

2004. december ■ IX. évfolyam 6. szám

50.
H

ÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

Boldog új esztendőt kívánunk!

Az ötvenedik!

IX. évfolyam 6. szám = 50. Hírvívó! Mennyi minden van e számtani egyenlet mögött. Az elmúlt tíz év krónikája. A házi gyermekorvoslás problémái, gondolatai, küzdelmei és eredményei. A szakma, a szakmapolitika gyötrelmes éveit köszönnek vissza a lapok hasábjairól. S ezen keresztül a gyermekgyógyászat tükörképe is megjelenik.

A Magyar Gyermekorvosok Társaságának nincs ilyen típusú lapja. A szerzők elsősorban házi gyermekorvosok, akik tenni akarnak a beteg gyermekek jobb ellátásáért, a gyermekgyógyászok munka- és életkörülményeinek javításáért. A hazai mellett a külföldi gyakorlattal is megismertetnek bennünket. Bemutakoztak a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnökei, főtítkárai, a Gyermekgyógyászati és a Háziiorvostani Szakmai Kollégium elnökei. Vallottak magukról, gyermekgyógyászati hitvallásukról. Megszólaltak egészségügyi miniszterek is. Volt belőlük számtalan.

A Hírvívó minden betűje az orvoslásról szól. Csodálatos dolog orvosnak lenni, beteg embereken segíteni. Ennél csak az a csodálatosabb, ha beteg gyermekeken segíthet az ember.

Egy kínai bölcs mondása szerint, ha valaki az életben három dolgot elért, akkor mindent elért, amit elérhet ezen a földön. Az első, hogy elültet egy fát. A második, hogy születik egy gyermeke. A harmadik pedig, hogy megjelentet egy alkotást. Ezek megörökítik őt, továbbviszik az életét, a gondolatát. Fát ültetni mindenki tud. Gyermeke majdnem mindenkinek lehet. De a szellem, a gondolat termékének létrehozása csak kevesek képessége.

Tisztelt Szerkesztők, tisztelt Felelős Kiadó! Önöknek megadatott ez a kiváltság! Irigylem érte Önöket.

Most a Hírvívó ötvenedik számát tartja kezében az olvasó. Tudom, hogy egy-egy szám megjelenése sokszor emberfeletti munkát igényel. A szerkesztők a „várandóság” alatt csak azon dolgoznak, hogy jó legyen, szép legyen, okos legyen „gyermekük”, az új lapszám. Szoronganak, hogy minden tervezett cikk elkészüljön, a nyomdai kivitel is tökéletes legyen, hogy a megszületés pillanatában mindenki elájuljon a „gyermek” szépségétől, nem is beszélve az „okosságáról”, a tartalmáról. A szerkesztők öröme azonban rövid, mert a gyermekük születése pillanatától önálló életre kel, további változtatásra, módosításra, „nevelésre” már nincs lehetőségük. Önállóan jár, és persze „beszél”, mondja el azokat a fontos dolgokat, amit a szerzők közvetíteni akartak. Néha selypít, néha nem értik pontosan azok, akikhez szól. Néha túlzottan is szókimondó, néha meg rosszul fejezi ki magát. Mégis szeretjük. Mert most már nemcsak a szerkesztőké a gyermek, hanem a miénk, mindannyiunké.

A házi gyermekorvoslás védelmére alakított egyesület harsonája a Hírvívó. Tájékoztatja, sőt mozgósítja a kollégákat, de nemcsak őket, hanem minden gyermekorvost. Egyértelműen elérte célját. Jövőjét a megoldásra váró számtalan probléma biztosítja.

Büszkék lehetnek rá! Mert mi, olvasók is büszkék vagyunk a Hírvívóra.

SZABÓ LÁSZLÓ
AZ MGYT FŐTITKÁRA

TARTALOM

- Öröm és üröm 2–4
- Siófok 2005 5
- Hol vannak
a „Ratkó”-unokák? 7–8
- Üzlet-e a
gyerekpraxis? 10–11
- Mosolyország 13
- Tabló 14–17
- Új módszertani levél 19
- Hírek 20



Öröm és üröm

Amikor barátaim és kollégáim, a HGYE vezetői és a Hírvívó szerkesztői felkértek arra, hogy foglaljam össze a Házi Gyermekorvosok Egyesülete 10. Jubileumi Konferenciájának tudományos munkáját, őszintén megtisztelve éreztem magam. És ez nem a szokásos – orvosi körökben igen jellegzetes – „nyelvcsapásos” tiszteletkör. Mert a HGYE azon nagyon kevés, alulról szerveződő és hathatósan működő civil szervezetek egyike, amelyre annyira szükség lenne az – enyhén szólva – bizony gyengén működő demokráciánknak. Az a szervezet, amely hosszú, szívós, türelmes munkával kényszerítette rá az igencsak vonakodó döntéshozókat és politikát arra, hogy komolyan vegyék az (általuk is) oly gyakran hangoztatott demokratikus és esélyegyenlőségi lözúngokat.

Mint kívülálló „bennfentes” (gyermekorvos, de nem házi) csak arra vállalkozhatok, hogy a mintegy tízórás, több száz diával, angolul és magyarul előadott előadásokból kiemeljem a saját, szubjektív szűrőmon átrostált fontosabb megállapításokat. Vágjunk hát a közepébe.

A HGYE vezetői a nehezebb utat választották. Nem a mindig könnyebben meglovagolható érzelmekre, hanem a szigorúbb – ha úgy tetszik, szürkébb – tényekre helyezték a hangsúlyt. Abban persze szerencsájük volt, hogy amikor előadónak **Kamarás Ferencet**, a Központi Statisztikai Hivatal demográfusát is meghívták, nem egy szürke hivatalnokot kaptak. Miközben valóban grafikonokkal és számokkal árasztott el bennünket – mi mást is tehetett volna –, egyértelmű és világos felvilágosítást nyújtott a jövő bizony közismerten lesújtó demográfiai tendenciáiról.

A RATKÓ-UNOKÁK NEM HÁZASODNAK

A laikus számára furcsán ható kifejezéssel: a reprodukciós szint – magyarán a gyermekvállalás – 1,28-ra zuhant. Kissé morbid értelmezésemben: egy magyar pár ma 1,28 darab gyereket szül, miközben a népességszám szinten tartásához – 2,1-re lenne szükség. Statisztikai értelemben tehát ezért csökkent 1980 óta 600 ezer fővel Magyarország lakossága.

A demográfus az okok – persze csak korlátozott mértékű – elemzésére is vállalkozott. E szerint a fő problémák: a késői vagy elmaradott családalapítás, azaz a házasodók számának csökkenése és életkoruk növekedése; a szándékos gyermektelenség térhódítása, a fogamzásgátlás, a terhesség művi megszakítása stb. Engem leginkább egy grafikonja fogott meg. Ezen jól látható volt, hogy az 1970-es években, a születési számot a Ratkó-korszály szülési kedvének következtében, egy kiugrás, spike növelte meg. Am egy negyedszázaddal később, amikor már a Ratkó-unokák vannak a gyermeknemzés korában, hiába vannak ők többen, a szülési szám egy cseppet sem növekedett, ellenkezőleg, tovább esett. Már a néhai miniszter asszonyban sem bízhatunk...

Mármint mi, gyermekorvosok. Ma még az alacsony szülési szám ellenére megélhetünk az aránylag nagyszámú serdülő-

ből. De pillanatokon belül kinőnek bennünket – és akkor jaj nekünk. Még szerencse, hogy a gyermekorvosok átlagéletkora is 54 év körül mozog, így aztán mi is elfogyunk. Ez egyébként már a következő előadásból derült ki, amelyet **Kádár Ferenc** a HGYE nevében tartott. Ő első-

néhány év alatt! Hevesben vagy Szabolcs-Szatmárban pedig orvoshiány van. Halmozódnak a kérdések és sejtethő már a megoldás is. Csak kérdéseink vannak, bár sejtjük a megoldást: teammunka, csoportpraxis stb. Nemcsak a jó szándék, hanem a jogi háttér is teljesen hiányzik.



sorban problémákat, kérdéseket vetett fel. Mást nagyon nem is tehetett volna, mivel az egészségpolitika máig adós a válaszokkal. Mit is válaszolhatna arra például, hogy a gyermekorvosok a nyugdíjkorhatár után is maradnak a helyükön? Maradnak, mert ha élni akarnak, muszáj nekik. A túlkínálati piacon úgy sem tudják eladni, még igen nyomott áron sem a praxisaikat. Nemigen van, aki megvegye tőlük, mert a gyermekgyógyász szakma népszerűtlen és kiürül.

KÉRDÉS VAN, VÁLASZ NINCSE

Mit lehet tenni az évtizedek óta meglévő aránytalanságokkal? A fővárosban és Baranyában az egy praxisra jutó gyerek szám 1000-ról 500–600 főre zuhant –

Kissé előreszaladva: amikor az egyik kolléga felvetette, hogy a nyugdíjba menő házi orvos praxisát nem lehetne-e szétosztani (vagy felvásároltatni) a vele egy rendelésben működő kollégák között, az OEP jelen lévő illetékese kénytelen volt kerek perez azt mondani: nem. A működtetési jog nem osztható.

Fogalmazódnak a kérdések az uniós feltételek kielégítésével kapcsolatban is. Lesz-e a frissen végzetteknek is ún. törzsképzése (hároméves gyermekorvosi alapképzése) és ráépített két éves házi orvosi szakvizsga? Megteremtik-e a feltételeit, ösztönzik-e az igazi szakmai továbbképzést? Ez utóbbit a HGYE joggal kérhette számon (ez már a krónikás megjegyzése), hiszen maga is sokat tett érte: „Kávé-

szünet” konferenciák 500 résztvevővel, nívós szakemberekkel és előadásokkal, országos infektológiai továbbképzés, gyermekkardiológiai, gyermekpszichiátriai előadás-sorozatok és így tovább.

Kádár doktornak csak a kérdései kitöltenének egy külön cikket, ezért most előadásának az egyetlen kijelentő mondatát idézem: „Nemcsak az a kérdés, hogy lesz-e elég gyermek és gyermekorvos, hanem, hogy hány gyerek hány gyermekorvost tud eltartani.” Most látom, ez is kérdés...

VÁLASZOLÓK ÉS NEM VÁLASZOLÓK

Kereszty Éva, a minisztérium főcsoportfőnöke meg sem próbált válaszolni ezekre a kérdésekre. Mentségére szolgáljon, hogy kimondva-kimondatlanul elismerte, a következő másfél évben nagy változások, reformok – tehát gyakorlati megoldások – nem várhatók. Nem igazán mondott újat akkor sem, amikor az oktatás fejlesztéséről, a protokollok kidolgozásáról vagy a teammunka fontosságáról beszélt. Az ő szájából is csak tervek, vágyak hangzottak el.

Azt sem vette jó néven a hallgatóság, hogy a szünet után távozott, tehát nem is válaszolhatott a kollégáknak. Így is továbbmaradt, mint korábban, amikor késve érkezett, viszont előadását követően rögvest távozott...

Ha már a minisztériumunk képviselőjét ilyen kemény szavakkal illetem, mit mondjak Mesterházy Attiláról, a hosszú nevű Esélyegyenlőségi Minisztérium államtitkáráról, aki két nappal a tanácskozás előtt, nemes egyszerűséggel, lemondta a részvételét?

Dózsa Csabát, az OEP főigazgató-helyettesét és **Kőrösi Lászlót**, az intézmény főosztályvezető-helyettesét viszont dicséret illeti. Alapos és hosszú előadásaikban vázolták a gyermekorvosi ellátás finansziális hátterét és a záporozó kérdésekkel szemben később is „ütésállóaknak” bizonyultak. Kőrösi László például nem tagadta, hogy kénytelenek voltak a zárt kasszából a törvény által előírt 24 órás hajléktalanellátásra összegeket elvenni. Ez volt a fő oka annak, hogy idén a pontérték némileg visszaesett. Jelenleg átlagosan 735 gyermek jut egy praxisra, és (még) csak 10 körzet betöltetlen az országban (a 6400 felnőttkörzetből 137).

Dózsa Csaba azzal kezdte az előadását, hogy ő mindent megtesz a demográfiai csődből való kijutásért – neki most született a harmadik gyereke. A közönség az igyekezetet elismeréssel és tapssal jutalmazta. A főigazgató-helyettes elő-

adásából elsősorban a korszerű mentalitás, az eurokonform gondolkodásmód fogott meg.

Szerinte 10–15 éven belül a „kevesebb orvos – több asszisztencia” szemléletmód fog uralkodni. Ami helyes is. Az óhatatlanul csökkenő orvoslétszám a kis térségeket rákényszeríti a teammunkára, arra, hogy a munka megszervezésében ne



ragaszkodjanak mereven a földrajzi határokhoz. Először hallottam illekedéstől, hogy a kórházi ellátásban nem kíván engedni a túlzott promóciónak. Ez az egyik feltétele annak, hogy megfogják az elszabadult gyógyszerköltéseket. Azt is jóleső érzés volt konstatálni, hogy pénzügyi szakember létére a minőség fejlesztésére teszi a hangsúlyt, pontosabban hogy a betegek életminősége ne csak a finanszírozástól függjön. Ez úgyben a pénz felett diszponálók egyebek között a fogyatékosok, a krónikus betegek ellátására és a mentális gondozásra is hajlandók anyagilag áldozni. Tulajdonképpen a minőséget szolgálná, ha mindenhol – az alapellátásban, az ügyeleteken, az osztályokon, de a sürgősségi betegellátásban is – elkülönítenék a felnőttek és a gyermekek gyógyítását.

Nyugaton a helyzet nehéz és változik?

A HGYE elismertségét jelzi, hogy a konferencia zárónapját **Jose Ramet** professzor, az Európai Gyermekorvosi Szervezetek Szövetségének (CESP) főtitkára egy nagyon nívós, mintegy ötven diával (!) demonstrált előadással tisztelte meg. Ebből részletes képet kaphattunk arról, hogy Európában mennyire sokszínű és bonyolult a gyermekgyógyászati alapellátás. Ezt már az elnevezések is bizonyítják: pediatria di famiglia, general pae-

diatrics, community paediatrics. A legszébb a franciáké, akik pediatrie de ville-nek, azaz „városi” gyermekorvosnak hívják házi gyermekorvosait.

Jellemző a különbségekre, hogy Nagy-Britanniában 53 628, Belgiumban 10 030, Franciaországban pedig 18 400 lakosra jut egy gyermekorvos. Hogyan lehet így harmonizálni, uniós szinten integrálni az

annyira különböző feltételrendszereket? Pedig a határok nélküli Európában, már csak a gyógyítás átjárhatósága érdekében is szükség lenne rá. És akkor jogról, finanszírozásról, tudásszintbeli különbségekről még nem is beszéltünk.

Nem könnyű a helyzet, ismerte el Ramet doktor, majd áttért a gyermekellátás uniós szervezeteinek nem kevésbé bonyolult struktúrájának ismertetésére. A CESP rövid távon ennél jóval egyszerűbb célokat állított maga elé: az oktatás és az akkreditáció egységesítése, azonos szintre hozása, a prioritások kijelölése.

A háromszintű gyógyítás – némileg leegyszerűsítve tehát: az alapellátás, a szakambulanciák és a fekvőbeteg-intézmények – kétszintűvé redukálása az unióban is tendencia. Azaz a középső – a secunder care – specialistái egyrészt beolvadnak az alapellátásba (konziliáriusként, csoport-praxis részeseként stb.), másrészt részesei lesznek a kórházi konzíliumnak és az ambuláns szakellátásnak.

Sajnos abban is sok a közös, hogy a medicinában – még az Európai Unió fejlettebb országaiban is – másodrendű a gyermekgyógyászat, azon belül is az alapellátás. Ami azzal jár, hogy egyre több szakképzetlen orvos lát el (kénytelen ellátni) gyerekeket, és hogy nőnek a földrajzi különbségek, egyenlenségek az

ellátásban. És persze ezzel együtt fokozódik a pediáterek megterheltsége, túlmunkája. Ismerős, nem?

Azért Európa nyugatibb felében mégis más szinten jelentkeznek a problémák. Ennek demonstrálására a szünetben Ramet doktor elmondta, hogy náluk, Belgiumban is kiürülnek a gyermekkörzetek. A gyermekorvosok inkább a kórházban maradnak, elsősorban a fix fizetés miatt. Mire én azt válaszoltam, hogy nálunk pedig éppen a fix miatt mennek el az orvosok a kórházakból...

KIS KÓRHÁZAK NAGY BAJBAN

Tulassay Tivadar professzor, aki (többek között) a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke, előadásában szintén koncepcionális problémákkal foglalkozott. Emlékeztetett arra, hogy a Magyar Tudományos Akadémia felmérése szerint a lakosság egészségi állapotáért a medicina csak 20 százalékban felelős. A többi elsősorban a politikan és a pénzen múlik. Magyarán: ő is tudja, ami nem csak a HGYE sokat hangoztatott keserve: a legjobb szándékok és tervek sem valósulhatnak meg politikai akarat és tőke nélkül.

Legfontosabb megállapításaiból néhányat emelnék ki: a jövőben is nehezen megoldható dilemma a házi gyermekorvoslás kettős függősége. Az, hogy szakmailag a gyermekgyógyászathoz, szervezetileg pedig az alapellátáshoz tartozik. A CESP főtitkárának gondolataival csendülnek össze a járóbeteg-szakellátásra vonatkozó megállapításai. Ahogy Nyugat-Európában, úgy Magyarországon is sorvadásnak indultak, illetve egyre inkább a kórházakhoz kapcsolódnak a szakambulanciák.



Kiemelte, hogy milyen bajban vannak a kis kórházak és persze a kisebb gyermekosztályok. Nincs ember, nagy az elvándorlás. (Felmérések szerint a gyógyszercégek elsősorban a gyermekorvosokat szipkazzák el.) Romlanak a továbbképzés esélyei, a jobb helyeken még csak fenyeget a pénzügyi csőd, ami a rosszabbakban már be is következett. A strukturális változások komoly akadálya a tulajdonos önkormányzatok merevsége („nincs rá pénzünk, mégis kell nekünk a kórház”), a rendezetlen jogi viszonyok. Az egészségügy szerkezetében szerinte is elsőnek az alapellátást kellene megerősíteni, fokozva annak „kapuőr” funkcióit.

A humán erőforrásokkal is jobban kellene gazdálkodni. Ami nem könnyű a

gyermekgyógyászok emelkedő életkora, a gyenge vagy gyengülő segédzsemélyzet, a párhuzamos ügyeleti rendszerek és számos jól ismert probléma tartós megoldatlansága miatt. A jövőben az sem kerülhető el – már csak a betegségstruktúra megváltozása miatt sem –, hogy a prevenció kerüljön munkánk előterébe (persze megfelelő díjazás ellenében!).

Mészner Zsófia, a konferencia visszatérő szereplője, Dr. Ramet iránti figyelmességéből angolul is megírt előadásában vázolta az általa vezetett Országos Gyermekegészségügyi Intézet munkáját, feladatait.

Terjedelmi gátak miatt sajnos nincs módomból szólni a vitákról, az időnként éles, de korrekt pengeváltásokról. Ám azal fejezem be, amivel elkezdtem: még a pengeváltás eszköze is a ráció, nem pedig az emóció volt. A vitázók érvekkel hadakoztak, nem pedig búsongtak – mondjuk a demográfiai mutatók miatt a magyarság fogyásán; a gyermekek és a gyermekgyógyászok számának – egymástól független és külön-külön igen szomorú – csökkenését megpróbálták az előnyükre fordítani, normális beteg/orvos arányt, struktúraváltoztatásokat javasolni. Elismerték a szakmai hiányosságokat, és sokszor hangoztatták a fejlődés – a tanulás szükségességét is, Mészner Zsófia zárómondatának (áthallásos – ucsityszja, ucsityszja, ucsityszja) igazságát: training, training and training...

Jól éreztem, éreztük magunk. A HGYE egy jó társaság.



Elismerés Sólyom Enikő tanárnőnek

Visszatérő, kiemelt napirendi pontja késő őszi vezetőségi üléseinknek az egyesület tiszteletbeli tagja cím odaítélése. A HGYE ezzel a díjjal szeretné elismerni azon gyermekorvosok munkásságát, akik sokat tesznek a gyermekek területi ellátásáért, és határozottan kiállnak a gyermekgyógyászat egységéért.

Az idén az elismerést dr. Sólyom Enikő a Miskolci Gyermekegészségügyi Központ vezető főorvosa, egyetemi docens, megyei gyermekgyógyász szakfőorvos kapta. Sólyom tanárnő vezető klinikusként, oktatóként, szervezőként és szakcikk publikálójaként is különös figyelmet szentelt a területen zajló gyermekorvosi munkának. Munkásságával erősítette, javította a gyermekgyógyászat egységét, a házi gyermekorvosi munka színvonalát.

Kandidátusi disszertációját 1989-ben védte meg a felszívódási, növekedési zavarok témakörében. A Miskolci Gyermekegészségügyi Központ III. osztályán gasztroenterológiai és polysomnographiás laboratóriumot hozott létre, és kiterjesztette az anyagcsere-, endokrin és a bőrgyógyászati profilokat. A Magyar Gyermekorvosok Társasága Cystás Fibrosis és Gastroenterológiai Munkacsoportjának alapítója és vezetőségi tagja, a Miskolci Akadémiai Bizottság Gyermekorvosi Szekciójának titkára, az Anyagcsere és Endokrin Szekció társelnöke. A Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium választott tagja, 1990–94 a Magyar Gyermekorvosok Társaságának főtitkárhelyettese, jelenleg vezetőségi tagja.

Az Európai Cystás Fibrosis és Táplálkozástudományi Társaság, valamint a Nemzetközi MPS Társaság tagja. A gyógyítás mellett jelentős oktatási tevékenységet is folytat orvosok, védőnők és ápolónők körében. Eredményes és sikeres tevékenységét eddigi kítüntetései is jelzik: Bókay János emlékérem, Pro Sanitate díj.

Gratulálunk, és további eredményes munkát kívánunk!

Kávészünet-7

A VII. Kávészünet konferenciát

2005. május 20–22-én Siófokon, a Hotel Azúrban tartjuk.

A 20 ponttal akkreditált továbbképzésen a vakcinológia és a nephrológia témaköréből hangzanak el előadások.

A programból:

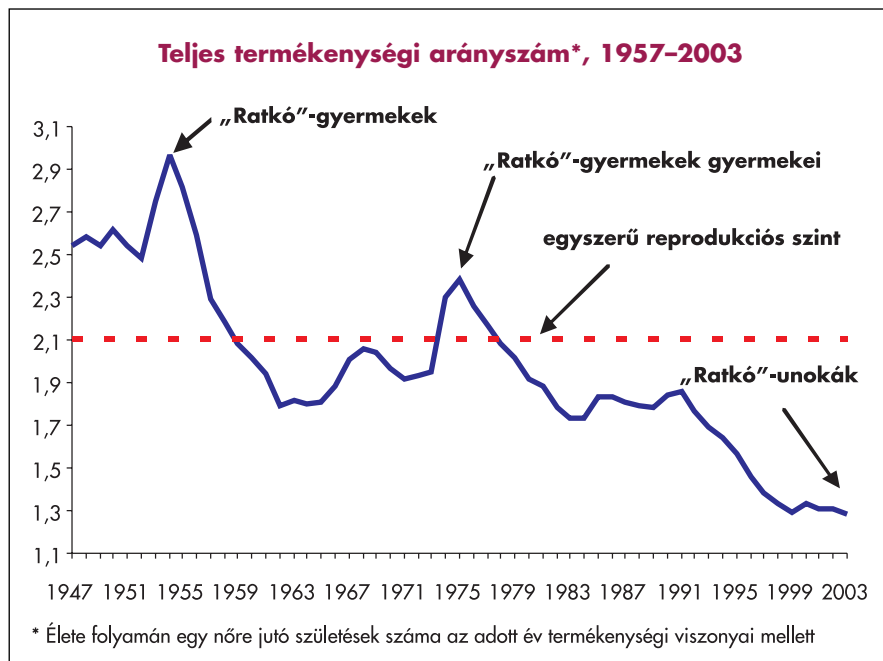
május 20., péntek: DPT – múlt és jövő. Dr. Kulcsár Andrea PhD, főorvos (Szt. László Kórház). Varicella – egy honlap tanulságai. Dr. Mészner Zsófia PhD, főigazgató (OGYEI). Polio – út az eradikáció felé. Prof. Dr. Budai László PhD (Szt. László Kórház). Védőoltással megelőzhető hepatitiszek. Dr. Jelenik Zsuzsanna, osztályvezető (OEK Nemzetközi Oltóközpont). **május 21., szombat:** Vizeletdiagnosztika a gyakorlatban. Dr. Szabó Attila PhD, egyetemi adjunktus (SE I. Gyermekgyógyászati Klinika). Glomeruláris betegségek. Prof. Dr. Reusz György, egyetemi tanár (SE I. Gyermekgyógyászati Klinika). Tubulointerstitiális betegségek. Dr. Szabó András egyetemi docens (SE I. Gyermekgyógyászati Klinika). Krónikus veseelégtelenségben szenvedő beteg gondozása. Feladatok a területen. Dr. Sallay Péter egyetemi adjunktus (SE I. Gyermekgyógyászati Klinika). Hypertonia gyermekkorban. Prof. Dr. Reusz György. Metabolikus syndroma gyermekkorban. Dr. Szabó Attila.

A meghívót és a jelentkezési lapot februárban küldjük. Várjuk érdekes és tanulságos esetbemutatait is!

Hol vannak a „Ratkó”-unokák?

Az elmúlt évben újabb történelmi minimumra süllyedt a termékenység szintje, kevesebb mint 95 ezer gyermek született. E nemzedék létszáma pontosan a fele a 70-es évek közepén született nemzedéknek. A születések száma a demográfiai folyamatok legfontosabb indikátora. Egy adott évben született nemzedék létszáma hosszú időre meghatározza azt a populációt, akikkel bármely más demográfiai vagy gazdasági, társadalmi esemény történhet. Az egymást követő születési generációk alakítják a népesség korösszetételét, formálják korfáját, meghatározva ezzel az adott népesség demográfiai jövőjét. A születések száma alapvetően a szülőképes korban lévő női nemzedékek nagyságától és gyermekvállalási kedvétől függ. A reprodukív korú női népesség létszáma a korábbi évtizedek születési mozgalmából eredő adottság, amin változtatni nem nagyon tudunk. A gyermekvállalási kedv – amit a fiatal nemzedékek demográfiai magatartása, értékei és normái határoznak meg – viszont gyakran változhat a mindenkori társadalmi-gazdasági körülményektől függően.

A magyar születési mozgalom egyik sajátos jellemzője a hullámszerűsége, de alapvetően csökkenő trend. A „Ratkó”-nemzedékek gyermekei éppen harminc évvel ezelőtt léptek szülőképes korba és hozták világra saját gyermekei-



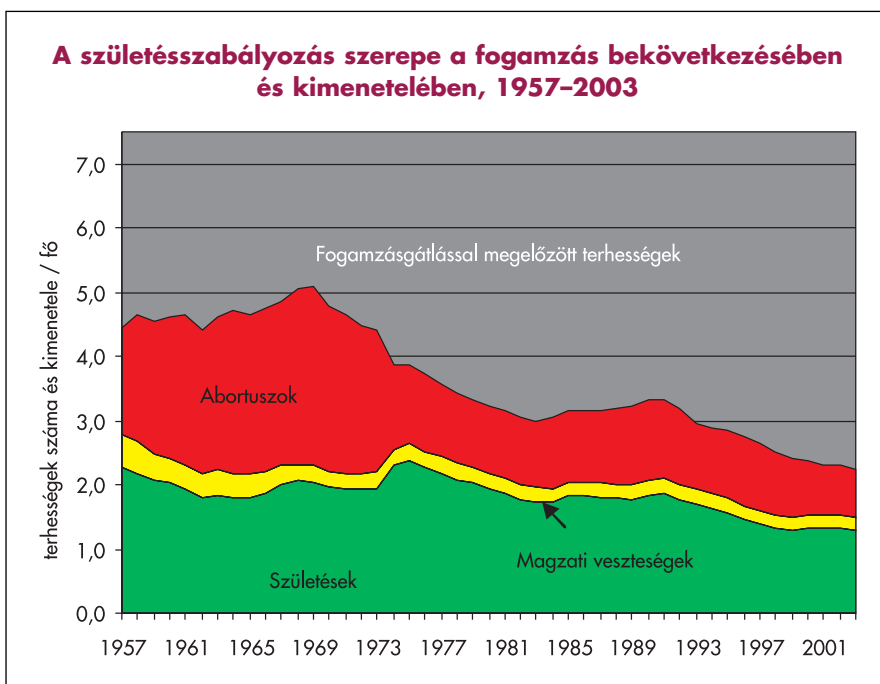
1. ábra

ket, egy jelentős születésszám-emelkedést biztosítva ezzel az 1970-es évek közepén. Nem meglepő ezért, hogy az 1990-es évek elején készült népesség-előrejelzések valamennyi változata születésszám-emelkedést várt és prognosztizált az ezredforduló körüli évekre. Tette ezt abból kiindulva, hogy ekkor lép szülőképes korba az 1970-es évek nagyobb létszámú női generációja. Jóllehet nem volt

várható egy, a korábbiakhoz hasonló születési hullám kialakulása, arra számítani lehetett, hogy a csökkenő termékenységet némileg ellensúlyozza a szülőképes korú nemzedékek nagyobb létszáma.

A várakozásoknak pont az ellenkezője történt, felgyorsult a születésszám csökkenésének üteme, főleg a 20-as éveik elején járó fiatalok gyermekvállalási kedvének drasztikus visszaesése miatt. Nem születtek meg, és egyelőre nincs is jele annak, hogy megszületnek a „Ratkó” gyermekek unokái. (1. ábra)

A gyermekvállalási szokásokat hosszú időszakon keresztül a korai házasságkötés mellett a fiatalon vállalt anyaság jellemezte. Nem volt jellemző az akaratlagos gyermektelenség, mindenki kívánt legalább egy gyermeket, általánossá vált a kétgyermekes családmodell. Ritka volt a 30 vagy 35 év feletti gyermekvállalás, alacsony volt a házasságon kívüli születések aránya. Ez a magatartási minta lényegesen megváltozott az elmúlt két évtizedben. A minden áron történő házasságra lépés már nem tartozik a mai fiatalok preferált életstratégiájába közé. Nem tudni, hogy a körülmények kényszeréről, halogatási taktikáról vagy esetleg a házasság intézményével szembeni bizalmatlanságról van-e szó. Tény viszont, hogy a születések számánál csak a házasságkötési kedv esett vissza jobban. A házasságkötés és a gyermekvállalás között gyengült



2. ábra

A népesség száma nem és korcsoport szerint, 2004. I. 1.



3. ábra

ugyan, de még mindig szoros a kapcsolat. A házasságon kívül született gyermekek száma és aránya dinamikusan emelkedett, de ez messze nem tudja ellensúlyozni azt a hiányt, amit a házasságban élő fiatalok egyre ritkuló száma okoz. Az élettársi kapcsolatok törékenyebbek, mint a házasságok és kevesebb gyermek is származik belőlük, mint házas párok kapcsolatokból.

Jelentős hangsúlyeltolódás történt a fiatalok gondolkodásában és demográfiai magatartásában. A hangsúly a tanulásra, a képzettség szintjének emelésére és az önálló életkezés feltételeinek megteremtésére toldott, szemben a múlttal, amikor a párválasztás, a családalapítás és a gyakori házasságkötés jellemezte a 20-as évek elején járó fiatalokat. Megfordult a preferenciák sorrendje, más életstratégia szerint élnek a mai fiatalok, mint annak idején szüleik, akik 20–25 évvel ezelőtt voltak ebben az életkorban.

A fiatalok visszafogott, halogatott

családalapítása és gyermekvállalása gyökeresen megváltoztatta a 25 vagy 30 év alatti nők és anyák gyermekszám szerinti összetételét. A legfeltűnőbb változás a gyermektelen nők arányában mutatkozik. Míg az 1960-as évek elején született nemzedékek 1/3-a már világra hozta első gyermekét 20 éves életkoráig, addig a mai 20 évesek több mint 90 százaléka még gyermektelen. Az 1977-ben született női generációnak még csaknem kétharmada gyermektelen volt 25 éves korában, addig az 1960-as évek elején születetteknek csak alig több mint negyede volt gyermektelen eddig az életkorig. E termékenység mintaváltás kétirányú elmozdulást jelenthet az utóbbi évtizedekben kialakult és megszokott családstruktúrában. Egyrészt lényegesen emelkedhet a gyermektelenek, vagyis az akaratlagosan vagy a szándékuk ellenére végleg gyermek nélkül maradtak aránya, másrészt valószínűleg elveszíti eddigi hegemóniáját a kétgyermekes családmodell,

és helyét a testvér nélkül felnövekvő nemzedékek váltják fel.

Nem biztatóak a jövőbeli kilátások sem. A következő két évtizedben több százezer fővel csökken a fiatal szülőképes korú női népesség létszáma, mivel az 1980-as és 1990-es években született, a korábnál jóval kisebb létszámú nemzedék lép majd 20-as éveibe. Ha a gyermekvállalási kedvben vagy magatartásban nem történik változás, akkor a születésszám további jelentős csökkenésére lehet számítani.

Demográfusok körében újabban elterjedt az a nézet, hogy paradigmaváltás történik a termékenységi szokásokban, és a gyermekvállalás időszaka áttolódik a 30-as, esetleg a 40-es életkorra. Ebben az esetben a fiatalon elhalasztott gyermekek egy későbbi életkorban még világra jöhetnek, ha szüleik is így akarják. Ennek vannak jelei itthon is, de főleg a nyugat-európai országokban, ahol határozottan emelkedett a 30-as éveikben járó, illetve a 40-es életkoruk elején gyermeket vállaló anyák aránya. Ez némileg módosíthatja a jövőbeli pesszimista kilátásokat, de nem változtat azon a tényen, hogy minél később történik az első gyermek vállalása, annál kisebb az esélye a második vagy a további gyermekek megszületésének. Ugyanakkor az idősebb korban vállalt gyermekeknél növekednek a biológiai és egészségi kockázatok, mind az anyákra, mind a gyermekeikre nézve.

A demográfia kulcskérdése a reprodukció, az emberi élet megújításának alapvető fontosságú tényezője. A reprodukció a születések és halálozások szakadatlan folyamata, amely során a népesség állandóan megújul, és egy bizonyos idő után teljesen kicserélődik. A reprodukció hiánya azt jelenti, hogy a felnőtt nemzedékek saját létszámuknál kevesebb utódot hoznak világra életük során, vagyis nem reprodukálják önmagukat gyermekeikben. A reprodukció tartós hiánya a népesség fokozatos elöregedéséhez, majd lélekszámának csökkenéséhez vezet. Ha ez a magatartás nemzedékeken keresztül átöröklődik, akkor a reprodukciós hiány halmozottan jelentkezik, felgyorsul a népesség elöregedése, és gyorsuló ütemben apad létszáma. A folyamat előbb-utóbb kezelhetetlenné, irreverzibilissé válik.

Tenni kellene valamit, amíg nem késő, de nagy a bizonytalanság és a tanácstalanság abban, hogy kell-e, lehet-e vagy tudunk-e tenni valamit e jelenségek fékezésére, megállítására.



Üzlet-e a gyermekorvosi praxis?*

Ha választ akarunk adni a kérdésre, nézzük, hogy mi kell a házi gyermekorvosláshoz. Magától értetődő: gyerekek és gyermekorvos. Gyerek nem nagyon lesz – hallottuk. És gyermekorvos? Bármily szomorú, tudomásul kell vennünk, tömegében öregszünk. Adódik ezért a kérdés: lesz-e utánpótlás?

Mennyi kell?

A válasz egyrészt attól függ, hogy mennyi gyermekorvost képeznek. Persze, hogy annyit kell képezni, amennyire szükség van, de mennyire van szükség? Pontosabban mikor mennyire és hol mennyire? Ha a házi gyermekorvosok átlagéletkorát nézzük, tűnhet úgy, hogy rövid időn belül sokra, mert sokan érzük el hamarosan a nyugdíjkorhatárt. De a házi gyermekorvosok belátható időn belül nem nagyon vonulnak vissza, hisz alig lesz nyugdíjuk. Nem engedhetjük meg magunknak a nyugdíjas létet, hát maradunk.

A korátlag alapján azért mégis csak lehet üresedő praxisban reménykedni. Csökkennek persze a potenciális vevő reményei, ha megtudja a praxis árát. Ez viszonylag magas, hisz az eladó legalább néhány évig szeretné ebből kiegészíteni nyugdíját. Hogy a praxisra ácsingózó felvehet kölcsönt is? Erre azért nem nagyon vállalkozik, mert nem látja biztosítottak, hogy elő tudja teremteni a törlesztőrészek fedezetét.

A kereslet így a kiképzett gyermekorvosok számától függetlenül is alacsony. Alapjában azért, mert nem vonzó a házi gyermekorvosi egzisztencia. Nem jó befektetés ma házi gyermekorvosi praxist venni. Hiányoznak a betegek, a gyerekek, szolgáltatásaink potenciális vásárlói, ráadásul közülük is sokat elterelnek boltjaink, rendelőink elől. Jó ugyan az árunk, minőségi portékát kínálunk, a minisztérium, az egészségpolitika, és persze a házi-orvosi kar mégis azt sugallja, hogy jó-jó ugyan a gyerekorvos, de a háziorvos is elég. Nemcsak fű alatti pusmogásról van szó, hanem tetten érhető orientációról. Mi másra utal ugyanis, ha a 14 éven aluliaknak 24, a pubertáskorúaknak 54 százalékat, összességében a gyerekek egyharmadát háziorvosok látják el? Mert tehetik, mert engedi ezt az egészségpolitika.

Kell-e egyáltalán?

Nem arról van szó, hogy az irányítás behunyja a szemét. Többről! Arról, hogy az egészségügy vezetése máig nem döntötte el, szükségesnek látja-e, fontosnak tartja-e a gyermekorvosi alapellátást. Nem nagyon fontos egy vezetésnek az, amit a rábizott populáció egyharmadának nem akar megadni. Vegyük már észre, hogy harmincszázaléknyi gyereket kihagyni az esélyegyenlőségből véletlenül nem lehet! Pontosan azt a harminc százalékot, amelyik szociális helyzete miatt épp hogy jobban rászorulna a gyermekszakorvosi alapellátásra. Ha fontosnak tartanák az esélyegyenlőséget, a felnövekvő generációk jobb egészségét, már rég lehetett volna, már rég kellett volna lépéseket tenni. Megfontolva a gyermekgyógyászat világszerte hangoztatott szakmai indokait, akár jogszabályokkal korlátozni a háziorvosok „gyermekvállalási kedvét”. Vagy új praxisokat létesíteni ott, ahol a gyerekek száma ezt megengedi.

Tabu témák

Mert nagy szükség volna gyermekorvosra Hevesben vagy Szabolcs-Szatmárban, de a válasz közismert: a településszerkezet és a gyermeklakosság száma alapján nincs lehetőség új praxis létesítésére. Ha erre mi azt mondjuk, hogy nem minden faluba akarunk egyet, lehet akár több falunak is egy közös, elkezdenek arra hivatkozni, hogy a folyamatos ellátás kerül veszélybe, ha nincs állandóan elérhető közelségben az orvos. Már miért ne lenne? Az orvos és a beteg találkozása gyakorlatilag logisztikai kérdés! A szállítás manapság már Magyarországon sem megoldhatatlan feladat! Olcsóbb is lenne egy önkormányzatnak egy autó vagy egy kisbusz, mint egy külön rendelő fenntartása. És máris jön a következő kifogás: hogy ennyi pénzért senki nem megy Szabolcsba. Lehet. És ha megfizetik? Tessek neki többet adni! Vagy még többet! Annyit, amennyiért mi Algériába vagy Nigériába is elmentünk, évekre. Különben is! Hol van az előírva, hogy ugyanúgy kell finanszírozni valamit a nagyvárosban, mint a kistelepülésen? Ha a levél már anélkül is eljut a címzetthez, hogy minden faluban lenne posta, miért ne lehetne a gyerekorvosi ellátást is egy jól fel-

szerelt, központi rendelőben vagy rendelőlőből végezni?

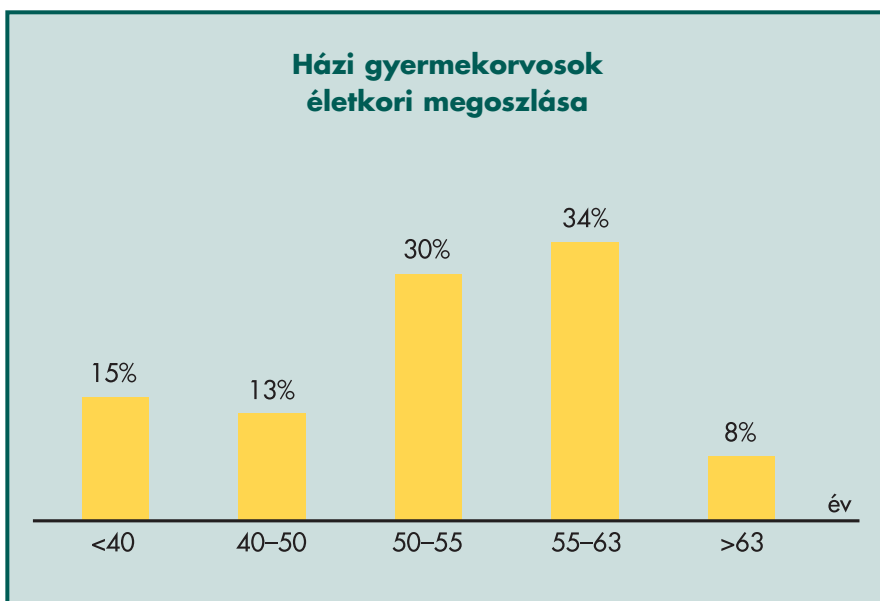
Ha a fekvőbeteg-ellátást centralizálni akarják, ha az oxyológiai ellátást centralizálni akarják, miért pont az alapellátást ne kéne centralizálni? Ahol ahelyett, hogy szétvernék a gyermekorvos és védőnő korábbi jó munkatársi kapcsolatát, szoros együttműködésben dolgozhatna együtt a gyermekellátó team. Gyermekorvos, védőnő, logopédus, gyógytornász, pszichológus, akárki. Mi az akadály annak, hogy a fejlett világban régóta megjelent trendeken itt is elgondolkozzanak? A jogszabályok? Tabuk ezek, amik köbe vannak vésvé? Vagy a finanszírozás? Talán a szűklátókörűség? Az erősebb és hangosabb érdekek győzelme a csendesebb ráció felett?

Zsákcák

A szakszerű alapellátásnak jobb egészségi állapot és életminőség az eredménye. Kedvezőbb morbiditási mutatók, javuló mortalitási adatok, végső soron alacsonyabb költségigény. Hosszú távon. De ehhez már rövid távon el kellene döntenie, hogy a gyermekorvosi alapellátás minőségi fejlesztésére, vagy olyan, sehova sem vezető látszatmegoldásokra van szükség, mint amilyen például az MSZSZ rendszerű fenntartása. Amikor a gyermekek rutinellátását a vegyes praxis orvosa végzi, de ami meghaladja a komfortzónáját, egyből megy a „mozgó” szakorvoshoz. Vagy a kis ágyszámú gyermekosztályok, amikor a gyermekek alapellátását a gyermekorvos helyett a kórházi orvos, a kórházi osztály veszi át. A sürgősségi osztályok égisze alatt becsempészett „hospitalista” rendszer is csak álmelegedés, ahová mehet a beteg folyton-folyvást, éjjelnappal, hétköznap vagy ünnepnap, orrfolyással, köhögéssel, hasfájással, hasmenéssel. Ennek a hospitalista rendszernek ugyanaz a baja, ami az előnye. Hogy a beeső betegek közül akkorát lehet méríteni, amekkorát az osztály érdekei az adott időpontban éppen megkívánnak. Ne legyen félreértés: ennek a beteganyagának az ellátása nekünk sem jelent szakmai kihívást! De mégis a mi feladatunk! Az alapellátásé. Legyen mindenki tisztában azzal, hogy tudjuk, hogy ha egy kórházi osztály alapellátási feladatra veti

* A HGYE X. őszi konferenciáján elhangzott előadása alapján.

Házi gyermekorvosok életkori megoszlása



ki a hálóját, ott vagy a profillal van baj, vagy a kapacitáskihasználással. Látjuk, milyen sokszor végeznek az osztályokon felesleges vizsgálatokat, és milyen sokszor vesznek fel vagy rendelnek vissza kellő indok nélkül gyereket. Nem a gyerekek, hanem a kórház érdekei váltak meghatározóvá! Betegyet kell fogni minden áron, különben nincs finanszírozás, becsukhatják az osztályt.

Nézzünk szembe!

És ha már a felesleges pénzkidásról beszélünk! Elgondolkodtatón magas az indokolatlan ügyeleti ellátások száma. A fővárosban ennek a tömegében felesleges feladatnak az ellátására egyszerre több szolgáltatót is finanszíroz a biztosító. Csaknem minden kerületben egy „ambuláns” rendelést, és a több kerületet lefedő, gépkocsival, gépkocsivezetővel kivonuló, úgynevezett területi ügyeletet. Nem sokkal szakszerűbb a szisztéma vidéken sem, ahol a gyerekek nátháinak, köhögéseinek lélekölő rutinját időnként egy felnőtt hasmenése, rosszabb esetben infarktusa, esetleg agyvérzése töri meg. Az előbbihez még elég a mi tudásunk, az utóbbi viszont már jó, ha a beteg élve megússza. De a magyar finanszírozó gazdag: mit neki az orvosi munkaerővel vagy az egészségben is eltölthető életévvel való hatékony gazdálkodás?

Ha ez fontos lenne, ha ez nem csak lózung lenne, nem engednék, hogy gyermekgyógyászatban képzetlen házi orvosok olyan sok gyereket küldjenek valós indok nélkül kórházba, vagy felnőttek életét az ő ellátásukhoz rosszul értő, másban jól képzett gyermekorvosokra bízják.

Merjünk végre az iskolaegészségüggyel is szembenézni! Ahol a gyermekek személyiségi jogait megsértve, rossz

körülmények között, olyan feladatot végzünk, amit a rendelésben már vagy elvégeztünk, vagy el kellett volna végeznünk, vagy a gyerek „gazdájának”, a saját házi gyermekorvosának kellett volna elvégeznie. Párhuzamos ellátás, kettős finanszírozás... Deprimáló munkáért, deprimáló bér. És közben nyugati példákra hivatkozunk, figyelmen kívül hagyva, hogy ott iskolaorvosi ellátást többnyire azért végeznek, mert nincs gyermekorvosi alapellátás, vagy funkcionálisan is szétvált a gyógyítás és a megelőzés. Egyik sem tartozik a követendő példák közé!

És ha már a befektetésről, megtérülésről, üzletről beszélünk, nézzük, hogy a vásárló: a gyerek, a szülő elégedett-e a szolgáltatásunkkal. A kiszolgálással, a várakozással, az ellátás körülményeivel? A két-háromórás rendelési idővel? Amin sokszor megszokásból, gyakran meg azért nem tudunk változtatni, mert négyen-ötven kényszerülünk egyetlen rendelésbe, és ezért fizikai képtelenség többet rendelni.

Hol a gazda?

Szolgáltatás, áru, fogyasztók és gondok... Egy normális üzletben, egy olyanban, amit érdemes megvenni, amibe érdemes befektetni, ott a tulajdonos megoldja a problémákat. Itt viszont évtizedek óta megoldatlanul és magatehetetlenül halmozódnak a gondok. Miért? Nincs tulajdonos? Nincs gazda? Tényleg: ki a gazdánk? A háziorvosi vagy a gyermekgyógyászati intézményrendszer? Ha merném, legszívesebben megkérdezném: melyik tett kevesebbet a gyermekorvosi alapellátás gondjainak megoldásáért?

És a fogyasztóvédelem? A felügyelet, az ÁNTSZ? Tevékenysége az engedélyezési, hatósági eljárások végrehajtásában merül ki. Minőség-ellenőrzés? Szakmai-

ság? Ugyan már... Ránk van bízva. Olyan, amilyen. Néhol mintaszerű, máshol szégyellnivaló.

Visszatérve a kérdéshez, hogy érdemes-e ma Magyarországon gyermekorvosi praxist vásárolni, modell-e ma egy frissen végzett orvosnak a házi gyermekorvosi életpálya, jönnek-e újak a helyünkbe, az sok mindentől függ. Legfőképpen attól, lesz-e a jövőben gyermekorvosi alapellátás. Születik-e egyértelmű és látványos döntés arról, kell-e ilyen Magyarországon, és ha kell, kinek kell? Hetven százaléknak, ötven százaléknak vagy száz százaléknak? Konzolidálják-e a gyermekgyógyászatot, rendbe hozzák-e a boltot? A döntés az egészségpolitikusokra, a feladat a gazdára, a finanszírozóra, és a felügyeletre vár.

Nyissunk vagy zárjunk?

Nekünk meg, ha a mostani alulértékelt, kínálati piac helyett keresleti piacot akarunk, fel kell frissítenünk árukészletünket! Ha a harmincszázaléknyi rosszul ellátott vásárlót akarjuk megcélozni, és a régi vevőinket is meg akarjuk tartani, meg kell újítanunk ismereteinket. Jártasságot kell szereznünk a pubertáskori viselkedészavarok ellátásában, készséget az oxológiai esetek kezelésében, naprakészen kell ismernünk a korszerű terápiás protokollokat. Meg kell tanulnunk a genetikai fejlődés hétköznapi alkalmazási lehetőségeit, meg kell ismernünk a környezetet veszélyeztető tényezőket, tudnunk kell az otthon lélegeztetett betegnél kanült cserélni és számítógépen tartani a kapcsolatot gyerekekkel, szülővel, laborral vagy könyvtárral.

És közben töprenghetünk, hogy milyen legyen a jövő gyermekorvosának képzése vagy a gyermekorvosi oktatópraxis, és mikortól kell a gyermekek elsődleges (ha jobban tetszik primer-, alap-, házi, de végül is területi) ellátásából szakvizsgát tenni.

És ne feledjük a kiinduló kérdést: kinek adjuk el adandó alkalommal a praxist? Egy újonnan kiképzett házi gyermekorvosnak, egy gyermekosztály bezárása miatt kórház nélkül maradt kollégának, vagy inkább közvetlen munkatársaink vegyék meg, akár közösen? Hogy a szűkülő piacon legalább ők életben maradjanak! Mert kis kupacban sok kis boltra, sok öthatszázás praxisra nincs szükség! Szóval, meghirdessük a boltot, vagy egymás között keressünk rá vevőt? Nyissunk vagy zárjuk inkább szorosabbra sorainkat?

Mert nem csak az a kérdés, hogy lesz-e gyerek és lesz-e gyermekorvos. Hanem az is, hogy mennyi gyerek, mennyi gyermekorvost tud eltartani.

Mosolyország a házi gyermekorvosi rendelőkben



A Házi Gyermekorvosok Egyesülete és a Mosolyország Alapítvány megállapodott arról, hogy 2005-ben a toleranciát segítő program első lépéseként a gyermekorvosi rendelőkben megjelennek a „Mosolyország-sarkok”, ahol találkozhatnak a rendelők látogatói a fogyatékkal élők elfogadását hangsúlyozó könyvvel, ismertető anyagokkal és az úgynevezett tolerancia-kvízzel.

A Mosolyország Alapítvány célja a fogyatékkal élők (mozgásukban, látásukban, hallásukban, értelmi képességeikben korlátozottak) társadalmi integrációjának elősegítése, a hátrányos helyzetűekkel szembeni előítéletek csökkentése. Az alapítvány olyan nagyszabású, szemléletformáló programokat szervez, amelyek nem csupán a figyelem felkeltésére alkalmasak, hanem megteremtik a „személyes élmények” megszerzésének lehetőségét is. A szervezet nevéhez fűződik a „MOA bálna” program is.

Nyáron a Balatonban feltűnt egy 22 méter hosszú, csaknem öt méter magas „bálna”, amely végiglátogatta a part menti üdülőhelyeket. A kikötőknél az összegyűlt tömeg megismerhette az alapítvány céljait, kitölthette az úgynevezett tolerancia-kvízt, amelyből kiderült, mennyire tudjuk elfogadni a segítséggel élőket, mennyit tudunk róluk. A helyszíneken

Mosolyország nagykövetei, Erős Antónia, Jakupcsek Gabriella, Pataki Ági, Simon András, Kováts Adél, Ferjancsik Domonkos, Matatek Judit, Dr. Deák Gábor (a Mosolyország reklámszpot szereplői) hívták fel az érdeklődők figyelmét a tolerancia fontosságára.

A balatoni túrát követően a bálna belsejében a vakok világát bemutató játéktér alakítottak ki. A bálnába érkező a teljes sötétségben egy lakás belsejében találja magát, itt kell eligazodnia, kipróbálnia milyen vakon végrehajtani a látó ember számára könnyű, mindennapi feladatokat. A Millenáris Parkban október 23-tól december 5-ig tartó kiállításon már több ezren látogatták meg „MOA bálnát”.

A Mosolyország Alapítvány szeretné a legfogékonyabbakhoz, a gyerekekhez is eljuttatni a tolerancia fontosságának, a segítséggel élők elfogadásának üzenetét.

Az alapítvány jövő évi tervei között is első sorban a gyermekeket, a fiatalokat megcélzó programok szerepelnek. A jövő generációjának megszólításával ugyanis 10–15 éven belül megvalósítható a szemléletváltás. E programok között kiemelt helyet kap a Házi Gyermekorvosok Egyesületének felajánlása, mely szerint a gyermekorvosi rendelőkben az alapítvány „Mosolyország-sark”-ot alakíthat ki, amely játékos formában mutatja meg a segítséggel élők és épek együttélését, valamint a nagyobb gyerekeknek és felnőtteknek szóló tolerancia-kvízt, amelyből felmérhető, hogyan állnak a segítséggel élők elfogadásához. Az első MOA-sarkok várhatóan márciustól érkeznek meg a rendelőkbe.

Együttműködésünkben bízva kívánunk munkájukhoz sikereket és békés, boldog új esztendőt.

MÓDOS ANIKÓ
PROGRAMIGAZGATÓ

Egy megbízható légzésőrző készülék a bölcsőhalál megelőzésében – Babysense II. (Hisense) monitor

Csecsemőkorban nem ritka a rendellenes légzés. Esetenként az életet közvetlenül veszélyeztető légzésleállás is előfordulhat. Ilyenkor – azonnali beavatkozás esetén – a csecsemő élete még megmenthető. A szülők a közvetlen teendőkre megtaníthatók, eredmény azonban csak akkor várható, ha az életet veszélyeztető légzésleállásról a szülő késedelem nélkül értesül (akár az éjszakai alvás időszakában is). Ebben játszik nélkülözhetetlen szerepet egy megbízható légzésfigyelő monitor.

A Budapesti Madarász Kórházban több mint egy évtizede, programot dolgoztunk ki, melynek alapján a szülőket a szükséges ismeretekre felkészítjük, és megszervezzük a csecsemők folyamatos otthoni monitorizálását. A légzés biztonságos ellenőrzésére egyetlen készüléktípust, a Babysense monitort (Hisense Izrael) alkalmazzuk, amely hosszú évek

folyamán számunkra a legmegbízhatóbb készüléknek bizonyult.

1993 óta több mint 8000 családnál alkalmazzuk a Babysense monitort, csecsemők folyamatos légzésellenőrzése céljából. (Ilyen nagy esetszámmal hazánkban egyedül mi rendelkezünk.) Tapasztalatainkat az alábbiakban foglaljuk össze:

- Hamis riasztást gyakorlatilag nem észleltünk. Az esetek egy részében a riasztás oka valódi légzésleállás, ill. életveszélyes légzészavar volt. Azonnali szülői beavatkozással a közvetlen életveszély minden esetben elhárítható volt. „Hamis” riasztás (amikor is a riasztás ellenére a szülő nem észlelt légzészavart) ritkán fordult elő. Ezekben az esetekben az ok legtöbbször a készülék hibás működése volt. A szülőkkal konzultálva a hiba könnyen kiküszöbölhető volt.

Rendeltetészerű használat mellett a Babysense hibás működésére visszavezethető problémával nem találkoztunk.

- Bár a készülék eredetileg csecsemők számára készült, sok szülő képes volt zavartalanul folytatni a Babysense használatát egyéves kor fölött is (nagyjából kétéves – egy esetben ötéves(!) korig).
- A szülők könnyen elsajátították a Babysense használatát. A visszaküldött kérdőívek szerint számunkra a **monitorizálás biztonságérzetet**, megnyugvást jelentett.
- **Babysense alkalmazása mellett – a vizsgált 8000 családon belül – bölcsőhalál nem fordult elő.**

További információk: Dr. Szántó Imre
Madarász Kórház SIDS Ambulancia,
adjutor@posta.net Tel.: 416-3239.
Honlap: www.bolcsohalal.hu



A HGYE új bizottsági tagjai



ELNÖK

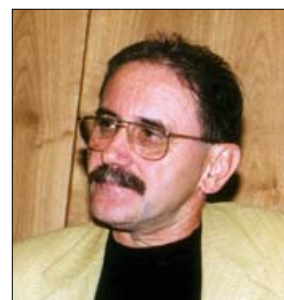
DR. HUSZÁR ANDRÁS

1973-ban végeztem a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. A váci kórház gyermekosztályáról 1977-ben szakvizsgáztam. 1978 óta Budapesten, a VIII. kerületben dolgozom. 1997-ben iskola-egészségtan- és ifjúságvédelem-szakvizsgát tettem. 1999-ben az ELTE Jogi Továbbképző Intézetében jogi szakoklevelet szereztem. A HGYE alapításától a szervezet elnöke vagyok. 1997 óta a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium kooptált, 2001-től a Házi Orvostani Szakmai Kollégium választott tagja vagyok. Az Országos Alapellátási Intézetben a gyermekgyógyászati feladatok felelőse vagyok.

ALELNÖKÖK

DR. KÁLMÁN MIHÁLY

1972-ben végeztem Budapesten, azóta dolgozom gyermekorvosként. 11 évig a kórházi, 21 éve pedig a területi gyermekellátásban. Munkahelyeim: Szentesi Megyei Kórház Gyermekosztály, Újpesti Kórház Gyermekosztály, Madarász utcai Gyermekkorház. Az egyesület alapító tagja, a szakmai munkáért felelős alelnöke, a Hírvivő egyik szerkesztője vagyok. 2000-ben az MGYT főtitkárhelyettesévé választottak. Két éve képviselem az alapellátást az Országos Oltási Tanácsadó Testületben. Idén a Házi Orvostani Szakmai Kollégium gyermekgyógyászati szakcsoportjának tagja lettem. Több cikkem jelent meg szakmai lapokban, előadásokat tartottam az MGYT és a HGYE konferenciáin.



DR. KOVÁCS JULIANNA

A Szegedi Orvostudományi Egyetemen 1980-ban Népköztársasági ösztöndíjasként végeztem. Először a Kiskunhalasi, majd a Makói Kórház Gyermekosztályán dolgoztam. 1984-ben csecsemő- és gyermekgyógyászatból, 1995-ben iskola-egészségtan és ifjúságvédelemből szakvizsgáztam. 1988-tól Zsombó-Bordány-Szatymaz körzeti gyermekorvosa, majd 2000-től csak Bordány község házi gyermekorvosa vagyok. 1995 óta Szeged város és környéke szakfelügyelői teendőit is ellátom. 2001-től az Országos Alapellátási Intézetben vezető munkatársként dolgozom. A területi-falusi és a kórházon kívüli sürgősségi-ügyeleti gyermekellátással kapcsolatos szakmai munkáimról tudományos publikációkban számoltam be, és számos hazai konferencián előadásokat is tartottam. 1997-ben egy nemzetközi „Mentor Training Course”-t végeztem, és azóta folyamatosan az egyetem graduális és posztgraduális képzésében veszek részt. 2004-től a Házi Orvostani Szakmai Kollégium házi gyermekorvosi szakcsoport tagjaként a kollégiumi munkába is bekapcsolódom. A HGYE-nek egyik alapító tagja és a megalakulása óta vezetőségi tagja vagyok. 2004 őszétől a HGYE alelnökeként képviselem és támogatom a gyermek-alapellátás ügyét, a házi gyermekorvosok érdekeit.

A VEZETŐSÉG TAGJAI

DR. BÉNYI ZSOLT

1975-ben Budapesten fejeztem be orvosi tanulmányaimat. Két évig a Szent János Kórházban, majd 3 évig az Apáthy István Kórházban dolgoztam. 1980-as szakvizsgám óta a XVII. kerületben dolgozom házi gyermekorvosként. Két cikluson át voltam a kerületi önkormányzat egészségügyi bizottságának elnöke. Hatodik éve vagyok az egyesület vezetőségének tagja.



DR. DOLOWSCHIÁK ANNAMÁRIA

Szegeden szereztem 1976-ban diplomát. 1987-ben csecsemő- és gyermekgyógyászati, 1998-ban iskolaegészségtan- és ifjúságvédelmi szakvizsgát tettem. 12 évig a Budai Gyermekkorházban dolgoztam, majd 2 évig Érden voltam körzeti gyermekorvos, 1 évig Budapesten ifjúsági orvos. 1993 óta vagyok a XII. kerületben házi gyermekorvos. A HGYE alapító tagja vagyok. 1997 óta dolgozom a vezetőségben, elsősorban a szervezési munkákban, konferenciák lebonyolításában, a megyei összekötőkkel való kapcsolattartásban veszek részt. A MOK HOSZ országos és budapesti vezetőségének tagja, az OALI munkatársa vagyok.



DR. GYIMES ZSÓFIA

1979-ben diplomáztam Debrecenben. 1984-ig, a szakvizsga megszerzéséig a miskolci Gyermek-egészségügyi Központban helyezkedtem el, azóta Tiszaújvárosban vagyok házi gyermekorvos. 4 éve neveztek ki városi szakfőorvosnak. Az MSZSZ orvosaként részt veszek a vidéki gyermekek preventív ellátásában. Cholnoky professzor elnöksége idején, 4 éven át a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium tagja voltam. Idén az új szakmai kollégium mellett működő házi gyermekorvosi szakcsoport tagjává választottak. Az egyesület alapító tagja vagyok, 9 éve tevékenykedem a vezetőség és az ellenőrző bizottság tagjaként.

DR. HÓBOR MIKLÓS

1983-ban végeztem a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1983-tól 1995-ig a Zala Megyei Kórház Gyermekosztályán dolgoztam. 1987-ben gyermekgyógyászatból, 1992-ben nefrológiából szakvizsgáztam. 12 év alatt az osztály minden részlegén tevékenykedtem, a gyermek- és az intenzív részlegen vezetőként is. Több közleményem jelent meg nefrológiai témakörben, számos előadást is tartottam. Tagja vagyok az Európai Gyermeknefrológus Társaságnak. 1995 óta dolgozom egy zalaegerszegi gyermekpraxisban. A Magyar Orvosi Kamara Háziorvosi Szekciójának elnökségi tagja, majd 2002-től alelnöke vagyok.



DR. KABÁCS ÁGNES

1981-ben diplomáztam a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. Ezt követően a Baranya Megyei Gyermekórházban dolgoztam, majd 1986-ban szakvizsgáztam csecsemő- és gyermekgyógyászatból. Azóta dolgozom egy pécsi gyermekkörzetben. 1997-ben megalakítottuk a Pécsi Pediáter Érdekvédelmi Egyesületet, amelynek megalakulása óta elnöke vagyok. 1998 óta havi rendszerességgel rendezünk akkreditált továbbképző tanfolyamokat. Az egyesület tagjai pécsi házi gyermekorvosok, ifjúság-egészségügyi orvosok, baranyai, somogyi és tolna megyei házi gyermekorvosok. A mentorhálózat megalakulása óta a PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet mentoraként tevékenykedem. A HGYE munkájában 9 évig mint megyei összekötő dolgoztam, emellett három évig a tudományos és továbbképzési bizottság tagja, három évig pedig az elnöke voltam.

DR. KÁDÁR FERENC

1972-ben Budapesten végeztem, 12 évig dolgoztam a Madarász utcai Gyermekórházban. Tisztelettel gondolok mestereimre, Kemény Pál igazgatóra és Szokolai főorvosnőre. 20 éve dolgozom a főváros XIII. kerületének egyik körzetében, kerületi szakfőorvosi megbízásom is van. 9 évig a HGYE alelnöke voltam, most a vezetőség tagja vagyok. Részt veszek a konferenciák szervezésében, a Hírvivő szerkesztésében. Az MGYT küldöttjeként képviselem a hazai gyermekorvosi alapellátást a CESP-ben, és részt veszek a területi gyermekellátás nemzetközi szervezetének munkájában is.



DR. PAPP BÉLA

1973-ban Debrecenben diplomáztam. 1977-ben szakvizsgáztam gyermekgyógyászatból. Azóta vagyok – egy 5 éves líbiai „külszolgálat”-tól eltekintve – házi gyermekorvos Veszprémben, ahol a városi szakfelügyelő főorvosi feladatokat is ellátom. Megalakulása óta vezetőségi tagja vagyok a HGYE-nek, és a második ciklusban választottak küldöttnek a MOK Képviselőtestületébe. A MOK Háziorvosi Szekciójának vezetőségi tagja vagyok.

DR. PÓTA GYÖRGY

1983-ban végeztem a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. A diploma megszerzése után a Heim Pál Gyermekórházba kerültem. 1988 áprilisában szakvizsgáztam, azóta dolgozom Csepelen körzeti gyermekorvosként. 1996 májusában kineveztek a kerület vezető gyermekgyógyász főorvosává. Alapító tagja vagyok az 1995-ben alakult HGYE-nek. 1998 óta vezetőségi tag vagyok, 2001-től 2004-ig az ellenőrző bizottság elnöke voltam.





DR. ÚJHEGYI JÁNOS

A DOTE-n diplomáztam 1975-ben. 1980-ig a kiskvárdai gyermekosztályon dolgoztam. 1981-től vagyok Nyíregyházán házi gyermekorvos, most már évek óta egy saját tulajdonú rendelőben. Az iskola-egészségtan és ifjúságvédelmi mellett sportorvostani szakvizsgát is tettem. Városi, majd megyei szakfőorvosi megbízásomon kívül munkatársa vagyok az OALL-nak, mentora egy oktatópraxisnak, megyei és országos küldöttje a MOK-nak. Idén a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium tagjává választottak. Hatodik éve vagyok a HGYE vezetőségi tagja. Hajnalonként lefutok 10–15 km-t, nemzetközi maraton versenyeken még mostanában is vannak dobogós helyezéseim.

AZ ELLENŐRZŐ BIZOTTSÁG TAGJAI:

DR. NELHÜBEL ÁGOSTON

1977-ben szereztem diplomát a budapesti egyetemen. 1982-ben szakvizsgáztam. Először az Apáthy István Gyermekkorházban, majd 1984–85 az I. sz. Gyermekklinika csecsemőosztályán tanársegédként dolgoztam. 1985 óta vagyok jelenlegi munkahelyem, Budapest II. kerületében. 1998 óta kollegiális vezetői feladatokkal bíztak meg. A HGYE alapító tagja vagyok, évekig budapesti összekötőként és küldöttként dolgoztam. Novemberben választottak az ellenőrző bizottság tagjává.



DR. SZÉLL JÁNOS

1984-ben végeztem a Pécsi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Előtte 3 éven át dolgoztam az OMSZ zalaegerszegi metóállomásán. Rubecz főorvos osztályáról szakvizsgáztam 1988-ban, majd Lentiben lettem körzeti gyermekorvos. 1993-ban Felsőörsre települtem át, ám ez egy zsákutcának minősült, így 1997 óta Sümegben praktizálok. Aktív tagja voltam a FAKOOSZ-nak, majd a HGYE-be „igazoltam át”. Autodidakta jogértelmezőként két ciklusban voltam vezetője a jogi bizottságnak. A helyi Orvosi Kamara alelnöke, a Veszprém Megyei Orvosi Kamara vezetőségi tagja vagyok. Mostantól a HGYE ellenőrző bizottságában dolgozom.

DR. SZTANÓ GABRIELLA

1992-ben végeztem Budapesten. Egy évig a Törökbálinti Tüdőgyógyintézet Gyermekpulmonológiai osztályán, majd a Bethesda Gyermekkorházban dolgoztam, csecsemő- és gyermekgyógyászatból innen szakvizsgáztam. 7 éve Győrben élek. Néhány évig egy gyógyszercégnél dolgoztam, majd marketingtanulmányokat folytattam. 2003 ősze óta Győr-Révfülu (Győr egyik kerülete) házi gyermekorvos vagyok.



A JOGI ÉS ETIKAI BIZOTTSÁG TAGJAI:



DR. BENEDEK LÁSZLÓ

1974-ben végeztem, szakvizsgáig a karcagi kórház újszülött-, gyermek- és fertőzőosztályain dolgoztam. 1978 óta vagyok Százhalombattán házi gyermekorvos, több mint hét évig voltam a Városi Egészségügyi Intézmény igazgatója, a Városi Vöröskereszt Szervezet elnöke. A rendszerváltás óta vagyok tagja a városi képviselőtestület környezetvédelemmel, egészségügyi és szociális kérdésekkel foglalkozó bizottságainak. Régóta foglalkoztat a környezeti ártalmak összefüggése a betegségekkel, ez vezetett az országos méretekben második legnagyobb epidemiológiai vizsgálatok elvégzéséhez Százhalombattán. Ennek eredményeiről számos előadás és publikáció készült, elősegítve, hogy a város környezetszennyezését a felelősök jelentős mértékben csökkentették. 2002. évi polgármesterre választásomig az Orvosi Kamara Érdi Területi Szervezetének elnökhelyettese, több városi egyesület vezetőségi tagja voltam. Jelenleg a házi gyermekorvosi tevékenységemet az összeférhetlenségi kitételek miatt kénytelen vagyok szüneteltetni.

DR. MAROSI CSABA

1979-ben végeztem a SZOTE-n, szakvizsgát 1983-ban tettem. 1984-ig a kazincbarcikai kórház gyermekosztályán dolgoztam, ezt követően Hajdúnánáson lettem házi gyermekorvos. Éveken át tagja voltam a város képviselő-testületének. A Hajdú-Bihar megyei orvosi kamara alelnökévé választottak, az alapellátást képviselem a Regionális Egészségügyi Tanácsban. Szakokleveles jogászi diplomámat 1999-ben az ELTE-n szereztem meg. Az elmúlt három évben a HGYE finanszírozási bizottságának, a múlt hónap óta a jogi, etikai és szakpolitikai bizottságnak vagyok tagja.





DR. MUZSAY GÉZA

A Semmelweis Egyetemen 1986-ban szereztem orvosi diplomát. 1991-ig a győri Petz Aladár Megyei Kórház koraszülött-, csecsemő- és gyermekosztályán dolgoztam, majd 1991-ben szakvizsgáztam. Azóta dolgozom házi gyermekorvosként Győrben. Szakmai irányításommal készült el az iskolaorvosok egészségnevelő és szűrő munkáját segítő számítógépes program. Részt veszek a megyei önkormányzat gyermekvédelmi központjának munkájában, a regionális nevelőszülői hálózat továbbképzésében. A Magyar Orvosi Kamara tagjaként a Győr-Moson-Sopron megyei szervezet megyei és országos küldöttje vagyok. Alakulásától tagja vagyok a Házi Gyermekorvosok Egyesületének, és a második ciklusban veszek részt küldöttként az országos értekezleteken.

A KÉPZÉSI ÉS TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG TAGJAI

DR. BERÉNYI KÁROLY

1979-ben végeztem a Szegedi Orvostudományi Egyetemen, 1984-ben szakvizsgáztam. Hat évig dolgoztam a Hódmezővásárhelyi Kórházban. 1986-tól ugyanitt házi gyermekorvos vagyok, hozzám tartozik az ország 10 legnagyobb lélekszámú gyermekpraxisának egyike. Számos folyóiratban jelentek meg publikációim, hazai és külföldi konferenciákon tartottam előadásokat. Büszke vagyok a különböző pályázatokon elért eredményeimre, a város gyermekegészségügyét szolgáló alapítványra és az ugyancsak általunk működtetett betegklubra. Hat éve vagyok tagja az önkormányzat egészségügyi bizottságának. Korábban megyei küldöttként, novembertől bizottsági tagként segítem a HGYE munkáját.



DR. JÓZSA LAJOS

1982-ben végeztem a DOTE-n, Debrecenben a megyei kórház gyermekosztályán dolgoztam a szakvizsgáig. 1987-től házi gyermekorvosként dolgozom Hajdúböszörményben. 1997-ben iskolaegészség- és ifjúságvédelem-szakvizsgát tettem. 1995-től szakfelügyelő főorvos vagyok, 2000-től a DE OEC oktatópraxisaként részt veszek a rezidensképzésben. Több szaklapban jelentek meg cikkeim. 3 éve a HGYE vezetőségi tagjaként, a finanszírozási bizottság elnökeként tevékenykedem. Jelenleg a szakmai, tudományos bizottság elnöke vagyok.

DR. KOLLÁR LÁSZLÓ

1989-ben a Semmelweis Egyetem ÁOK-n végeztem, 1993-ig a Bethesda Gyermekkórházban dolgoztam. 1993-tól 1999-ig a Szent László Kórház Csecsemő- és Gyermekintenzív Osztályán súlyos, életveszélyes betegek ellátásával foglalkoztam, 2001-ben aneszteziológia-intenzív terápia szakvizsgát tettem. Részt vettem a szakápoló, orvos, gyermekgyógyász szakorvos, intenzív aneszteziológus szakorvos képzésben. A Haemobil Kht. munkatársaként 1999-óta veszek részt az intoxikált betegek extracorporalis technikát igénylő, akut, helyszíni ellátásában. Több száz gyermek és több ezer felnőtt beteg esetében alkalmaztam a regionális kórház intenzív osztályán akut plazmaferézist, hemodialízist, haemoperfusiós, hemofiltrációs vagy ultrafiltrációs kezelést. Az extracorporalis technikák országos szakértőjévé váltam. Jelenleg Csobánkán küzdök egy újonnan létesített gyermekközvet ismert terheivel. Novemberben választottak bizottsági taggá.



DR. PÁLL GABRIELLA

1988-ban végeztem a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 1993-ban csecsemő- és gyermekgyógyászatból, 1996-ban klinikai immunológiából és allergológiából szakvizsgáztam. 2003-ban epidemiológus szakképesítést szereztem a Debreceni Népegészségügyi Iskolában. 1988–1994-ig a Debreceni Kenézy Kórház Csecsemő- és Gyermekosztályán, ezt követően 10 éven keresztül házi gyermekorvosként tevékenykedtem. 2003-tól az Országos Gyermkegészségügyi Intézet Epidemiológiai osztályának osztályvezetője vagyok. Egyik feladatomban az intézet kutatócsoportjának koordinálása, és ennek keretében a serdülő gyermekek egészség-magatartásának vizsgálata. Másik feladatomban a gyermek-egészségügyi adatgyűjtés, adatelemzés minőségének javítása. 2000 óta vagyok a HGYE tudományos, oktatási és továbbképzési bizottságának tagja. A Debreceni Egyetem levelező PhD-hallgatója, valamint a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium házi gyermekorvosi szakcsoportjának tagja vagyok.

A gyermekkori tápláltság megítélése

(3. számú Módszertani levél)

Az elhízás, a kövérség komoly népegészségügyi problémát jelent, kialakulásában az öröklött hajlamon kívül döntő szerepet játszik a helytelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód. Megelőzését már gyermekkorban kell kezdeni, hogy elkerüljük azokat a betegségeket, amelyek a felnőttkori morbiditási és mortalitási statisztikákat vezetik.

A kövér gyerekek nagy része felnőttkorában elhízott lesz, az elhízás egyes következményei azonban már gyermekkorban jelentkeznek. Kimutathatók a szív-érrendszeri rizikófaktorok is (hypertonia, csökkent glukóztolerancia, diszlipidémia), amelyeket a belgyógyászat metabolikus szindrómának nevez.

A gyermekkori elhízásnak dinamikus (hyperplasiás) és statikus (hypertrophiás) fázisai vannak. Már a magas születési súly az elhízás kockázatát hordozza. Angol megfigyelés szerint az alacsony súllyal

született gyermekeknél gyakran jelentkezik ún. „utolérő” testtömeg-növekedés, és ezek a gyermekek öt éves korukban nagyobbak és kövérebbek kortársaiknál.

Kövér az, akinek testzsír tartalma a normálnál nagyobb. Meghatározására a bőrredőmérés kevésbé megbízható, a testtömegindexmérés (BMI) a legszélesebb körben elfogadott eljárás.

A gyermekek életkorhoz kötött szűrővizsgálatainak elvégzése az alapellátás feladata. Kövérnek minősítjük, akinek a testmagasságra vonatkoztatott testtömege a 90. percentil fölötti értékzónájába esik. A 75–90. percentilis zónába került gyermekek esetében csak rendszeres megfigyelés indokolt.

A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a tápláltsági állapot, illetve a kövérség a fenti percentilis tartományokkal minősíthető:

Elhízás mértéke	Percentil
Veszélyeztetett	70–85
Túlsúlyos	85–97
Kövér	>97

A különböző módszerekkel végzett mérések eredményeként az obesitas prevalenciája Magyarországon 9–15% körül van.

Az „Útmutató és táblázatok a gyermekkori tápláltság megítéléséhez” című 3. sz. Módszertani levelet az OGYEI a HGYE és a MAVÉ segítségével juttatja el az alapellátásban dolgozók részére.

DR. PINTÉR ATTILA
FŐIGAZGATÓ-HELYETTES, OGYEI

Mellékállás

Gyermekgyógyászati területen működő gyógyszer-cég mellékállásban végezhető orvoslátogatói/gyógyszer-ismertetési feladatokra keres praktizáló vagy nyugdíjas gyermekorvos kollégát. Jelentkezéseket a szerkesztőségbe „Mellékállás” jellegével várjuk.

Gyermekpszichiátria az Aranytízben.

2005-ben is folytatódik a gyermekpszichiátriai továbbképzés. A sorozat következő előadásaira január 20-án és február 17-én kerül sor. Az előadások mindig csütörtökön este 19.30-kor kezdődnek Budapesten, az Arany J. u. 10. sz. alatt, az Egészségügyi Minisztérium mellett. Az akkreditált képzésre szeretettel várjuk a kollégákat és a védőnőket. A részvétel a HGYE tagjainak és a védőnőknek ingyenes. Nem egyesületi tagoknak alkalmanként 1500 Ft.

Ráckeve, 2005. június

A Házi orvosok XIV. Ráckevei Konferenciája a hagyományokhoz híven a Savoyai Kastélyban kerül megrendezésre 2005. június 10–12-én.

Kérek minden házi orvost / házi gyermekorvost, aki felelősen érdeklődik saját maga és hivatása jövőjéért, hogy jegyezze fel ezt a dátumot.

Előzetes a programból:

- szakmai fórum a pártok, a minisztérium, az OEP, a MOK, a HGYE, a FAKOOSZ, a HOSZ vezetőinek részvételével.
- továbbképző előadások,
- küldöttgyűlés,
- falu-egészségügyi konferencia,
- bál.

Szeretettel hívjuk, legyen velünk!

A rendezők nevében
Csalay László, Békássyné Kocsis Györgyi

Praxisok

- **Budapest XXII. kerületében** házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet esténként a 06-20/310-6646-os számon.
- **Budapest XIV. kerületében** 700 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a Mediconsult Kft.-nél a 06-1/339-3704-es telefonon lehet.
- **Budapest** gyermekpraxis, területi ellátási kötelezettséggel eladó. Érdeklődni lehet: 06/20-910-4813 (esti órákban)
- **Vas megyében Bükkfürdőn** házi gyermekorvosi praxis eladó. Szolgálati lakás, központi ügyelet van. Betölthető: 2005. szeptember 1-től. Érdeklődni az esti órákban a 06/70-941-9632 vagy a 06/94-386-164-es számon lehet.



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

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület 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.

HÁIRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály
ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **ART studio**
A címlapon: Kozák Virág Fotók: Takács Noémi

