

2007. június ■ XII. évfolyam 3. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



A Magyar Gyermekorvosok Társasága fennállása során először az eddigi főtitkárt választotta a következő négy évre a társaság elnökévé. Ez a helyzet egy beköszönő vezércikk írásakor különleges követelményt állít az új elnök elé. Egyrészt, mint volt főtitkártól visszatekintést, másrészt, mint újonnan választott elnöktől előretekintést, valamintféle programismertetést követel meg.

Mi történt az elmúlt négy évben? Mint eddig, szerveztünk, kitüntettünk, elismeréseket adtunk, támogatásokat nyújtottunk. A több mint 200 évig elveszettnek hitt, Schöpf-Mérei által írt első gyermekgyógyászati tankönyv reprint kiadásával ápoltuk a magyar gyermekgyógyászat hagyományait. Internetes honlapot indítottunk, a Gyermekorvos Továbbképzés című lappal bővítettük a társasághoz tartozó szakmai folyóiratok számát, megújítottuk Gyermekgyógyászat című újságunkat. Gazdasági stabilitásunkat javította, hogy ennek a lapnak az új kiadója, a Promenádnak, a hirdetések bevételeiből vállalta az újság kiadását. A társaság a nemzetközi gyermekgyógyászati szervezetek működésében – UNEPSA és CESP – is képviselte magát. Egyszerűen négy évet zártunk.

És a jövőben mégis változtatni kell. A társaság működését biztosító gazdasági feltételeket úgy kell alakítani, hogy úgy mondjuk „önjáró” legyen. Azaz alapvetően ne függjön a négyévente változó vezetéstől. Ennek első lépését már megtettük azzal, hogy a tagdíj 60%-át nem kell a Gyermekgyógyászat kiadására költenünk, hanem azt működésünkre fordíthatjuk. További lépés lehetne a kongresszusaink bevételt teremtő képességének kialakítása, lehetővé téve ezzel tagjaink számára a kedvezményes regisztrációt, gyarapítani szeretnénk társaságunk létszámát, hiszen jelenleg a magyar gyermekgyógyászok harmada nem tagja még szervezetünknek. További szolgáltatásokat és információkat kell nyújtanunk, hogy érdemes legyen újra a társaság tagjának lenni. A honlapon interaktív levelezési rovatot kívánunk kialakítani, hogy tagjaink könnyebben részt vehessenek a társaság életében. Mérlegelni kell tudományos rendezvényeink évenkénti számát. A támogató cégekkel tartós együttműködésre törekszünk.

Bár alapvetően tudományos társaság vagyunk, nem lehet figyelmen kívül hagyni tagjaink egyre nehezebb munka- és életkörülményeit. Így az érdekvédelmet erősítenünk kell, melyre már küldöttgyűlési határozat is felhatalmaz és kötelez bennünket. A MOTESZ-szel, a szakmai kollégiumokkal, az Országos Intézettel, a Házi Gyermekorvosok Egyesületével, az Orvosi Kamarával és a szakszervezetekkel szorosabban együttműködve kívánjuk mindezt megvalósítani.

Dr. Szabó László

TARTALOM

- Nem lettünk népszerűbbek 2–3
- Bókay-díj 3
- No comment 5
- Bárkivel megtörténhet 5
- Védőoltást pénzért? 6–7
- Igazolás hatezerért 7
- A stokin ülve 8
- ESAP-konferencia 9
- Tüdőinfiltrátum 10–11
- Kávészünet-9 12–13
- Vetélkedő egy veséért ... 15
- Családterápia 16–17
- Egy szurit megér! 18
- Zsiradékok az étkezésünkben 19
- Az emberi tényező ... 20–21
- Bölcsőhalál-prevenció 23
- Hírek 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2007-ben:



Nem lettünk népszerűbbek

Beszélgetés dr. Matejka Zsuzsával, az egészségügyi miniszter kabinetfőnökével

Dr. Matejka Zsuzsanna

Gyógyszerészeti doktorátusa után megyei főgyógyszerész, majd a Pharmavit Rt.-nél stratégiai igazgató. 1999-től a Somody Kft. Misszió Projektjének igazgatója-vezetője. 2002-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója, 2005-től egy szakértő cég ügyvezetője. 2006-tól az egészségügyi miniszter kabinetfőnöke.

Politikai feszültség, az egészségügyiek ellenállása, a lakosság bizalmatlansága kíséri a reformintézkedéseket, és közben úgy tűnik, maga az egészségügyi kormányzat is elkezdett bizonytalankodni. Hova jutottak az elmúlt egy év során? Ahova szerettek volna?

M. Zs.: Öt, egészségüggyel kapcsolatos, lényegét érintő törvényt fogadott el ez alatt az idő alatt a parlament. A lakossági megkeresések száma igazolja, hogy az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása a biztosítási szolgáltatások területén régi hiányosságot pótol.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény elindította a gyógyszerellátás liberalizációját, és úgy módosította a gyógyszer-támogatási rendszert, hogy a gyógyszerforgalmazásban résztvevők a rendszer finanszírozásának is aktív részeseivé váltak. Ez is szerepet játszik abban, hogy a gyógyszerkassza – a rendszerváltás óta először – az előirányzaton belül maradt, és nem volt szükség pénzátcsoportosításra a gyógyító-megelőző ellátástól a gyógyszerterápiához.

Az önkéntes kamarai tagság bevezetése azért jelent áttörést, mert a tapasztalatok szerint azoknak a kamaráknak a legitimitása, amelyekbe a belépést nem államiilag kényszerítik ki, jóval nagyobb.

Az egészségbiztosításról szóló törvény módosításából adódott egyrészt a vizitdíj és a napidíj, bevezetésüknek senki nem örült. Nem lettünk ettől népszerűbbek. A háziorvosok visszajelzései alapján azonban már most is látszik, hogy a rendelkezéseket feleslegesen terhelő orvos-beteg ta-

lálkozások száma csökkent, és valamivel több idő jut az ellátást igénylőkre. A gyermekorvosok kicsit nehezebb helyzetének az a magyarázata, hogy a politika a gyermekek vonatkozásában még indokoltnak tűnő intézkedéseket sem mert felvállalni. Például tisztában vagyunk azzal, hogy éjszaka is számtalan esetben ugráltatják feleslegesen önmagukat, de hiába próbáltuk, a most várható módosító csomagban sem tudtunk e tekintetben változást elérni.

Azt is tapasztaljuk, hogy akik szedhetik, mára kicsit megszerették a vizitdíjat. Az ebből származó bevétel egyébként meghaladja azt, amire számítottunk.

A törvénymódosítás nyitott utat a biztosítási jogviszony rendezése előtt, a potyautasok kiszűrését és visszatérítésüket a járulékfizetők körébe társadalmi egyetértés kísérte. A bevételek hétről hétre emelkednek, ez és a gyógyszerkiadások csökkenése együttesen vezetett oda, hogy a társadalombiztosításnak hosszú évek óta először nincs hiánya.

És végül a kórházi kapacitások átalakítását, az aktív ágyak racionalizálását sem kérdőjelezte meg senki, amíg arról általánosságokban volt szó. Az intézkedések nem voltak túlméretezettek, az idő inkább azt fogja majd bizonyítani, hogy talán bátortalanok voltunk, és több intézményben kellett volna megszüntetni az aktív ellátást. Most nehéz helyzet van. Akiket az intézkedések érintenek, azok ellenállnak. Az egészségügyi ellátók úgy szocializálódtak, ahhoz szoktak, hogy előbb vagy utóbb mindent ki lehet jární. Most is bíztak abban, hogy április 1-je után is úgy folytathatják a betegellátást, mint előtte és, egy-két kivételtől eltekintve, egy lépést sem tettek a létszámleépítés vagy a kapacitáscsökkentés irányába. A csodavárás közben hihetetlenül súlyos menedzselési problémák jöttek elő. Ezért hangos a sajtó a többletfinanszírozás követelésétől, az ellátási párhuzamok megszüntetése helyett azok fenntartásáért. Rendkívül nehezen szánják rá magukat az elkerülhetetlen lépésekre. Hosszú folyamat áll még előttünk.

Orvosi, nővéri egzisztenciák mentek-mennek tönkre, kerülnek veszélybe, és sok tapasztalat utal arra, hogy az ellátás nem javult, hanem rosszabb lett. Régen bejárt betegutak szűntek meg, elkecsere-

dett betegekkel, fásult, kedvetlen orvosokkal találkozunk. A fél évszázados intézményi struktúra megmozdulását se nem előzte meg, se nem követte megfelelő tájékoztatás. Miért kellett még a változás híveit is a változtatás ellen hangolni?

M. Zs.: Ha egy kormányzat egészségügyi reformba kezd, azt mindig balhé követi. Angliában kövel dobálództak, Szlovákiában a kocsmákban az egészségügyi miniszter képét akasztották a dart-táblákra, abba vagdosták a nyílveesszőket. Viszont ott négy éven keresztül ugyanaz a fénykép lógott. Elismerem, hogy a kommunikáción rengeteg javítanivalónk van. Akkor is, ha egy ilyen reformnak természetes velejárója a népszerűségi lista utolsó helye. De, aki munkahelyével együtt a hálapénzt is elveszíti, annak kommunikálhatunk akármit, úgy sem fog mellénk állni. A média meg – természetéből adódóan – ráharap a balhékra. Oldaltévesztés mindig is volt, hagytak bent korábban is törlőkendőt, keringett beteggel eddig is mentőautó. Most azonban ki vannak hegyezve az ilyen történetekre. De ettől még meg kellene értetnünk az emberekkel, hogy miről szól a történet. Nagy baj, hogy a nyilvánosság előtt a fiatal orvosokat sem tudtuk magunk mellé állítani. Holott amit csinálunk, az a másodorvosok forradalma lehetne. Ennek a 30–40 éves korosztálynak nem halljuk a hangját, nem látjuk az arcát, mert szinte elfedi őket a gerontokrácia, ha szabad így neveznem a magunkfajtákat. Miért nincs egy Semmelweis-napi kitüntetésre soha fiatal orvos felterjesztve?

Avíttnak tűnik a rendszer. Belülről nézve sokszor nem is látszik, mennyire az.

M. Zs.: A magyar egészségügyben gyakorlatilag nem volt rendszerváltás. Ma is olyan, amilyen a KGST-ben volt. Hogy valaki elveszítheti az állását, hogy át kell képeznie magát, az eddig elképzelhetetlen volt. Hát csoda, hogy ellenállnak? Mégis azt mondom, tarthatatlan az egészségügyi „kijáros” rendszere, a hálapénz, az irracionális érdekek mentén működő, fölösleges kapacitásokat generáló ellátás. A „kijáros” is verseny, de nem a betegért, hanem a finanszírozásért. És ez nem az or-

vosok szubjektív hiányosságaiból, hanem a rendszer objektív hibáiból adódik. Sok esetben a tulajdonos önkormányzatok is akadályozzák a fejlődést. De egy kétharmados törvény megváltoztatása ma szinte lehetetlen. Rengeteg időt veszünk emiatt. Hiába csinálunk jó gyógyszer-törvényt, hiába indultunk el a kapacitások racionalizációjával, ha a rendszer szereplői nem látják át érdekeltységüket a változtatásban. A finanszírozó sem érdekelt a működés optimalizációjában, csak arra vigyáz, hogy a legkisebb balhé nélkül kioszsa a rábízott pénzeket.

Ilyen méretű ellenállási fronttal szemben van esélye a változtatásnak?

M. Zs.: A legnagyobb kérdésekben közledek a koalíciós pártok álláspontja. Egyet-

értünk abban, hogy minőségi szolgáltatástól lehet csak szolgáltatást vásárolni. Nem fognak olyan szolgáltatóval szerződni, ahol az elfogadhatónál többen halnak meg infarktusban. Erről tudniuk kell a gyógyítóknak, és az ellátottaknak is ismerniük kell az adatokat.

Az alapellátásban ugyanezt hogy képzelik el? Egyáltalán mit jelent a reform az alapellátás számára?

M. Zs.: Az alapellátásban az ösztönzésnek az irányított betegellátás klasszikus formájában megismert modell felé kell elmozdulnia. Az optimalizált betegutak, a racionális terápia, a megelőzés és az egészségfenntartás irányába. Tudjuk, hogy a fejkvóta alapú rendszer minimalizálja, a teljesítmény alapú pedig pörgeti a

teljesítményt. Az elmúlt időszakban bevezetett, nagy tiltakozást kiváltó adatszolgáltatási rendszer már a minőségi és a teljesítményelemek finanszírozását készíti elő. Meg kell majd találnunk az optimális megoldást. Az alapellátás és a járóbetegszakellátás területén bekövetkező változásokat azonban nagyban befolyásolja a biztosítási reform mikéntje.

Hogy van-e esélye a változásnak? Történelmi bűn lenne, ha a reform-folyamatok gellert kapnának. Nincs más alternatíva, a társadalomnak, a kormánynak, a parlamentnek ki kell izzadnia magából a megoldást. A megtorpanásnak, a restaurációnak mindenki meginná a levét, hihetetlen módon és nagyon fájdalmasan.

KÁDÁR FERENC, KÁLMÁN MIHÁLY

Bókay-díj



A Magyar Gyermekorvosok Társasága 2007-ben dr. Kálmán Mihályt tüntette ki a Bókay János emlékéremmel. Az emlékérem statútuma szerint az MGYT-nek az tisztségviselője érdemi ki ezt a magas kitüntetést, aki a társaság érdekében kiemelkedő munkát végzett, vagy aki a gyermekgyógyászat, a társszakmák, a gyermekeségügy területén elismerésre méltó érdemeket szerzett.

Kálmán doktor több szempontból is megfelelt a kitüntetés feltételeinek. 35 éve dolgozik gyermekorvosként. 11 éven át kórházban, 24 éve a területi ellátásban dolgozik. 26 publikáció és 26 előadás áll mögötte, rendszeresen részt vesz a medikusképzésben. Aktív közéleti tevékenysé-

get folytat a gyermekgyógyászatért, a gyermekorvosokért, a betegellátásért. A Házi Gyermekorvosok Egyesületének alapító tagja, 2001-től alelnöke. 1999-től a Magyar Gyermekorvosok Társaságának főtítkárhelyettese. A Hírvivő szerkesztője, a Gyermekorvos Továbbképzés alapellátási rovatának vezetője. A HGYE vezetőségén belül a szakmai kérdések felelőse. Szellemi atyja, szervezője és vezetője a „Kávészünet”-eknek, a gyermek-alapellátás hiányt pótló tudományos konferenciáinak. Budapest házi gyermekorvosi szakfelügyelője. És végül, vagy inkább

elsősorban kiváló gyermekorvos. Szűkebb környezete 1994-ben Újpest Gyermekéiért, 2004-ben pedig Újpest Egészségéért díjjal ismerte el munkáját.

E rövid méltatás csak bemutatja, de nem tükrözheti azt a halk, rendkívül kitarító, mély ismeretekkel megalapozott gyermekorvosi munkát, ami Misi jellemzi.

Kedves Misi! Gratulálunk! Megérdemelt helyére került a Bókay emlékérem.

További eredményes munkát kívánunk!

MÉSZNER ZSÓFIA
AZ MGYT ELNÖKE



No comment

Részlet a Kossuth rádió 2007. június 4-i Napközben című műsorából

Műsorvezető: Amíg nem történik baj, addig rendben lévőnek találjuk a dolgot, viszont egy tragikus vagy szomorú eset kapcsán elgondolkodunk, valóban helyesen működik-e valami, jól szervezett-e a munka, mit lehetne esetleg másképpen tenni. Az eset, amivel most megismertetjük, sajnos tragikus fordulatot vett. Szerencsétlen véletlen, vagy az ügyeleti rendszerbe kódolt hiba miatt kellett egy csecsemőnek meghalnia?

Riporter: Pár hónappal ezelőtt történt egy tragédia a családjukban, a három hónapos kisfiát veszítette el. Mi történt?

Szülő: Elkapta a meningococcus-C baktériumfertőzést. Ez a fertőző agyhártyagyulladás gyakorlatilag kilenc óra leforgása alatt elvitte.

Riporter: Mik voltak az első tünetek, amikor észrevette, hogy baj van?

Szülő: Pontosan ez az, hogy a szakkönyvekben leírt tünetegyüttesből semmi nem jelentkezett a kisfiúnál, egyedül a csillapíthatatlan magas láz. Tehát ezen kívül semmi tünet nem volt. Amit a szakkönyvek felsorolnak, hogy étvágytalanság, nyaki merevség, síkító, éles sírás vagy nyögés,

ezekből semmilyen tünet nem jelentkezett a kisfiúnál. Amikor észrevettem, hogy lázas, beadtam neki egy fél lázkúpot, aztán vártam azt a tizenöt-húsz percet, ami alatt a lázkúpnak hatni kell, de nem történt változás, és akkor egyből mentem telefonálni az ügyeletnek, hogy jöjjenek ki.

Riporter: Mit mondott az ügyelet, amikor felhívta őket, hogy nem tudja levinni a gyerek lázát?

Szülő: Hogy adjak be neki még egy kúpot és hűtőfürdőzzem. Mondtam, hogy én már ezeken túl vagyok, mire a hölgy azt válaszolta nekem, hogy akkor rosszul csinálom, mert az nem létezik, hogy nem viszi le a kúp a lázát a kisfiúnak.

Riporter: Nem próbált meg mentőt hívni?

Szülő: A mentő hívására azt a választ kaptam, hogy a mentő akkor jöhet ki, hogyha az orvos értesíti.

Riporter: Mit tudott tenni ebben a helyzetben?

Szülő: Fölhívtam a háziorvosunkat telefonon, aki sajnos nem tudott kijönni, mert nem volt autója. Ő mondta, hogy hívjam fel az ügyeletet újra és mondjam nekik, hogy jöjjenek, mert nem megy le a kisfiú

láza, olyan nincs, hogy nem jönnek ki. Telefonáltam nekik, fölhívtam őket újra, és akkor azt a választ kaptam, hogy majd valamikor a nap folyamán jönnek és megnézik a kisfiút. A szomszéd nénitől telefonáltam az ügyeletnek, de mire visszaértem, már tele lett a kisfiú bőrvérzéssel.

Riporter: Tulajdonképpen a hányadik hívásra, vagy úgymond felszólításra jött ki az orvos?

Szülő: Harmadik felszólításra jött ki az ügyelet. Az ügyeletes orvostól kérdeztem, hogy mi a baja a kisfiúnak, azt mondta, fogalma sincs. Meghallgatta a szívűködését, és amikor be-bealudt a kisfiam, akkor bökdöste az arcát, ennyit tett. Ez volt az ügyelet. Mikor a mentő megérkezett, akkor már szürkült a kisfiú, tehát akkor már összeomlott. A mentős orvos sem látott még ilyet, legalábbis nekem ennyit mondott. Végig kellett nézmem azt, ahogy a kisfiam itt haldoklik a nappaliban. A mentővel sem tudtam vele menni a kórházba. Mire tömegközlekedéssel odaértem, a doktornő azt mondta, hogy el kellene búcsúzni a kisfiútól, mert hát nem tudnak rajta segíteni.

Bárkivel megtörténhet...

A szerkesztőkkel megbeszéltük, hogy ezután rendszeresen tájékoztatom az újság olvasóit a Védőoltási Tanácsadóban felmerülő közérdekű gondokról, kérdésekről, esetekről. Kezdetnek egy pár hete történt, már a „Kávészüneten” is szóba hozott, elgondolkodtató eset:

Fiatál házi gyermekorvos kolléga személyesen jött el a rendelésemre, hogy segítséget, tanácsot kérjen, mit tehetne. A körzetében, melyet mostanában vett át nyugdíjba vonult elődjétől, nem volt szokás nem kötelező védőoltást felajánlani, vagy beadni. Előfordult, hogy a szülők kezdeményezték a választható védőoltás beadását. Ebben az esetben is ez történt: konjugált pneumococcus vakcinát kért a család a néhány hónapos csecsemőnek, mert halottak a pneumococcus-fertőzés elleni védőoltásról. A kolléga kikérte elődje tanácsát, hogyan reagáljon a szülők felvetésére. A vele történt megbeszélés alapján azt javasolta a családnak, hogy várjanak a védőoltás beadásával a gyermek egyéves koráig, hisz akkor kevesebb oltásra lesz szükség.

A csecsemőnek nem sokkal később lázas légúti betegsége kezdődött, kórházba került, otitis media szövődményeként pneumococcus meningitis lett. Meggyógyult, most már otthon van, ám a szülők kártérítési pert szándékoznak indítani a doktor ellen, amiért az lebeszélte őket egy potenciális, ám súlyos megbetegedés megelőzésének lehetőségéről. Ügyvédjük tanácsára még azért is perelni akarják a doktort, amiért elmulasztotta a védőoltásról tájékoztatni őket.

Biztos vagyok abban, hogy sok kollégánk került vagy kerülhet a védőoltásokkal kapcsolatos tájékoztatás során hasonló helyzetbe. A gyermekorvosok vagy háziorvosok közül sokan – szerencsére – egyetlenegyszer sem szembesültek azzal a lelkiismereti teherrel, amivel ez a kollégánk. A purulens meningitis hazai incidenciája ugyanis nem magas, és a szerencse is kegyes volt legtöbbjükhöz. Sok praxisban egyetlen egy esetet sem lát évtizedeken át az orvos, tehát nincs személyes élménye arról, mekkora súlya és ve-

szélye lehet a megelőzés mellőzésének. Természetesen nem lehet biztosan állítani, hogy a védőoltás ennek a csecsemőnek a súlyos betegségét biztosan kivédte volna, hiszen a rendelkezésre álló adatok ezt kb. 70%-os eséllyel ígérhetik. Ha azonban a vakcináció megtörtént, akkor elmondható, hogy amit meg lehetett tenni, azt megtették.

Sokszor elmondtam, hogy nem nekünk, a ránk bízott gyermekekért felelős és a prevenció iránt elkötelezett gyermekorvosoknak kell a szülő helyett döntelnünk, hogy kéri, vagy nem kéri a választható védőoltást. Nekünk az a feladatunk, hogy időben, érthetően és meggyőzően tájékoztassuk őket a szakmailag ajánlott védőoltás lehetőségéről, annak várható előnyeiről és az elkerülhető kockázatokról. Ez a kötelességünk! Kollégánk esete nagyobb óvatosságra kell hogy intsen bennünket.

DR. MÉSZNER ZSÓFIA
GYERMEKINFECTOLÓGUS
OGYEI-FŐIGAZGATÓ



Védőoltást pénzért?

ÁLLÁSFOGLALÁS

Az elmúlt években a kutatás-fejlesztés eredményeként egyre több fertőző betegség vált védőoltással megelőzhetővé. A teljes egészében állami finanszírozású, a családok számára térítésmentes védőoltások száma is növekedett, de több vakcina egyáltalán nem, vagy csak részlegesen részesül támogatásban.

A házi gyermekorvosok elkötelezettek a betegségek megelőzése irányában, így sokat tesznek azért, hogy a nem kötelező védőoltásokkal kapcsolatosan a szülőket tájékoztassák, és minél nagyobb átoltságot érjenek el ellátott betegek körében. A magas átoltságot nemcsak az oltott egyén, hanem a közösség számára is előnyt jelent, hiszen a fertőzési lánc megszakad, a fertőző ágensek (vírusok, baktériumok) továbbterjedése fékeződik. A nem kötelező védőoltások kiváltásakor a családok vállalják a vakcina teljes költségét, vagy annak egy részét.

Az utóbbi hónapok folyamán az alapellátó orvosok az ország több pontján térítést (munkadíjat) számoltak fel a választható védőoltások beadásáért. Volt arra is példa, hogy ez nagyobb földrajzi területen, az alapellátás működését törvényesen biztosítani hivatott önkormányzat hozzájárulásával

történt. A jelenség a betegek egy csoportjában ellenérzést váltott ki, ami a HGYE vezetőségét arra készítette, hogy ezzel kapcsolatban állást foglaljon.

A térítésköteles védőoltások beadásakor a munkadíj felszámolása nem ütközik a jelenleg érvényben levő jogszabályokba. Az orvosnak tájékoztatnia kell a szülőt a munkadíj összegéről a beavatkozás megkezdése előtt.

Fontosnak tartjuk ugyanakkor, hogy a gyógyszerári forgalomban kapható, szakmailag ajánlott, de nem „kötelező” védőoltások gondozottaink mind szélesebb köre számára elérhetővé váljanak. Minthogy a munkadíj ezen törekvés ellen hathat, jelenleg nem támogatjuk annak alkalmazását. Véleményünk kialakításában szociális szempontok is szerepet játszottak.

Az, hogy az ország több pontján, egymástól függetlenül merült fel a biztosító által nem támogatott szolgáltatás költségtérítése, nemcsak a praxisok nehezülő gazdasági helyzetére, hanem a preventív tevékenység (oltások, szűrések stb.) finanszírozásának megoldatlanságára is utal.

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK VEZETŐSÉGE

A NAGYCSALÁDOSOK EGYESÜLETÉNEK LEVELÉBŐL:

„A nap folyamán beszéltem más kerületben lakó nagycsaládosokkal, és rákérdeztem az ajánlott védőoltások beadásának és a táborozáshoz szükséges igazolások kiállításának díjára. A XV. kerületben megkérdezett gyermekorvos úgy tudja, hogy joga van az orvosnak pénzt kérni ezért a szolgáltatásért, és minden orvos maga dönti el az összeget. A bárányhimlő elleni oltás beadási díja például 5 000 Ft, az FSME-é 2 000 Ft. A XIV. kerületben megkérdezett gyermekorvos nem hallott róla, nem is érti, hogy miért kéne pénzt szedni. A XVII. kerületben a kérdésre összefutott a rendelő minden alkalmazottja és erősen csodálkoztak. A III. kerületben sem kell fizetni.

A NOE elnöksége megtalálta azt a 90-es években készült rendeletet, ami a nem kötelező oltásokat a nem kötelező szolgáltatások körébe sorolva megengedi a beadási díjat. Ebbe a körbe sorolható az igazolások kiadása is.”

LEHET

A témában korábban szerettem volna már elküldeni véleményemet, tapasztalatomat, sajnálom, hogy némiképp „post festam”, azaz az állásfoglalás megszületését követően teszem ezt. Mindenekelőtt, támogatok minden olyan lehetőséget,

amely legális bevételt jelenthet a praxisnak, és lehetővé teszi, hogy a befolyt összeget a betegellátás színvonalának emelésére fordítsuk. Ugyanakkor alapvetően ellene vagyok mindenfajta „hálapénz típusú” bevételnek, amely nagymértékben ront(hat)ja az orvos–beteg kapcsolatot, és nagyon furcsa „társasjátékot” eredményez(het) az ellátó és páciensei között.

Az előbbi megfontolásból 2007. április 1-je óta bevezettem a nem kötelező védőoltások beadásánál az 1 000 Ft-os térítési díjat. A szülőket előre informáltam az összeg nagyságáról minden beszedett pénzről nyugtát nyomtattam ki, előre meghatároztam, hogy pl. a nagycsaládosok mentesek az összeg alól. Védőnőnkkel, asszisztensnővel való egyeztetés alapján a „rászorult családok” esetén sem szedtünk díjat. Az egy alkalommal beszedett összeg maximuma gyermekenként 1 000 Ft volt (tehát két vagy három, egyidejűleg adott oltás esetén nem emelkedett az összeg).

A bevezetés első hetében sokan csodálkoztak, de megértették a változást. Többen utaltak arra, hogy az elmúlt évek során amúgy is „hálapénzmentesen” dolgoztunk. A pénzre hivatkozva egy esetben sem utasították el az ajánlott védőoltást (korábban már tapasztalhatták, hogy nem a beszedhető 1 000 Ft-ért ajánlom) – itt tehát egyértelműen cáfolom azt a

megfogalmazott érvet, hogy a „munkadíj a prevenciós törekvésünk ellen hat”. A befolyt összegekből tudom ezután mindazokat a „pluszszolgáltatásokat” biztosítani (pl. Streptococcus-gyorsteszt, vizeletgyorstesztek stb.), melyekért eddig sem és ezután sem tudok pénzt szedni, ám nekem pénzbe kerülnek (egy torokteszt elvégzése kb. 1 000 Ft). Az így befolyt összegek természetesen továbbra sem fedezik pl. azt az egyetemi képzésemet, melynek eredményeként szintén pácienseim járnak jobban, teljesebb, jobb ellátást kapnak pszichés szinten is.

Tekintettel arra, hogy nem kötelezően behajtandó összegről van szó, abban a „szépségben” lehet részünk, hogy szociálisan érzékeny módon tehetjük a dolgunkat (ad absurdum, egy abszolút rászoruló családnak éppen a beszedett összegekből mi magunk vásárolhatjuk meg a vakcinát), így vitába szállnék az állásfoglalás azon részével, mely így szól: „Véleményünk kialakításában szociális szempontok is szerepet játszottak.”

Köszönöm tehát az állásfoglalást, ugyanakkor sajnálom, hogy nem egy árnyaltabb, több szempontot figyelembe vevő vélemény vált publikussá.

Csak ismételni tudom: mindenfajta tiszta, átlátható, méltányos bevételt, amely a tevékenységünket, fáradozásainkat elismeri, támogat; ezzel szemben



nemkívánatosnak tartom a hálapénz jelle-
gű, „én azt gondolom, hogy te azt gon-
dolod, hogy” mozgatórugójú pénzmoz-
gásokat.

Győri József

NEM LEHET

Meglepődve és szomorúan olvastam a
HGYE állásfoglalását a nem kötelező vé-
dőoltások beadásának fizetősé tételeiről.
Remélem, hogy csak néhány „kolléga”
hiányos jogszabályi ismerete készítette a
HGYE-t erre az állásfoglalásra! Itt két jog-
szabály helytelen értelmezéséről lehet szó.

A 4/2007. Korm. rendelet értelmében a
18 év alatti biztosítottak teljes körű, tehát
gyógyító és megelőző ellátás alanyi jogon
mentes a fizetségtől!

Ha egy térítési díj ellenében végezhető
ellátásról lenne szó, akkor erre a
284/1997. Korm. rendelet (módosítva
a 20/2006. Korm. r.) vonatkozna, ahol is
a tételesen felsorolt és fizetési díjat is meg-
jelölő ellátások között nem szerepel
a védőoltás beadása.

Összességében: 18. életév alatt semmi-
képp nem kérhető díj azon védőoltás be-
adásáért, mely jelenleg Magyarországon
törzskönyvezett oltóanyaggal történik, az

előírtaknak megfelelően. Személyes véle-
ményem: azt a gyermekorvost, (de orvost
is!) aki gyermeket védőoltásban anyagi
részesedésért hajlandó csak részesíteni,
én nem tekintem kollégának!

Török Lajos

MEDDIG MEHET EZ ÍGY?

A HGYE állásfoglalása utáni reakciókat ol-
vasva megerősödött bennem, hogy a té-
mát mihamarabb széles körben kellene
megvitatnunk. A kollégák jogszabályokat
idézték, időnként szerintem nem megfele-
lően.

Röviden néhány megjegyzés: 1., Az
Egészségügyi törvény világosan meghatá-
rozza a biztosított számára az E-Alap ter-
hére igénybe vehető ellátásokat. Nem tar-
toznak a körbe a nem kötelező védőoltá-
sok (de a kötelezők sem!). 2., A vizitdíj-
mentesség meghatározott háziorvosi ellá-
tásokra vonatkozik. A mentesség nem ter-
jed ki a nem kötelező védőoltásokra, de
például a jogosítványhoz szükséges vizs-
gálatokra sem. Ezek tehát nem tartoznak a
vizitdíjas ellátások körébe! 3., A 284/1997
kormányrendelet csak néhány, nem E-alap-
ból finanszírozott ellátás térítési díját
határozza meg, és rendelkezik arról, hogy

miként állapíthatja meg a meg nem ha-
tározott térítési díjakat a szolgáltató.
Eszerint: „Az egészségügyi szolgáltató ha-
táskörében megállapítható térítési díjak
megállapításának, nyilvánosságra hozata-
lának és befizetésének rendjét, valamint a
szolgáltató által megállapított térítési díj
mérséklésére, illetve elengedésére vonat-
kozó rendelkezéseket a szolgáltató – a
fenntartó által jóváhagyott – szabályzat-
ban állapítja meg.” 4., Az Eü.Tv. 142. § (6)
szerint: az az egészségügyi szolgáltatás,
amely költségének fedezete e törvény és
az Eb.Tv. alapján a központi költségvetés-
ben és az Egészségbiztosítási Alapon ke-
resztül sincs biztosítva, az egészségügyi
szolgáltató által – külön jogszabályban fog-
laltak figyelembevételével – meghatáro-
zott térítési díj ellenében vehető igénybe.

Mindezek alapján a jogszabályok meg-
engedik a nem kötelező védőoltások be-
adásáért térítési díj fizetését. A kötelező
védőoltások beadását a biztosítottak szá-
mára sem az E-Alap, sem más forrás nem
fedezi. Így van ez, amióta házi gyermekor-
vosi eszemet tudom. Meddig maradhat ez
így?

Rósa Ágnes

Tábori igazolás, hatezerért

Megjelent a Délmagyarország 2007. június 20-i számában

Felhíróként tartja K. Melinda olvasónk, hogy gyermekei csak
úgy mehetnek táborba, ha orvosi igazolással bizonyítják, nem
fertőző betegek. A tábor fejenként kilencezer forintba kerül –
ehhez jönne az orvosi igazolás hat-hatezeres költsége. Az anyuka
szerint lehet jogos az igazoláskérés, azt viszont – más olvasóink-
kal egyetemben – kifogásolja, hogy a vizsgálatért, illetve a doku-
mentumért fizetni kell.

A „tábori igazolások” kiállítása és azt megelőző vizsgálat már
nem végezhető el az egészségbiztosítás terhére – adott magya-
rázatot a hatezeres tarifára Rósa Ágnes. A szegedi gyermekorvos
elmondta: a táborszervezők egy 16 éves miniszteri rendelet alap-
ján, rutinból kérik a négy napnál nem régebbi igazolást arról,
hogy a vizsgálat napján nem volt fertőző beteg a gyerek. Azóta
azonban olyan új törvények születtek, amelyek felülírták ezt a
rendeletet. Emellett szakmailag is értelmetlen egy efféle igazolás
kiállítása, hiszen járványügyi szempontból az életkorhoz szabott
kötelező védőoltások megléte is elég biztosíték.

Az orvosok ugyanakkor nem jósok, így nem tudhatják, négy
nap múlva megbetegszik-e a kicsi. A gyereke krónikus betegsége-
ről viszont minden szülő tud, s erről értesítheti a táborvezetőt.
Egyébként a tábor járványügyi szempontból semmiben nem kü-
lönbözik az iskolától – ezért egy ilyen igazolás olyan, mintha
minden hétfőn arról kellene papírt vinnie a gyerekeknek, hogy nem
beteg. Ilyet dokumentumot viszont csak akkor kap, ha előtte be-
teg volt, s igazolni kell, innentől már közösségbe mehet.

A doktornő azt mondja: a helyi táborszervezők nagy részével már
megbeszélték a helyzetet, s azt javasolták, legyen elég egy szülői
nyilatkozat arról, hogy nincs a gyerekeknek semmilyen egész-
ségügyi panasz. Ellenkező esetben olyan pluszszolgáltatásnak
minősül a vizsgálat, mint ami például a jogosítványhoz szüksé-
ges, így fizetni kell érte.

KGST

A kérdés a Webdokin is vihart kavart: Van, aki szerint kabaréba
illő, hogy igazolást kér az iskola, a zeneiskola, a hitoktató, a ka-
rateedző. Más az igazolás kiadásakor veszi észre a tartási rend-
elenséget, vagy a felszívódási zavart. Egyesek szerint felesleges
és nem a szülők sarcolása, hanem az értelmetlen jogszabály
megváltoztatása a cél. Többen állítják, nem lehet mindent az or-
vosokra hárítani, és szerencsés lenne a szülők felelősségét végre
a helyére tenni, kevesen meg azt, hogy az igazolás annak fecni,
aki felelőtlenül adja hozzá az aláírását. Olyat is lehet olvasni,
hogy az igazolás kiállításával egymás (pl. az ügyeletes orvos)
munkáját segítjük. Valaki utalt arra, hogy az ANT SZ is pénzt kér
a széklet szűrővizsgálatáért, más meg azt tanácsolta „hozzatok
létre egy kiszolgáló jellegű és érdemi munkát végző szövetséget,
ami ezeket az ügyeket automatikusan intézi”. Végül is: a bébi
úszhat, az óvodás óvodázhat, a sportoló sportolhat, a fuvalás fu-
volázhat, az iskolás táborozhat. A szülő várhat, a gyermekorvos
éghet. A gyerekek előtt is, meg önmaga előtt is.

K. F.

A stokin ülvé

Történeteim

Az elmúlt években jó vagy rossz sorsom számos esetben sodort a magyar egészségügy karjaiba. Személyesen csak véradóként voltam ügyfél. A számítógép és az internet korában azonban meglepő, ami egy sokszoros véradó számára kívülről is látszik, hogy sem országosan, sem Budapesten nincs egységes adatbázis a véradókról. A két véradás közötti minimális várakozási idő könnyen kijátszható, ha valaki egyszer a Karolina úton, az Országos Vérellátó központjában, utána a Péterfy Sándor utcai kórházban, majd az Üllői úton, a Szent István kórházban ad vért. A három hely egyikén sem tudnak a másik helyen tett látogatásról, a regisztrálásra használható véradó igazolványt meg nem kötelező magunkkal vinni. Ha valamilyen egészségügyi problémám derülne ki a vérvétel utáni vizsgálatok során, arról akkor kapnék tájékoztatást, ha a következő alkalommal ugyanazon a helyen kizárnak a véradásból.

Közvetlen családtagjaim – édesanyám, testvérem, kisfiam, feleségem – révén azonban rendszeres látogatója voltam a különböző szakorvosi rendelőknek, kórházaknak. Kórház és szakorvosi rendelő nélküli vidéki, megye határon lévő kisvárosból, (lakóhelyről), indulva kellett egy agydaganatot felismertetni, kezelni, műteni és utókezelni. Három különböző város kórházát kellett megjárni, mire a pontos diagnózist sikerült felállítani. Tömegközlekedéssel mindegyik ilyen kirándulás egy-egy munkanap. A negyedik helyen került sor a műtetre. Az ötödik helyen, immár a fővárosban utókezelik.

Szintén vidéki kisvárosból (immáron kórházzal rendelkezőből) indulva kellett autoimmun betegséggel súlyosbított, tönkremenő térdízületek gyógyítását megoldani. Egy évtized után, a teljes reménytelenség állapotában találkoztunk egy rendelőben másodállásban dolgozó ortopédsebésszel, aki a harmadik munkahelyén együtt dolgozott egy ott melléklású kollégával, aki a főállású munkahelyén megoperálta a hozzátartozómat. A második műtét időpontjába csak a kórházi finanszírozás átalakítása vitt némi csúszást. Tízévnyi fájdalom, négy különböző városban számos kórházi és szakorvosi kezelés után sikerült meggyógyulni.

A harmadik eset ennél némileg gyorsabban pörgött. Egy, a könyökét péppé törő kisgyereket kellett kórházba vinni –

csütörtök esti csúcsforgalomban a főváros közepén félórát ígértek a mentőszolgálat diszpécerei –, majd az éjszakai ügyelet idejében egy közel kétórás műtéttel összerakni. Az operáció alatt rágódhattam azon, hogy a sebészek erőfeszítése mennyit ér az államnak és mennyit ér nekem? De e különbözet ellen ugye küzdeni kell...

A kórházi tartózkodás kicsit hosszabb lett a vártnál: több mint két hét lett belőle. Erre a két hétre a család, váltásokban ugyan, de beköltözött a kórházba. Az ébredéstől a takarodóig a szemünk előtt zajlott az élet. Betegek jöttek és mentek, láttuk az ügyeleti napok méhkasát, az éjszakai nővérek és az orvosok fáradtságát. Nem mellesleg a doktori disszertációm egy része is a betegágy melletti, 60 éves stokin született.

Mi ezek után a véleményem a magyar egészségügyről? Hogy minden tisztelettem a frontharcosoké!

Kérdéseim

A következő kérdések fogalmazódnak meg ezek után egy adó- és egészségtudatos polgárban:

Milyen a betegirányítás és a betegbeutalás rendszere a hazai egészségügyben? Milyen érdekeltségi rendszerek vannak a finanszírozásban, a szakorvosi és a kórházi ellátásban? Ha egy betegség megállapításához négy-öt szakorvos vizsgálatára is szükség van, akkor mennyit érnek használhatóság szempontjából az orvosi műszerek? És mire jogosít fel az orvosi diploma, a szakorvosi képzettség? Milyen az információk, az adatok továbbítása? Milyen információkkal rendelkezhet a beteg, a háziorvos, a szakorvos vagy éppen az OEP?

Javaslataim

Nem vagyok orvos, és nem vagyok szakértője sem az egészségügy szakterületének. Néhány gondolatot mégis leírnék.

Nekem mint munkavállalónak, illetve mint szülőnek az az érdekem, hogy minél rövidebb ideig legyenek táppénzen, minél kevesebbet hiányoznak a munkahelyemről, a gyerek meg minél kevesebbet az iskolából. Ezt egy szakorvosi vagy kórházi ellátást igénylő betegségnél tulajdonképpen akkor lehetne elérni, ha azt a területileg illetékes szakorvosi rendelőben vagy kórházban el is tudnák látni, és nem küldözgetnék a beteget további négy-öt helyre. Ha a kiemelt kórházak koncepció-

ja ilyen látványosan össze is omlott, azt azért nem ártana tisztázni, hogy a háziorvos vagy a házi gyermekorvos konkrét betegségekkel közvetlenül hova utalhatja be a betegét, hogy az egyes kórházi osztályok ellátási közege mely területre terjed ki.

Az egészségügyben is be kellene vezetni a felsőoktatásból már ismert akkreditáció intézményét. Az akkreditálás során minden egyes kórházi osztályt, és annak személyi, tárgyi feltételeit értékelni kellene. Csak az előírt követelményeket teljesíteni képes osztályok, intézmények kaphatnának engedélyt műtétekre, speciális járóbeteg-ellátásra. Az akkreditáció eredményének viszont nyilvánosnak kellene lennie.

A többszörös betegtovábbküldés nem oszlatja el a kívülálló gyanúját, hogy mindenhol csak teljesítményt akarnak számlázni az OEP felé. Persze én is tudom, hogy a jelenlegi finanszírozási feltételek mellett a hazai kórházak nem tudják tartani a munkaidőre (heti maximum 40+8 óra) vagy az ügyeleti díjakra vonatkozó uniós előírásokat. A megoldást segítené az egyértelmű betegirányítási rendszer, a szakorvosi, a járóbeteg- és a többnapos kórházi ellátások újradefiniálása.

Az információk szempontjából a háziorvosé vagy a házi gyermekorvosé a kulcsszerep. Ők azok, akiket a betegek nagyrészt bizalmi alapon választanak. Nekik kellene a betegre vonatkozó összes egészségügyi információt gyűjteniük és nyilvántartaniuk. Ebből az információs helyzetből kiindulva kellene végiggondolniuk a beteg kezelésére és továbbküldésére vonatkozó lehetőségeiket. A rendszerben nagyon sok a szereplő, nagyon sok munkafolyamatot, hatáskört kellene újragondolni és szabályozni. Több biztosító jelenléte pedig lehet, hogy csak bonyolítana a helyzeten...

FORMAN BALÁZS

ÁLLAMPOLGÁR ÉS POTENCIÁLIS FOGYASZTÓ



Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Társasága – European Society of Ambulatory Paediatrics (ESAP) –

2007. október 26–27-én

a HGYE őszi rendezvényével közösen rendezi Budapesten

a XVIII. konferenciáját

Témakörök:

- A morbiditási helyzet változásának következményei a gyermekellátásra
- Az újszülöttkori patológiás folyamatok felnőttkori következményei
- Az etnikai csoportok gyermekgyógyászati alapellátása
- Új vakcinák, régi gondok. Mekkora átoltottság kell az oltatlanok védelméhez?
- Gyermekek alapellátása Európában

Meghívott előadók:

- **Prof. Dr. Oláh Éva**, Gyermekgyógyászati Klinika DEOEC, az UNEPSA alelnöke
- **Prof. Dr. Alfred Tenore**, Medical University, Udine, a European Board of Paediatrics elnöke
- **Prof. Dr. Tulassay Tivadar**, SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika
- **Dr. Mészner Zsófia** főigazgató, OGYEI
- **Prof. Dr. Joe Schmitt**, Mainz, Head of Kinderklinik der Johannes-Gutenberg Universität
- **Ferge Zsuzsa** akadémikus, professzor emeritusz
- **Walter Devillé** MD, PhD, Utrecht, Department International and Migrant Health
- **Patricia Hamilton** MD, London, President of the Royal College of Paediatrics and Child Health, Vice President of European Academy of Paediatrics (EAP)
- **Stefano del Torso** MD, Padova, Vice President, Italian Society of Primary Care Pediatrics

További információk: www.esapbudapest.com

Szeretettel várjuk!

Tüdőinfiltrátum serdülőkorban*

Szente Éva háziorvos-rezidens, Kabács Ágnes házi gyermekorvos, mentor, Pécs

A tizenhét éves lány kórtörténetének ismertetésével a tüdőembólia és a következtében kialakult pulmonalis infarktus, valamint a gyermekpraxisban jóval gyakrabban előforduló pneumónia differenciáldiagnosztikai nehézségeire szeretnénk felhívni a figyelmet.

ESETISMERTETÉS

A 17 éves lány 2006. szeptember 18-án bal oldali csípőfájdalom miatt kereste fel gyermekorvosát. Csípőtáji ütögetési érzékenységen kívül egyéb fizikális eltérést nem találtunk. Ortopédiai szakvizsgálatra utaltuk, ahol a coxitis gyanúját megerősítették, NSAID szedését és a csípő kímélést javasolták. Mindezeknek eleget téve betegünk szeptember 18–25-ig otthonában pihent.

Szeptember 29-én, egy pénteki napon, a helyettesítő körzet orvosánál jelentkezett légvétellel összefüggő, szúró mellkasi fájdalom miatt. Fizikális státusza negatív volt. Pneumothorax gyanúja merült fel, melynek kizárására a mellkas röntgenvizsgálatát kérték. A radiológus negatív tüdő-szív-leletet véleményezett. Továbbra is fennálló panaszok esetén orvosának felkeresését ajánlották.

Október 2-án meg is jelent a rendelésen azzal, hogy a hétvégén mellkasi fájdalom fokozódott, valamint köhögni kezdett és lázas lett. Az elesett általános állapotú lány légzése felszínes volt, baloldalt, hátul, a tüdőbázis felett gyengült légzési hangot hallottunk, tompulatot kopogtatunk. Pneumónia gyanújának megerősítésére a mellkas kétirányú felvételét kértük, mely gyermektenyényi, inhomogén infiltratív árnyékot írt le és bal oldali pneumóniát véleményezett. (1. ábra) Tekintettel az általános állapot súlyosságára parenterális ceftriaxone (1 g i.m.) kezelést kezdtünk, melyet öt nap után cefuroxime-axetil (2x500 mg) per os szedésével váltottunk fel. Október 4-étől szörtyzörejek megjelenése gazdagította a klinikai képet.

Október 9-ére panaszai csökkentek, láza megszűnt, fizikális státusza azonban változatlan maradt. A kontroll-röntgenfelvételen mérsékelt fokú radiológiai regressziót láttak, és továbbra is pneumóniát véleményeztek. Az esetleges atipikus kórokozó etiológiai lehetősége miatt antibiotikumot váltottunk, retard clarithromycin (1x500 mg) szedését rendeltük el.

TÜDŐEMBÓLIA		PNEUMÓNIA
80%	nehézlégzés	72%
65%	mellkasi fájdalom	46%
50%	köhögés	86%
40%	láz	74%
30%	izzadás	69%
20%	haemoptoe	16%

1. táblázat

Az egyhetes makrolid kúra után, október 16-án, teljesen panaszmentesen érkezett a rendelésre, viszont fizikális státuszában továbbra sem volt változás. Az ismételt radiológiai kontrollvizsgálat a még mindig meglévő infiltratív árnyék mellett novumként 2 harántujnyi folyadék megjelenését írta le a bal lateralis sinusban. (2. ábra) Mivel valószínűtlenné vált, hogy csupán bakteriális pneumónia áll tüdőfolyamata hátterében, sürgős jelleggel tüdőgyógyászati szakvizsgálatát kértük. A tüdőgondozóban emelkedett D-dimer-értéket (2800 ng/ml) találtak, valamint perfúziós tüdőszcintigráfiával a bal tüdőben többgócú perfúziós defektust és a bal tüdő kisvérköri perfúziójának jelentős mértékű diffúz beszűkülését mutatták ki. (3. ábra) Embolia pulmonum I. s., Infarctus-pneumonia lobi inf. I.s. diagnózisokkal a Tüdőszanatóriumba helyezték át.

Tüdőgyógyászati kezelése október 16–29-ig tartott. Antikoaguláns (LMWH 2x s.c., majd acenocoumarol per os) és antibiotikus (ciprofloxacín per os) terápiában részesült, melyek hatására infiltrátuma és mellkasi folyadéka felszívódott, D-dimer értéke normalizálódott. A bentfekvése alatt elvégzett vizsgálatokkal (hasi és kis-medencei UH, végtagi erek duplex UH vizsgálata, érsebészeti konzílium) embóliaforrást nem találtak. A később, ambulánsan készített mellkasi CT-vizsgálat a tüdőembólia diagnózisát megerősítette.

Jelenleg is folyamatos antikoaguláns kezelésben részesül. 2007. január 9-én thrombophilia vizsgálata történt, mely örökletes tromboziskészséget (Protein C csökkenése – heterozigóta állapot) mutatott ki. Megemlítendő, hogy a valós etiológia ismeretében, utólag tájékoztatta a család a gyermekorvost a lány édesapjának 2005-ben – mindössze 39 évesen – zajlott stroke betegségéről, melynek hát-

terében szintén az örökletes thrombophilia állt. A továbbiakban a két kórkép elkülönítő diagnosztikájának esetleges nehézségét emelnénk ki, néhány alapvizsgálati módszert említve.

A tüdőembólia klinikai képe igen széles spektrumon mozog, így hirtelen halál, sokk, valamint tünetmentes, „néma” esetek is egyaránt előfordulnak. A klinikumot a pulmonalis keringés lezárásának nagysága, az érelzáródás időviszonyai és a beteg korábbi cardiopulmonalis állapota határozza meg. Az esetismertetésben említett tüdőinfarktusz, mely az érintett tüdőterület vérzéses nekrozisát jelenti, mindössze 10–15%-ban alakul ki pulmonalis embólia esetén. Akkor jön létre, ha az embólus végartériákat érint és/vagy az érintett tüdőparenchyma már korábban sem volt ép. Az elhalt terület a hörgőrendszeren keresztül könnyen fertőződik, és infarktusz-pneumónia, abscessus, akár empyema is keletkezhet.

Az 1. táblázatban a tüdőembólia és a pneumónia közös tüneteit emeltük ki, a gyakorisági arányokat is jelezve. Megfigyelhető, hogy a két kórkép klinikuma között adott esetben nagy átfedések lehetnek.

A fizikális vizsgálat tüdőembóliában általában nem jellegzetes. Ugyanígy, tüdőgyulladás esetén sem mindig találunk körjelző fizikális eltéréseket, gondoljunk

- mellkasi tompulát
- crepitatio / hörgi légzés / szörtyzörejek
- gyengült légzési hang,
- pleuralis dörzsölés (pleuritis concomitans).

2. táblázat

* A Kávészünet-9 konferencián elhangzott előadás szerkesztett változata.



Direkt jelek:

- tág centrális tüdőartéria perifériás amputációval
- körülírt hypovascularisált területek

Indirekt jelek:

- magasabb rekeszállás (~40%)
- jobbszívél-tágulat
- infiltratív árnyék, pleuralis folyadék, atelectasia (~50%)

3. táblázat

például az atípusos pneumóniákra. Tüdőinfarktusz, infarktusz-pneumónia esetén azonban a típusos pneumóniákra is jellemző „mellkasi infiltrátum szindrómája” észlelhető (2. táblázat).

Tüdőembólia akut fázisában a kétirányú mellkas-röntgenfelvétel legtöbbször negatív, s csak később jelennek meg direkt és indirekt jelek (3. táblázat).

Ha tüdőgyulladás gyanúja merül fel, a biztos diagnózis felállításához kétirányú mellkas-röntgenfelvétel szükséges, így elkerülhető a felesleges antibiotikum-használat például vírusos bronchitisben. Pneumóniában infiltratív árnyék és az esetlegesen csatlakozó pleuralis folyadék (pleuritis concomitans) megjelenése jellemző. Tudnunk kell azonban, hogy az akut tünetek felléptétől számított 24–48 órán belül a radiológiai kép negatív is lehet, elsősorban exsiccált, hypotoniás betegeknél, így gyanú esetén a vizsgálat megismétlendő.

ÖSSZEFOGLALÁS

A 17 éves lánynál kialakult thromboembolia tünetei, fizikális és radiológiai eltéré-

sei pneumóniának is megfelelhetnek volna. Kialakulásában az öröklött thrombophilia és a coxitis miatti ágynyugalom együttes etiológiai szerepe tételezhető fel.

Fiatalkorban ritka a vénás thromboembolia kialakulása, mégis gondoljunk esetleges kóroki szerepére, és keressük a lehetséges hajlamosító tényezőket! Fontos szem előtt tartani, hogy veleszületett trombózishajlamra gyanús, ha thromboemboliás kórképek (mélyvénás trombózis, tüdőembólia) halmozottan fordulnak elő a családi anamnézisben és/vagy ha fiatal korban (50 év alatt!) következett be thromboemboliás esemény. Ilyen esetekben thrombophiliaszűrést kell végeztetni. A thrombophilia ténye önmagában nem kezelendő, de ismert, szerzett hajlamosító tényező/k esetén átmeneti LMWH-profilaxist szükséges alkalmazni.

Végezetül a 4. táblázatban a thromboemboliás betegségek szerzett, hajlamosító tényezőit foglaljuk össze, melyek közül néhány a gyermek-, illetve a serdülő-

- mozgáshiány, immobilizáció, gipszrögzítés, utazás
- sérülések, sebészeti beavatkozások
- terhesség, gyermekágy, orális fogamzásgátló-szedés, hormonpótló kezelés
- varicositas, phlebitis
- fertőzések, sepsis, gyulladások
- nephrosis szindróma, szívelégtelenség
- malignus betegségek, kemoterápiás kezelés
- hematológiai betegségek (CMPD, TTP, haemolysis, PNH)
- kövérség, DM, hyperlipaemiák
- antifoszfolipid szindróma
- műbillentyű, centrális vénás katéter, pacemaker elektróda
- időskor, dohányzás

4. táblázat

korban is jelentős szerepet játszhat (3. táblázat).

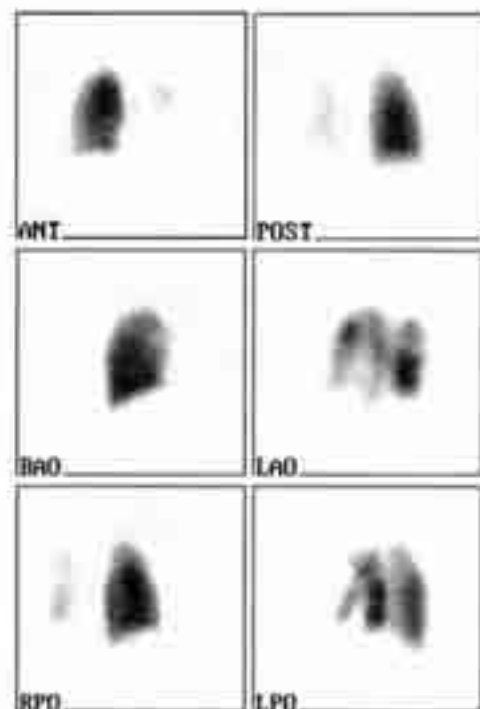
A gyermekorvosi gyakorlatban előfordulhatnak „felnőtt típusú” kórképek, melyek éppen ritkaságuk miatt különleges diagnosztikai nehézségeket okozhatnak. Gondolnunk kell ezekre is!



1. ábra: 2006. okt. 2. A bal alsó lebenyben kb. gyermekenyérnyi nagyságú elmosott szélű, kp. intenzív, inhomogén infiltratív árnyék van.



2. ábra: 2006. okt. 16. A bal laterális sinusban kétujjnyi folyadék (kb. 20 ml), és még ujjbegynyi beszűrődés látszik.



3. ábra: Tüdőszcintigráfia: a bal tüdőben többgócú perfúziós defektus, és a bal tüdő kisvérkörü perfúziójának jelentős mértékű diffúz beszűkülése látható





Kávészünet-9
2007. május 18–20.



Siófok



Vetélkedő egy veséért

A magyar közvéleményben is komoly visszhangot keltett az egyik holland kereskedelmi televízió néhány héttel ezelőtti műsoráról szóló híradás. Az adásban három, vesetranszplantációra váró fiatal vetélkedett egy donor veséjéért, és a győztesre a nézők is szavazhattak. A donor állítólag gyógyíthatatlan agytumorban szenvedett, és már csak fél éve volt hátra. A vetélkedés több napon keresztül folyt, és ez idő alatt gyakorlatilag az egész világsajtó, orvosetiikai szervezetek, egyetemek, betegjogi képviselők és miniszterek, sőt még az Európai Bizottság is foglalkozott az ügygel.

Általános vélemény szerint a műsor ízléstelen, etikátlan és erkölcsileg elítélendő volt. Az utolsó adásnapon, közvetlenül az eredmény kihirdetése előtt aztán kiderült, hogy a donor nem halálos beteg, hanem egy színésznő, aki eljátszotta ezt a szerepet, és a három vesebeteg is be volt avatva a tervbe, melynek célja az volt, hogy ily módon hívják fel a figyelmet a hosszú várakozási listákra és arra, hogy milyen kevés a donor.

Hollandiában néhány éve változtattak az addigi szisztémán – amely egyébként jelenleg hazánkban is érvényben van –, hogy ugyanis, ha az elhalálozott beteg nem tiltotta meg, hogy szerveit halála után felhasználják, akkor erre lehetőség van. Az új holland törvény szerint viszont mindenkinek nyilatkoznia kell arról, hogy halála után kíván-e donor lenni. Csak az lehet donor, aki ezt a nyilatkozatot még életében igenlően kitöltötte, és a megfelelő szervezetnek elküldte, így bekerült a regisztrációba. A megváltozott rendelkezés következtében a donorok száma vésszerűen csökkent, és a vesére való várakozási idő 4,5 évre nyúlt, ami duplája a többi európai országénak.

De ki is alkalmas donornak? A legjobb eredményeket az élő donoros transzplantáció adja. A donor ilyenkor rendszerint a beteg közeli hozzátartozója, pl. testvére, apja, anyja, vagy egy jó barát. A cadaver donor ideális esetben 16 és 45 év közötti cerebrális trauma következtében elhalálozott ember, akinek vérkeringése a vese kivételének időpontjában még működik. Az utóbbi években azonban egyre több ember vár donor vesére, ezért a kritériu-



mok megváltoztak. A donor ma már idősebb, sokszor 65 évesnél is idősebb ember, akinél többnyire stroke következtében áll be az agyhalál. A „non-heart-beating” donorokból való, vagyis a keringés teljes leállása után kivett vesék transzplantációja, amennyiben a kivétel a keringés leállása után gyorsan megtörténik, majdnem ugyanolyan eredménnyel jár, mint a még aktív keringésű betegekből vett veséké. Az idősebb donorokból kivett vesék transzplantációja viszont szignifikánsan rosszabb eredményt mutat. Az Eurotransplant adatai szerint az 55 év alatti, ill. felletti, stroke következtében meghalt betegek veséinek 3 éves túlélése 85%, ill. 72%.

A recipiens kiválasztása komputerprogrammal készített algoritmus – mely a beteg korát, a HLA-összeférhetőséget, a várakozási időt és a sürgősséget veszi figyelembe – alapján történik. Idősebb donor esetén rendszerint a recipiens is idősebb, így a donor vese normál élettartama a továbbiakban a recipiens élettartamát nem befolyásolja. Az idősebb donorok alkalmazása lehetővé tette, hogy olyan idősebb betegeket is transzplantáljanak, akiket eddig töröltek a listáról, hiszen a kevés donor miatt szelektálni kellett.

A vesetranszplantáció – éppen úgy, mint sok más orvosi ténykedés – súlyos etikai kérdéseket is felvet. Az egyik ezek közül az, hogy szabad-e fizetni a veséért egy egészséges, élő donornak. A kérdés leginkább a fejlődő, magyarul a legszegényebb országokban vetődik fel, ahol a végstádiumú vesebetegek dialízisét kevesen tudják megfizetni, viszont a sokkal ol-

csóbb vesetranszplantáció sok beteg számára az életet jelentheti. Sajtóhírek szólnak arról, hogy szegény emberek, pl. Indiában, pénzért adják el egyik veséjüket. A *Pediatr. Nephrol.* 2006. október 21-i száma erről az etikai dilemmáról ír. Bár a legtöbb szerző etikai alapon elutasítja a pénzért történő donációt, a szerző a szervkereskedelem szabályozásának újragondolását veti fel. Ez természetesen nem járhat a donor kihasználásával, a szervkereskedő, ill. a beavatkozást végző orvos anyagi előnyszerzésével. Véleménye szerint azonban lehetnek olyan körülmények, országok, szociokulturális környezet, ahol a szabályozott szervkereskedelem etikailag megengedhető lehet. Érdekes kérdésfeltevés.

Végül, mivel mégiscsak gyermekgyógyászok vagyunk, röviden a gyermekeknél történő transzplantációról. Ennek eredményei a felnőttekéhez hasonlóan jók, és az utóbbi években a recipiens fiatalabb kora sem rontja a kilátásokat. Az élő donorral történő veseátültetés valamivel jobb transzplantátumtúlélést eredményez. A londoni Great Ormond Street Hospital adatai alapján a donor vese átlagos túlélése élő donor esetén 13,1, cadaver donor esetén 10,8 év.

Irodalom:

Cohen B, Smits JM, Haase B, Persijn G, Vanrenterghem Y, Frei U: Expanding the donor pool to increase renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2005, 20:34-41

Sever MS: Living unrelated-commercial-kidney transplantation: when there is no chance to survive. *Pediatr Nephrol* 2006, 10:1352-1356

Rees L, Shroff R, Hutchinson C, Fernando ON, Trompeter RS: Long-term outcome of paediatric renal transplantation: follow-up of 300 children from 1973 to 2000

A családterápia szerepe

Túry Ferenc Dr., Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete

Az evészavarok, az anorexia nervosa és a bulimia nervosa kialakulásában – ahogyan a pszichoszomatikus zavarokban általában – a biológiai tényezők mellett a pszichológiai és a társadalmi-kulturális tényezőknek is fontos szerep jut. Mindezek lehetnek predisponáló, kiváltó, és fenntartó hatások, amelyek összjátékában a cirkuláris okság tyúk-tojás problémára emlékeztető mintája ajánlható gondolkodási keretnek (Onnis, 1993). A körkörös okságot az együttfejlődés, a koevolúció alapján tudjuk jól megérteni.

Családi diszfunkciók

Az evés zavaiban a családi diszfunkciók sokszor előtérben állnak: az anorexiás tünetek például a családon belüli dac megnyilvánulásaiként értelmezhetők. Ezért a családterápia központi szerepet kapott az evészavarok kezelésében. Mivel az anorexia tipikus példait nyújtja a diszfunkcionális családi interakcióknak, nem véletlen, hogy több családterápiás iskola az anorexia tanulmányozásából nőtt ki. Ez számított – hasonlóan a hisztéria, a pszichoanalízis, vagy a fóbiák és a viselkedésterápiák kapcsolatához – paradigmátikus értékű zavaroknak a családterápia kialakulásában.

A családterápia főbb iskolái az 1970-es években alakultak ki (áttekintés: Túry és Szabó, 2000). Kiderült, hogy a pszichoszomatikus zavarokban is jól alkalmazhatók a családterápiás intervenciók. E zavarok létrejöttében a pszichés tényezőknek (például a stressznek) jelentős szerepük van. A stressz azonban sokszor interperszonális jellegű, nem pedig intrapszichés. Az interperszonális nehézségeknek az egyik legfőbb színtere pedig a család. A lelki feszültségek okai között a családi viták, nyílt vagy rejtett konfliktusok, a szexualitás nehézségei, a generációk közötti problémák mindennaposak, és tartós feszültségek forrásai lehetnek. Ezek megértésével sok krónikus zavar jellegzetességeit lehet magyarázni. Ebből a szempontból a családorvosok, házi gyermekorvosok kiemelt helyzetben vannak, mert a betegeket a maguk természetes közegében ismerik meg.

Családi jellemzők pszichoszomatikus zavarokban

A következőkben, bár főleg evészavarban szenvedőkről lesz szó, ezeket a szempon-

tokat a pszichoszomatikus zavarokra általában jellemzőnek tarthatjuk. Minuchin (1974) strukturális családterápiás irányzata szerint a család diszfunkciói leginkább annak struktúrájában lelhetők fel: a hierarchiában, az alrendszerek kapcsolatában, a közöttük lévő határok működésében, a szerepekben. Minuchin szerint a pszichoszomatikus tünet a családi diszfunkció kifejeződése a tünethordozóban. Egy sokat idézett kísérletében igazolta, hogy a családi feszültségek biokémiai paraméterek megváltozását is okozhatják: családterápiás helyzetben a feszültséggel párhuzamosan emelkedő szabadzsírsav (FFA)-szintet mért. Családi vita kialakulásakor az FFA-szint a feszültséget jól tükrözően követte, és a tünethordozóban tartósan magas maradt.

A szerző megfigyelése szerint pszichoszomatikus betegségek kialakulásában a következő családi jellegzetességek játszanak döntő szerepet:

Összemosottság (behálózottság, „enmeshment”)

A generációs határok, valamint az egyének közötti határok elmosottak, a beteg (azaz a tünethordozó) nem tud önálló lenni. Ennek igen gyakori megnyilvánulása az, hogy a szülők többes szám első személyben beszélnek: „a múlt héten nem fájt a fejünk”, vagy enuresis esetén humorosabb változatban: „már nem pisiltünk be”. A legérdekesebb ilyen mondat az volt, amelyet egy anorexiás lány apja mondott: „a mensesünk még nem jött meg...”. Ilyenkor szabad élni a humor eszközeivel, meg szoktuk kérdezni a szülőt, hogyan is van ez, kinek nem jött meg a menses? Nagyon fontos gyakorlati tanács, hogy mindez ne ironikusan hangozzék el, mert az bántó volna, hanem pozitív újrakeretezés után, például így: „Jól tudjuk, hogy a többes szám első személy használata a gyerek iránti aggodást, a szeretetet fejezi ki, de egy idő után a gyermeket zavarni szokta, hogy a nevében beszélnek. Ezért érdemes volna egyes szám harmadik személyben beszélni a gyermek tüneteiről.” Ezzel a gyermek autonómiatörekvéseit erősítjük meg. Előfordult, hogy egy családterápiás ülésen az első ilyen jelzésre az édesanya azt mondta, hogy ő nem szokott többes szám első személyt használni, ez bizonyára véletlen volt. Férfje ugyanakkor sűrűn bólogatott,

hogy ez bizony visszatérő jelenség (ugyanazon az ülésen háromszor is előfordult ez). A változást jelentő feladatokat játékos formában célszerű felajánlani. A humor használatára a legfontosabb gyakorlati ajánlás: a családdal együtt szabad nevetni, rajtuk nem.

Hasonló, az összemosottságra utaló kommunikációs forma a gondolatolvasás: a családtagok egymás nevében beszélnek – leginkább a szülők a gyermek helyett. Erre azonnal fel kell figyelni, és azt kérni, hogy mindenki a saját nevében nyilatkozzon. Ha például egy hétéves gyermeket kérdezzük meg, hogy szeret-e iskolába járni, s az anya válaszolna helyette, akkor szelíden, de következetesen azt kell mondanunk, hogy a gyermek hadd mondja el, mit is gondol – megvárjuk, ha netán nehezen kezdene hozzá, s a szemkontaktust a gyermekkel tartjuk, nem tekintünk át az anyára, mert akkor feljogosítva érezné magát, hogy ő beszéljen tovább. Ezek az apró gyakorlati „trükkök” sokat segítenek a kommunikáció alakításában, s a gyermek együttműködését meg lehet nyerni azzal, hogy megkapja a kellő respektust a kisgyermek is. Mindez nem a szülő „rendreutasítását” jelenti, hanem a gyermeki önállóság hangsúlyozását, ami a szülő számára is elfogadható cél.

Az összemosottságra a családok látogatása során is figyelhetünk (Túry és mtsai, 2004). Családlátogatáskor a terápia számára fontos információkat kaphatunk, amelyek csak ebben a kontextusban kerülhetnek felszínre. A személyes terek használata például jól jellemzi a család szerkezetét: be vannak-e zárva az ajtók (például a hálósobáé), ki kivel alszik stb.

Hiperprotektivitás (túlvédő magatartás)

Intenzív interakciókkal jellemezhető viszony. A családtagok egymás viselkedésének, érzéseinek a befolyásolására és irányítására törekszenek. Ez azzal is jár, hogy a család megakadályozza a kívülről érkező hatások irányító szerepét, egyúttal az egyén önállósodási kísérleteit is. Így az egyén önállósága nem fejlődik ki kellő mértékben. Fontos gyakorlati szempont, hogy mindezt a pozitív újrakeretezés eszközével jelezzük vissza – ez a legfontosabb családterápiás eszköz. A túlvédésre vonatkozóan mondhatjuk például, hogy ennek az anyai szeretet, az aggodás az



alapja. Megtalálhatjuk a gyökereit például az anya neveltetésében, vagy a gyermek korai betegségei miatti aggodalmakban, több abortusz utáni veszélyeztetett terhességben. Ugyanakkor a gyermek szeretne önállóbb lenni, nagyobb bizalmat kapni. Egy gyakorlati példa: egy 17 éves lány azt kérte anyjától egy kölcsönös kéréseket tartalmazó játék során, hogy az anyja ne szóljon neki, vesz-e fel sálát vagy sapkát. Mivel az anyja nincs ott az iskolában, hogy figyelmeztesse lányát, és egy nagylánynak már van annyi esze, hogy sapkát vegyen fel, ha fázik, ennek az aggodalmaskodásnak valóban nem sok értelme volt. Ezt az anya megértette, és vállalta is, hogy nem szól a lányának. A kérés tehát éppen az anyai aggodás csökkentését, és a gyermek önállóságának a tiszteletben tartását célozta. A kölcsönös kérések játéka egyébként igen hasznos, sokat segít a családi kommunikáció javításában (Túry, 2005). Ennek lényege, hogy minden családtag kérjen valamit a többi családtagtól, ami rendszeresen ismétlődő, mérhető, konkrét cselekvést jelent (nem egyszeri ajándékot). Lehet alkudozni, visszautasítani a kérést, de valamilyen más kérést az elutasított helyett vállalni kell.

Rigiditás

A család életét szabályozó törvények nagyon merevek, a külvilággal való kapcsolat szegényes, az adaptáció, azaz új megoldás bevétele lehetetlen. Így a család izolálódik, nem próbálnak másokkal kapcsolatot tartani, mert a külvilág nem képes tiszteletben tartani a család szigorú szabályait. Nem tudják követni az életciklus-váltások kihívásait, úgy bánnak az egyetemista gyermekkel, mintha kisiskolás lenne. A fejlődés gátolt lesz, elakad. Egy bizarr példa: egy 13 éves fiút azzal vittek családi konzultációra a szülők, hogy legyen önállóbb, mert már táborozni kell mennie és még soha nem törölte ki egyedül a fenekét – ezt a szülei és a vele élő nagyszülei tették meg. A gyermeknek nyújtandó segítség így egyelőre változatlan szabályként élt a családban.

A konfliktusmegoldás hiánya

A család nehezen viseli a konfliktusok okozta feszültségeket, alacsony konfliktustűrési küszöbvel rendelkeznek. Emiatt azonban nem tudnak egymással tárgyalni/vitatkozni, és megoldani az adódó problémákat. A konfliktusok kifejeződését megakadályozzák, és a szőnyeg alá söprik. A viszály nem zajlik le a maga természetes menetében, hanem korai zárás következik be. E mögött az a családi mítosz

szokott állni, hogy „a mi családbunkban ne legyen hangos szó”. Ennek a kialakulását meg lehet érteni, ha a szülők és a nagyszülők kapcsolatát megkérdezzük. A családfaelemzés módszere erre kitűnő lehetőség, sok olyan jellegzetességre derülhet fény, amelyek generációkon át öröklődnek. A családfa kapcsán a nevek és foglalkozások öröklését, hagyományozódását érdemes megkérdezni, de a nagyobb betegségeket és a fontosabb személyek tulajdonságait is.

A családot bátoríthatjuk arra, hogy a konfliktusokat beszéljék meg, vitassák meg, egyébként tartós feszültségre számíthatnak. A meg nem oldott konfliktusok éveken át megtartják felhajtóerejüket, s a családtagok későbbi döntéseiben meghatározóak lehetnek.

A gyermek bevonása a szülői konfliktusba

Ezt a helyzetet háromszögezésnek, triangulációnak is nevezik, mert két családtag vitájába egy harmadik családtag bevonódik. Ha a gyermeknek valamelyik szülő mellé kell állnia, mert azt várják el tőle, ez belső meghasonlást, lojalitáskonfliktust okoz (kihez is legyen hű?). A gyermekek igen hamar rátanulnak arra, hogy a tünet jelentkezése felmenti őket e kellemetlen kötelezettség alól. Ha a szülők a veszekedésük kapcsán be akarják vonni a gyermeket, akinek ekkor – a stressz hatására – tünetei jelentkeznek, például fulladni kezd az asthma bronchialisban szenvedő gyermek, akkor felmentést kap. Ennek igen intenzív megerősítő jellege lesz, azaz kondicionálódik a mechanizmus. A cirkuláris visszacsatolás érvényes a jelenségre: a pszichoszomatikus egyén nemcsak bevonódik, hanem a konfliktus megoldásában szabályozóként is részt vesz.

Ha felfigyelünk a trianguláció jelenségére, azt célszerű lebontani. Nézzünk egy gyakorlati példát. Egy anya arról panaszkodott, hogy két lánya (9 és 11 évesek) folyton veszekszik, és ő attól fél, hogy a nagyobbik kárt tesz a kicsiben. Ezért szokott beavatkozni, és általában a nagyobb gyermeknek szól, hogy hagyja békén a kisebbet. Ebből az következik, hogy a nagyobb lány nagyon rosszul érzi magát, mert ketten fognak össze ellene, az anya szintén rosszul érzi magát, mert a gyermekei feszültségeibe kellett beavatkoznia. A kisebb lány átmenetileg örül, hogy megvédték, de hosszú távon ő sem jár jól. Nem tanulja meg megvédeni magát, önállóan lesz. Az anya megértette ezt a mechanizmust, változtatni tudott, és legközelebb nem szólt bele a lányok veszek-

désébe. Nagy meglepetésére másnap azt tapasztalta, hogy a nagyobb gyermek mesét olvasott a kisebbnek, ami még soha nem fordult elő. A háromszögezés kivédése tehát azonnal segítséget nyújthat régi családi feszültségek kezelésében.

Egyéb családi jellemzők

A minuchini alapelvek mellett más családi jellemzőket is megfigyeltek evészavarokban. A milánói családterápiás iskola szerint a tünethordozó homeosztatisztikus, stabilizáló funkciót tölt be a családban, és a tünet a problémamegoldás téves kísérlete. Selvini-Palazzoli és mtsai (1980) főként a családok kommunikációját vizsgálták és a következő, főbb jellemzőket találták lényegesnek:

- A családtagok rendszerint visszautasítják vagy érvénytelenítik egymás üzeneteit.
- A szülők vonakodnak a személyes vezető szerep nyílt vállalásától.
- A két tag közötti nyílt koalíció egy harmadik személlyel szemben tiltott, bár a titkos koalíciók gyakoriak.
- A családtagok nem tudnak személyes felelősséget vállalni hibáikért.

Ha ezekre felfigyelünk, sok hasznos tanácsot adhatunk a családi kommunikáció javítására.

Nem csodaszor

A családterápia hatásos és költséghatékony módszer: általában 2–4 hetente van szükség mintegy másfél órás terápiás ülésekre, összesen 5–8 alkalommal. A családterapeuta aktív, a változással, a pozitívumokkal, a család erőforrásaival foglalkozik. Természetesen nem csodaszerről van szó. Nem minden esetben ajánlható, például fizikai vagy szexuális abúzus esetén az egyéni terápia fontosabb. Ma már kontrollált vizsgálatok erősítik meg az előnyeit. Nem olyan elfogadott és az orvosok számára közismert módszer, mint a nagyobb hagyományokkal rendelkező eljárások, de sok esetben nagy segítséget képes nyújtani.

Irodalom

1. Minuchin S.: Families and family therapy. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1974.
2. Onnis L.: A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete. Animula, Budapest, 1993.
3. Selvini-Palazzoli M., Cecchin G., Prata G., Boscolo L.: Hypothesizing – circularity – neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Family Process 1980, 19:3-12.
4. Túry F., Szabó P.: A táplálkozási magatartás zavarai. Medicina, Budapest, 2000.
5. Túry F., Wildmann M., László Zs., Rácz A., Düll A.: Milyen információkat nyújthat a családlátogatás az orvos számára? Környezetpszichológia az orvosi gyakorlatban. Háziorvos Továbbképző Szemle 9:257-260, 2004.
6. Túry F.: Anorexia, bulimia. Önségítő és családsegítő kalauz. Print-X-Budavár, Budapest, 2005.



Egy szurit megér!



Gyönyörű időnk van, kicsit szeles, de hivatásosan napos. Kint kéne sétálnom az utcán a kicsi lányommal, ilyenkor mindig ezt tesszük. Viszont most nem tehetem, mert már 5 napja szenvedek a bárányhimlőtől. Már nem vagyok dühös, sem elkeseredett, csak megtört. De kezdem az elején.

Mikor megszületett Dóri lányunk, vele együtt megérkezett életünkbe az aggodalom, féltés is. Rendszeresen jártunk orvosi vizsgálatokra, hogy tudjuk, minden rendben van. Amikor a kötelező oltások sorozatán túlestünk, megkönnyebbültem, hogy védve van. Akkor figyeltem fel egy plakátra a váróban, ahol a bárányhimlőről volt szó. Mivel a férjem még nem volt bárányhimlős meg is kérdeztük a doktor bácsit, hogy lehet-e oltani a bárányhimlő ellen Dórit. Nagyon kedvesen elmagyarázta, hogy miért előnyös és fontos az oltás, főleg így, hogy az apa nem esett át a fertőzésen, jobb, ha nem viszi haza a gyerek a vírust. Miközben a szövődményeket ecsetelte, láttam a férjem arcán a rémületet, így elég gyorsan döntöttünk. Dóri már éppen abban a korban volt, mikor megkaphatta az oltást. Amint kiváltottuk, be is adattuk neki. Apa minden tűszúrástól fél, és bár megértette, hogy ő még mindig nem védett, továbbra is gondolkodott azon, hogy beoltassa-e magát.

Egy évvel később, éppen karácsonykor lett beteg Dóri. Kiszáradás veszélye miatt a Szent László kórházba került, ahol még egy kétoldali középfülgyulladás is összeszedett. Emiatt hazaadása után is kezelésekre jártunk. Várakozás közben mindenféle betegségről szó esett, többek között a bárányhimlőről is, hogy most milyen nagy járvány van, a környező falvakban minden ovi tele van bárányhimlős kis betegekkel.

Hálát adtam a sorsnak, hogy a lányom már oltva van, nem hiányzott volna egy újabb fertőzés Dóri legyengült szervezétének. Amikor a férjemnek említettem, hogy lám-lám, milyen jó is, hogy Dóri már

védett, megszólalt benne a vészcsengő, hogy igen ám, de ő addig húzta-halasztotta a dolgot, hogy végül nem kapott oltást. Azonnal döntöttünk, a következő kezelés alkalmával apa is megkapta az oltóanyagot. Megtudtuk, hogy bizony még egy oltásra szükség van 6 hét múlva, hogy védett legyen, mivel már felnőtt.

Másnap gyengének, levertnek éreztem magam, mintha beteg lennék. Mondtam is, hogy furcsa érzés, torkom nem fáj, nem vagyok náthás, mégis hőemelkedésem van. Estére belázasodtam. Nézegettem magam a tükörben, hogy hátha többet látok, mint amit érzek, de csak azt láttam, hogy jó piros a bőröm, érdekesen, foltosan piros. Még késő este is vizsgálgattam magamat, felfedeztem egy-két igen pici vizes hólyagot a mellkasomon. Nem értettem, de éreztem, hogy egyre rosszabbul vagyok. Reggel mikor felébredtem, az egész mellkasom, hátam, arcom tele volt kidudorodó hólyagokkal. Éreztem, hogy viszket is, nem is mertem hozzájuk érni, azonnal orvoshoz mentem. Első kérdése az volt, hogy voltam-e bárányhimlős. Kikerekedett a szemem, és meglepődve mondtam, hogy anyukám szerint voltam. A doktornő szerint nem voltam, hanem vagyok. Egyrészt örültem, hogy megtudtam, hogy milyen rejtélyes kór gyötör, de ugyanakkor nagyon bosszús lettem. Hiszen most csináltuk végig a férjemmel az oltást. Ha csak a legapróbb gyanú merül fel bennem, illetve anyukám nem mondja olyan biztosan, hogy voltam bárányhimlős, a sok információ alapján egy percig nem tévővázok, és beoltatom magam. Nagyon elkeseredtem, mert pontosan tudtam mi vár rám. A férjem kiváltotta a felírt gyógyszereket a vírus és a viszketés ellen. De míg az én gyógyszerimért majd 10 ezer forintot fizettünk, az oltás 7 ezer Ft sem volt. Tehát ha duplán számolom, akkor is jobban megéri megelőzni a bajt, mintsem betegnek lenni.

Mikor hazaértem, azt hittem a világ dőlt rám, szinte éreztem, ahogy percenként egyre több és több hólyag borítja el a testemet. Körülöttem ugrált két és fél éves kislányom, aki majd kicsattant az egészségtől. Ránéztem, és könnybe lábadt a szemem a gondolatra, hogy de jó, hogy ő legalább oltva van, és nem kell ugyanezt végigcsinálnia.

Az első 3 nap maga volt a rémálom. Gondosan ápolat bőröm megadta magát az undorító gümők, hólyagok ostromának, és felismerhetetlenségig szétesett.

A hangulatom ennek megfelelően iszonyatos volt. Az önsajnálat, a viszketés, a kínlódás egyre erősebb volt. A harmadik napon már ott tartottam, hogy még a fogínyemen, szemhéjamon, fülcimpámon is hólyag volt. Bárki hívott, próbáltam elviccelni a dolgot, főleg, hogy mindenki azzal kezdte, hogy pöttyös vagy? Most hogy magyarázzam meg, hogy ezek nem pöttyök, hanem undorító hólyagok? Látni sem akartam senkit, azt sem akartam, hogy bárki így lásson.

Ahogy teltek a napok, kezdtek száradni, visszahúzódni a hólyagok. Semmivel sem kentem, a doktornő tanácsára sűrűn zuhanyoztam, de csak rövid ideig, hogy ne áztassam, hanem szárítsam a hólyagokat. Nem dörzsöltem, csak felitattam bőrömről a vizet, és mérhetetlen önuralommal nem és nem piszkáltam. Még csak az hiányzik, hogy csupa heg maradjon a bőröm. Most már látom a végét, a kisebbek szépen leszáradtak, de a nagyok még igazán mély, aknaszerű gödörben ragaszkodnak hozzám. Sötétvörös heg borítja őket, most már igazán elmondhatom, hogy pöttyös vagyok. Messziről pöttyös, közelről borzalmas.

Bárhogy nézem, nagyon bánt, hogy kiesett egy teljes hét az életemből. És még legalább egy hét, míg szegyenkezve, somfordálva megyek emberek közé. Aztán remélem, hogy minden jóra fordul, és nyomtalanul eltűnnek a hegek. Bárcsak így lenne, és nevetni tudnék ezen a bosszantó betegségen pár nap múlva. Még szerencsés is vagyok, hogy viszonylag alacsony lázzal (38,5 volt a legmagasabb), szövődmények nélkül megúsztam.

Ha dönthettem volna, akkor beoltatom saját magam is, és nem kell ezt végigkínálnom. Amikor azt hallom, hogy „ugyan már, bárányhimlő, minden gyerek átesik rajta...” akkor bizony igen keményen tudok érvelni a védőoltás mellett, mert én tudom (hisz felnőttként végigcsináltam), hogy mennyire megviselt a betegség. Nem kívánom egyetlen kisgyereknek és felnőttnek sem. Mindenkit arra biztatok, aki nem volt, vagy nem biztos benne, hogy volt bárányhimlős, menjen el vérvételre, most már ki tudja mutatni, hogy védett-e vagy sem. És ha nem az, akkor nagyon gyorsan oltassa be magát, hacsak nem akar a legváratlanabb alkalommal két hét kellemetlen kényszerpihenőt.



Zsiradékok az étkezésünkben

Ahhoz, hogy valóban célzott, kor- és rétegspecifikus táplálkozási ismeretek jussanak el a gyermekekhez, illetve a gyermekek egészségét és étkezését befolyásoló szülőkhez, gyermekorvosokhoz, védőnőkhöz és egyéb szakemberekhez, meg kell ismerni, fel kell tárni az életmódjukkal, táplálkozási szokásaikkal összefüggést mutató tényezőket. A „Nagyra nővők” mozgalom reprezentatív felmérése az általános iskolás korosztály étkezési szokásait vizsgálta.

A felmérés során 500 gyereket – és szüleiket – kérdeztek többek között arról, hogy mit esznek, mennyi a testtömeg-indexük, hogy rendszeresen reggeliznek-e. A kutatás arra a kérdésre is választ keresett, hogy van-e összefüggés a testsúlyváltozás és a növényi, illetve állati eredetű zsiradékok fogyasztása között. Kiderült, hogy a túlsúlyos és az elhízott csoportokban (1. táblázat) magasabb az állati eredetű zsírokat fogyasztó gyermekek aránya, míg elsősorban azok a gyerekek fogyasztanak növényi eredetű zsírokat (margarint), akik kiegyensúlyozottan, harmonikusan, vitamindúsán étkeznek.

Megfelelő mennyiségű és minőségű zsiradékokra a szervezetnek szüksége van, hiszen ez nélkülözhetetlen a zsírban oldódó vitaminok felszívódásához, a hormonok képzéséhez, hozzájárul a testhőmérséklet állandó szinten tartásához, és energiát biztosít a szervezet számára. A nemzetközileg elfogadott ajánlás alapján a napi zsírfelvétel energiatartalma a napi összes energiafelvétel 15–30 százaléka legyen, amely közel azonos – 1/3, 1/3, 1/3 – arányban oszlik meg a telített zsírok, az egyszerűen és a többszörösen telítetlen zsírsavak között.

A növényi eredetű zsiradékok élettani szempontból kedvezőbbek, ezért fontos, hogy nagyobb arányt képviseljenek az étrendben, az állattal szemben. A zsiradékok eredetük mellett összetételük alapján is csoportosíthatók, melyek hatásuk alapján szintén rangsorolhatók. Vannak telített, illetve egyszerűen és többszörösen telítetlen zsírsavak. A telített zsírsavak főként állati eredetű hús- és húskészítményekben, a vajban, tej- és tejtermékekben, míg a telítetlen zsírsavak inkább a növényi olajokban, margarinokban és tengeri halakban találhatók. A telített zsírsavakat a szervezet elsősorban energiatermelésre használja. Ha túl sok kerül a szervezetbe, növeli annak koleszterinszintjét, és ezzel a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát. Ezzel szemben a telítetlen

	7–8 éves korosztály		13–14 éves korosztály	
	fiúk (%)	lányok (%)	fiúk (%)	lányok (%)
Normál súlyú	27	37	41	52
Súlyfelesleggel küzd	50	37	38	19
Vékony, sovány	23	26	21	29
Összesen	100	100	100	100

1. táblázat: A testsúly megoszlása a korosztályok szerint

zsírsavak segítik az idegműködést, a hormontermelést, szabályozzák a koleszterinszintet, azon belül jelentősen csökkentik az LDL-koleszterin koncentrációját, amelyvel csökkenthető az érlemezsedés kockázata is.

Kedvezőbb hatásuk miatt a telítetlen zsírsavak a napi zsírszükséglet kétharmadát kell hogy biztosítsák. Kiemelendők ezek között az omega-3 (n-3) zsírsavak, amelyek nélkülözhetetlenek a szervezet működéséhez. Ezekből a zsírsavakból a szervezetben egy trombózisveszélyt csökkentő vegyület, a prosztaglandin keletkezik. Így az omega-3-források rendszeres fogyasztása mind az érlemezsedés trombózisos szövődményeinek megelőzésében, mind a fokozott vérrögződés kockázatával járó betegségek kezelésében hatásos prevenció tényező, de az emelkedett szérum triglicerid-szint jelentős csökkentésére, ezáltal a koszorúér-betegség kockázatának mérséklésére is alkalmas. Ezeket a zsírsavakat a növényi olajok, olajos magvak, margarin változatos felhasználásával és heti 1-2-szeri tengeri halfogyasztással lehet biztosítani (oliva-, repce-, kukorica-, szója- és napraforgóolaj; margarin; dió, mogyoró, napraforgó, tökmag, szezám, lenmag; szardínia, lazac).

A zsiradékok, különösen a növényi olajok, margarinok fontos forrásai az E-vitaminnak de számottevő a D- és A-vitamin tartalmuk is, melyek kiemelkedő szerepet játszanak a legalapvetőbb életfolyamatokban, például a növekedésben, a csontképzésben, az anyagcsere-folyamatokban, az antioxidáns hatásban, az immun- és idegrendszer stabilitásában.

A margarinban lévő káros hatású transz-zsírsavak mennyiségét – amely növeli a LDL-koleszterin szintjét, csökkenti a HDL-szintet, ezáltal fokozza az érlemezsedés kockázatát – a korszerű technológiának és felhasznált alapanyagoknak köszönhe-

tően a biztonságos szint, azaz 1% alá csökkentették. Ezek ismeretében nem meglepő, hogy a táplálkozási szakemberek egybehangozva javasolják ételkészítéshez, kenyérkenéshez a növényi olajok, margarinok használatát, hiszen amellett, hogy finomak és könnyen kenhetők, vitaminokban gazdagok, és összetevőik révén könnyen beilleszthetők a kiegyensúlyozott és változatos étrendbe, a gyermekek étkezésébe is.

Az utóbbi két évtizedben egyre-másra jelennek meg hírek a legkülönbözőbb élelmiszerek, élelmiszer-alkotóelemek káros hatásairól, így került a céltáblára a tej, tejtermékek, teljes őrlésű gabonafélék, húsok, édesítőszer, vagy egyes gyümölcsök között a margarin is. Az esetek túlnyomó részében ezeknek a híreszteléseknek semmiféle alapjuk nincs, a róluk írottak nem tartoznak a bizonyítékokkal alátámasztott orvostudományi állítások körébe, arra azonban alkalmasak, hogy elbizonytalanítsák az olvasót. Ez persze arra is alkalmat ad, hogy a felmerült témával kapcsolatban tárgyilagos, korrekt tájékoztatás is megjelenjen a médiában.

A margarin tartalmaz telítetlen zsírsavakat, amelyek fontosak a szervezet működéséhez. Hiányuk esetén csökken a növekedés, bőrbetegség léphet fel. Emellett fontos szerepük van a sejtfelépítésben, az immunrendszer működésében, a különböző anyagcsere-folyamatokban, vagyis a szervezet egészséges működésének szabályozásában. A margarinban lévő A-vitamin elengedhetetlen a jó látáshoz, a bőrépségének fenntartásához, illetve a növekedéshez, a D-vitamin pedig a csontképződéshez szükséges. Értékes növényi olajtartalmának (napraforgó, repce) köszönhetően gazdag E-vitaminban, amely a szervezetben antioxidánsként játszik szerepet.





Az emberi tényező

Minden utazásnak van egy szubjektív, szavakkal nem igazán plasztikusan leírható, szubjektív része, Graham Greene világhírű regényének címét plagiálva: Az emberi tényező. Pedig a kifejezés, az önkifejezés minden ember egyik legfontosabb, néha pont ezért, görcsösre sikeredő törekvése.

Különösen igaz ez, ha nem szokványos utazásról van szó. Nyolcadik alkalommal voltam úton az „Orvosok a Harmadik Világért” német karitatív szervezettel, ezúttal, immáron harmadszor a Fülöp-szigeteken. Reggeltől estig fényképeztem, hisz a fotók „görcstelenek”. Talán mert élethű(bb)ek. Az alábbi fényképekkel szeretném demonstrálni – nem ábrázolni, de legalább érzékeltetni – ezt a szavakba nem önthető, emberi tényezőt.

NEMES JÁNOS





Egy ma sem elhanyagolható kérdés: a bölcsőhalál-prevenció

Napjainkban az ország figyelmét az egészségügy átalakításának átfogó problémái kötik le. Mégsem volna méltányos, ha ezenközben halványulna az érdeklődés olyan kisebb volumenű, de súlyos következményekkel járó jelenséggel szemben, mint a hirtelen csecsemőhalál. Csecsemők ma is hálnak meg váratlanul és indokolatlanul a világon mindenütt, így hazánkban is. Holott megfelelő felkészültség mellett ezek a tragédiák elvileg elkerülhetők lennének.

A Madarász utcai kórházban több mint tíz éve kidolgoztunk egy megelőző programot (Bölcsőhalál Prevenció Program), amely az elmúlt évek tapasztalatai alapján alkalmasnak mutatkozott a hirtelen csecsemőhalál kivédésére. A szülők felkészítése mellett – az ún. Baby Sense légzésfigyelő készülék alkalmazásával – megszervezzük és felügyeljük a csecsemők otthoni monitorizálását is. Ma már több mint nyolcezer család védelméről számolhatunk be. Közöttük bölcsőhalál nem fordult elő (lásd: Gyermekgyógyászat 2004. 55, 355–359.). Rendszerünk a szülők számára megnyugvást jelent; „köszönjük a nyugodt éjszakaiinkat” – írta nekünk az egyik anyuka.

Ma országszerte több intézményben van lehetőség a szülők felkészítésére, mégis nem egyszer hallunk túlhaladott, olykor veszélyes elképzelésekről, gyakorlatról: a csecsemő fejétőre fordítása, vízzel leöntése, erős megrázása stb.

Azt kell feltételeznünk, hogy a magas szintű hazai csecsemőellátás ezen a ponton elmarad a lehetőségektől és a valós igényektől. Ma már minden kismamának ismernie kellene a közvetlen életveszély megelőzésének és elhárításának módszereit, azokat a sürgős tennivalókat, amelyek a szakember megérkezéséig egyedül a szülőkre hárulnak. És meg kellene teremteni a műszeres légzésfigyelés lehetőségeit is mindenütt, ahol erre igény mutatkozik. A területen dolgozó szakembereknek (gyermekorvosoknak, védőnőknek stb.) a szerepe ezen a területen is vitathatatlan.

A bölcsőhalál kiváltó oka mind ez ideig ismeretlen. Oki terápia híján ezért gyakorlatilag csak a prevenció lehetőségeivel élhetünk. Esetről esetre felreppen ugyan a hír – a szakirodalomban és a bulvársajtóban egyaránt –, hogy „megtalálták a böl-

csőhalál okát”, ám olyan multikauzális jelenséggel állunk szemben, amely több kedvezőtlen tényező szerencsétlen együtthatását feltételezi (közülük nem egy – például a szülők iskolázottsága, a családi kapcsolatok rendezetlensége, az esetleges drogfogyasztás stb. – túllépi a medicina illetékességi körét). Egyebek mellett ez okból is meglehetősen nehéz szakmai módszerekkel előre megítélni egy bölcsőhalál bekövetkeztét. Nem elégséges ezért az ún. rizikó-eseteket gondozni, hanem védeni kell minden csecsemőt, fel kellene készíteni minden egyes családot.

A Madarász utcai kórházban továbbra is igyekszünk biztosítani azokat a feltételeket, amelyek a csecsemők nagyobb biztonságát, a családok nyugalmaát segítik elő. Kedd délutánonként „szülői napot” tartunk, az ország minden területéről fogadjuk az érdeklődő szülőket. A nagyobb távolságokból adódó technikai nehézségek oldására lépéseket teszünk megyei szintű, nagyobb területi egységek helyi ellátására. A tapasztalatok biztatóak. Eredményeinkről beszámolunk a későbbiekben.

DR. SZÁNTÓ IMRE

DANONE

Danonino

A Danonino 100g-jában 1,5-szer annyi kalcium van, mint egy pohár (100ml) tejben. Ezen felül értékes fehérjét, foszfort is tartalmaz, ezáltal nyújthat nap mint nap támogatást a csontozat fejlődéséhez. Mindezt it uverekes állattal kedvelt ízekben és igényeinknek megfelelő csomagokban.

3 Értéke

Fehérje

Foszfor

Kalcium

...az erős csontokért

Danonino

-Finomság az erős csontokért

Praxisok

- Bejártatott, 680 fős gyermekpraxis eladó Budapesten, a III. kerületben. Érdeklődni: 06/30-811-4110, kizárólag az esti órákban vagy szombat-vasárnap lehet.
- Belvárosi gyermekorvosi praxis 750 kártyával eladó. Érdeklődni lehet a 06/30-386-8203-as telefonszámon.
- Eladó 1000 kártyás házi gyermekorvosi praxis működtetési joga Budapest melletti településen. A kártyaszám folyamatosan emelkedik lakóparkos építkezések miatt. Tartós helyettesítés is érdekel. Ügyelni nem kell. Érdeklődni lehet a 06/30-470-3742-es, vagy a 06/30-259-9511-es telefonszámokon.
- Budapesten, a XI. kerületben 848 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a délutáni, esti órákban a 06/30-951-1201-es telefonszámon.
- Angol orvosi szaknyelv oktatását vállalja kiscsoportos keretben Budapest XIII. kerületében orvos-kandidátus. Alapfokú nyelvtudás szükséges. Telefon: 06/20-534-4792.
- Budapesten, a XVIII. kerület központi részén 670 fős gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni este az alábbi telefonszámon lehet: 06/30-432-5233.
- Budapesti agglomerációs kisvárosban 1200 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni 19 és 20 óra között a 06/30-648-6209-es telefonon lehet.
- Pécs belvárosában házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a 06/72-315-093-as telefonszámon.
- Szombathelyen jól felszerelt gyermekpraxis eladó. Központi ügyelet van. Érdeklődni a 06/30-618-7295 vagy a 06/94-319-484-es telefonon lehet.
- Veszprémtől 10 percre 940 fős gyermekorvosi praxisjog eladó. Telefon: 06/70-333-6059.
- Veszprém megyei nagyvárosban házi gyermekorvosi praxisba helyettesítőt keresek. Tel.: 06/70-368-6864.
- Budapesten, a XV. kerületben házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/30-972-2795.
- Budapest IX. kerületi lakótelepi, ISO-követelményeknek megfelelő, beruházott 300 vagy 500 kártyás házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt áron alul sürgősen eladó. Tel.: 06/30-961-4364 vagy 06/1-281-6222.

Megjelent az új Gyermekegészségügyi kiskönyv

A közeljövőben hazaérkező újszülöttek új kiskönyvet kapnak, mely tartalmában és formájában eltér a korábbiától. Az új kiskönyv nem hivatalos nyomtatvány, terjedelme miatt a kiadás jelentős költségeit magáncég, a Brendon Kft. vállalta. A szakemberek számára azonban lehetőséget jelent, rögzíthetik a gyermek szomatikus és pszichomotoros fejlődési adatait, védőoltásait, az esetleges betegségeiről szóló fontos információkat. Ezért azzal a kéréssel fordulunk a kollégák felé, hogy ne felesleges többletfeladatnak, hanem lehetőségnek tekintsék.

Emellett a szülők egyenrangú partnerként a saját megfigyeléseiket is beírhatják.

A szülők a könyvecskéből bővebb tájékoztatást kapnak a gyermekük fejlődésével, táplálásával, gondozásával kapcsolatban is.

Újdonság, hogy megtalálhatók benne a nemzetközileg elfogadott, a gyermekek jogait bemutató jelzések. Reményeink szerint ez az új dokumentum segíti az orvos és a védőnő, illetve az alapellátás és a szakellátás közötti írásbeli kommunikációt.

A kiskönyvet az Országos Gyermekegészségügyi Intézet munkatársai számos hasonló célú külföldi dokumentáció és a korábbi hazai kiskönyvek áttekintése alapján, területen dolgozó orvosok, védőnők és szülők aktív közreműködésével fejlesztették ki.

A kiskönyvben formát öltő ismeretanyag és tapasztalat az Országos Gyermekegészségügyi Intézet tulajdona. Szeretnénk, ha a jövőben a gyermekek egészségügyi ellátása során keletkező adatok egy elektronikus információs rendszerben kapcsolódódnának össze, hogy az így nyert tapasztalatokat hasznosítani lehessen.

Kovács Zsuzsa



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

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

Tel./fax: (06-1) 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu

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



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban.

Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható.

Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: dART studio

A címlapon: Lakos Manó, címlapfotó: Lakos András. Belső fotók: Szamosi János, Nemes János

