

XVIII. évfolyam ■ 2013/3. szám

# HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



# Egymásra utalva

Nem tett eleget jelzési kötelezettségének az a gyermekorvos, aki az év tavaszán Agárdon halálra éhezettett kisgyermeket 9 hónapos koráig ellátta. Ezt írta jelentésében az ombudsman.

Természetes, hogy ha rossz bánásmód miatt meghal egy gyermek, akkor keresni kell a felelősöket. Nincs vita abban, hogy a fő bűnös a szülő. De valóban vétkes-e a gyermekorvos, és egyedül ő azért, mert nem jelentette, hogy (az ellátási kötelezettségén kívül eső gyermeknél) elmaradt a 12 hónapos szűrés?

Nem működött – most sem – jól a jelzőrendszer. A védőnői szolgálat, a gyermekjóléti tudta, hogy a szülők elutasították a védőnői ellátást, az orvos nem. Nem tájékoztatták őt erről, holott kilétének megállapítása nem jelenthetett volna gondot senkinek. Pedig tudnia kellett volna erről, hisz' az, hogy a szülők elzárkóznak a védőnői ellátástól, magában is veszélyeztetettségi tényező. Vagy legalábbis annak kellene lennie.

Meg lehetett volna védeni a kisgyereket saját szüleitől? Különösen, hogy azok valamilyen okból rejtőztek az egészségügy elől? Talán, talán... Talán nem ez lett volna a végkifejlet, ha a jelzőrendszer (védőnő, orvos, gyermekjóléti szolgálat stb.) nem orvos tagjai nemcsak hibátlanul, hanem hatékonyan adminisztrálnak.

Egy párhuzamos ombudsmani jelentésből derül ki az a megdöbbentő adat, hogy 2011-ben 401 család utasította el a védőnői ellátást. Elgondolkodtató, hogy a 33 leghátrányosabb helyzetű kistérségben csupán 25 ilyen család volt, és találgathatunk, hogy ezeken a helyeken a kapcsolat volt jobb, vagy az adminisztráció volt rosszabb?

Újra kell gondolni a rendeleti szabályozást, akár jogszabályban kell biztosítani, hogy a védőnői ellátásról ne lehessen lemondani, és ott, ahol nemkívánatos a védőnő segítése, a gyermekjóléti szolgálat fokozott védelmére van szükség. És ami az agárdi ügy kapcsán újra meg újra nyilvánvalóvá válik, az, hogy mennyire fontos a gyermekorvos, védőnő együttműködése.

Nincs mese: egymásra vagyunk utalva.

Dr. Mung Józsa

## TARTALOM

- Az agárdi ügy . . . . . 2–5
- Két házi gyermekorvos beszélget . . . . . 7
- Csodavárás . . . . . 8
- Krízishelyzet . . . . . 9
- Szimulációs medicina, rendelők, menekültek . 11–13
- Még mindig polio . . . . . 15
- Fájdalomterápia . . . . . 16
- Miről szolt a vezetőségi? . . . . . 17
- Gyanújelek – védőnőképítés . . . . . 18
- Új nemzeti szűrés program . . . . . 19
- Kérjük készpénzben! . . . . . 19
- Dóri Ház . . . . . 22
- Budai József halálára . . . . . 23
- Praxisok . . . . . 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2013-ban:



# Az agárdi ügy

**Mint ismeretes, idén áprilisban Agárdon egy súlyosan alultáplált – alig öt-kilós – másfél éves gyermekhez riasztották a mentőket, de a csontsovány kisfiút már nem tudták megmenteni. A gyerek szülei vállalkozók, a környékbeliekkel nem barátkoztak, Agárdon alig ismerték őket. A nagyszülők is a házban laktak, ám a négy felnőtt jelenléte is kevés volt ahhoz, hogy észrevegyék: a kisgyerek haldoklik. A tragédia kapcsán az Alapvető Jogok Biztosa vizsgálatot indított. A gyermekorvos nem tett eleget a gyermekvédelmi törvényben foglalt jelzési kötelezettségének – ezt állapította meg a vizsgálat. A jelentés kapcsán a Házi Gyermekorvosok Egyesülete felhívja a figyelmet a jelzőrendszer működésének általános gondjaira. Ezek megoldása nélkül nem zárható ki a hasonló tragédiák ismétlődése. Az arra hivatott szervek vizsgálódásának eredményei mellett érdemes figyelembe venni mindazon gyermekorvosok véleményét is, akik tapasztalataikkal, megjegyzéseikkel – talán a konkrét esemény tanulságain is túllépve – segíthetik a jelzőrendszeri problémák megoldását.**

## MEGSZÓLALT AZ ALAPJOGI BIZTOS

A védőnő és a családgondozó eljárásában sem a felettes szervek, sem az alapvető jogok biztosa nem talált mulasztást. A vállalkozóként működő gyermekorvos a gyermeket annak 9 hónapos koráig ellátta, a védőoltásokat beadta neki. Az orvos ezt követően kétszer – telefonon – beszélt a gyermek nagypapjával, ezután a család nem kereste őt. A kapcsolat megszakadását a gyermekorvos ugyan aggályosnak tartotta, de a gyermekvédelmi törvényben foglalt jelzési kötelezettségének nem tett eleget. Mulasztása sértette a gyermeknek a védelemhez és a gondoskodáshoz, végső soron az élethez való jogát – állapította meg az alapjogi biztos.

Az eset rámutatott arra is, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai találkoznak olyan, számukra eddig nem ismert jelenségekkel, problémákkal, amelyek megoldásához ez idáig módszertani ajánlás sem készült. Felvetheti-e az orvos a gyermek veszélyeztetésének gyanúját,

ha egy jó anyagi körülmények között élő család a társadalomtól elzárkózva kívánja nevelni gyermekét? Kérdéses, hogy ilyen esetekben kötelezhető-e a szülők a gyermekvédelmi szervekkel és hatóságokkal való együttműködésre.

A biztos álláspontja szerint szükséges a módszertani ajánlások körének bővítése, pontosítása, a jogszabályok felülvizsgálata. Ezek hiányában ugyanis nem érvényesülhet maradéktalanul a gyermeket az állam és társadalom részéről megillető védelem joga, ezáltal sérül a gyermek érdekeit szolgáló eljárás elve. Szabó Máté az emberi erőforrások minisztere – egyebek mellett – módszertani útmutatók készítését, kiegészítését, valamint a védőnői szolgáltatás igénybevételenek általános, jogszabályi szintű kötelezővé tételének megfontolását javasolta. A házi gyermekorvos szakmai felügyeletét ellátó népegészségügyi intézet tisztí főorvosát a gyermekorvos tevékenységének vizsgálatára, az indokoltnak tartott intézkedések megtételére kérte.

## A GYERMEKORVOSOK VÉLEMÉNYE

*Muzsai Géza*

A HGYE alelnöke a Magyar Nemzetnek elmondta: A házi gyermekorvosnak, a védőnőnek és a gyermekjóléti szolgálatnak kölcsönösen – írásban is – tájékoztatnia kell egymást egy gyermek ellátása során észlelt problémákról. Az ombudsman által leírt jelentés alapján az agárdi kisfiú esetében ez valószínűleg nem történt meg maradéktalanul, ugyanakkor felelősséggel csak az összes tény ismeretében lehet nyilatkozni – szögezte le. Elmondta, az orvosnak értesülnie kellett volna arról, hogy a szülők nem kérik a védőnői szolgáltatást, mivel ennek fényében a gyermeknek fokozott felügyeletben kellett volna részesülnie.

*Huszár András*

A közhangulat Miskolc után most a házi gyermekorvosok ellen fordul. (Amikor nincs béremelésre pénz, a hangulatkeltés eszköze a politika a média felhasználá-

sával mindig előveszi.) Ne hagyjunk a nyakunkba varrni olyan dolgokat, amiről nem tehetünk.

*Kádár Ferenc*

Nem tudom, okkal vagy oktanul, de egy házi gyermekorvost elmeszelték. Egyedül őt. A bűn, amit elkövetett, hogy vállalta a területén kívüli csecsemő ellátását, a jelentés szerint szabályszerűen oltotta is, de amikor 9 hónap után a szülők többet nem keresték, nem tett semmit. Nem nézett utána, hogy miért nem keresik őt, hogy ki végzi és hol a gyermek orvosi alapellátását. Korábban állítólag kórosat nem talált. Ha ez így igaz, nem biztos, hogy én mást tettem volna. És Ti?

Ha egy ellátási kötelezettségen kívüli csecsemőt befogadtok a praxisba, szabályszerűen ellátjátok, oltjátok, 9 hónapos koráig kórosat nem észlelték, majd utána hónapokig nem jelentkezik a gyerek – a 12 hónapos ellenőrzésre sem –, akkor biztosan jelentitek az ügyet a gyermekjóléti szolgálatnak? Biztosan utánanézték, hogy ki látja el a gyereket? Biztosan megkeresitek a lakhely szerint illetékes védőnőt? Nem fordul elő, hogy arra gondoltok, hogy a szülők már más orvost választottak, mert valamiért elégedetlenek voltak velem, és még ha bánt is ez, megpróbáljátok csendben túltenni magatokat az eseten? Mert ha ilyen előfordult veletek, és nem jelentettetek, akkor jogszabálysértést követtetek el!

A tanulság, hogy ha a magyar akadálypályán állva akartok maradni, a kötelező szűrések időpontjában nézzetek utána mindenkinek, aki a praxisotokban van!

Az, hogy egy pesti házi gyermekorvos egy agárdi gyerek ellátását vállalta, ugyan „alternatív”, de magában a kilométer, azért valljuk be, nem olyan „gáz”, ahogy beállítják. Svédországban, Ausztráliában, sok esetben több száz km-re van az orvos, mégse hal bele ebbe rutinszerűen ott senki! Lehet bizalmi kapcsolatot alakítani Pestről is, és adhat pesti orvos is jó ellátást Agárdra. Ha valóban és igazán azonnali ellátásra van szükség, egyrészt ott az agárdi háziorvos, a gárdonyi gyermekorvos, az OMSZ, a székesfehérvári megyei osztály, az ügyelet! Lehetsz Te akkor is elérhetetlen, ha a gyermek mindössze kétszáz méterre lakik a rendelőtől, de Te éppen máshol vagy, rendelsz, szabin vagy, továbbképzésen ülsz, hétvége van, vagy éjjel. Oltani,

vizsgálni, pneumóniát diagnosztizálni, bronchitist vagy hasmenést kezelni, az oda-érkezésig (kb. 45 perc!), tanácsot adni ilyen távolságból is lehet. Az orvos–beteg találkozások döntő része a mi esetünkben nem igényel azonnali ellátást, órákat, akár napokat is várhat. Más a sürgősségi ellátás, de arra ott van az OMSZ. És csak emlékeztetek benneteket: 2009-ben Budapest III. kerületében is életveszélyes állapotba került fényevés miatt egy kisgyermek, de a fényetető és a gyermek-egészségügyi alapelátás távolsága között bizonyíthatóan nem volt ok-okozati összefüggés.

Egy dolog biztos: itt a jelzőrendszer működött rosszul, akkor is, ha paragrafus szerint működött. A jelzőrendszer tökéletlen működése azonban generális probléma.

Amúgy való igaz, hogy nincs az az isten, aki egy gyereket képes megvédeni a saját szülőjétől!

*Kálmán Mihály*

Reggel óta tolnak a gondolataim, kérdéseim. Nemcsak azért, mert ez a sommás elítélés nem biztos, hogy igazságos, létszerű, hanem mert a történet illetén alakulása nagyon sok problémát, kérdést vet fel. A szóban forgó eseten túl is. Kérdéseim, problémáim, félelmeim, szorongásaim:

A hozzám leadott több mint ezer csecsemő és gyermek életútját, szűrővizsgálati megjelenését milyen eljárásrend alapján, és milyen gyakran, milyen módon ellenőrizzem? Milyen apparátus, pénz és idő áll rendelkezésemre a megjelentek ellátása mellett ehhez? Mennyire tudok hatékony lenni a szülő és a gyermek előkerítésében, a csecsemő, a gyermek állapotának megítélésében, ha azok szülei különböző okokból és módokon „egészségügyi illegalitásba” vonultak? Mekkora időtartam után ébredjen fel a gyanakvásom, ha a késői csecsemőkorban, kisdedkorban nem vagy csak ritkábban jelennek meg az esedékes szűrővizsgálatokra? Mennyi idő után fogjak gyanút? Lehet, hogy másik gyermekorvoshoz, magánorvoshoz, rokonorvoshoz vagy ki tudja, milyen ellátásra viszik a gyermeket. Ráadásul az adott esetben a fénytetés lehetősége nekem utoljára, vagy talán soha nem jutott volna eszembe. Ide nem akármilyen előrelátó képzelet kellett volna.

Aztán itt van a gyermekorvos egyedüli elítélése. A védőnők a területi lefedettségük okán, a védőoltások ellenőrzésével, a látogatási kötelezettségükkel jobb helyzetben vannak a szülői illegalitás időbeni felfedezésében, mint a szabad orvosválasztás előnyével és hátrányaival megáldott gyermekorvosok. Most az ombudsmani jelentés

látványosan bizonyítja, hogy működjön itt akármilyen jelzőrendszer, szolgáltatási lista, végül mégiscsak az orvos az egyedüli felelős. Most nem másokat akarok belerántani a közös felelősségbe, de hát, ha a valóságos és létszerű gyakorlatra gondolunk, akkor mégiscsak furcsa az egyedüli pellengérré állítás.

Aztán hol van a szülői felelősség? Hogyan lehet a szűrővizsgálati és védőoltási pontos megjelenést a szülőktől megkövetelni, amikor semmi szankcionálási lehetőségünk nincs? Ha meg minden szűrővizsgálati elmaradást jelentenénk, megnézhetné magát a sok utánajárás miatt a gyermekvédelmi szolgálat.

Milyen jó is lenne, ha a rendőrség (aki a bűnmegelőzésre és üldözésére szakosodott) mindig előbb érne a helyszínre, mint a betörő, vagy még időben le tudná fogni a lesújtó gyilkos kezét. Mi, gyermekorvosok a rossz szándékú embereket csak „mellékállásban” ellenőrizzük, derítjük fel, a fő hivatásunk mégiscsak a gyógyítás.

Az ügy megítélése és végkifejlete szempontjából irreleváns, hogy a gyermek és a gyermekorvos milyen távolságban volt egymástól, a rejtőzködő, „egészségügyi illegalitásba” vonult család ezt a szörnyűséget megtehetette volna akár 500 méterre a rendelőtől is. Ne foglalkozunk a távolsággal. Vagy, ha mindenképpen akkor mondjuk, hogy 30 km, vagy 18,5 km? De egyáltalán, hol lehet a méterre kiszabott kártya elfogadási határ? Meg aztán ez a távolság az első kártyaleadás után sokszor, és számunkra sokáig észrevétlenül változhat.

Végül még mielőtt valaki is a mundér elvtelen védelmét olvasná a fejemre, lehet, hogy a kolléga valóban lehetett volna gyanakvóbb, körültekintőbb, de az biztos, hogy nem csak egyedül ő. A „cset” a szülők részéről még sokan ugyanígy, vagy majdnem ugyanígy bevonnák, bevették volna. Ezért lenne jó az ügy apró részleteit is megismerni, hogy fel tudjuk hívni a kollégák figyelmét a leselkedő veszélyekre, és megfelelő eljárásrendi szabályokat tudjunk kidolgozni a hasonló tragédiák megelőzésére.

Most befejezem a füstölgést és holnap sürgősen átnézem az összes régebben látott csecsemők és kisdedek listáját, és aztán... nem tudom, mit csinállok. Talán beszélek a védőnőkkel. Remélem, hogy egyetlen rossz szándékú szülőt sem találunk a renitensek között.

*Fehér Béla*

Van talán még idő a 2014-es Kávészünet konferenciáig, hogy előkészítsünk egy ke-

rekasztal-beszélgetést az ombudsman hivatala, a gyermekvédelem és uram bocsá' a védőnők részvételével. De van-e értelme egy ilyen beszélgetésnek, együtt gondolkodásnak?

Azon a véleményen vagyok, hogy a szülői felelősség irányába kellene minden jogszabálynak, és egyáltalán a közgondolkodásnak az ilyen és hasonló esetekben elmozdulni. Egyébiránt meg nem ismerjük az összes körülményt, csak a bulvárosított változatot. Nekünk, orvosoknak nagy hátrányunk, hogy vállalkozóként egyedül vagyunk, és felelünk saját „vagyonunkkal” minden, a praxisban történt eseményért, míg a védőnők és gyermekvédők egy meglehetősen nagy bürokratikus apparátussal vannak megáldva, de megvédve is, aminek az ombudsman nem fog nekimenni, még akkor sem, ha nem jól működnek. Addig is, bár ezzel nem biztos, hogy sokan egyetértenek, tömeges bejelentéssel kellene élni a gyermekjólét felé minden „gyanús” ügyben, félretéve a jóindulatú gondolkodásunkat. Vajon mit lépne akkor a hivatal?

*Nemes Katalin*

Szerintem a gyermekorvos nem lehet felelős, hiszen a védőnőnek kellett volna az orvos figyelmét felhívni. A gyermekorvosnak nincs lehetősége havi szinten ellenőrizni a csecsemőket, ha nem jelennek meg a tanácsadáson. A tanácsadásra hívás a védőnő kötelessége. Sajnos a régen jól működő kapcsolat már nem létezik.

*Papp Béla*

Egyetértek azzal, hogy védeni kell a mundér becsületét, de csak az elvek szintjén! A konkrét esetben bizony vannak felelősök – a gyermekorvos mellé rendelt védőnői és gyermekvédelmi szolgálatokra is gondolok, magam részéről a kártyát befogadó orvos elsődlegessége mellett vagyok – azonban a szakmai, társadalmi szupremácia mellé a felelősség szupremáciája is társul, itt most hátrányára. Egy biztos, rengeteg a párhuzamosság ahol a másakra várunk, és hártunk. A most ismét felszínre került jobbító javaslatokat el kellene fogadni.

*Benedek László*

Egy közeli településen van egy család. Mindenki foglalkozott már a gyerekekkel, ehhez képest egyetlen védőoltást sem kapott, az egészségüggyel a család nem tart kapcsolatot. Na, ha valami baja lesz, ki, és mit nem

tett meg? Mi leszünk a bűnösök, gyermekgyógyászok? Be sem lehet jutni a házukba. Azt sem tudjuk, élnek-e vagy halnak? Rendőri erővel kell behatolni? Milyen jogszabály-módosítás fogja ezt majd lehetővé tenni? Nehezen átvágható a csomó...

*Király Balázs*

Szörnyű, hogy az a kicsi meghalhatott. De ehhez semmi köze nincs a házi gyermekorvosnak! Nem szabad ennek az esetnek a kapcsán sem a távolságot felhozni, sem az alternatív medicinát. Ezt az esetet bármelyikünk benyelhette volna, és sajnos még be is nyelheti. Az már habitusfüggő, hogy ilyen esetben melyikünk hogy számol el az önmarcangoló kérdésekkel, hogy mit tehettem volna... Az biztos, hogy nekem nem adott volna belső lelki felmentést, hogy egy hivatalos levelet elküldök a jelzőrendszer felé. Aztán hátradőlök, hogy jön, aminek jönnie kell.

Csak képzeljük el: Megcsörren a jelzőrendszer! Egy kisbabát nem hoztak el a 12 hónapos státuszra! Kimegy a TEK, vagy micsoda? Történt volna bármi? Két örült, teljes anyagi jólét mellett bármit meg tudott volna tenni, ha fénnel akarja a gyermekét táplálni. Két örült sajnos megölte a gyermekét. Ha elérem telefonon, akkor bevallja, hogy nem eszik a kicsi semmit, és rádöbentem, hogy adjon már egy kis Sinlac-ot vagy Sinemil-t? Enyhíti a szörnyű ézést, ha naponta becsöngetek a kapujukon, a kétméteres kerítésen átkiabálok? Nem tudom.

De én a többieket sem bánthatom. Se a postást, se a rendőrt, se a védőnőt! Biztos, hogy tanulunk az esetből, biztos, hogy kell foglalkoznunk ezzel a tragédiával. Szerintem az őszi kongresszuson nagyon jó lenne egy ilyen előadás, kerekasztal-beszélgetés a jelzőrendszer csapdáiról. De itt álljunk ki a kollégánk mellett, és nem azért mert a mundérrt védjük! Hanem ebben az esetben nincs olyan tényező (se távolság, se alternatív gyógyászat), ami a házi gyermekorvos felelőségét felveti.

Egy ilyen esetből csak tanulni szabad. Nem felelősöket keresni. Jelen esetben a felelősök csak a hatóságoknak és a médiának fontosak. És a médiából, a bulvárból meg mi folyik át a legtöbb fejbe?: a gonosz házi gyermekorvos a hibás. Örülnek, hogy megvan a bűnbak. Pedig szerintem az ombudsman sem ezt akarta. (Naiv vagyok?) Talán az az üzenete a jelentésnek, hogy ez a jelzőrendszer nem működik normálisan, és jó lenne a gyengéit megtalálni és kijavítani. De a szalagcímek már sajnos nem ezt sugallják.

Ha a páciensem fejét a részeges apja kettéhasítja baltával, akkor ugyanolyan lelkiismereti problémát éreznék, hogy mit tehettem volna... És biztosan rettenetesen megviselne az ügy. És nem vigasztalna, hogy az ombudsman engem ezért nem fog megszidni.

*Pátri László*

Először azt nézném meg, hogy „hol esett a fejsze a vízbe”. Ez a pont a védőnői gondozás visszaautásítása. Már itt sérült a gyermek joga, hiszen elesett a gyermek és a család egy szaksterű segítségnyújtástól, az egészségügyi gondoskodás egy lényeges elemétől. Olyan szabályozást tartunk szükségesnek, ami megakadályozza a védőnői gondozásból való kiesést, megfelelően formalizált folyamatok mellett. A hasonló tragédiák rendszertű megelőzése céljából hasznosnak tartunk az egészségügyi törvény szellemében egy gondozási szerződés megkötését, mely a védőnő munkáját de a saját kötelezettségeit is jobban tudatosítja a szülőknél. A területileg fix védőnő és a választott orvos nem mindig ismeri egymást, így a kettőjük együttműködése változó szintű területileg és személyenként is. Ezért szükséges olyan jelzőrendszer, ahol a védőnő az orvos felé dokumentáltan meg tudja tenni a jelzést, s természetesen visszafelé is. Így egyetlen eset sem eshet ki a rendszerből, akkor sem, ha a szülők elégtelen együttműködése akadályozza az életkorhoz kötött feladatok elvégzését. Egy ilyen rendszer késedelem nélküli dokumentált, naplózott jelzést küld (idő, személy felelősség azonnal beazonosítható), és késedelem nélküli, feedback-kel rendelkezik. Így nem fordulhat elő, hogy egy jelzés következmény nélkül marad.

*Altörjai Péter*

Aggályosnak tartom, hogy az ombudsman véleménye szerint a házi gyermekorvos rovására írható a haláleset (miközben a vizsgálat a hatósági szinten még folyamatban van), mondván, hogy a jelzés elmaradásával veszélyeztetés történt. De hol volt mindeközben – Hobó sorait idézve – „a postás, a rendőr, a villanyszerelő, a szomszéd, a gázos és a díjbeszedő, a handlé, a szódás és a képkereskedő, a házmester, a fia és a kéményseprő”? (Felszarvazottak balladája). Szóval, csak a házi gyermekorvos?

Nekem is van csepeliként zugló betegem, aztán van testvérpár, akik Apajon élnek, lent az 51-es út mentén. De van

olyan is, aki ugyan a körzetemben született, de csak hatodik(!) orvosaként gyógyíthatam 15 hónapos és 19 hónapos kora között, majd egy óbudai kollégához kérték át magukat, éppen amikor kezdtem volna az elmaradt oltásokat pótolni, és az egyéb látványos problémákat megoldani. Van olyan újszülöttem is – 2 hónaposan láttam utoljára –, akiről a védőnő sem tudta, hova költöztek, majd most pár hete kaptam meg messze vidékről a már 7 hónapos csecsemő kikérőjét. De vajon ez szakmai kérdés?

Továbbá egy ideje nem telik el hónap, hogy ne jöjné a rendelőbe búcsúzni egy-egy betegem, mert a külhonn várja őket. Na, ott milyen státusz készül a gyerekekről, és azt vajon jelentik-e a magyar rendszerben? Én telefonálgató, utánamenős típus vagyok, de mi van, ha nem jelzek egy szűrés elmaradása miatt? A gyermekvédelmi törvény 17. paragrafus, 2. bekezdése nem írja elő egyértelműen, hogy a kötelező szűrési időpontokban való nem megjelenés kimeríti a jelzési kötelezettséget; ugyanakkor ír egy érdekes mondatot: Ilyen jelzéssel és kezdeményezéssel bármely állampolgár, és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet. Erről mit gondoltok?

A Pátri Laci által említett informatikai jelzőrendszer jól behatárolt felelősséggel, korlátokkal, konstruktív gondolat!

*Hóbor Miklós*

Amikor a szülő nem kérte a védőnői ellátást, a védőnőnek értesítenie kellett volna erről az orvost. Sajnos a jelenlegi jogi háttér ilyen, ezt érezkelhettük novemberben a Flamencóban is a jogász előadása kapcsán. Azt húznak ránk, amit akarnak. Az ügyvédek kezében vagyunk. Amúgy hány-szor mondtuk már: készséggel állunk a jogalkotók rendelkezésére a rendeletmódosítások elkészítéséhez.

*Zonda Igor*

Itt gyermekgyilkosság történt. A szülők követték el. Pont. A szülők elsődleges feladata a gyermek testi-lelki épségének megőrzése. Ehhez nyújtunk mi, a védőnők, a tanárok, a lelkészek stb. segítséget. Ebben benne van a táplálás, a védelem, a gyermekorvoshoz való bejelentkezés, az időszakos vizsgálatok, az orvosi tanácsok betartása. Nekünk nem feladatunk – a szülők gyámjaként – őket kérésük és akaratuk ellenére ellenőrizgetni. Az is a szülők felelőssége, hogy beadja-e a gyógyszert vagy sem. Ezt is nekünk kell ellenőrizni? Ha egy

streptococcus angina esetén a szülő a penicillinkúrát nem tartja be, és a gyerek glomerulonephritist kap, majd esetleg veseelégtelenséget, és művesekezelésre szorul egy életen át, az vajon kinek a felelőssége? Vagy, ha a szülő egy JCA-s gyereket tanácsaink ellenére homeopátiával és méregtelenítő teákkal „gyógyít”, és a gyerek tolokocsiba kerül egy életre? És ha a leukémiás gyerek kemoterápiáját a szülő megtagadja, arról ki tehet? A szülő! És lesz büntetőjogi következménye? Nem. Hát ez a baj! Kíváncsi lennék, hogy az ausztriai Waldorf iskolában 2006-ban kanyaróban meghaltak szülei kaptak-e büntetést emberölésért? Félek, hogy nem.

Mai korunkban folyamatosan az önrendelkezést és a személyiségi jogokat hangsúlyozzák. Pedig arra is gondolnunk kellene, hogy a jogokkal kötelezettségek is együtt járnak.

### *Pejtsik Petra*

A jelentésben az ombudsman a védőnő tevékenységének vizsgálatánál leírja, hogy a védőnő a megfelelő jelentéseket megtette, és az ÁNTSZ szerint nem marasztalható el semmiben. A szakmai felügyelet leírja, hogy a családgyondozó mit tett meg a családdal kapcsolatban, majd oda jut, hogy mivel az veszélyeztető tényezőt nem látott, az ügyet lezárhatónak tartotta, amit meg is tett. Szabó Máté hozzát teszi, hogy a családgyondozó szakmai döntésének helyességéről nem foglalhat állást, az eljárás maga viszont helyes volt, vagyis a családgyondozó nem marasztalható el. A házi gyermekorvos tevékenysége kapcsán leírja, hogy mi történt a gyermek 9 hónapos koráig, majd pedig azt, hogy amikor a család nem jelentkezett az 1 éves státuszvizsgálatra, akkor bár azt a gyermekorvos aggályosnak tartotta, nem kereste a családot, és nem is jelzett a gyerekjólét felé. Ez volt az, amikor az orvos a Gyermekvédelmi törvényben előírt jelzési kötelezettségének nem tett eleget, ezért marasztalható el.

A törvény nem írja elő, még csak nagyjából sem, hogy mi tekinthető veszélyeztetésnek, így hát ennek megítélése véleményem szerint szakmai döntés, amiről a családgyondozó tekintetében (a saját működését szabályozó törvényre hivatkozva) nem foglalhatott állást az ombudsman, a gyermekorvos esetében viszont ezt megtette. A szakmai felügyeleti szerv a gyermekorvos esetében szintén az ÁNTSZ, de ez a vizsgálat az ombudsmani jelentés elkészültének pillanatában még nem zárult le. Akkor csak prejudikálták az eredményt? Egyébként a következő passzusban

le is írja, hogy a módszertani ajánlások ezzel kapcsolatosan nem kielégítőek, de ettől még a házi gyermekorvosról nem veszi le a felelősséget.

Összefoglalva: függetlenül attól, hogy történt-e hiba a szakemberek részéről vagy nem, hogy ki az inkább felelős, vagy ki nem, azt érzem, hogy a jelentés nem teljesen elfogulatlan a különböző szakmák képviselőivel kapcsolatban. És ez független attól, hogy az adott kolléga milyen hozzáállással, stílusban, szakmai háttérrel, filozófiával, illetve hány kilométerről látja el a beteget. Ez egy ombudsmani jelentés részéről szerintem hiba...

### *Erdélyi István*

A konkrét eset túlmutat a konkrét orvoson. A paragrafusok alapján nem bűn, hogy az orvos területen kívüli gyermeket látott el. A problémát abban látom, hogy a veszélyeztetettség megítélésében sok a bizonytalanság. Az ombudsman szerint a gyermekjóléti szolgálat nem hibázott.

Az orvos esetében a biztos megállapította, hogy nem tett eleget jelentési kötelezettségének, amikor kilenc hónapon keresztül tartó ellátás után elmaradtak a találkozások. Az orvosnak azonban volt alapja, hogy úgy ítélje meg, hogy a szülők máshol kerestek ellátást. Jogi szempontból így nem tekintette veszélyeztetettnek a gyermeket, és ezért nem jelezte a gyermekjóléti szolgálatnak az elmaradást.

Az előzmények ismeretében (ha ismerte) tekinthette volna veszélyeztetettnek, illetve, ha nem ismerte az előzményeket (ezt nem tudom), esetleg gondolhatott volna valamilyen problémára.

Szerintem az alapvető probléma, hogy ezeket a helyzeteket nehéz megítélni. Mindig a rosszabb forgatókönyvre kell számítani. Amennyiben kétséges a situáció, jobb formálisan eleget tenni a jogszabályi előírásnak, mert ez esetben is láthatjuk: aki eleget tett, de esetleg tévesen ítélte meg a helyzetet, az nem vonható felelősségre.

### *Póta György*

Egyesületünk többször kiállt amellett, hogy az alapellátásban résztvevőknek egységes szakmai alapelvek mentén kell végezni a munkájukat, ami ezen egységes elvek szerint felülvizsgálható.

Mélységesen egyetértek a gyermekorvos, védőnő, gyermekjóléti szolgálat fokozott együttműködésének fontosságával. Reméljük, minél hamarabb megvalósul az

a fejlesztés, amely a gyermek orvosa és védőnője közötti folyamatos kapcsolat révén kiküszöböli a jelzőrendszer csatornáinak jelenlegi működésében tapasztalható hiányosságokat.

A napokban jelent meg az ombudsman egy másik vizsgálata is. Szabó Máté a területi gyermekorvos és védőnő elérhetőségének egyenetlensége kapcsán megjegyzi, hogy a hátrányos helyzetű térségekben élő gyermekek egészséghez való joga rendszeresen sérül azzal, hogy nem jutnak hozzá a gyermek egészséges fejlődését biztosító védőnői, gyermekgyógyász szakorvosi ellátáshoz. Ezt is jelentsük veszélyeztetés címén a gyermekjóléti szolgálatnak?

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete évek óta hangsúlyozza, hogy az esélyegyenlőség érdekében az ország egész területén egységes gyermek-alapellátó rendszert kell működtetni.

### *Kovács Zsuzsa*

Nagyon jó, hogy ilyen élénk eszmecsere alakult ki. Sajnos mindig egy tragikus esetnek kell bekövetkezni ahhoz, hogy kiderüljön, a „védőhálón” nagy lyukak vannak. Egy ilyen eset kapcsán felmerül a kérdés, vajon megtettünk-e minden tőlünk telhetőt? Vajon teljesítjük-e jelzőrendszeri kötelezettségeinket? Sikerült-e olyan kapcsolatot kialakítani a védőnőkkel, gyermekjóléti szolgálattal, hogy a veszélyeztetett gyermekek gondozása ne csak papírok küldözgetésében merüljön ki?

2012 végén a Szakmai Kollégium Gyermekalapellátási Tagozata és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet közösen javasolta, hogy készüljön irányelv a gyermekbántalmazásról és elhanyagolásról. Az irányelv készítésében 20 szakember vesz részt, akik valamennyi érintett szakmát (gyermekorvos, traumatológus, pszichiáter, pszichológus, igazságügyi orvos szakértő, védőnő, szociális munkás, szociálpolitikus, jogász, rendőr) képviselik. Az első munkaverzió elkészült, amelyet már benyújtottunk a GYEMSZI felé. Jelenleg folyik az anyag felülvizsgálata, a többi érintett kollégiumi tagozattal, illetve szakmai szervezettel való egyeztetése.

Reményeink szerint a jövőben kiadásra kerülő irányelv mind szakmailag, mind a jogszabályok értelmezésében támpontot nyújt majd a kollégáknak az agárdi ügryhöz hasonló nehéz problémák kezelésében.



# Két házi gyermekorvos beszélget...

- Képzeld, kivel futottam össze a minap! Fáskertivel, tudod, azzal a nagyképű hólyaggal, akinek a körzete szomszédos az enyémmel.
- Hol találkoztatok, csak nem egy betegnél?
- Ördögöd van, Öregem! Egy néhány napos újszülöttet megyek éppen látogatni, és ez a Fáskerti ott búcsúzkodik, jön kifelé a lakásból.
- Te otthon látogatod az újszülötteket? Kapsz ezért valamit az OEP-től?
- Viccelsz? Az elődömnél, akitől a körzetet vettem, ez volt a szokás, én sem akartam lemaradni, meg a védőnők is olyan természetesnek vették, szóval így alakult.
- De mit kerestél ott Fáskerti?
- Hát, mint kiderült, ő kezeli a család gyermekeit már régóta, bár lakcím szerint hozzám tartoznak. Az anyuka felhívta Fáskertit, hogy van egy újabb gyermek, aki kiment látogatni.
- Még mindig nem értem. Akkor viszont Te mi a fenét kerestél ott?
- Hát engem meg a védőnő hívott fel, akit ugyebár a szülészeti intézmény hivatalból értesít. Mivel neki senki sem szólt, hogy Fáskerti lesz a baba orvosa, engem értesített, ugyanis nekem területi ellátási kötelezettségem van.
- Hogy lenne ellátási kötelezettséged bárkivel kapcsolatban, akit nem jelentettek be a praxisodba?
- Ezt hogy érted?
- A területi ellátási kötelezettség szerintem azt jelenti, hogy ha megbíznak egy gyermek ellátásával az adott ellátási területről, akkor azt nem utasíthatod vissza. Na, de ha meg sem bíznak?
- Várjál csak, nem úgy van, hogy egy újszülött megszületik, hazaadják és az én területemen lakik, automatikusan felelőssé válok az ellátásra?

- Hol olvastad ezt? Ilyen alapon Te felelősségre vonhatóvá válsz a gyermek elhanyagolásáért csupán azért, hogy kiváltottak egy lakcím-kártyát oda, ahol Te vagy a gyermekorvos? Gondold csak meg! Honnan tudod, hogy hány csecsemő és kisdud lakik éppen a körzetedben, akiket soha nem jelentettek be hozzád? Ezek ellátására is köteles vagy?
- Természetesen nem!
- Csak az újszülöttekére?
- Hát? Lényegében, a törvény szerint igen. Vagyis...? Egy kicsit most megzavartál! Valójában a szülő kötelessége lenne, hogy értesítsen arról, hogy nem tőlem kéri az ellátást?
- Hát, a védőnőt legalább felvilágosíthatná. De szerintem valójában Fáskerti kolléga dolga lenne, hogy írásban közölje veled, hogy a gyermek ellátását vállalja.
- Na látod! Mondtam én, hogy ez egy felfújott hólyag! A füle botját sem mozdítaná!
- Azért gondold csak meg! Neked is vannak ismerős, rokon stb. „külsős” ellátottjaid. Hány esetben értesítetted az ott ellátási kötelezettséggel dolgozó kollégát a tevékenységedről?
- Hááát...

## Tisztelt Kollégák!

Aki úgy érzi tudja, hogy pontosan hol és mikor kezdődik területi ellátási kötelezettség, kihez tartozik a hazaadott újszülött, kinek kit kell értesítenie, kérjük, írja meg nekünk a véleményét!

KOVÁCS ÁKOS

## Kérjük készpénzben!

Sokat beszélünk és mégis keveset a finanszírozásunkról. Azzal mindannyian tisztában vagyunk, hogy kártyapénzünk jelentősen nem emelkedett. Ezzel szemben, bármikor lesújthat az ellenőrzés Damoklesz kardja, és akár jelentős összeget vissza is követelhetnek valamely akaratlan mulasztásunkért. Egy régebbi miniszterünk ugyan elmondta, hogy rengeteg trükköt ismer, amivel túl lehet élni a helyzetet, de arra, hogy simli nélkül lehet-e szabályosan, már ő sem tudott válaszolni.

Csöndesen vesszük tudomásul, hogy kilométer-kimutatást kell vezetnünk, hogy a magánutakat külön üzemanyagból kellene finanszírozni, hogy a kapott finanszírozásból önmagunk regenerálására nem fordíthatunk. Közben meg szép csendesesen kúsznak be életünkbe az egyebek. Az áram- és gázszolgáltatók hangosan sírnak a számla kinyomtatása miatti anyagi veszteségtől, már az OEP is áttért az elektronikus elszámolásra. Nekünk azon-

ban ki kell mindent nyomtatni, mert a könyvelőnk csak papír alapon tud dolgozni. Kiszámolta már valaki ennek papír- és festékköltségét?

Most bejött egy újabb adónem, az átutalásokért, befizetésekért, telefonálásért is kell pluszban fizetni. (Elvileg nekünk telefonon, levélben stb. értesíteni kellene a szűrővizsgálatban, illetve az évi egy megjelenésben elmaradt betegeinket.) Ha netán saját készpénzünkhöz szeretnénk hozzájutni, az is többletköltséggel jár.

Úgy gondolom, jobban járnánk, ha visszatérnénk a régi, borítékos módszerre. Jelentsük be és kérjük, hogy finanszírozásunkat ezután készpénzben, borítékban adják. Gondoljuk el, milyen kedves időtöltés volna a sorban állás a MEP-pénztárak előtt, majd egyenként lejárva a szolgáltatókat, befizetni a pénzt. De biztosan kevesebb pénzünk menne veszendőbe.

SOMLÓ PÁL

# Csodavárás

Évtizedek óta halljuk a híreket az egészségügy tarthatatlan helyzetéről, és arról, hogy az előbb-utóbb összeomlik. Hogy a rendszer még mindig működik, és nem temették maguk alá a romok, az elsősorban a benne dolgozók áldozatkészségének köszönhető.

Hogyan látszik mindez a rendelőlől? Elmegy az ember az orvoshoz, leül a váróba. Jó esetben keveset, rosszabb esetben 2-3 órát ücsörög ott. Aztán, amikor végre sorra kerül, meglepve tapasztalja, hogy 8-10 percet tudnak vele foglalkozni. Ebbe a nyúlfarknyi időbe kell belegyömöszölni a panaszok meghallgatását, a vizsgálatot, a tájékoztatást, tanácsokat, recepteket. Felsorolni is sok. A helyzet pedig egyre rosszabb lesz, mert az orvosok utánpótlása továbbra is a holdban van. Különösen igaz ez a házi gyermekorvosokra, akiknek átlagéletkora a 60 felé közelít, és harmadrészükhöz már most is nyugdíjas. A fiatal orvosok egy része elmegy külföldre, másik része egy gyógyszercég alkalmazottjaként már bele sem vág a gyakorlóorvosi létbe.

Ha már most ez a helyzet, mi lesz a jövőben? Kihez forduljon a beteg, ha a saját, most még aktív háziorvosa, gyermekorvosa is nyugalomba vonul? A rendszerből kiesettek szerepét pótlás hiányában a maradéknak kell átvenni, akiknek ezután majd dupla annyi betege, fele annyi ideje, és türelme lesz. Mindeközben ők sem lesznek fiatalabbak, jönnek a betegségek és a lépcsőzés is egyre nehezebb lesz. Végül az „orvosember” testileg és lelkileg megfáradva azt mondja elég, befejezem.

De ez a nyugdíjba „menekülés” sem egyszerű döntés. Egy ledolgozott élet után százszor meggondolja a kolléga, hogy szerény megélhetést biztosító praxisát feladva a még szerényebbet nyújtó nyugdíjat válassza. Szomorú tény az a KSH-adat, hogy az egészségügyi diplomások átlagosan 100 000 forinttal keresnek kevesebbet, mint a más diplomával rendelkező társaik. De a helyzet még ennél is rosszabb: az Európai Orvosok Szövetsége azt állapította meg, hogy az orvosok fizetése csak Romániában alacsonyabb, mint nálunk. A szlovák orvosok két és félszer, a belgák és a hollandok tizennégyszer annyit visznek haza, mint a magyarok, miközben a szövetség jelentése szerint Európában mi dolgozunk a legtöbbet.

Téved az, aki a fenti sorokból csak az orvosok, egészségügyi dolgozók „szokásos” panaszkodását hallja ki. Afféle Tiborcként nem magunkért sírok. Itt mindenkiről szó van, hiszen mindenki lehet egyszer beteg, elesett és öreg, akit gyógyítani, segíteni kellene. Lesz-e aki ezt megteszi? Vagy meg kell majd barátkoznunk

a gondolatokkal, hogy a világ fejletlenebb részéről érkezők kezébe kerül az egészségünk. Átmenetileg, mert a Lajtán túli szívóerő majd őket is elcsábítja. Ebben a helyzetben már együtt panaszkozik beteg és orvos, mert egyre kevésbé lehet a lakosság, a potenciális betegek és az orvosok érdekeit különválasztani.

Megjegyzem, a kormánynak azzal is kellene foglalkozni, hogy ténylegesen tegyen a paraszolvencia ellen. Merthogy nem tesz. Pedig ez a „krónikus anomália” nemcsak a betegeket bosszantja, hozzá kényelmetlen helyzetbe, hanem a tisztességes egészségügyi dolgozókat is. Meghatározó szerepe van annak, hogy a magas szintű, speciális, nagy felelősséggel járó szakismeret nincs méltó módon honorálva. De vajon mennyire hitelesen beszélhetünk arról, hogy milyen keveset keresnek orvosaink, amikor előfordulhat az is, hogy egyesek egy beavatkozásért annyit kérnek el, mint másnak a havi fizetése? Hol van ilyenkor a kormány, aki hagyja, hogy emiatt megbélyegezzék az egész orvostársadalmat, amelynek döntő többsége a háta közepére sem kívánja a hálapénzt, és évtizedek óta kuncsorog a tisztességeshez közelítő béréért. A méltatlan szituáció sajnos a mindenkor kormányzat megengedő hozzáállásának az eredménye!

Vagy foglalkozunk-e kellő mélységben azzal, hogy miért kell szinte minden rendelésen olyan sokat várni? Csak azért, mert ezt szoktuk meg? Mert ezt szoktatták meg velünk? Azt, hogy órákat várjunk, és közben szidjuk a személyzetet? Tudjuk-e, hogy hogyan megy ez máshol? Az Egyesült Államokban például megvan határozva, hogy egy gyermekorvos naponta hány beteget láthat el, e felett ugyanis ellenőrizheti a páciens biztosítója az orvosi kezelés alaposágát. Olaszországban néhány évvel ezelőtt 17 ellátotthoz biztosították a kellő számú asszisztent és természetesen a bért. Ezek után mit szólunk mi, akik akár napi 80–100 beteget is el kell hogy lássunk. És mi ugyanúgy nem tévedhetünk, mint boldogabb sorsú kollégáink. Ha mégis, akkor nem hivatkozhatunk arra, hogy a 40. beteg után lankad a figyelem. Ha a 80. betegnél nézünk el valamit, akkor is ugyanúgy miénk a felelősség. A megoldás csak az lehet, hogy alakítson ki az ország olyan ellátórendszert és érdekeltséget, hogy a betegek várakozása, és az orvosok hibázási lehetőségei a minimálisra csökkenjenek.

Megoldások lennének! Nyitott szív, akarat és persze pénz hiányában azonban nem marad semmi, csak a csodavárás.

DR. BENEDEK LÁSZLÓ

## Emelkedik-e a finanszírozásunk?

Még az idén hatmilliárd forinttal megemelik az alapellátásban dolgozók finanszírozására fordítható összeget – mondta az MTI-nek az egészségügyért felelős államtitkár. (forrás: DRportál.hu 2013. szeptember 25.) Szócska Miklós közölte, béremelésben részesülnek majd a háziorvosok, a házi gyermekorvosok és az alapellátásban dolgozó fogorvosok. Annak érdekében, hogy a védőnők mindenképpen kapjanak béremelést, külön jogszabályt alkotott az államtitkárság – tette hozzá.



# Krízishelyzet

## Kiemelések az alapjogi biztos jelentéséből (megjelent: 2013. szeptember)

„Az ellátórendszer fenntartása sok esetben az abban dolgozó szakemberek elkötelezettségén múlik. ...A vizsgálati tapasztalatok rámutattak az egészségügyi dolgozók méltatlan munkakörülményeire, jövedelmi helyzetére, valamint arra, hogy a szakemberellátás egyenlőtlenségei ma is fennállnak, az utánpótlás kérdése évek óta égető probléma. A fenti jelenségek mára együttesen egyfajta ágazati humánerőforrás-válságba, krízisbe torkollottak, amelynek az érintettjei, vesztesei az egészségügyi dolgozók és a betegek egyaránt.”

„Az egészségügyben tapasztalható szakemberhiány okait tekintve rendkívül szerteágazó, több tényezőre visszavezethető jelenség, amely elválaszthatatlanul szoros összefüggést mutat az egészségügyi dolgozók képzésével, bér- és jövedelemhelyzetével, munkafeltételeivel, társadalmi megbecsülésével...”

„Az egészségügyi dolgozók 2011. évi nettó keresetét (120 513) összehasonlítva a nemzetgazdasági nettó keresetekkel (141 127) megállapítható, hogy az egészségügyi dolgozók nettó keresete messze elmarad a nemzetgazdasági nettó keresetektől...”

„... a szakemberek álláspontja szerint az ágazati humánerőforrás-gazdálkodást proaktív módon évekre, évtizedekre előre szükséges tervezni, hiszen a jelenben kell felmérni a jövő várható tendenciáit, megtervezni az évekkel később bekövetkező, jövőben fellépő szakemberszükségletet. A fentiek hiányában nehezen tervezhető az ellátórendszer strukturális átalakítása, az ellátórendszer feladatainak mennyisége, a várható szakemberszükséglet nehezen prognosztizálható.”

„A 2012. évre meghirdetett hiányszakmák valamennyi megyében a következők: aneszteziológia és intenzív terápia; csecsemő- és gyermekgyógyászat; gyermekfogászat; gyermek- és ifjúságpszichiátria; igazságügyi orvostan; infektológia; megelőző orvostan és népegészségtan; neurológia; nukleáris medicina; orvosi laboratóriumi diagnosztika; orvosi mikrobiológia; ortopédia-traumatológia; oxológia és sürgősségi orvostan; patológia; pszichiátria; radiológia, sugárterápia; transzfiziológia; tüdőgyógyászat.”

„Magyarországon 35 000 aktív orvos van, közülük mintegy tízezeren 60 év fölöttiek, ugyanakkor több mint 1800 orvosállás betöltetlen. Az orvosok átlagéletkora 50,52 év, melyből megállapítható, hogy a szakma rendkívüli módon előregedett. A mortalitásra vonatkozó kutatások szerint a középkorú orvosok halálózása felülmúlja más értelmiségi foglalkozásokat, külön kiemelve az orvosnők magas mortalitását 52 és 55 éves kor között.”

„Az orvosok elmúlt 5 évi migrációs adatai fokozatosan növekvő tendenciát mutatnak. Az eltávozott 4518 orvos megközelítően 14%-os fogyást jelent, mindemellett az elmúlt 5 év mindegyikében legalább annyian távoztak külföldre, ahányan a szakképzésbe szoktak lépni, az utolsó két évben pedig kétszer annyian.”

„Az egészségügyben dolgozók, a civilek és a szakma szerint is az ágazat egyik legsúlyosabb problémája a hálapénzrendszer. ... Az egészségügyi dolgozók bér- és jövedelemszintjének megítélését jelentős mértékben torzíja, ...egyfajta torz ösztönzőként funkcionál, a meghatározott munkakörben dolgozó egészségügyi szakember jövedelmét mintegy «kiegészíti», ám azt megfoghatatlan mértékben teszi.”

„A szakemberek egyöntetűen egyetértenek abban, hogy a hálapénzrendszer morálisan romboló hatású, a betegek bizalomvesztését eredményezi, jelentősen rontva az orvos–beteg kapcsolatot, az ellátórendszer hatékony működését, a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek közti feszültséget növeli azzal, hogy egyes szakterületeken prioritást meghatározó tényezővé vált. Ez pedig csak tovább gerjeszti azt a folyamatot, hogy az ellátórendszer nem feltétlenül a szükségletekhez igazodóan alakul. A szakemberek abban is egyetértenek, hogy a hálapénzrendszer felszámolására, mivel az több tényező együttthatásaként alakult ki, csakis komplex módon kerülhet sor. A megoldás részét kell hogy képezze a minőségbiztosítás rendszerének fejlesztése, elengedhetetlen az állami garanciával megvalósuló bérrendezés, az egyértelmű, átlátható finanszírozási viszonyok és jogi környezet.”

„A hálapénzrendszer felszámolása ugyanakkor szemlélet- és attitűdváltás kérdése is, amely az ágazat hiányosságainak felszámolásával párhuzamosan hosszú távon tud végbemenni.”

„... amíg az állam a humánerőforrás-krízis hosszú távú komplex kezelése érdekében a szükséges intézkedéseket elmulasztja, ... az ellátórendszer működőképességét és fenntarthatóságát közvetlenül, az állampolgárok testi és lelki egészséghez való jogát pedig közvetve veszélyezteti.”

„... az egészségügyi dolgozók körében tapasztalható előregedés, a hiányszakmák kialakulása, az utánpótlás hiánya, a migráció és a pályaelhagyás kérdése, a társadalmi megbecsülés gyengülése, a kiegészítő fokozódása, az elégtelen bér- és jövedelmi helyzet, a képzési rendszer hiányosságai egymással oly mértékben összefüggő problémakört alkotnak, hogy az egészségügyben tapasztalható humánerőforrás-krízis kezelése csakis egy új paradigma átfogó, komplex technikájával lehetséges.”

SZERKESZTETTE: KÁDÁR

# Szimulációs medicina, rendelők, menekültek

Izgalmas volt az ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians) és az alapellátásban dolgozó izraeli gyermekorvosok társaságának (IAPA) júliusi közös, tel-avivi konferenciája. Egyrészt a helyszín, másrészt a tartalom miatt, ami megjelent a konferencia alcímében is („Get together”), nyelvészetileg finoman utalva a zsinagógára, a helyre, ahol a zsidó vallásúak, templomuk lerombolását követően összejöttek.



## A HELYSZÍN

Izraelről az európaiak többségének az ugrik be elsőnek, hogy nyugtalanság, merényletek, rakéták, félelem és gyűlölködés, mi azonban ezekből szinte semmit sem tapasztaltunk. Tel-Aviv utcáin az európai nagyvárosok szokásos nyüzsgése, a felhőkarcolók között alacsony, két-háromemeletes, 60–80 évvel ezelőtt épült házak, az ablakok előtti kötélén száradó ruhák, hivalkodó kirakatok és nyomorúságos viskók, araszoló kocsisorok, szőrfdeszkával félmeztelenül száguldozó robogósok, müezzinek hangszórón felfelhangzó Allah-u-akbar-ja, európai, etióp, fekete-afrikai vagy ázsiai arcok kavalkádja. A plázson bikiniben napozó zsidó lányok vagy épp bokáig érő hosszú ruhában és burkában fürdőző muszlim nők, a szabadtereken felállított, ingyenes kondigépeken gyűrők mellett a kerékpárúton a rengeteg futó és kocogó között időről időre feltűnő, háromkerékű versenykerékpárok raja, a csak karkukkal tekerő, kisportolt felsőtestű, de amputált lábú háborús sérültekkel. Elkülönített strandon focizó ortodox fiúk és férfiak, akiket magas fakerítés óv a nemhogy ruhátlan vállú, de fürdőruhára vetkőzött nők tiltott látványától. Tűző napfény, kávézók, éttermek, egzotikus gyümölcsök, nyomor és gazdagság, átejtésre mindig kész taxisok, Európa és a Közel-Kelet találkozása.

## A TARTALOM

Nyitó előadásában az izraeli *Ron Dagan*, a gyermekinfektológia világhírű szaktekinetélye számolt be arról a nagyon kiterjedt gyermekpopulációban végzett vizsgálatról, amely bizonyította, hogy a Prevenar bevezetése a korai oltási rendbe nemcsak a PCV7-ben szereplő szerotípusok, hanem a más kórokozók, közöttük a *Haemophilus influenzae* okozta kónikus otitisek számát is rendkívül nagy mértékben csökkentette.

*Luis Sanchez-Santos*, az ECPCP soros elnöke a szimulációs tréningek fontosságáról beszélt. Képtelen helyzet – mondta –, hogy míg a katonákat, rendőröket, hivatásos járművezetőket, reptéri dolgozókat, mentősöket rendszeresen oktatják szimulált vészhelyzetek megoldására, az alapellátás dolgozóinak többsége ilyen jellegű képzésen soha nem vesz részt, pedig bármikor jöhet egy kihívó eset. Előzetes vizsgálatokkal igazolták, hogy a spanyol (csak a spanyol?) orvosok többsége nem ismeri vagy rosszul alkalmazza a tankönyvi előírásokat. Észak-nyugat Spanyolországban ezért megkezdtek a gyermek-alapellátó teamek szisztematikus készségfejlesztését, elsősorban az asztma, a stridor, az anaphylaxia, az eszméletvesztés és a balesetek ellátására fókuszálva.

Az ugyancsak spanyol *Maria Aparicio Rodrigo* és munkatársainak felmérése szerint az átoltottság nem az oltást ellenzők számától, és nem is attól függ, hogy kötelező vagy ajánlott védőoltásról van-e szó, a meghatározó szerepet az alapellátó gyermekorvos képzettsége és elhivatottsága jelenti.

A berlini gyerekek 40%-a bevándorló – legnagyobb részt török – családból származik – kezdte előadását *Elke Jaeger Roman*. Hiába született 97 százalékuk már Németországban, az ő gondolkodásukat is meghatározza a Törökország elmaradott régióiból származó családjuk megítélése erkölcsről, családi hierarchiáról, életstílusról, vallásról. Németül rosszul beszélnek, hátrányos helyzetükből már csak ezért sem tudnak kitörni. Egészségi állapotuk



is sokkal rosszabb, mint lehetne, hiába kínál számukra is azonos hozzáférési esélyt az ottani gyermekellátási szisztéma, nem élnek a lehetőséggel. Az ellátás hatékonysága körükben messze elmarad az optimálistól. Sok a rokonházasság, ezért is magas a genetikai megbetegedések, öröklődő anyagcsere-betegségek száma. Az uniós országból – Romániából, Bulgáriából – érkező romákkal is sok gond van. Többségüknek nincs biztosítása, emiatt előszere-ttel veszik igénybe az uniós polgárként nekik is járó, sürgősségi ellátást – gyakorlatilag indokolatlanul.

Az Izrael déli részén elterülő Negev sivatag beduin törzseinek egészségi állapotát ismertető előadásból kiderült, hogy a még mindig félnomád közösségeken belül a csecsemőhalálozás háromszor magasabb az izraeli átlagnál. A halálesetek főként a terheségek közötti intervallum rövid idejére, az anyák alultápláltságára, a prenatalis gondozás hiányára vezethetők vissza, és bár rendelkezésükre áll az állami egészségügyi szolgáltatás, azt nem vagy csak megkésve veszik igénybe.

Nálunk is jól ismert helyzetre világított rá *Yona Amitai*. Az ECPCP tudományos bizottságának elnöke a csecsemőhalálozás nemzetközi adatainak elemzése kapcsán kiemelte, hogy a rossz szociális helyzet, az anya alacsony iskolázottsága, alultápláltsága és a koraszülések, balesetek, infekciók, illetve a csecsemőhalálozás között közvetlen összefüggés van. Hangsúlyozta – a HGYE álláspontjával egybecsengően –, hogy előrelépéshez vezetne, ha fokoznák a szocio-ekonomiailag hátrányos helyzetűek hozzáférési esélyét az egységesen magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz.

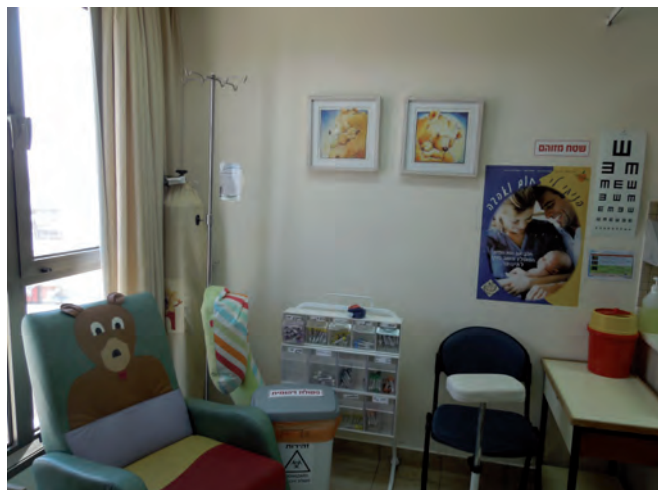
Újszerű kérdést feszegetett *Altorjai Péter* korszerűen prezentált előadása. A medicina fejlődésének új irányait (P4 medicine: predictive/előrejelző, preventive, personalized/személyre szabott, participatory/a beteg aktívabb szerepvállalása a gyógyítás folyamatában) érintve hangsúlyozta az alapellátó gyermekorvos felelősségét az internet alapú kommunikációban. A szülők körében végzett felmérésen keresztül mutatta be az internetes orvos-beteg kommunikáció lehetőségeit, hangsúlyozva a személyes tényező kiemelkedő fontosságát a továbbiakban is.

## RENDELŐK

A gazdag, itt csak röviden ismertetett tudományos program mellett jó ötlet volt, hogy a rendezők egy egész napos „educational tour”-t is szerveztek. Buszokkal vittek bennünket az izraeli gyermek-alapellátás egy-egy példamutatóan modern egységébe. Voltunk egy fővárosi, egy Beer-Sheva-beli és egy beduin gyerekeket



ellátó, a gázai övezettől alig 15 km-re lévő health centerben. Két rendelő különálló épületben, az egyik pedig egy modern iroda-épület V. emeletén működik. Mindegyik előtt van elegendő és ingyenes parkolási lehetőség. A tágas, színes bútorokkal, akváriummal, a gyermekeknek kitett számítógépekkel ellátott várókban széles recepciós pult, és mögöttük 3-4 recepciós fogadta a bejövőket. Ők nem a kiütéset vagy hasmenőst különítik el az „egészséges” betegektől, hanem a kicsiket és a nagyokat fogadják különálló, máshogy dekorált, más módon felszerelt váróban. Kevés az orvos, sok az asszisztens, mindenhol van függönnyel leválasztható fektető, dobozokban állnak a vérvételi eszközök, és mindenütt láttunk szép „ruhába” burkolt, mindennel felszerelt, gyorsan gördíthető reszuscitációs asztalt, természetesen oxigénpalackkal. Az exsiccált gyerekek azonnal bekötik az infúziót, kórházba csak a feltétlenül odavalókat küldik és a lehető legrövidebb ideig tartják ott. Az ellátás Egyesült Államok-beli szinten és protokoll szerint, hangsúlyozottan egységes módon történik. A laborvizsgálatokat a helyszínen végzik, vagy központi laborba szállítják a rendelőben levett vérmintát. Elgondolkodtató viszont, hogy a védőoltásokat sokszor a rendelőtől függetlenül működő, úgynevezett well baby



clinic-ben, védőnők vagy asszisztensek adják be. Sajnálatosnak tartják, hogy egyre több bevásárlóközpontban létesül (gyermek) orvosi rendelő – az amerikai szisztémával az amerikai problémát is sikerült importálnuk. A dokumentációt a legmodernebb informatika segíti, a gépek a rendelőn belül és a rendelő-kórház egységben is hálózatba vannak kötve. Az oltási jelentések számítógépen azonnal a nemzeti nyilvántartásba kerülnek. A takarítókön kívül szinte mindenki jól beszél angolul, az orvosok csaknem tökéletesen. (Ami persze nem csoda, ha tudjuk, hogy posztgraduális képzésük során hónapokat, akár éveket töltenek neves amerikai oktatóintézményekben, sokan szakvizsgájukat is ott szerzik.) A recepciósok az adminisztrációt intézik, az asszisztensek vért vesznek, infúziót kötnek be, kezelnek, dokumentálnak, az orvos az alapellátáson túl a további szakképzettségének megfelelő szak-



ellátást is végez. Úgy tűnik, több idejük van a betegutak egyengetésére. Az orvosok mindegyike heti egy-egy napot tölt az általa kiválasztott, szubspeciális végzettségének megfelelő kórházi gyermekosztályon vagy szakrendelésen, részben ismeretei fejlesztése, részben kapcsolatrendszere ápolása érdekében, vagy éppen kutatómunkája céljából. Ilyenkor „kint” a területen, a kórházi kollégák helyettesítik őt.

Nincs „én betegem, te beteged”, itt lakik, hol lakik, aki bejön, ellátják, hisz’ minden gyerek mögött ugyanaz a biztosítási rendszer áll, és a szükséges adatok, függetlenül attól, hogy hol keletkeztek, elérhetők az informatikai rendszerben. A rendelők péntek délelőtt (ez a mi szombatunknak felel meg) is nyitva vannak, felszereltségükben nem láttunk különbséget. Mindegyiknek volt saját gyógyszer-tára, ahová a betegek nem receptpapírral mennek, hisz’ az orvosok elektronikus receptet használnak, amit digitalizált ujle-

nyomatukkal hitelesítenek. Zsúfoltságot sehol nem láttunk, az európai, a beduin, az arab, az etióp gyerekek és szüleik előjegyzés alapján érkezve, a legnagyobb békében vártak sorukra.

## MENEKÜLTEK

Tel-Aviv – hangulatosnak nemigen nevezhető – központi buszpályaudvarán működik a menekülteket ellátó egészségügyi központ. Kevés főállású, javarészt önkéntes orvosok, asszisztensek, ápolók, pszichológusok, pedagógusok, diákok és képzett szakemberek közreműködésével nyújtanak itt ellátást a többségében afrikai éhségzónából menekült felnőttnek, gyereknek, vagy akár a sérült, ide menekült szír katonának, olyan embereknek, akik nem tartoznak az állami ellátás védernyője alá. Kiseb arányban kormányzati támogatásból, főként azonban adományokból tartják fenn magukat, és nyugat-európai színvonalon igyekeznek kezelni a többnyire nagyon meggyötört, sokszor tragikus előéletű betegeket. Sajnos nem egyedi annak a fiatal szomáliai lánynak az esete, aki családjával együtt az éhhalál elől vánszorgott észak felé, amikor fegyveresek foglyul ejtették. Csak évek múltán sikerült a sze-



xuális rabszolgaságból megszöknie, és Szudánon, Egyiptomon át az izraeli határig eljutnia. Ott kapta hátába az egyiptomi határőrök géppisztolyosorozatát. Az izraeli járőr talált rá félholtan, így került be. A központ orvosvezetője azt mondja, őket nem érdekelheti, kinek van és kinek nincs hivatalos papírja, ha ott van, ugyanazt az ellátást próbálják megszervezni neki, mint ami egy minden biztosítással rendelkező izraeli állampolgárnak jár. Ennek szellemében készül most annak a csádi informatikusnak a két műkarja is, akinek kezeit az emberrabló banda vágta le, amikor kiderült, hogy hiába követelik a váltságdíjat a jól képzett fiatalember családjától, azok képtelenek fizetni.

Jellemző paradoxon, hogy a központ alapító igazgatója egy kávéházi merénylet során vesztette életét Jeruzsálemben. A menekültkérdés persze nem csupán jó tettekről és humanitásról szól, az érzelmi szempontok helyébe benyomul a racionalitás. Több oka van ennek, többek között az, hogy az elmúlt években tízezer számra érkező afrikaiak többsége iskolázatlan, képzetlen, és az új környezetben is afrikai életmódot folytat. Magas az erőszakos bűntettek száma, a már korábban asszimilálódott környezetet irritálja a fenyegető jelenlétük. Fellépésük és hétköznapi gazdasági számítások eredményeként ezért a közelmúltban, három hónap alatt, az addig nyílt határon, a Sínai-félsziget teljes szélességében 7 méter magas drótkerítést húztak. Meg is állt így az illegális határátlépők áradata.

## VAD POLIO

Az egésznapos tanulmányút végén ínycsekknek való „dinner-t” kaptunk egy kibuc éttermében. Nem ez volt a terv, eredetileg a beduinok láttak volna vendégül egy sátorban. A helyszínváltásnak oka volt: az izraeli hatóságok a bioterrorizmustól tartva rendszeresen vizsgálják a szennyvízlefolyókórokókozótartalmát is. Mivel épp akkoriban találtak egy környékbeli beduin budi lefolyójában vad poliovirust, akkor még nem azonosítva a fertőzőforrást és nem tudva, hogy mekkora körben terjedt már el a kórokozó, nem merték kockáztatni, hogy egy európai orvoskonferencia valamelyik résztvevője esetleg megfertőződjék. (Hiába kaptak az ott élők azonnal orális poliovakcinát, azóta sajnos már országszerte és embereken is kimutatták a fertőzöttséget. Ezért – bár emberi



megbetegedés szerencsére nem fordult elő – most elrendelték egymillió, korábban csak IPV-vel vakcinált izraeli gyermek azonnali OPV-vakcinációját. Ez azonban már egy másik történet...)

A szakmai programon túl a Szentföld keresztény, zsidó és muszlim szenthelyeiből is kaptunk ízelítőt. Európai, keleti, afrikai kultúrák elegyével találkoztunk, keresztény, örmény, kopt, mohamedán, zsidó, görögkeleti egyházak központjaiban álltunk „leesett” állal. Konfliktust csak egyszer láttunk: miközben a Szikla Mecsethez igyekeztünk, a Siratófalnál az Izrael államát el nem ismerő, de állami támogatásból élő, napjaikat kizárólag imádkozással töltő, ortodoxok fiatal csapata kövekkel támadt a rendfenntartó katonákra. Azért tiltakoztak, mert az új kormány, véget vetve az ingyenezésnek, körükben is bevezette a kötelező sorozást. Vér azért nem folyt, a katonák gyorsan rendet raktak, pozitív mintát adva a békés tömegeszlátásból.

(A BESZÁMOLÓT ALTORJAI PÉTER, HÓBOR MIKLÓS ÉS KÁDÁR FERENC KÉSZÍTETTE)



## Még mindig polio

A gyermekbénulás a XX. század legrettegettebb gyermekbetegségeinek egyike volt. Az 1950-es években megalkotott vakcina az évi több százezer esetet ezer alá szorította, de a polio teljes kiirtása ma is a WHO egyik legfontosabb célkitűzése. A WHO 1988-ban hirdette meg, hogy 2000-re – a variólához hasonlóan – a poliomyelitisnek is el kell tűnnie földünkről, e célt azonban még mindig nem sikerült elérni. A betegség előfordulása ugyan 99%-kal csökkent, ami azt jelenti, hogy míg 1988-ban még 380 000 új eset jelentetett, ez a szám 2012-ben 223-ra esett. Európa 2002 óta mentes a betegségtől. Már csak három olyan országot tartanak nyilván (Afganisztán, Pakisztán és Nigéria), ahol a gyermekbénulás endémiás. Az egyes országokban a betegség előfordulásának okai különbözőek. Nigériában a probléma az, hogy a két északi, mohamedán vallású tartományban a kampányoltásokat fel kellett függeszteni, mert az iszlám vallási vezetők (a vének tanácsa) azt kezdték hirdetni, hogy a nyugati országokból származó oltóanyagok nemzési képtelenséget okoznak és a HIV terjesztői. Szerintük a vakcinát annak a nyugati összeesküvésnek a keretében hozzák az országba, amelynek célja a muszlimok elpusztítása. Szerencsére az oltási kampányt néhány hónap múlva sikerült újra elindítani, de a betegség még mindig endémiás. Más országokban, például Afganisztánban, a politikai instabilitás és a fegyveres konfliktusok teszik lehetetlenné a vakcinálást. A polio újra meg újra felüti fejét másutt is, ebben az évben az éhínség és háborúk sújtotta Afrika szarván, Etiópiában és Szomáliában, valamint Kenyában és Csádban, és újra terjed a talibánok által kontrollált pakisztáni régiókban, például Wazirisztánban.

Majdnem minden országra igaz, hogy a betegség a lakosság egy bizonyos rétegében, általában a szegények között fordul elő. Molekuláris biológiai módszerek segít-

ségével ma már el lehet különíteni, hogy a megbetegedés helyi, nem detektált vírus-cirkuláció, vagy más, endémiás országokból történő behurcolás következménye-e. A dolgok jelenlegi állása szerint a poliovírus kettes szerotípusát valószínűleg már sikerült eliminálni, az egyes és hármas szerotípus teljes eradikációjának pontos idejét azonban senki nem tudja megmondani, mert váratlan események mindig előfordulnak.

Az utóbbi hetekben ezzel a már rég leküzdöttnek hitt fertőzéssel kapcsolatos fejlemények tartják izgalomban az izraeli közvéleményt. Történt ugyanis, hogy az izraeli bioterrorizmus elleni szervek – rendszeres ellenőrzésük során – ez év nyarán Rahatban, egy főleg beduinok által lakott városka szennyvizében vad poliovírust találtak. A pakisztáni eredetű vírust néhány hónappal azelőtt Egyiptomban is kimutatták a szennyvizben, és valószínűleg onnan került Izraelbe. Azóta a vírust már számos más izraeli település szennyvizében, többek között Jeruzsálemben is kimutatták, és megjelent a gázai övezetben és a West Bank-en is. Szerencsére megbetegedés nem történt, de az a tény, hogy a vírus most már hónapok óta megtalálható a szennyvizben, azt jelzi, hogy számos embert megfertőzött, akik ugyan nem betegedtek meg, de a vírus bélcsatornájukban perzisztál, és azt ürítik. Izraelben 2002 óta nem fordult elő polio. A gyerekeket az utóbbi években – hazánkhoz hasonlóan – csak az inaktivált vírust tartalmazó Salk vakcinával oltják, az átoltás magas, 94%-os. A Salk vakcina azonban – a Sabin-cseppekkel szemben, amely a három élő, gyengített vírustörzset tartalmazza – nem ad intestinis immunitást, így a vad poliovírus megtelepedhet a gyerekek bélcsatornájában. A Sabin-cseppeket azért nem alkalmazzák már a fejlett világban, mert ritkán ugyan (kevesebb, mint 1/1 000 000 esetben), de előfordul, hogy paralizist

okoz. Azokban az országokban (így hazánkban is), ahol polio már rég nem fordul elő, csak az inaktivált vírust tartalmazó Salk vakcinával oltanak. Ez az oltás megvédi ugyan a gyermeket a megbetegedéstől, de nem gátolja meg a vad vírus megtelepedését a bélcsatornában, és így a vírus terjesztését, és – Izrael esetében 6%-nyi – a nem védett gyerek esetleges megbetegedését. Ilyenkor tehát a fertőzés terjedésének megakadályozására szükség van a fogékony populáció orális, élő vakcinával való oltására – ezt javasolják azokban az országokban, ahol a polio még endémiás – és így történt ez Izraelben (de csak az 1-s és 3-s típusú tartalmazó oltóanyaggal). Amint várható volt, Izraelben is akadtak védőoltásokat ellenzők, akik kampányt indítottak az oltás ellen, de a legfelsőbb bíróság gyorsan elutasította az ezzel kapcsolatos beadványt. Az utóbbi hetekben 720 000, 2004 óta született gyermeket oltottak be – ez az oltandók mintegy fele – mert ők azok, akik csak az inaktivált védőoltásban részesültek. Ezenkívül továbbra is folyik a vírus keresése a szennyvizekben, és a higiéniai rendszabályok (kézmosás!) fokozott betartása. Az oltóanyagban szereplő vírusok terjednek, a család és környezet felnőtt tagjainak bélcsatornájában is megtelepszene, így ők is védetté válnak. Ami aggodalomra ad okot, az az, hogy egyelőre újra meg újra kimutatják a vad vírust az izraeli városok szennyvizében, vagyis megtörténhet, hogy a fertőzés továbbterjed, és olyan országokban is megjelenik, ahol megbetegedés már évek óta nem fordult elő, de ahol a lakosság átoltottsága alacsony. Az CDC (Central of Disease Control) – az Egyesült Államokban – ezért azt tanácsolja, hogy mindenki, aki Izraelbe, vagy más polio által fertőzött országba utazik, és még soha nem részesült poliovakcinációban, kapja meg a szükséges oltásokat, aki pedig vakcinált volt, kapjon egy emlékeztető oltást.

# A krónikus fájdalom terápiája

Major János dr., Gyimesi-Szikszai Andrea dr., Varga Zsófia Katalin  
MRE Bethesda Gyermekkórháza

**A gyermekorvoshoz forduló betegek egyik leggyakoribb tünete a fájdalom. A fejfájás mellett a második leggyakoribb tünet a hasfájás, amely kisiskoláskorban a gyermekek 20%-ánál hetente jelentkezik. Nemzetközi vizsgálatokból tudjuk, hogy gyermek- és kamaszkorban a krónikus fájdalom igen gyakori, a teljes gyermeklakosság kb. 20–25%-át érinti, ezen belül az összes gyermek kb. 3%-a szenved az életvitelt jelentősen korlátozó fájdalomban. Az említett adatokat a hazai gyermekpopulációra vetítve az utóbbi kórkép kb. 50 000 gyermeket érint.**

## AKUT FÁJDALOM VS. KRÓNIKUS FÁJDALOM

Az akut fájdalom mindig valamilyen szövetsérülésre, gyulladásra hívja fel a figyelmet (pl.: égés, appendicitis acuta), ennek megfelelően a megfelelő reakció a veszélyforrás megszüntetése, a szervezet nyugalomba helyezése.

Az akut fájdalom csillapítása a mindennapi orvosi gyakorlat része, az orvosi curriculum során minden orvostanhallgató megismerkedik a fájdalomcsillapítás lehetőségeivel (pl. NSAID fájdalomcsillapítók, opiátok használata), szakorvosi képzése során pedig megfelelő tapasztalatot szerez az akut fájdalom kezelésének terén.

A krónikus fájdalom kezeléséről, kialakulásáról sokkal kevesebb ismeret áll rendelkezésünkre, az orvostudományban sem kap megfelelő hangsúlyt, ezért a mindennapi gyakorlatban is nehezebb az ilyen problémával hozzánk forduló gyermekek megfelelő ellátása.

Krónikus fájdalomról akkor beszélünk, ha a fájdalom legalább három hónapja fennáll, vagy ugyanennyi ideje rendszeresen visszatér. Az akut fájdalommal ellentétben a krónikus fájdalom nem csupán az akut fájdalom megismétlődését jelenti, hanem kialakulása, pathomechanizmusa és kezelése is különbözik az előbbiétől. Krónikus fájdalom esetén az akut fájdalomra jellemző figyelemzavaró, védelmező szerep elveszik, mivel a legtöbbször sérüléssel, vagy gyulladással már nem áll kapcsolatban, tehát a fájdalom elveszti eredeti funkcióját.

Az akut fájdalom kórélettanatát áttekintve ismert, hogy a perifériás fájdalom-idegvégződésektől az agykéreg sensoros területéig terjedő fájdalominger számos helyen átkapcsolódik. A legfontosabb átkapcsolódási pont a thalamus, valamint a formatio reticularis, amelyek szoros kapcsolatban állnak a limbikus rendszerrel és a hipotalamusszal. Minden fájdalomnak a lokalizációján, erősségén kívül számos modalitása létezik, amelyek közül kiemelendő a fájdalom affektív vonatkozása (mindenki másképp éli meg a fájdalmat). A fájdalom érzelmi összetevőinek tekintetében már érthető a környező agyi struktúrák szerepe (pl. limbikus rendszer), amelyek jelentősen módosíthatják a fájdalom megélését (egy kellemes élményre gondolva még az akut fájdalom szubjektív megélése is jelentősen csökkenhet).

Kísérletes adatokból ismert, ha valakit folyamatos fájdalomingernek tesznek ki, az ismétlődő inger ún. fájdalommemóriát és szenzibilizációt vált ki. A kísérleti alany a fokozott érzékenység miatt egy idő után egy egészen kis fájdalominger is a korábbi

nagyobb ingernek megfelelően észlel, emellett sejtélettani, biokémiai és neuroanatómiai elváltozások is kimutathatók. Krónikus fájdalomban szenvedő betegeknél a fájdalomérzékelő neuronok érzékenysége fokozódik (receptorok száma nő, neurotranszmitterek mennyisége emelkedik), a fájdalom elvezetéséért felelős axonok között több kapcsolat alakul ki, valamint a sensoros cortex azon területei, amelyek a fájdalombetegségben érintett terület reprezentációért felelnek MRI vizsgálattal kimutathatóan évek alatt hypertrophizálnak.

## A KRÓNIKUS FÁJDALOM JELLEMZŐI ÉS KEZELÉSE

Krónikus fájdalom esetén a hónapok, vagy akár évek óta fennálló tünetek esetén – a neuroanatómiai eltéréseket is figyelembe véve – érthető, hogy nagyobb jelentőséget kap a fájdalom érzelmi, lelki oldala, tehát az, hogy ki hogyan éli meg a fájdalmat, hogy gondolkodik róla, milyen a hozzátartozók és pedagógusok hozzáállása és az milyen változásokat indít el a szervezetben.

Krónikus fájdalom esetén sokszor már a fájdalomra való rákérdezés vagy rá gondolás elindít egy olyan circulus vitiosus, amely a fájdalommal kapcsolatos kellemetlen élmények felidézésén keresztül, stresszhormonok (pl. kortizol) felszabadulásához vezet, amely tovább növeli a feszültséget, és összehúzódtást vált ki a harántcsíktolt és simaizomokban is (pl. nyak- és fejjizmok tensios fejfájás esetén, vagy a bél simaizom elemei krónikus hasi fájdalomban).

A fentiekből következik, hogy mivel nem akut fájdalomról van szó, és más a betegség patomechanizmusa is: gyógyszeres kezelésre vagy ágynyugalomra ritkán van szükség, sokkal inkább aktív fájdalomkezelési stratégiák elsajátítása (az önrontó kör megszakítása: fájdalom esetén aktivitás, figyelemelterelés) javasolt mind a gyermek, mind a környezet részéről. A betegség kezelésében a komplex, az élet különböző területeit (testi, lelki és szociális) érintő kognitív viselkedésterápiás megközelítés a leghatékonyabb, a gyermekorvos mellett pszichológus, családterapeuta bevonása is szükséges.

A Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkórházában 2013 márciusától Gyermekfájdalom Ambulancia indult. Ambulanciánkon bio-pszicho-szociális megközelítésben, szükség esetén több szakember (pl. gyermek-gasztroenterológus, gyermekneurológus, gyermekpszichiáter) bevonásával látjuk el betegeinket. Az elmúlt évben a rászoruló gyermekek részére 2 hetes osztályos fájdalomterápiás programot is szerveztünk, amelynek során multimodális megközelítésben sajátíthatják el a felvett gyermekek és szüleik a krónikus fájdalom aktív kezelésének lehetőségeit.

Ambulanciánkra azokat a gyermekeket várjuk, akiknek három hónapja fennálló panaszai vannak, és a testi okok tisztázása már megtörtént (pl. hasfájás esetén gyermek-gasztroenterológiai kivizsgálásuk).

Az előjegyzés az e-mailben elküldött kérdőívek kitöltése, vizsgaküldése és az összes korábbi lelet beküldése után lehetséges. Az ambulancia az ország egész területéről fogad betegeket.

*Irodalomjegyzék a szerkesztőségben*



## A PROGRAMBÓL:

- Találkozik-e az alapellátás fejlesztésének kormányzati terve a HGYE koncepciójával?
- Az „agárdi ügy” – az ombudsmani jelentés kapcsán
- Hol tart a koragyermekkori ellátás javítását célzó TÁMOP?
- A „Vasgyúró” – fel is nő, vagy megreked a névadásnál az újabb gyermek-egészségügyi program?
- „A hazugság sprinter, de az igazság maratonfutó” – az ésszerű gondolkodás erősítése a védőoltásokat támadókkal szemben.
- Praxismenedzsmen (Eladná? Megvenné? A forrásbővítés lehetőségei stb.)



A rendezvény péntek délután kezdődik és szombat délutánig tart.

A HGYE küldötteinek jelenlétére feltétlenül számítunk!

Szeretettel várjuk:

Jelentkezés: [www.hgye.hu/online-jelentkezés](http://www.hgye.hu/online-jelentkezés)

## „Ablak”

a HGYE XIX. őszi konferenciája  
2013. november 29–30.

**ÚJ HELYSZÍN: Ramada Resort-Aquaworld Budapest (1044 Budapest, Íves út 16.)**

# Miért hagytak ki, titkosítható-e, mi legyen?

## A HGYE szeptemberi vezetőségijének témái:

- Miért hagyták ki a HGYE-t a gyermek-alapellátás fejlesztését célzó „svájci projektből”? Gyengék voltunk vagy ab ovo esélytelenek?
- Nem jutnánk-e előbbre, ha a szakértői tárgyalások mellett szélesebb társadalmi támogatást szereznenk céljaink érdekében?
- Alkalmazzunk-e az erőteljes médiamegjelenés érdekében profi kommunikációs szakértőt?
- Miért kérdés még mindig, hogy gyerekeknek házi orvos vagy házi gyermekorvos?
- Titkosíthatja-e akárki a Gyermek-alapellátási Tanács értekezleteinek témáit és ki előtt?
- Indul a vezetőség vidéki „bemutató” sorozata.
- „Közös kincsünk...” után „Vasgyúró”. Miben különbözik az egyik a másiktól?
- Hírvivő, honlap, Gyermeklét, facebook: külön-külön vagy egyben?
- Hányan vagyunk, hányan nem fizetnek, miért hiányoznak sokan Budapest bizonyos kerületeiből, BAZ megyéből, Bács-Kiskunból?
- Mi az összefüggés a tervezett gyermek-alapellátási tankönyv és a szakvizsga között?
- Legyen-e önálló pénzügyi vezetése a HGYE-nek?
- Emeljünk-e tagdíjat?
- Ki legyen a HGYE idei kitüntetettje?
- Indítsuk-e újra az „igazolósosdi” elleni küzdelmet?

# Új, integrált képzési program védőnők számára a csecsemők eltérő mozgásfejlődésére utaló korai gyanújelek felismerésére

A védőnő feladata a preventív szemléletben történő gondozás megvalósítása a női és várandós populációban, a csecsemő-, gyermek-, ifjúságvédelem területein. A megelőző ellátásban a védőnők igen nagy önállósággal és felelősséggel vesznek részt. Munkájuk során a gondozottak érdekében együttműködnek más területek szakembereivel is.

A csecsemők fejlődésének megfigyelése, nyomon-követése, az eltérő fejlődésű, vagy fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett csecsemők, kisdedek, kisgyermek korai kiszűrése, optimális fejlesztésük elkezdése kiemelt jelentőségű.

Az eltérő anatómiai, fiziológiai, neurológiai állapot gyanúja esetén az elsődleges jelzőrendszert a szülő, a védőnő és a házi gyermekorvos jelenti. A szakemberek ismereteinek bővítése, az egyes fejlődési standardok pontos ismerete – csecsemőkorban kiemelt tekintettel a mozgásfejlődésre - óriási jelentőségű, hiszen probléma esetén a mozgatórendszer helyreállítása és ezen keresztül az idegrendszer stimulálása jelenti az alapot a későbbi életkorok megismerő tevékenységeinek megfelelő kialakulásához, ezáltal az egészségesebb, teljesebb élethez.

A felsőoktatásban tanuló védőnő hallgatók számára kifejlesztett Dévény Speciális Manuális Technika Gimnasztika Módszer (DSGM) oktatásának célja:

- Megismertetni a hallgatót a Dévény Speciális Manuális Technika Gimnasztika Módszer alapjaival.
- A hallgató képességének fejlesztése az egészséges és rizikó csoportba tartozó csecsemők, kisdedek, gyermekek mozgásfejlődési szintjének pontos megállapításában.
- Képességek fejlesztése a csecsemők fejlődésének nyomon-követésében, az ezzel kapcsolatos információk összegyűjtésében, a csont-, izom-, idegrendszeri anomáliák felismerésében, vizsgálatok elvégzésében, pontos dokumentálásában.
- A hallgató tudásának elmélyítése olyan szakmai kommunikációban, együttműködésben, melynek során képessé válik a szü-

lőkkel, az alap-, szakellátásban dolgozó egyénnel arra, hogy a gyermek érdekeinek megfelelően megtörténjen a mielőbbi DSGM szakértőhöz irányítás és megvalósuljon a kezelés.

A képzés, a speciális tudás kiszélesítésével növelni kívánja a védőnő felelősségét a problémák felismerésében, a szakemberhez irányításban.

A megszerezhető kompetenciák:

- A cerebroparesis (CP) korai jeleinek felismerése
- Mozgásfejlődési problémák rizikójeleinek korai felismerése
- A csecsemők korai DSGM szakemberhez irányítása

A 180 ÓRÁS DSGM-védőnőképzés nem ad jogosítványt a Dévény-módszer alkalmazására.

Célja a cerebroparesis (CP) korai gyanújeleinek és az egyéb mozgásfejlődési problémák rizikójeleinek minél korábbi felismerése és a csecsemők Dévény - kezelésre irányítása. A korai felismerésnek óriási a jelentősége, mert a korai kezelés elmulasztása később nem behozható, eredményessége később nem elérhető. Ezért a korai diagnosztika szakembereinek rendkívüli a felelőssége. Ugyanis egy csecsemőkorban fel nem ismert rizikójelnek később egész életre szóló súlyos mozgássérülés lehet a következménye.

A tananyag fejlesztésére a TÁMOP-6.2.2.B-12/1-2012-0003 számú „Kompetencia-növelő DSGM képzés védőnő hallgatóknak a csecsemők eltérő mozgásfejlődésére utaló korai gyanújelek felismerésére” című projekt keretében nyílt mód. A tananyagfejlesztést a Dévény Anna Alapítvány és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet Családgondozási Módszertani Tanszék munkatársai készítették.

*Dr. Szabó László*

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar  
Családgondozási Módszertani Tanszék



Nemzeti Fejlesztési Ügynökség  
www.ujszechenyiterv.gov.hu  
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával valósul meg.



# Új Nemzeti Szűrési Program

Megdöbbenéssel olvastuk a Medical Tribune 2013. június 28-i számában megjelent „Szakmai egyeztetések után ősszel indulhat a Nemzeti Szűrési Program” című cikket.

A cikk első, terjedelmesebb részét az Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvosi Tagozatának elnöke jegyzi. Ezt követően hozzászólnak a szűrőprogramban részt vevő fogorvos, radiológus, szülész-nőgyógyász és informatikus kollégák. Gyermekorvos természetesen nem.

Ez a tény már önmagában is szomorú, de még lehangolóbb a cikk tartalma. A szöveg ugyanis így indul: „Jelentős többletmunkára számíthatnak az alapellátásban dolgozók, ha a kormány is rábólint a Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár által nemrégiben társadalmi vitára bocsátott nemzeti szűrőprogram tervezetére.” Ezt követően a szerző ismerteti „az államtitkárság által a szakmai kollégium segítségével összeállított tervezetet”.

Mielőtt megijednénk ettől a jelentős többletmunkától, olvassunk egy kicsit tovább: „Az államtitkárság az újszülötteknél teljes körű fizikális, ideggyógyászati, érzékszervi, fejlődési és tápláltsági felmérést, valamint a mozgásszervek és a veleszületett anyagcsere-betegségek szűrését javasolja; ezt a szülészeti-újszülött osztály vagy a gyermekgyógyász, otthon szülés esetén pedig a közreműködő gyermekgyógyász szakorvos végezné. A sort megismételnék 1, 3 és 6 hónapos korban is, már a házi gyermekorvos bevonásával.”

A cikk úgy említi ezeket a vizsgálatokat, mintha ilyen szűrések eddig nem történtek volna, csak most, a Nemzeti Szűrőprogram keretében kerülnének bevezetésre.

Célszerűnek tartanánk felvilágosítani az illetékeseket, hogy olyan programot javasolnak bevezetni, amely már hosszú évek óta a mindennapi gyermekgyógyászati alapellátás szerves része.

A szűrővizsgálatok mikéntjét a jelenleg is hatályos „A kötelező, egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló” 51/1997. (XII. 18.) számú NM rendelet határozza meg, ennek szellemében történnek a cikkben felsorolt, és most a Nemzeti Szűrőprogram keretében ismét bevezetésre javasolt vizsgálatok – immár sok éve. Semmilyen többletmunkára nem kell tehát számítanunk, hiszen mi gyermekorvosok az ezzel kapcsolatos kötelességünket eddig is elvégeztük. Attól, hogy az eddig a jogszabályban javasolt szűrővizsgálatok jövőre esetleg a szülők számára kötelező érvényűvé válnak, a bevett gyermekorvosi/védőnői gyakorlat lényegesen nem változik.

Felmerül viszont, hogy a családorvosi tanszéken vajon hogyan oktatják a vegyes praxisokat ellátó háziorvosokat a gyermekkorban jelenleg is elvégzendő szűrővizsgálatokról, ha a bevezetésüket még csak most javasolják? Meglepő-e ezek után, hogy a vegyes praxisok minden szakmai mutatójukban elmaradnak a gyermekorvosok által ellátott praxisoktól?

Célszerűnek tartanánk a szakmai kollégium munkájába gyermekorvosokat is bevonni, akik az ilyen alapvető tájékoztatásból eredő nevetséges hibákat azonnal korrigálni tudnák, és nem terjesztenének az államtitkárság elé újonnan feltalált spanyol viaszként egy már régóta bevezetett, jogszabályon alapuló bevett szakmai gyakorlatot.

A SZERK.

# A prebiotikum tartalmú tápszerek hatékonyak az allergiaprevencióban



Az ételallergia előfordulási gyakorisága a fejlett világban igen magas, a három év alatti korosztályban 6%, míg a felnőttekben 4 % körül mozog<sup>(1)</sup>. Az Egyesült Államok Betegség Kontroll Centruma (CDC) kimutatta, hogy az ételallergia prevalenciája az elmúlt 18 évben 18 százalékkal nőtt az amerikai gyermekekben<sup>(2)</sup>. Ezek a számok egyértelműen

igazolják, hogy az ételallergia népegészségügyi problémát jelent, s ezért nem véletlenül világszerte keresik azokat az új megelőzési lehetőségeket, amelyek az orális tolerancia egyensúlyának fenntartásával megelőznék az allergiás kórképek kialakulását.

Az atópiás betegségek gyakorisága eléri az 50 százalékot is két éves korukig azokban a kisdedekben, akiknek az egyik szülője atópiás<sup>(3)</sup>. Leggyakoribb az atópiás dermatitis előfordulása, de jelentős számban jelentkezhet ismétlődő obstructív bronchitis is, amelyek epidemiológiai vizsgálatok alapján fontos szerepet játszanak az asthma kialakulásában<sup>(4)</sup>.

A commensalis bélflóra összetétele fontos szerepet játszik az allergiás szenzitizáció megelőzésében. Ezek a baktériumok a természetes immunválasz kialakulásában fontos szerepet játszó TLR4 receptorokon keresztül hoznak létre olyan szignálokat, amelyek gátolják az ételekkel bekerülő antigénekkal szembeni allergiás választ. Björkstén és mtsai igazolták, hogy már újszülött korukban alacsonyabb a bifidobaktériumok és a lactobacillusok száma a bélflórában a később allergiássá váló gyermekekben<sup>(5)</sup>. Ismert az a tény is, hogy az anyatej oligoszacharidjai igen fontos szerepet játszanak a kedvező bélflóra kialakításában, ami alapvetően fontos az allergia prevenciójában. Feltételezhető volt az is, hogy amennyiben anyatejes táplálásra nincs lehetőség, akkor az anyatej oligoszacharid hatásaihoz hasonló prebiotikus keveréket tartalmazó tápszerek jó hatásúak az allergia prevencióban. Az utóbbi években ez a feltételezés egyértelmű igazolást nyert az alábbiakban ismertetett vizsgálatok alapján.

Allergiára hajlamos csecsemőkben részleges, vagy extenzív tehénfehérje hidrolizátumot tartalmazó tápszerekkel csökkenteni lehet az allergiás kórképek kialakulásának a gyakoriságát. A közelmúltban allergiára hajlamos csecsemőkben és kisdedekben elemezték, hogy az extenzív fehérje hidrolizátumot tartalmazó preventív tápszer prebiotikummal történő kiegészítése vajon fokozza-e az allergia megelőző hatást.

Dupla vak, randomizált kontrollált vizsgálatban összesen 152 olyan allergiára hajlamos csecsemőt vizsgáltak, akikben a tápszer alkalmazását már két hetes koruk előtt elkezdték és hat hónapos korig folytatták. Prebiotikumként 8 g/l rövid szénláncú galactooligoszacharid (scGOS) és hosszú szénláncú fruktooligoszacharid (lcFOS) 90:10% arányú keverékét alkalmazták, a kontroll tápszerek placeboként 8 g/l maltodextrint tartalmaztak. Az atópiás dermatitis prevalenciája szignifikánsan csökkent a prebiotikumot tartalmazó csoportban két éves korig (13,6% versus 27,9 %,  $p < 0,05$ ). Ez a preventív hatás egy nemrégiben közölt utánvizsgálat szerint még öt éves korban is kimutatható volt (6, 7). A prebiotikumot tartalmazó tápszer alkalmazása mellett az allergiás urticaria és az obstructív bronchitis gyakorisága is szignifikánsan csökkent<sup>(6)</sup>.

Ebben az évben jelent meg az a Cochrane vizsgálat, amely négy vizsgálat metaanalízise alapján, összesen 1428 csecsemőt vizsgálva megállapította, hogy a prebiotikum tartalmú tápszer alkalmazása mellett az atópiás dermatitis gyakoriságának szignifikáns csökkenése volt kimutatható két éves korig<sup>(8)</sup>.

Egy nemrégiben befejezett 5 európai országra kiterjedő multiplex, randomizált kettős vak vizsgálatban bizonyítást nyert, hogy alacsony allergia kockázatú csecsemőkben is a prebiotikummal kiegészített normál, nem hidrolizált tápszerek minimum 4 hónapos korig történő adása mellett az atópiás dermatitis incidenciája egy éves korig alacsonyabb (5,7%) volt, mint a kontrollokban (9,7%) ( $p=0,04$ ) és nagyjából hasonló volt az anyatejes csoporthoz (7,3%)<sup>(9)</sup>.

## Következtetés

Az ismert vizsgálati eredmények alapján bizonyítottnak tekinthető a prebiotikumok jelentősége az allergia prevencióban. Az a megfigyelés, hogy ez a preventív hatás a prebiotikum tartalmú tápszerrel történő táplálás befejezése után is érvényesül, arra utal, hogy a prebiotikumok jelentős immunmodulációt fejtenek ki az intestinalis flóra összetételének kedvező befolyásolásával. Mindezek alapján feltétlenül indokolt a tápszerek kiegészítése prebiotikummal. Ez előnyösebb, mint a probiotikumok adása, hiszen akkor csupán a bélflórában található több száz különböző baktériumhoz 1-2 olyan törzset adunk, aminek antiallergiás hatása van. Ezzel szemben prebiotikumokkal az intestinalis ökoszisztémát teljes mértékben az optimálishoz közelítjük, vagyis a bélflórában a jó hatású commensalis baktériumok túlsúlya tartósan biztosítható<sup>(9)</sup>.

## Irodalom

1. Sicherer SH, Sampson HA. Food Allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117 (Suppl 2 Mini-Primer): S470-S475.
2. Branum AM, Lukacs SL. Food allergy among US children: trends in prevalence and hospitalization. *National Center for Health Statistics. Data Brief No.10*, 2008.
3. Rautava S. Probiotics during pregnancy and breast-feeding might confer immunomodulatory protection against atopic disease in the infant. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 209, 119-121.
4. Ly NP, Golda DR, Weiss ST et al. Recurrent wheeze in early childhood and asthma among children at risk for atopy. *Pediatrics* 2006; 117, e1132-e1138.
5. Björkstén B, Sepp E, Julge K et al. Allergy development and intestinal flora during the first year of life. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108, 516-520.
6. Arslanoglu S, Moro GE, Schmitt J et al. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. *J Nutr* 2008; 138, 1091-1095.
7. Arslanoglu S, Moro GE, Boehm G et al. Early neutral prebiotic oligosaccharide supplementation reduces the incidence of some allergic manifestations in the first 5 years of life. *J Biol Regul Homeost Agents* 2012; 26, 45-59.
8. Osborn DA, Sinn JKH. Probiotics in infants for prevention of allergy. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2013. CD006474.
9. Grüber C, van Stuijvenberg M, Mosca F et al. Reduced occurrence of early atopic dermatitis because of immunoactive prebiotics among low-atopy-risk infants. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126, 791-797.

# Dóri Ház, az élet háza

**Magyarország első gyermekhospice háza, a Szemem Fénye Alapítvány által működtetett Dóri Ház nem a halál otthona, hanem – bármennyire különösen hangozzék is ez elsőre – az élet szentélye.**

Mindenki, aki valamilyen formában a Dóri Ház lakóiért dolgozik, azt a célt szolgálja, hogy a haldoklást ne a halál, hanem az emberhez méltó élet részévé változtassa. Éppen ezért a Dóri Háza nem csak a szomorúság jellemző, a vidámság is gyakori látogató itt. A Pécs külvárosában található átalakított, kétszintes kertes ház lakóinak kényelmét négy, igényesen bútorozott, az egészségügyi követelményeknek megfelelő gyógyító és segítségnyújtó eszközökkel felszerelt szoba szolgálja. A színvonalas ellátást biztosítja a két fürdőszoba, a konyha, a játszószoza, és a nagy udvar.

– „A gyermekhospice szolgáltatás bevezetése Magyarországon a Szemem Fénye Alapítvány nevéhez fűződik, a Dóri Háza 2011-ben nyitottuk meg Pécsen” – tájékoztatott a kezdetekről Gieth Krisztina, ápolási igazgató. – „A felnőtt hospice-tól a gyermekhospice abban különbözik, hogy nem csak a végstádiumú, gyógyíthatatlan betegeket látja el. Sajátossága, hogy a gondozás már a gyermek diagnózisának felállításakor kezdetét veszi, és az éveken át nyújtott, szeretetteljes gondoskodás kiterjed az egész családra. Másik jellegzetessége, hogy nemcsak daganatos, hanem az összes veleszületett vagy szerzett, életet megrövidítő betegségben szenvedő gyereket fogadja, és igyekszik minden területen segítséget nyújtani.

– Egyik fő feladatunk a mentesítő ellátás, ami 24 órán keresztül ad lehetőséget az érintett családok életminőségének javítására is. Orvos, ápoló, gyógytornász, gyógypedagógus, pszichológus, zeneterapeuta, dietetikus dolgozik azon, hogy a ház lakói itt tartózkodásuk alatt ne csak jobban érezzék magukat, hanem fejlődjenek is. Mentésítő szolgálatunk az állandó készenléttől, a sokszor napi 24 órás otthoni gondozástól kimerült szülőket kívánja egy időre tehermentesíteni. A szülők dönthetnek úgy, hogy gyermeküket egy időre a Dóri Háza bízják, míg ők másutt pihennek egy kicsit, de a beteg gyerekekkel és testvéreivel együtt maguk is beköltözhetnek a házba.

Tranzit jellegű szolgáltatásunk a kórházi és otthoni ápolás közötti időszakban ad a szülőknek támogatást. A kórházban eltöltött hosszú hetek, hónapok után sok szülőt kétségek gyötörnek, hogy megfelelően tudják-e majd ápolni otthon a beteg gyermeküket. Amire a kórházban nem mindig jut elég idő, az a gyermekhospice háza türelmes és segítőkész légkörben biztonságosan elszámítható. Szakemberek megtanítják a szülőknek azokat az ápolásihoz szükséges technikákat – szondán át táplálás, váladékleszívás,

tornáztatás stb. – amelyeket azután biztonsággal alkalmazhatnak otthon önállóan is.

A nappali ellátás során a beteg csak napjának egy részét tölti nálunk, de ez esetben is áll rendelkezésére a teljes szakembergárda, akik a szülők bevonásával mindenre kiterjedő ápolási tervet készítenek. Ebben helyet kap minden olyan szinten tartó vagy fejlesztő terápia is, ami a beteg testi-lelki állapotát javíthat.



Az alapítványnál sok önkéntes dolgozik, akik saját tudásuknak, képességeiknek megfelelő munkát végeznek. Néhány hónapja önkéntesként egy fuvolaművész jár rendszeresen a házba és játszik fél-egy órát a gyerekeknek, és persze az ápolóknak is. Az egyik kislány, aki a betegsége miatt már nem nagyon kommunikál a külvilággal, a zene hallatára nagyokat kacagott. Édesanyja szerint erre ritkán kerül csak sor, de itt megtörtént.

A végstádiumban lévő kisgyermek és kamaszok ellátására, és a halálukat követő teendő elvégzésére is maximálisan felkészültek a házban. A gyászoló a Dóri Ház kápolnájában és ravatalozójában méltósággal búcsúzhatnak elhunyt családtagjuktól.

– „A szakszerű gondozáson túl a Dóri Házban dolgozó szakembereink segítenek a szülőknek végiggondolni, hogy hol, hogyan köszönhetnek el majd gyermeküktől. Az életvégi tervet sokszor maguk a fiatal betegek is alakítják, elmondva, kit szeretnének maguk mellett tudni az utolsó percben, milyen módja, keretei legyenek a végső búcsúnak.”

Az alapítvány állami támogatást nem kap, kiadásait jórészt adományokból fedezi. A pénzügyi juttatásokon túl a tárgyi felajánlásokat is köszönettel fogadják, amelyeket Charity Shop boltlátozatukban értékesítenek. A Barcs, Dombóvár, Pécs és Sellyén működő üzleteik bevétele a Dóri Ház fenntartására fordítják.

NÁCSA JÁNOS

2011-ben 11 gyermek vett igénybe mentesítő szolgálatot a Dóri Házban, és egy életvégi ellátás is volt, ami összesen 321 ápolási napot jelent. 2012-ben 26 gyermek vett igénybe mentesítő szolgálatot, 2 gyermek összesen tíz napot tranzitellátás keretében tartózkodott a házban, és 4 fő számára 12 alkalommal nappali ellátást nyújtott a szervezet, ami összesen 590 ápolási nap. A Dóri Ház egyidejűleg 6-7 fő gyermek, vagy 2 család ellátását tudja biztosítani. Honlap: <http://www.szememfenyje.hu/>.

# Prof. dr. Budai József (1928–2013) búcsúztatója

Elhangzott a Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság Tudományos ülésén, 2013. június 6-án

*Tisztelt Kollégák!* Múlt héten, május 29-én meghalt Budai József professzor, az infektológus társaság kiemelkedő tagja. A hallgatóság soraiban sokan vannak, akiknek nem volt szerencsájük Őt személyesen ismerni, ezért röviden szeretném ismertetni életútját.

1928. augusztus 1-én született Székesfehérváron. Orvosi diplomáját 1952-ben a Budapesti Orvostudományi Egyetemen szerezte summa cum laude minősítéssel. Egyetemi tanulmányai alatt demonstrátorként, majd végzése után még két évig gyakornokként dolgozott az Egyetem Mikrobiológiai Intézetében. 1954-ben a László Kórház I. számú Gyermekosztályán kezdte meg klinikusi munkáját, Csapó József professzor irányítása mellett.

Meggyőződésem, hogy az ember szakmai tevékenységét, előrehaladását, döntő mértékben meghatározza első tanítómestere. Csapó professzor humánuma, széles körű gyermekgyógyászati ismeretei, a tudományos munka iránti elkötelezettsége olyan példát mutatott, amelyet tanítványai, Budai József és Nyerges Gábor saját egyéniségükkel ötvözve vittek tovább. Szerencsésnek érzem magamat, hogy én pedig Budai József mellett kezdettem el orvosi munkámat, akit büszkén és nagy tisztelettel vallhatok tanítómesteremnek.

Csapó József halála után Budai József vette át az osztály irányítását, 1971-től 1994-ig volt az I. sz. Gyermekosztály vezetője. E munkája mellett 1973 és 1979 között főigazgató-helyettesként, majd 1981-ig megbízott főigazgatóként a kórház vezetői feladatait is ellátta. Négy szakterületen – orvosi laboratórium, csecsemő- és gyermekgyógyászat, fertőző betegségek, valamint antwerpeni tanulmányútja során trópusi betegségekből – szerzett szakorvosi képesítést.

Tudományos munkássága a gyermekgyógyászat és a heveny fertőző betegségek széles körét ölelte fel. Erről tanuskodik 96 tudományos publikációja, gyermekgyógyászati, belgyógyászati és infektológiai tankönyvekben írt számos könyvfejezete. Fő érdeklődési területét a védőoltások jelentették, ebben a tárgykörben első számú szaktekintélynek tekintették. A kanyaróoltással kapcsolatos kutatásai alapozták meg a védőoltás hazai bevezetését. E kutatásokat kandidátusi értekezésében (1970) foglalta össze. Megszervezte az Országos Védőoltási Tanácsadó hálózatot, amely ma is működik. Nyerges Gáborral írt Védőoltások című könyve alapműnek számít, 1974 és 2004 között 5, mindig korszerűsített kiadást élt meg.

Oktató- és tudományos munkáját 1975-ben c. egyetemi docens, 1981-ben c. egyetemi tanár címmel ismerték el, 1987-ben tanszékvezető egyetemi tanárnak nevezték ki az Orvostovábbképző Egyetem Fertőző és Trópusi Betegségek Tanszékére. Ezt a feladatot 1995-ig, nyugdíjba vonulásáig látta el. Több szakmai társaságnak és országos hatókörű szakértői testületnek volt vezetőségi tagja, több mint egy évtizedig volt a Fertőzőbetegségek Társasága titkára, öt évig az Infektológiai Szakmai Kollégium elnöke. Munkásságáért számos állami kitüntetésben részesült, legutóbb 2004-ben a Magyar Köztársaság Lovagkeresztjét vehette át.

Ezek a bibliográfiai adatok egy kiváló tudós képét rajzolják elénk, pedig Budai professzor úr elsősorban kiváló gyermekorvos volt. A széles körű ismeretekkel rendelkező gyermekorvosok talán utolsó generációjához tartozott. Több körzeti orvos vélekedett úgy, hogy ha tudja, mi

baja van a betegének, akkor elküldi egy szakspecialistához, de ha nem tudja, akkor elküldi a Budai osztályra. Budai professzor úr minden beteget legalább felvételekor részletesen megvizsgált, és kiváló érzéke volt ahhoz, hogy akár a folyosó ablakán betekintve megítélje, melyiket kell ismételtlen megnézni. Minden nagyvizit azzal kezdődött, hogy leültünk a kezelőben, és elmesélte, hogy mit olvasott aznap a könyvtárban, elsősorban az osztályon fekvő betegekkel kapcsolatban. Az ágy mellett mindig kikérte a részt vevő orvosok véleményét, akár a „slepp” utolsó sorában állókét is. Ez arra készítetett mindenkit, hogy ismerjenek minden súlyosabb beteget, utánaolvassanak a kórképnek, mert igen kínos volt, ha nem tudtak érdemben véleményt mondani. Megbízott orvosaiban, tőle eltérő véleményt is elfogadott, de a döntésekért a felelősséget mindig magára vállalta.

Példája a betegségek mélyebb megismerésére serkentett, inspirálta a tudományos munkát, amelyhez minden támogatást megadott. Osztályvezetése alatt több mint 100 tudományos dolgozat jelent meg orvosai tollából, és két kandidátusi disszertáció is született. Ajtaja mindig nyitva állt, nemcsak a betegségek, a tudományos előrehaladás, hanem a magánéleti problémák megbeszélésére is. Aki csak rövid időt töltött az osztályon, az is tisztelettel és nyugodtan mondhatom, nagy szeretettel gondolt rá.

Most el kell búcsúznunk tőle, de a kiváló orvos, példamutató főnök és humánus gondolkodású ember örökké megmarad emlékezetünkben.

TIMÁR LÁSZLÓ



**Budapest, Érd, Velence, Székesfehérvár** és környékén nagy tapasztalatú gyermekgyógyász főorvos, rövid/hosszú távú helyettesítést vállal.  
Dr. Valkó Péter Tamás főorvos. Tel.: +36 20 3461 953

**Nagyvarasdomb** nyugdíjba vonulási szándék miatt TEK-es praxisjogomat eladnám. Praxislétszám: 900 fő. 33 éve dolgozom ebben a kisvárosi praxisban egyedüli gyermekorvosként. Helyettesítés a szomszéd faluból megoldott. Asszisztensnő 33 éve velem dolgozik, tovább is alkalmazható. Naprakész számítógépes adminisztráció. Eladási, átvételi feltételek megegyezés szerint. Telefonon este 6 és 8 óra között kérem keresni. +36 27 350 002

**Újfehértó** 1200 kártyás gyermekorvosi praxis saját rendelővel eladó. A rendelő barátságosan berendezett, jól felszerelt. Elérhetőség: +36 30 305 0837

**Isaszegen** 1000 fős praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó, vagy fiatal, pályakezdő gyermekszakorvost alkalmaznák. Rendelő jól felszerelt, saját tulajdonú. Érdeklődni minden nap 18 és 20 között a +36 30 591 7086 telefonon.

**Budapesti zuglói** gyermekorvosi praxis eladó, 2014. július 1-től, nyugdíjba vonulás miatt. A praxis 780 kártyával rendelkezik, 1985 óta bejáratva. Érdeklődni e-mailben a gyerekpraxis@gmail.com címen.

**Szegeden** házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 600. Elérhetőség: +36 70 270 2462

**Budapest XVIII. kerület** kertvárosi részén, jó adottságokkal, házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 900. Elérhetőség: +36 30 971 5829

**Budapest XVII. kerületben** kertvárosi részen 900 körüli kártyaszámmal gyermekorvosi praxis eladó. A praxis nagyon jó adottságokkal rendelkezik, egyik nagy értéke, hogy a területen kívüli betegek száma nagyon kevés, a beteganyag jelentős része a hivatalos területre koncentrálódik. Elérhetőség: +36 20 982 8001

**Dél-Pesten** házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 750. Elérhetőség: +36 20 209 6327

750 fős gyermekorvosi praxis a **XVIII. kerületben** eladó. Elérhetőség: kossuth77@gmail.com

A Balaton legdinamikusabban fejlődő települése és régiója **Balatonfüred**. Nyugdíjas korom miatt szeretném befejezni a munkámat. A praxis bármikor átvehető. Praxislétszám: 950–1000. Asszisztencia képzett, nagyban segíti a munkát. Amennyiben kérdései lennének, este 6 óra után szívesen válaszolok esetleg személyes találkozón bővebben informálhatom. Elérhetőség: +36 20 464 0724

**Hernádnémetiben**, Miskolctól 10 km-re, 850 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van. Elérhetőség: +36 20 326 2760 vagy +36 20 555 8821

**Siklóson** 1100 fős gyermekorvosi praxisjog eladó. A városban központi gyermekorvosi ügyelet működik. Megbízható asszisztencia, naprakész adminisztráció. Részletfizetés lehetséges. Érdeklődni lehet +36 30 265 7766 telefonon.

Heti egy napra rendszeres helyettest keresek Budapesttől 40 km-re **Dabas vonzáskörzetében** lévő házi gyermekorvosi praxisba hosszú távon. Praxislétszám: 900, elérhetőség: +36 30 933 1978

**Karcagon** 680 fős házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt területi ellátási kötelezettséggel eladó. Megbízható, gyakorlott asszisztencia, naprakész informatikai rendszer. Ügyeleti ellátást külsős cég végezteti. Elérhetőség: +36 30 441 9460

**Bük-Bükkfürdőn**, az osztrák határtól 15 km-re, Magyarország 3. leglátogatottabb fürdőhelyén, 800-as kártyaszámmal házi gyermekorvosi praxis eladó 2014 januárjától, nyugdíjba vonulás miatt. A város 3 szobás szolgálati lakást biztosít garázzsal, a 2011-ben felújított egészségügyi központban. Naprakész informatikai háttér, megbízható asszisztencia. A városban központi ügyelet működik. Érdeklődni: rendelobuk@gmail.com, valamint a +36 30 475 4034 telefonszámon lehet.

Heves megyében **Petőfibánya-Apc** településen házi gyermekorvosi praxis sürgősen eladó. Érdeklődni +36 30 990 9554 telefonszámon lehet.

**Balatonparti kisvárosi** házi gyermekorvosi praxis családi okok miatt eladó. Az idegenforgalom miatt nyáron a praxis bevétele jelentősen emelkedik. Elérhetőség: +36 30 9220 323

**Budapest III. kerületben** családi ház és lakótelepi területen, jól felszerelt, két-orvosos rendelőben 660 kártyás praxis eladó. Egymást helyettesítjük. Gyakorlott, megbízható asszisztencia, naprakész informatika. Részletfizetés, heti 1-2 nap további jelenlét megbeszélés szerint lehetséges. Elérhetőség: +36 20 934 6979

**Tiszakécskén** 14 éve jól működő praxis, költözés miatt eladó. Praxislétszám: 880 fő. A rendelő önkormányzati tulajdonú, szépen felújított. A praxishoz iskola és bölcsőde is tartozik. Az asszisztencia gyakorlott, megbízható. Tel.: +36 70 628 2124

**Berettyóújfalun** Város Önkormányzata pályázatot hirdet betöltetlen házi gyermekorvosi praxis betöltésére vonatkozóan, mely pályázatot 2013. október 15-ig kell postai úton benyújtani a 4100 Berettyóújfalun, Dózsa György utca 17-19. címre. Részletes pályázati felhívás a www.berettyoujfalu.hu oldalon olvasható.

**Szentmártonkátán** Nagyközség Önkormányzat Képviselő-testülete PÁLYÁZATOT hirdet Gyermekorvosi állás betöltésére területi ellátási kötelezettséggel vállalkozási formában.

Ellátandó feladatok: A nagyközség közigazgatási területén a gyermekorvosi körzetben gyermekorvosi feladatok ellátása területi ellátási kötelezettséggel vállalkozási formában. Az iskola-egészségügyi feladatok ellátása is a gyermekorvos feladata. A praxis 840 fős.

Szükség esetén az önkormányzat bérlakást tud biztosítani. A pályázat benyújtási határideje: 2013. október 31. (csütörtök) Az állás az elbírálást követően – a szükséges engedélyek birtokában – azonnal betölthető.

A pályázatot Fodor Zoltán polgármesterhez kell benyújtani, a 2254 Szentmártonkátán, Rákóczi út 52/C címre. További felvilágosítás kérhető a polgármestertől személyesen vagy a +36 20 9740 235, +36 29 462 101-es telefonszámokon.

Házi gyermekorvosi praxis eladó Budapest közelében, **Sülysápon**. Praxislétszám: 850, Elérhetőség: +36 20 326 3215

**Budapest és Pest megye dél-keleti régiójában** gyermekorvosi helyettesítést vállalkoz. Tel.: +36 20 326 3215



### A HGYE címe:

1133 Budapest  
Ipoly u. 5/E

### Egyesületünk telefonszáma:

Tel.: +36 1 330-0900  
Fax: +36 1 238-0388  
E-mail:  
hgye@mail2000.net

### Honlap:

www.hgye.hu

### Az egyesület titkára:

Fekete Éva

### mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

### Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

1133 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.

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

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



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1800 példányban.

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

Felelős kiadó: Dr. Póta György Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

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

Címlapfotó: Konkoly-Thege György, Belső fotók: Altörjai Péter, Hóbor Miklós, Kádár Ferenc

