

Kedves területi gyermekorvos kollégáim!

Az a megtiszteltetés ért, hogy június 14-én együtt gondolkodhattam a Házi Gyermekorvosok Egyesületének vezetőivel a gyermekgyógyászati alapellátás, a magyar gyermekgyógyászat jelenéről és jövőjéről. Örömmel nyugtáztuk, hogy a 2006. évi 5,2 és a tavalyi 5,8 ezrelékes magyar csecsemőhalálozási arányszám alig különbözik a fejlett európai országok eredményeitől, hogy közös munkálkodásunk nyomán az elmúlt tíz év alatt a gyermek-egészségügyi ellátás színvonalát nemzetközi szinten legjobban jelző mutató a felére csökkent. A javuló arányszám jelzi a családoknak, hogy gyermekük egészségét stabil rendszer vigyázza és követi, ha szükséges, hatékony a gyógyítás. Újszülöttjeink, gyermekeink biztonságban vannak.

A kisgyermekes családok igénylik a csecsemő- és gyermekgyógyász szaktudást, a területen dolgozó gyermekorvosok pedig érzik a szülők bizalmát. A szinte családtagi kapcsolat a tinédzserkoron túl is megmarad, a család még az ifjúkorban is számít a doktor néni vagy doktor bácsi gondoskodására. A bizalom megalapozása az újszülött-adaptáció során nyújtott segítséggel kezdődik, folytatódik a csecsemőtáplálás nehézségeinek megoldásával, majd a védőoltások mesteri irányításával. Gondoljunk arra, hogy a gyógyítás történetének legnagyobb alakjai a vakcinológiához kötődnek.

Mint a debreceni gyermekklinika igazgatója, fontosnak tartottam, hogy meghallgassam területi kollégáim aggodalmait is. Áttekintettük a gyermekorvos és a védőnő kapcsolatát, az iskolaorvoslás kérdéseit, az elmaradott kistérségek gondjait, a gyermekek sürgősségi ellátását. A vezetőség jól látja a nehézségeket, van kiértelt cselekvési programja a gondok orvoslására.

Néhány kérdésben komoly veszélyekre is felhívták a figyelmem. A csökkenő gyermekpopuláció miatt számos körzetben kritikusan alacsony a beteglétszám, fontos gyermekorvosi kompetenciák kikerültek a területi gyermekellátás kezéből, a falvak szak- és ügyeleti ellátása nem mindenhol biztonságos. Ma sem felejthető el az időszak, amikor a magyar csecsemő- és gyermekellátást felnőtteket kezelő házi orvosokkal kívánták biztosítani. A veszélyek miatt csökkent a területi gyermekellátás dinamikus fejlődése, nincs utánpótlás, idősödik a szakma.

A nehézségek nem riaszthatnak bennünket, hisz a területi gyermekellátás előtt rengeteg kihívás áll. Mindeközben közös felelősségünk, hogy azoknak a fiatal csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosoknak, akik a jövőben nyújtanak majd a területen újszülötteknek, gyermekeknek a jelenlegihez hasonló biztonságot, életpályamodellt dolgozzunk ki. Javaslom, hogy 65 éves életkor után a területi gyermekorvos mellett társként dolgozzon egy fiatal szakorvos, akinek öt év eltelté után átadhatja majd betegeit. A területi gyermekellátás biztonságát emeli, ha a terápiás ajánlásokat a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium fogalmazza meg, ezzel is igazolva, hogy a gyermekgyógyászati alapellátás – a gyermekek ellátásában – több, mint házi orvosi ellátás.

Prof. Dr. Balla György

TARTALOM

- Kávészünet-10 2–7
- A szálak nem érnek össze 8–9
- Lyukas háló 10–11
- Taj on-line 13
- Igazolás, igazolás, igazo... 13
- A védőoltások és az autizmus 14–15
- Tápszert a gyógyszerterápiában 15
- Túltáplált kisiskolások, bizonytalan szülők 16
- Meghalt Faragó Sándor . . 17
- Ki adhat alkalmasságit a jogosítványhoz? 17
- K-vitamin-profilaxis 19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2008-ban:



Elhivatott előadók, naprakész információk

Kávészünet-10 – Siófok



Szinte már közhely, hogy a genetika, a molekuláris biológia, a vakcinológia, az informatika, a diagnosztika és a terápia fejlődésének eredményeként átalakult a gyermekkor morbiditási struktúrája. Emiatt az ellátás a házi gyermekorvosi gyakorlatban is a krónikus betegségek gondozásának irányába toldott el. Ezzel egyidejűleg a gyermekgyógyászatban is olyan mértékűvé vált a szervrendszerenkénti specializáció, hogy a beteg gyermeket „egészben” szinte csak a házi gyermekorvos látja. Ha pedig több szervrendszert is érintő betegségről van szó, az egyes terápiás tanácsok összehangolása is a házi gyermekorvosra vár.

KORAI INTERVENCIÓ

Ideggyógyászati, fejlődésneurológiai problémák egy gyermekorvosi praxisban viszonylag ritkán fordulnak elő. Az ideggyógyászati szakrendelésre beutalt gyermekek több mint fele csecsemő, többségük koraszülött, iker vagy lombikbébi. Ezekben az esetekben döntően a pszichomotoros fejlődésükben észlelt eltérés megítélésére vár választ a beutaló gyermekorvos. Az ilyen jellegű zavarok megjelenésének másik életkori csúcса az óvoda utolsó és az iskola első éveire esik. Ilyenkor a tanulási képesség véleményezését kéri a gyermekneurológustól.

A tizedik, jubileumi „Kávészünet” a korai intervenció alapvető kérdéseivel foglalkozott. Megtanulhattuk, hogy a korai intervenció tágabb fogalom, mint a korai fejlesztés. Jelenti a beteg vagy sérüléssel élő gyermek állapotára vonatkozó diagnosztikus vizsgálatokat, az egyénre szabott, komplex terápiás fejlesztést, és jelenti a gyermek családjára vonatkozóan a szociális háló elemeit is.

A LEGHASZNOSABB IDŐSZAK



Tudvalevő, hogy minden tizedik gyermek koraszülött. Merő Gabriella gyermekideggyógyász a kissúlyú koraszülöttek életkilátásaira vonatkozó, a nyíregyházi Jósa András Oktató Kórház

Gyermekosztályán az utóbbi 5 éven szerzett tapasztalatait tárta elénk.

A technika fejlődése révén egyre kisebb súlyú koraszülöttek veszleik át sikeresen a perinatalis időszakot. A 25–28. gestációs hét magas neurológiai kockázatú periódus, ezért az ebben az időben született, 1500 g alatti és a nagyon kis súlyú, 1000 g alatti koraszülöttek 14–17%-a neurológiai maradványtünetekkel hagyja el a koraszülöttosztályt. Több mint egyharmaduk nem mutat kóros tüneteket az első 6 hónapban (latenciaidő). Ez az idő a leghasznosabb rehabilitációs időszak, ezért fontos, hogy a védőnő és a házi gyermekorvos különös gonddal figyelje az esetleges kórjelző tüneteket. Ahol lehetőség van rá, koraszülött-utógondozás vagy neurológiai ellenőrzés keretében történjen a fejlődésneurológiai vizsgálat.

A kórházukban született 458 koraszülött csaknem fele részesült egy éven át magas színvonalú, komplex gondozásban. Az életkor haladásával sajnos egyre kevesebben jelentek meg az utógondozáson. Pedig a későbbi életkorban észlelhető, akár 50–70%-ban is előforduló rész-képességzavar miatt fontos, hogy az óvodáskori utógondozásról se feledkezzünk meg.

A TELJES ÉLET REMÉNYE



Az érzékszervi károsodások sorában a szemészeti eltérésekről dr. Sényi Katalin főorvosnő (SE I. sz. Szemészeti Klinika, Gyermekszemészeti Osztály) tartott megrázó előadást.

Szemészeti szűrővizsgálatra 8–12 hónapos korban, 2,5 és 3 éves kor között, majd 5 éves kortól kétfévente van szükség. Az újszülöttkorban ROP miatt kezelt betegek életvitelét később nem kell korlátozni,

nem kell őket testnevelésből felmenteni. A feltűnően nagy szemű csecsemőknél, elsősorban a roma populációba tartozóknál, gondoljunk a congenitalis glaucomára is. A retina betegségeit ma már ocularis retina CT-vel is tudjuk vizsgálni (OCT). A gazdag képanyag ébren tartotta vizuális figyelmünket, a személyes élmények megosztása pedig érzelmileg tette hitelessé, hogy a látássérültek is élhetnek közel teljes életet.



A hallássérülés korai diagnózisa a beszédfejlődés miatt rendkívül fontos – mondta dr. Garay Zsolt, a Szt. János Kórház, Widex H Kft. főorvosa. Az újszülöttek objektív hallásvizsgálatának

országos kiterjesztése mind sürgetőbb feladat, mert közöttük a hallássérülés gyakorisága 1–3 ezrelék. Figyeljünk arra, hogy 4–6 hónaposan a gyerek a hang irányába fordul-e, 7 és 12 hónap között gagyog-e, kezd-e szótagokat mondani. Egyéves korára figyelnie kell a nevére, 18 hónaposan mintegy 50 szót kell értenie. Mielőtt a hallási figyelem zavarával foglalkoznánk, tisztáznunk kell a fül esetleges betegségeit is (elzárt hallójárat, otosclerosis stb.). A hallási rehabilitációnak 6–9 hónapos korban el kell kezdődnie ahhoz, hogy kielégítő hallást és beszédfejlődést tudjunk elérni.

NE LEGYEN NYŰG A TANULÁS!



Orvoskongresszuson nem orvos képzettségű kolléga ritkán tart előadást. A Kávészünet gyógypedagógus és gyógytornász előadóit hallgatva azt gondoltuk, kár...

Bálóné Dányi Izabella logopédus-gyógypedagógust, a SZTE ÁOK Gyermek-és ifjúságpszichiátriai osztály munkatársa megismertetett bennünket a rész-képességzavarok felismerésének és kezelésének alapjaival. A dyslexia első tünete lehet a többszörös beszédhiba. Nagycsoportban már csak egy-két hangtévesztés fogadható el. Gyanús, ha a gyerek rosszul rajzol, fejletlen a ritmusérzéke, dominancia-zavara

van. Az iskola megkezdése előtt kell a diagnózist felállítani, ahhoz, hogy a célzott kezelést idejében alkalmazni lehessen. Ennek eredményeként lehet csak mind több gyermek számára öröm a tanulás. A rész-képességek rejtett zavarai között botladozó alsó tagozatos kisdiák soha nem lesz örömmel olvasó, vagy a neten szörfölő nebuló. Legkésőbb az első osztály végéig ki kell derülnie annak, hogy dyslexiás-e a gyermek. Akkor van remény arra, hogy a későbbiekben a tanulás ne csak nyűg legyen. Minden bizonnyal szükség lenne a praxisokban olyan konzulensek közreműködésére, akik képesek feltérképezni a rejtett kognitív zavarokat.

KEVÉS A PSZICHIÁTER



Az „örökmozgó”, figyelemhiányos gyerekek aránya Európában 3–8%. Dr. Pászthy Bea főorvosnő (SE I. Gyermekklinika Pszichiátriai Osztály) szerint az USA-ban 20%-os előfordulásról is beszámolnak. Hétéves korig el kell jutni a felismerésig. Nagy részük idővel, az önállóság növekedésével spontán is gyógyul, de több mint egyharmaduknál viselkedési és tanulási zavar társulhat a tünetekhez. Súlyos esetben a kezelés gyógyszeres, de többnyire elég a viselkedésterápia, a pszichoedukáció. A diagnózisig még csak-csak eljuttatjuk a betegeinket, de a gondozási kapacitás szűkös. Sajnos kevés a gyermekpszichiáter.



Dr. Gallai Mária főorvosnő (SE I. Gyermekklinika Pszichiátriai Osztály) az autizmus spektrumbetegségről beszélt. A téma, az egyelőre ismeretlen okú betegség gyakoribbá válása felcsigázta a hallgatóság figyelmét. A rendkívül szuggesztív előadásmód segített a vezető tünetek memorizálásában. Az autizmus triász a következő: a szociális kommunikáció zavara, a kölcsönösséget igénylő interakciók

hiánya, a rugalmatlan gondolkodás és viselkedés. Odafigyeléssel 20 hónapos kor körül már biztos diagnózist lehet mondani, de a tünetek többsége 4–5 éves korban jelentkezik. Fontos ennél a betegségnél is a korai felismerés (nem mosolyog vissza, inkább a tárgyak érdeklik), mert a minél hamarabb kezdett gyógypedagógiai kezelés javíthat az állapotot.

ELLENŐRZÉS ÉS KONZULTÁCIÓ

A pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerése és ellátása, a módszertani levél alapos ismerete volt Czeizel Barbara (Budapesti Korai Fejlesztő Központ vezetője) előadásának konklúziója. Az előadás tele volt igazi, élő gondokkal. Gondozottaink pszichomotoros fejlődésének rendszeres és módszeres ellenőrzése minden házi gyermekorvos napi kötelessége. A szülő jelzéseit, a védőnő tapasztalatait, az átlagostól eltérő fejlődésmentet mindig konzultáljuk meg gyermekneuroológussal. A diagnosztikus vizsgálatokat követve, vagy azokkal párhuzamosan, megfelelő empátiával és szervezéssel ma már az egész országban lehetőség van korai intervencióra. (A „Kézefogva” Alapítvány aktuális kiadványai mind a szülőnek, mind az orvosnak segítenek a tájékozódásban.) Szakértelem kell azonban ahhoz, hogy az ajánlott terápiák dzsungelében korrekt legyen a választás.

AZ ISKOLAÉRETTSÉG RÉSZE



Milyen jó lenne, ha az iskolaérettségi vizsgálat része lenne az a teszt, amit a Hidroterápiás és Rehabilitációs Gimnasztiika Alapítvány (HRG) vezetője, Lajos Katalin gyógypedagógus mutatott be. A filmmel illusztrált, 5 éves korban az IQ-tól függetlenül is elvégezhető vizsgálat a motoros éretlenségre, a finommotorika gyengeségére, a rész-képességzavarok vagy a figyelemzavar mértékére hívja fel a figyelmet. Segít annak eldöntésében, hogy alkalmas-e a gyermek például kéttannyelvű iskolára vagy bizonyos sportra. A felzárkózást segítő kezelések egyénre szabott megtervezése sok kudarcélménytől kímélné meg a gyermeket és családját. A teszt elvégzésére óvónő vagy védőnő is alkalmas.

MELYIK A JÓ MÓDSZER?

Dr. Vekerdy Zsuzsanna főorvosnő (DEOEC Rehabilitációs Tanszék) a rehabilitációs lehetőségekről és tervekről tartott előadást.



A rehabilitációs osztályok mellett első-sorban az ambuláns ellátás „medical home” jellegű intézményeinek szervezését tartotta reálisnak, ahol minden, alapellátásban elvégezhető szolgáltatást meg lehetne találni. Nálunk a már működő civil szervezetek jelentik ennek csíráit.



Magyarország rehabilitációs nagyhatalom a mozgásfejlesztés területén. Hajtó Krisztina gyógytornász (Budapesti Korai Fejlesztő Központ) csak felvázolta az egyes módszereket, részletes bemutatásukra nem volt idő. Örök kérdés: hová küldjük a betegeinket? Melyik a jó módszer? A rengeteg információból levonható, hogy minden módszer jó valamire, hogy egyéves korig biztosan, egy- és hároméves kor között pedig általában az egyéni fejlesztés az eredményes. A csoportos fejlesztés többnyire csak hároméves koron túl jöhet szóba. Az egyes módszerek között a szerint érdemes választani, hogy melyik kecsegtet jobb eredménnyel, és várhatóan optimális életminőséggel. Nem mellékes szempont az sem, hogy a kezelés helye közel legyen a lakóhelyhez. Nem szabad a kezeléstől a családot is feláldozni!



Mező Róbert ortopédsebész főorvos (Jahn Ferenc kórház) cerebroparetikus gyerekek ortopédiai problémáiról szóló, nem feltétlenül a műtéti megoldást szorgalmazó, nehéz sorokat jó humorral bemutató előadása élmény volt. Az alkalmazott segédeszközök mozgás- és tartásjavító hatásáról készült filmje meggyőzően bizonyította, hogy az

izmok fokozódó dinamikus igénybevétele eredményes lehet. Persze ha eredményétől jobb mozgóképesség várható, műtetre van szükség.



Dettre Imola lo-gopédus, a pécsi

Korai Fejlesztő, Logopédiai és Gyógytestnevelési Intézet munkatársa volt a neurológiai blokk utolsó „fellépője”. Fiatalos dinamizmusa, a dyslexia, dysgraphia, dyscalculia kezelésének szenvedélyes bemutatása magával ragadta a hallgatót.

SEGÍTENÜNK KELL!

A csábító májusi napfény ellenére mindig népes terem, a kollégák aktivitása, az előadást követő kérdések szünni nem akaró áradata meggyőzött arról, hogy jó témát választottunk: a korai intervenció kérdéseit taglaló konferencia hiányt pótol.

Hogy lehet-e mindenhez érteni? Nem hiszem. De tájékozatlanok nem lehetünk! Mert bármilyen apró segítség, melyet a károsodással élő gyerekeknek és családjuknak nyújthatunk, nekik nagyon sokat, az élhetőbb életet jelenti.

SZEVER ZSUZSA

A „korai intervenció csomag” tartalma			
	EGÉSZSÉGÜGY	SZOCIÁLIS TERÜLET	KÖZOKTATÁS
pénzbeli ellátás	– útiköltség-térítés	– gyermekgondozási segély – ápolási díj – magasabb összegű családi pótlék – gyermekvédelmi támogatás – közlekedési támogatás – gépjárműszerzési támogatás – gépjármű-átalakítási támogatás – lakás-akadálymentesítési támogatás – családi adókedvezmény (legalább 3 gyermek esetén)	
természetbeni juttatás	– gyógyászati segédeszköz-ellátás	– közgyógyellátás – gyermekétkeztetés – parkolási igazolvány – tömegközlekedési eszköz használatához nyújtott támogatás	– szülősegítő szolgáltatás
személyes közreműködést igénylő szolgáltatás	– otthoni szakápolás – járó- vagy fekvőbeteg-szakellátás (egészségügyi re/habilitáció)	– gyermekjóléti szolgáltatás – bölcsődei ellátás – gyermek napközbeni ellátása – falu- és tanyagondnoki ellátás – családsegítés – támogató szolgáltatás – ápoló-gondozó otthoni ellátás	– gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás – óvodai nevelés – nevelési tanácsadás – logopédiai ellátás – konduktív pedagógiai ellátás – gyógytestnevelés
egyéb egyéni képesség fejlesztést nyújtó szolgáltatás			

A Kézenfogva Alapítvány információs kiadványai

MEGSZÜLETTÉL, HOGYAN TOVÁBB? Elsősegély szülőknek

Ezt a könyvet szülők készítették azoknak a sorstársaiknak, akik gyermekük megszületése után a kórházban vagy a kórház elhagyásakor szembesülnek azzal a ténnyel, hogy gyermekük rendellenességgel, sérüléssel jött a világra. Az egyes rendellenességek tárgyalásának részletessége eltérő. Azokról a veleszületett rendellenességekről, amelyek egyértelműen orvosi beavatkozást igényelnek, kevésbé részletesen olvashatnak. A komplex kezelésre szoruló szindrómákról, vagyis tünetegyüttesekről, amelyek egyaránt kívánnak fejlődésneurológiai ellátást, korai gyógypedagógiai fejlesztést, fizioterápiát, gyógytornát, szociális segítséget stb., alaposabb információk találhatóak. Az olvasók egyúttal betekintést nyerhetnek az általános rehabilitációs és fejlesztő módszerekbe is.

KEZÜNKBEN A DIAGNÓZISSAL Útmutatás sérült kisgyermekeket nevelő családok számára

A könyv tájékoztatást nyújt a szülőknek arról, hogy a közoktatáson belül ma milyen lehetőségekkel élhetnek. A kiadvány célja, hogy a sérült gyermek a lehetőségekhez képest legkorábban, a saját lakókörnyezetében, a képességeinek és a család, a lakókörnyezet lehetőségeinek megfelelően a legjobb ellátást megkapja. A kiadvány tájékoztat a komplex diagnózisról, a többoldalú tájékozódás fontosságáról, a kiegészítő terápiákról. Megtudhatják a szülők, mikor fordulhatnak a Tanulási Képességeket Vizsgáló szakértői és Rehabilitációs Bizottsághoz, és ott milyen segítséget kaphatnak. Egyúttal betekintést nyerhetnek a bölcsődei integrációba, az integrált és speciális óvodai, iskolai ellátásokba. Az autista és autisztikus gyermekek fejlesztési lehetőségeivel egy külön fejezet foglalkozik.

MEGNÖVELT ESÉLYEK Információs füzet súlyos, halmozott sérülteket nevelő családoknak

A kiadványban megtalálhatók mindazok az egészségügyi, szociális alapellátási és oktatási információk, amelyekkel megkönnyítik azoknak a családoknak az életét, akik elhivatottan, kitartással nevelik súlyosan, halmozottan sérült gyermeküket.

Ha Önnek, vagy a körzetében élő családoknak a fenti információk segítséget nyújtanának, kérjük, jelezze. A könyvet személyesen lehet átvenni az alapítványban, vagy postai úton juttatjuk el a megadott címre. A kiadványok ingyenesek, csak a postaköltséget kell megfizetni.

KALMÁR JUDIT



Kézenfogva Alapítvány

1093 Budapest, Lónyay u. 19.

e-mail: kalmar.judit@kezenfogva.hu







Ünnepi torta nem volt. De volt 450 résztvevő, 110 kísérő, 33 kiállító. Volt sétahajó, feketekávé és fehérbor, fitness, wellness, csoki-fondü, koktélbár és balanszterápia. Volt miniszter. A kerti parti és a Hot Jazz Band az étterembe szorult, Presser Gábor viszont egy egész színház közönségét hozta péntek este lázba.



Kávészünet-10

2008. május 23-25. Siófok



A szálak nem érnek össze

Beszélgetés Czeizel Barbarával, a Budapesti Korai Fejlesztő Központ vezetőjével



Interjúra jöttünk június közepén, Önök meg évzárót tartanak. Hogy lehet egy olyan intézményt nyárra bezárni, ahol folyamatosan kellene fogadni a betegeket?

Oktatási intézmény vagyunk, ezért nyáron kell kiadnunk a szabadságot. A korai fejlesztés oktatási törvényben előírt feladat. Lehetnének egészségügyi intézmény is, de az már egy más történet. Tény, hogy a nyári hónapokban kényszerűen lelassul az addig intenzív működésünk. A hét egy napján azért ilyenkor is tartunk ügyeletet, de ez alatt csak 4 új gyereket tudunk megvizsgálni a szokásos heti 14 helyett. Két hónapos várakozás amúgy sajnos mindig van, különösen a beiskolázás és a „beövödázás” idején emelkedik meg a hozzánk küldöttek száma. Ilyenkor halmozottan jönnek a háromévesen még nem beszélő, vagy a még mindig nem járó kicsik. Koraszülöttek meg folyamatosan születnek.

Hová helyezzük el a korai fejlesztést – vagy korai intervenciót(?) – az egészségügy, az oktatás, a rehabilitáció, a részképesség-fejlesztés, a gyógytestnevelés számunkra nem pontosan áttekinthető világában?

A korai fejlesztés, helyesen korai gyermekkorai intervenció, egy önálló, de interdiszciplináris szakma. Az ötévesnél fiatalabb gyermekek komplex gyógypedagógiai fejlesztéséről, kezeléséről szól. Az Egyesült Államokban, Angliában vagy a német

nyelvtérületeken egy gyermekorvos, gyógypedagógus, gyógytornász vagy óvónő két-éves képzés után válhat korai interventorrá. Nálunk ilyen képzés nincs. A vizsgálatokat és terápiát teljes egészében sem az orvosegyetemi, sem a gyermekgyógyászati, sem a gyermekneurológiai, sem a gyógypedagógiai képzés során nem oktatják. Így érthető, hogy teljeskörűen és egymagában sem a gyermekorvos, sem a gyermekideggyógyász, sem a gyógypedagógus nem érthet a korai intervencióhoz. A gyógypedagógus tanulmányai során hat hónapnál fiatalabb csecsemővel nem is találkozhat. A főiskolán bennünket arra oktattak, hogy mit tehetünk az 5 évesnél idősebb gyerekekkel. A gyermekorvosok nem vagy alig tanulnak fejlődéspédiátriát, a házi gyermekorvosok és a védőnők közül csak kevesen ismerik a pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerésével és ellátásával foglalkozó módszertani levelet. Ha ismernék a különböző területek normális fejlődésmenetét, tudnák, hogy mikor kell beavatkozniuk. Ha a védőnő előírás szerint szűrnie 1, 3, 6, 9, 12, 18 hónapos korban, és a szűrés alapján jelezne a gyermek orvosának, akkor annak, ha egyetért, neurológushoz kell küldenie a gyereket. Az ideggyógyász feladata, hogy szükség esetén hozzánk irányítsa a beteget. Az általunk vizsgált 100 gyerekből azonban csak 30-at küld neurológus vagy házi gyermekorvos. További 30-at a DSGM*-t terapeuta küld, mert oda hamarabb jut el a szülő. A fennmaradó 40 rászoruló magától jön, azért mert a szülő problémát sejt.

A területi gyermekorvosok képzettsége bizonyosan fejlesztésre szorul. Ezért is választottuk a mostani Kávészünet-konferenciánkon is ezt a témát. Az előadásokat, esetismertéseket hallgatva azonban néha elborzadunk, vajon hány eset sikkad el, marad észrevétlen és ellátatlan a praxisunkban? Hogyan látja Ön a sérült gyerekek magyarországi ellátásának helyzetét?

Már a diploma után láttam, hogy nincs megfelelő kapcsolat az egészségügy, a gyógypedagógia és más ellátók, mondjuk a gyógytornászok között. A 90-es évek előtt nem volt más, csak „a Pető”, később meg mindenkit Katona professzorhoz

küldtek. Azután jött Dévény Anna, majd mások is. A szülők mentek mindenfelé, ide-oda, de főként össze-vissza. Nagy baj, hogy Magyarországon az ugyanazzal a beteggel foglalkozó szakemberek még mindig nem tudják, hogyan kommunikálnak egymással. A szülők előbb tanulják meg, mit és hogyan közöljenek más-más helyeken dolgozó specialistákkal, mint hogy megismernék saját gyerekük „máságának” mibenlétét. Nálunk sokszor azon dőlnek el sorsok, hogy melyik intézet, melyik intézmény felé van elkötelezve. Nincs minőségbiztosítási protokoll, semminek nincs következménye, olyan a finanszírozás, amilyen. Így sok esetben „fogyatékos biznisszé” torzul ez a rendkívül érzékeny, sérülékeny, mély empátiát és megszállottságot igénylő, különleges szakterület.

Nehezen lehet elviselni, hogy jóval kevesebb gyerek kerül korai fejlesztésre, mint szükséges lenne. Miért? Ha kormányzati szintű lenne a feladatmeghatározás, ha deklarálnák, hogy a korai intervenció a prevenció és az alapellátás része, ha csak olyan intézmények kapnának ezért normatív finanszírozást, akik protokoll szerinti ellátást nyújtanak, akkor talán lehetne megfelelő számú ellátóhelyet létesíteni. Összes tevékenységünk 40 százaléka egészségügyi tevékenység, mégis 12 év kellett ahhoz, hogy az OEP szerződést kössön velünk. Ausztriában négy-százhatvan eurót adnak egy gyerek egy adott típusú fejlesztésére, havonta. 460-at az értelmi, további 460-at a mozgásfejlesztésére. Nálunk meg átszámítva kb. 960 euró jut, nem egy-egy részterület fejlesztésére, hanem az egész korai fejlesztésre – évente! Ausztriában tehát közel ezer, nálunk meg mindössze nyolcvan euró jut havonta egy gyerekre. Mire elég ez? Hiába van szerződésünk az oktatási, most már az egészségügyi és a súlyos, halmozottan sérült, meg autista gyerekek ellátására a szociális tárcával, ennyi finanszírozásból alig jut valamire. A szálak külön-külön futnak, ahelyett, hogy köztes finanszírozás lenne, mint Ausztriában.

13 évig, amíg itt volt, a Soros Alapítvány finanszírozott sok mindent. Most negyven szakemberre és két telephelyre (egy Pesten, egy Budán) 140 millió az éves költségvetésünk, amiből 65 az állami támogatás. A többi pályázatokból, ado-

*DSGM – Dévény Speciális manuális technika – Gimnasztika Módszer



mányokból kell előteremtenünk. A vizsgálat ezért kerül a szülőnek 9000 forintjába, a kezelés meg attól függően, hogy kapunk-e a gyerekre állami támogatást, vagy nem, 1000–3000 forintba alkalmanként. De ha nem tud valaki fizetni, akkor is ellátjuk.

„A szálak nem futnak össze” mondatról jut eszembe, hogy szakemberek sugallják időről időre azt a szülőnek, hogy ha ide vagy oda viszi a gyereket, ő lesz az okozója gyermeke tartós fogyatékoságának. Ki lehet azt mondani, hogy az egyik módszer rontja a másik hatását?

Én azt mondom, hogy a konduktív pedagógia kétéves kor alatt, önmagában egyedül, árt. Ilyenkor a gyermek izomtónusa és értelmi állapota – hát még, ha akadályozott – alkalmatlan erre a kezelésre. A Katona-féle neurohabilitáció sem jó mindenkinek, viszont ha van mellette DSGM-terápia, akkor legalább az biztosan segít. Tudomásul kellene venni, hogy egyedül üdvözítő módszer nincs, csak gyerek van, akire adaptálni lehet egy módszert. Hiányzik a rugalmasság. Bobart, Pető, Katona, Dévény, lovasterápia, hidroterápia; a sokféle módszer közül kell az aktuálisan megfelelő kezelést kiválasztani. Dévény Annának már rég Nobel-díjat kellett volna kapnia az általa kidolgozott terápiás módszerért. Jó, hogy legalább öt ma már mindenhol elfogadják.

Hogyan működik a Korai Fejlesztő Központ?

Negyvenen vagyunk, hetente 200 gyereket látunk el ambuláns, illetve csoportos formában. Évente közel 400 új gyereket vizsgálunk ki. Nem tartunk mindenkit magunknál, ha lehet, egy lakóhelyükhöz közeli terápiás centrumba, vagy egyszerűen csak DSGM-re irányítjuk őket. Nincs elég képzett, jó szemléletmóddal rendelkező gyermekneurológusunk és gyermekpszichiáterünk. Keresünk olyan szakembereket, akik nyitottak a komplex interdiszciplináris teamben, gyógypedagógussal, pszichológussal és gyógytornással együtt történő csapatmunkára rizikócsesemők és 5 évesnél fiatalabb gyerekek vizsgálatára és ellátására.

A jelentkezést követően kitöltött kérdőívből felkészülünk a gyerekre. Kétéves kor alatt gyermekorvos és gyermekneurológus, kétéves kortól ötéves korig gyermekorvos és gyermekpszichiáter vizsgál pszichológussal, gyógypedagógussal, gyógytornással együtt, a mozgás és értelmi fejlődés ugyanis csaknem mindig

’87-ben végeztem a Gyógypedagógiai Főiskolán, majd néhány évet eltöltve a bölcsődei integráció gyakorlatában, 1991-ben találkoztam újra Gallai Mária gyermekorvos barátnőmmel. Ő akkor jött vissza Amerikából. A fogyatékos gyermekek helyzetét, a klasszikus szülő- és gyereksorsokat látva gyorsan eldöntöttük, hogy megváltoztatjuk a világot. Hogy létrehozunk valamit, ahová bárki eljőhet, ha aggódik. Ez az aggodalom független a szülő képzettségétől, sőt talán a magasan kvalifikált esetében rosszabb a helyzet, mert az ilyen, ha tudat alatt is, gyakran minden erejével hárit. Nehéz elfogadni egy szülőnek a rideg tényeket, de végül elszánja magát és elindul. Még akkor is, ha az orvos azt mondja, hogy

nyugalom, nincs itt semmi baj. Többnyire végigjárja sérült gyermekével az innen-onnan ajánlott helyeket. Mi a szülők alulinformáltságából származó idő- és energiaveszteséget akartuk objektív tájékoztatással megspórolni.

Külföldet jártuk, néztünk, tanultunk, fordítottunk, elmentünk Katonától Dévény Pannáig mindenhová. Kiderült számunkra, hogy hol kit tudnak, és kit nem tudnak ellátni. Máig jó szakmai kapcsolataink ezekből az időkből datálódnak. Végül Dubecz Dorottya gyógypedagógussal és Gallai Móriával hárman megszerveztük a Korai Fejlesztő Központot. Egy alapítványt, ami most is fenntartója az intézményünknek. Fiatal gyógypedagógusokat, gyógytornászokat vettünk fel.

érintett. Mindenki bent van a vizsgálószobában a szülővel együtt. Az első 15–20 percben spontán játékhelyzetben megfigyeljük a gyereket. Organikus szemléletünk alapján etiológiai diagnózisra, a sérülés helyének pontos lokalizációjára törekszünk.

Csaknem minden koraszülött „hendikeppel” indul. Mindegyiket ide kellene küldeni?

Egy koraszülöttet, akár volt, akár nem a PIC-ben, ellenőriznie kell a házi gyermekorvosának. Ha kissúlyú vagy nagyon kis súlyú, akkor jelentkezzen be máris hozzánk, mert a szeptemberi újrakezdekör először a csecsemők kerülnek sorra. Addig viszont lássa neurológus, mert hozzáértő gyermekideggyógyász komplex vizsgálata nélkül sehol nem történhet ellátás. És kezdjék meg nagyon korán a DSGM-terápiát. Mi felmérjük a gyerek állapotát, és ha ki van vizsgálva, rendben van a látása, hallása, a DSGM-en kívül általában más fejlesztés nem is kell. Utána elég, ha havonta látjuk, de ha szükséges, akár hetente ellenőrizzük.

Megkapja a gyerek a terápiát is annyira komplex módon, amilyen összetetten a kivizsgálás megtörténik?

Igen. Mindenkinek van egy szolgáltatáscsomagja, ami magában foglalja a gyógypedagógiai fejlesztést, a mozgásterápiát, a kiegészítő zeneterápiát. Ezekre éveken keresztül szükség van, egészen ötéves korig. Utána a gyógypedagógia az illetékes. A vidéket nem bírjuk felvállalni, hiszen még a rászoruló fővárosiakat sem tudjuk

ellátni. Több szakembert kellene képezni korai intervencióra, az autista gyerekek ellátására, az integrált fejlesztésre, a súlyos logopédiai problémák, hangképzési zavarok megoldására és a halmozottan sérült gyerek gondozására. A védőnőket is folyamatosan tudnánk képezni. De hiába keressük fel a fővárosi kerületek oktatási, egészségügyi meg szociális ügyosztályait azzal, hogy képezzük a szakembereiket, a fülük botját sem mozdítják.

És akkor még nem beszéltem az autistákról, akiknek a többségét szintén mi látjuk el. A hallássérültekhez hasonlóan ők is rosszul reagálnak a verbális kommunikációra. Ha ezt szenzomotoros zavarnak véleményezik, hozzánk küldik őket, pedig ez nem diagnózis, hanem tünet! Ha a házi gyermekorvosok ismernék a CHAT nevű fejlődési skálát, akkor 18 hónapos korban már szűrhetnék az autizmusra gyanúsakat. És oda kell a szülőnek adni egy ismeretterjesztő füzetet arról, hogy mit kell tenni akkor, ha a gyermeke nem forog, nem úgy mozog, nem úgy játszik, nem úgy néz rá, nem úgy beszél, ahogy a szomszédé teszi.

Sokan mondják, hogy nem érdemes folytatni, hogy abba kell hagyni. De úgy érzem, hogy amíg gyerekek születnek, amíg naponta jönnek a telefonok, nem adhatom fel. Az a dolgom, hogy megpróbáljak változtatni a rendszeren, a finanszírozáson, és elérjem, hogy a vidéki gyerekek is el legyenek látva. Túl sokan vannak, akik születésük pillanatától segítségre várnak.



Lyukas háló

A közelmúltban tudósítás jelent meg arról, hogy P. községben éhen halt egy 13 hónapos gyermek. Az alábbiakban a település és az érintettek nevének mellőzésével, kivonatossan és – a lényegét nem érintve – némileg átszerkesztve közreadjuk dr. Szabó Máténak, az állampolgári jogok országgyűlési biztosának az ügyben indított vizsgálatáról szóló jelentését.

A VIZSGÁLAT MEGINDÍTÁSA

Tekintettel arra, hogy az ismertetett események a gyermek élethez, továbbá kiemelt védelemhez való jogának sérelmére utaltak, hivatalból vizsgálatot indítottam. Felkértem a megyei házi gyermekorvosi szakfelügyelő főorvost a gyermek egészségügyi alapellátását végző védőnő és orvos szakmai tevékenységének vizsgálatára. Tájékoztatást kértem a település gyermekjóléti szolgáltatásáról, a megtett intézkedésekről, a Regionális Közigazgatási Hivataltól az általuk elrendelt vizsgálatok eredményéről, a jegyző, a gyermekjóléti szolgálat, az egészségügyi szolgáltatók, a gyámhivatal, valamint a rendőrség eljárásáról.

A JOGSZABÁLYOK

Az érintett alkotmányos jogok az élethez való jogra, az állam alapvető jogvédelmi kötelezettségére, valamint a gyermek kiemelt védelemhez való jogára terjednek ki. Az alkalmazott jogszabályokat a gyermekek jogairól szóló, New Yorkban 1989. november 20-án elfogadott Gyermekjogi Egyezmény, a gyermek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, az egészségügyről szóló törvények, a gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények feladatairól, működési feltételeiről, a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról és a területi védőnői ellátásról szóló kormány- és minisztériumi rendeletek rögzítik.

A TÉNYÁLLÁS

A rendelkezésemre bocsátott dokumentumok alapján a következő tényállás rögzíthető.

A szülők élettársi kapcsolatából 1994 és 2006 között nyolc gyermek született. A család egyik, sérült gyermekét Ny. város Gyámhivatala 2000 februárjában átmeneti nevelésbe vette. Ennek megszüntetését a szülők soha nem kérték, a gyermek rendszeres kapcsolatot nem tartottak.

A 2006 októberében született és 2007 novemberében elhunyt gyermek, szüleivel

és hat testvérével egy 15 négyzetméteres szoba-konyhás, erősen leromlott állagú házban élt. A család a gyermekek után havi rendszerességgel folyósított ellátásokból, továbbá az apa alkalmi munkavégzéséből származó jövedelméből fedezte szükségleteit.

A családgondozó 2005. január 28. óta gondozta a családot. A gondozásba vétel a család két iskoláskorú gyermekének igazolatlan hiányzásai miatt vált szükségesé, noha erről, vagy a gyermekek más jellegű veszélyeztetettségéről az oktatási intézmények részéről soha nem érkezett írásos jelzés a gyermekjóléti szolgálathoz. (Részlet a családgondozó feljegyzéseiből: „a szülők életmódja erősen kifogásolható, az apa rendszeresen, az anya inkább alkalmi módon fogyaszt alkoholt, előfordult, hogy a szülők a kisebb gyermekeket a nagyobbak felügyeletére bízzák. A gyermekeknek nincs saját ágyuk, nincsenek könyvek, játékaik, általában mostoha körülmények között élnek. A téli hónapokban a család nélkülözése a szokottnál is nagyobb. A gyermekek fejlődése érdekében nem teremthető együttműködés a szülőkkel.”) A gondozás eredménytelensége miatt a családgondozó a gyermekek védelembe vételét javasolta, de ez ügyben a jelzőrendszer tagjaival esetmegbeszélést nem tartott. Nem készült olyan környeztanulmány, ami a család jövedelmi, vagyoni, lakás- vagy egészségügyi helyzetéről valós képet adott volna, a kitöltött adatlapok hiányosak, a helyzet valódi értékelésére alkalmatlanok voltak.

A szakirányú végzettséggel nem rendelkező családgondozó egyéni gondozási-nevelési terveiben meghatározott feladatok csak általánosságokat tartalmaztak, határidőt vagy az egyéb segítők (védőnő, pedagógusok) feladatait nem jelölte meg. Rögzítésre került azonban, hogy az anya 2006. október közepére várja nyolcadik gyermekét.

A jegyző 2005. augusztus 15-i határozatával a gyermekek védelembe vételéről döntött. Az egy évvel későbbi felülvizsgálati tárgyaláson a gyermekeket, a jelzőrendszer tagjait (védőnőket, orvosokat, pedagógusokat) nem hallgatták meg, és bár a szülők nyilatkozatban tettek ígéretet magatartásuk megváltoztatására, a jegyző a kiskorúak védelembe vételét fenntartotta.

A család legkisebb gyermeke a 39. terhességi héten, 2006. október 7-én, 2150 g súllyal született, a kórházból október 21-

én 2400 gramm súllyal, jó állapotban távozott. Koraszülöttsége miatt a kórház egy héttel későbbi időpontra visszarendelte, de a szülők nem vitték el vizsgálatra a csecsemőt. Születését, veszélyeztetettségét sem a családgondozó, sem a gyermekvédelmi jelzőrendszer más tagjai nem jelezték az illetékes hatóságok felé.

A községben gyermekorvos nincs, a vegyes praxisú orvos munkáját – átlagosan hathetente – a Mozgó Szakorvosi Szolgálat gyermekgyógyász szakorvosa segíti. A háziorvos 2006. november 16-án, tehát a kórházból történt hazaadása után 26 nappal vizsgálta meg először a gyermeket. Súlya ekkor 2390 gramm volt. A két hónapos korában 2850, három hónapos korában 3330 gramm súlyú, sápadt csecsemő kórházi elhelyezését soha nem kezdeményezték. Az MSzSz szakorvosa 2007. április 17-én a csecsemő fejletlensége és az anya alkoholos állapota miatt a kisgyermek átmeneti elhelyezését javasolta a szülőknek, de azt ők elutasították. A háziorvos utoljára április 18-án írt fel tápszerrel a gyermek részére. Számítógépes dokumentációja mindössze annyit tartalmaz, hogy a csecsemő a kötelező védőoltásokat megkapta. Az utolsó súlymérésre kilenc és fél hónaposan került sor (5350 g), ettől kezdve, a 13 hónapos korban bekövetkezett haláláig tanácsadásra többet nem vitték, orvos nem látta.

A korábbi védőnő feladatait 2007. augusztus 1-től a szomszéd község védőnője helyettesítette. Ő öt alkalommal kereste fel a családot. Rögzítette a család alultápláltságát, rossz szociális körülményeit, és azt, hogy az anya többszöri hívás ellenére nem viszi a gyermeket tanácsadásra. Konkrét és hatékony intézkedést azonban nem tett. Nincs nyoma a védőnő dokumentációjában annak sem, hogy felvette volna a kapcsolatot a gyermekjóléti szolgálattal.

2007. október 5-én az anyát – bántalmazás következtében bekövetkezett sérülése miatt – mentő szállította kórházba. Az apát a rendőrségen előállították, ellenében büntetőeljárást indítottak. A családon belüli erőszakról a rendőrség nem tájékoztatta a gyermekjóléti szolgálatot. A szülők kényszerű távolléte alatt a kiskorúak, és közöttük az akkor egyéves kisgyermek is, felügyelet nélkül maradt.

A szülők 1996-ban született fia 2007. október 9-én megjelent a jegyzői gyámhatóságon és elmondta, hogy édesapja

szinte napi rendszerességgel bántalmazza őt, testvéreit, édesanyjukat, és gyakran ittas. Elpanaszolta, hogy nincs tiszta ruhája, tisztálkodni sem tud, az iskolából azért hiányzik, mert az apja nem engedi el oda, és kérte ideiglenes hatályú elhelyezését. Az akkor 11 éves fiú harmadik osztályos volt, osztályismétléseire nagyszámú igazolatlan mulasztása miatt került sor.

A gyámhatóság minden egyéb eljárási cselekmény lefolytatása nélkül, ideiglenes hatállyal a Területi Gyermekvédelmi Központ Gyermekotthonába helyezte, amiről Ny. város gyámhivatalát értesítette. Sem a gyámhivatal, sem a jegyzői gyámhatóság nem intézkedett a családban maradó gyermekek további sorsának rendezéséről.

A család gondozó utójára 2007. október 24-én látogatta meg a családot. Az ekkor készült helyzetértékelésében azonnali intézkedést nem javasolt. A legkisebb gyermek 2007. november 5-én reggel elhunyt. A kisgyermek halálának körülményeit elemző igazságügyi orvosszakértői vélemény szerint „a gyermek halálának oka a mennyiségi és minőségi táplálkozási elégtelensége miatt bekövetkezett kóros lesóványodás által előidézett anyagcsere-zavar”.

A VIZSGÁLAT MEGÁLLAPÍTÁSAI

A gyermekek jogairól szóló New York-i egyezmény deklarálja, hogy a gyermekekkel foglalkozó és számukra védelmet biztosító intézményeknek a feladat ellátásához megfelelő létszámú és képzettségű munkatársat kell alkalmazniuk. A szakképzetlen család gondozó alkalmazása e törvényi kötelezettség maradéktalan betartását eleve lehetetlenné tette.

A gyermekvédelmi törvény veszélyeztetés esetén a védőnői szolgálat, a házi (gyermek)orvos, a közoktatási intézmények és a rendőrség számára jelzési kötelezettséget ír elő. A gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó személyeknek, szolgáltatóknak, hatóságoknak a veszélyeztettség megelőzése és megszüntetése érdekében tájékoztatniuk kell egymást és együtt kell működniük. Ezek elmaradásának következményei azonban nincsenek norma szintjén rendezve. A vizsgált család gondozásba vételének oka az iskoláskorú gyermek igazolatlan hiányzása volt, a gyermekek testi, értelmi és erkölcsi fejlődésének veszélyeztetettsége, a szülők életvitelének, a lakhatás körülményei további alapos indokként nem szerepeltek a gyermekjóléti szolgálat jelentésében. Ezekre vonatkozó jelzések egyáltalán nem lelhetőek fel a dokumentációkban. Mindezek hiányában esélye sem lehetett az eredményes gondozásnak.

A koraszülött gyermek életkörülményeiről és elégtelen súlyfejlődéséről tudomása volt a védőnőnek és a házi orvosnak. A csecsemő súlyos veszélyeztetettsége ab ovo megállapítható volt, mégsem érkezett a szolgáltatóktól semmiféle erre vonatkozó jelzés. A védőnő rögzítette a gyermek alultápláltságát, a szülők együttműködésének hiányát, a tanácsadáson való megjelenés megtagadását, de nem gondoskodott a veszélyeztetett gyermekek fokozott figyelemmel kísért ellátásáról.

A megyei házi gyermekorvosi szakfelügyelő főorvos jelentésében kitért arra, hogy nem fogadható el a házi orvos azon érvelése, miszerint „nem tehet ő arról, ha egy fokozott gondozásra szoruló csecsemő nem jelenik meg a rendelésen. Komoly hiányosság, hogy az orvosi dokumentációban a gyermek kórtörténetéről, a javasolt és megtett intézkedésekről nincs feljegyzés. Felróható a házi orvosnak mint a gyógyító-megelőző ellátás első számú felelősének, hogy nem tett meg mindent a csecsemőt nyilvánvalóan súlyosan veszélyeztető állapot megszüntetéséért.” A gyermek számára fél éves kora után az orvos nem írt tápszert, így nem lehetett azt sem tudni, hogy az alultáplált csecsemő milyen mennyiségű és minőségű táplálékot kapott.

„Az MSZSz gyermekorvosa már a csecsemő két hónapos korában a fejlődésben való súlyos elmaradást és sápadt küllemet állapított meg, melyek már önmagukban indokolták tették volna a kórházi vizsgálatot és ellátást.” – áll a szakfelügyelői jelentésben. A szakorvos a kisdéd fél éves korában ismételt dokumentálta annak fejletlenségét és az anya alkoholos állapotát, de csupán a szülőknek tett javaslatot a gyermek átmeneti gondozásba vételére. Amikor a szülők a javaslatot elutasították, nem tett további lépéseket. Jelzés a gyermekjóléti szolgálat vagy a gyermekvédelmi hatóság felé tőle sem érkezett.

Érthetetlen, hogy a család gondozó miért „csak” a korábban már védelemben lévő gyermekekkel foglalkozott.

Jelzési kötelezettségének nemcsak az egészségügyi szolgálat, hanem a rendőrség sem tett eleget, pedig a családon belüli erőszak ténye minden esetben megalapozza a kiskorú veszélyeztettségét, függetlenül attól, hogy azt a kiskorú szemlélőre követték-e el, vagy sem.

Amikor a család tizenegy éves gyermekét rendőri intézkedést követően a jegyzői gyámhatóság ideiglenesen elhelyezte, nem hallgatta meg a kirendelt család gondozót és nem tett lépéseket a családban nevelkedő további hat kiskorú és közöttük

a csecsemő érdekében. Érdemi intézkedés csak a tizenhárom hónapos csecsemő halála után történt.

A gyermekjóléti szolgáltatás formális működtetése, a gyermekvédelmi jelzőrendszeri tagok jelzési kötelezettségének elmaradása, együttműködésük teljes hiánya, a gyermeki jogok érvényesülése érdekében a hatékony intézkedések elmulasztása, a csecsemő veszélyeztettségéről tudomással bíró egészségügyi szolgáltatók súlyos mulasztása sértette a csecsemő élethez való jogát.

A gyermek nevelése, fejlődésének biztosítása elsődlegesen a szülők felelőssége és kötelezettsége. A gyermeki jogok biztosítása érdekében azonban az államnak a szülők számára megfelelő segítséget kell nyújtania. A kiszolgáltatott és méltatlan helyzet felismerése és megoldása tekintetében a csecsemő- és óvodáskorú gyermekek védelmére köteles és jogosult hatóságokat és szolgáltatókat még fokozottabb felelősség terheli.

INTÉZKEDÉSEK

Figyelemmel arra, hogy az alapvető jogokkal kapcsolatos visszasság az adott kérdés jogi szabályozásának hiányára is visszavezethető, a visszasság jövőbeni elkerülése érdekében javasolom a szociális és munkaügyi miniszternek, kezdeményezze az érintett törvény olyan irányú kiegészítését, amely a jelzési kötelezettség elmulasztása esetén alkalmazandó következményeket is következetesen rendezi.

Felkérem az ÁNTSZ illetékes főorvosát, vizsgálja meg az egészségügyi szolgáltatók eljárását és az eredménytől függően tegye meg a szükséges intézkedéseket.

Felkérem P. község polgármesterét, hogy vizsgálja meg a jegyző eljárását, a gyermekekkel kapcsolatban álló pedagógusok mulasztását, és az eredménytől függően tegye meg a szükséges intézkedéseket.

Kezdeményezem a Ny.-i Szociális és Pedagógiai Központ igazgatójánál, tegyen lépéseket a gyermekjóléti szolgálat szakmai működésének javítására, vizsgálja meg az ügyben eljáró család gondozó mulasztását és annak eredményétől függően tegye meg a szükséges intézkedéseket.

Kezdeményezem a Ny.-i Városi Rendőrkapitányság vezetőjénél, vizsgálja meg az ügyben eljáró rendőrök mulasztását és az eredménytől függően tegye meg a szükséges intézkedéseket.



Taj on-line

A közelmúltban megjelent finanszírozási kormányrendelet szerint a szolgáltató: „...az OEP nyilvántartásában közvetlenül elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy az Ebtv. 29.§ (4) bekezdésében meghatározott személy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e.”

Dr. Körösi Lászlótól, az OEP főosztályvezetőjétől kapott tájékoztatás alapján:

A 14. életévét be nem töltött személy esetében az ellenőrzést minden egészségügyi szolgáltatónak egyszer, az adott személy első alkalommal történő ellátása során kell elvégeznie. Amikor a 14 évesnél fiatalabb gyermek június 1-ét követően első alkalommal megjelenik a rendelőben, akkor kell ellenőrizni a jogviszonyát. A szolgáltató minden egyes ellenőrzésért 50 forint díjazásban részesül. Minthogy 14 év alatt egy szolgáltatónál csak egyetlen alkalommal kell a jogviszonyt ellenőrizni, a 14 év feletiek on-line ellenőrzését pedig minden megjelenésnél el kell végezni, hogy ne érje anyagi hátrány a házi gyermekorvosokat, októbertől tovább emelkedik a fix összegű díj.

14 év alatt senkit nem kell azért behívni a rendelésre, hogy ellenőrizze a jogviszonyt. 14 éves kor felett a jogviszony-ellenőrzés feltétele, hogy a páciens megjelenjen a tételes betegforgalmi jelentésben is. Nincs olyan jogszabály, mely szerint a 14 év alattiak jogviszony-ellenőrzését június 1. és augusztus 31. között kell elvégezni.

Minthogy a jogviszony-ellenőrzést 14 éves kor alatt a gyermek első megjelenésekor minden más szolgáltatónak (pl. fülészet, orthopedia, laboratórium, kórházi osztály stb.) is külön-külön el kell végeznie, kérjük, hívják fel a szülők figyelmét arra, hogy ha gyermekükkel szakrendelésre vagy fekvőbeteg-osztályra mennek, vigyék magukkal a gyermek taj-számát és lakcímét igazoló dokumentumot.

Azt javasoljuk, hogy a taj-ellenőrzést mindenkinél mindig végezzük el, akár volt a rendelőben korábban az adott gyermek, akár nem. A biztosító feladata, hogy meghatározza a finanszírozottságot a többször megjelenő gyermek esetében.

HUSZÁR ANDRÁS



Itt van a nyár, itt van újra!

Kedves Szülők! Keressék fel orvosukat! Töltsék idejüket orvosi rendelőben!

Hozzák magukkal gyermeküket is, és kérjenek igazolást!

Hogy a gyerek egészséges, gyógyult, egészséges, bölcsődébe mehet, egészséges, óvodába mehet, iskolába mehet, úszhat, csecsemőúszhat, üdülhet és táborozhat, erdei táborozhat, tetűmentes. Környezete (lakás, ház, lépcsőház, utca, busz, stb.) fertőzésmentes, és fuvolázhat is a zeneiskolában.

Tessék, csak tessék! Szakképzett gyermekorvos várja Önöket, diplomával, szakvizsgával, nagy tapasztalattal, sok szabad idővel!

Orvosok, szakorvosok, háziak és gyerekek, miniszterek örökérvényű rendeleteire, pecsételjenek papírt!

Szakmai szempontból, finanszírozásból, népegészségügyi érdekből vagy közoktatásból, mindegy!

CSAK PECSÉTELJENEK, PECSÉTELJENEK ÉS ÍRJANAK IGAZOLÁST!



Kardos
Gabriella
rovata

A védőoltások és az autizmus

A Hannah Poling-story

Fontossága és érdekessége miatt teljes egészében referálom a N. Engl. J. Med. 2008. május 15-i számában megjelent cikket, amelynek részletei a magyar sajtóban is megjelentek.

2008 áprilisában az USA-beli Védőoltások Nemzeti Tanácsadó Testülete meglepő lépésre szánta el magát. Az átláthatóság, a bizalom és az együttműködés nevében arra kérte a szülőket, hogy nyilvánítsanak véleményt arról, hogy a következő 5 évben mi legyen a védőoltások biztonságosságáról folyó kutatás iránya. E felhívás kapcsán sok szülő adott hangot annak az aggodalmának, hogy a védőoltások autizmus kialakulását okozhatják. A média által kiterjedten tárgyalt sajtóértekezlet után, amelyen egy 9 éves kislány, Hannah Poling esetét ismertették, e vélekedés hívei csak megerősödhetek hitükben.

A 19 hónapos Hannah, aki abban az időben aktív, játékos és jól kommunikáló kisgyerek volt, öt különféle védőoltásban (diphtheria-tetanus-acelluláris pertussis, Hib, MMR, varicella és inaktivált polio) részesült. Két nappal később letargiássá, irritábilissá vált és belázasodott. 10 nappal ezután bőrkiütés jelentkezett, mely vakcina kiváltotta varicellának bizonyult.

Néhány hónappal később, amikor a gyermek neurológiai és mentális elmaradása nyilvánvalóvá vált, Hannah-nál encephalopathiát diagnosztizáltak, melynek hátterében mitochondrialis enzim defektus állt. Hannah néhány tünete – nyelvi, kommunikációs és magatartási problémák – az autizmusra is jellemző volt. Bár a mitochondrialis enzim defektus okozta neurológiai tünetek gyakran jelentkeznek a gyermek egy- és kétéves kora között, Hannah szülei meg voltak győződve arról, hogy az encephalopathia kiváltó oka a vakcináció volt. Kártérítésért a „Védőoltások okozta szövődmények kompenzációja” nevű program koordinációjáért felelős egészségügyi kormányhatósághoz fordultak, ahol panaszuk meghallgatásra talált.

2008 márciusában a szülők sajtóértekezletet tartottak. Az apa szerint „ez a döntés mérföldkő annak elismerésében, hogy a védőoltások autizmust okoznak”.

Az elmúlt években az egészségügyi hatóságok és professzionális szervezetek mindent elkövettek, hogy meggyőzzék a lakosságot, hogy a védőoltások nem okoznak autizmust. Ezzel a döntéssel a hatóság pontosan ennek ellenkezőjét állítja.

A Poling-eset értelmezéséhez ismerünk kell a fenti testület működését. Az 1970-es évek végén és a 80-as évek elején ügyvédek hada perelte sikeresen a különböző, védőoltásokat előállító gyógyszeripari vállalatokat, azt állítva, hogy a védőoltások többek között megmagyarázhatatlan kómát, hirtelen csecsemőhalált, Reye-szindrómát, tranzverzális myelitist, mentális retardációt és epilepsziát okoznak. Ennek következtében 1986-ra egy kivétellel az összes Di-Per-Te vakcinát előállító cég leállt a gyártással. A kormányzat ekkor akcióba lépett, meghozta a védőoltások okozta szövődmények kártérítéséről szóló törvényt, és megalapította az ennek megállapításával foglalkozó kártérítési hatóságot. Ez a hatóság, tudományos bizonyítékok alapján listát állított fel a bizonyítottan védőoltások okozta szövődményekről, melyek fellépése esetén kártérítést fizet a kormány. Amennyiben ilyen szövődmény jelentkezett – pl. kanyaró-védőoltás utáni thrombopenia vagy orális polio vakcina utáni bénulás – a szülők gyors és magas összegű kártérítést kaptak. A bíróság elé kerülő ügyek száma ezután gyorsan csökkent.

Az utóbbi években azonban a fenti hatóság hátat fordított a tudományos tényeknek. 2005-ben Margaret Althen sikeresen állította, hogy opticus neuritist tetanus vakcina okozta. Annak ellenére, hogy e mellett egyetlen tudományos érv sem szólt, a hatóság ítélete szerint, ha a kárvallott biológiailag plauzibilis magyarázatot tud adni arra, hogy a vakcina milyen mechanizmus révén okozta a károsodást, és ha logikusan bizonyítja az ok-okozati összefüggést, kártérítési igényét elfogadják. Ezzel az ítélettel kinyílt egy ajtó, és kárvallottak sokasága igényelt és kapott kártérítést olyan panaszokra, mint pl. hogy az MMR vakcina fibromyalgiát és epilepsziát, hogy a hepatitis B-vakcina

Guillain-Barré-szindrómát és krónikus demyelinizáló polyneuropathiát és hogy a Hib vakcina transverzális myelitist okoz.

Egyetlen eset sem bizonyítja azonban jobban, hogy a kártérítési hatóság mennyire eltért eredeti standardjaitól, mint Dorothy Werderitsh esete, aki 2006-ban sikeresen panaszolta, hogy sclerosis multiplexét hepatitis B-vakcina okozta. Az ítélet idején számos tanulmány bizonyította, hogy a hepatitis B-vakcina a betegséget sem kiváltani, sem súlyosítani nem tudja, és az Orvosi Intézet arra a következtetésre jutott, hogy „a bizonyítékok alapján nincs okozati összefüggés a hepatitis B-vakcina és a sclerosis multiplex között”. A hatóságot azonban inkább az a szakértő győzte meg, aki összefüggést talált a hepatitis B-vakcina és az autoimmunitás között, amely annál ironikusabb, mert Dorothy Werderitshnél soha nem lehetett hepatitis B elleni immunválaszt kimutatni.

A Hannah Poling-ítélet, éppúgy, mint a Dorothy Werderitsh-féle, nem volt kellően alátámasztva:

Először is, mert az ugyan ismert, hogy természetes fertőzések a mitochondrialis enzim defektus okozta encephalopathiát súlyosbíthatják, de ezt a vakcinákról soha nem bizonyították. Valójában, miután az ebben szenvedő gyermekek különösen érzékenyek a fertőzésekre, a védőoltások számukra különösen ajánlottak.

Másodszor, az a vélekedés, hogy a többszörös vakcinák egyidejű alkalmazása kimeríti és gyengítheti az arra érzékeny gyermek immunrendszerét, a modern immunológiai ismeretek szerint összefüggésben van a modern vakcinák immunológiai összetevőivel. Száz évvel ez előtt a gyermekek csak egyetlen védőoltást kaptak, a fekete himlő ellenit, amely oltás azonban körülbelül 200 strukturális és nem strukturális vírusproteint tartalmazott. Manapság, hála a fehérjetisztításban elért eredményeknek és a rekombináns DNS-technológiának, a fiatal gyermekeknek adott 14 védőoltás körülbelül 150 immunogén komponenszt tartalmaz.

Harmadszor annak ellenére, hogy a szakértők azt állítják, hogy a 9 kompo-

nenst tartalmazó vakcina által okozott láz és kiütés miatti stressz okozta a gyermek állapotának romlását, nem említik, hogy Hannah-nak egyéb betegségei is voltak, amelyek hasonló következménnyel járhatnak. Gyakran voltak lázas periódusai, és középfülgyulladás, amely miatt dohártyatubus behelyezésére is sor került. Ez persze nem szokatlan, a gyermekek életük első néhány évében évente 4–6 lázas betegségen esnek át. Ehhez képest a vakcina által okozott láz nem tűnik jelentős stresszfaktornak.

Negyedszer, lehet azzal érvelni, hogy egy mitochondrialis enzim defektusban szenvedő gyermek esetén a vakcináció elhagyandó, későbbi életkorban kell őket beadni, vagy hosszabb időköz szükséges az egyes oltások között. De ennek ára van. Még akkor is, ha csak a védőoltások közötti időköz nő, meghosszabbodik az a periódus, amely alatt a gyermek védtelen az elkerülhető infekciók ellen, és amelyek-

nek biztos veszélyei nagyobbak, mint a védőoltások okozta esetleges mellékhatások. És ez nem csak a múltban volt így. Invazív pneumococcus fertőzés, varicella és pertussis rendszeresen előfordul az USA-ban, és a közelmúltban, Kaliforniában, Arizonában és Wisconsinban kitört kanyarójárvány jól mutatja, hogy milyen veszélyei vannak annak, ha a lakosság elveszti bizalmát a védőoltásokban.

A Poling család sajtóértekezlete után Julie Gerberding, a Centers of Disease Control és Prevention vezetője a következőket mondta. „Hadd mondjam ki világosan, hogy a kormány kártérítési hatósága egy pillanatig sem állította, hogy a védőoltások autizmust okoznak”. Gerberding legnehezebb feladata az autizmus meghatározása volt. Az autizmus klinikai diagnózis, amelyet a tünetek alapján állítanak fel. Hannah Polingnak nehézségei voltak a nyelvel, beszéddel és kommunikációval. De ezek, az autizmusnak tulaj-

donított tünetek a mitochondrialis enzim defektus okozta encephalopathiának is tünetei. Rett-szindrómában, sclerosis tuberosában szenvedő, fragilis X-kromoszómás vagy Down-kóros gyermekeknek is lehetnek autizmusra emlékeztető tünetei. Valójában minden súlyos mentális retardációban szenvedő gyermeknek lehetnek autisztikus tünetei, de ezek felszínes hasonlóságok, okuk valamint genetikai hátterük a klasszikus autizmustól teljesen különböző.

A jövőben a kártérítési hatóságnak sokkal precízebben kell definiálnia azokat a kritériumokat, amelyek alapján megállapítják, hogy a szövődményt a védőoltás okozta. Ha ezt nem teszik, akkor tovább erodálják a védőoltásokba vetett bizalmat, és azoknak ártanak legjobban, akiket meg kellene védeni.

Irodalom:

Offit PA: Vaccines and autism revisited – The Hannah Poling Case. *New Engl J Med* 2008, 358: 2089-2091

Miért a gyógyszerárban vegyük a csecsemőtápszert?

Akárcsak egy jó befektetéshez, úgy a gyermekek számára legmegfelelőbb táplálék kiválasztásához is elkel a szakmai tanács, amit igazán csak a gyermekorvosi rendelőkben és a gyógyszertárakban kaphatunk. Ott találjuk meg ugyanis azokat a szakembereket, akik a legjobban tudják, hogy melyek az egészséges, a gyermekek szükségleteinek legmegfelelőbb élelmiszerek.

A szupermarketekben és a drogériákban megjelent tápszerek sok fejfájást okoznak a szülőknek. A szülők gyakran meg vannak zavarodva a kínálat kaotikus bőségétől. Nincs ugyanis se elképzelésük, se kellő tudásuk a megfelelő tápszer önálló kiválasztásához, ugyanakkor ezeken az elárusítóhelyeken szakmai tanáccsal se szolgál nekik senki. Gyakran az is kérdéses, hogy vajon minden kiskereskedelmi üzlet biztosítja-e a tároláshoz szükséges feltételeket.

Ezért aztán sokan zavarukban és tudatlanságukban valamiféle „öngyógyításhoz” kénytelenek folyamodni, ahelyett, hogy a gyermekorvost vagy a gyógyszerészt felkeresnék.

Köztudott, hogy a gyógyszertárban árult csecsemőtápszereket és gyógyszereket – az összetételüktől a megfelelő tárolásukig – folyamatosan ellenőrzik. Emellett a gyermekorvos és a gyógyszerész tökéletesen ismeri a tápszereket, és ezért hasznos szakmai tanácsokat is tud adni a csecsemők táplálására.

A gyógyszerész maga is javasolhatja a szülőnek, hogy forduljon gyermekorvoshoz, akinek a tanácsait kikérve a csecsemő az optimális növekedése és fejlődése szempont-

jából a legmegfelelőbb tápszert kaphatja. Jóllehet a tápszerek általában minden szükséges táplálék-összetevőt biztosítanak a csecsemő egészséges növekedéséhez és fejlődéséhez, mégsem mindegy, hogy az adott csecsemő milyen tápszert fogyaszt. Számos csecsemő olyan funkcionális emésztési zavarokkal küzd, melyek a megfelelően kiválasztott speciális csecsemőtápszerrel megszüntethetők lennének. Ezért ajánlatos a mamának konzultálni a gyermekorvossal vagy a gyógyszerésszel arról, hogy melyik tápszert válassza a szoptatás abbahagyása után.

Magyarországon a francia United Pharmaceuticals által gyártott Novalac márkájú, anyatej-helyettesítő és kiegészítő tápszerei kizárólag gyógyszertárban kaphatók!

A Novalac tápszerek minősége megfelel a szigorú francia Agri Confiance szabvány előírásainak, amely kiterjed a tehéncsorda, a takarmány, az ivóvíz, az állatorvosi vizsgálatok, a fejési technológia, az istállók és a tejminőség (mikroorganizmus-tartalom) ellenőrzésére. A Novalac minden tápszerszeriáján 500 fizikai, kémiai, mikrobiológiai kontrolvizsgálatot végeznek el.

Általános és speciális csecsemőtápszereinek széles választékával a Novalac a legmegfelelőbb megoldást nyújtja a csecsemők funkcionális emésztési zavaraira (hasfájás, bukás, székrekedés...), valamint gyakori éhségérzetére, tehéntejfehérje- és szójaallergiájára.

A Novalac tápszerekről bővebben: www.novalac.hu

Túltáplált kisiskolások, bizonytalan szülők

Gyermekeink helyes étkezési szokásainak kialakítása a családban kezdődik, de a szülők mellett fontos szerep hárul a szakemberekre, a gyermekorvosokra és védőnőkre is. Ők azok, akik a legújabb gyermekétkeztetési kutatások szerint elégtelennek minősítették a gyermekek egészséges fejlődéséhez, táplálkozásához szükséges, megfelelő arányú tápanyagbevitt.

Ahhoz, hogy a szülők és gyermekeik hiteles információhoz jussanak, a szakemberek táplálkozási ismereteinek folyamatos bővítésére is szükség van, hiszen a megkérdezett gyermekorvosok és védőnők sem rendelkeznek „naprakész” információkkal ebben a témakörben, különösen a telítetlen zsírsavak táplálkozásbeli előnyeiről – derül ki a kutatásból. Ebből is látszik, hogy a két évvel ezelőtt, az Országos Egészségfejlesztési Intézet által újtárra indított Nagyranövök Mozgalom egészségtudatos életmód kialakítását célzó törekvései, ha lehet, most még aktuálisabbak.

A gyermekétkezésről nemrégiben készült kutatásában 102 gyermekorvos és ugyanennyi védőnő nyilatkozott a 6–12 éves gyerekek táplálkozási szokásairól. Az összkép meglehetősen elszomorító, ugyanis a megkérdezett orvosok negyede, a védőnők 1/5-e rossznak; az orvosok 16%-a, a védőnők 12%-a pedig nagyon rossznak értékelte az iskoláskorú gyermekek étkezési szokásait, s csupán 8%-uk minősítette jónak.

Az étkezési szokások megalapozása vitathatatlanul a családban kezdődik. Ez az a közeg, amely a legintenzívebben hat a gyerekekre, s ha itt azt tapasztalják, hogy egészséges ételek kerülnek az asztalra, később – felnőttkorban – ők is ezt a mintát követik. Ezt támasztja alá az is, hogy a kutatás adatai szerint az orvosok 40%-a, a védőnők 3/4-e gondolja úgy, hogy a család meghatározó szerepet tölt be e téren. De majdnem ilyen fontos szerepe van a barátok, osztálytársak véleményének (kortárshatás), a reklámok és a média (film, rajzfilm, sorozat, magazin) üzenetek hatásának, és nem utolsósorban a családok szociális és anyagi körülményeinek. A szülők gyakran keresik fel a gyermekorvosokat és a védőnőket gyermekük étkezésével kapcsolatos kérdésekkel. A gyermekorvosok leggyakrabban az étvágytalanság (19%), az elhízás (18%),

a súlyproblémák (9%), és a vitaminbevitel (8%) kérdésköreiben; míg a védőnők a túlsúly (20%), a helyes táplálkozás (19%), és az életkori szükségletek (11%) témáiban adnak tanácsot.

TÖBB ROSTOT, TELÍTETLEN ZSÍRSAVAT, KEVESEBB CUKROT ÉS SÓT!

A megkérdezett gyermekorvosok és védőnők legnagyobb arányban (50%) a több rostbevitt (zöldségek, gyümölcsök, gabonafélék) és a cukorfogyasztás csökkentését tartják a legfontosabbnak azon táplálkozási tényezők közül, amelyek megvalósításával a gyermekek étkezése pozitív irányban változna. De nagy jelentőséget tulajdonítanak a nemnek, életkornak, testtömegnek megfelelő energiabevitelnek (34%), a megfelelő tájékoztatásnak az életmódról és táplálkozásról (36%), a sófogyasztás csökkentésének (32%), és a megfelelő arányú tápanyagbevittnek – (fehérje, zsír, szénhidrát) – (30%). A megkérdezettek közel 1/5-e említette még a nagyobb vitaminbevitt, a kevesebb zsiradékbevitt és a növényi/állati zsírok arányaira való odafigyelést.

A zsiradékok fogyasztásával kapcsolatban a megkérdezett orvosok 49% -a, a védőnők 59%-a nem tudta pontosan megmondani, hogy a gyermekek napi energiaszükségletük összesen 30%-át – nemzetközi ajánlás szerint – fogyaszthatják el zsiradék formájában. Az orvosok és védőnők 2/3-a inkább a növényi zsiradékok fogyasztását javasolja – helyesen –, míg 1/3-uk fele-fele arányban ajánlja a növényi és állati zsiradékok fogyasztását. A nemzetközi ajánlás szerint a telítetlen zsírsavak a napi zsírszükséglet kétharmadát kell hogy biztosítsák.

A telítetlen zsírsavakat tartalmazó nyersanyagok, élelmi anyagok, élelmiszerek közül a védőnők legnagyobb arányban a margarint (32%), a halat (29%), az olívaolajat (27%), a hidegen sajtolt növényi olajokat (25%), valamint a fehér, sovány húsokat (28%) ajánlják. Az orvosok közül legtöbben (37%) a halak, az olívaolaj (28%), a margarin (21%), a növényi olaj (15%) valamint a fehérhúsok és az olajos magvak fogyasztását javasolják.

Az orvosok és védőnők a napi energiabevitel arányaival kapcsolatban döntő többségben úgy vélekednek, hogy nagyobb energiabevitelre van szükség reggeli és tízórai esetén, majd csökkenő

mennyiségben ebéd-től vacsoráig. Ennek némileg ellentmond a közétkeztetési törvényben rögzített napi energia- és tápanyag-beviteli ajánlás, amelyben az étkezések függvényében a reggeli a napi energiabevitel 20%-a, a tízórai és az uzsonna 10–10%, az ebéd 35%, míg a vacsora 25%.

ISMERIK A SZAKEMBEREK A TÁPLÁLKOZÁSI PROGRAMOKAT?

Mint a kutatásból kiderült, a szakorvosok a gyermekek táplálkozásával kapcsolatban legnagyobb arányban a szakmai folyóiratokból (89%), továbbképzéseken (64%) és az internetről (48%) tájékozódnak. A védőnők velük ellentétben kevésbé veszik igénybe az internet nyújtotta szolgáltatásokat e témában (37%), leginkább szakmai folyóiratokból (78%) és tanulmányokból (32%), illetve továbbképzések (82%) alkalmával informálódnak.

A gyermekek egészséges táplálkozására, étkezési szokásaira irányuló programokról és kezdeményezésekről a megkérdezettek közel fele hallott már, míg például az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) neve által fémjelzett Nagyranövök Mozgalomról az orvosok 27,5%-a, a védőnőknek pedig 1/4-e hallott vagy ismeri, és többségük hitelesnek tartja. A szakemberek véleménye szerint a mozgalom üzenetei kevésbé jutnak el a leginkább érintettekhez, a gyerekekhez.

A kérdőív felmérés eredménye rámutat azokra a kérdéskörökre és problémákra, melyek közös megoldást igényelnek, a táplálkozási szakemberektől, gyermekorvosoktól, védőnőktől, és a szülőktől egyaránt, hiszen a magyar 6–12 éves gyermekek étkezési szokásai meglehetősen egyoldalúak. A hiteles és megfelelő, valamint a folyamatos és komplex tájékoztatás szerepe a szakemberek szerint megkérdőjelezhetetlen.

A www.nagyranovok.hu weboldal ezt a célt szolgálja.



Elment a „Ping-pong Doki” In memoriam dr. Faragó Sándor



Debrecenben született. Itt szerezte meg általános orvosi diplomáját. 1971-től az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet gyermekosztályán dolgozott, elsősorban drogfüggő fiatalokkal foglalkozott. Gyermekorvosi és gyermekpszichiátriai szakvizsgájával évtizedek óta dolgozott az alapellátásban. Négy gyermeket nevelt. Szentendrén élt. Súlyos betegségben, 63 éves korában meghalt. A hivatalos szervek Aranytítán-, majd Budapestért Díjjal jutalmazták. A fővárosi önkormányzat saját halottjának tekinti.

Ezek a száraz adatok, a tények. De ki volt e mögött Faragó Sándor, az ember?

Mély empátiával rendelkező „doktor bácsija” Óbudának, segítő tanácsadója kollégáinak. Szeretetet árasztó, széles körű szakmai tudással rendelkező orvos, távlatokban gondolkodó egészségpolitikus. Néhányad magával szállt szembe a 90-es évek elején nálunk is megjelenő hivatalos irányzattal, amely feleslegesnek ítélte a gyermekorvost az alapellátásban. Fellépésével sokat tett jelenünkért, jövőnkért, mindnyájunkért.

A körzeti gyermekorvosok 1991-ben rendezett első országos találkozásának szervezőjeként megtette a kezdeményező lépéseket a gyermekorvosi alapellátás érdekvédelmének megteremtéséért. A praxisprivatizáció élharcosaként elévülhetetlen érdemeket szerzett az alapellátásban dolgozó orvosok viszonylagos függetlenségének kivívásáért.

1993-ban nevezték ki a főváros szakfelügyelő főorvosává. Feladatait mindvégig kritikus, de segítő kollégaként, nem pedig hivatalnokként látta el.

Jó ember, jó barát volt. Cikázó, figyelő, kutató tekintetében és bajusza alatt mindig ott bujkált a néha ironikus, de mindig megértő és megnyugtató mosoly. Ha már nem gyógyíthatta, akkor maga köré gyűjtötte az éjszakában csellengő fiatalokat, nekik pingpongversenyekeket szervezve hozta létre az éjféle sportbajnokságok határokön is túlnyúló hálózatát. Példát mutatott országnak-világnak a megelőzés egy új módjáról, és ezzel ki tudja, hány fiatalot térített el a talán kábítószer felvezető útról.

*Köszönjük Sándor, hogy voltál, hogy ilyen voltál! Pótolhatatlan űrt hagytál magad után.
Családod gyászában mély együttérzéssel osztozunk.*

TAKÁCS EDIT

Tisztelt Nemzeti Közlekedési Hatóság!

Tájékoztatjuk, hogy a gépjárművezetők egészségügyi alkalmassági vizsgálata során, a gépjárművezető-képzéssel foglalkozó tanintézetek és egyéb vállalkozások körében helytelen és veszélyes gyakorlat alakult ki.

A gépjárművezető-jelöltek egészségügyi alkalmassági vizsgálatát sok esetben nem a jogszabályban rögzített és szakmailag kompetens háziorvos/házi gyermekorvos, hanem egy foglalkozás-egészségügy szakképesítéssel rendelkező orvos végzi el.

A 16/2008 (IV. 24.) EüM rendelet szerint: az egészségi alkalmassági vizsgálatot első fokon 1. alkalmassági csoportba tartozó személy esetén, a vizsgált személy választott háziorvosa, vagy a vizsgált személy tartózkodási helye szerinti háziorvos végezheti. A rendelet értelmében 1. alkalmassági csoportba tartozó személy vizsgálatát tehát foglalkozás-egészségügyi orvos nem végezheti.

Ez a szakember nem ismer(het)i a vizsgált személy orvosi dokumentációját, így olyan jelölt is kaphat alkalmassági igazolást, aki a betegsége vagy állapota (epilepszia vagy más eszméletvesztéssel járó kórképek) miatt veszélyezteti a közlekedésben résztvevők testi épségét, és közlekedésbiztonsági kockázatot jelent.

Kérjük, hogy a hatáskörükbe tartozó tanintézetek körében gondoskodjanak a jogszabály betartásáról.

Budapest, 2008. június 27.

*Dr. Kertai Aurél
elnök*

Magyar Orvosi Kamara, Háziorvosi Szekció

*Dr. Huszár András
elnök*

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

K-vitamin-profilaxis

Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium

A K-vitamin zsírolédkony naftokinongyűrűből és hozzá csatlakozó, különböző hosszúságú poliprenil-oldalláncból áll. A fitokinon (K1-vitamin) és a menakinon (K2-vitamin) különböző természetes anyagokban van jelen, de a gastrointestinalis rendszer bizonyos baktériumai (főleg *E. coli*) is szintetizálják.

A K-vitamin a máj mikroszómáiban az ún. K-vitamin-ciklusba kerül, ahol igen fontos szerepet játszik a II (protrombin), VII (prokonvertin), IX (tromboplasztin) és a X faktor, valamint a protein C és a protein S szintézisben. A K-vitamin a gastrointestinalis traktusból csak epesavók és pancreaslipáz hatására szívódik fel. A felszívódott K-vitamin a májban, lépben és tüdőben raktározódik rövid időre. A K-vitamin felezési ideje a vérplazmában 30 óra, de biológiai hatása a K-vitamin-ciklusban történő reaktíválódása miatt hosszabb, ennek ellenére kora- és újszülötteknél a K-vitamin-ciklus még nem funkcionál teljesen. A K-vitamin-dependens véralvadási faktorok aktivitása koraszülötteknél a felnőttkori érték 20–40%-át, terminusra születetteknél a 30–60%-át éri el. A K-vitamin az anyából a placentán keresztül jut át a magzatba, igen kis hatékonysággal, így megszületéskor az újszülött alacsony K-vitamin-szinttel rendelkezik, az anyatej alacsony K-vitamin-koncentrációja tovább rontja ezt a hiányt. A koraszülöttek K-vitamin-hiánya még kifejezettebb. Mindez magyarázza, hogy újszülötkorban a K-vitamin-dependens véralvadási faktorok aktivitásának alacsony szintje nagyfokú vérzékenységet eredményezhet. Az újszülött napi K-vitamin-igénye 5 µg/ttkg. A K-vitamin-hiányos vérzékenység: a K-vitamin-függő koagulációs faktorok inadekvát aktivitása következtében létrejövő vérzés. Jellemzi a megnyúlt protrombinidő, normális fibrinogénszint és normális thrombocytaszám. K-vitamin adására gyorsan megszűnik a vérzés, és rendeződik a protrombinidő.

AZ ÚJSZÜLÖTTKORI K-VITAMIN-HIÁNYOS VÉRZÉKENYSÉG FORMÁI

Korai vérzékenység

Az első életnapon lép fel, főleg, ha az anya K-vitamin-antagonista gyógyszereket szedett (ezek: orális antikoagulánsok, antikonvulzív gyógyszerek, antituberkulikumok, fenilbutazon), melyek átjutottak a placentán. A klinikai tünetek változatosak: enyhe bőrvérzéstől a súlyos ideg-

rendszeri vérzékenyséig. Terminus előtt adott K-vitamin nem előzi meg, de megelőzhető a terhesség alatt profilaktikusan, folyamatosan adott heti 10 mg K-vitaminnal. Gyakorisága a rizikócsoportban 5%.

Klasszikus vérzékenység

A 2–7. életnapon lép fel. Okai: az anya hiányos K-vitamin-ellátottsága (rossz szociális helyzet, téli-tavaszi időszak), az anya betegségei, placentadiszfunkció, bármely okból bekövetkező elégtelen vagy késői anyatejbevitel, alacsony K-vitamin-tartalom az anyatejben. Tünetek: bőr-, gastrointestinalis, orr-, tüdő-, köldök-, ritkán központi idegrendszeri vérzések. Gyakoriság: 400–1700/100 000 élveszülés a profilaxis előtt. Megelőzés: Korai és adekvát anyatejbevitel K-vitamin-profilaxissal.

Késői vérzékenység

Elsődleges betegség: 1 hetes kortól 6 hónapos korig (átlag 2–8. hét) előforduló, hirtelen fellépő vérzékenység az addig egészségesen fejlődő csecsemőknél, akik K-vitamin-profilaxist nem kaptak és kizárólagos anyatejes táplálásban részesültek. Tünetek: 30–60%-ban súlyos intracranialis vérzés, ritkábban orr-, bőr-, gastrointestinalis, urogenitalis, intrathoracalis vérzés. Gyakorisága: 4–10/100 000 élveszülés. Növekszik az incidencia fiúknál és a nyári hónapokban.

Másodlagos betegség: K-vitamin-hiányos malabszorpciós betegségek (májbetegség, bélbetegség, totál parenteralis

táplálás stb.) Megelőzés: K-vitamin-profilaxis, a kondicionáló tényezők (elhúzó sárgaság, növekedési elmaradottság stb.) korai felismerése és a megjelenő vérzések azonnali kivizsgálása.

AZ ÚJSZÜLÖTTEK VÉRZÉSES BETEGSÉGEINEK PROFILAXISA

Korai vérzékenység

Terhesség alatt a vérzékenységhoz vezető gyógyszerek leállítására, ha ez nem lehetséges, az anyának folyamatos K-vitamin-adagolás a terhesség alatt (10 mg/hét).

Klasszikus vérzékenység

Koraszülöttek születéskor (6 órán belül) intramuscularisan kapják meg a K-vitamint: 1500 g alatt: 0,5 mg-ot, 1500–2500 g között 1,0 mg-ot.

Érett újszülöttek per os kapják meg a K-vitamint: születéskor 2 mg-ot, 1 hét múlva 2 mg-ot, majd havonta 2 mg-ot (kizárólagos anyatejes táplálás mellett).

Ha a tápszer vagy a főzelék napi mennyisége meghaladja az össz mennyiség 50%-át, nem szükséges K-vitamin adása.

Késői vérzékenység

Totál parenteralis táplálás, májelégtelenség, cisztás fibrosis, hypoprothrombinemia esetén kortól függetlenül csecsemőknek és gyermekeknek heti 2–5 mg K-vitamin adása javasolt.

DR. BALOGH LÍDIA

A II. MAGYAR EVÉSZAVAR-KONGRESSZUS

(az evés és a testkép zavarai a gyermekkortól a felnőttkorig)

2008. szeptember 19–20-án kerül megrendezésre, Budapesten, a Novotel Budapest Centrumban (1088 Budapest, Rákóczi út 43–45).

Fő témakörök: a táplálkozási magatartás zavarai gyermekkorban, az evészavarok biológiai összefüggései, test és testkép, evés és kultúra, média és evészavarok, az evészavarok terápiája.

Dr. Túry Ferenc és dr. Pászthy Bea a Magyar Pszichiátriai Társaság Evészavar Munkacsoportjának vezetői két éve rendezték meg az első hazai evészavar-kongresszust, amely igen sok résztvevőt vonzott, és a tudományos program igen magas színvonalú volt.

Az evésmagatartás zavarainak elsődleges megelőzésében és a betegségek felismerésében kiemelkedő szerepük van a gyermekgyógyászoknak, pedagógusoknak, védőnőknek, háziorvosoknak, belgyógyászoknak. A gyümölcsöző együttgondolkodás reményében másodízben is szeretettel várják a szervezők a házi gyermekorvosokat.

A kongresszus akkreditált, kreditpontértéke a tesztvizsga megírása esetén 25 pont.

A kongresszusról további információkat a www.congressline.hu/mez honlapon olvashat, kérdésére az info@congressline.hu címen válaszolnak a CongressLine Kft. szervezőiroda munkatársai. Telefonon Szűts-Novák Rita ad felvilágosítást a 3343-186/2785 telefonszámon.

Praxisok

- Budapesten, a XIV. kerületben 1000 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Vétel előtt helyettesítés is szóba jöhet. Érdeklődni a 20/972-4067 telefonon lehet.
- Fejér megyében, Sárbogárdon, 750 kártyás gyermekorvosi praxis kitűnő asszisztenciával és jól felszerelt rendelővel eladó. Mellékállás lehetséges. Érdeklődni lehet délelőtt a rendelőben 25/463-220 és este otthon (19 óra után) a 25/461-629-es telefonon.
- Budapesttől 30 km-re, M6-os autópálya mellett 950 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van. Érdeklődni: 30/203-9817-es telefonszámon lehet.
- Nyugdíjas gyermekorvos helyettesítést vállal Budapesten, vagy Veszprémben Tel.: 20/ 775-2108
- Budapesten a pesti oldal kertvárosi részén jó korösszetételű, évi 10 millió forint árbevételű gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni: 30/940-1157
- Budapesti 500 kártyás gyermekkörzet praxisjoga eladó. Konszolidált beteganyag. A praxis tovább bővíthető. Telefon: 20/372-0316 (19 óra után)
- Veszprémben gyermekorvosi praxisjog eladó. Érdeklődni a 20/9961-288-as telefonszámon lehet. Központi ügyelet van.
- Házi gyermekorvosi praxisjog Budapesten, a VIII. kerületben eladó, vagy helyettesítés is lehetséges. Érdeklődni: 20/363-9971-es telefonszámon.
- Óbudán, az Árpád-hídnál 1020 kártyás, jól bevezetett házi gyermekorvosi praxis reális áron eladó. Érdeklődni a 30/9711-827-es telefonszámon lehet.
- Ajkán 720 fős gyermekorvosi praxis jutányosan eladó, nyugdíjba vonulás miatt. (Dr. Wittmann Mária, tel.: 70/372-9043)

Duka, Karakó, Keléd, Kemenespálfa, Kissomlyó, Nemeskeresztúr községek és Jánosháza nagyközség képviselő-testületei pályázatot hirdetnek házi gyermekorvosi körzet területi ellátási kötelezettségének biztosítására, vállalkozási formában.

Képesítési és egyéb feltételek:

- a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben meghatározott képesítés,
- a területileg illetékes Orvosi Kamara által a működtetési jog engedélyezési feltételeinek igazolása,
- büntetlen előélet.

A pályázathoz csatolni kell:

- a végzettséget, szakirányú képzettséget igazoló okiratok másolatát,
- részletes szakmai önéletrajzot,
- 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványt,
- a Vas Megyei Orvosi Kamara által a működtetési jog engedélyezési feltételeinek igazolását,
- hozzájáruló nyilatkozatot arról, hogy az eljárásban résztvevők a pályázati anyagot megismerhetik.

A működés finanszírozása: a működéshez a mindenkori OEP-finanszírozás biztosított.

Tárgyi feltételek: az önkormányzat Jánosháza, Bajcsy-Zsilinszky u. 3. szám alatt felszerelt rendelőhelyiséget biztosít, igény esetén szolgálati lakás is rendelkezésre áll.

A pályázat benyújtásának határideje: az Egészségügyi Közlönyben való megjelenéstől számított 30. nap. A pályázat elbírálásának határideje: az Egészségügyi Közlönyben való megjelenéstől számított 60. nap. A körzet elfoglalásának ideje: a képviselő-testületek döntését követő hónap 1. napja.

A pályázatokat a Jánosháza székhellyel működő Intézményfenntartó Társulás Társulási Tanácsának Elnökéhez kell benyújtani. Cím: 9545 Jánosháza, Batthyány u. 2.

Részletes felvilágosítás kérhető:

a Jánosházi Polgármesteri Hivatalban (Jánosháza, Batthyány u. 2.)
e-mail: hivatal@janoshaza.hu, Telefon: 95/551-211



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: **!ART studio**

A címlapon: Szinai Hanna, belső fotók: Szamosi János

