

2004. február ■ IX. évfolyam 1. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Egy hajóban

Még szinte kézzel fogható közelségben érezzük a karácsony melegét, az elmúlt év utolsó napjainak viszonylag nyugodtabb, pihentető, erőt gyűjtő perceit, miközben biztosan nem csak én kapom fel a fejem – mindjárt itt a tavasz. Nem mintha szokatlan lenne számomra a sok tennivaló, a feltornyosuló feladatok sora, mert mióta csak az eszemet tudom, soha, egy pillanatilag nem unatkoztam. Valahogy erre sosem került sor.

Az elmúlt évben aztán sikerült gyökerestől felfordítani eseménytelennek eddig sem mondható életem: nyáron mindenki – beleértve saját magamat is! – nem kis meglepetésére megválasztottak a Magyar Gyermekorvosok Társasága elnökének. Az őszi beköszöntével pedig főigazgatója lettem a gyermekgyógyászat újonnan alakult, valójában „rég-új” országos intézetének.

A nyár, a kora őszi fullasztóan meleg napjaiban felfogni sem volt könnyű, hogy mekkora feladatba vágtam a fejszém: klinikus orvosból egy csapásra orvosvezető lettem, akinek meg kell felelnie az új kihívásoknak, feladatoknak is. Szembe kellett néznem azzal a ténnyel, hogy mindezt senki nem kényszerítette rám.

Tudtam, hogy nem lesz könnyű, mégis beleegyeztem, akkor most miért-e tépelődés?

A gyermekgyógyászat, a gyermekek gyógyításával, ellátásával foglalkozó szakemberek – gyermekorvosok, ápolónők, védőnők, pszichológusok, asszisztensek, ha úgy tetszik az ellátórendszer összes résztvevője – talán még soha nem voltak ennyire kiszolgáltatott, nehéz és a kibontakozás szempontjából is zavaros helyzetben. Pedig az alapvető célt tekintve igazán nem lehet sok kétely. Tőlünk telhetően mindent megtenni egy egészségesebb, felnövekvő generációért, s eközben munkánkban tisztességesen, orvoshoz méltóan megélni. Ezzel szemben többnyire csak elbizonytalanodva, kétségeink megfogalmazásáig jutunk ahelyett, hogy a megoldás, a megvalósítás lehetőségeit határoznánk meg.

Egyben biztos vagyok: a jelenleginél sokkal nagyobb összetartásra, egységre van szükség gyermekorvos és gyermekorvos között, gyermekorvos és védőnő, védőnő és védőnő között. Szót kell végre értenünk egymással, hallgatnunk kell egymásra s nem elbeszélni a másik feje felett. Ha erre nem leszünk képesek, nem lesz miben bízunk, nem lesz kire támaszkodnunk!

Megígérhetem, hogy én mind a társaság tagjainak bizalmából, mind az országos intézet vezetőjeként érzett felelősségből eredően, szorgalmamból, erőmből telhetően mindent el fogok követni azért, hogy a jelenlegi helyzet kedvezően változzon. Ehhez azonban nagy szükségem van minden kollégám együttműködésére és támogatására. A bőrömből azonban nem akarok és nem is tudok kibújni. Új feladataim mellett továbbra is maradok a nyughatatlan, tanulni, tanítani, problémákat megoldani, másokat szenvedélyesen segíteni szerető gyermekinfektológus...

MÉSZNER ZSÓFIA

TARTALOM

- Leonardo da Vinci és a többiek 2–3
- Az unió kapujában 5
- Ördögi kör 6–8
- Szigorúan bizalmas 9
- Szabásminták 10
- Mit mutatnak a számok? 13–15
- Pszichiátriai kórképek 17–18
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2004-ben:

Wyeth

DANONE



gsk
GlaxoSmithKline

HIPP

Baxter

Nestlé
NUTRITION

NOVARTIS

Procter&Gamble

Leonardo da Vinci és a többiek

A pályázatok korát éljük. Nemzeti sport, ahogy egy illetékes megfogalmazta? Miért pályázik most mindenki a reménybeli uniós forrásokra? A válasz nem olyan egyszerű. Először talán azzal kellene kezdenünk, hogy miért van szükség pályázatokra, pályázati rendszerekre.

BÁZIS ALAPÚ ÉS NORMATÍV FINANSZÍROZÁS

A hagyományos állami költségvetési tervezési gyakorlat a *bázisfinanszírozás* elvére épült. Az állami intézmények az előző évi költségvetési forrásaik alapján tervezhették éves bevételeiket. Ellátmányukat legfeljebb az inflációs rátával növelhették. Ettől csak akkor lehetett eltérés, ha valamely ágazatot a politika kiemelten preferált. Ez a finanszírozás nem volt teljesítményarányos, múltbéli érdemek vagy lobbierők határozták meg, és emellett nem ösztönözte hatékonyságra az állami intézményeket. Alkalmatlan volt a több év alatt megvalósítható beruházások és projektek finanszírozására éppúgy, mint a változó gazdasági, társadalmi viszonyok és intézményrendszerek feltételei mellett az államháztartás feladatainak ellátására. Torz érdekeltségi rendszert szült: mint-hogy az éves költségvetési keretet az előző évi kiadások határozták meg, év végén a maradványt akkor is elköltötték, ha az nagyon sokszor csak pazarló módon volt lehetséges.

Az állami költségvetés tervezésének gyakorlata Magyarországon a kilencvenes évek első felében kezdett eltérni a bázisfinanszírozás gyakorlatától. Az állami hivatalok, minisztériumok finanszírozásában megmaradt a bázis alapú finanszírozás, de az oktatási és egészségügyi intézmények finanszírozásában kezdett meghonosodni a normatív alapú teljesítményfinanszírozás. A beruházások esetében pedig megkezdődött az áttérés a projektfinanszírozásra.

A *normatív alapú teljesítményfinanszírozás* esetén az állam megrendeli egy meghatározott feladat elvégzését a vele szerződő állami intézményektől, alkalmazottaktól. Ilyen feladat lehet bizonyos számú gyermek vagy felnőtt orvosi alapellátása. A finanszírozás alapja ilyenkor vagy az ellátandó praxis létszáma, de lehet az adott számú népesség megbete-

gedési gyakorisága alapján becsült betegszám is. Ebben az esetben az egy ellátandó betegre jutó költségnormatívát veszik figyelembe. Normatív finanszírozás működik az oktatásban is, ahol az intézmények a tanulók száma alapján kapják a költségvetéstől bevételeik jelentős részét. Az állam ennek feltételeként meghatározott minőségi és színvonalbeli követelmények teljesítését szabja meg. Az előírások például az épületek állapotára, az oktatók végzettségére, az intézmények akkreditációjára, orvosi ellátásban az elvégzendő vizsgálatokra és a hozzájuk szükséges műszerek meglétére vonatkozhatnak. Ennek a módszernek korlátja, hogy csak napi, illetve alapfeladatok ellátásának finanszírozására alkalmas, fejlesztésre, beruházásra viszont szinte alig.

PÁLYÁZATI FINANSZÍROZÁS

A *projektfinanszírozás* már egészen más logika szerint működik. Lényege, hogy a megrendelő – adott esetben az állam valamelyik intézménye – az általa fontosnak tartott cél elérése érdekében pályázatot vagy közbeszerzési eljárást ír ki. A projektek többnyire több év alatt megvalósítható kutatásokat, beruházásokat foglalnak magukba. A pályázat során versenyeztetik azokat, akik a megvalósításban részt szeretnének venni. A pályázónak referenciákkal kell bizonyítania képességét. Az lesz a győztes, aki az adott célok és költségek mellett a legjobb minőséget ígéri.

MIÉRT JÓ A PROJEKTFINANSZÍROZÁS AZ ÁLLAMNAK ÉS MIÉRT JÓ A PÁLYÁZÓNAK?

Az állam – a nagyberuházásoktól eltekintve – nem képes felmérni a nagyszámú pályázónak valós fejlesztési és beruházási igényeit. Nincs kellő információja például arról, hogy az egyes rendelők vagy a műszerek milyen állapotban vannak. Ezért ír ki pályázatot a tömegében elavult röntgenberendezések cseréjének támogatására. Vannak olyan pályázati kiírások is, amelyek általános célúak, új gondolatok, elképzelések megvalósításáról szólnak. Általában nagy kérdés, hogy a kiírók és a pályázók elképzelései mennyire esnek egybe, ugyanis mindenki a saját elképzeléseit akarja megvalósítani. Olyanokat,

amelyekre a normatív finanszírozás nem nyújt elég fedezetet. A pályázóknak a fejlesztés, az eszközbeszerzés, a tanulmányút indoklásának bizonyítása mellett bizonyos önerővel is rendelkezniük kell. Ezt a gyermekorvosnak a normatív ellátmányából kell előteremteni, de fordulhat segítségért az ellátás biztosításáért felelős önkormányzathoz is.

AZ EURÓPAI UNIÓ CÉLJA

Az Európai Unió alapvetően gazdasági integráció, aminek a legfontosabb célja a közösség állampolgárainak jóléte. A neoklasszikus közgazdaságtan dogmái szerint a jólét növelésének forrását csak a gazdasági növekedés biztosítja, aminek gyorsításához szükség van egy tökéletesen versenyző piacra. A közösségnek mint gazdasági integrációnak ezért az egységes piac érdekében fel kell számolnia a szabad kereskedelem előtt álló akadályokat, így a vámokat, mennyiségi kvótákat és az olyan burkolt kereskedelmi korlátozásokat, mint az eltérő környezetvédelmi szabályozás vagy az úthálózat fejletlensége. A szabad kereskedelemhez tökéletes tényezőpiacokra, a munkaerő, a tőke, az áruk és a szolgáltatások teljesen szabad áramlására van szükség.

A munkaerő szabad áramlása viszont a következő kérdést veti fel: hogyan vándoroljon a munkavállaló az egyik tagállamból a másikba, ha nem beszél annak a nyelvét vagy ha a végzettségét nem ismerik el? A kérdés megoldása uniós oktatáspolitikát tett szükségessé a nyelvtanulás és a hallgatói mobilitás támogatásával vagy a képzési rendszerek átláthatóvá és átjárhatóvá tételével. A nemzetközi versenyképesség fenntartásában ugyanakkor egyre fontosabb szerepet játszik a munkaerő, az emberi erőforrás is. A munkavállalók képzésére fordított hatalmas összegek arra ösztönzik a tagállamokat, hogy az aktív dolgozók körében minimalizálják a betegségben töltött időt és növeljék az egészséges és aktív élettartam hosszát. Gondot okoz az Európai Unió számára, hogy míg az Egyesült Államokban és Japánban a munkaképes korú népességben belül 75%-os az aktív népesség aránya, addig a közösség országaiban ez az arány legfeljebb

60%-os. Ezért – saját gazdasági növekedésének gyorsításáért – az EU-nak minden módon növelnie kell a foglalkoztatottak számát.

UNIÓS PROGRAMOK

Az Európai Tanács 1993-as koppenhágai csúcstalálkozóján döntés született arról, hogy az integrációs felkészülés érdekében egyes közösségi programokhoz a társult kelet-közép-európai országok is csatlakozhatnak. A részvételt az Agenda 2000 program segíti. Magyarországon a részvételi költségek egy részét a költségvetés finanszírozza, az önerő biztosításában pedig nagy szerepe van a Phare programnak. Jelenleg a következő programokban történő részvételre nyílik lehetőség:

A Tempus programok helyébe lépett Socrates II program az oktatás különböző területeit támogató közösségi források igénybevételére ad lehetőséget. Egyik alprogramja az ERASMUS program, mely az európai felsőoktatási intézmények közötti együttműködést segíti, lehetőséget adva a hallgatók és oktatók tanulmányútjaira, csereprogramokra. A GRUNDTVIG nevű másik alprogram az aktív korú felnőttek alkalmazkodását segíti a munkaerőpiac változásaihoz.

A Leonardo da Vinci II akcióprogram a különböző szintű szakképzési formákat, ezen belül a szakmai gyakorlatokat, csereprogramokat, különböző szervezetek közös szellemi termékeinek létrehozását segíti. Külön alprogram foglalkozik a felsőoktatás, a szakoktatás, a nyelvismeret fejlesztésével és együttműködési hálózatok kialakításával.

• A Health Promotion (egészségmegőrzés) program az Európai Unió szociális politikájának legáltalánosabb egészségügyi programja, célja az unió magas szín-

tű egészségvédelmi rendszerének kiépítése és az egészségi állapot javítása. A program feladata a közegészségügyi akcióprogram irányítása, az információk cseréje, oktatás és szakképzés finanszírozása. Alapvetően az oktatásra és a felvilágosításra helyezi a hangsúlyt, arra, hogy az emberek tisztában legyenek az egészségüket veszélyeztető kockázati tényezőkkel, az alkohol, a dohányzás és a kábítószer fogyasztásának veszélyeivel, illetve a fizikai erőnlét, a mentális egészség, a szexuális magatartás és a gyógyszeres használatának jelentőségével. A program négy tevékenységi területre koncentrál:

- egészségvédelmi stratégiák és szervezetek támogatása, amelynek része a nemzeti és a közösségi politikák és hatásaik összehasonlító elemzése, a tagállamok közötti egészségvédelmi együttműködési stratégiák, valamint egészségvédelemmel foglalkozó nemzeti, regionális, helyi szervezetek nemzetközi integrációjának támogatása;
- speciális megelőző és egészségvédelmi intézkedések, amelyek a hátrányos helyzetű csoportokra vonatkozó integrált – elsősorban a táplálkozásra és az életmódra szóló – egészségmegőrzési programokat, a szív- és érrendszeri betegségek megelőzését szolgáló innovatív intézkedéseket, a racionális gyógyszerhasználatot elősegítő programokat, a fizikai és a mentális egészség fontosságát bemutató felvilágosító kampányokat, valamint az unió korosodó népességének egészségügyi állapotáról szóló tanulmányok készítését foglalják magukba;
- egészségügyi információk cseréje, amelyek támogatják az egészség-

megőrzést szolgáló, a betegségek megelőzését célzó, az egészséges életmódot hirdető felvilágosító kampányok szervezését és az egészségügyi oktatás fejlesztését;

– szakképzést a közegészségügyben és az egészségvédelemben.

• A Combating Cancer (rákellenes program) célja a rákbetegségek megelőzése. A program keretében 22 különböző intézkedést finanszíroznak.

• AIDS Prevention (AIDS elleni küzdelem) célja, hogy megállítsa az AIDS és más fertőző, nemi úton terjedő betegségek további terjedését, és csökkentse e betegségek által okozott halálesetek számát.

• Drug Dependence (kábitószer elleni harc) program kábítószer-fogyasztás csökkentésére irányuló programokat, szakemberek képzését, jogszabályok továbbfejlesztését, a kábítószer-alapanyagok termesztése és forgalmazása elleni akciókat támogat. Egyik alprogramja azok támogatása, akik kábítószerfüggőkkel dolgoznak. A program végső célja az egykori kábítószer-fogyasztók szociális, mentális, fizikai rehabilitációja és társadalmi újraintegrálása. A másik alprogram az iskolai kábítószer-fogyasztás veszélyeivel kapcsolatos felvilágosító programokat támogatja.

Az Európai Unió – az USA-tól és Japántól eltérően – tudatosan igyekezett az embert és környezetét előtérbe helyező prioritásokat megfogalmazni. A közösség fejlesztési politikájában is megjelenik azonban az a súlyos dilemma, hogy miként lehet úgy dinamizálni az unió gazdaságát, hogy közben a jóléti állapotokat ne kelljen lebontani.

Ez a jövő egyik nagy kérdése.

• Mít kell tudnia a magyar orvosnak, ha EU-tagország állampolgárát látja el?

Az egyenlő bánásmód alapján az EU-tagállamokban biztosítottak Magyarországon a magyar biztosítottakkal azonos feltételekkel térítésmentes sürgősségi betegellátásban részesülhetnek. Az azonosság az ellátást nyújtó szolgáltató OEP általi finanszírozására is vonatkozik, tehát a megbetegedett uniós állampolgárok tekintetében megszűnik az árlista alapján felszámított és kiszámlázott szolgáltatások nyújtásának gyakorlata. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó ugyanolyan mértékű finanszírozásra jogosult, mint a magyar biztosítottak ellátása után. A szolgál-

tatónak kifizetett díjat az OEP attól a külföldi biztosítótól kapja vissza, amelynek a betegét a magyar orvos ellátta. Mindez csak abban az esetben történik, ha az EU-állampolgár az orvosnak bemutatja az E 111-es formanyomtatványt. Az utólagosan kiállított formanyomtatványok elfogadására a szolgáltató nem kötelezhető. Nyomtatvány hiányában a kezeléssel számlát állíthat ki, saját díjszabása alapján.

Az EU tagállamaiból érkező biztosítottak Magyarországra csatlakozása után egységesen – biztosítójuk hozzájárulása esetén annak terhére –, a magyar biztosítottakkal azonos finanszírozási feltételek mellett vehetik igénybe a magyarországi szolgáltatásokat. Hoz-

zájárulás hiányában a szolgáltató számlát bocsát ki, a külföldi biztosított a felmerült költségeket maga viseli.

• Van-e lehetőség a magyar biztosítottak gyógykezelésére egy másik EU-tagállamban?

Az egészségügyi szolgáltatások szabad áramlása előtt nincs korlát, azaz mindenki olyan szolgáltatást és ott vesz igénybe, amelyet, és ahol csak szeretne. Ha az EU-állampolgár, biztosítója hozzájárulásával érkezik Magyarországra gyógykezelés céljából, az ellátásért a számlát biztosítója egyenlíti ki. Aki felhatalmazás nélkül érkezik, az kénytelen saját maga állni a számlát. Ugyanez érvényes fordítva is, a magyar biztosítottak külföldi gyógykezelése esetén.



Az unió kapujában

A második világháborút követő, elsősorban gazdasági megfontolások kiváltotta első integrációs törekvés 1948. január 1-től a Benelux államok (Belgium, Hollandia és Luxemburg) vámunió is túlmutató integrációs együttműködése volt. 1949-ben alakult meg a NATO tíz nyugati ország részvételével. A tagországok még ebben az évben megalakították az Európa Tanácsot (CE), mely a pluralista demokrácia, a jogállamiság, az emberi jogok védelmét tűzte ki célul maga elé.

Az európai egység gondolatát és az integráció fejlesztését szem előtt tartva alakult meg az unió csírájának is tekinthető Európai Szén- és Acélközösség 1950-ben. E szerveződés mentén 6 állam (Belgium, Hollandia, Luxemburg, Franciaország, Német Szövetségi Köztársaság és Olaszország) 1957-ben Rómában megalakította az Európai Gazdasági Közösséget. Ez a szervezet több hullámban bővült, legutóbb 1995-ben, amikor Ausztria, Finnország és Svédország belépésével 15-re emelkedett a taglétszám. Fontos dátum 1992 is: ekkor határozták meg Maastrichtban az új integrációs irányelveket és vezették be az Európai Unió elnevezést. 2002. január 1-jétől használják a közös valutát, az eurót.

Működési elvek

A Rómában megfogalmazott elvek célul tűzték ki az áruk, a tőke, a személyek és a szolgáltatások szabad mozgását. Az ún. maastrichti kritériumok ezeken túllépve olyan elvárásokat tartalmaznak, mint az árszint stabilitása, a költségvetési fegyelem, a valutastabilitás és a kamatlábak közeledése.

Az EU-tagság lehetőség a tagállamok számára a felzárkózáshoz. A csatlakozás várható és lehetséges előnyei között említendő a tőkebeáramlás, az infláció csökkenése, az infrastruktúra fejlesztése, a bérek felzárkóztatása, a foglalkoztatás növekedése. Az esetleges hátrányokhoz sorolható, hogy nem egyenrangú partnerként kezelik a csatlakozó államokat, a 25 tagország adminisztratív irányítása nehézkes és túlzott befolyáshoz juthatnak a helyi lobbierők.

Az egészségpolitikával kapcsolatban a maastrichti szerződés így fogalmaz: a közösség feladata, hogy a tagállamok tevékenységét kiegészítve hozzájáruljon a magas szintű egészségügy biztosításához. Az egészségügyi rendszerek és az ellátás működtetése tehát a tagállamok kizárólagos hatásköre marad. Nincs

jogharmonizációs kötelezettség, az ellátási formák jogi szabályozását a tagállamokra bízzák. Ezért semmi akadálya nincs a nálunk jól működő, alapellátási szinten szakellátást nyújtó házi gyermekorvosi rendszer, valamint a védőnői hálózat további működtetésének.

Az intézményrendszer

Az uniós intézmények közül kiemelt szerepe van az Európai Tanácsnak, mely az állam- és kormányfők testületeként stratégiai kérdésekben dönt. Elnöki tisztességét félévenként felváltva tölti be egy-egy tagállam. Az Európai Unió Tanácsának (más nevén a Miniszterek Tanácsának) tagjai a tagállamok kormányainak adott témáért felelős miniszterei. A tagállamok döntenek el, mikor kit delegálnak a 25 szakminiszterből álló, brüsszeli székhelyű tanács üléseire. Az Európai Parlament tagjait – a bővítést követően összesen 732 képviselőt – választás útján az

	GDP (USD/fő)	GDP/eügy %	csecsemőhalál %	Eü.-re ford. érték Ft/fő
Ausztria	26330	7,9	4,92	459000
Görögország	16860	8,6	6,44	319000
Magyarország	11990	5,7	8,40	151000

egy-egy országok delegálják. Nincs önálló jogalkotói hatásköre, indítványai, határozatai legfeljebb ajánlás értékűek. Az Európai Bizottság tagjait a kormányok delegálják (jelenleg 21 a biztosok száma), a testület az EU végrehajtó szerve, mely döntéseket készít elő, javaslatokat tesz, és nem a tagállamok, hanem a közösség érdekeit képviseli. A tanács és a bizottság elé kerülő lényegi kérdéseket véleményezik a Tanácsadó Testületek.

A regionalitás elve

Az Európai Unió a tagállamai számára a források és pénzek elosztását pályázatok útján, regionális elvek alapján biztosítja. Bizonyos esetben (például egészségügyi centrumok kialakítása vagy fejlesztése érdekében) több régió együttes részvétele vagy a régióban tevékenykedő összes szolgáltató (például kórházi, járóbeteg- és alapellátási szintek) együttes pályázása is lehetséges. A kialakítandó régiók túllépik a jelenlegi közigazgatási (megye-) határokat.

A Magyarországon tervezett régiók: Közép-Magyarország (Budapest központtal, 2,80 millió fő); Dél-Alföld (Szeged központtal, 1,37 millió fő); Észak-Alföld (Debrecen központtal, 1,55 millió fő);

Dél-Dunántúl (Pécs központtal, 0,99 millió fő); Nyugat-Dunántúl (Győr központtal, 1,00 millió fő); Közép-Dunántúl (Székesfehérvár vagy Veszprém központtal, 1,11 millió fő); Észak-Magyarország (Miskolc központtal, 1,29 millió fő).

Regionális Egészségügyi Tanácsok

A régiókban folyó egészségügyi munka stratégiai tervezése, a fejlesztési programok összehangolása és megtervezése céljából ajánlott a Regionális Egészségügyi Tanácsok (RET) megalakítása.

A tanácsokba az alábbi intézmények delegálhatnak képviselőt: hatósági szintről a régióhoz tartozó megyei ÁNTSZ-ek, Egészségbiztosítási Pénztárak és Regionális Fejlesztési Tanácsok egy-egy főt, a tulajdonosok részéről a megyei közgyűlés egészségügyi bizottsága, a kórházakat fenntartó városi önkormányzatok egészségügyi bizottságai és a kistérségek egy-egy főt, a szolgáltatók részéről a fekvőbeteg-, a járóbeteg-, az alapellátás, a preventív ellátás és a szakápolás egy-egy főt. Nem eldöntött, hogy a fekvőbeteg-ellátás delegáltját a Kórházszövetség, illetve az alapellátás delegáltját a MOK

delegálja-e. A preventív ellátást a védőnők képviselik. Az érdekképviseletek részéről megyénként egy-egy képviselőt delegálhat a MOK és a Gyógyszerészkamara, illetve régióként egy-egy főt a szakszervezetek és a betegjogi képviselők. A betegszervezetek régióként három tagot küldhetnek a RET-be.

Unió összehasonlítás

Néhány adat az EU-tagállamok és a hazai egészségügyi ellátás összehasonlítására: (lásd a táblázatot fent!)

Beszédes az is, hogy a várható élettartam (2001-es adatok szerint) Magyarországon 76,5 év a nők és 68,2 év a férfiak esetében, míg az uniós átlag 81,2, illetve 75,2 év. Nálunk 289 orvos és 281 ápoló jut százezer lakosra, ami az uniós átlagnak 82, illetve 42%-a.

A parlament döntése alapján az államháztartási kiadások egyes tételei 2003-hoz képest a következőképpen bővülnek: közút, közlekedésfejlesztés: 87,5%, igazságszolgáltatás: 42,9%, párttevékenységek: 39,2%, államigazgatás: 10,9%, kultúra: 5,4%, oktatás: 4,3%, egészségügy: 1,5%(!).



Ördögi kör

A 18 éven aluli roma fiatalok között tízszer magasabb a szegénységben élők aránya. Annak ellenére, hogy a gyermekek és a fiatalok ügyeivel 1999 óta külön minisztérium foglalkozik, és hogy 1997-ben megszületett a gyermekvédelmi törvény, az ombudsmanok pedig számos esetben vizsgálódtak a gyermekjogok érvényesülésével kapcsolatban, nem csökken a roma fiatalokkal szembeni diszkrimináció. Hétszázhetven elkülönített cigány osztály van ma az iskolákban, és a roma gyermekek közül minden ötödiket speciális iskolába irányítanak. Vannak olyan iskolák, ahol a vizsgálatkérő lapon a pedagógusok csak annyit tüntettek fel: „cigány származás”. Ennek a szegregációnak a következménye az az ördögi kör, amelyet mielőbb meg kell szakítani, ha változtatni akarunk a szegénységben, rossz életkörülmények között, rossz egészségi állapotban élő felnőttek és gyermekek ijesztően magas számán.

A kérdésről **Bernáthné Mohácsi Viktóriával**, az Oktatási Minisztérium hátrányos helyzetű és roma gyermekek integrációjáért felelős miniszteri biztosával beszélgettünk. A párbeszédbe később **dr. Ürmös Andor**, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium főosztályvezető-helyettese és **dr. Füredi Gyula** főtanácsos is bekapcsolódott.

M. V.: Sok oktatási intézmény van, ahol a roma gyermekek helyzete elkese-
rítő. Az oktatási tárca egyik legfontosabb célkitűzése, hogy ez a helyzet megváltoz-
zon. A szegregáció az általános iskoláktól
a speciális tantervű iskolákon keresztül a
kisegítő iskolákig tetten érhető. Hétszáz-
hetven elkülönített cigány osztály van ma
az iskolákban – ez 2003 szeptemberéig
nemhogy legális volt, hanem bizonyos
normatívák kifejezetten inspirálták erre az
intézményeket. Mert bár a felzárkóztató
normatíva tényleges célja a tanulási
nehézségekkel vagy szociális hátránnyal
küzdő gyermekek mielőbbi felzárkóz-
tatása volt, az eredmény ennek épp ellen-
kezője lett: a rászoruló gyerekeket külön
osztályba gyűjtötték és gyengébb minő-
ségű oktatást nyújtva vitték el őket a
nyolcadikig. A felzárkóztató normatíva
hivatalos neve is cigányfelzárkóztató nor-
matíva volt, következésképpen, aki
felzárkóztatásra szorult, az nem is lehe-
tett más, csak cigány – megjegyzem,
hogy pejoratív tartalma miatt nem
szívesen használom ezt a szót.

GA Milyen anyagi érdek fűzte az iskolákat a felzárkóztató osztályok szervezéséhez?

M. V.: A felzárkóztató normatívával az iskola a 196 ezer forintos alapnormatíván felül gyermekenként 17 ezer forint plusz-bevételhez jutott tanévenként. Erre a pénzre nagy szükségük volt az amúgy is „hátrányos helyzetű” iskoláknak. A másik, szegregációra szinte inspiráló normatíva, az úgynevezett „kisebbségi” normatíva volt, a maga 44 ezer forintos összegével. Erre a pluszforrásra majdnem minden roma gyerek után benyújtották az igényt. A kapott pénzt népismeret és kultúra oktatására, a kisebbségi nyelv tanítására vagy az identitás erősítésére kellett (volna) fordítani, sok esetben mégis másra költötték. Míg ez a normatíva a Magyar-



országon élő másik kisebbség esetében betölti feladatát, tehát a szerb vagy szlovák nemzetiségi iskolában szerb vagy szlovák anyanyelvű tanár oktatja a diákokat, addig a roma gyerekek roma identitását nem roma pedagógusok próbálják erősíteni. Nagyon kevés ugyanis a roma származású pedagógus az országban. És míg a nem roma pedagógus a roma gyerekek roma identitást tanít, addig a „normál” osztályban a diákok számítástechnikát vagy angolt tanulnak.

Ez a helyzet vezetett oda, hogy 2003 őszétől a Köznevelési Törvény módosításakor eltöröltük a cigányfelzárkóztató normatívát, és szigorítottuk a hozzáférést a kisebbségi normatívához. Kidolgoztunk viszont egy hatvanezer forintos „integrációs” normatívát, ami reményeink szerint végre beindítja a deszegregációt. 329 iskola már bejelentette igényét erre az újfajta támogatásra. Azok az iskolák, akik készek felszámolni az elkülönítő oktatást,

a 196 ezer forintos alapnormatíván felül – a megszüntetett 17 ezer forintos felzárkóztató normatíva helyett – 60 ezret kapnak minden rászoruló gyerek után. Mostanság ezért a szegregált osztályokból sorra helyezik át a gyerekeket a normál osztályba. Meg is kapom érte a roma mozgalomtól a magamét, azt mondják, csak azért adjuk a sok pénzt, hogy minden magyar gyerek mellé roma gyereket ültessenek. Nem erről van szó. Hanem arról, hogy megoldjunk egy égető problémát, hogy például délutánonként intenzív angol nyelvtanfolyamon vehessen részt az is, aki hátrányos helyzetből indul, és hogy egy roma gyerek is megtanulhassa, hogyan kell bánni a számítógéppel. El kell érniük, hogy az iskola ne felerősítse, hanem ledolgozza az otthonról hozott hátrányokat.

GA Illetlennek tűnik a kérdésem, mégis felteszem. Ha a szülők azt szeretnék, hogy gyerekek minél többet tanuljon az iskolában, nem vált-e ki ellenállást, ha az oktatás tempóját és színvonalát visszahúzó tényezők akadályozzák. Mindegy persze, hogy roma gyerek vagy nem roma gyerek hátráltatja a tanítást.

M. V.: Amikor egy reprezentatív felmérés során megkérdeztük a szülőket, egyetértenek-e azzal, hogy az állami oktatásban mindenkinek egyenlő színvonalú képzésben kell részesülnie, 90 százaléuk igennel válaszolt. De amikor egy kicsit beljebb mentünk a kérdésekkel, és az iránt érdeklődtünk, hogy fontos-e számukra, hogy hány cigány gyerek jár gyermekük osztályába, akkor a megkérdezettek egyharmada igennel válaszolt, és 18 százaléuk kifejezetten hátráltató tényezőként értékelte jelenlétüket. Ugyanakkor az is igaz, hogy a szülők szerint a gyerekeket sokkal inkább a ma-

gatartás-zavaros és közönséges viselkedésű osztálytársak zavarják az iskolában, mint pusztán az, hogy cigány származásúak-e vagy sem. A feltett kérdésre az a válaszom, hogy kipróbált, jól működő pedagógiai módszerek vannak a különböző képességű gyermekek együttes képzésére. A differenciált oktatás technikáját tanítják a pedagógiai főiskolákon. A szegregált oktatási forma Nyugat-Európában régen kiment a divatból, tőlünk keletre viszont sok helyen gyakorlat. Az uniós tagországokban együtt tanul a török és a holland gyerek, a tanítás során persze figyelembe veszik, ki honnan és milyen körülmények közül jön. Spanyolországban például pontot érnek a gyerekek, annál többet, mennél rosszabbak az otthoni körülményeik. És minél több pontot ér, annál több finanszírozást kap. Ebbe az irányba szeretnénk mi is haladni, de a normatív alapú finanszírozás ma még nem teszi ezt lehetővé.

LA Mennyiben regionális és mennyiben országos probléma a szegregáció?

M. V.: Az integrált oktatás hiánya Budapestre és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére ugyanúgy jellemző, az arányokban azonban nagy a különbség. Hangsúlyozom azonban, hogy alapvetően nem a cigány származása miatt hátrányos helyzetű egy roma gyerek, hanem a szülők iskolai végzettsége miatt. A közoktatási törvényben is az számít hátrányos helyzetűnek, akinél a szülők végzettsége nem több nyolc osztálynál. A 30 és 50 év közötti roma populáció 80 százalékának iskolai végzettsége sajnos nem több ennél.

LA Korrigálhatók-e a család szociális helyzetéből adódó hátrányok az oktatás során?

M. V.: Én hiszek benne. Persze ennek alapfeltétele, hogy biztosítsuk az esélyegyenlőséget. De ebben a kérdésben mi nagyon le vagyunk maradva. A 29 összehasonlított fejlett ország (OECD államok) közül e tekintetben az utolsók között vagyunk. Magyarországon óriási különbségek vannak iskola és iskola között. Az oktatási intézmények jobb esetben csak konzerválják, rosszabb esetben pedig fokozzák az otthonról hozott hátrányos helyzetet. Második-harmadik osztályos korára már behozhatatlan hátrányai lesznek a gyerekeknek. Ezzel a deszegregációt segítő integrációs normatívával szeretnénk 6–8 éven belül látványos eredményeket elérni.



LA Mi a helyzet a kisegítő iskolákkal?

M. V.: Ugyan így hivatalosan ma már egyetlen iskolát sem hívnak, ilyen profilú oktatási intézmények közismerten működnek. Tragikus, hogy míg a fogyatékosnak minősített 6–14 éves korú gyermekek aránya a világ egyik populációjában sem haladja meg a 2,5–3 százalékot, nálunk ez a szám 5,3 százalék. A 1974/75-ös tanévben a fogyatékosok között 26 százalék volt a roma gyermekek aránya. Ez akkoriban is nyilvánvalóan valótlan adat volt. Hiszen, ha Magyarországon 5–600 ezer a roma lakosság becsült létszáma, akkor kizárt, hogy a lakosság 5 százalékát kitevő népességcsoportban ilyen magas legyen a fogyatékosok aránya. Továbbmegyek. Az 1992/93-as tanévben ez az arány elérte a 42,6 százalékot. Iszonyatos! A magas szám hátterében nyilvánvalóan az állt, hogy míg egy normál tanuló 196 ezret ért, a fogyatékos után már 444 ezer forintot kapott az iskola. Pontosabban az iskola fenntartója. A fenntartó gyakorlatilag érdekelt volt abban, hogy minél több gyermeket minősítsenek fogyatékosná.

LA Mit lép erre az Oktatási Minisztérium?

M. V.: Ebben a túrhetetlen helyzetben meghatározó feladatnak tekintjük a nem fogyatékos gyermekek kiemelését a valóban fogyatékosok közül. Az „Utolsó padból” programban az Oktatási Minisztérium koordinációja mellett az egészség-

ügyi tárca, a Gyerme-, Ifjúsági és Sportminisztérium, a Belügyminisztérium, valamint az Esélyegyenlőségi Kormányhivatal vesz részt. A program részeként kezdeményezzük az első és második osztályos, enyhe fokban értelmi fogyatékosnak minősített gyermekek felülvizsgálatát független szakértők bevonásával. A szakértői vizsgálatoknál már nélkülözhetetlen lesz a gyermekorvos véleménye, hiszen a fogyatékoság egészségügyi kategória.

LA Képesek-e a gyermekorvosok a fogyatékoság megítélésére?

M. V.: A fogyatékoság kóros állapot. Az állapotmeghatározásból eddig mégis gyakran kimaradt az egészségügyi diagnózis. A rendeletmódosítás célja a fogyatékoság minősítés szabályozása, azaz, hogy orvosi szakvélemény nélkül senkit ne lehessen kisegítő iskolába, korszerű nevén „sajátos nevelési igényű gyermekeket oktató intézmény”-be rakni. Szeretném aláhúzni, mi nem döntést várunk a gyermekorvostól, hanem segítséget ahhoz, hogy a szakértői bizottságok helytálló javaslatot adjanak. A gyermekorvosi alapvizsgálatok elvben eddig is kötelezőek voltak, de a tapasztalatok szerint éppen a hátrányos helyzetű gyermekeknél sokszor elmaradtak. A szakértői bizottsági javaslat kialakításakor az orvosi vélemény nélkülözhetetlenné válik, hiszen minden fogyatékoság mögött kell állnia egy orvosi diagnózisnak.

F. Gy.: Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium álláspontja sze-

rint ezután minden házi gyermekorvosnak és házi orvosnak ki kell töltenie egy – az Országos Gyermekegészségügyi Intézet szakértői által összeállított – adatlapot a hozzájuk tartozó 5 éves gyermekekről. Ha fölmerül a mentális zavar gyanúja, akkor el kell küldeniük a gyermeket szakirányú vizsgálatra. A kitöltött adatlap – az adatvédelmi törvény betartása mellett – az iskolás gyermek egészségügyi törzsadatai közé kerül. Ehhez csak az iskolát ellátó egészségügyi személyzet férhet hozzá.

H A sorozás előtti vizsgálatok analógiájára jár-e pluszpénz a pluszmunkáért?

Ü. A.: Tévedés ne essék, az adatlap kitöltésével nem testáltunk új feladatot a kollégákra, hiszen ez az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok része. Azoknak a szakértői bizottságoknak azonban, amelyeknek az első és második osztályba járó, orvosi vizsgálat nélkül fogyatékosnak minősített gyermekek újbóli vizsgálata és véleményezése lesz a feladata, már természetesen jár finanszírozás. Hogy őszinte legyek, számunkra nem is ez a fő kérdés. Hanem a hozzáférés egyenlőtlensége. Az a baj, hogy ott vannak a szociális

Érdekes tanulmány jelent meg az Orvostovábbképző Szemle ez év januári számában. Gyukits György és munkatársai, védőnők közreműködésével felmérték a 40–50 éves korú magyarországi romák egészségi állapotát. A vizsgálat bizonyítja, hogy az egészségi állapotot illetően a szociális tényezőknek meghatározó a jelentőségük. Szociális szempontból hátrányos helyzetűnek tekinthetők azok, akiknek iskolai végzettsége nem haladja meg a nyolc általánost, és ahol a család havi jövedelme kevesebb százezer forintnál. A romák lemaradása az iskolai végzettség terén szakadékszerű. A munkaképes korú romák több mint 80 százaléka segédmunkás vagy betanított munkás. A roma háztartások 52%-ában a havi jövedelem nem éri el a havi 50 ezer forintot, 98%-uk esetében nem haladja meg a havi 100 ezer forintot. A romák jelentős része társadalmi exklúzió áldozata. Az „exklúzió” egyszerre jelent kirekesztettséget és kirekesztést. Ennek egyik megtestesülése a cigánytelep, ahol a körülmények sok tekintetben a harmadik világbeli országokat idézik. A 460 nyilvántartott cigánytelepen 150–200 ezer roma ember él. Ezekben a telepeken semmiféle közmű, infrastruktúra nincs. A szegény „szubkultúra” velejárója a kilátástalan jövőkép és a jelenorientált viselkedés: ezeknek döntő szerepük van az egészség-magatartásban.

és egészségügyi ellátás fehér foltjai, ott a legtöbb az orvosilag ellátatlan terület, ahol a legalacsonyabb az egy főre jutó GDP. Ez nem etnikai kérdés, hanem a szociális helyzettel összefüggő probléma. Ellátásszervezésben, ellátásfejlesztésben kell tehát előbbre lépniük. A gyermekel-

látás egyenlőtlenségeinek csökkentéséhez nagy szükségünk lenne a gyermekorvosok együttgondolkodására.

H Köszönöm a beszélgetést.

KÁDÁR FERENC

Kérdőjelek

Összekaptunk az egyesület múltkori vezetőségijén. A vita a vezetőség munkamódszere körül alakult ki. Azon, hogy túl kevesen akarnak túl sok mindent megoldani. Hogy „pestközpontú” az egész, hogy nincsenek a feladatok jól leosztva, hogy miközben kapkodjuk a fejünket az újabb és újabb leckéktől, lényegi problémákat görgetünk évek óta magunk előtt – megoldatlanul. Vitakoztunk taktikáról, stratégiáról, jelenről, jövőről, de főképpen a kudarcokról.

Lehetne persze most az eredményekre hivatkozni, hogy volt némi szerepünk az alapellátó gyermekorvosok helyzetének stabilizálásában, hogy fellépéseink nyomán mennyit javult a finanszírozásunk, vagy hány paragrafust sikerült már fazonra igazítatnunk. És hogy közben a háttérbe szorított, kis létszámú orvosrétegből sikerült egy összetartó csapatot kivácsolnunk, ötödik sok száz fős Kávészünetünkön, kilencedik őszi konferenciánkon vagyunk túl. Egyre több továbbképzést szervezünk, és itt van például ez a Hirvivő is, amit már nagy emberek is szoktak citálni. Dicsekedhetnénk azzal is, hogy tényezőkké váltunk. Hogy bennünket illető kérdésekben már csak azok próbálnak átlépni rajtunk, akik nagyon tartanak tőlünk.

Szóval lehetnénk éppenséggel büszkék is, mégis nézzük inkább a bajokat. Amiknek a legfőbb oka az, hogy egy alulról szerveződött civil egyesület kicsiny és autodidakta vezetőségének kevés lehetősége van országos gondok megoldásához. Praxis és személyre szóló helyi konfliktusok mellett még kevesebb. Jogosítvány és pénz nélkül meg még annál is kevesebb. Ez persze nem mentség arra, ha közben rosszul használjuk erőinket. Na, ezen csaptunk össze, azon, hogy változtatnunk kell módszereinken, ha a feladatok előttünk álló hegyén át akarunk kelni.

Hogy mekkora hegy van előttünk? Elég nagy. Talán nagyobb, mint mögöttünk.

Végig kell például gondolnunk, hogy mit tehetünk a finanszírozásunk javulásáért? Tartható elv-e a fejkvóta, mivel keveset egy több-biztosítós rendszer, hogyan lehetne honorálni a minőséget, a jobb megelőzést, a pluszteljesítményt, vagy előbbre visz-e az irányított beteg?

Ki kell számolnunk, hogy adott terület és adott populáció mennyi orvost igényel,

és mennyit bír eltartani, és ezzel összefüggésben, lehet-e gyermek-alapellátást fejleszteni az olyan fehér foltokon,

mint Szabolcs vagy Heves? Konzultációs hálózatra vagy új praxisokra van inkább szükség? És miért szentírás az „egy falu, egy orvos” elv, amikor az igények és lehetőségek már a „több falu, egy orvos” modellre is lehetőséget adnának? Végig kell gondolnunk, mi áll a megoldás útjában. Az önkormányzatok, az ÁNTSZ-ek, a finanszírozó, a háziorvosok, a jogszabályok fekszenek-e keresztbe, vagy az üresen álló, és – kórházi ellátást nem feltétlen igénylő – betegekkel szükség szerint feltölthető gyermekosztályok érdekeit veszélyezteti a területi gyermekellátás fejlesztése? Vagy egyáltalán, miért kell ugyanúgy finanszírozni egy gyermekorvost Szabolcsban, mint a fővárosban? Ha már Budapestenél tartunk: miért nem vehetik meg a nyugdíjba készülők praxisát saját kollégáik? Nehogy racionálisabb legyen az ellátás?

És jönnek a további kérdések. Kinek adjuk el a praxisainkat? Hol vannak a potenciális vevők? Mennyi gyermekorvos kiképzésére van szükség? Annyira, amennyi a főleges kórházi osztályok további vegetálásához kell, vagy amennyit az ellátás igényel? Hogyan és hol kapnak utódaink képzést belőlünk? Ki oktasson, mire, mennyiért? Milyen legyen a majdan területen dolgozó gyermekorvos képzési rendszere? És milyen legyen a miénk? Mit kell tudnunk készség szintjén betegeink korszerű, biztonságos és európai ellátásához? Milyen eszközpark kell, és milyen körülmény hiányzik ehhez?

Vagy milyen legyen az ügyelet? Meddig tűrhető, hogy indokolatlan hívások pazarló és bennünket dezavualó kiszolgálására kényszerülünk, és hogy kellő képzettség és készség hiányában kell életveszélyben lévő felnőtteket ellátnunk? Mi a párhuzamos, tápszert és igazolást írogató ügyeletek megszüntetésének akadálya?

Ha összehasonlítanánk, mit mutatna, mire utalna a gyermekorvosok és a háziorvosok gyermekellátó munkájának elemzése? Ki alkalmas a mi szakmai felügyeletünkre? A hatóság vagy a szakma? Melyik szakma? Az alapellátás vagy a gyermekgyógyászat?

Adódik ebből a hovatartozás kérdése. Gyermekorvos akartam lenni, azt tanultam, azt tudtam, azt szeretném tudni. De az elmúlt évek továbbképzéseim túl, mit segített problémáim megoldásában a gyermekgyógyászat? A kollégium, az

MGYT vagy az országos intézet? És mit a háziorvosok kollégiuma, intézete, családorvosi tanszékei? Az alapellátás vezetése látszólag respektál bennünket. De nem csak azért, mert időről időre szükségük van ezerhatszáznyi tókesúlyunkra? Mire utal, hogy bárhol a világban, ahol irányításukat a háziorvosi irányítás vette át, rövidebb-hosszabb idő alatt háttérbe szorult vagy megszűnt a gyermekorvosi alapellátás?

Mit kell tehát tennünk a gyermekgyógyászat és mit az alapellátás megfelelő irányításáért? Hogyan lehet egy ilyen hétfejű tehetetlenséget megszüntetni? Hogyan tudjuk a sorsunkért felelős kollégiumokat, társaságokat, országos intézeteket irányba állítani?

A mai és itteni ellátás mellett ésszerűtlen iskola-egészségügy, a védőnői irányítás vagy a privatizáció kérdései is igazi megoldást igényelnének. Behatóan kell foglalkoznunk azzal is, miként moderálja a praxisok, a munkánk, a minőség, a képzés vagy az ügyelet helyzetét az uniós csatlakozás.

Hát ezek a nagy kérdések. Amelyekre mások nemtörődömsége miatt kénytelenek vagyunk mi katalizálni a megoldást. Közben persze folytatnunk kell a konferenciák szervezését, ki kell építenünk nemzetközi kapcsolatainkat, és módosítatnunk kell rendeleteket helyettesítésről, minimálfelszerelésről, miegyébről. Javaslatokat kell letennünk, ígéretekkel kell betartanunk, számon kérnünk, részt kell vennünk és ott kell lennünk. Tárgyalásokon, fórumokon, egyeztetéseken és a betegeknél. Ha este hívnak, akkor, ha vasárnap, akkor.

Ha mindezek megoldásához a helyes utat is megtaláljuk, nyugodt lelkiismerettel adhatjuk át a stafétát. Hogy kinek? Ez is egy újabb kérdés. De ha megleljük a választ, talán lesz majd időnk egy nyugdíjpénztáron is gondolkodni. Hátha egyszer mi is nyugdíjba mehetünk...

KÁDÁR FERENC

Pályázat

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet főigazgatója pályázatot hirdet Módszertani Osztályára csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi állás azonnali betöltésére. Elvárás: számítástechnikai felhasználói gyakorlat, angol nyelvtudás. Bérezés: KJT alapján, megegyezéssel.

Jelentkezés:

OGYEI 1113 Budapest, Diószegi út 64.

Tel./fax: 06-1/365-1541

e-mail: mramuracz@ogyei.hu



Szabásminták

Az utóbbi időben hírek érkeznek arról, hogy néhány önkormányzat, a körzetek lakosságszámában bekövetkezett aránytalanságok kiegyenlítése érdekében módosítani kívánja a körzethatárokat. Ez a szándék a rendelők ellátási területeinek sajátossága szerint különböző mértékben, de érinti a gyermekorvosok érdekeit.

A régi dilemma újra napirendre kerül: a praxist vagy a körzetet tekintjük-e a házi orvosi működés egységének, és egyik vagy másik szempontjai szerint szervezdjük-e az egészségügyi alapellátás? A két rendszer ugyanis teljesen eltérő logika és szemlélet alapján „osztja fel” a pácienseket orvosai között.

Már az is kérdés, hogy egyáltalán fel kell-e „osztani” őket. Főleg mechanikus, adminisztratív eszközökkel, mondjuk térképvonalak ide-oda húzogatásával. És ha igen, ki jogosult erre? Vagy miként egyeztethető ez össze a szabadpiaci vonásokat hordozó, de mégis alapvető emberi igényt kielégítő, szabad orvosválasztás jogával?

A régi időkben egyszerű volt ez a „szabályozás”. Kovács úrnak és családjának a kétszobás második emeleti panellel együtt „kiutalták” X vagy Y körzeti orvost is. Ette, nem ette, nem kapott mást. Illetve, ha mégse ette, vagy később bicsekelt meg az eredményes gyógyításhoz szükséges bizalom, akkor azért az alapellátáson belül és kívül, bizony más-hová jártak a betegek. Mindenesetre, legalábbis papíron, orvos és betege egymásra találtak.

A valóságos ellátási viszonyokat ugyanakkor csak megközelítőleg tükrözte az a körzeti beosztás. Hivatalosan minden rendben volt, mert mindenkinek volt gazdája, látszólag senki sem eshetett ki az orvosi ellátás rostájából. Egy fontos kellék azonban biztosan csorbát szenvedett: a szabad orvosválasztással megerősített bizalom. Márpedig az eredményes gyógyításnak ez az egyik pillére.

1992-ben létrehozták a házi orvosi és házi gyermekorvosi rendszert, és visszavonhatatlan, nagy vívmányként bevezették a szabad orvosválasztást is. Később az ún. működtetési jognak vagyoni értéke is lett, megvásárolhatóvá és eladhatóvá vált a praxis. Megjelentek az új „praxisbirtokosok” is. Ezek a kollégák elvben csak a működtetési jogot vehették meg, de

azért az alku során megnézték a praxis nagyságot, a lakosságszámot, a rendelőt, a körzet kiterjedését, a környéket is. Természetes és indokolt volt ez a körültekintés, hisz úgy gondolom, mi idősebbek mint majdani praxiseladók is e szempontok alapján fogunk megegyezni utódainkkal. Bár vitatható, de mégis úgy tűnik, hogy a praxis eladhatóságát, ha kismértékben is, de befolyásolja a körzet nagysága. Apró(?) igazságtalanság, hogy bár hajdanán körzeteket kaptunk, mégis a praxisban kellett évtizedeken át, felelősséggel és a betegek meglegedésére keményen dolgozni. Egy gyermekorvos munkásságának eredménye ugyanis a praxisban valósul meg. Ez a szellemi termék adható át mégis a legnehezebben, annak ellenére, hogy az orvos személyéhez kötődő teljesítmény alapján jött létre. Talán csak a céhbéli generációváltások módszereinek átvétele, a fokozatos átadás nyújthat erre valamiféle megoldást.

A lakótelepeken és a kertvárosi részeken szabadon érvényesültek a különböző dinamikájú, természetes demográfiai mozgások. És közben, az egyre csökkenő születésszám miatt folyamatosan apadtak a gyermekkörzetek létszámai.

Többéves stagnálás után, az elmúlt években fellendült a lakásépítés. A városközpontokban foghíjak épültek be, a város szélén pedig újabb lakóparkok nőttek ki a földből. Ezek aztán drasztikusan szétfeszítették a körzetarányokat, és a gyermekkörzetekben különösen nagy létszámtorzulásokhoz vezettek. Ezek az aránytalanságok egyformán érintették a rendelők ellátási területeit és rendelőkön belül a praxisokhoz tartozó körzeteket is.

A gyermekorvosi praxisok különösen érzékenyek a népesedés változásaira. Hátrányosan érinti őket a csökkenő születésszám, viszonylag rövid idő alatt „kinnőnek” tőlük a gyerekek, és az sem becsülhető meg pontosan, hogy az átadásra kerülő lakótelepekre hány gyermekes család költözik be. Amennyiben az önkormányzatok ki akarják egyenlíteni a körzetek létszámait, akkor ezt csak a körzethatárok átrajzolásával tudják megvalósítani. Erre ráadásul a 18/2000 kormányrendelet most törvényes felhatalmazást is ad számukra.

Így hát az érintett rendelőkben szabásmintához hasonló térképeket rajzolgatva vitatkoznak a gyermekorvosok. Sem az egymással megegyezni kényszerülők, sem a rendelők nincsenek ugyanis azonos helyzetben. Könnyebb megoldani a problémát abban a rendelőkben, melynek közelében egyik pillanatról a másikra lakótelepek nőttek ki a földből, és egészen más ott, ahol legfeljebb csak néhány foghíjbeépítésben lehet bizakodni. Mert ez utóbbi esetben új tortaszetelek híján csak a régiből, a már egyszer elosztottból lehet részesedni. Nehéz a lecke, mégis közös érdek a megegyezés! Persze lehet, hogy új helyzetben újszerű megoldásokra van szükség.

KÁLMÁN MIHÁLY

...tavasz, virágok, napsütés, barátok...

„Kávészünet-6”

A balatonaligai tudományos konferencia a hazai gyermekgyógyászat egyik legnagyobb rendezvénye. Miről is szólna a konferencia az infektológia évében, ha nem a fertőző betegségekről?

A továbbképzést Mészner Zsófia vezetésével Melles Márta főigazgató asszonytól Budai József professzorig az infektológia hazai szaktekintélyei tartják.

Az ajak- és száypadhasadék kezelésének megváltozott lehetőségeit a Pintér András professzor által irányított pécsi munkacsoport ismerteti.

Az érdekes és tanulságos esetismertetéseket és a gyermekorvosi alapellátás eredményeit és gondjait bemutató előadásokat magunk tartjuk.

Az estéről a Nestlé és a Medico-Uno, a hangulatról mi együtt gondoskodunk. Mi, úgy négyszázan...

A L I G A

május 14-16.

Mit mutatnak a számok?

Demográfiai adatok – 2002

A Csecsemő- és Gyermekgyógyász Szakfőorvosok Országos értekezletére ebben az évben 2003. dec. 5–6-án Mosdósor került sor. Az első napon Somogy megye egészségügyi ellátásának, valamint a mosdósi Tüdő- és Szívkórház tevékenységének bemutatása mellett sor került a Mészner Zsófia főigazgató vezetésével újonnan létrehozott Országos Gyermekgyógyászati Intézet szervezetének és terveinek bemutatására. Izgalmas és sok tekintetben hiánypótló feladatokról esett szó...

2002 demográfiai adatainak elemzését az idén is Dr. Pintér Attila mb. főigazgató-helyettes (OGYEI) előadásában hallhattuk. Az alábbiakban ebből az előadásból ismertetünk néhány megállapítást, számadatot.

Pintér főorvos a demográfiai adatokból a következő alapvető összefüggéseket állapította meg:

2002-ben az előző évhez viszonyítva a születések száma 243-mal csökkent, a halálozások száma ugyanakkor 650-nel nőtt. 2002-ben 96 804 születés mellett 132 833 haláleset történt. Hazánk népessége 2002-ben 36 ezerrel fogyott.

Említésre méltó, hogy a közel 170 ezer megfogamzott életnek csak 55 százaléka születik meg, a többi elvetél.

Figyelemre méltó, hogy az összlakosságon belül folyamatosan csökken a 20, illetve a 15 év alattiak arányszáma. Öt-éves korcsoportokat vizsgálva kiderül, hogy a legkevesebben az 5 éven aluliek vannak. (1. ábra)

Ismeretes, hogy 1980 óta fogy a népesség. 2000-ben ugyan nőtt az élve születési arányszám, de ugyanakkor megtorpant a csecsemőhalálozás csökkenése, mert a csecsemők mortalitása az előző évi 8,4 ezreléssel szemben 9,2 ezrelékre emelkedett. 2002-ben azonban a csecsemőhalálozás minden eddiginél alacsonyabbra, 7,2 ezrelékre csökkent. (2. ábra)

Az elmúlt évben Hajdú-Bihar megye 4,1‰ értéke volt a legjobb, most Baranya megye 4,3‰-es adattal került az első helyre. Borsod megye kivételével minden megye 10‰ alatt maradt. (3. ábra)

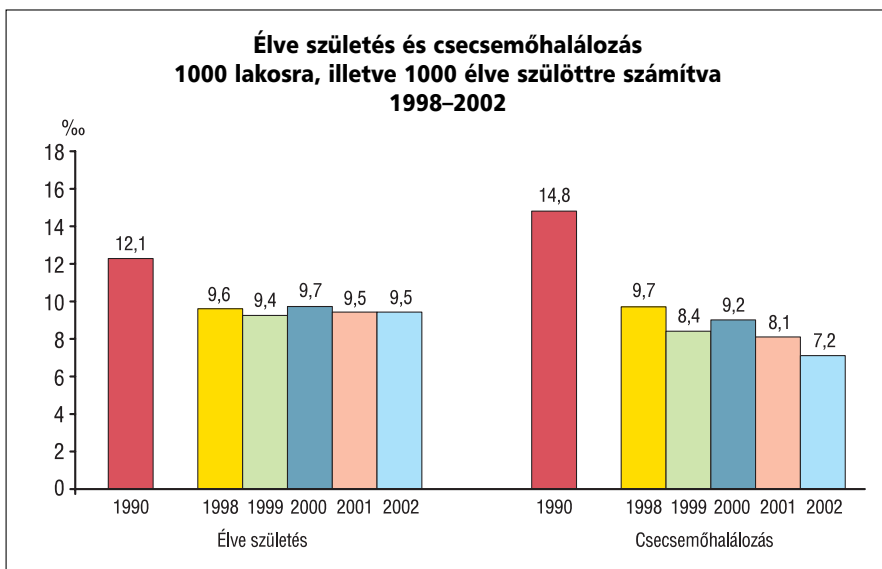
A megyék csecsemőhalálozásának számainat helyesebb 3 év adatainak összevetésével megítélni. A 2000–2001–2002. évi csecsemőhalálozás megyénkénti átlagértékeit a 4. ábra mutatja.

Az élveszületési arányszám Szabolcs és Hajdú megyékben a legnagyobb (11,3‰, ill. 10,5‰), Zala megyében és Budapesten a legalacsonyabb (7,8‰, ill. 8,6‰). Az országos átlagérték 9,5 ezrelék.

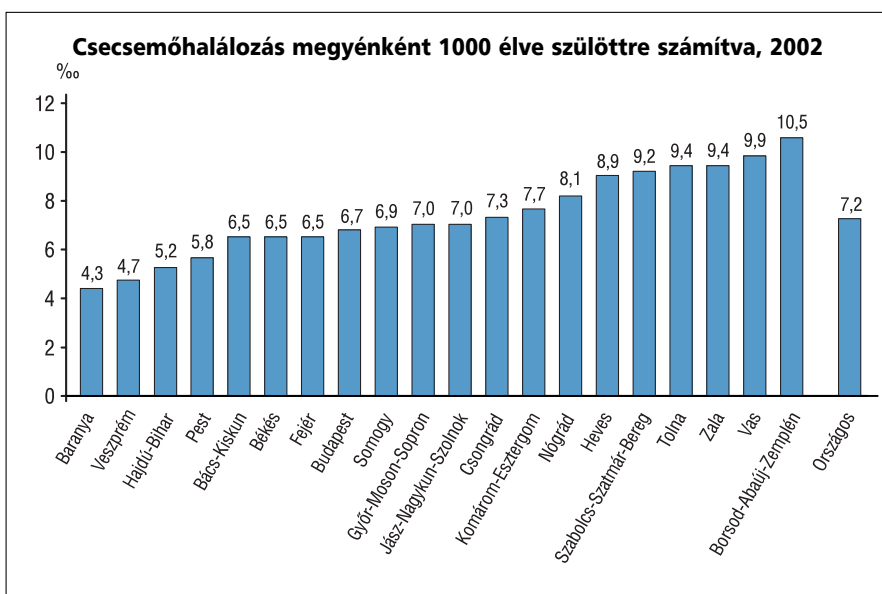
Ismert, hogy a csecsemőhalálozás csökkenésének legnagyobb akadályát a magas koraszülési gyakoriság jelenti. A megyék közötti arányszámok az előző évhez képest változtak. Amíg az előző években Borsod megyében, most Nógrád és Szabolcs megyében volt a legnagyobb a koraszülési frekvencia. (5. ábra)

0 – 4 éves	477 677	} Előző évhez képest csökkenés
5 – 9 éves	540 532	
10 – 14 éves	615 479	
0 – 14 éves	1 633 688	az összlakosság 16,1%-a (2001-ben 16,6% volt)
15 – 19 éves	644 705	
0 – 19 éves	2 278 393	az összlakosság 22,3%-a (2001-ben 23,1% volt)

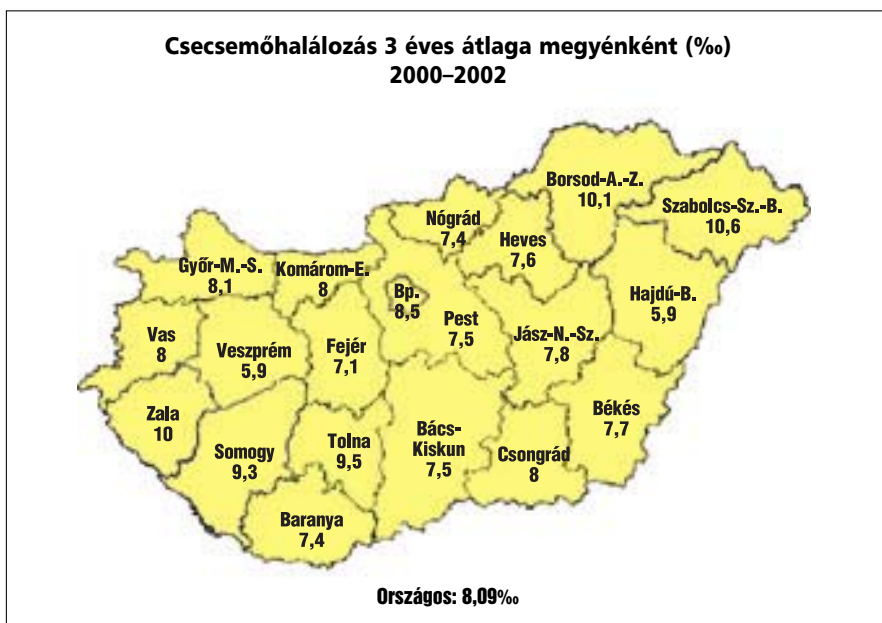
1. ábra



2. ábra



3. ábra



4. ábra

A koraszülési gyakoriság az utolsó 4 évben változatlanul 8,5 % körül mozgott. (6. ábra)

A koraszülés gyakoriságának elemzése azért lenne fontos, mert évtizedekkel ezelőtt a csecsemőhalottak 60%-a még a normál súlyúak közül került ki, ma viszont

a koraszülöttek adják a csecsemőhalálozás 68 százalékát! A 28 napon belül elhaltaknak pedig 75 százaléka koraszülött.

A perinatális halálozás vizsgálatánál a késői magzati halálozás (halva születés) és a 0–6 napos halálozás adatait kell figyelembe venni. Megnyugtató, hogy

Koraszülött-gyakoriság (%), 2002

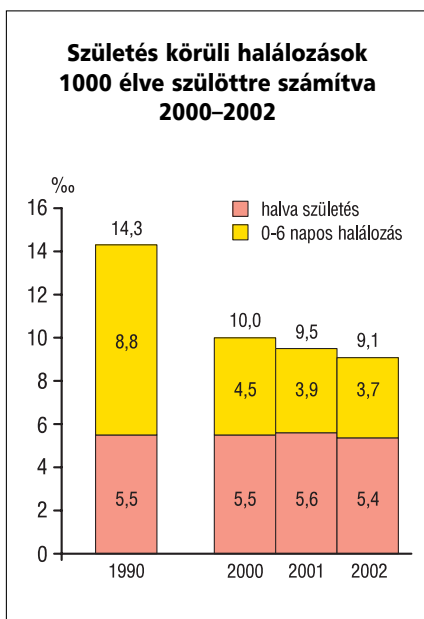
1. Nógrád	11,0
2. Szabolcs-Szatmár-Bereg	10,9
3. Borsod-Abaúj-Zemplén	10,6
4. Somogy	10,2
5. Heves	9,6
6. Zala	9,3
7. Jász-Nagykun-Szolnok	9,1
8. Bács-Kiskun	9,0
9. Hajdú-Bihar	8,8
10. Tolna	8,7
11. Baranya	8,5
Országos átlag	8,5
12. Komárom-Esztergom	8,1
13. Csongrád	8,1
14. Veszprém	7,9
15. Pest	7,6
16. Békés	7,5
17. Győr-Moson-Sopron	7,2
18. Fejér	7,1
19. Budapest	7,0
20. Vas	7,0

5. ábra

Koraszülés gyakorisága

Év	<2500 g		<1500 g		<1000 g	
	%	esetszám	%	esetszám	%	esetszám
1990	9,3		1,4		0,4	
1999	8,5	8196	1,31	1381	0,52	587
2000	8,4	8301	1,41	1339	0,60	562
2001	8,5	8226	1,37	1329	0,57	586
2002	8,5		1,37		0,60	

6. ábra



7. ábra

mind a halva születés, mind a korai újszülött-halálozás arányszáma csökkent, 2002-ben összességében 9,1 ezrelék volt. (7. ábra)

A születés körüli mortalitás értékei a legtöbb megyében a késői magzati halálozás miatt magasak. A megyék többségében a terhesség és a szülészeti ellátás szakmai kérdéseit is vizsgálat tárgyává kell tenni. (8. ábra)

Kivételt képez 3 megye (Nógrád, Vas és Tolna), ahol az újszülött-intenzívellátás körülményeinek vizsgálata szükséges.

A csecsemőhalálozás súly és korcsoport szerinti adatainak elemzése során figyelemre méltó, hogy a 693 csecsemőhalott közül 472 (68%) koraszülött vagy kis súlyú volt. A csecsemőhalottak 40%-a(!), a koraszülöttek 60%-a 1000 g alatti súllyal jött világra.

A csecsemőhalottak 73 százaléka (az elmúlt évben csak 65%) 28 napon belül, 52 százaléka (az elmúlt évben csak 48%-a) az első héten halt meg.

Az első hónapban meghaltak 71%-át az első héten, 34%-át az első napon veszítettük el.

Az előző években az összes halálozáson belül enyhén növekedett a késői csecsemőhalálozás aránya. Ez a jelenség 2002-ben már nem volt észlelhető. Az arány 33–34 százalékról(!) 26%-ra esett vissza.

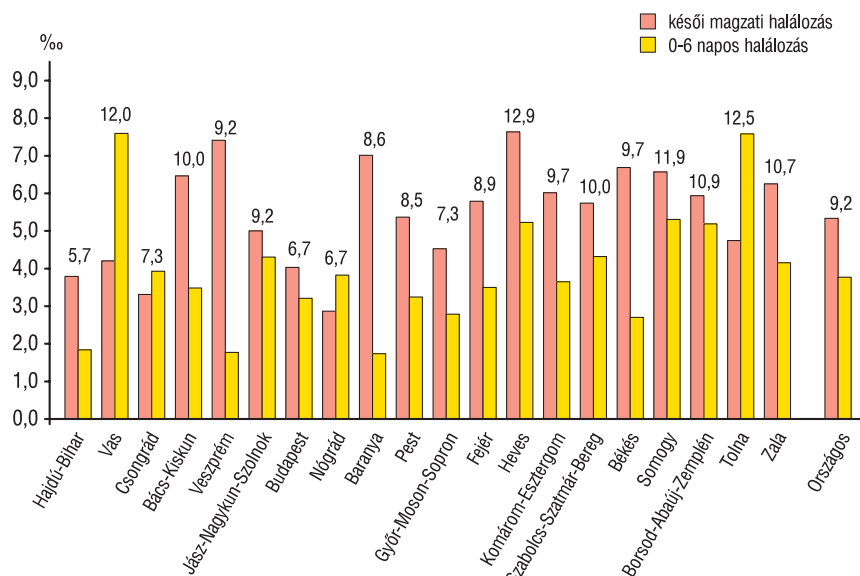
Érdekes és fontos a csecsemőhalálozás halálok szerinti elemzése is. A 7,2 ezrelékes érték 83%-a a XVI és XVII BNO-csoportba tartozó halálokokra vezethető vissza. Ez az arány 2001-ben is 83% volt.

A csecsemőhalálozás nemzetközi összehasonlításakor feltűnik, hogy Litvániát, Horvátországot és Lengyelországot megelőztük, de Szlovákia ismét előttünk jár. (9. ábra)

A területi gyermek-egészségügyi ellátás színvonala – sok demográfus véleménye szerint – a kisedhalálozás számértékéből jobban megítélhető, mint a csecsemőhalálozás adataiból.

Az 1–4 évesek halálozásának számértékei olyan alacsonyak, hogy csak százezer megfelelő korú lakosra számítva érdemes azokat megadni. 2002-ben az 1–4 évesek halandósága 35,9 százaléklék

Születés körüli halálozás megyénként*, 2002



* Az oszlopok feletti számok a születés körüli halálozás értékét jelentik ‰-ben

8. ábra

1–4 évesek halandósága Magyarországon (százezer élve szülöttre számítva)

	1 éves		2 éves		3–4 éves		Összesen
	1990	1999	1990	1999	1990	1999	
1990	98	77,9	61	48,5	101	80,3	260
1999	65	68,6	44	46,4	58	61,8	167
2000	53	55,7	35	35,8	70	33,5	158
2001	46	47,1	29	30,6	46	23,2	121
2002	60	61,8	31	31,7	48	25,0	139
1–4 éves:							35,9
386 590							százezerrelék

Éves születés:	1990-ben	1998-ben	1999-ben	2000-ben	2001-ben	2002-ben
	125 679	97 301	94 645	97 597	97 047	96 804

10. ábra

volt, mely minden évjáratnál romlott a 2001. évi 31 százezerrelékhez képest. (10. ábra)

Az 1–4 évesek halálozásában a külső okok (28%), ezen belül a balesetek vezetnek. Jelentős halálteki szerepet játszanak ebben az életkorban a veleszületett rendellenességek (22%), a daganatok, az idegrendszeri betegségek (16–16%) is.

Pintér mb. főigazgató-helyettes adatai között a legörvendetesebb adat a csecsemőhalálozás jelentős csökkenése. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a 10 ezrelék alatti értékek kiszámítása elsősorban a trend jelzésére és az összehasonlítás alapjául szolgálhat, de a továbblépés szempontjából döntő fontosságú a csecsemőhalottak eseteinek egyedi elemzése.

Csecsemőhalálozás 35 európai országban (‰), 2001

Finnország	3,2
Spanyolország	3,5
Svédország	3,7
Norvégia	3,9
Csehország	4,0
Franciaország	4,3 (1999. évi adat)
Szlovénia	4,3
Németország	4,5
Olaszország	4,6 (2000. évi adat)
Ausztria	4,8
Svájc	4,9
Dánia	4,9
Ciprus	4,9
Belgium	5,0
Luxemburg	5,0
Portugália	5,0
Hollandia	5,4
Nagy-Britannia	5,5
Görögország	5,9
Írország	6,0
Szlovákia	6,2
Magyarország	7,2 (2002. évi adat)
Horvátország	7,6
Lengyelország	7,6
Litvánia	7,8
Észtország	8,8
Fehéroroszország	9,1
Lettország	11,0
Ukrajna	11,4
Jugoszlávia	12,6
Bulgária	13,8
Oroszország	14,6 (2000. évi adat)
Bosznia	15,0
Románia	15,1
Törökország	38,7

Japán	3,1
Ausztrália	5,2 (2002. évi adat)
Kanada	5,3 (1997. évi adat)
Izrael	5,1
USA	6,9 (2000. évi adat)

9. ábra

Ugyanilyen hasznos a helyi ellátási körülmények javítása szempontjából a megyék halálozási statisztikáinak összehasonlítása.

Így talán még közelebb kerülhetünk a jelenleg előttünk járó országokhoz.

K. M.

LIAISON – kapcsolati pszichiátria a gyermekorvosi gyakorlatban

Mint ismeretes a gyermekkorban kezdődő pszichiátriai megbetegedések prevalenciája az utóbbi időben jelentősen emelkedett, ugyanakkor Magyarországon nagyon kevés gyermekpszichiáter dolgozik. Ezt az ellentmondást át lehet hidalni, ha a körzetben ellátható gyerekeket megfelelő szakirányú konzultáció mellett a házi gyermekorvos látja el. Így a szűk kapacitású szakellátást csak a legrászorultabbak vennék igénybe, jelentősen csökkentve ezzel az ellátatlan gyerekek számát. Fontos az is, hogy az alapellátásban dolgozó kollégáknak sokkal nagyobb a rálátása egy-egy család életére, szociális helyzetére, ami a lelki problémák kezelése szempontjából nem elhanyagolható.

Az EszCsM a Népegészségügyi Program keretén belül pályázatot írt ki a lelki egészség megőrzése céljából. A „Konzul-

tációs kapcsolat kialakítása a IX. és XIII. kerületi házi gyermekorvosokkal” című pályázatával a Heim Pál Gyermekkorház Mentálhigiéniai Ambulanciája is a nyertesek között volt. Az volt a cél, hogy rendszeres konzultációs kapcsolat alakuljon ki a fenti kerületek egy-egy házi gyermekorvosi rendelőjében dolgozó kollégáival azért, hogy problémás betegek pszichés folyamatait megvilágítva és értelmezve segítséget nyújtsanak a pszichésen sérült gyermekek gyógyulásához. A preventív szemlélet megvalósulásával valószínűleg a pszichiátriai megbetegedések száma is csökken. A konzultációk következtében a gyermekek gyógyításában résztvevők és a szülők pszichés terhelése is enyhül, ami pozitívan hat vissza a gyermekek mentális állapotára.

Az ebben a formában ellátott gyermekeknek nem kell messzire menniük a segítségért, továbbá egy már ismert, bizalmas légkörben kerül sor pszichés problémáik feltárására és megoldására.

Reményeink szerint a közös, gyermekgyógyász–gyermekpszichiáter–védőnő konzultációk, esetmegbeszélések segíteni fogják az organikus és a pszichiátriai szemlélet közelítését, a bio-pszicho-szociális szemlélet erősödését.

Az alábbiakban, illetve a következő számokban egy-egy, a konzultációk során felmerült esetet, illetve annak megbeszélését ismertetjük. Olyan rovatot indítunk, amelyben az Önök által a Hírvivő szerkesztőségéhez küldött eseteket is megpróbáljuk körbejárni.

DR. RIEGLER ILONA

Iskolafóbia

12 éves gyerek 3 hete nem akar iskolába menni. Meddig lehet asszisztálni hamis orvosi igazolásokkal?

Az iskola elutasítása, más néven iskolafóbia, viszonylag gyakran előforduló probléma. Amerikai felmérés szerint a gyermekek átlagosan 5%-a nem jár iskolába emiatt. Nagyvárosokban gyakrabban találkozunk a problémával. Többnyire 6–7 éves korban – az iskola kezdésekor és kiskamasz korban fordul elő. A fiú–lány arány azonos, a szociális státusnak nincs jelentősége.

Több megnyilvánulási formája van, van úgy, hogy a gyermek el sem indul az iskolába, van, hogy elmegy, de csak a kényszer miatt. Ilyenkor reggelente gyakoriak a viselkedési problémák, rosszulletek és egyéb pszichoszomatikus panaszok. Harmadik lehetőség, amikor elmegy, de az iskolában tüneteket produkál.

A háttérben számtalan tényező állhat. Így a gyermek érzelmi zavara (általános szorongás, szeparációs szorongás, fóbia, depresszió), a szülő testi vagy lelki betegsége, ami miatt a gyermek felnőtt- „támasz” szerepbe kényszerül: nem meri felügyelet nélkül hagyni a szülőt, inkább ő is megbetegszik. Lehetnek problémái a társas kapcsolatában, például kiközösítés vagy iskolai bántalmazás miatt. Lehetnek kudarcai a tanulásban is. Iskolakerüléshez vezethet az is, ha a gyermeket túlzott szülői figyelem övezi, vagy „túlerőben” vannak az iskolán kívüli pozitív élmények (tv, számítógép, drog, bevásárlóközpont).

A tünetek megjelenésében alapvetően két formával találkozunk, melyek gyakran keverednek: vannak internalizáló

(szorongás, izolálódás, depresszió, fáradtság, pszichoszomatikus) és externalizáló (hisztik, verbális/fizikai agresszió, oppozíciós magatartás) tünetek.

Szomatikus tünetek esetén a szokásos rutinkivizsgálás elkerülhetetlen, de fontos, hogy a betegségtudat megelőzése érdekében minél kevesebb vizsgálatot kérjünk.

Minél hosszabb ideig áll fenn az állapot, annál súlyosabbak a következmények. A közvetlen következmények romló iskolai teljesítményben, családi konfliktusokban, a kortársakkal kapcsolatos problémákban mutatkoznak meg. A tartósan fennálló iskolaelutasításnak hosszú távú következményei is vannak: beszűkül a továbbtanulási lehetőség, növekszik a szociális nehézségek, pszichiátriai betegségek kockázata.

Minél hosszabban elhúzódik az iskolakerülés, annál nehezebb a visszailleszkedés. Az újbóli iskolakezdés lehet fokozatos vagy azonnali, de az iskolába járás nem képezheti alku tárgyát. Fontos a szülők felvilágosítása, hiszen gyakran ők asszisztálnak a gyermek otthon maradásához. Segítséget jelent, ha az iskolában találunk a gyermek számára érzelmi támaszt nyújtó tanárt.

A pszichoterápiás segítség a kiváltó okoktól függően lehet kognitív, szupportív, dinamikus vagy családterápia. Amennyiben tanulmányi nehézségek gyaníthatók a háttérben, tanulás-képesség-vizsgálat is szükséges. Gyógyszeres terápiaként antidepresszánsok és anxiolitikumok jöhetnek szóba. Fontos az állapot megelőzése: a kóros családi dinamika és a gyermek patológiás tüneteinek korai felismerése. Az iskolába járás kiskorú lazítása – például a gyermek félévente egy-két napot szabadon választva otthon maradhat – segíthet a súlyosabb problémák kialakulásának megelőzésében.

DR. GALLAI MÁRIA

Mi bújhat meg a korai evészavar hátterében?

Az első gyerekkel együtt járó anyai szorongásokat kik ismernek jobban, mint az újszülötteket ellátó gondozónők, orvosok? A tapasztalt, rutinos szakembereket is zavarba tudja hozni, ha látszólag minden rendben, és a mama mégis aggódik, bizonytalanodik. A gyerek még jól fejlődik, de lassanként a gondozók is aggódni kezdenek, mi lesz ebből?

Az esetek többségében sikerül az enyhe postpartum depressziós, szorongós állapotokat fokozott figyelemmel, biztonságadással megszüntetni. Ha mégsem, akkor a számtalan lehetséges ok közül kettőt emelnék ki, mint legvalószínűbbet. A szülés utáni depresszió gyakran rejtett formában jelentkezik, vagy éppen izolált tünetként, konkrét félelemben ölt testet. Egy kismama mondatai: „*attól félek, nem fogom tudni szoptatni, és akkor mi lesz, mert nem fogadja el a cumisüveget... vigyázzon rá valaki, aki jobban tud, mint én, én nem tudom, mi a baja...csak ne legyen semmi baja... anyám se tud most velem mit kezdeni, segítsenek!*”. Különösen nyugtalanító, ha a mama intelligens, sikeres, közeli és tágabb családjában is segítők, nem hagyják magára, és a tünet mégsem szűnik, sőt egyre diffúzabb szorongás léphet fel.

A depresszió a szülést követően jól ismert jelenség, de pszichiáter segítségét igényli, ha a családban volt hasonló, vagy ha a kismamát kezelték már korábban. Komoly figyelmeztető jel a növekvő tanácstalanság, elégtelenségérzés, alvászavar, pesszimista jövőkép, étvágytalanság, bűntudat. A túlzott aggodalmaskodás, bűntudatos, ambivalens kötődés a

kisgyerekhez és a saját családjához szintén lehet a depresszió részjelensége. Előfordul, hogy ezek a tünetek oly mértékben kerülnek előtérbe, hogy a depressziós hangulat elhalványul mellettük. A depresszióhoz nagyon hasonló jelenségek ellenére, ezekben az esetekben a kismama indulatokat ébreszthet bennünk. A tehetetlenség érzése feszültté tehet minket. A számunkra szokatlan érzések figyelmeztető és diagnosztikus értékűek. Ilyenkor arra gondolhatunk, hogy a mamának nemcsak a depressziója miatt van szüksége pszichoterápiára és esetleges gyógyszeres kezelésre, hanem valami más is gyötri őt.

A mamának a gyerekéhez való viszonyát erőteljesen befolyásolja a saját anyjához fűződő kapcsolata. A gyerek születésével visszavonhatatlanul belekerült egy olyan szerepbe, amire valami ősi kapcsolati zavar, nehézség miatt még nem volt felkészülve. A valamikori gyermeki énjének bizonytalan, ambivalens kötődése éled újjá saját gyermekéhez fűződő viszonyában, mintegy „örökíti” azt. Mindez a folyamat nem tudatos, de érzelmileg igen intenzív, nagyon tudnak szenvedni mind a fiatal mamák, mind kisgyerekek. Annak érdekében, hogy ez a pszichológiai örökség ne adódjék át, érdemes odafigyelnünk saját belső indulatainkra, mert azok jelzik, mekkora szüksége van a mamának és gyerekének pszichoterápiás segítségre.

DR. ZIBOLEN ÁGNES
GYEREKPSZICHIÁTER

A HGYE és

az Országos Kardiológiai Intézet

Gyermekszív Központja szervezésében tartott
gyermekkardiológiai továbbképzés keretében

**március 18-án a szívsebészetről,
április 15-én az operált betegek korszerű
gondozásáról** lesz szó.

Az előadások 19.30-kor kezdődnek
a Mercure Budapest Metropolisz szállodában
(1074 Budapest, Rákóczi út 58.).

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETE

március 13-án Zalaegerszegen,

március 20-án Szegeden,

március 27-én Pécssett délelőtt 10 órakor
infektológiai továbbképzést szervez.

A továbbképző program tematikája:

1. Problémák és megoldások a felső légúti fertőzések terápiájában
2. Védőoltások

Az akkreditált továbbképző program pontértéke
8 kreditpont. A rendezvényeket a Medico Uno Rt.
és a Baxter Hungary Kft. támogatja.

A rendezvény helyszínéről a HGYE levélben értesíti
a kollégákat.

Közlemény

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium széles körű, nyilvános társadalmi vitát kezdeményez a következő témákban:

1. Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben
2. Előzetes szakmai koncepció a személyes genetikai adatok védelméről, a genetikai kutatásokról, teszt- és szűrővizsgálatokról, valamint a biobankokról szóló törvényjavaslathoz.

A tárcsa március végéig várja hozzászólásait, a dokumentumokat gazdagító véleményüket, javaslataikat a www.eszcsm.hu; www.magyarorszag.hu; www.motesz.hu internetes fórumain.

A Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkórháza,
a Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet, valamint a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinikája

2004. április 20–29-ig gyermekpulmonológiai tanfolyamot

szervez szakorvosok és szakorvosjelöltek részére.

A tanfolyam ideje és helye:

április 20–23. MRE Mosdósi Tüdő- és Szívkórháza

április 26–27. Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet, Budapest

április 28–29. SE I. sz. Gyermekklinika, Budapest

A teljes tanfolyam részvételi díja 20 600 forint.

Ha valaki a tanfolyam budapesti felét kívánja csak látogatni (április 26–29.),
erre is van lehetőség. Ebben az esetben a részvételi díj fele fizetendő.

A tanfolyamra történő jelentkezés határideje 2004. március 20.

A jelentkezésre a 2003. december 10-i, 25. sz. EU-Közlöny 4705. oldalán megjelent űrlap
segítségével van mód. A jelentkezési lapot Staniów Ágnes titkárnő részére
(SE I. sz. Gyermekklinika 1083 Budapest, Bókay János u. 53.) kell elküldeni.

A tanfolyamon résztvevők 25 kreditpontot kapnak, a 29-i tesztvizsga letétele esetén 50 pontot.

Ez a pontszám azokra is vonatkozik, akik csak az április 26–29. közötti
budapesti előadásokat hallgatják meg.

Praxisok

- 120 kártyás, 20 éve jól bejártott gyermekorvosi praxisjog **Miskolc vonzás-körzetében** eladó, Érdeklődni lehet a 06-20/252-9948-as telefonszámon.
- **Budapesttől 7 km-re** nagy kártyaszámú házi gyermekorvosi praxisjog eladó. A településen az ügyeleti szolgálat megoldott.
Érdeklődni a 06-20/3536-691-es telefonon lehet naponta 18–21 óra között.

Kedves Olvasóink!

Szeretnénk Önökhöz a fontos információkat gyorsan eljuttatni. Ezért kérjük, hogy e-mail címüket küldjék el a HGYE e-mail címére!



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

Honlap:
www.extra.hu/hgye

Az egyesület titkárai:
Demjén Ágnes
és
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

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

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

HÍRVIVŐ

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