

XX. évfolyam ■ 2015/1. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Miért vonzó?

Az elmúlt évtizedben sokszor elmondtuk, megírtuk, hogy miért nincs utánpótlása a házi gyermekorvosoknak, miért nem vonzó a pálya. Okot, magyarázatot bőven találtunk. Ahhoz azonban, hogy változtassunk valamin, arról kellene a jövő fiatal gyermekgyógyászainak beszélnünk, hogy mitől szép ez a szakterület. A rendelőben végzett gyermekorvosi hivatás szépségeit kellene bemutatnunk. El kellene mondanunk, hogy miért fontos ez a munka, miért nincs igazuk azoknak, akik – vitatható modellek alapján – nélkülözhetőnek gondolják a gyermekek elsődleges (területi) gyermekorvosi ellátását.

A betegszelekció, egy betegút megszervezése, a beteg sorsa nagyrészt az egészségügy kapujában, az első szűrőn dől el. Az ellátási folyamat egészségügyi és gazdasági hatékonyságát a „belépéskor” alkalmazott szűrő minősége befolyásolja mélyrehatóan. Itt dől el egy lépcsőzetesen felépülő, progresszív szűrőrendszer hatásfoka. Mindenkinek jobb, ha a diagnózis és a terápia is – ha lehetséges – az elsődleges ellátás szintjén oldódik meg. Ehhez a mainál nagyobb presztízs és kiterjedtebb kompetencia kell, ami nem mond ellent annak, hogy kompetenciánkból amit lehet, már az ellátási folyamat elején leadjuk a jól képzett, de nem orvos ellátóknak, megkímélve magunkat a nem orvosi feladatoktól. Lépjen mindenki feljebb a kompetenciák grádján.

Hogyan látja egy fiatal szakorvosjelölt a házi gyermekorvosi életpályát? Mit gondol erről? Meg kell értenünk, ha a gyermekgyógyászattal még csak most ismerkedő szakorvosjelölt vagy fiatal szakorvos számára pályájának korai szakaszában a klinikai, kórházi munka az érdekes, a tanulságos és vonzó. Mi idősebbek is így gondoltuk a pályánk elején. Ilyenkor kell megtanulni a gyermekgyógyászati klinikumot, méghozzá jól! A gyermekgyógyászati ismereteket kiegészítő, házi gyermekorvosláshoz szükséges tudás és módszerek iránti érdeklődés egy fiatal szakorvosjelölt látókörétől még távol esik. Ezt a gyermekorvosi életutat ilyenkor sokan még visszalépésnek tekintik.

Ha találkozunk egy rezidenssel, szakorvosjelölttel vagy frissen szakvizsgázott gyermekorvossal, tegyünk meg mindent azért, hogy meggyőzzük őket a területen végezhető, jobb technikai lehetőséggel rendelkező, hagyományos gyermekorvoslás hasznáról, szépségéről. Hiszen a legritkább, a legsúlyosabb, a legnagyobb szakmai kihívást jelentő betegség is a kórháztól távol és apró tünetekkel kezdődik. Ekkor és ebből a panasz- és tünettengerből kell időben kiválasztani a magasabb ellátási szintet igénylő betegeket. Azért is, hogy a „magasban”, a speciálisan képzett kollégák valóban csak a súlyos és bonyolult kórképekkel tudjanak foglalkozni.

Katmai Mihály

TARTALOM

- Mit szeretnének a házi gyermekorvosok? 2–3
- Mi készül? (a készülő alapellátási törvényről) 4–5
- Lehetséges? 5
- Igazolás, igazolás...
Tekintsük végre felnőttnek a szülőt! 7–10
- A HGYE javaslata
igazolás ügyben 11
- Nem a cáfolatot,
hanem az információt
kell terjeszteni 12–14
- Evidence Based
Journal Club 16–17
- A HGYE tiszteletbeli tagja 17
- A burnout
szindrómáról 18–19
- Támasz a gyermeküket
elvesztő családoknak 19
- Szép volt! Köszönjük! 21–22
- Beszámoló a barcelonai
EAPS-kongresszusról 22
- Praxisok 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2015-ben:



Mit szeretnének a házi gyermekorvosok?*

Elsősorban a házi gyermekorvoslás utánpótlásán, az ellátórendszer struktúráján és a praxisok díjazásán változtatna a Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE), amely a Miniszterelnökségnek és az egészségügyért felelős államtitkárságnak is megküldte ezzel kapcsolatos javaslatait. A szervezet november 14 és 15. között rendezte meg XX. konferenciáját.

Hosszú ideje komoly gondokkal küzd a házi gyermekorvoslás, amelynek presztízse rendkívül alacsony. Nem vonzó a pálya a fiatalok számára, mert nem megfelelő a finanszírozás, a jövedelem, de a munkafeltételek sem: sok az adminisztratív feladat, a nem orvosi tevékenység – sorolja a gondokat dr. Póta György, a HGYE elnöke, akinek adatai szerint jelenleg 1570-en dolgoznak a területen, ám az eloszlás nagyon egyenetlen. 2014 őszére a betöltetlen házi gyermekorvosi praxisok száma 54-re emelkedett. A rendszerben dolgozó orvosok korfája alapján a következő évtizedre a jelenleg is érzékelhető folyamat felgyorsulása várható; a szakmabeliek átlagéletkora ma 58 év körül van, míg 2010-ben 265-en, napjainkban már kb. 500-an dolgoznak 65 év felett.

Mivel a kormány és a szaktárca az alapellátás jelentős átalakítására készül, az egyesület megküldte javaslatait az egészségügyért felelős államtitkárnak és a Miniszterelnökségnek. Póta György és alelnök kollégái, dr. Muzsai Géza és dr. Pátri László úgy gondolják ugyanis, hogy még az elképzelések véglegessé válása előtt kellene világossá tenni, mi is a gond a rendszerrel, és hogy miként lehetne azon változtatni. Az ötletek nem feltétlenül újak, inkább mintegy csokorba szedték azokat az elmúlt időszakban született kezdeményezéseket, amelyeket rendre nem vettek figyelembe a korábbi döntéshozók. Ha azonban a kormány komolyan gondolja a korábban *Vasgyúró* néven megjelentetett gyermekellátási program végrehajtását, akkor tekintettel kellene lenni annak az alapvető céljának a megvalósulására, hogy „házánkban minél teljesebb körben házi gyermekorvosok által valósuljon meg az elsődlegesen elér-

hető gyermek-alapellátás” – mondja az egyesület elnöke.

GYEREKET GYEREKORVOS LÁSSON EL!

Póta György nehezményezi, hogy az egészségpolitika mindeddig nem deklarálta, hogy a 18 éven aluliak alapellátása – szakmai okokból – gyermekorvosok feladata. Ez az állásfoglalás most azonban már elengedhetetlen, ugyanis ez nyithat utat a területi gyermekorvosi alapellátás országosá tételéhez, az ellátási egyenlőtlenségek felszámolásához. A HGYE szerint ehhez politikai döntésre, társadalmi konszenzusra van szükség.

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete az OEP adatai alapján felmérte a házi gyermekorvosi rendszer helyzetét, az ellátandó gyermeklétszámot, és a korfa ismeretében, országosan elérhető ellátórendszer működését feltételezve meghatározta a jövőben szükséges házi gyermekorvosi létszámot. Ennek alapján megállapíthatók a gyermekgyógyászati rezidensképzés megfelelő számai is – magyarázza az elnök. Póta György nem először jelzi: a rendszer nem vonzó a fiatalok számára, pedig az utánpótlást biztosítani kellene. Jól jelzik ezt számaik: míg az 1990-es években mintegy 150-en tettek évente csecsemő- és gyermekgyógyász-szakvizsgát, ez a szám mára 40 alá csökkent, nem reális, hogy ez a negyven szakember fedezze majd a klinikák, gyermekosztályok és az alapellátás teljes igényét. A képzési rendszer ma csak csecsemő- és gyermekgyógyász-rezidenst ismer, a házi gyermekorvosi rendszer részére önálló keretszám nincs. A tervezés így nem is találkozik a reális szükségletekkel, mondja Póta György, azt is jelezve: a szakorvosjelöltek ma lényegében nem ismerik, így nem is lehetnek tisztában az alapellátás szépségeivel. A graduális oktatásban a hallgatók nem találkoznak rendszerszerűen ezzel az ellátási formával, ezért a HGYE azt javasolja, hogy már az egyetemi évek alatt tantermi és gyakorlati órák keretében fel kell hívni a figyelmet erre az orvosi pályára, a szakorvosjelölteknek pedig valóban legyen kötelező legalább 2 hónapot az alapellátásban tölteni. Gond az is, hogy a szakorvosjelöltek számára nincsenek gyermekgyógyászati klinikák által akkreditált oktatópraxisok. A működő tutori hálózat



a Házi Gyermekorvosok Tanszékei szakmai felügyelete alatt a házi gyermekorvosok képzését szolgálja, ezért az egyesület szerint ki kell építeni a gyermekorvosi oktatópraxisok hálózatát és ki kell jelölni az oktatásra alkalmas házi gyermekorvosi tutorokat.

Póta György úgy tartja, évtizedeken keresztül háttérbe szorult a házi gyermekorvoslás intézményi rendszere. Az egyetemeken gyermekgyógyászati tanszékei nem foglalkoztak a területi gyermekellátás szakmai kérdéseivel. Önálló kollégiumi megjelenést is csak az utóbbi időszakban kapott, de országos intézeti háttérre nem egységes, így nem is hatékony. A HGYE úgy véli: elengedhetetlen a Házi Gyermekorvosi Módszertani Intézet létrehozása – akár az OGYEI keretein belül. Emelni kell a gyermekgyógyászati képzési kvótákat, de önmagában ez nem elegendő; az egyesület szerint a házi gyermekorvosi kvótába tartozók képzésének költségét teljes egészében a képző központok rendelkezésére kell bocsátani, a résztvevőkkel célszerű volna ösztöndíjszerződést kötni.

LASSAN JÖHETNE A RÁÉPÍTETT SZAKVIZSGA

A legtöbbet azonban a házi gyermekorvosi ráépített szakvizsga javítana a szakma presztízsein és emelné az elvárható kompetenciaszintet is – vallja a HGYE elnöke, aki néhány év türelmi idő után vezetné be az új rendszert, elkerülendő azt a ma meglévő problémát, hogy a jogszabályok szerint jelenleg ugyanazt a szintet láthatja el egy négy hónapig ezt tanuló házi gyermekorvos, mint egy öt évig tanuló, gyermekgyógyász szak-

*Megjelent: *MedicalOnline*, 2014. november

vizsgálóval rendelkező. Mindehhez szerinte speciális szakszorzót is társítani kellene a finanszírozásban. Mint jelzi, a Szakmai Kollégium Csecsemő- és gyermekgyógyászati, valamint Gyermek-alapellátás Tanácsa egyhangúan elfogadta a házi gyermekorvosi ráépített szakvizsga létjogosultságát.

A HGYE ma más szervezetekkel is vitában van a finanszírozás kérdéseiben – mondja az elnök, aki szerint „ha egységes pénzbeáramlás lesz a rendszerbe, azzal csak a mai hibákat konzerváljuk”, azaz attól még a hálózat, a munkavégzés, a nem megfelelő szerkezet nem javul. A szervezet szerint a „fehér foltokon adókedvezmény-nyel, járulékenyhítéssel, letelepedési támogatással” kellene változtatni. A munkafeltételek javítását, a tartalmi munka fejlesztését az adminisztratív feladatok rovására látják megvalósíthatónak.

A területi egyenlőtlenségeket rugalmasabb ellátószervezeti formákkal orvosolnák (pl. csoportpraxis), és megújult tartalmú együttműködést szeretnének az önkormányzatokkal is.

Fiatalok és idősek gondjaira egyaránt megoldást jelentene az a javaslat, amelynek értelmében az eladhatatlan praxisok addigi működtetői végkielégítést kapnának. Amennyiben az ellátási érdek nem sérül, a praxist felosztanák a környező gyermekorvosi praxisok között és a megszűnő praxis bázisfinanszírozásának másfél éves összegét odaadnák a nyugdíjba vonuló kollégának. Minderre azért is szükség lenne, mert ez előfeltétele a HGYE által elképzelt, a mainál nagyobb létszámú (a mostani átlagosan 900 fős helyett akár 1500–2000 fős), a jelenleginél kevesebb gyermekorvosi praxis infrastrukturális és finanszírozási feltételeinek megteremtéséhez.

HOGYAN LEHETNE MAGASABB SZÍNVONALÚ AZ ELLÁTÁS?

Ma Magyarországon az alapellátásban a gyermekek háromnegyedét gyermekgyó-



gyász szakorvos, negyedét viszont vegyes praxist ellátó háziorvos látja el. A lakhely szerinti és az ellátók képzettségéből adódó szakmai különbségek jelentősek. A HGYE szerint ezért olyan ellátórendszert kell létrehozni, amely szakmailag és gazdaságilag megerősített gyermekorvosi praxisokkal, vagy ahol ez szükséges és lehetséges, ott egészségközpontokkal, egyenlő, egyenletes és a jelenleginél magasabb színvonalú ellátást biztosít a gyermekeknek. Magyarország településszerkezete, infrastruktúrája, a gyermekorvosi ellátás hagyományai lehetőséget adnak egy ilyen szisztéma kialakítására – vallja az egyesület, amely szerint a centralizációs folyamatot a gyermekgyógyászat fejlődése és a jóléti állapot viszonylagos finanszírozási korlátai egyszerre kényszerítik ki.

A HGYE nem a praxisok jelentős politikai, szakmai és gazdasági kockázattal járó szervezeti integrációját támogatja, hanem a funkcionális koordinációt részesítené előnyben a jelenlegi szolgáltatási szintet meghaladó szakmai program elfogadása mellett. A HGYE szerint alapvető feltétel az

orvosok jogi, gazdasági és szakmai együttműködésének kialakítása, ami jelenthet orvosközösségeket és csoportpraxisokat egyaránt. A szervezet szerint ugyanakkor ezek nem hierarchiát, hanem társult praxisokat jelentenek, amelyek kialakulását elősegíthetnék finanszírozási könnyítésekkel (degresszió csökkentése, pontszámkorrekció stb.). Önkéntes alapon a közös gazdasági társaságban történő működést is lehetségesnek tartják; ezzel rendszerré válhat a társulások kistérségi finanszírozása.

A PRAXISOK DÍJAZÁSÁRÓL

Az előző kormányzati ciklusban három alkalommal volt finanszírozásemelés, ami enyhítette a praxisok működési gondjait. A HGYE azonban a praxis működésének költségeit elismerő, illetve a tisztos orvosi egzisztenciateremtést lehetővé tevő díjazást tart szükségesnek, amelyhez véleményük szerint aktualizálni kell az önkormányzati felelősségvállalást is egészségügyi fejkvóta, illetve pontosabb felelősségi kör meghatározásával. Változtatna a HGYE az iparűzési adón is, oly módon, hogy a közfeladat ellátására kapott összeg kerüljön ki annak hatálya alól, azaz az alapellátást nyújtó vállalkozásoknak csupán más (iskola-egészségügy, ügyelet, oktatás, kutatás stb.) bevételei képeznék az iparűzési adó alapját. Hasznosnak tartanák, ha ezt az összeget célzottan vissza is forgatnák az alapellátásba pl. preventív programokhoz kötődően.

A HGYE a jelenlegi finanszírozási rendszeren belül is újragondolna egyes elemeket, így például a degressziót, ami eredeti szándékától eltérve ma a gyermekorvosi praxisok mintegy felét sújtja, valamint az indikátorrendszert. Fontosnak tartják az országos átlag felett teljesítők díjazását, valamint egyes esetekben a limit eltörlését is.

KÖBLI ANIKÓ

Mit változtatnának a praxisjog ügyében?

A személyhez kötött praxisjog megvásárlására ma csak a vállalkozások adózott jövedelméből van lehetőség, amit személyi jövedelemadó is terhel. Így – szemben a gazdaság más területein a beruházások, és a vállalkozás elindításának kötelező költségeit leírni képes szereplőkkel – a vásárlás költsége közel kétszeres összeget jelent, ami a praxisok elidegenítésének ellehetetlenülése miatt kifejezetten elriasztó teher. A HGYE szerint vagy kamatmentes hitelt kellene biztosítani a praxisjog vásárlásához – ebben kifejeződ-

ne a közfeladat ellátásának elismerése –, vagy a praxisjog megvásárlásához felvett hitel adó- és kamattartalmának összegét a cég egyszeri adójóváírás formájában adózott jövedelméből leírhatóvá kellene tenni. A HGYE kívánatosnak tartja, hogy mindazok, akik ebből a szempontból hátrányos körülmények között juthattak forráshoz, kompenzációhoz jussanak. Akár azt is elképzelhetőnek tartják, hogy a praxisjog vételárának teljes összegét adó- és járulégmentesen kifizethesse a tulajdonos a későbbi OEP-finanszírozásból.

Mi készül?

(Az alapellátási törvény)

„Patchwork technológiával készül az egészségügyi reform” – jelent meg valamelyik médiafelületen az írás, ami azt sejteti, hogy a kormányzat politikusokat és szakmáruhelyeket versenyeztet, majd több darabból „összevarr” egy politikai akciót. Összeállításunkban arra teszünk kísérletet, hogy a „patchwork” ma ismerhető és sejtethető egyes „foltjai” alapján összefoglaljuk az alapellátásra vonatkozó elképzeléseket.

A KONCEPCIÓRÓL

Az államtitkárság tervei az ellátórendszer teljes spektrumát érintik, ezen belül az alapellátás prioritást élvez. A változtatás sürgető szükségességének okai között az alulfinanszírozottság, az elöregedés, az eltérő szakmai minőség, az önkormányzatok gazdálkodási lehetőségeitől függő körülmények, valamint a hozzáférés területi egyenlőtlenségei azonosíthatók. Ezek az alapellátás legfőbb gyengeségei. Az elrendő célok közül kiemelés érdemelnek: népegészségügyi mutatók javítása, a definitív ellátás ösztönözése, vonzóvá tenni a fiatal orvosok számára az alapellátást, ezáltal is javítva a korfát és csökkentve a betöltetlen praxisok számát.

A gyengeségek felszámolásának legfontosabb eszköze lehet az alapellátás kompetenciahatárainak bővítése és a finanszírozási helyzet javítása, ami várhatóan elősegíti az emberierőforrás-hiány enyhítését és a legfontosabb célt: az alapellátás (és a benne dolgozók) többletforráshoz jutását úgy, hogy az ne terhelje a praxisok társadalombiztosítási finanszírozásból származó bevételeit. Ennek első szemmel látható jele, hogy a háziiorvosi praxisok januártól havi 130 ezer forint többletpénzhez jutottak. Idén a költségvetés erre valamivel több mint 10 milliárd forintot biztosít. Az asszisztencia béremelése egy következő körben, előreláthatólag 2016-tól várható, aminek – kalkulációk szerint – 15 milliárd forint lesz a költsége.

A kompetenciahatárok bővítésének és a finanszírozás növelésének elengedhetetlen eszköze, hogy lehetővé teszik a gyógyító-megelőző kasszán belül a különféle területek közötti átjárást, amivel csökkenhet a szakellátásba utalt betegek száma. A népegészségügyi szemlélet, a mutatók

javításának szándéka a prevenció és szűrési feladatok növekedésében érhető tetten. A most ismerhető elképzelések szerint az alapellátás ilyen jellegű feladatai vastagbél- és méhnyakszűréssel bővülnek.

Rendszerszintű átalakítást jelez az egységes Nemzeti Védőnői Szolgálat (NVSZ) kialakításának terve, amelynek célja, hogy a védőnők összehangolt és egységes elvek mentén dolgozzanak, a védőnői szolgálat strukturálisan és szakmailag egységes legyen. A Medical Online tudni véli, hogy a NVSZ megvalósításának kérdése egyelőre politikai egyeztetés alatt áll.

TÖBB PÉNZ, NAGYOBB KOMPETENCIA

A politikusi nyilatkozatok szerint az önálló alapellátási törvény a háziiorvosi ellátás hatékonyságának növelését szolgálja, definitív ellátásra ösztönözve az orvosokat, ennek érdekében bővítve a kompetenciaköröket. Az utánpótlás biztosítása érdekében változtatnának a háziiorvosi rezidensképzés rendszerén is, emellett a praxisjog védelmének erősítése mellett könnyítenék a praxisvásárlást, ezzel segítve a generációváltást. A kormány célja, hogy a változtatással „megpepszüdjön” a praxispiac. A törvény a praxisjogot sem hagyja érintetlenül. A jogszabállyal az alapellátásban dolgozó háziiorvosok stabilabb jövedelemhez, nagyobb szakmai önállósághoz juthatnak. A változások része egyebek mellett, hogy a több szakképesítéssel rendelkező háziiorvosok lehetőséget kapnak arra, hogy a szakrendelő helyett a háziiorvosi rendelőjükben is kezeljék a betegeket.

Az alapellátási törvény, amely nem csupán a háziiorvosokra és házi gyermekorvosokra, hanem fogorvosokra, iskolaorvosokra, védőnőkre, és adott esetben a foglalkozás-egészségügyi ellátókra is vonatkozik, számos egyéb kérdésre is választ ad majd. Rendelkezne majd többek között a háziiorvosi praxisok és az önkormányzatok között kötött feladatátvállalási szerződések egységesítéséről is. Az alapellátás biztosítása továbbra is az önkormányzatok felelőssége marad, mivel ennek megváltoztatása az Alaptörvény módosítását vonná maga után. Úgy tűnik, hogy mind a szakma, mind a döntéshozó részéről egyértelmű a szándék a szakmai ellenőrzés visszaállítására.

A politikusi deklarációk szerint az alapellátás struktúrája nem változik, hiszen a kialakult rendszert az orvosok és a betegek egyaránt megszokták, így inkább a működési költségek biztosításával kell segíteni a praxisokat. A törvény azzal is tervezi a háziiorvosi rendszer megerősítését, hogy a helyi iparűzési adó tekintetében kiveszi az alapellátásban tevékenykedő vállalkozásokat az adóalanyok köréből.

TÁMOGAT VAGY MAGÁHOZ ÖLEL-E AZ ÁLLAM?

Ezt a kérdést teszi fel a Medical Online felületén megjelent cikkében Horváth Judit.

Egyelőre keveset tudni arról, hogy az elvek és célok megfogalmazásán túl miként gondolja hosszú távon stabilizálni a hazai háziiorvosi rendszert az állam. Úgy tűnik, első lépésben anyagilag szeretnék biztonságosabb alapokra helyezni a praxisokat működtető mikrovállalkozásokat. Ehhez – mint az a korábbi híradásokból már kiderült – két eszközt kíván felkínálni a jogszabályalkotó: a rezsi, illetve a praxisok által alkalmazott nővérek bérének átvállalását.

Néhány kérdés azonban még mindig tisztázásra vár. Nem tudni, hogy a rezsi részét képezi-e a gépkocsi fenntartásának költsége, ami ma már elemi és kötelező feltétele az alapellátók munkájának, s ez nemcsak az orvosra, hanem a nővére is vonatkozik. Azt sem tudni, hogy hova sorolódna az az eszközök, amelyek meglétét a működési minimumfeltételek írják elő, s amelyek biztosítása – az önkormányzati törvény értelmében – a helyhatóságok feladata. Nem tudni arról sem, vajon milyen mechanizmus szerint történhet az elavult vagy tönkrement eszközök cseréje. Egy biztos, az alapellátók nem akarnak azoknak a szervezeteknek a sorsára jutni, amelyek „életében” megjelent az állam, nem akarnak néhány forintos kiadáshoz is engedélyért szaladgálni.

Úgy tűnik, az alapellátók nem tartanak attól, hogy a direkt állami finanszírozás megjelenése a háziiorvosi rendszerben az alapellátás államosításának első lépése lenne.

Összefoglalva a mai helyzetet: a kérdésre, hogy „tessék mondani, jó lesz-e ez nekünk?”, nem adhatunk ma még egyértelmű választ, hisz „az ördög a részletekben lakik”. Amit már biztosan tudha-

tunk, az a 130 000 Ft-os finanszírozásnövekedés, ami jó, mert égető szükség volt rá. Az elvi célkitűzések és az ismerhető eszközök nagy részével egyet lehet érteni, miközben olyan bennünket érintő fontos dolgokról nem lehetett olvasni, mint az adminisztráció csökkentése, a nem kifeje-

zetten orvosi feladatok átadásának lehetősége, a ráépített szakvizsga és a differenciált finanszírozás szükségessége, a házi gyermekorvosi ellátás és az iskolaorvosi hálózatban fellelhető párhuzamosságok feloldása, a praxislétszám és ezzel összefüggésben a degresszió kérdése.

Lássuk, hogyan állnak majd össze a „foltok”, választ csak akkor adhatunk a ma még feszítő kérdésekre.

Összeállította:
Dr. Erdélyi István

Lehetséges?

Mintegy fél éve tudjuk, hogy az államtitkárság dolgozik egy egészségügyi alapellátási törvény előkészítésén. A munka csendben, az érintettek kizárásával, szinte hírzárlat mellett zajlik.

Ekkora csend mellett érthető, ha nem értem, hogy miért van szükség egy jogi, intézményrendszeri, szakmai utasításokkal aprólékosan szabályozott alapellátás törvényi szintű újraszabályozására. Mi újat hoz a meglévő Egészségügyi Törvény mellett egy új, önálló alapellátási törvény? Csak találgatunk...

Lehet, hogy az ilyen szintű szabályozás a háziorvosi, házi gyermekorvosi rendszer finanszírozásában rendet teremtet. Őszintén örülnék neki. Hisz' jól tudjuk, hogy a fi-

nanszírozás önkormányzati – rendelő-fenntartási – lába sok helyen sántikál, rosszul működik. Az elmúlt években, évtizedekben újrakötött önkormányzati szerződések gyakorlatilag mindenhol a praxisok terheinek növekedéséről szóltak. Mindegy miért, de tény, a praxisokat egyre általánosabban és mind nagyobb mértékben terhelik a rendelő fenntartási költségei. A közüzemi díjaktól a takarítók béréig, a tisztasági festéstől a fűtés karbantartásáig széles a paletta... Ez is oka többek között annak, hogy az egészségügy mai helyzetében egyre többen szavaznak a lábukkal.

Lehet, hogy most valami jó készül, mi mégis, és talán nem is egész véletlenül, gyanakvóak vagyunk.

Mert azt írták, hogy a működési költségekből a tulajdonosi feladatokat az állam vállalja majd át azokon a helyeken, ahol az önkormányzat nem képes az alapellátás ráeső terheit viselni. És igaz, hogy csak jövőre, de az állam biztosítja a dolgozóink bérét is.

A rendelőket majd az állam tartja fenn, az asszisztenseinket majd az állam fizeti. Nem vetődhet fel ennek alapján, hogy a védőnőkhöz hasonlóan majd bennünket is egy állami mamutcégbe tömörítenek?

A szándék nem ismert, de a lehetőség fennáll.

HUSZÁR ANDRÁS



**Apropó, készülő alapellátási törvény:
a HGYE őszi konferenciáján
Udvaros Dorottya lépett fel.
A „Botladozva” c. számából idézünk:**

„... Botladozz el – feketétől a fehérig játssz nekem.
Botladozz csak feketéről fehérre velem...”

NOVUS D₃ BABY VITAMINPUMPA

Egyedülálló pumpás kiszerezésű D-vitamin!

Hatékony és gyors D-vitamin-adagolás csecsemők és kisgyermekek részére

Tavaly ősszel került a hazai patikákba a NovusPharma Kft. egyedülállóan praktikus adagolóval ellátott, csecsemők és kisgyermekek számára kifejlesztett D-vitamin készítménye: a Novus D₃ Baby Vitaminpumpa.

A NovusPharma Kft. csecsemőknek és kisgyermekeknek kifejlesztett D-vitamin készítménye, speciális – gyógyászati célra szánt – tápszer. A Novus D₃ Baby Vitaminpumpa több előnyös tulajdonsággal rendelkezik: vivőanyagai természetesek, színtelen, szagtalan, szója- és gluténmentes, így az ezekre érzékenyek is szedhetik. Ami egyedülállóvá teszi a terméket, az a gyors és pontos adagolást segítő pumpás kiszerezés, amivel egyszerűen a gyermek szájába lehet pumpálni a D-vitamin készítményt és nincs szükség semmilyen egyéb eszközre (kiskanálra, cumisüvegre). A 10 µg (400 NE) D₃-vitamin napi adag az adagolópumpa kétszeri megnyomásával biztosítható. A pumpás adagolás csecsemőknél komoly termékelőny, megkíméli a szülőköt a körülményes beadástól, emellett egyszerűségének és célzottságának köszönhetően biztosított, hogy az újszülöttek a pontos dózist kapják, így elkerülhetőek a túl- vagy az aluladagolás okozta mellékhatások.



A MAGYAR VÉDŐNŐK
EGYESÜLETE
TÁMOGATÁSÁVAL



speciális - gyógyászati célra szánt - tápszer

KOCKÁZATOK ÉS MELLÉKHATÁSOK TEKINTETÉBEN KÉRDEZZE MEG
KEZELŐORVOSÁT, GYÓGYSZERÉSZÉT!

Igazolás, igazolás...

Tekintsük végre felnőttnek a szülőt!

„Mivel az egészség bármikor betegségbe fordulhat, adhatnánk akár minden reggel is igazolást arról, hogy a gyermek egészséges.”

AZ ÉLETÜNKET NEHEZÍTI

Nem is tudom hányszor írtunk, beszéltünk már az ún. orvosi igazolások szinte tartathatatlan helyzetéről. Most két kollégánk (Dr. Benedek László és dr. Elek Marianna) koordinálásával újra nekirugaszkodunk a probléma megoldásának. Mi, gyermekorvosok új javaslattal állunk a döntéshozók elé.

Az orvosi, a gyermekorvosi igazolás egészségügyi dokumentum, ezért úgy gondoljuk, hogy tartalmát, céljait illetően elsősorban azok véleményére kellene a döntéshozóknak támaszkodni, akik ebben a kérdésben járatosak: a házi gyermekorvosok véleményére. Értjük és belátjuk, hogy az igazolások kérdéskörének körütekintő megoldásához nemcsak a gyermekorvosoknak, hanem a pedagógusoknak, bölcsődei nevelőknek és főleg a szülőknek is van némi közük. Szeretnénk azonban, ha abban egyetérténénk, hogy az orvosi igazolások kérdésében a józan orvosszakmai megfontolásokat semmilyen egyéb érdek vagy cél nem írhatja felül. Legfeljebb árnyalhatja azokat. Tehát ránk, gyermekorvosokra kellene hallgatni. Úgy, mint ahogyan azt – helyesen – tették a táborozás előtti orvosi igazolások megszüntetésekor, és lám, azóta sem dőlt össze a világ... Vidáman, egészségesen táboroznak a gyermekeink. És ami működik nyáron, a szülő távollétében – tehát egy sokkal bizonytalanabb helyzetben –, az miért ne működhetne év közben, a szülő elérhető közelségében? Be kellene végre látni, hogy a felesleges, értelmetlen feladat mellett, hogy demoralizál, az értékes, valóban orvosi kompetenciába illő tevékenységektől veszi el az energiát és az időt. A „ki mehet és ki nem mehet a közösségbe” meghatározásának szándéka azzal a tanulással is szolgált, hogy nem célszerű egy bürokratikus túlszabályozást egy másik nem kevésbé bürokratikus felcserélni. További konklúzió, hogy a szülők képzését, egészségnevelését nem lehet papírokkal, sokszor életidegen adminisztrációval helyettesíteni. Mert végül is, hogy valóban egészséges-e a gyermek reggel a közösség kapujában,

azt napokkal előre egy orvos igazolása sem garantálhatja.

Az igazolásokról összeállított javaslat készítése közben sok olyan kérdés, megoldási javaslat fogalmazódott meg, amelyeknek megismerése – úgy gondoltuk – segít eligazodni ebben a korántsem egyszerű polémiában. A felmerült értékes gondolatok magyarázatát adják annak is, hogy miért éppen most látott napvilágot egyesületünknek a gyermekorvosi igazolások rendszerének megújításáról szóló javaslata. (ld. 11. oldal)

KÉTELYEK, FELVETÉSEK, AMELYEKRE VÁLASZT KERESÜNK

(A továbbiakban kollégáink hozzászólásaiból idézünk)

„Lehet, hogy nincs is olyan jogszabály, ami rendelkezik betegség gyógyulásakor végzendő vizsgátról? Mert ha nincs ilyen szakmailag indokolt, általános érvényű jogszabály, akkor egy közösségbe járónál milyen szakmai indok alapján köteleznek minden gyereket, vizsgálatot nem is igénylő állapotban vizsgálatra? Vagy tán nem is orvosszakmai indoka van a vizsgálatnak? És ha mondjuk van vizsgálat, miért kell egy igazolást is kiállítanunk? Miről is? Kinek is? Hogy azt generálisan és szó nélkül eljuttassa minden szülő, minden esetben az óvodába, iskolába? Kell-e minden betegségről és annak gyógyulásáról bármilyen dokumentáció egy közösségbe? Nem sért ez személyes jogot? Felnőtt esetében sértené, gyerek esetében nem? A bölcsőde újabb nevelési, a óvoda, az iskola pedig oktatási, és nem egészségügyi intézmény. Tartozik a nevelésügynek vagy az oktatásügynek az egészségügy beszámolási kötelezettséggel? Vagy lehet, hogy nem is egészségügyi, hanem tanfegyelmi szempontok állnak az „igazolósdi” háttérében?” (Kádár Ferenc)

„A dokumentálás és a tájékoztatás nem egyenlő az igazolással. Kérdés, hogy az orvosi tájékoztatás, a lelet kié, és ki értesülhet annak tartalmáról. A jogi rendelkezések szerint a válasz egyszerű: a beteg, és ő rendelkezhet felőle. Ez azt jelenti, hogy a kezelő orvos (egészségügyi személyzet) csak a betegnek adhat az egészségi állapotáról, kezeléséről információt. Bárki más-



nak csak a beteg engedélyével teheti ezt meg. Ez a »bárki más« vonatkozik az oktatási intézmény dolgozójára is.” (Erdélyi István)

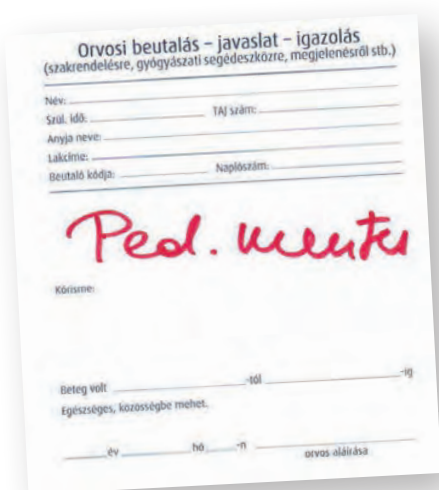
„A jogi környezet csak a vizsgálatot, és nem az erről szóló igazolás kiadását rendeli el. Sok szülő adott esetben még a vizsgálatot is feleslegesnek tartja, és meg is mondja, hogy csak az igazolásért jött, egyébként maga is meg tudná oldani a tüneti kezelést a korábbi betegségek, vagy a nagyobb testvérek betegségei során szerzett tapasztalatai alapján. Ők az áldozatai ennek a közegészségügyi szempontból is kritikátlan állapotnak. Mondhatom, hogy nem elhanyagolható részben épp az igazolások beszerzésének kötelezettsége tartja fenn egyes kórokozók cirkulációját.” (Altorjai Péter)

„Az utóbbi években ugyanis az a gyakorlat alakult ki, hogy már nemcsak a gyermek megbetegedései kapcsán kérnek »közösségbe felvehető« vagy »egészséges« igazolást, hanem a testnevelés keretében történő úszásoktatáshoz, vagy a nyári munkavégzésre való alkalmasságról is. De találkoztunk olyan esettel is, amikor a gyermek egyéb programok miatti mulasztását is velünk kívánják igazoltatni (nyaralás, gyermek láthatása, nyelvizsgára való készülés, temetés stb.). Hasonló kategóriát képviselnek a zeneiskolai képzéshez, vagy »babaúszáshoz« kért igazolások is.” (Kádár Ferenc)

„Ha most 3 éves kortól kötelező lesz az óvoda, akkor nyakra-főre írhatjuk majd a tüsszentés és laza széklet miatti „től-ig” igazolásokat az óvodásoknak is.” (Németh Jenő)

MIT ÍRNAK ELŐ A JOGSZABÁLYOK?

„Az Egészségügyi Törvény szerint vizsgálat az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása. A vizsgálat céljára történik utalás, de a »gyógykezelés eredményességének megállapítása« kitétel nem jelenti sem azt, hogy a gyógyulást minden esetben vizsgálattal kellene bizonyítani sem azt, hogy a gyógyulásról minden esetben igazolást kellene adni a közösség felé. A törvény csak azt rögzíti, hogy ha a beteg megjelent, a vizsgálatot el kell végezni.” (Erdélyi István)



Egy banális felső légúti betegség esetében a szülő orvosi kontrollvizsgálat nélkül is meg tudja állapítani a kezelés eredményességét, vagy eredménytelenségét. Szakmailag nem értjük, hogy amikor egy ilyen betegségből gyógyul meg valaki, miért van szükség újabb orvosi vizsgálatra.

A „4/2000. (II. 25.) EüM a házi gyermekorvos szakmai feladataival foglalkozó rendelet 4. § (1) „c” pontja csak a gyermekintézményekbe történő felvétel előtti orvosi vizsgálat szükségességét írja elő. Tehát a gyermekközösségek rendszeres látogathatásának orvosi igazolást igénylő eseteiről nem tesz említést.

A 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet csak az egymás, a házorvos/házi gyermekorvos és

a közösség, a bölcsőde, az óvoda, iskola orvosa közötti tájékoztatást, együttműködést rendeli el, de annak pontos tartalmát nem határozza meg. Nem határozza meg például, hogy minden hétköznapi, egyszerű, magától gyógyuló betegség gyógyulásáról is írásban kell tájékoztatni a gyermekintézményt, vagy csak azokról, amelyeknek átmeneti vagy tartós életmódbeli konzekvenciái vannak. Az életkor szerint esedékes szűrővizsgálatokról adott lelet nem azonos a betegségek gyógyulásáról kiállított orvosi igazolással, tehát az igazolásokra vonatkozó rendelkezések erre nem vonatkoznak. Az alapkérdés felvetésekor említett adatvédelmi aggályok természetesen nem vonatkozhatnak a krónikusan beteg gyermekekre (diabétesz, asztma, epilepszia), mert ezekről a pedagógusnak, nevelőnek tudnia kell. (a szerk.)

„Két dolgot járnék körül. Az egyik a jogszabályok kérdése. A szülőnek joga van a tájékoztatáshoz. Ezt meg is kapja minden esetben – szóban. Természetesen, ha kéri/kérné, írásban is megkapná. Ez az én értelmezésemben azt jelentené, hogy az aznapi megjelenés során rögzített adatokat nyomtatnánk ki. Ezeket az adatokat azonban más, kívülálló személynek megtekinteni joga csak a beteg (szülő) engedélyével van, márpedig ő nem kötelezhető arra, hogy a gyermekére vonatkozó orvosi adatokat a bölcsődével, óvodával, iskolával közölje. És az első megjelenéskor megírt papír természetesen nem tartalmazhatja, hogy a gyerek mikor fog meggyógyulni, mert ez a kérdés a jóslás körébe tartozik.” (Pejtsik Petra)

KIT ÉS MIKOR VIZSGÁL AZ ORVOS?

„Igazolni lehet tényt vagy mulasztást, meg sok mindent. Adhatunk orvosi igazolást olyan tényről, amelynek megléte vagy hiánya jogi következményekkel jár (idézésre való megjelenés elmulasztása betegség miatt), és akkor is igazolást kell adnunk, ha annak kiadását jogszabály írja elő. Köznevelési intézményekből való távollét igazolására vonatkozóan a Nemzeti Köznevelési Törvény és annak a végrehajtási rendelete az irányt adó.

Szakmai kérdés, hogy egy állapot (beteg – egészséges, műthető – nem műthető, közösségbe mehet – nem mehet) ügyében kiadott szakmai vélemény (lelet) milyen időbeli érvényességű, mennyire megalapozott. Ez ügyben – természetesen mint laikusnak – az a véleményem, hogy az ilyen állásfoglalás csak arról szólhat, hogy a vizsgálat időpontjában mit tapasztalt a vizsgálatot végző szakember, illetve hogy ismert

krónikus betegsége van-e a páciensének. Ennek »időbeli hatálya« tehát csak a vizsgálat időpontja lehet, mert semmi sem garantálhatja, hogy bármely későbbi időpontban végzett vizsgálatnak ugyanez lenne az eredménye. Ez persze felvet jogi problémát is, hiszen ha valakit megoperálnak, és annak nem kívánt következménye van, hivatkozhat-e eredményesen a műtétet végző, vagy altatóorvos arra, hogy volt egy igazolás, amely szerint műthető?

A következő jogi kérdés, hogy kit, mikor kell vizsgálni? Alapvetően akkor, ha a páciens ezt igényli, az igényt pedig az orvoshoz fordulás (rendelésen való megjelenés) jelzi. De ezt a kérdést nem lehet egy jogszabályi rendelkezés idézésével elintézni, mert számos kivétel van, mint például a sürgősségi elsősegélynyújtás, a kötelező szűrővizsgálatok, az alkalmassági vizsgálatok, vagy járványügyi vizsgálatok stb. Nemcsak a beteg kezdeményezhet vizsgálatot: ha az orvos látja szükségesnek a vizsgálatot, azt kontrollnak vagy visszarendelésnek nevezik. Ez utóbbi esetben persze megint a főszabály lép életbe, nevezetesen, akkor kell vizsgálni, ha a beteg meg is jelenik a rendelésen. Nincs olyan szabály – nem találtam –, hogy ilyen esetben az orvosnak kellene értesítenie a beteget a vizsgálatról, illetve annak elmaradásáról. Ez alól kivétel az évenkénti vizsgálat kötelezettsége, mert erre, ha nem jelenik meg a gyermek, figyelmeztetni kell a szülőt, és ezt dokumentálni is kell.

Idetartozik az a kérdés, hogy a »felvétel előtt« vizsgálni kell-e, és mit jelent a felvétel. A »gyermekintézményekbe történő felvétel előtti orvosi vizsgálat« – értelmezésem szerint – azt a helyzetet jelenti, hogy amikor a gyereket a szülő által választott intézménybe felveszik. Nem lehet úgy értelmezni, hogy minden »újra« felvételnél, hiszen akkor mi különbözteti meg attól, amikor pl. nyári szünet után újra kinyit a bölcsőde, óvoda, vagy megkezdődik az iskolai tanév.” (Erdélyi István)

IGAZOLÁS BABAÚSZÁSHOZ, ISKOLAI SPORTVERSENYHEZ?

„A 2004. évi I. sportról szóló törvény 12. paragrafus (1) bekezdése kimondja, hogy a szabadidős sportolók esetében az adott szabadidős sporteseményen való részvétel egészségügyi elbírálását a 7. § (2) bekezdésében meghatározott sportorvosokon kívül az iskola-egészségügyi szolgálat orvosa, illetve a háziorvos végzi, amennyiben azt az adott szabadidősport-esemény jellege indokoltá teszi. De ki dönti el az indokoltságot? Tapasztalat szerint a felelősség elhárítása érdekében a testnevelő mindig és minden alkalommal kér iskolai

sportrendezvény előtt orvosi vizsgálatot (legalábbis pecsétet), miközben egy sportegyesületbe leigazolt gyermek versenyeken történő rendszeres részvételét megengedi az évente egyetlen alkalommal elvégzett sportorvosi vizsgálat, nem kell azt minden verseny előtt elvégezni.” (Németh Jenő)

„Az úszásoktatáshoz, babaúszáshoz adott igazolásban tulajdonképpen nincs mit igazolni. Azt, hogy nem tud úszni vagy esetleg hogy epilepsziás, a szülőnek igazolás nélkül is tudni és közölni kell a gyermekkel foglalkozó szakemberrel. Tehát a jogszabályokban nincs ilyen igazolási kötelezettség.” (Erdélyi István)

MIÉRT NEM A SZAKMA HATÁROZZA MEG A SZAKMAI SZABÁLYOKAT?

A „20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről” végrehajtási rendeletben ez olvasható: „51. §(1) A beteg gyermek, tanuló az orvos által meghatározott időszakban nem látogathatja a nevelési-oktatási intézményt. Ha a pedagógus megítélése szerint a gyermek, a tanuló beteg, gondoskodik a többi gyermektől, tanulóktól való elkülönítéséről, és kiskorú gyermek, tanuló esetén a lehető legrövidebb időn belül értesíti a gyermek, a tanuló szüleit. Azt, hogy a gyermek, a tanuló ismét egészséges és látogathatja a nevelési-oktatási intézményt, részt vehet a foglalkozásokon, orvosnak kell igazolnia. Az igazolásnak tartalmaznia kell a betegség miatt bekövetkezett távollét pontos időtartamát is. Az idézett jogszabály előírja az »egészséges igazolás« szükségességét is, vagyis azt a tényt, hogy a gyermek látogathatja a nevelési-oktatási intézményt, részt vehet a foglalkozásokon, orvosnak kell igazolnia.” (Erdélyi István)

Ez axióma? Mivel az egészség bármikor betegségbe fordulhat, a fenti logika alapján adhatnánk akár minden reggel is igazolást arról, hogy a gyermek egészséges. (a szerk.)

„Tehát az igazolás kiadását jogszabály írja elő, és ennek hiánya jogkövetkezményekkel jár, hiszen az igazolatlan hiányzás pénzügyi támogatások megvonását eredményezi, vagy ha a tanuló igazolatlan óráinak száma a félév vagy a tanév végére meghaladja a 20-at, akkor a tanulói jogviszonya automatikusan megszűnik.

A hiányzás igazolásának másik módja a távolléti kérelem kitöltése: amennyiben a tanuló előre ismert időpontban várhatóan nem fog tudni az oktatáson részt venni,

abban az esetben szülője legkésőbb a hiányzást megelőző napig kérvényezheti a távollét igazolását. A kinyomtatott és aláírt kérelmet személyesen kell leadni az iskola titkárságán, vagy postai úton az iskola címére elküldeni.

Vagyis semmilyen olyan igazolás kiadására nem kötelezhető a házi gyermekorvos, amely arra vonatkozik, hogy a gyerek nem volt jól, és nem engedte iskolába a szülő, de most kéri az orvost, hogy utólag igazolja a hiányzást.” (Erdélyi István)

ELEGÜNK VAN?

„Nálam ma borult ki a bili igazolás ügyben. Ha nem jelenne meg mostanában napon-ta száz gyerek között 50 csak az igazolásért, több idő jutna a valóban beteg másik ötven ellátására. Elhatároztam, hogy »zéro toleranciát« hirdetek, és erről informálok az iskolát, óvodát, védőnőt és a városban is kiakasztok egy információs anyagot. Kérem szépen, hogy akinek van már ilyenje, küldje el nekem, nagy segítség lenne.” (Kovács Ákos)

SZEMLÉLETI PROBLÉMÁK: KI MARADHAT, KI JÖHET A BÖLCSŐDÉBE?

„Nálunk van a bölcsődékben és az óvodákban olyan papír kitéve, hogy milyen panasszal, tünettel nem mehet a gyermek közösségbe, és mikor szükséges orvosi igazolás a betegség után. Sajnos sok szülőt ez nem érdekel.” (Elek Marianna)

„Pátri Laci és Muzsay Géza több külföldi és a legfrisebb svájci minta alapján elkészítettek egy útmutatót a bölcsődék számára, arra vonatkozóan, hogy kit, milyen egészségi feltételekkel engedjünk a gyermek közösségbe, vagy éppen tiltsunk ki onnan. Úgy gondoltuk, hogy egészségi kultúránk jelenlegi helyzetében előrelépés és hasznos segítség lenne egy egységes, szakmai alapon álló kritériumrendszer. Az útmutató elsősorban a bölcsődei gondozók és a szülők számára készült. Szeretnénk, ha szakmailag elfogadható szempontok és nem a gondozók, szülők egyéni elképzelései határoznák meg, ki mehet a bölcsődébe, és ki nem. (Végső soron – szempontok és orvosi igazolások ide vagy oda, az adott pillanatban úgyis ők határozzák meg – szerk.) Az útmutató a jelenlegi jogszabályok alapján készült, jövőbeli – az igazolásokról szóló – elképzeléseinknek azonban nem ez a csatateret.” (Póta György)

„A szülői kompetencia támogatásában hiszek, amivel az idén, meg jövőre persze nem fog rendeződni a taknyos gyerekek helyzete a bölcsődében. Hosszú távon még-



is ez a hatékony. Addig meg azt gondolom, hogy mindnyájunknak a saját praxisába tartozó szülőkkel kellene olyan együttműködést kialakítani, hogy ez meg tárgyalható, és ne vitatható, merev pontokban szabályozott kérdés legyen.” (Pejtsik Petra)

„Szerintem, már most el kell kezdenünk tanítani a szülőket és nagyobb önállóságot adni nekik, mert ez nem fog egyik pillanatról a másikra menni. Most is előfordul olyan szülő, aki azzal jön be, hogy tudja nincs nagy baj, és tulajdonképpen el is kezdte kezelni a gyermekét, de ha már úgyis jönni kell az igazolásért, akkor vizsgáljam már meg... Az igazolások kérdését érintő bölcsődei tájékoztatók többnyire azt sugallják, hogy mindegy, mi van a gyerekekkel, akkor is az a megnyugtató, ha látja orvos. De biztos, hogy ez mindig szükséges is? Én nem ragaszkodnék minden esetben az orvosi igazoláshoz, vagy legalábbis megosztanám az eseteket aszerint, hogy mikor kötelező az orvosi igazolás, és milyen betegséget, milyen hosszú hiányzást igazolhat a szülő. Tudjuk, hogy különösen a bölcsődébe járók sok olyan betegségben szenvednek, ahol nem kell orvosi vizsgálat, hanem az otthoni gondos szülői ápolás tesz csodákat.” (Szentannay Judit)

ADMINISZTRATÍV MEGOLDÁS: LÉPÉS ELŐRE VAGY HÁTRA?

„Értem én, hogy bizonyos szempontból szükség van vagy lehet mindkét – az igazolások racionalizálásáról, illetve a bölcsődék látogathatóságáról szóló – HGYE-dokumentumra, és arra is, hogy megfelelő fórumra eljuttassuk azokat. Még akkor is, ha irányultságukban bizonyos mértékig ellentmondanak egymásnak. (Egyik oldalról elfogadjuk, hogy kell, a másiktól meg tiltakozunk ellene.) Ugyanakkor komoly



hibának tartom, ha ezt a két dokumentumot egyszerre, vagy időben egymáshoz nagyon közel hozzuk nyilvánosságra. Nem adnám fel ezt a magas labdát senkinek, ha a továbbiakban is komoly, mértékadó szakmai szervezetnek szeretnénk tartatni magunkat. Ha tehát úgy gondoljuk, hogy ebben a formában mindkettőre szükség van, akkor prioritáslista alapján gondos időzítést javasolok a nyilvánosságra hozatalukban.” (Pejtsik Petra)

Vigyázzunk! Nehogy egy másik túlszabályozással helyettesítsük a jelenlegit. (a szerk.)

NEM MI FÚJUK A PASSZÁTSZELET

„Amíg a jogrendszer nem tekinti felnőttnek a szülőt a betegség és egészség megállapításában, továbbá az iskolai hiányzásokhoz jogkövetkezményeket fűz, addig nem lehet eredményesen küzdeni az orvosi igazolások ésszerűsítéséért.” (Erdélyi István)

Szakmai oldalról sem igazolható mindenfajta gyermekorvosi igazolás megszüntetése, hiszen előfordul olyan egészségi vagy jogi helyzet, amikor ezekre a sokszor már hatósági jellegű orvosi igazolásokra mégis szükség van. Természetesen nagy előrelépés lenne a felesleges adminisztráció csökkentésében, ha a szülő jogot kapna arra, hogy akár többnapos iskolai távollétet is igazolhasson gyermeke betegsége miatt. Így megszűnne az orvoshoz fordulás kötelezettsége, kényszere a hiányzások igazolására. (a szerk.)

„Ne felejtjük el azt sem, hogy nem mi fújuk a passzátselet. Az igazolások teljes eltörlése bármennyire is jó lenne, a jelenlegi hazai szociális, edukációs viszonyokat figyelembe véve nem lehetséges. Úgy gondolom, hogy ha el akarunk indulni az igazolások megreformálásának útján, akkor először a mostani jogi környezeten belüli lépéseket kell kikövetelni. Először a 15 napon belüli szülői igazolások, és az indokolatlan »alkalmassági« vizsgálatok megtagadásának lehetőségét kell megteremteni. Ez utóbbi hoz ugyanis bennünket igazán megalázó helyzetbe: vagyis amikor egy

zenetanár vagy egy úszóedző dönti el, hogy orvosi igazolás kell neki bármihez is. Ha első lépésként a jogalkotó elfogadja a változtatás szükségességét, akkor a megbeszélések során talán több kérdésben is előreléphetünk. Sokak választát figyelembe véve úgy gondolom, hogy az elkészült anyag megfelelő, és kiindulásnak nagyon is alkalmas. A Bölcsődei Útmutató ügyében – úgy érzelésem – nagyobb az egyet nem értés, ezért ezen még rágódjunk egy kicsit.” (Póta György)

„A HGYE-anyagban nagy örömmel láttam érvényesülni azt a tendenciát, amivel a felnőtt társadalmat – ebben a kérdéskörben a szülőket – gondolkodó, önálló cselekvésre és folyamatos tanulásra képes populációként kezdjük elismerni.” (Altorjai Péter)

A JÖVŐ: A SZÜLŐK KÉPZÉSE

Régi tapasztalat, hogy a képzés, a nevelés, az egészségügyi kulturáltság, intelligencia hiányosságait nem vagy csak részben lehet központi adminisztratív, néha már bürokráciába hajló intézkedésekkel és jogi szabályokkal pótolni. Az igazi megoldás, a jövő útja a szülők képzése, nevelése, hogy jobban el tudjanak igazodni abban a fontos kérdésben, hogy mikor kell orvoshoz vinni a gyermeküket. Hogy biztosabban tudják, mikor kell a gyermekorvosi vizsgálat először, másodsor, sőt néha harmadszor is...

És mikor felesleges az...

Szerkesztette:
KÁLMÁN MIHÁLY, KÁDÁR FERENC

Mintául szolgáló megoldás

A 12/1991 NM üdültetésre, táborozásra vonatkozó rendelet az orvosi igazolások kérdésében előremutató, mintaszerű megoldást tartalmaz, amely megfelel a szakmai ésszerűségnek, és a szülői felelősség kibontakozásának irányába mutat.

E rendelet kimondja, hogy a táborozásban csak az vehet részt, aki arra egészségileg alkalmas. A gyermek törvényes képviselője meghatározott adattartalmú, a táborozást megelőző négy napon belül kiállított nyilatkozattal igazolja a táborozásban részt vevő gyermek megfelelő egészségi állapotát a táborozás megkezdése előtt. A nyilatkozathoz szükséges nyomtatványt – a táborozáshoz szükséges egyéb iratokkal együtt – a táborozás szervezője adja át kitöltés céljából. Az iratokat a táborozás szervezőjéhez – az általa megállapított határidőig – kell visszajuttatni. A nyilatkozatot legkésőbb a táborozás megkezdésekor a táborozás szervezőjének kell átadni, és azt a táborozás ideje alatt a tábor helyszínén kell tartani.

Igazolások a házi gyermekorvosi munkában – a HGYE javaslata

ELŐZMÉNYEK, HELYZETELEMZÉS

A házi gyermekorvosi munka egyre jelentősebb részét teszi ki az igazolások kiállítása. Ezen igazolások kiadásával járó procedura feleslegesen nagy terhet jelent mind az egészségügyi személyzet, mind a szülők számára, a betegek közötti várakozás pedig a már gyógyult, egészséges gyermek újabb megbetegedésének kockázatával jár. Az előzetesen, sokszor napokkal előbb kiadott igazolások ugyanakkor értelemszerűen nem adnak kellő információt a gyermek pillanatnyi egészségi állapotáról, ezért a felelősség bármilyen megosztására, orvosra hárítására alkalmatlanok. A szülő felelőssége a gyermek közösségbe való bevitelénél megkerülhetetlen. A pénteken kiadott, és az akkori állapotot tükröző „egészséges” igazolás – szerencsétlen esetben – akár már aznap sem fedí a valóságot.

Nem vitatható, hogy a közösségbe való első felvételkor (bölcsőde, óvoda), tájékoztatni kell a közösség orvosát, gyermekkel foglalkozó személyzetét a gyermek lezajlott, vagy krónikus betegségeiről. A továbbiakban a súlyos akut megbetegedéseket, vagy krónikus állapotok indulását követően is szükségesnek tartjuk a tájékoztatást, a közösségbe felvétel engedélyezését. A későbbi, esetleg orvost sem igénylő, vagy enyhe lefolyású betegségeknel az orvosi igazolás szükségtelen.

Elgondolkodtató, vajon milyen céllal, milyen szervezetek kérik, kérhetnek a házi gyermekorvostól igazolást. Az utóbbi években ugyanis az a gyakorlat alakult ki, hogy már nemcsak a gyermek megbetegedései kapcsán kérnek számára „közösségbe felvehető”, vagy „egészséges, közösségbe mehet” igazolást, hanem a testnevelés keretében történő úszásoktatáshoz is. Érdekes módon a testneveléshez nem kérnek külön orvosi dokumentumot. A gyermek különböző, egyéb programok miatti mulasztását is velünk igazolhatják az oktatási intézmények (nyaralás, gyermekláthatás, temetés, nyelvvizsgára való készülés, zeneiskolai képzés, közlekedési nehézségek stb.). A tanuló tudtával, sőt gyakran vele üzengetve. Ezzel súlyosan rombolva az orvosi tevékenység tekintélyét, és ami még nagyobb baj: a gyermeki lélekben, a kialakuló értékrendben okozott kár.

Ezek jogosultságát határozottan vitatjuk. Gyermekgyógyászati szempontból különösen érthetetlen a napközi iskolai sportversenyek, tömegrendezvények, még inkább az iskolák által fenntartott különböző sportági csapatokban való részvételhez kért igazolások gyakorlata. Teljesen felesleges igazolási forma, és emellett vállalhatatlan felelősség az is, amikor a gyermek műtéti beavatkozása előtt (döntően felnőtt ellátására szakosodott osztályon dolgozó) kollégáink igazolást kérnek arra vonatkozóan, hogy a gyermek a műtét napján, vagyis az igazolás kiállítása után napokkal később, műthető-e.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium 2012-ben előterjesztést készített a táborozással kapcsolatos egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról. Az előterjesztést követően az érintett jogszabály módosításra került. A jogszabály hatályba lépését követő időszakban az új rendszer működőképessége bebizonyosodott: gyermeke egészségi állapotáról a szülő nyilatkozik, a szülői felelősség hangsúlyosabb megjelenítése nem okozott rendszerszerű problémát.

Megállapíthatjuk, hogy a fenti jogszabály módosítását alátámasztó indokok a jelenlegi, „egészséges, közösségbe mehet” igazolások értelmetlenségét is megerősítik.

JAVASLATAINK

Ahogy a táborozási igazolások esetében, úgy más országok gyakorlatához hasonlóan, az orvos által kiállított igazolások többsége helyébe léphet a szülői felelősségvállalás. A gyermek nap mint nap a szülő szeme előtt van, aki észlelheti gyermeke állapotában beálló apróbb változásokat is. Amennyiben gyermeke betegsége utaló tüneteket mutat, mérlegelheti az orvoshoz fordulást, ha azonban panasz és tünetmentes, vihetné közösségbe, küldhetné iskolába, ezzel felesleges utazástól, költségektől, hosszas várakozástól, esetleges újabb infekciótól kímélve meg a családot.

Ha egy szülőtől elvárjuk, hogy gyermeke egészségestől eltérő állapotát felismerje, úgy természetesnek tarthatjuk, hogy panaszmentességét is igazolhatja. Tekintsük a szülőt felnőtt, egyre biztosabb talajon álló, döntésképes személynek, mi pedig a

megfelelő egészségnevelési eszközökkel támogassuk ebben. Engedjük, sőt, tegyük lehetővé, hogy egy könnyebb lefolyású, orvosi vizsgálatot nem igénylő megbetegedés esetén a gyakorlott szülő dönthesse gyermeke gyógyulásáról, és mulasztását felelősen igazolja. Ennek érdekében a szülők számára álljon rendelkezésre egy általuk igazolható időkeret, ami akár 15 nap is lehet oktatási évenként. Egy ilyen tartalmú intézkedéssel nagymértékben csökkenthető a felesleges orvos-beteg találkozások száma.

De ha a pedagógustól elvárjuk, hogy felelősen gondolkodó nevelője legyen a rábízott tanulónak, lehet nála is a 15 napos igazolási keret olyan nyilvánvalóan indokolt esetekre, mint egy közeli hozzátartozó halála vagy egy vasutasstrájk stb.

Fenti, társadalompolitikai jelentőségű törekvéseinket alapvetően akadályozza az EMMI 20/2012. (VIII. 31.) rendelet 51.§(1) pontja, amely nem teszi lehetővé, hogy a szülő felelősen dönthesse gyermeke enyhe lefolyású betegsége esetén a néhány napos otthon maradásról és annak igazolásáról.

Véleményünk szerint hatályon kívül kell helyezni a 2004. évi I. sportról szóló törvény 12. § (1) pontjában foglaltakat.

Az iskolába járás fegyelmének biztosítása a szülő és az oktatásügy feladata. Ebbe az egészségügyet bevonni mind egészségügyi, mind közgazdasági, mind pedagógiai szempontból indokolatlan.

A szakmailag indokolt esetekben (pl. krónikus betegség fennállásakor) változatlanul szükségesnek tartjuk a megfelelő orvosi dokumentum kiállítását akár elektronikus formában is.

Fentiekkel alátámasztva, abban a biztos tudatban javasoljuk az igazolásokkal kapcsolatos jogszabályok megváltoztatását, hogy az mind a szülők, mind az egészségügyi személyzet egyöntetű elégedettségét fogja kiváltani. Az egészségügyi személyzet a felszabaduló időt ennél komolyabb preventív, diagnosztikus, terápiás feladatai végzésére fordíthatja.

2015. február

Javaslatunkat eljuttattuk Balog Zoltán miniszter úrhoz is.

Nem a cáfolatot, hanem az információt kell terjeszteni

Interjú Ferenci Tamás biostatistikussal

Védőoltásokról – a tények alapján. Ezzel a címmel jelent meg Ferenci Tamás könyve, amely sok tekintetben hiánypótló. A szerző klinikai biostatistikus, az Óbudai Egyetem Élettani Szabályozások Csoportjának oktatója. Minden napi munkájában elsősorban a gyermekkori elhízás, az 1-es típusú cukorbetegség és gyermekkori autoimmun betegségek kutatásán dolgozik, a védőoltásokkal szinte csak érdeklődő kívüllóként kezdett foglalkozni. Pontosan tíz éve nem jelent meg magyar nyelven védőoltásokról szóló tudományos igényű könyv, olyan pedig, ami kizárólag a védőoltásokkal kapcsolatban elterjedt aggályokat tárgyalná, talán még soha sem.

A szerző összefoglalta a védőoltásokkal kapcsolatos ismereteket olyan – gyakran nemcsak hírekkel, de rémhírekkel terhelt – kérdések kapcsán, mint a hatásosság vagy a biztonság. Objektíven, tudományos módszertannal, kizárólag tények alapján dolgozott. A könyv nem pusztán orvosoknak, egészségügyben dolgozóknak ad lehetőséget tudásuk felfrissítéséhez, vagy ahhoz, hogy municiót szerezzenek a laikusok tájékoztatásához, de szülők, érdeklődők számára is alapos és kiegészítő ismereteket nyújt.

Mivel foglalkozik egy biostatistikus?

Egy sor olyan kérdéssel, amelyekben egyre kevésbé lehet dönteni egyéni benyomások, tapasztalatok alapján. Gondolok itt a ritkább betegségek rizikójára, diagnosztizálására, kezelésére, ezen felül olyan kérdésekre is, amelyekre csak több száz, több ezer, vagy annál is több beteg adatainak vizsgálata alapján lehet hiteles választ adni. Ahhoz viszont, hogy ilyen nagy mennyiségű adatot megbízhatóan kezeljünk, matematikailag megalapozott módszereket kell igénybe vennünk. Eltér-e a fiú és leány cukorbeteg gyermekek vércukorszint-ingadozásának a mértéke? Ha igen, mennyire? Igaz-e, hogy a bizonyos életkorban manifesztálódó diabetes hamarabb vezet társbetegségekhez? Lehet-e

előre jelezni egy autoimmun komorbiditás fellépését a különféle markerek időbeli dinamikájának elemzésével? – hogy csak egyetlen, általam vizsgált betegség kapcsán említek pár kérdést. A biostatistikát az orvostudomány egyre több területe veszi igénybe, de a mások által elvégzett kutatómunka eredményének megértéséhez, magyarán a cikkek olvasásához – és különösen kritikus értékelésükhöz(!) – is szükségünk lehet bizonyos biostatistikai jártasságra.

Milyen adatokkal dolgozol?

A klinikai gyakorlatban nagyon sokszor ad hoc merülnek fel kérdések, amikor mondjuk mindössze néhány tucat beteg adatait vizsgáljuk, összefüggéseket keresve, modelleket építve. Emellett a tanszéken nagy epidemiológiai adatbázisokkal is foglalkozom. (Például a GYEMSZI-vel együttműködésben hozzáférünk a magyar egészségügyi finanszírozási adatbázisához egy évtizedre visszamenően, ami alapján hihetetlenül érdekes és fontos népegészségügyi kérdéseket lehet megvizsgálni.)

Mi, házi gyermekorvosok nagyon nagy problémaként éljük meg az alternatív gyógyászat terjedését és az országban is tapasztalható védőoltás-ellenességet. Aki olvasta a blogodat, tudja, hogy utóbbival nagyon sokat foglalkoztál az elmúlt években. Személyesen hogyan szembesültél ezzel a problémával?

Előrebocsátanám, hogy már magát a kifejezést sem értem, hogy „alternatív gyógyászat”. Mi számít alternatívnak és mégis mitől? Szerintem ez úgy butaság, ahogy van: ha azt szeretném, hogy meggyógyuljak, vagy hogy a beteg gyeregem meggyógyuljon, akkor az számít, hogy a terápia hatásos és biztonságos-e, nem az, hogy „alternatív”-e. A határvonal nem alternatív és nem alternatív, hanem a működőképesség és a hókuszpókusz között van. Ennyi pontosítás után azt válaszolnám, hogy a hókuszpókusz többi ágával sosem foglalkoztam olyan elmélyülten, mint a védőoltás-ellenességgel, de bizonyos szem-

pontból nem is tartom azokat olyan veszélyesnek, mint ez utóbbit. Aki hisz valamilyen hókuszpókuszban és bedől neki, az többnyire csak magának okoz kárt. A fertőző betegségek elleni védőoltások elutasításának azonban másokra nézve is lehetnek konzekvenciái, mégpedig közvetlenül is. Ezt hatalmas különbségnek látom, még akkor is, ha a hókuszpókuszok között is nyilvánvalóan van olyan, ami talán a védőoltás-ellenességnél is nagyobb népegészségügyi károkat okoz. A témára egyébként szinte véletlenül találtam rá egy védőoltás-ellenes szervezet honlapján. Ott kezdődött a vitatkozás, amely idáig vezetett.

Magunk között sokat vitatkozunk, hogyan lehetne meggyőzni az oltáselleneseket, érdemes-e magyarázni a kézenfekvőt, újból elindulni a kályhától?

Először is differenciáljunk az ellenzők között, mert nem lehet őket homogén blokként kezelni. Van egy olyan rétegük, amelynek totálisan mindegy, mit mondunk, semmilyen érvrendszer nem fog segíteni. Bombabiztos, úgy szoktam mondani, golyóálló világképük van, ezen azt értem, hogy számukra minden állítás és annak a homlokegyenest ellenkezője is azt igazolja, hogy nekik van igazuk. Van azonban egy másik réteg, amely vitaképesebb emberekből áll. Ők hajlandóak megfontolni érveket, de ha meg szeretnék győzni őket, a tájékozottság, a vonatkozó irodalom ismerete nélkülözhetetlen. Nagyon fontos, hogy valós választ, cáfolatot adjunk, ami sokszor az egyetemen tanultakat messze meghaladó ismereteket igényel. De mindkét csoport elhanyagolható, legalábbis a meggyőzés fontosságát tekintve, egy harmadik mellett, amely csak odáig jutott, hogy hallott ezt-azt és bizonytalanná vált. Egyrészt mert ők vannak a legtöbben, másrészt mert ők nem rosszhiszeműek, nem elkötelezettek. Egyszerűen csak kérdéseik vannak, tehát a meggyőzésre az ő esetükben van reális esély. Emellett az empátiát szeretném még nagyon hangsúlyozni. Több olyan esetről hallottam, amikor csúnyán reagáltak házi gyermekorvosok egy-egy ilyen kérdésre. Értem, hogy elszakad a



cérna, amikor ezredszer hallja valaki ugyanazt a számára elképesztően értelmetlen kérdést, de ha kell, mégis muszáj higgadtan válaszolni. Szerintem helytelen olyankor mondani a szülőnek, hogy ehhez nem érthet, és ne szóljon bele, hogy jön ő ehhez és így tovább. Meg kell próbálni megértéssel reagálni, mert még ha csak minden tizedik esetben lesz eredménye, akkor is megérte a fáradozást. (Ha meg az anyuka a nyugodt, hozzáértést sugárzó válaszuk hatására nem kezd el az interneten – továbbbi ezer másik szülő „szeme láttára” – arról írogatni, hogy hogyan és miként utasította el az orvos, pláne megérte!)

Ma bejött a csecsemő-tanácsadóba egy nagymama azzal, hogy a szomszédasszonya szerint cukorbeteg lesz a kisgyerek az oltástól, az ő kislánya is attól lett az. Talán meg tudtuk győzni, mert beolthattuk a gyereket. Kicsit rossz érzéssel várom, mikor lesz az első eset, amely során nem jutunk el ideig. Vagyis mindenkinek, orvosnak, asszisztensnek, védőnőnek is empatikusan kell hozzáállnia a kétkedőkhöz.

Igen, maximálisan egyetértek, csak ismételn tudom az előző válaszomat: ne érezze úgy se szülő, se nagyszülő, hogy lesöpörték az asztalról. De van a kérdésnek egy másik vetülete is, az államigazgatási, hivatali szint. A népegészségügy, az ÁNTSZ stb. Az ő esetükben úgy gondolom, a transzparencia a kulcsszó, és sajnos látok hiányosságokat e téren. Hogy említsek példát, szerintem én voltam az első, akinek sikerült kiderítenie és mindenki számára kényelmesen, nyilvánosan elérhető formában közzétennie, hogy a XX. század első felétől kezdve adott évben hány kanyarós beteg volt Magyarországon. Mi és miért volt ez ideig hadírtok? Szerintem minden népegészségügyi rendszerrel szemben alapvető elvárás az ilyen adatok közzététele. Meg se merem említeni, hogy Amerikában, Angliában színes, háromdimenziós, interaktív weboldalakon érhető el az ilyen adatok. Értem én, hogy kevés az ember, sok a feladat, de azért nem minden csak a pénz kérdése. Mondok egy másik példát. Az oltást követő nemkívánatos eseményekről szóló bejelentéseket az Egyesült Államokban bárki számára elérhető webes felületen mutatják be, ahol témakör szerint lehet válogatni, szűrni, kutatni. A szülő bejelentheti az esetet weben keresztül, személyesen, faxon, online lekérdezheti a bejelentésének a státuszát.

Nálunk átláthatatlan a folyamat, és az OEK az egészről csak egy kétoldalas jelen-

tést tesz közzé, de jellemző, hogy a 2013-ast még e pillanatban, hogy beszélünk, sem sikerült nyilvánosságra hozni. Történetesen ismerem az intézetben dolgozókat, így tudom, hogy milyen elképesztő túlterheltségben dolgoznak. Nincs elég ember az osztályukon, úgyhogy egyénileg megértem a helyzetet, de népegészségügyi szinten azért ez mégiscsak abszurdum. Mert elkerülhetetlenül ahhoz vezet, hogy „eltussolta az orvos” és hasonlók.

Mindeközben az EU-ban Görögországtól Spanyolországig több mint tízezer kanyarós beteg van, és ha utcán most megkérdeznék, milyen aktuális járványról tudnak, valószínűleg az ebolát említenék. A kanyarójárványnak miért nincs „sajtója”?

Igen, ez egy nagyon jó felvetés, pláne az ebola – hazánkban nyilván nulla – kockázatával összevetve. A kérdés a média szerepéhez vezet át. Az emberek többsége a Blikket olvassa és nem az Eurosurveillance-t.

Az egészségnevelés nem divatos téma, pedig lenne mit megmutatni. Egyetemi gyakorlaton, még a hőskorban, a László kórházban egy kislányt vettünk fel kanyaróval. Talán negyedikes lehetett, maga jött be, mert anynyi kanyarós volt, hogy diagnosztizálta magát. Egy hét múlva, amikor visszamentünk a kórházba, agykéregműködés nélküli gyermeket találtunk. Ami történt, statisztikailag ritka, nekem mégis életre szóló tapasztalat volt a kanyaróval kapcsolatban. Az egyik, országos tévé egyszer bemutatott egy meningitisen túlesett, végtagcsonkolt fiatalembert, de utána azonnal elzárkózott a további esetek bemutatásától, mert sokak számára riasztóak voltak a látottak. Pedig a fiú elmondta, hogy egyetlen oltással megelőzhető lett volna a tragédiája.

Nem hiszem, hogy meg kell erőszakolni a médiát, vagy hogy biztosan hasznos lenne „kényszerrel egészségre nevelni”. Az újság egyszerűen azt írja, amire érdeklődés van, tehát feladat inkább ennek kapcsán van – talán már a középiskolai biológiaoktatásnál kezdődően. A meningitist amputációval túlélő fiatalembert bemutatásával és hasonlókkal szemben viszont zsigeri ellenszenvet érzek, mert ez a stratégia szerintem manipulatív és veszélyesen közelállónak érzem ahhoz, amit védőoltás-ellenesek csinálnak, fordított előjellel. (A könyvemben sem ilusztrálom a betegségeket bemutató feje-

zetet egyetlen fényképpel sem, pontosan emiatt.) Ráadásul még ez sem biztosan működőképes stratégia, egy kutatás szerint például az MMR védőoltás kitalált mellékhatásainak a cáfolata megnövelte a félelmet, hogy az oltásnak mellékhatása lehet... Számomra az a legfontosabb konzekvencia, hogy nem szabad mindenáron, mindenkivel vitatkozni. A „széles közönség” esetében inkább az ismeretterjesztés a fontos, semmint az egyes védőoltás-ellenes érvek cáfolata. Erre csak személyes vitában van lehetőség.

Szóval az a jó, ha az egészségnevelés egészséges mederben folyik.

Igen, ahogy mondtam, felvilágosító jellegű információt és nem a cáfolatokat kell terjeszteni. Életveszélyes kiállni azzal, hogy „nyugodtan oltassa be a gyereket, mert nem okoz cukorbetegséget”. Minden emberre, aki ezt a tényt elfogadja, ezer fog jutni, akinek ettől jut egyáltalán az eszébe, hogy az oltás okozhat ilyet... Legyen meg valahol a cáfolat, természetesen részletesen, alátámasztva, de a „nyomatása” konttraproduktív lehet.

Melyek a leggyakoribb ellenérvek a védőoltásokkal szemben?

Mint minden gyógyszer esetében, a hatásssággal, biztonságossággal foglalkozók. Előbbi megkérdőjelezése kevésbé tipikus. Az emberek hajlamosak annak hinni, amit a saját szemükkel látnak vagy megtapasztalnak, márpedig – szerencsére – köznapit tapasztalat, hogy ma Magyarországon nincs sem kanyaró, sem járványos gyermekbénulás, sem diftéria. A kérdéseket inkább a biztonsággal kapcsolatban teszik fel. Húsz másodpercben persze nehéz megcáfolni, hogy miért nem az oltástól lett cukorbeteg a szomszédasszony kislánya, hogy utaljak a korábbi példára.

Sok támadást kapsz a blogod miatt?

Írták természetesen, hogy fizetett gyógyszerügynök vagyok, de ilyen szempontból rendkívül kényelmes a helyzetem, hiszen az életrajzomban ellenőrizhető, mivel foglalkozom, hol dolgozom. Amúgy direkt támadó hozzászólásokat ordító egyérműséggel csak azoktól szoktam kapni, akiknek egy hang érvük nincs. Naná... Egyébként személyesen is találkoztam már több mérsékelt, vitaképes védőoltás-ellenessel, és megkockáztatom, hogy kifejezetten kellemesen elbeszélgettünk. Ugyanilyen pozitívan éltem meg azt a kétórás

rádiófelvételt is, amelynek során abszolút kulturáltan vitatkoztam egy oltásellenes szervezet képviselőivel.

H Mit gondolsz, milyen hatást ért el a közvéleményben az internetes naplód?

Ezt nem tudom pontosan. Kaptam visszajelzéseket, de főként a szűkebben vett szakmabeliektől, infektológusoktól, vakcinológusoktól. Ezek pozitívak voltak, és ennek is örülök, de az igazi kérdés az, hogy „a végeken” (a háziorvosoknál, a laikus érdeklődőknél) hogyan hasznosul a munkám. Erről sajnos nagyon keveset tudok. Nemrég kaptam például egy e-mailt egy iskolai védőnőtől, aki azt írta, kapóra jött neki, amit nálam olvasott, mert a szülői értekezleten meg tudta válaszolni a szülők kérdéseit. De ilyen jellegű visszacsatolás sajnos csak hébe-hóba érkezett.

H Mi a véleményed azokról az orvosokról, akik nem oltanak, akiknél állítólag a csapban végzi a vakcina?

Az oltásellenesek ez ügyben nagyon két-színűen viselkednek: ha egy orvos nem ért egyet velük, azt mondják rá, hogy „persze, hisz’ ez egy orvos!” (értsd: megvette a gyógyszerlobbi), ha viszont egyetért velük, akkor „lám, ő orvos!”. Ami engem illet, az én álláspontom viszont tiszta: nem érdekel, ott van-e a neve előtt, hogy doktor, csak az érdekel, hogy mit mond. A kérdésnek jogi vetülete is van. Lehet olyat állítani, hogy korlátozzuk az orvos egyéni döntési szabadságát, meg hogy csúnya dolog egy szakmai vitában a másik fél egzisztenciáját fenyegetni, de az orvosi munka szükségszerű velejárója, hogy az államnak a betegek képviselőjét nemcsak az orvossal együttműködve, hanem extrém esetben akár vele szemben is el kell látnia. Nem rendelhet fekvőtámaszt a szívinfarktusosnak, még akkor sem, ha a legjobb meggyőződéssel hiszi, hogy a nyugalomba helyezés fontos-ságát csak a hordágy-lobbi találta ki.

H Milyen adatokkal lehetne megértetni a laikus érdeklődőkkel, hogy a védőoltások nem veszélyesek, hanem ellenkezőleg, jótékonyak?

A hatásosságot könnyű szemléltetni, például okáért mindenki számára jól értelmezhető grafikonok sora ábrázolja, hogyan szűntek meg betegségek. A rizikó kommunikálása a nehezebb ügy. A szövegményekről vagy az általában ritka, elszórt esetekről nehéz személyes tapasztalatot

szerezni, az interneten megírt tapasztalatokból pedig nem lehet reális képet kapni, hiszen arról senki nem fog hosszas beszélőket közzétenni, hogy a gyermekével hogyan nem történt semmi különös az oltás után. Ráadásul máshogy ítéljük meg az ember által okozott kockázatot, mint azt, ami „csak úgy” történik. Ha megkapjuk a kanyarót, arról többnyire úgy gondoljuk, hogy az „külső” okokból történt. Sokkal súlyosabbnak érezzük azt a kockázatot, amit a mi aktív tevékenységünk, például egy oltás beadása okoz. Másrészt, az emberi elme nehezen érzékeli a kis kockázatokat, nehezen fogja fel az igazán kis számokat. A „10-ből 5” és a „100-ból 1” között jól érzékelhető a különbség. A „100-ból 1” és az „1000-ból 1” között már jóval kevésbé, az „1000-ból 1” és az „1 millióból 1” között pedig már gyakorlatilag érzékelhetetlen a differencia, mindkettő egyszerűen „nagyon kicsi”.

Mégis létezik egy szerintem nagyon szellemes megközelítés. Gyerekkoromban olvastam Marx György Atommag-közelben című könyvében, hogy hasonlítsuk a felfoghatatlan mértékű kockázatokat olyan kockázatokhoz, amelyek köznapi dolgokhoz kötődnek. Így például tudható, hogy kerékpározni kockázatos, mindennapos hír a biciklis baleset. Meg is lehet nézni a statisztikát, és számszerűsíteni lehet, hogy egy év alatt hány kilométer tekerésre esik egy baleset. Vagyis, hogy mekkora a kockázata egy kilométernyi kerékpározásnak? Nyilván nagyon kevés, de a fentiek miatt nem nulla. Ha tudjuk, meg lehet mondani, hogy ennek vagy annak az oltásnak, műtétnek, orvosi beavatkozásnak annyi a kockázata, mint mondjuk 800 méter biciklizésnek, egy pohár bor ivásának, vagy a budapesti levegő egy órán át történő belégzésének. Ezek olyan példák, amelyekről mindenkinek van kézzel fogható, személyes benyomása, így sokkal jobban értelmezhetővé teszik az egyébként nehezen felfogható kockázatokat.

H Lehet-e társadalmi csoportokba sorolni az oltáselleneseket?

Ez olyan kérdés, amit szociológusnak kellene vizsgálnia. Egy részükről elmondható, hogy az átlagot meghaladóan képzett, világlátott, magas a szocioökonomiai státusza, bár nyilvánvalóan nincs semmilyen egészségügyi képzettsége. De van egy olyan réteg is, amely általában fogékony az összeesküvés-elméletekre, gyenge a kritikai gondolkodásmódja, hajlamos a szugesztív üzeneteket elhinni, a populizmusnak bedőlni.

H Az orvosok felkészültek ezekre a vitákra?

Eleinte meglepődtem, amikor úgy érzékelttem, hogy nem. Később rájöttem, hogy ez az egész védőoltásos ügy végeredményben részletkérdés egy orvos napi munkáját tekintve, az orvosi munkához szükséges tudás töredékrésze – csak én ebben mélyültem el. Azt viszont több forrásból hallottam, hogy amit az egyetemen tanulnak erről a témáról, nagyon kevés. Azt gondolom, hogy az azonnal meglévő tudásnál sokkal fontosabb, hogy aki valamilyen kérdésre választ keres, az tudjon mihez nyúlni, tudja, hogy hol kaphat hiteles információt a témáról. Nem hatósági választ kell adni ezekre a kérdésekre. Alapfilozófiám, hogy – extrém esetektől eltekintve – ha valaki nem mond igazat, arra nem az az adekvát válasz, hogy betiltjuk a szervezetét, hanem, hogy elmondjuk, hogy miért nem mond igazat.

H Más országokban hogyan működik ennek a területnek a szabályozása?

Tőlünk nyugatabbra nincs olyan kötelezőség, mint nálunk, de azért megvannak a módszereik a magas átoltottság elérésére. Például oltás nélkül nem veszik fel a gyermeket a közösségbe, vagy nagyítóval kell keresni olyan doktort, aki vállalja, hogy oltatlan gyermek háziorvosa legyen. Persze, ha megvan nagyítóval az orvos, akkor oda bejelentkezik az összes védőoltás-ellenes, lokálisan leesik az átoltottság (hiába magas országos szinten), és kitör a járvány – a nyájimmunitás hiánya ugyebár... Ezeknek az országoknak a járványügyi helyzete sokkal rosszabb, mint a miénk, bizonyos régióikban tízszeres, százszoros, néha szó szerint ezerszeres különbségek láthatók például a kanyaró-morbiditásban. Az itthoni oltásellenesek mérsékelt része szívesen hivatkozik arra, hogy nálunk sem alakulnának ki olyan heves tiltakozó mozgalmak, ha nem lenne ez a vasszigor. Ez elméletnek jó, hiszen az emberek eleve ellenérzést táplálnak az állam által rájuk erőltetett dolgokkal szemben. A tények azonban nem igazolják ezt a megközelítést, mert az USA-ban, Svájcban, Németországban, ahol választható a védőoltás, pontosan ugyanúgy jelen vannak az oltás-ellenes mozgalmak (pontosan ugyanolyan militáns ágakkal), mint hazánkban.

H Köszönjük a beszélgetést!

BENEDEK LÁSZLÓ



Professzor Koletzko Budapesten

Egyedülálló eseménynek ad otthont **Budapest március 20-án: a Nestlé Nutrition Institute** soron következő tudományos szimpóziuma kerül megrendezésre Magyarországon. Az NNI rendszeresen nyújt szakmai, tudományos továbbképzéseket a világ minden táján, de ez az első alkalom, hogy kifejezetten a közép-kelet-európai régióban, a régió egészségügyi szakemberei számára szervez továbbképzést, melynek témája igen aktuális: a korai táplálás szerepe a hosszú távú egészség megőrzésében, korunk népbetegségeinek, bizonyos civilizációs betegségeknek megelőzésében (elsősorban elhízás, metabolikus szindróma, allergia).

A rendezvény magas színvonalát az NNI szervezése, támogatása, valamint az előadók garantálják, akik mindannyian a téma nemzetközi és hazai szaktekintélyei. Az NNI olyan, a témával sok éve foglalkozó és sokat publikált neves szakembereket kért fel előadóknak, akik saját kutatásaik eredményeit osztják meg a hallgatósággal, így a régió gyermekorvosai első kézből értesülhetnek a legfrissebb kutatási eredményekről, és egyúttal lehetőségük nyílik mind az előadókkal, mind a közép-kelet-európai régió kollégáival a témákat megvitatni.

Az előadók között lesz többek között Prof. Berthold Koletzko, az Európai Gyermek Elhízási Project (European Childhood Obesity Project) vezetője, az ESPGHAN (Európai Gyermekgasztroenterológiai, Táplálkozási és Hepatológiai Társaság) elnöke, Molnár Dénes Professzor Úr, a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke, Dr. Andrea von Berg, a Németországban 15 éve zajló allergia-prevenációs vizsgálat, a GINI-tanulmány vezetője, valamint Prof. Hania Szajewska Lengyelországból, az ESPGHAN 'Probiotikumok és prebiotikumok' munkacsoportjának vezetője, a JPGN szaklap európai főszerkesztője.

A rendezvénynek a **Hotel Kempinski** ad otthont, ahova 120-150 résztvevőt várunk Lengyelországból, Csehországból, Szlovákiából, a balti országokból, Ausztriából és Magyarországról.

Büszkék vagyunk, hogy házigazdái lehetünk egy ilyen neves, magas szintű tudományos napnak, sokat dolgozunk azon, hogy maradandó élményben részesítsük a meghívottakat.

A résztvevőknek jó tanácskozást kívánunk, és mindent megteszünk, hogy az előadások és a megbeszélések összegzéseit az elkövetkező hónapokban eljuttassuk majd az összes gyermekgyógyászhoz.

Dr. Cholnoky Judit

Közép-kelet-európai Orvos Igazgató
Nestlé Nutrition Institute

NNI Workshop Program:

Session 1: 9.30-11.00

The challenges and opportunities of the first 1000 days
Mike Poßner, Frankfurt, Germany

Developmental programming and epigenetics
Umberto Simeoni, Lausanne, Switzerland

11.00 – 11.20: Coffee break

Session 2: 11.20 - 12.40:

Endocrine/metabolic biomarkers predicting early childhood obesity risk
Piotr Socha, Warsaw, Poland:

Protein intake in the first year of life: a risk factor for later obesity?
Berthold Koletzko, Munich, Germany

12.40 – 13.40: Lunch break

Session 3: 13.40 – 15.00

Metabolic syndrome in young children: definitions and results of the IDEFICS study
Dénes Molnár, Pécs, Hungary

Effects of probiotics in early infancy
Hania Szajewska, Warsaw, Poland

15.00 – 15.20: Coffee break

Session 4: 15.20 – 16.40

The role of hydrolysates for allergy prevention – learnings from the GINI study
Andrea von Berg, Wesel, Germany

Partial hydrolysates in the management of gastrointestinal disorders
Yvan Vandenplas, Brussels, Belgium

18.00 - 22.00: Evening program

Azt írja az újság...

Evidence Based Journal Club

...címmel állandó szakmai rovatot szeretnénk indítani a Hírvivőben, amelyben egy-egy rövid összefoglalót olvashatnak a kedves kollégák arról, hogy azokban az országokban, ahol a gyermekek egészsége még érték, mivel is foglalkoznak gyermekorvosok, amikor éppen nem gyógyítanak.

Például klinikai vizsgálatokat végeznek, amelyekből a gyermekek egészsége és a tudomány fejlődése szempontjából egyaránt fontos összefüggésekre következtetnek, és mindezt még fizetést is kapnak.

Az „Evidence Based Journal Club” egy, a fejlett országokban széles körben elterjedt továbbképzési forma, amely egy-egy klinikai tanulmány, tudományos vizsgálat bemutatása során nemcsak az adott tanulmány aktuális eredményeit, hanem magát a vizsgálati módszert is részletes kritikus elemzésnek veti alá. Így nemcsak magával egy számszerű eredménnyel, és az ebből közvetlenül levonható praktikus konzekvenciával, hanem egy kicsit a klinikai kutatások metodikájával, az egyes vizsgálatok értékével, a vizsgálatok során felmerülő bizonytalanságok kritikus megítélésével is megismerkedhetünk. Mindezzel az elérhető legjobb bizonyítékok megtalálásának technikáját gyakorolhatjuk.

Fizetséget ugyan nem tudunk felajánlani, de angol nyelvű közleményeket igen, azoknak az elkötelezett és erre időt szánó kollégáknak, akik részt vennének ennek a rovatnak a szerkesztésében.

Várjuk jelentkezésüket!

Kovács Ákos, szakmai bizottság

AZ ISMÉTELT CSECSEMŐKORI ANTIBIOTIKUM-KEZELÉS NÖVELI A KÉSŐBBI ELHÍZÁS KOCKÁZATÁT

Egy összesen 64 580, ötévesnél fiatalabb gyermek adatait elemző kohorsz vizsgálat eredményei arra mutatnak, hogy a két-éves életkor előtt több alkalommal, ismételtelen kapott széles spektrumú antibiotikum-kezelés emeli a későbbi, de még a korai gyermekkorban kialakuló elhízás kockázatát. (1)

A vizsgálat célja az Egyesült Államokban is népbetegségnek számító obesitas (minden harmadik gyermek túlsúlyos vagy kö-

vér) korai, az élet első ezer napján már észlelhető rizikótényezőinek részletesebb megismerése volt.

A tanulmány szerzői egy, az USA keleti partján a Children's Hospital of Philadelphia területéhez tartozó elsődleges (ambuláns) gyermekellátó hálózat elektronikus adatbázisát felhasználva felmérték az összefüggést az élet első 24 hónapjában felírt gyógyszerek, és az ezeket a gyógyszerfelírásokat indokoló diagnózisok, valamint ugyanebben a betegcsoportban a következő három évben a BMI alapján számított elhízás előfordulásának gyakoriságát.

A számítógépes adatok tanúsága szerint a leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek az antibiotikumok voltak, amelyeket elsősorban torokgyulladás, vagy középfülgyulladás kezelésére alkalmaztak (a gyermekek 69%-ánál). Az első két életévben minden gyermeknek átlagosan két olyan betegség zajlott le, amely során antibiotikum-kezelésben részesült. Ezek közül 41%-ban a gyerekek széles spektrumú antibiotikumot kaptak.

A széles spektrumú antibiotikumokat kapott gyermekek csoportjában egyértelműen (azaz statisztikailag szignifikánsan) mintegy 1,1-szeresére emelkedett az elhízás gyakorisága (Rate Ratio: 1,11). Az emelkedés még kifejezettebb volt azok között, akik 4 vagy több alkalommal kaptak ilyen kezelést (RR: 1,16). Ennél a hatalmas esetszámnál már az ilyen mértékű változás is szignifikáns. A szűk spektrumú antibiotikumok alkalmazása esetében (penicillin, amoxicillin) azonban még több ismételt dózis esetén sem találtak az elhízással semmilyen összefüggést.

EBM-KOMMENTÁR:

A fenti klinikai tanulmány egy jellegzetes ún. kohorsz vizsgálat. A kohorsz vizsgálatok ugyan nem szolgáltatnak magas szintű evidenciákat, hiszen a vizsgált és a kontrollcsoportba kerülő gyermekek nem véletlenszerűen (random módon) lettek kiválasztva, és a vizsgálat kivitelezése nem prospektív módon (tehát a vizsgálat kezdetétől a jövőben majd jelentkező betegek adatait rögzíti), hanem retrospektív, tehát már a múltban dokumentált esetek elemzésére vállalkozik. Ezek a vizsgálatok a metodikai torzítások nagyobb esélye miatt eleve kisebb bizonyossággal szolgáltak, mint a

prospektív, randomizált vizsgálatok, mégis rendkívül értékesek, ugyanis lehetőséget adnak viszonylag nagyobb esetszám feldolgozására. Ebben a kohorszban pl. közel 65 ezer (!) gyermek adatai kerültek feldolgozásra. Ugyanez az adattömeg egy prospektív, randomizált vizsgálat keretei között több év alatt volna csak összegyűjthető, míg a számítógépből egy erre tervezett speciális szoftver segítségével, a megfelelő tudományos hipotézis (kérdés) birtokában viszonylag hamar kinyerhető.

A kohorsz vizsgálatok a leggyakrabban bizonyos gyógyszerek, kezelések veszélyeinek, mellékhatásainak kimutatására használatosak, ezek ugyanis a ritka előfordulásuk miatt nagy esetszámot igényelnek. A kohorsz tanulmányok eredményei alapján aztán könnyebb célzott, prospektív vizsgálatokkal magasabb szintű evidenciákat igazolni. A kohorsz tanulmányok tehát trendeket képesek igazolni, irányítéként szolgálnak, ráirányítják a figyelmet azokra a területekre, amelyekkel a jövőben érdemes behatóbban foglalkozni.

A tanulmányban használt számítógépes multivariáns elemzés egy rendkívül hatékony statisztikai elemző módszer, amely képes számos, akár több száz, egymástól látszólag független adat (pl. nemi hovatartozás, gesztációs idő, bőrszín, lezajlott betegségek stb.) közül kiválasztani azokat, amelyek gyakrabban fordulnak elő együtt, anélkül, hogy közöttük direkt ok-okozati összefüggést bizonyíthatnánk.

Ilyen szemszögből érdemes a fenti tanulmány eredményeit is értékelni. Bár a statisztikai összefüggés az ismételt széles spektrumú antibiotikum szedése és a későbbi elhízás gyakorisága között egyértelmű, a két dolog közötti direkt ok-okozati összefüggés természetesen nem bizonyítható. Elképzelhető – sőt valószínű –, hogy egy harmadik független tényező (pl. alacsony gazdasági-szociális-educációs státusz, vagy valamilyen immunológiai vagy genetikai faktor) következtében azok a gyermekek, akik később elhízhatnak (pl. mert nincs pénz a családnak minőségi ételeket vásárolni, a kisdedekkel sok cukros folyadékot itatnak), azok gyakrabban betegszenek meg légúti infekcióban is, gyakrabban viszik őket orvoshoz, tehát a két vizsgált tényező gyakrabban jelentkezik ugyanabban a betegcsoportban, de nincsenek egy-

mással ok-okozati kapcsolatban. A tanulmány adatai is mutatják, hogy hasonlóan erős statisztikai összefüggés mutatható ki az antibiotikus kezelések számán kívül számos olyan egyéb tényezővel, mint a férfi nem, a hispán népcsoporthoz tartozás, az állami (tehát alapszintű, nem magán-) biztosítás, a diagnosztizált asztma, valamint bármilyen okú szteroidkezelés az anamnézisben.

Rendkívül fontos, hogy egy kohorsz tanulmány esetén a vizsgált és a kontrollcsoport összehasonlítható legyen, azaz, az adott kérdés szempontjából ne különböznek jelentősen egymástól. Jelen vizsgálati eredmény pl. csak abban az esetben értelmezhető, ha azok, akik gyakrabban kaptak széles spektrumú antibiotikumot és azok, akik nem, az antibiotikum-kezelés előtti BMI-értékeket tekintve nem különböztek szignifikánsan egymástól. Amennyiben ugyanis azok, akik gyakrabban kaptak antibiotikumot, már eleve túlsúlyosak voltak, a később is magasabb BMI-értékük nyilván nem meglepő és nincs összefüggésben az antibiotikum-kezeléssel. Erről a szerzők említést tesznek a tanulmányban, de konkrét számadatot nem közölnek.

A közlemény egy, az elkövetkező években bizonyosan jelentőssé váló kutatási

trendre világít rá. A humán mikrobiom összetételének, megváltozásának jelentősége, ennek kapcsolata nemcsak az elhízással látszik egyértelműen igazolódni, de az érintett kórképek és elváltozások spektruma a gyulladáshoz vezető betegségektől kezdve egyes malignus daganatokon, allergiás és autoimmun kórképeken át a mentális betegségekig terjed. A bélflóra mint az immunrendszer aktív alkotórésze részt vesz a korai adaptációs és epigenetikai mechanizmusok egy egész sorának irányításában.

A környezeti tényezők alakulása (mint pl. az alkalmazott diéta, az anyatejes táplálás, az intestinális mikroflórát befolyásoló gyógyszerek) a felszívódásban és az egyes tápanyagok transzportjában szereplő mechanizmusokért felelős gének expressziójának megváltozása révén jelentős epigenetikai faktorként szerepel. Ezért az élet első ezer napján bekövetkező, a bélflórát érintő változások (mint például az ismételt széles spektrumú antibiotikum-terápia) alapvetően befolyásolják az immunrendszer későbbi (epi)genetikai programozását, fejlődését, amelynek akár egész életünkre kihatása lehet.

A témával kapcsolatban egy részletes összefoglaló közlemény jelent meg 2014

decemberében a Nature hasábjain, amely a mindezzel mélyebben foglalkozni kívánók számára rendkívül izgalmas olvasmány lehet. (2)

Jelen tanulmány rávilágít arra, hogy ebben az életkorban a körültekintően megválasztott indikáción alapuló antibiotikus kezelés, a megfelelő, lehetőleg szűk spektrumú antibiotikum választása milyen komoly hatással lehet a gyermek egészségének, későbbi egész életének alakulására, a későbbi cardiovascularis rizikótól kezdve egészen az obesitashoz társuló depresszióig. Nem árt tehát, ha néha eszünkbe jut Howard Brody, a Michigani Egyetem orvosi- és filozófiaprofesszorának gyakran idézett állítása: „Minden egyes orvosi döntésünk valahol etikai döntés is, vagy legalábbis a probléma tudományos és klinikai vonatkozásai mellett mindig tartalmaz etikai komponenseket is!” (3)

Irodalom:

- (1) Bailey LC, et al.: Association of antibiotics in infancy with early childhood obesity. JAMA Pediatr. 2014;168:1063-1069
- (2) Cox LM, Blaser MJ: Antibiotics in early life and obesity. NATURE Reviews Endocrinology. doi:10.1038/nrendo.2014.210 Published online 09 December 2014
- (3) Body H: Ethical Decisions in Medicine. Boston Little Brown 1982 (2nd. ed.)

Magyar Gyermekneurológiai Társaság III. Kongresszusa

Kaposvár, 2015. április 23–25.

A konferencia fő témái:

A gerinc és gerincvelő betegségei (fejlődési rendellenességek, gyulladások, immunmediált kórképek, traumák, daganatok, genetikai kórképek, ortopédiai rendellenességek stb.)

Ritka epilepszia-szindrómák
„Megszenvedett diagnózisaink” – esetismertetések

Bővebb információ:

a Magyar Gyermekneurológiai Társaság honlapján

A HGYE Tiszteletbeli Tagja kitüntető címet 2014-ben

DR. KÖRÖSI LÁSZLÓ

az OEP főosztályvezető-helyettese kapta, elismerésül azért a tevékenységért, amelyet a gyermekorvosi alapellátás finanszírozási kérdéseinek rendezése érdekében hosszú évek óta végez.



Tagdíj

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

11713005-20419448

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

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





Kardos
Gabriella
rovata

A burnout szindrómáról

A burnout vagy kiégés szindrómáról napjainkban egyre több szó esik, ennek ellenére sokan közülünk még mindig nem realizálják, hogy kedvetlenségük, kimerülésük, depressziójuk nem másra, mint burnout szindrómára vezethető vissza.

Az orvosok burnout szindrómája, amely direkt összefüggésben van a gyógyítás minőségével, annak eredményességével, a betegek elégedettségével, a személyzet elvándorlásával és az egészségügyben tapasztalható morállal, amerikai vizsgálatok szerint ijesztően magas százalékban fordul elő. Annak ellenére, hogy számos adat bizonyítja, hogy a depresszió, az öngyilkosság és a különböző függőségek (alkohol, drog stb.) gyakrabban fordulnak elő az orvosok körében, mint a populáció egészében, az orvosok mentális egészségének vizsgálata nem élvez prioritást.

Az orvosok képzése szinte teljesen az orvosláshoz szükséges tárgyi tudás megszerzésére irányul és gyakorlatilag hiányzik a komplex intra- és interperszonális követelmények oktatása. A mai orvostudomány jelentős technikai fejlődésen megy keresztül, de ez azt is jelenti, hogy az orvos–beteg kapcsolat intenzív jelenléte helyett az adminisztráció, a komputeren végzett munka, a bürokratikus követelmények teljesítése veszi el az időt. Az esetleges hibák miatt érzett félelem és annak jogi következményei pedig a defenzív orvoslás irányába hatnak, ezzel is frusztrálva az orvost és betegét.

A kiégés szindróma Freudenberger pszichoanalitikus szerint krónikus emocionális megterhelés, stressz nyomán fellépő fizikai, mentális kimerülés, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek. Maslach és Jackson szociálpszichológiai nézőpontja kissé különbözik ettől, a kiégést komplex szociális kontextusba ágyazottnak gondolja, a személyiség másokkal, valamint magával szembeni attitűdjével kapcsolatos jelenségként definiálja. Három dimenzióját különbözteti meg, az emocionális kimerültséget, a deperszonalizációt (amit a kliensekhez, a kollégákhoz és magához a mun-

kához való negatív viszony jellemez), valamint harmadikként a csökkent személyes eredményesség érzését.

Ez a meghatározás könnyelvre lefordítva azt jelenti, hogy a kiégéssel küzdő személy már nem talál örömet a munkájában, türelmetlen, ingerlékeny, munkahelyi és otthoni kapcsolatai megromlanak, céltalannak érzi életét és munkáját, rosszul alszik, fáradt, testi panaszai (elsősorban szív- és emésztőrendszeri) jelentkezhetnek. A burnout tehát testi és lelki tünetekkel jár, az érintett önbecsülése csökken, úgy érzi, nem tud teljesíteni, ezt cinizmussal, szarkazmussal, távolságtartással kompenzálja, vagy teljes apátiába süllyed. A burnout a depresszióval rokon jelenség, tünetei nagyfokú egyezést mutatnak azzal, de mégsem azonos vele.

A kiégés többnyire azoknál jelentkezik, akik elhivatottak, akik munkájukat nem kötelességnek, hanem missziónak tekintik, olyan foglalkozásoknál, amelyek nagyfokú empátiát követelnek, ahol az emberekkel való kommunikáció és bánásmód igen fontos. Ezért az egészségügyi személyzet – orvosok, nővérek, ápolók –, valamint az idősekkel, gyerekekkel, elesettekkel foglalkozók, pedagógusok, szociális munkások, pszichológusok és hasonló foglalkozást űzők érintettek leginkább. Sajnos közülük éppen azok a legveszélyeztetettebbek, akik a leglelkesebbek, akik teljes odaadással fordulnak munkájuk felé. A kiégéshez sok ok vezet, a stressz, a munkahelyi túlterhelés, az intenzív lelki megterhelés, a teljesítmény el nem ismerése, túlzott követelmények mind-mind elősegítik megjelenését.

A burnout eléréséig az érintett számos fázison megy keresztül. A kezdeti lelkesedést és túlzott ambíciót a későbbiekben „munkamánia” követi, amely az élet többi aspektusának elszegényesedéséhez, majd szinte teljes negligálásához vezet, a munkahelyi teljesítmény csökken, az érintett izolálódik, esetleg agresszívvá, cinikussá válik, a felmerülő problémákat sokszor alkohol- vagy droghasználattal próbálja elfedni, majd a teljes üresség, az értéktelenség érzése, a depresszió következik.

A burnout mérésére nemzetközileg és hazánkban is az ún. Maslach Burnout Inventory (MBI) tesztet használják, amely három dimenziót mér, a személy érzelmi kimerültségét, deperszonalizációját és személyes hatékonyságát. Az első néhány kérdés a munka során érzett fáradtságra, fizikai tünetekre, emocionális kifáradásra irányul. A második rész a deperszonalizációra, vagyis az empátia elvesztésére vonatkozik, és itt kérdeznak rá a szociális kontaktusok minőségére is. Végül a harmadik rész kérdései arra irányulnak, hogy vajon a megkérdezett elégedett-e teljesítményével. A kérdésekre adott válaszok összesített pontszáma alapján elég pontos képet lehet arról alkotni, hogy megkérdezettet mennyire fenyegeti a burnout.

A következőkben a az Egyesült Államokban végzett Medscape Family Physician Lifestyle Report 2015-s adatait ismertetem. Az Egyesült Államokban minden évben felméri az orvosok, köztük a háziorvosok veszélyeztetettségét a burnouttal kapcsolatban. A kiégés gyakorisága az elmúlt évek folyamán nőtt, nemcsak az Egyesült Államokban, hanem Európában is. Az már régóta ismert, hogy elsősorban azokat az orvosokat fenyegeti a kiégés szindróma, akik az első vonalban dolgoznak, a sürgősségi vagy intenzív osztályon dolgozókat, a sebészeket és a háziorvosokat. Amerikai adatok szerint az ezekben a hivatásokban dolgozók mintegy fele szenved a burnout szindróma valamelyik stádiumában, míg pl. a bőrgyógyászok közül csak minden harmadik. Amikor arról kérdezték a háziorvosokat, hogy milyen munkahelyi tényezőknek tulajdonítják ezt, akkor gyakorisági sorrendben a túlzott adminisztrációs feladatokat, a munkahelyen eltöltött idő hosszúságát, a praxis komputerizáltságát (a komputer mellett eltöltött idő helyett inkább a betegekkel szeretnének foglalkozni), az alacsony jövedelmet és pénzügyi nehézségeket jelölték meg. Nőknél a jelenség gyakoribb, és érdekes módon a gyakoriság a középkorúaknál a legmagasabb majd az életkor előrehaladásával csökken. Míg a férfiaknál az első tünet többnyire a deperszonalizáció megjelenése volt, addig a nők inkább érzelmi kimerü-

lésről panaszkodtak. Míg a hobbik és kedvenc elfoglaltságok fajtája és ezek mennyisége nem különbözött a kiégettek és ezzel nem küszködők között, a nyaralásra, vakációra fordított idő fordítottan arányos a burnout megjelenésével. A testi aktivitás, sporttevékenység hiánya elősegíti a kiégés megjelenését, és talán ezért is magasabb az elhízottak aránya a burnout-tal küzdők között. Az egyedül élők, elváltak fokozottan veszélyeztetettek.

Fontos annak vizsgálata, hogy meg lehet-e előzni a burnout-t. Egy 2014-s Cochran review szerint csökkenti a munkahelyi stresszt a cognitive-behavioral training, a mentális, valamint fizikai relaxáció, de

más módszerek, pl. a masszázs, meditáció valamint a munkakörülmények javítása (pl. a munkával eltöltött órák vagy a zsúfoltság csökkentése) szintén hatásosak voltak. Speciális tréning, a munkával kapcsolatos gondolatok és érzelmek és ezek testi megjelenésének felismerése, elemzése, csoportos megbeszélése segít a burnout megelőzésében. Olyan képzésekre is szükség van, amelyek a saját mentálhigiéné ápolását, a feszültség csökkentését, a munkatársi csoportépítést célozzák.

Ami a hazai helyzetet illeti, az egészségügyi dolgozók körében az elmúlt években számos, kisebb csoportokat érintő vizsgálat történt. Ilyen pl. a Szilvia Ádám és társai

által az Orvosi Hetilapban 2009-ben közzétett tanulmány, amelyet háziorvosok körében végeztek. 453 háziorvos megkérdezése alapján magas százalékban találtak kiégésre utaló tüneteket. A megkérdezettek közel harmada számolt be magas fokú emocionális kimerülésről, közel 60%-uk magas fokú deperszonalizációról, és közel 100%-uk magas fokú teljesítménycsökkenésről. Valószínűleg szükség lenne a burnout megelőzését szolgáló tréningek mihamarabbi bevezetésére a kórházi és háziorvosi praxisban is, hiszen az egészségügyi személyzet leterheltsége az utóbbi időben igencsak megemelkedett, ami a burnout kialakulásának egyik legfontosabb tényezője.

Támasz a gyermeküket elvesztő családoknak

A 14 éve működő Bátor Tábor olyan egyedülálló hely Magyarországon, ahol súlyosan beteg gyermekek speciális élményterápiában vehetnek részt. Hat betegségecsoportba (onkológia, diabétesz, hemofília, JIA, IBD és izombetegség) tartozó gyerekek számára szervezzük a táborokat, de vannak olyan turnusok is, ahová szüleik, testvéreik is jöhetnek. Az együtt töltött napok során a családok erőt kapnak a betegséggel való megküzdéshez, de a legnagyobb értéknek azt tartják a résztvevők, hogy hasonló sorsú gyerekekkel, szülőkkel találkozhatnak.

„Annyi figyelmességgel, értelemmel és érzelemmel találkoztunk ez idő alatt, ami feltöltötte megtépázott lelkünket. Közelebb kerültünk egymáshoz mi négyen...”

LÉLEKMADÁR TÁBOR

A Bátor Tábor Alapítvány Lélekmadár programja gyászoló családoknak, szülőknek, testvéreknek kíván támaszt adni, olyan hozzátartozóknak, akik daganatos vagy más súlyos betegségben veszítették el gyermeküket, testvérüket. A 2013 ősze óta szintén Hatvanban működő táborban már közel 30 gyászoló család vett részt.

A gyással való együttélés igen hosszú és fájdalmas folyamat, ezért egy éven át, három, egymásra épülő turnusban segítjük az érintett családokat. Akik vállalják a három turnusban történő táborozást, nem gyászterápiában részesülnek, hanem egy különleges tematikájú családi táborban vesznek részt: találkoznak hasonló sorsú családokkal és közben izgalmas, újdonságot jelentő programokat szervezünk számukra, képzett önkénteseink, a „cimborák” segítségével. Az élményterápiás foglalkozások mellett tapasztalt szakembereink biztosítanak lehetőséget az emlékezésre, a gyással való foglalkozásra.

Milyen családokat várunk a Lélekmadár Táborba?

- Akik daganatos vagy más súlyos/krónikus betegségben veszítették el gyermeküket. (Programunk nem születés utáni vagy balesetből származó veszteség feldolgozására irányul.)
- Ahol a haláleset fél évnél – akár évekkel is – régebben történt.
- Elsősorban olyan családok jelentkezésére számítunk, ahol a veszteség testvért, testvéreket is érint, de természetesen szülők, egyedülálló szülők, mozaikcsaládok is számíthatnak segítségünkre.
- Ahol a család elfogadja a három táborozási alkalmat és egy turnusban (4 nap) végig részt tudnak venni.

A részvétel programunkon minden család számára térítésmentes. Indokolt esetben az útiköltség térítését vállaljuk.

MIBEN SEGÍTHETNEK A HÁZI GYERMEKORVOSOK?

Az elmúlt két év során azt tapasztaltuk, hogy az érintett családok elérése és meggyőzése a tábori részvétellel kapcsolatban nem könnyű. Önöktől, házi gyermekorvosoktól azt kérjük, ismertessék a Bátor Tábor Alapítvány nyújtotta lehetőségeket a praxisukban érintett családokkal, és tájékoztassanak bennünket a család elérhetőségéről.

Munkatársunk, Lencsés Eszter tisztelettel várja jelentkezésüket. e.lencses@batortabor.hu tel.: +36 30 82 77 336
Jelentkezési lap a Bátor Tábor honlapjáról is letölthető. http://www.batortabor.hu/hun/taborozoink-2/turnusaink-25/0/lelekmadar_tabor-815

Amennyiben Ön szeretne szórólapot vagy jelentkezési lapot küldeni az érintett családnak, az a fenti elérhetőségeken igényelhető.

Köszönjük együttműködését a Bátor Tábor csapatának nevében:

Lencsés Eszter táborvezető

Szép volt! Köszönjük!

Nehéz megfogalmazni a miérteket, hát még a válaszokat egy-egy hosszú, akár évszázadokon átívelő életpályára visszatekintve...

Mert a jelenlegi magyarországi orvos-társadalom többségét kitevő kollégák aktív, gyógyító munkájának időszaka társadalmi rendszereken nyúlik át. A szocializmusból a kapitalizmusba, a „puha” diktatúrából a demokráciákba, az internacionalizmusból a globalizmusba, a XX. századból a XXI. századba, az elsőből a második évezredbe vezetnek át ezek az életutak. Pedig csak néhány évtized telt el. Még mindig dolgozunk jó páran „Ratkó-gyerekek”, a hatvanas évek „Nagy Generáció”-jának tagjai, akik a felnövekvő digitális nemzedék, a „Z Generáció” egészségét is felügyeljük, vigyázzuk...

A kérdésre, hogy ez a pálya mennyi örömet, küzdelmet és csalódást okozott művelőjének – egyéni életútjára visszatekintve – mindenki maga tudja csak a megfelelő választ. Ha a magam érzéseiből indulok ki, biztos vagyok abban, hogy egyik kollégánk sem bánta meg pályaválasztását, hisz’ a gyógyítás ma is az emberiség egyik legszebb, hivatásszerűen gyakorolt foglalkozása. Azért próbálhatom talán ezt némi hitellel megfogalmazni, mert magam is túl vagyok már pályám nagyobbik felén, és ideje készülni a számadásra. Igaz őszülő hajam ellenére a házi gyermekorvosok derékhadához tartozom, ami nem jó hír, mert ez az egész magyar társadalomhoz hasonlóan, a szakmánk előregezését is jelzi.

Miután a gyermekgyógyászat iránti elkötelezettségem már az egyetemi tanulmányaim alatt megerősödött bennem, a diploma kézhez vétele után a gyógyítás más területeit nem is próbáltam. Ezért 35 éves orvosszakmai múlttal a hátam mögött, a területen dolgozó gyermekorvos kollégák életpályájának közösen átélt történéseit idézhetem csak fel vázlatosan, rámutatva, hogy milyen, az orvosi munkát nehezítő körülmények között kellett derűt, biztonságot sugározva és a gyógyulásba vetett hitet erősítve helytállnunk.

Együtt tapasztalhattuk meg azt a sajátos és gyakran ellentmondásos helyzetet, amelyet az okozott, hogy egy szakorvosi kar tagjaként bennünket nem a végzettségüknek megfelelő második vagy harmadik egészségügyi ellátási szintre, hanem az alapellátásba delegáltak – akár 40–45 évvel ezelőtt – a magyar egészségügy szervezői. Így valósulhatott meg a gyermekellátás terén magas szakmai színvonalon, szak-

orvosi szinten a „kapuőr szerep”, és ebből következően a legtöbb esetben és a leghatékonyabban, már az alapellátás szintjén definitív ellátást kapott a magyarországi gyermeklakosság döntő hányada. Csak-hogy ezt az Európa-szerte irigyelt ellátási formát a magyar társadalomban nem kezelték értékén, s a reformok során, a 90-es évek elején, kis híján kidobták az ablakon...

Kollégáinkkal együtt túlvészeltük a házi gyermekorvosi rendszer egzisztenciális viharait, kényszeredetten megvalósítottuk praxisaink funkcionális, majd teljes privatizációját. Túléltük azt a frusztrációt is, amelyet az alapellátás stratégiai ágazattá való felmagasztalása és a mindennapi munka ellehetetlenülése, valamint a szakmai kompetenciáink csökkenése között feszülő ellentmondás szült. Példásnak mondott szakmai, társadalmi életünk ellenére sokan mégsem tudtunk orvosdinasztiákat alapítani, mert gyermekeink számára nem volt vonzó a szülői példa, pontosabban a társadalom által felkínált „életútmodell”. A társadalmi és szakmai egzisztenciális küzdelmek között az egészségügyben dolgozókat gyakran csak a hippokratészi eskü szelleme: a hivatástudat és a szakma szeretete tartotta meg a pályán.

Mert ha az anyagi megbecsültség alapján mérnénk a társadalom értékítéletét, szomorúan le kellene vonnunk a következtetést, hogy amit nap mint nap ezek egészségéért teszünk, csekély értékkel bír. A bértáblák megalkotóinak bizonyára nem kell figyelemmel lenniük a közvéleménykutatások eredményeire. Pedig ezek nagyon beszédesek: 1994-ben az értelmiségi foglalkozások lakossági megítélésének rangsorában az orvosok álltak az első helyen. 2005-ben 18 európai országban és az Egyesült Államokban is az orvosokat és a tanárokat tartották a legmegbízhatóbbnak a bizalmi rangsorok. 2007-re már romlott a pozíciónk, Magyarországon a mesterségek bizalmi rangsorában a tűzoltók, mentősök, tudósok, gyógyszerészek, óvónők után már csak a hatodik helyet kaptuk. Vigaszunkra szolgálhatott, hogy a bankárok a 28., a politikusok pedig a 30. – utolsó – helyre szorultak...

A „gondoskodó állam” ágazatból való kivonulásának következményei a közalkalmazotti státusz megszűntével az alapellátásban dolgozók körében is érezhetővé váltak. A szabad orvosválasztás, a kényszerállalkozás, a privatizáció erőltetése mind-mind a praxisok elszigetelődése, ato-

mizálódása irányába hatott. Szűkebb környezetünkben kikerültünk a kórház-rendelőintézet, a város egészségügyi ellátórendszerének védő, intézményesített közösségéből. Ez az önálló, szabad szellemi foglalkozást választó háziorvosoknak egyrészt sok tekintetben szabadságot, másrészt túlzott egyéni felelősségvállalást, kiszolgáltatott egyedülállást jelentett és jelent a mai napig is.

A szabadságnak – jól tudjuk – ára van. Mást most nem említve, az alapellátásban dolgozók kiemelkedő szakmai teljesítményeinek, több évtizedes megbízható munkájának elismerése mára gyakorlatilag megszűnt. Nem feltétlenül anyagi elismerésről van szó, hisz’ beérnénk többnyire egy megerősítő mondattal is, amely valahogy így szólhatna: „amit elvégeztél a jelen és jövő generációk egészségéért, szép volt! Köszönjük!” Úgy tűnik azonban, hogy ennek az erkölcsi elismerést közvetítő mondatnak a kimondása elvesztette súlyát, jelentőségét... és nincs is, aki kimondja.

Hogy feloldjam ezt a kicsit borúsra sikerült gondolatsort, és mielőtt még a „kiégés”, a burnout szindróma összes tünetét kezdenék felfedezni magunkon, azért ne feledjük, hogy mi gyermekgyógyászok – ha körülöttünk a feje tetejére is áll a világ – nagyon szerencsések vagyunk. Hisz’ folyamatos kapcsolatunk van a jövővel, kezünk alatt, vigyázó szemünk előtt nőtt fel több ifjú generáció. Nap mint nap kapunk egy keveset abból a csodából, amit a jövő leteleményesei, a gyermekek hordoznak. És ha jó sorsunk elég időt enged ezen a gyönyörű pályán eltöltenünk, hálásan térnek vissza volt kis betegeink szülőként is, és bízzák ránk legféltettebb kincseiket, saját gyermekeiket is. Amikor a gyógyult, egészségesen csillogó gyermekszemekbe nézünk – már nincs is szükségünk más elismerésre.

Epilógus

Ezeket a mondatokat nyugdíjba vonuló kollégáink szűk körű búcsúztatóján mondtam el 2012-ben. A sorok között megbújó kérdésre válasz, a megfogalmazott állításokra megerősítés 2014-ben érkezett. Sokunk alma matere, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara és Szent-Györgyi Albert Klinikai Központja a háziorvosi szolgálatban eltöltött hosszú évek munkájának elismeréseként számos háziorvos és házi gyermekorvos kollégám-

mal együtt nekem is Címzetes Főorvosi címet adományozott, amelyet ünnepélyes keretek között a dékán és a klinikai központ általános elnökhelyettese adott át az egyetem információs központjában.

És meglepetésemre rövid időn belül jött a következő és talán még kedvesebb elismerés. Egy színes gyermekrajzzal díszített emléklapot hozott a postás, amin a következőket olvashattam:

„Az Astellas Pharma és a Móra Könyvkiadó közös együttműködésében a magyar gyermekorvosok társadalmi megbecsülésének erősítéséért meghirdetett Astellas Gyermekrajz Pályázaton kis beteget a világ legjobb orvosaként örökített meg. Az elismeréshez szívből gratulálunk, gyógyító munkájához sok erőt és egy életen át tartó elhivatottságot kívánunk!”

Mint azóta megtudtam, 300-nál is több gyermekorvos kollégám kapott hasonló emléklapot.

Az erkölcsi elismerést közvetítő mondat kimondását mégiscsak van, aki példamutatóan felvállalta.

Köszönet érte!

BERÉNYI KÁROLY

**Előző számunkban már olvashattak az EAPS barcelonai kongresszusáról.
Az alábbiakban Pető Gabriella tudósítását ismertetjük.**

Pediatric Societies Congress – EAPS 2014 Barcelona

2014. október 17 és 20. között a HGYE támogatásával részt vettem Barcelonában az EAPS kétévente megrendezett konferenciáján, amit valójában három európai gyermekgyógyász társaság (European Academy of Pediatrics – EAP, European Society of Paediatric Neonatal Intensive Care – ESPNIC, European Society for Paediatric Research – ESPR) szervezett – immár ötödik alkalommal. A klinikum mellett fontos szerephez jutott az alapellátás is, folyamatosan több szekció foglalkozott ezzel a területtel. Én elsősorban ezeket az előadásokat látogattam.

Lázcillapítás volt a témája az egyik szimpóziumnak. A legújabb guideline-okat egy londoni munkacsoport mutatta be: a paracetamol és az ibuprofen „csatájából” most az utóbbi került ki „győztesen”. A „mikor?” kérdésre továbbra is a késői lázcillapítás a válasz, amin a gyermek állapota természetesen változtatható.

Egy német munkacsoport a *kisgyermekkorai légúti infekciók* kapcsán mutatta ki, hogy még mindig nagyfokú az *indokolatlan antibiotikum-fogyasztás*. Meglepő módon nekünk, magyaroknak nem is kell szégyenkezniük, valahol a középmezőnyben vagyunk, az „élen” Spanyolország és Franciaország áll. Egy másik munkacsoport a kórokozók változó antibiotikum-rezisztenciáját és emiatt a nehezebb kezelhetőségét emelte ki. Svájcban dr. Andreas G. Schapowal fül-orr-gégész a *fitoterápia* terápiás lehetőségeit mutatta be a *kisgyermekkorai légúti infekciókban*. Szintén Németországból Prof. dr. Wolfgang Kamin és munkatársai rendkívül szemléletes előadáson számoltak be arról, milyen sokféle ok rejtőzhet a visszatérő légúti megbetegedések, az elhúzódó köhögések hátterében.

Szó volt a *terhelés indukálta asztmáról* is – egy norvég munkacsoport átfogó vizsgálatokkal bizonyította, hogy a megfelelően beállított terápia nemhogy fokozott fizikai terhelésre, de még élsportra is lehetőséget teremt.

A védőoltások közül aktualitásuk miatt az *influenzavakcinák* kerültek előtérbe, Európa-szerte terjed az intranazális vakcinák használata, kevesebb stresszt jelent a gyermekek számára és könnyebb a beadása is.

Stefano del Torso dr. egy manapság mind égetőbb problémával, a *gyerekek fizikai inaktivitásának* fokozódásával foglalkozott. Virtuális világban élünk, aktivitásunk és ezáltal a gyermekeink

aktivitása is virtuálissá válik. Fel kell ismernünk, hogy hosszú távon milyen károkat okoz ez a jövő generációjának. Ehhez kapcsolódott a *sportoló gyermekek EKG-ellenőrzésének* fontossága, felhívva a figyelmet a hirtelen szívhalál lehetőségére. Amennyiben az intenzív sportolás előtt nincs megfelelően kivizsgálva a gyermek, kezdetben több veleszületett szívbetegség is néma maradhat.

Egy belga munkacsoport az Európai Gyermekgyógyász Akadémia (EAP) szerepét ismertette a *ritka és öröklődő krónikus rendellenességek feltérképezésében*, összegyűjtésében. A munkához a konferencia révén is kérték a kollégák segítségét.

Egy, a világ különböző régióiban előforduló *mérgezőes bal-esetek* összehasonlító elemzése szerint nincsenek nagy eltérések sem az okokat, sem a körülményeket illetően. Érdekes, hogy míg gyógyszer-intoxikáció esetén Közép- és Dél-Európában vagy Dél-Afrikában alkalmaznak még gyomormosást, Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban ez kiszorult már a terápiás fegyvertárból.

Változatlan probléma a serdülők *korai terhessége*, megelőzésükre az oktatás, az intenzív felvilágosítás, a képzett segítők kínálhatnak hatékony lehetőséget.

Adamos Hadjipanajis ciprusi gyermekgyógyász professzor azt mutatta be, mennyire megkönnyíthetné napi munkánkat az okostelefonok, tabletek használata, bizonyos *applikációk alkalmazása*. Térítésmentesen letölthető például a Medscape, az Uptodate, az Epocrates, a Bilicalc, a Lactimed programja, de okos szoftvekkal akár otoszkópként vagy EKG készítésére is használhatjuk okostelefonunkat.

Szép és látványos összefoglalót tartott dr. Eulalia Baselga barcelonai bőrgyógyász kollégánál a *csecsemőkorai haemangiómák* megjelenési formáiról, kezelési lehetőségeiről. Jó hatásfokkal alkalmazható a korai propranolol-kezelés, később – 6 hónapos kor után – azonban már kevésbé látványosak az eredmények.

A teljesség igénye nélkül igyekeztem ismertetni néhányat az elhangzott előadások közül. Élveztem a kongresszust, és persze Barcelonát. Köszönöm a HGYE hozzájárulását a részvételhez.

DR. PETŐ GABRIELLA

Csecsemő- és gyermekkardiológiai magánrendelés • dr. Kiss András gyermekkardiológus főorvos

+36 20 5865 070 vagy www.medimom.hu Budapest, XII. Jagelló út 14.

Budapesttől 20 percre az M5 autópálya mellett **Hernád és Újhartyán** települések házi gyermekorvosi praxisa eladó. Kártyaszám: 800, ill. 600, ügyelni nem kell. Tökét nem igényel, hosszú távú kamatmentes részletekben kifizethető. Ugyanitt átmenetileg tartós helyettest is keressék. Érdeklődés: Dr. Kovács Ákos +36 30 9331 978 akos.kovacs@gmail.com

Tamásiban házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. Praxislétszám: 500 fő. Érdeklődni lehet: +36 20 9792 576

Budapesti házi gyermekorvosi praxisba helyettes gyermekorvost keresünk. Jelentkezés: gyerekdoktor@gmail.com

Budapesti egészségügyi vállalkozás megüresedő házi gyermekorvosi praxisba gyermekorvost keres. Jelentkezés: gyerekdoktor@gmail.com címen.

Budapest környéki kisvárosi, nagy beteglétszámú gyermekorvosi praxisba hosszabb távra helyettesítésre keresek szabad értartalékkal bíró, vállalkozó kedvű gyermekgyógyász szakorvost vagy szakorvosjelöltet – későbbi praxisátadás lehetőségével. Praxislétszám: 1400 fő. Tel.: +36 70 942 7111 e-mail: sulymosi2@citromail.hu

Tótkomlóson 800 fős házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt sürgősen eladó. Elérhetőség: +36 20 561 8770

750 fős gyermekorvosi praxis **Budapest, XVIII. kerületben** eladó. Elérhetőség: +36 20 978 1308

Debrecenben házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 700 fő. Elérhetőség: +36 30 394 9987

Eladó **Budapest XIX. kerület** Kispeszt központjában 1100 kártyaszámú praxis. Elérhetőség: +36 20 356 2771

Gyömrőn házi gyermekorvosi praxis eladó. A rendelő jól felszerelt, jó állapotban lévő, központi helyen, patika mellett található. A településen központi ügyelet működik. Ár megegyezés szerint. Praxislétszám: 750 fő. Elérhetőség: +36 70 366 0861

Makói 670 fős gyermekorvosi praxisomban keresek tartós helyettesítésre gyermekgyógyász szakorvost, vándorosság miatt. Autópályáról könnyen megközelíthető, tágas rendelő, szakképzett, rugalmas asszisztenciával, modern programmal. A diagnosztikai háttérrel a közeli városi kórház szolgáltatja, a laboreredményeket azonnal megkapjuk interneten. A munkát emellett három védőnő is segíti. A munkaidő 3-4 óra, a havi 2 hétfői központi ügyelet szabadon választható. Két szakorvos kolléga biztosítja a helyettesítést. Pályakezdő fiatalok és nyugdíjasok jelentkezését is várom! Elérhetőség: +36 70 314 1727

Nyugdíjba vonulás miatt házi gyermekorvosi praxisjog eladó **Kunmadarason**. Kártyaszám 1300 fő, területi ellátási kötelezettséggel. Ügyelni nem kell. A rendelő önkormányzati tulajdonú, felújított, jól felszerelt, bérleti díj nincs. Ugyanitt a nyugdíjba vonuló gyermekorvos családi háza is eladó. Ár megegyezés szerint, akár hosszú távú kamatmentes részletre is. Érdeklődni az esti órákban a +36 30 4165 716 telefonszámon, e-mailben: gyogy52@gmail.com lehet.

Marcaliban házi gyermekorvosi szolgálat (100 fő) praxisjoga eladó. A praxis átadásának ideje 2015. április 1. Dr. Légrády Ildikó Tel: +36 30 6934 035. E-mail cím: legrady45@freemail.hu

Nyugdíjba vonulás miatt eladó 800 fős házi gyermekorvosi praxis **Budapest XVII.** kerületében. A körzet 2015. április 1-től tölthető be. Csendes, családi házas környezet, jó közlekedés. Elérhetőség: +36 1 2575 746

Szabadszálláson a Duna-Tisza közén 1200 fős házi gyermekorvosi praxis kedvező áron, illetékmentesen eladó. Elérhetőség: +36 30 9281 623

Budapest XI. kerületében lévő házi gyermekorvosi praxisba alkalmi helyettest keresek, aki érdeklődne a praxis későbbi megvétele iránt is. Praxislétszám: 1150 fő. Elérhetőség: +36 30 9548 776

Törökszentmiklóson gyermekorvosi praxis eladó. A városban 4 gyermekorvosi körzet, központi ügyelet működik. Lakás megoldható. Praxislétszám: 900 fő. Elérhetőség: +36 30 9672 327

Szegeden házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 800 fő. Elérhetőség: +36 30 6709 211

Eladó Budapesttől 30 km-re **Zsámbékon** 950 kártyaszámú házi gyermekorvosi praxis, iskolaorvosi, bölcsődei ellátási kötelezettséggel. Központi ügyelet van. Budapestről kijárással is ellátható. Tel.: +36 30 9404 191 e-mail: dr.galambos.ildiko@gmail.com

Budapesti belső kerületi házi gyermekorvosi praxis, kedvező áron eladó, ügyeleti kötelezettség nélküli. Praxislétszám: 580 fő. Érdeklődni lehet: +36 20 3359 226

Nyugdíjba vonulás miatt eladó **Budapesthez közeli kisvárosban** jó adottságú 1200 fős házi gyermekorvosi praxis. Elérhetőség: +36 30 3822 511

Mátészalkán nyugdíjba vonulás miatt megüresedő gyermekorvosi körzetbe keresem szakvizsgával rendelkező utódomat. Praxislétszám: 850 fő. Elérhetőség: +36 20 9265 799

Szentgotthárd Város Önkormányzata házi gyermekorvosi állást hirdet. Vállalkozói formában, területi ellátási kötelezettséggel, központi ügyeletben való részvételi lehetőséggel, amely külső vállalkozó által ellátott, praxisjogmegszerzés-sel (ingyenesen), iskolaorvosi tevékenységgel. Igény esetén szolgálati lakás biztosított.

A házi gyermekorvosi körzet kártyaszáma: 664. Szakképesítés: jogszabályi előírásokban foglaltak szerint (2000 évi II. törvény, 4/2000. (II. 25.)

EüM rend., 313/2011. Korm. rend.) Csatolandó: részletes szakmai önéletrajz, diplomát és szakirányú végzettséget igazoló okiratok hiteles másolata, 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány, egészségügyi alkalmasság, praxisjog megszerzésére jogosultság igazolása. Határidő: 2015. március 30. Az elbírálás a határidő lejártát követő 30 nap. Az állás az elbírálást követően betölthető.

A pályázatok benyújtása Szentgotthárd Város Önkormányzata Felvilágosítás: Dr. Gábor László +36 94 553 021, Dr. Csiszár Judit +36 94 380-042.

Sülysáp Város Önkormányzata pályázatot hirdet a Sülysáp I. sz. házi gyermekorvosi praxis területi ellátási kötelezettséggel, vállalkozási vagy közalkalmazotti formában történő betöltésére, illetőleg a kapcsolódó iskolaorvosi feladatok ellátására. A gyermekorvosi rendelő a Sülysáp, Szent István tér 17/A. szám alatt található, az önkormányzat tulajdonában és fenntartásában van, a két házi gyermekorvosi praxis közösen használja. Szolgálati lakást szükség esetén biztosítani tudunk. További információt Horinka László polgármester vagy Tóth Krisztina jegyző nyújt a +36 29 635 435 telefonszámon.

A praxis 2015. május 1. napjától tölthető be, a pályázatokat 2015. március 31-ig várjuk a www.sulysap.hu honlapon részletezett tartalommal.

700 fős házi gyermekorvosi praxis eladó **Kisvárdán**. Elérhetőség: +36 30 2644 440

Budapest XXII. kerületben családi házas környezetben lévő házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 420 fő. Elérhetőség: +36 30 2241 720

A praxishirdetés feladására a HGYE honlapján keresztül van lehetőség: www.hgye.hu

A hirdetés az éves tagdíjat fizetett HGYE-tag részére ingyenes, és 6 hónapig jelenik meg a honlapon.

Aki nem tagja egyesületünknek, annak ugyanez havonta 4 000 Ft + áfa, önkormányzatoknak 9 000 Ft + áfa költséget jelent.



A HGYE címe:

1133 Budapest
Ipoly u. 5/E

Egyesületünk telefonszáma:

Tel.: +36 1 330-0900

E-mail:

hgye@mail2000.net

Bankszámlaszám:

11713005-20419448

Honlap:

www.hgye.hu

Az egyesület titkára:

Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszoigalat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

Tel.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu

A jogsegélyszoigalat 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. Póta György Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**

Belső fotók: Jaksity Iván, címlapfotó: Konkoly-Thege György, a címlapon: Csizmadia Fanni



Kávészünet-17

2015. május 15-17. Siófok, Hotel Azúr

KAMASZKOR - KAMASZ KÓR



Kommunikáció kamaszokkal és családjukkal • Depresszió, öngyilkosság, mentális betegségek • Jogi és etikai szabályok tinédzserek kezelésekor
• Szexualitás, terhesség • Dohányzás, alkohol, kábítószer-használat • Erőszak, bántalmazás, rizikó-magatartás • Elhízás, genetikai és epigenetikai tényezők • Hypertonia, arteriosclerosis • Policisztás ovárium szindróma • Bőrbetegségek
• Diabetes mellitus, metabolikus szindróma • Evésmagatartás és a testkép zavarai • Elkésett és korai pubertás • Gyulladásos bélbetegségek • A kamaszkor fertőző betegségei, oltások • Korspecifikus pulmonológiai, traumatológiai és onkológiai kórképek • Tanulságos esetek

On-line jelentkezés: www.hgye.hu

44 ponttal akkreditált konferencia