendeléssel” mindent rendben talál? Abban sem lát semmi kivétlnivalót, hogy a „felnőtt-” háziorvosnak átutalt ambuláns ellátási díj hirtelen

mintegy tízszeresére emelkedett, öt hónap alatt közel 1 millió forintot elérve? El lehet a mai lehetőségek mellett tisztességesen látni 1400–1600 gyereket? Valóban jobb orvos az, aki akkor ír fel antibiotikumot, amikor a beteg kéri? Tényleg többlétszolgáltatás, ha valaki alternatív eljárást alkalmaz? Mitől több valaki? A kártyaszámától? A korától? A korszerű gondolkodásától? A folyamatos betegellátástól? Vagy a holisztikus szemléletétől? Rendelkezik-e a lakosság azokkal az ismeretekkel, melyek alapján el tudja dönteni, hogy milyen háziorvost válasszon? Mikor lesz az, amikor a megfelelő színvonalon ellátható betegekért kapott finanszírozásból is meg lehet élni?

Vég nélkül folytathatjuk a kérdéseket, ehelyett csak azt kérdezem: Betartás helyett hogyan tudjuk betartatni az etikai elvárások írott és íratlan szabályait?

Sp

### Kedves, Hírívőt olvasó Kollégáim!

Az Etikai Sarok című sorozatot azért indítottuk, hogy gondolatainkat egymással megosszuk, véleményt cseréljünk. Szeretnénk, ha olyanok is megszólalnának, akik ritkán hallatják hangjukat. Kérünk Benneteket, hogy véleményeitek, hozzászólásaitokat, tapasztalataitokat, legyen az pozitív vagy negatív, juttassátok el a Hírívő szerkesztőségébe (1136 Budapest. Tátra u. 48–52.

Tel.: 06-1/3300-900,

Fax.: 06-1/2380-388,

e-mail: hgye@mail.datanet.hu)

Dr. Sebő Zsuzsa  
sebo.zsuzsa@axelero.hu

## Bevezetés a pszichoterápiába

A szegedi Pszichoterápiás Munkacsoport együttműködve a SZOTE Pszichiátriai Klinikájával akkreditált tanfolyamot indít Szegeden. A tíz előadás betekintést nyújt a pszichoterápia elméleti és módszertani alaptételeibe.

A képzés **2005. szeptember 10-én 10 órakor kezdődik**, majd havonta egyszer (szombaton és vasárnap) az I. sz. Rendelőintézet (Szeged, Tisza Lajos krt. 97.) III. emeleti előadótermében kerül megrendezésre.

### A tanfolyam önköltséges.

Az egyéves propedeutikai fázis – önálló, akkreditált továbbképzésként – olyan szakorvosoknak és diplomás segítőknek is ajánlott, akiknek a munkájában hangsúlyos szerepet kap a kapcsolati folyamatok megértése és kezelése (pl. alapellátásban dolgozó gyermekorvosok, védőnők).

A tanfolyam azoknak is hasznos információt nyújt, akik nem akarnak pszichoterapeuta-szakvizsgát tenni.

**Jelentkezés és további információ:** Dr. Kassai Zsuzsa képzési koordinátor

Tel.: 06-30/340-5644; e-mail: drkassaizsu@freemail.hu

## A Kék Vonal új szolgáltatása

Közel 12 éve működik a közismert Kék Vonal segélyszolgálat. Az anonim hívások tapasztalatai alapján úgy tűnik, hogy különösen a kisebb településeken maguk a gyermekvédelmi szakemberek is segítséget igényelnek. A Szakember–Szakember Konzultációs Vonalat éppen azért hozták létre, hogy hetente 3–4 órában a kollégák hívásait fogadja. A válaszadást jól képzett háttérstáb: pszichológus, orvos, védőnő, gyámügyi, oktatásügyi és romaügyi szakértő) segíti. Ez a konzultációs vonal 2004 végén kezdte meg működését Borsod-Abaúj-Zemplén és Baranya megyében, a szakmaközi párbeszédet szeretnék fokozatosan az ország egész területére kiterjeszteni. Ezúton mellékeljük a szolgálat felhívását.

Dr. Kovács Zsuzsa

### **SAKEMBER–SAKEMBER VONAL** **(06-1) 302-09-44 szakemberek@kek-vonal.hu**

kedden, csütörtökön, pénteken 10–14 óráig

### HÍVJÁL VAGY ÍRJ!

Te, aki hivatásod szerint gyerekekkel, családokkal foglalkozol, és: nincs kivel együtt gondolkodnod... bizonytalan vagy... úgy érzed, hogy szélmalomharc, amit teszel... nem segít és nem támogat senki... folyton közömbösségbe ütközöl... nem tudod, hogy mit tegyél...

A Szakember–Szakember Vonal egy anonim konzultációs lehetőség. Ajánljuk a gyermekjóléti szolgálatok munkatársainak és minden gyerekekkel, családokkal foglalkozó szakember részére (gondozónő, orvos, óvónő, rendőr, pedagógus, védőnő...), aki konzultációs lehetőségeit kívánja bővíteni külső szakember segítségével. A vonal másik végén jól képzett, a gyakorlatban jártas szakemberek nyújtanak tájékoztatást és biztosítanak konzultációt. Munkájukat egy szakértői team segíti.

*Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány  
a Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesületének  
közreműködésével*

## Eladó praxisok

- **Budapesten** azonnal betölthető házi gyermekorvosi praxis betegség miatt eladó. Érdeklődni az esti órákban lehet a 06/70-319-5547-es telefonszámon.
- **Budapest XV. kerületében** házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 06/30-972-2795.
- **Budapest XVIII. kerületében** két praxis 530-550 kártyával eladó. Érdeklődni munkaidőben lehet a 06/1-339-3374-es telefonszámon.
- **Budapesttől 30 km-re** reális áron praxis eladó. Tel.: 06/30-206-1364.
- **Pomázi** gyermekorvosi körzetbe heti egy napra állandó helyettest keresek. Tel.: 06/30-922-9309.
- Balatontól fél órára, **Tamásiban**, 750 kártyás gyermekorvosi praxis és 2 szobás lakás eladó. Érdeklődni a 06/20-979-2576-os telefonszámon lehet.
- **Győr** városában területi ellátási kötelezettséggel és központi ügyelettel 1000 kártyaszám feletti gyermekorvosi praxis-jog nyugdíjazás miatt, reális áron eladó. Érdeklődni lehet: 06/20-956-8416, munkaidőben: 06/96-316-446.



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

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



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