Határozzuk meg mi az irányt!

A HGYE felkérésére, szervezetfejlesztőként dolgozom együtt a vezetőséggel. Arra kértek, segítsek a tapasztalható „kommunikációs zavarok" megoldásában. Miután a vezetőség valamennyi tagjával interjút folytattam, nyilvánvalóvá vált számomra az, hogy a kommunikációs problémák valós gyökere a házi gyermekorvoslás, és így a HGYE jövőjét érintő kérdések megválaszolatlanságával függ össze.

Természetesen tisztában voltam a HGYE által elért nagyon komoly eredményekkel, de azokkal a vitákkal is, amelyek kapcsán ellentétek alakultak ki. Azt tapasztaltam, hogy a vezetőség minden tagjának van elképzelése a megoldásról, de ezek nincsenek egyeztetve, megbeszélve, nincs azonos értelmezésük.

A HGYE, megalakulása óta a házi gyermekorvosok érdekvédelmi szervezeteként határozza meg önmagát, és eredményesen képviseli tagságát. Tevékenységében a szakmai színvonal fejlesztése az utóbbi években nagyobb hangsúlyt kapott, mélyült a HGYE és más szakmai szervezetek közötti együttműködés. Ezzel egy időben felerősödtek azok az igények, amelyek szükségesnek tartják a HGYE céljainak és az általa képviselt házi gyermekorvosi szakma újraértelmezését, a jövő igényeihez való igazítását.

A január végén megtartott vezetői műhelymunka világossá tette a vezetőség tagjai számára a változás irányát. A HGYE és tagságának jövője érdekében mind a HGYE, mind a tagság identitását újra kell pozicionálni. Már nem elég egy „civil" egyesület képét felmutatni. Az újrafogalmazott szakmai jövőt egy kellő identitástudattal rendelkező, magasan pozicionált, erős érdekérvényesítő képességgel rendelkező szervezetnek kell meghatároznia. Ez minden bizonnyal igényel változásokat is. Az önkéntességen és a személyes hozzájáruláson alapuló egyesületi munka lehetőségei véleményem szerint mára kimerültek. A szervezet csak a professzionalizálódás révén érheti el céljait.

Az érdekérvényesítő képesség olyan aktív folyamat, amely a fontos változásokra nem reagál, hanem éppen hogy előidézi azokat. Az utánpótlás kérdése csak az érdekérvényesítés erőteljesebbé válásával, a HGYE-n kívüli szervezetek, intézmények, a gyermekek és a szülők által is elismert, magas szakmai színvonal eredményeképpen oldódhat meg. Csak olyan pályakép/szakmakép lesz vonzó az utánpótlás számára, amely kellő bizonyossággal nyújt kiegyensúlyozott fejlődési lehetőséget az új belépőnek.

A HGYE néhány éve a változások korát éli. Az azonban, hogy a vezetőségnek kell megszabnia a változás irányát és mélységét, csak mostanra tudatosult. Feladatuk, sőt küldetésük, hogy a gyermek-alapellátást olyan pályára állítsák, amely a fenti céloknak megfelel.

A kihívás nagy.

Boros István

TARTALOM

- Igazolásgyártás helyett kompetenciabővítés 2–4
- „A" terv, „B" terv 5
- Öt éven aluliak mortalitása globális és regionális szinten, előrejelzés 2030-ig 7–9
- Kinevezték 9
- Csehország 11
- MGYT–HGYE közös szekció 13–15
- Megjelent „Az elsődleges gyermekorvoslás gyakorlata" . 17
- Szeretném bontani a falakat 18–19
- Gyermek-alapellátási Akadémia 21
- Zika-járvány..... 22–23
- Újdonságok a Medscape-ről..... 24–25
- Praxisok 27–28

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2016-ban:

Nestlé BEBA · BioGaia · gsk · Humana · Milumil

Igazolásgyártás helyett kompetenciabővítés*

Muzsay Géza
Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátás Tanács elnök, HGYE-alelnök

A házi gyermekorvosok kompetenciájának bővítése, a rendszerezett, vizsgával számon kérhető tudás megszerzése legjobban a gyermekgyógyászat szakmai grémiumai által is támogatott házi gyermekorvosi szakvizsga révén valósítható meg. Rövid távon a licencek megszerzésének lehetősége is segítheti a kompetencia kiterjesztését, de hosszú távon a házi gyermekorvosi szakvizsga jelenthet átfogó megoldást. A kompetencia bővítését, az egyelőre önkéntesen vállalt szakvizsga bevezetését azonban meg kell előznie az ehhez szükséges személyi, technikai, munkaszervezési és financiális feltételek megteremtésének. E nélkül az orvosi diplomát nem igénylő feladatokkal már így is agyonterhelt gyermekorvosok számára teljesíthetetlen elvárásokat jelentene.

Az egyes gyermekgyógyászati szubspecialitásoktól átvehető feladatok meghatározása az érintett szakterület szakembereinek közreműködésével történhet. Az új feladatleosztás nem járhat együtt az egyes specialitások finanszírozásának csökkenésével, de hozzájárulhat a magasabb progresszivitási szinten dolgozók munkaterhelésének csökkenéséhez. Bizonyos, a házi gyermekorvosi rendelőben végezhető feladatok átadása az elsődleges ellátóknak elősegítheti a házi gyermekorvosok és a szubspecialisták tevékenységének optimalizálását. A finanszírozás célzott emelésével meg lehet oldani a laboratóriumi eszközök beszerzését, és a vizsgálatok tételes, biztosító által történő díjazását is.

A kompetencia bővítéséhez először is meg kell vizsgálni az utóbbi évtizedek demográfiai és morbiditási változásait. Elemezni kell a betegségek incidenciáját, prevalenciáját. Tekintettel kell lenni arra is, hogy a tanulással megszerzett elméleti ismeretek csak megfelelő számú beteganyag ellátásával tarthatók a megkívánt gyakorlati készség szintjén. Lényeges szempontja a felelősségteljes kompetenciabővítésnek a rendelési idők optimális időtartamának meghatározása, a kiterjedtebb eszközhasználatra alkalmas infrastruktúra megteremtése. A feladatok csak jól képzett, diplomás nővérek és megfelelően kiképzett házi gyermekorvosok segítségével teljesíthetők. Előfeltétele a kompetenciabővítésnek a fejkvóta-finanszírozás elmozdítása a valós teljesítmények javadalmazásának irányába.

A laboratóriumi és egyéb műszeres vizsgálatok alapellátásban történő elvégzése gyorsíthatja a diagnózis felállítását, csökkentheti a felesleges antibiotikus kezelések számát, költséghatékonyabbá teheti a kezelést. Emellett növekedhet a lakosság elégedettsége, a házi gyermekorvosok presztízse, csökkenhet a laboratóriumok zsúfoltsága, megspórolhatók az utazás költségei.

A gyermekgyógyászat tudományának fejlődéséhez, a morbiditás megváltozásához alkalmazkodnia kell a praxisok tevékenységi körének, működési körülményeinek. A kompetencia bővítésének, a praxisban végezhető vizsgálatok kiterjesztésének nem kedvez a jelenlegi, elsősorban tömeges betegellátásra berendezkedett kényszerűen vállalt gyakorlat.

Törekedni kell arra, hogy a több szakvizsgával rendelkező és tudásukat karbantartó házi gyermekorvosok a praxis körülményei között is hasznosíthassák ismereteiket. Az egy-egy szakterületen való, vizsgával alátámasztott jártasság növeli a rendelőn belüli teammunka esélyeit és hatékonyságát, és közelebb viszi a lakossághoz a szakellátásokat.

Körültekintően kell meghatározni azon diagnosztikai és terápiás eljárások körét, amely az alapellátás keretében reálisan megvalósítható. A jogi buktatók elkerülése érdekében a szakmai irányelvek, protokollok meghatározásakor meg kell jelölni az alapellátási szinteket. A definitív ellátás bővítéséhez kapjanak az alapellátó gyermekorvosok az eddigieknél nagyobb jogosultságokat. Az ellátás bővítésének lehetőségeit és a képzés szakmai feltételeit a Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási, illetve Csecsemő- és Gyermekgyógyászati tanácsai és tagozatai, valamint a HGYE–MGYT közös szekciója határozza meg.

Az érvényben lévő minimumfelszerelési lista előírásai sem szolgálják megfelelően a szakorvosi szintű alapellátást, a kompetencia bővítését. Ezért célszerű a minimumfelszerelés – jogszabályban történő – módosítása, és az ennek megfelelő finanszírozási háttér biztosítása. A házi gyermekorvosi szakvizsga, illetve a licencek megszerzésének módját, feltételeit oly módon kell meghatározni, hogy az a praxis folyamatos ellátása mellett is teljesíthető legyen.

A HÁZI GYERMEKORVOSI SZAKVIZSGA ELEMEI, LICENCEK

Pulmonológia/allergológia

A tüdőgyógyászati alapismeretek alkalmazására a praxisok mindennapi gyakorlatában szükség van. A leggyakoribb pulmonológiai betegségcsoportban, az obstruktív bronchitisben, asztmában a klinikai vizsgálat átlagos esetben azonos, az egyszerű spirometria, a pulzoximetria, a peak flow-mérő használata a házi gyermekorvosi rendelő körülményei között is elvégezhető. A csúcsáramlásmérő az akut rohamoldás eredményességének mérésére, a nehézlégzés napszakos jelentkezésének meghatározására jól használható. A gyermekkori asztma gyanújának felállítása, az iránydiagnózis, a gyógyszerre jól reagáló, enyhébb rohamok kezelése vagy a kezelés megkezdése, a protektív terápia ellenőrzése az alapellátás feladata. Nagyobb kapacitású légzésfunkciós készülékkel az alapállapot felmérése, a protektív kezelés beállítása, és a közepe-

* Az összeállítás a Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátás Tagozata és Tanácsa, illetve a Házi Gyermekorvosok Egyesülete vezetőségének javaslatai alapján készült.

sen súlyos és súlyos esetek ellátása a pulmonológiai osztály vagy a szakambulancia feladata marad.

A gyermekorvosi alapellátás kiterjedtebb és magasabb szintű pulmonológiai jártasságának és gyakorlatának szükségességét indokolja a légúti betegek egyre növekvő száma is. A jelenlegi szakrendelői kapacitás a rohamosan szaporodó pulmonológiai és főleg az allergiás betegeket csak nehézségekkel képes ellátni. A különböző allergiás állapotok kivizsgálása (egyszerűbb laborvizsgálatok, bőrtesztek), a terápia beállítása megtörténhet az alapellátást végző gyermekorvos rendelőjében is. Ezek azonban időigényes vizsgálatok, amelyek a jelenlegi munkaidő-beosztás mellett nehezen férnek bele a házi gyermekorvos tevékenységébe. Problémát jelent az esetleges anafilaxiás reakciók rendelői körülmények között történő ellátása, valamint a tesztek viszonylag kisebb számú beteganyagon történő költséghatékony kihasználhatósága is.

Gasztroenterológia

A házi gyermekorvos gyakran kerül szembe a testi fejlődés zavaraival, a táplálékallergiákkal, intoleranciákkal vagy a különböző hiányállapotokkal. Az egyszerűbb és tömegesen előforduló, alacsony eszközigényű betegségek kivizsgálása és gondozása történhet a házi gyermekorvosi szakvizsgával vagy licencvizsgával rendelkező gyermekorvos rendelőjében. Ebben a betegségcsoportban is észlelhető a szükséglethez képest szűkebb szakrendelői kapacitás. Az elvégezhető vizsgálatok körének meghatározását e szakterületen is az illetékes szakmai kollégiumtól várjuk.

Infektológia

Ez a betegségcsoport a házi gyermekorvos „mindennapi kenyere", hiszen a leggyakrabban a fertőző betegségekkel találkozunk a gyermekorvos rendelőjében. Ezeket a kórképeket jól kell ismernie, és biztonságosan kell kezelnie az alapellátás orvosának. A védőoltások tömeges méretű bevezetésével nem tűntek el a fertőző betegségekkel kapcsolatos problémák, sőt a növekvő antibiotikumrezisztencia, az antibiotikumok túlzott használatának veszélye, a migráció újabb és újabb megoldásra váró kérdéseket vet fel.

Pszichológia

A lelki betegségek talán a leglátványosabban szaporodó betegségcsoport. A különböző magatartási és tanulási zavarok, a roszszul működő családok gyermekre gyakorolt káros hatásaival nap mint nap találkozhatunk a gyermekrendelőben. Az utóbbi évtizedekben a „new morbidity" megjelenése a védőoltásokhoz és a környezetszennyezéshez hasonlóan átformálta a morbiditás térképét. Az a gyermekorvos, akiben nincs kellő érzékenység és ismeretanyag e problémák felfedezéséhez és ellátásához, az alapellátásban nem tud teljes értékű munkát végezni. A gyermek- és ifjúságpszichiátria 5 éves képzést igénylő alapszakma. Ezt a képzési tehertételt a gyermekorvosi praxis működtetése mellett nem lehet vállalni. Ugyanakkor meggondolandó egy, az ismeretanyagot teljeskörűen átfogó, mégis jóval rövidebb, licencvizsgával záruló képzési program biztosítása az alapellátó gyermekorvosoknak.

Rehabilitáció

A rehabilitációra szoruló gyermekek csupán 5–10%-a szorul intézeti kezelésre. A családok részéről kifejezetten növekszik az igény a korszerű rehabilitációs hálózat kiépítésére. A járóbetegek rehabilitációjában nagyobb szerepet kell kapnia az alapellátásnak. A közösségi fejlesztés mellett a gyermek otthonában folytatott rehabilitáció lehetőségeit is bővíteni kell. A házi gyermekorvosnak jártasságot kell szereznie a hospice-ellátás területén is. A rendelőjében és a beteg otthonában a kérdésben járatos alapellátó orvos az eddigieknél nagyobb segítséget nyújthat a fogyatékossággal élő páciensének.

ALAPELLÁTÁSBAN HASZNÁLHATÓ ESZKÖZÖK

A praxisok eszközparkjának is követnie kell a nagyobb kívánalmakat. A praxisokban el kell sajátítani a CRP gyorsteszt, az ABPM, az EKG készülék, a spirometer használatát, a peak-flow-mérést, és meg kell tanulni az eredmények értékelését. A Strep-teszt, az Uricult, valamint a Rotalex és a vizelet-kémiai gyorstesztek használatának is meg kell teremteni a szakmai és finanszírozási feltételeit. Megfelelő gyakorlati oktatás után általánossá kell tenni az otoszkóp használatát. Megfontolandó a házi gyermekorvosi gyakorlatban a megfelelő minőségű ultrahangvizsgáló készülékek használata is az erre jogosító tanfolyamot elvégző kollégák számára. A készülékek beszerzéséhez és működtetéséhez a központi finanszírozás elengedhetetlen. Így enyhíthető a szakrendelések túlterheltsége, és csökkenthető a várakozási idő.

Kislabor

Elsősorban a laboratóriumtól távol eső praxisokban, egészségközpontokban kellene bizonyos egyszerű laboratóriumi vizsgálatokat elvégezni. Ezzel a beteg vagy a vizsgálati anyag felesleges utaztatását és annak költségeit lehetne megspórolni. A vérsejtsüllyedés, a mennyiségi és minőségi vérkép, a vizeletüledék vizsgálata egyszer megtanulható és az idők folyamán nem változó készség. A vizelet-gyorsdiagnosztika, a kvantitatív és a kvalitatív vérkép vizsgálata automatával is végezhető. A coeliakia-gyorsteszt alkalmazása is hasznos lehet. A laboratóriumi vizsgálatokat felvállaló gyermekorvos leleteinek validálását meghatározott időközönként az akkreditált labor vezetője végezné.

CRP-vizsgálat

A CRP használatával jelentősen racionalizálható és így csökkenthető a gyermekorvosi praxisok antibiotikum-felhasználása. Összehasonlító vizsgálatokkal bizonyították, hogy több mint 17%-nyi antibiotikum megspórolható a CRP-gyorsteszt alkalmazásával. Azért, hogy ezt az egyébként üdvözlendő célt elérjük, standardizálni kell a CRP használatát, ismerni kell értékelésének buktatóit. A CRP-t sem szabad ugyanis az orvosi gondolkodást, a gondos klinikai vizsgálatot helyettesítő eszközként használni. Helyes, ha az „Adjak vagy ne adjak antibiotikumot?" kérdés legtöbbször a tünetekre, a klinikai vizsgálatra alapozott döntés marad. A CRP-gyorsteszt a kétes, nehezen eldönthető esetekben jelenthet segítséget a gyermekorvosnak. A túlzottan gyakori használat csökkenti a kevesebb antibiotikum használatával együtt járó költségmegtakarítást.

Egyszerű spirometria, csúcsáramlásmérők

E készülékek használata viszonylag egyszerűen elsajátítható, ugyanakkor jelentősen javítható használatukkal az asztma ellátása. A peak flow-méterek alkalmazása, a betegek általi használata, a tüneti napló vezetése hasznos információt nyújt a kezelés beállításában.

Pulzoximeter

Mindazon kórképek gyanújának felvetésében és állapotfelmérésében segítséget jelent, amelyben fontos az vér oxigéntelítettségének ismerete.

Inhalációs készülékek

Az inhalációs kezelés egyaránt jól használható a heveny és az idült légúti betegségek kezelésére. Az alapellátásban gyakori felső és alsó légúti, fokozott váladékképződéssel járó betegségek kezelésében az inhalációs készülékek kiváló hatásfokkal alkalmazhatók. Egyaránt alkalmasak az expektoráció elősegítésére, valamint lokális gyógyszerhatás elérésére. Kezelésük módja könnyen elsajátítható.

ABPM

Az ambuláns vérnyomás-monitorozás a hipertónia diagnózisának felállításában hasz-

nos, sokszor nélkülözhetetlen eszköz. Az ABPM vizsgálat a „fehérköpeny" és a borderline hipertónia kiszűrésére, a diurnalis ingadozások feltárására az alapellátásban is használható lehetőség.

EKG

Az EKG használatát kötelező licencvizsgához vagy házi gyermekorvosi szakvizsgához kell kötni. A képzés során el kell sajátítani az életkor-specifikus, normális EKG képét, valamint a különböző ritmuszavarok diagnózisát. Ezenkívül meg kell tudni állapítani a kóros kamraterheléseket, a megnyúlt QT-t vagy a WPW-szindrómát. A szerzett és a veleszületett vitiumok diagnózisa ma már nem az EKG-n alapul, de a szűrővizsgálatok során (sportorvosi vizsgálatok, műtét előtti kivizsgálások) a házi gyermekorvos elé kerülő leletek normálistól eltérő voltát a gyermekrendelőben is fel kell ismerni. A felnőttkori kórképek EKG-eltéréseinek alapszintű ismerete még a gyermekorvosnak is fontos, különösen, ha az ügyeleti időszakban felnőtteket is el kell látnia.

FINANSZÍROZÁS

Az alapellátó rendszer fejlődésének irányait, a fejlesztés méreteit a ráfordítható pénzeszközök biztosításával is befolyásolni lehet. A finanszírozásnak segítenie kell a minőség javítását. Bár a kilencvenes években előrelépés történt, a jelenlegi finanszírozási modell magában hordozza a továbblépés korlátait. Nem honorálja kellően a minőséget, a definitív ellátásra való törekvést, így nem ösztönöz a magasabb színvonalú teljesítésre. A minőség mércéje az, ami a beteggel valójában történik. A jelenlegi degressziós értékek miatt sérül a több munkáért és felelősségért több juttatás elve. A degresszió, miközben az ellátás minőségét hivatott megvédeni, nem ismeri el kellő mértékben a pluszteljesítményt, ezzel szemben a „langyos vizet", az átlagot preferálja, a gyermek-alapellátásban ráadásul már az átlagos létszámú praxisokat is sújtja. Pedig megfelelő munkaszervezéssel és jól képzett szakszemélyzettel még nagyobb betegkörben is lehetne minőségi munkát végezni, mint ahogy a kis létszámú praxisban is lehet szűk kompetenciával alacsony teljesítményt nyújtani.

A teljesítmény és a minőségjavítás szempontjából érdekes a „zárt kassza" szerepe is. Ez egyrészről a szolgáltatónak jelent garantált pénzforrást, másrészről a finanszírozónak biztosítékot, hogy még pluszteljesítmény okán sem kell a felső összeghatárt átlépnie. Így áll elő az a merev rendszer, ami a betegkártyák számának kicsiny ingadozásán kívül semmiféle differenciálást nem enged meg. Ebben a rendszerben, ha az egyik praxisban nőne a teljesítmény, annak finanszírozása csak a másik rovására történhetne. A jelenlegi finanszírozási rendszer tehát nem alkalmas egy szélesebb körű és magasabb színvonalú teljesítmény elismerésére. A változtatásra egyetlen lehetőség kínálkozik: valódi minőség- és teljesítményelemeket kell fokozatosan a rendszerbe beépíteni. A teljesítményfinanszírozási elemek beépítésének feltétele a források jelentős emelése, bizonyos eseti vagy beavatkozási díjtételek megállapítása. Az alapellátás szintjén elvégzett feladatok anyagi ráfordításai a magasabb ellátási szinteken megspórolhatók. A szakfelügyeletben olyan elvárásokat kell megállapítani, amelyekben minőségi jellemző lehet a praxisban racionálisan, költséghatékonyan és felkészülten alkalmazható eszközök (CRP, pulzoximeter, spirometria, EKG, ABPM, otoszkóp, bőrtesztek, vizelettesztek stb.) rutinszerű használata.

A LELETADÁS BIZTONSÁGA

Alapvető fontosságú a gyermekorvosi alapellátásban bevezetésre kerülő kiegészítő vizsgálatok eredményeinek validitása.

Erre garancia lehet:
– a gyártó minőség garanciája;
– az egyszerű használat, betanítás;
– a rendszeres laboratóriumi kalibrálás;
– a házi gyermekorvosi szakvizsgával, licencekkel megszerezhető tudásanyag.

Nem minden rendelői vizsgálat eredményéről történne leletadás, az adatok egy részét a beteg adataiban rögzítenék.

Mindennapi kenyerünk

Kávészünet-18

2016. május 26–29., Siófok Hotel Azúr

Kávéházi szalon – Pre-congress workshop

2016. május 26.

Hamarosan jelentkezhet!

Az akkreditált konferencia pontértéke: 36 pont

„A” terv, „B” terv
Küldöttértekezletet tartott a HGYE

Február 27-én értekezletet tartott a HGYE a szervezet küldöttei számára. A szokatlan télvégi időpont apropója az volt, hogy a Polgári Törvénykönyv előírásai miatt márciusig módosítanunk kellett az alapszabály bizonyos pontjait. De ha már meg kellett változtatnunk néhány, számunkra nem igazán látványos mondatrészt, változtattunk az alapszabály néhány olyan pontján is, ami a későbbiekben lehet fontos számunkra.

A küldöttértekezlet lehetőséget adott arra is, hogy hosszabb idő után végre teret adjunk alapvető, mindannyiunknak fontos kérdések mindeddig elmaradt megvitatására. A szélesebb nyilvánosság céljából a közösségünk gondjai iránt fokozottan érdeklődő kollégák is részt vettek a megbeszélésen. Póta György ismertette annak a szervezetfejlesztő munkának a konzekvenciáit, amelynek során professzionális tanácsadó igyekezett választ találni a vezetőségen belüli működési zavarok okaira. A szakértő szerint a zavar hátterében a gyermekorvosi alapellátás megbeszéletlen ellentmondása áll: az, hogy bár egyértelműek az egyesület eredményei, mégis változatlan veszélyben van a szakma jövője. Nincs biztosítva a szakmai fejlődés, az utánpótlás, és finanszírozási anomáliák is akadályozzák a továbblépést. Az erről folytatott vezetőségi viták során eddig nem sikerült az elkerülhetetlenül szükséges változások pontos irányát meghatározni, a prioritásokat kijelölni, és ahelyett hogy az érdekeink érvényesítésére koncentráltunk volna, hagytuk, hogy „proaktív” lépések helyett az események kényszerítsenek bennünket „reaktív” lépésekre. Eközben „a vezetés önmagára koncentrált, a tagsággal való kapcsolata lazult”. Ez kényszerít most bennünket arra, hogy az erős szakmai szervezet imázsának kiépítéséhez, új vezetési struktúrán is gondolkodjunk – hangsúlyozta a HGYE elnöke.

A „merre tovább HGYE?” kérdése után Pátri László alelnök előadása vezette fel a szakma jövőjéről folytatott polémiát. A „fenntartható-e a hazai házi gyermekorvoslás jelenlegi rendszere?” kérdésre a szakmaiság fejlesztése, az ellátási struktúra modernizálása és az ehhez szükséges finanszírozás felől kerestük a választ.

Világos, hogy az „A terv”-be sorolt elképzeléseink (kevesebb, de nagyobb létszámú praxis, a kilépők végkielégítése, a maradók feladatainak égbekiáltóan szükséges racionalizálása, ehhez szükséges újszerű szakasszisztensképzés, a megfelelő munkakörülmények és vonzó finanszírozás biztosítása, betegeinknek pedig esély az egyenlőhöz közelítő hozzáférésre) csak akkor valósulhatnak meg, ha a gyermekgyógyászat, az alapellátás, a szülők meghatározó szervezetei és nem utolsósorban a szakpolitika – végre valóban – fogékony tárgyalópartnernek mutatkozik.

Fel kell azonban készülnünk arra is, és sajnos ennek is nagy a realitása, hogy jobbító elgondolásaink nem találkoznak igazi fogadókészséggel. Ekkor lép életbe a „B” terv: annak tisztázása, hogy melyek a még vállalható alternatívák és melyek nem?

Izgalmas nap volt, ígéretes kezdete valami újnak, lendületes folytatása 20 éves törekvéseinknek. Hogy lesz-e belőle valami, még nem tudjuk. Csak azt tudjuk, hogy nem múlhat rajtunk…

K.F.

A PROGRAMBÓL:

Kardiológia: A hipertónia kivizsgálása, kezelése, ABPM-eredmények értelmezése – Prof. Dr. Reusz György • Szívzörejek értékelése – Dr. Ablonczy László • EKG a házi gyermekorvosi gyakorlatban – Dr. Környei László

Képalkotó diagnosztika: A vizsgálatok indikációi – Dr. Várkonyi Ildikó

Gasztroenterológia: A hasi fájdalom differenciáldiagnózisa – Dr. Gárdos László

Laborvizsgálatok: A laboratóriumi vizsgálatok indikációja, értékelése – Prof. Dr. Vásárhelyi Barna

Pulmonológia: A házi gyermekorvos lehetőségei és feladatai az asztma diagnózisában és kezelésében – Prof. Dr. Cserháti Endre

Immunológia: Az immunológiai vizsgálatok indikációja, gyakori immunhiányos kórképek – Dr. Kriván Gergely PhD

Egyéni védőoltási tervek – Prof. Dr. Mészner Zsófia PhD

Nefrológia: Húgyúti infekciók kezelése, profilaxisa – Prof. Dr. Szabó Attila • Vizeletürítési zavarok, enuresis nocturna – Prof. Dr. Szabó László

Sürgősségi ellátás: Új hangsúlyok a reanimációban – Dr. Krivácsy Péter • Leggyakoribb mérgezések gyermekkorban – Prof. Dr. Zacher Gábor

Hematológia: Az anaemia differenciáldiagnosztikája és kezelése – Prof. Dr. Molnár Dénes

Esetismertetések: Kezdem én, folytasd Te… – Prof. Dr. Molnár Dénes, Dr. Gárdos László, Dr. Muzsay Géza, Dr. Pátri László, Dr. Ruszinkó Viktória vezetésével • Tanulságos esetek – Prof. Dr. Tulassay Tivadar és munkatársai

THE LANCET

Az öt éven aluli gyermekek 1990 és 2015 közötti halálozása globális és regionális szinten, előrejelzés 2030-ig, különböző szcenáriók figyelembevételével

www.thelancet.com
Published online September 9, 2015.

A Lancet 2015. szeptemberi számában az ENSZ által létrehívott, a gyermekek mortalitásának elemzésével foglalkozó munkacsoport (UN IGME) egy hosszabb tanulmányt közölt abból az alkalomból, hogy 2015 volt a befejező éve az ún. MDG 4-nek (Millennium Development Goals). A 2000-ben megfogalmazott MDG 4-nek az volt a célkitűzése, hogy 1990-hez képest 2015-re az öt éven aluli gyermekek mortalitása kétharmaddal csökkenjen. A világ vezetői 2012-ben egy újabb célt tűztek maguk elé, azt, hogy 2030-ra az öt éven aluliak mortalitása világszerte 25, 2035-re pedig 20/1000 élveszülés alá csökkenjen, valamint, hogy 2030-ra az újszülött-halálozás ne haladja meg a 12/1000-t, ez az ún. „Sustanable Development Goals" (SDG) projekt. Annak ellenére, hogy 1990 óta a gyermekkori mortalitás jelentősen csökkent, az MDG 4 célkitűzését nem sikerült elérni. Itt az idő, hogy számba vegyük, hogy mit sikerült és mit nem sikerült elérni, hogy hol vannak még teendők és milyen tanulságokat lehet levonni.

Az UN IGME munkacsoport 195 ország adatait elemezte. A munkát megnehezíti, hogy a vizsgált országok csak mintegy harmadában van jól működő regisztrációs rendszer, a többiek adatai csak becslésen alapulnak. Ezért a közölt adatok nem minden tekintetben megbízhatóak.

Eredményeik szerint az elmúlt 25 évben mintegy 236 millió öt éven aluli gyermek halt meg világszerte. Globálisan óriási különbségek mutatkoznak az egyes területek között. (I. táblázat). Nyugat- és Közép-Afrikában a legmagasabb a mortalitás (98,7/1000 élveszülés) ami tizenötször magasabb, mint a fejlett országokban (6,8/1000). Ennek megfelelően évente kb. 1,8 millió gyermek hal meg ebben a régióban, míg 1,9 millió Dél-Ázsiában és 1,1 millió Kelet- és Dél-Afrikában. Országonként is hatalmasak a különbségek, míg 2015-ben Angolában 156,9 gyermek halt meg ezer élve született közül, addig Luxemburgban ez a szám 1,9. Az összes olyan ország, amelyben minden tizedik, öt éven aluli gyermek meghal, a szubszaharai régióban található, ezek Angola, Csád, Szomália, a Közép-Afrikai Köztársaság, Sierra Leona, Mali és Nigéria. Ennek ellenére elmondható, hogy globálisan a gyermekkori halálozás jelentősen csökkent, az 1970-es 144,9-es érték 2015-ben 42,5-re csökkent. Az elmúlt 15 évben a gyermekkori halálozás 53%-kal csökkent, de ez sajnos jóval alacsonyabb, mint a célként kitűzött 66%-os csökkenés. Bár a halálozás csökkenése az összes régióban meghaladta az 50%-ot, csak két régió, Kelet-Ázsia (69%) és Latin-Amerika (67%) érte el az MDG 4 által kitűzött célt. Ha országonként vizsgáljuk a célok teljesülését, a vizsgált 195 ország közül 62 (35%) teljesítette a célt, ezek közül 12 alacsony fejlettségű ország (Kambodzsa, Etiópia, Eritrea, Libéria, Madagaszkár, Malawi, Mozambik, Nepál, Niger, Ruanda, Uganda és Tanzánia). Teljesítette a kitűzött célt 12 alacsony-közepes fejlettségű ország (Örményország, Banglades, Bután, Bolívia, Egyiptom, El Salvador, Grúzia, Indonézia, Kirgizisztán, Nicaragua, Kelet-Timor és Jemen). A halálozási arány a 195 ország több mint a felében (102) gyorsabban csökkent 2000 és 2015 között, mint az 1990 és 2000 közötti időszakban. Ennek egyik magyarázata, hogy a 2000-es évek után a HIV/AIDS-halálozás jelentősen csökkent, és a kezelés, valamint a prevenció több mint 18 millió gyermek életét mentette meg.

A következő 15 évre vonatkozóan a szerzők öt különböző szcenáriót vesznek szemügyre (II. táblázat). Az első a 2015-ös halálozási adatokat projektálja a jövőre. Eszerint 2030-ra a globális halálozás 47,2/1000 élve született lesz, vagyis összesen 94,4 millió gyermek fog meghalni a következő 15 évben. Mindkét szám magasabb, mint a 2015-ös adat. Ennek hátterében az öt éven aluli gyerekek számának növekedése áll, és hogy ezek a gyermekek nagyobb számban születnek a szubszaharai régióban, különösen Nyugat- és Közép-Afrikában.

A második szcenárió szerint, amennyiben a halálozás csökkenése a 2000 és 2015 közötti átlag szerint folytatódik minden országban, 2030-ban 1000 élve születtből 26,2 hal majd meg, vagyis a következő 15 évben 68,8 millió gyermek. Ez az első szcenárióhoz képest 38%-os csökkenést jelent.

A harmadik szcenárió a régió legjobb teljesítményét nyújtó országának adatait veszi alapul. Így 2030-ra a halálozás 13,2-re csökken, és 49,4 millió gyermek halhat meg a következő 15 év alatt.

A negyedik szcenárió, vagyis ha minden ország eléri a kitűzött 25 vagy az alatti halálozást, 17,2/1000 élve születtre csökken a

globális szint, vagyis 56 millió gyermek hal meg a következő 15 évben. Ez 12,8 millióval kevesebb, mint ha a jelenlegi trendek folytatódnak, de 6,6 millióval több, mint ha a régió legjobb adatait vennénk alapul. Jelenleg 79 olyan ország van, ahol az öt éven aluliak halálozása meghaladja a 25/1000 élveszülést. Ezek közül 32-nek csak ugyanabban a mértékben kell csökkentenie a halálozást, mint az utóbbi években, de 47-nek gyorsítania kell. A 47 ország közül 21 található Nyugat-, ill. Közép-Afrikában, 11 Kelet-, ill. Dél-Afrikában és kettő Dél-Ázsiában. 11 olyan ország van, ahol a halálozás csökkenésének ütemét legalább meg kell háromszorozni, és 19 olyan, amelynél két-háromszoros csökkentési ütemre lenne szükség. Az összes alacsony jövedelmű ország 68%-ánál lenne szükség jelentős javulásra, míg az alacsony-közepes jövedelműek közül 38%-nál, a közepes-magasabb jövedelműek közül pedig 10%-nál.

Az ötödik, legvalószínűtlenebb szcenárió szerint, ha minden ország elérné a magas jövedelmű országok halálozási rátáját, akkor a halálozás 6,1/1000 élve szülött lenne, de mégy így is 35,4 millió öt éven aluli gyermek halna meg az elkövetkező 15 évben.

A gyermekkori halálozás az elmúlt években jelentősen csökkent. Míg 1990-ben 12,7 millió, 2015-ben csak 5,9 millió gyermek halt meg (53%-os csökkenés). 48 millióval kevesebb gyermek halt meg az elmúlt 15 évben, a mortalitás csökkenésének köszönhetően. Ennek ellenére nem lehetünk elégedettek. Elfogadhatatlan, hogy naponta mintegy 16 000, vagyis percenként 11 gyermek hal meg. A legnagyobb gondok a szubszaharai régióban vannak. Jelenleg ezen a területen minden 12. gyermek ötéves kora előtt meghal. Ha ez a tendencia folytatódik, akkor 2030-ban 10-ből hat haláleset ebben a régióban következik be. Miután itt a populáció gyorsan nő, még akkor is nőni fog a haláleseteк száma, ha a mortalitás némiképp csökken. A másik problémás régió Dél-Ázsia. Jelenleg minden harmadik haláleset itt történik, különösen rosszul áll Afganisztán és Pakisztán. Ha a politikai akarat mellett a megvalósításhoz szükséges eszközök is rendelkezésre állnak, akkor a gyermekkori halálozás gyorsan csökkenthető, mint azt néhány alacsony fejlettségű ország, pl. Banglades, Bolívia, Kambodzsa és mások példája mutatja. A 195 vizsgált országból 116 (59%) elérte az SDG által kitűzött 25/1000 élveszülésre eső halálozási rátát, ezek harmadában a halálozás 5 alatt van. Sajnos az adatok országon belül is nagy szórást mutatnak. Brazíliában a halálozás az 1990-es 60,8-ról 2015-re 16,4-re csökkent (73%-os csökkenés). Az 5500 brazil megyéből kb. 1000-ben a mortalitás 5 alatt van, de 32 olyan van, ahol meghaladja a 80-at. A bennszülött gyerekek halálozása duplája a többiekének. De igaz ez még az olyan fejlett országokra is, mint az Egyesült Államok. Egy Mississippi államban született gyermeknek kétszer nagyobb esélye van arra, hogy első életéve előtt meghaljon, mint egy Iowá-ban vagy Massachusetts államban születettnek.

A cikk által közölt adatok csak tájékoztató jellegűek, hiszen a 195 ország közül csak mintegy 60-ban van jól működő regisztráció. Nehezíti a megítélést az is, hogy nincs minden országból adat az utóbbi évekből. Még nehezebb annak a megítélése, hogy mi volt a halál oka. Az esetek mindössze 3(!) százalékában van orvosi diagnózis a háttérben.

A következő években folytatni kell az erőfeszítéseket a gyermekkori halálozás csökkentésére, hiszen minden gyermek halálával egy különleges, egyedi embert vesztünk el. Az egyes országoknak és a nemzetek közösségének mindent meg kell tennie azért, hogy felgyorsítsák azt a folyamatot, amely a gyermekeknek a fejlődéshez és az egészséges élethez való jogát biztosítja.

A fentiekhez a Lancet szerkesztőségi kommentárt fűzött. Megemlíti, hogy melyek azok az eszközök, amelyek segítik a gyermekkori halálozás csökkentését. Nigerben például 1998 és 2009 között a halálozás 90%-kal csökkent, hála a szúnyogriasztókkal impregnált szúnyoghálók használatának, a

	5 éven aluliak mortalitása (1000 élve szülöttre)				5 éven aluli halottak száma (millió)				
	1970	1990	2015	1990 és 2015 közötti csökkenés (%)	1970	1990	2015	1990 és 2015 közötti csökkenés (%)	A 2015-ös globális halálozásban való részesedés (%)
Világ	144,9	90,6	42,5	53%	17,2	12,7	5,9	53%	..
Régiónként									
Afrika	240,4	164,1	76,3	54%	3,8	4,2	3,1	26%	52%
Szubszaharai Afrika	244,3	180,2	83,1	54%	3,2	3,9	2,9	24%	50%
Ázsia	153,7	90,3	36,4	60%	10,9	7,2	2,4	67%	41%
Dél-Ázsia	213,2	129,3	52,5	59%	5,8	4,7	1,9	60%	31%
Kelet-Ázsia és Csendes óceán	116,4	58,3	17,8	69%	5,0	2,5	0,5	79%	9%
Dél-Amerika és Karib-térség	119,6	53,8	17,9	67%	1,2	0,6	0,2	69%	3%
Fejlett országok	96,6	47,6	17,1	64%	0,6	0,4	0,1	69%	2%
Egyéb országok	24,5	10,4	4,8	54%	0,3	0,1	0,1	56%	1%
Fejlettség szerint									
Alacsony fejlettség	256,6	187,2	76,1	59%	2,3	2,6	1,7	35%	28%
Alacsony-közepes fejlettség	200,2	119,5	52,8	56%	9,0	7,2	3,5	51%	59%
Közepes magas fejlettség	117,1	55,4	19,1	66%	5,5	2,7	0,7	75%	11%
Magas fejlettség	32,4	15,6	6,8	56%	0,6	0,3	0,1	59%	2%

I. táblázat: **Az 5 éven aluliak globális és regionális mortalitása, és az 5 éven aluli halottak abszolút száma (90%-os bizonytalansági intervallummal)**

táplálтsági állapot javításának – beleértve az A-vitamin-szuplementációt – a malária, a pneumonia és a hasmenés adekvát kezelésének és a vakcinációs programoknak. Ugyanakkor, bár a gyermekhalandóság rendkívüli mértékben csökkent, az újszülöttkori halálozás magas maradt, mert ezen a területen kevés intézkedés történt. A mortalitás további csökkentése elképzelhetetlen a neonatális halálozás csökkentése nélkül. Világszerte szükség volna a hasmenéses és tüdőgyulladásos esetek kezelésének javulására, a Pneumococcus-, Haemophilus B- és rotavírus-vakcinák bevezetésére, a malária visszaszorításában pedig a szúnyogriasztóval kezelt szúnyogháló, az artemisin alapú kombinált kezelés és a mostanában engedélyezett malériavakcina széles körű használatára. Az újszülöttkori mortalitás a koraszülés frekvenciájának és az intra partum komplikációk csökkenésének segítségével, valamint a neonatális infekciók egyszerűsített antibiotikus kezelésével befolyásolható. Ha minden ország elérné az SDG által kijelölt célt, 18 millióval több gyermek életét lehetne megmenteni a következő 15 évben. Az ehhez szükséges eszközök már most is rendelkezésre állnak, erkölcsi kötelességünk ezek alkalmazása mindennapi gyakorlatunkban.

A KIVONATOT KÉSZÍTETTE: DR. KARDOS GABRIELLA

	5 éven aluliak mortalitásának előrejelzése (1000 élve szülöttre)			5 éven aluliak halálozási száma (millió)			5 éven aluli halálesetek előrejelzése (millió)
	2020	2025	2030	2020	2025	2030	2016–30
1. szcenárió: Nem változik a 2015-ös halálozási ráta	44,2	45,8	47,2	6,2	6,4	6,6	94,4
2. szcenárió: A jelenlegi trendek maradnak	36,2	30,8	26,2	5,0	4,2	3,6	68,8
3. szcenárió: A régió legjobb eredménye szerint	28,5	19,4	13,2	3,9	2,6	1,8	49,4
4. szcenárió: SDG-cél alapján	31,3	23,2	17,2	4,3	3,2	2,4	56,0
5. szcenárió: A fejlett országok 2030-as mortalitásának alapján	21,6	11,3	6,1	3,0	1,5	0,8	35,4

SDG=sustainable development goal

II. táblázat: **Az 5 éven aluliak mortalitásának és az 5 éven aluli halálesetek előrejelzése különböző szcenáriók figyelembevételével**

Kinevezték

Február 15-én Balog Zoltán miniszter kinevezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium új tagozatvezetőit és -tagjait.

A tanácsadó testület Gyermekalapellátás (Házigyermek orvostan, ifjúsági és iskolaorvostan) Tagozatának vezetője **dr. Póta György** lett.

A tagozat tagjai: **dr. Pátri László** és **dr. Mezei Éva**.

A Csecsemő- és gyermekgyógyászat tagozatvezetésére
Prof. Dr. Balla György,

a tagozati tagságra
dr. Velkey György és **dr. Nagy Anikó**
kapott megbízást.

Gratulálunk!

Kedves Kolléga!

Ha még nem fizette be, kérjük, utalja át 10.000 forintos éves tagsági díját a Házi Gyermekorvosok Egyesülete OTP banknál vezetett alábbi számlájára:

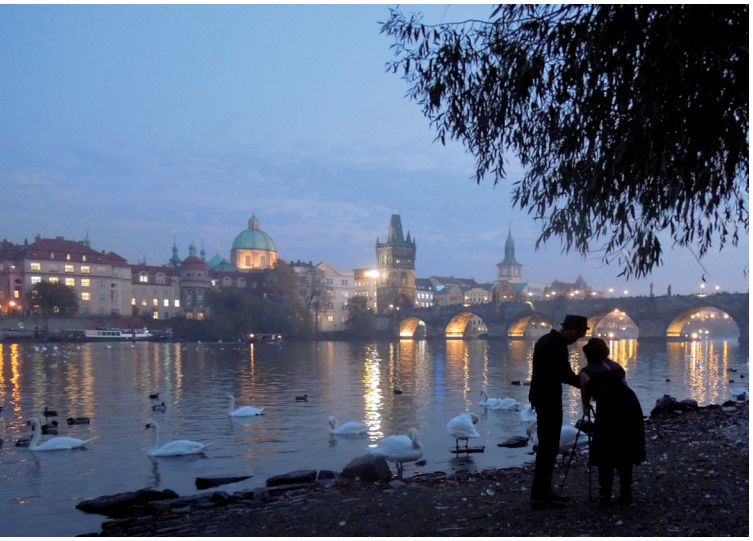
11713005-20419448

Kérjük, hogy a közlemény rovatban tüntesse fel nevét. Az összeg beérkezését követően a nyilvántartásunkban szereplő névre és címre juttatjuk el a számlát.

Tájékoztatjuk, hogy a praxisukat ténylegesen feladó kollégákat – kérésük esetén – fizetési kötelezettség nélkül is megilletik a HGYE-tagoknak járó kedvezmények.

Tisztelettel a HGYE titkársága

Hogy állnak a csehek?



A novemberi prágai ECPCP-értekezlet során arra is volt alkalmunk, hogy betekintsünk a cseh kollégák mindennapjaiba. Náluk – Európában egyedülállóan – kétféle gyermekgyógyászati szakvizsga van: az egyik „kórházi", a másik házi gyermekorvosi. Bár nem nagyon életszerű, hogy egyetem után közvetlenül képes valaki annak eldöntésére, hogy a területi vagy kórházi/klinikai gyermekorvosi munkát privilegizálja, az elhatározást meg kell hozni, mert kezdettől eltér egymástól a két képzési rend. Gyermek-gasztroenterológus, gyermekpulmonológus stb. csak kórházi utat választó orvos lehet, csak előtte áll nyitva az út a szubspecializáció felé. (A házi gyermekorvosi képzési szisztéma praktikusan a „felnőtt" háziorvosit követi, ott is eltér a háziorvosi és a belgyógyászati curriculum.) Az út gyakorlatilag egyirányú, kórházból az alapellátásba még van, alapellátásból a kórházba azonban már nincs visszaút.

Aki körzet mellett dönt, az mindenekelőtt választ a listából egy oktató házi gyermekorvost, aki majd eldönti, hogy a rezidense mikor, melyik osztályon szerezze meg a szakvizsgájához szükséges kórházi gyakorlatot. A kórházi képzés költségeit, a szakorvosjelölt fizetését – és persze a maga honoráriumát – az oktató abból a pályázati pénzből gazdálkodja ki, amit a rezidens képzésére nyert.

Ez a képzési rend nem eurokonform, és most úgy néz ki, hogy a házi gyermekorvosok szövetségének tiltakozása ellenére meg is változtatják: az általános európai gyakorlatnak megfelelően náluk is közös lesz a törzsképzés (common trunk).

Csehország tízmillió lakosának kb. 20 százaléka 18 éven aluli, alapellátásukat egységesen gyermekorvosok végzik. Mintegy 2000 házi gyermekorvos dolgozik jelenleg az országban, de vidéken mindinkább érezhető az utánpótlás hiánya. Egy praxisba átlagosan 1000 gyermek tartozik. Napi 8–9 óra a munkaidő, aminek túlnyomó hányadát a rendelőben töltik, reggeltől késő délutánig. Iskolaorvosi munkakör vagy kötelezettség nincs, oktatási intézménybe orvos vagy védőnő csak akkor teszi be a lábát, ha ott valami közegészségügyi gond (pl. hepatitis) adódik.

Meglepő volt számunkra, hogy az a rendelő, amit Prága egyik szociálisan jól eleresztett külvárosi részében meglátogattunk, egy befektetőé, tőle bérli a kolléganő. A rendelő majdnem olyan, mint egy Doktor House-helyszín. A betegek Prága minden részéből, sőt azon túlról jönnek, a páciensek között sok a külföldi gyerek, ami nem csoda, hiszen a doktornő kiválóan beszél angolul. Nagy gyakorlattal rendelkező gasztroenterológusként gasztroenterológiai rendelést is végez, erre külön szerződése van a biztosítóval. Mindent tudó ultrahang-készülékét ő vette, két asszisztenssel dolgozik.

A vizsgálati mintákat ő vagy az asszisztens veszi le, hívásra azonnal – naponta akár többször is – jön egy autó, ami a vérmintát, torokváladékot elviszi a laboratóriumba. A doktornő is panaszkodik arról, hogy „kopik" a hajdanán volt, nagyon élő kórházi kapcsolatrendszere, már alig teszi be a lábát oda, ahol korábban dolgozott és ahol őt mindenki ismerte, becsülte.

Pénzt cseh állampolgártól nem kérhetnek és nem is fogadhatnak el, sem a rendelőben, sem a beteg lakásán, a házhoz hívás amúgy is nagyon ritka. Egy „1000-es" cseh kolléga nettója kb. kétszerese egy hazai „ezres"-nek.

Ami az ECPCP-rendezvényt illeti, komoly vita bontakozott ki arról, hogy nem kellene-e mégis szorosabbra fűznünk kapcsolatainkat az EPA-val, (European Paediatric Association), az európai gyermekorvostársasággal. A kérdésnek az ad aktualitást, hogy az EAP-tól (Európai Gyermekgyógyászati Akadémiától), eddigi stratégiai partnerünktől, nem kapjuk meg az alapellátást megillető szakmai támogatást.

A Curriculum Munkacsoport munkája ebben az évben új fázisba lépett. Az Európai Alapellátó Gyermekorvosok Curriculuma első verziójának elkészülte után az anyag második lépcsőben egy szélesebb értelmezésű kontextusba helyeződik. A curriculum tartalmában nemcsak a már elkészült (angol és spanyol után magyar nyelvre is lefordított, a HGYE honlapján elérhető) ún. „sillabuszt" jelenti, hanem egy erre az alapra épülő kompetenciaalapú képzési és minőségellenőrző rendszert. Ennek a rendszernek az alapvető struktúrája az elméleti ismeret – gyakorlati készség – megbízható szakmai aktivitás hármas egysége. A kompetens házi gyermekorvos fogalmának meghatározása, tartalmi körülírása a tankönyvekből elsajátítható *elméleti ismeretek,* az elkészült sillabuszban felsorolt *gyakorlati készségek,* valamint a munkacsoport által jelenleg kidolgozás alatt álló, ún. *megbízható szakmai aktivitások* (entrustable professional activities) segítségével történik. A munkában a magyar házi gyermekorvosok is részt vesznek.

Téma volt a különböző országok menekültellátása is. Az olaszok, németek, osztrákok és szlovének egyaránt panaszkodtak az ellátórendszer túlterheltségéről, de az ellátók mindegyik országban komoly kormányzati támogatást kapnak. Érdekes volt egy délnyugat-németországi kolléga beszámolója: az ő húszezres városuk volt amerikai laktanyájában 3000 menekültet szállásoltak el, a táborban a város minden orvosa vállal szolgálatot. A pedagógusok és óvónők bejárnak oktatni, gondozni, a menekültek pedig mind nagyobb számban jutnak kinti munkához. A kolléga megjegyezte: hibázott az elmúlt fél évszázadban annyit Európa közel-keleti politikája, hogy kötelességünk most segíteni nekik. Különben is – tette hozzá -, szükségünk lesz a menekültek 20 év múlva már asszimilálódott gyermekeinek képzett munkaerejére ahhoz, hogy biztosítva legyen majd a nyugdíjunk. Abban minden ország képviselője egyetértett, hogy a WHO állásfoglalásának megfelelően, a menekült gyermeknek jár ugyanaz az egészségügyi ellátás, ami a befogadó ország gyerekeinek is jár. A menekült gyermekek körében most a felzárkóztató (catch-up) vakcinációnak és a tbc-szűrésnek van prioritása.

Kádár Ferenc, Kovács Ákos

Nyitnunk kell!

Beszélgetés Kovács Ákossal, az MGYT–HGYE közös szekciójának elnökével

Vitát váltott ki a HGYE-vezetőségen belül, de azon kívül is kérdezgetik, miért volt szükség a szekció létrehozására? Hiszen mindig is voltak a HGYE-nek szakmai céljai, alapvető fontosságot tulajdonított a vezetés a házi gyermekorvosok ismereteinek fejlesztésére. Ezt szolgálták a rövid idő alatt karakteressé vált Kávészünet-konferenciák, a kezdetek óta szervezett továbbképző rendezvények, a Hírvivő, az éveken át rendezett speciális (kardiológiai, pszichiátriai, hematológiai, onkológiai) „estek", vagy éppen a most hangzatosabb néven újjáéledt, de hagyományos funkciót folytató Gyermekalapellátási Akadémia.

Hallhatnánk-e a szekciónak olyan profiljáról, amelyet a HGYE szakmai keretei között ne lehetne elvégezni? Más szóval: mennyiben bővíti a szekció a HGYE szakmai lehetőségeit?

K. Á. A szekció a HGYE meghosszabbított karjaként, megerősített végtagjaként fogható fel. A HGYE civil szervezetként az elmúlt húsz évben elsősorban érdekvédelmi és szakmapolitikai feladatokkal foglalkozva, szerintem túlzottan csak ezekre koncentrált, és a megérdemeltnél kevesebb figyelem és energia jutott a „szakmázásra". Ezen érdemes változtatni! A házi gyermekorvoslást mint önálló tudományos entitást az eddiginél sokkal karakteresebben kell meghatározni, az egységes gyermekgyógyászatba organikusan illeszkedő, módszertanában, gyakorlatában mégis egyedi, önmagában is definiálható specifikumként kell kezelni. Ahhoz, hogy a szakmánk önálló identitással rendelkezzen, hogy esélye legyen a jelen viszonyok között is a túlélésre, körül kell írni, meg kell határozni, hogy milyen elméleti ismeretanyaggal, betegellátó, kommunikációs és egyéb készségekkel kell egy „kompetens" házi gyermekorvosnak rendelkeznie. Ehhez adhat szervezetünknek megfelelő szakmai hátteret a tudományos orvosi társaságként elismert Magyar Gyermekorvosok Társasága. Lényegében arról van szó, hogy a szekció megalakítása kitágítja a kereteket, lehetőséget kínál olyan szakmai feladatok elvégzésére is, amelyek talán nem voltak kellően fókuszban a HGYE számára.

Gondolom, egyetértünk abban, hogy a gyermekgyógyászat az alapellátástól a legmagasabb szintű klinikai ellátásig egységes egészt képez. Valószínűleg egyformán látjuk azt is, hogy a 90-es évek előtt az alapellátás kezelésének módja, azóta pedig a megfelelő irányítás hiánya okoz komoly nehézséget számunkra. Ez jelentős részben oka is volt a HGYE 20 évvel ezelőtti életre hívásának. Közösen tapasztaljuk, hogy bár mindig igényeltük és ma is szükségszerűnek tartjuk a kórházi-klinikai vezetés érdemi együttműködését, a helyi jó példák ellenére generális áttörés nincs: nincs hatékony együttműködés az alap- és a fekvőbeteg-ellátás között. Pedig a feszítő gondok rendszerszintű megoldásához elemi szükségünk van támogatásukra, egyszerűen indokolhatatlan a szakmai különállás. Változott-e szerinted most valami a „hozzánk állásban", tapasztalható-e most a fekvőbeteg-ellátás igazi érdeklődése gondjaink és megoldásuk iránt? Konkrétan: mi tette most aktuálissá a szekció megalakítását?

K. Á. Én azt gondolom, hogy a klinikák, tanszékek élén az elmúlt években egy komoly generációváltás történt. A fiatalabb szakmai vezetői garnitúra gondolkodásában, hozzáállásában rugalmasság, nyitottság tapasztalható az alapellátás irányában. A most regnáló, fiatalabb klinikus vezető generáció jellemzően külföldön tanult, látta, tapasztalta mit jelent a „primary care", milyen a „medical home", pontosan tudja, hogy mi a XXI. századi modern „community pediatrics" és joggal elvárja, hogy mi is próbáljunk felnőni mindehhez. Azt is tudják, hogy minden bonyolult, ritka és izgalmas klinikai eset egyszer valahol az alapellátásban kezdődik, amikor a beteg valamilyen banálisnak tűnő problémával, fejfájással, hasmenéssel, köhögéssel belép a rendelőbe. Fontos tehát számukra is „az első döntés" minősége.

Azt is gondolom, hogy nem a múlt sérelmeit, sebeit kell nyalogatni. Nem igaz, hogy aki nincs velünk, az ellenünk van! Ellenkezőleg. Nyitnunk kell, és nemcsak a gyermekorvosi klinikum felé, hanem a családorvoslás, és a gyermek-alapellátásban érdekelt más társszakmák, a védőnők, gyógytornászok, fejlesztő pedagógusok irányába is. A jövő gyermek-alapellátásának csak egy közös platform kialakítása adhat megfelelő keretet. Meggyőződésem, hogy a szekció kiváló területe lehet egy ilyen nyitásnak.

Az alapellátást az effektív irányítás hiánya miatt évtizedek óta két nagy gond feszíti: az egyik az ellátóhálózat szerke-

zetének és működésének szervezetlenségéből, a másik az ennek következményeként kialakult szakmai hiányosságokból ered. A HGYE-nek épp elég gondot jelent az első probléma: a magas átlagéletkor, a vegyes praxisok és a legszegényebbek „alulellátottsága", az eladhatatlan praxisok, az utánpótlás hiánya, az orvost nem igénylő feladatok elfogadhatatlanul magas aránya, a megfelelő számú és korszerűen képzett asszisztencia, a racionális praxisgazdálkodás, az önkormányzatok és egészségirányítás segítségének hiánya. Vannak, akik szerint ezek megoldása automatikusan mozdítaná elő szakmai fejlődésünket, mások meg azt mondják, vegyük tudomásul, hogy nem tudjuk megoldani az ellátásszerkezeti problémákat, kár erre az időt és energiát veszteget-ni, koncentráljunk elsősorban a korszerű tudásszint generális elérésére. Jól érzékelem, hogy Te inkább az utóbbi állás-pont mellett teszed le a voksodat?

K. Á. Nem, korántsem gondolom, hogy a strukturális problémák megoldásával nem kellene foglalkoznunk, vagy haszontalan lenne ezekre időt fordítanunk. Ellenkezőleg, meggyőződésem, hogy a szerkezeti átalakulás csak a szakmai fejlesztéssel párhuzamosan valósulhat meg. Amíg azonban az előbbi sajnos tőlünk jórészt független, felsőbb szakmapolitikai és finanszírozási döntéshozók kezében van, az utóbbi az, amit nekünk magunknak, a szakmának lehet és kell irányítania.

Az elmúlt húsz év alatt a HGYE nemegyszer mutatott fel erőt, egységet, és ennek megvoltak az egyértelmű pozitív eredményei. Meggyőződésem, hogy a HGYE nélkül az elsődleges gyermekellátás jelenlegi helyzete rosszabb lenne a mostaninál. Van tehát mit védeni, félteni.

Hangsúlyozom azonban, hogy a szekció szakmai műhelymunkát kíván végezni. Ez semmi olyan egységet nem bomlaszt, aminek a megszűnésétől félni kellene. Iránymódosítás, hangsúlyeltolódás, ahogyan a korábbi kérdésekre adott válaszaimban is említettem, szükséges, és ez szerves része a fejlődésnek, mondhatni a túlélés záloga.

A HGYE egyik komoly hibájának tartom, hogy az egyesületet napi szinten irányító elkötelezett, rengeteget dolgozó, aktív csoport lényegében nem vesz tudomást, mondjuk így: meglehetősen kevéssé érdeklődik az egyébként jórészt passzív tagságban megbúvó tettre kész, kihasználatlan energiával, motivációval és szakértelemmel rendelkező fiatalabb kollégák iránt. Jellemző, hogy mi történik pl. egy küldöttgyűlésen! Aki eljön (egyre kevesebben), ül, mint Rozi a moziban és hallgatja, ahogy a vezetőségből néhányan (köztük persze én is) „osztják az észt". Mikor hallgattuk meg igazán a tagság aktívabb felének véleményét? Ha ki tudnánk használni azt az egyébként nem nagy tömegű, és ezért különösen is értékes humán erőforrást, amit a tagságban a még mozdulni képes, szakmailag igényesebb, az új trendek, evidenciák, bizonyítottan jó gyakorlatok felhasználása és „közös dolgaink", a szakma színvonalának folyamatos emelése iránt fogékony és elkötelezett kollégák képviselnek, jóval hatékonyabban tudnánk céljainkat megvalósítani. Erre való a szekció.

A kritika valószínűleg jogos, de eltértünk az eredeti kérdéstől: attól, hogy a fejlődés érdekében szerinted minek van prioritása: az ellátórendszer fejlesztésének, vagy az ellátók képzettségének emelésének? De ha már eltértünk: azt akartad az imént mondani, hogy a szekció a tagság aktívabb, különösen értékes, mozdulni képes részének akar a gyűjtőhelye lenni? Belátom, állhat emögött az a felismerés is, hogy a tagság jelentős részét, sem a többséget kitevő 60 körülieket, sem a fiatalokat, nem igazán érdekli az ellátóhálózatot terhelő szerkezeti kérdések tömege, a BAZ megyében, dél-Somogyban, Szabolcsban élő gyermekek ellátási gondja. Mert ők inkább saját praxisuk fejlesztésére koncentrálnának, inkább alkalmazkodnak a helyzethez, mintsem, hogy annak racionalizálásával vesztegessék idejüket.

K. Á. A szekció valóban határozottan szakmai, tudományos és nem érdekvédelmi, szakmapolitikai kérdésekkel kíván foglalkozni. Nem azért azonban, mert az nem érdekli a társaságot, vagy szociálisan érzéketlenek volnánk, hanem mert ez utóbbira a HGYE mint érdekvédelmi szervezet tökéletesen alkalmas, amint ezt bizonyította is az elmúlt évtizedekben. Nem szeretem az életkor szerinti kategorizálást sem. Itt jórészt már mindenki 60 körüli, tisztelet a kivételnek. A szakmai igényesség, elköteleződés nem az életkor függvénye.

Felvetődik, hogy a szekció megalakítását az a latens szándék inspirálta, hogy legyen egy önálló szakmai szervezete az alapellátásnak. A HGYE mint a gyermek-alapellátás érdekérvényesítő szervezetének „profiltisztítása" azonban a HGYE egységének megszűnését is magában hordozza. A profiltisztítás kapcsán oktalan-e attól tartani, hogy a szekció nem szerves része marad a HGYE-nek, hanem a konkurenciájává válik?

K. Á. A „szakmázást", ha úgy tetszik, nevezhetjük akár egyfajta profiltisztításnak is, ettől nem kellene különösképpen megijednünk. Mi a baj a profiltisztítással? Miért vezetne ez a HGYE egységének megbomlásához? A kérdést őszintén szólva nem egészen értem. Biztosan semmilyen latens vagy ferde szándék nem inspirált senkit, erről meg vagyok győződve, és ezt a feltételezést határozottan visszautasítom. Ezt legfeljebb azok az irigykedők terjesztik, akik mindenre rossz szemmel néznek, amit nem ők maguk találnak ki.

Ebből a szempontból egyébként én is nyilván csak részese, és nem közvetlen irányítója vagyok a folyamatoknak, de a magam részéről határozottan kijelenthetem, hogy személyesen semmi hasonló ambíciót nem táplálok, és a szekció vezetőségében semmi ilyen jellegű versengési vagy „na, majd mi megmutatjuk" szándékot nem tapasztaltam. Önmagában, belül persze mindenkinek meg kell időnként mérettetnie

(„A mindenséggel mérd magad!"), de ez egy más kérdés.

Vissza a kérdésre: a HGYE vezetőségének több mint fele tagja a szekciónak is. A szekció tagjai jórészt tagjai a HGYE-nek is – az egység megbomlására irányuló kérdés formálisan már csak emiatt is nehezen értelmezhető.

Ezek szerint a szekciót a HGYE szerves részének, kizárólag a szakmai műhelymunka fórumának tekinthetjük?

K. Á. Ismét hangsúlyozom, ez a *mi* szekciónk, és ez a szekció szakmai műhelymunkát kíván végezni! Ha itt műhelymunka folyik, az a mi erőfeszítésünk, ha itt eredmények születnek, azok a mi eredményeink lesznek. A többes szám első személy itt most a HGYE teljes tagságát jelenti. Ez számomra ilyen egyszerű. Véleményem szerint a szekció egy lehetőség. Lehetőség a szakma előtt, de lehetőség a szekció tagjai számára egyénileg is. Jelenleg egy üres keret, amibe a képet majd mi magunk készítjük el. Ahogy egy reklám mondja: „az élet annyi, amennyit beletöltesz."

Tükrözi-e a szekció tagságának összetétele azt, hogy a HGYE és az MGYT közös szekciójáról van szó?

K. Á. Ma még nem. De bizakodó vagyok, hiszen a szekció csak nemrég alakult, az érdemi munka még el sem kezdődött. A belépettek 80%-a házi gyermekorvos. De tagjaink között klinikaigazgató, tanszékvezető egyetemi tanár, osztályvezető főorvos, kórházigazgató, infektológus, neonatológus főorvos, oltási és hospice-szakember egyaránt fellelhető. Az MGYT, a HGYE és a Szakmai Kollégium elnöke ugyancsak a szekció tagja. Alapvető gondjaink megoldását persze nem tőlük várjuk, van nekik is elég. Viszont meg kell mutatnunk, hogy magunk is képesek vagyunk fejlődni, változni, alkalmazkodni a gyermekgyógyászati alapellátás szakmai kihívásaihoz, hogy fel tudjuk venni a tempót! Ez szakmánk túlélésének érdeke! Darwin híres mondása az evolúcióról: „Nem a legerősebb marad életben, nem is a legokosabb, hanem az, aki a legfogékonyabb a változásokra". Ha képtelenek vagyunk váltani, irányt, tempót, hozzáállást, előbb-utóbb sajnos óhatatlanul eljutunk oda, ahová éppen tartunk…

Van-e megegyezés arról, hogy az MGYT–HGYE közös szekció elfogadott projektjeit közösen finanszírozza a két alapító szervezet? Azonos mértékű lesz-e a költségvállalás?

K. Á. Jelen pillanatban nincs semmilyen hivatalos megegyezés. Azt érdemes belátni, hogy ahogyan az MGYT Gyermekkardiológiai Szekciója a gyermekkardiológusok, a Gyermeksürgősségi Szekciója az ezen a szakterületen dolgozó kollégák problémáival, szakmai kérdéseivel foglalkozik elsősorban, úgy a Házi Gyermekorvosi Szekció is a gyermek-alapellátást érintő speciális szakmai kérdésekre fókuszál. Hangsúlyozni szeretném, hogy ez a mi szekciónk, az MGYT számunkra csupán hátteret, hivatalos keretet biztosít. Ennek megfelelően persze meg lehet próbálni, de magam részéről kétlem, hogy az MGYT anyagilag erőteljesen be tudna szállni a szekció támogatásába. Én ezt személyesen nem is várom el, bár nem tudom pontosan, hogy ez más MGYT-szekciók esetében hogyan történik. Attól tartok, hogy a szekció projektjeinek anyagi támogatása elsősorban a HGYE feladata lesz.

Pénzügyileg önálló szervezetről van-e szó? Érthetőbben: indokolt-e a félelem, hogy a szponzoráció egyre szigorodó szabályozása miatt a szekció támogatást vonhat el az „anyaszervezetektől"?

K. Á. Olyan ez, mintha arról gondolkodnék, hogy egy megszületett gyermek „felé terelt támogatás" csökkenti-e a család gazdasági lehetőségeit. Eredetileg az volt a tervünk, hogy a szekciónak legyen önálló költségvetése, de az előkészítő megbeszélések során a HGYE vezetése ragaszkodott ahhoz, hogy ez ne így legyen, és kerüljön be az alapszabályba is, hogy a szekció saját vagyonnal nem rendelkezhet. Az alapszabály szerint a működéséhez szükséges anyagi forrásokat az MGYT és a HGYE, projektenként meghatározott arányban és mértékben, lehetőségeihez képest kell hogy biztosítsa.

Hány tagja van jelenleg a szekciónak?

K. Á. Örvendetesnek tartom, hogy a szekciónak jelenleg közel 50 regisztrált tagja van. Meggyőződésem, hogy egy erős, döntés- és munkaképes, világos gondolkodású, elkötelezett csapat állt össze, és remélem, hogy ezt hamarosan be is tudjuk bizonyítani. Személyesen pedig megtiszteltetésnek tartom, hogy a szekció elnökévé választottak. Valljuk be, nem sok hasonló csapatról hallottunk eddig, ahol a professzorok, akadémikusok velünk közösen, ráadásul egy házi gyermekorvos irányításával kívánják az alapellátás ügyét előremozdítani!

Köszönjük a beszélgetést!

KÁDÁR FERENC

Kiket vár az MGYT–HGYE közös szekciója?

Az alapszabályunk értelmében a szekció tagja lehet mindenki, aki az MGYT vagy HGYE tagja, és a szekció céljaival egyetért, ezek megvalósulása érdekében annak tevékenységében és rendezvényein részt kíván venni. A szekció pártoló tagja lehet bárki, aki nem tagja a fenti szervezeteknek, de a szekció munkájában aktívan részt kíván vállalni.

A szekció rendes és pártoló tagjának egyaránt egy belépési nyilatkozat kitöltésével kell megerősítenie belépési szándékát. A nyilatkozat a szekció honlapján (www.hgyoszekcio.hu) elérhető, a regisztráció egy online kérdőív kitöltésével történik. A tagok tagdíjat nem fizetnek.

MEGJELENT

Az elsődleges gyermekorvoslás gyakorlata

A kórházban dolgozó gyermekgyógyász szakorvosok fele előbb vagy utóbb az elsődleges ellátásban, gyermekorvosi praxisban folytatja pályafutását. A házi gyermekorvosok a saját bőrükön tapasztalják meg, hogy a gyermekek egészségének szolgálata egy kicsit más a praxisban, mint a fekvőbeteg-ellátásban. Az első önálló rendelés máig megmaradó emléke is igazolja ezt.

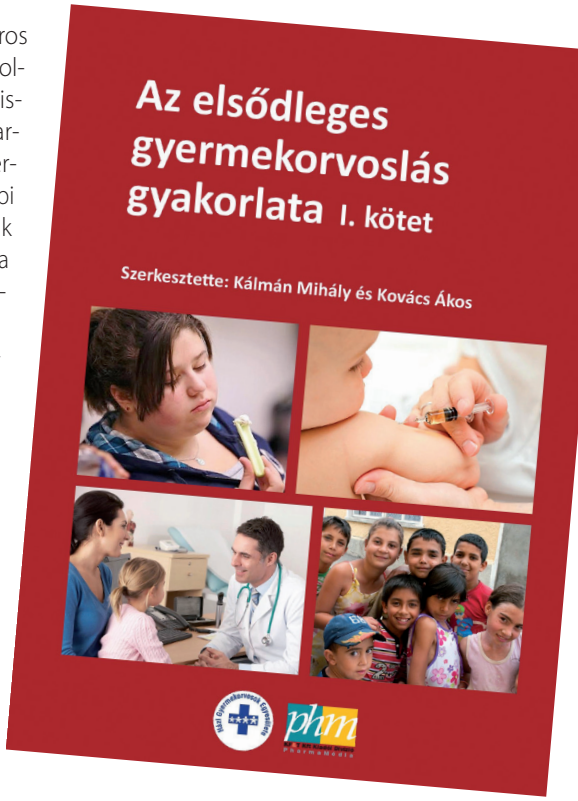
Az általános csecsemő- és gyermekgyógyászati képzés ugyan kiváló alapot biztosít erre a szakorvosi munkára is, de ez a tudásanyag a praxistevékenység szükségletei szerint kiegészítésre szorul. Az elmúlt évtizedekben a kórházi gyakorlat után a praxisba kerülő gyermekorvos nagyrészt autodidakta módon volt kénytelen elsajátítani azokat az ismereteket, módszereket, amelyek a területi elsődleges ellátásban szükségesek. Éppen ezért fogalmazódott meg újabban az az igény, amely szerint célszerű lenne, ha a területre kerülő gyermekorvos még a praxisvállalás előtt rendszerezett formában felkészülhetne a gyermekorvos az elsődleges ellátás feladataira.

A közelmúltban megjelent „Az elsődleges gyermekorvosi ellátás gyakorlata" című kézikönyv, amely először próbálja megfogalmazni, hogy mi is az a házi gyermekorvoslás, segíthet ezen a helyzeten. A rendelőben végzett gyermekorvosi tevékenység szemléletét, gyakorlatát, sommásan a házi gyermekorvosi identitást kísérli meg összefoglalni. Emellett gazdasági, jogi és menedzselési ismeretekkel is segíteni próbál a gyermekorvos kollégáknak, akik „ügyvezető igazgatóként" egy gazdasági társaságot, a saját vállalkozásukat is kénytelenek vezetni.

A szerzők abban a reményben írták meg ezt a kézikönyvet, hogy munkájuk eredményeként pontosabban meg lehet határozni a házi gyermekorvosok helyét a gyermekek orvosi ellátásának láncolatában. Remélhetően ezután kevesebben fogják a területen dolgozó gyermekorvosokat háziorvosoknak titulálni. Nem mintha ez sértő lenne, de hát az egy másik szakterület, másik szakképesítés. A könyv elolvasása után jobban érthető lehet az is, hogy mit is értünk azon a meghatározáson, hogy: „háziorvos-szerűen működő gyermekorvos". A leírtak alapján talán a szakmapolitikai irányítók és orvoskollégák egyaránt jobban elfogadják, hogy gyermekfekvőbeteg-intézményekben megszerzett ismereteink, szakvizsgánk alapján általános csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok vagyunk, akik ezt a tudást – kiegészítve néhány speciális ismerettel – az elsődleges ellátás körülményei között és módszerei szerint alkalmazzák.

A kiadvány első kötetének egyik alapvető célja tehát egyfajta önmeghatározás.

Az, hogy átgondoltan, rendszerezetten tudjuk, hogy kik és mi végre is vagyunk, nemcsak a jövő házi gyermekorvosainak, hanem a gyermekorvosi rendelőkben már évek, évtizedek óta dolgozó sorstársainknak is fontos. A kézikönyv kézbevétele ugyanakkor hasznos lehet a gyermekeket ellátó háziorvos kollégáknak is, és az sem árt, ha a velünk szoros együttműködésben dolgozó védőnők is megismerkednek a könyv tartalmával. A házi gyermekorvosok mindennapi munkájának, gondjainak megismerése javíthatja a kórház–terület kapcsolatrendszerét is.



Az identitás meghatározása mellett a könyv igyekszik rendszerezni azokat az ismereteket is, amelyek a kórházi betegellátás során nem igazán taníthatók. A hagyományos klinikai gyermekgyógyászat méltán nemzetközi hírű képzési programja ugyanis – a kórházi körülmények közepette – csak részben képes azokat a kiegészítő ismereteket oktatni, amelyek a gyermekorvosi rendelőben szükségesek. A gyermek fejlődésének éveken át tartó folyamatos figyelése, a kóros irányú fejlődés időbeni felismerése, a rendelő körülményeinek megfelelő kommunikáció, diagnózisalkotás, a szociálpediátria eszközrendszerének alkalmazása, a családorientált átfogó ellátás koordinálása egyaránt a házi gyermekorvoslás speciális ismeretanyagához tartozik. A súlyos betegek ellátása mellett a kórházakban nem lehet gyakorlati ismereteket szerezni a prevenció, a szülők éveken át tartó edukációja vagy a védőoltások gyakorlati alkalmazásának területén sem. A páciensel való első kontaktus megfelelő körülményeinek biztosítása, az „első orvosi döntés" meghozatala, a betegek menedzselése szintén az elsődleges ellátásban dolgozó gyermekorvos/háziorvos feladata. Mindezek amellett, hogy teljessé teszik a gyermekek orvosi ellátását, alapvetően meghatározzák a beteg további sorsát is.

Ezen ismeretekbe nyújt betekintést e kézikönyv, segítve a tudatos felkészülést a praxisvállalásra.

A fejezetek túlnyomó részét gyakorló házi gyermekorvosok írták, a kötet szerkesztői is házi gyermekorvosi rendelőben dolgoznak. Ezért a kézikönyv a „hűvös" szakmai tárgyilagosság mellett remélhetőleg magán hordozza azt a sorokon átsütő lelkesedést, amellyel kollégáink a mindennapi munka után a feladat teljesítéséhez fogtak. Kicsit az életüket is beleírták e könyvbe…

MEGRENDELŐ

Az elsődleges gyermekorvoslás gyakorlata I. kötetének megrendeléséhez töltse ki a www.hgye.hu honlapon lévő megrendelő űrlapot.
Az ott szereplő bankszámlára kérjük, utalja át a rendelt könyv árát, ezt követően kapja majd meg a HGYE-től a megadott e-mail címre a kiállított számlát. A számlával keresse fel az űrlapon megjelölt átvételi helyet.

Szeretném bontani a falakat

Vámospércs: évek óta ebben a Debrecenhez közeli kisvárosban dolgozik dr. Mechler Andrea. Házi gyermekorvosi praxisa mellett egy OEP által finanszírozott gyermekszakorvosi rendelést is vezet, ott látja el a környező településekről hozzáforduló gyerekeket. Van akit a háziorvosa küld, de a többség spontán fordul hozzá. Olyan falvakból jönnek hozzá a gyerekek, ahol nincs saját gyerekorvos. A betegektől elérhető távolságban, saját rendelőjében, anélkül nyújt gyermekorvosi ellátást a vegyes praxisba tartozó gyereknek, hogy „gazdájának" a háziorvosnak tartania kellene attól, hogy betegét „elcsábítja". Nem egyedi ez az ellátási forma, az ország más helyein is működik ilyen. Szakmai szempontból ugyan nem tudja azt, amire egy ideális házi gyermekorvosi praxis képes, de jobb, mint egy sima, vagy esetleg egy tradicionális MSzSz-szel (mozgó szakorvosi szolgálattal) megtámogatott vegyes praxis. Modellértékű alternatíva, mert mindenki jobban jár vele: a gyerek, mert primer ellátást nyújtó gyerekorvoshoz jut a lakhelye közelében, a gyermekorvos, mert nő a bevétele, és a háziorvos is, mert szakmailag nagyobb biztonságban tudhatja magát, miközben szemernyivel sem csökken a kártyapénze.

Ez az ellátási forma gyakorlati példája lehet annak, amire a HGYE is törekszik: legyen minél több gyereknek elérhető közelségben egy alapellátó gyermekorvos: gyermekorvosi praxisban, csoportpraxisban, egy központi település szakorvosi rendelésén, vagy egy ma még csak a javaslatokban létező, úgynevezett központi gyermekorvosi praxisban. A gyermek, a szülő és az érintett orvosok hasznára.

Hallhatnánk az előéletedről, arról, hogy kerültél Vámospércsre?

M. A. 1987-ben végeztem a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. Az ottani gyermekklinikán dolgoztam 11 éven át, gasztroenterológiával foglalkoztam, a PIC-ben és az intenzív osztályon ügyeltem. A klinikai munka mellett évekig voltam gyermekorvosa a Down-szindrómás gyerekekkel foglalkozó Heinrich Lenzen Korai Fejlesztő Központnak. 1998-ban pályázat útján kerültem Vámospércsre. Az akkor még községnek számító településen két vegyes körzet működött, így a gyermekorvosi praxis kialakítása, felépítése újdonságnak számított, és természetesen némi nehézségbe is ütközött.

Mekkora a praxisod? Hetente hány órás a „saját" betegrendelésed és tanácsadásod?

M. A. Vámospércs kisváros, Debrecentől 24 km-re található. Lakossága kb. 5500 fő, ebből a 14 év alatti gyermekek száma kb. 900. A praxisom létszáma 1000 fő körül mozog. A betegrendelési idő napi 4 óra, 2x2 órás tanácsadást tartunk hetente. Ellátok emellett egy 230 fős óvodát és egy 600 fős iskolát, két védőnő segítségével.

Átlagosan hány beteghez jársz ki hetente?

M. A. A háznál való ellátás és a beteghívások száma minimális, havi 2-3-nál ritkán van több. Ebben nagyon sok „munkám" van, következetesen le tudtam építeni a „luxus" hívásokat.

Hányszor van hetente szakrendelés és az hány órás?

M. A. A Vámospércsi Kistérségi Járóbeteg Szakrendelő, amely 90%-ban európai uniós támogatásból épült, három éve kezdte meg működését. A Vámospérccsel együtt hat település (Nyíracsád, Nyírábrány, Nyírmártonfalva, Fülöp, Újléta) önkormányzati együttműködésével fenntartott intézményben a rtg, ultrahang, labor, belgyógyászat, szemészet, fül-orr-gégészet, ortopédia, reumatológia, nőgyógyászat, neurológia, pszichiátria, sebészet, urológia, gyermekgyógyászat mellett fizikoterápia, gyógytorna és nappali kórház is működik, ami igen nagy segítség a munkában. A gyermekorvosi szakrendelés hetente két alkalommal, 3-3 órában történik.

Milyen távolságban vannak ezek a települések, mennyi az ott élő gyermekek száma?

M. A. Az említett települések Vámospércstől 7–15 km-re vannak. Az ott működő vegyes praxisok gyermeklétszáma összesen kb. 1800 fő. Hozzá kell tennem, hogy nemcsak az együttműködési területről, hanem néhány távolabbi községből és a román határ túloldaláról is járnak hozzánk betegek

Mivel jönnek a betegek? Saját autóval, busszal, esetleg több település közös kisbuszával?

M. A. A betegek többsége tömegközlekedéssel (busszal) vagy autóval érkezik. Három településnek van saját kisbusza, ezzel szervezettebb a szállítás, és a rosszabb szociális helyzetűek sem maradnak így ki az ellátásból. Közös finanszírozású közlekedési eszköz eddig még nem merült fel.

Hol van a szakrendelés: a praxisod rendelőjében vagy attól elkülönülten?

M. A. Ugyanott rendelek ahol délelőtt, vagyis a saját rendelőmben, de délután, a rendelési időm után. Saját asszisztensemmel dolgozom, de másik számítógépet használunk. Nagy segítség számomra, hogy ugyanaz az asszisztensnőm a szakrendelésen, mint a praxisban.

Beutalóval vagy beutaló nélkül is jöhetnek?

M. A. A betegeink kb. egyhatoda érkezik beutalóval. De maga a rendelés nem beutalóköteles. A Kistérségi Járóbeteg Szakrendelő első évében szerveztünk egy találkozót a környező települések védőnői számára, így próbáltuk tisztázni a helyzetet, érthetővé tenni a lehetőségeket. Úgy érzem, ez, ha nem is maradéktalanul, de jól sikerült. 2-3 védőnővel közvetlen szakmai kapcsolatom van, az egyik védőnő pedig szinte mindig elkíséri a kisbusszal érkező családokat. Ezzel számunkra pontos információt tud adni, ő pedig – saját bevallása szerint – tanul tőlünk.

Miként alakult kapcsolatod a vegyes praxisok háziorvosaival? Nem tartanak tőled?

M. A. A vegyes praxisok háziorvosainak többségével nincsen semmilyen kollegiális kapcsolatom. Mindössze két kolléga kért telefonos konzultációt. Azt nem tudom, hogy félnek-e tőlem vagy sem a vegyes praxis háziorvosai, csak remélni tudom,

hogy nem. Sok éve tapasztalhatják, hogy nem veszem át a pácienseiket, csak ambulánsként látom el őket. A szakrendelés első évében érezhető volt a tartózkodás, lassan talán ez is eloszlik.

Mi a válaszod, ha szeretnének átjelentkezni hozzád?

M. A. Következetesen ugyanazt válaszolom: „nagy a praxisom, nem szeretném bővíteni, ezt még becsületesen el tudom látni. Ha kivételt teszek, mi alapján szelektáljak? Ráadásul a kollégával szemben ez nem volna fair." Ezt így, elfogadják. Szükség esetén még azt is hangsúlyozom, hogy paraszolvenciamentes praxis és rendelés vagyunk.

„Mindennel" jönnek a szakrendelésre vagy inkább olyannal, amivel a háziorvos nem boldogul?

M. A. Mindenféle problémával fordulnak hozzánk, a bagatell kiütésektől kezdve a fel nem ismert fertőző betegségeken át az asztmás rohamig. De annak örülök, hogy egyre többen érkeznek csak azért, hogy az étrendet megbeszéljük, hogy az alternatív védőoltásokról érdeklődjenek, hogy az adott életkorban megtörténjenek a status vizsgálatok. Ebből kiderül, hogy a betegellátás mellett történik tanácsadás és védőoltás is, de nem elkülönülten.

Jellemzően a jobb szociális státuszúak fordulnak hozzád, vagy jönnek a hátrányos helyzetűek is?

M. A. Működésünk első évében inkább az volt jellemző, hogy a jobb szociális státuszúak fordultak hozzánk. Ez mára teljesen kiegyenlítődött, köszönhetően a védőnőknek, az időközben beállított kisbuszoknak és a hír terjedésének.

Kérhetünk őszinte választ a vegyes praxisok gyermekellátásának színvonaláról?

M. A. Nem merném bevállalni a vegyes praxisok gyermekellátásának megítélését, véleményezését. Ami vállalható tapasztalat, az az, hogy jóval több antibiotikumot kapnak a gyermekek, a csecsemők és kisdedek is kapnak mindenféle köptetőt, váladékoldót, és hogy a választható védőoltásokról nincs semmilyen információjuk, vagy ha van, az nem korrekt.

Ha már kérdezősködünk: ügyeletet ki látja el? Van-e az ügyeletben gyermekorvos?

M. A. Vámospércsen központi ügyelet van, három települést lát el, vállalkozási formában működik. Szerencsére nem kell ügyelnem. Ügyeleti időben nincs gyermekorvos.

Tudsz a környéken olyan településről, ahol korábban működő, de visszavonulás miatt megüresedett gyermekpraxist vegyessé alakítottak?

M. A. Nincs információm arról, hogy a környéken gyermekorvosi praxist vegyes praxissá alakítottak volna.

Hogy érzed ott magad? Korábbi klinikai státuszodhoz viszonyítva nem érzed-e száműzöttnek, „kirekesztettnek" magad? Tartod-e a kapcsolatot korábbi munkahelyeddel? Hogyan?

M. A. Száműzöttnek, kirekesztettnek egyáltalán nem érzem magam. Annak idején a döntést én hoztam meg, nem volt ez kényszer számomra. Persze kompromisszumokat kellett kötnöm, főleg magammal. Az elején leginkább a kollektíva hiányzott. Mára ezt kialakítottuk néhány házi gyermekorvos kollégámmal, akikkel anno a klinikán is együtt dolgoztunk, hasonló a mentalitásunk, így a munka során felmerülő kérdéseket, kétségeket meg tudjuk beszélni.

Természetesen mára már meglazult, de mégis jónak mondható a Gyermekklinikával való kapcsolatom. Azokhoz az orvosokhoz és nővérekhez, akikkel együtt dolgoztam, bármikor fordulhatok betegeimmel kapcsolatos információkért, akár gyors szakmai segítségért is.

Részt veszel a rezidensképzésben?

M. A. Oktatópraxisként működünk, részt veszek a rezidensek oktatásában, de eddig csak háziorvosi rezidensek jöttek hozzám. Úgy tűnik, a klinikáról nem nagyon engedik el a gyermekorvos-rezidenseket praxisgyakorlatra. Hacsak nem mind debreceni oktatópraxisba ment…

Mi az, amin változtatni szeretnél?

M. A. Szeretném tovább bontani a falakat. Hogy minél többen jöjjenek rendelésünkre olyanok, akiket a háziorvos küld, ne legyen ez titok, baj, vagy szégyen egyik szereplőnek sem. Szeretném a prevenciós munkát erősíteni, szélesíteni. A logisztikán is sok javítanivaló van. Rossz érzés tudni, látni, hogy vidéken milyen nagy az esélyegyenlőtlenség. És marad is. Sokáig. De talán javíthatunk ezen egy hajszálnyit.

A szakrendelésen Te csak a hozzád forduló gyermekek bizonyos problémáira igyekszel válaszolni, de nem adsz (nem adhatsz) az 5 településen élő 1800 gyerek számára olyan szintű gyermekorvosi alapellátást, mint amilyet a praxisodba tartozók kapnak. Az esélyegyenlőség céljából az volna ideális, ha minden gyermek alapellátását gyermekorvos végezné. Amennyiben a gyermekek beszállítása megoldható volna és a vegyes praxis orvosát nem érné anyagi veszteség, elképzelhetőnek tartasz-e egy olyan modellt, ahol mondjuk egy 5–8 faluból álló falubokor minden gyerekének teljes alapellátását egy hozzátok hasonló középponti település „vámospércsi" színvonalú rendelőjében dolgozó 1-2 házi gyermekorvos végezné? Hívjuk ezeket a praxisokat „központi gyermekorvosi praxis"-nak, vagy alkossanak ezek csoportpraxist az érintett településeket ellátó háziorvosokkal. És persze legyen a finanszírozásuk is több, mint azoké, akik egyetlen településen élő gyermekeket látnak el. Érdekelne ezzel kapcsolatban a véleményed!

M. A. Igen, jelenleg csak tűzoltás zajlik a szakrendelésen. Három év után már tisztán, tisztábban látom, hogy az eddig csak háziorvos által ellátott családok hiába érzik, hogy egy gyermekorvos többet tud nyújtani, hogy érdemes megkérdezni a véleményét, szemléletváltozást nehéz elérni. Meglátásom szerint – ha a saját példánkat veszem alapul – ennek az öt településnek az optimális ellátásához két főállású házi gyermekorvos kellene. A logisztikán sok múlik, de más gond is van. Ma Magyarországon a panaszok megjelenését követő 5 percen, de legalábbis 1 órán belül vizsgálatot és ellátást követelnek a betegek. Nem tudnak várni a szülők, nem tudnak mérlegelni, és nem mernek, nem akarnak felelősséget vállalni. Ezért akkor is a helyben lévő, most, nem pedig egy fél nap múlva és messze elérhető háziorvoshoz fordulnak, ha nem is bíznak annyira benne. Nem tudom tehát, hogy ezt a kettős ellátást mivel lehetne megakadályozni.

Szóval nem hiszem, hogy ma országosan megvalósítható lenne minden gyerek gyermekorvosi alapellátása. Ettől persze még lehetne a jó példákat modellszerűen terjeszteni és tesztelni. Semmi sem lehetetlen. Csak az elvesztegetett idő túl sok…

Köszönjük.

KF.

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

GYERMEK-ALAPELLÁTÁSI AKADÉMIA

Vakcinológiai Kerekasztal

Immunológiai betegségek a házi gyermekorvosi gyakorlatban
Dr. Ónozó Beáta

Olthatósági kérdések: krónikus betegek, immunszupprimáltak
Dr. Kulcsár Andrea

Esetek a védőoltási tanácsadóból
Dr. Kulcsár Andrea

Esetmegbeszélések

TÖBB HELYSZÍN, TÖBB IDŐPONT:

2016. március 22., 17.00 – Szeged
Moderátor: Dr. Havasi Katalin

SZTE ÁOK Szemészeti Klinika Könyvtár
Szeged, Korányi Fasor 10–11.
Jelentkezés: havasi.katalin.eva@gmail.com

2016. március 31., 18.00 – Kecskemét
Moderátor: Dr. Szentannay Judit

Granada Konferencia-, Wellness- és Sport Hotel****
6000 Kecskemét, Harmónia u. 23.
Jelentkezés: szentannay.judit@gmail.com

2016. április 20., 17.00 – Veszprém
Moderátor: Dr. Muzsay Géza

Helyszín: szervezés alatt
Jelentkezés: muzsay.geza@gmail.com

2016. június 2., 17.00 – Zalaegerszeg
Moderátor: Dr. Hóbor Miklós

Göcsej Palatinus Panzió és Étterem Zalaegerszeg
8900 Zalaegerszeg, Dózsa liget 1.
Jelentkezés: hobornet@t-online.hu

Zika-járvány

Fél évvel ezelőtt valószínűleg még nem sokan hallottak a Zika-vírusról. Azóta azonban a sajtó tele van az erről szóló hírekkel, legutóbb például arról kaptunk hírt, hogy Brazíliában, ahol eddig évente kb. 160 kisgyermek született microcephaliával, egy év alatt 4783 esetet jelentettek, bár egyes adatok szerint e számok eltúlzottak. Mindenesetre tény, hogy az esetek számának emelkedése jelentős, és a Zika-járvány megállíthatatlannak tűnik. A brazíliai fertőzöttek számát 440 000 és 1 500 000 közé teszik. A legutóbbi hírek szerint már 33 ország érintett, ezért 2016. február 1-én a WHO a Zika-járvány gyors terjedése miatt egészségügyi vészhelyzetet hirdetett ki. A vírus Európában is megjelent, de valamennyi esetben olyanokról van szó, akik a járvány által érintett régióból érkeztek. Sajnos a járványt terjesztő szúnyogok egyike a nyári hónapokban Európában is fellelhető, ezért nem kizárható, hogy a későbbiekben kontinensünk is érintett lesz az epidémiában.

Csak 2016 januárjában több mint 30 tudományos cikk jelent a Zika-vírus okozta fertőzésről, erről közölt cikket a Nature, a New England Journal of Medicine, a Lancet, a British Medical Journal, a Journal of Travel Medicine, a National Review of Microbiology, és nem folytatom.

De mit tudunk a Zika-vírusról, és mi a kapcsolat a terhes nők fertőzése és a microcephaliával született gyermekek között? Az alábbiakban a fenti folyóiratok cikkeinek összefoglalója következik.

A Zika-vírus okozta pandémia, amely Dél- és Közép-Amerikában, valamint a karibi térségben terjed és most már az Egyesült Államok déli részét is fenyegeti, csak egyike annak a négy, arbovírus okozta járványnak, amelyet szúnyogok terjesztenek. Denguekórt már jó két évtizede diagnosztizálnak ezen a területen, de 1990 óta agresszíven terjed. A Nyugat-nílusi láz 1999-ben jelent meg, a chikungunya pedig 2013 óta okoz hatalmas járványokat. Ezek a vírusok a több száz, szúnyogok és kullancsok által terjesztett, ezért arbovírusnak nevezett – RNS-tartalmú – flavovírus közé tartoznak. Régebben azt tartották, hogy az arbovírusok csak ritkán patogének az emberre, bár a sárgalázvírust már nagyon régóta ismerték. A Zika-vírust 1947-ben Ugandában fedezték fel, és hosszú ideig úgy gondolták, hogy csak elvétve okoz emberi megbetegedést, azt is csak az egyenlítő környékén. A vírus elsősorban majmokat betegített meg, az Aedes africanus szúnyogban cirkulált és onnan ugrott át – ritkán – emberre. Ezért is okoz hatalmas meglepetést a jelenlegi járvány. Azt már régebben észrevették, hogy a Zika-vírus okozta endémiák Afrikában általában az ugyancsak szúnyogok által terjesztett chikungunya-járványokat követték, hasonló játszódik le most az amerikai kontinensen is. Míg a Nyugat-nílusi lázat elsősorban egy másik szúnyogfajta terjeszti, mindkét fenti fertőzés hordozója az Aedes aegypti, a sárgalázat is terjesztő szúnyog. Ez a szúnyogfajta (érdekessége, hogy elsősorban nappal csíp) akkor terjedt el az afrikai kontinensen, amikor az ottaniak konténerekben kezdték gyűjteni és tárolni a vizet. A szúnyog ezekbe rakja le petéit, és a kikelő rovarok emberek vérével táplálkoznak. Az arbovírusok lassanként így váltak humán patogénné. De nemcsak emberekhez, hanem háziállataikhoz is adaptálódtak, sőt fennáll a veszély, hogy más szúnyogfajták is terjeszthetik őket, olyanok is, amelyek a mérsékelt égövi területen is megtalálhatók (pl. a hazánkban is olykor előforduló tigrisszúnyog, Aedes albopictus). A mostani dél-amerikai járványt sokan a 2014-es futball-világbajnokságra érkezett nagyszámú – a Zika elterjedési területéről érkező és néhány esetben a vírust hordozó – látogatóra vezetik vissza.

A Zika-vírus okozta megbetegedés az esetek kb. 80%-ában aszimptomatikus, máskor enyhe Dengue-kórhoz hasonló tüneteket okoz, lázat, izom- és ízületi fájdalmat, conjuntivitist, makulo-papuláris exanthemát. Szerencsére a Dengue-től eltérően, amely évente több tízezer halálesetért felelős, még sohasem írtak le halálos fertőzést vagy haemorrhagiás lázat Zika-fertőzés kapcsán. A mostani járvány során sincs ez másképp, de a Zika által érintett 270 000-es populációjú Francia Polinéziában a korábbiaknál sokkal több Guillain–Barré-szindrómát és más neurológiai betegségeket diagnosztizáltak az utóbbi időben, amelyek a Zika-megbetegedés lehetséges komplikációi lehetnek. A legutóbbi napok fejleménye, hogy Brazíliában is százával diagnosztizálnak Guillain–Barré-szindrómát a Zika-fertőzés által legjobban sújtott területeken, és más dél-amerikai országok is hasonlóról számolnak be. Ennél még nagyobb aggodalmat kelt a Brazíliában microcephaliával születettek számának robbanásszerű növekedése,

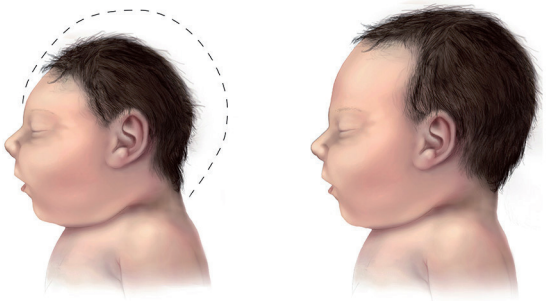
az elmúlt évben az ilyen esetek száma meghússzorozódott. Mindemellett feltűnően sok az újszülöttkori szemészeti rendellenességek száma. Érdekes ugyanakkor, hogy Kolumbiában – amely a Zika-vírus által Brazília után a második leggyakrabban érintett ország – egyelőre nem szaporodtak meg a microcephaliás esetek, megemelkedett viszont a Guillain–Barré-szindróma gyakorisága, és három, bizonyítottan e betegség miatt elhalálozott felnőttről tudnak.

Bár egyik flavovírusról sem ismert, hogy teratogén hatása lenne, a Zika-fertőzéssel szövődött terhességből született microcephaliás újszülöttek emelkedő számára más magyarázatot nem találtak. Néhányszor már sikerült is kimutatni a Zika-fertőzést elhalt magzatokban, illetve microcephaliával született csecsemőknél, köztük egy Hawaiin született újszülöttnél is, de az összefüggést még nem tekintik bizonyítottnak. Egy néhány nappal ezelőtt közölt vizsgálat eredménye szerint mind a 12 vizsgált, microcephaliával született brazil csecsemő liquorában Zika-specifikus IgM-t detektáltak. A bizonyítékok egyre erősebbek, ezért az egészségügyi hatóságok, beleértve a WHO-t, felhívják a figyelmet a terhes anyák szúnyogok elleni védekezésének fontosságára, sőt egyenesen azt tanácsolják az érintett területen élő szülőképes korú nőknek, hogy egyelőre ne vállaljanak újabb terhességet. Az utóbbi napok híre, hogy a vírust nemcsak a vérben és az ondóban, hanem nyálban és vizeletben is kimutatták, de egyelőre nem ismert, hogy ilyen úton, pl. csókolózással is fertőzhet-e. A vírus terjedése egyre nagyobb aggodalmakat kelt, így például amiatt, hogy bizonyítottan transzfúzióval is átvihető a fertőzés, egyre több országban kérik, hogy az érintett területről érkezők legalább 28 napig ne adjanak vért. Az érintett országok közül azokban, ahol abortusztilalom van életben, most megfontolás tárgya a tilalom felfüggesztése.

Sürgős lenne a Zika-vírus, a neurológiai megbetegedések és a microcephalia oki összefüggésének mielőbbi tisztázása, de ezt megnehezíti, hogy a Zika-fertőzésre egyelőre nincs könnyen hozzáférhető, kereskedelmi forgalomban kapható laboratóriumi teszt, így a diagnosztikus vizsgálat csak kevés helyen végezhető el. A fertőzés klinikai képe ugyanakkor a Dengue-lázhoz és a chikungunyához nagyon hasonló, pedig klinikai szempontból is fontos lenne elkülöníteni ezeket egymástól, hiszen pl. Dengue esetén az aszpirin használata kontraindikált a haemorrhagiás láz megjelenésének veszélye miatt, chikungunya-fertőzés esetén pedig az akut arthritis, ill. a posztinfekciozus krónikus arthritis veszélye áll fenn.

Az amerikai CDC (Center for Disease Control and Prevention) irányelveket adott ki azon terhes nők számára, akik Zika-járvány által érintett területről érkeznek, vagy akiknél a fertőzésre utaló tünetek jelennek meg. Esetükben indikált a Zika-vírusfertőzés kimutatása a vérben és az amnionfolyadékban, és gyakori magzati ultrahangvizsgálat ajánlott. Azoknak a terheseknek, akik az érintett országokba (ma már több mint 30) utaznának, azt tanácsolják, hogy tekintsenek el ettől, vagy ha mégis odautaznának, minden lehetséges módon védekezzenek a szúnyogok ellen. Az újabb adatok tükrében a napokban megjelent útmutató már azt is tartalmazza, hogy azok a férfiak, akik Zika-vírus által érintett területről érkeznek, és feleségük terhes, csak biztonságos szexuális érintkezést (kondom) folytassanak, vagy egyáltalán ne érintkezzenek szexuálisan terhes feleségükkel, függetlenül a terhesség stádiumától. A CDC azt is ajánlja, hogy az érintett területekről érkező, tünetmentes, a teherbeesést tervező anyák amint lehetségessé válik, szűressék magukat a betegségre. A fertőzésre gyanús újszülöttek szérumából és liquorából indokolt az RT-PCR, az IgM ELISA, valamint az egyéb flavovírusoktól való elkülönítésre szolgáló, vírusspecifikus neutralizáló antitest-(PRNT)-detektálás annak igazolására, hogy valóban Zika-fertőzésről van szó. Ezek a tesztek egyelőre nincsenek kereskedelmi forgalomban, ezért központilag végzik a vizsgálatokat. Hasonló vizsgálatok indokoltak klinikailag egészséges, de Zika-fertőzött anya gyermekénél is. A fertőzöttnek bizonyuló csecsemők teljes kivizsgálása és hosszan tartó követése ajánlott.

Egyelőre nem rendelkezünk Zika-vírus elleni vakcinával, bár a számos más flavovírus elleni védőoltás reményt nyújt arra, hogy hamarosan sikerül előállítani. De ha sikerülne is, a probléma a többi arbovírus-fertőzéshez hasonlóan az, hogy kiket kell beoltani, hiszen ezek a fertőzések többnyire sporadikusan és teljesen váratlanul jelennek meg. A szúnyogok elleni védekezés valószínűleg költséghatékonyabb, mint a hatalmas tömegek védőoltása. A népesség tájékoztatása a szúnyogok elleni védekezés jelentőségéről, a szúnyoghálók, szúnyogriasztók használatának elősegítése, a pangó vizek eltüntetése a környezetből, ezek tartoznak a legfontosabb teendők közé. Sajnos a szúnyogok elleni védekezést nehezíti, hogy bizonyos fajok nagyon gyorsan rezisztenssé válnak az irtószer vagy a szúnyogriasztó (DEED) ellen. A leghatásosabb szúnyogirtó szer, a DDT környezetkárosító volta miatt már évtizedek óta tiltólistán van. Kísérleteznek genetikailag módosított – szaporodásra képtelen – szúnyogok kihelyezésével is. A végső megoldás olyan vakcinák kifejlesztése, amely az újonnan feltűnő arbovírusoknak megfelelően gyorsan módosítható, valamint olyan antivirális gyógyszerek kifejlesztése, amelyek nemcsak egy adott vírus ellen, hanem egész vírusosztályok ellen hatásosak. Ebben a mai, egyre inkább az ember dominálta világban, ahol a népesség mind nagyobb része tömörül a városokban, ahol egyre több és könnyebb a helyváltoztatás, és ahol egyre többször bomlik meg az ökológiai egyensúly, számítani kell az új kórokozók és az általuk okozott járványok váratlan megjelenésére.



Újdonságok a Medscape-ről

Szamárköhögés-járvány acelluláris vakcinával oltott óvodásokban
(Pertussis Outbreak Among Vaccinated Preschoolers Raises Alarm)

A floridai óvodások között – már öt hónapja tartó – szamárköhögés-járvány arra utal, hogy annak ellenére, hogy a gyerekek szinte mindegyike megkapta a három oltásból álló DiPerTe oltást, az acelluláris pertussis vakcinával oltott gyermekek nem élveznek kellő védelmet a betegség ellen. Felhívják a gyermekorvosok figyelmét arra, hogy tünetek esetén az oltott gyermekeket is érdemes szamárköhögésre kivizsgálni, és hogy a velük érintkező felnőttek (családtagok, iskolai-óvodai személyzet) booster vakcinációjára is szükséges lehet. Felvetődik, hogy a Bordatella pertussis törzsek genetikailag módosultak, és kikerülik a védőoltás által kiváltott immunitást, illetve hogy a védőoltások kiváltotta immunitás csak rövid ideig tart.

Magasabb újszülöttkori halálozás a kórházon kívül születetteknél
(Oregon Study Finds Higher Death Rate for Babies Born Outside the Hospital)

Ellentétben egy Kanadában végzett vizsgálattal, egy az egyesült államokbeli Oregon államban végzett vizsgálat szerint a tervezetten otthon született csecsemők mortalitása duplája volt a kórházban születettekénél. A szerzők szerint az ellentmondások a két ország egészségügyi rendszerének különbözőségéből adódnak, Kanadában az otthon szülést szigorúbban szabályozzák. Míg az otthon szülést tervezető kanadai nők 25%-a végül is kórházban szült, Oregon esetében ez csak 16% volt. Az USA-ban sokszor azért is szülnek a nők otthonukban, mert nincs egészségbiztosításuk. Míg az otthonszülők esetén a császármetszés aránya 5% körül volt, a kórházban szülők esetében ez 25%-nak bizonyult. Ugyanakkor a csecsemőkori görcsroham 3,6-szor gyakoribb volt otthon szülés esetén, és kétszer annyi anya szorult transzfúzióra. Az otthon szülések aránya az USA-ban növekvőben van, míg 2004-ben 0,56%, 2012-ben 0,89% volt az arány.

A gyermekkori leukémia és szarkóma túlélőiben megnő az emlőtumor előfordulása *(Higher Breast Cancer Risk in Childhood Leukemia, Sarcoma Survivors)*

Az már régen ismert volt, hogy azok között, akik gyermekkorukban mellkasi besugárzásban részesültek, az emlőtumor előfordulása 50 éves korukig mintegy 30%. A szerzők 3700 olyan nőt követtek, akiket valamilyen malignitás miatt gyermekkorukban kemoterápiával kezeltek, de nem kaptak sugárkezelést. Közülük 47-nél alakult ki emlődaganat, átlagosan 24 év múlva (vagyis átlagosan 38 éves korukban), négyszer gyakrabban, mint az egészséges populációban. Fokozott volt az előfordulás az alkiláló szerekkel, ill. anthracyclinekkel kezeltekben. A szerzők véleménye szerint ezeknél a túlélőknél korai és gyakori emlőtumorszűrés és genetikai tanácsadás indokolt.

GABA-aktivitás hiánya és az autizmus kapcsolata
(Absence of GABA Activity Linked to Autistic Behaviors)

A Harvard Egyetemen dolgozó kutatók azt vizsgálták, hogy van-e különbség egészséges és autizmussal élők között az agyban mért egyik neurotranszmitter, a GABA (gamma-amino-butirát-sav) koncentrációjában bizonyos tesztek során. Az MRI spektroszkópiával mért adatok azt bizonyították, hogy autistáknál a vizuális kéregben mért GABA-koncentráció nem mutatott összefüggést a teszt sikerességével, szemben az egészségesekkel, ahol ez a szint nőtt. Míg epilepszia kezelésében a GABA-szint módosítása sikeres lehet, egyelőre nem ismeretesek olyan vizsgálatok, amelyben ezt autizmussal élőknél tesztelték volna.

Gyermekeknél a rövid ideig adott kortikoszteroidok is gyakran okoznak mellékhatásokat
(Short-Course Corticosteroid Adverse Events Common in Kids)

Hányás, viselkedési anomáliák és alvászavarok minden huszadik, szteroiddal rövid ideig kezelt gyermeknél előfordulnak. Minden századik esetben valamilyen fertőzés is bekövetkezik, írják a tanulmány szerzői. A cikkben 38, köztük 22 randomizált vizsgálat adatait elemzik. A szteroid indikációi között asthma, bronchiolitis, krupp, allergiás rhinitis és mások szerepelnek, Prednisolon és dexamethason alkalmazása volt a leggyakoribb. 3200 gyermeknél 850 mellékhatást észleltek, ezek között a hányás volt a leggyakoribb (az esetek 5%-ában). Viszonylag gyakran fordult elő – kezelést nem igénylő – magas vérnyomás és testsúlygyarapodás is. Az agyalapi mirigy hormonjainak szuppresszióját a vizsgált esetek mintegy 80%-ában találták, de a szteroid elhagyása után két héttel már normális értékeket mértek. Ez a szuppresszió orális szteroid adása esetén kifejezettebb volt, mint inhalációs szteroidokkal.

Inhalációs szteroidok csökkenthetik a növekedést asthmás gyermekeknél
(Inhaled Steroids May Suppress Growth in Children With Asthma)

A Cochrane Library-ben közölt tanulmány szerint az asthma kezelésére adott inhalációs szteroidok a kezelés első évében átlagosan fél cm-rel csökkentik a növekedési rátát, de a kezelés második évében a kontrollcsoporthoz képest a növekedési ütem már azonos volt. Az inhalációs dózisnak a szükséges minimumra való csökkentése esetén ez a hatás már nem észlelhető. A különböző szteroidszármazékok hatását a tanulmány nem vizsgálta.

Primer intracranialis tumor okozta panaszok és tünetek gyermekeknél és fiatal felnőtteknél
(Pattern of Symptoms and Signs of Primary Intracranial Tumours in Children and Young Adults)

Évente mintegy 500 agytumort diagnosztizálnak az Egyesült Királyságban. A tapasztalat az, hogy az egyéb gyermekkori tumorokhoz képest a diagnózis felállítása késik, ezért az esetek elemzése után irányelveket fektettek le a korai diagnózis elősegítésére. Az első tünetekkel a háziorvosok és gyermekháziorvosok találkoznak, akiknek a következő korai tünetekkel kell szembesülniük. Az öt éven felülieknél a vezető tünet a fejfájás volt, míg az ez alattiaknál a fokozott koponyaűri nyomás hányásban és a fejkörfogat növekedésében nyilvánult meg. A 18 éven felülieknél gyakori prezentációs tünet volt az epilepsziás görcs, de gyermekekben ez alig fordult elő. A betegek átlagosan a diagnózis előtt 24 hónappal jelentkeztek először háziorvosuknál főként fejfájás, ill. agyideg-bénulás, látási zavarok (II., III., IV. VI. agyideg)

miatt. Ez volt a leggyakoribb tünet a négy éven aluliak és a második leggyakoribb tünet az 5–11 évesek között. 6–12 hónappal a diagnózis előtt a betegek ritkán mutattak fokális neurológiai tüneteket, gyakrabban viselkedési anomáliák és nem specifikus tünetek (letargia, fáradtság, szédülés, étvágytalanság, irritabilitás, növekedési elmaradás stb.) miatt jártak háziorvosuknál. Az intracranialis nyomásnövekedés tünetei csak a diagnózis előtti egy hónapban jelentkeztek. Jellemző volt a tünetek és panaszok szaporodása és súlyosbodása a diagnózisig eltelt idő alatt. Az irányelv felhívja a figyelmet arra, hogy amennyiben a prezentációs tünetek nem szűnnek, vagy gyakoribbá, súlyosabbá válnak, akkor is részletes kivizsgálásra van szükség, ha nincsenek fokális neurológiai jelek.

A gesztációs kor és a születési súly összefüggése a gyermekkori táplálkozási zavarokkal
(Gestational Age, Size Linked to Feeding Problems in Children)

Dánia híres arról, hogy nagyon megbízható epidemiológiai adatokkal rendelkeznek. Dán szerzők azt vizsgálták, hogy a 0–3 éves korban diagnosztizált táplálkozási zavarok milyen más betegségekkel vagy faktorokkal függnek össze. A koraszülöttek, az alacsony születési súlyúak, a kongenitális rendellenességgel születettek között szignifikánsan több volt a későbbi táplálkozási zavar. Ugyancsak gyakrabban fordult ez elő lányoknál, elsőszülötteknél, migráns szülők gyermekénél, és ha az anya a terhesség alatt dohányzott.

Emelkedik a gyermekkori sportbalesetek száma
(Kids' Sports Injuries in the Emergency Department on the Rise)

Az Egyesült Államokban 2001 és 2013 között emelkedett a valamilyen sportsérülés miatt elsősegélyért folyamodó 5 és 18 év közötti gyermekek száma. Az adatokból nem derül ki, hogy ez azért van-e így, mert több gyerek sportol, vagy mert a sportolás vált veszélyesebbé. Az összes sérülés több mint kétharmada négy sportág művelőiből került ki, ezek a foci, amerikai foci, a kosárlabda és a baseball. Érdekes módon a legkevesebb sérülést a harcművészetek, a jéghoki és a golf okozta. Ugyanakkor a belső sérülések legnagyobb számáért a jégkorong, a rögbi és a golf volt felelős, ezek száma a vizsgált időszakban csaknem megduplázódott. A 10 éven aluliak sérülésének mintegy harmada fej-nyaksérülés volt. A szerzők felhívják a szülők és trénerek figyelmét a sportsérülések elkerülésének fontosságára.

Azithromycin adása lerövidíti a kisgyerekek asthmás jellegű köhögésének időtartamát
(Azithromycin Shortens ‚Preschool Wheeze' Episodes: Study)

A kisgyerekek asthmás jellegű köhögése a fiatal gyerekek kórházi felvételének jelentős részét teszi ki, kezelése pedig megoldatlan. A szerzők randomizált vizsgálat keretében 1–3 éves kisgyerekeket három napos azithromycin-, ill. placebokezelésben részesítettek. Az antibiotikummal kezelt gyermekek epizódja átlagosan 3,4 napig, míg a placebóval kezelteké 7,7 napig tartott. Kifejezettebb volt a hatás, ha a kezelést az asthmás periódus hatodik napja előtt kezdték. A cikkhez fűzött szerkesztőségi kommentár óvatosságra int az antibiotikum adásával kapcsolatban, hiszen a panaszok legnagyobb részét vírusinfekció okozza, kórházi felvételre csak a legsúlyosabb esetekben kerül sor, a többiek otthon, antibiotikus kezelés nélkül is meggyógyulnak.

Bronchiolitis kezelése hipertóniás sóval
(Hypertonic Saline for Bronchiolitis)

A csecsemőkori kórházi felvételek 2–3%-a történik akut bronchiolitis miatt, és az esetek több mint felében a későbbi években asthmás jellegű köhögés alakul ki. Az akut bronchiolitis kezelésére számos módszerrel kísérleteztek, ezek közül egyik a porlasztott hipertóniás sóoldattal való terápia. Bár rengeteg vizsgálat történt, az eredmények interpretálása igen nehéz, mert különbözőek a bronchiolitis diagnosztikai kritériumai, a vizsgálatba bevont betegek, a betegség súlyosságának megítélése, a használt só koncentrációja stb. A Cochrane review 2013-ban végzett metaanalízise ennek ellenére arra a következtetésre jutott, hogy a hipertóniás só használata csökkenti a kórházi felvétel időtartamát és a betegség súlyosságát. Az azóta megjelent, nagyobb betegszámú betegen végzett randomizált, kettősvak vizsgálatok azonban ennek ellentmondanak. Úgy tűnik, hogy a hipertóniás sóoldat semmivel sem effektívebb, mint a normotóniás sóoldat, a salbutamol, vagy ha semmilyen kezelést sem végzünk. Az utolsó évek vizsgálatai egyre inkább arra utalnak, hogy minél kevésbé avatkozunk be a folyamatba, annál jobb a gyereknek. Ágynyugalom, alvás, megfelelő hidratáció, itatás több haszonnal jár, mint rendszeres időközökben olyan beavatkozást végezni a kisgyereknél, amely legjobb esetben is kérdéses eredménnyel jár.

A magzat boncolása megerősíti a Zika-vírusfertőzés és microcephalia közötti összefüggést
(Fetal Autopsy Report Strengthens Zika–Microcephaly Link)

A N. Engl.J of Med. online publikált február 10-i számában szlovén szerzők ismertetik egy Brazíliából hazatért terhes nő kórtörténetét. A nő önkéntesként dolgozott Brazília Zika-vírus által leginkább érintett területén. A terhesség 13. hetében láz, izomfájdalom, szem mögötti fájdalom, kiütés jelentkezett. A 14. és 20 héten elvégzett ultrahangvizsgálat normális eredménnyel járt. A terhesség 28. hetében a nő visszatért Szlovéniába, ahol a 29. héten elvégzett ultrahangvizsgálat már microcephaliát és a placenta, valamint az agy meszesedéseit mutatta. Az anya kérésére abortusz történt. A magzati agy 4 standard deviációval volt az átlag alatt, hiányoztak a gyrusok, mindkét oldalkamra jelentős tágulatot mutatott, és az idegrendszer egész területén meszesedéseket találtak. RT-PCR-rel a Zika-vírust ki lehetett mutatni az agyszövetben, de csak ott. Az újság szerkesztőségi kommentárban arra mutat rá, hogy bár az eset elég meggyőző, még mindig nincs elegendő bizonyíték az összefüggésre. Nem ismert, hogy a terhesség melyik szakaszában elszenvedett infekció okozhatja a rendellenességeket, és arra sincs elegendő adat, hogy mekkora a terhesek rizikója. Ennek oka, hogy nincs adekvát szűrési módszer. Az RT-PCR csak virémia esetén pozitív, és ez a periódus nagyon rövid is lehet, a többi módszer pedig sokszor ad keresztreakciót más flavovírustörzsekkel.

Újabb vizsgálatok erősítették meg a L. reuteri Protectis hatékonyságát acut gastroenteritisben

Dr. Karoliny Anna gyermek-gasztrorenterológus (Heim Pál Gyermekkórház)

Csecsemő- és gyermekkorban hazánkban is az acut gastroenteritis (AGE) az egyik leggyakoribb, kórházi kezelést igénylő megbetegedés. A betegség súlyosbodását, a beteg állapotának romlását a rehidráló folyadék használata szignifikánsan csökkenti, de a betegség időtartamára nincs hatással. Számos vizsgálat igazolja azonban egyes probiotikus törzsek hatását a betegség természetes lefolyására. Ismert az is, hogy az egyes törzsek hatékonysága nem egyforma, az adott indikációban kell az adott törzs hatékonyságát bizonyítani. A probiotikum-választásnál körültekintően kell eljárni: biztonságos készítmény választása javasolt, amely megfelelő csíraszámban eljut a vastagbélbe, adherens a bélfalhoz, perzisztáló jelenlétet biztosít a bélben, hatékonyságát magas evidenciaszintű tanulmányok bizonyítják.

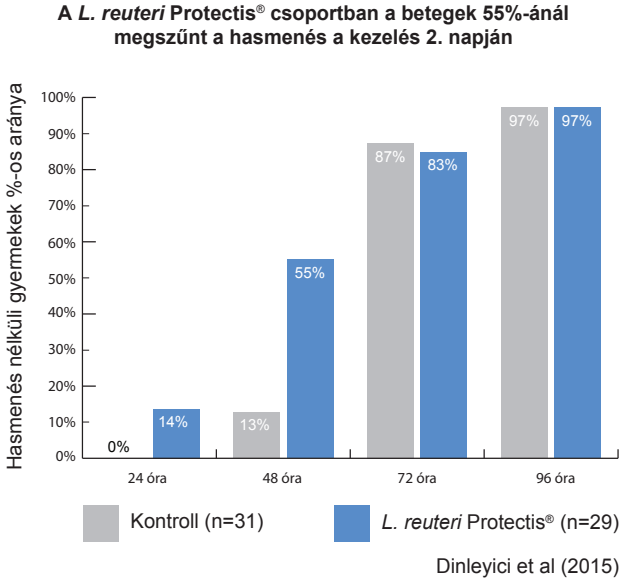
Az ESPGHAN (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) 2014-ben, a *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition-ben* **foglalt állást a probiotikumok használatáról acut gastroenteritisben** (1). A Cohrane adatbázisban 2010-ig megjelent vizsgálatok alapján négy probiotikus törzs esetében fogalmazott meg pozitív ajánlást: eszerint a *Lactobacillus reuteri* – valamint másik három probiotikus törzs – hatásossága minden életkorban bizonyított, szignifikánsan csökkenti acut gastroenteritisben a hasmenéses napok számát, használatuk javasolt.

Napjainkban a *L. reuterivel* kapcsolatban újabb vizsgálatok eredménye látott napvilágot, amelyek a korábbi eredményeket erősítették meg. *Dinleyici és munkatársai* (2) által végzett kontrollált, randomizált, multicentrikus vizsgálatba 127, 3 és 60 hónap közötti, AGE miatt hospitalizált gyermeket vontak be. A gyermekek az orális rehidráló folyadék vagy az intravénás rehidrálás mellett napi 5 csepp (10^8 CFU) *L. reuteri*-terápiában részesültek, vagy placebót kaptak. A kezelés második napján a hasmenéses tünetek szignifikáns csökkenését tapasztalták: a *L. reuteri*-kezelésben részesülő gyermekek felénél megszűnt a hasmenés, szemben a placebót kapó csoporttal, itt a gyermekek 95%-a továbbra is kifejezett tünetekről számolt be.

Szajewska és munkatársai (3) 2014-ben megjelent metaanalízise a fentieket erősítette meg: a *L. reuteri* használata szignifikánsan csökkenti a hasmenéssel töltött napok számát, a kórházi kezelés időtartamát, használatának segítségével a gyermekek többségénél a kezelés harmadik napjára megszűnik a hasmenés.

A fenti vizsgálatok is alátámasztják a *L. reuteri* jótékony hatását acut gastroenteritisben. A klinikai eredmények mellett egyre több ismeret lát napvilágot a *L. reuteri* működéséről is. A probiotikumok jótékony hatásukat összetett módon fejtik ki: jelenlétükkel meggátolják a patogén ágensek elszaporodását, újraépítik a bélflórát. Immunmoduláns hatásuknak köszönhetően elősegítik az antiinflammatorikus faktorok termelődését, stimulálják az adaptív immunrendszert, a pro-inflammatorikus faktorokat gátolják.

A *L. reuteri* mindemellett tejsav és ecetsav termelésével a béltartalom pH-jának csökkenését idézi elő, amely a patogén kórokozók szaporodását nehezíti. Emellett egyedülálló módon glycerol jelenlétében Reuterint (3-hydroxypropionaldehyde) termel, amely a fehérjemolekulák thiol csoportjaival interakcióba lépve a kórokozókban oxidatív stresszhez vezet, gátolja a patogének szaporodását. Hatékony a Gram-pozitív és Gram-negatív baktériumok ellen, valamint a vírusok, protozonok és gombák ellen is, ártalmatlan viszont a bélflóra jótékony törzseire, így a *Bifidobaktériumokra és Lactobacillusokra*. Ismert emellett (4), hogy elősegíti az epithelialis sejtek proliferációját és migrációját, javítja a bél barrier funkcióját és csökkenti a bakteriális transzlokációt. Mindezek hozzájárulnak a beteg panaszainak csökkenéséhez és a gyógyuláshoz. Fontos szempont még a biztonság: a *L. reuteri* törzset az anyatejből izolálták, a hatékonyságot és a biztonságosságot számos, főképp gyermekek bevonásával végzett vizsgálat igazolja, koraszülöttek, immundeficiensek körében is biztonságosan alkalmazható.



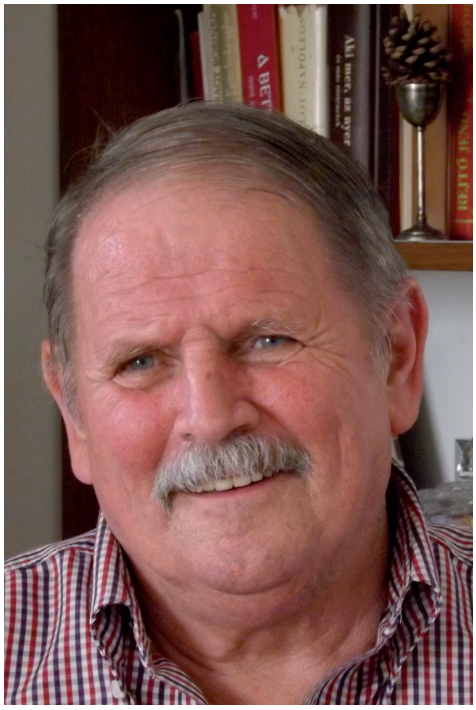
Ábra: Hasmenés nélküli betegek %-os aránya a kezelés 1., 2., 3., 4. napján

A legújabb vizsgálatok, a hatásmechanizmus pontosabb ismerete tehát alátámasztja a korábbi eredményeket: a *Lactobacillus reuteri* alkalmazása jótékony hatású, biztonságos acut gastroentertisben.

1. *Szajewska, Hania*; Guarino, Alfredo†; Hojsak, Iva‡; Indrio, Flavia§; Kolacek, Sanja‡; Shamir, Raanan‖; Vandenplas, Yvan¶; Weizman, Zvi* **Medical Position Papers: Use of Probiotics for Management of Acute Gastroenteritis** *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition April 2014 – Volume 58 – Issue 4 – p 531–539*
2. *Cagri Dinleyici, , PROBAGE Study Group*, Yvan Vandenplas2:* **Lactobacillus reuteri DSM 17938 effectively reduces the duration of acute diarrhoea in hospitalised children** *Foundation Acta Pædiatrica. Published by John Wiley & Sons Ltd 2014 103, pp. e300–e305*
3. *H. Szajewska1, M. Urbańska1, A. Chmielewska1, Z. Weizman2 and R. Shamir3* **Meta-analysis: Lactobacillus reuteri strain DSM 17938 (and the original strain ATCC 55730) for treating acute gastroenteritis in children** *Beneficial Microbes, September 2014; 5(3): 1-9 Wageningen Academic Publishers ISSN 1876-2833 print, ISSN 1876-2891 online, DOI 10.3920/BM2013.0056 1*
4. Preidis et al. (2012) **Probiotics stimulate enterocyte migration and microbial diversity in the neonatal mouse intestine.** *FASEB J. 26: 1960-1969. [L. reuteri DSM 17938, ATCC PTA 6475]*

Hosszan tartó betegség után elhunyt szeretett kollégánk, **Kozaróczy Károly** érdi házi gyermekorvos.

A diploma megszerzését követően 10 évig volt a miskolci Gyermekegészségügyi Központ Perinatalis Intenzív Centrumának orvosa, ezután választotta a területi gyermek-alapellátást. Házi gyermekorvosként kezdetben Sóskúton és Pusztazámorban, majd 20 évig – szinte halála napjáig – Érden dolgozott. Rendszeresen ügyelt közben a Cserny mentőknél, hosszú ideig volt aktív tagja az érdi önkormányzat Szociális Bizottságának. Ott volt a Házi Gyermekorvosok Egyesületének megalapításánál, és szinte örökös résztvevője volt a Kávészünet-konferenciáknak, őszi rendezvényeinknek. Folyamatosan képezte magát. Amilyen elszánással harcolt szűkebb és tágabb környezete jobb gyermekorvosi ellátásért, ugyanolyan erővel küzdött súlyosbodó betegségével szemben. 65 éves koráig dacolt a sorssal. Felelősségteljesen dolgozó, igaz kollégánkat veszítettük el személyében.



Kedves Karcsi! Egész közösségünknek hiányzol. Nyugodj békében!

A HGYE VEZETŐSÉGE NEVÉBEN:
PÓTA GYÖRGY ELNÖK

Praxisok

ELADÁS

Budapesttől 20 percre az M5 autópálya mellett **Hernád** és **Újhartyán** települések házi gyermekorvosi praxisa eladó. Kártyaszám: 800, ill. 600 ügyelni nem kell. Tőkét nem igényel, hosszú távú kamatmentes részletekben kifizethető. Ugyanitt átmenetileg tartós helyettest is keresek. Érdeklődés: Dr. Kovács Ákos +36 30 933 1978 akos.kovacs@gmail.com

Nyugdíjazás miatt a Balatontól 12 km-re, **Lengyeltótin** 31 évig egy kézben lévő házi gyermekorvosi praxis eladó, 2016. február 1-től. Szolgálati lakás van, központi ügyelet felnőtt-gyerek vegyes, az ügyeletben való részvétel fakultatív. Irányár 3 havi finanszírozási díj, kifizetése megbeszélés tárgyát képezi. Praxislétszám: 830 fő. Elérhetőség: +36 30 411 1957

Nyíregyházához közel, **Nagykállón** 1050 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet megoldott. dr.kiss.katalin@freemail.hu, Tel.: +36 30 207 7015

Budapesten, belső Óbudán jól bejárható területen kb. 850 fős házi gyermekorvosi körzet praxisjoga eladó. Az ellátási területen számos új építésű, fiatalos közösségű lakópark is található, amelynek köszönhetően a praxis jó korösszetételű. A rendelő nemrég került felújításra, új informatikai rendszerrel és orvosi eszközparkkal van felszerelve. A praxishoz nem tartozik iskolai ellátási kötelezettség. A részletekért kérem, keressen telefonon: +36 20 475 9772

Dél-Pesten, családi házas övezetben 570 fős, könnyen továbbfejleszthető házi gyermekorvosi praxisjog kedvező áron eladó. A praxishoz nem tartozik ügyeleti ellátási kötelezettség. Felújított, klimatizált, gyorsan megközelíthető rendelő, lelkiismeretes, kedves asszisztencia. A praxisjog megvételéhez az OEP pályázati úton vissza nem térítendő támogatást nyújt, a részletekért kérem, keressen! Tel.: +36 30 230 1566

Szentendrén 900 fős gyermekorvosi praxis eladó, területi ellátási kötelezettséggel. Ügyelet megoldott. Helyettesítés a kollégákkal jól működik. Elérhetőség: +36 30 558 6303.

Székesfehérvár belvárosában jól jövedelmező házi gyermekorvosi praxis eladó. A rendelő felújított, klimatizált, modern nyílászárós. A praxis komputeren vezetett. Gyakorlott, komputeren dolgozó, fiatal asszisztensnő. Praxislétszám: 1000 fő. Központi ügyelet van. Kórház 500 m-re. Érdeklődés: +36 70 314 5366 vagy kavassy2@vipmail.hu.

Szombathelyen 850 fő házi gyermekorvosi praxis eladó. Elérhetőség: +36 30 692 9917

Budapest, XVIII. kerületben, kertvárosban 700 fős gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet: +36 20 978 1308

Az osztrák határtól 15 km-re, az ország 3. legkeresettebb fürdővárosában – **Bük, Bük-fürdő** – nyugdíjba vonulás miatt 800 fős gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a +36 30 475 4034-es telefonszámon lehet.

Budapesten, a VIII. kerület felújított részen 600 fős területi ellátási kötelezettségű, könnyen továbbfejleszthető házi gyermekorvosi praxisjog, amelyhez iskolaorvosi (külön szerződés) és óvodai ellátási kötelezettség is tartozik, eladó. Megfelelően felszerelt rendelő, lelkiismeretes, kedves asszisztencia, nagyszerű szaktudású, munkájuknak elkötelezett védőnők és kiváló kollégák, akikkel a helyettesítés megoldott, biztosítják a kedvező munkafeltételeket. Kórházi központi 24 órás ügyelet van, tehát a praxist ügyelet nem terheli. Vételár és a fizetés módja megbeszélhető. A praxisjog megvételéhez az OEP pályázati úton vissza nem térítendő támogatást nyújthat. Az önkormányzat új orvosi életpályamodell kialakítását tervezi még ebben az évben, amely szolgálati lakást, gépkocsit, a 2. asszisztens finanszírozását, az orvosi rendelő ismételt felújítását és a felszerelés tovább korszerűsítését jelenti. A részletekért kérem, hogy keressen +36 30 212 9622. Visszahívom.

Praxisok

Gyermekorvosi praxis eladó **Pakson**. Praxislétszám: 780 fő. Érdeklődni 18 óra után, a +36 30 969 8767 telefonszámon lehet.

Budai kerület mellett, **Pest megyében,** dinamikusan fejlődő településen, nagyon jó pácienskörrel praxis eladó, kedvező fizetési feltételekkel. Praxislétszám: 1300 fő. Elérhetőség: +36 30 491 6833

Kispesten, Wekerlei gyermekorvosi körzet eladó. Praxislétszám: 620 fő. Elérhetőség: +36 20 966 0014

Jászberényben, házi gyermekorvosi körzet praxisjoga nyugdíjazás miatt eladó. A jól felszerelt, felújított, klimatizált, önkormányzati tulajdonú rendelőért nem kell bérleti díjat fizetni. Gyakorlott, számítógépen kiválóan dolgozó asszisztens tovább foglalkoztatható. A városban négy gyermekorvosi körzet, szakrendelések, központi ügyelet működik. Szabadság esetén a helyettesítés mindig megoldható, ügyeleti kötelezettség nincs. Kártyaszám 1000 fő körüli. Ár megegyezés szerint, részletfizetés lehetséges. Az önkormányzat szándékát fejezte ki a praxisvásárlás megbeszélés szerinti támogatásához. Érdeklődni a +36 30 361 3566 telefonon lehet.

Szentmártonkáta Nagyközség Önkormányzat Képviselő-testülete gyermekorvost keres. A település Pest megyében, Budapesttől 50 km-re fekszik. A település minden közlekedési eszközzel könnyen megközelíthető. A nagyközség lakosságszáma: 4984 fő. A praxis 750 fős. Ellátandó feladatok: A nagyközség közigazgatási területén a gyermekorvosi körzetben gyermekorvosi feladatok ellátása területi ellátási kötelezettséggel vállalkozási formában. Az iskola-egészségügyi feladatok ellátása is a gyermekorvos feladata. Egészségügyi szolgáltatások terén a településen két háziorvosi körzet, egy gyermekorvosi körzet, egy fogorvosi szolgálat és gyógyszertár működik. A rendelő jól felszerelt, felújított. Szükség esetén az önkormányzat bérlakást tud biztosítani. A praxis a szükséges engedélyek beszerzését követően azonnal betölthető. A praxissal kapcsolatban bővebb információt Fodor Zoltán polgármester nyújt a +36 20 974 0235 vagy a +36 29 462 101-es telefonszámokon.

Balassagyarmaton, Budapesttől 80 km-re területi kötelezettséggel házi gyermekorvosi praxis egy, a területen lévő általános iskolai ellátással eladó. Kártyaszám 1098. Ügyelni nem kell, helyettesítés kollégák kölcsönös helyettesítésével megoldott. Érdeklődni lehet: +36 30 396 8278

Budapest, XX. kerületben házi gyermekorvosi körzet praxisjoga eladó. A lakosság száma 770 fő. Kártyaszám 670. A praxis megvásárlásához az OEP-hez vissza nem térítendő támogatás iránt pályázat nyújtható be. A körzet a lakosságszám tekintetében megfelel a pályázati feltételeknek. Az ár alkuképes.
Elérhetőség: +36 30 999 5972

Nagykanizsán lévő 1000 fős házi gyermekorvosi praxisomat kb. 1 év múlva, nyugdíjazás miatt eladnám.
Elérhetőség: drkerteszedit@upcmail.hu

HELYETTESÍTÉS

Helyettesítést vállal praktizáló gyermekgyógyász főorvos a **Velencei-tó környékén** +36 30 850 30 41 dr. Valkó Péter

Budapest, II. kerületi körzetbe keresek olyan helyettes gyermekgyógyász szakorvost, aki előre megbeszélt időpontban napi 2-3 órát helyettesít hivatalos formában. Az ezzel kapcsolatos ügyintézést, költségeket természetesen vállalom. dr Czok Melinda.
Elérhetőség: +36 30 361 2431

Pesthez 30 km-re lévő kisvárosban nagy létszámú praxisba keresek heti 1-2 alkalomra helyettest, számlaképes kollégát. Praxislétszám: 1750 fő. Elérhetőség: fera@vnet.hu

VÉTEL

Budapest I., II. vagy **XII. kerületében** házi gyermekorvosi praxist vásárolnék. Elérhetőség: +36 30 992 2858

A praxishirdetés feladására a HGYE honlapján keresztül van lehetőség: www.hgye.hu
A hirdetés az éves tagdíjat fizetett HGYE-tag részére ingyenes, és 6 hónapig jelenik meg a honlapon.
Aki nem tagja egyesületünknek, annak ugyanez havonta 4 000 Ft + áfa, önkormányzatoknak 9 000 Ft + áfa költséget jelent.

A HGYE címe:
1133 Budapest
Ipoly u. 5/E
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: +36 1 330-0900
E-mail:
hgye@mail2000.net

Bankszámlaszám:
11713005-20419448

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:
Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.
1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.
Tel.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu
A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket
minden pénteken 14 és 16 óra között.

HÍRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1800 példányban.
Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére
és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható.
Felelős kiadó: dr. Póta György Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály
ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**
Címlapon: Ikpefan-Győri Sade Készítette: Konkoly-Thege György Belső fotók: Jaksity Iván