

XVII. évfolyam ■ 2012. július

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Hétvégén kaptam a felmondólevelet.

Nem az bajom vele, hogy a továbbiakban nem tartanak igényt a munkámra, hanem a mód, ahogy ezt közölték, az nem tetszik. Nem hiányzik sem a megbízás, sem az érte kapott pénz, mert régóta látom, hogy a munkámnak nincs túl sok értelme. Közel 30 éve ágálok amiatt, hogy az ÁNTSZ – kormányzati ciklustól és országos tisztiorvostól függetlenül – képtelen az általam elvárt szintű szakfelügyelet ellátására. Sokszor leírtam és el is mondtam ezt.

1996-tól először kinevezetlenül, később kinevezve álltam az illetékes tisztiorvosi szolgálat rendelkezésére, közvetítettem a kéréseket a kerületi kollégák felé és vissza. Ha kellett, elvégeztem a piszkos munkát, feljelentéseknek jártam a végére, tompítottam kínos ügyeket, védtem a kollégákat kifelé és szidtam őket négy- vagy többszemközt befelé, felhívtam figyelmüket új jogszabályokra, rutinhibákra, továbbképzéseket szerveztem. Híd voltam az ÁNTSZ, az önkormányzat és a kollégák között. Voltak ennek a munkának látványos, meg kevésbé látványos eredményei a megelőzés vagy a gyógyítás terén egyaránt.

Megfelelő támogatás nélkül persze nem tudtam kellő hatékonysággal intézni az ügyeket. Nem a közvetlen előljáró, a kerületi tisztiorvos támogatása hiányzott, hanem az zavart, hogy ott „fent” nem igazán érdekelte a megbízót a megbízott. Így nem mindig tudtam megoldani azt, amit nehezen toleráltam.

Nem hiszem, hogy túl sok hozzám hasonló alapellátási szakfelügyelő mérte volna fel visszatérően az illetékességi körébe tartozó 20–24 orvos antibiotikum-felírási vagy laborba, kórházba utalási gyakorlatát, indokoltságát vagy elemezte egyénenként és közös értekezleteken az adatokat. Nem szándékom felsorolni, hogy mi az, amit jól csináltam, és mi az, amit felületesen, hisz természetesen volt olyan, hogy elvesztettem a hitemet vagy az energiámat.

Egyike voltam azoknak, akik tettek azért, hogy alapellátó gyermekorvos legyen a területi gyermekellátás országos, megyei, kistérségi, városi vagy kerületi szakfelügyelő főorvosa. Nem tisztzem mindezek eredményének számontartása vagy összegzése. Bírálatot, munkámra vonatkozó negatív megjegyzést, figyelmeztetést soha nem kaptam, igaz, éves jelentéseim, kritikai megjegyzéseim is sorra a semmibe veszttek.

Nem vitatom, hogy a szakfelügyeletet rendbe kell tenni, és azt sem, hogy a humán erőforrással az gazdálkodjon, akinek ez a feladata. Része, fogaskereke voltam egy tökéletlenül működő rendszernek, nem lehet ezért azzal baj, ha a tatarozást alulról kezdik. Vagyis elfogadom, ha a szerződésemet felmondják. Csináltam, jól-rosszul, csinálja ezután más, jobban.

Az eljárást azonban, ahogy a kormány megbízott a szerződésemet minden indoklás nélkül felmondta, tisztességtelennek tartom. Akkor is, ha törvényességi hiba nem történt, és akkor is, ha a lépés célja az ellátás javítása.

Megérdemelttem (helyesebben, minthogy sokunkat érintett hasonló eljárás, megérdemeltük) volna, hogy a döntésről és annak indokairól, céljairól egy száraz levél helyett, személyes találkozó keretében tájékoztassanak.

Megdolgoztam (megdolgoztunk) érte!

TARTALOM

- Kirúgták a szakfelügyelőket 2
- Egy kupac sitt 2
- Vezetőségválasztás 3
- Kávészünet Siófokon 4–7
- Tagozat és Tanács 9
- Lyme borreliosis –
klinikai és laboratóriumi
diagnosztika 11–13
- MGYT-nagygyűlés 14
- EAP-kongresszus,
Isztambul 14
- IBCLC-képzés 14
- Hová jutottunk? 15
- Kártalanítás,
felmondási idő... 16–17
- El higgyem?
Ne higgyem? 19–20
- Lyukak a védőhálón .. 20–21
- Tájékoztató
az átmeneti időszakról ... 23
- Praxisok 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2012-ben:



Kirúgták a szakfelügyelőket

Korábban nem volt házi gyermekorvosi felügyelet, úgy éreztük, hogy javíthat helyzetünkön, ha közülünk nevezik ki a szakfelügyelőinket. Sikerült is ezt elérnünk, de nem javult tőle igaziból az ellátás. Nyilván volt hiba a mi oldalunkon is, de a nagyobb baj a fel-tételrendszerrel volt. Most kiöntötték a fürdővízzel a gyereket, a főváros és Pest megye után most már Veszprém megyében is felmondták a gyermek-alapellátás szakfelügyelőinek a megbízását. Azért írtam az országos tiszti főorvosnak és a budapesti kormánybiztosnak, hogy emlékeztessem őket a következőkre:

A házi gyermekorvosi szakfelügyelet egyesületünk többéves munkájának eredményeként vált le a klinikai-kórházi gyermekgyógyászat szakfelügyeletéről. Leválása indokolt volt, hiszen a házi gyermekorvosi munka jellegzetességei nem azonosak sem a klinikai-kórházi gyermekgyógyászat, sem a „felöltt” házi gyermekorvosi rendszer működési sajátosságaival. A házi gyermekorvosi feladatkör pontos részleteit csak a gyermek-alapellátók ismerik megfelelő szinten, ezért sem a klinikai-kórházi gyermekgyógyászatban, sem a felöltt-házi gyermekorvosi rendszerben dolgozók nem alkalmasak a házi

gyermekorvosi rendszer minőségének vizsgálatára.

Megírtam, hogy ezek után meglepetésként ért bennünket a közép-magyarországi régió házi gyermekorvosi szakfelügyeleti rendszerének teljes megszüntetése, és nem látjuk, nem ismerjük a régió házi gyermekorvosi szakfelügyeletének jövőjét.

Kérdéseimre, miszerint „a közép-magyarországi régió miért különbözik az ország többi részétől, ahol megmaradt a korábbi felépítés?” vagy „a későbbiekben milyen módon szervezik újjá a régió házi gyermekorvosi szakfelügyeletét?” a megszólítottak helyett dr. Homor Zsuzsanna, fővárosi és megyei tiszti főorvos válaszolt:

„...Budapest Főváros Kormányhivatala (BFKH) áttekintette a szerződésállományunkat és kifogásolta a szakfelügyelői szerződések tartalmát. Az ügy tisztázása érdekében megkerestük az Országos Tisztifőorvosi Hivatalt (OTH), amely válaszában kifejtette, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló EüM-rendelet szakfelügyeletet ellátó személyeket, és nem egészségügyi szolgáltatókat nevesít. E rendelkezésekből egyenesen következik, hogy e feladatok ellátása kizárólag természetes személyekhez kötődhet.” (...)

A leírtakra tekintettel a BFKH felmonda azon szakfelügyelő főorvosok megbízási

szerződését, akik esetén a megbízott gazdasági társaság volt... Tudomásunk szerint több megyei kormányhivatal is megszűntette már a hagyományos formában működtetett szakfelügyeleti rendszerét... A gyermek házi orvosok (sic.! – a szerk.) szakfelügyeletét jelenleg a (kórházi! – a szerk.) csecsemő- és gyermekgyógyászat, valamint a sürgősségi ellátás szakfelügyelő főorvosa látja el...”

Értjük (pontosabban nem értjük), hogy természetes személlyel igen, társasággal azonban nem. KF. ezzel kapcsolatos alábbi írásában rámutat arra, hogy az érintett régió(k)ban nem csupán a gazdasági társaságokkal kötött szerződéseket, hanem a „természetes személlyel” kötötteket is felbontották. Magyarul: kerestek indokot és találtak, kirúgtak mindenkit, mert úgy gondolják, hogy nincs szüksége a területi gyermekgyógyászatnak területi gyermekgyógyászatot jól ismerő és ahhoz értő szakfelügyelőkre! Helyette elég lesz a klinikai-kórházi csecsemő- és gyermekgyógyász szakfelügyelő, vagy a sürgősségi szakfelügyelő e téren alacsonyabb szintű tudása. A házi gyermekorvosi szakfelügyelet visszakerült a 2006 előtti szintre, a jövő pedig homályba vész.

HUSZÁR ANDRÁS

Egy kupac sitty

Mint kiderült, szerződéseink felmondásáról a gyermekorvosi alapellátás országos szakfelügyelő főorvosa csak tőlünk értesült. Mi írtunk, ő tájékozódott, és két hónappal később meg is kaptuk a választ. Azt írta: „a szerződéseket azért bontották fel, mert a vállalkozásokkal kötött szerződések nem voltak elfogadhatók.”

Tetszenek érteni? Nem elfogadható! Kinek nem? Nekünk eddig minden szerződés, minden diktátum „elfogadható” volt. OEP-é, önkormányzaté, ÁNTSZ-é. És eddig nekik jó is volt minden, amit velünk aláírtak. Most hirtelen valamiért rossz lett. Elfogadhatatlan! Az OEP-nek vállalkozóként jók vagyunk betegek ellátására, de a kormányhivatalnak a szakfelügyeletre hirtelen rosszak letünk. Mi szükség az ilyen mondvacsinált magyarázkodás-

ra, ami ráadásul meg sem áll a lábán? A szerződést ugyanis velem, nem pedig a vállalkozással kötötték. A megbízás is nekem szólt, meg a felmondás is a saját nevemre jött, nem pedig a vállalkozásom nevére. A havi járandóságot sem a vállalkozásom bankszámlájára utalták, hanem a sajátoméra. Évek óta!

Miért nem azt mondják, hogy rossz volt a szakfelügyelet és meg akarják újítani? Ezt ugyanis el tudnám fogadni. Megjegyzem, ha én felújítanék egy rossz állapotban levő házat, akkor a bontás után biztosan gyorsan megkezdéném az építkezést. Ha ugyanis bontás volt, építkezés meg nincs, akkor bizony csak egy kupac sitty áll a régi ház helyén.

KF



Küldött- és vezetőségválasztás!

Kedves Kolléga!

November 23–24-én tartja a HGYE XVIII. őszi konferenciáját.

A jelenlegi vezetőség mandátumának lejártja miatt az új vezetőség megválasztására is ekkor kerül sor. A régi vezetők közül többen előre jelezték, hogy nem kívánják ismét jelöltetni magukat.

Nem közömbös számunkra, hogy az egyesület milyen hatékonysággal dolgozik a továbbiakban, ezért nem lehet mindegy az sem, hogy kiket választunk vezetőinkké. Az alapszabály szerint a vezetőséget szervezetünk küldöttjei választják meg, ők (minden 10 egyesületi tag után egy) a megyei küldöttválasztó értekezlettől kapnak felhatalmazást. Kérjük, részvételével járuljon hozzá azon kolléga küldötté választásához, akit alkalmasnak tart érdekei képviseletére.

A megyei/fővárosi küldöttválasztó összejeveteleket augusztus 31-ig szervezik meg a megyei összekötő kollégák.

Tájékoztatjuk, hogy a Siófokon májusban tartott küldöttközgyűlés Molnár Zoltánt bízta meg a **jelölőbizottság** elnöki feladataival, a bizottság további két tagja Dolowschiák Annamária (Budapest) és Papp Béla (Veszprém).

Várjuk javaslatokat a megválasztandó tisztségviselőkre:

Elnök	
Alelnökök	2 fő
Vezetőség tagjai	8 fő
Ellenőrző bizottság	1 elnök, 2 tag
Orvosszakmai bizottság	1 elnök, 2 tag
Operatív bizottság	1 elnök, 2 tag
Tanácsadó testület	1 elnök (tiszteletbeli elnök), 2 tag

**Kérjük, hogy ajánlásait szeptember 30-ig küldjék el a következő címre:
Dr. Molnár Zoltán, e-mail: dr.molzol@gmail.com**

Kávészünet Siófokon

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete ismét gazdag programmal várta tagjait és az érdeklődő orvoskollégákat a területi gyermekorvosok legnagyobb évenkénti találkozásán. Az előadások közötti szünetben stílszerűen egy kávé mellett ültünk le beszélgetni dr. Kálmán Mihállyal, aki a szakmai program aktív szervezője.

• **Milyen témákkal találkozunk a konferencia résztvevői?**

A Kávészünet szakmai tudományos konferenciát 14. alkalommal tartjuk meg. A rendezvény a résztvevők számát és az előadókat tekintve is – dicsekvés nélkül mondható – a gyerekgyógyászok egyik legnagyobb rendezvényévé nőtte ki magát. Az eredeti vezérelvünk mindig is az volt, hogy ez egy olyan családias hangulatú fórum legyen, ahol a mindennapi gyakorlatot érintő témákat tudjuk megbeszélni. Emellett mindig van valami aktualitás is. Ezúttal a felnőttek oltása, illetve a genetika szerepe volt ilyen. A genetika egyre inkább beszűremkedik a gyerekgyógyászati gondolkodásba is, és megváltoztatja körülöttünk a világot és benne a gyermekgyógyászatot. Hasonlóan érdekes és izgalmas téma a képalkotó eljárások új módszerei. A saját bőrünkön érezzük, hogy lassan eljutunk oda, hogy egy CT- vagy egy MR-képnek az értékelése is a látókörünkbe kerülhet, nem csak a lelet. Ettől ugyan még távol vagyunk, de a gondolkodásunkban már benne kell hogy legyen. Ez a változás a diagnosztikus gondolkodás átgondolását igényli az alap-

ellátó orvosoktól is. A pénteki nap fő témája a gyerekkori balesetek, ami „mindennapi kenyerünk.” A Bethesda Kórház orvosi munkaközössége nagy örömmel vállalta, hogy eljönnek, és előadásokat tartanak az elsősegélytől egészen a rehabilitáció új szemléletéig. Megtisztelő számunkra az is, hogy elfogadta meghívásunkat Tulassay Tivadar professzor is, aki a hazai gyermekgyógyászat időszerű kihívásairól beszél.

• **A konferencia témái között szerepel a komplementer medicina is. Többen úgy tartják, hogy ezzel a témaválasztással darázsfaszekbe nyúltak. Mi erről a véleménye?**

Valóban, a konferencián fő témaként szerepel az akadémikus vagy nyugati típusú orvoslás és az ún. komplementer vagy alternatív gyógyításnak a viszonyrendszere. Nem előítéletes módon akarunk döntő ítéletet mondani az eljárások felett, ez a rendezvény nem alkalmas és nem is hivatott ezt megtenni. Azonban be kell látni, hogy – akár hiszünk benne, akár nem – a komplementer eljárások léteznek és jelen vannak a mindennapjainkban a nyugati típusú gyógyítás mellett. Egy korábban készült amerikai felmérés szerint az orvosok úgy gondolták, hogy saját pácienseik 71%-ban használnak komplementer és alternatív eljárásokat is. A felmérésből kiderült, hogy kb. az orvosok fele féltette a betegeit az adekvát kezelés megzavarásától vagy késlekedésétől az egyéb gyógyító eljárások igénybevétele miatt, amiért több

mint a harmaduk veszélyeztetve érezte az orvos–beteg kapcsolatot. Mindez azt bizonyítja, hogy nem lehet nem tudomást venni a különböző gyógyító eljárásokról. Én magam a nyugati típusú orvoslásban nevelkedtem, és úgy gondolom, hogy a betegek akkor ártunk a legtöbbet, ha a két nagy gyógyítási szektor egymástól teljesen elkülönülten, hovatovább egymáshoz ellenségesen viszonyulva kezeli a beteget, mert ez totális szabályozatlansághoz vezethet a gyógyításban. A komplementer szó a nevében jelzi, hogy kiegészítő, tehát nem valami helyett, hanem valami mellett kell gyakorolni. Az alternatív gyógyászatnak számtalan formája van, a biológiai terápiától kezdve a manuál terápiáig, és közöttük a relaxáció, a jóga, a meditáció vagy akár az ima is javíthatja a gyógyulás esélyeit. Az a lényeg, hogy integratív módon csak azokat az eljárásokat szabad alkalmazni, amelyek nem ártanak a betegeknek, és amelyek bebizonyították a hatékonyságukat. Mindezen túl a hagyományos orvoslást művelők is jó, ha gyakorolják „a test és a lélek egysége” szemléletet.

• **A védőoltások örökzöld téma, amiről sose lehet eleget beszélni, most is nagy aktivitást váltott ki a hallgatóságból. Mit emelne ki ezzel kapcsolatban?**

A fontosságára való tekintettel a prevenció standard alkotóeleme a továbbképzéseinknek. Józan ésszel felfoghatatlan például, hogy egy gazdag Németországban vagy Ausztriában, ahol lenne pénz, ott a szülői önrendelkezési jog félreértelmezése



miatt a gyerekpopulációnak a 30%-a még mindig nincs kanyaró ellen beoltva. Így a németországi tartományokban időről időre több ezer gyermeket érintő kanyarójárvány alakul ki, annak minden szövődményével, kórházi kezelésével és számottevő halálozással. A választható védőoltásokkal kapcsolatban úgy gondolom, hogy az alapellátásban dolgozó orvos akkor jár el felelősen, ha teljes körű felvilágosítással szolgál a szülő részére az adott betegségről, annak veszélyeiről, kellemetlenségeiről, kimenetéről, illetve a gyermek veszélyeztetettségéről, hogy az információk alapján a szülő dönteni tudjon.

• **A gazdag szakmai programot látva milyen érdeklődésre számítanak a gyermekorvosok részéről?**

A konferenciánkon évek óta 5-600 alapellátó gyermekorvos szokott részt venni. Örömmel töltött el bennünket, hogy bizony szép számmal jöttek védőnők is, hisz van olyan kolléga, aki – nagyon helyesen – elhozza a munkatársát is. Bámulattal tölt el bennünket a kollégák fegyelmezettsége, hogy a jó idő ellenére nem a Balaton-parton vagy a wellness-részben töltik az idejüket, hanem az előadóteremben ülnek és hallgatják a nagyszerű előadókat. Büszkék

vagyunk arra, hogy bár ez a területen dolgozó gyermekorvosoknak szervezett konferencia, az előadók a klinikák és a kórházak vezető szakemberei, akik megtisztelték részvételükkel a rendezvényünket.

DR. NÁDASDI ANDREA

Forrás: Gyermekorvos Továbbképzés







Tagozat és Tanács

Mit végeztünk?



Egy éve alakult meg a Szakmai Kollégium Gyermekalapellátás Tanácsa. A területi gyermekellátás életében nagy eredmény ez, hiszen a Szakmai Kollégiumon belül a többi szakterülethez hasonló elismertséget kapott. Ebből az alkalmából beszélgetünk dr. Muzsai Gézával, a tanács elnökével.

Hány tagot számlál és kikből áll a Gyermekalapellátás Tanácsa?

Eredetileg 15 tagból állt, képviseltetve vannak 4-4 taggal a házi gyermekorvosok, az iskolaorvosok, a védőnők, van köztünk az MGYT delegáltjaként egy osztályvezető főorvos és egy vegyes praxisú háziorvos is. Két tagunk – a vegyes praxisok és az iskola-egészségügy képviselője – időközben lemondott, helyük betöltése a jelölő szervezetek részéről folyamatban van. A Tanács munkája természetesen nem egyszerű, hiszen a tagok helyzetükből eredően nem mindenben értenek egyet, noha mindegyikük érdekelt a gyermekellátás javításában. Ennek ellenére sokszor sikerült konszenzussal egyhangú határozatokat hozni.

Hogyan működik a Gyermekalapellátás Tagozat és Tanács?

A tanács határozatokat hozhat különböző témákban, melyeket a 3 tagú tagozatnak

továbbít. A tagozat elnöke dr. Kovács Julianna, tagjai: dr. Mezei Éva az iskolaorvos és Csordás Ágnes a védőnői hálózat képviselője. Az állásfoglalások kidolgozásában a tagozat tanácskozási joggal aktívan részt vesz, és véleményezés után köteles továbbítani a tanács határozatait a miniszternek. Mi tehát javaslatokat tehetünk, a többi már a döntéshozók kezében van.

Milyen gyakran tanácskoztok?

2011. május végén alakultunk meg. Az első ülésen megválasztottuk a tisztségviselőket, és meghatároztuk a legfontosabb feladatokat. Az elmúlt évben és idén is három-három alkalommal üléstünk. A tanácsülések között történik a megtárgyalandó anyagok előkészítése, hogy az ülésen lehetőleg már csak apró módosításokra kerüljön sor. Rendszeresen kapok felkérést a minisztérium, illetve a tagozat részéről különféle témák véleményezésére. Legutóbb a diabétesz témakörében született meg több tagozat és tanács közös javaslata, melyben tanácsunk tagja dr. Békefi Dezső is aktív szerepet vállalt.

Miről születtek határozatok?

Nagyon sokat foglalkoztunk az iskola-egészségügyi témákkal. Célunk a párhuzamosságok megszüntetése, a dokumentáció egyszerűsítése, a kizárólag számítógépes adatrögzítés bevezetése. Lehetővé kell tenni azt is, hogy az adatokhoz a gyermek ellátásában közreműködő valamennyi résztvevő hozzáférhessen. Így elkerülhetők a feleslegesen megismételt vizsgálatok, pénz és idő takarítható meg, és a gyermekeink ellátása is hatékonyabbá válik.

Ennek érdekében a házi gyermekorvosok és védőnők együttesen támogatják, hogy az általános iskola alsó tagozatában csak védőnői szűrés legyen, és az orvosi szűrővizsgálatok a házi gyermekorvosi, illetve háziorvosi praxisokban történjenek. Javasoljuk, hogy a védőnői és a házi gyermekorvosi, ill. háziorvosi hálózat az eredményekről tájékoztassa egymást. Így a szűrővizsgálatokból gyermek továbbra sem maradhat ki. A tapasztalatok birtokában a szűrővizsgálati rendszer további módosítására, a párhuzamos szűrések megszüntetésére az általános iskola felső tagozatára

ra való kiterjesztésére a későbbiekben vissza kell térni.

Határozat született arról is, hogy gyermeket a nap 24 órájában gyermekorvos lásson el. Erről az előző ciklusban már a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium is határozott. Ez a megfelelő orvosi ellátás esélyegyenlősége szempontjából az egész ország területén megoldandó probléma, hiszen nem lehet elsőrendű és másodrendű állampolgár az egészségügy területén sem.

Szívügyem a Győri Háziorvosok Ügyelete Nonprofit Kft. vezetőjeként szerzett tapasztalataim alapján az ügyeleti ellátás gondjainak országos megoldása is. Az ügyelet szervezésének és az ügyeletet ellátó orvos képzettségének feltételeiről is részletes határozatok születtek.

Határozatot hoztunk továbbá a házi gyermekorvosi rendelő minimumfeltételeiről, az indikátorokról, a finanszírozásról és a továbbképzésekről. Megvitattuk és elfogadtuk Huszár András összefoglalóját a primer területi gyermekorvosi ellátás utánpótlásának kérdésköréről.

Hol tartjátok a megbeszéléseket?

Általában a minisztérium épületében üléstünk, de legutóbb kihelyezett ülést tartottunk egy példaértékűen felújított budapesti gyermekrendelőben a rákospalotai Zsóka utcában. A rendelő megtekintését követően a házi gyermekorvosi kompetencialista módosításait vitattuk meg.

Van-e kapcsolat a Szakmai Kollégium Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Tanácsával?

A közelmúltban kezdeményeztem a szorosabb együttműködést dr. Tulassay Tivadar professzorral és az általa vezetett Tanáccsal. A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Tanács biztosította szakmai, tudományos háttérre ugyanis elengedhetetlenül szükségünk van. Egyezik az álláspontunk abban is, hogy a gyermekgyógyászat problémáinak megoldása közös erőfeszítést igényel. Megállapodtunk, hogy a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Tanács ülésein rendszeresen találkozunk, és megbeszéljük közös problémáinkat.





A zsírfogyasztás alapszabályai

A zsírok táplálkozásunkban az íz kialakítás mellett többek között energiaforrásként, vitaminok hasznosításában valamint esszenciális zsírsavak forrásaként fontosak. Ha egészségesen szeretnénk élni, akkor ismernünk kell a szervezetünk számára hasznos és ártalmas zsírokat

A zsírsavak hosszabb-rövidebb szénláncú vegyületek. A telítetlen zsírsavak elnevezése attól függ, hogy a láncvégi metilcsoporthoz viszonyítva az első telítetlen kettős kötés hányadik szénatomnál található. Ez alapján kapták az elnevezésüket az n-6, n-3, vagy más néven ómega-6 és ómega-3 zsírsavak is. A telítetlen zsírsavak lehetnek egyszerűen és többszörösen telítetlenek. Az esszenciális vagy részben esszenciális zsírsavakra szükségünk van, de testünk ezeket nem, vagy csak elégtelen mennyiségben képes előállítani. Esszenciális zsírsavaknak tekintjük a többszörösen telítetlen zsírsavak közül a linolsavat (ómega-6) és az alfa-linolénsavat (ómega-3), valamint gyakran ezek közé sorolják a nagyobb mennyiségben főleg tengeri halakban előforduló eikozapentaénsavat és dokozahexaénsavat is, melyek szintézise nem mindig fedezi szükségleteinket.

A fő étrendi hiba a modern táplálkozásban az, hogy túl sok zsiradékot fogyasztunk, ráadásul kedvezőtlen arányban! Bár javasolt, hogy az energiabevitel 25-30%-át ne haladja meg a zsírfogyasztás, ezt a modern étrend általában jelentősen túllépi. Ajánlott az is, hogy az összes zsír harmadánál ne legyen nagyobb a telített zsírok aránya az étrendben, ám ezt is kevesen valósítják meg sikeresen. A telítetlen zsírsavak aránya is kedvezőtlen: ma döntően az ómega-6 zsírsav források dominálnak étrendünkben míg az óme-

ga-3 zsírsav fogyasztásunk túlzottan alacsony. Az ómega-6:ómega-3 zsírsavak optimális aránya a friss kutatások szerint 1:1-5:1 körül lehet, de mai táplálkozásunkban az n-6:n-3 arány akár 16:1-20:1 is lehet. Az n-3 zsírsavakból olyan anyagok (tromboxánok és prosztaglandinok) keletkeznek, melyek gátolják a vérlemezkék összecsapódását és így a trombózis kialakulását, valamint mérsékelhetik a szívritmuszavarok és a szívinfarktus veszélyét is. A kedvezőtlen n-6:n-3 arány hozzájárulhat más egészségügyi probléma megjelenéséhez is, így a daganatos megbetegedésekhez, vagy a diabéteszhez.

Fokozzák a problémát az élelmiszergyártás során képződő különösen ártalmas transz zsírsavak, melyekben a nyugati étrend túlzottan gazdag. Ezekre egyáltalán nincs szüksége szervezetünknek, a megengedhető mennyiségük az étrendben <1 en%. Természetes formában transz-zsírsavakat a kérődzők húsa és teje is tartalmaz kis mennyiségben (az emésztőrendszerükben található mikroorganizmusok állítják ezt elő), de ezek negatív hatása az egészségre nem igazolt. A hidrogénezett, telítetlen zsírsav tartalmú olajokból iparilag előállított zsiradék transz-zsírsav tartalma magas - ezek a vegyületek az olajok hidrogénnel történő keményítése során jönnek létre. Általában viszonylag magas a transz zsírsav tartalma a chipseknek, mélyhűtött pizzáknak, gyorséttermi sültbur-

gonyának, cukrász süteményeknek. Tévhit azonban az, hogy a margarinok sok transz-zsírsavat tartalmaznak. A ma kapható jó minőségű csészés margarinokba kerülő növényi olajokat nem hidrogénezik, helyette kemény, a természetben előforduló növényi zsírokat (pl. kókuszszír, pálmazsír) használnak fel a kenhető állag elérése érdekében.

Összefoglalva: a zsírok fő forrásai étrendünkben az olajos magvak és az ezekből kivont olajok, továbbá a zsíros húsok, az étkezési zsír, a tejtermékek, közülük is különösen a vaj, tejszín, tejföl. Ha tudatosabban szeretnénk táplálkozni, akkor fontos az olívaolaj, és különböző ómega-3 zsírsavakban gazdag magolajok (kender-, lenmag-, dió- stb. olajok, kevert étolajok) fogyasztása, a csökkentett zsirtartalmú („light”) illetve kedvező zsírsav-összetételű margarinok előnyben részesítése a hagyományos vajjal, zsírral, tejföllel, tejszínnel szemben. A magas transz-zsírsav tartalmú élelmiszereket is kerüljük!

Szerző: Tihanyi András, dietetikus



Lyme borreliosis – klinikai és laboratóriumi diagnosztika

Lakos András
Kullancsbetegségek Ambulanciája, Budapest
alakos@kullancs.hu



A Lyme borreliosis (Lb) vagy a klinikai tünetek, vagy a szerológiai vizsgálatok alapján lehet diagnosztizálni. Néhány könnyen megjegyezhető útmutatással szeretném segíteni a kollégák munkáját, hiszen a betegség gyakori, minden orvos találkozik vele, és már itt vagyunk a szezon kellős közepén.

KLINIKAI DIAGNÓZIS

Erythema migrans (EM) esetén a diagnózis viszonylag egyszerű, de be kell tartani néhány szabályt, hogy a tévedés lehetőségét minimalizáljuk. Többnyire a kullancscsípés helyén keletkezik; a széli részén lassan növekvő, ovális alakú bőrpír. Átmérője napon-ta átlagosan 0,5–1 cm-t növekszik, hetek-hónapok múlva akár 1 m is lehet. A bőrpír legalább egy hétig, esetenként hónapokig is megmarad, de előbb-utóbb magától is eltűnik. A kullancscsípést az EM-os betegek 70%-a veszi csak észre. Az EM gyakran céltáblaszerű: közepén lilás, a szélén piros, a kettő között, pedig halvány, vagy épp egészségesnek látszó bőrterület mutatkozik (1. ábra).

A hajlatokban kezdődő EM kezdetben csíkszerű (2. ábra). Az EM kezdetben homogén (3. ábra), és többnyire csak napok, hetek múlva (akkor sem mindig, 4. ábra) ölt céltáblaszerű rajzolatot. Az 5 cm-nél

kisebb és céltáblaszerű erythema sohasem EM (5. ábra).

Az EM a nagyobb gyermekeken és felnőtteken, az alsó végtagokon egész területében bevezetett, vagy vérzésekkel tarkított lehet. Gyermekeknél gyakori a fejen, a fül mögött a kullancscsípés, ahol csak ritkán fedezik fel. A fül mögötti centrummal induló EM általában igen halvány bőrpírral jár, lehet homogén, de rendszerint csak egy nagyjából függőleges (cranio-caudalis irányban húzódó), ujjnyi széles csíkot látunk a fül előtt, ami napok-hetek alatt vándorol előre az orr vonaláig, amikor is általában eltűnik (6. ábra).

Fájdalmat szinte sohasem okoz, viszketni is csak minimális mértékben szokott. Előfordul, hogy komoly fáradékonysággal, fej-, ízületi vagy izomfájdalmakkal jár. A látványon kívül azonban többnyire semmi más panasz sem kíséri.

A multiplex EM viszonylag ritka, saját adatbázisunkban 6,7%-ban fordult elő. Ilyenkor a csípéstől távoli területeken is, tipikusan 3–5 foltot látunk, ritkán 10-nél több elváltozás is előfordulhat. A multiplex EM morfológiája változatos, a foltok többnyire homogének (tehát nem kokárda szerkezetűek) és gyakran a bőrjelenségek átmérője is csak 2–4 cm, de előfordul a primer EM-szal egyező céltáblaszerű, akár 20–30 cm-es átmérőjű folt is (7. ábra).

A multiplex EM diagnózisát segíti, hogy ilyenkor – ellentétben a szoliter EM-szal – csaknem mindig extrém szintű, IgM osztályú szeropozitivitást találunk. A Lb kezdődhet a későbbi formák valamelyikével, de ezek követhetik a kezeletlenül hagyott EM-t is. A nemzetközi ajánlások általában csak a fokozatos növekedést és az 5 cm-es minimális átmérőt tekintik kritériumnak. Ezeket a feltételeket azonban sok egyéb bőrtünet is teljesíti. Morphea, tinea, Schamberg-purpura, granuloma anulare, erythema nodosum, allergiás reakció magára a kullancsra és a nyálában lévő összetevőkre egyes esetekben teljesítheti ennek az esetmeghatározásnak a kritériumait. Elkülönbítjük a felismert kullancscsípés után megjelenő erythemát a csípés felismerésének hiányában mutatkozótól. Kul-

lancscsípés hiányában az eredeti ajánlásokhoz képest nagyobb (8 cm) átmérőjű folt és hosszabb idő, legalább 5 napos fennállás szükséges az EM diagnózisának a kimondásához. A Lb lassan progrediáló kórkép, nem a gyors, hanem a biztos diagnózisra kell törekedni. Egyetlen kivétel van. Az arcon keletkező EM rövid időn belül okozhat perifériás arcidegbénulást. Ilyenkor a kezeléssel nem szabad késlekedni. A fülkagylón jelentkező Borrelia lymphocytomát (8. ábra) sokkal ritkábban követi arcidegbénulás.

Az arcidegbénulás Borrelia-eredetét többnyire a szerológiai vizsgálatok alapján lehet igazolni. A korai esetekben – mint amilyen a facialis paresis – a lelet azonban még lehet álnegatív. A korai fertőzések igazolására használt IgM-reakciók viszont gyakran álpozitívák (vagyis a teszt hibája okozza a pozitivitást). Ezért sem a pozitív, sem a negatív IgM-leletben nem lehet megbízni. A klinikum azonban segíthet: amennyiben a fül mögött, a nyakon, vagy az arcon felismert kullancscsípést 2 hónapon belül követi a bénulás, akkor a Borrelia-etiológia igazolt. Az egy napon túl, de 3 héten belül kétoldalivá váló arcidegbénulás mindig, a 6 hónapnál hosszabb idő után recidiváló facialis paresis viszont sohasem Borrelia-fertőzés következménye. Amennyiben serosus (lymphocytás, klinikai tünetekkel alig járó) meningitis is kíséri a bénulást, a Lyme-betegség klinikailag igazoltnak tekinthető.

SZEROLÓGIAI DIAGNÓZIS

A vizsgálatok immunválaszt mutatnak ki, emiatt a korábban lezajlott, és azóta gyógyult fertőzés emléke is pozitivitással jár. Ezen a hibán túl, a tesztek többsége nincs beállítva, szenzitivitásukat és specificitásukat nem vizsgálták. A rövid ideje fennálló fertőzésekben az előbb vázolt okokból szinte használhatatlanok. Ennek kiküszöbölésére fejlesztettük ki a Kullancsbetegségek Ambulanciáján a COMPASS-t (comparative immunoblot assay = összehasonlító Western blot vizsgálat). Ez egy savópár-vizsgálat, ahol az első tünetek megjelenésekor vett, és fagyasztva tárolt vérmintát,

egy későbbi időben vett 2. vérmintával párhuzamosan újra vizsgáljuk. Ilyenkor már nem a pozitivitás/negativitás, hanem a progresszió vagy annak a hiánya a kérdés. Azért kell a vizsgálatot párhuzamosan végezni, mert az eljárás belső hibája kiküszöbölhetetlen, mértéke meghaladhatja azt a változást, amit rövid időn belül egyáltalán várhatunk. A COMPASS viszont gyakorlatilag tévedhetetlen (9. ábra). Arcidegbénulás *Borrelia*-eredete is többnyire csak COMPASS segítségével tisztázható.

TERÁPIA

A *Lb* gyógyítását ne engedjük át a bőrgyógyászatnak! Ez egy fertőzés, aminek ugyan gyakran van bőrtünete, de attól még nem bőrgyógyászati kórkép. A bizonytalan esetekben kérjük ki specialista véleményét! Még nagyobb gyermekeknek se adjunk doxycyclint! A doxycyclin bakteriosztatikus antibiotikum, ami csak leállítja a kórokozók szaporodását, elpusztításukat a szervezetre hagyja. Emiatt hosszabb kezelés indokolt, bár az ajánlások között igen nagy az

eltérés. A gyógyszer fényérzékenyítő hatása miatt nyáron adni kellemetlen következményekkel jár. Maripent csak addig adtunk, amíg nem állt rendelkezésre amoxicillin. Ez utóbbi olcsóbb, hatékonyabb, jobban szívódik fel, lassabban bomlik le. Adagja 50 mg/kg/nap, 8 óránként kell adagolni. Makrolidét csak penicillinallergia esetén adjunk, akkor is csak az azithromycin jön szóba. A cefuroxim hatékony, de viszonylag drága, a szirupját a legtöbb kisdéd nem fogadja el.

1. ábra Jellegzetesnek tartott, céltáblaszerű EM.



2. ábra A térdhajlatban kezdődő EM kezdetben kissé duzzadt, csíkszerű lehet, nincs céltáblaszerű rajzolat.



3. ábra Kisméretű, homogén erythema migrans



4. ábra Nagy kiterjedésű homogén erythema migrans



5. ábra Szúnyogcsípés nyomán kialakuló, céltáblaszerű erythema. Gyakorta tévesztik össze EM-szal.



6. ábra A fül körül kialakuló EM a gyermekkorra jellemző. A többnyire fel nem ismert, fül mögötti kullancscsípés után az arcon egy cranio-caudalis irányban húzódó csík kúszik lassan az orr felé. A felvétel különlegessége, hogy kivehető, valójában itt is egy kör alakú píról van szó, amit a dúsabb hajzat egyébként eltakar. Kialakulóban a Borrelia lymphocytoma.



7. ábra Multiplex EM. A felvétel különlegessége, hogy az arcon a megalerythemához hasonló, pillangószerű pír látható.



8. ábra Borrelia lymphocytoma



9. ábra Egyértelmű szeroprogresszió klinikai tüneteket nem okozó kullancscsípés után (Western blot, IgG). Az A és a B, 1 hónappal későbbi mintavétele között egy hónap telt el. A Borrelia-fertőzés a tünetmentesség ellenére igazolt, antibiotikum adása indokolt. A nyílak az egyes Borrelia-fehéréjéssel szembeni immunválaszt mutatják.



MAGYAR GYERMEKORVOSOK TÁRSASÁGA 2012. ÉVI NAGYGYŰLÉSE

2012. szeptember 6–8.
Tapolca, Hotel Pelion

Információ: <http://gyermekorvostarsasag.hu/>



The 4th Congress of the EUROPEAN ACADEMY OF PAEDIATRIC SOCIETIES

EAPS

October 5-9, 2012 Istanbul, Turkey

Információ: <http://www2.kenes.com/paediatrics>

IBCLC-képzés

- Mitől lehet fájdalmas a szoptatás, és hogyan segíthetünk ezen?
- Szophat-e a csecsemő, ha édesanyja lázas, beteg, mellgyulladásra van?
- Hogyan és honnan állapítható meg egy gyógyszerről, hogy szedhető-e szoptatás alatt?
- Hogyan számíthatjuk ki, mennyi jut belőle az anyatej közvetítésével a csecsemő szervezetébe?
- Mit lehet tenni a tejmenyiség növelése érdekében?
- Hogyan támogatják az anyatej összetevői a csecsemő egészséges fejlődését, gyógyulását?
- Mi a teendő akkor, ha nem gyarapodik a várákosoknak megfelelően a csecsemő?
- Mi indokolja a kizárólagos szoptatást, hosszú távú szoptatást?
- Hogyan támogathatjuk leghatékonyabban az édesanyát abban az elhatározásban, hogy szoptatni szeretné gyermekét?
- Milyen alternatívákat kínálhatunk fel azoknak az édesanyáknak, akik csak részben táplálják anyatejjel gyermeküket?

Mélyítse el tudását egy mindennapos, ugyanakkor nagyon is speciális területen,
a Laktációs Szaktanácsadó szakirányú továbbképzésen, a Semmelweis Egyetemen!

A legújabb szakirodalmi adatok alapján álló, gyakorlatorientált oktatás.

Hallgatóink a képzés végén nemzetközi követelmények alapján nemzetközi vizsgát is tesznek,
és jogosultak lesznek az IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) cím viselésére.

Bővebb információ a jelentkezés feltételeiről, a képzésről, a laktációs szaktanácsadók munkájáról
az alábbi honlapokon található.

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Mentálhigiéné Intézet: www.mental.usn.hu
Szoptatásért Magyar Egyesület: www.szoptatasert.hu
Laktációs Szaktanácsadók Magyarországi Csoportja: www.ibclc.hu



Hová jutottunk?

A New England Journal of Medicine (NEJM) 2012. áprilisi száma – az újság fennállásának kétszázadik évfordulója alkalmából – cikket közöl a gyermekgyógyászat eddig elért eredményeiről. A „gyermekgyógyászat” és a „gyermekorvos” szavakat szakmai cikkben először a XIX. század elején használta Sir William Osler. Ebben hívta fel a figyelmet arra, hogy a gyermekgyógyászat az orvosi ténykedés speciális területe és a gyermekek gyógyítása erre kiképzett szakembert igényel. Az azóta eltelt időszakot a cikk szerzője négy nagyobb korszakra osztja fel. E periódusokat a különböző fertőző betegségek elleni küzdelem eredményei jellemzik leginkább, hiszen ezek jelenleg is a gyermekkori halálozás legfőbb okai.

1812–1880 VEDD ÉSZRE!

A gyermekek korai halálát az addig eltelt évszázadok során az emberek mint elkerülhetlent vették tudomásul. Függetlenül attól, hogy szegények vagy gazdagok voltak, a megszületett gyermekek csak mintegy fele érte meg a felnőttkort. A kiterjedt járványok (pestis, himlő, diftéria, kolera, kanyaró stb.) miatt a halálozás a felnőtt-populációban is igen nagy volt, és ezért a gyermekkori halálozás magas volta szinte fel sem tűnt. Azt, hogy a gyermekek, főként az öt éven aluliak különösen veszélyeztetettek, csak az 1730-as években lezajlott diftériajárvány során vették észre, ebben a járványban az áldozatok 80%-a volt kisgyermek. A gyermek halálát sokszor szinte megkönnyebbülten vették tudomásul, hiszen megszabadult a földi szenvedéstől. Az emberek attitűdje az idők folyamán azonban változni kezdett, felismerték, hogy bizonyos – főleg higiénias – rendszabályok bevezetésével a gyermekhalandóság csökkenthető, és ennek egyre nagyobb fontosságot tulajdonítottak.

1881–1930 JAVÍTS RAJTA!

A reformok lassan elindultak, az emberek egyre inkább úgy tekintettek a gyermekekre, mint akik fokozott védelmet igényelnek. Ennek kiemelkedő jelentőségű fejleménye az első gyermekkórházak alapítása volt. Az

első amerikai gyermekkórházakat Philadelphiában (1855), Bostonban (1869), majd Cincinnatiában (1887) alapították. A gyógyításon kívül a kórházak célul tűzték ki a gyermekbetegségek tanulmányozását is. Ezzel az új szemléletmóddal összekapcsolódott a gyermekmunka korlátok közé szorítása és az iskoláztatás fontosságának felismerése is. A francia törvénykezés már a tizenkilencedik század elején szabályozta, hogy a fiúk 13, a lányok 14 éves koruk előtt csak napi 6 órában dolgoztathatók, és sürgette kötelező iskolai oktatásukat is. Az időszak legfontosabb fejleménye azonban a gyermekkori hasmenés („cholera infantum”) elleni küzdelem elindítása volt, amely akkoriban a gyermekek 15–20%-ának haláláért volt felelős. A szoptatás ugyanis ebben az időben erősen háttérbe szorult, hiszen az ipari forradalom következtében az asszonyok nagy része a szülés után azonnal munkába állt a gyárakban, és a csecsemőket anyatej helyett sokszor szennyezett vízzel hígított tejjel táplálták. Abraham Jacobi, egy New York-i gyermekgyógyász hívta fel a figyelmet a tej pasztórizálásának fontosságára, amelyet aztán hamarosan be is vezettek. Ennek ellenére a csecsemőhalálozás nem csökkent, egészen addig, amíg kampány nem indult a szoptatás, az otthoni higiénias rendszabályok és a csecsemőápolás helyes módjának terjesztésére. Ennek eredményeképpen New Yorkban a csecsemőhalandóság a huszadik század első évtizedeiben 144,4 ezrelékről 88,8 ezrelékre csökkent, még az olyan rettegett betegség, mint a diftéria halálozási mutatói is jelentősen visszaszorultak.

1931–1980 ELŐZD MEG!

A higiénias rendszabályok bevezetésével ugyan jelentős eredményeket értek el, de a továbblépéshez paradigmaváltásra volt szükség, ez pedig a prevenció szükségességének felismerése volt. Az immunitás felfedezésének és a vakcinák kidolgozásának köszönhető, hogy számos fertőző betegség a fejlett világban mára eltűnt. Von Behring 1913-ban a NEJM hasábjain számolt be először sikeres diftéria elleni vakcinációról, majd gyors egymásutánban

előbb a szamárköhögés, a negyvenes években a kombinált diftéria-pertussis-tetanus, majd az ötvenes években a poliomyelitis elleni vakcina megjelenése jelentett áttörést. A hatalmas sikerek ellenére a huszadik század közepén még mindig rengeteg gyermek halt meg fertőző betegségben, a kanyaró okozta halálozás kétszer olyan magas volt, mint a polio okozta. 1960-ban jelent meg az első cikk a kanyaró elleni védőoltásról, 1971-ben a kombinált kanyaró-rubeola-mumpsz vakcina is bevezetésre került. A legnagyobb diadal ebben az időszakban a himlő teljes eradikációja volt. A kötelező vakcinációk bevezetése először mindenütt jelentős ellenállásba ütközött, míg Nagy-Britanniában már 1853-tól kezdve minden fiatal csecsemőt beoltottak himlő ellen, az Egyesült Államokban erre csak ötven évvel később került sor. 1967-ben, amikor a WHO meghirdette a himlő teljes kiirtását, még 131 000 új esetet jelentettek világszerte, de a becsült szám ennél jóval magasabb volt, évi 10–15 millió eset, 15–20%-os halálozással. Mindössze 13 év alatt, 1980-ra az utolsó himlős megbetegedés is eltűnt, és csak remélhetjük, hogy hamarosan más betegségek, mint a polio vagy a malária is erre a sorsra jutnak.

1981–2012 TERJESZD EL!

Míg a fejlett világban elért eredmények rendkívüliek, nem ugyanez a helyzet a fejlődő világban. Az öt éven aluli gyermekek halálozásának legfőbb oka ott még mindig a hasmenés és a pneumónia, amelyek évente egyenként is egy-egy milliónál is több gyermek életét oltják ki. A hasmenés okozta halálozás világszerte ma is 15%-os, akkora, amekkora Massachusetts államban volt – 1873-ban. Sikerek persze a fejlődő világban is vannak, például az AIDS-es anyák ante- és intra-partum és a csecsemők post-partum zidovudine-kezelése a HIV anya-gyermek transzmisszióját 67,5%-kal csökkentette.

Persze sok még a megválaszolatlan kérdés és a megoldatlan feladat, a NEJM célja, hogy ezeket továbbra is a figyelem középpontjába állítsa és állandóan figyelmesse a társadalmat a gyermekek érdekeire.

Kártalanítás, felmondási idő...



Az alábbiakban arra teszünk kísérletet, hogy a HGYE jogsegélyszolgálatához az elmúlt évben érkezett kérdések alapján közreadjunk néhány, feltehetően közérdeklődésre számot tartó választ.

TEK ÉS PRAXISJOG

A problémakör azért is nagyon aktuális, mert a 2011. évi CLXXVI törvény módosította az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II törvényt, amelynek értelmében 2013. január 1-ig az új rendelkezésekhez kell igazítani a területi ellátási kötelezettségről kötött szerződéseket. A legfontosabb változásokat – a teljesség igénye nélkül – a következőkben foglaljuk össze:

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet értelmében területi ellátási kötelezettség (TEK): a külön jogszabály szerint az önkormányzat kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó (házi orvosi, házi gyermekorvosi, területi védőnői, fogászati ellátás) egészségügyi szolgáltatásoknak az a része, amelyet az önkormányzat, illetve saját intézménye vagy más szolgáltató útján biztosít;

A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet részletezi a TEK tartalmát, eszerint a házi orvos köteles ellátni az ellátási területén lakó, a külön jogszabályban foglaltak szerint hozzá bejelentkezett és az általa elfogadott biztosítottakat, valamint a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk

az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet. A területi ellátási kötelezettség azt is jelenti, hogy a házi orvos a területén lakótól (önkormányzat határozza meg) nem utasíthat vissza kártyát.

A működtetési jog helyébe a praxisjog lép, amelynek meghatározása: az egészségügyi államigazgatási szerv által az önálló orvosi tevékenység végző orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető.

FELADATELLÁTÁSI SZERZŐDÉS, KÁRTALANÍTÁS

A területi ellátási kötelezettséget rögzítő önkormányzattal kötött megbízási szerződések helyébe a feladatellátási szerződés lép, amelynek kötelező tartalma kibővült pl. a kártérítésre, kártalanításra vonatkozó rendelkezésekkel. Ezek alapján, hogy ha a körzetszűkítés miatt a házi orvost kár éri, úgy a települési önkormányzat kártalanítással tartozik, amelynek megállapításánál figyelembe kell venni a házi orvosi szolgáltató által a finanszírozása keretében kapott egyéves összeget. Tartalmaznia kell a szerződésnek a felek kötelezettségeinek meghatározását, ideértve a települési önkormányzatnak a fenntartáshoz történő hozzájárulására vonatkozó szabályokat.

A SZERZŐDÉSEK IDŐTARTAMA, FELMONDÁSI IDŐ, PRAXISKEZELŐ

A feladatellátási szerződés legrövidebb időtartama öt év, hat hónapnál rövidebb felmondási idő pedig nem határozható meg. Létrehozzák a praxiskezelő intézményt (OALI), a kormány pedig felhatalmazást kapott a praxisjogok, valamint az ezekre vonatkozó adásvételek regisztrációjához szükséges szabályok (313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet) meghozatalára és a megvásárolható praxisjogok közzétételére. 2015. december 31-i hatállyal megszüntetik a területi ellátási kötelezettség nélküli praxisokat.

KISKORÚAK SZÜLŐ NÉLKÜLI ELLÁTÁSA

Mi a teendő, ha a gyermek szülő nélkül, egyedül keresi fel a rendelőt? Mindekelőtt tisztázzuk, hogy az 1959. évi IV. törvény (Polgári Törvénykönyv) alapján kit

tekinthetünk kiskorúnak. Kiskorú, aki 18. életévét nem töltötte be, kivéve, ha házasságot kötött. A kiskorúak lehetnek cselekvőképtelenek (0 és 14 év között) és korlátozottan cselekvőképesek (14 és 18 év között). Ebből következik, hogy a házi gyermekorvosok praxisába tartozók jog szerint cselekvőképtelennek vagy korlátozottan cselekvőképeseznek tekintendők. Ebből az is következik, hogy azt kell feltételezni, hogy a betegség természetével kapcsolatos információkat, a terápiával kapcsolatos utasításokat nem érti, és nem tudja megvalósítani. Természetesen ez a feltételezés nem minden gyermekre feltétlenül igaz, de ezt nem lehetséges egyéni mérlegelés alapján eldönteni.

A kiskorúak szülői felügyeletét, amely magába foglalja a törvényes képviselőt is, a szülő(k) látják el, amennyiben a szülői felügyeleti jogot korlátozták (állami gondoskodás), akkor a szülői felügyeleti jogot a gyám látja el. Mindebből az következik, hogy a cselekvőképtelen kiskorú képviselőjében a szülő jár el, míg a korlátozottan cselekvőképese kiskorú nyilatkozatainak érvényességéhez a szülő beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása szükséges.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről kimondja, hogy a kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellett tartózkodjon. Ebből az következik, hogy a kiskorú vizsgálatánál a szülőnek (gondozónak) jelen kell lennie, ugyanakkor a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképese betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz.

Mégis, ha kiskorú (0 és 14 év közötti) vagy fiatalkorú (14 és 18 év közötti) gyermek egyedül érkezik a rendelőbe, nem lehet elbocsátani vizsgálat nélkül, mivel meg kell győződni arról, hogy nincs-e szükség azonnali beavatkozásra, illetve, hogy ennek elmaradásával állapotromlás nem következik-e be. A dokumentációban ajánlott rögzíteni, ha a gyermek vagy fiatal egyedül, törvényes képviselője nélkül jelent meg a rendelőben. Rögzíteni kell azt is, hogy a gyermeket az ellátó orvos visszarendelte a törvényes képviselőjével együtt. Célszerű erről a szülőt levélben tájékoztatni, ismételt esetben, a szülői reakció elmaradása esetén a gyermekjóléti szolgálat értesítését ajánljuk.

VERSENYEZHET, VAGY RÉSZT VEHET EGY SPORTESEMÉNYEN?

A 2004. évi I. törvény (sporttörvény) módosítását követően gyakorta felmerülő kérdés, hogy a házi gyermekorvos milyen esetben adhat ki igazolást a gyermek számára sportrendezvényeken való részvételhez.

A sporttörvény és a sportorvoslás szabályairól és a sportegészségügyi hálózatról szóló 215/2004. (VII. 13.) Korm. rendelet különbséget tesz hivatásos és amatőr (szabadidős) sportolók között. Hivatásos sportolók számára csak a sportorvosi szolgálat adhat versenyengedélyt. A rajtengedéllyel való indulás lehetősége ugyanakkor nem új intézménye a sportjogi szabályozásnak, az már évek óta bevett és a szövetségek egy része által jól alkalmazott feltétele a bajnokságban való indulásnak elsősorban azon sportágak esetén, ahol a sportági szakszövetség vagy sportszövetség a versenyrendszerét ún. „open” típusú bajnokságként szervezi, ahol a hivatásos és amatőr sportolók mellett szabadidős sportolók is részt vehetnek. Az ilyen típusú

versenyek sajátossága ugyanakkor, hogy a rajtengedéllyel való indulás lehetősége csak abban az esetben áll fenn, ha azt a szövetség a vonatkozó szabályzatában (versenyszabályzat) kifejezetten lehetővé teszi, és e feltétel teljesülése esetén is csak akkor, ha az a bajnokságban egy meghatározott versenyen (mérkőzésen) való indulásra biztosít jogosultságot.

A rajtengedély sajátossága tehát a versenyengedélyhez képest az, hogy az azzal induló sportoló csak a bajnokság egy meghatározott versenyen, mérkőzésen való indulásra szerez jogosultságot, ilyen igazolást amatőr sportoló számára a házi gyermekorvos kiadhat.

A SZÉKHELY ÉS TELEPHELY IGAZOLÁSA

A jövőben várhatóan sok problémát jelent majd a cégnyilvánosságról, a bírósági cégeljárásról és a végelszámolásról szóló 2006. évi V. törvény módosításának hatályba lépte.

E helyütt csak azt emelném ki, hogy a cég székhelye, telephelye és fióktelepe

olyan ingatlan lehet, amely a cég tulajdonát képezi, vagy amelynek használatára a cég jogosult. A cég a használat jogszerűségét igazolni köteles.

A módosítás hatálybalépését megelőzően bejegyzett azon cégek, amelyek elmulasztották a székhely-, telephely- és fióktelep-használat jogcímét igazoló okirat csatolását, a cégjegyzékben vezetett adataik első változásakor, ennek hiányában legkésőbb 2013. február 1. napjáig kötelesek azt a cégbíróságnak benyújtani. Illeték és közzétételi költségtérítés megfizetése nélkül lehet bejelenteni a cégbíróságnak azt a változást, amely kizárólag a jelen jogszabály-módosítással megállapított okiratok benyújtására, bejelentésére irányul. A törvény módosításával kapcsolatos kötelezettségek teljesítése érdekében javasoljuk, hogy kérjenek ügyvédi segítséget.

DR. ERDÉLYI ISTVÁN
JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT, HGYE

A fermentált tápszerek előállítása, kedvező élettani, mikrobiológiai és klinikai hatásai



A fermentált tápszerek előállítása során az adaptált tejet tejsav termelő baktériumokkal elegyítik. A tejsav termelő baktériumokra hasonló élettani tulajdonságok és közös anyagcsere utak jellemzők, annak ellenére, hogy a baktériumok különböző nemzetségeihez tartoznak. A tejsavbaktériumok Gram pozitív pálcák, amelyek a környezetükben található szénhidrátokból fermentációval nyernek energiát. Az alapanyagban található szénhidrátokat, főként a glukózt és a laktózt anaerob módon tejsavvá bontják, ezáltal a termék savanyúvá válik, pH-ja 4,5 alá csökken. A tejsavbaktériumok jól tolerálják a savas környezetet és annak ellenére, hogy anaerobok, képesek oxigén jelenlétében is növekedni.

A tápszerek alapanyagát legtöbbször *Bifidobacterium breve* és *Streptococcus thermophilus* baktériumokkal elegyítik. A fermentáció után a baktériumokat fizikai kezeléssel inaktíválják, a sterilizálás legtöbbször hőkezeléssel történik, de az eljárás során homogenizálással is roncsolják a baktériumokat. Tehát a fermentált tápszerek már nem tartalmaznak élő mikroorganizmusokat. Ebből következően az ilyen készítményekben megtalálhatóak a fermentációhoz alkalmazott baktériumok által termelt anyagcseretermékek (un. metabolom), de nincs bennük élő baktérium törzs.

Mai ismereteink szerint az inaktívált baktériumoknak is van probiotikus hatása. A probiotikus hatáshoz hozzájárul az is, hogy a tápszerekbe bekerülnek a baktérium egyes komponensei, így pl a baktériumfal egyes összetevői és bakteriális DNS fragmentumok is, amelyeknek fontos biológiai hatásai vannak. Ugyancsak nagy jelentősége van a tejsavbaktériumokból a tápszerbe kerülő jelentős mennyiségű laktáz enzimnek is. Nem véletlen, hogy az új definíció szerint az élő baktériumok, vagy a baktérium komponensek által kiváltott, az egészségre kedvező hatások összességét tekintik probiotikus jellegűnek¹.

A fermentáció során kialakuló probiotikus hatás nagy előnye, hogy az nem jelent a csecsemőknek semmiféle kockázatot, hiszen élő törzsek nem kerülnek a szervezetbe. A fermentációra használt *bifidobacterium breve* falanyagának fontos alkotó-

eleme a peptidoglyvan, in vitro vizsgálatokban képes volt a toll-like receptor 2 (TLR-2) aktivációja révén regulátor hatású dendritikus sejtek aktivációjára is, aminek fontos szerepe lehet az orális tolerancia kialakításában is².

A fermentáció következtében nagy mennyiségben termelődő tejsav csökkenti a széklet pH-ját. A fermentált formulákban megtalálhatóak az alkalmazott baktériumok enzimatis hatást kifejtő proteinjai, illetve azok peptid fragmentumai is. Mindezek az összetevők egyrészt elősegítik a bifidus flóra kialakulását, másrészt trofikus hatást fejtenek ki a bélnyálkahártyára és csökkentik annak permeabilitását³. *Bacillus breve*-vel fermentált tej szupernatansának fogyasztása felnőtt önkéntesekben is megemelte a széklet bifidobaktérium tartalmát, míg a clostridiumok száma jelentősen csökkent. Ez érthető, hiszen a bifidusflóra savanyú anyagcsere termékei és antibakteriális hatású bactericinjei gátolják a patogén baktériumok elszaporodását a bélfalóraban.

Fermentált tej szupernatansának fogyasztásakor hét napos kezelés után a széklet pH felnőtt önkéntesekben is kifejezetten alacsonyabbá vált³. A széklet pH csökkenését fermentált tápszerrel táplált érett újszülöttekben is megerősítették⁴. A permeabilitás csökkenését jelzi, hogy az intakt makromolekulák, pl. a tormaperoxidáz felszívódása állatkísérletes modellben sokkal alacsonyabb volt fermentált formulával történő táplálás esetén⁵. Így nem meglepő, hogy kontrolált, randomizált vizsgálatokban igazolást nyert az is, hogy fermentált tápszerek adása mellett csökken az akut hasmenések gyakorisága⁶. Amennyiben a hasmenés mégis kialakul, akkor annak a lefolyása sokkal enyhébb, mint a hagyományos tápszer kapó csecsemőkben.

A fermentált tápszerek fentiekben részletezett kedvező hatásai alapján érthető, hogy alkalmazásuk igen kedvező hatású csecsemőkori funkcionális gastrointestinalis kórképekben, így többek között székrekedés, haspuffadás és hasi fájdalom esetén, illetve ezen tünetek együttes előfordulásakor.

Irodalom

1. Salminen S, Ouwehand A, Berman B et al. Probiotics: how should they be defined? *Trends Food Sci Technol* 1999; 10, 107-110.
2. Hoarau C, Lagaraine C, Martin L et al. Supernatant of *Bifidobacterium breve* induces dendritic cell maturation, activation and survival through a toll-like receptor 2 pathway. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117, 696-702.
3. Romond MB, As A, Yazbeck A et al. Cell free wheys from bifidobacteria fermented milk exert a regulatory effect on the intestinal microflora of mice and human. *Anaerobe* 1997; 3, 137-143.
4. Indrio F, Lucio G, Masiere A. et al. Effect of a fermented formula on thymus size and siva ppi in healthy term infants. *Pediatr Res* 2007; 62, 98-100.
5. Menard J et al. Stimulation of immunity without activation of oral tolerance in mice fed with heat-treated fermented infant formula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43, 451-458.
6. ESPGHAN Committee on Nutrition. Fermented infant formulae without live bacteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 44, 392-397.

Elhiggyem? Ne higgyem?

Dr. Horváth Mária, házi gyermekorvos, Pécel

Kedves Olvasó! A tudományosság lát-szatát is elkerülve az alábbi tünő-désemet szeretném megosztani veled, ha van néhány perced.

Ádám 9 éves, jól szituált értelmiségi család 3. gyermeke, 2 nővérrel és egy húgával harmonikus családban nevelkedik. Szomatikus fejlődése korának megfelelő, komolyabb betegsége nem volt, éles eszű, jó tanuló, közösségbe jól beilleszkedő gyermek. A szülők apróbb dolgokkal nem szaladgálnak orvoshoz, ezeket tüneti kezeléssel megoldják. Ádám januárban jelentkezett a rendelőben makacs hasfájás miatt. Láza nem volt, az elején kis hasmenés és hányinger színezte a képet. Megvizsgálva kóros eltérést nem találtam, vizelet-gyors-teszt negatív. Néhány nap múlva visszajöttek, a hasfájás megmaradt, iskolába nem tudott menni, ha mégis elment, néhány óra múlva haza kellett hozni, nap mint nap a nagymamánál kötött ki. Visszatekintve a kártonján szeptembertől szinte havi rendszerességgel előfordult 1-2 napos hasi panasz, kis hasmenés. A gyerek rossz hangulatú volt, édesanyja ölében üldögélt, vizelete, státusza változatlanul negatívnak bizonyult. Kértem a szülőt a széklet megtekintésére, étkezési napló vezetésére és elkezdtük a kivizsgálást. Vérvkép, vesefunkció, májfunkció, TSH, Fe, vizelet eltérést nem mutatott, széklet bact. vírus, féregpete, giardia vizsg. negatív, coeliakia gyors-teszt, hasi UH szintén. A szülő mintha látott volna valami kis fehér dolgot a székletben, ezért a negatív lelet ellenére ex. juvantibus Vermox tablettát javasoltam. Férget nem ürített a gyermek, a naplóvezetés alapján étkezéssel kapcsolatol nem fedeztünk fel, a helyzet azonban nem változott, fájta a hasa, rosszkedvű volt és nem tudott iskolába menni. Egyik este a lakásukon felkeresve a családot azt láttam, hogy Ádám szótlánul fekszik a kanapén, a három lány pedig játszik, ez kifejezetten aggodalommal töltött el. Gasztroenterológia szakrendelésre előjegyeztettem, 2 hónap múlva kaptunk időpontot, a szülő türelme lassan elfogyott, az iskolai hiányzások ijesztően szaporodtak, bejelentkezett egy magánrendelésre. Úgy éreztem, nekem mint háziorvosnak kötelességem ezt a dolgot az állami ellátás keretein belül tartani, ezért sürgősséggel egy gyermekkórház belgyó-

gyászatára utaltam előzetes megbeszélés után. A szülők örömmel elfogadták a kórházi befekvést, hisz velem együtt nagyon aggódtak, az egész életüket felborította a panasz, nem beszélve az iskolai hiányzás-ról. Az 1 hetes kórházi kivizsgálás negatív eredménnyel zárult, lactose intoleranciát kizárták, EMA-vizsgálathoz a vért lefagyasztották, Helicobacter-vizsgálatra visz-szarendelték, és kérték, hogy menjen pszichológushoz. A pszichológus a hasfájást az első találkozás után pszichés eredetűnek véleményezte, de nem találták meg az édesanyával a közös hangot, ezért a szülő elzárkózott a további kezeléstől. Az édesanya a tanítónővel is beszélt, így vele együtt úgy gondolta, nem lehet lelki magyarázata a panasznak. Gasztroenterológus magánrendelésen látta, kifejezetten beteg benyomást tett rá is a gyerek, így a kórházban megkezdett kivizsgálás folytatását javasolta, az ő segítségével ugyanennek a gyerekkórháznak a gasztroenterológiai osztályára sürgősséggel befektettük. A beutalón felvettem a IBS lehetőségét, bár a leletei ezt a gyanút nem vetették fel, mégis azt gondoltam, az ezerarcú Crohn-betegség szóba jön. A 10 napos kivizsgálás alatt ismét gyarapítottuk a negatív leletek számát. Vérvkép, hasi UH, ideggyógyászat neg., oesophagus pH-mérés talán egy kis refluxot mutatott, savkötőt rendelt a gasztroenterológus. Kétszer látta pszichológus, egyszer az édesanya kíséretében, egyszer egyedül, az organikus eredet biztos kizárását kérte. Telefonon konzultáltam a kezelőorvossal, ő az endoszkópiához nem talált elegendő indikációt, de elmondta, hogy a gyerek ki sem jön a szobából, rosszkedvű, inkább pszichésnek véli mégis a hátteret. Rákérdeztem a giardiaantigén-kimutatás megbízhatóságára, a kollégánál ezt jónak véleményezte. Mondhatni dolga végezetlenül jött ki Ádám a kórházból, a hasa fájta, a szülők kiborultak. Körbevelelezték a család vidéken élő gyerekorvosait, egy gyermek-gasztroenterológus végig-nézte a leleteit és javasolta a Klion-kúrát, még a receptet is elpostázta a szülőknek. Közben felhívtam a székletet vizsgáló laborban egy kollégát, aki a giardiaantigén-kimutatásról már közel sem volt olyan jó véleménnyel, így aztán én is támogattam a Klion-kezelést. Biztos, ami biztos, a szülők egy másik jó nevű gyermek-gasztroente-

rológus magánrendelésére is bejelentkeztek, aki tejfehérje-érzékenységet állapított meg gyors-teszt segítségével. Már a Klion-kúra első része alatt is jól volt Ádám, néhány nap múlva elment iskolába, tudott újra mosolyogni és birkózni az édesapjával. Iskolai pótszűrősen találkoztunk – hisz természetesen az első szűrőről hiányzott –, a Klion második részét is beszedte, néha kis hasfájása még előfordul, de ez a napi tevékenységét nem akadályozza, a korábban szótlán, mimikátlán, kedvetlen gyerek ismét olyan, mint a betegsége előtt.

Fiatalorvos-koromban azt tanultam, hogy ne higgyek a negatív széklet féregpete- és giardia-vizsgálatoknak, így a hasfájós gyerekek a részletes kivizsgálás előtt ex juvantibus Vermoxot, és ha maradt a panasz, Kliont kaptak 2x5 napig, közte 10 nap szünettel. Ezt így is csináltam hosszú éveken keresztül, sok hasfájás rendeződött pillanatok alatt. Aztán jött a Helicobacter, akkor a gasztroenterológusok azt az álláspontot képviselték, hogy a Klion-monoterápia jelentősen rontja a Helicobacter-eradicáció esélyét, tehát nem ajánlották, csak pozitív lelet esetén. Azóta már abban sem vagyunk olyan biztosak, hogy egyáltalán kell-e eradikálni minden esetben a Helicobacter pylorit, de ez már egy másik történet.

Számomra sok tanulságot hozott Ádám története.

1. Vannak régi, jól bevált terápiás utak, amelyek sokéves tapasztalat után alakultak ki, ezeket nem szégyen ma sem alkalmazni, sőt, mint a jelen eset bizonyítja nagyon is indokolt, hisz a kezelés kockázata csekély.
2. A modern diagnosztika sokat segít, de nem mindig, semmiképp nem szabad feltétel nélkül elfogadni az eredményt. Lehet, hogy korszerűbb a vizsgálat, biztosan sokkal drágább, de kérdés, hogy sokkal pontosabb-e? A címben felvetett kérdésre a válasz, jelen esetben jobb lett volna, ha nem hiszem el a negatív eredményt.
3. Manapság mindig a pénzről beszélünk, állandóan spórolni akarunk, miközben ezerszer többet költünk el a vizsgálatokra illetve azok ismétlésére.
4. Örök szabály, a gyakoribb betegség felől haladunk a ritkább felé.

5. A legfontosabb tanulság azonban az, hogy rengeteg kintől tudtam volna Ádámot megkímélni, ha a negatív giardia-lelet ellenére a kórházi kivizsgálás előtt megcsináltam volna a Klion-kúrát, ahogy tettem volna ezt 20 évvel ezelőtt. Igaz ugyan, hogy a pszichés problémák szomatikus panaszokat okozhatnak, de legalább ennyire igaz, hogy minden krónikus fájdalom felőrli az

idegrendszert és előbb-utóbb pszichés betegség gyanúját kelti. Mielőtt a pszichoszomatikus hátteret elfogadjuk, a lehető legnagyobb gondossággal ki kell zárni az organikus eredetet.

30 éve dolgozom házi gyermekorvosként, a napi gyakorlat mellett csupán kétszer fordult velem elő, hogy gondolataimat, tapasztalatomat meg akartam osztani má-

sokkal, a nyolcvanas évek közepén egy megyei kongresszuson tartottam előadást a Giardiasis ex juv. Klion-kezeléséről, és egyszer írtam egy cikket a Gyermekgyógyaszatban egy Parvovirus-járványról. Most mégis tollat ragadtam, mivel a történetet nagy kudarcként éltem meg, sok lelkiismereti problémát jelentett számomra, és úgy gondoltam, hogy aki elolvassa, tanul belőle.

Lyukak a védőhálón

Magyarországon a Gyermejjóléti Szolgálatok összesített adatai alapján évente kb. 200 000 veszélyeztetett gyermeket tartanak nyilván. Az alábbi számsor szerint 2006–2010-ig valamelyest csökkenés látható, ez azonban a csökkenő születésszám miatt csak látszólagos. 2011-ben sajnos ismét emelkedés tapasztalható.

Veszélyeztetett gyermekek száma

2006	209 895
2007	204 449
2008	197 450
2009	197 375
2010	192 052
2011	201 386

(Forrás: Gyermejjóléti szolgálatok éves jelentései)

A HAZAI GYERMEKPOPULÁCIÓ 10%-A VESZÉLYEZTETETT

A veszélyeztetett gyermekek arányának régiókénti megoszlása párhuzamba állítható az adott terület gazdasági állapotával, fejlettségével. Ezt a tényt mi gyermekorvosok napi tapasztalataink alapján is megérősíthetjük.

A veszélyeztetettségnek számos oka van, de egy-egy gyermek több szempontból is lehet érintett.

A veszélyeztetett gyermekek 10%-a szenved bántalmazás vagy elhanyagolás miatt, 8% esetében pedig oktatási-nevelési elhanyagolás okoz hátrányokat.

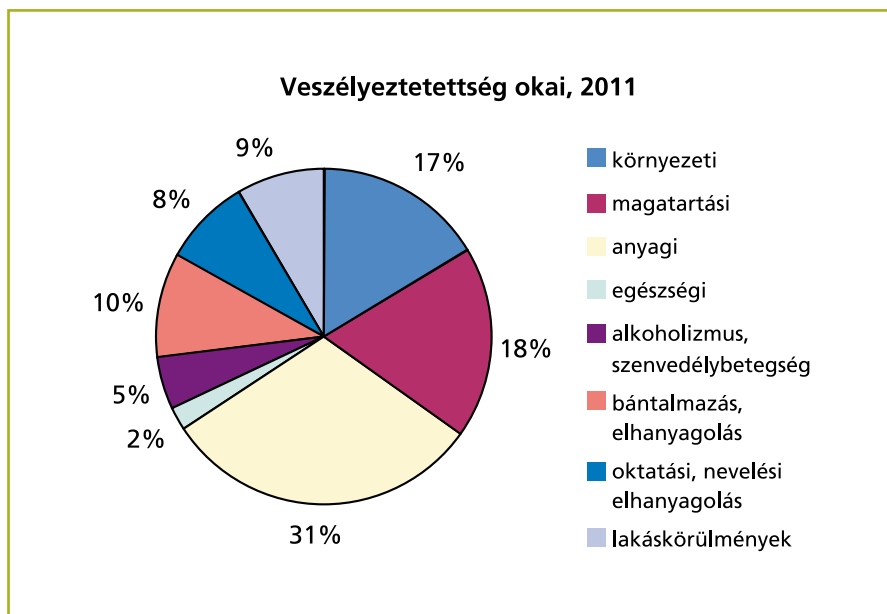
A legfrissebb adatok szerint 2011-ben 2021 gyermek szenvedett fizikai, 4445

pedig érzelmi bántalmazástól. Szexuális abúzust 233 gyermeknek kellett elviselnie. Fizikai elhanyagolás 13 328, érzelmi elhanyagolás 10 245 gyermeket érintett, és 24 942 gyermeknek nem biztosították a megfelelő oktatást. Ezek a problémák legtöbbször keverednek. A valóságban természetesen ennél sokkal több gyermek érintett, becslést adatok szerint hazánkban 1 feltárt esetre 25 rejtett eset jut. Nyugat-Európában ugyanez az arány 1:10!

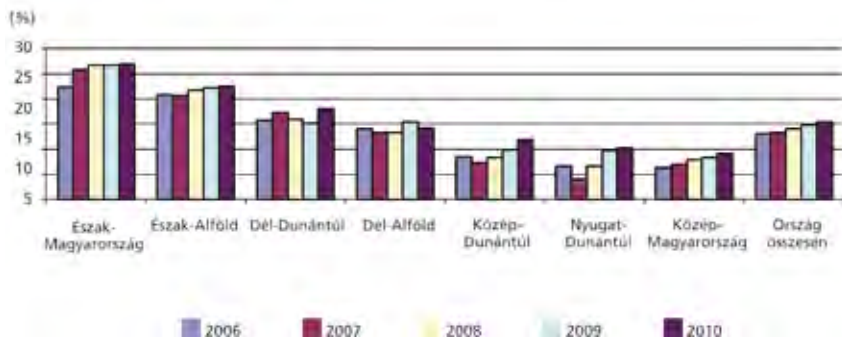
A legragikusabbak az alábbi adatok:

- évente 30 gyermek hal meg bántalmazás vagy elhanyagolás következtében.
- 2010-ben 50 fiatalok lett öngyilkos. (A sikertelen öngyilkossági kísérletek száma ennek tízszerese!)
- 2010-ben 7496 gyermek eltűnését regisztrálták, akik közül 1788 14 év alatti.

Ha az adatokat nemzetközi összehasonlításban nézzük, látható, hogy a 27 legfejlettebb ország listáján e tekintetben hátulról a negyedik helyen állunk.

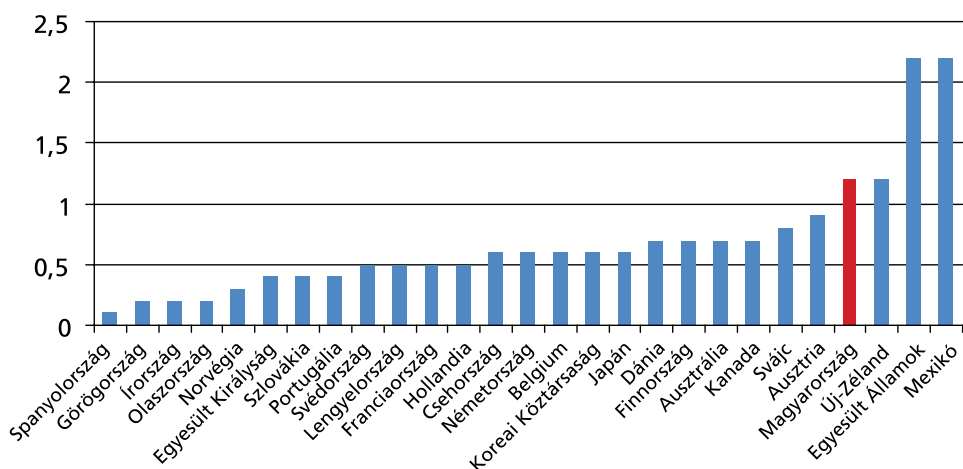


A veszélyeztetett gyermekek aránya régióként



Forrás: KSH

27 OECD-országban 100 000 gyermekből bántalmazás/elhanyagolás miatt évente meghaltak száma



Forrás: *First Comparative Analysis of Child Maltreatment in Rich Nations 2003*
Innocenti Research Center

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. Törvény meghatározza, hogy melyek azok a szakterületek, amelyek kötelesek jelezni a területileg illetékes gyermekjóléti szolgálatok felé, ha bántalmazásra vagy elhanyagolásra utaló jeleket tapasztalnak a gondozásukba tartozó gyermekek körében. A törvény a felsorolásban első helyre teszi az egészségügyi szolgáltatást nyújtókat, így különösen a védőnői szolgálatot, a háziorvost, a házi gyermekorvost.

VAJON MEGTESZÜNK-E MINDEN TŐLÜNK TELHETŐT?

Az ombudsman 2010-ben közzétett jelentése (AJB 2227/2010) szerint sajnos nem dőlhetünk hátra. A Gyermekjóléti Szolgálatok országos adatai szerint a náluk nyilvántartott esetekről a jelzés az alábbiak szerint érkezett:

- Óvoda, iskola, nevelési tanácsadó: 50%
- Védőnői Szolgálat: 13%
- Rendőség: 13%
- Jegyző, gyámhivatal: 9%
- Egyéb egészségügyi intézmény: 4,3%
- Személyes gondoskodást nyújtó intézmény: 4%
- Civil szervezet, egyház, egyén: 2,2%
- Pártfogó felügyelet, áldozatsegítő: 1%
- Ügyészség, bíróság: 0,3%
- Háziorvos, házi gyermekorvos: 0,2% (!)

Ez az utolsó helyezés még akkor is rendkívül elgondolkodtató, ha a védőnői jelzéseiben a háziorvos, házi gyermekorvos is együttműködik. Itt szeretném idézni a

gyermekbántalmazás definíciójának első mondatát: „Gyermekbántalmazás: ha valaki testi-lelki sérülést, fájdalmat okoz egy gyermeknek, vagy ha a gyermek sérelmére elkövetett cselekményt – noha tud róla, vagy szemtanúja – nem akadályozza meg, illetve nem jelenti.”

Az egyesületünkben zajló munka évek óta arról szól, hogy bebizonyítsuk, hogy mi házi gyermekorvosok szakmailag jobb színvonalú ellátást biztosítunk a gyermekek számára, mint a vegyes praxisban működő kollégák. Ezt sok területen (fakultatív védőoltások, antibiotikum-használat, kórházba utalás, definitív ellátás, korszerű táplálás, korszerű gyógyszerhasználat stb.) kiterjedt felmérésekkel bizonyítottuk is. Ma már közhelyszamba megy az a felismerés, hogy szociális problémák igen fontos szerepet kapnak az orvoslásban és ezen belül kiemelten a gyermekgyógyászatban. Vajon mi lehet az oka, hogy a bántalmazás/elhanyagolás jelentése ennyire háttérbe szorul?

Az Országos Gyermekégszégügyi Intézetben évek óta külön munkacsoport foglalkozik a gyermekbántalmazás és elhanyagolás problémáival. Több oktatási program lebonyolításában a HGYE is tevékenyen részt vett. 2003-ban módszertani ajánlás készült orvosok védőnők számára, az elmúlt évek során számos konferenciát és továbbképzést szerveztünk. Komoly érdeklődést váltott ki a „Sose rázd a kisbabát” program, melyen összesen eddig kb. 4000 szakember (orvos, védőnő, ápoló, szociális munkás, rendőr stb.) vett részt. A program lelke egy laikusoknak, fiatal

szülőknek szóló néhány perces animáció DVD-n és egy szóróanyag. A DVD megrendelhető, a szóróanyag az intézet honlapjáról letölthető: (www.ogyei.hu).

2011 júliusától indítottuk el az első magyar nyelvű honlapot a gyermekbántalmazásról (www.gyermekbantalmasas.hu), melyen mind a szakemberek, mind a laikusok nagyon sok információt találnak. A honlapnak eddig közel 35 000 látogatója volt.

Ebben az évben az OGYEI gondozásában új módszertani ajánlás készült, melyet először május 23-án a „Lyukak a védőhálón” címmel rendezett interdiszciplináris konferencián mutattunk be, és reményeink szerint a közeljövőben közzé is tehetjük.

A Hírvivő következő számaiban egy-egy tanulságos eset bemutatásával szeretnénk hozzájárulni ahhoz, hogy minél kevesebb „lyuk legyen a védőhálón”.

DR. KOVÁCS ZSUZSANNA



Tájékoztatás az átmeneti időszakról

Tisztelt Háziorvos/ Hazi gyermekorvos Kolléga/Kolléganő!

A térségi ellátórendszer kialakításával, az egészségügyi kapacitások újrászervezésével egy olyan rendszert kívánunk működtetni, ahol a betegek optimális időn belüli hozzáférést biztosítjuk az állapotuknak legmegfelelőbb, biztonságos és jó minőségű ellátáshoz.

2012. július 1-jével az újratervezés után megindul a rendszer újrászervezése. A jelenlegi ellátási rendszer helyét fokozatosan a térségi elv veszi át, a területi ellátási kötelezettség kiosztása ezen elv mentén történik. A biztonságos átmenet érdekében ennek a térségi elvnek azonban még korlátozó szerepe nincs. Hangsúlyozzuk, hogy július 1-jével egy átmeneti időszak kezdődik, amelynek során a zökkenőmentes átállás érdekében informálni fogjuk a betegellátásban érintetteket minden vonatkozó módosításról. Az átmeneti időszak célja, hogy a változás ne hirtelen és váratlanul érjen beteget és orvost, zavart keltve az ellátásban. Biztosítani fogjuk minden érintettnek a lehetőséget a fokozatos alkalmazkodásra a változó és a tervek szerint jóval hatékonyabb ellátórendszer feltételeihez.

Az Ön munkájára továbbra is az ellátás „kapuőreként”, a betegút felügyelőjeként tekintünk.

Jelen levélünkben elsősorban a beutalási rendről és az átmeneti időszak szabályairól szeretnénk tájékoztatást nyújtani.

Az Ön településének beutalási irányairól tájékozódhat a GYEMSZI honlapján lévő adatbázisból az alábbi webcímen: <http://tek2012.gyemsi.hu/>

Kiemelten hangsúlyozzuk, hogy ellátó intézmény sehol sem szűnik meg. Ahol esetleg az aktív fekvőbeteg-ellátás bizonyos szakterületen átalakul, ott július 1. után a korábbi teljesítmény figyelembevételével egynapos ellátás szervezhető, vagy meglévő járóbeteg-ellátás fejleszhető. A sürgős kórházi fekvőellátásra szoruló beteget pedig a mentő abba az új illetékes kórházba szállítja, amelyik a területi szempontok és a helyi egyeztetések után földrajzi és szakmai szempontból a legkedvezőbbnek bizonyult. Beteg ennek következtében nem maradhat ellátatlanul.

Azokban az intézményekben, ahol a változások után nem áll rendelkezésre a fekvő sürgősségi osztály minimumfeltételeként előírt teljes szakmai háttér, folyamatos járóbeteg-ellátás szervezhető éjszakai és hétvégi formában is, elsősorban egyszerűbb, fekvőbeteg-kezelést nem igénylő sebészeti, baleseti esetek ellátása céljából.

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

A sürgősségi betegek továbbra is elsőbbséget élveznek, őket az átmeneti időszakban sem lehet elsődleges ellátás nélkül továbbküldeni az intézményekből. Ha tehát egy beteg olyan problémával jelentkezik július 1 és 31. között az adott aktív ellátást már nem végző intézményben, amely miatt továbbküldése helyrehozhatatlan egészségkárosodással járhat, az intézmény köteles a vis maior helyzetet kezelni és a beteget csak állapotának stabilizálása után küldheti tovább másik szolgáltatóhoz. Július hónapban az ilyen esetekre – megfelelő dokumentációval jelentve – a szolgáltató utólag megkapja az erre járó finanszírozást.

NEM SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Térséghatáron túl is fogadni kell a beteget. Továbbra is fennáll az a lehetőség, hogy a beteg lakóhelye/tartózkodási helye/beutaló

háziorvos telephelye szerinti, nem területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltató fogadja az oda beutalóval rendelkező beteget, ha meggyőződött arról, hogy ellátása nem hátráltatja a hasonlóan nem sürgősségi, de újonnan is területi ellátási kötelezettség mentén beutalt betegeket.

A korábban kiadott beutalóval rendelkező beteget el kell látni. A 2012. július 1-je előtt már kiállított beutalóval rendelkező beteg továbbra is mehet a beutalóban szereplő, változással érintett intézménybe, a szolgáltató pedig köteles fogadni a beteget, akkor is, ha már nem a szóban forgó intézmény a területileg illetékes (TEK-es) a beteg szempontjából.

Megkezdett ellátásokat az adott helyen kell befejezni. Egy, már megkezdett ellátás esetében a korábbi szolgáltató nem utasíthatja el a beteget arra hivatkozva, hogy 2012. július 1. után már nem terjed ki a területi ellátási kötelezettsége a betegre.

A betegnek megvan a lehetősége arra is, hogy a struktúraátalakítás miatt másik szolgáltatóhoz került orvosát kövesse. Az orvost foglalkoztató új szolgáltató nem utasíthatja el a beteget a korábban ellátó orvoshoz kötődő ellátások tekintetében a területi ellátási kötelezettség hiányára hivatkozva.

Gondoskodni kell a beteg folyamatos ellátásáról. Tehát, amennyiben egy kórházban 2012. július 1-jétől megszűnik az az ellátási forma, amire e dátumot megelőzően a beteget felvették, és ahol a kezelése éppen folyamatban van, 2012. július 31-ig még ott kezelhetik a beteget, ez idő alatt kell megoldania a beteg ellátásának befejezését, ill. július 31-t követően az új területi ellátási kötelezettséggel rendelkező másik szolgáltatóhoz történő átszállítását.

A tisztiorvosi szolgálat, a központi ágynyilvántartó és a GYEMSZI munkatársai segítenek Önnek az eligazodásban. Az éjjel-nappal hívható telefonszámok a következők: 06 - 1 - hívószám 311-6000, 354-2460, 354-2466, 354-2467.

Az Országos Mentőszolgálatot is felkészítettük az átállás időszakára, így a mentésben részt vevő kollégák is rendelkeznek a beutalási rendet érintő információkkal.

A közeljövőben a gördülékeny átállás érdekében térségi egyeztetéseket is szervezünk, amelyekre külön meghívót küldünk az érintetteknek.

Most következik a közös tanulási folyamat. A rendszert folyamatosan finomhangoljuk, törekszünk a jövőben észlelt hibák korigálására, nyitottak vagyunk a visszajelzésekre annak érdekében, hogy egy jól működő, hatékony és fenntartható egészségügyi rendszer jöjjön létre. Ehhez kérjük az Ön együttműködését és segítségét abban, hogy minden betege hozzáférjen a számára fontos információkhoz.

Közreműködésében bízva kívánjuk, hogy az átalakulás előnyei a legrövidebb időn belül érzékelhetők legyenek Ön és betegei számára egyaránt.

Budapest, 2012. június 28.

Üdvözlettel:

EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA
EGÉSZSÉGÜGYÉRT FELELŐS ÁLLAMTITKÁRSÁG



Gyermekorvos helyettesítést vállal: **Budapest, Székesfehérvár, Velece, Gárdonyi, Érd** környékén. Hétfévégén nappali ügyeletet, számlaképesen is. Tel.: +36 20 3461-953, Dr. Valkó Péter Tamás

Borsod megye déli részén **Mezőcsáton**, 7000 fős kisvárosban 800 fős gyermekorvosi praxisomat eladnám, vagy tartós helyettesítést keresek. Jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet, önálló rendelőhelyiség, gyakorlott és megbízható asszisztencia. Naprakész informatikai rendszer biztosított. A praxis ellátása bejárással is megoldható. Elérhetőség: +36 70 3232-970 E-mail: tarczydr@mail.datanet.hu

Tótkomlóson 840 kártyával rendelkező házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni lehet a +36 20 561-8770 telefonon.

Sürgősen helyettes gyermekorvost keresek **Balatonalmádiba**, 2012. februártól kb. 1 év időtartamra, kisbabám érkezése miatt. A praxis 830 fős, kellemes, szép környezetben, új, kitűnően felszerelt egészségházban található. Albérlet-, illetve utazásköltségeit állom. Tel.: +36 20 265-4499. Email: medoraqua@gmail.com

Fizetési könnyítéssel eladó **Siklóson** 1100 kártyás gyermekorvosi praxisjog. Kítűnő asszisztencia. Gyermek-központiügyelet működik. Érdeklődni lehet: +36 30 265-7766.

Hajdúböszörményben önkormányzat által megbízott nonprofit kft. működtetésében lévő gyermekorvosi praxis további működtetésre keres gyermekorvost megbízásos formában történő foglalkoztatás keretében, későbbiekben praxisátvételi lehetőséggel. A városban 5 gyermekpraxis működik. Hétköznap 16.00–08.00, hétvégén 24 órás központi ügyeleti szolgálat van. Praxislétszám: 286 fő. Elérhetőség: +36 20 275-0884

Kőbányai 900 kártyaszámú praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni munkanapokon 12 és 16 óra között a +36 30 338-0151 telefonon lehet.

Budapest XI. kerületében házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 600 fő. Elérhetőség: borjoz@gmail.com

Megye: Szabolcs-Szatmár-Bereg. **Balkányban** házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 1100 fő. Elérhetőség: +36 30 3768-004

Budapest belvárosi praxisom családi okok miatt eladó. Kártyaszám 570. Kérem, keressen 18 és 20 óra között az alábbi telefonszámon: +36 20 257-2318

Kecskeméten nem régen, többek között új nyílászárókkal és légkondicionálóval stb. felújított, számítástechnikailag folyamatosan karbantartott, felkészült védőnőkkel és lelkiismeretes asszisztensnővel rendelkező 1000 fős praxis eladó. Elérhetőség: +36 20 975-4277

Kecskeméten 1000 fős praxisba, jól felszerelt, felújított rendelőbe tartós helyettesítést vállaló kollégát keresek. Gyakorlott asszisztencia, központi ügyelet biztosított. Számítógépes adatbázisunk naprakész. Praxiseladás is szóba jöhet. Elérhetőség: +36 20 9754-277

Budapest, XVIII. kerület kertvárosi részén, jó adottságokkal rendelkező praxis eladó. Praxislétszám: 900 fő. Érdeklődni a +36 30 971-5829-es telefonszámon lehet, 19 és 20 óra között.

Helyettesítést keresek **Budapest, II. kerületben** 2012. július 9–27-ig és augusztus 27–31-ig, szabadságom idejére az alábbi rendelések, valamint az esetleges hívások ellátására: Hétfő 15–17, kedd 15–17, szerda 8–10, csütörtök 17–19, péntek 8–10 óra. Telefon: +36 30 940-0851, E-mail: csakylilla@hu.inter.net

Balatonalmádiban és tőle 5 km-re lévő faluban 700 kártyával rendelkező házi gyermekorvosi praxis, nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni naponta 18 óra után lehet a +36 20 556-4644-es telefonszámon.

Délpesti agglomerációs városban 1150 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Budapestre kijárással ellátható, ügyeleti kötelezettség nélkül. Tel.: +36 30 648-6209

Budapest XVII. kerületében nyugdíjba vonulás miatt eladnám 740 fős házi gyermekorvosi praxisomat. Csendes, családi házas környezet, jó közlekedés. Területi ellátási kötelezettség van, ügyeletet a Heim Pál Kórház látja el. A körzethez két óvoda és egy kis létszámú iskola tartozik. Elérhetőség: +36 1 257-5746

Heves városban 900 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet működik, ügyelet vállalása nem kötelező. Helyettesítés megoldott. Költségek miatt reális áron a családi ház is eladó. Elérhetőség: +36 30 239-9163

Soproni, kiemelkedően jó adottságú, területi ellátási kötelezettséggel működő, Semmelweis Egyetem oktató gyermekpraxis 1300 körüli kártyaszámmal eladó. Elérhetőség: +36 30 959-5640

Budapest, III. kerületben családi házas és lakótelepi terület; korszerű, jól felszerelt kétorvosos rendelőben 700 fős praxis eladó. Egymást helyettesítjük; gyakorlott, megbízható asszisztencia, naprakész informatika; részletfizetés, heti 1-2 nap további jelenlét megbeszélés szerint lehetséges. Elérhetőség: +36 20 934-6979

Salgótarján központjában házi gyermekorvosi praxisjog, és jól felszerelt, jól működő gyermekorvosi rendelő együtt vagy külön-külön is eladó. Praxislétszám: 600 fő. Elérhetőség: +36 20 410-1803 e-mail: rozalia.judit@freemail.hu

Budapest, Csepel központjában 36 éve működő, 850 fős gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. 4 éve teljesen felújított rendelő, az épületben van: füllesztet, röntgen, sebészet, labor. Ügyelet nincs! Érdeklődni lehet: Dr. Küzdényi Viktória, telefonszám: +36 30 644-2614

Óbuda-Békásmegyeri házi gyermekorvosi praxisom eladó. Részletes információ személyesen lenne a legjobb. Praxislétszám: 650–700. Érdeklődni lehet a szépen rendezett, központi rendelőben Hétfő: 14–16.30; Kedd: 12–14; Tanácsadás 14–16; Szerda: 14–16.30; Csütörtök: 8–10, Tanácsadás: 10–12; Péntek: 16–18 Tel.: +36 30 381-1616 vagy rendelési idő alatt: +36 1 243-2072 E-mail: ilona.czuczai@gmail.com

Nyugdíjba vonulási szándék miatt kb. 900 fős **kisvárosi** praxisomat TEK-el eladnám. A városban egyedüli házi gyermekorvos vagyok, helyettesítés a szomszéd faluból megoldott. Megbízható, 30 éve velem dolgozó asszisztencia, naprakész számítógépes adminisztráció. A megadott telefonszámon este 6 és 8 óra között keressen. Elérhetőség: +36 27 350-002

Váci szociális intézmény iskolaorvosokat keres. Bérezés megegyezés szerint. +36 30 419-3279; szochazitkarsag@gmail.com

Enying városában házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 670 fő. Érdeklődni: +36 70 947-8304-es telefonon az esti órákban.



A HGYE címe:
1133 Budapest
Ipoly u. 5/E
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: +36 1 330-0900
Fax: +36 1 238-0388
E-mail:
hgye@mail.datanet.hu

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:
Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.
1133 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.



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. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**
A címlapon Szakál Aisa, címlapfotó: Konkoly-Thege György, belső fotók: Jaksity Iván, Dr. Lakos András

