

2006. október ■ XI. évfolyam 5. szám

# HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



## Hétköznapi hazugságok

Otthon is kezelhető hányást, hasmenést kórházba küldeni, gondolkodást és felelősségvállalást igénylő hasfájást beutalni, nem vakbélgyulladást osztályon aszalni, nem fitymaszküveget fitymaszküveggel operálni. Felvételt nem igénylőt hospitalizálni, valószínűleg több ápolási napot, diagnózisokat hazudni. Enyhe dobhártyagyulladásra középfülgyulladást, hörghurutra tüdőgyulladást, vírusra bakteriális fertőzést mondani, mandulaműtét előtt indokolatlan laborvizsgálatokat végeztetni, indikáció nélkül orrvagy garatmandulát kivenni.

Vírusra antibiotikumot írni, olcsó helyett drágát adni. Hörghurutot röntgenre, minden nehézlégzést pulmonológiára, minden allergiást allergológiára, sportoló gyereket mit sem végző sportorvoshoz küldeni. Úszás előtt orvosi vizsgálatért, bölcsőde, óvoda, táborozás előtt igazolásért rendelőbe járni, egészséges csecsemőt hetente otthon látogatni, sportszervásárláshoz biztosító számára igazolást töltögetni. Náthát, hasmenést, köhintést, rovarcsípést vizsgálni, nem beteget visszarendelni, kullancsot orvosnak kiszedni.

Ügyeletben sürgősség ürügyén lakásra menni, tápszert írni, igazolást kiadni. 10 milliós országban 1600 házi gyermekorvost, öt gyermekklinikát, felesleges gyermekkórházakat és gyermekosztályokat finanszírozni, koncentrált ellátás helyett szétaprózottat, alapellátás helyett kórházat fenntartani, védőnőt lakásokra zavargatni. Sorozatdohányzót, extrém sportban megsérültet az én pénzemen gyógyítani, állampolgári felelőtlenséget az egészségügy nyakába varrni. Rossz orvost, buta asszisztentst alkalmazni, szervezetlen ellátásért igazgatókat fizetni.

Kérésre kutyának, macskának, nem biztosítottnak támogatott gyógyszert írni, iskolában orvosi munkát hazudni, felesleges gyermekorvosokat kiképezni.

Indokolatlan ellátást orvosnak hazudni, képzetlen orvost képzettnek mondani, nem orvosi munkáért orvosi fizetséget követelni.

Poshadt mocsárban dagonyázni.

*Kovács János*

## TARTALOM

- Gúzsba kötve táncolni . . . 2–5
- Álláspont . . . . . 6–7
- Folytatódik-e a nemzeti gyermekprogram? . . . . . 7
- Panasz az erdőből . . . . . 9
- Bevezetik a háziorvosi gyógyszerkészletet . . . . . 10
- Több száz milliárdos hiány 11
- '56 . . . . . 12–13
- Infarktus és stroke . . . 15–17
- Adj esélyt! . . . . . 17
- Kárieszprofilaxis . . . . . 19
- Táplálkozás, elhízás . . . . . 20
- Elidel . . . . . 23
- Hírek . . . . . 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2006-ban:



# Gúzsba kötve táncolni

DR. KÁLMÁN MIHÁLY

**A küszbönálló reform, a házi gyermekorvosokat egyénileg és vállalkozóként súlyosan érintő megszorító csomag is igényli, hogy ismételten megvizsgáljuk a házi gyermekorvosi ellátórendszer működésének és finanszírozásának azon elemeit, melyek igazságtalanok, és akadályozzák az ellátás javítását. Vegyük sorra azokat a területeket, ahol ellentmondások gátolják a fejlődést:**

## A SZABÁLYOZÁS ADMINISZTRATÍV ÉS PIACI ELEMEI

Az egészségügy működésének szabályozása világszerte nehézségekkel küszködik. Nehéz az egészségügy összes szereplőjét kielégítő szabályozást kimunkálni. A merev adminisztratív és a piaci jellegű előírások különböző arányban keverednek az egyes országok egészségügyi irányításában. Az azonban mindenütt közös alapelv, hogy az ellátás biztonságának, a szolidaritás elvének, a mindenkinek járó minimális ellátás garantálása miatt nem lehet – a gazdaságban szokásos mértékben – a piacra bízni a regulációt. Az egészségügyi vállalkozások között megengedhető versenyt bizonyos adminisztratív korlátok közé kell szorítani.

A szinte mindig szűkösre sikeredő egészségügyi költségvetés tervezése és elköltése tehát igen nagy körültekintést igényel. Ráadásul, miközben az egészségtudomány rohamos fejlődése egyre bonyolultabb és drágább beavatkozásokat tesz lehetővé, az államok és kormányaik viszonylag egyre kevesebbet szeretnének költeni az egészségügyre. A szűkös pénzforrásokat ezért a lehető leghatékonyabban kellene felhasználni.

A lakosság értékrendjében sincs a megfelelő helyen az egészségtudatos magatartás, az egészség megóvása csak a sokadik a rangsorban. Nem is szívesen áldozunk rá. Az így szűkülő pénzforrások tovább élezik az orvosszakmailag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető beavatkozások közötti etikai konfliktust.

A fentiek miatt is az egészségügyben különösen fontos az adminisztratív és piaci elemek mértéke, aránya, illetve ezeknek az ellátás biztonságára és minőségére gyakorolt hatása. Vékony az a mezsgye, amin itt közlekedni lehet. Máshol is, nálunk is. Magyarországon azonban talán az indokoltnál is feszesebb és centralizál-

tabb az adminisztratív szabályozás. A piac szabad értéktételét részben helyettesítő teljesítmény és a minőség-ellenőrzés, az ennek megfelelő differenciálás a finanszírozásban ugyanakkor csaknem teljesen hiányzik.

## MILYEN VÁLLALKOZÁS A HÁZIORVOSI VÁLLALKOZÁS?

Ha az egészségügy korlátozott piac, akkor már ebből következően sem lehetnek az egészségügyi vállalkozások hagyományos értelemben vett piaci szereplők. A „terep” jellegéből eredő – és elfogadható – korlátozások mellett azonban más, talán nem szükségszerű hátrányok is szűkítik vállalkozásaink mozgásterét.

Az orvosi vállalkozások a jogi és pénzügyi procedurát illetően ugyanúgy ügyvédi és közjegyzői, cégbírósági közreműködéssel jönnek létre, mint más gazdasági társaságok. Később is ugyanazok az adózási, munkáltatói szabályok vonatkoznak rájuk, mint a többiekre. Kiadásaink tekintetében tehát nem különbözünk, egyenrangúak vagyunk. Amiben azonban különbözünk, az többnyire hátrányt jelent a számunkra.

Ilyen különbségtétel például az egészségügyi vállalkozásokat hátrányosan érintő tárgyi adómentesség. Miközben ugyanis az áfatartalmú beruházások, eszközbeszerzések áfáját mi is kénytelenek vagyunk megfizetni, annak visszaigénylésére már nem vagyunk jogosultak. További hátrány, hogy eszközeink amortizációja nincs beépítve a finanszírozásunkba.

Iparüzési adót fizetünk, miközben nincs ennek az adóformának alapját képező, szabadon befolyásolható árbevétele. Működési engedélyt csak asszisztens alkalmazása és az előírt tárgyi feltételek biztosítása után kapunk. Az alkalmazottaink és a saját fizetésünkre ugyanazok a munkáltatói és reálgazdasági szabályok hatnak, mint a gazdaság egyéb területein. A bér és a bérjáradékok kifizetése egy központi pénzalapból, havonta filére kiszámított összegből történik. Bevételeink mértékét tehát nem határozhatjuk meg; azok függetlenek vállalkozásunk befektetéseitől és a teljesítményunktől is. Akár jól, akár rosszul teljesít a vállalkozás, a bevételeinken ez nem látszik meg. A tisztességünkön kívül nincs, ami többteljesítményre, a minőség javítására ösztönözne.

Ilyen körülmények között a házi orvosi,

házi gyermekorvosi vállalkozások még „korlátozottan” sem képesek üzleti tervet készíteni, a teljesítés körülményei csak igen kis mértékben függenek a vállalkozó orvos szándékaitól, a teljesítmény köszönő viszonyban sincs az érte kapott juttatásokkal. Sőt! A degresszió formájában még büntetést is kap a nagyobb teljesítmény, a nagyobb felelősségvállalás. Ezek után nehéz valódi vállalkozásoknak tekinteni a házi gyermekorvosi vállalkozásokat. Talán csak egy dolog különbözteti meg a vállalkozó orvost a közalkalmazotti bérből élőktől, hogy a finanszírozó és a szolgáltató közé nincs még egy „nagy hatalom”, az önkormányzat beiktatva. Félreértés ne essék, nem a piaci elemek korlátozás nélküli érvényesülését kérem én itt számon. Ez talán kiderült az eddigiekből is. De más a korlátozás és más egy vállalkozás gúzsba kötése. Meggyőződésem ugyanis, hogy a piackorlátozó intézkedések finomabbra hangolásával, a valódi minőséget ellenőrző szakfelügyelettel mind a betegkör túlvállalása, mind a felesleges eszközös vizsgálatok elkerülhetők lennének. A betegutak menedzselését rá lehetne bízni a jól képzett, a betegek érdekét szem előtt tartó orvosra.

## A DUÁLIS FINANSZÍROZÁS ANOMÁLIÁI

Régi igazság, hogy akinek két gazdája van, annak sokszor egy se jut. Mégpedig azért nem, mert jó esetben azok egymásra várnak, rosszabb esetben, pedig egymásra mutogatnak. Érdemes lenne egyszer felmérni, hogy a praxisok hány százaléka jár jól vagy rosszul azzal, hogy a finanszírozás gerincét adó egészségbiztosító mellett még az önkormányzatoknak is maradt lehetőségük az orvosi alapellátás pénzforrásainak kiegészítésére. Erre kötelezi őket az egészségügyi alapellátásban rájuk rótt felelősség és sok esetben a rendelők tulajdonjoga is.

Kétségtelen, hogy lehet itt jól is járni, elsősorban akkor, ha a rendelő orvosai közel állnak az önkormányzat szívéhez. De vajon megengedhető-e ehhez hasonló esetlegességek egy fontos szolgáltató rendszer működésének finanszírozásában? Megengedhető-e, hogy csak a házi orvos szolgáltatótól várják el a jó tulajdonosi magatartást (pl. eszközpótlás), miközben az önkormányzat megengedheti magának a tulajdonában lévő rendelők

karbantartásának évtizedes elmaradásait is? A praxisok működtetésére is szűkös pénzforrásokból már nem vagy alig jut az épület karbantartására, az eszközök pótlására. Hány helyen történik meg, hogy a „privatizált” orvosok és betegek türelmét próbára téve, az önkormányzatok a praxisok hozzájárulására, intézkedésére várnak saját tulajdonuk tatarozásában? Ez akkor is szomorú és igazságtalan, ha tudjuk, hogy nem mindenütt van így.

Átláthatatlan, egészségtelen viszonyok keletkezhetnek ott, ahol, több helyről kell jönnie a pénznek, több intézmény felől az ellenőrzésnek.

### **TELJESÍTMÉNY ÉS FINANSZÍROZÁS**

Az egészségügyi reform keretében olyan szakmai, jogi, gazdasági és humánerőforrás-szabályozást kellene megalkotni, amely minden részletében segíti egy modern és hatékony gyermekgyógyászati alapellátás létrejöttét.

Minden reformértékű változtatásnak a gyermekkori morbiditásnak megfelelő szakmai szükségleten kell alapulnia. Figyelembe véve a gyermekgyógyászat fejlődését is, először ezt a szükségletet kellene nagyon pontosan felmérni. És csak ezek után vizsgálni azt, hogy mire van pénz, és nem fordítva. Mert ugyan a finanszírozás, a pénz, a költséghatékonyság szerepe is fontos (mert ez visszahat az ellátásra), nem helyes azonban, ha a „steril” közgazdasági elgondolások és a jogi szabályozás szerepét túlértékeljük, ezeket az elemeket tekintjük kiindulópontnak. Bizony gyakran ez történik. Ki kell alakítani a szakmai és pénzügyi szempontból egyaránt korszerű szabályozást, és az ország teherbíró képességéhez arányított, „optimális” ellátási struktúrát. A struktúra reformjában kell a jól járható és költséghatékonyság szempontjából is racionális „betegutakat” kiépíteni. A hatékonyságot az ellátóhelyek szintjein – a teljesítés valóban minőségi elemeinek értékelésével – „szelíd”, de orientáló szakmai felügyelettel, országosan pedig a struktúra ésszerű centralizációjával kell biztosítani.

Egy bonyolult és rossz labirintusban könnyen eltéved a beteg, de az orvos is. A betegutak adminisztratív és pénzügyi szabályozása mellett szükség van a minőséget, a teljesítményt valóságosan értékelő szakfelügyeletre és az azt elismerő finanszírozásra. Mert ezek nélkül szakmán kívüli tényezőkön dőlhet el az, hogy a nagy változások közepette ki marad állva.

A gyermekorvosi alapellátásban időbeli és pénzügyi korlátokkal körülbástyázott, de mindenképpen kiterjedtebb és definití-



**ÁTALAKÍTÁS ELŐTT**  
**A**  
**TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS**  
**ÉS AZ ELLÁTÓRENDSZER**

**ZÖLD KÖD**

címmel rendezti

**XII. őszi konferenciáját**  
**a Házi Gyermekorvosok Egyesülete**

**2006. november 17–18-án**

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

vebb ellátási kompetenciára van szükség. A szélesebb tevékenységi körnek megfelelő teljesítmény és annak elismerése ugyan is növeli praxisaink értékét.

### **KIS PRAXISOK, NAGY PRAXISOK, DEGRESSZIÓ**

Egy rendszer működését nem lehet jól szabályozni akkor, ha nincs megegyezés abban, hogy mi a rendszer működésének alapegysége. A körzet vagy praxis dilemma behalózza mindennapjainkat.

1992 – a szabad orvosválasztás bevezetése – előtt csak a tisztán területi elven működő adminisztratív szabályozás létezett. Az orvos kapott egy körzetet, a lakosság pedig kapott egy körzeti orvost. Kötelezően, eszi, nem eszi alapon. Hogy aztán a valóságos ellátás a rendelőben nem ennek alapján történt és ez az egész „beosztás” csak a fiókok mélyére szortíro-

zott betegkartonokra vonatkozott, senkit nem érdekelt. Mint ahogy az sem, ha történetesen a nagy körzettel bíró kolléga várója tátongott az ürességtől, miközben a kisebb körzettel bíró gyermekorvos megszakadt a munkától, mert hogy a betegek „átjártak” hozzá, gyakorolva az akkor még nem legális szabad orvosválasztás jogát. Természetesen a közalkalmazotti bérskála szerinti fizetési szalag sem tükrözte a munkában mutatkozó aránytalanságokat.

1992 áprilisát követően a szakmai irányítás sok képviselője féltette a rendszert a szabad orvosválasztás – mint mégiscsak piaci elem – bevezetésétől. Félték a káosztól, félték a betegek megalapozatlan értékítéletétől, a gátlástalan kártyagyűjtéstől. Egyébként sem volt megszokott, hogy egy tekintélyelvű egészségügyben számíttson a beteg véleménye.

Aztán kiderült, hogy mindenkinek előnyére vált a dolog, orvosok és betegek egyaránt „felnőttek” a feladathoz. Az addigi illegális viszonyukat most már legalizálták az egészségügy szereplői.

Igazságtalan rajtot jelentett ugyan, hogy az intézkedés bevezetése előtt nem próbálták a lakosságszám szempontjából azonos demográfiai helyzetbe hozni a körzeteket, hogy mindenki azonos rajtvonalról indulhasson. A lakóparkok építése közepette a körzetbeosztások módosításának elmaradása konzerválja a praxisok versenyében megmutatkozó igazságtalanságokat. A körzetek adottságai, a bővíthető és a bővíthetetlen körzetek, az önkormányzatok joga a körzethatárok kijelölésére, a védőnők hatása az orvos választására, továbbra is külső – a teljesítménytől független – tényezőkként befolyásolják az orvos képességeinek, képzettségének kiteljesedését.

A fogyatkozó gyermeklétszám mellett hátrányt jelent az is, hogy amikor az OEP szerződést köt a gyermekorvossal, a körzetben lakó 14 éven aluliak számát veszi csak figyelembe. Ez ugyanis azt sugallja, hogy az a kivételes és rendhagyó, ha egy 15 éves kamasz a gyermekorvosi praxist választja a felnőtt helyett. Hol az a szakmai érv, amivel ezt a sugalmazást alá lehet támasztani?

További igazságtalanság hordozója, egyenesen a fejlődés gátja a degresszió jelenlegi szintje. Ez hovatovább olyan létszámmal és pontértékkel „büntet”, amely alatt – különösen a megszorító intézkedések után – már csak likviditási gondokkal küszködő praxisokat találhatunk. Többször hangsúlyoztuk, hogy a praxis nagysága nem minőséget meghatározó elem. Rossz munkabeosztással, a tudásszint karbantartásának elhanyagolásával kis létszámú praxisokat is lehet rosszul ellátni. És ennek a fordítottja is igaz. A finanszírozónak – már csak humánpolitikai érdekből is – a nagy praxisok elláthatóságának útjait is egyengetni kellene. Ez megkönnyítené az utánpótlási helyzet kezelését és a praxisok értékállóságának a biztosítását is.

A finanszírozás reformjában az egyik legelső és legfontosabb intézkedésnek a degressziós határ eltörlését tartom. Nem elég ugyanis, hogy a gyermekorvosi praxisokat a demográfiai trendek is folyamatos forráscsökkenéssel sújtják, még fogyatkozó betegeink „létszám feletti” részének ellátást sem honorálják megfelelően.

### **PRAXISJOG, BÁZISFINANSZÍROZÁS**

A praxisjog mint vagyoni értékű, tehát eladható jog nagy vívmány, mert értékesíté-

se hozzájárul a nyugdíjas évek egzisztenciális biztonságához. Erre a háziiorvosi és főleg házi gyermekorvosi területen messze túlbecsült hálapénz és a nyugdíjalapba beszámító nevelésesen alacsony fizetés nem nyújt kellő biztosítékot. Védeni kell ezért e jogunkat, sőt olyan viszonyokat kell teremteni, amelyek között e jog értéke növekedhet.

A jelenlegi körülmények között azonban a praxisjog megmerevíti a rendszert és fenntartja, sőt fokozza azt az aránytalanságot, mely az eszkimók és az ellátásukat biztosító főkaállomány között fennáll.

A rendszer bebetonozását segíti a bázisfinanszírozás gyakorlata is. Ezt a rossz demográfiai helyzetben létesített praxisok túlélésének biztosítására, likviditási problémáik megelőzésére hozták létre. E hasznos cél mellett azonban még legalább két további hatása van: az egyik, hogy a szükséglettől függetlenül magasan tartja a praxisok számát, a másik, hogy fenntartja, illetve nem szünteti meg a területi aránytalanságokat. Az ellátatlan területek, a fehér foltok „bevállalásához” túl kevés a bázisfinanszírozás jelenlegi mértéke. Az új szabályozásnak egyszerre kellene biztosítani a rendszerből távozók és a rendszerben maradó praxisainak értékét, és a gyermekorvosi praxisok egyenleesebb területi eloszlását is.

### **VERSENY ÉS A HÁZIORVOSI PRAXISOK**

Néha már megmosolyogtató az a vita, ami a piaci elemeket az egészségügybe bevinni kívánó szakpolitikusok és az ezeket mereven elutasító, a szolidaritás magas elvét és az ellátás biztonságát féltő szakértők között folyik. Itt mintha csak fehér és fekete, tűz és víz megközelítés létezne. Folyik az elbeszélés egymás érvei mellett. Pedig létezik mindkét igényt kielégítő megoldás: a piaci elemek garanciák, korlátok közötti működése. Az egészségügynek finanszírozási szempontból talán leghelyesebb meghatározása az, hogy: „korlátozott piac”. Nem könnyű – ez világszerte tapasztalható – egy ennek megfelelő finanszírozási modellt kimunkálni. A túlzottan merev adminisztratív szabályozás rontja az érdekeltséget és ezzel a szolgáltatás minőségét, a piaci elemek zabolátlan érvényesülése pedig vesztélyezteteti az ellátás biztonságát és a szolidaritást.

A szabad orvosválasztás bevezetése versenyhelyzetet eredményezett az egyes háziiorvosi praxisok között. A betegek folyamatos értékítéletének kitett háziiorvosok munkájának minősége javult, nőtt a páciensek bizalma, miközben nem csök-

kent az ellátás biztonsága, nem lett anarchia és az etikai ügyek sem burjánzottak el. A szabad orvosválasztás semmivel sem pótolható, nagy értéke lett a magyar orvosi alapellátás rendszerének.

### **ALAPBIZTOSÍTÁSI CSOMAG, PLUSZ-SZOLGÁLTATÁS**

Azt, hogy egy alapbiztosításért milyen szolgáltatás jár, még ma sem tudja senki. Mit várhat el a beteg háziiorvosától, házi gyermekorvosától? Azt mindenképpen, hogy szakszerűen megvizsgálja, kezelje és gondozza.

De hogy mikor és hol, hát ebben már nem egyértelmű a szabályozás, de a szülői elvárás sem. A rendelet szerint az ellátás „a rendelőben, de indokolt esetben, a beteg otthonában” történhet. De hogy mi számít indokolt esetnek, vagyis kihez kell kimenni, ezt homályban hagyja a rendelkezés. A szülők igénye, vagyis az, hogy kinél mi számít „indokoltnak”, rendkívül széles skálán mozog. A bizalom megőrzése, az esetek telefonon történő megítélésének bizonytalansága miatt a gyermekorvosok ritkán mernek nemet mondani egy-egy hívásra. Ezért olyan esetekhez is kimennek, melyek ellátása minden nehézség és kockázat nélkül megtörténhetne a rendelőben is. Ha egy szolgáltatási igény nincs egzakt módon szabályozva, akkor annak határa a csillagos ég. Amennyiben azonban az otthoni ellátás számlázott pluszszolgáltatásnak minősülne, ezzel csökkenteni lehetne a kényelmi, luxus be-  
teghívások számát.

### **MENNYIRE ÉRTÉKELNEK BENNÜNKET?**

Ez rögtön kiderül, amint a havi bevételéből minden kiadási kötelezettségét teljesíti a praxis. Ami marad, az a mienk. A kártyapénz egyre kisebb hányada. Különösen igaz lesz ez akkor, ha kiadásaink növekedésére nem reagál a finanszírozó. Vállalkozásaink növekvő kiadásait ugyanis – ellentétben a többi vállalkozóval – mi nem tudjuk, még részben sem a fogyasztóra hárítani. Miközben tehát a bevételi oldal változatlan marad, a kiadási oldal terhei egyre nőnek. Nevezhetjük ezt – szakszerűen – vállalkozásaink gazdasági problémájának, de tarthatjuk – egyszerűen – a háziiorvosi munka leértékelésének is. A finanszírozás túlzott merevsége ugyanakkor még azt a kitorési pontot is blokkolja, hogy esetleg a szolgáltatásunk körülményeit javítva, tevékenységét kiterjesztve juthassunk többletbevételhez.

Egyre nehezebb feltételek mellett kell tehát továbbra is gúzsba kötni táncolni.

## Dr. Molnár Lajos

egészségügyi miniszter részére

*Tisztelt Miniszter Úr!*

Október 12-én folytatott telefonbeszélgetésünk alapján, kérésére tájékoztatom Önt a házi gyermekorvosi ellátás átalakításának – véleményünk szerint – fontos elveiről. A részleteket illetően utalok a Házi Gyermekorvosok Egyesületének „A gyermek-alapellátás korszerűsítése” című dokumentumára, melyet a „Közös kincsünk a gyermek” című Nemzeti Csecsemő- és Gyermekkegészségügyi Program keretében dolgoztunk ki.

1. A gyermekgyógyászat nemzetközileg elfogadott szakmai elveinek megfelelően a 18 éven aluli korcsoporthoz tartozókat tekintjük gyermeknek.
2. Minden hazánkban élő csecsemőnek, kisgyermeknek és serdülőnek joga van az elérhető legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz. Míg azonban a 18 éven aluliak 70 százaléka gyermekorvosi alapellátásban részesül, 30 százaléka számára a gyermekgyógyászatban jóval alacsonyabb képzettséggel és készséggel rendelkező házi orvosok biztosítják ezt az egészségügyi szolgáltatást. Az utóbbi csoportba tartozó mintegy 500 ezer gyermek jelentős része az ország gazdaságilag stagnáló vagy lemaradó kistérségeiben él, ott, ahol a népszaporulat, a 18 éven aluliak aránya, a koraszülések száma és a csecsemőhalandóság viszonylag magasabb. Az itt élők szociális körülményei rosszabbak, életszínvonaluk többnyire alacsonyabb, a gyermekek „egészségjövője” és a születéskor várható élettartam elmarad az átlagostól. Nem lehet véletlen, hogy éppen ezeken a területeken a legkisebb a házi gyermekorvosok száma is.

Az esélyek javítása, a szolgáltatás színvonalának egységesítése szakmailag fontos, társadalmilag pedig elengedhetetlen feladat. Nem kaphat a gyermekek egyharmada rosszabb ellátást, mint a másik kétharmad, különösképp nem azok, akiknek életkörülményeik miatt rosszabb a pillanatnyi és a várható egészségi állapotuk.

A Nemzeti Csecsemő- és Gyermekkegészségügyi Program kapcsán felmértük és kvantitatív adatokkal jellemeztük a házi orvosok és a házi gyermekorvosok gyermekellátó munkájának minőségét. Az országos felmérés adatai alapján Magyarországon a házi gyermekorvosok – mind a prevenció, mind a gyógyítás és gondozás terén – hatékonyabb alapellátást biztosítanak a gyermekek számára, mint a vegyes praxisok.

A 18 éven aluliak egységes és a gazdaságilag rosszul fejlődő térségek nehéz helyzetben élő családjainak szükséglet szerinti egészségügyi ellátása érdekében fontosnak tartjuk, hogy a gyermekeket az ország egész területén házi gyermekorvosok lássák el.

A fentiek nemcsak a gyermekek lakhelytől független, egységes orvosi alapellátásának kialakítását, az ellátórendszer területi egyenlőtlenségeinek megszüntetését, hanem az ellátóstruktúra racionalizálását, hatékonyságának növelését is igénylik, mert:

- a gyermekorvosi ellátás ma egyenlőtlen, kórházi szinten túlméretezett, a hozzáférés igazságtalan, a színvonal elmarad a lehetségestől. Sok a párhuzamosan végzett, ezért felesleges tevékenység (pl. iskolaorvosi ellátás);
- a gyermekorvosi alapellátás megfelelő irányítás nélkül vezet, hisz az irányítására hivatott házi orvosi és gyermekgyógyászati szervek egyike sem érdekelt a fejlesztésében. A finanszírozás célszerűtlensége miatt a gyermekgyógyászati szervek a gyermekek kórházi ellátásában, a házi orvosi szervek pedig a gyermekek házi orvosi ellátásában érdekeltek.

### Javaslatok a következők:

- a) A gyermekellátás hangsúlyait a fekvőbeteg-ellátásról az alapellátásra kell helyezni, amit alkalmassá kell tenni a megnövekedett feladatok ellátására.
- b) A humán erőforrás és az eszközállomány hatékony felhasználása centralizációt igényel. Ezért az eddig elkülönült praxisokkal szemben mindenhol – az alap- és bizonyos szakellátásokat a lakossághoz közelebb vivő – teammunkát kell szorgalmazni, szakítva a sok évtizedes „egy falu – egy orvos” elvével. Valós szükségleten alapuló, magasabb szintű ellátásra képes kistérségi egészségközpontok és emelt kompetenciájú kistérségi praxisok kialakítására van szükség.
- c) Az ellátási struktúrát nem indokolatlan lakossági igényekre, hanem a szakmailag alátámasztható valóságos szükségletekre kell alapozni. A munkaidőn túli megfelelő gyermekorvosi alapellátás érdekében centralizálni és korszerűsíteni kell a gyermekorvosi ügyeleti rendszert.
- d) Mindezek megvalósítása a szakfelügyelet megfelelő működése (ellátási protokollok, adatgyűjtés, hatáskör, finanszírozás) és az egységes, átlátható, látszattervékenységektől, párhuzamosságoktól megtisztított gyermekellátó rendszer nélkül elképzelhetetlen.
- e) Az esélyegyenlőséget, a hatékonyságot, az ellátási struktúra megújítását szolgáló finanszírozásra van szükség. Ki kell dolgozni és modellezni az egészségközpontok, kistérségi praxisok működtetésének lehetőségeit, meg kell szüntetni a bázisfinanszírozás ellentmondásait. A szükségletek szerinti, esélyegyenlőséget biztosító gyermekorvosi alapellátás kiépítése – az eddig egységes finanszírozási gyakorlattal szemben – megköveteli a korszerűsítés céljait segítő ösztönzőrendszer kialakítását. A fejkvóta alapú finanszírozás túlsúlyát meg kell őrizni. A szakmailag indokolt többlettevékenység díjazását külön forrásból kell biztosítani. A gyermekorvosok példamutató preventív munkáját anyagilag is méltóképpen el kell ismerni!

A megoldások kidolgozása érdekében felajánljuk együttműködésünket.

Budapest, 2006. október 24.

*Tisztelettel:*

*Dr. Huszár András elnök*

**Dr. Horváth Ágnes**

Államtitkár részére

*Tisztelt Államtitkár Asszony!*

Engedje meg, hogy a beteg-hozzájárulással (hétköznapi nevén vizitdíjjal) kapcsolatosan a következőkre hívjuk fel szíves figyelmét.

A házi gyermekorvosi praxisok az elmúlt időszakban anyagi teljesítőképességük határára értek. Ennek oka az inflációtól és a működtetés költségeinek állandó növekedésétől mindinkább elmaradó finanszírozás.

A törvényjavaslat beteg-hozzájárulásról csak a 6 év feletti korosztályok esetében tesznek említést. A 6 év alatti korcsoport után járó térítés módjáról értesítéseink ellentmondóak. Az új jogszabály ennek a legtöbb találkozást és feladatot igénylő csoportnak a finanszírozásában nem vagy csak csökkentett mértékű beteg-hozzájárulást irányoz elő. Így módon tovább nő a házi gyermekorvosi praxisok felnőtt- és vegyes praxisok finanszírozásához viszonyított elmaradása.

A konvergenciaprogram egészségügyi fejezete 2007-re a házi orvosi ellátás területén fizetett díjak néhány százalékos mérséklését tervezi, amennyiben a térítési kötelezettség megvalósul. Kollégáink jogosan tartanak attól, hogy gyermekek esetében a pontérték csökkenését nem követi az alacsonyabb térítéskötelezettségből származó bevételkiesés kompenzációja. Az elvonás így már a gyermekorvosi praxisok ellehetetlenüléséhez vezet. (Az orvosi jövedelem a házi gyermekorvosi alapellátásban már ma sem éri el a közalkalmazotti bértábla szerinti fizetés mértékét. A paraszolvencia pedig e szakmában nem jelentős, vagy egyáltalán nincs.)

További nehézséget jelent a térítés befizetésének módja, hisz a gyermekorvosi praxisokban a nagyobb – de sokszor már 10–12 év körüli – gyermekek gyakran egyedül érkeznek. Az ő esetükben máskor is rendkívül bizonytalan a készpénzfizetés módja. Egy mechanikus adóztatási eljárás mellett mindez további veszteséget eredményez a házi gyermekorvosi praxisokban.

**Javaslataink:**

1. A hozzájárulás bevezetését követően a házi gyermekorvosi finanszírozás arányaiban nem maradhat el a házi orvostól. (A gyermekek teljes mentességét is el tudjuk fogadni, de ez esetben a gyermekorvosi praxisok bevételkiesését pótolni kell.)
2. Az adóalapot ne a megjelent személyek száma, hanem a ténylegesen befizetett hozzájárulás és a kompenzáció összege határozza meg.
3. A pénzügyi és számlaadási kötelezettség az orvosi munka hatékonyságát csökkenti. Ezért megfontolásra ajánljuk azt a javaslatunkat, miszerint az érvényes biztosítással rendelkezők a számukra évente járó „vizitdíj csekkötomb” egy csekkjét adják át a vizsgáló orvosnak, aki a kapott csekk ellenében a biztosítótól megfelelő összegű díjazásra lenne jogosult.

A felvetett problémák közös megoldására készen állunk.

Budapest, 2006. október 21.

*Tisztelettel:*

*Dr. Huszár András elnök*

## Folytatódik-e a nemzeti gyermekprogram?

Október 14-én küldöttértekezletet tartott a HGYE. Miután Huszár András elmondta mit tettünk, hova jutottunk és hova nem, jöttek az örökzöld és primőr kérdések.

Kell-e orvos az iskolába? Megengedhető-e iskolában oltani? Hány gazdája legyen egy gyermeknek az alapellátásban? Folytatódik-e a Nemzeti Csecsemő- és Gyermekorvosi Program? Értelmes dolog-e a degresszió? Ha igen, milyen ponthatártól és hol? Hány gyerek tartozon egy korszerű praxisba – 1000? 1500? 2000? Mi az, hogy korszerű praxis? Hány házi gyermekorvosra van szüksége kétmillió gyerekeknek? Meddig kell még óvodai, táborozási meg úszás előtti igazolásra fecsélni szakorvosi képzettségünket, több

évtizedes szakmai rutinunkat? Csere-szabatos-e a házi gyermekorvos a házi orvossal?

Mi van az alapcsomagban, és mi legyen a középsőben? Azonos praxislétszámért azonos bér? Szabolcsban, Dél-Somogyban és a budai dombvidéken? Eladható-e? Hogyan lehet helyettesítésre engedélyt szerezni?

Szükség van-e a vizitdíjra? Más szóval: szükségünk van-e nekünk a vizitdíjra (csökkenő pontérték mellett)? Hogyan hajtsuk be? És ha nem fizet, vagy nem tud fizetni? Mikor lesz a betegnek elektronikus kártyája, és ha lesz, mibe dugjuk? És ha bedugjuk és kiderül, hogy nem...? Akkor majd elküldjük a gyereket?

Egy falu – egy orvos? Mi az, hogy egészségügyi központ?

Lehet-e minőségi munkát végezni két-három órás rendelés alatt? Hogyan rendeljen reggel 8 és este 8 között öt orvos fejenként négy órát egyetlen helyiségben? Miért jut a városokban öt „gyerek” házi orvosra egyetlen rendelőhelyiség? (Ez volt az egyetlen kérdés, amelyikre legalább egyikünk biztató választ adott; azt mondta, hogy ha a ma még „gyerek” házi orvos felnő, és házi orvos válik belőle, jobb sorsa lesz, mert akár egy fél napot is rendelhet egyedül egy rendelőben.)

# Panasz az erdőből

Szép békében éltünk az erdőben. Mindenki végezte képessége szerint a munkáját: ha vendégek jönnek gyógyító füveket keresni, mi segítünk nekik a megfelelő megtalálni. Bár a vadőrök nem kényeztetnek el minket, azért időnként – főleg őszi időszakban – figyelmet fordítanak ránk és megmagyarázzák, hogy örülünk, ha találunk még egy kis legelnivalót, mert igazság szerint le kellene azt is kaszálni, és az erdőn kívül élőknek adni. Ott is nagy a szükség, így is túl sok jut nekünk. Ráadásul még az erdőbe betérő dúsgazdag – főleg a gyermekes – kirándulók is minket etetnek, ezért a bőrünk alatt csak nő a zsírréteg. El fogunk hízni, ez így nem lehet tovább. Megbízták ezért a szajkókat, hogy némi kis szalonna fejében az erdőn kívül terjesszék: túl sokat eszünk. A kirándulók pedig – bár látták, hogy csak a szarka túlsúlyos, a többieknek meg kilátszanak a bordáik, foltos a bundájuk, szakadozott a tolluk – el is hitték a szajkók csipogását, hisz amit annyiszor mondanak, az csak-csak igaz lehet.

Közben meg egyre drágább az élet az erdőben: a patak, a nap, a szél, a postagalamb, mindenki, akitől segítséget kérünk, egyre többet kér a szolgálataiért. A vadőrök ugyan a látogatók számától függően havonta a méhkaptárba utalják a pénzünket, a gyermekkorú kirándulók száma és vele a pénzünk sajnos egyre csökken. Így aztán a kiadásokat és a megélhetést egyre nehezebb fedezni. Az erdőn kívül sem jobb a helyzet, mivel egyre kevesebb gyermek születik és rohamosan nő az eltartottak száma.

Aztán kitalálták, hogy miután megmutatjuk az erdőbe tévőknek, hogy melyik növényt szedjük le, akkor azt jelentenünk kell a vadőröknek. Akik ugyan eddig is megszámlálták szálanként a kirándulóknál lévő füveket – volt ezért pontos képük arról, hogy ki mennyi és milyen füvet vitt el –, de feltehetően úgy gondolták, hogy ha ilyen készségesen segítünk, hamar kiemerülhet az erdő gyógynövénykészlete. Hogy mesterkedéseinknek gátat vessenek, azt parancsolták, hogy arról is számoljunk be havonta, hogy kivel találkoztunk, miről beszélgettünk, mit tanácsoltunk. Kiküldtek ezért hollóval egy szerződést a legkevényebb télben, arra vonatkozóan, hogy az elvégzendő feladatokat teljesítsük hiba nélkül, határidőre, mert ha a legkisebb hiányosságot észlelik, le is út, fel is út.

Volt nagy morgolódás köztünk, de a nyuszik mégis aláírták. Az erdei kamrába



delegált összegyűlteknek azonban nagyon nem tetszett, hogy ezentúl nem tudunk az erdőbe tévedt, segítségre szorulóknak kellőképp segíteni. Ezért úgy döntöttek, hogy megpróbálják a vadőrökkel megbeszélni, hogy értelmetlen feladatokkal ne terheljenek minket, hisz már legelni sem jut időnk. Ígéretet kaptak arra, hogy egyeztethetnek a vadőrökkel, hogy



felesleges adatokat ne kelljen jelenteni. Az erdei játszótéren is volt gyűlés. Ott azok jöttek össze, akik főleg a kiskorú kirándulóknak szoktak segíteni, és azt a határozatot hozták, hogy ők is tárgyalás hívei, hisz a vadőröktől nagyon szép mesekönyvet kaptak az elmúlt év őszén.

Eltelt a tavasz és a nyár, s mit tesz isten: a holló visszahozta a szerződést, az eredeti tartalommal és az eredeti dátummal.

De még ez sem elég. Képzeljék el, bevezetik a belépődíjat is az eddigi, kötelező bérleten felül, igaz, hogy csak iskolás kortól kell külön fizetni. Ennek először örülünk, de miután kiderült, hogy a belépődíj minket illet, azok, akik a 6 évesnél fiatalabb kirándulókat is segítik, rosszul járnak.

Persze lehet, hogy lesznek majd olyanok, akiknek nem telik belépődíjra, vagy éppen kifogyott már a háztartási pénz. Ők nem tudnak majd időben füvet gyűjteni, és lehet, hogy mire majd összegyűjtik a belépő árát, már késő lesz.

Aztán az is baj, hogy eddig, amikor úgy láttuk, hogy nem elég a javasolt fű, vagy nem tudjuk, melyik kellene, akkor kértük a szünyogot, kóstolja meg a mi gyámolítottunk vérét is, hisz sokféle vért kóstolt már, van tapasztalata. Mostantól viszont hozzá egy másik új jegy is kell. Vagy ha a fűlbemászó tanácsát kérjük, akkor hozzá is kell egy új jegy. Már előre látom, hogy lesznek olyan „zsugori” szülők, akik majd velünk akarják megfizettetni a jegyeket, bosszúból azért, hogy nem tudtuk a Hold járásából egyből kiolvasni, hogy melyik fű jó a gyereküknek.

Most éppen azon tanakodunk, hogy mi legyen esténként a belépőjegyek árával? Páncélszekrénybe tegyük-e, vagy 1-2 óránként szaladjon el vele napközben valaki a méhkaptárhoz, ahol igen drágán megőrzik azt. Hírlik, hogy a rókák és a hiénák erre a pillanatra várnak, és elszedik a jegyek árát. Ha máshogy nem megy, erőszakkal. Így majd megkérhetünk egy-egy tigris is, hogy védje meg a pénzünket, de ez lehet, hogy többbe kerül, mint amit a jegyekért kaptunk.

Úgy hírlik a vadőrök már készítik az új előírást, hogy csak békaügetésben közlekedhetünk az erdőben. Ezt alig akarjuk elhinni, de a nyulak már gyakorolják. Elég komikus, mert gyakran orra bukznak, de mire kötelező lesz, már megint előnyben lesznek velünk szemben. Hiába, van még hová fejlődnünk.

MOLNÁR ZOLTÁN

# Bevezetik a házi orvosi gyógyszerkeretet

## Részletek a konvergenciaprogramból

A gyógyító-megelőző ellátásra fordított közkiadások 2006-ban elérik a GDP 3%-át. A következő évekre a kormány az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak csökkentését irányozta elő. A kormány célja az, hogy az Egészségbiztosítási Alap kiadásai 2006 és 2009 között a GDP arányában 0,9 százalékponttal csökkenjenek. A csökkenés a szolgáltatás színvonalának romlása nélkül is elérhető, mivel az intézkedések elsősorban a források hatékonyabb felhasználását és a pazarlások megszüntetését szolgálják.

Az egészségbiztosítás egyik neuralgikus pontja a gyógyító-megelőző ellátás. Az elmúlt években Magyarországon nem csökkent az aktív kórházi ellátás túlsúlya, nem javultak, sőt egyes területeken növekedtek a már évtizedekkel ezelőtt kialakult területi aránytalanságok. Jelentős elmaradások vannak a költséghatékony terápiás eljárások alkalmazása terén, és nagyon sok kórház küzd méretgazdaságossági problémákkal. Ennek következményeként a lehetségesnél, illetve az optimálisnál relatíve többet költünk, ugyanakkor a torz szerkezetben felhasznált források a kívánatosnál kevesebb szakmai színvonalbeli eredményt hoznak. Az elmúlt években növekvő gondokat okoz a teljesítmények eszkalációja.

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók saját elszámolásuk alapján a nyújtott szolgáltatás függvényében fix összegű és/vagy teljesítményarányos díjat kapnak. A díj megállapítása kormányzati hatáskör. A finanszírozási rendszer bizonyos garanciális elemeket is tartalmaz. Az Egészségbiztosítási Alap kezelője a teljesítmények elutalása esetén díjcsökkentést írhat elő.

Ez a rendszer biztosítja, hogy az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének gyógyító-megelőző előirányzata a kötött (túl nem léphető) előirányzatok közé tartozzon. Az előirányzatok betartásának ilyen helyzetben alapvető feltétele, hogy a kapacitásbővítés, teljesítményelszámolási szabályok változásának és a díjmegállapításnak olyan kombinációi kerüljenek alkalmazásra, amelyek a szolgáltatók intenzív bevételnövelési törekvései ellenére az alap kiadási kötelezettségét az előirányzatok belül tartják.

A kormány által – 2006 júliusában – bejelentett kiigazító intézkedések első csoportja az egyensúly rövid távú javítását szolgálja. Az intézkedések (elszámolható

teljesítmény csökkentése, teljesítménynövekedés elszámolhatóságának korlátozása, ellenőrzés fokozása, szolgáltatóhálózat kapacitásbővítésének leállítás, a díjak befagyasztása) októbertől jelentősen csökkentik az Egészségbiztosítási Alap kifizetési kötelezettségét, ugyanakkor mérséklik a szolgáltatók teljesítménynövelési lehetőségeit az elszámolható teljesítménymaximum meghatározásával. Az ebből eredő megtakarítás 2006-ban csak az utolsó negyedévet érinti, így a kiadás-csökkentő hatás a következő években az ideinek a többszöröse lesz.

Az intézkedések második csoportját a nominális kiadási szintek tarthatóságát hosszabb távon szolgáló, a rövid távú intézkedéseket felváltó, az ellátórendszerben ma fennálló területi és strukturális aránytalanságok mérséklését, a méretgazdaságosság és a költséghatékony javítását célzó alábbi lépések alkotják:

- Az egészségügy társadalombiztosítási jellegének megerősítése (a biztosítási elv alapján járó szolgáltatás igénybevételének feltétele a biztosított jogviszony vagy más erre jogosító és nyilvántartott állapot megléte) és az esedékes járulék megfizetése. Ennek hiányában csak alapszintű – mentés, sürgősségi, anya- és csecsemővédelem, valamint járványügy – szolgáltatás vehető igénybe.
- A kereslet szabályozása érdekében az orvos-beteg találkozáshoz (alapellátás, járóbeteg-szakellátás és az ezzel kapcsolatos diagnosztikai vizsgálatok, valamint aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében) kapcsolódóan az igénybevevő által fizetendő díj kerül bevezetésre az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó számlaadási kötelezettséggel együtt.
- A szolgáltatások igénybevételének és nyújtásának ésszerűsítésére általánosság válik a szakmai és finanszírozási protokollok alkalmazása.
- Az ellátás következő (magasabb) szintjének igénybevétele jellemzően az alsóbb szinten kiadott beutalóval lehetséges.
- A túlzott aktív fekvőbeteg-ellátási kapacitások átalakulnak krónikus, ápolási és járóbeteg-kapacitássá, illetve megszűnnek.
- A szolgáltatók versenyezhetnek a társadalombiztosítási finanszírozás elnyeréséért, az OEP csak a szükséges mér-

tékben vásárol szolgáltatást, az OEP szerződés-kötési kötelezettsége megszűnik.

- A szolgáltatók (jellemzően a kórházak) működési keretei átalakulnak, lehetővé téve az átláthatóságot biztosító könyvelést és eredménykimutatást, a tulajdonos (fenntartó) eredményérdeklenségét és a dolgozók rugalmasabb bérezését biztosító foglalkoztatást.
- Létrejön az egészségbiztosítási felügyelet.
- A kormány mérlegelni fogja az egészségügyi biztosítási piac esetleges megnyitását.

A strukturális reform végrehajtása eredményeként jelentősen csökken az aktív fekvőbeteg-ellátó kapacitás (elsősorban a fővárosban, Nyugat- és Dél-Dunántúlon, főként a kisvárosokban). Az aktív kórházi ellátókapacitás csökkenését a krónikus és ápolási kapacitás szükségletek szerinti bővülése részben ellensúlyozza, a teljes kórházi kapacitás azonban csökken. Az ellátás a kisebb költségigényű ellátási formák irányába tolódik el.

A reformértékű változás egyik feltétele, hogy országosan egységes, a mainál kisebb aktív és nagyobb krónikusbeteg-ellátási kapacitást tartalmazó normatívák kerüljenek meghirdetésre a szakellátási kötelezettségről rendelkező törvényben. Az elszámolható teljesítmény kerüljön átrendezésre a normatíváknak megfelelően. Az átalakulási folyamat megvalósítása és a korszerű, költséghatékony terápiák elterjesztése járjon érzékelhető anyagi támogatással.

A térítéskötelezettség valamely formájának 2007-re tervezett bevezetése lehetőséget teremt a szigorító intézkedésekkel eddig nem érintett házi orvosi és fogorvosi ellátás területén fizetett díjak néhány százalékos mérséklésére. Az itt keletkezett megtakarítás a szakellátás átalakítási programjának költséghatékony javító fejlesztési céljaira használható fel. Ugyancsak a térítéskötelezettség bevezetése pótolhatja részben vagy egészben a 2006. júliusi intézkedésekkel kivont forrásokat a járóbeteg-szakellátásban.

Előkészítés alatt áll a fogászati ellátás társadalombiztosítási támogatásának mérséklését és a passzív táppénzes időszak szűkítését célzó intézkedés. Ezek az intézkedések a szándékok szerint a szakellátás strukturális átalakítását segíthetik

elő. A kiadási célok teljesítését jogszabályi garancia szolgálja.

Az Egészségbiztosítási Alap növekvő hiányának évek óta egyik meghatározó tényezője a gyógyszer-támogatás dinamikus növekedése. Az államháztartási egyensúly javításához alapvető fontosságú, hogy a gyógyszer-támogatás növekedési üteme jelentősen mérséklődjön. Ennek érdekében racionalizálni kell a támogatási rendszert, fokozni a költséghatékonysági, hosszabb távú finanszírozhatósági követelmények érvényesülését, növelni a gyártók érdekeltségét a fokozottabb árversenyben, növelni a lakosság és az orvosok költségérzékenységét, a gyógyszerfelírás,

támogatáselszámolás, támogatás-igénybevitel ellenőrzésének hatékonyságát.

A gyógyszer-támogatási rendszer át-alkítására az alábbi elvek szerint kerül sor: Általánossá válik a támogatási összeg „fixesítése” – az azonos hatóanyagú csoportokban – a legolcsóbb (referencia) termék támogatásának szintjén. A háziorvosok számára egyéni gyógyszerrendelési keret kerül megállapításra. Az új szabályok biztosítják, hogy a kórházból távozó beteget (hacsak más indikáció nincs) jellemzően generikus készítmény szedésére „állítják be”. Szigorú és zárt ellenőrzési rendszert működtetnek a felírási és támogatott jogosultságok on-line követésére.

2006-ban megkezdik a gyógyszerfelírás fokozott ellenőrzését, 2007-ben az igénybevételi díj fizetéséhez, illetve a szolgáltatók számlaadási kötelezettségéhez kötött egészségügyi ellátási rendszer bevezetésének hatására kb. 4–5%-kal csökkenhet a felírt receptek száma, ami jelentősen mérsékelheti a támogatási kiáramlást. Megszűnik a térítésmentesség és a nem költséghatékony gyógyszerek támogatása. Bevezetik a háziorvosi gyógyszerkeretet.

*Forrás: Magyar Köztársaság Kormánya  
Magyarország Konvergenciaprogramja  
2005–2009*

## Több száz milliárdos hiány

A magyar egészségügy közkiadásai az elmúlt 4-5 évet tekintve hihetetlen mértékben megnövekedtek (gyógyító-megelőző kassa: 2000-ben 400 Mrd Ft, 2006-ban kb. 700 Mrd Ft; gyógyszerkassa: 2000-ben 150–200 Mrd Ft, 2006-ban kb. 360 Mrd Ft) – mondta bevezetőjében a miniszterelnök az egészségügyi reformról tartott egyeztető fórumon. – Farizeus az a gondolkodás, hogy az egészségügy nem üzlet, de kell lennie valaminek, ami azt finanszírozza. Minden arra kötelezettnek be kell fizetnie a járulékot, a szabályozóknak pedig pontosan meg kell határozniuk, hogy a befizetett összegért milyen standard egészségügyi ellátások járnak. A biztosítási csomag tartalmáról szóló szakmai vitát év végéig le kell folytatni.

Gyurcsány Ferenc szerint a vizedíjat ellenzők azon kijelentései, hogy „kifizettük járulékból”, azért nem állják meg helyüket, mert az E Alap 1500 Mrd forintos kiadásainak csak mintegy 80%-át, 1200 Mrd forintot szed be az állam járulékok formájában. Arra, hogy ki fizesse meg a 300 Mrd forintos hiányt, három megoldási lehetőség kínálkozik:

1. Senki, hanem vegyünk vissza a kapacitásokból (Angliában a csökkentett kapacitások következményeként hosszú várólisták alakultak ki).
2. Emeljük tovább a járulékokat, adókat (ez rontja az ország versenyképességét).
3. Próbáljunk meg beavatkozni az e téren kialakult kultúrába, és próbáljunk meg elérni, hogy az állampolgárok egészségtudatosan gondolkodjanak.

Az állam az egészségügy területén jelenleg olyan kapacitás-mennyiséget és struktúrát tart fenn, amely már nem működőképes. A legproblémásabb terület az aktív fekvőbeteg-ellátás, mert a jelenlegi finanszírozási rendszerben a kórházak érdeke, hogy a lehető legnagyobb forgalmat generálják.

Az egy vagy több biztosító kérdésére „szociális dogmatizmus” vagy „liberális felindultságból” nem lehet választ adni, helyettük szakmai vita keretében kell a kérdésre ez év végéig megoldást találni.

Gyurcsány Ferenc hangoztatta: Képtelenek vagyunk a gyógyszerkassa 15%-os éves növekedési ütemét 4% körüli gazdasági növekedés mellett kordában tartani. Miközben a gyógyszerkassa kiadásai az elmúlt négy év folyamán több mint duplájára emelkedtek, közben a gyógyszerek 20%-a kerül a szemétkébe, így évente kb. 70 Mrd forintot ajándékozunk a gyógyszergyá-

raknak. A közgyógyellátási körben elterjedt gyakorlat, hogy a rokonoknak, ismerősöknek is „megvásárolták” közgyógyigazolványra a gyógyszert. Az „EÜ 100”-as gyógyszerekből kb. 20–30 Mrd forint értéknyi vándorol a határon túlra. Az innovatív és a generikus gyógyszerek versenyében, a jóval drágább innovatív gyógyszerek fogyasztásának az irányába billent át a mérleg.

Az igazi nagy konfliktust a miniszterelnök abban látja, hogy a magas szintű, egységesen mindenkit megillető és ingyenes igénybe vehető egészségügyi ellátás sok évtizedes illúziójával kell leszámolnunk.

*Forrás: Emlékeztető az egészségügyi reformokkal kapcsolatban megtartott egyeztető fórumról.*

### Gyermekgyógyászati szinten tartó tanfolyam

Szemeszter: 2007-01/06

Kódszám: SE-ÁOK/2007-01/00361

Szervező: SE ÁOK II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika  
Partner: SE ÁOK I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

**Időpont: 2007. március 31.,  
április 21., május 5., június 9.  
(szombatonként 8.30-tól 16.30-ig)**

**Helyszín: SE Nagyváradi téri Elméleti Tömb**

Óraszám: 25 óra. Vizsgaköteles.

**Pontérték: 50 pont**

**Jelentkezési határidő: 2007. március 1.**  
(Oftex portál)

Kapcsolattartó:

Dr. Sallai Ágnes (20/825-9271),  
Kovács Dorottya (459-1500/2823 mellék)

A továbbképzési időszak alatt egy (1) kötelező szinten tartó tanfolyam a továbbképzésre kötelezett számára térítésmentes.

# 56



Ötvenhatról könnyebb beszélnie az utókornak. Aki átélte, annak nehezebb. Annak '56 az életébe ivódott, személyes sorsává vált. A személyes élményeket, emlékeket nem mindig könnyű történelemmé rendezni. Nem is akarom. Nehezen beszélek életem meghatározó élményeiről, mert nem tudja más úgysem átérezni, amit én éreztem.

'56 nekem személyes történet. A forradalom története és orvossá válásom története. Nem október 23-án kezdődött. A Petőfi kör akkor már hónapok óta mű-

ködött, ott szabadon lehetett tiltakozni. Túl voltunk a Rajk-temetésen, az Irodalmi Újságban sorra jelentek meg olyan cikkek, amelyek már hangnemmükkel is megdöbbenést keltettek, nemhogy a tartalmukkal. Egymás között is meg mertük fogalmazni, hogy ez rossz, az rossz, ezt nem szeretjük, azt nem szeretjük. Ez a korábbi években elképzelhetetlen volt. Nem szertettük azt az életet, még akkor sem, ha csak szellemileg szenvedtük el a rendszert. Volt mit ennünk, felvettek bennünket az egyetemre, a marxista órákon

azonban hazugságokat beszéltek. A honvédelmi oktatáson azt tanították nekünk, hogy hogyan kell embert ölni. Nem hadisebészetet, hanem harcászati gyakorlatot oktattak, stupid és megalázó módon. Mint a kutyákkal, úgy bántak ott velünk. De '56 októberében a honvédelmi órán már felállt valamelyikünk és bejelentette, hogy az évfolyam nem hajlandó dolgozatot írni.

23-án este én a Petőfi kör ülésén voltam a Szentkirályi utcában. Nem emlékszem már a pontos témára, de az biztos, hogy rólunk volt szó, és hogy sok volt ott



a fiatal orvos. Követeléseket fogalmaztunk, a nagyobbak mellett olyanokat is, hogy adják vissza az orvosoknak a doktori címet, vagy töröljék el a honvédelmi oktatást. A Szentkirályi utca a Rádió mellett van, így nem sokkal azután, hogy elkezdődött a fegyverropogás, már hozták is a sebesülteket meg a halottakat, mert valahogy megtudták, hogy a teremben orvosok vannak. Akkor realizálódott bennem, hogy nemcsak az egyetemisták békés, jókedvű felvonulásáról, hanem sokkal komolyabb dologról van szó.

Késő este hazafelé, a Rákóczi út majdhogynem háborús képet mutatott. A Szabad Nép székházánál nagy lánggal égtek az újságok és könyvek. Amikor 24-én hajnalban bement a rádió, hogy kijárási tilalmat vezettek be és hallottam, hogy lőnek, tudtam, hogy egyre több lesz a sérült.

Én 1944-ben még gyerek voltam. De akkor, 10 évesen elhatároztam, hogy velem felnőttként soha többet nem fordulhat elő, hogy tétlenül, elbújva nézzem végig, éljem át, hogyan törnek az életemre, vagy a körülöttem élők életére. Az akkori elhatározásom '56-ban meghatározó volt, hiszen '56-ban már kezdetben, már 23-án este emberek haltak meg körülöttem.

24-én reggel felöltöztem tehát és bementem a Péterfy utcai kórházba. Miért pont a Péterfybe? Mert harmadéves korom után ott töltöttem a sebészeti gyakorlatot, sokat tanítottak, szerettem ott lenni. Megismertem az osztályt és az orvosokat és ha mondhatom, olyan barátságféle alakult ki közöttünk. '56-ban ötödéves voltam. A Luther utcában laktam, közel a kórházhoz. Örömmel fogadtak, szükség volt rám, hisz az események rendkívüli módon felgyorsultak. A honvédség egy része átállt, a felkelők fegyverraktárakat törtek fel, az emberek fegyverekhez jutottak és használták is azokat. Egymás után hozták a sérülteket a Kilián laktanyától, a Corvin közből, a Práter utcából, a Kossuth térről, Köztársaság térről. Álltam a liftnél és állapotuk szerint szortíroztam a sebesülteket. Mindenkinek beadtam a tetanusz és a gázgangréna elleni védőoltást, akinek meg kellett, a morfiomot. Gyógyszer volt, mert nagy raktárkészlete volt a kórháznak.

A sebesülteket soha nem osztályoztuk aszerint, hogy a barikád melyik oldaláról kerültek be. Pedig mindenkiről tudtunk mindent. Maguk mondták el, mert olyan volt az osztály légköre, hogy érezték, elmondhatják. Október 30-án a Köztársaság téri pártház ostromakor néhány bátor fiatalember kiment és behozta a sérülteket, először a forradalmárokat, utána a pártház védőit. A kórteremben érkezési sorrendben feküdtek a sebesültek. Amikor egy idősebb ember a transfúzió beköltése alatt elmondta, hogy most lyukasztották át harmadszor, először még a spanyol polgárháborúban, rögtön tudtam, hogy melyik oldalon állt, amikor most golyót kapott. Mező Imre volt az, a budapesti pártbizottság titkára, akit – amikor a felkelőkkel a bentrekedtek megadásáról akart tárgyalni – egy sortűz leterített.

Egymás mellett feküdtek a pártház ostromlói és az ávh-s kiskatonák. Hogyan is lehetett volna szelektálni a felkelő és a sorkatona között, amikor egyik se tekintette ott bent ellenfélnek a másik fiatal embert. Volt az osztályon majdhogynem gyerek, ferde szemű orosz katona is, aki azt sem tudta jóformán, hogy Európában van, hogy egy Magyarország nevű hely egyáltalán a világon van. Beszélt Szeuzról, erről, arról, de fogalma sem volt arról, hogy kire kellett lőni és ki lőtt rá és egyáltalán miért van itt. Hogyan ítéltük volna mi el Mező Imrét, aki nem egy moszkovita pártfunkcionárius volt, vagy Kállai Évát, aki félelmében az emeletről az utcára ugrott? Mi kezeltük azt a híres francia fotóriportert is, aki mielőtt a Köztársaság téren sorozatlövést kapott, a világhírűvé lett fényképeket készítette a forradalomról. Különböző gondolkodású orvosok dolgoztak az osztályon, de politikai nézetektől abszolút függetlenül, a legnagyobb kollegialitásban.

Megállás nélkül dolgoztunk. Heteken át csak napi néhány órát aludtam. Több közeli osztályt is sebesítetté kellett alakítanunk. Rendkívüli tempóban jöttek a feladatok, négy műtőasztalon ment folyamatosan a műtét. Szinte szünet nélkül asszisztáltam, infúziókat, transfúziókat kötöttem be, ma sem értem, hogy merem. A legsúlyosabb sérülteket a főorvos operálta. Szakmailag és emberileg is rendkívüli ember volt. Minden este telefonon beszélte meg a János kórház és a Szabolcs utcai kórház főorvosával a legproblémásabb eseteket. Békés természet volt, de ha egy beteg lázlapjára nem volt minden beírva, ami vele történt, ordítózni kezdett. Tulajdonképpen ennek köszönhattük, hogy később, már a retorziók idején, amikor a Gyorskocsi utcai hadbírószágon a lázlapokat is átböngészve elszámoltattak bennünket arról, hogy ki milyen körülmények között halt meg, nem került közülünk bajba senki. Egy életre megtanultam, hogy pontosan kell adminisztrálni. Ezt később én is megköveteltem minden munkatársamtól. Ma sem bánja senki.

A forradalom kezdetétől a teljes leverésig két-három hét sem telt el. Úgy vonult át rajtunk a történelem, mint mai szóval egy cunami. Drámaként, tragédiaként éltük meg a bukást. De részesei lettünk a történelemnek.

# A felnőttkori szívinfarktus és stroke helyszíni ellátása

**DR. GŐBL GÁBOR**  
**Országos Mentőszolgálat**

A két kórfolyamatban a leggyakrabban közös az ischaemiás eredet, és ebből következően a mielőbbi reperfúzió igénye. Az ischaemia klinikai jelei az esetek többségében korán felismerhetők és azonnali diagnosztikus, terápiás lépéseket, szervezési intézkedéseket sürgetnek. Ezek gyors és célszerű megtörténte reményteljessé teszi a definitív kórházi ellátást, amivel a rokkanttá válás megelőzhető.

Mind a szívinfarktus, mind a stroke esetében a panaszok kezdetétől számított, megadott időhatáron belül hoz hasznot a reperfúziós kezelés, és ezen időhatárokon belül is számít, hogy előbb vagy később jut ellátáshoz a beteg. Mindezek miatt a sürgős reperfúziót igénylő esetekben a mentők haladéktalan értesítése kulcsfontosságú. Az alapellátás bevonása az ellátásba felesleges idővesztéssel, ezáltal rosszabb kimenetellel jár. Azokban a helyzetekben, amikor mégis a háziorvos látja először a beteget, számára az alábbiak szolgálnak útmutatóul.

## **AZ AKUT CORONARIA-SZINDRÓMÁK PREHOSPITALIS ELLÁTÁSA**

Az ischaemiás, coronaria eredetű, mellkasi fájdalmat okozó kórképek tartoznak ide: az instabil angina, valamint az ST elevációval nem járó (NSTEMI), továbbá az ST elevációval járó (STEMI) szívinfarktus. A stabil angina nem tartozik ide. A felosztás használata tehát már a korai szakban feltételezi a – lehetőleg 12 elvezetéses – EKG elkészítését.

Az ischaemiás típusú mellkasi fájdalomra jellemző:

- Rendszerint hirtelen keletkezik, és infarktus esetén 15–20 percnél tovább tart.
- Retrosternalis (azaz a mellkasban nem lateralizált), kisugározhat a vállba, karokba (rendszerint bal oldalra) hátba, nyakba, alsó állkapocsba, fogakba.
- Nyomó, szorító, égő fájdalomként, néha légszomjként élik meg a betegek.
- Légvétel, illetve mozdulatok nem befolyásolják a fájdalom súlyosságát.
- Folyamatos, erőssége érdemben nem változik.
- Az akut has tünetegyüttesét (epigastriális fájdalom, hányinger) utánozhatja;

különösen inferoposterior ischaemiában hányinger, hányás lehet az egyetlen tünet.

- Az inferoposterior ischaemia szédüléssel, ájulással járó bradycardiát, hypotóniát okozó vagusreflexet válthat ki.

Az EKG készítése tehát kulcsfontosságú, a normál EKG azonban nem zárja ki a myocardialis infarctus lehetőségét!

Nagy statisztikák szerint a mellkasi fájdalom hátterében az esetek ötödében hatodikában áll szívizominfarktus, további negyedében-ötödében instabil angina, a maradék megoszlik a stabil angina, a tüdőembólia, valamint egyéb, jórészt nem cardialis kórfolyamatok között.

Az ischaemia helyét az EKG alapján meglehetősen pontossággal meghatározhatjuk, jöllehet a legfontosabb a kórjelző mértékű ST-elevatio kimutatása vagy kizárása:

- septalis V1-2
- anterior V3-4
- anteroseptalis V1-4
- lateralis I-aVL-V6
- anterolateralis I-aVL-V3-6
- extenzív anterior I-aVL-V1-6
- inferior II-III-aVF
- apicalis II-III-aVL-V1-4
- posterior R hullám („negatív Q”) V1-2
- jobb kamrai V2-4-6R

A mellkasi fájdalomra panaszkodó beteget ülő vagy félülő helyzetbe, nyugalomba kell helyezni. Fektetni csak vérnyomásesés, ájulás esetén indokolt. Az angina megszüntetésének régóta leggyorsabban ható eszköze a sublingualisan adott nitroglicerín. A korábbiaktól eltérően ma infarktusgyanúnak tekintjük, ha az ischaemiás fájdalmat nem szünteti meg, vagy legalábbis 5–10 percnél belül nem enyhíti jelentősen az első nitroglicerínadag. A nitroglicerín a beteg ülő vagy félülő helyzetben, lefogtatott végtagok mellett hat a legjobban, szokásos kezdő adagja 0,5 mg. Mind a sublingualis tablettát, mind a spray megfelelő, a spray adagolása azonban egyszerűbb. Ha az első nitroglicerínadag 10 percnél belül nem kellően hatásos, ismételtet legfeljebb még kétszer, azonban közben már segítséget kell hívni.

A nitroglicerín ellenjavallatai: 100 Hgmm alatti szisztolés vérnyomás, 12 órán belüli

sildenafil (Viagra) előkezelés, jobb kamrai szívinfarktus (ez csak EKG-val deríthető ki).

Az első teendőkre összefoglalóan a „MONA” betűszó emlékeztet:

- M**orfin,
- O**xigén,
- N**itroglicerín,
- A**szpirin.

A sorrend azonban általában nem ez: oxigént (adagja 2–4 liter/perc) azonnal, és nitroglicerint is igen gyorsan tudunk adni. Jó volna, ha az oxigénadás minden háziorvosi rendelőben biztosítva lenne. Aszpirint thrombocytáaggregáció-gátlóként (adagja: 200–300 mg, de ne elhúzódó felszívódású legyen!) azért érdemes mielőbb adni, mert nem azonnal hat, de minél előbb adjuk, annál hamarabb fejlődik ki a hatás. Ha oxigénre és nitroglicerínre nem szűnik meg, vagy nem mérséklődik jelentősen a fájdalom, morfint kell adnunk lassan iv., 2 mg-os részletekben a fájdalom szűntéig, illetve 15 mg-os összadagig.

## **HOVA ÉS HOGYAN?**

A helyszíni ellátást követően a beteg további ellátását kell megszerveznünk. Instabil angina, illetve NSTEMI esetei coronaria-örzöbe kerüljenek.

A STEMI sürgős reperfúziós kezelésre szorul, amire elvileg két lehetőség van: a gyógyszeres fibrinolitikus kezelés, illetve az invazív eljárás: ballontágítás (PCI=percutan coronaria-intervenció).

A reperfúzió a panaszok kezdetétől számított 12 órán belül hoz jó eredményt, de ezen belül is annál több szívizom menthető meg, minél hamarabb jut reperfúzióhoz a beteg. Az irányelv a 12 órán belüli esetekben is különbséget tesz a 3 órán belüli, valamint az azon túli panaszok között.

Akut coronaria-szindrómában szenvedő beteget, állapotától függően, esetleg rohamkocsi szállítsa. Kiegyenlített állapotú beteg szállítása kompromisszumként – ha ezzel jelentős idővesztéseség kerülhető el – elfogadható mentő szakápolói szintű kísérettel is, ha félautomata defibrillátor (AED) rendelkezésre áll.

Megjegyzendő, hogy kivételesen (ellenjavallt alvadékközlő kezelés, súlyos – legálább Killip 3 stádiumú – szívelégtelenség, valamint kardiogén sokk esetén)

a 90, illetve 120 perces időhatártól függetlenül azonnal PCI-re szállítandó a beteg.

### ÖSSZEFOGLALVA:

Akut coronaria-szindrómákban az első beavatkozásokra a „MONA” emlékeztet. Mielőbb EKG-diagnózisra van szükség. A STEMI sürgős revascularizációt igényel.

### A STROKE PREHOSPITALIS ELLÁTÁSA

Stroke az agyműködés globális vagy fokális zavarával jellemezhető, gyorsan kialakuló tünetegyüttes, melynek nincs más bizonyítható oka, mint az agy vérkeringésében kialakult kóros eltérés (WHO). Ugyanolyan prioritásként kezelendő, mint a STEMI. Az ellátási lánc (tünetek felismerése, mentők riasztása, mentőellátás, kórházi ellátás) bármelyik pontján jelentkező késedelem a betegség kimenetelét súlyosbíthatja, esetleg a betegség halálzási arányát növelheti. Itt azonban az időkorlát szűkebb, mint a STEMI esetében.

### A KÓRKÉP FELOSZTÁSA

A stroke gyűjtőfogalom, számos, az előző kritériumnak megfelelő tünetegyüttest, kórképet foglal magába:

- tranziens ischaemiás attack (TIA), reverzibilis ischaemiás neurológiai defektus (RIND), illetve annak prolongált formája (PRIND)
- ischaemiás agylágyulás (emollitio cerebri/szélütés/gutaütés, vagy korábban: cerebrovascularis insultus)
- roncsoló agyállományi/kamrai vérzés (apoplexia cerebri)
- subarachnoidealis vérzés (SAV)
- vertebrobasilaris insufficiencia (VBI).

Ezek elkülönítése részben az időben történő alakulás, részben képalkotó vizsgálat alapján történik, ezért itt a helyszíni ellátó mozgásteret szűkebb.

### Stroke valószínűsíthető az alábbi tünetek alapján:

- beszédzavar (beszédmegértési és/vagy szóformálási nehézségek)
- féloldali végtaggyengeség, -bénulás
- hirtelen kialakult, progrediáló zavartság, eszméletlenség
- fejfájás, ha hirtelen kezdődött, elviselhetetlenül heves és/vagy vegetatív, ill. neurológiai tünetekkel jár
- látászavar: átmeneti látásvesztés az egyik vagy mindkét szemén, kettős látás, látótérkiesés
- szédülés, főleg, ha hirtelen alakult ki, ismétlődik vagy állandósul, illetve idegrendszeri és/vagy vegetatív tünetek kísérik.

### A helyszíni vizsgálatnak az alábbiak tisztázására kell törekednie:

- Szükséges-e a vitális funkciók gyógyszeres és/vagy eszközös támogatása?
- Stroke okozza-e a tüneteket?
- Stroke esetén thrombolysisre szorul-e a beteg (indikációk)?
- Végezhető-e thrombolysis a betegnél (kontraindikációk)?
- A tünetek kialakulásától számított 3 órán belül, CT-vizsgálatot követően, thrombolysist kezdő osztályra szállítható-e a beteg (megvalósíthatóság)?

### A helyszíni vizsgálat során a háziorvos a következőket végezze el:

- Alapvető életfunkciók (légzés és keringés) kontrollja
- Eszmélet/tudat megítélése (GCS)
- vércukorszintmérés
- Neurológiai tünetek keresése (minimum: Módosított CPSS – I. alább)
- Vérnyomásmérés (először mindkét karon, majd ismételt 10–15 percenként a releváns oldalon)
- A perifériás erek (carotis!) feletti zörejek vizsgálata
- Esetleges sérülések, elszenvedett trauma felfedése
- Koponyaüri nyomásfokozódás jeleinek keresése: gyors neurológiai állapotromlás, extenziós tónusfokozódás, anisocoria, tág, fénymereg pupillák, vegetatív tünetek

A Módosított Cincinnati Prehospitalis Stroke Skála (CPSS) a facialis paresist, a felső végtagi paresist, az alsó végtagi paresist és a beszédképességet vizsgálja.

### HELYSZÍNI BEAVATKOZÁSOK

#### A stroke ellátásának lépései:

- Szükség esetén: légútbiztosítás (ALS – Advanced Life Support)
- Pozicionálás – vénabiztosítás
- Szükség esetén kontrollált korrekció: Vércukor – Vérnyomás – Folyadék-háztartás
- Szükség esetén további kezelés: Analgetikus kezelés – Sedatio – Antikonvulzív terápia Ritmuszavar-kezelés – Ozmoterápia
- Fibrinolízis indikációi, kontraindikációi, megvalósíthatósága
- Optimális betegút megválasztása, intézkedés, dokumentálás

#### A helyszíni ellátás elemeinek részletezése:

##### Vérnyomás monitorozása

- Törekedni kell 155 Hgmm szisztolés, 70 Hgmm diasztolés, 100 Hgmm artériás középnyomás feletti értékre, első sorban krisztalloid infúzióval.

- Vérnyomáscsökkentés általában nem indikált a helyszínen, sem ischaemiás, sem vérzéses esetben; kivétel: aortadisszekció gyanúja; extrém magas (>220/130 Hgmm) vérnyomás, koponyaüri nyomásfokozódás klinikai tüneteivel, és/vagy roncsoló állományi és/vagy kamrai vérzés klinikailag megalapozott gyanújával (hipertenzív krízis).

A csökkentés legfeljebb az artériás vérnyomás középértékének 20–25%-a legyen,  $\alpha$ - és/vagy  $\beta$ -receptor-blokkolókkal (pl. urapidil, metoprolol), szoros monitorozás, 1-2 percnkénti vérnyomásmérés mellett.

#### Vércukorszint ellenőrzése

A hyperglykaemia a morbiditás és a letalitás növekedésével jár és a rosszabb klinikai kimenetel független prediktora, nem diabéteszes betegekben is. Helyszíni inzulinkezelés általában nem szükséges, azonban cukortartalmú infúziót ne adjunk!

A hypoglykaemia (VC<2,7 mmol/l) rendezésére frakcionált 40%-os glükózoldat használható, 10%-ra hígítva, isosmolaris krisztalloid infúzió azonos kanülbe történő egyidejű adásával.

#### Egyéb beavatkozások a helyszínen

Fejfájás csillapítása lehetőleg nem kábító fájdalomcsillapítóval történjék; subarachnoidealis vérzésben azonban ez ritkán elegendő.

Szedálás rutinszerűen nem, csak kifejezett, az oxigénigényt nyilvánvalóan fokozó, illetve az ellátást és szállítást nehezítő nyugtalanság esetén indokolt. Antikonvulzív kezelést csak ismétlődő görcsrohamok esetén végzünk.

Szívrítuszavarok felfedése elengedhetetlen, kezelés csak a perctér fogat akut romlása, hemodinamikai instabilitás esetén indokolt.

Ozmoterápia rutinszerűen nem, csak agyödema progrediáló klinikai tünetei esetén indokolt. Ez a beavatkozás a helyszínen igen ritka. Fenyegető vagy kialakulóban lévő beékelődéses tünetek közepette azonban Mannitol-B 3–15 ml/kg adható infúzióban.

### FIBRINOLÍZIS: INDIKÁCIÓK, KONTRAINDIKÁCIÓK

Thrombolysis CT-vel igazolt ischaemiás stroke esetén, a tünetek kezdetét követő 3 órán belül alkalmazható. A betegség túlélését nem befolyásolja, de a funkcionális kimenetelt jelentősen javítja. Szükségessége valószínű, ha

- közepesen súlyos a stroke az alábbi tünetek alapján: aphasia (lélegeztetésre nem szoruló, nem eszméletlen betegnél!), és/vagy a végtagok emelési képessége megtar-



- tott, de azok azonnal süllyednek, és/vagy álláskeptelenség.
- kontraindikációk nem állnak fenn;
- a panaszok kezdete óta nem telt el még 3 óra.

#### Alvadékkoldó kezelés nem szükséges a következő esetekben:

- izolált, enyhe, illetve gyorsan javuló neurológiai tünetek (pl. érzékszavar, egy végtagra kiterjedő ataxia, a végtagok megtartási képessége, vagy azok kifo-kú [vagy tartós innerváció utáni] süllyedése);
- súlyos tünetek (aluszékonyság vagy súlyosabb energetikai tudatzavar, pipáló légzés, a végtagok emelési képtelensége);

- a panaszok kezdeti időpontjának bizonytalansága (az elalvás pillanata, illetve az utolsó, még panasz- és tünetmentesen észlelt időpont számít).

#### HOVA SZÁLLÍTSUK A BETEGET?

Alvadékkoldó kezelés szükségessége esetén a beteg a legközelebbi, thrombolysis-re felkészült osztályra szállítandó:

- Stroke-centrum
- Stroke-centrum hiányában sürgősségi osztály, ha telephelyén CT és neurológiai/stroke-osztály működik.
- Megfelelő háttérű sürgősségi osztály hiányában a mentőorvos vagy mentőtiszt közvetlenül CT-be szállíthatja a beteget, ha ezt helyi megállapodás lehetővé teszi.

#### További betegutak:

Intracranialis vérzéssel járó stroke gyanúja esetén a beteget lehetőleg közvetlenül idegsebészettel is rendelkező intézetbe, a felsoroltaktól eltérő esetben az aktuális ellátási igényeknek megfelelően tudó osztályra (a TIA-ban szenvedőt is) kell szállítani.

#### ÖSSZEFOGLALVA:

A stroke azonnali ellátást igényel. Elsődleges a vitális funkciók biztosítása és a lízisterápia szükségességének eldöntése. Az időfaktor a prognózis szempontjából döntő, ezért a helyszíni ellátásban az igazán fontos szempontokra kell koncentrálni.

### a legújabb ajánlások alapján

## Adj esélyt! – oktatófilm CD-n

Manapság a „BNO”, „B300” és egyebek szorításában nem könnyű érdeklődést kelteni a sürgősségi ellátás iránt, hiszen a házi gyermekorvosok – szerencsére – ritkán találkoznak légzésleállás vagy keringés-összeomlás miatt életveszélybe került gyermekkel.

Egy 2006-ban készült felmérés szerint 100 területen dolgozó gyermekorvos 10 év alatt, a sok tízezernyi orvos-beteg találkozás ellenére mindössze 17 alkalommal szorult rá, hogy mentőt hívjon.

A megkérdezettek 39 százaléka soha nem került „életmentő” helyzetbe, így nem csoda, ha kórházi előéletünk alatt szerzett reanimációs tudásunk megfogyatkozott. Irodalmi adat, hogy karbantartás nélkül az ilyen irányban szerzett készség 40%-avész el évente. A házi gyermekorvosok 97%-a érezte elégtelennek, bizonytalannak reanimációs tudását. Ennek ellenére kevesen vesznek részt sürgősségi továbbképzéseken.

Kollégáink 8%-a sohasem, 8%-a több mint tíz, 16%-a több mint hat, 25%-a több mint három éve vett részt ilyen oktatáson. Korszerű ismeretekre azonban akkor is szükség van, ha ritkán kell reanimációt végeznünk, és evidencia, hogy megszerzett készségünket csak rendszeres gyakorlással lehet szinten tartani.

Tudjuk, hogy a házi gyermekorvosok továbbképzéseiket munkahelyi adottságaik miatt (helyettesítés, távolság) nehe-

zen tudják megoldani. Nem közömbös a sürgősségi továbbképzések ára sem.

Néhány évvel ezelőtt ezért a HGYE támogatásával készítettünk egy videofilmet csecsemők és gyermekek reanimációjáról, amit a Kávészünet konferencián is be mutattunk és széles körben terjesztettünk. Amikor azonban megvizsgáltuk, mennyire használták és hasznosították a kollégák a filmet, rádöbbenünk, hogy a házi gyermekorvosok 66%-ához el sem jutott a film. Akik viszont megkapták, azok kétszer vagy többször is megnézték.

A most elkészült CD a korábbi videónak – a European Resuscitation Council legújabb, 2005. decemberi ajánlása alapján – módosított változata, szerepel benne a félautomata defibrillátor használatának ismertetése is. Az ajánlás a

korábbiakhoz képest számos új elemet tartalmaz.

A film három részből áll. Az első rész a csecsemő-újraélesztés eszközös és eszköz nélküli, egy-, illetve kétszemélyes módjait, a második rész a légúti idegentest eltávolításának korszerű módját mutatja be. A harmadik rész a nagyobb gyermekek mentésével foglalkozik egy, illetve két ellátó részvételével. Ebben a részben kapunk információt a félautomata defibrillátor használatáról is.

Hangsúlyozzuk azonban, hogy a film többszöri megnézése sem pótolja az egyéni továbbképzést, a gyakorlati oktatást.

A Sanofi Aventis Zrt.-nek és a Medtronic Kft.-nek szerzőtársaim nevében is köszönöm a film elkészítéséhez nyújtott támogatást.

DR. SEBŐ ZSUZSANNA, POMÁZ

A lemez formátuma Super Video CD, amely a forgalomban lévő ún. asztali DVD-lejátszókkal vagy DVD-meghajtóval és lejátszószoftverrel (WinDVD, PowerDVD stb.) rendelkező számítógépen lejátszható. Amennyiben a számítógép csak CD-meghajtóval és a Windowsban megtalálható Media Playerrel rendelkezik, szükség lehet ún. kodekfrissítésre (letölthető:

<http://www.microsoft.com/windows/windowsmedia/download/default.asp>).

A kodektelepítő csomag mérete kb. 1,2 Mb. Letöltés után futtassa le a letöltött fájlt, majd indítsa újra a számítógépet. Amennyiben a program nem játszaná le automatikusan a műsort, indítsa el a lemez MPEG2 mappájában található AVSEQ01.MPG fájlt.



# Kárieszprofilaxis fluoridokkal

## A NÉMET GYERMEKGYÓGYÁSZATI AKADÉMIA ÁLLÁSFOGLALÁSA

A Kinder- und Jugendarzt című újság 2004-ben adta közre állásfoglalását, amelyben válaszolt a Német Fogorvosok Társaságának a gyermekkori fluorprofilaxisra vonatkozó javaslatára. Ezen állásfoglalás és vita ismerete a magyar gyermekorvosok számára is érdekes lehet, hiszen hazánkban sincs teljes körű konszenzus a fluoridprofilaxis módjára.

A káriesz a tejfogak és a végleges fogak esetében is nagyrészt megelőzhető. A fogak épségének megőrzéséhez a megfelelő táplálkozás, a fluoridok alkalmazása és a rendszeres fogorvosi ellenőrzés egyaránt szükséges. Az elmúlt évtizedekben Németországban épp úgy, mint a világ más fejlett ipari államaiban, a káriesz gyakorisága jelentősen csökkent. A WHO-nak az egészséges fogazat megőrzésére vonatkozó céljait Németország a 12 éveseknél elért 1,7-es DMFT (Decayed, Missin, Filled Teeth) értékkel jelentősen meghaladta. Ehhez a fluoridprofilaxis Németországban használt módja jelentősen hozzájárult.

A természetben előforduló fluoridban gazdag ivóvíz fogyasztásának tapasztalatai alapján 1945 után vezették be a fluoridsupplementációt. A cseppek, tabletták, az étkezési konyhasó és a tej fluorozása, a különböző lokálisan ható készítmények mint oldatok, gélek, lakkok és főképp a fluoridos fogkrém egyaránt hatásosnak bizonyult a káriesz megelőzésére. A vita nem a fluor fontossága, hanem a bevitel módja körül zajlik.

A korai kárieszprofilaxist Németországban a gyermekorvosok végzik, hiszen ők azok, akik a fluoridsupplementációt, részben a D-vitamin-profilaxissal együtt, előírják.

Miután a piacon a legváltozatosabb fluoridadagolási formák léteznek, és a túlságosan alacsony bevitel mellett a túladagolást is el kell kerülni, 1996-ban a német gyermek- és fogorvosok egy közös javallatot dolgoztak ki és adtak közre. 1999-ben a Nemzetközi Fogorvos Társaság állásfoglalásában a fogkrémmel történő profilaxist részesítette előnyben. Erre hivatkozva 2000-ben a Német Fogorvos Társaság is kizárólag a fogkrém használatát javas-



solta a káriesz megelőzésére. Ez a javaslat a német gyermekorvosok részéről kritikai észrevételeket váltott ki. A fogorvosok szerint a szisztémás fluoridadagolás hatássósága nem bizonyított, viszont a hét hónapos kor (az első tejfog megjelenése) után használt fluoridos fogkrém megfelelő védelmet biztosít, sőt hatásosabb. Azt is állítják, hogy a fluoridos fogpaszta a szisztémás adagolással ellentétben nem vezet fluorosishoz. Véleményük szerint a nemzetközi fogorvosi irodalom azt bizonyítja, hogy a fluorid csak lokálisan alkalmazva hat, ezért szisztémás adása értelmetlen. A fluoridtablettáknak csak fokozott kárieszrizikó esetén van jogosultságuk, és a tejfogakban megjelenő káriesz nem annyira a fluoridbevitel, hanem ettől független egyéb tényezők, mint a tartós cumizás, édes tea vagy más cukrozott italok állandó szopogatásának következménye. Amennyiben mégis szisztémás fluoridprofilaxisra van szükség, erre a konyhasó fluorozása elegendő.

A gyermekorvosok munkacsoportjának véleménye ezzel szemben a következő. A rendelkezésre álló irodalom nem bizonyítja egyértelműen, hogy a szisztémás fluoridprofilaxis értelmetlen, és ugyanúgy nincs tudományosan jól alátámasztott vizsgálat arra, hogy hároméves kor alatt adva a fluoridos fogpaszta hatásos. A fluor szisztémás vagy lokális adagolását illetően a vizsgálatok ellentmondóak. Metodikai probléma többek között például az, hogy az első életévben a gyermekek a fogkrémet nagyobb részt lenyelik, így a fluor szisztémásan is hat. A fogkefére került fogkrém mennyisége is változó, így az adagról nincs megbízható adat. A fogor-

vosok által citált irodalom nem új adatokat tartalmaz, hanem régi, a 70-es évekből származó, metodikai és statisztikai hibáktól hemzsegő vizsgálatokra hivatkozik. A bizonyításból hiányoznak a gyermekeken végzett korszerű, nagy létszámú, dupla vak, randomizált vizsgálatok, ilyenek ugyanis nem történtek.

Ugyanígy nincs tudományos bizonyíték arra, hogy a csecsemő- és kisgyermekkorban használt magas fluortartalmú fogkrém kisebb gyakorisággal okoz fluorosist, mint a tabletták. A Nemzetközi Fogorvos Társaság, amelyre a német fogorvosok hivatkoznak, úgy nyilatkozik, hogy a fluorprofilaxis módja országonként változó lehet, és a helyi viszonyoktól és szokásoktól kell függővé tenni. Nem igaz tehát az az állítás, hogy a szisztémás fluorprofilaxis nemzetközileg már nem elfogadott. Sőt, a Pediatric Clinic of North America 2000-ben közzétett áttekintése szerint azokon a helyeken, ahol az ivóvíz fluortartalma alacsony, szisztémás, tabletták vagy csepp formában adott profilaxis javasolt. Németországban a fluort D-vitaminnal kombinált készítményként évente mintegy 1 millió gyermek kapja, és a profilaxis a születés után azonnal megkezdődik. A korai fluoradagolás következtében a káriesz frekvenciája a tejfogakban, de még a maradandó fogakban is olyan alacsony, hogy pl. az annak eldöntésére indított vizsgálat, hogy mely életkorban érdemes a profilaxist megkezdni, az alacsony kárieszfrequencia miatt nem vezetett eredményre.

A fluoridos konyhasó használata az idősebb gyermekeknél valószínűleg elegendő lenne, de csecsemőkorban a sózás nem használatos, így ebben a korcsoportban mindenképpen más bevitelről kell gondoskodni.

A fenti okfejtés alapján a gyermekorvosok és a fogorvosok újabb közös állásfoglalására van szükség annak érdekében, hogy az eddig elért eredmények ne kerüljenek veszélybe – fejezi be közleményét a Német Gyermekgyógyászati Akadémia.

# Gyermekkori táplálkozás és az elhízás

A táplálkozás komplex módon hat az egészségi állapotra. A kedvezően változó étkezési szokások jótékonyan járulnak hozzá az egészségmegőrzéshez, a helytelen táplálkozás kockázati tényezőt jelent. Köztudott, hogy a felnőttkori táplálkozási szokások a gyermekkorban alakulnak ki, megváltoztatásuk idősebb korban nehéz. A kövérség megelőzését a gyermekkorban megtanított, a mindennapok elfogadott részévé vált helyes táplálkozás jelenthetné.

Az egészséget nemcsak az elégtelen, hanem a túlzott fogyasztás és energiabevitel, az arányaiban helytelen táplálkozás is károsítja. Különösen sok kárt okoz az elhízáshoz vezető túlzott energiafelvétel, a nem megfelelő zsírsav-, a túlzott koleszterin- és sófogyasztás, valamint az alacsony szintű élelmirost-bevitel. Az elhízás a test zsírtartalmának kóros mértékű elszaporodása, ami a testi-lelki egészséget károsan befolyásolja. Emelkedett vérnyomáshoz, a légzőrendszer funkcionális állapotát jelző paraméterek romlásához, anyagcsere- és endokrineltérésekhez, menstruációs zavarokhoz, ortopédiai elváltozásokhoz, pszichiátriai kórképek kialakulásához vezethet. Az obesitas krónikus, recidiváló betegség, amely tartós kezelést igényel a testsúlycsökkenés, majd súlytartás céljából.

A gyermekkori elhízás másik oka a mozgásszegény életmód. A televízió, videó és a számítógép a szabadidő jelentős részét köti le, mellette a fizikai aktivitás egyre jobban visszaszorul. Az iskolai testnevelés nem pótolja a mindennapos testedzést, rendszeres mozgást.

Az utóbbi 30 évben a fejlett országokban egyre nő a túlsúlyos gyermekek aránya. Európában közel kétszer annyi kövér

MINDEN SZÁZ DIÁK KÖZÜL TÚLSÚLYOS/ELHÍZOTT:			
Életkor		Túlsúlyos	elhízott
11–12 éves	Lányok	7,8%	1,4%
	Fiúk	10,6%	3,4%
13–14 éves	Lányok	9,0%	1,4%
	Fiúk	13,3%	2,5%
15–16 éves	Lányok	7,8%	2,1%
	Fiúk	12,2%	3,2%
17–18 éves	Lányok	5,1%	1,5%
	Fiúk	12,3%	3,1%

Forrás: Oktatási Minisztérium (2002)

gyerek van ma, mint 1970-ben. A felmérések szerint hazánk a középmezőnybe tartozik, de az elhízás nálunk is növekvő tendenciát mutat: míg a '70-es években a gyermekeknek mindössze 8, ma már 12–18 százaléka kövér. A tendencia nem meglepő, az életmód változása, a gyorsétermek elterjedése, a fizikai aktivitás csökkenése mellett a hagyományosan kalóriadús magyar konyha magában hordozza ennek lehetőségét, és a felnőtteket, gyermekeket egyaránt érinti.

Normális mennyiségű zsiradék- és összetett szénhidrát-fogyasztás helyes energiabevitelhez vezetne, de a jelenlegi táplálkozási szokások ezt nem segítik elő. Az újabb felfogás értelmében az elhízottak diétoterápiájában a szénhidrát és zsír arányát a szénhidrát irányába kell eltolni. A glükózból származó lipidképződés ugyanis csak alárendelt szerepet játszik az elhízásban. A komplex szénhidrátok ugyanakkor fontos energiaforrások,

segítik az agy tanulási, emlékezési funkcióját, fontos szerepet játszanak az energia-egyensúly fenntartásában és a glikogén raktárak feltöltése révén az étvágy szabályozásában.

Annak ellenére, hogy közismert a túlzott zsírbevitel betegségekhez vezető szerepe, a zsiradékok kitűnő energiaforrások, hiányuk esetén a zsírban oldódó vitaminok felszívódása károsodhat, hőszabályozási vagy hormonális zavar alakulhat ki. Fogyasztásuk a gyermekek szervezetének számos funkciójához, fejlődéséhez elengedhetetlen. Nem közömbös a fogyasztott zsírok eredete (növényi vagy állati) és zsírsavösszetétele. A növényi eredetű zsiradékok és a telítetlen zsírsavak élettani hatása kedvezőbb. A margarin alapját is jó minőségű növényi olaj alkotja, mely kiváló forrása az esszenciális zsírsavaknak és A-, D-, E-vitaminoknak.

NAGY BERNADETT  
DIETETIKUS



# Állásfoglalás a Protopic® és Elidel® alkalmazásával kapcsolatban

Nagy problémának tartanám, ha az orvosok és a betegek abbahagynák a topikális kalcineurininhibitorok alkalmazását azon figyelmeztetések hatására, melyek elméleti megfontolások alapján e szerek veszélyességére hívják fel a figyelmet. Az eddigi adatok meggyőzően bizonyítják, hogy atópiás dermatitisben a Protopic® kenőcs és Elidel® krém – alkalmazási előíratnak, valamint a Bőr- és Nemibetegségek Szakmai Kollégiuma ajánlása szerinti – alkalmazásából származó előnyök messze felülmúlják az esetleges kockázatokat.

Az Egyesült Államok Élelmiszer és Gyógyszer Hatósága (FDA) „black box warning”-ot (keretes figyelmeztetést), míg az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) szigorítást fogalmazott meg a pimecrolimus krém és a tacrolimus kenőcs alkalmazási előírásában, felhívva a figyelmet arra, hogy ezen készítmények hosszú távú biztonságossága még nem bizonyított. Ameddig a hosszú távú biztonságosságra vonatkozó elegendő mennyiségű adat nem áll rendelkezésre, a hatóság nem javasolja ezen készítmények tartós, folyamatos (szünet nélküli) alkalmazását.

A használati előírásból világosan kitűnik, hogy a nagyon ritkán előforduló malignus megbetegedések és ezen gyógyszerek al-

kalmazása között ok-okozati összefüggés nem mutatható ki, a két hatásának az a véleménye, hogy a kalcineuringátlók lehetőleg ne legyenek elsőként választandó készítmények. Emellett aggodalmukat fejezték ki ezen gyógyszerek mértéktelen, hosszú távú használata miatt is. Az EMA szerint a pimecrolimus- és tacrolimuskezelést csak olyan orvosok kezdeményezzék, akik elegendő tapasztalattal rendelkeznek az atópiás dermatitis diagnosztikájában és kezelésében.

Az FDA és az EMA állásfoglalása állatkísérletes tapasztalatokon alapul, melyek során a készítményeket nagy dózisban orálisan adták be. Ilyenkor összehasonlíthatatlanul nagyobb gyógyszerhatás éri a szervezetet, mintha ugyanazt a szert topikálisan alkalmaznák.

A két készítmény előállítói több mint 40 000 atópiás dermatitisben szenvedő beteg esetében végeztek klinikai vizsgálatokat, és ezek során azok biztonságosnak és hatékonyak bizonyultak. A forgalomba hozást követően több mint 9 millió beteg, akiknek kb. a fele 2–17 éves gyermek volt, kezelték ezekkel a készítménnyel. Közöttük a lymphomák és a rosszindulatú bőrdaganatok előfordulási aránya nem haladta meg a normál populációban várható

szintet. A két készítmény hatóanyagának felszívódása nagyon korlátozott, és semmiképpen sem elegendő ahhoz, hogy olyan mértékű immunosuppressziót hozzon létre, amely lymphomák kialakulásához vezetne. Nincs adat arra vonatkozóan, hogy a pimecrolimus állatkísérletben fotokarcinogenezist okozna, mutagén hatással rendelkezne, vagy bármelyikük fokozná a malignus daganatok előfordulásának kockázatát. Azok a lymphomák, amelyekről a kezelt betegek esetében beszámoltak, sem klinikailag, sem szövettanilag nem olyanok, mint amilyenek az immunosuppresszív kezelés során kialakulhatnak.

Nagy amerikai és európai dermatológiai és immunológiai társaságok, köztük az American Academy of Dermatology, az American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, a European Academy of Dermatology and Venereology, a European Dermatology Forum, a Német, az Olasz és az Osztrák Dermatológiai Társaság túlzottan aggályosnak tartja az FDA álláspontját, és úgy ítélik, hogy az eddigi megfigyelések és vizsgálati adatok nem indokolják az FDA és az EMA aggodalmait.

DR. DOBOZY ATTILA EGYETEMI TANÁR  
A BŐR-ÉS NEMIBETEGSÉGEK  
SZAKMAI KOLLÉGIUMÁNAK ELNÖKE

## A GYERMEKKORI ELHÍZÁS PREVENCIÓJA

DR. PÉTER SZABOLCS OÉTI, Táplálkozás-egészségügyi Főosztály

A gyermekkori túlsúly és elhízás incidenciája évről-évre nő világszerte és ez alól a tendencia alól sajnos Magyarország sem kivétel. Mivel a gyermekkori obezitásnak számos szövődménye lehet és felnőttkorban is perzisztálhat, mára ennek a betegségnek a kezelése vált a gyermekgyógyászat egyik legsürgetőbb feladatává.

Kialakulása jórészt életmódbeli változásokhoz (táplálkozás, fizikai aktivitás) köthető és ez azt is jelenti, hogy ily módon részben megelőzhető, illetve kezelhető. Az OÉTI legújabb reprezentatív felmérése szerint a fővárosban élő általános iskolás gyermekeknek alig a fele tudja, hogy hányszor kell étkezni és mennyi gyümölcsöt kell fogyasztani naponta. Kiderült, hogy bár a 7-10 éves gyermekek tudják, hogy miért kell naponta tejet fogyasztani, mégsem teszik, a felső tagozatosoknak pedig 25%-a nem reggelizik, 10%-a nem ebédel és 15%-a nem vacsorázik. A vizsgálat további eredményei szerint az életkorral együtt nő a szobában töltött időtartam és csökken a sportolási kedv - az idősebbek közül kevesebben éreznek jó közérzetet testnevelés óra után és a napi testmozgás alig több mint a serdülők felére jellemző. Az általános iskolás tanulóknak mintegy fele saját testsúlyával elégedetlen, soványabb szeretne lenni a fiúk 30, a lányok 40%-a. Ennek érdekében minden ötödik fiú és minden harmadik lány kezdett már fogyókúrába életében. Annak ellenére, hogy a gyermekek testtömege legtöbb esetben koruknak megfelelő, figyelmet kell fordítani az egyre gyakrabban előforduló anorexia és bulimia nervosa megelőzésére is.

Mit tehet a házi gyermekorvos, hogy javítson ezen az elkeserítő állapotban? Mindenekelőtt azt, hogy felhívja a szülőt, illetve a gyermek figyelmét a helyes életmód és ezen belül is a kiegyensúlyozott táplálkozás fontosságára, preventív voltára. Az aktív, egészséges életmód jellemzőit már fiatal gyermekkorban meg kell tanulni, ekkor kell a későbbi életkor számára az alapokat kialakítani.

A szabadidő eltöltése legyen mozgásban gazdag, ne a szobában ülés legyen az uralkodó. A gyermekkel meg kell szeretetni a sportot, hogy érezze, a fizikai aktivitás jó közérzetet vált ki. El kellene érni, hogy a gyermek rendszeresen legalább napi egy-másfél órát aktívan mozogjon.

Meg kell valósítani a legfontosabb ételmiszer-csoportok helyes mennyiségű és arányú fogyasztását. Ajánlatos naponta ötször étkezni, nagyjából egyenlő nagyságú adagokat fogyasztva. A táplálékpiramisnak megfelelően a helyes napi tápanyagbevitel legnagyobb hányadát a teljes kiőrlésű gabonafélékből készült ételmiszerek alkotják (összetett szénhidrátok, élelmi rostok és vitaminokat tartalmaznak). Ezt követik a zöldségek és gyümölcsök, melyek élelmi rostokban, antioxidánsokban és ásványi anyagokban gazdagok. Ezeknél kisebb mennyiségben ugyan, de ugyancsak naponta fogyasztandók a tej és tejtermékek, melyek fontos fehérje- és kalciumforrások. A kalcium nem csak a gyermekek csontdensitását befolyásolja kedvezően, hanem a test zsírtartalmát is. Egyre nagyobb mennyiségben kerülnek terítékre olyan tejtermékek, amelyek magas nutritívitásuk mellett viszonylag alacsony energia bevitelt jelentenek, ezek előfőzés változatai pedig a tejnél könnyebben emészthetők. A tejtermékeknél kisebb mennyiségű húsféle fogyasztása ajánlott: elsősorban a sovány származások és a halak húsa kedvező az egészségre (fehérje-, vas- és vitaminforrások) - halat hetente legalább egyszer kellene fogyasztania mindenkinek. A többi ételmiszer fogyasztása nem napi szükséglet. Az ételek elkészítéséhez a zsiradékok közül a többszörösen telítetlen zsírsavakat tartalmazó növényi olajokat (napraforgó, repce, szója, olíva) javasolt használni. Tartózkodni kell a nagy cukor-, illetve sótartalmú ételmiszerektől és a cukrozott üdítőitaloktól, valamint kerülni kell az ételek utánsózását. Ne feledkezzünk meg a napi 1-1,5 l folyadék beviteléről sem!

Mind ezek mellett meg kell tanítani a gyermekeket a helyes önértékelésre, nem szabad engedni, hogy saját maguk által tervezve, orvosi felügyelet nélkül fogyókúrázzanak, főlegesen szedjenek vitamin- és ásványi anyag tartalmú termékeket. Ha törekszünk arra, hogy betegeink, gyermekeink aktívan éljenek és kiegyensúlyozottan táplálkozzanak, akkor már megtettünk az első lépéseket a gyermekkori elhízás leküzdése érdekében.



## Praxisok

- Bejárattott, 680 fős gyermekpraxis eladó Budapesten, a III. kerületben. Érdeklődni: 06/30-811-4110, kizárólag az esti órákban vagy szombat-vasárnap lehet.
- Szombathely belvárosában nagy létszámú gyermekkörzet praxisjoga eladó, heti egy-két napon helyettesítés megoldható. Központi ügyelet van. Telefon: 06/30-367-2553.
- Nyugdíjas gyermekgyógyász tartós helyettesítést vállal Budapesten (esetleg vonzaskörzetében) vagy Veszprémben. Telefon: 06-30/237-3656
- 800 kártyás gyermekorvosi praxis eladó Budapest III. kerületében. Telefon: 1/242-1984, illetve 70/531-0653
- Vác közelében 800 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó. A praxis központja Acsa. A kb. 10 kilométeres körben hozzá tartozó települések: Galgagyörk, Csóvár és Püspökhatvan. Az önkormányzati tulajdonú felújított rendelőhöz 120 m<sup>2</sup>-es szolgálati lakás tartozik. Érdeklődni lehet: Mediconsult Kft.-nél, 06-1-339-3704 telefonon.
- Házi gyermekorvosi működtetési jog eladó Budapesten, a XX. kerületben. Érdeklődni lehet: Realmed Kft.-nél, (06-1) 339-0279 telefonszámon.
- Budai körzetben házi gyermekorvosi praxist vennék. Telefon: 06-20/344-4341
- Pécsi gyermekorvosi körzet olcsón eladó. Telefon: 06-30/464-7721
- A VIII. kerület legjobb részén területi ellátási kötelezettséggel, mérsékelt áron 700 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó, nyugállományba vonulás miatt. Telefon: 06-20/363-9971.
- Budapest XX. kerületében házi gyermekorvosi praxisjog eladó. Ügyeleti kötelezettség nincs. Érdeklődni lehet hétfő kivételével – este 19 óra után a 06-20-380-7702-es telefonon.
- Karcag Városi Önkormányzat Képviselőtestülete a IV. sz. házi gyermekorvosi körzet 2007. január 1-től történő ellátására pályázatot írt ki. A pályázatot Karcag Városi Önkormányzat polgármesteréhez kell benyújtani (5300 Karcag, Kossuth tér 1.). Érdeklődni munkanapokon Vigh Julianna egészségügyi referenstől a 06-59/500-648-as telefonszámon lehet.
- Budapesten, a XVI. kerületben 1350 fős gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06-70/334-0953.

## PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

Az **Aranyág Alapítvány** pályázatot hirdet a **PannonPharma Gyógyszer-gyártó Kft.**-től támogatásként kapott készlet erejéig a gyermekek fogainak védelmét szolgáló **Dentocar** és **Dentocar Forte** tabletták térítésmentes átadására házi gyermekorvosi praxisok számára.

*Olyan gyermekorvosok pályázatát várjuk, akinek a praxisában*

- *alacsony (0,75 mg/l alatti) az ivóvíz fluortartalma, (ezt az illetékes ÁNTSZ – kérésre – rendelkezésre bocsátja),*
- *a lakosság szociális összetétele olyan, hogy nincs biztosítva a gyermekek felületi fluorvédelme (napi 3-szori fogmosás fluoros fogkrémmel).*

A gyermekek kiválasztásánál az egyéni cariesrizikó megítélése is irányadó. A pályázók praxisuk adatainak közzétételével pályázhatnak (az orvos

neve, település, a praxis nagysága, a fluorprofilaxisba bevinni kívánt gyermekek száma, a praxis címe). A tablettaelátást úgy kell igényelni, hogy a gyermekek féléves adagját kapja meg egyszerre a praxis. A tabletták kiszállításáról az ajándékozó Kft. gondoskodik.

A pályázathoz szükséges nyomtatvány az alapítványi irodától igényelhető telefonon  
(Telefon/fax: (1) 243-1734; 06-20-536-0430 )  
vagy levélben (1038 Bp., Mező u. 12.),  
illetve letölthető a [www.aranyag.hu](http://www.aranyag.hu) honlapról.

A kitöltött nyomtatványt az iroda címére kell benyújtani.  
Beadási határidő: **2006. november 25.**  
Az elbírálás határideje: **2006. december 10.**



**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](http://www.hgye.hu)

**Az egyesület titkára:**  
Fekete Éva

**mediconsult**

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

**Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.**

1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.

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

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



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

