

2007. augusztus ■ XII. évfolyam 4. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Párhuzamok

A nyilvánosság védelmezői szerint a médiában bármilyen vélemény elhangozhat, mert az emberek majd megítélik, és eldöntik, hogy kinek higgyenek. De vajon a mélyebb ismereteket igénylő kérdésekben bízhatunk-e az emberek, a közvélemény értékítéletében, természetes védekezésében? Abban, hogy a butaságokat, a tudománytalan érveket biztosan elutasítják. Vannak kétségeim. Különösen, ha úgy találják a témát, hogy csak az maradjon meg az agyakban, ami nagyobbat durran.

Ehhez társadalmunk immunitása – példák bizonyítják – nem lehet eléggé fejlett. Veszélyes, ha a véleménynyilvánítás szabadsága ürügyén megingatják egy-egy szakma szabályait. Vannak ugyanis az életnek olyan területei, ahol jó, ha rend uralkodik. Nem szabad a tudomány több évszázados eredményeit egyetlen, ütősnek szánt műsor kedvéért megkérdőjelezni.

Ezek a gondolatok a kötelező védőoltásokkal foglalkozó minapi médiaműsorok kapcsán jutottak eszembe. Olyan vélemények is elhangzottak ugyanis, melyek igazságtartalma, tudományos megalapozottsága megkérdőjelezhető. És amelyek ellenérvek nélkül alkalmasak arra, hogy bizonytalanságot és bizalmatlanságot keltsenek a védőoltások iránt. Pedig az oltásoknak emberek milliói köszönhetik az életüket.

Ezért tisztában kell lennie szándéka következményeivel annak, aki támadja a védőoltások hazai gyakorlatát. Azzal, hogy az oltási fegyelem meglazulásával újra fellángolhatnak a járványok. Elég csak Németországra tekinteni. S ez már nem magánügy, nem az áltudományos nézetekkel megszárdított szülők, uram bocsá' gyermekorvosok magánügye. Ez már a közösséget veszélyezteti. A többieket, a többséget, akiknek hiába más a véleménye és az érdeke.

Sokan vagyunk úgy az egészségügyi reformmal, mint az oltásokat ellenzők a védőoltásokkal. Félünk tőle, mert nem is ismerjük igazán. Mások meg úgy gondolják: fájjon inkább másnak. Mint az oltás. És ez még valahol érthető is.

De mi lesz ha túl sokan vélekednek így? Akkor visszalépünk a védőoltásokban, és helyben topogunk egy korszerű ellátórendszer kialakításában. Ez senkinek nem lehet érdeke. Közös felelősségünk ezért megtalálni a mindenki számára leginkább elfogadható, ugyanakkor biztonságot jelentő megoldásokat. Legyen szó akár a védőoltásainkról, akár a házi gyermekorvosi ellátásról.

Kálmán Mihály

TARTALOM

- A jóknak lesz jobb2–3
- A több biztosítóról4–5
- Meg kell szólnunk5
- Demográfiai helyzet7–9
- A haszna több,
vagy a kára?10
- Saját sikerük áldozatai11
- Felelőtlenség12
- A megtévesztés
katekizmusa 12–13
- Intézze az ÁNTSZ13
- Kevesebb kórházi
felvétel14–15
- Gyermeknevelés
és a homoszexualitás19
- Nem hagyjuk magára 20–21
- Kinek sürgős?23
- Hírek24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2007-ben:



A jóknak lesz jobb

Sok a vádaskodás, hogy reform címen semmi nem történik, csak rombolás és pénzvonás. Hogy jönnek a befektetők, akik majd viszik az adófizetők pénzét. Hol tartunk, miről van szó a színpalak mögött? Erre kérünk választ Horváth Ágnes minisztertől. A beszélgetésen Huszár Andrással és Török Lajossal, a BAZ Mezei Házi Gyermekorvosok Szövetségének elnökével vettünk részt.

H.A.: *Hol tart a biztosítói modellváltással kapcsolatos koalíciós egyeztetés?*

Jelenleg a koncepcióalkotás véglegesítésének időszakában vagyunk. Az alapokat illetően megszületett a megállapodás, most a részletek kidolgozásánál tartunk. Nem a koalíciós pártok között, hanem a szakmai vélemények körül zajlanak a nagy viták. Ahhoz, hogy a biztosítási reform döntő lépéseit ebben a kormányzati ciklusban megtegyük, az új rendszert el kell indítanunk jövőre. Ehhez azonban az év végéig el kell fogadnunk azt a törvénycsomagot, amelyet szeptember végéig a parlament elé terjesztünk. Amint megfelelő stádiumba jut az előkészítés, szakmai és társadalmi vitát kezdeményezünk.

H.A.: *Fájlaljuk, hogy korábban egyesületünk csak esetlegesen és rendszertelenül vett részt az ilyen nagy jelentőségű törvényjavaslatok előzetes megvitatásában. A gyermekorvosi alapellátás sajátos helyzete miatt szeretnénk, ha ezentúl közvetlenül hozzánk is eljuttatnák a jogszabálytervezeteket. Ezzel elkerülhetnénk az esetleg utólag szükséges jogszabálymódosítás kellemetlenségeit.*

Örülnénk, ha az egyeztetésen az Önök képviselői is részt vennének, mert a gyermekorvosok eddig valamilyen kimaradtak a megbeszélésekből. Többnyire ugyanis csak a Kamarára gondoltunk, ha az orvosok érdekképviseléről volt szó.

K.F.: *Miért lesz jobb a biztosítási rendszer, ha az Országos Egészség-biztosítási Pénztárat feldaraboljuk? Ami egyben nem működött, az darabokban miért fog?*

Nem a régi OEP él majd tovább feldarabolva, hanem egy új, egy sokkal hatékonyabban működő rendszert hozunk létre. Az OEP jogutódja az Egészségbiztosítási Alapot kezeli, ilyen értelemben tehát



megmarad a társadalombiztosítás egysége. Ennek az alapnak két fő forrása lesz: az egyik a járulékfizetők befizetése, aminek beszedése az APEH kompetenciája, a másik, amit az állam fizet be. A költségvetés a jogosult, de önmagukban fizetése képtelen gyerekek, nyugdíjasok, szociálisan hátrányos helyzetűek, vagy mondjuk a fogvatartottak számának megfelelően eddig is fizetett, de egy tömbben. Most ezeket a befizetéseket „egyéniesítjük”, nyilvántartjuk, hogy név szerint kinek a számára, mekkora befizetés történt. Ezekről függetlenül lesznek külön kezelt összegek például a máj- vagy csontvelő-transzplantációra és más rendkívül költséges ellátásokra, amelyek a pénztárak döntésétől függetlenül, egy központi várólista alapján kerülnek felhasználásra.

K.F.: *Hány pénztárban gondolkodnak? És miért pénztárról beszélünk, miért nem biztosítóról? Mi a különbség?*

Nincs még eldöntve, hogy pontosan hány (öt vagy nyolc) területi pénztár lesz, de az biztos, hogy ezek a pénztárak fejkvóta alapján jutnak a velük szerződő ügyfelek ellátását biztosító forráshoz. A tagtoborzás 2008-ban kezdődhet, maga a rendszer 2009-ben indulna.

És hogy mi a különbség a biztosító és a pénztár között? Egy biztosító a saját kockázata alapján határozná meg a biztosítási összeget. A káresemény, azaz a megbetegedés esélye alapján döntene a biztosítási díjról, ami így értelemszerűen eltérő lenne egy egészséges fiatal vagy egy idős ember esetében. A pénztár azonban nem közvetlenül a biztosítottól kapja meg a biztosítási díjat, ő fejkvótát kap. A méltányos és elfogadható fejkvó-

tát az összes befizetés újraelosztásánál számolja ki az alapot kezelő intézmény. Ez a kvóta más lesz csecsemőkorban és felnőttkorban, és más egy szülésképes korban lévő nő vagy egy hasonló korban lévő fiatalember esetében. Tehát lesz differencia kor, nem és megbetegedési arányok szerint, de a járulék mértékét jogszabályi szinten, tehát központilag határozzuk meg, mondjuk a minimálbérhez vagy például a minimálnyugdíjhoz viszonyítva. Lesz, akinek a befizetett járuléka magasabb a rá eső fejkvótánál, és lesz akinek alacsonyabb, de a pénztár nem tehet különbséget a nála jelentkező ügyfelek között. Végül is ez a szolidaritás-elvű társadalombiztosítás működési alapja.

H.A.: *Érdeke lesz-e az egyik vagy másik pénztárnak gyermekorvossal szerződnie? Nem jövedelmezőbb-e számára, ha egy adott populáció ellátását kevesebb szolgáltatóra bizza? Vagyis: nem fenyegeti-e a házi gyermekorvosi hálózatot az új szisztéma?*

Az egyes pénztárak célja, hogy minél többen kössenek velük szerződést, hiszen annál magasabb lesz a bevételüket képező fejkvóták összege. A pénztárnak jogszabályi kötelezettségén túl érdeke is, hogy házi gyermekorvossal szerződjön, hiszen számára is nyilvánvaló, hogy a rendelkezésére álló vagyomból optimális egészségi állapotot kell biztosítani a hozzá fordulóknak és közöttük a gyerekek részére.

T.L.: *A járulékfizetés elveiben tehát nem várható különbség. És az ellátásban? Lesz-e különbség az egyik vagy a másik pénztár nyújtotta ellátás között? Miért válasszam majd az egyiket a másik helyett? Nem fenyeget-e engem mint biztosítottat, hogy egy profitorientált pénztárnak nem feltétlenül áll érdekében egy műtét finanszírozása?*

Mindegy, hogy melyik pénztárral van szerződése, a vakbélműtétet ez is, az is kifizeti. A pénztárak tartalmukban azonos ellátási csomagot nyújtanak. Az azonban előfordulhat, hogy az egyik pénztár az Ön bizalmát ilyen vagy olyan évenkénti kontrollvizsgálattal, az átlagosnál szélesebb körű preventív ellátással, egy dohányzásról leszoktató programmal, vagy mondjuk a gyermeke számára a kötelezőn túli védőoltások juttatásával honorálja. De valóban nem biztos, hogy minden kórházban két nap az ápolási idő, hogy azonos a műtéti szövődmény veszélye, vagy a kór-

házi ellátást követő otthoni ápolás időigénye. Az egészségbiztosítási pénztárak nem egy műtét elkerülésében vagy elodázásában, hanem az indokolatlan kórházi ellátások csökkentésében és a minél hatékonyabb ellátásban érdekeltek. Azért hozna számukra profitot, megtakarítást az alap-, vagy szakellátás javítása, mert ez megfogná az indokolatlan és óhatatlanul drágább kórházi igénybevételt. Zárójelben jegyzem meg, hogy az indokolatlan ellátások száma a gyermekkórházak esetében jelenleg még az átlagost is meghaladja.

T.L.: Sokat beszélnek a többszintű ellátásról. Hol lesz, hol lehet két-szintű a gyermekellátás?

Az alapsomag mindenki számára azonos. Az extra hotel- vagy ételzolgáltatás azonban a gyermekek számára is már a második szintet jelenti. Ezekre, vagy például az összejtlevételre és -tárolásra lehet majd kiegészítő biztosítást kötni. Az alapsomag tartalma állandó szakmai felülvizsgálatra szorul. Lesznek olyan gyógyító eljárások, amelyek ma még az alapsomagba tartoznak, de később esetleg szakmailag elavulttá válhatnak és lesznek, amelyek a tudomány fejlődésével válnak rutinjárássá, átkerülve így az alapsomagba.

H.A.: Fenyeged-e az új rendszer engem mint szolgáltatót?

A pénztár nem szelektálhat a hozzáférők között, de választhat a szolgáltatók között. Jogában áll, hogy azzal a szolgáltatóval, azzal a kórházzal kössön szerződést, amelyik jobb ellátást nyújt. Hogy preferálja a minőséget például azzal, hogy extra bevételhez juttatja azt a háziorvost, aki többszolgáltatást ad. Vagy nem feltétlenül köt szerződést azzal a háziorvossal, akinek kifogásolható a szakmai munkája. Nem érezheti magát biztonságban tehát a szolgáltatók mindegyike. Azt szoktam mondani, hogy az új rendszer a jóknak lesz jó. A többet nyújtók több, a kevesebbet nyújtók kevesebb pénzhez jutnak majd.

T.L.: Ehhez azonban szakmai protokollokra, jól működő szakfelügyeletre van szükség. És például arra, hogy a racionális gyógyszerfelhasználást szem előtt tartva ne büntessenek engem azért, mert a pácienseim átlagosnál nagyobb arányt védem egy drága, de támogatott vakcinával.

A vakcinákra nem vonatkozik az a jogszabály, amire céloz, de elfogadom, hogy külön kell választani a házi gyermekorvosok és háziorvosok gyógyszerfelírási szokásait. Az indikátorok kimunkálása az Egészség-

biztosítási Felügyelet feladata. A kórházak vonatkozásában már komoly előrelépés történt. Nagy lendülettel kell folytatnunk a szak- és az alapellátás eredményorientált minőségi mutatóinak kidolgozását. Segítséget nyújtanak ebben a Szakmai Kollégiumok, de az Önök együttműködését is igényeljük.

A szakmai felügyelet maradna az állam kezében, de nem kizárólag az ÁNTSZ-ben gondolkodunk, részt venne benne a Biztosítási Felügyelet és a pénztár is.

K.F.: Az én elvárásaim szerint a nagy cél az ellátószervezet és az ellátás racionalizálása, a betegek elégedettségének fokozása. Most a reform nagy dérrrel-durrall zajlik, mégsem látjuk igazán, mi is történt eddig.

A strukturális reform elindult. Kivettük a rendszerből azokat a kapacitásokat, amelyek gyakorlatilag nem történt betegellátás. Ez eleve 25 százalékos ágyszámcsökkenést eredményezett. Még a leépítések során is jöttek létre új kapacitások indokolatlanul, döntően azért, mert 2006. december 31-ig bármely intézmény elkezdhetett egy beruházást. Január elsejétől azonban már a tervezést is csak az egészségbiztosítás előzetes befogadási engedélyével kezdhették meg.

Folytatva a sort: megállítottuk az egészségügyi kassza rendszeres túlköltését, több intézkedés nyomán összességében 26 milliárd forinttal csökkent a gyógyszerkassza kiadása. Több mint félmillió rendezetlen biztosítási jogviszony tisztázódott, és a betegek jogainak védelmében létrehoztuk az Egészségbiztosítási Felügyeletet. Csökkent az orvoshoz fordulások aránytalanul és indokolatlanul magas száma, és valljuk meg, a vizitdíj

következtében számottevően nőtt a háziorvosok bevétele. Büszke vagyok arra, hogy korrekt volt a házi gyermekorvosok vizitdíj-kompenzációja.

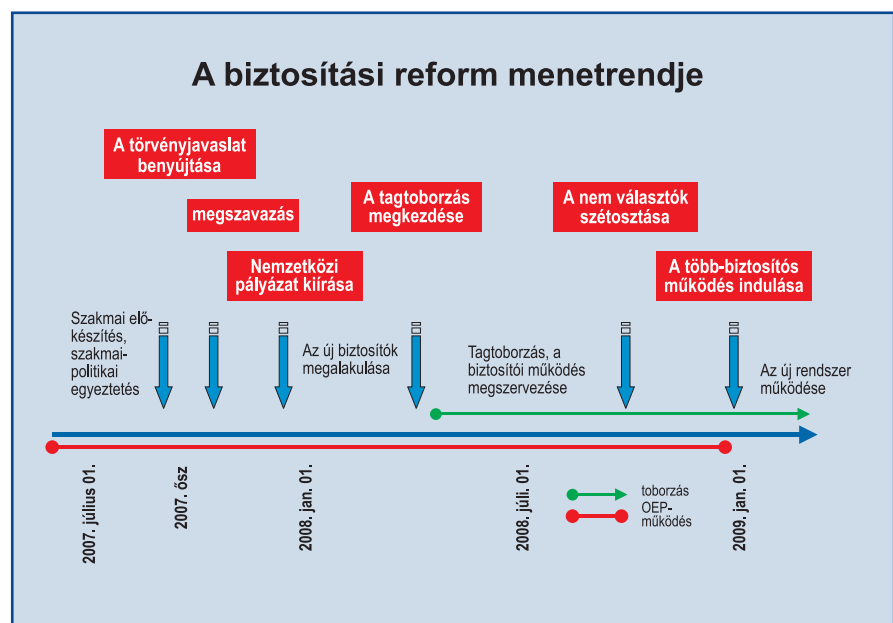
És hogy mennyiben javult az ellátás? Láthatóan még nem sokban. A biztosítottak alapvetően a pénztárak között meginduló verseny következtében számíthatnak az ellátás javulására. Hiszen a pénztárak emelkedő színvonalú szolgáltatással törekednek majd a hozzájuk forduló bizalmának megtartására.

Indul a kistérségi járóbeteg-ellátás fejlesztése is. Ide integrálnánk a központi ügyeket, és mert nincs reális esélye annak, hogy valamennyi településen legyen házi gyermekorvos, akár a térség gyermekorvosi alapellátását is. Preferálnánk a csoportpraxisok, praxisközösségek létrejöttét és finanszíroznánk a többszakmás háziorvosok által nyújtott többlet-ellátást is.

H.A.: Van-e esélye a reform véghezvitelének ilyen mértékű bizalmatlansággal szemben?

Aki azt mondja, hogy nem várta a reformot és nem reménykedett benne, az nem mond igazat. De más, amikor várjuk, és más, amikor elszenvedjük. Rettenetes érzés, amikor valakinek a munkahelye megszűnik, rossz, ha valaki nem mehet abba a kórházba, ahova eddig járt. De nem lehet úgy reformot csinálni, hogy az csak másokat érintsen, engem pedig hagyjon érintetlenül. Sok mindent le kell ahhoz rombolni, hogy a helyén újat építhessünk. Készek vagyunk és elszántak rá, hogy végigcsináljuk. Bízunk abban, hogy a koalíciós megállapodások, a politikai helyzet és a gazdasági körülmények javulása erre jó lehetőséget teremtenek.

KÁDÁR FERENC



A több biztosítóról – másképpen

Dr. Forman Balázs egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem

A több-biztosítós modell mint idea számos sebből vérzik. Vegyük most ezeket sorra:

Hol itt a verseny?

A háziiorvosi ellátás szintjén körülbelül 5200 praxist találunk. Házi gyermekorvosból 1600 működik. Egy háziiorvosra átlagosan 1700–2200 beteg jut. Budapesten majdnem 1000 háziiorvosi praxissal számolhatunk. Látszólag megvan az esélye annak, hogy a betegek szabadon, vagy éppen a biztosítók révén válasszanak orvost. Az ország településhálózatának szerkezete azonban az ország egyéb területein ezt nem teszi lehetővé.

Míg Budapesten és a nagyobb városokban megvan a lehetősége az orvos megválasztásának még a lakóhely közelében is, addig Magyarország településeinek egyharmadában nincs helyben orvos. Ezek a települések zömmel az 500 főnél kisebb települések, amelyek nagy része ráadásul az ország legelmaradottabb helyzetű peremvidékein található. Ezeknek a településeknek a lakóit nem csupán az orvos hiánya, de sok egyéb tényező mellett a rossz megközelíthetőség és a gyenge tömegközlekedési kapcsolatok is sújtják. Az orvos választásának lehetőségéről e térségekben illúzió beszélni. Itt már a háziiorvosi rendszer is területi monopóliumot jelent: tehát, ha egy orvos egy több-biztosítós modellben egy biztosítóval szerződik, akkor a betegeknek sincsen más lehetősége, mint hogy ugyanazzal a biztosítóval szerződjenek.

Költséghatékonyság és profitmaximalizálás

A több-biztosítós modell másik kritikus pontja a magán- vagy a vegyes tulajdonú biztosítók kezdeti ügyfélkörének „leválogatása”, meghatározása. A probléma az állami szerepvállalás szempontjából is megoldást igényel. Kérdés ugyanis, hogy az állam fenntart-e majd egy biztosítót, vagy sem. És az állam vállal-e majd garanciát bizonyos szintű egészségügyi ellátások finanszírozására, vagy sem?

Az ügyfélkör kiválasztása ugyanis lehet teljesen szabad versenyes, piaci alapú, lehet területi alapú és lehet esetleg szakmai alapú is. Mindegyik esetben felbomlik az eddigi nemzeti kockázatközösség, amelyben eddig 10 millió biztosított ellátásának költségeit kevesebb, mint 4 millió járulé-

fizető viselte. A nemzeti kockázatközösség elvileg lehetővé tette volna a területileg kiegyenlített, csak a népességszámhoz igazodó ellátórendszer kiépítését. A kedvezőtlen korfa és az alacsony foglalkoztatási szint jelentősen nehezíti a rendszer finanszírozását, de önmagában nem növeli az országon belüli területi és társadalmi különbségeket. A nemzeti kockázatközösségen belül a népességárányos, területileg kiegyenlített állami ellátórendszer gazdálkodásának célja csak a költséghatékonyság. A magánbiztosítók piacra lépése esetén azonban egy új cél is megjelenik: a profitmaximalizálás. A magán- vagy vegyes tulajdonú biztosítók ügyfélkörének kiválasztását érdemes ez alapján szemügyre vennünk.

Milyen a „jó” ügyfél?

Tudható, hogy egy ember teljes élethosszát alapul véve az egészségügyi ellátáshoz való viszony legalább három nagy szakaszra bontható. 0-tól 18 éves korig, vagy a felsőoktatásban részt vevő hallgatók esetében akár 21–24 éves korig nincs munkaviszonyból származó járulékfizetés csak az egészségügyi ellátórendszer időszakonkénti igénybevétele. Ezt a kiskorúak esetében még komplikálja, ha a beteg gyermekkel édesanyja otthon marad táppénzen. Ebben az esetben például eldöntendő kérdés az is, hogy ilyenkor ki fizesse a táppénzt. Az állam, a munkáltató, az édesanya vagy a gyermek biztosítója? Milyen optimális megoldást lehet erre a kérdésre találni úgy, hogy a magyar lakosság rendkívül alacsony gyermekvállalási hajlandósága mellett ne hozzuk hátrányos helyzetbe a gyermekes szülőket a biztosítókkal és a munkáltatókkal szemben?

A következő időszak az aktív élettartam, 25-től 62 éves korig. Az nem kis bökkenő, hogy Magyarországon az aktív életkorban lévőknek alig 60 százaléka a foglalkoztatott, míg a többiek inaktívak, tehát nem járulékfizetők. Az aktív 60 százalék számít csupán a rendszer nettó befizetőjének. Ők 25 és 40 éves koruk között alig veszik igénybe az ellátásokat. 40 éves kor felett azonban már megnő a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségek kockázata az ő esetükben is.

A nyugdíjas életkor jelenti a harmadik szakaszt, amikor már megszűnik a munkaviszonyból származó járulékfizetés, viszont a kor előrehaladtával megnő az

egyes betegségek előfordulásának kockázata. Ha teljesen szabaddá tesszük a biztosítók számára az ügyfélkör kiválasztását, miközben fenntartjuk az állami egészségbiztosítót is, akkor a magánbiztosítók számára az elsődleges célcsoportot, azok a 25–40 közötti aktív munkavállalók jelentik majd, akik nettó befizetői a rendszernek. Ha fenntartjuk a bérek meghatározott százaléka utáni járulékfizetést, pénzügyileg függetlenné tesszük a magánbiztosítókat, akkor a 25–40 év közötti korosztály biztosítása biztos profitot ígér a befektetők számára. Ha ezt a korosztályt kimazolázzák a nemzeti kockázatközösségből, akkor az új struktúra első éveiben az állami ellátásban csupán a rendszer haszonélvezői vagyis a járulékot nem vagy alig fizetők maradnának. Ez az állami egészségbiztosítás járulékbefizetéseit jelentősen csökkentené, a kiadásait viszont alig. Ha viszont az állam az egészségügyi ellátások sokat kritizált jelenlegi szintjét szeretné legalább fenntartani az állami biztosítottak körében, akkor ezt csak az állami költségvetés fokozódó kötelezettségvállalásával tehetné meg. Ez pedig a költségvetési hiányt növelő tényező, amivel még távolabb kerülünk az áhított euróbevezetéstől. A rendszer ilyen egyenlőtlenségei hosszú távon valamegyest csökkennek majd, ha a magánbiztosítókhoz átlépő korosztályok nyugdíjkorba lépnek. A százalékos mértékű járulékbefizetést a magánbiztosítók esetében is érdemes lenne fenntartani, mert a hazai adózási szokásokat figyelembe véve, de akár a chilei vagy amerikai tapasztalatokat is ismerve a magánbiztosítottak többsége is minimalizálná a járulékbefizetéseit, ami még a magánbiztosítókat is nehéz helyzetbe hozná.

A területi elv hátrányai

A területi alapú biztosítási rendszer másfajta anomáliákat vet fel. Ha a hét régió mindegyikében létrehozunk egy-egy regionális biztosítót, amelyeknél megengedjük, hogy magántulajdonban is lehetnek, akkor végig kell gondolnunk, hogy engedjük-e tovább nőni a területi egyenlőtlenségeket azáltal, hogy kiiktatjuk az egyik legfontosabb regionális stabilizátort, vagy állami garanciavállalások tömkelegével tesszük még áttekinthetlenebbé a rendszert. Ha a hét régióban pénzügyileg független egészségbiztosító pénztárat hozunk

létre, akiknek kötelességük lesz minden helyben élőt biztosítani, akkor a korosztályok szerinti válogatásból adódó problémák talán kivédhetők. Ebben az esetben viszont azzal kell szembenéznünk, hogy mindegyik regionális biztosító csak olyan szintű ellátást lesz képes finanszírozni, amilyenre az adott területen beszédett járulék elég. Így döntő jelentősége lesz a foglalkoztatottak teljes népességen belüli arányának és az egy főre vagy az egy alkalmazottra jutó adóköteles jövedelemnek. Ha a foglalkoztatási arányt nézzük, akkor kistérségi szinten a legrosszabb helyzetben lévő sarkadiban az arány 17%, míg a szombathelyiben 51%. Ha megyei szinten nézzük, akkor Szabolcs-Szatmár-Bereg 31%-val szemben Budapestnek 45%-a van. Ezeket a differenciákat a jövedelmi különbségek még tovább növelik, ugyanis Magyarországon jellemzően a magasabb foglalkoztatási rátával rendelkező régiókban magasabbak a jövedelmek. Ez Budapesten esetleg Pest megyével kiegészítve, a Nyugat-Dunántúlon és a Közép-Dunántúlon esetleg fenntarthatóvá tenné az egészségügyi ellátások jelenlegi szintjét 40%-os foglalkoztatási és átlaghoz közeli, Budapest esetében afölötti jövedelmek mellett, de Magyarországi másikkal négy régiójában nem. A Dél-Dunántúlon és a keleti régiókban a biztosítók pénzügyi függetlensége mellett az egészségügyi ellátás színvonala kényszerűen az alacsony foglalkoztatási és jövedelmi viszonyokhoz igazodna. A területi különbségek így a jövedelmi és foglalkoztatási különbségek mellett újabb dimenziókban bővülnének jelentősen. Ha ezt nem akarjuk, akkor ismét csak szükség van állami költségvetési jövedelemátcsoportosításra, az előbb már leírt következményekkel.

Biztosítás: foglalkozás szerint

Foglalkozási csoportok szerinti biztosításra volt már példa Magyarországon is, például a vasutasok esetében. Kérdés azonban, hogy hazánkban van-e még egyáltalán olyan ágazat, amelyik akkora létszámot foglalkoztat, hogy érdemes legyen országos, vagy akár csak regionális szintű egészségügyi rendszert fenntartania. Egy-kettő még van, több már aligha.

Végül két kérdés

Zárszóként két kérdést kell feltennem az olvasónak. A költséghatékonyságra építő egészségügyi ellátás fejlesztésének valóban annyira kimerültek a tartalékai, hogy már csak egy újabb célrendszer, a profitmaximalizálás bevezetése mentheti meg a rendszert?

Ha a nemzeti kockázatközösséget és vele együtt a területi és a társadalmi kü-

A napokban jelenik meg az európai könyvpiacra a nemzetközileg is talán legismertebb és legközkedveltebb angol nyelvű gyermekgyógyászati szakkönyv, a Saunders kiadó által gondozott

NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS

legújabb, átdolgozott, immár 3200 oldalra bővült és 1800 illusztrációt tartalmazó (18.) kiadása.

Részlet a kiadó előzetes ismertetőjéből:

For nearly three quarters of a century, Nelson Textbook of Pediatrics has been the world's most trusted resource for best approaches to pediatric care. Now in full color for easier referencing, this New Edition continues the tradition, incorporating a wealth of exciting updates and changes – ensuring you have access to today's authoritative knowledge to best diagnose and treat every pediatric patient you see. Whether you're treating patients in the office or in the hospital, or preparing for the boards, Nelson Textbook of Pediatrics, 18th Edition is your comprehensive guide to providing the best possible care.

- Get an enhanced focus on general pediatrics.
- Treat your inpatient and ambulatory patients more effectively with the absolute latest on new topics such as quality improvement and patient care safety, school violence and bullying, preventive measures, vitamin deficiencies, adolescent rape, effect of war on children, and more.
- Improve your therapeutic skills with the newest knowledge on the principles of antibiotic therapy, antiviral therapy, antiparasitic therapy, antimycobacterial therapy, and others.
- Understand the principles of therapy and which drugs and dosages to prescribe for every disease.
- Locate key content more easily and identify clinical conditions quicker thanks to a new full-color design and full-color photographs.

Ez a kiemelkedő jelentőségű szakkönyv szeptember végéig **KEDVEZMÉNYES ÁRON** rendelhető meg a **Librotrade Kft.**-nél.

További információk: email: szakkonyv2@librotrade.hu, telefon: (1) 254-0269, fax: (1) 254-0274.

lönbségek csökkentésének egyik lehetőségét (stabilizátorát) felszámoljuk, akkor fel kell tennünk a kérdést, hogy az egészségügyi rendszer fenntartásának, átalakításá-

nak költségeit kivel, hogyan és mikor fizetessük meg. Erről azért érdemes lenne vitázni és konszenzusos alapon egy új társadalmi szerződést kötni!

Meg kell szólalnunk...

Egyesületünk megalakulása óta ragaszkodik ahhoz az alapszabályban is rögzített elvhez, hogy távol tartjuk magunkat a napi politikai küzdelmektől, megmaradunk a szakmai, szakmapolitikai keretek között. Tudjuk, hogy tagjaink között a politikai paletta valamennyi irányzata képviselteti magát, ettől még az alapvető emberi értékek tisztelete körünkben megkérdőjelezhetetlen.

Az utóbbi hónapokban tapasztaltuk, hogy egyes kollégák hivatásukhoz méltatlan megnyilatkozásokra ragadtatják magukat. Ennek egyik szegymintás példája a Magyar Orvosi Kamara honlapján megjelent, a homoszexualitást elítélő, azt politikai kérdéssé degradáló írás. Bárhol jelenik meg, vagy hangzik el, elítéljük a szélsőséges, rasszista, homofób nézeteket. Egyetértünk a Medical Tribune szerkesztőségi közleményével, amely elutasít minden olyan megnyilvánulást, amely az emberek faji, etnikai, identitásbeli, nemzeti, korbéli, nemi, nemi identitásbeli, vagy bármilyen megkülönböztetésére irányul.

Gyermekgyógyászként az életünket téve arra, hogy a legesendőbbeket, a gyermekeket gyógyítsuk, különösen érzékenyek vagyunk a megbélyegzésre, a kirekesztésre. A többség nevében határolódunk el a hivatásukhoz méltatlanná vált kolégáktól.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének vezetősége

A magyar gyermeknépesség demográfiai helyzete

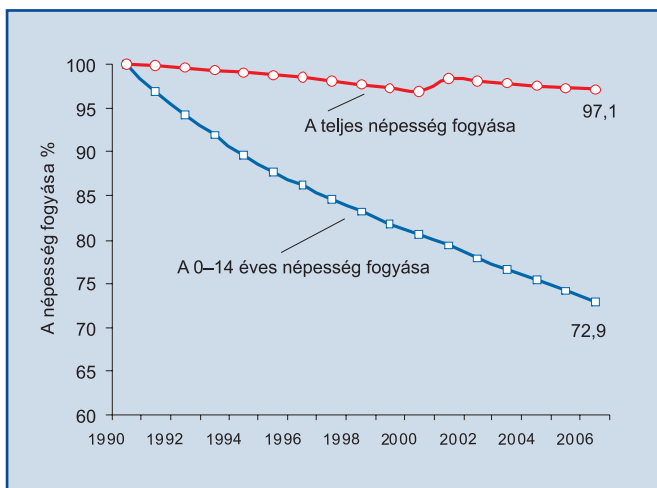
Dr. Paksy András, a SE Biometriai csoportjának nyugdíjas vezetője

A GYERMEKNÉPESSÉG SZÁMA

2006. január 1-én Magyarország népességének száma 10 millió 77 ezer volt. Ebből a 0–14 évesek száma 1 millió 553 ezer, az össznépesség 15,4%-a. A gyermekek száma évről évre folyamatosan csökken, 1990 és 2006 között 577 ezer fővel (27,1%-kal) csökkent a 0–14 évesek száma (1. tábla és 1. ábra). A csökkenés mértéke 1990 és 1999 között évente átlagosan 39 ezer fő volt. 2000 és 2006 között a csökkenés valamelyest mérséklődött, évente átlagosan 23 ezer fő volt. A csökkenés üteme a fővárosban a legnagyobb, a gyermekek száma 2000 és 2006 között 16,9%-kal (42 864 fővel) csökkent, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ez az arány 8,0%-os volt.

Korcsoport	Népességszám (év január 1-én)			
	1990	2000	2005	2006
0–4 éves	617 232	504 236	477 844	478 381
5–9 éves	656 150	597 550	503 128	490 926
10–14 éves	857 167	615 457	598 725	584 136
0–14 éves	2 130 549	1 717 243	1 579 697	1 553 443

1. tábla A 0–14 éves népesség száma korcsoportonként (KSH)



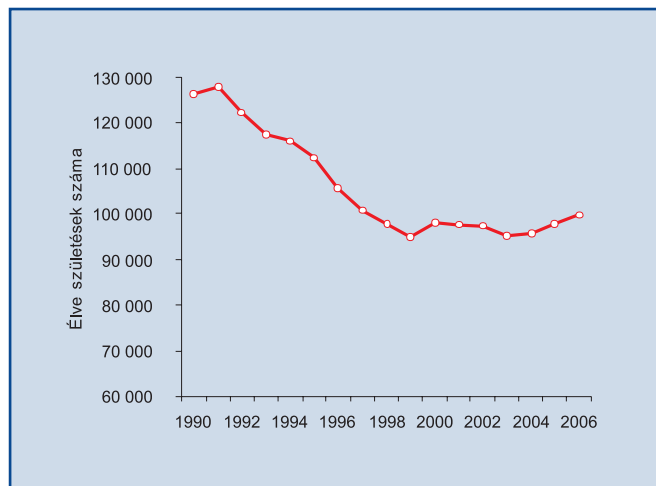
1. ábra A népesség fogyásának üteme 1990 és 2006 évek között. 1990. évet 100%-nak véve 2006-ra a teljes népesség 97,1%-ára, a gyermeknépesség 72,9%-ára csökkent.

SZÜLETÉSEK

A születések száma 1990 óta jelentősen csökkent, a mélypont 1999-ben volt, akkor 94 645 élveszületés volt. 2000 óta a születésszám mérsékelten emelkedő, stagnáló tendenciát mutatott (2. tábla, 2. ábra). A KSH előzetes adatai szerint 2006-ban 99 871 élve születés volt (9,9‰). Az országon belül jelentős különbségek vannak: 2005-ben Békés megyében 8,5‰, a fővárosban

	1990	2000	2004	2005
Élve születések száma (fő)	125 679	97 597	95 137	97 496
1000 lakosra jutó aránya (‰)	12,1	9,6	9,4	9,7
2500 g-on alul születettek száma (fő)	11 654	8 196	7 905	8 023
aránya (%)	9,3	8,4	8,3	8,2

2. tábla A születések száma és aránya KSH

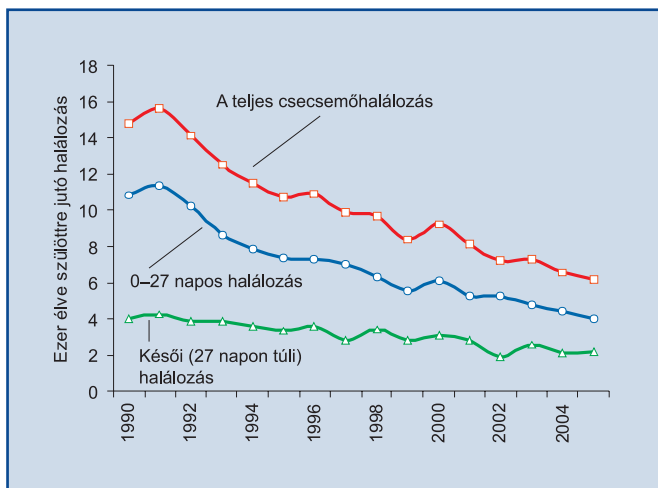


2. ábra Az élve születések száma 1990 és 2006 között KSH

9,4‰, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 10,9‰ volt az élveszületési arány. A koraszülések (2500 g születési súlyon aluli) aránya 1990 óta valamivel csökkent, azonban a nemzetközi összehasonlításokban így is magas (pl.: Ausztriában 6,8%, Csehországban 6,7%). Magyarországon jelentős területi különbségek vannak: Veszprém megyében 6,8%, Budapesten 6,9%, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 11,0% volt 2005-ben a koraszülés gyakorisága.

CSECSEMŐHALÁLOZÁS

A csecsemőhalálások száma és aránya 1991-től fokozatosan csökkent (1991-ben 15,6‰, 2005-ben 6,2‰). A KSH előzetes adatai szerint 2006-ban a csecsemőhalálások száma 571, aránya 5,7‰ volt, ez az eddigi legjobb eredmény, azonban nemzetközi viszonylatban még így is kedvezőtlen a helyzetünk (2005-ben Ausztriában 4,2‰, Csehországban 3,7‰ volt a csecsemőhalandóság). Hazánkban jelentős területi különbségek vannak: Somogy megyében 3,6‰, a fővárosban 4,5‰, Csongrád megyében 9,7‰ volt 2005-ben a csecsemőhalálzás. A csecsemőhalálzás nagyobb arányát elsősorban a koraszülések magas gyakorisága okozza, a meghalt csecsemők közel 2/3-a 2500 g-on aluli születési súlyú (3. tábla). 2000 és 2005 közötti időszakban jelentősen javult a 2500 g-on aluli születési súlyúak halálzási aránya (73,6‰-ról 48,6‰-re).



3. ábra Csecsemőhalálozás 1990–2005 KSH

	2000	2004	2005
Az 1 éven alul meghaltak száma (fő)	900	628	607
aránya ezer élve születésre (‰)	9,2	6,6	6,2
2500 g születési súly alatt meghaltak száma (fő)	603	430	390
aránya ezer 2500 g-on aluli élve születésre (‰)	73,6	54,4	48,6
2500 g születési súly felett meghaltak száma (fő)	297	198	217
aránya ezer 2500 g súly feletti élve születésre (‰)	3,3	2,5	2,4

3. tábla Csecsemőhalálozások száma és aránya KSH

	2000	2004	2005
2500 g születési súly alatt meghaltak száma (fő)	466	332	295
aránya ezer 2500 g-on aluli élve születésre (‰)	54,9	42,0	36,7
2500 g születési súly felett meghaltak száma (fő)	136	101	101
aránya ezer 2500 g-on felüli élve születésre (‰)	1,5	1,1	1,1

4. tábla Neonatalis (0–27 napos) halálozás KSH

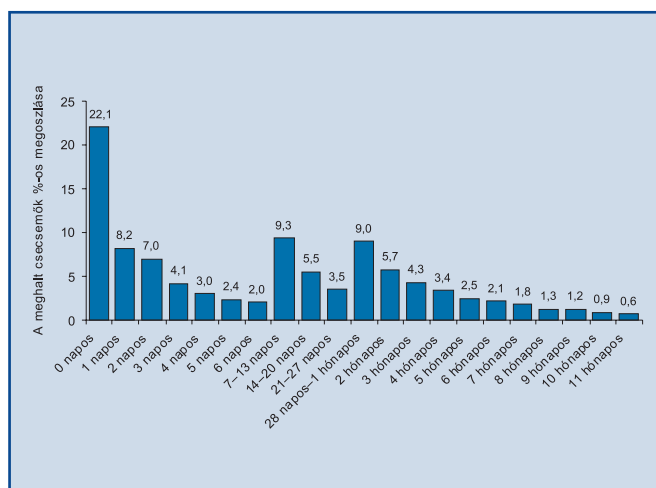
A 2005. évi statisztika szerint a halálokok többségét a perinata- lis szakban keletkező bizonyos állapotok (336 eset, 55,4%), ve- leszületett rendellenességek (154 eset 25,4%) tették ki. A többi halálokok közül említésre méltók még a légzőrendszer (27 eset), az idegrendszer (20 eset) betegségei. 2005-ben 20 esetben fordult elő hirtelen csecsemőhalál szindróma. Külső okok miatt 15 cse- csemő halt meg.

A csecsemőhalálozások 2/3-a születés utáni 0–27. napon kö- vetkeznek be (3. és 4. ábra), a meghalt csecsemők többségét a ko- raszülöttek teszik ki. 2000 óta jelentősen javultak a halálozási mutatók (4. tábla).

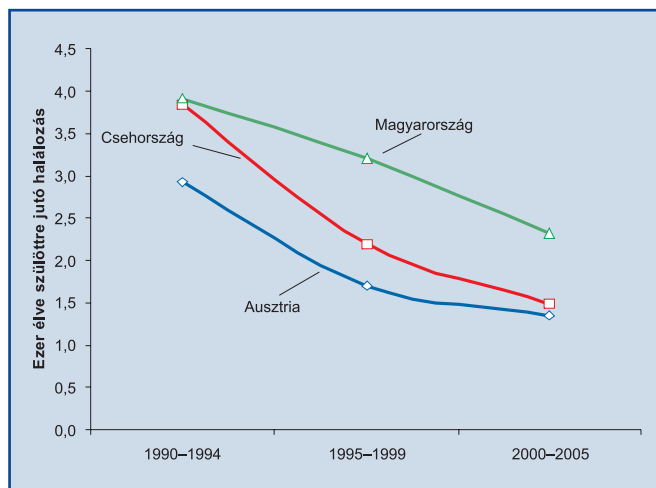
A házi gyermekorvosokat inkább a késői (postneonatalis, 27 napon túli) csecsemőhalálozás érdekli, ugyanis ezek egy részét, elsősorban a 2500 g születési súly feletti, érett csecsemőket a

	2000	2004	2005
A meghalt csecsemők száma (fő)	298	205	212
aránya ezer élve születésre (‰)	3,1	2,2	2,2
2500 g születési súly alatt meghaltak száma (fő)	138	98	95
aránya ezer 2500 g-on aluli élve születésre (‰)	16,7	12,4	11,8
2500 g születési súly feletti meghaltak száma (fő)	161	107	117
aránya ezer 2500 g-on felüli élve születésre (‰)	1,8	1,2	1,3

5. tábla Késői (27 napon túli) csecsemőhalálozás születési súly szerint KSH



4. ábra A csecsemőhalálozások megoszlása a csecsemő kora szerint 2001–2005 évek átlaga KSH



5. ábra A késői (27 napon túli) csecsemőhalálozás 1990–2005 Magyarország, Ausztria és Csehország WHO European health for all database

kórházi elbocsátás után már látta az orvos és a védőnő, nagy ré- szük megjelent tanácsadáson, illetve rendelésen. 2005-ben 212 csecsemő halt meg a 28. naptól az 12 hónapos kor betöltéséig, közülük 95 csecsemő (44,8%) 2500 g alatti születési súlyú volt (5. tábla). A késői csecsemőhalálozásban is jelentős területi kü- lönbbségek vannak: 2005-ben Tolna megyében 0,5‰, a főváros- ban 0,9‰, Csongrád megyében 4,8‰ volt az értéke. Nemzetkö- zi összehasonlításokban helyzetünk nem kedvező, ennek oka a magas koraszülési arány (5. ábra).

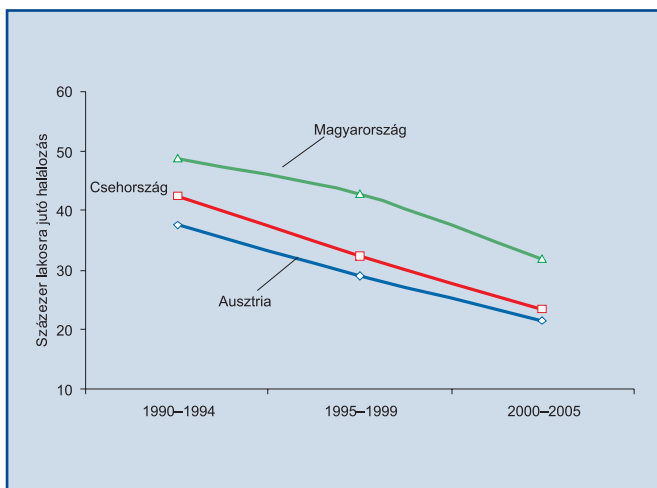


Korcsoport	1990	2000	2004	2005
1–4 évesek				
A meghaltak száma (fő)	246	158	110	123
aránya ezer 1–4 éves lakosra (‰)	0,50	0,39	0,29	0,32
5–9 évesek				
A meghaltak száma (fő)	190	96	81	80
aránya ezer 5–9 éves lakosra (‰)	0,29	0,16	0,16	0,16
10–14 évesek				
A meghaltak száma (fő)	225	131	102	76
aránya ezer 10–14 éves lakosra (‰)	0,27	0,21	0,17	0,13

6. tábla Gyermekhalálozás korcsoportonként KSH

GYERMEKHALÁLOZÁS

Az 1–14 éves gyermekek minden korcsoportjában 1990 óta jelentősen javultak a halálozási mutatók (6. tábla), azonban nemzetközi vonatkozásban még így is kedvezőtlen a helyzetünk. Elsősorban az 1–4 éves gyermekek halálozásában állunk rosszul. (6. ábra)

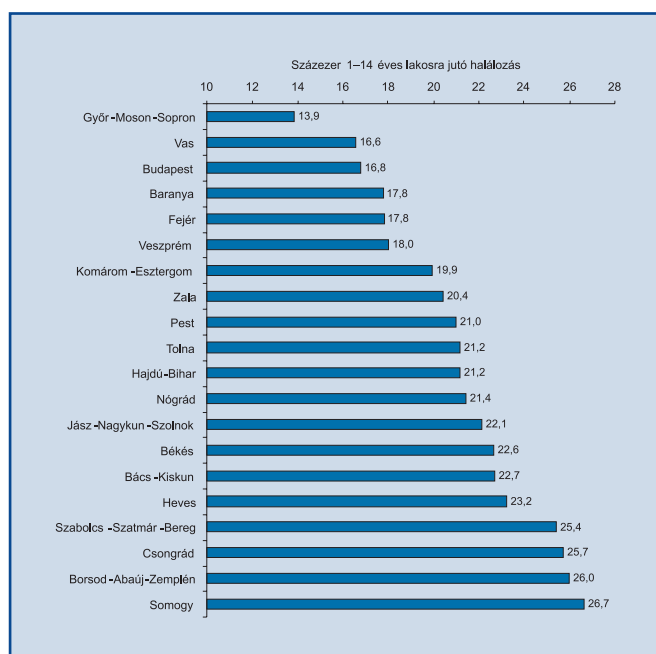


6. ábra 1–4 éves gyermekek halálozása WHO European mortality database

Az 1–14 éves gyermekek halálozásában országon belül, területenként (megyék, főváros) feltűnően nagy, kétszeres különbségek vannak. A százezer azonos korú lakosra vonatkoztatott halálozási mutató területi adatai: Győr-Moson-Sopron megye 13,8, Vas megye 16,6, Budapest 16,8; Csongrád megye 25,7, Borsod-Abaúj-Zemplén megye 26,0, Somogy megye 26,7. (7. ábra)

A gyermekhalálozás ekkora területi különbségeinek elemzése külön tanulmány tárgyát képezheti. (Csongrád és Győr-Sopron megye gyermekhalálozását diagnózisonként összehasonlítva és az eseteket egyenként kielemezve, közelebb jutnánk a magyarázathoz. Kiderülne talán, hogy mennyi a kultúra, mennyi az infrastruktúra, az anyagi helyzet és uram bocsá', az egészségügy szerepe – a szerkesztőség megjegyzése).

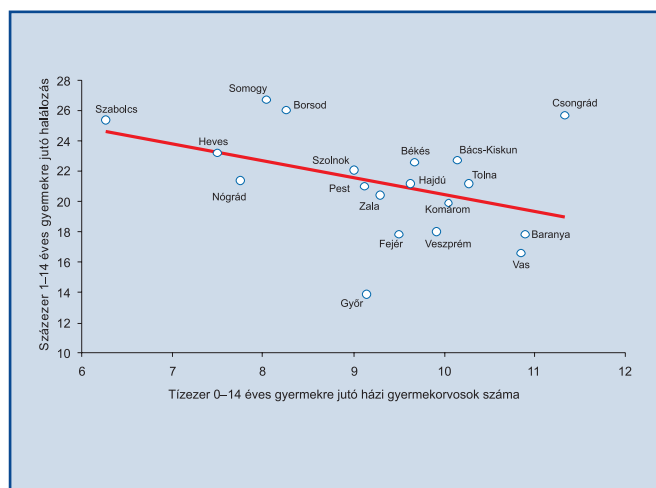
A 2005. évi haláloki statisztikából 1–4 éves korban a 123 (73 fiú és 50 lány) haláleset közül első helyen a baleseteket kell megemlíteni (26 eset, ebből 10 fulladás), ezt az idegrendszer betegségei (23 eset), a veleszületett rendellenességek (18 eset), a légzőrendszer betegségei (13 eset) és a daganatok követik.



7. ábra 1–14 éves gyermekek halálozásának területi adatai 2000–2005 évek átlaga KSH

Az 5–14 éves korcsoportban 156 (90 fiú és 66 lány) haláleset közül első helyen a külső okok emelhetők ki (51 eset, ebből 28 járműbaleset, 12 fulladás, 5 öngyilkosság). További halálokok: daganatok (32 eset), idegrendszeri betegségek (16 eset), veleszületett rendellenességek (15 eset). A fiúk és lányok haláloki struktúrája jelentősen eltérő.

Az alábbi ábra értékelése további elemzéseket, szakmai konzultációkat kíván. Néhány megye „kilóg” a sorból. Pl. Csongrád megyében jó a gyermekorvosi ellátottság, mégis nagyon sok a gyermekhalálozás. Győr-Sopron megyében fordított a helyzet, viszonylag kevés a házi gyermekorvos, mégis igen kisszámú a halálozás.



8. ábra Összefüggés a házi gyermekorvosi ellátottság és az 1–14 éves gyermekek halálozása között.

Az adatok forrása:

Demográfiai Évkönyv 2001 2004, 2005 KSH

Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2005

European mortality database 2007, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Denmark

European health for all database 2007, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Denmark

Az 1–14 éves gyermekek egészségi állapotának jellemzői, 2000-2005 KSH 2007

„Sok védőoltás, sok kockázat, sok kétely orvosban szülőben és jogászban – a haszna több, vagy a kára?”

Az Este (MTV1, 2007. július 17.) – részletek a műsorból

Műsorvezető: Ne feszítsd be a kezed! Ezt lehet a legtöbbször hallani, amikor gyermekeink védőoltást kapnak. 14 éves korukig 11-szer szúrják meg őket. Ez Európa-csúcs. Az alkotmánybíróság 10 év után döntött: ezek szerint a rend nem módosul, de a szülő, ha nem ért egyet az oltással, bírósághoz fordulhat.

Riporter: Ezentúl nem fogják meghurcolni azokat a szülőket, akik félnak az előírt vakcinák mellékhatásaitól. Pár éve egy szentesi családtól például egyenesen el akarta venni a gyámügy négy gyermeküket azért, mert megtagadták a védőoltásokat. Az eset egyébként ma is előfordulhatna, több tucat család tagadja meg a védőoltást. Az engedetlen szülők védelmében harcol az a jogász is, aki 10 éve szeretné elérni, hogy az érintettek megismerhessék a védőoltások mellékhatásait, és ennek ismeretében dönthessenek az oltások mellett vagy ellene.

Dr. Vajna Virág, jogász: Sokkal több információra volna szüksége a szülőnek... egyébként minden beavatkozáshoz szülői hozzájárulás kell, az oltás beadásához nem. ...ez vajon miért van így?

Riporter: A Járványügyi Hivatal főigazgatója azt mondja, hogy Magyarországon szinte 100%-ban beoltják a gyerekeket, ami Európában egyedülálló. Az Európai Unió országaiban ugyanis a picik legfeljebb háromnegyede kap oltást. Ott a legtöbb oltás csak ajánlott, de nem kötelező. Mert ezek az injekciók ritkán ugyan, de komoly betegséget okozhatnak. Van, ahol be is tiltanak korszerűtlen vakcinákat.

Dr. Melles Márta, főigazgató, Országos Epidemiológiai Központ: Egyre tisztább és egyre jobb minőségű oltóanyagok készülnek... és egyre kevesebb a beavatkozás, a szúrás is, mert ma már kombináltan adják a védőoltásokat.

Riporter: Bár az oltások jobbák, a szülők eddig akkor sem dönthettek az oltás ellen, ha az veszélyes a gyermekükre. A kockázatokról és a mellékhatásokról sem tájékoztatták őket.

Egy szülő: Persze, megnéztem, de nem kockáztatom az egészségét, tehát gondolkodás nélkül beadatom neki ... a kötelezőket...

Riporter: Sal doktor 10 éve homeopata gyermekorvos is. Ha lehet, még inkább odafigyel a picikre. Az oltást itt sírás nélkül megússza a kislány, sőt még homeopatiás szert is kap. Amitől csökkennek a mellékhatások. De így is volt olyan gyerek, akinek allergiás tüneteket okoztak a védőoltások.

Dr. Sal Péter, gyermekgyógyász homeopata: Volt olyan, hogy reggel beoltottam egy gyereket és utána olyan görcsös roszulléte lett – epilepsziája alakult ki –, ami éveket tartott.

Riporter: Éppen ezért a gyermekgyógyász, ha tehetné, homeopata társaihoz hasonlóan nem egy központilag előre meghatározott időben adná be az oltásokat. A kicsi 6 hónapos koráig csak a legszükségesebbeket kapná meg...

...Kötelező, ajánlott vagy módosítható. A vita most már az országgyűlés kezében van, 2008. március 31-ig kell dönteniük. Mérlegelni kell azt is, hogy jobb-e, ha bizonyos gyermekbetegségen átesnek a fiatalok. Hiszen egyes betegségek, pl. a bárány- vagy rózsahimlő gyermekkorban néhány hét alatt lezajlik. Felnőttként a férfiaknál impotenciát okozhat, a terhes anyáknál a születendő csecsemő egészségét veszélyezteti.

Műsorvezető: Az Este vendége Kismarton Judit orvos-jogász, jó estét kívánok! Miért nem az orvosok fordultak az alkotmánybírósághoz akkor, amikor tudni lehet, hogy milyen visszasságok lehetnek egy védőoltásban?

Kismarton Judit, orvos-jogász: Azt nem tudom megmondani. Sok olyan terület van, ahol meg kellene kérdezni, hogy vajon az orvosok miért nem fordulnak megfelelő hatósághoz. Olyan jogszabályi előírások vannak, melyek vagy betarthatatlanok, vagy éppen a munkát akadályozzák, vagy a betegellátást nehezítik meg...

Műsorvezető: Az hogyan fordulhat elő, hogy az orvosoknak ebben az esetben, de csak és kizárólag ebben az esetben nem kell felhívni sem a szülő, sem a gyerek figyelmét arra, hogy milyen mellékhatásai lehetnek egy kötelező oltásnak?...

Nem kötelező tájékoztatni őket, tehát, ha bemegyek egy gyógyszerárba, bármit veszek, a nyakamba ugrik a gyógyszernek az összes hátránya, előnye. Itt nem. Miért?

Kismarton Judit: ...az egészségügyi törvénynek van egy szakasza, nevezetesen a 13. szakasza, ami... arról rendelkezik, hogy a betegeket fel kell világosítani az alkalmazott terápiáról, hatásról, mellékhatásról, szövődményről. Vagy, ha nem kerül sor egy beavatkozásra, akkor annak milyen hátrányai lehetnek... Én azt gondolom, hogy itt még egy régi hagyomány uralkodik: kötelező, tehát beadjuk. Igazából az érintettnek túl nagy beleszólása nincsen...

Műsorvezető: Miért? Németországban, Ausztriában egyáltalán nem kötelező a védőoltás, járványok, népbetegségek mégsem törnek ki. Magyarország Európa-csúcs-tartó a 11 kötelező védőoltásával. Mi ennek a magyarázata?

Kismarton Judit: Így van. Az utóbbi pár évben, akkor emelkedett meg ennyire az oltások száma, amikor plusz két védőoltást tettek kötelezővé. Az, hogy Magyarországon ez ilyen formában miért előírás, nem tudjuk, a hatóságok annak idején, évekkel ezelőtt egy kötelező védőoltási rendet....

Műsorvezető: ...senki nem kezdeményezte ennek a megváltoztatását?

Kismarton Judit: ... jogszabályi szinten nem igazán. Az kétségtelen, hogy voltak civil szervezetek, akik ezzel szemben szót emeltek. Mi is találkoztunk betegjogi egyesület olyan megszólalásával, hogy miért kötelező a védőoltás, a szülők nem szeretnék, ha a gyermeküket beoltanák.

Műsorvezető: ...az alkotmánybíróság döntése szerint ez a rend marad. Tehát mindenkinek kötelező a kötelező oltás...



Saját sikerük áldozatai

Sok indulatot és félreértést vetett ismét felszínre a kötelező oltásokkal kapcsolatban hozott alkotmánybíróági döntés. Szinte vezényszóra jöttek elő ugyanazok a tévhit, ugyanazok a szereplők tv-ben, napilapokban, női magazinokban. Itt az ideje, hogy legalább magunk között tiszta vizet öntsünk a pohárba.

Kötelező, de nem automatikus

Szögezzük le elsőnek, hogy továbbra is életkor szerint előírt módon, minden gyermekre kötelezően és a családok számára térítésmentesen történnek az oltások tíz fertőzés megelőzésére. A hirtelen megnőtt médiafigyelem kiváltó oka az alkotmánybíróági döntése, ami arról szól, hogy ezentúl a szülők jogorvoslattal élhetnek, ha nem értenek egyet a kötelező védőoltások gyermeküknek történő beadásával. Az védőoltásokat eddig sem „automatikusan” kellett beadnia a háziorvosnak. Minden alkalommal orvosi vizsgálat döntötte el, hogy egészséges-e a gyermek. Azt, hogy milyen életkorban optimális kialakítani az egyes fertőzések ellen a védettséget, az Egészségügyi Világszervezet ajánlásaihoz igazítva állítják össze minden országban. Nem véletlen, hogy az egyes oltási programok között elhanyagolhatók az eltérések.

Védni, de időben

Az alapelv az, hogy a különböző fertőzések elleni védettség kialakítása az országban, a régióban jellemző járványtani helyzettől függ. A tbc elleni BCG-oltást nálunk például az élet első napjaiban célszerű adni. Más fertőzések – a tetanusz, a diftéria, a pertussis, a polyo és a HIB-fertőzés elleni védelemnek legkésőbb fél éves korig ki kell alakulnia, ezért kezdődik az oltási sor Magyarországon is egyetlen kombinált oltóanyag adásával – két hónapos kortól. A választható oltások közül a konjugált pneumococcus és meningococcus-C, továbbá a rotavírusfertőzés elleni oltások azok, amelyeket csecsemőkorban, az előbbiekkal egy időben, azokhoz illesztve érdemes alkalmazni.

Véletlen egybeesés

Nincs egyetlen olyan védőoltás sem, amittől bárki epilepsziát kaphatna – mekkora szégyen, hogy ezt éppen egy gyermekorvostól hallhatta ország-világ! De termé-

szetesen számos olyan betegség van, aminek a kialakulásához idő kell, és így előfordulhat véletlen, időbeni egybeesés a tünetek megjelenése és a vakcináció között. Az oltási reakció járhat lázzal és az provokálhat lázgörcsöt, de nem epilepsziát. És fordítva; indulhat epilepszia bárkinél csecsemőkorban, ami akkor is manifesztálódik, ha beoltjuk a gyereket, és akkor is, ha nem.

Vannak olyan fertőzések is, melyeknek járványtani jellemzőihez igazodva érdemes a védőoltást egy éves koron túlra időzíteni. Ezért adjuk a kanyaró-mumpsz-rubeola elleni kombinált oltást a gyermekek 15 hónapos korában. Egyetlen gyermekről sem tudok, aki impotenciát kapott volna ettől az oltástól, de arról igen, hogyha valaki felnőttként betegszik meg, ritkán előfordul ilyen szövődmény. Jól emlékszem az MMR-oltás bevezetése előtt kórházunkban ápolt száz és száz mumpszos gyerek meningitisére vagy encephalitisére. Sok országban már csecsemőkorban kapnak a hepatitis B ellen védőoltást a gyermekek, a kedvező járványügyi mutatók miatt nálunk erre csak iskoláskorban kerül sor.

Bizalom és tájékoztatás

Sok uniós országban ajánlottan nevezik a nálunk kötelezőnek hívott védőoltásokat. A gyerekek közösségbe kerülésének, iskolába jutásának – ami szintén kötelező – azonban feltétele az oltások megtörténte.

Nagy baj, ha valaki – amíg személyesen meg nem érinti – nem fogja fel, mekkora kincs, és milyen törekeny az a kedvező járványügyi helyzet, amit éppen a védőoltásokkal érünk el. Gyakran beszélünk arról, hogy a védőoltások furcsa módon a saját sikerük áldozatai: éppen hatékonyságuk miatt tűnnek el szemünk elől, összes kockázatukkal és komplikációikkal együtt azok a megbetegedések, amelyek ellen adjuk őket.

Így a betegségekkel való félelem helyére az oltásoktól való aggodalom került. Holott a két dolog között óriási különbség van. Ez az, ami aláhúzza a híradásokat publikáló médiaszakemberek és a nekik nyilatkozó kollégák felelősségét. Az orvoslás és ezen belül a megelőzés különös felelősségteljes és bizalmon is alapuló munka, aminek egyik legfőbb pillére a korrekt és hiteles tájékoztatás.

Ezt akarjuk?

Nem elég arról beszélni, hogy például Németországban a kanyaró elleni védőoltás beadását meg lehet tagadni, azt is el kell mondani, hogy az elutasítás következtében az elmúlt években több helyi, százakat, egyes esetekben ezeket érintő kanyarójárvány lépett fel a gyermekek között. 2006 első negyedében Észak-Rajna-Vesztfáliában 1018, de néhány száz gyereket érintőről számoltak be Bajorországban és Hesse tartományban is. Több tucat, addig egészséges gyermek lett súlyos beteg, vagy nyomorodott meg egy életre. Halálesetek is előfordultak. Mindez egy fejlett európai országban, egy oltással megelőzhető betegség következtében, a XXI. században.

A házi gyermekorvosok őszi nemzetközi konferenciájára elhívtuk azt a német kollégát, akinek az intézetében hat olyan gyereket kezeltek, akiknél a kanyaró következtében egy késői komplikáció, a teljes idegrendszeri leépüléssel járó, gyógyíthatatlan, halálos végű, az agyvelőt tönkretévő szövődmény alakult ki. Egyikük sem kapott kanyaró ellen védőoltást. A subacut, sclerotizáló panencephalitis (SSPE) a magyar gyermekorvosok többségének már csak tankönyvélmény, de én fiatal gyermekorvosként még láttam néhány ilyen esetet. Semmiképpen nem szeretném megérni a visszatérésüket.

Nem kapnak többet

A magyar gyerekek nem kapnak több oltást, mint a fejlett országokban lakók. Ellenkezőleg! Angliában, Svájcban, az Egyesült Államokban, Kanadában vagy Ausztráliában számos olyan vakcinával is immunizálnak „kötelezően” minden gyereket, ami nálunk még csak az ajánlott védőoltások csoportjába tartozik.

A megelőzés melletti elkötelezettség, a bizalom alapuló orvoslás a gyermekgyógyászatban különösen nagy hagyományokra tekinthet vissza. Nekünk, gyermekorvosoknak egységesen azon kell fáradoznunk, hogy megőrizzük küzdelmes munkával kiépített, korszerű védőoltási rendünket, az ennek köszönhető jó járványügyi helyzetet, hogy minden felnövő gyermeket hozzásegítsünk az egészséges élethez.

Felelőtlenség

1963-ban a Budai Területi Gyermekkórház ortopédiai osztályán, illetve ambulanciáján kezdtem dolgozni. Az intézet a fővárosból és vidékről felkerült, a poliomyelitis utóhatásaiban szenvedő pácienseket fogadta, ápolta. 1957–58-ban ugyanis több ezren betegedtek meg gyermekbénulásban, aminek következtében sok gyermek meghalt, a túlélőkben pedig a végtagbénulások okoztak egy életre szóló, súlyos mozgásképtelenséget. Emberfeletti küzdelem folyt a gyermekek megmentésért és a rehabilitációjukért. Leírhatatlan, elmondhatatlan, hogy mennyi szenvedést, családi tragédiát kellett végignézniük, miközben keveset segíthetünk, és alig enyhíthettünk a bajukon. A Baba utcai légzésbénult (vastüdő) osztályon a mai napig ápolnak néhány túlélőt. A váratlanul fellobbanó, több kontinensre kiterjedő járvány sürgette a megfelelő vakcina kidolgozását, és a kijelölt korcsoportok „átoltását”. A Salk védőoltást felváltó Sabin-csepp teljesen hatásosnak bizonyult.

A járvány terjedését, a vakcina hatékonyságát és biztonságos alkalmazását, az oltások eredményességét tudományosan megalapozott szigorú szabályok szerint felügyelik. A magyar közegészségügyi szervek világszerte elismert tevékenysége a Világegészségügyi Szervezettel (WHO) szoros együttműködésben folyik. Tanulmányaim, 44 éves gyermekszakorvosi működésem tapasztalatai alapján csak a fenti

szervezetek véleményét, javaslatait fogadhatom el. Orvosi esküm arra kötelez, hogy felszólaljak minden olyan tájékoztatás ellen, amely alkalmas a tévhitiek által könnyen befolyásolható szülők félrevezetésére, mert ez már komoly veszélyt jelent a társadalomra.

A Népszava július 9-i számában B. J. által propagált gondolkodásmódra jellemző idézet: „Sok szülő van ugyanis Magyarországon is, akik felelősen nevelik gyermekeiket, de meg vannak győződve arról, hogy a jelenlegi védőoltások beadási időpontja túlzottan korai gyermekük számára.” Ezek a „felelős” szülők nem képesek felfogni, hogy szeretett gyermeküket nincs joguk veszélyeztetni, a társadalom pedig nem tűrheti, hogy bárki a nagy többséget beláthatatlan veszélynek tegye ki. Tudni kell, hogy ha a gyerekek egy része nem kapna védőoltást, a vad vírusok kitűnő hordozója lenne, megbetegedne, és megbetegítené más, nem oltott gyermekeket is. Csak azért nem betegednek meg az oltatlanok, mert a környezetük már védett.

Hogy gondolja B. J., hogy a védőoltások a nevelési kategóriába tartoznak? Vajon hallott-e B. J. a közelmúltbeli ukrainai diftériajárványról, a bárányhimlő súlyos, olykor halálos szövődményeiről, a korábban életveszélyes, ma is nehezen gyógyítható torokgyíkról? Csupán jó táplálkozással és egészséges életmóddal nem lehet

megakadályozni a fertőző betegségeket még a „felső tízezer” gyermekei között sem, nemhogy a hazánkban 30%-ra tehető szegény családokban, akikre B. J. látványosan nem gondolt!

Beláthatatlan következményekkel járna, ha az alkotmánybíróság döntése lehetővé tenné a szülői vétót. A védőoltás elutasítása nem lehet szabadságjog. Vallási-lelkiismereti megfontolásokkal vagy a homeopátiával nem lehet fertőző betegségeket és járványokat elkerülni. Kínában ma is nagy szerepe van a hagyományos orvoslásnak, mégis a gyermekbénulási járvány megelőzésére példátlan szervezéssel milliókat oltottak be napok alatt.

A rendkívül ritkán előforduló mellékhatásokat, mint minden gyógyszer és orvosi beavatkozás esetében, az említett hatóságok nagyon alaposan, felelősen mérlegelik. Tragikus, ha valaki nem ebben, hanem ellenőrizhetetlen mendemondákban hisz. Az ÁNTSZ intézkedése nem engedelmességet követel, hanem olyan józan, okos belátást, amit az egészségügy és a média együttes felvilágosító munkája terjeszthet, illetve segíthet elő. Legyünk hálásak Jennernek, Pasteurnak, Sabinnak és társaiknak, hogy Európa, és benne Magyarország lakosságát elkerülik a járványok.

DR. HELLER MARIANNA
HÁZI GYERMEKORVOS

A megtévesztés katekizmusa

Kétségtelen, minden orvosi beavatkozásnak lehetnek nemkívánatos mellékhatásai, azonban a védőoltások egyértelmű, hatalmas eredményeit nem ronthatja le az elszórtan és rendkívül ritkán (millió oltásból egy-egy) szövődmény. Időről időre megjelennek cikkek, tévériportok arról, hogy egyes szülők megakadályozzák a gyermekük védőoltását. Mi, gyermekorvosok tudjuk, hogy a hazánkban régebben gyakori, ragályos, fertőző betegségek a védőoltások óta csaknem teljesen eltűntek. Itt most csak a tiltakozó laikusok által leginkább hangoztatott érvekkel foglalkozom:

Szövődmények

Egészen kivételesen, ritkán fordulnak elő. Az oltások kedvező, áldásos hatását ezen

az alapon értelmetlen megkérdőjelezni. Időnként pert indítanak azért, mert a védőoltás beadása után bénulás, beszédzavar, szellemi leépülés stb. alakult ki. Én ilyesmit 57 éves orvosi működésem során nem észleltem. Az, hogy ezt az orvospeleken élén járó USA-ban kártérítés alapjául sokszor elfogadják, még egyáltalán nem bizonyítja hogy az észlelt baj az oltás következménye lehetett! Magyarországon ilyen indokkal talán csak néhány esetben próbálkoztak a bíróságon.

Homeopátia

Ez a több mint 200 éves eljárás voltaképpen tévedésen alapul. Annak idején kétségtelenül jó és hasznos volt, mert hatásos gyógyszerek híján mindenféle gusz-

tustalan, néha mérgező anyaggal etették a betegeket. Hahnemann készítményei talán placeboként „hatottak”, nem voltak ártalmasak. Az utóbbi évtizedben divatba jöttek a homeopátiás szerek. Ezek azonban nem termelnek fertőző betegségek elleni specifikus ellenanyagokat, tehát fertőzések ellen nem védenek.

Természetgyógyász-szerek

Ezekre is érvényes, amit a homeopátiáról írtam.

Vallási meggyőződés

Egyetlen példa: Gyermekbénulás-járvány legutóbb 1959-ben dühöngött. Az azonnal elkezdett oltások a Salk-vaksinával hatásosan megfékeztek ezt a szörnyű beteg-

séget. Európából eltűnt a gyermekbénulás (poliomyelitis). Ezzel szemben Hollandiában, az egyik legfejlettebb nyugat-európai országban, egy fanatikus, vallási közösség nem oltatta be a gyerekeit, mondván: minden legyen az Úr akaratára szerint. A következmény: halálhoz, bénulásokhoz vezető, helyi járvány... Akkor, amikor ez a betegség már jórészt eltűnt!

Bioételek

Ezek talán egészségesebbek, mint a vegyszerrel kezelték, de fertőző betegségek elleni, specifikus hatóanyagot egészen biztosan nem tartalmaznak.

A szülőket nagykorúaknak kell tekinteni, nem lehet őket kényszeríteni

Ez hibás érv. A szülők ugyanis nem szakértők, a védőoltásokhoz egyáltalán nem értenek. A nagykorúság, intelligencia, általános műveltség nem elegendő annak belátására, eldöntésére, hogy a védőoltásokra szükség van és ezek nem támadóoltások. Az itt-ott hallott téves ismeretek rossz irányba befolyásolhatják a legokosabb szülőket is.

Mitől szűntek meg a járványok?

Mit gondolnak az oltásokat ellenző emberek: mitől szűntek meg az emberiséget tizedelő járványok? A helyes táplálkozástól? A bioételektől? A magasabb jövedelmektől? A helyesebb életviteltől?

A fertőző betegségek a leggazdagabb, legjobban táplálkozó, a legegészségesebben élő emberek között is szedték áldozataikat. A ragályos, fertőző betegségek akkor szűntek meg, amikor bevezették a védőoltásokat.

Mostanában új, „tudományos” vizsgálatot emlegetnek, ami a BCG hatástalanságát bizonyítja (?) Indiában, ahol milliók élnek az utca porában, rituálisan „tisztálkodnak” a Gangesz szennyezett vízében és szabadon élnek az ellenőrizetlen egészségű állatok a városi népesség között. Ott még a BCG se tudja megakadályozni a tbc (tuberkulózis) terjedését. A BCG-oltás hatásossága egyébként is gyengébb, mint a többi védőoltás. Alig hiszem, hogy ezt éppen Indiában kell, lehet vizsgálni.

Az ötvenes években tapasztaltam azt a megrendítő élményt, hogy a BCG-oltás

elterjedésével eltűntek a csecsemő- és kisgyermekkorban előforduló legsúlyosabb tuberkulózis-kórképek (meningitis basilaris, miliaris tbc.). Pedig az 50-es években az életmód, a helyes táplálkozás, a jövedelem egyáltalán nem olyan volt, mint manapság! A fertőzéstől csak a fertőző ágens elleni, specifikus ellenanyag véd meg. A legszembetűnőbb példa a variola teljes megszűnése, aminek az eredménye a himlőoltás elhagyása!

Az oltás ellen tiltakozó szülőket megteveszthetik az oltások hátrányait részletesen és meggyőzően ismertető cikkek. Indítékot szolgáltathatnak ahhoz, hogy aktívabb emberek bírósághoz forduljanak. De milyen alapon dönthet egészségügyi szakkérdésben a bíró? Elvi alapon kimondhatja, hogy minden szülőnek joga van világnézete, vallási meggyőződése alapján dönteni, ezzel azonban nincsenek megvédve a gyerekeik és nincsen megvédve a társadalom, a többi gyerek!

DR. BOGÁRDI MIHÁLY
NYUGDÍJAS GYERMEKORVOS

Intézze az ÁNTSZ!

Minden, oltásban érdekeltnek (ÁNTSZ, védőnői szolgálat, házi és gyermekorvosi praxisok) az a célja, hogy a praxishoz tartozó valamennyi oltásra kötelezett gyermek időben, szakszerűen és garantált minőségű oltóanyag felhasználásával kapja meg a kötelező védőoltásait.

A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM. rendelet módosítása, a 33/2006. (VIII. 23.) EüM rendelet szabályozza az oltóorvos, a védőnő és az ÁNTSZ védőoltásokra vonatkozó feladatmegosztását. Minden részletre kiterjedő és egyértelmű eljárásmodot azonban nem határoz meg. Az új és jóval drágább védőoltások miatt szükség lenne a velük kapcsolatos tevékenységek pontosabb meghatározására.

Az oltóorvos feladatairól a rendelet 4. paragrafusa a következőkben rendelkezik: „az általa oltandó személyek számára az életkorhoz kötött oltáshoz szükséges oltóanyag (a hozzá bejelentkezettek neve és TAJ száma szerinti) igénylését – a védőnővel együttműködve – a rendelő helye szerint illetékes városi intézetnek megküldi, gondoskodik az oltóanyagok előírásoknak megfelelő tárolásáról és az elszámolásról...”

Az állami költségvetésből finanszírozott oltóanyagokról való gondoskodás, „beszerzés” és a „megfelelő szétosztás” a jogszabály szerint az ÁNTSZ városi (kerületi) intézeteinek kompetenciája: „gondoskodik a védőoltáshoz szükséges oltóanyagokról és azok megfelelő szétosztásáról.”

A védőnő és az alapellátó orvos nyilvántartási, értesítési, tájékoztatósi, regisztrációs és jelentési kötelezettségeit önállóan, de értelemszerűen – a saját érdekében is – együttműködve végzi. A két nagy ellátórendszer – a védőnői és a gyermekorvosi szolgálat – szakmai irányításának nincs közvetlen kompetenciája egymás védőoltási tevékenységének meghatározására. A folyamatos egyeztetés azonban célszerű a vezetés megfelelő szintjein is.

A gyermekorvosi (vegyes háziorvosi) praxis igényli az oltóanyagokat az ÁNTSZ területi intézeteitől. A név és TAJ szám szerinti igénylés és az elszámolás az oltóanyagokkal a gyermekorvos/háziorvos felelőssége. A védőoltásokat a praxis számítógépes nyilvántartása alapján, havonta ajánlott megrendelni, mert így jobban elkerülhető az igény túl- vagy alulbecslése. A nagyobb adminisztráció és a többszöri szállítás ellenére is ezt az eljárást kell

követni, mert így csökkenthető a minimálisra annak az esélye, hogy az előre egyeztetett időpontra érkező gyermekeket és szülőket a kifogyott oltóanyag miatt kelljen elküldeni. Főleg a fővárosban és a nagyobb városokban a várandósok és a fiatal csecsemők be- és kiköltözései miatt szinte lehetetlen a tényleges védőoltási szükségletet három hónapra előre megbecsülni. Nem ajánlott a negyedéves rendelés azért sem, mert a rendelők – különösen, ahol 5–6 praxis dogozik egymás mellett – nem rendelkeznek az új és jóval nagyobb terjedelmű oltóanyagok tárolásához szükséges hűtőkapacitással.

A „good clinical practice” követelményeinek megfelelően, az ÁNTSZ keretein belül egységesen célszerű biztosítani a – folyamatos és utólag is ellenőrizhető – hűtláncot (hőmérsékletre változó „jelzőpapír”, zárt csomagolás), egészen a praxisok hűtőszekrényéig. Itt a megfelelő ellenőrzés után az orvos aláírásával szentesítve átveszi az oltóanyagot és a felelősséget a további hűtőtárolásért. Ez az eljárásrend felelne meg a legjobban a rendelet előírásainak, és ez biztosítaná a felelősségi viszonyok világos elhatárolását is.

DR. KÁLMÁN MIHÁLY



A kórházi felvételek csökkenése az Egyesült Államokban a konjugált pneumococcus-vakcina rutinszerű alkalmazása után

Decline in pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine in the USA: a time-series analysis – Lancet 2007;369:1179-86

A tüdőgyulladás minden korcsoportban jelentős tényezője a morbiditásnak és mortalitásnak. Az USA-ban az influenza és a pneumónia okozta kombinált halálozás a fertőzőes mortalitás legfőbb oka. A gyermekek kórházi felvételének 3–18%-a történik pneumónia miatt. A 65 éven felüli korcsoportban évente majdnem 1 millió tüdőgyulladást diagnosztizálnak, e betegek kb. 40%-a kórházba is kerül. Gyermekekben a Streptococcus pneumoniae okozta pneumónia a tüdőgyulladás miatti hospitalizáció 17–44%-áért felelős, míg felnőttekben ez a szám 13–34%. 2000 februárjában az USA-ban egy 7-valens pneumococcus vakcina (PCV7) használatát engedélyezték és ajánlották csecsemők rutinszerű immunizálására. A védőoltás hamar népszerűvé vált, és bevezetése után számos tanulmány mutatta ki, hogy az invazív pneumóniák száma gyorsan csökkent úgy gyermekekben, mind felnőttekben. Ez a tendencia már a vakcina teljes bevezetése előtt láthatóvá vált, és a védőhatást már akkor is észlelték, amikor a javasoltnál kevesebb dózissal történt az immunizálás.

Bár randomizált klinikai vizsgálatok azt mutatták, hogy a PCV7 vakcina csökkentette a pneumóniák incidenciáját, a védőoltás hatását a teljes populációra még nem vizsgálták. A következő cikkben a szerzők analizálják a PCV7-vakcináció hatását a közelebről nem meghatározott pneumóniák és a Streptococcus pneumoniae okozta tüdőgyulladások kórházi felvételére.

Adatok

A Nationwide Inpatient Sample (NIS) az USA kórházi felvételeinek kb. 20%-áról gyűjt véletlenszerűen adatokat. Vizsgálják a kórházi elbocsátó diagnózist és azt, hogy hogyan használták fel a rendelkezésre álló eszközöket. A minta évi kb. 5–8 millió kórházi felvételtől nyújt felvilágosítást. Az elbocsátási diagnózist a betegségek nemzetközi klasszifikációs kódja (ICD9-CM) szerint definiálták.

Statistikai analízis

A NIS adatait 1997 és 2004 közötti időszakban tekintették át, és meghatározott

időszakokra bontva vizsgálták a pneumónia miatti felvételek gyakoriságát.

Szegmentált regressziós módszer segítségével a PCV7 vakcina hatását analizálták. A modellben 84 időpontot vettek figyelembe, 36-ot a védőoltás bevezetése előtt, és 48-at utána.

Eredmények

Az 1997 és 2004 közötti kórházi felvételek közül 10,7 millió (4%) esetben a felvétel oka pneumónia volt. Fialat gyermekek esetén több volt a fiú, az idősebbeknél a nők predominanciáját figyelték meg. A kor előre haladtával nőtt a fehérek, és csökkent a feketék és a latin származásúak felvételi aránya. A pneumónia miatt felvett 2–4 éves gyerekek átlagosan 2 napot, míg a 65 éven felüliek 5 napot töltöttek kórházban. Empyema a betegek 0,4%-ában, pleuralis folyadék 6%-ában alakult ki, míg thoracocentesis a felvettek 3%-ában történt. A halálozás a 65 év felettek körében magasabb volt, mint az 5 éven aluliaknál.

A pneumococcus okozta pneumónia diagnózisa 443 822 esetben szerepelt a kódok között, ez az összes felvett pneumóniás beteg 4%-a. A 2 éven aluliaknál 2%-ban, a 18–39 éveseknél 6%-ban szerepelt ez a diagnózis. A Streptococcus pneumoniae okozta tüdőgyulladás miatt felvettek mintegy 32%-ánál mellékdiagnóziként bacteriaemia vagy septikaemia szerepelt. Empyema, pleuralis folyadék, illetve thoracocentesis kódja 2%, 9% és 6%-ban fordult elő a pneumococcus pneumónia miatt felvettek között.

A két éven aluliak között a PCV7 vakcina bevezetése után 2004-re a közelebről nem meghatározott pneumónia miatti felvételek száma 39%-kal csökkent ($p < 0,0001$), ami a vártnál évente 41 000-rel kevesebb tüdőgyulladás miatti hospitalizációt jelent.

A 18–39 éves korosztályban szintén csökkent a pneumónia miatti felvételek száma, mintegy 26%-kal ($p = 0,021$). Bár a 65 éven felülieknél is megfigyelhető volt némi csökkenés, de ez nem érte el a szignifikáns szintet.

A Streptococcus pneumoniae okozta tüdőgyulladás miatti felvételek száma a 2 éven aluli korcsoportban 2004-re 65%-kal csökkent ($p < 0,0001$), míg a 2–4 éve-

sek között ez a csökkenés 73%-os volt ($p < 0,0001$). A PCV7 bevezetése után a 18–39 év közötti felnőttek pneumococcus pneumónia miatti felvétele is csökkent, mintegy 30%-kal ($p = 0,008$), míg az idősebbeknél e változás sem volt szignifikáns.

Megbeszélés

A cikk szerzői megállapítják, hogy a PCV7 vakcinával történt immunizálás bevezetése után a 2 éven aluliak közelebről nem meghatározott pneumónia miatti és a Streptococcus pneumoniae által okozott tüdőgyulladás miatti kórházi felvételeinek száma szignifikánsan csökkent. 2004 végére ebben a korcsoportban a tüdőgyulladás miatti felvételek száma évente 41 000-rel csökkent. Ez a 39%-os csökkenés valószínűleg a vakcináció által megelőzött pneumococcus pneumóniák miatti kórházi felvételek számát tükrözi.

Randomizált klinikai vizsgálatok kimutatták, hogy a pneumococcus konjugált vakcina megelőzheti a pneumococcus pneumónia kialakulását. Ennek hatásosságát azonban különböző vizsgálatok – a pneumónia definíciója miatti különbség okán – különbözőképpen állapították meg. A PCV7 konjugált vakcina hatásosságát klinikailag diagnosztizált tüdőgyulladásban az Észak-Kaliforniai Kaiser Permanente vizsgálat 6%-ban állapította meg, míg a 9-valens vakcináét egy gambiai vizsgálat 7%-ban. Egy dél-afrikai vizsgálat szerint a 9-valens vakcina 16%-kal csökkentette a pneumónia miatti kórházi felvételek számát. Amennyiben a pneumónia kritériumai közé a röntgenfelvétellel igazolt tüdőgyulladást is felvették, akkor a hatásosság minden vizsgálatban magasabbnak bizonyult, 18% a Kaiser-vizsgálatban, 17% a dél-afrikaiban és 37% a gambiaiban. Amikor a Kaiser-vizsgálat adatait a pneumónia radiológiai kritériumainak WHO által megállapított szabályai szerint újra értékelték, a vakcina hatásosságát 26%-ra becsülték. A dél-afrikai vizsgálatban a konjugált pneumococcus-vakcina a kórházi felvételt nyert gyerekek 31%-ában akadályozta meg a légúti vírusok által okozott pneumóniák kialakulását, ami arra utal, hogy a pneumococcus társinfekció szerepet játszik a vírusosnak tartott pneumóniákban. Bár a különböző

vizsgálatok eredményeit a pneumónia változó definíciója, az alkalmazott vakcina eltérő volta nehezen összehasonlíthatóvá teszi, a jelen vizsgálatban a 2 éven aluli gyermekekben észlelt 39%-os, közelebbről nem meghatározott pneumónia miatti kórházi felvételi szám csökkenése nagyságrendileg hasonló az előző vizsgálatokban találtakhoz. Ezenkívül a jelen vizsgálat magasabb hatásosságához – szemben a randomizált klinikai vizsgálatokkal – hozzájárulhat az is, hogy egy effektív PCV7 immunizációs program során a „herd immunity” is szerepet játszhat a vakcinált és nem vakcinált populációban azáltal, hogy a vakcinában található szerotípusok nasopharyngealis hordozása csökken.

A pneumococcus pneumóniák számának ez a csökkenése hasonló mértékű, mint amennyire a vakcina bevezetése után az invazív pneumococcus betegségek száma csökkent az USA egyes területein. Ez a csökkenés arányos a vakcina rapid hozzáférhetőségével és elterjedésével. A National Immunisation Survey – amely a 19–35 hónap közötti gyermekek adatait dolgozza fel – adatai szerint az USA-ban 1999 februárja és 2001 júniusa között született gyerekek kb. 40%-át oltották be legalább háromszor a PCV7 vakcinával. A legalább 3-szor oltott gyermekek aránya 68%, 73% és 83% volt a 2000. február–2002. június, 2001. február–2003. május és a 2002. február–2004. július között születettek esetében.

Bár a tüdőgyulladás miatti kórházi felvételek száma a 2 év alatti populációban jelentősen csökkent, a pneumóniák csupán 2%-ánál szerepelt a *S. pneumoniae* mint kórokozó. Bár a kisgyermekkorú pneumóniák etiológiájában a pneumococcus fontos szerepet játszik, ennek igazolása csak a kórokozó izolálásával lehetséges. Valószínűleg ez a 2% csak az invazív betegségeket takarja. A 39%-os csökkenés azonban arra utal, hogy a pneumococcus a kisgyermekkorú pneumóniákban fontos szerepet játszik. A pneumococcus-fertőzésekhez hasonló megfigyeléseket közöltek Gambiából, ahol a *Haemophilus influenzae* B-típusú vakcina bevezetése után jelentősen csökkent a közelebbről nem meghatározott pneumóniák miatti kórházi felvételek száma.

A szerzők vizsgálata szerint a 18 és 39 év közötti fiatal felnőttek tüdőgyulladás miatti kórházi felvételeinek száma is jelentősen csökkent. Ebben a korcsoportban kódolták a legtöbb pneumococcus okozta pneumóniát. Előző vizsgálatok kimutatták, hogy ebben a korcsoportban – az 5 éven aluliak után másodikként – cök-

kent leginkább az invazív pneumococcus-megbetegedések száma, ami a vakcina „herd” hatására utal. A fiatal gyermekek szülei ebbe a korcsoportba tartoznak, és vakcinált gyermekeik miatt valószínűleg kevesebb pneumococcus-expozícióban részesültek. Egy másik lehetséges ok, hogy ebben a korcsoportban magas a sikeres retrovirális profilaxisban részesülő HIV-pozitív betegek száma, de ez a magyarázat valószínűtlen, hiszen az invazív pneumococcus megbetegedések számának e terápia hatására történt nagyfokú csökkenése az 1995 és 1999 közötti évekre esik, még a PCV7 védőoltás bevezetése előtti időre.

A 23-valens pneumococcus poliszacharid vakcinával való átoltottság 1997 és 2004 között 45%-ról 68%-ra nőtt, míg az influenzavakcina felhasználása 66%-ról 68%-ra emelkedett a 65 éven felüliek körében. Ebben az idősebb korosztályban a 23-valens pneumococcus-vakcina gyors terjedése tehető felelőssé a bacteriaemiával járó pneumococcus-megbetegedések számának – még a PCV7 vakcina bevezetése előtt észlelt – csökkenéséért, de a jelen adatok nem támasztják alá azt, hogy a konjugált vakcina használata csökkenti esetükben a bacteriaemiával járó pneumóniák számát, és emellett a PCV7 vakcina „herd” hatása sem érvényesült körükben. Valószínűtlen, hogy az influenza ellen védőoltottak számának csekély emelkedése a tüdőgyulladások számát befolyásolta volna. A gyermekeknél bevezetett influenza elleni vakcináció sem befolyásolhatta az eredményeket, mert a 6–23 hónaposok rutinszerű influenza-védőoltása csak 2004-ben kezdődött el. Az oltott gyermekek aránya csak 4% volt 2003-ban, és 8% 2004-ben.

Néhány hibaeshetőségre azonban a cikk szerzői felhívják a figyelmet. A pneumónia miatti felvételek számát az ICD9-CM kódrendszer alapján állapították meg a szerzők, amely pontatlanságokat is tartalmazhat, bár a NIS folyamatosan ellenőrzi az elbocsátási diagnózisokat. A kórtörténetek ellenőrzése nem történt meg, de valószínűleg ezzel sem lehetett volna elkerülni azt a hibát, hogy a kórokozót sokszor nem találták meg. Bár a NIS adatgyűjtési módja időszakonként változott, megnyugtató, hogy a dehidrációra vonatkozó adatok konstansak maradtak. A NIS adatait ezen kívül minden évben összehasonlítják a National Hospital Discharge Survey és a Medicare Provider Analysis és Review adataival. A rasszra és etnikai eredetre vonatkozólag az adatok hiányosak voltak, ezért a szerzők a további analízis-

tól eltekintettek. A pneumónia miatti kórházi felvételek száma jelentősen változhat pl. azáltal, hogy megváltozik a kódolás módja, a felvétel és újrafelvétel kritériuma vagy pl. egy szezonális virális megbetegedés nagyszámú előfordulása esetén. A Medicare adatai alapján azonban a vizsgált időszakban ezek a hatások csak marginálisak voltak.

Az USA nemzeti járóbeteg-rendelési vizsgálata a pneumococcus pneumónia és a közelebbről nem meghatározott tüdőgyulladás miatti orvoslátogatások számának enyhe csökkenését jelezte a PCV7 vakcina bevezetése után. Ez arra utal, hogy a kórházi felvételek nem azért csökkentek, mert enyhébb lefolyású megbetegedések miatt aránylag többen fordultak meg a járóbeteg-rendelésen. Természetesen az előre nem megjósolható időpontban jelentkező súlyos influenzajárvány megváltoztathatja a jelen trendet. Ilyen esemény a szerzők által vizsgált időintervallumban nem jelentkezett. Az ezen idő alatti magasabb influenzamegbetegedési ráta (1999–2000 és 2003–2004 időszakokban) hatása azonban a vizsgált adatokra nem gyakorolt jelentősebb hatást. Érdemes megjegyezni, hogy a pneumococcus elleni vakcináció kimutathatóan csökkentette a másodlagos, influenzához kötődő pneumóniák számát.

Összefoglalás

A jelen vizsgálat kiterjedten elemzi a pneumónia miatti kórházi felvételek számának változását a PCV7 immunizációs program bevezetése után az USA-ban. A tüdőgyulladás miatti felvételek számának jelentős csökkenése arra utal, hogy a PCV7 vakcina bevezetése előtt a *Streptococcus pneumoniae*-nek jelentős szerepe volt a gyermekkorú tüdőgyulladások etiológiájában. E fiatal korosztályban a szerzők megbecsülik a vakcina bevezetése előtt pneumococcus pneumónia miatti kórházi felvételek számát. A jelen vizsgálat megerősíti azokat az eddigi adatokat, amelyek a pneumococcus konjugált vakcina gyermekkorú alkalmazásának jótékony hatását támasztják alá. A vizsgálat azt is kimutatja, hogy a kórházi felvételek egyik fontos oka a pneumococcus-fertőzés. A vakcina bevezetése a kevésbé fejlett országokban még nagyobb hatású lehet, hiszen ezen az országokban a pneumococcus-megbetegedések nemcsak jelentős morbiditással és magas egészségügyi kiadásokkal járnak, hanem jelentős a mortalitásuk is.



Hatékony megoldás a kicsik nagy gondjára

Védőoltás a rotavírus okozta hasmenések ellen

A hasmenés minden életkorban kellemetlen betegség. Nagyobb gyermekeknél és felnőtteknél ez elsősorban a tünetek „halasztást nem tűrő” jellegéből adódik, és a kezelés rendszerint szájon át történő folyadék-, esetleg elektrolitpótlással otthon megoldható. Csecsemők és kisdedek esetében a kiszáradás fokozott kockázata miatt a hasmenéssel járó folyadékvesztés önmagában is veszélyesebb, ráadásul az ilyen korú gyermekeket szép szóval nehezen, erőszakkal pedig sehogy nem lehet rávenni arra, hogy többet igyanak a folyadékvesztés kompenzálására. Hányással járó kórképek esetén az itatás sikeressége eleve kétséges, ezért szorulnak a 2 éven aluli gyermekek gyakrabban kórházban infúziós kezelésre.

A fertőzések okozta hasmenések az 5 év alatti korosztályban leggyakoribbak. Ezen betegségek körülbelül egyharmadát a világon mindenütt a rotavírus okozza. Ezt a vírust emberben 1973-ban mutatták ki Ausztráliában, egy heveny hasmenésben szenvedő kisgyermek vékonybelében. Az azóta elmúlt közel negyedszázadban nagyon alaposan megismertük a kórokozó szerkezetét, genetikai állományát, az általa okozott betegség klinikai jellemzőit, és megdöbbentő globális egészségügyi terhet.

Egy 2003-ban közreadott tanulmány szerint világszerte évente megközelítőleg 111 millió esetben alakul ki rotavírus gastroenteritis, 25 millióan fordulnak orvoshoz, 2 millióan kerülnek kórházba, és 440 ezren meghalnak. Európában a 2,8 millió otthon kezelt esetre 700 000 ambuláns orvosi ellátás, 87 000 kórházi felvétel és 231 haláleset jut. Ez azt jelenti, hogy a fejlődő világban 300, a fejlett országokban pedig 14 000 megbetegedésre jut egy haláleset. Magyarországon 100 ezer 4 éven aluli gyermekből 840 kerül kórházba rotavírusfertőzés miatt (az európai átlag 730). 5 éves korukra a gyermekek döntő többsége átesik legalább egy fertőzésen. Az Egyesült Államokban a kórkép közvetlen (orvosi ellátás) és közvetett (pl. szülői munkakiesés stb.) költségei eléri az évi 1 milliárd dollárt.

A rotavírus gastroenteritis tünetei 1–2 napos lappangási időt követően jelentkeznek. A kórkép súlyossága széles spektrumon mozog, az enyhe, rövid ideig tartó hasmenésektől a súlyos hasmenéssel, hányással és magas lázzal, illetve a következményes kiszáradással járó esetekig. Láz a betegek akár egyharmadában is kialakulhat, és gyakran jelentkezik has-, illetve fejfájás is. Ép immunrendszerű betegekben a betegség időtartama jellemzően 5 nap. A fertőzés a székletben lévő virális antigének kimutatása révén diagnosztizálható.

Az esetek többségében a beteg otthonában is kezelhető. Ez alól van néhány kivétel: koraszülöttek, 6 hónap alatti csecsemők, magas láz, véres széklet, illetve fenyve-

gető kiszáradásra utaló tünetek esetén azonnal orvoshoz kell fordulni. Az otthoni kezelés során hányással járó esetekben gyakran kell itatni a gyermeket kis mennyiségű orális rehidráció folyadékkal. A kis mennyiség ebben az esetben nagyjából 4–5 percenként egy-egy evőkanál folyadékot jelent. Ha a gyermek ezt nem hányja ki, fokozható az adag, de nagy mennyiség egyszeri megívása ismételt hányást okozhat. A hányás általában 1–2 napon belül megszűnik, azonban a hasmenés ezután még 4–8 napig fennáll. Széles körben elterjedt rossz gyakorlat a hasmenéses gyermek koplaltatása, ami megfosztja a beteg szervezetet a gyógyuláshoz szükséges kalóriáktól. A kórházi ellátás átlagos időtartama 2–6 nap.

Az érintett betegek döntő többsége 6–36 hónapos, de a vírus esetenként tüneteket okozhat a fertőzött gyermekek szüleiben, károsodott immunrendszerű betegekben, idősebb egyéneknél, illetve idegen országba utazó felnőtteknél is. A vírus nagyon könnyen terjed fekális-orális úton, közvetlen érintkezéssel tárgyak és étel közvetítésével, illetve cseppfertőzéssel. A rotavírus szabad levegőn is meglehetősen ellenálló, így bölcsődékben, óvodákban, és ritkábban kórházakban fordulnak elő nagyobb számban.

A rotavírusokat összesen 7 csoportba (A–G) sorolják, melyek közül az embert az A, B és C csoport tagjai fertőzik, és a legfontosabb kórokozók az A csoportba tartoznak. Az A csoport tagjait bizonyos felszíni antigének alapján tovább csoportosítják G, illetve P szerotípusokba. Emberben 10 G-szerotípust azonosítottak, és a betegségek többségét a G1-G4 szerotípusok okozzák. A természetes rotavírusfertőzés az adott szerotípus ellen nagyfokú védettséget biztosít, és a más szerotípusok elleni keresztvédettségéből adódóan a későbbi súlyos fertőzések ellen is jelentős mértékű védettség alakul ki.

A fertőzés után fennmaradó immunitás ezen két fajtája tette lehetővé a rotavírusok elleni védőoltások kifejlesztését. A rotavírus elleni oltás korhatáros, az immunizációt a gyermekek hat hónapos koráig be kell fejezni. A vakcina különlegessége, hogy szájon át kell alkalmazni, amit a szülő és a gyermek is könnyen tolerál.

Rotavírus elleni védőoltás még csak kevés országban (pl. Panama, Venezuela, Nicaragua) szerepel a kötelező oltási rendben, annak ellenére, hogy számos vizsgálat alapján a vakcináció nemzetgazdasági költsége kisebb, mint a rotavírusfertőzéssel kapcsolatos közvetett és közvetlen kiadások összege. Így egyelőre Magyarországon is a szülők dönthetnek arról, hogy kívánják-e oltatni a csecsemőjüket rotavírus ellen, biztosítva ezzel számára a védettség előnyeit.

DR. SÁRINGER ATTILA

Beszélgetések a gyermekgyógyászatról

Folytatjuk csütörtök esti továbbképző-sorozatunkat. A megbeszélések minden alkalommal este 19.30-kor kezdődnek a II. sz. Gyermekklinika felújított könyvtárában.

A tanfolyam 10 ponttal akkreditált. A továbbképzési sorozat részvételi díja 2 000 Ft.

2007. szeptember 20-án

a pajzsmirigybetegségek differenciáldiagnosztikájával foglalkozunk.

Előadók: *dr. Halász Zita, dr. Luczay Andrea, dr. Sallai Ágnes, a klinika munkatársai.*

A következő előadások időpontjai:

2007. október 18.

A perzisztáló láz kivizsgálási protokollja

Előadók: *dr. Kovács Gábor, dr. Trethon András*

2007. november 15.

A képalkotó diagnosztika lehetőségei

Előadók: *dr. Jókuti László, dr. Karádi Zoltán, dr. Varga Edit*

2007. december 6.

Járászavarok

Előadók: *dr. Kálmánchey Rozália, dr. Bánsági Boglárka*

Helyszín: SE II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika
1094 Budapest, Tűzoltó u. 7–9.

Szeretettel várjuk!

Pszichoszomatikus betegségek és kezelésük csecsemő- és gyermekkorban

címmel tanfolyamot indít az Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI) 2007. évben az egészségügyi és a szociális területen dolgozó, felsőfokú végzettséggel rendelkező szakemberek részére.

Vezetők: *Dr. Németh Tünde és Dr. Hámosi Eszter*

A képzés helyszíne: Országos Gyermekegészségügyi Intézet,
1113 Budapest, Diószegi út 64.

Képzési időpontok: **2007. szeptember 28., 2007. október 26., 2007. november 30.**

Orvosoknak, klinikai pszichológusoknak SE-ÁOK/2007-07/00310 számon akkreditálva.
Pontérték: **25 pont.** Egészségügyi dolgozóknak az akkreditálás folyamatban van!

Jelentkezési határidő: **2007. szeptember 20.**

További információ, jelentkezési lap és részletes tematika:
<http://www.ogyei.hu/2007-eskepzes.doc>



Gyermeknevelés és a homoszexualitás

Bár a fenti cím alapján sok mindenre gondolhat az olvasó, a következőkben a *Pediatrics* 2006. júliusi számában megjelent nagy terjedelmű cikket ismertetem. A közlemény, amelynek szerzői csapata az AAP (American Academy of Pediatrics) megbízásából számos egyetem, gyermekekkel foglalkozó tudományos intézet és civil szervezet képviselőiből áll, sorra veszi az Egyesült Államokban jelenleg érvényes törvényeket, és elemzi ezek hatását a homoszexuális párok által nevelt gyermekekre.

Együttélési formák az USA-ban

Ismert, hogy az USA-ban az egyes államok civil jogrendszere különböző, és ami az egyik államban megengedett, az a másikban tiltott. A párok törvényes együttélésének három formája ismeretes. A polgári és/vagy egyházi házasság, mely csak a heteroszexuális kapcsolatot ismeri el, kivéve Massachusetts államot, ahol a homoszexuálisok házassága is engedélyezett. A legalizált együttélés, amely a partnereknek – nemtől függetlenül – gyakorlatilag a házassághoz hasonló jogokat biztosít. Ez a forma csak két államban, Connecticutban és Vermont-ban létezik. Végül a szerződéssel megerősített együttélés, ami a házasságnál sokkal kevesebb jogot biztosít a résztvevőknek.

A helyzet, számokban

A homoszexuális párok számáról csak becslések vannak. A US Census Bureau – saját állítása szerint is – bizonyosan nem a valódi helyzetet tükröző adatai szerint 1990-ben mintegy 150 000, míg 2000-ben mintegy 600 000 pár vallotta magát homoszexuális kapcsolatban élőnek. E párok mintegy negyede gyermeket is nevel. A legtöbb gyermek a partner előző, heteroszexuális kapcsolatából származik, a homoszexuális párok csupán 6%-a adoptált gyermeket. Összehasonlításképpen az adoptált gyermekek aránya a heteroszexuális házasságokban 5,1%, míg a nem házasságban élő heteroszexuális pároknál 2,1%. Említést érdemel, hogy a gyermeket nevelő homoszexuális párok 41,1%-a élt 5 évnél hosszabb ideje együtt, míg a nem házasságban élő heteroszexuálisoknak csak 19,9%-a. Hogy

pontosan hány gyermeket nevelnek homoszexuális párok, nem ismert, a becslések 1 és 10 millió között változnak.

Kevesebb jog

A cikk hosszan taglalja az egyes államokban folyó jogi csatákat a homoszexuális párkapcsolatok legalizálására, de ami a lényeg: addig, amíg a kapcsolat nem ölti házasság vagy törvényes együttélés jogi formáját, a párok és a velük élő gyermekek lényegesen kevesebb joggal rendelkeznek, mint a heteroszexuális párkapcsolat szereplői. Érinti ez az öröklést, a biztosítást, a segélyeket, az iskoláztatást stb. stb., egészen az olyan nem azonnal magától értetődő kérdésekig, mint a házastársi erőszak esetén való beavatkozás joga, vagy pl. azt, hogy a bíróság előtt nem kell a házastársra vallani.

Pszichoszociális hatások

Ma már nem vita tárgya az, hogy a homo- vagy heteroszexuális vonzalom már kora gyermekkorban eldőlt. A társadalmi attitűd a homoszexuális gyermekek helyzetét jelentősen befolyásolja. A homoszexuális gyermek a többi gyermekhez képest magányosabb, kevesebb barátja van, sokszor csúfolják, vagy bántalmazzák társai, gyakrabban depressziós. Egy tanulmány szerint a homoszexuális serdülők 47%-a már foglalkozott az öngyilkosság gondolatával, és 36%-uk meg is próbálkozott ezzel. A homoszexuális párok által nevelt gyermekek – akik maguk nem homoszexuálisak – sokszor kerülnek szembe ugyanezzel a magatartással. A társadalom intoleranciája, az elfogadottság és a segítség hiánya nagyban befolyásolja a homoszexuális egyének és gyermekeik pszichoszociális és fizikai egészségét. A homoszexuális egyének mint szülők ugyanakkor semmiben nem különböznek a heteroszexuális szülőktől. Pszichológiai tanulmányok sora bizonyítja, hogy a lesbikus anyák a gyermeknevelésben minden tekintetben a heteroszexuálisokhoz hasonlóak, sőt a gyermekeiket egyedül nevelőkhöz képest inkább próbálnak férfias mintákat is mutatni gyermekeiknek. Ugyanez igaz a homoszexuális apákra is, akik a heteroszexuális férfiakkal hasonlóan

fontosnak tartják a fegyelmet, a gyermekek autonómiáját, a kognitív képességek fejlesztését.

Következtetés

Számos kiterjedt vizsgálat bizonyítja, hogy a homoszexuális kapcsolatban felnövő gyermekek pszichoszociális fejlődése nem különbözik a heteroszexuális kapcsolatban felnövőktől, sőt toleránsabbak, a kisebbek iránt törődőbbek. Az iskolában több gond akad az egyszülős családok gyermekeivel, mint a homoszexuális párkapcsolatban élők gyermekeivel. A gyermek pszichés fejlődése a párkapcsolat milyenségétől függ, és nem attól, hogy hetero- vagy homoszexuális kapcsolatról van-e szó. A homoszexuális párok gyermekei egyébként nemi identitásukat illetően nem különböznek a többiekétől, közöttük nem találtak magasabb arányban homoszexuális vonzalmúakat. Nincs adat arra, hogy a szülők szexuális identitása a gyermekek normális fejlődését befolyásolná. Homoszexuális párok mindig is neveltek és nevelni is fognak gyermekeket, a kérdés az, hogy rendelkezésükre állnak-e mindazok az előnyök, amit a házasság nyújthat. A cikk szerzői leszögezik, hogy a homoszexuális párkapcsolatok legalizálása elősegíthetné az e kapcsolatban élő gyermekek helyzetének javulását, mert megkaphatnák ugyanazokat a jogokat, előnyöket és védelmet, amelyekkel a heteroszexuális kapcsolatban élő társaik rendelkeznek.

Gondos és lelkiismeretes felnőttek, férfiak vagy nők, homo- vagy heteroszexuálisak egyaránt kiváló szülők lehetnek. A házasság intézménye, jogaival, előnyeivel és védelmével csak megerősítheti e családokat.

Irodalom: JG Pawelski (Division of State Government Affairs), EC Perrin (Division of Developmental-Behavior Pediatrics, Boston), JM Foy (Department of Pediatrics, Wake Forest University, North Carolina), CE Allen (Harvard Vanguard Medical Associates, Boston), JE Crawford (Center for Child Protection), M Del Monte (American Academy of Pediatrics), M Kaufman (Division of Adolescent Medicine, Hospital for Sick Children Toronto, Canada), JD Klein (Department of Pediatrics, Rochester University, New York), K Smith (Developmental Pediatrics and Preventive Services), S Springer (Pediatric Alliance), L Tanner (Children Hospital, Oakland), DL Vickers (Pediatric Residency Program):

The effect of marriage, civil union and domestic partnership laws on the health and well-being of children. *Pediatrics* 2006; 118:349-364

Nem hagyjuk magára

Budakalász, Cseppek háza, gyermekrehabilitációs központ. Ezer négyzetméteren modern, színes rendelők, vizsgálók, úszómedence, hidroterápia. Mindenhol hasonló hangulat és színvilág. 2004 óta innen irányítják a békásmegyeri, budakalászi és győri telephellyel működő Gézen-gúz alapítványt. Az alapítványt 1990-ben hozta létre **dr. Schultheisz Judit**. Az „ötletadó” a kolléganő súlyos plexus brachialis sérüléssel született harmadik gyermeke volt. Judit elégedetlen volt az akkoriban szokott nyomvonalakon haladó kezeléssel. A kislányával végzett munka vezetett a külföldi módszerek tanulmányozásához, és végül a rehabilitáció hazai módozatainak ötvözetéből kialakult új rehabilitációs koncepcióhoz.

🚩 Mi volt a 90-es évek rutinja? És miért voltál elégedetlen vele?

Tíznapos korbán kezdődött Katona főorvos úréknál az ambuláner neuroterápia elektroterápiával és neurorehabilitációval. Én akkoriban már sokat hallottam Dévény Annáról, természetesen elmentem hozzá is, így az ő módszere is beépült lányom kezelésébe. Voltunk a Heim Pál Kórházban, a Gyógypedagógiai Főiskolán és persze a Pető Intézetben is. Mindenki nagy odaadással próbált segíteni és mindenki szerette volna, ha egyedül az általa kijelölt utat járjuk. Mindenkitől sokat kaptunk, és mindenkinek sokat köszönhetünk. Mindenkitől tanultam valamit. Bár már a Bobath módszer is hozzájárult a perifériához, amikor a központi idegrendszert facilitálta, gátolta vagy segítette,



mégis Panni néni fogadtatta el velem, hogy a központi idegrendszer rehabilitációjához nélkülözhetetlen a periféria ismerete, kezelése, karbantartása. A Katona módszer nélkül pedig nem tudnánk elérni azt, hogy a sérült oldal bent maradjon a testsémában, a szimmetriában, hogy mondjuk egy plexus sérültnek, egy hemiparetikusnak ne alakuljon ki „neglektje”. Hogy nagyon fontos az aktivitás, és önállóan, passzív kezeléssel nem lehet a központi idegrendszert gyógyítani.

Akkoriban még gyakran kellett azzal szembesülnünk, hogy a különböző iskolák titkolják egymás elől módszereiket, eredményeiket. Mostanra már kezd ezek-

nek a módszereknek a konfrontációja lecsillapodni, de még mindig jönnek szülők azzal, hogy az egyik letiltotta a másik terápiáját. Hamar nyilvánvalóvá vált számomra, hogy ha a gyerek oldaláról közelítünk, moderálnunk kell, különben sem a gyerek, sem a szülő nem lesz partner. Márpedig ők állnak a fókuszban, ráadásul hosszú éveken át, mert a rehabilitáció nem arról szól, hogy hat hónapig adunk valamit és utána kalap, kabát... Az utánkövetés elengedhetetlen. Hiába indul el 1 éves korban a gyerek, attól még nem hagyhatjuk abba, nem veregethetem meg a vállam, mert meg kell nézmem óvodáskorban, meg kell vizsgálnom iskoláskorban is, hogy mi van a részképességzavarokkal. A központi idegrendszeri zavar rendkívül összetett kórkép, lefolyása, gyógyulása is hullámzó, vannak felfutó ágai és visszajövő tünetei. Tehát olyan modell kialakítására törekedtem, ahol hosszú ideig követhető a fejlődés.

🚩 Ismertél ilyen mintát? Bárhol a világon?

Ilyet így, én nem láttam korábban. 95-ben juthattam ki először külföldre. Belgiumban, Hollandiában, azután Amerikában is láthattam modelleket, sokat olvastam, és a szülők nemzetközi tapasztalatait is próbáltam összegyűjteni. Akkoriban ennyire összetett rehabilitációs modellt sehol nem találtam. Most már onnan járnak ide, hogy tanulmányozzák munkamódszerünket. Gentben, Belgiumban már egy szerezény oktatóközpontunk is működik.



🚩 Akárhogy is nézem, nem követél valakit, hanem kitaláltál valamit. Ehhez kellett erő, meg hit, de kellett eredmény is, hogy ezeket erősítse.

Nekem visszajelzett az egészségügy. Olyan rendszerünk van, ami a szülésektől a védőnőig, a legkülönbözőbb szakmai rétegekkel áll folyamatosan élő kapcsolatban. Nem mi állítjuk, hogy sikeresek vagyunk, hanem a beküldők, a visszafogadók visszajelzései bizonyítják ezt. Együttműködésük nélkül nem tartanánk itt. Szükségünk van arra, hogy a Perinatalis Intenzív Centrumokkal, kórházakkal, alapellátókkal kapcsolatban legyünk. Ha egy halmozottan sérült gyerek eltűnik a szemünk elől, nem nyugszunk bele. Nem mondjuk azt, hogy jó, ez az anya döntése. Utána megyünk. Konzultálunk a kollégákkal, hová irányíthatják a beteget, ha minket nem fogad el, vagy miben segíthetünk. Igyekszünk olyan hálót biztosítani, amibe belekapaszkodhatnak. El lehet menni tőlünk, de vissza is lehet jönni hozzánk. És nemcsak az a fontos, hogy ellentmondhat nekünk a szülő, hanem az is, hogy a neurológustól a védőnőig minden szakembert bekapcsolunk az ellátásba.

🚩 Az eredményeket tekintve kijelenthető-e, hogy jobb ez a módszer, mint önmagában a Katona, a Dévény, vagy mondjuk a Pető módszer? Tisztelet a kivételnek, de gyakran vagyunk tanácsaltanak, hogy mikor hová küldjük betegeinket.

Bár írnak ma már ilyet, mégsem szeretném a mi gyakorlatunkat módszernek nevezni. Számomra az a fontos, hogy olyan rendszerbe kerüljön a gyerek, ahol a különböző módszereket összehangolják. Olyan rendszerszemléletű „betegmenedzsmentet” alakítottunk ki, ahol a család együtt vesz részt a gyerek összehangolt ellátásában, a diagnosztikától az egyes szakterületek részmunkáján át a speciális szükségleteket kielégítő oktatásig. Mindezek együtt erősítik a terápia hatékonyságát. Ez az összetett modell újszülöttkortól 8 éves korig biztosít egészségügyi, pedagógiai, szociális ellátást a hozzánk fordulóknak számára. Vállaljuk az igen enyhe túlnusszabályozási zavartól a halmozott sérülések kezelését, de akár napközbeni ellátását is. És szívesen fogadjuk heti bentlakásos foglalkozásra a kevésbé ellátott távoli területről érkezőket. Hogy kit, hova és mikor? A súlyos sérüléseket korán fel kell küldeni a Svábhegyre, vagy oda ahol Berényi Mariannék most éppen vannak. Nálunk van a megfelelő diagnosztika. Mi is hozzájuk irányítjuk a beteget, mert az a



megfelelő diagnosztikus központ az idegrendszeri sérülés feltérképezésére. Erre minél fiatalabb korban van szükség. Egy házi orvosnak vagy egy gyermekorvosnak azonban ma már egy további kérdést is fel kell tennie: mit lehet a már megindított kezeléshez még hozzátenni? Ha egy rehabilitációval egyedül az anyát terheljük, hamar kifulladásra kerül. Olyan pszichés problémák jelentkeznek nála, amit a gyerekekre vetít majd. Már csak ezért sem elég egyetlen módszer. Mi dolgoztuk ki, hogyan lehet a neurorehabilitációt vízben folytatni, amihez mi biztosan bekapcsoljuk az apát, hogy ezzel is erősítsük a családi kohéziót, az örömforrást.

🚩 Ha ez a kiegészítő kezelés ennyire fontos, miért a házi orvos küldi (ha küldi) ide a beteget? Miért nem a Katonák?

A Katonák is küldik, de ők csak 5–6 hónapos korban kezdik orientálni a gyereket, és attól függően, hogy a mozgás- vagy az értelmi deficit a vezető tünet küldik a gyereket hozzánk, vagy a Korai Fejlesztőbe. De ez az öt-hat hónap a családnak magányosan teher, a gyerekek pedig veszteség is lehet. Látjuk, hogy magukra hagyatottságukban sokan mennek titokban Dévény Annához. Titkolóznunk kell, mert a Svábhegyen néha neheztelnek a szülőre, ha ahelyett, hogy otthon foglalkozna a gyerekekkel, a Dévényhez jár. Ilyenkor mi átvevünk a karmesteri pálcát. Konzultálunk a családdal, a neurológusunk javaslatot ad a neuroterápia, analitikus gyógytorna, gyógypedagógiai fejlesztés gyakoriságára, bevonjuk a szülőt pszichoterápiás család-támogatói csoportjaink egyikébe, és együtt gondoljuk át a szülőknél esetleg felmerülő alternatív fejlesztési lehetőségeket. Ezekről is szabad nálunk nyíltan be-

szélni, nem kell titkolniuk, ha itt-ott jártak. De nem vesszük át Katonáéktól a neurorehabilitációt, jónak tartjuk azt 6–7 hónapos korig, ők meg elismerik az általunk javasolt terápiai algoritmust.

🚩 Található-e a házi gyermekorvos az országban mindenhol karmestert?

Részben a Korai Fejlesztőkkel együttműködve most épül ki egy olyan országos hálózat, ahol a kollégák találhatnak „karmestert”. Ezek a központok többnyire a gyermekrehabilitációs osztályokhoz kapcsolódnak majd.

🚩 A Katona, a Dévény, vagy a ti „módszerek” mellett, mi a Korai Fejlesztők szerepe?

Ezek a – többnyire gyógypedagógus vezetésével működő – fejlesztőközpontok is foglalkoznak a néhány hónapos csecsemőkkel, de elsősorban gyógypedagógiai szemléletűek. Az ő egészségügyi „lábak” kicsit gyengébb, a gyermekneurológiai vagy a radiológiai diagnosztika, a terápia, a követés, az orvosi vezetés sokszor hiányzik. A korai terápia ma már elképzelhetetlenek multidiszciplináris teamek nélkül. A gyógypedagógiai ellátást nálunk is szomatopedagógusok, vagy különböző részterületre specializálódott gyógypedagógusok végzik. Mi is csak a többiekkel együttműködve lehetünk eredményesek. Ez az együttműködő attitűd ma már elengedhetetlen a családok vezetésénél, a nyílt, sikeres partneri kapcsolat kialakításában, a kollégákkal való hatékony szakmai munka biztosításában. Csak így teljesebben ki a gyermekek kezelése, képességeik fejlesztése.

Sürgősség – kacsalábon

Dr. Harmat Györggyel, a Fővárosi Heim Pál Kórház főigazgatójával a nemrég átadott, gyermekbarát dekorációval díszített, tágas váróból, két belgyógyászati és két sebészeti vizsgálóból, sokktalanító és reszuscitációs helyiségből, nyolcágyas fektetőből álló sürgősségi osztályáról beszélgettünk.

🚑 Mit tud ez a kacsalábon forgó, minden jóval felszerelt sürgősségi részleg?

A nap 24 órájában – hétköznap és ünnepnap, éjjel és nappal – fogadja a gyerekeket. A beutaló nélkül érkezőket. Gyakorlatilag itt történik az ügyeleti ellátás, illetve ügyeleti időszakon túl is azoknak a betegeknek a vizsgálata és szükség szerinti ellátása, akiket a szülei idehoznak.

🚑 Milyen panasszal fordulnak ide a szülők? Esméletlen gyerekkel? Idegentest-aspirációval? Vagy azzal, hogy fáj a gyerek torka? Vagy hasmenése van? Esetleg lázas?

Ha a szülő úgy gondolja, hogy a gyermeknek sürgősen orvosra van szüksége, de nem akarja kihívni a körzeti orvost, mert nem tudja, hogy mikor jön, vagy nem akarja a rendelőbe levinni, mert nem tudja, hogy ott mikor kerül sorra, vagy éjjel van, vagy hétvége, hozhatja és megnézzük.

🚑 Mi az ellátás menete?

Először egy magasan kvalifikált, főiskolát végzett, gyakorlott nővér kikérdezi a panaszokat. A vizsgálóorvos dönti el, hogy terápiás javaslattal elengedi-e, vagy – például hányásnál, megfigyelést igénylő hasi panasznál, rossz általános állapot esetén, egy komolyabb orrvérzésnél, egyszerűbb traumánál, átmeneti megfigyelést igénylő neurológiai tünetek esetén, vagyis ha az állapot rendeződése 24 órán belül remél-



hető – felveszi-e a gyereket a sürgősségi osztályra.

🚑 Vagyis míg korábban a megfigyelés és az ambuláns ellátás valamelyik kórházi osztályon vagy egy vizsgálóhelyiségben történt, most „sürgősségi” részlegre kerülnek a betegek. Miért kellett egy új részleget építeni, valljuk be, döntően az alapellátásra tartozó betegek ellátására, miért nem a lerobbant kórházi osztályokat korszerűsítették ebből a pénzből?

Erre a célra kaptuk a támogatást.

🚑 Máshogy finanszírozzák a sürgősségi osztályon ellátott beteget, mint a kórházi osztályon kezeltet?



Hat óránál több, de 24 óránál rövidebb kórházi kezelés esetén sürgősségi osztály nélkül, csak az ambuláns ellátásnak megfelelő finanszírozást kaptunk. Ha ugyanez az ellátás úgynevezett sürgősségi osztályon történik, a finanszírozás a korábbi többszöröse lehet.

K. F.



Praxisok

- Angol orvosi szaknyelv oktatását vállalja kiscsoportos keretben Budapest XIII. kerületében orvos-kandidátus. Alapfokú nyelvtudás szükséges. Telefon: 06/20-534-4792.
- Budapesten, a XVIII. kerület központi részén 670 fős gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni este az alábbi telefonszámon lehet: 06/30-432-5233.
- Belvárosi gyermekorvosi praxis 750 kártyával eladó. Érdeklődni a 06/30-386-8203-as telefonszámon lehet.
- Budapesti agglomerációs kisvárosban 1200 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni 19 és 20 óra között a 06/30-648-6209-es telefonon lehet.
- Budapesti, IX. kerületi lakótelepi, ISO-követelményeknek megfelelő, beruházott 300 vagy 500 kártyás házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt áron alul sürgősen eladó. Tel.: 06/30-961-4364 vagy 06/1-281-6222.
- Szombathelyen jól felszerelt gyermekpraxis eladó. Központi ügyelet van. Érdeklődni a 06/30-618-7295 vagy a 06/94-319-484-es telefonon lehet.
- Budapesten, a XI. kerületben 848 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a délutáni, esti órákban a 06/30-951-1201-es telefonszámon.
- Veszprémtől 10 percre 940 fős gyermekorvosi praxisjog eladó. Telefon: 06/70-333-6059.
- Dél-budai 1100 kártyás gyermekorvosi praxis eladó, 2008. második félévi átadással. Tel.: 06/30-296-5226.
- Veszprém megyei nagyvárosban házi gyermekorvosi praxisba helyettesítőt keresek. Tel.: 06/70-368-6864.
- Budapesten, a XV. kerületben házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/30-972-2795.
- Veszprémben házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a 06/30-957-1427, vagy 06/30-956-3182-es telefonon lehet.

www.infovac.hu

Regisztrációt követően egy nemrég elkészült honlapon kérhet segítséget, ha krónikus betegség, baleset, műtét, kétély vagy rendkívüli körülmény miatt egyedi oltási tervre van szüksége. A kizárólag számunkra látható infektológiai jellegű kérdésre adott válaszunkat csak Ön kapja meg.

Kérjük oltási reakciókról készült fotóikat, hogy ezekből galériát állíthassunk össze. A legtöbbet ismétlődő és a legtanulságosabb kérdéseket a GYIK (gyakran ismétlődő kérdések) rovatában teszszük közé.

Várjuk jelentkezését!

Dr. Mészner Zsófia, Dr. Kulcsár Andrea

Néhány szó a mellékelt szórólaphoz!

Valamennyien bosszankodtunk már, hogy ügyeletben mennyi indokolatlan hívásra kell kimennünk, máskor pedig a súlyos esetek is ellátatlanul maradnak. Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet egy kis segítséget kíván nyújtani egyesületünknek és a kollégáknak a mellékelt szórólappal.

A szülőknél készült szórólappal kifüggeszthető, fénymásolható, terjeszthető, feltesszük az egyesület, az OGYEI és az OALI honlapjára is.

Dr. Kovács Zsuzsanna



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.

HírVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban.

Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**

A címlapon: André Lilla. Belső fotók: Kádár Ferenc, Schultheisz Judit

