

2005. augusztus ■ X. évfolyam 4. szám



ÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Volt egy nyár

Odébb vagyunk egy nyárral. Milyen volt? Mint a többi. Kicsit pangós, kevés gyerekkel és kevés beteggel. Meg sok igazolással, hogy egészséges, nyaralhat és közösségbe mehet. Rövidnadrágos apukák, strandpapucsos anyukák, hogy „csak egy igazolást a táborba”. Mi meg magunkban durrogunk, hogy minek, meg kinek, meg miről is. Olyan ez nyáron, mint amilyen a papír ősszel, hogy úszhat. Mintha lenne valaki, akinek nem szabad úsznia. Égetjük magunkat mások előtt is, és magunk előtt is. De úgy látszik, képtelenek vagyunk már változtatni egy letűnt rendszer jól belénk maródott szokásain.

És itt voltak az önkormányzatok nyári nyalókái is. Balatonbogláron, hogy a törzslapokat hétéves korig cakli-pakli adják át a védőnőknek; meg hogy a XI. kerületben „különleges méltányosság alapján” megengedték a védőnőknek, hogy részt vegyenek az orvos tanácsadásán. Nálunk meg, hogy a minimumfeltételeket egyszeri alkalommal biztosítják. Mintha ez nem az állandó feladata lenne a fenntartónak.

Aztán ez az új beutalós rend se semmi. Hogy minden szakrendelésre kell beutaló, így a gyermekszakorvosira is. Elgondolkodtak már azon, hogy hány vegyes háziorvos ad majd egy nála lévő gyereknek gyerekszakrendelésre beutalót, ha azt egy házi gyermekorvos tartja? Inkább beküldi egy kis kórház kis osztályára. Így legalább a kecske is jóllakik és a káposzta is megmarad. Vagyis a kis osztály is fennmarad és a gyerek is marad. A vegyes praxisban.

Itt volt még a miniszterelnöki tájékoztató is. Nem volt sok, egy órát sem tartott, de kiderült, hogy prioritás lettünk, és program készül gyerekegészségről. Megmozdult az állóvíz, konzultációra hívják a szakmát. Külön-külön, meg együtt is, fekvőt, házigyereket, szakorvosit. Gyorsan elő kell hát rukkolnunk indítványainkkal, még akkor is, ha egyesek szerint csak egy szokásos „kommunikációs offenzíváról” van szó. Mert ha sokat vacakolunk, és ahelyett, hogy az asztalra tennénk érdemi javaslatainkat, csak egymás között vitatkozunk a mit, a hogyan, meg a miből kérdéseiről, tuti, hogy elmegy a vonat. Nélkülünk. Mi meg majd szokás szerint mutogatunk másra.

A pályázatokat is kiírták a nyáron. Hogy pályázhatunk városi, megyei, de még országos szakfelügyelőire is. Mi meg hitelesítettünk, fénymásoltunk, összefoglaltunk, beadtunk. Most még csak az elején vagyunk, de máris úgy tűnik, csak nekünk volt fontos a dolog.

Védelem

TARTALOM

- Trendek, szerepek 2–5
- Kommentár 5
- Egy összevonás ürügyén . 7–8
- Szexuális zaklatás 9–10
- A szociálpédiátria
kihívásai 10–11
- A rotavírusról a
meningococcusig 13
- Még egy
meningococcusoltás kell?! 13
- Etikai sarok 15
- A gyermekek
táplálkozásáról 16–17
- Német házi
gyermekorvosok 19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2005-ben:





Trendek, szerepek

Primary Care Pediatrics: 2004 and Beyond

Tina L. Cheng, MD, MPH Johns Hopkins University Department of Pediatrics, Baltimore

Az orvostudomány fejlődésének következményeként átalakulóban van az USA alapellátó rendszere. Sokak szerint az egészségügyi alapellátás krízist él át, de legalábbis válaszúthoz érkezett.

Az amerikai „The Institute of Medicine” az alapellátást a következőképpen definiálta: integrált, hozzáférhető egészségügyi szolgáltatás, amelyet az orvosok betegeikkel folyamatos kapcsolatot fenntartva végeznek, és azok személyes egészségi igényeinek nagy részét a család és a közösség viszonyrendszerében elégték ki. Starfield szerint az alapellátást négy sajátosság jellemzi: első találkozási pont, folyamatos nyomon követés (longitudinalitás), átfogó jelleg, koordináció. E meghatározásokon túl, a 2001. szeptember 11-i események, az anthrax-félelem hulláma, a SARS-járvány ráirányították a figyelmet a közösséget érintő fenyegetések egyéni kapcsolatokon alapuló megoldásának fontosságára. A gyermekorvosi alapellátás valamiféle új identitást keresve, már e világesemények előtt megpróbált választ adni az orvostudomány, az orvosi rendszerek és a családok igényeinek változásaira. E dinamikus átalakulások előbb-utóbb kikényszerítik a betegek szükségleteinek újbóli felmérését és az egészségügyi szolgáltatások, benne a gyermekorvosi alapellátás szerepének újrafogalmazását.

TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS

Az 1800-as években még csak kevés orvos kezelt rendszeresen gyermekeket, ez a szerep az anyákra hárult. Elsőként Elizabeth Blackwell alapított gyermekosztályokat. S. Josephine Baker az anyákat oktató nővérek szerepét kiterjesztette, és olyan hálózatot hozott létre, ahol vizsgálták és figyelemmel kísérték az újszülöttek fejlődését. Az 1890-es évek végén Nathan Straus elindította az ingyentej programot, és olyan tanácsadókat állított fel, ahol a csecsemők súlyát mérni, fejlődésüket követni lehetett. Az USA-ban a gyermekorvosi alapellátás fejlődésének a megelőzés, a gondozás és a közegészségtan hangsúlyosabbá válása adott lendületet.

Az 1970-es évektől egyre nagyobb jelentőséget kapott a gyermekorvosok munkájában a viselkedési zavarok megelőzése és kezelése. A pszichoszociális problémákat „új morbiditás”-nak nevezték el. Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia 1993-ban, majd 2001-ben adott ki tanulmányt a pszichoszociális zavarok gyermekgyógyászati ellátásáról. Az átlagosan tizenöt perces vizitidőbe egy sor szociális probléma feltérképezése és megoldása is bekerült. Amellett, hogy a személyes kapcsolaton alapuló egészségügyi ellátás továbbra is központi szerepben maradt, a prevenció, a közegészségügyi és népességszintű feladatok, a szociális és lelki problé-

A Pediatrics 2004. márciusi számában megjelent cikk az Egyesült Államok egészségügyi rendszeréből kiindulva elemzi az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok szerepkörét. Az írás sok olyan általános érvényű megállapítást is tartalmaz, amely igaz lehet a magyarországi viszonyokra is. Ezért tartottuk fontosnak, hogy a dolgozatot rövidítve, lényeges megállapításait azonban kiemelve, ismertessük olvasóinkkal.

mák hangsúlyosabbá válása tovább mélyítette a gyermekorvosi alapellátást.

NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Az Egyesült Államok azon kevés országok egyike, ahol magasan képzett gyermekorvosok dolgoznak az alapellátásban. Kanadában és Nagy-Britanniában a gyermekek egészségügyi ellátását általános orvosok, ún. családorvosok biztosítják. A speciális szakorvosi ellátás csak kórházi szinten érhető el, és kizárólag a komplikált esetek ellátására szorítkozik. Sok fejlődő országban az első ellátási szinten általában alacsonyabb képzettségű közegészségügyi munkásokat találunk.

Az USA egészségügyi rendszere egyedülálló abból a szempontból, hogy a gyermekjóléti szolgáltatásokat, az egészségügy gondozását és az akut ellátást is az alapellátó rendszerbe integrálja. A közelmúltban merült fel az igény egy olyan gyermekgyógyászati intézmény iránt – amelynek létrehozását az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia is támogatja –, ami a primer, a szekunder és a terciér prevenciót egyaránt biztosítja. Sok más országban a preventív tevékenység élesen elkülönül a gyógyító tevékenységtől. A magasan kvalifikált gyermekgyógyászati nővérek és más alapellátási szolgáltatók számának növekedésével – hasonlóan a nemzetközi modellekhez – az USA-ban is „specialitássá” válhat a gyermekorvosi alapellátás. Nemzetközi összehasonlításban ezt az ellátást az alapellátó rendszer alulfejlettsége miatt így is sokan „szakterület-orientáltak” minősítik.

Starfield tíz fejlett, ipari államot hasonlított össze az alapellátás fejlettsége, az egészségügyi mutatók (csecsemőhalálozás, várható élettartam, halálzási ráta) és a költségek szempontjából. A tíz országból kilenc esetében az alapellátási szolgáltatások színvonala korrelált a lakosság elégedettségével és jobb egészségi állapotával. Az összehasonlításban az USA rossz helyezést ért el. Azokban a szövetségi államokban, ahol

több alapellátó orvos dolgozik, jobbak ezek a mutatók, és nagyobb a lakosság elégedettsége is.

GYERMEKGYÓGYÁSZATI TRENDEK

A betegek és az orvosok frusztrációja soha nem látott méreteket öltött, ezért az amerikai egészségügyi rendszerben alapvető változások szükségesek – állapította meg a The Institute of Medicine. A gyermekgyógyászati jövőkép kialakításához ugyanakkor elengedhetetlen néhány, jól felismerhető trend áttekintése:

Az első ilyen említésre méltó folyamat a nem orvos végzettségű ellátók számának növekedése. Jóllehet, egyre több ilyen szolgáltató van a piacon, a gyermekorvosi alapellátás nagyobb részét az általános gyermekorvosok biztosítják. A rendelői látogatások több mint 60%-a az általános gyermekorvosoknál, míg a maradék a családorvosoknál, illetve egyéb szolgáltatóknál történik. Az elmúlt húsz évben ez utóbbiak aránya növekedett. Az alapellátó gyermekorvosok mellett egyre nagyobb számban kezdtek el dolgozni gyermekgyógyászatban jártas nővérek és más, nem orvos szolgáltatók.

Az USA-ban sokáig vonakodtak a nővérek és az asszisztensek kiterjedtebb, önálló alkalmazásától, mivel attól tartottak, hogy ezáltal csökkenni fog az ellátás színvonala. Kiderült azonban, hogy a gyerekek alapellátási igényeinek nagy részét ki tudják elégíteni. Két gyermekorvos, Pizzo és Lovejoy véleménye szerint az egészséges gyermekek rutingondozását és az akut ellátás bizonyos feladatait a nővérek és a családorvosok, szoros kapcsolatban a gyermekorvossal, a jelenleginél nagyobb arányban is képesek lennének ellátni. Elképzelhető, hogy a jövőben nagyobb bizalom nyilvánul meg a közép-szintű szolgáltatók iránt.

A második, jövőképet befolyásoló trend az egyre nagyobb bürokratizálódás. Azt remélték, hogy az irányított betegellátás a betegek mozgásának és kórházi beutalásának jobb koordinálásával javítani fog az alapellátó orvos helyzetén. Ehelyett a „kapuőr” szerep elmerült a bürokratikus papírmunka kátyújában. Eközben a kötelező orvosi felelősségbiztosítások árai drámaian megemelkedtek. Egyre több lett az elégedetlen alapellátó gyermekorvos, és közülük számosan – a fokozódó stressz és az anyagi megfontolások miatt – elhagyják a gyermekgyógyászatot.

A harmadik trend az ún. kórházi („hospitalist”) rendszerek előtérbe kerülése a fekvő betegek ellátásában. A „kórházi orvos” („hospitalist”) kifejezést azokra az orvosokra használják, akik főleg fekvő betegekkel foglalkoznak. Mára drámaian megnőtt ezeknek a száma és sok helyen átvették az alapellátásban dolgozó orvosok szerepét. A teljes munkaidejű kórházi orvosok ugyan javíthatják a kórházi ellátás színvonalát, de e rendszerek elterjedése hátrányt jelenthet az orvos–beteg kapcsolatban, az ellátás folyamatosságában és a költségfelhasználásban is.

A „hospitalista” trendhez kapcsolódva jelentkezik egy negyedik trend, a fokozódó specializáció. Egyes gyermekorvos specialisták idővel átvettek olyan tevékenységeket is, melyek korábban az alapellátás körébe tartoztak (neonológia, fejlődéspédiátria és serdülőkorúak orvoslása). Így például, egyre csökken azon alapellátó gyermekorvosok száma, akik a szülésekhez kivonulva, ellátják a súlyos állapotú újszülötteket. A neonológia mint specialitás megszületésével ugyanis az alapellátó gyermekorvosoknak ez a szerepe megszűnt. Ezzel együtt a szélesedő alapellátási igények következtében a rendelőkben kevesebb idő jut a komplikált esetek kezelésére.

AZ ALAPELLÁTÓ GYERMEKORVOSOK SZEREPE

Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok előtt tornyosuló kihívások egyben új lehetőségeket is jelentenek. Vizsgáljuk meg, hogy milyen hagyományos és új feladatai lesznek a jövő szakembereinek:

FOLYAMATOS SZOLGÁLTATÓ

Az alapellátás egyik legfontosabb jellemzője a hosszú távú, bizalomra épülő kapcsolat. Az amerikaiak igénylik ezt a folytonosságot. Egy tanulmány szerint a lakosság 94%-a tartotta fontosnak a háziorvost, aki ismeri betegei összes egészségügyi problémáját. A betegek többsége ezek ellátását is az alapellátó orvostól várta el. Egy másik tanulmány alapján a páciensek 92%-a tartja lényegesnek a folyamatos kapcsolat-tartást orvosával. Az angoloknál ezt csupán a betegek 71%-a érzi fontosnak.

Kutatási eredmények igazolják, hogy a beteg bizalma, illetve az orvos átfogó ismerete betegéről növeli az orvosi tanács megfogadásának hajlandóságát, a páciens elégedettségét és javítja az egészségi állapotot. A tartós kapcsolat további előnye a krónikus betegek jobb gondozása, a kevesebb sürgősségi vizit és hospitalizáció. De jó hatással van az egészséges életmód elterjesztésére és a peres ügyek számának csökkenésére is. A gyermekorvoslásban az időben elvégzett védőoltások, a magasabb színvonalú és jobban koordinált gondozás is a folyamatos kapcsolattartásnak köszönhető. Jóllehet a jövőben az ellátás helyszínei és módszerei változhatnak, a házi gyermekorvosoknak továbbra is biztosítaniuk kell az ellátás folyamatosságát. A már említett kórházi („hospitalist”) rendszerek elterjedése azonban veszélyezteti ezt a folytonosságot.

KÓRHÁZI ORVOS („HOSPITALIST”), KÓRHÁZI KONZULTÁNS

Az USA egészségügyi rendszere azon kisebbségben lévő országok sorába tartozik, ahol magas képzettségű gyermekorvosok végzik a gyermekek területi ellátását, gondozását. Sok más országban a gyermekorvos teljes munkaidőben kórházi ellátást nyújt és csupán konzultáns a területi betegek kezelésében. Elsősorban a hospitalista mozgalom súlyának növekedése miatt ugyanakkor egyre kevesebb alapellátásban dolgozó gyermekorvos lát el kórházi munkát is. Aggodalomra ad okot, hogy a hospitalista rendszer egyrészt megszakítja az ellátás folyamatosságát, másrészt szakadékokat képez az alapellátó és a kórházi orvosok között. A jövőbeni kihívás abban áll, hogy ezt a távolságot sikerül-e áthidalni és az alapellátás alapvető erőit sikerül-e megtartani mind a járóbeteg-, mind a fekvőbeteg-ellátásban. Lehetőséget biztosíthat erre az alapellátó gyermekorvosok kórházban történő, ún. „folytonossági vizitjének” bevezetése és finanszírozása.

KARMESTER ÉS CSAPATJÁTÉKOS

A gyermekek és a serdülők kezelésében nő a szakmák közötti kooperáció. Általános gyermekorvosokból, specialistaiból, nővérekből, ápolókból, asszisztensekből, korai fejlesztőkből, mentálhigiénés alkalmazottakból, fiziko- és beszédterapeutakból, szociális munkásokból, valamint egyéb szakemberekből alakult teamek látják el a gyermekeket. Mindez egységesebb szemléletű gyógyító tevékenységet eredményezhet.

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia ajánlása szerint azonban a gyermekorvosnak kell az interdiszciplináris csapat vezetőjének, a „zenekar karmesterének” lennie. De csapatjátékosként kell játszania akkor, ha nem ő lesz a választott ellátó, hanem – mondjuk – egy komplementer medicinát folytató szakember. Az innováció, a csapatmunka és a szerepek újrafogalmazása nagy jelentőségűvé válik.

MENEDZSER, A KÖZÖSSÉG SZAKTANÁCSADÓJA

Az Egyesült Államokban a „Healthy People 2010” egészségügyi program központi szerepet tulajdonít az alapellátásban dolgozóknak. A gyermekek szükségleteinek fel-



mérése a családok és közösségek folyamatos monitorizálását feltételezi, de igényli a többi gyermekellátó szakterülettel való szoros együttműködést is. A gyermekorvosi ellátásnak más közösségi, egészségügyi központokkal, valamint az iskolákkal is integrációban kell működnie. Kívánatos, hogy a gyermekorvosi rendelőn túlmutató, egészségügyi, szociális és oktatási szolgáltatásokat is magukba foglaló, multidiszciplináris rendszerek alakuljanak ki.

KRÓNIKUS BETEGEK GONDOZÁSÁNAK KOORDINÁTORA

A gyermekorvosok nagyobb szerephez jutnak a krónikus betegek ellátásának szervezésében, mert az eddig gyakran előforduló, szokványos krónikus betegségek (visszatérő otitis media, ekcéma, asztma, figyelemdeficit, hiperaktivitási zavarok) mellett feladatuk lesz a korábban halálos, komplexebb vagy éppen ritkább betegségek kezelésének és rehabilitációjának koordinálása is. Ez a koordinátori szerep új képességeket és tudást igényel. Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia a speciális egészségügyi igényű gyermekek gondozásában négy célt határozott meg: a szolgáltatásokhoz való hozzáférés integrálását; a család és a szakellátók, szolgáltatók közötti kapcsolat biztosítását; a párhuzamos ellátás és a főleges költségek kivédését; a betegek támogatását a minél jobb eredmény, életminőség elérésében. Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosnak jártasnak kell lennie a közösségi források előteremtésében, segítenie kell a családokat az „átmenetek” megoldásában (kórházból haza, otthonról az iskolába, iskolából a pályakezdésbe, a gyermekorvostól a felnőttbelgyógyászhoz). Az alapellátó gyermekorvosnak lépést kell tartania a legújabb kezelési eljárásokkal, ismernie kell a széles körű gondozás új modelljeit.

KÖZEGÉSZSÉGÜGYI KOORDINÁTOR

A gyermekorvosok a közegészségügyi problémák populációs szinten történő megoldásának fontos szereplői. Ez a szerepük elsősorban a védőoltási tevékenységben és a lakossági szűrésekben mutatkozik meg. A 2001. szeptember 11-i események hatására az alapellátásban dolgozók hirtelen a közegészségügyi koordinátor szerepében találták magukat. Az alapellátó gyermekorvosok kapták tömegesen és elsőként a kérdéseket a himlőoltások, a ciprofloxacinnal profilaxis szükségességéről. A globalizáció, az új fertőző betegségek, a környezeti és közegészségügyi veszélyhelyzetek minden eddigénél nagyobb igényt támasztanak egy stabil, megbízható alapellátási rendszer iránt.

GENETIKAI ÉRTELMEZŐ

A genetikai ismeretek gyarapodása megváltoztatja a betegségekről alkotott képünket. A genetika ma nem csupán a gyermekgyógyászat szubspecialitása, hanem az ember biológiai alapja, kiindulási pont a betegség és az egészség fogalmának megértéséhez.

Az alapellátó orvos gondolkodásában és gyakorlatában paradigmaváltást jelent a genetika fejlődése. Itt már nemcsak a betegség fizikai megjelenésének a tankönyvvel való megfeleltetése a feladat, hanem egy sokkal összetettebb gondolkodásra van igény, amely figyelembe veszi az alany genetikai predispozícióját a megelőzés és a gyógyítás tervezésekor. A preventív genetika az expressziót elősegítő tényezők korai felismerésére helyezi a hangsúlyt. A gyermekorvosok a jövőben központi szerepet játszhatnak a genetikai prevencióban és a családoknak szóló tanácsadásban. A genetikai forradalom új vizsgálóeljárásokat, diagnosztikákat, terápiás megfontolásokat és prognózisokat eredményezhet. Mindez a gyermekorvosi alapellátásban dolgozók továbbképzését is szükségessé teszi.

INTERNETKONZULTÁNS

A jövő beteget és orvosait egyre inkább webfelhasználókká válnak. A virtuális világ és a virtuális orvosok hatására csökkenhet a valóságos orvosok szerepe. A betegek kevésbé fognak ragaszkodni a személyes tanácsadáshoz, inkább a világhálóról keresnek megoldást, vagy a telemedicina segítségével igyekeznek segíteni magukon. Terjed az öndiagnózis és az öngyógyítás. A médián és az interneten keresztül hatalmas mennyiségű hasznos és téves információ áll a betegek rendelkezésére. Az információs technológia hatására átalakulhat az orvos–beteg párbeszéd tartalma és formája is. A számítógépek az orvosok számára is új lehetőségek tárházát nyitották meg. Az alapellátó orvosokat fel kell készíteni az internetes források megfelelő használatára, a nagy tömegű információ értékelésére, illetve a káros információk betegeket veszélyeztető hatásainak kivédésére.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Az alapellátás új szerepére vonatkozó javaslatok kiegyensúlyozott, konszenzuson alapuló megközelítést igényelnek. Üzleti terminológiával élve, újra meg kell határozni a „terméket”, ki kell alakítani a piaci közeget és ebben a piaci környezetben el kell adni az árut a fogyasztónak. A gyermekgyógyászatban a beteg és a közösség felelősségvállalása biztosítja a fogyasztói igényt, a piaci közeget.

A fejlesztési stratégia fontos része, hogy a közvélemény is ébredjen rá az alapellátás és az ellátók kiterjesztett szerepének fontosságára. Kimutatták, hogy a szülők ritkán fedik fel lelki vagy szociális problémáikat a rendelőben, mert úgy gondolják, hogy az nem érdekli a gyermekorvosokat, és azok megoldása egyébként sem tartozik a hatáskörükbe. A szülők elvárásait megváltoztatva jobban értékesíthetnénk a „termékünket”, és ezzel is javítani lehetne az egészségi mutatókon.

A megújuló szerepkör módszereinek tanítását be kell építeni a gyermekorvosképzésbe. Nagyon fontos a hatékony szűrés, a rizikóértékelés, a viselkedésterápia, a genetikai tanácsadás és az ellátás rendszerszerű, populációs szintű megközelítésének oktatása. A jövő gyermekorvosainak tanácsadási gyakorlatában fontos szerephez jut a szociális problémák felismerése.

A képzésben nemcsak egy új koncepciót, hanem az információdömpingben való tájékozódás módszereit is oktatni kell. Nagyon hangsúlyos kerül a bizonyítékokon alapuló információk értékelésére és az élethosszig tartó továbbképzésekre. Elsősorban azok a kutatások lényegesek az alapellátás számára, amelyek a betegágy mellett közvetlenül használhatók.

Az alapellátásban dolgozókat egyre nagyobb számú beteg vizsgálatára kéri, egyre hosszabb azon biológiai és szociális betegségek listája, melyeket szűrni és kezelni kell. Egyes szerzők ezt „hörcsög-egészségügynek” nevezték el, mert a szolgáltatóknak egyre gyorsuló tempóban kell helytállniuk. A korlátozott idő és a pénzügyi nyomás miatt új, hatékonyabb ellátási modellek kidolgozására lesz szükség. Ezeknek az új ellátási modalleknek – összefogva egyéb oktatási és humán szolgáltatásokkal – a közösségi integrációt kell erősíteniük.

Egy évtizede vont a le Alpert a következő tanulságot: „...a gyermekorvosoknak sok problémával kell szembenézniük. A megoldások keresésekor soha nem szabad a szakmának szem elől téveszteni, hogy a gyermekgyógyászat segítő és gondoskodó tudomány. A szegények, valamint a gyermekek és közösségeik tanácsadóinak lenni nagy munka. A kihívás azonban valódi, és a gyermekorvosoknak kevés idő áll rendelkezésre ahhoz, hogy gyávák legyenek.”

Referálta dr. Kálmán Mihály
(Irodalomjegyzék a szerkesztőségben)



Gondolatok a „Pediatrics” cikk nyomán

Az amerikai viszonyok alapján felállított helyzetelemzés és jövődőlés gondolatébresztő itt a Duna mentén is.

Az íráson végigvonul az a gondolat, amely a jövőben is kulcsszerepet szán a házi gyermekorvosoknak. Ugyanakkor talán kicsit túlzó a gyermekorvosi alapellátást illetően identitászavarról beszélni, hiszen, csupán az új feladatoknak megfelelő szerepmódosításról van szó. Az alapellátó gyermekorvos hagyományos tevékenysége, a gyermekorvosi identitás lényegi elemei, változatlanok maradnak.

Azok a fő sajátosságok, melyeket az alapellátás meghatározásakor a cikk megemlít, eddig is jellemzőek voltak a területi orvosi ellátásra. Az első döntés felelőssége, a folyamatos kapcsolattartás eddig is a háziorvosokra hárult, és legfeljebb a betegek kezelésének, gondozásának szervezése, a gondozás integrált jellege kapott az utóbbi években nagyobb hangsúlyt. Ez a karmesterszerep a közösségi orvoslás jelentőségének hangsúlyozásával ma már átnyúlhat a rendelő falain, sok esetben a hagyományos egészségügyi határain is. Az átfogó jelleg pedig azt jelenti, hogy egyrészt igyekszünk mindent tudni betegeinkről, másrészt viszont azt, hogy a terápiában, a gondozásban az ún. „háromszoros kóris-mére” támaszkodva figyelembe vesszük a beteg személyiségének testi, lelki és szociális meghatározottságát.

Egyszerűbben kifejezve: a betegutaknak a háziorvostól, a házi gyermekorvostól kell kiindulnia, és oda kell visszatérnie. A beteg nem tévelyeghet ellenőrizetlenül az egészségügyi ellátás útvesztőiben. Bizonyos, váratlan sürgősségi eseteket kivéve, szorosan és naprakészen kézben kell tartanunk betegeink gondozását.

Az alapellátás alulfejlettsége, a gyógyító és a preventív tevékenység szétválasztása, a gyermekorvosok területi szerepének háttérbe szorítása könnyen szakterület-orientált gyermekegészségügyi kialakulásához vezethet. Az egyéb szolgáltatók nagyobb szerepe következtében a gyermekorvosi alapellátás is specialitássá válhat. Ez a váltás azonban meggátolhatja a gyermekorvosokat abban, hogy az egészségügyi problémák megoldását a családok közelében, a közösségek szempontjaira tekintettel koordinálhassák.

Bizonyító erejű, amit a cikk az alapellátás hatásáról ír, a lakosság megelégedettségére és az egészségügyi mutatókra vonatkozóan. De miért ne lennének érvényesek ezek az összefüggések a gyermekek ellátásában is?

A világ egészségügyében kétségtelenül az egyik fontos, kitapintható trend a nem orvos ellátók szerepének növekedése. A korszerű teammunkában egyre nagyobb és önállóbb szerephez jutnak a középszintű szakemberek. De, mint azt a cikk is említi, a gyermekorvos irányításával! Ez hasznos folyamat, mert a lakosság közelébe visz olyan szakellátásokat, mint a korai fejlesztés, logopédia, gyógytorna, mentálhigiéne vagy szociális ellátás. Gondok csak abban az esetben merülnek fel, amikor a hagyományos és átruházhatatlan orvosi feladatokat is más szolgáltatók akarják elvégezni. Mértéktartással és nagy felelősséggel kell tehát az új kompetenciahatárokat kijelölni.

A kórház és az alapellátás viszonyáról talán az a leginkább megszívlelendő megállapítása a cikknek, hogy közelebb kell hozni egymáshoz a két ellátást. Megoldás lehet erre, ha a különböző munkahelyeken tevékenykedő gyermekorvosok egymással szorosabb munkakapcsolatban dolgoznak. A kórházban dolgozók, amit lehet, átvesznek az alapellátók szemléletéből, az alapellátók pedig a kórházi ellátásban tanult készségeiket igyekeznek megtartani. Az ismertett hospitalista rendszer jóllehet ezzel ellentétes hatású, mégis talán már a közeljövőben csökkenteni lehetne a két ellátórendszer merev szétválasztását. Ha a kórház feladatokat vesz át az alapellátástól, akkor sérülhet az ellátás folyamatossága és a költséghatékonyság is. Nem helyeselhető a hospitalista trend azért sem, mert így a szükségesnél nagyobb aszimmetria alakul ki a kórházi ellátás javára. Az otthonában meggyógyítható beteg otthonában gyógyuljon meg!

A specializáció trendje a tudomány előrehaladásából, az ismeretanyag tömeges gyarapodásából következő, megállíthatatlan törvényszerűség. Ugyanakkor csak az általános gyermekorvosi szemléletbe ágyazódó specializáció fogadható el. A gyermekgyógyászat nem válhat a különböző specializációk mechanikus

összességévé. Attól nem kell tartani, hogy a fokozódó szakosodás miatt kiüresedik a házi gyermekorvos funkciója. Továbbra is szükség lesz a családok közelében, a közösségekben egy olyan szakemberre, aki helyzetéből eredően képes a betegek holisztikus ellátására, aki képes a pácienseit, azok teljes egészségéért felelősséget vállalva és nem csak egy bizonyos orvosi szakterületre koncentrálni kezelni, gondozni.

Az alapellátó gyermekorvos szerepváltozásainak felsorolásában egyaránt találunk a módszerekre és a tartalomra vonatkozó javaslatokat. Módszertani ajánlás a folyamatos kapcsolattartásra, a bizalmi tőke felhalmozására, a különböző szintű koordinációs szerepek erősítésére vonatkozó ismertetés. Bizonyos értelemben újszerű az a közegészségügyi koordinátor szerep, amit elsősorban a globális fenyegetettségek, a terrorizmus, az újonnan fenyegető fertőző betegségek kényszerítenek a gyermekorvosokra. A hazai gyermekorvosok a közelmúltbeli meningococcusjárvány kapcsán beleszóltak ebbe a nem könnyű feladatba. Gondoljunk csak a médiapánik okozta szülői telefonáradatra. Tartalmilag új a genetikai prevencióban és a web-interpretációban ránk váró szerep. Mindannyian tapasztaljuk, hogy egyre több és a korábbiaknál részletesebb genetikai leletet kapunk. A veleszületett fejlődési rendellenességek jelentős része nem gyógyítható, ezért a leghatékonyabb módszer a rendellenességek kialakulásának megelőzése. Ebben a házi gyermekorvosnak is szerepet kell vállalnia. Érdekes feladata az alapellátó orvosnak a különböző, elektronikus úton tömegesen és ellenőrizhetetlenül betegekhez jutó információk értelmezése. A félrevezető, áltudományos vagy félreértett és ezért káros ismeretek veszélyét nem szabad alábecsülni. Gondoljunk csak a védőoltásokkal szemben a televízióadásokon és az interneten keresztül gerjesztett bizalmatlansági hullámra.

Sok új kihívás áll a gyermekorvosok előtt, amelynek csak megfelelő képzéssel tudunk megfelelni.

Mindenesetre elgondolkodtatóak a cikk megállapításai. Érdemes lenne vitát kezdeni róluk...

Kálmán Mihály

Egy összevonás ürügyén

Beszélgetés Harmat György főigazgatóval

A Fővárosi Önkormányzat Egészségügyi Bizottsága augusztus 25-i ülésén megtárgyalta és elfogadta a Heim Pál Gyermekkórház és a Madarász utcai Gyermekkórház összevonásáról szóló javaslatot. A közgyűlés szeptemberi jóváhagyására váró előterjesztés szerint dr. Harmat Györgyöt, a Heim Pál kórház főigazgatóját bízzák meg az egyesítéssel kapcsolatos feladatok irányításával.

A Madarász u.-i kórház főigazgatójaként mi inspirált a Heim Pál kórház főigazgatói posztjának megpályázására?

2004 végén Smrcz Ervin, aki hosszú évek óta vezette az ország legnagyobb gyermekkórházát, lemondott. Lépésében szerepet játszott a szinte állandóan fojtogató finanszírozási háttér mellett az is, hogy a kórházban tervezett fejlesztési program vezényletét már nem kívánta



egy személyben felvállalni. Lemondása meglehetősen nagy reakciót váltott ki, hisz ritkán fordul elő, hogy valaki, akit erre nem kényszerítenek, feláll. Ráadásul a Heim Pál egyike volt a gazdaságilag jól menedzselteként nyilvántartott intézmények maroknyi csoportjának. A fővárosi Regionális Együtműködési Tanács gyermekellátási koncepciójában ekkor már szerepelt a két gyermekkórház „korábinál szorosabb szakmai együttműködése” – vagyis a két intézmény egyesítése. Érdeklődésemet tehát nem egy Madarász utcainál nagyobb kórház főigazgatói posztja váltotta ki, kihívást inkább a gyermekgyógyászat egész intézmény- és kapcsolatrendszerének újragondolása, újragombolása jelent. Meggyőződésem ugyanis, hogy a főváros hosszabb távon már nemigen engedheti meg két hasonló jellegű intézmény önálló működését.

A Szemmelweis Egyetemen végeztem 1975-ben, kezdettől a Madarász utcai Gyermekkórházban dolgoztam, az elmúlt 30 évet kisebb megszakítással ott töltöttem. Szakvizsga után kezdtem az ultrahang diagnosztikával foglalkozni. Kandidátusi disszertációm a választott szakterület miatt az Országos Idegsebészeti Intézetben valamint a Svábhegyi Gyermekgyógyintézetben dolgozva védtem meg. A rövid kitérő után visszakerültem a Madarászba, ott kaptam megbízást az ország első gyermekgyógyászati ultrahang-laboratóriumának megszervezésére, majd vezetésére. Első ez irányú közleményeim 1980–81-ben jelentek meg. Hosszabb időt töltöttem a londoni Great Ormond street Hospital-ban, Uppsalaban és Birmingham-ben. 1990-ben választottak – nem kis részben az alapellátásban dolgozó kollégák támogatásával – a kórház igazgatójává, és ettől kezdve, egészen ez év júniusáig, 15 éven át vezettem az intézményt. Kinevezésemtől én voltam az ország legfiatalabb főigazgatója, mostanra egyike vagyok a fővárosban leghosszabb ideje posztján álló kórházvezetőknek. Júniusban neveztek ki a Heim Pál Kórház főigazgatójává.

A Kórházszövetség vezetésében én képviselem a gyermekgyógyászatot, tavaly óta már elnökségi tagként. A nemzetközi kapcsolatokért felelek, Magyarországot és Kelet-Közép Európát reprezentálom az Európai Kórházszövetség öttagú elnökségében. Az európai szövetség két szakbizottsága közül az egyiknek, a közgazdasági elemző- és szervező szakbizottságnak vagyok az alelnöke.

Szakmai programom tehát a két intézmény összevonására irányul, hisz a lehetőségek koncentrációjával sokkal jobban hasznosíthatók a humán és gazdasági erőforrások.

Békesi László nemrég lapunk hasábjain fejtette ki, hogy indokolatlan a jelenlegi kórházi struktúra fenntartása, Tulassay professzor pedig négy évvel ezelőtt nyilatkozta nekünk, hogy a gyermekintézmények száma és eloszlása ma is a hatvanas évek születési arányait, megbetegedési viszonyait tükrözi, és ha a felesleges kapacitásokat megszüntetnék, a fennmaradót pedig Toronto, London, Bécs, Prága vagy Miskolc példájára összevonnák, akkor hatékonyabb és valóban betegcentrikus struktúra alakulhatna ki. A te koncepciód mennyire illeszkedik ehhez?

A két gyermekkórház külön-külön és önállóan, gyakorlatilag életképtelen. Részben a finanszírozás jelenlegi rendszerre, részben az említett morbiditási helyzet teszi szükségtelemmé egyidejű fenntartásukat. Budapesten ma a két egyetemi gyermekklinika mellett ott van a Heim Pál, a Madarász, a Budai Területi, a Bethesda, a Svábhegyi Gyermekgyógyintézet, és a László vagy a János kórházban lévő nagy osztályok mellett ott van még néhány kisebb osztály is. Az agglomerációval együtt 600 ezer gyermek teljes körű kórházi ellátására mindezekkel szemben

maximum kettő, jól koncentrált gyermekcentrum is elegendő. A fővárosi szükséglet kétharmadát eddig is a Madarász és a Heim Pál látta el.

A két kórház egyesülése után marad-e a jelenlegi ágylétszám? Hisz eddig úgy tűnt, minél több az ágy és minél több rajta a beteg, annál több a finanszírozás.

Egy korszerű intézmény működtetése ma megkövetel bizonyos ágylétszámot. Csak így tartható el a megfelelő létszámú szakember és megfelelő minőségű eszközpark. Az ehhez szükséges összeget sem a 170 ágyas Madarász, sem a 380 ágyas Heim Pál Kórház nem volt képes önmagában előteremteni.

Így viszont úgy tűnik, hogy a koncepció csak a finanszírozás feltételrendszeréhez próbál alkalmazkodni. Hogy azért kellene az ágyak és azért kellene a betegek, hogy – ha nem is az eddigi igazgatási rendszer mellett, de – mégis fennmaradjon a jelenlegi két kórház. Nem lenne-e jobb, ha a struktúrát ehelyett inkább a szükségletek szabályoznák?

Ideális ellátási struktúráról még nem beszélhetünk, hisz hiányoznak ennek feltételei. Számomra a jelenlegi helyzet a meghatározó, nekem ehhez kell alkalmazkodnom. A fővárosban csak egy hétfővégi napon 300–500 gyermek keresi fel a kórházi osztályokat. 10 százalékuk hospi-

talizációt igényel. Ehhez ennek megfelelő diagnosztikai, technikai háttérre és alkalmazotti létszámra van szükség. Egyetlen kórház a hét minden napján, a komplex ellátás igényének a kielégítésére képtelen. De koncentrálnunk kell az erőforrásokat. Csak így oldható meg a szakképzés és ennek eredményeként biztosítható az utánpótlás. A két kórház között aszerint osztjuk majd fel a profilokat, hogy hol halmozódott fel nagyobb gyakorlat és ismeret az adott betegcsoport ellátásában, és hol jobbak ehhez a feltételek. Lehet például, hogy elegendő lesz egyetlen diabetológiai ambulancia, de biztosan szükség lesz a két, különböző helyen működő pulmonológiai vagy gastroenterológiai rendelésre. A betegek egy részének nyilván többletterhet fog jelenteni a lakhelyétől távolabbi ellátás, de mindenkinek meg kell értenie, és el kell fogadnia bizonyos hatékonysági szempontokat.

❗ Szükség van-e egy hétvégi napon valóban arra, hogy kórházban vizsgáljanak meg 300–500 oda benyitó gyereket? És hogy közülük 30–50-et fel is vegyenek? Nem hiszszük, hogy ez reális szükségletet tükröz. Úgy érezzük, hogy a számok hátterében egyrészt kórházi érdekek állnak, másrészt meggyőződésünk, hogy ezeknek a betegeknek az elsődleges ellátása – ilyen szervezetszerű alapellátás mellett – nem a tercier ellátásra specializált intézményeknek a feladata.

Folyamatos igény van a gyermekek ellátására. Éjjel és nappal, hétköznap és ünnepnap. A szelekciót, hogy kinek milyen ellátásra van szüksége, valahol, valakinek el kell végeznie. Ne építsünk légvárakat. Vegyük inkább tudomásul, hogy a betegek mit igényelnek. Az úgynevezett sürgősségi ellátás ezeket az igényeket fedi le, ezért akarunk egy-egy sürgősségi osztályt létrehozni mind a Madarász, mind a Heim Pál kórház területén.

❗ Nekünk úgy tűnik, sokszor keveredik a sürgősségi osztály és az ügyelet feladata. Egyetértünk azzal, hogy egy kórházban legyen folyamatosan nyitott sürgősségi osztály, ha az valóban sürgősségi feladatokat lát el. De azzal nem tudunk azonosulni, hogy a szülő bármilyen panasszal egy kórházi sürgősségi osztályra vigye gyermekét, hogy ő szelektáljon az ellátási szintek között. Egy olyan korszerű ellátási struktúrával rendelkező országban,

amilyen Magyarország, ahol lehetőség van arra, hogy a panaszokkal első lépcsőben a házi gyermekorvoshoz forduljanak, ott a gyermekorvosi alapellátásnak kell döntenie arról, hogy ki szorul további szakorvosi vagy kórházi ellátásra. Ez így is történik hétköznap, illetve napközben és így kellene történnie hétvégén is, ünnepnapokon is megéjszaka is. Ezt a feladatot egy sürgősségi osztály életre hívásával nem kell átvállalnia a tercier ellátásra hivatott gyermekintézményeknek. Az alapellátástól nem átvenni kell feladatot, hanem éppen ellenkezőleg, oda kell leadni. Nem a kórházi kollégáknak kell a képzettségi szintjüknél alacsonyabb feladatot átvállalniuk, hanem ellenkezőleg, nekünk, alapellátóknak kell az általunk is ellátható betegségek kezelését felvállalnunk. Kórházba csak az kerüljön, akinek az ellátása már meghaladja a mi kompetenciánkat. Szóval úgy érezzük, hogy nem az a megoldás, hogy a rosszul vagy csak a nap felében működő alapellátás ürügyén a feladatokat éjjelre bevigyék a kórházakba. Ez valójában még ott sem indokolt, ahol a gyerekeket házi orvosok látják el. Jogos ezek után talán az a kérdés, hogy a főváros, akinek mintegy 600 ezer gyermek regionális ellátásáról kell gondoskodnia, az ellátásszervezés során miért nem kéri ki soha az alapellátásban dolgozók véleményét?

Mert az alapellátás nem a főváros, hanem a kerületi önkormányzatok feladata...

❗ A gyermekgyógyászatot funkcionálisan mégiscsak egységben kellene tekinteni, hisz az ellátási szintek egymásra vannak utalva.

Egyetértek. Én is sajnálatosnak tartom, hogy a főváros még olyan részletkérdésekben sem tud megegyezni a kerületekkel, mint a gyermekek hétvégi ambuláns ellátása.

❗ Tapasztalatunk szerint Budapestben, de több nagyvárosban is látogatigényeket elégít ki az ügyelet, és energiáját felesleges házhoz hívásokra pazarolja. Racionális megoldásnak a jól képzett szakembergárdával működő, centralizált ügyeletet tartanánk, ami a felmerülő problémákra szakszerű és kielégítő választ ad, indokolt esetben az odavitt gyermekeket ellátná, esetleg tovább-

írányítaná, és csak a legszükségesebb esetben menne a beteg otthonába. Hangsúlyozzuk, a munkaidőn túl felmerülő kérdések megoldása ennek az ügyeletnek, nem pedig egy sürgősségi osztálynak a feladata. És messzemenően támogatjuk, ha ez a központi ügyelet a kórház közvetlen közelében, vagy akár a kórházban kerül elhelyezésre.

A két intézmény fúzióját követően a pesti oldalon lévő ügyeletet biztosan összevonjuk, hisz a jelenlegi működtetési forma egyértelműen pazarló. A fővárosi régió hétvégi ügyeleti ellátására két, 24 órán át működő, központi ambulancia elegendő. Az ellátást pedig valóban rá lehetne bízni olyan, az alapellátásban dolgozó kollégákra, aki mellékesen a kórházi struktúrát is jól ismerik. Ez a szisztéma módot adna a kórház és az alapellátás régóta korszerűtlen kapcsolatrendszerének javítására is. Elősegítené a folyamatos szakmai együttműködést, a betegkövetést is, amelyre egyébként mindkét oldalon komoly igény van.

❗ A két kórház egyesítése nyilván ad lehetőséget új profilok kialakítására is.

Hosszú távú terveink között szerepel, hogy a felszabaduló ágyak helyén rehabilitációs vagy pszichiátriai igényeket elégítsünk ki, és hogy legalább 14 éves korig megoldjuk a drogos fiatalok komplex ellátását is.

❗ Mit szólnak az összevonásához az érintett önkormányzatok és kollégák? Lesz-e esélyük a szakmai érveknek a gyakran szűkebb látókörű helyi érdekekkel szemben?

A fővárosi gyermekek járó- és fekvőbeteg-ellátásáért a Fővárosi Önkormányzat a felelős. Saját lakosaik ellátása azonban a kerületeknek is kompetenciája. A két tulajdonosi felelősség nem mindig van összhangban egymással, hisz a kerületi lokálpatriotizmus is teljes körű ellátásra törekszik a saját területén. Más út azonban nincs, ebben az ellentmondásos helyzetben kell koordinálni a szakmai és a helyi érdekeket. Mindez nem megy az érintettekkel történő egyeztetés nélkül, a megbeszélésekbe pedig be kell vonni az egyetemeket, az országos intézeteket és a gyermek-alapellátás szakértőit is. Minden szereplőnek vállalnia kell azonban a szakmai szempontok prioritását. Nem lehet egy elaprózott, ineffektív és drága rendszert tovább fenntartani. Köszönjük a beszélgetést!

KÁDÁR FERENC, KÁLMÁN MIHÁLY

Gyermekek szexuális zaklatása

A büntetőjog nem ismeri a pedofília fogalmát, nem nevesít bűntényt aszerint, hogy hány éves a sértett. Magyarországon a szexuális bűncselekmények 20%-a irányul gyermekek ellen. 2000-ben ez kb. 800 esetet jelentett. Azóta valószínűleg nőtt ez a szám, de a konkrét adatok azért sem mondanak sokat, mert olyan bűncselekményekről van szó, amelyben (intim jellege, illetve a nehezen bizonyíthatóság miatt) nagy a latencia. A gyermekek szexuális bántalmazását a laikusok általában erőszakos cselekedetnek képzelik, hiszen a média csak a brutális, legtöbbször halállal végződő eseteket híreszteli. A pedofil viszonyok jóval gyakoribbak környezetünkben, mint gondolnánk, az elkövetők többségének pedig esze ágában sincs erőszakot alkalmazni. Már megszoktuk a Magyar Narancs jellegzetes stílusát. Vannak, akik emiatt szeretik, mások meg éppen emiatt utasítják el. Néha ugyan előfordult, de mégsem jellemző, hogy a Hírvivőben máshol már publikált írásokat egy az egyben átvegyünk. Gaal Ilona augusztus 4-én megjelent riportjával azonban kivételt teszünk. Írását, a naturalista részek kihagyásával, minimálisan átszerkesztve – és természetesen az engedélyével – közöljük.

„Mennyiért vered ki előttem?” – csúsztatnak át a Nyugati téri aluljáró WC-jében ilyen és ehhez hasonló cetliket a fiatal fiúkra bukó férfiak egyik kabinból a másikba.

A Nyugati tér nemcsak a régóta rossz hírű toalettké okán kiváló terep a céltalannul bolyongó gyerekek felszedésére, de a plázák közül is épp a West End az, amelynek játéktérképében vagy gyorsétkezdéinek tájékáról a cukros bácsik előszeretettel begyűjtik kis kedvenceiket. Az áldozatok általában intézetből szökött tinédzserek vagy a rossz családi légkör elől menekülő, zsebpénzben nem épp bővelkedő fiúk, akik nem tudnak és nem is akarnak ellenállni annak, hogy valaki fizesse a játékgépezést, enni adjon nekik, vagy szálláshoz juttassa őket némi ellenszolgáltatás fejében.

Az állami gondozásban élő, onnan ki-kiszökő kislányokat most már előzetes leltartóztatásban lévő férfi a West Endből egyenként csalogatta a lakására, ahol családi hangulatot teremtve arra kérte az aznapi kissárcot, hogy vetközzön le előtte. Aztán arra, hogy hadd kapja be a fütyijét. A fiúk egyike sem csinált nagy ügyet a dologból, teljesítette a kérést, majd felöltözött és visszaült a számítógéphez. Szolgáltatásaikért pénzt kaptak (egy-egy akcióért általában 2-3 ezer forintot).

„A gyerekek a velük történeteket nem úgy élik meg, ahogy mi, felnőttek értelmezzük a jelenséget. Egészen addig, amíg a felnőtt nem kelt bennük undort vagy amíg nem okoz számukra fizikai fájdalmat, elfogadják ezt a magatartást, még akkor is, ha érzik, olyasmi történik, ami nem szokásos, ami tabu. Ha nem őszinte és nyílt érzelmi viszonytal jellemezhető családban élnek, akkor sokáig eszükbe sem jut megemlíteni a történeteket” – magyarázza a jelenség lelki hátterét Szigyártó Zsuzsanna szakpszichológus, igazságügyi szakértő. A gyermek még nem tudja olyan pontosan meghúzni a határt a szexuális indíttatású közeledés és a pusztán gyengédség között, mint egy fel-

nőtt, ezért a szeretet jeleként értelmezi, ha megkönyékezik. A századelő kiváló magyar pszichiáttere, Freud tanítványa és barátja, Ferenczi Sándor ragadta meg fogalmilag oly pontosan az említett gyermeki magatartást, hogy gondolatrendszerét máig alkalmazza a szaktudomány. Ferenczi szerint „nyelvezavar” lép fel a felnőtt és a gyermek között, amikor a gyermek szeretetre való vágyakozását, odaadását, gyengédségét és kiszolgáltatottságát a felnőtt mintegy „félreérti”, és szexuális fantáziájának kiélésére használja.

Ez a szándékolt félreértés maradandó károkat okoz egy még meg nem állapodott személyiségben: a gyermek azonosul a felnőtt vágyaival és kívánságával, szocializációjának részévé válik a pedofil magatartás és beépül személyiségébe. Ezért van az, hogy annak a gyerekeknek, akit szexuális zaklatás ért, általában torzul a személyiségfejlődése, így a szexusa is, illetve fordítva: a pedofilok többsége olyan emberek közül kerül ki, akik gyerekkorukban maguk is szenvedő alanyai voltak felnőttek perverzióinak.

A tiltott és a megszokottól eltérő viszony jó darabig nem okoz látványos sérülést a gyermek lelkivilágában. Sem anya, sem tanár nem vesz észre semmit. Ám ha rendszeressé válik, előbb-utóbb bűntudatot generál a gyermekben. Ha ráadásul felnőtt „partnere” is küszködik bűntudattal, a gyermek azt is átveszi, vagy ha fenyegetésben, illetve „lekenyerezésben” van része, tovább súlyosbodnak a terhei. Szorongásos azonosulással reagál, képtelen arra, hogy az örömtelenség ellen fellépjen. Gépiesen engedelmeskedik, nem tud nemet mondani, és nem tudja, miért nem. Egyszerre érzi magát ártatlan áldozatnak, bűnösnek és összezavarodottnak – az eddigi értelmezési rendszerek pedig jelentésüket veszítik számára. Ilyenkor látja azt a gyermek környezete, hogy „valami nem stimmel”. A gyerek lehangolt és zárkózott lesz, vagy durvává válik a magatartása, hanyagolja korábbi tevékenységeit, kötelezettségeit.

A pedagógusok ilyenkor szoktak válsárra vagy rossz családi háttérre gyanakodni, de a gyermekből nem tudnak egy árva szót sem kiszedni. Jó esetben valamilyen gyermekvédelmi szolgálathoz fordulnak, s ha felmerül a pedofília gyanúja, az ügyet a rendőrség veszi kézbe. A rendőrségnek csak az a célja, hogy az adott viszonyt felszámolja, a bűntudat bíróság elé állítsa. Az érintettek pszichés kezelését nem tartalmazzák az ügy rendezésére hivatott forgatókönyvek. A lelki gondozás, illetve a megelőzés még gyermekcipőben jár Magyarországon, s az állami intézmények helyett jobbára csak néhány civil szervezet vállalja fel ezt a feladatot.

A családon belüli szexuális visszaélésekre sem a homoszexualitás, sem a brutalitás nem jellemző – állítja Csapó István, a BRFK Gyermek- és Ifjúságvédelmi Osztályának alosztályvezetője. Azok a történetek, amelyek a média révén a köz tudatba kerülnek, a jéghegy csúcsát jelentik, a mélyben azonban ott vannak a hétköznapi, gyakran soha ki nem derülő ügyek ezrei, ahol a nevelőapuka vagy a nagypapa illegitim kapcsolatot létesít a gyermekkel. Ezeknek az ügyeknek a felderítése a gyermekvédelem egy legnehezebb feladata. Gyakran csak a rendőri beavatkozásba torkolló családi botrány után árulja el az anya, hogy gyermekét a nevelőapuka vagy édesapuka szexuálisan is bántalmazta évekkorábban. Az sem ritka, hogy ez az anya tudtával, beleegyezésével történik, és csak akkor mondja el a hatóságoknak, amikor neki magának elege van a férfiből. Nehezíti az is az ilyen ügyek feltárását, hogy az anyák gyakran visszavonják a hirtelen felindulásból tett vallomásukat, vagy mert félnek a megvádolt férfitől, vagy mert rádöbbennek egzisztenciális kiszolgáltatottságukra. Csapó nem tud nevesíteni olyan társadalmi réteget vagy iskolázottsági fokot, amelyre a családon belüli pedofília inkább vagy kevésbé jellemző volna.

A pedofil bűncselekményeknél a bizonyítékok 99 százaléka személyi, nem pe-

dig tárgyi jellegű, ez tovább nehezíti az ügyek napvilágra kerülését és bizonyítását. A történetek rekonstruálásában és hitelesítésében épp ezért a nyomozók mellett kiemelkedő szerep jut a pszichológusnak. A pszichológus olyan kérdéseket tud feltenni a gyermeknek a múltbeli szituáció(k) felidézése végett, amely hozzá nem értőnek eszébe sem jut. A „mintha ott lett volna” élménytől a gyermek megkönnyeb- bül, hiszen már nincs annyira egyedül a

titkával. Az igazságszolgáltatás szem előtt tartja, hogy a gyermeket minél kevesebbet vegzálják az ügyben, s ha lehet, csak egyszer hallgatják ki.

A pedofil esetek szinte mindegyikére jellemző, hogy az elkövető tagad. Könnyen teheti, tárgyi bizonyíték az ügy jellege miatt szinte alig van, tanú csak akkor, ha véletlenül lebukik, a gyerekeket pedig a legkönnyebb hazudozással vádolni. A pszichológus szerint a pedofilok gyakran

nemcsak az őket ismerő, a témában azonban járatlan környezetüket tudják meg- tévesztetni, hanem időnként a szakembereket is. A pedofiáliát a pszichológiai szakirodalom ösztöndzavarnak írja le, amely tudatilag kontrollálható. Az tehát gyakor- lati társadalmi probléma, hogy a pedofil hajlamúak ne a prédaszerzést válasszák, hanem bajukra pszichológiai kezeléssel próbáljanak gyógyírt keresni.

Gaal Ilona

A szociálpédiátria kihívásai

Az ESSOP (European Society for Social Pediatrics and Child Health) a gyermekegészségügy és a szociálpédiátria európai társasága, egy multidiszciplináris szervezet, amelynek tagja lehet a gyermek-egészségügyi ellátórendszer minden szereplője, amennyiben érdek- lődik vagy foglalkozik azokkal az egyéni, magatartásbeli, valamint környezeti tényezőkkel, amelyek a gyermekek egészségére befolyást gyakorolnak, akár elméleti, akár kutatási, akár gyakorlati szinten. A társaságban európai, valamint ausztrál és izraeli gyer- mekgyógyászok dolgoznak, emellett szoros kapcsolatokat ápolnak a hasonló dél-amerikai szervezetekkel is. A 90-es években a ma- gyar gyermek-egészségügyi szakemberek közül többen, elsősorban Schuler és Velkey professzorok tartottak élénk kapcsolatot az ESSOP-pal, egy alkalommal hazánk otthont is adott az éves konferenciának és tréningnek.

Júniusban, a horvátországi Sibenikben tartották az ESSOP XVII. konferenciáját, melyen az Országos Gyermekegészség- ügyi Intézet képviselésében vehettünk részt. Információk: www.essop.com hon- lapon. Az alapítók és a legaktívabb tagok Angliából és a skandináv országokból érkeztek.

Az idei rendezvény a kelet-európai vál- tozásoknak a gyermekek szociális és egészségügyi helyzetére gyakorolt hatá- saival foglalkozott, s ezt a helyszín kiválasztása is alátámasztotta. Az alábbi- akban néhány különösen fontos előadás- ról ejtsünk szót:

A WHO európai régiója a tagorszá- gokkal együttműködve kidolgozott egy, az európai gyermekek és serdülők egész- ségére vonatkozó átfogó stratégiát, me- lyet a dán M. Ostergren ismertetett. A dokumentum nehéz feladatra vállalko- zott, mivel Európa fejlett, kevésbé fejlett és nagyon szegény országai számára kívánta a legfontosabb, általános érvényű célokat megfogalmazni.

Eszerint alapvető, hogy az egészség- ügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést minden gyermek és serdülő számára biz- tosítani kell. A hatékonyság növelése céljából fontos a szakmaközi együttmű- ködés és a civil szervezetek, így a fiatalok egyesületeinek bevonása is.

A dokumentum szerint a hét fő straté- giai terület a várandósok és az újszülöttek

egészsége, az egészséges táplálkozás, a fertőző betegségek, a balesetek és a gyer- mekbántalmazás megelőzése, a fizikai környezet egészségvédő jellegének erősí- tése, a serdülőkor sajátos problémáinak kezelése, az egészséges pszichoszociális fejlődés és lelki egészség biztosítása.

Nick Spencer angol professzor sok adattal alátámasztott előadást tartott a szociális egyenlőtlenség gyermek-egész- ségügyi hatásairól. A család jövedelmi vi- szonyainak még Angliában is kimutatha- tó hatása van a születési súlyra, a bölcső- halál, a mozgássérült állapotok, a pszi- chés és tanulási problémák, az antiszo- ciális viselkedési zavarok gyakoriságára, ugyanakkor a ritkább betegségek preva- lenciájában nem találtak ilyen összefüggé- st. Hasonló a helyzet néhány poszt- szovjet államban is.

A horvát házigazdák számos előadást tartottak. J. Grgurič és M. Jovancevič professzorok átfogó helyzetelemzést ad- tak országuk gyermekeinek egészségi állapotáról és egészségügyi ellátásáról. A Magyarországinál valamivel jobb gaz- dasági és egészségügyi körülményekben drámai törést okozott a háború. Néhány döbbenetes adat: 303 gyermeket öltek meg, 74 gyermek halt meg taposóakná- tól, 1280 gyermek sebesült meg, ebből 315 maradandó károsodást szenvedett, 4455 gyermek egyik, 131 mindkét szülő- jét elvesztette, 900-an még mindig nem

tudják, mi történt a szüleikkel, 185 ezer gyermek veszítette el otthonát. A szakma is sok veszteséget szenvedett, korábban egy gyermekgyógyászra 900 gyermek ju- tott, ma 1200.

Egyebekben hasonló problémákkal szembesülnek, mint mi. Távlati terveikben alapellátó egészségközpontok (health center) létesítése szerepel, melyekben családorvos, gyermekgyógyász, nőgyó- gyász, fogorvos, pszichiáter, pszicholó- gus, fejlesztő pedagógus, védőnő, szo- ciális munkás és egyéb segítő szakem- berek dolgoznának együtt.

Érdekes volt az ausztráliai, hindu szár- mazású Shanti Raman előadása a kisebb- ségek kulturális identitása és gyermekeik egészségi állapota közötti összefüggés- ről. A napjainkra jellemző erőteljes migrá- ciós folyamatok, a multikulturális társa- dalmak kialakulása, az identitás megélése mind a befogadó, mind a bevándorló népcsoportokra nagy hatással van. A tár- sadalmi folyamatok kezelése komoly fel- adatok elé állítja a fejlett nyugati de- mokráciákat.

Több előadás foglalkozott a roma gyermekek problémáival. Nick Spencer professzor és munkacsoportja a közép- és kelet-európai roma népesség egészség- ügyi szolgáltatáshoz való hozzájutási lehetőségeit mérte fel. A népesség kb. 8%-át kitevő, összesen 5–6 millió fős roma lakosság között mindenütt rosszab-



bak az egészségügyi mutatók, mint a többségi népességben (csecsemőhalandóság, tápláltság, élettartam, krónikus és fertőző betegségek előfordulása). Jellemző a szegregáció, a roma telepeken igen elmaradott az infrastruktúra, alacsony az iskolázottság, nehezebben jutnak hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz és az egészségügyi dolgozók részéről is diszkrimináció tapasztalható.

Egy horvátországi roma edukációs programról számolt be N. Slugan és M. Hegedüs-Jungvirth. Komplex programot indítottak el Medimurje megyében, ahol a lakosság 4%-a roma. Egyrészt fejlesztették a települések infrastruktúráját, másrészt egy széles körű – egészségügyi és higiénés ismereteket is magában foglaló – oktatási programot szerveztek iskolázott roma oktatók segítségével, roma felnőttek és gyerekek számára. A legjobb eredményeket a beiskolázás előtti korcsoport, a „0.” osztályosok körében érték el.

L. Köhler svéd professzor a gyermek-egészségügyben használható indikátorokról tartott összefoglalót. A WHO „Egészséget mindenkinek” programja jegyében számos nemzetközi vizsgálat készült e témakörben. Az indikátorok kiválasztásánál fontos szempont, hogy azok ne csak az egészségügyi rendszerre vonatkozzanak, hanem elsősorban a népesség egészségi állapotára. Végül 38 indikátort fogadtak el, melyek 4 fő csoportba oszthatók: demográfiai, gazdasági, szociális mutatók; egészségügyi, jóléti mutatók; egészségre ható rizikó- és védőfaktorok; egészségügyi rendszer és politika. (További információk a www.nhv.se/library/child_health_indicators/ weblapon olvashatók. Megemlítjük, hogy magyar részről dr. Páll Gabriella, az OGYEI munkatársa működik együtt a

CHILD projekt vezetőjével. A projekt által kidolgozott indikátorok figyelembevételével készült el a Népegészségügyi Jelentés gyermek-egészségügyi fejezete. Erről további információk találhatóak az intézet honlapján: www.ogyei.hu.)

A svéd munkacsoport végül 6 indikátort (sérülés miatt hospitalizált gyermekek; 2500 gramm alatti születési súlyúak; 4 hónapos korban szoptatott csecsemők; a dohányos várandós anyák; a tizenéves korban végzett abortuszok; az MMR-vakcinációban részesültek százalékos előfordulása) választott ki a svédországi helyzet értékelésére, mert ezeket objektívnek, statisztikailag egyszerűen értékelhetőnek tartották.

M. Katz izraeli professzor imponáló mennyiségű adattal mutatta be a gyermekgyógyászat európai helyzetét. A következő tendenciák általános érvényűek: a gyermekgyógyászat a magas technológia és intenzív terápia irányába mozdul; kevés álláslehetőség van a gyermekosztályokon; egyre kevesebben pályáznak gyermekgyógyász állásra; sokan elhagyják a gyermekosztályokat és mennek az alapellátásba; az alapellátásban egyre több helyen dolgozik olyan általános orvos, aki csak rövid pediátriai képzésen vett részt.

A. Macfarlane professzor a gyermekgyógyászok felelősségét hangsúlyozva kifejtette, hogy a mindennapi ellátás mellett meg kell tanulni, hogyan hassunk a döntéshozókra. Olyan helyi, országos és globális politikát kell kikényszeríteni, melynek középpontjában a gyermekek és fiatalok érdekei állnak. Napjainkban az alábbi konkrét programokra kell hangsúlyt helyezni: immunizáció, a várandósok ellátása folsavval, a szoptatás propagálása, a bölcsőhalál-, a baleset-megelőzés, a dohányzás visszaszorítása, a gyerme-

mekági depresszió szűrése, pszichoszociális beavatkozás a mentális betegségekre veszélyeztetettek körében.

T. Waterston ismertette az ESSOP oktatási programját a gyermekek jogairól. Az ENSZ határozatában 22 olyan pont szerepel, mely az egészségügyi ellátást is érinti. Ezek betartása nemcsak anyagi, hanem szemléletbeli kérdés is.

A kongresszus során videokonferencia segítségével kapcsolatba léptünk az Argentin Szociálpédiátriai Társaság X. tudományos értekezletével. Valamennyi problémánk eltörpül, ha a dél-amerikai országok gyermekeinek helyzetéhez viszonyítunk.

Valamennyien érezzük, hogy a tradicionális, a klinikumot középpontba állító orvoslás mellett a szociális körülmények is meghatározóak. A szociálpédiátria feladata, hogy szakmai ismereteivel hozzájáruljon a gyermekek érdekeinek, jogainak képviseletéhez. Hazánkban azonban hiába adottak a törvényi keretek, a gyermekek jogainak érvényesülése még nagyon problematikus, s ez nem csak gazdasági kérdés. Nekünk gyermekgyógyásznak is sok tennivalónk van. Változtatnunk kell a szemléletünkön. A beteget, a gyermeket is, egyenrangú partnernek kell tekintenünk, akinek jogait a mindennapokban is figyelembe kell venni. Minthogy hazánkban is megalakul egy szociálpédiátriával foglalkozó szakmai csoport, várjuk azon kollégák jelentkezését, akik érdeklődnek a téma iránt. Jelentkezni lehet az alábbi e-mail címen: kovacszs@ogyei.hu vagy telefonon: 06/20-935-4117. További információk: www.ogyei.hu.

Dr. Kovács Zsuzsanna,
Dr. Aszmann Anna

(A magyar gyermekegészségügy abban a megtiszteltetésben részesült, hogy Dr. Kovács Zsuzsát beválasztották az ESSOP döntéshozó testületébe.)

FIGYELEM!

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének
XI. Őszi Konferenciája
november 18-19-én kerül
megrendezésre a budapesti
Park Hotel Flamencoban.
A meghívót hamarosan küldjük.

A rotavírustól a meningococcusig

Május 18. és 20. között Valenciában tartotta 23. konferenciáját a Gyermekinfektológusok Európai Társasága (ESPID)

Ahogy leszállt a repülőgépünk és taxiba ülve a belvárosban elhajtottunk a bikavidal arénája mellett, nyilvánvalóvá vált, hogy egy hamisítatlanul mediterrán spanyol nagyvárosba érkeztünk. Hamarosan szembesültünk azzal is, hogy az itteniek csodákra képesek: hihetetlen ízléssel ötvözik a modern és hagyományos dolgokat. A várost kettészelő Túria folyó partjára érve meglepve észleltük, hogy a folyó nincs a helyén! A városon kívülre terelték, hogy soha többé ne önthesse el Valencia tartomány székhelyét. De mert egy folyó nyomát nem lehet csak úgy egyszerűen eltüntetni, a medrében parkokat, szökőkutakat, focipályákat alakítottak ki. Ilyenre csak az „őrült spanyolok” képesek!

Ez a különleges város adott helyet a gyermekinfektológusok európai konferenciájának, melyen több mint ezren vettek részt, 55 előadás hangzott el és 399 poszter került bemutatásra. Kiemelt témaként foglalkoztak a védőoltásokkal, ezen belül nagy teret kaptak a jövő vakcinái.

Prof. Pierre Van Dame számolt be a rotavírusok jelentőségéről. A gyermekkori virális hasmenések kórokozói közül világ-

szerte ezek a legfontosabbak. 5 éves korig szinte mindenkit megfertőznek, figyelmen kívül hagyva a gyermek életkörülményeit, lakóhelyét vagy nembeli hovatartozását. A fertőzések 90%-áért Európában is a négy humán törzs: a G1, G2, G3 és a G4 felelős.

A megelőzésre két vakcina áll majd a hamarosan rendelkezésünkre, mindkettő szájon át adható. Kiterjedt mellékhatásvizsgálatokkal bizonyították, hogy – a korábbi rémhírekkel szemben – az oltottak között nem emelkedett az invagináció előfordulása.

A human papillomavírus elleni védőoltással foglalkozó előadásában a német Gross professzor kiemelte a gyermekgyógyászok kulcsszerepét a méhnyakrák elleni vakcinációban. A méhnyakrák 95%-a és a condyloma acuminatum 100%-a ugyanis összefüggésbe hozható a papillomavírusokkal. Szexuális úton terjednek, és meglepő, hogy az óvszerek sem csökkentik lényegesen a vírusok továbbvitelét. Ezért is fontos, hogy a megelőzés még időben, a szexuális aktivitás megkezdése előtt megtörténjen. A védőoltások már a klinikai vizsgálatok harmadik fázisában vannak.

Az oxfordi egyetem vakcinákkal foglalkozó csoportja számolt be az injekciós tűk és a helyi reakciók közötti összefüggésről. 696 csecsemő DTWp/Hib oltását követően feldolgozták a helyi reakciókra

vonatkozó adatokat, és azt találták, hogy a 23G 25 mm-es tűvel oltottak között szignifikánsan alacsonyabb a helyi reakciók száma, mint a rövidebb, 23G 16 mm-es tűvel oltottak között.

A kongresszus a Streptococcus pneumoniae (pneumococcus) okozta fertőzések epidemiológiájával, labor diagnosztikájával és a megelőzés lehetőségével is foglalkozott. A madridi La Paz kórház munkatársai szerint a bakteriális pneumoniák elmúlt három évben tapasztalt emelkedésének hátterében egyértelműen a Streptococcus pneumoniae áll.

Figyelemfelkeltő előadások hangzottak el az új kombinált vakcinákról. A hazánkban is bevezetés előtt álló penta-, hexa- és a többi polivalens vakcinák az oltóorvosnak nagyobb kényelmet jelentenek, de ami ennél sokkal fontosabb, kíméletesebb módon nyújtanak kiterjedtebb védelmet a csecsemőnek.

A Meningococcus-C elleni védőoltás helyzetével foglalkozó szatellit rendezvényen 12 ország szakemberei vettek részt. A hazai helyzetről Hóbor Miklós kollégánk számolt be. A tanácskozáson felmerült annak lehetősége, hogy – a megfelelő és tartós ellenanyagtiter elérése céljából – a HIB-oltáshoz hasonlóan, a csecsemőkorban adott Meningococcus-C védőoltást is boosterelni kell egy- és kétéves kor között.

Dr. Kovács Julianna

Még egy meningococcusoltás kell?!

Mindannyiunkat érdekelt az Angliában lefolytatott vizsgálat, amely azt kutatta, hogy az 5 évvel korábban beadott konjugált meningococcus (MCC) vakcinák megfelelő hatékonyságúak-e még.

Kiderült, hogy a csecsemők esetében az ellenanyagtiter (SBA) a „challenge” dózis beadását követően ugyan a kívánt szintre emelkedik, de a kvalitatív elemzések azt sejtették, hogy a védettség nem szól a korábban remélt hosszú időszakra. Az eredmény elszomorító, hiszen a korábbi üzenet világos volt: a 2-3 oltásból álló oltási sor hosszú távú védettséget ad.

A 2005 májusában megrendezett ESPID kongresszus egyik szatellit rendezvénye (ISW) kiemelten foglalkozott a kérdéssel. Világossá vált, hogy a korábbi gyakorlat, mely szerint a csecsemőket 2-12 hónapos kor között 3 (vagy más

vakcina esetén 2) dózissal immunizálták, nem elégséges a hosszú távú védettség eléréséhez. Kiderült, hogy az sem kellően eredményes, ha poliszaharid-vakcinával boosterelnek. A hosszú távú védettség kialakítása érdekében konjugált típusú booster dózist kell alkalmazni. A leghatékonyabbnak az alapimmunizálás utolsó oltása után 12 hónappal alkalmazott emlékeztető dózis bizonyult.

Mi tehát a teendő? Az angliai törzskönyvező hatóság kötelezte mind a három, MCC-vakcinát gyártó céget, hogy vizsgálta felül a törzskönyveket, és a csecsemők esetén a 2 vagy 3 dózisból álló oltási sort egészítse ki egy, az utolsó oltást 12 hónappal követő emlékeztető oltással.

Tekintettel arra, hogy hazánkban az egyes oltóanyagokat nem az egységesített európai eljárással törzskönyvezték,

a hazai törzskönyvekben még nincs feltüntetve a booster ajánlása.

Jelenleg még csak Portugáliában vették be a boosteroltással kiegészített immunizációs sort, de mindjárt egy újítással: csak tetanusz-toxoidhoz kötött MCC-vakcinát alkalmaznak, 1 dózist adnak a 6. hónapban, és egy emlékeztető dózist 12 hónap múlva. (A tetanusz-toxoidhoz kötött MCC-vakcina ugyanis egyrészt már az első dózist követően 98%-os védettséget eredményez.)

Az ISW álláspontja az, hogy az illetékes nemzeti bizottságok a korszpecifikus epidemiológiai adatok alapján vizsgálják felül korábbi oltási gyakorlatukat, és ennek ismeretében alakítsák ki az országgra jellemző immunizációs eljárást.

Hóbor Miklós



Divatos manapság önismereti tesztek készíteni és megoldani. Ilyenkor a válasszokkal megszerzett pontok alapján meg tudhatunk olyan újdonságokat magunkról, hogy hibátlanok, frissek és erősek vagyunk, optimisták és önfeláldozóan viselkedünk és így tovább. Ha bármelyik teszt eredménye arra utalna, hogy megfáradtak, feledékenyek, netán a „burn out” szindróma valamelyik stádiumában vagyunk, nem kell izgulni, mert vagy egy rosszul összeállított kérdéssort raktak elénk, vagy a pontozás nem jó. Így van ez a mi alábbi teszttünkkel is.

Aki elmegy...

- Szabadsága előtt csak néhány nappal közli-e a távozását munkahelyi környezetével (kinek mi köze hozzá alapon)?
- Elegedőnek tartja-e, ha csak helyettesével osztja meg távolléte nagy titkát (a többiek majd észreveszik a megemelkedett forgalomból)?
- Kipihenten visszatérve, elégedetlenkedik-e a többiek által elvégzett munkával és ennek netán hangot is ad a beteg vagy mások előtt?
- Használja-e az alábbi mondatot vagy ennek valamilyen variációját: „Egyszer megyek el, s minden a feje tetejére áll...”?

Aki marad...

- Hangoztatja-e, hogy mindenkinél kevesebbet meggy szabadságra, mert Ön egy mártír?
- Helyettesként szokott-e „eltűnni”, újabb helyettest állítva maga helyett?
- Egyenlően bánik-e a helyettesített körzet és a saját betegeivel, azaz szakmailag szűkmarkúbb vagy bőkezűbb valamelyik csoporttal (első esetben az orvosi hiba, utóbbiban a csalogatás vádja érheti!)?
- Elfogadja-e a helyettesként meglátogatott újszülött kártyáját arra hivatkozva, hogy Ön kezdte gondozni?
- Magyarázkodik-e ilyenkor, hogy a beteg akarta így (igaz ez Önnek nem kis energiájába került)?
- Érez-e vágyat arra, hogy a távollévő kollégája betegének ügyét végre „rendbe szedje”?
- Szokta-e a pihenni ment társa által egy-két napja elkezdett gyógyszeres terápiát azonnal megváltoztatni (akár szakmai okokra hivatkozva)?
- Előfordult-e, hogy a helyettesített körzet betegét mandula-, orrmandula-, vagy köldöksérvműtétre beutalta (a sürgősséget alaposan megindokolva)?
- Hümmög-e ilyenkor az orra alatt, hogy

már régen túl kellett volna esni ezen (persze mindezt a beteg előtt)?

- Szokta-e a kollégája által preferált gondozási helyet ajakbiggyesztéssel értékelni, netán – csupa jóindulatból – más kórházat, szakrendelést javasolni?
- Megteszi-e, hogy a környékre frissen beköltözött, Önnél akut megbetegedés miatt megjelenő beteget gyorsan bejelent (mielőtt az a szabadságon lévő kollégáját megismerné)?
- Gyakran előfordul-e, hogy a kartont vagy az ambulánslapot elfelejti megírni, átadni, amiből a visszatérő orvoskollégája tudhatná, hogy szabadsága alatt páciensével mi történt, milyen betegsége volt, milyen terápiát kapott (vagy törje csak azt a kipihent fejét, mi volt az a fehér por, amit „vízzel kellett feloldani és összevázní”)?
- Bármelyik kérdésnél érezte-e úgy, hogy annak semmi köze nincs az etikához?

Kedves Kollégák! Ezt a tesztet nem kell megoldani, csak elgondolkozni rajta. Annak azonban, aki az utolsó kérdésre igen választ adott, érdemes egy kis önvizsgálatot végeznie.

Sebő Zsuzsa

A lokális immunmoduláns terápia alkalmazása kapcsán felmerülő kérdések

A napi gyakorlatot folytató orvos első kérdése a lokális immunterápia kapcsán a biztonságosság kérdése. A malignus transzformációt indukáló hatásról szóló feltételezések átmenetileg bizalmatlanságot ébresztettek, de miután világszerte számos szakmai fórum foglalkozott a kérdéssel, beigazolódott, hogy bár hosszú távú vizsgálatok indokoltak, a félelmek alaptalanok. Minden újonnan bevezetésre kerülő gyógyszernél elengedhetetlen az alapos tájékozódás, a legmeggyőzőbb azonban minden klinikus számára a saját tapasztalat.

Az atópiás dermatitis az elmúlt évtizedekben az érdeklődés középpontjába került. Ennek több oka van. Egyrészt a betegek számának növekedése, másrészt a bevezetésre került, új hatóanyag-tartalmú készítmények és az időközben szerzett tapasztalatok miatt válik szükségserűvé a téma ismételt tárgyalása. A pimecrolimus napi használata során szerzett tapasztalatok az idő előrehaladásával egyre bővülnek.

A gyerekek hidratáló krémmel történő kezelésére ezért még reakciómentes bőr

esetén is napi rendszerességgel szükség van. A nyári időszakban a fényhatás, a klóros uszodavíz könnyen kiszáritja a bőrt.

Fellángolásnál már nem elegendő a hidratálás. Ilyen esetben, ha a bőr gyulladt, de nem nedvedzik, és nincs pörkösödés, akkor egészítsük ki a napi kezelést Elidel krém napi kétszeri használatával. A napozás ebben az esetben nem ajánlott, ezt részben az immunmoduláns kezelés kontraindikálja, másrészt az erythemás, gyulladt bőr állapota a fény hatására romolhat. A kezelés folytatása addig javasolt, amíg a bőr tünetmentes nem lesz (átlagosan 1 hétig).

Akut fellángolás esetén a lokálisan alkalmazott immunmoduláns kezelés elegendő lehet, de súlyosabb tüneteknél ne késlekedjünk a helyi szteroidterápia bevezetésével.

Helyi felülfertőzés esetén a dezinficiens kezelés is nélkülözhetetlen, de a kiegészítő kezelésekről sem szabad elfeledkeznünk (antihisztamin-terápia).

Súlyos fellángolásnál, amikor a gyulladt, vörös bőr nedvedzik és pörkösödik, akkor

lokálisan elsősorban a dezinficiens tartalmú ecsetelő és a lokális szteroidterápia használata szükséges 2-3 napig. Amint a tünetek enyhültek, a fentiekhez hasonló módon folytathatjuk a kezelést az Elidel krémmel.

Az Elidel krém alkalmazása során – mellékhatásként, bizonyos esetekben – az első kezelés alkalmával égő-csípő érzés jelentkezhet, mely a kezelés során megszűnik. A panason segíthet átmenetileg valamilyen hidratáló krém alkalmazása.

Az egyik legfontosabb feladat, hogy a szülővel, beteggel elfogadtassuk az összetett, több lépcsőfokból álló, az aktuális tünetekhez igazodó kezelés szükségességét. A lokális pimecrolimus- (Elidel 1% krém) -kezelés eredményessége is mennyiségfüggő, a dupla mennyiséget tartalmazó (30 g-os) készítmény ára – 70%-os támogatással történő felírása esetén – a korábbi felére csökkent.



Szükséglet és valóság a gyermektáplálkozásban

dr. Füzi Rita, az élelmiszer-szaktudományok egyetemi doktora és Török Zoltán szakedző

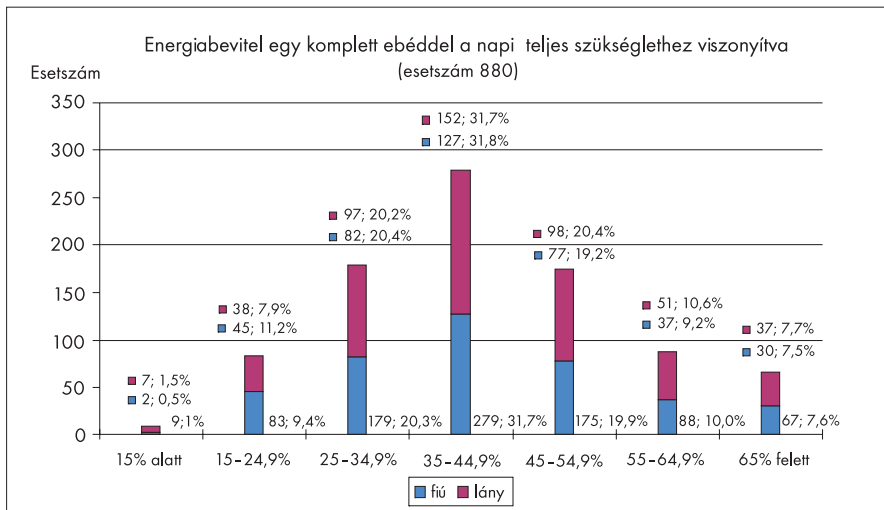
Amikor 2004 nyarán elkezdtünk egy felmérést (a szűrőprogramról készült anyag első része a www.testszerviz.hu/cikkek.html címen megtalálható) a 6-14 éves gyermekek tápanyagszükségletének és egy hétvégi ebéd tápanyagtartalmának összehasonlításáról, úgy gondoltuk, hogy megerősítést nyernek a túlsúlyos, illetve az elhízott gyermekek arányára vonatkozó, már ismert hazai adatok. A 18 megye-

hogyan egyetlen ebéd alapján messzemenő következtetés nem vonható le. Ehhez egy teljes hét táplálkozási naplójának elemzésére lenne szükség. Viszont a kitöltött kérdőívek elemzése, a kikerdezésre adott válaszok és a tápanyagbevitel vizsgálata együttesen olyan tendenciát jeleznek, amivel feltétlenül foglalkozni kell.

Megvizsgáltuk tehát, hogy a gyermekek élettani és mozgási paramétereik

hogyan a szülői büszkeség ellenére negatíván értékeljük a kapott adatokat. A grafikonok azt mutatják, hogy a felmérésben résztvevők a szükségletük hány százalékát vitték be az adott egy étkezéssel, amely egy levesből és egy második fogásból állt. Nem számoltunk az esetleges ebéd utáni desszertekkel vagy egyéb nassolnivalóval. A gyermekek 30,7%-a energiaszükségletének 34,9 vagy ennél kevesebb részét biztosította. Legnagyobb hányaduk, 31,7%, az energiaszükséglet 35-44,9%-át fedezte az ebéddel. 55% felett egy evésből a gyermekek 17,6%-a teljesítette a napi energiaszükségletet. Ez az érték várható volt, ha a túlsúlyosok számából indulunk ki. Van egy túlsúlyosnak még nem mondható réteg, amelyik energiaszükségletének 45-54,9%-át fedezi a főétkezéssel! Ez a gyermekek 19,9%-a! Ezzel pedig ők egy potenciálisan veszélyeztetett csoportnak tekinthetők, akik étkezési szokásaik következtében könnyen túlsúlyossá válhatnak.

A következő kérdés, hogy melyek azok az ételek, amelyek ebben a 6-14 éves korosztályban a legnépszerűbbek. Nos, minden kétséget kizárva: a felmérték 21%-a, tehát a legtöbben, a rántott jellegű ételeket választotta. A ranglista második helyére – meglepetésként – a milánói makaróni és a bolognai spagetti került, 17%-kal. A meglepetés oka, hogy a felmérés alatti beszélgetéskor sokan utasították el az általuk zsírosnak és egészségtelennek tartott pörkölteket (az összes esetszámnak 4%-a fogyasztott pörköltet), ennek ellenére a második helyre egy kimondottan pörköltzsáft alapú, húsos étel futott be!

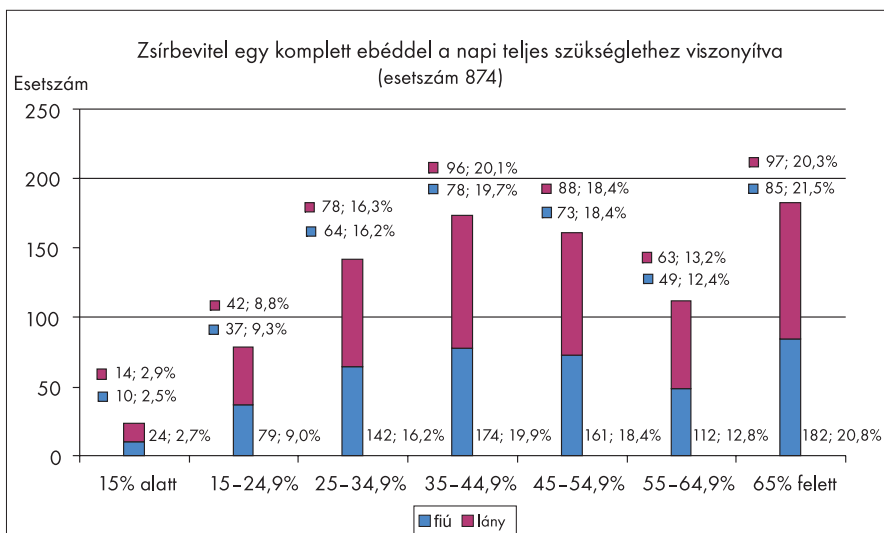


székhelyen, Érden és a fővárosban 880 gyermeket vizsgálva, ki is alakult az ismert kép: a felmérésben résztvevők 16%-a túlsúlyos, a fiúk 19%-a, míg a lányok 14%-a tartozik ebbe a kategóriába. A túlsúly megállapításához az 1980-as The Hungarian National Growth Study I. adatait használtuk. Az irányértékektől való plusz-mínusz 10%-os eltérést vettük normál testtömegnek, az ettől kisebb testtömegeket alultápláltnak, a nagyobbakat pedig túlsúlyosnak tekintettük.

A felmérés folyamán a Nutricomp étrendelemző programot használtuk. Ez lehetővé tette, hogy az abban meghatározott és tudományosan elfogadott referenciaértékek, valamint a gyerekek élettani adatai és mozgási profiljuk alapján meghatározhassuk az egyénre szabott tápanyagszükségletet. Ezt követően megvizsgáltuk, hogy a gyermekek egy kedvenc, illetve egy szokásos hétvégi ebédje mennyire fedezi ezt. Tettük ezt azért, mert a szülők többsége rendszeresen dicsekedett azzal, hogy gyermekük „természetesen” felnőtt- vagy dupla adagot eszik. Vajon jogosan tölti-e el a szülőket büszkeség ez alapján? Vajon levonhatunk-e valamilyen következtetést az így nyert adatokból? Természetesen tisztában vagyunk azzal,

alapján meghatározott kalóriaszükségleti szintjüket milyen mértékben elégitik ki egy hétvégi ebéddel. Napi ötszöri étkezést vettünk alapul, miután a kérdőív tanúsága szerint a gyermekek 81%-a ezt az étkezési számot jelölte meg, és csak 12% volt az, aki naponta háromszor, illetve 7%, aki össze-vissza evett.

Amennyiben az általános, 20-8-34-8-30%-os, optimális tápanyag-elosztási értékből indulunk ki – amely természetesen az egyéni bioritmushoz igazítva rugalmasan változhat –, akkor megvan az okunk,

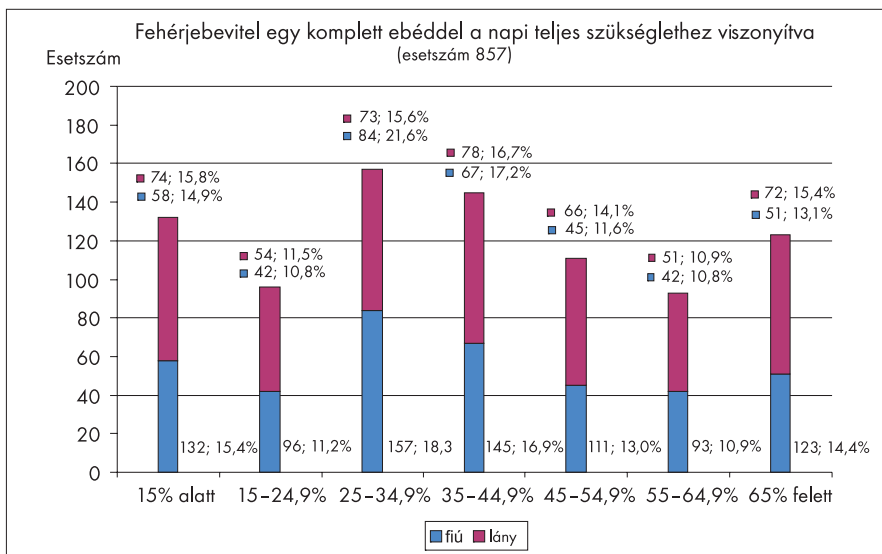


Érdeemes megfigyelni az adott ételhez tartozó köretek arányát is. A rántott, illetve sült húst fogyasztó gyermekek több mint fele hasáburgonyát evett köretként. A rizs fogyasztása meglehetősen ritka, barna rizst csak elvétve esznek a gyerekek. A húsok gyakori kísérője a tésztakret, amely elvétve készül teljes kiőrlésű lisztből. Ahogy a kimondottan tézstaételek sem, amelyeket a gyermekek 15,6%-a részesít előnyben. A főzelék mint köret a gyermekek kevesebb mint 2%-ánál jelent meg, és összesen is csak 8% volt a főzeléket fogyasztók tábora. A párolt zöldséget evők száma még az egy százalékot sem éri el!

Ennek függvényében vizsgáltuk meg a rostfogyasztást.

Ahogy az energiabeviteli értékek esetében, úgy itt is elmondható, hogy a gyermekek 20%-a esik abba a zónába, ahol a zsírbeviteli érték meghaladja az egy étkezésre jutó optimális arányt, és a napi szükségletnek több mint 65%-át fedezi! De a túlzott zsírfogyasztók közé sorolható az a 12,8%, akik szükségleti értékük 55–64,5%-át eszik meg egy ebéddel, valamint az a 18,4% is, akik 45–54,9% közötti zsírbevitelt produkálva túllépik az elfogadható határt, és ezáltal potenciális alanyaivá válhatnak a túlsúlynak.

A szénhidrátigény és szénhidrátfogyasztás esetében – ha a kérdőív által kapott értékeket nem vetnénk össze – akár alulfogyasztásra is gondolhatnánk.



A gyermekek 7,6%-a a napi rostszükséglet kevesebb mint 15%-át, 23%-a pedig a szükséges mennyiség 15–24,9%-át viszi be egy hétvégi ebéd elfogyasztásakor. 30%-ra tehető azoknak a száma, akik a rostszükségletük 25–34,9%-át fedezik. Ez tökéletesen egybevág a felmérés kérdőíves részében kapott válaszokkal, amelyek szerint a zöldségfogyasztás az esetek többségében heti 2-3 alkalomra tehető. A kérdőívek tanúsága szerint a gyermekek közül csak kevesen fogyasztanak napi rendszerességgel zöldséget. A megkérdezetteknek csak 18,3%-a az, aki rostszükségletének már több mint 45%-át kielégíti az egy ebéddel.

Mivel a rántott húsok és a pörkölt alapú ételek túlsúlyba kerültek, érdemesnek tartottuk a zsírbeviteli értékhez képest bevitt zsír mennyiségének elemzését. Csak az összes zsírtartalommal foglalkoztunk, nem vettük figyelembe a zsírsavak összetételét és egymáshoz viszonyított arányát. Akár csak az energiabeviteli értékek, a zsírbeviteli mutatók is nagyon rossz tendenciát mutatnak. (Az esetszám azért kevesebb, mert hat esetben értékelhetetlen eredményt kaptunk.)

A szükséglethez képest csak 17,6% az, aki az egy étkezés alatt a szükségleti értékének több mint 45%-át fogyasztja el szénhidrátból. Sokszor tapasztaltuk, hogy a szülők a kenyeret közellenségnek tartják, és a szénhidrátcsökkentés szinte egyetlen eszközünek. Ezért nem fogyasztanak az ebédhez sem kenyeret. De ha jobban megvizsgáljuk a kérdést, és a kérdőívekre adott válaszokat is értékeljük, akkor rögtön kiderül, hogy az ellentmondás csak látszólagos. A gyermekek ugyanis a szénhidrátot leginkább reggelire és tízórára vitt édes péksüteményekkel, szendvicsekkel, valamint a napközbeni nasokkal és édes italokkal veszik magukhoz. (Itt említjük meg újból, hogy az étkezésnél egy levest és egy második fogást vettünk figyelembe, és nem rögzítettünk egy esetleges harmadik fogást.)

A fehérjetúlfogyasztás már a kérdőívek kiértékelésekor is nyilvánvaló volt. Megvizsgáltuk a fehérjearányt is a konkrét ebéd esetében. A gyermekek több mint 50%-ánál a fehérjebevitel meghaladja az ajánlott referenciaértéket. Az igazi problémát az jelenti, hogy a fehérje a legtöbb esetben állati eredetű.

Mindehhez az esetek többségében egy nem megfelelő ételtársítás is járul, amely a táplálkozási hibák következményét csak tovább fokozza. A fehérjetúladagolással pedig könnyen megalapozható egy későbbi rossz táplálkozási szokás, amely nagymértékben befolyásolhatja a szervezet sav-bázis egyensúlyát.

Összefoglalva megállapítható, hogy az elfogyasztott ételmennyiség és a túlsúly kialakulása között egyértelmű összefüggés van. Ezzel valószínűleg nem mondtunk újat. Azonban nem szabad csak az energiabevitelt önmagában vizsgálnunk. A makrotápanyagok beviteli értékeit is szemügyre véve kiderül, hogy azok számára is veszélyt jelenthet a nem megfelelő arányok választása, akik kalóriában nem eszik túl magukat.

Tehát, ha az ételek összetevőit is vizsgáljuk a makrotápanyagok vonatkozásában, arra a megállapításra jutunk, hogy további 20–25%-ra tehető a potenciálisan veszélyeztetettnek mondható gyermekek aránya. Ezekben az esetekben fellelhető az a tendencia, hogy a még nem túlsúlyos gyermekek is túleszik magukat. Különösen érvényes ez a zsír- és fehérjebevitelre. Ugyanez a szénhidrátfogyasztásról egy ebéd vizsgálata alapján nem mondható el. Viszont mind a kérdőíves vizsgálat, mind a kikérdezés eredménye azt mutatja, hogy a szénhidrát-túlfogyasztás nem a főétkezés keretében, hanem elsősorban a reggelenél (pl. édes péksütemények), valamint különböző kiegészítő étkezéskor, nassolás vagy cukros levek fogyasztása formájában történik.

Feltűnő, hogy a fehérje az esetek többségében csak állati eredetű fehérjét jelent, sőt, a felnőttek szinte kivétel nélkül csak a húst tekintik fehérjének. A felvágottakat legtöbbször figyelmen kívül hagyják, a tejtermékeket pedig még csak nem is sorolják a fehérjék közé. Ennek megfelelően gyermeküktől napi rendszerességgel várják el a hús fogyasztását, a többi fehérje (pl. tejtermékek, növényi fehérjék) elfogyasztása ezért már fehérjetúladagolást jelent.

Mindenképp érdemesnek tartjuk felhívni a szülők figyelmét arra, hogy figyeljenek oda gyermekeik étkezési adagjára. Gondoljanak arra, hogy a megfelelő fejlődéshez szükséges mennyiség egy 6–10 éves gyermek esetében nem feltétlenül a felnőttadag, a 11–14 évesek esetében pedig a nemegyszer előforduló dupla adag elfogyasztása jelenti. Erre természetesen a közétkeztetésben is érdemes odafigyelni, különös tekintettel az óvodai étkezésre.

Üléseztek a német házi gyermekorvosok

Egykori berlini ösztöndíjasként nagy örömmel vettem részt június 17. és 19. között a német kollégáknak, kedvenc városomban rendezett kongresszusán. A hangulat, a szellem, a problémák, a témák a HGYE hasonló kongresszusaira emlékeztettek, de nagyobb ország lévén, az ottani plenáris ülésen mintegy 700-an vettek részt. Az egész város egy építési övezet, úgy tűnik azon fáradoznak, hogy visszanyerje a húszas évekbeli pompáját.

A megnyitóra ők is minisztert vártak, de csak államtitkár érkezett. Aki pedig hírt kaphatott Gyurcsány miniszterelnök svábhelyi tájékoztatójáról, mert ő is azt mondta, amit a kollégák hallani szerettek volna. Például, hogy „Önök nemcsak a gyermekek, hanem a társadalom teljességét szolgálják.” Meg, hogy egyetért azzal, hogy az ellátási kompetencia 18

éves korig terjedjen. Német kollégáink azonban rutinosabbak és tapasztaltabbak, nem ülnek be oly gyorsan a hintába, mint mi. Wolfram Hartmann elnök úr ugyanis beszámolója végén nagyon harcias hangot ütött meg. Nemcsak arról beszélt, milyen egzisztenciális veszélyeket hordoz a vérszesen csökkenő születési szám, hanem arról is, hogy számon fogják kérni a közelgő választási kampány gyerekellátással kapcsolatos ígéreteit is. Számon kérik majd a kompetenciahatárok kiterjesztését, de azt is, hogy a területi gyermekgyógyászat megkapja-e azt az elismerést, ami kijár egy olyan szakmának, mely egyszerre biztosít alap- és szakellátást.

A szakmai program a védőoltásokról szólt. Számomra eddig nem ismert kérdésekről vitakoztak. Németországban

nincs egységes oltási program, de létezik egy szakmai bizottság, melynek ajánlásai azonban nem kötelező érvényűek. Nagy vita alakult ki a varicella elleni védőoltás körül. Úgy gondolják, amerikai mintára érdemes lenne általánossá tenni a báránymű elleni immunizációt. A rotavírus elleni védőoltás engedélyezését ugyanúgy fontosnak tartják, mint a human papillomavírus elleni védőoltás elterjesztését.

Nagy vita alakult ki arról, kinek a feladata az átoltottság növelése. Számosan érveltek amellett, hogy a védőoltás mindig is az állam kötelessége volt. Őszintén örültem, hogy nálunk Dr. Lenkó Barnabás, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa már korábban ezzel abszolút egybeeső állásfoglalást tett közzé.

Dr. Garda Károly, Vép

Az **Országos Alapellátási Intézet**
2005. szeptember 26. és 30. között
 szinten tartó tanfolyamot szervez Budapesten,
 házi gyermekorvosok részére.
 A gyermekorvosi alapellátás elméleti
 és gyakorlati kérdéseivel foglalkozó
 továbbképzés 50 ponttal akkreditált,
 díjmentes.

Jelentkezés és további információ:

Horninger Zsuzsanna
 Tel.: 06/1-239-0473,
 e-mail: oali@oali.hu

Jelentkezési határidő: 2005. szeptember 19.

Kétnapos továbbképző tanfolyamot rendez a
 SE I. sz. Gyermekklinika

**„Gyakorlati gyermekpszichiátria
 gyermekorvosoknak”**
 címmel.

Pontértéke vizsga esetén: 28 kreditpont.
 A tanfolyam díja: 9000.-Ft.
 Az első képzés **2005. október 10-én**, 9 óraker
 kezdődik a SE I. sz. Gyermekklinika
 Koós Aurél termében.
 A tanfolyamot **2006. február 13–14-én**, valamint
2006. május 15–16-án ismét megrendezzük.

A tanfolyam felelőse: Dr. Pászthy Bea
 Jelentkezni október 5-ig
 Sümegi Ágnes titkárnőnél lehet
 Tel.: 334-3186/2785, fax: 334-1134,
 e-mail: sumegi@gyer1.sote.hu

Házi gyermekorvosi praxisok

- **Budapest XVIII.** kerületében két praxis 530-550 kártyával eladó.
 Érdeklődni munkaidőben lehet a 06/1-339-3704-es telefonszámon.
- Balatontól fél órára, **Tamásiban**, 750 kártyás gyermekorvosi praxis és 2 szobás lakás eladó.
 Érdeklődni a 06/20-979-2567-os telefonszámon lehet.
- **Budapesttől 20 km-re lévő város** házi gyermekorvosi praxisának tartós helyettesítésére keresek kollégát.
 Tel.: 06/30-442-9770.
- **Budapest XV.** kerületben házi gyermekorvosi praxisomban gyermekorvost alkalmaznék. Tel.: 06/30-972-2795.
- Vas megyében, **Bükfördőn** házi gyermekorvosi praxis eladó. Szolgálati lakás, központi ügyelet van.
 Betölthető: 2005. szeptember 1-től. Érdeklődni az esti órákban a 06/70-941-9632 vagy a 06/94-386-164-es számon lehet.
- **Budapest XV.** kerületében házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 06/30-972-2795.
- Gyermekgyógyász szakorvos **budai** gyermekorvosi körzetet keres megvételre (I. II. XI. XII. ker.). Tel. : 06/30-908-9544



Egyesületünk címe:
 1136 Budapest
 Táttra 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.

HÍRVIVŐ

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