

Átalakulóban a védőnői ellátás

Az Országos Stefánia Szövetség keretében létrejött és ebben az évben 90 éves jubileumát ünneplő védőnői szolgálatot az 1989-es társadalmi-politikai átalakulás nehéz helyzetbe sodorta. Hatályon kívül helyezték ugyanis a védőnői ellátásról szóló rendeletet. A jogi szabályozás e hiánya 1995-ig állt fenn, amikor is megjelent a körzeti védőnői szolgálatról szóló miniszteri rendelet. A háziorvosi privatizáció is alapvetően megváltoztatta az anya-, csecsemővédelem rendszerét.

A rendszerváltás a családokat sem hagyta érintetlenül, felerősödtek az átmenet gazdasági nehézségei, fokozódott a létbizonytalanság, a munkanélküliség, illetve ezek pszichés hatásai. Mindez hatott a szülési kedvre, a gyermekellátási intézmények kihasználtságára is.

A védőnői munka sohasem merült ki pusztán az egészségügyi problémák és feladatok megoldásában. Mindig kapcsolódott hozzá szociális tevékenység is. Napjainkban előtérbe került a szociális tartalom, nőtt a fokozott gondoskodást igénylő egyének és családok száma. Az átoltottságot és a szoptatás arányának növekedését jelentősen befolyásolja a családok szociális helyzete, az egészséges életmód iránti elkötelezettsége. A Gyermekjóléti Szolgálatok hálózata, mely a védőnői feladatok egy részét hivatott átvenni, több-kevesebb sikerrel működik.

A mai helyzet kísértetiesen hasonlít a 90 évvel ezelőtire. Rossz a lakosság egészségi állapota, az igénybe vehető egészségügyi ellátások nem az esélyegyenlőség elvén szerveződnek. A megbecsültség elmaradása miatt a védőnői szolgálatban is egyre nő a szakemberhiány. Megértjük, hogy nem a szakmai elvárások és a minőség az ellátás fő szervezője, hanem a finanszírozhatóság.

A primer prevenció fontosságát ugyan felismerte az egészségpolitika, de az intézkedések sajnos nem a prevenció megerősítése irányába haladnak. Többnyire már csak emlék maradt a jól működő gyermek-alapellátási team, a közös gondozotti kör, az egységes arculat. Köszönhetjük ezt az orvosi praxisok és a védőnői körzetek különböző kialakítási elvének, a csökkenő gyermeklétszámnak, az önkormányzatok forráshiányának és a számtalan helyi problémának.

Miközben a védőnői ellátás küzd a fennmaradásért, védőnői állások szűnnek meg, és még mindig nem lehet tudni, hogy több vagy kevesebb lesz-e a védőnői jövedelme az átszervezést és a finanszírozás megváltoztatását követően.

Ez a helyzet központi utasításokkal nem oldható meg. A meglévő jogszabályok alapján minden területnek magának kell megtalálnia a lakosság és az ellátók elvárásának legjobban megfelelő ellátási formát. Mindezek ellenére a védőnői hivatás szakmai, tudományos színvonala fejlődik, a 2004/2005-ös tanévtől a védőnői képzés egyetemi szinten is megszerezhető.

Az élet fintora, hogy a jubileumi év egyben a rendszer átszervezését is magával hozza, a felhőtlen megemlékezést így át-átszövi a bizonytalanság érzése.

CSORDÁS ÁGNES
ELNÖK, MAVÉ

TARTALOM

- Reformdiktatúra 2–4
- Get work 6–7
- Nyugtával 9
- „Intenzív” gondok . . . 10–12
- Állásfoglalás 13
- Etikai sarok 15
- 50 ezer „esőember” . . 16–17
- Húsz deka tonhal 17
- Europaen Academy
of Paediatrics 19
- Szelektív mutizmus . . . 21–22
- Hírek 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2005-ben:



Reformdiktatúra

Beszélgetés Békesi Lászlóval

Átalakult korstruktúra, drasztikus költségnövekedés, élesedő verseny, szűkös erőforrások, lerobbant hálózat, kórház-központú egészségügy, túlhaladott közigazgatási rendszer, elavult kórházi struktúra, állampolgári jogosultság, csőd-veszély. Strukturális vagy finanszírozási reform, járulékfizetés, copayment, magántőke, több-biztosítós rendszer, reformdiktatúra. Ezek azok a kulcsszavak, melyekről Békesi Lászlóval, korábbi pénzügyminiszterrel beszélgettünk.



Úgy tűnik, hogy az elmúlt évtizedben az egészségügyben nem történt semmi. Mi ennek az oka? Kik ezért a felelősök?

Az egészségügy szerte a világon válsággal, feszültségekkel küszködik. Ez nemcsak a fejlődő, hanem a fejlett világra is igaz. Észak-Amerikától Nyugat-Európáig mindenütt, még a nagyon gazdag országokban is jól láthatók a krízisjelenségek. De míg a fejlődő világban az alapstruktúrák kiépítése van napirenden, a poszt szocialista országokban már mások a problémák. Az elmúlt 30–35 évben azonban három olyan általánosan érvényesülő és visszafordíthatatlan folyamat zajlott le, amely a föld minden országában gyökeresen megváltoztatta az egészségügy pozícióját, a vele szemben támasztott követelményeket és a rendszerek működési feltételeit.

Az egyik, hogy a fejlett országokban drasztikusan átalakult a korstruktúra. Bár ez a folyamat intenzitását tekintve különböző mértékű, a tendencia mégis egyértelmű: az aktív korú népesség részaránya és abszolút száma csökken. Mind kevesebb gyermek születik, miközben dinamikusan nő az átlagéletkor és az inaktív, idős korosztály részaránya. Nem lassú, lineáris, hanem ugrásszerű, exponenciális növekedésről van szó. Ennek hátterében persze ott van persze az egészségügy javuló teljesítménye is. Az életben tartottak életminőségéről most ne be-

széljünk, mert orvosetikai kérdéseket érintene, hogy mi éri meg és mi nem, maradjunk abban, hogy a modern világban egyre kevesebb ember egyre nagyobb népességet tart el.

A másik, hogy iszonyatosan gyors fejlődés ment és megy végbe az egészségiparban. Gyógyszerekben, műszerekben, diagnosztikában, terápiában, mindenben. E mögött hatalmas mértékű kutatás és fejlesztés, óriási informatikai bázis áll, ami bizony drasztikus költségnövekedést okozott. Ez a fejlődés az egészségügyi szolgáltatások hihetetlen nagyságú, ugyancsak exponenciális árnövekedéséhez vezetett, amivel a fizetőképes kereslet képtelen már lépést tartani.

A harmadik megkerülhetetlen folyamat, hogy egy gazdaságilag határok nélküli, globalizált világban élünk, ahol elképesztő verseny dül a termelési tényezőért, a piacokért, a tőkéért, az új technikaért, a legolcsóbb ráfordításokkal elérhető legnagyobb eredményért. Ebben a versenyben a rendkívül magas költségekkel működő jóléti államok drámai válságba kerültek. Folyamatos visszavonulásra kényszerülnek, mert egyszerűen nem bírják finanszírozni a korábban vállalt és irigyelt ellátási kötelezettségeiket. A hallatlan méretű jövedelemelvonás, a járulékok és adók emelése mindenhol a tőke meneküléséhez vezetett. Mindezek nyomán Európa gyakorlatilag véglegesen leszakadt, és soha többé nem lesz már gazdasági értelemben versenyképes Észak-Amerikával és Ázsiával szemben.

Miért van jobb helyzetben például Kína?

Három dolog miatt. Egyrészt, mert minden tekintetben nagyságrendekkel olcsóbb, másrészt, mert a munkaerő korlátlan mértékben áll rendelkezésére, harmadrészt pedig a nyersanyagforrása is határtalan, legfeljebb a kitermelés okoz gondokat. Ezért áramlik oda a tőke. Ennek a friss tőkének a megszerzéséért folyó versenyben maradt le Európa, mert drágán termel, drágán szolgáltat és a magas bérekhez magas adók társulnak.

Valamikor épp ezek táplálták a jóléti államot, ami azonban kifulladt, mert nem lehet a jóléti rendszer finanszírozására az eredeti jövedelmek több mint hatvan százalékát folyamatosan elvonni a gazdasági szférától és az emberektől. Ez vezetett oda, hogy Skandináviától Németországon át a legkülönbözőbb országokig mindenütt vonul vissza az állam.

Mennyivel rosszabb a helyzet a poszt szocialista országokban?

Magyarországon és a többi volt szocialista országban a helyzetet súlyosbítja, hogy a gazdaság teljesítménye nagyságrendekkel marad el a fejlett jóléti államok teljesítményétől. A szűkös erőforrások – még nagyobb arányú jövedelemelvonás mellett is – kevesebb elosztásra adnak csak lehetőséget. De továbbmegyek. A szocializmusban az egészségügyet, sok más nagyon fontos társadalmi szükségletre hasonlóan, a teljes körű ellátás és a teljes ingyenesség elve alapján építették fel. Mindegy, hogy nyomott volt a színvonal, és hogy valóban soha nem volt ingyenes, az emberek fejében mégis az rögzült, hogy állampolgári jognak jár nekik az oktatás, a gyógyítás. „Szent tehene” alakultak ki, amelyekhez nem lehet egyik napról a másikra hozzányúlni. Nem lehet hirtelen azt mondani, hogy kérem, ez egy új világ, itt az ingyenességnek korlátai vannak, és mind nagyobb az igény az öngondoskodásra. Magyarán lehet ugyan a dolgokat, de attól még nem lesz a társadalom befogadóképessége nagyobb. Mindezt tetézi a lerobbant hálózat, ami soha nem volt rendszeren kistafírozva.

Milyen lehetőség kínálkozik a megoldásra?

Fájdalommentes, sem az ellátottak, sem a rendszerben dolgozók érdekeit érintetlenül hagyó megoldás nem létezik. Következésképp csak konfliktusok árán lehet a legapróbb dolgokat is megváltoztatni. Ez az oka annak, hogy a politika régóta ódzkodik a rendszer átalakításától, és nem mer kockázatot vállalni. Túl azon, hogy kiérlelt, konzisztens koncepciók sem

készültek, egész más érdekek mentén szerveződnek a gondolatok a szakmán belül, a szakmán kívül vagy kormány szinten.

Végül is ennyiben adnám meg a választ arra, hogy az elmúlt 15 évben miért nem történt semmi. Hogy ki a felelős érte? Mindenki. Legkevésbé persze a szerencsétlen, kiszolgáltatott tízmillió állampolgár. Nem az ő dolguk lett volna a reformok kidolgozása, a koncepciók kiérlelése és utána még a végrehajtása is. Éppen elég nekik elszenvedni és elviselni a helyzetet. Azt kell tehát mondanom, hogy van egy objektív háttér, amely alapvetően kedvezőtlen és évtizedek óta indokolna egy gyökeres átalakítást, de erre soha nem volt kellő eltökéltség és erő. Mindaddig csak kisebb-nagyobb toldozgatásra-foltozgatásra van ítélve a dolog, amíg a rendszer el nem jut működőképessége határára. Amikor már csődvészély fenyeget, akkor hajlandó majd a politika lépni. Előbb nem. Ennek viszont nagy ára lesz, komoly áldozatokat fog igényelni.

Pesszimiztának tűnik a helyzetértékelése.

Én inkább realistának mondanám. A képet egyébként tovább színezi, hogy a meglévő struktúra egy szűk réteg számára nagyon is kedvező. Miért? Mert keveredik az állam által finanszírozott szolgáltatás a kapacitás vagy az ellátás személyes és magánjellegű kínálatával. A kórházi ágyat például az állam finanszírozza, de a főorvos adja a betegnek.

Ha a jóléti állam csődben van, mit várhatunk egy reformtól? Azt, hogy pusztán a struktúra megfelelő átalakításával növeli a hatékonyságot, vagy a források bővítésében is lehet reménykedni?

Nincs vagy-vagy. Nem lehet csak szakmai jellegű, strukturális, vagy csak gazdasági jellegű, finanszírozási reformot csinálni. Ezek kölcsönösen feltételezik egymást. Hogy világos legyen: a mostani rendszerbe több pénzt investálni nem lehet. Egyrészt, mert nincs, másrészt, meg ha lenne, ugyanúgy szétfolyna. Egyébként kis pénz még egy strukturális reformra sem ad lehetőséget.

Szembe kell ezért azzal néznünk, hogy a szolgáltatások terhein osztozkodnia kell az igénybevevőnek és az eddig monopolhelyzetben finanszírozó államnak. Hogy még világosabb legyen: a jelenlegi ellátási szintet sem lehet tovább ingyenesen fenntartani. Szakmai protokollok útján kell megegyezni arról, hogy mi legyen az

a minimális szolgáltatás, ami a szolidaritáselvű finanszírozásból biztosítható és minden állampolgárnak jár, és mi az a szint, ami felett már meg kell osztani a terheket. Mit térít az állam és mi az, amit az igénybevevőnek meg kell fizetnie? Ezt a döntést nem lehet megspórolni. Öt ezer ember például nem juthat transzplantációhoz, és nem azért, mert nincs elég donor, hanem mert nincs rá elég pénz. Csak az első húszra van, akiknek a sorrendjét viszont a szakmának kell meghatározni. Amerikában is adott, hogy egy évben mennyi átültetésre van keret. Szóval azokból a járulékokból, amelyek a költségeknek csak a töredékét fedezik, nem lehet mindenkinek és korlátlanul a legmagasabb szintű ellátást biztosítani. Lehetetlen. A szlovákok például nagyot léptek előre a copayment bevezetésével, azaz, hogy bizonyos szolgáltatásokért vagy a gyógyszerek felírásáért fizetni kell. A nagyobb egyéni hozzájárulás, a térítési díj, vagy a pluszbiztosítás egyébként a sokat emlegetett hálapénzkérdést is megoldaná.

De mondok mást. Magyarországon még mindig tabunak tekintjük az állampolgári jogosultságot. Nem nézzük, hogy fizeti-e valaki a biztosítást, csak azt, hogy állampolgár-e? Ez egyszerűen abszurdum. Tíz millió ember egészségügyi ellátását 3 500 000 fizeti meg, sőt közülük se mind. A feketén foglalkoztatottak után ugyanis nincs járulékfizetés. Az egész világon úgy van, hogy csak az részesülhet egészségügyi ellátásban, akinek vagy munkaviszonya, vállalkozása van és adót fizet, vagy aki munkanélküli ellátásban részesül. A fekete foglalkoztatás csökken, mert mindenki számára létérdek, hogy adott esetben megkapja az orvosi ellátást. A másik, hogy amíg a nyugdíjhoz hasonlóan az emberek nem kezdenek egészségügyi ellátásukra is takarékoskodni, nem lesz megoldás. Az egészségügyi előtakarékoskodást kötelezővé kell tenni. Nem adóztatni kell az embereket, hanem rá kell őket vezetni arra, hogy a jövedelmük egy részét tegyék félre az orvosi ellátásra. De a fejeket átrendezni pokoli nehéz. Ezért sem mer a politika a kérdéssel szembenézni. Ráadásul a téma kiváló terepet biztosít a demagógiára, a populista érvelésre.

Magyar specialitás a feje tetejére állított gúla is. Mert, míg a világ modern egészségügye széles alapokon nyugszik, azaz egy nagyon jól működő gondozóhálózat a bázis, nálunk mindez fordítva van. Másról az alapellátás fölött egy gyors szakellátást nyújtó szakorvosi rendszer áll, a csúcson pedig ott a legkomolyabb szükségleteket

kielégítő kórház, nálunk a centrumban a kórház áll, a kórházra épül minden.

A pénz hatalma vagy a szakma fogja-e megtenni a szükséges lépéseket? Egyáltalán, képes-e a szakma ilyen érdektagság mellett, a gazdasági törvényszerűségekre hivatkozva, racionális döntésekre?

Rákényszerül. A gazdasági korlátok ki fogják kényszeríteni. A csődhelyzet majd megköveteli. Csődhelyzeten persze nem azt értem, hogy nem lesz gyógyítás, hanem, hogy például a kórházak tömegei válnak fizetésképtelenné.

Nem lenne sokkal célszerűbb egy rendezett, végiggondolt visszavonulás?

Dehogynem. Persze, hogy jobb lenne. De az egészségügyi vezetés még mindig azt gondolja, hogy a visszavonulás közben nem kell egyetlen, korábban megszerzett pozícióját sem feladnia. Amikor nagyon nagy baj lesz, megértik majd a problémát. Mondok egy példát: a stabilizációs program egyik nyúlványaként korábban meg kellett szüntetni tízezret a sok felesleges kórházi ágyból. Mindenki prüszkölt, de megszűnt a tízezer ágy. Kinek hiányoznak ma ezek? A baj inkább az, hogy nem csak ennyit kellett volna megszüntetni. Sorozatban tudom mondani a példákat. A kórházak túl sokszor épültek egy túlhaladott közigazgatási rendszer földrajzi határait. Így sok esetben fordul elő, hogy 30 km-es körzeten belül akár négy önálló kórház is működik. Hát ki gondolhatja azt komolyan, hogy ezt fenn lehet tartani? Sem orvost nem tudnak szerezni, sem műszerrel nem lehet őket ellátni, de még betegük sincs elég. Agyrém! De próbáljon meg valaki hozzájárulni; másnap már ott vannak a tüntetők. Ahogy nem lehet 3200 önkormányzatot fenntartani, mert működésképtelenek, ugyanúgy teljesen indokolatlan ennek a kórházi struktúrának a fenntartása is.

Magyarországon néhány száz ember összefogásával egy biztonságosnak hitt társadalmi rendszer dől össze. Volt egy agytröszt, a tömegek meg csak asszisztáltak az összeomláshoz. Elképzelhetetlen-e, hogy az egészségügyhöz értő agytröszt – pártállástól függetlenül – összefog?

Nem elképzelhetetlen. A választ úgy hívják, hogy reformdiktatúra. Van ilyen a demokratikus viszonyok között is. Csak emlékeztetek a stabilizációs programra.

Amit az én miniszterségem alatt, a konszenzuskeresés ürügye miatt még nem lehetett megcsinálni, azt a pénzügyi csőd szélén puccsszerűen csinálta meg Bokros Lajossal a kormány. Ugyanazt a programot, amit már fél évvel korábban az asztalra tettünk. A politika elment egészen a szakadék széléig, majd jött a reformdiktatúra. Amit aztán átverték a parlamenten és mindenkin.

Most sincs más esély?

Öszintén szólva, nem látok más megoldást. Nincs már hova hátrálni. 2006 után lesz erre két évünk. Az euróövezet-höz való csatlakozás kényszeríti ki, hogy 2008-ra bevezessük a reformokat.

Meg lehet csinálni egyszerre egy átfogó reformot? Hisz minden kormány tart a szavazóbázisának elvesztésétől.

Darabonként nem lehet reformot csinálni. Csak egyszerre megy. Két év kell ugyan hozzá, de az eredmények már a harmadik évben megjelenének. A szavazóbázist egyébként úgy is el lehet veszíteni, ha semmit nem teszünk.

A sokat emlegetett privatizáció célja vagy eszköze az átalakításnak?

Ebben a modern világban eszeveszetten nagy üzlet az egészségügy. Még ilyen szűkös körülmények között is, mint Magyarország. Nyilván látják, hogy micsoda hihetetlen küzdelem folyik a gyógyszerpiacért, vagy milyen erőfeszítéseket tesznek a műszergyártók, hogy megvessék a lábukat egy ilyen kicsiny piacon is. Ha ennyire akarnak jönni, ráadásul ennyire tőkeigényes területről van szó, akkor a magánbefektetőket nem elriasztani kell, hanem idecsalogatni. Elképesztő butaság, amit annyit emlegetnek, hogy „nem engedjük a karvalytőke kezébe juttatni a kórházakat”, vagy „nem engedjük, hogy

profitorientált cégek jöjjenek az egészségügybe, mert lerabolják...”. Az ég szerelmére! Ahelyett, hogy összetennék a kezünket, hogy jönnének, árad a politikai lózung, hogy ha beengedik a magántőkét, mennyivel többet kell majd fizetni. Persze, hogy többet kell majd fizetni, de a kettőnek a világon semmi köze nincs egymáshoz. Nem azért kell többet fizetni az egészségért, mert bejön a magántőke, hanem mert az államnak már soha nem lesz elég pénze az egészségügy finanszírozásához.

A magántőkének miért éri meg az egészségügybe fektetni?

Mert hosszú távon garantált a piac. Nem kell attól félni, hogy egyik pillanatról a másikra lecsökken a kereslet. Nincs rajta túl nagy profit, nem hoz nagy árfolyamnyereséget egyik évről a másikra, de stabil. Mindig szükség lesz PET-re, röntgenre, CT-re vagy vesekőzúzóra és hotel-szárnyra. Ezt a magánszféra működteti a világban sok helyütt. A legnagyobb befektetők a sok száz millió kis befektetést összegyűjtő nagy befektetési alapok. Ezeknek érdeke a stabil és hosszú távú profit, ami csak valamennyivel legyen több a reálkamatnál. Ennyit az egészségügy garantáltan biztosít. Ezért szállnak be az egészségügybe majdnem mindenütt a világon a nagy nyugdíjbiztosítók. A nagy biztosítótársaságok az életbiztosítási tartalékukból finanszírozzák az egészségügyet. A szabályozás dolga, hogy a jogi és működési feltételeket, az ellenőrzést megteremtse.

Jelentene-e további forrásbővülést a struktúra átrendezése?

Biztos, hogy még a mai rendszerben is rendkívül sok hatékonysági tartalék van. Magyarországon a tízezer lakosra jutó kórházi ágyak száma 20%-kal több mint Svédországban, 10%-kal több, mint Németországban és ez igaz a tízezer lakosra

jutó orvosok számában is. Nem működik a szakfelügyelet, senki nem ellenőrzi, hogy mekkora gyógyszermennyiséget utalványoznak az orvosok, mennyi fölösleges vizsgálat történik a szakrendeléseken vagy a kórházban.

Jó gazdának tartja-e mindezek után az Egészségbiztosítási Pénztárt?

Bizony, az OEP nem jó gazda. Képtelen ellátni a feladatát. Ez is azt jelzi, hogy nincs mese, egymással versenyző biztosítókra van ahhoz szükség, hogy aki megvásárolja a szolgáltatást, az ellenőrizze is. Amíg ez kizárólag az OEP kezében van, addig nem lesz megoldás. Versenyszituációra van szükség, amitől sokan azért félnak, mert attól tartanak, hogy a nagy járulékfizetők kikerülnek a szolidaritásalapú társadalombiztosításból.

Végül is tehát bízhatunk egy reformban?

Nincs más megoldás. Úgy gondolom 2006 és 2008 között, itt akár tetszik, akár nem – lesz egy drasztikus átalakulás. Ennek pedig az egészségügy eliteje vagy az élére áll, vagy az ellenükben hajtják végre. Kitűnően működő példák sora bizonyítja, hogy meg lehet ezt csinálni. Szlovákia és Észtország élen jár a reformokban, nem vártak, nem halogattak, hanem drasztikusan léptek. Adórendszerben, biztosításban, egészségügyben egyaránt. Igaz, ott eleve alacsonyabb volt a nivó, ezért kevesebb volt a vesztenivaló is. Ezek az országok le fognak körözni bennünket, hisz nálunk nyolc év telt el úgy, hogy semmi nem történt azon kívül, hogy feléltük azt, amit korábban kínkeservesen létrehoztunk.

Köszönjük a beszélgetést.

KÁDÁR FERENC, KÁLMÁN MIHÁLY

Eladó házi gyermekorvosi praxisok

Budapest, III. kerületben. Érdeklődni az esti órákban lehet: 06/20-910-4813.

Salgótarjánban 856 kártyás praxis. Érdeklődni lehet: 06/30-928-3744.

Budapest XVIII. kerületében két praxis 530-550 kártyával. Érdeklődni munkaidőben: 06/1-339-3704.

Kistarcsán 850 kártyás praxis. Érdeklődni munkaidőben: 06/1-339-3704.

Vas megyében, Bükfürdőn 2005. szeptember 1-től betölthető praxis. Szolgálati lakás, központi ügyelet van. Érdeklődni az esti órákban: 06/70-941-9632 vagy 06/94-386-164.

Budapesttől 30 km-re reális áron praxis eladó. Tel.: 06/30-206-1364

Isaszegre, privatizált területi ellátási kötelezettséggel, IBE modellbe tartozó 1100 kártyás házi gyermekorvosi praxisba helyettesítést keresek, aki későbbiekben a praxisomat is megvásárolná. Tel.: 06/30-591-7086



Get work

Az EU-csatlakozás után egészségügyi dolgozókat külföldre közvetítő irodák jelentek meg a magyar piacon. Ahhoz, hogy a munkaközvetítő cégek hatékonyan működjenek, alapos szakismeretre és kiterjedt külföldi kapcsolatokra van szükségük. Az egészségügyi szakmák esetében a kötelező regisztrációs folyamatot is pontosan, naprakészen kell ismerniük. Közvetítői díjat nem kérhetnek, mert tilos, kizárólag a leendő munkaadók megbízói díjára tarthatnak igényt.

Get Work – Mammut üzletközpont, legfelső emelet, tágas, elegáns iroda, széles üvegfelületek. Munkaerő-közvetítés – tájékoztat a reklámfelirat a cég egyik alaptevékenységéről.

❗ Miért adták fejüket épp orvosközvetítésre és miért pont Angliába keresnek orvosokat? – tettük fel a kérdést Küzmös Lászlónak a Get Work ügyvezető igazgatójának.

A pontosság kedvéért jegyzem meg, hogy mi egy személyzeti tanácsadó kft. vagyunk. Sok mindennel foglalkozunk, köztük munkaerő-közvetítéssel is. Orvosok közvetítésére azért vállalkoztunk, mert úgy látszik, jó üzlet. Az uniós csatlakozást követően megnyiták a kinti munkaerőpiacot, és egy rövid ideig tartó óvatos kivárás után megnőtt az igény a magyar orvosokra. Elismert tudással rendelkeznek, könnyen és jól alkalmazkodnak, nemcsak az ottani orvosi hierarchiába illeszkednek be nagyobb gond nélkül, de a betegek is gyorsan megkedvelik őket. Egyébként Norvégiába, Dániába vagy Németországba is keresnek dokto-

rokat, a legnagyobb igény azonban Angliában mutatkozik. Az ottani kereseti lehetőségek ráadásul átlagosan 15–20 százalékkal meghaladják a többi országét, és jóval kevesebb a bürokrácia, mint például Németországban.

❗ Hallhatunk valamit a kinti bérekről?

A háziorvosok átlagbére 46 ezer font, de egy gyermekgyógyász 70 ezret is megkérhet. Egy frissen végzett nővér – mert hogy nem csak orvosokat keresnek – éves jövedelme 21–23, a gyakorlotté 23–27 ezer font, egy szakasszisztensé pedig 30–40 ezer között mozog. Egy egynapos londoni utazási bérlet 10 fontba, egy egyszerű garzon bérlése 150–200 000 forintnak megfelelő összegbe kerül. Keresnek orvost Walesbe, Skóciába és Anglia más városaiba is, de a jövedelmi viszonyok mégis Londonban a legjobbak, még akkor is, ha ott a legdrágább az élet.

❗ Milyen orvosokat keresnek?

Kardiológustól aneszteziológuson át a gyermekorvosig, mindenfélét. Csak a mi nyilvántartásunkban 450 üres londoni állás szerepel. Ebben benne vannak a nővéri állások is. Várnak gyermekorvost magánrendelőbe, családorvosi teambe és kórházba. Lehet helyettesítést is vállalni 3–4 hétre, többnyire azonban hosszabb távra, akár öt éves időtartamra kötnek szerződést.

❗ Hogyan lesz az érdeklődésből szerződéskötés?

Először is megnézzük, van-e igény a jelentkező munkájára. A szakmai múltira vonatkozó kérdőíven választ várunk a végzettségre, gyakorlatra, a speciális kész-

ségekre. A nyelvismeretet mi mérjük fel. Meglehető és szomorító tény, hogy a jelentkezőknek legfeljebb csak 30 százaléka rendelkezik megfelelő nyelvtudással. Többnyire a kommunikációs készséggel van a baj, amin persze egy intenzív nyelvtanfolyammal könnyen lehet segíteni. Ezt követően a véleményünkkel kiegészített jelentkezési lap alapján a munkaadó dönti el, hogy a jelentkezők közül kit tart alkalmasnak egy további interjúra. Erre vagy a jelölt utazik ki, vagy több, alkalmasnak látkozó személy esetén a munkaadó jön ide. Elég alapos felmérés után mondják csak ki a boldogító igent. Az irodánkban történő jelentkezés és a szerződés aláírása között általában két hónap telik el. Ezután már csak a regisztrációs folyamat van hátra, amihez be kell nyújtani az ajánlólevéltől kezdve a szakvizsga- bizonyítványig valamennyi dokumentumot.

❗ A kinti munkához ismerni kell az ottani vényírási gyakorlatot, a forgalomban lévő gyógyszereket vagy adminisztrációs szokásokat...

Ezeket a nem igazán szakmaspecifikus ismereteket a rövid, kb. két-három hónapos próbaidő alatt könnyen el lehet sajátítani, annál is inkább, mert kezdetben egy ottani, tapasztalt, nagy tudású kolléga mellett dolgozik a munkavállaló.

❗ Kicsit tisztult a kép. Reméljük, hogy a hajdani céhlegények mintájára azok a bátrak, akik most vándorbotot fognak, néhány év múlva tudással gyarapodva mégiscsak hazatérnek.

K.F.

Angliában az egészségügyi munkahelyek 30 százaléka betöltetlen, a magyar szakemberek mégsem tudnak közvetlenül jelentkezni az állásokra. „Az egyénileg elküldött önéletrajzok általában megválaszolatlanok maradnak, mivel a kinti munkaadók garanciákat várnak el és a brit kórházak szeretnék megosztani a szelekció felelősségét, többek között ezért van szükség a munkaközvetítőkre.” – mondta Aszalós Zoltán a Metaforum Karrierfejlesztő és Mobilitás Központ ügyvezető igazgatója. A magyar szakemberek többsége az adminisztrációs terhek miatt riad vissza a külföldi munkavállalástól. Nagy-Britanniában a külföldi orvosoknak regisztrálniuk kell magukat az országos érdekvédelmi szervezetnél. „Ennek a három-négy hónapig tartó regisztrációs folyamat-

nak a teljes adminisztrációját magunkra vállaljuk” – mondta az ügyvezető. „A magyar orvosok általában nincsenek felkészülve az álláskeresési procedúrára, arra, hogy el tudják adni magukat. Mi próbainterjúkkal készítjük fel őket az angol munkaközvetítő, valamint a kórház munkatársával folytatott interjúra.” Ezenkívül az angol nyelvtudás javításában is segít a Metaforum. Az általuk működtetett Medical Language School a szakmai nyelv elsajátítására ad lehetőséget.

(FORRÁS: FIGYELŐNET)

Álláslehetőség Németországban, Angliában, Skandináviában, és Szaúd-Arábiában

A csatlakozást követően komoly igény mutatkozik a magyar orvosok iránt az unió tagállamaiban. Németországnak néhány éven belül 20 ezer orvosra lesz szüksége, de orvosok ezreit várják Angliába, Skandináviába, azon belül is főként Norvégiába. A magyar diplomát mindenütt elismerik, a fizetések havonként 3800 és 6000 euró között mozognak. Németországban megkövetelik a német nyelvtudást, a többi országban az angol is elég.

Szaúd-Arábiába minimum ötéves gyakorlattal rendelkező szakorvosokat várnak, főként neurológust, belgyógyászt, gyermekgyógyászt, radiológust, reumatológust, ortopédust, sebészt, aneszteziológust és fogorvost. Orvosnők is pályázhatnak, közülük is leginkább a nőgyógyász szakorvosokat keresik. A fizetés 8–10 000 dollár között mozog,

adómentes és térítik a szállásköltséget is. Minthogy az elmúlt években komoly erőfeszítéseket tettek a közbiztonság fokozására, Szaúd-Arábia a föld egyik legbiztonságosabb országává vált.

Várjuk jelentkezésüket németországi irodánkban.

*Roland Herbert
Universitas
D-84307 Eggenfelden
Mühlweg 4
Universitas-int@web.de*

Csak nyugtával...

Az egyesület elnökeként feladatomban érzem, hogy folyamatosan tájékoztassam a Hírvivő olvasóit a gyermekorvosi alapellátást leginkább befolyásoló szakmapolitikai intézkedésekről és szándékokról.

Ezúttal a szakfelügyelet készülő rendeleti szabályozásával kapcsolatban írom le észrevételeimet. Ezzel a problémával foglalkozott az Országos Alapellátási Intézet márciusi, siófoki értekezlete is.

Régen felismertük, hogy munkánk minőségének egyik biztosítója a jól működő szakfelügyelet. Ugyanakkor újra és újra tapasztaltuk, hogy a hangoztatott szép elvek csak elvek maradnak, a rendszer igazából nem működik. A KÖJÁL, majd az ÁNTSZ nem tudott mit kezdeni a feladattal.

A felnőtt háziorvosi szakfelügyelői hálózat, még ha nem is teljes egészében, de megyei szinten is kiépült. A gyermekorvosi hálózat szervezési, módszertani, jogi, finanszírozási szempontból éppúgy az alapellátáshoz tartozik, mint a házi-orvosi. Ezért ez megköveteli, hogy szakfelügyeletünk felépítése és kiépítettsége azonos legyen. Az OALI működésének megkezdését követően ez az igény egyre inkább megfogalmazódott.

Ennek ellenére a házi gyermekorvosi ellátás csak a városi szintekig épült ki, azonban ennek módszertanával, a szakfelügyelők továbbképzésével, a felmerülő problémák megoldásával senki sem foglalkozott. Különösen így volt ez az OCSGYI megszüntetését követően. Nehezítette a működést az is, hogy a megyei gyermekgyógyász szakfőorvosok, a kórházi osztályok vezető főorvosai minden jó szándékuk ellenére sem tudtak kellő időt és energiát fordítani e feladatok ellátására. Így sok megyében kinevezéssel vagy anélkül, házi gyermekorvos szakfelügyelőket bíztak meg a megyei szintű szakfelügyelet ellátásával.

Egyesületünk megalakulása óta elkötelezett híve volt a jogszabály megváltoztatásának, a megyei házi gyermekorvosi szakfelügyelők kinevezésének. A szervezeti átalakítás mellett a szakfelügyelet egységes módszertanának kialakítását hangoztattuk. Különböző fórumokon, a döntéshozók előtt is a szakfelügyeleti jogszabály módosításáról kifejtett véleményünk korábban hiábavalónak bizonyult.

A hamarosan megjelenő új jogszabály számos ágazatban országos tiszti főorvosok kinevezését tartalmazza. Ők állnak majd annak a piramisnak a csúcán, melyet a regionális, a megyei és a városi szakfelügyelő főorvosok alkotnak. Az alapellátás szerkezete így egységessé válik, ami sok kérdésben megkönnyíti a hálózat szakmai és adminisztratív irányítását. Lényeges szerepük lesz ebben az országos intézeteknek is. A módszertani és strukturális problémák megoldása az ÁNTSZ-en belül már alapító okirattal rendelkező országos módszertani intézet feladata lesz.

Tízéves munkánk sikere, hogy az új jogszabály, melyet ezúttal módunk volt véleményezni, már tartalmazza a megyei házi gyermekorvosi szakfelügyelői munkakör kialakítását. Így kollégáink, akik korábban kinevezés és megfelelő finanszírozás nélkül látták el e nehéz feladatot, a jövőben ezt szabályos megbízással végezhetik. A megyei szakfelügyelők személyére egyesületünk is javaslatot tehet.

A jogszabályt azonban még nem olvastam a közlőnyben. Úgy hogy csak nyugtával...

HUSZÁR ANDRÁS

Új kullancsencephalitis elleni vakcina gyermekeknek

Vége a télnek, ébred a természet, és téli „álmukból” ébrednek az éhes kullancsok is.

VÉGRE HAZÁNKBAN IS ELÉRHETŐ AZ FSME JUNIOR 0,25 ml VAKCINA GYERMEKEK RÉSZÉRE

Magyarországon az elmúlt 25 évben a kullancsok által terjesztett betegségek közül a Lyme-kór, a kora tavaszi agyvelő- és agyhártyagyulladás (Früh Sommer Meningo Encephalitis, FSME) és a babesiosis kapott nagyobb figyelmet.

Magyarországon az elmúlt 25 évben 5750 kullancsencephalitis betegezt regisztráltak. Az elmúlt 10 év csökkenő tendenciája után két éve ismét emelkedik a megbetegedések száma.¹ Lefolyása viszonylag jól ismert, az azonban kevésbé köztudott, hogy a múlt évtizedben csak a Szent László Kórházban három halálos áldozata is volt ennek a betegségnek.² A nyugati gyakorlattal ellentétben Magyarországon kevés adat áll rendelkezésre az idegrendszeri szövödményekről.

Nemzetközi irodalmi adatok szerint a gyermekkorban 2% körül mozog a súlyos idegrendszeri szövödmények aránya.³

Az oltási sémák jól ismertek, de a magyarországi gyakorlatban – előnyei ellenére – nem terjedt még el az ún. gyorsított FSME JUNIOR oltási séma. Pedig ennek a módszernek köszönhetően már a „kullancs-szezonban” beadott két vakcinadózis is biztosítja a védettségét.⁴

A védőoltás csak akkor hatékony, ha megfelelő ellenanyag szint alakul ki az oltottak szervezetében.

Ezért fontos az időben történő védekezés, azaz a kora tavaszi időszakban végzett immunizáció.

Az FSME Junior és Immun Inject oltóanyaggal, a hivatalos ajánlásoknak⁴ megfelelően, az alábbi oltási sémák biztosítanak védettséget:

	Első oltás	Második oltás	Harmadik oltás	Emlékeztető oltás
Általános séma	0. nap	1–3. hónap múlva	9–12. hónap múlva	3 évvel az 1. oltás után
GYORSÍTOTT SÉMA	0. nap	14. nap múlva	9–12 hónap múlva	3 évvel az 1. oltás után

1. Kádár F. Age distribution of TBE in Hungary. 6th Meeting of the International Scientific Working Group on TBE, 2004

2. Mészner Zs. Védőoltással megelőzhető fertőzésekben meghalt betegek a Szent László Kórházban (1993–2003) MIT 2003. Kongresszusi előadás

3. Mutz I. Consensus. 6th Meeting of the International Scientific Working Group on TBE, 2004

4. A „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ módszertani levele a 2004. évi védőoltásokról; Egészségügyi Közlöny LIV. Évfolyam 3. szám 2004. január. 22. 768–785. old.

„Intenzív” gondok

A területen dolgozó gyermekorvos viszonylag keveset tud a legsúlyosabb esetek kórházi intenzív ellátásáról. Régi intézeti emlékeire már nem támaszkodhat, hisz minden megváltozott. Alig egy évtizede szerveződött újjá a professzionális gyermek-intenzív osztályok magyarországi hálózata. A jelenlegi helyzetről tájékoztunk Dr. Újhelyi Enikőnél, a Szent László Kórház Gyermek Intenzív Osztályának vezetőjénél.

Változott-e az elmúlt évtizedekben a gyermek-intenzív osztályok beteganyaga?

Igen. Összességében elmondható, hogy egyre jobban hasonlít a felnőttbeteg-anyaghoz, legalábbis abban a tekintetben, hogy most már kizárólag a legsúlyosabb esetek kerülnek az intenzív részlegekre. Időközben átrendeződött az egész gyermekorvosi ellátás is. Csökkent a felvett gyermekek száma, de közülük viszonylag többen és nagyobb százalékban igényelnek intenzív ellátást. Ugyanakkor a kórházak több beteget látnak el ambulánsan, gyakori az egynapos ellátás, például a „one day surgery”. Felvételre csak komolyabb baj esetén kerül sor.

Hogyan módosult eközben maga az intenzív gyermekellátás?

A világban az utóbbi tíz-tizenöt évben a gyermekek intenzív ellátása terén alapvető változások történtek. Önmagában az is hatalmas siker, hogy elfogadták az intenzív gyermekosztályok létjogosultságát. Magyarországon is felnőtt egy olyan szakorvosgárda, amely speciális szakképzettséggel, gyermekgyógyász- és intenzív-szakvizsgával rendelkezik. A nővérek pedig gyermekintenzív-szakápolói képesítést szereztek.

Ma már nálunk is rutinszerűen elérhető a legfontosabb beavatkozások, a lélegeztetés, a monitorizálás, az ágy melletti dialízis. Egy sor invazív technika is alkalmazható, például koponyaűri és hemodinamikai nyomásmérés. A gyermekeknél természetesen a noninvazív monitorizálást és beavatkozásokat részesítjük előnyben.

Milyen hatással volt ez a fejlődés az Ön osztályának működésére?

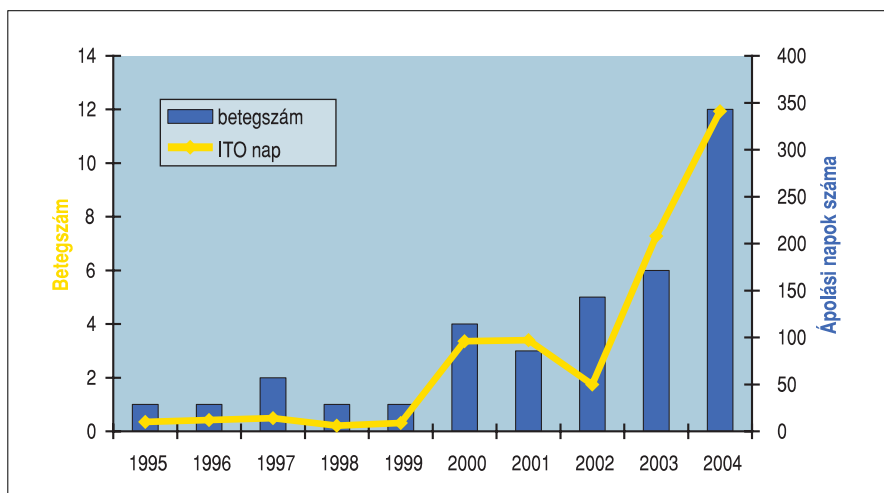
1993-ban, amikor a Szent László Kórházba kerültem, intenzív osztályunkat tulajdonképpen a kruppos gyerekek akut ke-

zelésének megoldatlansága hívta életre. Azt mondják, hogy a légúti obstrukció gyógyítása, a krupp kezelése az ellátás próbaköve. Mert ha jól szervezeten, protokoll szerint gyógyítják, a gyermek meggyógyul. Ha nem, akkor az addig egészséges páciens akár meg is halhat. Gyakorlatilag a nulláról indultunk. Nem volt megfelelő géppark és elegendő szakember. Fokozatosan, de viszonylag gyors ütemben, kórházi és önkormányzati támogatással, lélegeztetőgépekkel, monitorokkal, infúziós pumpákkal szereltük fel az osz-

a meningitis, az encephalitis ellátása. Új feladatunk az immunszuprimáltak, a csontvelő-átültetésen átesettek kezelése. Tavaly folyamatosan feküdt ilyen beteg az osztályunkon. (A betegszám és az ápolási napok számának alakulását az 1. ábra mutatja)

Hogyan látja a társszakmákkal való kapcsolatukat?

Azt szeretném, ha ez a kapcsolat gyökeresen megváltozna. Együttműködésünknek a jövőben inkább csapatmunkához kell hasonlítania. Ennek érdekében az új gyer-



1. ábra

tályt. Érkezésemkor egy betegre elégséges műszerünk volt – másfél év múlva tíz páciens ellátására is alkalmas felszerelésünk lett. Persze a műszer nem elég. A betegellátás alapja a „szentháromság”: jól felkészült orvos és nővér, valamint jó géppark – a nap minden órájában, a hét minden napján.

A közeljövőben továbblépünk. Az év végén adják át az új, egységes gyermek-tömböt, jövőre költözünk. Földszintjén intenzív és sürgősségi osztály, az emeleten pedig korszerű gyermekosztályok létesülnek, fürdőszobás kórtermekkel. A felvételi rendszer is megváltozik. A páciensek egységesen a Sürgősségi Betegosztályon (SBO-n) keresztül kerülnek az intézménybe. Ott dől el, ki, milyen ellátásra szorul: az SBO frissen létesülő betegágyain marad, vagy az osztályra, esetleg az intenzív részlegre irányítják.

Melyek a Szent László Kórház Intenzív osztályának legnagyobb szakmai kihívásai?

A légúti obstrukción kívül, intézményünk jellegéből adódóan a neuroinfekciók, azaz

mekellátó tömbről bemutatkozó füzetet készítünk, melyet kiküldünk a házi gyermekorvos kollégáknak is. De az interneten is tájékoztatjuk majd őket arról, hogy milyen problémával kihez lehet fordulni.

Finom kritikának tűnt a válasza...

Pedig nem annak szántam. Közvetlen és jó a kapcsolatunk a házi gyermekorvosokkal, a háziorvosokkal. Felhívnak, tanácsot kérnek, és természetesen érdeklődnek a betegek után.

A konziliárius szakemberek közti munkamegosztás minőségi változásának lényege az ún. mátrixrendszerben rejlik. Ennek alapján a szakemberek mennek a beteg ágyához, méghozzá a lehető legközelebbi időn belül, és nem a gyermeket tologatják tíz különböző helyre.

Örök probléma, hogy mi, háziorvosok, nem nagyon tudunk reanimálni.

Erről nem elsősorban a területen dolgozók tehetnek, hiszen – szerencsére – nincs módjuk eleget gyakorolni. Felmé-

réseink szerint a saját osztályunkon az elmúlt tíz évben csupán a pácienseink 2%-a igényelt újraélesztést. Egy körzetben dolgozó kollégának pedig maximum egy-két reanimációja akad egész életében.



Nemsokára az újraélesztés oktatásának egész rendszere megváltozik. Az Európai Reszuszcitációs Tanács (ERC) szervezte meg azt az akkreditált, egységes tanfolyamot, amelyet velem együtt több mint tíz magyar gyerekintenzív elvégzett. Ha megfelelő számú oktató lesz (oktatókurzust is végeztünk), a legmagasabb színvonalú újraélesztési tanfolyamokat is képesek leszünk magyarul megtartani. Az első ilyen oktatás szeptemberben lesz, rövid, előre kiadott elméleti anyagokkal és vagy kétharmadnyi gyakorlati oktatással.

Erről hol tájékozódhatnak az érdeklődők?

Nyugodtan fordulhatnak közvetlenül a szervezőhöz, Dr. Szentirmai Csabához, a Heim Pál Kórház Gyermekintenzív Osztályának vezetőjéhez. Ez az oktatás ma még drága, mert önköltségi áron is 50 ezer forintba kerül. Később olcsóbb, hasonló jellegű továbbképzésekre is módunk nyílik. Egyébként engem hívtak már házi orvosok, akiket bábukon tanítottam az újraélesztés ábécéjére, a műfogásokra. Lehetőség van más, kihelyezett tanfolyamokra is, felkért specialistákkal, sőt, bábuk is bérelhetők.

Visszatérve a gyakorlati munkához: melyek a legégetőbb problémák a betegek beutalása körül?

Aránylag kevés a gondunk. Előfordulhat azonban, hogy a beutaló kolléga nem

ismeri fel, hogy milyen súlyos a helyzet. Mentségére szól, hogy a gyermekbetegségek, például a Meningococcus szepszisz igen rövid idő alatt, nagymértékben romolhatnak. Különösen a krupp súlyos-

inhalációs szerek összetétele is. Például Halothan helyett ma inkább a Sevo-flurane-t preferáljuk, mely nagyobb cardiovascularis stabilitást biztosít. Jól „kormányozható” szer: nyugodtabb az elalvás, gyorsabb az ébredés. Az anesztéziában is sokat fejlődött a gyógyszerelés. Ma már nálunk is elérhetőek a korszerű izomrelaxánsok, analgetikumok és szedatívumok.

Egyenletes-e az országon belül az ellátás színvonala?

Budapesten, Győrött, Veszprémben megoldott az ellátás, de például Kelet-Magyarországon a szükségesnél kevesebb az intenzív osztály.

Mi a helyzet a finanszírozással?

Itt nagy a gond. Nyugat-Európában úgynevezett tercier típusú, nagy gyermekközpontok vannak, ahol minden elérhető. Nálunk viszont egy kórház csak annyi intenzív beteget tud felvenni, amennyi gazdasági veszteséget még el tud viselni...

Ennyire alulfinanszírozott HBCS-vel dolgoznak?

A maximális súlyszám: 13,4. Így megközelítőleg maximum másfél millió forint jut egy betegre. Számtalan esetben ennek többszörösét költjük el. Az OEP ugyanakkor csak arra a kezelésre ad egyedi finanszírozást, ha az a maximális súlyszám ötszörösébe kerül. Ha csak két-háromszorosába, akkor már nem. Így egy-egy páciensen milliókat „bukunk el”...

Miért ez a hátrányos és igazságtalan rendszer?

Ezt én is szeretném tudni. Az intenzív szakma rosszul lobbizott, nem tudta kiharcolni a hatalmas ráfordításokat ellen-



súlyozó súlyszámot. A gyermek-intenzív-osztályokon még rosszabb a finanszírozás. Ha egy felnőtt kerül be légzési elégtelenséggel, annak kezelésére elszámolják az oxigénellátást a járulékos költségekkel, a monitorizálást, a pluszgyógyszert és a nővér munkáját is. A másik ellentmondás abban van, hogy az OEP a 24 órán belüli intenzív ellátást egyáltalán nem, az öt napon belülit pedig csökkentett módon finanszírozza. Ezt azt jelenti, hogy a gyermekek ellátása, akiknek a súlyos állapota eleve sokkal gyorsabban korrigálható, állandó és jelentős gazdasági veszteséget jelentenek.

Érdemes összehasonlítani egy „órafinanszírozású” brit kórház és a saját beteganyagunk ápolási idejének megoszlását (2. és 3. ábra).

Az ábrákról leolvasható, hogy a legtöbb gyermek betegsége első öt napján igényel intenzív osztályos ellátást. A betegeink 15%-ánál a jelenlegi finanszírozás szerint a

24 órán belüli ápolási teljesítmény elvész. Csökkentett finanszírozás alá esik a betegek további 35%-a, vagyis összességében az intenzív ellátást igénylő betegek fele nem megfelelően finanszírozott. Az intézet részéről ez csak az ápolási idő – egyébként nemkívánatos – megnyújtásával korrigálható. Ennek megfelelően mérlegelni kellene, hogy az intenzív ellátás finanszírozása – a nyugati példához hasonlóan – az ápolási órák alapján történjen.

☒ Mi a helyzet a nővérek megbecsülésével, fizetésével?

Nehéz, lelkiileg megterhelő a munkájuk, speciális alkat kell hozzá, nem mindenki alkalmas rá. Paraszolvencia gyakorlatilag nincs. Pótlékot ugyan kapnak, de ugyanannyit – 13 ezer bruttót –, mint tíz évvel ezelőtt.

Ezért sokan elmennek. Egy bevásárlóközpontban vagy biztosítási ügynökként többet keresnek, mint nálunk az ügye-

letekkel együtt. Ezekon a helyeken ugyanakkor rövidebb a munkaidő, kevesebb a stressz, viszont húszezer forinttal magasabb a fizetés! A felelősség nagyságrendjéről pedig csak annyit, hogy egy videotékában a legnagyobb hiba egy kazetta-csere lehet.

☒ Az ellátás minőségében utolértük a fejlett országokat?

Biztosan állíthatom, hogy eredményeink összevethetők a nemzetközi eredményekkel. Például a 4%-os letalitásunk igen jónak számít. Kevés a nozocomialis fertőzés. Tízéves szepszises beteganyagunk 70%-a közösségben szerzett, és csak 29%-a a nozocomialis fertőzés. Ebből is csak 8% a saját, a többi 21% más osztályról átvett beteg. Osztályunkon jól működik az infekciókontroll.

☒ Mennyire változott meg az intenzív osztályok „személytelensége”?

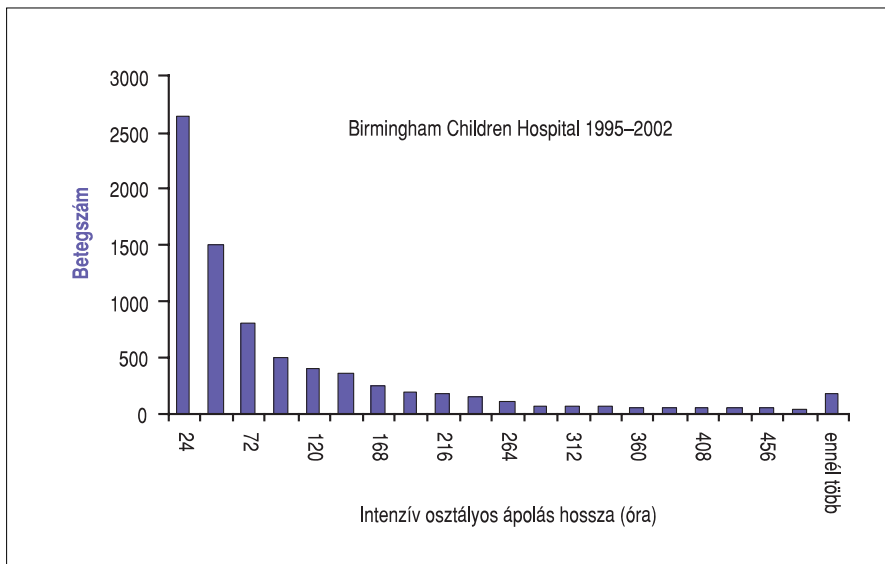
Sok vonatkozásban jelentős változások történtek. A szülő napközben végig a gyermek mellett lehet. Hatékony fájdalomcsillapítás mellett tudatilag „felengedjük” a gyermekeket. Ha valamilyen beavatkozást tervezünk, akkor előtte mindig engedélyt kérünk a gyermektől is. Általában 80%-uk beleegyezik, de ha esetleg nem lehet meggyőzni, akkor sem éri magát annyira kiszolgáltatottnak.

A „Kritikus Állapotú Gyermekekért” Alapítványon át nemcsak felszerelésre (monitorra, respirátorra stb.) költöttünk sokat, hanem ún. kényelmi berendezésekre is: tévét, filmeket, színes ágyneműket, ruhát vettünk, barátságos környezetet teremtettünk. Autós gyereklécek is beszereztünk, amelyekbe a lélegeztetett gyerekeket is bele tudjuk ültetni.

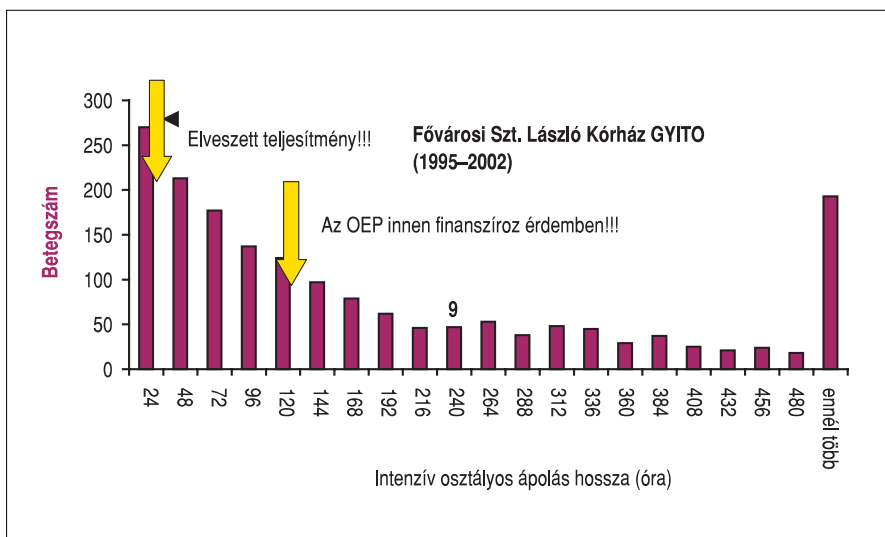
☒ Szaporodtak-e az utóbbi időben a műhibaperek?

Szerencsére nálunk nem volt feljelentés. Pontos dokumentációra törekszünk, és részletes beleegyező nyilatkozatot íratunk alá. Zárójelentéseinkben a beavatkozások részletei is megtalálhatók. Fontosnak tartjuk a hozzátartozókkal való kapcsolatot. Mindig meg kell győződni arról, hogy megértették-e a mondandónkat. A perek hátterében ugyanis többnyire nem szakmai hiba, hanem elégtelen orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció áll.

☒ Köszönöm a beszélgetést.



2. ábra



3. ábra



2005. február 10-én a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium napirendre tűzte a „Gyermekegészségügyi ellátórendszerek Magyarországon” című kérdéskört. A területi ellátás helyzetének bemutatására és a kollégiumi állásfoglalás előkészítésére az alapellátási szakcsoport elnökét kérték fel. Az elkészült dokumentumot eljuttattuk a Kollégium tagjaihoz. A feszítő gondok részletes megtárgyalására a kollégiumi ülésen nem kerülhetett sor, de lehetőség volt az anyag vázlatos kifejtésére. Bízunk abban, hogy a gyermekegészségügy – és ennek keretében az alapellátás – gondjainak megoldásában a közeljövő szükségeszerű változásai érdemi előrelépést eredményeznek.

A GYERMEK-EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS HELYZETE

1. A komplex gyermekellátás, ezen belül s ezzel szoros összefüggésben az alapellátás egészének áttekintése, értékelése és a javítást szolgáló javaslatok közös kidolgozása időszerű.
2. A gyermekellátást, ennek részeként a gyermekpraxisok hálózatát racionalizálni kell, amelynek végrehajtásához előzetes, korrekt felmérés, konkrét javaslatok, és mindezt megengedő jogszabályi környezet szükséges (fehér foltok, elnéptelenedett gyermekpraxisok).
3. Az egész gyermekellátás, így az alapellátás intézményi háttere nem kielégítő. Az OGYEI, OALI közötti, valamint ezen intézmények és a gyermek-alapellátás közötti munkamegosztás pontos meghatározása szükséges.
4. Megújított, valós adatokat szolgáltató adatgyűjtésre van szükség.
5. A külső minőségbiztosítás részeként jól működő, hatékony szakfelügyeletre van szükség.
6. Javítani kell az alapellátás kapcsolatát az oktatási intézmények egészségügyi ellátóival, a szakellátással, fekvőbeteg-ellátással. Ez a szakmai munka racionális átszervezését, s a korrekt információcserét jelenti elsősorban.
7. Az integrált prevenció rendszer részeként, egészében kell újragondolni az oktatási intézményekben folyó egészségügyi munkát.
8. A gyermekorvos-védőnő együttműködés kérdéseit (az integrált prevenció rendszer részeként) megnyugtatóan rendezni kell.
9. A szakorvosképzésnek és az orvostovábbképzésnek meg kell felelnie a gyermekellátás új kihívásainak. Akkreditált oktatópraxisokra és jól működő mentorhálózatra van szükség.
10. Az esélyegyenlőség érdekében javítani kell a vegyes praxisok gyermekellátó munkáját, színvonalát (képzés, továbbképzés, konzultációs hálózat).
11. A gyermekellátás színvonalának javítása érdekében át kell gondolni a vegyes ügyeletek működését.
12. A jelenleg leginkább hátrányos helyzetű 14–18–20 éves korosztály ellátásának áttekintése sürgető (18 éves korig gyermekpraxisban, korrekt átadás a felnőttkörzetbe, ahol lehet, főállású iskolaorvosi hálózat, mentálhigiénés szakembergárda és intézményi háttér).
13. Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok szakmai munkájának javítása, kompetenciaszintjének meghatározása, illetve ennek kiterjesztése szükséges (licencek).

JAVASLAT A SZAKMAI KOLLÉGIUM ÁLLÁSFOGLALÁSÁRA:

- Jelezze az Egészségügyi Minisztérium, valamint az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium felé, hogy az esélyegyenlőség javítása érdekében mérsékelni kell a gyermek-alapellátás területi egyenlőtlenségeit. Az ennek megvalósításához vezető módszerek, eszközök kidolgozásában a kollégium, illetve a szakcsoport felajánlja segítségét.
- Segítse elő a vegyes praxisok gyermekellátó tevékenységének javítását, elsősorban a háziorkosképzés és -továbbképzés tematikájának átgondolásával, valamint hatékony konzultációs rendszer megszervezésének és működtetésének támogatásával.
- Erősítse meg a háziorkos/házi gyermekorvosi, illetve védőnői ellátások szoros munkakapcsolatának szükségességét, beleértve az együttes tanácsadást.
- Bízza meg a házi gyermekorvosi szakcsoportot a megelőző tevékenységek harmonizációját biztosító „integrált prevenció rendszer” koncepciójának kidolgozásával. Ennek részeként bízza meg az iskolaorvosi és a házi gyermekorvosi szakcsoportot, hogy oktatási szakemberek bevonásával dolgozzon ki egy hatékonyabb iskola-egészségügyi rendszert.
- A definitív ellátás javítása érdekében bízza meg a házi gyermekorvosi szakcsoportot, hogy a szakterület felkért képviselőivel együtt dolgozzon ki szakmai javaslatot egy-egy betegségecsoport ellátására és gondozására.
- Erősítse meg, hogy sürgető szükség van a korrekt, minőséget jellemző adatszolgáltatás, valamint a hatékony szakfelügyeleti rendszer megszervezésére és működtetésére. Ennek érdekében országsszerte szükséges a megyei házi gyermekorvosi szakfőorvos kinevezése.

Készítette a Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium Házi Gyermekorvosi Szakcsoportja
Tagjai: Újhelyi János, Gyimes Zsófia, Páll Gabriella, Stunya Edina

Adjunk többet és többek leszünk!

Etikai sarok

A Hírvivő egy régebbi számában írta egyik kollégánk, hogy jó lenne, ha lenne egy etikai kódexünk nekünk, házi gyermekorvosoknak. Létezik egy orvosi etikai kódex, amely valamennyi, e hivatást folytató kollégára vonatkozik. Nem érzem tehát szükségét, hogy az ebben megfogalmazott etikai, erkölcsi elvárásokat szakírányonként újraértelmezzük.

Azt gondolom, hogy mindenkinek van egy etikai kódexe. Minden kultúrkörnek, minden vallásnak megvannak a saját erkölcsi törvényei, parancsolatai, írva vagy íratlanul. Ha ezek alapján gondolkodunk, cselekszünk akkor mind a munkánkban, mind a magánéletünkben eleget teszünk a hitünk, hivatásunk szerinti etikai elvárásoknak.

Amikor a beteg orvost választ magának vagy gyermekeinek, az alapján dönt, hogy ki adja a számára a legtöbb, legteljesebb szolgáltatást. Hogy mi az a plusz, ami miatt egyik vagy másik kollégára esik a választás, a beteg betegséggel kapcsolatos felfogásához, belső erkölcsi-etikai elvárásához, világnézetéhez igazodik. Azt választja, akinek a szolgáltatása a legközelebb áll ehhez a komplex elvárásrendszerhez.

Véleményem szerint, ha a többet nyújtás indítéka az, hogy a beteg többet, jobbat kapjon, akkor az ezáltal több beteghez jutó kolléga tevékenysége semmilyen szempontból nem kifogásolható. Amennyiben a többet nyújtás nem szakmai meggyőződésből ered, hanem valamiféle gazdasági cél motiválja, felmerülhet az emberben egy-két erkölcsi, etikai kérdés.

Természetesen a mi hivatásunkban is vannak írott, kötelezően betartandó szabályok. Azt gondolom, hogy ennek többnyire valamennyi orvos eleget is tesz. A gyógyítás, és általában az emberekkel való foglalkozás azonban annyi egyéb, leírhatatlan és szabályozhatatlan erkölcsi kérdést vet fel, amely nem foglalható valamiféle szabályzatba.

Az írott szabályoknak megfelelően, az elvárható szolgáltatás az, hogy munkaidőben, a rendelői minimumlistán szereplő tárgyi eszközökkel, az akadémikus orvoslásban tanult és frissen tartott tudásunkkal gyógyítsuk betegeinket úgy, hogy tevékenységünk egyik alappillére a prevenció legyen.

Többletszolgáltatás mindaz, ami ezt meghaladja. Vannak ezek között olyanok, amelyekhez nem kell pénz, befektetés, csak

segíteni akarás. Például az, hogy a gyermekorvost mobiltelefonon, munkaidőn kívül is elérhetik, tanácsot, segítséget kérhetnek tőle. Természetesen pluszszolgáltatások vannak, amelyekhez befektetés is kell. A rendelőben olyan diagnosztikai és terápiás lehetőségeket is nyújthatunk, amelyek nem részei a minimumlistának, például CRP-vizsgálatot végezhetünk, Biopton lámpás kezelést folytathatunk.

Többletszolgáltatás az is, ha a komplementer medicina bármelyik módszerét időt és pénzt áldozva megtanuljuk, majd ezt alkalmazva segítünk betegeinken úgy, hogy ezért nem kérünk pénzt.

Tehát, ha valóban az elvárhatónál többet és ingyen ad egy kollégánk és emiatt több a beteg, vagy átjelentkezik hozzá egy betegünk, akkor semmiféle etikai kifogásunk nem lehet. Természetesen ezzel együtt előfordul, hogy „elhagy” bennünket egy-egy páciensünk. Ilyenkor meg kell vizsgálnunk, hogy lelkiismeretünk, tudásunk és lehetőségeink szerint igyekeztünk-e megtenni mindent, és ha a válasz igen, akkor megnyugodhatunk. Ha ennek ellenére betegünk mást választott, mert a kolléga többet nyújt, akkor ne a betegre vagy a kollégánkra haragudjunk, hanem gondoljuk tovább ezt az „élményt”, és vonjuk le a tanulságokat. Köszönjük meg, hogy felnyitják a szemünket arra, hogy tanuljunk új dolgokat, vegyünk új terápiás eszközöket mind betegeink, mind önmagunk érdekében. Mert új gyógyító módszerek elsajátításával a napi rutinból kiléphetünk, megóvhatjuk magunkat a „kiégéstől”, az új impulzusok révén új erőt meríthetünk ehhez az igen nehéz, de gyönyörű hivatáshoz. Úgy gondolom, hogy szinte mindannyian azért tanultuk a medicinát, hogy segítsünk másokon.

Adjunk több tudást, új gyógymódokat, gyorsabb hozzáférést a diagnosztikai módszerekhez (például tudjunk otoszkóppal vizsgálni, legyenek gyorsdiagnosztikai eszközeink), szelídebb utat a gyógyuláshoz, szeretetet betegeinknek. Mindezért „cserébe” munkánkkal elégedett szülőket, egészségesebb és gyorsabban gyógyuló gyerekeket kapunk. Mi magunk pedig erőt adó lelki táplálékhoz jutunk.

Adjunk többet, és többek leszünk.

DÁVID ZOLTÁN

Megdöböntem, mikor kolléganője, Zsuzsa értesített, hogy Nagy Árpád nem lesz már többet köztünk.

Hát ez ilyen gyorsan megy?

Hát hiába volt a sok dolgos év, nem kapott haladékat a Sorstól, hogy élvezhesse kicsit nyugdíjas napjait?

Nem segített a 38 egy helyütt, Ajkán töltött év, a városi, a minisztertanácsi elismerés, a díszpolgárság által jelzett megbecsülés? Ő már tudta ezt az ősszel, mikor betegállományba vonult?

Vagy akkor még tényleg bízott a felépülésben? Abban, hogy meggyógyulva szépen előkészítheti teljes visszavonulását?

Ezek toltak fel hirtelen akkor bennem, mikor a hírt kaptam. Nem sokat tudtam róla, hisz' tán ha kétszer találkoztunk rendezvényeken.

Akkor kezdtem odafigyelni, mikor kollégái jelezték: megtudva, hogy súlyos beteg, úgy akarja átadni praxisát nekik, hogy ők feloszthassák azt maguk közt, s az így megemelt létszámmal biztosíthassák saját praxisuk életképességét.

Mint a gyermekeit önnön vérével tápláló pelikán, ki meghal, de ezzel utódai életben maradásáról gondoskodik...

Szorítottam, hogy meggyógyuljon, s reménykedtem, hogy senki nem gördít akadályt az ötlet elé. Aztán jött a hír, hogy megoldották. Azok, akik korábban is becsülték, megértették szándékát, s segítettek a végrehajtásban. Érezte a véget, de úgy köszönhetett el munkatársaitól, hogy még láthatta: amit eltervezett, sikerült.

Legyen neked könnyű a föld, Árpád!

Széll János

50 ezer „esőember”

Dr. Balázs Anna főigazgató, Autizmus Alapítvány

Míg az egyik oldalon hamis reményeket keltő médiapropaganda terjed az autizmus gyógyíthatóságáról, a másik oldalon rémhírek újabb és újabb hulláma szól a védőoltások autizmust okozó mellékhatásáról. Ijedt vagy dühös szülők fordulnak mind nagyobb számban gyermekük orvosához segítségért, tanácsért, vagy éppen azért, hogy elutasítsák a védőoltás beadását.

Mi az autizmus?

Autizmuson egy sor olyan állapotot értünk, melyet a kapcsolatteremtés, a kommunikáció és a rugalmas gondolkodás fejlődésének zavara jellemez. Különböző formáit a szakirodalom autizmus-spektrumzavar címszó alatt foglalja össze.

Míg 40 évvel ezelőtt csak mintegy 4,4 tízezrekre becsülték a prevalenciát, ma a spektrumzavar előfordulási gyakorisága 0,5 százalék. Az emelkedő számok mögött valószínűleg nem abszolút prevalencia-növekedés, hanem az ismeretek gyarapodása, a diagnosztikus lehetőségek bővülése áll. Magyarországon megközelítően 50 ezer ember szenved ettől az állapottól, ami a családtagokat is érintő következmények miatt azt jelenti, hogy a lakosság mintegy másfél százaléka él emiatt nehéz helyzetben.

Az autizmus genetikailag determinált, a családokban halmozódó állapot, melynek megjelenésében a környezeti ártalmak szerepe sem zárható ki. A kutatások komplex genetikai predispozícióra utalnak, három-négy, de akár tíz gén is érintett lehet, de eddig egyiket sem sikerült azonosítani. Az autizmus nem gyógyítható meg, az idegrendszer veleszületett fejlődési zavara az egész életen keresztül fennáll, és többnyire fogyatékos állapotot eredményez. A mentális elváltozás lehet igen súlyos értelmi zavarral járó halmozott fogyatékos, de a nem túl súlyos és jól kezelt esetekben akár igen jól kompenzált állapot is lehet.

A súlyosabb kórformák másfél, de inkább kétéves korban már teljes biztonsággal diagnosztizálhatók. Erősítheti a gyanút, hogy az autizmussal élők fejkörfogata sok esetben nagyobb az átlagnál. A korai diagnózis függ attól, hogy felmerül-e a gyanú a gyermek környezetében és kér-e segítséget a hozzátar-

tozó. Ez azért lenne fontos, mert így jobb az esély a korai és hatékony fejlesztésre. Korlátozza azonban a diagnosztikai lehetőségeket a szakértő intézetek alacsony száma és kapacitása. A kognitív viselkedéses és pszichopedagógiai módszerekkel igen jó eredmények érhetők el a nehézségek kompenzálásában és a szociális beilleszkedésben. Késői diagnózis esetén a gyermek terápiás lehetőségektől esik el, és nagyobb a veszélye a kóros fejlődésnek, a másodlagos tünetek megjelenésének.

A súlyosan érintettek teljes ellátásra, a jó képességűek pedig egyénileg változó támogatásra szorulnak egész életükön át. Bár a spektrumzavarral kapcsolatos kutatások az utóbbi két évtizedben rendkívül eredményesek voltak, az ellátás szervezetsége elmarad a lehetőségektől. Hiába fogalmazódnak meg az állam ellátási kötelezettségei mind határozottabban, ha a hiányzó feltételek (például szakemberképzés) miatt nem tudunk ellátást nyújtani a rászorulóknak.

A háziorvosi ellátás gondjai

Vizsgálati és terápiás helyzetben a legtöbb gondot az autista gyermek kooperációjának megnyerése, furcsa viselkedésének elfogadtatása okozza. Ennek első sorban az az oka, hogy még az egészségügyi dolgozók többsége sem ismeri a körkép részleteit és a segítség módszereit.

Tipikus problémát okoz a várakozás, az új helyzethez való alkalmazkodás vagy az együttműködés a vizsgálatot végző ismeretlenekkel. A sok ember jelenléte, a zaj elviselhetetlen egy autista gyermek számára. Nem érti meddig és miért kell ott lenni és kitől mi várható: Tüneteik, viselkedésproblémáik ilyenkor felerősödnek. A szülőknek újra meg újra szembesülniük kell a környezet értetlenségével, az empátiakészség hiányával. Sokat segítene ezért, ha az autista gyereket megadott időpontra hívnák be, vagy a szülő kérésére soron kívül fogadnák. Jó szolgálatot tenne egy e célra rendelkezésre bocsátott és elkülönített várakozóhelyiség is.

A legtöbb beteg nem is hajlandó egy ismeretlen helyre bemenni. Megoldást jelenthet erre, ha először csak ismerkedés céljából viszik a rendelőbe. Tudnia kell, hova megy, mi történik ott, kik lesznek

ott, milyen eszközöket fognak használni és meddig tart majd a vizsgálat. Jó módszer az előzetes kép, írott magyarázat, folyamatábra, személyes látogatás, otthoni gyakorlás (például „nyisd ki a szád, belenézek egy kanállal, egy pillanatra benyúlok, most már becsukhatod a szád. Kész.”).

Az autisták gyakran súlyos nehézségekkel küzdenek más személyek közléseinek értelmezésével. A kezelőorvos vagy asszisztens szavait, gesztusait gyakran félreértik, ezért utasítják el sokszor a leg-egyszerűbb beavatkozást is szélsőséges pánikreakcióval. A gyermeket ismerő szakember, tanár vagy szülő jelenléte oldhatja a kommunikációs zavart.

Egy példa: amikor egy, az autizmus mellett értelmileg is akadályozott, siket fiatal lánynak, pajzsmirigyműtétre volt szüksége, a kórházba érkezéskor a kísérő tanárok döbbenet tapasztalták, hogy a dolgozók – az autizmus tényén túl – nem sokat tudnak e kórképről. A szindróma mélyebb ismeretének hiányában nem voltak felkészülve arra, hogy az együttműködés érdekében ezzel a fiatallal eltérő módon kell kommunikálni. A tanárok képek és naptár segítségével lebontották a kórházi tartózkodás fontosabb eseményeit (érkezés, távozás, műtét napja, varratszedés), „megmondva” azt is, hogy az egyes vizsgálatok közötti időben milyen elfoglaltságokat választhat magának, melyik helyszínen milyen események történnek majd. Az orvosok a segítséget elfogadva sikeresen elvégezték azt a beavatkozást, amit a speciális támogatás nélkül képtelenek lettek volna megoldani.

Tév hírek és rémhírek

Az autizmus és a védőoltások közötti kapcsolatot elkeseredett, bűnbak után kutató szülők vagy szenzációéhes személyek újra meg újra felvetik. Szomorúan és dühösen tapasztaljuk, hogy a médiában vagy az interneten napról napra újabb rémhírek kapnak lábra. A támadások célpontja az MMR, illetve egy tiomerzal nevű, higanytartalmú tartósítósanyag. (Ezek a vakcinák egyébként ilyen szert nem is tartalmaznak.) A háttérben egy véletlen időbeli egybeesés áll, nevezetesen, hogy az autizmus markáns tünetei általában az MMR vakcinációt követő időszakban válnak könnyen felismerhe-



tővé. Ez az egybeesés eredményezi, hogy a szülőkből, hozzátartozókból, de másokban is könnyen felmerül az ok-okozati összefüggés.

A védőoltás autizmust kiváltó hatását Andrew J. Wakefield 1998-ban a Lancetben publikált közleménye vetette fel. A szerző és munkatársai 12 gyermek emésztőszervi panaszai, autizmusa és a tünetek megjelenési ideje alapján jutottak arra a következtetésre, hogy a problémákért az MMR felelős. A cikk óriási sajtóvisszhangot és tömeghisztériát, szakmai oldalról pedig komoly etikai és módszertani bírálatot váltott ki.

Ellentmond az autizmus és a morbilli-oltás közötti összefüggésnek például az, hogy a vakcináció általános bevezetése sem okozott ugrásszerű emelkedést a betegség prevalenciájában. A Journal of Child Psychology and Psychiatry egyik legújabb számában jelent meg a tekinté-

lyes gyermekpszichiáter, Sir Michael Rutter közleménye: „No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism” címmel. A szerzők felmérése látványosan bizonyítja, hogy az esetek száma (kumulatív incidenciája) azt követően is egyenletesen növekedett, hogy a japán oltási rendszer átszervezése kapcsán megszüntették a korábbi MMR-kombinációval történő immunizációt.

Madsen félmillió(!) dán gyermek körében végzett és 2002-ben közzétett vizsgálata egyértelműen cáfolja, hogy összefüggés lenne a vakcináció és a kórkép között.

A tudományos bizonyítékok hatására a Lancet 1998-as publikációjának szerzői Wakefield kivételével visszavonták az oki kapcsolatról szóló állításukat. Mégis világszerte vannak, akik ébren tartják a feszültséget a szülőkből és a médiában. Hasonlóan élnek bizonytalan alapokon álló, egyedi megfigyelésekből elhamar-

kodottan levont „tudományos” következtetések. Ilyenek például a laktose- és glutenmentes diéta, a megavitaminok terápiás hatásairól, a facilitált kommunikáció eredményességéről szóló elméletek.

A rémhírkeltésnek elsősorban az autizmussal érintett családok az áldozatai, a védőoltások tömeges elutasítása azonban már a népeiséget veszélyezteti. A kanyaró még a XXI. században is évente több mint 800 ezer gyermek halálát okozza, csak Afrikában 750 ezer gyermeket veszítünk el a védőoltási rendszer kialakulatlansága miatt. Az Egyesült Államokban, Angliában vagy Németországban, ahol az ellenpropaganda miatt csökkent az oltási fegyelem, az elmúlt években megemelkedett a kanyaróesetek száma. Hasonló okok miatt lépett fel 17 ezer gyermeket érintő, több esetben halálhoz vezető morbillijárvány Dél-Olaszországban.

Húsz deka tonhal

Manapság három forrásból jutunk szerves higanyvegyületekhez: halfogyasztással (a folyók és tengerek a korábban használt növényvédő szerek következtében higanyvegyületekkel szennyezettek), a fogtömésekhez használt amalgám, és a védőoltásokban használt etil-higany révén. Az EPA (Amerikai Környezetvédelmi Intézet) a korábban a WHO által javasolt megengedett maximális higanyterhelést 2001-ben 0,5 µg/tskg/napról lecsökkentette 0,1 µg/tskg/napra. Ezt a mennyiséget heti 20 dkg tonhal fogyasztásával már be lehet vinni. Nagyobb koncentrációban tartalmazhatnak higanyt a csúcsragadozó halak. Nálunk ezek közül csak a makréla hozzáférhető. Ennek fogyasztása kismamák számára mai tudásunk szerint nem javasolt, tekintve, hogy a magzati idegrendszer a higanyterhelésre érzékenyebb.

Bernard és mtsai vetették fel, hogy az autizmus esetleg higanymérgezés következtében alakulna ki (Bernard és mtsai, 2001). A védőoltások bakteriális és gombás kontaminációjának kivédésére, a vakcinák tartósítására kis mennyiségben a kezdetektől használtak (használnak) tiomerzál (szerves higanyvegyületet).

Egy gyermekek százazreit elemző dán tanulmányban, ahol az érintettek 20%-a nem kapott MMR-oltást, nem találtak összefüggést az autizmus és az oltások között (Campion, 2002).

A Centers for Disease Control felkérésére létrehozott bizottság sem talált okozati összefüggést. Tekintve azonban, hogy a védőoltásokból sokkal könnyebb kiiktatni a higanyt, mint a környezet egyéb területeiről, javasolták a higanymentes vakcinák forgalmazását. Napjainkban alig van olyan védőoltás, ami tartalmazna higanyos konzerválószeret (Meadows, 2004). Az autizmus oka mind a mai napig tisztázatlan, de a védőoltások szerepe a betegség kiváltásában kizárható (Rapin, 2002).

Az eddig megjelent valamennyi epidemiológiai tanulmány adatait elemezve teljességgel alaptalannak bizonyult az autizmus és a védőoltások kapcsolata (Parker és mtsai, 2004).

Nem szabad megfeledkezni arról, hogy az alternatív medicina az akadémikus (tudományos, tényeken alapuló) orvoslással vetekedő pénzügyi forgalmat bonyolít le. Azonban a pénzügyi és a szakmai ellenőrzés az alternatív medicina területén minimális. A beruházás, a kutatás és az innováció lényegesen kisebb befektetést igényel ez utóbbi téren. Könnyen kiszámolható, hogy lényegesen gazdaságosabb ezért az alternatív medicinába investálni, mint az akadémikusba. Az akadémikus orvoslás legnagyobb vívmányai az antibiotikumok és a védőoltások ezért is vannak folyamatos támadásnak kitéve. És a helyzet csak rosszabbodni fog...

DR. LAKOS ANDRÁS
KULLANCSBETEGSÉGEK AMBULANCIÁJA

Environmental Protection Agency: Reference dose for chronic oral exposure to methylmercury. Greenbelt Md: Integrated risk information system. 2001.

Bernard S, Enayati A, Redwood L, Roger H, Binstock T.: Autism: a novel form of mercury poisoning. Med Hypotheses. 2001; 56:462-471.

Clarkson T. W., Magos L., Myers G. J.: The Toxicology of Mercury — Current Exposures and Clinical Manifestations. N Engl J Med 2003; 349:1731-1737,

Campion EW: Suspicions about the safety of vaccines. N Engl J Med. 2002; 347:1474-1475.

Meadows M: IOM Report: No Link Between Vaccines and Autism. FDA Consum. 2004; 38:18-19.

Rapin I.: The autistic-spectrum disorders. N Engl J Med. 2002; 347:302-303.

Parker SK, Schwartz B, Todd J, Pickering LK: Thimerosal-containing vaccines and autistic spectrum disorder: a critical review of published original data. Pediatrics. 2004; 114:793-804.

Megalakult az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia

(EUROPEAN ACADEMY OF PAEDIATRICS)

Cikkünk dr. Elke Jäger-Roman, német CESP-delegátusnak a Kinder-und Jugendarzt című szakpolitikai újságban közölt tudósításának fordítása. Megjelentetését egyrészt a CESP-nek mint a legátfogóbb európai gyermekgyógyászati szervezetnek a munkájába való betekintés, másrészt a legutóbbi brüsszeli tanácskozás magyar vonatkozásai indokolták.

A CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) brüsszeli ülésén 25 európai ország delegáltjai egyhangú határozattal megalapították az Európai Gyermekgyógyászati Akadémiát (European Academy of Paediatrics). A CESP neve a jövőben CESP-EAP lesz. A gyermek- és ifjúsági orvosok európai egyesületének vezetőjévé a következő két évre az esseni Peter Hoyer professzort választották meg.

Az EAP – amerikai testvérszervezetéhez (AAP) hasonlóan – az összes európai gyermekorvos képviselőjeként az európai gyermekgyógyászat szakpolitikai irányelveinek („policy statement”) megalkotását és érvényre juttatását tűzte ki céljával. Az EAP-tagság keretei még nem teljesen tisztázottak. A küldöttek szeretnék volna, ha egyéni tagságra is lehetőség lenne. Mivel azonban a CESP-ben mint az UEMS (Union of European Medical Specialists) egyik tagszervezetében az EU által jóváhagyott alapszabály szerint minden európai ország csak két küldöttel képviselheti magát, a jogi helyzetet az Európai Bizottsággal még meg kell vitatni.

A brüsszeli ülés kiemelt témája volt az influenza és a gyermekgyógyászatban használt gyógyszerek kérdésköre. Az európai közösséghez tartozó 25 országban (10%-os megbetegedési rátával számolva) évente 40–50 millió ember betegszik meg influenzában. A szakértők egyetértettek abban, hogy egész Európában sürgősen meg kellene változtatni az influenza elleni védőoltások indikációját, amely jelenleg a legtöbb országban a németországihoz hasonlóan szabályozott.

Be kellene vezetni a 6 és 36 hónap közötti gyermekek évenkénti oltását, miután

ennek a korcsoportnak van a legmagasabb megbetegedési és kórházi kezelési aránya. Úgy tartják, hogy a gyermekek az influenzaepidémia fellobbantói („children are the fire of the influenza epidemic”), ezért, ha a gyermekek és fiatalok 80%-át beoltanák, akkor az egész népesség védelme akkora lenne, mintha a népesség 80%-át beoltották volna.

Minden 50 év fölötti lakost (nem csak a 60 év fölöttieket, mint jelenleg) be kellene oltani, miután az 50 és 60 év közöttiek megbetegedési aránya is magas.

Az Európai Bizottság egy tervezetet készített a gyermekeken való gyógyszer-ki próbálás törvényi szabályozására. A formális törvényhozói eljárás már megkezdődött és 2006-ban fejeződik be. Az új szabályozás a gyermekeken való minősített gyógyszerki próbálást teszi lehetővé, aminek következményeként a gyermekorvosok alkalmazásra jóváhagyott gyógyszerek száma növekedhet. Az eddig rendelkezésre álló adatok is könnyebben hozzáférhetővé válnak. A gyermekek számára használatos gyógyszervizsgálatokat kerülni kell, hogy a felnőttek számára készült gyógyszerek engedélyezése se szenvedjen késedelmet. Az európai gyógyszer-regisztrációs hivatal, az EMEA (European Medicines Agency) keretében egy gyermekorvosi bizottságot hoznak létre, amely a gyermekeken ki próbálandó gyógyszerek kutatási terveit véleményezi. Ez a bizottság, amely a gyógyszerek gyermekekben várható terápiás hasznát véleményezi, módosíthatja, betilthatja vagy kiterjesztheti a gyógyszerki próbálást. A bizottság véleménye az EMEA számára irányadó.

A gyermekek számára készült gyógyszerek legyenek kifizetődőek a gyártó számára. A gyógyszeripart érdekeltté kell tenni abban, hogy gyermekek számára is biztonságos gyógyszereket állítson elő. Ennek érdekében azon gyógyszerek európai szabadalmi védettségét, amelyek gyermekek esetében is alkalmazhatók, hat hónappal meg kellene hosszabbítani. A ritka betegségek kezelésére szolgáló gyógyszerek („Orphan medicines”) esetén a szabadalmi védelmet akár 12 évre is ki lehetne terjeszteni.

Az alapellátással foglalkozó szekció örömmel vette tudomásul, hogy a franciák után a magyarországi adatok is demonstrálták, hogy a gyermekorvosok sokkal hatékonyabb alapellátást nyújtanak a gyermekeknek, mint a háziorvosok. Például kevesebb gyógyszert rendelnek, és költséghatékonyabban alkalmaznak azokat a gyermekek kezelésére, mint az általános orvosok. A gyermekorvosok kevesebb beteget küldenek kórházba és szakrendelésekre.

Vincente Molina, az ESAP (European Society of Ambulatory Paediatrics) elnöke egy Barcelonában most induló tudományos vizsgálatról számolt be. Ebben a projektben olyan országosan alkalmazható minőségi mutatókat próbálnak definiálni, amelyek a minőségi házi gyermekorvoslás kritériumait határoznák meg (good clinical practice). Amennyiben ezeket az indikátorokat sikerül megtalálni és kimunkálni, akkor azokat más európai országokban is vizsgálat tárgyává kellene tenni. Így a házi gyermekorvoslás egységes minőségi mutatóinak alapjait ki lehetne dolgozni.

Vonzó lehetőség a továbbképzésre az ún. „Summer school”, amelyeket Európában egyre nagyobb számban indítanak be. Fontos lenne egy egységes európai standard kialakítása a szubspecialisták képzésében. Szükség lenne a továbbképző központok egységes európai akkreditációjára is, aminek a végrehajtására speciális, ún. vizitációs programok szolgálhatnak.

„Where is the evidence that CME works at all?” Ez a provokatív kérdés az egyik extrém felfogás, amelyre a választ magában a CME-folyamatban találhatjuk meg (folyamatos továbbképzés, continuous medical education). Ez az a tárgykör, amelyben a különböző országok véleménye a legtávolabb áll egymástól. Leginkább abban térnek el az álláspontok, hogy kötelező legyen-e a CME, hogy hogyan és ki fizesse, végül, hogy mivel mérhető a sikeressége.

(FORDÍTOTTA: DR. KARDOS GABRIELLA)



Lefelé görbülő száj – szelektív mutizmus

A szorongásos zavarok egyik formája a szociális fóbia, ennek egyik megjelenési formája a szelektív mutizmus.

Jellemző rá a markáns, emocionálisan meghatározott szelektivitás a beszédben. A gyermek bizonyos helyzetekben jó beszédképességről tesz bizonyosságot, míg más helyzetekben – leggyakrabban olyanokban, amelyekben valamilyen elvárás van a megszólalásra – következetesen elutasítja a beszédet, súlyosabb esetben a metakommunikációt is negálja.

Kóroki tényezők

A külső tényezők közül ki kell emelni egyrészt a zárt családi rendszert (a családnak kifejele jóformán nincs kapcsolata, ezzel szemben a családon belül rendkívül erős, gazdag, szinte szimbiotikusak a kapcsolatok), másrészt az anyák jellegzetes személységvonalait (maguk is sokszor szorongóak, túl féltőek). További kóroki tényező lehet a ma egyre inkább előtérbe kerülő, idegen nyelvi környezet is.

A belső tényezők közül fontos, hogy az eltérő személyiségű gyermekek többsége az átlagnál érzékenyebb. Többnyire érzelmi zavar észlelhető szociális visszahúzóással, szorongással. Ugyancsak jellemző személyiségvonásuk lehet az akaratosság, önfejűség, makacsság. Ezek a gyerekek fokozott dacreakciót mutathatnak, gyakori körükben a depresszív élményfeldolgozás.

Megbízható anamnézissel és az emocionális háttér tisztázásával könnyű felállítani a diagnózist. Kórjelző, ha az derül ki, hogy a gyermeknek otthon, megszokott környezetében, közvetlen hozzátartozóival megfelelő a verbális kommunikációja, de idegen helyen, ismeretlen vagy távolabbi személyekkel tartósan elutasítja a beszédet.

Esetismertetés

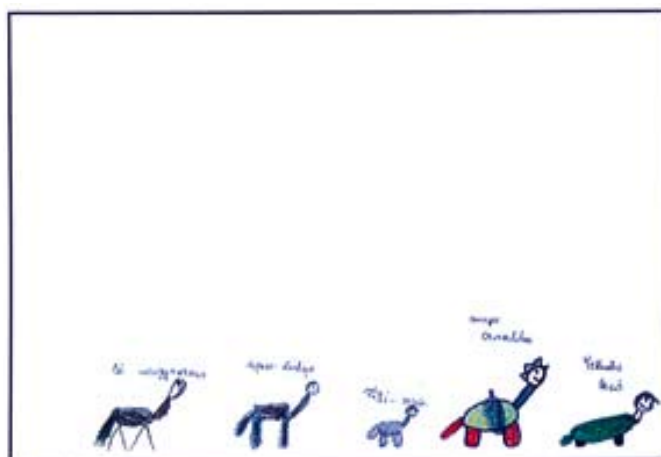
Peti hét és féléves korában egy kis faluból érkezett rendelésünkre. Édesanyja arról panaszkodott, hogy gyermeke csak a legszűkebb családi környezetben hajlandó beszélni. Idegenek előtt soha nem szólt meg, ilyenkor csak bólogatással, mimikával kommunikál.

Kórelőzmény

Peti egyéves korában kezdett el szavakat mondani, kétévesen már folyamatosan beszélt. Beszédhibája nincs. Az óvodában két éven át a reggeli elváláskor és délután az édesanyja késésekor, sírt. Az első évben nem fogadott el ételt, játékot, mindent otthonról kellett az óvodába bevinni. Ebben az időben többnyire egyedül játszott.

Testvére születésekor egy hónapig ő is otthon maradhatott. Mikor visszakerült az óvodába, már elfogadta az ennielőt, a játékot, sőt kezdett együtt játszani a többiekkel. Néhány gyerekekkel összebarátkozott, akikkel aztán összejárt játszani, de sem az óvodában, sem otthon soha nem szólt meg előttük.

Bár az édesanyján is érezhető volt a szorongás, a zavar, mégis mindig csak ő szólt meg. Ha közvetlenül az apát kérdeztük, akkor is az anya válaszolt. Az apa otthon is kevés beszédű, az anya szervezi a család életét. A szülők sokat dolgoztak, társaságuk nem volt, nem jártak össze a közvetlen családtagokon



kívül senkivel. Peti kezelésének megkezdésekor kezdett az öccse óvodába járni, aki addig beszélt, de ekkor megnémult ő is.

Gondoztunk első osztályos, két hónap alatt úgy tünt beilleszkedett az osztályba, az írásbeli feladatokat jól elvégezte, de senkivel nem állt szóba.

A kezelés lépései

Az első vizsgálat alkalmával félénknek, de nem elutasítónak tűnt. Ha jól kérdeztem, szorgalmasan bólogatott, viszont ha nem eldöntendő kérdést tettem fel, csak nézett, elnézően mosolygott.

Kezdetben az volt a célom, hogy a gyermek megszokja az idegen környezetet, biztonságban érezze magát és elfogadjon engem. Minimális gyógyszeres kezelés mellett – 2×10 mg clomipraminum – többször báboztunk, rajzoltunk. Mindig a legkisebb gyerek akart lenni, de elvinni a mama bábút akarta. A folyamatos kapcsolattartást azzal biztosítottam, hogy mindig kölcsönkaptam valamit tőlem a következő alkalomig. Kezdetben színeznem, később rajzolni való feladatot adtam a találkozásaink közötti időszakokra.

Ebből az időszakból származik a család- és „elvarázsolt” család rajza. A családrajzon jól látható, hogy mindenkinél, de az anyánál különösen hangsúlyos a száj. Még a házon is nagy lefele görbülő száj látható. Az „elvarázsolt” családnál feltűnő, hogy míg Peti magát pici szürke cicának rajzolta, az anyát félelmetes

oroszlánnak, az éppen megnémuló testvérét pedig teknősbékának ábrázolta.

Később megkértem Petit, hogy otthon olvasson magnóra, amit én is szeretnék meghallgatni. Először, mikor együtt hallgattuk a hozott kazettát, még nagyon pironkodott, a továbbiakban zavara – több pozitív megerősítést követően – megszűnt. Arra is rá lehetett venni, hogy az iskolában adja oda a tanító néninek a kazettát.

Ahogy kellő biztonságban érezte magát a gyermek, kolléganőmmel együtt közös meseszöveget, illetve annak képi megjelenítését kezdtük el játszani. A mesében két kislány szerepelt, az egyik, aki a meghatározó, az irányító lett, a másik, aki csatlakozott hozzá. Peti bólogatással mindig választhatott, hogy melyik gyerekkel azonosul, és hogyan folytatódjon a mese. Kezdetben óvatosabban, később bátrabban barátkozott a mesében a másik kislánnyal. Kettőjük nevében egyre nehezebb feladatokat vállalt, s ezeket rendre jól oldották meg.

Úgy tűnt, nőtt Peti önbizalma, s ez a valóságos életébe is áttevődött. Minden alkalom után megkértük, hogy otthon rajzolja le a mesének azt a részét, amit ő a legfontosabbnak tartott. Ennek is az előbb említett kapcsolattartás volt a célja.

A negyedik, mesével töltött találkozás után szólalt meg először idegenek előtt, az ötödik után elment egyedül vásárolni, majd a következő alkalommal már a rendelőben is beszélt. Ezt követően az iskolában is beszélni kezdett.

Hosszú időszak után a közelmúltban ismét felkeresték rendelőnket a gyermek szorongása miatt. A jelenleg hetedikes Peti változatlanul mindenkivel kommunikál, bár az idegenekkel feltűnően szűkszavú és mindenféle iskolai szereplést elutasít.

RIGLER ILONA

A szelektív mutizmus terápiája

A család lelki nevelése

- biztatás, hogy a gyerek idegenekkel is beszélni fog
 - a kommunikáció minden formáját támogatni kell (gesztus, mimika, hangadás)
 - a büntetés minden formája
 - a beszédhez való ragaszkodás
- ellenjavallt

Pszichoterápiás módszerek

- játékterápia
- kreatív terápia
- magatartás-terápia
- családterápia
- Leuner-féle katathym képélmény terápia
- video home tréning

Gyógyszeres terápia

- fluoxetin (Prozac) SSRI 10–60 mg (beszéd javul, szorongás csökken)
- clomipramin (Anafranil) 20–50 mg

Beszéd- és nyelvterápia
Speciális tanulmányi segítség

Hiperaktivitás/figyelemzavar gyermekkorban

2005. szeptember 30. – október 1.
2×6 órás továbbképzést szervezünk gyermekgyógyászok,
házi gyermekorvosok részére.

A továbbképzés helye:

Vadaskert Kórház és Szakambulancia, Budapest.
A továbbképzés során az ADHD klinikumán túl átfogó
képet adunk a gyógyszeres és viselkedésterápiás
lehetőségekről.

Az elméleti előadások mellett esetbemutató, valamint
terápiás work-shop formájában is lehetőség lesz
a felmerülő kérdések tisztázására.

A tanfolyam akkreditált. Értéke 12 kreditpont.
A részvétel ingyenes, a tanfolyam költségeit a Fővárosi
Önkormányzat biztosítja.

Jelentkezési határidő: 2005. augusztus 31.

Részletek a www.oftex.hu,
vagy a www.vadaskertalapitvany.hu honlapon.

Jelentkezés: Tárnok Zsannett 70/370-8429,
Dr. Farkas Margit 70/370-8402.

E-mail: margit.farkas@freemail.hu, info@vadasnet.hu

Folytatódik a HGYE gyermekpszichiátriai továbbképzése

A sorozat utolsó előadására május 26-án kerül sor.

Pszichoterápiás módszerek – dr. Dombóvári Edit,
dr. Makra Judit és Miklósi Mónika

Az akkreditált előadás 19.30-kor kezdődik Budapesten,
az Arany János u. 10. sz. alatt.

Helyesbítés

Kedves Kolléga!

A számítógép ördöge folytán az előző lapszámmal kiküldött Enuresis
kérdőív kísérőleveléből kimaradt egy fontos mondat.
A körzetébe tartozó gyermekek közül csak a 7 éveseknél kellene kitölteni
a kérdőívet, így egy kollégára csak 50–100 ív kitöltése hárul.
Elnézést kérek a tévedésért.

Köszönettel

DR. SZABÓ LÁSZLÓ
FŐTITKÁR, MGYT

DR. BÁRTFAY MÁRTA (1932–2005)

Kedves kollégánk a kárpátaljai Kapuszög községben született. 1957-től dolgozott a kárpátaljai akasztalinai kórházban, az ottani gyermekosztályban lett később
a vezetője. 1977-ben fiával együtt a magyarországi Szécsénybe települt át. Ő lett a város első körzeti gyermekorvosa. 27 éven keresztül dolgozott itt betegei
és munkatársai legnagyobb meglepetésére. Folyamatosan, a nap 24 órájában állt betegei szolgálatában. A kemoterápiás kezelés szüneteiben is hivatásának
élt. 72 éves korában, ez év február 23-án távozott körünkből.

Emlékét szeretettel őrizzük.

Dr. Szalkai Julianna és munkatársai, Szécsény



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

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

Tel./fax: (06-1) 339-3704

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



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

