

2005. október ■ X. évfolyam 5. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Aki kimarad, az lemarad!

Nemzeti fejlesztési tervek, egészségügyi fejlesztéspolitikai koncepciók készülnek, nem utolsósorban a várható uniós források megszerzése érdekében. Ami és aki nem szerepel ezekben a koncepciókban, az feltehetőleg nem számíthat a következő évtizedben jelentős fejlesztésekre. Talán még nem késő az egészségügyi terveket készítőkhöz felhívni arra, hogy egy kiegyensúlyozott társadalomban nemcsak az idősek, de a gyerekek is ugyanolyan értékes társadalomalkotó réteget képviselnek.

Az átfogó és viszonylag hosszabb időtávú fejlesztéseket magába foglaló dokumentumok helyzetelemzésükben és jövőképvíziójukban méltánytalanul keveset foglalkoznak a gyermek- és ifjúkorúak egészségi állapotának alakulásával. Így féltő, hogy a gyermek-ellátórendszer nem jelentőségének megfelelő mértékben részesül a fejlesztési forrásokból. Ez még a lakossági korfa idősek felé történő eltolódásának tükrében is aggodalomra ad okot. Pedig amennyire sajátos igényű az idősek ellátása, ugyanannyira az a gyermekeké is.

A gyermekgyógyászati fejlesztések viszonylagos elhanyagolása azért is elfogadhatatlan, mert:

- a gyermekkor egészségi történései meghatározóak a felnőttek egészségi állapotában;
- egyre korábban kezdődnek a felnőttkorban nagy teherterelt jelentő betegségek;
- egy újszülött vagy csecsemő elvesztése aránytalanul nagy életveszteséggel jár;
- a migráció a jövőben nehezen becsülhető változásokat eredményezhet a gyermekek számában és morbiditási struktúrájában;
- az egyre több igen kis súllyal született koraszülött megfelelő életminőségben való felnevelése mind komplexebb feladatot jelent;
- a hatékony egészségnevelés, és az életmód befolyásolása ebben az életkorban a legeredményesebb;
- a gyermekeknek joguk van az őket megillető, speciális, tudásalapú és egyenlő eséllyel igénybe vehető szolgáltatáshoz.

A gyermek- és ifjúkorúak részarányának csökkenése, a morbiditás megváltozása a mostaniól eltérő struktúrájú ellátórendszert igényel. Ennek a szükségletekhez kell igazodnia, megfelelő minőségűnek, egyszóval hatékonnak kell lennie, tehát a szakterületnek mindenképpen szüksége van az őt megillető fejlesztési forrásokra. Biztosításuk a szakmapolitika, a döntéshozók „történelmi” felelőssége.

Mert ugyan elcsépett, de igaz az a megállapítás, hogy a jövő generációinak egészségébe fektetett „beruházás” busásan megtérül.

Kalcsinai Miklós

TARTALOM

- Helyzetkép és jövő 2–11
- És ahogyan mi látjuk . 12–13
- In memoriam
Prof. Dr. Török Éva 13
- Központban a család . . 13
- A számok tükrében. Gyermek-
gyermekorvosi és házi-
orvosi ellátásának össze-
hasonlító vizsgálata . . 14–17
- Vaktölténnyel 18–19
- Új gyógyszer az asztma
kezelésében 19
- Ahol a víz az úr 21
- Booster kell! 23

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2005-ben:



A gyermek-egészségügyi ellátórendszer fejlesztése

Összeállította az Országos Gyermkegészségügyi Intézet és a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium

2005. június 16-án Gyurcsány Ferenc a gyermekorvosok részére tartott fórumon beszélt a Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program kidolgozásának szükségességéről és felkérte az érintetteket javaslataik kidolgozására. A szakmai szervezetek – az OGYEI, a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, a HGYE és mások – ezt követően eljuttatták indítványukat az Egészségügyi Minisztériumhoz. A tervezetek alapján készült átfogó vitaanyag véleményezésére az elmúlt napokban, megvitatására november 4-én került sor. A november 8-i miniszterelnöki konzultációra egyesületünk elnöke, Huszár András is hivatalos. Az alábbiakban szerkesztett formában közöljük az OGYEI és a Szakmai Kollégium helyzetelemzését, valamint javaslatait.

A gyermek-egészségügyi ellátás jelentős strukturális és szemléleti-gyakorlati átalakítást igényel, amely azonban nem hajtható végre az egész ellátórendszer átalakítása és az erre vonatkozó politikai akarat és kormányzati döntés nélkül. Az átalakítás egyrészt jelentős anyagi ráfordítással jár, másrészt megtakarítást eredményez a költséghatékonyabb ellátás révén.

A 0–18 évesek aránya ugyan az egész hazai népességnek csupán egyötöde, ennek a korosztálynak az egészségi állapota és életmódja azonban arányát meghaladó jelentőséggel bír, mivel a felnőtt népesség fizikai és lelki teherbíró képessége nagyrészt ebben az életkorban alapozódik meg.

I. AZ ELLÁTÓRENDSZER HELYZETE

Demográfiai helyzet

Magyarországon az élve születések számának folyamatos csökkenése miatt a gyermekek létszáma mintegy félmillióval kevesebb, mint volt akár 10 évvel ezelőtt is. A demográfiai előrejelzések szerint a jövőben a gyermekek számának stagnálása várható.

Az újszülöttek több mint 90%-a 2500 g feletti súllyal születik, döntő többségük fejlődése később is problémamentes. 8–9% között van azonban azoknak az aránya, akik korán vagy nagyon kis súllyal (1000 g alatt) születtek. A 2500 g alatti születési súlyúak aránya magasabb nemcsak az európai uniós, hanem a kelet-közép-európai országok átlagánál is. Az újszülött-populáció születési súly szerinti megoszlása kedvezőtlen, nem csökken az 1500 g és 1000 g alatti, nagyon éretlen újszülöttek aránya. A szellemi, mozgás-, látás, hallássérültek elsősorban a koraszülöttek, intrauterin sorvadatok közül kerülnek ki. A csecsemőhalottak kétharmada is koraszülött.

Az utóbbi évek kutatásai bizonyították, hogy az alacsony születési súly és egyes felnőttkori, népegészségügyi szempontból jelentős krónikus betegségek (szív-érrendszeri betegségek, diabétesz) között is összefüggés mutatható ki. A koraszülés azonban csak részben vezethető vissza egészségügyi okokra, nagyobb szerepe van az anya alacsony iskolázottságának, rossz életkörülményeinek és egészségtelen életmódjának, a megelőző művi vetéléseknek.

A koraszülések arányának csökkentése tehát mind a gyermeklakosság, mind a teljes népesség egészségi állapotának, életminőségének egyik jelentős tényezője. Megelőzése csak összehangolt társadalmi-egészségügyi intézkedésekkel lehetséges, melynek része a szexuális nevelés, a terhesség alatti fertőzések kimutatása, szűrése és a művi abortuszok számának jelentős csökkentése. A gyermek-egészségügyi ellátásra a kis súllyal születettek túlélési arányának és életminőségének javítása vár.

Mortalitás

A csecsemőhalálzási arányunk a koraszülések nem kellő csökkenése ellenére folyamatosan javul, ugyanakkor a magyar érték most is mintegy kétszerese az uniós átlagnak. A kevésbé fejlett és szegényebb észak-magyarországi, dél-du-

nántúli és a dél-alföldi megyékben tendenciaszerűen magasabb az országos átlagnál.

Az ötéves életkor alatti halálozás fontos, a csecsemőhalálozást is magában foglaló, nemzetközileg használt indikátor. Magyarország eredményei jobbak a kelet-közép-európai régió átlagánál, folyamatosan és dinamikusan javulnak. Annak hátterében, hogy az Európai Unió országaihoz képest hazánkban még mindig kétszer annyi gyermek hal meg 5 éves életkora betöltése előtt, a magas csecsemőhalálozás áll.

A gyermekkoron belül jelentősen eltér a különböző korcsoportok haláloki struktúrája. A legtöbb csecsemőkor halálozást a koraszülöttségből adódó betegségek következtében fordul elő, ezt követik a genetikai betegségek és veleszületett rendellenességek miatt bekövetkezett halálozások. Már ebben az életkorban is előfordulnak erőszakos halálozások.

Az 1–4 éves életkor közöttiek halálozása alacsony, 0,31‰. Ez az érték a negyedszázaddal ezelőtti értéknek egytizede, amely az orvostudomány általános fejlődése mellett a jól szervezett hazai gyermek-egészségügyi ellátásnak tudható be. 1–4 éves korban már a külső halálokok (bántalmazás, balesetek) állnak az első, a veleszületett betegségek a második, és a rosszindulatú daganatok a harmadik helyen. 5–19 éves kor között is a külső halálokok állnak az első helyen (balesetek, öngyilkosságok és testi sértések). A halálozásban második helyen a rosszindulatú daganatos megbetegedések szerepelnek.

Szomorú, hogy már az 1–4 évesek halálozásának is 28%-át teszik ki a balesetek és az erőszakos cselekmények. A 10–19 évesek halálozásának 51%-át a balesetek, 19%-át az öngyilkosságok okozzák. A gyermekbalesetek leggyakrabban otthon, másodsorban a közutakon történnek, ezeknek, valamint az öngyilkosságoknak és a gyermekbántalmazásnak a megelőzésében még csak a kezdeteknél tartunk.

Morbiditás

Az iparilag fejlett országokhoz hasonlóan a gyermekek morbiditási struktúrája hazánkban is átalakult. Az elmúlt évtizedek döntő változást hoztak a fertőző gyermekbetegségek terén, elsősorban a hatékony és nemzetközi összehasonlításban is példamutatóan végrehajtott védőoltási programnak köszönhetően, másodsorban az antimikrobás kezelés eszköztárának bővülése révén.

Figyelemre méltó tény a pertussis-essek emelkedése és a kullancsencephalitisek, a purulens meningitisek számának növekedése. Igen alacsony a HIV/AIDS miatt gondozott gyermekek száma.

A magyar védőoltási rendszer keretén belül térítésmentesen 10 fertőző betegség (tuberculosis, Haemophilus influenzae-b, diftéria, pertussis, tetanusz, polio, morbilli, rubeola, parotitisz, hepatitis B) ellen kap védőoltást minden gyermek. A védőoltások kötelezőek, mentességet a Szent László Kórházban működő Védőoltási Szaktanácsadó adhat.

Indokolt lenne az egyes, bizonyos fertőzések szempontjából fokozott kockázati csoportba sorolható betegcsoportokban (pl. krónikus májbeteg, anyagcserebeteg gyermekek) a nem kötelező vakcinációk térítésmentes biztosítása. A felnövő generáció egészségét segítené a gyermekkorban is ajánlott, bár nem kötelező vakcinák jelenleginél szélesebb körű és arányú térítési támogatása, netán térítésmentessé tétele.

Más európai országokhoz hasonlóan hazánkban is jellemző az antimikrobás szerek túlzott használata, elsősorban a járóbeteg-ellátásban. Felmérések igazolják, hogy a nem megalapozott antibiotikum-felírások döntő többsége légúti, ezen belül is felső légúti fertőzésekben történik. Rendelkezésre állnak ugyan megfelelő terápiás ajánlások, ám ezek figyelembe vétele nem általános. A diagnosztikus tesztek (CRP, Strepteszt) használatának bevezetése előrelépést jelentene, finanszírozásuk az alapellátás számára az antimikrobás szerek ésszerű használata révén megtérülne.

Az eddigi módon gyűjtött morbiditási adatokkal komoly validitási problémák vannak. Jellemző ez a fogyatékossgal kapcsolatos adatszolgáltatásra is, pedig a gyermekek rehabilitációs, speciális fejlesztési igényeinek valós megítéléséhez és az ellátási struktúra átalakításához pontos adatokra lenne szükség.

A következőkben olyan egészségindikátorok felsorolására kerül sor, amelyeket többé-kevésbé megbízhatónak tartunk.

Az utóbbi 25 évben megháromszorozódott az *1-es típusú cukorbetegség* incidenciája (11/100 000 0–14 éves gyermekekre számítva). Oka pontosan nem ismert, a környezeti károsító tényezők megszorodása valószínűleg ebben is szerepet játszik. A *2-es, felnőtt-típusú cukorbetegség* és glükóztolerancia a 90-es évek előtt a gyermekkorban ritkaságszámba ment, ma a betegség párhuzamosan emelkedik az elhízás gyakoriságával.

A *túlsúly és az elhízás* a gyermekek mind nagyobb arányát érinti, prevalenciáját életkortól és nemtől függően 5–15% közé becsülik. Bizonyított, hogy a kövér serdülőkből nagy valószínűséggel kövér felnőtt lesz, az elhízásnak minden súlyos egészségügyi és szociális következményével együtt.

A rosszindulatú *daganatos betegségek* előfordulása a fejlett országokban, így hazánkban is növekvő tendenciát mutat. Ez az emelkedés a leukémiákra, a központi idegrendszeri daganatokra (incidencianövekedés 4,2% /év) és a szolid tumorokra is jellemző.

Mentális problémák, pszichiátriai betegségek és ezen belül a depresszió előfordulása egész Európában általában emelkedő tendenciát mutat. Hazai vizsgálatok szerint a gyermekek 1/5-ének van érzelmi és viselkedési problémája vagy gyakori pszichoszomatikus panasza, 1/5-ük gyakran fáradt és szorong, 18–28 százalékukra agresszív, 16 százalékukra pedig deviáns magatartás jellemző. Ezzel a nagyságrendű problémával a hazai mentálhigiénés ellátórendszer nem képes megbirkózni.

A gyermekkori *asthma bronchiale* incidenciája és prevalenciája az iparilag fejlett országokban jelentősen emelkedik. Hazánkban előfordulását a gyermekek körében 4–6%-ra becsülik, és emelkedő tendencia tapasztalható.

Emelkedik a táplálékallergiák, a szénanátha vagy az ekcéma száma is. A *táplálékallergia* leggyakrabban kisdedkorban fordul elő, prevalenciája a 3 év alattiak körében 2,5%. A *szénanátha* jellemzően serdülő- és ifjúkorban kezdődik, Magyarországon a 14–18 éves korcsoportban 15–20%-ban fordul elő.

Jelentős arányú és az életkorral nő a *rossz testtartás* és lábstatikai problémákkal rendelkező gyermekek aránya, mely elváltozások korrekció nélkül a későbbi életkorban a mozgásszervek degeneratív folyamataihoz vezethetnek. Az iskolás gyermekek fizikai teherbíró képességét mérő fitességi vizsgálatok is ked-

vezőtlen (az életkorral egyre kedvezőtlenebb) képet mutatnak.

Magas a mennyiségileg és minőségileg *alultáplált gyermekek* aránya is. A családok szűkös anyagi helyzete, tudatlansága vagy gondatlansága egyaránt vezethet a gyermekek elhízásához (mennyiségileg bőséges, de minőségileg nem megfelelő a táplálkozás) és mennyiségi-minőségi (vitaminokban, nyomelemekben és fehérjékben szegény) alultápláltsághoz.

A magyar serdülők életmódjában rejlő kockázati tényező a *dohányzás*, az *alkoholfogyasztás*, a drogokkal való visszaélés és a túl korai életkorban elkezdett szexuális élet, különösen, ha ez a védekezés elmulasztásával párosul. Az elmúlt másfél évtized alatt a dohányzó serdülő fiúk aránya nem, de a dohányzó serdülő lányok aránya határozott növekedést mutat. A fiatalok egyre fiatalabb életkorban gyújtanak rá. Megdöbbentő, hogy még a nem dohányzó gyermekeknek is 3/4-e, a dohányzóknak pedig 9/10-e kénytelen az otthoni dohányfüstöt is elviselni. A serdülők alkoholfogyasztását kedvezőtlen tendencia jellemzi.

A kilencvenes évek második felében az évtized elejéhez képest közel kétszerezére növekedett a *tiltott szerek és/vagy az inhalánsok* együttes életprevalencia-értéke. A növekedés elsősorban a marihuána fogyasztásának emelkedéséből adódik. Több mint egynegyedével növekedett a visszaélésszerű gyógyszerhasználat. A drogfogyasztók 40–60%-a 16 éves kora körül vagy utána találkozik először a droggal.

A korai életkorban, testileg-lelkileg felkészületlenül és gyakran felelőtlenül, védekezést nélkülözve elkezdett *szexuális élet* számos kedvezőtlen egészségügyi és egzisztenciális következménnyel jár. A 15 éves fiúk 1/3-a, a lányok 1/5-e, a 17 éves fiúk és lányok fele szexuálisan aktív. A fiúk és lányok közel 1/3-a 14 évesnél fiatalabb volt, 1/3-a 15 éves volt az első kapcsolat létesítésekor. Kedvező változás viszont, hogy a valamilyen eszközzel, elsősorban kondommal védekezők aránya az elmúlt években jelentős emelkedést mutat.

Az egészség-magatartásra vonatkozó trendek a hazai megelőző, egészségnevelő/fejlesztő módszerek csekély hatékonyságát jelzik.

Következtetések

A mortalitási és morbiditási kép alapján hosszú távú célkitűzés a koraszülöttek és fejlődési rendellenességgel születettek

arányának csökkentése, a túlélési arányok növelése mellett az életminőség javítása, a korai fejlesztés és rehabilitáció kapacitásának fejlesztése, a finanszírozás felülvizsgálata és a regionális ellátás felépítése. Többet kell tenni a gyermekbalesetek megelőzéséért, a balesetek gyors és magas szintű ellátásáért, a sürgősségi ellátás fejlesztéséért. Nagyobb hangsúlyt kell helyezni a mentális problémák megelőzésére és az ellátó kapacitás bővítésére. További fertőző betegségeket lehetne megelőzni a védőoltás-választék térítésmentessé tételével. Az antibiotikum-abúzus csökkentése és a definitív ellátás növelése érdekében ellenőrizhető szakmai protokollokat kell készíteni, és finanszírozni kell a járóbeteg-ellátásban a gyors diagnosztikumok alkalmazását. Környezetvédelmi intézkedésekkel kell csökkenteni az allergiás megbetegedések számát. A morbiditási adatok megbízhatósága érdekében az adatszolgáltatási rendszert át kell alakítani, az egészséges életmód ösztönző módszereit tudományos alapokra kell helyezni. Érvényesíteni kell a gyermeki jogokat az ellátás minden szintjén.

Újszülöttellátás

Magyarországon a szülések döntő többsége a kórházak szülészeti osztályain történik, elenyésző az intézeten kívüli szülések száma. A szülészeti rendtartás a szüléseknél szülészorvos és szülésznő jelenlétét és közreműködését írja kötelezően elő. A szakmai ajánlásoknak megfelelően legalább a fokozott kockázatú szülések (koraszülés, császármetszéses szülés, fenyegető vagy igazolt intrauterin anoxia stb.) esetén gyermekgyógyász (neonatólógus) vagy legalább újszülöttkori újraélesztésben jártas személy jelenléte lenne kívánatos, de ez csak az intézetek egy részében biztosítható.

Országunk 90 kórházában van szülészeti osztály, de ebből 24 kórházban (26,6%) nincs csecsemő- és gyermekosztály. Ezekben az újszülöttek gyermekgyógyászati ellátását egy főállású vagy részfoglalkozású gyermekgyógyász biztosítja, aki a heti 168 óra töredékét tölti a kórházban. Kockázatos az olyan szülészeti osztályok működése, ahol nem biztosított az állandó gyermekszakorvosi ellátás, hiszen egyes felmérések szerint az első életpercek patológiás történéseinek 20–30%-a nem prognosztizálható.

Az újszülötteket az esetek döntő többségében 24 órán belül látja gyermekorvos. A gyermekosztállyal nem rendelkező kis intézetekben ennek a biztosítása is problematikus a hétvégén

és az ünnepnapokon. Az újszülöttkori anyagcserezűrések is jelenleg 4 veleszületett anyagcserezavarra – phenylketonuria, galactosaemia, biotinidáz-hiány, hypothyreosis – terjednek ki, tandem-spektographiával 22 anyagcsere-betegség lesz kiszűrhető. A hazaadás előtti, kötelező gyermekorvosi vizsgálat része a veleszületett csípőficam szűrése. Az érzkészervi szűrés esetleges, módszertanában nem egységes.

A koraszülöttek és a patológiás történetű mutató újszülöttek ellátására elegendő kórházi ágy áll rendelkezésre, részben a Neonatalis Intenzív Centrumokban (NIC), részben a patológiás újszülötttrészeleken. Az egész országra kiterjedően megszervezett újszülött-, koraszülött-mentőszolgálat feladata a beteg megfelelő NIC-ba való szállítása. Sajnos a szolgálat finanszírozási gondokkal küzd, féltő az ellehetetlenülése is. A kétségtelenül nagyobb biztonságot jelentő „intrauterin szállítás” elmaradásának szankcionálásáról nincs információ.

Fekvőbeteg-ellátás

Hazánkban jelenleg 91 kórházi-klinikai gyermekosztályon mintegy 5000 ágyon folyik gyermek-fekvőbetegellátás. A 10 000 lakosra jutó gyermekgyógyászati ágyak száma országos átlagban 4,77, de az egyes területek ellátása nagy különbséget mutat. A progresszív betegellátás vonatkozásában egyes alapszintű kórházi gyermekosztályok távolsága a nagyobb (megyei) osztályoktól 20 és 90 km között változik. (A bajai osztály ugyan 108 km-re van a saját megyeszékhely kórházától, de 38 km-re a szomszéd megye székhelyétől.)

A hospitalizált gyermekek felvételének szakmai indokoltóságát nehéz megítélni. Sok esetben szociális indikáció is szerepel a felvételi indokok között, egyes területeken különösen rossz a családok beteg gyermeket ellátó képessége.

Kétségtelen, hogy ha ugyanazon betegség ambuláns- és fekvőbeteg-ellátásáért azonos finanszírozás járna, csökkenne a hospitalizált gyermekek száma.

Az elmúlt évtizedekben örvendésen csökkent az átlagos ápolási idő. Ez jelenleg országos átlagban 5,61 nap.

Az ágykihasználás országos átlagban 69,01%, szélső értékek 83,52% (Hajdú-Bihar megye), illetve 55,11% (Jász-Nagykun-Szolnok megye). Az ágykihasználást jelentősen befolyásolja a gyermekkori betegségek szezonaritása és az, hogy az egyes korcsoportok szezononként más

más arányban betegszenek meg. A gyermekosztályok ágykihasználási mutatóit rontja az is, hogy sok gyermekkorú beteget ápolnak felnőttosztályokon. (Erre pontos adat nem áll rendelkezésre, a jelentések az összes gyermekápolási eset 20–30%, sőt 50%-át is említik.)

A jelenlegi finanszírozás ösztönzi a hospitalizációt, valamint azt, hogy a „minimumnapig” mindenképpen az osztályon maradjon a gyermek. Az aktív ellátásban, ahol a HBCS-ra megállapított összegekben fejeződik ki a működési ellentételezés számos gyermekgyógyászati beavatkozás költsége nem térül meg a gyermekek nagy ápolási igénye miatt.

Több kis kórház küszködik létszám-gondokkal, szóba sem jön az egy orvosra jutó havi ügyeleti számnak az ajánlott mértékre való csökkentése. Ellátott eseteik többségét szakmailag felesleges hospitalizálni. (Külön vizsgálendő, hogy a felvételek szociális indikációja a valóságban mit takar!) A súlyosabb betegeket – jobb esetben – továbbküldik a nagyobb osztályokra vagy a klinikákra. Az ágykihasználás többnyire alacsony vagy mesterségesen és feleslegesen növelt. Az elmúlt évek tapasztalatai azt mutatták, hogy néhány ilyen kis forgalmú osztály megszüntetése nem okozott ellátási gondot, kockázatot (Csorna, Tata, Kisbér).

Mentálhigiénés ellátás

A gyermekek mentálhigiénés problémáinak ellátása komplex feladatot jelent. A problémák nagyságrendjével a jelenlegi hálózat nem képes megbirkózni. Különösen súlyos problémát jelent az akut krízishelyzetben lévő, drogabúzusban szenvedő, vagy a súlyos pszichotikus (köz- vagy önveszélyes) gyermekek és serdülők ellátása. Az ellátórendszer a tárgyi feltételek hiánya mellett súlyos személyi problémákkal is küzd.

A mentálhigiénés problémák igen széles skálája, az ellátórendszer szétforgácsolt volta (gyermek-ideggondozók, nevelési tanácsadók, gyermekvédelmi hálózat, bűnmegelőzéssel foglalkozó szervezetek, civil alapítványok, fekvőbeteg-intézmények) és a kompetenciák gyakori tisztázatlansága miatt nagyon nehéz megtalálni a gyermek állapotának megfelelő ellátóhelyet. A gyermekpszichiáterek és a gyermekgyógyászok véleménye eltér a sürgősségi ellátásra szoruló pszichiátriai gyermekbetegek ellátási helyének megítélésében és a hálózat fejlesztési irányainak kérdésében.



Alapellátás

A 0–14 éves gyermekek 77%-át, a 15–18 éves serdülők 59%-át gyermekszakorvos, a többi gyermeket vegyes praxist ellátó háziorvos gondozza az alapellátásban. A 60-as évektől folyamatosan fejlődő házi gyermekorvosi hálózatnak komoly szerepe volt és van a csecsemő- és gyermekhalálozás, valamint a fekvőbeteg-ellátás iránti igény csökkentésében. Az ország egyes területeinek házi gyermekorvossal való lefedettsége nagyon különböző, és egyáltalán nem mondható el, hogy az igényekhez (gyermeklakosság számához és életkörülményeihez) alkalmazkodik. Amíg Budapest és a nagyobb városok lefedettsége teljes, addig a gazdaságilag fejletlenebb megyékben jut 10 000 gyermekre a kevesebb működő gyermekpraxis. Az egy gyermekpraxisba bejelentkezettek számában is jelentősek az egyéni és térségi különbségek (Budapest és Baranya megyében tartozik átlagosan a legkevesebb gyermek egy-egy házi gyermekorvoshoz).

Az alapellátás minősége

A gyermekszakorvosi képzés időtartamához, a megszerzett ismeretekhez és a kor technikai-műszerezettségi lehetőségeihez mérten az ellátás definitív szintje alacsony. Ugyanez mondható el, ám sokkal kifejezettebb formában a vegyes praxisban dolgozó háziorvos gyermekellátó tevékenységéről is.

A nagyobb városokban, elsősorban Budapesten nincs minden házi gyermekorvosnak saját rendelője, a rendelési és tanácsadási idő, így a páciensekkel való foglalkozás időtartama is korlátozott. A rendelők felszereltsége, a rendelések körülményei az országban nagyon különbözőek, és ebben nemcsak a praxis működtetőjének igényessége vagy igénytelensége játszik szerepet, de nagy szerepe van az önkormányzatok gyermek-egészségügyi ellátáshoz (és az ellátást végzőhöz) való viszonyulásának is.

Több mint aggasztó, hogy a házi gyermekorvosok átlagéletkora 55 év körüli; fizetőképes kereslet az eladó praxisokra alig van, az utánpótlás a gyermekgyógyászpálya presztízsének és a gyermekszakorvosi rezidensek számának csökkenése miatt megoldatlan.

A háziorvosok jelenlegi finanszírozása nem ösztönöz definitív ellátásra, költséghatékony gyógyszerfelírásra, és nem ösztönöz a nagyon is kívánatos megelőző tevékenység erősítésére sem. A finanszírozás nem fedezi az alapellátásban is alkalmazható gyorsesztek használatát,

vagy például, ha a házi gyermekorvost ráépített szakvizsgálója vagy jártassága alkalmassá teszi kiegészítő tevékenység/diagnosztika elvégzésére, ennek alkalmazását. A fejkvóta szerinti finanszírozás ugyan „megvéd” a felesleges szolgáltatások nyújtásától, de nem ösztönöz a minőség javítására. A depresszió, amely a „minőséget védené”, nem éri el célját. A kis praxisok bázisfinanszírozással való mesterséges életben tartása is megkérdőjelezhető. Hiányzik a műszer-amortizáció fedezete is.

Az ellátás minőségét rontja, hogy a megszerzett tudás és jártasság, valamint a továbbképzés nem készíti fel a gyermekorvost több olyan feladatra, amely a házi gyermekorvosi tevékenység alapja. Ezt tükrözi, hogy a házi gyermekorvosok forgalmában döntő súllyal szerepel az akut betegellátás a prevenció feladatokkal szemben. A fejlődési eltérések korai felismerésére, a pubertáskorúak sokasodó érzelmi és magatartás-problémáinak ellátására a rendszer nincs igazán felkészülve.

Tetézi a problémát, hogy az alapellátást segíteni hivatott szakellátó rendszer is pontosan azokon a területeken gyenge és szűk keresztmetszetű (korai fejlesztés, rehabilitáció, mentálhigiénés ellátás, sürgősségi ellátás), ahol a feladatok ellátására a háziorvosi rendszer nem kellő felkészültségű.

A háziorvosi, házi gyermekorvosi tevékenység legnagyobb nehézsége a szakmai izolálódás. Ez a nagyvárosokban kevésbé jut érvényre, az elszórta működő praxisokban azonban nehézséget jelent az egyes esetek kollegiális megbeszélése, a kórházi, klinikai konzílium vagy a szakmai képzéseken való részvétel, pedig a Házi Gyermekorvosok Egyesülete, a Magyar Gyermekorvosok Társasága, az egyetemi gyermekklinikák vagy az oktatókórházak gyermekosztályai színvonalas továbbképzéseket szerveznek az alapellátásban dolgozók számára.

A vegyes praxist ellátó háziorvosok gyermekellátó tevékenysége

Az 1547 vegyes praxist ellátó háziorvos gyermekellátó tevékenységének minőségére vonatkozóan kevés és csak közvetett információval rendelkezünk. Tevékenységük ellenőrzésére a gyermekgyógyász-szakfelügyelet nem terjedt ki. Bizonnyított, hogy a vegyes praxisból több gyermek kerül fekvőbeteg-intézménybe, és több gyermek kerül elkésve felvételre. Gyógyszer-felhasználási adatok elemzéséből azt is tudjuk, hogy terápiás gyakorlatuk korszerűtlenebb. A háziorvosi szak-

vizsga megszerzéséhez szükséges gyermekgyógyászati stúdium rendkívül rövid, az ezalatt szerzett tudás és gyakorlat – az oktatóintézmények véleménye szerint –, a gyermekellátásra elégtelen.

Az országban még számos helyen működik általános gyermekgyógyászati szakrendelés és *mozgó szakorvosi szolgálat* (MSZSZ). Az MSZSZ az 1950-es években létrehozott ellátási forma, amely elsősorban a csecsemő- (és várandós-) gondozásban hivatott szaksegítséget nyújtani a háziorvosoknak. Ez az ellátási forma ma rendkívül heterogén, az OEP által finanszírozott 62 szolgáltató egy része kórházban, más része szakrendelőben vagy praxisban dolgozó gyermekgyógyász. Van olyan szolgáltató, aki az önkormányzattal kötött szerződés alapján többfinanszírozással működik. Nem tudjuk, hogy hány községben van ma ilyen ellátás, de ami fontosabb, azt sem tudjuk, hány olyan vegyes praxis van, ahol ez nincs megoldva. Azt azonban igen, hogy a háziorvosok többsége általában nincs jelen az elvileg konzultatív rendelésen, és számos esetben a „konzultációt” végző orvos látja el azokat a preventív feladatokat, amelyekért a háziorvos felelős, és amelyekért a fejkvótát kapja. A gyermekek érdekében a háziorvos konzultatív segítése alapvetően fontos, tehát ezt a rendszert átalakítva tovább kell fejleszteni.

Az *általános gyermekgyógyászati szakrendelések* döntő többségére szükség van, csak ott felesleges, ahol jól szervezett a házi gyermekorvosi szolgálat.

A megelőző ellátás

A megelőző ellátás területén a szűrővizsgálatok általában megtörténnek, azonban az alkalmazott módszerekről és a kivitelezés minőségéről kevés információval rendelkezünk.

A szűrővizsgálatok és a prevenció programok nem mindegyikére vonatkozóan rendelkezünk módszertani irányelvekkel, és az eddig elkészültek sincsenek mind forgalomban. Pótlásuk, szakmai konszenzust követő, ismételt megjelentetésük a gyermekgyógyászszakma mellett más szakmák közreműködését is igényli.

A védőoltásokra vonatkozóan ismételt megerősítjük, hogy a felnővő generáció egészségét segítő intézkedés lenne a gyermekkorban is ajánlott, bár nem kötelező vakcinák jelenleginél szélesebb körű és arányú térítési támogatása, ill. térítésmentessé tétele.

Ügyelet az alapellátásban

A gyermekek esélye arra, hogy ügyeleti időben gyermekorvosi ellátáshoz jussanak, területenként nagyon különböző. Budapesten és a megyeszékhelyeken hétközi és hétvégi gyermekgyógyász-ügyelet is van, a kisebb városokban hétvégén gyermekgyógyász-ügyelet, vagy szombaton és vasárnap reggel néhány órás gyermekgyógyászati rendelés működik. Sok helyen házi orvosok látják el az ügyeletet, néhány helyen gyermekgyógyász közreműködésével, de többnyire nélküle. Több kisvárosban a városi kórház gyermekosztálya látja el ügyeleti időben a gyermekeket. A házi gyermekorvosok csak a legkritikább esetben segítenek be a kórházi ügyeletbe.

A házi orvoslásról szóló jogszabály a házi gyermekorvos számára is kötelezővé teszi az ügyeleti ellátást, ám a helyi viszonyok döntenek el, hogy ezt a kötelezettséget az önkormányzatok érvényesítik-e. Gyakori az ügyelet adásvétele, néhol arra megfelelően fel nem készült orvosoktól vásárolnak helyettesítő munkát.

Általános panasz, hogy a gyermekügyelet nemcsak sürgősségi feladatot látnak el, sok esetben a szülők kényelmi szempontjait szolgálják, máskor, főként ha a rendelési idő nem alkalmazkodnak a lakosság igényeihez, a rendelést pótolják. Gyakori, hogy az ügyeletben nincs gyermekellátásban járatos orvos.

Iskola-, ifjúság-egészségügyi ellátás

Az összesen 9285 oktatási-nevelési intézmény (óvoda, általános, középfokú és speciális iskola) egészségügyi ellátását 240 főfoglalkozású iskola-(ifjúsági)-orvos, 1464 házi gyermekorvos, 1418 házi orvos és 100 egyéb szakorvos végzi. Az ellátásban 483 főfoglalkozású és 3696 körzeti védőnő vesz részt. Az orvosok és védőnők által ellátott óvodás és iskolás gyermekek száma közel 1 millió 800 ezer. A főfoglalkozású iskolavédőnők száma a védőnői ellátás már folyamatban lévő átszervezése eredményeképpen kétszeresére növekedett, a főfoglalkozású iskolaorvosok számában emelkedés nem várható.

A folyamatok azt prognosztizálják, hogy az iskola-egészségügyi ellátás zöme a jövőben elsősorban a védőnők feladata lesz. Az iskola-egészségügy jövőjével kapcsolatosan jelentős véleménykülönbség van, mely döntően arra vonatkozik, hogy hol és ki végezze az életkorhoz rendelt vizsgálatokat. Világszerte az a tendencia, hogy az egészségnevelést elsősorban az oktatás oldja meg az egészségügy szakmai segítségével.

Rendszeresen esik szó párhuzamosan végzett vizsgálatokról, amelyeknek előfordulásáról azonban nincsenek meggyőző bizonyítékaink. A szűrővizsgálati kötelezettség helye és felelőssége többféleképpen is magyarázható.

Az iskola-egészségügyi ellátás szervezeti heterogén, a terhelések szélsőségesek (Egy főfoglalkozású iskolaorvoshoz minimum 362, maximum 7000 tanuló tartozik). A vegyes praxist ellátó házi orvosok többsége a saját rendelésben vagy a tanácsadóban látja el a tanulókat, de előfordul ez a házi gyermekorvosokkal ellátott iskolákban is. Ennek oka elsősorban az iskolaorvosi rendelők hiánya. A szolgálat kommunikációs lehetőségei is rendkívül szegényesek: a vizsgált rendelők fele rendelkezik telefonnal, 17%-a számítógéppel. A minimálfelszerelés sem biztosított sok helyen.

A főfoglalkozású orvosok egy-egy iskolában hetente 4–44 órát, a részfoglalkozásúak 0–15 órát töltenek. Az ellátott feladatok között a szűrővizsgálatok, oltások dominálnak, az egészségnevelésben való részvétel változó. Az egészséges közétkeztetésre, a tanulók egészséges napirendjére alig figyelnek; a pedagógusok és szülők kívánatos tájékoztatása csak az iskolák felében történik meg. A részfoglalkozású orvossal és védőnővel ellátott iskolákban elsősorban (vagy csak) a védőnői jelenlét nevezhető rendszeresnek. A pedagógusok igénylik az iskola-egészségügyi ellátást. Nem feltétlenül az orvosi, de egészségügyi képzéssel és gyakorlattal rendelkező szakember jelenlétét szeretnék.

Az iskola-egészségügy feltételeinek megteremtéséről az illetékes önkormányzatoknak kell gondoskodnia, sajnálatos, hogy a leginkább rászoruló településeken, ahol a legszegényebb és legkevésbé ellátott a lakosság, ott biztosított legkevesbé az iskola-egészségügyi ellátás.

Gyermekrehabilitáció

A gyermekkorúaknak 6–10%-a igényel rövidebb-hosszabb ideig neurorehabilitációs és rehabilitációs szolgáltatásokat, ami a 14 éven aluli korosztályban országos szinten 100–140 ezer gyermeket jelent évente. Nagyon sok gyermek rehabilitációja az óvodai, ill. iskolai testnevelés vagy gyógytestnevelés keretében megoldható lenne, ha az erre szolgáló feltételek jobbakk lennének.

A teljes rehabilitációs szükséglet 8–10%-a igényel kórházi ellátást. A jelenlegi ellátókapacitás az igény egytizedének kielégítésére is alig elegendő, ráadá-

sul igen egyenetlenül oszlik el az országban. A 6400 mozgásszervi és belgyógyászati rehabilitációs ágyból mindössze 165 ágyon kezelünk gyermekeket (0,257%). Hasonló a helyzet az ambuláns rehabilitációt jellemző szakorvosi és nem szakorvosi (zömében gyógytorna-) órászámokkal.

A kis kapacitás részben annak is „köszönhető”, hogy nagyon kevés a rehabilitációs szakorvos a gyermekgyógyászok között (12 fő). Sok civil szervezet által kezdeményezett és működtetett szolgáltató próbálja pótolni az állami intézményrendszerből hiányzó ellátásokat, ezeknek azonban nincs szakmai kontrollja. A finanszírozás rendezése halaszthatatlan. Speciális gond a „rehabilitációra szoruló szülők” kérdése is, akiknek szintén szakszerű segítségre van szükségük mind a kórházi, mind az otthoni életben.

II. A GYERMEK-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER JÖVŐJE (JAVASLATOK)

Alapellátás

Egyenlőbb esélyeket

A gyermekek számára szolgáló alapellátást a hozzáférhetőség szempontjából egységesebbé kell tenni, a minőségét pedig emelni kell. A jelenlegi házi gyermekorvosi hálózatot meg kell erősíteni, és ahol a feltételek adottak, bővíteni kell. Ahol a körülmények miatt a házi gyermekorvosi ellátás jelen formájában nem bővíthető, a vegyes praxist ellátó házi orvos gyermekellátó tevékenységének színvonalát kell emelni. Ennek lehet eszköze a praxisközösségek, kistérségi egészségügyi centrumok kialakítása, ami azonban csak hosszú távú stratégiaként képzelhető el, hiszen ma ennek sem az erkölcsi-szakmai, sem a finanszírozási motivációja nincs meg. A vegyes praxist ellátó házi orvosok képzésében növelni kell a gyermekgyógyászat súlyát.

A meglévő MSZSZ-re is alapozva a konzultációs rendszert olyan módon kell továbbfejleszteni, hogy 1 éves életkor alatt az újszülöttkort követően legalább két ízben, 1–6 éves kor között legalább évente lásson minden gyermeket gyermekszakorvos. A házi orvos igényelje a konzultációt és legyen jelen. A konzultációt végző ne lásson el a házi orvos helyett alapfeladatokat. A konzultáció terjedjen ki a fejlődés követésére, problémáira és a krónikus betegségekre, helye pedig alkalmazkodjon a terület igényeihez. A feladatot végezheti a korábban MSZSZ-t ellátó, a területi munkát jól is-



merő szakorvos, de végezheti a közeli településen dolgozó házi gyermekorvos is. A hatékony segítség feltétele annak méltó finanszírozása is. A gyermekotthonokban gondozottakat lehetőleg gyermekgyógyász látssa el, amennyiben ez nem valósítható meg, a konzultáció terjedjen ki az ott ápolt gyermekekre is.

A minőség javítása

Problémaorientált, gyakorlatias és számon kérhető képzés, továbbképzés mellett el kell készíteni az alapellátásra kidolgozott szakmai irányelveket, ellátási protokollokat. A házi (gyermek)orvos többlétszaki vizsgáját, bizonyított jártasságát és többlétszaki szolgáltatásait anyagilag és erkölcsileg is dotálni kell. Bizonyos vizsgálatok (vizeletvizsgálat tesztszikkal, torokváladék vizsgálata Strep-tesztel, CRP-vizsgálat gyors módszerrel, süllýedés, fehérvérszám, hematokrit mérése, EKG, ABMP és légzési csúcsáramlás mérése) alapellátásban történő elvégzése gyorsabbá, adekvátábbá, költséghatékonyabbá teheti a kezelést, csökkentheti a felesleges antibiotikus kezelések számát, növelheti a lakosság megalégedettségét, a házi orvosok presztízsét és csökkentheti a laboratóriumok zsúfoltságát.

Mindezek mellett átgondolandó, hogy az alacsony lélekszámú praxisok életben tartása célszerű-e.

Ügyeleti ellátás

Az ügyeleti ellátás csak az egész ellátórendszer átalakításával párhuzamosan, az OMSZ-szal egyeztetve, a területi adottságokat messzemenően figyelembe véve korszerűsíthető. Figyelembe kell venni azt is, hogy a házi gyermekorvosi ellátáshoz való nehéz hozzáférés is indukál „indokolatlan” ügyeleti ellátást (pl. egyműszakos rendelések).

A Házi Gyermekorvosok Egyesületével egyetértve már rövid távon javasoljuk, hogy ahol lehet, legalább 8 gyermekpraxis részvételével szervezzenek hétközi és hétvégi gyermekszakorvosi ügyeletet. Ahol ennél kevesebb praxis működik, ott délutáni rendelés, hétvégén pedig délelőtti gyermekorvosi ellátás biztosításával kell a felnőttügyelet terheltségét enyhíteni. Az OMSZ orvosainak jártasságát a gyermekek sürgősségi eseteinek ellátásában növelni kell. Az egészségtan-oktatás is csökkenthetné a jelenlegi ügyeleti terheltséget.

Hosszabb távon néhány kis forgalmú és hiányos személyi ellátottsággal küszködő gyermekosztály átalakítása nappali kórházzá és ügyeleti sürgősségi ellátó-

helyé a gyermekügyelet problémáit is megoldaná az adott területen. Kistérségi ügyeleti központok, alapszintű sürgősségi ellátóhelyek kiépítése és a szállítási megoldása a követendő módszer.

Iskola-, ifjúság-egészségügyi ellátás

Meg kell fontolnunk az iskola-, ifjúság-egészségügyi ellátás fejlesztésének irányait. Egyeztetést igényel, hogy kinek a feladata legyen a 3–6 éves, többségében óvodába járó gyermekek életkorhoz kötött orvosi vizsgálatának elvégzése. A praxis orvosáé, akihez a gyermek tartozik, vagy az óvodát ellátó orvosé? Hatványozottabban merül fel ez a kérdés az iskolával kapcsolatban, ahol a kötelező kampányoltások is nehezítik a helyzetet. Választ kell találnunk arra is, hogy mennyiben módosítja az iskolaorvosi ellátás feladatát az, hogy a jövőben sokkal több főfoglalkozású védőnő dolgozik majd az iskolákban. Hogyan használhatnánk ki jobban a preventív ellátásra, a szűrővizsgálatok elvégzésére is felkészített védőnők képzettségét és jártasságát? Az egymásnak ellentmondó jogszabályokat csak az alapkérdések eldöntését követően lehet harmonizálni. A közép fokú tanintézetek iskolaorvosi ellátását senki sem kérdőjelezi meg.

Az iskolai egészségneveléssel kapcsolatban rendkívül sok a szakértelmet nélkülöző hozzászólás és javaslat. Véleményünk szerint az iskolai egészségnevelés elsősorban a közoktatás kompetenciája, amelyhez azonban az egészségügynek minden lehetséges segítséget meg kell adnia.

Serdülők egészségügyi ellátása

A szokványos egészségügyi mutatókkal mérve a serdülőkör az élet legegészségesebb periódusának látszik. Ez az életkor azonban a csecsemőkör mellett a testi és szellemi, valamint érzelmi fejlődés legintenzívebb időszaka, amely éppen a drámai hormonális és pszichés változások miatt hajlamosít a kockázatos magatartásra. Erre az életkorra jellemző a spontán orvoshoz fordulás alacsony aránya, az egészségügyi szakemberekkel való együttműködés akadozása, az úgynevezett rejtett morbiditás magas aránya. Mindezen jellemzők tükröződnek a balesetek és baleseti halálozás, a serdülőkori terhességek és kriminalitások, valamint a serdülőkori öngyilkosságok és depresszió gyakori előfordulásában.

A fejlett egészségüggyel rendelkező országokban az elmúlt évtizedekben a serdülőkori egészségügyi ellátására

szolgáló speciális intézményeket hoztak létre. De míg az Egészségügyi Világszervezet különös figyelmet fordít erre a korosztályra, nálunk még az a szervezett ellátás is visszafejlődött, ami eddig volt.

Az ifjúság-egészségügyi hálózatot kiépítve, s egyben annak szakmai hátterét is biztosítva legalább a fővárosban és a nagyobb városokban létre kellene hozni a többszakmás „serdülő-tanácsadókat” és orvosi rendeléseket. A gyermekpszichiátriai, gyermekpszichológiai kapacitás és a tanácsadásban járatos szakemberek számának növelése ebben a vonatkozásban különösen fontos.

Rehabilitáció

Első lépésben fel kell mérni az igényeket és a meglévő ellátási lehetőségeket. Ki kell építeni a regionális ellátórendszert, mely 6–7, egyetemi klinikához vagy országos intézethez kötött, lehetőleg intenzív osztályos háttérrel is rendelkező, 20–40 ágyas gyermekrehabilitációs osztályból áll. A központok feladata lenne a kisebb, lakóhelyhez közeli ellátók szakmai irányítása, felügyelete és képzése is.

A régiós modell esszenciális eleme a lakóhely közeli ellátási struktúra kiépítése, mivel a gyermekek rehabilitáció iránti igénye 90–95%-ban járóbeteg-ellátási formában is megvalósítható.

Fekvőbeteg-ellátás

Újszülöttellátás

A helyzetelemzésben leírtaknak megfelelően – az újszülöttellátás biztonsága érdekében – kötelező gyakorlattá kell tenni olyan harmadik, kizárólag az újszülött ellátásért felelős személy jelenlétét minden szülésnél, aki szükséghelyzetben az újszülött újraélesztését el tudja végezni.

Struktúraátalakítás

Megfelelő szakmai és társadalmi előkészítés után több kis osztályt át lehetne alakítani nappali kórházzá és alapszintű sürgősségi-ügyeleti központtá. A 4–6 ágyas nappali kórház a jelenleg dolgozó néhány orvossal működtethető lenne, és ők elláthatnák a szülészeti osztály újszülöttjeit is. A nappali kórház keretén belül egyrészt bizonyos diagnosztikai tevékenység, másrészt terápiás és állapotkövetési feladatok is elvégezhetők. A nappali műszak végén döntene az ellátást vezető orvos, hogy a beteg hazaküldhető, vagy szükség van huzamosabb hospitalizációra a legközelebbi nagyobb, jobban fel-



szert, személyzeti ellátásában is jobban biztosított kórházi gyermekosztályon.

A kórházi ellátás helye

Jelenleg nincs szabályozva, hogy melyik osztály milyen életkorú beteget láthat el. Ez nemcsak szakmai gondokat vet fel, hanem sok esetben súlyosan sérti a gyermekek jogait is. Rendeletileg kellene szabályozni és finanszírozással kikényszeríteni, hogy a 14 év alatti gyermekeket lehetőség szerint gyermekosztályon helyezték el. A 14–18 éves korosztály elhelyezéséről a betegségtől függően kell dönteni. Amennyiben a 14 éven aluliak hospitalizációja nem gyermekosztályon történik, akkor a gyermekeket ellátó osztálynak biztosítania kell a gyermekek elkülönített ellátását az életkoruknak megfelelően felszerelt és berendezett kórteremben. A gyermekorvosi ellátás lehet konziliáriusi jellegű, de az ügyeleti (sürgősségi) ellátásban részt kell vennie gyermekorvosnak. Az ápolást gyermekápolónő végezze.

Általános gyermekgyógyászati szakrendelések

A házi gyermekorvosi hálózat bővülése, és egyes kórházi gyermekosztályok átalakítása miatt olyan helyen is működik általános gyermekgyógyászati szakrendelés,

ahol annak szükségessége megkérdőjelezhető. Meg kell kezdeni ezek felülvizsgálatát.

Mentálhigiénés ellátórendszer

Az ellátórendszer kapacitását és szervezettségét hosszú távon javítani kell. Ezt megelőzően a konszenzusra kell jutni abban, hol történjen az akut, súlyos pszichiatriai ellátásra szoruló gyermekek és serdülők ellátása; milyen módon alakítandó ki a gyermekkorú drogfüggők – jelenleg teljesen insufficiens – ellátása.

Finanszírozás

A gyermekegészségügy az általában alulfinanszírozott egészségügyön belül is hátrányos helyzetben van mind a járóbeteg-, mind a fekvőbeteg-ellátás vonatkozásában. Ismeretes az is, hogy a közeljövőben jelentős ráfordításnövekedéssel nem számolhatunk. Olyan strukturális változtatást javasolunk, amely korszerűsíti a gyermek-egészségügyi ellátás rendszerét, több vonatkozásban javítja az ellátást, jobban érvényesíti a gyermekek jogait a minél jobb egészségügyi ellátáshoz, csökkenti az ellátás egyenlőtlenségeit és több vonatkozásban javítja a költséghatékonyságot. Ennek érdekében több alkalommal kértük a gyermekek ellátására fordítható pénzösszeg elkü-

lönített kezelését („gyermekmassza”). Bár a javaslatot az előzetes tárgyalások során mind az OEP főigazgatója, mind a Parlament Egészségügyi és Szociális Bizottsága elvetette, szeretnénk biztosítani, hogy a gyermekegészségügy anyagi helyzete az esetleges változások során se rosszabbodjon. Nem szeretnénk, ha a megtakarítást jelentő reformelképzelések bevezetésével egy időben, az anyagi ráfordítást igénylő változtatások elmaradnának.

A célkitűzéseknek a végrehajtása nem elsősorban a gyermek-egészségügyi ellátórendszer kompetenciája, multiszektoriális, társadalmi együttműködésre van szükség, amelyben azonban a gyermek-egészségügyi ellátórendszernek kiemelt szerepe van.

Nem kell profilaxis!

33/2005. (VIII.24.) EüM rendelet szerint scarlatina esetén a beteggel érintkezett személyeket nem szükséges orális penicillinkezelésben részesíteni. Az érintett gyermekközösségekben felvételi zárlat elrendelése nem szükséges.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének véleménye

„A gyermek-egészségügyi ellátórendszer fejlesztése” című dokumentumról

Általános megjegyzések

A gyermekegészségügy részéről az első, átfogó igényű, reformértékű gondolatokat is magába foglaló dolgozat. A helyzetelemzéssel alapvetően egyetértünk. A fejlesztés rövid és hosszú távú céljait azonban különválasztva kellene tárgyalni, mert így nem teljesen világos, hogy melyek a reform fő elemei, melyek a fő irányai. A dolgozat bizonyos túlhaladott strukturális elemeket vagy változatlanul hagy, vagy lényegi változtatás nélkül túlélésre kárhóztatja azokat (iskolaorvosi ellátás, MSZSZ, nappali kórházak, nyitott sürgősségi osztályok, vegyes praxisok gyermekellátó munkája). Az alapellátásra vonatkozó dicsérő és kritikai megjegyzésekkel sok vonatkozásban egyetértünk, a kiegyensúlyozottabb, az egész ellátórendszert érintő (kórházak, iskola-egészségügyi rendszer), kritikus elemzést azonban hiányoljuk a dolgozatból.

Bár körültekintő véleménynyilvánításra rövid idő állt rendelkezésünkre, a valóban reformértékű változtatásokról a következő nézeteket képviseljük:

Fő fejlesztési irányok

Nézetünk szerint a magyar gyermek-egészségügyi rendszernek két *alappilléren kell nyugodnia*: a magas technológiát, a magasan specializált tudást koncentráló *klinikákon, kiemelt kórházakon*, valamint a *jól képzett házi gyermekorvosokon*, a kiterjesztett kompetenciájú gyermekorvosi praxisokon. Minden egyéb ellátási rendszer (pl. főállású iskolaorvos a középiskolákban) ezt csak kiegészítheti. Világossá kell tenni, hogy az adott gyermek ellátásáért ki a felelős („egy gazda” szemlélet).

Ahol lehetséges, a *teammunkán alapuló csoportpraxisok, egészségközpontok* kialakítását kell szorgalmazni, akár a finanszírozás megváltoztatásával is. Ez sok helyen kiválthatná a házi orvos gyermekellátó tevékenységét, a lakossághoz közelebb vinné a szakellátásokat, kevesebb gyermekorvost igényelne. Jobban ki lehetne építeni a központi ügyeket, megszüntetné a káros szakmai izolációt. Az egészségközpontok kialakítása, a degeneráció, a bázisfinanszírozás eredeti cé-

loknek megfelelő módosítása csökken-tené a házi gyermekorvosi ellátás földrajzi egyenetlenségét, és megoldaná a kis létszámú praxisok problémáját.

Meg lehetne szüntetni az esélyegyenlőséget nem biztosító *MSZSZ-t és az általános gyermekgyógyászati szakrendeléseket is*. Fejlődő infrastruktúránk (úthálózat, közlekedés stb.) lehetővé teszi, hogy az eddigi, könnyebben elérhető, alacsonyabb színvonalú és egyenlőtlen ellátás helyett, ugyan lakóhelyétől távolabb, de szakmailag kielégítő, definitív kezelést és gondozást kapjon minden gyermek. Megfelelő „logisztikával” (pl. önkormányzati gépkocsi a betegek szállítására) sok, nehezen fenntartható, ugyanakkor nem elfogadható színvonalú rendelőt lehetne kiváltani. A védőnői szolgáltatás jelenlegi „fejlesztése”, a védőnők körül kialakított szemlélet gátolja a – világon már sok helyen alkalmazott – korszerű teammunka kialakítását.

Véleményünk szerint a *kis formalmú gyermekosztályokat* nem nappali kórházzá vagy alapszintű sürgősségi ügyeleti központtá, hanem a körülményektől függően alapszintű „*health centerre*” vagy *rehabilitációs ellátóhelyekké kell átalakítani*. A fővárosban és az egyetemi nagyvárosokban az összevonásokkal felszabaduló ágyakon pszichiátriai vagy rehabilitációra szoruló betegeket kell ellátni.

Felesleges, és csak a rossz struktúra túlélését szolgálja a nagyvárosi kórházakban is az *ún. sürgősségi osztályok kialakítása*. Ezek beteganyagának nagy részét – ismerve a lakosság igényeit, szokásait – az alapellátásban is ellátható beteganyag tenné ki. Erre a folyamatos elérhetőséggel, a jobban szervezett rendelésekkel működő házi gyermekorvos és a korszerű diszpécierszolgálattal irányított központi gyermekgyógyászati ügyelet esetén nincs szükség. A sürgősségi igény ne a kórházi vizsgálatnál dőljön el, ne egyedül a szülő döntsön a valóságos sürgősségi szükségletéről. Az újszülöttosztályok 24 órás sürgősségi ellátását nem lehet egy gyermekorvosra bízni, legfeljebb a szakmai szempontból biztonságos hazabocsátás megoldását várhatjuk el tőle.

A házi orvosok és a felnőttosztályok gyermekellátó képességének javításával természetesen egyetértünk, de ez a törekvésünk nem járhat ezeknek az alacsonyabb színvonalú ellátási formáknak hosszú távú fenntartásával, netán hamis indokokra hivatkozó preferálásával. A „közelebb és rosszabb” helyett legyen a „távolabb és jobb” szemlélet az elfogadott. *A gyermekek kezelésében a felnőtt profilú ellátások részesedését tehát csökkenteni kell*.

A házi gyermekorvos tevékenysége az említett laborvizsgálatokon kívül megfelelő finanszírozással, más eszközös vizsgálatokkal is kiegészíthető (ABPM, EKG, csúcsáramlás-mérő, egyszerű spirometria, allergiatesztek stb.)

Az ügyeleti ellátás „tartalmát illetően” ne legyen a hétköznapi és a nappali rendelések hétféle és éjszakai meghosszabbítása. Meggyőződésünk, hogy megfelelő kérdezőprotokollok segítségével nagymértékben csökkenteni lehet az ügyeleti terheket.

A sürgősségi ellátás az OMSZ-ra és/vagy a gyermekkórházakra telepítve valóban legyen sürgősségi ellátás. Speciális, hatékony és gyors. Az egészségközpontokon alapuló központi ügyeleti szolgálatok, valamint az intenzifikált sürgősségi ellátás mellett nincs szükség sem nappali kórházakra, sem ún. alapszintű sürgősségi osztályokra.

Világos, átlátható, csak a *szakmai szükségleteken alapuló és csak azok kielégítésére szolgáló sürgősségi és ügyeleti szolgálatokra* van szükség. A lakossági igények kritikátlan kielégítése rontja e rendszerek hatékony működtetését.

A fent vázolt, áttekinthető, háromszereplős (kórház, házi gyermekorvosi ellátás és sürgősségi ellátás) gyermek-egészségügyi rendszerben jóval kisebb szerep hárulna az ügyeleti ellátásra, a főállású iskolaorvoslásra. A 3–14 évesek részállású *óvodai és iskolai orvosi ellátásában* jelentkező *párhuzamosságok megszüntetését* javasoljuk. A párhuzamosságok szakmailag, emberileg károsak, és gyakran zavarokat okoznak. E korosztályok szűrővizsgálatait nagyobb bizalommal lehetne a védőnőre és a gyermek házi gyermekorvosára bízni. A főállású iskolavédőnők

számának növekedése lehetővé teszi az iskolák egészségügyi ellátásának tartalmi megújítását. Az elemi iskolák gyermekorvosi ellátásának körülményei nagyrészt nem teszik lehetővé a színvonalas munkavégzést, a finanszírozás pedig méltatlanul alacsony.

Közös kassza

Ebben a kérdésben korábban kifejtett véleményünk változatlan: vagyis *továbbra sem tartjuk elképzelhetőnek* a kórházi és a házi gyermekorvosi kassza összeolvasztását.

Nem látjuk ugyanis megalapozottnak, hogy a közös kassza nagyobb anyagi forrást biztosíthatna az egész gyermekellátásnak. A speciális gyermekigényeket ezzel továbbra sem ismernék el, a finan-

szírozásunkért magasabb költségvetési szinteken kellene – még reménytelenebb – harcokat vívni.

A gyermek-fekvőbetegellátás átalakításakor felszabaduló forrásoknak ugyanakkor szerintünk is a rendszerben kell maradniuk. Erre garanciák szükségesek.

Összefoglalva

Céljaiban határozott, a felvetődő reformgondolatokat következetesen végigvivő, a fenti prioritásokat magába foglaló tervezetet támogatunk. A fokozatos megvalósíthatóság, a rövid távú intézkedések nem csorbíthatják a hosszabb távú érdemi reformokat. Miközben világos, áttekinthető, korszerű és hatékony ellátási struktúra megvalósítására törekszünk, és ennek dominanciáját kívánjuk, nem ki-

fogásoljuk a helyi körülményeknek megfelelő, de szakmai szempontból racionális, a távlati elképzelésekbe beilleszthető megoldásokat. A gyakori hivatkozás a „helyi igényekre” azonban akadályozza a valóban korszerű, a megváltozott morbiditási szükségleteken alapuló, egységes ellátórendszer kialakítását.

Az anyag – kiváló helyzetelemzése mellett – sok vonatkozásban új megközelítést, támogatásra érdemes javaslatot tartalmaz. Fájjaljuk azonban, hogy az anyag elkészítésében nem vehettünk részt. A véleménynyilvánításra adott rövid határidő a részletesebb konzultációk már nem tette lehetővé. Fenti kiegészítéseinket fogadják jó szándékú együttműködésünk jelének.

In memoriam Professzor Dr. Török Éva

A Budapesti Orvostudományi Egyetemen 1957-ben szerzett orvosdoktori diplomát summa cum laude minősítéssel. Ezt követően a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinikáján dolgozott, 1960-ban lett a bőr- és nemi betegségek szakorvosa, 1963-ban szakvizsgát tett kozmetológiából. 1970 márciusától vezette a Heim Pál Gyermek-kórház Bőrgyógyászati osztályát.

1959-től oktatott orvostanhallgatókat, sorozatban szervezte a gyermek-bőrgyógyászati tanfolyamokat. 1978-ban elnyerte az OTKI „Kiváló oktatója” címet. 1973-ban Mexikóban választották a Nemzetközi Gyer-

mebőrgyógyász Társaság Intézőbizottságának tagjává. 1984-től a Magyar Dermatológiai Társaság Gyermekbőrgyógyász Munkacsoportjának elnöke és az Európai Gyermekbőrgyógyász Társaság (ESPD) hazai képviselője. A Magyar Dermatológiai Társulat vezetőségi, a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztőbizottsági tagja.

Az orvostudományok kandidátusa címet 1989-ben kapta meg, 1992-től a SOTE címzetes egyetemi tanára. 1997-ben Kaposi Mór emléklakettet, 1998-ban Batthyányi – Strattmann díjat nyert. 2000-ben Heim Pál érmmel ismerték el tudományos tevő-

kenységét. Nevéhez 125 tudományos dolgozat és 5 könyvrészlet fűződik. „Gyermekbőrgyógyászat” című könyve 1987-ben jelent meg, a második, átdolgozott kiadás dr. Rutkai Krisztina társszerzőségével 1995-ben, a harmadik 1997-ben készült el.

A gyermekbőrgyógyászat hazai megteremtője itthon és külföldön egyaránt elismerést vívott ki szakmaszeretetével, és azzal az odaadással, ahogyan oktatta a kollégákat. Emlékét megőrizzük, és az utat, mellyel irányt mutatott, követni próbáljuk.

DR. SZALAI ZSUZSANNA PhD
HEIM PÁL GYERMEKKÓRHÁZ
BŐRGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY

A Magyar Gyermekorvosok Társaságának 2005. évi Nagygyűlése

Az MGYT évi Nagygyűlése szeptember 29 – október 1-ig Balatonszárszón a Magyarországi Református Egyház konferenciaközpontjában került megrendezésre.

A szép és nyugodt környezet, a kiváló szervezés egyaránt lehetőséget biztosítottak a pihenésre, a feltöltődésre és az ismeretanyag felfrissítésére.

A gyermekgyógyászat legújabb tudományos eredményeit ismertető referátumok mellett a konferencia fő vezérfonala a „Beteg gyermek a családban és a társadalomban” volt. Mészner

Zsófia elnöki, Szabó László főtitkári beszámolójára a küldött-értekezleten került sor. Ekkor adták át az idei Schöpf-Mérei- és Bókay János-kitüntetések is Gyurkovits Kálmán és Sólyom László professzoroknak.

A kitüntetetteknek gratulálunk, a szervezőknek, Fekete György professzornak és Velkey György főigazgatónak köszönetünket fejezzük ki.



Gyermekek gyermekorvosi és házi orvosi alapellátásának összehasonlító vizsgálata Magyarországon

DR. KÁDÁR FERENC¹, DR. KÁLMÁN MIHÁLY¹, DR. PÁLL GABRIELLA², DR. STUNYA EDINA¹, DR. PAKSY LÁSZLÓ¹

¹ Házi Gyermekorvosok Egyesülete ² Országos Gyermekegészségügyi Intézet

A gyermekek alapellátását az Európai Unió országai közül Nagy-Britanniában, a skandináv és a balti államokban, Hollandiában vagy Portugáliában házi orvosok, Spanyolországban, Olaszországban, Franciaországban, Svájcban, Belgiumban, Németországban, Ausztriában, Szlovéniában vagy Magyarországon jelentős részben, a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában pedig kizárólag gyermekorvosok végzik. A gyermekellátás minőségét még a gazdaságilag egyformán fejlett Belgium és Hollandia, vagy Franciaország és Anglia között is nehéz összevetni, az összehasonlítás azonban még nehezebb az eltérő fejlettségű országok között. A házi orvosi és a gyermekorvosi ellátórendszer már csak azért is nehéz összemérni, mert nem lehet figyelmen kívül hagyni azt, hogy az egészségi állapotot az egészségügy legfeljebb 15–20%-ban határozza meg.

A kérdés, hogy kell-e a gyermekek alapellátásához gyermekorvos, vagy más-ként fogalmazva, jobb-e ott a gyermekek egészségi állapota, ahol alapellátásukat gyermekorvos végzi, az Egyesült Államokban és Európában is, ismételt felmerül. Tudományos igényű vizsgálattal alátámasztott válasz azonban nem nagyon született. Az Amerikai Gyermekgyógyászati Szervezetek Szövetségének álláspontja szerint a csecsemő-, gyermek- és ifjúkorúak területi ellátását optimális szinten a gyermekorvosok biztosítják. Az érvek csatájában azonban nem elég, ha csak mondjuk, hogy jobbak vagyunk, a szakmai érveket adatokkal, számokkal is jó, ha megerősítjük.

Magyarország lakosságának 20%-a 19 éven aluli. Az alapellátásban dolgozó 6651 főállású orvos közül 1576 gyermekorvos. Az 5075 házi orvos közül 1546 lát el (vegyes) praxisában 15 éven aluli gyermeket. Míg gyermekgyógyászati szakvizsgát öt éves posztgraduális képzés után lehet tenni, addig a házi orvosok szakképzésük során mindössze három hónapot töltenek gyermekgyógyászattal. És míg a gyermekorvosok praxisához tartozók átlagosan 74%-a, a vegyes praxisba tartozók legfeljebb 15%-a 14 éven aluli. A gyermekorvosok és a házi orvosok gyermekgyógyászati képzettsége és gya-

korlata tehát lényegesen eltér egymástól. Magyarországon a 14 éven aluli gyermekek 77%-a gyermekorvosi, 23%-a vegyes praxisba tartozik. Ez az arány jó lehetőséget kínál a két orvosi csoport gyermekellátó munkájának összehasonlítására.

Célkitűzés

Célunk az ellátás minőségének összehasonlítása volt, ezért olyan mennyiségi mutatókat kerestünk, amelyekkel a gyermekorvosok és a házi orvosok gyermekellátásának minősége jellemezhető. Olyan adatokra voltunk kíváncsiak, amelyekkel az ellátás teljes vertikumának: a megelőzésnek, a gyógyításnak és a gondozásnak a színvonala is mérhető.

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy különböznek-e a házi gyermekorvosok és a vegyes praxisokat ellátó házi orvosok gyógyszerfelírási szokásai, valamint arra, hogyan függ össze a gyermekgyógyászati fekvőbeteg-ellátás igénybevétele az alapellátó orvos képzettségével. A leggyakoribb betegségek kezelésére szolgáló gyógyszerek adatait dolgoztuk fel. Fontosnak tartottuk, hogy olyan gyógyszerek használatát elemezzük, melyek gyakoribb vagy ritkább felírása, minőségi mutatóként értelmezhető.

Mennyiségi adatokkal akartuk jellemezni, hogy melyik csoport ad több preventív gyógyszert, hypoallergén tápszert vagy fakultatív védőoltást. A diagnosztikus éberséget a Magyarországon igen magas prevalenciájú, és gyakran aluldiagnosztizált vashiány kezelésére rendelt vas-készítmények felírásán keresztül mértük.

Az akut betegellátásra az antibiotikum-használatból következtettünk, a foggyasztáson belül a használt szerek profilját is vizsgáltuk. Néztük, hogy melyik csoport antibiotikum-rendelési gyakorlata áll közelebb a terápiás protokollokhoz. A krónikus betegellátást az asztmakezelésre rendelt szerek összehasonlításával közelítettük meg.

Érdekel bennünket az is, hogy a leggyakrabban előforduló, kórházi kezelést általában nem igénylő betegségek, mint például a felső és alsó légúti infekciók, húgyúti vagy gastrointestinalis fertőzések miatt a gyermekorvosok vagy a házi-

orvosok küldenek-e arányaiban több gyermeket kórházba. A kórházi ápolás költségeire az ápolási idő hosszából próbáltunk következtetni.

Módszer

Tapasztalataink szerint az orvosoktól származó adatok sok esetben pontatlanok, ezért az Országos Egészségbiztosítási Pénztár gyógyszer- és fekvőbeteg-adatbázisát használtuk.

Hogy elkerüljük a szezonális ingadozásból adódó eltéréseket, a 19 év alatti lakosság egy teljes évre (2003. július 1 – 2004. június 30.) vonatkozó adatait tekintettük át. A vizsgálat az egész országra kiterjedt. Az adatokat 0–1, 2–5, 6–14 és 15–19 éves korcsoportos bontásban elemeztük és 10 000 azonos korú betegre vonatkoztatva, statisztikai módszerrel (χ^2 -próba) dolgoztuk fel.

Eredmények

Megelőzés

Magyarországon a rachitisprofilaxist orális *D-vitamin*-készítménnyel szakmai protokoll írja elő. Adataink alapján a gyermekorvosok szignifikánsan több *D-vitamin* rendelnek.

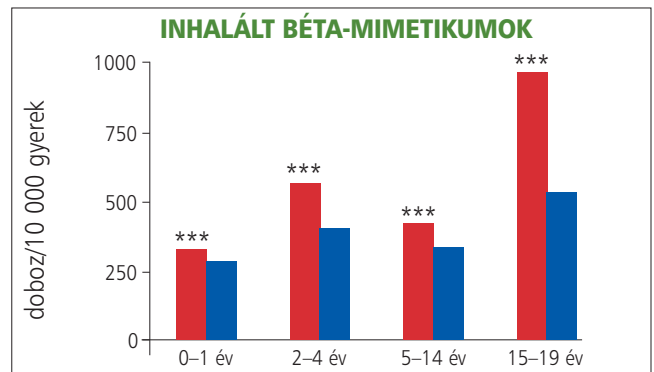
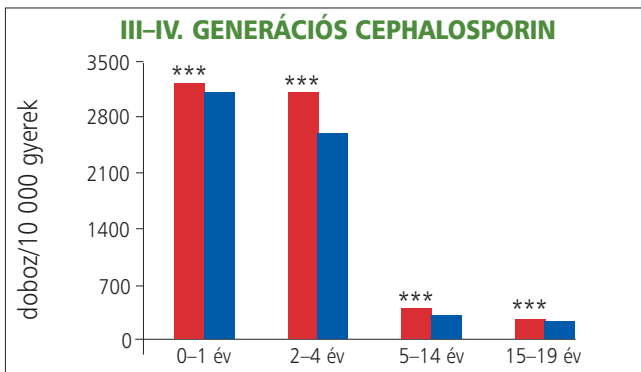
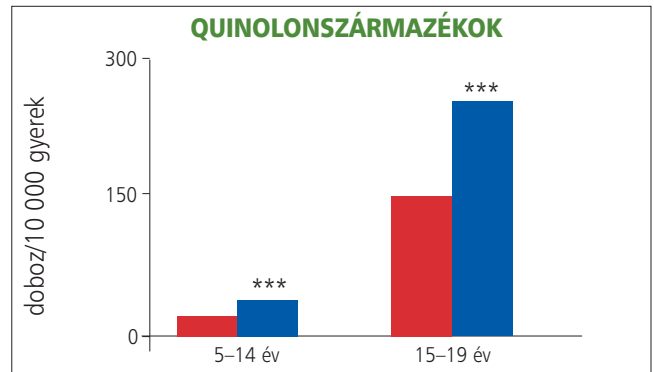
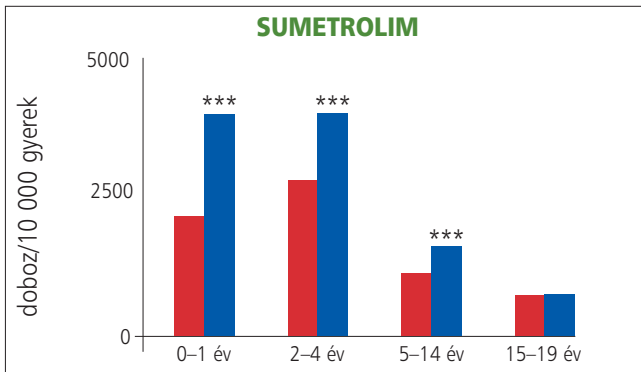
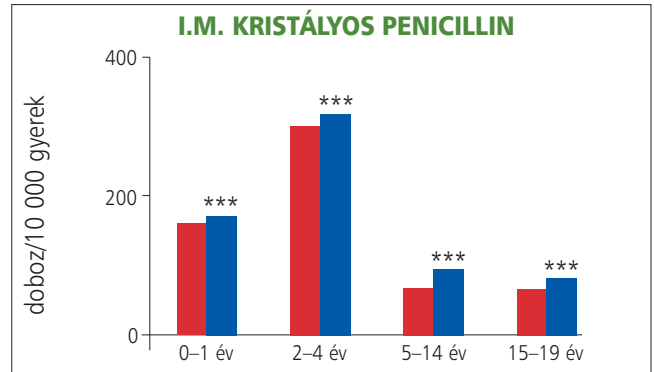
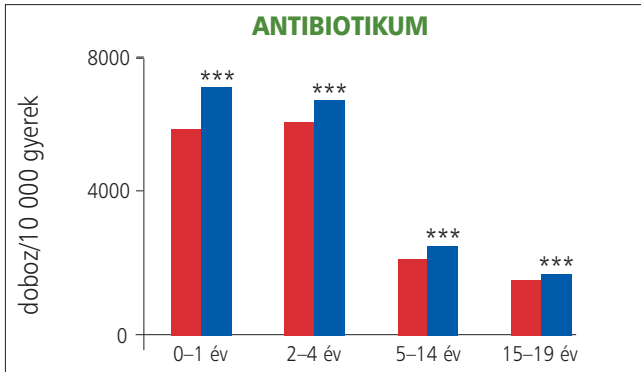
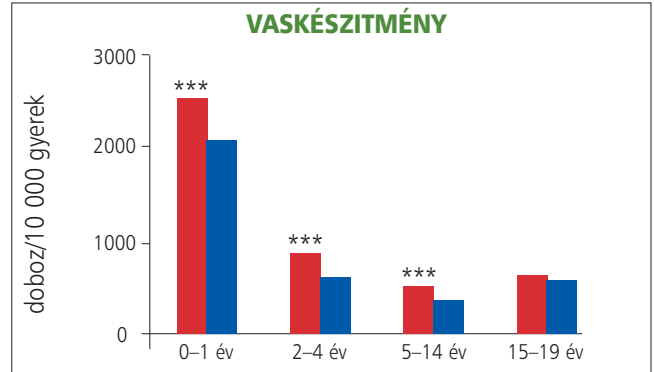
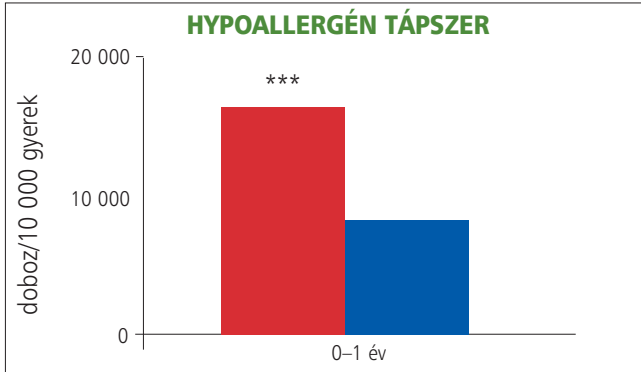
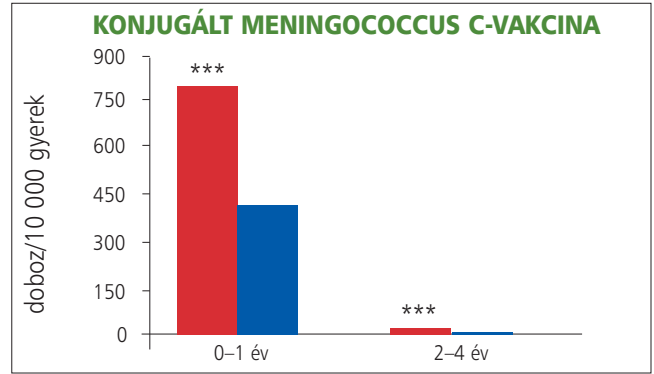
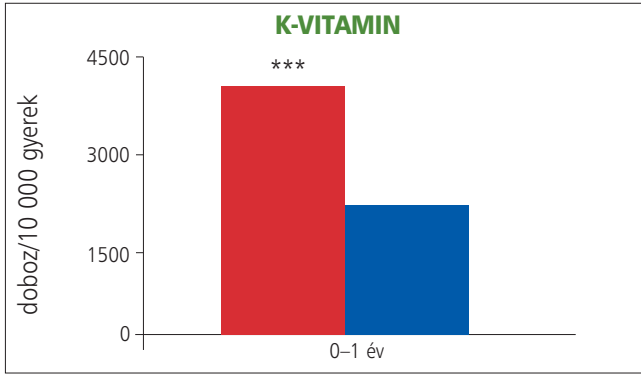
K-vitamin az érvényes módszertani ajánlás szerint a csecsemők a kizárólagos anyatejes táplálás ideje alatt kapnak, hetente adagolva, per os készítmény formájában. A házi gyermekorvosok és házi orvosok között a *K-vitamin*-felhasználásban mintegy kétszeres különbség észlelhető.

Magyarországon a *konjugált meningococcus-vakcina* jelenleg még nem tartozik az oltási rendbe tartozó védőoltások közé. Így az alapellátás munkáján múlik, hogy milyen átoltottsági arányt sikerül elérni. A gyermekorvosok és a vegyes praxisok között ebben a tekintetben mintegy hatszorosa a különbség.

Szakmai irányelvek szerint anyatej hiányában a magas allergiakockázatú csecsemők részére a későbbi allergiás megbetegedések megelőzése érdekében részlegesen hidrolizált fehérjéket tartalmazó, *hypoallergén tápszert* kell rendelni. A felmérés szerint a gyermekorvosok által ellátott csecsemők nagyobb arányban részesülnek ebben a korszerű táplálási formában.



■ Gyermekorvosi és ■ vegyes praxisban rendelt, vényköteles szerek mennyisége 10 000 azonos korú, azonos praxisnemhez tartozó gyermeke vonatkoztatva, korcsoportos bontásban. A diagramokon a statisztikai szignifikancia szintjét csillag jelzi. (***) $p < 0,001$



A vashiánynak nemcsak a vérszegénység kialakulásában van szerepe, de optimális vasellátottság kell az immunrendszer működéséhez vagy az idegrendszer fejlődéséhez is. A hiányállapot felismerése megfelelő tudásszintet igényel. A gyermekorvosok minden korcsoportban viszonylag több *vaskészítményt* rendelnek.

Gyógyítás

Közismert, hogy Magyarországon több antibiotikumot használnak, mint amennyi szükséges. Sok esetben vírusinfekciók kezelésére is antibiotikumot írnak fel. A gyermekgyógyászat és az infektológia vezetői évek óta küzdenek a jelenség megfékezéséért. Ilyen körülmények között a jobb minőségű ellátást az alacsonyabb antibiotikum-indikáció jellemzi. Az alapellátásban történt *antibiotikum-fogyasztás* összesített adatai szerint a gyermekorvosok minden korcsoportban kevesebb antibiotikumot rendeltek.

A *Promtcillin*, *Retardillin* intramuscularis használata évtizedekkel korábban még bevált gyakorlat volt. Indikációjuk azonban ma már igen szűk, mégis sokan alkalmazzák. Napjainkban jóval kevesebb

gyermekorvos, mint házi orvos használja gyermekellátásban ezt az elavult és orális készítményekkel jól helyettesíthető adagolási formát.

A Sumetrolim, ami *sulfametoxazol és trimetoprim kombinációját* tartalmazó per orális szulfonamidkészítmény, indikációs köre szintén szűk. Sajnálatos, hogy a gyakorlatban még mindig jellemző a túlzott használatuk, főként légúti fertőzések kezelésére. A vegyes praxisokban ez a jelenség jóval erőteljesebb.

A gyermekkor a *quinolonszármazékok* alkalmazásának tekintetében kontra-indikációt jelent. Ez a széles hatásspektrumú antibiotikum-csoport a felnőttek bakteriális infekciójában elterjedt kezelési alternatíva. Adataink szerint a vegyes praxist ellátó kollégák a gyermekek, serdülők esetében is hamarabb nyúlnak ezekhez a készítményekhez, felülbíráva ezzel az érvényben lévő alkalmazási előiratban foglaltakat.

Az antibiotikumok közül a III–IV. generációs cefalosporin felhasználásának vizsgálata arra utal, hogy ezekből a szerekből a házi gyermekorvosok rendelnek – talán indokolatlanul – többet. Ez az

eredmény az oktatási, továbbképzési szükségletek meghatározásához is fontos.

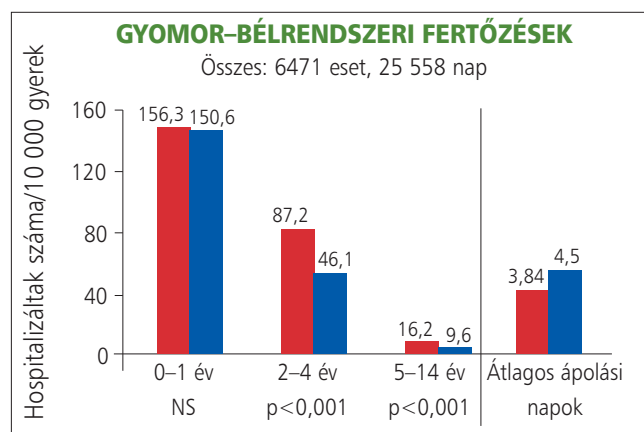
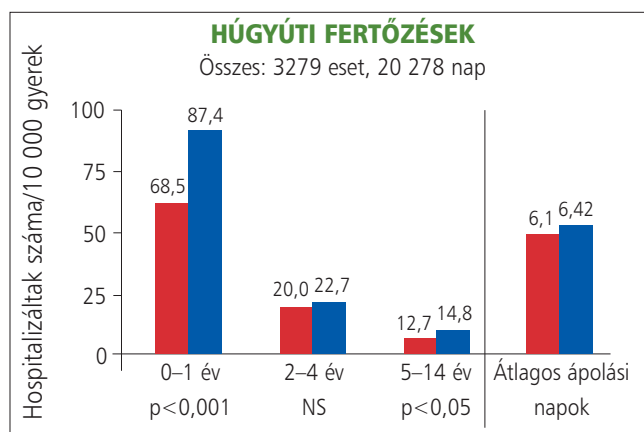
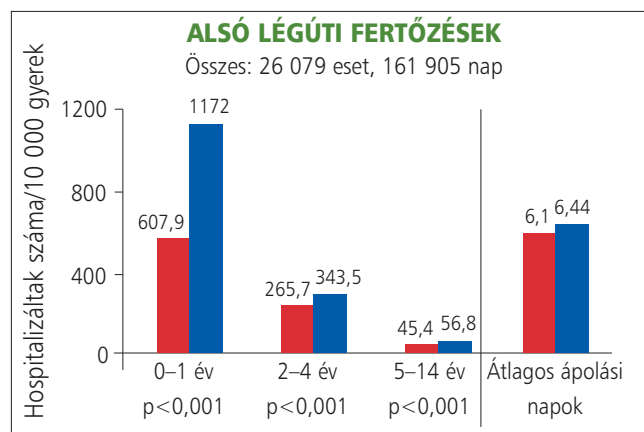
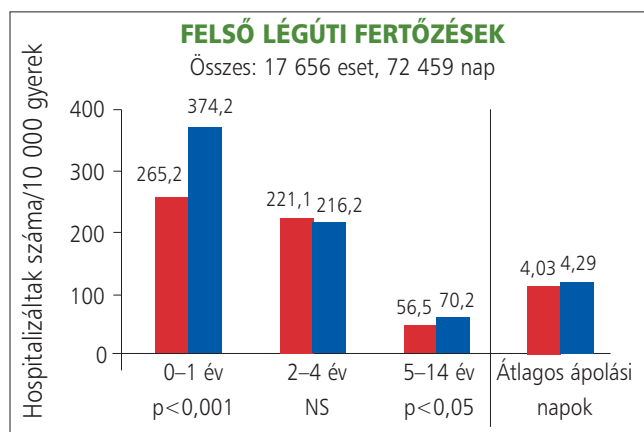
Gondozás

A szakemberek szerint Magyarországon az asztma a leggyakoribb gyermekkori krónikus betegség, aluldiagnosztizált és alulkezelt. A diagnosztikai besorolás és kezelési elvek egységesítésére nagy nemzetközi erőfeszítések történtek, melyek eredményeként egyszerű, könnyen elsajátítható guide-line-ok láttak napvilágot. Az ajánlásokban a preferált adagolási forma mind a rohamoldó, mind a rohammegelőző szerek tekintetében az inhalációs gyógyszeradagolás. Ehhez minden korcsoportra kidolgozott technikai módszerek és segédeszközök állnak rendelkezésre. A gyermekorvosok minden korcsoport számára több inhalatív béta-mimetikumot és inhalációs szteroidot rendelnek.

Kórházi kezelés

Azt vizsgáltuk, hogy a kórházi kezelést általában nem igénylő, leggyakrabban

A leggyakoribb betegségcsoportok miatt ■ gyermekorvosi és ■ vegyes praxisból kórházba került 14 éven aluliak száma 10 000 azonos korú gyermekorvosi, illetve vegyes praxishoz tartozó gyermekre vonatkoztatva, korcsoportos bontásban. Az ábrák jobb szélén lévő oszlop az ápolási napok átlagos számát jelzi.



előforduló kórképek miatt, vegyes praxisba vagy gyermekorvosi praxisba tartozó gyermekek kerültek-e nagyobb arányban kórházba. 10 000, azonos praxisnemhez tartozó gyermekekre vonatkoztatva elemeztük a kórházban ápoltak számát, és betegcsoportonként összehasonlítottuk a két csoport *átlagos ápolási idejét* is. Az ápolási időben látszólag nem sok a különbség, de az átlagosan 0,2 – 0,3 nap differencia sok ezer beteg esetében már jelentős többletköltséggel jár!

Felső légúti megbetegedés miatt jóval kevesebb gyermekorvosi praxisba tartozó csecsemőt és 5–14 éves korút kezeltek kórházban. A gyermekorvoshoz tartozók ápolási ideje rövidebb volt.

Az *alsó légúti fertőzések* mindhárom korcsoportban egységes tendenciát mutatnak. A csecsemők közül mintegy kétszer annyi gyermek került kórházba vegyes praxisból, mint gyermekorvosiból, a gyermekorvosok betegeinek ápolási ideje ez esetben is rövidebb volt.

A *húgyúti fertőzéseknél* ugyanez a helyzet. Szembetűnő, hogy a csecsemőknél itt is milyen óriási a különbség.

Gastrointestinalis infekció miatt gyermekorvosokból kerülnek többen kórházba. A háttérben sok minden állhat, töb-

bek között az is, hogy a dehidráció közeli állapotot gyakrabban ismerik fel a gyermekorvosok, és hogy parenterális folyadékpótlásra Magyarországon rutinszerűen csak kórházi osztályon adódik lehetőség. A kórházi ápolási idő azonban ebben a betegcsoportban is rövidebb a gyermekorvosi praxishoz tartozó gyermekek esetében.

Összefoglalás

A házi gyermekorvosok döntően városokban, a vegyes praxisok pedig jórészt kis településen élő gyermekeket látnak el. Az eredmények alakulásában nem tudjuk, mekkora szerepet játszik a családok szociális helyzete, a szülők kulturáltsága, az infrastruktúra egyenlőtlensége, a lakóhely és a kórház távolsága vagy az orvosi ismeretek korszerűsége.

Megállapítható azonban, hogy

- a preventív munkát jellemző gyógyszerfelírási gyakorlat a gyermekorvosi praxisokban szignifikánsan jobb, mint a háziorvosi praxisban;
- a gyermekek alapellátásában a gyermekorvosok kevesebb antibiotikumot használnak és terápiás gyakorlatuk közelebb áll a szakmai ajánlásokhoz;

- a rendkívül magas prevalenciájú gyermekkori asthma bronchiale kezelésében és gondozásában a gyermekorvosok terápiás gyakorlata korszerűbb;
- az alapellátásban leggyakoribb, tömegesen előforduló, otthon is gyógyítható betegségek miatt csaknem minden korcsoportból nagyobb arányban kerülnek kórházba háziorvosok által gondozott gyermekek. A gyermekgyógyászati fekvőbetegellátó-kapacitás jelentős arányát köti le a vegyes praxisból kórházba került gyermekek ellátása. Feltételezhető, hogy a kórházi igénybevétel egy része indokolatlan.

A felmérés azt igazolja, hogy jelenleg Magyarországon hatékonyabb ellátást biztosítanak a gyermekek számára a gyermekorvosok, mint a háziorvosok.

Köszönetnyilvánítás

Az összehasonlító vizsgálat elvégzéséhez szükséges adatok rendelkezésünkre bocsátását az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főosztályvezetőinek, dr. Kőrösi László és dr. Boncz Imre uraknak, a statisztikai analízis elvégzését a Semmelweis Egyetem Biometriai csoportját vezető dr. Paksy András úrnak köszönjük.

XI. őszi konferenciáját rendezi a Házi Gyermekorvosok Egyesülete

2005. november 18–19-én

Budapesten, a Park Hotel Flamenco szállodában
(1113 Budapest, Tas vezér u. 7.)



Infektológiai továbbképzés

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete, a Medico Uno Kft. szervezésében a következő helyszíneken folytatja továbbképző sorozatát:

Budapest, 2005. november 26.

Győr, 2005. december 3.

Szeged, 2005. december 10.

A továbbképzés témája:

„A gyermekkori lázas eclampsia kivizsgálási protokollja, differenciáldiagnosztikája és modern kezelése a gyermekgyógyász és a gyermekneurológus szemszögéből”

Az előadásokat dr. Liptai Zoltán, a Szt. László Kórház gyermekneurológus főorvosa és dr. Fekete Ferenc, a Madarász utcai Gyermekkorház osztályvezető főorvosa tartja. Az előadások 10 órakor kezdődnek.

A rendezvények pontos helyszínéről a HGYE levélben értesíti a kollégákat, ekkor küldjük a jelentkezési lapokat is.

E-mailen az alábbi címen várjuk jelentkezésüket: infektologia@vipmail.hu

A 8 kreditponttal akkreditált programról 2006 első negyedévében kapják meg az igazolást a résztvevők.

Vaktöltények

KÖZVESZÉLYES ORVOSOK

Népszabadság, 2005. október 3.

Egy hetet járt óvodába a kisfiam, máris beteg az egész család. Leáll a munka, a gyerekek otthon szenvednek és unatkoznak, nő a gyógyszereszámla. Igaz, nemcsak a miénk, az OEP-é is. Mindenki azt mondja, ebbe bele kell törődni, a gyermekközösség már csak ilyen, terjednek benne a vírusok. Valóban van ennek egy elkerülhetetlen része. És egy elkerülhető.

A vírusok ugyanis azért terjednek ilyen akadálytalanul, mert a kedves szülők féltik az állásukat vagy a szabad délelőtti-jeiket, és a beteg gyerekeiket is belöki a bölcsődébe, óvodába. Mindennap találkoznak ezen intézményekben szemmel láthatóan, nyilvánvalóan beteg kisgyerekekkel. Csakhogy: a bölcsődék és óvodák munkatársainak joga és kötelessége ellenőrizni a beérkező gyerekeket és orvoshoz, illetve hazaküldeni a fertőzésveszélyes kis delikvenst. Vannak, akik ezt komolyan is veszik, elviselve a szülők nyomását, de még ők is számos esetben tehetetlenek, mert a szülő diadalmasan felmutatja az egészséges igazolást, amelyet a gyerekorvostól hozott.

Márpedig szülői berkekben köztudott, hogy nagyon sok gyerekorvos állít ki ilyen papírt vizsgálat nélkül, némi forintok ellenében. És nem zavarja, úgy látszik, hogy ezzel megsérti az orvosi esküjét, mert a betegség terjedésében, sokszor járvány kialakulásában segítkezik, és a saját kis betegét is veszélyezteti természetesen, hiszen nem kap megfelelő ellátást a beteg, továbbá közegészség- és járványügyi vétséget követ el ugyanezen okokból, na és akkor még ott van az okirat-hamisítás bűncselekménye is.

Ha a gyermekintézmények megtennék – ami szerintem elemi kötelességük – , hogy az ilyen nyilvánvaló esetekben felhívják az ÁNTSZ-t, illetve az önkormányzat egészségügyi felügyelettel foglalkozó részlegét, és ellenőrző vizsgálatot kérnek, akkor megelőzhető lenne sok család megbénulása, rengeteg fölösleges gyógyszerkiadás, ami – még egyszer hangsúlyozom – nemcsak a családok, de az adófizetők zsebét is terheli, és nem utolsósorban gyerekeink megbetegedése, amely egy szülő számára a legnagyobb baj és fájdalom.

Végül, úgy gondolom, az az orvos, aki pár forintért képes családokat, gyermekközösségeket veszélyeztetni, megérdemli azt a büntetést, amit az ÁNTSZ, illetve az önkormányzat kiszabna ilyen esetben. Nem is beszélve a joggal remélhető viszatartó hatásról.

PETŐ FANNI, BUDAPEST

TILTAKOZUNK!

Népszabadság, 2005. október 8.

A magyar orvostársadalom képviselőiben mint a Magyar Orvosi Kamara elnöke a leghatározottabban tiltakozom lapjuk október 3-i számában Pető Fanni aláírással megjelentetett Közveszélyes orvosok című írásban foglaltak ellen.

Amennyiben a szerző a lap munkatársa, úgy jogi lépéseket helyezünk kilátásba az orvosokat sértő, rágalmazó megállapítások miatt. Amennyiben az illető levelező magánszemély, úgy tiszteletben tartva a magánvélemény szentségét elszomorítónak tartjuk, hogy ilyen szellemiségű írásnak teret adnak a lapban. Természetesen, amennyiben a jelenség mögött bizonyítható konkrétum húzódik meg, úgy készek vagyunk annak kivizsgálására és etikai megítélésére. Ugyanakkor határozottan visszautasítunk minden általánosítást, amely alkalmas az amúgy is rendkívül nehéz körülmények között ténykedő orvoskar lejáratására.

DR. ÉGER ISTVÁN
ELNÖK, MAGYAR ORVOSI KAMARA

Gyerekorvos kollégáink nevében tiltakozunk a lap október 3-i számában Pető Fanni aláírással megjelent olvasói levél miatt.

A szakszerűtlen állításoktól hemzsegő levél, név megjelölése nélkül vádolja azzal az orvosokat, hogy közülük nagyon sokan pénzért egészséges igazolást állítanak ki beteg gyerekekről. Ennek birtokában a szülő beviheti a beteget a bölcsődébe, így megfertőzve az egész közösséget. Ha volt is ilyen eset, azt név megjelölésével a helyi ÁNTSZ-hez vagy a Magyar Orvosi Kamarához fordulva kel-

lett volna elintézni. Ehelyett a szerző általánosítva, egy országos napilap hátsólapján vádolta meg okirat-hamisítás bűncselekményével, orvosi esküjük megszegésével a gyerekorvosokat. A levél írója azt állította, hogy magunk segítkezőnk a járványok kialakulásában és közveszélyt okozva veszélyeztetjük kis betegeink egészségét. Mindannyiunkat megrágalmaztak, mindannyiunk tisztességét megkérdőjelezték! Az általánosító és nem bizonyított vádak határozottan visszautasítjuk. Az 50-es évek stílusára emlékeztető tendenciózus cikk közléte helyett nagyobb körültekintést vártunk volna el a Népszabadság szerkesztőtől.

DR. HUSZÁR ANDRÁS

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK ELNÖKE

SZEGÉNY PETŐ FANNI!

Népszabadság, 2005. október 24.

Nem tudja mire merészkedett Közveszélyes orvosok című levelével (október 3.). Számomra nem tartalma, hanem kiváltott reakciója figyelemre méltó, mert egy tendencia jelenik meg benne.

A Magyar Orvosi Kamara elnöke jogi lépéseket tenne, ha Pető Fanni a lap munkatársa volna (így miért nem?), aki merészelt leírni, hogy „nagyon sok gyerekorvos állít ki ilyen papírt vizsgálat nélkül, némi forintok ellenében” – igazolva a szemmel láthatólag beteg gyerekekről, hogy egészséges. Szerinte az általánosítás alkalmas az orvosok lejáratására. De hol van itt az általánosítás? A „nagyon sok gyerekorvos” mellékmondattal jelzi, hogy nem mindegyik. Igaz, sok jár el szabálytalanul. Dr. Huszár András is az „elkövető” orvosok nevét, címét hiányolja.

Emlékezzünk: amikor egy bátor interetetező címmel, nével tudatta, hogy melyik szülész-nőgyógyásznál mennyi egy baba világra segítői tarifája, a kamara elnöke ombudsmanért kiáltott. Jött is rögvest. Szóval, aki bíráltni meri az orvosok ténykedését, az mindenképpen a sapkás/sapkátlan nyuszi helyzetébe kerül. És ha a Népszabadság ad helyet a bíráltnak, rögtön az 50-es évekre, de

mindenesetre a diktatúra időszakára asz-szociálnak a doktor urak. (...)

Egyszer és mindenkorra tudomásul kellene venni a hazai orvostársadalom hangadó részének, hogy szakmájuk egy a sok száz közül. Gyakorlóit közt vannak briliánsak, közepesek és csapnivalóan rosszak. Mint a gáz- és vízszerezők, a szobafestők vagy a politikusok, és akár a bankárok soraiban. A különbség, ami mégis kiemeli őket a különböző foglalkozásokat űzők sokaságából, az a kiszolgáltattak velük szembeni, máshol sehol fel nem lelhető kiszolgáltatottsága. Ha ezekről vagy más visszásságokról olykor-olykor hírt ad egy lap, az éppen hogy demokratikus állapotainkat, és nem az 50-es éveket idézi elének.

DR. KIRÁLY GÁBOR, SIROK

VAKTÖLTÉNYEK

A hozzászólók csak puffogtattak, de igazából egyikük sem talált. Egy szakmai rétegnek – úgy gondoljuk – joga van megvédeni magát „nagyon sok” sorstársa nevében, különösen, ha korrupcióval, szándékos károkozással vádolják. Való igaz, hogy az általánosító – mert ez igenis az volt – vádaskodásokat nehezen viseljük és visszautasítjuk.

A legnagyobb gond mégsem a kritika (vádaskodás?) tényével van, hanem azal, ami a laikus és határozott vélemény mögött van. Illetve nincs. Mert úgy tűnik, nem ismeri el a tisztelt szülő a szülőtársai felelősségét a beteg gyermek óvodába vitelében, vagy nem ismeri azt a nyomást, ami állásuk elvesztésének félelmé-

ben, a szülők egy részétől felénk árad. Nem veszi figyelembe, hogy ha a munkahely elvesztéséről van szó, a szülő talán el is hallgathat bizonyos panaszokat, vagy akár el sem viszi a gyermekét az orvoshoz. Azzal tisztában sincs a levélíró, hogy az előző este „pecsétetes igazolást” kapott gyermek másnap reggelre esetleg újra megbetegedhet, vagy hogy egy vírusfertőzésnek nem mindig vannak az orvosi vizsgálatnál éppen látható jelei.

Szóval a helyzet jóval árnyaltabb, mint a kritika. A gyerek egészsége nálunk zsinórmérték. De elismerjük, hogy pillanatokra egyikünk is, másikunk is lehet etikátlan, lelkiismeretlen, és akkor nemcsak a bírálatot, hanem az elmarasztalást is megérdemli. Úgy, mint minden más szakmában. De – ha lehet kérni – ne így, sommásan!
(A SZERK.)

Új terápiás eszköz az asthma bronchiale kezelésében

Dr. Halász Adrién PhD, Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet, Gyermek Tüdőgyógyászati és Allergológiai Osztály, Budapest

A gyermekkori asthma bronchiale döntő többségét inhalatív allergia következtében kialakult krónikus légúti gyulladás okozza. A szenzitizált egyénben egyszeri allergéninhaláció után 10–15 perccel, megközelítőleg egy órán át tartó, kilégzési nehezítettséggel járó bronchoconstrictio lép fel. A hörgőgörcs spontán oldódik, majd gyakran az allergénexponíciót követő 2–3 óra múlva, újabb alsó légúti obstrukció jelentkezik, mely 12–24 órán át tarthat.^[1]

A légutak krónikus gyulladása már gyermekkori is fibrózishoz, irreverzibilis strukturális és funkcionális változásokhoz vezethet. A szöveti átépülés, a „remodeling”, a klinikai tünetek, a köhögés, nehézlégzés perzisztálását eredményezi.

A ciszteinil leukotriének (cysLT) különböző stimulusokra – allergének, aszpirin, fizikai terhelés – adott válaszképpen termelődnek, az azokra szenzitív egyénekben.^[2]

A leukotriének hatásukat specifikus leukotriénreceptorokhoz kötődve, azok aktiválásával fejtik ki. A ciszteinil leukotriének hatása az IgE mediálta allergiás reakció korai és késői fázisában is érvényesül. Hozzájárulnak az asthma bronchialera jellemző klinikai tünetek, a légúti obstrukció, a bronchialis hiperreaktivitás és a fokozott nyákszekréció kialakulásához. Hatása 1000-szer erősebb, mint a

hisztaminé. A hörgők simaizomsejtjeit aktiválva azonnali hörgőgörcsöt okoznak, bronchoconstrictor hatásuk igen erős. A ciszteinil leukotriének fokozzák az eozinofil sejtjes beszűrődést, növelik a mikrovascularis permeabilitást. A vérplazma a légutak falába és lumenébe szűrődik, ami végül ödémaképződéshez vezet. A fokozott nyákszekréció révén a plazmafehérjékből és a sérült, levált epithel-sejtekből nyákdugó képződik.

Több klinikai vizsgálat eredménye azt igazolta, hogy sem a szisztémásan alkalmazott, sem az inhalációban bejuttatott kortikoszteroidkezelés nem csökkentette a cysLT-szintet.^[3] Az a tény, hogy asthma bronchialeban a kortikoszteroidkezelés jelentősen nem befolyásolja az LT-koncentrációt, megerősíti a gyulladást okozó kettős mechanizmusának lehetőségét. Az inflammáció perzisztálását egyrésztől szteroidérzékeny biológiai mediátorok, másrésztől szteroidra nem reagáló leukotriének irányítják.^[4] Amíg a leukotriénreceptort nem blokkolja egy specifikus antagonistá vegyület, addig a ciszteinil leukotriének továbbra is aktiválják a receptort, és kiváltják a következményes gyulladást okozó reakciót.

„A leukotriénreceptor-antagonisták alkalmazása a legújabb eszköz az asthma és az allergiás betegségek kezelésének fegyvertárában.”^[4]

Az asthma bronchiale terápiájában a leukotriénantagonista Singulair kiváló hatását hazai és nemzetközi vizsgálatok is megerősítették. Singulair-terápia hatására jelentős életminőség-javulás volt tapasztalható, a béta-agonista és a szisztémás szteroidszükséglet csökkent.^[5, 6.] Magyarországon gyermektüdőgyógyász és allergológus szakorvos javaslata alapján 90%-os támogatással Singulair Junior (5 mg) és a Singulair Mini (4 mg) rágótablettát, hat hónapig házi gyermekorvos is felírhat. Az asthma bronchiale kezelésére Singulair Junior 6–14 éves, Singulair Mini 2–5 éves gyermekek számára rendelhető, esténként egy rágótabletta adagban.

Irodalom:

1. Lemanske Jr, R. F., Kaliner, M.: Late phase allergic reactions. In Middleton, E., Reed, C., Ellis, E., Adkinson, F., Yunginger, J., Busse, W.: Allergy principles and practice, ed 4, St Louis, Mosby, 320-361, 1993.
2. Pauwels, R. A., Joos, G. F., Kips, J.C.: Leukotrienes as therapeutic target in asthma. Allergy. 50, 615-622, 1995.
3. Dworski, R., Fitzgerald, G. A., Oates J.A.: Effect of oral prednisone on airway inflammatory mediators in atopic disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 149, 953-959, 1994.
4. Barnes P. J., Chung K. F., Page C. P.: Inflammatory mediators and asthma. Pharmacol. Rev. 40, 49-84, 1988.
5. Tamási L., Nékám K., Muraközy G., Magyar P.: Montelukast kezelés szerepe krónikus asthma bronchialeban-a HUNAIR II. program eredményei. Allerg. Klin. Immun. 6, 100-107, 2003.
6. Zsigmond Gy., Novák Z., Kósa L.: A leukotriénreceptor-antagonista montelukast-kezelés hatása a gyermekkori asthma bronchialeban. Orvosi Hetilap 145, 2431-2435, 2004.



Ahol a víz az úr

– dráma a Bánságban –

2005. április közepétől drámai hírek érkeztek a romániai és a szerb Bánságban pusztító árvízről. A Temes folyó és a Béga-csatorna közötti területre három méter magasságban hozzávetőleg 450 millió köbméter víz zúdult, miután a folyó több helyen átszakította gátját. A területen több, többségében magyarok lakta települést pusztított el részben vagy teljesen az áradat.



Az emlékezet ehhez mérhető árvízi katasztrófát nem tart számon e vidéken. Felkészülésre, védekezésre nem volt idő. A gátakat elemi erővel áttörő áradat néhány óra alatt tengerré változtatta a termőföld felét. Ótelek és Jánosföld 518 házából 377 összedőlt. Jánosföldön csak a templom maradt épen, a falu sorsa megpecsételődött.

Isteni csoda, hogy emberéletben nem esett kár. A több generáció alatt megteremtett, az emberi élethez szükséges szerény értékek és a jövőbe vetett hit azonban megsemmisült a rémület órái és a pusztulás hetei alatt.

Az árvízről 130 km-re lévő Hódmezővásárhelyen két civil szervezet, a Johannita Segítő Szolgálat és a Gyermekegészségügyért Alapítvány gyűjtést szervezett az árvízkárosultak megsegítésére. Az adományok lehetővé tették egy segélyszállítmány útnak indítását. A város önkormányzata vállalta a szállítmány célba juttatásának költségeit.

A háromtonnányi segélyszállítmányt dr. Kószó Péter gyermekorvos, Hódmezővásárhely alpolgármestere, a Johannita Segítő Szolgálat városi vezetője, dr. Berényi Károly gyermekorvos, a gyermek-egészségügyi alapítvány létrehozója, Tóth Bálint koordinátor, Czirják Zoltán mentőtiszt, gépkocsivezető, Halász Tibor operatőr, a Hódmezővásárhelyi Városi Televízió stúdióvezetője kísérte.

Miután Újvár polgármestere a válságközponttá alakult irodájában tájékoztatta a vásárhelyieket a kialakult helyzetről, az utánfutó és a kisteherautó rakománya – ruhanemű, élelmiszer, bébiétel, ásványvíz és fertőtlenítőszer – a helyiek segítségével egy raktárba, a hódmezővásárhelyi gyógyszertárak gyógyszeradománya pedig az újvári családorvosi rendelőbe került.

A rendkívüli állapotot a központban látható katonai járművek, teherautók, vízügyesek, mentők és a megnövekedett gyalogosforgalom jelezte. Fáradt tekintetű, sietős emberek sokasága igyekezett kisebb-nagyobb csomagokkal, kerékpáron

vagy kiskocsikon tolt ágyneművel, ágybetétekkel, élelmiszerrel átmeneti szállása felé.

Ekkor találkoztunk a kolozsvári Krónika munkatársával, ifjú Haáz Sándor fotóriporterrel, aki annak a Magyar Örökség-díjas székelyudvarhelyi családnak tagja, ahol édesapja, Haáz Sándor a 140 székely gyermekből álló, Szentegyházi Gyermekfilharmónia létrehozója, vezetője; ahol a nagypapja, id. Haáz Sándor a Magyar Köztársaság Tiszti Keresztjével elismert néprajzkutató; és ahol a dédnagypapja, Haáz Rezső a Székelyudvarhelyi Múzeum névadója.

Ótelek magasabban fekvő, templom körüli házai felől ijesztő kontraszt tárult az árvízi felderítők szeme elé. A főutca kezdeti szakaszát szegélyező porták sora az árvíz előtti békés faluképet mutatta, de előbbre, alig 150 méter távolságban, az úttest eltűnt a mozdulatlan víztükör alatt. A nyomasztó csendben a vízből kimagasló villanyoszlopok, az út menti fák koronája és a kivétel nélkül romba dőlt házak torzói jelezték a pusztítás erejét.

Egy hatalmas fémcsónakon „jártuk” be a környéket. A pusztulás valószerűtlen, döbbenetes látványának hatása alatt az út során alig hagyta el hang az árvízi hajósok száját. Az emberi otthonok vízbe ömlő titkai, a szekrény leszakadt ajtaja mögötti polcon a behajtogatott ruhanemű, a padlások korábban ismeretlen és sejtelmes homálya, a gabonatarolókban rothadó tavalyi búza- és kukoricatermés, a romokon éhező tyúkok és macskák megrendítően bizonyították, hogy a baj sokkal nagyobb, mint azt a hírek alapján sejteni lehetett.



A vidék haláltusája szemtanúinak csak a magyar vízügyi hatóságok éppen beindított 16 szivattyúja és a szegedi szakemberekkel történt szívet-lelket melengető találkozás adott egy kis reményt.

A vásárhelyi johannitákkal egyi dőben járt a helyszínen Borbély László, a román területrendezési miniszter, aki bejelentette, hogy az elpusztult házak újjáépítésére kormánya 24 millió eurós segítséget nyújt.

A segélyút vásárhelyi résztvevői a hazafelé vezető úton nem először fogalmazták meg, hogy a katasztrófa helyzetbe jutott, a kimerültség határán lévő embereknek az együttérzés kifejezése, a segítők szolidaritása legalább annyira fontos, mint egy meleg takaró vagy egy tál étel.

DR. BERÉNYI KÁROLY

Szakmai ajánlás a konjugált meningococcus C-vakcinákkal végzett immunizáció során booster oltásra

Az elmúlt évtizedekben jelentős előrelépést jelentett a gyermekkori gennyes agyhártyagyulladások megelőzésében a három fő kórokozó (Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae b/Hib) elleni konjugált vakcinák kifejlesztése és elterjesztése a mindennapi gyakorlatban.

A konjugált vakcinák fő előnye a csecsemőkorban is kialakítható immunmemória, ami a poliszacharidtartalmú bakteriális vakcinák egyikétől sem várható el. Először és a mai napig is a legelterjedtebben a konjugált Hib-vakcinák igen eredményes alkalmazására került sor. Ezeket a konjugált meningococcus C-, majd az utóbbi években a konjugált pneumococcus-vakcinák követték.

A gennyes agyhártyagyulladások elleni csecsemőkori immunizáció a fertőzések korspecifikus morbiditási jellemzőiből következően kiemelten fontos. A Hib-vakcináció tapasztalataiból tudjuk, hogy

már a féléves kor előtt adott 3 részoltással megfelelő immunválasz érhető el. De a Hib kapcsán szembesült a világ azzal is, hogy 1–2 éves kor között (minimálisan 6 hónappal az utolsó csecsemőkori dózist követően) szükség van booster oltásra ahhoz, hogy a védettség valóban tartós és évtizedeken át megbízható legyen. A fiatal csecsemőkorban még viszonylag éretlenebb, kisebb kapacitású immunreaktivitás (kisebb számú germinatív centrum és kevesebb immunkompetens sejt) ugyanis booster oltással eredményesen megerősíthető.

Nagy-Britanniában szerezték a legtöbb tapasztalatot a konjugált meningococcus C-vakcinák alkalmazásával. Az ott felhalmozott ismereteknek két igen fontos megállapítást köszönhetünk:

1. konjugált meningococcus C-vakcinákkal elegendő két, egymástól két hónap különbséggel adott vakcinadózis az alapimmunizáláshoz;

2. 1–2 éves kor között, a második dózis után 6–12 hónappal szükség van booster-oltásra ahhoz, hogy a fiatal csecsemőkori immunizációt hosszú távra is hatékonyá tegyünk.

A meningococcus C-vakcinák hazánkban jelenleg választható védőoltásként, életkorhoz kötött társadalombiztosítási támogatással hozzáférhetők. Az Epiinfo védőoltásokról szóló különszáma (2005. 12. sz.) a meningococcus C-ellenes konjugált vakcinák korábbi alkalmazási előírásai szerinti oltási sémát ajánlotta csecsemőkorban. Minthogy a fent vázolt tapasztalatok alapján időközben módosították az alkalmazási előiratokat, a booster oltás szükségességének rögzítése a magyar Módszertani levélben is ajánlott.

Dr. MÉSZNER ZSÓFIA
FŐIGAZGATÓ, GYERMEKINFECTOLOGUS

Praxisok

- Budai 580 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a 06/30-372-2626-os telefonszámon lehet.
- Budapest, XV. kerületében házi gyermekorvosi praxisomban gyermekorvost alkalmaznék. Tel.: 06/30-972-2795.
- Budapest, XV. kerületében házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 06/30-972-2795.
- Budapest, XVIII. kerületében két praxis 530–550 kártyával eladó. Tel.: munkaidőben 06/1-339-3704.
- Budapesttól 20 km-re lévő város házi gyermekorvosi praxisának tartós helyettesítésére keresek kollégát. Tel.: 06/30-442-9770.
- Budapesttól 30 km-re gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni az esti órákban: 06/30-206-1364-es számon lehet.
- Balatontól fél órára, Tamásiban, 750 kártyás gyermekorvosi praxis és 2 szobás lakás eladó. Tel.: 06/20-979-2567.
- Házi gyermekorvos helyettesítést vállal Budapest területén. Tel.: 06/60-300-5361.
- Jász-Nagykun-Szolnok megyében 860 fő kártyával gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet 16 órától 8 óráig van, továbbá hétvégén és ünnepnapokon úgyszintén. Szolgálati lakás a Tisza-parton, gyönyörű környezetben. Az állás 2006. január 1-vel betölthető. Érdeklődni a 06/20-471-3908-as telefonon lehet.
- Sopronban házi gyermekorvosi praxisjog, területi ellátási kötelezettséggel, eladó. Érdeklődni 17 és 20 óra között a 06/99-343-005 vagy 06/30-426-4940-es telefonon lehet.
- Munkatársakat keresek iskolaorvosi és házi gyermekorvosi állás betöltésére. Többgyermekes anyák és nyugdíjasok sem szenvednek hátrányt. Érdeklődés: Dr. Horváth Anna 06/30-635-2608 vagy 06/28-500-025-ös telefonon.
- Újpest Önkormányzatának Szociális és Egészségügyi Intézménye iskolaorvosi munkakörbe házi orvosi, belgyógyász vagy csecsemő- és gyermekgyógyász szakvizsgával, megbízási jogviszonyban történő foglalkoztatáshoz, gyermekorvost keres. Önéletrajzokat és a diplomamásolatot az alábbi címre kérjük küldeni: 1042 Bp, Deák Ferenc u. 93.

HOMEOPÁTIA ALKALMAZÁSA A GYERMEKORVOSI GYAKORLATBAN

A Magyar Homeopata Orvosi Egyesület 2006. január 28–29-én akkreditált tanfolyamot szervez elsősorban homeopátiás képzettséggel még nem rendelkező gyermekorvosok és házi orvosok részére.

Témakörök:

A homeopátia alapelvei, lehetőségei, határai, előnyei • A homeopátiás anamnézis sajátosságai • Adagolás, potenciaválasztás, irányzatok • Bevált indikációk: sérülések, grippe, hányás, hasmenés, nyugtalanság, alvászavar, fogzási nehézségek, felső légúti hurutok kezelése.

Helyszín: Hotel Ventura, 1119 Budapest, Fehérvári út 179.

Regisztráció: január 28-án, 9 és 10 óra között

A tanfolyam díja előzetes (csekken történő) befizetés esetén: 20 000 Ft, határidő után, illetve helyszíni fizetéskor: 24 000 Ft.

Befizetési határidő: 2006. január 17.

Jelentkezni írásban 2006. január 10-ig lehet.

Jelentkezési cím és információ: MHOE. Tel: 225-3897, fax: 225-3898

e-mail: homeopata@axelero.hu; **honlap:** www.homeopata.hu

SÉRÜLÉSEK KEZELÉSE ÉS A PERIOPERATÍV IDŐSZAK TÁMOGATÁSA HOMEOPÁTIÁVAL

A Magyar Homeopata Orvosi Egyesület 2005. december 10-én tanfolyamot szervez, elsősorban homeopátiás képzettséggel még nem rendelkező orvosok részére.

A tanfolyam vizsgával zárul, kreditpontértéke 16 pont.

Az előadások helyszíne:

Hotel Tulip Inn 1089 Budapest, Üllői út 94–98.

Jelentkezni írásban lehet 2005. november 26-ig.

Jelentkezési cím és részletes információ:

MHOE iroda, tel.: 225-3897, fax: 225-3898

e-mail: homeopata@axelero.hu;

honlap: www.homeopata.hu

A tanfolyam díja: csekken történő előzetes befizetés esetén 11 000.- Ft, határidő után vagy helyszíni fizetés esetén 13 200.-Ft.

Befizetési határidő: 2005. december 5.

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.



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



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 André Lilla

