

2007. április ■ XII. évfolyam 2. szám

H

ÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Közben

Közben rendeletek jönnek, újabb és újabb kötelezettségekkel: recept- és TTT-kód, intézménykód, naplósám. A hírekben meg: megszüntetik, bezárják, eladják, megtartják, elbocsátják, kivándorolnak, ellátás nélkül maradnak. A kérdésekre meg újabb kérdések: egy biztosító vagy több, biztosítók versenyezzenek, vagy inkább szolgáltatók? Látjuk az erőlködést, de nem nagyon látjuk a rációt, és hiányoljuk az empátiát.

Jobb lesz ez így vagy rosszabb? Reform ez most vagy csak simán túlmozgás? A kérdés megítélése gyakorlatilag magánügy, egyéni hozzáállás kérdése. Biztos iránytű nincs a kezünkben. Úgy egymás között megvalljuk, hogy még azt sem tudjuk, meggyünk-e mi most valamerre, vagy csak úgy összevissza totyogunk. Innen alulról ugyanis, nem nagyon látni a sok fától az erdőt.

Közben? Közben a betegeinkre próbálunk figyelni. Merthogy mi volnánk azok, akiknek a bizalom ellenében, vagy inkább érdekében egy zenekart kell vezényelniük. Valahol mi vagyunk az ellátás karmesterei. Nekünk kéne megmondanunk, hogy ki, hová, kihez, meg miért? De mostanság, amikor pálcával a kezünkben beintenénk, mind gyakrabban csak keresgéljük, de nem találjuk a fafűvóst, a mélyhegedűst vagy éppen az ütőst. Nincsenek a megszokott helyükön. Szakrendelések tűntek el, évek, évtizedek óta együtt dolgozó csapatok estek szét. Új kollégák után kell néznünk, mi őket tanuljuk, ők meg minket. Miközben a betegeink várnak, utazgatnak, bosszankodnak. Döcögős lett az egész.

És közben az időzített biológiai bomba is kéréletlenül ketyeg a gyermek-alapellátásban. Egyre kevesebb gyermek, egyre idősödő gyermekorvosok, egyre szűkülő piac, egyre nehezebben eladható praxisok, egyre szűkülő perspektíva. Bizonytalan a helyzete a rendszerből távozóknak, de a rendszerben maradóknak is.

Bízunk akkor most mindent a spontán folyamatokra? Hogy majd csak megold mindent az idő? Vagy inkább tervezzünk? Tervezzünk nagyobb létszámú, szakmai és üzleti szempontból biztosabb lábakon álló praxisokat, méretarányosabb ellátórendszert, jobb, a minőségi munkát elismerő finanszírozást, a nyugdíjba menőknek pedig méltányos lehetőségeket öregkorukra? Hisz a „bombát” csak így hatástalaníthatnánk, a fiataloknak perspektívát, az időseknek nyugodt öregséget csak ily módon biztosíthatnánk.

Tudjuk, hogy a változások viharában sok érdek sérül, közérdek is, és torz struktúra szülte helyi, meg egyéni érdek is. Azt is tudjuk, hogy nem könnyű érdek és érdek között különbséget tenni, miközben részvétlenek sem lehetünk.

Nem akarunk mi nagy dolgokat. Csak jobbat és biztonságosabbat szeretnénk, betegeinknek és magunknak egyaránt. Ez minden belátásunk, egyetértésünk feltétele.

És még egy kicsinyesség: hinni szeretnénk, hogy van átgondoltság, hogy előrefelé megyünk. De ez most csak önszuggesztíóval megy, gyötrelmesen nehezen!

Kálmán Mihály

TARTALOM

- Nem értem 2–3
- Tovább és jobban 4–9
- MGYT-nagygyűlés 9
- Német (?) jövőkép 11
- Tiltott szerek 12–14
- Szabad-e leállítani a növekedést súlyosan károsodott gyermekeknél? 15
- Szükség van a csípő ultrahangos szűrésére . . . 17
- Rotavírus-fertőzés 19
- Montelukast szezonális rhinitisben 21
- Mit esznek az iskolások? 22
- Hírek 23
- ESAP 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2007-ben:



Nem értem

Dr. Csáky András 1981-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Cegléden lett és maradt kórboncnok, ma is ennek az intézménynek a fizetés nélküli alkalmazottja, osztályvezetői státusáról idén januárban mondott le. Kilencedik éve parlamenti képviselő, az MDF frakcióvezető-helyettese, tagja a parlament Egészségügyi Bizottságának.

🚩 Mi a probléma lényege az Önök oldaláról nézve?

Az alapvető gond, hogy egy ilyen nagy rendszer átalakításához folyamatos forráskivonás mellett kezdtek hozzá. Az eddigi lépéseket nem nevezem reformlépéseknek, hiszen lényegében egy célt, a konvergenciaprogramot szolgálják. Emiatt kell a költségvetésben az egészségügy részesedését közel 1 százalékkal csökkenteni, emiatt csökkentik drasztikus méretekben az ellátás hozzáférhetőségét, ami megítélésünk szerint óriási kockázatokkal jár. Egyetértünk abban, hogy változtatni kell, de nem tekinthetünk el attól, hogy a mostani vezetés nagy ötletgazdáinak egyike sem jártas az egészségügy berkeiben, kizárólag közgazdasági, fiskális szempontból közelítik a kérdést. Azt valljuk, hogy a rossz morbiditási, mortalitási mutatókat, jelentős területi aránytalanságokat figyelembe vevő, fokozatos átalakításra van szükség. Maga a miniszterelnök úr jelentette ki a parlamentben, hogy az egyenlőbb hozzáférés érdekében az ország 15 térségében kell szakrendelőt építeni, vagy az uniós normák érdekében a meglévők mellé 21 mentőállomást kell létesíteni.

Az ilyen jellegű fejlesztéseket követően, de akkor is csak az érintett területek megbetegedési adatainak figyelembevételével lehetett volna az aktív fekvőbeteg-ellátás szűkítésének lehetőségeiről történő egyezkedést megkezdeni. Mérhetetlenül drasztikus lépés az, hogy egyik napról a másikra 16 000 ágyat, az aktív ágyak több mint 27 százalékát kivonták a rendszerből. Csak reménykedhetünk, hogy ebből nem származnak súlyos ellátási gondok. És eközben az ápolási, rehabilitációs ágyak száma 7000-rel nő. Miközben mi rehabilitációs ágyakká alakítjuk a kórházi ágyak jó részét, a világ más részein épp ellenkezően, épp a magas hotelköltségek miatt az ambuláns ellátás körébe terelik az utókezelést. Nem az ápolási ágyak számát kellene emelni, mamut geriatriai elfekvőket létrehozva, azt az üzenetet hordozva,



hogy a beteg szülőltől, nagyszülőktől szabad szabadulni, bár tudom, hogy a felgyorsult élet nem mindig ad lehetőséget arra, hogy a rászorulókról családi környezetben gondoskodjunk, holott az lenne a legjobb. De az önkormányzatoknak, önkormányzati társulásoknak több lehetőséget kellene adni arra, hogy helyben, ezért jóval olcsóbban, helyi munkaerőt alkalmazva, kisebb ápolási otthonokat hozzanak létre.

További sajátossága a mostani politikai hatalomnak, hogy nagyon nem érdekli a szakmai testületek véleménye. Egyetérték azzal, hogy a reform minden egyes lépése nagyon finom beállítást, hangolást igényel, de hiába juttatják el például Önök a megoldási javaslatokat a szakmai kollégiumhoz, amely szakmai kérdésekben elvileg a miniszter tanácsadó szerve, ha egyszer a miniszter nem kíváncsi a véleményükre. Konfliktusok mindig voltak, de legalább leültek egymással a tárgyaló felek, és meghallgatták egymás véleményét, beépítették az intézkedésekbe, amit lehetett. Most megszűntek a szakmai egyeztetések, ami az új törvények minőségén is meglátszik, elég csak a vizitdíj kérdésre utalni. A kormánynak változtatnia kell az egészségüggyel kapcsolatos egész attitűdjén.

🚩 A fiskális szemléletű vezérléssel ezek szerint nem ért egyet. Képes-e azonban egy egészségügyi végzettségű vezetés a megfelelő lépésekre? Az elmúlt évtizedek kormányzati lépései – vagy inkább meg nem tett lépései – cáfolják ezt a vélekedést.

Azért én kitérnék arra, hogy mi történt az elmúlt 16 év alatt. A rendszerváltás hajna-

lának politikai erői képesek voltak arra, hogy leüljenek és meghatározzák az irányváltás legfontosabb lépéseit. Ennek köszönhető a háziorvosi rendszer fejlődése, a köztisztviselők megalakítása, az önálló ÁNTSZ kiépítése, hogy csak néhány példát említek. De az akkor kijelölt lépések megvalósítását, a szak- és fekvőbeteg-ellátás reformját a Bokros-csomag oltárán később feláldozták. Azóta megy a „húzd meg – erezd meg” játék. A Magyar Demokrata Fórum figyelmeztetett egyedül az 50%-os béremelés várható gazdasági veszélyeire. Ennek lett a vége a konvergenciaprogram. Az Egészségbiztosítási Pénztár most 1500 milliárd forinttal gazdálkodik. Ebből mintegy 700 milliárd fedezi a gyógyító-megelőző ellátásokat, aminek közel a fele a gyógyszerkasszára megy. 10 millió ember éves ellátására, az alapellátástól a transzplantációig tehát mindössze 350 milliárd forint jut. Sok ez, vagy kevés?

🚩 Egy háziorvosoknak tartott értekezleten, 1999 tavaszán Orbán Viktor miniszterelnökként jelentette ki, hogy az egészségügy lyukas zsák, és amíg a lyukakat nem foltozzuk be, vétek további pénzeket ölni a rendszerbe.

A kérdés az, hogy mit értünk lyukakon. Abban mindannyian egyetértünk, hogy a járulékfizetők köre tisztázatlan. A kormány tett most lépéseket ebben az irányban. A polgári kormány is tett, de az akkori intézkedéseink közül sok fontosat visszavontak kormányváltáskor. További probléma a szolgáltatások ára. Az orvosi díjtételek kérdésköre a biztosítási modellváltás során véres komolysággal merül

majd fel. Ma senki nem tudja, hogy egy-egy beavatkozásnak mi a reális értéke. Őszintén nem értem, hogy az érintettek miért nem láttak hozzá még mindig ezeknek a meghatározásához? A politika azért hártja a kérdést, mert azonnal kiderülne, milyen hihetetlenül alacsonyan vannak a szolgáltatások beárazva, és nyilvánvaló, hogy egy ilyen költségvetésből képtelenség a szükségleteket pótolni. Csoda, hogy ilyen forráskivonás, ilyen alacsony költségvetés mellett még mindig szakmailag megfelelő ellátást tudunk nyújtani. Zárójelben azért megjegyzem, hogy azt, hogy mi a megfelelő, mi a hatékony, azt olyan indikátoroknak kellene jelezniük, amelyek még mindig nem kerültek meghatározásra. Tovább folytatva a sort: a munkaerőpiacok megnyitása miatt mind fenyegetőbb humán erőforrás-hiány is kényszeríti a forrásbővítést.

Ezek szerint Ön a lépéseket illetően nem oda helyezi a hangsúlyt, hogy hol folyik ki az összeg, hanem hogy hol fenyeget egyre inkább a forráshiány. Ilyen költségmegtakarítási kényszer mellett honnan teremtené elő a szükséges pénzeket?

Mindannyiunknak van háztartása, a háztartásnak is van költségvetése. Vannak szükségletek, igények, és vannak források. Rangsorolni kell, hogy mi fontos számunkra, mire kell most áldoznunk, és mire később. Politikai döntés kérdése, hogy a költségvetésben minek adunk prioritást ma, és minek holnap. A mindenkori döntéshozókön múlik, hogy a nemzet egészségügyét fontosnak tartják vagy nem. Ha fontosnak tartanak, dönthetnek úgy, hogy az európai színvonal elérése érdekében az egészségügyet évről évre fokozódó arányban részesítik a nemzeti össztermékből. Mert a nemzet jövője szempontjából én két ágazatot tartok kiemelkedő fontosságúnak, az egészségügyet és az oktatásügyet. Mindkettővel nagyon nagy gondok vannak.

Egy vagy több biztosító...?

Az egy vagy több biztosítás vitája most ér a célegyenesbe. Érdeklődéssel figyelek. Az alkotmány, bizonyos kétharmados törvények behatárolják a mozgásteret. Nem lehet figyelmen kívül hagyni a világ különböző országaiban nyert tapasztalatokat sem. Az Egyesült Államok négy tagállamában akarnak ma áttérni egy kötelező társadalombiztosítási rendszerre. A hihetetlenül gazdag, 7,5 millió lakosú Svájc szociáldemokrata kormánya népszavazást kezdeményezett arról, hogy a 87 egészség-

ségbiztosítóról álljanak át az egységes, egybiztosítós modellre. Minden sokbiztosítós országban konvergencia tapasztalható, egyre szűkítik az egészségbiztosítók körét. Meggyőződésünk, hogy az egészségügyi finanszírozás átállása egy többbiztosítós üzleti biztosítási rendszerre hihetetlen károkat okozna. Nincs definiálva, hogy az OEP mely funkcióit vennék át az üzleti biztosítók. A járulékszedés az APEH feladata, de a szétosztást az OEP végezné továbbra is. A társadalombiztosítás pénzbeli juttatásait is az OEP fizetné ki. A gyógyszer-támogatás mikéntje politikai kérdés, a gyártók és a forgalmazók oldaláról is kezelhetetlen [is] volna, ha tíz biztosító tízféle módon támogatná a gyógyszereket. Tehát ez is marad az országos pénztárnál. Így csupán a természetbeni ellátások bizonyos köre kerülhetne az üzleti biztosítókhoz, hisz a szűken vett gyógyító-megelőző ellátások közül kiesik a mentés, ami ugye, állami feladat. Nincs rá bizonyíték, hogy a jelenlegi szisztéma nem hatékony, mint ahogy arra sem, hogy az üzleti biztosítók a mostaninál nagyobb költséghatékonyssággal működtetnék a rendszert. Mindenki egyetért abban, hogy a működési költségek az OEP 1,6%-os hányadával szemben jelentősen megemelkednének, csökkentve ezzel a gyógyító-megelőző szolgáltatásokra jutó lehetőségeket, és a szolgáltatói oldal, azaz az egészségügyi intézmények költségei is nőnének. Már említettük, hogy a díjtételek sincsenek meghatározva. Ki fogja meghatározni a szolgáltatók árát, mindegyik biztosító saját maga? Az alkotmány ma rögzíti az állam felelősségét az egészségügyi ellátásért. Ezt a gyakorlatban az önkormányzati törvény testesíti meg, az önkormányzatok felelősségére bízva az egészségügyi szolgáltatások működtetését. Nem hatáskörelvonást, az önkormányzatok mozgásterének szűkítését jelenti-e az, ha a jelenlegi duális finanszírozással szemben, a finanszírozást egyedül a biztosítókra hárítanánk? Arról már nem is beszélve, hogy bonyolultsága miatt az egész rendszer áttekinthetetlenül válna. Egyetlen politikai erő erőlteti a kérdést az összes többivel szemben.

Jó tulajdonos az önkormányzat?

Pont a regionális egészségügyi tanácsok példája bizonyítja, hogy nem jó tulajdonosok, mert nem szakmai, hanem politikai oldalról közelítenek kérdésekhez. De egy önkormányzati testület is politikai testület, és amikor egészségügyi kérdésekben dönt, az eredményt befolyásolja a politika. De ezen nem tudunk változtatni, csak akkor, ha állami kézbe kerülne az egész.

A versenyhelyzet megteremtésével nem vezetne-e minőségjavuláshoz a több-biztosítós modell?

A nyereségérdekeltség miatt az ellátórendszer egészében biztosan nem. Vannak szakmák, ahol termelődhet nyereség, de az intenzív vagy például egyes manuális szakmák biztosan mindenhol veszteségesek. Ha a rendszert megbontjuk, előfordulhat, hogy egy biztosító csak arra köt ellátási szerződést, ami számára nyereséget hoz. Nem hiszek abban, hogy például egy vakbélműtét szakmai tartalma, színvonala változik attól, hogy x vagy z biztosító finanszírozza. A műtétet mindenhol a szakmai protokoll szerint kell elvégezni. Az infrastruktúrában változásban pedig azért nem hiszek, mert a tulajdonjog nincs a biztosító kezében, ezért nem érdekelt abban, hogy más tulajdonába kerüljön. Ez csak akkor változna, ha a biztosító az egészségügyi intézményt is felvásárolná, de ez ellen mindenki tiltakozik.

Borzasztó távolinak tűnik a politikai konszenzus. Képes-e a politika a szükséges döntésekre ilyen megosztottság mellett?

Való igaz, hogy hiába fogadja meg százszor a politika, hogy nem fogja az egészségügyet a saját színpadára rángatni a választások közeledtével, vagy ha lehetőség adódik, az éppen regnáló hatalom megtámadására, ezt mindig megteszi, bárhol a világon. Nem értek egyet azzal, ha emberáldozatokból kovácsolnak politikai tőkét, ahogy azzal sem, hogy a jelenlegi hatalom kvázi megpróbálja szétverni a kamarákat. Megosztott, atomizált maga az orvostársadalom is és átpolitizálódtak az érdekvédelmi szervezetek, a civil szervezetek is. Mindezek ellenére bízom abban, hogy van jövő, hogy van esély a közös nevezőre. Nem azért, mert hívó katolikus vagyok, hanem mert látom a jeleket annak, hogy az idő kikényszeríti a megoldást. Én a parlamenti pártok egészségpolitikáit most a pápaválasztáshoz hasonlóan, egy terembe zárnám, és nem engedném ki őket, míg az alapelvekben nem állapodnak meg. Halála a továbblépésnek, hogy itt ciklusról ciklusra új népegészségügyi programok, új reformelképzelések születnek. A Magyar Demokrata Fórum képviselőjeként nyugodt lelkiismerettel jelentem ki azt, hogy mi mindenkor a megállapodás, a konszenzus hívei voltunk és készek vagyunk arra, hogy ésszerű megállapodást kössünk a többi politikai erővel.

Köszönjük a beszélgetést.

KÁDÁR FERENC, KÁLMÁN MIHÁLY

Tovább és jobban

1992–2007: a Debreceni Gyermekklinika 15 éve

Közel negyven év gyermekgyógyászati munka és 15 esztendő vezetői tevékenység után, 2007. június 30-án véget ér Oláh Éva professzor asszony klinikaigazgatói megbízatása. Az április 20-án tartott, elköszönő tudományos ülés meghívójából idézünk: „Biztos vagyok abban, hogy az utánam jövők az értékeket megtartva nemcsak továbbviszik, hanem magasabbra is emelik azt a fáklyát, amellyel sokszor komoly ellenszélben is próbáltunk világítani.”

Néhány hónap múlva gyermekgyógyászati pályám 39. évének, s 15 éves vezetői megbízatásom végéhez, életem és pályám egy új szakaszához, talán nyugalmasabb, de további munkás évek kezdetéhez érkezem.

Tizenöt esztendő – történelmi léptékekkel mérve – egy intézet életében nem nagy idő. Ha azonban a gyermekklinika 83 éves múltjához, vagy egy életpálya néhány évtizedéhez, a munkatársak és a betegek sorsának alakulásához viszonyítjuk, már elég hosszú ahhoz, hogy meghatározó legyen az intézet működése, jövője szempontjából, hogy indokolt legyen megállni, visszatekinteni, számot adni mindazoknak, akik megbíztak hajdan a feladattal, azoknak, akikért (a beteg gyermekek) és akikkel (munkatársak) együtt végeztük e szolgálatot; de mindenekelőtt fontos a saját lelkiismeretem számára.

Olyan nap ez, olyan jubileum, amikor az ember már nem, legalábbis nem elsősorban előretéket, hanem döntően visszanez, s felteszi a kérdést: mit tettem? Hogyan éltem? Érdemes volt? Mit tettem jól, és mit kellett volna másképp? Életünk egy ilyen állomásán át kell tekinteni, mit sikerült terveinkből, álmainkból megvalósítani, mely elképzelések végződtek kudarcra, milyen tapasztalatokkal gazdagodtam, amivel segíteni tudom az utánam jövők munkáját.

Mielőtt munkatársaimmal megpróbáljuk a gyermekklinika elmúlt 15 évének legfontosabb eseményeit összefoglalni, hadd szóljak röviden az indulásról néhány szubjektív szót, azokról az előzményekről, amelyek több évtizedes munkám, így vezetői éveimnek is alapjául szolgáltak.

A családi háttér, az általános és gimnáziumi évek meghatározó volta, a tudás ér-

tékének, a tanulás szeretetének, a mindig jobbra, szebbre törekvés szándékának belénk ültetése mellett szerencsésnek mondhatom magam, mert orvosegyetemi tanulmányaim alatt olyan tanáraink voltak, akik nemcsak tanítottak, de neveltek is bennünket: Krompecher István, Endes Pongrácz, Fornet Béla, Keszyűs Lóránd, Kettesi Aladár, Árvay Sándor, Szodoray Lajos és Kulin László szakmai és emberi nagysága példaként állt előttünk, és életre szóló útravalót adott. Hálás vagyok nekik – egyetértve Hankiss Jánossal – „...nem annyira azért, amit tanítottak, hanem ahogyan. Ahogyan leültek a beteg ágyához, ahogy rátették a kezüket a beteg karjára. Ahogy hallgatták őket. Ahogy a szemükbe néztek a legnehezebb pillanatokban. Példájukért: ahogy kimondva vagy kimondatlanul szakmájukért lelkesedtek.” Ők tudatosították bennem a beteg iránti – emberszereteten alapuló – empátia fontosságát, erősítették meg bennem azt a felismerést, hogy a szakmai tudás együttérzés, empátia nélkül értékét veszti.

Friss diplomával a kezemben a gyermekklinikára kerültem, ahol gyermekorvossá nevelésemben döntő szerep jutott a gyermekklinika vezetőinek, professzorainak, munkatársainak és maguknak, a beteg gyermekeknek – akik sokszor minden várakozást meghaladó hősies magatartással, őszinteségükkel, hálájuk és szeretetük megnyilvánulásaival a legnehezebb pillanatokban is tartották bennem a lelket, erőt adtak. Nem felejtkezhetem meg tanítványaimról, a hallgatókról, akikkel mindig szoros kapcsolat fűzött össze. Állandóan ébren tartották bennem az igényt a legfrissebb tudományos eredmények ismeretére, kérdéseik, érdeklődésük, az együttgondolkodás lelkesített.

A gyermekklinikán eltöltött 39 esztendő első 24 évében más volt a feladatom, más volt a felelősségem: a rám bízott betegekért kellett a legjobb tudásomat adni, s gazdagítani ismereteimet, hogy a kémiény elvárásoknak minél jobban meg tudjak felelni. Szakképesítést szereztem csecsemő- és gyermekgyógyászatból (1972), majd – Kövér Béla professzor javaslatára humán genetikából (1980). Főnökeim segítségével létrehoztam a gyermekklinika genetikai laboratóriumát (1973), ahol ma már több mint három

évtizede végezzük a veleszületett rendellenes gyermekek és hozzátartozói, valamint a rosszindulatú betegségekben szenvedő felnőtt- és gyermekbetegek rendszeres genetikai vizsgálatát. Örömmel tölt el, hogy úttörő szerepet játszhatunk a hazai onkogenetikai vizsgálatok beindításában és általánossá válásában.

Tizenöt évvel ezelőtt új feladatokkal kellett szembenézni: 1992-ben, amikor Göncz Árpád köztársasági elnök úrtól átvettem a professzori kinevezést, s a rektor úr megbízott a klinika igazgatásával, fel-emelő, de ugyanakkor szorongó érzéssel töltött el, hogy olyan elődök után kell megpróbálnom helyállni, mint a klinika-alapító Szontagh Félix, Bókay Zoltán, első főnököm, Kulin László karizmatikus egyénisége, majd tanítómestereim, a kiváló diagnosztika Kövér Béla és a klinikaépítő, egyetemi vezető Karmazsin László. Munkásságuk példaként állt előttem. Bízom, mert hittem, hogy az általuk megteremtett értékek nekem is segíteni fognak: „Messzire lát, ki óriások vállán áll”.

Klinikavezetőként a személyes felelősség nem csökkent, nőtt: a betegekért való felelősség mellett egy személyben lettem felelős munkatársaim szakmai fejlődéséért, képzésükért, tudományos előrehaladásukért, az intézet kapcsolatteremtéséért, teljesítményéért, jövőjéért s nem utolsósorban azért, hogy a gyermekklinika egy jó szakmai közösséggé kovácsolódjon. Ugyanakkor tudtam, hogy felelős vagyok a város és a régió gyermekellátásáért, a gyermekorvosok szakmai fejlődéséért, és megpróbáltam mindent megtenni a gyermekklinika és a régió gyermekorvosai kapcsolatának szorosabbra fűzéséért.

Nem volt ez könnyű feladat az elmúlt 15 évben, s persze nem könnyű ma sem: mozgalmas korszakot éltünk át a nemzeti közpolitikában, az országban és az egyetemen belül egyaránt: néhány évvel a rendszerváltás után, országunk Európai Unióba való belépése, egyetemünkön pedig az Universitas létrehozása, tanszékek létesítése, a megváltozott finanszírozási szabályok, az ebből fakadó megszorítások új helyzetet teremtettek. A másik oldalon a betegellátás, az oktatás és a tudományos munka területén megfogalmazódó új elvárások jelentettek komoly kihívást.



A GYERMEKKLINIKA MŰKÖDÉSÉT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A Debreceni Gyermekklinika működését számos tényező befolyásolta, esetenként döntően meghatározta. Ezek egy része a gyermekgyógyászatot mint önálló diszciplínát, mások a hazai gyermekellátást érintő általános jellemzők, míg vannak, amelyek az elmúlt 15 év egészségpolitikai és gazdasági intézkedéseiből, a tudomány és technika – egyes területeken robbanásszerű – fejlődéséből, valamint a Debreceni Gyermekklinika progresszív ellátási kötelezettségéből és földrajzi helyzetéből, valamint az Orvos- és Egészségtudományi Centrumon belül hozott intézkedésekből, változásokból következnek.

A gyermekgyógyászat multidiszciplináris szakma, egy meghatározott korcsoportra adaptált teljes körű gyógyító, megelőző és gondozó tevékenység. A felnőttellátás szubdiszciplínáival szemben, a gyermekgyógyászatban a specializálódás – ahogy mondani szoktuk – a „falakon belül” maradt. Ez azt jelenti, hogy minden szakterületet egy házon belül kell művelni. Természetesen az orvostudomány fejlődése a gyermekgyógyászatban is elkerülhetetlenné és szükségessé tette szakterületüket magas szinten művelő specialisták közreműködését, ami csak többletlétszámmal, vagy egy-egy kolléga többirányú szakképesítésével biztosítható.

A speciális felkészültséget és speciális felszereléseket igénylő gyermekgyógyászat fontos további jellemzője a gyermekek folyamatos felügyeletének igénye, ami nővér szinten is létszámtöbbletet jelent, megemelve a gyermekosztályok bérköltségét, a működési keret rovására.

Az utóbbi évtizedekben a gyermekgyógyászatban is megfigyelhető tendencia a fekvőbeteg-ellátás eltolódása a járóbeteg-ellátás irányába: Ennek hátterében hazánkban a kiválóan működő gyermekorvosi alapellátó rendszer, valamint a diagnosztikus és terápiás eljárások – otthoni kezelést is lehetővé tevő – óriási fejlődése áll. Ez a járó betegek számának megnövekedése mellett a fekvőbeteg-osztályok struktúrájának átalakulását, a szinte kizárólag a súlyos betegek ellátására szolgáló osztályok megmaradását eredményezte. Mindehhez az egészségpolitikai és gazdasági intézkedések okozta méltánytalanul elégtelen finanszírozás társul.

A Debreceni Gyermekklinika a progresszív ellátási kötelezettségének megfelelően Debrecen város gyermekeinek teljes körű ellátása mellett megyei, regionális, és bizonyos területeken országos feladatokat lát el. Földrajzi helyzetüknél



fogva nem zárkozhatunk el a határon túl élő gyermekek ellátása elől sem.

Az ezredfordulón számos új kihívás változtatta meg a gyermekklinika mindennapjait. A döntő változást két új gyermekgyógyászati profilú tanszék, a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatológiai Tanszékének, valamint az Infektológiai és Gyermekeimmunológiai Tanszéknek a gyermekklinikától független létrehozása jelentette. A két tanszék működése tovább növelte a gyermekklinika hátrányos finanszírozás miatt egyébként is meglévő gazdálkodási gondjait, hiszen a kisebb ráfordítású, rövid távú kezelést igénylő akut lázas betegek egy részét és a jól (kissúlyú koraszülöttek), vagy egyedileg finanszírozott (immunglobulin-szubsztitúcióban részesülő) eseteket veszítettük el.

A gazdálkodásunkat negatívan érintő központi intézkedések, ugyanakkor a súlyos, költségigényes betegek ellátásának igénye komoly alkalmazkodási reakciókra kényszerítették bennünket: a takarékosabb működés érdekében speciális készletgazdálkodási számítógépes rendszert vezettünk be, amelynek segítségével naprakészen követhetővé és ellenőrizhetővé vált a gyógyszerek és fogyóanyagok sorsa a klinikára érkezéstől, a felhasználásig, működési egységekre lebontva. Az erők egyesítésének szándékával hoztuk ki a klinikára a városi ügyeletet, szigorú gyógyszer-felhasználási ellenőrzést vezettünk be. Mindezt a 2006 nyarán hozott megszorító intézkedések miatt létszámcsökkenés, a takarítói munka, a portai szolgálat átszervezése, fizetős kórtermek kialakítása és még számos más takarékosági intézkedés követte.

Mindezen erőfeszítések enyhítették, de meg nem oldották a működési gondokat: nap mint nap küzdelmet folytattunk azért, hogy a ránk váró feladatoknak úgy

tegyünk eleget, ahogy azt a tudomány mai állása lehetővé teszi és ahogy orvosi lelkiismeretünk diktálja.

GYÓGYÍTÓMUNKA, BETEGELLÁTÁS

A klinika fekvőbeteg-osztályain és járóbeteg-szakrendeléseinek a gyermekgyógyászati betegségek teljes spektrumát ellátjuk. Kivételt képeznek a veleszületett szívbetegségben szenvedő újszülöttek és csecsemők, valamint a kombinált vitiumban szenvedő gyermekek, akiket definitív kardiológiai ellátás, szükség esetén szívműtét elvégzése céljából a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetbe továbbítunk. A diagnosztika és a posztoperatív gondozás azonban klinikánk korszerűen felszerelt kardiológiai részlegén kitűnő szakemberek közreműködésével történik.

Betegforgalmi adatok

Egy fekvőbeteg-intézet és a hozzá tartozó járóbeteg-rendelések betegforgalmát a betegségek adott földrajzi területre érvényes epidemiológiai jellemzői és az egészségügyi intézmény ellátási kompetenciája határozza meg. Ehhez a gyermekbetegségek szezonálisitása, az optimális ágykihasználás felnőttosztályokétól eltérő 70–75%-os volta járul hozzá. Fontos tényezők még a szülő korlátlan döntési joga a gyermek felvételét illetően, s a gyermekellátás elégtelen finanszírozása. Nem hanyagolhatók el a betegellátást közvetlenül szabályozó rendelkezések, a degresszív finanszírozás, a normatív ápolási napok, a teljesítményvolumen-korlátozás, az új ágyszámra, létszámcsökkenésre és a betegirányításra vonatkozó szabályozók sem. A Debreceni Gyermekklinika esetében meg kell említenünk a városban működő 46 házi gyermekorvosi praxist, azt a tényt, hogy városunkban egy, a klinikával azonos ágyszámmal és számos járóbeteg-rendeléssel működő, de a súlyos betegek ellátására

szolgáló speciális osztályokkal nem rendelkező megyei kórházi gyermekosztály működik, a párhuzamosságokat eredményező Infektológiai és Neonatológiai Tanszék működését, és a határon túli betegek ellátását.

Mindezen hatások eredőjeként évente 6000–7000 fekvő beteget és mintegy tízszer több, kb. 60 000 járó beteget látunk el.

Infrastruktúra: osztályok és járóbeteg-rendelők

Az elmúlt 15 év alatt jelentős felújítások, átalakítások és új beruházások segítették a szakmai munkát. E helyen csak a legjelentősebbeket említem: a gyermeksebészeti osztály műtőblokkjának felújítása: két új műtő, kiszolgálóhelyiségek és két négyágyas őrző kórterem kialakítása; az Intenzív Osztály rekonstrukciója két egyágyas, külön vizesblokkal és mentőbejárat-tal ellátott izoláló kórterem kialakítása; az anyák korszerű körülmények közötti elhelyezését szolgáló mama-szálló kialakítása az előtérben gyermekjátószóval; a klinika hagyományos osztályainak korszerűsítése: csempeborítások, nővérpultok, a falak mesefigurákkal való díszítése, minden kórterembe tv stb.

Az új épületszárny

A legjelentősebb beruházást a klinikaépület egykor pénz hiányában befejezetlenül maradt nyugati szárnyának megépítése jelentette: az egyetem 480 millió Ft-os beruházásával 1200 m²-en, négy szinten, új járóbeteg-rendelők, pulmonológiai osztály, a tetőtérben orvosi szobák és oktatóhelyiség, az alagsorban laboratórium, gyógyszerzsoba és nővéröltözők kerültek kialakításra. A bejáratnál betegirányító tábla és információs pult segíti a betegeket az eligazodásban. A betegek sorszámát – rendelónként – elektromos kijelző mutatja.

Nagy örömünkre szolgál, hogy az épületbővítés lehetővé tette egy ökumenikus kápolna kialakítását, ahol lelki békét, megnyugvást találhatnak az arra rászoruló szülők, gyermekek és orvosok. A kápolna felavatására 2005 karácsonyán a református, a római és a görög katolikus püspökök közös szolgálatával került sor.

Műszerezettség

Az elmúlt másfél évtizedben minden lehetőséget megragadtunk elavult vagy amortizálódott műszereink kicserélésére, új korszerű műszerek beszerzésére: egyetemi támogatás, műszerpályázatok, alapítványi támogatások, cégek, magánemberek, a személyi jövedelemadó 1%-a, MATÁV-adományvonal, jótékonsági koncertek bevételei segítették alapítványi tő-

kénk gazdagítását. Így az elmúlt 15 év alatt 200 millió Ft-ot fordítottunk műszerbeszerzésre, többek között színes dopplerkészülék, endoszkópos torony, video-EEG, 24 órás pH-mérő, laparoszkóp, elektromos vágóeszköz, vérgáz- és elektrolit-meghatározásra alkalmas készülék, lélegeztetőgépek, monitorok, pulsoxyméterek, számítógépek vásárlására. A genetikai laboratórium munkáját kromoszómaanalizáló Lucia szoftver és Zeiss fluoreszcens mikroszkóp segíti.

Szakemberképzés – oktatói kar

A színvonalas betegellátás feltétele – a korszerű infrastruktúra mellett – a megfelelő létszámú és képzettségű szakembergárda. Ennek biztosítása – a gyermekgyógyászat multidiszciplináris jellege és a korlátozott anyagi lehetőségek miatt – nem volt és ma sem könnyű feladat. Igazgatói kinevezésem kezdetén nyugdíjaztatás miatt tapasztalt specialistát vesztett el a klinika, mások új egyetemi tanszékek élére kerülve hagyták el a klinikát. Több szakterület specialista nélkül maradt, s az említett oktatók távozásával kritikusan lecsökkent a vezető oktatók száma is.

A szűkös vezetői kar a mindig korrekt segítőtárs, Csorba Sándor professzor mellett az utóbbi években kinevezett Kiss Csongor professzorral, docensekkel, tudományos munkatárssal gazdagodott.

Nem volt könnyű a specialisták újraképzése sem. A szakemberekből álló teamek kialakítására csupán a fiatal gyermekgyógyász szakorvosok többirányú képzése, több szakvizsga egyidejű megszerzése látszott megoldásnak. Ez az időigényes folyamat mára azt eredményezte, hogy a klinika minden szakterületét szakképesítéssel rendelkező – s kevés kivétellel – minősített egyetemi docens, adjunktus vagy klinikai főorvos vezeti.

Minőségügyi rendszer

Az egészségügyi tevékenység színvonalának javítását, rendezettebbé tételét célozta a minőségügyi rendszer (ISO 9001:2000) bevezetése. A 90-es évek végén klinikánkon is megszületett a kulcsfolyamatok szabványának megfelelő leírása, a munkafolyamatok harmonizálása és az alkalmazott dokumentáció egységesítése. Fejlődött a betegdokumentáció számítógépes rendszere, amely ma már mindennapi munkánk egyre hatékonyabb segítője. 2002 decemberében a gyermekklinika kiválóan megfelelt az ISO 9001:2000 szabványoknak.

Klinikánk szakdolgozói elsők között vették be az ápolási dokumentációt. A szülők számára a klinikáról szóló tájé-

koztató füzetet állítottunk össze. A klinika megismertetése, a kollégákkal, a hallgatókkal és a szülőkkel való kapcsolatteremtés volt célunk a klinika honlapjának létrehozásával, www.debrecegyermekklinika.hu). A betegelégedettségi vizsgálatok révén folyamatosan tájékozódunk a szülők által legfontosabbnak tartott, megoldandó feladatokról.

OKTATÁS

Oktatómunkánk sokrétű, s kiterjed a graduális és posztgraduális képzés minden területére.

A gyermekgyógyászat graduális oktatása során kettős célt tartunk szem előtt: európai szintű tudás közvetítése hallgatóink felé úgy, hogy ugyanakkor a hazai morbiditási és mortalitási adatok alapján legfontosabbnak tűnő feladatokra koncentrálna, azok gyakorlati megoldására képes, jól felkészült szakembereket képezzünk.

A graduális képzés keretében oktatjuk a gyermekgyógyászatot az V. és VI. éves magyar és külföldi orvostanhallgatók, a fogorvostan-hallgatók és gyógyszerész-hallgatók, valamint az Egészségügyi Főiskola gyógytornász- és mentőtiszt-hallgatói számára. Ezt a IV. éves hallgatók klinikaigenetika-oktatása egészíti ki magyar és angol nyelven. Az oktatás segítésére több tankönyvet és kézikönyvet írtunk és szerkesztettünk (Maródi László: Gyermekgyógyászat, Oláh Éva: A klinikai genetika alapjai, Oláh Éva: Gyermekgyógyászati kézikönyv stb.). Oktatói munkánk elismerését az előadásokon mindig tele tanterem, akkreditált kurzusok látogatottsága, a pozitív hallgatói visszajelzések s „az év oktatója” kitüntetések jelzik.

A posztgraduális képzés a szakorvosképzést és a folyamatos továbbképzést foglalja magába. Klinikánk teljes körű akkreditációval rendelkezik a csecsemő- és gyermekgyógyászati szakorvosképzésben és számos szubspecialitásban. A gyermekgyógyászati grémium vezetőjeként irányítom a régió szakorvosképzését, teljesítve az azzal járó feladatokat.

A klinika, a város és a régió gyermekorvosainak folyamatos továbbképzését a napi, rendszeres professzori vizitek, a hetente sorra kerülő irodalomreferátumok, a minden reggel és délután megtartott betegmegbeszélések, a keddenként szervezett diagnosztikus és terápiás konzultációk és a 14 éve évente 6-8 alkalommal, a hónap utolsó péntekén tartott Nagyerdei Gyermekgyógyászati Esték témareferátumai jelentik. Utóbbiak célja a szakmai ismereteink gazdagítása mellett a kapcsolatteremtés a klinika és a régió, valamint



az ország gyermekorvosai között. E pén-
tek délutáni alkalmakat a klinika folyosó-
ján berendezett „Baby galériában” kiállí-
tott festmények bemutatásával, a tudomá-
nyos programot követő kis házi kon-
certtel és baráti beszélgetéssel tesszük
kellemesebbé.

Jó alkalmat teremtenek a továbbkép-
zésre a Magyar Gyermekorvosok Társasá-
ga Északkelet-magyarországi Területi
Szervezetének évenként – mindig más-
más megyében – megrendezett ülése, az
országos kongresszusok és továbbképzé-
sek. Külön említést érdemel az nyolc alka-
lommal megtartott Amerikai-Magyar In-
tenzív Neonatológiai Továbbképző Tanfo-
lyam, amelyen New Brunswick-i neonato-
lógus kollégák, szülészek és pszichológu-
sok tartanak előadásokat Debrecenben,
az ország neonatológus orvosai és nővé-
rei számára. Orvosaink és nővéreink to-
vábbképzését szolgálták a New-Brunsw-
wick-i St. Peter's Medical School Neona-
tológiai részlegén töltött egy hónapos
tanulmányutak is.

TUDOMÁNYOS MUNKA

A tudományos munka munkacsoportok-
ban folyik egyetemen belüli, hazai és
nemzetközi kollaborációra támaszkodva.
Eredményességét a pályázati támogatá-
sok száma, a munkatársaink által írt
és/vagy szerkesztett könyvek, könyvrészle-
tek, magyar és nemzetközi folyóiratban
megjelent közlemények, valamint a meg-
szerzett tudományos minősítések jelzik:

- Az elmúlt 15 év alatt megjelent publi-
kációból a 20 könyvet, közel 300
könyvrészletet, s a 470,766 impakt
faktort jelentő több mint 200 idegen
nyelvű közleményt emelem ki.
- Kutatási pályázatokból (összesen 43)
100 millió Ft-ot, egyéb pályázatok
révén további 56 millió forintot sze-
reztünk.
- Az elmúlt 15 évben egy MTA doktori,
két kandidátusi értekezés, kilenc PhD-
értekezés született. Négy kolléga sze-
rezte meg a Dr. med. habil. címet. To-
vábbi öt PhD-értekezés áll beadás előtt.
Klinikánkon egy nappali és három le-
velező PhD-hallgató dolgozik. Négy
munkatársunk akkreditált témavezető-
ként és PhD-kurzus vezetőjeként vesz
részét a doktori iskola munkájában.
- A klinikán évente 6–8 Tudományos Diák-
köri hallgató dolgozik. Munkájuk ered-
ményét előadásokban, pályamunkák-
ban foglalják össze. Két legkiválóbb
hallgatónk tudományos teljesítménye
elismeréseként az egyetem Weszprémi-
díját és az MTA Pro Scientia aranyérmét
nyerte el.

A Gyermekklinika által szervezett hazai kongresszusok

Az elmúlt másfél évtized alatt számos he-
lyi, regionális, országos és nemzetközi
kongresszust, tudományos ülést rendez-
tünk. Részletes felsorolásukra nem vállal-
kozhatok, csak a legfontosabbakat emlí-
tem meg közülük.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága
Északkelet-magyarországi Területi Szer-
vete tudományos ülésére 1993-ban a
Hortobágyon került sor. A kiváló tudomá-
nyos program és hangulatos esti összejö-
vetel mellett ezen az ülésen határoztuk el
Kulin emlékérem alapítását, amit azóta
16 – a régió gyermekellátásáért sokat tett
– kolléga kapott meg.

Az ország gyermekorvosait három
alkalommal, az 1995-ben, 1999-ben,
2004-ben megrendezett országos gyer-
mekgyógyász-kongresszuson, valamint a
gyermekklinika 70, 75 és 80 éves jubileu-
ma alkalmából tartott tudományos ülésen
köszönthetjük legnagyobb számban, de
a már említett Nagyerdei Gyermekgyó-
gyászati Estéken, valamint a klinika mun-
katársai által több speciális témakörben
Debrecenben szervezett országos méretű
kongresszuson szinte az ország valamen-
nyi gyermekorvosa megfordult.

A fiatal gyermekorvosokat a Fia-
tal Gyermekorvosok Fórumán 2006-ban,
a szakdolgozókat az 1997-ben, elsőként
Debrecenben megrendezett Gyermek-
ápolói konferencián láttuk vendégül.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága
Országos nagygyűlésén számos külföldi
szakember vett részt. 1995-ben több
európai szakember mellett az amerikai
szívsebészek és kardiológusok, valamint
a haematológus McKenzie, 2000-ben
Anjo P. J. Veerman Amsterdamból és
Hegyi Tamás New-Brunswickből, 2004-
ben a pozsonyi Kovács László és a maros-
vásárhelyi Papp Zoltán professzorok vol-
tak vendégeink. A 2000-ben tartott kong-
resszuson Veerman professzor, 2004-ben
Kovács László és Papp Zoltán professzo-
rok vehették át Debrecenben az MGYT
tisztelési tagságáról szóló oklevelet.

A Magyar Humángenetikai Társaság
országos kongresszusára 2001-ben vál-
lalkoztunk, de tumor-genetika témakör-
ben többször tartottunk munkameg-
beszélést.

NEMZETKÖZI KAPCSOLATOK

A gyermekklinika nemzetközi kapcsolatai-
nak ápolását, gazdagítását a Debrecen-
ben rendezett nemzetközi kongresszusa-
sok, külföldi látogatók fogadása és mun-
katársaink külföldi tanulmányútjai szol-
gálják.

Az elmúlt másfél évtizedben három
nemzetközi kongresszust szerveztünk
munkatársaimmal. 1997-ben a Hortobá-
gyon, az Egyetem Crossroads in Medicine
sorozatában „People with intellectual dis-
ability” címmel rendezett konferencián 21
ország képviselőit köszönthetjük. Nagy
örömmre az ülésen egykori tanítómeste-
rem, a koppenhágai Margareta Mikkelsen
professzornő is részt vett. Megtiszteltetés
volt számomra, hogy néhány évvel ké-
sőbb, a 70. születésnapján a Magyar Hu-
mángenetikai Társaság nevében Koppen-
hágában én köszönthettem.

2002-ben Debrecenben rendeztük
meg a MAMH (Medical Aspects of Men-
tal Handicap) európai szervezetének kong-
resszusát, majd ugyanebben az évben és
vidéken első alkalommal, a „Magyar Or-
vosok Nemzetközi Akadémiája”, a World-
wide Hungarian Medical Academy
(WHMA) 5. kongresszusát. Élmény volt
találkozni a világ különböző részein élő és
dolgozó magyar kutatókkal. Olyan világ-
hírű tudósokat is vendégül láthattunk,
mint Éva Klein és George Klein professzo-
rok a stockholmi Karolinska Intézetből.

Nemzetközi kapcsolataink nem egyol-
dalúak. Kollégáink számos külföldi tanul-
mányúton vettek részt. A legrövidebb há-
rom hónap, leghosszabb négy év tartamú
tanulmányutakat figyelembe véve, mun-
katársaim az elmúlt 15 év alatt 260 hóna-
pot töltöttek külföldön. Az eredmény:
több elkészült vagy folyamatban lévő
PhD-értekezés.

Részvétel a tudományos közéletben

Nem sorolható fel az a nagyszámú hazai
és nemzetközi szakmai és tudományos
szervezet, amelyben munkatársaink funk-
ciót töltenek be, vagy amelyek munkájá-
ban tagként vesznek részt. Nem vállalko-
zom azoknak a kitüntetéseknek felsorolá-
sára, amellyel állami, városi, egyetemi és
centrum szinten elismerték szakmai mun-
kánkat. Mindezeket megtalálják az érde-
lődők a jubileumra készült, a klinika el-
múlt 15 évének eseményeit összefoglaló
könyvben.

Magam a MGYT vezetősége tagjaként,
1995 és 1999 között annak elnökeként,
a Szakmai Kollégium tagjaként, a MHGT
vezetőségi tagjaként, 2000 és 2004
között elnökeként, a Humángenetikai
Szakmai Kollégium tagjaként veszek részt
a hazai szakmai, tudományos életben.
Megtiszteltetésnek és klinikai munkánk
számára hasznosnak érzem, hogy 1995
óta részt vehetek az EU gyermekgyó-
gyászati szervezete, a CESP – új nevén
European Academy of Paediatrics (EAP)





munkájában. Hasonlóképpen a hazai gyermekgyógyászat elismerését jelenti, hogy 2003 óta az Európai Gyermekorvosok Társasága (UNEPSA) alelnökeként nemzetközi szinten is bekapcsolódhattam a gyermekellátás gondjainak megoldásába.

Összejövelelek a klinikán

Befejezéseként az elmúlt 15 év kellemes perceit, emlékeit, néhány együtt átélt eseményt eleveníték fel.

Emlékezetes esemény volt klinikánk 15 éves történetében Göncz Árpád köztársasági elnök úr látogatása. Közvetlenség, barátságos mosoly és őszinte érdeklődés jellemezte a találkozást. Gondolatait vendégkönyvünkben őrizzük.

Az egyetem 2006. február 17-én tartott „Kapcsolat napján” a kápolnánkban ökumenikus istentiszteletet tartottunk „Ima a gyermekekért” címmel a református, a római és a görög katolikus püspök urak közreműködésével. Az istentiszteleten Fésűs László akadémikus, egyetemi tanár, centrumelnök úr kíséretében részt vett Habsburg György nagykövet úr.

Fontosnak tartom, hogy mi, akik egész évben együtt dolgozunk, jóban-rosszban együtt vagyunk, aggódunk a betegágy mellett, bosszankodunk a napi gondok miatt, időnként felszabadultan, fehérasztal mellett is együtt lehessünk. Erre szolgálnak a Nagyerdőn tartott – főzéssel összekötött – családi rendezvények, s nyaranta a kertünkben vagy a pincénkben megrendezett összejövelelek. Rendszeresen megszervezzük a Mikulás- és karácsonyi ünnepségeket is: meglepjük egymást kis ajándékokkal, és együtt hallgatjuk a magunk által összeállított karácsonyi műsort a gyermekekkel és szüleikkel. Évről évre kellemes gondot jelent számomra, mivel lepjem meg munkatársaimat az ünnep alkalmából. Így született meg néhány

éve a Csapó József által írt „Kisgyermekes isputálja” című első magyar nyelvű gyermekgyógyászati könyv (1771) facsimile kiadása, majd a következő évben a könyv írójának, Csapó Józsefnek arcképét és egykori pecsétjét ábrázoló érem. Ezt a „Pillanatok a Gyermekklinika életéből” CD és a gyermekkori képeinkből készült tabló követte.

Már 1992-ben létrehoztuk alapítványunkat „Gyermekeinkért” néven, amit azóta több újabb alapítvány létrehozása követett. Az alapítványi tőkét jótékonyasági rendezvények bevételeiből, a személyi jövedelemadó 1%-ából, az „Aranyág” támogatásából, gyógyszer- és műszercégek felajánlásaiból és sikeres pályázatok elnyert összegeiből gazdagítottuk. Rendezvényeink közül kiemelkedik a Benkő Dixieland Band koncertsorozata, amelyre 2007-ben, az együttes fennállásának 50. évfordulóján már 10. alkalommal kerül sor a Debreceni Csokonai Színházban. Az évről évre megrendezésre kerülő koncert ma már szerves részévé vált Debrecen zenei kulturális életének.

Megható ünnepség keretében avattuk fel 1997-ben a „Szeretet fáját”, Lakatos Aranka szobrászművész alkotását, amelynek levelei őrzik a klinikát támogatók neveit.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum által évről évre megtartott „Kapcsolat napja” rendezvénysorozathoz mi, a gyermekklinika munkatársai is csatlakoztunk. Fontosnak éreztük, hogy 15 év elteltével köszönetet mondjunk mindazoknak, akik az elmúlt évek alatt bármilyen módon segítettek munkánkat: cégek, vállalatok, alapítványok képviselői, magánemberek, művészek gyűltek össze rendezvényünkön. Köszönetünk jeléül minden megjelent vendégünknek egy emléklapot adtunk át, amelyen köszönő szavaink mellett a „Sze-

retet fája” volt látható, az illető nevét mutató falevél nagytíttal képével.

Rajtuk kívül is sokaknak tartozom köszönettel mindazért az erkölcsi, szakmai és anyagi támogatásért, amellyel segítettek vezetői munkámat.

Köszönet illeti az egyetem vezetőségét a gyermekellátás speciális nehézségeinek megértéséért, lehetőség szerinti támogatásukért, mindenekelőtt az új szárny megvalósításának lehetővé tételéért, s az évek során tőlük, vagy kezdeményezésükre kapott személyes elismerésekért.

Köszönöm közvetlen munkatársaimnak igényes, lelkiismeretes gyógyító-, és oktatómunkáját, s azt, hogy a feladatokhoz képest kis oktatói létszám és a súlyos napi terhelés mellett hagyták lelkesíteni magukat a tudományos munkára, a tudományos üléseken való rendszeres részvételre, hazai és külföldi tanulmányutakon való részvételre. Hogy nyitottak voltak az újra, s hogy az előrejutásért, a fejlődésért tettek is. Köszönettel tartozom Csorba Sándor professzornak szakmai tanácsaiért, mindig őszinte, korrekt emberi magatartásáért, amivel mindvégig segítette munkámat.

Köszönettel tartozom a hazai gyermekgyógyászat vezetőinek, a társ-gyermekklinikák professzorainak, az északkelet-magyarországi régió főorvosainak együttműködésükért, bizalmukért s valamennyi magyar gyermekorvosnak, akikkel együtt harcolhattam az elmúlt másfél évtized alatt – néha nem eredménytelenül – a gyermekellátás számára különösen súlyos működési gondok megoldásáért.

Külön hálás vagyok azoknak a gyermekorvosoknak, társszerzőknek, akik színvonalas írásaikkal segítettek a ma már gyermekorvosok, szakorvosjelöltek és hallgatók által egyaránt széles körben használt és kedvelt „Gyermekgyógyászati kézikönyv” megszületését. Köszönet illeti ezért a Medicina Könyvkiadó Rt. igazgató asszonyát, Farkasvölgyi Frigyesné és munkatársait, valamint az Alföldi Nyomda igazgatóit, Ribaltovszkyné Gyöngyit, György Géza urat és munkatársait. Jó érzéssel gondolok vissza a közös munka éveire, hónapjaira.

Köszönettel tartozom továbbá mindazoknak a külföldi gyermekorvosoknak, akik együttműködésükkel segítettek a klinika nemzetközi kapcsolatainak gazdagítását, a munkatársak szakmai fejlődését, egy-egy területen tudományos aktivitásuk kibontakozását.

Hálával és köszönettel tartozom családom minden tagjának, férjemnek, fiaimnak és családjainak a végtelen türelmükért, megértésükért, a tőlük elvett időért és

a nehéz pillanatokban erőt adó biztatásukért. Férjemtől nemcsak a legfontosabbat, szeretetet, biztonságot, megértést kaptam és kapok, hanem állandó biztatást, elismerést, velem örült a sikereimnek és önzetlenül segített, vigasztalt, ha rászorultam.

Kedves Barátaim! Az elmúlt 15 év végeztével az élet nem áll meg. Új feladatok állnak előttem: a több mint 30 éves múlttal rendelkező Regionális Genetikai Laboratórium és genetikai munkacsoport a jövőben vezetésemmel a gyermekklinika „Klinikai Genetikai Központja”-ként fog

működni. Izgalommal várom, hogy azt, amire eddig a klinika vezetése alig hagyott időt, most teljes energiával végezhessenem. Az eredményekre biztosítékot jelentenek a munkacsoport szakmailag kiváló tagjai. Segíteni fogom a fiatal, genetikai iránt érdeklődő gyermekorvos munkatársakat tudományos munkájuk végzésében, s igyekszem megszerettetni a medicinában egyre nagyobb jelentőséget kapó klinikai genetikát hallgatóimmal, a leendő orvos generációval.

Kívánom, hogy az elkövetkező évek hozzanak sikert a gyermekklinika és veze-

tője számára. Az irány: upward and forward! Legyen öröme a klinika eredményeiben, továbbfejlődésében, kapjon meg minden segítséget: stimuláló környezetet és együttműködő munkatársakat. Mert ma is érvényes a 15 évvel ezelőtti tanszékfoglaló előadásomon elhangzott Kölcsey-idézet:

„Egyedül a legnagyobb erő sem tehet mindent. Legalábbis nem tehet sokat. Egyesített erőknek pedig a lehetetlen is lehetségessé válik.”

Köszönöm, hogy meghallgattak.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 2007. május 24–26-án tartja Országos Nagygyűlését Székesfehérváron

Helyszíne: Székesfehérvár, Liszt Ferenc u. 3., Szent István Művelődési Központ (Szent István terem)

Információk: www.gyermekosztaly.hu (konferencia)

Előzetes a programból

2007. május 24.

09.00

Megnyitó ünnepség

10.00–12.00

A gyermekszürgősségi és intenzív ellátás kapcsolata a mindennapi gyakorlatban

Kerekasztal-megbeszélés. Moderátor: Simon Gábor. Résztvevők: Harmat György, Kiss Ákos, Kovács Júlia, Lombai Béla, Mészner Zsófia, Molnár Dénes, Oláh Éva, Velkey György

13.30–15.30

Koraszülöttek ellátása

Balla György: Aktualitások a koraszülött-ellátásban

Machay Tamás, Nobilis András: Reanimáció és lélegeztetés a PIC-ben és otthon

Beke Anna: Koraszülöttek utógondozása

Muzsai Géza: A házi gyermekorvos szerepe a koraszülött nyomon követésében és gondozásában

16.00–18.00

Diabetes mellitus

Soltész Gyula: Aktualitások a diabetes mellitus kapcsán

Szabó Éva: Diabetesez coma intenzív ellátása

Barkai László: Diabetesez betegek edukációja és szakgondozása

Újhelyi János: A házi gyermekorvos szerepe a diabetesez betegek ellátásában és gondozásában

2007. május 25.

08.00–10.00

Gyermekszegénység, esélyegyenlőtlenség és a gyermekek egészségi állapota

Fekete György: A Szekció megnyitója

Ferge Zsuzsa: „Legyen jobb a gyerekeknek” – Miért kell a Nemzeti Stratégia?

Aszmann Anna: Gyermekszegénység és a gyermekek egészségi állapota

Constantin Tamás, Fekete György, Shuler Dezső: Van-e alternatívája a Fagin-módszernek?

Szomor Éva: A gyermekegészségügy szerepe a Biztos Kezdet (Sure Start) korai Fejlesztési programban

Hadházy Ágnes: Gyerek a rossz családi háttér csapdájában

10.30–12.30

Hypertonia

Túry Sándor: Epidemiológiai aktualitások

Velkey György: Hypertoniás krízis intenzív ellátása

Szabó András: Hypertoniások kivizsgálása és gondozása

Hóbor Miklós: Hypertonia, szűrés és gondozás a házi gyermekorvos és iskolaorvos szempontjából

14.00–16.00

Asthma bronchiale

Cserhádi Endre: Aktualitások az asthma bronchiale kapcsán

Mikos Borbála: Status asthmaticus intenzív ellátása

Kádár László: Asthmás betegek szakgondozása

Páll Gabriella: A házi gyermekorvos szerepe az asthmás betegek ellátásában és gondozásában

16.00–17.30

Küldött közgyűlés

17.30–18.00

Az MGYT Északnyugat-magyarországi Területi Szervezetének Közgyűlése

2007. május 26.

08.00–12.00

Poszter szekció

08.00–10.00

Epilepsia

Hollódi Katalin: Aktualitások a gyermekkori epilepsia kapcsán

Újhelyi Enikő: A status epilepticus intenzív osztályos ellátása

Kollár Katalin: Az epilepsziások szakgondozása

Kollár László: A házi gyermekorvos teendői görcsölő gyermek otthoni ellátásában és az epilepsziások gondozásában

10.30–12.30

Egyéb témakörökben beérkezett, 8 kiválasztott előadás

Német (?) jövőkép



KEVESEBB GYERMEK

„Jól menő gyermekorvosi praxis eladó”: a legutóbbi időkig ez a kínálat megfelelő kereslettel találkozott. Az elmúlt években azonban változás következett be: több lett az orvosi álláshely, mint az ezekre pályázók száma. A politikai felelősök túlzottan nem aggódnak. A helyzetet valamiféle természetes egyensúlyi állapotnak ítélik: annak ellenére, hogy egyre több az idős, és egyre kevesebb a fiatal, még mindig elegendő a gyermekorvosok száma. Tehát – úgy gondolják – nincs szükség beavatkozásra.

A működő gyermek- és ifjúságorvosok száma mind a kórházi, mind az ambuláns ellátásban 1991 és 2004 között jelentősen növekedett. Ugyanebben az időszakban, 1991 óta a szakorvosképzésben részt vevők száma viszont csökkent. Eközben hátrányosan változott meg a gyermekorvosok korösszetétele is. Majdnem minden negyedik, a keleti tartományokban majdnem minden harmadik gyermekorvos betöltötte az 59. évét. Az ambuláns ellátásban a 60 évesek száma 13 év alatt megduplázódott. Közben a gyermekgyógyászat női foglalkozás lett: a gyermekorvosok között a nők részaránya 50% körül alakult.

Az adatok azt mutatják, hogy egyre kevesebb gyermek születik, és Olaszország, valamint Spanyolország mellett Németországot jellemzi a legalacsonyabb születésszám Európában. 2001-ben például 734 475 gyermek született. Miközben még 1950-ben minden harmadik német állampolgár volt fiatalabb 18 évesnél, addig most már csak minden ötödik.

Ennek megfelelően fordított a tendencia az idős korosztály számarányában. 1950-ben minden tizedik német volt 60 évnél idősebb, miközben 2001-ben már majdnem minden negyedik. És továbbra is ez a változások iránya.

NEHÉZ AZ UTÓDLÁS

Az egyre kevesebb gyermeket egyre több orvos látja el. Még 1991-ben minden egyes aktív gyermekorvosra átlagosan 1581 gyermek jutott, addig 2004-ben már csak 1318, vagyis 12%-kal kevesebb. Ez a csökkenés gyorsabb a keleti tartományokban.

A gyermekorvosok magas átlagéletkora garantálja, hogy a jövőben, a csökkenő gyermeklétszám ellenére, a fiatal gyermekorvosok számára megmarad a letelepedés lehetősége. A praxisukat eladni akaró kollégák és kolléganők tapasztalatai azonban azt mutatják, hogy különösen a városi és nagyvárosi környezetben az utódok megtalálása egyre nehezebb.

2005–2006-ig tartó időszakban a gyermekgyógyász szakorvosképzésben részt vevő fiatal orvosok 10%-át, 248 fiatalt kérdeztek meg a jövőbeni orvosi tevékenységükről.

Szembetűnő volt a nők magas, 75%-os aránya a résztvevők között. A 25–35 éves korosztályhoz 85%-uk, a 36 évesnél idősebb korcsoporthoz pedig 15%-uk tartozott.

A korai képzési stádiumnak megfelelően a praxis és a kórházi munka közötti választás meglehetősen kiegyenlített volt. A csoportpraxist azonban egyértelműen előnyben részesítették a szülő praxissal szemben. Összességében a döntést még nem hozók csoportja volt a legnagyobb. 80%-uk a városokban és a nagyvárosokban kíván elhelyezkedni és csak 12%-uk akar vidéken dolgozni, míg 5%-uk még nem döntött. A családtervezésre és a gyermekek nevelésére tekintettel nem volt meglepő, hogy az orvosnők nagy számban szeretnének időlegesen részállású tevékenységet folytatni.

Az utolsó kérdés arra vonatkozott, hogy milyen a hajlandóság egy európai, angol nyelvű vizsga letételére: 40%-uk nem hajlandó erre. Ezek túlnyomórészt azok a kollégák, akik házi orvosi tevékenységüket falusi környezetben kívánják kifejteni, vagy angolul soha nem tanultak.

ÚJ MEGOLDÁSOK

A gyermekgyógyászatot, mely száz éve önálló és rendkívül érdekes területe az orvostudománynak, most az elmúlás fenyegeti. A kollégák nagy része egyre közelebb kerül a nyugdíjhoz. A praxis idő előtti eladásának vagy akár leadásának gondolata sokakat foglalkoztat.

A másik oldalon ott van az utódok generációja, akik viszont éppúgy csalódottak a rossz munkakörülmények miatt. A panaszkodás, a dolgok feladása vagy akár a kivándorlás mégsem lehet megoldás. Társadalom iránti kötelesség új utakat és megoldásokat keresni, a gyermekgyógyászatot a fiatal betegek javára megtartani, a fiatal gyermekorvosok munká-

kába állását megkönnyíteni. Természetesen az olyan régiókban, ahol iskolákat zárnak be, nem könnyű egy gyermekorvosi praxist létesíteni és annak működési körülményeit megteremteni.

Manapság megtörni látszik az a tabu is, hogy a teljes lefedettséget biztosító gyermekorvosi ellátás a régi módon még fenntartható. Ez így már nem lehetséges, ami azonban semmi esetre sem jelentheti azt, hogy a házi gyermekorvosi ellátás feladatai a kórházakba helyeződjenek át. Az ambuláns gyermekorvosi ellátás feladása az általános orvosok javára, jóllehet ez a kórházi ágykihasználást javítaná, politikailag és szakmapolitikailag jelentősen gyengítené az egész gyermekgyógyászat pozícióit.

Az egyre korosodó gyermekorvosi kart a rezidensek, a rendszerezett, szabályozott helyettesítések és a részmunkaidős engedélyek segítségével lehet tehermentesíteni. Ugyanakkor továbbra sem megoldott a fiatal orvosok letelepedésének és működési körülményeinek megkönnyítése. Nem javult a finanszírozásuk sem.

Pedig fontos, hogy a következő gyermekorvos-generáció igényeit, szükségleteit kielégítsék. A magas női részarány miatt például a gyermeknevelési időszakot az életpályába be kell tervezni. A kolléganőknek lehetővé kell tenni a részmunkaidős foglalkoztatást, hogy munkában tudjanak maradni, az állásukat meg tudják tartani, hogy aztán – igény szerint – újra főállású munkakörbe térhessenek vissza.

A már ismert csoportpraxisok mellett új működési formák alakulnak ki, melyekben az alkalmazotti munkaviszonyban új munkahelyek alakíthatók ki. Itt lehetőség nyílna részmunkaidős engedélyek kiadására is és ezzel az álláshelyek megosztására. A klinikán töltött részmunkaidő mellett egy rendelőben folytatott tevékenység megoldást jelenthet a pénzügyi problémákra is. Ezek a lehetőségek kikényszerítik, hogy az aktív tevékenységtől lassan visszavonulni kívánó kollégáknak, de az utódgenerációnak is legyen határozott életpálya-elképzelése. A szakmai egyesületeknek pedig mint az ellátás szervezőinek, a praxist leadók és átvevők közötti közvetítőknek egyre fontosabb lesz a szerepük.

Forrás: Hannelore Heuchert: Niedergelassene Pádiater-vom aussterben bedroht? Kinder-und Jugendarzt 3. 2007. 194–196.

REFERÁLTA: KÁLMÁN MIHÁLY

Tiltott szerek

Márciusban két hétvégén tartottak a HGYE közreműködésével továbbképzést gyermekorvosok számára a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet munkatársai. Ennek kapcsán beszélgettünk Felvinczi Katalinnal a NDI igazgatójával, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium Kábítószerügyi Koordinációért felelős miniszteri biztosával.

🚫 Mi minősül ma kábítószernek?

Azok az anyagok, amelyek a különböző nemzetközi egyezmények során elfogadott listán szerepelnek. Hogy mi kerül a listára, az egy alkufolyamat eredménye. Ópiát- és cannabisszármazékok, amfetamin típusú stimulánsok, és közöttük az ecstasy, az LSD – ezek a Magyarországon ma leggyakrabban használt szerek. És hogy tiszta legyen: az ópium a mákgubóból, a hasis a kender (cannabis) női virágzatának gyantájából, a marihuána pedig a kender felaprított részeiből készül. A listára a rendszeresen megújított kábítószer-egyezmények, az újabb tudományos eredmények és az ENSZ Kábítószer Ellenőrző Bizottságának javaslata alapján időről időre átkerülhet egy-egy, addig csak a pszichotróp listán szereplő, frissen kábítószernek minősített vegyület.

🚫 Mi a pszichoaktív szer?

A tudatállapotot ilyen-olyan módon módosító szerek. A kávé, az alkohol, a do-

hány és az „igazi” kábítószer mind pszichoaktív szerek. Ezek egymástól csak a közvetlen euforizáló hatásuk erősségében különböznek.

🚫 Az egészségre az alkohol és a drog is ártalmas, mindkettőnek van euforizáló hatása. Miért minősül kábítószernek az egyik, és miért nem a másik?

Maradjunk abban, hogy azok a pszichoaktív szerek minősülnek kábítószernek, amelyek azon a bizonyos listán szerepelnek. A mi jogalkotási rendünket az európai és észak-amerikai kultúra határozza meg, ez szabja meg viselkedési normáinkat. Ez a kultúrkör nagyobb jelentőséggel hat ránk, mint mondjuk a dél-amerikai, afrikai vagy kelet-ázsiai szokásrend, ahol a kábítószer alapanyagának döntő hányadát megtermelik, és ahol az étellel – ki tudja mióta – együtt jár például a kokalevel rágása vagy a kender szívása. Be kell tehát vallani, hogy a „lista” összetételét jelentős mértékben társadalomtörténeti tényezők határozták meg.

A nemzetközi egyezményt az ENSZ csaknem minden tagállama aláírta. Burkina Faso is. Tehát mindenhol illegális a kábítószer forgalmazása és használata. Ami természetesen nem azt jelenti, hogy a tiltásnak érvényt is tudnának szerezni. Használatukat Afganisztántól Bolívián át az Egyesült Államokig üldözik és szankci-

onálják, igaz, mindenhol eltérő módon és mértékben.

🚫 Mi jellemzi a hazai kábítószerfogyasztást?

Hogy mennyi „aktív” kábítószer-fogyasztó van összesen, azt nem tudjuk megmondani. Azt tudjuk, hogy a felnőtt – 19 és 54 év közötti – népesség 11,4 százaléka kipróbált már életében valamilyen illegális szert. Nem azt mondjuk, hogy ma ennyien használják, csak azt, hogy ennyi ember találkozott már életében droggal. Úgy tartjuk, hogy a felnőtt népesség 4,4 százalékát tekinthetjük úgy, hogy az előző hónapban használt illegális szert. Nagy szám ez, még akkor is, ha ezt a számot az alkoholbetegek hat-nyolcszázszázalékos számával vetjük össze. Azzal sem ártathatjuk magunkat, hogy az alkoholnak jóval nagyobb népegészségügyi kockázata van.

3–4 ezer intravénás heroinfogyasztóról tudunk. A „problémás” fogyasztók, tehát azok, akiknél már manifeszt egészség-probléma lépett fel, vagy összeütközésbe kerültek a rendőrséggel, úgy 24 ezren lehetnek. Évente 20–40 haláleset fordul elő közvetlenül az illegális szerhasználat következtében. 2005-ben tizenhárman vesztették életüket heroin, hatan amfetamin, hárman ecstasy túladagolása következtében, pontosabban az anyag szennyezettsége miatt. Sajnos tény, hogy ameddig ezek a szerek illegalitásban van-

A drogprobléma még a rendszerváltás előtt elérte Magyarországot, de nem elsősorban a becsempészett illegális drogon, hanem a droghatású medicinális készítményeken, a szerves oldószereken és a mákteán át. 1989 után a főszerep a tiltott drogoké lett, a nyugati mintáknak megfelelően a cannabisszármazékok, illetve a szintetikus drogok használata terjedt el a leginkább, de a kemény drogok és azok addikciói is terjedni kezdtek. Korszerű kezelési rendszerek alakultak ki, elsősorban a pszichiátriai ellátásba vagy az alkohológiai ellátásba kerültek az esetek, lassan jöttek létre a drogambulanciák, még lassabban a rehabilitációs ellátások, az alacsony küszöbű, illetve az utánnnyúló segítségformák.

1999 óta van Nemzeti Drogstratégia. A stratégiában újszerű a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok rendszere, amelyek az adott területen koordinálják a munkát a megelőzés és a kezelés fejlesztése szempontjából. 1999-től szigorúbbá vált a drogfogyasztás büntetése, az elterelés lehetőségét kizárólag a drogfüggők körére szűkítették. (Ha a droghasználót az igazságügyi orvosszakértő drogfüggőnek minősítette, csekély mennyiségű kábítószerrel való visszaélés esetén, és amennyiben nem adott át kábítószer másnak, lehetősége volt arra, hogy a

büntetőeljárás alternatívájaként féléves kezelésben való részvételt válasszon. Ennek igazolása nyomán az eljárást ellene megszüntették.) A szigorítás nehezen volt végrehajtható, és komoly társadalmi és politikai ellenállásba ütközött, de a közvélemény helyeselte ezt a gyakorlatot. A tiltás és büntetés mégsem bizonyult eléggé hatékonynak.

2003. március 1 óta az alkalmi használók számára az elterelés ismét elérhetővé vált, akik így a büntetőeljárást, a letöltendő börtönbüntetést – függetlenül az igazságügyi szakértő véleményétől – kiválthatják egy hat hónapos elterelő kezeléssel. Az elterelés a függők esetében gyógykezelést, az alkalmi használók esetében felvilágosító-megelőző szolgáltatásban való részvételt jelent. Az elterelés alapú kezelés és prevenció azonban csak hosszabb idő után lehet hatékony. Szervezése, fejlesztése nyomán a társadalom nemcsak ennek a viszonylag egyszerű drog-visszaszorítási módnak a nehézségeivel találkozik, de változik drogszemlélete és toleranciája is. Így végül közelebb kerülhetünk a drogvisszaszorítás korszerű gyakorlatához, amelytől már valóban várható előnyös változás.

Forrás: Buda Béla: Drogmegelőzés, szándékok, dilemmák és perspektívák Addiktologia Hungarica 2005 IV.évf. I.sz.

nak, addig a fogyasztók érdekeit, azaz a szer tisztaságát, senki nem védi.

Van-e a fogyasztóvédelemnek ezen a területen bármi lehetősége?

A „jobb” országokban működik egy úgynevezett „korai jelzőrendszer”. Ez azt jelenti, hogy a rendőrség, vámórség amint tudomást szerez arról, hogy rosszabb minőségű szállítmányt szándékoznak piacra dobni, saját csatornáin jelzi azt a fogyasztók felé. Ehhez persze annyi és olyan felkészültségű analízislabor kell, amennyi nekünk nincs. Nálunk a bűnüldöző szervek és a droghasználók között nem olyan a viszony, mint mondjuk Hollandiában. Elvileg mi, a mi intézetünk közvetíthetne a két fél között, de nekünk intézményes kapcsolatunk nem a fogyasztókkal, hanem a kezelőhelyekkel van. Nagyobb probléma az, hogy a kicsiny analitikus kapacitás miatt csak nagy késéssel kerülnek a minták laboratóriumba, és hogy az ottani munkába nekünk semmi beleszólásunk nincs. A rendőrséget felügyelő minisztérium irányítása alatt állnak, és persze a rendőrségnek nem az érintettek figyelmeztetése a legfőbb gondja. Nagyon csúnyán fogalmazva, nincs is az évenként 13 heroin miatti halálesetnek akkora népegészségügyi jelentősége, hogy a költségvetés többet áldozzon a kábítószer-analízisre. Ott fordítanak erre többet, ahol jóval magasabb a fogyasztók száma.

Emelkedik a drogozók száma?

Még mindig enyhe emelkedés tapasztalható, de ez a növekedés várhatóan rövid időn belül megáll. Fokozza a fogyasztást, hogy néhány ezer forint körül ma öt percen belül minden beszerezhető. Egy ecstasy tableta 1 200.-, a marihuana grammja 2 200.-, a hasis 2 300.-, egy heroinpakett, ami nincs egy gramm, átlagosan 4 600.- forintba kerül. A heroin ára is megy lefelé, jó volt a máktermés Afganisztánban. A mi magyarországi mákunak inkább csak mákteaának használják, ami messze nem olyan „ütős”, mint a heroin, viszont intravénásan életveszélyes. A kokain a legdrágább, 15 000 körül van grammja. Egy gramm amfetamint 2 900.-ért kapni.

Hány éves korban kezdik a fogyasztást?

Jellemzően a középiskolás évek második felében. A fiúk jóval nagyobb arányban próbálkoznak, és nem mondhatnám, hogy van különbség a gimnazisták és szakmunkástanulók között. De míg a vidéki nagyvárosokban csak a harmada, a fővárosi 17–18 éveseknek már a fele ta-

HASISKÁBULAT

„Fél órával az után, hogy elszívtunk egy cigarettát, fokozatosan elöntött valami könnyedségérzés, nagy megkönnyebbülés vett erőt rajtam, szabadnak és kényeszermentesnek éreztem magam, majdnem súlytalannak. Semmi nem nyomott már le a földre, nem mintha repülni tudtam volna, de minden könnyen ment. A zene, amit hallgattam, most egészen másnak tűnt, mint azelőtt, jelentősnek, tisztábbnak és fontosabbnak, az egyes hangszerekre jobban tudtam koncentrálni, a hangok könnyebben utat találtak hozzám, mintegy felém küldött üzenetként hallottam ezeket anélkül, hogy konkrétan meg tudnám mondani, mit tartalmazott az üzenet. A beszéd is könnyebbnek tűnt, a szavak szinte maguktól jöttek, mintha semmiféle erőfeszítést nem kellene kimondásukhoz tennem. Majd furcsa étvágyam támadt. Ilyet még soha nem éreztem. Mindenképpen édességet szerettem volna enni; egyébként sohasem voltam édesszájú. Világos, hogy egy bonbont vagy csokoládérudat szívesen elfogyasztottam; azonban ekkor hirtelen farkasétvágyam támadt, amelynek engedelmeskednem kellett. Hogy akkor mit ettem össze, arra már nem emlékszem, de pompásnak találtam, mennyei érzet, egészen szokatlan ízű volt.

Ugyanakkor az est további részében oldottnak, vidámnak, elégedettnek éreztem magam, és minden gondom eltűnt. Nyugodt voltam, mint egy Buddha, nem voltak igényeim, csak ültem, és különös nyugalom töltött el, noha szinte meg sem szólaltam. Inkább csak azt éreztem, hogy egyszerűen minden megfelelő és úgy-mond rendben lévő.”

lálkozott kábítószerrel. Sajnos igaz, hogy minél fiatalabb korban kapnak rá, annál nagyobb a függőség kialakulásának kockázata. A fogyasztás azonban döntően 18 és 24 éves kor között ugrik meg.

Van hová küldeni egy „kábszerest”?

Van, de nincs elég ellátóhely. A büntető törvénykönyv ma azt, aki társadalmilag csekély veszélyességű bűncselekményt követ el, vagyis csak fogyasztói típusú magatartást folytat, ugyan fenyegeti letölthető börtönbüntetéssel, de ha vállalja a részvételt valamilyen megelőző-felvilágosító eljárásban, és ha szükséges, gyógykezelésben, mentesíti is alóla. Ily módon évente úgy hatezren fordulnak meg a rendszerben, többségüket a rendőri eljárás „tereli” erre.

Kell-e a gyermekorvosnak jelentenie a tudomására jutott esetet? Szabad-e ilyet tennie?

Erre jogszabályi kötelezettsége csak a rendőrnek van. Orvosnak, pedagógusnak csak az önállóan cselekvőképtelennek minősülő 14 aluli esetben van tájékoztatási kötelezettsége – de akkor is csak a szülő felé. 14 éves kor felett viszont már a szülőt sem szabad a gyermek hozzájárulása nélkül tájékoztatni.

Hogyan jellemezné a hazai drogpolitikát?

Talán a közéleti szó a legjobb meghatározás rá. Nem restriktív, tehát nem akarja a kábítószer-használatot egyedül a bünte-

tőjog eszközeivel kordában tartani, de nem nevezhető liberálisnak sem, ami ugye kifejezetten az ártalomcsökkentésre teszi a hangsúlyt. Legnagyobb gondja az ellátás hozzáférhetőségének szűk keresztmetszete. Ebben a vonatkozásban égbekiáltó az egészségügyi és szociális ellátórendszer kapacitáshiánya, ami elsősorban a finanszírozás elégtelenségével okolható. Kevés az úgynevezett alacsony küszöbű szolgáltatás, amit valaki akár azonosító adatai nélkül is igénybe vehet. Problémát okoz, hogy szakember- és pénzhiány miatt a rendőrség a szervezett bűnözői körök üldözése helyett inkább a kis-kaliberű bűnözőket és a fogyasztókat üldözi. Annál is inkább, mert csak az ő vallomásaik alapján van esélyük mások terjesztői magatartásának bizonyítására.

Vannak persze eredmények is. Megnőtt az iskolai prevenció súlya, gyarapodott a drogambulanciák száma, elérhetővé vált a heroinfüggők metadonkezelése, beindult a túcsera program, kiépült a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok hálózata. Ők azok, akikhez fordulhatnak, ha nem tudják, hogy hova küldjék az Önökhöz forduló, és segítséget kérő fogyasztót. Végül örömmel tölt el bennünket, hogy most már a harmadik kormányzati ciklust íveli át azonos drogpolitika.

A drogérlettség, a fogyasztási struktúra szempontjából Magyarország az európai struktúra közepmezőnyébe tartozik. A heroinfogyasztás nálunk is visszaszorulóban van, a cannabis és az ecstasy nálunk is terjed, és Európa más pontjaihoz hasonlóan itt is számítani kell egy kokain-

HEROINKÁBULAT

„Ha végre benyomod magadba a heroint és meg tudod jegyezni, mi is történt a kobakodban, rájössz, hogy ennél jobb nincs a földön. Hogy ez mi, azt igen nehéz leírni. Az ember rettentően elégedettnek érzi magát. Semmi egyebet nem is szeretne. Úgy érzi, hogy ennek az állapotnak örökre meg kell maradnia. Leírhatatlan. Mintha mindent egy szempillantás alatt megkapná. Ekkor már neked minden teljesen mindegy. Nem gondolsz sem a jövőre, sem a múltra. Hogy mi volt, annak már nincs semmi jelentősége. Mindenről megfeledkezel magad körül. De arra sem gondolsz, hogy mi is lesz ezután. Ez egyszerűen a legcsodálatosabb.

Ez eltart egy darabig, majd oldódik a feszültség és elégedett leszel. Hogy mások miket mondanak, egyáltalán nem érdekel. Nincsenek gondjaid, és semmi sem aggaszt. Órákon át egy helyben ülsz és zenét hallgatsz. Az utcán tudsz járkálni, sőt autót is tudnál vezetni anélkül, hogy bármit észrevennének rajtad, te mindent meg tudnál tenni, félelmetesen nyugodt és higgadt vagy, és minden gondodat levetted magadról. Ez az állapot eléggé hosszan tart, de általában még nem gondolsz a legközelebbi belövésre. Először akkor jut eszedbe, hogy szükséges az újabb injekció, amikor nyugtalan leszel, akkor fokozatosan éberre válsz, és megvilágosodik számodra, hogy ismét gondoskodnod kell magadról. Az embernek legtöbbször van még tartaléka, de ha mégsincs, fokozatosan egyre izgatottabb lesz. Ekkor be kell szerezni, és minden kezdődik előlről.”

„boom“-ra. Ez a két utóbbi „party” drog az, amelyekkel a társasági együttlét előnyei csúcsra járathatók. Sajátossága az országnak a viszonylag magas folyamatos fogyasztási ráta, ami azt jelenti, hogy ha egyszer elkezdik, sokáig „anyagoznak”. Hosszú ideig „rajta vannak” a szeren, ráadásul összevissza fogyasztják a drogokat. Nem válik el például a cannabist használók csoportja a mást fogyasztóktól, nem azért, mert így nagyobb lenne az élvezet, hanem mert rendkívül tájékozatlanok a fiatalok.

H Mit tehetünk mi, gyermekorvosok?

Privilegizált helyzetben vannak, hisz bent vannak a családban, ami rendkívüli bizalmi tőkére teremt lehetőséget. Elég széles látókörűek és felvilágosultak ahhoz, hogy

ne csak a szülővel, hanem a gyerekekkel is jó kapcsolatuk legyen. Beszélő viszonyban vannak velük, ami persze jól tudjuk, nem azt jelenti, hogy a probléma megoldása is elvárható lenne Önöktől. A pupilla tágasága, az arc színe, az acetonos lehelet, a súlyvesztés, a viselkedés megváltozása, a kiegyensúlyozatlanság, a teljesítménycsökkenés árulkodó tünete az „anyagozásnak”. A „papolástól, szövegeléstől” viszont semmit nem várhatnak, erre nem reagálnak jól a gyerekek. A szülő és gyermek között bizonyos mediálól szerepe lehetne az orvosnak, és orientálhatja a gyereket az ellátóhely felé. Meg kell nyugtatni a szülőket afelől, hogy egy hétvégi ecstasy még nem jelenti, hogy drogos a gyerek. Az esetek többsége ez nem több pusztá próbálkozásnál. A problémás szerhasználatig, a függőségig hosszabb az

út. A felnőttkorban elvárt teljesítménykényszerrel sem fér össze a szerhasználat. Nem kell tehát dramatizálni a helyzetet, viszont mindent meg kell tennünk azért, hogy legalább kezelni tudjuk azt.

H Értünk mi ehhez?

Sajnos, általában nem. A gyermekorvosok reakciója többnyire ugyanolyan, mint általában a szülőké vagy a pedagógusoké. Nem reagálnak ugyan a szülőkhöz, pedagógusokhoz hasonlóan alpból rémülten, de nem tudják, mit csináljanak, nem tudják, hogy ők maguk mire alkalmasak, meddig terjed a személyes kompetenciájuk, és általánosságban ők sem állnak máshogy a kábítószer problémához, mint a társadalom egésze. A társadalom úgy általában, nem szereti a drogosokat, elutasítja őket.

H Milyennek kellene lennie a társadalmi attitűdnek? Elfogadónak?

Nem hiszem, hogy a toleráns álláspont elvárható a társadalomtól. De az ajnározó, paternalista szemléletet problémamegoldó hozzáállásnak kellene felváltania. Ebben a lüktető, érthetetlen, követhetetlen világban mindenkiben tátong valami spirituális úr, amit ki ezzel, ki azzal próbál betölteni. Ettől azonban még érezhetnék magukat akár jól is, tudatmódosító szerek nélkül is. A droghasználat helyett sokkal jobb lenne, ha sikerülne olyan, akár alternatív viselkedésmintákat kialakítani, elfogadtatni, amellyel sem magukat, sem környezetüket nem károsítják. Ez lenne az igazi ártalomcsökkentő szemlélet. És persze beszélő viszony az erkölcsi elítélés helyett.

Köszönjük a beszélgetést.

K. F.

HÁZIORVOSOK XV. RÁCKEVEI KONFERENCIÁJA

2007. június 22–23–24.

Kedves Kollégák!

Ismét elmúlt egy év a tavalyi rendezvényünk óta; lezáródott egy (miniszteri) korszak. Mi most is háziorvosi konferenciát szervezünk – csakúgy, mint immár másfél évtizede – minden tavasszal. Összejövetelünknek a pusztá léte is némi megnyugvást sugároz a maga folyton megújuló állandóságával. Egy olyan folyamatosan változó, forrongó világban, ahol már lassan semmi sem bizonyos. Legfeljebb a bizonytalanság.

Most is lesz miniszteriális tájékoztató és érdekképviseleti fórum. A praxisfinanszírozásról is szimpóziumot szervezünk – csakúgy, mint a vállalkozásdi kezdetén. A szakásoknak megfelelően most is konferenciánk ad keretet a MOK Háziorvosi Szekciója országos küldöttgyűlésének. Épp csak annyi változott, hogy a legutóbbi összejövetelünk óta megszűnt a köztisztületi kamara és – értelemszerűen – annak szekciója is. A küldöttértekezletnek épp az újjászervezés lesz a feladata.

Szakmai programunkat a Semmelweis Egyetem Továbbképzési Titkársága 26 kreditponttal, 2007-01/00457 sorszámon előzetesen akkreditálta.

A társasági programok is nélkülözhetetlen elemei konferenciánknak. A Ráckevei Duna-ág festői természeti szépsége feledhetetlen emlékké teszi a

közös hajókirándulást. A zenés kerti partit – a kötetlen szakmai és magán-csevely fórumát – a Savoyai Kastély csodálatos ősfái tövében rendezzük meg. A gyerekek számára közös játékokat, kézműves foglalkozásokat szervezünk; részint az ő szórakoztatásukra, részint szüleik átmeneti tehermentesítése érdekében. A hagyományos háziorvos-bált táncbemutató, tűzijáték, tombola és a „Hűség Díj” átadása színesíti majd.

A legfontosabb persze az, ami nincs benne a hivatalos programban. Az, hogy találkozhatunk régi barátainkkal, új ismeretségeket köthetünk, tapasztalatainkat, reményeinket, félelmeinket megoszthatjuk kollégáinkkal, sorstársainkkal. A konferencia elsődleges feladata az, hogy olyan ismeretekkel és érzelmi töltéssel lásson el bennünket, amelyek segítenek emelt fővel helytállni a mindennapok viháraiban háziorvosként és magánemberként egyaránt.

A konferenciára jelentkezni lehet:

Dr. Békássyné Kocsis Györgyi,
Tel./fax: 06-24/407-110, mobil: 06-20/961-1120,
e-mail: bekassyne@freemail.hu

Szakmai információ: drcsalay@gmail.com.



Szabad-e leállítani a növekedést súlyosan károsodott gyermekeknél?

Az utóbbi hetekben a magyar sajtóban is szó esett arról a vitáról, amely az Egyesült Államokban robbant ki annak apropóján, hogy az egyik nagy amerikai egyetem klinikáján egy súlyosan retardált kislány petefészket eltávolították, hogy így akadályozzák meg a pubertás bekövetkeztét.

Mint sokszor, a médiában megjelentek nem egészen fedik a valóságot. Az esetet részletesen az Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006. októberi száma ismerteti. A cikk bevezetőjében leszögezi, hogy a legtöbb szülő szeretné súlyosan retardált gyermekét minél tovább otthon nevelni, de az olyan hétköznapi feladatok, mint az ágyról való felemelés, öltöztetés, fürdetés, szállítás egyre nehezebbé válnak, ahogy a gyermek súlya és mérete nő. Ha a felnőtté válás folyamatát le lehetne állítani, a gyermek hosszabb ideig maradhatna családjá körében, ennek minden előnyével.

Az orvostudomány többféle módszert ismer a növekedés leállítására, amelyek közül a tudomány jelen állása szerint a magas dóziszú ösztrogén adása a választandó. Az ösztrogén fiziológiás adagban gyorsítja, magas dózisban azonban gátolja a növekedést, valószínűleg az insulin-like growth factor I. inhibíciója révén. Magas dóziszú ösztrogén – fiúknál éppen úgy, mint lányoknál – gyorsítja az epifizeális növekedési zóna csontosodását, és így csökkenti a végleges testmagasságot. Amennyiben a kezelést még a pubertás megindulása előtt elkezdik, pl. egy 5 éves, normális nagyságú fiúnál, akkor a várható végleges testmagasság mintegy 60 cm-rel, a testsúly kb. 45 kg-mal lesz kevesebb az elvártnál.

A kezelésnek, amelyet az endokrinológusok rendszeresen használnak konstitucionálisan túl nagyra növő lányok esetén, van néhány jelentős mellékhatása. Lányoknál a legfontosabb az uterusból kiinduló vérzés, amelyet ösztrogén/progeszteron kombinált adásával gátolnak meg, de átöröszes vérzés így is valószínű. A súlyosan retardált gyermekpopulációban, ahol reprodukív szándékról nincs szó, a méh eltávolítása révén akadályozható meg a vérzés. A petefészkek megmaradnak, és ösztrogéntermelésükkel akadályozzák az os-

teoporosis kialakulását. Ami a fiúkat illeti, náluk gynaecomastia minden esetben megfigyelhető. Magas dóziszú ösztrogén adása esetén fokozódhat a mélyvénás trombózis kialakulásának veszélye is, de ez igen ritkán fordul elő gyermekeknél.

És most a konkrét esetről. Egy hat és fél éves kislányt korai pubertás tüneteivel (pubes szőrzet megjelenése és emlőduzzanat) és az utóbbi fél évben gyorsuló növekedés miatt vettek fel a seattle-i egyetemi klinikára. A kislány anamnézisében normális terhesség és szülés után az élet első hónapjaiban kialakuló hypotonia, choreoathetoid mozgás, táplálási nehézség és fokozatosan súlyosbodó mentális retardáció szerepelt, amelynek okát extenzív vizsgálatokkal sem találták meg. Hatéves korára nem ült, nem állt, nem járt, nem tudott beszélni, és gasztrosztómán keresztül táplálták. Környezetére azonban reagált, hangokat adott ki, mosolygott, ha foglalkoztak vele. A specialisták egybehangzó véleménye szerint ezen a fejlődési fokon már nem fog túllépni. Egyetemi tanár szülei két egészséges testvérével együtt szeretettel és teljes jogú családtagként nevelték otthon. A szülőikben, látván a pubertás jeleit, aggodalom támadt a gyermek jövőjét illetően, szerették volna őt minél tovább otthon tartani, de féltek, hogy a gyermek növekedésével ez hamarosan lehetetlenné válik. A klinika etikai bizottsága beszélt a szülőikkel, a kezelőorvossal, és egy bizottságot állított össze, amelyben endokrinológus, neurológus, sebész, fejlődésneurológus és etikus is részt vett. E bizottság végül is úgy döntött, hogy engedélyezi a növekedés leállítását és a pubertás kialakulásának megakadályozását. Ehhez a hysterectomiát és magas dóziszú transzdermalis ösztrogén adását választották. Egy évvel a kezelés megkezdése után a gyermek növekedése csaknem befejeződött, komplikációk nem léptek fel.

Az orvosi megfontolások mellett e beavatkozás esetén súlyosabban esnek latba az etikai érvek. A XIX. és XX. században számos visszaélés történt mentálisan retardált vagy annak vélt emberek erőszakos sterilizálásával. Azokban az esetekben azonban rendszerint nem a beteg ember,

hanem a „társadalom” érdekében történt a beavatkozás. De az, hogy a múltban ilyen esetek előfordultak, nem tarthat vissza minket attól – érvelnek a cikk szerzői –, hogy más indikációval újra átgondoljuk az ilyen beavatkozás létjogosultságát. Két kérdést tesznek fel, amelyet etikailag megfontolandónak gondolnak.

Az első kérdés, hogy származik-e a betegnek előnye a beavatkozásból, és erre igenlő választ adnak. A kisebb testméret elsősorban a gondozók munkáját könnyíti meg, de a betegnek is jelentős haszna van belőle. Nem komplikált eszközökkel, hanem kézzel emelhető, forgatható, mozgatható. A testi kontaktusok száma megszorodik, és lehetővé válik az is, hogy a beteg jobban részt vehessen a mindennapokban, a családi aktivitásban, eseményekben, otthonról könnyebben kimozdítható legyen. A korban esetleg már felnőttnek számító beteg hosszabb ideig maradhat szülei gondozásában.

A második kérdés, hogy származik-e kára a betegnek a beavatkozásból, amire a cikk szerzői nemleges választ adnak. Mint az előzőekből kiderül, az orvosi következtetések, bár nem elhanyagolhatók, de nem is jelentősek. Ugyan az általános felfogás szerint egy normálisnál kisebb ember hátrányoknak van kitéve, ami a párkapcsolatokban, az álláskeresésben, és a társadalmi érintkezés sok más szintjén is megnyilvánul, ez nem igaz a szellemileg és mozgásban súlyosan korlátozottakra. A szerzők szerint a szellemileg gyermeki szinten maradt emberek esetén egyenesen előny, hogy méretben is gyermekek maradhatnak, hiszen ekkor környezetük is e szerint bánt velük, és nem koruk alapján ítéli meg őket.

Természetesen e beavatkozás súlyos visszaélésekre is alkalmat adhat. A cikk szerzői szerint ezért minden esetet individuálisan kell megítélni, és egy – több diszciplína szakembereit felvonultató – bizottságra kell bízni a döntést. Úgy ítélik meg, hogy a fenti beavatkozás – etikailag és orvosilag indokolt esetekben – a szülők számára választható opció lehet.

D.F. Gunther, D.S. Diekema: Attenuating growth in children with profound developmental disability. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006;160:1013–1017



Búcsú Szénásy József főorvostól

Nagy szellem távozott el közülünk. Szénásy főorvos úr, sokunknak „a Szénabácsi”...

Mindannyian, akik szerettük őt, jutalom és ajándék volt, hogy a közelében lehettünk.

Egyszeri találkozás is elég volt ahhoz, hogy lenyűgözzön bölcsességével, rendíthetetlen nyugalomával. Ha megérkezett, megszűnt a tehetetlenség érzése. Megnyugtatta a szülőt, az elbizonytalanodott gyerekorvost, biztonságban érezhette magát a gyerek. Csak kérdezett és előbukkantak a tünetek. Csak figyelt, csak végigsimított a gyerek koponyáján, csak megemelte a csecsemőt a válla alatt, és megvolt a diagnózis. Közben mondta, hogy mit csinál, mit néz, folyamatosan oktatott. A századik fiatal orvosnak, nővérnek is úgy magyarázta el századszor is a teendőket egy lázgörcs vagy fejfájás esetén, mintha a legkülönlegesebb betegségről lenne szó. Mert akkor az a gyerek volt a legfontosabb.

Mellette jóra változtak a dolgok és az emberek. Soha nem láttam türelmetlennek, pedig ezer dolga volt. 1954-ben – Európában másodikként – vezetésével alakult meg az Országos Idegsebészeti Intézet gyermekneurológiai osztálya, melyet 25 éven át vezetett. Nyugdíjazá-



sa után is itt rendelt. Minden budapesti gyermekkórházban vagy osztályon konzultált hosszabb-rövidebb ideig, a Madarász utcai kórházban évtizedekig. Vizsgált, tanácsot adott, alaposan dokumentált, leletein orvosgenerációk nevelkedtek. A magyar gyermekneurológia vezető egyéniségei mesterükként tisztelik. Számptalan cikket és több könyvet írt, köztük harmadmagával az első magyar gyermekneurológiai tankönyvet. Levelezett az egész országgal. Előadott, továbbképzést tartott, könyvtárazott, lektorált.

Lelkesen foglalkozott orvostörténettel is. ő szervezte újjá a magyar vitorlás-

sportot, szenvedélyesen vitorlázott, olimpiai jolléban háromszoros magyar bajnok volt.

Máttyus és Paraicz professzorokkal együtt ő alapította meg a Magyar Gyermekekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermekek- és Ifjúságpszichiátriai Társaságot. Kezdeményezte és kijárta, hogy a gyermekneurológia önálló szakvizsga lehessen. A tanítványokat irányította, biztatta, korrigálta, dicsérte. A hozzá tanácsért fordulókat első előadásait korrektúrázta, majd észrevétlenül segítette egyéniségük kibontakozását, velük együtt örült sikereiknek. Megbecsülte tanítványait.

Keresztnevéen szólította a főorvost, a nővért, a titkárnőt. Előzékeny volt és udvarias.

Ha becsukom a szemem, akkor nem a betegségében nyomorultul kiszolgáltatottá vált, és mindezt ép szellemmel megélt öregembert látom, hanem a mindig fürgén mozgó, csillogóan okos tekintetű, örökké mosolygó, biztosságot árasztó orvost, aki útja végén, a lehető legkevesebb kellemetlenséget okozva, szürke kalapját udvariasan megemelve, végleg elköszönt.

Csókolom, Józsi bácsi.

SZEVER ZSUZSA

Szükség van a csípő ultrahangos szűrésére

Érdeklődéssel olvastam Rudas Gábor cikket a Hírvivő februári számában az újszülött- és korai csecsemőkori ultrahangos szűrővizsgálatokról. Az elmúlt 20 évben végzett közel 30 000 szonográfias csípővizsgálat tapasztalatai alapján úgy érzem, jogom, sőt kötelességem hozzászólni a cikkben leírtakhoz, mivel annak több megállapításával nem értek, nem érthetek egyet.

A cikk végső konklúziója: „a csípő- és hasi ultrahangszűrés esetén valószínűleg többet ártunk, mint használunk”.

Nézzük sorjában Rudas doktor megállapításait, melyeket általában a szűrővizsgálatokkal, és konkrétan a csípő szonográfias szűrővizsgálatával kapcsolatban tett: A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos kritériumokkal egyetértek. Hozzátennem azonban, hogy a tünetmentesség – véle-

ményem szerint – nem kritérium egy szűrőprogram megtervezésénél. Elég, ha csak a klinikailag még tünetmentes, korai emlő-, méh- és prostatadaganatokra gondolunk, ahol a korai felismerés feltétele és egyben záloga is a teljes gyógyulásnak. De talán még az is megkívánt egy szűrési programtól, hogy a kiszűrt esetek megfelelő ellátása is biztosított legyen. Nos, a csípőízületek szonográfias szűrővizsgálata – még ezen pluszkritériumok figyelembevételével is maximálisan megfelel az általános elvárásoknak.

És most konkrétan a csípő-ultrahangszűréséről. A dysplasia (és nem a ficam!) korai diagnosztizálásának szándékával mint ezen szűrővizsgálat céljával teljes mértékben egyetértek. Az incidenciára vonatkozó adatok azonban már tévesek, hiszen a dysplasia hazai gyakorisága 1–2 száza-

lék(!) és nem 5–7 ezrelék! (1–2 ezrelék a hazai csípőficam gyakorisága!). A dysplasia tehát nem olyan ritka, mint azt Rudas doktor adatai alapján gondolhatnánk.

Elfogadható, hogy az összes közepes vagy súlyos dysplasia diagnosztizálható a fizikális vizsgálat, az anamnézis, az intrauterin elhelyezkedési ismeretében indikált célzott UH-vizsgálattal. Ez így van, de UH-val a legenyhébb dysplasia is felismerhető, ami viszont más módon biztosan „elnézésre” kerül. Így érkeztünk el az ún. „néma esetekhez”, amelyek a Rudas doktor által is idézett R. Graf szerint – akit a szonográfias csípővizsgálatok szülőatyja és pápája – a kezelt esetek 13–17%-át teszik ki. G. Tönnis még ennél is magasabb, közel 20%-os előfordulást említ.

DR. SZEPESI JÁNOS
EGYETEMI MAGÁNTANÁR, PÉCS

Kórházi tapasztalatok rotavírus okozta, fertőző hasmenéses megbetegedések kapcsán

Vincze Magdolna dr., Mózes Katalin dr., Sipos Péter dr.
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza, Gyermekosztály

BEVEZETÉS

Békés megyében a gyermekkorú fertőző betegek kórházi ellátása a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza Gyermekosztályán működő tizágyas fertőző részlegen történik. A 70 000 gyermeklakos közül osztályunkon 0–6 éves korig, esetenként 14 éves korig kerülnek elhelyezésre a kórházi felvételt igénylő fertőző betegek.

Tekintettel arra, hogy 2006 őszén Magyarországon is forgalomba került a Rotarix védőoltás, áttekintettük, hogy osztályunkon 2001 és 2005 között ellátott betegek közül hányan szenvedtek ebben a fertőzésben. Azt tapasztaltuk, hogy a fertőző betegség miatt osztályos kezelést igénylő betegek között évről évre nőtt a bélrendszeri fertőzésben szenvedők aránya, ezen belül is emelkedő tendenciát mutatott a rotavírusfertőzöttek száma. 2005-ben láttuk el a legtöbb rotavírus-gastroenteritiszben szenvedő beteget. Az ő eseteiket dolgoztuk fel vizsgálatunkban. Természetesen ezen időszakban lényegesen több rotavírusmegbetegedés zajlott, nekünk csak a kórházi felvételt igénylő esetekről vannak pontos adataink.

HÁTTÉR

A vírus világszerte elterjedt, és a fejlett és fejlődő országokban azonos arányban észlelhető. A fertőzés elsősorban a csecsemőket és fiatal gyermekeket támadja meg, a legtöbb beteg a 6 és 24 hónapok között diagnosztizálható. A 3 hónaposnál fiatalabbak az anyai ellenanyagok segítségével viszonylag védettek. A körkép évszaki ingadozást mutat, a mérsékelt égövön télen-tavasszal a leggyakoribb. Magyarországon december és március között éri el a maximumát.

A betegség lappangási ideje átlagosan 2 nap (0,5–4 nap). Emberről emberre terjed, elsősorban széklettel fertőz, de kontaminált étel, ital fogyasztásával, tárgyak közvetítésével (a vírus a bölcsődék berendezéseiben hetekig életképes marad) és cseppfertőzéssel is. A beteg a székletében a vírust már a tünetek megjelenése előtt üríti, és ez eltart 5–7 napig (kórosan legyengült védekezőképességű szervezet esetében akár 30 napig). A gyorsan terje-

dő kórházi fertőzések leggyakoribb kórokozója a rotavírus.

A betegség kezdetekor rossz közérzet, hányás, hasi fájdalom esetleg felső és alsó légúti tünetek is jelen lehetnek. Az orvosi szakirodalom a fertőzés gyomor-bélrendszeri megjelenésén kívül egyéb súlyos kórképeket is említ, pl. középfül- és gégegyulladás, tüdőgyulladás, hasnyálmirigy és a máj megbetegedése, agyvelő- és agyhártyagyulladás, melyek nagyon ritkán fordulnak elő.

A diagnózis a mindennapi gyakorlatban székletvizsgálattal állítható fel. A kezelés tüneti jellegű, bázisát az elvesztett só- és folyadékpótlás adja.

MEGFIGYELÉSEINK

2005-ben osztályunkra 434 fertőzéses eredetű hasmenésben szenvedő gyermek került felvételre. A tüneteket kiváltó kórokozót – székletmintákat vizsgálva – 178 esetben tudtunk kimutatni, ezek közül 83-ban rotavírusfertőzés igazolódott. Legtöbb betegünk februárban jelentkezett, a legkevesebb július–október hónapokban.

– A betegek 66%-a volt 2 évesnél fiatalabb, 25%-a pedig 2 és 5 év közötti, amely mutatja, hogy a betegség főként a csecsemőket és kisdedeket veszélyezteti.
– A betegek 53%-a volt fiú és 47%-a lány, tehát a betegség nemek szerint nem változik.

– A betegek 59%-a 24 órán belül került kórházba a tünetek megjelenését/észlelését követően.

– Az összes ápolat 78%-a az első 2 napban került osztályos felvételre, ami mutatja a fertőzés heveny kialakulását, és az állapot gyors rosszabbodását.

– A kezdeti tünetek között 62%-kal vezet a híg, gyakori, vizes székletürítés, ezt követi 54%-kal a hányás, majd 32%-kal a felső és alsó légúti tünetek.

– Érdekes módon a láz csak a 4. a tünetek előfordulásának gyakorisága között, az esetek 29%-ában volt csak jellemző. Ez azért fontos, mert nagyon sokszor a szülők akkor vesznek komolyan egy betegséget, ha az lázzal jár.

A kezelés során a só- és folyadékháztartás zavarának helyreállítására, a sav-bázis viszonyok normalizálására töreked-

tünk. A folyadékpótlást az esetek többségében (69%) infúzióban, kisebb arányban (31%) szájon át tudtuk biztosítani. A kórházi tartózkodás átlagos időtartama 5,8 nap (1–15 nap) volt, de betegeink 29%-a csak 7 napon túl gyógyult.

ÖSSZEFOGLALÁS

A saját tapasztalataink alapján az alábbi következtetéseket vontuk le:

– Osztályunk beteganyagában évről évre nőtt a fertőzéses hasmenésben szenvedők aránya, ezen belül is emelkedő tendenciát mutatott a rotavírusfertőzöttek száma.

– A rotavírusfertőzés elsősorban az esendő csecsemő és kisdéd korosztályt érinti, heves tünetekkel kezdődve, sürgős kórházi felvételt tesz szükségessé.

– A kezelés megterhelő a beteg gyermek és családja számára, a gyakori esetszám jelentős költséget ró az egészségügyi ellátórendszerre is.

– A betegség megelőzése céljából javasolt a Rotarix védőoltás alkalmazása.

2006 októberétől Magyarországon is forgalomba került az első rotavírus elleni védőoltás – a Rotarix –, amelyet 6 és 24 hetes kor között, két alkalommal, legalább 4 hetes időközzel, szájon át kell alkalmazni. A 2 adagos alkalmazás rugalmasságot biztosít az orvosnak a kötelező oltások közé helyezésben, hiszen az első adagot 6 hetes kortól maximum 20 hetes korig bármikor be lehet adni. Fontos, hogy a 2 adag bevitele 24 hetes korig történjen meg. A vakcina a kötelező védőoltásokkal akár egy időben, akár ezek közé illetve, és az érintettek, illetve szülők öröme – nem szúrással, hanem szájon át adható.

A Svábhegyi Gyermekintézet

Kardiológiai Osztályának

fekvőbeteg-ellátását

a Gottsegen György Országos

Kardiológiai Intézet vette át.

(1096 Budapest, Haller u. 29.)

A montelukast hatása a rhinitises tünetekre szezonális rhinitisben és asztmában*

Az asztma és rhinitis allergica a leggyakoribb allergiás komorbiditás: a rhinitises betegek 20–40%-ánál asztma, az asztmások 30–90%-ánál allergiás rhinitis is fennáll. Hasonló a patológiai alap: a légúti nyálkahártya gyulladása, allergiás és pro-inflammatorikus mediátorok részvétele a folyamatban. Az allergiás rhinitis és asztma közös patológiai alapjainak megismerése, az ún. „egységes légutak” – szemlélet tükröződik az ARIA 2006 dokumentumban („Allergic Rhinitis in Asthma”). Ez a nemzetközi ajánlás a rhinitises betegek asztma, valamint az asztmás betegek rhinitis irányában történő vizsgálatát minden esetben szükségesnek tartja, a felső és alsó légutakra egyaránt ható gyógyszeres kezelést javasol. A hasonlóságok ellenére kevés olyan terápiás lehetőséggel rendelkezünk, mely mindkét betegségben hatásos. A kortikoszteroidok ugyan mindkét kórformában báziskezelést jelentenek, szisztémás adásuk azonban a várható mellékhatások miatt nem jön számításba, ezért inhalációban, illetve intranasalis alkalmazzuk őket. A két betegség egyidejű kezeléséhez tehát kétféle beviteli módra van szükség.

A cysteinil-leukotrien receptor antagonistá montelukast kedvező klinikai hatása mind asztmában, mind allergiás rhinitis-

ben bizonyított. Hazánkban a montelukastot évek óta alkalmazzuk 2 éves kor feletti asztmában. Az új nemzetközi asztmakezelési ajánlás (GINA 2006) a gyermekkori asztma kezelésében a montelukastot első választandó fenntartó kezelésként javasolja rhinitissel szövődött enyhe asztmában.

A szerzők olyan szezonális rhinitises betegeken tanulmányozták a montelukast hatását, akik aktív asztmájuk miatt is kezelésben részesültek (beleértve az inhalatív kortikoszteroidos fenntartó kezelést). A 2003-as tavaszi és őszi pollenszezonban 52 centrumban 3–5 napos bevezető időszak után a 2 hetes montelukastkezelés hatását (415 beteg) hasonlították össze a placeboéval (416 beteg). A vizsgálatban résztvevők legalább 1 éve asztmában és legalább 2 éve szezonális allergiás rhinitisben szenvedtek. A betegek vagy 10 mg montelukast filmtablettát, vagy placebót vettek be esténként. A tanulmányt az Egyesült Államokban végezték 15 és 80 év közötti betegeknél (átlagos életkor: 33 év). A vizsgálatban résztvevők betegnaplót vezettek a bevezető időszak és a kéthetes kezelés alatt, amiben a nappali és éjszakai rhinitises, illetve szemtüneteket értékelték. A vizsgálat elsődleges célja a rhinitises tünetek pont-

szám szerinti értékelése volt. A másodlagos cél a rhinoconjunctivitisis életminőség, továbbá az allergiás rhinitis és az asztma globális értékelése volt. Az értékelést az orvos és beteg egyaránt elvégezte.

A 831 randomizált betegből 799 fejezte be a vizsgálatot.

Eredmények:

1. A montelukast szignifikánsan javította a szezonális rhinitises tüneteket a kéthetes kettős vak kezelési időszak alatt. Bár javulás volt tapasztalható a placebocsoportban is, a különbség a montelukastkezelés vs. placebo között statisztikailag szignifikánsnak bizonyult.

2. Statisztikailag szignifikáns változás volt a másodlagos végpontokban is: rhinitises életminőség, a kezelés globális értékelése orvos és beteg által. Statisztikailag szignifikánsan javult a rhinitises betegek életminősége és mind a betegek, mind az orvosok úgy ítélték meg, hogy a kezelés mellett az asztma globálisan javult.

3. Bár az asztmára gyakorolt hatás nem szerepelt végpontként a vizsgálatban, értékelték a szükség szerinti hörgőtágító használatát is. A montelukastkezelés szignifikánsan csökkentette a napi hörgőtágító-használat gyakoriságát.

REF: DR. UHERECKY GÁBOR

* G. Philip, S. Anjuli, E. William et. al. Curr. Med. Res. Opin. 2004, 20, 1549–1558

A Svábhegyi és a Budai helyett Törökbálint és a Klinika

A közép-magyarországi régió gyermek-tüdőgyógyászati fekvőbeteg-ellátása átalakult. A Budai Gyermekkorház nem rendelkezik aktív fekvőbeteg-kapacitással, a Svábhegyi Gyermekgyógyintézet nem fogad fekvő beteget.

A régióban a SE I. sz. Gyermekklinikája és a Pest Megyei Tüdőgyógyintézet Gyermekosztálya rendelkezik gyermek-tüdőgyógyászati fekvőbeteg-kapacitással (12, illetve 30 ágy).

A sebészeti, gégészeti és intenzív osztályos háttérrel igénylő betegeket a Semmelweis Egyetem, az obstruktív légúti kórképekben szenvedőket a Pest Megyei Tüdőgyógyintézet fogadja (az akut, a krónikus és az aktuálisan jól lévő, de kivizsgálandó betegeket egyaránt).

A betegek, illetve a beutaló orvos preferenciája alapján természetesen ettől lehetséges az eltérés.

Az intézetek elérhetősége:

SE I. sz. Gyermekklinika:
1083 Budapest, Bókay J. u. 53.
Tel.: (06-1) 334-3186
Dr. Kovács Lajos

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet:
2045 Törökbálint, Munkácsy M. u. 70.
Tel.: (06-23) 511-570
Dr. Kádár László, Dr. Ujszászi Éva,
Dr. Horváth Bernadett,
Dr. Gyórfy Ágnes, Dr. Simon Noémi

DR. KÁDÁR LÁSZLÓ

KÖZÉP-MAGYARORSZÁGI RÉGIÓ

GYERMEKTÜDŐGYÓGYÁSZ SZAKFELÜGYELŐ FŐORVOSA

Változatlan helyen a fejlődésneurológia

A Svábhegyi Gyermekgyógyintézet és a fejlődésneurológia országos feladatát (20 aktív ágy) a budapesti Szent János kórház vette át. A megfelelő feltételek kialakításáig a Fejlődésneurológiai Osztály és a Terápiás Ambulancia a korábbi helyén (1121 Bp., Mártonhegyi út 6., tel.: (06-1) 395-4922/183) fogadja az eddigi rendnek megfelelően, háziorvosi vagy kórházi beutalóval, az ország egész területéről a betegeket.

DR. BERÉNYI MARIANNE FŐORVOS

Mit esznek iskolásaink?

Dr. Czinner Antal, Heim Pál Gyermekkórház

Az obesitas jelentősége

Az Európai Unió országai az utóbbi évtizedben szembesültek az elhízás okozta problémák egészségügyi vonatkozásaival. Az életmódváltások ugyanis a fejlett, ipari társadalmakban egyszerre eredményezték a mozgásszegény életmód és az egészségtelen táplálkozás tömegméretű elterjedését. Mindkét folyamat az elhízás robbanásszerű elterjedéséhez vezetett, és az ehhez a betegséghez társuló ko-morbiditás növekedését eredményezte.

Felmérés az iskolások között

Az obesitas gyakorisága már gyermekkorban ugrásszerűen emelkedik Európa számos országában, így hazánkban is. Mindezek alapján érthető, hogy a Nagyra nővök Mozgalom szponzorálta Szonda Ipsos-kutatás, mely az iskoláskorú gyermekek táplálkozási szokásait vizsgálta 2007. februárjában, értékes adatokat szolgáltat a gyermekgyógyászok számára.

A vizsgálat az 1992. szeptember 1. és 2000. május 31. között születettekre, több mint 1 millió főre vonatkozott, reprezentatív mintavétellel történt. Amennyiben egy-egy évfolyamot megközelítőleg 100 000 főnek tekintünk, ez lefedi a teljes hazai általános iskolai populációt. Az adatok felvételét személyes kitérővel, standard kérdőívvel, ún. pen and paper, (PAPI) módszerrel végezték a Szonda Ipsos kiképzett munkatársai, a családok előzetes értesítése után.

A testsúlyproblémák megoszlása

A vizsgált korcsoportban a gyermekek 52%-ának nincs testsúlyproblémája. A Body Mass Index (BMI)-adatok gyakoriságát vizsgálva azonban kitűnik, hogy a BMI-k nem követik a normál eloszlást. Sokkal több gyermeket találunk a túlsúlyosak között (19%), ez a legjelentősebb csoport. A túlsúlyos, elhízott és kórosan elhízott kategóriákba a gyermekek 34%-a, azaz 1/3-a tartozott. Nem elhanyagolható a kórosan soványak, a soványak és a vékonyak csoportja sem.

A nem szerinti bontásból viszont az a következtetés vonható le, hogy az általános iskolás korcsoportban a túlsúly inkább a fiúkra jellemző, mint a lányokra. Ez az adat természetesen kapcsolatban áll azzal az ismert biológiai ténnyel – mely a kutatás adataiból is látható –, hogy a lányok az általános iskolás korban többet reali-

zálnak hosszúnövekedésükből, mint a fiúk, akiknek növekedése a vizsgált korcsoport fölött, a középiskolában várható intenzívebbnek.

Táplálkozási szokások

Milyen táplálkozási szokásokkal realizálódnak a fent ismertetett adatok?

Az étkezések és azok helyszíneinek alapján a következő tényekre derült fény:

Reggelit a gyermekek 3% nem, 9%-a nem minden nap fogyaszt. A reggelizők többsége, 49% otthon reggelizik, 8%-nál ez meleg reggelit jelentett.

A nem reggelizők csoportjában jól látható súlytöbblet mutatkozott, de a reggelizés gyakorisága és a testsúly között az összefüggés mégsem volt szignifikáns. Ugyanakkor a reggelizés rendszeressége és az iskolai jó közérzet között szignifikáns a kapcsolat.

Tízórait rendszeresen a gyerekek 57%-a fogyasztott. Ezeknek 59%-a otthonról, 28%-uk az iskolai büféből hozta a tízórait.

Ebédet 92%-uk eszik rendszeresen, ezek 88%-a meleg ebédet kap. Az ebédelők többsége otthon, illetve az iskolában étkezik.

Uzsonnát 68%-uk fogyaszt rendszeresen, kétharmaduk otthonról hozza.

Vacsorát a gyermekek 81%-a rendszeresen, 19%-uk nem minden nap fogyaszt. A vacsora helyszíne rendszerint az otthon, 22%-uk meleg ételt kap vacsorára.

A tanulmány kiemelt módon kezelte a margarint, ill. a vaj és egyéb állati zsiradékok fogyasztását. Reggelire elsősorban a budapestiek és a nyugat-dunántúliak fogyasztanak margarint (35%–25%) mindennap. Vajat rendszeresen az iskoláskorúak mindössze 8%-a fogyasztott, míg az állati zsírt fogyasztók aránya elhanyagolhatóan kevés. Összefoglalóan elmondható, hogy az általános iskolások egymillió populációjából 85%-a rendszeres margarinfogyasztó. Míg a margarin-, illetve állati zsiradékot fogyasztók, valamint a testsúly között a vizsgálat összefüggést nem talált, ugyanakkor az alább ismertetendő étkezési profilok és a testsúly között már jelentős kapcsolat mutatkozott. Az étkezési profilok pedig kapcsolatba hozhatók a margarin-, illetve a zsírfogyasztással.

Vörös hús, édesség, snack

Rendkívüli nehézséget jelent egy tanulmányban az étkezési profilok összeállítá-

sa. A vizsgálat 7 étkezési profilban vizsgálta az iskoláskorú gyermekek étkezési szokásait a meghatározó élelmiszertípusok fogyasztásának intenzitása alapján. A következő fogyasztói csoportokat állították fel:

- zöldség/gyümölcs + hús, a vizsgált gyermekek 8%-a
- fehér hús + tejtermék, a vizsgált gyermekek 19%-a
- vörös hús, a vizsgált gyermekek 15%-a
- átlagos, a vizsgált gyermekek 39%-a
- édesség + gyümölcs, a vizsgált gyermekek 6%-a
- sós snack, a vizsgált gyermekek 8%-a
- gyorsétkezdé, a vizsgált gyermekek 6%-a

Az étkezési profilok alapján vizsgálva az étkezési szokásokat a következő megállapítások tehetők:

A túlsúlyosak és elhízottak nagy számban a gyorsétkezdében étkezők között voltak (50%, illetve 25%). Itt találjuk a legtöbb fiút, éppen úgy, mint a sós snack csoportban. A zöldség/gyümölcs+hús csoportban a legtöbben városi lakosok, míg a vörös hús csoport tagjai inkább vidékiek, éppen úgy, mint az édesség+gyümölcs csoport tagjai. Ez utóbbiakban a szülők között a legalacsonyabb az átlagjövedelem. A fehér hús+tejtermék csoportban a legmagasabb a szülők átlagjövedelme és itt a legképzettebbek a szülők.

A korszerűbb növényi margarin fogyasztása a legmagasabb a kiegyenlített, zöldség/gyümölcs+hús csoportban, míg a két hús-csoport tagjai (fehér hús+tejtermék és vörös hús) kevesebb margarint fogyasztanak. Az intenzív margarinfogyasztó zöldség/gyümölcs+hús csoportban a legkedvezőbb a túlsúlyos gyermekek aránya.

A fent vázolt kutatás természetesen számos egyéb érdekes és értékes adatot is tartalmaz. Itt most csak a gyermekorvos számára legérdekesebb adatok ismertetésére kerülhetett sor, de ezek fontosak lehetnek az általános iskolát ellátók napi gyakorlatában is.

A kutatásról további információk olvashatók a [hyperlink www.nagyranovok.hu](http://www.nagyranovok.hu) honlapon.

Forrás: Lakatos Zoltán, Lipóth Ágnes: Az általános iskolás korosztály étkezési szokásai, Kutatási jelentés 2007. március



Praxisok

- Bejáratott, 680 fős gyermekpraxis eladó Budapesten, a III. kerületben. Érdeklődni: 06/30-811-4110, kizárólag az esti órákban vagy szombat-vasárnap lehet.
- Budapest III. kerületében lévő (Ányos utca) 800 kártyás, bejáratott gyermekorvosi praxisom eladó. Érdeklődni az esti órákban a 06/1-242-1984, vagy 06/70-531-0653-as telefonon lehet.
- Belvárosi gyermekorvosi praxis 750 kártyával eladó. Érdeklődni a 06/30-386-8203-as telefonszámon lehet.
- A VIII. kerület legjobb részén területi ellátási kötelezettséggel, mérsékelt áron 700 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó, nyugállományba vonulás miatt. Telefon: 06/20-363-9971.
- Veszprémtől 10 percre 940 fős gyermekorvosi praxisjog eladó. Telefon: 06/70-333-6059.
- Budapesten, a XV. kerületben házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/30-972-2795.
- Eladó 1000 kártyás házi gyermekorvosi praxis működtetési joga Budapest melletti településen. A kártyaszám folyamatosan emelkedik lakóparkos építkezések miatt. Tartós helyettesítés is érdekel. Ügyelni nem kell. Érdeklődni lehet a 06/30-470-3742-es, vagy a 06/30-259-9511-es telefonszámon.
- Angol orvosi szaknyelv oktatását vállalja kiscsoportos keretben Budapest XIII. kerületében orvos-kandidátus. Alapfokú nyelvtudás szükséges. Telefon: 06/20-534-4792.
- Megü Bt. Aszód Iskolaorvosi Szolgálat teljes állású iskolaorvost keres. Helyettesítést a házi gyermekorvossal közösen rendezik. Telefon: 06/30-635-2608
- Budapest, XI. kerületi, 848 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a 06/30-951-1201 telefonszámon, lehetőleg a délutáni, esti órákban.
- Budapesten, a XVIII. kerület központ részén 670 fős gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni este az alábbi telefonszámon lehet: 06/30-432-5233.

Megint módosult a Prevenar támogatása

A 16/2007. (IV.2.) Eü.M. rendelet alapján módosult a Prevenar felírhatósága. A 16/007. (IV.2.) Eü.M. rendelet szerint 70%-os tb-támogatással rendelhet csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos Prevenart az invazív pneumococcus fertőzés megelőzésére 5 éves kor alatti betegeknek az alábbi indikációkban:

- koraszülött csecsemő (BNO: P07.3)
- visszamaradt magzati növekedés és alultápláltság (BNO: P05)
- az immunrendszer veleszületett vagy szerzett zavara: lépbetegségek (BNO: D73.9) immunhiányos állapotok (BNO: D80–D89)
- méhen belül kialakult légúti megbetegedések (BNO: P28)
- a szív veleszületett rendellenességei (BNO: Q24.9)
- a tüdő hypo- és dysplasiája (BNO: Q33.6)
- a tüdő veleszületett rendellenessége (BNO: Q33.9)
- a lép veleszületett rendellenességei (BNO: Q89.0)



Egyesületünk címe:
1136 Budapest
Tátra u. 48–52.
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: (1) 330-0900
Fax: (1) 238-0388
E-mail:
hgye@mail.datanet.hu

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:
Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.
Tel./fax: (06-1) 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu
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: Lakos Manka





**Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Társasága
– European Society of Ambulatory Paediatrics (ESAP)**

2007. október 26–27-én

a HGYE őszi rendezvényével közösen rendezi Budapesten

a XVIII. konferenciáját

Témakörök:

- A morbiditási helyzet változásának következményei a gyermekellátásra
- Az újszülöttkori patológiás folyamatok felnőttkori következményei
- Az etnikai csoportok gyermekgyógyászati alapellátása
- Új vakcinák, régi gondok. Mekkora átoltottság kell az oltatlanok védelméhez?
- Gyermekek alapellátása Európában

Meghívott előadók:

- **Prof. Dr. Oláh Éva**, Gyermekgyógyászati Klinika DEOEC, az UNEPSA alelnöke
- **Prof. Dr. Alfred Tenore**, Medical University, Udine, a European Board of Paediatrics elnöke
- **Prof. Dr. Tulassay Tivadar**, SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika
- **Dr. Mészner Zsófia** főigazgató, OGYEI
- **Prof. Dr. Joe Schmitt**, Mainz, Head of Kinderklinik der Johannes-Gutenberg Universität
- **Ferge Zsuzsa** akadémikus, professzor emeritusz
- **Walter Devillé** MD, PhD, Utrecht, Department International and Muigrant Health
- **Patricia Hamilton** MD, London, President of the Royal College of Paediatrics and Child Health, Vice President of European Academy of Paediatrics (EAP)
- **Stefano del Torso** MD, Padova, Vice President, Italian Society of Primary Care Pediatrics

További információk: www.esapbudapest.com

Szeretettel várjuk!