

XVI. évfolyam ■ 2011/április

# HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



# Gyógyszer nélkül

Az összes hónap közül a január a legnehezebb. Hosszú, az ünnepek miatt mindenütt több pénz fogyott, mint kellene, és a hideg is nagy. Ha ilyenkor lesz beteg a gyerek, az a legrosszabb. És ilyenkor szinte mind beteg.

Amúgy sem egyszerű. Sok kis faluban hetente egyszer rendel az orvos. Így aztán húzzák a betegséget, amíg a rendelés napja el nem jön. Mert pénzük nincs bevinni a közeli településre, ahol naponta van orvos. Amikor azt kérdezem, miért nem hívják ki az ügyeletet, csak legyintenek: mert mindig kiabálnak velük, hogy miért nem viszik be a gyereket a rendelőbe.

Aztán az orvos felírja a gyógyszert a gyerekeknek. Van, hogy háromfélé is. Mert arc-üreggyulladás van, hörghurutja, vagy rosszabb esetben tüdőgyulladás. A recepttel lehet távozni. Lehet menni, kiváltani. Arra nem tudnak megoldást mondani, ha nincs miből. Arra senki sem tud. És sok családnál már nincs. Január végére már semmi.

Ha nem a füle fáj, csak köhög, lehet húzni pár napig. És lehet, meggyógyul magától. Ha a füle fáj, az kibíratatlan. Mert ordít. És annak is rossz, aki befullad. Hörög, elkékül, nézni rossz. Meg, ha nagyon lázas. Az ijesztő. Van, hogy a fél falut be kell járni egy-egy szem gyógyszerért, és van, hogy így sincs. Akinek marad az előző betegségből, néha ad annak, akinél beteg van. Nagyjából tudják, mi mire jó, próbálnak egy-két szemet, kúpot legalább. Kúraszerű szedés, az szóba sem jöhet.

Amíg nem kap igazolást, hogy meggyógyult, nem mehet oviba, iskolába. De gyógyszer nélkül nehezen megy. Aztán általában kimásznak belőle. Néhol sokáig megmarad a hurutos köhögés vagy az orrvérzés. De ha már nincs láz, nem sokáig maradnak otthon.

Ebben a hónapban szinte naponta szóltak. Hogy nem bírják kiváltani a gyerekeknek a gyógyszereket. Öt receptet kaptak. Három a négyévesnek, kettő a hatévesnek. Várták, ki tudja-e majd váltani. Nem tudták.

A gyógyulás más okok miatt is várat magára. A tüdőgyulladásos meztelán jön ki elének a hóba. És bent sincs az a kimondott gyógyító meleg. Az ágyban nem lehet őket tartani. Ha már fekszik, tényleg nagy a baj. Játék nincs, amivel hosszan elvolna. Mesélni? Ahhoz mesekönyv kellene, no meg valakinek folyékonyan tudni kellene olvasni.

Azt hiszem, itt és ilyenkor, a gyerekeket nézve érti meg leginkább az ember azt, hogy a nyomorban élők egészségi állapota mennyire rossz. Nem látunk csontig lesóványodott gyerekeket, mint Afrikában, de egyoldalúan tápláltakat, vitaminhiányosokat igen. Ilyenkor lehangoló a helyzet. Itt nagyon nehéz az immunrendszert szinten tartani... Mindnek csorog az orra, köhög, és az a meleg hónapokig így van, van, akinél tovább is. Aki állami gondozásba kerül, sokszor hetekig kúrálják, mire kigyógyul. És sokaknál marad valami. Szinte minden családban van tartósan beteg gyerek. Mindenféle. Szívbeteg, epilepsziás, asztmás. És még sokféle más is.

Ma órán hozzám bújtt egy kicsi, és suttogva mondta: „tudod, voltunk orvosnál – mondja – és azt mondta, be kell mennünk a kórházba. Mert nagyon fáj a lábam belül, és nem tudjuk, mitől. Reggel anyunak kellett segíteni, hogy fel tudjak állni az ágyból.” Sajnálkozom, majd kérdezem, mikor mennek be. „Hát majd ha anyu megkapja a pénzt. Addig ki kell bírni...” mondja olyan természetességgel, ahogy azt csak egy 8 éves, mélyszegénységben élő gyerek képes kimondani.

L. RITÓK NÓRA

## TARTALOM

- Gondok és kitörési pontok ..... 2–3
- Félig tele, vagy félig üres? . 5
- Indikátorkérdés ..... 7
- Paraszolvencia ..... 8–9
- Levélváltás a homeopátiáról ..... 10–13
- Mi a baj a homeopátiával? .... 14–15
- Mit tudnak a szülők a zsírsavakról? ..... 16
- Mit ír a homeopátiáról a NIH ..... 17
- A Novartis pályázat díjazottjai ..... 19
- Meztelenül ..... 19
- Iskolai erőszak ..... 20–21
- Hospice gyermekeknek .. 21
- Beutalókkal kapcsolatos eligazítás .... 23
- Bölcsődei étkeztetés – study ..... 24–25
- Ha bedugul ..... 26
- Gyermekbiztonsági konferencia ..... 27
- Praxisok ..... 27–28

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2011-ben:



# A gyermekorvosi alapellátás jelene és jövője\*

Dr. Huszár András

A rendszerváltás utáni húsz év során a politika, a szakmapolitikai irányítás – kimondatlanul, a gyermekorvosi alapellátás mennyiségi túlfejlesztettségére hivatkozva – elhanyagolta a területi gyermekorvoslás karbantartását, modernizációját, minőségi fejlesztését. Az egymást követő kormányok miniszterei és apparátusai mindig az alapellátás prioritását hirdették, a területi gyermekellátás híveiként mutatkoztak. Számunkra azonban csak az szűrődött le, hogy a gyermekgyógyászatot és benne a gyermekorvosi alapellátást önjáró ágazatnak tartják, amivel nem érdemes különösebben foglalkozni, hiszen a gyermekgyógyászati ellátás számos jellemző paramétere – pl. a csecsemőhalandóság, a hat napon túli halálozás stb. – enélkül is folyamatos javulást mutat. A házi gyermekorvosi rendszer – talán nem véletlenül – 20 év óta egyetlen átfogó, fejlesztő projektben sem részesült. A 2005-ben megalkotott „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program alapellátó fejezetének célkitűzései közül csak néhány kisebb jelentőségű teljesült, az sem a maga teljességében. Az alapellátást fejlesztő EU-s pályázatokat a korábbi minisztériumi vezetés az önkormányzati kategóriába sorolta, ezzel a fejlesztést lényegében lehetetlenné téve, hiszen az önrész vállalásához szükséges anyagi források és a pályázáshoz szükséges apparátus hiányában az önkormányzatok nem vagy csak kismértékben tudtak részt venni a pályázatokon.

## ESÉLYEGYENLŐSÉG

Az ENSZ Gyermekjogokról szóló Nemzetközi Egyezménye értelmében gyermeknek kell tekinteni mindenkit, aki 18 évesnél fiatalabb. Annak ellenére, hogy a fenti egyezményt hazánk is ratifikálta, és a gyermekgyógyászat korszerű elvei szerint gyermekek és serdülők alapellátására a gyermekorvosok hivatottak, a hazánkban élő közel 2 millió 18 éven aluli gyermek és fiatalok mintegy negyedét a gyermekgyógyászoknál jóval alacsonyabb gyermekgyógyászati

képzettséggel rendelkező háziorvosok, vegyes praxisok látják el.

A gyermekorvosi alapellátáshoz való hozzáférés terén tehát ma sem biztosított az esélyegyenlőség. Különösen kedvezőtlen, hogy ott a legkevesebb a gyermekorvos, ahol a szülők és gyermekek jóval nagyobb aránya él rossz szociális körülmények között, ahol az egészségben töltött életévek száma a legalacsonyabb. Ma sincs pontos információ a valóságos betegutakról, arról, hogy ténylegesen hol kapnak minőségi igényeknek megfelelő orvosi ellátást a gyermekek. Abban a vegyes praxisban, ahol elsődleges ellátásukat finanszírozzák vagy máshol, az éppen elérhető gyermekgyógyászt felkeresve?

## UTÁNPÓTLÁS

A házi gyermekorvosok átlagéletkora 56 év, több mint egyharmaduk – Budapesten 45 százaléuk – 60 évesnél idősebb. A rezidensek képzésében nincs házi gyermekorvosi keretszám, ami lehetővé tenné a területi ellátás utánpótlásának rövid és középtávú tervezését. Különben is nehezen kalkulálható, hogy kik és hányan választják majd hivatásuknak a primer gyermekellátást. Az utóbbi évek adatai szerint a csecsemő- és gyermekgyógyászati szakvizsgát tevők száma évről évre csökken (1990-ben 135, 2009-ben 46 volt a szakvizsgázók száma).

Az okok sokrétűek. A fiatalok számára nem vonzó a házi gyermekorvosi pálya, mert a jövő bizonytalansága, a gyermekorvosi praxisok alacsony jövedelmezősége, a tervezhető életpálya hiánya riasztóan hat rájuk. Az egészségpolitika soha nem deklarálta, hogy a 0–18 éves korosztályt alapellátási szinten is gyermekgyógyász szak-

orvosokkal kívánja ellátatni. Nem igazán vonzóak a szakmai lehetőségek, a munkafeltételek sem. Sok a szakmailag indokolatlan előírás, a feladatok egy részét párhuzamosan végzi az iskolaorvosi szolgálat és a gyermek-alapellátás.

Az utánpótlás hiánya következtében a visszavonulni szándékozó házi gyermekorvosok nem tudják praxisaik működtetési jogát eladni. A potenciális belépők pedig – pénzforrások hiányában – nem tudják azokat megvásárolni. Így a rendszer lényegében zárt, merev, pusztán csak a biológiai folyamatoknak van alárendelve. Ennek következtében ma sokan működtetési joguk eladása nélkül, lényegében vagyonszétválást elszorítva vonulnak vissza. A fiatalítást és a praxispiac mobilitását nagymértékben nehezíti a hitelfeltételek hiánya is. A belépő vevő vagy egyáltalán nem, vagy csak magánvagyonának terhére kap bankhitelt. Egy praxis a bank számára ma nem hitelképes, ezért céges hitelt nem kap. Ennek fő oka, az hogy a jelenlegi praxisfinanszírozás mellett a részletfizetési kötelezettségek csak igen nehezen teljesíthetők.

## AZ ELLÁTÓRENDSZER

A helyzetértékelés során és a megoldások keresésében különbséget kell tenni a főváros, a nagyvárosok, városok, illetve a községek ellátórendszeréről.

A fővárosban és a nagyvárosokban a szükségesnél több házi gyermekorvosi praxis működik. A praxisokba bejelentkezett gyermekek száma átlagos, vagy az átlagnál alacsonyabb. A működtetési jog eladhatósága csak bizonyos, szociális szempontból kiemelten jó színvonalú földrajzi területekre korlátozódik. A szükségesnél nagyobb



\*A HGYE 2010. november 19–20. konferenciáján elhangzott előadás alapján

gyermekorvosi létszám következtében a munkát abbahagyó, nyugdíjba vonuló gyermekorvosok pótlása itt nem is feltétlenül szükséges, mert a gyermeklakosságot sokszor a megmaradó praxisok is el tudják látni. A praxisalap hiányában azonban az önkormányzatok a praxis tulajdonosának anyagi kárpótlása nélkül, a közzétartásokat módosítva szüntetik meg a praxist, és osztják szét a területet a határos házi gyermekorvosi praxisok között. Ez az eljárás amellett, hogy igazságtalan, hosszadalmas, bürokratikus, különösen ott megy nehézkesen, ahol az orvosok és az önkormányzat viszonya nem megfelelő. Az önkormányzatok felemás szerepének rendezése csak az önkormányzati törvény megváltoztatásával képzelhető el. A kisebb települések döntő részében gyermekorvosi praxisok nincsenek (ún. fehér foltok). Az esélyegyenlőség érdekében e területeken új struktúra kialakításával; járási praxisok, egészségközpontok szervezésével lehetne a hatékony gyermek-egészségügyi ellátást kialakítani.

## **JOGSZABÁLYOK, PÁRHUZAMOSSÁGOK, KÉPVISELET**

A különböző szintű jogszabályok alapellátó orvosként általában a háziorvost nevezik meg, és a rendeletek nagy részét kizárólag rájuk „méretezik”. Időnként azért megemlítik külön a házi gyermekorvost is, azonban igen sok esetben a „házi gyermekorvos (továbbiakban háziorvos)” formulát használja a jogalkotó. Így a két, eltérő sajátosságú hálózat tevékenységét, a különbségek figyelmen kívül hagyásával összemosva, megnehezítve, sokszor lehetetlenné téve ezzel az adott jogszabály gyermekorvosi alkalmazhatóságát.

A gyermekellátásban ma igen sok a párhuzamos tevékenység (iskolaorvos, védőnő). Mi magunk „piranha effektusnak” nevezzük azt a sokszor megtapasztalt anomáliát, amikor egy-egy részfeladatot a jogalkotó szándékosan vagy csak munkánk természetét nem ismerve, más ellátórendszerekhez telepít (szűrések, tanácsadások, stb.), fenntartva a sok tekintetben pazarló finanszírozást, újabb és újabb működési zavart előidézve, nem beszélve arról, hogy a tisztázatlan felelősségi viszonyok miatt a különböző tevékenységek ellenőrzése is kívánvalókat hagy maga után.

A házi gyermekorvosi képviselőt a jelenlegi intézményrendszerben nem megfelelő. Nem hasonlítható a háziorvosok rendszeréhez, ahol négy családorvosi tanszék, önálló szakmai kollégium, országos intézet mutatja a szakterület fontosságát helyét az egészségügyben. Nekünk országos intézetünk nincs, a gyermekgyógyászati tan-

székeknek nem feladata a területi ellátás szervezése, a házi gyermekorvosi rendszer kérdéseivel többnyire csak érintőlegesen foglalkozik a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium.

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete – civil szervezetként és csak ennek megfelelő jogosítványokkal – másfél évtizede és szinte egyedülként vitte hátán a rendszer szakmai, egészségpolitikai és érdekvédelmi gondjait.

## **JAVASLAT**

Időszerű volna annak az alapelvnek a deklarálása, hogy 18 éves korig alapellátási szinten gyermekgyógyász látssa el a gyermekeket Magyarországon. Ezt a döntést a gyermekek egészségi állapota mellett orvos-szakmai szempontok, az alapellátó orvosok képzettségében és készségében lévő különbségek mellett szaporodó költséghatékonysági elemzések is indokolják.

Egyesületünk célja egy korszerű, a helyi morbiditási helyzethez jól alkalmazkodó, szakmailag magas színvonalú, definitív ellátásra törekvő, mindenki által elérhető csecsemő- és gyermekorvosi elsődleges ellátás kialakítása, ahol a tervezhető életpályamodell alapján a munkaerő megfelelő megbecsülése is biztosított.

Magunk, egy átfogó gyermekellátási program keretében már kidolgoztuk a primer területi gyermekellátó rendszer kialakításának elveit és módozatait. Ezek lényeges elemét képezi az esélyegyenlőséget biztosító alapellátó egészségügyi központok, illetve kistérségi praxisok kialakítása. A megújított rendszerben hosszabb rendelési időben, nagyobb létszámú asszisztensi gárdát alkalmazó, a kiterjedtebb kompetenciának megfelelő eszközállománnyal rendelkező, nagyobb lélekszámú gyermekpraxisok működnek. A feladatok elvégzését belső minőségbiztosítási rendszer kialakítása és fejlett informatikai rendszer támogatná.

Újra kell gondolni az önkormányzatok egészségügyi feladatait is. Meg kell határozni szerepüket az új járási praxisok, egészségügyi központok kialakításában, működtetésében. Ha valóban fenn akarjuk tartani a duális finanszírozást, az egészségügyi fejkvótát meg kellene határozni az önkormányzatok költségvetésében. Az új országos ellátórendszer, a praxisteamek, szakmai társulások kialakítása önkormányzatok együttműködését, társulások alapítását igénylik.

Elengedhetetlennek tartjuk a gyermekorvosképzés során a gyermek-alapellátás utánpótlásigényének előzetes felmérését. Az ebbe az irányba teendő első lépéseket, a jelenlegi kapacitáshelyzetből kiindulva,

egyesületünk már megtette. (Hírvivő XV. évf. 4. sz.)

A pénzügyi tervezés kapcsán az uniós források igénybevételére – pl. a pályázatok TIOP, TÁMOP alá történő áthelyezésével – lehetőség kell teremteni.

A gyermekgyógyászat, ezen belül a primer területi gyermekellátás presztízse az utóbbi években nagymértékben csökkent. A házi gyermekorvosok munkáját újra vonzóvá kell tenni, ennek lenne eszköze a munkának és a felelősségnek megfelelő életpályamodell felépítésére lehetőséget teremtő bevétel. Szakítani kell az egységes finanszírozás elvével is. Csak a nehéz területen dolgozók kiemelt bérezése teremt lehetőséget egy országos hálózat kialakítására. Letelepedési támogatással és más kedvezményekkel lehetne ösztönözni a jelenleg még fehér foltok ellátását.

A praxisalap létrehozása a be- és a kilépők nehézségeit egyaránt csökkenthetné, egyszerre szolgálhatná a visszavonulást, a fiatalítást és egy modern ellátórendszer kiépítését. Az eladhatatlan, megszüntetésre ítélt praxisok problémájára megoldásait jelenthetne, ha a megszűnő praxis bázisfinanszírozásának egyéves összegét végkielégítésként megkaphatná a nyugdíjba vonuló kolléga.

Elengedhetetlen a szakmai tevékenység reformja, az orvosi munka körülményeinek lényeges javítása is. A befejezett ellátást a kompetencia növelésével, kiegészítő szakellátások bevonásával, a diagnosztikai lehetőségek bővítésével, a második szakvizsga alkalmazhatóságának kialakításával lehetne elősegíteni.

Megfelelő létszámú, nem orvos képzettségű egészségügyi dolgozó és az adminisztratív munkaerő alkalmazása több lehetőséget adna a képzettségnek megfelelő, igazi orvosi munkára. A ráépített házi gyermekorvosi szakvizsga lehetősége további előrelépést jelentene.

Örvendetes, hogy az új egészségügyi kormányzat végre céljának tekintette egy gyermek-alapellátási szakmai kollégium létrehozását, ugyanakkor féltő, hogy a védőnőkkel és iskolaorvosokkal közös gályába zárt szereplők nem mindig húzzák majd egyszerre az evezőt.

A „Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére” című vitairat megoldási lehetőséget kínál céljaink elérésére. Fontos azonban a lépések összehangolása, hisz a részintézkedések az egyetemi képzéstől az önkormányzatokig a gyermekellátás egészére hatással vannak. Ezért fontos, hogy az első és a kisebb lépések is a hosszú távú célok irányába vezessenek, hisz a korrekció mindig nehéz, néha még azt is tönkretelheti, amit addig elértünk.

# Félig tele, vagy félig üres?

(Meggésett köszöntő)

A dilemma ismert és adott: az asztalon áll egy vízzel félig telt pohár. Hogyan értékeljük ezt az állapotot? Félig tele, vagy félig üres? Mindkét megállapítás helyes, ám nem egyforma az „üzenete”. Az egyik negatív, a másik előremutató. Már többször, legutóbb a jubileumi, XVI. HGYE-konferencián is elhangzott e dilemma. (Jubileumi volt, mert 15 év telt el az egyesület alakulása óta.) Nagyon leegyszerűsítve a HGYE elmúlt 15 éves tevékenységére vonatkoztatva ezt: félig telt a pohár, mert még mindig áll és működik az ismert, zivataros éveket túlélve (nem is rosszul, sikertelenül, hanem eredményesen) a házi gyermekorvosi ellátórendszer. Ez az egyesület elvitathatatlan érdeme és sikere! Sajnos félig üres a pohár: a másfél évtized során jöttányit sem közeledett az azonos cél érdekében tevékenykedő gyermekorvosi és védőnői rendszer, melyet nem tudni, hogy tudatosan, véletlenül (ebben persze nehéz hinni), vagy tán át nem gondoltság következtében mesterségesen eltávolítottak egymástól! Csak némi sikerként értékelhető az iskolaegészségügyi ellátás rendszerében történt változás. Mindennapi, elsősorban adminisztrációs gondjaink szaporodtak. Az „igazolások” problémája már-már örökzöldnek mondható. Ahány ház, annyi szokás – mondhatnánk az önkormányzatokkal történő szerződéseket tekintve. Nem sikerült legalább alapjaiban kedvező és egységes szerződéseket kimunkálni, hogy ne hozhassák az egyes önkormányzatok kiszolgáltatott helyzetbe a kollégákat. Nem sikerült érvényesítenünk a finanszírozásban, hogy a házi gyermekorvos legfőbb tevékenysége a megelőzés. Nem sorolom tovább a gondokat, hiszen ezek évek (és HGYE-konferenciák) óta szinte azonosak, ismertek és elmondottak. A pohár töltése ezek ügyében sem a HGYE-n múlt! A politika sokszor az ígéretek ellenére sem tett ebben semmit. Sőt!

1995. szeptember 23-ára, Budapestre, a Tátra utcába meghívtak az akkori házi gyermekorvosok képviselőiben 27 (közük 13 budapesti) kollégát. Az itt elfogadott elvek mentén megalakult szervezőbizottság (név szerint: dr. Kádár Ferenc, dr. Huszár András, dr. Takács Edit, dr. Kovács Júlia, dr. Erdei Zsuzsa, dr. Tóth József és dr. Török Lajos) munkája eredményeként 1995. december 9-én, a volt Alkotmánybíróság konferenciatermében került sor az

alakuló közgyűlésre. A képletes pohár töltögetése ekkor kezdődött.

15 év az ember életében is jelentős idő, főleg ha az első 15 évről van szó. Ez alatt lesz a magatehetetlen csecsemőből már az önállóságát is fitogtató, a környezetét néha irritáló serdülő, az akceleráció jelenlegi ütemét tekintve akár ifjú felnőt. A HGYE is felnőtt, csak a baj az, hogy közben folyamatosan taszigálják különböző oldalakról. Pedig stabil lábakon kell állni a külső (legtöbbször rossz irányú) hatások kivédésére, amihez erőre, municióra van szükség.

A kezdeti nagy lelkesedés – ahogy ez várható is volt – lassan alább hagyott. Kevesebben jelennek már meg szakmapolitikai konferenciáinkon, talán azért is, mert nem érezzük már annyira bőrünkön az egzisztenciális fenyegetettséget. Számban ugyan kevesebben, de aktivitásban nem csökkenve jöttek most is a november végi konferenciára a kollégák. A jubileum, az ünneplés meglehetősen szerényen, visszafogottan zajlott. A három (Huszár András, Kádár Ferenc és Kálmán Mihály) „legrégebb és legaktívabb” vezetőségi tag kapott köszönetet és elismerést a tagságtól, illetve az egyesületet kitüntette és Emléklappal jutalmazta az MGYT. Regnáló elnökünk sok, az elmúlt 15 évben az egyesületét

többet és kiemelkedően tevékenykedő barátunk nevét anonimitásban tartotta. Sajnálom, mert „fogynak” az egykori, aktív, de ma is segíteni tudó és akaró idősebb kollégák. Akik sokszor, a jó cél érdekében akár vehemensen is hangoztatták véleményüket, amire bizony mindig figyelni is kellett. Nem talákoztam a „régiek” közül Újhelyi Jánossal (aki ráadásul szakma-kollégiumi tag is!), vagy Rotyis Gyurival. Ott volt, de nyilvánosan meg sem szólalt Kovács Juli (aki jelenleg országos szakfelügyelőnk). Batka Jenőt láttam, Kabács Ágít nem. Már 2-3 éve hiányzik Stunya Edina is a konferenciákon, akinek munkáját citálta (külföldön is) Oláh Éva professzor asszony. Józsa Lajos sem volt a megszokottan aktív, ahogyan Papp Bélát sem volt alkalmunk meghallgatni. Elnézést a többi kollégától, akiket kihagytam e rövid felsorolásból. A 15 év küzdelemmel telt el, de nem mutatkozik „simának” az elkövetkező 1-2 év sem. Ezt sugallta a minisztérium kabinetfőnökének és az MGYT főtítkárának referálója is.

Az ügy érdekében elhivatott vezetőségeknek további erőt kívánunk ehhez.

Baráti, harcostársi és alapítói üdvözléssel,

DR. TÖRÖK LAJOS



# Gondolatok az indikátorrendszeréről

Tisztelt Kabinetfőnök Úr!

...Annak ellenére, hogy a tinédzser lányok vaspótlása indikátorötletként (19 másikkal együtt) annak idején bennünk is felmerült, újra átgondolva a problémát, úgy gondoljuk, hogy érvényes, erre vonatkozó protokoll hiányában és a laborvizsgálatokkal igazolt vashiány ellenőrzésének megoldhatatlansága miatt talán jobb lenne ezt az indikátort törölni, és egy másikat a helyébe tenni. Ez a HGYE szakmai bizottságának a véleménye. További konzultációra készséggel állunk rendelkezésére.

Barátsággal:

*Huszár András és Kálmán Mihály*

Tisztelt Kolléga Urak!

A vaspótlással kapcsolatos indikátorról alkotott kétkező véleményüket osztom, azonban ... mégsem támogatom a cserét. Részint azért, mert a jogalkotási folyamatban a teljes jogszabály időbeni elfogadását tenné most már lehetlenné, részint azért, mert nem sikerült olyan, a szakértők által is elfogadható másik indikátort találni, mellyel ezt korábban helyettesíteni lehetett volna. Ebben az esetben a házgyermekorvosok bevonását a rendszerbe magasabb rendű szempontnak gondoltam, és ezért fogadtam el kompromisszumként ezt az indikátort is.

Ugyanakkor ragaszkodtam ahhoz, hogy jogszabályban legyen rögzítve az éves felülvizsgálati kötelezettség. Így – tudva a jelenlegi kételyeket – mégiscsak elindul a rendszer, és a következő évre ki lehet dolgozni egy szakmailag még megalapozottabb rendszert. Ehhez várom és köszönöm a továbbiakban is segítségüket.

Üdvözlettel:

*Beneda Attila*

Újra téma az indikátoralapú teljesítményfinanszírozás. Végül is az igazságérzetünk alapján valami ilyesmit akartunk. Jutalmazó és nem szankcionáló rendszerűt. Olyat, ami javítja az ellátást, és kicsit magasabb javadalmaszt biztosít a jobban teljesítő orvosnak. Olyat, amivel valamelyest köszönő viszonyba kerül a finanszírozás és az elvégzett munka minősége. A még igen sok tisztázásra váró probléma ellenére is, ezt talán előrelépésként illik értékelni. Elmozdulást az elmúlt évtizedek sehova, a jobb minőség irányába biztosan nem vezető, „egyenlősdíjétől”, mert, hogy a teljesítményünk bizony különbözhet. Az orvosoké, a gyermekorvosoké is.

Öröközöld és máig megoldatlan kérdés ugyanakkor az egészségügyi ellátás minőségének, az orvosok teljesítményének a mérése. Lehet a struktúrát, a gyógyítás folyamatát és a végeredményt mérni. A struktúra azonban nagyrészt adottság, a gyógyítás végeredményét pedig számtalan egyéb tényező is befolyásolja. Marad tehát mérnivalónak az ellátás folyamata, vagyis az orvosi tevékenység elemeit kellene a minőség irányába ható, jól megfogalmazott indikátorokká alakítani.

Ez – mint most tapasztaljuk – nagyon nehéz feladat. Nem véletlen, hogy a nemzetközi irodalomban sem lehet az elsődleges ellátás mérésére igazán standardizált indikátorokra találni. És az sem véletlen, hogy ha közelebbről megvizsgáljuk az eddig használt paramétereket, szinte mindegyik magán visel valamilyen „fejle-

dési rendellenességet”. Színéről, fonákjáról megvizsgálva mind-egyik magában hordoz valami hiányosságot. Az egyikkel az a baj, hogy saját adatbevitelre épülve növeli az adminisztrációt, egyúttal lehetővé teszi az adatmanipuláció lehetőségét. A másik meg nehezen számszerűsíthető, vagy éppen csekély esetszámot reprezentál. Van aztán olyan, ami bizonytalan, sokak által nehezen elfogadható, vagy kevésbé fontos szakmai célokot fogalmaz meg. A következő indikátorral meg az a baj, hogy felszínes összefüggéseket vizsgál, és mélyebb elemzésre nem alkalmazható. Vagy nincs mögötte igazán releváns szakmai tartalom. Akad olyan indikátor is, amelynél magával az „objektív” adatforrással lehetnek bajok. Előfordulhat olyan is, ami a színén ugyan hasznos és jó célt szolgál, a fonákján azonban pont az ellenkezőjét (pl. vaspótlás-indikátor). Lehetne még sorolni a különböző hiányosságokat.

Ha ennyi a dilemma, akkor felmerül a kérdés, hogy nem lenne-e üdvösebb az ellátás minőségét máshogy, mondjuk a helyszínen és személyesen (szakfelügyelők) vizsgálni, és a finanszírozástól távolabb tartani. A szakmai színvonalat kicsit elkülönítve értékelni. Szakszerűen és úgy igazán mélységében ellenőrizni. Egyénileg és nem tömegmérésekben. Így persze jóval több lenne a szubjektív elem, és emiatt sérülhetne az igazságos jövedelemelosztás is. De a gyógyítás „művészete” mint bonyolult vizsgálati tárgy talán ezt igényelné. Egyáltalán üdvös-e ennyire direkt módon becsatlakoztatni a pénzügyi motivációt a szakmai döntésekbe? Bízhatunk-e magunkban annyira, hogy ez mindig csak a sokadik szempont marad? Az ütősebb szakfelügyelet és egy Európához kicsit jobban közelítő finanszírozás lehet, hogy feleslegessé tenné ezt az egészet. Az egész szakmai, lelkiismereti kínlóddást az indikátorok körül. A nehéz megfeleltetést az igazságosabb pénzelosztás és a szakmai szabályok, célok áthághatatlan szentsége között.

Ha jóindulattal közelítve a teljesítménydíjazáshoz ennyi probléma merül fel, akkor el lehet képzelni, hogy a félreértelmezésekből vagy éppen a semmit nem akarásból mi jöhet ki. Ha minden lelkiismeretes szakember számára evidens szakmai szabályokat kell féltetni a pénzszerzés szempontjaitól. A különböző szakmai rendeletek sem képesek a színvonal mérésében eligazítani, mert az orvosi tevékenység minden elemét nem lehet jogi paragrafusokba gyűjteni. Az egészségügyi probléma megoldására attól függetlenül törekedni kell, hogy éppen – mondjuk – a hatályos szűrőrendelet tartalmazza-e. És hogy a jól képzett, továbbképzett, „szelíden” ellenőrzött, esküjét betartó orvos nem a mindenre kiterjedő szabályozástól fog jobban dolgozni. Vajon miért merülhet az fel, hogy akadhat kolléga, aki „hivatából” és nem szakmai jóindulat alapján dönt? Remélem, ilyen nincs közöttünk. Ha ugyanis a „nil nocere” elvét, az etikus szakszerű magatartást felülírhatja valamiféle pénzügyi szempont, akkor az egész visszajára fordulhat. Az ugyanis nagy baj lenne, ha valaki azért nem küldene szakkonzióba, azért adna, vagy éppen nem adna gyógyszert, vagy azért róna meg a betegét az ügyeleti vizsgálatért, mert fél, hogy anyagi hátrányba kerül. Ha ezeket a „mellékhatásokat” nem tudjuk biztonsággal kizárni, akkor az éppen most bevezetett indikátorrendszer nem lesz hibátlan.

A legfontosabb viszonyítási és mérési pont a beteg üdve. Ez legyen a legfőbb motiváció a magasabb színvonalú ellátásra.

Reméltük, hogy a nagyon fontos részletek megvitatására lehetőség kapnak a gyermekek elsődleges orvosi ellátásában kompetens véleményalkotók. De nem kaptak. Nem volt rá idő.



# Paraszolvencia: 1945-2011-.....?

**Az egyetem elvégzése után a kezdő orvosokra váró nettó 95–100 ezer Ft fizetésre, illetve a vonzó külföldi munkavállalási perspektívákra válaszul a Magyar Rezidens Szövetség Zöldkeresztes mozgalom elindításával bírná maradásra a pályakezdő orvosokat. Ennek központi eleme, hogy zöld szalagot viselnének azok az orvosok, akik nem fogadnak el hálapénzt – cserébe megdupláznák a most százezer forintos kezdő fizetésüket. A mozgalom idén ősszel indulhat, de addig még vélhetően sokan döntenek úgy, hogy külföldön kezdik el vagy folytatják orvosi pályafutásukat. Papp Magor, a Magyar Rezidens Szövetség elnöke a kialakult helyzetről úgy nyilatkozott: 2010-ben a végzős orvosok fele nem lépett be a hazai szakképzésbe. „Ha a 2011-es évfolyamot is elveszítjük, mert nem biztosítjuk számukra az élhető körülményeket, akkor egy nagyon drasztikus nemzedéki szakadék alakul ki”. Ennek következtében pedig – tette hozzá – leállhat Magyarországon az ügyeleti ellátás, mert ez elsősorban a fiatalokon alapul; így komoly ellátási problémák várhatók az egészségügyben (2, 4).**

A fenti kezdeményezés ismét homloktérbe állította a paraszolvencia kérdését, egybekapcsolva az egészségügyi munkavállalók bérezésével. Természetesen csak együttérzéssel tekinthetünk a fiatal kollégákra, akik itthon szeretnék kamatoztatni évek során szerzett tudásukat olyan bérért, ami lehetővé teszi számukra a családalapítás biztonságát is. A kezdeményezés máris széles társadalmi vitát gerjesztett. Papp Magor, a szövetség vezetője az általuk készített hatástanulmányt ismertetve elmondta: a gyermekgyógyászok kilencven százaléka azonnal kitűzné a zöld keresztet, a hálapénzes szakmák közül pedig a nőgyógyászok a legelutasítóbbak a mozgalommal szemben (5). Megszólalt az ügyben a Magyar Orvosi Kamara (MOK) elnöke, Éger István is, aki kifejezte nemtetszését: egyebek mellett azért utasítja el a javaslatot, mert álláspontja szerint súlyos bérfeszültséget okozna, ha a zöld kereszt miatt egy pályakezdő fizetése több lehetne, mint egy javakorabeli orvosé. A 2011-es költségvetésben nem áll rendelkezésre néhány tízmilliárdos átcsoportosítható összeg e célra, de a tárca szakállamtitkársága forrást keres (5).

A fiatal orvosok elvándorlásának legáltalánosabb okai a következők: a családalapítást is kizáró, rendkívül alacsony kezdő fizetés, a társadalmi megbecsülés hiánya, és mindezzel összefüggésben, az elfogadható életpályamodell hiánya.

2009-ben 887-en döntöttek a külföldi munkavállalás mellett, tavaly már 1111-en kértek a külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági igazolást oklevelükről. Az igénylők körében a negyvenévesnél fiatalabbak közül tavaly két és félszer annyian kértek hatósági igazolást a kint végzendő munkához, mint negyvenévesnél idősebb kollégáik (2).

A Duna Televízió 2011 januárjában a Közbeszéd stúdiójában foglalkozott a kérdéssel. Nemes Balázs doktor, aki 1993-ban végzett az orvosi egyetemen és az itthon májártültetést végző négy orvos egyike, egyetemi adjunktus azt mondta: egyetemi adjunktus kategóriában ügyeletekkel együtt 180–220 ezer forint körüli nettó fizetést kap az ember, ami kórházként kicsivel több vagy kevesebb is lehet. Ennek a pénznek a hat-hétszeresét kapja majd Dániában az oda rezidens pszichiáterként készülő Begya Orsolya – hangzott el az összeállításban (2).

Vagyis a Magyar Rezidens Szövetség kezdeményezésének nagy értéke, hogy az orvosi munka mély alulfinanszírozásának kérdését országos üggyé téve akár lehetőséget is nyitott a paraszolvencia-kérdés európai jellegű rendezése, pontosabban megszüntetése felé, hisz az uniós államokban a hálapénz kelet-európai módja ismeretlen gyakorlat.

Természetesen ilyenkor jogosan vetődik fel a kérdés, hogy társadalmunk évtizedeken át miért nem volt képes megbirkózni a jelenséggel. A dolog összetett és igencsak bonyolult. Az első jellemzője, hogy rejtőzködő jellegű, a betegek emlékeznek rá, amikor adnak, az orvosok kevésbé, ha kapnak. A TÁRKI által a témában jegyzett tanulmány szerint mind az orvosok, mind a lakosság 80%-a mint egyfajta szükséges rosszként tekint a hálapénzre (1). Ezért sem a pontos mértékét, sem a gyakoriságát, sem az eloszlását nem ismerjük, a közbeszéd mindenesetre milliárdos nagyságrendről szól. Mi, házi gyermekorvosok is ismerjük a jelenséget, cinikusabban fogalmazva inkább annak hiányát. A helyzetre jól érzett rá a Magyar Rezidens Szövetség is, amikor gyermekorvosok körében végzett hatástanulmány alapján arra a következtetésre jutott, hogy a gyermekgyógyászok kilenc-

ven százaléka azonnal kitűzné a zöld keresztet. Noha nem egységes a paraszolvencia megítélése (különben nem működhetne ilyen széles körben), bizonyosan inkább negatív a lenyomata a beteg, az orvos, az egészségügyi irányítás, a politika számára is: az orvosok 90%-a, laikusok 60%-a szerint megalázó és kényelmetlen (1). Joggal teheti fel bárki a kérdést, hogy a megalázóan alacsony fizetés jogossá teszi-e a hálapénzt, vagyis hogy arra fizeteskiegészítésként tekintszen akárki. Különben is: miért csak az orvosi területre koncentrálunk, más paraszolvenciával érintett területeket figyelem kívül hagyva?

A zöldkeresztes mozgalom alapfelvetése a bér. Induljunk el mi is innen. Mi lehet a magyarázata a hazai orvoslás nyugat-európaihoz képest végtelenül alacsony tár-



sadalmi, pénzügyi presztízsének? Történelmileg a paraszolvencia jelenségét leginkább a szocializmust jellemző hiánygazdálkodásra szokták visszavezetni, bár az igazsághoz hozzátartozik, hogy hiány azelőtt is létezett. A kialakult esélyegyenlőtlenség csökkentésére kezdték a betegek mozgatni anyagi erőforrásaikat. A rossz rendszer átértékelte az orvos megítélését, a tisztességes polgári foglalkozás egy szisztéma fogaskerekévé degradálódott. A jelenség először a kórházakban alakult ki, majd a járóbeteg-ellátásban is megjelent. Szembe kell nézni azzal is, hogy a társadalom jelentős része mára az alapellátókat is a hálapénz egyik legérintettebb csoportjának tartja (3).

Nem fogadható el tehát az a nézőpont, mely a paraszolvencia létrejöttét és fenn-

maradását csupán az orvosi magatartásra vezeti vissza. Röviden ezért érdemes áttekinteni a kérdést az ellátás minden szereplőjének, a betegnek, az orvosnak illetve a biztosítónak az oldaláról is.

## A BETEG SZEMSZÖGÉBŐL

Tapasztalható, hogy sok beteg ad pénzt az orvosnak, ha elégedett vele. Végső soron ez a gyakorlat fedi leginkább Spinoza meghatározását, aki úgy vélte, a hála arra irányul, hogy mi is jót tegyünk azzal, aki velünk jót tett. Ez természetes, mindenkiben meglévő emberi törekvés. Sokszor érezheti a beteg, hogy nem forintosítható javakban is részesül az ellátás során (pl. emberiség, empátia, intimitás), amiért hálás. Etikailag a hálapénz az orvosnak önként adott juttatás, melynek kifejezése kényszer nélküli, szabad elhatározáson alapul.

De adhat a beteg akkor is hálapénzt, ha törekeny a bizalma, s ezt a bizonytalanságot akarja ellensúlyozni. Ennek alapesetei a következők: előre fizet a szolgáltatásért, mert nem bízik abban, hogy anélkül is megkapja a csípőprotézist időben, vagy a hírneves orvos idejét. Az is gyakori, hogy azért fizet, mert valódi piacnak gondolja a szolgáltatást. Más esetben kiszolgáltatott helyzetét szeretné befolyásolni. (Azt akarja elérni, figyelmesebben bánjanak vele, vagy szeretettel a kórházban.) Visszavezethető a szokás arra is, hogy a járulékbefizetés hasznát nehezen éli át, nem látja a közvetlen kapcsolatot befizetése és az ebből finanszírozott ellátás között. Ez a bizonytalanság vezet oda, hogy a hiányt észlelve erőforrásokat mozgósít a maga érdekében (azaz látja a várólistákat, próbálja optimalizálni helyzetét). Végül előfordul az is, hogy egyszerűen a társadalmi státuszát óhajtja kifejezni a többi beteggel szemben.

Vagyis a beteg oldaláról akadnak az orvos–beteg találkozásokon belüli, és azon kívül álló tényezők is. Az előbbiekre gyógyszer az orvosi szakma társadalmi hasznosságát tükröző bér, a második, a paraszolvenciát generáló okokat viszont más eszközökkel kell kezelni.

## MI A HELYZET AZ ORVOSSAL?

Speciális helyzetében nem mondhatja, hogy x pénzt ér a szolgáltatást képes nyújtani, noha ez minden más szolgáltató elemi joga. Ráadásul tisztában van azzal is, hogy tudása rendkívüli kincs, amit extrém erőfeszítéssel szerzett sok éven keresztül, s rendszeres karbantartása is jelentős idő- és pénzügyi terhekkel jár.

Ezért megeshet, hogy azt a közzélekedést, hogy a munkát fedezi a közfinanszírozás, nem fogadja el (ez az arány orvo-

soknál 90%, a laikusoknál 70%), jogosnak érezve így a paraszolvenciát (1). Tekinthesse így az orvos sajátjogú védelmi eszközként is a paraszolvenciára a hatalmi önkénnyel szemben, mint olyan eszközre, ami a megálló fizetés ellenére megteremti neki az utat a polgári léthez.

Előfordulhat persze az is, hogy óhatatlanul jobban figyel arra a betegre, aki ad. Mindezen túl a paraszolvencia kalkulálható mennyisége befolyásolja a pályaválasztást is, ezen keresztül torzíva az ellátórendszert.

## MI ÚJSÁG A BIZTOSÍTÓ OLDALÁRÓL?

Nyilvánvalóan tudja, hogy a rejtőzködő pénz hozzájárul a rendszer életben tartásához. Ő is tapasztalja, tudja, hogy a hatalom magasabb szintjei nem fogékonyak az egészségügyi vezetés pénzügyi igényeire. A hálapénzrendszer hallgatóságos tudomásulvételével így egyrészt tompítja a feszült bérhelyzet miatti „intézményes” lelkiismeret-furdalását; másrészt elodázhathatja a valós költségeket tükröző finanszírozás kialakítását.

Mindezen túl a biztosító azt is tudja, hogy a beteg olyan szolgáltatásért is fizet, ami jár neki, és a társadalombiztosítás téríti, vagy olyanért, amit megtérít ugyan a társadalombiztosítás, de csak annak, akinek jár (pl. közgyógyellátási jogosultság).

Azt is tudja, hogy a beteg néha azért hálás, mert olyat kap ingyen, amit neki legalább részben térítenie kellene, illetve olyat, ami járna, de a szűkös lehetőségek miatt nem biztos, hogy jut neki. Bizonyosan még további okok is fellelhetők, de a jelenség bonyolultsága talán így is érzékelhető.

## A JÖVŐ HÁROM UTAT KÍNÁL

Marad minden a régiben, és egyik szereplő sem törekszik tudatosan a status quo megváltoztatására. Marad, ahogy volt, elfogadjuk a helyzetet, mint szükséges rossz. Ennek az alternatívának a tábora hazánkban is fogyatkozóban van.

A másik lehetőség, hogy átvesszük a nyugati polgári társadalmak gyakorlatát, annak progresszív elemeit. A helyzet az, hogy piacgazdaságban e fogalom nem értelmezhető sem a magánorvos, sem a közfinanszírozott orvos vonatkozásában. Ugyanis a beteg dönti el, hogy ingyenes vagy fizetős szolgáltatást vesz-e igénybe. Ebben a kontextusban illegális magánpraxisnak minősül, ha közalkalmazott közszolgálatokkal dolgozik – magánjövedelemért. Viszont a közintézményben is láthatnak el magánbeteget, ha ott szabályozottan dolgozik egy magánorvos. Ezekben a kultú-

rákban is megvan a borralaló intézménye, jelenthet ez desszertet, egy italt, bármit, a hangsúly a dolog csekély értékén van.

Akkor jó egy jogszabály, ha az egyértelmű és jól alkalmazható. Ha tartós eredményt akarunk, ha azt akarjuk, hogy a szabályozás az erkölcsi, jogi, pénzügyi felvetésekre egyszerre megnyugtató választ nyújtson, közérdeknek kell tekinteni, hogy az orvosok mindenkori jövedelme arányos legyen munkájuk társadalmi hasznosságával. Ezzel a fiatalok elvándorlása is megállítható. A lépés lehetőséget teremtene erélyes korrupcióellenes intézkedésekre, megszüntethető volna, hogy valaki kisajátítja a közösségi tulajdonost megillető bevételt.

A társadalombiztosítás által nyújtott csomag egyértelmű tisztázása is sok zavart felszámolna. Átlátható, egyszerű módon jeleznék a beteg és az orvos felé is, mely szolgáltatások járnak, s melyek igénybevétele mögött áll orvosi többletmunka, ami magától értetődően többletdíjazást igényel. Kiegészítő biztosítások vállalhatnák e többletszolgáltatások rendezését, a rászoruló számára pedig segélykasszán keresztül lehetne az ellentételezést biztosítani.

A „minden marad a régiben”, vagy az európai gyakorlat átvétele helyett kereshetünk sajátos új utat is, pl. a zöldkeresztes mozgalom képében.

A zöldkeresztes mozgalom felvetésének forrásigénye több tíz milliárd forint. Ebben az esetben a fiatalok méltó bérezésének kialakítása mellett szabályozottan, méltányosan kell rendezni az éveket, évtizedeket a rendszerben már ledolgozott kollégák bérezését is, különben joggal tarthatunk a valóban igazságtalan bérfeszültség kialakulásától. Ha ebben az irányban kíván elindulni az egészségügyi igazgatás, akkor a megoldás kulcsa nála, pontosabban a költségvetésben van.

A kérdés már csak az, mikor lesz pénz erre a büdzsében.

DR. PÁTRI LÁSZLÓ

Forrás:

1. Bognár Géza, Gál Róbert Iván, Kornai János: Hálapénz a magyar egészségügyben TÁRKI Társadalomtudományi Tanulmányok 17. <http://www.tarki.hu/kiadvany-h/soco/soco17.html>
2. Duna Televízió, Közbeszéd: Orvoselváborlás: zömmel a negyven alattiak döntenek a távozás mellett [http://www.dunatv.hu/itthon/orvosvandorlas\\_40alattiak\\_dontenek\\_tavozas\\_mellett.html](http://www.dunatv.hu/itthon/orvosvandorlas_40alattiak_dontenek_tavozas_mellett.html)
3. Jelentés az orvosi hálapénzről; Springer kiadó, 2000
4. A MEGOLDÁS: Zöldkeresztes mozgalom orvosaink itthon tartására! [http://www.rezidens.hu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20:a-megoldas-zoeld-ke-resztes-](http://www.rezidens.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=20:a-megoldas-zoeld-ke-resztes-)
5. Orvosok a zöldkeresztes mozgalomban [http://www.eges-zsegkalauz.hu/gyorskereso/?search=1&pos=0&limit=25&rovat=Gyorskereso&viewrovat=&kenyerszoveg=z%C3%B6ldkeresztes&do\\_search=Keres](http://www.eges-zsegkalauz.hu/gyorskereso/?search=1&pos=0&limit=25&rovat=Gyorskereso&viewrovat=&kenyerszoveg=z%C3%B6ldkeresztes&do_search=Keres)



Tisztelt Szerkesztőség!

## Szégyen

Teljes megrökönyödéssel olvastam a cikket, amit dr. Jójárt György írt lapjuk 2010/4 számában. A cikk címe „A homeopátiáról”, de csak a címe, mert egy olyan ember véleménye kapott itt nagy terjedelmet, akinek egyértelműen nincs még alapvető – akár laikustól elvárható – tudása sem erről a gyógymódról.

Szégyen, hogy egy magát szakmainak és érdekképviselet ellátónak tartó újságban ilyen dilettáns és gyalázkodó írás megjelenhet!

Ragaszkodom hozzá, hogy a szerző kérjen újságukban bocsánatot a homeopátiát ismerő, és azt alkalmazó orvosoktól! Önök szerint is kimeríti a becsületsértés fogalmát, ha valaki azt állítja, hogy „Dörzsölt üzletemberek átrázzák a balekokat:” ....? A cikk végén humorosnak szánt, rendkívül szánalmas „recept” is csak a szerző képességeit minősíti. Ha csak egyetlen oldalt elolvasott volna a szerző a homeopátiáról, akkor máris értené, hogy az általa ajánlott kiindulási anyagból szabályos eljárással is inkább a másnaposságra enyhülést hozó gyógyszert lehetne készíteni, és nem felszolgálható „buli italt”. Tudnék még idézni, csak felesleges több időt pazarolni egy ennyire méltatlan irományra.

Területi ellátási kötelezettséggel működő praxisomban kb. 5 éve alkalmazom sikeresen, paraszolencia és külön díjazás nélkül a homeopátiás – az egész Európai Unióban törzskönyvezett – gyógyszereket. Ezek a gyógyszerek – bár az OEP nem támogatja őket – sokkal olcsóbbak, mint az akadémikus orvoslás gyógyszerei, és hatásosságukat mi sem bizonyítja jobban, mint hogy csecsemők kezelésére is kiválóan alkalmas. Próbálkozzon meg bárki egyéves korig placebo hatás elérésével...

Vannak olyan felismerések az emberiség történetében, amik évezredek alatt sem évülnek el. A tüzet, a kereket, a Pitagorasz-tételt sem kellett megváltoztatni..., mert úgy jó, és érvényes, ahogy van. Ilyen a homeopátia is. Működik és gyógyít akkor is, ha még nagyon sokan vannak, akik sajnálják az időt, pénzt, fáradságot, hogy megtanulják az alkalmazását.

Ez nem baj, csak nem kellene terjedelmes cikkeket írniuk, de ha már megtörtént, talán nem lett volna fontos, hogy le is közljék.

DR. HAZADI ÉVA

HÁZI GYERMEKORVOS, HOMEOPATA

Tisztelt Szerkesztőség!

## Hamis

Legutóbbi lapszámukban megjelent egy írás „A homeopátiáról” címmel, Jójárt György doktor tollából. A cikk rendkívül bántó, sértő hangnemű minden homeopátiát alkalmazó orvossal, és elsősorban azon gyermekorvos-kollégákkal szemben, akik homeopátiás kezelést is alkalmaznak gyermekbetegeik körében, igen jó eredménnyel.

A cikk tartalma és tudományos gondolatai teljesen hamisak. A homeopátiának vannak tudományos bizonyítékai, és a Magyar Tudományos Akadémia orvos kezéhez rendelt terápiának minősíti. A homeopátiás tanfolyamok 2000 óta jelen vannak az orvosok posztgraduális képzés keretén belül, kreditpontot érő tanfolyamok. Homeopátiából évente rendez 2009 óta a PTE KAM tanszéke egyetemi licence vizsgát, melynek sikere alapján önálló homeopátiás rendelés nyitható. A homeopátiás terápia mint hatékony gyógy mód széles körben terjed, a lakosság igénye egyre nő e természetes és mellékhatásmentes gyógy mód iránt.

Mint nemzetközi homeopátiás oktatócentrum, tapasztalataink alapján legnagyobb számban a gyermekorvosok alkalmazzák sikeresen e terápiát, integrálva a mindennapi allopatiai gyakorlatukba. Oktatószervezetünk központja Párizsban van, 15 országban

– Európában, Amerikában – oktatnak és gyógyítanak a CEDH klinikai homeopátia szemlélete alapján. Oktatásunk végén nemzetközi diploma is szerezhető, ez a diploma előfeltétele a magyar egyetemi homeopátiás vizsgának.

Idén a IV. Magyar Homeopátia Kongresszust rendezzük meg. Számtalan szakmai sikert tudunk felmutatni, azaz homeopátiával kezelt gyógyult betegeket.

A megjelent cikk hangvétele, sértő szavai igen sok házi gyermekorvos-kolléga ellenérzését váltották ki, melyet oktatószervezetünk felé is jeleztek. Sokan felvállalják, ha kell, nevük aláírását is, hogy válaszoljunk erre a cikkre.

Kérem Önöket, hogy e levelemet jelentessék meg a lapban, a cikkre való reagálásként és adjanak lehetőséget arra, hogy a homeopátiáról szakemberekhez méltóan írjunk egy cikket.

Tisztelettel:

DR. ZARÁNDI ILDIKÓ

IGAZGATÓ

CEDH HUNGÁRIA HOMEOPÁTIA OKTATÓ ÉS ISMERETTERJESZTŐ KFT.



# A homeopátiának helye van a mai orvoslásban

A homeopátia az elmúlt hetekben a média keresztútjába került, „médiaszereplővé” vált. A szkeptikusok akcióját nem szeretném kommentálni, a homeopátiát értő, ismerő kollégák jól tudják, hogy a Gelsemium 15 ch-nak feszültségoldó, vizsgadrukksökkentő és influenzaellenes hatása van, így aki ebből vesz be, az lazán, fesztelenül tud szerepelni. Ez történt.

Néhány alapelvet és félreértést szeretnék tisztázni.

A homeopátia egy terápiás módszer, a diagnosztika azon alapul, amit az orvosegyetemeken tanultunk és a mai képpalkotó, labor- és egyéb diagnosztikai eljárásokkal igénybe vehetünk. A Magyar Tudományos Akadémia a homeopátiát ezért orvos kezéhez rendelt terápiának minősíti, hasonlóan pl. az akupunktúrához, neuráalterápiához. A homeopátiás gyógyszerek minőségbiztosított, törzskönyvezett gyógyszerek mindenhol az Európai Unióban és a világban. A homeopátiás gyógyszerek a szervezet öngyógyító mechanizmusait stimulálják, azaz mai fogalmakkal élve megkeresik az immunrendszer gyenge pontját, s a megfelelő irányba hatva (allergiánál csökkentik, gyulladásoknál erősítik), egyensúlyba állítják a működését.

A homeopátia bizonyításáról több kísérlet is ismert, amit a XX. és XXI. században orvosok és fizikus tudósok végeztek. A homeopátia fejlődő tudomány, amíg Hahnemann kb. 600 féle gyógyszerrel kísérletezett ki, addig ma már több mint 4000 homeopátiás gyógyszert ismerünk. A betegségek is változtak, ahogy a technikai civilizáció is, a mai kor betegségeit (mint pl. autoimmun-folyamatok, kórokozók – baktériumok, vírusok – által terjesztett betegségek, pszichés betegségek) is kiválóan lehet homeopátiával kezelni. A betegek nagy része azért jön homeopátiás kezelésre, mert a jelenlegi hagyományos orvoslás nem tudta meggyógyítani!

A homeopátia nem csodaszor, megvannak a határai és feltételei: A – reverzibilis folyamatokban hat, B – létezen olyan homeopátiás gyógyszer, mely alkalmas konkrét betegségek kezelésére. Homeopátiás gyógyszert, ha egészséges egyén vesz be egy alkalommal, akkor nem történik semmi, de nem lép fel mellékhatás sem! Malignus tumorokat nem lehet kezelni vele, de kiegészítésként fájdalomcsillapításra, a kemo- és sugárterápia mellékhatásainak csökkentésére alkalmas.

A homeopátia működésének elismerésére, kontra tagadására egy példát hoznék, Semmelweis példáját: Semmelweis Ignác tisztán empirikus úton jutott el a következtetéséhez. Az ellenfelei mikroszkóphasználattal lehetőséggel sem tudták felismerni a kórokozókat. Amikor kitört az 1848-as forradalom, a bécsi orvosok megszabadultak „tudománytalan” magyar kollégájuktól, akinek Pestre kellett költöznie. Semmelweis távozásával megszűnt a kényelmentlen kézmosás, ezzel egyidejűleg azonban újra rekordmagasságba szöktek a gyermekágyi lázzal összefüggő halálozások. Csak Semmelweis halála után bizonyosodott be, hogy a tisztán empirikus felfedezése az antiszeptikus eljárás gyakorlati megalkotása volt.

## KÍSÉRLETEK ÉS KUTATÁSOK

Több mint 150 klinikai vizsgálat létezik, amelyek a homeopátia hatását vagy placebóval szemben, vagy más, hagyományos gyógyszerrel szemben vizsgálják és értékelik.

Természetesen léteznek olyan kutatások is, ahol szignifikáns hatást mutattak ki, amelyek a homeopátiás szerek hatását sejtkultúrákon, növényeken, állatokon tanulmányozzák, vagy a fizikai és kémiai tulajdonságokat vizsgálják. A placeboeffektus ezekben a vizsgálatokban nem látható, amíg a homeopátiás szerek hatása igen.

1. Bastide és munkatársai a Thymulin C30-al stimulálni tudták olyan csirkék komplex immunválaszát, amelyeknél a Bursa fabricii-t embriónális korban eltávolították (ezáltal kizárt volt a természetes specifikus immunválasz lehetősége).

2. Ebihalak metamorfózisának sebességét voltak képesek szignifikáns mértékben megváltoztatni Tiroxin C30-al, mégpedig a farmakológiai koncentrációnál tapasztalható hatással ellentétes módon. Szomorú, hogy a bizonyítékok mellett a homeopátiával szemben szkeptikusok azt hiszik, hogy a homeopátia nem használ, és egy, a Lancet-ben megjelent cikkre hivatkoznak (2005.) Az említett Lancet-cikk szerzői megállapítják, hogy csak a magas minőségű vizsgálatokat szabad figyelembe venni. De az összegzésnél figyelmen kívül hagyták a korábban megjelent meta-analíziseket (*Lancet*, 1997 és *British Medical Journal*, 1991), melyek nagyon határozottan pozitív eredményt mutattak ki. Nem ítélték elég magas színvonalúnak azokat a tanulmányokat, ahol nagyszámú beteget vizsgáltak, habár kettős vak próbával szemben történt a klinikai vizsgálat, de bevettek az összehasonlításba olyan vizsgálatokat, amelyek elfogultak voltak. Kizártak az összehasonlításból négy tanulmányt, köztük egy olyat, amely a BMJ-ben jelent meg, 253 alanyt vizsgált, és eredményes volt, és egy, a Lancet-ben megjelent, 144 szénanáthás beteg eredményeit vizsgáló pozitív tanulmányt. Így ennek az összefoglaló tanulmánynak az eredménye, miszerint a homeopátia nem hatásos, nem fogadható el, nem tartható szignifikánsnak.

3. A WHO megállapította, hogy a gyermekkori hasmenés az egyik legsúlyosabb népegészségügyi problémája a világnak, mivel gyermekek milliói halnak meg évente a hasmenés következtében fellépő kiszáradás miatt. Ebből a megfontolásból három kettős vak kontrollált vizsgálatot vezettek le, az egyénileg választott homeopátiás szer hatásának vizsgálatára, gyermekkori hasmenés esetén. Egyike ezeknek a vizsgálatoknak megjelent a *Pediatrics*-ban, és mind a három tanulmány arról számol be, hogy a homeopátia hatásos ezekben az esetekben.

4. Az University of Vienna tanulmánya kimutatta, hogy a krónikus obstruktív tüdőmegbetegedéssel kezelt betegek (az USA-ban ez a negyedik halálokl!) és a súlyos szepszis (amikor a kórházba került betegek halálozási aránya általában 50%) halálozási aránya a homeopátiás kezelés mellett felére csökkent! Ha a homeopáti-



ás orvoslással kapcsolatos vizsgálatot végzünk, csak akkor kapunk valós eredményt, ha azt a homeopátia alapelveinek figyelembevételével tesszük.

5. Az Oscillococcinum influenzaszerű tüneteket enyhítő hatása, amit három, egymástól függetlenül dolgozó kutatócsoport is vizsgált (Ferley és mtsai, 1989; Casanova és Gerard, 1992; Papp és mtsai, 1998).

6. A Kalium bichromicum 30 CH homeopátiás szer hatásának vizsgálatát krónikus hörghurutban és tüdőtágulatban (krónikus obstruktív tüdőbetegségben) szenvedő, kritikus állapotú, korábban dohányzó betegeknek. Itt a makacs, letapadó torokváladéokra gyakorolt hatást vizsgálták (Frass és mtsai, 2005).

7. Az Aspirinum 15 CH bevétele felfüggeszti az aszpirin trombozisztató hatását és trombus képződik. (Benveniste, J. és mtsai, 1988.)

8. Az Arsenicum album 7 CH adása megszünteti a beinjektált arzén mérgezési tüneteit, azaz a kísérleti állatok túléltek a halálos dóziszú arzén beadását. (Benveniste, J. 1988)

9. A Histaminum 15 CH csökkenti a bazofil sejtek degranulációját, azaz megszünteti a felszabaduló histamin hatását. (Poitevin, B, Davenas, E, Benveniste, J. Br.J.clin.Pharmac. 1988.25.439-444.)

### HOMEOPÁTIÁS KUTATÁSOK NAPJAINKBAN

Luc Montagnier – a HIV egyik felfedezője, aki 2008-ban elnyerte a Nobel-díjat – nagy horderejű kijelentést tett a homeopátiával és a homeopátiás dózisokkal kapcsolatban: „Nem állíthatom, hogy a homeopátiának mindenben igaza van. Pillanatnyilag annyit mondhatok, hogy a nagyfokú hígításoknak van létjogosultsága. Valaminek a nagymértékű hígításai nem tekinthetők pusztán semminek. Ezek olyan vízstruktúrák, amelyek az eredeti molekulákat utánozzák.”

10. Egy 2009-ben közzétett tanulmányban Montagnier kimutatta, hogy egyes bakteriális DNS-szekvenciák képesek elektromágneses hullámokat gerjeszteni, még az erősen (akár 1018-ig) hígított vizes oldatokban is. Kimutatta, hogy amikor a sok, egymást követő hígítás és a homeopátiában használt ütve rázás után már elvileg nincs molekula az oldatban, az eredeti anyag elektromágneses tulajdonságai tárolódnak és erős biológiai hatást képes kifejteni. Ez a tanulmány nagymértékben hozzájárul az egyre bővülő homeopátiásbizonyíték-bázishoz. (Forrás: The Huffington Post) Montagnier szerint Európában egyfajta félelem övezi a homeopátiás bizonyítások témáját. Egy francia orvostudósra, dr. Jacques Benveniste-re utal, aki homeopátiás dózisokkal kapcsolatos kutatásokat végzett. Montagnier „modern Galilei”-nek tartja őt.

Tavaly indult Angliából az a homeopátiaellenes fellépés, ahol a Brit Alsóház Tudományos és Technológiai Bizottsága támadni kezdte a homeopátiát, azzal a nem titkolt szándékkal, hogy csökkentsék a homeopátiás szerek támogatottságát. Nem sikerült, a vitákban a homeopátia kerekedett felül, és továbbra is az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálatától ugyanolyan mértékben támogatott gyógymód maradt, mint addig is!

Egy friss európai sikerről is be kell számolni: Svájcban, 2005-ben, az akkori egészségügyi miniszter törölte a homeopátiát (és más alternatív gyógymódokat) az alapbiztosítási finanszírozásból. Egy 2010-es népszavazáson azonban a szavazók 67%-a más

véleményen volt, és ennek eredményeképpen 2012-től a homeopátia és még négy alternatív gyógyászat hatéves próbaidőre visszakerül a támogatott eljárások közé és az orvosképzésbe. A [www.aerztezeitung.de](http://www.aerztezeitung.de) című orvosi honlapon jelent meg ez a cikk.

A homeopátiás terápia költséghatékony módszer, a homeopátiás gyógyszerek pár száz forintba kerülnek, a homeopátiás orvosok vizitdíja nem több, mint a más szakterületeken dolgozó orvosok magán-vizitdíja, ráadásul valóban több időt fordítunk a betegre. A homeopátiát sok európai országban, kórházban is használják, a hagyományos terápia mellett, kiemelve Anglia és Franciaország példáját. A homeopátia egyik fontos előnye a mellékhatás-mentessége, így bárkinek adható, csecsemőkortól kezdve a várandós és szoptató kismamákon át az idős, legyengült szervezetű betegekig. A homeopátiás gyógyszerek kombinálhatók a hagyományos gyógyszerekkel, nem zavarják egymás hatását – hiszen az egyik kémiai úton, a másik fizikai úton hat –, hanem kiegészítik.

Összefoglalva, ma az informatika világában, a mobiltelefonok, mikrohullámú sütők és az internet világában nem lehet azt mondani, hogy csak kémiai, vegyi, anyagon alapuló hatások működnek, hanem fizikai szinten, nem molekuláris információáramlás is van! A newtoni energiamegmaradás törvényét nem lehet megkérdőjelezni, a fizikában ez a legáltalánosabb törvény, amelyet a természet minden jelenségére alkalmazni lehet.

A homeopátia a XXI. század információs orvoslása, paradigma-váltásra van szükség. A homeopátia elterjedtsége, terjedése, a több mint 200 éve regnáló működése, a számos gyógyult beteg is a hatásosságát bizonyítja.

DR. ZARÁNDI ILDIKÓ

BELGYÓGYÁSZ, HOMEOPÁTIÁS ORVOS, IGAZGATÓ

CEDH HUNGÁRIA KFT. – NEMZETKÖZI HOMEOPÁTIÁS

OKTATÓ ÉS ISMERETTERJESZTŐ SZERVEZET

Orvos- és gyógyszerész kollégáim nevük megjelölésével állnak ki mellett, hogy a homeopátiának helye van a mai orvoslásban: dr. Angyal Dávid, dr. Aranyos Edit, dr. Aszalós Katalin, dr. Árendás József, dr. Barabási Pirokska, dr. Bánházi László, dr. Beregszászi Márta, dr. Bodor Bíborka, dr. Brumbauer Katalin, dr. Buki Mária, dr. Chrametz Katalin, dr. Csiak Gyula, Damásdiné dr. Szilágyi Szilvia, dr. Debreczi Szerén, dr. Dérer Cecília, dr. Egri Márta, dr. Elekes Edit, dr. Erdélyszky Márta, dr. Fehér-Pénovátz Éva, dr. Fornai Katalin, dr. Földi Ágnes, dr. Gyimesi Hilda, dr. Hajdúhegyi Ágnes, Havasi Lászlóné, dr. Hazadi Éva, dr. Hockné dr. Bíró Krisztina, dr. Hóbor Béla, dr. Kamarás Zsuzsanna, dr. Kánitz Edit, dr. Kis-Szabó Teodóra, dr. Kocsis Gabriella, dr. Kuklis Eszter, dr. Kurucz Edina, dr. Linkai Roberta, dr. Lipcsei Gabriella, dr. Lukács Dóra, dr. Marton Anita, dr. Mária Alexandra, dr. Méryni Ágnes, dr. Mészáros Gabriella, dr. Munkácsi Katalin, dr. Nagy Annamária, dr. Nádory Éva, dr. Németh Zsuzsanna, dr. Omais Erika, dr. Orovica Anna, dr. Pataki Márta, dr. Pádi Éva, dr. Pálmai Éva, dr. Petercsák Edit, dr. Román Éva, dr. Rozbora Anna, dr. Scholz Erzsébet, dr. Selmeczi Lia-Diana, dr. Sinka-Pálkás Rita, dr. Szabó Mária, dr. Sziklai Melinda, dr. Szilágyi Katalin, dr. Tajti Tamás, dr. Takács István, dr. Telegdy Margit, dr. Tolnai Valéria, Tóthné dr. Berta Mónika, dr. Vándor Éva



## Egyszerűsített engedélyezési eljárás

Amellett, hogy javarészt egyetértek *Jóhart György* figyelemfelkeltő cikkében<sup>1</sup> megfogalmazott állításaival, néhány ponton szeretném kiegészíteni az általa leírtakat.

Való igaz, hogy a homeopátia elvei az elmúlt 220 évben nem sokat változtak, a készítmények választékában jelentős átalakulás figyelhető meg. *Hahnemann* *Materia Medica Pura* című művében mindössze néhány tucat szer gyógyszerképét írta le. Ma hazánkban mintegy 3300 homeopátiás gyógyszer van forgalomban, amelyek közül számos olyan alapanyagokon alapszik, amelyeket *Hahnemann* soha nem vizsgált. Ez persze nem lenne baj, hiszen a választék szélesedése a homeopátia fejlődésének velejárója is lehetne. Valójában azonban a homeopátia ma is ott tart, ahol *Hahnemann* idején: a módszer gyógyhatásának módjával kapcsolatos elméletekre nincsenek tudományos bizonyítékok, és a klinikai vizsgálati eredmények közelről szemlélve egyáltalán nem olyan tetszetősek, mint azt a módszer hívei állítják.

Mindemellett egyre több olyan homeopátiás szer is megjelenik a forgalomban, amelyek a homeopátia követőit is erősen megosztják: a berlini falból<sup>2</sup> és a mobiltelefonból<sup>3</sup> készült termékek elfogadottsága talán az ő köreikben sem általános. Igaz, ezek a szerek nem rendelkeznek a magyar gyógyszer-engedélyező hatóság, az Országos Gyógyszerészeti Intézet engedélyével. Azok, amelyek viszont igen, gyógyszernek minősülnek, még ha ez sokak nemtetszését váltja is ki. A Magyarországon érvényes Gyógyszer törvény<sup>4</sup> és egyéb rendeletek<sup>5</sup> a homeopátia szabályozását egy európai uniós direktíva<sup>6</sup> elveinek megfelelően szabályozzák. Ennek értelmében homeopátiás szer az, amelyet homeopátiás módszerrel, homeopátiás törzsoldatból készítenek. Mint látni fogjuk, ez a definíció meglehetősen tág kereteket szab a készítmények dozírozására illetően.

Bármily meglepő, a homeopátiás gyógyszerek engedélyezése során az allopatias gyógyszerekre vonatkozó szigorú feltételek érvényesek, azaz mind a hatásosságot, mind a biztonságosságot igazolni kell. Egy „kiskapu” azonban van: egyszerűsített törzs-

könyvezési eljárás alkalmazható azon termékekre, amelyekben nincs feltüntetett terápiás javaslat, és amelyekben a törzsoldat nagyon nagy hígításban található.<sup>5</sup> Nem meglepő, hogy a forgalomban lévő készítmények több mint 95%-a az utóbbi, a hatásosság igazolását nem igénylő engedélyezési eljárás eredményeként került piacra.

Az elenyésző kisebbség, azaz mintegy 130, „hagyományos” gyógyszer törzskönyvvel rendelkező homeopátiás készítmény vizsgálata során érdekes megfigyeléseket tehetünk: a termékek jellemzően sokkomponensűek, csomagolásuk és beteg tájékoztatójuk az indikációk és az ellenjavallatok, mellékhatások felsorolását tekintve nagymértékben hasonlít az allopatias gyógyszerekére. És ami talán a legkülönösebb: számos termék őstinktúrát, azaz növények hígítatlan kivonatát tartalmazza. Egyes készítményekben az alkalmazott dózis ugyanolyan nagyságrendben van jelen, mint az azonos növényből készült allopatias gyógyszerben! Nem meglepő, hogy a feltüntetett mellékhatások is azonosak, az viszont meglehetősen távol áll a homeopátia elveitől: „dopaminerg hatását állatkísérletek igazolták, ennek következtében dopaminreceptor-antagonisták egyidejű adásakor kölcsönös hatásgyengülés jelentkezhet”.<sup>7</sup> Ezek a készítmények eléggé eltávolodtak a *Hahnemann* elveitől: nem végtelenségig hígított kivonatokat tartalmaznak, hatásuk megmagyarázható a klasszikus farmakológia fogalmaival. Hatásosságukat klinikai vizsgálatok is alátámasztják, jóllehet a nyilvánosan hozzáférhető vizsgálatok minősége gyakran kívánivalót hagy maga után.

Bár meglehetősen abszurd, hogy a homeopátiás termékek között számos olyan található, amely inkább tekinthető allopatiasnak, a gyártók semmilyen törvényt nem sértenek. A jogszabályok ugyanis csak a homeopátiás módszerekkel történő előállításról írnak elő, a hígítások számára nem tartalmaznak előírást (az lehet nulla is). A készítmények minősége, hatásossága, biztonságossága nyilván megfelelő, hiszen

megfelelnek a gyógyszerekkel szembeni előírásoknak. Ezekre tehát nem érvényes a homeopatikumokkal szemben gyakran ironikusan megfogalmazott kritika, hogy nem többek zavaros ideológiával társított placebo.

A homeopátiával mint gyógyászati rendszerrel kapcsolatosan megfogalmazható kritikáktól el kell választani a módszer jogi szabályozását illető kifogásokat. Előbbivel több magyar nyelvű közlemény foglalkozott, amelyek közül az e folyóirat hasábjain megjelent íráson kívül alapvető jelentőségű és ma is aktuális *Rák Kálmán* évekkel ezelőtt megfogalmazott véleménye.<sup>8</sup> Ami a jogi szabályozást illeti, nyilvánvaló, hogy hibás az a rendszer, amely lehetővé teszi az allopatias dózisu homeopatikumok forgalmazását, hiszen az ilyen készítmények ellentétesek a módszer eredeti elveivel és a fogyasztói elvárásokkal. Ugyanígy az is joggal kritizálható, hogy a „hagyományos” homeopátiás szerek gyógyszer néven azt a benyomást keltve vannak forgalomban, hogy hatásosságuk bizonyított.

Előítéletektől mentesen, ugyanakkor a hagyományos orvoslás és a farmakológia elveit szem előtt tartva a homeopátiás szereket két nagy csoportba oszthatjuk: a hatóanyagot nem tartalmazó, bizonyítatlan hatású, és a hatóanyagot tartalmazó, potenciálisan hatásos készítmények csoportjába. A bizonyítékokon alapuló orvoslás elvei szerint előbbieknek nem lehet helye a gyógyszerkincsben, utóbbiak stáusza egyedi megítélést igényel.

Napjainkban, amikor egyes természetgyógyászati, alternatív/komplementer módszerek virágkorukat élik, nehéz feladat a konzervatív orvosláson kívül lévő metódusok helyének meghatározása. Az ún. természetgyógyászat túl nagy halmaz ahhoz, hogy általánosított véleményt formálhassunk róla. A kritika nélküli elfogadás kockázatai nyilvánvalóak, de a negatív előítéleteken alapuló elutasítás veszélyeit rendszerint alábecsülik. Az érvek nélküli elutasítás a beteg részéről titkolózáshoz vezethet és bizalmatlanságot szülhet. Kétségtelen, hogy helytelen gyakorlat olyan

módszert ajánlani vagy jóváhagyni, amelynek hatásosságáról nem vagyunk meggyőződve, de a tájékozódás nélküli negatív véleményformálás sem szolgálja a beteg érdekét.

Szükséges lenne, hogy az alternatív gyógyászat értékes, hatásos és biztonságos komponensei integrálódjanak a modern orvoslásba, a haszontalan vagy káros elemek pedig kerüljenek ki a (természet)gyógyászati gyakorlatból. Ez csak úgy lehetséges, ha ezeket a módszereket részleteikben vetik alá a ma elvárt színvonalú vizsgálatoknak, és az (akár pozitív, akár negatív) eredményeket nem terjesztik ki a teljes gyógyászati módszerre. Így például egyetlen homeopátiás szer hatásosságát igazoló vizsgálat bizonyítja a homeopátia létjogosultságát az európai medicinában. A különböző módszerek tudományos alapú értékelése elvezethet oda, hogy a konzervatív orvoslás hatékony módszerekkel és készítményekkel egészül ki. Az így létrejövő egységes orvoslás eszménye nemcsak szakmai szempontból kívánatos, de a betegek elvárásainak is megfelel. Rák Kálmán szavaival: „A cél világos: a hivatalos orvoslás, eszközeinek és eljárásainak revíziójával érdemelje ki a tudományosan megalapozott medicina elnevezést; ehhez az kell, hogy szabaduljon meg a ráakódott sallangoktól, de gazdagodjék is azokkal a ma még alternatívnak nevezett eljárásokkal, melyek kiállják a megméretést, az elfogulatlan és egyformán következetes szigorú próbát. Érvényesítse az emberközpontú, holisztikus szemléletet is. A kétféle medicina kritikátlan integrációja nem lehet helyes, egyik félnek sem kedvezne. Egy más, egy jobb, minőségében is új, drága, de nem pazarló, racionális gyógyászat lehet a jövő orvoslása.”<sup>9</sup>

CSUPOR DEZSŐ EGYETEMI ADJUNKTUS  
SZTE, GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KAR,  
FARMAKOGNÓZIAI INTÉZET

<sup>1</sup> Jójárt György: A homeopátiáról. Hírvivő, 2010; 4: 22.

<sup>2</sup> [http://www.interhomeopathy.org/berlin\\_wall](http://www.interhomeopathy.org/berlin_wall)

<sup>3</sup> [http://www.interhomeopathy.org/mobile\\_phone](http://www.interhomeopathy.org/mobile_phone)

<sup>4</sup> 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról ([http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0500095.TV&kif=homeop%C3%A1ti%C3%A1s\\*#xcel](http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500095.TV&kif=homeop%C3%A1ti%C3%A1s*#xcel))

<sup>5</sup> 52/2005. (XI. 18.) EüM rendelet az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról ([http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0500052.EUM&kif=homeop%C3%A1ti%C3%A1s\\*#xcel](http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500052.EUM&kif=homeop%C3%A1ti%C3%A1s*#xcel))

<sup>6</sup> ([http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir\\_2001\\_83\\_cons2009/2001\\_83\\_cons2009\\_hu.pdf](http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2001_83_cons2009/2001_83_cons2009_hu.pdf))

<sup>7</sup> Mastodynon tableta tájékoztató ([http://www.ogyi.hu/kiseroirat/ah/ah\\_0000027497\\_20100407140803.doc](http://www.ogyi.hu/kiseroirat/ah/ah_0000027497_20100407140803.doc))

<sup>8</sup> Rák Kálmán: A Homeopátia kritikája. Természet Világa, 2001. I. különszám (<http://www.termeszetvilaga.hu/kulonsz/k001/rak.html>)

<sup>9</sup> Rák Kálmán: Merre tart az orvostudomány? Nem lehet kétféle medicina, ortodox és alternatív. Természet Világa, 2003. (<http://www.termeszetvilaga.hu/szamok/tv2003/tv0304/rak.html>)

## Mi a baj a homeopátiával?

Amikor 35 éve gyermekgyógyászatot hallgattam a SOTE-n, akkor a két klinikán nem egyformán kellett táplálni a csecsemőket, és más területeken is „iskolák” voltak, vagyis az illetékes tanszékvezetőn múlott, mi az igazság. Ma már nem fogadható el a személyes megfigyelés tudományos bizonyítékként. Nem fogadható el az a vélekedés, hogy „látom, hogy hat”. Hajlamosak vagyunk azokat az eseményeket rögzíteni, felnagyítani, ami az álláspontunkat erősíti. A szokatlan, meglepő hír terjed gyorsabban, és rögzül erőteljesebben. Nincs hírértéke, ha valaki a tudományos orvoslás keretei közt gyógyul. De ha egy varázslónak tulajdonítják a gyógyulást, arról ország-világ hamarosan tudni fog.

Már a XIX. sz. közepén megjelentek a statisztikai módszereken alapuló első epidemiológiai munkák, aminek folyománya-ként a XX. sz. második felében kialakult a bizonyítékokon alapuló orvoslás. Az egyik legfontosabb ilyen eljárás során a hatékonyságot úgy vizsgáljuk, hogy a két csoportba véletlenszerűen beálogatott, lehetőleg minden más tekintetben egyforma páciensek között csak a vizsgált eljárásban legyen eltérés. Sem a páciens, sem a vizsgálatot végzők, ill. a kiértékelésben szereplők sem tudhatják, hogy ki melyik csoportba tartozott. Csak a statisztikai számítások lezárása után szabad feltörni a kódot, amikor kiderül, melyik páciens, melyik csoportba került. Az esetleges placebohatás elkülvönítésére a vizsgálandó dolgot minden szempontból helyettesíteni kell úgy, hogy sem a vizsgáló, sem a páciens számára ne derülhessen ki, hogy ki melyik csoportban szerepelt. Ez a randomizált, kettős vak, placebokontrollált kísérlet, aminél ma nem tudunk jobbat. A vizsgálati eredmények végtelen vagy szándékos meghamisításának azonban végtelen lehetősége kínálkozik. A legnagyobb világlapokban is rendre jelennek meg tanulmányok, ahol a gyakorlott olvasó könnyen felfedezheti a turpisságot. Nemzetközi lapba szánt közleményhez csatolni kell, hogy nem áll fenn „conflict of interest”, vagyis nincs olyan (pénzügyi) érdekeltiségünk, ami a hamisításra ösztönözne. Valójában minden szerző érdekelt a publikációban, még akkor is, ha nincs kimutatható pénzügyi összefonódás a vizsgált eljárással kapcsolatban. A homeopátia (hp) igazolásával kapcsolatos tanulmányokban kivétel nélkül homeopáták (HP) vesznek részt, így a „conflict of interest” mindenképpen fennáll. A *tudományos orvoslás* (nevezzük így, ne pedig hagyományosnak, azt a látszatot keltve,

hogy az „alternatív medicina” lenne a korszerűbb, újító, forradalmi) pont azért áll vesztesre az áltudományossal szemben, mert a tudósok a saját tudományukkal vannak elfoglalva, se pénzük, se kedvük a saját köreiket közvetlenül nem zavaró jelenségekkel foglalkozni. Az áltudomány azonban gazdasági létkérdés azok művelői számára. A hp szinte beruházás és innováció nélkül termel profitot, és ez van akkora üzlet, hogy bőven jusson annak reklámozására és lobbierdekek érvényesítésére, vagy a felelős bürokraták befolyásolására. Az sem zárható ki, hogy a megjelent publikációk nem teljesen elfogulatlan szerkesztőkhez kerültek.

A hp a „hasonlót hasonlóval lehet gyógyítani” elvén alapul, aminek valóság-tartalmát még senki sem bizonyította. A „kutyaharapást szőrével” mondás, amit gyakran idéznek a hp támogatására, maga is súlyos tévedés. Az hitték, a veszett kutya harapása veszélytelenné válik, ha az állat szőrével kezelik a sebet. A hp feltalálójának, Hahnemann-nak az eredeti megfigyelését, amely szerint a kínafa kérge lázrohamot okozna, eddig még senkinek sem sikerült reprodukálnia, pedig az egész téveszme ezen a – nyilvánvalóan elhibázott – megfigyelésen alapul.

A hp egyéb alapelveit sem sikerült még alátámasztani. A hígítási elvet az inspirálta, hogy az adott „betegségképet” előidéző szerek ártalmatlan mennyiségével lehessen gyógyítani. Hahnemann még nem tudhatta az Avogadro-számról, biokémia, biofizika a XVIII. sz.-ban még nem létezett, nem tudhatta, hogy a rázogatóással „potenciált” szerben adott esetben már egyetlen molekula sincsen. Nem tudhatta, hogy a rázogatózás során esetleg kialakuló vízmolekula-formációk a másodperc töredéke alatt szétbomlanak. Eddig még nem volt senki, aki meg tudott volna különböztetni két különféle hp-s szert. Gondoljunk bele, hogy 8 milliárd fényévnyi távolságból egy csillag felrobbanását le tudjuk fényképezni, meg tudjuk határozni a csillag anyagát, különböző sugárzásait. A most 17 milliárd kilométerre lévő Voyager űrszonda jeleit egy kis villanykörte teljesítményével egyenértékű 23 wattos adó sugározza a Föld felé és mire eléri a földi vevőállomást és ekkor teljesítményük  $10^{-16}$  watt. Egy digitális óra működéséhez 20 milliárdszor nagyobb energiára van szükség. A Voyager adását mégis tudjuk venni, rengeteg adatot nyerünk az általa vizsgált bolygók légköréről, sugárzásáról, mágneses erőtereiről. Ehhez képest, nem tudjuk a tenyerünkben tartott

két, „nagyhatású” hp-ás szert egymástól megkülönböztetni...

A hp támogatói erre azt szokták mondani, hogy Semmelweist sem értették meg, de megfélekedeznek arról, hogy 30 évvel később (még a XIX. sz.-ban) a fertőtlenítés alapelvei már elfogadásra találtak. Gyakran hozzák fel példaként az Aspirint is, felfedezésekor arról sem tudták, hogyan hatott, de azért már 40 éve ismerjük a hatásmechanizmusát, és ennek alapján vegyületek tucatjait szintetizáltuk, melyek a prostaglandinszintézis gátlásával több élettani működést képesek befolyásolni, és ezeket a hatásokat képesek vagyunk mérni is.

Az, hogy a történelem teli van meg nem értett tudósokkal, még nem jelenti, hogy minden sületlenségről kiderül, hogy tudomány.

Amikor a kritikusok azt állítják, hogy lehetetlen kétféle nagy hígítású (magas potenciájú) homeopátiás szert egymástól, vagy az oldószertől megkülönböztetni, akkor a homeopáták a következő érvekkel állnak elő. Dr. Zarándi Ildikó szerint ma már „... nem lehet azt mondani, hogy csak kémiai, vegyi, anyagon alapuló hatások működnek, hanem fizikai szinten, nem molekuláris információáramlás is van!”. Dr. Kecskés Gabriella szerint „a hp ... nem kémiailag fejt ki a hatását, hanem energetikailag. Tehát rezgésszinten” (RTL Reggeli, 2010.02.17). Dr. Cvetkov Márta elismeri „... hogy nincs benne molekula, de a homeopátia nem is a kémia törvényszerűségei alapján működik. ... A homeopátia a fizika törvényszerűségei szerint, és ezen belül is a kvantumfizika törvényszerűségei szerint hat” (TV2 Aktív, 2011.02.10.). Ezek a nyilatkozatok csak azt igazolják, hogy a hp képviselői távolról sem értik, mit jelentenek ezek a tudományos fogalmak, de hivatkoznak rájuk. Pontosan ezt nevezik áltudománynak.

Az utóbbi időben sokan idézik mint hp-át támogató kutatást Luc Montagnier 2009-es kísérletét. A Nobel-díjas virológus az utóbbi években az áltudomány zavaros vizeire tévedt. Cikkeit egy olyan folyóiratban jelenteti meg, aminek ő maga a szerkesztőbizottsági elnöke. Azt állítja, hogy a pathogen baktériumok és vírusok nukleinsava alacsony frekvenciás rádióhullámokat bocsát ki, és ez akkor is megfigyelhető, ha a nukleinsavoldatot  $10^{-18}$ -s hígításban vizsgálják. Ebben a hígításban már egyetlen nukleinsav-molekula sincs az oldatban. Megdöbbentő, hogy olyan mérőeszközt alkalmaz, amely teljességgel alkalmatlan a zajmentes mérésekre. Olyan kis energia méréséről van ugyanis szó, amit a minimális zaj is elfed. A tudományos világ nem azért fogadja hűvösen Montagnier ered-

ményeit, mert elzárkózik az új felfedezésektől, hanem mert a virológus megállapításai roppant gyenge lábakon állnak, miközben olyasmit állít, ami jól megalapozott ismereteinknek alapvetően mond elment.

A hp-ás szerek dokumentumain rendszeresen szerepel, hogy „a szervezet öngyógyító mechanizmusát stimulálják...”. Honnan lehet ezt tudni, milyen vizsgálatokkal támasztották alá ezt az állítást?! Zarándi dr. szerint a hp-ás szerek „megkeresik az immunrendszer gyenge pontját (!), s a megfelelő irányba hatva (!)... egyensúlyba állítják a működését”. Talán nem mindenkinek tűnt fel, de pár éve még a kutyatáp is erősítette az immunrendszert. Sokáig erősítette még a Danone joghurtja is. Ezek a reklámok lassan eltűnőben vannak, most már csak az Actimelbe kevert vitaminok „járulnak hozzá” az egészséges immunitáshoz. A laikusokat megcélzó blöff már megszokott, valószínűleg a lakosság nagy része fel sem fogja ezen állítások abszurditását. Orvosi közönségnek szánt ilyen kijelentésnek azonban súlya van. Mit feltételezhet rólunk, a tudományos orvoslás képviselőiről egy orvos, aki elereszt egy ilyen gondolatot?! Hol van az immunitásunk gyenge pontja? Az opszonizációnál, a leukotriének, az interferonok, a komplementek termelésénél, a phagocyt-funkciók körül, a természetes ölsejtek számában, működésében, a T-sejt szubpopulációk arányában?! És vajon hogyan képesek ebbe beleszólni a hp-ás szerek? Az immunitás végtelenül bonyolult kölcsönhatások rendszere, beleszólni roppant nehéz. Tönkretenni igen, de „javítani” csak komoly kockázatok árán, nagyon esetlegesen tudjuk.

Na jó, ismeretlen a hp tudományos háttere, mert még nem vagyunk elég okosak ahhoz, hogy a több mint 200 éves elképzelést megértsük. Majd a klinikai tanulmányok... Számptalan közlemény van, ami a hp hatásosságát támasztja alá. Lássunk egy-két példát.

Zarándi dr. utal az enteritisekből eredő évi sokmillió halálesetre. Az általa hivatkozott egyik vizsgálatot 20 évvel ezelőtt Nicaraguában és Nepálban végezték 242 gyermek bevonásával. A szakszerű kezelés mellett kapták a testre szabott homeopátiás szert, illetve a placebót. A hp-val kezelt csoportban a gyógyulás 20 órával (!) rövidült le. Szó sincs arról, hogy a hp-ás kezelés akárcsak egyetlen páciens életét is megmentette volna, sőt az infúzióra szoruló pácienseket be sem vették a tanulmányba.

Az említett súlyos szepszis kezelésével kapcsolatos vizsgálat 70 páciens bevonásával történt. Általában hasonló vizsgálatok esetében a túlélési arányt a 30. napon mé-

rik. A vizsgálatban a 30. napra számolva nem volt szignifikáns különbség a hp-val és a placebóval kezelt páciensek között (mindkét csoport megkapta a szabványos kezelést is). Szignifikáns különbséget csak a 180 napos túlélési rátában találtak, ez azonban nehezen magyarázható a korábbi homeopátiás kezeléssel.

Általánosságban elmondható, hogy bár jelentek meg a hp-át támogató közlemények a legrangosabb világlapokban is, azonban ezeket később rendre visszavonták vagy megcáfolták.

A legsikeresebb hp-ás szer, az Oscillo-coccinum egy tévedésen alapul. Egy évszázada, Joseph Roy izgó-mozgó (oszilláló) kerek baktériumokat (cocculus) vélt látni az influenzás emberek mikroszkópos szövetmintáiban. Ugyanezt megtalálta a pézsmakacsa szívéből és májából származó metseteken is. Ezeket az „Oscillo-coccusokat” vélte szinte minden betegség okozójának. Utóbb kiderült, hogy a Brown-mozgás következtében mozgó buborékokat látott a mikroszkópjával. Ezért készült az influenza elleni szer ma is a kacsa májából és szívéből. A HP-ák azóta sem törték magukat, hogy ezt a tévedést valahogy korrigálják, s valóban influenzás szövetekből készítsék a csodaszerüket.

A szer a Cochrane 2006-os metaanalízise szerint hatékonynak bizonyult: 6 órával (!) rövidítette le a gyógyulás idejét. 2010-ben a közlést visszavonták, de ez nem akadályozta annak, hogy a szert óriásplakátokon ma is így hirdessék: „Oscillo-coccinum – és fűtülhet az influenzára”.

Magyarországon csak orvos lehet HP. A tudományegyetemen megszerzett diplomájával vonzza magához a páciens, miközben a tudományos tevékenységgel összeegyeztethetetlen áltudományt művel. A hp-ás szervezetek honlapjainak tanúsága szerint leszólják a tudományos orvoslás vívmányait, pl. a védőoltásokról és az antibiotikumokról hamis információkat terjesztenek (állításuk szerint károsítják az immunrendszert), áltudományos tévhitekkel szórják tele a médiát. A HP-k káros hatása nemcsak abban mutatkozik, hogy ténykedésük miatt késlekedhet a diagnózis, vagy elmaradhat a hatékony kezelés. Az áltudomány terjesztésével aláássák a tudományos orvoslás reputációját, és segítik a többi áltudomány terjesztését is. A tudomány nem demokratikus intézmény, nem lehet aláírásgyűjtéssel igazolni egy áltudományos tételt. Megkérdőjelezhető annak a kollégának a kompetenciája, aki gyógyító tevékenysége során áltudományos eszközöket alkalmaz.



# Hazai táplálkozási szokások - kutatás magyarországi gyermekes nők körében

Prof. Czinner Antal

Táplálkozási szokásaink hosszútávon határozzák meg egészségi állapotunkat. Ezek az alapvető ismeretek egyre inkább a lakosság érdeklődésének homlokterébe kerülnek, de mint látni fogjuk ma még nem elég mélyek és teljes körűek. Talán ennek köszönhetően lehet arról beszélni, hogy az elhízás világszerte epidemiológiai probléma. A hazai statisztikák azt mutatják, hogy a BMI alapján meghatározott elhízott és túlsúlyos iskoláskorú gyerekek aránya a populációban 33% /Szonda Ipsos/, más vizsgálatok szerint 40% /OÉTI/. A felnőtt lakosságban ez az adat 61,8% /OÉTI/.

A tápanyagainkkal és különösen az EFA /esszenciális zsírsavakkal/ kapcsolatos ismereteinkről ad képet a Kutató Centrum online vizsgálata. A célcsoport 18 éven felüli, gyermekes nők voltak. A Magyarországon, Szlovákiában, Csehországban végzett felmérések közül most a hazai 1000 főre kiterjedő eredményeket mutatjuk be.

Az édesanyák általánosságban ismerik a táplálékcsoportokat: 86%-a fontosnak tartotta a fehérjéket, 46%-uk a szénhidrátokat, 30%-uk a zsírokat tartotta szükségesnek. A vitaminokat 95%, a rostokat 91%, az ásványi anyagokat 89% gondolta fontosnak.

Nem ilyen kedvező a zsírsavakkal kapcsolatos ismeretanyag. Tíz megkérdezettből 8 édesanya állította, hogy az elhízásban a zsírsavaknak döntő jelentősége van, ezért fogyasztásuk kerülendő. Mint azonban ismeretes, egyrészt a szénhidrátok szerepe az elhízásban legalább is azonos fontosságú, továbbá a zsírsavak fontos energetikai jelentősége alapvető. Lényeges tehát valamennyi tápanyag megfelelő arányú bevitele.

Különösen hiányos az anyák ismerete az un. EFA vonatkozásában. Tudjuk, hogy a telítetlen zsírsavak a szervezetben vitaminként viselkednek, önálló előállítására az emberi szervezet képtelen. Két fő csoportja az n-6 /arachidonsav/, valamint az n-3 /alfa-linolénsav, eicosapentoténsav, docosahexoénsav/ ismeretes. Számos biológiai hatása több élettani funkcióra terjed ki. A központi idegrendszer, a látás funkciók, az immunológiai történések, a sejtmembránok szerkezeti felépítése, a szérum koleszterin szint szabályozásának fontos vegyületei a telítetlen zsírsavak. Ezért a zsírsavakon belül táplálkozásunkban az n-3 csoport optimálisan 8%-ot, az n-6 csoport 2%-ot kell tartalmazzon. Ezeket a fontos tudnivalókat az

édesanyák 1-34%- a ismeri csak, miközben tíz megkérdezettből 9 hallott már az EFA-ról. Valójában azonban alig harmaduk tudja mik is az esszenciális zsírsavak.

Az esszenciális zsírsavaknál még kevesebb a megkérdezettek ismeretanyaga a transz-zsírsavak vonatkozásában. Európa számos országában ezeket a zsírsavakat igyekeznek kiküszöbölni az élelmiszerekből, miközben a hazai anyukák fele tudja csak, hogy a transz-zsírsavak biológiai hatása káros. 12%-a nem is hallott róluk, harmaduk pedig előnyösnek gondolja táplálkozás-élettani szempontból. A következő évek edukációs feladata lesz a transz-zsírsavak elöntetlen hatásainak széleskörű megismertetése, továbbá azoknak a táplálékoknak /chips, sült krumpli, krémekek, vaj, stb./ az ismerete, amelyek jelentős mennyiségű transz-zsírsavat tartalmaznak. Az elméleti tudás mellett ugyanis legalább olyan lényegesek a gyakorlati tudnivalók is. Fontos tudni, hogy mely élelmiszerekkel lehet a fiziológias igényeket kielégíteni. A telítetlen zsírsavak fő forrásai a tengeri halak, hazánkban a busa, az olíva olaj, de általánosságban a növényi olajok, a ma már igen jó minőségű, korszerű margarinkok. Sajnos a megkérdezettek mindössze harmada mondta csak azt, hogy havonta többször fogyasztanak tengeri halat, 28-29%-uk havonta legfeljebb egyszer, vagy még ritkábban eszik halat. 72%- a a megkérdezetteknek semmilyen formában nem pótolta a hiányzó esszenciális zsírsavakat. Valamivel jobb a helyzet a margarinnal, melyeket a kérdezettek 71%-a fontosnak tartotta ugyan, de naponta mégsem fogyasztja rendszeresen. Az édesanyák 39%- a a vajat - tévesen - egészségesebbnek gondolja, 27%-a mindkettőt egyformán jónak jelölte meg. Mindössze a megkérdezettek negyede tudja, hogy a növényi eredetű margarin korszerűbb, egészségesebb kenyérkenésre, főzésre egyaránt jól alkalmazható.

Itt kell megemlékeznünk a reggelizési szokásokról. A táplálkozás-élettani szakemberek a bőséges, rendszeres reggelizést igen fontosnak tartják. Jelentős a reggeli étkezés az elhízás megelőzésében is. Az obes gyermekek rendszerint nem reggeliznek, ugyanakkor a folyamatos nassolás jellemző erre a csoportra. A felmérés szerint a 10 éves kor feletti-ek valamivel több, mint a fele, a 16 évesek kevesebb mint a fele reggelizik. A reggelizők többnyire tejet, turmixot, joghurtot fogyasztanak, melyeknek telített zsírsav tartalma vi-

szonylag magas. A megkérdezettek háromgyede margarinos, vagy vajjas kenyeret eszik reggelente. Arra a kérdésre, melyiket tartja egészségesebbnek a válaszadó anyák a vajat 55%-ban, a margarint 33%-ban gondolták jobbnak. A müzli és gabonafélék fogyasztása nagyon ritka épp úgy, ahogy a reggelire fogyasztott gyümölcsöt is ritkán adják az édesanyák gyermekeiknek.

A gyermekek szempontjából összefoglalóan elmondható, hogy a fehérje, szénhidrát bevitelen kívül szükség van zsírokra, azaz zsírsavakra is.

A tápanyagok élettani szerepe ugyanis különböző. A szénhidrátok és zsírok, azaz a telített zsírsavak energetikai jelentősége ilyen módon nem kétséges.

A zsírsavak három csoportja, a telített zsírsavak, telítetlen zsírsavak és a transz-zsírsavak szerepét és ismereteit jelzi ez a nem reprezentatív mintán végzett tanulmány. A telített zsírsavak túlzott fogyasztása / állati zsiradékok, zsíros tejek, sajtok, vaj, stb/ kétségkívül obesitást okozhatnak. A telítetlen zsírsavak élettani jelentősége, hogy a vitaminokhoz hasonlóan azokat kívülről kell bevinnünk a szervezetbe, miközben biológiai szerepük a sejtnyagcserében, és ezen keresztül számos fiziológiai folyamatban nem megkerülhető. A gyermekek táplálkozásában a telítetlen zsírsavak étrendi mennyisége ugyanakkor az életkor előrehaladtával egyre kisebb. Hazánkban a növényi olajok, a margarin, a halfogyasztás növelésével lenne javítható a helyzet. Ehhez azonban a szülők széles köréhez kellene eljutatni a helyes étkezési ismereteket. Ugyanez vonatkozik a harmadik csoportra, a transz-zsírsavak elöntetlen biológiai hatásának ismeretére is. A fogyasztók tudatos felkészítése javíthat az élelmézipar termékeinek egyre egészségesebb termékskáláján. Ilyen példát láthatunk a hazai piacon megjelent étkezési margarinkok egyre korszerűbb, kedvezőbb zsírsavösszetételének kialakításánál.

A helyes ismeretek, az edukáció ma a megkérdezettek szerint az orvosoktól és a dietetikusoktól származik. Ezt a forrást kétharmaduk említette. A sorban a védőnők és a média következik /harmaduk/, míg az ÁNTSZ - t mindössze negyedük jelölte. Kizárólag a teljes népesség körében megvalósított széleskörű edukáció hozhat eredményt korszerű étkezési szokásaink kialakításában és ezen keresztül egészségünk megőrzésében.



## Homeopátia

Orvosi és laikus körökben már hosszú ideje vita tárgya a homeopátia létjogosultsága. Vannak, akik esküsznek hatásosságára, mások egyszerűen szemfényvesztésnek, kuruzslásnak tartják. Anélkül, hogy el akarják dönteni a kérdést, lássuk mit tart a homeopátiáról a legfőbb amerikai egészségügyi hatóság, a National Institute of Health (NIH). Az alábbiak az NIH honlapján található legújabb (2010. szeptember) információk rövidített változatát tartalmazzák.

A homeopátia azon az elven alapul, hogy kis mennyiségben, nagy hígításban adva, bizonyos anyagok – olyanok, amelyek nagyobb mennyiségben tüneteket vagy betegséget okoznak – stimulálják a szervezet természetes védekezőképességét. Ez a „hasonló gyógyítja a hasonlót” elve, amely azt jelenti, hogy például a hasmenést olyan szerrel kell gyógyítani, amely egészségesekben hasmenést okoz. A teória a világ számos pontján, egymástól függetlenül évszázadok, sőt évezredek alatt kialakult megközelítése a betegségeknek. Ezen az elven alapul a homeopátián kívül például a hagyományos kínai orvostudomány vagy az indiai ajurvédikus gyógyítás. A homeopátiát nemcsak gyógyításra, hanem megelőzésre és a testi jóllét fokozására is ajánlják.

Mik a homeopátiára vonatkozó legfontosabb tudnivalók?

A legtöbb, a közölt vizsgálatokat összefoglaló elemzés arra a következtetésre jutott, hogy kevés tény szól amellett, hogy a homeopátia bármilyen állapotot, betegséget hatásosan gyógyítana, bár találtak azért néhány erre utaló adatot is.

Az elnevezés a görög homeo (jelentése hasonló), és pathos (jelentése szenvedés vagy betegség) szavakból származik. A homeopátiás gyógyítás elve Hahnemann német orvostól származik a XVIII. század végéről, aki két alapvetésből indult ki:

- A „hasonlók” ideája már Hippokratésznál felmerült, ezt fejlesztette tovább Hahnemann, aki rendszeresen fogyasztotta a malária kezelésére akkoriban alkalmazott kínafa kérgét, és azt tapasztalta, hogy megjelentek nála a betegség tünetei. Ennek alapján jutott arra a következtetésre, hogy ha egy anyag egészséges

emberben képes valamilyen betegség tüneteit kiváltani, akkor kis mennyiségben adva a hasonló tüneteket megszünteti.

- A másik alapelve az volt, hogy a hígítás („a minimális adag törvénye”) fokozza a szer hatékonyságát, minél alacsonyabb a dózis, annál hatásosabb a szer.

A homeopátiás gyógyszereket fokozatosan hígítják (a harmincszoros hígítás az elfogadott) és közben alaposan rázzák. Ezt hívják a homeopátiában „potencirozás”-nak, és a homeopaták szerint ezzel az eredeti anyag információját vagy energiáját átadják a folyadéknak. A legtöbb homeopátiás gyógyszer olyan nagymértékben hígított, hogy abban az eredeti anyagnak már egy molekulája sem található meg, de a homeopaták úgy gondolják, hogy az eredeti anyag valamilyen módon mégis hat, lényeges tulajdonságait „átadja” a folyadéknak (ezt hívják a „víz memóriája”-nak) és ezzel stimulálja a szervezet öngyógyító tulajdonságát.

A homeopátiás gyógyítók a betegeket genetikai és személyes kórtörténetük, testfelépítésük, aktuális fizikai, emocionális és mentális tüneteik alapján kezelik. A hosszú vizitek alkalmával individualizált, személyre szabott gyógyításra törekednek, és nem ritka, hogy ugyanarra az állapotra, tünetekre vagy betegségre az egyes betegek különböző gyógyszereket kapnak.

A homeopátiás gyógyszerek a természetben, növényekben, ásványokban vagy állatokban található anyagokból származnak. A homeopátiás gyógyszereket bizonyos állapotok kezelésére, megelőzésére vagy a tünetek csökkentésére használják, például asztma, allergia, krónikus fáradtság szindróma, depresszió, fejfájás stb. esetén. Az Egyesült Államokban a homeopátiás gyógyszerek árusítására bizonyos szabályok vonatkoznak, például egyes súlyos betegségek (rák!) kezelésére csak receptre kapható homeopátiás szerek adhatók. Ezenkívül mindig fel kell tüntetni a hatóanyagot, a hígítás fokát, a javallatokat és mellékhatásokat.

A homeopátiás gyógyszerek tudományos vizsgálata nagy kihívást jelent, hiszen a hatóanyagot olyan kis mennyiségben tartalmazzák, hogy az – jelenlegi módszere-

inkkel – nem mérhető, ezért szinte lehetetlen a kontrollált, összehasonlító vizsgálatok végzése. Az is nehézséget okoz, hogy a homeopátiás gyógyítás individualizált, nincsenek előírások arra, hogy milyen tünetet, betegséget, állapotot melyik szerrel kell kezelni. Százával találhatók homeopátiás gyógyszerek, amelyeket a legkülönbözőbb hígításban ezer és egy állapot kezelésére alkalmaznak, a homeopátiában nincsenek homogén betegcsoportok. A homeopátiában alapvető a kezelő és kezelt közötti kölcsönhatás, amely a hatás egy részéért biztosan felelős.

A homeopátiát bírálók arra hivatkoznak, hogy annak alapvetése ellentétes a fizika és kémia jelenleg ismert törvényeivel, és hogy elképzelhetetlen, hogy az oldatban jelenlévő néhány (vagy egy sem) molekula valamilyen biológiai hatást fejtsen ki, ezért véleményük szerint a homeopátia tudományos vizsgálata értelmetlen. Mások szerint viszont azért, mert valami a jelenlegi tudományos elméletekkel nem magyarázható, még hatásos lehet, mint ezt számtalan megfigyelés bizonyítja.

Bár a homeopátiás szerek mellékhatásaival és rizikóival kevés vizsgálat foglalkozik, néhány tény érdemes rögzíteni.

- A rendelkezésre álló adatok szisztemás elemzése alapján a homeopátiás szerek nagy hígításban biztonságosnak mondhatók.
- A homeopaták azt állítják, hogy a szerek kezdeti adásakor a fennálló tünetek romolhatnak, erre azonban tudományos bizonyíték, megfigyelés nincs.
- A homeopátiás szerek ugyan rendszerint nem interferálnak a szokványos gyógyszerekkel, de azért jobb, ha a kezelőorvosnak tudomása van ezek szedéséről.

Néhány tanács:

- Fontos, hogy senki ne használjon homeopátiás gyógyszert olyan esetben, amikor ismert, bizonyítottan hatásos szerek állnak rendelkezésre.
- Senki ne kísérletezzen homeopátiás szerrel, ha komoly panaszai vannak, hanem forduljon minél előbb orvosához.
- Terhes anyák és kisgyerekek homeopátiás gyógyszerelését mindig meg kell beszélni a kezelőorvossal.

## NOVARTIS VACCINES – MENJUGATE-PÁLYÁZAT EREDMÉNYHIRDETÉSE

Örömmel tájékoztatjuk a tisztelt pályázókat, hogy a Novartis Vaccines által 2010 októberében kiírt Menjugate-pályázaton az alábbi eredmények születtek:

**Első helyezést ért el: Dr. Schemmel Ágnes**, Ásotthalom – házi gyermekorvos.

**Díja:** a helyezett által kiválasztott, Európában megrendezésre kerülő szakmai konferencián történő részvétel regisztrációs és szállásköltségének 400 000 Ft értékű támogatása.

**Második helyezést ért el: Dr. Matán Eszter**, Baja – házi gyermekorvos.

**Díja:** a helyezett által választott, hazai szakmai rendezvényen történő részvétel regisztrációs és szállásköltségének 200 000 Ft értékű támogatása.

*Gratulálunk a nyerteseknek! További jó prevenciók munkát kívánunk:*

*a Novartis Vaccines munkatársai  
Budapest, 2011. március 1.*

## Hozzászólás az orvosi vizsgálatokhoz

(Kínos. Hírvivő, XV. évf. 2010/4. sz., 18–21. old.)

Abban egyetérthetünk, hogy a beteg (vagy egészséges) embert mindig teljesen meztelenül kell(ene) megvizsgálni. Ehhez azonban megfelelő helyzetet kell teremteni és – gyerekek esetében – „lelkileg” elő kell készíteni a vizsgálatot. Meg kell mondani, hogy nem az orvosnak fontos, hogy mindenre fény derüljön, és az orvosnak teljesen mindegy, hogy melyik testrészt vizsgálja. A nemi szervet azért is meg kell vizsgálni, mert ott is lehetnek bajok és azt a „tulajdonoson” kívül senki se veheti észre. Előre meg kell mondani, hogy a fejlődő mellék megtapintása (leányokban és fiúkban egyaránt) mennyire indokolt. A vizsgálatot pedig a lehető legrövidebben kell elvégezni. Beszélgetni csak a már felöltözött gyerekekkel szabad.

Általában ragaszkodni kellene, hogy legyen jelen a (gyerekkel azonos nemű) szülő. Ez persze iskolai szűrővizsgálat esetén aligha elérhető, már csak ezért sem célszerű ilyen vizsgálatok során teljesen meztelenre vetkőztetni a tizenéveseket. A teljes test vizsgálatát végezze inkább a házi gyermekorvos, amint ezt Kálmán Mihály is javasolja. De ilyenkor is meg kell engedni, hogy a felsőtest vizsgálata után a gyerek fölvegye a melltartóját, ingét, pólóját és csak azután kell levétni a bugyiját, alsónadrágját. Így kevésbé érzi magát kiszolgáltatottnak és kevésbé gondolja, hogy az orvos az ő meztelen testét akarja nézegetni. Persze a teljes test egyszerre való megtekintése is fontos lenne (tartási rendellenességek, gerincgörbületek stb.)

Azt el kell érni, hogy minden vizsgálatkor csak a gyerek, az orvos, és a védőnő/

asszisztensnő legyen a szobában! Az ajtót be kell zárni, ne léphessen be akárki a vizsgálat közben. Nem is annyira az emberi méltóság védelme, mint inkább az orvosi titoktartás biztosítása érdekében. A cikkben leírt gyermeki véleményeket figyelembe kell vennünk. Egyáltalán nem közömbös, hogy a pubertásban lévő gyerekeknek milyen véleményük alakul ki rólunk, orvosokról. Bizonyára akadnak az orvosok között is pedofilek, de igen elenyésző számban. (Az ilyesminek a tárgyalása a médiában mostanában nagyon divatos, könnyen lehetséges, hogy ezért gondoltak ilyesmire a lányok...) Nem szabad, hogy a fiatal generáció abban a hitben éljen, hogy az orvos a vizsgálatot „élvezi”. Bizony nem nagyon élvezzük az intim testtáj vizsgálatát. Pontosan annyira nem, mint például az orr, a fül, vagy a térd vizsgálatát. Egy elhanyagolt, folyással szennyezett vulva, vagy egy bűzös hímvessző vizsgálata nem tartozik a legnagyobb orvosi örömeik közé.

A nemi szerv tájékát évezredek óta takargatják az emberek. Ennek racionális oka voltaképpen nincsen, de így alakult, és ezt tudomásul kell vennünk. Van olyan leány és fiú, aki vizsgálatkor nem hajlandó a nemi szerve tájékát fölfedni, de van olyan is, aki egy pillanat alatt meztelenül áll az orvos elé.

A leányok és a fiúk nemi szervének vizsgálata elengedhetetlen. Sajnos ezt még a legkitűnőbb gyermekorvosok is sokszor elmulasztják. Ennek számos oka van: időhiány, a gyermek vagy hozzátartozójának szemérmes tiltakozása, súlyos légúti betegség, amikor nem tűnik fontosnak, ha-

laszthatatlannak az egész test részletes vizsgálata stb. Került elém olyan tizenéves, akit csecsemőkora óta senki sem vizsgált „alulról”. Anyja vagy apja se nézte meg. Volt, aki 13 éves korában került hozzám és ekkor észleltem: phymosisa van. Egy nagybacska leányt hasi panaszokkal hoztak és a vizsgálatkor derült ki, hogy az imperforált szűzhártya mögött véromleny halmozódott fel és a hasi görcsök a második menstruáció után jelentkeztek. Egy 13 éves leánybetegemet egy ízben a nagymama hozta el, aki felháborodott, hogy a leányt alulról is megvizsgáltam (A leánynak jelentős gennyes folyása volt!). A gyermeket többé nem hozták hozzám, mert ezt a nagymama megtiltotta...

Az egész, meztelen test vizsgálatának jelentőségére még egy példa. Kempingben jött hozzám egy fiatalember azzal, hogy fáj a torka, láza van. A torka valóban piros volt, de a magas lázat és az általános rossz közérzetét az enyhének tűnő, nem gennyes gyulladás nem eléggé magyarázta. Mint-hogy a fiatalember meztelen volt, láttam, hogy a lábszárán nyirokér-gyulladás alakult ki. Vizsgálatakor kiderült, hogy a talpán (kagyló okozta sérülés következtében), kiterjedt, súlyos gyulladás alakult ki, de ezt ő nem panaszolta. Ha ruhában jön és nem vetkőztetem le, néhány nap múlva szepszis is kialakulhatott volna, hiszen (csak a valószínűleg vírus okozta anginát észlelve) nem rendeltem volna antibiotikumot.

DR. BOGÁRDI MIHÁLY  
NYUGD. OSZT.VÉZ. GYERMEKORVOS

# Néhány gondolat az iskolai agresszióról és erőszakról

**dr. Szolnoki Nikolett**  
**Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház**

## **AZ ERŐSZAKOS MAGATARTÁSRÓL**

Akár saját környezetünkben, akár szélesebbre tekintve naponta találkozhatunk ijesztő vagy erőszakos történetekkel, amit gyermekek egymás vagy mások ellen követnek el otthon, utcán vagy az iskolában.

Az erőszakos viselkedés már óvodáskorban megjelenhet. Szülők és felnőttek aggodva követik az eseményeket és remélik, hogy átmeneti, „kinövi”. A gyerekek döntő többsége pontosan tudja, hogy nem szabad rossznak lenni, de ha körülnéznek, mégis azt látják, hogy körülöttük sok az agresszió és erőszakosság, és sajnos nem csak a gyerekek részéről. Ennek ellenére a gyermekkori agresszivitás minden életkorban alarmizáló és nem mehetünk el mellette azzal, hogy majd elmúlik.

Ilyen magatartás az impulzív viselkedés, dühroham, fizikai agresszió, verekedés, mások megfélemlítése, tárgyak fegyverként való használata, állatkínzás, tűzgyújtás, vandalizmus.

Számos vizsgálat foglalkozik azzal, milyen pszichodinamika vagy előzmény vezet leggyakrabban erőszakos viselkedéshez. (Otthoni/közösségi bántalmazás elszenvédője vagy gyakori tanúja, modellkövetés, stresszfaktort jelentő szocioökonomiai faktorok halmozódása – szegénység, zsúfoltság, felbomlott családok, munkanélküliség, alkoholizmus, krónikus és/vagy pszichiátriai betegség, támogató közösség hiánya –, pszichopatológiai tünetképzés – ADHD, depresszió, mentális retardáció, krónikus frusztráció, szorongás, autizmus spektrumzavar –, film/TV/egyéb média közvetítése, alkohol/szerhasználó, otthoni fegyverek megléte/hozzáférhetőség azokhoz, genetikai hajlam.)

## **MIT TEHETÜNK?**

A gyermekkori tartós agresszív viselkedést pszichopatológiai tünetnek szoktuk értelmezni. Ha ez a pedagógiai módszerek kudarca után, hosszan és a tolerálhatóságon felül fennáll, gyakran kerül sor orvosi/gyermekpszichiátriai intervencióra.

Első lépésként, oki megoldást keresve, a kiváltó tényezők azonosítására kell törekedni.

A specifikus megközelítés mellett a korai kezelés célja az önuralom, saját impulzivitás kontrolljának megtanulása, feszültségkezelő technikák, felelősségtudat kialakítása és következmények mérlegelése. Ehhez legtöbbször viselkedésterápiás, önismereti módszereket javasolunk. A kezelés a család és szülők szoros bevonásával történik. Mindezt kiegészítheti családi konfliktus feltárása, iskolai közösségek csoportterápiája, felnőttek támogatása, resztoratív konferencia, mediálás.

A legtöbb esetben a megoldás nem vagy döntően nem orvosi: családi, iskolai változások szükségesek hozzá, szociális közeg bevonásával történik, ritkább esetben jogi vagy akár rendőrségi együttműködés szükséges.

## **MEGELŐZÉS**

A megelőzés minden esetben eredményesebb, mint egy kialakult helyzet utólagos helyretétele. Legfontosabb ezek közül a gyermekek agressziómentes környezetének megteremtésére való törekvés, ami nélkül tartós változást nem érünk el. Ide – többek között – a szociális és családtámogatás, szülőtréning, erőszakos műsorok korlátozása, szabadidő-strukturálás, korai kezelésbevitel tartoznak.

## **ISKOLAI BÁNTALMAZÁS – BULLYING**

A magyar szaknomenklaturába is beszívárgott az angolszász fogalom: bullying, melyet leggyakrabban iskolai bántalmazásnak fordítunk.

Minden olyan tett vagy cselekedet ide tartozik, amikor az elkövető viselkedése szándékosan zavaró, vagy szándékosan okoz valamiféle kárt másnak, ez ismétlődően fordul elő, és az erőviszonyok kiegyenlítetlenek a támadó és az áldozat között, az a másikat fizikailag vagy verbálisan bántalmazza, hátrányba juttatja, megfélemlíti vagy olyan dologra veszi rá, amit magától nem tenne meg. Így a fizikai bántalmazáson kívül a csúfolás, megalázás, kiközösítés, durvább beavatások, zsarolás, pletykaterjesztés is idetartozik.

Néhány évvel ezelőtti, egész Európát felölelő nemzetközi felmérés szerint Ma-

gyarországon a gyermekek 6,8%-a iskolai bullying áldozata. Ezzel az adattal a vizsgált 38 ország közül a 10. helyen állunk, és az egész társadalmat érintő jelenségről van szó, ami terjed és hosszú távú hatása van a gyermekekre.



## **MI KÜLÖNBÖZTETI MEG A KORTÁRSKONFLIKTUST AZ ISKOLAI BULLYINGTÓL?**

Kortárskonfliktus legtöbbször barátok közt fordul elő, nem rendszeres, az erőviszonyok kiegyenlítették és a cél nem a hatalom megszerzése. Sokszor félelmetesen alapul, impulzivitás jellemzi, legtöbbször bűntudat, felelősségérzés kíséri. Ezzel szemben a bullying rendszeres, az erőviszonyok egyenlőtlenek, destruktív, szándékos a kontroll megszerzése, félelemkeltés motiválja.

Az elkövetők gyakran másik közösségben vagy otthon maguk is bántalmazás áldozatai. Lehet hangulatproblémájuk, tö-

lük kívülálló események feszültté, ingerlékenyvé teszik őket. Sokszor fordul elő, hogy úgy érzik, ki vannak szolgáltatva másoknak, ezért a hatalom megszerzése mások felett pillanatnyilag kiegyenlíti az őket ért sérelmeket. A kiszemelt áldozat legtöbbször gyenge, passzív, könnyen bántható, kevés barátja van, szorongó vagy testi másságot viselő gyermek (kövér, beszédhibás, szemüveges, furcsa nevű, elálló fülű, máshogy kinéző). Sok esetben fiatalabb, nem tudja megvédeni magát.

### KOMPLEX MEGKÖZELÍTÉS

Ha gyanúnk van arra, hogy valakit kortársai bántalmaznak a gyermekközösségben, az intézkedés és tisztázás nem késlekedhet. Ehhez pedagógusok, kortárs segítők, szülők bevonása is szükséges lehet. Az áldozatokban pszichés tünetek léphetnek fel – szorongás, hangulatzavar, iskolafóbia, agresszív viselkedés, lopás, tanulási zavar, önértékelési problémák, izolálódás, öngyilkos magatartás –, illetve később maguk is bántalmazókká válhatnak. A kialakult helyzet többször kívánna komplexebb megközelítést (pl. jóvátételi eljárás), mint amire általában lehetőség van. Leggyakrabban

megoldásként a bántalmazó gyermeket vagy gyermekcsoportot eltávolítják az iskolából.

A hangsúly ismét a megelőzésen van, hiszen a szigorú büntetés ellenállást szül és fokozza az agressziót. A direkt prevencióhoz tartozik a felnőttellenőrzéstől távol eső helyek (tornaöltöző, mosdó, hátsó udvar, játszótér, buszmegálló) fokozottabb felügyelete. A távolabbi megelőzés sokrétű munka. Beletartozik az iskola működési rendjének felülvizsgálata, a prevenció programokhoz való csatlakozás.

A legfontosabbnak azt tartom, hogy megértsük a jelenség mozgatórugóit. Az áldozat sok esetben nem tudja félelmeit kommunikálni a környezete felé, indulatait elfojtja. Ne várjuk meg, hogy a halmozódó feszültség maladaptív módon – újabb agresszív vagy akár öndesztuktív cselekedet képében – törjön a felszínre. Az áldozat izolálódása a legrosszabb, ami történhet. Sok esetben az elfojtott indulat kivetítődik másokra: „nem én félek, te félsz tőlem, féljél tőlem, megtámadlak!” és ördögi kör alakul ki.

Ha gyanúnk van arra, hogy valaki bullying áldozata, üljünk le vele beszélni

a történekről. Az őszinte beszélgetés a segítség első lépése. Erősítsük abban, hogy jól cselekszik, ha beszél róla, hogy nem tehet arról, ami vele történt. Kérdezzük meg, milyen segítséget vár tőlünk? Mit próbált meg eddig tenni, milyen sikerrel járt? Ne bátorítsuk a visszatámadásra, inkább arra, hogy kerülje el azokat a helyeket vagy helyzeteket, ahol bántják, kérje a tanár, szülő, egyéb felnőtt segítségét. Ne bíztassuk arra, hogy idősebb gyermekeket hívjon segítségül, az önbizonykodást célszerű elkerülni. Segítsük asszeritást tanulni. Sok esetben segítség, ha többet van társak között, együtt másokkal, barátokkal.

### AMIRE ÉRDEMES FIGYELNI

Ha egy, a környezetében lévő gyermek visszahúzódó lesz, szorong, viselkedésváltozása van, az átlagosnál többször beteg és egyre többet hiányzik az iskolából, gondoljunk rá, nem lett-e iskolai bullying áldozata.

A helyzet tisztázásában a gyermekpszichiáter segíthet, a megoldáshoz azonban többnyire sok szakember együttműködésére lesz szükség.



### Tisztelt Gyermekorvos Kolléga!

A pécsi Dóri Házban, az ország első gyermekhospice házában megkezdjük a régóta vágyott gyermekgyógyászati palliatív ellátást.

Amennyiben úgy ítéli meg, hogy lenne olyan előrehaladott állapotú vagy szociálisan rászoruló, krónikus palliatív ápolást igénylő, esetleg terminális állapotban lévő gyermek az ellátottjai között, akiket családtagokkal vagy nélkülük szívesen javasolnának rövidebb – hosszabb időtartamra ápolási egységünkbe, a családdal is egyeztetve, vegyék fel velünk a kapcsolatot.

#### Szemem Fénye Alapítvány Gyermek és Ifjúsági Hospice Szolgálat

Cím: 7634 Pécs, Rácvárosi út 37. • Tel.: (72) 526 658 • E-mail: pr@szememfene.hu

A gyermeket beutalóval és zárójelentéssel tudjuk felvenni.  
Együttműködését köszönjük!



Dr. Kiss Erika  
A Dóri Ház Orvos Igazgatója  
Pécs kistérség, házi gyermekorvosi, városi szakfelügyelő

Gyura Barbara  
Elnök  
Szemem Fénye Alapítvány

# Tájékoztató a szakellátásra történő beutalás szabályairól

Összeállította: **Dr. Rósa Ágnes**  
Csongrád megyei házigyermekorvos-szakfelügyelő

Elhangzott: Országos Szakfelügyelői Értekezleten, 2011. március 4-én, Budapesten

## JOGSZABÁLYI HÁTTÉR

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény ( Ebtv.) – és a végrehajtására kiadott 217/1997. (XII.1.) kormányrendelet (Vhr.), – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.), – 27/1992. (IX.26.) NM rendelet – a betegek beutalásának szakmai rendjéről (NMr.)

## NEM KELL BEUTALÓ

- bőrgyógyászati,
- nőgyógyászati,
- urológiai,
- pszichiátriai és addiktológiai,
- fül-orr-gégészeti,
- szemészeti,
- általános sebészeti és baleseti sebészeti,
- onkológiai járóbeteg-szakellátás igénybevételéhez,
- az első alkalommal beutalás alapján igénybe vett bőr- és nemibeteg gondozó, tudógondozó és onkológiai gondozó, valamint kúraszerű ellátás keretében a gondozásba vett biztosítottak részére nyújtott ellátáshoz (Vhr. 2. § (1)),
- járóbeteg-szakellátásra történő visszarendelés (Vhr. 2. § (6)),
- sürgősség esetén.

A társadalombiztosítási ellátásra, a külön jogszabályban meghatározott szociális juttatásra vagy kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából a biztosított orvosi beutaló nélkül jogosult felkeresni a vonatkozó jogszabály szerint a szakvélemény (igazolás) elkészítésére jogosult egészségügyi szolgáltatót (Vhr. 2 § (5)).

## KONTROLLVIZSGÁLAT – VISSZARENDELÉS

A **szakellátásra** beutalt biztosított ismételt orvosi **beutalás nélkül** jogosult igénybe venni a járóbeteg-szakellátást, **ha** annak keretében **ismételt** ellátása indokolt. Az ismételt ellátás indokoltságát a járóbeteg-szakellátás orvosa rögzíti a biztosított egészségügyi dokumentációjában, erről írásban tájékoztatja a biztosítottat azzal, hogy ez nem érinti az ellátás beutaló nélkül történő igénybevételének jogosultságát.

**A kontrollra visszarendelő szakellátó köteles a visszarendelés során a biztosított valamennyi ezzel kapcsolatos ellátásáról (utazásiköltség-térítés, betegszállítás, beutaló a szükséges egyéb vizsgálatokhoz) gondoskodni!** (Vhr. 2. § (6), 11§(3) b.)).

Előbbiektől egyértelműsége érdekében a visszarendelést tartalmazó orvosi iratnak (pl. ambulánslap, zárójelentés) előbbiektől tartalmaznia kell:

- a visszarendelés tényét, időpontját,
- az orvos és a munkahely azonosítókódját,
- az ellátás azonosítókódját (naplósám, törzssám),
- továbbá tájékoztatást arról, ha a biztosított betegszállítási utalvánnyal/utazási költség-térítési utalvánnyal/gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyító ellátás rendelése esetén vényvel/beutalóval történő ellátása megtörtént.

A járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló **Szabálykönyv A24-es** pontja szerint: amennyiben a járóbeteg-szakellátás szakorvosa a páciens számára további, más szolgáltató, szakrendelés által elvégzendő eljárás elvégzését szükségesnek tartja, az orvosi eljárásra történő **beutalást más szolgáltatótól nem kérheti (műtét előtti vizsgálatok).**

## UTAZÁSIKÖLTSÉG-TÉRÍTÉS

(3) Az utazási utalvány kiállítására és a szolgáltatás igénybevételének az utazási utalványon történő igazolására kötelezett

- a háziorvos a szakellátásra, illetve az orvosszakértői vizsgálatra történő beutaláskor,
  - az egészségügyi szakellátás orvosa – ideértve a gondozóintézet szakorvosát is – a vizsgálat, a kezelés, a fekvőbeteg-gyógyintézetből való elbocsátás – ideértve az adaptációs szabadságra való elbocsátás és visszarendelés esetét is
  - az orvosi rehabilitáció keretében szanatóriumi ellátás rendelésére jogosult orvos a beutaláskor, elbocsátáskor pedig a szanatórium által kijelölt orvos,
  - gyógyászati ellátás igénybevétele esetében az annak rendelésére jogosult orvos az elrendelésekor – megjelölve az igénybevétel számát vagy időtartamát is –, az ellátás igénybevételét követően pedig a gyógyászati ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató által kijelölt személy,
  - gyógyászati segédeszközöknél
  - a Szakértői Intézet illetékes szervének vezetője által kijelölt személy a vizsgálat elrendelésekor, illetve a vizsgálatot követően,
  - a Szakértői Rehabilitációs Bizottság vezetője a vizsgálaton történő megjelenéskor,
  - az Ebtv. 22. § (5) bekezdésében említett esetben – a szűrővizsgálat igénybevételekor – a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató.
- (5) A biztosítottat rehabilitációs ellátásra kizárólag a rehabilitációt megalapozó megbetegedés gyógykezeléséhez szükséges szakorvosi szakképesítéssel rendelkező orvos és e megbetegedéshez kapcsolódó esetleges szövődmények tekintetében illetékes szakorvos, illetve a rehabilitáció vagy fizioterápia szakorvosa utalhatja be.(Vhr.3§(5))

## A BEUTALÓ IDŐKORLÁT NÉLKÜL ÉRVÉNYES!

A beutalásra a szakma szabályai szerint, az orvos-beteg találkozáskor, indokolt esetben kerülhet sor. Ez – pl. kontrollvizsgálat vagy várólista esetén – akár fél évvel is megelőzheti a szakellátás igénybevételének időpontját, melyhez új, „friss” beutaló kiállítás indokolatlan és előbbiektől szerint szabálytalan.

## AZ INDOKOLATLAN BEUTALÁS SZANKCIÓJA

A beutalási jogosultságot a REP – az Ebtv. és Vhr szabályai alapján – kötött szerződésekkben is rögzíti (Ebtv. 30. § (2), (8)). Ha az egészségügyi szolgáltató beutalásra jogosult orvosa nem a hatályos jogszabályoknak vagy szakmai szabályoknak megfelelően járt el az egészségügyi szolgáltatásokra történő beutalás során (mellyel tulajdonképpen megrendelte ezen ellátásokat), a szolgáltató köteles megtéríteni a jogalap nélkül igénybe vett ellátásra elszámolt finanszírozási összeget és annak kamatait (Ebtv. 37. § (1), (7), (11)).

# Nem kis felnőtt

## BÖLCSŐDEI ÉTKEZTETÉS PILOT VIZSGÁLAT (2010)

A bölcsődés korosztály számára kiemelten fontos a közétkeztetés. A kisdéd szinte egész napját a bölcsődében tölti, itt kap reggelit, tízórait, ebédet és uzsonnát is, ami az egész napi étkezésének a 75%-át jelenti. Külön kiemelendő, hogy ebben az életkorban alakulnak ki a későbbi táplálkozásbeli szokások és az ízpreferencia. Mindezek befolyásolják a későbbi, az életmóddal összefüggő krónikus megbetegedések kockázatát.

A hosszú ideje nem vizsgált bölcsődés korosztály étkeztetését 2010 májusában három országos intézet, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI), a Szociális és Munkaügyi Intézet (SZMI), az Országos Élelmezés és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) és a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) mérte fel egy pilot kutatás keretében, dietetikus végzettségű szakemberekkel. A vizsgált mintába a hazai bölcsődék 10%-a, a bölcsődei férőhelyek 15%-a, 4771 gyermekre vonatkozó adat került be.

### EREDMÉNYEK

A bölcsődei ellátás iránti igényt jól mutatja, hogy a felmérésben részt vett 61 bölcsődében kivétel nélkül több gyermek volt beíratva, mint amennyi férőhelyes volt az intézmény. A férőhelyek számához képest a legkevesebb túljelentkezés 101%, a legtöbb 140% volt.

### AZ ÉTKEZTETÉS MINŐSÉGE

#### Élelmezés minősége, étlaptervezés

A közétkeztetésben az étlaptervezés biztosítja a változatosságot, a kornak, egészségi állapotnak megfelelő étrendet. Az ellátás minőségéért általában többen is felelnek, a megkérdezett bölcsődevezetők szerint leggyakrabban az élelmezésvezető (67%) és a bölcsődevezető (65%), az esetek több mint egyharmadában a bölcsőde orvosa is szerepet vállal az ajánlásoknak megfelelően. A dietetikus csak 10%-ban van jelen ebben a véleményezésben, mert a bölcsődéknek nincs lehetősége dietetikus alkalmazni, így sokféle szakember, de nem az illetékes, például szakács, konyhai dolgozó, bölcsődevezető-helyettes vesz részt az étrend összeállításában. Az intézetek együtödében nem jelöltek meg olyan szakembert, aki felelős lenne az étlapért, az élelmezés minőségéért. A legkedvezőtlenebb az arány azoknál, ahova közétkeztető cég szállítja ki az ételt. 2010-ben a felmért intézetek 12%-ában érkezett panasz a szülők részéről az étkeztetéssel kapcsolatban.

#### Zöldség-gyümölcs, folyadékpótlás, kisétkezések

A bölcsődék kevesebb mint 10%-a egyszer, több mint 90%-ban több alkalommal (közel 60%-ban legalább 3x) biztosít naponta friss zöldséget, gyümölcsöt a gyermekek számára. Ez lényegesen kedvezőbb adat, mint az óvodákban, ahol 54%-ban adtak

naponta friss zöldséget, gyümölcsöt, míg az iskolai menzákban 75%-ban legfeljebb 3 alkalommal két hét alatt. A szülők az esetek több mint egyharmadában (37,7%) segítenek a zöldség-gyümölcs biztosításában.

Minden bölcsőde ad folyadékot – igény szerint – étkezéseken kívül is a gyermekeknek. Legtöbbször csapvizet kapnak (86,9%), az esetek több mint felében cukros teát is, de gyakran szerepel hígított gyümölcsűrítmény (18%), ásványvizet, limonádét, 100%-os gyümölcslét pedig minden 10. bölcsődében adnak a gyermekeknek.

A válaszokból megállapítható, hogy kis étkezésekre, a gyakoriságot tekintve csökkenő sorrendben: gyümölcslé (legalább 50%-os), cukrozott teát, felvágottas kenyeret, gyümölcsöt, zöldséget, finom pékárut, tejes italokat, tejdesszerteket kapnak a kisdédek.

### ÉLELMEZÉS

#### A konyha típusa, az élelmezésvezető képzettsége, nyomon követés, norma

A megkérdezett élelmezésvezetők válaszai alapján mindenhol biztosítanak reggelit, tízórait, ebédet, uzsonnát, kivéve 1 bölcsődét, ahol nem biztosítanak reggelit, mert itt az iskola konyhája látja el a bölcsődét. A bölcsődevezetők és élelmezésvezetők tudomása szerint a gyermekek 40–45%-a reggelizik otthon. Ez annyit jelent, hogy a kötelező reggeli és tízórai miatt a kisdédek közel fele az ebédig 3 alkalommal eszik, ami a túlzott energiabevitel veszélyét rejtheti magában, míg a rossz körülmények között élők számára szinte csak a közétkeztetés keretein belül jut élelem.

Az élelmezésvezetők válaszai alapján a felmérésben szereplő bölcsődék felében helyben főznek, 18%-ban befejező-tálaló konyha van (központi tervezés, rendelés, de helyben főz), több mint egyharmadukban pedig csak tállalnak (közétkeztető cégtől vagy másik intézménytől kapnak kész-ételt).

Azoknál a bölcsődéknél, ahol kiszervezték a közétkeztetést (ahol nincs helyben főzés), 36% írásban fél évente, ugyanennyinél személyesen, vagy telefonon érdeklődve ellenőrzik az élelmezési szolgáltatót, hogy a szerződésben vállaltakat hogyan teljesíti. Ilyen arányú és minőségű kontroll mellett nem garantált a gyermekek elé



kerülő ételek minősége és a megnyert közétkeztetési pályázatokban foglaltak teljesítésének nyomon követése. A felmért bölcsődékben, napi nettó nyersanyagnorma országos átlaga 303,40 Ft/nap. (Azaz az összes ételmiszert, amit a kisgyermek elfogyaszt – az ivólétől a liszten át a csirkehúsig – ennyiből kell finanszírozni.)

### **Diétás étkeztetés**

Ebben a korosztályban is jellemzőek az allergiás megbetegedések, a felmérésben részt vevő gyermekek 2,4%-ának van valamilyen ételallergiája, közülük 0,8%-nak poliallergiája. A diétás étrend tervezésében az ételmezésvezetők válasza alapján a bölcsődék 71%-ában az ételmezésvezető, 26%-ában dietetikus (az ajánlásoknak megfelelően), a bölcsőde vezetője, 17%-ában a bölcsőde orvosa, 12%-ában ételmezésvezető-dietetikus, 9,5%-ában szakács és 2,4%-ában diétászakács vesz részt. A válaszadók szerint a bölcsődék 69%-a tudja biztosítani a diétát, ahol szükség lenne rá, 5%-ában nincs lehetősége, ill. nem tud diétát biztosítani, ami sérti az esélyegyenlőség elvét is.

### **Gondozónők egészség-magatartása**

A gondozónők töltik a legtöbb időt a kisgyermekkel, ezért az ő személyes példá-

mutatásuk, hozzáállásuk az egészséghez rendkívül fontos, és erősen befolyásolja a kisdied étkezési attitűdjét, hogy milyen ételleket tud elfogadtatni, megszerettetni. A felmérés keretében bölcsődénként öt-öt gondozónő antropometriai mérése is megtörtént. Ez alapján elmondhatjuk, hogy a vizsgálatban részt vevő gondozónők testtömeg-indexük alapján 2%-ban alultápláltak, 42%-ban normál tápláltsági állapotúak, 37%-ban túlsúlyosak, 19,2%-uk pedig elhízott, ami hasonló a hazai átlagos lakosság mutatókhoz.

### **Korcsoportnak megfelelő adagolás**

A választ adó gondozónők 64%-a igény szerint, 40,5%-a tapasztalat alapján, ezen belül 11,4 %-a hitelesített tálalóeszközzel, illetve 4,2% adagolási útmutató szerint adagolja az ételeket a gyermekeknek. Az ajánlásoknak megfelelő adagolási útmutató és eszköz használata azért lenne fontos, hogy a bölcsődések ne más korcsoportnak való mennyiséget kapjanak. A rájuk szabott étlap és porció mellett tanulják meg a mértéket, a jóllakottság érzését, az ideális ételválasztékot, ami elősegíti kiegyensúlyozott fejlődésüket.

Kisgyermekkorban alakulnak ki a későbbi táplálkozási szokások, beidegződések. Fontos, hogy ebben az időszakban lehető-

leg minél több egészséges ételt, ételmiszert kapjanak, a túl sós vagy túl édes ízekhez ne szokjanak hozzá – sem otthon, sem pedig a bölcsődében. A csokoládék, tejdesszertek nem pótolják a szükséges C-bevitelt, és a zöldség-gyümölcsök hiánya is hosszú távon hiánybetegségekhez, esetleg elhízáshoz vezethet, különösen akkor, ha csak nassokat, tésztát stb. kapnak helyettük.

### **ÉSZREVÉTELEK, JAVASLATOK**

Az eredmények tükrében szükség lenne közétkeztetési jogszabályra. Rendkívül eltérő anyagkiszabást rögzítettünk a különböző intézményekben, ami miatt meg kellene határozni, hogy mit javasolt adni reggelire, tízórára, ebédre, uzsonnára, anyaghiánnyal együtt. A minimumnorma meghatározása és a korszerű ismereteket átadó továbbképzések is hozzájárulhatnak az ideális étkeztetéshez. Állásfoglalás segíthetné a szélsőséges, a nem egészségügyi okokból speciális étrendek, különböző életkorokban történő alkalmazásának módját. Az optimális étkeztetés elengedhetetlen feltétele több szakterület összehangolt munkája.

HENTER IZABELLA, OGYEI  
MOHAROS MELINDA, MDOSZ  
DIETETIKUSOK

## CSECSEMŐ- ÉS GYERMEK- KARDIOLÓGIAI MAGÁNRENDELÉS

**DR. KISS ANDRÁS**  
FŐORVOS

MediMOM Egészségközpont  
Budapest, XII. Csörsz u. 14–16.  
Tel.: +36 20 586-5070  
és +36 20 586-4440

**WWW.MEDIMOM.HU**

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet és a United Way Magyarország  
a III. Európai Biztonsági Konferencia részeként

### GYERMEKBIZTONSÁGI KONFERENCIÁT

rendez mindazon magyar szakemberek számára,  
akik elkötelezettséget éreznek a gyermekbalesetek megelőzése,  
a gyermekek és fiatalok biztonságának javítása iránt.

A konferencia a gyermekbiztonság gyakorlati kérdéseivel  
foglalkozik, részét képezi egy látványos vízbiztonsági és vízi mentési bemutató  
a Szent Flórián Búvárklub és a Gyermekmentő alapítvány közreműködésével.

**Időpont: 2011. június 15. (szerda)**

**Helyszín: Gödöllő, Erzsébet Szálló**

**Jelentkezési határidő: 2011. május 20.**

Regisztrációs díj orvosoknak: 8000 Ft,  
hallgatóknak, nyugdíjasoknak, szakdolgozóknak: 4000 Ft,  
ami tartalmazza a részvételi díjat, a konferenciacsomagot,  
valamint két kávészünet és ültetett svédasztalos ebéd költségeit.

A konferencia akkreditálása házi gyermekorvosok,  
védőnők és szakdolgozók számára folyamatban van.

A jelentkezéssel kapcsolatos tudnivalók és a részletes program  
a [www.ogyei.hu](http://www.ogyei.hu) honlapon található,  
további információ Dudás Mariettától kérhető  
(Tel.: +36 1 3651540/110; e-mail: [dudas.marietta@ogyei.hu](mailto:dudas.marietta@ogyei.hu)).

## Praxisok

- **Békásmegyeri** házi gyermekorvosi praxisomat eladnám, vagy tartós helyettesítés is lehetséges. Ár megegyezés szerint. További információkért keressen telefonon: +36 30 3811-616.
- **Miskolci**, 740 fős gyermekorvosi praxis eladó. Korszerűen felújított önálló rendelőhelyiség, jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet, gyakorlott és megbízható asszisztencia, naprakész informatikai rendszer biztosított. Fizetési feltételek személyes tárgyalás alkalmával. Érdeklődni lehet: +36 20 9235-015 telefonszámon
- Az ország egyik legszebb részén a **Dunakanyarban**, 30 éve működtetett kb. 930 fős gyermeklétszámú praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. TEK, igen megbízható asszisztencia. Érdeklődni este 6 és 8 óra között a +36 27 350-002 telefonszámon.
- **Gödöllőn**, kertvárosban 1000 fős házi gyermekorvosi praxis eladó, precízen vezetett adminisztrációval és tervezhető helyettesítéssel. Érdeklődni a +36 20 9623-120 telefonszámon, vagy a [ferencgabororosz@gmail.com](mailto:ferencgabororosz@gmail.com) e-mail címen lehet.
- **Nagyszénáson** házi gyermekorvosi praxis kedvező áron eladó. Lakás van. Érdeklődni: tel.: +36 30 4956-615
- 650 fős attraktív házigyermekorvosi praxis **pesti metrómegálló-nál** családi okok miatt áron alul sürgősen eladó. Tel.: +36 30 588-5559
- Gyermekpraxisban vagy szakrendelőben helyettesítést vállalok elsősorban **Budapesten és Pest megyében**, illetve Bp. 50 km-es körzetében. Dr. Lakos Gábor Telefon: +36 30 2112-325
- Betegség miatt áron alul, részletfizetéssel is, sürgősen eladó házi gyermekorvosi praxis **Budapesten, a XIX. kerületben**, 500 fős. Tel.: +36 30 8144-625
- **Szeged** mellett 500 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Területi ellátási kötelezettség, megbízható asszisztencia, korszerűen felújított rendelő, központi ügyelet. Érdeklődni: este 6 és 8 óra között, a +36 30 6229-428 számon.
- Vas megyében, **Csepregen** 800 fős gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni a +36 20 4542-302 telefonon lehet. E-mail: [varghaj@citromail.hu](mailto:varghaj@citromail.hu).
- **Budapest környékén** házi gyermekorvosi praxis eladó. Kártyaszám: 900. Érdeklődni: +36 70 7733-034 telefonszámon.
- **Bel-Budán** kis kártyaszámú házi gyermekorvosi praxist vennék, sürgősen. Tel.: +36 20 9810-111
- Helyettesítést vállal (tartósan is) **Budapesten**, előzetes megbeszélés alapján friss nyugdíjas gyermekorvos. Tel.: +36 20 9166-966., +36 1 338-1928 (üzenetregzőtővel), e-mail: [medpobt@gmail.com](mailto:medpobt@gmail.com)
- **Nagykanizsán**, biztos megélhetést nyújtó, 1000 fős, kedvező korcsoport-összetételű, felújított rendelőben működő házi gyermekorvosi praxisomba állandó helyettesítést keresek, aki később a praxisomat is átvehetné. Érdeklődni lehet telefon: +36 30 3399-551, e-mail: [drkerteszedit@upcmail.hu](mailto:drkerteszedit@upcmail.hu)
- Kedves családszerető fiatal Kollegák! **Káposztásmegyeren IV. ker.** nagyon nívós, gyermekbarát, jól felszerelt gyermekrendelőben várom azt a fiatal kollégát, akivel együtt tudnánk dolgozni, majd átvehetné a praxist. Nagyon előnyös lenne azon kollégának, aki családalapítás előtt áll, vagy kisgyermekai vannak és teljes munkaidőben nem tud dolgozni. Érdeklődésüket várom. Dr. Csiszár Katalin +36 30 9219 679 e-mail: [katadr@freemail.hu](mailto:katadr@freemail.hu)
- Fizetési könnyítéssel eladó **Siklóson** 1100 kártyás gyermekorvosi praxisjog. Kitűnő asszisztencia. Gyermek-központiügyelet működik. Érdeklődni: +36 30 2657-766

## Praxisok

- Gyermekorvos helyettesítést vállal: **Székesfehérvár, Velence, Gárdonyi, Érd** környékén. Hétfévén nappali ügyeletet, számlaképesen is. Tel.: +36 20 3461-953 Dr. Valkó Péter Tamás
- **Balatonalmádi**ban és tőle 5 km-re lévő faluban 710 kártyával rendelkező házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni naponta 18 óra után lehet a +36 20 556-4644-es telefonszámon.
- **Mecseknádasd** házi gyermekorvosi praxis jogja eladó. Dinamikusan fejlődő község, jó szociális viszonyokkal, épülő új egészségcentrummal. Pécs, Szekszárd egyaránt 30 km a 6-os főúton, kijárással megközelíthető. M60 autópálya 20 km-re. Festői környezet a Kelet-Mecsek Tájvédelmi Körzetben, borvidékhez sorolt terület a Tolnai Borúton, gazdag vadászterületek közt. Telefon: +36 20 2800-541 E-mail: drcfhu@gmail.com
- Mecseknádasd Önkormányzata házi gyermekorvost keres **Mecseknádasd, Ófalu, Óbánya, Hidas** területére kiterjedő Mecseknádasd székhellyel működő házi gyermekorvosi körzetbe. A feladatellátás vállalkozási szerződés alapján történhet. Megbízó önkormányzat a vállalkozót felhatalmazza, hogy a DDREP-pel közvetlenül kössön szerződést. Ellátandó gyermekek száma: 494 fő. A feladatellátás feltételei a jsz. rendelkezései szerint. Ellátandó feladatok:
  - csecsemő- és gyermekorvosi feladatok
  - közreműködés a pécsváradai orvosi ügyeleti ellátásban
  - iskola-egészségügyi feladatokA 2011. augusztusban megépülő mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális alapszolgáltatási központ működtetésétől kezdődően külön finanszírozott feladatok teljesítésével a fenti REP-finanszírozás kiegészíthető. (Diabetológia, Kardiológia, Pszichiátria, Neurológia, Reumatológia) Szükség esetén szolgálati lakást biztosítunk. További információ: Dr. Wekler Ferenc, Mecseknádasd polgármesterénél a +36 72 563-100 telefonszámon.
- **Budapest, XVIII. ker.** fejlődő kertvárosi részén 900 feletti létszámmal gyermekorvosi praxis eladó. Jutányos ár, kedvező feltételek. Érdeklődni este 19 és 20 óra között a +36 20 4842-494 telefonon.
- **Pécs**eti házi gyermekorvosi praxisjog kedvező áron eladó. Érdeklődni lehet a +36 70 537-6748 telefonszámon.
- **Balatonalmádi** gyermekorvosi praxisba helyettes gyermekorvost keresek, előbb alkalmi kiegészítőként, majd egy év távlatra tartósan is. E-mail cím: szando@freemail.hu, tel.: +36 20 265-4499
- Gyermekorvosi praxis 700-as beteglétszámmal nyugdíjba vonulás miatt eladó **Szegeden**. A praxishoz rendelt tulajdon is tartozik. Érdeklődni a +36 30 945-1504 telefonon.
- Borsod megye déli részén **Mezőcsát**on, 7000 fős kisvárosban 800 fős gyermekorvosi praxisomat eladnám, vagy tartós helyettesítést keresek. Jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet, önálló rendelőhelyiség, gyakorlott és megbízható asszisztencia. Naprakész informatikai rendszer biztosított. A praxis ellátása bejárással is megoldható. Elérhetőség: +36 70 323-2970 E-mail: tarczydr@mail.datanet.hu
- Budapesttel határos városban, **Gyálon**, 900 fős, 24 éve működő házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó! A körzet Budapestről kijárással is ellátható. Jól képzett asszisztens biztosított. Több gyermekorvosi körzet működik a városban, így az egymás közötti helyettesítés megoldott. 24 órás központi ügyelet van. Reális áron, akár részletfizetéssel is! Telefon: +36 20 9432-823, e-mail cím: dr.adry@t-online.hu
- Házi gyermekorvosi praxisjogomat nyugdíjbavonulás miatt eladnám. Az ország egyik legszebb területén, **Nagymaroson**. Praxislétszám 900 fő körül. Megbízható asszisztencia, 31 éve itt dolgozom. Elérhetőség: +36 27 350-002 este 6 és 8 óra között.
- **Balmazújvárosban** (Debrecentől 26 km-re) 1300 fős házi gyermekorvosi praxis sürgősen eladó. Központi ügyelet működik. (Hétfévi gyermekorvosi ügyelet: egy hónapban egyszer, váltott rendszerben.) A rendelő megfelelően felszerelt. Gyors, hálózatos informatikai háttér, kiváló megközelíthetőség. Érdeklődni: +36 70 9409-318-as telefonon, vagy maron1367@gmail.com címen lehet.
- Házi gyermekorvosi praxis eladó. 950 fős, **Budapest, XXI. kerület**. Érdeklődni: Dr. Küzdényi Viktória tel.: +36 30 6442-614



**Egyesületünk címe:**  
1136 Budapest  
Tátra u. 52.  
**Egyesületünk telefonszáma:**  
Tel.: +36 1 330-0900  
Fax: +36 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.: +36 20 944-3540, fax: +36 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 gyógyszeres rendelésre 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 Konkoly-Thege Zoárd, címlapfotó: Konkoly-Thege György, belső fotó: Mértth Judit

